

PSA onder de 4 biedt geen garantie

Onderzoek in de VS heeft aangetoond dat mannen met een PSA < 4 ng/ml nog steeds een kans van 15% hebben op prostaatkanker. Eerder onderzoek liet zien dat PSA-waarden tussen de 4 en 10 ng/ml in 25% van de gevallen op prostaatkanker wees en bij PSA-waarden > 10 ng/ml in 60%. Dit recente onderzoek is uitgevoerd bij 2950 mannen tussen de 62 en 90 jaar die in een placebogroep zaten van een RTC naar het effect van finasteride op het voorkomen van prostaatkanker. Gedurende 7 jaar werd jaarlijks de PSA bepaald en een rectaal toucher gedaan. Deze groep had gedurende het onderzoek nooit een PSA-waarde boven de 4 of een afwijkend rectaal toucher. Aan het einde van het onderzoek werd bij hen een biopsie van de prostaat verricht en 449 (15,2%) bleek prostaatkanker te hebben; 67 van deze 449 patiënten had een hooggradig carcinoom (Gleason-score 7-9). Bij een PSA < 0,5 ng/ml was de kans 6,6% en bij een PSA tussen 3 en 4 was de kans 27%. Ook het hooggradige carcinoom kwam vaker voor bij hogere PSA-waarden. In een bijgaand commentaar wordt er voor gewaarschuwd om de drem-

pelwaarde voor biopsie te verlagen. Het belangrijkste argument is dat carcinomen met lage PSA-waarden vaker kleiner, laaggradiger en klinisch minder belangrijk zijn. Dit alles moet toch weer manen tot voorzichtigheid met het aanvragen van een PSA om te screenen op prostaatkanker. Er

is gewoon geen PSA-waarde die een man garandeert dat hij geen prostaatkanker heeft. (RD)

Thompson IM, et al. Prevalence of prostate cancer among men with a prostate-specific antigen level ≤ 4.0 ng per milliliter. N Engl J Med 2004;350:2239-46.

Risicocommunicatie

Meer verantwoordelijkheid voor preventie bij de patiënt leggen betekent dat we die goed moeten voorlichten over risico's. Het NHG heeft sinds kort een elektronische risicometer (www.nhg.artsennet.nl). Veel andere organisaties hebben ook programmaatjes om risico's op een aandoening te meten. Een van de aardigste is die van The Harvard Center of Cancer Prevention (www.yourdiseaserisk.harvard.edu). Je kunt met korte vragenlijstjes het risico op hart- en vaatziekten, CVA, osteoporose, diabetes en verschillende vormen van kanker uitrekenen. Adviezen om risico's te verlagen zijn wel op Amerikaanse leest geschoeid (multivitaminen,

coloscopieën bij darmkanker en zelfs tomatensaus ter preventie van prostaatkanker). Er is een uitgebreide wetenschappelijke verantwoording op te site te vinden.

Jammer genoeg geeft de site alleen relatieve risico's (boven of onder het gemiddelde). Juist voor een goed afgewogen besluitvorming zijn absolute 5- of 10-jaarsrisico's veel belangrijker. Voor hypochonders lijkt me deze site dan ook niet zo geschikt, maar samen met patiënten even kijken kan wellicht helpen om risico's en gedrag te bespreken. (JZ)

Advisering erfelijke borstkanker

Het lijkt zo aantrekkelijk: een interactief computerprogramma dat vrouwen voorlicht over de mogelijkheden en problemen bij genetisch onderzoek op borstkanker. In de VS werd het effect van een dergelijk programma vergeleken met gewone één-op-ééncounseling door een geneticus. De deelnemende vrouwen waren verwezen voor *genetic counseling* vanwege borstkanker bij henzelf of in de familie. Bij randomisatie

werd gelet op een theoretisch hoog (>10%) of laag risico op de BRCA1- of BRCA2-mutatie.

Kennis over borstkanker bleek na afloop van het onderzoek in beide groepen toegenomen, maar bij vrouwen in de computergroep nog het meest. De perceptie van hun echte risico nam in beide groep af, en vrouwen in de laagrisicogroep zagen vaker af van DNA-onderzoek. Vrouwen die de

geneticus ook echt zagen, waren echter meer tevreden met hun beslissing en hadden minder angst.

Shared decision making met een computer kan dus wel, maar je wordt er niet echt geruster van. (JZ)

Green MJ, et al. Effect of a computer-based decision aid on knowledge, perceptions and intentions about genetic testing for breast cancer susceptibility. JAMA 2004;292:442-52.

Auteursrichtlijnen kwalitatief onderzoek

In deze H&W starten we een serie over de methodologie van kwalitatief onderzoek. De serie is zeker niet alleen bedoeld voor onderzoekers maar ook voor lezers die willen weten wat je met kwalitatief onderzoek

onderzoeken kunt en hoe dat dan moet. We hebben – wel speciaal voor auteurs – ook richtlijnen gemaakt voor het beschrijven van kwalitatief onderzoek (zie www.henw.org) Bij het beoordelen van manuscripten zullen we daar voortaan gebruik van maken. Auteurs doen er dus goed aan die richtlijnen te lezen. (JZ)

De berichten, commentaren en reacties in het Journal richten zich op de wetenschappelijke en inhoudelijke kanten van de huisartsgeneeskunde. Bijdragen van lezers zijn welkom (redactie@nhg-nl.org). De bijdragen in deze aflevering zijn van Roger Damoiseaux, Tim olde Hartman, Henk van Weert en Joost Zaat.