

Groningen, maart 1977

H. J. SLUITER
N. G. M. ORIE
A. M. VAN DER WAL

Het commentaar van SLUITER e.a. (1977) over röntgenologisch bevolkingsonderzoek en longcarcinoom pleit voor een zo vroeg mogelijke opsporing. Op deze wijze zou men een niet onbelangrijk percentage operabele gevallen bereiken en een redelijke prognose verkrijgen. Dit is een oud en bekend standpunt dat lijnrecht staat tegenover dat van o.a. COLLEY (1974) voor wie het bevolkingsonderzoek op longcarcinoom niet voldoet aan de criteria die aan een bevolkingsonderzoek moeten worden gesteld. Het artikel van COLLEY, het laatste van een serie artikelen over het nut van bevolkingsonderzoek, wordt door SLUITER e.a. niet vermeld en het is te betreuren dat het commentaar niet bijdraagt tot het weerleggen van het standpunt van COLLEY.

Mijnerzijds enkele opmerkingen:

1. Op bl. 234 blijkt dat de schrijvers de conclusie uit mijn artikel (HUISKEN 1976) niet kunnen delen. In het commentaar vind ik echter geen onderzoek of cijfers die dit ondersteunen. De Haagse cijfers hebben m.i. aangetoond dat de invloed van frequent bevolkingsonderzoek op het sterftecijfer voor longcarcinoom bescheiden is en daaruit volgt dat een afnemning van de sterfte van enige betekenis tot op heden alleen van een beperking van het roken kan worden verwacht. De rookpreventie dient dan ook de allerhoogste prioriteit te krijgen.

2. De opmerking op bl. 235 dat „wel bekend is dat in de grote steden in het westen van Nederland een betrekkelijk laag opkomstpercentage bestaat”, geldt niet voor Den Haag waarop de door mij genoemde en door SLUITER e.a. aangevochten gegevens betrekking hebben. De opkomst in Den Haag in de jaren 1964 t.m. 1968 bedroeg 41,9%, terwijl dit in Overijssel in de jaren 1966 t.m. 1968 43,2% bedroeg (VEEZE 1974). Het is echter een illusie voor geheel Nederland een gemiddeld veel hogere opkomst te verwachten voor een onderzoek dat twee- à driemaal per jaar zou plaatsvinden.

3. Bij een bevolkingsonderzoek éénmaal of tweemaal per jaar is zowel in Amsterdam als in Den Haag gebleken dat slechts een klein percentage van de mannen aan de meeste of alle onderzoeken deelneemt. Ik ben daarom zeer geïnteresseerd in de desbetreffende cijfers voor Groningen waar dit onderzoek reeds 10 maal heeft plaatsgevonden. Hoeveel procent van de bedoelde bevolkingsgroep nam inderdaad 6 maal of meer deel?

4. Voor een belangrijke uitbreiding van het bevolkingsonderzoek en in verband daarmee van het consultatiebureau-apparaat, zoals in het commentaar terecht wordt gesteld, zal extra geld van de overheid noodzakelijk zijn. Het is de vraag of dit geld niet beter besteed kan worden aan (rook)preventie, omdat hiermee behalve een beperking van de sterfte ten gevolge van longcarcinoom, tevens een gunstige invloed kan worden verwacht op ziekte en sterfte door hart- en vaatziekten, CARA enz. Deze gunstige invloed strekt zich straks ook uit tot die groep van longcarcinoom-patiënten die nu door leeftijd, slechte longfunctie enz. niet voor operatie in aanmerking komen. Deze groep maakt een belangrijk deel uit van degenen die jaarlijks overlijden. Het bevolkingsonderzoek heeft deze groep niets te bieden.

5. Het commentaar meent dat de vaak ingrijpende gevol-

gen van een opsporing door het bevolkingsonderzoek van longcarcinoom bij mannen en vrouwen die weinig of geen klachten hebben, moeten worden aanvaard. Met alle waardering voor de door artsen en anderen aan patiënten bestede zorg moet ik opmerken dat het leven van de patiënt door het onderzoek en de behandeling sterk beïnvloed zal worden en vaak in negatieve zin. Mijns inziens behoort de verbetering van de kwaliteit van het leven van de totale aan ons toevertrouwde bevolking centraal te staan en behoort ons handelen mede daarop gericht te zijn. Bij mij staat op grond van de mij bekende gegevens ernstige twijfel of wij dit door een frequent bevolkingsonderzoek wel bereiken. Het commentaar draagt geen nieuw feit aan om deze twijfel bij mij weg te nemen.

Literatuur: COLLEY, J. R. T. (1974) *Lancet II*, 1125. — HUISKEN, D. P. (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 988. — SLUITER, H. J., N. G. M. ORIE en A. M. VAN DER WAL (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 233. — VEEZE, P. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1462.

's-Gravenhage, februari 1977

D. P. HUISKEN

Naar aanleiding van de ingezonden brief van collega HUISKEN merken wij het volgende op:

Het referaat van COLLEY (1974) was ons bekend, maar wij hebben het buiten beschouwing gelaten omdat het geen wezenlijke argumenten aan de discussie leverde. COLLEY heeft op dit gebied zelf geen onderzoek gedaan. Nu HUISKEN dit artikel naar voren brengt, gaan wij er kort op in. Van het röntgenologisch bevolkingsonderzoek als zodanig stelt COLLEY dat het „cheap, simple, and acceptable” is, maar dat, bij het ontbreken van controlegroepen, de beoordeling van de door een aantal onderzoekers geclaimde betere overlevingsresultaten moeilijk is. Hij vermeldt dat er slechts één onderzoek is (BRETT 1968) waarbij een controlegroep was ingeschakeld, en neemt daaruit als conclusie over „... no worthwhile reduction in mortality with regular 6-monthly chest radiography was recorded”. Op grond hiervan verwerpt COLLEY „... the general introduction of screening for lung cancer by chest X-rays”. Over het concentreren van het onderzoek op risicogroepen wordt niet gesproken.

De resultaten van BRETT zijn door COLLEY onjuist weergegeven. BRETT verrichtte een prospectief onderzoek bij mannen boven 40 jaar, werkzaam in diverse bedrijven. Dit laatste zal ten dele de verklaring zijn van het feit dat de onderzochte populatie als geheel vrij jong was: 72 procent was jonger dan 55 jaar, bijna 90 procent jonger dan 60 jaar. Deelname in de testgroep (iedere 6 maanden een foto) of in de controlegroep (alleen aan het begin en aan het eind van een testperiode van 3 jaar een foto) vond plaats op basis van vrijwilligheid. BRETT concludeerde dat „... since early detection by six-monthly chest radiographs has not significantly reduced the mortality from lung cancer in a population at risk, a policy of such a large-scale surveys of men in the cancer age would not seem justified, but that the increased discovery of resectable lung cancer by this method forms a reasonable basis for encouraging individuals in high-risk groups to make regular use of existing mass radiography facilities”. Hij sluit zich hierbij aan bij zijn eerdere publikatie (BRETT 1959) waarin hij eveneens tot de conclusie komt dat „... persons with lung cancer detected by routine three-yearly mass radiography surveys have a better resection rate and a greater chance of survival for five years than patients radiographed on their doctor's advice”.

In 1969 publiceerde BRETT een vervolgverslag waarin de vijfjaarsoverleving tussen de beide groepen (iedere 6 maanden een foto of eenmaal per 3 jaar) werd vergeleken. Deze verschillen waren statistisch niet significant. Als wij daarentegen de resultaten vergelijken tussen de groep met halfjaarlijkse screening en de groep zonder screening (de patiënten uit de controlegroep bij wie „op andere wijze” een longcarcinoom werd gevonden), blijkt er een overtuigend verschil te bestaan, zowel ten aanzien van de operabiliteit als ten aanzien van de overleving, ten gunste van de screeningsgroep.

Verre van dus een argument te leveren tegen het bevolkingsonderzoek, zoals COLLEY ons wil doen geloven, pleit BRETT juist vóór deze methode maar zet hij een vraagteken bij het nut van een halfjaarlijkse screening boven een driejaarlijkse. Gelet op het net niet significant zijn van de verschillen in BRETT's groepen en op enkele methodische bezwaren die aan zijn onderzoek kleven, lijkt het ons dat de acten over de optimale frequentie van het röntgenologisch bevolkingsonderzoek allerminst gesloten zijn. Dit moge ten overvloede nog blijken uit het reeds in ons Commentaar geciteerde prospectieve onderzoek van de Mayo Clinics (FONTANA e.a. 1975). Wij zijn voorshands van mening dat het bevolkingsonderzoek van risicogroepen minstens jaarlijks moet plaatsvinden en dat het uitermate zinvol is een goed prospectief halfjaarlijks onderzoek op te zetten.

Ten aanzien van de genummerde opmerkingen van HUISKEN nog het volgende:

1. In ons Commentaar hebben wij o.i. de argumenten vóór het röntgenologisch bevolkingsonderzoek voldoende duidelijk uiteengezet en het lijkt ons niet nodig hierop nader in te gaan. Ook hebben wij gesteld dat de *huidige* bijdrage van het bevolkingsonderzoek aan de overleving van de longcarcinoompatiënten bescheiden is: het betreft echter op zijn minst enkele honderden overlevenden per jaar. Ook wij hechten veel waarde aan rookpreventie maar wij zijn ons bewust (en hier citeren wij COLLEY met verdrietige instemming) dat „... the general lack of success in persuading smokers to give up must make this a relatively ineffective course of action”.

2. Het gaat bij de interpretatie van de opkomstpercentages van het bevolkingsonderzoek niet zo zeer om de absolute percentages als wel om het aandeel dat het bevolkingsonderzoek heeft bij het screenen van dat deel van de bevolking dat niet om andere redenen (bedrijf, keuring e.d.) regelmatig wordt gecontroleerd. Hierover ontbreken goede gegevens; TER BRUGGE komt tot hoge opkomstpercentages van de populatie die niet al op andere wijze geregeld röntgenologisch worden gecontroleerd. Een goede landelijke registratie zou hier uitsluitsel kunnen bieden.

3. Er zijn geen gegevens beschikbaar waaruit blijkt hoeveel personen inderdaad aan 6 of meer onderzoeken hebben deelgenomen. Gezien het hierboven vermelde hoge opkomstpercentage zullen dit er vrij veel geweest moeten zijn, maar hierover bestaan geen exacte gegevens; opnieuw een pleidooi voor een goede landelijke organisatie.

4. Wij zijn het met HUISKEN eens dat veel meer geld aan preventie moet worden besteed. Wij hebben in ons Commentaar gesteld dat de kosten van het bevolkingsonderzoek bescheiden kunnen zijn indien dit aan een bestaande structuur van een goed functionerend consultatiebureau voor tuberculosebestrijding kan worden opgehangen. Indien men een geheel nieuwe structuur zou moeten opbouwen, zouden de kosten uiteraard hoger worden. Vandaar dat wij de afgelopen jaren met toenemende zorg het streven naar de afbouw

van deze consultatiebureaus hebben gevolgd en ons hebben afgevraagd waarom de adviseurs zich hierbij (vrijwel) uitsluitend hebben laten leiden door de dalende tuberculosemorbiditeit. Uiteraard zal een afnemend tabaksgebruik zeker ook aan andere groepen patiënten ten goede komen.

Het is onjuist te stellen dat leeftijd en slechte longfunctie in belangrijke mate bepalend zijn voor de groep patiënten die jaarlijks overlijdt. Beide factoren spelen een relatief bescheiden rol in vergelijking met de primaire inoperabiliteit.

5. Wij zijn ons, met HUISKEN, bewust van de soms ingrijpende gevolgen die opsporing kan hebben voor de groep van inoperabele of vroegtijdig na operatie overlijdende patiënten. Deze gevolgen kunnen door een goede uitvoering van het bevolkingsonderzoek en een zorgvuldige indicatiestelling en begeleiding beperkt worden gehouden.

Wij zijn begaan met het lot van iedere patiënt met longcarcinoom en zullen alle pogingen in het werk blijven stellen om hierin verbetering te brengen. Het staat voor ons boven twijfel dat het röntgenologisch bevolkingsonderzoek thans de enige mogelijkheid biedt om het leven van honderden patiënten te redden.

Literatuur: BRETT, G. Z. (1968) *Thorax* 23, 414; (1969) *Brit. med. J.* IV, 260. — COLLEY, J. R. T. (1974) *Lancet* II, 1125. — FONTANA, R. S., D. R. SANDERSON, L. B. WOOLNER e.a. (1975) *Chest* 67, 511.

Groningen, maart 1977

H. J. SLUITER
N. G. M. ORIE
A. M. VAN DER WAL

Tandbederf en zijn preventie door fluoriden

Naar aanleiding van het caput selectum van dr. A. GROENEVELD (1977) zouden wij graag een opmerking maken.

Bij de alternatieve mogelijkheden om fluor toe te dienen wordt onzes inziens een belangrijke mogelijkheid niet genoemd, namelijk zoutfluoridering. Deze mogelijkheid is o.a. in Hongarije onlangs met goed succes beproefd en heeft in ons gezin er wellicht mede voor gezorgd dat onze kinderen van 20 en 15 jaar een volledig gaaf gebit hebben. Reeds jarenlang gebruiken wij keukenzout waaraan door de apotheek 250 mg fluor wordt toegevoegd per kg NaCl in de vorm van NaF. Het is opmerkelijk dat deze mogelijkheid nergens in Nederland, in tegenstelling tot bijvoorbeeld Zwitserland, serieuze aandacht krijgt, hoewel het een eenvoudige methode is waarbij een eenvoudige en goedkope fluorverbinding gebruikt kan worden, terwijl de resultaten die van waterfluoridering benaderen. Bovendien laat het een ieder vrij in de keuze wel of geen (extra) fluor te gebruiken. Of de genoemde dosering optimaal is voor Nederland vereist nog een nader onderzoek naar het gemiddelde zoutgebruik, maar de dosering is wel zodanig te kiezen dat de spreiding in het gebruik die van waterfluoridering benadert. Bij gebruik van zoutloos of zoutarm dieet kan de dosis worden aangevuld met NaF-tabletten, evenals bij zuigelingen en jonge, nog niet met de gezinspot mee-etende kinderen.

Het is onbegrijpelijk dat, toen het jodiumgehalte van het Nederlandse dieet te gering bleek, men met goed succes zout gemengd met NaJ (Jozo-zout) op de markt bracht zodat een