

Prostaatkankerscreening zinvol?

Stand van zaken 2011

B. Spinnewijn

De onenigheid tussen de verschillende aanbevelingen rond prostaatkankerscreening verdwijnt, de meeste aanbevelingen adviseren negatief. Er is geen plaats voor systematische screening van mannen op prostaat kanker.

Opportunistische screening, op vraag van de patiënt, bij mannen tussen 55 en 69jaar wordt vanaf dit jaar door Domus Medica afgeraden.

Eenzijds omwille van een vermoedelijk te klein verschil tussen baten en schaden. Na 10 jaar screening in België zouden 80 levens kunnen worden gered door screening. Daardoor zouden echter 4000 mensen behandeling moeten ondergaan (leren leven met kanker, neveneffecten van behandeling, zoals urineweginfectie, impotentie, gastro-intestinale klachten,...). Bovendien is de kostprijs te hoog om deze test te verantwoorden (250 000 dollar per gewonnen levensjaar, wat 10 keer meer is dan wat aanvaard wordt als een aanvaardbare kostprijs)

Huisartsen moeten ondersteund worden om deze boodschap op een verstaanbare wijze te kunnen overbrengen aan zijn patiënt die vraagt om een screeningstest.

Methodologie:

Jaarlijks worden alle aanbevelingen nagelezen, die werden gepubliceerd van 1 september het jaar voordien, t.e.m. 31 augustus van het huidige jaar. Gezien er geen enkele richtlijn is rond het includeren van websites, werd in 2004 een lijst opgesteld van instanties (beroepsverenigingen en wetenschappelijke verenigingen) die jaarlijks moeten nagekeken worden op publicaties van aanbevelingen. Inclusiecriteria hiervoor waren taal (enkel Nederlands, Frans en Engels) en landen, die klinisch relevant zijn voor de Vlaamse doelgroep. De gebruikte zoekbronnen zijn Pubmed¹, National Guideline Clearinghouse² en Google. Deze werden aangevuld met enkele toonaangevende verenigingen, vooral in eigen land en in de buurlanden, dit in consensus met de commissie preventie van Domus Medica. Jaarlijks worden de aanvullingen van deze instanties herbekeken. Via pubmed en National Guideline Clearinghouse.

1/ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

2/ <http://www.guideline.gov/>

Aanbevelingen – detail

Land	Richtlijn		Inhoud	Referentie
BELGIË				
Domus Medica	2010	-	ongewijzigd	2010: http://www.domusmedica.be/images/stories/dossiers/prostaat/Opvolgrapport_prostaatkanker_2010.pdf
Hoge GezondheidsRaad (HGR)	NEEN			
Consensusvergaderingen (RIZIV)	2011	-	<p>Het besluit van de jury is dat er geen routine screening van de ganse bevolking moet georganiseerd worden. Ofschoon een kwalitatief waardevolle studie (ERCP) aantoont dat screening de mortaliteit door prostaatkanker klinisch significant doet dalen, ziet de jury geen argument om aan te nemen dat deze voordelen (mortaliteitsreductie en reductie van metastasen) opwegen tegen de nadelen (invasieve onderzoeken en hun mogelijke complicaties, en de morbiditeit van (over)behandeling). (sterke aanbeveling)</p> <p>Uiteraard moeten lopende en toekomstige studies opgevolgd worden. Bovendien zijn er geen gegevens over de gezondheids-economische aspecten van screening van grote bevolkingsgroepen.</p> <p>De opsporing door het aanvragen van een PSA test op vraag van de patiënt met uitleg van de mogelijke er uit voortvloeiende gevolgen is aanvaardbaar. Het overleg tussen arts en patiënt over het geschikte gebruik van de goede diagnostische methode op het geschikte moment en over het aanvaarden van de gevolgen van de testresultaten en van de behandelingsopties in functie van de</p>	2011: http://www.riziv.fgov.be/drug/nl/statistics-scientific-information/consensus/

Consensusvergaderingen (RIZIV)	2011	-	<p>Het besluit van de jury is dat er geen routine screening van de ganse bevolking moet georganiseerd worden. Ofschoon een kwalitatief waardevolle studie (ERCP) aantoont dat screening de mortaliteit door prostaatkanker klinisch significant doet dalen, ziet de jury geen argument om aan te nemen dat deze voordelen (mortaliteitsreductie en reductie van metastasen) opwegen tegen de nadelen (invasieve onderzoeken en hun mogelijke complicaties, en de morbiditeit van (over)behandeling). (sterke aanbeveling)</p> <p>Uiteraard moeten lopende en toekomstige studies opgevolgd worden. Bovendien zijn er geen gegevens over de gezondheids-economische aspecten van screening van grote bevolkingsgroepen.</p> <p>De opsporing door het aanvragen van een PSA test op vraag van de patiënt met uitleg van de mogelijke er uit voortvloeiende gevolgen is aanvaardbaar. Het overleg tussen arts en patiënt over het geschikte gebruik van de goede diagnostische methode op het geschikte moment en over het aanvaarden van de gevolgen van de testresultaten en van de behandelingsopties in functie van de uitslagen, de leeftijd en de algemene toestand is essentieel. (sterke</p>	<p>2011:</p> <p>http://www.riziv.fgov.be/drug/nl/statistics-scientific-information/consensus/</p>
BVU (Belgische Vereniging van Urologen)	2011	+	<p>In de Westerse landen is prostaatkanker de meest voorkomende kanker bij mannen en op longkanker na, de frequentste oorzaak van aan kanker gerelateerde overlijdens bij mannen.</p> <p>De vroegtijdige opsporing van prostaatkanker is de laatste jaren vergemakkelijkt door de ontwikkeling van de zogenaamde PSA-test. De test bestaat uit een eenvoudige bloedafname, die kan uitgevoerd worden door de huisarts, en het meten van het prostaat</p>	<p>http://www.bvu.be/Info/Patienten/Prostaat/Vergroting_kwaadaardig.html</p>

			<p>specifiek antigeen (PSA) in het bloed. Een toename van de PSA duidt op een verhoogd risico voor de ontwikkeling van prostaatcarcinoom.</p> <p>Mannen vanaf 50 jaar zouden, naast het klassiek rectaal toucher, deze eenvoudige opsporingsmethode regelmatig kunnen laten uitvoeren. Vroegtijdig onderzoek is zeer belangrijk omdat de kans op complete genezing in grote mate afhangt van het zo vroegtijdig mogelijk ontdekken van de ziekte in zijn beginstadium. Wat de redenen voor het ontstaan van de aandoening betreft wijzen gegevens naar zowel erfelijke als omgevingsfactoren (vooral de eetgewoonten).</p>	
SSMG	2002	0	ongewijzigd.	www.ssmg.be/docs/rbp/textes/psa.doc
NEDERLAND				
NHG	2009 2011	-	<p>Ongewijzigd</p> <p><i>Een patiëntenbrief en een keuzetool zijn gelinkt.</i></p>	<p>NHG-standpunt: www.nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/Artikel-Kenniscentrum/NHGStandpunt-over-screening-op-prostaatcarcinoom.htm</p> <p>keuzetool: www.kiesbeter.nl/medischeinformatie/keuzehulpen/Prostaat_1_DezeKeuzehulp/</p> <p>patiëntenbrief:</p>

				http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_voorlichting/NHGPatientenbrieven/NHGPatientenbrief/PBU10b.htm
CBO	2007	0	ongewijzigd	www.cbo.nl/product/richtlijnen/folder20021023121843/rl_prostaat_carc_2007.pdf
RIVM (Nationaal Kompas Volksgezondheid)	2010	-	<p>Op dit moment geen bevolkingsonderzoek aanbevolen</p> <p>Op dit moment is er geen bevolkingsonderzoek voor prostaat­kanker. Resultaten uit huidige proefbevolkingsonderzoeken leveren geen sluitend bewijs voor het routinematig gebruik van de screening voor prostaat­kanker, ondanks het feit dat screening helpt bij de opsporing van prostaat­kanker in een vroeg stadium. Sinds 1993 zijn er in de VS (PCLO) en in acht Europese landen screeningsstudies (ERSPC) gaande. Deze studies moeten de vraag beantwoorden of screening op bevolkingsniveau de sterfte aan prostaat­kanker kan verminderen en in welke mate. Na 7-10 jaar follow-up blijken de eerste resultaten niet eensluidend. Uit de ERSPC-studie blijkt dat screening met PSA de sterfte aan prostaat­kanker met 20% zou kunnen verminderen (de</p>	<p>http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/kanker/prostaat­kanker/</p> <p>http://www.nationaalkompas.nl/preventie/van-ziekten-en-aandoeningen/kanker/prostaat­kanker/</p>

	2011	<p>Zweedse ERSPC-studie toont een afname van 44%), maar in de PCLO-studie wordt geen sterftereductie aangetoond. Kosteneffectiviteitanalyses naar de kosten per gewonnen (gezonde) levensjaren zullen doorslaggevend zijn voor eventuele invoering van een bevolkingonderzoek naar prostaatkanker.</p> <p>Screening kan nadelige effecten hebben</p> <p>Screening op prostaatkanker heeft ook nadelen. De kans is groot dat relatief veel traag groeiende tumoren worden ontdekt en behandeld, zonder dat er sprake is van winst in (gezonde) levensjaren. Uit onderzoek blijkt dat bij 50% van de mannen waarbij prostaatkanker is ontdekt door screening, deze kanker niet zou zijn ontdekt voor hun overlijden zonder screening. Daarnaast blijkt bij 65% van de mannen met een positieve uitslag na nader onderzoek toch geen sprake van prostaatkanker te zijn en van de mannen met een negatieve uitslag had 15% toch prostaatkanker. Deze en andere nadelige effecten van prostaatkankerscreening, zoals verlies aan kwaliteit van leven door bijeffecten van de behandeling (waaronder incontinentie en impotentie), zullen eveneens zwaar meewegen bij de afweging of er in Nederland een bevolkingsonderzoek op prostaatkanker plaats moet vinden.</p> <p>Een kosteneffectiviteitsstudie wordt gerefereerd: De kosten van de screening met de PSA-test, de kosten van het diagnostisch proces bij afwijkende waarden en de kosten van de behandeling van de vastgestelde prostaatkankers om één sterfte aan prostaatkanker te</p>	<p>http://kosteneffectiviteit-preventie.rivm.nl/interventies/kanker/prostaatkanker/</p>
--	------	--	--

			voorkomen bedraagt 5.227.306 dollar (op basis van de Europese bevindingen inde ERSCP studie en geëxtrapoleerd naar de Verenigde Staten) of 262.758 dollar per gewonnen levensjaar. PSA screening zou kosteneffectief worden (<100 000 dollar per jaar) wanneer het aantal te behandelen patiënten om 1 leven te redden zou kunnen verlaagd worden naar 21 of minder mannen.	
FRANKRIJK				
La Haute Autorité de Santé (HAS) l'Association Française d'Urologie (AFU) L'Institut National du Cancer (INCa)	2010	-	Ongewijzigd	http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-06/depistage_du_cancer_de_la_prostate_-_analyse_des_nouvelles_donnees_rapport.pdf
VERENIGD KONINKRIJK				
SIGN	-		Wel een aanbeveling over diagnose	
NHS	2005	-	ongewijzigd	www.cks.library.nhs.uk/urological_cancer_suspected#-191058
	2009		Beslissingshulp: ongewijzigd	www.cancerscreening.nhs.uk/prostate/informationpack.html http://www.prosdex.com/index_content.htm
	2002	-	ongewijzigd	www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/Urological_Manual.pdf www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG58FullGuideline.pdf

	2008	0	ongewijzigd	
VERENIGDE STATEN				
American Academy of Family Physicians	2008	0/ -	Er is onvoldoende evidentie om een balans te kunnen opmaken van de voor-en nadelen van screening bij mannen jonger dan 75 jaar. Bij mannen ouder dan 75 jaar wordt screening afgeraden.	http://www.aafp.org/online/en/home/clinical/exam/p-t.html
U.S. Preventive Services Task Force recommendations	2011 (nog niet gevalideerd) 2008	- -	De USUSPSTF beveelt tegen PSA-gebaseerde screening voor prostaatkanker, waar het vroeger tegen PSA-based screening was bij mannen van 75 jaar en ouder en dat er onvoldoende bewijs was een aanbeveling te maken bij jongere mensen De algemene indruk dat PSA- gebaseerde vroege opsporing van prostaatkanker levens verlengt, wordt niet ondersteund door wetenschappelijk bewijs. De bevindingen van de twee grootste studies wijzen op de onzekerheid van het precieze effect dat screening kan hebben, en tonen aan dat als een voordeel bestaat, het erg klein is na 10 jaar. De Europese studie vond een statistisch significant absolute vermindering van de sterfte prostaatkanker voor mannen van 50 tot 74	http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/draftrec3.htm (nog niet gevalideerd) http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf08/prostate/prostaters.htm stand van zaken prostaatkanker 2011.docx

			<p>jaar van 0,06%, terwijl de Amerikaanse studie een statistisch significante absolute toename van 0,03% vond. Een meta-analyse van alle gepubliceerde studies vonden geen statistisch significante vermindering van prostaatkanker sterfte. Op hetzelfde moment is er een overdiagnose en overbehandeling van prostaatkanker die niet zal ontwikkelen tot ziekte of geen sterfte zal veroorzaken. Hoewel ongeveer 90% van de mannen op dit moment behandeld wordt voor PSA-gedeteteerde prostaatkanker in de Verenigde Staten, meestal met chirurgie of radiotherapie, zouden de overgrote meerderheid van mannen die worden behandeld niet aan prostaatkanker overlijden of zal de behandeling hun leven niet verlengen, maar worden ze wel blootgesteld aan de significante schade van de behandeling.</p> <p>De USPSTF concludeert dat er een matige zeker is dat de schade van de PSA-screening op prostaatkanker de baten overtreffen.</p>	
CDC	2010	-	<p>Niet alle medische deskundigen zijn het erover eens dat de screening op prostaatkanker goed is voor alle mensen. Screening op prostaatkanker heeft potentiële risico's, evenals een mogelijke voordeel. Het potentiële voordeel van screening op prostaatkanker is het zo vroeg mogelijk vinden van kanker wanneer de behandeling effectiever zijn. Potentiële risico's zijn vals positieve test resultaten (de test zegt dat je kanker hebt als je niet), het behandelen van prostaatkanker die je gezondheid nooit zou beïnvloeden en bijwerkingen van de behandeling van prostaatkanker.</p>	<p>http://www.cdc.gov/cancer/prostate/pdf/prostate_fs.pdf</p>

			CDC volgt de richtlijnen opgesteld door het US Preventive Services Task Force (USPSTF). de USPSTF stelt vast dat er niet genoeg wetenschappelijk bewijs is dat screening gunstig is voor mannen jonger dan 75 jaar oud, en beveelt tegen de screening bij mannen ouder dan 75. De USPSTF suggereert dat mannen de voordelen en risico's van screening op prostaatkanker met hun arts. bespreken	
American College of Physicians	2010	0	<p>Praat met uw arts over screening als u:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Een man bent tussen 50 jaar tot 75. <input type="checkbox"/> Een Afro-Amerikaanse man. <input type="checkbox"/> Een man die een vader of broer met prostaatkanker heeft. 	http://www.acpfoundation.org/files/ht/prc_en.pdf
American Cancer Society (ACS)	2011 2010	0	<p>Mannen die minstens een 10-jaar levensverwachting moeten een kans om een geïnformeerd besluit te nemen met hun zorgverlener over de vraag of moet worden gescreend op prostaatkanker, na ontvangst van informatie over de voordelen, risico's en onzekerheden in verband met prostaatkankerscreening. Screening op prostaatkanker kan niet plaatsvinden zonder een weloverwogen besluitvormingsproces.</p> <p>Daarbij moeten volgende punten besproken worden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - screening met de PSA-bloedtest alleen of met zowel de PSA en DRE detecteert kanker in een vroeger stadium dan wanneer er geen screening wordt uitgevoerd. - screening op prostaatkanker kan worden geassocieerd met een vermindering van het risico te sterven aan prostaatkanker. Echter, het 	http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.20096/pdf http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.20066/pdf CA Cancer J Clin 2010;60:70–98

		<p>bewijs is tegenstrijdig en experts zijn het niet eens over de waarde van screening.</p> <ul style="list-style-type: none">- Voor mannen met een prostaatkanker die ontdekt is door screening, is het momenteel niet mogelijk om te voorspellen welke mannen baat hebben bij behandeling. Sommige mannen die worden behandeld kunnen sterfte en/of invaliditeit van de prostaatkanker vermijden. Anderen die worden behandeld zouden zijn gestorven van ongerelateerde oorzaken alvorens hun kanker ernstig genoeg zou zijn geworden om hun gezondheid te beïnvloeden of hun leven te korten.- Afhankelijk van de gekozen behandeling, kan de behandeling van prostaatkanker leiden tot urine-, darm-, seksuele en andere gezondheidsklachten. Deze problemen kunnen ernstig zijn of minimaal, permanent of tijdelijk.- De PSA en DRE kunnen vals-positieve of vals-negatieve resultaten geven, wat betekent dat mannen zonder kanker abnormale resultaten verkrijgen, die onnodig aanvullende tests moeten ondergaan en klinisch significante kankers kunnen gemist worden. Vals-positieve resultaten kunnen leiden tot aanhoudende bezorgdheid over het risico op prostaatkanker.- Abnormale resultaten van screening met de PSA-of DRE moeten steeds gevolgd worden door prostaatbipten. Bipten kunnen pijnlijk zijn, kan leiden tot complicaties, zoals infectie of bloeden, en kan klinisch significante kanker missen.- Niet alle mannen met een door screening ontdekte prostaatkanker vereisen een onmiddellijke behandeling, maar moeten periodiek opgevolgd worden door bloedonderzoek en prostaatbipten om een	
--	--	---	--

			<p>evnetuele toekomstige behandeling te bepalen.</p> <p>- In het helpen van mensen om een besluit te nemen op basis van hun persoonlijke waarden, als ze eenmaal de onzekerheden, risico's en potentiële voordelen begrijpen, kan het nuttig zijn om redenen waarom sommige mannen kiezen voor of tegen screening ondergaan te bieden.</p> <p>Bijvoorbeeld:</p> <p>Een man die ervoor kiest om gescreend te worden vindt het belangrijk om een kanker vroegtijdig te vinden, is bereid te worden behandeld zonder duidelijke verwachting van de uitkomst hiervan en is bereid om het risico op urine-, seksuele en / of darmklachten door behandeling te aanvaarden.</p> <p>Een man die ervoor kiest niet te worden gescreend vindt de mogelijke gevaren van screening en behandeling, zoals angst of urine-, seksuele en / of darmklachten belangrijker dan het voorkomen van kanker door screening.</p>	
American Urological Association	2009 <i>(herzien 2011)</i>	+/ 0	<p>Ongewijzigd:</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. Mannen boven 70 jaar hebben een beperkte levensverwachting. De</p>	<p>http://www.auanet.org/content/guidelines-and-quality-care/clinical-guidelines/main-reports/psa09.pdf</p>

			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 prostaatanker 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 voorbi	
NIEUW-ZEELAND				
NHC	2009	- -	Naast het kleine voordeel in vermindering van de sterfte en metastasen door screening van asymptomatische mannen, zijn er een aantal andere factoren die moeten worden meegenomen in de beslissing om aan te zetten tot een populatie-screening op basis van het programma of pleiten voor meer opportunistische screening. Deze omvatten de risico's van overdiagnose en overbehandeling, de haalbaarheid om de gehele bevolking te dekken en of de kwaliteit van leven wordt verbeterd of verminderd en of een screeningsprogramma kosteneffectief is. Er is een duidelijke en onmiddellijke behoefte aan hoogwaardige informatie over de schade en de mogelijke voordelen van screening op prostaatanker asymptomatische mannen en hun huisartsen Extrapolatie van de cijfers uit de ERSCP studie naar Nieuw-Zeeland	http://ebooks.nzgg.org.nz/psa_testing/ http://www.nzgg.org.nz/library_resources/19_prostate_cancer_consultation_resource

			<p>(2009 : 515.700 mannen 50 tot 74 jaar) suggereren dat 40 levens per jaar zou kunnen worden gered door screening. Daardoor zouden echter 1953 mensen behandeling nodig hebben over de 9 jaar, met hun mogelijke schadelijke effecten van de behandeling (incontinentie, impotentie en darmklachten), vals-negatieve resultaten en de extra financiële last voor het individu en de gezondheidszorg (nvdr: België heeft dubbel zoveel 50-74 jarige: 1.051.005)</p> <p>Mannen van 75 jaar of ouder hebben meer kans om te overlijden aan andere oorzaken dan van prostaatkanker in de resterende levensduur en de schade die samengaat met de screening en de bijbehorende behandelingen wegen waarschijnlijk niet op tegenover de voordelen (minder sterfte / metastasen). Geïndividualiseerde screening gebaseerd op de huidige gezondheid, de comorbiditeit en de familiale levensverwachting zijn meer geschikt voor deze groep mannen</p>	
JAPAN				
Ministry of Health, Labor and Welfare of Japan	2009	-	ongewijzigd	http://jco.oxfordjournals.org/content/39/6/339.full.pdf
INTERNATIONAAL				
WHO	2004	-	ongewijzigd	http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/74698/E82958.pdf

The European Association of Urology	2011	- /0	<p>In de Erscp trial zal pas na 10-15 jaar follow-up de echte voordelen van screening duidelijk worden (nu 41% reductie van het aantal metastases in de screening arm).</p> <p>Voorlopig oordelen de meeste urologische verenigingen dat massascreening geen zin heeft., maar een opportunistische screening aan goed geïnformeerde mannen moet aangeboden worden. Een basis PSA bepaling op 40 jaar wordt gesuggereerd met een interval van 8 jaar bij PSA waarde < 1 ng/mL. Psa testing is niet nuttig boven 75 jaar met een psa waarde kleiner dan 3 ng/ml.</p>	http://www.uroweb.org/gls/pdf/08_Prostate_Cancer%20September%2022nd%202011.pdf
-------------------------------------	------	------	---	---

REVIEW LITERATUUR				
Cochrane	2010	-	ongewijzigd	http://onlinelibrary.wiley.com/o/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	-	ongewijzigd	http://www.minerva-ebm.be/nl/article.asp?id=1754