

ingediend op **763** (2020-2021) – Nr. 2
8 oktober 2021 (2021-2022)

Verslag van de hoorzitting

namens de Commissie voor Welzijn,
Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding
uitgebracht door Elke Sleurs en Maaïke De Rudder

over de conceptnota voor nieuwe regelgeving

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

Samenstelling van de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding:

Voorzitter: Stefaan Sintobin.

Vaste leden:

Koen Daniëls, Lorin Parys, Elke Sleurs, Tine van der Vloet, Katja Verheyen;

Immanuel De Reuse, Stefaan Sintobin, Suzy Wouters;

Maike De Rudder, Katrien Schryvers;

Freya Saeys, Maurits Vande Reyde;

Ann De Martelaer, Jeremie Vaneekhout;

Freya Van den Bossche.

Plaatsvervangers:

Allessia Claes, Piet De Bruyn, Freya Perdaens, Sarah Smeyers, Annabel Tavernier;

Yves Buysse, Ilse Malfroot, Frieda Verougstraete-Deschacht;

Vera Jans, Kurt Vanryckeghem;

Gweny De Vroe, Emmily Talpe;

Johan Danen, Celia Groothedde;

Conner Rousseau.

Toegevoegde leden:

Lise Vandecasteele.

Documenten in het dossier:

763 (2020-2021) – Nr. 1: Conceptnota voor nieuwe regelgeving

INHOUD

I.	Uiteenzetting door prof. dr. Hein Van Poppel, EAU Policy Office Chairman, Urologie, KU Leuven	5
1.	Wereldwijd	5
2.	Europa	5
3.	België: voorkomen en sterfte	5
4.	PSA of prostaatspecifiek antige n	5
5.	Wat weet men over prostaatkanker?	6
6.	Wat weet men over de PSA-test?	6
7.	Impact van COVID-19	7
8.	European Association of Urology	7
9.	Wat stelt de EAU voor?	7
10.	Wat zijn de kosten?	7
11.	Wat zijn de besparingen?	8
12.	Europese Commissie: Europe’s Beating Cancer Plan	8
II.	Uiteenzetting door prof. dr. Gert De Meerleer, Belgian Guidelines Committee, UZ Leuven	8
1.	Inleiding	8
2.	PSA-testen: evolutie	8
3.	Diagnoses	9
4.	Mortaliteit	9
5.	Multidisciplinair nationaal expertenteam	9
6.	Het aantal prostatectomieën	10
7.	Vroegtijdige detectie	10
8.	Twee voorbeelden	10
9.	Overall Mortality Dogma	11
III.	Uiteenzetting door André Deschamps, voorzitter Europa Uomo en Wij Ook	11
1.	Inleiding	11
2.	EUPROMS-onderzoek	11
2.1.	Beschrijving	11
2.2.	Resultaten	12
2.3.	Vergelijking Belgische bevolking	13
2.4.	Conclusie	13
IV.	Uiteenzetting door prof. dr. Bettina Blaumeiser, voorzitter Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek, UZ Antwerpen	13
1.	Wat is screening?	13
2.	Het doel van screening	13
3.	Screeningsprincipes	14
4.	Bevolkingsonderzoek	14
5.	Conclusie	15

V.	Uiteenzetting door dr. Vera Nelen, lid wetenschappelijk comité European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer.....	15
1.	Pro's	15
2.	Contra's.....	15
3.	Besluit.....	16
VI.	Uiteenzetting door Ann Gils, directeur Preventie en Vroegopsporing, Kom op tegen Kanker	16
1.	Prostaatkanker: een belangrijk gezondheidsprobleem	16
2.	Risicofactoren.....	17
3.	Symptomen en PSA-meting	17
4.	Prostaatkankerscreening: voor- en nadelen.....	17
5.	Aanbevelingen in de conceptnota en visie van Kom op tegen Kanker .	17
6.	Conclusie.....	18
VII.	Uiteenzetting door Iris De Schutter, afdelingshoofd afdeling Preventie, Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid	18
1.	Inhoud	18
2.	Basisprincipes	18
2.1.	Gezondheidswinst op populatieniveau.....	18
2.2.	Bevolkingsonderzoek is meer dan alleen screenen.....	19
2.3.	Doelmatigheid	19
3.	Hoe beslissen over bevolkingsonderzoek?	19
4.	Vragen bij de conceptnota	20
5.	Besluit.....	21
VIII.	Vragen van de commissieleden.....	21
1.	Vragen van Freya Saeys	21
2.	Vragen van Maaïke De Rudder.....	22
3.	Vragen van Freya Van den Bossche	23
4.	Vragen van Suzy Wouters	23
5.	Vragen van Jeremie Vaneeckhout	24
6.	Vragen van Elke Sleurs.....	24
IX.	Antwoorden van de sprekers	24
	Gebruikte afkortingen.....	30
	Bijlagen: zie de dossierpagina van dit document op www.vlaamsparlement.be	

Op woensdag 22 september 2021 hield de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding een hoorzitting over de conceptnota voor nieuwe regelgeving over de toegang tot een vroegdetectieprogramma voor prostaatkanker voor goed geïnformeerde mannen vanaf de leeftijd van ongeveer 45 jaar.

De sprekers waren:

- prof. dr. Hein Van Poppel, EAU Policy Office Chairman, Urologie, KU Leuven;
- prof. dr. Gert De Meerleer, Belgian Guidelines Committee, UZ Leuven;
- André Deschamps, voorzitter Europa Uomo en Wij Ook;
- prof. dr. Bettina Blaumeiser, voorzitter Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek, UZ Antwerpen;
- dr. Vera Nelen, lid wetenschappelijk comité European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer;
- Ann Gils, directeur Preventie en Vroegopsporing, Kom op tegen Kanker;
- Iris De Schutter, afdelingshoofd afdeling Preventie, Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

De door de sprekers gebruikte presentaties kunnen geraadpleegd worden op de [dossierpagina](#) van dit document op www.vlaamsparlement.be

(Deze commissievergadering werd als hybride vergadering georganiseerd.)

I. Uiteenzetting door prof. dr. Hein Van Poppel, EAU Policy Office Chairman, Urologie, KU Leuven

1. Wereldwijd

Hein Van Poppel werpt de vraag op of het niet hoog tijd is om de vroegopsporing van prostaatkanker in te voeren. Wereldwijd scoren Noord- en West-Europa bijzonder slecht. Alleen in Australië en Nieuw-Zeeland komt prostaatkanker nog vaker voor. Prostaatkanker komt microscopisch bijzonder veel voor. Uit autopsies van mannen die verongelukken, blijkt dat 8 procent van de 30-jarigen al microscopische prostaatkanker heeft. Wie 70 tot 79 jaar is, wit of Afro-Amerikaan, heeft 83 procent kans dat hij microscopische prostaatkanker heeft. Er sterven veel mensen door andere oorzaken zoals cardiovasculaire ziekten, suikerziekte of complicaties van allerhande aandoeningen, en niet van prostaatkanker.

2. Europa

In 2010 stierven in Europa 92.200 mensen aan prostaatkanker. In 2018 waren het er 107.000. Terwijl de geneeskunde verbetert en mensen langer kan laten leven, is er toch een bijzonder significante stijging op acht jaar tijd.

3. België: voorkomen en sterfte

Prostaatkanker is de frequentste mannelijke kanker: een op zeven mannen zal ermee geconfronteerd worden. In België gaat het om 147 gevallen en 32 doden per 100.000 mannen. Dat zorgt voor in totaal 1500 mannen per jaar die sterven aan prostaatkanker, terwijl het perfect geneesbaar is als men het tijdig ontdekt.

4. PSA of prostaatspecifiek antigeen

Er is een test: PSA of prostaatspecifiek antigeen. Dat kan in een bloedstaal eenvoudig en goedkoop bepaald worden. Vóór PSA, dus voor 1985-1986, stierf een op drie tot een op twee mannen die met prostaatkanker te maken kregen doordat het te laat ontdekt werd. Vanaf 1987 werden meer prostaatkankers gevonden. De spreker heeft het in dat verband over overdiagnose. Na een aantal jaren is die piek wat

verdwenen, maar er is mettertijd een toename van prostaatkanker wereldwijd. Een tweede vaststelling is dat een paar jaar na de ontdekking van PSA de sterfte door prostaatkanker daalt. Tussen 2005 en 2009 was de verbetering inzake sterfte voor geen enkele tumor zo groot als voor prostaatkanker. Dat ging evenwel ten koste van overdiagnose en overbehandeling waardoor PSA een slechte naam heeft gekregen.

Slide 9 toont een grafiek die de mortaliteit aangeeft en het verschil tussen wie gescreend wordt en wie niet gescreend wordt. Na negen jaar is het verschil in mortaliteit niet zo groot maar na veertien jaar is er al een verschil van 24 procent. Als men mensen twintig jaar opvolgt, daalt de prostaatkankersterfte met 52 procent. Dat is zeer significant. Als iemand op 50 jaar voor het eerst zijn PSA laat bepalen, heeft hij 50 procent minder kans om twintig jaar later te sterven aan prostaatkanker.

5. Wat weet men over prostaatkanker?

Als prostaatkanker tijdig ontdekt wordt, is het goed te genezen. Als het in een vroeg stadium behandeld wordt, heeft men een betere levenskwaliteit: minder incontinentie, minder impotentie en minder nood aan bijkomende hormonale behandeling. Indien de ziekte daarentegen gevorderd is, dan heeft men meer nadelen en neven-effecten. Het is dan geen genezende behandeling meer en het is bovendien extreem duur. De professor geeft het voorbeeld van een man die te laat gediagnosticeerd is. In de twee tot vier laatste jaren kost de behandeling aan de maatschappij zo'n 240.000 euro.

6. Wat weet men over de PSA-test?

De PSA-test is gemakkelijk bruikbaar en goedkoop voor vroege opsporing als er nog geen symptomen zijn. Prostaatkanker in zijn geneesbare stadium geeft geen klachten. De klachten die mannen hebben bij het plassen komen van goedaardige prostaatvergrotingen die bijna alle mannen ontwikkelen.

De Europese gerandomiseerde screening voor prostaatkankerstudie, die aantoonde dat er meer dan 50 procent vermindering is van de prostaatkankersterfte na twintig jaar opvolging, gebeurde aan de hand van de PSA-test. Als de PSA-test afwijkend was, kreeg de patiënt een biopsie. Toen wist men echter niet wat significante en niet-significante kankers waren waardoor te veel mannen zijn gebiopsieerd en overbehandeld. De professor moet tot zijn spijt erkennen dat hij in zijn carrière bij misschien drieduizend prostaatkankerpatiënten de prostaat heeft weggenomen, terwijl hij inmiddels weet dat zeker 10 procent van hen geen prostaatoperatie hoefde te ondergaan. Vandaag zouden zij actief opgevolgd worden. Als de tumor progressief of gevaarlijk wordt, is er nog tijd om die mannen met een genezende behandeling van hun probleem af te helpen.

Om die reden werd PSA-testing wereldwijd afgeraden met als gevolg dat sterfte door prostaatkanker is beginnen toe te nemen doordat tumoren te laat worden ontdekt. Prostaatkanker is qua sterfte nummer twee geworden na longkanker en voor colorectale tumoren.

Het aantal borstkankerdoden is progressief gedaald maar prostaatkanker is door de jaren, na de anti-PSA-propaganda, beginnen te stijgen. Er sterven vandaag in het Verenigd Koninkrijk meer mannen aan prostaatkanker dan vrouwen aan borstkanker. De prostaatkankersterfte is in tien jaar tijd gestegen met 17 procent.

7. Impact van COVID-19

Door COVID-19 zijn er 15 procent minder prostaatkankerdiagnoses gesteld. Voor andere tumoren is de situatie nog ernstiger. Daardoor worden veel mensen te laat gediagnosticeerd. Zij riskeren niet volgend jaar maar wel op termijn te sterven aan prostaatkanker.

8. European Association of Urology

Professor Hein Van Poppel vertegenwoordigt de European Association of Urology. Vijftien jaar geleden ging hij samen met wijlen Louis Denis de boer op in Vlaanderen om iets aan die situatie te doen maar hij is daar niet in geslaagd. Daarom probeert hij het op Europees niveau. De EAU probeert beleidsmakers, met de steun van de patiëntenorganisaties, ervan te gaan overtuigen dat er iets moet worden gedaan aan dit probleem. Men heeft dat wetenschappelijk onderbouwd en heeft een publicatie gemaakt met aanbevelingen voor de Europese Unie en de Europese Commissie.

9. Wat stelt de EAU voor?

In de eerste plaats moet men mannen informeren over wat het betekent als ze hun PSA laten nemen, wat de consequenties kunnen zijn bij een biopsie, dat er prostaatkanker kan worden gevonden en dat daar dan misschien iets aan wordt gedaan. De man moet dat weten vooraleer hij zijn PSA laat controleren, maar dat moet georganiseerd en 'population based' zijn.

Aan de hand van de uitslag kijkt men wat er het best gebeurt. Als een man tussen 50 en 60 jaar een PSA heeft dat kleiner is dan 1, moet er geen biopsie worden genomen. Die man laat na een aantal jaren zijn PSA opnieuw controleren. Is de PSA hoger dan 3, dan moet er worden nagedacht of die man het risico loopt op een gevaarlijke prostaattumor. Hetzelfde geldt voor mannen tussen 60 en 70 jaar. Bij mannen ouder dan 70 jaar en een PSA lager dan 1, moet men stoppen met PSA-testen. Men zal aldus een aantal PSA-testen uit de kosten van prostaatkanker wegnemen en mensen ontraden om die halfjaarlijkse en jaarlijkse PSA's te laten afnemen.

Een PSA hoger dan 3 hoeft nog niet zoals vroeger meteen tot een biopsie te leiden. Een abnormaal PSA is niet gelijk aan een biopsie. Er zijn risicowijzers om aan de hand van onder andere familiale geschiedenis, ras en grootte van de prostaat, een risicoscore te berekenen. Is er een laag risico, dan volgt er geen biopsie maar wel een klinische follow-up. Alleen bij hoogrisicopatiënten moet er een bijkomend onderzoek worden gedaan. Daarvoor is financiering nodig. De MRI zal de belangrijkste tool zijn om alles wat in het verleden is gedaan, te verbeteren. De MRI zal de PI-RADS-score aangeven. Een score van 1 tot 2 betekent een laag risico en geen tumor. Die man wordt opgevolgd als laag risico. Is de score 4 tot 5 dan heeft de patiënt bijna zeker kanker en volgt een biopsie. Dan krijgt die man een nieuwe risico-evaluatie. Uiteindelijk zal men van de 100 procent mannen die een NMR hebben laten afnemen, wat al een filtering is van de gezonde mannen, ongeveer 25 procent een behandeling moeten aanbieden.

10. Wat zijn de kosten?

Een PSA kost 10 euro maar wordt in België niet terugbetaald tenzij men zwaar familiaal belast is. Een multiparametrische MRI kost 136 euro. Dat zal goedkoper worden omdat de biparametrische NMR maar de helft kost en ook maar de helft van de tijd vraagt. De behandeling kost 10.000 euro.

11. Wat zijn de besparingen?

Er worden veel minder biopsies genomen. Er zullen minder verwickelingen zijn als gevolg van biopsies. Er is minder overdiagnose. Overbehandeling wordt vermeden. Er zijn geen dure behandelingen meer nodig van gevorderde zieken. Er zijn minder sterfgevallen. De mensen kunnen langer aan het werk blijven. Het gaat immers om een grote groep van professioneel actieve mannen. Ten slotte is er een veel betere levenskwaliteit. De spreker benadrukt dat het niet meer is zoals het was. Er is dermate vooruitgang geboekt dat de nadelen die hen altijd aangewreven worden – overbehandeling en overdiagnose – gemakkelijk kunnen worden opgelost.

12. Europese Commissie: Europe's Beating Cancer Plan

Het Europe's Beating Cancer Plan wil kanker in de Europese Unie drastisch verminderen. De spreker vraagt zich af hoe dat moet als men niets onderneemt tegen prostaatkanker, de tweede meest dodelijke kanker voor de man. Hij pleit ervoor om de PSA-test te gebruiken zoals het hoort en opportunistische screening zoals ze vandaag gebeurt, te stoppen. Hij pleit voor het gebruik van de risicowijzers, leeftijdgebonden PSA en MRI. Biopsieer alleen mannen die een significante kanker zouden kunnen hebben. Behandel actief mannen die aan prostaatkanker zouden kunnen sterven en pas actieve opvolging toe bij lage en intermediaire risico's. Dat is meer dan een kwart van de prostaatkankerpatiënten. Daardoor vermindert men de kosten van prostaatkanker. Sterfte daalt en levenskwaliteit stijgt.

Als het Europe's Beating Cancer Plan het echt meent om prostaatkanker te stoppen, dan moeten mannen geïnformeerd worden. Als men niet van prostaatkanker wil sterven, dan is dat mogelijk. Men kan niet voorkomen dat men het krijgt, maar wel dat men eraan doodgaat. Daarvoor moet men het voorgestelde algoritme invoeren. De EAU is niet voor een niet-geïnformeerde massascreening met PSA en biopsie zoals het vroeger gebeurde. Vroege opsporing van prostaatkanker moet toegevoegd worden aan het Europe's Beating Cancer Plan. Dat is de actuele doelstelling van de EAU.

II. Uiteenzetting door prof. dr. Gert De Meerleer, Belgian Guidelines Committee, UZ Leuven

1. Inleiding

Professor *Gert De Meerleer* vindt het een eer om in de commissie de logica zelf te mogen verdedigen. Hij wijst erop dat het woord prostaatkanker niet bestaat omdat het om een heterogene groep van ziektes gaat, variërend van een onschuldige tumor die niet moet worden behandeld tot een zeer dodelijke tumor. Hij spreekt daarom liever over een laag, intermediair of hoog risico op prostaatkanker.

Gert De Meerleers specialiteit zijn urologische tumoren. Door de hoge incidentie van prostaatkanker zijn de grote meerderheid van zijn patiënten prostaatkankerpatiënten. Hij is voorzitter van de Belgian Radiotherapy/Oncology Awareness and Visibility Organization, een organisatie die het belang van radiotherapie bij tal van tumoren wil stimuleren. Hij is ook lid van het College van Oncologie.

2. PSA-testen: evolutie

Op slide 2 is te zien dat er in 2010 een daling was van het aantal PSA-tests. 2010 was immers het jaar dat mensen die tegen PSA-testen zijn, een actieve campagne hebben gevoerd om het uitvoeren van deze test te stoppen. In de laatste jaren is de curve min of meer stabiel gebleven. Tussen 2019 en 2020 is er opnieuw een daling die ongetwijfeld te maken heeft met de coronapandemie.

Mannen met risicofactoren – voornamelijk mannen die in de familie prostaatkanker hebben gekend – mogen nog getest worden, wat vrij frequent gebeurt. Maar zoals professor Hein Van Poppel stelde, zijn er veel mannen zonder risicofactoren die ook kunnen doodgaan aan prostaatkanker. Die groep dreigt men te missen door de actieve anti-PSA-campagnes. Een ander verontrustend gegeven is dat het opvolgen van bekende prostaatkankerpatiënten met PSA sinds de actieve anti-PSA-campagne ongeveer gehalveerd is. Mensen met beperkte uitzaaiingen kunnen nog steeds genezen, maar daarvoor moet men regelmatig een PSA-test kunnen uitvoeren om deze uitzaaiingen tijdig te kunnen opsporen. Dat de overheid heeft beslist dat er maar twee PSA-tests per jaar kunnen gebeuren bij deze patiënten, stemt specialisten ongerust. Hierdoor worden mannen, die door middel van een agressieve aanpak van een metastatische ziekte kans op genezing hebben, immers niet opgespoord.

3. Diagnoses

Het klopt niet dat alleen oude mannen prostaatkanker krijgen. Per jaar worden meer dan drieduizend mannen jonger dan 65 jaar gediagnosticeerd met een prostaatkanker die ertoe doet. Dat zijn er tien per dag.

Er worden momenteel meer diagnoses gesteld – van negenduizend in 2006 tot iets meer dan tienduizend in 2019 – maar desondanks zijn de urologen absoluut niet geneigd om meer operaties uit te voeren. Dat is logisch want laagrisicotumoren en laag- tot intermediairrisicotumoren worden niet meer behandeld. Actieve opvolging is de reden waarom het aantal prostatectomieën niet mee is gestegen met de lichte toename van prostaatkankers over de jaren.

4. Mortaliteit

Helaas is sinds het actief afraden van PSA-testing in 2010 de mortaliteit gestegen van 1400 naar bijna 1600 in 2018. Dat zijn vier tot vijf patiënten per dag die overlijden aan prostaatkanker, van wie de specialisten denken dat ze er één of twee definitief hadden kunnen redden bij vroegere diagnose. De spreker vindt dat voor een topland waar topwetenschap gebeurt triestig. Dat moet en kan veranderen als de adviezen van professor Hein Van Poppel en de EAU worden gevolgd.

5. Multidisciplinair nationaal expertenteam

Op vraag van het College van Oncologie is een multidisciplinair nationaal expertenteam samengesteld. Dat panel heeft al driemaal vergaderd en heeft de EAU-consensus unaniem overgenomen, omdat die zo klaar en duidelijk is en gebaseerd is op topwetenschap: mannen van boven de 50 jaar, mannen van boven de 45 jaar met een historiek van prostaatkanker in de familie, mannen van Afrikaanse origine of dragers van het BRCA2-gen, kunnen worden getest als ze goed worden geïnformeerd. De boodschap is dat sterven aan prostaatkanker kan worden voorkomen. De spreker benadrukt dat doodgaan aan prostaatkanker verschrikkelijk is. Als Vlaanderen dit door niet te testen op PSA niet naar beneden krijgt, faalt het.

De spreker herneemt de stelling van professor Hein Van Poppel dat niet iedereen die een PSA-test krijgt, moet worden behandeld. Door het testen op PSA zal men heel wat mannen kunnen geruststellen omdat ze niet meer hoeven terug te komen. Dat betekent een enorme besparing. Ook de heterogeniteit van de tumoren komt daardoor aan het licht. De gevaarlijke moeten worden opgespoord. Men houdt zich niet meer bezig met 'low risk' en 'low intermediate risk'. Het woord prostaatkanker is een te brede term om dat punt te maken.

6. Het aantal prostatectomieën

Slide 11 toont een stijging van het aantal prostatectomieën, maar zegt niets over het aantal radiotherapie- of brachytherapiepatiënten. Behandeling van prostaatkanker met chirurgie of moderne radiotherapie geeft na tien tot vijftien jaar min of meer dezelfde outcome. Als de toename van prostatectomieën gepaard gaat met een daling van de bestraling of inwendige bestraling, zegt de slide eigenlijk niets. Er moet een nieuwe statistiek komen, waaruit blijkt of er meer behandelingen zijn. De spreker pleit voor multidisciplinaire adviezen. Er mag niet alleen over prostatectomieën gepraat worden want anders schiet men misschien in de eigen voet.

7. Vroegtijdige detectie

Als uit een vroegtijdig detectie blijkt dat een curatieve behandeling nodig is, radicale prostatectomie een uitstekende behandeling. De spreker beklemtoont dat er minder bijwerkingen zijn dan vroeger. Patiënten zijn op maximaal 72 uur thuis en de absolute meerderheid heeft nauwelijks last van incontinentie na een jaar. Moderne radiotherapie is in niets te vergelijken met de radiotherapie van twintig jaar terug. Ernstige bijwerkingen van moderne radiotherapie ziet men bij minder dan 3 procent van de patiënten, als men dat primair kan doen. De spreker onderstreept dat de bijwerkingen van een niet-behandelde lokale tumor die aan het groeien is, altijd veel zwaarder zijn dan die van een behandelde tumor, hetzij met bestraling, hetzij met chirurgie.

Bij een late of te late detectie is nog altijd een curatieve behandeling mogelijk. Die begint vaak met heelkunde, maar dan is de kans dat men nabestraald moet worden hoger, en dan komen er problemen. Bestraling kan aanleiding geven tot bloedplassen, in 10 tot 15 procent van de gevallen, en tot een vernauwing van de nieuwe plasbuis, in ongeveer één op de tien gevallen. Die vervelende bijwerkingen ziet men nauwelijks bij patiënten die vroegtijdig zijn behandeld. Ten derde is er de noodzaak aan hormoontherapie of scheikundige castratie. Dat is een vrij toxische behandeling die de levenskwaliteit enorm doet dalen, en die de maatschappij ook geld kost. Als de arts zegt dat een patiënt pas bij hem moet komen als hij klachten heeft van zijn prostaatkanker, dan veroordeelt die arts hem eigenlijk tot die hormonen.

8. Twee voorbeelden

De spreker illustreert zijn punt aan de hand van een voorbeeld van twee patiënten. Fons laat zich op 58 jaar testen bij de huisarts. Zijn PSA is 1,9. Twee jaar later is dat 2,9 en na vier jaar plots 5,7. Een moderne MRI toont een agressieve tumor en de man krijgt een succesvolle operatie. Daarna wordt hij voor heel lange tijd gevolgd tot zijn 78 jaar. Hij is genezen, zijn PSA blijft ondetecteerbaar en hij omschrijft zijn levenskwaliteit als excellent. Uiteindelijk sterft hij op zijn 80e, na meer dan 22 jaar follow-up, aan een acute hartaanval op het golfterrein.

Zijn overbuur, Frans, heeft een huisarts die vindt dat hij dat allemaal niet moet doen. Frans is tot zijn 63 jaar in perfecte conditie maar een jaar later krijgt hij plasproblemen. Hij heeft een harde prostaat bij rectaal onderzoek en zijn PSA is 57, terwijl het ongeveer 4 zou moeten zijn. Hij blijkt een slechte tumor te hebben. Hij wordt toch geopereerd: de prostaat en de klieren gaan eruit. Op 65 jaar krijgt hij salvagebestraling, de enige kans om de man nog te genezen. Door de castratie blijft de PSA onmeetbaar maar de levenskwaliteit van de man is niet goed. Zo'n 4,5 jaar na de operatie begint de PSA weer op te lopen en vindt men uitzaaiingen in het bot. Hij krijgt het verdict dat hij vanaf dan scheikundig gecastreerd wordt. Hij wordt depressief, zijn moed gaat enorm achteruit en zijn dynamiek valt weg. Vijf jaar later loopt de PSA opnieuw op. Er worden nieuwe uitzaaiingen gevonden en de man krijgt nieuwe hormoontherapie à rato van 3400 euro per maand. Daarna blijft de PSA een tijdje stabiel maar de levenskwaliteit is slecht. Uiteindelijk sterft

hij op dezelfde dag als zijn overbuur in extreme pijn. Hij moet gesedeerd worden en sterft zonder dat hij zijn familie nog herkent.

Het geld dat aan Frans is uitgegeven, om hem op dezelfde dag te laten overlijden als zijn overbuur Fons, die het fantastisch heeft gedaan, loopt in de grootteorde van honderdduizenden euro's. Professor Gert De Meerleer stelt dat dat geld veel beter zou worden gegeven aan Kom op tegen Kanker om het wetenschappelijk onderzoek naar prostaatkanker verder uit te breiden.

9. Overall Mortality Dogma

De kankergeneeskunde raakt er meer en meer van overtuigd dat algemene overleving niet langer voorop moet staan. Het gaat in de eerste plaats over levenskwaliteit. Tegenstanders van vroege PSA-detectie of prostaatkankerdetectie zullen zeggen dat die vroegtijdige detectie niets verandert aan de overleving, maar de spreker zet daar twee vragen tegenover. Wie van de hierboven geschetste patiënten zal enorm veel geld gekost hebben aan de maatschappij? Als men als man moet kiezen, zou men dan het liefst patiënt 1 zijn, die vroegtijdig gediagnosticeerd is, geopereerd is, weinig last heeft gehad, weinig heeft gekost aan de maatschappij en op 80 jaar doodvalt door een hartstilstand op het golfterrein? Of zou men liever patiënt 2 zijn, die nog vier jaar zonder therapie is geweest, maar daarna van de regen in de drop is gesukkeld, om uiteindelijk op dezelfde dag te overlijden, maar in verschrikkelijke pijn?

De spreker benadrukt dat deze voorbeelden niet uit de duim zijn gezogen. Het is de keiharde realiteit waar men in ziekenhuizen elke dag mee wordt geconfronteerd en waar men soms niet van kan slapen omdat patiënten doodgaan aan prostaatkanker, terwijl men weet dat, als ze vroeger waren gekomen, ze genezen hadden kunnen worden en nooit nog problemen van prostaatkanker hadden gehad.

III. Uiteenzetting door André Deschamps, voorzitter Europa Uomo en Wij Ook

1. Inleiding

André Deschamps vertelt hoe patiënten denken over prostaatkanker en de behandelingen die ze krijgen. Hij heeft prostaatkanker overleefd en is een van de gelukkigen die twintig jaar geleden geopereerd is, niet zonder negatieve gevolgen maar wel met een behoorlijke levenskwaliteit. Prostaatkanker is nog altijd een taboe en mannen weten nog vaak niet dat ze een prostaat hebben. De spreker hoort het vaak van patiënten: "Hadden we het maar vroeger geweten dat we aan onze prostaat problemen konden krijgen. Dan hadden we wat anders gedaan."

2. EUPROMS-onderzoek

2.1. Beschrijving

Het EUPROMS-onderzoek is de eerste enquête over de levenskwaliteit bij prostaatkanker door en voor patiënten. Het betreft een enquête van twintig minuten voor mannen die behandeld zijn voor prostaatkanker, beschikbaar in negentien talen, zodat de patiënt het in zijn eigen taal kan vertellen. Daarbij is gebruikgemaakt van gevalideerde vragenlijsten over de kwaliteit van leven zodat er een vergelijking kon plaatsvinden. Uiteraard waren de antwoorden anoniem. Men heeft zo'n drieduizend antwoorden gekregen uit 25 landen. Er zijn in Europa naar schatting 2,5 miljoen prostaatkankerpatiënten, dus een op duizend patiënten heeft de moeite genomen om te antwoorden. In België waren het er 339, wat betekent dat meer

dan 10 procent van de antwoorden uit België kwam. De resultaten van het geheel kunnen zonder meer toegepast worden op Belgische patiënten.

Een blik op het profiel van de respondenten bevestigt wat ook de vorige sprekers al gezegd hebben: het is geen ziekte van oude mannen. De helft van de mannen die geantwoord hebben, zijn gediagnosticeerd voor ze 65 waren. De spreker stipt ook aan dat de respondenten de enquête gemiddeld zes jaar na de diagnose hebben beantwoord. Ook belangrijk om te stipuleren is dat 82 procent van de patiënten nog een partner heeft. Bij de effecten van prostaatkanker wordt immers vastgesteld dat een partner minstens evenveel lijdt als de patiënt.

De meeste respondenten zijn behandeld met chirurgie. Een aantal zijn behandeld met radiotherapie. Er zijn ook resultaten voor degenen die in actieve opvolging zijn, maar niet zoveel als de rest omdat actieve opvolging een techniek is die pas recent gebruikt wordt om niet-significante kankers op te volgen. Bij de gecombineerde behandelingen is er chirurgie gevolgd door bestraling of een hormoonbehandeling, ofwel zijn er patiënten die eerst zijn opgevolgd en later toch een curatieve behandeling hebben ondergaan. Tot slot geeft de spreker nog mee dat de analyse van de data werd uitgevoerd door professor Monique Roobol van de Erasmus Universiteit Rotterdam, omdat zij en haar onderzoekers de koplopers zijn in onderzoek naar prostaatkanker. De resultaten zijn 'peer reviewed' en gepubliceerd in *Urology Focus* van de EAU.

2.2. Resultaten

2.2.1. *Hoe kijken patiënten naar hun levenskwaliteit?*

André Deschamps stipt aan dat 22 procent van de respondenten vindt dat ze een uitstekende levenskwaliteit hebben, maar ook dat 30 procent de levenskwaliteit als slecht beoordeelt. Aangezien 61 procent van de deelnemers aan het onderzoek met chirurgie behandeld zijn, is het niet te verwonderen dat het seksueel functioneren een van de elementen is die het zwaarst getroffen zijn, gevolgd door incontinentie.

2.2.2. *Ongemak, vermoeidheid en slapeloosheid*

Als het gaat over ongemak, vermoeidheid en slapeloosheid komt telkens hetzelfde beeld terug: bij actief opvolgen is er geen of weinig effect. Bij de curatieve behandelingen is het effect klein. Maar bij de latere, palliatieve behandelingen daalt de kwaliteit van leven drastisch, zowel wat betreft ongemak, vermoeidheid als slapeloosheid.

2.2.3. *Geestelijke gezondheid*

Meer dan de helft van de mannen met terugkerende prostaatkanker heeft een slechte geestelijke gezondheid met depressie en gespannenheid. De palliatieve behandelingen hebben zware impact op de mentale gezondheid. Jammer genoeg zijn de partners van die mannen niet bevraagd want daar bestaan geen vragenlijsten voor. Intussen heeft Europa Uomo wel het initiatief genomen om zulke vragenlijsten te maken.

2.2.4. *Seksueel functioneren*

Wat seksueel functioneren en incontinentie betreft, hebben curatieve behandelingen een groot effect. De gemiddelde EPIC-score van mannen zonder prostaatkanker in die leeftijdsgroep is 58. Er is geen effect op de levenskwaliteit. In het geval van een radicale prostatectomie zakt die levenskwaliteit duidelijk. Vooral wanneer men iets te laat is met behandelingen, is er een groot effect op de potentie. Bij bestraling heeft men een nog iets slechtere levenskwaliteit wat het seksuele leven betreft dan bij een radicale prostatectomie.

Voor meer dan de helft van de mannen is het seksueel slecht functioneren een probleem. André Deschamps kaart aan dat patiënten te weinig begeleiding krijgen, bijvoorbeeld over hoe ze na hun ingreep nog seksueel actief kunnen zijn. Na behandeling vinden drie op de vier mannen dat ze niet zoals vroeger seksueel kunnen functioneren. Curatieve behandelingen hebben een negatief effect op hun seksleven. Het is dan ook belangrijk enkel te behandelen wanneer dat nodig is. Wat dat seksueel functioneren betreft, is er een klein verschil tussen opereren en radiotherapie. Slechts 33 procent van de patiënten met prostaatkanker heeft medicatie of een hulpmiddel geprobeerd om hun erectie te verbeteren, en dat vindt André Deschamps een schande. In Zweden is dat 80 procent.

2.2.5. *Urinaire incontinentie*

Het risico op incontinentie is het grootst bij een prostatectomie. Er is een duidelijke verlaging van de levenskwaliteit bij incontinentie. 37 procent van de mannen gebruikt dagelijks een of meer incontinentie pads na de behandeling. Bij de algemene bevolking is dat 5 procent in die leeftijdscategorie. 58 procent van de behandelde mannen ziet lekken en druppelen als een probleem. Patiënten die radiotherapie hebben gehad hebben daar minder problemen mee dan patiënten die een operatie hebben gehad.

2.3. Vergelijking Belgische bevolking

Het kenniscentrum heeft cijfers gepubliceerd van de Belgische populatie over hoe zij leven met mobiliteit en een aantal andere aspecten. Die cijfers zijn vergelijkbaar met de studie van Europa Uomo. Zowel wat mobiliteit, 'self care' als het uitvoeren van 'usual activities' betreft, is er na een curatieve behandeling ongeveer een gelijke tred met de algemene Belgische bevolking. Bij palliatieve behandeling wordt op al die aspecten lager gescoord. Hetzelfde geldt voor de aspecten angst en depressie.

2.4. Conclusie

De meest voor de hand liggende conclusie is dat actief opvolgen moet worden overwogen als eerste behandeling om verzekerd te zijn van de beste levenskwaliteit. Actief opvolgen beschermt de levenskwaliteit van de man. Bij behandeling gebeurt dat in mindere mate. Een andere conclusie is het belang van vroegdetectie. Verder zijn er kankercentra nodig met multidisciplinaire teams, met het oog op de juiste behandeling en de nodige nazorg.

André Deschamps sluit af met een motie op slide 43 die zijn patiëntenvereniging heeft gemaakt en waarmee zij ondersteunt wat wetenschappers zeggen, namelijk dat vroegdetectie belangrijk is. Niets doen, besluit André Deschamps, is geen optie.

IV. Uiteenzetting door prof. dr. Bettina Blaumeiser, voorzitter Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek, UZ Antwerpen

1. Wat is screening?

Professor *Bettina Blaumeiser* verduidelijkt aan welk wetenschappelijk kader de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek screeningsinitiatieven toetst. Screening is het testen van een blijkbaar gezonde populatie om een niet-gediagnosticeerde ziekte te identificeren, en streeft naar de detectie van ziekte voor deze symptomatisch wordt. Een belangrijk aspect daarbij is preventie. Bij screenen wordt een doelgroep door een zeef gehaald om die personen op te vangen die op basis van het resultaat van de screeningstest een hoger risico hebben om de ziekte die wordt opgespoord te hebben. Een screeningstest is nooit honderd procent accuraat. Bij wie een

afwijkend screeningsresultaat laat optekenen, moet een diagnose bevestigen of hij/zij de ziekte heeft en in welk stadium die ziekte zich bevindt.

2. Het doel van screening

Het doel kan zijn de mortaliteit te verlagen door vroege detectie en behandeling, de incidentie te verlagen door identificatie en behandeling van voorloperstadia (geen kanker), de ernst van de ziekte te verminderen of de behandelopties te vergroten door identificatie in een vroeg stadium wanneer er meer opties zijn.

Het doel is het voorkomen van onherstelbare gezondheidsschade. Wat kanker-screening betreft, zijn de bevolkingsonderzoeken, georganiseerd door de Vlaamse overheid: borstkanker, baarmoederhalskanker en darmkanker. Er is de neonatale screening waarbij bij pasgeborenen een aantal aangeboren afwijkingen worden opgespoord of een screening voor de resusfactor in het bloed tijdens de zwangerschap. Het kan ook de bedoeling zijn om de keuzemogelijkheden te vergroten. Het gaat dan bijvoorbeeld over prenatale screening voor onder meer het downsyndroom.

3. Screeningsprincipes

De werkgroep baseert zich op de screeningscriteria die in 1968 zijn uitgewerkt, en in 2008 zijn herzien en aangepast door de WHO. Bettina Blaumeiser overloopt de criteria. Er moet een belangrijk gezondheidsprobleem zijn, er moet een aanvaardbare behandeling bestaan voor de ziekte, er zijn voldoende voorzieningen nodig voor diagnose en behandeling, er moet een latent of vroeg symptomatisch stadium van de ziekte zijn, en er moet een goede opsporingmethode bestaan die aanvaardbaar is voor de bevolking. Verder moet men het verloop van de ziekte kennen, weten hoe die evolueert in de tijd en moet men het absoluut eens zijn over wie wordt behandeld. De daarmee verbonden kosten moeten in verhouding zijn met het volledige concept van de gezondheidszorg en eens de screening start, moet dit een continu proces en geen eenmalig project zijn.

De aanvullende criteria van de WHO zijn dat het screeningsprogramma moet inspelen op een erkende behoefte, dat het doel en de doelgroep duidelijk geïdentificeerd moeten zijn, dat de effectiviteit wetenschappelijk is bewezen, en dat het programma een volledig en sluitend geheel moet zijn van opleiding, scholing en programmamanagement. De kwaliteit van dat programma moet getoetst zijn en de risico's moeten geminimaliseerd zijn. Personen uit de doelgroep moeten een geïnformeerde keuze kunnen maken. Een ander belangrijk aspect is de toegankelijkheid voor de hele doelgroep. Tot slot moet het programma vanaf het begin worden geëvalueerd en moeten de voordelen opwegen tegen de nadelen. De werkgroep kijkt naar de ziekte, de doelgroep, de screeningstest, de diagnose, de behandeling en de kosten in de ruime zin van het woord die daarmee verbonden zijn.

4. Bevolkingsonderzoek

Wanneer men begint aan een georganiseerd screeningsprogramma voor een doelgroep, spreekt men in Vlaanderen van een bevolkingsonderzoek: in dat geval wordt een volledige doelgroep blootgesteld aan de mogelijke nadelen van de screening. Slechts enkele personen zullen daarvan echter de voordelen ondervinden. Voor men een bevolkingsonderzoek organiseert, moet men zeker zijn dat de voordelen opwegen tegen de nadelen op niveau van de hele doelgroep.

De vraag die de werkgroep stelt, is of iedereen uit de doelgroep goed geïnformeerd is over alle voor- en nadelen, of het gekozen screeningsinstrument het juiste is en er geen andere zinnellere aanpak is dan screenen, of de doelgroep welomschreven en juist gekozen is, of de kosten van de screening en eventuele diagnose

welomschreven en maatschappelijk aanvaard zijn, of alle relevante partners betrokken zijn bij de organisatie, en of er een registratiemogelijkheid is.

De Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek bestaat uit 25 deskundigen en heeft als taak de kwaliteit van bevolkingsonderzoeken of screenings te verhogen, en burgers te beschermen tegen zinloze of schadelijke screenings of onderzoeken. Via een geformaliseerde aanvraag wordt gekeken naar de eerder genoemde criteria.

5. Conclusie

Bettina Blaumeiser heeft een aantal vragen bij de conceptnota. Is het doel van de prostaatkankerscreening het verlagen van mortaliteit, incidentie of ernst? Wat is precies het screeningsinstrument en wat met de risicostratificatie? Staan de kosten en maatschappelijke aanvaarding vast? Wegen de voordelen op tegen de nadelen? Het antwoord daarop kan volgens de spreker worden gegeven via een geformaliseerde studie van het KCE.

V. Uiteenzetting door dr. Vera Nelen, lid wetenschappelijk comité European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer

Vera Nelen geeft een overzicht van de pro's en contra's van prostaatkankerscreening, gebaseerd op de ERSPC-studie, de Europese prostaatkankerstudie, waar zij als Antwerpse onderzoekspartner met tienduizend mannen aan deelneemt.

1. Pro's

De belangrijkste pro is dat er wel degelijk een effect is op de prostaatkankersterfte. Zo is er een sterftedaling van 21 procent in de onderzoeksgroep ten opzichte van de controlegroep op basis van de PSA-bloedtest bij mannen van 55 tot 69 jaar. In de groep van werkelijk gescreende mannen is er een daling van de sterfte door prostaat-kanker van 29 procent. De relatieve sterfte tussen de gescreende en niet-gescreende groep blijft constant rond 20 à 21 procent. Naast de relatieve sterftereductie zijn er ook minder metastasen. Ook het percentage mannen dat lijdt aan geavanceerde ziekte, is met 30 tot 40 procent gedaald. Dat is een duidelijk voordeel van prostaat-kankerscreening.

2. Contra's

De contra's zijn vooral het effect op de levenskwaliteit als gevolg van overdiagnose en overbehandeling. De PSA-test die wordt gebruikt als screeningsinstrument, is niet specifiek voor prostaat-kanker. Ook bij goedaardige vergrotingen van de prostaat en bij prostatitis is de PSA verhoogd. Na een verhoogde PSA-test zal de eerste uitdaging zijn om te ontdekken of het al dan niet om prostaat-kanker gaat. Die bevestiging van prostaat-kanker gebeurt met een biopsie. Dat is een meer invasief onderzoek en bijgevolg is het belangrijk om mannen met een verhoogde PSA in te delen in mannen met meer kans en mannen met weinig kans op prostaat-kanker, en de biopsie enkel te doen bij mannen met de grootste kans op prostaat-kanker door middel van risicostratificatie.

Een ander aspect is dat prostaat-kanker niet altijd agressief is. Vaak gaat het om een milde, gelokaliseerde prostaat-kanker met een zeer gunstige prognose. Hoe ouder de mannen zijn, hoe vaker deze kanker voorkomt. Wanneer prostaat-kanker wordt bevestigd met een biopsie, dan blijkt niet altijd uit de diagnose of het een latente of agressieve kanker is. Het feit dat er meer kankers dan enkel de agressieve worden ontdekt, is ook een nadeel van de vroegopsporing. Een nog groter nadeel

ontstaat wanneer die niet-agressieve kankers ook worden behandeld, vanwege de mogelijke nevenwerkingen van de behandeling.

Er zijn oplossingen voor overdiagnose en overbehandeling, met name risicoanalyse: met bijkomende onderzoeken nagaan bij welke mannen de kanker wellicht zal evolueren en enkel die mannen behandelen die een behandeling nodig hebben. Mannen met een laag risico kunnen worden opgevolgd en hoeven niet (onmiddellijk) behandeld te worden.

Uit een becijfering van de nadelen door de ERSPC-studiegroep blijkt dat de door een lagere sterfte gewonnen levensjaren moeten worden verminderd met 23 procent wanneer er een correctie is voor de levenskwaliteit. Wanneer duizend mannen worden gescreend tussen 55 en 69 jaar, en voor de rest van hun leven worden opgevolgd, dan zullen negen prostaatkankerdoden vermeden zijn, zullen 73 jaren gewonnen zijn over de levensduur van die duizend mannen maar zullen ook 45 extra diagnoses van prostaatkanker zijn gesteld, zullen meer dan duizend levensjaren die vrij hadden kunnen zijn van prostaatkanker verloren zijn en zullen de 73 gewonnen levensjaren met 23 procent verminderen als correctie voor de effecten op de levenskwaliteit. Bijgevolg blijven er slechts 56 over.

Wanneer een risicoanalyse wordt toegepast, kan dat nadeel van de levenskwaliteit worden opgelost. Wanneer het protocol wordt verbeterd door rekening te houden met de risico's, dan kan het effect op de levenskwaliteit worden tenietgedaan.

Vera Nelen wijst er ook op dat bij een screening niet wordt vertrokken van een situatie nul. In de publicatie is een analyse gemaakt over de invloed op de levenskwaliteit bij de huidige opportunistische screening, weliswaar in de Amerikaanse context. Van de gewonnen levensjaren als gevolg van de screening, gaat driekwart verloren door lagere levenskwaliteit.

3. Besluit

Een belangrijk element pro bevolkingsonderzoek is een reductie van de sterfte. Maar er zijn ook argumenten contra. Een daarvan is dat de PSA-test niet specifiek is. Daarnaast zullen de voordelen als gevolg van een lagere sterfte worden gereduceerd door in te moeten boeten op levenskwaliteit wanneer geen oplossing wordt gevonden voor onnodige biopsies, overdiagnose, overbehandeling en nevenwerkingen ervan. Een oplossing daarvoor zijn de risicocalculators die volop worden onderzocht.

VI. Uiteenzetting door Ann Gils, directeur Preventie en Vroegopsporing, Kom op tegen Kanker

1. Prostaatkanker: een belangrijk gezondheidsprobleem

Ann Gils zegt dat Kom op tegen Kanker meer aandacht wil schenken aan preventie en vroegopsporing. Daartoe wordt in 2022 een afzonderlijke afdeling opgericht, waarvan zij directeur wordt.

Prostaatkanker is een belangrijk gezondheidsprobleem. Het aantal diagnoses in België ligt zeer hoog: meer dan tienduizend diagnoses in 2019 waarvan de meeste in stadium 1 tot 3 worden gediagnosticeerd. De laatste vijf jaar blijft de hoeveelheid in stadium 4 gediagnosticeerde gevallen ongeveer 15 procent, eerder was dat 10 procent. Er is ook een aanzienlijke mortaliteit. Tussen 2009 en 2018 waren er ongeveer 1500 sterftegevallen per jaar als gevolg van prostaatkanker.

2. Risicofactoren

Er zijn een aantal risicofactoren waaronder leeftijd, etnische afkomst, familie-geschiedenis en andere minder gekende risicofactoren. De kans om prostaatkanker te krijgen is verschillend per man.

3. Symptomen en PSA-meting

De symptomen zijn niet altijd specifiek voor prostaatkanker, soms zijn er ook geen symptomen. Daarvoor is er momenteel de PSA-test als screeningstool die is gebruikt in een grote Europese studie die over negentien jaar is geëvalueerd. Daaruit blijkt een mortaliteitsreductie van 20 procent waarbij sommige landen het veel beter doen dan andere. Zo kennen Nederland en Zweden een reductie van 50 procent.

4. Prostaatkankerscreening: voor- en nadelen

Kom op tegen Kanker vindt dat voor- en nadelen goed moeten worden bekeken. Een vroege diagnose leidt tot een grotere kans op genezing, lagere mortaliteit, een minder agressieve behandeling en minder bijwerkingen. De nadelen zijn overdiagnose en overbehandeling die kunnen leiden tot bijwerkingen en (on)gerustheid.

In juni 2021 is Kom op tegen Kanker een meldcampagne gestart 'Durf te vertellen!' waarin aan de patiënt wordt gevraagd of die met zijn/haar hulpverlener kan praten over seksualiteit en kanker. De seksualiteit van veel kankerpatiënten lijdt onder hun behandeling. Er zijn al ongeveer vijfhonderd meldingen waaronder 45 van prostaatkankerpatiënten. Hun meest voorkomende klachten zijn impotentie en incontinentie. Na een gesprek met hun hulpverlener hebben sommigen medicatie gekregen om daaraan te verhelpen.

5. Aanbevelingen in de conceptnota en visie van Kom op tegen Kanker

Een eerste aanbeveling is dat er een informatie- en sensibiliseringscampagne komt over prostaatkanker vanaf 45 tot 50 jaar. Het is belangrijk dat mannen goed worden geïnformeerd over voor- en nadelen zodat zij zelf een goede afweging kunnen maken. Als screening wordt ingevoerd als een bevolkingsonderzoek, is het nodig om goed te informeren en grootschalig te sensibiliseren. Daar ligt vooral een rol voor de huisarts.

Wat de invoering betreft van prostaatkankerscreening als een van de volgende bevolkingsonderzoeken, vindt Kom op tegen Kanker de huidige strategie (PSA-test en echografie) niet optimaal. Ze zijn echter hoopvol over nieuwe technologieën en strategieën die de balans tussen voor- en nadelen in evenwicht zullen brengen. Het voornaamste probleem is dat dit moet worden onderzocht: er wordt een screeningsprotocol voorgesteld dat aannemelijk lijkt maar de argumenten verwijzen vooral naar de ERSPC-studie waarin dit algoritme niet wordt gebruikt. Dit moet eerst gevalideerd worden, pas dan zal Kom op tegen Kanker de voordelen hoger kunnen inschatten dan de potentiële nadelen.

Een andere aanbeveling is prostaatkanker opnemen als gezondheidsdoelstelling. Wanneer er een aanbeveling voor prostaatkankerscreening op populatieniveau komt vanuit de EU kan men overwegen om prostaatkanker in de gezondheidsdoelstelling op te nemen.

Verder is er overleg nodig met de federale overheid over de terugbetaling en uitwerking van het vervolgtraject. Een screening kan enkel resultaat hebben wanneer ook het vervolgtraject goed wordt uitgewerkt. De bedoeling is overdiagnose zo laag mogelijk te houden, overbehandeling te beperken, toegankelijkheid voor alle mannen te garanderen en psychologische ondersteuning te bieden, en dit vanaf de diagnose

tot en met het natraject. Die bezorgdheden hoort men vaak via de Kankerlijn. De diagnose kanker heeft immers een enorme impact.

6. Conclusie

Informatie is altijd belangrijk. Een goed geïnformeerde burger zal altijd een verstandige keuze maken, wat het veiliger maakt voor patiënt en arts. Het bevolkingsonderzoek stemt Ann Gils hoopvol. De nieuwe technologieën, de MRI en de actieve opvolging zijn zeer welkom. Europa is volop bezig met de gezondheidsdoelstelling. Er moet voldoende aandacht gaan naar het vervolgtraject, niet alleen naar de diagnose en behandeling. De spreker hoopt dat de toegankelijkheid en de psychologische ondersteuning deze keer voor iedereen gelden.

VII. Uiteenzetting door Iris De Schutter, afdelingshoofd afdeling Preventie, Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid

1. Inhoud

Iris De Schutter staat eerst stil bij de basisprincipes die het agentschap steeds aanhoudt wanneer het beleidsbeslissingen neemt in het kader van de volksgezondheid en meer bepaald de preventieve gezondheidszorg. Daarna gaat zij over naar het kader waarin het agentschap beslissingen neemt of overwegingen maakt bij het organiseren van een bevolkingsonderzoek, om dan stil te staan bij de voorstellen in de conceptnota.

2. Basisprincipes

2.1. Gezondheidswinst op populatieniveau

Met het preventieve gezondheidsbeleid streeft het agentschap naar gezondheidswinst op het brede populatieniveau. Het gaat daarbij steeds uit van het collectieve nut en voordeel. Dat kan voor de hele bevolking zijn of voor deelgroepen. Het screenen bijvoorbeeld geldt voor grote groepen zonder symptomen of klachten, en die evenmin een vraag naar interventie stellen.

In een screeningsprogramma of een bevolkingsonderzoek doet het agentschap systematisch een aanbod, niet vraaggestuurd maar aangeboden aan die bevolkingsgroep. Dit staat in tegenstelling tot het perspectief dat de eerste sprekers goed verwoord hebben vanuit de ervaring van patiënt en clinicus: een individuele benadering en ervaring waarbij een arts geconfronteerd wordt met een individueel probleem of een individuele vraag. De screening die daarbij gebeurt, noemt men opportunistische screening. De vertrekbasis is anders want er is een vraag. Men doet een risicoafweging op basis van het klachtenpatroon van de patiënt.

Het agentschap streeft naar gezondheidswinst. Het weegt de voor- en nadelen nauwgezet af voor die hele doelgroep. Het agentschap kijkt niet alleen naar de voor- en nadelen voor een bepaalde deelgroep, bijvoorbeeld degenen die een positieve diagnose krijgen, het kijkt ook breed naar de voor- en nadelen voor degenen met een negatieve screeningstest of zelfs voor degenen die niet gescreend worden.

Het preventieve gezondheidszorgbeleid hanteert bij beleidsinitiatieven altijd een trapsgewijze aanpak. Het agentschap neemt de minst ingrijpende initiatieven met de grootste gezondheidswinst. Er zijn verschillende mogelijkheden. Preventie kan bogen op gezondheidsbescherming waarbij men kan ingrijpen op externe factoren die de gezondheid kunnen beïnvloeden. Men kan ook gezondheidsbevorderend ingrijpen. Dan gaat men vooral positieve determinanten voor gezondheid benadrukken en zoveel mogelijk stimuleren, bijvoorbeeld een gezonde levensstijl. De derde

mogelijkheid zijn initiatieven inzake ziektepreventie: vaccinatie en bevolkingsonderzoek. Het spreekt voor zich dat men trapsgewijs omgaat met deze middelen. Ze worden gepast ingezet. Zo zet men bijvoorbeeld bevolkingsonderzoek pas in als men weet dat andere zaken zoals gezondheidsbevordering en bewustmaking onvoldoende gezondheidswinst zullen opleveren en als er bovendien evidentie is dat het organiseren van een systematische screening of bevolkingsonderzoek zal leiden tot de beoogde gezondheidswinst in de doelgroep.

2.2. Bevolkingsonderzoek is meer dan alleen screenen

Het tweede basisprincipe houdt in dat een bevolkingsonderzoek veel meer is dan het screeningsalgoritme. In de vorige toelichtingen is veel gezegd over dat screeningsinstrument en wat er volgt bij een positief screeningsresultaat. Dit is natuurlijk zeer belangrijk, maar bevolkingsonderzoek omvat een keten van stappen die elk op een kwalitatieve manier moeten gebeuren. Voor elke stap moeten de voor- en nadelen voor de doelgroep worden afgewogen.

De keten begint bij informeren en sensibiliseren. Wie deelneemt aan een bevolkingsonderzoek moet dat kunnen op basis van een geïnformeerde keuze en goed weten wat de voor- en nadelen van screenen kunnen zijn. Het gaat over het uitnodigen van de doelgroep waarbij toegankelijkheid komt kijken, bijvoorbeeld voor minder bereikbare groepen. Het gaat van staalafname, over screeningsinstrument, tot de resultaatsmededeling en de gepaste opvolging van alle uitkomsten, ook bij een negatief resultaat en bij een traag evoluerende ziekte. Voor elk van die stappen en resultaten is het mogelijk om de voor- en nadelen af te wegen. Tot slot moeten de voor- en nadelen over de hele keten worden bekeken en voor heel de doelgroep.

Registratie over heel de keten is belangrijk om nadien de kwaliteit te kunnen evalueren, en na te gaan of de beoogde gezondheidswinst en -doelen behaald zijn. Als dat niet zo is, is er een probleem en moet het screeningsprogramma worden aangepast of gestopt. Natuurlijk moet er een degelijke kwaliteitsbewaking gebeuren over de hele keten.

2.3. Doelmatigheid

Iris De Schutter wijst op de gedeelde bevoegdheid bij het garanderen van kwaliteit in alle stappen van een bevolkingsonderzoek. Het organiseren van een screeningsprogramma is een bevoegdheid van de gemeenschappen, terwijl het opvolgingstraject, de diagnose en behandeling federale bevoegdheden zijn. Dit betekent dat men afspraken moet maken met andere overheden, en dat het niet zinvol is of zelfs verkeerd zou zijn om stappen te zetten in de systematische screening als men niet zeker is dat de vervolgstappen kwalitatief en kwantitatief mogelijk en toegankelijk zijn voor iedereen. De hele keten moet gegarandeerd zijn.

3. Hoe beslissen over bevolkingsonderzoek?

De Vlaamse regelgeving biedt een goed kader om beslissingen over het bevolkingsonderzoek op te baseren. Artikel 68 van het Preventiedecreet van 21 november 2003 stelt dat er initiatieven genomen kunnen worden op het vlak van kankerpreventie, waaronder vroegdetectie of systematische screening. Het Preventiedecreet voorziet in artikel 31 in een kader en in kwaliteitsvoorwaarden waarin de Vlaamse overheid een bevolkingsonderzoek kan organiseren. Dat staat meer uitgewerkt in een uitvoeringsbesluit van de Vlaamse Regering met meer gedetailleerde bepalingen voor het toepassingsgebied, de toestemming voor bevolkingsonderzoek door derden en de manier van organiseren van bevolkingsonderzoek door de overheid zelf. Op basis van dat kader kan de overheid werken met een vaste procedure waarin een minimum aan vereisten worden gesteld. Binnen dit kader doet de werkgroep

Bevolkingsonderzoeken haar werk omdat haar advies noodzakelijk is bij de overweging om al dan niet over te gaan tot de organisatie van een bevolkingsonderzoek.

Het beleidskader stelt dat de beoogde gezondheidswinst van een bevolkingsonderzoek bij de doelgroep wetenschappelijk onderbouwd moet zijn. Eerdere sprekers hebben al aangehaald dat een Europese richtlijn hulp zou bieden. Er is vooral nood aan wetenschappelijke evidentie van prospectieve studies die ook in de Vlaamse context hun toepassing hebben bewezen. Het is niet voldoende om een screeningsinstrument geëvalueerd te zien. Dat is slechts een onderdeel. De gezondheidswinst bij doorlopen van de hele keten van bevolkingsonderzoek moet wetenschappelijk aangetoond zijn.

De onderbouwing van de doelmatigheid is even belangrijk. Een typische manier om de doelmatigheid in de Vlaamse context te onderbouwen is door middel van een gezondheidseconomische studie van bijvoorbeeld het KCE die alle aspecten van de keten van bevolkingsonderzoek mee in rekening neemt.

Daarnaast bepaalt de regelgeving over bevolkingsonderzoek dat de toegankelijkheid voor iedereen in de doelgroep gegarandeerd moet zijn. Deze toegankelijkheid gaat evident over betaalbaarheid, maar ook over de capaciteit voor de uitvoering van alle stappen in de keten van bevolkingsonderzoek. Zijn er voldoende mogelijkheden om diagnostiek te doen? Kan dat tijdig of kost dat veel tijd omdat er onvoldoende instrumenten en mensen zijn die dat kunnen garanderen? Toegankelijkheid gaat ook over de drempel die mensen ondervinden om aan de screening deel te nemen. Een hoge drempel kan bijvoorbeeld aan de staalafname liggen of aan een psychologisch aspect. De drempel moet voor iedereen zo laag mogelijk liggen.

Ten slotte is een advies van de werkgroep Bevolkingsonderzoeken een noodzakelijke voorwaarde. De werkgroep zal op basis van criteria, bepaald in de regelgeving over bevolkingsonderzoek, de voor- en nadelen van de hele keten voor de doelgroep afwegen. Naast de specifieke zaken voor bevolkingsonderzoek, zoals bepaald in het uitvoeringsbesluit, moet men in de context van een preventief gezondheidsbeleid ruimer kijken naar de prioriteiten van het beleid en de beschikbare budgetten.

Bij de begrotingsopmaak bedroeg het preventiebudget voor 2021 ongeveer 72 miljoen euro. Iets meer dan de helft van het budget wordt besteed aan de preventie van chronische niet-infectieuze aandoeningen. De bevolking wordt steeds ouder en het percentage dat geconfronteerd wordt met meerdere chronische pathologieën tegelijk neemt toe. Het is belangrijk om prioritair op die zaken in te zetten. Dit neemt al een grote hap uit het budget.

Iets minder dan de helft van het preventiebudget gaat naar ziektepreventie in het kader van infectieziektebestrijding en vaccinatie. Er is slechts een zeer beperkt budget voor milieugezondheidszorg terwijl ook daar grote uitdagingen liggen. Dat is vandaag het geval en dat blijft zo in de toekomst.

Het preventiebudget staat onder druk en men moet goed nadenken over de besteding van de middelen. De bevolkingsonderzoeken nemen intussen al 29 procent in van het budget voor preventie van chronische, niet-infectieuze aandoeningen. De kosten voor de onderzoeken worden gedeeld met de federale overheid. Bij elk nieuw bevolkingsonderzoek moeten met de federale overheid afspraken worden gemaakt. Het is niet gegarandeerd dat vroegere afspraken opnieuw zullen gelden.

4. Vragen bij de conceptnota

De conceptnota wil een informatie- en sensibilisatiecampagne organiseren om een draagvlak voor vroegtijdige detectie te creëren. Vanuit de trapsgewijze benadering

bedenkt het agentschap dat vooraleer een draagvlak voor vroegdetectie te creëren er zekerheid moet zijn dat vroegdetectie de beoogde gezondheidswinst oplevert en dat er gevolg kan worden gegeven aan de vraag die zal ontstaan na het verstrekken van informatie. Informeren leidt tot vragen, eventueel naar vroegdetectie, terwijl niemand zeker is van een kwalitatief aanbod dat gezondheidswinst oplevert voor die doelgroep. Deze vraag moet worden beantwoord alvorens informatie- en sensibilisatiecampagnes te organiseren.

De conceptnota wil een vroegdetectieprogramma voor prostaatkanker ontwikkelen om de sterfte significant terug te dringen en het verlies aan levenskwaliteit te vermijden. Iris De Schutter verwijst naar de vorige sprekers. Er zijn nog heel wat vragen bij het voorstel, het screeningsinstrument en de hele keten van bevolkingsonderzoek. Wordt de beoogde gezondheidswinst behaald? Weegt die voldoende op tegen de nadelen voor de deelnemers? Het is nog te vroeg om te beslissen. Eenmaal deze voorwaarden vervuld zijn, moet men nadenken over de middelen om dit te organiseren. Is dit een prioriteit voor het preventieve gezondheidsbeleid?

De derde en vierde aanbeveling gaan over het opnemen van prostaatkankerscreening in de gezondheidsdoelstelling over bevolkingsonderzoeken naar kanker en overleg met de federale overheid over onder meer de terugbetaling van de test en de uitwerking van het vervolgtraject. Opnieuw geldt de voorwaarde dat men er eerst van overtuigd moet zijn en bewijs moet hebben dat het bevolkingsonderzoek tot de beoogde gezondheidswinst leidt en een prioriteit is voor het preventieve gezondheidsbeleid. Deze aanbevelingen kloppen indien alle voorwaarden om te voldoen aan een bevolkingsonderzoek vervuld zijn.

5. Besluit

Iris De Schutter concludeert dat er een grondiger onderbouwing en meer wetenschappelijke evidentie nodig is om te bepalen of een bevolkingsonderzoek naar prostaatkanker op een kwalitatieve manier kan worden gevoerd in Vlaanderen waarbij men gezondheidswinst op populatieniveau bereikt.

VIII. Vragen van de commissieleden

1. Vragen van Freya Saeys

Freya Saeys merkt op dat er niet is vergeleken met andere screenings die momenteel al gebeuren. Hoe verhoudt de screening op prostaatkanker zich tot andere screenings op het vlak van 'numbers needed to treat' en 'numbers needed to screen'? Bestaat de georganiseerde screening van prostaatkanker al in andere landen? Hoe reageert professor Hein Van Poppel op de vragen van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid naar duidelijkheid over de gezondheidswinst?

Er zijn nadelen opgesomd wat betreft overdiagnose en -behandeling. Er is duidelijk aangegeven dat daar oplossingen voor bestaan. Als Vlaanderen een screening organiseert, is het belangrijk om de huisartsen te betrekken om patiënten zo goed mogelijk te informeren. Hoe gaat men hen overtuigen van het belang ervan? Hoe pakt men dat het beste aan? Zijn er buitenlandse voorbeelden?

De risicostratificatie is duidelijk uitgelegd. Een biopsie en behandeling kunnen daardoor worden uitgespaard. Vroeger zou men die patiënten wel behandelen.

Dokter Vera Nelen sprak over de afname van de levenskwaliteit en de studie daar rond. Dat ging specifiek over prostaatkanker. Heeft zij die studie ook voor andere kankers? De afname van levenskwaliteit is immers universeel.

De kosten van een vergevorderde prostaatkanker zijn opgesomd. Houdt het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid daar rekening mee? Iris De Schutter sprak over de kosten voor de screening maar de maatschappelijke kosten van vergevorderde kankers moet men ook meenemen.

Iris De Schutter schetste het traject van een screening. Hoe ziet zij de screening naar prostaatkanker versus de screening naar dikkedarmkanker? De stoelgangtest is weinig specifiek. Als er een positief resultaat is, moet er een coloscopie worden gedaan. Die is invasief en belast de ziekenhuizen serieus. Er is ook overbehandeling. Poliepen zijn vaak traaggroeiend en evolueren niet noodzakelijk naar dikkedarmkanker.

2. Vragen van Maaïke De Rudder

Maaïke De Rudder merkt ten aanzien van professor Hein Van Poppel op dat bij een laag risico wordt overgegaan op opvolging en bij een hoog risico op MRI-onderzoeken. Dankzij MRI-onderzoeken moeten minder patiënten overgaan op biopsie en behandeling. Ze moeten worden opgevolgd. Wat gebeurt er verder met die groep? Hoeveel procent zal uiteindelijk toch moeten overgaan tot een biopsie? Hoeveel procent komt daar terecht na een follow-up, na opnieuw PSA-testen en MRI-onderzoeken? De volgorde die wordt gehanteerd is eerst de PSA-test en daarna de MRI. Hoeveel mannen ondergaan dit op jaarbasis?

Professor Gert De Meerleer verwees naar de risicoanalyse die de patiënten moeten invullen. Op basis daarvan moeten de afwijkende PSA-waarden worden opgevolgd. Kan die visie worden omgekeerd? Kan de PSA-test enkel worden afgenomen bij mannen die in aanmerking komen op basis van de risicoanalyse?

De rol van huisartsen en specialisten is belangrijk. Er zijn veel regionale verschillen. Een groep urologen in Brugge stimuleerde recent nog de afname van PSA-tests, wat uit de cijfers duidelijk naar voren kwam. Huisartsen zijn over het algemeen terughoudend in het afnemen van PSA-tests. Hoe ziet de professor de regionale verschillen? Hoe kan de afstemming beter?

De vroegdetectie is zeker bij risicopatiënten belangrijk. Zijn huisartsen voldoende geïnformeerd over de vraag wanneer de testen afgenomen moeten worden? Het is door de sprekers aangegeven: de informatiedoorstroming is ontzettend belangrijk. Is dat op het terrein merkbaar? Is er voldoende informatie beschikbaar?

De multidisciplinaire overlegmomenten zijn belangrijk. Worden de huisartsen daar al genoeg bij betrokken? De betrokkenheid is misschien ondermaats waardoor de informatiedoorstroming tekortschiet. Dat is een vicieuze cirkel die versterkt kan worden aangepakt.

De multidisciplinaire aanpak telt verschillende stappen: op de PSA-test volgt een MRI en daarna de inspraak van de patiënt. Er is een beslissingskader over het behandelingstraject dat het best gevolgd kan worden. Dat is redelijk complex. Maar de multidisciplinaire aanpak wordt bepleit vanaf de behandeling. Is het zinvol om die vroeger in het proces te laten starten? Gebeurt dat al?

Kom op tegen Kanker haalt het thema seksualiteit aan. Het is nog steeds een onderschat probleem. Het krijgt te weinig aandacht. Dat geldt voor alle kankers. Seksualiteit moet in elk proces worden meegenomen. Maaïke De Rudder hoopt dat er begin 2022 een stappenplan voorligt en dat het Vlaams Parlement dat ook krijgt. Zij wil mee nadenken over de focus. De zorg focust nog te veel op de medische nazorg in plaats van ook dergelijke aspecten mee te nemen. Kan men dat bevestigen?

3. Vragen van Freya Van den Bossche

Freya Van den Bossche merkt op dat er is gesproken over het actief afraden van de PSA-testen waardoor er per dag vier à vijf mensen meer sterven. Welke aanpassingen zou men willen terugdraaien of introduceren om die vermijdbare verliezen te voorkomen?

Heel opvallend is de verschillende aanpak van preventie en vroegdetectie naargelang het soort kanker. Heeft dat volgens de sprekers te maken met de stand van de wetenschap, patiëntenaantallen of gelobby? Blijkbaar moet men hard zijn best doen om de beleidsmakers warm te maken voor de aanpak van prostaatkanker. Heeft dat met toeval te maken? Zit er een visie achter?

Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid laat weten dat het een beperkt budget heeft en dat er al veel naar vroegdetectie gaat. *Freya Van den Bossche* begrijpt dat maar dat is voor haar geen reden om ermee te stoppen. Het Vlaamse preventie-budget is aan de lage kant, maar dat mag geen reden zijn om niet na te denken over de toekomst.

Het agentschap twijfelt aan het nut van de voorgestelde initiatieven. Het vraagt zich af of een informatiecampagne werkt. In de gezondheidspsychologie is er veel onderzoek naar welke campagnes activerend werken. Uit onderzoek in Duitsland blijkt dat een babbel met de huisarts het meeste oplevert. Nog een mogelijkheid is de risicopatiënten persoonlijk aanschrijven. Wat is volgens het agentschap de beste manier om mensen te informeren?

Het agentschap stelt de vraag naar gezondheidswinst bij systematische vroegdetectie van een brede of smalle groep van risicopatiënten. Wat denken de experts daarvan? Hoe doet men dat het best?

4. Vragen van Suzy Wouters

Suzy Wouters dankt alle sprekers voor hun interessante toelichting. De conceptnota heeft het over goedgeïnformeerde mannen, maar sommige mannen zijn niet goed geïnformeerd. Ze verwarren een PSA-meting met een rectaal onderzoek, wat afschrikt en maakt dat ze hun PSA niet laten controleren. Vindt professor Hein Van Poppel niet dat het een taak van huisartsen is om betere informatie te geven en mannen aan te sporen om die meting preventief te laten doen? Prostaatkanker is als meest vastgestelde kanker bij mannen als het ware de tegenhanger van borstkanker bij vrouwen. Vrouwen worden uitgenodigd voor een mammografie. Is het nuttig om mannen uit te nodigen voor een eenvoudige bloedafname om hun PSA-waarde te bepalen? Is dat geen taak voor huisartsen?

De studie waarvan sprake is in de conceptnota geeft aan dat levensverwachting en -kwaliteit door een vroege opsporing van prostaatkanker kunnen verbeteren, maar daar zijn voorwaarden aan verbonden. De spreker heeft enkele bedenkingen bij twee aanbevelingen in de nota. Een informatie- en sensibiliseringscampagne is noodzakelijk, maar daarvoor zal de huisarts het initiatief moeten nemen. De opinie van de huisarts zal bij het afwegen van de risico's een belangrijke rol spelen. De manier waarop de huisarts dit aanbrengt, kan bepalen of een patiënt zich laat screenen. Moeten de huisartsen niet worden begeleid om dit op eenzelfde manier aan te pakken? Hoe kan men alle mannen goed informeren? Een MRI-onderzoek voor elke biopsie moet een absolute voorwaarde zijn, maar er zijn lange wachttijden voor de MRI-scanners. Is het niet noodzakelijk om meer in scanners en in (para)medisch personeel te investeren?

5. Vragen van Jeremie Vaneekhout

Jeremie Vaneekhout vindt het goed dat men ruim de tijd neemt voor dit belangrijke en interessante thema. Deze hoorzitting kende een wending: na de duidelijke vragen en stellingen van de experts werd er tegengas gegeven. Hij wil zich daar niet over uitspreken, maar wil weten hoe de experts op die vraagtekens bij hun betoog reageren. Er dreigt immers een welles-nietesspelletje over de meerwaarde en de impact van een bredere PSA-meting. Dat moet worden opgehelderd, zodat men het beleid daarop kan enten. Op een zorgwekkende PSA-meting zou een MRI volgen. Hoe betrouwbaar is dat? In welke mate kan overbehandeling daarmee worden tegengehouden? In welke mate dreigt men behandelingen te missen die men eigenlijk had moeten zien?

In de conceptnota staan een aantal bredere antwoorden, maar de spreker zou graag van de experten horen wat ze precies vragen van het beleid. Is dat de bewustmaking en het pushen daarvan door de Vlaamse overheid? Is de vraag veeleer gericht aan de federale overheid? Of is het een combinatie? Hebben de experts ook zicht op de manier waarop er in andere landen wordt gewerkt? Wat is de link met de cijfers? In welke mate is er een actief beleid ter zake?

Jeremie Vaneekhout vindt het belangrijk dat er wordt gesproken over nazorg, op het vlak van seksualiteit en levenskwaliteit. Hij is dankbaar dat dit op deze manier in het Vlaams Parlement bespreekbaar wordt gemaakt, want zijn aanvoelen is dat daar in de ruimere samenleving nog een taboe op rust. Op welke manier kan men dat niet alleen meer bespreekbaar maken, maar ook structureel in die nazorg integreren? Dat bepaalt immers vaak fundamenteel de levenskwaliteit.

6. Vragen van Elke Sleurs

Elke Sleurs sluit zich aan bij de voorgaande bedenkingen. Bijkomend wil ze weten hoe het staat met het onderzoek naar eventuele DNA-merkers. Zijn er screeningsmogelijkheden op genetisch vlak?

IX. Antwoorden van de sprekers

Professor *Hein Van Poppel* dankt Freya Saeys voor haar conceptnota en de kans die ze daardoor biedt om te verdedigen wat moet gebeuren. De vraag werd gesteld naar het aantal mensen dat moet worden uitgenodigd, gescreend, gediagnosticeerd of behandeld om één sterfgeval te vermijden. Naarmate er langer wordt opgevolgd dalen de aantallen die nodig zijn om één leven te sparen progressief. Dat verschilt per land. In Zweden en Nederland is er een duidelijke daling van het aantal dat men moet screenen. In andere landen is dat niet zo duidelijk, maar alles samen genomen is in de categorie tussen 50 en 60 jaar het aantal mannen dat moet worden uitgenodigd voor een PSA-test vergelijkbaar met het aantal vrouwen dat nodig is bij borstkanker. Voor de andere leeftijdsgroepen is dat iets minder gunstig ten opzichte van colorectale tumoren. Daarentegen ligt het aantal dat men moet uitnodigen bij colorectale tumoren hoger dan bij prostaatkanker. Dat lijkt geen argument om te stellen dat screenen op prostaatkanker in vergelijking met andere screeningsprogramma's nadelig is.

Er zijn een aantal landen waar de hele bevolking systematisch een regelmatige PSA-bepaling krijgt. Zo kan men in Kosovo vanaf 50 jaar elk jaar een terugbetaalde bloedafname laten doen om onder meer de PSA-waarde te bepalen. Dat is niet wat de spreker wenst. In Georgië, Kazachstan en een Baltische staat wordt op prostaatkanker gescreend. In Europa wordt het algoritme dat de EAU voorstelt al toegepast in Noorwegen en Oostenrijk. Dat zijn niet de armste landen van Europa. Ze hebben geen probleem met de terugbetaling van NMR-onderzoeken. Finland en Zweden

doen wat de professor aanraadt maar gaan daar al biomerkers bij gebruiken. In Zweden doen ze de Stockholmtest met geavanceerde genetische merkers. Er volgen er nog. Het enige probleem is dat men bij een bijkomende merker niet telkens weer een onderzoek kan doen. Die merkers zullen worden toegevoegd en zullen het nadeel van overdiagnose dat er nog altijd kan zijn, nog verder verkleinen. In het stramien dat de spreker naar voren schuift, blijft overdiagnose zo beperkt mogelijk.

Het lijkt duidelijk wat de winst is van PSA-bepalingen: de levenskwaliteit verbetert en de prostaatkankersterfte daalt. De parameter die professor Hein Van Poppel wil verbeteren, is niet 'overall mortality' of 'overall survival'. De levenskwaliteit van de prostaatkankerpatiënt is het best wanneer er vroeg wordt gediagnosticeerd en hij actief wordt behandeld of opgevolgd.

Om een of andere reden staan huisartsen in België en Nederland weigerachtig tegenover de PSA-test. Er is een ontrading gebeurd. In Frankrijk zijn er processen gevoerd door patiënten wier vraag naar een PSA-bepaling door hun huisarts werd genegeerd en die dan twee jaar later een gemetastaseerd prostaatcarcinoom hadden. Een huisdokter moet informatie geven en met de patiënt overleggen. Het is precies die 'shared decision making' die moet gebeuren.

Hij vroeg in zijn eigen universiteit de mogelijkheid om mensen te bereiken en zijn denkwijze uit te leggen, die totaal verschilt van de vroegere screeningsprocedure van PSA en biopsie, maar kreeg die niet. Daarom heeft hij contact gezocht met WONCA, de grote Europese organisatie van 'primary care physicians' en met UEMO. Met hen is hij een paper aan het schrijven waarin hij verdedigt wat de EAU heeft uitgewerkt, in de hoop vanuit Europa ook huisartsen in andere landen te kunnen bereiken en hun de informatie te geven die ze met hun patiënten zouden moeten delen.

Uiteraard moet er niet enkel op PSA worden getest bij patiënten met een positieve risicoanalyse, stelt professor *Gert De Meerleer*. Men weet immers niet wat een positieve risicoanalyse betekent. Men weet enkel dat de familiale anamnese positief is.

De professor toont zich verrast door het tweede deel van de uiteenzettingen. Daarin ging het steeds over screening, maar wat hij wil, is niet screening. Hij wil PSA-testen bij geïnformeerde patiënten. De beide worden door elkaar gehaspeld. Al die argumenten tegen screening zijn weinig relevant.

Er zijn inderdaad huisartsen die actief PSA-tests afraden, soms met drama's tot gevolg. De vraag is hoe men dat moet oplossen. Alleszins moeten in commissies de juiste experts worden uitgenodigd.

De spreker gaat vervolgens in op de vraag over het multidisciplinaire aspect en huisartsen. Huisartsen worden telkens uitgenodigd voor een multidisciplinair oncologisch consult als een patiënt van hen wordt besproken, maar ze komen niet omdat ze daar geen tijd voor hebben. Met de limieten voor de artsen die nu worden toegelaten, zal dat nog verslechteren. Op dat vlak is Vlaanderen op weg naar een probleemsituatie. Als huisartsen patiënten doorsturen naar urologie wegens een gestegen PSA-waarde, dan worden die in de grote meerderheid van de Vlaamse ziekenhuizen altijd multidisciplinair besproken. Op dat vlak is men sterk vooruitgegaan.

Als seksualiteit geremd wordt door bijvoorbeeld heelkunde of radiotherapie, dan is dat vaak een motorisch probleem waarvoor er gespecialiseerde zorg is. De spreker heeft tot zijn ontgoocheling niet horen spreken over het gebrek aan seksualiteit door hormoontherapie bij een vergevorderde tumor. Dat is een centraal probleem in de hersenen waaraan men niets kan doen. Dat onderscheid moet worden

gemaakt. De bijwerkingen bij de behandeling van een vergevorderde tumor zijn altijd groter dan de mogelijke bijwerkingen bij vroegdetectie, maar daar wordt niet over gesproken. Er wordt altijd over zorgkosten gepraat, maar hier gaat het over het definitief genezen van een patiënt die bijgevolg niet meer met prostaatkanker zal worden geconfronteerd. Daar hoorde de spreker weinig over bij de tegenstem, wat hem ontgoochelt.

België behoort tot de Europese top als het gaat over wetenschappelijk onderzoek naar prostaatkanker. Men publiceert in de grootste tijdschriften maar doet niet aan politiek gelobby want daar is geen tijd voor. De spreker stelt dat daar het schoentje knelt als men kijkt naar het gezondheidsbudget. Hij hoorde vragen over de prijs van 'early PSA detection'. Die bedraagt ongeveer 10 euro. Een medicijn dat drie of zes maanden helpt voor vergevorderde tumoren, wordt a rato van 3500 euro per maand terugbetaald. Daar wordt geen enkele vraag over gesteld onder invloed van de farmaceutische lobby. Een heroriëntering van het gezondheidsbudget is essentieel om dit rond te krijgen.

Als men een goede multiparametrische MRI doet, en die is negatief, dan is de kans op een agressieve tumor kleiner dan 3 procent en kan men alle biopsiën vergeten. Bij de biparametrische test die in aantocht is, zal dat ook zo zijn. Een MRI is duidelijk. Maar als die positief is, moet een biopsie volgen. Voor 147 euro lijkt dat een verdedigbare optie. In vergelijking met voornoemde zaken is dat goedkoop.

De lange wachttijden zijn betreurenswaardig. Daar is al vaak over onderhandeld maar dat ligt politiek moeilijk. Hij sluit zich verder aan bij professor Hein Van Poppel. De grootste winst voor de volksgezondheid is drieërlei: een man is definitief genezen; de bijwerkingen die men riskeert door lang te wachten zijn groter dan wat de mensen die niet pro zijn laten zien; en het is stukken goedkoper. Per patiënt zal dit zonder overdrijven 100.000 euro schelen.

Nog een studie doen, zoals aangeraden door het KCE, vindt de spreker tijdverlies. Dat zal de zaken gewoon uitstellen.

De vraag over het genetisch onderzoek is interessant maar moeilijk. Al een paar keer dacht men het antwoord te hebben gevonden, maar dat bleek niet zo te zijn. Het BRCA2-gen kan een kandidaat zijn maar dan moet men al die mensen daarop testen, wat pas duur is. Nu weet men het niet maar de toekomst zal waarschijnlijk een antwoord geven.

Tot slot drukt de spreker zijn diepste respect en dank uit voor het feit dat de klinisch experts eindelijk ook eens worden gehoord.

André Deschamps hoorde in het tweede gedeelte vooral dat men dit niet kan of dat er meer studies nodig zijn. ERSPC heeft bewezen dat pure screening nuttig is. De patiënten hebben zich altijd afgevraagd of ze dat wel moeten ondersteunen, omdat ze weten dat er met de opportunistische screening nog altijd overbehandeling is, met de gevolgen die hij heeft laten zien. Vandaag steunen de patiënten echter vroegdetectie – geen screening – zoals de EAU voorstelt, omdat ze dat goed hebben bekeken. De patiënten hebben het 'white paper' samen met de EAU geschreven. Ze weten dat er garanties zijn om overbehandeling drastisch terug te brengen. De voordelen zullen nog groter zijn dan ERSPC toont. De spreker wijst erop dat men in België geen valabele studie kan uitvoeren omdat er opportunistische screening is en de gegevens vervuild zijn. De patiënten menen dat men vandaag de kennis en de tools heeft om gezondheidswinst te boeken en geld kan uitsparen.

Professor *Bettina Blaumeiser* antwoordt op de vraag over de genetische screening dat men dan spreekt over 'liquid biopsy' en vooral RNA-merkers. Daar is veel wetenschappelijk onderzoek naar. Ze verwijst naar een test van 27 merkers die

ontzettend hoopvol was: de accuraatheid was 92 procent, de sensitiviteit 94,4 procent, de specificiteit bijna 90 procent en de valspositieve ratio maar 6,1 procent. Ter zake zijn er echter nog geen grote studies gebeurd. Ze wijst er eveneens op dat de discrepantie tussen het eerste en het tweede deel komt omdat men het in het tweede deel over screening had. Screening is bevolkingsonderzoek, terwijl vroegdetectie een andere naam voor opportunistische screening lijkt, want dan gaat het over geïnformeerde mannen.

Dokter *Vera Nelen* wijst op de jongste ERSPC-analyse van het aantal diagnosestellingen dat nodig is om één overlijden te vermijden. ERSPC is eigenlijk nog niet voltooid. Als men de gescreende groep en de controlegroep vergelijkt, is de sterfte die kan worden vermeden, 20 procent. Naarmate de tijd vordert, zal men meer kankers diagnosticeren en in absolute cijfers meer sterfte vermijden, maar in verhouding blijft dat 20 procent. Daarom zullen na verloop van tijd steeds minder mannen moeten worden gediagnosticeerd om één overlijden te vermijden. Op dit moment is dat aantal achttien. Bij vorige analyses was dat nog 26 en 34. Bij borstkanker bedraagt het aantal diagnosestellingen dat nodig is om één overlijden te vermijden, zeven, bij prostaatkanker dus achttien, maar dat is wat de volledige ERSPC betreft. Sommige partners in die studie zijn echter meer performant dan het geheel. Zo komt men in de jongste resultaten van de Zweedse studie ook uit op zeven als 'number needed to diagnose'.

Er is gezegd dat de winst in de vorm van minder sterfte gedeeltelijk wordt tenietgedaan door minder levenskwaliteit door overdiagnose, overbehandeling en de gevolgen daarvan. Dat zou neerkomen op 23 procent, zo blijkt uit de eigen studie. Voor borstkanker zou dat 8 procent zijn. Per vermeden prostaatkankerdode zou men 8,4 levensjaren winnen. Men zou vijftien levensjaren winnen bij borstkanker. De spreker meent dat het verschil tussen diverse kankers ook te maken heeft met de mate van bewijskracht die er is in verband met de screeningsprogramma's, maar ook met het feit dat sommige kankers zich op een andere leeftijd of bij een ander profiel voordoen. Zo maakt prostaatkanker 10 procent uit van de kankersterfte bij mannen en borstkanker 18 procent van de kankersterfte bij vrouwen. Prostaatkanker vertegenwoordigt 1,7 procent van alle verloren levensjaren. Bij borstkanker is dat 10 procent. Borstkanker is de eerste oorzaak van verloren levensjaren bij vrouwen, terwijl prostaatkanker de twaalfde oorzaak bij mannen is. Er is soms een reden waarom de ene kanker anders wordt aangepakt dan de andere.

Verder wijst de spreker erop dat zij de leeftijdsgroep van 55 tot 69 jaar bestudeerde. De resultaten gelden alleen voor die leeftijdsgroep. Het is moeilijk om af te leiden wat dat zou kunnen betekenen voor mannen van 45 tot 50 jaar. Daar heeft de studie geen resultaten over.

Ann Gils geeft aan dat haar organisatie een rapport aan het voorbereiden is in verband met de nazorg en de link met seksualiteit. Dat zou er eind 2021 zijn en wordt ook aan de beleidsmakers gestuurd. De meldcampagne is nog bezig. Men zal daar werk van maken.

Verder stelt ze dat er mogelijkheden zijn om huisartsen beter en op een goede wetenschappelijke manier te informeren. Men kan bijvoorbeeld een preventieproject aanvragen bij Kom op tegen Kanker.

Iris De Schutter stelt dat er rekening wordt gehouden met de kosten van de behandeling in een vergevorderd kankerstadium. In haar presentatie wees ze al op de absolute nood aan een gezondheidseconomische analyse, waarbij alle aspecten van bevolkingsonderzoek, dus ook de gevolgen van screenen (meer bepaald diagnose en behandeling) mee in rekening worden gebracht. Het is niet omdat de behandeling en de verstrekte zorg federale materie zijn dat daar geen rekening mee wordt gehouden in de analyse van de Vlaamse overheid. De kosten maar ook de andere

voor- en nadelen voor de gezondheid van de doelgroep worden op basis van de analyse geëvalueerd voor de hele keten en elke stap in de keten. Ze vindt het bijzonder dat een spreker zomaar stelt dat zo'n analyse niet zinvol is want die gegevens onderbouwen de gezondheidswinst en de maatschappelijke betekenis van het algoritme en de keten.

De gezondheidswinst van darmkankerscreening is nauwkeurig vastgesteld. Er is een gezondheidseconomische analyse. Het screeningsinstrument en het algoritme zijn wetenschappelijk onderbouwd bij darmkanker terwijl er nog vraagtekens zijn bij het voorstel voor prostaatkanker. Een en ander moet nog beter worden onderbouwd voordat er beslist kan worden over een bevolkingsonderzoek naar prostaatkanker.

Op de vraag hoe verschillen in aanpak op basis van preventie kunnen worden verklaard, en waarom er voor de ene kanker wel en voor de andere geen bevolkingsonderzoek wordt gedaan, antwoordt Iris De Schutter dat een deel van het antwoord al werd gegeven door dokter Vera Nelen. Ze verwijst opnieuw naar de gezondheidseconomische analyse. Hoe zit het met het voorkomen, de ernst en het natuurlijke verloop van de ziekte? Welke groep wordt erdoor aangetast? Kan men de ziekte vroegtijdig opsporen, vermijden dat ze erger wordt of genezing verzekeren? Is het screeningsalgoritme bewezen, effectief en doelmatig? Geldt dat ook voor de behandeling? Is die voorhanden? Is die capaciteit er? Is die betaalbaar? Heel die keten moet worden geëvalueerd voor elke kanker. De spreker beaamt dat de wetenschappelijke kennis niet voor elke kanker even gevorderd is. Evidentie voor een screeningsalgoritme of therapiemogelijkheid zijn niet altijd in dezelfde mate voorhanden.

Iris De Schutter is het fundamenteel oneens met de stelling dat men niet kan spreken over screening indien het over geïnformeerde mannen gaat. De eerste stap in de keten van bevolkingsonderzoek is immers informeren en sensibiliseren, met als doel de doelgroep een geïnformeerde keuze te laten maken om al dan niet deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek. Ze meent dat het onderscheid er een is tussen opportunistische screening vanuit individueel standpunt en het systematisch aanbieden van screening en bevolkingsonderzoek door de overheid.

Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid heeft inderdaad vragen bij het nut van een informatiecampagne. Men wil immers een doelgroep van mannen informeren en sensibiliseren over een mogelijk gezondheidsrisico zonder dat men met volle overtuiging kan zeggen welke stappen ze kunnen zetten als ze ongerust zijn doordat men voor- en nadelen nauwkeurig heeft afgewogen en doordat vaststaat dat de voordelen opwegen tegen de nadelen. Zolang men dat niet kan voor prostaatkankerscreening ligt het moeilijk om mannen te informeren over een mogelijk risico, daardoor vragen op te wekken en ze in de richting van een opportunistische screening te sturen waarvan de kwaliteit niet verzekerd is.

Professor *Hein Van Poppel* wil nog ingaan op de vraag over budget en prioriteiten. In vergelijking met wat moet gebeuren bij de andere screeningsprogramma's – de stoelgangtest, de colonoscopie, de mammografie en het uitstrijkje – is een PSA-test eenvoudig, goedkoop, betrouwbaar en bruikbaar. In 2003 heeft de Europese Raad screening aangeraden voor drie tumoren. Commissievoorzitter Ursula von der Leyen en EU-commissaris Stella Kyriakides hebben beslist om eventueel drie andere kankers op te nemen in de volgende aanbevelingen, namelijk long-, prostaat- en maagkanker. Bij longkanker is het probleem dat de screening gericht is op mensen met een hoog risico, zoals rokers of mensen die lang hebben gerookt, terwijl een aantal mensen longkanker krijgen zonder ooit iets ongezonds te hebben gedaan. Bij prostaatkanker is dat probleem er niet: elke man heeft kans om prostaatkanker te krijgen. Daardoor hoopt hij dat prostaatkanker toch aan de top zal komen van

de lijst die moet passen binnen een budget. De spreker sluit zich verder aan bij de opmerking van zijn collega over het verschil tussen screening en vroegdetectie.

Patiënten kunnen een PSA-test verwarren met een rectaal onderzoek. Men moet mannen op een andere manier informeren. De huisartsen moeten dat natuurlijk ook mee uitdragen.

Mammografieën leiden ook tot overdiagnosticering en overbehandeling. Dat was niet geweten voor borstkankerscreening in 2003 werd aanbevolen. Dat kwam aan het licht in de screeningsprogramma's. De professor meent dat er met een screeningsprogramma kan worden gestart omdat overdiagnose in dit geval kan worden vermeden.

Huisartsen spelen inderdaad een primaire rol in het verbeteren van de levenskwaliteit. Men moet toegang tot hen krijgen om hun dat uit te leggen.

Professor *Gert De Meerleer* meent dat het veel beter en valabeler zou zijn om voor de 'numbers needed to treat', de 'numbers needed to screen' en de 'numbers needed to invite' als eindpunt te nemen hoeveel mannen men daardoor kan vrijwaren van zware systemische en palliatieve hormoontherapie. Hij roept het KCE op dat eindpunt meer in de belangstelling te brengen dan het dogma van sterfte.

Stefaan SINTOBIN,
voorzitter

Elke SLEURS
Maaïke DE RUDDER,
verslaggevers

Gebruikte afkortingen

BRCA	breast cancer
COVID-19	'CO' staat voor de virusgroep corona waartoe de ziekte behoort; 'VI' verwijst naar virus; 'D' staat voor 'disease'; en 19 duidt op het jaartal waarin het nieuwe virus uitbrak: 2019
DNA	desoxyribonucleïnezuur
EAU	European Association of Urology
EPIC	Expanded Prostate Cancer Index Composite
ERSPC	European Randomized study of Screening for Prostate Cancer
EU	Europese Unie
EUPROMS	Europa Uomo Patient Reported Outcome Study
KCE	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
MRI	magnetic resonance imaging
NMR	nucleaire magnetische resonantie
PI-RADS	Prostate Imaging-Reporting and Data System
PSA	prostaatspecifiek antigeen
RNA	ribonucleïnezuur
UEMO	Union Européenne des Médecins Omnipraticiens
UZ	universitair ziekenhuis
WHO	World Health Organization (= WGO: Wereldgezondheidsorganisatie)
WONCA	World Organization of Family Doctors