

Tom Poelman,
Vakgroep Huis-
artsgeneeskunde
en Eerstelijnsge-
zondheidszorg,
UGent

Tekst onder de
verantwoorde-
lijkheid van de
Nederlandstalige
redactie

In Minerva hebben we al vaak het nut en de ongewenste effecten van verschillende vormen van screening besproken. Minerva wees al vroeg op de onduidelijkheid over het nut van prostaatkankerscreening^{1,2}. Op basis van de huidige evidentie kunnen we vandaag stellen dat systematische prostaatkankerscreening door middel van PSA-bepaling in serum niet aanbevolen is^{3,4}. Sinds 1 augustus 2012 betaalt het RIZIV de PSA-test in het kader van screening trouwens niet meer terug. Ook wat betreft borstkankerscreening blijkt dat de ongewenste effecten meer en meer de winst verdringen⁵⁻⁸. Aansluitend hierbij zullen we opnieuw in dit nummer van Minerva een review van de Cochrane Collaboration bespreken over de voor- en nadelen van screeningsmammografie⁹.

Uit beide voorbeelden blijkt dat het belang van blijvend onderzoek naar het effect en de ongewenste effecten van screening nauwelijks kan onderschat worden. De opname van een vroegtijdige therapeutische aanpak in de onderzoeksvraag naar het effect van screening is hierbij zeker een meerwaarde. Denken we hierbij bijvoorbeeld aan de meerwaarde van het vroegtijdig opsporen en behandelen van diabetes mellitus¹⁰. In het kader van partnergeweld bij vrouwen gaan we in dit nummer van Minerva dieper in op het effect van screening gevolgd door counseling¹¹. Nog interessanter voor de praktijk wordt het wanneer men het effect van screening of van een ruimere preventieve actie in het kader van één pathologie verruimt naar het effect van een opeenvolging van gezondheidscheck-ups bij eenzelfde groep patiënten¹².

Niettegenstaande een steeds meer pragmatische kijk op preventief onderzoek en niettegenstaande onderzoekers harde uitkomstmaten (globale en ziektespecifieke mortaliteit) gebruiken om het effect te meten, moeten we ons ook durven afvragen hoe onze patiënten zelf het effect van al deze preventieve inspanningen inschatten. We mogen immers niet uit het oog verliezen dat het onze patiënten zelf zijn die deze preventieve onderzoeken en behandelingen moeten ondergaan en vaak ook moeten betalen¹³. Ook al zijn wij als arts overtuigd van het belang van sommige vormen van preventie, toch is het uiteindelijk de patiënt die autonoom moet kunnen beslissen om wel dan niet op dit aanbod in te gaan. In dit kader is het daarom onontbeerlijk om ook de verwachtingen van de patiënt inzake het effect van screening en preventieve behandelingen juist in te schatten.

Een observationele studie in Nieuw-Zeeland¹⁴ onderzocht hoe patiënten het effect van vier preventieve interventies (borst- en darmkankerscreening, preventie van heupfractuur, preventie van cardiovasculaire ziekte) inschatten. Het effect van borst- en darmkanker-screening op ziekte-specifieke mortaliteit, het effect van cardiovasculaire preventie op globale mortaliteit en het effect van de preventie van heupfracturen werd door de meeste patiënten hoger ingeschat dan wat de huidige studies tot nog toe aan effect hebben aangetoond. Aansluitend hierbij werd ook duidelijk dat het bewezen effect van deze interventies (behalve voor de preventie van cardiovasculaire ziekte) lager was dan wat de

patiënten als aanvaardbaar effect opgaven. Aan de hand van een logistische regressie-analyse stelden de onderzoekers vast dat een laag opleidingsniveau een significante voorspeller was voor het overschatten van het resultaat van screening. In hun discussiegedeelte trachten de auteurs deze overschatting te verklaren met het feit dat patiënten waarschijnlijk ook andere factoren laten meespelen wanneer ze oordelen over het effect van screening op mortaliteit. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat patiënten vroegdiagnostiek te vlug associëren met winst in mortaliteit zonder het negatieve effect van overbehandeling op mortaliteit in rekening te brengen. De auteurs hebben deze denkpijpe jammer genoeg niet verder onderzocht.

Op basis van hun resultaten pleiten de auteurs voor correcte informatie zowel over de voor-als de nadelen van screening. Patiënten hebben deze informatie nodig om te kunnen beslissen of ze zich wel of niet laten screenen en/of preventief laten behandelen. Naast misleidende informatie in folders wijzen de auteurs er ook op dat artsen als informatieverstrekkers vaak zelf het voordeel van preventieve interventies verkeerd inschatten¹⁵. Dit pleit ervoor dat we naast verder doorgedreven wetenschappelijk onderzoek naar het effect van preventieve handelingen ook moeten zorgen dat de op evidentie gebaseerde informatie over het effect van preventie geïmplementeerd raakt in de dagelijkse communicatie van artsen met hun patiënten. Minerva wil deze materie verder opvolgen en artsen op basis van recente methodologisch correcte informatie genuanceerd informeren. We kunnen alleen maar hopen dat artsen deze informatie aan hun patiënten op een correcte manier doorgeven, hierbij gesteund door een rationeel preventiebeleid van de overheid.

Referenties

1. Van Poppel H. De waarde van vrij PSA in de diagnostiek van prostaatkanker. *Minerva* 1999;28(5):206-7.
2. Weyler J. Prostaatkanker: kan screening de mortaliteit reduceren? *Minerva* 2001;30(3):127-31.
3. Weyler J. Screening naar prostaatkanker. *Minerva* 2003;2(7):106-9.
4. Spinnewijn B, Van den Bruel A. Prostaatkanker: to screen or not to screen? *Minerva* 2009;8(8):112-3.
5. van Driel M, Vermeire E. Is borstkankerscreening verantwoord? *Minerva* 2001;30(4):170-3.
6. Garmyn B. Effect van screeningsmammografie op lange termijn (29 jaar)? *Minerva* 2012;11(3):30-1.
7. Garmyn B. Verlaagt tweejaarlijkse screeningsmammografie de mortaliteit door borstkanker? *Minerva* 2011;10(4):41-2.
8. La Rédaction Minerva. Dertig jaar screeningsmammografie in de V.S.: hoogstens een beperkte invloed op de mortaliteit door borstkanker bij vrouwen ouder dan 40 jaar. *Minerva online* 28/03/2013.
9. Michiels B. Screening naar borstkanker met mammografie. *Minerva online* 15/03/2014.
10. Piessens V. Screenen naar diabetes bij personen met hoog risico: na 10 jaar geen effect op mortaliteit. *Minerva online* 15/12/2013.
11. Hillemans K. Screenen en vroegtijdige counseling bij partnergeweld? *Minerva* 2014;13(2):17-8.
12. Baeten R. Zorgen preventieve gezondheidscheck-ups voor gezondheidswinst? *Minerva* 2014;13(2):15-6.
13. Lemingre M. Screening: a boulevard of broken dreams? [Editoriaal] *Huisarts Nu* 2013;42:214-5.
14. Hudson B, Zarifeh A, Young L. Patients' expectations of screening and preventive treatments. *Ann Fam Med* 2012;10:495-502.
15. Sapre N, Mann S, Elley CR. Doctors' perceptions of the prognostic benefit of statins in patients who have had myocardial infarction. *Intern Med J* 2009;39:277-82.