

Zakkaartje Prostaatkanker

Conform NHG-Standaard Prostaatkanker

Wanneer denken aan prostaatkanker?	Anamnese	Rode vlaggen / alarmsignalen
3 patiëntcategorieën - Man vraagt zelf om vroegdiagnostiek (PSA) - Bekend BRCA2-drager (erfelijk verhoogd risico) - Vermoeden prostaatkanker door arts Symptomen bij vermoeden - Afwijkend rectaal toucher (asymmetrisch, harde nodus, onregelmatig) - Onbegrepen botpijnen (rug/heupen) Let op - Mictieklachten zijn GEEN aanleiding voor PSA – risico is gelijk met/zonder - Prostaatkanker groeit langzaam, zelden mictieklachten in vroeg stadium	Achterliggende reden verzoek - Angst, media, omgeving, mictieklachten of seksuele problemen? Klachten passend bij uitzaaingen - Continue botpijn (rug/heup), onafhankelijk van bewegen - Nachtzweeten, algehele malaise, onverklaard gewichtsverlies - Neurologische uitval (vaak bilateraal) Familieanamnese - Prostaat-, borst-, eierstok-, of alvleesklierkanker in familie? - Bekende BRCA2-variant in familie? Levensverwachting < 10 jaar → vroegdiagnostiek heeft geen nut	Verwijs direct naar uroloog bij: - Afwijkend rectaal toucher (zonder PSA af te wachten) - PSA ≥ 3 ng/ml zonder prostatitis of cystitis - Botpijn + malaise + PSA ≥ 3 ng/ml PSA NIET bepalen bij: - Afwijkend rectaal toucher → direct verwijzen - Tekenen van prostatitis of cystitis (PSA nog 12 weken verhoogd na infectie) - Levensverwachting < 10 jaar (doorgaans ≥ 75 jaar of zware comorbiditeit) Niet bepalen bij ≥ 70 jaar → USPSTF raadt PSA-screening af bij mannen ≥ 70 jaar

Lichamelijk onderzoek	Counseling vroegdiagnostiek	BRCA2-dragerschap
Rectaal toucher – wanneer? - Man kiest voor vroegdiagnostiek na counseling (levensverwachting ≥ 10 jaar) - Bekende BRCA2-drager (tweejaarlijks, 45–70 jaar) - Vermoeden botmetastasen (onbegrepen botpijn) Wat beoordeel je? - Asymmetrische vorm - Onregelmatige consistentie - Vaste nodus Praktisch - Rectaal toucher heeft géén invloed op PSA-waarde - Pijn bij palpatie → denk aan prostatitis → geen PSA bepalen 5-alfa-reductaseremmers verlagen PSA met ~50% → corrigeer!	Bespreek voor- en nadelen - Keuze ligt bij de patiënt, na goede uitleg - PSA bewijst prostaatkanker NIET – enkel verhoogd risico - Verhoogde waarde → verder onderzoek bij uroloog (MRI) - Kans op overdiagnostiek: traag groeiende tumor die nooit klachten geeft - Behandeling geeft bijwerkingen: incontinentie, erectiestoornis, darmklachten Schriftelijke info meegeven - thuisarts.nl → 'Prostaatkanker' - Keuzehulp: 'Testen op prostaatkanker?' Vroegdiagnostiek leidt op populatieniveau NIET tot minder sterfte	BRCA2+ man – verhoogd risico 2,5× verhoogd risico op prostaatkanker - Agressievere tumor, jongere leeftijd, slechtere prognose - Ook verhoogd risico op borstkanker (7%) Screeningsadvies BRCA2+ (initiatief ligt bij patiënt) - Start: 45 jaar (of 5 jaar vóór jongste familielid met prostaatkanker, indien diagnose < 50 jaar) - Stop: 70 jaar - Frequentie: elke 2 jaar rectaal toucher + PSA - PSA ≥ 3 ng/ml → verwijs naar uroloog → Klinisch geneticus informeert patiënt en stuurt brief naar huisarts

Beleid op basis van PSA-uitslag

PSA-waarde	Wat doet het betekenen?	Beleid huisarts
< 1 ng/ml	Lage kans op klinisch relevante prostaatkanker	< 60 jaar: herhaal niet vóór 5 jaar ≥ 60 jaar: geen hertest nodig (risico verwaarloosbaar klein)
1–2,9 ng/ml	Kleine kans op prostaatkanker, verder onderzoek niet nodig	Herhaal niet eerder dan na 2 jaar (= opnieuw vroegdiagnostiek met alle overwegingen)
≥ 3 ng/ml	Verhoogd risico – maar ook mogelijk door prostatitis, BPH of blaasontsteking	Recente infectie? Wacht 12 weken, herhaal PSA. Genormaliseerd? Geruststellen. Geen infectie? → DIRECT verwijzen naar uroloog (centrum met MRI-mogelijkheid)
Afwijkend rectaal toucher	Verdenking prostaatkanker op basis van palpatie (PSA-waarde doet er dan niet toe)	→ Direct verwijzen naar uroloog, ook bij normale PSA

Follow-up & nazorg na behandeling	Verwijzing – aandachtspunten	Familiaire prostaatkanker
Controles (2e lijn, soms huisarts) - Controles vinden normaal plaats bij uroloog - Huisarts kan na afstemming controles of hormooninjecties overnemen Nazorg – rol huisarts - Bespreekbaar maken seksuele klachten (erectiestoornis, libidooverlies) - Signaleren vermoeidheid, depressie, werkproblemen - Bijwerkingen hormonale behandeling: opvliegers, botontkalking, gynaecomastie Waakzaam afwachten (watchful waiting) - Halfjaarlijkse PSA. Verwijs bij: PSA-verdubbelingstijd < 3 mnd, PSA > 20 ng/ml, klachten van metastasen	Verwijs naar uroloog bij - PSA ≥ 3 ng/ml (zonder infectie) - Afwijkend rectaal toucher (altijd) - Botmetastasen + levensverwachting ≥ 10 jaar - Botmetastasen + levensverwachting < 10 jaar met klachten Voorkeur: centrum met MRI-prostaat → MRI vermindert onnodige biopsten met ~29% en vindt meer relevante tumoren Na verwijzing: bespreek in vervolgconsult - Vragen over informatie uit ziekenhuis - Contactmomenten tijdens behandeling - Werkhervattingsproblemen → bedrijfsarts oncologie (BACO)	Criteria familiale prostaatkanker ≥ 3 eerstegraads/tweedegraads familieleden met PK (gleasonscore ≥ 7) ≥ 2 familieleden met PK (GS ≥ 7) én diagnose ≤ 55 jaar - PK (GS ≥ 7) in 3 opeenvolgende generaties Beleid familiale PK - StOET adviseert: 2-jaarlijkse PSA bij eerstegraads verwanten vanaf 50 jaar (of 5 jaar vóór jongste diagnose ≤ 55 jaar) tot 75 jaar - NHG neemt dit advies NIET over (bewijs ontbreekt) - DNA-diagnostiek naar familiale PK: niet aanbevolen Wel verwijzen naar geneticus bij: - PK (GS ≥ 7) + familielid met borst/eierstok/alvleesklierkanker of Joodse afkomst