

## INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)

### Maagstompcarcinoom na maagresectie

Met plezier lezen wij het goed opgezette vervolgonderzoek van collegae Welvaart en Warnsinck.<sup>1</sup> De beknopte helderheid van het artikel maakt het mogelijk om van mening te verschillen over de wijze van berekening van het verwachte aantal stompcarcinomen bij deze patiënten. Naar onze mening hebben de auteurs een redelijke eerste benadering gevolgd, doch deze schiet te kort om tot conclusies te komen. Er zijn betere technieken voorhanden, die wij hier gaarne vermelden naast enige opmerkingen betreffende de gevolgde werkwijze in het artikel.

Wij zijn het met de auteurs eens dat de schatting van het aantal verwachte stompcarcinomen plaats heeft op basis van de berekening van het aantal verwachte maagcarcinomen in de patiëntengroep. Onze opmerkingen betreffende de werkwijze in het artikel zijn:

1. Wat men voor dit vervolgonderzoek zou moeten kennen is niet de verwachte incidentie van maagkanker, doch wel de verwachte incidentie van sterfte ten gevolge van maagkanker. Alle vijf resectiepatiënten die een stompcarcinoom ontwikkelden zijn overleden, waarbij wij verwachten dat het stompcarcinoom de primaire of onderliggende doodsoorzaak zal zijn geweest. De sterfte ten gevolge van maagkanker in Nederland is bekend uit de jaarpublicaties van het Centraal Bureau voor de Statistiek.

2. De cumulatieve incidentie in de WHO-statistieken, die de auteurs raadpleegden, loopt van de 0- tot 74-jarige leeftijd. Deze cumulatieve incidentie is de totale incidentie die men zou mogen verwachten als men een imaginaire cohort van 100 pasgeborenen zou vervolgen tot en met het 74e levensjaar. De patiënten uit het cohort van het vervolgonderzoek komen echter pas in follow-up vanaf middelbare leeftijd; sommigen waren zelfs al ouder dan 74 jaar ten tijde van de diagnose, zoals blijkt uit de tabel in het artikel. Er worden dus twee onvergelykbare leeftijdsgroepen vergeleken: de resectie-cohort is gemiddeld veel ouder dan de imaginaire WHO-cohort.

3. De cumulatieve incidenties in de WHO-statistieken zijn berekend onder de bijkomende (stilzwijgende) veronderstelling dat er geen competitieve sterfte optreedt, m.a.w. dat de vermelde 100 baby's tot hun 74e niet aan andere aandoeningen zullen overlijden. Deze cumulatieve incidenties zijn namelijk bedoeld om populaties in verschillende landen onderling te vergelijken, met uitvlakking van de „verstoring” door andere verschillen in sterftepatronen tussen de landen. Uiteraard is aan deze assumptie niet voldaan in de resectie-cohort.

4. De globale cumulatieve incidentie uit de WHO-statistieken houdt geen rekening met eventuele geslachtsverschillen; de resectie-cohort is overwegend mannelijk.

5. De incidentie en de sterfte van maagcarcinoom dalen sinds ongeveer 1950.<sup>2</sup> Een 40-jarige in 1950 loopt dus niet hetzelfde maagkankerrisico als een 40-jarige in 1970. De cumulatieve incidenties uit kankerstatistieken zijn echter altijd berekend op basis van de leeftijdsspecifieke incidenties van één jaar of enkele jaren; ze houden op zichzelf geen rekening met tijdstrends.

Na al deze opmerkingen lijkt het ons nuttig om aan te geven hoe het onzes inziens beter kan. Er zijn drie mogelijkheden: de Standardized Mortality (Morbidty) Ratio (SMR), de Proportional Mortality Ratio (PMR), en

tenslotte de Cumulatieve Incidentie Ratio (CIR), alle met correctie voor leeftijds- en geslachtssamenstelling van de te vergelijken groepen. In volgorde:

1. De SMR houdt een berekening in van de personen-jaren van follow-up die zijn verzameld per leeftijds- en geslachtscategorie. Door deze te vermenigvuldigen met de leeftijds- en geslachtsspecifieke incidenties in de algemene populatie krijgt men de verwachte aantallen. (Zie Speerstra et al.<sup>3</sup>)

2. De PMR houdt in dat men per leeftijds- en geslachts-categorie uit algemene populatiegegevens berekent wat de verwachte proportie sterfte (of incidentie) aan maagkanker zou zijn (de proportie wordt berekend ten opzichte van de totale sterfte). Deze proporties worden vermenigvuldigd met de totale sterfte per leeftijds- of geslachts-categorie in de patiëntengroep. Summatie over de leeftijds- en geslachtsstrata geeft wederom de verwachte waarde. Deze is in principe dezelfde als de verwachte waarde berekend met de SMR. Deze rekenwijze werd gevolgd in een recent follow-uponderzoek naar de lotgevallen van maagresectiepatiënten.<sup>4</sup>

3. De CIR zou men kunnen toepassen als men zou uitgaan van een imaginaire cohort Nederlanders met dezelfde leeftijds- en geslachtssamenstelling als de patiëntengroep. De details van de berekening zijn bevattelijk uiteengezet door Merell en Shulman bij een follow-uponderzoek van SLE-patiënten.<sup>5</sup>

Alle drie benaderingswijzen kunnen ook rekening houden met een tijdstrend door behalve een stratificatie voor leeftijd en geslacht ook een stratificatie voor kalendertijd van maagresectie in te voeren. De drie benaderingswijzen van de verwachte aantallen en de daaruit te berekenen ratio van waargenomen tot verwacht zijn in principe alle even valide. De twee eerste benaderingen leveren uiteindelijk een schatting van het type „relatief risico” op; men treft ze meer aan in de epidemiologische literatuur. De laatste benadering is mogelijkwijze meer appelerend aan oncologen omdat zij aansluit bij het denken in termen van cumulatieve incidentie, als kans op het krijgen van een aandoening, zoals men het vindt in clinical trials.

Tenslotte moet ons nog van het hart dat geen van deze drie benaderingen het nodig maakt dat er een volledige Nederlandse kankerregistratie zou komen, wat de auteurs in hun beschouwing bepleiten. Beperkte registratie, zoals uit het SOOZ-gebied,<sup>6</sup> is voldoende om een algemeen inzicht te krijgen betreffende de incidentie in de populatie.

#### LITERATUUR

- 1 Welvaart K, Warnsinck HM. Hoe vaak komt maagstompcarcinoom voor? Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 2374-5.
- 2 Berkel J, Tytgat GNJ. Epidemiologie van het maagcarcinoom. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 1164-71.
- 3 Speerstra F, Boerbooms AMTh, Putte LBA van de, et al. Side effects of azathioprine treatment in rheumatoid arthritis: analysis of 10 years of experience. Ann Rheum Dis 1982; (suppl) 41: 37-9.
- 4 Mc Lean Ross AH, Smith AM, Anderson JR, Small WP. Late mortality after surgery for peptic ulcer. N Engl J Med 1982; 307: 519-21.
- 5 Merell M, Shulman LE. Determination of prognosis in chronic disease, illustrated by systemic lupus erythematosus. J Chron Dis 1955; 1: 12-32.
- 6 Stichting Samenwerkings Orgaan Oncologie Ziekenhuizen. Jaarverslag. Eindhoven, 1980.

Rotterdam, februari 1983

J.P. VANDENBROUCKE  
J.W.W. COEBERGH