

- Er is geen bewijs, dat bij een bepaalde systolische bloeddrukwaarde een behandeling dient te worden ingesteld. Er is derhalve ook geen reden om patiënten met een geïsoleerde systolische hypertensie te behandelen.

- De bloeddruk varieert en bij een aanzienlijk aantal patiënten met een diastolische bloeddruk tot 115 mm Hg keert deze binnen een paar maanden terug tot normale waarden. Het is verstandig om de bloeddruk een aantal malen te meten, voordat men gaat behandelen. Als ooit een diastolische bloeddruk wordt gevonden tussen 100 en 105 mm Hg, is het aan te bevelen de bloeddruk jaarlijks te controleren.

- Het is waarschijnlijk belangrijker iemand te bewegen het roken op te geven dan een milde hypertensie te behandelen. Farmacologische therapie heeft altijd het risico van bijwerkingen en daarom dienen niet-farmacologische behandelingen te worden overwogen.

- Er is geen bewijs dat een afzonderlijk behandelingsbeleid nodig is voor speciale groepen (naar ras, sekse of leeftijd); een uitzondering vormen de effecten van de verschillende behandelingen bij zeer bejaarde patiënten, die nog niet goed zijn bestudeerd.

- Er is geen bewijs dat de ene medicamenteuze behandeling beter is dan de andere. De keuze van de therapie zal dus vooral moeten geschieden op basis van de te verwachten bijwerkingen en de kosten.

¹ Wilcox RG, Mitchell, Hampton JR. Treatment of high blood pressure: should clinical practice be based on results of clinical trials? *Br Med J* 1986; 293: 433-7.

Nota bene

De verklaring voor de lagere verwijscijfers gerealiseerd door artsen in gezondheidscentra moet gezocht worden in groepsdynamische processen zoals 'peer review' en onzekerheidsreductie door – onder meer – onderlinge consultatie.

Stelling bij: Wijkkel D. Samenwerken en verwijzen [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1986.

Borstzelfonderzoek

Al meer dan 30 jaar geleden werd borstzelfonderzoek in de Verenigde Staten voor het eerst aanbevolen en sindsdien zijn deze aanbevelingen overgenomen door vrijwel alle organisaties die zich bezighouden met kankerpreventie. Met argumenten als 'jong geleerd, oud gedaan' propageert men zelfs om zo vroeg mogelijk met borstzelfonderzoek te beginnen. Intussen zijn er weinig of geen wetenschappelijke argumenten die deze consensus kunnen ondersteunen, terwijl wel de nodige bezwaren van deze methode bekend zijn.

Meyboom-de Jong en Van Veen hebben in 1984 in dit tijdschrift een overzicht gegeven van de literatuur over borstzelfonderzoek. Zij concludeerden dat er wel aanwijzingen zijn voor een gunstig effect op de morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van borstkanker, maar dat die aanwijzingen berusten op retrospectief onderzoek; de gunstige effecten zijn niet ondubbelzinnig aangetoond.¹

Beschouwingen over het nut van vroege-detectiemethoden dienen uit te gaan van kennis van het gedrag van de tumor in kwestie. Voor het mammacarcinoom geldt, dat de lokale tumor in verreweg de meeste gevallen uitstekend kan worden behandeld en dat de genezingskans vrijwel volledig wordt bepaald door de aanwezigheid van metastasen. Gemetastaseerd mammacarcinoom veroorzaakt vroeg of laat de dood. Dit betekent dat vroege-detectieprogramma's alleen zinvol zijn, indien zij een groot percentage tumoren detecteren voordat uitzaaiing heeft plaatsgevonden.

Uit een analyse van *Feig* is gebleken, dat de kans op metastasering naar de lymfeklieren sterk toeneemt, wanneer de tumordoorsnede groter wordt dan 2 cm.² Er is slechts één onderzoek waaruit blijkt dat vrouwen die borstzelfonderzoek deden, carcinomen vonden die kleiner waren dan 2 cm in diameter.³ Uit vier Amerikaanse studies bleek dat de gemiddelde diameter van de carcinomen bij vrouwen die borstzelfonderzoek prakticeerden, tussen de 2,4 en 2,8 cm lag;⁴⁻⁷ in Ierland en Engeland lag die waarde zelfs boven de 3 cm.⁸⁻⁹

In elk geval blijkt uit de meeste studies dat de detectiegrens voor borstzelfonderzoek te hoog ligt om daarvan veel

nut te kunnen verwachten ten aanzien van de preventie van gemetastaseerd carcinoom. Voor de behandeling van de primaire tumor maakt het al evenmin veel uit of die gemiddeld 2,5 cm in doorsnee is, zoals bij borstzelfonderzoek, dan wel 3,5 cm, zoals bij vrouwen die niet aan screening of borstzelfonderzoek doen.

Er zijn geen prospectieve gerandomiseerde studies over borstzelfonderzoek en mortaliteit. Bovendien is de kans gering, dat zulke studies ooit zullen worden uitgevoerd, onder meer doordat het zeer moeilijk zal zijn een borstzelfonderzoek-vrije controlegroep samen te stellen.

Wel is door *Turner et al.* een prospectief onderzoek verricht, waarbij 28.000 vrouwen gerandomiseerd werden verdeeld over twee groepen. De ene groep ontving voorlichting over borstzelfonderzoek en de andere niet. Over de twee daarop volgende jaren was er geen significant verschil tussen de beide groepen in de incidentie van carcinomen, noch in de gemiddelde diameter van die tumoren.⁸

Een andere prospectieve studie is door *Philip et al.* gepubliceerd. Zij nodigden 22.000 vrouwen van 45-64 jaar uit voor instructiebijeenkomsten over borstzelfonderzoek en vergeleken gedurende vier jaar de tumorgegevens in de groep die aan de uitnodiging gehoor gaf, met die van de groep die niet kwam opdagen (70 procent). Noch de grootte van de carcinomen, noch het percentage patiënten zonder positieve okselklieren was significant verschillend in beide groepen. Ook een vergelijking van de patiënten die wel en niet borstzelfonderzoek hadden gepraktiseerd, leverde geen verschillen op in tumorgrootte, klinische stagering en lymfeklierstatus.⁹⁻¹⁰

Er zijn enkele retrospectieve studies verricht naar het verband tussen borstzelfonderzoek en het stadium van het mammacarcinoom, doch de resultaten spreken elkaar tegen. Er is één retrospectief onderzoek over het verband tussen borstzelfonderzoek en vijfjaars overleving bij ruim 400 vrouwen die maandelijks of op andere wijze borstzelfonderzoek prakticeerden, en een even grote controlegroep die niet aan

borstzelfonderzoek deed. De gecorrigeerde vijfjaars overleving van de borstzelfonderzoek-groep was 84 procent en van de controlegroep 68 procent.¹¹ De follow-up periode was echter slechts 52 maanden, zodat zeker langer moet worden gewacht met het trekken van conclusies. Het blijft verder de vraag of een niet-gerandomiseerde retrospectieve studie voldoende geldigheid bezit; zij voldoet zeker niet aan de eisen die men heeft gesteld aan vergelijkbaar onderzoek over screening met mammografie.

Borstzelfonderzoek is dus voorlopig een methode waarvan het nut niet is aangetoond en nauwelijks waarschijnlijk kan worden gemaakt.

Indien aan borstzelfonderzoek geen nadelen zouden zijn verbonden, zou men bij gebrek aan beter (en dat is dus niet meer het geval) een dergelijke onbewezen methode van vroege detectie nog wel kunnen rechtvaardigen. Uit een recente studie komen echter wel degelijk nadelen van borstzelfonderzoek naar voren. *Frank and Mai* tonen aan dat borstzelfonderzoek veel onnodige, waaronder invasieve, diagnostiek veroorzaakt.¹² Zij refereren twee studies over borstzelfonderzoek, waaruit bleek dat slechts 6 à 12 procent van de door borstzelfonderzoek ontdekte afwijkingen carcinomen waren.^{13 14} Voor vrouwen beneden de 45 jaar was dit percentage in een andere studie slechts 3 procent.

Benigne knobbels in de borst komen bij jongere vrouwen veel frequenter voor dan bij oudere. Jongere vrouwen blijken meer gemotiveerd te kunnen worden voor het praktiseren van borstzelfonderzoek; de grote meerderheid van de knobbels die zij ontdekken, is echter benigne en behoeft geen behandeling. Toch hebben deze vrouwen op latere leeftijd een even grote kans op een mammacarcinoom als ieder ander. Het risico bestaat dat zij dan niet meer zo snel medisch advies zullen gaan vragen, omdat zij al een paar keer hebben ervaren dat er toch niets aan de hand was. Om al deze redenen menen *Frank and Mai* borstzelfonderzoek voor vrouwen jonger dan de 45 jaar te moeten ontraden.

Of borstzelfonderzoek voor vrouwen ouder dan 45 jaar zinvol is als aanvulling op screening met mammografie, kan alleen worden uitgemaakt door middel van goed opgezette gerandomiseerde

onderzoeken. In elk geval blijkt uit de thans beschikbare gegevens, dat de borstzelfonderzoek-adviezen, die ook in ons land zo veelvuldig worden gegeven, nodig aan herziening toe zijn.

D.W. Bakkum,

Integraal Kankercentrum Rotterdam

¹ Meyboom-de Jong B, Van Veen WA. Borstzelfonderzoek. Huisarts en Wetenschap 1986; 27: 421-6, 1986.

² Feig SA, Schwartz GP, Nerlinger R. Prognostic factors of breast neoplasms detected on screening by mammography and physical examination. Radiology 1979; 133: 577-82.

³ Foster RS, Lang SP, Constanza MC. Breast self-examination practices and breast cancer stage. N Engl J Med 1978; 299: 265-70.

⁴ Huguley CM, Brown RL. The value of breast self-examination. Cancer 1981; 47: 989-95.

⁵ Greenwald P, Nasca PC, Lawrence CE. Estimated effect of breast self-examination and routine physician examinations on breast cancer mortality. N Engl J Med 1978; 299: 271-3.

⁶ Senie RT, Rosen PP, Lesser ML. Breast self-examination and medical examination related to breast cancer stage. Am J Public Health 1981; 71: 583-90.

⁷ Feldman JG, Carter AC, Nicastrì AD, Hosat ST. Breast self-examination, relationship to stage of breast cancer at diagnosis. Cancer 1981; 47: 2740-5.

⁸ Turner J, Roy D, Irwin G, Blaney R, Odling-Smee W, Mackenzie G. Does a booklet on breast self-examination improve subsequent detection rates? Lancet 1984; 337-9.

⁹ Philip J, Harris WG, Flaherty C, Joslin CAF. Breast self-examination: clinical results from a population-based prospective study. Br J Cancer 1984; 50: 7-12.

¹⁰ Philip J, Harris WG, Flaherty C, Joslin CAF. Clinical measures to assess the practice and efficiency of breast self-examination. Cancer 1986; 58: 973-7.

¹¹ Foster RS, Costanza MC. Breast self-examination practices and breast cancer survival. Cancer 1984; 53: 999-1005.

¹² Frank JW, Mai V. Breast self-examination in young women: more harm than good? Lancet 1985; ii: 654-7.

¹³ Gastrin G. Programme to encourage self-examination for breast cancer. Br Med J 1980; 281: 193.

¹⁴ Holiday H, Roebuck EJ, Doyle PJ. Initial results from a programme of BSE. Clin Oncol 1983; 9: 11-6.

Huisvrouw

In *Surmenage in de huisartspraktijk* noemt Terluin in tabel 1 bij opleiding vier categorieën.¹ Huisvrouw is echter naar mijn mening geen opleiding en kan dus niet zomaar in dit rijtje geplaatst worden. De groep huisvrouwen kan worden opgenomen in de eerstgenoemde drie categorieën, of er worden beroepen genoemd in plaats van opleiding. In de tekst wordt gesproken over lager en middelbaar geschoold werk; dit hoeft echter niet altijd overeen te komen met het soort opleiding (of is dit in de enquête wel expliciet naar voren gekomen?).

In tabel 5 wordt de duur van het ziekteverzuim vermeld van 68 surmenagepatiënten. Zijn de overige negen patiënten de negen huisvrouwen? Is over hun ziekteverzuim iets bekend?

C. Aalders.

¹ Terluin B. *Surmenage in een huisartspraktijk*. Huisarts en Wetenschap 1986; 29: 261-4.

Naschrift

Collega Aalders stelt terecht dat de categorie 'huisvrouw' niet behoort tot de opleidingscategorieën. Bij de bewerking van het artikel is helaas een onjuistheid ingeslopen, toen de aanduiding 'sociale klasse' werd vervangen door 'opleiding'; de indeling van tabel 1 is namelijk gebaseerd op het werk van de betrokken patiënten. Inderdaad komt het beroep niet altijd overeen met de opleiding, en dat geldt met name voor huisvrouwen.

De negen huisvrouwen zijn niet opgenomen in tabel 5, omdat 'ziekteverzuim' is geoperationaliseerd als het ontvangen van een ziekteverzuimcertificaat. Dit is onvoldoende duidelijk in de tekst. Per definitie betekende surmenage voor de huisvrouwen dat zij hun werk niet goed aankonden. Dat leidde ertoe dat zij het tijdelijk rustig aan gingen doen, waarbij hulp werd gemobiliseerd van de overige gezinsleden, familieleden, burens en in een enkel geval van de gezinsverzorging.

Ik ben collega Aalders erkentelijk voor haar kritische vragen, die mij de gelegenheid gaven enkele tekortkomingen goed te maken.

B. Terluin