



Prostaatkankerstichting

Visie op de vroege opsporing van prostaatkanker

2021

Kernpunten

- De Prostaatkankerstichting wil erop wijzen dat er in Nederland elk jaar ongeveer 2.500-3.000 mannen overlijden aan prostaatkanker, een aanzienlijk aantal dat met meer vroegdiagnostiek omlaag moet kunnen.
- De Prostaatkankerstichting vindt het belangrijk mannen te laten weten dat zowel de genezingskans als de overlevingsstatistieken verbeteren naarmate een agressieve vorm van prostaatkanker in een vroegere fase wordt ontdekt.
- De Prostaatkankerstichting vindt dat mannen mogen weten dat zij de huisarts kunnen vragen om vroegdiagnostiek naar prostaatkanker en dat hier zowel voor- als nadelen aan zitten.
- De Prostaatkankerstichting vindt het belangrijk dat mannen zich goed (laten) informeren over deze voor- en nadelen en zelf besluiten tot wel of geen vroegdiagnostiek.
- Een belangrijke vraag bij de individuele vroegdiagnostiek is: weegt de beoogde 'winst' van betere overlevingskansen bij het tijdig vinden van (agressieve) prostaatkanker op tegen het nemen van (misschien wel onnodige) risico's op verlies aan kwaliteit van leven? Deze persoonlijke afweging kan alleen gemaakt worden door de man zelf op grond van objectieve informatie over de voor- en nadelen van vroegdiagnostiek.
- In termen van overleving en gezondheidswinst kan door vroegdiagnostiek de meeste winst worden geboekt bij de leeftijdscategorie tussen 50 en 70 jaar.
- Dit geldt ook voor mensen met een verhoogd risico door genetische DNA-afwijkingen (bijv. BRCA2 genafwijking), en wanneer prostaatkanker bij meerdere familieleden op relatief jonge leeftijd voorkomt. Voor deze mannen is er een advies om vanaf respectievelijk 45 of 50-jarige leeftijd tweejaarlijkse PSA-screening te laten verrichten.
- De Prostaatkankerstichting vindt het belangrijk dat er beleid voor doelgerichte opsporing ontwikkeld wordt in het herkennen en informeren van mannen met een mogelijk erfelijk of familiair verhoogd risico op prostaatkanker.
- Geïndiceerde behandeling van agressieve prostaatkanker in een vroege fase kan het gebruik van complexere duurdere zorg in een latere fase mogelijk voorkomen, met een beter behoud van kwaliteit van leven.



Toelichting bij de totstandkoming

In dit document formuleert de Prostaatkankerstichting (PKS) haar visie vanuit patiëntperspectief over bewustwording, vroege opsporing en erfelijkheid van prostaatkanker.

Deze visie is tot stand gekomen in samenspraak met ervaringsdeskundigen, medische professionals en onderzoekers in de prostaatkankerzorg. Met een woord van dank.

Naast deze visie heeft de Prostaatkankerstichting eveneens haar '[Visie op de prostaatkankerzorg in Nederland](#)' (2021) beschreven.

Aanleiding voor deze visie

1. De Prostaatkankerstichting constateert dat bij veel mannen in Nederland basale kennis ontbreekt over de prostaat, prostaatkanker en het feit dat er sprake kan zijn van prostaatkanker die meestal geen klachten geeft.
2. Urologen geven aan dat zij geregeld patiënten op het spreekuur krijgen met een vergevorderde prostaatkanker.
3. De 5- en 10-jaarsoverlevingscijfers duiden erop dat de genezings- en overlevingskansen verbeteren naarmate de tumor in een vroeger stadium wordt ontdekt. Ook liet de gerandomiseerde ERSPC-studie zien dat PSA-screening de kans op overlijden aan prostaatkanker vermindert.
4. Mannen die in een gevorderde fase gediagnostiseerd worden, worstelen dikwijls met vragen en het gevoel 'te laat' te zijn. 'Waarom wist ik niet van de verhoogde risico's en de mogelijkheid van een PSA-meting?'
5. Voor patiënten met niet te genezen prostaatkanker is dit moeilijk te verwerken als het verzoek om een PSA-meting op een eerder moment door hun arts werd afgeraden of geweigerd.
6. Er blijkt een aanzienlijke praktijkvariatie te bestaan tussen huisartsen wanneer een asymptomatische man een verzoek doet om een PSA-meting. Dat wisselt van volledige medewerking tot ontmoediging, sterke sturing of zelfs pertinente weigering. De teneur van het advies over vroegdiagnostiek is om het vooral niet aan te bevelen. Bij een dergelijk verzoek dient volgens de NHG-standaard objectieve informatie te worden gegeven over de voor- en nadelen, waarna de man zelf kan bepalen of hij wel of geen vroegdiagnostiek wil.
7. Er wordt steeds meer bekend over de relatie tussen mutaties in bepaalde genen, zoals het BRCA2-gen, en een verhoogd risico op agressieve prostaatkanker. Daarnaast zijn er families waarin 'klinisch relevante' prostaatkanker vaker is voorgekomen. Mannen kunnen in dat geval een verhoogde kans hebben op prostaatkanker.
8. Door nieuwe ontwikkelingen na 2018 in de diagnostiek van prostaatkanker en meer active surveillance zijn de risico's op overdiagnostiek en overbehandeling als belangrijke bezwaren tegen vroege opsporing gereduceerd.
9. Deelname aan een bevolkingsonderzoek naar prostaatkanker wordt mannen in Nederland en de overige Europese landen niet aangeboden en ook door de wetenschappelijke verenigingen niet geadviseerd.

10. Er zijn valide zelftests voor PSA-meting verkrijgbaar, zonder tussenkomst van de huisarts. Een zelftest kan voor mannen een drempelverlagend alternatief zijn, in plaats van de huisarts te vragen om een PSA-bepaling. De Prostaatkankerstichting moedigt het gebruik van PSA-zelftests niet aan en preferereert dat mannen zich voor een PSA-meting wenden tot de huisarts. Wanneer deze zelftests wel gebruikt worden, is het belangrijk dat de gevalideerde zelftests tenminste zijn voorzien van een duidelijke Nederlandstalige bijsluiters met schriftelijke informatie over de voor- en nadelen van vroege opsporing naar prostaatkanker.



Cijfers over prostaatkanker

Op 1 januari 2019 waren er in Nederland ongeveer 86.000 mannen bekend met prostaatkanker. Daarmee vormt prostaatkanker bijna een vijfde van alle vormen van kanker bij mannen. Het aantal nieuwe patiënten met prostaatkanker per jaar (incidentie) is in de afgelopen 25 jaar gestegen van ruim 4.000 in begin jaren negentig naar ongeveer 13.600 in 2019. Deze toename is het gevolg van verhoogd bewustzijn over prostaatkanker, toegenomen PSA-metingen en verbetering van diagnostische technieken.

Elk jaar sterven in Nederland ongeveer 2.500-3.000 mannen aan prostaatkanker en de tendens is stijgend (in 2019 waren dat er 2.954). Dit aantal is vergelijkbaar met de sterfte bij vrouwen aan borstkanker.^[1]

De geschatte procentuele toename van prostaatkanker door demografische ontwikkelingen tot 2040 is 30-40%. Voor borstkanker is dat 10-20%.^[2]

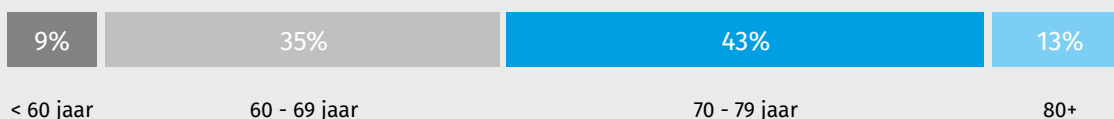
Prostaatkanker groeit meestal langzaam. Het is in sommige gevallen een 'sluipmoordenaar' omdat het met name in vroege stadia geen klachten geeft, maar meestal pas na jaren, indien het metastaseert.

Overleving

Vijf jaar na het stellen van de diagnose is gemiddeld 90% van de mannen nog in leven.

De 10-jaar-ssterfte door prostaatkanker bij patiënten met gelokaliseerd prostaatkanker is minder dan 10%. De 10-jaarssterfte door prostaatkanker bij patiënten met afstandsmetastasen is aanzienlijk hoger; namelijk ongeveer 75%.

Ofschoon vaak wordt gedacht dat prostaatkanker alleen een ziekte bij oudere mannen is, krijgt bijna de helft van de mannen de diagnose prostaatkanker onder de leeftijd van 70 jaar (zie onderstaande figuur).



Voorkomen prostaatkanker in Nederland in relatie tot leeftijd (bron: IKNL)

Erfelijkheid

Bij ongeveer 5 tot 10 % van alle mannen met prostaatkanker speelt erfelijke aanleg een rol.

Mannen die bijvoorbeeld drager zijn van een BRCA2 mutatie (BRCA2+mannen) hebben een ruim 2,5 keer verhoogd risico op prostaatkanker vergeleken met mannen zonder deze mutatie. Ook is duidelijk dat bij BRCA2+mannen die prostaatkanker krijgen, de ziekte op jongere leeftijd ontstaat, en er vaker sprake is van een agressievere tumor en een slechtere prognose.

Naast BRCA2 mutaties zijn er ook andere kiembaanmutaties die een verhoogde kans op prostaatkanker geven, wat kan duiden op een erfelijke aanleg voor prostaatkanker.

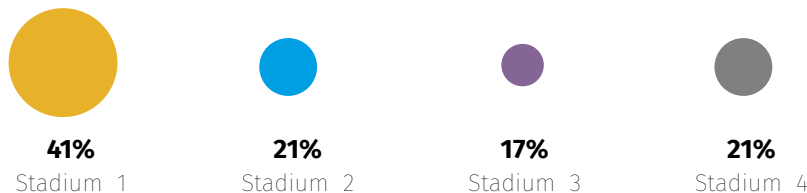
Op grond van familiegeschiedenis zijn de volgende criteria aanwijzingen voor “familiaal” prostaatkanker: ^[3]

- Prostaatcarcinoom met Gleason-score ≥ 7 vastgesteld bij ≥ 3 familieleden in de eerste of tweedegraad
- Prostaatcarcinoom met Gleason-score ≥ 7 vastgesteld bij ≥ 2 familieleden in de eerste of tweedegraad, beiden met een diagnoseleeftijd van 55 jaar of jonger
- Prostaatcarcinoom met Gleason-score ≥ 7 vastgesteld in 3 opeenvolgende generaties, binnen 1 tak van de familie

In deze gevallen wordt periodiek onderzoek naar prostaatkanker middels bepaling van PSA geadviseerd aan eerstegraads familieleden van patiënten met prostaatkanker (eenmaal per twee jaar vanaf 50-jarige leeftijd).

Het stadium bij diagnose

De eigenschappen van de tumor en het stadium van prostaatkanker bepalen zowel het verloop en de prognose, als de mogelijkheden voor behandeling. Als de tumor eenmaal is gemetastaseerd, is (een behandeling gericht op) genezing niet meer mogelijk. Bij diagnose heeft ongeveer 60% gelokaliseerde ziekte, waarvan ongeveer 1/3 met een laag risico tumor, en ongeveer 2/3 met een hoog risico tumor. Ongeveer 20% van de gevallen is bij diagnose lokaal gevorderd (T3 en T4) en 12-15% van alle nieuw gediagnostiseerde ziektegevallen betreft een gemetastaseerde, niet meer te genezen ziekte. ^[1] Dit betekent dat er bij 1 op de 5 mannen die gediagnostiseerd worden sprake is van een gemetastaseerde prostaatkanker.



Stadiumverdeling bij eerste diagnose prostaatkanker:

Bron: Kanker.nl/IKNL

Vroege opsporing kan levens redden

Cijfers van 10-jaars overleving geven aan dat de levensverwachting langer is naarmate de diagnose in een eerder stadium wordt gesteld. En wanneer de diagnose eenmaal is gesteld en behandeling nodig is, kan met huidige behandelmethoden aanzienlijke verlenging van levensduur worden verkregen.

Uit een onderzoek uit 2009 (ERSPC 2009) blijkt dat door introductie van vroegdiagnostiek middels bevolkingsonderzoek de relatieve sterfte aan prostaatkanker met 21% daalt. Wanneer statistisch wordt gecorrigeerd voor niet deelnemen (non-participatie) aan de studie en contaminatie (ongewenste PSA-metingen in de studie controlegroep) stijgt het voordeel voor het individu dat PSA laat meten. ^[4] Een sterfte reductie van 51% is aangetoond bij mannen die meerdere malen zijn gescreend ten opzichte van niet gescreende mannen. ^[5] Dat betekent dat met een follow-up tijd van gemiddeld 16 jaar er 570 mannen gemiddeld tweemaal moeten worden gescreend om één sterfgeval te voorkomen. Een Scandinavische studie is in lijn met de ERSPC-studie en geeft aan dat bewustwording en vrijwillige PSA-meting met name in de leeftijdsgroep van 50-69 jaar significante daling van sterfte kan bewerkstelligen. ^[6] Een vervolg op de eerdergenoemde ERSPC-studie (2009) is de studie van Osses et al. Daaruit blijkt dat de eerdergenoemde winst in sterfte en minder diagnoses in een later stadium, bij een follow up van 19 jaar verder worden gereduceerd. ^[7] Van Poppel et al. adviseren op grond van leeftijd en PSA-waarde termijnen voor follow up. ^[8]

Recente ontwikkelingen in de diagnostiek en behandeling van prostaatkanker

Een aantal ontwikkelingen plaatst de balans tussen voor- en nadelen van vroege opsporing naar prostaatkanker in een ander perspectief:

Inzet risico-calculator

Studies naar screening bij prostaatkanker hebben veel informatie opgeleverd over de risico's op het hebben van prostaatkanker en de kans op afwijkende bipten. Deze kennis heeft geleid tot risico-calculators, meestal op basis van leeftijd, PSA, prostaatvolume, uitslag rectaal toucher. Het gebruik van deze risico-calculators draagt bij aan het tegengaan van onnodige (over)diagnostiek. Een voorbeeld van een gevalideerde risico-calculator is de Prostaatwijzer.^[9]

Inzet MRI bij Diagnostiek

In de multidisciplinaire richtlijn Prostaatacarcinoom van november 2019 is de aanbeveling opgenomen dat bij verhoogd PSA eerst een prostaat-MRI wordt gemaakt in plaats van meteen echo-gestuurde bipten.^[10] Met een prostaat-MRI kan, door ervaren en specifiek getrainde radiologen, beter onderscheid gemaakt worden tussen insignificant en significante kankers. Bij ca. de helft van de mannen is de MRI 'normaal' en zijn weefselprikken niet nodig. Hierdoor neemt de kans op overdiagnostiek, overbehandeling en complicaties met 50% af.^[11]

Een prostaat-MRI is bovendien een patiëntvriendelijker onderzoek dan het nemen van bipten en zonder complicaties. Als de uitslag ervan aanleiding geeft voor verder onderzoek, kunnen alsnog gerichte bipten worden afgenomen.

Dankzij de inzet van nieuwe technieken zoals prostaat-MRI, worden meer (agressieve) prostaatkankers tijdig opgespoord en behandeld. Dit voorkomt in deze gevallen de inzet van langdurige kostbare behandelingen bij uitgezaaide prostaatkanker. Deze verschuiving naar de vroegere diagnostische fase vraagt om onderzoek naar een bekostiging die in de pas loopt met de ontwikkelingen qua diagnostiek en behandeling van prostaatkanker.

Meer inzet van active surveillance

Omdat met prostaat-MRI beeldvorming beter onderscheid kan worden gemaakt tussen agressieve en indolente tumoren, kan worden vastgesteld of een patiënt actief behandeld moet worden of dat het ziekteverloop bij laag risico kankers met actief afwachtend beleid kan worden gevolgd (active surveillance). Van de nieuw gediagnostiseerde patiënten komt 20-30% in aanmerking voor initieel afwachtend beleid.^[12]

Met de inzet van active surveillance behoudt een man zijn kwaliteit van leven omdat risico's op ongewenste (blijvende) bijwerkingen van behandelingen kunnen worden voorkomen. Het niet-actief behandelen van kanker kan bij patiënten gevoelens van twijfel en ongerustheid geven. Het is belangrijk dat de behandelend arts aandacht heeft voor de emotionele beleving bij deze niet-actieve behandeling.

Bevolkingsonderzoek* naar prostaatkanker en individuele vroegdiagnostiek

Wetenschappelijk draagvlak voor een bevolkingsonderzoek naar prostaatkanker is er in Nederland en de overige landen in Europa tot op heden niet geweest.

In 2018 is in Nederland een verzoek tot een proefbevolkingsonderzoek naar prostaatkanker door de Gezondheidsraad afgewezen. De Gezondheidsraad zag onvoldoende onderbouwing voor de hypothese dat het proefbevolkings-onderzoek de opportunistische screening zal verminderen. Het nut werd te beperkt geacht, terwijl de risico's van overdiagnose en overbehandeling en psychische belasting aanzienlijk werden geacht.^[13] Kennis van de voordelen van prostaat-MRI als eerste stap in de diagnostiek, voorafgaand aan eventueel bioptenonderzoek, is echter niet meegenomen bij de totstandkoming van dit advies.

Wat zeggen de wetenschappelijke verenigingen anno 2021 over bevolkingscreening

De Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)

De NVU volgt ten aanzien van bevolkingsonderzoek het standpunt zoals in de Nederlandse richtlijn prostaatcarcinoom is opgenomen (population based screening.)

De NVU ziet geen argumenten om (het starten van) een bevolkingsonderzoek naar prostaatcarcinoom te adviseren.^[14]

Ofschoon medio 2021 de balans tussen voor- en nadelen van screening inmiddels meer naar de kant van de voordelen lijkt over te hellen, leggen toonaangevende wetenschappelijke verenigingen in binnen- en buitenland o.a. de NVU, EAU (Europese Urologie Vereniging) en AUA (Amerikaanse Urologie Vereniging) de verantwoordelijkheid meer bij het individu en pleiten voor "informed strategy" en "shared decision".^[15,16,17,18,19]

Zij adviseren het PSA-testen 'intelligenter' in te zetten in relatie tot de leeftijd van 50-70 jaar en de mogelijke aanwezigheid van verhoogde risicofactoren. Mannen in deze leeftijdsgroep en mannen met een verhoogd erfelijk risico komen in aanmerking voor vroegdiagnostiek.

Europe's Beat Cancer Plan

De Europese Commissie heeft recent het Europees plan gepubliceerd om de komende jaren Europawijd kanker te bestrijden. Het is een zeer omvangrijk plan met acties en programma's en een totale investering van 4 miljard euro. Er zijn vier pijlers in dit programma. Een belangrijke pijler is vroege detectie en screening van diverse kwaadaardige aandoeningen. En bij die kwaadaardige aandoeningen wordt naast long- en darmkanker ook prostaatkanker genoemd.



Wat zeggen de richtlijnen van de wetenschappelijke verenigingen over individuele vroegdiagnostiek?

Ongevraagd aanbieden van een PSA-bepaling

Het *ongevraagd* aanbieden van een PSA-bepaling aan mannen zonder klinische symptomen van prostaatkarcinoom (= vroegdiagnostiek) wordt zowel door het NHG als door de NVU niet aangemoedigd of aanbevolen. ^[20]

Verzoek van asymptomatische patiënt om een PSA-bepaling

Het NHG: *'Als patiënten hun huisarts verzoeken om een onderzoek naar prostaatkanker, is het belangrijk om hen voorafgaand aan een eventuele PSA-bepaling goed te informeren over de mogelijke consequenties van een afwijkende uitslag.'*

NHG Thuisarts.nl patiëntinformatie: *'Als u weet wat de voor- en nadelen van een PSA-test en lichamelijk onderzoek zijn, kunt u zelf bepalen of u dit onderzoek wilt.'*

De NVU-richtlijn: *'Een goed geïnformeerde man geschikt voor vroege opsporing moet, op verzoek, toegang hebben tot een PSA-test en eventuele aanvullende vroegdiagnostiek.'*

Voor de volledige tekst verwijzen we naar de desbetreffende richtlijnen.

Standpunten en aanbevelingen van de Prostaatkankerstichting

Bevolkingsonderzoek

De veranderde balans in de voor- en nadelen van screening rechtvaardigt een wetenschappelijke heroverweging van bevolkingsonderzoek. De Prostaatkankerstichting volgt de ontwikkelingen nauwgezet.

Bewust kiezen; electieve opsporing

Zolang bevolkingscreening niet mogelijk is, onderschrijft de Prostaatkankerstichting de koers van bewustwording, voorlichting en het kunnen maken van een bewuste keuze over vroegdiagnostiek (electieve opsporing), in lijn met de aanbevelingen van wetenschappelijke beroepsverenigingen in binnen- en buitenland.

Bewustwording

De Prostaatkankerstichting vindt het belangrijk dat mannen tussen de 50 en 70 jaar basale kennis hebben over de prostaat en dat er verhoogde risico's zijn op het krijgen van prostaatkanker, waarop het mogelijk is je te laten onderzoeken bij de huisarts. Mannen die vroegdiagnostiek overwegen, moeten weten dat het belangrijk is om zich voorafgaand goed te (laten) informeren over de bijbehorende voor- en nadelen evenals de stappen die genomen moeten worden. Keuze ondersteunende informatie moet eenvoudig vindbaar zijn en onderdeel zijn van het gesprek met de huisarts. Belangrijk is dat na objectieve voorlichting in "shared decision" de uiteindelijke visie van de man leidend is.

De Prostaatkankerstichting zet zich in voor bevordering van deze bewustwording en het bieden van of verwijzen naar betrouwbare informatie. De Prostaatkankerstichting ziet dit eveneens als een noodzakelijk antwoord op de toenemende tendentieuze onvolledige media-aandacht voor PSA-meten. De beeldvorming en berichtgeving over vroegdiagnostiek mag zich niet versmallen tot een lichtvaardig 'even je PSA meten'. Een anamnese, het proces van (samen) beslissen op basis van goede voorlichting over de voor- en nadelen, eventueel gevolgd door het medisch onderzoek, zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.

Belangrijke rol voor de huisarts bij verzoek tot vroegdiagnostiek

Huisartsen hebben een cruciale rol in het adequaat behandelen van een verzoek tot vroegdiagnostiek. Belangrijk is het geven van objectieve actuele voorlichting, als keuze ondersteunde informatie aan de overwegende man, vrij van sturing in een bepaalde richting.

Dit vereist het op de hoogte zijn en blijven van de belangrijkste ontwikkelingen in de (vervolg) diagnostiek en behandeling bij (vermoeden van) prostaatkanker.

Het adagium 'er gaan meer mannen met dan aan prostaatkanker dood' moet met de juiste nuance geïnterpreteerd worden.

Het besluitvormingsproces

Het is noodzakelijk dat huisartsen zich, conform de aanbeveling in de NHG-standaard, inzetten voor het vergroten van kennis en betrokkenheid van patiënten bij de (gedeelde) besluitvorming, met verwijzing naar het gebruik van de keuzehulp 'Testen op prostaatkanker' en de informatie op [Thuisarts.nl](https://www.thuisarts.nl).

De keuzehulp 'Testen op prostaatkanker' is een online keuze ondersteunend hulpmiddel om de voor- en nadelen van een PSA-meting te overwegen en te benutten tijdens (samen beslissen) gesprekken tussen huisarts en patiënt. Eveneens kan gebruik worden gemaakt van de online Prostaatswijzer, die op basis van leeftijd, familiegeschiedenis en plasklachten een algemene risico inschatting geeft over de aan- of afwezigheid van prostaatkanker. ^[21]

Het is belangrijk dat de huisarts tijdig en expliciet aangeeft dat een man na deze voorlichting zelf het besluit neemt tot wel of geen vroegdiagnostiek.

Verminderen praktijkvariatie

De Prostaatkankerstichting heeft zorg over de praktijkvariatie onder huisartsen in de benadering van en voorlichting over vroegdiagnostiek naar prostaatkanker. Deze is mogelijk het gevolg van handelen op basis van de verouderde NHG-standaard en/of een kennishiaat over de recente ontwikkelingen in de aanvullende diagnostiek en behandeling van prostaatkanker.

Mede op verzoek van de Prostaatkankerstichting is het NHG in 2020 gestart met het actualiseren van de standaard. In afwachting van de beschikbaarheid van de geactualiseerde standaard is het van belang dat het NHG snel toegankelijke nascholing aanbiedt, voor zover dit nog niet is gedaan.

Indicaties voor erfelijkheidsonderzoek.

Overwogen kan worden om DNA-diagnostiek in te zetten bij:

Prostaatacarcinoom* en familielid** met mammacarcinoom met een diagnoseleeftijd van 50 jaar of jonger

- Prostaatacarcinoom* en familielid** met ovariumcarcinoom
- Prostaatacarcinoom* en familielid** met pancreascarcinoom
- Prostaatacarcinoom* en Joodse afkomst

Het wordt aangeraden om na te gaan of DNA-onderzoek kan worden uitgevoerd bij het aangedane familielid.

* Gleason score ≥ 7

** Eerste- of tweedegraads familielid

• In studieverband wordt onderzocht of de huidige criteria voor DNA-diagnostiek kunnen worden uitgebreid met patiënten met gemetastaseerd prostaatacarcinoom. ^[3]

Erfelijke aanleg; signaleren en bespreekbaar maken

Zorgverleners hebben een belangrijke rol in het actief signaleren en bespreekbaar maken van een vermoedelijke erfelijke aanleg voor prostaatkanker.

Voor huisartsen zijn de familieanamnese en het gesprek met desbetreffende belangrijke informatiebronnen.

Medisch specialisten dienen bij de behandeling van mannen met uitgezaaide prostaatkanker alert te zijn op de specifieke aanwijzingen, hierboven aangegeven. De Prostaatkankerstichting adviseert hen goed op de hoogte te zijn van 'het Borstzakkaartje' met verwijscriteria. ^[22]

De keuze vóór klinisch genetisch onderzoek geeft mannen die drager blijken te zijn van een BRCA2-mutatie de mogelijkheid om vanaf 45-jarige tot 70-jarige leeftijd in aanmerking te komen voor tweemaaljaarlijkse PSA-screening door de huisarts.

Familieleden van een man met een BRCA-2 mutatie hebben een verhoogd risico op prostaat-, borst- of eierstok- of alvleesklierkanker. Ook zij komen in aanmerking voor preventieve screening.

Voor betrouwbare keuze ondersteunende informatie verwijst de Prostaatkankerstichting naar Kanker.nl, Thuisarts.nl, Oncogen.nl en erfelijkheid.nl en bepleit eveneens het onder de aandacht brengen van papieren voorlichtingsmateriaal in het folderrek bij de huisarts.

Het vroegtijdig opsporen van mannen met een erfelijke aanleg voor prostaatkanker is ook in onderzoek onder de aandacht. De Prostaatkankerstichting vraagt het NHG, de NVU en de NVMO als wetenschappelijke verenigingen deze ontwikkelingen nauwgezet te volgen en de richtlijnen tijdig te toetsen en te herzien op basis van nieuwe wetenschappelijke inzichten en aanbevelingen.

Expertdiagnostiek

Bij aanleiding voor aanvullende diagnostiek is het wenselijk dat een huisarts, in overleg met de patiënt, gericht verwijst. Maak de keuze voor een ziekenhuis dat beschikt over de juiste apparatuur en ervaren radiologen om prostaat-diagnostiek naar de laatste stand van de medische wetenschap te verrichten. Dit diagnostisch expertcentrum kan zich zowel binnen als buiten de eigen regio bevinden.

Het is belangrijk dat huisartsen bij een verwijzing voor aanvullende diagnostiek een realistisch beeld schetsen: wanneer er sprake is van prostaatkanker ontwikkelt het zich in verreweg de meeste gevallen traag en vaak is er geen actieve behandeling noodzakelijk.

**Hierna te noemen NHG-Standaard Prostaatacarcinoom*

** Waar bevolkingsonderzoek staat kan ook bevolkingscreening worden gelezen.*



Referenties

1. Cijfers over prostaatkanker: IKNL 2021 bron: <https://iknl.nl/nkr/cijfers-op-maat>
2. Ontwikkelingen in kankerzorg site Volksgezondheid en zorg. bron: <https://www.rivm.nl>
3. Het Blauwe boekje (Erfelijke en familiale tumoren, StOET/VKGN bron: <https://www.stoet.nl>
4. Roobol MJ, Kerkhof M, Schröder FH, et al. Prostate cancer mortality reduction by prostate-specific antigen-based screening adjusted for nonattendance and contamination in the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) *Eur Urol*. 2009 Oct;56(4):584-91
5. Hugosson J, Roobol MJ, Mansson M, et al. A 16-yr Follow-up of the European Randomized study of Screening for Prostate Cancer. *Eur Urol* 2019;76 (1):43-51
6. Kvale R, Myklebust TA, Engholm G et al. Prostate and breast cancer in four Nordic countries: A comparison of incidence and mortality trends across countries and age groups 1975–2013. *Int. J. Cancer* 2017;141:2228-2242
7. Osses DF, Remmers S, Schröder FH et al. Results of prostatecancerscreening in a unique cohort at 19 yr of follow-up *Eur Urol* 2019;75(3):374-
8. Van Poppel H, Hogehout R, Albers P, et al. Early Detection of Prostate Cancer in 2020 and Beyond: Facts and Recommendations for the European Union and the European Commission. *Eur. Urol* 2021 Mar;79 (3) 327-329
9. Prostaatwijzer <http://www.prostaatwijzer.nl/risk-calculators>
10. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/prostaatcarcinoom/diagnostiek/beeldvormend_onderzoek/diagnostische_prostaat_mri_bij_prostaatcarcinoom.html
11. van der Leest M, Cornel E, Israel B, et al. Head-to-head Comparison of Transrectal Ultrasound-guided Prostate Biopsy Versus Multiparametric Prostate Resonance Imaging with Subsequent Magnetic Resonance-guided Biopsy in Biopsy-naïve Men with Elevated Prostate-specific Antigen: A Large Prospective Multicenter Clinical Study. *Eur Urol*. 2019 Apr;75(4):570-578
12. Sklinda K, Bartosz MB, Walecki J, et al. Active Surveillance of Prostate Cancer Using Multiparametric Magnetic Resonance Imaging: A Review of the Current Role and Future Perspectives *Med Sci Monit*, 2020; 26: e920252 doi: 10.5114/pjr.2020.98009.eCollection2020
13. [Gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2018/11/27/wbo-onderzoek-naar-screening-op-prostaatkanker](https://gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2018/11/27/wbo-onderzoek-naar-screening-op-prostaatkanker)
14. NVU richtlijn Prostaatcarcinoom. <https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/prostaatcarcinoom/algemeen>
15. Blanker MH, Bangma CH. Wel prostaatkanker, maar niet actief behandelen. *Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2019;163:D3698
16. Tikkinen KAO, Dahm P, Lytvyn L, et al. Prostate cancer screening with prostate-specific antigen (PSA) test: a clinical practice guideline. *BMJ* 2018;362:k3581 doi: 10.1136/bmj.k3581
17. Wender RC, Brawley OW, Fedewa SA et al. A Blueprint for Cancer Screening and Early Detection: Advancing Screening's Contribution to Cancer Control. *CA Cancer J Clin* 2019;69:50–79
18. Welch HG, Albertsen PC. Reconsidering Prostate Cancer Mortality- The Future of PSA Screening. *N Engl J Med* 2020;382(16):1557-1563
19. Gandaglia GG, Albers P, Abrahamsson P-A et al. Structured Population-based Prostate-specific Antigen Screening for Prostate Cancer: The European Association of Urology Position in 2019 *Eur urol* 2020;77(1):e30.doi: 10.1016/j.eururo.2019.08.30 Epub 2019 oct 10
20. NHG-standaard Mictieklachten bij mannen, bijlage Prostaatcarcinoom. 2014 richtlijnen.nhg.org/standaarden/mictieklachten-bij-mannen. NVU richtlijn Prostaatcarcinoom. <https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/prostaatcarcinoom/algemeen>
21. Prostaatwijzer, Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Prostaatkanker <http://www.prostaatwijzer.nl/risk-calculators>
22. Borstzakkaartje met verwijscriteria bron: <https://oncogen.nl/erfelijk-belast/daarom-doorvragen>



Prostaatkankerstichting:

- biedt lotgenotencontact
- geeft voorlichting en informatie
- behartigt de belangen van mannen met prostaatkanker en hun naasten
- stimuleert wetenschappelijk onderzoek



Prostaatkankerstichting