



## STAND VAN ZAKEN: PROSTAATKANKERSCREENING – SEPTEMBER 2006

---

### BELGIË

Domus Medica vzw, de Hoge GezondheidsRaad (HGR), de consensusvergaderingen van het RijksInstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) nemen inzake prostaatkankerscreening nog steeds geen standpunt in. Het standpunt van SSMG blijft ongewijzigd.

Het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg ontwikkelde een nieuwe aanbeveling: Teruggrijpend naar de criteria van de WGO voor screening, besluit het KCE dat prostaatkanker een belangrijk gezondheidsprobleem is van voornamelijk mannen ouder dan 75 jaar. PSA en het huidige testgebruik kunnen niet beschouwd worden als een valide screeningsstrategie. Het nut van een massascreening voor de vroegdetectie van prostaatkanker in asymptomatische mannen is onbekend en daarom ook niet te verantwoorden. Dit op basis van de slechte accuraatheid van de PSA-test, de lage sensitiviteit van de PSA-test, het rectaal touché en de biopsies.

Verder is het niet te voorspellen bij gelokaliseerde laesies (T1 tot T2b) met een Gleasonscore  $\leq 7$  en een PSA  $< 15$  ng/ml welke uiteindelijk zullen evolueren naar een klinische kanker. Hierdoor is er een overdiagnose van 18 tot 39%. Gezien de trage evolutie van prostaatkanker, zijn deze mogelijks curatieve behandelingen enkel een optie voor die patiënten met een levensverwachting van meer dan 10 jaar.

Er zijn vooralsnog onvoldoende gegevens om het effect op de oorzaakspecifieke mortaliteit door screening te schatten. Er zijn wel bewezen negatieve effecten van de behandeling. Kosten-effectiviteitanalyses zijn voorlopig louter speculatief.

De huidige Belgische praktijk is gekenmerkt door een vaak routinematig gebruik van PSA in allerlei medische check-ups. In 2003 werden er in België 1,1 miljoen tests ( $> 0$  % 65-plussers, zelfs 50 % van de 75-plussers) aangevraagd, waarvan 80 % door een huisarts. Dit gebeurt niet steeds met voorafgaande informatieverstrekking aan de patiënt.

Gezien de huidige stand van de wetenschap en de juridische en ethische aspecten is het aanvragen van een PSA-test zonder informeren van de patiënt niet meer aanvaardbaar. Bij patiënten die een PSA-test vragen, moet de arts de implicaties bespreken. Vanuit maatschappelijk oogpunt is het gebruik van PSA-meting voor screening niet verantwoord aangezien de klinische doeltreffendheid niet bewezen is, en die middelen beter kunnen worden ingezet voor andere zorgen of procedures die hun efficiëntie wel bewezen hebben.

KCE doet verder de aanbevelingen dat een gevalideerd algoritme moet ontwikkeld worden dat een kader kan bieden tot een meer restrictieve en oordeelkundige toepassing van PSA. Verder vindt het KCE dat een publieke campagne die niet-geïnformeerde, gezonde mannen mobiliseert voor een PSA-test niet aan te raden is.

Verder zou de overheid initiatieven moeten nemen om de aanbodgeïnduceerde vraag voor de PSA – test te verminderen door correcte informatieverstrekking. Dit vergt een gecoördineerde en coherente strategie in samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen, overheden en patiëntenverenigingen. Verder is een performante Belgische kankerregistratie noodzakelijk. Tenslotte, is een nieuwe HTA–analyse na de publicatie van de lopende gerandomiseerde klinische studies betreffende PSA–screening wenselijk.

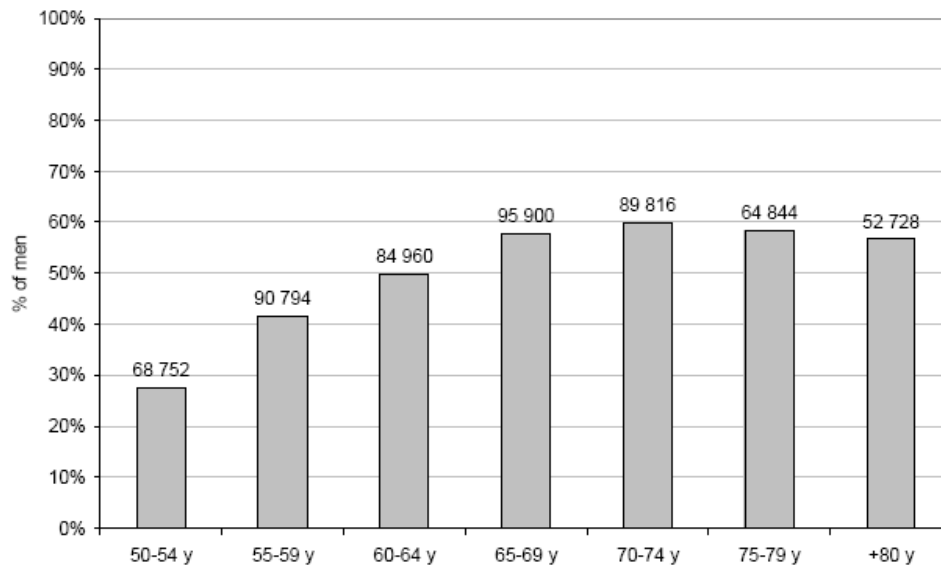


Figure 11 Percentage of men having at least one PSA test in 2003 in function of age (absolute numbers are indicated on top of the bars) (source: health insurers).

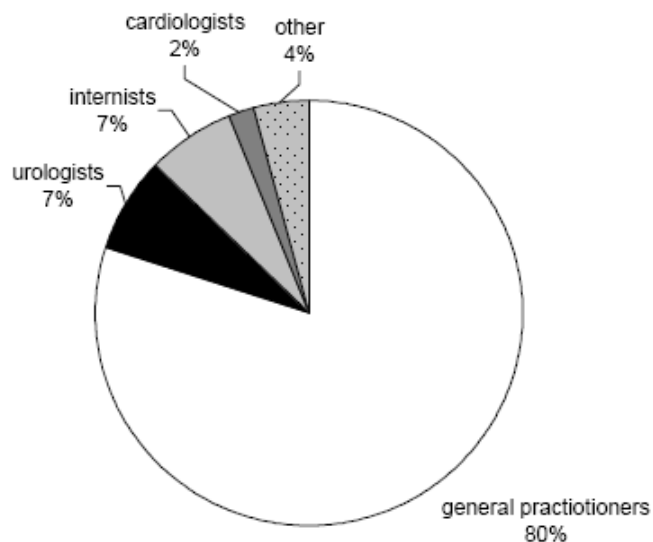


Figure 13 Percentage of PSA tests in function of prescriber in 2003 (source: health insurers).

## **NEDERLAND**

De NHG-Standaard heeft geen nieuwe aanbeveling. CBO wel, maar er wordt enkel een aanbeveling geschreven vanuit een gediagnosticeerde prostaatkanker en dus niet over screening van asymptomatische mannen.

## **VERENIGD KONINKRIJK**

De PRODIGYdance en National Institute for Clinical Excellence (NICE) publiceerden geen aanpassingen.

## **VERENIGDE STATEN EN CANADA**

Via Clearinghouse wordt de herziene aanbeveling (2005) Preventive Services for Adults van American Academy of Family Physicians en Medical Specialty Society voorgesteld

Zij vermelden dat er goede evidentie is dat PSA – screening vroegtijdig prostaatkanker opspoor, maar er zijn tegenstrijdige gegevens of de levenskwaliteit/mortaliteit verbetert. Het is wel bewezen dat er belangrijke schade kan ontstaan met oa vals positieve resultaten met angstinductie en onnodige biopsies en schade van de behandeling van kankers die nooit klinisch zouden worden als gevolg.

Artsen moeten dan ook de voor en nadelen bespreken met de patiënt, waarna ze tot een akkoord kunnen komen of er gescreend wordt of niet. Maar er kan geen aanbeveling komen noch vóór noch tegen screening.

## **NIEUW-ZEELAND**

Geen aanpassingen gepubliceerd.

## **INTERNATIONAAL**

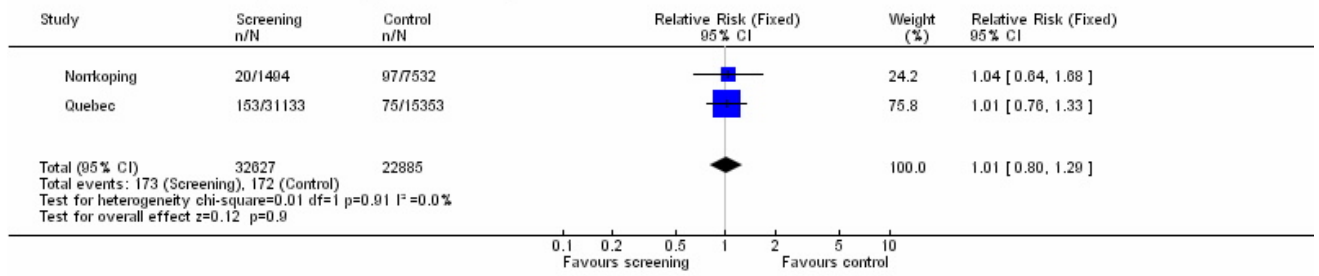
Ilic D et al van de ‘Cochrane Prostatic Disease and Urologic Cancers group publiceerden in mei hun review. Zij merken op dat prostaatkankerscreening reeds meermaals besproken werd in de medische wereld, met verschillende aanbevelingen als gevolg. De meeste discussies zijn te herleiden tot de beperkte hoogkwalitatieve studies en het aantal vals-positieve en vals-negatieve resultaten die de screeningstesten met zich meebrengen.

Twee methodologisch zwakke RCT's (n= 55 512) werden gepoold op basis van intention to screen. Het Relatief risico van de Quebecstudie 0.39 (95% CI: 0.19-0.65) veranderde daardoor naar 1.01 (95% CI: 0.76-1.33). De Norrkopingstudie werd herberekend tot 1.04 (95% CI: 0.64-1.68). De gepoolde analyse berekende een relatief risico van .01 (95% CI: 0.80-1.29)

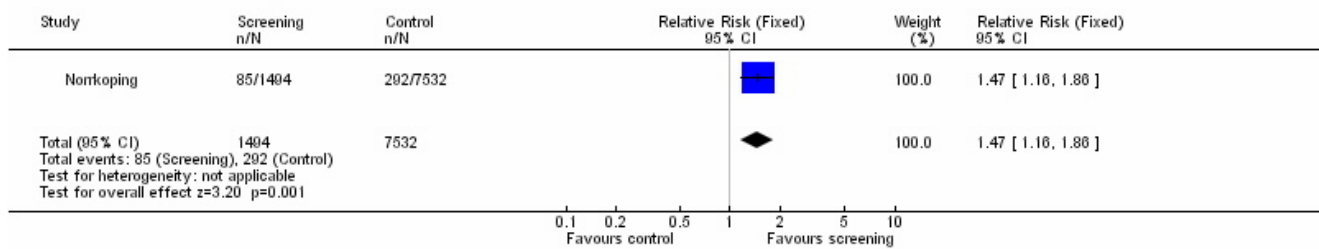
Zij besluiten dat prostaatkanker een ernstige ziekte is, maar dat er onzekerheid bestaat over de effectiviteit van de diagnostische tests en de bestaande behandelingen. De lopende studies moeten hierop een duidelijk antwoord geven.

Zolang deze gegevens er niet zijn moet veel belang gehecht worden aan de arts/patiënt communicatie (informed shared decision making). Patiënteninformatie-materiaal moet daarom aangeboden worden.

Review: Screening for prostate cancer  
 Comparison: 01 Screening vs control  
 Outcome: 01 Prostate cancer specific mortality (intention-to-screen)



Review: Screening for prostate cancer  
 Comparison: 01 Screening vs control  
 Outcome: 02 Prostate cancer diagnosis



## PATIENT-ORIENTED EVIDENCE THAT MATTERS (POEMS)

Clinical Evidence geeft geen advies. Minerva bespreekt geen nieuwe artikels

## BESPREKING

Het besluit van 2005 blijft ongewijzigd.

Tot op heden is er geen evidentie om screening aan te raden of af te raden. De richtlijnen uit de verschillende landen zijn hierover unaniem. In sommige aanbevelingen geniet screening het voordeel van de twijfel en wordt het aangeraden. 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.

Huisartsen in België moeten wel een zelfkritische houding aannemen, gezien het enorme aantal PSA-testen in België en de zware kost die dat met zich meebrengt, die gedragen moet worden door onze gezondheidszorg.