

# MAATWERK BIJ PROSTAATKANKER

*Nieuwe richtlijn waardeert snijden, bestralen en actief volgen gelijk*

De nieuwe richtlijn voor diagnostiek en behandeling van prostaatkarcinoom vertelt niet welke behandeling de beste is voor een in een vroeg stadium gelokaliseerde tumor. Per patiënt moeten de verschillende mogelijkheden worden afgewogen. ‘De patiënt krijgt maatwerk, maar dat is wel echt dokterswerk.’

## EVERT PRONK

In Nederland worden jaarlijks meer dan 7900 nieuwe patiënten met prostaatkarcinoom gediagnosticeerd. Met een incidentie van ongeveer 95 op de 100.000 mannen per jaar is het naast longcarcinoom de meest voorkomende vorm van kanker bij mannen.

Urologen, pathologen, klinisch chemici, radiologen en radiotherapeuten staken samen met oncologieverpleegkundigen en vertegenwoordigers van de patiëntenvereniging de koppen bij elkaar en maakten met begeleiding van het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO een nieuwe richtlijn voor de diagnostiek en behandeling. De richtlijn zal waarschijnlijk kort na de zomer in digitale vorm verschijnen.

### OMISSIE

Het meest opvallende aan de nieuwe richtlijn is dat de vier behandelopties voor een gelokaliseerd prostaatkarcinoom, te weten radicale prostatectomie, uitwendige bestraling, brachytherapie en actief volgen gelijkwaardig worden geacht. De richtlijn is op dit punt niet richtinggevend: ‘Dat is de grote ommissie op het gebied van de behandeling van prostaatkanker’, zegt

uroloog en voorzitter van de werkgroep die de richtlijn heeft opgesteld Theo de Reijke. ‘Er is nooit een goed vergelijkend onderzoek geweest tussen de verschillende behandelingen van prostaatkanker die in een vroeg stadium is ontdekt. Daarom kunnen we nu geen duidelijke uitspraak doen. Met de patiënt moeten alle opties worden besproken. Dus niet alleen opereren, maar ook bestralen en wat tegenwoordig “actief volgen” heet. Voorheen noemden we dit waakzaam afwachten, maar deze term geeft patiënten weinig vertrouwen. Wachten tot ik doodga, bedoelt u? Het actief volgen past beter bij de realiteit. Je doet PSA-metingen om bij een stijging eventueel toch actie te ondernemen.’

### GELIJKWAARDIG

Radiotherapeut prof. Jan Battermann van het UMC Utrecht noemt de behandelopties zo verschillend, dat het appels met peren vergelijken is. ‘Omdat de verschillende behandelingen het predikaat gelijkwaardig hebben gekregen, moet er veel aandacht zijn voor de voorlichting aan de patiënt en dan in het bijzonder over de bijwerkingen.’

De richtlijn zegt over de nadelen van de verschillende behandelingen het volgende: ‘De kans op incontinentie en stricturen is het grootst na operatie. De kans op acute retentie is het grootst na brachytherapie. De kans op rectale verschijnselen is het grootst na externe bestraling. De kans op erectiele disfunctie is het kleinst na brachytherapie.’ De Reijke: ‘Het is van belang dat behandelaren hun eigen resultaten aan de patiënt laten zien. Volstaan met de cijfers uit de literatuur voldoet niet. De patiënt moet weten wat zijn individuele risico’s zijn bij deze behandelaar. De gegevens uit de literatuur zijn alleen nuttig om je als professional aan te meten.’

Battermann acht de cijfers uit de literatuur over bijwerkingen niet erg betrouwbaar. ‘Bij grote Amerikaanse studies vindt selectie plaats tot op de operatietafel. Als de tumor toch ernstiger is dan werd vermoed, wordt een patiënt buiten de statistieken gehouden. Ik had graag gezien dat er een benedengrens voor het aantal ingrepen in de richtlijn was opgenomen. Het bleek geen optie. Er is ook niet genoeg weten-

## RICHTLIJNEN

Medisch Contact zal regelmatig berichten over nieuwe en herziene richtlijnen. De richtlijnen zijn samen met een beknopt overzicht met belangrijke wijzigingen voor de patiëntenzorg te vinden via [www.artsenet.nl/richtlijnen](http://www.artsenet.nl/richtlijnen). Omdat de Nederlandse Vereniging voor Pathologie de richtlijn Prostaatkarcinoom nog moet goedkeuren, is daar nu de conceptversie te vinden.

Redactie: Evert Pronk  
([e.pronk@medischcontact.nl](mailto:e.pronk@medischcontact.nl))

schappelijk onderzoek gedaan naar de relatie tussen ervaring en kwaliteit.'

### MULTIDISCIPLINAIR

Volgens de nieuwe richtlijn moet een patiënt met een prostaatcarcinoom in multidisciplinair verband worden besproken. Nu is dat nog vaak niet het geval. 'Een multidisciplinaire aanpak is maar in een aantal centra goed georganiseerd', zegt Battermann. 'Nu gaat het meestal als volgt: De huisarts verwijst naar de uroloog, die op basis van nader onderzoek (volgens de richtlijn bij voorkeur met een echogelegeide punctie en zo mogelijk met MRI, EJP) tot een diagnose komt. De uroloog hecht natuurlijk veel geloof aan de behandeling die hij zelf kan geven. Dus ondergaat minimaal de helft van de patiënten een prostatectomie. Urologen, en dan met name in de periferie, opereren eerst en komen er dan achter dat het een carcinoom in het stadium T3 is', chargeert Battermann. 'Dan is chirurgie niet geïndiceerd. Bij een levensverwachting boven de tien jaar is externe radiotherapie, eventueel gecombineerd met hormonale behandeling, het beleid; alléén hormonale behandeling kan worden overwogen.'

Battermann beseft dat nauwelijks controleerbaar is of patiënten multidisciplinair worden behandeld. 'Ook de beschikbaarheid van de verschillende behandelingen speelt een rol. Niet elk ziekenhuis heeft alles in huis. Van de 21 radiotherapeutische centra doen er 16 aan brachytherapie. De patiënt moet weten wat de mogelijkheden zijn en dat er overleg met verschillende disciplines moet plaatsvinden.'

### HUISARTS

In de richtlijn is geen terugverwijzing naar de huisarts opgenomen. Was dit niet logisch geweest, gezien de gelijkwaardigheid van de verschillende behandelopties? 'Het had gekund', vindt Battermann. 'Er zijn natuurlijk ook patiënten die na de diagnose naar hun huisarts gaan om de behandeling te bespreken', reageert De Reijke. 'Maar de huisartsen hebben hun eigen standaarden.'

Hoewel het een 'multidisciplinaire richtlijn' is, 'bestemd voor alle professionals die betrokken zijn bij de diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met prostaatcarcinoom, zoals urologen, radiotherapeuten, medisch oncologen en huisartsen' zijn er buiten Jako Burgers, die de werkgroep namens het CBO begeleidde, geen huisartsen betrokken bij het opstellen van de richtlijn. Zowel De Reijke als Battermann weet niet precies waarom niet. 'Het NHG heeft niet deelgenomen aan de ontwikkeling van de richtlijn, omdat de behandeling van een prostaatcarcinoom niet tot het huisartsgeneeskundig domein behoort', aldus een NHG-woordvoerder. 'De NHG-Standaard Bemoelijkte mictie bij oudere mannen geeft aan wanneer het zinvol is patiënten met relevante klachten naar de uroloog te verwijzen.'

### ONTERECHT

Prostaatcarcinoom is een bijzaak in de NHG-richtlijn over mictieproblemen. Hierin staat dat een bemoelijkte mictie geen risicofactor is voor prostaatcarcinoom. De Reijke zou het dan ook goed vinden als de huisartsen een uitgebreidere standaard hebben over het laten bepalen van PSA. 'Maar ook andere specialisten, zoals internisten en cardiologen, zouden hier wat meer over moeten weten. Urologen krijgen veel onterecht verwezen patiënten op basis van een verhoogde PSA. Dan staat er weer een patiënt van tachtig met hartklachten. Verwacht men dan dat zo'n patiënt onder het mes gaat?' >>

## TIEN VRAGEN OVER DE RICHTLIJN

### WAAROM IS ER EEN NIEUWE RICHTLIJN?

Voor de diagnostiek en behandeling van prostaatcarcinoom bestond in Nederland nog geen richtlijn. De Nederlandse Vereniging voor Urologie heeft het initiatief genomen.

### WELKE BEROEPSGROEPEN

#### HEBBEN DE RICHTLIJN SAMENGESTELD?

Urologen, radiotherapeuten, internisten, klinisch chemici, nucleair geneeskundigen, pathologen, radiologen, oncologieverpleegkundigen en leden van de Nederlandse Vereniging voor Psychosociale Oncologie.

### ZIJN DE PATIËNTEN VERTEGENWOORDIGD?

Ja, door de Stichting Contactgroep Prostaatkanker.

### VOOR WELKE BEROEPSGROEPEN

#### IS DE RICHTLIJN MEDE RELEVANT?

Huisartsen, verpleeghuisartsen, klinisch gerieters.

### OVER WELKE PATIËNTEN GAAT DE RICHTLIJN?

Alle patiënten met prostaatcarcinoom, ongeacht het stadium.

### WAT IS ER NIEUW AAN DE ANAMNESE?

- Meestal wordt de diagnose prostaatcarcinoom vermoed op basis van een verhoogd PSA en/of een afwijkend rectaal toucher. Bij steeds minder patiënten zijn de eerste symptomen gerelateerd aan metastasen, zoals botpijn, gewichtsverlies, anemie, lymfoedeem of neurologische symptomen.
- Een positieve familieanamnese is een risicofactor voor het krijgen van prostaatcarcinoom. Er zijn twee groepen met een verhoogd risico te definiëren. Erfelijk prostaatcarcinoom: als prostaatcarcinoom is vastgesteld bij drie naaste familieleden of twee eerste- of tweedegraads verwanten, met een diagnoseleeftijd van 55 jaar of jonger. Familiair prostaatcarcinoom: als er meerdere gevallen van prostaatcarcinoom in de familie voorkomen, maar niet wordt voldaan aan de criteria voor erfelijk prostaatcarcinoom.

### WAT IS ER NIEUW AAN DE DIAGNOSTIEK?

- Prostaatcarcinoom heeft geen typische kenmerken bij grijswaarde-echografie.
- Grijswaarde-echografie heeft geen toegevoegde waarde voor het detecteren van niet-palpabele tumoren.
- Bij de geleiding van prostaatbiopten moet transrectale grijswaarde-echografie worden toegepast.
- Een CT-scan wordt niet aanbevolen voor de diagnostiek en (lokale en lymfklier)staging van het prostaatcarcinoom. Wél bij de geleiding van punctie van voor metastase verdachte lymfeklieren.
- De uitgebreidheid van het prostaatcarcinoom in de naaldbiopten heeft een belangrijke voorspellende waarde voor het pathologische stadium en de progressievrije overleving.
- De Gleason-score van de biopten heeft een belangrijke onafhankelijke voorspellende waarde voor het pathologische stadium en de progressievrije overleving.

- Bij patiënten met een negatief prostaatbipt en een blijvende klinische verdenking op prostaatacarcinoom kan voorafgaand aan een volgend bipt worden gebruikgemaakt van een endorectale MRI bij een veldsterkte van 1,5 tesla.
- Bij patiënten met een intermediair tot hoog risico op uitgroei van prostaatacarcinoom buiten de prostaat kan voorafgaand aan de therapie een endorectale MRI bij een veldsterkte van ten minste 1,5 tesla plaatsvinden. Vanwege de hogere sensitiviteit (bij gelijkblijvende specificiteit) valt het bij 3 tesla te overwegen deze techniek ook bij laagrisicopatiënten toe te passen.
- Lymfklierstagering door middel van conventionele MRI wordt alleen bij patiënten met een a-priori-risico hoger dan 40 procent uitgevoerd.

#### WAT IS ER NIEUW AAN DE VERWIJZING?

- Bij de behandeling van patiënten met prostaatacarcinoom is een gestructureerd, multidisciplinair overleg gewenst.
- Gelijk na de diagnose dient een brief te worden gestuurd aan de huisarts en eventueel de verwijzende specialist, met ook aandacht voor de psychosociale aspecten.

#### WAT IS ER NIEUW AAN DE BEHANDELING?

- Een afwachterend beleid leidt niet tot een hogere sterfte dan operatieve behandeling, wel is de ziektespecifieke sterfte hoger.
- Per risicogroep zijn de resultaten van behandeling van de chirurgie, uitwendige bestraling en brachytherapie bij patiënten met gelokaliseerd prostaatacarcinoom nagenoeg gelijk.

#### WAT IS ER NIEUW AAN DE FOLLOW-UP EN NAZORG?

- Er zijn aanwijzingen dat een follow-upduur van langer dan tien jaar zinvol is.
- Prostaatacarcinoom leidt in meer dan de helft van de gevallen tot problemen in het sociale leven van de patiënten en het beïnvloedt ook het welbevinden van de partner.

<< 'Andersom hoeft een lage PSA niets te betekenen', vervolgt De Reijke. 'Het is nu eenmaal geen tumormarker, maar een weefselspecifieke marker. Onlangs had ik nog een patiënt met een PSA van 0,7 die aanvullende diagnostiek wenste, omdat zijn eenjarige tweelingbroer een radicale prostatectomie had ondergaan. Hij bleek net als zijn broer een carcinoom te hebben.'

#### SCREENING

Over het onderwerp screening op prostaatkanker is de richtlijn kort. 'Er worden geen uitspraken en aanbevelingen gedaan over screening vanwege het ontbreken van voldoende wetenschappelijk bewijsmateriaal.'

'Andere testen voor prostaatkanker dan het testen op PSA zijn nog niet op de markt', maar de ontwikkelingen gaan snel,

becommentarieert De Reijke. 'Hoewel het een andere onderzoekspopulatie betreft, blijkt uit het grote Europese onderzoek naar screening op prostaatkanker dat de tumorgrootte en de Gleason-score (een graderingssysteem gebaseerd op histologische architecturale patronen, mate van tubulaire differentiatie en patroon van stroma-invasie, *EJP*) prognostisch waarde hebben. Dit moet toch op termijn ook gevolgen hebben voor de diagnostiek in de tweede lijn.'

Battermann vindt dat er nog maar weinig is te zeggen over het nut van screening. 'Daarvoor moeten we echt wachten op de resultaten van de Europese studie die volgend jaar wordt afgerond.'

#### MAATWERK

De nieuwe richtlijn is van toepassing op alle patiënten met prostaatacarcinoom en beoogt vooral een leidraad te zijn voor de dagelijkse praktijk. Hoe kijkt een perifeer werkende uroloog tegen de richtlijn aan?

'Het is jammer dat niet is gebleken of een bepaalde behandeling duidelijk beter is dan de andere', vindt uroloog in het Rijnland Ziekenhuis (met locaties in Alphen aan den Rijn en Leiderdorp) Frederieke Hollants. 'Maar als daar geen bewijs voor is, dan is het er niet. De richtlijn maakt duidelijk dat je per patiënt de verschillende mogelijkheden moet afwegen. De patiënt krijgt maatwerk, maar dat is wel echt dokterswerk.'

Hollants had verwacht dat de richtlijn meer duidelijkheid zou geven over de diagnostiek. 'Het is opvallend dat de richtlijn

## Deze richtlijn kan leiden tot goede discussie in de maatschap

ten aanzien van PSA niet meer houvast biedt. Maar ook andere vragen blijven moeilijk te beantwoorden. Wanneer en hoe vaak rebiopteren? Wanneer doe je nu wel of geen lymfklierdissectie? De richtlijn meldt dat een lymfklierdissectie is geïndiceerd als het resultaat consequenties heeft voor de uiteindelijke behandeling. Dat hangt dan weer van verschillende risicofactoren af. Het is niet eenduidig.'

Een ander punt vindt Hollants dat er in de richtlijn uitgebreid aandacht wordt besteed aan de waarde van MRI bij de diagnostiek. 'Een CT-scan is onvoldoende gevoelig en MRI heeft verschillende bewezen toepassingsgebieden voor prostaatkanker, zo blijkt uit de richtlijn. Maar de geschikte MRI is lang niet overal voorhanden.'

Gaat Hollants de richtlijn toepassen? 'Deze richtlijn geeft ruimte voor interpretaties en zal dan ook kunnen leiden tot goede discussie in de maatschap. Maar het is wel een goed onderbouwde richtlijn. Ik zal hem dus zeker gebruiken en aan mijn favorietenlijst op internet toevoegen.' ■

De CBO-conceptrichtlijn en andere richtlijnen over het diagnosticeren en behandelen van prostaatacarcinoom vindt u via [www.medischcontact.nl/dezeweek](http://www.medischcontact.nl/dezeweek).

