

Screenen door huisartsen op cervixcarcinoom

1. Het screenen van vrouwen die langdurig tot de praktijk behoren

DR. C. VAN WEEL

In de groepspraktijk Ommoord is een vervolgonderzoek uitgevoerd met betrekking tot de mogelijkheden van de huisarts tot anticiperend screenen op cervixcarcinoom. In deze bijdrage komt aan de orde, in welke mate de afgelopen vijf jaar anticiperend onderzoek heeft plaatsgevonden bij vrouwen van 25-35 jaar, en wat daarvan de opbrengst is geweest. Het blijkt dat vooral de oudere leeftijdsgroep intensief is gescreend; in die groep deden zich ook nagenoeg alle afwijkende cytologische bevindingen voor. Hoewel de praktijk van de anticiperende aanpak enigszins achterblijft bij het gewenste patroon, kan deze benaderingswijze een vergelijking met andere strategieën goed doorstaan.

Inleiding

De afgelopen decennia is de belangstelling voor preventie sterk gegroeid. Binnen de huisartsgeneeskunde valt in dat kader vooral een toenemende bijdrage aan het opsporen van asymptomatische ziekten te onderkennen. Men richt zich daarbij op verschillende vraagstukken:

- **Haalbaarheid:** welk deel van de te screenen populatie kan door de huisarts voor onderzoek worden bereikt?
- **Methode:** gestructureerd, bijvoorbeeld via een oproepsysteem c.q. bevolkingsonderzoek, of opportunistisch, afhankelijk van de spontane komst van mensen naar het spreekuur (anticiperend)?
- **Ideologie:** is de prijs die voor vroege opsporing wordt betaald (aangerichte schade, onnodige paniek, opgeroepen ziektegedrag, afhankelijkheid), niet groter dan het heil dat ermee bereikt kan worden?¹⁻³

Voor zover huisartsen hun systematische screening op maligniteiten hebben beschreven, gaat het vrijwel uitsluitend om het opsporen van cervixcarcinoom.¹⁻⁵ De argumentatie om op cervixcarcinoom te screenen, is vooral gebaseerd op de geconstateerde afname van invasief carcinoom parallel aan een toename van het aantal gemaakte uitstrijken.⁶⁻⁷ Ook in Nederland is een daling van het aantal gevallen van invasief cervixcarcinoom vastgesteld.⁸ Onduidelijk is daarbij echter, in hoeverre

hier gesproken kan worden van een oorzakelijk verband. Een *randomized control trial*, op grond waarvan men hierover uitsluitel zou kunnen krijgen, is echter niet beschikbaar.⁹

In de loop der jaren is de sociale en politieke druk om te screenen te toegenomen, dat een dergelijk gecontroleerd onderzoek waarschijnlijk ethisch en in ieder geval politiek niet haalbaar is. Dat betekent dat men het zal moeten doen met de thans beschikbare indirecte bewijsvoering – een van de vele onzekerheden waarmee men in de geneeskunde moet leven. Inmiddels is screening op cervixcarcinoom ingeburgerd geraakt. De vorm waarin de vroege opsporing van cervixcarcinoom plaatsvindt – bevolkingsonderzoek – is evenwel de laatste tijd voorwerp van een heftige controverse geworden: dient de gehele vrouwelijke populatie gescreend te worden, of moet men zich beperken tot de *high risks*? En is er een speciaal bevolkingsonderzoek nodig, of kan het net zo goed bij de huisarts?¹⁰

Uit een eerder onderzoek in de groepspraktijk Ommoord is gebleken dat 60 procent van de vrouwelijke praktijkpopulatie van 30-59 jaar door de huisarts op cervixcarcinoom werd gescreend. Dit percentage varieerde per praktijk van 45 tot 79 procent.¹

De interpretatie van dit onderzoek werd destijds bemoeilijkt door het feit dat het anticiperend optreden van de huisarts

werd doorkruist door een bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom. In het vervolgonderzoek is nu de rol van de huisarts bij het screenen op cervixcarcinoom nader bestudeerd. In dit eerste artikel wordt de screeningsfrequentie beschreven bij 248 vrouwen die:

- vijf jaar of langer waren ingeschreven als patiënt bij een van de vijf huisartsen van de groepspraktijk;
- nog geen oproep hadden ontvangen tot deelname aan het Rotterdamse bevolkingsonderzoek.

De vraagstelling luidt als volgt:

1. In welke mate heeft de afgelopen vijf jaar anticiperend onderzoek op cervixcarcinoom plaatsgevonden?
2. Wat is de cytologische en eventueel histologische opbrengst van deze screening geweest?

Methoden

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van het geautomatiseerde bestand van de praktijkpopulatie, waarover de groepspraktijk dankzij het monitoringproject¹¹⁻¹² kan beschikken. Daardoor is het mogelijk variabelen als leeftijd, geslacht, huisarts en – binnen zekere beperkingen* – inschrijfduur te achterhalen.

Uitgangspunt vormde de praktijkpopulatie per 31 december 1983. Van de patiëntenkaarten van de bij het onderzoek betrokken vrouwen zijn de volgende gegevens overgenomen:

- informatie betreffende alle door de huisarts gemaakte uitstrijken van de cervix uteri: jaar, cytologische classificatie, eventuele herhalingsadviezen op basis van de cytologische beoordeling;
- informatie over in het kader van het Rotterdamse bevolkingsonderzoek gemaakte uitstrijken: jaar, cytologische classificatie en eventuele herhalingsadviezen;
- informatie over gynaecologisch onderzoek en histologische beoordeling van verwijzingen op cytologische indicatie;
- informatie over uterusextirpatie en de histologische beoordeling van de cervix uteri op basis van het operatiepreparaat.

Voor het bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom worden de vrouwen per jaarklasse opgeroepen. Vóór 1983 waren alle vrouwen die in 1947 of eerder zijn geboren, uitgenodigd voor deelna-

* In de zin van „voor 1 mei 1979.. (aanvang monitoringproject), „tussen 1 mei 1979 en 30 april 1980” en „na 30 april 1980” (einde monitoringproject).

me aan het bevolkingsonderzoek, en in de loop van 1983 ontvingen de in 1948 geboren vrouwen een uitnodiging.

Dit deel van het onderzoek heeft uitsluitend betrekking op de vrouwen die geboren zijn in de jaren 1948-1953 en ten minste vijf jaar tot de praktijk van hun huidige huisarts hebben behoord. Uitstrijken die in 1983 in het kader van het bevolkingsonderzoek zijn gemaakt bij vrouwen uit de jaarklasse 1948 zijn buiten beschouwing gelaten. Omdat er een duidelijke relatie bleek te bestaan tussen de leeftijd van de patiënt en de kans dat er ooit een uitstrijk was gemaakt, is de onderzoeksgroep in tweeën gesplitst.

Resultaten

Omvang screening

De risicogroep bestaat uit 248 vrouwen, van wie tweederde tot de oudere leeftijdsgroep behoort (tabel 1). De frequentie waarmee de vrouwen het spreekuur bezoeken, is in deze groep

het grootst: slechts zeven vrouwen zijn sinds 1978 niet op het spreekuur geweest, tegen zeventien uit de jongste groep.

Tabel 2 illustreert de eerder gemaakte opmerking over het verband tussen leeftijd en de kans dat een uitstrijk is gemaakt: die kans is in de oudste groep bijna tweemaal zo groot. Ook de kans dat meer dan eenmaal een uitstrijkje is gemaakt, blijkt in de oudste groep aanzienlijk groter: 39 procent van deze vrouwen heeft zelfs drie of meer uitstrijken achter de rug, tegen 29 procent van de jongste groep (tabel 3).

Uit tabel 4 blijkt dat het laatste screeningsonderzoek bij de grote meerderheid van de vrouwen in de periode 1981-1983 heeft plaatsgevonden; voor ongeveer een vijfde van de totale groep is dat langer dan vijf jaar geleden. Opvallend is dat de verschillen tussen de twee leeftijdsgroepen nu veel minder groot zijn.

Opbrengst screening

De uitkomsten met betrekking tot de opbrengst van de screening zijn samengevat in de tabellen 5 en 6. Van de in totaal 169 laatst gemaakte uitstrijkjes gaven er tien een abnormaal cytologisch beeld te zien. Deze gevallen deden zich alle voor in de leeftijdsgroep 31-35 jaar. Bij één patiënte werd bij de follow-up een carcinoma in situ vastgesteld; naar het zich nu laat aanzien, is zij inmiddels met succes behandeld.

Betrekken we ook de herhalingsadviezen in de beschouwing, dan gaat het in totaal om achttien afwijkende uitslagen, waarvan er slechts één in de jongere leeftijdsgroep werd vastgesteld. Over de follow-up bij deze acht vrouwen is nog niets bekend.

Natuurlijk zijn er ook vrouwen met afwijkende cytologische bevindingen bij eerder onderzoek:

- Bij zes vrouwen was de uitslag „Pap II, herhalen”; in al deze gevallen was de cytologische uitslag bij het volgende uitstrijkje weer normaal.

Tabel 1 - Table 1. De onderzoekspopulatie - The study population.

	Group 1948-1952	Group 1953-1958	Total group
Total group	171	83	254
Hysterectomy/cervical carcinoma	5	1	6
Risk group	166	82	248
No surgery visits since 1978	8	17	25
Potentially available for anticipatory screening	158	65	223

Tabel 2 - Table 2. De op cervix carcinoom gescreende populatie - The population screened for cervical carcinoma.

	Group 1948-1952	Group 1953-1958	Total group
Population at risk	166	82	248
Smear taken by general practitioner:			
- number	135	34	169
- percentage of population at risk	81	42	68

Tabel 3 - Table 3. Door de huisarts gemaakte uitstrijken bij de groep vrouwen bij wie tenminste één uitstrijk is gemaakt - Smears taken by the general practitioner in the group of women from whom at least one smear was taken.

Number of smears	Group 1948-1952		Group 1953-1958		Total group	
	n	%	n	%	n	%
1	33	24	18	53	49	29
2	50	37	6	18	57	34
3	37	27	9	26	47	28
4	13	10	1	3	14	8
5	2	2	-	-	2	1

Tabel 4 - Table 4. Jaar laatst gemaakte uitstrijk - Year last smear taken.

	Group 1948-1952		Group 1953-1958		Total group	
	n	%	n	%	n	%
1981-1983	88	66	21	62	109	64
1979-1980	19	13	7	20	26	16
1978 or bef.	28	21	6	18	34	20

Tabel 5 - Table 5. Cytologische classificatie laatste door de huisarts gemaakte uitstrijk - Cytological classification last smear taken by the general practitioner.

Pap. class	Group 1948-1952	Group 1953-1958	Total group
I	24	9	33
II	94	24	118
II, repeat advice	7	1	8
III A	9	-	9
III B	-	-	-
IV	1	-	1

Tabel 6 - Table 6. Vervolg afwijkende cytologische uitstrijken - Follow-up abnormal cytological smears

II, repeat (n=8)	follow-up not (yet) available	8
III A (n=9)	follow-up not (yet) available	3
	data gynaecologist not available	1
	severe dysplasia, wedge excision	2
	persistent III A	1
	cytologically normalized	2
IV	carcinoma in situ	1

Previous abnormalities

II, repeat (n=6)	later normal cytological findings	6
III A (n=3)	normalized	1
	persistent III A	1
	severe dysplasia, wedge excision	1

Synopsis

Weel C van. Screening for cervical carcinoma by general practitioners. 1. Screening of women long registered in the practice. *Huisarts en Wetenschap* 1984; 27: 379-82.

Introduction. Previous research in the Ommoord group practice has shown that 60 percent of the female practice population aged 30–59 years were screened for cervical carcinoma by the general practitioner. This follow-up study concerns 248 women who:

– were born during the period 1948-1952 or 1953-1958;

– had been registered five years or longer as a patient of one of the five general practitioners of the group practice;

– had not yet received an invitation to participate in the Rotterdam programme of mass screening for cervical carcinoma.

The problem statement was:

1. To what extent has anticipatory screening for cervical carcinoma taken place in the past five years?

2. What has been the cytological and sometimes the histological harvest from this screening?

Methods. The study made use of the automated patient registration available in the group practice thanks to its participation in the monitoring project^{11, 12}, and proceeded

from the practice population as per 31st December 1983. The following information was obtained from the patient records of the women involved in the study:

– data on all smears taken from the cervix uteri by the general practitioner;

– data on the smears taken in the context of the Rotterdam mass screening programme;

– information on gynaecological examinations;

– information on previous hysterectomy.

Results. 1. The group at risk consists of 248 women, two-thirds of whom are in the older age group (*table 1*). In this group the rate of attendance at surgery hours is highest. *Table 2* shows an unmistakable correlation between age and the chance that a smear has been taken. The chance that more than one smear has been taken also proves to be substantially higher in the older group (*table 3*). *Table 4* shows that the vast majority of the women were last screened during the period 1981-1983; for about one-fifth of the entire group the last screening is more than five years ago.

2. The results in terms of screening harvest are summarized in *tables 5* and *6*. Of the total of 169 last-taken smears, ten revealed abnormal cytological features. All these instances were included in age group 30-35 years. In one patient the follow-up disclosed a carcinoma in situ.

Of course there are also women with abnormal cytological findings at an earlier test:

• For six women the outcome was „Pap. II, repeat“; in all these cases the next smear yielded normal cytological findings again.

• For three women the outcome was „Pap. IIIA“. In one case the next smear was normal, but in the other two cases it again revealed Pap. IIIA (*table 6*).

Discussion. Because the women in the study population had not been previously screened by a mass screening program, the results of this study can be interpreted without reservation as the outcome of anticipatory screening in general practice. This result can readily stand comparison with other, more systematic screening systems.¹³ Nevertheless the „opportunistic“ character of anticipatory screening is to some extent a problem: there is no monitored summoning system; the general practitioner avails himself of the opportunity – the patient's attendance at surgery hours – to perform screening. However, some patients rarely attend surgery hours, if at all.

Keywords: Cervix neoplasms, prevention and control; Vaginal smears; Family practice; Evaluation studies; Mass screening.

Author's address: Health Centre Ommoord, Briandplaats 15, 3068 JJ Rotterdam, The Netherlands.

• Bij drie vrouwen was de uitslag „Pap IIIA“. In één geval was de uitslag de volgende keer normaal, bij de twee andere vrouwen werd de volgende keer opnieuw een Pap IIIA vastgesteld; zij zijn dan ook vermeld in *tabel 6*. Bij een van beide vrouwen werd, na exconisatie, uiteindelijk een ernstige dysplasie vastgesteld; bij de andere vrouw wordt ook bij verdere herhaling nog steeds Pap IIIA vastgesteld.

De „oogst“ van 169 uitstrijken luidt dus in histologische termen: één carcinoma in situ en twee ernstige dysplasieën. Voor zover dat achteraf aan de hand van de patiëntenkaart viel na te gaan, is bij geen van deze vrouwen een uitstrijk gemaakt op grond van bij de huisarts geuite klachten.

Beschouwing

Het hier beschreven onderzoek heeft betrekking op een populatie die in verschillende opzichten een selectie vormt:

– de huisartsen van de betrokken vrouwen zijn de laatste jaren verschillende malen zeer intensief betrokken geweest bij onderzoek naar de mogelijkheden tot anticiperende screening;

– de betrokken vrouwen zijn afkomstig uit de leeftijdsklasse 25-35 jaar;

– de betrokken vrouwen behoorden ten minste vijf jaar tot de praktijk van dezelfde huisarts.

Daaraan kan worden toegevoegd dat deze vrouwen *geen* deel hebben uitmaakt van de populatie waarop het eerdere onderzoek in de groepspraktijk¹ betrekking had, terwijl zij vóór 1983 evenmin in aanraking waren gekomen met het bevolkingsonderzoek Rotterdam. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen derhalve zonder enig voorbehoud worden geïnterpreteerd als het resultaat van anticiperend handelen in de huisartspraktijk.

In totaal is 69 procent van de onderzoekspopulatie ten minste eenmaal door de huisarts gescreend; dat is een percentage dat de vergelijking met ander, meer systematisch screeningsonderzoek¹³ goed kan doorstaan, en dat hoger ligt dan de ruim 60 procent die bij eerder onderzoek werd gevonden voor een wat oudere leeftijdsgroep.¹ Vooral het oudste deel van de thans onderzochte groep is – zeer – intensief gescreend. Belangrijk bij screening op cervixcarcinoom is de periodieke herhaling van het onderzoek. Bij het overgrote deel van de onderzoeksgroep heeft de huisarts in de loop van de tijd ten minste één herhalingsonderzoek verricht, vooral in

de oudere leeftijdsgroep. Het lijkt er op dat omstreeks het dertigste levensjaar min of meer als vanzelf een intensievere tweede screeningsronde plaatsvindt. Men realiseert zich daarbij dat de thans in ons land bestaande bevolkingsonderzoeken vrouwen van deze leeftijd nog voor geen enkele screeningsronde hebben opgeroepen.

Ongeveer tweederde van de onderzoekspopulatie was ten tijde van het onderzoek korter dan drie jaar tevoren door de huisarts gescreend. Anderzijds was bij 20 procent de gebruikelijke termijn van drie jaar met minimaal twee jaar overschreden; het gaat hierbij om 34 vrouwen. Vijf van hen hadden sinds 1978 geen enkel contact meer met de huisarts gehad. Van de overige vrouwen was een deel voor het laatst bij de huisarts geweest op een tijdstip dat het screeningsinterval was verstreken. Op dit moment is nog niet duidelijk waarom in die gevallen geen herhalingsonderzoek heeft plaatsgevonden. Wel kan men zich voorstellen dat bepaalde consulten zich daarvoor nu eenmaal slecht lenen.

Als richtlijn voor het herhalingsinterval geldt op dit moment een periode van drie jaar. Dit is een betrekkelijk arbitraire keuze; in de literatuur wordt ook

wel gepleit voor een periode van vijf jaar. Als we nu veronderstellen dat de betrokken vrouwen zich gelijkmatig gespreid voor screeningsonderzoek „aanbieden”, dan zou in een periode van vijf jaar 5/8 (85 procent) van de onderzoeksgroep ten minste twee moeten zijn gescreend. In feite is dat 71 procent. Voorts zou men mogen verwachten dat geen van alle vrouwen vóór 1980 voor het laatst is gescreend. In feite is dat voor een kwart van de onderzoekspopulatie wél het geval. Zouden we uitgaan van een screeningsinterval van vijf jaar, dan zouden de feitelijke bevindingen overigens veel meer in overeenstemming zijn met de „norm”.

Hier stuiten we echter op het „opportunistische” karakter van anticiperende screening: er is geen bewaakt oproepsysteem, maar de huisarts maakt gebruik van de gelegenheid – de komst van de patiënte naar het spreekuur – om screeningsonderzoek te doen. Sommige patiënten bezoeken het spreekuur echter zelden of nooit. De *praktijk* van het anticiperend screenen op cervixcarcinoom is dan ook minder geolied dan de *theorie* van het georganiseerde en bewaakte bevolkingsonderzoek.

¹ Weel C van. Anticiperende geneeskunde in de praktijk [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1981.

² Ree JW van. Het Nijmeegs interventieproject [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1981.

³ Feen JAE van der. Hypertensie, een uitdaging voor de huisarts [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1977.

⁴ Brühl KG, Bourgraaf JE de. Voorlopige ervaringen met de cervicale uitstrijkmethode in een huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1968; 11: 382-9.

⁵ Dool CWA van den, Linthorst G, Spoelstra W, e.a. Bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom in de groepspraktijk Stolkwijk. Huisarts en Wetenschap 1971; 14: 190-2.

⁶ Fidler HK, Boyes DA, Worth AJ. Cervical cancer detection in British Columbia. J Obstet Gynaec Brit Cwlt 1968; 75: 392-404.

⁷ Bryans FE, Boyes DA, Fidler HK. The influence of a cytological screening program upon the incidence of invasive squamous cell carcinoma of the cervix in British Columbia. Amer J. Obstet Gynaec 1964; 88: 898-903.

⁸ Collette HJA. Epidemiologische aspecten van het cervixcarcinoom [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit te Utrecht, 1976.

⁹ Cochran AL. Effectiveness and efficiency. The Nuffield Prov. Hospitals Trust the Rock Carling Fellowship, 1972.

Vervolg literatuur op p. 385

Screenen door huisartsen op cervixcarcinoom

2. Het samengaan van anticiperende screening door de huisarts en bevolkingsonderzoek

DR. C. VAN WEEL

Het naast elkaar bestaan van een bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom en een anticiperende benadering door een aantal huisartsen maakt het mogelijk het bereik van beide methoden bij een en dezelfde populatie te onderzoeken. Uit dit onderzoek blijkt dat beide strategieën afzonderlijk ongeveer 75 procent van de risicogroep bereiken en samen 95 procent. De intensiteit van de screening is bij beide strategieën hoog; het percentage vrouwen bij wie het laatste uitstrijkje vier jaar of langer geleden is gemaakt, is echter duidelijk groter bij de huisartsen. Desondanks ontlopen de resultaten van beide opsporingsmethoden elkaar niet sterk en geeft dit onderzoek geen steun voor de opvatting dat bevolkingsonderzoek per definitie een superieure screeningsmethode zou zijn.

Inleiding

Een van de omstandigheden waardoor anticiperende screening door de huisarts kan worden bemoeilijkt, is het gelijktijdig plaatsvinden van een bevolkingsonderzoek naar dezelfde ziekte. Dat geldt zeker ten aanzien van de screening op cervixcarcinoom: het laten maken van een uitstrijk is voor vrouwen een emotioneel ingrijpende gebeurtenis, terwijl de kosten van cytologisch onderzoek niet te veronachtzamen zijn. Hierdoor zal de actief screenende huisarts zich op gezette tijden genoodzaakt zien het maken van een afstrijk achterwege te laten. Dit probleem was er destijds de oorzaak van dat een voorgenomen onderzoek naar het anticiperend screenen op cervixcarcinoom in de groepspraktijk Ommoord niet volledig ten uitvoer kon worden gebracht.¹

Inmiddels zijn er zes jaren verstreken. Het Rotterdamse bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom heeft de derde screeningsronde bereikt en de vijf huisartsen van de groepspraktijk koesteren nog steeds hun anticiperende benadering. In dit artikel is de vraag aan de orde, in hoeverre bevolkingsonderzoek en anticiperend handelen door de huisarts elkaar op langere termijn aanvullen dan wel overlappen. De vraagstelling van het onderzoek luidt als volgt:

1. In welke mate vullen anticiperende screening door de huisarts en bevolkingsonderzoek elkaar aan, en in welke mate is er overlap?

2. Wat is de cytologische en eventueel histologische opbrengst van deze screening geweest?

Methoden

De onderzoeksgroep bestond uit alle tussen 1926 en 1943 geboren vrouwen die op 31 december 1983 minimaal vijf jaar als patiënt bij een van de huisartsen van de groepspraktijk waren ingeschreven. Deze vrouwen zijn inmiddels ten minste twee maal voor een screeningsronde van het bevolkingsonderzoek opgeroepen.

De wijze waarop de onderzoeksgroep is geïdentificeerd, en de wijze waarop vervolgens het grondmateriaal is verzameld, is beschreven in het voorafgaande artikel, zodat hier volstaan kan worden met een verwijzing.²

Resultaten

De totale onderzoeksgroep bestaat uit 938 vrouwen, van wie er 773 tot de risicogroep behoren (tabel 1). Bij de overgrote meerderheid (95 procent) van deze vrouwen is in de onderzoeksperiode ten minste eenmaal een uitstrijkje gemaakt. Uit de tabel blijkt dat beide