

Prostaatkanker

KWF
KANKER
BESTRIJDING



Inhoud

Voor wie is deze brochure?	3
Wat is kanker?	4
Het lymfestelsel	6
De prostaat	8
Prostaatkanker	10
Oorzaken	11
Vroege ontdekking	12
Klachten	14
Onderzoek voor de diagnose	15
Verder onderzoek	18
Behandeling	23
Verloop van de ziekte	39
Onderzoek naar nieuwe behandelingen	41
Seksualiteit	45
Pijn	47
Voeding	50
Een moeilijke periode	53
Wilt u meer informatie?	57

Voor wie is deze brochure?

Deze brochure is bedoeld voor mannen die onderzocht of behandeld worden omdat zij (mogelijk) prostaatkanker hebben.

De diagnose kanker, of de mogelijkheid dat daar sprake van is, roept bij de meeste mensen onmiddellijk vragen en emoties op. In korte tijd krijgt u veel te horen: over de ziekte, de onderzoeken die mogelijk volgen en de behandeling die uw arts u adviseert. Het is niet altijd makkelijk die informatie te begrijpen, te onthouden en te verwerken. Deze brochure is bedoeld als ondersteuning.

U kunt de brochure natuurlijk ook laten lezen aan mensen in uw omgeving.

Misschien heeft u na het lezen van deze brochure nog vragen. Als dat vragen zijn over uw eigen diagnose of behandeling, stel die dan aan uw specialist of huisarts. Schrijf uw vragen vooraf op, zodat u niets vergeet.

Als patiënt heeft u onder meer recht op goede en volledige informatie over uw ziekte en behandeling, zodat u zelf kunt meebeslissen. Deze rechten zijn wettelijk vastgelegd. Voor meer informatie, kijk achter in deze brochure bij NPCF.

Meer informatie over kanker kunt u vinden op www.kwfkankerbestrijding.nl.

© KWF Kankerbestrijding, winter 2008-2009

Deze informatie is gebaseerd op door de VIKC gepubliceerde medische richtlijnen. De tekst is tot stand gekomen met medewerking van deskundigen uit diverse beroepsgroepen, waaronder huisartsen, specialisten, verpleegkundigen en andere paramedici en vertegenwoordigers van kankerpatiëntenorganisaties.

KWF Kankerbestrijding gaat voorop in de strijd. Dat doen we niet alleen. Maar samen met patiënten, artsen, wetenschappers, collectanten, donateurs, bedrijven en vrijwilligers. Samen strijden we voor minder kanker, meer genezing en een betere kwaliteit van leven.

KWF Kanker Infolijn 0800 - 022 66 22 (gratis)

Informatie en advies voor kankerpatiënten en hun naasten

KWF Geverslijn: 0900 - 202 00 41 (€ 0,01/m)

Giro 26000

www.kwfkankerbestrijding.nl

Wat is kanker?

Kanker is een verzamelnaam voor meer dan honderd verschillende ziekten. Al deze verschillende soorten kanker hebben één gemeenschappelijk kenmerk: een ongeremde deling van lichaamscellen.

Celdeling

Ons lichaam is opgebouwd uit miljarden bouwstenen: de cellen. Voortdurend maakt ons lichaam nieuwe cellen. Op die manier kan het lichaam groeien en beschadigde en verouderde cellen vervangen. Nieuwe cellen ontstaan door celdeling. Bij celdeling ontstaan uit één cel twee nieuwe cellen, uit deze twee cellen ontstaan er vier, dan acht, enzovoort.

Geregelde celdeling

Gewoonlijk regelt het lichaam de celdeling goed. Elke celkern bevat informatie die bepaalt wanneer de cel moet gaan delen en wanneer zij daar weer mee moet stoppen. Deze informatie ligt vast in onze genen en wordt doorgegeven van ouder op kind. Dit erfelijk materiaal (DNA) komt voor in de kern van elke lichaamscel.

Ontregelde celdeling

Bij zoveel miljoenen celdelingen per dag, kan er iets mis gaan. Dit kan door toeval, maar ook door allerlei schadelijke invloeden: bijvoorbeeld door roken of overmatig zonlicht.

Doorgaans zorgen 'reparatiegenen' voor herstel van de schade. Soms echter faalt dat beschermings-systeem. Dan gaan genen die de deling, groei en ontwikkeling van een cel regelen, fouten vertonen. Treden er verschillende van dat soort fouten op in dezelfde cel, dan gaat deze zich ongecontroleerd delen en ontstaat er een **gezwel** of **tumor**.

Goed- en kwaadaardig

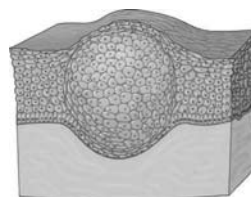
Er zijn goedaardige en kwaadaardige tumoren. Alleen bij kwaadaardige tumoren is er sprake van kanker. Tumor is een ander woord voor gezwel.

- **Goedaardige** gezwellen, bijvoorbeeld wratten, groeien niet door andere weefsels heen en verspreiden zich niet door het lichaam. Wél kan zo'n tumor tegen omliggende weefsels of organen drukken. Dit kan een reden zijn om het gezwel te verwijderen.
- Bij **kwaadaardige** tumoren zijn de genen die de cellen onder controle houden zo beschadigd, dat de cellen zich zeer afwijkend gaan gedragen. Zij kunnen omliggende weefsels en organen binnendringen en daar ook groeien. Zij kunnen ook uitzaaien.

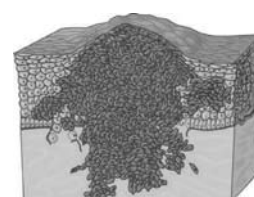
Uitzaaiingen

Van een kwaadaardige tumor kunnen cellen losraken. Die kankercellen kunnen via het bloed en/of de lymfe elders in het lichaam terechtkomen en ook daar uitgroeien tot gezwellen. Dit zijn **uitzaaiingen** (metastasen).

Dus, als een man met prostaatkanker (later) ook een tumor in de botten heeft, gaat het vrijwel nooit om botkanker, maar om prostaatkankercellen in de botten. Deze worden ook als prostaatkanker behandeld.



1. **Goedaardig gezwel**
De gevormde cellen dringen omliggend weefsel niet binnen.



Kwaadaardig gezwel
De gevormde cellen dringen omliggend weefsel wel binnen.

Het lymfestelsel

Kankercellen kunnen worden verplaatst via het bloed en/of de lymfe. Het systeem van bloedvaten is u waarschijnlijk wel bekend. Hoe het lymfestelsel eruit ziet en werkt, kunt u hier lezen.

Het lymfestelsel bestaat uit lymfevaten, lymfeklieren en lymfeklierweefsel dat zich in verschillende organen bevindt. Op illustratie 2 wordt het lymfestelsel schematisch weergegeven.

Het lymfestelsel speelt een belangrijke rol bij de afweer van ons lichaam. Onze afweer verdedigt ons tegen virussen, bacteriën en andere organismen die ons ziek kunnen maken.

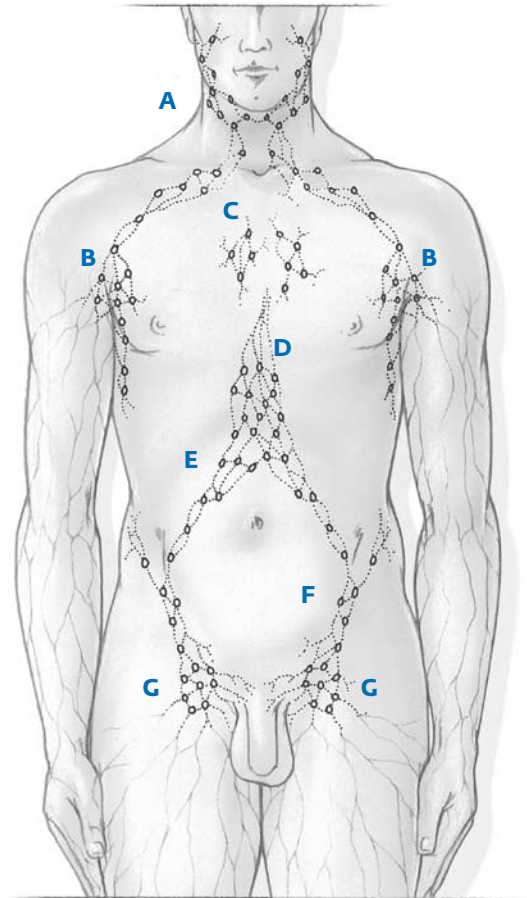
Lymfevaten vormen de kanalen van het lymfestelsel. Deze vaten worden vanuit het lichaamsweefsel gevuld met een kleurloze vloeistof: lymfe. De lymfe neemt vocht en afvalstoffen uit het lichaam op. Via steeds grotere lymfevaten komt de lymfe uiteindelijk in de bloedbaan terecht. Voordat de lymfe in het bloed komt, passeert zij ten minste één lymfeklier.

Lymfeklieren zijn de zuiveringsstations van het lymfestelsel: daarin worden ziekteverwekkers - vooral bacteriën en virussen - onschadelijk gemaakt. Op diverse plaatsen in ons lichaam komen groepen lymfeklieren voor, de 'lymfeklierregio's':

- in de hals (A)
- in de oksels (B)
- langs de luchtpijp (C)
- bij de longen (D)
- bij de darmen en achter in de buikholte (E)
- in de bekkenstreek (F)
- in de liezen (G)

Lymfeklierweefsel komt - behalve in de lymfeklieren - ook voor in andere organen, zoals in de keelholte, de milt, de darmwand en het beenmerg.

Kankercellen kunnen losraken van een tumor en in een lymfevat terecht komen. In de lymfeklier(en) waar de kankercellen als eerste langskomen, kan dan een nieuwe tumor ontstaan: een lymfeklieruitzaaiing.



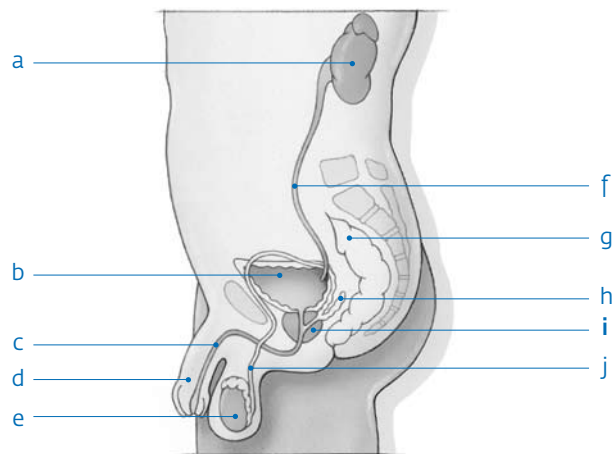
2.
Het lymfestelsel

De prostaat

in ons lichaam bevinden zich verschillende klieren. Dit zijn organen die een bepaald vocht produceren en afscheiden. Dit vocht is nodig voor ons dagelijks functioneren. Bekende voorbeelden zijn: de alvleesklier, de schildklier, de traanklieren en de speekselklieren.

Ook de prostaat is een klier. De prostaat ligt rondom de urinebuis en heeft de vorm en de grootte van een kastanje. Op illustratie 3 is de plaats van de prostaat aangegeven: onder de blaas en voor de endeldarm. De prostaat bestaat uit klierbuisjes die worden omgeven door spierweefsel en bindweefsel. De klierbuisjes maken het prostaatvocht. Bij een zaadlozing komen de zaadcellen met dit prostaatvocht naar buiten via de plasbuis.

De prostaat staat onder invloed van hormonen die in andere organen worden aangemaakt. Dat gebeurt



3. De mannelijke geslachtsorganen van opzij gezien

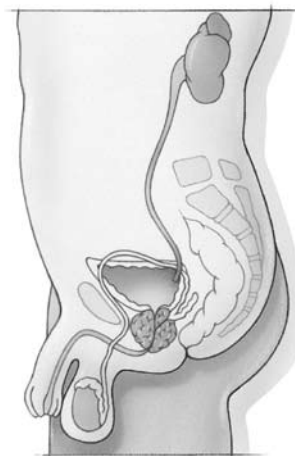
- | | | |
|-------------|----------------|--------------------|
| a. nier | e. zaadbal | h. zaadblaasje |
| b. blaas | f. urineleider | i. prostaat |
| c. plasbuis | g. endeldarm | j. zaadstreng |
| d. penis | | |

grotendeels in de zaadballen en voor een klein deel in de bijnieren. Deze hormonen regelen de groei van de prostaat en de vorming van prostaatvocht.

Veranderingen aan de prostaat

Bij de meeste mannen wordt de prostaat na het dertigste jaar langzaam groter. Waarschijnlijk is dit het gevolg van de langdurige werking van het mannelijke geslachtshormoon testosteron op het prostaatweefsel. Soms leidt dit tot afwijkingen van de prostaat. Deze afwijkingen kunnen zowel goedaardig als kwaadaardig zijn. Een voorbeeld van een goedaardige afwijking is een abnormale prostaatvergroting, ook wel 'hyperplasie' genoemd (illustratie 4). Dit is een toename van bindweefsel, spierweefsel en klierbuisjes. Bij een kwaadaardige afwijking spreken we van prostaatkanker.

Soms komen een prostaatvergroting en prostaatkanker gelijktijdig voor. Als u een vergrote prostaat heeft, betekent dat overigens niet automatisch dat u ook prostaatkanker heeft of krijgt.



4. Prostaatvergroting

Prostaatanker

In Nederland wordt per jaar bij ongeveer 9.000 mannen prostaatanker vastgesteld. Ruim 70% van hen is 65 jaar of ouder.

Prostaatanker is dus vooral een ziekte van oudere mannen, hoewel het steeds vaker op jongere leeftijd (vanaf ongeveer 40 tot 45 jaar) wordt vastgesteld. Dit komt doordat steeds meer mannen zich op jonge leeftijd laten onderzoeken op prostaatanker. Vroege ontdekking wil echter niet per definitie zeggen dat er daardoor ook sprake is van een langere overleving.

Prostaatanker komt eigenlijk nog veel vaker voor, met name bij zeer oude mannen. Maar omdat prostaatanker vaak langzaam groeit, zal het merendeel van hen er geen last van krijgen. Meestal wordt de ziekte bij hen nooit ontdekt.

Soms komt de ziekte bij toeval aan het licht, bijvoorbeeld tijdens een medische keuring.

Prostaatanker ontwikkelt zich in de cellen van de klierbuisjes van de prostaat. Hierdoor ontstaat een verandering van het prostaatweefsel. Deze verandering is soms door een arts te voelen als een vergroting of een verharding van de prostaat.

Uitzaaiingen

Zoals bij de meeste soorten kanker kunnen er ook bij prostaatanker uitzaaiingen (metastasen) optreden (zie pagina 5).

Bij prostaatanker ontstaan uitzaaiingen meestal pas in een laat stadium van de ziekte. Ze komen vaker voor als de tumor buiten de prostaat groeit.

Bij prostaatanker kunnen uitzaaiingen voorkomen in de **lymfeklieren** in de onderbuik.

Als de kankercellen zich via het **bloed** verspreiden, ontstaan vaak uitzaaiingen in de botten. Uitzaaiingen in de longen en/of in de lever komen zelden voor.

Oorzaken

Over de oorzaken van prostaatanker is nog weinig met zekerheid bekend.

Prostaatanker komt vaker voor bij mannen in West-Europa en de Verenigde Staten.

Er wordt wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de mogelijke rol van een aantal **voedingsstoffen** bij het ontstaan van prostaatanker. Verder spelen waarschijnlijk **mannelijke hormonen** en **milieufactoren** een rol, maar definitieve uitspraken op basis van wetenschappelijk onderzoek zijn nog niet mogelijk.

Erfelijkheid

Ongeveer 5 tot 10% van alle mannen met prostaatanker heeft de ziekte gekregen door een erfelijke aanleg. Van een erfelijke vorm van prostaatanker kan sprake zijn als bij twee of meer direct verwante familieleden (broers, vader, neven, ooms, grootvader) prostaatanker is vastgesteld, zeker wanneer de ziekte tot uiting is gekomen op een leeftijd van 55 jaar of jonger. Stamboomonderzoek maakt dan duidelijk wie precies een verhoogd risico heeft, en wat men in dat geval het beste kan doen.

Wanneer u vragen heeft over de mogelijke rol van erfelijkheid bij het ontstaan van uw ziekte, kunt u dit het beste bespreken met uw behandelend arts.

Misverstanden

Prostaatanker wordt niet veroorzaakt door:

- zelfbevrediging (masturbatie)
- sterilisatie (vasectomie)
- wisselende seksuele contacten
- seksueel overdraagbare aandoeningen (soa), dus ook niet door HIV of aids

Prostaatanker is, evenals alle andere soorten kanker, niet besmettelijk. Ook niet als er bij het vrijen sperma in of op het lichaam van de partner komt.

Vroege ontdekking

Prostaat­kanker is een van de meest voorkomende soorten kanker bij mannen. Daarom wordt al enige tijd onderzocht of het zin heeft om in Nederland een bevolkings­onderzoek naar prostaat­kanker op te zetten.

Voordat een dergelijk onderzoek landelijk kan worden aangeboden, moet eerst antwoord worden verkregen op een groot aantal vragen:

- Kan prostaat­kanker daadwerkelijk in een vroeg stadium worden ontdekt door middel van een bevolkings­onderzoek?
- Leidt vroege(re) ontdekking van prostaat­kanker ertoe dat er uiteindelijk minder mannen aan deze ziekte overlijden?
- Welke test is voor het bevolkings­onderzoek het meest geschikt: een bloedtest (de zogenoemde PSA-test) of een echografie? Beide testen (zie pagina 15) geven soms een afwijkende uitslag zonder dat er sprake is van prostaat­kanker.

Daarnaast wil men meer inzicht krijgen in de ontwikkeling van prostaat­kanker in een vroeg stadium. Soms gaat dat zo langzaam, dat het voor een aantal mannen nooit levensbedreigend zal worden of klachten zal geven. In die gevallen is behandeling dus niet nodig.

In 1994 is vanuit Nederland begonnen met een Europees onderzoek naar de mogelijkheden van vroege ontdekking van prostaat­kanker. In de regio Rotterdam zijn hiervoor 42.000 mannen tussen de 55 en 74 jaar geselecteerd. Zij zijn door loting ingedeeld in twee groepen: een groep die regelmatig wordt onderzocht en een controlegroep die niet wordt onderzocht.

Naar verwachting zal over enkele jaren bekend zijn of met behulp van een bevolkings­onderzoek uiteindelijk minder mannen aan prostaat­kanker overlijden. Als dat het geval is, moet besloten worden of een bevolkings­onderzoek aan alle mannen in de leeftijd van 55 tot 70 jaar (en misschien ouder) zal worden aangeboden.

Klachten

Een kwaadaardige prostaattumor groeit over het algemeen langzaam. Prostaatkanker geeft in het begin meestal geen klachten.

Soms wordt de ziekte pas opgemerkt doordat uitzaaiingen elders in het lichaam klachten veroorzaken. Zo kunnen er rugklachten optreden als gevolg van uitzaaiingen in de wervels.

Bij sommige mannen komt de ziekte aan het licht als zij met plasklachten bij hun huisarts komen.

Voorbeelden van zulke klachten zijn:

- vaker moeten plassen, zowel overdag als 's nachts
- moeite met plassen
- pijn en een branderig gevoel bij het plassen
- nadruppelen en/of een zwakke straal
- troebele of bloederige urine

Deze symptomen komen bij mannen op oudere leeftijd regelmatig voor. Meestal zijn ze het gevolg van een goedaardige vergroting van de prostaat of van bijvoorbeeld een urineweginfectie. Plasklachten vormen voor de huisarts vaak wel een aanleiding om onderzoek te doen. Daarbij gaat hij onder andere na of er wellicht sprake is van prostaatkanker.

Het is bij bovenstaande symptomen dan ook verstandig om binnen een week naar uw huisarts te gaan.

Onderzoek voor de diagnose

Als u met een of meer van de hiervoor genoemde symptomen bij uw huisarts komt, zal deze eerst een rectaal toucher doen. Dit houdt in dat de arts met zijn vinger via de endeldarm (anus) voelt of de prostaat afwijkingen vertoont.

Vaak laat uw huisarts ook bloedonderzoek doen: een **PSA-test**. Als uw huisarts vermoedt dat er sprake is van prostaatkanker, verwijst hij u naar een uroloog. Deze arts kan het rectaal toucher en de PSA-test herhalen, en zal u uitgebreider onderzoeken.

Dit kan met een of meer van de volgende onderzoeken:

- Echografie via de anus
- Biopsie

PSA-test

Een PSA-test is een bloedonderzoek waarbij de hoeveelheid PSA (prostaatspecifiek antigeen) in uw bloed wordt gemeten. PSA is een eiwit dat alleen in de prostaat wordt gemaakt. Normaal gesproken komt deze stof in kleine hoeveelheden (een waarde van 0 tot 4) voor in uw bloed. Een verhoogde hoeveelheid PSA kán een aanwijzing zijn voor prostaatkanker. Het kan ook iets zeggen over de uitgebreidheid van een tumor en de mogelijke aanwezigheid van uitzaaiingen.

Maar ook bij goedaardige aandoeningen van de prostaat, zoals een ontsteking of prostaatvergroting, kan de PSA-waarde verhoogd zijn. Daarom is verder onderzoek noodzakelijk als de PSA-waarde in uw bloed hoger is dan 4, of een duidelijk stijgende lijn laat zien in de tijd.

Echografie via de anus

Echografie is een onderzoek met behulp van geluidsgolven. Deze golven zijn niet hoorbaar, maar de weerkaatsing (echo) ervan maakt organen en/of weefsels zichtbaar op een beeldscherm. Een even-

tuele tumor en/of uitzaaiingen kunnen zo in beeld worden gebracht.

Tijdens het onderzoek ligt u op een onderzoektafel. De arts schuift een dunne staaf die de geluidsgolven uitzendt (**echosonde**), via de anus in uw endeldarm tot vlakbij de prostaat.

De (omgeving van de) prostaat wordt zo in beeld gebracht. De afbeeldingen op het beeldscherm kunnen op foto's worden vastgelegd.

In principe is echografie een eenvoudig, niet belastend onderzoek.

Biopsie

Het kan nodig zijn om tijdens de echografie een biopsie te doen. Dit gebeurt:

- Wanneer de prostaat verdacht aanvoelt.
- Als de PSA-waarde verhoogd is.
- Als bij de echografie een afwijking wordt gezien.

Bij een biopsie worden minimaal acht stukjes weefsel (biopten) weggehaald van verschillende plaatsen in de prostaat. Dit gebeurt meestal met een holle naald:

- De naald wordt via de echosonde in de **endeldarm** tot in de prostaat gebracht. Dit kan wat pijnlijk zijn. Met de naald zuigt de arts de stukjes weefsel op. Op het beeldscherm ziet de arts precies wat hij doet. Om een infectie te voorkomen, moet u vooraf antibiotica slikken.
- De biopsie kan ook plaatsvinden via de huid tussen **de balzak en de anus**. In dat geval prikt de arts de naald, na een plaatselijke verdoving, door de huid heen tot in de prostaat. Het risico op infecties is kleiner dan bij een biopsie via de endeldarm.

Als gevolg van het nemen van de biopten kan er enkele dagen wat bloed in uw urine, bij de zaadlozing

of in uw ontlasting zitten. Dit kan een verkleuring geven (rood, bruin of donker). U hoeft daarvan niet te schrikken. Dit kan in principe geen kwaad en gaat vanzelf over.

Een patholoog onderzoekt het verkregen weefsel onder de microscoop. Daarmee is de definitieve diagnose te stellen.

Als wordt vastgesteld dat u prostaatkanker heeft, is verder onderzoek nodig om de uitgebreidheid van de ziekte en de aanwezigheid van eventuele uitzaaiingen vast te stellen. Op grond van dit weefselonderzoek is eveneens de mate van kwaadaardigheid (agressiviteit) van de tumor vast te stellen. Dit wordt uitgedrukt in de zogenoemde **Gleason-score** (zie pagina 21).

Verder onderzoek

Na de diagnose prostaatkanker is vaak nader onderzoek nodig om vast te stellen hoe ver de tumor zich heeft uitgebreid en of er uitzaaiingen zijn. Aan de hand van deze gegevens kan uw arts bepalen welke behandeling het meest geschikt is.

Dit kunnen de volgende onderzoeken zijn:

- MRI (Magnetic Resonance Imaging)
- CT-scan (computertomografie)
- lymfeklierverwijdering (lymfeklierdissectie)
- skeletscintigrafie

MRI (Magnetic Resonance Imaging)

Deze onderzoeksmethode maakt gebruik van een magneetveld in combinatie met radiogolven en een computer. De techniek maakt 'dwars- of lengte-doorsneden' van het lichaam zichtbaar, waardoor de tumor en/of eventuele uitzaaiingen in beeld komen. Tijdens dit onderzoek ligt u in een soort koker. Sommige mensen ervaren het onderzoek daardoor als benauwend.

Er zijn MRI-apparaten die nogal wat lawaai maken. Hiervoor krijgt u oordopjes in; soms kunt u naar (uw eigen) muziek luisteren. Via de intercom blijft altijd contact bestaan tussen u en de laborant, die tijdens het onderzoek in een andere ruimte is.

Soms wordt tijdens het onderzoek, via een ader in uw arm, een contrastvloeistof toegediend.

CT-scan (computertomografie)

Er zal vooral voor een CT-scan worden gekozen bij verdenking op lymfeklieruitzaaiingen in de onderbuik.

Er worden dan tijdens het onderzoek met een dunne holle naald cellen uit de lymfeklieren opgezogen (**punctie**). Een punctie kan poliklinisch en meestal zonder verdoving plaatsvinden. Het onderzoek wordt uitgevoerd door een chirurg, radioloog of patholoog.

Na de punctie beoordeelt de patholoog de cellen onder de microscoop.

Het onderzoek kan duidelijkheid verschaffen of de klachten mogelijk door iets anders dan kanker worden veroorzaakt.

Een computertomograaf is een apparaat waarmee organen en/of weefsels zeer gedetailleerd in beeld worden gebracht. Bij het maken van een CT-scan wordt gelijktijdig gebruikgemaakt van röntgenstraling en een computer. Het apparaat heeft een ronde opening waar u, liggend op een beweegbare tafel, doorheen wordt geschoven. Terwijl de tafel verschuift, maakt het apparaat een serie foto's waarop telkens een ander 'plakje' van het orgaan of weefsel staat afgebeeld. Deze 'doorsneden' geven een beeld van de plaats, grootte en uitbreiding van mogelijke lymfeklieruitzaaiingen in de onderbuik.

Vaak is een contrastvloeistof nodig. Meestal krijgt u deze vloeistof tijdens het onderzoek in een bloedvat van uw arm gespoten.

Contrastvloeistof kan een warm en weeïg gevoel veroorzaken. Sommige mensen worden er een beetje misselijk van. Om ervoor te zorgen dat u hier zo min mogelijk last van heeft, is het advies enkele uren voor het onderzoek niet te eten en te drinken.

Er zijn mensen die overgevoelig zijn voor de contrastvloeistof. Als u denkt dat u eerder zo'n overgevoelighedsreactie heeft gehad (koorts, zweten, duizeligheid), is het belangrijk dit voor het onderzoek aan uw arts te melden. In dat geval zal voor een MRI worden gekozen.

Lymfeklierverwijdering (lymfeklierdissectie)

Een lymfeklierdissectie is geen routine-onderzoek. Het wordt alleen gedaan als op grond van andere onderzoeken de kans op lymfeklieruitzaaiingen in de

onderbuik groot is, en de arts daar zekerheid over wil hebben.

Bij dit onderzoek verwijdert de arts lymfeklieren uit uw onderbuik, in de buurt van de prostaat. Dit kan via een 'normale' operatie of via een kijkoperatie (**laparoscopie**).

Bij een laparoscopie brengt de uroloog, door een klein sneetje in de buikwand, een kijkinstrument (laparoscoop) in uw buik. Door enkele andere sneetjes brengt hij kleine instrumenten in uw buik waarmee hij de lymfeklieren verwijdert.

Het weggenomen weefsel wordt in het laboratorium onderzocht.

Als blijkt dat er geen lymfeklieruitzaaiingen aanwezig zijn, verwijdert de arts soms aansluitend de prostaat als onderdeel van de behandeling (zie pagina 26).

Skeletscintigrafie

Een skeletscintigrafie (ofwel een botscan) is een onderzoek dat (eventuele) uitzaaiingen in de botten zichtbaar kan maken. Dit onderzoek wordt alleen gedaan als de uroloog vermoedt dat dat bij u het geval is.

Tijdens het maken van de botscan ligt u op een onderzoektafel, terwijl een camera langzaam over u heen beweegt.

Voor dit onderzoek krijgt u via een ader in uw arm een radioactieve stof toegediend. Na enkele uren komt deze stof in uw botten terecht en worden er foto's gemaakt.

De hoeveelheid radioactiviteit die gebruikt wordt is klein, waardoor er geen schadelijke effecten te verwachten zijn. Contact met anderen is gewoon mogelijk. Gedurende de wachttijd kunt u eventueel naar buiten.

Vlak voor het maken van de foto's wordt u gevraagd te plassen, omdat anders de hoeveelheid radioactiviteit in de blaas het onderzoek kan verstoren. Twee dagen na het onderzoek is de radioactieve stof vrijwel helemaal uit uw lichaam verdwenen.

Stadium-indeling

Om te kunnen bepalen welke behandeling(en) hij u voorstelt, moet uw specialist weten uit welke soort kankercellen de tumor is ontstaan, hoe kwaadaardig deze zijn en wat het stadium van de ziekte is. Onder het stadium verstaat men de mate waarin de ziekte zich in het lichaam heeft uitgebreid.

De specialist stelt het stadium van de ziekte vast door onderzoek te doen naar:

- De hoogte van de PSA-waarde in uw bloed.
- De plaats en grootte van de tumor en of deze door het kapsel van de prostaat is gegroeid.
- De mate van doorgroei in het omringende weefsel.
- De aanwezigheid van uitzaaiingen in de lymfeklieren en/of organen elders in het lichaam.

Gleason-score - Behalve over het stadium van de ziekte, kan er ook iets worden gezegd over de mate van agressiviteit van de prostaattumor: de gradering. De mate van agressiviteit kan met de Gleason-score worden uitgedrukt: van 2 tot 10. Hoe minder de kankercellen lijken op normaal prostaatweefsel, hoe hoger het getal en hoe kwaadaardiger de tumor.

De stadium-indeling en de Gleason-score zijn belangrijk voor de inschatting van de prognose en het bepalen van de behandeling.

Spanning en onzekerheid

Het kan enige tijd duren voordat u alle noodzakelijke onderzoeken heeft gehad en de aard en de het stadium van uw ziekte bekend zijn.

Waarschijnlijk heeft u vragen over de aard van uw ziekte, het mogelijke verloop daarvan en de behandel mogelijkheden. Vragen die tijdens de periode van onderzoeken nog niet te beantwoorden zijn.

Dat kan spanning en onzekerheid met zich meebrengen, zowel bij u als bij uw naasten. Het kan helpen als u weet wat er bij de verschillende onderzoeken gaat gebeuren. Die informatie krijgt u niet altijd vanzelf. Vraag er daarom gerust naar op de afdelingen waar de verschillende onderzoeken plaatsvinden.

Behandeling

De meest toegepaste behandelingen bij prostaatkanker zijn:

- waakzaam wachten
- operatie (chirurgie)
- uitwendige bestraling (uitwendige radiotherapie)
- inwendige bestraling (brachytherapie)
- hormonale therapie
- chemotherapie (behandeling met celdodende of celdelingremmende medicijnen)
- ondersteunende behandelingen

Bij een aantal mannen is een combinatie van deze behandelingen nodig.

Doel van de behandeling

Wanneer een behandeling tot doel heeft genezing te bereiken, dan wordt dat een **curatieve** behandeling genoemd.

Onderdeel van een curatieve behandeling kan een aanvullende behandeling zijn (**adjuvante** behandeling). Bijvoorbeeld hormonale therapie tijdens en na uitwendige bestraling, om eventuele niet-waarneembare uitzaaiingen te bestrijden en daarmee de kans op ziektevrije, langdurige overleving te vergroten. Of hormonale therapie vóór inwendige bestraling om de tumor te verkleinen (**neo-adjuvante** behandeling).

Als de ziekte niet (meer) curatief kan worden behandeld, is een **palliatieve** behandeling mogelijk. Zo'n behandeling is gericht op het remmen van de ziekte en/of vermindering of het voorkomen van klachten.

Bij het vaststellen van het behandelplan zijn meestal diverse specialisten betrokken. Zij maken hierbij gebruik van gezamenlijk vastgestelde richtlijnen.

Keuze van behandeling

Ongeveer 70% van de mannen bij wie prostaatkanker wordt vastgesteld, komt voor een **curatieve** behandeling in aanmerking. De ziekte is bij hen beperkt gebleven tot de prostaat. Er zijn dan bij de onderzoeken geen uitzaaiingen vastgesteld.

Ongeveer de helft van deze patiënten kan kiezen uit:

- waakzaam wachten
- operatie
- bestraling (inwendig en uitwendig)
- hormonale therapie (als adjuvante behandeling)

Dit betreft vooral mannen met:

- een goede lichamelijke conditie
- een licht verhoogde PSA-waarde
- een (kleine) tumor die zich beperkt tot de prostaat

Hierdoor is de overlevingsverwachting van deze mannen minimaal tien jaar. Vaak zijn zij jonger dan 70 jaar.

Er zijn ook patiënten voor wie een operatie een te groot risico is. Bijvoorbeeld omdat de tumor heel groot is, vanwege hun hoge leeftijd en/of hun slechte lichamelijke conditie. Deze patiënten komen alleen in aanmerking voor uitwendige bestraling, eventueel in combinatie met een hormonale behandeling.

Homonale therapie kan als adjuvante of als **palliatieve** behandeling worden toegepast. Chemotherapie wordt uitsluitend als palliatieve behandeling gegeven. Bepaalde operatieve ingrepen zijn alleen bedoeld om klachten te verminderen (palliatief).

Uw arts zal u vertellen welke mogelijkheden er voor u zijn. Het is verstandig om vervolgens – samen met uw uroloog – zorgvuldig alle argumenten voor en tegen deze mogelijkheden op een rij te zetten. Ook uw huisarts en de radiotherapeut (bestralingsarts)

kunnen u hierbij ondersteunen. Hoe uw keuze uiteindelijk zal uitvallen, is vooral afhankelijk van uw situatie en voorkeur.

Waakzaam wachten

Van prostaatkanker is bekend dat het een langzaam groeiende soort kanker is. Bij 30% van de mannen blijkt de tumor zelfs 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 met een zeer langzaam groeiende prostaatkanker zonder klachten.
- Mannen die verder gezond zijn, die een lage PSA-waarde hebben en bij wie slechts in enkele biopsieën kankercellen zijn gevonden. Zij hebben daardoor een levensverwachting van meer dan tien jaar.

Als besloten wordt om u (nog) niet direct actief te behandelen, wordt wel het verloop van uw ziekte nauwkeurig gevolgd met controle-onderzoeken. Deze vorm van 'behandeling' heet 'waakzaam wachten'. Dit houdt in dat de uroloog elke drie tot zes maanden een rectaal toucher en een PSA-test (zie pagina 15) bij u zal uitvoeren.

Als de situatie langere tijd (twee jaar) stabiel blijft, kunnen de controles eens per zes maanden of eens per jaar plaatsvinden.

Als de PSA-waarde toeneemt, zal ongeveer eens per jaar tevens een echografie en een biopsie plaatsvinden. Als er aanwijzingen zijn dat de tumor groeit, krijgt u meestal alsnog een curatieve behandeling (bestraling of operatie).

De beslissing om een actieve behandeling uit te stellen of te starten, is een kwestie van zorgvuldig overleg tussen u en uw specialist.

Operatie (chirurgie)

Bij prostaatkanker kunnen twee verschillende soorten operaties plaatsvinden:

- Een totale verwijdering van de prostaat: radicale prostatectomie. Deze operatie is gericht op genezing.
- Een kleinere ingreep aan de prostaat: een TURP. Dit is een palliatieve behandeling, gericht op het verhelpen van plasklachten.

Radicale prostatectomie – Een radicale prostatectomie is een in opzet curatieve behandeling.

De uroloog verwijdert de hele prostaat met de zaadblaasjes ruim (zie illustratie 3 op pagina 8). Daarbij wordt ook schijnbaar gezond weefsel rondom de prostaat en de zaadblaasjes weggenomen.

Een radicale prostatectomie wordt alleen gedaan als er geen aantoonbare uitzaaiingen zijn. Om daar extra zekerheid over te krijgen, verwijdert de uroloog soms eerst de lymfeklieren uit uw onderbuik (zie pagina 19 en 20). Deze worden tijdens de operatie in het laboratorium onderzocht.

Als er geen uitzaaiingen in de lymfeklieren zitten, verwijdert de uroloog vervolgens de prostaat en de zaadblaasjes.

Als blijkt dat de lymfeklieren toch uitzaaiingen bevatten, worden de prostaat en de zaadblaasjes meestal niet verwijderd en komt u in aanmerking voor een andere behandeling (bestraling of hormoontherapie).

Een radicale prostatectomie kan op verschillende manieren plaatsvinden:

- **Via de buik.** Hierbij maakt de uroloog een snee in de onderbuik om toegang te krijgen tot de prostaat en het weefsel daaromheen.
- **Via het perineum.** Hierbij maakt de arts een snee in het gebied tussen de balzak en de anus.

- **De laparoscopische prostatectomie.** Via een klein sneetje in de buikwand brengt de uroloog een kijkinstrument (laparoscoop) in uw buik. Door enkele andere sneetjes brengt hij kleine instrumenten in uw buik, waarmee hij de prostaat en de zaadblaasjes kan verwijderen. Een laparoscopie wordt ook wel een kijkoperatie genoemd. De laparoscopische operatie wordt niet in elk ziekenhuis uitgevoerd.

Een verfijning van de laparoscopische techniek is de zogenoemde **robottechniek**, met behulp van de **Da Vinci robot**. Hierbij staat de chirurg niet aan de operatietafel, maar werkt zo'n vijf tot tien meter verderop vanaf een centraal bedieningspaneel. Hij kijkt niet naar de patiënt, maar naar een scherm, waarop een tien keer vergroot, driedimensionaal beeld van het operatiegebied verschijnt.

Bij de operatietafel staat de Da Vinci robot, in feite een kolom waarop drie mechanische armen zijn gemonteerd. Op één ervan is een camera vastgemaakt, op de andere twee armen de instrumenten. Tijdens de ingreep bevinden de armen zich boven de operatietafel en worden de instrumenten en de camera tot in de buik van de patiënt gebracht. De camera, waarvan de chirurg de stand kan aanpassen, verzendt continu beelden.

De robottechniek is nog relatief nieuw en wordt in een beperkt aantal ziekenhuizen toegepast.

Over het algemeen hebben de drie methodes hetzelfde resultaat wat betreft de kans op langdurige overleving. Maar de laparoscopische prostatectomie heeft een aantal voordelen :

- het is minder belastend
- er ontstaan geen grote operatiewonden
- er is minder bloedverlies
- het herstel gaat sneller

Uw arts zal voor de operatie met u bespreken welke methode mogelijk is, welke gevolgen de ingreep kan hebben en hoe deze eventueel kunnen worden opgevangen.

De belangrijkste **gevolgen** van een radicale prostatectomie kunnen zijn:

- **Erectiestoornissen:** de zenuwen die zorgen voor een erectie liggen aan de buitenkant van de prostaat. Afhankelijk van de plaats en de grootte van de tumor is het soms onvermijdelijk dat deze zenuwen tijdens de operatie beschadigd worden. Dan is het krijgen van een normale erectie niet meer (goed) mogelijk.
- Als na de operatie normale erecties nog wel mogelijk zijn, komt er geen vocht meer vrij tijdens de zaadlozingen. 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.
- De eerste tijd na de operatie hebben veel mannen last van **urineverlies** (urine-incontinentie). Meestal verbetert dit na een aantal maanden. Ook kan met behulp van bekkenbodemspieroefeningen het urineverlies worden tegengegaan. Vraag uw arts hier naar. Sommige mannen blijven er last van houden, vooral bij 'drukverhogende' momenten zoals hoesten of zwaar tillen. Het kan dan een oplossing zijn om absorberend opvangmateriaal te gebruiken. U kunt hiervoor contact opnemen met uw huisarts of apotheek. Volledige en blijvende urine-incontinentie komt slechts zelden voor.

TURP (transurethrale resectie van de prostaat) –

Een TURP is een palliatieve behandeling en is uitsluitend bedoeld om de plasklachten te verhelpen. Het heeft géén invloed op de tumor.

Een vergrote prostaat kan de plasbuis dichtdrukken. Hierdoor kunt u problemen krijgen met plassen. Er kan dan een TURP worden uitgevoerd. Hierbij neemt de uroloog via de plasbuis een deel van de prostaat weg.

De **gevolgen** van een TURP kunnen zijn:

- Tijdelijk pijn bij het plassen.
- Urine-incontinentie.
- Bij een orgasme komt de zaadlozing in de blaas terecht. U plast dan de zaadlozing met de urine uit.

Blijvende incontinentie

Bij blijvende incontinentie na een radicale prostatectomie of een TURP – als bekkenbodemspieroefeningen niet geholpen hebben – zijn er operationele mogelijkheden. Tot voor kort was de enige oplossing om een afsluitmechanisme aan te brengen door middel van een kunstsluitspier. In veel gevallen biedt dit echter geen blijvende oplossing. Een nieuwe methode, de zogenoemde AdVance male sling, lijkt beter te werken. Na een radicale prostatectomie of een TURP zakt de plasbuis, omdat de prostaat geheel of gedeeltelijk is weggehaald. Bij de operatie wordt een bandje ingebracht, dat de plasbuis en de sluitspier weer op de oorspronkelijke plaats terugbrengt. De ingreep duurt dertig minuten en kan onder plaatselijke of algehele verdoving plaatsvinden.

Bestraling (radiotherapie)

Bestraling kan bij prostaatkanker zowel een curatieve als een palliatieve behandeling zijn. 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 er minder goed van. Gezonde cellen herstellen zich over het algemeen wel.

Bestraling kan uitwendig, inwendig of als combinatie worden toegepast.

Uitwendige bestraling - Bij uitwendige bestraling komt de straling uit een bestralingstoestel (lineaire versneller). Het te behandelen gebied wordt van buitenaf – door de huid heen – bestraald. De radiotherapeut of radiotherapeutisch laborant zorgt ervoor dat de stralenbundel nauwkeurig wordt gericht en dat het omliggende, gezonde weefsel zo veel mogelijk buiten het te bestralen gebied blijft. Over het algemeen duurt een bestralingsbehandeling een aantal weken en heeft vier- of vijfmaal per week plaats. In die periode krijgt u per keer gedurende een aantal minuten een dosis straling. Voor uitwendige bestraling is geen opname in het ziekenhuis nodig. Deze vorm van uitwendige bestraling is een curatieve behandeling. Uitwendige bestraling kan ook worden toegepast bij pijnklachten, zie pagina 48.

Bestraling beschadigt niet alleen kankercellen, maar ook gezonde cellen in het bestraalde gebied. Daardoor kunt u met een aantal **bijwerkingen** te maken krijgen:

- Over het algemeen hebben patiënten tijdens de bestralingsperiode ook last van **vermoeidheid**.
- Een andere bijwerking die kan optreden is een plaatselijke reactie van de **huid**. Deze kan rood of donker verkleuren op de plek waar u bent bestraald. De verkleuring van de huid is meestal blijvend.
- Mogelijke andere klachten zijn het gevolg van irritatie van **de darmen en de blaas**: darmkrampen, loze aandrang, slijm in of bij de ontlasting, vaker moeten plassen of een branderig gevoel bij het plassen. Deze bijwerkingen beginnen vaak halverwege de bestralingsperiode.

De meeste klachten verdwijnen doorgaans enkele weken na afloop van de behandeling. Sommige mannen merken echter nog lang na hun behandeling dat zij eerder vermoeid zijn dan voor hun ziekte. Op de bestralingsafdeling krijgt u gerichte adviezen om zo min mogelijk last te hebben van de bijwerkingen.

Als gevolg van uitwendige bestraling ontstaat in en rond de prostaat littekenweefsel. Dit kan verschillende **late gevolgen** geven:

- Vermindering van de productie van zaadvocht.
- Erectiestoornissen, die eventueel met medicijnen te verbeteren zijn.
- Problemen met de ontlasting: vaker of minder vaak dan voorheen naar het toilet moeten; bloedverlies en/of moeite om de ontlasting op te houden.

Inwendige bestraling - Bij inwendige bestraling (**brachytherapie**, brachy = Grieks voor 'dichtbij') wordt radioactief materiaal in de prostaat geplaatst en vindt bestraling van binnenuit plaats. Het voordeel van deze techniek is dat er zo min mogelijk gezond weefsel beschadigd wordt. Brachytherapie is een in opzet curatieve behandeling en kan bij prostaatkanker op twee manieren worden toegepast:

- Door het permanent plaatsen van kleine staafjes (jodiumzaadjes).
- Door het enkele malen kortdurend bestralen met een iridiumbron via in de prostaat geplaatste katheters (dunne slangetjes).

Het inbrengen van de **jodium-125 zaadjes** gebeurt meestal onder plaatselijke verdoving (ruggenprik). Via het gebied tussen de balzak en de anus (perineum) worden de zaadjes met behulp van een naald in de prostaat geplaatst.

In verband met de ruggenprik en om te controleren of het ingebrachte radioactieve materiaal op de goede

plaats zit, wordt u mogelijk twee dagen opgenomen in het ziekenhuis. Soms vindt het inbrengen tijdens een dagopname plaats.

Om plasproblemen te voorkomen, krijgt u meestal een blaaskatheter voor de periode dat u in het ziekenhuis moet blijven.

De hoeveelheid radioactiviteit die u met zich meedraagt vormt geen bezwaar voor uw naaste omgeving. Toch is het verstandig om er rekening mee te houden bij contact met kinderen en zwangere vrouwen. U krijgt hiervoor richtlijnen mee van het ziekenhuis.

De sterkte van de straling neemt geleidelijk af. Na ongeveer zes maanden is de straling geheel verdwenen. De zaadjes worden hierna niet weggehaald maar blijven de rest van uw leven in de prostaat zitten. Dit kan geen kwaad.

Deze curatieve vorm van brachytherapie wordt vooral toegepast bij tumoren:

- die beperkt zijn gebleven tot de prostaat
- die niet te groot zijn

Bij toepassing van de stof **iridium-192** wordt u enkele dagen (meestal vier) opgenomen in het ziekenhuis. Bij voorkeur onder algehele narcose worden er enkele katheters (dunne slangetjes) via het perineum (de huid tussen balzak en anus) ingebracht in de prostaat. Deze 'bronhouders' worden vervolgens aangesloten op het 'afterloading apparaat' ofwel bestralingstoestel. Tijdens de inwendige bestraling verblijft u, vanwege de straling, in een kamer met speciale voorzieningen. Het bestralingstoestel brengt radioactiviteit over naar de bronhouders die in of nabij de tumor zijn geplaatst. De radiotherapeut berekent nauwkeurig hoeveel straling u nodig heeft. Als de bestraling klaar is, wordt het afterloading apparaat losgekoppeld en worden de bronhouders verwijderd. U bent daarna vrij van straling. Bij deze behandeling

blijft dus geen radioactieve bron in uw lichaam achter. Deze vorm van inwendige bestraling wordt gegeven bij meer agressieve vormen van prostaatkanker en in combinatie met uitwendige bestraling.

Bij inwendige bestraling is de straling vrijwel volledig geconcentreerd binnen de prostaat. Dit geeft in principe minder risico op schade aan het gezonde weefsel rondom de prostaat dan bij uitwendige bestraling.

Wel kunnen de volgende **bijwerkingen** optreden:

- Erectiestoornissen.
- Plasklachten: tijdelijk moeilijk kunnen plassen vanwege zwelling van de prostaat, vaak in het eerste jaar na de behandeling. Ongeveer 5% van de patiënten heeft daarom een blaaskatheter nodig. Sommige mannen moeten juist vaker plassen dan voorheen en voelen een heftigere aandrang.

Hormonale therapie

Hormonen zijn stoffen die ons lichaam zelf maakt.

Deze worden uitgescheiden in het bloed en beïnvloeden bepaalde processen of organen in ons lichaam. Een belangrijke groep hormonen zijn de geslachtshormonen. De groei van prostaatkankercellen wordt gestimuleerd door het mannelijke geslachtshormoon **testosteron**.

Hormonale therapie is erop gericht de stimulerende werking van testosteron teniet te doen. Het ontstaan en de woeking van kankercellen kunnen zo (tijdelijk) worden stopgezet.

Adjuvante hormonale therapie – Vooral bij agressieve vormen van uitgezaaide prostaatkanker wordt uitwendige bestraling soms gecombineerd met hormonale therapie in de vorm van medicijnen: tabletten en/of injecties.

Na afloop van de bestralingsbehandeling kan de hormoonbehandeling nog enkele jaren voortduren.

Palliatieve hormonale therapie – Als palliatieve behandeling zijn er twee mogelijkheden om de invloed van testosteron op de groei van de kankercellen te verkleinen:

- Door middel van een operatie aan de zaadballen (orchidectomie). Hierbij wordt het hormoonproducerend weefsel uit beide zaadballen verwijderd. De bijballen en het vlies dat de zaadballen omhult, blijven meestal zitten. Hierdoor voelt het nog redelijk aan als voorheen.
- Door middel van medicijnen (injecties en/of tabletten). Bij injecties wordt de werking van de zaadballen stilgelegd, waardoor er geen testosteron meer wordt aangemaakt. Het effect is vergelijkbaar met een orchidectomie. U moet de medicijnen dagelijks gebruiken, jarenlang of soms levenslang. Injecties worden maandelijks of elke drie maanden gegeven.

Vaak kunt u bij de palliatieve behandeling kiezen tussen de operatie of medicijnen. Bespreek de voor- en nadelen van beide behandelingen goed met uw arts.

Bij hormonale therapie kunnen - afhankelijk van uw behandeling - de volgende **bijwerkingen** voorkomen:

- minder zin om te vrijen
- geen erectie meer kunnen krijgen
- opvliegers
- pijnlijke zwelling van de borsten
- verandering van lichaamsbeharing
- vermoeidheid
- verandering van de vetverdeling in het lichaam

Chemotherapie

Chemotherapie wordt bij prostaatkanker slechts toegepast als palliatieve behandeling.

Chemotherapie is de behandeling van kanker met celdodende of celdelingremmende medicijnen: **cytostatica**. Er zijn verschillende soorten cytostatica, elk met een eigen werking. De medicijnen kunnen op verschillende manieren worden toegediend, bijvoorbeeld per infuus, als tablet of per injectie. Via het bloed verspreiden zij zich door uw lichaam en kunnen op vrijwel alle plaatsen kankercellen bereiken. Pas sinds enkele jaren komen sommige patiënten met uitgezaaide prostaatkanker, bij wie hormoonbehandeling geen effect (meer) heeft, in aanmerking voor chemotherapie. Als de behandeling aanslaat, leidt dat tot een iets langere levensduur en een betere kwaliteit van leven. Of u in aanmerking komt voor deze palliatieve behandeling, kunt u het beste bespreken met uw specialist.

Cytostaticakuur – Meestal worden de cytostatica gedurende een aantal dagen toegediend volgens een vastgesteld schema. Hierna volgt een rustperiode van een aantal weken waarin u geen cytostatica krijgt. Een dergelijk schema van toediening met daarna een rustperiode heet een cytostaticakuur. Zo'n kuur wordt enige malen herhaald.

Bijwerkingen – Cytostatica tasten naast kankercellen ook gezonde cellen aan. Daardoor kunnen onaangename bijwerkingen optreden, zoals:

- haaruitval
- misselijkheid en braken
- darmstoornissen
- een verhoogd risico op infecties
- vermoeidheid
- veranderingen aan huid en nagels, zoals jeuk, droge huid en brokkelende nagels.

Acute misselijkheid en overgeven zijn meestal te bestrijden met medicijnen.

De bijwerkingen verminderen doorgaans geleidelijk nadat de cytostaticoediening is beëindigd. Vermoeidheid kan na de behandeling echter nog lang aanhouden.

Of u last krijgt van bijwerkingen hangt onder meer af van de soorten en hoeveelheden cytostatica die u krijgt.

Ondersteunende behandelingen

In een laat stadium kan prostaatkanker bepaalde klachten veroorzaken die soms met speciale medicijnen te verhelpen zijn.

Dreigende botbreuken – Als de tumor is uitgezaaid naar de botten, kan het skelet verzwakken. Dit kan pijn veroorzaken en de kans op botbreuken neemt toe. Bisfosfonaten zijn stoffen die dit proces kunnen vertragen, doordat zij de verzwakking van het skelet kunnen tegengaan.

Deze behandeling wordt soms gegeven aan patiënten bij wie hormoontherapie geen invloed (meer) blijkt te hebben en die niet of niet meer voor chemotherapie in aanmerking komen. Bisfosfonaten hebben uitsluitend een palliatief effect. Deze behandeling geeft nauwelijks bijwerkingen. Bespreek met uw arts of deze behandeling zinvol voor u is.

Gebrekkige eetlust en vermoeidheid – Prednison is een medicijn dat soms wordt voorgeschreven om klachten als gebrekkige eetlust en vermoeidheid te verminderen.

Mogelijke bijwerkingen van prednison zijn:

- een bol gezicht met rode wangen (vollemaansgezicht)
- een dunne en kwetsbare huid
- suikerziekte (diabetes) of verergering van bestaande diabetes
- verzwakte botten
- een maagzweer

Nieuwe ontwikkelingen

De behandeling van prostaatkanker is momenteel volop in ontwikkeling. Hierdoor kan het zijn dat u cryotherapie of HIFU therapie krijgt voorgesteld. Deze methoden worden op slechts enkele plaatsen in Nederland uitgevoerd.

Onderzocht wordt wat de mogelijke waarde is van deze technieken in de curatieve behandeling van prostaatkanker.

Cryotherapie – Bij cryotherapie wordt onder verdoving een aantal naalden via het gebied tussen balzak en anus in de prostaat geplaatst die daarna worden bevroren. Door de bevroering van het prostaatweefsel, worden de kankercellen gedood. Doordat omliggende organen schade kunnen oplopen van de bevroering is de kans op erectieproblemen na de ingreep groot.

Cryotherapie vindt meestal plaats bij patiënten die eerst zijn bestraald, maar soms ook als eerste behandeling.

HIFU therapie – Bij de HIFU therapie wordt onder verdoving via de endeldarm een flexibele buis die geluidsgolven produceert in de prostaat gebracht. De geluidsgolven brengen het prostaatweefsel in trilling waardoor warmte ontstaat die de prostaatkankercellen doodt.

Een nadeel van deze methode is dat het tot plasklachten leidt.

Afzien van behandeling

Het kan gebeuren dat bij u of bij uw arts de indruk bestaat, dat de belasting of de mogelijke bijwerkingen of gevolgen van een behandeling niet (meer) opwegen tegen de te verwachten resultaten.

Hierbij zal het doel van de behandeling vaak een rol spelen. Het maakt natuurlijk verschil of de behande-

ling curatief of palliatief bedoeld is, of dat er sprake is van een adjuvante (= onderdeel van een curatieve) behandeling.

Bij een curatieve behandeling accepteert u misschien meer bijwerkingen of gevolgen.

Als een palliatieve behandeling wordt geadviseerd, zult u de kwaliteit van uw leven bij uw beslissing willen betrekken. En bij een adjuvante behandeling speelt de afweging of de belasting van een behandeling in verhouding staat tot het mogelijke risico van terugkeer van de ziekte.

Als u twijfelt aan de zin van (verdere) behandeling, bespreek dit dan in alle openheid met uw specialist of huisarts. Iedereen heeft het recht om af te zien van (verdere) behandeling.

Uw arts zal u de noodzakelijke medische zorg en begeleiding blijven geven om de hinderlijke gevolgen van uw ziekte zo veel mogelijk te bestrijden.

Verloop van de ziekte

Bij prostaat­kanker is het moeilijk aan te geven wanneer iemand echt genezen is. Ook na een in opzet curatieve behandeling bestaat het risico dat de ziekte terugkomt. We spreken daarom liever niet van 'genezingspercentages' maar van 'overlevingspercentages'. Daarbij wordt bij prostaat­kanker meestal een periode van vijf jaar vanaf de diagnose aangehouden.

Het risico op terugkeer is doorgaans kleiner naarmate de periode dat de ziekte niet aantoonbaar is, langer duurt.

De overlevingspercentages van mannen met prostaat­kanker lopen sterk uiteen, en zijn onder meer afhankelijk van het stadium waarin de ziekte is ontdekt.

Van **alle** mannen met prostaat­kanker is de vijfjaars-overleving ongeveer 80%.

Als er geen uitzaaiingen zijn bij het vaststellen van de ziekte, is dit percentage hoger.

Als iemand wel uitzaaiingen heeft, is dit percentage lager.

Vaak kan de ziekte lange tijd tot staan worden gebracht. De lengte van die periode is vooral afhankelijk van de uitgebreidheid van de ziekte. In sommige gevallen gaat het om maanden, soms om jaren.

Overlevingspercentages voor een groep patiënten 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.

Vermoeidheid

Vermoeidheid kan ontstaan door kanker en/of de behandeling van kanker. Steeds meer mensen geven aan hiervan last te hebben. Sommigen krijgen enige

Onderzoek naar nieuwe behandelingen

tijd na de behandeling nog last van (extreme) vermoeidheid. De vermoeidheid kan lang aanhouden. Wanneer de ziekte vergevorderd is, kan de vermoeidheid ook te maken hebben met het voortschrijdende ziekteproces.

Artsen en onderzoekers proberen behandelingen van kanker te verbeteren. Daarvoor is onderzoek nodig, ook bij mannen met prostaatkanker.

Een verbeterde behandeling vernietigt meer kankercellen en/of heeft minder bijwerkingen of andere nadelige gevolgen.

In het ziekenhuis wordt misschien ook wel gesproken over 'wetenschappelijk onderzoek', 'vergelijkend onderzoek', 'experimentele behandeling', 'studie' of het Engelse woord 'trial'. Met al deze termen bedoelt men een mogelijk nieuwe behandeling waarvan nog moet worden bewezen of die betere resultaten oplevert dan de op dat moment meest gebruikelijke behandeling (de **standaardbehandeling**).

Onderzoek naar een nieuwe behandeling duurt jaren. Het gebeurt op een wetenschappelijk verantwoorde manier, zeer zorgvuldig en stap voor stap. In de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen staat onder welke voorwaarden wetenschappelijk onderzoek bij mensen mag plaatsvinden.

Medisch-ethische toetsingscommissie (METC)

Elk onderzoeksvoorstel wordt in het ziekenhuis beoordeeld door een toetsingscommissie. Die commissie gaat na of het betreffende onderzoek voldoet aan de wettelijke voorwaarden. De toetsingscommissie bestaat uit artsen en andere zorgverleners.

Verschillende fasen

Onderzoek naar nieuwe behandelingen met medicijnen of nieuwe combinaties van bestaande behandelingen begint in kweekbakjes in het laboratorium en bij dieren. Daarna test men de nieuwe behandeling bij mensen met kanker.

Onderzoek naar nieuwe manieren van opereren start meestal door die direct toe te passen bij een kleine groep patiënten.

Eerst wordt bij kleine aantallen patiënten onderzocht hoe zij de nieuwe behandeling verdragen (**fase I onderzoek**). Bij geneesmiddelenonderzoek bestuderen de onderzoekers in deze fase ook:

- Hoe het medicijn zich in het menselijk lichaam gedraagt.
- Welke dosering te verdragen is.
- Welke toedieningsvorm het meest geschikt is.

De volgende stap is **fase II** onderzoek. Bij een andere groep patiënten gaan de onderzoekers dan na of de nieuwe behandeling of nieuwe combinatie van behandelingen kankercellen vernietigt en bij welk percentage van de patiënten dat gebeurt.

Als fase II onderzoek de aanwijzing geeft dat de behandeling werkt, moet dit bewezen worden in **fase III** onderzoek.

Hierbij vergelijkt men de standaardbehandeling met de nieuwe behandeling. Een grote groep patiënten krijgt de standaardbehandeling. Een even grote, andere groep krijgt de nieuwe behandeling. Door loting (randomisatie) wordt bepaald wie in welke groep terechtkomt.

Als u aan een fase III onderzoek deelneemt, weten u en uw specialist vooraf niet welke behandeling u krijgt: de standaardbehandeling of de nieuwe behandeling. Door te loten voorkomt men dat het samenstellen van de groepen door wie dan ook wordt beïnvloed. Dat zou de resultaten van het onderzoek onbetrouwbaar maken omdat de twee groepen patiënten dan niet vergelijkbaar zijn.

Het hangt van de opzet van de studie af of u daarna wel weet welke behandeling u krijgt. Soms wordt dat pas bekend gemaakt nadat alle onderzoeksgegevens zijn verzameld.

Instemming met deelname

Deelname aan een onderzoek naar een nieuwe behandeling is geheel vrijwillig. U bepaalt zelf of u wel of niet meedoet en pas nadat u uitvoerige informatie heeft gekregen. Meedoen aan zo'n onderzoek kan emotioneel belastend voor u zijn. Bijvoorbeeld als u wordt uitgeloot voor de nieuwe behandeling.

Als u meedoet, dan maakt u dat kenbaar door het ondertekenen van een formulier. Die instemming heet 'informed consent'. Dat betekent dat u uw besluit om mee te doen genomen heeft op basis van voldoende en begrijpelijke informatie.

Uw handtekening betekent niet dat u uw deelname niet meer kunt terugdraaien. U heeft op elk moment het recht en de mogelijkheid om uw deelname te beëindigen. Wel is het verstandig eerst met uw specialist te spreken voordat u stopt. Het plotseling staken van een behandeling kan namelijk bepaalde risico's hebben.

Nederlandse Kankerregistratie

Om wetenschappelijk onderzoek te kunnen doen, zijn vaak gegevens nodig van mensen die nu kanker hebben. Deze gegevens worden bijeengebracht in de Nederlandse Kankerregistratie die wordt verzorgd door de integrale kankercentra.

Medewerkers van de integrale kankercentra registreren de benodigde gegevens in ziekenhuizen aan de hand van de medische dossiers. Zij verzamelen informatie over onder andere de ziekte, de behandelingen en het verdere verloop. Ook uw naam en geboortedatum worden in de registratie opgenomen.

Deze privacygevoelige gegevens worden zorgvuldig afgeschermd. Dat wil zeggen:

- De gegevens worden in een 'versleutelde' vorm onherkenbaar gemaakt, zodat ze niet zonder meer tot één persoon te herleiden zijn.
- Alleen speciaal bevoegde werknemers met geheimhoudingsplicht hebben toegang tot deze gegevens.

Als u niet wilt dat uw gegevens worden geregistreerd, kunt u dit melden aan uw behandelend arts. Deze noteert het bezwaar in uw dossier en zorgt ervoor dat uw gegevens niet worden geregistreerd.

Wilt u meer weten over de kankerregistratie? Vraag dan de folder **Registratie van kanker: van groot belang** aan (zie pagina 58).

Seksualiteit

Kanker en seksualiteit, dat is op het eerste gezicht misschien een wat merkwaardige combinatie. Immers, bij seksualiteit denken we aan plezier en ontspanning, terwijl kanker het tegenovergestelde beeld oproept. Bovendien, als je kanker hebt, heb je wel iets anders aan je hoofd dan seks, denkt u misschien. Dat is zeker zo wanneer u net weet dat u kanker heeft of als u een behandeling ondergaat.

Prostaatkanker en seksualiteit

De behandeling van prostaatkanker kan ingrijpende gevolgen hebben voor uw seksuele leven. Een mogelijke bijwerking van de behandeling van prostaatkanker is het 'droog orgasme'. U komt dan wel klaar met alle daarbij horende gevoelens, maar er is geen zaadlozing. Veel mannen (en ook hun partners) hebben het gevoel dat zij dan toch iets missen. Ook kunt u te maken krijgen met erectiestoornissen, waardoor het niet meer mogelijk is een normale erectie te krijgen. Dit kan het gevolg zijn van beschadigingen aan zenuwen en/of bloedvaten. Afhankelijk van de ernst van de beschadigingen kunnen dergelijke erectieproblemen soms verholpen worden. Bijvoorbeeld met tabletten of door middel van een injectie in uw penis. Uw specialist kan u nader inlichten over deze behandelingen. Als gevolg van hormonale therapie kan de zin in vrijen verdwijnen. In dat geval werken de bovengenoemde behandelingen meestal niet goed.

Anders vrijen

Na verloop van tijd hoort seksualiteit er vaak weer bij. Het kan dan tijd kosten voor er ook weer seksueel contact is. Als er beperkingen op seksueel gebied zijn gekomen, moet ook uw partner zich aanpassen. Uw relatie kan hierdoor onder druk komen te staan. Al is het soms moeilijk om er woorden voor te vinden, toch kan het helpen om elkaar te vertellen waar u op

dat moment behoefte aan heeft en waarover u zich onzeker voelt. Zo scheidt u een sfeer van vertrouwen, waarin u samen kunt zoeken naar nieuwe mogelijkheden.

Wanneer u een nieuwe, intieme relatie wilt aangaan, kan dat door de ziekte en de behandeling minder vanzelfsprekend zijn. Vooral als er sprake is van veranderingen in het uiterlijk kan contact maken moeilijk zijn. Maar ook door minder direct zichtbare veranderingen kan er schroom zijn om aan een nieuwe relatie te beginnen. Want wanneer vertelt u dat u kanker heeft of heeft gehad? Wanneer geeft u zich letterlijk en figuurlijk bloot? Een kwestie van aftasten en zoeken naar een geschikt moment.

Seksuele veranderingen en problemen kunnen zo ingrijpend zijn dat u niet zonder advies en steun van anderen kunt. Afhankelijk van de aard en de ernst van de problemen kunt u hulp vragen aan lotgenoten, uw (huis)arts of een seksuoloog. Vaak moet u hier zélf over beginnen. Ook al moet u misschien over een drempel heen, vraag tijdig om hulp als u er zelf niet uit komt.

Pijn

Prostaatkanker kan pijn veroorzaken. In het begin van de ziekte hebben veel mensen geen pijn. Als de ziekte zich uitbreidt en er sprake is van uitzaaiingen, kan wel pijn optreden. Bijvoorbeeld door uitzaaiingen in de botten.

Pijn is een ingewikkeld verschijnsel. Er treedt een pijnprikkel op, bijvoorbeeld omdat een tumor op een zenuw drukt. Deze pijnprikkel gaat via de zenuwbanen naar de hersenen. Er komt als het ware een telefoonverbinding tot stand tussen de pijnlijke plaats en de hersenen. Daardoor voelt u pijn. Naast lichamelijke kanten zitten er ook emotionele en sociale kanten aan pijn. Iedereen ervaart het op een andere manier.

Over pijn bij kanker bestaan nogal wat misverstanden. Zo wachten mensen vaak (te) lang met het gebruiken van pijnstillers. Ze zijn bijvoorbeeld bang dat niets meer voldoende helpt als de pijn toeneemt. Of ze zijn bang om verslaafd te raken. Die opvatting is gebaseerd op een misverstand.

Pijn kan grote invloed hebben op uw leven. Daarom is het belangrijk pijnklachten met uw arts te bespreken. Praten over pijn is geen zeuren. Bij het behandelen van pijnklachten zal in eerste instantie worden gekeken naar de oorzaak van de pijn en of deze kan worden weggenomen. Dit is niet altijd mogelijk, maar wel kan de pijn meestal worden verminderd of draaglijk worden gemaakt.

Het gaat erom een pijnbehandeling te vinden die uw pijn onderdrukt en zo min mogelijk bijwerkingen geeft. Bij pijnstillers is het belangrijk om de voorgeschreven dosis op regelmatige tijden in te nemen. Pijnstillers werken namelijk het beste wanneer hiervan steeds een bepaalde hoeveelheid in het lichaam aanwezig is.

Er zijn pijnstillers in de vorm van tabletten, capsules, drankjes, injecties, pleisters of zepillen. Pijnstillers kunnen ook met behulp van een pompje rechtstreeks in een bloedvat, in de huid (subcutaan) of via het ruggenwervelkanaal worden toegediend.

Daarnaast zijn er nog andere mogelijkheden om pijn te behandelen, waaronder bestraling, chemotherapie of een plaatselijke onderbreking van de zenuw die de pijn geleidt.

Ontspanningsoefeningen en fysiotherapie kunnen ook bijdragen om de pijn te verlichten of ondersteuning geven om beter met uw pijn om te gaan.

Pijn in de botten

Bij pijn in de botten door uitzaaiingen kan een korte, eenmalige bestraling van de pijnlijke plaats(en) verlichting geven. Het kan enkele weken duren voordat het pijnstillend effect optreedt. Kort na de bestraling neemt de pijn vaak eerst toe. Een enkele keer is het nodig de bestraling te herhalen. Eventuele bijwerkingen zijn afhankelijk van de plaats(en) waar u bent bestraald.

Als u door uitzaaiingen in de botten op veel verschillende plaatsen in uw lichaam pijn heeft, kan gekozen worden voor een injectie of een infuus met een radioactief middel (bijvoorbeeld strontium-89, rhenium-186 of samarium-153). Deze middelen verspreiden zich door het lichaam en hopen zich op in de uitzaaiingen. Hierdoor kunnen deze worden vernietigd. Deze behandeling geeft vaak enige tijd verbetering.

De hoeveelheid radioactieve stof die wordt gebruikt is gering. De straling levert geen gevaar op voor uw omgeving.

Door deze behandeling kan het beenmerg beschadigen. De aanmaak van bloedlichaampjes raakt hierdoor verstoord, wat kan leiden tot bloed-

armoede, infecties en/of bloedingen. Soms is daarom een bloedtransfusie nodig.

Als het beenmerg beschadigd is, kan er in principe geen chemotherapie meer gegeven worden. De behandeling met radioactieve stoffen wordt daarom voornamelijk gegeven aan patiënten die geen chemotherapie willen of kunnen krijgen of bij wie chemotherapie niet (meer) effectief is.

Wisselwerking gevoelens en klachten

Pijn hoeft niet altijd het gevolg te zijn van de ziekte. Angst, paniek of boosheid kunnen ook een rol spelen. Boosheid om wat u overkomt. Angst om afhankelijk te worden van anderen of angst voor de dood. Allerlei gevoelens die door uw ziekte worden opgeroepen, kunnen uw lichamelijke klachten versterken. En andersom: wanneer het mogelijk is een deel van die angsten en spanningen weg te nemen, kan pijn verminderen.

Voeding

Goede voeding is voor iedereen belangrijk, maar zeker als u kanker heeft is het zaak extra alert te zijn op wat u eet en drinkt. In een goede voedingstoestand kunt u de behandeling doorgaans beter aan en heeft u minder kans op complicaties.

Om uw gewicht en conditie op peil te houden, gaat het erom voldoende energie (calorieën), eiwitten, vocht en voedingsstoffen zoals vitamines en mineralen binnen te krijgen.

Soms ontstaan door een behandeling problemen met eten, omdat bijwerkingen zoals slechte eetlust en misselijkheid het eten moeilijk maken. Meestal zijn deze bijwerkingen tijdelijk.

Voldoende drinken is vooral tijdens chemotherapie van belang. Er is vocht nodig om afvalstoffen via de nieren af te voeren. Daarom is het goed 1,5 tot 2 liter vocht per dag te gebruiken (2 liter = 10 glazen of 13 kopjes).

Controleer uw gewicht

Aan uw gewicht kunt u zien of uw voeding voldoende calorieën levert. Door uzelf regelmatig te wegen, bijvoorbeeld één keer per week, kunt u bijhouden of u afvalt of aankomt.

Ongewenst gewichtsverlies – Een probleem dat veel voorkomt bij kanker, is ongewenst gewichtsverlies. Als u afvalt, kan dat betekenen dat de ziekte of de behandeling meer energie vraagt. Of misschien bent u ongemerkt minder gaan eten.

Door de tumor komen er stoffen in het lichaam vrij die invloed hebben op de stofwisseling en eetlust. Uw eetlust wordt minder, terwijl de behoefte aan energie (brandstoffen) juist toeneemt.

Praat met uw arts of verpleegkundige over uw voeding wanneer u in korte tijd bent afgevallen: meer dan drie kilo binnen een maand, of zes kilo

binnen een half jaar. Overleg ook met hen wanneer u moeite heeft voldoende te drinken of wanneer het u niet meer lukt voldoende voedingsstoffen binnen te krijgen. Dan kan het zinvol zijn om de gebruikelijke voeding aan te vullen met dieetpreparaten of over te gaan op drinkvoeding. Overleg met uw behandelend arts of diëtist of dat ook in uw situatie een goede keuze is.

Het ziekteproces zelf kan eveneens vermagering veroorzaken. De lichaamsfuncties raken ontregeld, waardoor de gebruikte voeding minder goed wordt benut. Indien de tumor niet meer kan worden behandeld en de ziekte verergert, is achteruitgang van de voedingstoestand nauwelijks te voorkomen. Het is dan ook niet zinvol meer om te blijven wegen.

Heeft u wel voldoende eetlust? Probeer dan goed te blijven eten. Kies voeding waarvan u nog zo veel mogelijk kunt genieten, want het genoeg dat (samen) eten en drinken u kan bieden, is ook belangrijk.

Ongewenste gewichtstoename - Ook een ongewenste gewichtstoename en de vorming van extra vetweefsel zijn veelvoorkomende klachten. De oorzaak hiervan is nog niet precies bekend. Veel factoren lijken bij toename van het gewicht een rol te spelen, waaronder: de soort kanker, de soort behandeling, voeding, beweging, een langzaam werkende schildklier, een tragere verbranding en bepaalde medicijnen. Omdat alle factoren van invloed kunnen zijn op de gewichtstoename, kan het lastig zijn het extra vetweefsel weer kwijt te raken. Probeer daarom tijdens de behandeling vet of suikerrijk voedsel en tussendoortjes zo veel mogelijk te laten staan. Na de behandeling kunt u proberen verantwoord af

te vallen, eventueel onder begeleiding van een diëtist.

Speciale voeding of dieet

Er zijn mensen met kanker die als aanvulling op de behandeling van het ziekenhuis speciale voeding, een dieet, extra vitamines en mineralen of voedings-supplementen willen gebruiken.

Wetenschappelijk onderzoek heeft tot nu toe niet aannemelijk gemaakt dat een bepaald eetpatroon of dieet een eenmaal ontstaan kankerproces gunstig kan beïnvloeden.

Maar als het u aanspreekt, kan het wel een steun voor u betekenen. Omdat u misschien zelf iets wilt doen, omdat u ervaart zo invloed op uw situatie te kunnen uitoefenen of omdat het past bij uw kijk op het leven.

Meestal is het mogelijk om ook met een alternatief dieet uw gewicht en conditie op peil te houden.

Het kan echter voorkomen dat u door uw ziekte en/of behandeling moeite heeft met eten. Het kan ook gebeuren dat u door uw ziekte en/of behandeling voor korte of langere tijd niet normaal mag of kunt eten. Kortom, uw voeding moet worden aangepast aan uw medische en persoonlijke situatie.

Voedingssupplementen zijn soms een nuttige aanvulling, maar ze kunnen ook schadelijk zijn als u te veel van bepaalde stoffen binnenkrijgt. Overleg daarom altijd met uw arts en diëtist wanneer u erover denkt om een speciaal dieet of voedings-supplementen te gebruiken.

Een moeilijke periode

Leven met kanker is niet vanzelfsprekend. Dat geldt voor de periode dat er onderzoeken plaatsvinden, het moment dat u te horen krijgt dat u kanker heeft en de periode dat u wordt behandeld.

Na de behandeling is het meestal niet eenvoudig de draad weer op te pakken. Ook uw partner, kinderen, familieleden en vrienden krijgen veel te verwerken. Vaak voelen zij zich machteloos en wanhopig, en zijn bang u te verliezen.

Er bestaat geen pasklaar antwoord op de vraag hoe u het beste met kanker kunt leven. Iedereen is anders en elke situatie is anders. Iedereen verwerkt het hebben van kanker op zijn eigen manier en in zijn eigen tempo. Uw stemmingen kunnen heel wisselend zijn. Het ene moment bent u misschien erg verdrietig, het volgende moment vol hoop.

Misschien raakt u door de ziekte en alles wat daarmee samenhangt uit uw evenwicht. U heeft het gevoel dat alles u overkomt en dat u zelf nergens meer invloed op heeft.

De onzekerheden die kanker met zich meebrengt, zijn niet te voorkomen. Er spelen vragen als: slaat de behandeling aan, van welke bijwerkingen zal ik last krijgen en hoe moet het straks verder.

U kunt wel meer grip op uw situatie proberen te krijgen door goede informatie te zoeken, een dagboek bij te houden of er met anderen over te praten: met mensen uit uw omgeving, uw (huis)arts of (wijk)verpleegkundige.

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.

Extra ondersteuning

Een aantal mensen komt niet zelf uit de moeilijkheden. Naast de steun van partner, kinderen en bekenden en de zorg van artsen en (oncologie)verpleegkundigen, hebben zij meer nodig om de situatie het hoofd te kunnen bieden.

Sommigen zouden graag extra ondersteuning willen hebben van een deskundige om stil te staan bij wat hen allemaal is overkomen.

Zowel in als buiten het ziekenhuis kunnen zorgverleners, zoals sociaal verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, psychologen of geestelijk verzorgers, u extra begeleiding bieden.

In sommige plaatsen in Nederland zijn speciale organisaties voor emotionele ondersteuning gevestigd. Over ondersteuning en begeleiding buiten het ziekenhuis door gespecialiseerde therapeuten kan uw huisarts u adviseren.

Contact met lotgenoten

Een aantal patiënten stelt contact met medepatiënten op prijs. Het uitwisselen van ervaringen en het delen van gevoelens met iemand in een vergelijkbare situatie kunnen helpen de moeilijke periode door te komen. Lotgenoten hebben vaak aan een half woord genoeg om elkaar te begrijpen.

Daarnaast kan het krijgen van praktische informatie belangrijke steun geven.

Maar anderen vinden contact met medepatiënten te confronterend of hebben er geen behoefte aan.

Sommige mensen kennen zelf andere patiënten uit hun kennissen- of vriendenkring of ontmoeten hen op een andere manier, bijvoorbeeld op de polikliniek van het ziekenhuis.

Anderen ontmoeten elkaar op internet, bijvoorbeeld via een internetforum. Maar contact met lotgenoten kan ook tot stand komen via een patiëntenorganisatie. Zo'n contact kan bestaan uit telefonisch contact,

e-mail contact, een persoonlijk gesprek of deelname aan groepsbijeenkomsten.

Kijk voor meer informatie op www.kankerpatient.nl.

Stichting Contactgroep Prostaatkanker (SCP) -

De contactgroep is een patiëntenorganisatie die de belangen behartigt van prostaatkankerpatiënten en hun naasten. De contactgroep biedt tevens telefonisch lotgenotencontact en organiseert voorlichtingsbijeenkomsten over prostaatkanker.

Wie behoefte heeft aan een gesprek met een lotgenoot of verdere informatie wenst, kan contact opnemen met:

Stichting Contactgroep Prostaatkanker

Postbus 443

1400 AK Bussum

Lotgenotenlijn: 0800 - 999 22 22 (ma/woe/vrij:

10.00 - 12.30 uur // di/do: 19.00 - 21.00 uur)

secretariaat@scp.nfkpv.nl

lotgenoot@scp.nfkpv.nl

www.kankerpatient.nl/prostaatkanker

U kunt ook informeren of er lokale of regionale bijeenkomsten of een gespreksgroep bij u in de buurt worden georganiseerd. Er zijn bijeenkomsten en gespreksgroepen voor mensen met uiteenlopende soorten kanker en hun naasten over verschillende thema's. Er zijn ook groepen speciaal gewijd aan 'omgaan met spanning' en revalidatie. Steeds vaker worden er activiteiten voor lotgenoten georganiseerd.

Thuiszorg

Wanneer u hulp bij het huishouden of lichamelijke zorg nodig heeft, kunt u een beroep doen op de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of Zorg zonder Verblijf (voorheen thuiszorg). Om hiervoor in aanmerking te komen heeft u een indicatie nodig.

Deze indicatie kunt u aanvragen bij het Wmo-loket van uw gemeente of bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Het is verstandig om tijdig met uw huisarts of wijkverpleegkundige te overleggen welke hulp en ondersteuning nodig is en hoe die het beste geboden kan worden.

Voor het ontvangen van zorg in het kader van de Wmo en Zorg zonder Verblijf bent u een eigen bijdrage verschuldigd. Met vragen over de eigen bijdrage kunt u bellen met 0800-1925 (gratis). Dit nummer is bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 8.00 tot 18.00 uur. Of kijk op www.hetcak.nl.

Er bestaan ook particuliere thuiszorgbureaus. Overleg vooraf met uw zorgverzekeraar in hoeverre de kosten worden vergoed.

Wilt u meer informatie?

Heeft u vragen naar aanleiding van deze brochure, blijf daar dan niet mee lopen. Vragen over uw persoonlijke situatie kunt u het beste bespreken met uw specialist of huisarts. Vragen over medicijnen kunt u ook stellen bij uw apotheek.

KWF Kankerbestrijding

Patiënten en hun naasten met vragen over de behandeling, maar ook met zorgen of twijfels, kunnen op verschillende manieren met onze voorlichters in contact komen:

- U kunt bellen met onze **gratis KWF Kanker Infolijn: 0800 - 022 66 22** (ma – vrij: 9.00 - 12.30 uur en 13.30 - 17.00 uur).
- U kunt via onze site www.kwfkankerbestrijding.nl een vraag stellen op het tijdstip dat het u het beste uitkomt. Klik daarvoor op 'Contact' bovenin de homepage. Uw vraag wordt per e-mail of telefonisch beantwoord.
- U kunt onze voorlichters ook spreken op ons **kantoor**: Delflandlaan 17 in Amsterdam (ma – vrij: 9.00 – 17.00 uur). U kunt daarvoor het beste van tevoren even een afspraak maken.

Internet en brochures

Op onze site vindt u de meest actuele informatie over allerlei aspecten van kanker. Over verschillende onderwerpen hebben we ook gratis brochures beschikbaar.

Onderwerpen die mogelijk interessant voor u zijn:

- Radiotherapie
- Chemotherapie
- Hormonale therapie bij kanker
- Verder leven met kanker
- Kanker... in gesprek met je arts
- Uitzaaiingen bij kanker
- Pijnbestrijding bij kanker
- Voeding bij kanker

- Onderzoek naar nieuwe behandelingen van kanker
- Alternatieve behandelingen bij kanker
- Kanker in de familie, is het erfelijk?
- Vermoeidheid na kanker
- Kanker en seksualiteit
- Als kanker meer is dan je aankunt
- Kanker... en hoe moet het nu met mijn kinderen?
- Kanker... als je weet dat je niet meer beter wordt
- Kanker... als de dood dichtbij is
- Registratie van kanker: van groot belang (© VIKC)
- De dvd 'Kanker... en dan?' met ervaringen van mensen met kanker

Op www.kwfkankerbestrijding.nl/prostaatcancer vindt u het **KWF Videodagboek: Prostaatcancer**. Hierin vertelt een aantal mannen met prostaatcancer hoe zij hun keuze voor een bepaalde behandeling hebben gemaakt. U hoort en ziet feiten en argumenten, maar ook twijfel en emotie. We hopen dat de verhalen u ondersteunen bij het maken van uw keuze.

Bestellen

U kunt via onze site of de KWF Kanker Infolijn 7 dagen per week, 24 uur per dag kosteloos onze voorlichtingsmaterialen bestellen.

Organisaties en instellingen kunnen uitsluitend schriftelijk of via internet bestellen:

www.kwfkankerbestrijding.nl/bestellen.

www.kanker.info

Via het portaal www.kanker.info kunt u ook snel en gericht naar betrouwbare informatie over kanker zoeken. Het portaal is een gezamenlijk initiatief van KWF Kankerbestrijding, de Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC) en de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK). Het verbindt de informatie die al voorhanden is op de sites van deze

drie organisaties. Daarnaast zijn er links naar andere sites die u ook actuele, betrouwbare en relevante informatie bieden.

Andere nuttige adressen

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 behandeling, zorg en onderzoek naar nieuwe behandelingen van kanker te verbeteren. De centra organiseren ook activiteiten voor patiënten. Kijk voor meer informatie op www.iKNet.nl.

Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK)

Binnen de NFK werken 25 patiëntenorganisaties samen. Zij geven steun en informatie, en komen op voor de belangen van (ex-)kankerpatiënten en hun naasten. De NFK werkt eraan om hun positie in zorg en maatschappij te verbeteren. De NFK en de kankerpatiëntenorganisaties werken samen met en worden gefinancierd door KWF Kankerbestrijding.

NFK

Postbus 8152

3503 RD Utrecht

T (030) 291 60 90

secretariaat@nfk.nl

www.kankerpatient.nl

Voor informatie over lotgenotencontact, zie pagina 55.

De NFK zet zich in voor mensen die kanker hebben (gehad) en als gevolg van de ziekte en/of de behandeling kampen met ernstige **vermoeidheidsproblemen**. Voor meer informatie: www.kankerpatient.nl, klik op de homepage op 'Rondom kanker' en daarna op 'Vermoeidheid'.

Vakantie en recreatie (NBAV)

De Nederlandse Branchevereniging Aangepaste Vakanties (NBAV) biedt zowel aangepaste vakanties als accommodaties aan voor onder meer kankerpatiënten en hun naasten. Jaarlijks wordt de **Blauwe Gids** uitgegeven, met een overzicht van de mogelijkheden. Deze gids is te bestellen via t (088) 335 57 00 of www.deblauwegids.nl.

VraagWelder

VraagWelder (voorheen Breed Platform Verzekerden en Werk) is er voor iedereen met een gezondheidsprobleem of handicap die informatie zoekt over het krijgen en houden van werk, uitkeringen en het aanvragen van verzekering.

VraagWelder

t (0900) 480 03 00 (ma - vrij: 12.00 - 17.00 uur,
€ 0,30/m)
www.vraagwelder.nl

Erfocentrum

Het Erfocentrum is het Nationale Kennis- en Voorlichtingscentrum op het gebied van erfelijkheid, erfelijke aandoeningen, zwangerschap en medische biotechnologie.

Erfocentrum

Postbus 500
3440 AM Woerden
Erfolijn: 0900 - 665 55 66
(ma: 10.00 - 12.00 uur // 13.00 - 15.00 uur en
do: 13.00 - 15.00 uur, € 0,25/m)
erfolijn@erfocentrum.nl
www.erfocentrum.nl

Herstel & Balans

Het programma Herstel & Balans is ontwikkeld op initiatief van de integrale kankercentra in samenwerking met revalidatie-instellingen en kankerpatiëntenorganisaties.

Het gaat om een combinatie van lichaamsbeweging, themabijeenkomsten, informatie en lotgenotencontact. Voor deelname is een verwijzing van uw behandelend arts nodig. Een aantal zorgverzekeraars vergoedt deelname aan Herstel & Balans.

Meer informatie: www.herstel-en-balans.nl.

IPSO (Instellingen PsychoSociale Oncologie)

IPSO behartigt de belangen van de bij haar aangesloten leden, waaronder IPSO Attendum (de Inloophuizen) en IPSO Concentris (Therapeutische Centra). Deze instanties bieden patiënten en hun naasten steun bij de verwerking van kanker.

Voor meer informatie: www.ipso.nl.

Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)

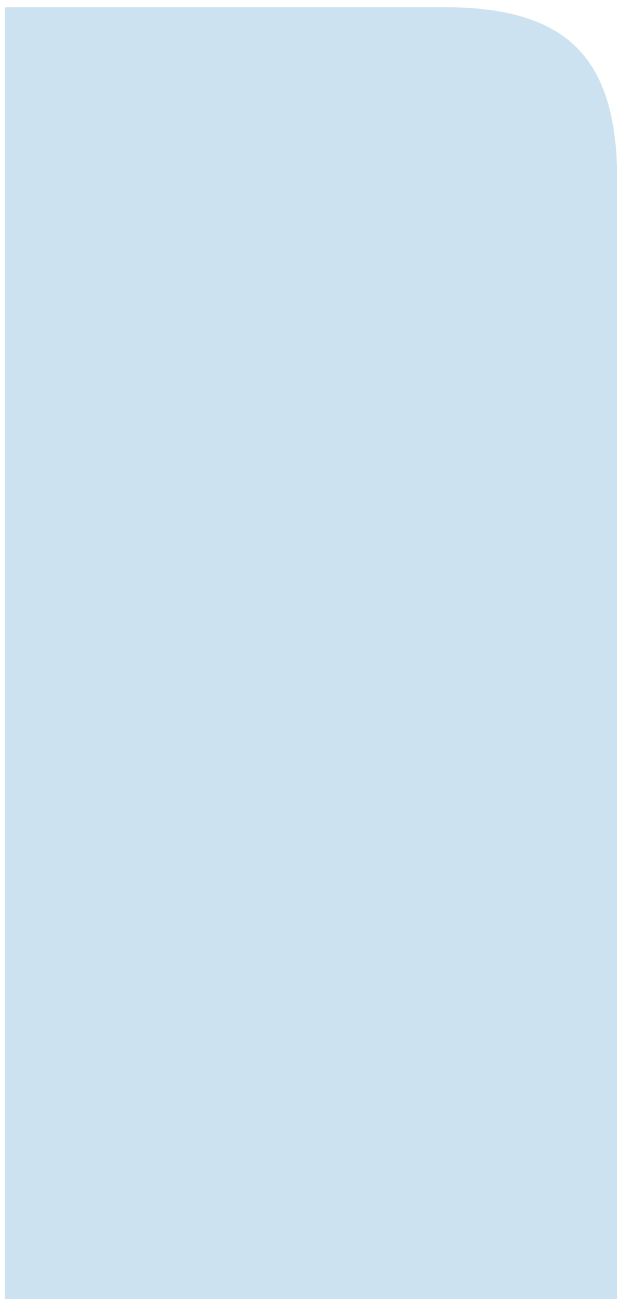
De NPCF behartigt de belangen van iedereen die gebruikmaakt van de zorg. De organisatie heeft brochures en informatie over patiëntenrecht, klachtenprocedures enzovoort.

Voor het boekje over Informatie en toestemming: www.npcf.nl; klik op service; kies voor webwinkel; kies patiëntenrecht.

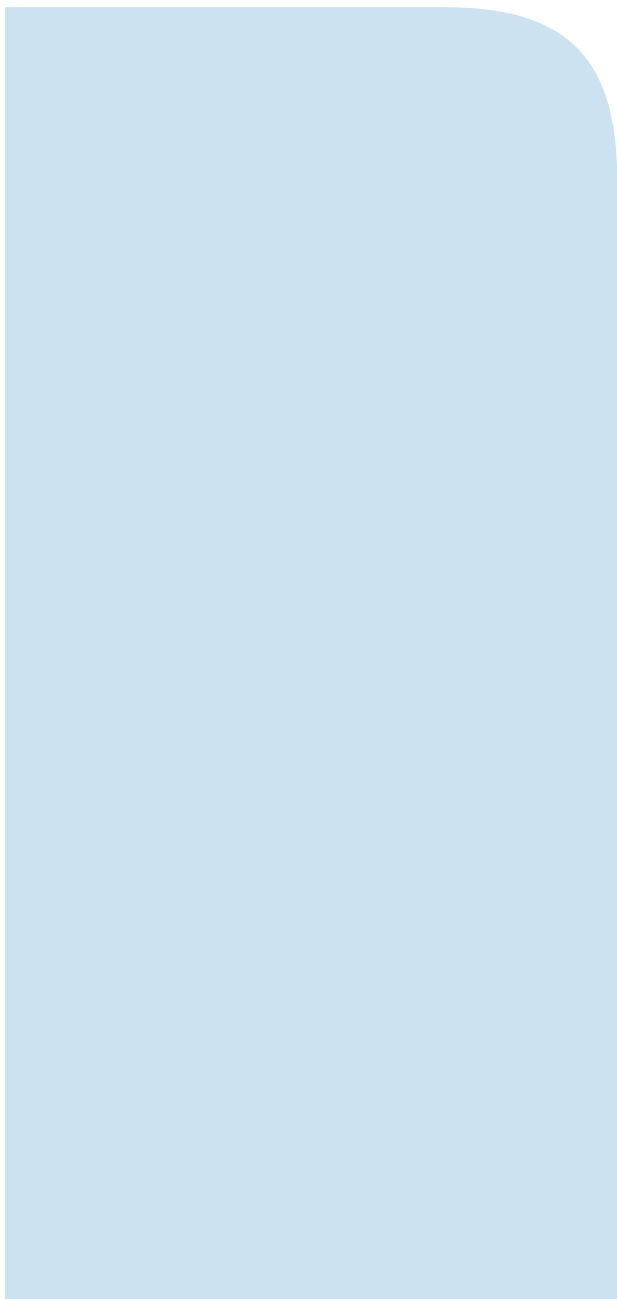
NPCF

Postbus 1539
3500 BM Utrecht
t (030) 297 03 03
npcf@npcf.nl
www.npcf.nl

Notities



Notities



KWF Kankerbestrijding

KWF Kankerbestrijding is de stuwende kracht achter kankerbestrijding in Nederland.

Ons doel: minder kanker, meer genezing en een betere kwaliteit van leven



KWF Kanker Infolijn

0800 - 022 66 22 (gratis)

Informatie en advies voor kankerpatiënten en hun naasten



www.kwfkankerbestrijding.nl

Voor informatie over kanker en het bestellen van brochures



Bezoekadres (bij voorkeur op afspraak)

Delflandlaan 17, 1062 EA Amsterdam



Bestellingen door organisaties

Fax verzendhuis: (013) 595 35 66

Internet:

www.kwfkankerbestrijding.nl/bestellen

bestelcode F22



Samen voorop in de strijd

