

Psychiatrie en oncologie

Ongelijkheid bij screening op kanker: waar is de psychiatrische patiënt?

Overheden wereldwijd zouden meer moeten doen om psychiatrische patiënten in gelijke mate te betrekken bij kankerscreening. Dat stellen de Amerikaanse psychiaters Hwong en Irwin in een commentaar in *The Lancet Psychiatry*. Vooral vrouwelijke patiënten en patiënten met schizofrenie blijven achter bij deelname aan screening.

Zij reageren op een gelijktijdig verschijnende meta-analyse van Solmi en collega's waaruit blijkt dat mensen met een psychiatrische aandoening minder vaak screening naar kanker ondergaan dan de rest van de bevolking (OR: 0,76; 95%-BI: 0,72-0,79).

Eerder publiceerden Hwong en collega's in *Psychiatric Services* al een review waarin zij vonden dat mensen met psychotische stoornissen buiten screenings vallen, in het bijzonder geldt dat voor de borstkankerscreening bij vrouwen met schizofrenie (OR: 0,52; 95%-BI: 0,43-0,62).

Volgens het commentaar van Hwong en Irwin is er met deze nieuwe review van Solmi en collega's 'dwingend bewijs' voor het bestaan van aanzienlijke ongelijkheid op het gebied van kankerscreening.

Zij schrijven dat psychiatrische patiënten door deze ongelijkheid ('waarschijnlijk net als andere gemarginaliseerde groepen') niet evenredig profiteren van de eventuele gezondheidsvoordelen die vroegdetectie van kanker te bieden heeft. Dit verklaart deels waarom psychiatrische patiënten een twee tot vier keer hogere kans hebben om te overlijden aan kanker, vergeleken met de algemene bevolking. Wat daarnaast mogelijk bijdraagt aan deze verhoogde kans is dat psychiatrische patiënten vaak kampen met somatische comorbiditeit. Dat kan weer als gevolg hebben dat zij intensieve oncologische behandelprogramma's mogelijk minder goed kunnen verdragen.

Solmi e.a. analyseerden voor hun review de gegevens van meer dan 4,5 miljoen mensen (van wie twee derde vrouw), afkomstig uit in totaal 46 studies; ruim 500.000 psychiatrische patiënten en ruim 4 miljoen controlepersonen. Op Afrika na waren alle continenten vertegenwoordigd.

Als primaire uitkomstmaat keken zij naar deelname aan screening door mensen met een psychiatrische stoornis, in vergelijking met deelnamecijfers van de gehele bevolking. De tweede uitkomstmaat was de wereldwijde screeningprevalentie bij psychiatrische patiënten.

De totale deelname aan kankerscreening bleek bij psychiatrische patiënten te liggen op 56,5% (95%-BI: 51,5-61,3). Deelname varieerde: van 61,9% voor borstkanker, 48,2% voor prostaatkanker tot 37,1% voor darmkanker.

Bij deze prevalentiecijfers kan worden opgemerkt dat er sprake is van grote regionale verschillen, hetgeen o.a. te maken heeft met verschillen in het screeningbeleid. Zo wordt in Nederland het systematisch screenen op prostaatkanker vooralsnog niet (kosten)effectief geacht en dus niet gedaan.

Deze percentages waren significant lager dan in de algemene bevolking. Specifiek golden die verschillen voor borstkanker (OR: 0,65; 95%-BI: 0,60-0,71), baarmoederhalskanker (OR: 0,89; 95%-BI: 0,84-0,95) en prostaatkanker (OR: 0,78; 95%-BI: 0,70-0,86). Uitzondering was screening op darmkanker (OR: 1,0; 95%-BI: 0,90-1,15). Deze uitzondering is mogelijk te verklaren aan de hand van een lage (wereldwijd gemiddeld) prevalentie van darmkankerscreening, niet alleen in de psychiatrische, maar ook in de algemene populatie. Bij mensen met psychiatrische problemen lag de screeningsprevalentie met 37% aanzienlijk lager dan de prevalentie van de andere vormen van kankerscreening (48-61%). Als de deelname aan darmkankerscreening ook in de algemene populatie relatief laag is, zoals uit meerdere studies blijkt, dan komt een verschil met de psychiatrische populatie mogelijk minder evident naar voren (plafondeffect).

De ongelijkheid tussen psychiatrische patiënten en de algemene bevolking was prominenter bij systematische screening dan bij opportunistische screening. In Australië, waar deelname van de gehele populatie aan kankerscreening uitzonderlijk hoog is, bleek het verschil met psychiatrische patiënten nog groter.

De auteurs beschrijven acht mogelijke verklaringen voor de bestaande ongelijkheid. Zo opperen ze de mogelijkheid dat zorgverleners niet positief zijn over screening van deze (soms kwetsbare) populatie, dat de toegang tot zorg en het gebruik ervan mogelijk lager liggen voor psychiatrische patiënten als gevolg van beperkingen in cognitie en functioneren en dat psychiaters misschien niet altijd genoeg aandacht hebben voor somatische symptomen die in de richting van kanker kunnen wijzen.

Uiteraard is deze ongelijkheid niet wenselijk en moeten de ggz en huisartsen zich gezamenlijk inspannen om deze op te heffen.

LITERATUUR

- Hwong AR, Bent S, Mangurian CM. Breast cancer screening in women with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatr Serv* 2019; doi: 10.1176/appi.ps.201900318.
- Hwong AR, Irwin KE. Reducing global disparities in cancer screening for people with mental illness. *Lancet Psychiatry* 2020; 7: 4-6.
- Solmi M, Firth J, Miola A, Fornaro M, Frison E, Fusar-Poli P, e.a. Disparities in cancer screening in people with mental illness across the world versus the general population: prevalence and comparative meta-analysis including 4 717 839 people. *Lancet Psychiatry* 2020; 7: 52-63.

Bij schizofrenie: meer palliatieve en minder curatieve zorg bij terminale kanker?

Verschilt de zorg in de laatste levensfase voor psychiatrische patiënten met terminale kanker van die voor mensen zonder psychiatrische aandoening? Fond en collega's concluderen na het bestuderen van Franse ziekenhuisgegevens dat patiënten met schizofrenie vaker een palliatief zorgtraject krijgen en minder vaak een zware ingrijpende behandeling, zoals chemotherapie of operatie. Zij publiceren hierover in *The Lancet Public Health*.

De onderzoekers maakten gebruik van gegevens uit het *Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information*, een landelijke Franse ziekenhuisdatabase. Ze zochten naar kankerdiagnoses (hersentumor, leverkanker of gemetastaseerde kanker) bij personen van 15 jaar of ouder en naar coderingen van een opgestart palliatief zorgtraject.

Tussen 2013 en 2016 werden er in de database ruim 3,3 miljoen mensen met kanker geregistreerd, van wie er bijna 400.000 (11,9%) daaraan overleden. Bijna 225.000 mensen (6,7%) kregen (gecodeerde) zorg in de laatste levensfase.

2474 mensen met schizofrenie werden gematcht met 9896 controlepersonen, zonder psychiatrische diagnose. Mensen met schizofrenie bleken vaker alleen palliatieve zorg te krijgen en er werd minder vaak besloten tot bijvoorbeeld chemotherapie of operatief ingrijpen. Patiënten met schizofrenie overleden gemiddeld ook 8 jaar eerder aan kanker en hadden, zoals bekend, vaker comorbide somatische aandoeningen, zoals nierziekten, vaatlijden, leverproblemen, COPD en diabetes. De onderzoekers zien hierin ook een mogelijke verklaring voor het verschil in zorgkeuze in de terminale fase: comorbiditeit maakt doorbehandelen wellicht sneller (te) ingewikkeld.

Een beperking is wel dat alleen gekeken is naar gegevens van mensen die in het ziekenhuis kwamen te overlijden, niet naar mensen die thuis stierven.

LITERATUUR

- Fond G, Salas S, Pauly V, Baumstarck K, Bernard C, Orleans V, e.a. End-of-life care among patients with schizophrenia and cancer: a population-based cohort study from the French national hospital database. *Lancet Public Health* 2019; 4: e583-91.

Op jonge leeftijd kanker, meer kans op psychiatrische problemen?

Een oncologische diagnose gedurende de adolescentie of op jongvolwassen leeftijd vertoont samenhang met een hoger risico op het ontstaan van een stemmings- of angststoornis. Dat blijkt uit een systematische review met meta-analyse die gepubliceerd is in *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*.

De en collega's screenen bijna 8000 studies, waarvan zij er uiteindelijk maar vier konden opnemen in de review. Drie waren ook geschikt voor meta-analyse. De onderzoekers waren primair geïnteresseerd in de eventuele relatie tussen een oncologische diagnose op jonge leeftijd en het ontstaan van een psychiatrische stoornis na die tijd.

Ze includeerden studies met mensen bij wie een oncologische diagnose gesteld was op de leeftijd van 15 tot en met 39 jaar en die nog in leven waren. Gekeken werd naar drie groepen: stemmingsstoornissen, angststoornissen en stoornissen in of door het gebruik van middelen.

Bij mensen met een oncologische diagnose in het verleden bleek meer risico te bestaan op een stemmingsstoornis (OR: 1,36; 95%-BI: 1,19-1,55) of een angststoornis (OR: 1,16; 95%-BI: 1,05-1,28), maar er was bij hen geen verhoogd risico op een stoornis in of door het gebruik van middelen (OR: 0,8; 95%-BI: 0,63-1,22).

Het merendeel van de data in de meta-analyse was afkomstig van één studie, waarin broers en zussen als controlepersonen fungeerden. Zij geven als controlepersonen mogelijk een vertekend beeld omdat er bij hen een vergelijkbare invloed van genetische belasting en omgevingsfactoren te verwachten is en zij met een ingrijpende diagnose in hun directe omgeving te maken kregen. Dit kan leiden tot een onderschatting van het effect. Mogelijk ligt het werkelijke risico dus nog hoger.

De auteurs roepen collega-onderzoekers op meer gestandaardiseerde psychiatrische uitkomstmaten te gebruiken. Wegens te grote variatie daarvan konden veel studies niet meegenomen worden in de meta-analyse en baseren de auteurs zich voor hun conclusies noodgedwongen op slechts enkele studies.

LITERATUUR

- De R, Zabih V, Kurdyak P, Sutradhar R, Nathan P, McBride M, e.a. Psychiatric disorders in adolescent and young adult-onset cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *J Adolesc Young Adult Oncol* 2020; doi:10.1089/jayao.2019.0097.

Heeft u suggesties?

Bent u bijvoorbeeld zelf een artikel tegengekomen dat u graag onder de aandacht van uw collega-psychiaters zou willen brengen? Dan nodigen we u van harte uit het ons te laten weten via info@tijdschriftvoorpsychiatrie.nl.