

DR. A. PRINS

Naar aanleiding van de bevindingen van het pathologisch-anatomisch laboratorium bij een portio-uitstrijk, werd een intelligente patiënte geadviseerd na drie maanden opnieuw een uitstrijkje te laten maken. Het advies werd niet opgevolgd en twee jaar later werd een invasief carcinoom geconstateerd. Twee operaties, waarvan een met postoperatieve complicaties, waren het gevolg. Hoewel de vrouw de verantwoordelijkheid voor het niet opvolgen van het advies aanvaardt, bleef bij patiënte en huisarts het gevoel bestaan dat door een herhaald advies van de laatste veel leed had kunnen worden voorkomen.

Inleiding

Over de bruikbaarheid van cervixcytologie als preventieve onderzoeksmethode in de huisartspraktijk bestaat weinig twijfel meer, terwijl anticiperende opsporing van cervixcarcinoom door de huisarts de voorkeur verdient boven opsporing door middel van bevolkingsonderzoek.¹

We weten dat de huisarts in de loop van twee à drie jaar 80 tot 90 procent van zijn praktijkbevolking ziet. Het aanbieden van preventief onderzoek tijdens het spreekuurbezoek of een huisvisite, gecombineerd met het uitnodigen van patiënten met wie in een bepaalde periode geen contact heeft plaatsgevonden, kan leiden tot een maximale benadering van de doelpopulatie. Vooral voor collectieve preventie bestaat echter bij de Nederlandse huisarts nog een groot aantal praktijkorganisatorische belemmeringen. Aanpassing van de praktijkadministratie is, naast voldoende assistentie, noodzakelijk.

Lammes wijst er op dat de waarde van cervixcytologie als diagnostische methode betrekkelijk is bij patiënten die met klachten komen. Fout-negatieve uitslagen komen bij ongeveer 16 procent van de patiënten voor.² Over het percentage fout-negatieve uitslagen van preventief gemaakte uitstrijkjes is weinig bekend. Wel weten we dat de afstrijktechniek van groot belang is voor de betrouwbaarheid van de cytologische beoordeling.

Indien het cytologisch laboratorium om een herhaling van het uitstrijkje verzoekt, kan men te maken krijgen met non-compliance: de patiënt komt niet op tijd terug voor het maken van een nieuwe uitstrijk. Deze non-compliance kan ook veroorzaakt worden doordat het herhalingsadvies niet of niet indringend genoeg wordt doorgegeven aan de patiënt. Ook het achterwege blijven van een tweede advies kan de compliance beïnvloeden.

Thomassen en de Nood beschrijven dat 25 à 30 procent van de patiënten zich niet houdt aan de adviezen en voorschriften van de huisarts. Voor wat betreft de effectiviteit van het verstrekken van geneesmiddelen wijzen zij op het belang van de arts-patiënt communicatie voor het complianceprobleem.³ Het is waarschijnlijk dat deze communicatie bij advisering door de huisarts tot herhaling van een uitstrijk eveneens van belang is voor de mate van compliance. Berichtgeving over een niet geheel normale uitslag van het laboratorium veroorzaakt bij patiënten veel onrust. Reelick e.a. vermelden dat de meeste vrouwen die deelnamen aan een bevolkingsonderzoek, naar aanleiding van een positieve uitslag („er is iets verdachts aanwezig”) problemen hadden met dit bericht. Zij vonden dat na contact met de huisarts bij ongeveer de helft van de vrouwen de gevoelens van onrust verdwenen.⁴

In de ziektegeschiedenis die hier beschreven wordt, heeft het arts-patiënt

contact niet geleid tot tijdig terugkomen voor een herhalingsuitstrijk.

Routine-uitstrijkje

Mevrouw Verseput is een intelligente vrouw die al een jaar of vijf in het dorp woont. Het gezin met drie zonen heeft weinig medische hulp nodig.

Patiënte bezocht op 48-jarige leeftijd het spreekuur wegens hinderlijke opstijgingen en transpiratie in de nacht. De menarche had plaatsgevonden op 13-jarige leeftijd; de cycli hadden steeds gevarieerd van drie tot acht weken. Bij lichamelijk onderzoek werden geen afwijkingen gevonden. Bloeddruk en polsfrequentie waren normaal, het vaginaal toucher leverde niets bijzonders op. Er werd een routine-cervixuitstrijkje gemaakt. De klachten konden een begin van de overgang zijn. In overleg met de patiënte werd voor drie maanden een oraal anticonceptivum voorgeschreven om te komen tot een regulaire cyclus en een vermindering van de opstijgingen.

Na zeven dagen kwam van het pathologisch-anatomisch laboratorium de volgende uitslag van het uitstrijkje binnen: „P.A.P. enkele cellen met grote onregelmatige wat donkere kernen. Advies herhaling na behandeling trichomonas infectie over drie maanden”. In verband met deze uitslag werd nog contact opgenomen met het laboratorium voor nadere informatie; patiënte had van de gevonden trichomonas infectie immers geen last. Het advies bleef: behandel de trichomonas en herhaal het uitstrijkje na drie maanden.

Dit advies werd aan mevrouw medege-deeld en uit het overleg resulteerde dat we de behandeling van de infectie zouden uitstellen tot na de herhaling van het uitstrijkje.

De volgende twee jaar is er geen contact geweest met mevrouw Verseput. Naderhand is gebleken dat enige maanden na het staken van het orale anticonceptivum de menstruatie uitbleef.

Bevolkingsonderzoek

Op advies van haar man neemt mevrouw Verseput ruim twee jaar later deel aan een bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. De uitslag wordt naar de praktijk gestuurd en veroorzaakt een schrikreactie:

„P.A.P. V adenocarcinoom, advies verwijzing gynaecoloog”.

Patiënte wordt uitgenodigd voor een spreekuurbezoek. Ze komt heel vlug. Bij speculumonderzoek wordt gelige

fluor gezien en brokkelig weefsel van de portio, dat bij aanraken met de spatel bloedverlies veroorzaakt. In het gesprek waarin we het niet nakomen van de gemaakte afspraak tot herhalen van het uitstrijkje betreuren, zegt patiënte dat de verantwoordelijkheid hiervoor geheel bij haarzelf ligt en dat ze totaal geen klachten heeft gehad. In overleg met patiënte wordt zij verwezen naar een universiteitskliniek. In verband met de diagnose maken we zelf de afspraak; ze kan vlug terecht.

Na preoperatief onderzoek wordt een radicale uterusextirpatie verricht volgens Wertheim-Meigs. Er worden twee positieve lymfklieren aangetroffen, respectievelijk in de lies en in het parametrium.

Na de operatie zoek ik haar op in het ziekenhuis. Ze is volledig ingelicht over de operatieve bevindingen en weet dat nabestraling noodzakelijk is. Tijdens dit gesprek komen we toch weer terug op het tijdverlies dat ontstaan is bij de diagnose van het gezwel. Ondanks de eigen verantwoordelijkheid, zegt ze nu: „Maar als u me nu toch nog eens gebeld had om me aan de afspraak te herinneren”. Ik beaam dat dan alles anders gelopen zou zijn en voel me niet prettig.

Vervolg

Drie weken na de operatie komt patiënte naar huis. Bij mijn bezoek blijkt ze nog moe en kortademig te zijn; de gezinshulp is naar tevredenheid geregeld.

Twee dagen later volgt een verzoek tot huisbezoek, wegens pijn in de rechter borstkas. Ze is niet benauwd, maar heeft wel pijn bij diep doorzuchten. Ik hoor enkele vochtige ronchi en geef, in verband met een mogelijke pneumonie, een antibioticum.

De therapie slaat echter niet aan en patiënte wordt wegens vermoedelijke longembolie opnieuw opgenomen. De diagnose longembolie wordt in het ziekenhuis bevestigd. Na twee weken wordt mevrouw Versept weer ontslagen met antistoltherapie; ik doseer deze medicatie op geleide van de uitslagen van de thrombosedienst gedurende zes maanden. Ondertussen ontvangt patiënte een serie nabestralingen. Met de

leidster van de gezinszorg is geregeld contact over de gezinssituatie. Bij poliklinische controle worden, behoudens een BSE van 51 mm geen afwijkingen, gevonden. Ongeveer een jaar na de operatie vindt men rechts een vaste weerstand in het parametrium. De werkgroep gynaecologische tumoren en de orthopedisch chirurg achten een radicale operatie mogelijk. Helaas is er een grote kans dat een deel van het bekken met het rechter heupgewricht en het been zullen moeten worden opgeofferd. Het alternatief is palliatieve chemotherapie.

Bij de keus die de patiënte moet maken, schakelt ze mij in. Ik bezoek de gynaecoloog voor een gesprek en patiënte kiest uiteindelijk voor operatieve behandeling, in het besef dat de consequenties groot kunnen zijn. Psychisch maakt zij een zeer moeilijke periode door.

Gelukkig blijkt tijdens de operatie het heupgewricht gespaard te kunnen worden. Het been blijft dus behouden. Na de operatie, waarbij geen verdere metastasen worden gevonden, krijgt patiënte zes maal een kuur met cytostatica tijdens kort durende ziekenhuisopnamen. Reacties als moeheid en haaruitval verwerkt ze moedig.

Zeven maanden na de laatste kuur vindt weer een spoedvisite plaats wegens een acute buik. Onder het beeld van ileus volgt een ziekenhuisopname. Met conservatieve therapie volgt na enige dagen reeds ontslag met als diagnose subileus. In het daaropvolgende jaar gaat het goed met patiënte. Ze heeft ook haar werk buitenshuis weer volledig hervat. Nog steeds denkt de huisarts aan de woorden „Maar als U nog eens gebeld had”.

Inderdaad, als dat gedaan was, zou haar veel ellende bespaard zijn gebleven.

Register

Na dit voorval is een register aangelegd met namen van patiënten en data waarop een tweede uitstrijkje noodzakelijk is. Als die patiënten de gemaakte afspraak niet nakomen, worden ze door de assistente opgebeld en herinnerd aan deze afspraak.

Eigenlijk vind ik dat we patiënten op die

manier afhankelijk maken van hun arts. Een uitzondering moet misschien gemaakt worden voor patiënten met een gering verstand. En moeten we dat dan ook gaan doen bij het niet laten controleren of behandelen van verhoogde bloeddruk, of bij een nog niet geheel schoon urinesediment, of bij de diabetes die zich slecht laat controleren? Inschakeling van een computer maakt het eenvoudig uitvoerbaar.

Mijn antwoord is neen, maar toch!

De algemene kennis van ziekten en de waarde van risicoverhogende factoren is nog onvoldoende. Slechts bij een behoorlijke kennis van zaken kunnen eigen verantwoordelijkheid en het nemen van beslissingen goed in handen van de consument worden gelegd. Het steeds ingewikkelder worden van onderzoek en de ingrijpende therapieën bij de nazorg van carcinoompatiënten zullen advisering en informatie door de huisarts steeds noodzakelijk maken, ook bij een goede algemene gezondheidsvoorlichting.

Terug naar onze patiënte. Ook al gaat het thans goed, de mogelijkheid van een later recidief blijft bestaan. Controle hierop gebeurt in de kliniek maar bij elke klacht waarmee ze zich tot de huisarts wendt, moet aan deze mogelijkheid gedacht worden. Te vaak heb ik reeds een goede uitslag van een specialistische nacontrole meegemaakt, terwijl kort daarna bepaalde klachten toch bleken te berusten op een metastase. Onze patiënte wordt bij onschuldige klachten dus „bedreigd” door een huisarts die bezorgd is. Ze zal deze bezorgdheid direct doorhebben en opnieuw herinnerd worden aan haar ziekte.

U ziet het duidelijk: de huisarts worstelt nog steeds met de opmerking „Maar als u...”.

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

² Lammes FB. Onder valse vlag; de fout-negatieve uitslag van cervixcytologie. Ned Tijdschr Geneesk 1979; 123: 1857-9.

³ Thomassen JFM, Nood D de. Communicatie en compliantie. Huisarts en Wetenschap 1983; 26: 376-8.

⁴ Reelick NF, Haes WFM de, Schuurman JH, Hof M van den. Maatschappelijke gezondheidszorg 1980; 8 (9) 20-1.