

huisarts en wetenschap



MAANDBLAD

VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

*Huisarts en carcinoompatiënt; inleiding**

DOOR E. VAN WESTREENEN, ARTS TE HILVERSUM**

De relatie huisarts-carcinoompatiënt bevat vele aspecten. Wat de taak van de huisarts betreft kan men hierbij onderscheid maken tussen: preventie (primair en secundair), registratie, begeleiding en advies en behandeling van eindstadia.

Het vraagstuk van de preventie is voor de huisarts uiteraard van groot belang; hij is immers de eerste, tot wie de patiënt zich met zijn klachten zal wenden. Hierbij moet onderscheid worden gemaakt tussen primaire preventie, welke voornamelijk bestaat uit voorlichting en het geven van hygiënische adviezen, bijvoorbeeld over roken, en de secundaire preventie, waarbij door vroege diagnostiek en tijdige behandeling wordt getracht de progressie van een reeds manifeste aandoening tegen te gaan. Als voorbeeld hiervan zou ik willen noemen het artikel van Sindram — (1963) huisarts en wetenschap 6, 283 — over het voorkómen van cervixcarcinoom door middel van cytologisch onderzoek bij patiënten met cervicitis. Mogelijk zal de huisarts van de toekomst zich ook moeten bezinnen over medewerking aan een eventueel in te stellen periodiek gericht onderzoek op het gebied van de carcinoompreventie.

Wat betreft de registratie, hierover is, als resultaat van een vruchtbare samenwerking tussen de Centrale Kanker Registratie en de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek, op 1 september 1964 een onderzoek begonnen waaraan zeer vele huisartsen deelnemen. Het stemt bijzonder hoopvol dat zoveel huisartsen hieraan hun medewerking hebben willen verlenen. Mogelijk zal hierdoor een antwoord ver-

kregen worden op enkele belangwekkende vragen, zoals over de oorzaak van de „patient's delay”, dat wil zeggen de tijd, die verloopt tussen de eerste verschijnselen en het inroepen van geneeskundige hulp, en op de vraag hoedanig de omstandigheden zijn waaronder de patiënt leeft tijdens en na de behandeling. Er zijn wel veel getallen bekend over vijfjaarsoverlevingen van patiënten lijdende aan verschillende soorten carcinomen, maar er is weinig gepubliceerd over de wijze, waarop deze jaren werden „be”-leefd. Voelde de patiënt zich goed en kon hij zijn werk normaal verrichten? Was hij bekend met de aard van zijn ziekte en hoe had hij deze wetenschap verwerkt? Hoe was de houding van de familieleden en verdere relaties? Hopelijk zal over een en ander na afloop van het onderzoek meer klaarheid kunnen worden gebracht.

Een steeds groter wordende groep patiënten heeft mogen profiteren van de vorderingen, welke onder specialistische leiding in de kankercentra worden geboekt en blijvende genezingen behoren niet meer tot de uitzonderingen. De congrescommissie heeft echter gemeend de behandeling van de helaas nog grotere groep van niet-radicaal te genezen patiënten ditmaal centraal te moeten stellen, omdat hier een werkterrein voor de huisarts ligt, waar zeer veel van hem wordt gevraagd aan deskundigheid, wijsheid en tact, terwijl vrijwel geen specialist hem hierover kan adviseren. Evaluatie van dit gedeelte van de huisartsgeneeskunde is alleen mogelijk door onderlinge nascholing.

Teneinde de omvang van het probleem, voorzover mogelijk, in getallen uit te drukken, heb ik in mijn praktijk een analyse gemaakt van alle sterfgevallen aan maligne nieuwvormingen gedurende tien jaar, namelijk van 1 maart 1954 tot 1 maart 1964. Op

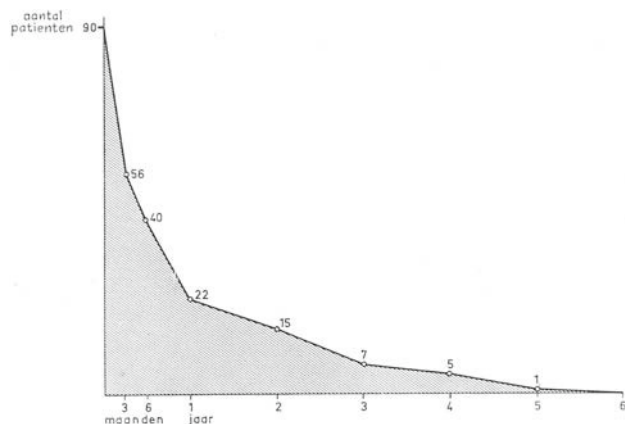
* Voordracht, gehouden op het negende N.H.G.-congres te Utrecht, 21 november 1964, mede ter inleiding van de hierna afgedrukte voordrachten van J. P. C. Moors en A. Fuldauer.

** Destijds huisarts te Rotterdam.

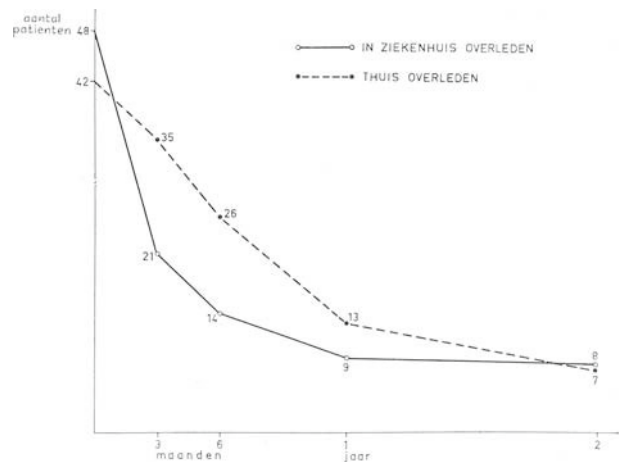
een totaal aantal sterfgevallen van 315, overleden 93 patiënten aan carcinoom, woekeringen van het lymfatische en reticulair systeem uitgezonderd. Dit is bijna 30 procent. Het Centraal Bureau voor de Statistiek geeft als gemiddelde voor alle leeftijdsgroepen voor de periode 1951 tot en met 1953 20,7 procent op, in de tijdsperiode van 1921 tot en met 1923 was dit slechts 11,1 procent. Van drie patiënten waren te weinig gegevens bekend, zodat het onderzoek gaat over 90 patiënten. Het aandeel van de huisarts in de begeleiding van inoperabele patiënten werd afgemeten aan de tijdsduur vanaf het moment waarop werd vastgesteld, dat de patiënt door metastasering of te ver gevorderde groei van het gezwel niet meer radicaal was te genezen, tot aan de datum van overlijden. Natuurlijk kan ook in dit laatste stadium de specialist op waardevolle wijze het leven van de patiënt verlichten door palliatieve maatregelen, maar in toenemende mate wordt dan toch de huisarts degene die als leidsman moet fungeren, vooral voor die patiënten, die thuis het laatste stadium doormaken.

Figuur 1 geeft een indruk van de overlevingsduur na het vaststellen van de inoperabiliteit.

Binnen drie maanden overleden van de 90 patiënten 34, zodat dus bij 56 patiënten het inoperabele stadium langer duurde. Na zes maanden waren er nog 40 patiënten over, na een jaar 22 en na twee jaar vijftien. Zeven patiënten haalden de drie jaar, vijf leefden nog na vier jaar en een patiënt overleed ruim vijf jaar, nadat bij hem een inoperabel longcarcinoom werd ontdekt. Natuurlijk zijn de uitkomsten in eerste instantie afhankelijk van de aard van het carcinoom en de aantallen zijn te klein voor het trekken van conclusies. Van belang is de vraag, hoeveel van deze 90 patiënten in een ziekenhuis of in een verpleeginrichting overleden en hoeveel thuis in eigen omgeving. Het gaat er vooral ook om of er hierbij een verschil was aan te tonen tussen kortdurende en langdurende gevallen (*figuur 2*).



Figuur 1. Overlevingsduur na het vaststellen van de inoperabiliteit bij de 90 carcinoompatiënten uit de praktijk van de auteur



Figuur 2. Verdeling van de 90 inoperabele carcinoompatiënten naar plaats van overlijden en overlevingsduur

Van de eerste categorie — de kortdurende gevallen — waren van de 42 patiënten die thuis werden verpleegd zeven binnen drie maanden na het vaststellen van de inoperabiliteit overleden, van de 48 ziekenhuispatiënten, bedroeg dit aantal 27, dit is meer dan de helft. Na zes maanden waren er van de thuispatiënten nog 26 in leven, van de andere groep slechts veertien; na één jaar waren de aantallen respectievelijk dertien en negen. Aan het eind van het tweede jaar naderen de aantallen in beide categorieën elkander weer en blijken er in de respectievelijke groepen nog zeven en acht patiënten te leven, dit is dus een op de zes patiënten.

Wij kunnen ook op andere wijze deze cijfers hanteren: van de 34 patiënten, bij wie het laatste stadium korter dan drie maanden duurde, overleden zeven thuis, van de zestien patiënten bij wie dit stadium drie tot zes maanden duurde bedroeg dit aantal negen. Hoe langer deze periode duurt, des te meer patiënten deze thuis beëindigen: tussen een half en één jaar dertien van de achttien en tussen één en twee jaar zes van de zeven. Na twee jaar worden de getallen te klein voor een goede vergelijking. Natuurlijk spelen de lokale omstandigheden, welke de opnamemogelijkheden beïnvloeden, een doorslaggevende rol bij de samenstelling van deze cijfers. Mijns inziens mogen wij uit het voorgaande de conclusie trekken, dat het vooral de langdurig zieken zijn, die onder de hoede van hun huisarts overlijden, terwijl de patiënten met progressief en snel verloopende processen veelal in een ziekenhuis sterven. Er vindt bij de opname namelijk een sterke selectie plaats, welke beter te begrijpen is, indien wij de verschillende opname-indicaties vergelijken. Deze zijn veelal onder te brengen in de volgende categorieën: voor het stellen van de diagnose (19); voor het verrichten van een palliatieve ingreep (11); wegens verplegingsmoeilijkheden thuis, op sociale indicatie (18).

De beide eerste rubrieken zijn noodzakelijk en aanvaardbaar, ten aanzien van de laatste vraagt men zich af, of versterking van het home-team dit aantal niet lager zou kunnen maken.

De rol van de specialist wordt duidelijker indien wij de boven omschreven tijdsduur betrekken op deze drie categorieën patiënten (figuur 3).

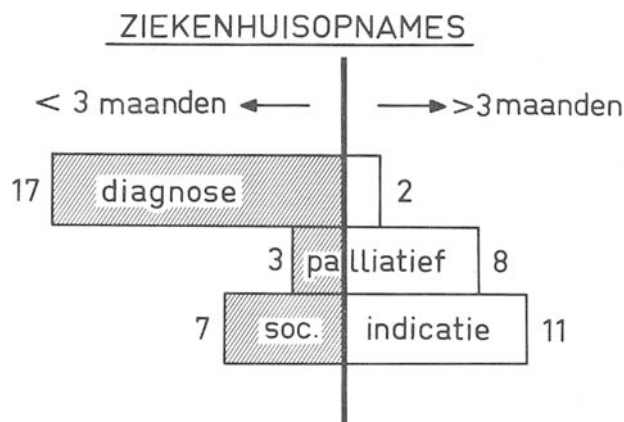
Van de negentien ter nadere diagnostiek opgenomen patiënten, bij wie dus voor opname geen zekere diagnose carcinoom was gesteld, overleden liefst zeventien binnen drie maanden, bij de andere twee categorieën waren deze cijfers respectievelijk drie van de elf en zeven van de achttien patiënten. De huisarts krijgt, gezien het bovenstaande niet zozeer te maken met die patiënten, die slechts kort ziek zijn en bij wie erg laat en soms pas bij obductie de diagnose carcinoom wordt gesteld, maar vooral met patiënten die langdurig ziek zijn en bij wie dikwijls een periode van vrijwel volledige revalidatie en werkhervatting kan optreden. Juist in deze gevallen komt de huisarts te staan voor ethische en andere menselijke problemen, voor de oplossing waarvan alleen hijzelf het juiste antwoord moet zien te vinden.

Natuurlijk is de bovenaangegeven scheiding tussen ziekenhuispatiënten en thuisblijvers niet scherp te trekken. Van de laatstgenoemden werden vele patiënten gedurende korte of lange tijd en soms bij herhaling opgenomen, terwijl ook verschillende in het ziekenhuis overleden patiënten thuis al geruime tijd waren behandeld tot dit niet meer ging.

Een patiënt was eigenlijk niet in te delen. Het betreft een 75-jarige huisschilder die, gelukkig getrouwd met een veertien jaar jongere vrouw en nog steeds actief met de verfkwest, door een val van een stelling beide onderbenen brak. Hij moest daardoor met een dubbelzijdig gipsverband thuis langdurig het bed houden. Klachten over obstipatie bleven niet uit, deze werden aan de bedlegerigheid toegeschreven. Tenslotte bleek digitale uitruiming van harde scyala noodzakelijk, bij welke gelegenheid geen afwijkingen in het rectum werden gevonden. Naar een andere oorzaak voor de obstipatie werd toen niet al te lang gezocht, omdat de klachten pasten in het bestaande ziektebeeld. Enige maanden later deden tenesmi ad anum, buikpijn, anorexie en vermagering toch een andere diagnose vermoeden. Bij rectaal toucher werd toen een carcinoom gevonden, dat bij nader onderzoek in het ziekenhuis bleek uit te gaan van de prostaat met als complicatie een ontstekingsstumor van het rectosigmoïed. De toestand van deze man ging langzaam achteruit, hij kreeg lynoral en antibiotica, en wegens incontinentie een catheter à demeure.

Ik citeer nu letterlijk uit de ontslagbrief: „Op verzoek van de echtgenote en als laatste wens van de patiënt om verder thuis te zijn, is op 15 december 1962 na voorafgaand onderzoek van onze sociale dienst toegestemd patiënt naar huis te laten overbrengen. Hij kreeg lynoral mee, en advies voor zachte slakkenarme voeding. Een snelle letale afloop is te verwachten”. Het einde liet inderdaad niet lang op zich wachten, want de dag na thuiskomst, op 16 december, is onze patiënt rustig heengegaan, hetgeen blijkbaar in het ziekenhuis voor hem niet mogelijk was geweest.

Ik hoop u niet de indruk te hebben gegeven, patiënten tot getallen te willen reduceren. Mocht dit toch het geval zijn, dan is dit deels met opzet ge-



Figuur 3. Overlevingsduur van de 48 in een ziekenhuis opgenomen carcinoompatiënten verdeeld naar de verschillende indicaties voor opname

daan teneinde een vast uitgangspunt te hebben, van waaruit een verdere verkenning van het terrein mogelijk is. Terwijl de specialist bij deze patiënten vooral zijn deskundigheid inbrengt, zal de huisarts de nadruk dienen te leggen op zijn eigen specifieke bijdrage, die eensdeels behandelend en regisserend, anderzijds begeleidend en troostend zal moeten zijn. De zeer bijzondere en unieke relatie tussen twee mensen, die vooral bij dit laatste onderdeel in het geding is, moge tot uitdrukking komen in de titel van dit artikel, die aanvankelijk zou luiden „huisarts en kanker”, maar terecht gewijzigd werd in „huisarts en carcinoompatiënt”.

Samenvatting: De bijdrage van de huisarts bij de behandeling van carcinoompatiënten bestaat voornamelijk uit preventie, registratie, begeleiding en behandeling van inoperabele eindstadia. De laatste deeltaak wordt nader toegelicht door middel van een analyse van de 10-jaarssterfte aan maligne gezwellvorming in een huisartspraktijk. Een verdeling wordt gemaakt in patiënten, die in het ziekenhuis overleden (48) en diegenen, die thuis stierven (42), een en ander in relatie tot de tijdsduur van het ziekteproces en de aard van de behandeling. Door de selectie bij de opname wordt de huisarts vooral geconfronteerd met de langdurige gevallen, waarbij partiële of zelfs volledige tijdelijke revalidatie mogelijk is. Nadere bezinning over deze moeilijke, maar dankbare taak is gewenst.

Summary. General practitioner and carcinoma patient. The general practitioner's contribution to the treatment of carcinoma patients chiefly consists of prevention, registration, accompaniment and treatment of inoperable terminal stages. The lastmentioned task is elucidated on the basis of an analysis of the 10-year mortality from malignant neoplasms in a general practice. The material is divided into patients who died in hospital (48) and those who died at home (42), with reference to the duration of illness and the nature of treatment. As a result of selective hospitalization, the general practitioner chiefly deals with the more prolonged cases, in which partial or even complete rehabilitation is feasible. Reconsideration of this difficult but gratifying task is desirable.