

En waarom zou dan dat klinisch wetenschappelijke onderzoek eigenlijk nodig zijn? Wel, in de eerste plaats omdat medische opleiding die niet steunt op onderzoek van goed gehalte in zeer korte tijd middelmatig wordt. En als medisch onderwijs middelmatig wordt, krijgen we slechte artsen. En als artsen slecht zijn opgeleid, gaat de volksgezondheid spoedig achteruit. Het slachtoffer is de patiënt. In de tweede plaats zal het verwijt van sommigen dat klinische wetenschapsbeoefening uit carrière-overwegingen plaatsvindt en dat de patiënt onnodig wordt blootgesteld aan hinderlijke onderzoekingen – omdat de dokter zo nodig moet promoveren of zich faam moet verwerven door een wetenschappelijke mededeling te doen – een zichzelf vervullende voorspelling kunnen worden, doordat in een niet wetenschappelijk gevormde werkkring meer kans bestaat dat de patiënt slachtoffer wordt van slecht opgezette „clinical trials”. Slechts iemand met kennis van (wetenschappelijke) zaken kan er voor zorgen dat goed opgezette onderzoekingen, met kans op antwoorden die van waarde zullen zijn, worden opgezet en tevens dat

patiënten worden beschermd tegen overijverige onderzoekers die hen aan ondoeltreffende, want onjuist ontworpen, experimenten willen blootstellen (McPEEK e.a. 1980).

Ik wil mijn betoog graag eindigen met twee uitspraken uit het editorial van W. C. GIBSON (1979): „if you think education is expensive, try ignorance” en „if you think medical research is expensive, try disease”. En dan maar hopen dat deze woorden misschien eens een minister bereiken die wil luisteren en die zich niet verschuilt achter elkaar tegensprekende rapporten van zo veel mogelijk commissies en raden, zodat hij nooit een advies au sérieux behoeft te nemen.

LITERATUUR

GIBSON, W. C. (1979) *J. Amer. med. Ass.* 242, 1529.
McPEEK, B., J. P. GILBERT en F. MOSTELLER (1980) *New Engl. J. Med.* 302, 631.

Maart 1980

KLINISCHE LESSEN

Een zwelling in de hals

PROF. DR. P. H. SCHMIDT, TE LEIDEN

Dames en Heren,

Een zwelling in de hals kan allerlei oorzaken hebben. In deze klinische les wil ik, naar aanleiding van één patiënt, met u bespreken hoe u een dergelijke patiënt het best kunt onderzoeken en ik zal u een simpel overzicht geven van de mogelijkheden waaraan u dan moet denken. Speciale aandacht wil ik geven aan knobbels in de hals die berusten op een metastase in een lymfklier en tenslotte wil ik u ervan overtuigen dat u dergelijke patiënten zo spoedig mogelijk aan een keel-neus-oorarts moet laten zien. Ik hoop dat deze laatste uitspraak velen van u zo zal prikkelen dat zij deze les met extra aandacht willen lezen.

Patiënt A is een 57-jarige man, caféhouder van beroep, die bij het scheren een zwelling bemerkte onder zijn rechter kaakhoek. Na drie weken, toen de zwelling niet verdween maar groter leek te worden, bezocht hij zijn huisarts. Deze vond een rode keel en, menend met een infectieuze lymfkliervergroting te maken te hebben, gaf hij de patiënt een week lang antibiotica en bovendien het advies na 10 dagen voor controle terug te komen. Onze patiënt gebruikte de

antibiotica zoals afgesproken, maar ging, toen de bobbel niet kleiner werd, niet terug naar zijn huisarts „omdat deze er blijkbaar toch niets aan kon doen”. Gelukkig had zijn (goede!) huisarts een notitie in de agenda gemaakt over het afgesproken controle-bezoek. Toen patiënt A niet verscheen, zocht hij hem op en verwees hem naar een internist. De assistente van de internist maakte een afspraak voor 10 dagen later. Patiënt werd nu grondig onderzocht: er werd een thoraxfoto en een electrocardiogram gemaakt en bloed en urine werden nagezien. Er bleken duidelijke leverfunctiestoornissen te bestaan en er werd op de thoraxfoto een verdacht plekje gezien. De leverfunctiestoornissen werden waarschijnlijk veroorzaakt doordat patiënt dagelijks nogal wat alcohol gebruikte. Daar hij 2 pakjes sigaretten per dag rookte, werd, gezien de schaduw op de thoraxfoto, gedacht aan een primair longcarcinoom met een metastase in de hals. Onze patiënt werd nu verwezen naar de longarts. Deze kon hem al een week later zien. Het verdachte plekje werd geplanigrafeerd en de differentiële diagnose luidde: „oude tuberculose of primair longcarcinoom”. Daarom werd besloten tot bronchoscopie. Bij de bronchoscopie werden eigen-

lijk geen afwijkingen gevonden. In de röntgenologisch verdachte plaats werden proefexcisies verricht en de bronchustak werd gespoeld. Na 5 dagen kwam het antwoord van de patholoog-anatoom: „geen aanwijzingen voor een maligne proces in dit materiaal”. Aangezien de zwelling onder de rechter kaakhoek inmiddels weer groter was geworden, werd een afspraak gemaakt bij de chirurg. Deze vond een 2 x 4 cm grote zwelling rechts onder de kaakhoek, niet pijnlijk bij palpatie, los van de overliggende huid, maar vast vergroeid met de onderlaag. Reeds de volgende dag werd een stukje uit de zwelling genomen en opgestuurd naar de patholoog-anatoom. Het antwoord luidde: „matig gedifferentieerd plaveiselcelcarcinoom”. Sinds het eerste bezoek van patiënt aan zijn huisarts waren inmiddels bijna twee maanden (!) verlopen en de huisarts werd wat ongerust over de gang van zaken. Er was nu wel zekerheid dat in een halsklier een kwaadaardige aandoening bestond, maar de primaire tumor was nog niet gevonden. Toen de huisarts nog eens nauwkeurig de klachten van onze patiënt aanhoorde, bleek dat deze de laatste weken pijn in de keel had bij het drinken van een borrel of van sinaasappelsap. Deze klachten berusten meestal op een epitheeldefect. Er werd daarom een afspraak gemaakt bij de keel-neus-oorarts. Deze zag bij keelspiegelen een ulcererend proces in de vallecula, tussen de epiglottis en de tongbasis. Het hieruit genomen proefexcidium toonde een matig gedifferentieerd plaveiselcelcarcinoom. Nu was, eindelijk, de diagnose gesteld en kon de behandeling beginnen. De prognose is maar matig, en natuurlijk slechter dan wanneer de diagnose twee maanden eerder gesteld was.

Wie met vrucht een hals wil onderzoeken, moet zich in grote lijnen de anatomie voor ogen kunnen halen. Enige schematisering is daarbij een goede hulp. De hals wordt begrensd door de mandibula aan de bovenzijde, door de clavicula aan de onderkant en door de M. trapezius aan de achterzijde. De M. sternocleidomastoideus verdeelt dit terrein diagonaalsgewijs in een voorste en een achterste halsdriehoek. Onder de M. sternocleidomastoideus ligt de vaatzenuwstreng bestaande uit A. carotis, V. jugularis en N. vagus. Verder zijn in iedere normale hals te palperen, en vaak ook te zien, in het midden de larynx en de schildklier, midden onder de kaakrand de glandula submandibularis en om de opstijgende tak van de mandibula grijpend de glandula parotis. De lymfklieren zijn normaal niet te palperen. Pas als ze vergroot en dus pathologisch zijn, kan men ze voelen. Waar moet men nu bij het onderzoek van een hals zoeken naar vergrote lymfklieren? De lymfklieren liggen weliswaar door de gehele hals verspreid, maar toch is er wel enig systeem te ontdekken, een systeem dat bovendien voor de kliniek belangrijk is.

In principe kan men in de hals 4 lymfklierketens onderscheiden (fig. 1).

1. *De voorste of jugulaire keten.* Deze ligt langs de



Fig. 1. Schema van de 4 lymfklierketens in de hals: de voorste of jugulaire, de achterste of spinale, de submandibulaire en de supraclaviculaire keten.

vaatzenuwstreng en is deels dus verborgen onder de M. sternocleidomastoideus. De vaak vergrote lymfklier achter onder de kaakhoek, die ieder zo goed kent van een banale tonsillitis, behoort tot deze keten.

2. *De submandibulaire keten.* Deze verloopt vlak onder de rand van de mandibula. De voorste klieren van deze keten worden ook wel de submentale klieren genoemd.

3. *De achterste of spinale keten.* Deze is te vinden in de achterste halsdriehoek, dus tussen de M. sternocleidomastoideus, de clavicula en de M. trapezius. De hiertoe behorende lymfklieren zijn de typische drainagestations van de nasopharynx.

4. *De supraclaviculaire keten.* Deze keten ligt ook in de achterste halsdriehoek, maar dicht boven de clavicula. Met deze nu weer opgefriste anatomische kennis voor ogen gaan wij de hals eerst maar eens bekijken. Kleine verschillen tussen rechts en links zijn soms beter te zien dan te voelen. Het palperen gebeurt het best wanneer de patiënt rechtop op een stoel of een kruk zit met het hoofd licht voorovergebogen en de onderzoeker achter de patiënt staat met beide handen palpeert, zodat rechts en links goed vergeleken kan worden (fig. 2). Dit is betrouwbaarder dan wanneer men naast een patiënt staat die bijv. op een onderzoekbank ligt. Het palperen kan ook beter niet van de voorkant uit gebeuren, daar bijna iedere patiënt dan de neiging heeft het hoofd achterover te buigen, waarbij de voorzijde van de hals wordt gespannen en men minder kan voelen van de onderliggende structuren dan bij iets voorovergebogen hoofd. De oppervlakkige structuren kan men het best voelen als men zacht palpeert,

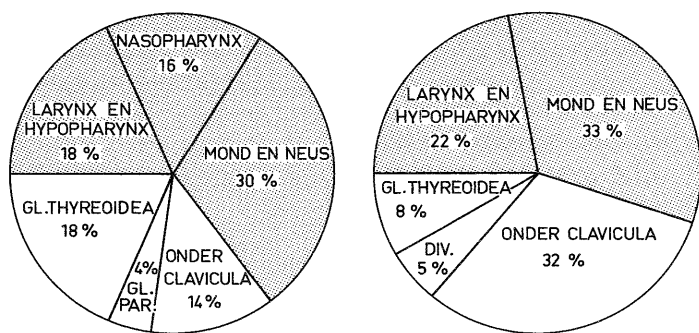


Fig. 4. Plaats waar de primaire tumor werd gevonden bij patiënten met een halslymfkliermetastase. Het gestippelde gebied behoort tot het dagelijkse werkterrein van de keel-neus-oorarts.

Indien men vermoedt dat een vergrote lymfklier op een metastase berust, zal men materiaal uit deze klier kunnen verzamelen voor de patholoog-anatoom. In het algemeen verdient hiertoe cytologische punctie de voorkeur boven het geheel verwijderen van de klier. Zowel het verdere onderzoek als de behandeling, wanneer inderdaad blijkt dat men met een metastase te maken heeft, worden vaak bemoeilijkt indien kort tevoren lymfklierexcisie heeft plaatsgehad. Het gedeeltelijk verwijderen van een lymfklier is bijna altijd af te keuren. Ondertussen zal men moeten nagaan of er aanwijzingen zijn voor een systeemziekte en als dat niet het geval is, zal gezocht moeten worden naar de primaire tumor. Soms kan men aanwijzingen vinden over de plaats van de primaire tumor door zich te realiseren wat de typische drainagegebieden zijn van de verschillende lymfkliergroepen. De submandibulaire klieren zijn de stations van het voorste tweederde deel van de tong, van de mondbodem en van het gebit. Het bovenste deel van de jugulaire keten bestaat uit de stations van tonsil, tongbasis, larynx en hypopharynx. Op het onderste deel van de jugulaire keten draineert de schildklier. De spinale keten heeft als typisch drainagegebied de nasopharynx. Tenslotte de supraclaviculaire keten, waarop niet alleen de sinus piriformis

draineert, maar waarmee van onder de clavicula ook bijv. maag en bronchiale boom verbinding hebben. Men bedenke echter dat er grote variaties in de lokalisatie van lymfklieren en in hun onderlinge verbindingen zijn en dat typische stations kunnen worden overgeslagen.

Waar zal nu in geval van een halslymfkliermetastase meestal de primaire tumor gevonden worden? De bevindingen van twee patholoog-anatomen, HENDRICK bij 148 en BATSAKIS bij 116 patiënten, zijn weergegeven in figuur 4. In beide onderzoeken blijkt bij meer dan de helft van de patiënten de primaire tumor gevonden te zijn op het terrein dat de keel-neus-oorarts dagelijks onderzoekt, namelijk neus, mond, nasopharynx, hypopharynx en larynx. Vaak zal hij binnen enkele minuten de primaire tumor kunnen vinden. Soms ook levert het opzoeken van de primaire tumor vele moeilijkheden op. Soms zullen multipole blinde proefexcisies moeten worden verricht en, ondanks zorgvuldig en herhaald onderzoek door een team van specialisten, blijkt in 5% van de gevallen de primaire tumor niet te vinden. In de Angelsaksische literatuur spreekt men dan van „unknown primary”. Tenslotte wordt bij zulke patiënten dan toch maar tot behandeling van alleen de metastase overgegaan. In ongeveer 30% van de gevallen wordt later de primaire tumor alsnog duidelijk. Dat het vinden van de primaire tumor zo moeilijk is, is gelukkig een uitzondering. Bij ongeveer de helft van de patiënten kan de keel-neus-oorarts met eenvoudig spiegelonderzoek de primaire tumor aanwijzen. Daarom moet een patiënt verdacht van een halslymfkliermetastase in een vroeg stadium door de keel-neus-oorarts worden onderzocht. Dit kan de patiënt, en onze patiënt van vandaag is daarvan een goed voorbeeld, kostbare weken of zelfs maanden sparen. Tijdwinst die juist bij een carcinoom belangrijk is.

Juli 1979

Bladvulling

De artsstand hoog gewaardeerd

„Het zal ons aller hart goed doen, uit de St. Petersburg. med. Zeitung te vernemen, dat de Russische minister van oorlog heeft bepaald, dat de militaire artsen voortaan een even groote cocarde mogen dragen als de echte officieren, en bijna even breede passamenten. Ook zullen zij bij hun dienst sporen moeten dragen. Zij zullen ze wel reeds hebben verdiend.”

(Berichten. Buitenland (1912) *Ned. T. Geneesk.* 56 I, 1397.)

Alternatieve geneeskunde in Panama

„Panama – Hoe de arbeid voor de gezondheid der bevolking wordt op prijs gesteld. – Reeds meer dan eens kon hier worden vermeld, hoe door groote inspanning van den ge-

zondheidsdienst der Vereenigde Staten de streek van het Panama-kanaal van een verpest land is geworden tot een voortreffelijke gelegenheid voor klimaatkuren. Men zou zoo denken, dat dit zelfs de oogen van den axolotl zou hebben geopend voor de waarde der wetenschappelijke geneeskunde. Maar de hersenen der regering van de kanaalzone zijn daarvoor niet toegankelijk. Zij heeft onlangs een decreet uitgevaardigd, waarbij aan ongeëxamineerden, in het bijzonder aan uitoefenaars der Christian Science, het recht om te practizeeren wordt toegestaan. Voor een land, waar van het grootste gewicht is, ieder geval van gele koorts, malaria, straks wellicht van pest, terstond te ontdekken, kan zulk een maatregel noodlottig zijn. The Medical Record geeft dan ook haar ergernis hierover te kennen.”

(Berichten. Buitenland (1912) *Ned. T. Geneesk.* 56 I, 1480.)