

Screening op colonkanker: Het nieuwe bevolkingsonderzoek?

In de Verenigde Staten is het voor een deel van de bevolking al gemeengoed: vanaf 50-jarige leeftijd ondergaat men er een coloscopie ter screening op dikkedarmkanker. Ook in een aantal Europese landen heeft men al ervaring met bevolkingsonderzoek op colonkanker. In Nederland startten enkele pilotonderzoeken in Amsterdam en Nijmegen. Wat heeft de invoering van deze screening voor gevolgen voor de huisarts? *In de praktijk* licht een tipje van de sluier op.

Criteria voor bevolkingsonderzoek

Begin dit jaar vond een consensusbijeenkomst plaats over de screening op colonkanker in de nabije toekomst. Kan de invoering van dit bevolkingsonderzoek voldoende onderbouwd worden, mede met de door Wilson en Jungner opgestelde criteria in het achterhoofd? (Zie het artikel in *In de praktijk* van september jl. pag. nhg-110/1.) We lopen deze criteria ruwweg langs.

1. Per jaar krijgen ongeveer 9.200 mensen met colonkanker te maken, van wie er 4.400 overlijden. Dat maakt de aandoening tot een belangrijk volksgezondheidsprobleem.
2. Na de screeningstest is een aanvaardbare vervolgstراتيجية mogelijk, zijnde coloscopie en behandeling van voorstadia (poliepen) of operatief ingrijpen bij aangetoonde colonkanker.
3. Het natuurlijk beloop is voldoende bekend. Poliepen in het colon vormen een voorstadium van colonkanker, maar hoe vaak spontane regressie optreedt, is niet bekend.
4. De 'feces occult bloed test' (FOBT) wordt in veel landen toegepast. De sensitiviteit ligt bij een eerste screening op 50 tot 70 procent, bij vervolgscreening op 40 tot 50 procent. De sensitiviteit wordt hoger als het screeningsinterval korter is, maar dan neemt de deelname af. De specificiteit is afhankelijk van de methode: bij rehydratie van het monster zakt de specificiteit van 98 naar 90 procent, dus vijfmaal meer vals-positieve uitslagen en indicaties voor scopie. Twee van de honderd personen met een positieve test hebben inderdaad darmkanker, dus maar liefst 98 procent van de positieve FOBT-uitslagen is vals-positief. Dit kan echter alleen worden aangetoond via scopie. De voorstadia, poliepen, worden niet met de FOBT opgespoord. Andere mogelijke screeningsmethoden zijn sigmoidoscopie, coloscopie en virtuele coloscopie. De sensitiviteit van sigmoidoscopie ligt rond 70 tot 80 procent. Door de opsporing van voorstadia neemt de incidentie van colonkanker af, maar de mortaliteitsreductie is nog onvoldoende duidelijk. Probleem is hier de deelnamegraad en het beslag op menskracht. Bij coloscopie is, afhankelijk van de ervaring van de onderzoeker, de sensitiviteit redelijk hoog (76 procent), maar de acceptatie is ook bij een screeningsinterval van tien jaar een probleem. De virtuele coloscopie, waarbij CT-scans worden bewerkt, verkeert nog in een experimenteel stadium en is veel duurder dan

de eerdergenoemde onderzoeken. Daarmee gaat de kosten-effectiviteit achteruit. Bovendien vraagt de aanwezigheid van poliepen om een aanvullende coloscopie en resectie.

5. De slechte testeigenschappen van de FOBT leiden tot een groot aantal scopieën waarvoor logistieke oplossingen moeten worden gevonden (zoals het opleiden van praktijkverpleegkundigen).
6. De FOBT is weinig belastend voor de patiënt, maar de opkomst ervoor is laag, namelijk zo'n 30 tot 50 procent. Als huisartsen screening aanbieden tijdens een consult, kan de deelnamegraad oplopen tot 90 procent.
7. De incidentie van colonkanker zal door de FOBT pas na jaren afnemen; de mortaliteit neemt met 15 tot 33 procent af, geschat op basis van pilots. Men schat dat 1.200 mensen 10 jaar lang moeten deelnemen aan occult-bloedscreening om 1 sterfgeval door colonkanker te voorkomen. (Bij borstkanker zijn dit 150 personen gedurende 10 jaar.)
8. De kosten en baten zijn sterk afhankelijk van de gekozen test. Per gewonnen levensjaar liggen de kosten bij een tweejaarlijkse FOBT tussen 2.500 en 4.000 euro, lager dus dan bij het bevolkingsonderzoek op borstkanker en veel lager dan bij de screening op baarmoederhalskanker. Bij endoscopisch screenen zijn de kosten mogelijk nog gunstiger vanwege de combinatie van diagnostiek en behandeling. Bovendien kan daarbij het tijdsinterval worden verlengd.
9. De invoering van de FOBT vraagt om een continu proces, hetgeen haalbaar bleek in andere landen.
10. Ook aan aanvullende criteria, zoals kwaliteitsbewaking en voorlichting, kan worden voldaan.

Colonscreening en de huisarts

Screening op darmkanker kan binnen twee tot drie jaar voldoen aan de gestelde criteria. Idealiter komt te zijner tijd de leeftijdsgroep van 50 tot 74 jaar in aanmerking voor screening, maar vanwege de beschikbaarheid van vervolgscoopieën moet de invoering gefaseerd gebeuren. Een verbetering van de FOBT door eiwit-, DNA- of tumormarkers zal pas over tien tot vijftien jaar resultaten opleveren. VWS zal vermoedelijk in 2006 een besluit nemen over landelijke invoering van dit bevolkingsonderzoek.

Unaniem vinden beleidsmakers de rol van de huisarts essentieel bij het motiveren voor de test, het doorgeven van de uitslag en het vervolgonderzoek. Helaas geeft de FOBT veel fout-positieve uitslagen en dus meer onrust. Een doelstelling is dat het vervolgonderzoek na een positieve FOBT binnen drie weken plaatsvindt. Ervaringen bij de cervixscreening wijzen uit dat een uitnodiging door de huisarts tot een hogere opkomst leidt, vooral als de huisarts de test tijdens het spreekuur uitvoert. Mogelijk geven de pilots in Amsterdam en Nijmegen inzicht in de werkbelasting voor de huisarts. (LB)