

Afscheid

Wie het voorrecht heeft naar de boekenkast te gaan om de eerste jaargangen van *Huisarts en Wetenschap* ter hand te nemen, komt tot de ontdekking dat in het eerste nummer van de eerste jaargang een rij namen van negenentwintig referenten van de Studiegroep Artike-lendocumentatie staat afgedrukt. Een van de oudste studiegroepen presenteerde zich dus al spoedig na de oprichting van het Genootschap. De naam Bastiaans komen we in dat nummer tegen onder de leden van de studiegroep Registratie, maar reeds in de tweede jaargang verschijnt van zijn hand het eerste referaat. Er volgden er velen. Ook toen de studiegroep in 1980 nog maar uit drie leden bestond, bleef Bastiaans op zijn post en werd zijn *Kreet om hulp* (Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 12) verstaan. De belangstelling bleek veel groter dan was verwacht en wederom begon onder zijn leiding een nieuwe ploeg te refereren. Deze activiteit heeft hij volgehouden tot 1 januari 1983, het moment waarop hij zijn praktijk te Meerkerk beëindigde.

Dat collega H. G. Frenkel-Tietz – geen onbekende voor de lezers – zijn taak als voorzitter wil overnemen, verheugt ons zeer.

Collega Bastiaans, de redactiecommissie zegt je hartelijk dank voor je stugge volharding.

Rectificatie

Door een ongelukkige samenloop van omstandigheden is in het februari-nummer de kop van de bijdrage in de NHI-rubriek wegge gevallen. De titel van dit artikel had moeten luiden: *Peilstationsproject 1981*.

Onze verontschuldiging aan lezer en NHI.

Registratie van kanker in een huisartspraktijk

E. G. J. J. ROOLVINK*

Bij de ontwikkelingen die moeten leiden tot een landelijke kankerregistratie, staat de huisarts buitenspel, al wordt momenteel onderzocht of dit ook zo moet blijven. Op het gebied van de kankerregistratie binnen de eigen praktijk bruist het evenmin van de huisartsgeneeskundige activiteiten. Tegen deze achtergrond acht de redactiecommissie het verheugend de lezer dit stimulerende verslag aan te kunnen bieden van een huisarts die sinds 1970 binnen zijn praktijk gegevens heeft verzameld over patiënten met kanker.**

Inleiding

De epidemiologie moet worden beschouwd als de leverancier van bijzonder belangrijke basiskennis op het terrein van de huisartsgeneeskunde¹ niet zozeer een omschreven vakgebied, als wel een denkwijze met invloed op andere vakgebieden.² De individuele huisarts heeft echter slechts zicht op een beperkte populatie en kan daardoor niet de gehele epidemiologie in zijn werk betrekken. Hij kan wél werken aan een van de doelstellingen van de epidemiologie: het beschrijven van de mate waarin ziekte en sterfte voorkomen in een bepaalde populatie.³ Hét grote probleem bij epidemiologische bijdragen van huisartsen is het *denominator problem*. Gegevens uit een betrekkelijk kleine populatie kunnen de basis vormen voor een verantwoord epidemiologisch onderzoek, mits het patiëntenbestand nauwkeurig geregistreerd is. Juist aan deze voorwaarde blijkt in de huisartspraktijk moeilijk te voldoen.⁴

Registratie van kanker

Registratie van kanker is niet bij de wet geregeld, zoals wel het geval is bij bepaalde infectieziekten (Wet Bestrijding Infectieziekten en Opsporing Ziekteoorzaken, 1976). Besmettelijkheid van kanker is bovendien niet aangetoond, zodat de overheid ook geen mogelijkheden

den heeft, eventuele verspreiding van deze aandoeningen te voorkomen. Wel is de aandacht gevestigd op het milieu als besmettingsbron.⁵

De indruk bestaat dat het signaleren van kanker in individuele gevallen momenteel zeker zo belangrijk is als het opsporen van bepaalde infectieziekten. Inmiddels is heel wat kennis op dit terrein vergaard. Het meest toegankelijk zijn de gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek, die in de Atlas van de Kankersterfte in Nederland een beeld geven van de regionale verschillen.

In de inleiding van deze uitgave wordt geconstateerd dat voor de bestudering van de epidemiologie van kanker en vooral voor het opsporen van eventueel bestaande milieufactoren kennis van de regionale verschillen in frequentie een eerste vereiste is.⁶ Er worden echter alleen sterftcijfers vermeld waarvan de betrouwbaarheid ter discussie staat⁷, terwijl het gebruik ervan als toetssteen eveneens aan kritiek onderhevig is.⁸

Zowel de Stichting Medische Registratie als het Pathologisch Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief doen pogingen een beter overzicht te krijgen.⁹ Daarnaast bestaat de opvatting dat de gewenste gegevens er wel zijn, maar dat ze alleen nog gedolven moeten worden.¹⁰

Mijns inziens vergt het verzamelen van de gegevens door de huisarts het minste werk. Hij kent het tijdstip waarop een tumor bij een patiënt ontdekt wordt en volgt ook het ziekteverloop. Gaan we uit van een standaard-huisartspraktijk

* Huisarts te Delden (Ov.).

** Het stuk is een bewerking van een referaat dat werd gehouden op het NHG-congres in 1981.

van 2800 patiënten, dan komt het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut tot 9,5 nieuwe gevallen van kanker per jaar.⁴ Wanneer de huisarts deze gevallen overzichtelijk noteert, kan hij daar-

mee in zijn praktijk gericht handelen, en wanneer hij deze gegevens centraal boekt, draagt hij ertoe bij, dat de actuele incidentie ook landelijk in kaart gebracht kan worden.

Praktijkonderzoek

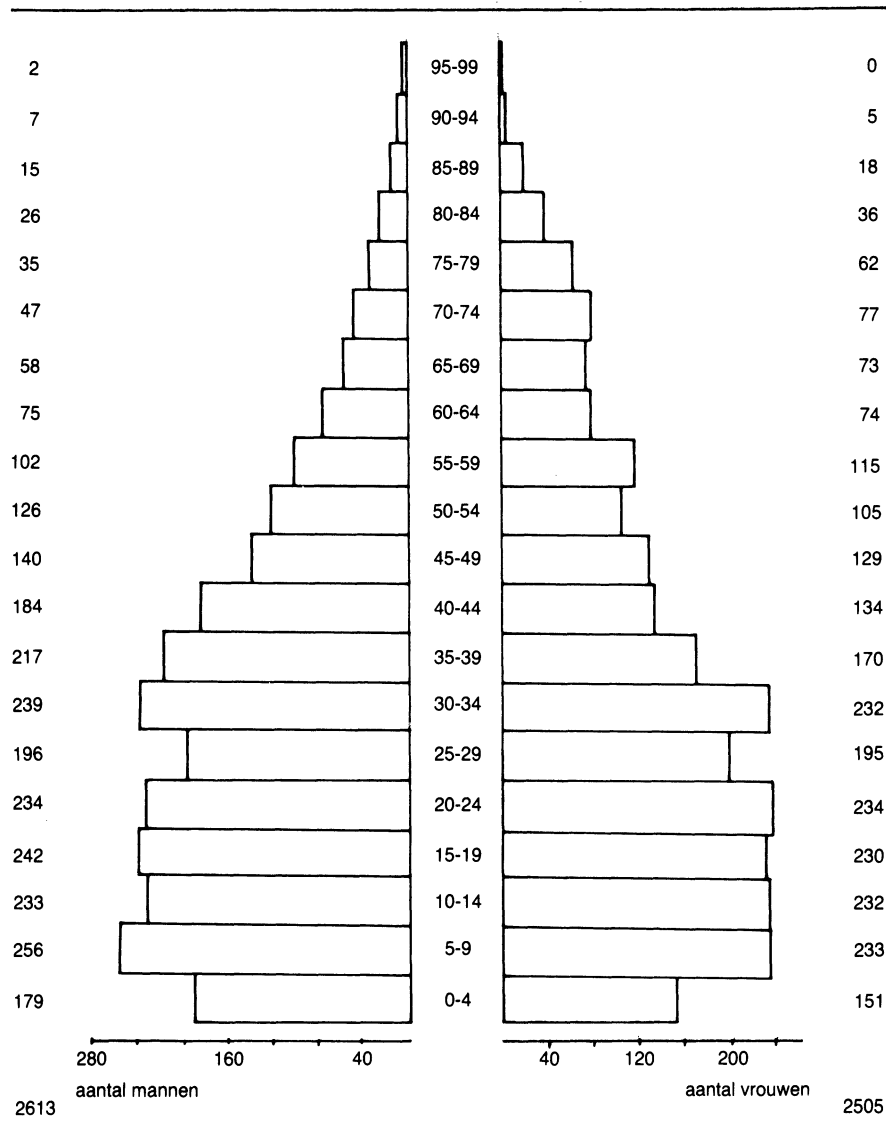
De huisartspraktijk waarin ik werkzaam ben, bestaat gedeeltelijk uit een agrarische bevolking en gedeeltelijk uit bewoners van een klein stadje, gelegen tussen de drie grote steden van Twente. De praktijk werd in 1969 door mij overgenomen en in 1976 vond een associatie plaats met J. L. M. de Roos. Het aantal ingeschrevenen bedroeg in 1970 3883 personen (opgave ziekenfondsen: 3233 en via rekeningen aan particulieren geteld: 650). In 1981 telde ik zelf het gehele bestand: 5118 personen (figuur 1).

In 1969 werd de hele praktijkregistratie overgebracht op de groene NHG-werkkaart (hoofdkaart enkel model). Vanaf 1970 wordt de werkkaart voorzien van een ruiter (de Atlanta A 5812-36), zodra de diagnose kanker gesteld wordt (steeds na een specialistisch onderzoek).

Na enige jaren volgde classificatie naar lokalisatie, aanvankelijk conform het overzicht van de kanker-epidemiologie in het boek *Oncologie*,¹¹ later volgens de lijst van de *Atlas van de Kankersterfte*⁶ in Nederland. Beide classificaties zijn gebaseerd op de achtste revisie van de ICD-code. Tevens werd van iedere overleden patiënt, ook wanneer het overlijden plaatsvond in het ziekenhuis of in het verpleegtehuis, de werkkaart van ICD-codenummers voorzien en overzichtelijk opgeborgen.

Het doel van deze activiteiten is, een beter inzicht te krijgen in het voorkomen van kanker in deze huisartspraktijk. Documentatie op deze wijze vindt nog steeds plaats. Inmiddels is een begin gemaakt met het vervolgonderzoek. Daarbij wordt gezocht naar een antwoord op de vraag of bij risicopatiënten (ingedeeld naar leeftijd en anamnese)

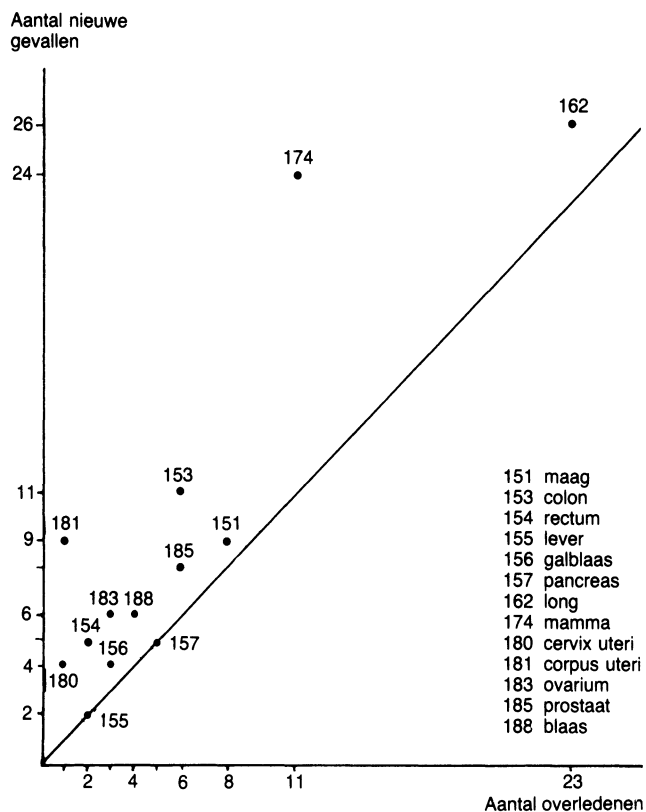
Figuur 1. Opbouw van de praktijk naar leeftijd en geslacht, 1981.



Tabel. Gegevens betreffende mammacarcinoom, 1974-1980.

Jaar ^a	Leeftijd ^b	Geslacht	Tijd tot overlijden ^b	Overleden aan tumor?	Patients delay ^b	Doctors delay ^b	Thuis overleden?	Metastasen	Behandeling ^c						PA-diagnosen
									Gen	Chi	Rad	Cyt	Hor	Alt	
1974	58	V			?	0	-	-	+	+	+	-	-	-	Vriescoupe verdacht
1976	74	V	60	+	2	1	-	-	+	+	-	-	-	-	?
1976	58	V			?	0	-	-	+	+	-	-	-	-	Carcinoma solidum
1976	80	V	24	+	?	0	+	+	+	+	-	-	-	-	Adenocysteus carcinoom
1977	79	V			0	1	-	+	+	+	+	-	+	-	Adenocarcinoom ongedifferentieerd
1979	84	V			1	0	-	+	+	+	+	-	-	-	Carcinoma solidum, oestrogeenvormend
1979	41	V			0	0	-	+	+	+	+	-	-	+	Kleincellig, ongedifferentieerd carcinoom
1979	59	V			6	0	-	+	+	+	+	-	-	-	Kleincellig anaplastisch carcinoom
1979	59	V			0	0	-	-	+	+	+	-	-	-	Scleroserend adenocarcinoma solidum
1979	63	V			0	0	-	-	+	+	+	-	-	-	Scleroserend carcinoma solidum
1980	69	V			0	0	-	+	+	+	+	-	-	-	Scleroserend carcinoma, oestrogeenvormend

^a Ten tijde van de ontdekking van de tumor. ^b In maanden. ^c Behandeling: beschouwd als genezend/chirurgische therapie, radiologische therapie/ cytostatische therapie, hormonale therapie/alternatieve therapie.

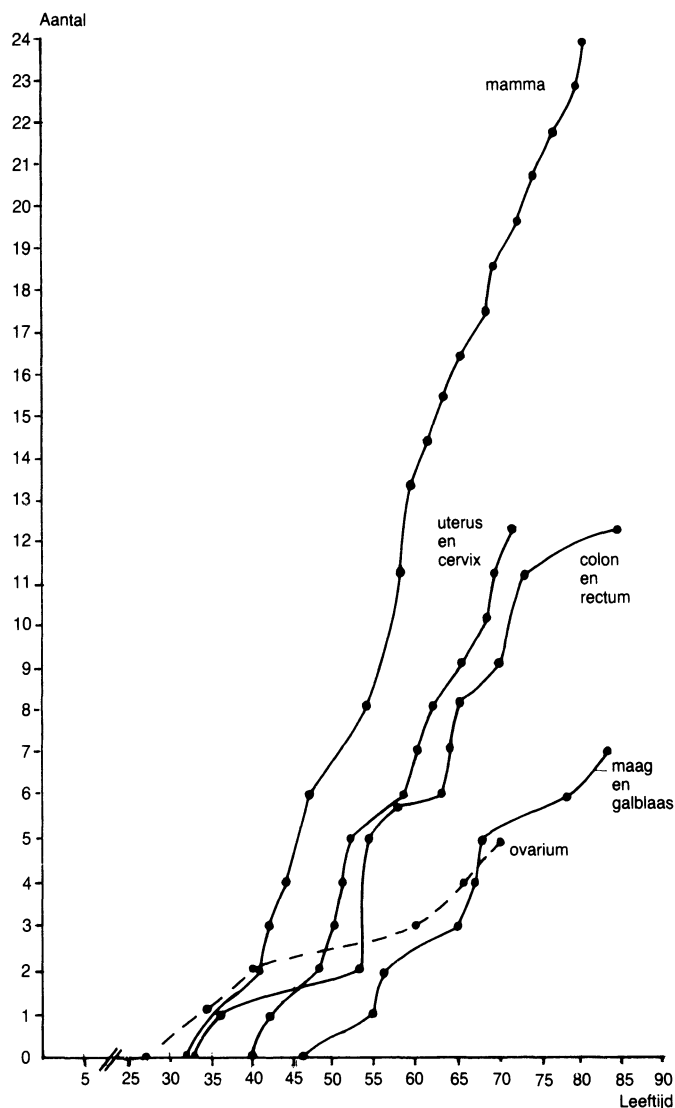


- 151 maag
- 153 colon
- 154 rectum
- 155 lever
- 156 galblaas
- 157 pancreas
- 162 long
- 174 mamma
- 180 cervix uteri
- 181 corpus uteri
- 183 ovarium
- 185 prostaat
- 188 blaas

aantoonbaar meer kanker voorkomt dan bij de rest van de praktijkpopulatie. Registratie van de patiënten met kanker vindt als volgt plaats. Op verschillende tijden worden de gegevens van de werkkaarten overgebracht op lijsten. Om dubbel tellen te voorkomen wordt zowel op de ruiter als op de lijst een teken aangebracht. Op de lijst worden de eerste drie letters van de naam van de patiënt genoteerd om terug te zoeken naar het kaartsysteem te vergemakkelijken. Reeds geregistreerde patiënten die uit de praktijk vertrekken (de werkkaart verdwijnt uit het bestand), worden op de lijst van een aantekening voorzien. Patiënten die nieuw in de praktijk komen en een gediagnostiseerde kanker hebben, krijgen zowel op de ruiter als op de lijst een speciaal symbool.

De tabel geeft een voorbeeld van de wijze waarop ik mijn notities heb gemaakt; de eerste drie letters van de naam van de patiënt zijn hierbij weggelaten. Afgebeeld is de lijst van het mammacarcinoom en daarvan alleen het laatste gedeelte. Van de notities zijn belangrijk: het jaar van ontdekking, de leeftijd bij ontdekking, het geslacht, de tijd in maanden tot het overlijden en het wel of niet overleden zijn aan de tumor. Vooral bij oudere patiënten is er in een aanzienlijk deel van de gevallen een andere doodsoorzaak. De verdere gegevens lijken minder belangrijk en zouden

Figuur 2 (boven). Nieuwe gevallen van kanker en sterfte aan kanker, 1970-1980. Figuur 3 (rechts). Kanker bij de vrouw, 1970-1980.



net zo goed anders benoemd kunnen worden, zoals woonsituatie, sociaal klimaat, enzovoort. De diagnose van de patholoog-anatoom is echter wel essentieel. Deze is helaas niet altijd bekend.

Statistische bewerking

In de figuren 2-5 is een grafische voorstelling gegeven van het vóórkomen van kanker in mijn praktijk (gemiddeld 4500 patiënten) gedurende de afgelopen elf jaar. Deze grafieken, die betrekking hebben op alle lokalisaties die gemiddeld vaker dan eenmaal per twee jaar zijn voorgekomen, hebben geen algemene betekenis; ze zijn uitsluitend van betekenis voor de onderzochte praktijk.

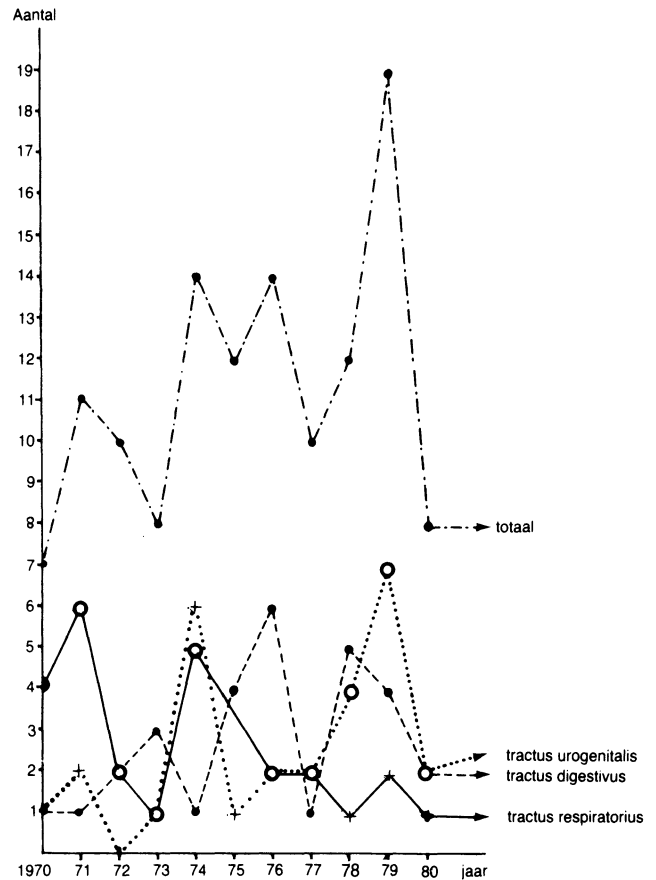
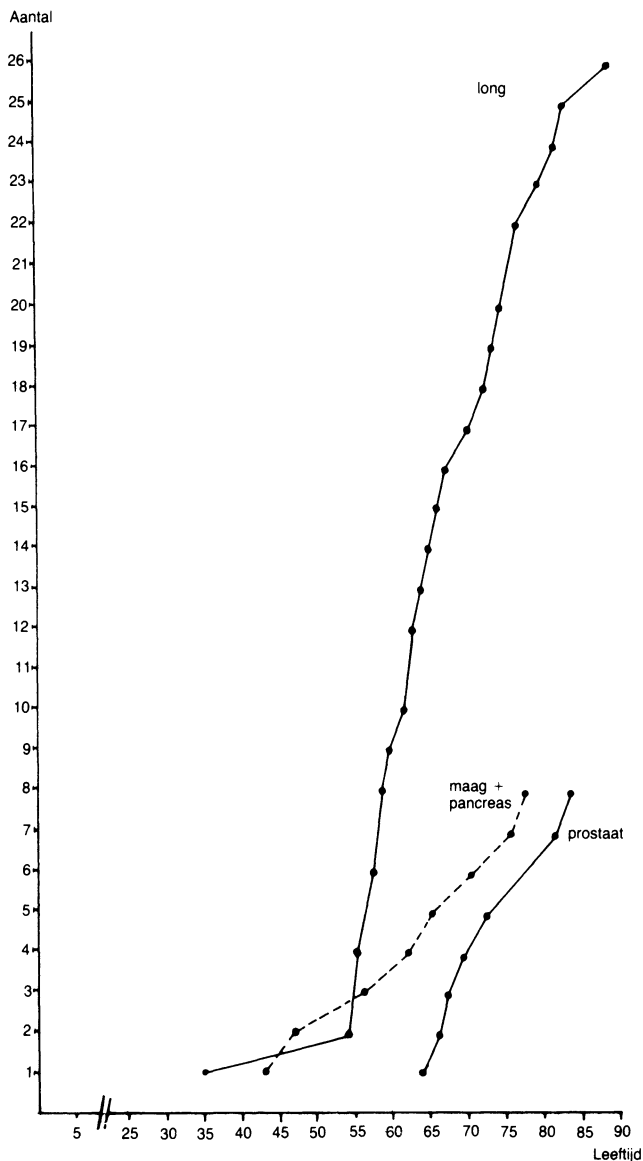
In eerste instantie heb ik gekeken naar de relatie tussen incidentie en sterfte (figuur 2). De kankers met een hoge letaliteit en dus een ongunstige prognose bevinden zich op de diagonaal. Opvallend is dat het uterus- en het cervixcarcinoom een gunstige prognose laten

zien. Ook het rectum- en het coloncarcinoom hebben geen hoge letaliteit.

Figuur 3 geeft de cumulatieve frequentie van een aantal lokalisaties van kanker bij de vrouw. Een aantal soorten is hier gecombineerd met het oog op de diagnostiek. Bij de opsporing van deze kankers worden vaak dezelfde handelingen verricht.

We zien dat in deze praktijk het mammacarcinoom vooral ontdekt wordt tussen het veertigste en het vijfenvestigste en tussen het vijfenvijftigste en het zestigste levensjaar. Bij de kanker van de uterus en de cervix uteri zien we dat 70 procent ontdekt wordt boven het 50e jaar. En dan te bedenken dat ons regelmatig onderzoek meestal bij deze leeftijd ophoudt, omdat de vrouw dan geen vorm van anticonceptie meer nodig heeft. Het ovariumcarcinoom blijkt verspreid over een grote leeftijdsgroep in een laag percentage voor te komen.

Bij de man is de leeftijdsverdeling bij



*Figuur 4 (links).
Kanker bij
de man,
1970-1980.
Figuur 5 (boven).
Nieuwe
maligne tumoren,
1970-1980.*

- ¹ McWhinney I. Family medicine as a science. *J Fam Pract* 1978; 10: 53-8.
- ² Lamberts H. Huisarts en epidemioloog. *Huisarts en Wetenschap* 1978; 21: 11-3.
- ³ Sturmans F, Valkenburg HA. Epidemiologie. *Med Contact* 1976; 31: 1111-7.
- ⁴ Continue Morbiditeits Registratie NUHI 1971-1978, Werkgroep Epidemiologie in de huisartspraktijk. Gewone ziekten. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.
- ⁵ Bos GJ. Kankersurveillance in geheel Nederland of bevolkingsonderzoek in Dodewaard? *Med Contact* 1979; 34: 800-4, 857-62, 1118-27.
- ⁶ Centraal Bureau voor de Statistiek. Atlas van de kankersterfte in Nederland, 1969-1978. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1980.
- ⁷ Steffelaar JW. Wat is de kankerregistratie waard? *Med Contact* 1981; 36: 156-9.
- ⁸ Pater A, Waard F de. Incidentie van kanker in Rotterdam, Den Haag en Friesland. *Tijdschr Soc Geneesk* 1979; 57: 244-51.
- ⁹ PALGA. Mogelijkheden tot kankerregistratie in Nederland. *Tijdschr Soc Geneesk* 1979; 57: 619-22.
- ¹⁰ Bijlsma F. Waarom kankerregistratie? *Med Contact* 1981; 36: 695-6.
- ¹¹ Zwaveling A, Zonneveld RJ van. *Oncologie*. Leiden: Stafleu, 1973.

het longcarcinoom nog indrukwekkender (figuur 4). Vanaf de leeftijd van 54 jaar zien we een bijna verticale lijn; 50 procent is in de daarop volgende elf jaar al aan het licht gekomen. In deze leeftijdscategorie bevinden zich in deze praktijk ongeveer 200 mannen. Het prostaatcarcinoom werd pas na de leeftijd van 65 jaar gediagnostiseerd; de prognose is dan niet zo goed. Van de acht patiënten zijn er inmiddels zes overleden, van wie vijf binnen vijf jaar. *Figuur 5* toont het aantal nieuwe gevallen van bepaalde soorten kanker per jaar. De frequentie van kanker van de tractus respiratorius neemt af, terwijl die van de tractus urogenitalis en de tractus digestivus toeneemt.

Samenvatting. Aan de hand van gegevens uit een praktijk van gemiddeld 4500 patiënten wordt een voorbeeld gegeven van het registreren van kanker in de huisartspraktijk. Met behulp van vier figuren wordt een beeld geschetst van het voorkomen van kanker in deze praktijk in de periode 1970-1980.

Summary. Cancer registration in general practice. An example of cancer registration in general practice is presented on the basis of data from a practice population of some 4000 patients. Four figures are used to outline the cancer incidence in this practice during the period 1970-1980.