



## Darmkankerscreening: geFOBT?

De kans om tijdens een mensenleven een coloncarcinoom te krijgen is 4 tot 5% en de helft daarvan zal hieraan overlijden. Dat verklaart meteen waarom screening op dikkedarmkanker geen effect heeft op de totale mortaliteit. Het heeft wel effect op de coloncarcinoom specifieke mortaliteit: een reductie van ongeveer 15%.<sup>1</sup> De Gezondheidsraad verwacht zelfs 1400 minder overleden patiënten per jaar.<sup>2</sup> U en ik verminderen onze kans om te overlijden aan colorectaal carcinoom (als we meedoen) van 2% naar 1,5%. Echter, 95% van de Nederlanders krijgt geen coloncarcinoom en zij kunnen dus nooit baat hebben bij deelname aan het bevolkingsonderzoek. Voor hen tellen alleen de risico's en nadelen. Welke zijn dat?

### FOUTE TESTUITSLAGEN

In Nederland is gekozen om te screenen met een immunologische test op fecaal occult bloed (i-FOBT). Dat lijkt een goede keuze, omdat het gebruiksgemak van deze test veel beter is dan van een 'ouderwetse' guaiac-test (g-FOBT) en dat verhoogt de opkomst.<sup>3</sup> Bovendien zijn de testeigenschappen beter. Met een sensitiviteit van ongeveer 70% bij eenmalige test ontdekt de i-FOBT meer dan tweemaal zoveel carcinomen als de g-FOBT.<sup>3</sup> Een nadeel is er natuurlijk ook. Bij een sensitiviteit van 70% wordt 30% van de carcinomen niet opgemerkt en, hoewel de specificiteit hoog is (> 95%), moeten toch ongeveer 13 mensen een coloscopie ondergaan om 1 carcinoom te ontdekken. Adenomen worden zesmaal zo vaak gevonden, dus bij ongeveer de helft van de patiënten. En bij de overige zes wordt niets gevonden. Hoewel adenomen kunnen overgaan in invasieve carcinomen weten we niet wanneer en hoe vaak dat gebeurt.<sup>4</sup> Er zijn aanwijzingen dat door screening (en daaropvolgende poliepectomie) ook de incidentie van coloncarcinoom daalt, maar de onderzoeksresultaten zijn op dit punt niet duidelijk.<sup>1,5</sup>

### DE GEVOLGEN VAN EEN POSITIEVE FOBT

Het meedoen aan screening leidt in het algemeen tot een tijdelijke toename van ongerustheid, die na ontvangst van een negatief resultaat verdwijnt.<sup>6</sup> Een positieve FOBT leidt tot angst en somberheid en gaat samen met allerlei lichamelijke klachten als hoofdpijn en buikpijn. Na verloop van tijd en een geruststellende uitkomst van het vervolgonderzoek nemen zowel de mentale als lichamelijke klachten weer af. Dat gebeurt ook bij degenen die een terecht positieve FOBT hadden; zij hebben echter na 12 maanden meer psychische en lichamelijke problemen dan degenen met een fout-positieve FOBT.<sup>7</sup> Dat lijkt logisch voor degenen met een carcinoom, maar voor de meerderheid met een adenoom is dat toch wel opvallend.

Er is ook een groep patiënten die profiteert van screening en dat zijn degenen die zich in het algemeen zorgen maken over hun gezondheid en die gerustgesteld worden door een negatieve i-FOBT. Zij blijven bezorgd over andere aandoeningen, maar ervaren wel een reductie van hun specifieke angst voor darmkanker.<sup>8</sup>

### DE COLOSCOPIE

Mensen zijn bang voor mogelijke pijn en zien op tegen de voorbereiding. Achteraf vinden velen de voorbereiding (dieet en intensief laxeren) belastender dan het onderzoek zelf. Coloscopie wordt door velen als gênant ervaren, maar als minder pijnlijk dan verwacht.<sup>9</sup> Sedatie speelt daarbij een rol. Een aantal mensen is ook bang voor de mogelijke complicaties. Complicaties treden op bij 2 op 1000 coloscopieën; bij gelijktijdige poliepectomie verdubbelt het risico.<sup>10</sup> Veel complicaties kunnen tegenwoordig tijdens de scopie worden behandeld.<sup>11</sup> De ernstigste complicatie is een perforatie, die een enkele keer kan leiden tot overlijden. Dat laatste is echter extreem zeldzaam en kwam bij de 17.200 patiënten waarover werd gerapporteerd in twee grote trials niet voor.<sup>1</sup>

### EN DE HUISARTS?

Voor de huisarts is vooralsnog nauwelijks een rol weggelegd. Regionale screeningsorganisaties organiseren oproepen en eventueel vervolgonderzoek. Dat lijkt een gemiste kans, omdat er nog veel onduidelijk is over de beste wijze van informeren van potentiële deelnemers.<sup>1</sup> Mensen kunnen, blijkens de opkomstpercentages, wel een steuntje in de rug gebruiken. Bovendien bestaat bij een positieve i-FOBT gerede kans op een carcinoom en juist de angst voor het vinden van kanker leidt, tezamen met onbekendheid met en angst voor de procedure en een foute risicoperceptie, bij 10% van de positief geteste deelnemers tot het afzien van coloscopie.<sup>1</sup> Ongeacht de ideeën over het nut van een bevolkingsonderzoek dienen we ons in te spannen om bij deze patiënten wel een vervolgonderzoek te laten doen; betrokkenheid van de huisarts kan de acceptatie daarvan vergroten.<sup>9</sup>

### GEFOPT?

Twaalf van de 13 mensen met een positieve i-FOBT lijken te worden gefopt; zij hebben geen carcinoom. Andersom kan natuurlijk ook. De i-FOBT mist 25 tot 30% van de carcinomen. Mensen met klachten moeten zich dus gewoon blijven wenden tot de huisarts en zich niet (achteraf mogelijk ten onrechte) laten geruststellen door een negatieve test.

Nu dit bevolkingsonderzoek van start gaat, lijkt het me het beste dat de huisartsen hier loyaal aan meewerken. De effecten worden dan het best zichtbaar. ■

### LITERATUUR

Zie [www.henw.org](http://www.henw.org), rubriek Commentaar.

AMC/Uva, afdeling Huisartsgeneeskunde, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam; prof.dr. H.C.P.M. van Weert, huisarts en hoogleraar huisartsgeneeskunde • Correspondentie: [h.c.vanweert@amc.uva.nl](mailto:h.c.vanweert@amc.uva.nl) • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.