



Keuzehulp voor mannen met
gelokaliseerde prostaatkanker

In te vullen door de arts

Mogelijke behandelingen die voor u geschikt zijn:

Actief volgen	<input type="checkbox"/>
Operatie	<input type="checkbox"/>
Uitwendige bestraling	<input type="checkbox"/>
Inwendige bestraling (=brachytherapie)	<input type="checkbox"/>

Verderop in dit boekje staan cijfers over de kans op genezing en op mogelijke lange-termijn bijwerkingen. Op basis van de tumorkarakteristieken is voor u het volgende overzicht van toepassing:

Overzicht A (Gleason score ≤ 7 en PSA ≤ 20 ng/ml en T1T2)	<input type="checkbox"/>
Overzicht B (Gleason score > 7 en/of PSA > 20 ng/ml en/of T3)	<input type="checkbox"/>

Uw dokter heeft u verteld dat u gelokaliseerde (niet-uitgezaaide) prostaatkanker hebt. U staat hierin voor een belangrijke keuze. Dit boekje is bedoeld om u te helpen bij het afwegen van de voor- en nadelen van de mogelijke behandelingen en bij het kiezen van de voor u meest geschikte behandeling.

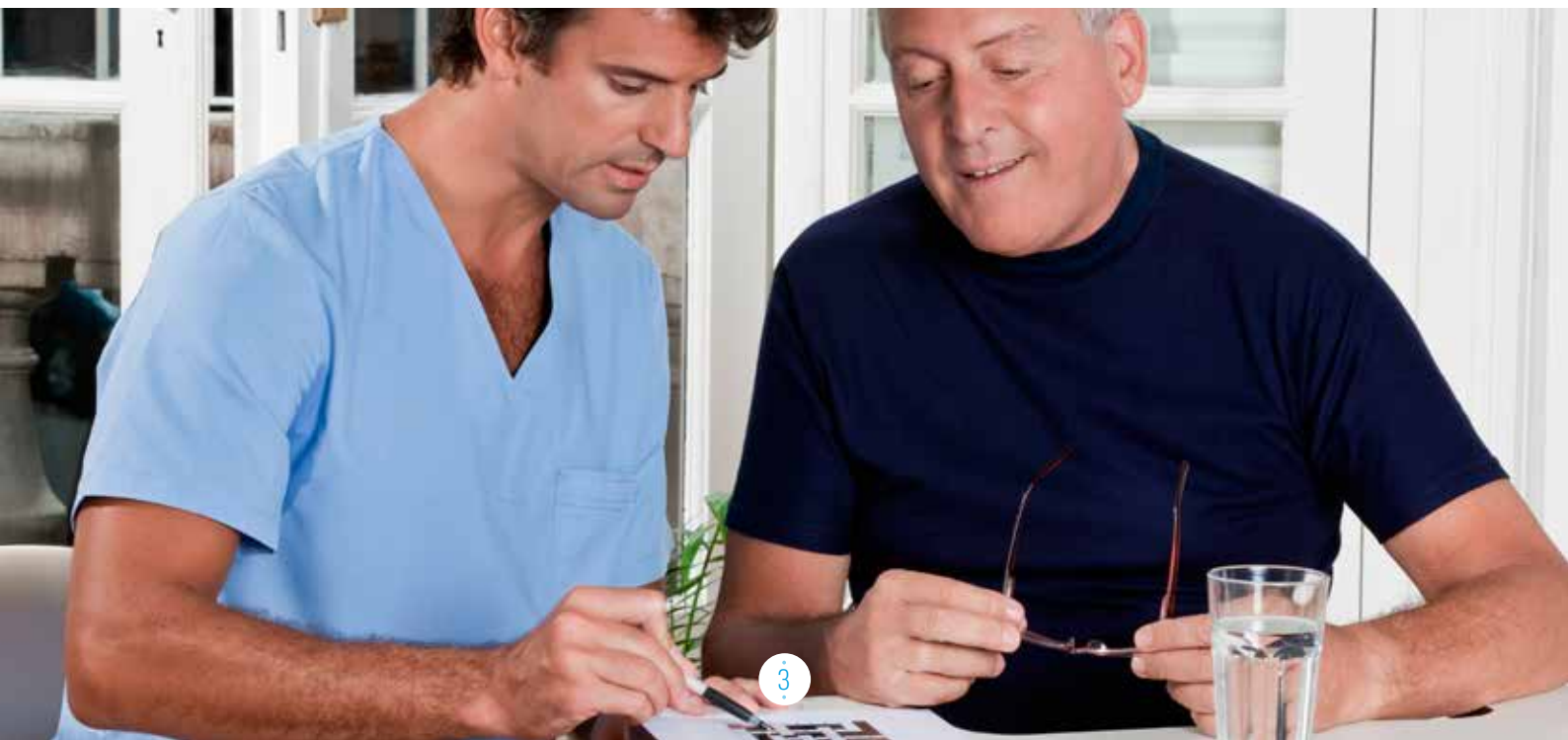
De afweging tussen de voor- en nadelen van de behandelingen is voor ieder mens verschillend. Voor de ene persoon weegt een bepaald voor- of nadeel zwaarder dan voor een ander. Ervaringen in uw omgeving kunnen bijvoorbeeld een rol spelen. Hierbij kan het gaan om de ingreep zelf of om de kans op bepaalde bijwerkingen.

Wij willen u dan ook de mogelijkheid geven om een voorkeur te bepalen voor één van de behandelin-

gen. Daarbij is het belangrijk om te bedenken welke aspecten voor u het meeste gewicht hebben.

Allereerst volgt algemene informatie over de prostaat en prostaatkanker. Dan wordt de procedure van de verschillende behandelingen uitgelegd, inclusief de nacontroles. Daarna worden lange-termijn uitkomsten van de meest gebruikte behandelingen samengevat. Tenslotte worden een paar alternatieve behandelmethoden kort toegelicht.

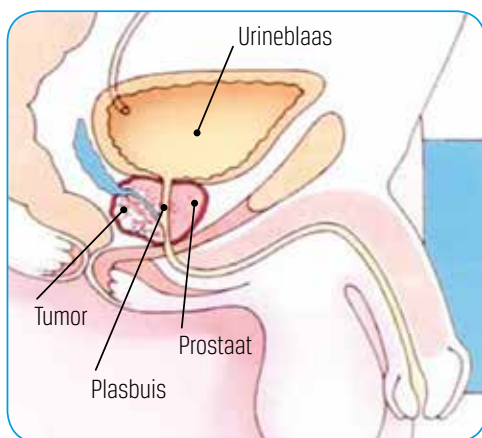
Dit boekje kwam tot stand op basis van onderzoek gefinancierd door KWF kankerbestrijding. Meer uitleg hierover vindt u op de laatste pagina.



Intro

De prostaat

De prostaat is een klier die zich rondom de plasbuis en onder de urineblaas bevindt (zie plaatje). De prostaat produceert vloeistof die, bij zaadlozing, samen met de zaadcellen naar buiten komt. Het prostaatvocht zorgt ervoor dat de zaadcellen in leven blijven en beweeglijker worden. De prostaat maakt ook een eiwit, namelijk het prostaat specifiek antigeen (PSA) dat grotendeels via de zaadlozing wordt uitgescheiden. Een kleine hoeveelheid PSA komt in het bloed terecht, ook bij een normale prostaat. Via een bloedtest kan de PSA-waarde bepaald worden.



De plasbuis loopt door de prostaat. Onderaan links in de prostaat is een tumor getekend

PSA is specifiek voor de prostaat. Een verhoogde PSA-waarde komt zowel voor bij prostaatkanker als bij goedaardige aandoeningen, zoals prostaatontsteking of een vergroting van de prostaat (BPH).

Prostaatkanker

Prostaatkanker komt vaak voor, maar groeit – in tegenstelling tot vele andere kankers – doorgaans langzaam. Voor de meeste mannen is de kans om te overlijden aan prostaatkanker dan ook veel kleiner dan de kans om te overlijden aan een andere oorzaak. Voor kanker die beperkt is tot de prostaat bestaan verschillende goede behandelingen. Welke behandeling voor u geschikt is, hangt onder andere af van de PSA-waarde, T-status (uitgebreidheid van de tumor), Gleason score (agressiviteit van de tumor), plasklachten, prostaatvolume en aandoeningen als hartkwalen, diabetes, etc.

Voor meer uitleg over prostaat-gerelateerde onderwerpen verwijzen we graag naar informatiekanalen zoals de folders van het KWF en "Het prostaatboek". Vraag ernaar bij uw arts.

Verskillende behandelingen mogelijk

Prostaatkanker kan op verschillende manieren behandeld worden. Voor een aantal mannen is er eerst de keuze tussen direct ingrijpen of het actief volgen. Dit

hangt o.a. af van de tumorkenmerken en uw leeftijd. Vooraan in dit boekje is aangegeven of uw arts vindt dat u in aanmerking komt voor actief volgen. Los daarvan is het natuurlijk altijd mogelijk om als patiënt zelf voor deze optie te kiezen.

Bij het actief volgen wordt het verloop van de ziekte nauwkeurig gevolgd met controle-onderzoeken en wordt er (voorlopig) niet ingegrepen. Als er in de loop van de tijd aanwijzingen zijn dat de tumor zich verder ontwikkelt, kan alsnog een behandeling worden opgestart om de tumor uit te schakelen.

De kans om na 10 jaar te zijn overleden aan prostaat-kanker is in het algemeen vergelijkbaar tussen actief volgen en operatie, voor mensen die voor beide behandelingen in aanmerking komen. Echter, een studie vond bij mannen jonger dan 65 jaar dat actief volgen een 10% hogere kans op overlijden aan prostaat-kanker gaf dan operatie¹. Een andere studie vond bij mannen met een PSA-waarde hoger dan 10 ng/ml dat die kans na actief volgen 7% groter was dan na operatie².

De meest gebruikte behandelingen voor gelokali-seerde prostaat-kanker zijn operatie en (inwendige

of uitwendige) bestraling. Ze leveren allemaal een goede kans op genezing, maar bij elke behandeling bestaat de kans op bijwerkingen. Ze verschillen dus in het type ingreep en in het soort bijwerkingen dat ze kunnen veroorzaken. In dit boekje leggen we vooral deze behandelingen naast elkaar. Ook hier geldt dat niet elke behandeling voor elke patiënt geschikt is. Gezondheidsproblemen (zoals hartklachten of diabetes) of gevorderde leeftijd kunnen soms een operatie in de weg staan, terwijl bij darmziekten (zoals ziekte van Crohn) een bestraling ongeschikt is.

Daarnaast bestaan ook behandelingen die nog gedeeltelijk als experimenteel worden beschouwd aangezien er weinig gegevens zijn over de uitkomsten op lange termijn. De Europese³ en Nederlandse⁴ richtlijnen voor de behandeling van prostaat-kanker adviseren om deze behandelingen enkel in het kader van klinische studies als primaire behandeling toe te passen. Verderop in dit boekje worden deze behandelingen kort besproken.

¹ Bill-Axelson A et al. N Engl J Med 2011;364:1708-17

² Wilt T et al. N Engl J Med 2012;367:203-13

³ Heidenreich A et al. EAU guidelines on prostate cancer 2012

⁴ Richtlijn prostaatcarcinoom: diagnostiek en behandeling

Wat houden de behandelingen precies in?

Actief volgen

Bij actief volgen (active surveillance), soms ook waakzaam wachten genoemd, wordt elke 3 tot 6 maanden de PSA-waarde in het bloed bepaald. In aanvulling daarop worden er na het eerste jaar nieuwe bipten uit de prostaat genomen, soms nog aangevuld met een MRI scan, en daarna elke 3 jaar bipten ter controle. Op die manier wordt in de gaten gehouden of de tumor zich verder ontwikkelt of niet. Zo nodig kan alsnog besloten worden tot operatie of radiotherapie. Sommige mensen kiezen ervoor om minder intensief gevolgd te worden.

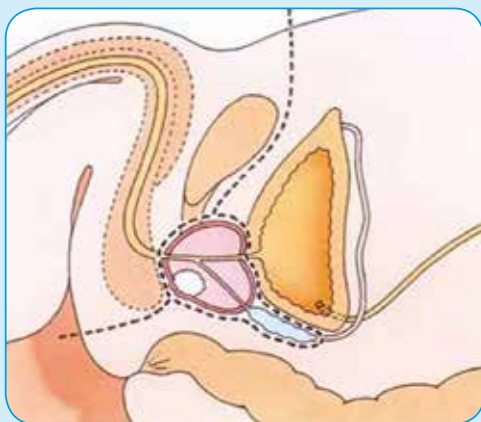
Actief volgen levert geen bijwerkingen op, maar soms treden klachten op door de herhaalde bipten. Daarnaast kan het voor sommige mannen een onrustig idee zijn om niet direct in te grijpen.

Operatie

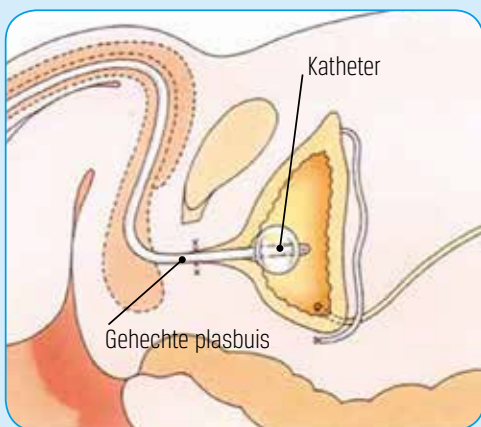
Bij een operatie worden de hele prostaat en zaadblaasjes verwijderd (radicale prostatectomie) en soms ook de lymfeklieren naast de prostaat. De ingreep vergt een ziekenhuisopname van een aantal dagen.

De uroloog (chirurg) kan de prostaat bereiken via een klassieke, open operatie of via een kijkoperatie met of zonder robot (laparoscopie). Bij een open operatie wordt de buik geopend en kan de chirurg de prostaat en lymfeklieren zien en voelen. Bij een laparoscopische operatie worden een aantal gaatjes in de buikwand gemaakt. De instrumenten en een cameraatje worden door de gaatjes in de buikholte gebracht en de chirurg ziet de prostaat en klieren uitvergroot op een scherm. Zo'n laparoscopische operatie kan ook met behulp van een robotarm worden uitgevoerd (ook wel Da Vinci methode genoemd). Daarbij bedient de chirurg de instrumenten via een robotarm. Bij een laparoscopische (robot) operatie is er minder bloedverlies en gaat het herstel vaak wat sneller. Voor de kans op genezing en op lange-termijn bijwerkingen is er weinig verschil tussen de typen operaties aangetoond. Binnen in de buik gebeurt bij alle typen operaties het volgende: de prostaat wordt losgesneden en verwijderd. Daarbij wordt, zoveel als verantwoord en mogelijk is, het omliggende

weefsel gespaard. Het deel van de plasbuis dat door de prostaat loopt wordt verwijderd. Daarna wordt de plasbuis weer gehecht (zie plaatje).



Voor radicale prostatectomie



Na radicale prostatectomie

Overzicht van de buik voor en na een operatie

Aan het einde van de operatie wordt een katheter geplaatst om de urine af te voeren. De katheter wordt achtergelaten om de nieuwe verbinding tussen blaas en plasbuis te laten genezen en te voorkomen dat er lekkage van urine is. U gaat met de katheter in naar huis en komt ruim een week later terug om de katheter te laten verwijderen.

De hersteltijd na de operatie hangt af van uw conditie. Meestal wordt een periode van 6 weken rust aangehouden, maar het kan langer duren voordat u al uw energie weer terug heeft.

Een operatie kan leiden tot ongewild urineverlies, waar incontinentiemateriaal voor moet worden gebruikt. Meestal is dit een tijdelijke klacht die na een aantal maanden verdwijnt, maar het urineverlies kan ook blijvend zijn.

Bij een operatie wordt, samen met de prostaat, ook een deel van de zaadleider verwijderd. Hierdoor zal er bij zaadlozing geen zaad en vocht meer naar buiten komen. Daarnaast kan een operatie leiden tot erectiestoornissen. De chirurg kan in sommige gevallen proberen de zenuwbundels die een rol spelen bij de erectie te sparen. Dit is echter niet altijd mogelijk. Een geslaagde zenuwsparring verlaagt de kans op erectiestoornissen.

Uitwendige bestraling (externe radiotherapie)

Bij een uitwendige bestraling worden de tumorcellen door straling vernietigd. De straling wordt van buiten af op de prostaat gericht vanuit verschillende richtingen. De bundels overlappen op de plaats van de prostaat zodat deze de volledige hoeveelheid straling krijgt en de rest van de buik maar een deel. De vorm van het bestraalde gebiedje wordt door de computer aangepast aan de vorm van de prostaat. Indien nodig worden de zaadblaasjes mee bestraald.

Als voorbereiding op uitwendige bestraling worden een paar goudstaafjes in de prostaat gezet, om de

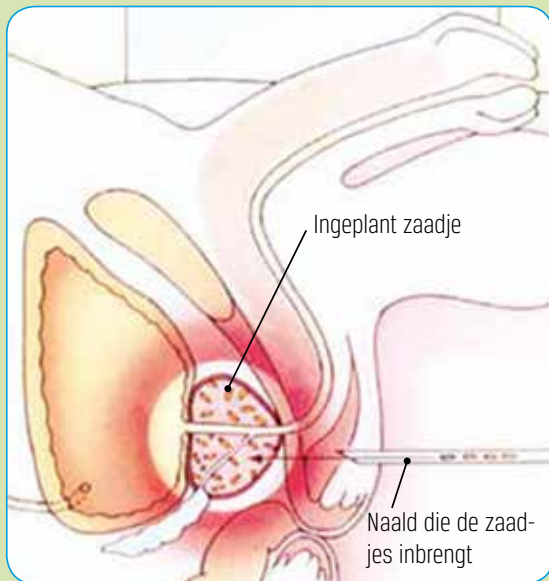


Bestralingsapparaat dat gebruikt wordt bij uitwendige bestraling

positie van de prostaat nauwkeurig in de gaten te kunnen houden tijdens de behandeling. De uitwendige bestraling wordt gegeven over een periode van ongeveer 7 weken. U wordt 4 of 5 keer in de week bestraald. De behandeling is in al die kleine stukjes opgedeeld omdat het gezonde weefsel rond de prostaat (met name blaas en darmen) daarbij meer kans krijgt om zich te herstellen. Deze behandeling vergt geen ziekenhuisopname, en wordt op de polikliniek uitgevoerd. De bestraling zelf duurt slechts enkele minuten en is pijnloos.

Het lichaam reageert met enige vertraging op deze behandeling. De eerste weken merken de meeste mensen nog weinig, terwijl later in de bestralingsperiode klachten kunnen optreden. Het kan gaan om vermoeidheid, irritatie bij het plassen of darmklachten. De klachten zijn meestal tijdelijk, maar er is een kleine kans dat er blijvende klachten ontstaan. Urineverlies en erectiestoornissen komen na bestraling minder vaak voor dan na operatie. Daarentegen heeft u meer kans op darmklachten na bestraling. Deze kunnen bestaan uit dunne ontlasting, winderigheid, buikpijn en soms wat bloed bij de ontlasting, omdat het slijmvlies van de darm door de bestraling beschadigd kan worden.

Inwendige bestraling (brachytherapie)



Inbrengen van radioactieve zaadjes

Ook bij inwendige bestraling worden de tumorcellen door straling uitgeschakeld. Inwendige bestraling is een behandeling die niet voor iedereen geschikt is. Bij een hoge PSA, hoge Gleason score, een te grote (of te kleine) prostaat of bij reeds bestaande plasproblemen kan een arts beslissen dat deze behandeling voor u niet geschikt is. Bij de meest gangbare vorm van inwendige bestraling worden, onder narcose, kleine radioactieve zaadjes in de prostaat ingebracht

via lange holle naalden (zie plaatje). De zaadjes geven lokaal straling af en vernietigen daarmee de tumorcellen ter plekke. De straling kan in de eerste maanden tot op de huid komen. Daarom wordt het aangeraden om in die periode voorzichtig te zijn bij contact met zwangere vrouwen en jonge kinderen. Houd bijvoorbeeld niet langdurig een baby'tje op schoot. Contact met andere mensen of seksueel contact is geen enkel probleem. Na een maand of 5 hebben de zaadjes hun werk gedaan, maar blijven wel in de prostaat zitten. Intussen is er decennia lange ervaring met deze techniek, en blijken de zaadjes ook na jaren geen problemen te geven.

De behandeling werkt zeer lokaal en de plasbuis loopt midden door het bestraalde gebied. Dit kan plasproblemen tot gevolg hebben. De kans op erectiestoornissen is kleiner dan na operatie.

Nacontroles

Na alle behandelingen wordt de PSA regelmatig gecontroleerd. Vaak wordt in het eerste jaar 1 keer per 3 maanden PSA geprikt, daarna met steeds grotere tussenposen. Wanneer de PSA vooraf verhoogd was, zien we na behandeling vaak een daling optreden. Na de operatie zal direct een daling optreden, na de bestralingsbehandelingen daalt de PSA met enige vertraging. Zo'n daling geeft bevestiging dat de behandeling zijn werk heeft gedaan. Idealiter daalt de PSA na de behandeling en blijft vervolgens altijd laag. Maar ook als de PSA in de jaren na behandeling wat stijgt of schommelt hoeft dat niet te betekenen dat er weer kanker is. Er wordt dan in elk individueel geval bekeken of een nabehandeling nodig is.

Nabehandelingen

Indien de behandeling toch niet afdoende blijkt, is er een nabehandeling mogelijk. Na een operatie wordt in dat geval meestal gekozen voor een na-bestraling. Als de eerste behandeling een bestraling was, dan is het niet mogelijk om hetzelfde gebiedje nogmaals te bestralen, omdat dit teveel schade zou opleveren. Als de PSA snel stijgt of bij klachten kan gekozen worden voor hormoonbehandeling, waarbij de groei van tumorcellen wordt afgeremd, of voor cryotherapie (zie verderop in dit boekje).

Lange-termijn uitkomsten in cijfers

In dit boekje staan 2 overzichten met cijfers over de lange-termijn uitkomsten van de behandelingen. Uw arts heeft op pagina 2 van dit boekje aangegeven welk overzicht (A of B) voor u van toepassing is.

Op basis van grote groepen patiënten die in het verleden behandeld zijn, is een wetenschappelijke schatting⁵ gemaakt van de kansen op blijvende problemen voor mannen die voor de behandeling geen klachten hadden en die voor zowel operatie als bestraling in aanmerking kwamen. Bij operatie zijn de cijfers van de verschillende technieken gecombineerd.

Bovenaan overzicht A (pagina 12) ziet u de kans om te genezen en om te overlijden aan prostaatkanker. Bovenaan overzicht B (pagina 13) ziet u alleen de kans om te overlijden aan prostaatkanker, omdat het niet mogelijk was de genezingskans op dezelfde manier te schatten. Kansen voor een groep patiënten, zoals in overzicht A en B, zijn niet zomaar naar uw individuele situatie te vertalen. Wat u persoonlijk voor de toekomst mag verwachten, kunt u het beste met uw behandelend arts bespreken.

⁵ van Tol-Geerdink JJ et al. BJU Int 2013;111:564-73

De onderste 3 rijen in overzicht A en B geven de kans op bijwerkingen na 2 jaar. Kortdurende klachten kunnen vaker voorkomen. Voor alle bijwerkingen geldt dat, hoe beter de functie was voor de behandeling, hoe minder kans op blijvende schade na de behandeling. Had u vooraf al veel klachten, dan bent u op dat gebied kwetsbaarder.

De getallen geven de kans op klachten weer die zo ernstig zijn dat ze een effect hebben op het dagelijks functioneren. Voor urineverlies gaat het dan om hoeveelheden waarvoor incontinentiemateriaal moet worden gebruikt. Bij darmklachten gaat het bijvoorbeeld om buikpijn of dunne ontlasting waarvoor een medicijn wordt geslikt. Bij erectiestoornissen gaat het om het onvermogen om gemeenschap te hebben. Voor alle genoemde bijwerkingen geldt dat er vaak wel iets kan worden gedaan om de klachten te verzachten. Daarom is het belangrijk om eventuele klachten altijd met uw arts te bespreken bij nacontrole. De getallen in de overzichten geven aan hoe vaak klachten desondanks na 2 jaar bestaan.

Verder vindt u in dit boekje ook een tabel met de voor- en nadelen van de verschillende opties samengevat. Ook dit overzicht helpt u mogelijk met de afweging welke behandeling het beste bij u past. Daarbij is het

van belang om te bedenken welke voor- en nadelen voor u, en uw persoonlijke situatie, het meeste gewicht hebben.



Overzicht A

Gleason score ≤ 7 en PSA ≤ 20 ng/ml en T1T2

	OPERATIE	UITWENDIG BESTRALEN	INWENDIG BESTRALEN
Genezing Tumor weg, PSA blijft laag (na 5 jaar)	81 van de 100 19 van de 100 niet 	76 van de 100 24 van de 100 niet 	80 van de 100 20 van de 100 niet
Overlijden aan prostaatcancer (na 10 jaar)	3 van de 100 97 van de 100 niet 	6 van de 100 94 van de 100 niet 	5 van de 100 95 van de 100 niet
Verlies erecties Weinig tot geen erecties (na 2 jaar)	70 van de 100 30 van de 100 niet 	40 van de 100 60 van de 100 niet 	35 van de 100 65 van de 100 niet
Ernstige plasproblemen m.n. urine-incontinentie (na 2 jaar)	9 van de 100 91 van de 100 niet 	2 van de 100 98 van de 100 niet 	6 van de 100 94 van de 100 niet
Ernstige darmklachten m.n. diarree (na 2 jaar)	2 van de 100 98 van de 100 niet 	9 van de 100 91 van de 100 niet 	9 van de 100 91 van de 100 niet

**Overlijden aan
prostaatanker**
(na 10 jaar)

OPERATIE

10 van de 100
90 van de 100 niet



**UITWENDIG
BESTRALEN**

18 van de 100
82 van de 100 niet



Verlies erecties
Weinig tot geen
erecties (na 2 jaar)

70 van de 100
30 van de 100 niet



40 van de 100
60 van de 100 niet



Ernstige plasproblemen
m.n. urine-incontinentie
(na 2 jaar)

9 van de 100
91 van de 100 niet



2 van de 100
98 van de 100 niet



Ernstige darmklachten
m.n. diarree (na 2 jaar)

2 van de 100
98 van de 100 niet



9 van de 100
91 van de 100 niet



**VOOR- EN
NADELEN****ACTIEF VOLGEN**

- Tumor groeit mogelijk verder
- Regelmatige controles nodig
- Onzekerheid

NADELEN

- Geen ingreep op dit moment
- Geen complicaties of bijwerkingen
- Mogelijk nooit ingreep nodig

VOORDELEN**OPERATIE**

- Ziekenhuisopname
- Narcose
- Mogelijk complicaties rond de operatie
- Meer kans op erectiestoornissen en ongewild urineverlies dan bij bestraling

- Mogelijk alle tumorcellen verwijderd
- Geen 7 weken lang ziekenhuisbezoeken
- De tumor kan in de uitgenomen prostaat goed nagekeken worden

**UITWENDIG
BESTRALEN**

- 7 weken lang ziekenhuisbezoeken
- Meer kans op darmklachten dan bij operatie

- Mogelijk alle tumorcellen gedood
- Geen ziekenhuisopname
- Geen narcose

**INWENDIG
BESTRALEN**

- Narcose
- Meer kans op plasproblemen dan bij uitwendige bestraling

- Mogelijk alle tumorcellen gedood
- Geen ziekenhuisopname
- Ingreep in 1 dag klaar



Alternatieve, deels experimentele behandelmethoden

HIFU

Bij HIFU (High Intensity Focused Ultrasound) wordt, net als bij de klassieke echografie, gebruik gemaakt van ultrasone geluidsgolven. Via de endeldarm worden die op een punt geconcentreerd zodat ze diep in het prostaatweefsel kunnen doordringen. Door de hoge temperatuur (85-100°C) gaan de prostaatcellen dood en ontstaat er ruimte. Beschadiging van de darmwand wordt voorkomen door met een constante stroom water van 5°C in de antennehouder (probe) de darm te koelen.

De HIFU-behandeling kent nogal wat bijwerkingen. De prostaat zwelt op vanwege de hoge temperatuur, dus het kan nodig zijn om langdurig een katheter te hebben.

Cryotherapie

Cryotherapie is een behandeling waarbij met behulp van echografie enkele holle, zeer dunne naalden in de prostaat geplaatst worden. Door de naalden wordt vloeibaar argongas geperst, waardoor zich op de punt van de naalden ijs vormt. Kort daarna wordt er vloeibaar gas door de naalden geperst, waardoor de ijskristallen weer ontdooien. Door te bevriezen en te

ontdooien worden prostaatkankercellen vernietigd. Anesthesie is noodzakelijk.

Zowel bij HIFU als bij cryotherapie worden als veelvoorkomende complicaties blijvende erectiestoornissen en urine-incontinentie beschreven.

Er wordt doorgaans geadviseerd om een HIFU-behandeling of cryotherapie te reserveren voor een terugkerende prostaattumor na bestraling.

Slotwoord

De keuze van de behandeling

We hebben hier een overzicht gegeven van verschillende behandelmogelijkheden. We nodigen u uit om deze informatie te gebruiken bij het bepalen van een voorkeur voor één van de behandelingen. Bedenk daarbij vooral welke voor- en nadelen voor u persoonlijk belangrijk zijn. Mochten er nog vragen opkomen, bespreek deze dan met uw arts, zodat u samen tot een weloverwogen keuze kunt komen.

Hoe dit boekje tot stand is gekomen

Dit boekje kwam tot stand in samenwerking met urologen (chirurgen) en radiotherapeuten (bestraalingsartsen). Het is gebaseerd op een onderzoek

dat tussen 2007 en 2012 werd uitgevoerd vanuit het Radboud Ziekenhuis Nijmegen, gefinancierd door KWF Kankerbestrijding. Ten behoeve van het onderzoek werd informatie verzameld van grote groepen mannen die eerder behandeld werden voor prostaatkanker. Die informatie vormt de basis van dit boekje. De firma Astellas heeft de vormgeving en drukkosten gefinancierd, zonder invloed op de medische inhoud van de keuzehulp. De keuzehulp is opgesteld door personen die geen belang hebben bij de behandelkeuze en werd voor het laatst geüpdate in 2012.

Persoonlijke notities en vragen voor de arts



Het onderzoek dat aan deze uitgave ten grondslag ligt werd gefinancierd door KWF Kankerbestrijding



ProstaatKankerStichting.nl

Jouw Gids in ProstaatKanker



Deze uitgave is mede mogelijk gemaakt met een 'educational grant' van Astellas Pharma

