

Cervixcytologie in perspectief

DR. K. GILL, HUISARTS TE ZWAMMERDAM EN
CHR. VAN WEEL, HUISARTS TE ROTTERDAM

In ons land lijden jaarlijks ongeveer 850 vrouwen aan cervixcarcinoom, van wie er circa 400 aan deze ziekte overlijden. Uit de literatuur is bekend dat een gericht bevolkingsonderzoek een sterftedaling van twintig tot dertig procent kan opleveren. De auteurs vragen zich af in hoeverre de situatie in Nederland met deze cijfers overeenkomt. Zij bespreken diverse aspecten van het screenen als preventieve testmethode. Gegevens uit de literatuur, tot nog toe verricht bevolkingsonderzoek en eigen onderzoek, geven interessante informatie. Tevens wordt aandacht besteed aan de continuïteit van het onderzoek (de herhalings-uitstrijk), waarbij de huisarts een belangrijke taak heeft.

De geschiedenis

De geschiedenis van de vroege, exfoliatieve cyto-diagnostiek van het cervixcarcinoom begint in Nederland in betekenis toe te nemen als in februari 1966 met voorbereidingen van de opleiding van cytologisch analiste wordt begonnen. De eerste cursus voor cyto-analyse start in 1968. Als in januari 1970 de staatssecretaris een 100 procent rijkssubsidie toezeegt, kan het onderzoek beginnen.

Van 1970 tot 1973 worden door huisartsen 56.413 uitstrijkjes van ruim 48.000 vrouwen gezonden naar het laboratorium Cyt-U-Universitair, dat onder de verantwoordelijkheid staat van de Utrechtse Medische Faculteit. Dit onderzoek ontleende zijn materiaal aan vier bronnen: vrouwen die voor een preventief of controleconsult de huisarts raadpleegden; patiënten die naar de gynaecoloog werden verwezen; vrouwen die met klachten over fluor op het spreekuur kwamen en bevolkingsonderzoekingen. Bij de laatste projecten bedroeg de opkomst 72 tot 97 procent.

Bij de 48.429 vrouwen, die aan het onderzoek deelnamen, werd bij 246 een carcinoom van de cervix gevonden, dat is 5,1 pro mille. Hiervan waren 178 carcinomata in situ en 68 invasieve carcinomen. In maart 1974 verscheen het rapport van Cyt-U-Universitair. Het bevatte een pleidooi bevolkingsonderzoeken te organise-

ren door middel van systematisch oproepen. Inmiddels was de werkgroep „Cyto diagnostiek van het cervixcarcinoom” te Amsterdam op 1 januari 1971 met haar praktische werkzaamheden begonnen. De organisatie en registratie berustte bij het Instituut voor Huisartsgeneeskunde te Amsterdam. De preparaten werden, evenals in het laboratorium van Cyt-U-Universitair, uiteindelijk beoordeeld door een gynaecoloog.

Van 1 januari tot 31 december 1971 werden door 34 huisartsen 8.136 preparaten

*„Vroege diagnostiek van gynaecologische tumoren, met name door middel van cytologisch onderzoek van de cervix uteri, geeft een duidelijke verbetering van de prognose”.**

ter beoordeling ingezonden. Hiervan bleken 51 een verdacht beeld voor carcinoom te vertonen; in 43 gevallen werd deze diagnose door middel van pathologisch anatomisch onderzoek bevestigd. Bij dit onderzoek kwam een opmerkelijk feit aan het licht, namelijk de nog insufficiënte, niet getoetste standaardisatie van de indeling volgens Papanicolaou. De prevalentie van positieve uitstrijken bleek voor de Gemeentelijke Universiteit 10 op 1000 en voor de Vrije Universiteit 4 op 1000 te bedragen. Hoewel men geneigd was dit verschil toe te schrijven aan de sociale lagen bleek er toch geen overleg tussen de verschillende laboratoria te bestaan ten aanzien van de standaardisatie.

Van de zijde van de Gezondheidsraad verscheen in juli 1974 het „Advies inzake vroegdiagnostiek van kanker”.

Ten aanzien van de vroegtijdige opsporing van carcinoom van de cervix uteri vermeldt dit rapport een prevalentie voor de open, klachtenvrije vrouwelijke bevolking boven de 20 jaar van 3,8 tot 5,4 per 1000 en voor de totale vrouwelijke bevolking tussen 2,6 en 3,5 per 1000 vrouwen.

Voor de pre-klinische fase wordt een periode van tien jaar aangegeven. De incidentie zou voor de leeftijdsgroep van 25 - 29 jaar in Nederland 1,9 per 1000; voor de groep 45 - 54 jaar 0,8 per 100 bedragen. Technisch gezien zijn er op het ogenblik nog geen cytofotometers beschikbaar, waarmee een pre-screening zou kunnen worden uitgevoerd. In de toekomst zal gebruik worden gemaakt van televisiemicroscopen, gekoppeld aan digitale computers, waardoor een multiparameteronderzoek mogelijk zal zijn, dat tevens voldoende diagnostische zekerheid biedt. De commissie van de Gezondheidsraad acht het onderzoek van het cervicale uitstrijkpreparaat een betrouwbare methode voor de vroege opsporing van cervixcarcinoom. Bij gericht onderzoek is het in Nederland zeer goed uitvoerbaar. Ongeveer 5 procent van de vrouwen zal voor herhaling van het onderzoek moeten terugkomen; slechts 10 procent hiervan zal een operatie moeten ondergaan en/of heeft werkelijk een carcinoom.

Tot de vrouwen met een verhoogd risico worden gerekend alle patiënten van de gynaecoloog, de vrouwen met onregelmatig bloedverlies per vaginam, de patiënten met gynaecologische klachten die niet bij de huisarts komen, alle gravidæ boven de 30 jaar, alle vrouwen die om andere redenen regelmatig worden gecontroleerd (anticonceptie, beroepskeuringen etc.) en vrouwen die een abortuskliniek bezoeken. Het advies inzake „De organisatorische opzet van bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom” van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid werd in augustus 1975 uitgebracht.

Deze Raad ziet zijn advies als een interim-advies. Het bevat de volgende kernpunten die alle wijzen op een positieve houding ten opzichte van een landelijk bevolkingsonderzoek:

- de methode is medisch-wetenschappelijk verantwoord;
- zij leent zich voor georganiseerde toepassing op grote schaal;
- de sterfte zal er door verminderen;
- het individuele onderzoek vindt reeds op grote schaal plaats en zal nog toenemen;
- er kan worden gewerkt binnen een landelijk bepaald uniform programma;

* Ontleend aan het artikel van Engel, getiteld: „Tumoren van de vrouwelijke geslachtsorganen”, in het boek Oncologie, verschenen op initiatief van de Stichting Koningin Wilhelmina Fonds en de Nederlandse Organisatie voor de Kankerbestrijding.

– bevordering van een landelijke evaluatie van de resultaten.

Voorts acht de Raad het verantwoord te beginnen met de categorie vrouwen tussen 35 en 55 jaar, met een periodiciteit van drie jaar. Het bevolkingsonderzoek zal derhalve circa 500.000 vrouwen per jaar omvatten. De Raad gaat aan de anticiperende wijze van onderzoek voorbij door te stellen, dat door het bevolkingsonderzoek het individuele onderzoek zal afnemen. Wij zijn geneigd hierbij een kritische kanttekening te plaatsen, omdat over de thuisblijvers bij bevolkingsonderzoeken niet wordt gesproken.

Drie publikaties

Het jaar 1976 levert drie belangrijke publikaties op over het cervixcarcinoom.

Sturmans, Valkenburg en Burema stellen de vraag of het wenselijk is met bevolkingsonderzoeken door te gaan of het onderzoek te beperken tot de high-risk-groepen. De auteurs komen tot de conclusie dat profylactische en therapeutische trials op touw moeten worden gezet. Zij spreken van experimentele populatieonderzoeken of interventieonderzoeken. Het doel hiervan is te kunnen nagaan of de prognose daarmee kan verbeteren. Voorts vragen *Sturmans en anderen* aandacht voor het hoge percentage fout-positieve uitslagen. De voorkeur gaat uit naar een selectieve screening. Deze werkhypothese zal moeten worden getoetst door een gecontroleerde trial at random, mede om tot een betere definitie van high-risk-groepen te komen.

Het proefschrift van mevrouw *Collette* behandelt de epidemiologische aspecten van het cervixcarcinoom, een analyse van de sterftecijfers en van bevolkingsonderzoek. Hieruit blijkt dat de sterftecijfers de laatste decennia een relatieve daling vertonen, die zou kunnen worden verklaard door een verbetering van de therapie en het toenemen van het aantal hysterectomieën. Deze daling is voor de leeftijdsgroep van 35 tot 49 jaar significant.

De ziekte blijkt zich, epidemiologisch gezien, te gedragen als een geslachtsziekte, dus overgebracht door de coïtus. Na de tweede wereldoorlog hebben de cohorten van 18 tot 32 jaar dit fenomeen duidelijk laten zien. De verklaring hiervoor werd gezocht in de toename van de promiscuïteit in die jaren. In de naaste toekomst zou een toename van het cervixcarcinoom kunnen worden verwacht door de lagere huwelijksleeftijd, het hebben van meer partners, de grotere seksuele vrijheid en het op steeds vroegere leeftijd beginnen met de coïtus. Deze toename kan daarentegen worden geremd door een geringer aantal geboor-

ten, de vroege opsporing, de toegenomen seksuele hygiëne en het grotere aantal hysterectomieën.

Voorts is vermeldenswaard dat de trichomonasinfectie, beschouwd als geslachtsziekte, nog veel voorkomt in samenhang met cervixcarcinoom. Een oorzakelijke relatie is niet aangetoond.

Collette bevestigt de reeds bekende bevinding dat ongehuwde vrouwen en vrouwen zonder kinderen, een laag risico hebben; vervolgens toont zij aan dat de lagere sociale lagen een grotere kans hebben op cervixcarcinoom en dat de bevolking van de badplaatsen Katwijk, Noordwijk en Zandvoort een twee tot vier keer zo groot risico loopt in vergelijking met het landelijk gemiddelde terwijl voor Utrecht Noord dat risico nog groter is.

In hoeverre daarbij het herpes simplex virus type 2 een rol speelt is onbekend en vraagt daarom nader onderzoek. Tot slot houdt *Collette* een pleidooi voor de thuisblijvers bij grote bevolkingsonderzoeken. De derde in de reeks publikaties, is de serie voordrachten voor de Boerhaave-cursus te Leiden op 23 en 24 september 1976. Uit deze voordrachten komt naar voren dat de afwijking in de symptoomloze fase door cytologisch en histologisch onderzoek is vast te stellen, dat de therapie in deze fase een volledige genezing kan geven, dat wij meer inzicht moeten hebben in de betekenis van metaplasie, dysplasie en van het carcinoom in situ en dat wij meer kennis moeten hebben van de epidemiologie en de etiologie. Het cervixcarcinoom staat hierin niet alleen: in het algemeen blijkt dat diagnostiek van chronische ziekten in een vroeg stadium bemoeilijkt wordt door gebrek aan inzicht in fundamentele aspecten van die ziekten.

Screenen

Preventie en screenen zijn in de mode. De roep om een actief bezig zijn op dit terrein, valt daardoor vaak moeilijk te negeren. Deze roep wordt echter niet altijd ingegeven door een wetenschappelijk volledig onderbouwde stellingname. Met name *Cochrane* heeft op zeer indringende wijze hierop gewezen. Wat het meest frappeert in het betoog van *Cochrane*, is dat als gevolg van het zijns inziens overhaast op grote schaal toepassen van cytologisch onderzoek van de cervix uteri, een betrouwbare effectevaluatie moreel niet meer haalbaar is. Het definitieve antwoord op de vraag of een grootscheepse toepassing van een op zich veelbelovende screeningstest op cervixcarcinoom ook werkelijk zinvol is, moet uitblijven; niet omdat het antwoord niet te geven zou zijn, doch wegens de ethische bezwaren die als

gevolg van het overhaast en ongecontroleerd toepassen van de test, worden opgevoerd bij de daarvoor noodzakelijke „randomised controlled trial” (interventieonderzoek).

Het denken over onderwerpen als preventie en screening brengt zeker voor curatief georiënteerde artsen onvermijdelijk een omschakeling teweeg. In de curatieve situatie is het handelen beperkt tot een min of meer duidelijk omschreven groep zien met een vastgestelde ziekte. In geval van screenen is sprake van twee groepen, mensen mét en mensen zónder een gezochte afwijking. De belangen van beide groepen, behartigd door degene die screent, kunnen daarbij tegengesteld zijn: voor de groep met de afwijking: interventie; voor de groep zonder afwijking: geen interventie. In verband daarmee dient door middel van een test een duidelijke uitspraak te worden gedaan of iemand al dan niet een afwijking heeft. Het probleem daarbij is dat er geen tests zijn die 100 procent betrouwbaar uitsluitel geven. Naast sensitiviteit en specificiteit van de testmethode, speelt daarbij de prevalentie van de ziekte een rol (*Sturmans, De Haas en Mulder*). Is de prevalentie van een bepaalde afwijking laag, dan wil dit zeggen dat de predictieve waarde van een positieve testuitslag gering is.

De kans op het ten onrechte interveniëren en dus het veroorzaken van iatrogene schade, wordt daarbij groot. Op heldere wijze rekenen *J. C. Sisson en anderen* dit voor aan de hand van een gefingeerde test op pancreascarcinoom. Toepassing van deze test (met hoge specificiteit en sensitiviteit) levert in hun rekenmodel een forse schade op. De extra informatie die op deze wijze vergaard zou worden, zou naar hun berekening leiden tot een toename van de sterfte in de onderzochte populatie (met name ten gevolge van de operatiemortaliteit in de groep met een vals positieve uitslag).

In een wat andere formulering komt het belang van de prevalentie naar voren bij *Wilson en Jungner*, waar zij als eerste van hun inmiddels vermaarde tien criteria voor screening stellen: „De aandoening waarop men screent, moet een belangrijk gezondheidsprobleem zijn”.

Ook de gehoorde roep om het screenen tot zogenaamde high-risk-groepen te beperken, door *Holland* en ook door *Sturmans en anderen*, moet onder andere gezien worden als een poging om de nadelige invloed van een lage prevalentie op de betrouwbaarheid zoveel mogelijk te beperken. Nemen wij in beschouwing welke screeningstests er de laatste tijd massaal zijn geoperationaliseerd, dan blijkt dat de prevalentie toch niet de belangrijkste fac-

tor geweest kan zijn bij de beslissing daarover. Het gescreende cervixcarcinoom komt duidelijk minder frequent voor dan het niet-gescreende mammacarcinoom; fenyketonurie, waarop alle Nederlandse pasgeborenen momenteel onderzocht worden heeft een heel wat lagere prevalentie dan de cystische fibrose namelijk 1 op 15.000 tegenover 1 op 3.600 (*Van Gemund*).

Sturmans en anderen zijn uitvoerig ingegaan op de vraag in hoeverre de screeningsmethode ten aanzien van cervixcarcinoom voldoet aan de door *Wilson en Jungner* geformuleerde voorwaarden voor screeningscampagnes. Daaruit blijkt dat er nog zoveel vragen open staan en zo zeer onduidelijkheid heerst, dat met betrekking tot de zinvolheid van een dergelijk screeningsprogramma, de nodige slagen om de arm moeten worden gehouden. Daarbij komt dat deze (theoretische) twijfels niet aan de praktijk te toetsen zijn door een effectevaluatie van de screeningscampagnes. *Sturmans en anderen* doen een voorstel om ondanks de bestaande ethische bezwaren tot een zogenaamd interventieonderzoek te komen. Voorlopig krijgt hun voorstel weinig respons. Het lijkt erop dat een kritische benadering van deze materie, taboe is.

De nogal eens gepropageerde selectieve screening roept eveneens vragen op. Uit epidemiologische studies zou blijken dat het seksueel gedrag de meest bepalende factor in het ontstaan van cervixcarcinoom is. De high-risk-groep zou dan bestaan uit die vrouwen die frequent van seksuele partner wisselen. Dat de huisarts nu juist degene is, die bij het identificeren van deze high-risk-groep een belangrijke rol kan spelen, zoals *Sturmans en anderen* stellen, lijkt een overschatting van diens relatie met zijn patiënten, en dient derhalve ernstig te worden betwijfeld. In feite zou onzes inziens de beste identificatie als high-risk-groep, door de vrouwen in kwestie zelf kunnen geschieden.

Het bestaan – en het waarschijnlijk blijven bestaan – van zoveel onduidelijkheid bij het toegepast onderzoek maakt het des te meer nodig dat speciale aandacht zal moeten worden besteed aan de iatrogene schade als gevolg van deze screeningsprogramma's. De omvang van de groep die bij screening ten onrechte positief bevonden werd en hun lot in de zin van hospitalisatie, morbiditeit, stigmatisering en eventuele mortaliteit als gevolg van de vals positieve testuitslagen, leveren belangrijke informatie op over de gevolgen van zo'n programma. Informatie die even relevant is als de opsomming van de medische oogst, uitgedrukt in cytologische classificatie en tumorstaging (dus de te-

Tabel I. Anticiperen op cervixcarcinoom vanuit de huisartspraktijk; totale praktijkpopulatie - at risk. Zie verder tekst.

	Absolute getallen	Percentage van vrouwen dat contact met de huisarts had
Aantal vrouwen van 20-59 jaar in de praktijk ingeschreven	725	
Aantal vrouwen van 20-59 jaar dat contact met de huisarts had in 2 jaar	615	100
Aantal vrouwen van 20-59 jaar in 2 jaar gescreend op cervixcarcinoom	560	91
Aantal vrouwen van 20-59 jaar in 2 jaar niet gescreend, wel contact met de huisarts	55	9

recht positief gevonden gevallen) waartoe doorgaans de verslaggeving zich beperkt.

Strategie van de continuïteit

Nu met de organisatie van bevolkingsonderzoeken de screening op cervixcarcinoom deze fase lijkt te hebben afgesloten, rijzen er nog twee belangwekkende vragen. Allereerst de vraag naar de wijze waarop de screening verricht dient te worden. Moet hiervoor een aparte organisatie in het leven geroepen worden, of kan het geïntegreerd worden in de bestaande structuur van de eerstelijns hulpverlening? En ten tweede: op welke wijze wordt de continuïteit – de periodieke herhaling van het onderzoek – het beste gewaarborgd? In Nederland vormen vooral de gegevens van het Cyt-U-Universitair-onderzoek een belangrijke steun voor het verrichten van screening via een bevolkingsonderzoek. Hun conclusie is dat de huisarts in onvoldoende mate in staat blijkt een bepaalde doelgroep te bereiken.

De ervaringen uit de huisartsenwereld wijzen in een andere richting. *Van Weel*,

1975 toonde aan dat hij in zijn praktijk in één jaar tijd op anticiperende wijze, reeds bij een groot deel van de vrouwelijke populatie tussen de 20 en de 60 jaar een uitstrijk heeft gemaakt. Bij een evaluatie na twee jaar bleek dat inmiddels 91 procent van de vrouwen uit deze groep was gescreend (*tabel I*). Op de gehele populatie-at-risk was dat 77 procent, een getal dat de vergelijking met respons-cijfers bij de bevolkingsonderzoeken goed kan doorstaan. Na twee jaar bleek bovendien de leeftijd geen factor van invloed meer te zijn, dit in tegenstelling tot de situatie aan het einde van het eerste observatiejaar. De hoge migratiegraad bleek ook weinig invloed te hebben op het anticiperen, getuige het feit dat 80 procent van degenen die binnen twee jaar de praktijk verliet, gescreend was (*tabel II*).

Er dient op te worden gewezen, dat tot nu toe de vraag bij wie het screeningsonderzoek ondergebracht moet worden, beantwoord wordt met conclusies, getrokken uit eenmalige of eerste screening. Vroegtijdig opsporen van cervixcarcinoom kan echter pas dan werkelijk zinvol gebeuren indien de screening periodiek plaatsvindt. In dit

Tabel II. Anticiperen op cervixcarcinoom vanuit de huisartspraktijk; vrouwen, die binnen twee jaren de praktijk verlieten (voornamelijk ten gevolge van verhuizing).

	Absolute getallen	Percentage van vrouwen dat contact met de huisarts had
Aantal vrouwen van 20-59 jaar dat in 2 jaar de praktijk verliet	57	
Aantal vrouwen van 20-59 jaar bij wie contact huisarts plaatsvond	54	100
Aantal vrouwen van 20-59 jaar gescreend op cervixcarcinoom	43	80
Aantal vrouwen van 20-59 jaar niet gescreend, wel contact met de huisarts	11	20

verband is het interessant de ervaringen te vermelden die in Manchester zijn opgedaan met her-screening (*C. D. Sanson en anderen*). Daar bleek onder meer dat 91 procent van de vrouwen bij wie de test in eerste instantie door de huisarts was verricht, zich ook voor het tweede onderzoek meldde. De groepen vrouwen die elders gescreend waren vertoonden lagere tot aanzienlijk lagere respons-cijfers. Blijkbaar is de continue relatie met de huisarts een goede basis voor periodiek screeningsonderzoek.

Een andere interessante observatie bij dit onderzoek was de samenstelling van de respons-groep. De oververtegenwoordiging van de hogere sociale klasse die bij eerste screening werd gevonden, bleek bij de tweede ronde verdwenen.

De voorlichting over betekenis en inhoud van de test, is een belangrijk onderdeel van goed uitgevoerde screening. Dezelfde onderzoekers uit Manchester vonden dat die gescreende vrouwen die door hun huisarts werden gewezen op de mogelijkheid van een preventief onderzoek, het minst op de hoogte waren van de noodzaak tot periodiek herhalen ervan (*C. Diana Sanson*). Blijkbaar komt het initiatief hiertoe ook wat dit betreft voor rekening van de huisarts. De moeilijke identificatie van de groep met een verhoogd risico is reeds besproken. Ook daarbij lijkt doelgerichte informatie aan de werkelijk betrokkenen van veel belang opdat juist degenen die aan het onderzoek behoefte hebben in staat zijn op zinnige wijze die behoefte te vervullen. Een nauwgezet analyseren van de respons- en de non-responsgroepen bij screening in welke organisatorische vorm en in welke fase dan ook, lijkt gewenst. Zijn de onderzochte vrouwen werkelijk een groep met een laag risico, de „bezorgde gezonden” (*Sturmans*)? Berust het zich onnodig opnieuw laten uitslijken (*Van Weel*, 1977) op bezorgdheid of zijn er andere factoren in het spel?

Wie krijgt toegang tot de high-risk-groep? Voordat de plaats van screeningsactiviteiten definitief geregeld kan worden, behoeven deze vragen meer duidelijkheid.

Beschouwing

Screening is op een aantal manieren onder te verdelen. Eén van die manieren kan zijn, het al dan niet periodiek herhalen van het onderzoek. Screenen op bijvoorbeeld fenylketonurie en cystische fibrose onderscheidt zich daarbij van screenen op cervixcarcinoom door het feit dat met een eenmalig onderzoek voor het leven wordt vastgesteld of de gezochte ziekte aanwezig is of niet. Het is vooral de periodiek te herhalen screening die – sui generis – een groot aantal voorzorgen behoeft.

De criteria van *Wilson* en *Jungner* kunnen dienen als een eerste toetsing voor de bruikbaarheid. De continuïteit, zowel waarmee de test aangeboden kan worden, als waarbij een follow-up van positieve uitslagen is gewaarborgd, is essentieel. Mogelijke negatieve aspecten van de screening – „iatrogenesis” – behoren integraal bij de evaluatie te worden betrokken. Individualiseren van het screenen lijkt daarnaast evenzeer van belang.

Aan deze voorwaarden kan naar onze mening het beste worden tegemoetgekomen, indien screenen een integraal onderdeel uitmaakt van een eerstelijns gezondheidszorg, die zijn eigen functioneren kritisch beziet. Het ontstaan van categorale organisaties, welke zich de opsporing van één bepaalde ziekte waarvoor periodiek screenen noodzakelijk is, ten doel stelt, leidt tot een desintegratie van de gezondheidszorg waardoor het haast onmogelijk wordt aan genoemde wensen te voldoen. Een interessant punt vormt de vraag op welke ziekten er nu gescreend moet worden. Zoals reeds aangegeven draagt de frequentie van de gezochte ziekte, weinig bij tot de prioriteitenstelling. Wat dan wel? Het citaat uit het „van de redactie” van het maart-nummer 1976 van dit tijdschrift mag best nog eens worden herhaald: „You first create a need; as a result there is after some time a demand; and then at last there is a must!” Het lobbyen vanuit commerciële en andere motieven gaat ook aan deze activiteit niet voorbij. De verwickelingen rond het screenen op cervixcarcinoom dienen nauwkeurig onder ogen te worden gezien en bekritiseerd. Alleen op deze manier zal het mogelijk zijn, nieuwe projecten op het terrein van de preventie te wegen, te waarderen en eventueel te introduceren binnen de gezondheidszorg. Heel klemmend ondertussen wordt de vraag, wat er terechtkomt van de patiënte die door deze geavanceerde benadering, in een asymptomatische fase haar carcinoom vroegtijdig ontdekt zag en daarom veel adequater behandeld kon worden: Is zij dan ook genezen, of voor de rest van haar verlengde leven een patiënt? Tijdens de Boerhaavecursus over cervixcarcinoom in 1976 gaf de opmerking van professor Van Hall, dat naar zijn mening een vrouw die wegens carcinoma in situ radicaal behandeld was, ook als genezen beschouwd diende te worden, aanleiding tot heftige discussie. Voor de auteurs was dit aanleiding professor Van Hall te vragen zijn standpunt in deze nog eens in een artikel neer te leggen.

Samenvatting. In dit artikel wordt ingegaan op een aantal aspecten van het gebruik van de cervicale uitslijking als screen-

ingsmethode. Eerst komt de geschiedenis van de vroege exfoliatieve cytodiagnostiek in Nederland ter sprake: het *Cyt-U-Universitair rapport*, het advies van de Gezondheidsraad in 1974 inzake vroegdiagnostiek van kanker, de publicaties van *Sturmans*, *Valkenburg* en *Burema* en van *Collette* en ten slotte de *Boerhaavecursus 1976 over dit onderwerp*. Daarna wordt een aantal problemen en onduidelijkheden rond preventieve testmethoden behandeld. Hieruit blijkt dat de kans niet denkbeeldig is dat preventieve onderzoeken eerder (iatrogene) ziekte veroorzaken dan leiden tot vermindering ervan. Vervolgens wordt de wijze beschreven waarop screenen op cervixcarcinoom in de praktijk gebracht kan worden. De keuze van het bevolkingsonderzoek als de methode bij voorkeur, berust op de overtuiging dat huisartsen niet in staat zijn voldoende vrouwen-at-risk te onderzoeken. Uit eigen ervaring wordt echter aangetoond dat anticiperend in twee jaar tijd een belangrijk deel van de risicogroep bereikt kan worden: 77 procent van alle tot de praktijk behorende vrouwen; een getal dat de vergelijking met het opkomst-percentage van de diverse *Cyt-U-Universitair* projecten goed kan doorstaan. Ten slotte wordt literatuur besproken over de tweede (herhalings-) uitslijking. Hieruit komt naar voren dat de samenstelling van de respons-respectievelijk non-responsgroep anders is dan bij de eerste screeningsronde; bovendien blijkt de huisarts goed in staat deze tweede ronde uit te voeren.

Summary. Cervical cytology in perspective. This article discusses various aspects of the use of cervical smears as screening method. The history of early exfoliative cytological diagnosis in The Netherlands is first outlined: the *Cyt-U-university report*, the 1974 advice of the Health Council on early diagnosis of cancer, the publications of *Sturmans*, *Valkenburg* and *Burema*, and *Collette*, and finally the 1976 *Boerhaabe course* on this subject. Various problems and obscurities of preventive test methods are discussed next. The discussion indicates that it is by no means an imaginary chance that preventive tests are more likely to cause disease (iatrogenic disease) than to reduce it. The practice of screening for cervical carcinoma is then described. The choice in favour of screening as a method of choice is based on the conviction that general practitioners are unable to examine sufficient numbers of women-at-risk. However, it is demonstrated on the basis of personal experience that an anticipatory approach can reach a substantial proportion of the risk group within two years: 77 percent of all the women in a general practice – a figure which can readily stand comparison with the response rate of the various *Cyt-U-university* projects. Finally, the literature on the second (repeat) smear is discussed. This shows that the composition of the response and

the non-response groups differs from that in the first screening round; in addition it is demonstrated that general practitioners are quite capable of carrying out this second round.

- Boerhaave Commissie voor voortgezet onderwijs. Het cervixcarcinoom, 1976.
- Brühl, K. G. (1972) huisarts en wetenschap 15, 198.
- Centrale Raad voor de Volksgezondheid. De organisatorische opzet van bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1975.
- Cochrane, A. L. Effectiveness and Efficiency. The Nuffield Provincial Hospitals Trust. The Rock Carling Fellowship, 1972.
- Collette, H. J. A., G. Linthost en F. de Waard. Vroege diagnostiek cervixcarcinoom. Cyt-U-Universitair 1970-1973, 1974.
- Collette, H. J. A. Epidemiologische aspecten van het cervixcarcinoom. Academisch Proefschrift Utrecht, 1976.
- Gemund, J. J. van. Preventie. Ned. Inst. Prev. Geneeskunde TNO Leiden. Uitgave in samenwerking met: Nationaal Orgaan Zwakzinnigenzorg en Ned. Ver. Revalidatie, 1976.
- Gezondheidsraad. Advies inzake vroegdiagnostiek van kanker nr. 39. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1974.
- Holland, W. W. (1974) Lancet II, 1494.
- Sanson, Diana C., Janet. Mc Innerney, Valerie Oliver, John Wakenfield. (1975) Brit. J. prev. soc. Med. 29, 40.
- Sanson, Diana C., J. Wakenfield and K. M. Pinnock (1971) Int. J. Hlth. Educ. 114, 127.
- Sisson, James C., E. B. Schoemaker, J. C. Ros. (1976) J. Amer. med. Ass. 236, 1259.
- Sturmans, F., W. F. M. de Haas en P. G. Mulder. (1976) huisarts en wetenschap 19, 87.
- Sturmans, F., H. A. Valkenburg en L. Burera. (1976) Ned. T. Geneesk. 120, 1197.
- Weel, C. van. (1975) huisarts en wetenschap 18, 402. (1977) Ibidem 20, 2.
- Wilson, J. H. G. en G. Jungner. Principles and Practice of Screening for disease. Public Health Papers nr. 34, W.H.O. Geneve, 1968.
- Zwaveling, A. en R. J. Zonneveld. Oncologie. Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij bv, Leiden, 1973.

Redactioneel commentaar

Onderzoeken rond een gezondheidscentrum

In het afgelopen decennium heeft de samenwerking in de eerste lijn van de gezondheidszorg en in het bijzonder de ontwikkeling van gezondheidscentra, zich een centrale plaats verworven in de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde. Twee elementen liepen daarin – globaal gesproken – door elkaar: Het kwaliteits-element: wat voor mogelijkheden voegt samenwerking – onderling en met andere disciplines in de eerste lijn – toe aan de hulpverlening door de huisarts, en het satisfactie-element: de perceptie van deze vernieuwing door de cliënt.

De uitgebreide evaluatie van het gezondheidscentrum Withuis, die in de afgelopen jaren in dit tijdschrift is gepubliceerd, heeft één van de belangrijke fundamenten van deze ontwikkeling gevormd. Nu met de promotie van *Crebolder* deze Withuisreeks is voltooid en een fraaie bekroning heeft gekregen lijkt het zinvol even stil te staan bij de twee voornoemde elementen in deze onderzoeken.

Ten eerste de perceptie door de cliënt. De overgang van solowerkende huisartsen naar huisartsen in een samenwerkend team gaat volgens de cliënt niet ten koste van de relatie huisarts-patiënt. De cliënt vindt blijkbaar ook, in een breder opgezette eerstelijns hulpverlening ruimschoots de mogelijkheid een speciale band met zijn/haar huisarts aan te gaan. Deze band wordt waarschijnlijk wel anders maar zeker niet als minder ervaren. Deze bevinding is conform die van anderen (*Stichting Itoba*). Wij kunnen hieraan de conclusie ontleenen dat samenwerking in de eerstelijns kan worden ontwikkeld zonder gevaar voor de arts-patiënt-relatie. De plaats van andere disciplines, met name van het maatschappelijk werk, blijkt daarbij duidelijker uit de verf te komen. Alles bij elkaar een stimulans om verdere plannen tot samenwerking gestalte te geven, indien de betreffende huisartsen en andere betrokkenen daartoe de behoefte gevoelen.

Wat het kwaliteits aspect betreft is hier erg veel overhoop gehaald zonder dat op dit moment duidelijke conclusies zijn te trekken. In de legpuzzel, die de vernieuwde huisartsgeneeskunde vormt, zijn nog te veel losliggende stukjes om een onmis-

kenbaar patroon te onderscheiden. Welke betekenis moet bijvoorbeeld aan de daling in de specialistische verwijzingen door de artsen in het Withuis worden toegekend? Welke factoren bepalen nu precies het gebruik van de verwijzingsmogelijkheden? Een toename van het gebruik van laboratoria en andere diagnostische faciliteiten door huisartsen zou evenzeer een toename in het aantal verwijzingen (als gevolg van meer diagnoses) kunnen geven, als een afname.

Er is, mede als gevolg van onderzoeken in vrij specifieke situaties, zoals in het gezondheidscentrum Withuis, een groeiende behoefte aan inzicht in het werken van huisartsen in het algemeen. Het lijkt erop alsof het NHG-bestuur op deze behoefte heeft geanticipeerd met het lanceren van het projecten-plan. Een consequenter kwantificeren, waarderen en analyseren van het handelen van de huisarts zal nodig zijn om de legpuzzel verder te bouwen. Waarbij – misschien meer dan in het recente verleden – mag blijken, dat in het praktiseren van de huisarts (in samenwerking of als solist) evenzo vele wegen zijn die leiden naar hetzelfde doel: het structureren en ontwikkelen van de huisartsgeneeskunde.

Chris van Weel

Crebolder H., Onderzoeken rond een gezondheidscentrum. Cliënten Cijfers Beschouwingen. Drukkerij Verweij, Mijdrecht, 1977.

Stichting Itoba. Verslag van een deelonderzoek in het kader van het project evaluatie gezondheidscentra. Itoba, Amsterdam, 1975.