

# Prostaatkanker: van overbehandeling naar betere diagnostiek

 **Van onze redactie**  
Auteur: Laura Fransens

**V**roegdiagnostiek is van grote waarde bij prostaatkanker. Het levert een mortaliteitsreductie op van 25 procent. Een PSA-test gevolgd door diagnostiek in een expertisecentrum kan hieraan bijdragen. Toch bestaat er binnen de medische gemeenschap twijfel over de noodzaak van een PSA-test en worden mannen met een verhoogd Prostaat Specifiek Antigeen (PSA) niet altijd doorverwezen, veelal vanwege angst voor overbehandeling. Die angst lijkt soms groter dan de gevoelde urgentie om de sterfte aan prostaatkanker terug te dringen. Die is in Nederland met ruim 2500 sterfgevallen per jaar relatief laag in vergelijking met andere kankers.

“

*Als een MRI-scan uitgevoerd in een gespecialiseerd centrum negatief is, kun je met een gerust hart naar huis gaan zonder dat er biopsen genomen zijn.*

”

“Je zal het maar zijn!” reageert Jelle Barentsz, radioloog aan het Radboud Universitair Medisch Centrum. Hij is fervent voorstander van een PSA-test, mits deze gevolgd wordt door het juiste diagnostische proces. Vijf jaar geleden had hij anders geantwoord op de vraag of een PSA-test nut had, vertelt hij. De toegevoegde waarde die hij nu ziet, heeft te maken met het gebruik van MRI-scans tijdens een eventuele volgende stap in het diagnoseproces. “Een verhoogd PSA is toch een rood vlaggetje. Het betekent een derde verhoogde kans op prostaatkanker.” Nu er een goede vervolgstap mogelijk is, is dat vlaggetje voldoende om die te rechtvaardigen.

Die volgende stap is een MRI, de Europese richtlijn is daar al duidelijk over, vertelt Barentsz. “Als er een

verhoogde kans op prostaatkanker is geconstateerd, moet je een MRI maken.” De Nederlandse richtlijn adviseert momenteel echter nog om bij een vermoeden voor prostaatkanker twaalf weefselproeven te doen waarmee biopsen worden afgenomen. Een pijnlijke procedure die in Nederland zo’n 40.000 keer per jaar wordt uitgevoerd. Onnodig, menen Barentsz en de opstellers van de Europese richtlijn. “Als een MRI-scan uitgevoerd in een gespecialiseerd centrum negatief is, kun je met een gerust hart naar huis gaan zonder dat er biopsen genomen zijn. In dat geval zal het verhoogde PSA veroorzaakt zijn door een onschuldige vergroting van de prostaat, een ontsteking of een insignificante kanker.” Pas als het resultaat van de MRI afwijkend is, hoeft iemand weefselproeven te ondergaan. Dan zijn het er echter vier in plaats van twaalf, en wordt er dankzij de informatie van de MRI gericht geprikt, legt de radioloog uit.

## Nieuwe techniek vergt training

Wat zowel bij het uitvoeren en aflezen van de MRI-scan en bij het weefselproeven van belang is, is de expertise van de zorgprofessional. Hoewel iedere radioloog een prostaat-MRI mag beoordelen, hebben de meeste (nog) niet geleerd hoe dat moet omdat het zo’n nieuwe techniek is, vertelt Barentsz. Hij geeft aan dat het correct beoordelen goede training vereist met als onderdeel daarvan het onder supervisie uitvoeren van minstens honderd gevallen. Indien het oordeel van de radioloog in opleiding in minder dan 10 procent van de gevallen afwijkt van dat van de supervisor, is hij kundig. Een dergelijke certificering is niet verplicht en Barentsz meent dat het de verantwoordelijkheid van de radioloog is om bij zichzelf na te gaan hoe kundig hij of zij is en daar naar te handelen. “Ik houd mijn eigen resultaten bij en vergelijk deze met die van biopsen. Je moet dit soort diagnostiek alleen doen als je het goed kan.” Daarnaast vindt hij dat zorgverzekeraars gerust waar voor hun geld mogen vragen door vragen te stellen over de expertise van de radioloog wiens behandelingen ze vergoeden.

Patiënten op hun beurt zouden weer bij huisartsen en zorgverzekeraars mogen aankloppen voor informatie over de beste plekken voor prostaatkankerdiagnostiek, sluit Kees van den Berg, voorzitter van ProstaatKankerStichting.nl (PKS) hierbij aan. “De beste diagnostiek voldoet aan bepaalde eisen op het gebied van zowel apparatuur als zorgprofessionals en vindt plaats in een expertisecentrum. Verzekeraars en huisartsen moeten hiervan op de hoogte zijn om patiënten zo goed mogelijk te kunnen doorverwijzen.”

## Direct doorverwijzen

Dat lukt echter alleen wanneer huisartsen zelf voldoende op de hoogte zijn van bijvoorbeeld de inzetbaarheid van een MRI en de waarde van een gespecialiseerde radioloog. “Huisartsen zijn niet altijd volledig op de hoogte van de laatste ontwikkelingen op dit gebied. Met als gevolg dat ze patiënten met een verhoogd PSA soms adviseren te wachten, in plaats van uitsluitel te bieden met behulp van een MRI”, aldus de voorzitter. Het liefst zou hij zien dat iedere man met een verhoogd PSA door de huisarts direct wordt doorverwezen naar een expertisecentrum waar men ervaring en kennis heeft van alle mogelijke vervolgstappen. Het belang daarvan heeft hij zelf ervaren toen hij voor een second opinion bij een gespecialiseerd centrum aanklopte. “In een regionaal ziekenhuis adviseerden ze me af te wachten. Maar bij de second opinion werd een agressieve tumor gevonden die tijdens het oorspronkelijke biopt niet ontdekt was.” Naar aanleiding van die vondst is hij geopereerd. Hij benadrukt dat dit geen uniek verhaal is. “Veel mannen hebben een second opinion gehaald waar een ander advies uitkwam.”

## Objectieve informatie

Naast beter geïnformeerde huisartsen, is Van den Berg voorstander van een systeem waarin iedere man boven de vijftig objectieve informatie ontvangt over de voor- en nadelen van een PSA-test, zodat hij zelf een weloverwogen keuze kan maken om wel of niet zijn PSA te laten onderzoeken. Hij legt de nadruk op het woord objectief, wetend dat huisartsen een grote invloed kunnen hebben op de keuze van een man om zich wel of niet te laten testen. “Momenteel zijn er huisartsen die een test aanraden en huisartsen die het afraden. De groep die het afraadt, is vaak bang voor overbehandeling. Dankzij goede diagnostiek moet dit echter nauwelijks meer van toepassing zijn”, aldus Van den Berg. Natuurlijk is de angst voor overbehandeling grotendeels gebaseerd op de wens om het beste voor de patiënt te doen, beaamt hij. Men is huiverig voor de impact die onnodige behandeling kan hebben op iemands kwaliteit van leven. Hoewel dat een belangrijke afweging is, dringt de voorzitter erop aan om ook stil te staan bij de mannen die – achteraf gezien – wél behandeld hadden moeten worden. “Denk aan de kwaliteit van leven van de mannen die er te laat bij waren en vervolgens chemo- en hormoontherapie hebben moeten ondergaan.”

“

*Denk aan de kwaliteit van leven van de mannen die er te laat bij waren en vervolgens chemo- en hormoontherapie hebben moeten ondergaan.*

”

## Regie bij de patiënt

Bovenal moet iemand het zelf kunnen beslissen, benadrukt hij nogmaals. Dat geldt zowel voor het wel of niet doen van een PSA-test als voor eventuele behandeling. Om die regie met een gerust hart bij de patiënt te kunnen leggen, moeten huisartsen weten dat een PSA-test zo nodig gevolgd kan worden door een sterk staaltje diagnostiek dat de kans op onnodige behandeling significant verkleint. Barentsz hoopt dat een veranderende richtlijn hieraan kan bijdragen. “De wetenschap gaat snel en de implementatie laat soms op zich wachten. Dit soort goed gevalideerde bevindingen moeten we zo snel mogelijk gebruiken voor die patiënten die het nodig hebben.”

