

Doelstelling

Afstemming van beleid rond screening op en diagnostiek van prostaatcarcinoom in de 1^e en 2^e lijn.

Screening

Het gebruik van de PSA test moet niet worden aangemoedigd bij asymptomatische mannen. Echter een goed geïnformeerde man, geschikt voor vroegopsporing naar prostaatcarcinoom, moet, op verzoek, toegang hebben tot een PSA test en eventuele aanvullende diagnostiek.

1. Doelgroepen screening:

- Bij erfelijk prostaatcarcinoom, d.w.z. als de aandoening voorkomt:
 - Bij drie of meer 1^e graads familieleden;
 - In elke van drie opeenvolgende generaties in de paternale of maternale lijn;
 - Bij twee of meer 1^e of 2^e graads familieleden vóór de leeftijd van 56 jaar.
- Bij raciale belasting:
 - Mannen met een Afrikanische afkomst hebben een verhoogd risico op prostaatkanker, en de prostaatkanker is vaker agressief.

NB. Bepaling PSA in elk geval 1x / 2 jaar, bij een uitslag ruim binnen het referentie-interval.

Afhankelijk van de uitslag en de stijgingssnelheid vaker:

- Vanaf het 50^e levensjaar tot het 70^e levensjaar;
- Of 5 jaar voor de diagnoseleeftijd van de jongste aangedane patiënt.

2. Als er geen sprake is van erfelijk prostaatcarcinoom:

- Op dit moment zijn er geen argumenten om (het starten van) een bevolkingsonderzoek naar prostaatcarcinoom te adviseren. Met uitzondering van patiënten met bovenstaande belaste familie anamnese;
- Voor mannen (vanaf 50 jaar) met een PSA waarde boven de 3.0 ng/mL is nadere analyse middels MRI prostaat up-front geïndiceerd, gevolgd door MRI fusie/cognitief geleide prostaatbiopten;
- Bij mannen (vanaf 50 jaar) met een PSA waarde tussen de 2.0-2.9 ng/mL is een herhaling van de PSA test binnen 1-2 jaar aan te bevelen;
- Hertesten bij mannen met een PSA <2.0 ng/mL kan, afhankelijk van andere risicofactoren, 4 tot 8 jaar uitgesteld worden¹.

3. Bevolkingsscreening

Er bestaat nu wel consensus over het gegeven dat regelmatig screenen op prostaatkanker de kankerspecifieke mortaliteit reduceert. Het voordeel wordt m.n. duidelijk naarmate de follow-up termijn langer is². Desalniettemin zijn er tot op heden vanuit de overheid nog geen redenen om actief hierop te screenen.

¹ NHG-standaard mictieklachten bij mannen is bij het schrijven van deze RTA in herziening. De genoemde afkapwaarde zijn in overeenstemming met de actuele literatuur.

² Uit de ERSCP studie uit 2019 in European Urology met 16 jaar follow up van de European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer bleek dat er nu 570 patiënten moeten worden gescreend en 18 gediagnosticeerd om 1 sterfgeval te voorkomen. Conclusie auteurs was dat herhaald screenen het risico op overlijden aan prostaatkanker vermindert.

Anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek bij klachten

Anamnese:

Vraag naar:

- Aard van de klachten³;
- Snelheid van ontstaan of verergering;
- Verstoring nachtrust, sociale beperkingen, incontinentie;
- Pijnklachten;
- Algehele malaise, eerdere urineweginfecties;
- Familieanamnese belast?
- Let op voorgeschiedenis: urologische onderzoek of behandelingen, medicatie met invloed op mictie, comorbiditeit

Lichamelijk onderzoek:

- Palpatie en percussie blaasregio (ter uitsluiting van globus vesica)
- Rectaal toucher: onderzoek naar de grootte, vorm, consistentie en drukpijnlijkheid van de prostaat;

Aanvullend onderzoek

- PSA bepaling⁴.

Uitslag:

- Bij een afwijkend rectaal toucher en/of sterk verhoogd⁴ PSA >10 : → verwijzen naar de uroloog.
- Bij een verhoogd PSA⁵ (3-10) en geen afwijkend rectaal toucher → advies om volgende stappen te ondernemen: Transrectale echo van de prostaat via Diagnostiek voor U (DvU) of een Prostaat Quick Scan (St Anna Ziekenhuis) dan wel reguliere doorverwijzing naar de uroloog.
De echo wordt gebruikt om het volume en de vorm te bepalen van de prostaat. Het volume gecorreleerd aan de PSA en het rectaal toucher bepaalt de kans op het vinden van een positief biopt. Deze kans kan worden berekend m.b.v. www.prostaawijzer.nl (wijzer 3 en 4 met TRUS of DRE:)³. Is de kans op prostaatkanker > 12.5 % dan is doorverwijzing naar uroloog geïndiceerd.
- Bij een verhoogd PSA, geen afwijkende echo en rectaal toucher, en niet verdachte prostaawijzer dan:
 - PSA vervolgen (1x per 3 mnd.). Indien het PSA gelijk blijft: vervolgens elke 6 mnd.
 - Bij:
 - verdere stijging (> de laboratoriumafhankelijke bovenste afkapwaarde);
 - of snelle stijging;
 - of verhoogd PSA > 3.0 bij jonge leeftijd

³ De kans op prostaatacarcinoom is ongeveer even groot voor mannen met en zonder mictieklachten. Bij mictieklachten, een negatieve familie-anamnese en een niet afwijkend RT hoeft volgens de richtlijnen geen PSA bepaling te worden verricht tenzij men voldoet aan de criteria zoals eerder vermeld.

⁴ Gebruik de PSA-calculator (www.cze.nl/PSAcalculator) om de PSA concentratie om te rekenen naar de methode die gebruikt wordt door prostaawijzer.nl.

⁵ Het PSA is verhoogd bij een waarde > 3µg/l; het PSA is sterk verhoogd bij een waarde van > 10µg/l . Het laboratorium geeft de laboratoriumspecifieke afkapgrenzen + bijbehorend advies uit de RTA weer op het uitslagbericht.

→ verwijzen naar uroloog.

NB. Sinds kort bestaat er ook een MRI uitkomstgerelateerde prostaatwijzer. Deze is echter voor de 1^e lijn niet toepasbaar.

NB. Schommelende PSA waarden zijn suggestief voor een ontstekingscomponent, maar sluiten een prostaatcarcinoom niet uit. Bij chronische prostatitis kan de PSA langdurig wisselende waarden vertonen.

NB. De PSA waarde is afhankelijk van de gebruikte laboratoriumtechniek³ en de hierbij behorende referentiewaarden en afkappingen voor prostaatcarcinoom, en moet geïnterpreteerd worden in de klinische context: symptomen in combinatie met de uitslag rectaal toucher, PSA en echo. Daarnaast kan de PSA concentratie bij agressieve tumoren slechts mild verhoogd zijn.

Mogelijkheden 1^e lijns diagnostiek

Transrectale echo van de prostaat

Diagnostiek voor U:

- Anamnese, PSA, lichamelijk onderzoek (RT) en echografie van de prostaat door een verpleegkundig specialist/uroloog;
- Patiënt gaat terug naar de huisarts; de diagnostische gegevens worden door een uroloog beoordeeld en, voorzien van een advies, gestuurd aan de huisarts.

Catharina Ziekenhuis (o.a. urologische advies poli, UAP), Elkerliek ziekenhuis, Máxima MC, St. Anna ziekenhuis:

- Anamnese, lichamelijk onderzoek (waaronder RT) en echografie van de prostaat door een uroloog;
- Indien PSA vooraf is bepaald door de verwijzer volgt dezelfde dag uitslag met conclusie/advies, anders PSA bepaling door uroloog;
- Patiënt gaat terug naar de huisarts;
- Bij een noodzaak tot vervolg door de uroloog dan wordt dit via briefwisseling kortgesloten met de verwijzer
- Bij een sterk vermoeden op een agressievere prostaattumor zal telefonisch, dan wel schriftelijk, direct contact worden opgenomen met de verwijzer en zal de behandeling uiteraard in de 2de lijn voortgezet worden

Verwijzen naar de 2^e lijn

Absolute verwijsindicaties voor verwijzing naar de uroloog:

- Afwijkend rectaal toucher;
- Belaste familieanamnese zoals boven beschreven;

- Sterk afwijkend PSA > 10 (> de laboratoriumafhankelijke bovenste afkapwaarde)⁶;
- Verhoogd PSA bij jonge leeftijd <50 jaar (PSA>3.0) zonder aanwijzingen voor een voorafgaande cytoprostatitis of urineretentie.

NB. Bij een PSA > 10 bestaat er een risico op prostaatkanker van 42%.

Relatieve verwijfsindicatie:

- (licht) verhoogd PSA 4-10 (tussen de onderste en bovenste laboratoriumafhankelijke afkapwaarden) bij afwezigheid van andere verklaringen dan een eventueel prostaatcarcinoom⁷. DvU inzetten om meer duidelijkheid te verkrijgen over risico-inschatting dan wel directe doorverwijzing uroloog⁸;
- Snelle stijging van de PSA waarde; verdubbeling binnen 6-12 maanden.

Bij verwijzing naar de uroloog stuurt de verwijzer de volgende gegevens mee:

- Overwegingen die ten grondslag lagen aan de screening;
- Rectaal toucher uitslag(en);
- (historische) PSA waarden (+ indien bekend instantie waar deze zijn gemeten);
- Uitslag echo, indien verricht;
- Actueel medicatieoverzicht.

Beleid in de 2^e lijn

Berichtgeving:

Telefonisch:

- Bij een ernstige uitslag neemt de uroloog z.s.m. contact op met de verwijzer;
- Bij twijfel bij de patiënt over de keuze van behandeling overlegt de uroloog met de huisarts of deze daarbij kan ondersteunen.

Schriftelijk:

- Na behandeling van het prostaatcarcinoom.

Verwijzing naar specialismen onderling:

- Indien onderlinge verwijzing direct noodzakelijk wordt geacht in het kader van het ziektebeeld waarvoor de patiënt in het ziekenhuis behandeld wordt, wordt de huisarts telefonisch of via een elektronisch bericht op de hoogte gesteld;
- Bij vermoeden van een ander ernstig ziektebeeld dat om snel handelen vraagt wordt de huisarts op de hoogte gesteld door middel van telefonisch contact;
- Bij andere redenen voor een verwijzing naar een specialist wordt altijd eerst terugverwezen naar de huisarts, of wordt de verwijzing telefonisch afgestemd met de huisarts.

Terugverwijzing

Bij een terugverwijzing wordt een advies gegeven over:

- Het follow up beleid (parameters en tijdsinterval);
- Bij welke bevindingen de huisarts de specialist dient te consulteren;
- Wanneer opnieuw dient te worden verwezen.

⁶ Bij duidelijke aanwijzingen dat een prostatitis zou kunnen spelen kan het PSA beloop 3 maanden worden vervolgd, en is deze waarde geen absolute reden om door te verwijzen.

⁷ Zie de toelichting.

⁸ Bij DVU is wachttijd verhoudingsgewijs korter dan verwijzen naar de specialist waarbij de expertise gelijk blijft

Namens urologen:

Eric Vrijhof, uroloog Catharina Ziekenhuis

Laurent Fossion, Máxima MC

Paula Moonen, St. Anna ziekenhuis

Mw. Biemold, Elkerliek ziekenhuis

Namens transmurale centra:

Hennie van Bavel, coördinator HaCa

Regionale referenten:

Klinisch chemici

Deze regionale transmurale afspraak is ontwikkeld in samenwerking met de transmurale organisaties HaCa, Quartz, THEMA, TransMáx. Voor deze samenwerkingsafpraak is uitgegaan van de landelijke richtlijnen.

Deze samenwerkingsafpraak is goedgekeurd door de Kwaliteitsraad van de Huisartsenkring Zuidoost Brabant.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van HaCa.

© 2021 HaCa