

J. BERKEL

Huisarts en kankerregistratie

Uitgaande van de gedachte dat in een grote meerderheid der gevallen de diagnose 'maligniteit' (mede) is gebaseerd op histologisch/cytologisch onderzoek, is bij het opzetten van een landelijke kankerregistratie in Nederland in eerste instantie gekozen voor de patholoog-anatoom als beginpunt van de registratiecyclus. De vraag is hoe volledig de registratie is, wanneer de patholoog-anatomische diagnostiek (cytologisch, hematologisch en histologisch onderzoek) als enige kenbron voor de kankerregistratie zou blijven fungeren; denkbaar zijn immers andere kenbronnen, zoals huisartsen en/of verpleeghuisartsen. In deze bijdrage wordt geprobeerd vast te stellen welke bijdrage de huisarts zou kunnen leveren aan een vollediger kankerregistratie.

De Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland bevatte tot 1982 geen maligniteiten.¹ De resultaten over 1982 waren dusdanig 'alarmerend' ten aanzien van de volledigheid van de landelijke kankerregistratie, dat subsidie is verleend voor een dieper gaande studie. Tot op heden zijn de uitkomsten van deze studie nog niet bekend.

Waarschijnlijk is de registratie over 1982 retrospectief gedaan ('een relatief groot aantal artsen registreerde aan het eind van 1982 op geleide van hun geheugen'). Uit een ander retrospectief onderzoek met de Peilstations bleek dat zelfs het identificeren van patiënten op grond van gegevens van de weekstaat in de helft van de gevallen niet mogelijk was. Het identificeren op basis van het geheugen alléén is voor de volledigheid dus nog veel onbetrouwbaarder. De conclusie dat bij 10 procent van de patiënten met kanker geen patholoog-anatomisch onderzoek werd verricht, is dan ook gebouwd op drijfzand.

Een zelfde conclusie kan worden getrokken met betrekking tot 1983, toen '... een incidenteel onderzoek naar maligniteiten werd gedaan'. In het jaarverslag over 1984 worden zelfs helemaal geen resultaten van de maligniteitenregistratie gegeven.

Rest ons het jaarverslag over 1985. In totaal bleken in het verloop van twee jaar 25 patiënten (2,5 procent) niet verwezen te zijn. Hiermee wordt in de Peilstations bedoeld dat geen patholoog-anatomische diagnostiek werd bedreven (tabel 28 in het jaarverslag).

Op zichzelf zijn deze getallen al aanzienlijk lager dan de oorspronkelijk genoemde circa 10 procent, maar desondanks blijven er nog vraagtekens over. Er wordt van drie van de 25 in 1984 en 1985 niet-verwezen patiënten gezegd dat het ging om een proces van de long. De vraag rijst wat de vermoedelijke lokalisatie was van de overige 22 tumoren. Zo kregen bijvoorbeeld patiënten met een 'acuut verlopend abdominaal proces' in 1983 de diagnose 'kanker' opgeplakt. Twijfel aan de relevantie van het opnemen van dit soort patiënten in de kankerregistratie lijkt gerechtvaardigd. Men zou bijvoorbeeld willen weten op grond waarvan de diagnose kanker bij die 25 patiënten is gesteld.

De vraagtekens worden nog groter bij tabel 29 (pagina 51). Opnieuw wordt over 1984 geen/onvoldoende informatie verschaft. De getallen over 1985 zijn als volgt: 22 patiënten wel verwezen, maar zonder dat patholoog-anatomisch onderzoek is verricht. Maar in de zin onder de tabel staat dat dit aantal eigenlijk 14 is. Betekent dit dat bij 8 patiënten de diagnose wel bevestigd was in de tweede lijn, maar niet met behulp van de patholoog-anatoom?

Wanneer deze patiënten gehospitaliseerd zijn geweest – bijvoorbeeld 'ter observatie', wat niet onwaarschijnlijk lijkt – zouden ze in dat geval ook in de

kankerregistratie terecht zijn gekomen, omdat de kankerregistratie de LMR-diagnose-index gebruikt als aanvullende bron van signalering. Hetzelfde geldt overigens ook voor 14 andere niet patholoog-anatomisch bevestigde tumoren: wanneer deze patiënten ooit opgenomen zijn geweest, zijn ze via de LMR-registratie ook opgenomen in de kankerregistratie.

Het is van belang te wijzen op een mogelijke oorzaak van positieve *bias* in het Peilstation-onderzoek. Er wordt in alle verslagen gesproken over histologie c.q. histologisch onderzoek. In strikte zin betekent dit dat cytologie en ook onderzoek van beenmerg buiten beschouwing wordt gelaten. Bij navragen bij de huidige projectleider van het Peilstationproject bleek dat dit inderdaad ook het geval was. In de landelijke kankerregistratie wordt echter wel degelijk het cytologisch onderzoek (verricht door cytologen en/of patholoog-anatomen) als beginpunt van de registratiecyclus beschouwd. De in de jaarverslagen genoemde percentages van onvolledigheid van de landelijke kankerregistratie zijn dan ook in ieder geval te hoog. Ter illustratie moge dienen dat in de regionale kankerregistratie van het IKMN in 3,2 procent van de gevallen alléén cytologisch onderzoek de basis voor de diagnose was (tabel). Met andere woorden: alleen op grond van de signalering van cytologisch onderzoek werd bij 3,2 procent (van de tot nu toe geregistreerde 6256 patiënten) de registratiecyclus in gang gezet.

De bruikbaarheid van de landelijke kankerregistratie wordt uiteraard in belangrijke mate bepaald door hun volledigheid. In het verleden hebben *Schadé en IJzermans* al eens betoogd dat de medewerking van huisartsen de volle-

Tabel Basis voor de diagnose in de Regionale Kankerregistratie (1985-1986) van het Integraal Kankercentrum Midden-Nederland. Percentages (N = 6256).

Niet microscopisch bevestigd	
– alleen fysisch diagnostisch onderzoek	0,2
– klinisch onderzoek (röntgen, CT, etc.)	1,7
– exploratieve chirurgie	0,1
Microscopisch bevestigd	
– hematologie/cytologie	3,2
– histologie van metastasen	1,3
– histologie primaire tumor	92,2
– obductie (toeval)	0,6
– microscopie (histologie of cytologie?)	0,7

Dr. J. Berkel, internist-epidemioloog, Hoofd Regionale Kankerregistratie, IKMN, Servaasbolwerk 14, 3512 NK Utrecht.