

## **Prostaatkankerscreening zinvol? Stand van zaken 2008**

B. Spinnewijn

### **Besluit nieuwe evidentie tot oktober 2008**

De U.S. Preventive Services Task Force herbevestigt zijn eigen standpunt dat er onvoldoende evidentie is om routinematige screening met PSA-test en RT aan te bevelen of af te raden. Er is wel bewijs dat deze tests prostaatkanker vroegtijdig kunnen opsporen, maar niet dat het vroegtijdig testen de uitkomst verbetert. Dit is ook het standpunt van Domus Medica en de meeste nationale en internationale beroepsgroepen.

Dit wordt tegengesproken door de Belgische Vereniging van Urologen en de Franse Vereniging van Urologen. Zij ijveren voor een systematische aanbevolen screening. Dit is gebaseerd op een consensus van experts. Er is geen literatuurlijst toegevoegd.

Het standpunt van Domus Medica verandert dus niet: tot op heden is er geen evidentie om screening aan te raden of te ontraden. De richtlijnen uit de verschillende landen zijn hierover unaniem. In sommige aanbevelingen geniet screening het voordeel van de twijfel en wordt het aangeraden. Meestal zijn er dat uit de Verenigde Staten, waar een hogere prevalentie van prostaatkanker is door de aanwezigheid van Afro-Amerikanen. De meeste richtlijnen raden screening af of laten de beslissing over aan de patiënt. Iedereen is het erover eens dat routinematig screenen onaanvaardbaar is als de patiënt niet op de hoogte is van de gevolgen van de test en enkel een optie voor patiënten met een levensverwachting van meer dan tien jaar.

## Aanbevelingen - detail

Land	Aanbeveling	Inhoud	Referentie
<b>BELGIË</b>			
Domus Medica	2007	Tot op heden is er geen evidentie om screening aan te raden of te ontraden. De richtlijnen uit de verschillende landen zijn hierover unaniem. In sommige aanbevelingen geniet screening het voordeel van de twijfel en wordt het aangeraden. Meestal zijn er dat uit de Verenigde Staten, waar een hogere prevalentie van prostaatkanker is door de aanwezigheid van Afro-Amerikanen. De meeste richtlijnen raden screening af of laten de beslissing over aan de patiënt. Iedereen is het erover eens dat routinematig screenen onaanvaardbaar is als de patiënt niet op de hoogte is van de gevolgen van de test.	2005: <a href="#">Is prostaatkankerscreening zinvol?</a> 2006: <a href="#">Prostaatkankerscreening zinvol?</a> 2008 – binnenkort beschikbaar: op <a href="http://www.domusmedica.be">www.domusmedica.be</a>
Hoge GezondheidsRaad (HGR)	NEEN		
Consensusvergaderingen (RIZIV)	NEEN		
Federaal Kenniscentrum	2006	KCE besluit dat prostaatkanker een belangrijk gezondheidsprobleem is, van voornamelijk mannen ouder dan 75 jaar. PSA en het huidige testgebruik kunnen daarentegen niet worden beschouwd als een valide screeningsstrategie. Het nut van massascreening voor vroegdetectie van prostaatkanker bij asymptomatische mannen is onbekend en daarom ook niet te verantwoorden, gezien de slechte accuraatheid van de PSA-test en de lage sensitiviteit van deze test, het rectaal toucher (RT) en de biopsieën. Bovendien is de evolutie van prostaatkanker naar een klinische kanker niet te voorspellen bij gelokaliseerde laesies (T1 tot T2b), met een Gleason-score $\leq 7$ en een PSA $< 15$ ng/ml. Hierdoor kan er een overdiagnose zijn van 18 tot 39%. Er zijn voornamelijk onvoldoende gegevens om het positieve effect op de oorzaaksspecifieke mortaliteit door screening te schatten. Wel zijn er nog andere bewezen negatieve effecten van de behandeling (angst, impotentie, incontinentie, sepsis, mortaliteit). Kosteneffectiviteitsanalyses zijn voorlopig louter speculatief. Gezien de huidige stand van de wetenschap en de juridische en ethische aspecten is het aanvragen van een PSA-test zonder de patiënt te informeren niet meer aanvaardbaar. Bij patiënten die een PSA-test vragen, dient de arts de implicaties te bespreken.	Health Technology Assessment: <a href="#">Prostate-specific-antigen (PSA) voor prostaatkankerscreening KCE reports vol. 31A</a>

Land	Aanbeveling	Inhoud	Referentie
		<p>Vanuit maatschappelijk oogpunt is het gebruik van PSA-meting voor screening niet verantwoord, vermits de klinische doeltreffendheid niet bewezen is en die middelen beter kunnen worden ingezet voor andere zorgen of procedures die hun efficiëntie wél hebben bewezen.</p>	
<p>BAU (Belgische Vereniging van Urologen)</p>	<p>2007</p>	<p>Wanneer plant men de eerste PSA-dosering en het eerste rectale toucher?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Zelfs bij afwezigheid van symptomen moeten mannen, vanaf de leeftijd van 50 jaar, geïnformeerd worden over de risico's van prostaatkanker. Eens de patiënt de voor- en nadelen van een vroegtijdige opsporing begrepen heeft, kan men de PSA-dosering en het rectale toucher uitvoeren.</li> <li>→ Indien bij een of meerdere verwanten in de eerste graad (vader of broer) een prostaatkanker werd vastgesteld, dan is het aan te raden de PSA-controle op te starten vanaf de leeftijd van 40-45 jaar. Hierbij dient het erfelijke risico en het vroegtijdiger voorkomen van prostaatkanker benadrukt.</li> <li>→ Het nut van de opsporing bij patiënten ouder dan 70 jaar wordt geval per geval bepaald, rekening houdende met hun gezondheidstoestand en levensprognose, die minstens 10 jaar moet bedragen. Het risico om te overlijden aan andere ziekten dan prostaatkanker stijgt met de leeftijd. De kans om een latente of slapende kanker te ontdekken en het risico op nevenwerkingen van eventuele behandelingen wordt eveneens groter vanaf de leeftijd van 70 jaar.</li> </ul> <p>Screening op prostaatkanker: voordelen, nadelen en controverse. Er bestaan op de dag van vandaag geen vaststaande wetenschappelijke gegevens die aantonen dat de systematische screening met PSA-bepaling de kankersterfte door prostaatcarcinoom beïnvloedt. Internationale studies zijn lopende en de eerste resultaten kunnen ten vroegste verwacht worden vanaf 2008.</p> <p>Argumenten die pleitten <u>voor</u> een dergelijke systematische opsporing met PSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ PSA-bepaling laat ons toe prostaatkanker te ontdekken in een veel vroeger stadium dan voordien, wanneer de tumor nog beperkt is tot de prostaat. Het zijn immers deze gelokaliseerde tumoren die geneesbaar zijn door heilkunde, radiotherapie of curietherapie, uitwendig of inwendig.</li> <li>→ Dankzij PSA is het percentage patiënten bij wie een uitgezaaide prostaatkanker wordt ontdekt, gedaald van 10% tot minder dan 3%.</li> </ul>	<p><a href="#">Het opsporen van prostaatkanker. Welke informatie moet men de patiënt verschaffen alvorens een PSA-bepaling of een rectaal toucher uit te voeren?</a></p>

Land	Aanbeveling	Inhoud	Referentie
		<p>Spijtig genoeg zijn die vormen niet geneesbaar. De uitzaaiingen geven aanleiding tot zeer ernstige lichamelijke problemen en veranderen zeer grondig de levenskwaliteit en waardigheid van getroffen patiënten. Wacht men op het verschijnen van de symptomen, dan bevindt een groot deel van de kankers zich al in het gemetastaseerde stadium.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ De curatieve, radicale behandelingen evolueren continu. Momenteel zijn er technieken beschikbaar die de nevenwerkingen, zoals incontinentie en seksuele problemen, trachten te verminderen. Deze technieken zijn enkel toepasbaar bij gelokaliseerde tumoren.</li> <li>→ Vandaag kan men kankers identificeren die geen onmiddellijke behandeling vragen en opgevolgd kunnen worden.</li> </ul> <p>Argumenten die pleitten <u>tegen</u> een systematische opsporing met PSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Er bestaat een groot risico van een 'slapende' kanker aan te tonen die geen behandeling nodig heeft. De angst van de patiënt, die met dergelijke diagnose geconfronteerd wordt en de onzekerheid van de arts die de reële agressiviteit van de kanker dient in te schatten, leiden vaak tot een beslissing voor agressieve aanpak. Deze aanpak is nutteloos bij 'slapende' kankers.</li> <li>→ Het risico van een diagnose van een agressieve kanker is laag.</li> <li>→ De ontwikkelingssnelheid van de meeste tumoren is zeer traag. Het kan 15 jaar duren vooraleer een kleine haard van gelokaliseerde kanker evolueert naar een uitgezaaide vorm.</li> <li>→ Het screeningsproces, de biopsie en verdere diagnostiek van prostaatkanker geven aanleiding tot angst.</li> <li>→ De behandelingen van prostaatkanker geven onvermijdelijk aanleiding tot nevenwerkingen: incontinentie, plasproblemen, verandering van de seksuele functie en darmproblemen. Alvorens te opteren voor een behandeling dient de patiënt die nevenwerkingen te bespreken met zijn arts.</li> </ul> <p>Opgepast: Indien de patiënt vroegtijdige opsporing aanvaardt, moet hij er op voorbereid zijn dat kwaadaardige cellen kunnen worden aangetoond en dat men hem een houding van actieve opvolging voorstelt, met regelmatige PSA-bepalingen en eventueel periodisch nieuwe prostaatbiopsieën.</p>	

Land	Aanbeveling	Inhoud	Referentie
SSMG	2002	<p>SSMG oordeelt dat de prevalentie van prostaatkanker groot is, maar dat de PSA-test op zich onvoldoende specifiek is. De test is wel aanvaardbaar als men rekening houdt met vrije fractie, densiteit, jaarlijkse stijgingssnelheid en aangepaste grenswaarde aan de leeftijd, en op voorwaarde dat hij gebruikt wordt als selectiemiddel voor prostaatbiopsie. Dit is een absolute voorwaarde voor de beslissing tot therapie. De therapie is controversieel, maar betekent mogelijk een meerwaarde bij een correct geselecteerde patiënt met een levensverwachting van meer dan tien jaar. Als men screent, zijn enkel de PSA-test en het Rectaal Toucher (RT) de sleuteltests. Systematische screening met behulp van deze tests zijn niet aanbevolen. De PSA-test mag niet worden uitgevoerd bij een levensverwachting van minder dan tien jaar (dit is op dit ogenblik een gezonde man ouder dan 72 jaar). Een patiënt die zelf om een test vraagt, moet een geïnformeerde beslissing kunnen nemen. Hij moet ouder zijn dan 50 jaar of ouder dan 40 als hij een verhoogd risico heeft (Afro-Amerikaan, prostaatkanker bij verwanten in de eerste lijn).</p>	<p>Recommandations de bonne pratique:  <a href="#">L'antigène prostatique spécifique</a></p>
Test-Aankoop	2008	<p>Test-Aankoop deed een onderzoek in België naar het opvolgen van de richtlijnen KCE: Bijna alle urologen (98%) en de meeste huisartsen (84%) uit de enquête van Test-Gezondheid raden de zogenaamde PSA-test aan, terwijl de patiënt enkel voor informatie kwam en niet tot een risicogroep behoorde. Bij drie vierde van de artsen werd niet de algemene informatie over prostaatkankerscreening verkregen die Test-Gezondheid redelijkerwijze verwachtte.</p>	<p><a href="#">Screening op prostaatkanker: te vaak voorgeschreven</a></p>

Land	Aanbeveling	Inhoud	Referentie
<b>NEDERLAND</b>			
NHG	2004	Het is niet aangetoond dat opsporing en vroege behandeling van patiënten met asymptomatisch prostaatkarcinoom het lijden en de sterfte daadwerkelijk verminderen, ook niet bij mannen met een verhoogd risico (positieve familieanamnese). Een patiënt zonder klachten die toch om een onderzoek vraagt, krijgt van de huisarts uitleg. Wil deze goed geïnformeerde patiënt zonder klachten toch nog een screeningsonderzoek, dan moet men hem die mogelijkheid bieden. De huisarts verricht hiertoe een RT en een PSA-bepaling. Bij patiënten met een levensverwachting van minder dan tien jaar, doorgaans patiënten ouder dan 72 jaar of met comorbiditeit, is diagnostiek niet zinvol.	<a href="#">NHG-standaard Bemoeilijkt mictie 2004</a> <a href="#">NHG-patiëntenbrief</a> <a href="#">Decision aid:</a>
CBO	NEEN	Geen richtlijn, wel over diagnostiek en behandeling van prostaatkanker	<a href="#">Richtlijn Prostaatkarcinoom: diagnostiek en behandeling</a>
RIVM (Nationaal Kompas Volksgezondheid)	2006	Testen op prostaatkanker bij een patiënt zonder klachten wordt afgeraden. Er is aandacht voor het spanningsveld tussen gunstige effecten en ongunstige effecten prostaatkankerscreening. Op basis van voorlopige resultaten uit de huidige screeningsstudie verwachten de onderzoekers een reductie van prostaatkankersterfte van 20% tot 25%.	<a href="http://www.rivm.nl/vtv/object_class/kom_prevprostaatkanker.html">http://www.rivm.nl/vtv/object_class/kom_prevprostaatkanker.html</a>

Land	Aanbeveling	Inhoud	Referentie
FRANKRIJK			
ANAES	1999-2004	De huidige kennis is te beperkt is om systematische screening aan te bevelen. Op basis van consensus van experts en van wat in de praktijk gebeurt, menen enkele leden-organisaties van INAHTA (INternational Agencies for Health Technology Assessment), waaronder het ANAES, dat opportunistische screening mogelijk is, op vraag van en in overleg met de patiënt. In enkele individuele gevallen kunnen er indirecte argumenten zijn die wijzen op een voordeel van screening. Omdat het ook nadelen heeft, is duidelijke informatie aan de patiënt noodzakelijk ter ondersteuning van het beslissingsproces. Er werd een handleiding opgesteld met dertig veelgestelde vragen over de voor- en nadelen van screening.	ANAES <a href="#">Opportunité d'un dépistage systématique de la prostate par le dosage de l'antigène spécifique de la prostate.</a> <a href="#">Eléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate</a>
AFU	2007	AFU beveelt een individueel omkaderde screening aan voor patiënten tussen 50 jaar en 70 jaar die een levensverwachting hebben van meer dan 10 jaar, jaarlijks, op basis van PSA-test en RT. Zij beveelt screening aan voor risicopatiënten vanaf 45 jaar. Toekomstige studies zouden het effect op de mortaliteit moeten aantonen. De doelstelling van screening is om lokale kankers op te sporen, die nog geneesbaar zijn. Voor diagnostische kankers voor 65 jaar, is 'geen behandeling' dodelijk voor 3 op 4 patiënten.	<a href="#">Cancer de la prostate</a>
Le Réseau convergence cancer (R2c)	2007	Deze organisatie brengt artsen en gezondheidsprofessionelen samen en ontfermt zich over de belangen van patiënten met kanker, en bewaakt de coördinatie en de kwaliteit van zorgen. Zij beveelt een screening aan voor: → patiënten tussen 50 jaar en 70 jaar met levensverwachting van meer dan 10 jaar, jaarlijks, op basis van PSA-test en RT; → risicopatiënten vanaf 45 jaar.	<a href="#">Cancer de la prostate</a>

Land	Aanbeveling	Inhoud	Referentie
VERENIGD KONINKRIJK			
SIGN	NEEN	Wel een aanbeveling over diagnose	
NHS	2005	De PRODIGY-guidance 'Urological cancer' beveelt prostaatkankerscreening met een PSA-test aan bij symptomatische mannen (erectiele disfunctie, hematurie, lagerugpijn, botpijn en gewichtsverlies), maar niet bij asymptomatische mannen. Voordat de test wordt uitgevoerd, moet de patiënt goed geïnformeerd zijn (met geschreven documentatie). In geval van een leeftijdsspecifieke gestegen PSA-waarde en een levensverwachting van meer dan tien jaar, moet de patiënt verwezen worden.	<a href="http://cks.library.nhs.uk/urological_cancer_suspected#-191058">Prodigy Guidance Urological cancer</a> http://cks.library.nhs.uk/urological_cancer_suspected#-191058
	2007	National Screening Committee Policy - prostate cancer screening: Een screeningstest kan uitgevoerd worden bij mannen ouder dan 50 jaar met een PSA test op voorwaarde dat de patiënt zich ten volle bewust is van het gebrek aan evidentie over de voordelen en nadelen van screening.	Prostate Cancer Risk Management Programme.
	2002	De 'Guidance on Cancer Services Improving Outcomes in Urological Cancers' van het National Institute for Clinical Excellence (NICE) vindt geen betrouwbare evidentie dat populatiescreening de mortaliteit doet dalen bij een urologische kanker, en dus ook niet bij prostaatkanker (met een PSA-test). Er is geen wetenschappelijk bewijs dat een bepaalde therapie beter zou zijn dan een andere. De onzekere voordelen dienen afgewogen te worden tegen de mogelijke nadelen op de levenskwaliteit. Specialisten hebben echter de natuurlijke neiging om actieve therapie waarin zij gespecialiseerd zijn, te promoten en het effect van actieve monitoring te onderwaarden. Ondanks een sterke incidentiestijging van prostaatkanker door de PSA-test, is de mortaliteit evenwel niet verminderd. Nog volgens deze richtlijn wordt een PSA-test overwogen bij patiënten met symptomen en een negatief RT, en na informatie over de betrouwbaarheid van deze test. Bij een leeftijdsspecifieke gestegen PSA-waarde en een levensverwachting van meer dan tien jaar, moeten patiënten verwezen worden.	<a href="#">Guidance on Cancer Services Improving Outcomes in Urological Cancers</a>
	2008	De "Prostate cancer" guideline van Nice geeft geen advies over screening	<a href="#">Prostate-cancer guideline</a>



Land	Aanbeveling	Inhoud	Referentie
<b>VERENIGDE STATEN</b>			
American Academy of Family Physicians en de Medical Specialty Society	2005	Herziene aanbeveling van de 'Preventive Services for Adults' voor van de 'American Academy of Family Physicians' en de 'Medical Specialty Society'. Hierin wordt vermeld dat er goede evidentie is dat PSA-screening vroegtijdig prostaatkanker opspoor. Of het de levenskwaliteit/mortaliteit gunstig beïnvloedt, is niet duidelijk. Wel is bewezen dat vals-positieve resultaten aanleiding kunnen geven tot belangrijke schade met angstinductie en onnodige biopsieën, en schade als gevolg van de behandeling van kankers die toch nooit klinisch zouden worden. Artsen moeten daarom de voor- en nadelen van PSA-screening met de patiënt bespreken, waarna ze tot een akkoord kunnen komen of er gescreend wordt of niet. Er kan geen aanbeveling worden gedaan voor of tegen screening.	<a href="#">Preventive Services for Adults Screening for Prostate Cancer with PSA</a>
U.S. Preventive Services Task Force recommendations.	2008	De richtlijn van de 'U.S. Preventive Services Task Force' (USPSTF) besluit dat er onvoldoende evidentie is om routinematige screening met PSA-test en RT aan te bevelen of af te raden. Er is wel bewijs dat deze tests prostaatkanker vroegtijdig kunnen opsporen, maar niet dat het vroegtijdig testen de uitkomst verbetert. Bovendien is de screeningstest gecorreleerd met belangrijke schade, met name de grote kans op vals-positieve resultaten met de nodige bezorgdheid, nodeloze biopsieën en mogelijke complicaties van de behandeling van kankers die nooit tot klachten zouden leiden. Bovendien zal een significant percentage van de prostaatkankers worden gemist (10-20%). De test mag dan ook niet worden uitgevoerd zonder de patiënt voorafgaand te informeren. De groep die het meeste baat zou kunnen hebben bij screening, zijn mannen tussen 50 en 70 jaar en risicogroepen zoals Afro-Amerikanen en patiënten met eerstegraadsverwanten met prostaatkanker. Mannen met een levensverwachting van minder dan tien jaar, hebben waarschijnlijk geen baat bij een screeningstest. Een tweejaarlijkse screening lijkt voldoende.	<a href="#">Screening for Prostate Cancer in U.S. Men</a>
CDC	2006	Hoewel er goede evidentie is dat PSA-screening vroegtijdige kanker kan opsporen, is er wisselende en niet-sluitende evidentie over het bewijs van gezondheidswinst. Bovendien is er mogelijk schadelijk effect door screening, zoals angst, en door nodeloze onderzoeken op basis van vals-positieve resultaten en is er schade door de behandeling, die mogelijk onbestaande was geweest als de kanker niet zou behandeld worden.	<a href="#">CDC – Prostate Cancer Initiatives</a>

Land	Aanbeveling	Inhoud	Referentie
		CDC beveelt een goede informatieverstrekking hierover aan bij de patiënt.	
American Cancer Society (ACS)	2003	<p><i>“No major scientific or medical organizations, including the American Cancer Society (ACS), American Urological Association (AUA), US Preventive Services Task Force (USPSTF), American College of Physicians (ACP), National Cancer Institute (NCI), American Academy of Family Physicians (AAFP), and American College of Preventive Medicine (ACPM) support routine testing for prostate cancer at this time. “</i></p> <p>De richtlijn van de ‘American Cancer Society’ beveelt jaarlijks een PSA-test en RT aan bij mannen boven de 50 jaar, bij hoogrisicogroepen (Afro-Amerikanen en patiënten met eerstegraadsverwanten met prostaatkanker op jonge leeftijd) en bij mannen vanaf 45 jaar, allen met een levensverwachting van meer dan tien jaar. Informatie over de voor- en nadelen en de beperkingen van de test moeten worden besproken. Heeft de patiënt een bezwaar tegen een RT, dan is een PSA-test alleen een aanvaardbaar alternatief. Er is geen grenswaarde, maar eerder een abnormale ‘range’ die het vermoeden van prostaatkanker versterkt. De voorspellende waarde van de test kan worden verbeterd door het bepalen van vrij PSA bij een PSA-waarde in de grijze zone. Er wordt niet beschreven wat de waarde is op de uitkomst.</p>	<p><a href="#">ACS – Can Prostate Cancer be found early?</a></p> <p>Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. <a href="#">American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer, 2003</a>. <i>CA: a cancer journal for clinicians</i> 2003;53(1):27-43.</p>
AUA	2003	In haar richtlijn stelt de ‘American Urological Association’ dat mannen vanaf 50 jaar, mannen tussen 40 en 50 jaar met prostaatkanker in de familie of mannen van het Afro-Amerikaanse ras, allen met een levensverwachting van mee dan tien jaar, kandidaat zijn voor een screeningstest. De test gebeurt geïndividualiseerd en in overleg met de patiënt, met een afweging van de voor- en nadelen. De PSA-test in combinatie met een RT verdient de voorkeur; echografie is niet aanbevolen. Een PSA-test boven 4,0 ng/ml, een jaarlijkse stijging van meer dan 0,75 ng/ml of een abnormale palpatie zijn redenen om een biopsie uit te voeren. Voor een betere sensitiviteit of specificiteit worden de waarden aangepast aan de leeftijd, de densiteit en vrij PSA. Er wordt niet beschreven wat de invloed is op de uitkomst.	<a href="#">AUA – Prostate Cancer Screening</a>

Land	Aanbeveling	Inhoud	Referentie
NIEUW-ZEELAND			
NHC	2004	<p>Het 'National Health Committee' meent dat de PSA-test ter discussie staat, en dat het gebruik ervan individueel moet worden bepaald, met afweging van de voor- en nadelen. Sommigen adviseren opportunistische screening, anderen raden de test af omdat hiervoor geen evidentie is. Als de patiënt ernaar vraagt, moet men hem zeggen dat dit niet kadert in het nationale beleid. Dit beleid is gebaseerd op volgende stellingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Prostaatkanker is een belangrijke oorzaak van morbiditeit en mortaliteit.</li> <li>→ Het is vooral een ziekte van oudere mannen.</li> <li>→ Er wordt geen verhoogde prevalentie vastgesteld, wel een verhoogde incidentie, maar die is te wijten aan opportunistische screening.</li> <li>→ Er is geen evidentie dat screening de mortaliteit doet dalen.</li> <li>→ De prevalentie van prostaatkanker overschat het aantal klinische prostaatkankers.</li> <li>→ Screening zal een groot aantal kankers opsporen die geen morbiditeit of mortaliteit veroorzaken.</li> <li>→ De tienjaarsoverleving van goed en matig gedifferentieerde kankers wordt geschat op 90% (70-83% van de lokale tumoren).</li> <li>→ Het RT en de PSA-test veroorzaken een groot aantal vals-positieve en vals-negatieve testresultaten. Het gebruik van vrij PSA kan dit verbeteren, maar is waarschijnlijk onvoldoende voorspellend.</li> <li>→ De detectiegraad van operabele tumoren ligt tussen 2 en 4%. Het is overigens niet bekend hoeveel van deze kankers klinisch zullen worden en er is geen bewijs van mortaliteitsreductie.</li> <li>→ Er is evidentie voor schadelijke effecten van de invasieve behandelingen: impotentie, incontinentie, diarree en sterfte. De kosten-batenanalyse is vermoedelijk hoog en het lijkt zinvoller om de beperkte financiële middelen aan te wenden voor programma's met een groter bewezen voordeel.</li> </ul>	<p><a href="#">Prostate Cancer in New Zealand : Report to the Minister of Health</a></p>

Land	Aanbeveling	Inhoud	Referentie
INTERNATIONAAL			
WHO	2004	De WHO-Europe, meer bepaald het 'Health Evidence Network' (HEN), ontraadt populatiescreening op nationaal niveau. Hoewel prostaatkanker in Europa een belangrijke doodsoorzaak is bij mannen, is er nog geen evidentie dat screeningprogramma's de mortaliteit doen dalen. Twee grote RCT's zijn thans in uitvoering, de 'European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer' (ERSPC) en de 'Prostate, Lung, Colon, Ovary (PLOC) screening'. Huidig onderzoek stelt dat screening een voordeel biedt. Deze resultaten zijn echter niet betrouwbaar omwille van mogelijke bias en andere redenen, waarvan het natuurlijke goedaardige verloop van vele ziektegevallen en de juiste therapie de belangrijkste zijn. Zolang de bovenvermelde RCT's lopen, wordt screening niet aanbevolen. Het verstrekken van informatie is wel essentieel.	WHO – HEN <a href="#">Should mass screening for prostate cancer be introduced at the national level?</a>

Reviews	Aanbeveling	Inhoud	Referentie
<b>REVIEW LITERATUUR</b>			
Cochrane	2006	In mei 2006 publiceerden Ilic et al. van de 'Cochrane Prostatic Disease and Urologic Cancers Group' een review. Hierin merken ze op dat prostaatkankerscreening in de medische wereld al meermaals werd bediscussieerd, met verschillende aanbevelingen tot gevolg. De grootste discussie heeft te maken met de beperkte hoogkwalitatieve studies en het aantal vals-positieve en vals-negatieve resultaten die de screeningtests met zich meebrengen. De onderzoekers poolden twee methodologisch zwakke RCT's, de Quebec-studie en Norrköping-studie (n=55 512), op basis van Intention-to-Screen. Het relatieve risico (RR) van de Quebec-studie van 0,39 (95% BI 0,19-0,65) steeg naar 1,01 (95% BI 0,76-1,33). De Norrköping-studie werd herberekend tot 1,04 (95% BI 0,64-1,68). De gepoolde analyse berekende een RR van 1,01 (95% BI 0,80-1,29). Ilic et al. besluiten dat prostaatkanker een ernstige ziekte is, maar dat er onzekerheid bestaat over de effectiviteit van de diagnostische tests en de bestaande behandelingen. Hierop moeten de lopende studies een duidelijk antwoord geven. Zolang die er niet zijn, wordt veel belang gehecht aan de arts-patiëntcommunicatie (informed shared decision making) en het aanbieden van patiënteninformatiemateriaal.	<a href="http://mrw.interscience.wiley.com.gateway.iscientia.net/cochrane/clsysrev/articles/CD004720/frame.html">http://mrw.interscience.wiley.com.gateway.iscientia.net/cochrane/clsysrev/articles/CD004720/frame.html</a> [beschikbaar via CEBAM-site met login: www.cebam.be]
Clinical Evidence	NEEN		<a href="http://clinicalevidence.bmj.com.gateway.iscientia.net/ceweb/conditions/msh/1805/1805.jsp">http://clinicalevidence.bmj.com.gateway.iscientia.net/ceweb/conditions/msh/1805/1805.jsp</a> [beschikbaar via CEBAM-site met login: www.cebam.be]
Minerva	2001-2003	Minerva bespreekt één RCT, waaruit zou blijken dat jaarlijkse of tweejaarlijkse screening met PSA-bepaling bij patiënten vanaf 50 jaar de mortaliteit door prostaatkanker kan reduceren. De bespreking wijst echter op fundamentele methodologische tekortkomingen in de studie. Er zijn dus nog steeds geen goede studies voorhanden die systematische screening op prostaatkanker onderbouwen.	<a href="#">Screening naar prostaatkanker - Weyler 2001</a> <a href="#">Prostaatkanker: kan screening de mortaliteit reduceren? - Weyler 2003</a>