Echografische screening van abdominaal aorta-aneurysma

Haio: RAAT Willem , KUL
Promotor: BOSMANS Jan , U.G.
Praktijkopleider: DE ROMAGNOLI Guido , VAN NUFFEL Willem

Context: in 2014 publiceerde het United States Preventive Services Task Force (USPSTF) een richtlijn die adviseerde alle mannen tussen 65 en 75 die ooit gerookt hadden éénmalig echografisch te screenen op een dilatatie van de abdominale aorta. In Zweden en het Verenigd Koninkrijk bestaat momenteel een bevolkingsonderzoek bij asymptomatische mannen van 65 jaar naar het model van borstkanker- en colorectale kankerscreening. Dit artikel bekijkt de voor- en nadelen van een bevolkingsonderzoek bij oudere mannen en opportunistische screening van risicogroepen naar een aneurysma van de abdominale aorta (AAA).

Onderzoeksvraag: 1. Wat is het effect van eenmalige echografische screening in een asymptomatische populatie van mannen van 65 jaar of ouder op ziektespecifieke en totale mortaliteit? 1a. Is het effect van éénmalige screening verschillend bij verschillende screeningsaanpakken (hoogrisicostratificatie, ...)? 1b. Wat zijn de nadelen van eenmalige echografische screening? 2. Wat is de kosten-effectiviteit van een screeningsprogramma met éénmalige echografische screening van alle mannen van 65 jaar? 3. Wat zijn de ethische implicaties van éénmalige echografische screening van mannen van 65 jaar op bevolkingsniveau? 4. Moet in Vlaanderen een éénmalige echografische screening van alle asymptomatische mannen van 65 jaar worden ingevoerd (eventueel als proefproject)? 4a. Indien geen antwoord mogelijk: welke bijkomende kennis is noodzakelijk om een antwoord te kunnen geven? 4b. Indien neen: zijn andere vormen van screening of sensibilisatie mogelijk? 5. Is er voldoende bewijsmateriaal om een aanbeveling te doen naar huisartsen wat betreft screening van oudere mannen met een voorgeschiedenis van roken?

Methode: review van studies over kosten-effectiviteit en klinisch effect van screening.

Resultaten: een bevolkingsonderzoek naar AAA bij 65-jarige mannen vermindert het risico te overlijden aan een aneurysma met ongeveer de helft, maar heeft geen effect op de totale mortaliteit. Een bevolkingsonderzoek kan leiden tot overdiagnose, overbehandeling en psychisch lijden. Kosten-effectiviteitsstudies evalueren screening als kosten-effectief, maar lijden aan methodologische bias. Het selectief screenen van populaties met vasculaire risicofactoren (diabetes mellitus, ...) lijkt geen voordeel te bieden tegenover een bevolkingsonderzoek. Er zijn momenteel te weinig data om een uitspraak te doen over het nut van screening van mannelijke rokers ouder dan 65 jaar in de eerste lijn.

Conclusie: op basis van de gevonden studies vinden we dat het kosten-batenprofiel voor bevolkingsscreening en screening van rokers momenteel ongunstig is. We raden huisartsen momenteel af om asymptomatische mannelijke rokers systematisch door te verwijzen voor een abdominale echografie.