

Prostaatwijzer geeft duiding aan PSA-test

Patiënt maakt inschatting kankerrisico

door Marc de Leeuw - 12-07-2013

Screening op prostaatkanker met een PSA-meting verlaagt de kans op het overlijden aan prostaatkanker met zo'n 30%. Maar de test kan ook leiden tot overbehandeling en onnodige onrust. Patiënten moeten zich daarom vooraf goed laten informeren over de voor- en nadelen, vindt uroloog prof. dr. Chris Bangma. De prostaatwijzer helpt patiënten die een PSA-test hebben ondergaan het kankerrisico in te schatten.



Een patiënt met benigne prostaathyperplasie had een driemaal grotere prostaat dan normaal. Zijn PSA-spiegel was 6 microgram/liter. Dat is hoger dan de norm van 4 microgram/liter. Arts en patiënt waren al geschrokken, maar omdat de prostaat groter was, moest de PSA-waarde door drie gedeeld worden en bleek het risico op kanker net zo laag als bij normale prostaat met een PSA-spiegel van 2 microgram/liter.

Het voorbeeld maakt duidelijk dat een verhoogde PSA (prostaatspecifiek antigeen)-spiegel snel tot ongerustheid kan leiden, stelt prof. dr. Chris Bangma, hoogleraar urologie aan het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam. Toch zegt alleen de PSA-spiegel niet alles over het risico op prostaatkanker. Ook andere risicofactoren bepalen of het nodig is om de patiënt – belastend – vervolgonderzoek te laten ondergaan.

Minder sterfte

Screening van de PSA-spiegel bij 50-plussers leidt tot minder sterfte aan prostaatkanker, zo blijkt uit een groot Europees onderzoek bij 280.000 mannen in Europa, van wie 34.000 in Rotterdam en omstreken. In de gescreende groep bleek de sterfte aan prostaatkanker 20-40% lager dan in de controlegroep. Ook is het aantal patiënten met pijnlijke metastasen in de gescreende groep 40% lager, zegt Bangma.

In zijn werkkamer op zeventien hoog met een wijds uitzicht op het Manhattan aan de Maas, legt Bangma uit dat de zaken rondom de PSA-test genuanceerd liggen. Gezien het bovenstaande is de PSA-test zeker effectief. Kwaadaardige prostaattumoren kunnen in een vroeg stadium worden opgespoord en behandeld.

Een nadeel is dat erg veel mannen onnodig onderzocht en behandeld moeten worden om één sterfgeval van prostaatkanker te voorkomen: 1055 mannen moeten daarvoor screening ondergaan en 33 mannen met prostaatcarcinoom hebben daarvoor behandeling nodig [1]. Daarbij is er aanzienlijke kans op bijwerkingen als incontinentie en erectieklachten.

Een verhoogde PSA-spiegel (hoger dan 4 microgram/liter) wijst niet altijd op het bestaan van prostaatkanker. Deze kan ook verhoogd zijn bij bijvoorbeeld prostaatontsteking en goedaardige prostaatvergroting. Media schilderen daarom de PSA-test soms af als onzinnig, zegt Bangma. Die kritiek geldt dan met name voor de uitvoering van deze test bij mensen die geen klachten hebben die mogelijk wijzen op prostaatkanker, de laagrisicogroep, legt hij uit.

Bij deze groep mensen is de kans groot dat de PSA-test leidt tot onnodige ongerustheid en overbehandeling. In lijn met de NHG-Standaard *Mictieklachten* raadt Bangma de PSA-test af bij mannen die geen klachten hebben, tenzij ze goed geïnformeerd zijn over de voor- en nadelen van het gebruik van de test. "Het nut van een PSA-test is groter bij een belaste familiehistorie", zegt Bangma. "In deze groep is de incidentie hoger en de betrouwbaarheid van de screening navenant groter."

Prostaatwijzer

De kans dat iemand met een verhoogde PSA daadwerkelijk prostaatkanker heeft die behandeling behoeft, is niet alleen afhankelijk van de hoogte van het PSA. "Daarom hebben we binnen het Erasmus MC de prostaatwijzer ontwikkeld (www.prostaatwijzer.nl). Daarmee kunnen patiënten hun risico op prostaatkanker inschatten op het moment dat ze een PSA-bepaling hebben laten doen", zegt Bangma.

Een PSA-bepaling is geen *stand alone*-test, benadrukt Bangma. "Een verhoogde PSA-spiegel is één van de risicofactoren voor prostaatkanker. Andere risicofactoren zijn leeftijd, de grootte van de prostaat en of prostaatkanker voorkomt in de familie."

Geeft de optelsom van die risicofactoren reden tot ongerustheid, dan kan de huisarts besluiten de patiënt door te verwijzen naar de uroloog voor een biopsie.

De uitkomst van de biopsie kan verschillend zijn: negatief, een slapende tumor of een agressieve tumor die behandeling nodig maakt. Drie van de vier mannen die na een verhoogde PSA-waarde bij de eerste screening een

biopsie ondergaan, blijken geen prostaatkanker te hebben [2]. "Bij ongeveer een vijfde van de patiënten met een biopsie die kankercellen bevat, is sprake van een tumor die de karakteristieken heeft van een slapende tumor", zegt Bangma.

De eerste twee genoemde biopsie-uitkomsten zijn sowieso nadelig voor de kwaliteit van leven. Uit Amerikaans onderzoek (Fowler jr. 2006) bleek dat mannen met een hoge PSA-spiegel en een negatieve biopsie hun risico op prostaatkanker hoger inschatten dan mannen met een niet-afwijkende PSA. Ook mannen met een slapende tumor zijn in het nadeel. Ze zijn ongerust, maar behandeling is niet nodig omdat de tumor slechts langzaam groeit. De kans dat ze ooit klachten krijgen of aan prostaatkanker sterven, is erg klein. In toenemende mate is er sprake van *active surveillance*, maar ook dat geeft patiënten onzekerheid.

Overbehandeling

Om hun ongerustheid weg te nemen is er toch de 'verleiding' de prostaat te laten verwijderen. Bangma: "Dan is er sprake van overbehandeling. Deze is echter niet zonder risico's. Bij verwijdering of bestraling van de prostaat is er bij jongere prostaatkankerpatiënten, van 50-65 jaar, een kans van 5-10% op incontinentie. Bij ouderen is dat 10-20%. Ook kan verwijdering of bestraling van de prostaat leiden tot erectieklachten, bij 20-30%.

De PSA-screening pakt per saldo alleen gunstig uit als deze leidt tot de opsporing van een agressieve tumor die behandeling behoeft. Dan is er dus geen sprake van nodeloze onrust en overbehandeling.

Bangma denkt dat er voorlopig nog geen bevolkingsonderzoek naar prostaatkanker komt bij 50-plussers. "Het zal nog een tijd duren voor de discussie hierover weer wordt gevoerd. Het onnodig ongerust maken van patiënten en het gevaar van overbehandeling zijn hierin leidend."

Bovendien: de screening onder 50-plussers geeft geen aantoonbare reductie van de totale sterfte. En ook: veel mannen met een slapende tumor overlijden aan andere oorzaken [2], dus wel mét, maar niet áán prostaatkanker.

Een op tien mannen krijgt prostaatkanker

Uiteindelijk ontwikkelt een op de tien mannen gedurende het leven prostaatkanker. Deze vorm van kanker openbaart zich meestal tussen het zestigste en zeventigste levensjaar. Omdat er meestal tien jaar zit tussen het ontstaan van kanker en de diagnose, is de leeftijdsgrens in het kader van de Europese screeningsstudie indertijd vastgesteld op 50 jaar.

Afhankelijk van tumorstadium, -gradering en comorbiditeit worden mannen met prostaatcarcinoom actief gevolgd of behandeld. Curatieve behandeling omvat chirurgie, inwendige bestraling (brachytherapie) of uitwendige bestraling. Bij een gemetastaseerd prostaatcarcinoom kan palliatieve hormonale behandeling worden toegepast en bij progressie chemotherapie.

Erectiestoornissen en incontinentie zijn mogelijke bijwerkingen van de behandeling van prostaatcarcinoom. De prognose van een prostaatcarcinoom hangt af van de differentiatie, grootte en uitbreiding van de tumor [1].

Literatuur

- 1 Blanker MH, Breed SA, Van der Heide WK. NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen. Huisarts Wet 2013 (3);56:114-22.
- 2 Van Weert H, Wiersma T. Prostaatkankerscreening? Nog even niet. Huisarts Wet 2009; 52:350-1.