

# Prostaatkankerscreening

10 september 2024

© Tijdschrift voor Geneeskunde en Gezondheidszorg

---

## Welk effect heeft prostaatkankerscreening?

- a. Na 13 jaar reduceert een PSA-screening de mortaliteit met 1,3 overlijdens per 1.000 gescreende mannen
- b. Het zorgt voor een verbetering van de algemene overleving
- c. Er is specifieke evidentie in het voordeel van screening bij patiënten met een hoger risico op prostaatkanker, zoals in geval van een familiale voorgeschiedenis
- d. Een veralgemeende prostaatkankerscreening is aangeraden

---

Puur intuïtief lijkt een kankerscreening zinvol omdat verondersteld wordt dat de vroegtijdige diagnose en behandeling van kanker levensreddend kunnen zijn. Het nadeel van een screening is echter dat heel wat mensen blootgesteld worden aan overbodige onderzoeken en dat er heel wat indolente (slapende) tumoren ontdekt en behandeld zullen worden die nooit aanleiding gegeven zouden hebben tot klachten of mortaliteit.

Een recente systematische review en meta-analyse van gerandomiseerde studies toont aan dat een PSA-screening na 13 jaar de mortaliteit door prostaatkanker reduceert met 1,3 overlijdens per 1.000 gescreende mannen. Bovendien wordt het aantal mannen dat uitzaaiingen ontwikkelt verminderd met 3 per 1.000 gescreende mannen. Screeningstudies tonen evenwel geen verbetering van de algemene overleving door een PSA-screening. Bovendien is er geen specifieke evidentie over het voordeel van een screening bij patiënten met een hoger risico op prostaatkanker, zoals in geval van een familiale voorgeschiedenis.

Er zijn echter ook nadelen van de PSA-test: eventuele fout-positieven en onnodige onderzoeken (inclusief prostaatbiopsieën), met als gevolg heel wat psychologische stress. Een prostaatbiopsie kan aanleiding geven tot pijn, hemospermie, postpunctieprostatitis en uitzonderlijk zelfs levensbedreigende sepsis. Daarnaast kan een screening leiden tot de diagnose van prostaattumoren bij mannen die hier tijdens hun leven nooit enige morbiditeit van ondervonden

zouden hebben. Deze vorm van overdiagnose omvat 20% tot 50% van de door screening gedetecteerde tumoren. De behandeling van deze tumoren biedt deze mannen geen enkel voordeel, maar stelt hen wel bloot aan de nadelige effecten van de therapie.

Eventuele nadelige gevolgen van chirurgie omvatten blijvende incontinentie (1 à 2 op 5) en erectiele disfunctie (2 op 3). Radiotherapie kan blijvende erectiele disfunctie (1 op 2) en irritatieve darmklachten (1 op 6) veroorzaken.

De grootste en meest recente gerandomiseerde studie over PSA-screening is een Brits onderzoek dat het effect van een eenmalige PSA-test onderzocht. Hierbij waren meer dan 400.000 mannen betrokken in 911 huisartsenpraktijken. In de interventiegroep kregen uiteindelijk 67.131 mannen een PSA-test, van wie 11% een verhoogde PSA-waarde had en van dit percentage onderging 85% een biopsie. Na een follow-up van 10 jaar vond men de volgende resultaten wat betreft prostaatkankerspecifieke overlijdens tussen de gescreende en de niet-gescreende groep: RR: 0,96 en 95%-BI: 0,85-1,08.

Polariserende campagnes voor of tegen screening zaaien verwarring en ongerustheid en moeten zoveel mogelijk vermeden worden. Een veralgemeende screening naar prostaatkanker met een jaarlijkse PSA-test is afgeraden. Een PSA-screeningstest kan uitgevoerd worden op vraag van een patiënt nadat deze uitgebreid geïnformeerd werd over de voordelen, de nadelen en de risico's eigen aan overdiagnose en -behandeling. Bij deze keuze moet men rekening houden met het risico van de patiënt, zijn comorbiditeiten en zijn persoonlijke waarden en voorkeuren.

Een betere diagnostiek en betere risicostratificaties voor verdere onderzoeken en eventuele interventies zouden de screeningsstrategie kunnen verbeteren.



Meer weten over dit onderwerp?

Bekijk dan de oorspronkelijke bijdrage in TvGG:

[Rol en impact van de PSA-test in het kader van prostaatkankerscreening](#)

Auteur(s): M. FINOULST, P. VANKRUNKELSVEN, W. EVERAERTS

DOI: 10.2143/TVG.76.1-2.2002994

---

Deze publicatie bevat illustraties, foto's, afbeeldingen, lay-out van documenten, grafische ontwerpen, tekst, lettertypen en andere informatie (hierna "Inhoud" genoemd). Deze publicatie en alle Inhoud zijn het auteursrechtelijk eigendom van Tijdschrift voor Geneeskunde vzw. Alle rechten op deze Inhoud zijn wereldwijd voorbehouden. Het is strikt verboden de Inhoud of een deel daarvan te behouden, kopiëren, distribueren, publiceren, of gebruiken zonder voorafgaande en uitdrukkelijke toestemming van Tijdschrift voor Geneeskunde vzw.