

**5.1. PSA OG SCREENING**

Forfatter: MB

Revideret: September 2017

Næste revision: September 2018

**REKOMMENDATIONER, diagnostisk anvendelse af PSA inkl. screening**

Hverken systematisk eller opportunistisk screening kan anbefales, hvorfor mænd uden symptomer på prostatacancer bør som udgangspunkt ikke tilbydes PSA test.

En undtagelse er dog mænd med arvelig/familiær disposition og en forventet overlevelse på 10-15 år

Mænd som ønsker sig testet med PSA, bør være orienteret om mulige fordele og ulemper ved undersøgelsen og have en forventet overlevelse på 10-15 år

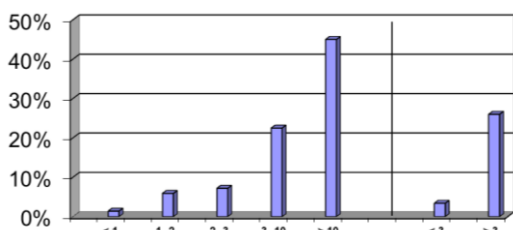
Særlig opmærksomhed hos mænd med kendt risiko (punkt 1-3 herunder) for at udvikle prostatacancer anbefales PSA testen gentaget hver andet år.

- 1) > 45 årige med familiær disposition
- 2) PSA > 1 ng/ml hos 40 årige
- 3) PSA > 2 ng/ml hos 60 årige

Så længe den forventede overlevelse udgør 10-15 år

**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]. Den positive prædiktive værdi af serum PSA niveauer målt hos asymptomatiske svenske mænd [2] fremgår af figur 5.1



Figur 5.1

Den positive prædiktive værdi af PSA relateret til serumniveau (ng/ml)

Den aldersrelaterede øgning af prostataavolumen, leder til en tilsvarende stigning af PSA niveauet [1-2]. Anbefaling af en differentieret øvre PSA grænseværdi (tabel 5.1) er begrundet i ønsket om at øge PSA testens sensitivitet og derved opnå tidligere diagnostik af klinisk relevant sygdom hos yngre mænd, samtidig med at øge PSA testens specificitet og derved nedsætte risikoen for overdiagnostik og deraf følgende risiko for overbehandling af latent sygdom hos ældre mænd.

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

## 2. Screening

PC mortaliteten spænder vidt i den industrialiserede verden og de menneskelige omkostninger for PSA screening anses fortsat alt for høj i forhold til den reducerede mortalitet. Fordele og ulemper ved PSA testning er angivet i tabel 5.2.

Baseret på resultaterne af to store randomiserede forsøg [3, 4], finder DAPROCA efter opgørelse af 13 års opfølgning [5] fortsat *number needed to screen* = 781 og *number needed to treat* = 27 for høje til, til at kunne anbefale systematisk PSA screening.

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

### 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.