Prostaatdiagnostiek

Regionale Transmurale Afspraak Zuidoost Brabant

Doelstelling

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

Screening

Bij erfelijk prostaatcarcinoom, d.w.z. als de aandoening voorkomt:

- Bij drie of meer 1e graads familieleden;
- In elke van drie opeenvolgende generaties in de paternale of maternale lijn;
- Bij twee of meer 1e of 2e graads familieleden vóór de leeftijd van 56 jaar.

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

Als er geen sprake is van erfelijk prostaatcarcinoom:
Er is momenteel nog geen consensus over het al dan niet zinvol zijn van screening op prostaatcarcinoom bij (oudere) mannen zonder klachten[1], met uitzondering van patiënten met bovenstaande belaste familie-anamnese.

Zowel in de 1e als in de 2e lijn dient een terughoudend beleid te worden gevoerd ten aanzien van screenen middels een PSA bepaling. De ervaring leert echter dat het hoge aantal verzoeken van patiënten al tot een verkapte screening leidt. Een geïsoleerde PSA bepaling heeft geen toegevoegde waarde, maar dient altijd in combinatie met een rectaal toucher te worden uitgevoerd.

Als de patiënt zelf verzoekt om een PSA-bepaling:
De keuze voor een PSA bepaling bij patiënten zonder klachten of met mictieklachten, zonder verdacht rectaal toucher, dient gemaakt te worden in overleg met de patiënt, na adequate voorlichting over de voor- en nadelen in zijn specifieke geval. Informatie wordt gegeven over de keerzijde van overdiagnostiek (gevonden prostaatcarcinoom dat feitelijk geen behandeling behoeft) en overbehandeling (behandeling van prostaatcarcinoom zonder levensverlengend effect). Hiervoor kan de patiëntenbrief of de website www.thuisarts.nl/prostaat van het NHG worden gebruikt.

[1] Uit de ERSCP studie (2010) bleek in de screeningsgroep (< 70 jaar) na een gemiddelde follow up duur van 9 jaar een reductie van 20% op de sterfte aan prostaatcarcinoom. Echter, de waarde hiervan is betrekkelijk aangezien er 1410 mannen gescreend moeten worden om 1 sterftegeval te voorkomen. Het NHG neemt het standpunt in dat de nadelen van de wetenschap prostaatkankerdrager te zijn, met als gevolg periodieke controles, vermindering van kwaliteit van leven, en daarnaast de kosten, niet opwegen tegen de baten van grootschalige of opportunistische screening.

Aanvullend onderzoek bij klachten, *zie ook het stroomdiagram*

Anamnese:
Vraag naar:

- Aard van de klachten[2];
- Snelheid van ontstaan of verergering;
- Verstoring nachtrust, sociale beperkingen, incontinentie;
- Pijnklachten;
- Algehele malaise, eerdere UWI's.

Lichamelijk onderzoek en diagnostiek bij klachten:

- Rectaal toucher: onderzoek naar de grootte, vorm, consistentie en drukpijnlijkheid van de prostaat en palpabele afwijkingen;
- PSA bepaling[3].

Uitslag:
Bij een afwijkend rectaal toucher en/of sterk verhoogd PSA[4]: → verwijzen naar de uroloog.

Bij een verhoogd PSA[4] en geen afwijkend rectaal toucher:

- 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 kan worden berekend m.b.v. www.prostaatwijzer.nl (model 3 + DRE)[3].

Bij een verhoogd PSA en geen afwijkende echo en rectaal toucher:

- PSA vervolgen (1x per 3 mnd).

Indien het PSA gelijk blijft: vervolgen elke 6 mnd.

- Bij:
- verdere stijging (> de laboratoriumafhankelijke bovenste afkapwaarde);
- of snelle stijging;
- of verhoogd PSA bij jonge leeftijd:
  → verwijzen naar uroloog.

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

NB. De PSA waarde is afhankelijk van de gebruikte laboratoriumtechniek[3] 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.

[2] De kans op prostaatcarcinoom 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.

[3] Gebruik de PSA-calculator (www.cze.nl/PSAcalculator) om de PSA concentratie om te rekenen naar de methode die gebruikt wordt door prostaatwijzer.nl. Zie ook de toelichting.

[4] Het PSA is verhoogd bij een waarde > 4µg/l; het PSA is sterk verhoogd bj een waarde van > 10µg/l . Het laboratorium geeft de laboratoriumspecifieke afkapgrenzen + bijbehorend advies uit de RTA weer op het uitslagbericht.

Mogelijkheden 1e lijns diagnostiek

Transrectale echo van de prostaat

Diagnostiek voor U:
- Anamnese, PSA, lichamelijk onderzoek (RT) en echografie van de prostaat door een verpleegkundig specialist;
- 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, Elkerliek ziekenhuis, Máxima Medisch Centrum, 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 wordt contact opgenomen met de verwijzer.

Verwijzen naar de 2e lijn

Absolute verwijsindicaties voor verwijzing naar de uroloog:
- Afwijkend rectaal toucher;
- Sterk afwijkend PSA (> de laboratoriumafhankelijke bovenste afkapwaarde)[5].

Relatieve verwijsindicatie:
- (licht) verhoogd PSA (tussen de onderste en bovenste laboratoriumafhankelijke afkapwaarden) bij afwezigheid van andere verklaringen dan een eventueel prostaatcarcinoom[6];
- Snelle stijging van de PSA waarde;
- Verhoogd PSA bij jonge leeftijd.

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 medicatie overzicht.

[5] 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.

[6] Zie de toelichting.

Beleid in de 2e 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.

Namens huisartsen:
Erik Lindeman

Namens urologen:
Ronald Bos, Elkerliek ziekenhuis (tot medio 2013 Máxima Medisch Centrum)
Dries Sonneveld, St. Anna ziekenhuis
Wim Stapper, Elkerliek ziekenhuis
Michel de Wildt, Catharina Ziekenhuis

Namens klinisch chemici:
Pauline Verschuure, St. Anna ziekenhuis
Arjen-Kars Boer, Catharina Ziekenhuis

Namens transmurale stichtingen:
Hennie van Bavel, coördinator HaCa

Regionale referenten:
Klinisch chemici, internisten, radiotherapeuten

Deze regionale transmurale afspraak is ontwikkeld in samenwerking met de transmurale organisaties HaCa, Quartz, THEMA, TransMáx. Voor deze samenwerkingsafspraak is uitgegaan van de landelijke richtlijnen (CBO, NHG-standaard).
Deze samenwerkingsafspraak 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.
© 2014 HaCa