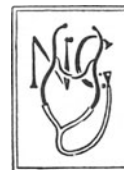


# huisarts en weten- schap

MAANDBLAD VAN HET  
NEDERLANDS HUISARTSEN  
GENOOTSCHAP



## *Redactioneel: Huisarts en cervicale uitstrijkmethod*

Nadat *Rombach* zijn ervaringen met de cervicale uitstrijkmethod in de huisartspraktijk dit jaar beschreef, vestigen *Brühl* en *De Bourgraaf* (zie pagina 382) eveneens de aandacht op deze onderzoekmethod in de huisartspraktijk. Wanneer wij ons distantiëren van het belang van deze method voor de fluor-diagnostiek en de hormonale cytodiagnostiek en ons uitsluitend bepalen tot het belang van deze method voor de vroege diagnostiek van het cervixcarcinoom, dan blijkt dat deze beide auteurs deze onderzoekmethod geïndiceerd achten bij alle vrouwen met abnormaal bloedverlies; afwijkingen bij gynaecologisch onderzoek (behoudens prolaps en colpitis); graviditeit en post-partum-onderzoek; geslachtsgemeenschap en partus op jeugdige leeftijd; hoge pariteit; infecties van het geslachtsapparaat en slechte geslachtelijke hygiëne; en ten slotte bij gebruik van orale contraceptiva. Er is hier dus sprake van een selectief onderzoek.

Wanneer wij ons vooreerst bepalen tot het aandeel dat de huisarts in deze procedure heeft, dan zien wij dat *Rombach* ongeveer 120 uitstrijkjes per jaar maakt in een praktijk van tweeduizend zielen; *Brühl* maakte in een tweemaal zo grote praktijk 279 uitstrijkjes per jaar. Deze getallen komen aardig overeen met die van *Lloyd*, namelijk tien per maand en *Rivett*, die gemiddeld negen uitstrijkjes per maand maakte in een praktijk van 2800 zielen. *Lloyd* berekende dat het maken van het merendeel van de uitstrijkjes vijf tot zeven minuten vergde; 25 procent vergde meer tijd. Wat de resultaten betreft, *Rombach* vond op 316 uitstrijkjes geen maligne nieuwvorming; *Brühl* daarentegen op een iets groter aantal niet minder dan negen! Een verschil, waaraan dat tussen plattelands- en grote stadsbevolking vermoedelijk ten grondslag ligt.

Door *Bryans en anderen* werd in Brits Columbia aangetoond dat het onderzoek met de cer-

vicale uitstrijkmethod een significante daling van het klinisch infiltrerend cervixcarcinoom ten gevolge heeft. Ook de resultaten van het vervolgonderzoek in Brits Columbia blijven de stelling steunen dat het in situ carcinoma cervicis een voorloper is van het infiltrerend cervixcarcinoom en dat eliminatie van het in situ cervixcarcinoom een daling van de morbiditeit en mortaliteit van het infiltrerend cervixcarcinoom ten gevolge zal hebben (*Fidler en anderen*). Hiermede is dus het bewijs van het belang van deze onderzoekmethod in de strijd tegen het cervixcarcinoom geleverd en de consequenties van deze bevinding dienen — dunkt ons — in het te voeren beleid tot uitdrukking te worden gebracht.

Wanneer wij ons vervolgens richten tot het laboratorium-technische gedeelte van deze onderzoekmethod dan blijkt dat ons land niet alleen ongunstig afsteekt tegenover de Verenigde Staten en verschillende communistische landen, maar ook — hoewel in aanzienlijk mindere mate — tegenover verschillende Westeuropese landen. Het ontbreekt niet alleen aan de benodigde laboratoria en equipage om de preparaten te verwerken, maar er is ook geen organisatie, waarin dit onderzoek kan worden begeleid. Wat betreft de organisatie kan men zich voorstellen dat een met de streeklaboratoria identieke ontwikkeling plaats vindt. Voor het beoordelen van de preparaten zijn „screensters” van kardinaal belang (*Schaberg*). Wanneer — om de gedachten te bepalen — tweeduizend huisartsen ieder jaarlijks 120 preparaten maken, dan heeft men voor deze 240.000 preparaten, 60 „screensters” nodig, nog afgezien van de hoger gekwalificeerde krachten. Hoewel het apparaat er nog niet is en de „screensters” nog moeten worden opgeleid, moeten wij huisartsen er ons van bewust worden dat binnen afzienbare tijd in het kader van het selectieve

onderzoek de mogelijkheid wordt geopend dat de huisartsen preparaten ter beoordeling kunnen insturen. Het gaat er nu om of in de komende tijd de hiervoor noodzakelijke aanpassing in de praktijkvoering kan tot stand komen, met andere woorden gaan wij in de naaste toekomst, in navolging van *Rombach* en *Brühl*, selectief cervicaal uitstrijkjes — gemiddeld tien per maand — maken?

Meer dan een groots opgezette propaganda-campagne, zoals indertijd gedurende tien jaren de American Cancer Society en het National Cancer Institute voerden om niet geselecteerd de vrouwelijke bevolking in de Verenigde Staten te „screenen”, zullen in ons land dergelijke als de hier aangehaalde onderzoeken van huisartsen er toe kunnen bijdragen dat de selectieve cervicale uitstrijkmethode tot een vanzelfsprekende onderzoeksmethode in de huisartspraktijk zal worden. Wellicht kan aandrang van de zijde der huisartsen er toe bijdragen dat van overheidswege een duidelijk beleid wordt gevoerd om binnen afzienbare tijd tot regionale laboratoria te komen, waarin het technisch gedeelte van de „screening” kan worden uitgevoerd.

Wij schrijven 1968; het is vijftientig jaren geleden dat het boek van *Papanicolaou* en *Traut* verscheen, waarin op het belang van de cervicale uitstrijkmethode voor de vroege diagnostiek van het cervixcarcinoom werd gewezen. Het is een troost te weten dat het aanzienlijk meer tijd heeft geveerd alvorens de in 1896 door *Riva Rocci* beschreven sphygmomanometer in de vorm van bloeddrukmeter algemeen in de praktijk werd ingevoerd.

H.

Brühl, K. G. en J. E. de Bourgraaf. (1968) huisarts en wetenschap 11, 382-389.

Bryans, F. F., D. A. Boyes en H. K. Fidler. (1964) Amer. J. Obstet. Gyn. 88, 898.

Fidler, H. K., D. A. Boyes en A. J. Worth. (1968) J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth 75, 392-404.

Lloyd, G. (1967) J. Coll. gen. Practit. 13, 63-69.

Papanicolaou, G. N. en H. F. Traut. Diagnosis of uterine cancer by the vaginal smear. The Commonwealth Fund. New York, 1943.

Rivett, G. (1964) Brit. med. J. 11, 1531.

Rombach, J. J. (1968) huisarts en wetenschap 11, 103-108.

## Voorlopige ervaringen met de cervicale uitstrijkmethode in een huisartspraktijk\*

DOOR K. G. BRÜHL, HUISARTS TE AMSTERDAM EN J. E. DE BOURGRAAF, PATHOLOOG-ANATOOM\*\*

Cervixcarcinoom komt in de huisartspraktijk niet frequent voor, maar na het mammacarcinoom komt het toch op de tweede plaats van de maligne aandoeningen bij de vrouw. Er is sprake van een kwaadaardige ziekte, waarvan de prognose echter aanzienlijk verbetert naarmate de diagnose in een vroeger stadium wordt gesteld. In de afgelopen decennia heeft de cytodiagnostiek veel bijgedragen tot verbetering van deze opsporing in een vroeg stadium: de uitstrijk van de portio vaginalis cervicis uteri (hierna te noemen cervicale uitstrijk) is een betrouwbaar hulpmiddel gebleken. Doel van ons onderzoek is na te gaan in hoeverre de huisarts de cervicale uitstrijkmethode op bevredigende wijze kan inpassen in zijn dagelijkse routine en of hij met deze methodiek kan bijdragen aan de preventie casu quo opsporing in een vroeg stadium van het cervixcarcinoom.

\* Wij danken Professor dr. G. J. Kloosterman, dr. I. S. Sindram en Professor dr. C. A. Wagenvoort voor hun adviezen bij het schrijven van dit artikel.

\*\* Hoofd Afdeling Cytodiagnostiek, Pathologisch-Anatomisch Laboratorium, Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam (Hoofd: Prof. dr. C. A. Wagenvoort).

Door middel van de cervicale uitstrijk kunnen: kwaadaardige nieuwvormingen van het vrouwelijke genitale apparaat worden opgespoord, sommige genitale infecties worden gediagnostiseerd en waarnemingen over de hormonale status van de vrouw worden gedaan (*Rombach*).

In bijna alle gevallen kunnen cervix- en vagina-carcinomen worden opgespoord. Een portio met een onschuldig lijkende erosie, zelfs een portio zonder enige macroscopische afwijking kan een maligne aandoening herbergen die met bovengenoemde methodiek aantoonbaar is. Dit laatste geldt niet altijd ten aanzien van de voor het blote oog zichtbare carcinomen. Dit lijkt vreemd, maar in de praktijk is gebleken dat juist de grotere carcinomen vaak een necrotisch oppervlak hebben waaronder de maligne cellen schuilgaan. Wanneer van een dergelijke tumor blindelings een uitstrijk wordt gemaakt, is het gevaar niet denkbeeldig dat in de uitstrijk tumorcellen ontbreken en de diagnose „tumor negatief” luidt. In werkelijkheid is er een kwaadaardig gezwel aanwezig waaruit bij goede inspectie gemakkelijk materiaal voor histologisch onderzoek had kunnen worden verkregen. Hier is dus het histologische onderzoek meer betrouwbaar dan het cytodiagnostische; de patiënte dient