

Tjerk Wiersma, Niek de Wit, Ton Drenthen

INLEIDING

In januari 2014 start het bevolkingsonderzoek darmkanker. Het bevolkingsonderzoek wordt uitgevoerd volgens een gedetailleerd draaiboek waarin alle stappen gedetailleerd zijn omschreven. Alle uitkomsten worden vastgelegd in een speciaal ontwikkeld registratiesysteem ColonIS, zodat de opbrengst en de kwaliteit van het programma permanent kan worden gemonitord en het programma periodiek geëvalueerd kan worden en waar nodig kan worden aangepast. Het programma als geheel ziet er veelbelovend uit en wordt ondersteund door het Nederlands Huisartsen Genootschap. Het NHG heeft tevens meegewerkt aan de totstandkoming van het draaiboek. Door middel van dit standpunt wil het NHG huisartsen informeren over de opzet en verwachte opbrengst van het bevolkingsonderzoek en de rol van de huisarts in het geheel. Het NHG adviseert huisartsen loyaal aan het bevolkingsonderzoek mee te werken.

EPIDEMIOLOGIE

Dikkedarmkanker komt vooral in de westerse wereld bij zowel mannen als vrouwen vaak voor. De diagnose dikke darmkanker wordt in Nederland jaarlijks bij circa 13.000 personen gesteld. Daarmee staat dikkedarmkanker in ons land op de derde plaats van kwaadaardige aandoeningen. Een op de 20 Nederlanders wordt in de loop van het leven met deze aandoening geconfronteerd, waarvan ruim 40% binnen 5 jaar komt te overlijden. In 90% van gevallen betreft het personen van 55 jaar of ouder.

Er zijn veel mensen bij wie al dikke darmkanker aanwezig is, maar bij wie de diagnose nog niet gesteld is omdat ze nog geen klachten hebben. De grootte van die groep kan worden geschat op basis van grootschalig coloscopisch onderzoek onder 52.000 asymptomatische

Europeanen van 50 tot 75 jaar. In deze groep bleek 0,8% dikkedarmkanker te hebben. Als dit vertaald wordt naar de Nederlandse bevolking in die leeftijdsgroep, dan bedraagt het aantal mensen met darmkanker alleen al in die groep ruim 36.000. Gegeven het feit dat de diagnose darmkanker in deze leeftijdsgroep jaarlijks circa 7000 maal gesteld wordt, betekent dit dat er in Nederland bijna 30.000 mensen met darmkanker rondlopen die daar nog geen weet van hebben en bij wie de diagnose de komende jaren naar aanleiding van zich ontwikkelende symptomen gesteld gaat worden. Vaak is het dan al te laat. Het getal van 36.000 geeft ook aan dat dikkedarmkanker in een vroeg stadium langzaam groeit, hetgeen mogelijkheden biedt voor vroegtijdige diagnostiek door middel van screening en tijdige behandeling.¹

DARMKANKER EN VOORSTADIA DAARVAN

Darmkanker ontstaat uit epitheelcellen die de binnenkant van de dikkedarm bekleeden. Darmkanker heeft een herkenbaar voorstadium, want de aandoening begint meestal als een adenoom (een soort poliep). Ongeveer 30% van de mensen boven de 60 jaar heeft adenomen. Een deel van deze adenomen groeit in de loop der jaren door, waarbij de kans op maligne ontaarding toeneemt. De kans daarop in 5 tot 20 jaar wordt geschat op 5 tot 15% en is afhankelijk van de adenoomgrootte en mate van dysplasie. Het systematisch weghalen van adenomen voorkomt op lange termijn de ontwikkeling van dikkedarmkanker.

Circa 80% van de mensen met darmkanker heeft geen familieleden met darmkanker. Men spreekt dan van 'sporadische darmkanker'. Familiair voorkomen van darmkanker wordt bij 15 tot 20% van de patiënten met darmkanker gezien. Een of meer eerstegraadsfamilieleden hebben dan ook darmkanker (gehad). Bij ongeveer 5% gaat het om erfelijke syndromen zoals familiale polyposis coli. Draggers van een erfelijk syndroom en een deel van de mensen met familiale darmkanker hebben een zodanig grote kans op het ontwikkelen

van darmkanker dat ze in aanmerking komen voor regelmatige endoscopische controle. Die valt buiten het perspectief van het bevolkingsonderzoek.

SCREENING OP DIKKEDARMKANKER MET IFOBT

Gouden standaard bij de diagnostiek van dikkedarmkanker is de coloscopie. Coloscopie is echter bewerkelijk, belastend voor de patiënt en heeft een (klein) risico op complicaties. Bovendien ontbreekt voor coloscopie bij grote groepen asymptomatische personen de capaciteit. Om die reden is besloten degenen die voor coloscopie in aanmerking komen voor te selecteren met een fecaal occultbloedtest (FOBT) die de patiënt zelf kan afnemen. Het betreft de zogenaamde iFOBT waarmee op immunologische basis onzichtbare sporen bloed in de ontlasting kunnen worden opgespoord. Belangrijk voordeel van deze test is dat deze werkt met antistoffen gericht op humaan hemoglobine en specifiek test op humaan bloed zodat er geen voorafgaande dieetmaatregelen meer noodzakelijk zijn. Bovendien betreft het een kwantitatieve bepaling, zodat er desgewenst later kan worden besloten tot wijziging van het afkappunt waarboven de test als positief wordt beschouwd en nadere diagnostiek in de vorm van coloscopie is geïndiceerd. Het afkappunt van de iFOBT voor het bevolkingsonderzoek is nu bepaald op 88 ng/ml.

De sensitiviteit van de iFOBT bij eenmalig screenen bedraagt 65% voor darmkanker en 27% voor voortgeschreden adenomen. Dit komt vooral omdat darmafwijkingen intermitterend bloeden. De sensitiviteit neemt toe als de test periodiek wordt herhaald. Na 2 tot 3 screeningsronden neemt de sensitiviteit voor darmkanker naar verwachting toe tot 80 à 90%.

Op basis van gegevens uit de proefbevolkingsonderzoeken wordt verwacht dat aanvankelijk 6,4% van de deelnemers een positieve iFOBT zal hebben. Uiteindelijk wordt bij een deelnamepercentage van 60% verwacht dat dit tot 72.000 coloscopieën leidt, zie de [tabel]. Dit percentage zal zakken als het bevolkingsonderzoek langer loopt, omdat

NHG, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht: dr. Tj. Wiersma, huisarts en senior wetenschappelijk medewerker; UMC Utrecht: prof.dr. N. J. de Wit, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; NHG, afdeling Implementatie: dr. T. Drenthen, teamleider Preventie & Patiëntenvoorlichting NHG • Correspondentie: t.wiersma@nhg.org.

dan verhoudingsgewijs steeds meer mensen voor een tweede of latere ronde worden opgeroepen.

BEVINDINGEN BIJ COLOSCOPIE EN OPBRENGST VAN HET BEVOLKINGSONDERZOEK

Op basis van gegevens van de proefbevolkingsonderzoeken zal na een positieve iFOBT ruim de helft van de patiënten bij coloscopie een relevante afwijking blijken te hebben. Bij circa 8% gaat het om een carcinoom. Circa 6 keer zo vaak gaat het om een of meer gevorderde adenomen die tijdens de coloscopie zoveel mogelijk worden verwijderd.

De winst van het programma wordt behaald doordat darmtumoren in een vroeger stadium worden ontdekt, hetgeen de overlevingskansen aanmerkelijk doet toenemen. Voor darmkanker in stadium I bedraagt de 5-jaarsoverleving 94% tegenover slechts 8% voor darmkanker stadium IV.² Geschat wordt dat de invoering van het bevolkingsonderzoek de 5-jaarsoverleving bij darmkanker kan doen stijgen van 59% naar 85%.² Daarnaast wordt veel winst behaald door het preventief verwijderen van adenomen, zodat deze niet meer maligne kunnen ontaarden. Door deze gecombineerde effecten kunnen op termijn jaarlijks 2400 sterfgevallen worden voorkomen. Daarmee is het programma buitengewoon kosteneffectief. De kosten per gewonnen levensjaar zijn berekend op 2200 euro.³ Dat is lager dan die van andere bevolkingsonderzoeken.

OPZET VAN HET SCREENINGSPROGRAMMA

Iedere Nederlander tussen de 55 en 75 jaar ontvangt elke 2 jaar een uitnodiging om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek. De uitnodigingen worden verzorgd door de regionale screeningsorganisaties en bestaan uit een brief met foldermateriaal over doel en opzet van het screeningsprogramma alsmede een iFOBT-kit waarin men een geringe hoeveelheid feces kan doen en die men verzocht wordt per post te retourneren. De screeningsorganisatie laat de kit analyseren in een laboratorium en stelt de inzender binnen 10 werk-

Tabel De screening op darmkanker in cijfers^a

Doelgroep	Mannen en vrouwen van 55 tot 75 jaar
Omvang doelgroep	4,4 miljoen
Oproepinterval iFOBT-screening	elke twee jaar
Aantal uitnodigingen per jaar	2,2 miljoen
Verwachte deelname	60%
Aantal iFOBT-analyses per jaar	1,3 miljoen
Aantal afwijkende iFOBT per jaar	85.000
Coloscopieën volgend op een afwijkende iFOBT	72.000

dagen op de hoogte van de uitslag. Als er geen bloed wordt aangetroffen in de feces volgt na 2 jaar een nieuwe oproep. Als er wel bloed wordt aangetroffen, is er reden voor vervolgonderzoek in de vorm van een coloscopie. De betrokkene krijgt dan gelijktijdig met het bericht van de positieve uitslag een afspraak voor een intakegesprek bij een regionaal coloscopiecentrum voor nadere uitleg over de procedure en het signaleren van eventuele contra-indicaties. Als die er niet zijn, volgt kort nadien de coloscopie.

Omdat mensen met een positieve uitslag van de iFOBT begrijpelijkerwijs ongerust zullen zijn, is het streven die diagnostiek binnen 15 werkdagen na het verzenden van de uitslag af te ronden. Bij het versturen van de uitnodigingen wordt rekening gehouden met de beschikbare coloscopiecapaciteit. Omdat die capaciteit voor de invoering van het bevolkingsonderzoek moet worden uitgebreid (per jaar 72.000 extra coloscopieën) wordt het bevolkingsonderzoek gefaseerd ingevoerd, zie de [figuur]. Als alles volgens planning verloopt, draait het bevolkingsonderzoek in 2019 op volle toeren en zijn alle 55 tot 75-jarigen ten minste een keer opgeroepen.

Het verdere beleid is afhankelijk van de bevindingen bij coloscopie. Als bij coloscopie geen afwijkingen worden aangetroffen, hoeft de coloscopie het eerste decennium niet meer te worden herhaald en ontvangt de patiënt pas na 10 jaar een nieuwe oproep voor het insturen van een fecesmonster van de screeningsorganisatie tenzij hij inmiddels ouder van 75 jaar is. Als er adenomen worden aangetroffen die konden worden verwijderd, is het controlebeleid afhankelijk van hun aantal en grootte. Doorgaans is dan een nieuwe coloscopie na 3 tot 5 jaar geadviseerd. Als bij

coloscopie een maligniteit wordt aangetroffen, volgt behandeling conform de actuele richtlijn colorectaal carcinoom.

Een aparte categorie betreft mensen die niet op komen dagen voor coloscopie na positieve iFOBT. Acht weken na de eerste brief met de positieve uitslag ontvangen zij een herinneringsbrief van de regionale screeningsorganisatie. Als ook daarop niet gereageerd wordt, wordt het daarbij voorlopig gelaten. Wel wordt de huisarts geïnformeerd. Ook krijgt deze categorie 2 jaar nadien geen nieuwe iFOBT-test, maar wederom een oproep voor coloscopie, omdat men van mening was dat een positieve iFOBT ook dan nog gedegen vervolgonderzoek vereist.

DE ROL VAN DE HUISARTS

De betrokkenheid van de huisarts bij de logistiek van het screeningsprogramma is opzettelijk beperkt gehouden, omdat de wens bestond het uitnodigen voor de fecestest en eventuele vervolgdagnostiek over zo weinig mogelijk schijven te laten lopen. Desalniettemin speelt de huisarts in de diverse fasen van het diagnostische traject een belangrijke rol.

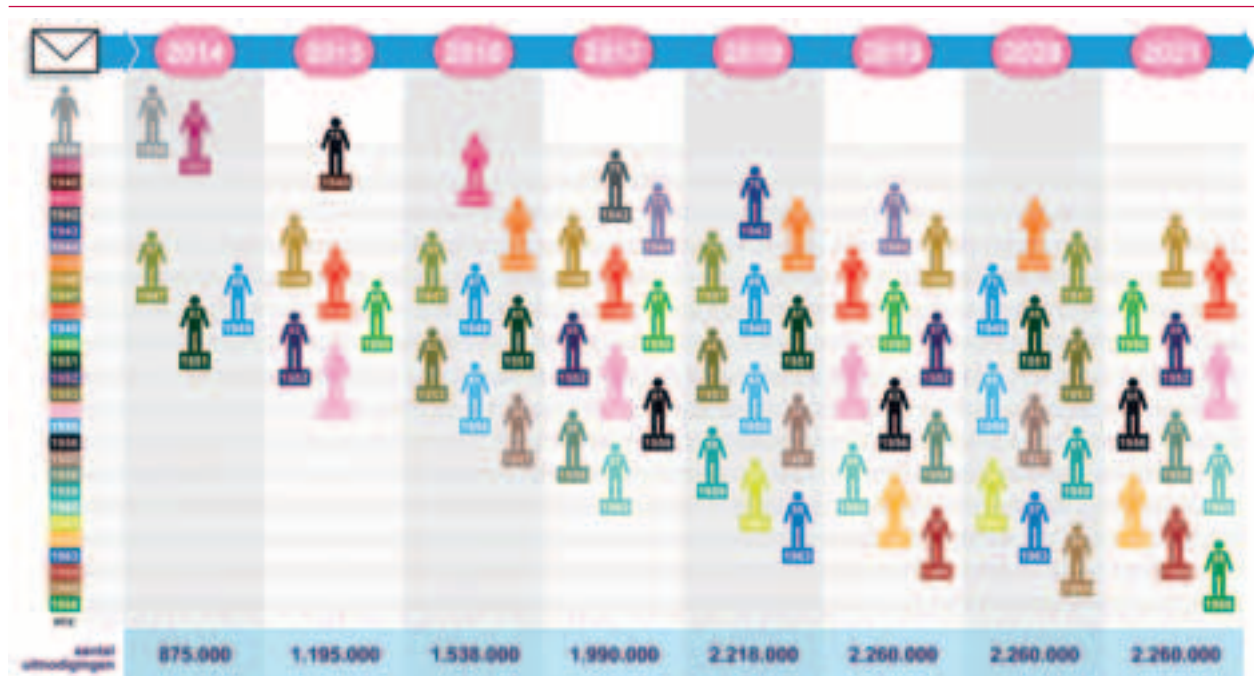
Samen afwegen

Allereerst is dat in de fase van de uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek. Mensen kunnen twijfelen over deelname als zodanig of vragen hebben over de zin daarvan, bijvoorbeeld bij ernstige comorbiditeit en beperkte levensverwachting. In de uitnodigingsbrief staat dat men in deze gevallen contact met de huisarts kan opnemen om de wenselijkheid van deelname te bespreken.

Bloed in de ontlasting

De huisarts komt opnieuw in beeld als de uitslag van de iFOBT positief blijkt.

Figuur Uitnodigingsoverzicht



Met de screeningsorganisaties is afgesproken dat de huisarts van de betrokken patiënt 1 tot 2 werkdagen tevoren bericht krijgt, zodat hij of zij – net als bij het bevolkingsonderzoek op mammacarcinoom – de gelegenheid heeft de patiënt van de positieve uitslag op de hoogte te brengen en de betekenis daarvan kan toelichten en verduidelijken. Uit onderzoek naar betrokkenheid van de huisarts bij het doorgeven van positieve uitslagen bij de bevolkingsonderzoeken op mamma- en cervixcarcinoom blijkt dat patiënten dit doorgaans appreciëren.⁵ De huisarts mag zelf beslissen of hij van deze mogelijkheid gebruik maakt. Het is hoe dan ook zaak dat de huisarts de uitslag van de test noteert in het elektronisch medisch dossier, zodat hij hiermee rekening kan houden als de patiënt zich in de jaren daarop meldt met darmklachten.

Met het bericht van een positieve uitslag en de afspraak voor een intakegesprek krijgt de patiënt tevens het verzoek contact op te nemen met zijn huisarts, zodat laatstgenoemde relevante medische informatie kan toespelen aan het coloscopiecentrum. Uiteraard

hoeft dat niet meer als de huisarts zelf al contact heeft opgenomen met de patiënt. Bij relevante medische informatie gaat het vooral om belangrijke comorbiditeit zoals cardiovasculaire problemen, eerdere ingrepen in de buik en gebruik van antistolling waarmee rekening gehouden moet worden bij de coloscopie en een eventuele latere operatie. De huisarts kan deze informatie doorgeven door middel van een reguliere verwijsbrief.

Ook kan het voorkomen dat de patiënt na een positieve uitslag aarzelt over of terugdeinst voor het ondergaan van een coloscopie en daarover advies vraagt aan zijn huisarts. De huisarts kan dan proberen de patiënt te motiveren toch mee te doen, omdat de kans op een maligniteit weliswaar niet erg groot maar niet verwaarloosbaar is en er bij coloscopie veelvuldig voorstadië van darmkanker worden aangetroffen die dan verwijderd kunnen worden. In uitzonderingsgevallen kan eventueel worden uitgeweken naar een CT-colografie die echter als belangrijk nadeel heeft dat er geen weefsel kan worden verwijderd zodat in een latere fase vaak alsnog coloscopie noodzakelijk is. De

besluitvorming hierover ligt bij het coloscopiecentrum.

Ieder op zijn beurt

Ten slotte brengt de gefaseerde invoering met zich mee dat een deel van de doelgroep pas over vier of vijf jaar voor het eerst een iFOBT krijgt toegezonden. Te verwachten valt dat sommigen zich tot de huisarts zullen melden met verzoeken om eerdere deelname, bijvoorbeeld omdat partner of mensen in de omgeving al wel benaderd zijn met de test of omdat zij ongerust zijn geworden omdat er bij een van hen dikkedarmkanker is gevonden. De huisarts wordt dan verzocht uit te leggen dat iedereen zijn beurt moet afwachten omdat de coloscopiecapaciteit beperkt is en het bevolkingsonderzoek anders organisatorisch in de knel komt. In de [figuur] valt af te lezen wanneer welk geboortecohort zal worden uitgenodigd. Bij mensen die eerder willen deelnemen en bij wie tevens sprake is van buikklachten, kan het beleid gevolgd worden zoals beschreven in de NHG-Standaarden Prikkelbaredarmsyndroom en Rectaal bloedverlies.

VERDERE INFORMATIE

Het NHG heeft diverse materialen ontwikkeld ter ondersteuning van huisartsen, zoals een e-learningprogramma, een scholingsprogramma (Stip-cursus) als onderdeel van de informatiebijeenkomsten van de regionale screeningsorganisaties en voorlichtingsteksten via www.thuisarts.nl/darmkanker.

DANKWOORD

Met dank aan Roy Beijaert voor zijn commentaar op een eerdere versie van dit stuk. ■

LITERATUUR

- 1 Jansen JBMJ, Laheij RJF, Van Rossum LGM. Bevolkingsonderzoek naar darmkanker. *Bijbliven* 2009;25: 34-4.
- 2 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Uitvoeringstoets bevolkingsonder-

zoek naar darmkanker. Opsporing van darmkanker in praktijk gebracht. Bilthoven: RIVM, 2011.

- 3 Gezondheidsraad. Bevolkingsonderzoek naar darmkanker. Den Haag: Gezondheidsraad, 2009.
- 4 Bilthoven: RIVM, 2013. <http://www.rivm.nl/ds/resource/objectid=rivmp:47190&type=org&disposition=inline>.
- 5 Raams-Pijpers E, Schipper R-J. Berichtgeving en verwijzing van cliënten na deelname aan het bevolkingsonderzoek bij een afwijkende uitslag. Eindhoven: Bevolkingsonderzoek Zuid, 2013.

Nico van Duijn

Samen pijn

Omgaan met chronische pijn kent vele stijlen, zoals flink doorlopen, het zelf opknappen en niks laten merken. Dat kan neutraal, dat kan demonstratief, om begrip te forceren. Partners van mensen met chronische pijn reageren daarop heel verschillend. Ook partners verschillen in omgaan met narigheid, in dit geval met de pijn van de ander. Hoe dit uitpakt is onderzocht met opnames van partnergesprekken. Eenderde van de pijnpatiënten uit zich neutraal tegenover hun partner. Ze laten niet erg merken hoe zwaar het is, maar doen ook

niet stoerder dan ze zijn. De rest heeft zo zijn eigen repertoire, zoals dramatiseren, demonstratief onmachtig zijn, catastrofale overwegingen uiten dat het zo meteen wel erger zal worden, of depressief of angstig klagen tegenover hun partner.

Wie niet de hele dag op die manier klaagt, krijgt thuis de steun en het begrip die nodig zijn. Een partner kan een lichte neurose goed hebben, maar niet voortdurend. Bij vaak klagen geeft de partner het steunen op. Het klagen wordt huwelijks ruis, de liefde erodeert.

Het klinkt allemaal heel menselijk. Ik word er wel nieuwsgierig van. Welke

klaagstijl van de pijnpatiënt past het best bij welke partnerstijl? Doet de goedzak het als partner beter bij de demonstratief onmachtige pijnpatiënt of juist bij de angstige? Doet de boze verwijtende pijnpatiënt het beter bij een heftig meeklagende partner? Of is een partner die de ander totaal negeert comfortabeler? Trouwens, wie heeft wie uitgezocht toen de relatie begon, de pijnpatiënt de partner of andersom? Het wordt tijd voor een gespecialiseerde datingsite. Boze pijnpatiënt zoekt dito partner, handicap geen bezwaar. ■

