

Diagnostiseer kanker tijdig

DOOR DR E. TONKES, ARTS*

„Tua res agitur”

Wanneer men de publikatie leest van Korteweg (1880) over kanker, komt men ervan onder de indruk, dat „alleen hevige pijn, uitgebreide verzweering en ondragelijke stank” een aantal chirurgen „mogen doen besluiten tot verrichten van een kunstbewerking, waarvan zoo weinig heil te verwachten is”. De hoge primaire mortaliteit en de slechts geringe driejaars-overleving maakten in die tijd de operatieve therapie niet erg aantrekkelijk. Toch ziet men dergelijke verschillen in het verloop, dat Korteweg onderscheid meent te moeten maken tussen „kwaadaardige” en meer „goedaardige” kankers.

Krijgt men dus uit de aangehaalde studie de indruk, dat de behandeling van kankerpatiënten toen wel voor een belangrijk deel uitsluitend palliatief gedacht moet zijn geweest, ongeveer zeventig jaar later was het weer een Korteweg (1953), die zich moest afvragen of „de algemeen aangehangen meningen als „vroegere behandeling van kanker is van grote prognostische betekenis”, . . . juist zijn”. De Bruïne (1956) komt, op grond van een onderzoek, dat 164 patiënten met carcinoma colli uteri uit de Utrechtse en 596 soortgelijke patiënten uit de Amsterdamse Vrouwenkliniek omvat, tot de uitspraak, dat „er geen verband (bestaat) tussen verzuimde tijd en vijfjaars-genezing”. Hij stelt het dan zo, „dat bij de „kwaadaardige” carcinomen (volgens Korteweg) de patiënte een veel groter pressie op de arts uitoefent om te worden doorgestuurd voor specialistische behandeling dan bij „goedaardige”.”

Wanneer het ons niet mogelijk blijkt te zijn tevoren uit te maken, of wij met een „goedaardige” of een „kwaadaardige” kanker te doen hebben, zullen wij ons in de strijd tegen de kanker voornamelijk van twee wapens moeten bedienen. Wij moeten trachten de gevallen tijdig te diagnostiseren en in behandeling te nemen, en moeten daarnaast steeds op andere dingen letten, die bij het optreden van carcinoom een betekenis kunnen hebben. Korteweg (1953) schrijft: „Bij veel kankers bergt het propageren van een zeer vroege diagnostiek, naast veel goeds, het gevaar in zich, dat daardoor ten onrechte bij het publiek de indruk post vat dat reeds het voeren van propaganda belangrijk werk bij de strijd tegen kanker betekent. Dit leidt maar al te licht tot het nalaten van werkelijk doeltreffende bestrijdingsmiddelen, zoals het staken van zwaar roken als preventieve maatregel tegen longkanker”. Ik geloof, dat wij het ene moeten doen, maar het andere niet laten. De tegenwoordige lijder aan bronchus-carci-

noom is er niet mee gebaat wanneer zijn zoon van het roken wordt afgebracht.

Voor de huisarts, die, ook in de toekomst, de centrale figuur moet blijven, zal dus preventief werk een steeds grotere plaats in gaan nemen. Hierop wordt van verschillende zijden gewezen: naast van der Wielen noem ik Buma. Het zich steeds verdiepende inzicht in het vraagstuk van de carcinogenese zal bij voortduring invloed uitoefenen op de preventieve mogelijkheden voor de kankerbestrijding. Het zoeken naar precancereuze toestanden zal van de huisarts steeds meer aandacht opeisen. De huisarts zelf kan stimulerend werken bij deze onderzoekingen, die zowel op genetisch, toxicologisch als op sociologisch gebied kunnen liggen. Reeds het medewerken aan het slagen van de follow-up der kankerregistratie is van uitnemend belang.

Daarnaast, en dat is het feitelijke onderwerp van deze mededeling, is de tijdige diagnose van een maligne tumor van de grootste betekenis en dus het tijdig doen plaats hebben van een efficiënte behandeling.

De eerste vraag is hier: wat moet men verstaan onder een tijdige diagnostisering? Om ons duidelijk voor ogen te stellen waarom het hier gaat, moeten wij ons realiseren, dat men — in dit verband ten minste — het begrip tijdig moet relativeren. Bij een volgens Korteweg „goedaardige” kanker kan een tijdige diagnose veel later worden gesteld dan bij een „kwaadaardige”. Het gaat hier dan ook niet om de „verzuimde tijd”, al speelt natuurlijk het tijdsverzuim ook wel een rol, het gaat veel meer om de „uitbreiding” van de tumor, om de regionale uitzaaiingen en om metastasen op afstand. Hier worden de volgende criteria in het geding gebracht, volgens definitie van de World Health Organization: T geeft de uitbreiding aan van de primaire tumor, N betekent de al dan niet voorkomende uitzaaiing in de regionale lymfeklieren en de eventuele uitbreiding van deze, M duidt op metastasen op afstand. Uit deze drie gegevens samen leidt men het „stadium” van de kanker af. Voor borstkanker kent men vier stadia. Bij het carcinoma colli uteri werkt men reeds geruime tijd met een indeling in vier groepen (Heyman), welke indeling tot op zekere hoogte te vergelijken is met de stadia uit het T.N.M.-systeem.

Mamma

T₁ — Tumor van 2 cm (grootste afmeting) of kleiner. Geen fixatie aan de huid, in pectoralis major of borstwand. Geen intrekking van de mamma.

T₂ — Tumor groter dan 2 cm maar kleiner dan of gelijk aan 5 cm (grootste afmeting), of incomplete fixatie aan de huid, of intrekking van de mamma,

* Directeur van het Universitair Kanker Centrum te Utrecht.

óf ziekte van Paget.

Geen fixatie aan m pectoralis major of borstwand.

T₃ — Tumor groter dan 5 cm maar kleiner dan of gelijk aan 10 cm (grootste afmeting),
óf complete fixatie aan de huid (huid geïnfilteerd of geulcereerd),
óf peau d'orange in het gehele gebied van de tumor,
óf incomplete fixatie aan de m pectoralis major.
Geen fixatie aan de borstwand.

T₄ — Tumor groter dan 10 cm (grootste afmeting),
óf infiltratie van de huid of peau d'orange buiten het gebied van de tumor,
óf complete fixatie aan de m pectoralis major,
óf fixatie aan de borstwand.

No — Geen axillaire klieren palpabel.

N₁ — Beweeglijke homolaterale, axillaire klieren palpabel.

N₂ — Gefixeerde (en bloc of aan de andere organen) homolaterale axillaire klieren palpabel.

N₃ — Homolaterale klieren supra- of infraclaviculair, beweeglijk of gefixeerd.

	N ₀	N ₁	N ₂	N ₃
T ₁	I	II	III	III
T ₂	I	II	III	III
T ₃	III	III	III	III
T ₄	III	III	III	III

Collum uteri, volgens gegevens van Heyman.

Groep I

Het carcinoom is strikt beperkt tot de cervix.

Groep II

- Het carcinoom infiltreert één- of dubbelzijdig het parametrium, maar is niet in de bekkenwand gegroeid.
- Het carcinoom grijpt over op de vaginaalwand evenwel niet in het onderste derde deel.
- Een endocervicaal carcinoom dat overgrijpt op het corpus.

Groep III

- De carcinomateuze infiltratie in het parametrium is één- of dubbelzijdig in de bekkenwand gegroeid. Bij rectaalonderzoek is geen kankervrije ruimte te vinden tussen de tumor en de bekkenwand.
- Overgrijpen van het carcinoom op het onderste derde deel van de vagina.
- Lokale metastasen zijn palpabel tegen de bekkenwand (ongeacht de grootte van de primaire tumor).

Groep IV

- Doorgroei van het carcinoom in de blaas, blijkend uit cystoscopisch onderzoek of uit de aanwezigheid van een vesicovaginale fistel.
- Doorgroei van het carcinoom in het rectum.
- Het carcinoom breidt zich uit buiten het kleine bekken (buiten de introitus vaginae, boven de linea terminalis of verwijderde metastasen).

De aantekeningen, waarover wij in de cartotheek van het Universitair Kanker Centrum beschikken, heb ik doorgekeken en die gevallen eruit gelicht, die voldoende gegevens met betrekking tot de stadia of de groepen kenbaar maakten. Niet in alle gevallen waren hieromtrent voldoende feiten bekend geworden, gedeeltelijk doordat de patiënten werden gestuurd voor bestraling nadat elders de diagnose was gesteld en de behandeling een aanvang had genomen.

Wat het carcinoma mammae betreft kon ik zestig gevallen bijeen brengen, die een overzicht over twee

jaar toelieten. De behandeling had bestaan in een radicale mastectomie, bijna steeds gevolgd door röntgenbestraling van het operatiegebied, de axillaire en de supraclaviculaire klierstations. Er werd naar gestreefd respectievelijk 3400, 2200 en 2400 r op de genoemde plaatsen te bereiken. Uit deze gegevens stelde ik *tabel 1* op.

Tabel 1 *Carcinoma Mammae*
U.K.C.

Overzicht van verdeling en overleving tot 2 jaar		
stadium	2 jaar bekend	hiervan overleden
I	10	1
II	11	4
III	27	10
IV	12	7
Totaal	60	22

Hoewel de aantallen gevallen klein zijn en het uitspreken van een definitieve mening niet toelaten, kan ik mij niet aan de indruk onttrekken, dat de prognose — ten minste wat een tweejaars-overleving betreft — gunstiger is naar mate de behandeling geschiedde in een minder uitgebreid stadium. Een duidelijk verschil valt op tussen de stadia I en II. Dit verschil is in overeenstemming met hetgeen Korteweg 80 jaar geleden schreef: „Het succes der operatie in die gevallen, waar nog geen klierzwelling bestaat, is, zooals wij reeds opmerkten, zeer veel bemoedigender”. Dit verschil komt ook naar voren in de gegevens van *Smithers e.a.* voor de vijfjaars-overleving (*tabel 2*).

Tabel 2 *Carcinoma Mammae*

naar gegevens van *Smithers e.a.*
Royal Cancer Hospital

stadium	aantal patiënten	aantal vijfjaars-overlevingen
I	165	74,1%
II	242	53,4%
III	224	23,6%
IV	138	8,8%
Totaal	769	48,8%

In de Universiteits Vrouwenkliniek wordt reeds geruime tijd aandacht besteed aan de groepsindeling van het carcinoma colli uteri, en dit biedt een goede mogelijkheid om de prognostische betekenis van de tijdige diagnose na te gaan.

Omdat de registratie van het U.K.C. eerst in 1953 werd opgezet, is het niet mogelijk uit onze cartotheek een groot aantal gevallen samen te brengen, die ten minste vijf jaar geleden werden behandeld. Ik heb mij daarom beperkt tot de gevallen, die ten minste drie jaar geleden in behandeling zijn

gekomen en houd mij dus bezig met de driejaars-genezing.

De behandeling bestond in het algemeen voor de gevallen van groep I uit een totaal-exstirpatie volgens Meigs en nabestraling van het bekken. In de groepen II, III en IV werd radium vaginaal geapliceerd — zo mogelijk ook intra-uterien. Er werd gestreefd naar 6000 mg/uur tegen de tumor en 4000 mg/uur in de uterus. Daarnaast werd, uitgaande van vier tot zes velden, getracht 4700 r in elke helft van het bekken in te stralen. Zo kon ik 108 gevallen aan een nadere beschouwing onderwerpen (*tabel 3*).

Tabel 3 Carcinoma Colli Uteri
U.K.C.

Overzicht van verdeling en overleving tot 3 jaar					
groep	3 jaar bekend	hiervan overleden	doodsoorzaak		
			tumor	onbekend	andere bekende
I	33	11	7	3	1
II	50	20	17	2	1
III	21	14	12	1	1
IV	4	3	2	1	—
Totaal	108	48	38	7	3

Daar ik de indruk heb, dat niet alle gevallen, waarin een kankerpatiënt sterft, aan tumor of metastasen moeten worden toegeschreven, tracht ik altijd een zo goed mogelijk inzicht te krijgen in de doodsoorzaak. Veelal mislukt dit. In de eerste plaats omdat obductie — die lang niet altijd wordt verricht — wel eens twijfel omtrent de rechtstreekse doodsoorzaak laat bestaan. In sommige gevallen kan ik slechts de datum van overlijden achterhalen. In een aantal van de gevallen, die worden gerangschikt in de groep met een onbekende doodsoorzaak, zal het overlijden toch een gevolg zijn van het neoplasma. De werkelijke sterfte aan tumor zal dus liggen tussen de bekende sterfte aan het gezwel en dit aantal, vermeerderd met dat met een onbekende oorzaak.

In zijn proefschrift behandelde de Bruïne de gevallen van carcinoma colli uteri uit de Amsterdamse en Utrechtse Vrouwenklinieken. Zijn gegevens over de vijfjaars-genezing bewerkte ik in *tabel 4*. Het is jammer, dat ik daarbij omtrent de doodsoorzaak niets kon vinden. Er spreekt echter dezelfde tendens uit als uit het materiaal van het U.K.C.

Tabel 4 Carcinoma Colli Uteri
naar gegevens van de Bruïne

groep	aantal patiënten		
	behandeld	gezezen	overleden
I	164	97	67
II	221	97	124
III	142	30	112
IV	9	2	7
Totaal	536	226	210

Hoewel zeker ook andere kanten van het kankervraagstuk onze aandacht voortdurend gespannen houden, meen ik toch dat overal het streven om de gevallen in handen te krijgen op een ogenblik, waarop de uitbreiding van de tumor nog gering is, moet worden gepropageerd. * Wanneer uit datgene, dat omtrent het carcinoma mammae en omtrent de kanker van de baarmoedermond werd medegedeeld, is af te leiden, dat de prognose gunstiger mag worden gesteld naar mate men gezwollen van kleinere uitbreiding kan behandelen, is het op zijn minst denkbaar, dat men iets dergelijks ook voor andere tumorlokalisaties mag veronderstellen.

Voor een dergelijk streven komen drie punten in het geding:

- 1 nascholing van de artsen;
- 2 voorlichting aan leken- en aan medisch hulp-personeel;
- 3 periodiek onderzoek van de bevolking, en wel vooral dat deel der bevolking, dat het meest kans loopt kanker te krijgen, dus vanaf de middelbare leeftijd; borst- en portio-kanker mogelijk nog eerder maar de controle tijdens de graviditeit geeft dikwijls gelegenheid, mits men er aan denkt en bijvoorbeeld een speculum weet te gebruiken.

Nascholing dient de artsen op de hoogte te brengen en te houden van de nieuwe inzichten en mogelijkheden, welke bij de diagnostiek en de therapie van kanker gelden, alsook van de research op dit gebied. Meer nog dan de zuiver therapeutische maatregelen, die hoe langer hoe meer tot het werkgebied van specialistenteams gaan behoren, gaat het hier om twee punten:

- a de maatregelen, die genomen kunnen — en dus moeten — worden om tot een tijdige diagnose te komen: dus ernstig onderzoek in al die gevallen, waarin misschien met kanker rekening moet worden gehouden, en doorsturen van dergelijke patiënten zonder uitstel ter bevestiging der diagnose en ter behandeling;
- b bijdragen tot de studie van aandoeningen en omstandigheden, die kans geven op een later ontstaan van kanker. Ten dele ligt dit op het individuele vlak en behoort dus zeker tot de competentie van de huisarts, ten dele ligt het meer op het sociale vlak, maar ook dan is het juist de huisarts, die er zich niet van kan abstraheren.

Voorlichting van leken en medisch hulp-personeel is een ingewikkelde aangelegenheid, die de volle belangstelling behoeft van zeer verschillende instanties: zowel de Inspectie van de Volksgezondheid, als de Kruisverenigingen zijn er sterk bij geïnteresseerd, maar niet minder de huisartsen en de Landelijke Organisatie voor de Kankerbestrijding. Samen spel is hier zeer gewenst (*Tonkes*).

* Op het Internationaal Congres te Londen in 1958 wees ook Desaine hierop. Ook Held acht dit van groot belang, al brengt het veel kosten en moeite mee.

Periodiek onderzoek van mensen op middelbare leeftijd kan mogelijk van groot belang zijn voor het tijdig ontdekken van enkele lokalisaties van kanker, maar daarnaast is het een aangelegenheid, die veel verder gaat dan alleen kankerdetectie. Ik geloof, dat het periodiek onderzoek — ten minste het periodiek onderzoek, dat niet slechts een „speurtocht naar kanker” wil zijn — van eminent belang kan zijn voor de volksgezondheid in het algemeen. Lang behoef ik hierbij niet stil te staan, want na de bijeenkomst op de Ernst Sillemhoeve in 1956 zijn er vele stemmen opgegaan, die zich over de wenselijkheid van een dergelijk onderzoek uitspreken en er verwachtingen van koesteren (*Lahr; Thijssen; ten Cate; van den Dool*; rapport Kon. Ned. Mij. tot bevordering der Geneeskunst (*Mertens*) en rapport Gezondheidsraad (*Wester*)), al zijn de verwachtingen van de ene hoger gespannen dan die van de andere. Globaal krijgt men de indruk, dat er aan een periodiek onderzoek, naast voordelen zowel voor de individu als voor de volksgezondheid en daarmee voor de economische gesteldheid van de bevolking, moeilijkheden kleven.

De propaganda voor een dergelijk onderzoek moet zich met beide zijden van het vraagstuk bezig houden; de mate van uitgebreidheid, welke men aan een dergelijk onderzoek moet geven, wie het moet doen, welke hulpmiddelen hij daarbij behoeft en wie er zich technisch, administratief en financieel voor moeten interesseren, komen daarbij in het geding. Ook met de consequenties van eventueel gevonden afwijkingen moet rekening worden gehouden en er dient te worden gewaakt dat een dergelijk onderzoek of herhaald onderzoek niet het persoonlijke contact tussen patiënt en arts op de achtergrond dringt.

Men moet zich de volgende vragen stellen:

- 1 In wiens handen behoort een periodiek onderzoek thuis?
- 2 Hoe groot is de „opbrengst” aan afwijkingen, die anders niet, of eerst veel later, bekend zouden worden?
- 3 Wat zijn de financiële consequenties aan het onderzoek zelf verbonden?
- 4 Wat kan men met de eventueel zo verworven kennis bereiken voor de individuele mens en voor de volksgezondheid?
- 5 Wat voor waarde ligt er in voor de strijd tegen de kanker?

ad 1 Algemeen is men wel van mening, dat het de huisartsen zijn, op wier schouders het periodiek onderzoek zal komen te drukken (*Bekius*). Maar wanneer nu reeds de „contacten” te kort van duur moeten zijn (*van der Wielen; Buma*), zodat wordt voorgesteld, dat tot een verkleining van de praktijken zal moeten worden overgegaan, hoe kunnen dan de huisartsen een dergelijke taak ook nog vervullen? Ten dele is dit een vraagstuk van administratieve, ten dele van financiële aard en het komt in enkele van de volgende punten aan de orde. Zou men spe-

ciale bureaus voor een dergelijk periodiek onderzoek oprichten, dan zou daarmee niet het belang van de patiënt optimaal worden gediend, noch dat van de huisarts en dus ook niet dat van de bevolking in het algemeen. Het gevaar schuilt er in, dat patiënten, die kort geleden — en hoe lang is dat? — een dergelijk onderzoek hebben ondergaan, en die weten binnenkort — en weer: hoe lang is dat? — weer te zullen worden opgeroepen voor zulk een onderzoek, in inmiddels waargenomen klachten geen aanleiding vinden zich terstond tot hun huisarts te wenden. *De Langen* zei: „Patiënten met klachten over hun gezondheid behoren naar de arts te gaan en niet ermee te wachten tot het tijdstip, waarop het periodieke algemene onderzoek zal plaats hebben.”

Handelt de patiënt volgens deze opvatting en is het periodieke onderzoek toevertrouwd aan anderen dan de huisarts, dan kan het zijn, dat binnen zeer korte tijd tweemaal eenzelfde onderzoek wordt verricht, hetgeen niet alleen vervelend en duur is, maar mogelijk ook gevaren met zich brengt. Stel dat de huisarts in de klachten, waarmee de patiënt tot hem komt, aanleiding vindt tot het laten verrichten van een röntgenonderzoek, en dat enkele weken later ditzelfde röntgenonderzoek wederom wordt verricht in het kader van het periodieke onderzoek, dan wordt de patiënt in te sterke mate aan stralen blootgesteld. Heeft de huisarts zelf het periodieke onderzoek in de hand, dan kan hij het tempo, de frequentie daarvan aan de hand van incidentele contacten veranderen. Bovendien, en dat weegt misschien nog het zwaarst, kent de huisarts de anamnese en de familie, alsook de sociale en psychische omstandigheden, waarvan de bureauarts zelfs in veel langere tijd niet zo goed op de hoogte kan komen.

ad 2 *Wester* zegt, dat men experimenteel moet nagaan, hoeveel gevallen men bij het periodiek onderzoek zal vinden, die anders onbekend blijven of eerst laat, mogelijk te laat, bekend worden. De commissie, waarvan hij voorzitter was, meende ook, dat men niet een volledig speurwerk naar allerlei afwijkingen moet instellen, maar dat een dergelijk onderzoek gericht moet zijn op:

(a) „Op zichzelf geringe afwijkingen en premorbide toestanden, die voorboden kunnen zijn van ernstige aandoeningen of stoornissen en waarvan de progressie door tijdig ingrijpen afgeremd of voorkomen kan worden”;

(b) „ernstige afwijkingen of stoornissen, die onmiddellijk behandeling behoeven en waarvan te verwachten is, dat medisch ingrijpen van grote betekenis is voor de toekomstige gezondheidstoestand”.

Van den Dool schrijft: „Een aantal proefonderzoeken op preventief geneeskundig gebied lijkt toch wel aan te bevelen, om zo een inzicht te krijgen in de aard der afwijkingen, die door de huisarts gewoonlijk niet worden gediagnostiseerd.” En een ander voordeel van een min of meer gedwongen — zij het alleen gedwongen door een afspraak tussen de arts en de bij hem ingeschrevene — periodiek on-

derzoek, is, dat dan gevallen kunnen worden gevonden, die niet aan de wens van de Langen voldoen om bij klachten direct de huisarts te consulteren. Van den Dool ondervond: „bij het onderzoek van „gezonde” volwassenen bleek herhaalde malen, dat er bij navraag toch wel allerlei klachten aanwezig waren.”

In 1957 publiceerde *Querido* gegevens omtrent een proefonderzoek bij ruim 3000 mensen, 1583 mannen en 1508 vrouwen. Daarbij werden gevonden:

		mannen	vrouwen
maligne aandoeningen . . .	bij	4	10
diabetes	„	10	4
lues	„	2	2
longtuberculose	„	1	—
levercirrose	„	—	1
leukoplakie	„	61	27
mastitis chronica cystica . .	„	—	8
schilddklieradenoom	„	11	23
verdachte portio-erosie . . .	„	—	41
eierstokstumoren	„	—	12 *
cytologisch verdachte portio	„	—	45

De onderzoeken van het cytologische beeld van vaginale uitstrijken is hier en daar reeds vrij ver doorgedrongen. Aan de hand van een onderzoek dat 17761 vrouwen omvatte (27894 onderzoeken), waarbij 117 positieve uitslagen werden verkregen en 84 bij de daarop volgende biopsie positief bleken, berekenen *Nieuburgs e.a.* dat er in Floyd County, Georgia, jaarlijks 1,68 nieuwe gevallen van portio-carcinoom voorkomen per duizend vrouwen. In Oostenrijk wordt, op verzoek van de huisartsen, een groot aantal vaginale uitstrijken centraal nagekeken. Veel zal er al zijn bereikt, als ook ten onzent, bij iedere vrouw boven 40 jaar, die om de een of andere reden door haar huisarts wordt onderzocht, een speculum voor vaginale exploratie werd ingebracht en een cytologisch onderzoek volgens Papanicolaou wordt verricht (Held). Een proefonderzoek werd ook verricht door *Day e.a.*, die vonden dat in 1,3 procent der gevallen carcinoom bestond, waarvan de helft geen symptomen had gegeven. Verder werd negenmaal zo frequent als kankers een afwijking gevonden, waarvan behandeling noodzakelijk was. *Schramm* stelde in Philadelphia bij een proefonderzoek op tienduizend mensen 32 kankers vast. Van deze tienduizend onderzochten had 58 procent medische of chirurgische behandeling nodig en was zich daarvan niet bewust.

ad 3 Omtrent de financiële consequenties lijkt mij op dit ogenblik weinig te zeggen. Deze zouden kunnen worden gesplitst in

(a) directe kosten, dus die per geval op het onderzoek komen te drukken en die op allerlei wijzen in

* Van den Dool vond bij 49 vrouwen tussen 45 en 48 jaar vier gynaecologische afwijkingen: tweemaal myoom (waarvan één klaagde over pijn en menorrhagie), eenmaal „stress-incontinence” en eenmaal leukoplakie van de vulva.

meerdere of mindere mate kunnen worden beperkt. Mogelijk zien de Kruisverenigingen hier een taak (Wester). Zij kunnen hun administratieve mogelijkheden ter beschikking stellen en de wijkverpleegster kan technische hulp leveren. Van den Dool wijst verder op de mogelijkheid van wat hij noemt „multiple screening”, waarbij bepaalde onderzoeken worden gekoppeld aan het reeds bestaande bevolkingsonderzoek op tuberculose. Vooralsnog lijkt het mij vrijwel ondoenlijk een raming van de directe kosten te doen.

(b) indirecte kosten, waaronder ik zou willen verstaan de financiële consequenties van het nu reeds (van der Wielen; Buma) noodzakelijke verkleinen van de praktijken, maar ook de in het geheel niet te negeren vermindering van beschikbare tijd voor de curatieve praktijk. Een deel van de hierdoor door de huisarts te derven emolumenten zou door een honorering van het preventieve werk door de ziekenfondsen moeten worden gedragen. Zij toch hebben ook een belangrijk voordeel bij een goede volksgezondheid. Een gedeelte zou moeten worden geput uit bijdragen van werkgevers, die hoogstwaarschijnlijk minder zieke arbeiders zullen krijgen. Hierbij is te denken aan de fondsen van de Ongeval- en van de Invaliditeits-kassen. En kunnen ook de levensverzekeringsmaatschappijen er zich niet voor interesseren, te meer, waar er al enkele zijn, die hun verzekerden eens in de drie jaar in de gelegenheid stellen zich volledig te laten onderzoeken? Zou het niet mogelijk zijn te overwegen een fonds in te stellen, waaruit iedere huisarts naar rato van zijn aandeel in dit periodieke onderzoek een honorering krijgt?

ad 4 Wat men met de verkregen gegevens voor de individuele mens en voor de volksgezondheid kan bereiken hangt af van vele dingen.

(a) wanneer men met een medicament of een dieet het gestelde doel kan bereiken, zal daartegen wel niet veel weerstand van de zijde van de patiënt worden ondervonden, al kan ik mij voorstellen, dat het voor iemand, die in het geheel geen klachten heeft, niet altijd gemakkelijk te aanvaarden is zich op een of andere wijze te moeten onttien. Hier komt veel aan op de takt van de arts en dus moet de huisarts — de „family doctor” — dit doen.

(b) wanneer men echter tot meer ingrijpende therapieën zijn toevlucht moet nemen, wordt dit waarschijnlijk veel moeilijker aanvaardbaar en dan zijn er nog verschillen in graad van aanvaardbaarheid:

- 1 Heeft men te maken met afwijkingen, die voorboden kunnen zijn van ernstige aandoeningen en die door een tijdige (kleine) ingreep kunnen worden afgewend, dan kan men zich daarbij — mits goed ingelicht — waarschijnlijk vrij gemakkelijk neerleggen;
- 2 treft men ernstige afwijkingen aan, waarbij onmiddellijk medisch handelen van grote betekenis is voor de toekomstige gezondheidstoestand, dan ligt de zaak veel moeilijker. Hier spelen de te

verwachten prognose en eveneens de grootte van de ingreep of de ernst van de medicatie een rol. Ethische overwegingen tellen hier veel zwaarder. In een vergadering (1957) van de Somatische Commissie van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Utrecht gaf Werner als zijn mening dat het niet verantwoord zou zijn iemand wegens een bronchuscarcinoom een operatie aan te raden, wanneer hij geen klachten had. Maar hoe reageert deze patiënt op de verschillende onderzoeken, die hij in aansluiting aan het periodieke onderzoek moet ondergaan? Of moet men die verdere onderzoeken maar achterwege laten als men bij het periodieke onderzoek iets afwijkends meent te hebben gevonden? Hiermee kom ik op de derde vraag;

- 3 treft men vage afwijkingen, afwijkingen die men niet zonder meer kan duiden, moet men dan, als de patiënt geen klachten heeft, er niet verder op ingaan, of moet men, via de normale intercollegiale wegen, een nadere diagnose gaan stellen? Doet men dit niet, dan kan de gehele periodieke onderzoeking achterwege blijven.

Doet men het wel, dan heeft het ook consequenties. Dan moet tegen de patiënt met bronchuscarcinoom wel worden gezegd, dat er iets belangrijks is gevonden, dat opname en mogelijk behandeling dringend nodig zijn. Maar dit is niet gemakkelijk voor de medische raadsman, daar hij weet, dat de prognose over het algemeen nog maar matig, ja, zeer matig is.

ad 5 Bij de strijd tegen de kanker is het veelal zo, dat de prognose sterk wordt beïnvloed door de uitbreiding van het gezwel en dat dit in het algemeen een bepaalde uitbreiding moet hebben, voor het verschijnselen geeft (Sindram op een stafbijeenkomst in het Antoni van Leeuwenhoekhuis op 19 mei 1960 en *Berchthold en Kaliampetos*).

Het zal dus niet anders dan winst kunnen betekenen, wanneer wij een geval van kanker op het spoor komen nog vóór het tot verschijnselen aanleiding gaf, of nog liever, wanneer wij de „precancereuze stadia” leren kennen en op hun merites beoordelen. Wanneer wij ons duidelijk voor ogen stellen, dat er „kwaadaardige” en „goedaardige” kankers zijn, kankers, waarvan sommige lang tot de oorspronkelijke plaats bepaald blijven, andere daarentegen spoedig een uitgebreid gebied aantasten, dan kunnen wij ons niet goed voorstellen, dat wij bepaalde garanties zullen kunnen geven. Maar bij het carcinoma pulmonum komt de empirie ons te hulp. Een aantal gevallen van bronchuskanker wordt ter behandeling gestuurd door de arts, belast met het periodieke onderzoek der bevolking ter zake van de bestrijding der tuberculose, en ook de arts van het Consultatie Bureau voelt soms verdenking opkomen, dat in een bepaald geval een maligne aandoening zou kunnen bestaan. Andere gevallen, welke door de afdeling voor longziekten in behandeling worden genomen, hebben gedurende kortere of langere tijd

klachten gehad. Men is (*Swierenga; Bangma (1959)*; Santy e.a.*) reeds geruime tijd ervan overtuigd, dat het carcinoma planocellulare onder de longkankers de beste prognose heeft. Hoewel in een enkel geval een uitzondering wordt gemaakt, zijn het in de Utrechtse Universiteitsafdeling voor longziekten toch bijna uitsluitend de gevallen van plaveiselcelkankers, die aan de chirurg ter behandeling worden voorgesteld. Uit het materiaal, dat in de cartotheek van het U.K.C. voorkomt, zocht ik de gevallen van carcinoma planocellulare pulmonum uit en onderscheidde die in enkele groepen (*tabel 5*):

- 1 die, waarbij het om een toevalsbevinding ging;
- 2 gevallen met klachten van korter duur dan drie maanden;
- 3 patiënten, die gedurende drie tot zes maanden klachten hadden;
- 4 patiënten met meer dan zes maanden klachten.

Beschouwen wij deze gegevens dan vallen twee dingen op:

- 1 Ongeacht de duur van de klachten is de prognose gelijk voor die gevallen, die operabel werden geacht.
- 2 Naarmate de klachten langer hebben bestaan neemt het aantal gevallen, dat operabel wordt geacht, af, en van de klinisch operabele gevallen is een steeds groter aantal niet radicaal te helpen (*tabel 6*).

Uit deze bevindingen komt, naar mijn mening, duidelijk naar voren, dat het aandringen op een periodiek onderzoek — zeker ten opzichte van het bronchuscarcinoom — een verbetering van de behandelingsuitkomsten kan betekenen (*Tonkes*). Wanneer wij er verder uit kunnen afleiden, dat wij een optimum ter zake van de operatieve techniek schijnen te hebben bereikt, moet ons streven er hoofdzakelijk op zijn gericht de gevallen in een operabel stadium in handen te krijgen. Daarnaast moet uiteraard worden getracht de kansen voor de radicaal geopereerden te verbeteren. Misschien kan de combinatie van chirurgische en chemotherapeutische behandeling, misschien kan het toevoegen van een bestralings therapie aan de radicale operatie, hier effect sorteren. Hieromtrent moeten lopende onderzoeken ons te zijner tijd inlichten.

Wat het bronchuscarcinoom betreft leven wij in de gelukkige omstandigheid, dat er — om andere redenen — regelmatig een onderzoek plaats vindt van grotere gedeelten van de bevolking, hetzij het speciale bevolkingsonderzoek, hetzij de bedrijfsdoorklichting. Omtrent de grootte van de „oogst” van een dergelijk onderzoek zijn wel enkele indrukken te krijgen. *Williams en Lofstrom* vonden in Detroit op 754.475 onderzochte personen 438 verdachte ge-

* Persoonlijke mededeling.

Tabel 5

Carcinoma planocellulare pulmonum
U.K.C.

toestand na 3 jaar in verband met verzuimde tijd en wijze van behandeling									
wijze van behandeling	aantal	radicaal chirurgisch		proef- thoracotomie al dan niet met nabestraling		symptomatisch		totaal	
verzuimde tijd		in leven	overleden	in leven	overleden	in leven	overleden	in leven	overleden
toevalsbevinding	20	8	9	—	—	—	3	8	12
korter dan 3 maanden klachten	36	2	4	1	8	—	21	3	33
3-6 maanden klachten	22	4	4	—	3	—	11	4	18
langer dan 6 maanden klachten	41	3	2	—	7	2	27	5	36
totaal	119	17	19	1	18	2	62	20	99

vallen van tumor, waarvan er 82 longkanker bleken te zijn, dat wil zeggen één longkanker op ongeveer 9.200 onderzochten. Wat mij zeer opvalt is, dat deze schrijvers aangeven, dat slechts in 24 van deze gevallen, dat is in 29 procent, resectie kon plaats vinden en dat zij daarbij opmerken, dat dit ermee samenhangt, dat de behandeling eerst gemiddeld drie maanden na de ontdekking kon plaats hebben. Geheel vergelijkbaar met het materiaal van de Utrechtse kliniek is dit niet, daar hier nagenoeg uitsluitend de plaveiselcelkankers voor operatie worden voorgedragen, terwijl in de gevallen uit Detroit niet over het histologische beeld wordt gerept. Maar daarnaast speelt nog veel meer het tijdsverloop tussen

het opkomen van het vermoeden op een longkanker en het instellen van de therapie een rol. *Vosschulte* zegt: „... quand nous constatons une alteration pathologique des poumons qui pourrait être provoquée par un carcinome nous conseillons toujours la thoracotomie.”

Omtrent de resultaten van het onderzoek bij de Nederlandse bevolking lichtte Blanckstein mij in, die mij de beschikking gaf over cijfers van het Centraal College voor Bevolkingsonderzoek op Tuberculose (tabel 7).

Wanneer wij zien, dat wij op grond van de Nederlandse getallen, die goed overeenstemmen met die uit Detroit, mogen aannemen, dat, ruwweg gesproken, één geval van kanker wordt gevonden op 9.500 doorlichtingen, dan zouden wij op economische gronden kunnen verdedigen, dat de resultaten van al het werk te gering zijn. Ook Schramm beschrijft het onderzoek van de bevolking op kanker als een dure aangelegenheid; „there is no room for doubt that the establishment of cancer prevention clinics, while luxurious and somewhat difficult, is one of the best methods for detecting early cancer and precancerous changes. Any community that can establish such an organization would render a valuable service” zijn door hem aangehaalde woorden van Ewing. Het is dan ook een geluk, dat het bij het bevolkingsonderzoek niet alleen gaat om kankerdetectie, dat het vinden van longkanker een, belangrijke, bijzaak is van de tuberculosebestrijding. Wanneer *Cameron* (1956) kan schrijven: „Probably not more than 6 per cent of all the 30.000 who develop lung cancer each year in the United States are living five years later. Yet with very early diagnosis and prompt treatment, eight times that many could be saved” dan kan dat slechts een stimulans zijn om op de ingeslagen weg voort te gaan, en dat te meer, wanneer wij de indruk, uit tabel 6 opgedaan, aan

Tabel 6

Carcinoma planocellulare pulmonum
U.K.C.

verband tussen duur der klachten en operabiliteit			
duur der klachten	klinisch	operabel	chirurgisch operabel
toevalsbevinding	85%		85%
korter dan 6 maanden	45%		24%
langer dan 6 maanden	29%		12%

Tabel 7 *Centraal College voor*
Bevolkingsonderzoek op Tuberculose

jaar	aantal onderzochten	aantal carcinoom- gevallen
1954	157.494	10
1955	536.826	47
1956	1.327.645	112
1957	1.993.069	248
1958	1.929.275	213
totaal	5.944.309	630
is 1 carcinoom op 9.435 doorlichtingen		

een groter aantal gevallen zullen kunnen bevestigen. Ook *Gerrits*, *Bagnay* en *Drukker* schrijven: „Het bevolkingsonderzoek is dan ook een belangrijk hulpmiddel bij het vroegtijdig ontdekken van het perifere bronchuscarcinoom”?

Een vraag, die zich uiteraard opwerpt wanneer men over een periodiek onderzoek gaat nadenken, is, met welke frequentie een dergelijk nakijken moet plaats hebben. De levensverzekeringsmaatschappijen, die thans reeds hun verzekerden deze mogelijkheid bieden, doen dit eens in de drie of vijf jaar. Met betrekking tot het carcinoma pulmonum achten *Fleury*, *Delattre* en *Havez* een jaarlijks onderzoek onvoldoende en zij zeggen: „les examens seraient répétés tous les six mois chez les sujets apparemment sains”

Ook *van Bommel* vindt een om de zes maanden herhaald schermbeeldonderzoek noodzakelijk voor het tijdig ontdekken van longkanker. Men zoekt overal naar mogelijkheden, ook voor andere carcinomen.

Conclusie. Het komt mij voor, dat wij, meer dan tot nu toe geschiedde, er naar moeten streven de gevallen van kanker te diagnostiseren, wanneer de uitbreiding ervan nog zo klein mogelijk is, al impliceert dit geenszins, dat wij ook niet op andere punten, zowel wat de profylaxe, als de therapie betreft, alert moeten blijven. Het ging er mij hier voornamelijk om erop te wijzen dat ons streven, patiënten onder behandeling te krijgen met een nog zo klein mogelijke uitbreiding van het carcinoom, reeds tot aanwijsbare successen in de behandeling kan voeren.

Bekius, H. J. (1960) *Med. Contact* (Amst.) 15, 58.
Berchthold, R. en G. Kaliampetos (1960) *Schw. med. Wsch.* 90, 967.
Bommel, L. B. van (1958) 20ste jaarverslag Stichting Cen-

traal Bureau voor keuringen op med. hygiënisch gebied, 's-Gravenhage.
Bruïne, Tj. L. A. de (1954) De behandeling van het carcinoma colli uteri. Scheltema en van Holkema, Amsterdam.
Bruïne, Tj. L. A. de (1956) *Ned. T. Verlosk.* 61, 543.
Buma, J. T. (1959) Beschouwingen over de plaats van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg. Uitg. Ned. Inst. Prev. Geneeskunde, Leiden.
Cameron, C. S. (1956) *The truth about cancer.* Englewood Cliffs, New Jersey.
Cate, R. S. ten (1960) *Med. Cont.* (Amst.) 15, 74.
Day, E., Th. G. Rigney en D. F. Beck (1953) *Med. Bull.* (Peoria) 13, 315.
Desaive, P. (1960) *Acta Un. int. Cancr.* 16, 1605.
Dool, C. W. A. van den (1960) Enige mogelijkheden tot het vroegtijdig opsporen van chronische ziekten door de huisarts. Stenfert Kroese N.V., Leiden.
Fleury, M., R. Delattre en R. Havez (1956) *Presse méd.* 64, 2033.
Gerrits, J. C., W. Bagnay en W. Drukker (1960) *Ned. T. Geneesk.* 104, 566.
Held, E. (1960) *Schw. med. Wsch.* 90, 965.
Korteweg, J. A. (1880) *Ned. T. Geneesk.* 16, 121.
Korteweg, R. (1953) *Ned. T. Geneesk.* 97, 1166.
Lahr, J. H. F. (1958) *Med. Cont.* (Amst.) 13, 100.
Langen, C. D. de (1957) *T. soc. Geneesk.* 35, 556.
Mertens, A. Th. L. M. (1960) *Med. Cont.* (Amst.) 15, 39.
Nieburgs, H. E., S. Stergus, E. M. Stephenson en B. E. Harbin (1957) *J. Amer. med. Ass.* 164, 1546.
Querido, A. (1957) *T. soc. Geneesk.* 35, 558.
Santy, P., P. Galy, M. Latarjet, J. de Beaujeu Papillon (1959) *Bronches* 9, 318.
Schramm, M. H. (1953) *Acta Un. int. Cancr.* 9, 405.
Smithers, D. W., P. Rigby-Jones, D. A. G. Galton en P. M. Payne (1952) *Brit. J. Radiol. suppl.* 4.
Swierenga, J. (1954) *Geneesk. Bl.* 46, no VII/VIII.
Thijssen, P. W. (1958) *Med. Cont.* (Amst.) 13, 149.
Tonkes, E. (1960) *T. soc. Geneesk.* 38, 67 en 337.
Vosschulte, K. (1959) *Bronches* 9, 336.
Wester, J. (1960) Periodiek Geneeskundig Onderzoek, rapport van de voorzitter van de Gezondheidsraad. Verslagen en mededelingen betreffende de volksgezondheid no. 10. Uitg. Staatsdrukkerij, 's-Gravenhage.
Wielen, Y. van der (1959) De huisarts en de doeltreffendheid van zijn aandeel in de gezondheidszorg. Van Gorcum en Comp. N.V., Assen.
Williams, C. R. en J. E. Lofstrom (1959) *J. Mich. med. Soc.* 63, 568.

Psychologische methoden aangepast aan de huispraktijk*

DOOR J. KOOPMAN, HUISARTS TE EINDHOVEN

Door het hoge peil van de lichamelijke gezondheids-toestand van de bevolking in dit westerse land komt voor de arts en zeker voor de huisarts het accent van zijn werk in toenemende mate te liggen op het bestrijden van klachten, die niet uit een directe verstorning van het lichamelijke welzijn voortkomen. Vandaar dat er voor deze kant van ons werk een groeiende belangstelling bestaat. Opleiding en nascholing van de huisarts in deze materie ontbreken nog vrijwel geheel. Dit kan ook niet anders, daar de relatie huisarts-patiënt in deze een nog zeer weinig geëxploreerd gebied is.

Het eerste contact van de patiënt met zijn huisarts betreft bijna steeds klachten op lichamelijk gebied. Slechts zelden komt de patiënt direct met een probleem van individueel- of sociopsychologische aard. Eerst zal de huisarts dan ook moeten vaststellen of het eigenlijke probleem wel geheel somatisch is, en of en tot in welke mate het lijden uit de psychosociale sfeer kan voortkomen. Hierbij kan de kennis van bepaalde ziektebeelden, namelijk uit de psychosomatische groep (astma, maagulcus en dergelijke) hem een duidelijke aanwijzing geven, maar ook kan juist de onduidelijkheid van de lichamelijke verschijnselen of anatomisch onverklaarbare samenhang ervan zijn gedachten naar een conflict in de psychosociale sfeer leiden. Hoe moet de huisarts dan ech-

* Uit de Medische Afdeling van de N.V. Philips.