

Patiënten met colorectaal carcinoom: wat vond en deed de huisarts?

F.A. VAN DEN BERG
J.W.W. COEBERGH
R.A.M. DAMHUIS
ET AL.

Van den Berg FA, Coebergh JWW, Damhuis RAM, Geul KW, Van der Does E. Patiënten met colorectaal carcinoom: wat vond en deed de huisarts? Huisarts Wet 1993; 36(8): 242-6.

Samenvatting Dit artikel geeft een retrospectieve analyse van de klachten en symptomen van 46 patiënten met colorectaal carcinoom die in één jaar door de huisarts werden verwezen; daarnaast wordt aandacht besteed aan aspecten als verwijsgedrag, patiënt-delay en eerstelijns-interval. Bij bijna de helft van de patiënten was de beslissing te verwijzen voor de hand liggend op grond van de aanwezigheid van een palpabele tumor of een spoedeisend klinisch beeld. Bij de overige – uit beslistkundig oogpunt interessantere – patiënten tekenden zich twee syndromen af: dat van de rechtszijdige en dat van de linkszijdige colontumor. Is de tumor proximaal van de flexura lienalis gelokaliseerd, dan zijn patiënt-delay en eerstelijns-interval langer; de pijn wordt minder vaak aangegeven in de onderbuik en de huisarts heeft relatief vaak in eerste instantie gedacht aan een bovenbuiksprobleem.

F.A. van den Berg, huisarts te Vlissingen; Dr. J.W.W. Coebergh, epidemioloog, Erasmus Universiteit, afdeling Epidemiologie en Biostatistiek; R.A.M. Damhuis, epidemioloog, Integraal Kankercentrum Rotterdam; K.W. Geul, internist, Academisch Ziekenhuis Dijkzigt, afdeling Interne II; Prof. dr. E. van der Does, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Erasmus Universiteit Rotterdam.
Correspondentie: F.A. van den Berg, Giessenburg 12, 4385 EM Vlissingen; telefoon 01184-65253/70667.

Inleiding

De incidentie van colorectaal carcinoom bedraagt 0,5/1.000. Een huisarts met een 'gemiddelde' praktijk zal dus per jaar ongeveer één nieuwe patiënt met colorectaal carcinoom zien.¹ Klachten en verschijnselen die op deze ziekte kunnen wijzen, komt men in de huisartspraktijk veel vaker tegen.² In al die gevallen moet de beslissing genomen worden de patiënt wel of niet te verwijzen voor colononderzoek (rectosigmoidoscopie, coloscopie, dubbelcontrast-röntgen).

Een juist verwijzbeleid is belangrijk. Enerzijds is vroege ontdekking gewenst: de prognose van de patiënt is beter naarmate de behandeling in een vroeger stadium begint. Anderzijds leidt een te ongericht verwijzbeleid tot onnodige belasting van patiënt en tweede lijn.^{3,4}

De beslissing om te verwijzen, is niet moeilijk bij een palpabele tumor, ileus of massaal bloedverlies. Vaker moet de huisarts echter beslissen op grond van anamnese, en lichamelijk en aanvullend onderzoek. De kennis over de diagnostische betekenis van deze 'predictoren' is beperkt. In de medische opleiding ligt de nadruk op de aan- of afwezigheid van (combinaties) van predictoren bij patiënten met een *aangevoeld* colorectaal carcinoom. Hierdoor krijgt men echter geen inzicht in de sensitiviteit en specificiteit van predictoren bij patiënten met een *mogelijk* colorectaal carcinoom. Gezien het weinig voorkomen van colorectaal carcinoom, kan de praktijkervaring nooit groot genoeg worden om dit gebrek aan kennis aan te vullen.

In dit artikel wordt een antwoord gezocht op de volgende vragen:

- 1 Bij welk deel van de patiënten die later colorectaal carcinoom blijken te hebben, is de noodzaak te verwijzen voor de huisarts direct duidelijk?
- 2 Verschilt deze groep van de overige patiënten met betrekking tot predictoren en stadium van de tumor?
- 3 Beïnvloedt medicatie de wijze waarop de ziekte zich manifesteert?
- 4 Welke predictoren stelt de huisarts vast bij patiënten die later colorectaal carcinoom blijken te hebben?

- 5 Is er verband tussen predictoren en kenmerken van de tumor bij patiënten die niet met spoed verwezen hoefden te worden?
- 6 Welke werkdiagnosen hanteerde de huisarts vóór de verwijzing?
- 7 Hoeveel tijd zat bij deze groep tussen begin van de klacht en een eerste bezoek aan de huisarts (patiëntdelay)? Hoeveel tussen eerste bezoek en overdracht aan internist of chirurg (eerstelijns-interval)?

Methoden

Ter beantwoording van deze vragen werd een retrospectief onderzoek uitgevoerd op Walcheren (circa 110.000 inwoners). De 48 aldaar gevestigde huisartsen werden benaderd met een verzoek om informatie over alle patiënten bij wie in 1990 een colorectaal carcinoom was vastgesteld. De daartoe gebruikte vragenlijst was samengesteld op basis van gegevens uit de literatuur.⁵⁻¹⁰ Gevraagd werd naar:

- *Symptomen*: zichtbaar rectaal verloren bloed (inclusief kleur), met colorectaal carcinoom in verband te brengen pijn, veranderd defecatiepatroon, gewichtsverlies in kilogrammen per aantal weken, anamnestic of bij herhaalde meting vastgesteld.
- *Verricht lichamelijk onderzoek*: palpatie buik, rectaal toucher.
- *Laboratoriumonderzoek*: occult-bloedtest, Hb, MCV.
- *Patiëntgebonden variabelen*: medicijngebruik, klaaggedrag, anamnese met spastisch colon, colonpoliepen, colorectaal carcinoom, colitis, voorkomen colorectaal carcinoom bij eerstegraads familieleden.
- *Niet-patiëntgebonden variabelen*: interval eerste consult tot overdracht aan chirurg of internist, gehanteerde werkdiagnose(n) vóór de verwijzing.

De maatschap chirurgie van het Streektiekenhuis Walcheren verschaftte aan de hand van een overzicht van de regionale kankerregistratie een geanonimiseerde lijst met informatie over de plaats van de tumor, het stadium volgens Dukes en de huisarts van de patiënt.

Bij de bewerking van de gegevens zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Rechtszijdig colorectaal carcinoom: proximaal van de flexura lienalis; linkszijdig colorectaal carcinoom: in of distaal van de flexura lienalis. Deze keuze hangt samen met het bereik van de sigmoidoscoop.
- Anemie werd vastgesteld op basis van de grenswaarden voor het hemoglobinegehalte, zoals bepaald door het (enige) ziekenhuislaboratorium. Het MCV bleef buiten beschouwing.
- Patiënt-delay: de periode tussen het begin van het langst bestaande symptoom en het eerste consult bij de huisarts. Eerstelijns-interval: de periode tussen het eerste consult bij de huisarts en het geven van de verwijfsbrief voor internist of chirurg.
- Bij de analyse van de combinaties van predictoren werden 'zichtbaar bloedverlies', 'occult bloedverlies' en 'anemie' samengevoegd tot 'rectaal bloedverlies'.

Resultaten

Totale patiëntengroep

In 1990 hadden 31 huisartsen samen 49 nieuwe patiënten (26 vrouwen en 23 mannen) met een colorectaal carcinoom. De respons op de vragenlijsten bedroeg 100 procent. Gemiddeld 27 procent van de vragen werd beantwoord met 'onbekend' of 'bepaling niet verricht'.

De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 68 jaar. Bij 63 procent was de tumor beperkt tot de darmwand (Dukes A en B). Eén patiënt had twee carcinomen: een Dukes A en een Dukes B, verder geclassificeerd als Dukes B. In totaal 46 patiënten waren verwezen door de huisarts. Twee patiënten waren reeds om een andere reden onder specialistische behandeling en één patiënt was verwezen door een verpleeghuisarts; deze drie patiënten blijven verder buiten beschouwing.

1 Van de 46 patiënten waren er 20 verwezen op grond van een palpabele tumor (10) of een spoedeisend klinisch beeld (grote bloeding (4) of acute buik (6)). Bij deze groep was de noodzaak te verwijzen direct

duidelijk en de verwijzing geschiedde dan ook binnen een week. De overige 26 patiënten waren electief verwezen.

2 Afgezien van een spoedeisend klinisch beeld of een palpabele tumor bestond tussen beide groepen geen duidelijk verschil

in het voorkomen van predictoren (tabellen 1 en 2). De groepen verschilden ook niet wat betreft de stadia van de tumoren. Wel was bij de niet met spoed verwezen patiënten vaker laboratoriumonderzoek verricht.

Tabel 1 De belangrijkste predictoren voor CRC bij wel en niet met spoed verwezen patiënten

Predictor	Met spoed n=20	Niet met spoed		Totaal n=46
		CRC rechts n=9	CRC links n=17	
<i>Pijn</i>				
- aanwezig	10	6	9	25
- afwezig	8	2	8	18
- onbekend	2	1	0	3
<i>Veranderd defecatiepatroon</i>				
- aanwezig	7	4	9	20
- afwezig	5	4	7	16
- onbekend	8	1	1	10
<i>Rectaal bloedverlies</i>				
- aanwezig	8	2	7	17
- afwezig	11	6	10	27
- onbekend	1	1	0	2
<i>Occult bloed in ontlasting</i>				
- positief	2	3	5	10
- negatief	0	0	4	4
- niet bepaald	18	6	8	32
<i>Anemie</i>				
- aanwezig	3	3	3	9
- afwezig	0	4	5	9
- niet bepaald	17	2	9	28

Tabel 2 Plaats van de pijn bij wel en niet met spoed verwezen patiënten met pijn

Predictor	Met spoed n=20	Niet met spoed		Totaal n=46
		CRC rechts n=9	CRC links n=17	
<i>Buik</i>				
- onderin	4	1	4	9
- elders	1	5	1	7
- onbekend	4	0	2	6
Perineum	1	0	1	2
Plaats onbekend	0	0	1	1

3 Coumarine-derivaten, waarop 6 van de 46 patiënten waren ingesteld, bleken van invloed op de presentatie en het stadium van de tumor. In al deze gevallen manifesteerde de tumor zich met zichtbaar rectaal bloedverlies of anemie. Alle zes patiënten verkeerden in Dukes-stadium A of B, terwijl dit bij 35 procent van de overige patiënten het geval was. Dit verschil is significant (Chi-kwadraattoets, $p < 0,05$).

Niet direct verwezen patiënten

4 In alle 26 gevallen waarin de patiënt niet met spoed was verwezen, waren één of meer predictoren bekend bij de huisarts. Pijn kwam het meest voor, vooral in de buik; de pijn was bijna even vaak koliekachtig als continu van karakter. Een veranderd defecatiepatroon kwam eveneens veel voor. Zichtbaar rectaal bloedverlies hadden 9 van de 26 patiënten. De kleur van het bloed was bij 5 van hen helder rood; bij 2 was de kleur onbekend.

Een test op occult bloed in de ontlasting was positief bij 8 van de 12 patiënten bij wie deze bepaling was verricht. Zes van de 15 patiënten bij wie het hemoglobinegehalte was bepaald, hadden een anemie (tabel 3).

Gewichtsverlies werd weliswaar bij 5 van de 26 patiënten gemeld, maar over de omvang ervan ontbrak meestal informatie. Eén patiënt met stadium B viel in 10 weken 7 kg af. Colorectaal carcinoom, poliep of colitis in de anamnese kwam bij 1 van de 26 patiënten voor. Drie van de 26 patiënten hadden een eerstegraads familiaal met colorectaal carcinoom.

5 Van de 26 patiënten verkeerden 3 in Dukes-stadium A, 13 in stadium B, 5 in stadium C en 5 in stadium D. De patiënten met stadium A hadden elk één predictor: zichtbaar rectaal bloedverlies of een veranderd defecatiepatroon. De verdeling van de predictoren over de overige stadia vertoont geen duidelijk patroon.

Negen patiënten – 6 vrouwen en 3 mannen – hadden een rechtszijdige tumor; 17 patiënten – 7 vrouwen en 10 mannen – een linkszijdige. Deze laatste patiënten hadden vaker pijn in de onderbuik; patiënten met een rechtszijdige tumor hadden vaker pijn elders in de buik. De overige predictoren vertoonden minder duidelijke verschillen.

Dertien patiënten presenteerden zich met slechts één predictor (tabel 4). De overige patiënten hadden twee of drie predictoren, veelal een combinatie van pijn, veranderd defecatiepatroon en rectaal bloedverlies. In 4 van de 5 gevallen ging het hier om een linkszijdige tumor. De drie patiënten met Dukes-stadium A hadden allen één predictor; de tumoren waren links gelokaliseerd. Overigens bestond geen duidelijk verband tussen aantal predictoren, stadium en plaats van de tumor.

6 In de episode voor de verwijzing haatterden de huisartsen bij 17 van de 26 patiënten 23 werkdiagnosen, anders dan colorectaal carcinoom. Negen werkdiagnosen hadden betrekking op oesofagus, maag, duodenum, galwegen of bovenbuik; bij acht hiervan was de tumor rechtszijdig gelokaliseerd. Een rechtszijdige tumor ging vaker samen met veronderstelde bovenbuikspathologie dan een linkszijdige.

7 Het interval tussen eerste klacht en eerste consult bedroeg gemiddeld (tussen haakjes minimum en maximum):

- stadium A 3 weken (1- 8)
- stadium B 14 weken (2- 52)
- stadium C 11 weken (1- 20)
- stadium D 25 weken (2-104)

Patiënten met een rechtszijdige tumor hadden gemiddeld 29 (4-104) weken klachten, patiënten met een linkszijdige tumor 8 (1-26) weken.

Het interval tussen eerste consult en verwijzing bedroeg gemiddeld:

- stadium A 4 weken (0- 8)
- stadium B 7 weken (1-36)
- stadium C 6 weken (1-16)
- stadium D 4 weken (2- 6)

Patiënten met een rechtszijdige tumor bleken na gemiddeld 10 (1-36) weken te zijn verwezen, patiënten met een linkszijdige tumor na gemiddeld 5 (0-16) weken.

Tabel 3 Zichtbaar rectaal bloedverlies, occult bloedverlies en anemie bij 17 van de 26 niet met spoed verwezen patiënten

	Zichtbaar rectaal	Occult	Geen
Anemie	2	4	1
Geen anemie	7	4	–

Eén dubbeltelling: één patiënt had zichtbaar bloedverlies, occult bloedverlies en anemie.

Tabel 4 Combinaties van predictoren, plaats en stadium CRC bij de 26 niet met spoed verwezen patiënten.

	CRC rechts	CRC links
<i>Eén predictor</i>		
Pijn	BB	C
Veranderde defecatie	D	AC
Rectaal bloedverlies	B	AABBBD
<i>Twee predictoren</i>		
Pijn + veranderde defecatie	CD	BB
Pijn + rectaal bloedverlies	BC	B
Veranderde defecatie + rectaal bloedverlies	–	D
<i>Drie predictoren</i>		
Pijn + veranderde defecatie + rectaal bloedverlies	B	BBCD

Beschouwing

Dit onderzoek heeft een aantal beperkingen. De gegevens zijn ontleend aan de werkaantekeningen en het geheugen van huisartsen, die niet volgens een protocol werkten. Onduidelijk blijft hoe groot de betrouwbaarheid van de gepresenteerde gegevens is. Verder is het aantal patiënten klein, zodat verschillen tussen subgroepen niet gauw significant zullen zijn.

Het deel van de patiënten bij wie het dilemma wel of niet verwijzen ontbrak, was onverwacht groot. Mogelijk berust deze bevinding deels op onderrapportage van aan de acute episode voorafgegane symptomen.

De observatie dat de tumor zich bij patiënten die waren ingesteld op coumarine-derivaten, steeds manifesteerde met bloedverlies en/of anemie en een gunstiger stadium vertoonde, is niet verbazingwekkend. Uit de literatuur is bekend dat aspirinegebruik gepaard gaat met een lagere sterfte aan colorectaal carcinoom. Wellicht is dit eerder een effect van het vroeger ontdekken van de tumor dan van de invloed van aspirine op de incidentie van colorectaal carcinoom.⁵

Over het vóórkomen van predictoren bij patiënten met colorectaal carcinoom bestaan in de literatuur uiteenlopende gegevens.⁶⁻¹¹ De meeste zijn afkomstig uit onderzoek in de tweede lijn. De hier gevonden cijfers verschillen hier niet wezenlijk van.

Terwijl over klachten als buikpijn, veranderd defaecatiepatroon en zichtbaar rectaal bloedverlies tamelijk volledig werd gerapporteerd, vertoonde het aanvullend onderzoek duidelijke hiaten. Opvallend weinig was een Hb-bepaling verricht in die gevallen waarin er geen zichtbaar bloedverlies was. Ook naar occult bloed was lang niet altijd gezocht.

De sensitiviteit van tests die zijn gebaseerd op de guaiacmethode, is 70-90 procent.¹² De kwaliteit wordt onvoldoende geacht voor onderzoek bij asymptomatische personen.³¹ Het is de vraag of deze test wel een rol kan spelen bij het bepalen van het beleid bij patiënten met voor colorectaal carcinoom verdachte klachten.

Er is in deze studie geen duidelijk verband gevonden tussen stadium en predictoren. Wel tekent zich een links- en een rechtszijdig colorectaal carcinoom-syndroom af. Onderscheidend hierbij is vooral de plaats van de pijn en, waarschijnlijk hiermee samenhangend, de werkdiagnose bovenbuiksprobleem. De aard van het bloedverlies maakt in dit verband geen verschil. Een tumor rechts in het colon kan gepaard gaan met verlies van helderrood bloed. Dit melden meer auteurs.¹

Retrospectieve studies naar het verband tussen het interval tussen eerste klacht, behandeling en stadium leveren tegenstrijdige resultaten op: sommigen vinden na een kort interval een gunstiger stadium,¹⁴ anderen vinden geen verband.^{8,15} Ten onrechte wordt hieruit door sommigen geconcludeerd dat afwachten geen extra risico voor de patiënt oplevert. Er bestaat namelijk een duidelijk verband tussen het stadium ten tijde van de behandeling en de prognose. Het is aannemelijk dat een patiënt onbehandeld de stadia van A t/m D doorloopt. Gemiddeld is deze ontwikkeling traag: Dukes-stadium A duurt twee jaar, stadium B één jaar en stadium C eveneens één jaar.¹⁶ Er is echter een spreiding in deze ontwikkelingssnelheid: hoe eerder de behandeling aanvangt, des te minder risico loopt de patiënt.

Het patiënt-delay is in deze studie langer dan het eerstelijns-interval. Bij patiënten met een rechtszijdige tumor was het delay veel groter dan bij patiënten met de tumor links.

Het eerstelijns-interval wordt voor 75 procent bepaald door artsgebonden factoren en voor 25 procent door patiëntgebonden factoren.¹⁷ De huisarts zal het interval zo kort mogelijk willen houden met het oog op zowel de prognose als de arts-patiënt relatie. Anderzijds is een zeker delay onvermijdelijk: het observeren van het verloop van klachten is een belangrijk diagnostisch hulpmiddel voor de huisarts. Het hier gevonden interval van gemiddeld zes weken steekt gunstig af tegen bevindingen elders, variërend van 11 tot 21 weken.^{9,18} Conform de literatuur brachten rechtszijdige colorectaal carcinomen een groter eerstelijns-interval met zich mee

dan de linkszijdige.^{9,19} Hiermee in overeenstemming is de observatie dat de huisarts bij een rechtszijdig colorectaal carcinoom vaker dacht aan een maag-, duodenum- of galblaasprobleem.

Dankbetuiging

Met dank aan de Walcherse huisartsen en chirurgen voor het leveren van gegevens. Met dank aan Andrea van Wingen voor de administratieve ondersteuning.

Literatuur:

- 1 Coebergh JWW, Vandenbroucke JP. Epidemiologische aspecten. In: Zwaveling A, et al., red. Oncologie. 4e dr. Houten, Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum, 1991.
- 2 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 3 Nylenna M. Cancer ... a challenge to the general practitioner [PhD Thesis]. Oslo: University of Oslo, 1986.
- 4 Holtedahl KA. Early diagnosis of cancer in general practice. Berlin, etc. Springer, 1989.
- 5 Thun MJ, Namboodiri MM, Clark WH. Aspirin use and reduced risk of fatal colon cancer. *N Engl J Med* 1991; 325: 1593-96.
- 6 Bloem RM. Colon- en rectumcarcinoom. Behandelingresultaten, classificatie en prognose [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1985.
- 7 Woolley PV. Clinical manifestations of cancer of the colon and rectum. *Sem Oncology* 1976; 3: 373-6.
- 8 Keddie N, Hargreaves A. Symptoms of carcinoma of the colon and rectum. *Lancet* 1968; ii: 749-50.
- 9 Macadam DB. A study in general practice of the symptoms and delay patterns in the diagnosis of gastro-intestinal cancer. *J R Coll Gen Pract* 1979; 29: 723-9.
- 10 Basset ML, Goulston KJ. Colorectal cancer – a study of two hundred and thirty patients. *Aust NZ J Med* 1978; 8: 669-70.
- 11 Goulston KS, Cook J, Dent OF. How important is rectal bleeding in the diagnosis of bowel cancer and polyps? *Lancet* 1986; ii: 261-5.
- 12 De Wolf AN. Een bevolkingsonderzoek naar colon- en rectumcarcinoom met behulp van de Hemocult test [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotter-

- dam, 1982.
- 13 Desforges JF. Screening for colorectal cancer. *N Engl J Med* 1991; 325: 37-41.
- 14 Pahlman L, Glimelius B, Enblad P. Clinical characteristics and their relation to surgical curability in adenocarcinoma of the rectum and rectosigmoid. *Acta Chir Scand* 1985; 151: 685-93.
- 15 Gardner B. The relationship of delay in treatment to prognosis in human cancer. *Progress in clinical cancer*, 1978; 7: 123-33.
- 16 Eddy DM, Nugent FW, Eddy JF, et al. Screening for colorectal cancer in a high-risk population. Results of a mathematical model. *Gastroenterology* 1987; 92: 682-92.
- 17 Funch DP. Diagnostic delay in symptomatic colorectal cancer. *Cancer* 1985; 56: 2120-4.
- 18 Holliday HW, Hardcastle JD. Delay in diagnosis and treatment of symptomatic colorectal cancer. *Lancet* 1979; i: 309-11.
- 19 Dixon AR, Thornton-Holmes J, Cheetham NM. General practitioners awareness of colorectal cancer: a 10-year review. *Br Med J* 1990; 301: 152-3.

Cumulatief register H&W op diskette

In opdracht van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (NTvG) heeft Meerschapp Automatisering een elektronisch indexprogramma ontwikkeld, waarmee de indexen van het NTvG en H&W kunnen worden doorzocht op trefwoorden, rubrieken, auteurs en combinaties daarvan. De geselecteerde gegevens en zoekresultaten kunnen worden geprint met nagenoeg elke laser- of matrixprinter.

De computer moet voldoen aan de volgende eisen:

- IBM PC/XT/AT of een daarmee volledig compatibele PC;
- 640 Kb intern geheugen (448 Kb vrij);
- MS-DOS 3.3 of hoger;
- harde schijf met minimaal 1.2 Mb beschikbaar (oplopend tot 8 Mb bij gebruik van alle indexen);
- een 3.5" of 5.25" disktestation;
- monochrome, kleuren- of LCD-monitor.

Het elektronisch indexprogramma is leverbaar in combinatie met de volgende indexen:

- A index jaargangen 1986-1992 NTvG; prijs NLG 70,50.

- B index jaargangen 1972-1992 H&W; prijs NLG 65,50.

- C index jaargangen 1986-1992 NTvG én index jaargangen 1972-1992 H&W; prijs NLG 86,50.

Wie de indexen over 1986-1991 (NTvG) en/of 1972-1991 (H&W) al bezit, kan de indexen over 1992 afzonderlijk aanschaffen:

- D index 1992 NTvG; prijs NLG 11,-.

- E index 1992 H&W; prijs NLG 11,-.

- F indexen 1992 NTvG en H&W; prijs NLG 17,50.

U kunt het door u gewenste pakket bestellen door overmaking van het betreffende bedrag op bankrekeningnummer 38.35.19.829 (Rabo Bank, Amsterdam; giro van de bank 187.744) ten name van Meerschapp Automatisering te Amsterdam (telefoon 020-6715336), onder vermelding van 'E-I-P' en de letter van het pakket (met toevoeging van een 3 voor 3.5" diskettes (720 Kb) of een 5 voor 5.25" diskettes (360 Kb)); vermeld bij overschrijving via de bank tevens uw adres! Na ontvangst van uw overschrijving wordt het bestelde binnen twee weken naar u toegezonden.