



Screening van abdominaal aorta-aneurysma door de huisarts: een update

Referentie

Guirguis-Blake JM, Beil TL, Senger CA, Coppola EL. Primary care screening for abdominal aortic aneurysm updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. JAMA 2019;322:2219-38.
DOI: 10.1001/jama.2019.17021

Duiding

Paul De Cort, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven

Op basis van een meta-analyse besloot Minerva dat screening van abdominaal aorta-aneurysma (AAA) door middel van een eenmalige abdominale echografie bij asymptomatische mannen boven de 65 jaar de AAA-specifieke mortaliteit zowel op korte als op lange termijn vermindert (1,2). Het effect van herhaalde screening bleek weinig onderbouwd te zijn, net zo min als een eventueel bijkomend nut van screening bij personen met een cardiovasculaire belasting of risicofactoren (vooral roken, hypertensie en (familiale) voorgeschiedenis van aneurysma) (1,2). De duiders van de meta-analyse merkten terecht op dat het door de dalende prevalentie van AAA in de westerse bevolking en de vooruitgang in vasculaire heelkunde enerzijds en door de problemen eigen aan een gegeneraliseerd screeningsprogramma (overdiagnose, kosten-baten) anderzijds nodig is om de richtlijnen over AAA-screening regelmatig te evalueren en eventueel bij te sturen (1).

Een cohortonderzoek in Zweden (3), een van de wereldpioniers wat betreft de screening op AAA, stelde vast dat tussen 2000 en 2015 de AAA-mortaliteit voor mannen tussen 65 en 74 jaar was gedaald van 36 naar 10 overlijdens per 100 000 mannen. Deze daling was onafhankelijk van de regio en onafhankelijk van het feit of screening wel of niet aangeboden werd. Bij mannen die men gescreend had, zag men na 6 jaar een niet-significante daling van AAA-sterfte ten opzichte van een cohorte zonder screening (OR 0,76 met 95% BI van 0,38 tot 1,51). Wel was screening geassocieerd met meer diagnoses van AAA (OR 1,52 met 95% BI van 1,16 tot 1,99; $p=0,002$) en met meer electieve heelkunde (OR 1,59 met 95% BI van 1,20 tot 2,10; $p=0,001$). Voor elke cohorte van 10 000 gescreende mannen bleken er 49 (95% BI van 25 tot 73) overdiagnoses en 19 (95% BI van 1 tot 37) vermijdbare operaties te zijn. De auteurs van deze Zweedse studie besloten dan ook dat het screeningsprogramma niet verantwoordelijk was voor de daling in AAA-sterfte, maar dat eerder andere factoren, zoals verminderd rookgedrag een belangrijke rol speelden. En waarschijnlijk is het ook zo dat men al veel AAA's ontdekt los van screeningsprogramma's omdat een efficiënte Zweedse eerstelijngeneeskunde (zoals de onze) gericht zoekt naar een AAA in de risicopopulatie ((ex)rokers, hypertensie, familiale belasting voor AAA, andere CV risicofactoren). Deze hypothesen moeten dringend verder getoetst worden.

Een nieuwe systematische review onderzocht opnieuw de voordelen en nadelen van AAA-screening alsook de behandeling van kleine aneurysmata (4). Na het raadplegen van verschillende databanken selecteerden twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar en op basis van vooraf bepaalde inclusiecriteria 33 studies ($n=323\ 279$). De geïncludeerde studies, zowel RCT's als observationele studies, vertoonden veel klinische heterogeniteit. Een meta-analyse van 4 RCT's toonde aan dat een eenmalige (uitnodiging voor) screening na 12 tot 15 jaar leidde tot een statistisch significante daling van AAA-gerelateerde mortaliteit (OR 0,65 met 95% BI van 0,57 tot 0,74, $p=0,002$, $I^2=80\%$) (**number needed to screen** (NNS) 305) maar niet van totale sterfte (OR 0,99 met 95% BI van 0,98 tot 1,00, $p=0,74$, $I^2=0,00\%$). Er waren minder AAA-rupturen (OR 0,62 met 95% BI van 0,55-0,70, $p=0,09$, $I^2=53\%$) (NNS 246) en minder dringende heelkundige ingrepen (OR 0,57 met 95% BI van 0,48-0,68, $p=0,02$, $I^2=26\%$) (NNS 500). Wat dit laatste resultaat betreft, includeerde men ook een Deense RCT die we vroeger reeds in Minerva bespraken. Deze toonde aan dat een gelijktijdige drievoudige screening (voor AAA, perifeer vaatlijden en hypertensie) in de secundaire preventie bij mannen tussen 65 en 74 jaar de globale mortaliteit vermindert (5,6). Herhaalde screening bij asymptomatische personen zonder AAA (diameter $<3\text{cm}$) tijdens initiële screening werd onderzocht in 7 cohortstudies en 1 case-control studie maar deze studies waren te heterogeen (1 tot 6 herhaalde screeningsmomenten, uitgevoerd om het jaar of om de vijf jaar) om conclusies te trekken. Vier studies (2 met open herstel ($n=2\ 226$) en 2 met endovasculair herstel ($n=1\ 088$)) konden geen verschil aantonen in totale en AAA-specifieke sterfte tussen chirurgie bij kleine asymptomatische AAA's tussen 3 en 5,4 cm versus een afwachende

opvolging om de 3 tot 6 maanden tot het AAA een diameter van 5,5 cm bereikt, snel in diameter toeneemt (>1 cm/jaar) of symptomatisch wordt.

Besluit

Deze correct uitgevoerde meta-analyse van 4 RCT's toont opnieuw aan dat een eenmalige screening van abdominaal aorta-aneurysma (AAA) de AAA-specifieke maar niet de globale mortaliteit doet dalen bij mannen van 65 jaar of ouder. Het wordt meer en meer duidelijk dat de effectiviteit van een screeningsprogramma op bevolkingsniveau voor AAA beperkt zal blijven, maar dat het risico van overdiagnose en overbehandeling zal toenemen. Hierdoor komt een van de **criteria van Wilson & Jungner** in het gedrang (de kosten moeten evenredig zijn met de baten).

Voor de praktijk

Op dit moment is er suggestief bewijs dat mannen van 65 jaar één keer gescreend moeten worden. Wat de rest van de bevolking betreft moet screening gericht zijn op risicogroepen (7). Er is dringend nood aan specifiek onderzoek van doelgroepen waarin **case-finding** zeker loont. In afwachting raden we de huisarts aan om gericht te zoeken naar een AAA bij al zijn 65-plussers. Een abdominale echografie kan hiertoe overwogen worden als de abdominale palpatie suggestief is, als er cardiovasculaire risicofactoren aanwezig zijn (hypertensie, (ex)roken, perifere vaatlijden) of als er een familiale voorgeschiedenis van AAA aanwezig is.

Referenties

1. De Becker S, De Cort P. Screening van abdominaal aorta-aneurysma bij asymptomatische volwassenen? *Minerva* 2017;16(4):96-9.
2. Ali MU, Fitzpatrick-Lewis D, Miller J, et al. Screening for abdominal aortic aneurysm in asymptomatic adults. *J Vasc Surg* 2016;64:1855-68. DOI: 10.1016/j.jvs.2016.05.101
3. Johansson M, Zahl PH, Siersma V, et al. Benefits and harms of screening men for abdominal aortic aneurysm in Sweden: a registry-based cohort study. *Lancet* 2018;391:2441-7. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31031-6
4. Guirguis-Blake JM, Beil TL, Senger CA, Coppola EL. Primary care screening for abdominal aortic aneurysm updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2019;322:2219-38. DOI: 10.1001/jama.2019.17021
5. Chevalier P. Nut van drievoudige cardiovasculaire screening: abdominaal aorta-aneurysma, perifere vaatlijden en hypertensie. *Minerva* 2018;17(7):93-8.
6. Lindholt JS, Søgaard R. Population screening and intervention for vascular disease in Danish men (VIVA): a randomised controlled trial. *Lancet* 2017;390:2256-65. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32250-X
7. Aorta-aneurysma en dissectie. Duodecim Medical Publications. Laatste update: 20/03/2017. Laatste contextnazicht: 9/07/2019.