

PSA screening

Hannah Van Puyvelde
ZAS Jan Palfijn - Cadix

De Realiteit

- De Cijfers: Prostaatcarcinoom is de **meest voorkomende kanker bij mannen** in 112 landen. Het is de derde oorzaak van **kankergerelateerde sterfte** bij mannen in Europa.
- De Prognose: Wereldwijd stijgt het aantal diagnoses van **1,4 miljoen (2020)** naar verwachting tot **2,9 miljoen (2040)**.



De uitdaging

- Lokaal prostaatcarcinoom is meestal **asymptomatisch**.
- **Late symptomen:** plasklachten, erectiestoornissen, urineretentie, pijn, hemospermie - hematurie, of botpijn door metastasen.
- Kortom: we willen er idealiter bij zijn vóór de klachten ontstaan.



Screening

- Behoort (nog?) niet tot bevolkingsonderzoek
- Lopende projecten via EAU (European Association Urology)(vb PRAISE-U) > vroege opsporing en diagnose van prostaatkanker door middel van op maat gemaakte en risicogebaseerde screeningsprogramma's.



De Hamvraag – Wanneer prikken we PSA?

- De **gouden regel**: Bij een levensverwachting < 10-15 jaar : **GEEN** PSA-test in de afwezigheid van symptomen
- Vanaf **50** jaar te starten (counseling)
- Vanaf 45 jaar, zo **risicogroep**:
 - Familiale belasting
 - Mannen van Afrikaanse afkomst.
- Vanaf 40 jaar bij **BRCA2** mutatie



PSA Interpretatie: drempelwaarden

Leeftijd (jaren)	Normaal/Verhoogd (ng/mL)
40 - 49	0,0 - 2,5 ng/mL
50 - 59	0,0 - 3,5 ng/mL
60 - 69	0,0 - 4,5 ng/mL
70 - 79	0,0 - 6,5 ng/mL

Valkuilen bij PSA interpretatie

- PSA boven drempelwaarde > **Herhaal** de test ten vroegste na 4 weken. Vaak normaliseert het.
- **Valse verhoging** door benigne oorzaken: BPH, acute urineretentie, urineweginfecties (UWI)



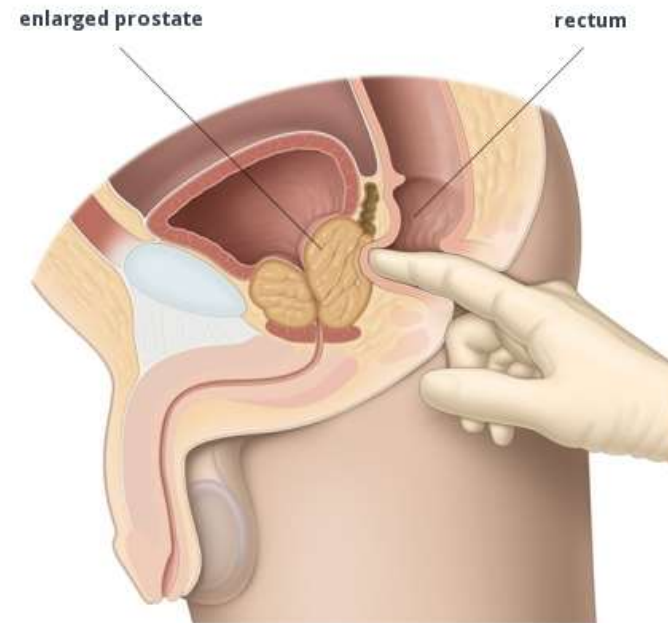
PSA Interpretatie

- **PSA Velocity**
- **PSA Density: verhouding PSA waarde (ng/ml) over grootte van de prostaat (ml)**
 - > 0,15-0,20 ng/ml/ml : hoger risico prostaatca



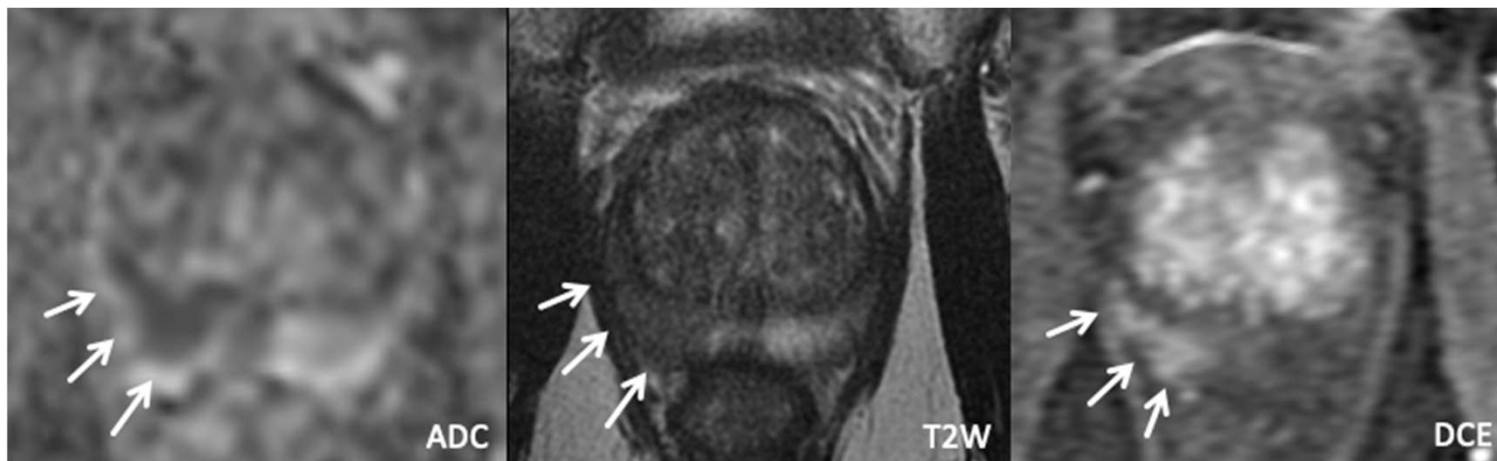
Na de verwijzing: Wat doet de Uroloog?

- Rectaal toucher - TRUS (transrectale echografie) ter volumebepaling



Na de verwijzing: Wat doet de Uroloog?

- MRI prostaat: PIRADS classificatie

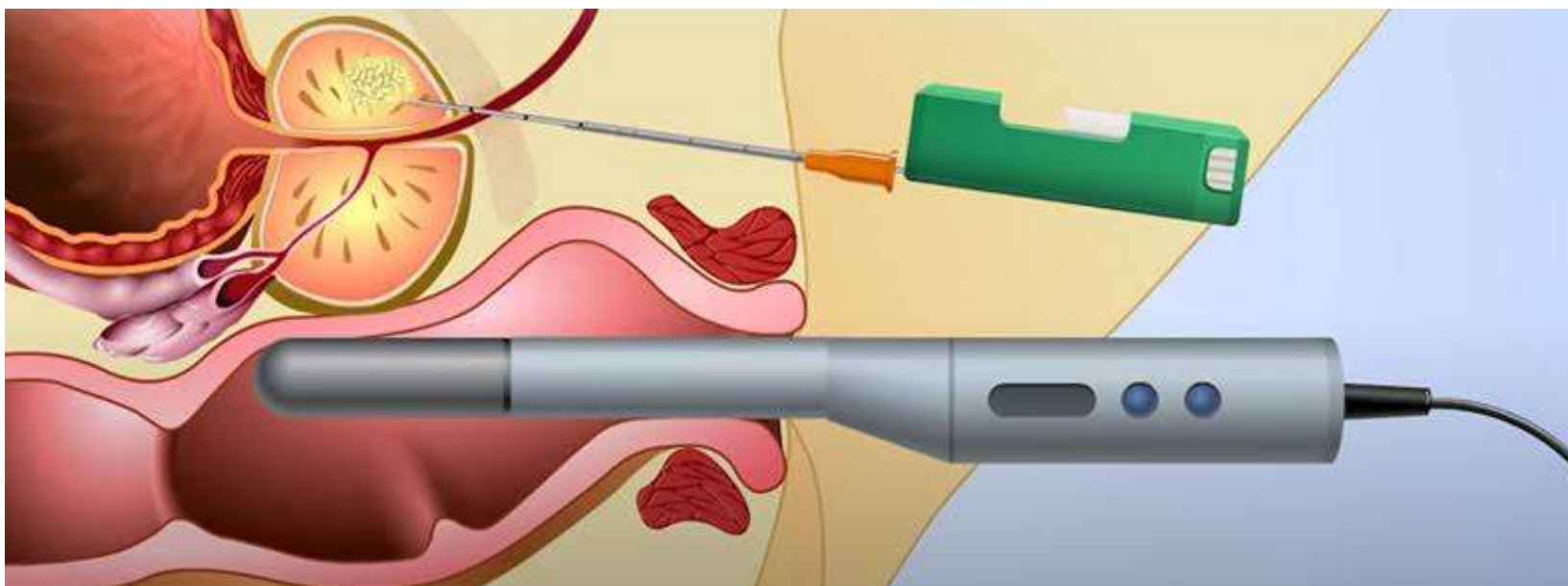


Na de verwijzing: Wat doet de Uroloog?

- Prostaatbiopt:
 - Transperineaal vs transrectaal
 - Geen/Wel antibioticaprofylaxe
 - Lokale anesthesie/Sedatie



Transperineale prostaatbiopten



Wat te verwachten na een biopt?

- Normale bijwerkingen:
 - Hematurie
 - Hemospermie
 - Anaal bloedverlies
- **Red flags:** Urineretentie, UWI of koorts.



Diagnose prostaatkanker

- Onderverdeling low - intermediate - high risk
 - o Gleason score (ISUP)
 - o PSA
 - o cT

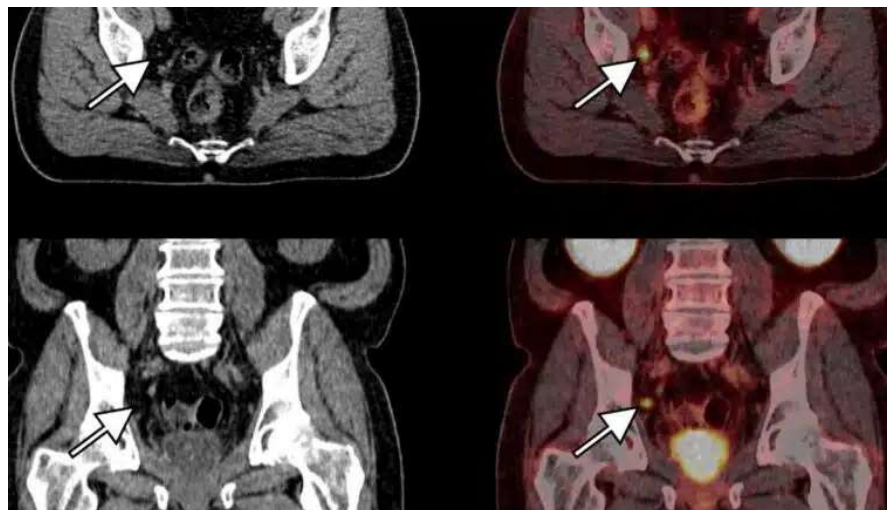


Staging

Low - intermediate
(favourable) > geen

Intermediate (unfavourable) >
CT abdomen - botscan

High risk > PSMA-PET/CT



Behandeling > MOC

- **Afwachten** is soms de beste actie: Active Surveillance (AS) vs. Watchful Waiting (WW).
- Lokaal/Lokaal uitgebreid: Chirurgie vs. Radiotherapie (+-hormoontherapie)
- Gemetastaseerd: Systeembehandeling (+-radiotherapie)



	Active surveillance	Watchful waiting
Treatment intent	Curative	Palliative
Follow-up	Pre-defined schedule	Patient-specific
Assessment/markers* used	DRE, PSA, re-biopsy, imaging (MRI)	<ul style="list-style-type: none"> • None (wait for symptoms); or • Annual/biannual PSA (consider DRE if significant PSA-rise or imaging if metastases suspected)
Life expectancy	> 10 years	< 10 years

Behandeling

- Afwachten is soms de beste actie: Active Surveillance (AS) vs. Watchful Waiting (WW).
- Lokaal/Lokaal uitgebreid: Chirurgie vs. Radiotherapie (+-hormoontherapie)
- Gemetastaseerd: Systeembehandeling (+-radiotherapie)



