

Alles weggehaald...

1. Een onderzoek naar de relatie tussen uterusextirpatie en medische consumptie

TOINE LAGRO-JANSSEN EN MARGIEN VAN MANEN*

In een eerder Engels onderzoek bleek dat vrouwen die een uterusextirpatie hadden ondergaan, zowel voor als na de operatie een grotere medische consumptie hadden dan andere vrouwen. Onderzocht is of de gevonden verbanden reproduceerbaar waren in de vier Nijmeegse CMR-praktijken. Het onderzoek had betrekking op 65 vrouwen en een even grote controlegroep. Over het algemeen bleek de medische consumptie in de onderzoeksgroep inderdaad groter dan in de controlegroep; dat gold met betrekking tot huisartsconsulten, verwijzingen, ziekenhuisopnamen en operaties, maar niet voor nerveus-functionele klachten. Ook bleek dat de medische consumptie van de elf vrouwen die waren geopereerd wegens een prolaps, zich niet noemenswaard onderscheidde van die van de controlegroep.

Inleiding

Enkele jaren geleden stelde de Engelse huisarts *Millac* een onderzoek in naar de medische consumptie van vrouwen die een uterusextirpatie hadden ondergaan om een andere reden dan een carcinoom. Zij vond dat deze vrouwen driemaal zo vaak als andere vrouwen hun huisarts consulteerden, zowel voor gynaecologische klachten, als om andere redenen. Deze hogere consultfrequentie deed zich niet alleen voor in de drie jaar vóór de operatie, maar ook in de drie jaar daarna. De hysterectomiepatiënten kregen voorts aanzienlijk meer recepten voor analgetica en psychofarmaca, terwijl het aantal verwijzingen tweemaal zo hoog was als in de controlegroep. De operatie zelf bleek geen invloed te hebben op het dit patroon.¹

* Toine Lagro-Janssen is huisarts te Nijmegen; Margien van Manen is arts; zij werkte mee aan het onderzoek in het kader van een wetenschappelijke stage aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.

** Nerveus-functionele klachten zijn in de CMR als volgt gedefinieerd: ten eerste dienen bij adequaat onderzoek geen lichamelijke afwijkingen gevonden te worden die de klachten kunnen verklaren; ten tweede moet het waarschijnlijk zijn dat de oorzaak van de klachten op psychosociaal gebied ligt.

Millac's onderzoek bracht ons tot de vraag, of haar bevindingen te reproduceren zouden zijn in een Nederlandse situatie. Daarbij leek het van belang om de prolaps, als 'harde' objectiveerbare indicatie tot hysterectomie, apart te beschouwen; het ligt immers voor de hand te veronderstellen dat het medisch consumptiepatroon bij deze afwijking een minder belangrijke rol zal spelen.

Dit voerde tot de volgende vraagstellingen:

- Welke klachten vormen de aanleiding tot een uterusextirpatie en hoe luidt de post-operatieve diagnose?
- Onderscheiden de vrouwen die een hysterectomie hebben ondergaan om een andere reden dan een carcinoom, zich in medische consumptie van een controlegroep?
- Onderscheiden vrouwen die wegens een prolaps van de uterus en/of vagina een hysterectomie hebben ondergaan, zich binnen de groep hysterectomiepatiënten wat hun medische consumptie betreft?

Methoden

Het onderzoek vond plaats in vier huisartspraktijken in het oosten van het land. Eén praktijk is gelegen in een grote stad, één in een kleine stad en twee op het verstedelijkte platteland. Tezamen bedraagt het patiëntenbestand ongeveer 12.000 patiënten. Geen van de praktijken is apotheekhoudend. Sinds 1971 registreren deze praktijken alle gegevens omtrent aan de huisarts gepresenteerde gezondheidsstoornissen in het kader van de Continue Morbiditeits Registratie (CMR) van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut. Bij de registratie wordt gebruik gemaakt van een diagnoseclassificatie volgens de E-lijst.

De CMR-registratie is gebruikt als index voor het selecteren van een cohort vrouwen die in de periode 1974-1981 een uterusextirpatie hadden ondergaan om een andere reden dan een carcinoom. Vervolgens is een onderzoek ingesteld naar de medische consumptie van elk van deze vrouwen in de drie jaar

vóór en de drie jaar na de ingreep. Tevens is per praktijk een controlegroep samengesteld, gematched naar leeftijd, burgerlijke staat, sociale klasse en pariteit.

Als maatstaf voor medische consumptie dienden:

- het aantal consulten (zowel spreekuurbezoek als huisbezoek), uitgesplitst naar consulten voor gynaecologische en andere klachten;
- het totaal aantal ziekte-episoden, onderverdeeld naar onschuldige en ernstige aandoeningen; het aantal nieuw gepresenteerde en chronische nerveus-functionele klachten is binnen dit geheel apart bekeken;**
- het aantal verwijzingen naar medische specialisten, het aantal ziekenhuisopnames en het aantal operaties; verwijzingen, opnamen en operaties om redenen van gynaecologische aard zijn daarbij buiten beschouwing gelaten;
- het aantal recepten voor psychofarmaca (hypnotica, sedativa, anxiolytica, antidepressiva en antipsychotica) en analgetica (zowel centraal als perifeer werkende analgetica).

Uit de CMR werden gegevens verkregen over het totaal aantal ziekte-episoden, onderverdeeld naar ernst, het aantal nieuw gepresenteerde en chronische nerveus-functionele klachten, het aantal specialistische verwijzingen en het aantal ziekenhuisopnamen.

De CMR registreert (nog) niet het aantal huisarts-patiënt contacten. Voor dit doel is daarom gebruik gemaakt van het kaartstelsel van de huisartsen. Aangezien het in dit onderzoek vooral ging om het bepalen van het aantal contacten met respectievelijk *wel* en *geen* gynaecologische klachten, en aangezien de registrerende artsen juist vanwege hun registrerende taken zeer nauwkeurig te werk gaan, is het weinig bezwaarlijk de retrospectief verkregen patiëntenkaartgegevens evenveel waarde toe te kennen als de prospectief verzamelde CMR-gegevens.

De patiëntenkaarten leverden aldus informatie omtrent het totaal aantal consulten per jaar per patiënte, uitgesplitst naar consulten voor gynaecologische klachten en voor andere klachten. Het aantal recepten voor psychofarmaca en analgetica en het aantal operaties werd op dezelfde wijze achterhaald. Tenslotte werd van de patiëntenkaart de pre-operatieve klacht en de post-operatieve pathologisch-anatomische diagnose overgenomen.

Ter toetsing van de verschillen tussen de

onderzoeksgroep en de controlegroep zijn de toets van Wilcoxon en de Sign.-test gebruikt; hierbij is $p < 0,05$ als significant beschouwd.

Resultaten

Het onderzoek had betrekking op 65 vrouwen en een even grote controlegroep. De gemiddelde leeftijd van de vrouwen op het moment van de uterus-extirpatie was 46,8 jaar; voor de controlegroep was de gemiddelde leeftijd in het overeenkomende jaar 46,6 jaar. Bovendien bleek dat de vrouwen uit de onderzoeksgroep niet frequenter aan ernstige – hetzij nieuwe, hetzij chronische – aandoeningen leden dan de vrouwen uit de controlegroep. Dit was zowel vóór als na de operatie het geval.

- Menstruatiestoornissen vormden bij tweederde van de vrouwen de aanleiding tot de hysterectomie (tabel 1). In ruim de helft van de gevallen werd bij operatie een uterus myomatosus gevonden (tabel 2).

- De vrouwen uit de onderzoeksgroep consulteerden de huisarts vaker dan de vrouwen uit de controlegroep, ook wegens niet-gynaecologische klachten. Vooral in de drie jaren vóór de operatie was er een duidelijk verschil; in de jaren na de operatie trad weliswaar een daling op, maar voor de consulten met betrekking tot niet-gynaecologische klachten bleef het verschil significant (figuren, tabel 3). De onderzoeksgroep presenteerde verder meer nieuwe aandoeningen van onschuldige aard in de jaren vóór de operatie; na de operatie bleef dit verschil, hoewel kleiner, bestaan (tabel 4). Nieuw gepresenteerde en chronische nerveus-functionele klachten kwamen in beide groepen in gelijke mate voor (tabel 5). In de onderzoeksgroep werden meer vrouwen naar een medisch specialist verwezen, werden meer vrouwen opgenomen en werden meer vrouwen geopereerd (tabellen 6 en 7). Uit tabel 8 blijkt tenslotte dat in de onderzoeksgroep zowel vóór als na de operatie meer analgetica werden voorgeschreven; het verschil is echter niet significant. Het aantal recepten voor psychofarmaca was in beide groepen gelijk.

- De 11 vrouwen die geopereerd waren wegens een prolaps, vertoonden een lagere consultfrequentie en kregen aanzienlijk minder analgetica voorgeschreven dan de andere vrouwen uit de hysterectomiegroep (tabellen 9 en 10). Het aantal specialistische verwijzingen, ziekenhuisopnamen en operaties was in de prolapsgroep eveneens geringer.

Tabel 1 – Table 1. Voornaamste klacht vóór de operatie – Principal complaint before the operation.

Principal complaint	Number
Menstrual disorders ^a	44
Postmenopausal blood loss,	
Contact bleeding	1
Dysmenorrhoea	2
Abdominal pain, dyspareunia	5
Prolapse, incontinence	11
Other	2

^a Menorrhagia, metrorrhagia, meno-metrorrhagia and irregular menstruation.

Tabel 2 – Table 2. Voornaamste diagnose na de operatie – Principal diagnosis after the operation.

Principal diagnosis	Number
(Uterine) fibroids	38
Endometriosis	4
Cystic glandular hyperplasia	1
Ovarian cyst, hydrosalpinx	2
Cervicitis	1
Polyps	1
No lesion, not specified ^b	18

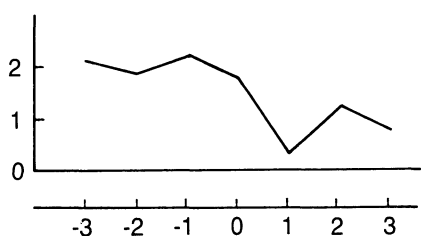
^b This group also included the 11 women with a prolapse.

Tabel 3 – Table 3. Het gemiddelde aantal consulten in de drie jaar voor en de drie jaar na de operatie – The mean number of encounters in the three years before and the three years after the operation.

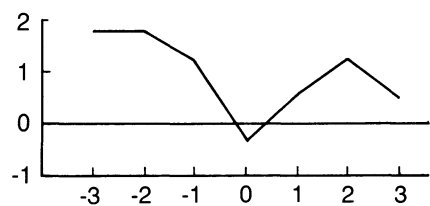
	All encounters		Encounters for non-gynaecological complaints	
	before	after	before	after
Study group (n=65)	16.2 ^b	11.9	14.0 ^b	11.3 ^a
Control group (n=65)	9.5 ^b	9.7	8.8 ^b	9.0 ^a

^a $p < 5\%$; ^b $p < 0.1\%$.

Figuur 1 – Figure 1. 'Extra' consulten van de onderzoeksgroep (alle redenen) – 'Extra' encounters of the study group (all reasons).



Figuur 2 – Figure 2. 'Extra' consulten van de onderzoeksgroep wegens niet-gynaecologische klachten – 'Extra' encounters of the study group for non-gynaecological complaints.



Elucidation. Both figures present the medians per year of the study group minus the medians per year of the control group.

Tabel 4 – Table 4. Het gemiddelde aantal ziekte-episoden wegens nieuwe aandoeningen in de drie jaar voor en de drie jaar na de operatie – The mean number of episodes due to new problem in the three years before and the three years after the operation.

	Before	After
Study group (n=64)	8.6 ^a	6.4
Control group (n=64)	6.0 ^a	5.4

^a $p < 5\%$.

Tabel 5 – Table 5. Het percentage vrouwen met nerveus-functionele klachten in de drie jaar voor en de drie jaar na de operatie – The percentage of women with functional complaints in the three years before and the three years after the operation.

	New problems		Chronic problems	
	before	after	before	after
Study group (n=64)	53	34	24	22
Control group (n=64)	47	38	13	20

Beschouwing

Onze belangrijkste conclusie is, dat vrouwen die een hysterectomie hebben ondergaan om andere redenen dan carcinoom en prolaps, meer gebruik maken van allerlei soorten medische voorzieningen dan andere vrouwen: zij komen vaker met onschuldige klachten bij de huisarts, maar hebben niet meer te

kampen met ernstige en chronische ziekten. Dit feit maakt het onwaarschijnlijk dat een verklaring in die richting moet worden gezocht.

Tevens blijkt dat de prolapsgroep niet bijdraagt aan het hogere medische consumptiepatroon van de totale groep van hysterectomiepatiënten. Deze bevinding komt overeen met de uitkomsten van het onderzoek *Van der Does* naar de

beleving van gynaecologische klachten.² De vrouwen met een prolaps kenmerken zich ook in deze studie door hun 'niet afwijkende' gedrag, in het bijzonder wat betreft depressieve stemmingen.

Over de gehele onderzoeksperiode neemt het totale aantal consulten van de onderzoeksgroep bij de huisarts af. Misschien heeft de operatie hieraan toch bijgedragen. Een andere mogelijkheid is, dat de klachten de huisarts ontgaan, doordat de vrouw ze bespreekt met de gynaecoloog bij wie ze onder controle blijft.

Opmerkelijk is de bevinding, dat de vrouwen uit de hysterectomiegroep niet meer nerveus-functionele klachten aan de huisarts presenteren dan andere vrouwen. Zij staan evenmin als 'klaagsters' bij de huisarts te boek. Bij de definiëring van nerveus-functionele klachten maakt de E-lijst echter geen onderscheid tussen psychische en sociale problemen. Het is daarom denkbaar dat binnen deze heterogene categorie 'nerveus-functionele' klachten, subcategorieën te onderscheiden zijn die wel tussen onderzoeks- en controlegroep zouden differentiëren. De wijze van registratie en de relatief kleine aantallen staan echter niet toe dit nader te onderzoeken.

De laatste tien jaar is het aantal uterus-extirpaties sterk toegenomen. In Nederland steeg dat aantal tussen 1971 en 1981 met 46 procent.³ Uitgaande van deze cijfers loopt een op de drie vrouwen in Nederland de kans vroeg of laat de uterus kwijt te raken.⁴ Deze sterke toename laat de maatschappij en vrouwen in het bijzonder niet onberoerd. Door vrouwen die ontevreden zijn over de operatie, is een werkgroep 'Vrouwen zonder baarmoeder' opgericht. Zij zijn van mening dat er te veel overbodige uterus-extirpaties plaatsvinden en dat de voorlichting over deze ingreep en de nadelige gevolgen ervan te kort schiet.

Ook onder artsen, inclusief gynaecologen, delen enkelen deze mening. Al in 1973 meldde *Richards* dat eenderde van de vrouwen na een hysterectomie depressieve klachten krijgt en dat deze klachten vaker voorkomen na een hysterectomie dan na een cholecystectomie.⁵ Daarmee was het 'posthysterectomie-syndroom' geboren.

In recente publicaties wordt het bestaan van zo'n syndroom betwijfeld en wordt gesuggereerd dat het hier wellicht om een 'prehysterectomie-syndroom' gaat. *Van Eijck e.a.* concludeerden dat psychische morbiditeit en seksueel dys-

Tabel 6 – Table 6. *Het percentage vrouwen dat is verwezen naar een specialist (exclusief gynaecoloog) c.q. is opgenomen in een ziekenhuis (exclusief afdeling gynaecologie) in de drie jaar voor en de drie jaar na de operatie – The percentage of women referred to a specialist (excluding gynaecologists) or admitted to a hospital (excluding departments of gynaecology) in the three years before and the three years after the operation.*

	Referred		Hospitalized	
	before	after	before	after
Study group (n=64)	48	31	15	14
Control group (n=64)	35	16	10	6

Synopsis

Lagro-Janssen T, Van Manen M. Everything out... 1. A study of the relation between hysterectomy and medical consumption. Huisarts en Wetenschap 1986; 29: 137-40.

Introduction. The English general practitioner *Millac* observed that the medical consumption of hysterectomized patients significantly exceeded that of other women.¹ The problem definition of this Dutch repeat study was:

- Do women hysterectomized for indications other than carcinoma differ in medical consumption from a control group?
- Do women hysterectomized for prolapse of the uterus and/or vagina differ in medical consumption from women hysterectomized for other indications?

Methods. The study was performed in four general practices with a joint total of about 12,000 patients, in which continuous morbidity registration had been in progress since 1971. This registration was used as index in selecting a cohort of women hysterectomized during the period 1974-1981 for indications other than carcinoma. Next, the medical consumption of each of these women in the three years before and in the three years after the operation was studied. Per practice, moreover, a control cohort was formed which matched the study group as to age, civil status, social class and parity.

Results. The study involved 65 hysterectomized women and an equally large control group.

- Menstrual disorders were the indication for hysterectomy in two-thirds of the women (*table 1*). The operation revealed a myomatous uterus in over 50 percent of

the cases (*table 2*).

- The women in the study group sought medical advice from the general practitioner more frequently (also for non-gynaecological problems) than those in the control group. Especially in the three years before the operation there was a marked difference. In the years after the operation there was a decrease in the study group, but the difference in encounters concerning non-gynaecological problems remained significant (*figures, table 3*). Moreover, the study group presented more new problems of a harmless nature in the years before the operation; after the operation this difference persisted but was less marked (*table 4*). Newly presented and chronic problems were equally frequent in the two groups (*table 5*). In the study group, more women were referred to a medical specialist, more women were hospitalized and more women underwent an operation (*tables 6 and 7*).

Table 8 shows that both before and after the operation more analgesics were prescribed in the study group, although the difference was not significant. The number of prescriptions for psychotropic drugs was the same in both groups.

- The eleven women hysterectomized for prolapse showed a lower encounter rate and were prescribed significantly less analgesics than the other women in the hysterectomy group (*tables 9 and 10*). The number of referrals to medical specialists, hospitalizations and operations was likewise smaller in the prolapse group.

Keywords: Family practice; Hysterectomy; Medical consumption.

Address of authors: Groesbeekseweg 12, 6524 DA Nijmegen, The Netherlands.

Tabel 7 – Table 7. Het aantal niet-gynaecologische operaties in de drie jaar voor en de drie jaar na de operatie – The number of non-gynaecological operations in the three years before and the three years after the operation.

	Before	After
Study group (n=65)	14	13
Control group (n=65)	6	4

Tabel 8 – Table 8. Het gemiddeld aantal recepten voor analgetica en psychofarmaca in de drie jaar voor en de drie jaar na de operatie – The mean number of prescriptions for analgesics and psychotropic drugs in the three years before and the three years after the operation.

	Analgesics		Psychotropic drugs	
	before	after	before	after
Study group (n=65)	3.6	3.9	2.4	2.0
Control group (n=65)	2.0	2.4	1.6	2.0

Tabel 9 – Table 9. Het gemiddeld aantal consulten in de onderzoeksgroep, naar operatie-indicatie (prolaps/andere indicatie) in de drie jaar voor en de drie jaar na de operatie – The mean number of encounters in the study group by operative indication (prolapse/other indication) in the three years before and the three years after the operation.

	All encounters		Encounters for non-gynaecological complaints	
	before	after	before	after
Prolapse (n=11)	12.4	7.4	11.2	6.6
Other (n=54)	17.0	12.9	14.6	12.2

functioneren na hysterectomie minder vaak voorkomen dan vóór de operatie. De kans op klachten na hysterectomie zou in hoge mate bepaald worden door de situatie en de begeleiding van de vrouw vóór de operatie. Deze kans zou des te groter zijn, naarmate bij histologisch onderzoek weinig tot geen afwijkingen worden aangetroffen, met andere woorden indien de indicatie tot operatie te gemakkelijk wordt gesteld.⁶

Ook in dit onderzoek zijn weinig aanwijzingen gevonden, dat de uterusextirpatie als zodanig samenhangt met een hoger consumptiepatroon. Vrouwen met een operatie wegens een prolaps bleken immers in het geheel geen hoger consumptiepatroon te hebben. Bovendien verandert de uterusextirpatie het bestaande patroon niet wezenlijk. Het lijkt dat de uterusextirpatie niet zozeer moet worden gezien als een eindpunt, als wel als een fase in een langdurig proces van consultaties en verwijzingen. Arts en patiënte zijn niet meer in staat dit patroon te doorbreken. Een belangrijke conclusie is dan ook dat de huisarts zich bij menstruatieklachten en een hoge medische consumptie zou moeten afvragen of een operatieve ingreep de juiste oplossing is voor de gepresenteerde klacht. Wellicht zouden hiermee overbodige uterusextirpaties in de toekomst vermeden kunnen worden.

De resultaten van dit onderzoek kan men uiteraard niet zonder meer transporteren naar de gehele Nederlandse situatie; de indicatiestelling tot uterus-

extirpatie wordt sterk bepaald door het beleid van de desbetreffende huisarts en gynaecoloog. Aangezien het beleid van de bij dit onderzoek betrokken huisartsen echter tamelijk terughoudend is geweest (gemiddeld slechts twee uterusextirpaties per praktijk per jaar, tegen een landelijk gemiddelde van vier per praktijk per jaar), lijkt het aannemelijk dat elders in Nederland vergelijkbare of nog pregnantere resultaten gevonden kunnen worden.

Blijft toch de vraag waarom hysterectomiepatiënten vaker bij de (huis)arts komen. Is er sprake van bepaalde persoonlijkheidskenmerken? Spelen negatieve ervaringen en klachten met betrekking tot de gewone 'vrouwenzaken' als menstruatie, graviditeit en partus een rol? Hebben moeder en zusters ook meer uterusextirpaties ondergaan, zodat men een beïnvloeding vanuit het gezin kan vermoeden? Hoe is het beslissingsproces met betrekking tot de uterusextirpatie eigenlijk precies verlopen?

In een tweede artikel zal nader op deze vragen worden ingaan.

Dankbetuiging

In het bijzonder zijn wij H. van den Hoogen, statisticus van het NUHI, dankbaar voor zijn adviezen tijdens het onderzoek. Tevens gaat onze dank uit naar de andere registrerende huisartsen, K. Bakx, W. van den Bosch, J. Schellekens, Th. Voorn en B. Lagro, en de betrokken assistentes voor hun bereidwillige medewerking.

Tabel 10 – Table 10. Het gemiddeld aantal recepten voor analgetica in de onderzoeksgroep, naar operatie-indicatie (prolaps/andere indicatie), drie jaar voor en drie jaar na de operatie – The mean number of prescriptions for analgesics by operative indication (prolapse/other indication) three years before and three years after the operation.

Indication	Before	After
Prolapse (n=11)	0.9	1.5
Other (n=54)	4.2	4.4

¹ Millac J. Hysterectomie within a pattern of ill health. Practitioner 1982; 226: 931-4.

² Van der Does C. Beleving van gynaecologische klachten [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit te Leiden, 1985.

³ Van Hall E. Vragen over hysterectomie. Med Contact 1982; 13: 382-4.

⁴ Hoogendoorn D. De frequentie van enkele veelvuldig uitgevoerde operaties in Nederland, Canada, de Verenigde Staten en Engeland en Wales. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1937-40.

⁵ Richards DH. Depression after hysterectomy. Lancet 1973; 430-3.

⁶ Van Eijck J, Drogendijk AC, Bak AP. Pre- of posthysterectomiesyndroom? Ned Tijdschr Geneesk 1985; 129: 1039-42.

Nota bene

Vaak wordt te algemeen en absoluut beweerd dat de sociale zekerheid leidt tot rechtvaardiger (her)verdeling van inkomens. Met minstens evenveel recht kan men stellen, dat de sociale zekerheid de bestaande ongelijke inkomensverhoudingen in stand houdt.

Stelling bij: Den Broeder AL. Bestuurbaarheid van de sociale zekerheid [Dissertatie]. Tilburg: Katholieke Hogeschool, 1986.