

BEVOLKINGSONDERZOEK DARMKANKER DISCUTABEL

Moeilijke afweging tussen fecesonderzoek en coloscopie

De EU vindt dat er een bevolkingsonderzoek naar darmkanker moet komen. Hoe dat het beste kan, is nog onduidelijk. Het is kiezen tussen iedereen een coloscopie, met het risico op bloedingen en zelfs onnodige sterfte, of een fecestest, met 50 procent fout-positieven en de zekerheid tumoren te missen.

EVERT PRONK

Over twee of drie jaar kan het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker van start gaan. Tenminste dat kun je concluderen na de expertmeeting die ZonMw in februari van dit jaar hield.

In het nadien verschenen consensusrapport concluderen de experts dat aan alle criteria voor bevolkingsonderzoek al is voldaan, of binnen 2 à 3 jaar kan zijn voldaan. Eén pilotonderzoek dat binnenkort van start gaat in de regio's Amsterdam en Nijmegen en één pilot in de regio Maastricht moeten antwoord geven op de ontbrekende vragen.

Dat screening op dikkedarmkanker, de verzamelnaam voor maligne tumoren in het colon en de endeldarm, effectief is, leidt geen twijfel. Engels, Deens en recentelijk ook een Frans onderzoek tonen aan dat er onder ouderen die deelnemen aan screening op darmkanker minder men-

scopie duidelijk maken of het bloed inderdaad afkomstig is van (een voorstadium van) een tumor. In de helft van de gevallen is dit de kwestie. De andere helft van de deelnemers heeft in de periode tussen de FOBT en de scopie voor niets in de rats gezeten.

VALS ALARM

De FOBT is zo onbetrouwbaar omdat ook bloed dat een deelnemer doorslikt bij het te hard tandenpoetsen, een positieve uitslag geeft. Ook het eten van vlees kan tot een fout-positieve uitslag leiden. Een ander nadeel van de FOBT is dat het alarm alleen afgaat bij bloedende tumoren. Bekend is dat niet alle maligne tumoren bloeden. Er worden dus ook de nodige carcinomen gemist.

Toch is deze onbetrouwbare FOBT een serieuze kandidaat om de basis te vormen bij screening in Nederland. Binnen enkele maanden gaat in Amsterdam en Nijmegen een pilot van start waarbij twee vormen van FOBT met elkaar worden vergeleken. In beide gebieden worden 10.000 mensen tussen de 50 en de 74 jaar verzocht deel te nemen. Bij de ene FOBT moet een deelnemer wat ontlasting overbrengen op een kaartje (de guaiac-test of Hemocult II), bij de andere in een buisje (een immunochemische test genaamd HemeSelect). De belangrijkste uitkomstparameter is de participatiegraad. 'Er moeten genoeg deelnemers zijn om de screening kosteneffectief te maken', verduidelijkt dr. Joep Bartelsman, hoofd afdeling Maag-darm-

Bloed in de ontlasting wijst lang niet altijd op een tumor

sen sterven aan deze ziekte dan onder ouderen die niet worden gescreend.

Over welke strategie nu de beste is, bestaan echter verschillende ideeën. Met de huidige stand van de wetenschap zijn er drie diagnostische technieken die bij een bevolkingsonderzoek kunnen worden ingezet (zie ook blz. 1420). Bij de meest eenvoudige vorm van screening worden feces op de aanwezigheid van bloed gecontroleerd. Deze feces occult bloed test (of FOBT) heeft als voordeel dat het relatief eenvoudig en heel goedkoop is. Alles wat een deelnemer aan het screeningsprogramma hoeft te doen is wat ontlasting 'opvangen' voor nadere analyse. Een test kost maar € 2,50.

Een nadeel is dat de FOBT niet erg betrouwbaar is. Bij een screening van ouderen tussen de 50 en 75 jaar zal bij twee op de honderd deelnemers de test positief uitslaan. Hierna moet een colo-

IN DE RING

Een reeks artikelen over medische controversen

Redactie: Evert Pronk
(e.pronk@medischcontact.nl)



leverziekte en hoofdonderzoeker van het Amsterdamse deel van de pilot. 'Hoewel de gevoeligheid van de FOBT laag is, hebben we toch voor deze methode gekozen omdat dit de enige test is waarvan in gecontroleerde studies is aangetoond dat het de sterfte aan darmkanker reduceert. Er is in aangetoond dat met deze screening in een periode van 10 jaar 15 tot 20 procent minder deelnemers aan darmkanker overlijden.' Uit de onderzoeken kan worden berekend dat ongeveer 1000 personen gedurende tien jaar aan een jaarlijkse of tweejaarlijkse hemocult-test moeten meedoen om één overlijden door darmkanker te voorkomen.

Vanwege de lage sensitiviteit van de FOBT is bij de consensusbijeenkomst van begin dit jaar afgesproken dat er tussen een positieve FOBT-uitslag en het kijkonderzoek hooguit een week zit. Bartelsman geeft aan dat dit in de pilot niet zal worden gehaald. 'We hebben extra capaciteit ingeschakeld maar desondanks zal er zo'n twee weken tussen testuitslag en coloscopie zitten. Dat is nog altijd korter dan de wachttijd voor een symptomatische screening.'

Hoe deelnemers een fout-positieve uitslag ervaren, moet blijken na analyse van de vragenlijsten over de 'kwaliteit van leven' die alle deelnemers met een positieve uitslag krijgen. De onderzoeksresultaten zullen binnen vier jaar bekend zijn.

SIGMOÏDOSCOPIE

Ongeveer tegelijkertijd met de FOBT-pilot, gaat in de regio Maastricht ook een vorm van bevolkingsonderzoek naar darmkanker van start. Onder leiding van MDL-arts prof. dr. Reinhold Stockbrügger zal vanaf januari een onderzoek plaatsvinden bij maximaal 3500 medewerkers van het ABP, Hogeschool Zuyd, de Universiteit Maastricht en het Academisch Ziekenhuis Maastricht. Medewerkers ouder dan 50 jaar zullen een coloscopie kunnen ondergaan zonder dat er eerst een FOBT heeft plaatsgevonden.

'Deze methode wordt in Duitsland, Italië, Polen en de Verenigde Staten preventief ingezet. Het grote voordeel boven de fecestest is dat je ook poliepen opspoort. Een poliep van een halve centimeter bloedt niet, maar kan wel al kanker bevatten. Het ministerie van VWS wilde aanvankelijk alleen inzetten op de FOBT, maar op de expertmeeting hebben we duidelijk gemaakt dat ook deze

methode een vergunning voor bevolkingsonderzoek verdient.'

Stockbrügger en zijn collega's onderzoeken ook of de minder belastende en snellere sigmoïdoscopie afdoende is. 'We hebben op de scoop na 60 centimeter een markering aangebracht. Een tweede observant krijgt alleen de beelden te zien van de onderste zestig centimeter. De meeste poliepen komen namelijk voor in het onderste gedeelte van de dikke darm.'

Van poliepen is bekend dat ze zeer langzaam uitgroeien tot maligniteiten. Een coloscopie per tien jaar is waarschijnlijk dan ook een efficiënte preventieve methode. De werkelijke gezond-

heidswinst van bevolkingsonderzoek met coloscopieën of sigmoïdoscopieën is niet duidelijk. Dat is alleen in een patiëntcontroleonderzoek, maar niet gerandomiseerd onderzocht. De resultaten suggereren een sterfbedaling met 50 procent of meer, uiteraard bij een hoge opkomst. Ook het onderzoek dat Stockbrügger gaat doen, geeft hierover geen uitsluitsel.

NIET RISICOLOOS

Een coloscopie is niet geheel risicoloos. Er bestaat altijd het gevaar van een bloeding of zelfs een perforatie na het verwijderen van een poliep, met in het ergste geval sterfte tot gevolg. En hoewel >>



Bij een coloscopie bestaat altijd het gevaar van een bloeding of zelfs een perforatie na het verwijderen van een poliep, met in het ergste geval sterfte tot gevolg.

<< er wel gunstige ontwikkelingen zijn, valt nu tijdens een scapie nog niet te zien of een poliep ooit kwaadaardig wordt. 'Het gevaar van een bloeding bestaat ook bij een coloscopie na een FOBT, werpt Stockbrügger op.' Maar het aantal coloscopieën is hierbij toch veel lager? In de meest recente publicatie van de FOBT in Frankrijk onderging maar 4 procent uiteindelijk een coloscopie. 'Dat is waar', erkent hij, 'maar het missen van kwaadaardige tumoren en voorstadia daarvan blijft een probleem bij de FOBT.'

'In het expertisecentrum voor colorectale kanker (dat deze week werd geopend, *EJP*) werken we aan methoden om de gevoeligheid van fecestesten te verhogen, pareert Bartelsman. 'Als dit lukt, dan ligt de infrastructuur voor een bevolkingsonderzoek met een FOBT er al.'

Een ander nadeel van de coloscopie is dat het door patiënten vaak als onprettig wordt ervaren. 'Daarom sederen we deelnemers met Dormicum en pethidine', zegt Stockbrügger. 'In mijn geboorteland Duitsland bieden ze al sinds vijf jaar preventieve coloscopieën aan. De acceptatie van de deelnemers is zeer goed. Van de deelnemers geeft 90 procent aan zonder moeite nogmaals een scapie te kunnen ondergaan. Een van mijn assistenten heeft zich in Duitsland gevestigd en kon binnen een jaar een tweede endoscopieruimte openen.'

SNELLE INVOERING

De resultaten van het Maastrichtse onderzoek zijn binnen drie jaar te verwachten. Stockbrügger denkt dat het goed mogelijk is om deze vorm van screening daarna landelijk in te voeren. Voor de endoscopieën kunnen verpleegkundigen worden opgeleid. Iets wat in Amsterdam overigens al gebeurt. 'In de tussentijd zullen we proberen meer bedrijven te interesseren voor deze vorm van preventie. Ik kan nog geen namen noemen, maar er is veel animo.'

Hoewel er nog veel onduidelijkheden zijn over een bevolkingsonderzoek op dikkedarmkanker, lijkt een snelle invoering ervan op nationale schaal onafwendbaar. De Europese gemeenschap raadt aan om inwoners van tussen de 50 en 75 te screenen. Het Koningin Wilhelminafonds (KWF) kondigde na de expertmeeting in februari aan dat het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker over 2 tot 3 jaar van start kan gaan. Zelfs buitengewoon hoogleraar kanker-



surveillance en 'bevolkingsonderzoekscepticus' dr. Jan-Willem Coebergh wijst screening op darmkanker niet af. Wel plaatst de aan het Integraal Kankercentrum Zuid en het Erasmus Medisch Centrum verbonden sociaal-geneeskundige en epidemioloog een aantal kanttekenin-

Bevolkingsonderzoek op darmkanker lijkt onafwendbaar

gen. 'Dankzij de kennis over het ontstaan van tumoren in de dikke darm zit er een biologische rationale achter screening op darmkanker. Dat is goed. Maar voor het slagen van bevolkingsonderzoek moeten mensen wel meedoen. De bevolking is - blijkt ook uit Europees onderzoek - weinig gericht op preventieve geneeskunde in de dikke darm. Daar moet je ze eerst bewust voor maken. Je kunt ook zeggen dat je ze eerst bang moet maken.'

'Je moet niet onderschatten wat het betekent om mensen thuis een test toe te sturen. Ook het op grote schaal doen van sigmoïdo- of coloscopieën is niet niks. Dat mag niet ten koste gaan van de curatieve zorg. Het rapport van KWF Kankerbestrijding zegt eigenlijk: de pilots afmaken en dan vort met de geit!'

Is dat niet een vreemde opmerking voor iemand die nauw betrokken is bij de opstelling van het rapport? 'Het is een consensusrapport. Ik zeg alleen maar dat er ook een andere conclusie getrokken had kunnen worden. Het geheel is complexer dan het zich laat aanzien, ook vanwege de vele vormen van concurrerende innovatie. Je zou de keuze voor de te gebruiken opsporingsmethode eigenlijk willen uitstellen. Maar de recente komst van dure en redelijk effectieve geneesmiddelen tegen voortgeschreden darmkanker pleit voor versnelde screening op poliepen. Er moet nu echter op verschillende fronten extra geld worden uitgegeven en dat vraagt wellicht om enige afstemming; er is meer in de zorg dan alleen dikkedarmkanker. Dat zie je niet terug in de huidige plannen. Misschien moet je straks niet in heel Nederland beginnen, maar alleen daar waar de boel echt op orde is.'

IETS IS BETER DAN NIETS

MDL-arts Bartelsman houdt minder slagen om de arm. 'In het expertisecentrum werken we ook aan virtuele coloscopie. Vanwege de röntgenbelasting is dat met CT nog niet acceptabel, maar het opsporen van poliepen met MRI is zeer beloftevol. Het gaat echter nog wel enige jaren duren voordat dit praktisch toepasbaar is. We kunnen wel eeuwig discussiëren over hoe we



het bevolkingsonderzoek moeten organiseren, maar het is overduidelijk dat bij darmkanker iets beter is dan niets.'

Het ministerie van VWS geeft aan geen overhaaste beslissingen te zullen nemen. 'We gaan eerst eens kijken wat er uit de pilots komt. Dan beslissen we of we voldoende informatie hebben om een bevolkingsonderzoek te starten, of dat nog meer onderzoek nodig is', aldus een woordvoerder. ■

Meer MC-artikelen over screening op darmkanker vindt u in ons dossier Zorgvernieuwing via www.medischcontact.nl/dezeweek.

