

EEN DUIDELIJK SIGNAAL

Helpt van huisartsen vindt screening op colorectalkanker nodig

Veel mensen sterven aan colorectalkanker, terwijl deze ziekte goed in een vroegtijdig stadium is op te sporen. De meeste maag-darm-leverartsen zijn dan ook voor landelijke screening. Bij huisartsen bestaat echter geen consensus over de noodzaak van screening.

J.S. TERHAAR SIVE DROSTE C.S.

In de westerse wereld staat het colorectaalcarcinoom (CRC) op de tweede plaats bij de meest voorkomende tumoren. Als gevolg van de bevolkingsgroei en de vergrijzing neemt het aantal nieuw gediagnosticeerde patiënten de komende jaren waarschijnlijk nog toe.¹ Bij CRC zijn er soms duidelijke alarmsymptomen, maar meestal is er sprake van aspecifieke, vage klachten. Er kunnen weken verstrijken voor de diagnose wordt gesteld en het gezwel wordt behandeld.

SCREENING

Colorectalkanker is bij uitstek geschikt voor screening: enerzijds bestaat de mogelijkheid om premaligne aandoeningen (adenomateuze poliepen) op te sporen en te verwijderen, anderszijds vergroot vroegtijdige opsporing van colorectalkanker de kans op *downstaging* en daarmee op curatie.² Driekwart van de CRC's ontstaat in de 'gemiddeld risico'-groep. De overige 25 procent bestaat uit erfelijke syndromen, zoals het hereditair non-polyposis colon-

carcinoom (HNPCC, 5%) en familiale polyposis coli (FAP, 1%), de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa (1%), en familiale CRC's (18%).³ De meeste winst van landelijke screening valt te behalen bij de groep met een gemiddeld risico. De ideeën voor een landelijke screening naar CRC lijken in een stroomversnelling te raken na de verkregen consensus tussen de maag-darm-leverartsen (MDL-artsen) en andere belanghebbenden, zoals ZonMw, CRC-patiëntenverenigingen, College van Zorgverzekeraars en centrale overheid. Afsproken is dat aan de hand van de screeningscriteria volgens Wilson en Jungner binnen 2 à 3 jaar wordt gestart met faeces occult bloedtest (FOBT-)screening.^{4,5} Een meta-analyse van de resultaten van vier randomized controlled clinical trials, waarin FOBT als screeningsmiddel wordt getoetst, laat een sterftereductie van colorectaalcarcinoom zien van 23 procent voor diegenen die zijn gescreend.⁶ Recente cijfers tonen echter een zeer matige betrouwbaarheid (sensitiviteit 12%) van de FOBT bij een deelnamegraad van slechts 40-60 pro-

Bij de screeningsopties voor persoonlijke screening en populatiescreening de hebben de gastro-enterologisch specialisten een duidelijke voorkeur voor de coloscopie.



cent.⁷ Verwacht wordt dat de sterftereductie met endoscopische screening 15-20 procent hoger ligt, maar tot op heden heeft er geen directe, gerandomiseerde vergelijking plaatsgevonden tussen de FOBT en de coloscopie als screeningsmiddel.⁸

Studies naar de haalbaarheid en implementatie van nationale screeningsprogramma's en capaciteitsinventarisatie zijn internationaal in volle gang, maar in Nederland laten de gegevens en programma's op zich wachten.⁹⁻¹² Voor het slagen van een nationaal screeningsprogramma is een hoge participatiegraad van de bevolking essentieel. Voorwaarden voor de mate waarin geneeskundige adviezen worden opgevolgd, zijn heldere informatieverstrekking aan de bevolking over de aard en omvang van het probleem én voorlichting over de aanstaande screeningstest. Hier is een cruciale rol weggelegd voor de huisarts. Buitenlandse studies laten zien welk effect het heeft op de participatiegraad als huisartsen patiënten uitnodigen voor CRC-screening met de FOBT.¹³⁻¹⁵ Onder artsen en politici blijft de noodzaak tot CRC-screening (en met welk screeningsmiddel) echter ter discussie staan.

ENQUÊTE

Op een nationaal congres voor gastroenterologisch specialisten (GE-specialisten) in het najaar van 2004 is aan 420 MDL-artsen en GE-chirurgen via een enquête gevraagd naar hun mening over

CRC-screening. Tevens zijn 400 huisartsen in Amsterdam aangeschreven met het verzoek deze enquête in te vullen. De vragen waren gericht op hun houding ten opzichte van CRC-screening voor de algemene populatie én persoonlijk (screening voor de arts of specialist zelf), screeningsmethoden, familiale belasting en individueel risico op het ontwikkelen van CRC.

Van de 420 enquêtes aan GE-specialisten werden er 354 (84%) geretourneerd. Van deze groep was 11 procent werkzaam in een academisch

met een familiale belasting voor CRC een subgroepanalyse gedaan over hun voorkeur voor screening. In deze groep was 61 procent vóór populatiescreening, tegenover 48 procent in de huisartsengroep zonder familiale belasting voor CRC.

VERSCHIL IN RESPONS

De GE-specialisten hebben een duidelijke voorkeur voor populatiescreening naar CRC. Zij vinden dat de voordelen van screening naar CRC zeker opwegen tegen de bezwaren. De discussie richt

MDL-artsen moeten huisartsen overtuigen van het nut van screening

centrum en 89 procent in een perifere ziekenhuis. De gemiddelde leeftijd van de GE-specialisten was 48 jaar. Van de respondenten was 82 procent MDL-arts en 18 procent GE-chirurg.

Van de 400 huisartsen, retournerden er 126 (32%) de enquête. Alle huisartsen waren werkzaam in Amsterdam; hun gemiddelde leeftijd was 49 jaar.

De overige resultaten staan vermeld in de tabel (zie blz. 1422) In aanvulling de vraag naar de familiale belasting op CRC en de persoonlijke inschatting op CRC van de ondervraagde specialist en huisarts (tabel), is op de huisartsen

zich op de vragen hoe dit bevolkingsonderzoek kan worden geïmplementeerd en wat het beste screeningsmiddel is.

Bij de huisartsen bestaat geen duidelijke consensus over de noodzaak tot CRC-screening. Slechts 51 procent van de ondervraagde huisartsen is voor een landelijk screeningsprogramma. Hier lijkt een taak weggelegd voor de MDL-artsen: door hun kennis over de incidentie en mortaliteit én de mogelijkheid tot vroege detectie van CRC over te dragen, kunnen zij de huisartsen overtuigen van het nut van screening. Per jaar worden meer dan 9100 mensen geïdiagnosti- >>

8288799
F 78
31/08/2005
10:38:12
CVP:
D, F:7
I:2 G:N



ENDOBASE onderzoek loopt

8288799
F 78
31/08/2005
10:39:24
CVP:
D, F:8
I:2 G:N



ENDOBASE onderzoek loopt

BEELD: HANS OOSTRUM FOTOGRAFIE, TON HARLAND

RESULTATEN VAN DE PEILING

<< ceerd met CRC en jaarlijks overlijden ongeveer 4400 mensen aan deze ziekte.¹⁶ Op dit moment sterft 40 tot 50 procent van alle CRC-patiënten binnen vijf jaar als gevolg van gemetastaseerde ziekte op moment van diagnose.¹⁷ Bij opsporing in een vroeg stadium is de vijfjaarsoverleving meer dan 90 procent.¹⁸

Opvallend is het grote (significante) verschil in geretourneerde enquêtes onder de GE-specialisten en huisartsen. Het is wel zo dat de barrière om op een congres een korte enquête in te vullen lager is dan tijdens de dagelijkse praktijkvoering. Ook al omdat vooral de huisarts, als generalist, vanuit alle specialismen verzoeken krijgt om enquêtes in te vullen. Het verschil in respons is echter zo groot dat ook mag worden gesuggereerd dat het probleem van het coloncarcinoom onvoldoende bekend is en onvoldoende leeft onder de huisartsen. Stel dat de huisartsen die in de privé-sfeer met CRC te maken hebben gehad, eerder geneigd zijn om de enquête te retourneren, dan is het des te treffender dat van die groep maar de helft voor populatiescreening is. Je zou verwachten dat zij juist de noodzaak voor screening zouden onderstrepen.

GROOT VERSCHIL

Zoals al is gezegd, is slechts 51 procent van de huisartsen voor een bevolkingsonderzoek naar CRC en slechts 30 procent zou zich persoonlijk laten screenen. Zet men dit af tegen de 92 procent voorstanders van een bevolkingsonderzoek onder de GE-specialisten en de 95

'CRC-screening hoort thuis in de huisartsenpraktijk'

procent voorstanders van persoonlijke screening, dan kan hun kennis van het natuurlijke beloop van CRC, de premaligne voorstadia en behandelopties bij tijdige interventie, een verklaring zijn voor het grote verschil. Aangezien de huisarts een kritieke rol heeft bij het succesvol laten verlopen van een screeningsprogramma, zou dit een alarmerend signaal moeten zijn naar MDL-artsen en centrale overheid.

SCREENING	GE-specialist (n = 354)	huisarts (n = 126)
percentage voor populatiescreening	92%	51%*
percentage voor persoonlijke screening	95%	30%*

Artsen die voor populatie- en persoonlijke screening zijn.

POPULATIESCREENING	GE-specialist (n = 354)	huisarts (n = 126)
FOBT	0	26%*
sigmoïdoscopie	0	18%*
combinatie FOBT en sigmoïdoscopie	12%	0*
coloscopie	72%	27%*
fecale DNA-test/CT-coloscopie	16%	19%*
geen mening/onbekend	0	10%*

De door artsen gewenste methode voor populatiescreening.

PEERSONLIJKE SCREENING	GE-specialist (n = 354)	huisarts (n = 126)
coloscopie	97%	29%*

De door artsen gewenste methode voor persoonlijke screening.

LEEFTIJD BIJ SCREENING	GE-specialist (n = 336)	huisarts (n = 38)
50 jaar	37%	29%
55 jaar	42%	18%**
60 jaar	21%	13%
onbekend	0	40%*

Leeftijd waarop arts (vinden dat zij moeten) starten met persoonlijke screening. (Alleen diegenen geëvalueerd die vóór persoonlijke screening zijn.)

ACHTERGROND	GE-specialist (n = 354)	huisarts (n = 126)
familiaire belasting	4%	25%*
persoonlijk verhoogd risico op CRC	2%	8%**

Familiaire belasting van CRC en de persoonlijke inschatting van verhoogd risico op CRC van de ondervraagde arts.

* significant bij $p < 0,001$ (Fisher-exacttest), ** significant bij $p < 0,006$ (Fisher-exacttest)

BEELD: LIFE ART

Aan de screeningscriteria volgens Wilson en Jungner⁵ is voor de huisartsgeneeskunde een extra criterium toegevoegd: 'De huisartsenpraktijk is de plaats bij voorkeur waar de (organisatie van de) screening onomstotelijk thuishoort.' Dit gaat echter voor de screening naar borstkanker niet op en over de organi-

satie van de CRC-screening is het laatste woord nog niet gezegd. Mocht de organisatie van de toekomstige CRC-screening niet primair via de kanalen van de huisarts verlopen, dan zal deze toch als laagdrempelig eerste aanspreekpunt voor patiënten fungeren voor informatie en advies. Verwacht mag worden dat een

positieve houding ten opzichte van een landelijke screening de participatiegraad onder de doelgroep zal verhogen.

Van de huisartsen geeft 25 procent aan familiair belast te zijn voor CRC, hetgeen resulteert in een verhoogde kans op het ontwikkelen van dikkedarmkanker. Als men binnen deze groep familiair belaste huisartsen kijkt naar de mening

Een soortgelijk percentage huisartsen (26%) verkiest de FOBT als screeningsmiddel voor CRC in vergelijking met 0 procent GE-specialisten. Dat de beroepsgroep zich toch heeft sterk gemaakt voor een FOBT-screening valt te rijmen met de bewezen sterftereductie met de FOBT als screeningsmiddel op de langere termijn en met het feit dat er een infra-

Eén op de 20 mensen krijgt de diagnose 'CRC' te horen

over screening, is er geen significant verschil tussen de familiair belaste groep en de groep huisartsen die niet familiair is belast voor CRC in voorkeur voor populatiescreening (61 versus 48%).

SCREENINGSOPTIES

Eén op de 20 mensen krijgt een keer de diagnose 'CRC' te horen, waarbij voortschrijdende leeftijd een belangrijke risicofactor is voor het ontwikkelen ervan. De totale sterfte aan dikkedarmkanker is het hoogst rond het zestigste jaar.¹⁹ Een groot deel van de GE-specialisten prefereert dan ook de persoonlijke screening al op 50-55-jarige leeftijd aan te vangen, al geeft maar 2 procent van de ondervraagden aan een verhoogd risico te hebben op het ontwikkelen van CRC. Bij de ondervraagde huisartsen die voor persoonlijke screening zijn, is de leeftijd waarop moet worden begonnen met screenen bij 40 procent onbekend. Dit zou ook een aanwijzing kunnen zijn voor de noodzakelijke kennisuitbreiding over deze ziekte-entiteit.

Wat de screeningsopties voor persoonlijke screening en populatiescreening betreft hebben de GE-specialisten een duidelijke voorkeur voor de coloscopie. Waarschijnlijk omwille van logistieke redenen en/of door capaciteitsproblemen ziet een lager percentage de coloscopie als screeningsmiddel van eerste keuze voor de bevolking (72%) in vergelijking met hun voorkeur voor de coloscopie als persoonlijk screeningsmiddel (97%). Bij huisartsen ligt de drempel voor een coloscopie als screeningsoptie hoger, resulterend in een percentage van 27 voor populatiescreening met coloscopie; 29 procent verkiest dit onderzoek voor persoonlijke screening.

structuur wordt opgezet voor een landelijke FOBT-screening, waar later nieuwe alternatieven kunnen worden ingepast in plaats van de FOBT. Verder kan als opportunistisch argument worden aangehaald dat een landelijke screening met FOBT op dit moment politiek het enig haalbare is.

Alhoewel deze peiling onder een groter aantal huisartsen moet worden herhaald, wil men kunnen generaliseren, geeft deze enquête wel een duidelijk signaal. Ons inziens is er een urgente noodzaak voor de MDL-arts om in gesprek te gaan met de huisarts om tot een eenduidig beleid te komen voor vroege opsporing van het colorectaalcarcinoom. Dit alles met als doel een sterftereductie en een betere kwaliteit van leven voor de patiënt te realiseren. ■

drs. J.S. Terhaar sive Droste,
aios MDL

dr. M.E. Craanen,
MDL-arts

prof. dr. C.J.J. Mulder,
MDL-arts

drs. G.D.N. Heine,
MDL-arts

VU Medisch Centrum, Amsterdam

dr. H. Boot,
MDL-arts,

Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis, Amsterdam

Correspondentieadres: js.terhaar@vumc.nl

SAMENVATTING

- Het colorectaal carcinoom (CRC) komt veel voor in de westerse landen.
- CRC is bij uitstek geschikt voor screening: enerzijds is er de mogelijkheid om premaligne laesies op te sporen en te verwijderen, anderzijds geeft vroegtijdige opsporing een grotere kans op curatie.
- De discussie over CRC-screening wordt aan de hand van een enquête onder huisartsen en specialisten verduidelijkt.
- Gastro-enterologisch specialisten (GE-specialisten) blijken een duidelijke voorkeur te hebben voor populatiescreening naar CRC; bij de huisartsen is geen consensus over de noodzaak tot CRC-screening.
- Mogelijk onderschatten huisartsen het gezondheidsprobleem CRC.
- Verdere bewustwording van CRC-screening is nodig bij huisartsen én bevolking.

De literatuurlijst staat onderaan het artikel op onze website.

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

