

Doelstelling

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

Het belangrijkste verschil met de NHG standaard is dat in deze RTA bij een PSA tussen 3.0ug/L – 6.9ug/L aanbevolen wordt een echo prostaat (evt. in de eerstelijns) te laten doen, om onnodige verwijzingen te voorkomen. Daarnaast wijzen we op het verschil in labwaarden tussen diverse laboratoria in de regio. Als service voor de verwijzers hebben we in dit document ook de kern van de NHG standaard opgenomen.

Screening

Het gebruik van de PSA test moet niet worden aangemoedigd bij asymptomatische mannen. Echter een goed geïnformeerde man, die voldoet aan onderstaande criteria, moet op verzoek, toegang hebben tot een PSA test en eventuele aanvullende diagnostiek. De patiënt kan gewezen worden op [de keuzehulp prostaatkanker](#) om tot een keuze te komen zich al dan niet te laten screenen. De keuze ligt bij de patiënt.

Bevolkingsscreening

Er bestaat 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 is¹. Naar aanleiding van advies van de Europese commissie, de Prostaatkankerstichting en het KWF om met gerichte screening te gaan starten, wordt momenteel een internationale studie opgezet om de rol van een bevolkingsonderzoek naar prostaatkarcinoom te inventariseren. Vooralsnog is de overheid niet voornemens te starten met actieve screening en is er voorlopig enkel sprake van 'opportunistische screening'.

Doelgroepen screening:

1. Bij erfelijk prostaatkarcinoom (5 -10% is erfelijk); d.w.z. als de aandoening voorkomt:

- Bij drie of meer 1^e of 2^e graads familieleden (Gleason score ≥ 7);
- Bij twee of meer 1^e of 2^e graads familieleden vóór de leeftijd van 56 jaar (Gleason score ≥ 7).
- Bij vóórkomen van borstkanker < 50 jaar of ovariumcarcinoom in 1^e of 2^e lijn
- Indien patiënt zelf een BRCA genmutatie-drager is.

NB. Bepaling PSA in elk geval 1x per 2 jaar, bij een uitslag ruim binnen het referentie-interval. Afhankelijk van de uitslag en de stijgingssnelheid vaker:

- Vanaf het 45^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 prostaatkarcinoom:

- Voor mannen (vanaf 50 jaar) met een levensverwachting >10 jaar kan een PSA test aangevraagd worden.

¹ 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 van auteurs was dat herhaald screenen het risico op overlijden aan prostaatkanker vermindert.

3. Bij patiënten bij wie prostaatkanker vermoed wordt:

- Een afwijkend rectaal toucher
- Aanwijzingen voor (bot-) metastasen

Adviezen en overwegingen bij PSA-bepaling

- De hoogte van het 'normale' PSA is sterk afhankelijk van het prostaatvolume. Hoe groter de prostaat, hoe hoger het normale PSA is².
- Het prostaatvolume is niet nauwkeurig te bepalen met rectaal toucher. Door middel van een echo prostaat kan er wel een goede meting verricht worden.
- PSA-stijging kan ook veroorzaakt worden door prostatitis of cystitis.
- Een patiënt met mictieklachten heeft géén verhoogd risico op prostaatkanker.

Anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek bij klachten

Anamnese:

Vraag naar:

- Achterliggende reden van het verzoek;
- Het beeld dat patiënt van prostaatkanker heeft;
- Aard van de klachten³;
- Klachten van botpijn (vooral in rug en heupen);
- Het voorkomen van kanker in de familie (vooral prostaat-, borst-, eierstok- of alvleesklierkanker) en eventueel dragerschap van BRCA genmutatie.

Let op co-morbiditeiten: bij levensverwachting <10 jaar heeft PSA screening geen meerwaarde.

Lichamelijk onderzoek:

- 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 >7.0ug/L: → verwijzen naar de uroloog voor verdere diagnostiek middels MRI prostaat.
- Bij een verhoogd PSA⁵ (3.0ug/L – 7.0ug/L) en geen afwijkend rectaal toucher → advies om volgende stappen te ondernemen: verwijzing voor een transrectale echo van de prostaat. 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 wordt berekend m.b.v. www.prostaatwijzer.nl (wijzer 3 en 4 met

²In de NHG standaard wordt aanbevolen iedereen met een PSA >3.0ug/L door te verwijzen. Dit is niet zinvol, zeker niet bij patiënten met een groot prostaatvolume. Aangezien we in regio Eindhoven (in tegenstelling tot vrijwel de gehele rest van Nederland) de mogelijkheid hebben in de eerste lijn een echo prostaat te laten verrichten, verdient dit de voorkeur bij een PSA waarde tussen 3.0ug/L en 6.9ug/L.

³ De kans op prostaatacarcinoom is ongeveer even groot voor mannen met en zonder mictieklachten. Bij mictieklachten, een negatieve familieanamnese en een niet afwijkend rectaal toucher 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 prostaatwijzer.nl.

⁵ Het PSA is verhoogd bij een waarde >3.0µg/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.

TRUS of DRE:). Is de kans op prostaatkanker > 12.5 % dan is doorverwijzing naar uroloog geïndiceerd.

- Bij een verhoogd PSA, maar zonder echografische afwijkingen en geen verhoogd risico op basis van de [prostaatwijzer](#) zal een follow-up advies gegeven worden wanneer en hoe vaak het PSA vervolgd dient te worden.
- Bij een PSA <1.0ug/L bij mannen <60 jaar is de kans klein dat er ooit een klinisch relevant prostaatkanker ontwikkelt. Geadviseerd wordt om niet eerder dan na 5 jaar opnieuw PSA te testen.
- Bij een PSA <1.0ug/L bij mannen ≥60 jaar is de kans zeer klein dat er ooit een klinisch significant prostaatcarcinoom ontwikkelt. Herhaling van de PSA-test in de toekomst heeft geen meerwaarde en wordt daarom niet aanbevolen.

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 laboratoriumtechniek⁴ en de hierbij behorende referentiewaarden en afkapgrens 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

Indicaties voor verwijzing voor echo prostaat:

- PSA tussen 3.0ug/L en 6.9ug/L.
- Wens voor opportunistische screening op prostaatkanker.
- Mannen met mictieklachten waarbij het prostaatvolume van invloed is op de behandeling.

Relatieve contra-indicaties voor verwijzing voor echo prostaat:

- Mannen <45 jaar met LUTS en een vermoeden op bekkenbodempromblematiek.
- Mannen >80 jaar (met een levensverwachting < 10 jaar).
- Jaarlijkse echo prostaat (niet zinvol).

Logistiek proces:

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

Verwijzen naar de 2^e lijn

Absolute verwijsindicaties voor verwijzing naar de uroloog:

- Afwijkend rectaal toucher;
- Belaste familieanamnese zoals boven beschreven;
- Sterk afwijkend PSA > 7.0 (> de laboratoriumafhankelijke bovenste afkapwaarde⁴)

Relatieve verwijfsindicatie:

- (Licht) verhoogd PSA 3.0-6,9 (tussen de onderste en bovenste laboratoriumafhankelijke afkapwaarden) bij afwezigheid van andere verklaringen dan een eventueel prostaatacarcinoom⁶. Echo prostaat aanvragen om meer duidelijkheid te verkrijgen over risico-inschatting, dan wel directe doorverwijzing uroloog (met onderstaande gegevens);
- Snelle stijging van de PSA waarde; verdubbeling binnen 6-12 maanden zonder tekenen van cystoprostatis.

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:

Schriftelijk:

- Bij diagnose van prostaatacarcinoom
- Bij afsluiten van de diagnostiek/behandeling.
- Na behandeling van het prostaatacarcinoom.

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 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 andere specialist wordt de huisarts schriftelijk geïnformeerd.

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.

Namens huisartsen:

Claudia Cox, kaderhuisarts urogynaecologie en huisarts in Valkenswaard
Remon Hendriksen, huisarts in Best

Namens urologen:

Robert Hoekstra, uroloog Catharina Ziekenhuis
Alexander Bellaar Spruyt, Máxima MC
Romy Lamers/Tan Tong, Anna ziekenhuis
Nathalie Biemold, Elkerliek ziekenhuis

Namens klinisch chemici:

Arjen-Kars Boer, Catharina Ziekenhuis
Etienne Michielsen, Diagnostiek voor U
Pauline Verschuure, Anna Ziekenhuis

Eimert de Feijter, stafarts Diagnostiek voor U

Namens transmurale centra:

Yvonne van Oosterhout, coördinator HaCa

Deze regionale transmurale afspraak is ontwikkeld in samenwerking met de transmurale organisaties HaCa, THEMA, transmurale zorg Elkerliek Ziekenhuis, TransMáx en huisartsen zorggroepen Pozob en Stroomz. Voor deze samenwerkingsafpraak is uitgegaan van de landelijke richtlijnen.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van HaCa.
© 2025 HaCa