

Een kankerrisicotest: wie zit er op te wachten?

Roger A.M.J. Damoiseaux

Gerelateerde artikelen: Ned Tijdschr Geneeskd. 2012;156:A4888 en A4961

Mensen zijn het moe om steeds op hun vermeende ongezonde gedrag aangesproken te worden. Dit was de strekking van een artikel in een recent wetenschapskatern van *de Volkskrant*.¹ In deze tijd komt KWF Kankerbestrijding met een test om iemands eigen risico op kanker in te schatten en hem of haar vervolgens advies te geven hoe dat risico te verkleinen. Elders in het *Tijdschrift* beschrijven 10 wetenschappers deze test en de doelen die zij hiermee voor ogen hebben.² De test is gebaseerd op gedegen wetenschappelijk onderzoek en de Amerikaanse variant zou het individuele risico redelijk voorspellen. Toch rijst de vraag of we echt op deze test zitten te wachten en of de beoogde doelen – vergroten van de kennis van risicofactoren voor kanker en vermindering van de kankerincidentie – reëel zijn.

VERGROTING VAN KENNIS BIJ DE BEVOLKING

In totaal zijn bijna 50 risicofactoren opgenomen in de KWF Kanker Risico Test. Roken, extreem overgewicht en beroepsmatige onbeschermd blootstelling aan stoffen zijn de beïnvloedbare grote boosdoeners. Mijn ervaring in de dagelijkse huisartsenpraktijk leert mij dat die voldoende bekend zijn bij de mensen. Uit onderzoek naar toepassing van de test blijkt het toekennen van een getal voor het individu aan deze risicofactoren geen betere kennis van het risico te geven.³

Er wordt ook een aantal risicofactoren genoemd die niet te beïnvloeden zijn. Een grotere lichaamslengte geeft meer kans op een pancreaskop-, een mamma-, een colon-, een ovarium- en een prostaatcarcinoom. Ook een onbehandelde infectie met *Helicobacter pylori* is een factor met een grote impact, die bovendien beïnvloedbaar zou zijn. Natuurlijk zal men zeggen: behandeling van de infectie verkleint het risico. Maar de vraag is of een patiënt weet of hij of zij een onbehandelde *H. pylori*-infectie heeft. Als een infectie wordt vastgesteld, wordt die in ons land in de regel ook behandeld. Dit is kennis waar een individu niets mee kan en waardoor de geloofwaardigheid van de test mogelijk verminderd wordt.

In het verleden zijn steeds wisselende factoren die wel of juist geen kanker veroorzaakten gepubliceerd, ook in de lekenpers. Ook zijn er per factor tegenstrijdige berichten geweest. Epidemiologisch onderzoek heeft ons goed zicht gegeven in de risicofactoren voor kanker waarop deze kankerrisicotest gebaseerd is. In het recente verleden is echter ook over onzinnige risicofactoren gerapporteerd,⁴ waarbij de statistiek vóór de kliniek ging. Dit heeft het vertrouwen in dergelijke risicofactoren bij het grote publiek niet vergroot.

VERMINDERING VAN DE KANKERINCIDENTIE

Zoals gezegd zijn de belangrijkste risicofactoren genoegzaam bekend bij de meeste mensen. Toch zien we weinig neiging tot aanpassing van de leefstijl. Bovendien is onze levensverwachting nog nooit zo hoog geweest en zijn we nog nooit zo gezond geweest. Met het kwantificeren van het risico zou een omslag in gedrag moeten plaatsvinden. Uit onderzoek naar de effecten van het benoemen van het genetische risico blijkt dat er geen gedragsveranderingen optreden om dat risico te verkleinen, zoals stoppen met roken en meer bewegen.⁵ Wel werd een klein effect op de intentie om gedrag te veranderen waargenomen.⁵ Een kwalitatief onderzoek onder jonge rokers liet zien dat het kennen van een risico hen niet motiveerde om te stoppen.⁶ De redenen waren dat ze deze risico's voor zichzelf irrelevant vonden, dat ze niet geloofden in de test en dat ze een laag risico juist gebruikten om hun rookgedrag te legitimeren.⁶ Voeding, vooral het eten van genoeg groente en fruit, neemt ook een belangrijke plaats in bij de beïnvloedbare risicofactoren. Een review over het effect van het eten van voldoende fruit en groente in een aantal Europese landen liet echter een minimaal effect zien: het zou slechts 0,19% van alle kankers voorkomen.⁷

BEREIKT EEN TEST DE DOELGROEP?

Als het onbekend is of het kennen van het risico op kanker een gedragsverandering teweegbrengt, dan is het prematuur om een test te lanceren om dat risico in kaart te brengen. Een andere voorwaarde voor de bevordering van de gezondheid door een nieuwe test is dat de test door voldoende mensen met een hoog risico gedaan wordt. Bij de nationale cholesteroltest en de 'niercheck' van enkele jaren geleden bleek dat niet zo te zijn.^{8,9} De niercheck werd vooral aangevraagd door mensen uit buurten met een hogere sociaaleconomische status en

Huisartsenpraktijk de Hof van Blom, Hattem.

Dr. R.A.M.J. Damoiseaux, huisarts
(rdamoiseaux@hotmail.com).

het risico ligt op de loer dat dat ook voor de KWF Kanker Risico Test zal gelden. De groepen met een lagere sociaal-economische status hebben echter de grootste kanker-risico's door factoren als roken, overgewicht en beroeps-matige blootstelling aan stoffen. Om bij deze mensen te wijzen op de eigen verantwoordelijkheid is te gemakkelijk. Voor hen zullen we toch andere interventies moeten verzinnen en de overheid zal hier ook een verantwoordelijkheid moeten nemen. Helaas is het rookverbod in cafés weer gedeeltelijk teruggedraaid, maar zo'n verbod heeft misschien wel meer effect dan het introduceren van een kankerrisicotest.

NADEEL VAN EEN RISICOTEST

Tot slot is er mogelijk een nadelig effect van de introductie van een dergelijke test. We hebben gezien dat het nog maar zeer de vraag is of mensen hun gedrag gaan aanpassen bij een hoog risico. Wat ze misschien wél gaan doen, is de huisarts vragen om een gerichte screening op hun risico's. Er zou wel eens een ongebreidelde vraag kunnen ontstaan naar buikecho's, mammografieën, CT-scans van de thorax, PSA-bepalingen, endoscopieën en andere

onderzoeken. Gerichte screening bij risicogroepen is eerder gepropageerd, maar de effectiviteit ervan is onbekend.¹⁰

CONCLUSIE

De KWF Kanker Risico Test is geen bevolkingsonderzoek en een vergunning conform de wet op het bevolkingsonderzoek is dan ook niet nodig. Toch zou onderzoek naar de effecten in Nederland op zijn plaats zijn geweest, zeker gezien de ervaringen met de niercheck en de nationale cholesteroltest. Daarna zou een verantwoorde introductie hebben kunnen plaatsvinden. Nu zitten we eigenlijk niet op een kankerrisicotest te wachten.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 22 april 2012

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2012;156:A4910

[➤ Meer op www.ntvg.nl/opinie](http://www.ntvg.nl/opinie)

LITERATUUR

- 1 De Visser E. 'Gezond' kan de boom in... Volkskrant maart 24 2012.
- 2 Elias SG, Grooters HG, Bausch-Goldbohm RA, et al. De KWF Kanker Risico Test. Ned Tijdschr Geneeskd. 2012;156:A4888.
- 3 Timmermans DRM, Oudhoff J. Weergave van risico's in de KWF Kanker Risico Test. Ned Tijdschr Geneeskd. 2012;156:A4961.
- 4 Altman DG, Lyman GH. Methodological challenges in the evaluation of prognostic factors in breast cancer. Breast Cancer Res Treat. 1998;52:289-303.
- 5 Marteau TM, French DP, Griffin SJ, et al. Effects of communicating DNA-based disease risk estimates on risk-reducing behaviours [Cochrane review]. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(10):CD007275.
- 6 Docherty SL, McBride CM, Sanderson SC, O'Neill SC, Shepperd JA, Lipkus IM. Young smokers' views of genetic susceptibility testing for lung cancer risk: minding unintended consequences. J Community Genet. 2011;2:165-72.
- 7 Soerjomataram I, Oomen D, Lemmens V, et al. Increased consumption of fruit and vegetables and future cancer incidence in selected European countries. Eur J Cancer. 2010;46:2563-80.
- 8 Deutekom M, Aziz Y, van Dis I, Stronks K, Bossuyt PMM. De Nationale Cholesteroltest: vooral gezonde deelnemers. Ned Tijdschr Geneeskd. 2008;152:2425-9.
- 9 Nielen MMJ, Schellevis FG, Verheij RA. Evaluatie campagne 'Stop beginnende nierziekte'. Utrecht: NIVEL; 2007.
- 10 Verbeek ALM, van Dijk JAAM, Kiemeny LALM, Broeders MJM. Verantwoord screenen op kanker. Ned Tijdschr Geneeskd. 2011;155:A3934.