

Mogelijkheden tot anticiperen in de huisartsgeneeskunde

TOETSING AAN DE HAND VAN HET MAKEN VAN CERVIXUITSTRIJKJES*

DOOR CHRIS VAN WEEL, HUISARTS

Het hier beschreven onderzoek gaat over de toepasbaarheid van de „pap smear” in de huisartspraktijk. Het belangrijkste facet dat aan de orde komt, is echter een oriëntatie betreffende de mogelijkheden vanuit de „gewone dagelijkse werkzaamheden” als huisarts systematisch preventieve geneeskunde te bedrijven. In toenemende mate is de belangstelling gericht op het onderkennen van zogenaamde risicofactoren, het opsporen ervan bij bevolkingsgroepen, het interveniëren bij gevonden afwijkingen en het evalueren van hetgeen alle activiteiten hebben opgeleverd. De discussie over de belangrijkste vragen hierbij (welke risicofactoren zijn relevant, welke criteria houden wij aan voor bepaalde risicofactoren, is behandeling zinvol bij het vinden van bepaalde risicofactoren, bij iedereen? enzovoort) is voorlopig nog niet ten einde. Vanuit de groepspraktijk van het gezondheidscentrum Ommoord wordt deze discussie met belangstelling gevolgd.

Er is naast deze inhoudelijke onduidelijkheid echter nog een organisatorische vraag, namelijk wie de preventie zal gaan bedrijven. Sinds *Van den Dool* het principe van de „anticiperende geneeskunde” beschreef, lijkt er theoretisch gesproken een basis voorhanden om preventieve activiteiten bij de huisarts onder te brengen. Daarbij gaat men uit van het feit dat de huisarts jaarlijks 60 tot 80 procent van zijn patiënten op het spreekuur ziet, terwijl *Van den Dool* vaststelt dat door surveillance van risicogroepen een aantal chronische ziekten in een zo vroeg mogelijk stadium kan worden opgespoord, terwijl deze onderzoekingen geheel binnen en vanuit de dagelijkse praktijkuitoefening door de huisarts kunnen plaatsvinden.

In de literatuur is van een systematisch hanteren van de beginselen der anticipe-

rende geneeskunde weinig te vinden. Voorzover bijvoorbeeld de toepassing van de methode van de baarmoedermondutstrijk door de huisarts is beschreven, blijkt daaruit, dat bij de toepassing, de huisarts steeds slechts een beperkt deel van de betrokken populatie bereikt (*Brühl* en *De Bourgraaf*, 1968 en 1970; *Collette*, *Lindhorst* en *De Waard*). Het lijkt erop alsof de huisarts met deze werkwijze – zelfs als hij daarbij de beschikking over bepaalde faciliteiten heeft, zoals bij het Cyt-U-Universitair project – weinig raad weet. (*Collette*, *Lindhorst* en *De Waard*). Wat hiervan de oorzaak is, is niet bekend en het lijkt weinig zinvol er op deze plaats naar te gissen.

Bij de evaluatie van de screening in zijn praktijk – zij het dat het hier om hypertensie ging – concludeerde de Britse huisarts *Tudor Hart* dat deze activiteit, waarbij alle patiënten tussen 20 - 64 jaar werden bereikt, hem nauwelijks extra werk kostte. Tijd lijkt in elk geval een minder belangrijke remmende factor.

Teneinde te toetsen of de anticiperende werkwijze „haalbaar” is, werd een oriënterend onderzoek op kleine schaal verricht. In één van de acht huisartspraktijken uit het gezondheidscentrum Ommoord vervolgden wij de toepassing van de baarmoedermondutstrijk (cervixcytologie). Op basis hiervan kan wellicht blijken of het mogelijk is een groep vrouwen, die als „group at risk” is aangemerkt, inderdaad te bereiken.

De doelgroep voor het onderzoek werd bepaald op alle vrouwen vanaf twintig tot en met negenenvijftig jaar („group at risk”). Cytologisch onderzoek ter vroegtijdige diagnostiek van het cervix-carcinoom zou periodiek dienen te worden herhaald om werkelijk zinvol te zijn (*Bryens*, *Boyes & Fidler*, *Fidler Boyes & Woth*). Als interval tussen twee cytologische onderzoeken adviseert *Lammes* een periode van twee jaar. Dit betekent dat de huisarts in twee jaar tijd zijn „group at risk” moet weten te berei-

Samenvatting. Doelstelling van het onderzoek is te beoordelen in hoeverre het mogelijk is vanuit de dagelijkse praktijkuitoefening als huisarts anticiperende geneeskunde te bedrijven. Hiertoe is nagegaan in hoeverre het gelukt bij een omschreven doelgroep – vrouwen van 20 tot en met 59 jaar – een uitstrijkje van de baarmoedermond te maken. Na één jaar blijkt dat reeds 75 procent van de doelgroep – voorzover deze het spreekuur bezocht – is bereikt. De kwaliteit van de gemaakte preparaten blijkt zeer goed te zijn in vergelijking met bijvoorbeeld het CYT-U-Universitair project. Ruim 90 procent van onze preparaten bevat endocervicaal materiaal.

De invloed van een drietal factoren – leeftijd, frequentie van spreekuurcontact en bezoeken van het spreekuur wegens anticonceptiecontrole – op het al dan niet vervaardigen van een uitstrijkje wordt uiteengezet. De cytologische uitslagen van de uitstrijkjes worden besproken. Tenslotte vindt een beschrijving plaats van de gang van zaken in het Gezondheidscentrum Ommoord met betrekking tot het maken van cervix-uitstrijkjes.

ken, wil hij een belangrijke rol kunnen spelen bij de screening op cervix-carcinoom. De hierna volgende gegevens beschrijven de stand van zaken na een observatieperiode gedurende het gehele jaar 1974.

WERKWIJZE

De huisarts tracht zoveel mogelijk tijdens elk spreekuur-contact met iemand uit de doelgroep (risicogroep) het maken van een uitstrijkje te bespreken. Wanneer de vrouw het onderzoek toestaat, wordt een „gynaecologisch” onderzoek verricht (inspectie van de portio, vaginaal toucher), waarna zij – voorzien van een briefje, waarop de door de cytoloog verlangde gegevens vermeld staan – een afspraak maakt bij het laboratorium van het gezondheidscentrum voor een enige dagen later door onze praktijkverpleegster of één der doktersassistenten te maken uitstrijkje. De cytologische beoordeling vindt plaats in het cytologisch labo-

* Uit de afdeling Gezondheidscentrum-Ommoord van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst te Rotterdam.

ratorium van het Academisch Ziekenhuis Dijkzigt.

Naast de cytologische diagnose vermeldt het uitslagbriefje ook een kwaliteitsbeoordeling in de zin van het al dan niet aanwezig zijn van endocervixcellen. Voor een bespreken van de uitslag komt de vrouw na enige tijd op het spreekuur terug.

RESULTATEN ALGEMEEN

A. Wel – niet uitgestreken (tabel 1). Eind 1974 waren in mijn praktijk 865 vrouwen ingeschreven in de leeftijdsgroep van 20 tot en met 59 jaar. Van hen bleken 216 vrouwen in het jaar 1974 niet op het spreekuur te zijn geweest. In dat jaar is mijn praktijk van 0 patiënten in januari tot ongeveer 2900 in november opgebouwd. Bij 363 vrouwen werd een uitstrijkje gemaakt; dit blijkt niet te zijn gedaan bij 155 vrouwen die echter wel het spreekuur bezochten (aangeduid verder als: geen uitstrijkje zonder reden). Tenslotte is er een uit 131 vrouwen bestaande groep (aangeduid met: geen uitstrijkje met reden) die:

naar de gynaecoloog werd verwezen of daar reeds onder controle was en van wie mag worden aangenomen dat cytologische controle daar plaatsvond; een uterusextirpatie onderging; recent een uitstrijkje had laten maken; met wie het onderzoek wel is besproken, doch het uitstrijkje nog niet is verricht; het onderzoek weigerde.

Zestien vrouwen weigerden het onderzoek.

B. *Cytologische diagnose*. Volledigheidshalve zijn de cytologische diagnoses in tabel 2 weergegeven. Gezien de geringe pathologische bevindingen lijkt een nadere bespreking niet zinvol.

C. „Kwaliteit” van het uitstrijkje. *Patten* heeft er op gewezen dat het cervixcarcinoom in 90 procent van de gevallen ontstaat op de plaats waar het plaveiselepitheel van de cervix uteri overgaat in het cilinderepitheel van de endocervix. Wil het cytologisch onderzoek van het uitstrijkpreparaat betrouwbare informatie verschaffen, dan moet het uitstrijkje van de juiste plaats

Tabel 1. Overzicht van de vrouwelijke praktijkpopulatie van 20 tot 59 jaar met betrekking tot al dan niet spreekuurcontact respectievelijk maken van een cervixuitstrijkje. Tussen haakjes het percentage, berekend op degenen, die het spreekuur bezochten.

Totale populatie vrouwen 20-59 jaar	865
Geen spreekuurcontact in 1974	216
Wel spreekuurcontact in 1974	649 (100)
Uitstrijkje gemaakt	363 (56)
Geen uitstrijkje gemaakt met reden	131 (20)
Geen uitstrijkje gemaakt zonder reden	155 (24)

Tabel 2. Verdeling van de cytologische diagnoses over 363 cervixuitstrijkjes. De cytologische uitslag van de vervaardigde uitstrijkpreparaten met de indeling in vijf klassen, zoals aanvankelijk gebruikt en de ermee overeenstemmende omschrijvende uitslagen, zoals momenteel gebruikt door het cytologisch laboratorium van de afdeling klinische pathologie van het Academisch Ziekenhuis Dijkzigt.

Cytologische uitslag	Aantal	Procenten
K I negatief, geen afwijkingen	12	3,3
K II negatief, benigne afwijkingen	306	84,3
K III A atypische cellen, onvoldoende aanwijzingen voor maligniteit	2	0,5
K III B verdacht	1	0,3
K IV positief (zeer verdacht)	2	0,5
K V positief (vrijwel bewijzend)	0	0
Nog niet binnen	40	11,0

Tabel 3. Aanwezigheid van endocervix-cellen in de vervaardigde uitstrijkpreparaten.

Endocervix in preparaat	Aantal	Percentage
Aanwezig	302	93,5
Afwezig	21	6,5

zijn afgenomen en naast plaveiselepitheelcellen ook cilinderepitheelcellen bevatten. Dit vormt een controle op de kwaliteit van het uitstrijkje.

Tijdens het Cyt-U-Universitair project werd deze kwaliteitscontrole eveneens toegepast. Hierbij bleek dat 55,1 procent van de preparaten endocervixcellen bevatten met een variatie naar deel-project van 44.8 tot 60.1 procent (*Collette, Lindhorst & De Waard*). In tabel 3 staan deze getallen voor ons onderzoek vermeld: 93.5 procent der beoordeelde uitstrijkpreparaten welke door de praktijkverpleegkundige en één der doktersassistenten zijn vervaardigd, bevatten „endocervix”-cellen.

WIE WERD ER WEL EN WIE NIET BE-REIKT?

In het kader van het gestelde doel na te gaan of het vanuit de dagelijkse praktijkuitoefening van de huisarts mogelijk is te

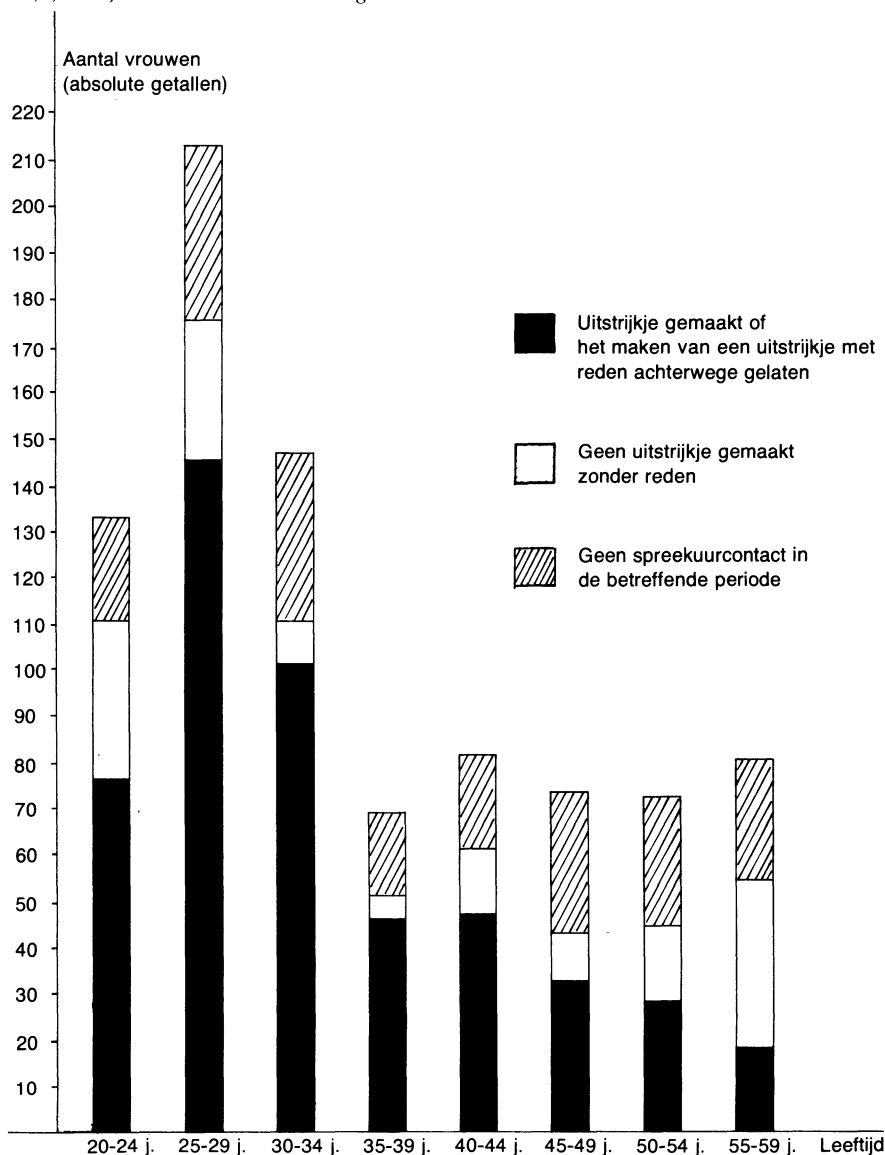
anticiperen op cervix-carcinoom, is het van belang te beoordelen bij wie wel en bij wie geen uitstrijkje is gemaakt. De invloed van een drietal factoren hierop is nagegaan:

1. *Het aantal spreekuurcontacten* in de betreffende periode per vrouw. Hierbij werd het „terugkom”-consult voor het bespreken van de cytologische uitslag buiten beschouwing gelaten. De groep vrouwen bij wie zonder reden geen uitstrijkje is gemaakt, blijkt voor een iets lager aantal spreekuurcontacten te zorgen dan de andere twee (gemiddeld 2.51 tegenover gemiddeld 3.02 voor de groep vrouwen bij wie wel een uitstrijkje werd gemaakt, respectievelijk gemiddeld 3.09 voor de groep vrouwen bij wie geen uitstrijkje met reden werd gemaakt). In tabel 4 wordt de relatie weergegeven tussen enerzijds het aantal spreekuurcontacten en anderzijds de mate waarin het tot het vervaardigen van een uitstrijkje is

gekomen. Het is voorstelbaar dat de kans op het maken van een uitstrijkje toeneemt bij een hogere contactfrequentie. Hoewel uit tabel 4 een toename van het percentage voor het onderzoek bereikte vrouwen, bij toename van de contactfrequentie valt af te lezen (van 68 procent bij 1 contact tot 87 procent bij vier of vijf contacten), lijkt het erop dat de contactfrequentie toch een geringe invloed op het vervaardigen van een uitstrijkje heeft. Van de vrouwen die slechts eenmaal het spreekuur bezochten is een substantieel percentage bereikt. Dit valt des te meer op, omdat in hetzelfde jaar de praktijk werd opgebouwd en er dus geen sprake was van een lang bestaande relatie tussen huisarts en patiënt, die een en ander zou kunnen vergemakkelijken.

2. *De leeftijd van de vrouw.* Figuur 1 geeft de leeftijdsverdeling in vijf-jarenklassen weer. Er is een tendens dat de hogere leeftijdsklassen in 1974 meer mensen zonder spreekuurcontact omvatten. Vooral voor de klassen 45-49 jaar en 50-54 jaar geldt dat. Dit heeft zeker invloed op de resultaten. Desondanks is het duidelijk dat alle leeftijdsklassen, met uitzondering van de klasse 55-59 jaar, voor een groot deel zijn bereikt. Steeds is – voorzover zij het spreekuur bezochten – na één jaar bij ruim 50 procent van de vrouwen een uitstrijkje gemaakt, tenzij dit niet nodig was (minimaal 63%, maximaal 92%). Het is opvallend dat vooral de leeftijdsklassen 30-34 jaar en 35-39 jaar goed aan haar trekken komen wat het maken van een uitstrijkje betreft, terwijl de groep waarbij met reden geen uitstrijkje werd gemaakt vanaf het 40e jaar een belangrijke rol speelt. De leeftijdsklasse 55-59 jaar is duidelijk minder bereikt: slechts bij 33 procent werd een uitstrijkje

Figuur 1. Aantal vrouwen bij wie een uitstrijkje is gemaakt, of het maken van een uitstrijkje met reden achterwege is gelaten, respectievelijk geen uitstrijkje is gemaakt zonder reden respectievelijk geen spreekuurcontact was in de betreffende periode, weergegeven naar leeftijd - 5 jaars klassen - in absolute getallen.



gemaakt dan wel was er een reden om geen uitstrijkje te maken.

3. Spreekuurcontacten wegens anti-

conceptie (pil, prik, spiraal), zwangerschap of gynaecologische klachten (fluor vaginalis, irregulair bloedverlies enzovoort). Het aantal vrouwen, dat wegens zwangerschap of gynaecologische klachten een spreekuurcontact had was vrij gering. Daarom zijn deze subgroepen samengevoegd met de anticonceptie-groep.

In totaal bezochten 336 vrouwen in de betreffende periode de huisarts wegens anticonceptie, zwangerschap of gynaecologische klachten, tegenover 313 vrouwen die dit om „andere” redenen deden. Uit de groep „anticonceptie,

Tabel 4. Relatie tussen het aantal spreekuurcontacten en de mate waarin een uitstrijkje is gemaakt.

Aantal spreekuurcontacten	Percentage uitstrijk gemaakt respectievelijk met reden niet gemaakt
1 (n = 230)	68
2 - 3 (n = 235)	73
4 - 5 (n = 108)	87
6 of meer (n = 76)	80
Totaal (n = 649)	76

zwangerschap en gynaecologische klachten" werd bij 264 vrouwen (78%) een uitstrijkje gemaakt. Bij 45 vrouwen was er een reden dit niet te doen – „geen cytologisch onderzoek met reden" – zodat in totaal 92 procent van deze groep is gescreend. Uit de groep die om „andere" redenen het spreekuur bezocht werd bij 99 vrouwen (31%) een uitstrijkje gemaakt. Bij 86 vrouwen was er een reden dit achterwege te laten, zodat van deze groep in totaal 59 procent is gescreend.

Het is duidelijk dat een bezoek aan de huisarts wegens anticonceptiecontrole, zwangerschap of gynaecologische klachten een stimulans betekent voor het maken van een uitstrijkje. Toch is ook van de groep vrouwen die om „andere" redenen het spreekuur bezocht een belangrijk deel (59%) na één jaar bereikt. Ook die groep krijgt dus bij deze benadering veel aandacht.

CONCLUSIES

De volgens de beschreven procedure vervaardigde uitstrijkjes leveren cytologische preparaten van een zeer goede kwaliteit op in vergelijking met bijvoorbeeld de kwaliteit van de preparaten gemaakt bij het grote landelijke Cyt-U-Universitair project. Het is denkbaar dat reeds het feit dat in een dergelijk hoog percentage in de uitstrijkpreparaten endocervix-materiaal aanwezig is, deze benaderingswijze een hoger rendement heeft dan een bevolkingsonderzoek als dat van Cyt-U-Universitair (*Collette, Lindhorst & De Waard*) waarmee het interval tussen twee onderzoeken langer kan worden.

Het blijkt dat in één jaar tijd reeds met een belangrijk deel van de doelgroep – vrouwen van 20 tot 59 jaar – de wenselijkheid om een uitstrijkje van de baar-

moedermond te laten maken is besproken. Van de vrouwen die in de betrokken periode het spreekuur bezochten, werd bij 56 procent een uitstrijkje gemaakt en er bleek bij 20 procent een reden te bestaan dit (voorlopig) achterwege te laten (wegens uterusextirpatie, recent een uitstrijkje gemaakt, weigering van het onderzoek). In één jaar is dus 76 procent van deze vrouwen gescreend.

Dit vormt een duidelijke aanwijzing dat de huisarts vanuit zijn „normale" dagelijkse werkzaamheden in staat kan zijn om in een tijdsbestek van twee jaar een zeer aanzienlijk deel van de doelgroep met dit onderzoek te bereiken. Dit is in tegenspraak met de cijfers van anderen (*Brühl* en *De Bourgraaf*; *Collette, Lindhorst* en *De Waard*). Het lijkt dus niet alleen mogelijk om vanuit de huisartspraktijk te anticiperen op een bepaalde afwijking, maar – gezien de kwa-

liteit van de verzamelde cytologische preparaten – zelfs wenselijk dat het daar gebeurt en niet in de vorm van een bevolkingsonderzoek.

Een bezoek aan de huisarts wegens anticonceptiecontrole, zwangerschap of gynaecologische klachten heeft een duidelijk stimulerende invloed op het laten maken van een uitstrijkje. Wat de leeftijd van de vrouw betreft, de leeftijdsklassen 30-34 jaar en 35-39 jaar worden het gemakkelijkst bereikt; die van 55-59 jaar duidelijk in onvoldoende mate. Toch kunnen wij de constatering dat de huisarts slechts een te jonge populatie weet te bereiken (*Collette, Lindhorst* en *De Waard*), niet onderschrijven. De invloed van de frequentie van spreekuurcontact op het maken van een uitstrijkje lijkt vrij gering. Van de vrouwen die éénmaal het spreekuur bezochten is 68 procent bereikt.

- Brühl, K. G. en J. E. de Bourgraaf. (1968) huisarts en wetenschap 11, 382-389.
- Brühl, K. G. en J. E. de Bourgraaf. (1970) huisarts en wetenschap 13, 370-373.
- Bryens, F. E., D. A. Boyes en H. K. Fidler. (1964) Amer. J. Obstet. Gynec. 88, 898-906.
- Collette, H. J. A., G. Lindhorst en F. de Waard. Cyt-U-Universitair 1970-1973. Vroege diagnostiek cervixcarcinoom.
- Dool, C. W. A. van den. (1970) huisarts en wetenschap 13, 59-62.
- Fidler, H. K., D. A. Boyes en A. J. Woth. (1968) J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwllth 75, 392-404.
- Lammes, F. B. (1972) huisarts en wetenschap 15, 343-346.
- Patten, S. F. Diagnostic cytology of the uterine cervix. (1969) Monographs in clinical cytology, volume 3.
- Tudor Hart, J. (1971) Update 3, 963-968.

Summary. Possibilities to anticipate in general practice, as tested by making cervical smears. The objective of the study was to assess the extent to which it is possible to practice antipatory medicine in daily general practice. For this purpose, an effort was made to obtain cervical smears in a defined target group of women aged 20 through 59 years. After one year 75 percent of the target group – so far as they had attended surgery hours – had been reached. The quality of the specimens obtained proved to be very good as compared with the CYT-U-University project. At least 90 per cent of the specimens contained endocervical material.

The influence of three factors – age, frequency of surgery hours contact and attendance of surgery hours for contraception follow up – on failure or success in obtaining smears is explained. The cytological findings in the smears are discussed. The procedure followed at the Ommoord Health Centre with regard to making cervical smears is described.