Adaptatie DUODECIM-richtlijn: “PSA for screening of prostate cancer” Doelgroep voor richtlijn: huisartsen (eerste lijn) Patiëntenpopulatie: asymptomatische mannen Trefwoorden - ICPC-2 code: Y77: malignant neoplasm prostate - ICD-10: C61: malignant neoplasm of prostate

Haio: GEVERS Lore , KUL
Promotor: DELVAUX Nicolas , KUL
Praktijkopleider: Aerden Bieke , Dechamps Christine , DEMANET Jens , MENTENS Yves , SELS Filip

Context: Prostaatkanker (PCa) is de meest gediagnosticeerde kanker bij mannen in België en kent een belangrijke mortaliteit en morbiditeit. In de huisartsenpraktijk wordt screening naar PCa door middel van verschillende screeningsinstrumenten, zoals PPA (palpatie per anum) en PSA-bepaling (prostate specific antigen), dan ook dagelijks uitgevoerd. Echter bestaat over deze screeningsinterventies nog veel controverse in de literatuur. Voor onze masterproef hebben we gekozen om de Duodecim-richtlijn “PSA for screening of prostate cancer” te adapteren naar de Belgische context.

Onderzoeksvraag: Er werden door ons 5 klinische vragen opgesteld aan de hand van PIPOH-elementen. Is prostaatkankerscreening bij mannen door middel van PSA-bepaling in de eerste lijn aangewezen? Wat zijn de risicofactoren bij asymptomatische mannen die de beslissing tot PSA bepaling kunnen beïnvloeden in de huisartsensetting? Dient PPA (palpatie per anum) te gebeuren in de huisartsenpraktijk in de screening naar prostaatkanker bij asymptomatische mannen? Wanneer is de herbepaling van PSA-waarden nuttig in follow-up na eerste PSA-bepaling in huisartsensetting? Wanneer gaan we als huisarts doorverwijzen als er een afwijkend PSA in huisartsensetting wordt vastgesteld (m.b.t. gebruik van risico-modellen)?

Methode: Aan de hand van deze onderzoeksvragen werd er gezocht naar relevante richtlijnen in verschillende databasen. Na een eerste screening van de gevonden richtlijnen werden deze geëvalueerd aan de hand van AGREE-II instrument (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation). Samenhang, courantheid en toepasbaarheid van de richtlijn werden in kaart gebracht en gedocumenteerd. Hierna werd een eerste versie van de aanbeveling geformuleerd. Alle aanbevelingen werden afgetoetst aan een multidisciplinair panel. Deze groepsdiscussie werd achteraf door ons verwerkt en aanbevelingen werden zo nodig aangepast op basis van de input tijdens deze live-meeting. Indien aanbevelingen worden goedgekeurd door de leescommissie zullen deze geraadpleegd kunnen worden via ebpracticenet.

Resultaten: 2 richtlijnen werden weerhouden na een literatuurstudie in 10 verschillend databasen. De aanbeveling dat huisartsen enkel prostaatkankerscreening door middel van PPA of PSA-bepaling mogen doen indien patiënt voldoende werd geïnformeerd werd door ons geadopteerd. Verder wordt er door ons ook afgeraden een PSA-bepaling te doen, gezien de beperkte voordelen en gekende nadelen. Echter formuleerde EAU een sterke aanbeveling om PSA-bepaling wel uit te voeren in de screening naar PCa. Belangrijke reden om deze richtlijn te adapteren is dat een groot deel van de PCa een indolent verloop kent en de gekende screeningsinterventies kunnen resulteren in vals positieve resultaten. Deze geadapteerde aanbeveling werd ondersteund door het multidisciplinair panel. Daarnaast raden we ook af om te screenen naar PCa door enkel en alleen het uitvoeren van PPA. Tot slot kan het gebruik van risicomodellen noch aangeraden noch afgeraden worden, gezien er tot op heden hierover te weinig significant bewijs gepubliceerd is. Er kon dan ook geen aanbeveling worden geformuleerd. Indien de arts toch beslist om een risicomodel

te gebruiken, is het zijn of haar persoonlijke voorkeur dewelke er wordt gebruikt, omdat er tot op heden geen superioriteit kon worden aangetoond.

Conclusie: De Duodecim-richtlijn “PSA for screening of prostate cancer” werd geadapteerd naar de Belgische context. Aanbevelingen over het gebruik van PSA-bepaling en PPA als screeningsinterventies naar PCa in de huisartsenpraktijk werden geformuleerd. Tot slot werd ook een aanbeveling gegeven over het gebruik van risicomodellen, ter inschatting van risico op PCa. Deze aanbevelingen werden afgetoetst aan een multidisciplinair panel, waarna definitieve aanbevelingen werden geformuleerd.