

Screening op dikkedarmkanker: doen!

Eén op de twintig Nederlanders krijgt in zijn of haar leven dikkedarmkanker, en meer dan 90% van de patiënten met darmkanker is ouder dan 55 jaar. De vijfjaarsoverleving is 60%. Naar verwachting zal alleen al door de vergrijzing de incidentie in de komende 15 jaar met ruim 40% stijgen.¹ Adequate vroegopsporing van dikkedarmkanker is daarom noodzakelijk om de ziektebelasting voor patiënt en maatschappij in de toekomst te beperken.

DIAGNOSTIEK VAN DIKKEDARMKANKER

We kunnen dikkedarmkanker op twee manieren opsporen: direct, door visualisatie van de darm, of indirect, door het testen van ontlasting of bloed op zogenaamde 'biomarkers' van kanker.

Coloscopie, waarbij de hele dikke darm in beeld wordt gebracht, is de gouden standaard.² Bij sigmoidoscopie wordt alleen de laatste 60 cm van de dikke darm in beeld gebracht. Andere visualisatietechnieken, zoals de CT- en MR-colonografie, zijn volop in ontwikkeling, maar net als genetische markers van afwijkend DNA en RNA nog niet in de praktijk toepasbaar.

Met een *fecaal occult bloedtest* (FOBT) kunnen kleine hoeveelheden bloed in de ontlasting worden aangetoond. Tumoren en poliepen bloeden echter niet altijd, en ook niet continu, en niet alle bloedsporen wijzen op kanker. De sensitiviteit varieert tussen de 50 en 80%, de specificiteit ligt boven de 97%. De op humane antilichamen gebaseerde (immunochemische)-FOBT hoeft slechts eenmaal te worden uitgevoerd en vereist geen dieet.³

DE SCREENINGSPROCEDURE

De regionale screeningsorganisatie nodigt elke twee jaar alle Nederlanders tussen de 55 en 75 jaar uit voor screening; zij krijgen een i-FOBT thuisgestuurd. Indien de test positief is, wordt de deelnemer hiervan in kennis gesteld en volgt een afspraak voor coloscopie in het regionale ziekenhuis. In geval van vragen, twijfel of een relevante medische voorgeschiedenis (een ernstige ziekte met beperkte levensverwachting, relevante comorbiditeit of medicatie) wordt geadviseerd de huisarts te consulteren. Door de beperkte coloscopiecapaciteit (er zijn jaarlijks 70.000 coloscopieën extra nodig) wordt het programma gefaseerd uitgevoerd. Eind 2013 worden om te beginnen de 65- en 75-jarigen opgeroepen, vervolgens worden de cohorten jaarlijks uitgebreid. Pas na 7 jaar, in 2019, zijn alle 55-75-jarigen ten minste een keer opgeroepen.

VOORWAARDEN VOOR SCREENING

Voor succesvolle implementatie moeten screeningsprogramma's aan een aantal basisvoorwaarden voldoen, de zogenaamde criteria van Wilson en Junger.⁴ Screening op dikkedarmkanker voldoet aan die criteria: het betreft een relevant gezondheidsprobleem, en over de diagnose en behan-

deling bestaat consensus. Dikkedarmkanker (CRC) heeft een herkenbaar latent ziektestadium: naar schatting is 80% het gevolg van maligne ontaarding van (adenomateuze) poliepen. Dat risico is klein (1-15%), de ontwikkeling duurt lang (5-20 jaar) en is afhankelijk van de poliepgrootte.⁵ Bij screening worden poliepen weggehaald en daarmee wordt doorontwikkeling tot kanker voorkomen. De sterfte onder patiënten die coloscopische polypectomie hadden gehad, bleek na 15 jaar follow-up ruim 50% lager dan in een controlegroep.⁶

De screeningsmethode blijkt acceptabel; bij proefimplementatie in Nederland deed 60% van degenen die waren uitgenodigd mee. De coloscopie – in geval van positieve i-FOBT – wordt poliklinisch uitgevoerd, meestal onder sedatie, en vergt daarom een vrije dag. Het risico op darmperforatie bij coloscopie is 0,12%, waarvan 10% met fatale afloop.⁷

De (kosten)effectiviteit van dikkedarmkankerscreening is onomstreden.⁸ Van de op FOBT gebaseerde strategie is – ondanks de beperkte testeigenschappen – in grote gerandomiseerde bevolkingsonderzoeken, onder andere in de Verenigde Staten,⁹ het Verenigd Koninkrijk¹⁰ en Denemarken,¹¹ een sterftereductie aangetoond variërend van 18-21%. Het aantal patiënten dat tweejaarlijks moest worden gescreend om een geval van overlijden door CRC te voorkomen, de number needed to screen, bleek 344.¹¹

CONSEQUENTIES VAN SCREENING

Uiteindelijk zullen jaarlijks 2,2 miljoen mensen een oproep ontvangen.¹² Bij een verwachte deelname van 60% zullen jaarlijks 78.000 mensen i-FOBT positief testen, gemiddeld 8 tot 10 patiënten per praktijk per jaar. Daarop volgen jaarlijks 66.000 coloscopieën, niet iedereen met een positieve FOBT krijgt of wil immers een coloscopie. Bij 40% van die coloscopieën wordt een advanced adenoom gevonden, en bij 8% colorectaal kanker. Bij bijna tweederde van de mensen met een positieve i-FOBT zal bij coloscopie dus uiteindelijk geen afwijking worden gevonden (fout-positieven). Na invoering van het screeningsprogramma zal er via het screeningsprogramma gemiddeld per praktijk bij één patiënt per jaar CRC worden vastgesteld. De keerzijde is dat er jaarlijks bij 80 patiënten die in het kader van het screeningsprogramma een coloscopie krijgen een perforatie zal optreden, en dat 8 patiënten aan de gevolgen daarvan zullen overlijden.

DE OPBRENGST: MINDER STERFTE

Als gevolg van de screening zal de vijfjaarsoverleving van darmkanker naar verwachting uiteindelijk stijgen van 59% naar 85%, en zullen jaarlijks in Nederland 2400 mensen minder overlijden aan darmkanker. Daarmee liggen de verwachte kosten per gewonnen levensjaar rond de 2200 euro. Alle reden dus voor de huisarts om aan de uitvoering van dit programma mee te doen. ■

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Commentaar.