


Prostaatkanker

Geen paniek



Vanaf de leeftijd van 50 neemt de kans op prostaatkanker geleidelijk toe. Maar geen paniek als de diagnose ook bij u wordt gesteld: doorgaans is de prognose gunstig, met of zonder behandeling. Neem dus de tijd om alle opties af te wegen.

Paul Nies – Maurice Vanbellingen

De cijfers spreken boekdelen: als u de leeftijd van 50 hebt bereikt, loopt u 15 tot 30 % kans om prostaatkanker te ontwikkelen. Met het ouder worden loopt dit percentage verder op en mannen die ouder zijn dan 90, dragen de ziekte bijna allemaal in zich.

Toch doodt de kanker in verhouding weinig mannen. Dit komt doordat het in de meeste gevallen gaat om een traag groeiende kanker, die zich volledig binnen de prostaat bevindt en geen schade aanricht aan de organen in de nabijheid van deze klier. Dit heet een lokale of vroege prostaatkanker. Het feit dat de kanker zich meestal op latere leeftijd ontwikkelt, verklaart waarom veel mannen eerder aan een andere oorzaak sterven.

Heel veel mannen leven of sterven zelfs met prostaatkanker in hun lichaam, zonder het zelf te weten. Dit komt doordat er geen specifieke symptomen zijn die erop kunnen wijzen. Ook plasproblemen zijn geen symptoom, maar omdat veel artsen en veel patiënten ze toch als dusdanig beschouwen, wordt naar

aanleiding van deze problemen vaak een onderzoek gedaan. En dan blijkt geregeld een tumor aanwezig te zijn in de prostaat, zonder dat er een verband bestaat.

Uit wetenschappelijke gegevens blijkt geenszins dat mannen met plasklachten een hoger risico op prostaat­kanker hebben dan mannen van dezelfde leeftijd zonder die klachten. Er zijn in feite geen specifieke symptomen waarvoor men extra attent dient te zijn omdat ze zouden wijzen op een mogelijke vroege prostaat­kanker.

Verder zijn er ook heel wat mannen die, onafhankelijk van het optreden van zogezegde symptomen, vanaf een bepaalde leeftijd aan hun arts vragen om te worden gescreend op prostaat­kanker. Soms stelt de arts zelf voor om een onderzoek uit te voeren, al is het nog steeds een open vraag of een dergelijke screening meer goed dan kwaad doet. Omwille van die twijfels wordt een bevolkingsonderzoek op prostaat­kanker niet aangemoedigd door de overheid, zoals wel wordt gedaan voor het screenen op borstkanker.

Enkel wanneer de kanker zich al heeft uitgezaaid naar andere delen van het lichaam, zoals de botten, de lever of de longen, zijn er duidelijke symptomen: lagerugpijn waarvoor u niet meteen een verklaring vindt, plots en onverklaarbaar gewichtsverlies en hevige pijn in de beenderen. We spreken dan van gemetastaseerde of gevorderde prostaat­kanker, waartegen helaas nog weinig te doen is, in tegenstelling tot de lokale kanker. In een tussenfase, de "lokaal gevorderde" kanker, wanneer de tumor enkel het weefsel vlak bij de prostaat heeft aangetast, is er in sommige gevallen wel nog een behandeling mogelijk.

Screening niet waterdicht

Bij heel veel mannen komt de prostaat­kanker dus nooit aan het licht en veroorzaakt hij geen hinder. Maar in de weinige gevallen dat hij zich uitzaait, richt hij wel schade aan die niet meer kan worden hersteld. U al dan niet laten screenen is dus een aarts­moeilijk

60 tot 70 %

kans op prostaat­kanker bij mannen ouder dan 80

Doodsoorzaak bij minder dan

3%

van de mannen

Overlijdens door prostaat­kanker in 2012:

1 394

op een totaal van 53 800 mannelijke overlijdens

Dokter robot

Een robot die uw prostaat verwijdert?

Het wordt steeds vaker gedaan, zeker in de Verenigde Staten. De chirurg staat dan niet meer aan de operatietafel; daar staat nu een robot. Deze is uitgerust met een camera op een eerste arm, met de instrumenten voor de (laparoscopische, dus geen open) operatie op de andere drie. De arts neemt plaats in een console iets verderop. Hier ziet hij of zij de beelden in 3D die de camera in het lichaam maakt. Op basis daarvan bestuurt hij de robotarmen met de instrumenten met een soort joystick. De resultaten tonen aan dat de operaties in de meeste gevallen veilig en efficiënt verlopen, al hangt dit vaak samen met de nodige ervaring bij het artsenteam. De operaties met robot worden dus het best zoveel mogelijk geconcentreerd. Maar in ons land alleen al zijn er momenteel zo'n twintig ziekenhuizen die een robotgeassisteerde prostatectomie aanbieden. De prijs van ongeveer 2 miljoen euro moet bovendien worden terugverdiend, wat heel wat ziekenhuizen ertoe aanzet om patiënten in de richting van de operatie met robot te "pushen". Terwijl de resultaten, zo blijkt uit onderzoek, niet beter zijn dan wanneer de operatie handmatig wordt uitgevoerd. Maar de aanpak is dus wel veel duurder.

dilemma, en het best maakt u uw keuze met de nodige kennis van zaken.

Een eerste onderzoek is de PSA-test, waarbij PSA staat voor Prostaat Specifiek Antigen. Dit is een stof die wordt aangemaakt door de prostaat om zaden­cellen vloeibaar te maken, en die ook in kleine hoeveelheden is terug te vinden in het bloed. Het PSA-gehalte in het bloed stijgt met de leeftijd, dat is normaal. Maar een abnormaal hoog gehalte kan wijzen op prostaat­kanker. Er is dan wel steeds verder onderzoek nodig om de diagnose te bevestigen, want een verhoogde PSA kan ook vrij onschuldige oorzaken hebben.

Wanneer artsen op zoek gaan naar een eventuele prostaat­kanker, voeren ze vaak ook nog een rectaal onderzoek uit. Hierbij voelt de arts via het rectum aan de klier, om de grootte in te schatten en om te zoeken naar harde of oneffen stukken van de prostaatwand. Dit laatste kan wijzen op een kanker.

Soms worden nog andere tests en onderzoeken uitgevoerd om de kans op prostaat­kanker in te schatten. Al brengt geen enkele van deze tests 100 % zekerheid.

Biopsie houdt risico's in

Wijzen de eerste onderzoeken op prostaat­kanker, dan wordt normaal gezien een biopsie uitgevoerd. Onder geleide van een echografie wordt dan een naald ingebracht, die stukjes weefsel van de prostaat afneemt, die vervolgens kunnen worden onderzocht. Op basis daarvan kan worden bepaald of er effectief sprake is van prostaat­kanker en indien ja, hoe agressief die is, hoe groot de kans is dat hij verder zal groeien en uit de prostaat treden en hoe groot de kans is dat de kanker zich verder in het lichaam >

Drie manieren van aanpak

Wanneer een diagnose van (lokale) prostaatkanker wordt gesteld, is een operatie niet de enige optie. Gezien het feit dat de tumor meestal traag of niet groeit, is ook een actieve opvolging mogelijk. We zetten de verschillende mogelijkheden, met voor- en nadelen, naast elkaar.

1 prostatectomie

Bij deze operatie wordt de volledige prostaat verwijderd. Ook de zaadblaasjes en een deel van de urinebuis worden weggehaald. Als de kanker is uitgezaaid naar de lymfeklieren, dan worden ook deze verwijderd. Bij een prostatectomie zijn er twee behandelingen mogelijk: een open operatie of een kijkoperatie waarbij een kleine camera in de buikholte wordt ingebracht, en de chirurg de operatie uitvoert op basis van de beelden die de camera doorstuurt.

VOORDELEN

- ▶ De tumor kan volledig worden verwijderd.
- ▶ In vergelijking met een klassieke open operatie heeft laparoscopie in theorie enkele voordelen: minder bloeding, kleiner litteken, korter verblijf in het ziekenhuis en vlotter herstel. Het is echter een moeilijker ingreep die heel wat ervaring vergt.

NADELEN

- ▶ Kans bestaat dat de kanker niet volledig verwijderd is.
- ▶ U moet in het ziekenhuis worden opgenomen, onder narcose worden gebracht en bent na de operatie een tijd (gedeeltelijk) buiten strijd.
- ▶ Urine-incontinentie komt vooral vlak na de operatie voor, maar is ook blijvend bij ongeveer 30 % van de patiënten.
- ▶ Erectieproblemen zijn blijvend bij meer dan de helft van de patiënten.

2 bestraling

Bij bestraling (radiotherapie) probeert men de kankercellen te doden met röntgenstraling. De klassieke behandeling is het van buitenaf gericht bestralen van de tumor, waarbij men probeert de gezonde weefsels zoveel mogelijk te sparen. Een andere mogelijkheid is brachytherapie. Hierbij worden kleine radioactieve deeltjes in de prostaat zelf ingebracht, om de kankercellen ter plaatse te doden.

VOORDELEN

- ▶ Geen overnachting in het ziekenhuis nodig, of slechts een nacht bij brachytherapie.
- ▶ Geen narcose nodig bij externe bestraling.
- ▶ Brachytherapie is een eenmalige behandeling, u moet dus niet voortdurend naar het ziekenhuis voor een nieuwe behandeling.

NADELEN

- ▶ Niet iedereen komt in aanmerking voor brachytherapie, bv. doordat de prostaat te groot is geworden.
- ▶ Kans op erectieproblemen, maar minder dan bij chirurgie.
- ▶ Risico op urine-incontinentie veel kleiner dan bij een operatie.
- ▶ Grote kans op darmklachten, zoals blijvend last van krampen, diarree of bloed in de stoelgang bij zowat 25 % van de mannen.
- ▶ Bij externe bestraling duurt de behandeling meerdere weken.

3 actieve opvolging

Als de kanker zich nog volledig binnen de prostaat bevindt en het risico klein lijkt dat hij gaat groeien, dan kan men er ook voor opteren om niet (meteen) te behandelen. Wat men dan wel doet, is regelmatige controles doorvoeren, bijvoorbeeld om de zes maand een meting van het Prostaat Specifiek Antigen (PSA) en elk jaar een biopsie. Alleen indien er tekenen zijn van negatieve evolutie, zal men dan een behandeling instellen.

VOORDELEN

- ▶ Bij actieve opvolging vermijdt men de bijwerkingen van chirurgie of radiotherapie.
- ▶ Groeit de kanker toch, dan wordt dit normaal gezien tijdig opgemerkt en kan men alsnog een doeltreffende behandeling opstarten.

NADELEN

- ▶ De voortdurende opvolging is een aanzienlijke last op de schouders van de patiënt en veroorzaakt vaak de nodige stress.
- ▶ De biopsieën die regelmatig nodig zijn, zijn onaangenaam en niet altijd geheel zonder bijwerkingen.

> zal verspreiden. Maar ook deze techniek is niet helemaal waterdicht (uitzonderlijk kan men net weefsel hebben genomen zonder kankercellen, terwijl die er toch zijn) en is bovendien niet zonder risico. Het kan leiden tot pijnlijk urineren (tijdelijk bij ongeveer 5 op de 100 mannen), bloed in de urine (langer dan drie dagen bij 25 %), urineretentie (bij ongeveer 4 op de 1 000 mannen) of een ontsteking van de prostaatklie. Een biopsie is evenmin geschikt om te achterhalen of de kanker misschien al buiten de prostaat is getreden en als dit het geval is, in welke mate. Bevindt hij zich enkel in de naaste omgeving van de prostaat of is hij al uitgezaaid naar andere lichaamsdelen? Men gaat dit proberen te achterhalen d.m.v. onderzoeken zoals een CT-scan of een MRI.

Welke behandeling?

Wordt er prostaatstaatkanker vastgesteld, dan dringt de volgende keuze zich op voor de patiënt: laat hij zich meteen behandelen, en op welke manier? Of opteert hij voor niet ingrijpen, maar wel regelmatige controles? In het geval van een lokaal gevorderde kanker is er slechts één optie: meteen behandelen. Is de kanker uitgezaaid, dan kan de ziekte helaas alleen wat worden afgeremd. Maar in de meeste gevallen wordt de diagnose gesteld van een niet-gevorderde, lokale, weinig agressieve prostaatstaatkanker en dan zijn beide manieren van aanpak te verdedigen. Op het vlak van doeltreffendheid zijn ze elkaar alvast waard: een behandeling - hetzij chirurgie, hetzij radiotherapie - geven zeer goede resultaten met een grote kans op overleving, maar dat doet ook een opvolging met controles op regelmatige tijdstippen. Dit werd recent bevestigd door de resultaten van een groot Brits onderzoek, dat mannen met lokale prostaatstaatkanker gedurende tien jaar volgde en peilde naar het effect van de gekozen optie: prostatectomie, radiografie of actieve opvolging. De kans op overleving was in alle gevallen erg hoog: 99 % leefde nog na tien jaar, ongeacht de aanpak. Mannen die werden geopereerd

Een overgrote meerderheid van de mannen overleeft prostaatstaatkanker, ongeacht de aanpak

of bestraald, hadden uiteraard meer last van bijwerkingen dan wie gewoon werd opgevolgd. En ongeveer de helft van wie actief werd opgevolgd stapte in de loop van de studie wel over op een actieve behandeling, maar dit had geen impact op hun overlevingskansen. Kortom, het zijn persoonlijke overwegingen die de doorslag geven bij de keuze: sommigen willen de kanker zo snel mogelijk uit hun lijf, anderen kiezen liever niet meteen voor een behandeling met soms vervelende bijwerkingen.

Meerderheid kiest operatie

Ondanks de kleine verschillen kiest een meerderheid van de mannen toch voor een actieve behandeling (meestal een operatie), zoals onder meer blijkt uit een grootschalig Duits onderzoek tussen 2008 en 2013. Bijna 45 % van de mannen bij wie prostaatstaatkanker werd gediagnosticeerd, koos voor een operatie, 15 % koos voor bestraling, zelfs als het risico laag was dat de prostaatstaatkanker negatief zou evolueren en ondanks de nadelen die verbonden zijn aan een prostatectomie of radiotherapie.

Dat er, zelfs bij een laag risico op verdere groei van de kanker, zo veel mensen kiezen voor een ingrijpende behandeling, doet de vraag rijzen of patiënten wel altijd objectief door hun arts worden ingelicht over de mogelijke pistes mét voor- en nadelen.

Als er een tumor aanwezig blijkt, pleit hij of zij dan meteen voor een ingreep, of komt de optie van (voorlopig) niets doen ook aan bod? Als patiënt hebt u het recht op volledige informatie en op de nodige tijd om de opties te overwegen en een beredeneerde keuze te maken. Laat u alleszins niet overtuigen om iets te doen dat u zelf niet wilt. ♥

Wat doet de prostaat?

De prostaatklie bevindt zich onder de urineblaas en produceert stoffen om het sperma vloeibaar te maken.

