

Preventie van coloncarcinoom, geen “ver van ons bed”-show.

Colorectaal carcinoom (CRC) of dikke darmkanker is één van de meest voorkomende kankers, met een derde kankerplaats wereldwijd. Het lifetime risico om CRC te ontwikkelen is 6%. Daarbij is de leeftijd één van de belangrijkste risico factoren met 90% van de CRC patiënten die ouder zijn dan 50 jaar. 75% van de nieuwe diagnoses van CRC hebben enkel de leeftijd als risicofactor..

Spijtig genoeg is CRC nog steeds een potentieel dodelijke ziekte. Ongeveer 50% van de nieuwe CRC patiënten sterven binnen de vijf jaar na de diagnose, vooral ten gevolge van een te late diagnose. Als de kanker vroegtijdig wordt ontdekt en dus beperkt van kankerstadium is, dan stijgt de vijfjaarsoverleving naar 92%. Het blijkt ook dat ongeveer 90% van de CRC en overlijdens secundair hieraan, te voorkomen waren door preventieve onderzoeken.

Er zijn daarenboven studies die aangetoond hebben dat deelname aan preventieve acties de mortaliteit van colorectaal carcinoom kan verminderen met 40%. Er is met andere woorden een duidelijk voordeel om deze letsels (poliepen dan wel tumoren) vroegtijdig te ontdekken.

Het unieke aan CRC is dat in bijna alle gevallen een carcinoom van het colon wordt voorafgegaan door een adenoom (een soort poliep) en dat de overgang van een klein adenoom tot een colontumor tussen de vijf à tien jaar duurt (veel sneller in bepaalde genetische syndromen). Dit biedt ons dus een “window of opportunity” in dewelke de patient aan preventie kan doen. Ontdekken van poliepen en verwijdering ervan snijdt de weg af van de carcinogenese of kankervorming en houdt door middel van follow up colonoscopies het colon ook vrij van eventuele kankervorming.

Wat kan iemand doen om zijn risico op het ontwikkelen van CRC te verlagen? Aan onze leeftijd kunnen we uiteraard niet veel doen !! Zijn er gunstige factoren die we in de hand hebben om colon-poliep of –kanker vorming tegen te gaan? Ja ! We vermelden een ideaal gewicht en veel lichaamsbeweging als gunstige factoren. Het ideale dieet is een vraagteken tot op heden, doch vermoedelijk is het eten van veel fruit en vezels zeker niet schadelijk. Het eten van rood vlees en bewerkt vlees zoals sommige charcuterie daarentegen (consumptie van >500g/week) zou de vorming van adenomen (poliepen) en dus darmkanker in de hand kunnen werken.

Vermits dus de ontwikkeling van coloncarcinoom door externe factoren niet helemaal te beïnvloeden is, dient aan vroegtijdige ontdekking te worden gedaan, voor het geval er toch een CRC of poliep zou zijn ontwikkeld : preventief screeningsonderzoek.

De manier van ontdekken, met andere woorden het gebruikt diagnostisch instrument in de preventie, is uiteraard zeer belangrijk. De accurateid, of het stellen van de juiste diagnose, voor de gebruikte test moet voldoende hoog zijn . Echter van een in preventie gebruikt diagnostisch instrument verwacht de patient ook andere aspecten: het facet tolerantie en veiligheid. De maatschappij verwacht uiteraard een test die kost-efficient is, dus met andere woorden betaalbaar voor toch een nuttig effect.

Als mogelijke diagnostische middelen hebben we stoelgangsontleiding via feces hemocults (er is ook een nieuwe generatie immuunhistochemische hemocults en naar de toekomst toe andere testen als fekaal tumoraal dna,..), linker colonoscopies of ook sigmoidoscopies genoemd, volledige colonoscopies, rx colon, virtuele colonoscopie via mri of ct en naar de toekomst toe serologische testen die actueel in onderzoeksfase zijn.

Er zijn voor- en nadelen aan al deze. De belangrijkste boodschap is: preventie van CRC is mogelijk en uiterst belangrijk.

1. **IFOB tests** detecteren bloed in de stoelgang. Het principe is dat tumoren en poliepen bloeden en dat het bloedverlies zich manifesteert in de test. Volgende bemerkings dienen te worden gesteld: bloedingen treden niet altijd op, zelfs niet van maligne poliepen en daarenboven

hebben we meer kans op bloeding bij grotere poliepen en tumoren, dan bij kleine poliepen. We detecteren met andere woorden poliepen of tumoren in een later stadium doordat we wachten op het bloedingsaspect. We weten uit studies dat de laatste generatie IFOB testen ongeveer 10% vals negatief waren bij dukes A darmkanker (dus vroegtijdige niet gemetastaseerde) CRC, wat toch de letsels zijn die we zoeken. Niettemin blijft dit een zeer goede en vooral goedkope test, en kan men met deze test zeer gemakkelijk grote bevolkingsgroepen bereiken. Neem zeker ook eens een kijkje op www.stopdarmkanker.be

2. **Linker colonoscopie** wordt door sommige experts vergeleken met een preventieve mammografie van één borst. Enkel het rectum, sigmoïed en soms colon descendens wordt onderzocht en het wordt dan ook best niet als alleenstaande test gebruikt doch steeds gecombineerd met hemocult testen. De voorbereiding is eenvoudiger dan een volledige coloscopie (met lavementen) en het onderzoek kan op ambulante raadplegingsbasis gebeuren wat in zijn voordeel pleit. Echter blijft nog steeds een belangrijk deel van de dikke darm niet bereikbaar door deze test.
3. Een **rx colon** wordt meer en meer verlaten als screeningsonderzoek gezien het weinig accuraat zijn in het stellen van de diagnose , zeker van kleine poliepen. Alternatieven in de radiologische wereld zijn **virtuele colonoscopie** via **CT**(of mri) en deze lijken veel beloftevoller. Ze hebben nog wat problemen met de diagnose van kleine poliepen en soms worden fecale resten als poliepen gezien. Het grote voordeel van deze niet invasieve onderzoeken is hun gemak, comfort en veiligheid voor de patient. Grootste minpunt voor virtuele colonoscopies is dat in ongeveer 30% van de preventieve onderzoeken bij patienten boven 50 jaar, een letsel wordt gedetecteerd dat via een tweede onderzoek, met name een colonoscopie dient te worden bevestigd en verwijderd indien mogelijk. De frekwentie is nog onduidelijk doch vermoedelijk volstaat in een willekeurige screeningspopulatie een frekwentie van eenmaal per tien jaar.
4. Het all in one onderzoek is de **colonoscopie**, waarbij naar poliepen en tumoren wordt gezocht en indien mogelijk deze tegelijkertijd worden weggenomen. Voordeel is natuurlijk de hoge diagnostische accuraatheid (alhoewel dient te worden gezegd dat kleine poliepen achter plooiën gelegen, kunnen worden gemist). Nadeel is dat het een meer invasief onderzoek is met nood aan een goede voorbereiding welke dikwijls door de patienten als het meest belastende deel van het onderzoek, wordt ervaren. .

Hoe hoger de kans op poliepen zoals bvb bij eerste graads familieleden van CRC-patienten of bepaalde genetische kankersyndromen of patienten met inflammatoir darmlijden (allemaal situaties met hogere kans op nood aan poliepectomie), hoe belangrijker het voordeel is om colonoscopie als eerste diagnostische middel voor te stellen, oa om dubbele onderzoeken te vermijden.

Wie zou zich nu moeten laten nakijken?

Eigenlijk is het eenvoudig: iedereen boven de leeftijd van vijftig jaar dient aan preventie voor CRC te denken en dit geldt zowel voor man als vrouw, alhoewel de man iets meer kans heeft op CRC. Zeker dienen patienten hieraan te denken indien er in hun directe familie een geval van CRC of colonpoliepen is geweest. Ook patienten met langbestaand inflammatoir darmlijden (crohn of colitis ulcerosa) hebben een duidelijk verhoogd risico op CRC.

Conclusie:

CRC is te voorkomen en dus preventie is een belangrijk gegeven, zeker boven de leeftijd van 50 jaar. Het is daarbij uiteraard belangrijk dat we het goede diagnostische instrument gebruiken, doch anderszijds is een veel belangrijker item dat we de patient gemotiveerd krijgen om zich preventief te laten nakijken, door welk middel dan ook. De rol van de huisarts hierin is cruciaal, als wetenschappelijk motivator voor deze soms vervelende onderzoeken.