

# Bof, PID, Mammografie, Consult woon/leefklimaat

A. LEENTVAAR-KUYPERS  
R.A. COUTINHO  
P.C. SCHRADER  
S.J.M. BELLEMAN

In deze aflevering van 'Epidemiologische notities' zijn vier (verkorte) bijdragen opgenomen uit het Jaarverslag 1988 van de Amsterdamse GG & GD. A. Leentvaar-Kuypers schreef 'Bof', Prof. dr. R.A. Coutinho schreef 'Pelvic inflammatory disease', Dr. P.C. Schrader schreef 'Mammografie' en S.J.M. Belleman schreef 'Consult woon/leefklimaat'. Terwille van de overzichtelijkheid zijn de figuren doorgenumerd.

## Bof

*Definitie:* Acute ziekte gepaard gaand met koorts en één of meerdere gezwollen en pijnlijke speekselklieren. Eventuele complicaties (bijvoorbeeld orchitis, meningitis, encephalitis, pancreatitis, e.a.) worden vermeld bij 'bijzonderheden'.

Vanaf 1 januari 1987 is vaccinatie tegen bof opgenomen in het rijksvaccinatieprogramma, in combinatie met mazelen en rode hond voor jongens en meisjes op de leeftijd van circa 1 en 9 jaar. De commissie van de Gezondheidsraad die hierover advies uitbracht aan de Minister van WVC, achtte opname van bof in het rijksvaccinatieprogramma wenselijk vanwege medische argumenten en vanuit een oogpunt van kosten-effectiviteit. De commissie verwacht een sterke afname van het aantal gevallen van bof en op den duur eliminatie.<sup>1</sup>

Aan de peilstationarissen werd vanaf 1985 gevraagd bof te registreren. De gegevens uit 1985 en 1986 zullen gebruikt worden als uitgangswaarden. Op basis hiervan zal het effect van vaccinatie tegen bof in de komende jaren geëvalueerd kunnen worden.

De totale incidentie van bof in het jaar 1988 was 11 per 10.000. De viervoudige daling ten opzichte van de voorafgaande jaren wordt voornamelijk veroorzaakt door de enorme daling in de leeftijdsgroep van 1-9-jarigen (*tabel*). In 1988 was de incidentie voor deze leeftijdsgroep 55 per 10.000 versus ongeveer 360 in de drie voorafgaande jaren. Het effect van introductie van BMR-vaccinatie (bof/mazelen/rode hond) wordt fraai geïllustreerd door onze bevindingen. De incidentie van bof in de oudere leeftijdsgroepen lijkt ook te dalen, ten gevolge van de sterk verminderde circulatie van het bofvirus binnen de jongere leeftijdsgroep. Gezien de kleine aantallen voor de oudere leeftijdsgroepen, kan hierover echter geen definitieve uitspraak worden gedaan. Ook is het aantal meldingen van bof te klein om variaties per seizoen en geografisch gebied te kunnen observeren. Er werden geen complicaties gemeld.

In 1989 zal de registratie van bof worden gecontinueerd. Verwacht wordt dat de incidentie nog verder zal dalen.

## PID

Pelvic inflammatory disease (PID, inclusief salpingitis) was in 1988 voor het zesde opeenvolgende jaar opgenomen in het Amsterdamse peilstationonderzoek. De gebruikte definitie is over al deze jaren gelijk gebleven; dit maakt het mogelijk trends in het voorkomen van dit ziektebeeld te bezien.

PID wordt in 60-80 procent van de gevallen veroorzaakt door een seksueel overdraagbaar micro-organisme, voornamelijk Chlamydia Trachomatis en Neisseria Gonorrhoeae. PID is de belangrijkste oorzaak van steriliteit bij de vrouw en voorts hebben vrouwen die een PID hebben doorgemaakt, een sterk verhoogde kans op een extra-uteriene graviditeit. Aangezien bekend is dat er een samenhang bestaat tussen de kans op PID en de gebruikte anticonceptie, wordt hier sinds 1985 eveneens naar gevraagd.

In 1988 werden door de deelnemende huisartsen 84 gevallen van PID gemeld. De incidentie was 25,5 per 10.000 vrouwen; de hoogste incidentie werd gevonden in de leeftijdsgroep 25-34 jaar.

Van de 84 opgegeven patiënten gebruikte 26 de pil, 27 een spiraal, 9 een andere vorm van anticonceptie, terwijl 22 patiënten geen anticonceptie toepasten. De week-incidentie vertoonde geen grote schommelingen. Wel waren er grote verschillen per buurt.

Evenals in de voorafgaande jaren, is de PID-incidentie in 1988 opnieuw gedaald; zij is nu gehalveerd ten opzichte van de jaren 1985-1987 (*figuur 1*). De sterkste daling ziet men in de leeftijdsgroep 34-44 jaar, maar er is ook een daling bij 20-24- en 25-34-jarigen. Opvallend is dat de dalende tendens niet gezien wordt in de leeftijdsgroep 15-19 jaar. De absolute aantallen patiënten per leeftijdsgroep zijn overigens betrekkelijk gering, hetgeen de betrouwbaarheid van de tendenzen beïnvloedt.

De dalende incidentie van PID blijkt vooral het gevolg te zijn van een sterke daling in de incidentie van gonorrhoe. Uit gegevens van poliklinieken voor geslachtsziekten blijkt dat deze daling niet alleen gezien wordt bij homoseksuele mannen, maar ook bij heteroseksuele mannen en vrouwen. Het aantal op deze poliklinieken gediagnostiseerde gevallen van non-gonokokken urethritis – vaak veroorzaakt door Chlamydia Trachomatis – is daarentegen ongeveer stabiel. Dit wijst erop dat er geen sterke daling is in het aantal infecties met Chlamydia Trachomatis. De dalende gonorrhoe-incidentie onder heteroseksuelen moet derhalve zeker niet alleen in verband worden gebracht met een gedragsverandering bij deze groep (onder invloed van Aids), maar ook met andere factoren, zoals afname in virulentie van de gonokok of een ruimer gebruik van antibiotica.

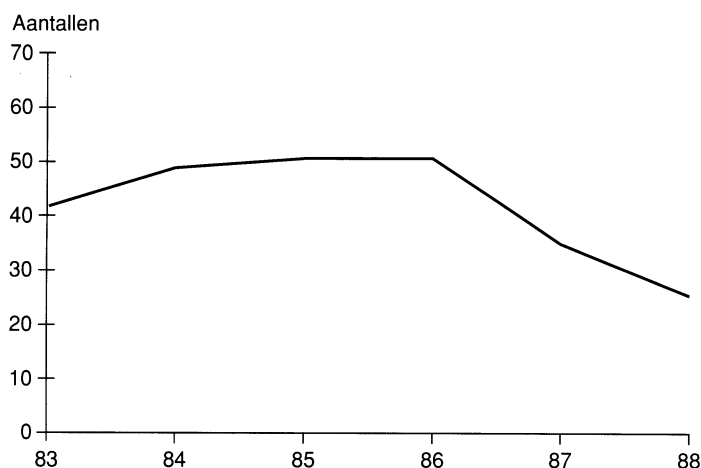
## Mammografie

Sinds augustus 1989 wordt het landelijk bevolkingsonderzoek op borstkanker gefaseerd ingevoerd. Dit bevolkingsonderzoek richt zich op vrouwen tussen de 50 en 70 jaar; zij worden eens

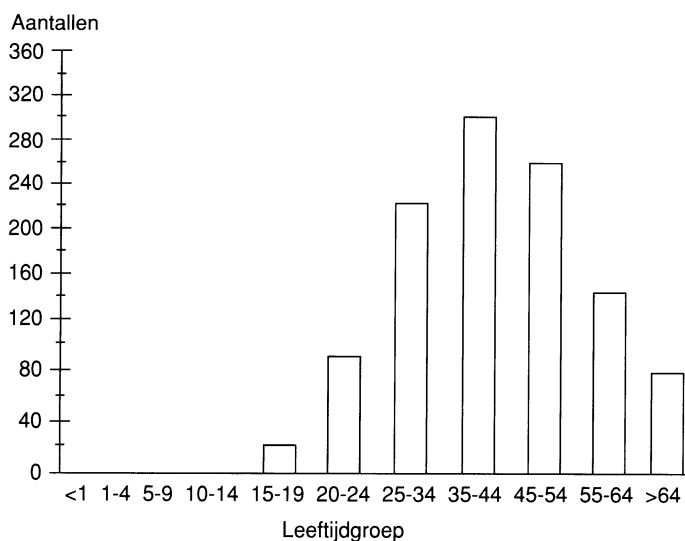
**Tabel** Bofmeldingen voor 1-9-jarigen in 1980 en in 1985 t/m 1988. Aantallen.

Jaar	Kwartaal				Incidentie 10.000/jaar
	1	2	3	4	
1980	264	198	26	15	656
1985	49	59	40	78	350
1986	64	83	35	74	379
1987	113	86	23	15	357
1988	13	12	4	10	55

**Figuur 1** Incidentie PID, 1983-1988. Aantallen per 10.000 per jaar.



**Figuur 2** Incidentie mammografie 1988. Aantallen per 10.000 per jaar.



per twee jaar uitgenodigd voor onderzoek door middel van mammografie.

Doel van het bevolkingsonderzoek is het opsporen van afwijkingen bij vrouwen die nog geen klachten ondervinden, en bij wie de eventuele tumor nog goed operabel is. Met behulp van het mammogram kan de definitieve diagnose 'maligne tumor' niet worden gesteld, maar wel kunnen afwijkingen worden opgespoord die voor nadere diagnostiek in aanmerking komen.

Op advies van de Gezondheidsraad zijn de leeftijdsgrenzen voor het bevolkingsonderzoek op 50-70 jaar gesteld. Het advies is gebaseerd op kosten/baten-onderzoek, waaruit blijkt dat deze vorm van primaire preventie weinig kosten-effectief is bij vrouwen onder de 50 jaar. Dit heeft enerzijds te maken met de lage incidentie op relatief jonge leeftijd, anderzijds met de hogere gemiddelde groeisnelheid van tumoren bij jongere vrouwen; om de tumoren bij jongere vrouwen toch in een vroeg stadium te kunnen opsporen, zou een zeer hoge screeningsfrequentie noodzakelijk zijn.

Tegen de achtergrond van het bevolkingsonderzoek is het zinvol om te weten hoe vaak de huisarts vrouwen verwijst voor een mammogram. Het gaat hierbij in de meeste gevallen om een *indicatiemammogram*. Hierbij wordt de beslissing om het mammogram te laten verrichten, genomen door de huisarts, op basis van klachten waarmee de vrouw zich bij hem heeft gepresenteerd, of om angst en ongerustheid bij de vrouw weg te nemen. Dit in tegenstelling tot het *screeningsmammogram* in het bevolkingsonderzoek. Op basis van de aantallen en de praktijksamenstelling van de gezamenlijke praktijken van de peilstationarissen zijn leeftijdspecifieke 'incidenties' berekend (figuur 2).

De incidentie is het hoogst in de leeftijdsgroep 25-44 jaar en neemt sterk af na het 55e jaar. Uit deze incidenties en de bevolkingsopbouw van de Amsterdamse vrouwelijke populaties kan het totaal aantal mammogrammen dat jaarlijks in Amsterdam door huisartsen wordt aangevraagd, geschat worden op bijna 4800. Ter vergelijking: het aantal mammogrammen dat in het kader van het bevolkingsonderzoek in Amsterdam zal worden verricht, kan geschat worden op 22.800, uitgaande van een screeningsfrequentie van eens per twee jaar, een opkomstpercentage van 70 procent en de aanbevolen leeftijdsgrenzen van 50-70 jaar.

Opvallend is de leeftijdsverdeling van de vrouwen die door de huisarts werden verwezen voor een mammogram: het merendeel valt in de leeftijdscategorie 25-54 jaar en is dus belangrijk jonger dan de groep die voor het bevolkingsonderzoek in aanmerking komt. Een mogelijke verklaring hiervoor is de hypothese dat bij vrouwen in

# Kankerregistratie

deze leeftijdsgroep de aandacht voor klachten en symptomen die duiden op een aandoening van de borsten, groter is dan bij oudere vrouwen. Het feit dat de groep van 50-70 jaar door de huisarts minder vaak wordt verwezen voor een *indicatief* mammogram, is een additionele reden om juist in deze leeftijdsgroep systematisch bevolkingsonderzoek te verrichten.

## Consult woon/leefklimaat

**Definitie:** Elk consult waarbij, volgens opgave van de patiënt zelf, direct of indirect de (ervaren) kwaliteit van de woon/leefsituatie in de buurt bron is van de klacht(en).

Het aantal keren dat een consult woon/leefklimaat door de deelnemende artsen werd geturfd, bedraagt in totaal 1516. Dit is (zeer) hoog te noemen; een relatief veel voorkomende klacht als gastro-enteritis scoorde in het peilstationonderzoek 1987 niet hoger dan 893. Andere onderwerpen scoren doorgaans veel lager. Uiteraard zegt dat iets over de onderwerpenkeuze en niets representatiefs over het klachtenpatroon van Amsterdammers. Toch heeft dit hoge aantal ons verrast; het levert een incidentie op van 235 per 10.000 inwoner (2 per 100 inwoners).

De klachten komen voor tweederde van vrouwen; over de nationaliteit c.q. het land van herkomst is ons niets bekend. Uit de leeftijdverdeling (figuur 3) valt op te maken dat niet alleen oudere mensen klagen over het woon/leefklimaat, maar dat de incidentie een top vertoont in de leeftijdsklassen 45-54 jaar. Voorts zien wij in elke leeftijdsgroep een hogere incidentie voor vrouwen dan voor mannen.

Wij zien hier een voor Amsterdamse begrippen bekend patroon: de stadsdelen Spaarndammer/Zeeheldenbuurt, Staatslieden/Frederik Hendriksbuurt, Indische buurt en Oostelijk Havengebied vertonen de hoogste incidenties. Dit gegeven loopt parallel aan de bevindingen van het Vergelijkend Buurtonderzoek en diverse andere buurtvergelijkende studies over Amsterdam. Zonder te trachten volledig te zijn, constateren wij dat deze stadsdelen (maar ook Amsterdam-Noord waar eveneens een relatief hoog incidentiecijfer is gevonden) gekenmerkt worden door een bevolking met een relatief laag besteedbaar inkomen, een relatief hoog werkloosheidspercentage, kortom een tamelijk groot aandeel van groepen met een sociale achterstand.

Deze bevinding is er één van vele die wijzen op sociaal-economische verschillen tussen delen van Amsterdam, gepaard gaand met gezondheidsverschillen van velerlei aard.

<sup>1</sup> Gezondheidsraad. Advies inzake bof-/rubellavaccinaties no. 1984/13. 's Gravenhage 1984.

**In het kader van de Continue Morbiditeits Registratie, Peilstations Nederland zijn gedurende de jaren 1983 t/m 1985 gegevens verzameld over alle bij de huisarts bekende nieuwe patiënten met kanker. Het doel was antwoord te krijgen op de volgende vragen: is een landelijke kankerregistratie die is gebaseerd op gegevens van de tweedelijns gezondheidszorg c.q. de pathologisch-anatomische laboratoria, compleet; moeten ook de huisartsen als bron dienen voor deze registratie en, zo ja, in hoeverre?**

## Onderregistratie

De peilstations registreerden 1427 patiënten met een (vermoeden van) een maligniteit. Acht meldingen werden van de analyse uitgesloten wegens een tekort aan informatie.

Wanneer een landelijke kankerregistratie alleen gebaseerd zou zijn op de gegevens van de pathologisch-anatomische laboratoria, zou er een onderregistratie ontstaan van 10 procent. Deze onderregistratie is selectief, te weten:

- afhankelijk van de lokalisatie van het carcinoom: met name de tumoren van de hersenen, de pancreas en het lymfatisch en bloedvormend weefsel zijn relatief sterk ondergeregistreerd, respectievelijk 45, 43 en 29 procent; in absoluut opzicht vormen de longtumoren een groot deel van de groep zonder PA-diagnose;
- afhankelijk van de leeftijd en gezondheidstoestand van de patiënt: vooral bij patiënten ouder dan 65 jaar is er vaak geen histo-pathologische diagnose gesteld; bij de patiënten ouder dan 85 jaar is dit bijna 30 procent;
- afhankelijk van de woonsituatie: vooral bij de (tevens zeer oude) alleenstaanden en mensen die in een instituut wonen, is vaak geen histo-pathologische diagnose gesteld.

De onderregistratie blijkt onafhankelijk te zijn van geslacht, provincie en urbanisatiegraad.

Als redenen voor het ontbreken van de histo-pathologische diagnose (en de daardoor ontstane onderregistratie) kwamen in dit onderzoek naar voren:

- het materiaal is moeilijk te verkrijgen, met name bij de hersentumoren;
- oudere patiënten worden minder vaak verwezen en er wordt minder vaak invasieve diagnostiek bij hen verricht;
- de diagnose kanker wordt met behulp van een andere techniek gesteld, zoals hersentumoren met behulp van een CT-scan en longtumoren met behulp van een röntgenfoto;
- een andere specialist dan de patholoog-anatoom beoordeelt de preparaten, zoals bloed- en beenmergpreparaten die door de internist/hematoloog worden bekeken;
- een te snel fataal verloop van de ziekte;
- de patiënt weigert verder onderzoek.

**Conclusie:** Een landelijke kankerregistratie die alleen is gebaseerd op de gegevens van de pathologisch-anatomische laboratoria, is niet afdoende.

## Gesuggereerde mogelijkheden

Er zijn enige mogelijkheden gesuggereerd om de kankerregistratie sluitender te krijgen:

- wanneer de *röntgenoloog* als aanvullende signaleringsbron zou dienen, zou dit leiden tot een toename van minimaal 4,4 en maximaal 6,6 procent;
- wanneer de *internist/hematoloog* als aanvullende signaleringsbron zou dienen, zou dit leiden tot een toename van minimaal 1,5 en maximaal 1,8 procent;
- wanneer de *huisarts* als aanvullende registratiebron zou dienen, zou dit een toename van 0,9 procent betekenen; wanneer de patiënten van wie in het ziekenhuis alleen een röntgenfoto is gemaakt ook beschouwd worden als 'alleen gezien door de huisarts', wordt dit 1,8 procent.

Kwantitatief gezien is het aandeel van de huisarts in dit onderzoek klein. Of de huisarts moet meedraaien in het registratiecircuit, hangt echter niet alleen af van de hoeveelheid gemiste carcinoompatiënten, maar ook van het type gemiste carcinoompatiënten. Het aantal patiënten dat alleen door de huisarts is gezien, is in dit onderzoek echter te klein om deze groep duidelijk te definiëren. Men zou op grotere schaal na moeten gaan welke typen carcinoompatiënten de huisarts voornamelijk (als enige) diagnostiseert.

Ook de mogelijkheid van *obductie*, om een volledig sluitende registratie te krijgen, is besproken. Afgezien van tijd, moeite, financiering, onwil bij nabestaanden en het feit dat de diagnose kanker al vrij zeker kan zijn op grond van andere diagnostiek dan histo-pathologisch onderzoek, lijkt het nut om bij elke overledene obductie te verrichten zeer twijfelachtig.

De huidtumoren zijn als probleemgroep apart ter sprake gekomen. Omdat het aantal huidtumoren lijkt toe te nemen, is in de toekomst een nauwkeurige registratie van deze groep gewenst, ook al zou deze, vanwege het arbeidsintensieve aspect van een dergelijke registratie, slechts in een deel van Nederland plaatsvinden.

**Bron** Vecht-Hart CM, Van Noord PAH. Kankerregistratie gepeild; kankerregistratie in de eerstelijns gezondheidszorg. Utrecht: Nivel, 1989. ISBN 90-6905-102-8