

Prostaatkankerscreening zinvol? Stand van zaken 2009

B. Spinnewijn

De onenigheid tussen de verschillende aanbevelingen rond prostaatkankerscreening blijft bestaan, ondanks de voorlopige resultaten van de twee lopende RCT's. Verschillende organisaties blijven terughoudend, en bevelen aan hierover informatie te geven aan patiënten die actief komen vragen naar een test. Andere stellen een meer invasieve strategie voor vanaf 50 jaar, soms zelfs vanaf 40 jaar.

Verder kan men enkele specifieke aanbevelingen doen rond niet screenen:

- Levensverwachting van <10 jaar;
- ≥ 75 jaar en een PSA van ≤ 3 ng/mL;
- Een screeningsinterval van 8 jaar is voldoende bij mannen met een PSA-test ≤ 1 ng/mL.

Omwille van de beperkte evidentie blijft het standpunt van Domus Medica hetzelfde: de arts moet steeds uitleg geven over de voor- en nadelen van screening via PSA-testing. Hij doet dit bij elke patiënt die om een PSA-test vraagt vóór de test wordt afgenomen. Hij ondersteunt de patiënt om tot de juiste beslissing te komen binnen het waarde kader en de levensvisie van de patiënt zelf. De uiteindelijke keuze ligt dus bij de patiënt. Indien een PSA-test wordt overwogen, is een frequentie van een keer om de vier jaar voldoende. Mannen met een levensverwachting van minder dan tien jaar hebben geen voordeel van screening. Wegens gebrek aan studies is er geen evidentie om mannen jonger dan 55 jaar te screenen.

Aanbevelingen – detail

Land	Richtlijn	Inhoud	Referentie
BELGIË			
Domus Medica	2009	ongewijzigd	2008: www.domusmedica.be/images/stories/dossiers/prostaatanker_opvolgrapport_2008_dec.pdf 2009: www.domusmedica.be/domusmedica/nieuws/persberichten/1399-prostaatkankerscreening-anno-2009.html
Hoge GezondheidsRaad (HGR)	NEEN		
Consensusvergaderingen (RIZIV)	NEEN		
Federaal Kenniscentrum	2006	ongewijzigd	Health Technology Assessment: prostate-specific-antigen (PSA) voor prostaatkankerscreening KCE reports vol. 31A www.kce.fgov.be/Download.aspx?ID=320
BAU (Belgische Vereniging van Urologen)	2007	ongewijzigd	www.bvu.be/pdf/brochure%20nl_noAZ.pdf
SSMG	2002	ongewijzigd.	www.ssmg.be/docs/rbp/textes/psa.doc
Test-Aankoop	2008	ongewijzigd	www.test-aankoop.be/kanker/screening-op-prostaatanker-te-vaak-voorgescreven-s446383.htm

NEDERLAND			
NHG	2009	Standpunt: resultaten van de ERSCP: na een gemiddelde follow-upduur van 9 jaar is er een reductie van 20% op sterfte aan prostaatacarcinoom. Dat oogt indrukwekkend, maar betekent nog lang niet dat het pleidooi voor prostaatkankerscreening nu beslecht is. Dat wordt inzichtelijk als men ziet dat men 1 410 mannen moet screenen, 340 moet bioteren en bij 82 mannen de diagnose prostaatkanker moet stellen om 1 geval van sterfte aan prostaatkanker te voorkomen. Bij 48 mannen zou de tumor zonder screening onontdekt zijn gebleven. <i>Een patiëntenbrief en een keuzetool zijn gelinkt.</i>	NHG-standpunt: www.nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/Artikel-Kenniscentrum/NHGStandpunt-over-screening-op-prostaatkanker.htm keuzetool: www.kiesbeter.nl/medischeinformatie/keuzehulpen/Prostaat_1_DezeKeuzehulp/ patiëntenbrief: www.nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/kvoorlichting/NHGPatientenbrieven/NHGPatientenbrief/PBU10b.htm
CBO	NEEN	ongewijzigd	www.cbo.nl/product/richtlijnen/folder20021023121843/rl_prostaat_carc_2007.pdf
RIVM (Nationaal Kompas Volksgezondheid)	2006	ongewijzigd	www.rivm.nl/vtv/object_class/kom_preprostaatkanker.html
FRANKRIJK			
L'Institut National du Cancer (INCa) La Haute Autorité de Santé (HAS) l'Association Française d'Urologie (AFU)	2009	Belangrijke vragen blijven bestaan rond opsporing van prostaatkanker, zoals de impact op de overleving (<i>n.v.d.r. ERSCP is nog niet opgenomen</i>), het risico van overdiagnose en overbehandeling, vooral van weinig agressieve en zeer vroegtijdig gediagnosticeerde kankers bij oudere mannen. Nieuwe gegevens zullen in een volgende richtlijn opgenomen worden. Een pilootproject werd opgestart om de professionele implementatie van een screening te evalueren en verbeteren.	www.has-sante.fr/portail/jcms/c_758598/depistage-du-cancer-de-la-prostate-de-nouveaux-eclairages-vont-contribuer-a-la-definition-de-la-politique-publique-a-mettre-en-place

FRANKRIJK			
Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé ¹	2009	<ul style="list-style-type: none"> - De prevalentie en incidentie (60 000/jaar) en mortaliteit (9 200/jaar) van prostaatkanker is groot, waardoor het een ernstig gezondheidsprobleem is. <i>Een man geboren in 1940 heeft een risico van 18,63 % om prostaatkanker te hebben voor de leeftijd van 75 jaar.</i> - 80% van de huisartsen in Frankrijk evalueert jaarlijks de PSA bij zijn/haar patiënten; 30-40% doet een digitaal rectaal onderzoek. Artsen doen dit omdat ze het positieve effect van screening persoonlijk hebben ervaren en omdat ze een laattijdige diagnose willen vermijden. De huisarts die niet screent, doet dat omdat er geen bewijs van voordeel is, noch een consensus bestaat. Veertig procent van de mannen boven de 75 jaar wordt gescreend (<i>n.v.d.r.: hieruit blijkt dat subjectieve redenen van medisch handelen sterker meespelen dan wetenschappelijke</i>) - Patiënten zijn slecht of niet geïnformeerd over de test. - Uit bevolkingsonderzoek blijkt dat tussen 1990 en 2003 de specifieke mortaliteit aan prostaatkanker in Frankrijk is gedaald met 23,5% (cf. ERSCP, verdeeld over alle leeftijdsgroepen). De leeftijdsgroep onder 65 jaar (26% na 5 jaar) en vooral onder 55 jaar (32% na 5 jaar) heeft een sterk verhoogde kans op sterfte. - Er is een grote heterogeniteit van screening naargelang de streek. De gebruikte afkappunten van de PSA-test zijn verschillend van streek tot streek. Er is ook een heterogeniteit in de vermindering van de mortaliteit. - Behandeling is effectiever dan afwachten bij mannen jonger dan 65 jaar. Er is geen voorkeur voor één specifieke behandeling. - De bijwerkingen van de behandeling hebben een impact op de kwaliteit van het leven. - 80% van de patiënt is goed geïnformeerd over de behandeling en heeft kunnen participeren in de keuze van de behandeling. 600 à 700 miljoen euro wordt uitgegeven aan de behandeling van prostaatkanker (€ <10 000 per patiënt, 5^e duurste na hematologische kankers (€ 46 000), colonkanker (€ 29 000), longkanker (€26 000)) 	www.senat.fr/rap/r08-318/r08-3181.pdf

¹ 'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé' is een orgaan in Frankrijk dat in opdracht van de verkozenen in de senaat opdrachten geeft aan verenigingen om op specifieke vragen te beantwoorden en dit op basis van EBM en in consensus met alle betrokken partijen. Er wordt geen methodologisch rapport meegedeeld. In dit onderzoek werd de vraag gesteld aan de 'Association Française d'Urologie' (geen enkele huisartsenvereniging nam deel aan het tot stand komen van deze consensus).

FRANKRIJK			
		<p>Besluit over screening</p> <ul style="list-style-type: none"> - Goede eenduidige informatie over voor- en nadelen, onzekerheden en gevolgen van screening. - Goede opleiding van de professionele op alle echelons (huisartsen, urologen, klinisch biologen en oncologen op basis van algoritmes, na multidisciplinaire consensus). - Screeningsvoorstel : <ul style="list-style-type: none"> • Tussen 50 en 65 jaar: screening is aanbevolen. • Tussen 66 en 75 jaar: op individuele basis. <p>Na 75 jaar: screening is niet aanbevolen.</p>	
Le Réseau convergence cancer (R2c)	2007	ongewijzigd	www.reseau-r2c.fr
VERENIGD KONINKRIJK			
SIGN	NEEN	Wel een aanbeveling over diagnose	
NHS	2005	ongewijzigd	www.cks.library.nhs.uk/urological_cancer_suspected#-191058
	2009	<p>Beslissingshulp</p> <p>Tot op heden bestaan er geen gerandomiseerde studies die aantonen dat er een groter voor- dan nadeel is door screening met PSA. Er is wel evidentie (ERSCP) dat de PSA-test levens redt, maar het is niet geweten hoeveel patiënten hierdoor gediagnosticeerd en overbehandeld wordt.</p>	www.cancerscreening.nhs.uk/prostate/informationpack.html
	2002	ongewijzigd	www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/Urological_Manual.pdf
	2008	ongewijzigd	www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG58FullGuideline.pdf
VERENIGDE STATEN			
American Academy of Family Physicians en de Medical Specialty Society	2005	ongewijzigd	www.aafp.org/afp/20050601/practice.html
The American College of Preventive Medicine	2008	ongewijzigd	www.acpm.org/ProstateScreening_AJPM.pdf

VERENIGDE STATEN			
U.S. Preventive Services Task Force recommendations.	2008	Er is geen goede RCT voor prostaatkankerscreening afgewerkt (<i>n.v.d.r.: ERSCP werd later gepubliceerd</i>). Een cross-sectioneel en twee prospectieve cohortstudies tonen aan dat vals-positieve PSA-screening resulteert in psychologische neveneffecten tot 1 jaar na de test. Het natuurlijke verloop van PSA-gedetecteerde prostaatkanker is slecht gekend. De langetermijneffecten van vals-positieve PSA-tests zijn niet gekend. Besluit: PSA screening is geassocieerd met psychologische schade en de mogelijke voordelen blijven onzeker (<i>n.v.d.r.: ERSCP werd later gepubliceerd</i>)	www.annals.org/cgi/content/full/149/3/192
	2008	Er is onvoldoende informatie om de verhouding van voor- en nadelen van prostaatkankerscreening bij mannen <75 jaar te beoordelen (I). Er is evidentie dat screening van mannen >75 jaar tegenaangewezen is (D)	www.annals.org/cgi/content/full/149/3/185
CDC	2006	ongewijzigd	www.cdc.gov/cancer/prostate/prospdf/0607_prostate_fs.pdf
American Cancer Society (ACS)	2008/'09	<ul style="list-style-type: none"> - The American Cancer Society beveelt geen routinescreening aan - De PSA-test is een "gezamenlijke beslissing" tussen patiënt en arts nadat de arts de patient duidelijk geïnformeerd heeft over de resultaten van de RCT's in VS en Europa. Het is een uitdaging voor artsen om begrijpelijk en genuanceerde informatie te geven in een korte consultatie. Volgende aspecten komen best aan bod: <ul style="list-style-type: none"> - Prostaatkanker is een ernstig gezondheidsprobleem; - De voordelen van éénmalig of herhaald screenen zijn nog niet bewezen; - Digitaal rectaal onderzoek en PSA hebben vals-negatieve en vals-positieve resultaten; - De kans op invasieve vervolgonderzoeken is relatief groot; - Agressieve behandeling is noodzakelijk om enig voordeel te realiseren na diagnose; - Een klein risico voor vervroegde sterfte en betekenisvolle neveneffecten van seksuele en urinaire aard zijn de gevolgen van behandeling; - Vroege detectie kan levens redden; - Vroege detectie en behandeling kan kankergerelateerde ziekte voorkomen. 	<p>CA Cancer J Clin 2009;59:264-73. CA Cancer J Clin 2009;59:27-41. CA Cancer J Clin 2008;58:161-79.</p>

VERENIGDE STATEN			
American Cancer Society (ACS)	2008/'09	<ul style="list-style-type: none"> - De test (PSA en digitaal rectaal onderzoek) moet aangeboden worden: <ul style="list-style-type: none"> - vanaf 50 jaar bij mannen met een levensverwachting van >10 jaar; - vanaf 45 jaar bij mannen met verhoogd risico (Afro-Amerikanen en eerstelijnsfamilieleden met prostaatkanker voor 65 jaar); - vanaf 40 jaar bij mannen met meerdere eerstelijnsfamilieleden met prostaatkanker voor 65 jaar. - Bij mannen bij wie digitaal rectaal onderzoek een drempel is tot testen, kan enkel een PSA-test aangeboden worden. - Wanneer mannen na overleg aan de arts vragen om een beslissing te nemen, moet de test uitgevoerd worden, tenzij er contra-indicaties zijn. - Als het resultaat bij mannen van 40 jaar: <ul style="list-style-type: none"> o <1,0 ng/ml is, wordt een nieuwe test aanbevolen op 45 jaar; o tussen 1 en 2,5 ng/ml is, wordt een jaarlijkse test aanbevolen; o >2,5 ng/ml is, moet een biopsie overwogen worden. <p>Er is geen bovengrens voor screening vanaf 75 jaar, enkel de aanbeveling het niet te doen bij mannen met een levensverwachting van minder dan 10 jaar.</p>	
American Urological Association	2009	<p>Prostaatkanker is de meest voorkomende kanker in de Verenigde staten en de tweede doodsoorzaak aan kanker.</p> <p>PSA-test is een goede voorspeller van de kans op prostaatkanker, de grootte en de langetermijnimpact na behandeling.</p> <p>De AUA beveelt een gesprek aan over de voor- en nadelen van prostaatkankerscreening vooraleer een PSA-test wordt uitgevoerd. Mannen die gescreend willen worden, krijgen een eerste referentietest op 40 jaar. Een resultaat boven 0,7 ng/mL geeft een verhoogd risico. Hoewel prostaatkanker zelden wordt vastgesteld vóór 50 jaar, zijn er toch verschillende redenen om vroeger te screenen. Mannen die sterven aan kanker tussen 55 en 64 jaar hadden effectief kunnen behandeld worden voor hun 50 jaar. Beperkt screenen (éénmalig) voor 50 jaar zou prostaatkankersterfte verminderen en de kost voor screening verlagen.</p>	www.urologyhealth.org/adult/index.cfm?cat=09&topic=250

VERENIGDE STATEN			
American Urological Association	2009	Mannen boven 70 jaar hebben een beperkte levensverwachting. De voordelen van screenen zijn minder groot. Artsen moeten een individuele inschatting maken van de levensverwachting. Screening is dus wel nuttig bij mannen met een goede gezondheidstoestand en met zeer oud geworden familieleden. De aangehaalde reden hiervoor is dat high-risk prostaatkanker vooral wordt vastgesteld op oudere leeftijd (43% van de kankers boven 75 jaar en 25% onder 75 jaar). <i>Aan mannen met een agressieve kanker boven deze leeftijd mag een diagnose en behandeling niet ontzegd worden.</i> 'Active surveillance' zonder onmiddellijk invasief behandelen, kan helpen in betere differentiëring van agressieve kankers. De tijd dat elke kankerbehandeling vereist is, is voorbij.	
NIEUW-ZEELAND			
NHC	2004	Ongewijzigd	www.nzgg.org.nz/guidelines/0041/Prostate_Cancer_Screening_in_New_Zealand_Report_to_the_Minister_of_Health.pdf
INTERNATIONAAL			
WHO	2004	ongewijzigd	www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Programs/HEN/Syntheses/prostate/20040518_3
The European Association of Urology	2009	<ul style="list-style-type: none"> - De PSA-test is een "shared decision" tussen patiënt en arts. - De PSA-test en digitaal rectaal onderzoek zouden aangeboden moeten worden vanaf 45 jaar bij mannen met een levensverwachting van >10 jaar. - De PSA-test is onnodig bij mannen: <ul style="list-style-type: none"> - ≥75 jaar en een PSA van ≤3 ng/mL - De impact van een screeningsinterval van 2 t.o.v. 4 jaar maakt geen verschil bij mannen tussen 55-74 jaar. - Een screeningsinterval van 8 jaar is voldoende bij mannen met een PSA-test ≤1 ng/mL. 	www.uroweb.org/fileadmin/tx_eauguidelines/2009/Full/Prostate_Cancer.pdf

REVIEW LITERATUUR			
Cochrane	2006	ongewijzigd	www.mrw.interscience.wiley.com.gateway.iscientia.net/cochrane/clsysrev/articles/CD004720/frame.html
Clinical Evidence	NEEN	ongewijzigd	www.clinicalevidence.bmj.com.gateway.iscientia.net/ceweb/conditions/msh/1805/1805.jsp
Minerva	2009	<p>Bespreking van: <i>Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ; ERSPC Investigators. Screening and Prostate-Cancer Mortality in a Randomized European Study. N Engl J Med 2009;360:1320-8:</i></p> <p>Ondanks het feit dat deze studie aantoont dat prostaatkankerscreening leidt tot een significante daling van prostaatkankerspecifieke mortaliteit bij mannen van 55 jaar tot 69 jaar oud, is systematische screening niet aan te bevelen. Het gaat hier immers om intermediaire resultaten en er zijn nog onvoldoende gegevens om de juiste winst in termen van QALY's en de economische kost in te schatten. Het al dan niet screenen voor prostaatkanker is dan ook een individuele keuze van de patiënt, na 'informed consent' over de voor- en nadelen.</p>	http://www.minerva-ebm.be/nl/article.asp?id=1754