

Ingezonden

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)

Dilemma's bij de diagnostiek en behandeling van spinale epidurale metastasen

Met grote belangstelling las ik de klinische les van Kienstra, Verheul en Tijssen (1991; 2213-6). Het diagnostische probleem: de ongewenstheid van een liquorpunctie onder het niveau van de obstructie, hangt samen met het mogelijke gevolg van een distaal dura-tek: spinale inklemming. Indien er na de punctie geen lekkage van betekenis op zou treden, zou het bezwaar tegen de punctie vervallen. Met het gebruik van 27 G en 29 G spinaalnaalden, tegenwoordig in de anesthesiologie veel toegepast om postpunctionele hoofdpijn te voorkomen, treedt liquorlekkage in veel geringere mate op. Zolang MRI-onderzoek nog niet overal gemakkelijk toegankelijk is, en gezien het vermelde veelvuldig vóórkomen van spinale metastasen, lijkt toepassing van dunne spinaalnaalden voor myelografie een redelijk alternatief, zeker als er haast bij de diagnose is.

M. VAN WIJHE

Hengelo, december 1991

Wij danken collega Van Wijhe voor zijn reactie. Voorzover wij weten, is in de literatuur nooit onderzoek gepubliceerd over de waarde van dunne spinaalnaalden bij myelografie onder het niveau van de stop. Of hiermee spinale inklemming kan worden voorkómen, is onbekend. Daarnaast is het de vraag op welk moment deze ontstaat, direct na de punctie of in een later stadium ten gevolge van lekkage.

G. E. M. KIENSTRA
G. A. M. VERHEUL
C. C. TIJSSSEN

Tilburg, januari 1992

In hun klinische les worden door Kienstra et al. enkele indicaties genoemd voor neurochirurgisch ingrijpen bij patiënten met een spinale epidurale metastase (1991; 2313-16). De behandeling van keuze is, zoals in het artikel vermeld staat, radiotherapie. Voor relatief stralengevoelige metastasen, bij reeds bestraalde metastasen en bij de behandeling van spinale metastasen die leiden tot instabiliteit van de wervelkolom zou men echter voor een neurochirurgische behandeling kunnen kiezen. Wij zouden aan dit rijtje nog drie indicaties voor neurochirurgisch ingrijpen willen toevoegen.

Ten eerste moet niet alleen bij progressie van reeds bestraalde metastasen neurochirurgisch ingegrepen worden, maar moet dit ook overwogen worden bij progressie terwijl de behandeling met dexamethason en radiotherapie nog plaatsvindt. Verslechtering van het klinische beeld kan betekenen dat de druk op het myelum toeneemt en dat niet langer gewacht kan worden op het effect van conservatieve behandeling.^{1,2} Het uiteindelijke resultaat van behandeling wordt tenslotte bepaald door de duur van myelumcompressie.

Ten tweede menen wij dat bij een metastase van een nog onbekende tumor wellicht neurochirurgisch ingegrepen moet worden. In dit geval is de ingreep niet zo zeer noodzakelijk als therapie, maar wel voor de diagnostiek. Dit zou later therapeutische consequenties kunnen hebben. Eventueel kan het operatiegebied nabestraald worden.

De laatste indicatie die wij willen noemen, sluit bij de tweede aan. De eerste metastase van een tumor dient, indien mogelijk,

histologisch bewezen te worden. Dit geldt ook voor spinale epidurale metastasen. Een bekende valkuil in de oncologie is de behandeling van een veronderstelde metastase van een bekende tumor, terwijl het een metastase betreft van een tweede, onbekende tumor. Zo loopt men de kans de patiënt een verkeerde behandeling te geven.

LITERATUUR

- ¹ Horn JR van, Meijer E, Keyser A, Daal WAJ van. Dreigende dwarslaesie als gevolg van metastasen in en rond het wervelkanaal. In: *Complicaties bij kanker*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1991: 192-203.
- ² Mulder PHM de, Wobbes TH, Daal WAJ van. *Complicaties bij kanker*. In: *Oncologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1991: 633-6.

B. R. PIETERS
W. A. J. VAN DAAL

Nijmegen, december 1991

De collega's Pieters en Van Daal noemen in hun reactie nog drie andere indicaties voor neurochirurgisch ingrijpen. Met hen zijn ook wij van mening dat progressie van de symptomen tijdens behandeling met dexamethason en radiotherapie een indicatie voor operatie kan vormen. Deze indicatie lijkt op theoretische gronden plausibel, echter vergelijkend onderzoek naar de resultaten ontbreekt. Ook een vooralsnog onbekende primaire tumor is een mogelijke operatie-indicatie. Voor de diagnostiek kan in dit geval vaak worden volstaan met een naaldbiopsie. Met de laatste indicatie die de auteurs noemen, hebben wij meer moeite. Weliswaar kunnen dubbeltumoren incidenteel vóórkomen; het zou naar onze mening echter te ver gaan bij elke patiënt met een spinale epidurale metastase en een bekende primaire tumor eerst een ingreep te verrichten voor histologische verificatie. Bovendien kan in het geval van een dubbeltumor bij het geven van dexamethason en radiotherapie niet worden gesproken van een verkeerde behandeling.

G. E. M. KIENSTRA
G. A. M. VERHEUL
C. C. TIJSSSEN

Tilburg, januari 1992

Echografie in het eerste trimester van de zwangerschap prognostisch waardevol

Collega's Koonstra en Exalto concluderen in hun artikel dat echoscopisch onderzoek in het eerste trimester van belang is voor elke zwangere vrouw (1991: 2231-5). Ik meen dat deze conclusie vooralsnog niet kan worden getrokken.

Het onderzoek betrof een ziekenhuispopulatie; van de 378 vrouwen met gewenste intra-uteriene zwangerschappen hadden er 76 bloedverlies en 99 een onregelmatige cyclus. Een verschil ≥ 7 dagen tussen amenorroeduur en echoscopisch berekende zwangerschapsduur werd gevonden bij 23% van de vrouwen met een regelmatige cyclus. Daarnaast werden in het onderzoek 'bij bijna 30% van de vrouwen onverwachte klinisch relevante bevindingen gedaan, zoals lege vruchtzakken, myomen, cysten, hematomen, uterusanomalieën en meerlingzwangerschappen'.

In het artikel wordt niet geadstrueerd dat de zeer frequent voorkomende toevulsbevindingen klinisch relevant zijn en dat

ten aanzien van de zwangerschapsduur een berekend 'verschil van 1 of 2 weken later kritisch kan zijn in termen van overleving en morbiditeit (handicaps)'. Ik betwijfel of het klinische beloop inderdaad gunstig door deze vorm van vroege diagnostiek wordt beïnvloed en of de voordelen wel opwegen tegen de potentiële nadelen van screeningsonderzoek waarbij zoveel toevalsebevindingen worden gedaan. Deze nadelen zijn o.a. onnodige verontrusting van patiënten, iatrogene schade en de kosten van onderzoek.

Echografisch onderzoek op indicatie kan diagnostisch heel waardevol zijn. Mijns inziens is het echter nodig een zorgvuldige analyse van voor- en nadelen te verrichten, gebaseerd op onderzoek in een populatie met laag risico, alvorens de conclusie kan worden getrokken dat echoscopisch onderzoek in het eerste trimester van belang is voor elke zwangere vrouw.

F. K. LOTGERING

Rotterdam, november 1991

Wij zijn collega Lotgering erkentelijk voor de gelegenheid die hij ons biedt routine-echoscopie in de zwangerschap opnieuw te bepleiten. De vraag of dat zinvol is, is in dit tijdschrift door ons eerder aan de orde gesteld,¹ en behandeld naar aanleiding van ingezonden commentaren.^{2,3} In die publikatie werd gesteld dat de voordelen van een vroege opsporing van aangeboren afwijkingen bij routine-echoscopie in de eerste helft van het tweede trimester (13-20 weken) opwegen tegen een iets grotere nauwkeurigheid waarmee de termijn kan worden bepaald in het eerste trimester van de zwangerschap.

Als Lotgering stelt dat wij routine-echoscopie in het eerste trimester adviseren, dan komt dat door een onduidelijkheid onzerzijds. In de betreffende alinea staat dat het vinden van een groeiachterstand van 7 of meer dagen bij 22,7% van zwangeren met een regelmatige cyclus het belang van routine-echoscopie nog eens onderstreept. Wij doelden hier op 'routine-echoscopie' in de zin van een éénmalig echoscopisch onderzoek bij alle zwangeren. Daarbij is 16 weken de optimale termijn met betrekking tot de opbrengst van een dergelijke screening.

Wij onderzochten de opbrengst in het eerste trimester. Zijn bezwaar dat het een ziekenhuispopulatie betrof, is onjuist. Afgezien van een duidelijke omschrijving van de populatie afkomstig uit eerste en tweede lijn, blijkt ook uit de gevonden frequentie van myomen, uterusanomalieën en gemelli (resp. 3,0%, 2,5% en 1,2%) niet dat het een bijzondere populatie is.

Gaarne willen wij nogmaals de stelling van Jennings met betrekking tot echoscopie onder de aandacht brengen: 'The subsequent explosion of knowledge of intrauterine events gave the fetus "full-patiënt status". Once this occurred, it was no longer possible for the obstetrician to await nature's answers at the end of gestation'.⁴ In dat licht bezien, hebben wij er dan ook moeite mee tegen een zwangere bij de eerste controle, na het meten van gewicht en bloeddruk, te zeggen: 'de zwangerschap, waar u voor komt, dáár kijken wij niet naar'. Wij denken niet voorbij te mogen gaan aan de gerechtvaardigde wens van de meeste zwangeren te willen weten wat er in de uterus afspeelt.

LITERATUUR

- 1 Exalto R, Wladimiroff JW. Routine-echoscopie in de verloskunde? Ned Tijdschr Geneesk 1989; 133: 1439-41.
- 2 Heringa MP. Routine-echoscopie in de verloskunde? Ned Tijdschr Geneesk 1989; 133: 1949.
- 3 Huisjes AJM, Enk A van. Routine-echoscopie in de verloskunde? Ned Tijdschr Geneesk 1989; 133: 2197.
- 4 Jennings JC. Ethics in obstetrics and gynaecology: a practitioner's review and opinion. Obstet Gynecol Surv 1989; 44: 656-61.

G. KOORNSTRA
N. EXALTO

Haarlem, januari 1992

Collegae Koornstra en Exalto beschrijven hun bevindingen bij echoscopisch onderzoek in het eerste trimester van de graviditeit (1991; 2231-35). Zij concluderen terecht dat een te kleine 'crown-rump'-lengte (CRL) voor de duur van de zwangerschap een prognostisch ongunstige factor is. Wij betreuren echter dat in het artikel geheel voorbijgegaan wordt aan nieuwe ontwikkelingen in de echoscopische evaluatie van de vroege zwangerschap. Het onderzoek werd uitgevoerd met een Toshiba-apparaat, model SAL 20 A, uitgerust met een 3,5 MHz 'transducer'. Niet vermeld wordt dat het hier transabdominale echoscopie betreft. Transabdominale echoscopie ter evaluatie van de vroege zwangerschap wordt zo langzamerhand beschouwd als een inferieure methode. Transvaginale echoscopie maakt het mogelijk om mijlpalen in de embryonale ontwikkeling ongeveer één week eerder zichtbaar te maken in vergelijking met de transabdominale methode.^{1,3} Dit wordt veroorzaakt doordat de afstand tussen transducer en het te onderzoeken orgaan, in casu de uterus, bij transvaginale echoscopie veel kleiner is en zodoende transducers kunnen worden toegepast met een veel hogere frequentie (5,0 tot 7,5 MHz), hetgeen tot gevolg heeft dat het oplossend vermogen toeneemt en een beter beeld wordt verkregen met meer details.^{1,3}

Er zijn inmiddels diverse artikelen verschenen die ten opzichte van de curve van Robinson afwijkende CRL-curven laten zien indien transvaginale echoscopie als methode wordt toegepast.^{4,5} Wij denken dat de curven verkregen via transvaginale echoscopie, vooral in de hele vroege zwangerschap, betrouwbaarder zijn dan de curve van Robinson, die overigens als men teruggaat naar de ruwe gegevens, voor het begin van de curve gebaseerd is op slechts enkele metingen. Transvaginale echoscopie maakt het bovendien mogelijk om bijvoorbeeld de bevinding dat bij een ringdiameter van meer dan 25 mm zonder embryonale hartactiviteit de zwangerschap altijd in een spontane abortus eindigt aanmerkelijk aan te scherpen: bij een ringdiameter van 8 mm hoort een dooierzak gezien te worden, terwijl bij 12 mm een embryo met hartactiviteit zichtbaar hoort te zijn.³ Niet alleen hartactiviteit op zich, maar ook de ontwikkeling van de hartfrequentie is van prognostische betekenis.^{6,7}

Wij kunnen ons met de strekking en conclusies van het artikel verenigen, maar wij vinden het jammer dat transvaginale echoscopie als techniek om optimaal de embryonale ontwikkeling in de jonge zwangerschap te evalueren niet genoemd wordt.

LITERATUUR

- 1 Timor-Tritsch IE, Farine D, Rosen MG. A close look at early embryonic development with the high-frequency transvaginal transducer. Am J Obstet Gynecol 1988; 159: 676-81.
- 2 Blumenfeld Z, Rottem S, Elgali S, Timor-Tritsch IE. Transvaginal sonographic assessment of early embryological development. In: Timor-Tritsch IE, Rottem S, eds. Transvaginal sonography. London: Heinemann Medical Books, 1988: 87-108.
- 3 Schats R. Transvaginal sonography in early human pregnancy. Rotterdam, 1991. Proefschrift.
- 4 Degenhardt F, Böhmer S, Behrens O, Mühlhaus K. Transvaginale Ultraschallbiometrie der Scheitel-Steiß-Länge im ersten Trimenon. Z Geburtsh Perinat 1988; 192: 249-52.
- 5 Schats R, Os HC van, Jansen CAM, Wladimiroff JW. The crown-rump length in early human pregnancy: a reappraisal. Br J Obstet Gynaecol 1991; 98: 460-2.
- 6 Schats R, Jansen CAM, Wladimiroff JW. Embryonic heart activity: appearance and development in early human pregnancy. Br J Obstet Gynaecol 1990; 97: 989-94.
- 7 Howe RS, Isaacson KJ, Albert JL, Coutifaris CB. Embryonic heart rate in human pregnancy. J Ultrasound Med 1991; 10: 367-71.

R. SCHATS

Voorburg, december 1991