

Indirecte laryngoscopie bij stemklachten

Ik heb twee opmerkingen over het artikel in H&W 2003;46:324-8 over stemklachten. In de eerste plaats miste ik informatie over hoe vaak indirecte laryngoscopie door huisartsen wordt toegepast. Ik meen dat dit zeer weinig gebeurt en in een artikel in H&W over stemklachten met prachtige plaatjes zou informatie daarover niet misstaan.

Daarnaast vond ik de beschrijving van de verrichting van de indirecte laryngoscopie wel erg bondig. In een kadertje wordt beschreven hoe de huisarts deze handeling zou kunnen uitvoeren. Deze beschrijving leidt eerder tot frustratie en insufficiëntiegevoelens. Er wordt namelijk niets geschreven over de lichtbron (direct of indirect licht), of over de positie van de patiënt (zittend, eventueel op een verhoging, of staand) en die van de arts. De mogelijkheid van oppervlakkige verdooving komt ook niet ter sprake.

In een dergelijk kort bestek is het eigenlijk onmogelijk een goede beschrijving te geven van indirecte laryngoscopie in de huisartsenpraktijk. Toch gaat het om een belangrijk onderwerp dat terecht in uw blad wordt beschreven. Een onderwerp voor (na)scholing op een NHG-congres wellicht?

Hans Burggraaff

Antwoord

Het is ons niet bekend hoe gebruikelijk het is om indirecte laryngoscopie toe te passen in de huisartsenpraktijk. In geen enkel onderzoek zijn hier cijfers over te vinden. Naar onze persoonlijke indruk komt dit nauwelijks voor.

U heeft gelijk dat de gegevens in ons artikel onvoldoende informatie leveren om deze techniek in de praktijk toe te passen.

We denken dan ook dat dit meer thuishoort in een DKB-pakket. Voor het spiegelen is de voorhoofdspiegel met eigen lichtbron, of een elektrische voorhoofdlamp het meest geschikt. De positie van de patiënt is op gelijke hoogte recht tegenover de arts. Het is het meest praktisch als beiden zitten. Alleen bij een sterke wurgreflex kan lidocainespray 10% gebruikt worden.

Christa Aberson

Cervixscreening stoppen

Lucassen bespreekt in het Journaal (H&W 2003;46:352) een onderzoek over cervixscreening in Bristol. In een duopraktijk zou in 38 jaar één dode per jaar worden voorkomen ten koste van 152 vrouwen met abnormale uitstrijkjes en vervolgonderzoek.¹

Voor het Nederlandse bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker is berekend dat 2560 uitstrijkjes gemaakt moeten worden om één sterfgeval van baarmoederhalskanker te voorkomen (per duopraktijk één dode per 12 jaar).² Mortaliteit als uitkomstmaat voor deze ziekte is een grof eindpunt. Na introductie van een screeningsprogramma blijkt in de betreffende landen de incidentie van baarmoederhalskanker fors (40-50%) te zijn gedaald; ook hebben landen met een screeningsprogramma een lagere incidentie dan landen zonder.³ Naarmate de huisarts meer participeert in het bevolkingsonderzoek, zijn de opkomst en beschermingsgraad 10-15% hoger dan wanneer de GGD uitnodigt.⁴ Dit geldt vooral voor groepen met een verhoogd risico en een lage opkomst (allochtone vrouwen en een lagere SES).

Deels is de kritiek op cervixscreening terecht. Ondanks alle nieuwe ontwikke-

lingen is het arbeidsintensieve uitstrijkje nog steeds het beste screeningsinstrument.⁵ Het vervolgonderzoek na een afwijkend uitstrijkje is belastend voor de patiënte én de gezondheidszorg. Hopelijk zal in de nabije toekomst met onderzoek op het humane papillomavirus een deel van de vrouwen met een afwijkend uitstrijkje gerustgesteld en een deel terecht verwezen kunnen worden.

De conclusie van Lucassen is te kort door de bocht: het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker is effectief gebleken en heeft ons geleerd dat preventie in de huisartsenpraktijk effectief is en goed gedelegeerd kan worden. Met het stoppen van de cervixscreening zou men het kind met het badwater weggooien.

Louwrens Boomsma, Ton Drenthen,
NHG-sectie Preventie & Patiëntenvoorlichting

- 1 Raffle AE, Alden B, Quinn M, Babb PJ, Brett MT. Outcome of screening to prevent cancer: analysis of cumulative incidence of cervical abnormality and modelling of cases and deaths prevented. *BMJ* 2003;326:901-4.
- 2 Boomsma LJ, Van Lidth de Jeude CP. Number Needed to Screen, een hulpmiddel bij de beoordeling van preventieprogramma's. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000;144:2345-8.
- 3 Geijer RMM, Hanselaar AGJM, Collette C. Cervixscreening is wel zinvol. *Huisarts Wet* 2001;44:28-9.
- 4 Hermens RPMG. Cervical cancer screening. Quality improvement interventions in general practice [Proefschrift 2003]. Katholieke Universiteit Nijmegen, 2003.
- 5 Coste J, Cochand-Priollet B, De Cremoux P, Le Gales C, Cartier I, Moulinié V, et al. Cross sectional study of conventional cervical smear, monolayer cytology, and human papillomavirus DNA testing for cervical cancer screening. *BMJ* 2003;326:733-6.