

het epidemiologische speurwerk, de sleutel tot de preventieve geneeskunde.

Toekomst. Het ligt in de bedoeling van de staf van het Nederlands Huisartsen-Instituut in de loop van de komende jaren enige epidemiologische studies uit te voeren. Vele huisartsen zullen aan deze

projecten een actieve bijdrage kunnen leveren door een gerichte documentatie van bepaalde groepen patiënten na te streven. Door de samenwerking van zovelen, gecoördineerd vanuit een eigen instituut, ontstaan unieke onderzoeksmogelijkheden, waarvan de vruchten niet zullen nalaten de Nederlandse huisartsenwereld nieuw prestige te geven.

De taak van de huisarts op het gebied van de gynaecologische cancerologie*

DOOR DR I. S. SINDRAM, VROUWENARTS TE AMSTERDAM

De positie van de huisarts, zijn taak en zijn opleiding zijn de laatste tijd herhaaldelijk het onderwerp geweest van studie en discussie. Het is duidelijk, dat de steeds verdergaande splitsing van de geneeskunde in specialismen en subspecialismen de taak van de huisarts de laatste decennia aanzienlijk heeft gewijzigd. Dit betekent niet, dat die taak verkleind of vereenvoudigd is, integendeel, terwijl de huisarts 25 jaar geleden, toen ikzelf het voorrecht had huisarts te zijn, zijn aandacht hoofdzakelijk op curatief werk kon concentreren, wordt tegenwoordig een veel bredere visie van hem verwacht. Een belangrijk stuk preventieve geneeskunde moet nu tot zijn domein worden gerekend, of zoals *De Froe* het onlangs fraai uitdrukte: „Wij beperken ons niet meer tot de zieken . . . , maar wij gaan uit tot de bedreigden”. En dat niet alleen; de psychosomatiek heeft haar intrede gedaan, stoornissen in de aanpassing aan milieu en maatschappij vragen veel meer dan vroeger de aandacht. Psychologische en sociale aspecten van het ziekzijn behoort de huisarts te kennen en in zijn handelen te betrekken.

Op al deze punten is de specialist tegenover de huisarts in het nadeel. Hij kent zijn patiënten slechts oppervlakkig van een enkel spreekuurbezoek. Van omgeving en achtergrond van de zieke weet hij meestal niets, kortom de specialist kent de zieke wel, maar de zieke niet. Voegt men daar nog aan toe de invloed van de steeds kleiner wordende gezichtshoek van de „subspecialist” dan is het haast onvermijdelijk dat zijn werk dreigt te „verzakelijken en te ontmenselijken” (*De Froe*). Bovendien wordt de „subspecialist” zo zeer in beslag genomen door gecompliceerde technische problemen, dat er in zijn denken vaak onvoldoende plaats overblijft voor de noden van de zieke mens. De mens moet wijken voor monitoren en ponskaarten en een fraaie statistiek dreigt belangrijker te worden dan de menselijke ziel.

Dat het oplossen van medische problemen op

* Naar een voordracht, gehouden op 23 april 1964 te Tilburg voor de afdeling Tilburg en omstreken der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

hoog specialistisch niveau meer een technische dan een menselijke aangelegenheid wordt, kan ook door team-work niet worden verhinderd. Terecht zegt *De Froe*, dat zelfs het beste team van specialisten nog geen algemene arts vormt. Vandaar dan ook, dat ik graag, mede namens de andere specialisten van het Antoni van Leeuwenhoekhuis, wil proberen duidelijk te maken op welke wijze naar onze mening de huisarts belangrijk kan bijdragen tot een optimale behandeling van de carcinoompatiënt. Dat ik daarbij als gynaecoloog vooral zal aanknopen bij de specifiek gynaecologische problemen spreekt vanzelf, maar moet niet worden gezien als een beperking van de algemene strekking van mijn betoog.

De taak van de huisarts op het gebied van de cancerologie is veelomvattend en kan in de volgende punten worden samengevat:

- Preventie;
- Opsporing;
- Vroege herkenning;
- Selectieve verwijzing;
- Hulp en bijstand tijdens de opname;
- Nabehandeling na ontslag uit het ziekenhuis;
- Hulp bij de „Follow-up”;
- Terminale zorg.

Preventie. Dat enkele vormen van kanker voorkomen kunnen worden is tegenwoordig wel algemeen bekend. Longkanker is het meest bekende voorbeeld, maar ook andere vormen van kanker, vooral die welke ontstaan mede tengevolge van uitwendige oorzaken, kunnen worden voorkomen. Op gynaecologisch gebied denk ik dan vooral aan het cervixcarcinoom, waarvan wel vaststaat, dat in vele gevallen het ontbreken van seksuele remmingen, vooral op zeer jeugdige leeftijd, een causale factor van betekenis is (*Rotkin*). Voor de verdere uitwerking van dit punt moge ik verwijzen naar mijn artikel in dit tijdschrift. De daarin verkondigde opvattingen zijn kortgeleden nog eens onderstreept (*Reid; Elliot*).

Als de huisarts er voldoende van overtuigd is, dat een ongeregeld seksueel leven niet alleen op ethische of religieuze gronden verwerpelijk, maar ook

onhygiënisch is en daardoor medische gevaren oplevert, dan zal hij uit overtuiging en met klem zijn jeugdige patiënten kunnen waarschuwen voor de gevaarlijke nasleep van hun „moderne” levenswijze. Ook zal hij deze opvatting moeten uitdragen voor zover hij betrokken is in voorlichtingswerk op scholen, in cursussen enzovoort.

Meer direct medisch wordt de preventieve taak van de huisarts als hij aandoeningen te behandelen krijgt, die als voorlopers van kanker bekend staan. Dergelijke aandoeningen moet hij kennen en herkennen. Op gynaecologisch gebied zou ik als zodanig willen noemen: sommige vormen van „erosie” van de portio: elke ovariumtumor; elke met jeuk gepaard gaande aandoening van de vulva; een lang bestaande vaginale decubitus (ring).

Op de problemen, die de „erosie” opwerpt, verwijs ik naar boven aangehaald artikel in dit tijdschrift. De andere genoemde aandoeningen zullen, ook al is de kans op maligne ontanding maar klein, meestal specialistische beoordeling en behandeling vragen. Met de verwijzing naar de specialist is de taak van de huisarts in deze voorlopig beëindigd.

Opsporing. Met opsporing bedoel ik vooral het ontdekken van symptoomloze gevallen van kanker. De klinische ervaring heeft geleerd dat het vooral deze groep patiënten is (de „toevallig” ontdekten), die goede genezingskansen heeft. Dat niet zo heel zelden gezwollen toevallig worden ontdekt, bijvoorbeeld bij een keuring of omdat de patiënt voor heel iets anders de dokter raadpleegt, bewijst dat er betrekkelijk veel mensen met symptoomloze kankers rondlopen. Bevolkingsonderzoeken, vooral in Amerika (*Erickson c.s.*), maar op zeer kleine schaal ook in ons land (*Van der Heide*) bevestigen dit. Al lijken de getallen op het eerste gezicht niet zorgwekkend, het is toch een verontrustende gedachte, dat steeds weer blijkt, dat op iedere duizend vrouwen boven de twintig jaar minstens vijf een carcinoom of een carcinoma in situ van de cervix hebben. Alleen door een grootscheeps bevolkingsonderzoek kunnen wij deze vrouwen opsporen. De middelen en de mogelijkheden voor een dergelijke massa-„screening” ontbreken in ons land echter geheel. Maar dat wil niet zeggen, dat er in kleine kring en op beperkte schaal niets gedaan kan en moet worden.

Het symptoomloze cervixcarcinoom is namelijk zeer gemakkelijk op te sporen als men gebruik maakt van de mogelijkheden, die de cytologie tegenwoordig biedt. Een eenvoudige vaginale uitstrijk levert het celmateriaal, waarin een ervaren cytoloog maligne cellen kan herkennen, vaak vele jaren voordat het infiltrerende carcinoom zich zal manifesteren. Veel propaganda voor de cytologie kunnen wij helaas nog niet maken, omdat de laboratoriumfaciliteiten veel te langzaam tot ontwikkeling komen. Er zijn in ons land onvoldoende cytologen en de weinigen, die er zijn, kunnen het werk nauwelijks aan, ook al door gebrek aan ervaren personeel. Hoewel het naar ik vrees nog vele jaren zal duren voordat elk streeklaboratorium voor cyto-

diagnostisch onderzoek is uitgerust en waarschijnlijk nog meer jaren voordat de ziekenfondsen bereid zullen zijn de kosten van dergelijk opsporingswerk te dragen, is er toch voor de verre toekomst maar één mogelijkheid: gericht periodiek geneeskundig onderzoek!

Als het publiek eenmaal voldoende doordrongen is van de mogelijkheid om sterfte door cervixcarcinoom te voorkómen, zal zeker de eis worden gesteld, dat voor iedere vrouw de mogelijkheid moet bestaan van tijd tot tijd een vaginale uitstrijk te laten maken. Ongetwijfeld zal dit in de toekomst een taak van de huisarts zijn, misschien kan hij zich daar op voorbereiden door de mogelijkheden van de cytologie nu al te overdenken en er incidenteel gebruik van te maken. Een toenemende vraag naar cytologische faciliteiten kan het aanbod slechts stimuleren!

Het herkennen van andere symptoomloze carcinoomen op gynaecologisch gebied behoort niet tot de praktische mogelijkheden van de huisarts, tenzij men in navolging van de Fransen de borst rekent tot het terrein van de gynaecoloog. Op dat gebied is zeker nog belangrijk opsporingswerk te verrichten. Aangezien echter in ons land de mamma behoort tot het domein van de chirurg zal ik daar niet nader op ingaan.

Vroege herkenning. Dat er naar moet worden gestreefd het carcinoom in zijn eerste ontwikkelingsfase te herkennen, spreekt wel vanzelf. Hoe kleiner het proces hoe beter de kans dat het geheel verwijderd of vernietigd kan worden. Het duidelijkst komt dit naar voren bij het cervixcarcinoom, dat in het stadium I een genezingskans heeft van 80 procent, in stadium II niet veel meer dan 50 procent, in stadium III nog slechts 25 procent, terwijl stadium IV geen uitzicht op genezing meer biedt.

Helaas moeten wij bij het bestuderen van de ziektegeschiedenissen van onze patiënten vaststellen, dat bij de meesten enige tijd verstreken is tussen het optreden van de eerste verschijnselen en het stellen van de diagnose. Vaak is de patiënt zelf voor deze verzuimde tijd verantwoordelijk, angst of onwetendheid hebben haar weerhouden naar de dokter te gaan. Veel tragischer echter is te moeten constateren, dat niet zelden ook de arts tijd verloren laat gaan. Daarbij zijn het zelden de moeilijkheden van de diagnostiek waardoor de diagnose te laat wordt gesteld. In de meeste gevallen is de oorzaak van het tijdsverzuim, het achterwege blijven van het noodzakelijke onderzoek. Vooral gynaecologisch onderzoek wordt ten onrechte nog al eens nagelaten. Het kost op een druk spreekuur te veel tijd en vaak moet eerst een zekere weerstand worden overwonnen, zowel bij de patiënt als bij de dokter!

Veel ellende zou kunnen worden voorkómen als er iets vaker gynaecologisch werd onderzocht. Bepaald noodzakelijk is dat bij de volgende klachten: afscheiding, die opvalt door kleur, geur of irritatie; elke vorm van vaginaal bloedverlies buiten de menstruaties; contactbloedingen; pruritus vulvae; dik-

ker worden van de buik en vage pijnen onder in de buik.

Het carcinoom van de vulva zal door inspectie herkend of althans vermoed kunnen worden. Een enigszins uitgebreid carcinoom van de vagina of de portio wordt bij toucher gevoeld, het speculum-onderzoek geeft nog meer zekerheid en het bewijs kan worden geleverd door de cytologie (de uitstrijk) of de proefexcisie. Ontstaat bij inwendig onderzoek een bloeding dan is dit zonder meer verdacht voor een maligne proces, vooral van de portio. Het corpuscarcinoom manifesteert zich hoofdzakelijk door metrorragie, vooral in de menopauze. Het kan slechts door een curettage worden gediagnostiseerd. Een ovariumtumor van enige omvang zal ook bij betrekkelijk geringe gynaecologische ervaring door de huisarts kunnen worden herkend als hij maar de moeite neemt de patiënt uitwendig en inwendig te onderzoeken.

Dat de differentiële diagnose tussen een myoom en een ovariumtumor onoverkomelijke moeilijkheden kan opleveren, doet in dit verband niet ter zake. In alle hier aangeduide gevallen waar de huisarts een maligne proces kan vermoeden of niet met zekerheid uitsluiten, moet het oordeel van een specialist worden gevraagd.

Selectieve verwijzing. Hiermede kom ik op een zeer delicaat onderwerp. Immers, de Nederlandse arts is een uitgesproken individualist, die bij voorbaat elke vorm van dirigisme zal afwijzen. Evenzeer als voor de patiënt de vrije artskeuze geëist wordt, zo wordt voor de arts de vrije specialistenkeus als een vanzelfsprekende zaak gezien. In principe moet van iedere arts worden verwacht, dat hij zijn patiënten zal verwijzen naar die specialist, die in zijn ogen de beste waarborgen biedt voor een optimale behandeling. In de praktijk moet worden vastgesteld, dat vele factoren een rol spelen bij de verwijzingspolitiek. Zonder op dit punt in bijzonderheden te treden meen ik te mogen stellen dat de huisarts zijn specialisten zelden uitsluitend op medische gronden kiest. En toch moet hij dat voor de carcinoompatiënten wel doen.

Om duidelijk te maken wat ik bedoel: Het doet er bijzonder weinig toe aan wie men een patiënt met een appendicitis toevertrouwt; iedere chirurg zal dat goed in orde maken. Voor moeilijke ingrepen echter, zoals bijvoorbeeld het verwijderen van een aneurysma aortae, zal men slechts bij enkele ervaren vaatchirurgen goed terecht kunnen. Voor mijn specialisme geldt hetzelfde. Iedere gynaecoloog, die het niet al te slecht heeft getroffen met zijn opleiding, zal een hysterectomie kunnen doen, maar hoevelen hebben in hun opleidingstijd ervaring opgedaan met de radicale hysterectomie, met de bekkenlymfklier verwijdering of met de radicale vulvectomie? Slechts zeer weinigen en alleen in handen van deze zeer weinigen heeft de carcinoompatiënt kans op een optimale behandeling.

Evenals de hersenchirurgie, de hart- en vaatchirurgie en andere subspecialismen is de kanker-

chirurgie slechts het domein van enkelen. Men begripte mij goed: ik wil hiermede niet zeggen, dat de kankerchirurgie een uitzonderlijke begaafdheid vraagt, geenszins, zij eist slechts uitzonderlijke bekwaamheden verkregen in een lange opleiding en door voortdurende training. Slechts op die wijze is voldoende ervaring te verkrijgen, nodig om een goede behandeling van de carcinoompatiënt te waarborgen.

Het zal duidelijk zijn dat dit betoog een pleidooi is voor centralisatie van de „moeilijke carcinomen”. Op gynaecologisch gebied zijn het carcinoom van de cervix en van de vulva als zodanig te beschouwen. Alleen door concentratie in een beperkt aantal centra wordt een voldoende ervaring onderhouden en is men daar in de gelegenheid een volgende generatie op te leiden aan wie de verworvenheden op dit gebied kunnen worden doorgegeven.

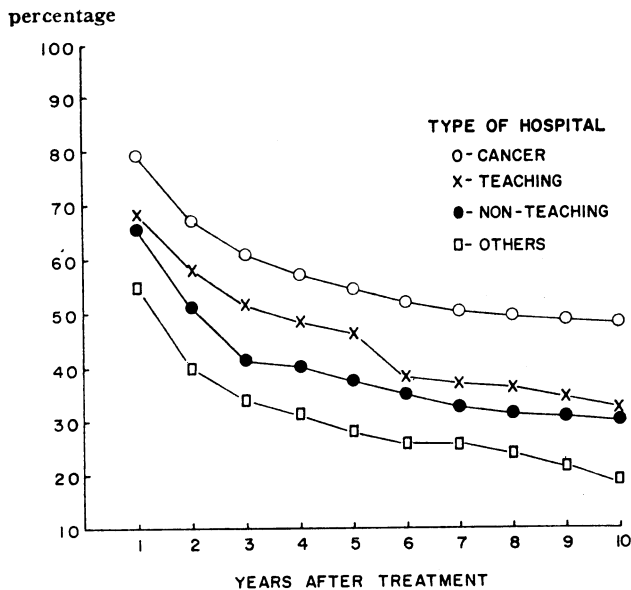
Vermoedt of diagnostiseert de huisarts zelf een carcinoom dan is het dringend gewenst, dat hij afwijkt van zijn gewone verwijzingsroute en zich afvraagt bij wie, in welk centrum, zijn patiënt de beste genezingskansen heeft om dan daarheen te verwijzen. Moeilijker ligt het probleem als de diagnose wordt gesteld door de specialist met wie gewoonlijk wordt samengewerkt, hetgeen toch meestal het geval zal zijn. Vele jongere specialisten realiseren zich hun beperkingen op cancerologisch gebied en sturen hun patiënten naar de kankercentra. Anderen hebben helaas minder kritisch inzicht en realiseren zich onvoldoende dat voor een optimale behandeling van sommige moeilijke carcinomen veel ervaring op dit speciale gebied een *conditio sine qua non* is. Hier ligt dan mogelijk weer een taak voor de huisarts. Hij zou zijn invloed kunnen aanwenden om de bevriende specialist te bewegen niet zelf te beginnen aan zaken, die hij beter aan meer ervarenen kan overlaten.

* * *

Het is misschien nuttig en nodig er nog eens nadrukkelijk op te wijzen dat alles wat in het bovenstaande werd gezegd over de bijzondere eisen, die de kankerchirurgie stelt, evenzeer geldt voor de stralenbehandeling van kankerpatiënten. Ook voor deze behandeling kan niet genoeg worden aangedrongen op concentratie in de centra, waar men niet alleen kan beschikken over de modernste apparatuur, maar bovendien weet wat men met die apparatuur wel en niet kan doen.

Wil men dit betoog gestaafd zien met concrete cijfers, dan moge ik verwijzen naar het onderzoek van *Graham* en *Paloucek*, die aantoonde dat een patiënte met een cervixcarcinoom in een kankerkliniek twee- tot driemaal meer kans heeft op genezing dan wanneer zij in een perifeer ziekenhuis wordt behandeld (*figuur 1*).

Hulp en bijstand tijdens de opname. In een recente discussie in het Engelse Parlement — (1964) *Lancet* I, 264 — over de plaats van de huisarts in de National Health Service werd aangedrongen op



Figuur 1. Overlevingsduur, uitgedrukt in jaren, van patiënten met cervixcarcinoom (stadium I-IV), behandeld in vier verschillende soorten ziekenhuizen. (Uit: Graham, J. B. en F. P. Paloucek (1963) Am. J. Obst. & Gyn. 87, 405).

maatregelen waardoor de huisarts meer zou worden betrokken bij het klinische werk. Op welke wijze dit diende te gebeuren werd niet duidelijk, maar de gedachte is naar onze mening juist en ik wil er daarom enkele mogelijke aspecten van belichten.

De hulp en bijstand die de huisarts zou kunnen geven is van drieërlei aard.

1 Hulp en bijstand aan de patiënt, die vaak naar het ziekenhuis gaat met grote angst voor hetgeen haar te wachten staat en veel zorg over het gezin dat zij achterlaat. Een rustig gesprek met de vertrouwde huisarts vóór de opname kan veel goed doen. Is de huisarts een enkele maal in de gelegenheid de patiënt in het ziekenhuis te bezoeken, dan wordt dat bijzonder op prijs gesteld. Steeds weer valt mij op hoe groot de waardering is voor een dergelijk bezoek, hoezeer het moreel van de patiënt erdoor wordt geschrapt. Omgekeerd blijkt het voor haast iedere patiënt een teleurstelling te zijn als de huisarts tijdens de ziekenhuisopname geen blijk van belangstelling geeft.

2 De huisarts kan soms belangrijke hulp verlenen aan de behandelende specialist. Ik doel daarbij niet zozeer op directe medische hulp in de zin van assistentie bij operatie of iets dergelijks, deze taken zijn meestal wel in handen van assistenten, maar meer op belangrijke inlichtingen, die de huisarts kan verstrekken. De auto-anamnese van de patiënte is vaak onvolledig, soms misleidend. Aanvullende inlichtingen van de huisarts geven vaak een beter inzicht in lichamelijke en psychische problemen, in gezinsmoeilijkheden en andere vraagstukken die van

belang kunnen zijn voor het bepalen van onze gedragslijn. Zo zal het bijvoorbeeld voor de ene patiënt erg nuttig zijn om zo vroeg mogelijk naar huis te gaan, terwijl een andere juist wat extra lang moet worden vastgehouden. Op vele vragen weet de huisarts vaak beter antwoord dan de ziekenhuisarts. Zo zal de huisarts de specialist soms moeten waarschuwen voor al te grote openhartigheid tegenover de echtgenoot of kunnen vertellen welk familielid het best omtrent de toekomstverwachtingen van de zieke kan worden ingelicht.

3 De huisarts zal ook hulp en bijstand moeten verlenen aan de naaste familieleden, in het bijzonder aan de echtgenoot, die de schokkende mededeling dat zijn vrouw kanker heeft, vaak niet alleen kan verwerken. Immers, voor velen staat de diagnose kanker nog gelijk met een doodvonnis. Steun en voorlichting kan, vooral in die gevallen waar een redelijke genezingskans is, veel onheil voorkomen. De vertrouwde huisarts zal dat in een persoonlijk gesprek veel beter kunnen dan de onbekende specialist met wie het contact in het begin vaak moeilijk wordt gelegd.

De huisarts zien wij dus in vele opzichten als de verbindingsman, tussen de patiënt die reeds lang op hem vertrouwt en de ziekenhuisstaf aan wie dat vertrouwen nog moet worden geschonken. Deze taak wordt vooral dan hoogst belangrijk als het ziekenhuis dreigt te „verzakelijken en ontmenselijken”.

Nabehandeling na ontslag uit het ziekenhuis. Het behoeft wel geen betoog, dat na ontslag uit het ziekenhuis niemand direct volledig is hersteld. De reconvalescentieperiode is van wisselende duur en vooral afhankelijk van de aard en de omvang van de toegepaste therapie. De meeste carcinoompatiënten ondergaan een zeer ingrijpende behandeling en zijn bij ontslag uit het ziekenhuis nog lang niet genezen. Zowel lichamelijk als geestelijk hebben zij nog veel verzorging nodig, een verzorging, die voor een groot deel de taak van de huisarts is. De specialist zal er dus voor moeten zorgen, dat de huisarts zo snel mogelijk op deze taak wordt voorbereid. In sommige gevallen zal de ziekenhuisarts al vóór het ontslag contact opnemen met de huisarts en met hem overleg plegen over eventueel te nemen bijzondere maatregelen. In elk geval moet de huisarts zo spoedig mogelijk na het ontslag volledig worden ingelicht over de klinische bevindingen, de toegepaste therapie, de vermoedelijke prognose en de mogelijk nog te verwachten moeilijkheden.

In veel gevallen zou het nuttig zijn de herstellende niet direct na het ziekenhuis naar huis te laten gaan. Een herstellingsoord als overgangsfase kan een zeer gunstige invloed hebben, vooral ook op het geestelijk herstel. Helaas is het aantal goede herstellingsoorde in ons land beperkt en zijn ook vaak de daaraan verbonden kosten een beletsel. De herstellende zal dus meestal weer in eigen milieu moeten worden opgevangen. Hierbij doen zich vele pro-

blemen voor, die de huisarts kan helpen overwinnen. De overgang patiënt-reconvalescent-gezonde moet plaatsvinden in een tempo dat wordt bepaald door de ernst van de aandoening en de aard van de patiënt. Alleen als de omgeving (echtgenoot, kinderen, burea, enzovoort) het juiste tempo weet aan te houden zal de herstellende zich gelukkig kunnen voelen. Als de omgeving te traag is in het accepteren van het herstel, wordt de herstellende geremd in haar activiteiten en zal haar de angst bekruipe, dat zij blijkbaar toch zieker is dan zij zich voelt. Deze angst zal echter vooral opkomen als zij merkt, dat de omgeving haar niet alleen onvoldoende als hersteld accepteert, maar bovendien blijk geeft bang te zijn voor de ziekte die zij doormaakte. Tactloze opmerkingen van „vriendinnen” hebben al zeer veel kwaad gedaan. Helaas gaat ook de echtgenoot in deze niet altijd vrijuit. Het gynaecologisch carcinoom bezorgt de man vaak zo'n bewuste of onbewuste angst, ook voor eigen gezondheid, dat hij soms maandenlang zijn vrouw niet durft benaderen. Realiseert de vrouw zich dit, dan ontstaan zeer verdrietige toestanden. Een mijner patiënten, waarschijnlijk genezen van een beginnend cervixcarcinoom, drukte het onlangs zo uit: „Sinds die ziekte lijkt het wel of mijn man vies van mij is!” Komen daar dan nog werkelijke organische belemmeringen voor het huwelijksleven bij (ondiepe of geoblitereerde vagina) dan is het begrijpelijk, dat niet zo zelden de genezing van het carcinoom betaald moet worden met het uiteenvallen van het huwelijk. Hoewel de invloed van de arts in deze tragiek slechts gering is, kan een persoonlijk woord op het juiste moment misschien nog wel eens iets voorkómen.

Maar niet alleen het traag of niet accepteren van de genezing is schadelijk, ook het omgekeerde geeft ellende. Als de omgeving te snel meent dat de herstellende weer geheel gezond is, geeft dat moeilijkheden die aanvankelijk in het lichamelijke vlak liggen. De vrouw zal de eisen die aan haar worden gesteld niet aankunnen, menen dat zij tekortschiet of zich tekort gedaan voelen. De conflicten, die hieruit kunnen voortvloeien, zijn nauwelijks minder ernstig dan die welke in de tevoren geschetste situatie ontstaan. Als de huisarts zich bewust is van deze problematiek en tijdig weet in te grijpen kan hij een corrigerende invloed uitoefenen en in de ware zin des woords de raadsman en de leidsman van het gezin zijn.

Bij de in loondienst werkende vrouw zal in dit opzicht een groot deel van de verantwoording berusten bij de controlerend arts, die de vrouw vooral niet te snel aan het werk moet sturen, maar anderzijds ook niet te lang „ziek moet houden”. Een moeilijke beslissing waarbij hij het oordeel van de specialist, maar ook dat van de huisarts niet zal kunnen ontberen.

De zuiver medische problemen waarmee de huisarts in deze tijd te maken krijgt zijn de complicaties en gevolgen van de toegepaste behandeling. Ik wil slechts enkele noemen, zonder op bijzonderheden in te gaan.

Na de uitgebreide operaties voor cervixcarcinoom is haast altijd de blaasfunctie ernstig gestoord. Urineretentie en urineweginfecties komen veelvuldig voor en kunnen tot levensgevaarlijke toestanden aanleiding geven als de diagnose niet tijdig wordt gesteld.

Na intensieve bestraling voor cervixcarcinoom is het vooral de stralenproctitis die ernstige klachten kan geven. In verreweg de meeste gevallen is deze verwikkeling voorbijgaand. Zelden ontstaat een fistel of een strictuur. Een goede tijdige behandeling van de stralenproctitis kan deze ernstige complicaties misschien voorkómen. Dat de stralenkolpitis en de resulterende obliteratie van de vagina funeste gevolgen kunnen hebben, duidde ik reeds aan. Ook hier kan een tijdige behandeling soms nog wel enig goed doen. Regelmatig overleg tussen huisarts en specialist is in deze fase een voorwaarde voor een optimale behandeling.

Bij de tegenwoordige behandeling van het ovariumcarcinoom met cytostatica wordt de huisarts vaak voor de taak gesteld de patiënt, die met een onderhoudsdosis naar huis gaat, onder toezicht te houden. Ook dan heeft de behandelende specialist tot taak de huisarts nauwkeurig voor te lichten en te instrueren over de noodzakelijke controlemaatregelen (controle aantal leukocyten en trombocyten).

Dat tenslotte de algemene toestand van de reconvalescente de voortdurende aandacht van de huisarts moet hebben, spreekt vanzelf. Maatregelen om daarin zonedig verbetering te brengen (ijzer, vitamines, anabolica, dieet) behoren geheel tot de competentie van de huisarts. Deze medicamenteuze maatregelen ter bevordering van het volledig herstel zijn echter naar mijn mening minder belangrijk dan de morele steun die de arts moet geven. *Kepp* heeft dit onlangs als volgt uitgedrukt: „Ich bin aber der Ansicht dasz neben allen medikamentösen Masznahmen die seelische Führung nach wie vor eine ärztliche Aufgabe darstellt, die gerade bei der Betreuung von Karzinomkranken das Gröszte von uns verlangt, das zu leisten wir imstande sind. Dafür gibt es keine Ratschläge, entscheidend ist allein die Ausstrahlung, die von der Persönlichkeit des Arztes ausgeht”.

Hulp bij de „follow-up”. Op de Leeuwenhoekdag in 1962 heb ik gesteld dat kankerbehandeling zonder follow-up een volstrekt verwerpelijke zaak is. Waarom? Het wordt nog wel eens in twijfel getrokken of de patiënt gebaat is bij die follow-up. Weliswaar zal door een regelmatige controle een enkele maal een begin van metastasering worden gevonden dat nog voor curatieve behandeling in aanmerking komt, doch dit is helaas een uitzondering. In verreweg de meeste gevallen zal het vaststellen van metastasering tevens betekenen, dat de kans op blijvende genezing tot nul is gedaald. In dit opzicht is dus inderdaad slechts weinig van de follow-up te verwachten. Veel belangrijker is de nazorg in verband met mogelijke complicaties, die ik in het vorige hoofdstuk noemde. Deze worden bij

regelmatige controle tijdig ontdekt, waarop de huisarts kan worden ingelicht en geïnstrueerd, waardoor verdere schade kan worden voorkomen. Het belangrijkste aspect van de follow-up voor de patiënt zelf is echter de morele steun die er van uitgaat. Als de controlerende specialist zijn taak goed verstaat, zal de patiënt graag voor controle komen, omdat zij erdoor ervaart, dat de aandacht voor haar geval, beter gezegd, voor haar persoon, door de jaren heen blijft bestaan. Haar hoop en vertrouwen op blijvende genezing worden er steeds weer door gevoed en opgevoerd.

Toch moet worden erkend, dat de follow-up om deze redenen niet onmisbaar is. De belangrijke morele steun kan in principe ook door de huisarts worden gegeven en verliest veel van zijn betekenis als de follow-up geschiedt op een polikliniek met steeds wisselende assistenten. Het is dan ook om geheel andere redenen dat ik meen, dat de follow-up toch een onmisbaar onderdeel van de kankerbehandeling is. Zonder follow-up weet de specialist niet wat hij heeft gedaan. Noch in goede noch in kwade zin. Hij weet niets van de uiteindelijke resultaten, weet dus niet of zijn behandeling optimaal is geweest. Anders gezegd zonder follow-up, zonder een „eerlijke statistiek”, tast hij volkomen in het duister omtrent de kwaliteit van zijn werk. Ook is dit één van de argumenten voor centralisatie van de carcinoombehandeling. Alleen in een centrum worden voldoende patiënten behandeld om statistisch bewerkbare gegevens te verkrijgen.

Deze statistiek moet uiteraard niet alleen betrekking hebben op de genezingskansen, maar ook op de verwickelingen. Anders gezegd: wij moeten weten wat er van onze patiënten wordt. Niet alleen of zij in leven blijven, maar ook of zij een redelijk goed leven kunnen leiden.

Deze uitweiding over de betekenis van de follow-up leek mij van belang omdat het de taak van de huisarts is aan deze follow-up mee te werken. In het algemeen lukt het namelijk wel om onze patiënten onder controle te houden, maar er zijn altijd een aantal moeilijk te achterhalen patiënten, die zonder hulp van de huisarts uit de statistiek dreigen te verdwijnen. Een „eerlijke statistiek” verdraagt dat niet. Het percentage patiënten dat in de rubriek „lost sight-off” valt, moet zo klein mogelijk blijven. De zoekgeraakten proberen wij dus op te sporen met behulp van de bevolkingsregisters, districtsverpleegsters en zonodig vragen wij de huisarts om inlichtingen. Het is dan altijd bijzonder prettig als deze inlichtingen worden gegeven op grond van exacte recente gegevens. Een antwoord in de zin van: „zij zal wel goed zijn, want ik heb haar in jaren niet op het spreekuur gezien”, kan ondanks de goede bedoeling wel eens zeer misleidend zijn.

De meest ideale toestand is naar mijn mening een follow-up die de eerste jaren geheel door de behandelende specialist wordt verzorgd, maar daarna, als er geen belangrijke complicaties meer te vrezen zijn, geleidelijk wordt overgenomen door de huisarts, die als alles goed gaat, dat jaarlijks even bericht ter

completering van de statistiek. Zodra er echter iets is dat de patiënt verontrust of dat de huisarts niet geheel vertrouwt, moet hij haar weer verwijzen naar degene die oorspronkelijk voor de behandeling en de nazorg verantwoordelijk was. Op deze wijze zijn de belangen van de huidige en de toekomstige patiënten het beste gediend.

De eindzorg. Tenslotte dan de laatste en moeilijkste taak op cancerologisch gebied. De zorg voor de zieke bij wie de behandeling er niet in is geslaagd het maligne proces tot staan te brengen. Als de curatieve behandeling faalt of reeds bij het eerste onderzoek onmogelijk blijkt, zal de specialist vaak nog besluiten tot palliatieve maatregelen om althans de ergste klachten weg te nemen of tijdelijk te onderdrukken. Het is misschien goed nog eens duidelijk te stellen dat palliatieve behandeling alleen dan is geïndiceerd als de patiënt vraagt om verlichting van haar klachten, welke kunnen bestaan uit pijn, bloeding of zeer hinderlijke afscheiding. Deze zijn soms gemakkelijk, soms uiterst moeilijk te bestrijden.

Een deel van deze terminale zorg voor de incurabele patiënte zal tot de taak van de ziekenhuisstaf behoren, maar een groot deel van deze zorg moet worden overgelaten aan de huisarts. Ten eerste is het niet mogelijk het zeer beperkte aantal ziekenhuisbedden te blokkeren met incurabelen en moet de opname van deze patiënten helaas vaak worden geweigerd. Ten tweede is het ook om menselijke redenen veelal niet wenselijk de patiënt in zijn uiterste nood in een vreemde omgeving te houden of te brengen. Als de huiselijke omstandigheden het enigszins toelaten is het beter de hopeloos zieke thuis bij te staan. De woningnood, het gebrek aan hulp en de maatschappelijke verplichtingen van de gezinsleden maken het helaas vaak bijzonder moeilijk de zieke in dit stadium thuis een optimale verzorging te geven. De rusthuizen waartoe men dan in de grote steden soms zijn toevlucht moet nemen, zijn vaak van een zo onbarmhartige onmenselijkheid, dat men niemand kan toewensen er ooit in te moeten verblijven. Dit is geen verwijt aan de leiding van dergelijke tehuizen, doch aan de maatschappij die eenvoudig niet in een redelijke zorg voor de ongeneeslijk zieke voorziet.

Zoveel als mogelijk is zal de huisarts hier moeten inspringen, in deze taak bijgestaan door de wijkzuster. De pijnbestrijding vraagt dikwijls de meeste aandacht, is ongetwijfeld zeer belangrijk, maar is niet het enige, waarom de zieke vraagt. Veel belangrijker is de troost, die van de dokter wordt verwacht, de hoop die hij kan brengen als hij zich geheel voor dit onderdeel van zijn werk wil inzetten. Veelal zal men ervaren dat de bereidheid om een opwekkend woord te aanvaarden en te geloven toeneemt naarmate de lichaamskracht afneemt. De huisarts, die aanvoelt welke troostwoorden steeds weer nodig zijn, zal ervaren hoe oneindig dankbaar juist de hopeloze patiënt daarvoor is. Helaas weet niet iedereen die woorden te vinden; begrijpelijk

want het is naar mijn eigen ervaring de moeilijkste taak die de arts bij de behandeling van de kankerpatiënten te wachten staat.

Hoe vaak gaan wij niet met lood in de schoenen naar de patiënt die hunkert naar ons bezoek! Ik zou met nadruk willen zeggen, ga toch, ook al heeft men het gevoel dat het bezoek zo nutteloos is. In strikt medische zin is het misschien nutteloos, maar voor de zieke is dit bezoek oneindig belangrijker dan vroegere bezoeken, die voor de dokter zoveel minder frustrerend waren, omdat hij daarbij zo gemakkelijk en overtuigend de genezing in het vooruitzicht kon stellen. De medicus die in zijn roeping gelooft zal ook de ongeneeslijke zieke tot het einde toe doen vertrouwen dat er hoop en uitzicht is op een betere toekomst.

Samenvatting: Hoewel de cancerologie een bij uitstek specialistisch arbeidsterrein lijkt te zijn, is de taak van de huisarts op dit gebied veelzijdig en belangrijk. De huisarts zal adviezen kunnen geven waardoor soms kanker wordt voorkomen (preventie). Het opsporen van symptoomloze beginstadia („screening”) en het aandacht geven aan de eerste verschijnselen behoort tot zijn belangrijkste opgave op dit gebied. De vroege herkenning is vaak bepalend voor de prognose van de zieke. Op de aard en de kwaliteit van de behandeling kan de huisarts door een welbewuste verwijzingspolitiek invloed uitoefenen.

Ook tijdens het ziekenhuisverblijf kan de patiënt hulp en bijstand van de huisarts nodig hebben, terwijl de specialist beter door de huisarts kan worden ingelicht dan door de patiënt of diens familie.

Dat de patiënt na ontslag uit het ziekenhuis nog langdurig veel hulp van de huisarts nodig heeft, is zonder meer duidelijk. Deze hulp is van velerlei aard, de morele steun is daarbij zeer belangrijk. Ook de follow-up kan in dit opzicht van betekenis zijn, maar is toch vooral bedoeld om de specialist in staat te stellen door middel van een betrouwbare statistiek inzicht te krijgen in de kwaliteit van zijn behandelingswijze. De huisarts kan daarbij vaak waardevolle inlichtingen geven. De laatste taak, de terminale zorg bij de ongeneeslijke zieke, is de moei-

lijkste taak, waarbij de persoonlijkheid van de huisarts, zijn menselijk medeleven, het meeste gewicht in de schaal legt.

Summary. The task of the general practitioner in the field of gynaecological cancerology. Although cancerology would seem to be a highly specialized field, the task of the general practitioner in this field is varied and important. He is in a position to give advice which may sometimes prevent cancer (prevention). The detection of asymptomatic initial stages (screening) and the management of initial manifestations are among his most important tasks in this field. Early diagnosis frequently determines the prognosis for the patient. The general practitioner can influence the nature and quality of therapy by a carefully considered referral policy.

During the hospital period, too, the patient may require the family doctor's advice and help, and the specialist is better informed by the general practitioner than by the patient or his relatives.

Obviously the patient requires his family doctor's advice for a long time after being discharged from the hospital. During this period the general practitioner can extend many different kinds of help, among which moral support is very important. The follow-up may be of importance in this respect also, although its primary purpose is to give the specialist reliable statistical information regarding the quality of his therapeutic efforts. The general practitioner is often in a position to give valuable information in this context. The final duty of extending terminal care to the incurably ill is the most difficult task, which makes the most severe demands on the general practitioner's personality and his capacity for human sympathy.

- Elliot, R. I. K. (1964) *Lancet* I, 231.
Erickson, C. C. e.a. (1956) *J. Amer. med. Ass.* 162, 167.
Froe, A. de (1964) *Medisch Contact* 19, 219.
Graham, J. B. en F. P. Paloucek (1963) *Am. J. Obst. & Gyn.* 87, 405.
Heide, R. M. van der (1959) Resultaten van een geneeskundig onderzoek van 3.091 gezonde mannen en vrouwen, 40 tot 65 jaar oud. Stadsdrukkerij van Amsterdam.
Kepp, R. (1963) *Med. Monatschr.* 17, 552.
Reid, B. L. (1964) *Lancet* I, 21.
Rotkin, I. D. (1962) *J. Amer. med. Ass.* 179, 486.
Sindram, I. S. (1962) *Twaalfde Kankerjaarboek*. J. H. de Bussy, Amsterdam.
idem (1963) *huisarts en wetenschap* 6, 283.

Mononucleosis infectiosa - alias ziekte van Pfeiffer?

DOOR A. FULDAUER, HUISARTS TE HENGELO (O.)

Mononucleosis infectiosa is een ziektebeeld dat de onderzoekers al sedert jaren boeit, getuige het grote aantal publikaties in de loop der jaren hierover verschenen. De naam, daterend uit 1920, werd gegeven door Sprunt en Evans naar aanleiding van het bloedbeeld dat zij zagen bij zes gevallen. Bij alle zes patiënten vonden zij lymfklierzwellingen en koorts, vier hadden een tonsillitis en een palpabele milt, terwijl allen een bloedbeeld met een uitgesproken mononucleosis hadden, met name een relatieve en absolute lymfocytose met vele atypische lymfocyten.

Voor al in de Angelsaksische landen werd dit ziektebeeld vereenzelvigd met de klierkoorts van Pfeiffer, in 1889 door hem beschreven als een „Drüsenfieber”, een algemene lymfadenitis. Eigenlijk zou

deze aandoening de naam moeten dragen van Filatow, een Rus, die het ziektebeeld al in 1885 beschreef als een idiopathische lymfadenopathie. De ziekte werd vooral bij kinderen waargenomen, deze hadden vaak ook een rode, pijnlijke keel, prikkelhoest, koorts en soms een vergrote lever en milt. Een bloedbeeld hadden Filatow en Pfeiffer er niet bij beschreven.

Tot dusver is er geen specifieke verwekker van deze ziekte bekend. Er is vergeefs getracht een virus bij apen te kweken. Een en ander heeft tot gevolg gehad dat er veel verwarring heerst over de symptomatologie en dat vele onderzoekers het er niet over eens zijn of de ziekte epidemisch of sporadisch voorkomt. Glanzmann sprak van een bizarre symptomatologie bij een bont bloedbeeld.