

5.1 PSA & SCREENING

Forfatter: MB

Revideret: marts 2015

Næste revision: september 2015

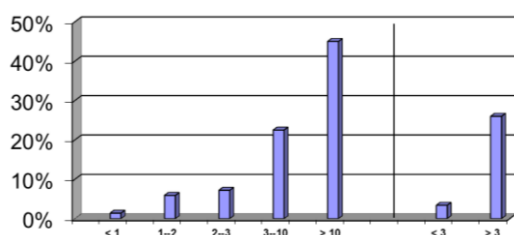
REKOMMANDATIONER, PSA Måling inkl. screening

PSA måling bør foretages hos mænd med symptomer og/eller fund, der gør PC til en diagnostisk mulighed. Ved PSA < 10 ng/ml har måling af frit/total PSA supplerende værdi. PSA velocity og PSA doblingstid kan anvendes som supplement ved active surveillance og hos patienter, hvor salvage behandling efter svigt af kurativ behandling overvejes.

PSA-måling bør ikke foretages hos asymptomatiske mænd. En undtagelse er dog mænd med arvelig disposition. Systematisk screening kan ikke anbefales.

5.1 PSA

Prostata specifikt antigen (PSA) et organspecifikt glycopeptid er den eneste rutinemæssigt anvendte markør til diagnostik, screening og stadietinddeling af prostatacancer (PC). PSA er i mange sammenhænge den mest betydende faktor for prognose før iværksættelse af behandling og som monitorering af behandlingseffekt for PC [1]. De positive prædiktive værdier af serum PSA niveauer målt hos asymptomatiske mænd i et svensk studie [2] fremgår af Figur 5.1



Figur 5.1
PSA's positive prædiktive værdi relateret til serumniveau ng/ml

Da prostatavolumen tiltager med alderen, stiger PSA værdien tilsvarende livet igennem [1-2]. Begrundelsen for valg af den differentierede PSA grænseværdi (tabel 5.1) har været et ønske om på operationelvis at øge PSA testens sensitivitet og derved opnå tidligere diagnostik af klinisk relevant sygdom hos yngre mænd, samtidigt med at øge PSA testens specificitet og derved nedsætte risikoen for overdiagnostik og deraf følgende risiko for overbehandling af klinisk insignifikant sygdom hos ældre mænd.

Tabel 5.1. Aldersrelaterede grænseværdier for PSA

| Alder | Henvi sning |
|-------------|-------------|
| Under 60 år | > 3,0 ng/ml |
| 60 – 70 år | > 4,0 ng/ml |
| Over 70 år | > 5,0 ng/ml |

Ved *PSA-densitet* relateres PSA til prostatavolumen og værdier >0.15 indikerer PC, mens *PSA-velocity*, hvor PSA måles som funktion af tiden, har fundet at PSA stigninger >0.75 ng/ml/år tyder på PC. En lav ratio af værdien af *frit/total ratio* hos patienter med PSA < 10ng/ml bestyrker indikationen for fornyet biopsi efter initialt benigne biopsisvar. *PSA fordoblingstid* beregnes ud fra gentagne PSA målinger ved opslag på Memorial Sloan-Kettering (www.mskcc.org). PSA fordoblingstid anvendes fra planlægning af behandling, over vurdering af risiko for progression efter behandling til effektmål hos patienter med behov for fx endokrinterapi og eller kemoterapi.

5.2 Screening

Ved befolkningscreening undersøges asymptomatiske individer i en risikogruppe. I modsætning hertil omfatter tidlig påvisning eller opportunistisk screening individer, på dets eller dets læges initiativ. Det primære mål for begge typer screening har to aspekter: reduktion af PC mortalitet samt forbedret livskvalitet. PC mortaliteten spænder vidt i den industrialiserede verden og der er stadig intet absolut bevis på, at prostata-specifikt antigen (PSA) screening reducerer mortaliteten af PC. Fordele og ulemper ved testning for PSA er angivet i tabel 5.2. Skønt PLCO randomiserede >75.000 mænd på 10 amerikanske centre til +/- årlig screening med PSA og rektaleksploration (DRE) fandtes PC relateret dødelighed meget lav og uden signifikant forskel mellem de to studiegrupper [3]. I det europæiske ERSPC blev >160.000 mænd mellem 55 og 69 år fra syv lande randomiseret til +/- PSA-screening gennemsnitligt hvert 4. år [4]. Studiet fandt, at PSA-screening reducerede dødelighed af PC med 20 %, men samtidig var forbundet med en uacceptabel høj risiko for overdiagnose og behandlingsrelateret forringelse af livskvaliteten. Baseret på resultaterne af disse to store randomiserede forsøg, inkl. en aktuel opdatering af ERSPC [5] findes det på for nuværende ikke anbefalelsesværdigt at screene for PC.

Screening kan dog anbefales individer, som på baggrund af familiærophobning er i øget risiko for at udvikle PC. Screening bør i disse tilfælde påbegyndes ved en alder 5-10 år yngre end tilfældet for familiemedlemmerne ved diagnosen.

Tabel 5.2. Fordele og ulemper ved testning for PSA

| Fordele ved PSA test | Ulemper ved PSA test |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Beroligelse hvis testen er normal- Vil kunne opdage kræften på et tidligt tidspunkt, hvor der er mulig effekt af helbredende behandling- Ved effektiv behandling kan man undgå symptomer samt cancerdød | <ul style="list-style-type: none">- Falsk positiv resultat/ falsk negativ resultat- PSA kan ikke skelne mellem fredelig og aggressiv prostatacancer- Transrektal biopsitagning er ubehagelig og kan medføre alvorlig infektion- Risiko for betydelig overbehandling, unødige bivirkninger og sygeliggørelse |

[Link til EAU-Guideline kan ske her.](#)

Referencer

1. Polascik TJ, Oesterling JE, Partin AW. Prostate specific antigen: a decade of discovery – what we have learned and where we are going J Urol 1999;162:293-306.
2. Hugosson J. European randomized study for prostate cancer: results of PSA-related screening in Göteborg. Parthenon Publishing Group, 1997: 179-184.
3. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL 3rd et al. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. N Engl J Med. 2009 Mar 26;360(13):1310-9.
4. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. N Engl J Med 2009;360(13):1320-8.
5. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ et al. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. Lancet. 2014;384:2027-35.