

Praktische huisartsgeneeskunde

Oncologie



onder redactie van:
A.J. Berendsen
S. Van Belle



Bohn
Stafleu
van Loghum



Oncologie

Dit boek gaat in op de (veranderende) rol van de huisarts, nu en in de toekomst, bij de zorg rondom de oncologische patiënt in de dagelijkse praktijk.

In een inleidend deel komen algemene onderwerpen aan bod zoals incidentie, prevalentie en sterfte-aantallen. Daarnaast gaat het in op preventie en nieuwe behandelmethoden, revalidatie, de organisatie van de oncologische zorg in Nederland en Vlaanderen en de rol van de huisarts bij palliatieve zorg. In het tweede deel worden, aan de hand van casuïstiek, de volgende vormen van kanker besproken: colorectale kanker, borstkanker, prostaatkanker, longkanker en gepigmenteerde huidkanker. Hierbij wordt vooral ingegaan op de rol van de huisarts: vanaf het eerste contact bij de klacht (diagnostiek, verwijzing), de rollen die de huisarts heeft voor de patiënt en familie tijdens de behandeling van de specialist, tijdens het

controletraject bij het signaleren van langetermijneffecten en bij het palliatieve traject. Er wordt verder ingegaan op palliatieve behandelmogelijkheden, meest voorkomende metastasen en langetermijneffecten aan de orde.

Oncologie verschijnt in de reeks *Praktische huisartsgeneeskunde*. In deze reeks verschijnen uitgaven met praktische en klachtgerichte informatie over de verschillende deelgebieden van de huisartsgeneeskunde.

Oncologie is in de eerste plaats geschreven voor huisartsen, al dan niet in opleiding. Maar ook voor gespecialiseerde verpleegkundigen, nurse practitioner, physician assistants, basisartsen, praktijkondersteuners en medische studenten biedt het veel relevante informatie.



Kankerepidemiologie: incidentie, prevalentie, sterfte en verwachtingen

L. Van Eycken, K. Henau, O. Visser en S. Siesling

Samenvatting

Elk jaar wordt in België en Nederland bij ongeveer 65.000 en 102.500 personen kanker vastgesteld. De huisarts wordt op verschillende tijdstippen van het ziekteproces geconfronteerd met kankerpatiënten. Het incidentiecijfer is voor de huisarts belangrijk, omdat dit aangeeft hoe groot de kans is dat een patiënt met een bepaald type kanker zich aanbiedt in de praktijk. Ongeveer 42 % van deze patiënten overlijdt ten gevolge van kanker. Deze cijfers hebben een onmiddellijke impact op de praktijk van de huisarts. Hij of zij is immers vaak de spilfiguur in de behandeling en begeleiding van de patiënt vanaf diagnose tot aan het levenseinde (palliatieve zorg, symptomatische en comforttherapie). Wat betreft de organisatie van de zorg moeten we rekening houden met een stijgende trend van de kankerincidentie, die zich de volgende jaren zal voortzetten. In dit hoofdstuk introduceren we de begrippen kankerincidentie, sterfte en prevalentie en vermelden we telkens enkele kerncijfers ter illustratie. De verwachtingen voor de kankerincidentie in de toekomst (2025) worden kort besproken. Daarnaast wordt het belang van de kankerregistraties als bron van dit hoofdstuk toegelicht.

- 1.1 Kankerincidentie in België en Nederland – 5**
 - 1.1.1 Algemeen – 5
 - 1.1.2 Kankerincidentie en leeftijd – 5
 - 1.1.3 De meest frequente tumoren in België en Nederland, 2013 – 5
- 1.2 Sterfte ten gevolge van kanker – 8**

- 1.3 Evolutie kankerincidentie en sterfte in België en Nederland – 8**
 - 1.3.1 Evolutie kankerincidentie voor de periode 2004–2013 – 8
 - 1.3.2 Evolutie van de sterfte ten gevolge van kanker voor de periode 2004–2012 – 10
 - 1.3.3 Verwachtingen: voorspelling van de kankerincidentie in het jaar 2025 – 10
- 1.4 Prevalentie van kanker – 11**
- 1.5 Het belang van de kankerregistratie – 12**
 - Geraadpleegde literatuur – 12**

1.1 Kankerincidentie in België en Nederland

1.1.1 Algemeen

In 2013 werden in België 65.487 nieuwe diagnoses van kanker gesteld (alle invasieve tumoren, exclusief non-melanoma huidkanker), waarvan 34.542 bij mannen en 30.945 bij vrouwen. Voor Nederland betreft dit 102.578 nieuwe diagnoses, waarvan 53.573 bij mannen en 49.005 bij vrouwen. Zowel in Nederland als in België zal één op de drie mannen en één op de vier vrouwen met de ziekte te maken krijgen vóór zijn of haar 75e verjaardag.

Kankerincidentie, maar ook sterfte, wordt uitgedrukt in het aantal nieuwe ziekte- of sterfgevallen per 100.000 personen per jaar (▣tab. 1.1). Het onderling vergelijken van deze bruto-incidentiecijfers (N/100.000 persoonsjaren) kan een foutief beeld geven als gevolg van eventuele verschillen in de leeftijdsstructuur van de populaties die men wenst te vergelijken. Het risico op kanker neemt immers toe met de leeftijd. Dit zou met zich meebrengen dat de kankerincidentie bij een oudere populatie hoger uitvalt dan bij een jongere populatie en een 'vertekend' beeld geeft. Dit probleem kan worden ondervangen door bij de berekening van de incidentie een standaardisatie voor leeftijd toe te passen. Bij de directe standaardisatie maakt men bijvoorbeeld gebruik van de Europese standaardpopulatie. De voor leeftijd gestandaardiseerde incidentie (of sterfte) wordt eveneens uitgedrukt in het aantal ziektegevallen per 100.000 personen per jaar. De incidentie wordt voor mannen en vrouwen apart weergegeven in ▣tab. 1.1.

Het risico op kanker, berekend op basis van de voor leeftijd gestandaardiseerde incidentie (ESR), is in België 22 % en in Nederland 17 % hoger voor mannen dan voor vrouwen.

1.1.2 Kankerincidentie en leeftijd

De incidentie van kanker of het risico op kanker hangt zeer nauw samen met de leeftijd. ▣Figuur 1.1 geeft voor alle tumoren samen en per geslacht de leeftijdsspecifieke incidentie weer per vijf jaar leeftijdscategorie. Kanker treft voornamelijk oudere personen: ongeveer 64 % van de vrouwen en 75 % van de mannen is 60 jaar of ouder op het ogenblik van de diagnose.

Kanker bij kinderen (0–14 jaar) en adolescenten (15–19 jaar) is zeldzaam. In 2013 werden in België en Nederland respectievelijk 584 en 629 jonge mensen met een diagnose van kanker geconfronteerd. Dat is in beide landen minder dan 1 % van alle kankergevallen. Mannen en vrouwen vertonen onder andere qua leeftijd een verschillend risicopatroon. Het risico op kanker stijgt vanaf jongere leeftijd bij vrouwen (30 jaar) en is vóór de leeftijd van 50 jaar bijna twee keer hoger dan bij mannen. Dit is in deze leeftijdscategorie voornamelijk te wijten aan het melanoom, borst-, schildklier- en baarmoederhalskanker. Na de leeftijd van 45 jaar is er een snelle toename van het risico bij mannen en vanaf 65 jaar is de kankerincidentie bij mannen twee keer hoger dan bij vrouwen. Dit hangt samen met de hoge incidentie bij mannen van prostaat- en aan roken gerelateerde kankersoorten zoals blaas-, long- en hoofd- en halskanker.

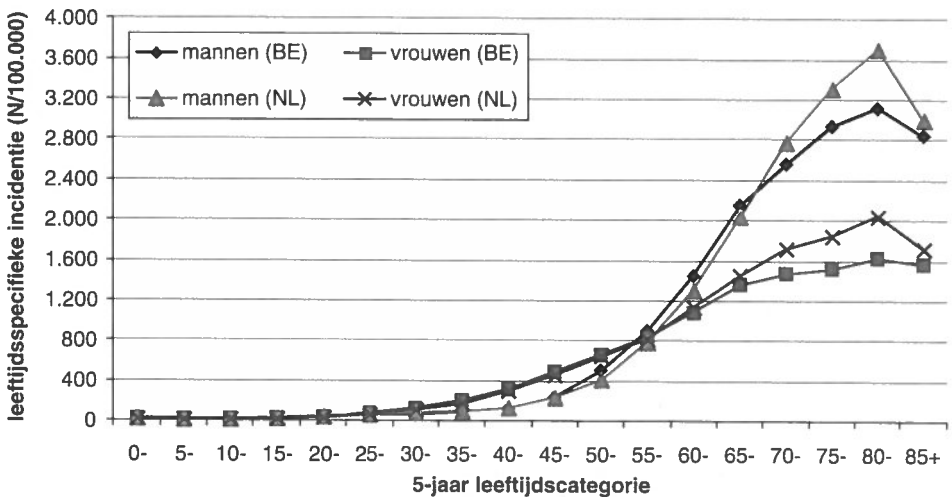
1.1.3 De meest frequente tumoren in België en Nederland, 2013

In 2013 is prostaatkanker de meest frequente tumor bij de man (in België 23 % van alle kankers en in Nederland 21 %), gevolgd door long- (België 17 %, Nederland 13 %) en

■ Tabel 1.1 Kankerincidentie in België en Nederland, 2013

incidentie 2013	mannen			vrouwen		
	N	bruto-incidentie (N/100.000 persoonsjaren)	ESR ^a	N	bruto-incidentie (N/100.000 persoonsjaren)	ESR ^a
België	34.542	634,1	492,7	30.945	547,5	402,7
Nederland	53.573	643,8	494,3	49.005	577,7	421,7

^a ESR: voor leeftijd gestandaardiseerde incidentie, gebruikmakend van de Europese standaardpopulatie en uitgedrukt in N/100.000 persoonsjaren.

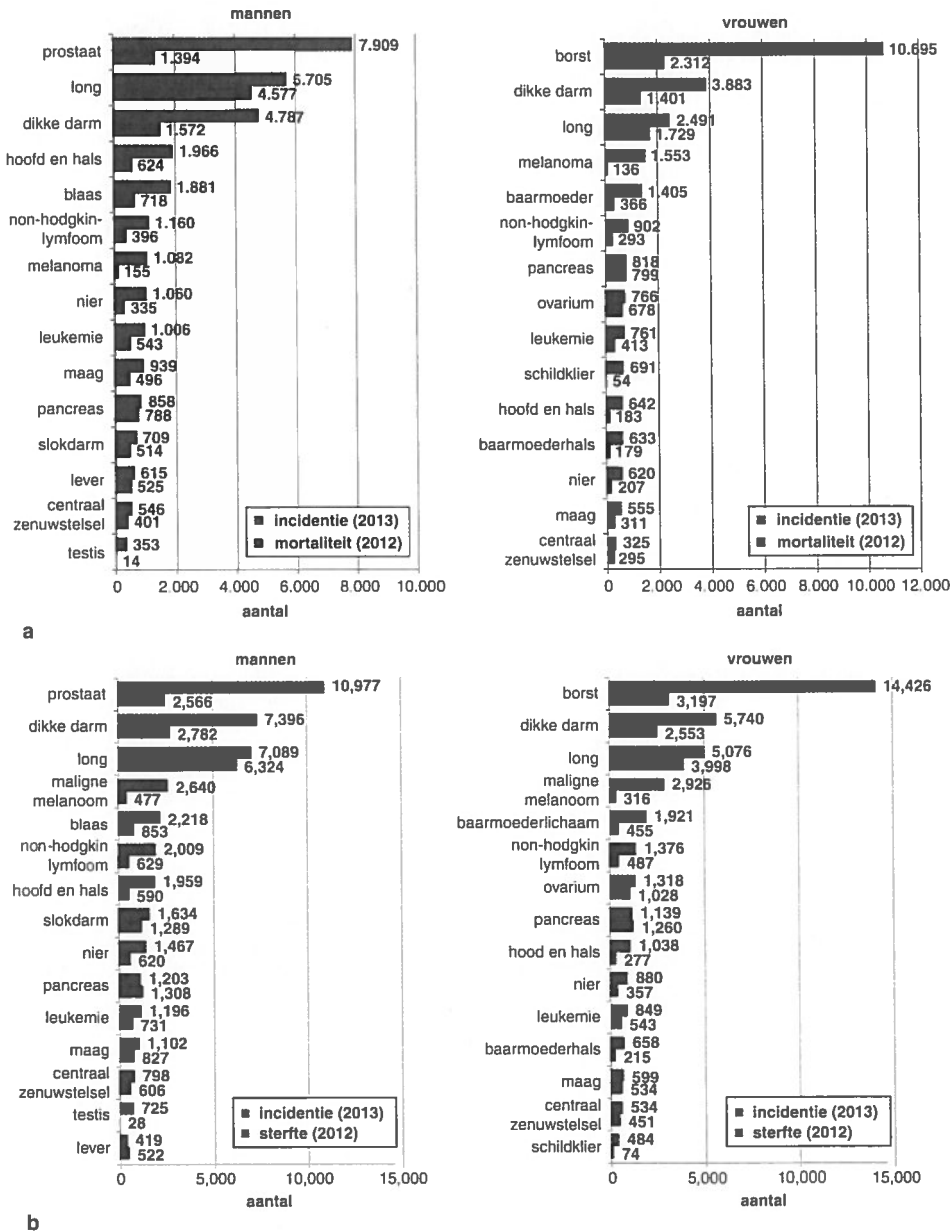


■ Figuur 1.1 Leeftijdsspecifieke incidentie per vijf jaar leeftijdscategorie voor alle kankers, 2013, België en Nederland

dikkedarmkanker (België en Nederland 14 %). Bij de vrouwen is borstkanker verantwoordelijk voor een derde van alle tumoren en daarmee ook het meest frequente type, gevolgd door dikkedarm- (België 13 %, Nederland 12 %) en longkanker (België 8 %, Nederland 10 %). Deze vier tumoren vertegenwoordigen samen meer dan 50 % van alle kankers. ■ Figuur 1.2 geeft een overzicht van de incidentie van en sterfte aan de meest frequente tumoren bij mannen en vrouwen in België en Nederland.

De verdeling van de primaire tumorlokalisaties varieert ook per leeftijdscategorie. Bij kinderen tot en met de leeftijd van 14 jaar zijn leukemie, lymfomen, hersen- en niertumoren het meest frequent. Hematologische maligniteiten, hersentumoren, melanoom, testis- en baarmoederhalskanker komen meer voor op jonge tot middelbare leeftijd, terwijl de tumoren met de grootste aantallen (bijv. borst-, prostaat-, long-, baarmoeder- en dikkedarmkanker) voornamelijk in de oudere leeftijdscategorieën te vinden zijn.

1.1 - Kankerincidentie in België en Nederland



Figuur 1.2 Overzicht van de incidentie van en sterfte aan de meest frequente tumoren bij mannen en vrouwen voor België (a) en Nederland (b) (absolute aantallen)

1.2 Sterfte ten gevolge van kanker

In 2012 stierven er in België en Nederland respectievelijk 26.923 en 43.666 personen ten gevolge van kanker. Daarmee is kanker in Nederland doodsoorzaak nummer één; in België komt kanker op de tweede plaats na sterfte ten gevolge van cardiovasculaire ziekten. In België betrof het 15.146 mannen en 11.777 vrouwen; in Nederland kwam dit neer op 23.710 mannen en 19.956 vrouwen (■ tab. 1.2).

Het risico om te sterven aan kanker, berekend op basis van de voor leeftijd gestandaardiseerde sterfte (ESR), is in België 67 % en in Nederland 44 % hoger bij mannen dan bij vrouwen. Het belangrijke aandeel van prognostisch minder gunstige tumoren bij mannen, waaronder de aan roken gerelateerde tumoren zoals long-, slokdarm- en hoofd- en halskanker, kan dit grotendeels verklaren.

■ Figuur 1.3 biedt een overzicht van het jaarlijks aantal sterfgevallen voor de meest frequente tumoren bij mannen en vrouwen voor België en Nederland en plaatst deze in relatie tot de incidentie. Longkanker is bij mannen de voornaamste doodsoorzaak ten gevolge van kanker (30 % van de totale kankersterfte in België, 27 % in Nederland) gevolgd door dikke-darm- (België 11 %, Nederland 12 %) en prostaatkanker (België 9 %, Nederland 11 %). Bij vrouwen is dit de sterfte door borstkanker (België 20 %, Nederland 16 %), gevolgd door long- (België 15 %, Nederland 20 %) en dikkedarmkanker (België 12 %, Nederland 13 %).

1.3 Evolutie kankerincidentie en sterfte in België en Nederland

1.3.1 Evolutie kankerincidentie voor de periode 2004–2013

In België is het jaarlijks aantal nieuwe invasieve tumoren tussen 2004 en 2013 gestegen met 12 %, namelijk van 58.465 naar 65.487 en in Nederland met 25 % van 81.314 naar 101.885. Deze stijging is in de beide landen voornamelijk te wijten aan de vergrijzing en de groei van de bevolking. Andere oorzaken van deze stijging hebben te maken met wijziging in levensstijl en risicofactoren (UV, obesitas, roken, alcohol, HPV, etc.). Daarnaast spelen vroege ontdekking door het bevolkingsonderzoek, zoals voor borstkanker en (in de toekomst eveneens) het vrij recent opgestarte dikkedarmkanker screeningsprogramma, een rol. Ook opportunistische screeningsactiviteiten (bijv. PSA-bepaling) en vroegtijdige diagnose door meer geavanceerde beeldvormingstechnieken beïnvloeden de cijfers. Door al deze verschillende factoren vertoont elk type kanker in beide landen een specifieke evolutie (toename, afname, stabiel).

Wanneer er rekening wordt gehouden met de stijgende gemiddelde leeftijd en het grotere aantal ouderen in de bevolking (de vergrijzing) in de berekeningen, stelt men bij de evolutie van de voor leeftijd gestandaardiseerde incidentie vast, dat het risico op kanker voor beide geslachten samen over de periode 2004–2013 in België vrij stabiel blijft en in Nederland met 4 % is gestegen.

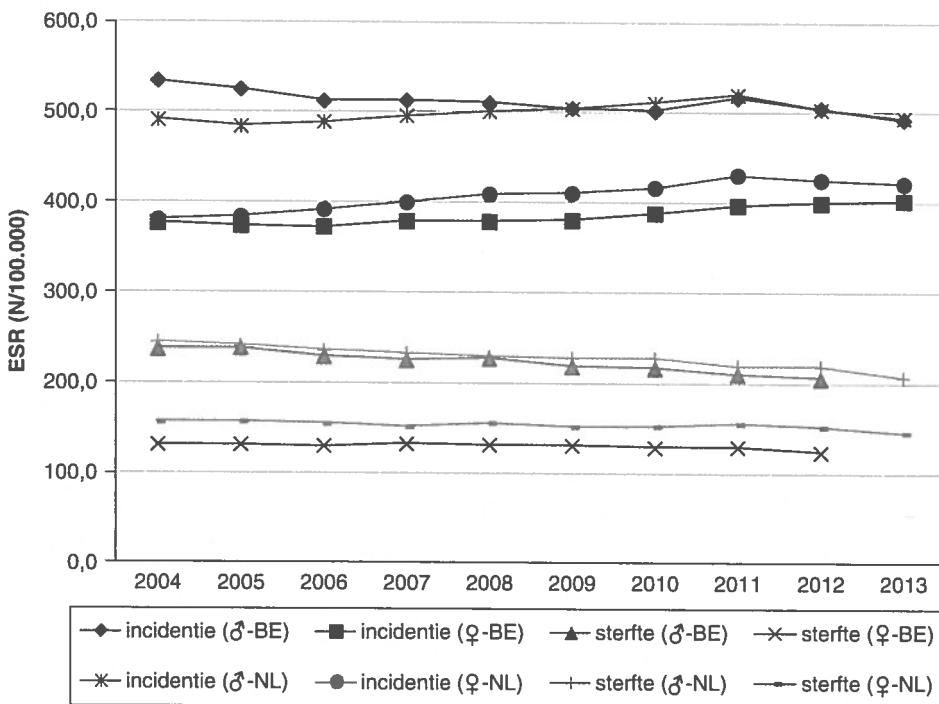
De voor leeftijd gestandaardiseerde incidentie bij mannen in België neemt langzaam af met 0,6 % per jaar. ■ Figuur 1.3 geeft per geslacht de evolutie van de voor leeftijd gestandaardiseerde incidentie (ESR) en sterfte weer voor alle kankers samen voor de periode 2004–2013. De snelle daling van de prostaatkankerincidentie sinds 2006 (−3,5 % per jaar) en een continue daling van de hoofd- en halstumoren (−1,4 % per jaar) en longkanker (−1,2 % per jaar) zijn hiervoor voornamelijk verantwoordelijk.

1.3 · Evolutie kankerincidentie en sterfte in België en Nederland

■ Tabel 1.2 Sterfte ten gevolge van kanker in België en Nederland, 2012

sterfte 2012	mannen			vrouwen		
	N	bruto-incidentie (N/100.000 persoonsjaren)	ESR ^a	N	bruto-incidentie (N/100.000 persoonsjaren)	ESR ^a
België	15.146	279,8	205,8	11.777	209,5	123,4
Nederland	23.710	285,8	219,0	19.956	235,9	151,7

^a ESR: voor leeftijd gestandaardiseerde mortaliteit, gebruikmakend van de Europese Standaard Populatie en uitgedrukt in N/100.000 persoonsjaren.




■ Figuur 1.3 Evolutie van de voor leeftijd gestandaardiseerde (ESR) *incidentie* en *sterfte* voor de periode 2004–2013 in België en Nederland

De voor leeftijd gestandaardiseerde incidentie bij mannen in Nederland blijft vrijwel constant (■ fig. 1.3). In Nederland daalde voornamelijk de incidentie van longkanker gestaag (–1,3 % per jaar). Darmkanker steeg daarentegen, waardoor de incidentie voor alle tumoren vrijwel gelijk bleef. Bij prostaatkanker werd geen toename of afname gezien voor deze periode.

Bij de Belgische vrouwen zien we een stijging van de kankerincidentie met 1 % per jaar ten gevolge van de toename van aan roken gerelateerde kankers (voornamelijk longkanker en hoofd- en halstumoren). Vrouwen zijn later begonnen met roken dan mannen en het effect

ervan laat zich nu voelen in de cijfers. In Nederland zien we ook een stijging van de kankerincidentie met 1 % per jaar, die zich ook voornamelijk laat verklaren door een stijging in longkanker en in mindere mate door hoofd- en halstumoren.

1.3.2 Evolutie van de sterfte ten gevolge van kanker voor de periode 2004–2012

Het risico om te sterven aan kanker daalt voortdurend. Bij de Belgische mannen daalt dit met 1,6 % per jaar, wat meteen driemaal sneller is dan bij de vrouwen (−0,5 % per jaar) (zie  fig. 1.3). In Nederland zien we een gelijksoortige daling in sterfte.

Een gewijzigde levensstijl heeft zeer zeker invloed gehad op de sterfte: bij mannen is de daling vooral te danken aan een vermindering van het aantal longkankers. Longkanker heeft met de sombere prognose en een daling van de incidentie een vrij onmiddellijk, belangrijk en gunstig effect op de sterftcijfers.

Deze verbetering is ook toe te schrijven aan betere diagnostische hulpmiddelen, zoals meer gevoelige medische beeldvormingstechnieken en aan het bevolkingsonderzoek, die een (meer) vroegtijdige diagnose mogelijk maken. Een vroegtijdige diagnose biedt mogelijkheden voor een betere behandeling en prognose.

Een in diverse opzichten verbeterde behandeling verklaart eveneens deze goede resultaten, zoals geavanceerde en minder invasieve chirurgische technieken, geoptimaliseerde radiotherapeutische behandelingen, nieuwe chemotherapeutische middelen, combinaties van therapieën. Daarnaast evolueert de kennis van de tumorkarakteristieken, die het mogelijk maakt meer doelgerichte en gepersonaliseerde behandelingen te starten.

Sterftcijfers zijn voor België afkomstig van 'Statistics Belgium' en voor Nederland van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Sterftcijfers vormen een essentieel onderdeel voor de interpretatie van de subtiele samenhang tussen kankerincidentie, -overleving en -sterfte en de evolutie ervan.

1.3.3 Verwachtingen: voorspelling van de kankerincidentie in het jaar 2025

In 2025 zullen er naar schatting 78.000 nieuwe kankerdiagnoses gesteld worden, wat meteen een toename in aantallen betekent van 19 % in België ten opzichte van 2013. In Nederland zal het aantal nieuwe kankerdiagnoses in 2025 ongeveer 156.000 bedragen, een toename van 53 %. In absolute cijfers zal de stijging van het aantal tumoren bij mannen vooral te wijten zijn aan de veroudering en de groei van de populatie (die in Nederland ongunstiger uitpakt dan in België), terwijl bij vrouwen voornamelijk als gevolg van het gewijzigde rookpatroon een additionele toename verwacht wordt.

De meer uitgesproken toename in Nederland wordt mogelijk veroorzaakt door verschillen in demografische ontwikkeling. In Nederland was er van 1943 tot en met 1972 een enorme babyboom. In België was de toename in het aantal geboorten beperkter. De eerste Nederlandse babyboomers zijn inmiddels met pensioen. De groei van het aantal ouderen houdt in Nederland nog enkele decennia aan, wat leidt tot een sterke toename van de kankerincidentie.

Door de latentietijd – de tijd die nodig is tot een tumor zich heeft ontwikkeld en zich openbaart – wordt verwacht dat vrouwen hun sterke inhaalslag op mannen zullen voortzetten, vooral wat tabakgerelateerde tumoren betreft (long-, hoofd- en halstumoren), terwijl voor de mannen een blijvend dalende trend verwacht wordt voor deze kankers evenals voor prostaatkanker.

Het aantal nieuwe diagnoses evenals het risico om kanker te ontwikkelen zal hierdoor in 2025 ongeveer evenredig verdeeld zijn tussen mannen en vrouwen.

1.4 Prevalentie van kanker

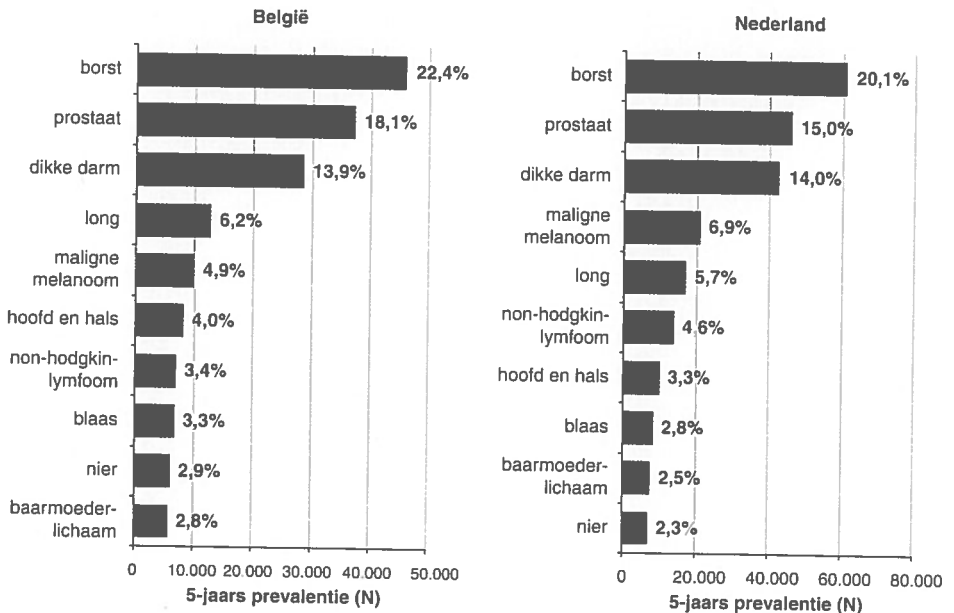
Prevalentiecijfers geven aan hoeveel mensen er in het verleden (bijv. 1, 5, 10, 20 jaar geleden) kanker kregen én op een bepaalde datum nog in leven zijn. Deze mensen hebben potentieel medische zorg en/of ondersteuning nodig.

Prevalentie op korte termijn (1 of 5 jaar) wordt voornamelijk gevormd door personen met een nieuwe diagnose, personen in behandeling en/of personen die intensieve verzorging en follow-up nodig hebben (risico op recidief en bijwerkingen). Prevalentie op lange termijn (10, 15 of 20 jaar) voegt aan de voorgaande groep de personen toe die genezen zijn van kanker, personen die worden gevolgd vanwege risico op recidief en personen die zorg ontvangen vanwege een recidief en/of bijwerkingen ten gevolge van vroegere behandelingen.

Dankzij de prevalentiecijfers kan men de nodige middelen en medische behoeften inschatten die niet alleen noodzakelijk zijn voor de behandeling maar ook voor het vervolg en de aanpak van fysieke en mentale gevolgen van de ziekte evenals voor de hulp bij sociale re-integratie. Prevalentiecijfers kunnen bijdragen aan de organisatie van een gezondheidszorgsysteem dat gebaseerd is op de zorgbehoeften van de bevolking. Huisartsen spelen een cruciale rol bij deze mensen in de follow-up en nazorgfase. De stijgende prevalentie en de toename van het aantal nieuwe patiënten met kanker zullen bijkomende druk voor de huisartsenpraktijk met zich meebrengen evenals de noodzaak van een goede organisatie van de gezondheidszorg.

Meer dan 425.000 personen in België (ongeveer 205.000 mannen en 220.000 vrouwen) die in de afgelopen twintig jaar (1991–2010) de diagnose kanker kregen, waren in leven op 31 december 2010; dit is 4 % van de Belgische bevolking die leeft met kanker of die in het verleden kanker heeft gehad. Van hen kregen bijvoorbeeld 130.000 vrouwen de diagnose borstkanker en 55.000 personen (mannen en vrouwen) de diagnose dikkedarmkanker. De helft van deze personen was 70 jaar en ouder (210.000 mensen). Dit betekent dat één op zes in deze leeftijdscategorie de diagnose kanker kreeg in de afgelopen twintig jaar.

In Nederland waren er op 31 december 2011 meer dan 571.000 personen (ongeveer 253.000 mannen en 318.000 vrouwen) in leven die de afgelopen twintig jaar de diagnose kanker hebben gekregen; dit is 3,3 % van de Nederlandse bevolking. In deze afgelopen twintig jaar kregen meer dan 144.000 vrouwen de diagnose borstkanker en bijna 79.000 personen de diagnose dikkedarmkanker. Ook in Nederland betrof dit voornamelijk de oudere populatie (▣ fig. 1.4).



■ **Figuur 1.4** De tien meest frequente 5-jaarsprevalente vormen van kanker in België en Nederland

1.5 Het belang van de kankerregistratie

Kankerregistratie levert een schat aan informatie voor zorgverleners en onderzoekers, voor de beleidsmakers en voor het algemene publiek. Op basis van de gegevens ontstaan inzichten in de kenmerken van de verschillende vormen van kanker, de trends in de tijd en in de ruimte en de (mogelijke) oorzaken van kanker. De verkregen effecten van primaire en secundaire preventiecampagnes kunnen bestudeerd en gemeten worden. Primair zorgden de kankerregistraties voor inzage in de incidentie, prevalentie en overleving, maar nu spelen zij ook steeds meer een rol in de evaluatie van de kwaliteit van zorg. In de kankerregistratie worden steeds meer gegevens opgenomen (of door middel van koppelingen toegankelijk gemaakt) betreffende het stadium van de ziekte, specifieke tumorkenmerken, diagnostische procedures, behandeling en follow-up. In dit kader maken de gegevens uit de kankerregistratie het ook mogelijk om de resultaten van de behandeling te evalueren onder meer op basis van proces- en uitkomstindicatoren. Hiermee kan bijvoorbeeld de introductie van nieuwe richtlijnen, nieuwe technologieën, dure medicatie en wijzigingen in de organisatie van de zorg voor de kankerpatiënt gevolgd worden.

Geraadpleegde literatuur

Algemene Directie Statistiek België (Statistics Belgium ► www.statbel.fgov.be/).

Armstrong BK. The role of the cancer registry in cancer control. *Cancer causes control*. 1992;3:569–79.

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS: ► www.statline.nl).

Donabedian A. Quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260:1743–8.

► www.cijfersoverkanker.nl Geraadpleegd op 01 februari 2016 via ► http://www.kankerregister.org/media/docs/publications/BCR_publicatieCancerBurden2015.pdf.