

dr. Anco Vahl

vaatchirurg, klinisch epidemio-
loog, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis,
Amsterdam

dr. Bernard Elsmann

vaatchirurg, Deventer Ziekenhuis,
Deventer, bestuurslid Nederlandse
Vereniging voor Vaatchirurgie

professor dr. Willem Wisselink

vaatchirurg, VU Medisch Centrum,
Amsterdam

NIEUWE ONTWIKKELINGEN TREKKEN SCREENADVIES IN TWIJFEL

Reden voor AAA-screening verdampt

Vijf jaar geleden leek het zinnig om oudere mannen te screenen op een aneurysma van de abdominale aorta. Maar een nieuwe operatietechniek, de afnemende incidentie, en nadelen van het jarenlang monitoren van mannen met een AAA, hebben dat advies ingehaald.

Enkele jaren geleden hebben we er in dit blad voor gepleit om alle mannen ouder dan 65 jaar te screenen op een aneurysma van de abdominale aorta (AAA) (MC 24/2010: 1148). De overwegingen lagen voor de hand: een AAA is asymptomatisch tot er ruptuur optreedt. Vanaf een diameter van 5,5 cm neemt de kans op ruptuur exponentieel toe van zo'n 10 procent tot meer dan 30 procent per jaar bij AAA's groter dan 7 cm. Een ruptuur is in meer dan 80 procent van de gevallen dodelijk terwijl een tijdig ontdekt aneurysma goed is te behandelen. Bovendien was in buitenlandse trials het gunstige effect van screening op AAA-gerelateerde mortaliteit duidelijk aangetoond. Nieuwe inzichten vragen echter om grondige herziening van ons toenmalige standpunt.

Populatiescreening

Zowel de incidentie van nieuwe gevallen en de prevalentie bij screening, als de mortaliteit van het AAA zijn de afgelopen jaren dusdanig gedaald dat aan de criteria van de Wereldgezondheidsorganisatie om aan populatiescreening te doen niet langer is voldaan. Zo wordt in de Britse populatiescreening (The UK NHS AAA

Screening Programme: NAAASP) thans slechts bij 1,5 procent van de gescreende mensen een verwijde aorta met een diameter van 3 cm of meer gevonden, waar dat voorheen 4 tot 8 procent was. Bij slechts 0,1 procent van de gescreende mannen was direct een operatie nodig. Bij de rest van de mannen met een aorta groter dan 3 cm, maar kleiner dan 5,5 cm, werd een follow-upprogramma aangeboden, omdat een aneurysma kan groeien. Eenzelfde trend wordt gezien in Zweden, waar 1,7 procent van de gescreende mensen een aorta van 3 cm of wijder had. Deze daling in prevalentie bij screening kan verschillende oorzaken hebben:

- lagere incidentie door afname van tabaksgebruik;
 - lagere incidentie door toegenomen gebruik van statines, die mogelijk het ontstaan en de groei van AAA kunnen afremmen;
 - toegenomen diagnostisch onderzoek waardoor vaker al bij toeval een AAA wordt ontdekt voordat gerichte AAA-screening heeft plaatsgevonden.
- Daarnaast beschrijven recente publicaties een 30 tot 50 procent daling van de AAA-gerelateerde mortaliteit. Mogelijk ook doordat meer patiënten met een ruptuur

voor een operatie in aanmerking komen, en ook met betere postoperatieve uitkomsten dan voorheen.

Vroegtijdig detecteren

Het vroegtijdig detecteren van een AAA heeft voordelen. De risico's van een electieve operatie zijn kleiner dan die van een spoedoperatie bij een ruptuur. Het vroeg opsporen van aneurysmata heeft echter ook nadelen. Het detecteren van kleine aneurysmata (aortadiameter 3 tot 5 cm) leidt tot een levenslang controleprogramma. Een belangrijk deel van de gevonden AAA's zal nooit worden behandeld omdat ze niet groeien tijdens de follow-upperiode of omdat mensen overlijden aan andere oorzaken. In een recente schatting kwamen de volgende getallen naar voren: als tienduizend mannen worden gescreend, worden in 13 tot 15 jaar 46 doden voorkomen, maar ten koste van 37 onnodige operaties en 176 patiënten die in een follow-upprogramma zouden komen maar nooit geopereerd hoeven te worden. Recentelijk verschenen er publicaties over de negatieve psychische impact van een (achteraf) foutpositieve uitslag bij andere screeningsprogramma zoals de borst-

Nader onderzoek
naar de prevalentie
is gewenst

kankersceening. Onvoldoende is onderzocht wat de psychologische effecten zijn van jarenlang controleren voordat eventueel het AAA de operatiediameter van 5,5 cm heeft bereikt. In een kleine serie lijkt ook dat AAA-screening een negatief psychologisch effect heeft op patiënten bij wie een klein AAA is ontdekt. In een andere studie kon echter geen negatief effect op de kwaliteit van leven op de korte termijn worden aangetoond.

Kosteneffectiviteit

In een Nederlands kosteneffectiviteitsmodel is berekend dat AAA-screening kosteneffectief is. Ook lijkt screening kosteneffectief in de internationale literatuur, in systematic reviews en Markov-modellen, met een ICER (incremental cost effectiveness ratio) uiteenlopend van 1400 tot 14.000 euro per QALY. Er is echter controverse. Een Deense groep is zeer kritisch over screening en meent dat het niet kosteneffectief is, dat er te veel kortetermijneffecten zijn berekend en dat er te veel optimistische aannames in de modellen zitten. Ook een Britse groep meende al eerder dat de validiteit van kosteneffectiviteitsmodellen laag was.

Naast de eerdergenoemde overwegingen zijn er de afgelopen jaren veranderingen opgetreden in de behandeling van het aneurysma, die effect hebben op de gehanteerde modellen in het kosteneffectiviteitsonderzoek:

- open AAA-chirurgie is grotendeels vervangen door endovasculaire aneurysmareparatie (EVAR);
 - EVAR is duurder dan open chirurgie;
 - de operatiemortaliteit daarentegen is wel lager geworden, zowel bij electieve als bij acute operaties, mogelijk samenhangend met EVAR;
 - door de Nederlandse infrastructuur van vaatcentra met gecertificeerde vaatchirurgen wordt laagdrempelig een operatie aangeboden bij een ruptuur; een kleine minderheid van de patiënten wordt afgewezen voor operatie, bijvoorbeeld vanwege ernstige comorbiditeit.
- Kosteneffectiviteit wordt bepaald door de prijs van screening, operatiekosten en



SCREENEN VERLENGT LEVEN NIET

Eerder dit jaar concludeerden Amerikaanse epidemiologen al dat screening op AAA de kans op vroegtijdig overlijden (door welke oorzaak dan ook, oftewel de totale mortaliteit) niet verlaagde. Dat was voor geen enkel screeningsprogramma – bijvoorbeeld op borst- en darmkanker – overigens het geval. Voor screening op AAA's concludeerden zij wel dat de ziektespecifieke mortaliteit afnam. Zij zetten ook hun vraagtekens bij sommige trials die wél een reductie in totale sterfte lieten zien: soms vonden er gelijktijdig met de screening ook andere interventies plaats die de kans op overlijden mogelijk beïnvloedden. *Int. J. Epidemiol.* (2015), doi: 10.1093/ije/dyu140

langetermijnoverleving. Ook een lagere prevalentie bij screening heeft grote invloed op de kosteneffectiviteit. Risicofactoren voor ontstaan van AAA zijn: leeftijd, mannelijk geslacht, hypertensie, coronaire hartziekte, positieve familieanamnese, perifere vaatlijden, herseninfarct of TIA gehad, roken en hypercholesterolemie. Echter, goede analyses van deze zogenaamde targetscreening ontbreken.

Geen screening

Het lijkt raadzaam om pas op de plaats te maken ten aanzien van een advies over populatiescreening op AAA. Nader onderzoek naar de Nederlandse prevalentie is gewenst, naast een nieuwe Neder-

landse kosteneffectiviteitsstudie en een onderzoek naar de kwaliteit van leven na een ontdekt AAA. Vooralsnog zijn er geen steekhoudende argumenten om tot grootschalige targetscreening op AAA, ook niet bij specifieke risicogroepen, over te gaan. ■

contact

a.c.vahl@olvg.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

Het door de auteur genoemde artikel en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.