

PATIËNTEN INFORMATIE

Beslissingswijzer bij niet uitgezaaide prostaatkanker

Urologie, bestemd voor mannen met prostaatkanker

**MAASSTAD
ZIEKENHUIS**

een santeon ziekenhuis



Inhoud

Inleiding.....	5
Algemeen	5
Uw arts en de casemanager (verpleegkundige).....	5
Hoofdstuk I: Prostaat­kanker.....	7
1.1 De prostaat.....	7
1.2 Feiten over prostaat­kanker	8
1.3 Klachten	10
1.4 De diagnose	10
1.5 Beslissen welke behandeling.....	11
Hoofdstuk II: Behandelmogelijkheden prostaat­kanker.....	13
2.1 Chirurgie: Operatie met de Da Vinci robot Si	13
2.1.1 Algemeen	13
2.1.2 Opname verloop.....	15
2.1.3 Wondverzorging	17
2.1.4 Katheter	18
2.1.5 De uitslag.....	18
2.1.6 Eenmaal thuis na de operatie	19
2.1.7 Nabehandeling na chirurgie	19
2.1.8 Continentie.....	20
2.1.9 Erectiestoornissen.....	21
2.2 Uitwendige bestraling	22
2.2.1 Algemeen	22
2.2.2 Behandelingsverloop	23
2.2.3 De uitslag.....	25

2.2.4 Thuis na de bestralingsbehandeling.....	25
2.2.5 Nabehandeling na bestraling.....	25
2.2.6 Continentie.....	25
2.2.7 Problemen met de stoelgang.....	26
2.2.8 Erectiestoornissen.....	26
2.3 Inwendige bestraling (Brachytherapie).....	27
2.4 Actieve opvolging (Active surveillance).....	33
2.5 Behandelingsopties samengevat.....	35
2.6 Nieuwe behandelingen.....	38
2.6.1 High Intensity Focused Ultrasound (HIFU).....	39
2.6.2 Cryotherapie.....	39
2.7 Het maken van een behandelingskeuze.....	39
2.8 Belangrijke adressen en telefoonnummers.....	40
2.9 Integrale kankercentra.....	41

Eigendom van

Naam

Adres

Postcode

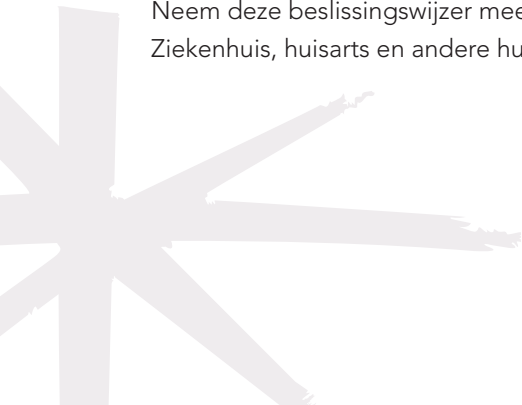
Woonplaats

Telefoonnummer

E-mail.....

ponsetiket

Neem deze beslissingswijzer mee bij al uw bezoeken aan het Maasstad Ziekenhuis, huisarts en andere hulpverleners.



Inleiding

Algemeen

Door middel van deze beslissingswijzer wil de polikliniek Urologie van het Maasstad Ziekenhuis u uitgebreid informeren over prostaatkanker. De beslissingswijzer bevat informatie over uw ziekte, de gevolgen ervan en de mogelijke behandelingen. Veel informatie wordt ook in het ziekenhuis besproken. Omdat het om veel, vaak nieuwe informatie gaat, kunt u in deze beslissingswijzer thuis alles nog eens rustig nalezen over prostaatkanker en de behandelmogelijkheden.

Tijdens de duur van de behandeling kan het voorkomen dat u, behalve met specialisten en verpleegkundigen in ons ziekenhuis, ook contact heeft met uw huisarts, de wijkverpleegkundige en andere zorgverleners. Het is belangrijk dat ook zij weten welke adviezen en medicatie u krijgt.

Wij adviseren u deze beslissingswijzer:

- zelf te lezen en ook door uw naasten te laten lezen;
- bij ieder ziekenhuisbezoek mee te nemen;
- te laten zien aan iedere hulpverlener met wie u tijdens de behandeling te maken krijgt;
- te gebruiken om al uw vragen op te schrijven, zodat u die de volgende keer kunt stellen.

Uw arts en de casemanager (verpleegkundige)

In deze periode wordt u medisch begeleid door de uroloog. Hij of zij stelt u vragen over uw klachten. Ook doet hij of zij lichamelijk onderzoek. De uroloog wil zo een beeld krijgen van wat de oorzaak van uw klachten zou kunnen zijn. Aanvullend vinden er nog andere onderzoeken plaats, hierover vindt u informatie in hoofdstuk 2. Als de uitslagen van de onderzoeken bekend zijn, bespreekt de uroloog deze met u op de polikliniek. Omdat u in dit gesprek veel, voor u geheel nieuwe informatie krijgt, raden wij u aan iemand mee te nemen naar dit gesprek.

Om u zo goed mogelijk te kunnen informeren, adviseren en begeleiden bij uw ziekte, werkt de uroloog samen met de casemanager. Zij is oncologieverpleegkundige gespecialiseerd in de begeleiding van mannen met prostaatkanker. Zij geeft u en uw naasten informatie over een eventuele operatie, behandelingen en de mogelijke bijwerkingen hiervan. Zij bespreekt ook met u hoe u met uw situatie omgaat. Uw stemmingen kunnen heel wisselend zijn. Het ene moment bent u misschien erg verdrietig, het volgende moment vol hoop. Er zijn ook mensen die alles liever over zich heen laten komen en hun problemen en gevoelens voor zich houden. Bijvoorbeeld omdat zij een ander er niet mee willen belasten of gewend zijn alles eerst zelf uit te zoeken.

Sommigen willen graag extra ondersteuning van een deskundige om stil te staan bij wat hun allemaal is overkomen. Binnen het Maasstad Ziekenhuis kunnen zorgverleners zoals maatschappelijk werkers, psychologen of geestelijke verzorgers u extra begeleiding bieden. Indien u hiervan gebruik wenst te maken kunt u dat bespreken met de casemanager.

Hoofdstuk I: Prostaatcancer

1.1 De prostaat

Iedere man heeft een prostaat (voorstandsklier). Dit is een klier die een belangrijke rol speelt bij de voortplanting. Het maakt prostaatvocht aan zodat bij een zaadlozing de zaadcellen naar buiten wordt getransporteerd via de plasbuis (sperma). De prostaat heeft de eigenschap te gaan groeien vanaf de puberteit. Dit gebeurt onder invloed van hormonen (testosteron).

Bovendien maakt de prostaat PSA (Prostaat Specifiek Antigeen). Dit is een eiwit dat de functie heeft het prostaatvocht vloeibaar te houden. Dit eiwit is in hoge concentratie aanwezig in het zaadvocht. Indien de prostaat 'ziek' is, lekt dit eiwit uit de prostaat en wordt het opgenomen in de bloedbaan. Hierdoor ontstaan er verhoogde PSA-waarden in het bloed. PSA is zelf totaal niet gevaarlijk.

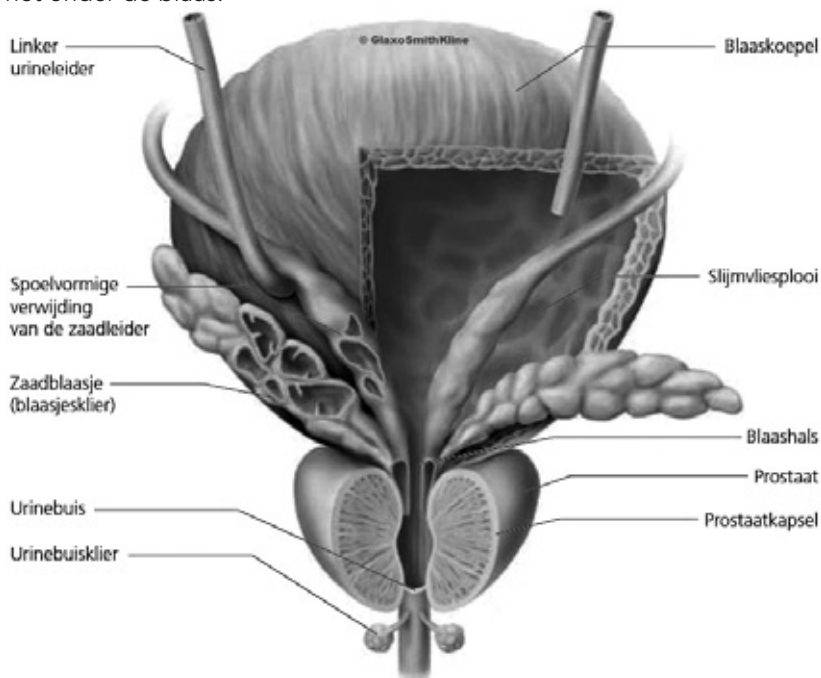
Meest frequente oorzaken van een verhoogd PSA is goedaardige prostaatvergroting (Benigne Prostaat Hyperplasie), een prostaatontsteking (prostatitis) of prostaatcancer.

Bij 30% van de mannen leidt de constante aanwezigheid van testosteron tot een dusdanige, goedaardige vergroting dat ze er last van krijgen, meestal in de vorm van plasklachten. Meestal gebeurt dit vanaf het 50e levensjaar.

Bij ruim 10.000 Nederlandse mannen per jaar ontstaat een kwaadaardige tumor in de prostaat: prostaatcancer. Dit gaat over het algemeen voor 2/3 om mannen van 70 jaar en ouder. Jaarlijks sterven circa 2500 mannen ten gevolge van prostaatcancer.

Er kan ook sprake zijn van een ontsteking van de prostaat (prostatitis). De oorzaak hiervan is vaak gelegen in een blaasontsteking of urineweginfectie. Ook dit treedt voornamelijk op na het 50e levensjaar.

Onderstaande afbeelding laat de prostaat zien en hoe deze gelegen is net onder de blaas:



1.2 Feiten over prostaat­kanker

Bij prostaat­kanker gaat het om kwaadaardige cellen in de prostaat die kunnen doorgroeien tot buiten de prostaat en zich verder kunnen gaan verspreiden in de rest van het lichaam dat zelfs tot de dood kan leiden. Prostaat­kanker betreft ongeveer 11% van alle kankersoorten onder de mannen in Europa. Het risico om tijdens het leven gediagnostiseerd te worden met prostaat­kanker is circa 16%, om eraan te overlijden circa 3,4%.

Er is nog geen duidelijke oorzaak van prostaat­kanker bekend. Het is waarschijnlijk dat een verandering in de hormonale regeling van de prostaat een rol speelt in het ontstaan van prostaat­kanker. Verder komt het bij mannen in West-Europa en de V.S. vaker voor dan in de rest van

de wereld. Waarschijnlijk door de westerse voedingsgewoonten: veel vet en eiwitten. Ook lijken er raciale verschillen te zijn; bij Aziatische mannen komt prostaatkanker het minst frequent voor, bij negroïde mannen het meeste.

Ook komt prostaatkanker in bepaalde families vaker voor. Er is in die gevallen duidelijk een erfelijke factor die hiertoe aanleiding geeft. Welk gen hiervoor verantwoordelijk is, is op dit moment echter nog niet goed bekend.

Prostaatkanker is in ieder geval niet besmettelijk en het heeft ook niets te maken met veel of weinig zelfbevrediging of bijvoorbeeld met een uitgevoerde mannelijke sterilisatie.

De ene prostaatkanker is echter de andere niet. Veel vormen van prostaatkanker groeien traag en zorgen pas heel laat voor problemen. Enkele groeien snel en geven veel eerder klachten.

In een vroeg stadium van de ziekte kan de arts niet altijd goed voorspellen hoe de prostaatkanker zich gaat ontwikkelen.

Leeftijd is de grootste risicofactor op het krijgen van prostaatkanker. Bij mannen ouder dan 75 jaar heeft meer dan de helft onder de microscoop kankercellen in de prostaat, waarvan het merendeel dit helemaal niet weet.

Over het algemeen geldt dat jonge mannen met een agressieve prostaatkanker zich het beste kunnen laten behandelen om te voorkomen dat zij overlijden aan de ziekte, terwijl oudere mannen met een weinig agressieve prostaatkanker hoogstwaarschijnlijk doodgaan met prostaatkanker, maar niet *ten gevolge van* prostaatkanker. Hiertussen ligt een grote 'grijze' zone, waarvoor verschillende behandelingsopties kunnen worden gekozen.

Voor deze laatste patiëntengroep is het maken van een goede beslissing vaak heel moeilijk. Om u te helpen een goede keuze te maken, worden in deze beslissingswijzer de verschillende behandelmogelijkheden, allen met hun voor- en nadelen, doorlopen.

1.3 Klachten

Prostaatkanker geeft in het beginstadium vrijwel geen klachten. In sommige gevallen heeft iemand problemen met plassen, zoals vaker moeten plassen. Ook een branderig gevoel bij het plassen en troebele of bloederige urine kunnen voorkomen. Meestal zijn deze klachten echter het gevolg van een tevens bestaande prostaatvergroting of infectie.

Indien de tumor reeds verder gevorderd is, kunnen plasklachten op de voorgrond komen te staan of worden de eerste klachten veroorzaakt door uitzaaiingen, doorgaans in de vorm van pijnklachten ter hoogte van het skelet.

1.4 De diagnose

Voor de diagnose heeft de uroloog het rectaal onderzoek van de huisarts herhaald. Via de anus kan hij de prostaat voelen en onderzoeken. Bij prostaatkanker kan de prostaat verhard en soms iets vergroot zijn, maar dat hoeft niet. Vaak is dit onderzoek volledig normaal.

Als het PSA dan ook heel laag is, zijn verdere onderzoeken doorgaans niet nodig. Bij een verhoogd PSA ($>3,0$ ngr/ml) kan er sprake zijn van kanker, maar er zijn ook veel andere, niet kwaadaardige oorzaken van een verhoogd PSA zoals een prostaatontsteking of een goedaardige prostaatvergroting. Alleen onderzoek van de cellen van de prostaat kan aantonen of het daadwerkelijk om kanker gaat. De uroloog brengt via de anus een echotoestel binnen en kan zo een dunne naald in de prostaat brengen. Hiermee neemt hij een stukje weefsel weg (biopsie). Hij doet dit op geleide van echografie. Echografie is onderzoek door middel van

geluidsgolven waarbij het binnenste en de omgrenzing van de prostaat op een beeldscherm zichtbaar gemaakt kan worden.

Om een volledig beeld te krijgen worden bloedonderzoek (PSA) en urineonderzoek gedaan. Als de diagnose prostaatkanker is gesteld kunnen er meerdere onderzoeken worden gedaan, waaronder een MRI en een PSMA-scan of botscan.

Doorgaans wordt op basis van een aantal onderzoeken de diagnose prostaatkanker en de uitgebreidheid hiervan vastgesteld:

1. PSA test (via bloedtest) zegt iets over hoe groot de tumor is en of deze lokaal beperkt of gevorderd is.
2. Doorgaans is hoe hoger het PSA, hoe meer de ziekte zich heeft uitgebreid. Sommige mannen met een hoog PSA hebben toch maar weinig kanker, anderzijds kunnen sommige mannen met een laag PSA veel en agressieve kankercellen bij zich dragen.
3. Gleasons score (via prostaat punctie biopsie): dit vertelt iets over de agressiviteit van de kankercellen. Deze score bestaat uit een optelsom van de twee meest voorkomende kankercellen in de prostaat. Een Gleasons score van zes of kleiner is doorgaans een weinig agressieve prostaat kanker. Deze groeit doorgaans vrij traag. Een Gleasons score zeven is matig agressief en groeit meestal met een gemiddelde snelheid. Een Gleasons score acht of hoger betekent doorgaans dat het een agressieve en snelgroeiende prostaat kanker betreft.

Algemeen kan men stellen dat met deze drie testresultaten te beoordelen is of er een behandeling te adviseren valt en hoe succesvol deze behandeling is.

1.5 Beslissen welke behandeling

Welke factoren spelen een rol bij het maken van een beslissing:

1. De ziekte uitgebreidheid.
2. Uw leeftijd.
3. Uw algemene gezondheidstoestand.
4. Eigenwaarden – gevoelens – wat is belangrijk voor u.

1. De ziekte uitgebreidheid

Indien de ziekte weinig uitgebreid lijkt is een afwachtende houding te verantwoorden. Dit lijkt doorgaans het geval te zijn indien:

- de tumor beperkt is tot de prostaat;
- het PSA < 10 ngr/ml;
- indien de Gleasonscore ≤ 6 (soms 7);
- maximaal 2 van de 10 prostaat punctie biopten bevatten tumor;
- percentage tumorcellen per prostaat punctie biopt < 50%.

In de overige gevallen wordt zorgvuldig opvolgen minder aangeraden.

2. Uw leeftijd

Uw leeftijd bepaald zeer sterk welke behandelingsoptie voor u van toepassing zijn.

Zorgvuldig opvolgen kan voor oudere mannen de beste behandelingsoptie zijn. Hoe hoger de leeftijd, hoe minder waarschijnlijk dat de prostaat kanker problemen veroorzaakt in uw verdere leven.

Indien er een levensverwachting is van 10 jaar of meer kunt u toch lang genoeg leven om problemen te ontwikkelen van uw prostaat kanker, waardoor een actieve behandeling aan te raden kan zijn.

3. Uw algemene gezondheidstoestand

Andere gezondheidsproblemen kunnen uw leven zodanig inkorten dat u nooit last ondervindt van uw prostaat kanker. In dergelijke gevallen is het zorgvuldig opvolgen meestal het meest aan te raden.

Ook kan uw algemene lichamelijke conditie de keuze in een actieve behandeling (chirurgie of bestralen) mee bepalen. Hartpatiënten komen soms minder goed in aanmerking voor chirurgie.

4. Eigenwaarden – gevoelens – wat is belangrijk voor u:

Uw wensen en gevoelens worden meegenomen in het maken van een beslissing. Om dit verder toe te lichten overlopen wij in het volgend hoofdstuk de verschillende behandelingsopties in detail, allen met hun voor- en nadelen, waarna we deze nog eens op een rijtje zetten.

Hoofdstuk II: Behandel mogelijkheden in lokaal beperkt (en lokaal uitgebreid) prostaatkanker

Als bij u de diagnose prostaatkanker is vastgesteld is het niet altijd gemakkelijk om te beslissen welke behandeling het beste voor u is. U moet toch die beslissing nemen, uw arts adviseert u in de behandeling of behandelingsstrategie. In dit hoofdstuk worden de verschillende behandelingsopties besproken, allen met hun voor- en nadelen.

Algemeen kan men stellen dat er twee strategieën zijn: niet behandelen of wel behandelen.

1. Chirurgie en bestralen zijn actieve behandelingen. Ze kunnen u genezen, maar ze kunnen ook neveneffecten veroorzaken zoals een veranderd plaspatroon, een veranderde stoelgang en problemen om een erectie te krijgen.
2. Zorgvuldig opvolgen betekent dat er geen behandeling wordt gestart. U wordt regelmatig opgevolgd, vaak door middel van het herhalen van biopsies van de prostaat op vastgestelde tijdstippen (bv. jaarlijks).

2.1 Chirurgie: Operatie met de Da Vinci robot Si

2.1.1 Algemeen

Bij chirurgie wordt de gehele prostaat met de zaadblaasjes verwijderd. Bovendien worden in bepaalde gevallen ook de lymfeklieren verwijderd. Dit met de bedoeling al de kwaadaardige cellen te verwijderen. Of patiënten in aanmerking komen voor chirurgie is afhankelijk van de grootte van de tumor in de prostaat en de uitgebreidheid van de ziekte. In principe wordt deze behandeling bij voorkeur toegepast indien de tumor beperkt is gebleven tot de prostaat. Bovendien zouden er geen uitzaaiingen mogen zijn.

Zit de kanker ook in of buiten het kapsel, dan is een goede afweging van de voor- en nadelen om de prostaat te verwijderen belangrijk. Want zit de kanker in de schil of ook daarbuiten, dan bestaat er een kans dat de prostaat niet in zijn geheel verwijderd kan worden, waardoor er aanvullende behandelingen nodig zijn en er een grotere kans bestaat op urine-incontinentie en erectieproblemen na de behandeling.

Dus:

- prostaat volume: in principe geen beperking;
- PSA: in principe < 50 ngr/ml;
- gleasonscore: alle;
- lokaal beperkt: ja;
- lokaal uitgebreid: mogelijk (te beoordelen per casus);
- plasklachten: n.v.t.;
- metastasen: niet aanwezig;
- combinatie met hormoontherapie: nee.

Bij een operatie worden de prostaat en de zaadblaasjes volledig verwijderd. Nadat de prostaat verwijderd is, wordt de blaas weer aan de plasbuis gehecht.

Vroeger werd via een snee in de onderbuik de prostaat verwijderd, later gebeurde dit middels een kijkoperatie.

Recentelijk wordt deze ingreep steeds vaker uitgevoerd met behulp van een zgn. operatierobot. Deze operatierobot is een verdere verbetering van de kijkoperatie. De belangrijkste verbeteringen zijn het 3D-zicht, waardoor de uroloog diepte kan zien en een innovatie van de instrumenten waardoor hij sneller en nauwkeuriger kan opereren. De da Vinci robot is computergestuurd maar voert NOOIT zelfstandige handelingen uit. De uroloog stuurt vanuit een console de robotarmen aan.

Het bloedverlies is door deze techniek vaak zeer beperkt, er is een korte opnameduur (in principe 1 nacht), zelden complicaties en er is meer

kans op behoud van continëntie en potentie in vergelijking met een open- of laparoscopisch uitgevoerde ingreep.

Het Maasstad Ziekenhuis opereert sinds december 2008 met behulp van deze techniek, waar momenteel twee Si systemen zijn geïnstalleerd.

Om ruimte te krijgen wordt de buik opgeblazen met koolzuurgas (CO₂). Via een aantal kleine sneetjes in de onderbuik worden buisjes in de buik gebracht. Door deze sneetjes worden chirurgische instrumenten ingebracht waarmee de operatie kan worden uitgevoerd. De operatierobot heeft een speciale camera waarmee in de buikholte kan worden gekeken. Het camerabeeld is driedimensionaal en vergroot het beeld ongeveer tienmaal. Zo kan elk detail van het operatiegebied uitvergroot worden.

2.1.2 Opname verloop

Voor de operatie

Nadat u samen met uw uroloog voor opereren heeft gekozen en u een operatiedatum hebt ontvangen, voorziet de casemanager u van allerlei informatie. Tevens verwijst zij u voor het maken van een afspraak voor de preoperatieve screening bij de anesthesie. Ter voorbereiding op de operatie en de anesthesie word er bloed geprikt en vult u een vragenlijst in. Afhankelijk van uw leeftijd wordt er ook een hartfilmpje (ECG) gemaakt. Meestal zijn deze onderzoeken al verricht op de polikliniek. Als u goedgekeurd bent, krijgt u een brief met de definitieve opnamedatum thuis gestuurd. Vanaf 0.00 uur in de avond voor de opname moet u nuchter blijven: dat wil zeggen niet meer eten, drinken of roken.

Vooraf aan de operatie start u met bekkenbodemoefeningen, bij een bekkenbodetherapeut bij u in de buurt (de verwijfsbrief krijgt u via uw casemanager).

De dag van de operatie

Op de dag van de operatie wordt u ontvangen door een verpleegkundige op de afdeling. De verpleegkundige vertelt u alles over de gang van zaken op de afdeling. U krijgt steunkousen aangetrokken voor de operatie om de kans op trombose te verkleinen. Ook krijgt u voor de operatie premedicatie in de vorm van pijnstilling en een medicament om de blaas te ontspannen voor na de operatie. U wordt naar de operatiekamer gebracht, waar de verpleegkundigen van de operatiekamer u verder begeleiden. Er wordt een infuusnaald in uw arm of hand geprikt, u krijgt de narcose en een ruggepriek. Na de operatie krijgt u een injectie om trombose te voorkomen. Deze injectie krijgt u verder iedere dag, tot 20 dagen nadat u het ziekenhuis hebt verlaten.

Na de operatie

U wordt wakker op de uitslaapkamer, waar uw bloeddruk, hartritme en urineproductie worden gecontroleerd. Ook wordt gekeken of u pijn heeft. Indien u pijn heeft, krijgt u medicijnen toegediend. U hebt een infuus en een blaaskatheter. De meeste mannen hebben de eerste uren na de operatie het gevoel dat zij (zeer) nodig moeten plassen. Er is echter een katheter aanwezig die de urine laat aflopen. Dit gevoel is dan ook een 'vals' gevoel om te moeten plassen; dit gaat na circa 12 uur na de operatie vanzelf over.

Als de controles goed zijn, wordt u terug naar de afdeling gebracht waar u in de gaten wordt gehouden, maar minder frequent. De verpleegkundige helpt u met de verzorging. U kunt 's avonds, als u niet misselijk bent, beginnen met drinken (water of thee).

De dag na de operatie

U kunt een aantal keren uit bed, op de stoel zitten. Wanneer u trek heeft, kunt u beginnen met eten of drinken. Bij het krijgen van ontlasting moet u niet te hard persen. U krijgt standaard Lactulose, een product om de stoelgang te stimuleren.

Uw activiteiten kunnen worden uitgebreid. U kunt proberen uzelf te wassen en vaker uit bed te komen. Ook kunt u, uitsluitend onder begeleiding van een verpleegkundige, beginnen met lopen. Waarschijnlijk kunt u normaal eten en drinken.

Indien u zich goed genoeg voelt en uw infuus wordt verwijderd, kunt u tegen het einde van de dag weer naar huis. De blaaskatheter wordt via een beenzakje aan uw bovenbeen bevestigd (onder de broek), zodat u mobiel bent, voor de nacht krijgt u een zogenoemde nachtzak. De verpleegkundige legt u dit allemaal uit. Bovendien wordt het u aangeleerd hoe u de antitrombose-spuitjes uzelf moet toedienen en hoe u de wondjes moet verzorgen.

Geen enkele behandeling is vrij van kans op complicatie. De meest voorkomende complicatie na een robot geassisteerde laparoscopische radicale prostatectomie is een nabloeding, koorts of pijn. Kort na de ingreep kan er schouderpijn ontstaan door het ingeblazen koolzuurgas. Mocht u na de operatie, ondanks de door de anesthesist voorgeschreven pijnmedicatie nog pijnklachten ervaren, geeft u dit dan door aan de verpleegkundigen. Zij kunnen dan na overleg met de arts andere medicatie geven. Voor thuis adviseren we u zo nodig paracetamol 1000 mg in te nemen, maximaal vier keer per dag. Wat zelden voorkomt is beschadiging aan andere organen, zoals de dikke darm. Omdat de wondjes klein zijn, komen ook littekenbreuken zelden voor.

2.1.3 Wondverzorging

De wondjes worden door de verpleegkundige verzorgd op de verpleegafdeling. Thuis hoeft u de wond niet te verbinden. U mag dagelijks douchen. We adviseren u de wondjes hierna aan de lucht te laten drogen. We adviseren u geen lotion of andere crèmes op uw wondjes te gebruiken. De hechtingen zijn zelf oplosbaar. De meeste vallen vanzelf uit na ongeveer tien dagen.

2.1.4 Katheter

Als u naar huis gaat, heeft u nog een katheter die in totaal zeven dagen blijft zitten. U kunt een beetje last hebben van de katheter zoals lekkage van urine langs uw katheter. Dit is lastig, maar hoort erbij. Het komt door uw blaas die de katheter kwijt wil en deze gaat dan af en toe flink samenspannen (blaaskrampen). Als dit vaak gebeurt en het is pijnlijk, kan de uroloog pijnmedicatie voorschrijven. Een brandend gevoel bij het uiteinde van uw penis en een beetje afscheiding horen ook bij de irritatie van de katheter. Soms komt er ook nog bloed in de urinezak, zeker bij toename van uw activiteiten. Soms komen er ook nog kleine bloedstolsels naast de katheter naar buiten bij persen voor stoelgang. Dit is normaal, u hoeft zich hier geen zorgen om te maken.

Wij adviseren u om bij het dagelijks douchen uw voorhuid terug te trekken en de katheter met de douchekop goed te reinigen.

U krijgt een afspraak mee om na een week de katheter te laten verwijderen (decatheterisatie) op de dagbehandeling. Het is belangrijk dat u niet vergeet om met de antibiotica te beginnen voor deze afspraak. Dit bevordert het voorkomen van een blaasontsteking.

Let wel, de meeste mannen verliezen na het verwijderen van de katheter in mindere of meerdere mate nog urine. Dit verbetert in de loop van de dagen en weken. Wees hierover niet ongerust. U krijgt het nodige materiaal mee naar huis. Bovendien versnelt de bekkenbodembodem-fysiotherapie dit proces.

2.1.5 De uitslag

U krijgt bij vertrek van de afdeling de afspraken mee. Twee weken na de operatie krijgt u de uitslag van het weefselonderzoek (PA). Zes weken na de operatie wordt een PSA-controle uitgevoerd via een poliklinische controle. Het PSA wordt op dezelfde dag van de afspraak geprikt en is na circa een uur bekend. De uitslag van de PA en het postoperatief PSA zijn bepalend voor het al dan niet starten van een nabehandeling.

2.1.6 Eenmaal thuis na de operatie

Na de operatie adviseren we u om het de eerste zes weken rustig aan te doen. Dit houdt in dat u geen zware lichamelijke activiteiten uitvoert (zoals zwaar tillen, sporten) en u mag niet fietsen. Dit bevordert de wondgenezing. De elastische kousen mag u uit laten als u het ziekenhuis verlaat. Na de operatie kunt u enkele weken tot maanden vermoeidheidsklachten hebben. Het kan een half jaar duren voordat u uw conditie van voor de operatie terug hebt. Verder hebt u geen beperkingen. Neemt u bij twijfel contact op met de casemanager.

2.1.7 Nabehandeling na chirurgie

Na de behandeling kan het zijn dat de ziekte niet volledig genezen is. Dit kan omdat de ziekte lokaal dermate uitgebreid was op het moment van de behandeling dat deze chirurgisch niet volledig te verwijderen was (weefselonderzoek toont tumorweefsel tot aan het snijvlak). Ook kunnen er reeds uitzaaiingen zijn op het moment dat u werd behandeld. Deze uitzaaiingen waren op dat moment van uw behandeling dan echter nog zo klein dat deze met de uitgevoerde onderzoeken zoals een MRI, PSMA en/of botscaan niet aantoonbaar waren.

Een dergelijke situatie verraadt zich echter in een postoperatief meetbaar zijn van het PSA. Deze dient postoperatief na zes weken namelijk onmeetbaar te zijn. Het enige wat PSA maakt is uw prostaat (en evt. uitzaaiingen) en deze werd verwijderd.

Het kan dus aangewezen zijn u nog aanvullend te laten bestralen. Eventueel moet er worden gestart met hormoon onderdrukkende medicatie, waardoor u 'chemisch' wordt gecastreerd.

Uitgangspunt van een operatieve behandeling is dat u van uw ziekte wordt genezen. Indien die kansen klein zijn, komt u in principe in aanmerking voor een andere behandeling.

2.1.8 Continentie

De eerste tijd na de operatie hebben sommige mannen last van urineverlies (urine-incontinentie). Meestal verbetert dit na een aantal weken.

Algemeen kan men stellen dat de patiënt:

- na 1 maand 50% continent is;
- na 3 maanden 70% continent is;
- na 6 maanden 90% continent is;
- na 12 maanden 95 % continent is.

Bij minder dan 5 op de 100 mannen blijft er een lichte graad van urine incontinentie bestaan na 1 jaar.

Bepalend (voorspellend) hierin is voornamelijk:

- uw leeftijd: hoe jonger, hoe sneller en hoe beter het herstel;
- de uitgebreidheid van de ziekte;
- de lengte van het ‘membraneuze’ deel van de plasbuis;
- de chirurgische techniek die werd toegepast;
- de ervaring van de chirurg (centrum).

Dit is dan vooral bij ‘druk verhogende’ momenten zoals hoesten of zware dingen tillen. Het kan dan een oplossing zijn om absorberend opvangmateriaal te gebruiken of om uw behandelend uroloog te vragen een eventueel corrigerende behandeling met u te bespreken.

Er kan met een operatieve ingreep gezorgd worden dat u opnieuw continent wordt. Dit is afhankelijk van de hoeveelheid urine die u per 24 uur verliest. Indien dit minder is dan 120 cc en u bent niet aanvullend bestraald, komt u in aanmerking voor een ‘*Advance Male Sling*’. Indien dit meer is dan 120 cc (wel of niet aanvullend bestraald) komt u in aanmerking voor een ‘*Sfincter prothese*’.

Vraag uw casemanager om extra informatie en een afspraak bij de uroloog.

2.1.9 Erectiestoornissen

De zenuwen die zorgen voor een erectie liggen aan de buitenkant van uw prostaat. Deze zijn vaak met de prostaat vergroeid. Afhankelijk van de plaats en de grootte van de tumor kunnen deze zenuwbanen worden gespaard. Gebruik van de da Vinci robot in combinatie met veel ervaring met deze operatie maken deze delicate 'zenuw sparende' procedure goed mogelijk.

Na de operatie is het krijgen van erecties echter meestal tijdelijk niet mogelijk. Vanaf zes weken na de operatie kan dit gaan herstellen. Dit herstel kan tot een jaar na de operatie duren. Het gebruik van potentie verbeterende tabletten (Cialis, Viagra of Levitra) wordt gestimuleerd vanaf het moment dat er enig erectieherstel wordt waargenomen. Deze tabletten dienen een half uur voor de geslachtsgemeenschap te worden ingenomen. Bovendien moet er goede zin zijn om te vrijen. Indien er vier maanden na de operatie nog totaal geen herstel wordt vastgesteld is het toepassen van Androskat injecties aan te raden, om zo het zenuwherstel verder toe te laten en toch al met enige regelmaat erecties te krijgen. Androskat is een product dat de bloedvaten in de penis verwijdt en dient voor de geslachtsgemeenschap aan de basis van de penis te worden geïnjecteerd (is vrijwel pijnloos), waar er na 5-10 minuten een erectie ontstaat, ongeacht het libido, die gedurende 45 minuten aanhoudt. Dit wordt aangeleerd via een zogenoemde 'prikinstructie'. Vraag uw casemanager om extra informatie en een afspraak bij de behandelend uroloog.

Soms is het onvermijdelijk dat deze zenuwen tijdens de operatie moeten worden weggenomen. Het krijgen van een normale erectie is dan niet meer (goed) mogelijk. Het orgasmen gevoel verliest u echter nooit. Ook voelt de penis na een chirurgische behandeling niet 'doof' aan.

Indien de zenuwen gedeeltelijk of volledig weg genomen zijn, is het gebruik van potentie verbeterende tabletten (Cialis, Viagra of Levitra) of het gebruik van Androskat injecties vaak een uitkomst.

Na uw operatie komt er geen vocht meer vrij tijdens het orgasmen gevoel. De prostaat, die het vocht aanmaakt, is immers verwijderd. Er ontstaat dan een 'droog orgasme', u komt klaar met alle daarbij behorende gevoelens, maar zonder zaadlozing.

Algemeen kan men stellen dat bij 60 op de 100 mannen de erecties na een operatie terugkomen. Bepalend hierin zijn:

- de kwaliteit van de erectie voor de operatie;
- uw leeftijd;
- de ervaring van de chirurg;
- de toegepaste operatieve methode.

2.2 Uitwendige bestraling

2.2.1 Algemeen

Bestraling is een plaatselijke behandeling met als doel de kankercellen te vernietigen, terwijl de gezonde cellen zo veel mogelijk gespaard blijven. Kankercellen verdragen straling slechter dan gezonde cellen en herstellen zich minder goed. Gezonde cellen herstellen zich over het algemeen wel. Bestraling kan bij prostaatkanker zowel genezing bereiken (curatieve behandeling) of ingezet worden als genezing niet meer mogelijk is en hiermee voornamelijk klachten worden verminderd (palliatieve behandeling).

Bij uitwendige bestraling komt de straling uit een bestralingstoestel. Het te behandelen gebied wordt van buitenaf, door uw huid heen, bestraald. De radiotherapeut zorgt ervoor dat de stralenbundel nauwkeurig wordt gericht en dat het omliggende gezonde weefsel en kwetsbare organen zo veel mogelijk worden gespaard.



Of patiënten in aanmerking komen, is afhankelijk van de grootte van de tumor in de prostaat en de uitgebreidheid van de ziekte. In principe kan deze behandeling worden toegepast indien de tumor beperkt is gebleven tot de prostaat. Vaak wordt deze behandeling toegepast indien de tumor reeds buiten de prostaat is gegroeid en waarvoor chirurgie (en brachytherapie) niet meer van toepassing zijn.

Dus:

- prostaatvolume: in principe geen beperking;
- PSA < 50 ngr/ml;
- gleasonscore: alle;
- lokaal beperkt: ja;
- lokaal uitgebreid: mogelijk (te beoordelen per casus);
- in principe geen of zeer weinig plasklachten;
- metastasen: niet aanwezig;
- combinatie met hormoontherapie: vaak.

2.2.2 Behandelingsverloop

Uitwendige bestraling wordt nog niet in het Maasstad Ziekenhuis aangeboden. U wordt hiervoor verwezen naar een radiotherapeutisch instituut.

Meestal wordt u verwezen naar de radiotherapie afdeling van het Erasmus MC te Rotterdam. Dit is echter afhankelijk van uw woonplaats. U kunt ook naar een radiotherapeutische afdeling worden verwezen in een ziekenhuis in uw buurt. De doorverwijzing en afspraken worden geregeld via uw uroloog vanuit het Maasstad Ziekenhuis, waar u ook onder controle kan blijven indien u dat wenst.

Al uw dossiergegevens worden naar het bestralingsinstituut doorgestuurd.

Voor deze behandeling hoeft u niet in het ziekenhuis te worden opgenomen. U komt dagelijks (behalve het weekend) voor ongeveer 20 minuten naar de bestralingsafdeling gedurende vier weken (20 keer).

De dosis is afhankelijk van uw situatie. Indien u direct wordt bestraald (zonder voorafgaande chirurgie) krijgt u in principe een dosis van 3 Gy op uw prostaat en zaadblaasjes (IMRT-techniek). Indien u reeds geopereerd bent en de kankercellen zijn nog niet allen vernietigd krijgt u in principe in 36 keer een totaal dosis van 2 Gy.

Ook wordt soms geadviseerd om tijdens de bestraling hormoon onderdrukkende medicatie te gebruiken waardoor u 'chemisch' gecastreerd wordt, meestal gedurende 6 maanden tot 18 maanden. Uw uroloog en radiotherapeut bespreken dit met u.

Voordat deze behandeling kan starten heeft u altijd een gesprek met de radiotherapeut en worden de afspraken (bestralingsmomenten) gepland. Bovendien worden er goudmarkers in de prostaat geplaatst om de locatie van het te bestralen gebied te markeren.

De radiotherapeut brengt via de anus een echotoestel binnen en kan zo een dunne naald in de prostaat brengen. Hiermee kan hij de goudmarkers achterlaten. Hij doet dit op geleide van echografie. Echografie is onderzoek met behulp van geluidsgolven waarbij het binnenste en de omgrenzing van de prostaat op een beeldscherm zichtbaar worden. Om een goed beeld te krijgen van de tumor en de

uitgebreidheid ervan, kunnen meerdere onderzoeken worden gedaan, waaronder een CT-scan, MRI, botscan, bloedonderzoek (PSA) en urineonderzoek.

2.2.3 De uitslag

Na een bestralingsbehandeling is er geen weefselonderzoek mogelijk. Er kan dus ook enkel worden ingeschat of de behandeling heeft aangeslagen aan de hand van het postradiotherapie PSA. Dit kan na de behandeling aanvankelijk nog wat oplopen, waarna het echter moet dalen naar een laag normale waarde (PSA-nadir).

Aan de hand van verdere PSA-controles wordt beoordeeld of de ziekte onder controle blijft. Indien het PSA toch weer oploopt wordt er een PSMA-scan gemaakt om te beoordelen of de ziekte wel of niet is teruggekomen.

2.2.4 Thuis na de bestralingsbehandeling

Na de bestraling kunt u enkele weken tot maanden vermoeidheidsklachten hebben. Het kan een half jaar duren voordat u uw conditie van voor de operatie terug hebt. Verder hebt u geen beperkingen. Neemt u bij twijfel contact op met de casemanager.

2.2.5 Nabehandeling na bestraling

Het kan zijn dat de bestraling niet alle kankercellen vernietigd. Indien de bestraling de kanker niet geneest, is chirurgie moeilijker tot onmogelijk door verlittekening rond de prostaat ten gevolge van de bestraling. Bovendien is het soms lastig te achterhalen hoe de ziekte zich gedraagt, gezien het PSA doorgaans niet onmeetbaar wordt, maar 'laag stabiel' moet blijven.

2.2.6 Continentie

U kunt enkele weken last hebben van urineverlies. Ongeveer 4 op de 100 mannen kunnen permanent last houden van urineverlies ten gevolge van

radiotherapie (in- en uitwendig).

Het kan pijnlijk zijn om te plassen en u moet misschien vaker plassen. Bij 8 op de 100 mannen die uitwendige bestraling ondergaan kan dit een permanent probleem zijn.

2.2.7 Problemen met de stoelgang

U kunt last hebben van frequente stoelgangneiging, pijn bij de ontlasting en bloedingen van de endeldarm.

Bij meer dan 90 op de 100 mannen is dit een tijdelijk fenomeen of het komt helemaal niet voor. Bij beide types van bestraling komen deze problemen bij ongeveer 8 op de 100 mannen voor met blijvende aard.

2.2.8 Erectiestoornissen

De zenuwen die zorgen voor een erectie liggen aan de buitenkant van uw prostaat. Bij bestraling (zowel uitwendig als inwendig) is het onvermijdelijk dat deze zenuwen tijdens de behandeling (enige) schade oplopen. Deze zijn immers vaak zeer intens met de prostaat vergroeid. Het krijgen van een normale erectie is dan niet meer (goed) mogelijk. Het orgasmen gevoel verliest u echter nooit, ook voelt de penis na een bestralingsbehandeling niet 'doof' aan. Erectieverlies treedt na bestraling (in- en uitwendig) vaak erg geleidelijk op.

Bij beide types van bestraling hebben na 2 tot 3 jaar ongeveer 50 mannen van de 100 min of meer uitgesproken blijvende impotentie. Bovendien kan een pijnlijk orgasme ontstaan in de loop van de tijd.

Indien impotentie optreedt, is het gebruik van potentie verbeterende tabletten (Cialis, Viagra of Levitra) of het gebruik van Androskat injecties vaak een uitkomst. De tabletten dienen een half uur voor de geslachtsgemeenschap te worden ingenomen. Bovendien moet er goed zin zijn om te vrijen. Androskat is een product dat juist voor de geslachtsgemeenschap aan de basis van de penis moet worden geïnjecteerd (is vrijwel pijnloos), waarbij na 5 tot 10 minuten een erectie ontstaat, ongeacht het libido, die gedurende 45 minuten aanhoudt.

Dit wordt aangeleerd via een zogenoemde 'prik instructie'. Vraag uw casemanager om extra informatie en een afspraak bij de behandelend uroloog.

Als na de radiotherapie normale erecties nog wel mogelijk zijn, komt er vaak weinig of geen vocht meer vrij tijdens de zaadlossingen. De prostaat, die het vocht aanmaakt, is immers bestraald en 'droogt op'. Er ontstaat dan een 'droog orgasme'. U komt klaar met alle daarbij behorende gevoelens, maar zonder zaadlossing. Soms kan dit pijnlijk zijn.

2.3 Inwendige bestraling (Brachytherapie)

2.3.1 Algemeen

Brachytherapie is de inwendige bestraling van de prostaat. Radioactieve staafjes worden hierbij in de prostaat geplaatst. Het werkt uitsluitend op de aangetaste prostaat en geeft daardoor minder complicaties dan uitwendige bestraling.

2.3.2 Verschillende manieren van brachytherapie

Prostaat brachytherapie kan op verschillende manieren plaatsvinden, afhankelijk van het ziekenhuis en van de individuele patiënt:

- Brachytherapie door middel van een HDR-behandeling. HDR staat voor 'High Dose Rate' en betekent letterlijk 'Hoog Dosis Tempo' een kortdurende inwendige bestraling met een hoge dosis. Hierdoor kunnen we omliggende organen veel beter sparen en krijgt de tumor een veel hogere dosis straling. Deze therapie gebeurt in dagopname en vindt plaats in de operatiekamer onder plaatselijke of algehele anesthesie. U krijgt in totaal twee bestralingen. Het wordt een lange dag, omdat de tijd tussen de bestralingen minimaal 6 uur moet zijn.
- Brachytherapie door middel van het computergestuurd inbrengen (via naalden) van radio-actieve zaadjes (seeds) in de prostaat. Deze zaadjes blijven permanent in de prostaat aanwezig.

- Brachytherapie door middel van het handmatig inbrengen (via naalden) van radioactieve zaadjes (seeds) in de prostaat. Deze zaadjes blijven permanent in de prostaat aanwezig.
- Uiteraard krijgt u nog meer gedetailleerde informatie van de uroloog en/of radiotherapeut.

Er zitten ook beperkingen aan want bij een grotere prostaat kunnen de radioactieve deeltjes niet goed worden gepositioneerd en kan deze therapie dus niet worden gegeven. Bovendien kunnen de zaadjes soms niet actief zijn op plaatsen waar kankercellen zich ophouden, zoals de zaadblaasjes (hier worden geen zaadjes in geplaatst).

De patiënten die hiervoor in aanmerking komen is afhankelijk van de grootte van de prostaat en de uitgebreidheid van de ziekte. Zit de kanker ook in het kapsel of daarbuiten, dan is een ander soort behandeling onvermijdelijk. Want zit de kanker in de schil of ook daarbuiten, dan bestaat er een kans op uitzaaiingen. Dit kan met brachytherapie niet behandeld worden. Brachytherapie is dus uitsluitend voor patiënten met kanker binnen de prostaat.

Nadeel van deze behandeling is dat in circa 30% van de tumoren deze meer uitgegroeid zijn dan bij de behandeling vermoed wordt. In dergelijke gevallen kan de behandeling met behulp van brachytherapie onvoldoende effectief zijn.

Urineretentie (niet kunnen plassen) komt voor bij ongeveer 2 op de 100 mannen na brachytherapie. Indien reeds plasklachten voor de behandeling is dit percentage hoger. Een operatie om opnieuw te kunnen plassen of beter te kunnen plassen (TUR-prostaat) mag pas 1 jaar na de behandeling worden uitgevoerd.

Dus:

- prostaat < 40-45 gram;
- PSA < 10 ngr/ml;
- gleason score £ 3+4 (exclusief G1 sc. 4+3);
- lokaal beperkt: ja;
- lokaal uitgebreid: nee;
- geen of zeer weinig plasklachten;
- metastasen: niet aanwezig;
- combinatie met hormoon therapie: kan.

2.3.3 Behandelingsverloop

Inwendige bestraling wordt niet in het Maasstad Ziekenhuis aangeboden. U wordt hiervoor verwezen naar een radiotherapeutisch instituut.

U kunt hiervoor naar het UMC Utrecht waar men met deze behandeling veel ervaring heeft. In het Erasmus MC te Rotterdam wordt deze behandeling ook toegepast. Afhankelijk van uw woonplaats kunt u ook naar een radiotherapeutische afdeling worden verwezen in een ziekenhuis in uw buurt. De doorverwijzing en afspraken worden geregeld via uw uroloog vanuit het Maasstad Ziekenhuis, waar u ook onder controle kan blijven indien u dat wenst. Al uw dossier gegevens worden naar het bestralingsinstituut doorgestuurd.

Voor de Brachy met zaadjes behandeling blijft u één nacht in het ziekenhuis. Er worden hele dunne naaldjes in de prostaat gebracht met 60 á 100 radioactieve jodiumzaadjes. Die zaadjes bestralen elk een deel van de prostaat en samen de klier als geheel. Het stralingsbereik is slechts enkele millimeters en veroorzaakt in principe geen schade aan de rest van het lichaam. Na een half jaar hebben de deeltjes hun grootste kracht verloren en na een jaar zijn ze helemaal uitgewerkt. De zaadjes worden niet weggehaald, die worden in het lichaam achtergelaten. Dit kan geen kwaad. Bovendien zijn de zaadjes aan een soort draad

verbonden, waardoor de kans dat deze worden uit geplast bijzonder klein is.

Na de behandeling moet u minstens 12 uur volledige bedrust houden. Tijdens de opnameperiode heeft u ook een blaaskatheter om urine op te vangen. Deze wordt de dag erna verwijderd. Uiteraard krijgt u nog meer gedetailleerde informatie van de uroloog en/ of radiotherapeut.

Na deze behandeling komt u terug naar uw uroloog.



2.3.4 De uitslag

Na een bestralingsbehandeling is weefselonderzoek niet mogelijk. Er kan dus ook enkel worden ingeschat of de behandeling heeft aangeslagen aan de hand van het postradiotherapie PSA. Na brachytherapie is er vaak sprake van een zogenoemde 'PSA bounce'. Dat wil zeggen dat na de behandeling het PSA gedurende 1 jaar vrij sterk kan stijgen, waarna het echter moet dalen naar een laag normale waarde (PSA-nadir).

In het begin kan het daarom moeilijk zijn om te beoordelen of de ziekte onder controle is.

Aan de hand van verdere PSA-controles wordt beoordeeld of de ziekte onder controle blijft. Indien het PSA toch weer oploopt wordt er een PSMA-scan uitgevoerd om te beoordelen of de ziekte wel of niet is teruggekomen en/of er uitzaaiingen zijn.

Indien de PSMA-scan negatief is, worden er opnieuw biopten genomen.

2.3.5 Eenmaal thuis na de behandeling

Na inwendige bestraling zijn er doorgaans weinig tot geen algemene conditionele klachten. U hebt geen beperkingen. Neemt u bij twijfel contact op met de casemanager.

2.3.6 Nabehandeling na bestraling

Het kan zijn dat de bestraling niet alle kankercellen vernietigd. Indien de bestraling de kanker niet geneest, is chirurgie moeilijker tot onmogelijk door verlittekening rond de prostaat ten gevolge van de bestraling. Bovendien is het soms lastig te achterhalen hoe de ziekte zich gedraagt, gezien het PSA doorgaans niet onmeetbaar wordt, maar 'laag stabiel' moet blijven.

2.3.7 Continëntie

U kunt enkele weken last hebben om urineverlies. Ongeveer 4 op de 100 mannen kunnen permanent last houden van urineverlies ten gevolge van radiotherapie (in- en uitwendig).

Het kan pijnlijk zijn om te plassen en u moet misschien vaker plassen. Bij 8 op de 100 mannen die inwendige bestraling ondergaan kan dit een permanent probleem zijn.

Urineretentie (niet kunnen plassen) komt voor bij ongeveer 2 op de 100 mannen na brachytherapie. Bij plasklachten voor de behandeling is dit percentage hoger. Een operatie om opnieuw te kunnen plassen of beter te kunnen plassen (TUR-prostaat) mag één jaar na de behandeling worden uitgevoerd.

2.3.8 Problemen met de stoelgang

U kunt last hebben van frequente stoelgangneiging, pijn bij de ontlasting en bloedingen van de endeldarm. Bij meer dan 90 op de 100 mannen is dit een tijdelijk fenomeen of het komt helemaal niet voor. Bij beide types van bestraling komen deze problemen wel voor met een blijvend aard bij ongeveer 8 op de 100 mannen.

2.3.9 Erectiestoornissen

De zenuwen die zorgen voor een erectie liggen aan de buitenkant van uw prostaat. Bij bestraling (zowel in- als uitwendig) is het onvermijdelijk dat deze zenuwen tijdens de behandeling (enige) schade oplopen. Deze zijn immers vaak zeer intens met de prostaat vergroeid. Het krijgen van een normale erectie is dan niet meer (goed) mogelijk. Het orgasmen gevoel verliest u echter nooit, ook voelt de penis na een bestralingsbehandeling niet 'doof' aan. Erectieverlies treedt na bestraling vaak erg geleidelijk op.

Bij beide bestralingstypen hebben na twee tot drie jaar ongeveer de helft van de mannen min of meer uitgesproken blijvende impotentie. Bovendien kan een pijnlijk orgasme ontstaan in de loop van de tijd.

Indien impotentie optreedt, is het gebruik van potentie verbeterende tabletten (Cialis, Viagra of Levitra) of het gebruik van Androskat injecties vaak een uitkomst. De tabletten dienen een half uur voor de geslachtsgemeenschap te worden ingenomen. Bovendien moet er goede zin zijn om te vrijen. Androskat is een product dat juist voor de geslachtsgemeenschap aan de basis van de penis moet worden geïnjecteerd (is vrijwel pijnloos), waarbij na vijf tot tien minuten een erectie ontstaat, ongeacht het libido, die gedurende 45 minuten aanhoudt. Dit wordt aangeleerd via een zogenoemde 'prik instructie'. Vraag uw casemanager om extra informatie en een afspraak bij de uroloog.

Als na de radiotherapie normale erecties nog wel mogelijk zijn, komt er vaak weinig of geen vocht meer vrij tijdens de zaadlozingen. De prostaat, die het vocht aanmaakt, is immers bestraald en 'droogt op'. Er ontstaat dan een 'droog orgasme'. U komt klaar met alle daarbij behorende gevoelens, maar zonder zaadlozing. Soms kan dit pijnlijk zijn.

2.4 Actieve opvolging (Active surveillance)

Als u kiest voor zorgvuldig opvolgen wordt er niet gestart met een actieve behandeling.

Bij 30% van de mannen blijkt de tumor helemaal niet of nauwelijks te groeien en ook geen klachten te veroorzaken. Het is daarom niet altijd zinvol om iedereen met prostaatkanker direct actief te behandelen.

Dit geldt bijvoorbeeld voor:

- oudere mannen (> 75 jaar);
- algemeen minder goede gezondheid (bijvoorbeeld cardiaal belast);
- weinig agressieve kanker karakteristieken (kleine tumor, lage Gleasonscore).

Als besloten wordt om u niet direct actief te behandelen, wordt wel het verloop van de ziekte nauwkeurig gevolgd door elke drie tot zes maanden een rectaal toucher en een PSA test te doen. Bovendien worden er op vaste tijdstippen nieuwe prostaat puncties verricht. Vandaar dat deze vorm van behandeling 'actieve surveillance' heet. Als de situatie langere tijd (twee jaar) stabiel blijft, dan kunnen de controles eens per zes maanden of eens per jaar plaatsvinden.

Als er aanwijzingen zijn dat de tumor groeit (toename van de grootte van de tumor en/ of verslechteren van de Gleasonscore), dan wordt de status her beoordeeld en wordt er vaak over gegaan tot een actieve behandeling (bestraling of operatie).

Patiënten die in aanmerking komen hiervoor zijn diegene waarbij er op korte termijn geen (groot) risico is op ziekteontwikkeling die aanleiding geeft tot klachten of het overlijden van de patiënt.

Dus:

- PSA <10 ngr/ml;
- gleason score £ 3+4 (exclusief Gl sc. 4+3);
- lokaal beperkt: ja;

- lokaal uitgebreid: minder aangeraden (te beoordelen per patiënt);
- plasklachten: n.v.t.;
- metastasen: niet aanwezig;
- combinatie met hormoon therapie: n.v.t.

De voordelen:

- U hoeft niet af te rekenen met de neveneffecten en complicaties van een actieve behandeling zoals controleren van de blaas, de darmen en problemen met het krijgen van een erectie.
- U kunt zich altijd bedenken en starten met een actieve behandeling

De nadelen:

- De kanker kan zich langzaam verspreiden en moeilijker worden om te behandelen.
- Indien u niet regelmatig wordt gevolgd kunt u klachten ontwikkelen ten gevolge van lokale tumorgroei met symptomen zoals moeilijkheden met het plassen, erectie problemen en pijn.
- Het kan stress veroorzaken in het dagelijks leven omdat u niet goed weet hoe de kanker zich precies verder ontwikkelt.

2.5 Behandelingsopties samengevat

	Voordelen	Nadelen
Actieve opvolging (active surveillance)	<ul style="list-style-type: none"> - Weinig kosten - Geen neveneffecten - Geen complicaties van een behandeling - Misschien heeft u nooit een actieve behandeling nodig 	<ul style="list-style-type: none"> - De prostaatkanker kan zich verspreiden en ongeneeslijk worden - De prostaatkanker kan groter worden en symptomen veroorzaken - U leeft in onzekerheid en hebt regelmatige controles en onderzoeken nodig
Chirurgie: operatie met de da Vinci Robot	<ul style="list-style-type: none"> - Chirurgie kan de prostaatkanker volledig verwijderen - Chirurgie geeft het beste idee van hoe groot de kanker is - Er is minder sterfte ten gevolge van kanker dan bij zorgvuldig opvolgen 	<ul style="list-style-type: none"> - Het kan zijn dat de kanker niet volledig verwijderd is - U kunt problemen ondervinden tijdens de operatie - U moet in het ziekenhuis verblijven - U kunt last krijgen van urineverlies - U kunt last krijgen van erectieproblemen - U bent een paar weken beperkt in uw activiteiten - U ondergaat een algehele narcose - U kunt sterven ten gevolge van de operatie (zeer uitzonderlijk)

Uitwendige bestraling	<ul style="list-style-type: none"> - Uitwendige bestraling kan alle kankercellen vernietigen - U moet niet in het ziekenhuis verblijven - U ondergaat geen narcose 	<ul style="list-style-type: none"> - Het kan zijn dat de kanker niet volledig vernietigd is - U moet gedurende zeven weken naar de bestraalingsafdeling gaan - Endeldarm en blaas kunnen mee bestraald worden waardoor klachten van diarree, rectale bloedingen en urinaire problemen - U kunt zich zwak en moe voelen tijdens en na de behandeling - Bij geen succesvolle bestraling is chirurgie erg moeilijk
Inwendige bestraling (brachytherapie)	<ul style="list-style-type: none"> - Inwendige bestraling kan alle kankercellen vernietigen - U verblijft slechts één nacht in het ziekenhuis 	<ul style="list-style-type: none"> - Het kan zijn dat de kanker niet volledig vernietigd is - Vlak na de behandeling kan het onmogelijk zijn om nog spontaan te kunnen plassen - De behandeling wordt nog niet zo heel lang toegepast, dus de kansen op genezing zijn nog onfeitelijk - Endeldarm en blaas kunnen mee bestraald worden waardoor klachten van diarree, rectale bloedingen en urinaire problemen kunnen voorkomen - U ondergaat een algehele narcose

Neveneffecten samengevat + : komt voor 0 : zeldzaam _ : uiterst zeldzaam	Actieve opvolging	Chirurgie	Uitwendige radiotherapie	Inwendige radiotherapie
Erectie problemen	-	+	+	+
Urine verlies	-	+	-	0
Urine retentie	-	-	0	+
Pijnlijk/ frequent urineren	-	-	+	+
Stoelgang problemen	-	-	+	0
Risico te sterven door de behandeling	-	-	-	-
Risico te sterven t.g.v. de ziekte	+	+	+	+

2.6 Nieuwe behandelingen

Nieuwe behandelingen voor prostaatkanker zijn constant in ontwikkeling. Alle met de intentie om de prostaat kanker goed te behandelen bij het minimaliseren van de evt. neveneffecten.

De hoger overlopen behandelingen zijn standaard behandelingen, waarvan de resultaten op middellange termijn (brachytherapie) en lange termijn bekend zijn.

Van de volgende twee behandelingen (High Intensity Focused Ultrasound: HIFU en Cryotherapie) zijn deze nog minder goed bekend. Deze worden dus nog niet als 'eerstelijns' behandeling toegepast. Ze worden vooral toegepast als 'salvage' behandeling (behandelingen als de standaard behandeling gefaald heeft en de prostaatkanker terug is gekomen).

2.6.1 High Intensity Focused Ultrasound (HIFU)

Bij deze behandeling wordt u onder een algemene narcose gebracht en wordt er een soort echotoestel in de endeldarm geplaatst tot op de prostaat. Vervolgens wordt de prostaat extreem verhit om op deze manier de prostaat kankercellen te vernietigen.

Vaak wordt voor deze behandeling een zogenoemde TUR prostaat uitgevoerd, om te voorkomen dat u na de behandeling niet goed kunt plassen. Bovendien wordt er een blaaskatheter geplaatst om de blaas tijdens de behandeling te spoelen en zo te kunnen koelen.

De resultaten van deze behandeling zijn goed te noemen.

2.6.2 Cryotherapie

Bij deze behandeling wordt u onder een algemene narcose gebracht en worden er naalden in de prostaat geplaatst. Vervolgens wordt de prostaat bevroren, om zo de kankercellen te vernietigen. Er wordt een blaaskatheter geplaatst.

De resultaten van deze behandeling zijn redelijk.

2.7 Het maken van een behandelingskeuze

Er zijn een aantal zaken die u zich moet realiseren:

- U heeft prostaatcancer en u moet een beslissing nemen omtrent de behandeling.
- U heeft een kanker waarvan u het effect op uw levensverwachting niet goed kunt inschatten.
- Vroegtijdig vastgestelde prostaatcancer kan erger worden, maar dat hoeft niet zo te zijn.
- Een behandeling kan u genezen, maar kan ook problemen veroorzaken die u had willen vermijden.
- Sommige artsen adviseren u te laten behandelen, andere adviseren u (voorlopig) af te wachten.
- Als u kiest voor een actieve behandeling, heeft u kans op genezing.
- Als u kiest voor actieve behandeling, kunt u ook neveneffecten van deze behandeling ondervinden.

- Als u kiest voor zorgvuldige opvolging van de prostaatkanker kan het zijn dat u nooit last krijgt van de prostaatkanker en nooit een behandeling nodig heeft.
- Als u kiest voor zorgvuldige opvolging kan de prostaatkanker zich toch gaan verspreiden en ongeneeslijk worden, omdat op het moment van de diagnose de uitgebreidheid van de ziekte niet altijd goed kan worden ingeschat.
- Probeer een beslissing te nemen die het beste is voor u, één waarmee u kunt leven.

LEES, STEL VRAGEN, DENK EN BESLIS DAN.

2.8 Belangrijke adressen en telefoonnummers

Voor al uw vragen over de diagnose, behandeling en eventuele nabehandeling kunt u een afspraak maken bij uw uroloog via de casemanager.

Voor alle vragen rond de behandelingen, om uw afspraak te verzetten of om een nieuwe afspraak te maken, kunt u contact opnemen met de polikliniek Urologie op werkdagen van 08.00 tot 17.00 uur via (010) 291 22 65.

Voor alle vragen over uw behandeling, advies, incontinentie materiaal en psychosociale ondersteuning kunt u contact opnemen met de casemanager op werkdagen van 09.00 tot 17.00 uur via (010) 291 43 07.

Voor problemen buiten kantoor tijden kunt u contact opnemen met uw huisarts of de Spoedeisende Hulp via (010) 291 35 99.

2.9 Integrale kankercentra

In Nederland zijn 8 integrale kankercentra (ikc's). Deze centra bieden ondersteuning aan zorgverleners en patiëntenorganisaties in hun regio. De ikc's hebben als taak om de behandeling, zorg en onderzoek naar nieuwe behandelingen van kanker te verbeteren. De centra organiseren ook activiteiten voor patiënten.

www.iknl.nl

www.oncokompas.nl

www.erasmusmc.nl/radiotherapie

www.prostaatkankerstichting.nl

Notities



De informatie in deze folder is belangrijk voor u. Als u moeite heeft met de Nederlandse taal, zorg dan dat u deze folder samen met iemand leest die de informatie voor u vertaalt of uitlegt.

The information in this brochure is important for you. If you have any difficulties understanding Dutch, please read this brochure together with somebody who can translate or explain the information to you.

Bu broşürdeki bilgi sizin için önemlidir. Hollandaca dilde zorlanıyorsanız, bu broşürü size tercüme edecek ya da açıklayacak biriyle birlikte okuyun.

Informacje zawarte w tym folderze są ważne dla Państwa. Jeśli język niderlandzki sprawia Państwu trudność, postarajcie się przeczytać informacje zawarte w tym folderze z kimś, kto może Państwu je przetłumaczyć lub objaśnić.

المعلومات المتواجدة في هذا المنشور مهمة بالنسبة لكم. إذا كنتم تواجهون صعوبة في اللغة الهولندية،
إحرصوا حينئذ على أن تقرأوا هذا المنشور بحضور شخص ما، الذي يترجم لك المعلومات الواردة فيه
أو بشرحها لكم.

Maasstad Ziekenhuis
Maasstadweg 21
3079 DZ Rotterdam

T: (010) 291 19 11

I: www.maasstadziekenhuis.nl / www.maasnik.nl (kinderwebsite)

I: www.maasstadziekenhuis.nl/mijn (patiëntenportaal)

