

patiënten kent, geholpen door zijn kaartstelsel, waarop de risico-verhogende factoren zijn te vinden, zal hij op een natuurlijke manier de verbinding kunnen maken tussen de gevraagde hulp en de vooruitziende diagnostiek.

III *Een aantal voorwaarden* om anticiperende geneeskunde meer dan incidenteel te beoefenen.

— De instelling van de huisarts, zijn attitude. Hij moet het een belangrijke zaak vinden en de moeite er voor over hebben.

— De tijd. Het kost extra tijd. Praktijkverkleining zal hiervoor nodig zijn, wat op zich geen reden mag zijn tot vermindering van inkomen, want de huisarts krijgt er niet minder werk door.

— De hulp. Extra hulpkrachten in de vorm van een laboratoriumkracht of een gedeeltelijke dagtaak voor een doktersassistente.

— De plaats: ruimten waar aanvullend onderzoek kan plaatsvinden, tenzij van huisartsenlaboratoria of straks zogenaamde diagnostische centra, al dan niet in een ziekenhuis ondergebracht, kan worden gebruik gemaakt.

Nu een aantal van deze voorwaarden geen utopie meer is, maar nabije

realiteit, is dit inderdaad het moment zich te bezinnen op deze uitbreiding en verdieping van de huisartstaak! Ik ben er overigens van overtuigd dat anticiperend werken ook ten aanzien van psychische problematiek een zeer belangrijk deel van de anticiperende geneeskunde kan zijn. Als de huisarts inderdaad de specialist van de integrale geneeskunde is (*Querido, A.*), dan zal hij vooral moeten leren signaleren in die gevallen waar jongeren de dupe dreigen te worden van disharmonische constellaties.

Tot besluit een aantal vragen:

— 1. Hoe kan worden voorkómen dat bewust anticiperend denken een sluitpost blijft met de kans dat de vraagstelling pas aan bod komt als de spreekkamerdeur achter de patiënt is gesloten?

— 2. Wie verzamelen de resultaten van longitudinaal epidemiologisch onderzoek en vertalen deze in een voor de huisartsgeneeskunde toepasbare vorm?

— 3. Kan anticiperend werken operationeel worden gemaakt voor wetenschappelijk onderzoek?

— 4. Hoe kan de anticiperende geneeskunde aan de gehele patiëntenpopulatie ten goede komen? Is het bijvoorbeeld verantwoord wijkver-

pleegkundigen contact te laten leggen met hen die een aantal jaren niet consulteerden of moeten wij wachten tot de cliënt/patiënt het initiatief neemt?

— 5. Hoe dient de voorlichting van de patiënt te zijn ten aanzien van deze dimensie van het huisartsenwerk?

— 6. Hoe kan de huisarts anticiperend werkzaam zijn ten aanzien van psychosociale problematiek? Hoe kan hij hier op zijn minst risico's signaleren en wie kan er dan op welke wijze wat aan doen? Ik verwacht hier een groot werkterrein voor het maatschappelijk werk en de klinisch psycholoog, waarbij groepsgewijze benadering in samenspel met de huisarts voor de hand ligt, eindigend in sociale actie!"

Dool, C. W. A. van den (1970) huisarts en wetenschap 13, 59:(1975) Ibidem 18, 194.

Dool, C. W. A. van den. Preventief geneeskundig onderzoek-anticiperende geneeskunde. In: Bremer, G. J., J. C. van Es en A. Hofmans. Inleiding tot de huisartsgeneeskunde, Stenfert Kroese, Leiden, 1974.

Huygen, F. J. A. (1971) huisarts en wetenschap 14, 447.

Querido, A. Inleiding tot een integrale geneeskunde. Stenfert Kroese, Leiden, 1955.

Opsporing van carcinoom in de huisartspraktijk*

DOOR DR. C. W. A. VAN DEN DOOL, HUISARTS TE STOLWIJK

Omdat wij geloven dat in een zo vroeg mogelijk stadium opgespoorde chronische aandoeningen na adequate behandeling een betere prognose hebben, is deze vroege opsporing — secundaire preventie — voor alle artsen een belangrijke opgave. Bij kanker moeten wij echter op veel teurstellingen voorbereid zijn, omdat

de vervroeging van de diagnose ten aanzien van de totale leeftijd van de tumor soms relatief gering is, waardoor de kans dat reeds doorgroei en metastasen zijn ontstaan, soms slechts weinig kleiner wordt. Veel beter zouden de kansen zijn indien het zou gelukken de voorstadia van kanker op te sporen en te behandelen!

Bij opsporing van kanker in de huisartspraktijk komt een aantal vragen als vanzelf op:

a Moet de huisarts kanker opsporen? In Nederland zijn slechts enkele experimentele speciale opsporingsinstituten. In Amerika zijn ze geen onverdeeld succes. De specialisten kunnen deze taak niet aan; hun vaak lange wachtlijsten getuigen ervan. Mobiele opsporingsteams zijn er niet, behalve voor longtuberculose (en longcarcinoom!) en voor enkele proefonderzoekingen betreffende cervixcarcinoom, hartvaatziekten en chronische aspecifieke respiratoire

* Naar een voordracht, gehouden tijdens de Boerhaave-cursus Algemene oncologie op 6 oktober 1972.

aandoeningen. De huisarts moet deze taak er dus maar bijnemen; wie zal het anders doen? Dit klinkt niet erg enthousiast.

b *Wil de huisarts kanker opsporen?* Opsporen van kanker vergt een actieve benadering. Afgezien van het feit dat hij vaak al overbelast is, wil de huisarts — dacht ik — helemaal niet zo graag actief zoeken naar kanker bij zijn patiënten, bij wie hij hoopt niets te vinden, wetende dat hij vaak toch nog te laat komt. Het beruchte „doctors delay” kan hierdoor worden gevoed.

Eigenlijk is dit dus een argument om juist de huisarts, die een speciale relatie met zijn patiënten en gezinnen heeft, niet de sleutelfiguur bij de opsporing van carcinoom te laten zijn. En toch zal hij wel moeten, want hij wordt onherroepelijk met zijn falen in deze geconfronteerd en de zware taak van het begeleiden van de carcinoompatiënt in het terminale stadium wordt nog zwaarder als je schuldgevoelens hebt over het later stellen van de diagnose dan nodig was geweest.

c *Heeft de huisarts voldoende kennis en outillage om carcinoom op te sporen?* Anderen zeggen: ja. Ik denk hier aan uitspraken van het Union International Contre le Cancer, waaruit blijkt dat men de huisarts hiertoe wel in staat acht. Vanzelfsprekend zal hij vaak specialistische hulp moeten inroepen. Hij kan voorts ook een goede hulp aan het boek „Oncologie, handleiding voor de geneeskundige praktijk” hebben, waarbij op bladzijde 335 de 100 oncologische richtingaanwijzers voor de huisarts even nuttig zijn als „the seven signals of danger” voor de patiënt.

d *Kan de huisarts qua tijd kanker opsporen?* Eigenlijk niet, maar hij moet. Hoe moet dat dan?

De huisarts, de pakezel onder de medici is al overbelast. Steeds nieuwe zakken met nieuwe taken worden op zijn rug gestapeld; in sommige zak-

ken wordt nog weer wat extra's bijgestopt, zelden wat uitgehaald. Wie de ezels op Yugoslavische bergwegen heeft zien lopen beseft hoe onmisbaar ze zijn. Zij begaan wegen die voor andere vervoermiddelen ontoegankelijk zijn en zijn zeer economisch in het gebruik. Laten wij deze voor de huisarts niet erg vleiende vergelijking niet verder doortrekken, maar constateren dat de huisarts, werkend in de voorste linie, leverancier van integrale geneeskunde, de in principe continu bereikbare en in principe op korte termijn voor allen en alles te raadplegen arts, een aantal deeltaken heeft, waarmee hij zwaar is belast. De zogenaamde Woudschoten-deeltaken zijn voor hem bron van inspiratie, maar ook van insufficiëntiegevoelens, omdat hij ze nooit alle maximaal kan vervullen. Eerste hulp, somatisch onderzoek, psychosociaal onderzoek, registratie van medische gegevens, differentiatie van de patiëntenstroom, zonodig tijdelijk delegeren, behandelen, plannen maken, organiseren, samenwerken, voorlichten, opvoeden en blijven studeren aan eigen deskundigheid en vorming en bijdragen leveren aan de preventie.

Nu kan men aan de preventie zoveel aandacht geven dat men aan de andere taken nauwelijks toekomt. De ene huisarts zal in zijn werk meer nadruk op de ene, de andere op een andere deeltaak leggen; accentverschillen dus. Toch zullen wij naar een evenwicht moeten streven om — als de ezel — niet uit balans te geraken, terwijl wij — ook uit zelfbehoud — zullen moeten streven naar de grootst mogelijke doelmatigheid — onder andere door het inschakelen van medewerkers — met behoud van de zeer persoonlijke relatie met de patiënt.

Als één van de huisartsen voor wie de preventie, en dan speciaal de secundaire preventie, een soort hobby is en die er daarom nogal wat nadruk op heeft gelegd — met alle gevaren vanden ten aanzien van de andere deeltaken — wil ik enkele mededelingen doen over de opsporing van carcinoom in de huisartspraktijk. De

Samenvatting. De huisarts is de sleutelfiguur bij de vroege opsporing van carcinoom. Meervoudig sorteringsonderzoek zoals dit viermaal in Stolwijk met een tussenpoos van telkens drie jaar werd georganiseerd, gaf zeer teleurstellende resultaten betreffende het opsporen van operabel én curabel carcinoom. Alleen de zes patiënten met cervixcarcinoom stadium O genazen; alle 22 andere gevallen van carcinoom bleken niet meer radicaal te behandelen. Het is daarom van groot belang dat de huisarts zich gaat richten op voorstadia van kanker door extra onderzoek bij hen die een verhoogd risico lopen: bewaking van risicogroepen. Pas met deze anticiperende werkwijze, waartoe de huisarts zich in een uniek gunstige positie bevindt, mag men op betere resultaten rekenen. Het op deze risicogroepen gebaseerde werkschema kan hierbij van nut zijn.

gegevens hiervoor heb ik ontleend aan de ongeveer 5200 N.H.G.-patiëntenkaarten, betreffende vrijwel de gehele bevolking van de gemeente Stolwijk en ongeveer tweederde van de bevolking van de gemeente Berkenwoude. In de bak met „afgelegde” kaarten telde ik die welke betrekking hadden op vanaf 1965 tot 1972 aan carcinoom overleden patiënten. Op de 203 in zeven jaar overleden patiënten waren 60 aan maligne aandoeningen gestorven. De diagnosen bij deze merendeels thuis overleden patiënten zijn vermeld in tabel I.

Het zal duidelijk zijn, dat op grond van de 60 aan maligne aandoeningen overledenen niet kan worden geschreven over de vroege opsporing. Eerder over de late ontdekking. „Patients delay”, „doctors delay” — zowel van de huisarts als van de specialist — en veel aandoeningen, waar men nooit vroeg genoeg is met de diagnose, voornamelijk in de relatief grote groep van twaalf met maligne aandoeningen van het reticulo-endotheliale systeem. Dit artikel is echter niet bedoeld als een medical audit.

Ik zal dus moeten kijken naar de grotere groep patiënten met neoplasma's, die in de huisartspraktijk wordt ontdekt en niet alleen naar de

overledenen. Dankzij de continue morbiditeitsregistratie die Spelstra en ik een aantal jaren bijhielden, weten wij, dat per jaar 1,9 procent van onze contacten patiënten met een neoplasma betrof, geheel overeenstemmende met Logan (1950-'62) die ook op 1,9 procent en Oliemans (1966-'67), die op 1,8 procent kwamen. In 1969 en 1970 hadden wij tezamen 988 patiënten-contacten wegens neoplasmata, van wie 83 eerste contacten, dus nieuwe gevallen.

Dus misschien toch nog niet zo slecht? Ruim 40 nieuwe gevallen per jaar en gemiddeld negen sterfgevallen op ruim vijfduizend patiënten. Ik weet het niet. Dit materiaal is ongeschikt om conclusies te trekken; de groep is te klein en vooral de verschillende neoplasmata zijn te gedifferentieerd en de observatietijd is te kort om vergelijkingen te kunnen maken met gegevens zoals van Meinsma.

Tot mijn spijt kan ik dit artikel dus niet baseren op eigen onderzoek betreffende de resultaten van vroege opsporing van kanker. De lezer zal zich tevreden moeten stellen met een verslag omtrent een aantal pogingen, dat wij hebben gedaan om onder andere carcinoom in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen. Wij hebben in Stolwijk een aantal malen een bevolkingsonderzoek georganiseerd met het doel tevoren onbekende aandoeningen op te sporen, die met de normale praktijkuitoefening niet aan het licht waren gekomen. In *tabel II* wordt een overzicht gegeven van de in Stolwijk verrichte bevolkingsonderzoekingen; tot 1965 in een solo-praktijk, daarna in onze groepspraktijk.

Wat is bij al deze bevolkingsonderzoekingen nu aan carcinoom ontdekt? In totaal 28 gevallen, die als volgt waren verdeeld:

Longcarcinoom
14 x : allen overleden.
Maagcarcinoom
6 x : allen overleden.
Cervixcarcinoom
6 x : allen in leven;
observatietijd 3-6 jaar.

Tabel I. Verdeling van 60 aan maligne aandoeningen overleden patiënten gedurende 1965-1972 in de groepspraktijk Stolwijk-Berkenwoude.

Lokalisatie	Man	Vrouw	Totaal
Maag	7	8	15
Reticulosen (Kahler, reticulumcelsarcoom, leukemie, Hodgkin)	3	9	12
Long	11	0	11
Tractus digestivus (exclusief maag)	4	2	6
Tractus urogenitalis	5	1	6
Mamma	0	3	3
Centrale zenuwstelsel	2	1	3
Carcinoom-metastasen en overigen	2	2	4
Totaal	34	26	60

Coloncarcinoom

1 x : overleden.

M. Kahler

1 x : overleden.

Commentaar is hierbij overbodig.

Systematisch bevolkingsonderzoek is niet verantwoord, als men er uitsluitend carcinoom in een curabel stadium mee wil opsporen — cervixcarcinoom uitgezonderd —. Het bevolkingsonderzoek bleek wel een nut-

tige procedure te zijn om diabetes, urineweginfecties, vetzucht, ijzergebreksanemie en onvoldoende visus mee op te sporen. Ook enkele gevallen van te voren onbekende hypertensie werden op deze wijze ontdekt. Met de gebruikte methodieken was het onderzoek ten aanzien van de carcinoomdetectie tot nu toe waardevol, uitgezonderd cervixcarcinoom.

Terecht kan men opmerken: niet

Tabel II. Bevolkingsonderzoekingen in Stolwijk 1958-1972

Onderzoek	Onderzoekjaar							
	'58	'58	'59	'62	'65	'69	'72 A	'72 J
Thoraxfoto			+	+	+	+		+
Lengte en gewicht			+	+	+	+		
Urineglucose	+			+	+	+		
albumen	+			+	+	+		
erythrocyten	+					+		
urobilinogeen	+							
„Volledig” periodiek geneeskundig onderzoek		+						
Bloeddruk (zittend)			+	+	+			
Bloeddruk (liggend)					+			
Hemoglobinegehalte			+	+	+	+		
Visus				+				
Gebit				+				
Peakflow + vitale capaciteit					+			
Electrocardiogram								
vanaf 30 jaar					+			
Cardiologisch onderzoek								
vanaf 30 jaar					+			
Anamnese-vragenlijst					+	+		
Risicofactorenlijst						+		
Psychologisch onderzoek						+		
Psychiatrisch onderzoek						+		
(1:10)								
Cervixsmear						+	+	
Aantal deelnemers	2938	100	1729	1884	2219	2603	900	2283
Deelnemers in procenten van de totale populatie vanaf 15 jr.	96	87	80	85	90	90	90	76,7
Aantal hulpkrachten	2	1	10	15	40	15	8	2

alle mogelijke opsporingstechnieken werden ingeschakeld: er zijn niet van iedereen maagfotos' gemaakt, er werd niet bij alle vrouwen thermografie, mammografie of xerografie gedaan en er is ook geen cytodiagnostiek van sputum en urinesediment verricht. Akkoord, maar het betreft geen voor de huisarts algemeen toegankelijke technieken, waarvan bovendien het nut vaak niet is bewezen en die overigens investering van zeer grote bedragen zouden vergen.

Voor „volledig” preventief geneeskundig onderzoek van zijn praktijkpopulatie ontbreekt het de huisarts aan tijd, zoals in een onderzoek met 20 gemotiveerde huisartsen onder leiding van TNO door *Beek* werd aangetoond. Sederdien is het er met de huisartsendichtheid nog niet veel beter op geworden. Met multiple screening — meervoudig sorteringsonderzoek — spaart de huisarts tijd, doordat hulpkrachten het meeste werk doen, maar voor de opsporing van carcinoom — dat van de cervix uitgezonderd — is het, zoals wij reeds zagen, niet effectief.

Wat blijft over? De huisarts kan er immers niet onderuit. De meest fysiologische methode lijkt als de huisarts uitgaat van de normale contacten die hij met zijn patiënten heeft. Per jaar betreft dit 70-80 procent van de praktijkpopulatie. Vroege diagnostiek van carcinoom door de huisarts kan door strikt individuele benadering van de hem consulterende patiënt plaatsvinden. Hierbij kunnen dan bepaalde onderzoeken door de huisarts zelf worden gedaan of door hulpkrachten als er bepaalde aanwijzingen zijn dat er een verhoogde kans is om iets te ontdekken, met andere woorden als de patiënt tot een zogenaamde risicogroep behoort. De uit te voeren extra onderzoeken behoeven niet met de actuele klacht van de patiënt in verband te staan. Dit brengt juist het actieve element in de houding van de arts, die kanker wil opsporen.

Deze surveillance van „high-risk”-groepen kan men anticiperende diagnostiek noemen. En als men de ge-

vonden afwijkingen gaat behandelen op grond van mogelijke nadelige ontwikkelingen in de toekomst kan men van anticiperende geneeskunde spreken. Het bijzondere van de anticiperende werkwijze is dus dat men uitgaat van risicogroepen en niet van „vroege” symptomen om tot respectievelijk opsporing en nader onderzoek over te gaan. „Vroege” symptomen zijn hier meestal toch vrij „laat”.

Bij de vroege diagnostiek van carcinoom is een aantal factoren belangrijk. Zowel voor de patiënt als voor de huisarts volgen hier een viertal.

Met betrekking tot de patiënt:

1. Een minder fatalistische houding dan vaak aanwezig is, doch een overtuiging dat vele vormen van kanker goed zijn te genezen.

2. Kennis van de zeven alarmverschijnselen, zoals de American Cancer Society Incorporation deze heeft opgesteld en de bereidheid daarnaar te handelen „The seven signals of danger”:

— 1. Elk ulcus dat niet snel geneest, vooral in de omgeving van de mond en in de mondholte.

— 2. Elke ongewone bloeding of afscheiding uit enige natuurlijke lichaamsopening.

— 3. Elke pijnloze zwelling, vooral in mammae, lippen, testes, tong of zachte weefsels.

— 4. Elke blijvende klacht van maag of darm; elk onverklaarbaar gewichtsverlies.

— 5. Elke progressieve verandering in kleur of afmeting van wrat, moedervlek of vroege normale huid.

— 6. Elke blijvende heesheid, aanhoudende hoest of slikklacht.

— 7. Elke onverklaarbare verandering in een vroeger normaal defaecatie-patroon.

3. Vermijden van uitstel.

4. Bij vrouwen elke 1-3 maanden zelf-onderzoek van de borsten in liggende houding.

Met betrekking tot de huisarts:

1. Het zoveel mogelijk bevorderen van de factoren die de patiënt regaderen door een in alle opzichten verantwoorde voorlichting en een grote openheid ten aanzien van de diagnose carcinoom, waarbij men zo optimistisch is als verantwoord is.

2. Om de 1 tot 3 jaar:

— a. Bij alle vrouwen van 30-60 jaar een vaginaal toucher en een uitstrijkje.

— b. Bij alle mannen boven 50 jaar een rectaal toucher.

3. Nader onderzoek en zo nodig spoedige specialistische verwijzing bij:

— 1. Elke niet kennelijk goedaardige tumor, ook van de huid.

— 2. Elk abnormaal bloedverlies.

— 3. Elke therapie-resistente heesheid en elke slikstoornis.

— 4. Elke blijvende stoornis in de spijsvertering of stoelgang.

— 5. Elke hardnekkige hoest of recidiverende longinfecties, zeker bij sigaretten-rokende mannen.

— 6. Elke anemie waarvoor geen duidelijke en onschuldige oorzaak is gevonden.

— 7. Elke chronische klierzwelling.

— 8. Elk eerste epileptisch insult op oudere leeftijd en bij gedragsveranderingen.

4. Speciale aandacht is nodig voor patiënten die tot bekende „high-risk”-groepen behoren, waarbij nog van belang is of zij recent een trombose doormaakten of aan herpes zoster leden of uit een carcinoomrijke familie stammen.

Tabel III kan een hulpmiddel zijn bij het opsporen van carcinoom, waarbij men niet begint bij de veelal relatief laat optredende „vroege” symptomen en vervolgens gaat onderzoeken, maar uitgaat van de bedreigde groepen, zoals die in de eerste kolom zijn vermeld, waarna men wel naar vroege symptomen informeert, maar ook als deze er niet zijn eventueel actief gaat zoeken, waarbij men de kans loopt prae-maligne aandoeningen te vinden, die

bij behandeling een veel betere prognose hebben.

Het cervixcarcinoom neemt een aparte plaats in, niet vanwege de frequentie, maar vanwege de onvergelijkbaar gunstige kansen, die de pa-

tiënt met het cervixcarcinoom in situ heeft. Hoewel voor het cervixcarcinoom duidelijke „high-risk”-groepen bekend zijn — vergelijk het treffergetal van 18 per 1000 in de praktijk van Brühl in Amsterdam-

West met dat van 3-5 per 1000 elders — maakt het betrekkelijk grote aantal treffers en de daarna vrijwel te garanderen absolute genezingskansen bij de diagnostiek in het „in situ” stadium — dat anders mogelijk in

Tabel III. Anticiperende diagnostiek ten aanzien van carcinoom. De vet gedrukte onderzoeken kunnen door de huisarts worden gedaan

Risicogroepen	„Vroege” symptomen	Opsporing/ onderzoek	Carcinoom-lokalisatie
Vrouwen met mammacarcinoom in de familie; zij die aan één kant wegens mammacarcinoom zijn geopereerd, grove maladie cystique, trias adipositas hypertensie-diabetes	tumor, bloed uit tepel	palpatie, inspectie, thermografie, biopsie	mamma
Vroege sexarche, slechte seksuele hygiëne, veel kinderen, abortus, lage sociale klasse, 30-60 jaar	bruine fluor, contactbloedingen	vagino-rectaal toucher, speculum onderzoek, cervicale uitstrijk, biopsie	cervix uteri
Nullipara, adipositas-hypertensie-diabetes, > 40 jaar	metrorragie	vagino-rectaal toucher, speculum onderzoek, curettage	corpus uteri
Leukoplakie van de vulva craurosis, pruritus vulvae	pruritus	inspectie, biopsie	vulva
Mannen, rokers, drinkers van sterke alcoholica, lijders aan leukoplakie en papillomen	langdurige heesheid, hardnekkige slijmvliesaanandoeningen, slikklachten	laryngoscopie, biopsie inspectie, exfoliatieve cytologie anamnese, röntgenonderzoek, oesofagoscopie	larynx mondholte oesophagus
Lijders aan achloorhydie, pernicieuze anemie, recidiverend ulcus pepticum	onduidelijke klachten boven 50 jaar, vermagering	anamnese, analyse anemie, maag faeces-onderzoek op occult bloed röntgenonderzoek, gastroscopie, cytologie	
Lijders aan colitis ulcerosa, polyposis coli	veranderd defaecatie-patroon, hemorroiden, hernia bij ouderen	rectaal toucher, proctoscopie, faeces-onderzoek op occult bloed, rectoscopie, röntgen-onderzoek	colon-rectum
Mannen, rokers van sigaretten (actief en passief), recidiverende luchtweginfecties, chronische longaandoeningen	hardnekkige hoest, bloed bij sputum, recidiverende infecties	anamnese, röntgenonderzoek, sputum-cytologie	long
Buiten mensen, tropen mensen	hardnekkig ulcus, groter wordende wrat, veranderende naevus	anamnese, inspectie, biopsie	huid
Cryptorchisme, testis-tumor aan de andere kant	zwelling symptomatische hydrocele	anamnese, inspectie, palpatie, rectaal toucher, biopsie van de prostaat	manlijke genitalia
Aniline-werkers, lijders aan blaaspoliepen	hematurie	anamnese, palpatie, analyse hematurie, röntgenonderzoek, cytologie	tractus urinalis
Röntgenbestralingen in jeugd in halsgebied	tumor	anamnese, inspectie, palpatie, scanning	schildklier

een invasief stadium kan overgaan — een massale benadering verantwoord, ja zelfs geïndiceerd. In onze praktijk deed beide keren 90 procent van de vrouwen tussen 25 en 60 jaar mee. Het betrof hier proefonderzoeken door Cyt U Universitair Utrecht (Linthorst). Zolang de technische en personele voorzieningen nog niet toereikend zijn, zal men zich vooral op de „high-risk”-groepen moeten richten, wat juist voor deze groep geen financiële consequenties mag hebben.

Huygen heeft in zijn voordracht over anticiperende geneeskunde in een Boerhaave-cursus een voorstel gedaan de anticiperende wijze van werken operationeel te maken. Hij stelde voor een lijstje met vier vragen op het bureau van iedere huisarts te leggen.

1 *Wat weet ik van deze patiënt (somatisch-psychisch-sociaal)?* De huisarts weet hiervan in de loop der jaren heel veel.

2 *Waarom komt deze patiënt nu met deze klacht?* Een vaak zeer verhelderende vraag.

3 *Welke speciale risico's loopt deze patiënt?* Qua sekse, leeftijd, bestaande aandoeningen, gewoonten enzovoort.

4 *Waarvoor kan ik dit contact — met het oog op die risico's — benutten?* Dit kan dan bijvoorbeeld zijn een hemoglobinebepaling, een bloedbezinking, een cervix-afstrijkje, een thoraxfoto of een gesprek over anticonceptie.

De hiervoor benodigde extra tijd kan worden vrijgemaakt door delegatie aan medewerkers van die handelingen, welke niet beslist door de huisarts zelf behoeven te worden gedaan. Dit vergt echter meestal personele en bouwkundige voorzieningen, die vaak gemakkelijker in groepspraktijken dan in solo-praktijken zullen zijn te organiseren. In onze praktijk zijn het vooral de dokters-assistentes (1½ kracht naast de apothekersassistente) en de wijkverpleeg-

kundigen van het Groene Kruis, die ons helpen op bescheiden schaal anticiperend te werken.

Een enkel voorbeeld: in een niet gepubliceerd oriënterend onderzoek van het centrum Gouda en Omstreken van het NHG leek de kans op het ontdekken van diabetes dertien maal zo groot, indien wij ons richtten op de risico-groepen voor diabetes. Vooral bleek het nuttig te zoeken naar glucosurie bij patiënten, bij wie diabetes in de familie voorkomt, die aan hypertensie lijden en die ouder zijn dan 75 jaar. Met de hulp van een goede doktersassistente kan dit dusdanig worden georganiseerd, dat de huisarts hieraan zelf weinig extra werk heeft. Wij zullen dan ook voortaan geen bevolkingsonderzoek op diabetes meer organiseren, maar ons — al praktijk-doende — op de bekende risico-groepen richten.

Tot slot een illustratieve casuïstische mededeling. Onze wijkverpleegkundigen in dienst van het Groene Kruis bezoeken wekelijks vijf tot tien

bejaarden en huisvrouwen met een vrij uitgebreide vragenlijst, waarbij zij een beperkt onderzoek doen en de huisvrouwen onder meer het zelf-onderzoek van de mammae instrueren. Door de onderzochten en de wijkverpleegkundigen wordt dit onderzoek zeer gewaardeerd. Een alleen-wonende bejaarde man weigerde echter toen de wijkverpleegster kwam om een afspraak te maken. Zij attendeerde ons op de hese stem, waarmee hij dat deed. Wij zochten hem op. Een stembandcarcinoom bleek zichtbaar. Gezien de ulceratie en de foetor geen voorbeeld van vroege diagnostiek. Zelf overtuigd van de slechte prognose wilde hij geen medische hulp inroepen. Het gelukte ons hem met de keel-, neus- en oorarts in contact te brengen, die hem tot een laryngectomie wist te bewegen; na zes jaar is zijn algemene conditie goed. Hij heeft plezier in z'n leven en werd een jaar na zijn operatie zelfs regionaal biljartkampioen.

Summary. Detection of carcinoma in general practice. The family doctor is the key-person in the early detection of carcinoma. Multiple screening as organized in Stolwijk on four occasions separated by three-year intervals gave very disappointing results in detection of operable as well as curable carcinoma.

Only the six patients with a stage 0 carcinoma of the cervix uteri made a full recovery; in the remaining 22 cases

the carcinoma was found no longer amenable to radical therapy. It is therefore of paramount importance that general practitioners focus on pre-cancerous stages by extra examination of high-risk groups: surveillance of high-risk groups. Only through this anticipating approach, for which the family doctor is in a uniquely favourable position, can results be improved. The work schedule based on these high-risk groups can be very useful in this context.

Beek, A. De uitvoerbaarheid van periodiek geneeskundig onderzoek in de huisartsenpraktijk. Van Gorcum, Assen, 1966.

Cancer detection. Union internationale contre le cancer, Monograph Series LV Springer Berlijn, Heidelberg en New York, 1967.

Dool, C. W. A. van den. (1970) huisarts en wetenschap 13, 59.

Dool, C. W. A. van den, G. Linthorst, W. Spoelstra en F. de Waard, (1971) huisarts en wetenschap 14, 190.

Huygen, F. J. A. (1971) huisarts en wetenschap 14, 447-451.

Spoelstra, W. en C. W. A. van den Dool. (1970) huisarts en wetenschap 14, 92.

Zwaveling, A. en R. J. van Zonneveld. Oncologie. Handleiding voor de geneeskundige praktijk. Stichting Koningin Wilhelmina Fonds. Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij B.V., Leiden, 1973.