1916; zij werd door Wilms geïntroduceerd. Daarna is deze methode enige tientallen jaren in ongebruik geraakt, totdat zij na de tweede wereldoorlog in 1946 weer werd toegepast. Het ulcus wordt ruim uitgesneden, vaak met medeneming van het onderliggende bot, zulks met het oog op eventuele infecties aldaar. In enkele artikelen wijst Van Enst erop, dat het niet noodzakelijk is het onderliggende bot altijd mee te nemen. Het defect wordt gesloten met een Thierse lap of een gesteelde lap.

Tenslotte moet worden opgemerkt dat het belangrijkste punt bij de decubitusbehandeling is: het voorkómen van het ulcus. Wanneer echter ondanks de goede voorzorgen toch een decubitus ulcus ontstaat of wanneer er al een decubitus ulcus was op het moment, dat de patiënt voor het eerst werd gezien, dan is naar mijn mening de zorg en toewijding, waarmede de behandeling wordt toegepast, welke die dan ook is, van het allergrootste belang.

Ovariumcarcinoom

DOOR DR. A. C. DROGENDIJK, VROUWENARTS*

Inleiding. Het ovariumcarcinoom is een veel voorkomende tumor. De frequentie ervan neemt toe (*Taylor, Hoogendoorn).* De prognose is slecht en onder andere afhankelijk van de mate van uitbreiding van het proces op het moment dat de diagnose wordt gesteld. Het is gebleken dat het ovariumcarcinoom tot de tumoren behoort die goed op cytostatica reageren. Een en ander betekent dat het ovariumcarcinoom veel meer aandacht verdient dan het in ons land krijgt. Zoals *Heins* opmerkte, verschenen in de Nederlandse literatuur van de laatste tien jaar vrijwel alleen publikaties over zeldzame vormen van de maligne ovariumtumor. Zelf maakte *Heins* een uitvoerige studie van het ovariumcarcinoom. Het hierna volgende berust mede op de gegevens welke deze studie opleverde.

Indeling en frequentie van het ovariumcarcinoom. Geen orgaan geeft oorsprong aan zoveel verschillende soorten tumoren als het ovarium. Naar hun gelijkenis met een van de soorten weefsels die in het volwassen of embryonale ovarium of in de naaste omgeving van de ovariumaanleg voorkomen, zijn deze tumoren in te delen zoals in *tabel 1* is weergegeven.

Vele van de tumoren uit dit schema zijn zeldzaam namelijk de mesenchymale (groep 2), de gonocytaire (groep 3) en de van oernier- en bijnierweefsel af te leiden tumoren (groepen 5 en 6). Bij kinderen is het teratoom de meest voorkomende ovariumtumor (ongeveer 60 procent; *Thompson* en medewerkers). Het dysgerminoom komt vooral voor op de leeftijd van tien tot twintig jaar, de androblastomen op de leeftijd van twintig tot veertig jaar, de gynaecoblastomen boven de veertig jaar. De tumoren die vermoedelijk uit het kiemepitheel ontstaan (groep 1) zijn beneden de leeftijd van dertig jaar zeldzaam. Zij komen het meest in de postmenopauze voor. De tumoren van groep 1 (behalve de zeldzame Brennertumor) vormen het leeuwedeel van de ovariumtumoren, ook van de maligne. De maligne vorm van het sereuze cystoom is het cystadenocarcinoma serosum, dat al of niet papillaire woekeringen vormt (ook het benigne sereuze cystoom kan overigens papillen vormen). De maligne vorm van het mucineuze cystoom is het cystadenocarcinoma mucinosum. Mogelijk ontstaan deze cysteuze carcinomen — althans een aantal — door maligne degeneratie van de overeenkomstige benigne cysten.

De endometroide cyste of endometriosehaard (groep 4) wordt door velen niet als een tumor, maar als ectopisch endometriumweefsel beschouwd. In een klein percentage der gevallen treedt een maligne degeneratie in een endometroide cyste op. *Fathalia* deed een uitvoerig onderzoek naar het vóórkomen van maligne degeneratie in een endometroide cyste. In zijn materiaal had twaalf procent der maligne ovariumtumoren het aspect van een endometriumcarcinoom. Bij één procent van de maligne ovariumtumoren kon hij vaststellen dat het om een maligne degeneratie van een endometroide cyste ging. Van de andere endometroide carcinomen was dit niet na te gaan.

Wij willen ons verder alleen bezighouden met de herhaaldelijk voorkomende maligne ovariumtumoren, dat zijn de maligne tumoren uit de groepen 1 en 4 van de gegeven indeling. Deze tumoren kan men kortweg betitelen als „het ovariumcarcinoom" — velen vatten alle maligne tumoren van het ovarium, ook de stromale, onder dit begrip samen —. Een overzichtelijke indeling van de meest voorkomende ovariumtumoren werd opgesteld op een internationale conferentie te Stockholm in 1961.

1 Sereuze cystomen
a benigne
b prolifererende, geen stroma-invasie, mogelijk maligne
c maligne: sereus cystadenocarcinoom

* Uit de afdeling verloskunde en gynaecologie van het Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit te Amsterdam. Hoofd: Prof. Dr. J. Janssens.

2 Mucineuze cystomen
a benigne
b prolifererend, geen stroma-invasie; mogelijk maligne
c maligne: mucineus cystadenocarcinoom

3 Endometroide tumoren
a benigne: ectopisch endometrium of echte tumor
b prolifererend endometroid adenoom of cystadenoom, mogelijk maligne
c maligne: endometroid adenocarcinoom

4 Niet nader te differentiëren carcinomen.

Niet altijd is op grond van het histologische beeld met zekerheid uit te maken of de tumor maligne is, zoals ook uit deze laatste indeling blijkt. Bovendien zijn er tumoren met een histologisch benigne aspect, maar met metastasering naar het peritoneum. Het klinische beloop is langdurig, genezing niet uitgesloten. In de literatuur noemt men dit „borderline" tumoren. *Heins* rekent hiertoe eveneens de tumoren die, hoewel gemetastaseerd en histologisch een carcinoom, klinisch een geprotraheerd verloop hebben (tien jaar of meer).

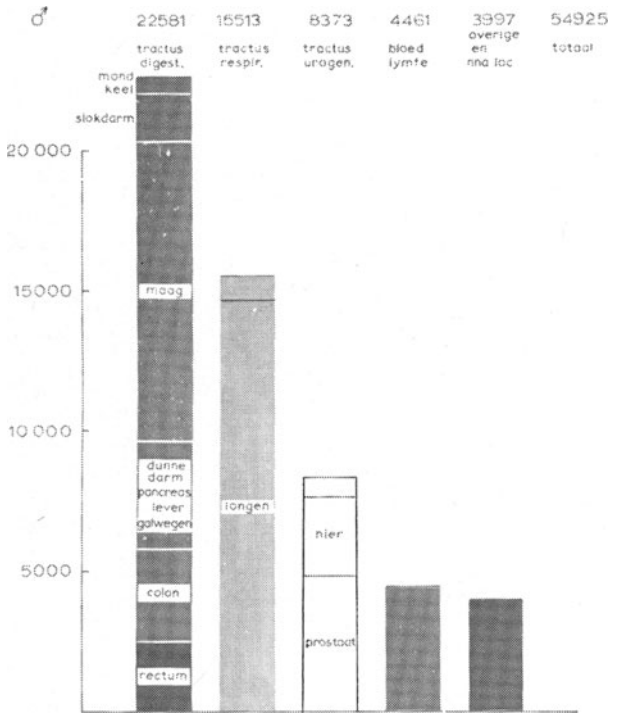
Hoe is nu de plaats van het ovariumcarcinoom wat betreft zijn frequentie ten opzichte van de andere maligne tumoren? Om hierover een indruk te verkrijgen hebben wij de gegevens omtrent de sterfte aan maligne tumoren in Nederland nagegaan over vijf jaren namelijk van 1959 tot en met 1963. Deze gegevens, afkomstig van het Centraal Bureau voor de Statistiek, ontleenden wij aan de *Jaarboeken van Kankeronderzoek en Kankerbestrijding in Nederland.* Zowel bij de man als bij de vrouw komen carcinomen van de tractus digestivus als groep tezamen genomen tegenover de carcinomen van de andere tracti, het meeste voor (*figuur 1 en 2*). Daaropvolgend komt bij de man het longcarcinoom het meeste voor, bij de vrouw het carcinoom van de mamma en van de andere geslachtsorganen.

Vergelijken wij de mortaliteit van de carcinomen van de vulva, de uterus en het ovarium — de overige genitale carcinomen te weten die van vagina, tuba en ligamentum latum zijn zo zeldzaam, dat hun aantal voor deze beschouwing is te verwaarlozen — dan krijgt men naar afnemende frequentie deze reeks: ovariumcarcinoom - cervix-

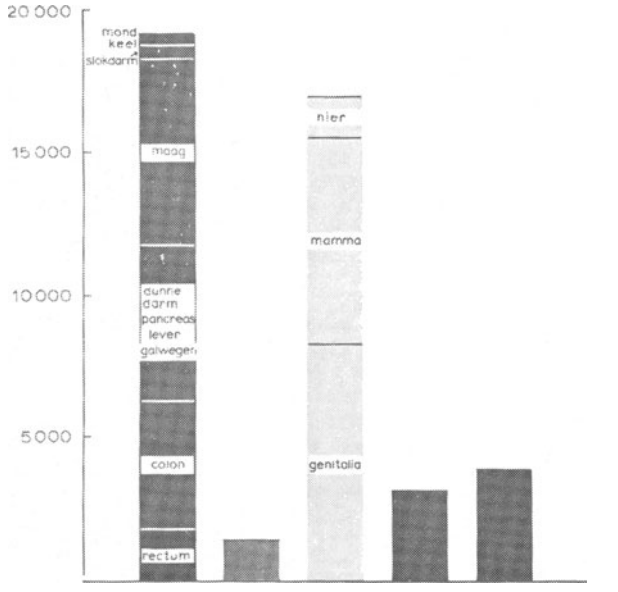
Tabel I. Indeling van de ovariumtumoren. (Enigszins gewijzigd naar Plate 1965).

Ovariumtumoren		Benigne	Maligne
1 Kiemepitheel: cysteuze tumor	- seeus	+	+
	- mucineus	+	+
solide tumor	- Brennertumor	+	±
	- carcinoom (adenocarcinoom; papillair, medullair, scirreus, alveolair of plexiform carcinoom; carcinoma simplex).	—	+
2 Mesenchym: a. Niet-gedifferentieerd voor geslachtsfunctie	- fibroom	+	—
	- fibromyoom	+	—
	- angioom	+	—
	- lipoom	+	—
	- sarcoom	—	+
b. Gedifferentieerd voor geslachtsfunctie	- dysgerminoom	—	+
	- androblastoom (Sertoli-celtumor, hilus-celtumor, mengvorm)	+	+
	- gynaecoblastoom (granulosa-celtumor, theca-celtumor).	+	+
3 Gonocyt:	- teratoom (struma ovarii, entodermaal cystoom)	+	+
	- dermoidcyste	+	±
	- chorionepithelioom	—	+
4 Endometriumweefsel:	- endometroide cyste	+	+
	- endometroid carcinoom	—	+
5 Oernierweefsel:	- mesonefrische tumor	—	+
6 Bijnierweefsel:	- masculinovoblastoom	—	+

carcinoom - corpuscarcinoom - vulvacarcinoom *(figuur 3)*. De mortaliteit van het ovariumcarcinoom



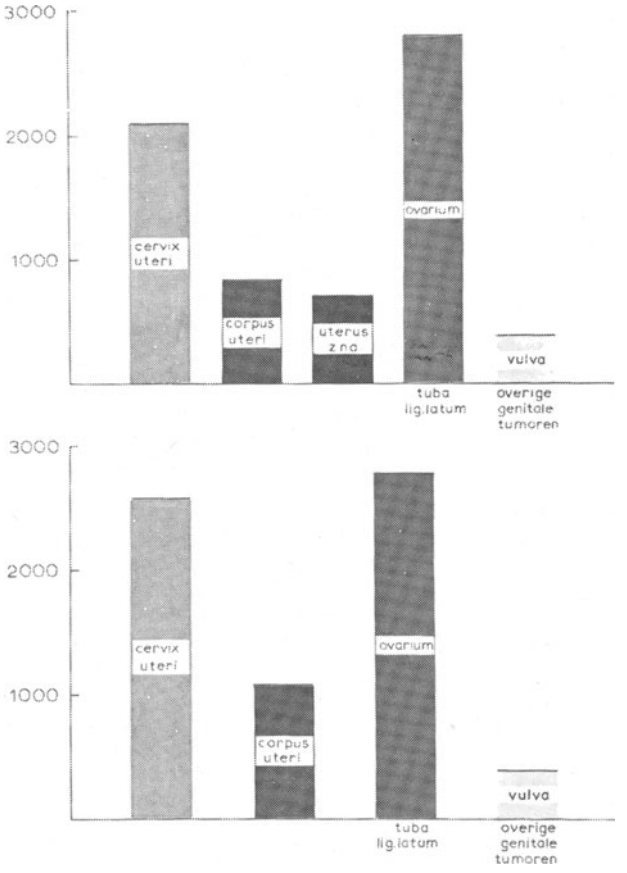
Figuur 1. Sterfte aan maligne tumoren bij de man in Nederland, 1959 tot en met 1963. (Uit: Jaarboeken van Kankeronderzoek en kankerbestrijding in Nederland).



Figuur 2. Sterfte aan maligne tumoren bij de vrouw in Nederland, 1959 tot en met 1963. (Uit: Jaarboeken van Kankeronderzoek en Kankerbestrijding in Nederland).

is dus nog hoger dan die van het cervixcarcinoom! Naar mijn mening realiseert men zich dit onvoldoende.Het cervixcarcinoom heeft alle aandacht, al sinds vele jaren. Over het ovariumcarcinoom wordt zelden gesproken en toch is het belang van deze aandoening zeker even groot. Wellicht moet men de verklaring hiervan zoeken in het feit, dat de prognose van het cervixcarcinoom, dank zij spectaculaire chirurgische en radiologische therapie, relatief goed is terwijl een vroegtijdige diagnose van dit lijden binnen medisch bereik ligt. Beide uitspraken gaan voor het ovariumcarcinoom helaas niet op.

Wat betreft de frequentie waarin de genoemde genitale tumoren voorkomen is de volgorde anders dan wat betreft de mortaliteit *(figuur 4)*. De reden



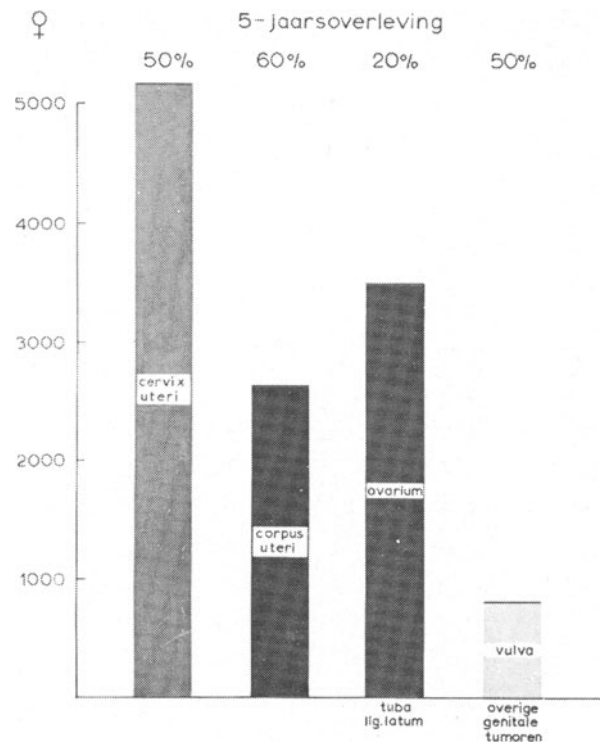
Figuur 3. Sterfte aan carcinomen van vulva, uterus en ovarium in Nederland, 1959 tot en mt 1963.
Daar niet altijd duidelijk is of een uteruscarcinoom van het corpus of van de cervix uitgaat, is in de statistiek opgenomen een groep „uterus-carcinomen zonder nadere aanduiding" (uterus z.n.a.; bovenste figuur). In de onderste figuur zijn de carcinomen van deze groep over de groepen corpus- en cervixcarcinoom verdeeld naar de frequentieverhouding van deze carcinomen (Nederland; 1959 tot en met 1963; absolute cijfers. Uit: Jaarboeken van Kankeronderzoek en Kankerbestrijding in Nederland).

hiervan is, dat de vijfjaarsoverleving voor patiënten met ovariumcarcinoom slechts ongeveer 20 procent is, voor patiënten met een carcinoom van de cervix uteri, het corpus uteri of de vulva daarentegen ongeveer 50 tot 60 procent. (*Meinsma*). Berekenen wij met behulp van deze gegevens de frequentie waarin de verschillende genitale carcinomen voorkomen, dan wordt de volgorde naar afnemende frequentie: cervixcarcinoom - ovariumcarcinoom - corpuscarcinoom - vulvacarcinoom (verhouding respectievelijk 6 : 4 : 3 : 1).

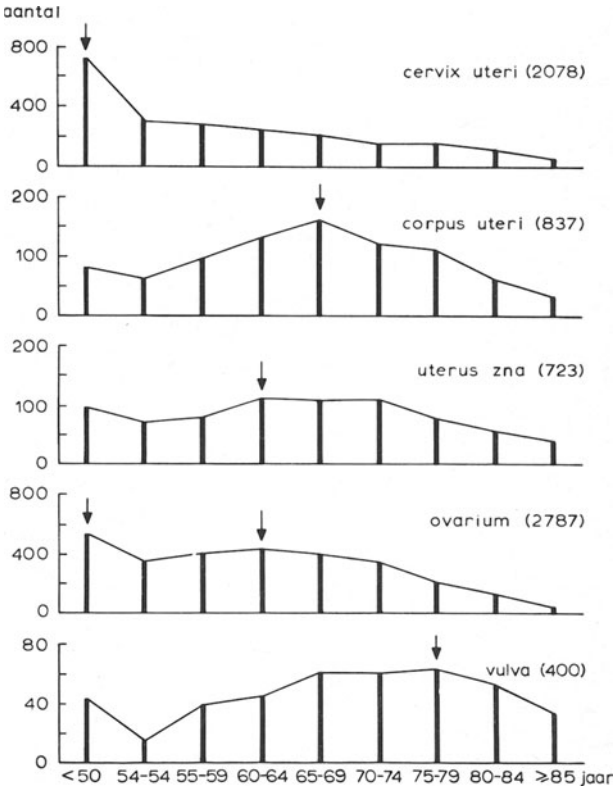
Wat betreft de leeftijd waarop de aandoening voorkomt vertonen de genitale carcinomen eveneens onderlinge verschillen. Het cervixcarcinoom komt het meeste voor bij vrouwen van 40 tot 50 jaar, het ovariumcarcinoom bij vrouwen van 60 tot 64 jaar, het corpuscarcinoom bij vrouwen van 65 tot 69 jaar en het vulvacarcinoom bij vrouwen van 75 tot 79 jaar. (*figuur 5 en 6*). Men kan dus naar de leeftijd waarop de tumor het meeste voorkomt dezelfde reeks opstellen als naar de frequentie:

Leeftijd in jaren	40 tot 50	60 tot 64	65 tot 69	70 tot 79
Carcinoom van	Cervix uteri	Ovarium	Corpus uteri	Vulva
Frequentieverhouding	6	4	3	1

Diagnose. De anamnestische symptomen van het ovariumcarcinoom zijn pijn, dikker worden van de buik, metrorragie, mictieklachten en vermagering. Niet meer dan één van deze symptomen behoeft aanwezig te zijn. Klachten kunnen ook geheel ontbreken of er zijn slechts vage buikklachten aanwezig. Het meest frequent is het symptoom pijn. Het komt bij twee op de drie patiënten voor. Het daarna meest voorkomende verschijnsel is het dikker worden van de buik (bijna de helft van de patiënten). Metrorragie, mictieklachten en vermagering komen elk bij ongeveer 25 procent der patiënten voor (*Heins*). Over pijn wordt ook geklaagd bij een benigne ovariumtumor. De aanwezigheid van pijn bij een maligne ovariumtumor heeft geen prognostische betekenis. Metrorragie kan ontstaan door metastasen in de uterus (in ongeveer tien procent der gevallen) of door dysfunctie van de ovaria (vermoedelijk een hoge oestrogeenproduktie door hyperplasie van het ovariumstroma). Het dikker worden van de buik kan het gevolg zijn van de groei van de tumor of van ascites. De aanwezigheid van ascites bij een ovariumcarcinoom is prognostisch ongunstig. De mictieklachten kunnen bestaan uit pollakisurie, strangurie, stress-incontinentie of retentio urinae. Vermagering is prognostisch ongunstig. Toch leeft een klein aantal van de pa-



Figuur 4. Frequentie van maligne tumoren van het vrouwelijke genitale apparaat (Nederland; 1959 tot en met 1963; absolute cijfers).



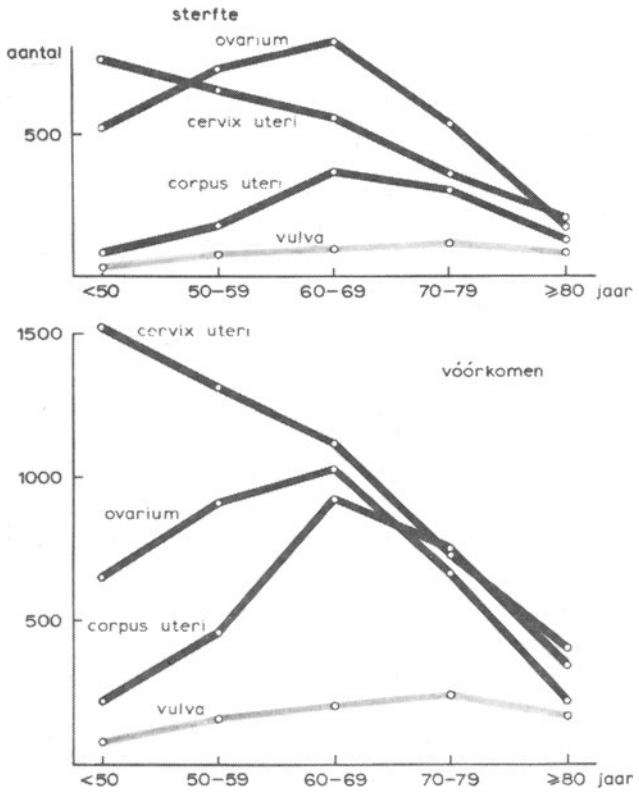
Figuur 5. Sterfte aan maligne tumoren van he vrouwelijke genitale apparaat, ingedeeld naar d leeftijd (Nederland; 1959 tot en met 1963; absolu te cijfers).

tiënten met deze klacht langer dan vijf jaar na het stellen van de diagnose.

Bij het uitwendig en/of inwendig onderzoek kan de tumor worden gevoeld. Zelden is een primair ovariumcarcinoom zo klein, dat zulks bij inwendig onderzoek niet het geval is. Het voelen van een adnexzwelling betekent echter nog niet dat een ovariumcarcinoom inderdaad aanwezig is. In de eerste plaats kan het gaan om een functionele cyste, ook wel retentiecyste genoemd. Men rekent hiertoe de follikelcyste, de luteïnecyste en ook wel de endometroide cyste. Is het wel een proliferatieve tumor, dan behoeft het nog geen maligne tumor te zijn. Uiteindelijk is slechts door proeflaparotomie en microscopisch onderzoek met zekerheid uit te maken om wat voor soort tumor het gaat.

Enkele regels om op grond van het inwendige onderzoek reeds een indruk te verkrijgen om wat voor soort tumor het gaat laten zich wel opstellen *(Heins)*.

1 De grootte van de tumor. Elke tumor van het ovarium in de postmenopauze is proliferatief. De kans dat een ovariumtumor bij een patiënte in de geslachtsrijpe leeftijd proliferatief is bedraagt bij kleine tumoren (tot mandarijngroot) 25 procent; bij middelgrote tumoren (tot vuistgroot) 50 procent en bij grote tumoren (tot aan of boven de navel) 100 procent. Daar bij de kleine tumoren de kans op maligniteit zeer klein is (minder dan 0,5 procent) kan men onder regelmatig plaatsvindende controle afwachten. Bij een middelgrote tumor is de kans op maligniteit 1 procent. Men zou hier eventueel gedurende maximaal drie maanden kunnen afwachten of de tumor slinkt. Toch zijn wij slechts tot een afwachtende houding geneigd bij adnexzwellingen niet groter dan een mandarijn. Bij grotere adnexzwellingen vinden wij de kans dat het gaat om een proliferatieve tumor — met in de toekomst een zekere kans op maligne ontaarding — te groot.



Figuur 6. Maligne tumoren van de vrouwelijke genitalia, naar sterfte en vóórkomen in curve gebracht (Nederland; 1959 tot en met 1963; absolute cijfers).

2 De consistentie. Indien de tumor solide aanvoelt of in een cysteuze tumor solide gedeelten zijn te voelen, pleit dit voor het proliferatief karakter van de tumor.

3 Dubbelzijdigheid. Dubbelzijdigheid van de tumor pleit voor een proliferatief karakter. Maligne tumoren zijn in ongeveer 50 procent der gevallen bilateraal. Benigne tumoren zijn minder vaak bilateraal, maar bij inwendig onderzoek veel vaker dan maligne tumoren ook werkelijk bilateraal te voelen. Voelt men bij inwendig onderzoek dat een ovariumtumor bilateraal is, dan pleit dit niet zonder meer voor maligniteit.

4 Ascites. Ascites komt bij ongeveer 40 procent van de maligne ovariumtumoren voor. Fysisch aantoonbaar is de ascites slechts bij ongeveer 20 procent maligne ovariumtumoren. Elke benigne ovariumtumor kan gepaard gaan met ascites (zelfs een follikelcyste!). De aanwezigheid van ascites bewijst dus geenszins maligniteit van de tumor.

5 Bij het algemene onderzoek lette men op vermagering, klierzwellingen en feminisatie- of virilisatieverschijnselen (hormoonproducerende tumoren). Klierzwellingen door metastasen van een ovariumcarcinoom kunnen in de lies voorkomen, maar soms ook in de hals.

6 De bezinkingssnelheid der erytrocyten. Bij maligne ovariumtumoren is deze in 70 procent der gevallen hoger dan 20 mm in het eerste uur. Ook bij benigne tumoren kan deze waarde zijn verhoogd (bij 30 procent hoger dan 20 mm in het eerste uur).

In de praktijk is gebleken dat een ovariumcarcinoom nogal eens ten onrechte voor een benigne ovariumtumor of myoom wordt gehouden. Wanneer bij het onderzoek een ovariumtumor wordt gevoeld, dient het volgende te worden bedacht. De kans dat een ovariumtumor maligne is stijgt met de leeftijd. Beneden de veertig jaar is die kans minder dan 10 procent, boven de 55 jaar reeds 45 tot 50 procent. Na de menopauze komt een functionele cyste niet meer voor. Na de menopauze komt het sereuze cystocarcinoom het meeste voor. Beneden de leeftijd van dertig jaar moet men vooral denken aan een teratoom of dysgerminoom. Vrouwen met ovariumcarcinoom hebben vaak geen of weinig kinderen. Hoe groter de huwelijksvruchtbaarheid, des te kleiner is de kans op ovariumcarcinoom. *(Versluys)*. Een tijdens de graviditeit ontdekte tu-

mor is zelden maligne (2 tot 3 procent). Meer dan de helft van deze tumoren is een dermoidcyste.

Differentiële diagnose. Voelt men een zwelling naast de uterus of in het cavum Douglasi, dan komen naast een primaire ovariumtumor nog andere diagnoses in aanmerking.

1 Secundaire ovariumtumor = metastase in het ovarium. Vooral carcinomen van de tractus digestivus (maag, colon) en van de mamma neigen tot metastaseren naar het ovarium. Soms zijn er grote metastasen in de ovaria en ontbreekt elk verschijnsel van de primaire tumor. Bij patiënten met een ovariumtumor moet daarom altijd op verschijnselen van de tractus digestivus worden gelet en moeten altijd de mammae worden gepalpeerd.

2 Endometriose van het ovarium. Velen rekenen de endometriose niet bij de echte tumoren. Weet men dat het om een endometriose gaat, dan is conservatieve behandeling (met hormonen) in eerste instantie aangewezen. Zonder proeflaparotomie is de diagnose endometriosis ovarii echter niet met zekerheid te stellen. Van enig belang zijn de volgende kenmerken van endometroide tumoren. Zij zijn immobiel, zelden groot, wisselen in grootte en zij komen voornamelijk bij vrouwen van twintig tot veertig jaar voor. Zij kunnen bij palpatie pijnlijk zijn, maar dat is niet noodzakelijk. Bij grote tumoren of een leeftijd van boven de veertig jaar is het beter geen eventuele gunstige reactie op hormonale therapie af te wachten, maar primair laparotomie te doen *(Heins)*.

3 Adnexitis, hydro- of pyosalpinx. Veelal geven anamnese en onderzoek uitsluitsel of het om deze afwijkingen gaat of niet. Men bedenke, dat niet alleen een ontstekingsinfiltraat drukpijnlijk kan zijn, maar dat zulks ook geldt voor carcinoomknobbels in het cavum Douglasi.

4 Extra-uteriene graviditeit. Deze komt uiteraard alleen in de geslachtsrijpe periode voor. Belangrijk is, dat men bij een adnexzwelling in de geslachtsrijpe periode aan de mogelijkheid van een extra-uteriene graviditeit denkt.

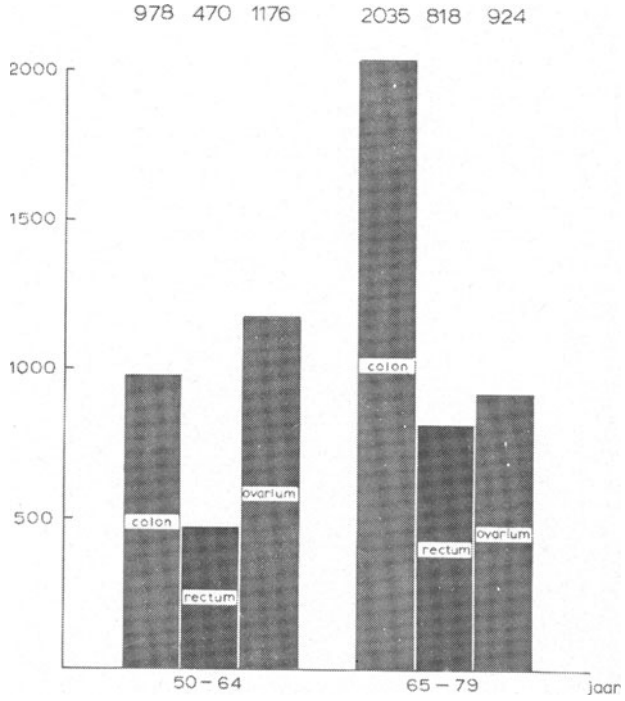
5 Myoom van de uterus. Een subsereus myoom kan los van de uterus worden gevoeld. Myomen involueren in de postmenopauze. Van een tumor die in de postmenopauze groeit of klachten geeft mag men niet aannemen dat het een myoom is.

6 Appendiculair infiltraat. Slechts zelden reikt dit zo laag en is het ziektebeloop zo atypisch dat verwarring met een adnextumor zou kunnen ontstaan.

7 Diverticulitis van het sigmoid. Deze aandoening behoort tot de belangrijkste differentiële diagnoses. Diverticulitis heeft ongeveer dezelfde voorkeursleeftijd als het ovariumcarcinoom en kan wat betreft de bevindingen bij het inwendige onderzoek sterk daarop gelijken (immobiele, pijnlijke, niet scherp begrensde tumor). Men vrage naar het bestaan van defaecatieklachten. Deze zijn bij een ovariumcarcinoom zeldzaam, bij een diverticulitis gewoon. Ook bij een diverticulitis kunnen defaecatieklachten echter geheel ontbreken. De faeces moeten worden onderzocht op occult bloed. Van groot belang voor de diagnose is het maken van een colonfoto. Vergissingen blijven mogelijk, daar een vervorming van het colonlumen door een op het colon drukkend of in het colon infiltrerend ovariumcarcinoom op de röntgenfoto veel op een primaire darmafwijking kan lijken.

8 Carcinoom van het colon. Dit behoort tot de relatief veel voorkomende maligne tumoren. De sterfte aan coloncarcinoom is bij vrouwen hoger dan de sterfte aan ovariumcarcinoom. *(figuur 7)*. Daar de prognose voor beide soorten tumoren weinig verschilt, kan men ook zeggen dat het coloncarcinoom vaker voorkomt dan het ovariumcarcinoom. Dit geldt niet voor vrouwen van alle leeftijden. Het coloncarcinoom bereikt bij vrouwen zijn hoogste frequentie in de leeftijdsgroep van 70 tot 79 jaar, het ovariumcarcinoom echter in de leeftijdsgroep van 60 tot 64 jaar *(figuur 8)*. Tot op een leeftijd van 65 jaar komt ovariumcarcinoom vaker voor dan coloncarcinoom. Na deze leeftijd gaat het coloncarcinoom overwegen.

Een naast de uterus gevoelde tumor kan een carcinoom van het colon zijn, vooral een carcinoom van het sigmoid, het gedeelte van het colon dat dicht bij de uterus is gelegen. Een beginsymptoom van het veelal stenoserende carcinoom van het sigmoid is meteorisme, dus opzetten van de buik. Opzetten van de buik is ook een typisch symptoom van het ovariumcarcinoom, maar dan

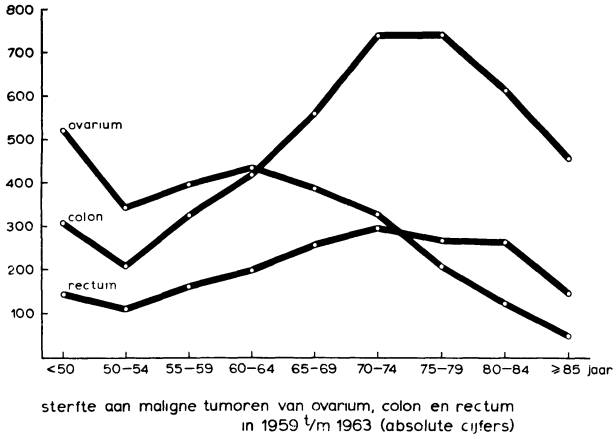


Figuur 7. Sterfte van vrouwen aan colon-, rectum- en ovariumcarcinoom (Nederland; 1959 tot en met 1963; absolute cijfers).

als gevolg van ascites of tumorgroei. Fysisch onderzoek van de buik kan duidelijk maken door welke oorzaak de buik is gezwollen. Bij coloncarcinoom is er gewoonlijk een stoornis in het defaecatiepatroon, bij ovariumcarcinoom niet. Röntgenonderzoek van het colon en een benzidinereactie met de faeces zijn verder voor de differentiële diagnostiek aangewezen. Belangrijk is, dat men zich realiseert dat men bij een vrouw van 50 tot 65 jaar met vage buikklachten in principe eerder aan een ovariumcarcinoom dan aan een coloncarcinoom moet denken, omdat op deze leeftijd bij de vrouw het ovariumcarcinoom nu eenmaal frequenter voorkomt dan het coloncarcinoom.

Behandeling. In het totaal zijn er drie mogelijkheden wat betreft de behandeling: operatieve, radiologische en cytostatische therapie.

Operatieve therapie. In het algemeen zal men trachten radicaal te opereren. Gewoonlijk wordt een extirpatie van de uterus en de beide adnexa verricht, ook wanneer de tumor zich tot één ovarium lijkt te beperken. Niet zelden blijken in het laatste geval toch reeds (microscopische) metastasen in de uterus, het andere ovarium of de lymfwegen die de beide ovaria verbinden, aanwezig. Met de adnexa zal men de ligamenta infundibulo-pelvica zo ver mogelijk wegnemen. Is er metastasering naar het peritoneum, naar de regionale klieren (lymphoglandulae lumbales) of hematogeen naar andere organen — vooral lever, galblaas, pancreas, maagdarmkanaal, long, pleura en ribben —, dan is radicaal opereren uitgesloten. Velen nemen dan toch zoveel mogelijk tumorweefsel weg en doen, zo mogelijk, een extirpatie van de uterus met de adnexa. Hierdoor zou de overlevingsduur met enige maanden tot een jaar worden verlengd *(Dellepiane)*. Indien door een dergelijke ingreep het operatierisico beduidend wordt vergroot kan men ons inziens beter met enkele proefexcisies volstaan. Bij aanwezigheid van ascites wordt wel omentumresectie gedaan om de vorming van ascitesvocht na de operatie te beperken. Lymfadenectomie heeft weinig zin, omdat lymfkliermetastasen zich haast nooit tot de regionale klieren van het kleine bekken beperken en er behalve lymfkliermetastasen zeker ook wel peritoneale en/of hematogene metastasen zullen zijn. Wanneer voor de patiënte het behoud van één ovarium en de uterus erg belangrijk is (jonge vrouw met kinderwens) kan men met eenzijdige adnexextirpatie volstaan indien de tumor zich tot één ovarium beperkt en de kapsel glad is. Blijkt de tumor histologisch niet goed gedifferentiëerd, dan moet alsnog extirpatie van de uterus en het achtergebleven adnex plaatsvinden. Overigens is het nog de vraag of men de prognose door de uitgebreidheid van de operatie gunstig kan beïnvloeden.



Figuur 8. Sterfte van vrouwen aan colon-, rectum- en ovariumcarcinoom, naar de leeftijd in curve gebracht (Nederland; 1959 tot en met 1963; absolute cijfers).

Bestraling. In het algemeen is het ovariumcarcinoom niet voor bestraling gevoelig. Zeker zal men aan een operatieve verwijdering van de tumor de voorkeur moeten geven boven een bestraling. De waarde van een röntgennabestraling na operatieve behandeling staat niet vast. Het inbrengen van radioactief goud in de buikholte heeft alleen een gunstig effect wat betreft de remming van vorming van ascitesvocht. Veel meer kan men ook niet verwachten, daar 95 procent van de uitgezonden straling uit bètastralen bestaat, die een maximale penetratie hebben van 3,8 mm. Als complicaties van de behandeling met radioactief goud komen onder andere darmobstructie en -perforatie voor. Daar cytostatica veelal eveneens de vorming van ascites tegengaan terwijl de genoemde complicaties niet optreden, is er thans ons inziens geen reden om radioactief goud in het therapeutisch arsenaal te handhaven. *Moore en Langley* verkregen bij een groep patiënten met ovariumcarcinoom, die zij zowel chirurgisch als met radio-actief goud behandelden, wel een gunstig percentage vijfjaarsoverleving, maar hun materiaal bevatte (naar zij zelf ook opmerkten) vele gevallen waarin het carcinoom niet was uitgebreid zodat de prognose alleen al om die reden gunstig was.

Cytostatica. Sinds bijna tien jaar zijn bij de behandeling van het ovariumcarcinoom cytostatica in gebruik. Het meeste worden gebruikt alkylerende cytostatica: cyclofosfamide (Endoxan); chlorambucil (Leukeran), thio-Tepa, melphalan = L-sarcolysine (Alkeran), busulfan (Myleran) en Dichloren. Het ovariumcarcinoom behoort tot de weinige tumoren die voor cytostatica goed gevoelig zijn. Een objectieve verbetering, dat wil zeggen kleiner worden van de tumormassa en verdwijnen van de ascites, ziet men in 50 tot 60 procent der gevallen. Een subjectieve verbetering van de patiënte treedt nog vaker op. Allen, die cytostatica bij de behandeling van het ovariumcarcinoom toepassen, zijn het eens over het palliatieve effect van deze middelen (*Rutledge and Burns; Burns en medewerkers; Da Rugna en medewerkers; Decker en medewerkers; Dellepiane; Parker; Spechter*). Geen eensgezind-

heid heerst over de vraag of de gemiddelde levensduur wordt verlengd. Volgens *Moore* is er aanvankelijk wel enige verbetering, maar is de sterfte in groepen met en zonder behandeling met cytostatica na twee jaar gelijk. Ook *Burns en medewerkers* en *Powell* meenden dat de overlevingsduur door de toepassing van een cytostaticum niet wordt verlengd. Anderen zagen wel een verlenging van de overlevingsduur.

Masterson deed bij een groep van 75 patiënten met gevorderd ovariumcarcinoom (uitbreiding buiten de adnexa en de uterus) een dubbelblind onderzoek naar het effect van chlorambucil. De gemiddelde overlevingsduur was voor de patiënten uit de placebogroep en uit de chlorambucil-groep respectievelijk 9,3 en 33,5 maanden. Vijftien procent van de behandelde patiënten had een remissie van twee tot drie jaar. *Masterson* legde er de nadruk op, dat men de patiënten na een gunstig resultaat van de behandeling op een onderhoudsdosis moet zetten.

Spechter verbeterde het resultaat van de behandeling van patiënten met vergevorderd — tot buiten het kleine bekken gemetastaseerd — ovariumcarcinoom door toepassing van een speciaal behandelingsschema. Wanneer bij proeflaparotomie bleek, dat een radicale operatie door de verbreiding van het carcinoom niet mogelijk was, werd volstaan met proefexcisie. Na de operatie werd een zogenaamde tandemtherapie ingesteld: afwisselend röntgenbestraling en toediening van cyclofosfamide. De röntgenbestraling was bedoeld om in de tumorhaarden de doorstroming met bloed op peil te houden.

Als gevolg van de toediening van een cytostaticum zouden de tumorhaarden na een devitalisatie van hun perifere cellen een kapsel om zich heen vormen, waardoor het cytostaticum de centraal in de haard gelegen tumorcellen niet of onvoldoende bereikt. Klinisch lijkt de tumor dan resistent geworden. In feite zou deze resistentie dus niet berusten op een verandering van de tumorcellen zelf, maar op hun onbereikbaarheid voor het middel door de om de haard gevormde kapsel. Röntgenbestraling zou de bloeddoorstroming bevorderen, de kapselvorming tegengaan en op deze wijze de werking van het cytostaticum krachtig ondersteunen. Trad een regressie van de tumor op, dan deed *Spechter* op geleide van de klinische indruk na vier tot twaalf maanden een relaparotomie en eventueel alsnog een radicale operatie. Ook na een eventuele secundaire radicale operatie werd doorgegaan met de cyclofosfamidebehandeling: perioden van zes tot acht weken afwisselend wel en niet cyclofosfamide (geen röntgenbestraling meer) Door dit behandelingsschema steeg de vijfjaarsoverleving bij het ovariumcarcinoom stadium IV (metastasering tot buiten het kleine bekken) van minder dan 1 procent tot 17,5 procent. *Spechter* kon nog niet uitmaken of ook bij gevallen met minder verbreid carcinoom (stadium I, II en III) het resultaat door cyclofosfamide tezamen met chirurgische en radiologische therapie was verbeterd.

Samenvattend kan worden gezegd, dat de cytostatica bij patiënten met ovariumcarcinoom zeer vaak een goed palliatief effect hebben. De overlevingsduur wordt vermoedelijk slechts bij een aantal van de patiënten met een uitgebreid gemetastaseerd carcinoom, verlengd. Genezingen zijn nog niet waargenomen, wel zeer langdurige remissies. Over het geheel genomen hebben de cytostatica de prognose voor patiënten met een ovariumcarcinoom weinig verbeterd.

Prognose. In de literatuur wordt de prognose zeer verschillend opgegeven: 8,5 tot 65,4 procent vijfjaarsgenezing. Dit grote verschil zal wel berusten op een verschil in de pathologisch-anatomische beoordeling van de ovariumtumoren en mogelijk op verschillen in samenstelling van het materiaal. Tot enkele jaren geleden was de prognose gemiddeld op 25 procent vijfjaarsgenezing te stellen. Wellicht hebben de cytostatica inmiddels een verbetering van enkele procenten gebracht.

Dat de prognose slecht is, berust op het feit, dat het ovariumcarcinoom pas laat klachten geeft en veelal reeds vroeg metastaseert. Het meest frequent is metastasering in de buikholte en het omentum. Ook bij een klein ovariumcarcinoom, dat zich tot één ovarium beperkt en waarbij het oppervlak van het ovarium glad is, kunnen reeds metastasen in het omentum aanwezig zijn *(Spechter)*. Vermoedelijk kunnen de carcinoomcellen vanuit het ovarium door de intacte ovariumkapsel heen in de buikholte komen. De ovariumkapsel bevat namelijk een dicht en goed ontwikkeld net van lymfvaten die met de dieper gelegen lymfvaten van het ovarium in verbinding staan (*Etingen en Zakayen*). Via de lymfvaten kunnen de carcinoomcellen dus waarschijnlijk direct in de vrije buikholte komen.

Het ovariumcarcinoom neigt ook sterk tot lymfogene metastasering in andere richting: de lymfvaten in het ligamentum latum, de lymfklieren van het kleine bekken en de eigenlijke regionale lymfklieren van het ovarium: de lymphoglandulae lumbales (bereikt via de lymfwegen in het ligamentum infundibulo-pelvicum). Beide ovaria staan via lymfvaten van de ligamenta lata en de uterus met elkander in verbinding. Bij een carcinoma ovarii behoren daarom de uterus en het andere ovarium tot de eerste metastaseringsstations. Hematogene metastasering vindt vooral plaats naar lever, long en pleura. Mogelijk komt het bij ovariumcarcinoom vaak voorkomende maligne pleura-exsudaat tot stand via directe verbindingswegen tussen buikholte en pleuraholten.

De prognose is afhankelijk van drie factoren: de soort tumor, de histologische graad van maligniteit en de uitbreiding van de tumor. (Wat betreft de soort tumor is de prognose in *tabel 2* weergegeven). Hoe minder de tumor is gedifferentiëerd, of an-

ders gezegd hoe sterker gedefferentiëerd, des te ongunstiger is de prognose (*tabel 3*).

De prognose is ook ongunstiger naarmate de tumor zich meer heeft uitgebreid. Velen vinden de uitbreiding van de tumor prognostisch de belangrijkste factor. In 1964 deed „The Cancer Committee of the International Federation of Gynecology and Obstetrics" het volgende voorstel tot indeling van de maligne tumoren van het ovarium op grond van hun uitbreiding.

Stadium I: Groei beperkt tot ovaria. Ia.: één ovarium; Ib: beide ovaria.
Stadium II: Groei in één of beide ovaria met uitbreiding in het kleine bekken. IIa.: uitbreiding en/of metastasering naar de uterus en/of tuba; IIb.: uitbreiding tot ander weefsel in het kleine bekken.
Stadium III: Groei in één of beide ovaria met intraperitoneale metastasen tot in de bovenste helft van de buik (omentum, dunne darm, mesenterium).
Stadium IV: Groei in één of beide ovaria met metastasen op afstand buiten de peritoneale holte.
Speciale groep: Gevallen die ervan worden verdacht ovariumcarcinoom te zijn, maar waar het bewijs ontbreekt omdat geen operatie is verricht.

Een iets eenvoudiger schema is dat volgens *Munnell en Taylor*.
Stadium I: Het proces is beperkt tot één ovarium.
Stadium II: Het proces is beperkt tot beide ovaria.
Stadium III: De tumor is overgegaan op andere bekkenorganen of op het peritoneum van het kleine bekken.
Stadium IV: De tumor heeft zich uitgebreid tot de bovenbuik of het omentum.

Volgens dit schema ingedeeld vond *Heins* de prognose van het ovariumcarcinoom zoals in *tabel 4* weergegeven.

Tabel 2. Prognose van het ovariumcarcinoom (Heins).

Soort tumor	Vijfjaarsgenezing in procenten
Zeldzame maligne tumoren	66
Mucineus cystadenocarcinoom	45
Sereus cystadecarcinoom	15
Ongedifferentiëerd carcinoom	7

Tabel 3. Prognose van het sereuze cystocarcinoom naar de graad van differentiatie (Heins)

Differentiatiegraad	Vijfjaarsgenezing in procenten
I	29
II	10
III	5

Tabel 4. Prognose van het ovariumcarcinoom naar de mate waarin de tumor zich heeft uitgebreid (Heins).

Stadium	Aantal	Vijfjaarsgenezing in percentages
I	37	81
II	15	40
III	44	4,5
IV	91	0

Vroegtijdige diagnose. Daar de prognose ongunstiger is naarmate het carcinoom zich meer heeft uitgebreid lijkt een vroegtijdige diagnose van groot belang. Aangezien een ovariumcarcinoom pas in een laat stadium klachten geeft, is een regelmatig herhaald routine-onderzoek bij alle vrouwen boven een zekere leeftijdsgrens (bijvoorbeeld veertig jaar) noodzakelijk om een eventueel ovariumcarcinoom vroegtijdig op het spoor te komen. *Macfarlene en medewerkers* deden bij een groep van 1 319 vrijwilligsters gedurende een periode van vijftien jaar jaarlijks een gynaecologisch onderzoek. Op deze wijze tewerk gaande werden zes ovariumcarcinomen ontdekt. Slechts een van deze patiënten leefde nog na vier en een half jaar. Kennelijk is één onderzoek per jaar onvoldoende. Zeker twee of meer controles per jaar zijn nodig. Dit is technisch niet uitvoerbaar daar het aantal gynaecologen onvoldoende is om dit omvangrijke werk te verrichten.

Een andere mogelijkheid is zich te beperken tot een cytologisch onderzoek van de inhoud van de vagina. *Graham en Graham* echter vonden, dat bij patiënten met een klinisch ovariumcarcinoom het vaginale uitstrijkje slechts in 43 procent van de gevallen positief was. Deze methode leent zich dus zeker niet voor een vroegtijdige diagnostiek.

Ook door cytologisch onderzoek van het urinesediment kan het bestaan van een genitaal carcinoom worden aangetoond. Cellen afkomstig van de gehele genitale tractus komen in de vulva terecht; deze worden tijdens de mictie uitgewassen. *Graham en medewerkers* vonden echter, dat bij een bestaand ovariumcarcinoom het urinesediment cytologisch slechts in 25 procent der gevallen positief was. Dit nadeel weegt niet op tegen het vermoedelijke voordeel van de methode namelijk, dat vrouwen eerder hun urine zullen brengen dan zelf een gynaecologisch onderzoek ondergaan.

De gevoeligste cytologische methode voor het opsporen van ovariumcarcinoom lijkt het onderzoek van peritoneaal vocht, verkregen door Douglaspunctie. *Graham en Graham* vonden bij een groep vrijwilligsters en bij vrouwen die werden verdacht van een tumor maar die geen palpabele afwijking hadden, door cytologisch onderzoek van vocht uit het cavum Douglasi, bij 24 patiënten een positief resultaat. Bij twee patiënten bleek een maligne afwijking der ovaria te bestaan met microinvasie, bij twintig patiënten een „borderline lesion" (van twee patiënten was het per laparoto-

miam verkregen weefsel van de ovaria niet te beoordelen).

Onder een „borderline lesion" verstaan de genoemde onderzoekers abnormaal epitheel, waarvan de kernen een maligne aspect hebben. Mogelijk is deze afwijking geheel vergelijkbaar met het carcinoma in situ in het kader van maligne afwijkingen van de cervix. Ook al zagen *Graham en Graham* geen complicaties van betekenis bij de Douglaspunctie (zelfs al werd het rectum of de blaas aangeprikt), deze onderzoekmethode is niet op grote schaal toe te passen en zeker niet bij iedere vrouw meermalen per jaar te herhalen. Bovendien is het nog de vraag of cytologisch onderzoek van Douglasvocht werkelijk een goede opsporing verzekert. *Powell* vond op acht patiënten met ovariumcarcinoom bij drie vrouwen het Douglaspunctaat cytologisch negatief!

Profylaxe. Een oude strijdvraag is of men bij een hysterectomie vlak voor of na de menopauze de ovaria moet extirperen ter voorkoming van een ovariumcarcinoom. De kans dat een veertigjarige vrouw aan ovariumcarcinoom zal overlijden werd door *Hoogendoorn* op twee promille *(Heins)* geschat. Hiertegenover staat, dat bij de vrouw na het 50ste levensjaar, vermoedelijk door het wegvallen van de oestrogene functie der ovaria, de kans op een coronair lijden sterk toeneemt. Het is dus zeer wel mogelijk, dat extirpatie van de ovaria voordat deze hun oestrogene functie hebben beëindigd meer slachtoffers maakt (door coronair lijden) dan voorkómt (door niet optreden van ovariumcarcinoom). Voorlopig lijkt het aangewezen de ovaria alleen te extirperen indien deze geen oestrogene functie meer hebben of ziekelijk zijn veranderd. Wanneer hardnekkige meno-metrorragieën de indicatie vormen voor een uterusextirpatie en het ontbreken van afwijkingen aan de uterus erop wijst, dat een functiestoornis van de ovaria de oorzaak is van het symptoom, dan moet men volgens *Grogan* de ovaria extirperen wegens de vergrote kans op een later optredend ovariumcarcinoom. Ons zijn geen gegevens bekend waaruit blijkt of en in welke mate deze kans inderdaad is vergroot.

Het is niet onmogelijk dat het sterk verbreide gebruik van orale anticonceptiva op de frequentie van het ovariumcarcinoom invloed zal hebben. Ovariumcarcinoom komt relatief veel voor bij vrouwen met weinig of geen kinderen. Het is denkbaar, dat de lange perioden van remming van de ovariumfunctie waarmede zwangerschappen gepaard gaan, een profylactische invloed op het ontstaan van ovariumcarcinoom hebben. Op vergelijkbare wijze zouden perioden van remming van de ovariumfunctie door orale anticonceptiva een profylactische invloed kunnen hebben. De meeste ovariumcarcinomen ontstaan in de postmenopauze. Tussen de genoemde profylactische invloed en het eventueel ontstaan van een ovariumcarcinoom ligt dus een spanne tijds van tien tot dertig jaar. Aangezien de orale anticonceptiva in ons land nog geen tien jaar intensief en wijd verbreid worden gebruikt, zal het nog jaren duren voor de eventuele invloed hiervan op de frequentie van het ovariumcarcinoom merkbaar zal kunnen worden. Overigens is ook een andere verklaring mogelijk voor het feit dat bij vrouwen met weinig kinderen relatief vaak ovariumcarcinoom voorkomt. De geringe vruchtbaarheid van deze vrouwen zou uitdrukking kunnen zijn van een ovariële stoornis, die de kans op een later ontstaan van ovariumcarcinoom vergroot.

Het ovariumcarcinoom komt relatief vaak voor bij de gegoede klasse *(Hoogendoorn).* De stijging van de frequentie van het ovariumcarcinoom zou men daarom kunnen verklaren als een gevolg van de algemene stijging van de welvaart. Om welke beschavingsfactor het eventueel zou gaan is echter moeilijk met zekerheid te beantwoorden. Het lijkt niet onmogelijk, dat een vermindering van de reeds genoemde mogelijke profylactische invloed van een zwangerschap hierbij een rol zou kunnen spelen. Het aantal kinderen per gezin zal bij stijgende welvaart afnemen.

Praktische punten. Ook al kan in het algemeen helaas van een vroegtijdige diagnose geen sprake zijn, er zijn toch enkele punten waarmede wij in de praktijk met vrucht kunnen rekening houden.

Bij iedere vrouw met pijnklachten in de (onder)-buik moet (ook) aan ovariumcarcinoom worden gedacht. Vindt men niet snel de oorzaak van de klachten dan is een verwijzing naar de gynaecoloog aangewezen. Een niet onbelangrijk aantal van de patiënten met ovariumcarcinoom komt naar onze ervaring pas na een internistisch of chirurgisch onderzoek bij de gynaecoloog terecht. Tijdverlies moet zoveel mogelijk worden vermeden.

Metrorragie eist altijd gynaecologisch onderzoek, niet alleen wegens de mogelijkheid van een cervix- of corpuscarcinoom, maar ook wegens de mogelijkheid van een ovariumcarcinoom.

Een pleura-exsudaat is niet zelden een gevolg van een gemetastaseerd ovariumcarcinoom.

Als inwendig onderzoek ter opsporing van een ovariumtumor is een rectovaginaal toucher het beste. Bij dit onderzoek bevindt zich de wijsvinger van de toucherende hand in de vagina, de middelvinger in het rectum. Op deze wijze kan de inhoud van het kleine bekken veel beter worden afgetast dan door een rectaal of vaginaal toucher. Een bijkomend voordeel is, dat men door deze methode bij virgines en bij vrouwen met seniel vernauwde vagina toch een toucher met twee vingers kan doen. Dit levert veel meer inlichtingen dan een monodigitaal toucher.

Door een cytologische beoordeling van de vagina-inhoud kan men niet alleen de eventuele aanwezigheid van maligne cellen vaststellen, maar ook een indruk verkrijgen over de oestrogene status. Bij vrouwen in de postmenopauze, vooral na het 60ste jaar, vindt men zelden een duidelijke oestrogene invloed op het vagina-epitheel *(Charles en medewerkers).* Het is gebleken, dat niet alleen bij

hormonale tumoren zoals bijvoorbeeld de granulosaceltumor, maar ook bij het „gewone" ovariumcarcinoom en zelfs bij metastatische ovariumtumoren vaak (zeker bij dertig procent) een abnormale produktie van oestrogenen in de ovaria plaatsvindt *(Eddie)*. Vermoedelijk kan maligne weefsel het ovariumstroma tot produktie van oestrogenen prikkelen. Een duidelijke oestrogene invloed op het vagina-epitheel (of het endometrium) in de postmenopauze, vooral na het 60ste jaar, rechtvaardigt een nader onderzoek naar het eventueel bestaan van een maligne ovariumtumor. Wel dient te worden bedacht, dat ook bij vrouwen in de postmenopauze met diabetes mellitus of digitalistherapie vaak verhoornde epitheelcellen in de vaginale uitstrijk worden gevonden, volgens *Charles en medewerkers* zelfs bij ongeveer vijftig procent.

Burns, B. C., F. N. Rutledge, J. P. Smith en L. Delclos (1967) Amer. J. Obstet. Gynec. *98*, 374.
Charles, D., L. van Leeuwen en J. H. Turner (1966) Amer. J. Obstet. Gynec. *94*, 527.
Da Rugna, D., K. Stäuble en Z. Gömöri (1967) Gynaecologia *163*, 247.
Decker, D. G., G. D. Malkasian, E. Mussey en C. E. Johnson (1967) Amer. J. Obstet. Gynec. *97*, 656.
Dellepiane, G. (1967) Gynaecologia *163*, 299.
Eddie, D. A. S. (1967) J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth. *74*, 283.
Etingen, L. E. en A. A. Zakayer (1960) Vop. Onkol. *10*, 74.
Fathalia, M. F. (1967) J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth. *74*, 85.
Graham, J. B. en R. M. Graham (1967) J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth. *74*, 371.
Graham, R. M., J. B. Graham en J. L. Stevens (1967) Obstet. and Gynec. *30*, 253.
Grogan, R. H. (1967) Amer. J. Obstet. Gynec. *97*, 124.
Heins, H. F. De maligne ovariumtumor. Academisch Proefschrift, Amsterdam, 1964.
Hoogendoorn, D. (1955) Ned. T. Geneesk. *99*, 1631.
Jaarboeken van kankeronderzoek en kankerbestrijding in Nederland 1960 tot en met 1964. Uitgegeven door de Vereniging van het Nederlandse Kankerinstituut. J. H. de Bussy, Amsterdam.
Macfarlene, C., M. C. Sturgis en F. S. Fetterman (1955) Amer. J. Obstet. Gynec. *69*, 294.
Masterson (1967) Amer. J. Obstet. Gynec. *98*, 385.
Meinsma, L. (1963): Vijfjaarsoverleving-cijfers na kankerbehandeling. Academisch proefschrift. Leiden, 1963.
Moore, D. W. en I. I. Langley (1967) Amer. J. Obstet. Gynec. *98*, 624.
Moore, J. C. (1967) Amer. J. Obstet. Gynec. *97*, 663.
Munnell, E. W. en H. C. Taylor Jr. (1949) Amer. J. Obstet. Gynec. *58*, 943.
Parker, R. T. (1967) Amer. J. Obstet. Gynec. *97*, 664.
Plate, W. P. In: Leerboek der Vrouwenziekten. Prof. Dr. M. A. van Bouwdijk Bastiaanse. Scheltema en Holkema, Amsterdam, 1965.
Powell, L. C. (1967) Amer. J. Obstet. Gynec. *98*, 384.
Rutledge, F. en B. C. Burns (1966) Amer. J. Obstet. Gynec. *96*, 761.
Spechter, H. J. (1967) Gynaecologia *163*, 303.
Taylor, H. C. Jr. (1959) J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp. *66*, 827.
Thompson, J. P., M. P. Dockerty, R. E. Symmonds and A. B. Hayler (1967) Amer. J. Obstet. Gynec. *97*, 1059.
Versluys, J. J. In: Vierde Jaarboek van Kankeronderzoek en Kankerbestrijding in Nederland. J. H. de Bussy, Amsterdam, 1954.

Training in therapeutische gespreksvoering; verslag van de eerste tien bijeenkomsten van een werkgroep

DOOR C. P. BRUINS, HUISARTS* EN E. L. VRIEZEN-DE JAGER, ZENUWARTS**

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.) heeft vanaf het begin van zijn bestaan de vorming van studiegroepen voor medische psychologie gestimuleerd. Er zijn thans ongeveer dertig groepen in Nederland. Een aantal groepen is na verloop van tijd weer opgeheven. Een uitvoerig overzicht van de lotgevallen van de studiegroepen medische psychologie verscheen in 1966 in de vorm van een rapport van de hand van *Veldhuyzen van Zanten,* in opdracht van het N.H.G.-bestuur. Over het nuttige effect van het deelnemen aan een dergelijke groep wordt nog gediscussieerd. Een wetenschappelijke basis voor evaluatie ontbreekt nog; wel geven de deelnemers aan dat zij hun werk met meer plezier doen dan vroeger.

Het blijkt dat er over de ontwikkelingsverschijnselen van groepen, die zich speciaal bezighouden met gesprekvoering, nog weinig bekend is. Dit was voor ons de reden om iets mede te delen naar aanleiding van de ervaringen, opgedaan tijdens de eerste tien bijeenkomsten van een groep van acht huisartsen die zich — na een rondschrijven van de afdeling huisartsgeneeskunde van het laboratorium voor sociale geneeskunde te Groningen aan alle huisartsen (ongeveer 600) in de drie noordelijke provincies — hadden opgegeven voor een cursus „training in therapeutische gesprekvoering" onder leiding van een vrouwelijke psychiater (een der auteurs). Doelstellingen van de cursus waren zich te bekwamen in de gesprekvoering, gevoeliger te worden voor de reacties welke men bij zijn gesprekspartners (in casu patiënten) opwekt, voor de interacties die in een gesprek plaatsvinden en voor de invloed, welke men zelf heeft bij de opbouw van een gesprek.

De groep was dus niet opgezet als een zogenaamde Balintgroep. De psychiater zou de leiding

* Wetenschappelijk medewerker bij het Laboratorium voor Sociale Geneeskunde te Groningen. Hoofd: Prof. Dr. K. J. van Deen.
** Wetenschappelijk medewerker bij de Psychiatrische Kliniek te Groningen. Hoofd: Prof. Dr. W. K. van Dijk.