Vlaams
Parlement

763 (2020-2021) – Nr. 1
ingediend op 3 mei 2021 (2020-2021)

Conceptnota voor nieuwe regelgeving

van Freya Saeys, Maurits Vande Reyde, Gwenny De Vroe,
Emmily Talpe, Willem-Frederik Schiltz en Bart Tommelein

over de toegang tot een vroegdetectieprogramma voor prostaatkanker voor goedgeïnformeerde mannen vanaf de leeftijd van ongeveer 45 jaar

verzendcode: WEL

Definitie van prostaatkanker

De prostaat is een geslachtsklier die onder de blaas ligt en de grootte van een kastanje heeft. De plasbuis loopt vanuit de blaas door de prostaat en penis naar buiten. De prostaat produceert het vocht waarin de zaadcellen vanuit de teelbal worden meegenomen en dat bij een zaadlozing via de plasbuis wordt uitgescheiden. Bij prostaatkanker zijn er kwaadaardige cellen in de prostaat die sneller en ongeordend groeien en die kunnen uitzaaien. Meestal groeit een prostaattumor zeer traag en een aantal mannen zal nooit klachten krijgen.

Als prostaatkanker te laat wordt vastgesteld, is die meestal niet meer te genezen. De ernst van de prostaatkanker wordt uitgedrukt in stadia.

Voor prostaatkanker wordt er een onderscheid gemaakt tussen vier tumorstadia. Ze worden aangeduid met de letter T gevolgd door een cijfer:
- T1 (A): de tumor is (microscopisch) klein, is beperkt tot de prostaat en is niet te voelen bij rectaal toucher (DRE of 'digital rectal examination') of te zien op een echografie (TRUS of 'transrectal ultrasound'). De tumor wordt gewoonlijk ontdekt naar aanleiding van een PSA-onderzoek (PSA: prostaatspecifiek antigen), aan de hand van een biopsie of bij TURP (transurethrale resectie van de prostaat) bij klachten over een goedaardige vergroting;
- T2 (B): de tumor is beperkt tot de prostaat en kan worden gevoeld bij een rectaal toucher of kan worden gezien op een echografie (TRUS);
- T3 of T4 (C): in stadium T3 heeft de kanker het weefsel in de directe omgeving (kapseldoorbraak) of de zaadblaasjes aangetast. In stadium T4 zijn nabije organen of weefselstructuren zoals de blaas, sluitspier of endeldarm aangetast;
- N+ (D1) of M+ (D2): de kanker heeft zich uitgebreid naar de lymfklieren (N+) of naar de lymfeklieren hogerop in het lichaam, in andere organen of (meestal) in de botten (M+).

Incidentie

Prostaatkanker werd in 2017 in Vlaanderen bij 9555 mannen vastgesteld (zie bijlage 1) en is daarmee met voorsprong de meest vastgestelde kanker bij mannen. Het is als het ware de tegenhanger van borstkanker bij vrouwen: in 2017 werden er 10.627 nieuwe diagnoses van borstkanker gesteld.

In 2016 zijn er in Vlaanderen 922 mannen overleden door prostaatkanker. Dat aantal bleef de laatste vijftien jaar ongeveer stabiel.[1]

In 2018 waren er in Europa 450.000 nieuwe gevallen van prostaatkanker en zijn er 107.000 mannen aan die kanker overleden.

Risicofactoren

Er zijn drie gebruikelijke risicofactoren:
- leeftijd: het risico op prostaatkanker neemt toe naarmate mannen ouder worden. De gemiddelde leeftijd waarop de kanker wordt vastgesteld, is 69 jaar;
- etniciteit: prostaatkanker komt het vaakst voor bij mannen van Afrikaanse origine en het minst bij mannen van Aziatische origine. Het is echter niet duidelijk waaraan die verschillen te wijten zijn;
- familiale antecedenten: als in de familie al mannen prostaatkanker hebben gekregen, is de kans groter dat andere mannelijke familieleden ook prostaatkanker krijgen.

Zaken zoals BMI of cholesterol hebben in bepaalde gevallen een impact op de ontwikkeling van prostaatkanker, maar daarbij variëren de resultaten sterk.

[1] https://www.zorg-en-gezondheid.be/sterfte-door-prostaatkanker-2016

Obesitas heeft wel een impact op de ontwikkeling van prostaatkanker: obese mannen hebben meer kans op het ontwikkelen van een agressieve vorm van prostaatkanker.

Preventie

Op dit moment is er weinig bewijs voor manieren om prostaatkanker specifiek te vermijden. Er wordt momenteel wel onderzoek gedaan naar voeding en voedingssupplementen die de kans op prostaatkanker zouden kunnen verkleinen.

Onvoldoende kennis over de symptomen

Hoewel het gaat om de meest voorkomende kanker bij mannen in Europa, is er weinig over bekend. Mannen hebben meer kennis over de symptomen van borstkanker (31 procent) dan over prostaatkanker (27 procent). Een op de vier respondenten kon de plek van de prostaat aanduiden. Ironisch genoeg konden meer vrouwen (28 procent) dan mannen (22 procent) aanwijzen waar de prostaat ligt (EAU Urology Survey 2019).

De klinische richtlijn van de US Preventive Services Task Force in 2012

Het was de klinische richtlijn van de US Preventive Services Task Force (USPSTF) tegen het gebruik van het prostaatspecifiek antigen voor prostaatkankerscreening die in 2012 in de meeste landen een einde maakte aan de screening van mannen aan de hand van de PSA-test.

Die richtlijn kantte zich tegen een PSA-gebaseerde screening van prostaatkanker bij mannen tussen 50 en 70 jaar. De USPSTF baseerde zich daarvoor op de toenmalige overtuiging dat de nadelen van overdiagnose en overbehandeling niet opwogen tegen de voordelen, namelijk de daling van het sterftecijfer na tien tot veertien jaar bij screening tussen 50 en 69 jaar. In België neemt Domus Medica de aanbeveling nog steeds over en veel huisartsen blijven dan ook gekant tegen een systematisch gebruik van PSA-testen bij gezonde mannen. De PSA-test die destijds was terugbetaald als screeningtest, werd in de nomenclatuur geschrapt op 1 oktober 2013.

De aanbeveling van de USPSTF was gebaseerd op het feit dat een substantieel percentage van de mannen bij wie door PSA-screening een asymptomatische kanker werd vastgesteld, een tumor had die asymptomatisch bleef voor de rest van hun leven, en dus geen behandeling vergde.

Die mannen werden door de PSA-test[2] wel onderworpen aan een ingrijpende biopsie en soms ook aan de gevolgen van een behandeling die soms voorbijgingen, maar ook wel eens levenslang bleven bestaan, met name urinaire incontinentie en seksuele impotentie.

Er was dus bij een zeker aantal mannen sprake van een overdiagnose en een overbehandeling met belangrijke nevenwerkingen. In verband met die overdiagnose werd gewezen op de ontdekking van veeleer traag groeiende, weinig agressieve tumoren die beter niet waren ontdekt aan de hand van de PSA-test.

Veel mannen met een gestegen PSA bleken toch geen prostaatkanker te hebben. Daartegenover staat dat een kleine groep mannen met een normaal PSA toch prostaatkanker bleken te hebben. Die valspositieve en valsnegatieve uitslagen

[2] Bij een PSA-test wordt een bloedonderzoek gedaan waarbij het prostaatspecifiek antigen (PSA) wordt bepaald. PSA is een eiwit dat thuishoort in het ejaculaat en dient om het vloeibaar te maken. Een klein deel ervan komt terecht in het bloed en te hoge PSA-waarden in het bloed kunnen wijzen op afwijkingen van de prostaat.

droegen bij tot de controverse over het al dan niet uitvoeren van systematische testing.

Bij een verdacht positief resultaat volgde voor de meeste mannen een biopsie, een onderzoek dat invasief en onaangenaam is. Een derde van de mannen ondervond na de biopsie pijn, koorts, bloedingen, een infectie of tijdelijke urinaire problemen of andere problemen die klinische opvolging vergden. Ongeveer 1 procent van de ingrepen leidde tot een korte ziekenhuisopname.

Van de mannen bij wie destijds uit de biopsie bleek dat ze prostaatkanker hadden, kreeg 90 procent uiteindelijk een behandeling: een operatie, bestraling of, in geval van gevorderde ziekte, een hormonentherapie.

Stijging van de mortaliteit door laattijdige detectie van prostaatkanker

Na de ontdekking en toepassing van de PSA-test werden er om te beginnen veel meer prostaatkankers ontdekt en behandeld, wat heeft geleid tot een indrukwekkende daling van de prostaatkankersterfte. Terwijl in de periode vóór de PSA-testing een op de twee mannen aan prostaatkanker stierf, verminderde dat aantal tot een op de vijf en in sommige landen zelfs tot een op de tien. Maar een nadeel was zeker dat een deel van de mannen overbehandeld werd. Dat leidde tot de propaganda tegen vroege detectie van prostaatkanker door systematische PSA-testing.

Als gevolg daarvan werd in de Verenigde Staten vastgesteld dat aan de daling van het sterftecijfer door prostaatkanker gedurende meer dan twee decennia een einde was gekomen. Er zet zich zelfs een lichte stijging van de sterfte in en het aantal mannen bij wie een gevorderde (niet-geneesbare) prostaatkanker wordt ontdekt, neemt toe.

Die vaststelling deed in de Verenigde Staten opnieuw de discussie oplaaien over de aanbeveling van 2012 tegen screening met de PSA-test. De USPSTF stelde in 2018 zijn standpunt bij en stelt nu dat een periodieke PSA-screening voor mannen tussen 55 en 69 jaar een individuele beslissing moet zijn na een goed informerend gesprek met hun arts.

Orchid, een liefdadigheidsinstelling in het Verenigd Koninkrijk voor iedereen die getroffen wordt door of geïnteresseerd is in mannelijke kankers (prostaatkanker, teelbalkanker enzovoort), stelde in april 2018 vast dat ook 37 procent van de prostaatkankers (te laat) werd gediagnosticeerd in stadium 3 of 4.

Het ontraden van vroege opsporing van prostaatkanker door gebruik van PSA-testing lijkt te leiden naar een diagnose van prostaatkanker als die zich in een verder stadium bevindt. Daardoor daalt de kans op overleven, is de negatieve impact op de levenskwaliteit groter en stijgt ook de kans om eraan te sterven.

In bijlage 2 bij deze conceptnota voor nieuwe regelgeving is een tabel van Sciensano opgenomen over het aantal nieuwe diagnoses. Die tabel toont aan dat in stadium 4 het aantal nieuwe diagnoses stijgt. Dat betekent dat de trend van toenemende diagnoses van vergevorderde prostaatkankers die in de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk werd vastgesteld, zich ook in België begint af te tekenen.

Vroegdetectieprogramma voor prostaatkanker voor goedgeïnformeerde mannen van 50 (45) jaar

De European Association of Urology (EAU) houdt een pleidooi om gezonde, goedgeïnformeerde mannen tussen 45 à 50 en 69 jaar te testen voor PSA. Dat standpunt is evidencebased aan de hand van twee grote gerandomiseerde studies die bevolkingsgebaseerde screening met niet-screening heeft vergeleken.

De European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) toont aan dat PSA-screening het overlijden aan prostaatkanker al na elf jaar vermindert met 21 procent. Een andere screeningsstudie (Göteborg trial) toonde een vermindering met 44 procent na veertien jaar en de analyse van een kleinere Nederlandse cohorte van de ERSPC toonde na negentien jaar een vermindering van overlijden en metastasering van meer dan 50 procent. Dat betekent dat naarmate de follow-upperiode langer is, er een kleiner aantal mannen moet worden gescreend en behandeld om één overlijden door prostaatkanker te vermijden. Uit die studies is nu gebleken dat het aantal personen dat moet worden gescreend ('number needed to screen' of NNS) en het aantal personen dat moet worden behandeld ('number needed to treat' of NNT) vergelijkbaar is aan of beter is dan de aantallen van borst- en colorectale kankers. Dat is het equivalent van één dode die voorkomen wordt op 781 mannen die worden uitgenodigd voor screening, en één dode per 27 ontdekte prostaatkankers.

Nieuwe inzichten en mogelijkheden bij de opsporing en behandeling van prostaatkanker maken het mogelijk om de bezwaren tegen een vroegdetectie van prostaatkanker met de PSA-test, meer bepaald de overdiagnose en overbehandeling, te weerleggen.

In het artikel 'Structured Population-based Prostate-specific Antigen Screening for Prostate Cancer: The European Association of Urology Position in 2019' wordt beschreven hoe overdiagnose en overbehandeling kan worden voorkomen.

1. Correct informeren van mannen

Mannen moeten correcte informatie krijgen over de potentiële risico's van prostaatkanker, een biopsie, overdiagnose en overbehandeling, alsook over het risico om prostaatkanker niet tijdig te ontdekken, wat de impact ervan is voor de overlevingskansen en hoe ingrijpend een mogelijke behandeling is. Ook het belang van de levenskwaliteit na een mogelijke behandeling en het enorme verlies aan levenskwaliteit van een te laat gediagnosticeerde prostaatkanker bij mannen in hun laatste levensjaren, moet besproken worden.

2. Baseline PSA op de leeftijd van 45 jaar

De EAU pleit voor een strategie van vroegtijdige detectie, die gebaseerd is op de PSA-waarden. Daarbij wordt op de leeftijd vanaf 45 jaar bij goedgeïnformeerde mannen met een levensverwachting van meer dan tien jaar een PSA-test afgenomen.

Op basis van de PSA-waarden en rekening houdend met een aantal risicofactoren zoals leeftijd, familiale belasting, etniciteit, DRE (rectaal toucher) en prostaatomvang kan aan risicostratificatie gedaan worden en kan individueel bepaald worden met welk interval mannen moeten worden getest.

Wie bij de eerste test op de leeftijd van 45 jaar een PSA-waarde heeft die lager is dan 1 ng/ml, loopt weinig risico op een agressieve prostaatkanker. Voor die mannen is een herhaling van de PSA-test met een interval van vijf jaar voldoende. Wie daarentegen een PSA-waarde heeft van meer dan 1 mg/ml, heeft herhaalde tests nodig met een kortere interval, bijvoorbeeld elke twee tot vier jaar.

Om rekening te houden met verzwarende risicofactoren zoals familiegeschiedenis, leeftijd en dergelijke, kan gebruikgemaakt worden van de 'prostate cancer risk calculator' van de ERSPC om te bepalen of naar de volgende stap moet worden gegaan, namelijk de biopsie. Iedereen kan die risicocalculator van de ERSPC via internet consulteren.

3. Elke biopsie wordt voorafgegaan door een mpMRI

Om nutteloze biopsies te vermijden moet eerst een onderzoek met mpMRI ('multiparametric magnetic resonance imaging') worden uitgevoerd. De introductie van de mpMRI is er gekomen omdat die beeldvorming een hoge sensitiviteit heeft, een negatief voorspellende waarde heeft voor agressieve ziekte en insignificante tumoren niet aan het licht brengt.

Het aantal biopsies dat vroeger werd genomen vanwege een te hoog PSA, wordt door het aanwenden van de mpMRI met 70 procent verminderd.

4. Behandeling

Ook bij de behandeling zijn artsen vandaag terughoudender om chirurgisch in te grijpen. Zo wordt voor een welomschreven groep mannen met een laag risico en bij een aantal intermediaire risico's op prostaatkanker veeleer geopteerd voor een actieve follow-up, waarbij volgens een bepaald protocol bepaalde onderzoeken worden herhaald om de ontwikkeling van de prostaatkanker te monitoren. Het gaat dan om onderzoeken als PSA-waardebepaling, rectaal onderzoek, mpMRI en eventueel een herhaalde biopsie.

Op die manier wordt een eventuele behandeling uitgesteld zonder dat het uitstel de geneesbaarheid van de prostaatkanker in het gedrang brengt, mocht de tumor toch agressiever worden.

Algoritmes

De EAU actualiseerde in 2020, samen met Movember, Europa Uomo, the European Cancer Patient Coalition en de European Alliance of Personalised Medicine, zijn witboek van 2017 over prostaatkanker. Daarin staan een reeks aanbevelingen over de manier waarop Europa in zijn kankerplan prostaatkanker kan aanpakken. Er werden ook algoritmes ontwikkeld voor de vroegtijdige opsporing van prostaatkanker (bijlage 3 en 4).

Kostprijs

Een belangrijk element bij elk bevolkingsonderzoek is de vraag naar de kostprijs. In het witboek van de EAU (2020) over prostaatkanker wordt de kostprijs vergeleken van enerzijds de behandeling van een vroeg ontdekte tumor, en anderzijds de behandeling tijdens de laatste twee tot vier jaar bij een te laat ontdekte, ongeneeslijke prostaatkanker. De resultaten daarvan zijn opgenomen in de onderstaande tabel.

Screening en actieve follow-up	Behandeling van een vroeg ontdekte prostaatkanker	Behandeling van een gemetastaseerde ziekte
PSA-test: 11 euro	Chirurgie: 5000 euro	Medische castratie: 11.000 euro
MpMRI: 150 euro	Bestraling: 5000 euro	Tweedelijnstherapie voor castratieresistente prostaatkanker: 240.000 euro voor twee jaar
Transrectale echografie: 26,38 euro		
Biopsie: 117 euro Punctiebiopsie onder echografische controle: 46,81 euro		

De kost van actieve follow-up heeft betrekking op PSA-testen (eenmaal per jaar of om de twee jaar), een mpMRI af en toe, en alleen een biopsie als de mpMRI een aangroei van de tumor aantoont.

Dat toont aan dat de combinatie van screening en tijdige behandeling niet alleen zorgt voor een minder ingrijpende behandeling en het leven van de man redt, maar ook heel wat goedkoper is dan de behandeling en verzorging van de patiënt in een gemetastaseerde fase.

Voorstel van beleidsmaatregelen

Artikel 68 van het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid draagt de Vlaamse Regering op om initiatieven te nemen ter preventie van kanker. Die initiatieven kunnen betrekking hebben op onder meer het voorkomen van kanker door in te grijpen op determinanten en bronnen van gevaar of bedreigende factoren, maar evenzeer op het opsporen van kanker in een zo vroeg mogelijk stadium.

De indieners van deze conceptnota voor nieuwe regelgeving formuleren in dat kader de volgende aanbevelingen:

1° het is wenselijk om een informatie- en sensibiliseringscampagne op te zetten rond prostaatkanker vanaf de leeftijd van 45 à 50 jaar om een draagvlak voor de vroegtijdige detectie van prostaatkanker te creëren en mannen gedegen te informeren over prostaatkanker, het belang van een tijdige diagnose, de behandeling en de daaraan verbonden risico's;

2° er moet een vroegdetectieprogramma voor prostaatkanker worden ontwikkeld om de prostaatkankersterfte significant terug te dringen en het verlies aan levenskwaliteit bij te laat gediagnosticeerde kankers te vermijden;

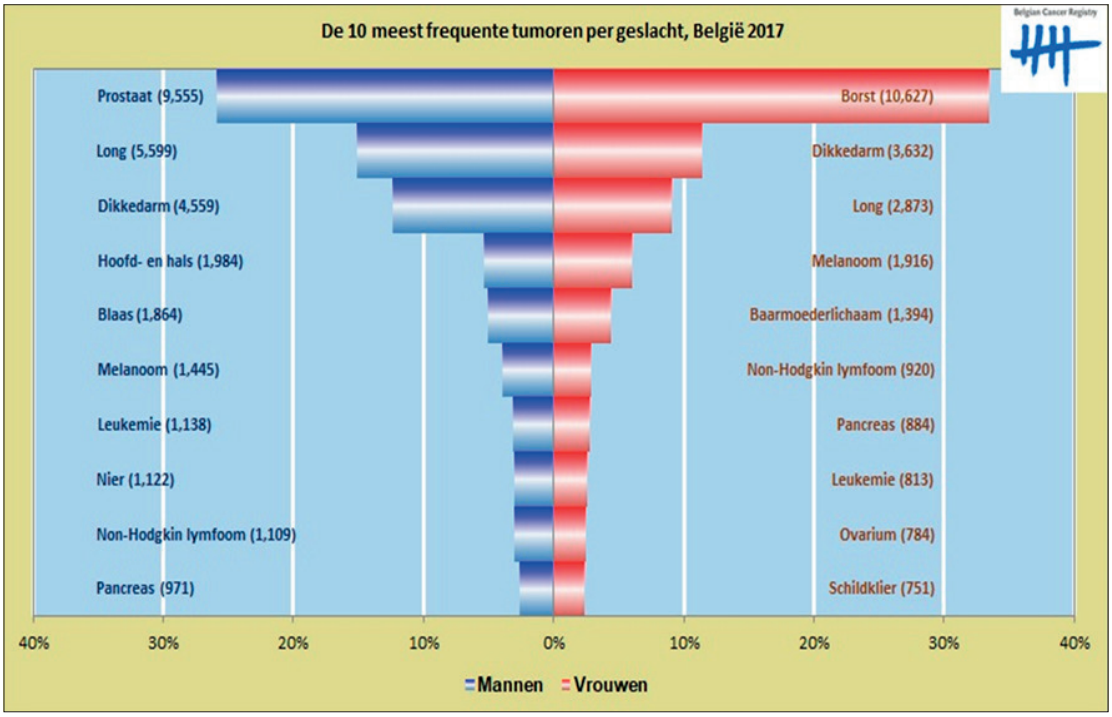
3° prostaatkanker moet mee worden opgenomen in de gezondheidsdoelstelling over bevolkingsonderzoeken naar kanker;

4° er moet overleg met de federale overheid worden gepleegd over:
- de terugbetaling van de PSA-test;
- de uitwerking van een vervolgtraject bij een positieve PSA-test op basis van de vandaag bestaande wetenschappelijke evidentie voor zowel diagnose als behandeling, zodat zowel overdiagnose als overbehandeling maximaal wordt vermeden.

Freya SAEYS
Maurits VANDE REYDE
Gwenny DE VROE
Emmily TALPE
Willem-Frederik SCHILTZ
Bart TOMMELEIN

BIJLAGEN

Bijlage 1: Cijfers over prostaatkanker in Vlaanderen in 2017, in vergelijking met andere tumoren



Bijlage 2: Tabel van Sciensano over het aantal nieuwe diagnoses van prostaatkanker in België in de periode 2010-2016

Invasieve prostaattumoren (ICD-10 C61): aantal nieuwe diagnoses en voor leeftijd gestandaardiseerde incidentiecijfers per klinisch TNM stadium en per leeftijdsgroep, België, 2010-2016

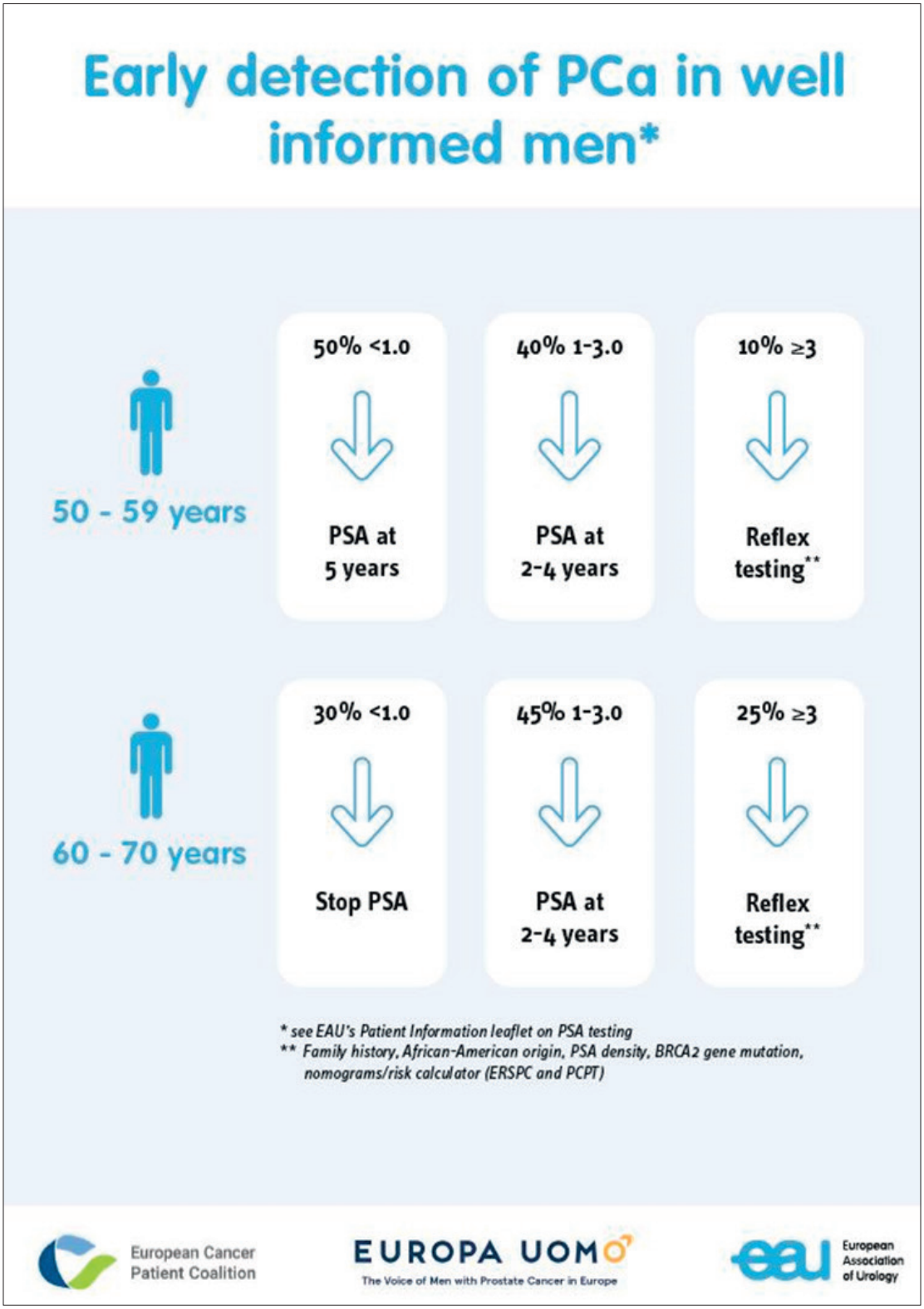
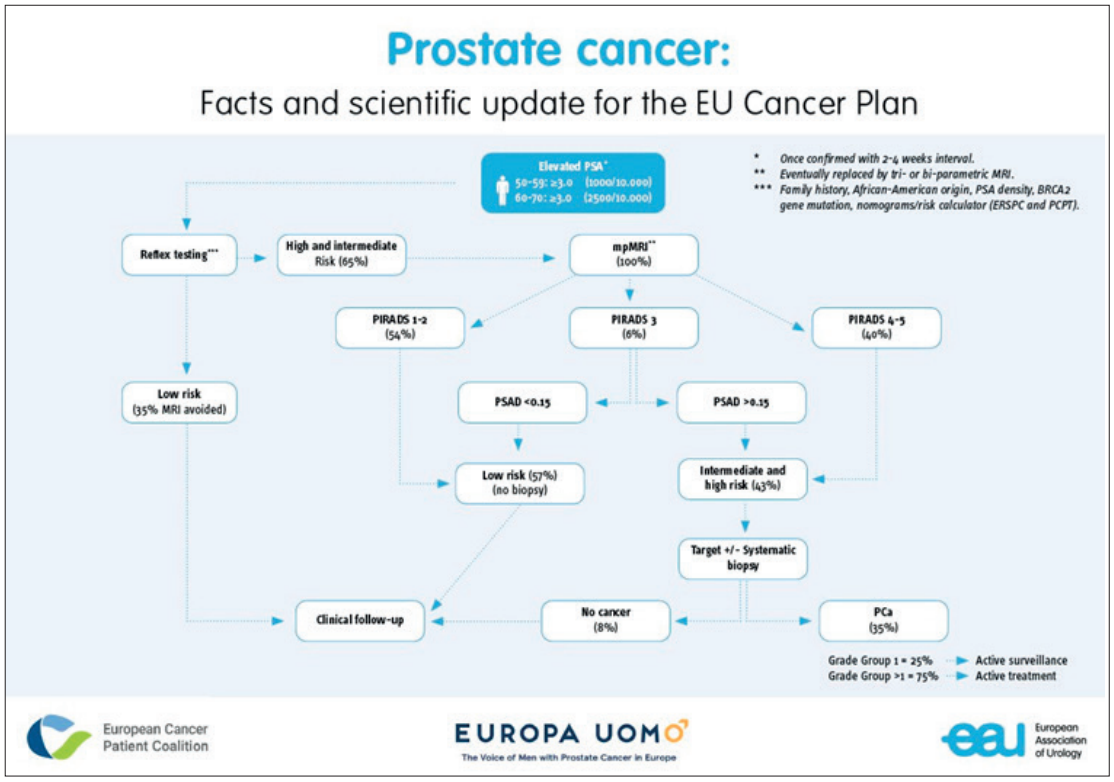
Volgend

		Absolute cijfers (N)							Crude Rate (N/100.000 persoonsjaren)							ESR (N/100.000 persoonsjaren)	WSR (N/100.000 persoonsjaren)
Jaar	Klinisch stadium	Alle leeftijden	0-14j	15-44j	45-54j	55-64j	65-74j	75+ j	Totaal	0-14j	15-44j	45-54j	55-64j	65-74j	75+ j	Alle leeftijden	Alle leeftijden
2010	Totaal	8.716	-	19	489	2.235	3.184	2.789	164,1	-	0,9	61,3	341,5	740,2	787,8	129,2	86,9
2011	Totaal	9.078	-	15	527	2.357	3.384	2.795	169,0	-	0,7	65,2	352,0	777,1	773,8	133,0	89,7
2012	Totaal	8.290	-	14	464	2.149	3.107	2.556	153,1	-	0,7	57,0	318,5	690,3	692,5	119,0	80,3
2013	Totaal	7.907	-	13	468	1.998	3.010	2.418	145,1	-	0,6	57,3	293,0	651,0	643,0	111,6	75,4
2014	Totaal	7.928	1	21	392	1.882	3.050	2.582	144,8	0,1	1,0	48,1	272,7	643,5	673,3	109,0	73,2
2015	Totaal	8.385	-	17	397	1.943	3.292	2.736	152,3	-	0,8	48,8	277,3	677,0	698,9	112,9	75,7
2016	Totaal	9.058	-	15	421	2.165	3.592	2.865	163,6	-	0,7	51,8	304,3	716,7	725,7	120,1	80,8
2010	I	3.767	-	9	243	1.106	1.426	983	70,9	-	0,4	30,5	169,0	331,5	277,7	57,0	39,1
2011	I	3.929	-	7	264	1.128	1.555	975	73,2	-	0,3	32,6	168,5	357,1	269,9	58,8	40,3
2012	I	3.718	-	6	245	1.064	1.464	939	68,7	-	0,3	30,1	157,7	325,2	254,4	54,5	37,3
2013	I	4.204	-	7	244	1.140	1.656	1.157	77,2	-	0,3	29,9	167,2	358,2	307,7	60,0	40,9
2014	I	3.557	-	8	228	948	1.410	963	65,0	-	0,4	28,0	137,4	297,5	251,1	50,0	34,1
2015	I	3.783	-	7	208	969	1.570	1.029	68,7	-	0,3	25,6	138,3	322,9	262,9	52,0	35,5
2016	I	4.320	-	8	238	1.171	1.788	1.115	78,0	-	0,4	29,3	164,6	356,8	282,4	58,7	40,2
2010	II	615	-	1	35	164	243	172	11,6	-	0,0	4,4	25,1	56,5	48,6	9,3	6,3
2011	II	712	-	-	49	180	286	197	13,3	-	-	6,1	26,9	65,7	54,5	10,6	7,2
2012	II	633	-	1	25	180	256	171	11,7	-	0,0	3,1	26,7	56,9	46,3	9,2	6,3
2013	II	782	-	1	47	182	302	250	14,4	-	0,0	5,8	26,7	65,3	66,5	11,0	7,4
2014	II	861	-	3	42	212	360	244	15,7	-	0,1	5,2	30,7	76,0	63,6	12,1	8,2
2015	II	1.000	-	1	41	250	427	281	18,2	-	0,0	5,0	35,7	87,8	71,8	13,7	9,3
2016	II	1.057	-	1	58	279	432	287	19,1	-	0,0	7,1	39,2	86,2	72,7	14,3	9,7
2010	III	520	-	1	24	90	173	232	9,8	-	0,0	3,0	13,8	40,2	65,5	7,3	4,7
2011	III	565	-	2	23	107	192	241	10,5	-	0,1	2,8	16,0	44,1	66,7	7,9	5,1
2012	III	541	-	-	22	107	196	216	10,0	-	-	2,7	15,9	43,5	58,5	7,5	4,9
2013	III	586	-	-	23	103	238	222	10,8	-	-	2,8	15,1	51,5	59,0	8,0	5,2
2014	III	576	-	1	14	110	220	231	10,5	-	0,0	1,7	15,9	46,4	60,2	7,7	5,0
2015	III	588	-	-	22	99	227	240	10,7	-	-	2,7	14,1	46,7	61,3	7,6	5,0
2016	III	679	-	-	19	113	279	268	12,3	-	-	2,3	15,9	55,7	67,9	8,7	5,7
2010	IV	531	-	1	19	95	156	260	10,0	-	0,0	2,4	14,5	36,3	73,4	7,5	4,8
2011	IV	613	-	-	21	117	181	294	11,4	-	-	2,6	17,5	41,6	81,4	8,4	5,4
2012	IV	652	-	-	27	92	220	313	12,0	-	-	3,3	13,6	48,9	84,8	8,7	5,6
2013	IV	695	-	1	33	124	213	324	12,8	-	0,0	4,0	18,2	46,1	86,2	9,2	5,9
2014	IV	764	-	5	26	120	246	367	14,0	-	0,2	3,2	17,4	51,9	95,7	9,9	6,3
2015	IV	864	-	2	28	147	257	430	15,7	-	0,1	3,4	21,0	52,9	109,8	10,9	6,9
2016	IV	921	-	3	23	161	300	434	16,6	-	0,1	2,8	22,6	59,9	109,9	11,5	7,3
2010	X	3.283	-	7	168	780	1.186	1.142	61,8	-	0,3	21,1	119,2	275,7	322,6	48,2	32,1
2011	X	3.259	-	6	170	825	1.170	1.088	60,7	-	0,3	21,0	123,2	268,7	301,2	47,2	31,7
2012	X	2.746	-	7	145	706	971	917	50,7	-	0,3	17,8	104,6	215,7	248,4	39,1	26,2
2013	X	1.640	-	4	121	449	601	465	30,1	-	0,2	14,8	65,8	130,0	123,6	23,4	16,0
2014	X	2.170	1	4	82	492	814	777	39,6	0,1	0,2	10,1	71,3	171,7	202,6	29,3	19,5
2015	X	2.150	-	7	98	478	811	756	39,1	-	0,3	12,0	68,2	166,8	193,1	28,6	19,1
2016	X	2.081	-	3	83	441	793	761	37,6	-	0,1	10,2	62,0	158,2	192,8	27,0	17,9

Verdeling per stadium op basis van de klinische TNM classificatie: TNM Classification of Malignant Tumours, seventh edition, Union for International Cancer Control (UICC)
Stadium X: Stadium onbekend of niet van toepassing

CR: crude rate of bruto incidentie (n/100.000 persoonsjaren)
ESR en WSR: voor leeftijd gestandaardiseerde cijfers op basis van de Europese (1970) of wereldstandaardpopulatie (N/100.000 persoonsjaren)

Bijlage 3: Aanbevelingen van de European Association of Urology (EAU) over de frequentie van de PSA-testing per leeftijd



Bijlage 4: Aanbevelingen van de European Association of Urology (EAU) voor een Europees kankerplan over prostaatkanker