

Het beleid bij patiënten met een cervixuitstrijk in klasse IIIA, lichte dysplasie

Kwikkel et al. geven een overzicht (1985; 1677-80) van hun bevindingen bij geringe cytologische afwijkingen en van de bevindingen bij vervolgonderzoek. Gevonden is, dat bij een eerste uitslag klasse IIIA de kans op het vinden van een invasief cervixcarcinoom klein (1 à 2%) is, maar vele malen groter dan bij vrouwen zonder afwijkende uitstrijk. Dit moet – aldus de auteurs – leiden tot bijzondere aandacht voor de patiënt, welke aandacht blijkt te zijn „het cytologische onderzoek na zes weken te laten herhalen, ook om de patiënt niet te lang in ongerustheid te houden”.

Hier rijzen twee vragen: wat is „klein” en: wat is „te lang”? Elders immers hebben dezelfde auteurs onlangs vermeld dat een dergelijke cytologische uitslag „gezien het relatieve risico op carcinoom voor ons een reden is om snel nadere diagnostiek te verrichten”, waarbij erop gewezen werd dat „colposcopie en ook de poliklinische biopsie weinig belastend zijn, terwijl binnen een week een invasief carcinoom praktisch met 100% zekerheid kan worden uitgesloten”.¹ Daar komt bij, dat uit de gegevens van de auteurs ook blijkt dat bij een tweede uitstrijk een normale uitslag in slechts 12% voorkomt, terwijl een normale uitslag dan niet steeds betrouwbaar is: ook daarbij melden de auteurs een carcinoom!

Juist met het oog op de drie factoren die de auteurs noemen en waarmee rekening moet worden gehouden bij het vinden van een afwijkende uitslag (de betrouwbaarheid, het biologische gedrag van de tumor, somatische en psychologische eigenschappen van de patiënt) maken voor mij de conclusie nader onderzoek zes weken uit te stellen en te beperken tot bevestigde cytologische afwijkingen, onbegrijpelijk! Ik blijf er dus een lans voor breken nader colposcopisch onderzoek – indien mogelijk – niet uit te stellen,² en zou wel eens willen weten wat onze cliënten van de kansen vinden en welke gedragslijn zij zouden kiezen!

LITERATUUR

¹ Kwikkel HJ, Helmerhorst ThJM, Stolk JG. Welk beleid bij PAP IIIA? Med Contact 1985; 40: 447.

² Vugt PJH van. Welk beleid bij PAP IIIA? Med Contact 1984; 39: 1549-50.

Tilburg, september 1985

P.J.H. VAN VUGT

Collega Van Vugt wil zo spoedig mogelijk colposcopie (laten) verrichten bij iedere patiënt met een cervixuitstrijk in klasse IIIA, lichte dysplasie. Op zichzelf hebben wij daartegen uiteraard geen bezwaar. Het gaat ons echter te ver om dit aan alle huisartsen in Nederland voor te schrijven, en wel om de volgende redenen. In ons materiaal was de kans op spontane „remissie” inderdaad klein, maar in de literatuur worden hogere remissiepercentages vermeld.¹ Bovendien is het risico van progressie van of tot een invasief cervixcarcinoom in een periode van zes weken verwaarloosbaar klein, terwijl het voor de huisarts en de patiënt psychologisch belangrijk kan zijn om juist *niet* onmiddellijk specialistische hulp in te roepen. Een individuele benadering is hierbij noodzakelijk. Ernstige ongerustheid kan ook naar onze mening een indicatie zijn om direct te verwijzen voor colposcopie. Verder bestaat toch de mogelijkheid dat een, op een infectie berustende, cytologische afwijking binnen zes weken verdwijnt als gevolg van behandeling. Na een tweede uitslag IIIA achten wij verwijzing voor colposcopie, mede vanwege psychologische redenen, wel geïndiceerd.

Wij hebben er, enerzijds, in ons artikel (net als Van Vugt)² nog eens op willen wijzen dat onderschatting van de cytologische classificatie IIIA, lichte dysplasie, levensgevaarlijk kan zijn en dat een herhalingstermijn van een halfjaar (zonder colposcopie) daarom te lang is. Anderzijds menen wij dat overschatting van de uitslag IIIA („elke IIIA is kanker tot het tegendeel bewezen is”) evenmin wenselijk is. Een goed samenspel tussen eerste en tweede lijn met inbegrip van het cytologisch laboratorium, en voortdurende evaluatie zijn hierbij van essentieel belang.

LITERATUUR

¹ Nasiell K, Nasiell M, Vaclavinková V. Behavior of moderate cervical dysplasia during long-term follow-up. Obstet Gynecol 1983; 61: 609-14.

² Vugt PJH van. Welk beleid bij PAP IIIA? Med Contact 1984; 48: 1549-50.

Wageningen,
Amsterdam, september 1985

H.J. KWIKKEL
TH.J.M. HELMERHORST
M.J. QUAAK
J.G. STOLK

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Voltooiing DKTP-immunisatie

Bij herhaling rijzen er problemen over de gedragslijn ten aanzien van het voltooien van de immunisatie tegen difterie, kinkhoest, tetanus en poliomyelitis bij onvolledig geïmmuniseerden. Dit was aanleiding de richtlijnen betreffende de voornoemde gedragslijn ter kennis te brengen. De Gezondheidsraadcommissie Beraadsgroep Immunisatie en de werkgroep van de Gezondheidsraad inzake het Rijksvaccinatieprogramma hebben zich met deze richtlijnen kunnen verenigen.

– Primaire serie: onder de leeftijd van 1 jaar: 3× DKTP; ouder dan 1 jaar: 2× D(K)TP.

– Boosterinjectie: ten minste zes maanden na primaire serie: 1× D(K)TP.

– Basisimmunisatie (b.i.): primaire serie + boosterinjectie. De vaccinaties na de b.i. zijn revaccinaties. De term boosterinjectie dient daarbij niet meer te worden gebruikt.

Het Nationaal Inentingsprogramma wordt als bekend verondersteld.

Onvolledig geïmmuniseerden. Streven: voltooien van b.i. Reeds gegeven Gedragslijn als ouder dan 1 jr.

A. Op zuigelingenleeftijd:

– 1× DKTP

– 2× DKTP

– 3× DKTP

volledige b.i. geven

leeftijd 1-4 jaar: 1× D(K)TP + booster D(K)TP

leeftijd ≥5 jaar: 2× DTP + booster DTP

leeftijd 1-4 jaar: 1× D(K)TP

leeftijd ≥5 jaar: 1× DTP