

aU
associatie



urologie Hageland

dr. Jan Van Nuffel
dr. Lodewijk Van Wynsberge
dr. Koen Slabbaert

Symposium urologie • 14/9/2016

PSA-screening anno 2016

Is er iets nieuws?

Dr. Van Wynsberge • urologie

Iedereen  in rz **tienen**

* vriendelijk, inlevend en professioneel

regionaal ziekenhuis
heilig hart tienenvzw

WIE GELOOFT DAT PROSTAATKANKER SCREENING

NUTTIG / ZINVOL IS ?

2012 anti-screening

- Riziv: sinds 2012 geen terugbetaling PSA-screening (buiten risico patiënten)
- KCE: 2012: geen screening aangeraden
- Domus Medica: geen screening aangeraden
- VLK: geen screening aangeraden

Data



What are the odds...

- Of dying after being physically attacked – 1 : 7,336,000
- Of being struck by lightning – 1 : 835,500
- Of dying after Skydiving (parachute) – 1 : 142,857
- Of dying in a plane/train/car accident - 1 : 6,279
- Of having a heart attack - 1 : 53
- Of **dying from prostate cancer** - **1 : 36**
- Of **getting prostate cancer** - **1 : 6**

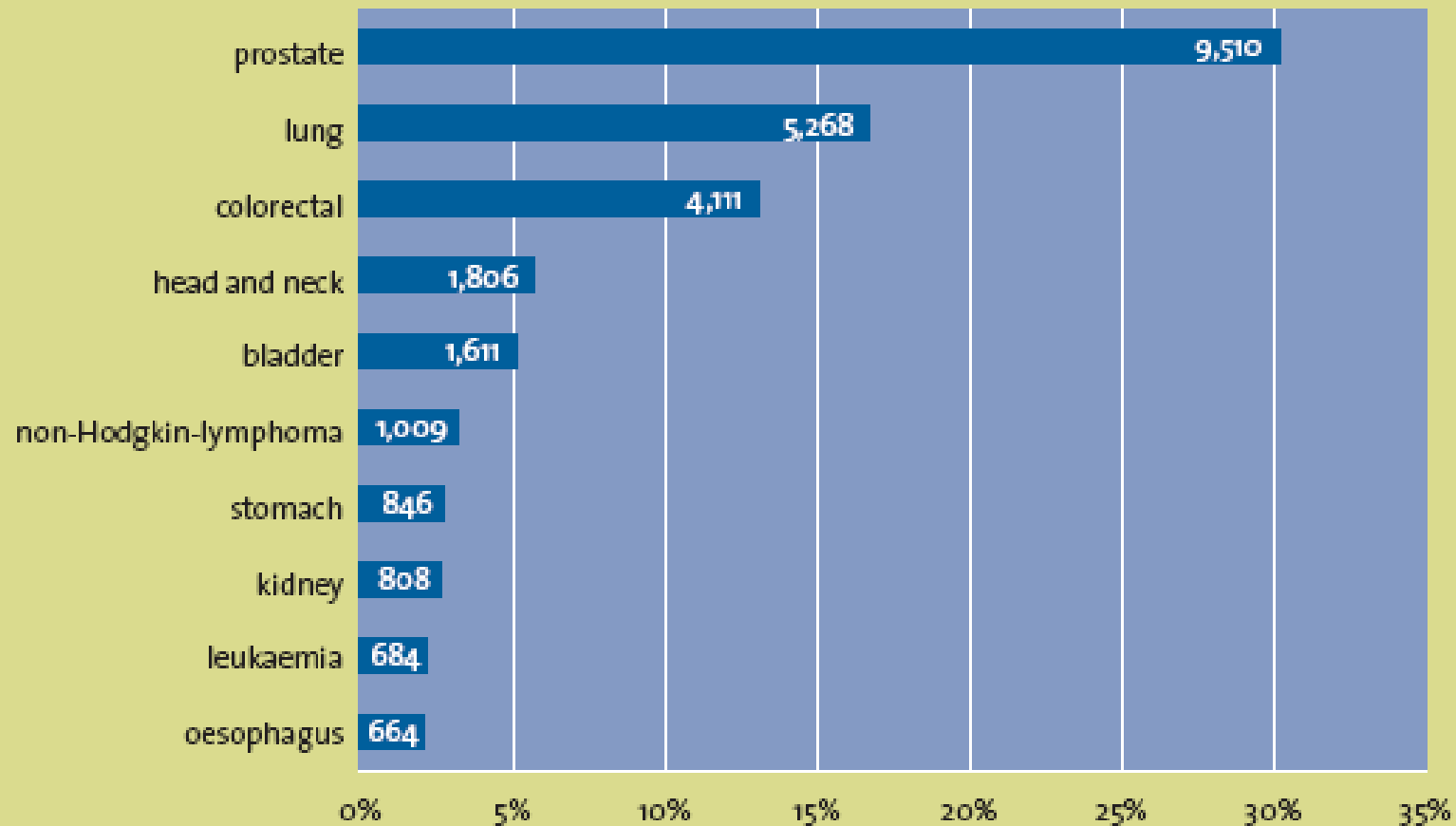


Prostaatcarcinoom

- Incidentie: USA 1/6 - West-Europa 1/10
- 95% wordt ontdekt tussen 45 en 89j
- Risicofactoren :
 - ◆ Familiaal voorkomen prostaatca
 - *Broer met PCA: 3.4*
 - *Broer en vader met PCA: 6.7*
 - ◆ Familiaal voorkomen mammaca (*BRCA2-mutaties*)
 - *Moeder met mammaca : 1.07*
 - *Zus met mammaca : 1.55*
 - ◆ Voeding, omgevingsfactoren
 - ◆ Ras: Aziatisch < blank < hispanic < zwart

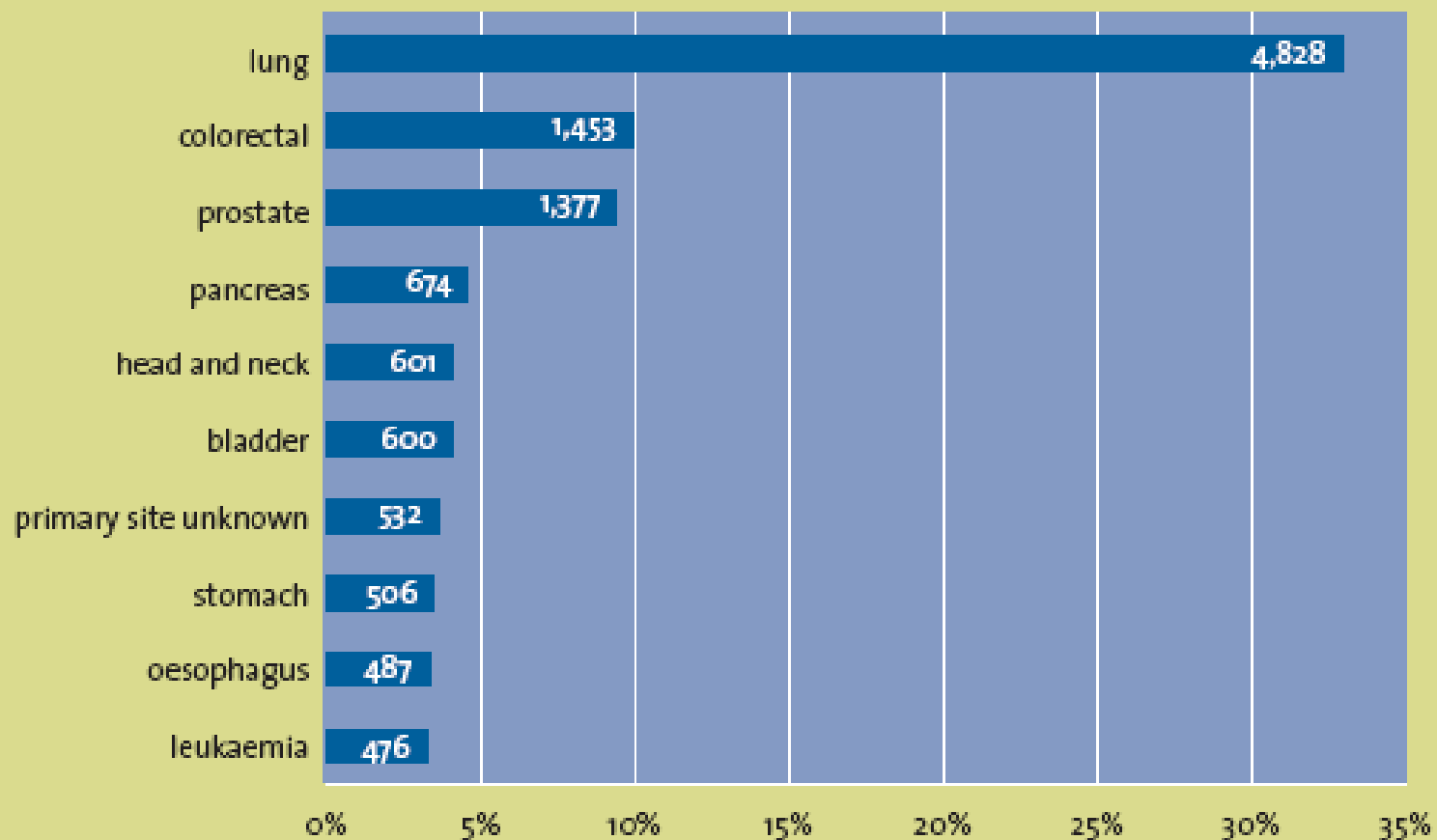
Incidentie in België

Figure 7 The 10 most frequently occurring invasive tumours in males, Belgium 2005



Cijfers... over doodsoorzaak

Figure 9 The 10 most frequent causes of death from cancer in males, Belgium 2004



Prostaatcarcinoom:

Algemene informatie en epidemiologie

- ◆ De meest frequente kanker bij de man
- ◆ 3de killer na longkanker en colorectale kanker
- ◆ Dus: frequent maar minder "maligne"
- ◆ Mediane leeftijd bij diagnose: 72 jaar
- ◆ Incidentie daalt (sinds minder screening?)
- ◆ Incidentie stijgt met de leeftijd

DUS:

Prostaatkanker is een belangrijk

Gezondheidsprobleem

Dus: Screening is mogelijk
nuttig

Doel Screening ?

- Population or mass screening is defined as the examination of asymptomatic men (at risk).

1. Reductie van PCA-mortaliteit

2. Verbetering Quality of life

3. Doel is niet meer kanker te detecteren,
wel de significante tumoren

Rationale achter screening

- Begin jaren 80: 35-50% van de PCa M+
- Heden : 65-75% van de PCa T1-T2

“STAGE MIGRATION”

- Lokaal gevorderd PCa en M+: belangrijk gezondheidsprobleem => mortaliteit en kost
- Vroegtijdige detectie beste kans op genezing
- Op vraag van de patiënt

Hoe screening? 1. PPA

PPA

- Altijd!
- Eenvoudig/snel
- Suspecte PPA correleert met agresievere PCA
- Meeste tumoren in de perifere, "voelbare zone"
- Soms doorslaggevend bij twijfel biopsie
- Bv. ongedifferentieerde voelbare tumor met lage psa

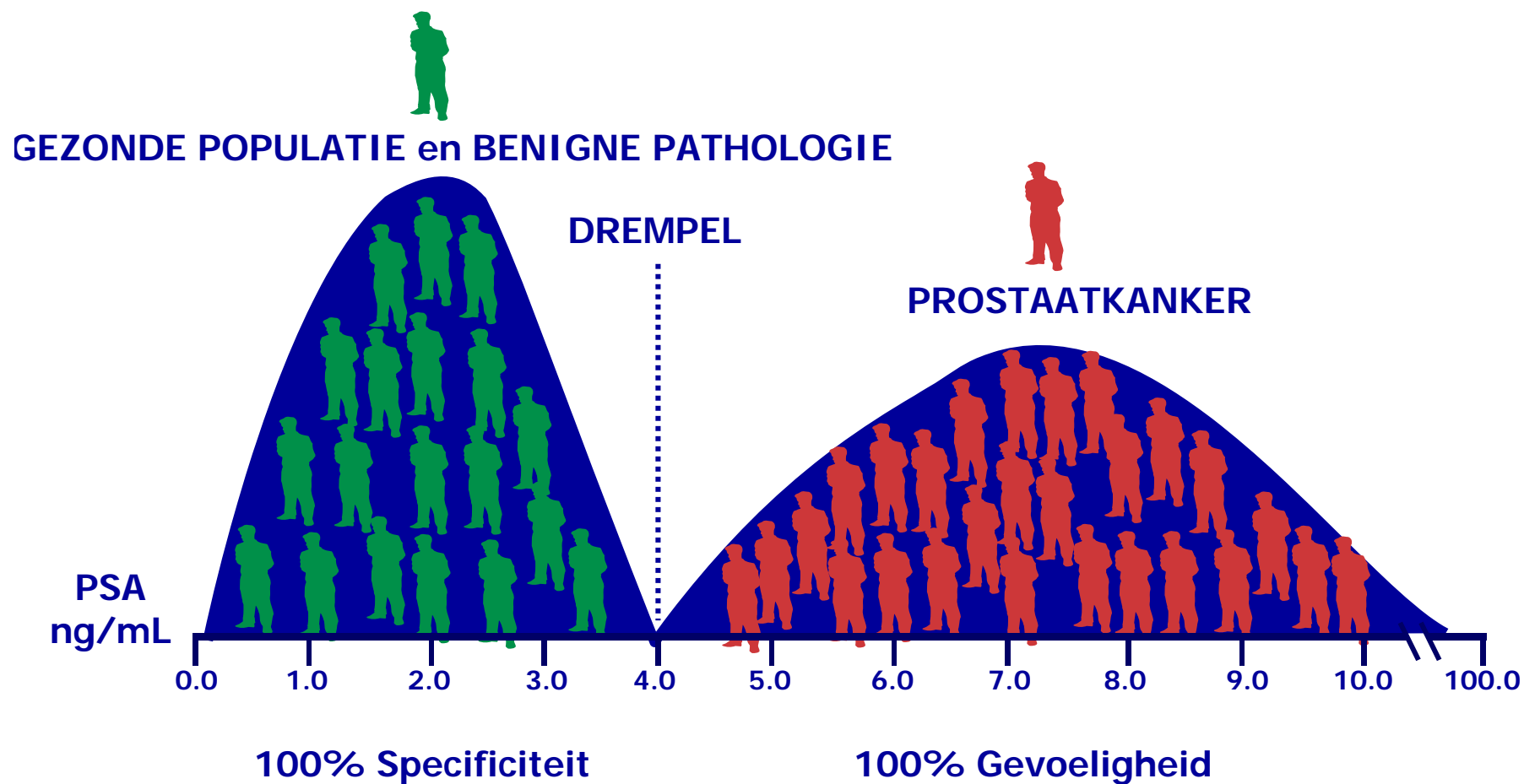
Hoe Screening? 2. PSA

- **1994** : U.S. Food and Drug Administration approved the **PSA test** as an aid to early prostate cancer detection, using a **threshold value of 4.0 ng/mL**.

This cut-off will ignore cancers with PSA < 4.0 ng/mL!

Is weefselmarker en geen tumormarker, dus niet ideaal

De ideale marker voor prostaatkanker

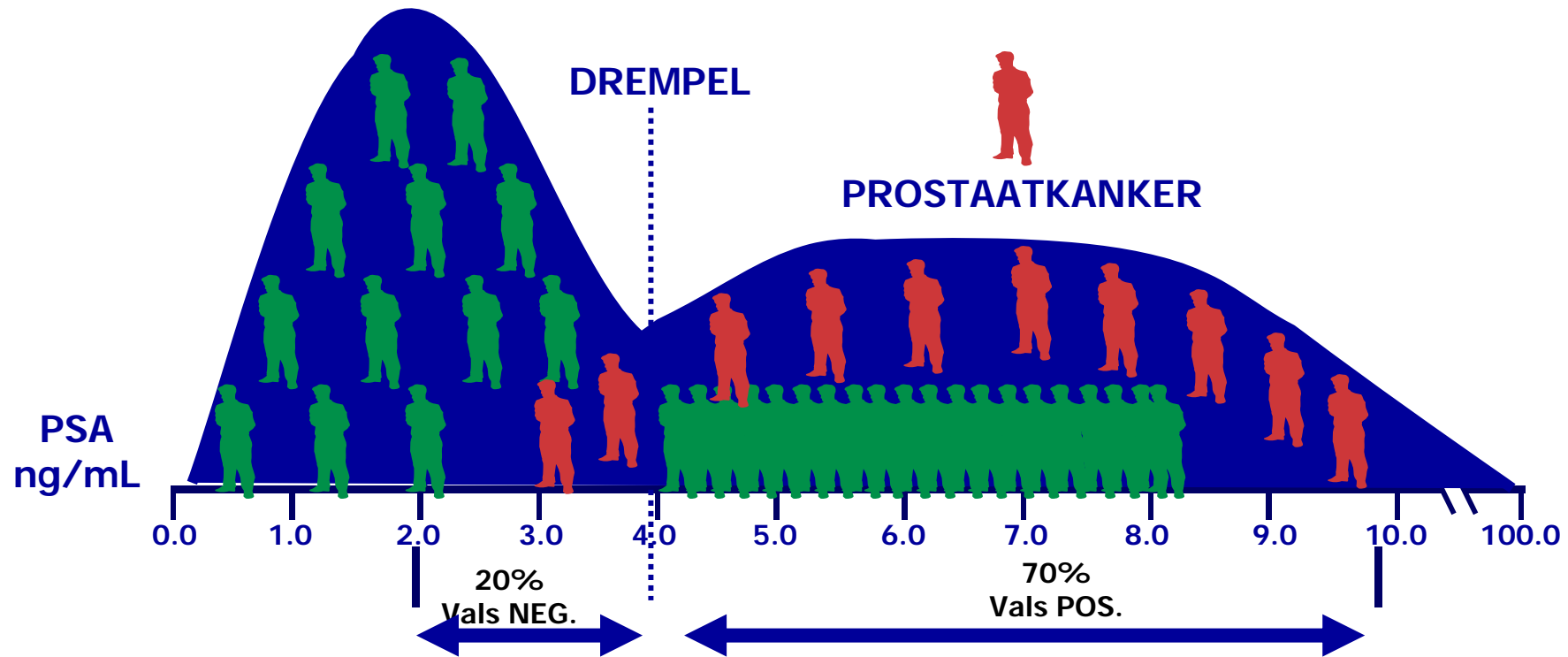


CI/ELB/02/2010/068

De PSA-test in de praktijk

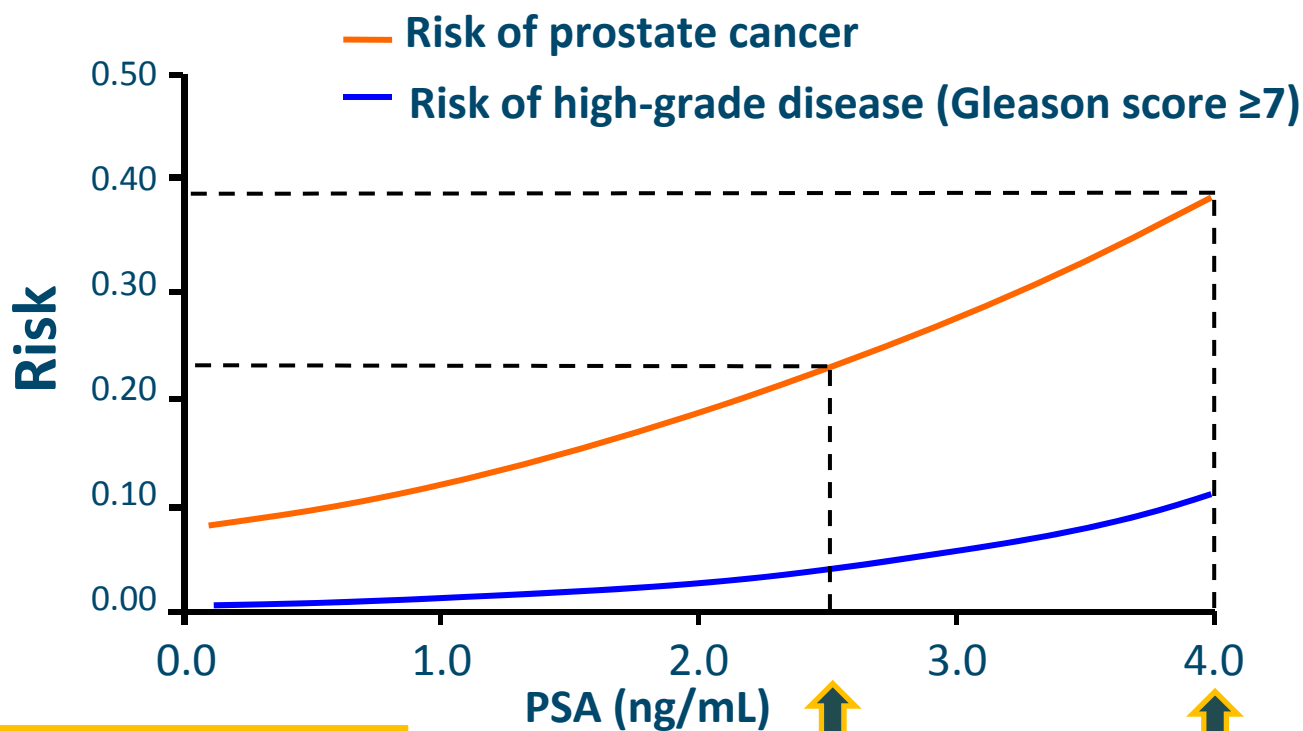


GEZONDE POPULATIE en BENIGNE PATHOLOGIE



CI/ELB/02/2010/068

PSA-drempelwaarden voor beslissing tot biopsie zijn geassocieerd met verschillende risico niveaus¹



Leeftijd-specifieke referentie waarden²

40–49: ≤2.5 ng/mL

50–59: ≤3.5 ng/mL

60–69: ≤4.5 ng/mL

70–79: ≤6.5 ng/mL

Commonly used PSA thresholds
≥2.5 ng/mL or ≥4.0 ng/mL
adjusted to patient age

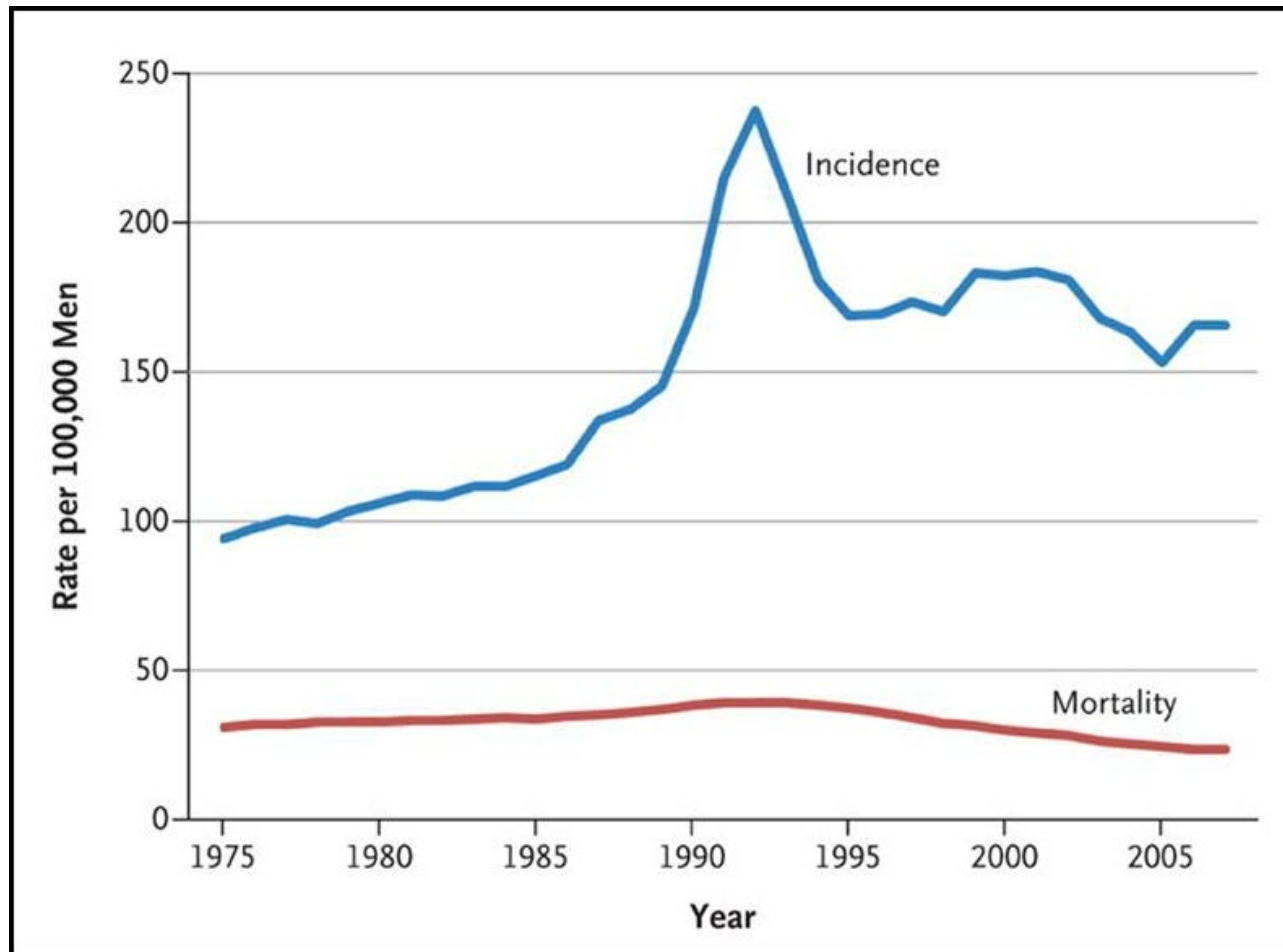
¹Thompson IM, et al. *NEJM* 2004;350:2239-46;

²Oesterling JE, et al. *JAMA* 1993;270:860-4

Geen duidelijke Cutt-off

- Al dan niet biopsie/MRI: synthese van absolute psa-waarde, psa-evolutie, leeftijd, prostaatvolume en ev predisponerende factoren, levensverwachting etc

Gevolg PSA-screening



3 Randomized Population-Based Screening Trials

PLCO: 77000 (50-74j): oorzaak controversie: na 9j geen mortaliteitsreductie: echter studie verkeerd geïnterpreteerd (AUA 2016)

50% van de niet-screeningsarm had zich toch laten screenen

ERSPC : 162000 (55-69j) na 13J follow-up, 29% mortaliteitsreductie

To prevent 1 PCa death: NNS = 781; NNT = 27

Göteborg: 20000 (50-64j) na 14j follow-up, 56% mortaliteitsreductie

To prevent 1 PCa death: NNS = 293; NNT = 12

Breast Ca: NNS = 377-1339; NNT = 12

Mortality benefit 14% younger, 32% older

Colorectal Ca: NNS 489-1173

Mortality benefit 13%-33%



Trial's : conclusies

- Screening vermindert PCA-mortaliteit.
- Het is niet de vraag OF we moeten screenen, maar wel HOE en WIE moet gescreend worden.
- Schade door PSA-screening is aanzienlijk maar hoe het het individu raakt, varieert;
- Daarom individuele screening ipv massa-screening

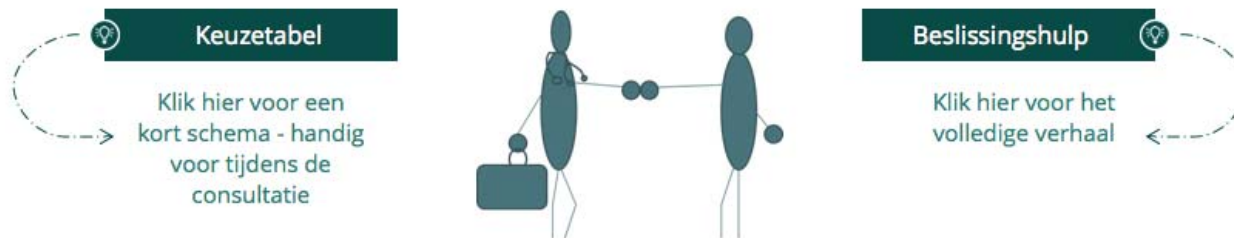
Waarom blijft controverser

- PSA-screening vervroegt de diagnose met verschillende jaren: patiënt ruilt hierdoor verschillende symptoom-vrije jaren voor extra jaren als kankerpatiënt met ev bijwerkingen van de behandeling
- Niet screenen = geen overtreatment dus de nadelen van therapie niet op korte termijn, wel de nadelen van shift naar gemetastaseerd stadium op lange termijn
- Indolente tumor soms behandeld wegens psychologische stress kankerdiagnose

2016

- KCE, VLK, Domus Medica: genuanceerder advies wat betreft screening

BESLISSINGSHULP VOOR MANNEN //> de Keuze Maken
MET VRAGEN OVER VROEGTIJDIGE OPSPORING VAN PROSTAATKANKER



tot stand gekomen met de steun van het Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid - in opdracht van de VLK



Nieuwe markers voor selectievere screening ?

- Samenvattend: momenteel niet gevalideerd

-PCA3

-TEMPRSS2:erg

fusion gen

-p2-PSA

-Genetica: SNP (*Single Nucleotide Polymorphism*)

Conclusie

- Taak huisarts: de patiënten selecteren die vraag naar screening hebben of risicopatiënt zijn
- Bij té hoge PSA-waarde voor de leeftijdscategorie en/of bij een abnormale PPA: urologisch consult
- Taak uroloog: onder de PCA-patiënten de wolven van de schapen scheiden, om overtreatment te vermijden.
- Overtreatment in België vooral in de hand gewerkt door overcapaciteit van onderbenutte robots: de hoge investeringskost lokt commercie uit, de ondercapaciteit gebrek aan ervaring en dito resultaten.

CONCLUSIES / ADVIEZEN

- **Screening?**

- ◆ **Ja:** Alleen PSA na counselling over potentiële risico's en voordelen
- ◆ **Hoe?:** Ideaal nog niet gekend, vanaf 40-45j: eerste PSA als predictor.
 - Bij mannen tussen 50 en 74j met levensverwachting > 10-15j
 - Leeftijdspecifieke PSA-waarden gebruiken + PSA-evolutie.
 - Als positieve fam. VG/ African-Americans → vanaf 45j
 - PSA > 1 ng/mL op 40 j
 - PSA > 2 ng/mL op 60 j
 - Hoe screenen: PSA om de 1 à 2j + PPA, afh risico en PSA-progressie
 - Stop screening zodra levensverwachting onder de 10-15j is
- ◆ **Neen:**
 - Bij mannen > 75j
 - Als levensverwachting < 10-15j
 - Geen interesse in gezondheid



*Levensverwachting: totale bevolking: 79,51 jaar
mannen: 76,35 jaar
vrouwen: 82,81 jaar (2011 est.)*

Take home message

- PSA: geen ideale marker, echter geen gevalideerde alternatieven
- Screening doet PCA-mortaliteit significant dalen
- Al dan niet screening: afweging tussen kans op verhoogde levensverwachting t.o.v. ev gedaalde levenskwaliteit zo PCA
- Dus: geen massascreening, wel individuele screening:
- 'If you don't wear a seat belt or go to the dentist or doctor for a checkup, and you are not concerned about dying of prostate cancer, do not undergo PSA testing
- On the other hand, if you are a healthy man aged ~ 40 to 69 who does not want to die of prostate cancer, there is conclusive evidence that PSA testing can save your life.'

Dank voor de aandacht!

"I'd have been here sooner, if it hadn't been for early detection."

