

Schrale oude wijn in nieuwe zakken

INLEIDING

De wens om prostaatkanker effectief te bestrijden vormt een belangrijke drijfveer voor veel wetenschappelijk onderzoek. Vroege opsporing moet de uitgroei van prostaatkanker tot een dodelijke ziekte voorkomen. Recent verscheen de derde publicatie van de ERSPC-trial, het Europese onderzoek naar prostaatkankerscreening.¹ Het betreft nu de analyse na 13 jaar, na eerdere publicaties over 9 en 11 jaar follow-up.

ONDERZOEK

Design In de ERSPC-trial werden in 7 Europese landen ruim 162.000 mannen gerandomiseerd. Bij de interventiegroep werd iedere 2-4 jaar een PSA-waarde bepaald, en indien verhoogd ($\geq 3,0$ ng/ml) gevolgd door een prostaatbiopsie. De controlegroep werd gevolgd zonder actieve opsporing. De eerdere publicaties toonden dat screening de sterfte aan prostaatkanker verlaagde. Het opzetten van een bevolkingsonderzoek bleek evenwel niet verstandig vanwege het relatief hoge aantal mannen dat behandeld moet worden om één sterfgeval aan prostaatkanker te voorkomen – met het risico op iatrogene schade.

Resultaten Uit deze derde publicatie blijkt dat screenen ook na 13 jaar nog effectief is. Om één sterfgeval aan prostaatkanker te voorkomen, moeten 781 mannen gescreend worden, van wie er 27 gediagnostiseerd en behandeld worden. Middels screening wordt de helft méér gevallen van prostaatkanker opgespoord: bij 10,2% van de mannen in de interventiegroep tegen 6,8% van de mannen in de controlegroep. In de Nederlandse (NL) subgroep zelfs ruim tweemaal zoveel (12,5% versus 6,2%).

Conclusie van de auteurs Na 13 jaar worden de cijfers voor screening gunstiger. Een bevolkingsonderzoek is nog een brug te ver, maar efficiëntere behandelmethodes zouden dit probleem moeten (kunnen) gaan oplossen.

INTERPRETATIE

Het eerste goede nieuws: opsporen lijkt lukt dus wel te lukken. Maar: een derde van de gevallen van prostaatkanker in de screeningsgroep werd gemist door non-compliance van de deelnemers en intervaltumoren (totaal: $2525/7408 = 34\%$; NL $371/2180 = 17\%$).

Ander goed nieuws: screening is (desondanks) effectief. Maar opvallend genoeg bleken niet alle leeftijdsgroepen hiervan op dezelfde manier te profiteren. Bij de deelnemers van 70-74 jaar trad een oversterfte van 17% op door screening, terwijl bij de jongere leeftijdsgroepen (< 55 jaar, 55-59 jaar en 60-64 jaar) screening wel leidde tot 10-19% minder sterfte.

Voor de leeftijdsgroep 65-69 jaar was het voordeel van screenen het grootst (31% minder sterfte). Het is moeilijk in te zien waarom de leeftijdsgroep 65-69 jaar zoveel sterker profiteert van screening dan de andere jongere leeftijdsgroepen en de 70-plusser juist niet. Als hier een evidente verklaring voor (gevonden) is, kan dat aanleiding zijn om screenende prostaatkankertests – indien al uitgevoerd – te beperken tot een nauw omschreven leeftijdscategorie.

Ander minder goed nieuws: de onderzoekers schatten dat er door screening zo'n 40% overbehandeling plaatsvindt. Is dat veel? Laten we deze vraag in perspectief plaatsen door een vergelijking met het recent gestarte bevolkingsonderzoek darmkanker. Dat biedt ook de mogelijkheid om een wijdverbreid misverstand uit de weg te ruimen. Prostaatkankerscreening vindt namelijk niet plaats met behulp van de PSA-waarde alleen, maar via de combinatie van PSA-test met biopsie. Dit is vergelijkbaar met de combinatie van de faecetest op occult bloed (iFOBT) met colonoscopie. De iFOBT-test wordt gedaan om te bepalen bij wie een indicatie bestaat voor een colonoscopie ('risicofratificatie'). De screeningsprocedure wordt daarvoor efficiënter, minder belastend en minder medicaliserend. Analooq is de PSA-waarde de eerste stap om te bepalen of een biopsie nodig is. Pas na de biopsie is de screeningsprocedure afgerond.

Deze vergelijking valt voor de prostaatkankerscreening niet gunstig uit. Naar aanleiding van de PSA-waarden werden in de ERSPC op 72.891 gescreende deelnemers 20.188 biopsieën uitgevoerd (NL op 17.443 zelfs 8332). Het is dus goed om de patiënt die u vraagt om een PSA-test, te vertellen dat hij een grote kans loopt dat hij na de PSA-test verwezen wordt (zo'n 20-30%). Ter vergelijking: bij de iFOBT mogen slechts 6,4% vervolgonoscopieën verwacht worden.² Daarmee discrimineert de iFOBT aanzienlijk beter wie een belastend vervolgonderzoek moet krijgen dan de PSA-test. En terwijl de colonoscopie met een de kankervorstadia (poliepen) kan verhelpen en het eindstation van de behandeling kan zijn, levert de prostaatbiopsie alleen een bevestiging van de diagnose. De behandeling moet dan nog beginnen.

Zo beschouwd heeft de effectieve vroege opsporing van prostaatkanker nog een lange weg te gaan. ■

LITERATUUR

- Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TLJ, Zappa M, Nelen V, et al. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. *Lancet* 2014;384:2027-35.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Factsheet bevolkingsonderzoek darmkanker, versie oktober 2013. www.rivm.nl.