

Huisarts en kanker*

DOOR J. E. VAN DER POT, HUISARTS TE DALFSEN

Inleiding

De arts, die een tiental jaren in de huisartsenpraktijk werkzaam is geweest, heeft in de loop van die jaren andere opvattingen gekregen ten aanzien van verschillende vraagstukken van de medische praktijk dan hij had op het tijdstip, dat hij universiteit en kliniek verliet. Het lijkt mij van belang juist die vraagstukken, waarop wij door de ervaringen van de dagelijkse praktijk een andere kijk hebben gekregen dan wij oorspronkelijk door onze opleiding hadden, onder huisartsen naar voren en ter discussie te brengen. Ziedaar de reden, dat ik het onderwerp „Huisarts en kanker” heb gekozen, omdat het wel bij uitstek dit onderwerp is, waarover ik in de loop der jaren van mijn praktische werkzaamheid als huisarts, op grond van eigen ervaringen, andere opvattingen heb gekregen en dit dan vooral op het gebied van de omgang met de kankerpatiënt.

Indien ik probeer mij te herinneren wat ons op de universiteit is geleerd over de omgang met de kankerpatiënt, over de psychologie van de kankerpatiënt, over het vraagstuk hoe de kankerpatiënt in de verschillende stadia van zijn ziekte tegemoet te treden, dan levert dat zeer weinig op. Het enige dat mij nog goed voor de geest staat is, dat de algemene opvatting onder de klinische docenten was, dat men een patiënt nooit of te nimmer mocht zeggen dat hij een ongeneeslijke ziekte had; verder werd er niet veel over gesproken.

In de ziekenhuizen is het ongeveer hetzelfde: de hier werkende specialisten hebben voor deze problemen over het algemeen niet zo veel belangstelling en onttrekken zich maar liever aan een wat uitvoeriger gesprek met de patiënt, terecht overigens naar mijn mening. Indien een patiënt in het ziekenhuis aan de hem behandelende specialist vraagt: „Maar dokter, wat mankeert mij nu eigenlijk precies?” dan krijgt hij vaak — en vooral als het niet zo gunstig lijkt — ten antwoord: „Dat zal ik uitvoerig aan uw huisarts berichten.” Ik vind dit ook het meest passende antwoord op de gestelde vraag; de specialist is de vakman, die met speciale methoden een diagnose tracht te stellen of te bevestigen en eventueel een therapie adviseert, maar de huisarts is degene, die de patiënt, hem kennende, inlicht over de aard van zijn ziekte en het resultaat van de onderzoeken.

Ik vind dit dus zeer beslist de juiste gang van zaken, maar signaleer de moeilijkheid dat de beginnende huisarts voor deze taak onvoldoende is voorbereid.

* Naar een voordracht, gehouden voor het Centrum Zwolle van het N.H.G.

De eigen ervaring is hier de leerschool, met het gevolg, dat menig huisarts in de eerste jaren van zijn praktijk op dit gebied van zijn werkzaamheden nog wel eens blundert. Zo kan ik mij nog goed herinneren, dat ik in de eerste tijd van mijn huisartsenbestaan een patiënte kreeg te behandelen met een niet meer voor radicale therapie toegankelijk portiocarcinoom. Ik had de lessen nog in mijn hoofd van mijn leermeesters, dat men een patiënt nooit moet vertellen, dat hij een ongeneeslijke ziekte heeft. Op een dag vraagt deze patiënte: „Zeg mij nou eens eerlijk, heb ik kanker?” en ik antwoord: „Nee, u hebt geen kanker.” Later had ik hier spijt van. Deze patiënte was geen domme vrouw en na verloop van tijd begon zij te begrijpen dat zij toch kanker had. Zij heeft mij er nooit een verwijt van gemaakt, maar de basis van vertrouwen, die juist bij de behandeling van chronische patiënten voor de huisarts zo belangrijk is, was door mijn niet meer te herstellen ontkenning toch ondermijnd.

De bewuste leugen, het pertinent ontkennend antwoord op een vraag, waarop, naar waarheid beantwoord, een bevestiging had moeten worden gegeven, is naar mijn vaste overtuiging, altijd fout en werkt steeds verkeerd, ook elke „leugen om bestwil”, de „Pia fraus”, of hoe men het verder wil goed praten.

Ik behandel van het onderwerp „kanker” alleen die gedeelten, die voor de huisarts van praktisch belang zijn en besteed extra aandacht aan de psychologische aspecten van het kankervraagstuk, ten eerste omdat deze zijde van het vraagstuk juist voor ons huisartsen van zo groot belang is, ten tweede omdat ik op dit gebied enkele opvattingen wil verdedigen, waarmee vele artsen het misschien niet eens zullen zijn.

Vroege diagnose

We kennen allen de beginverschijnselen van de meest voorkomende kankers wel en ik geloof dat het betrekkelijk weinig voorkomt dat er veel kostbare tijd verloren gaat doordat de huisarts een beginnend carcinoom niet heeft herkend. Ik heb de kaarten nog eens opgezocht van de patiënten, die in de loop van de jaren in mijn praktijk aan kanker zijn overleden. Er bleken juist onder de niet zo frequent voorkomende tumoren wel enkele te zijn, bij wie in eerste instantie verkeerde diagnosen waren gesteld: een snel groeiende testistumor bij een jonge man was eerst voor een orchitis gehouden, een botsarcoom was eerst als dystorsie ingeschreven. Vergissingen die ons er weer op attenderen dat wij toch steeds

aan het carcinoom en het sarcoom moeten denken, maar die we toch, onvermijdelijk, zullen blijven maken.

Wordt dus een verkeerde diagnose meestal wel spoedig herzien, er zijn bepaalde patiënten, bij wie die dit niet altijd opgaat. Dat zijn de neurasthenen en neurotici, mensen die ons toch al veel moeite geven, ons op dit gebied op een dwaalspoor kunnen brengen. De praktijk wijst uit, dat juist bij deze patiënten de diagnose carcinoom door de huisarts vaak veel te laat wordt gesteld (*Groen*).

Het grootste probleem van de vroege diagnose is: waarom wachten nog steeds zo veel mensen zo lang, dat het gunstigste moment voor de behandeling voorbij is? Op dit probleem wil ik vrij uitvoerig ingaan.

We kunnen de patiënten, die met een beginnend carcinoom bij ons komen, in twee groepen indelen: in de eerste groep degenen, die bepaalde klachten hebben, maar niet vermoeden dat zij misschien kanker hebben, in de tweede groep degenen, die dat wel, om bepaalde gegronde redenen, vermoeden. Deze tweede groep, die ons vooral interesseert, kunnen we onderverdelen in degenen, die direct nadat zij de eerste alarmtekens hebben geconstateerd, de arts raadplegen, en zij, die met het raadplegen van de arts korte of langere tijd wachten. Ik kan van beide groepen uit ervaring een extreem voorbeeld geven.

Een zeer ontwikkelde vrouw heeft al lange jaren voordat het mammacarcinoom zich bij haar heeft openbaard, aan iedereen verteld dat zij er absoluut zeker van is borstkanker te zullen krijgen, omdat bijna alle vrouwen in haar familie dit kregen. Op een avond om negen uur belt zij op en zegt: „Het is zo ver, ik wil vanavond nog geopereerd worden.” Na enig heen en weer gepraat vindt zij het goed, maar beslist overbodig, dat ik eerst eens kom kijken of het inderdaad carcinoom is. Er blijkt inderdaad geen twijfel aan; met moeite hebben we deze patiënte kunnen overreden met de operatie tot de volgende dag te wachten; ruim vier jaar later is zij aan botmetastasen overleden. Merkwaardig is nog, dat zij een maand voordat zij zelf de diagnose stelde, bij een controlebezoek aan een internist de borsten had laten onderzoeken op carcinoom.

Het andere uiterste ontmoette ik in een boer, die bij het eerste bezoek werd aangetroffen in een ondraaglijke stank met een kolossale ulcererende zwelling van de linker gelaatshelft, waarvan al een groot deel was weggevreten. De man was al enkele jaren door kruidendokters en kwakzalvers behandeld.

* * *

Waarom raadpleegt de ene mens wel direct de arts en wacht de ander er eindeloos lang mee? Over het algemeen kan wel worden gezegd, dat degenen, die direct de arts raadplegen, de meer intelligenten zijn, de meer actieve persoonlijkheden, degenen die in het algemeen spoedig medische hulp zoeken en hierin vertrouwen hebben. Toch zijn op deze alge-

mene regel zeer veel uitzonderingen en is het vaak zeer verrassend en ontstellend te constateren hoe de angst, die als normaal alarmsignaal ontstaan is na de ontdekking of het vermoeden kanker te hebben, bij personen, die psychisch evenwichtig schenen, onverwachte inadequate psychische reacties in gang zet. De eerste ontdekking bij zichzelf van een teken of verschijnsel dat kanker doet vermoeden geeft bij de betrokkene een enorme alarmreactie. „De vrouw die, terwijl zij zich wast, het knobbeltje in de borst voelt, legt de zeep uit haar handen en zegt zich de ontstellende tijding dat de dood zich toegang heeft verschaft tot haar bestaan,” schrijft Prof. Van den Berg in fraai proza. De gezonde mens ziet, plotseling, de mogelijkheid van de naderende dood en de waarschijnlijkheid van een afgrijselijk ziekbed; de term kanker roept immers bij de meeste mensen associaties op van vreselijke pijnen, wegrottende lichaamsdelen en afschuwelijke vermindering. Psychologen, psychiaters en psychosomatici beginnen zich de laatste jaren, vooral in Amerika, in toenemende mate te interesseren voor de psychische processen, die volgen op de eerste alarmreactie.

Men is het er kennelijk wel over eens, dat de ontkenning, de verdringing dus van het bewuste besef kanker te hebben, als eerste psychische verdedigingsreactie op het psychische trauma, zeer veel voorkomt. Bij de ene patiënt is het slechts een korte periode dat hij zichzelf aldus, onbewust of half bewust, voor de gek houdt door de geconstateerde verschijnselen te verdringen en voor zichzelf weer te ontkennen, bij een ander kan deze struisvogelhouding zeer lang duren. Deze „ontkenning” wordt vaak voorafgegaan door een gevoel van depersonalisatie („het is niet mogelijk dat dit mij overkomt”). In wezen zijn deze psychische afweerreacties vermoedelijk terug te voeren tot het primaire instinct van het zelfbehoud.

Is het dus stellig zo, dat de neurotische verdringing van de angst, het vluchten voor de angst in de ontkenning, depersonalisatiegevoelens en dergelijke psychologische fenomenen een grote betekenis hebben bij het uitstellen van het eerste consult, ik meen dat er nog een veel eenvoudiger verklaring is, die ik bij psychologen en psychiaters niet vermeld vond. De patiënt vermoedt kanker bij zichzelf, accepteert dit, maar vertelt het aan niemand, omdat hij nog zo lang mogelijk in zijn milieu als gezonde wil meeleven, beseffende dat hij, nadat hij eenmaal naar de dokter is gegaan, door iedereen uit zijn omgeving beklagd, besproken en anders dan tevoren tegemoet zal worden getreden. Ik zag hiervan nog niet zo lang geleden een typisch voorbeeld. Een boerenvrouw van 50 jaar komt op het spreekuur met een scirrus van de rechter mamma, die al drie jaar blijkt te bestaan. Zij zegt wel te begrijpen dat het kanker is en gevraagd waarom zij niet eerder is gekomen, antwoordt zij letterlijk: „Ik was altijd gelukkig; als ze allemaal weten dat ik kanker heb, dan ben ik niet meer gelukkig.” Zulke mensen zien nog

het meest op tegen het medelijden en beklag dat anderen tegenover hen zullen gaan tonen.

Zouden er maatregelen zijn te nemen, waardoor het uitstel bij het invoeren van de eerste geneeskundige hulp kan worden verkort? Ik geloof het zeker en wel door het publiek beter voor te lichten. In plaats van de kortsluiting kanker: vreselijk lijden-verminking-wegrotting-dood, moet komen de associatie kanker: in het begin te genezen. Naar mijn mening zal een algemene voorlichting van het publiek hiertoe wel wat bijdragen — ik kom hier nog op terug — maar er kan veel meer worden gedaan indien de artsen een andere houding gaan innemen tegenover de kankerpatiënt. Er zouden meer gevallen bekend moeten worden van kankerpatiënten, die het na de behandeling goed maken. Men kan de mensen wel vertellen aan de hand van statistieken en cijfers, dat de tegenwoordige behandelingsresultaten van verschillende kankersoorten nog niet zo slecht zijn, maar die dorre, dode getallen zeggen de meesten toch niet zo veel, wel daarentegen de levende, genezen kankerpatiënt zelf. Zolang de artsen maar steeds bang blijven het woord kanker uit te spreken, geven zijzelf het slechte voorbeeld door wat dit betreft angst te tonen. Zij onderhouden hiermee de angst van het publiek, dat de naam kanker vaak ook niet durft uit te spreken. Hoe vaak horen we niet iemand als volgt praten: „Dokter, dat met mijn broer, zou dat niet . . . eh . . . die ziekte kunnen zijn, u weet wel wat ik bedoel, ik wil de naam ervan maar liever niet zeggen.”

Die enorme angst alleen al voor het woord kanker moet er toch uit en kan er volgens mij uit, als de artsen eerst maar eens beginnen met gewoon over kanker te praten. Een typisch voorbeeld, hoe het niet moet, maakte ik onlangs nog mee. Een 50-jarige man wordt door zijn huisarts wegens vage ingewandsklachten, die al enige tijd bestonden, voor nader onderzoek naar een internist verwezen. De huisarts vertelt de uitslag van het onderzoek aan de patiënt met de volgende woorden: „Nou, het allergergste was het gelukkig niet”. Waarom zei hij niet gewoon: „We hebben gedacht aan de mogelijkheid van kanker, maar daar is gelukkig niets van gebleken”. De arts zelf durft het woord kanker niet uit te spreken en vervangt het door „het allergergste”. Juist door dit soort uitspraken van de artsen heeft het publiek zo'n kolossale angst voor kanker.

Voorlichting van de patiënt

De diagnose is gesteld en we nemen aan dat een behandeling mogelijk is. De patiënt wil ons advies en wil weten wat er precies aan de hand is. Naar mijn mening moet op dit moment in vele gevallen op tactische wijze aan de patiënt worden gezegd, dat hij inderdaad naar alle waarschijnlijkheid kanker heeft, met name aan degenen, die goede vooruitzichten hebben en die bovendien zelf reden hebben om de diagnose kanker te vermoeden. Tot nu toe is het zo, althans in Nederland (ik krijg de indruk dat het in de Verenigde Staten anders is) dat

verreweg de meeste artsen aan patiënten, die een beginnend carcinoom hebben, dat een goede prognose lijkt te hebben, niet zeggen dat zij kanker hebben; er wordt dan iets gezegd zoals: „een gewel dat heel misschien op kanker zou kunnen uitlopen als het niet weggenomen zou worden”, enz.

In verschillende Nederlandse publikaties over dit onderwerp (Groen en anderen) vindt men deze houding als de meest aanbevolene. Ik ben het met deze opvatting niet eens. In het overbekende spreekwoord „zachte heelmeesters maken stinkende wonden”, zit iets waars en niet alleen wat betreft de lichamelijke wonden, maar ook wat betreft de psychische trauma's. Zoals bij een panaritium een diepe, ruime incisie noodzakelijk is, en natte verbanden en te oppervlakkige kleine incisies kunstfouten zijn, zo ook zijn in het psychische vlak soms radicale ingrepen nodig, die, omdat zij op het moment van toepassing de patiënt heftig pijn kunnen doen, door de arts vaak maar liever achterwege worden gelaten of te lang worden uitgesteld.

Komt een patiënt bij mij met een beginnend huidcarcinoompje, dan zeg ik hem over het algemeen direct al dat het kanker is, maar ik voeg er onmiddellijk aan toe, dat hij er zich beslist niet ongerust over behoeft te maken; dat de genezingskans 100 procent is, mits hij het maar laat behandelen. Men moet vooral, en dit is zeer belangrijk, even de tijd nemen bij een dergelijk gesprek en de patiënt laten reageren, zijn reactie scherp observeren en hem volop de gelegenheid geven vragen te stellen. Ik heb nog nooit van deze gedragslijn enige narigheid gezien, wel voordelen in die vorm, dat ik later vaak kon merken dat de openhartigheid op prijs was gesteld, waardoor een groter vertrouwen ontstond; en in de tweede plaats het voordeel, dat weer een steentje werd bijgedragen het woord kanker van zijn sterke affectieve geladenheid te ontdoen. Alles hangt af van de wijze, waarop de mededeling aan de patiënt wordt gedaan.

Het spreekt vanzelf dat niet met alle patiënten kan worden gesproken, zoals in het algemeen werd aanbevolen. Wij weten, dat er een groot aantal patiënten is, met wie men maar het beste zo weinig mogelijk praat; ontoereikende intelligentie en ontwikkeling vormen een niet te overwinnen barrière en elke poging hier doorheen te breken is vruchteloos. Ook tegenover de psychisch min of meer gestoorden zal men een andere houding aannemen. Eigenlijk is het zo, dat men tegen iedere patiënt anders zal praten, al naar gelang van zijn psychische en intellectuele gesteldheid, een waarheid, die trouwens geldt voor het gehele gebied van de geneeskunst.

Een heel andere zaak wordt het, indien we te maken hebben met patiënten met carcinomen, die een slechte prognose hebben. Het zou vanzelfsprekend onjuist zijn iemand, die meent aan een maagzweer te zijn geopereerd, en misschien in het geheel niet aan de mogelijkheid van kanker heeft gedacht, op eens te gaan vertellen dat er kanker bleek te zijn. Moeilijk wordt het, indien de patiënt in dergelijke gevallen gaat vragen. Hier zijn naar mijn mening

geen vaste regels te geven, maar wel zal men goed doen, bij de kankers met slechte prognose, zo lang de mensen zich nog in een goede toestand bevinden, terdege te beseffen dat men bij het eerste vragen niet voorzichtig genoeg kan zijn. Een pertinente ontkenning zal bijna altijd verkeerd zijn; over het algemeen zal elke uitspraak met restrictie moeten worden gegeven, terwijl soms een eenvoudig zwijgen de enige uitkomst is.

Psychologen menen te kunnen constateren dat vele artsen zelf wel weten te kort te schieten in het gesprek met de patiënt, die kanker heeft, maar dat zij dit goed praten met de opmerking: „Daar heb ik nu eenmaal geen tijd voor.” Naar hun oordeel beginnen vele artsen slechts een gesprek met die patiënten, waarvan zij van tevoren verwachten, dat het niet een moeilijk gesprek zal worden. „The patients who are not told are usually not told for the physician's peace of mind. This is rationalised as being for the good of the patient.” En de hier geciteerde schrijver van „Limitations in physician's ego and energies which seriously affect patients” vervolgt, vrij vertaald: „De arts treedt nu het liefst op tegenover de patiënt als de witgejaste arts-wetenschapsman en probeert ijverig zichzelf te beschermen tegen meevoelen met (dat wil zeggen zich identificeren met) de patiënt. Dit is een zeer begrijpelijke houding van de kant van de arts. De patiënten echter lijden ernstig onder deze, de waarheid en werkelijkheid ontvluchtende houding van de medicus. Deze vindt dat hij zijn patiënten maar het beste kan verwijzen naar maatschappelijke werkers en psychiaters, die speciaal zijn opgeleid en geschoold voor het werk van „hopeful cancer orientation” en „emotional support during the critical phases.”

Indien een operatie nodig is, die blijvende stoornissen of verminkingen zal geven, zal het naar mijn mening aanbeveling verdienen, dat niet alleen de chirurg, maar ook de huisarts in vele gevallen met de patiënt voor de operatie de te verwachten moeilijkheden rustig bespreekt. Bij mammaamputatie zal erop worden gewezen, dat later een prothese kan worden gedragen, waardoor bij de geklede vrouw niets van de verminking is te zien. Ook de moeilijkheden van de anus praeternaturalis, de mogelijkheden van prothesen bij amputaties van ledematen zullen van tevoren moeten worden besproken. Men zal dan steeds toespelingen maken op andere anonieme patiënten, die ondanks deze ongemakken toch met succes bepaalde bezigheden blijven verrichten.

Ook na de operatie zullen de meeste patiënten hulp en steun, vooral in het psychische vlak, zeer nodig hebben. De gave van de meeste mensen zich te schikken in veranderde omstandigheden is groot, maar de aanvaarding, zowel geestelijk als lichamelijk en maatschappelijk, kost dikwijls veel strijd en moet zijn tijd hebben. De mens, die een amputatie heeft ondergaan, voelt zich een onvolwaardige; de patiënt met een anus praeternaturalis zal lijden onder een gevoel van minderwaardigheid; de geopereerde na een laryngectomie heeft moeite in de om-

gang met mensen; de gynecologische patiënte kan problemen hebben in de sexuele sfeer, enz. Al deze problemen behoren open en eerlijk onder ogen te worden gezien.

Naar mijn mening is het toch zo, althans in Nederland, dat de huisarts moet worden beschouwd als degene, die de kankerpatiënt in eerste instantie steun zal moeten geven bij zijn moeilijkheden en aanpassingen. Daarnaast kan echter ook zeer veel goed worden gedaan door verpleegsters en maatschappelijke werkers en het is zeker onjuist indien de huisarts hulp van deze zijde afwijst of tegenwerkt.

In de Verenigde Staten ontvangen vele kankerpatiënten, zoals wellicht bekend zal zijn, nog steun van geheel andere zijde, en wel van de leden van de „Cured Cancer Club”. Het klinkt erg Amerikaans, maar het is zeer interessant over het werk van deze club te lezen. Men krijgt beslist de indruk dat deze club in Amerika veel goed werk doet in de strijd tegen de kanker; het zou mijn verhaal echter te lang maken, indien ik er verder op in zou gaan.

Nadat de patiënt zijn eerste behandeling heeft ondergaan, komt de vraag of nu verder geregelde controle van deze patiënt nodig is. In het algemeen zal deze controle zeker gewenst zijn, daar op deze wijze de kans groter is dat een recidief of metastase in een vroeg stadium wordt ontdekt. De patiënt, die weet dat hij voor kanker is behandeld, begrijpt deze geregelde controle; hij zal er elke keer wel weer tegen op zien, maar zal ook — evenals een oud t.b.c.-patiënt, die nog geregeld het consultatiebureau bezoekt — weer opgelucht thuis komen als hij te horen krijgt dat alles prima is.

Geheel anders staat het met de patiënt, die niet weet dat hij voor kanker is behandeld. Indien wij de patiënt, die voor een maagzweer werd geopereerd, maar die carcinoom bleek te hebben, en daar niets van vermoedt en zich na de operatie prima voelt, gaan controleren of laten controleren, dan krijgt hij argwaan. Dit enorme nadeel weegt in het geheel niet op tegen het dubieuze voordeel, dat een geregelde controle misschien eerder een metastase zou doen ontdekken, daar juist in het geval van maagcarcinoom de mogelijkheid van succesvolle behandeling van recidief of metastasen wel bijna is uitgesloten. Hetzelfde geldt voor de patiënt, die ik instuurde onder de diagnose „appendicitis acuta” en die onder deze diagnose werd geopereerd, maar bij wie een klein carcinoom werd gevonden, dat darmperforatie had gegeven. Het zou beslist onjuist zijn geweest deze jongeman geregeld te laten controleren om te zien of er misschien metastasen waren ontstaan. Ik hoorde onlangs nog dat deze patiënt het, nu enige jaren na de operatie, uitstekend maakt. Een vraag waar ik zelf geen goed antwoord op weet is, wat men moet zeggen als een keurend arts over een dergelijke patiënt vraagt wat er bij de operatie is gevonden.

Zal men dus naar mijn mening in het algemeen de patiënten, die weten dat zij voor kanker werden be-

handeld, wel geregeld laten controleren en degenen, die geen kanker vermoedden, liever niet laten controleren, op deze algemene regel kunnen ook weer uitzonderingen voorkomen. Zo ken ik een vrouw, bij wie vele jaren geleden een uterusextirpatie is verricht wegens portiocarcinoom. Zij komt trouw elk half jaar een verwijskaart halen voor controle door de gynecoloog, maar weet niet dat het carcinoom is geweest. Eén van de laatste keren vroeg zij of die controle nog altijd nodig was en waarom. Dit zijn steeds vragen, die met voorzichtigheid moeten worden behandeld. Ik stelde een wedervraag en vroeg haar: „Waarom denkt u zelf eigenlijk dat u elk half jaar voor controle naar de vrouwenarts moet?” Nu, zij dacht dat er van binnen wel een soort litteken zou zijn en dat de gynecoloog wilde onderzoeken of het met dit litteken wel goed was. Ik heb haar gezegd dat zij het bij het rechte eind had en dat het inderdaad verstandig was het inwendige litteken te laten controleren zo lang de specialist dit nodig achtte.

Tenslotte komt de uiterst moeilijke behandeling van de patiënt met kanker, voor wie geen hoop meer is. Ik geloof dat we nooit of hoogst zelden aan de patiënt met zoveel woorden moeten zeggen, dat er geen hoop meer is. Steeds zullen we de patiënt, indien hij weet dat hij kanker heeft en achteruit gaat of pijn krijgt of andere moeilijkheden, moed in moeten spreken, hem vertellen hoe onberekenbaar het verloop van kanker vaak is, hoe er perioden kunnen zijn, waarin weer herstel lijkt op te treden, dat bepaalde klachten en pijnen weer terug kunnen gaan en verdwijnen. Iedere arts met enige ervaring weet, dat dergelijke uitspraken geen verzinsel zijn, maar dat het verloop van kanker inderdaad zeer verrassend kan zijn.

Twee voorbeelden van een ziekteverloop, dat niet werd voorzien uit eigen ervaring ter illustratie. Bij een man van 70 jaar wordt röntgenologisch een ulcus duodeni geconstateerd. Na een ulcuskuur treedt geen verbetering op. Op de röntgenfoto zijn nu ook verschijnselen van pylorusstenose. Bij operatie wordt een ulcus carcinomatosum zonder metastasen gevonden; de prognose lijkt niet slecht. Na ongeveer drie maanden zijn er echter al duidelijke metastasen en binnen het halve jaar is de patiënt overleden.

Een vrouw van 65 jaar wordt geopereerd onder de diagnose hydrops van de galblaas bij cholelithiasis; de galstenen worden gevonden, maar bovendien een inoperabel carcinoom. De chirurg bericht mij, dat hij verwacht dat patiënte wel snel icterisch zal worden en het niet lang meer zal maken. Patiënte knapt van de operatie echter snel op; ik neem afscheid en heb haar daarna in bijna vijf jaar niet meer gezien; wel hoor ik van de familie dat zij het steeds goed maakt. Tenslotte krijgt zij klachten over moeheid en kortademigheid. De lever is zeer sterk vergroot en zij gaat snel achteruit en overlijdt juist vijf jaar na de operatie.

Van zeer groot belang is ook, hoe we de naaste familie van de achteruitgaande kankerpatiënt bena-

deren. In de eerste plaats is het zeer gewenst dat niet bij elk bezoek van de huisarts steeds familie aanwezig is. Men moet er rekening mee houden, dat de patiënt wel eens iets met zijn huisarts wil bespreken, waar hij liever zijn vrouw of dochter of welk familielid dan ook niet bij heeft. Hij zal er zelf moeilijk toe komen hen te vragen even weg te gaan, zodat het gewenst is, dat de arts nu en dan bij een visite aan de familie vraagt hem eens even met de patiënt alleen te laten. Voorts is het vaak vreselijk te zien, met hoeveel medelijden en beklag de patiënt wordt omringd in een stadium van zijn ziekte, waarin dit beslist ongewenst is. Het gevolg is vaak, dat de patiënt zichzelf ook steeds meer gaat beklagen. Zo mogelijk zal dus de familie worden uitgeleid, dat medelijden en beklag verkeerd werken, terwijl afleiding en bezigheid voor de patiënt juist zo gewenst zijn.

Haast wonderbaarlijk vind ik soms wat men kan bereiken, indien het lukt een patiënt, die in de put zit, een reden te geven om zich te beheersen tegenover zijn naaste omgeving. De patiënt heeft dan weer een taak; in plaats van een door ieder beklaagd hoopje ellende kan hij nu een door zijn omgeving met stille bewondering gadeslagen heldhaftige persoon worden. Jaren geleden zag ik hiervan een voorbeeld, dat diepe indruk op mij maakte en dat voor mij eigenlijk het eerste geval was, waardoor ik meer daadwerkelijke belangstelling kreeg voor de psychologie van de kankerpatiënt. Bij een man van achter in de 60 met slikklachten was röntgenologisch een oesofaguscarcinoom geconstateerd, dat voor inoperabel werd gehouden. Ik bezocht hem zo nu en dan eens, waarbij hij niet veel zei, maar zijn vrouw des te meer, die ratelde aan enen door. De klachten namen langzaam toe; patiënt vermagerde duidelijk, het eten ging moeilijker. Ik was verbaasd hem in deze toestand op een morgen op het spreekuur te zien. Hij woonde ver weg en was speciaal met de bus gekomen. Hij wilde wat vragen waar zijn vrouw niet bij was. „Is het kanker?” Ik antwoordde hem dat ik er niet geheel zeker van was, maar de kans toch inderdaad heel groot achtte dat het, zoals hij zelf schijnbaar ook al had gedacht, kanker zou zijn. Dit kwam harder aan dan ik had gedacht; hij had kennelijk toch gehoopt te horen, dat het geen kanker was; zei zelf, dat hij niet had gedacht, dat ik het hem, ook al dacht ik het, zo maar zou zeggen. We hebben er verder over gepraat en op een gegeven ogenblik vroeg ik hem, wat hij aan zijn vrouw wilde zeggen. Dat wist hij nog niet. Ik raadde hem aan er met zijn vrouw voorlopig niet over te praten; zei hem, dat zijn vrouw zo zenuwachtig was, dat ze er met alle burens en kennissen over zou praten, dat iedereen hem zou beklagen, wat voor hemzelf alleen maar beroerd zou zijn, enz. Een dag of tien later kwam ik nog eens bij hem langs. Zijn vrouw was een en al verbazing: „Wat er met mijn man gebeurd is weet ik niet. Eerst zat hij altijd maar stil voor zich uit te kijken, je kreeg er geen woord uit, hij deed ook niks meer, en nu is hij helemaal veranderd, hij werkt wat, gaat naar de burens, praat

met iedereen en zegt dat hij zich veel beter voelt, maar met het eten gaat 't nog even moeilijk en hij wordt steeds magerder."

Tot slot wil ik nog vermelden — verschillende auteurs wijzen erop — dat het veel schijnt voor te komen, dat als psychische reactie op het hebben van kanker ernstige schuldgevoelens bij de patiënt ontstaan. Ik heb hiervan in eigen praktijk eigenlijk nooit frappante voorbeelden gezien, maar stellig heb ik er te weinig acht op geslagen, daar het mij tot voor kort niet bekend was dat dit verschijnsel zo veel zou voorkomen.

Palliatieve behandeling

Wat de pijnstillende middelen betreft heb ik in de loop der jaren de ervaring opgedaan, dat morfine en de hiervan afgeleide preparaten bij kankerpatiënten gevaarlijke middelen zijn, waarnaar men pas in uiterste nood en dan pas in het laatste stadium van de ziekte moet grijpen; het maakt van de patiënten vaak willoze wrakken, die alleen nog maar het spuitje verlangen. Men zal in elk geval eerst altijd de meer onschuldige pijnstillende, eventueel kalmerende, middelen moeten proberen. Er zijn nog wel eens patiënten of familieleden van patiënten, die erg om een spuitje kunnen bedelen; dikwijls zijn dat lastige patiënten, waarmee moeilijk is te praten, of domme familieleden, waarmee helemaal niet is te praten. In zulke gevallen onttrek ik me nog wel eens aan de moeilijkheden door het geven van een injectie met fysiologische zoutoplossing. Vaak is het resultaat van een dergelijk spuitje dan nog verrassend.

Preventie

Een facet van het kankerprobleem, waarover de huisarts toch in elk geval een oordeel moet hebben, is de profylaxe, die uiteenvalt in de preventie en het onderzoek van gezonden op kanker. Bij de preventie denken we dan in de eerste plaats aan het de laatste jaren zeer actueel geworden vraagstuk van het verband tussen longkanker en het vele jaren roken van veel sigaretten. Ik geloof dat het vele zelf veel sigaretten rokende artsen is gegaan als de patiënt, die bij zichzelf kanker vermoedt. Na de eerste schrikreactie volgt de ontkenning: „Het zal wel niet zo'n vaart lopen. Bewezen is het eigenlijk alleen voor ketterokers". Men hecht meer waarde aan artikelen waarin het verband tussen longkanker en sigarettenroken weer wordt ontkend, hoewel bij rustige objectieve beschouwing zou blijken, dat deze artikelen wetenschappelijk minder goed zijn gefundeerd. Ook hier weer de struisvogelhouding. Toch zal het nodig zijn, dat de artsen dit probleem werkelijk onder ogen zien.

Het lijkt me niet juist, dat een man die veel sigaretten rookt, van zijn huisarts te horen krijgt: „maak je over dat sigarettenroken maar geen zorgen naar aanleiding van die stukken in de kranten; dat loopt allemaal zo'n vaart niet, er is nog niets bewezen." Wel is het begrijpelijk dat de arts de

mensen niet te veel wil verontrusten, maar men zou toch mijns inziens een dergelijke vraag beter als volgt kunnen beantwoorden: „U hoeft zich naar aanleiding van die stukken in de kranten niet direct zorgen te maken, want tenslotte is het zo, dat maar een zeer klein percentage van de veel sigarettenrokende mensen longkanker krijgt." Eventueel kan er verder op worden ingegaan met te zeggen, dat inderdaad wel vastgesteld is dat longkanker bij sterke rokers van sigaretten meer voorkomt dan bij niet-rokers, zodat het wel overweging verdient het roken te matigen of, nog beter, te staken, eventueel bij het roken niet meer inhaleren.

Ik ben benieuwd of het aan de huisartsen toegezonden boekje van Korteweg: „Huisarts, roken en de preventie van longkanker" door hen serieus gelezen is. Ik heb na lezing van deze uitstekende verhandeling dit probleem nog eens overdacht, met het resultaat dat ik me toch eigenlijk niet geheel kan aansluiten bij de conclusie, dat de strijd tegen het overmatig sigarettenroken bij de nog niet verslaafde jeugd moet beginnen. Ik geloof, dat men hiermee alleen niet ver zal komen. Zo lang de ouderen rustig blijven doorroken, zo lang zal de jeugd de waarschuwingen niet erg au sérieux nemen en er zelf toch ook mee gaan beginnen. Er zou over dit onderwerp, waarbij de verslaving aan nicotine een zeer grote rol speelt, nog zeer veel te zeggen zijn, maar dat zou te ver voeren.

Periodiek onderzoek

Wat het periodieke onderzoek op kanker betreft, dat nu en dan door artsen wordt gepropageerd, vooral voor het mamma- en het portiocarcinoom, hiervan ben ik, voorlopig althans, zoals de zaken nu staan, een tegenstander. In de eerste plaats zal een dergelijk massa-onderzoek, met al zijn bezwaren van het massale en onpersoonlijke, de carcinofobie vermoedelijk wel doen toenemen. In de tweede plaats zou dit een zo geestdodend routinewerk worden voor de ermee belaste artsen, dat velen, waaronder ook ik, er moeilijk toe zouden zijn te krijgen. In de derde plaats zou een dergelijk groot opgezet onderzoek van gezonden zeer veel geld kosten en tenslotte in de vierde plaats kan ik me niet voorstellen dat zo'n onderzoek veel op zou leveren; zeker niet in het geval van het mammacarcinoom. De mensen bemerken een knobbeltje in de borst heus zelf wel. De kwestie is maar hen zo voor te lichten, dat zij er mee naar de arts gaan. Meer succes zou misschien te verwachten zijn, gezien publikaties over ervaringen hiermee in de Verenigde Staten, van het onderzoek van gezonde vrouwen op portiocarcinoom door cytologische beoordeling van vaginale uitstrijkpreparaten.

Voorlichting

De voorlichting is een delicate zaak, waarbij het de kunst is de mensen

le enigszins vertrouwd te maken met de beginver-

- schijnselen van de meest voorkomende kankers;
 2e hen tot in den treure voor te houden dat zij bij verdachte tekenen of verschijnselen niet moeten wachten met naar de arts te gaan;
 3e deze voorlichting zodanig te geven dat de mensen niet te bang worden gemaakt.

Momenteel wordt in Nederland een vorm van voorlichting gepropageerd en in enkele provincies, onder andere in Overijssel en Gelderland, ook daadwerkelijk toegepast, die naar mijn smaak zeer geslaagd is. De districtsverpleegster van de kankerbestrijding zoekt contacten met diverse vrouwenverenigingen. Er worden dan avonden georganiseerd, waarbij ook de mannen worden uitgenodigd. Het aantal mensen moet vooral niet te groot zijn. Op deze avonden wordt een korte inleiding gehouden door een arts, meestal een huisarts, waarna een film wordt vertoond, hier de film „Er is een tijd van komen”, die voorafgegaan wordt door een toelichting door de districtsverpleegster. Hierna volgt een pauze waarin schriftelijke vragen kunnen worden gesteld. Na de pauze worden deze vragen door de arts besproken.

Vele artsen vreesden, dat dergelijke avonden een toeneming van de carcinofobie zouden geven. De terzake deskundigen waren vanaf het begin van oordeel, dat deze vrees geheel ongegrond was en de praktijk heeft hen volledig in het gelijk gesteld. Ik heb hier ter plaatse nu twee van dergelijke avonden meegemaakt en uit niets is mij gebleken, dat deze toeneming van de carcinofobie zouden hebben gegeven; in andere plaatsen is het evenzo.

Behoeft men dus beslist niet bang te zijn voor een toeneming van de carcinofobie door dergelijke voorlichtingsavonden, aan de andere kant moet men zich van de resultaten van dergelijke avonden niet al te veel voorstellen. Het overgrote deel van het publiek waarmee men te maken heeft, ontbeert inzicht in de meest elementaire beginselen op het gebied van de geneeskunde. Ik had in de inleiding op een dergelijke avond zeer nadrukkelijk verteld dat kanker niet, zoals in deze streek nog veel wordt gedacht, besmettelijk is. In de pauze krijg je dan een briefje waarop staat: „Is kanker besmettelijk?” Dit is ontmoedigend; men moet steeds maar weer herhalen en nog eens herhalen om de meest essentiële punten er bij het publiek in te krijgen. Enige malen had ik ook gezegd dat er in wezen maar twee afdoende behandelingsmethoden zijn: operatie en bestraling. Met enige verbijstering leest men dan later in de plaatselijke courant gezegd te hebben dat „men thans de beschikking heeft over heel goede middelen om van kanker te genezen”.

Ondanks deze teleurstellingen ben ik ervan overtuigd, dat men toch met deze wijze van voorlichting op de goede weg is. Men zou ook voorlichting kunnen geven via de pers: dagbladen, weekbladen, „Spreekuur thuis”. Een nadeel hiervan is stellig het ontbreken van het persoonlijk contact tussen deskundig en lekenpubliek. Anderzijds schijnen in Engeland en Amerika artikelen in de pers wel grote

indruk — in de goede zin dan — te hebben gemaakt op het publiek. Ik las ergens dat het boek van Dr Cameron, „Truth about cancer” in afleveringen opgenomen is geweest in een Engels zondagsblad. De belangstelling, die het publiek er voor had, bleek uit het ongewoon grote aantal brieven en telefoontjes, die de radactie bereikten. Velen vertelden dat zij met hun klachten naar de dokter waren gegaan en meer vertrouwen in de behandeling hadden gekregen. Ook in „The Family Doctor”, het Engelse equivalent van „Spreekuur thuis”, zijn de laatste jaren nog al eens artikelen verschenen over de strijd tegen de kanker.

Samenvatting

Tot besluit moge ik de meest essentiële punten van mijn betoog kort samenvatten:

- 1 Een vroege diagnose is in de strijd tegen de kanker van primair belang. Meer vroege diagnoses zouden kunnen worden verkregen door andere instelling van de artsen tegenover kanker; meer goede voorlichting; oplettendheid wat betreft de mogelijkheid van kanker bij het onderzoek en het kennis nemen van de klachten.
- 2 Om het woord kanker van zijn sterke affectieve geladenheid te ontdoen en bij het publiek meer vertrouwen te kweken in de mogelijkheden kanker met succes te behandelen, zullen de artsen in vele gevallen van kanker met goede prognose de patiënten eerlijk moeten mededelen dat zij kanker hebben. Deze mededeling zal met veel tact moeten worden gedaan en het zal beslist nodig zijn een dergelijke mededeling niet haastig te doen, maar er behoorlijk de tijd voor te nemen.
- 3 De huisarts kan, als hij er maar tijd en animo voor heeft, zeer veel doen om de kankerpatiënt tot steun te zijn. Met het inzetten van zijn persoonlijkheid kan hij honderdmaal meer goed doen dan met het geven van een morfinespuitje; het nadeel is alleen dat het eerste veel meer tijd en energie kost.

Groen, J. e.a. (1955) Psychologische aspecten van het kanker-vraagstuk. Erven Bohn. Haarlem.

BOEKBESPREKING

Prof. Dr G. A. Lindeboom. *Klinische dialogen. Tweede bundel. De erven F. Bohn n.v., Haarlem. 1960. 267 bladzijden. f 14,50.*

In deze tweede bundel voert de schrijver, evenals in het eerste deel, 27 patiënten ten tonele. Wederom een gevarieerd geheel uit de interne kliniek, dat de belangstelling van de lezer zeker zal verwerven, omdat hij niet wordt geconfronteerd met een bespreking van ziekten of syndromen, maar met patiënten met hun eigen voorgeschiedenis en het verloop van hun ziekte. Het waarderend oordeel, gegeven bij het verschijnen van de eerste bundel — (1959) huisarts en wetenschap 2, 163 — blijft onveranderd gelden voor deze bundel. De systematische inhoudsopgave maakt het boek ook als naslagwerk waardevol, omdat de nieuwe inzichten en behandelingen met een korte recente literatuuropgave dikwijls verhelderend kunnen werken bij problemen in de algemene praktijk. K. Gill