

Patiëntenvoorlichting

Tijdens het door 'De Vrouwelijke Patiënt' georganiseerde symposium 'Seksualiteit en anticonceptie in conflict' op 2 mei 1990 werd het nieuwe wachtkamer magazine 'Vrouw en gezond zijn' geïntroduceerd. Hierin wordt iedere vrouw geadviseerd elk jaar – in een eerdere versie zelfs: elk halfjaar – een uitstrijkje te laten maken. Dit advies is onder meer in strijd met de NHG-standaard 'Cervixuitstrijken'. Patiëntenvoorlichting in de wachtkamer komt derhalve – waarschijnlijk zonder dat de huisarts ervan weet – in conflict met het geadviseerde beleid in de spreekkamer.

Elk jaar een uitstrijkje?

De discussie over het nut en de frequentie van uitstrijkjes wordt al meer dan 15 jaar gevoerd en is nog steeds niet afgesloten. Toch leek er consensus te bestaan, die gestalte kreeg in het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker en in de NHG-standaard 'Cervixuitstrijken'.¹ Hierin wordt voorgesteld om bij vrouwen van 35-54 jaar eens per drie jaar een uitstrijkje te maken, tenzij er speciale indicaties of risicofactoren zijn (afwijkend uitstrijkje in het verleden, vroege sexarche, promiscuïteit vooral van de man, genitale virusinfecties, zichtbare cervixafwijkingen, therapieresistente fluor vaginalis en contactbloedingen).

Dat gynaecologen een andere visie en beleid hebben dan huisartsen, is niet vreemd. Zij zien immers een geselecteerde patiëntenpopulatie. Er wordt echter weinig blijk gegeven van begrip voor de situatie in de eerste lijn. In dit geval is een beleid dat in de tweede lijn best goed kan zijn, niet geschikt in de huisartspraktijk. Het zal leiden tot massale onnodige onrust, angst en onkosten.

De incidentie van invasief cervixcarcinoom bedraagt ongeveer 20 per 100.000 vrouwen per jaar. Per leeftijdscategorie is de incidentie per 100.000 vrouwen per jaar als volgt: <1 voor vrouwen van 15-24 jaar, 7 voor vrouwen van 25-34 jaar, 17 voor vrouwen van 35-44 jaar en 20 à 25 voor vrouwen ≥ 45 jaar. Bij ongeveer 1 procent van de vrouwen van 35-54 jaar worden premaligne afwijkingen gevonden. Hiervan gaat 60 tot 70 procent in spontane regressie.

Negatieve effecten

Helaas zijn premaligne afwijkingen niet te onderscheiden van onschuldige afwijkingen en wordt een groot aantal afwijkingen behandeld. Men mag aannemen dat een groot deel van de gevallen van carcinoma in situ zonder vroege diagnostiek nooit zouden zijn ontdekt, omdat ze niet met klachten gepaard gaan en niet tot inva-

sief carcinoom leiden. Deze 'overdiagnostiek' moet als een negatief effect van het bevolkingsonderzoek worden opgevat. Het negatieve effect neemt sterk toe naarmate men intensiever en op jongere leeftijd (<35 jaar) gaat screenen.

Er zijn nog te weinig gegevens die aantonen dat screening de daling van sterfte ten gevolge van baarmoederhalskanker verklaart.

Een huisarts zou ongeveer één keer per 10 jaar een carcinoom vinden, ongeveer 10-20 keer een premaligne afwijking (PAP IIIA of IIIB) en ongeveer 600 keer PAP II. Bij jaarlijkse uitstrijkjes bij alle vrouwen, zoals voorgesteld in 'Vrouw en gezond zijn', zou een huisarts ongeveer 800 uitstrijken per jaar moeten maken; dat is 20 per week. Het aantal premaligne afwijkingen zou toenemen tot 80-160 per 10 jaar. Hiervan zal 60-70 procent spontaan in regressie gaan en een gedeelte zal behandeld worden. Of deze handelwijze werkelijk een aantal vrouwenlevens spaart, is nog een vraag (evenals hoeveel), waarbij we ervan uitgaan dat er in ieder geval wél uitstrijkjes gemaakt worden volgens de richtlijnen van de standaard.

Opgemerkt dient nog te worden dat er een groep vrouwen is die een snel groeiend carcinoom ontwikkelen en tussen elke screening doorslippen; dit treft met name de jonge categorie.

Voor jonge vrouwen betekent jaarlijks screenen het volgende:

- bij 100.000 vrouwen van 15-24 jaar wordt misschien één invasief carcinoom opgespoord, terwijl 1.000 vrouwen 'onnodig' ongerust zijn wegens mogelijk premaligne afwijkingen;
- bij 100.000 vrouwen van 25-34 jaar worden 7 invasieve carcinomen opgespoord, terwijl ook hier bij 1.000 vrouwen een mogelijk premaligne afwijking wordt vastgesteld.

Er is een grote kans dat net enkele vrouwen met een (pre)maligne afwijking niet voor screening verschijnen. Een ander probleem is dat er een aantal fout-negatieve uitslagen zijn. Wanneer het om een groot percentage gaat, is het zeker onjuist een dergelijke onbetrouwbare test uit te voeren. Verder is er nog de overweging dat het waarschijnlijk ongeveer 15 jaar duurt voordat een normaal epitheel zich ontwikkelt tot een carcinoom.

Cijfers Diagnostisch Centrum

In een begeleidende brief die Prof. dr. A. Haspels meestuurde met de 'Vrouwelijke patiënt' van mei j.l. vermeldde hij, dat ook hij van mening is dat jaarlijkse uitstrijkjes voor alle vrouwen belangrijk zijn. Hij voegde hieraan toe dat in hun kliniek PAP-I nog slechts zelden door de cytoloog wordt afgegeven. Ik weet niet wat hij hiermee wil zeggen. Selecteren huisartsen goed

of neemt de frequentie van afwijkende uitstrijkjes toe?

Ik kan niet nalaten bij deze gegevens van het Diagnostisch Coördinerend Centrum te Maastricht te vermelden. In een beperkte analyse van 1988 blijkt dat in dat jaar ongeveer 5.000 uitstrijkjes ter beoordeling werden aangeboden. Deze kwamen van 83 huisartsen in deze regio, waar slechts één laboratorium is. De uitslagen waren als volgt: PAP 0 1 procent, PAP I 42 procent, PAP II 54 procent, PAP IIIA 1,8 procent, PAP IIIB 0,4 procent, PAP IV 0 procent en PAP V 0 procent. Helaas is nog geen uitspraak te doen over een follow-up van met name de afwijkende uitslagen. Het zou interessant zijn om eveneens te evalueren hoeveel uitstrijkjes binnen deze regio door gynaecologen zijn verricht en wat hiervan de uitslagen waren. Hopelijk kan deze informatie in de toekomst verstrekt worden.

Eerlijke voorlichting

Nu de huisartsensvisie in de voorlichting in 'Vrouw en gezond zijn' ontbreekt, zijn problemen te verwachten. Stelt u zich maar een 30-jarige vrouw voor, die denkt dat jaarlijkse uitstrijkjes nodig zijn. Aarzelend zal ze u tijdens een consult voor een of andere klacht vragen: 'Zal ik dan ook maar weer een uitstrijkje laten maken?' Uitgaande van de NHG-standaard antwoordt u waarschijnlijk: 'Dit is niet nodig.' U kent haar goed en een jaar geleden had ze PAP I als uitslag. Misschien legt u nog eens uit wat risicofactoren zijn. Waarschijnlijk zal ze niet aandringen maar toch teleurgesteld zijn. Op zijn minst zal ze verward zijn. Heeft de dokter geen tijd, vindt hij het onderzoek genant? Of is het echt niet nodig?

Mijns inziens verlenen we de beste zorg door patiënten eerlijke informatie te geven en de grenzen van de gezondheidszorg aan te geven. Veel mensen en zelfs veel artsen realiseren zich niet dat eenvoudige seksuele hygiëne mogelijk preventiever werkt dan een bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. Vroege sexarche en promiscuïteit, met name van de mannelijke partner, zijn bekende risicofactoren. Minder bekend is dat experimenteel bij proefdieren cervixcarcinomen zijn opgewekt met mannelijk smegma. Bij nonnen komt de ziekte niet voor en bij joden is de frequentie zeer laag, mogelijk ten gevolge van abstinentie van de coïtus tijdens menstruatie en voor de ovulatie.

Het lijkt me dan ook tijd om zowel mannen als vrouwen op jeugdige leeftijd juist voor te lichten en bewust te maken van hun verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid en die van de ander. Het is kwalijk om jaarlijks uitstrijken te propageren zonder melding te maken van de

(Dreigende) miskraam, schouderklachten, kankerregistratie

gevolgen voor de algemene gezondheid. Het is schadelijk vrouwen afhankelijk te maken door ze feitenkennis en de mogelijkheid om zelf te beslissen te onthouden. Niet alleen voor deze vrouwen is het slecht, ook voor de algemene gezondheidszorg waarin tijd en middelen schaarse goederen zijn. Hopelijk besluiten huisartsen dus niet tot jaarlijkse uitstrijken. Laten we ervoor zorgen dat onevenwichtige patiënteninformatie geen sta in de weg wordt.

Gerda Fijten, huisarts

¹ Appelman CLM, Boer A, Bruinsma M, et al. Cervixuitstrijken [Standaard]. Huisarts Wet 1989; 32: 532-6.

² Van der Graaf Y. Cervixcarcinoom. Epidemiologie van ziekten in Nederland. Utrecht: Bunge, 1989.

³ Engel F, Trimbos JB, Schaberg A. Tumoren van de vrouwelijke geslachtsorganen. Oncologie. Alphen a/d Rijn: Samsom Stafleu, 1985.

⁴ Van de Lisdonk E. Huisarts en vroege diagnostiek van kanker. Practitioner (NL) 1990; 16: 113-24.

NOTA BENE

Tip:

Hebt u weinig tijd en wilt u naar een voor u onbekend land, kies dan een georganiseerde trektocht voor kleine groepen.

Laat vooraf uw conditie testen. Door een arts, bij voorkeur een sportarts. Zelfs een goed georganiseerde avontuurlijke reis eist heel wat meer dan een fikse wandeling op de hei. Wie onge-traind aan zo'n reis begint is een gevaar voor zichzelf en anderen.

Uit Preventa, juni 1990.

WONCA

Call for papers

Van 10 tot 14 december 1990 zal in Barcelona een regionaal WONCA-congres plaatsvinden. Abstracts voor voordrachten kunnen tot 30 juli 1990 worden gezonden naar het congressesecretariaat: Grupo Pacifico, Muntaner 112, 08036 Barcelona, telefoon 09-343.254.9168, fax 09-343.253.5628.

Echografie bij miskraam

Bij de bespreking van de NHG-standaard '(Dreigende) miskraam'¹ op de toetsingsbijeenkomst van onze waarnemgroep bleek ten aanzien van het tweede punt van het beleid (zwangerschapsreactie en echo: niet zinvol ter bepaling van het beleid) een unaniem afwijkende mening te bestaan. Ieder van ons laat toch vanaf de zevende week een echo doen. In de eerste plaats is er de bekendheid van deze mogelijkheid bij bepaalde mensen (emotioneel argument). In de tweede plaats zijn er praktische argumenten: een eventuele tweelingzwangerschap waarbij één van de twee door abortus verloren gaat, kan gevonden worden. Het blighted ovum en de molazwangerschap worden ook tijdiger gevonden.

Overigens hebben we veel nut ondervonden van de standaarden.

J. Busser

¹ Flikweert S, Ligtenberg WJJ, Sips AJBI. (Dreigende) miskraam [Standaard]. Huisarts Wet 1989; 32: 517-22.

Naschrift

De vraag van collega Busser is ook aan de orde geweest tijdens de consensusprocedure over deze standaard op het NHG-congres in 1988. Ook komt deze vraag herhaaldelijk ter sprake tijdens nascholingsbijeenkomsten over dit onderwerp. Toelichting op de geformuleerde richtlijn is dus zinvol.

Uitgangspunt bij de gekozen formulering is: echografie is geen noodzakelijk onderzoek, het beleid zal, ongeacht de uitslag, er niet door veranderen. Achterwege laten van het onderzoek is dan ook geen kunstfout.

Bekendheid met de mogelijkheden en beperkingen van onderzoek veronderstelt ook de nodige relativering ervan. Bij routine-echografie vroeg in de zwangerschap, zoals sommigen die voorstaan in verband met de termijnbepaling, blijkt niet zelden dat een week na een normale echografie-bevinding toch een miskraam plaatsvindt. Ook het omgekeerde komt voor: bij echografie bij een vrouw met bloedverlies een vermoeden op een lege vruchtzak of blighted ovum, en een week later toch foetale hartactie.

Bloedverlies wordt nogal eens toegeschreven aan een tweelingzwangerschap waarbij een van de twee vruchten verloren is gegaan. Deze uitspraak is nogal spectaculair voor de betreffende vrouw en haar partner. Eigenlijk mag deze diagnose alleen worden genoemd indien bij een eerdere (routine) controle twee vruchtzakken zijn gezien, waarvan er een verloren is gegaan of

kleiner is geworden, nadat tussentijds bloedverlies heeft plaatsgehad. Is dit niet het geval, dan gaat het om een hypothese, en niet meer dan dat.

Het vroegtijdig herkennen van een molazwangerschap is door de werkgroep destijds verworpen als argument voor routine echografisch onderzoek bij bloedverlies in het eerste trimester van de zwangerschap. Daarvoor gelden de volgende redenen:

- de zeer lage incidentie van de molazwangerschap (1 op de 1500 à 3000 zwangerschappen, afhankelijk van de leeftijd);
- de klinische kenmerken van de molazwangerschap: extreme misselijkheid, positieve dyscongruentie vanaf de dertiende week (dat wil zeggen het tweede trimester) en eventueel afstoting van molablaasjes, samen met bloedverlies.

Indien er op deze gronden een sterke verdenking op molazwangerschap is, dan is echografie zeker geïndiceerd; niet als routinebepaling bij iedere vorm van bloedverlies in het eerste trimester van de zwangerschap.

Gebleken is inmiddels dat echografisch onderzoek veelvuldig wordt aangevraagd op de indicatie bloedverlies in het eerste trimester van de zwangerschap. Daartegen bestaat ook geen bezwaar, mits men zich realiseert dat de indicatiestelling niet op medische gronden is, en geen beleidsconsequenties heeft. Het argument om de emoties zo snel mogelijk tot rust te brengen, veronderstelt ook een toelichting op de beperkingen van het onderzoek en de noodzaak tot herhaling, met alle onzekerheid die dit ook weer kan geven.

Namens de werkgroep,
S. Flikweert,
A.J.B.I. Sips

Therapeutisch nihilisme

Hoewel de standaard '(Dreigende) Miskraam'¹ uitermate helder en duidelijk is, zullen er voor menige patiënt en vooral gynaecoloog een aantal moeilijk te accepteren normen ontstaan. Tegenover het therapeutisch nihilisme van de standaard staat de nadruk op de begeleiding. Met name de volgende punten wil ik ter discussie stellen.

1 Een vaginaal toucher bij bloedverlies in de graviditeit wordt door sommigen gezien als een kunstfout, omdat het bloedverlies erdoor zou kunnen toenemen of een miskraam er zelfs door in gang gezet zou kunnen worden. Waarschijnlijk is het raadzaam om:

- in elk geval met de nodige voorzichtigheid te toucheren;