

Patiënten Informatie Map Prostaatkanker

Deze Patiënten Informatie Map is eigendom van:

Naam:

De vinder van deze map wordt dringend verzocht contact op te nemen met de polikliniek urologie van ZGT 088 708 33 90.

Almelo

Zilvermeeuw 1

Postbus 7600

7600 SZ Almelo

Hengelo

Geerdinksweg 141

Postbus 546

7550 AM Hengelo

 facebook.com/ZGTinfo

 twitter.com/ZGT_info

 linkedin.com/company/zgt

 youtube.com/user/ZGTinfo

 zgt.nl - zgt.nl/mijnzgt

Inhoud

1. Inleiding	3
2. Namen, adressen en telefoonnummers	4
3. Informatie over prostaatkanker en de behandeling	5
3.1 De Prostaat	5
3.2 Wat is Prostaatkanker	6
3.3 Erfelijkheid	7
3.4 De verschillende stadia van prostaatkanker	8
3.5 Behandelkeuzes bij prostaatkanker	10
3.6 De behandelingsmogelijkheden uitgelegd	12
3.7 Behandeling gericht op klachtenvermindering en/of levensverlenging (palliatieve behandeling)	21
4. Psychosociale begeleiding	24
5. Oncologische revalidatie	26
5.1. Algemeen	26
5.2 Poliklinische Revalidatie Behandeling - ZGT	27
6. Overzicht nuttige Websites	28
7. Aantekeningen	30
Bijlage; Verklarende woordenlijst (alfabetische volgorde)	31

1. Inleiding

U heeft van uw uroloog te horen gekregen dat er bij u prostaatkanker is vastgesteld. Met deze Patiënten Informatie Map (PIM) willen wij u zo goed mogelijk informeren.

ZGT werkt volgens de huidige richtlijnen en de nieuwste inzichten en procedures op het gebied van prostaatkanker.

Tijdens de Multidisciplinaire Uro-Oncologie bespreking wordt een behandeladvies opgesteld dat door uw uroloog met u wordt besproken.

De voor- en nadelen van de verschillende behandelopties komen in deze PIM uitgebreid aan de orde en kunnen u helpen om in samenspraak met uw uroloog een weloverwogen keuze te maken.

Het is mogelijk dat de uroloog u voor een behandeling verwijst naar de radiotherapeut en/of de internist-oncoloog.

De uroloog is in principe de hoofdbehandelaar d.w.z. dat hij of zij de regie voert over het medisch traject dat u doorloopt. In het geval u echter door de uroloog wordt verwezen naar de internist oncoloog kan deze het hoofdbehandelaarschap van de uroloog overnemen. Indien dit op uw situatie van toepassing is zal de uroloog dit met u bespreken. De radiotherapeut is in alle gevallen medebehandelaar. Dat wil zeggen dat deze alleen uw aanspreekpunt is bij eventuele klachten die kunnen ontstaan ten gevolge van de radiotherapeutische behandeling, voor andere klachten neemt u contact op met de uroloog.

Het is belangrijk u te realiseren dat de situatie en het herstel voor iedereen anders kan zijn. Bespreek uw vragen daarom altijd met uw behandelend uroloog of met uw oncologieverpleegkundige.

2. Namen, adressen en telefoonnummers

In ZGT zijn verschillende zorgverleners betrokken bij de zorg voor mannen met prostaatkanker

ZGT ziekenhuislocatie Almelo:

Bezoekadres: Zilvermeeuw 1, 7609 PP Almelo

Postadres: Postbus 7600, 7600 SZ Almelo

ZGT ziekenhuislocatie Hengelo

Bezoekadres: Geerdinksweg 141, 7555 DL Hengelo

Postadres: Postbus 546, 7550 AM Hengelo

Urologen:

Drs D. Bakker

Drs. O.L.W.B. van Balen

Dr. E.B. Cornel

Drs. H.E. Dijkema

Drs. G.J. Molijn

Drs. H. Roelink

Mw. Drs. S.P. Stomps

Mw. Dr. J.L.J. Vriesema

Telefoonnummer 088 708 33 90

Verpleegkundig specialist urologie

Mw B. te Raa

Telefoonnummer 088 708 3390

Oncologieverpleegkundigen urologie:

Mw K. Cents

Mw C. Hartgerink

Mw. C. Lepa

Mw H. van Rhee

Telefoonnummer 088 708 33 90

Internist oncologen:

Dr. R. Hoekstra

Dr. C.J.H. Gerrits

Mw. Dr. I.M. Oving

Mw. Dr. E.J.M. Siemerink

Telefoonnummer 088 708 7076

Verpleegkundig specialisten

Mw B. Dwars

Mw E.E.G Postel

Telefoonnummer 088 708 5976

Telefoonnummer 088 708 4102

Radiotherapeuten (MST Enschede)

Drs. A. Bhawanie

Mw. Drs. E. Hendriksen

Telefoonnummer: 053 487 2750

3. Informatie over prostaatkanker en de behandeling

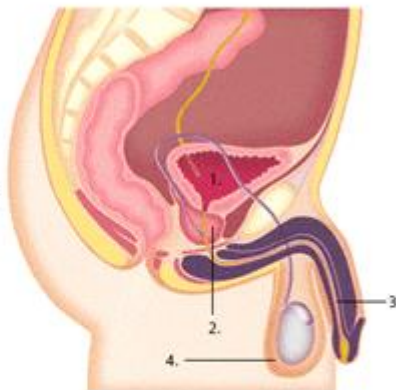
3.1 De Prostaat

In deze paragraaf leest u in het kort wat de prostaat is en hoe deze werkt.

De prostaat is een klier ter grootte van een kastanje. De prostaat ligt rondom de plasbuis onder de blaas. De prostaat bestaat uit klierbuisjes die worden omgeven door spierweefsel en bindweefsel. De klierbuisjes produceren een vloeistof: het prostaatvocht. Het prostaatvocht komt samen met het zaad(sperma) tijdens een zaadlozing naar buiten. Het vocht houdt de zaadcellen in leven tijdens hun tocht naar de eicel. Hormonen die in de zaadballen en bijniere worden aangemaakt, regelen de groei van de prostaat en de vorming van het prostaatvocht. Vlak naast de prostaat lopen zenuwen die naar de penis lopen. Deze zenuwen zijn belangrijk voor het optreden van erecties.

Ligging van de prostaat

1. Blaas
2. Prostaat
3. Penis met plasbuis
4. Balzak met zaadbal (testis)



De prostaat, of voorstanderklier, is gelegen onder de blaas. De zaadleiters lopen via de lies en buik naar de prostaat. Samen met het vocht van de zaadblaasjes die net achter de blaas, boven de prostaat gelegen zijn, maakt de prostaat het zaadvocht.

© 2007, BSL Peetrisk Atlas

3.2 Wat is Prostaatkanker

Prostaatkanker is de meest voorkomende kanker bij de man. Naarmate men ouder wordt is de kans groter op het krijgen van prostaatkanker.

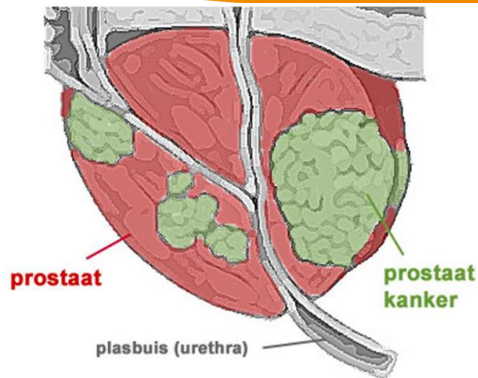
Normaal is de prostaat ongeveer 15 ml groot. Bij de meeste mannen wordt de prostaat na het dertigste jaar langzaam groter. Dit gebeurt onder invloed van mannelijk geslachtshormonen. Soms leidt het groter worden van de prostaat tot afwijkingen. Niet alle afwijkingen zijn merkbaar of veroorzaken klachten. Bij 30% van de mannen leidt dit tot een dusdanige, goedaardige vergroting dat ze er last van krijgen. Meestal gebeurt dit vanaf het 50e levensjaar.

Ruim 11.000 keer per jaar wordt een kwaadaardige afwijking vastgesteld, en dan spreekt met van prostaatkanker. Bij 2/3 van de gevallen waarin het om prostaatkanker blijkt te zijn betreft dit mannen die ouder dan 70 jr zijn

Bij kanker van de prostaat is er sprake van een ongeremde groei van de cellen van de klierbuisjes in de prostaat (adenocarcinoom). Deze verandering is soms door een arts te voelen als een vergroting of een verharding van de prostaat. Er kan echter ook sprake zijn van een ontsteking van de prostaat (prostatitis). De oorzaak hiervan is vaak gelegen in een blaasontsteking of urineweginfectie. Dit kan gepaard gaan met pijn, maar dat hoeft niet.

Zoals bij de meeste soorten kanker kunnen er ook bij prostaatkanker uitzaaiingen (metastasen) optreden. Bij prostaatkanker ontstaan uitzaaiingen meestal pas in een laat stadium van de ziekte. Ze komen vaker voor als de tumor agressief is of buiten de prostaat groeit.

Bij prostaatkanker 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 minder vaak voor.



Afbeelding 2

3.3 Erfelijkheid

De oorzaak van prostaatkanker is nog niet bekend. Bij ongeveer vijf tot tien procent van alle mannen met prostaatkanker is er sprake van erfelijkheid. De uroloog zal vragen of prostaatkanker in uw familie voorkomt.

Er is sprake van een erfelijke vorm van prostaatkanker als aan één van de onderstaande criteria is voldaan:

- het voorkomen van prostaatkanker bij 3 eerstegraads familieleden (vader, broer) of het voorkomen van prostaatkanker bij 2 eerste- of tweedegraads familieleden (grootvader, ooms) op 55-jarige leeftijd of jonger
- het voorkomen van prostaatkanker bij 3 familieleden in opeenvolgende generaties (via vaders of moeders kant)

In deze gevallen wordt een periodiek onderzoek aan eerstegraads familieleden (zoons of broers) d.m.v. PSA- bepaling 1x per 2 jaar geadviseerd.

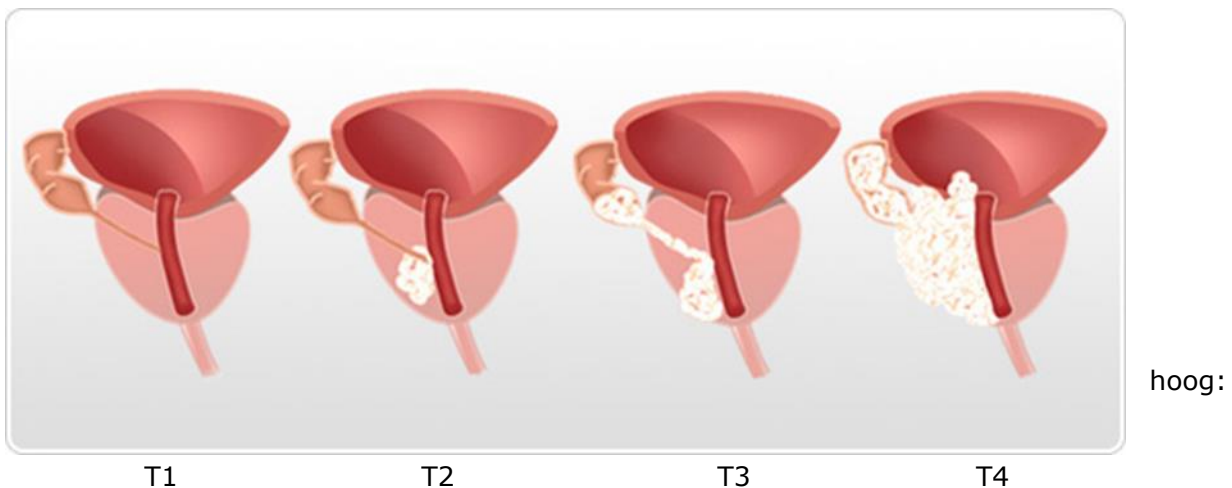
3.4 De verschillende stadia van prostaatkanker

Het stadium van de kanker bepaalt in grote mate welke behandeling u krijgt.

Met het stadium bedoelt men de mate waarin uw ziekte is gevorderd. Om het stadium van prostaatkanker aan te duiden, gebruiken we de zogenaamde TNM classificatie.

- T staat voor tumor: is de kanker is beperkt gebleven tot de prostaat en er is geen verdere doorgroei?
- N staat voor node (=engels voor lymfeklier) heeft de tumor zich uitgezaaid naar de lymfeklieren?
- M staat voor metastasen op afstand: metastase is een ander woord voor uitzaaiing. Heeft de kanker zich uitgezaaid naar andere organen.

De volgende schaal geeft de mate van progressie van de prostaatkanker aan van laag tot hoog.



De kanker is beperkt gebleven tot de prostaat

- Stadium T1; De tumor is niet te voelen bij rectaal toucher of te zien op een echo.
- Stadium T2; De tumor is te voelen bij een rectaal toucher of te zien op een echo.

De kanker strekt zich uit buiten de prostaat

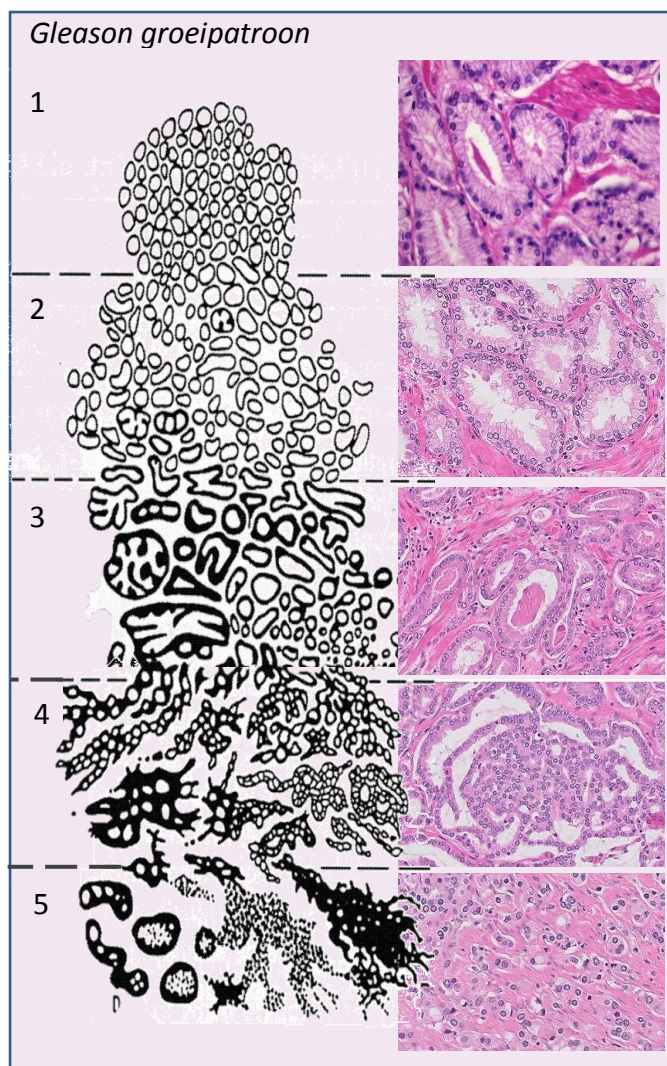
- Stadium T3; De kanker heeft het weefsel in de directe omgeving (= kapseldoorbraak) of de zaadblaasjes aangetast.
- Stadium 4; De kanker heeft zich uitgezaaid naar de organen in de omgeving van de prostaat (blaas, endeldarm enzovoort)

Stadium N+ of M+ De kanker heeft zich uitgebreid naar de lymfeklieren (N+) of naar andere organen elders in het lichaam en/of botten (M+).

De Gleasonscore

Om het prostaatweefsel te onderzoeken neemt de uroloog m.b.v. een holle naald kleine pijpjes weefsel af van 0,8 mm dikte en 10 tot 20 mm lengte. Deze prostaatnaaldbipten worden in het Pathologie Laboratorium in heel dunne plakjes (4-6 micrometer) gesneden, op een glasplaatje geplakt en gekleurd met kleurstoffen voor eiwitten en DNA, waardoor de celstructuren zichtbaar worden onder de microscoop. De patholoog onderzoekt dan de bipten op de aanwezigheid van prostaatkanker. Indien dit het geval is dan zal de patholoog de mate van tumoragressiviteit bepalen aan de hand van het vermogen van de tumorcellen om klierbuizen te vormen. Donald Gleason, een Amerikaanse patholoog, heeft hiervoor 5 groeipatronen (GP) beschreven, die in toenemende mate de agressiviteit en in afnemende mate het klierbuisvormend vermogen weergeven.

In GP 1 en 2 maken de tumorcellen goed gevormde klierbuizen die nog erg lijken op normale klierbuizen. Bij GP 1 blijven deze tumorbuisjes gelokaliseerd, bij GP 2 verspreiden zij zich in het weefsel tussen de normale klierbuizen. Dit noemen we invasieve groei, één van de kenmerken van kanker. Tumoren met GP 1 en 2 groeien erg langzaam en zullen niet uitzaaien via de bloedbaan. In GP 3 worden de klierbuizen slechter en variabel gevormd met uitgebreide invasieve groei. De kans op uitzaaiing is nog steeds heel klein. Dit wordt anders voor de agressieve GP 4 en 5, waarbij de cellen sneller delen en geen individuele klierbuizen meer maken, maar groepen samengesmolten klierbuizen (GP 4) vormen of soliede celstrengen en tumormassa (GP 5) die het normale weefsel verdringen. Bij GP 4 en 5 bestaat de kans dat de tumor buiten de prostaat gaat groeien in de omgevende weefsels en gaat uitzaaien naar andere organen. Het risico hierop, de prognose, hangt af van het volumepercentage dat een GP



inneemt. De Gleason score (GS) geeft dit aan door het GP met het grootste volume en het groeipatroon met een kleiner volume bij elkaar op te tellen. Een GS van 3+4 betekent dat er meer GP 3 dan GP 4 aanwezig is, bij een GS 4+3 is het omgekeerde het geval. Indien er maar één GP aanwezig is, dan wordt dit GP dubbel geteld. De GS kan dus variëren van 2 (1+1) tot 10 (5+5). Het risicoprofiel en de prognose worden dus weergegeven door de Gleason Score:

- GS 2-6: laag risico, prognostische graderingsgroep 1.
- GS 7 (3+4): matig risico, prognostische graderingsgroep 2.
- GS 7 (4+3): matig risico, prognostische graderingsgroep 3.
- GS 8: hoog risico, prognostische graderingsgroep 4.
- GS 9-10: hoog risico, prognostische graderingsgroep 5.

3.5 Behandelkeuzes bij prostaatkanker

Als de prostaatkanker beperkt is gebleven tot de prostaat en er zijn geen uitzaaiingen vastgesteld komt u in aanmerking voor een curatieve behandeling. Dit is een behandeling die gericht is op genezing. De keuze hangt af van de technische mogelijkheden, de afweging tussen de verschillende bijwerkingen en uw persoonlijke voorkeur.

De verschillende behandelingsmogelijkheden

De behandelingsmogelijkheden bestaan uit:

- Actief vervolgen (active surveillance) van prostaatkanker (PRIAS protocol).
- Operatief verwijderen van de prostaat via open procedure, laparoscopisch of m.b.v. een operatierobot (Da Vinci).
- Uitwendige bestraling, eventueel in combinatie met aanvullende hormonale therapie.
- Inwendige bestraling (brachytherapie).
- Hormonale therapie

Het maken van een behandelkeuze

Bij prostaatkanker is niet altijd één keus de beste. In de praktijk blijkt dat het maken van een keuze daardoor moeilijk is. De uroloog en de oncologieverpleegkundige kijken samen met u wat de gevolgen van de behandeling zijn voor u en uw partner of naaste. De oncologieverpleegkundige zorgt ervoor dat u de (schriftelijke) informatie krijgt die u nodig heeft, zodat u zich goed kunt voorbereiden op het maken van een keuze.

Voor niet uitgezaaide prostaatkanker met een laag risico profiel bestaat er een online keuzehulp;

<https://www.keuzehulp.info/pp/laagprostaat/intro/1>

Deze keuzehulp geeft u informatie over de verschillende voor- en nadelen van elke behandeling. Met behulp van deze keuzehulp kunt u zich voorbereiden op het gesprek met uw uroloog.

Onderstaande gegevens zijn van belang voor de keuze van de therapie.

- De hoogte van uw laatste PSA voor biopsie.

- Het klinisch stadium: hoe voelt de prostaat aan bij het rectaal onderzoek
- De Gleasonscore (de mate van agressiviteit)
- De hoeveelheid prostaatkanker in de bipten en het aantal bipten met prostaatkanker
- Uw (resterende) levensverwachting
- Uw medische voorgeschiedenis / bijkomende ziekten
- Wat wil de patiënt? Wat wilt u dus!

Wekelijkse regionale urologie-oncologiebespreking

De uroloog bespreekt uw situatie met andere Uroloog-Oncologen, Radiotherapeut-Oncologen, Internist-Oncologen, Radioloog en Patholoog in de wekelijks regionale Urologie-Oncologiebespreking. Ook professoren van het Radboud Universitair Medisch Centrum zijn bij dit overleg betrokken. Men bespreekt wat voor u de meest gunstige behandelingsmogelijkheid zou zijn.

Second opinion

Ook kunt u om een 'second opinion' vragen, een tweede mening. Dat wil zeggen dat een andere deskundige een advies of oordeel geeft. Dat kan bijvoorbeeld gaan over een diagnose of een behandeling.

3.6 De behandelingsmogelijkheden uitgelegd

Actief volgen bij prostaatkanker (active surveillance)

Prostaatkanker is een langzaam groeiende soort kanker. Bij 30% van de mannen blijkt de tumor zelfs niet of nauwelijks te groeien en ook geen klachten te veroorzaken. Het is daarom niet altijd zinvol om prostaatkanker direct te behandelen. Dit geldt bijvoorbeeld voor:

- Oudere mannen met een zeer langzaam groeiende prostaatkanker zonder klachten
- Mannen met lage PSA-waarde, bij wie slechts in enkele bipten tumorcellen zijn gevonden en die verder gezond zijn. Hun levensverwachting ten aanzien van de prostaatkanker is meer dan tien jaar

Als u en uw artsen na zorgvuldig overleg besluiten om u (nog) niet direct actief te behandelen, wordt het verloop van uw ziekte nauwkeurig gevolgd met controle onderzoeken. Deze vorm van "behandeling" heet actief volgen. Wij doen dit in het kader van een wetenschappelijke internationale studie; PRIAS. Dit houdt in dat de uroloog elke drie tot zes maanden een rectaal toucher en een PSA-test bij u uitvoert. 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, krijgt u ongeveer eens per jaar tevens een echografie en een biopsie. Als er aanwijzingen zijn dat de tumor groeit, volgt meestal alsnog een curatieve behandeling (een operatie of bestraling gericht op genezing).

Het actief volgen beleid betekent dus niet dat er geen behandeling zal volgen, maar dat deze zo lang als dit verantwoord is uitgesteld wordt.

Het grote voordeel van actief volgen is dat zolang er niet tot behandeling wordt overgegaan, er geen hinder wordt ondervonden van eventuele bijwerkingen van opereren of bestralen, zoals bijvoorbeeld ongewild urineverlies of onvermogen om een erectie te krijgen of te behouden. Wanneer u kiest voor het actief volgen beleid, betekent dit dat u verder leeft met het feit dat u prostaatkanker heeft die (nog) niet wordt behandeld. Deze wetenschap kan voor sommige patiënten emotioneel belastend zijn.

Brochure

Meer informatie vindt u via de website www.prias-project.org

Prostaat verwijderen (Radicale Prostatectomie)

Als u prostaatkanker heeft en er zijn geen uitzaaiingen aangetoond wordt de prostaat operatief verwijderd. De medische term voor deze operatie is een radicale prostatectomie. In ZGT wordt sinds december 2014 de ingreep altijd in opzet uitgevoerd met een Da Vinci Xi operatie-robot. Bij deze robotgeassisteerde radicale prostatectomie wordt de gehele prostaat met (een deel) van de zaadblaasjes verwijderd. Ook wordt het eerste deel van de plasbuis verwijderd omdat deze door de prostaat loopt. Er wordt weer een nieuwe verbinding gemaakt tussen de blaas en het overgebleven deel van de plasbuis. Door gebruik van een camera met driedimensionale beeldvergroting kan de uroloog alle details perfect zien. Door de combinatie van uitmuntend zicht en gebruik van kleine trillingsvrije, en zeer beweeglijke robotinstrumenten kan de operatie nauwkeurig worden uitgevoerd (zie afbeelding 3 en 4)



Afbeelding 3



Afbeelding 4

Na de operatie wordt gedurende 7 tot 10 dagen een katheter achtergelaten om de urine uit de blaas af te voeren. Na het verwijderen van de katheter op de polikliniek zult u in eerste instantie last kunnen krijgen van incontinentie (ongewild urine verlies). Ongewild urineverlies is zonder meer de meest gevreesde complicatie voor mannen die een operatieve verwijdering van de prostaat ondergaan.

U moet weer leren de urine goed op te houden. Dit gebeurt met begeleiding van een fysiotherapeut, die u leert de bekkenbodempompe te trainen. Dit herstel is bij ieder weer anders. Het kan snel gaan, binnen enkele dagen, maar kan ook enkele maanden duren. Sommige mannen blijven hier last van houden, vooral bij drukverhogende momenten zoals hoesten of zware dingen tillen. Het kan dan noodzakelijk zijn om absorberend opvangmateriaal te gebruiken.

Om er voor te zorgen dat meer patiënten sneller na de operatie de urine weer goed op kunnen houden wordt sinds augustus 2017 bij alle patiënten in ZGT een nieuwe techniek toegepast. Met deze techniek blijft de lengte van de plasbuis bespaard. Voorheen werd tijdens het verwijderen van de prostaat de plasbuis ter hoogte van de punt van de prostaat doorgeknipt. Met de nieuwe techniek wordt de plasbuis één tot anderhalve centimeter uit de prostaat los geprepareerd en wordt de plasbuis ter hoogte van de zaadheugel doorgeknipt. Die anderhalve centimeter winst, maakt een groot verschil voor het terugkrijgen van de continentie (=het kunnen ophouden van urine) na de operatie.

Het merendeel (97%) van de patiënten is een half jaar na de operatie continent, maar sommigen blijven ook daarna urineverlies houden. De kans daarop is groter bij patiënten die

een ingreep hebben gehad zonder de plasbuissparende techniek. Bij aanhoudende incontinentie is het, indien gewenst, in de regel mogelijk met een aanvullende operatie weer continent te worden. Deze aanvullende behandeling wordt na een jaar voorgesteld aan incontinentie patiënten.

Afhankelijk van de uitslag van het weefselonderzoek kan er een nabehandeling met radiotherapie volgen (uitwendige radiotherapie). Dit kan kort na de operatie (binnen 6 maanden) of op geleide van een eventuele PSA stijging in het bloed plaatsvinden.

- Een ander gevolg van een Radicale Prostatectomie zijn erectieproblemen. Afhankelijk van de grootte en de plaats van de tumor is het vaak onvermijdelijk dat de zenuwen die zorgen voor een erectie beschadigd worden. Dit betekent dat het niet altijd meer (goed) mogelijk is een erectie te krijgen. De uroloog zal met u bespreken of een zenuwsparende operatie mogelijk is. Na een zenuwsparende behandeling krijgt 60% van de mannen weer een erectie terug. Herstel van de erectie kan tot 2 jaar na de operatie duren. Behandelopties om dit eventueel te stimuleren kunt u met uw uroloog bespreken.
- Geen zaadlozingen. Dit wordt ook wel "droog klaarkomen" genoemd. U komt klaar met alle daarbij behorende gevoelens maar zonder zaadlozing.

Brochure

In de brochure; "Verwijderen van de prostaat met de Da Vinci Xi Robot" staat de ingreep uitgebreid beschreven. U leest ondermeer informatie over de voorbereiding op de operatie en over de operatie zelf. Ook wordt de nazorg en leefregels beschreven.

Voor recente cijfers van de uitkomsten van de chirurgische behandeling en percentage complicaties in procenten verwijzen we u naar de website van Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) <https://www.zgt.nl/patienten-en-bezoekers/onze-specialismen/oncologisch-centrum/prostaatkanker/kwaliteit-en-cijfers/>

Radiotherapie

Radiotherapie is een behandeling met behulp van straling en wordt om deze reden ook wel bestraling genoemd. Het is één van de methodes om kanker te behandelen. Door bestraling worden de kankercellen zo beschadigd dat deze niet meer kunnen delen en afsterven. Een behandeling met radiotherapie bestaat uit een serie bestralingen. We maken in de radiotherapie gebruik van het feit dat gezonde cellen zich makkelijker herstellen dan kankercellen. Dit is een belangrijk verschil. Met bestraling worden alle kwaadaardige cellen in de prostaat vernietigd, terwijl gezonde cellen zich weer herstellen

Afhankelijk van het tumorstadium, de agressiviteit van de prostaatkanker en de prostaatgrootte zal uw uroloog en de radiotherapeut oncoloog samen met u bepalen of u in aanmerking komt voor uitwendige of inwendige bestraling.

Uitwendige bestraling (Radiotherapie) bij prostaatkanker

Bij uitwendige bestraling wordt de tumor van buitenaf bestraald waarbij geen gebruik wordt gemaakt van radioactieve bronnen. De bestralingsdeskundigen op het bestralingstoestel zorgen ervoor dat u in een speciale ruimte in de juiste houding op de behandelafel komt te liggen. Tijdens de behandeling bent u alleen in de bestralingsruimte, maar wordt er via een camera en intercom contact met u gehouden. Nadat u bent ingesteld wordt er voorafgaand aan de bestraling een CT-scan gemaakt om u nauwkeurig uit te lijnen ten opzichte van de bestralingsbundels. Daarnaast kan het plan worden aangepast op de situatie van die dag. Met name in het buik- en bekkengebied kunnen de organen dagelijks van vorm en grootte veranderen, wat invloed kan hebben op de ligging van de prostaat. Met behulp van de CT-scan worden tumor en omliggende weefsels voorafgaand aan de bestraling in beeld gebracht en kan het bestralingsplan worden aangepast. Deze manier van bestralen zorgt voor een nauwkeurigere bestraling van de prostaat, voor het zoveel mogelijk sparen van gezond weefsel en zullen minder bijwerkingen optreden. De gehele behandeling duurt 10-15 minuten. De bestraling kunt u niet voelen. Wel hoort u tijdens het bestralen een zoemend geluid van het bestralingstoestel. Bij het vervaardigen van de dagelijkse CT-scans kunnen wij niet zien of de behandeling op de tumor aanslaat. Hier zijn de PSA controles voor, welke na de bestralingen via de uroloog plaatsvinden.

Gedurende vijf weken wordt u op werkdagen bestraald. De meeste patiënten verdragen de behandeling goed. Toch kunt u hinder ondervinden van de behandeling. Een algemene bijwerking van bestraling is vermoeidheid. Het dagelijks reizen en bijkomende klachten kunnen uw vermoeidheid beïnvloeden en versterken.

Bijwerkingen die tijdens de radiotherapie kunnen optreden zijn:

- Vaker moeten plassen/meer aandrang voelen om te plassen.
- Een branderig gevoel en/of pijn bij het plassen.
- Vaker ontlasting, dun brijig van consistentie met soms bloed en/of slijm
- Vermoeidheid.

Deze klachten kunnen na de bestraling nog weken tot maanden aanhouden, maar nemen geleidelijk af.

De mogelijke late termijn bijwerkingen kunnen zijn:

- Irritatie van het laatste deel van de dikke darm (radiatie proctitis). Dit uit zich in pijn, vaak met kleine beetjes ontlasting, gemengd met bloed en slijm.
- Erectiestoornissen.
- Vermoeidheid.

Tijdens de behandeling bent u onder controle van de radiotherapeut oncoloog van de radiotherapie in het MST te Enschede.

Meer informatie over bestraling vindt u op de site van het Medisch Spectrum Twente, afdeling Radiotherapie; <https://www.mst.nl/p/specialismen/radiotherapie/>

Meer informatie over bestraling vindt u op de site van het Medisch Spectrum Twente, afdeling Radiotherapie; <https://www.mst.nl/p/specialismen/radiotherapie/>

Aanvullende hormoontherapie (neo)adjuvante hormoontherapie

Afhankelijk van het stadium en de agressiviteit van de tumor kan hormoontherapie als aanvullende behandeling rondom en na de bestraling worden gegeven. Deze combinatie van behandelingen is vooral geschikt voor patiënten met een agressievere tumor (Gleasonscore 7-10). De hormoontherapie wordt in de vorm van medicijnen (tabletten en/of injecties) toegediend. Meer informatie over de hormoontherapie vindt u verderop in deze PIM.

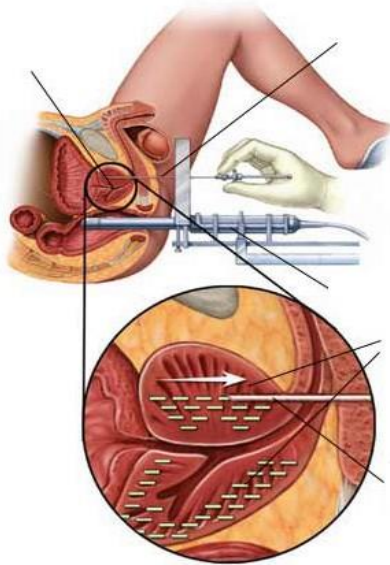
Meer informatie over bestraling vindt u op de site van het Radiotherapeutisch Instituut Enschede. (www.mstwente.nl/radiotherapie/prostaat_bestraling)

Inwendige bestraling (brachytherapie) bij prostaatkanker

Een andere mogelijke behandeling bij prostaatkanker is inwendige bestraling, ook wel brachytherapie genoemd. Deze behandeling is alleen geschikt indien de tumor niet is uitgezaaid, het volume van de prostaat niet te groot is en er geen of nauwelijks plasklachten zijn.

Brachy betekent in het Grieks 'op korte afstand, dichtbij'. Bij brachytherapie worden radioactieve zadjes (Jodium-125) in de prostaat geïmplanteerd en vindt bestraling van binnenuit plaats. Het voordeel van deze techniek is dat gezond weefsel zoveel mogelijk gespaard kan worden.

Het implanteren van de zadjes gebeurt onder algehele anesthesie (narcose). Wanneer u onder narcose bent, wordt voorafgaand aan het implanteren een inwendige echo gemaakt. De ligging van de prostaat wordt bepaald en hiermee kan het implantatieschema driedimensionaal worden berekend. Via het gebied tussen de balzak en de anus (perineum) worden het berekende aantal zadjes met behulp van dunne naalden onder echogeleiding in de prostaat geïmplanteerd (afbeelding). De ingebrachte zadjes blijven in uw prostaat en worden niet meer verwijderd. De straling blijft vrijwel geheel beperkt tot de prostaat en de intensiteit van de straling neemt in tijd af. De gehele procedure op de operatiekamer neemt ongeveer anderhalf uur in beslag. De volgende dag mag u naar huis. Hierna zullen de controles afwisselend plaatsvinden bij de uroloog en radiotherapeut oncoloog.



Van alle patiënten heeft 2-10% in het jaar na de ingreep tijdelijk een urinekatheter nodig. De kans op erectieproblemen na vijf jaar is ongeveer 50%, met name de mate van stijfheid van de penis wordt minder. Incontinentie komt vrijwel niet voor.

Als u lichamelijke klachten heeft, kunt u die met de uroloog of radiotherapeut oncoloog van het MST bespreken. Hij/zij kan u adviseren en begeleiden in de behandeling van uw klachten. U kunt ook altijd contact opnemen met uw behandelend uroloog of de oncologieverpleegkundige. Uw eigen uroloog blijft hoofdbehandelaar.

Meer informatie over de bestraling vindt u op de site van het Radiotherapeutisch Instituut Enschede;

<https://www.mst.nl/p/specialismen/radiotherapie/>

Hormoontherapie bij prostaatkanker

Als u prostaatkanker heeft, kunt u als aanvullende behandeling in combinatie met de uitwendige radiotherapie of klachten verlichtende behandeling hormoontherapie krijgen. In deze paragraaf leest u informatie over deze behandeling.

Hormonen en prostaatkanker

Hormonen zijn stoffen die het lichaam zelf maakt in klierweefsel. Hormonen worden uitgescheiden in het bloed en beïnvloeden processen of andere organen. Een belangrijke groep hormonen zijn de geslachtshormonen, bij mannen ook wel androgenen genoemd. Het belangrijkste androgeen bij de man is testosteron. De meeste testosteron (90%) wordt door de zaadballen (testikels) geproduceerd, en ongeveer 10% testosteron wordt geproduceerd door de bijnieren. De bijnieren zijn kleine niervormige orgaantjes die op de nieren liggen. Testosteron stimuleert de groei van kankercellen in de prostaat.

Werking hormoontherapie

Hormoontherapie is erop gericht de stimulerende werking van testosteron op prostaatkankercellen teniet te doen. Het ontstaan en de woekering van kankercellen kan zo (tijdelijk) worden stop gezet. Het gevolg is dat de groei van de kankercellen wordt geremd, het aantal kankercellen afneemt en dat eventuele klachten verminderen.

Adjuvante hormoontherapie

Soms wordt hormonale therapie als aanvullende behandeling geadviseerd aan mannen met niet-uitgezaaide prostaatkanker. Door de hormonale therapie toe te voegen aan bijvoorbeeld radiotherapie hoopt men de kans op uitzaaiingen of terugkeer van de ziekte te verkleinen. Aan de hand van een risicoprofiel wordt een termijn bepaald voor de duur van de hormoonbehandeling, variërend tussen half tot anderhalf jaar.

Palliatieve hormoontherapie is (gericht op klachten voorkomen, klachtenvermindering of levensverlenging)

Hormoontherapie kan ook als klachten verlichtende behandeling worden gegeven. Doel is dan om de ziekte te remmen en klachten te voorkomen of te verminderen.

Er zijn twee mogelijkheden om de invloed van de geslachtshormonen op de groei van de tumorcellen te verkleinen:

- Orchidectomie; dit is een operatie waarbij beide zaadballen worden verwijderd (castratie), hierdoor wordt de belangrijkste productiebron van het mannelijke geslachtshormoon weggenomen.
- Hormoonpreparaten; een andere mogelijkheid om een castratie te bewerkstelligen, is het gebruik van bepaalde hormoonpreparaten (de LH-RH analogen of antagonist). Deze medicijnen blokkeren de hormonen die vanuit de hersenen de zaadballen stimuleren tot productie van testosteron. Zo'n behandeling wordt wel een chemische castratie genoemd. U krijgt hormoonpreparaten 1x per 1, 3 of 6 maanden toegediend via een onderhuidse injectie. De huisarts dient de injectie toe, ook zijn er thuiservice diensten vanuit de farmacie die de injectie aan huis kunnen toedienen.

Bijwerkingen van de hormoontherapie zijn:

- Minder zin in vrijen (libidoverlies)
- Erectieproblemen (door sterk verminderde productie testosteron)
- Stemmingsveranderingen
- Opvliegers, dat wil zeggen, aanvallen van roodheid, warm worden en zweterigheid
- Verandering van lichaamsbehaaring/lichaamsgewicht
- Op termijn verhoogde kans op botontkalking (osteoporose)
- Gewrichtsklachten
- Moeheid
- Soms lichte zwelling en/of pijnlijkheid van de borsten en tepels.
- Verhoogde kans op suikerziekte en hart-vaatziekten
- Vermindering van de fijne motoriek (viool spelen, schrijven, et cetera)

Osteoporose preventie onder hormoontherapie

De helft van alle vrouwen en één op de acht mannen, ouder dan 50 jaar hebben of krijgen botbreuken als gevolg van osteoporose in de volksmond ook wel aangeduid met de term botontkalking. Normaliter is de belangrijkste oorzaak hiervan een natuurlijke vermindering van

de aanmaak van geslachtshormonen, oestrogenen bij vrouwen en androgenen bij de mannen, ontstaat. In plaats van een geleidelijk proces van vermindering van deze geslachtshormonen kan vermindering ook abrupt plaats vinden. Dit is het geval bij operatieve castratie of door castratie medicatie (hormoontherapie) bij de behandeling van prostaatkanker. Uit onderzoek is gebleken dat osteoporose kan worden voorkomen of kan worden verminderd. U kunt er ten eerste zelf heel veel aan doen om uw botten sterk en gezond te houden. Voldoende lichaamsbeweging en goede voeding helpen uw botten te beschermen tegen ontkalking:

- Lichaamsbeweging

Elke vorm van lichaamsbeweging die het lichaam met zijn eigen gewicht belast, is goed. Voorbeelden zijn wandelen, tuinieren, joggen, tennissen en in mindere mate fietsen en roeien. Liefst iedere dag maar minstens 3 keer per week minimaal een kwartier.

- Goede voeding

Een evenwichtig voedingspatroon is vanzelfsprekend goed voor uw gezondheid in het algemeen. Voor het gezond houden van uw botten is het vooral van belang dat u genoeg calcium binnen krijgt. Rijk aan calcium zijn vooral zuivelproducten. Ook groene bladgroenten, broccoli peulvruchten en noten bevatten calcium. Vitamine D stimuleert de opname van calcium uit de darmen en het vastleggen ervan in het botweefsel. Vitamine D zit vooral in (vette) zeevis zoals haring en makreel, maar ook in margarine, halvarine (daaraan is vitamine D extra toegevoegd) en boter. Te veel alcohol, zout, koffie en roken kunnen de voordelen van calciumrijke voeding weer teniet doen. Ook tabaksrook (dus passief meeroken) heeft een negatieve invloed op de botten.

Medicijnen

Uw behandelend specialist kan u voorstellen medicijnen te slikken om de kans op osteoporose te verminderen, bijvoorbeeld in de vorm van calciumtabletten en vitamine D zoals Calci-chewD tabletten.

3.7 Behandeling gericht op klachtenvermindering en/of levensverlenging (palliatieve behandeling)

Indien ondanks de hormonale behandeling, die de uroloog heeft voorgeschreven, er sprake is van verergering van de ziekte wordt gesproken van een castratieresistente prostaatkanker. Dit betekent dat er geen behandelingen zijn die u kunnen genezen. Wel kunt u behandelingen krijgen die uw klachten verlichten of uw levensduur verlengen. De medische naam voor deze zorg is palliatieve behandeling, de uroloog informeert u hierover

De palliatieve behandelmogelijkheden staan hieronder beschreven.

- Pijnstilling door middel van medicijnen;
- Uitwendige bestraling;
- Radioactieve isotopenbehandelingen (bijvoorbeeld Radium 223 vermindering van pijn bij botmeta's, Samarium 153;klachtenverlichting bij diffuse pijnlijke uitzaaiingen in het botweefsel).
- Chemotherapie; docetaxel, cabazitaxel
- Nieuwere hormoonbehandelingen (abiraterone, enzalutamide);
- Bisfosfonaten;preventieve botgerichte behandeling; zometa en denosumab
- Bloedtransfusie.

Bovenstaande behandelingen worden hieronder nader toegelicht.

Pijnstilling

De ervaring is dat een goede pijnstillers u kan helpen om het wat dragelijker te maken. Het is belangrijk een pijnbehandeling te vinden die uw pijn onderdrukt en zo weinig mogelijk bijwerkingen geeft. Pijnstillers werken het best wanneer hiervan steeds een bepaalde hoeveelheid in het bloed aanwezig is.

U hoeft niet bang te zijn om verslaafd te raken aan pijnstillers. Ook hoeft u het slikken van pijnstillers niet uit te stellen uit angst dat ze dan niet meer voldoende helpen als de pijn toeneemt. Meer informatie over pijnbestrijding bij kanker kunt u vragen bij de oncologie verpleegkundige.

Uitwendige bestraling palliatief

Voor behandeling van pijnlijke uitzaaiingen (metastasen) in de botten en/of klieren kan de uroloog/internist in overleg met de radiotherapeut oncoloog u adviseren deze plek te bestralen. Bij deze palliatieve bestralingsbehandelingen staat kwaliteit van leven voorop en is het doel klachten zoals pijn, of andere ongemakken ten gevolge van de uitzaaiing, te verminderen. Met een CT-scan kan de plaats van de bestraling precies worden vastgesteld. Het aantal bestralingen wordt bepaald door de radiotherapeut oncoloog. Direct na de bestraling kunt u tijdelijk meer pijn hebben doordat er vocht ophoopt rond de tumor. Soms is er een aantal dagen extra pijnmedicatie nodig. Daarna neemt de pijn af, dit effect is in veel gevallen langdurig.

Meer informatie over bestraling vindt u op de site van het Medisch Spectrum Twente, afdeling Radiotherapie; <https://www.mst.nl/p/specialismen/radiotherapie/>

Radioactieve isotopen behandeling

Als er op meerdere plaatsen in uw lichaam uitzaaiingen in het bot zijn kan de uroloog u een behandeling met een radioactief isotoop adviseren. Bijvoorbeeld een behandeling met Radium of Samarium die door middel van een infuus worden gegeven. Het radioactieve middel hoopt zich op in de uitzaaiingen die hierdoor worden vernietigd. Direct na de behandeling neemt de pijn meestal toe. Dit kan een tot twee weken duren. Daarna geeft de behandeling vaak enige tijd een vermindering van de pijnklachten.

Deze behandeling kan de aanmaak van bloedlichaampjes verstoren. Dit kan leiden tot bloedarmoede, infecties of bloedingen. Vandaar dat uw bloedbeeld regelmatig wordt gecontroleerd.

Chemotherapie

Chemotherapie is de behandeling van kanker met celdodende of celdelingremmende medicijnen. Deze medicijnen worden cytostatica genoemd. Er zijn verschillende soorten cytostatica, elk met een eigen werking. De medicijnen worden toegediend per infuus,. Via het bloed verspreiden zij zich door uw lichaam en kunnen op vrijwel alle plaatsen kankercellen bereiken. Sommige patiënten met uitgezaaide prostaatkanker, bij wie hormoonbehandeling geen effect (meer) heeft komen 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 uroloog.

Nieuwere hormoonbehandelingen

Hormoontherapie zoals LHRH analogen of antagonisten kan de prostaatkanker maanden of jaren onder controle houden. Echter na verloop van tijd, kan de kanker weer gaan groeien doordat ook de bijniere maar ook de prostaatkanker cellen zelf testosteron produceren. Als dit gebeurt, zijn er momenteel nieuwere andere hormoonbehandelingen beschikbaar zoals abirateron of enzalutamide.

Abirateron remt niet alleen de productie van testosteron door de zaadbollen maar remt ook de productie van dit hormoon dat geproduceerd wordt door de bijniere en door de prostaatkankercellen. Enzalutamide blokkeert de receptoren waaraan de mannelijke geslachtshormonen zich hechten, en zorgt er op die manier voor dat die receptoren niet meer reageren. Zowel abirateron als enzalutamide wordt in tabletvorm toegediend. Doel van de therapie is de prostaatkankergroei te remmen en symptomen als pijn en plasproblemen onder controle te houden.

Botgerichte therapie (Bisfosfonaten of RANKligandremmers)

Als de tumor is uitgezaaid naar de botten, kan het skelet verzwakken. Dit kan pijn veroorzaken en de kans op botbreuken neemt toe. Bisfosfonaten of RANKligandremmers zijn stoffen die de botafbraak door tumorcellen remmen en daarmee verzwakking van het skelet kunnen tegengaan.

Het ontvangen van bloed (bloedtransfusie)

Als prostaatkanker zich in het lichaam uitzaait, dan tast het vooral de botten aan. Ook wordt vaker de aanmaak van (rode) bloedcellen minder. De meest voorkomende klacht die hierdoor ontstaat is bloedarmoede (anemie). Als u bloedarmoede heeft, kunt u klachten hebben als;

- Vermoeidheid;
- Kortademigheid;
- Hartkloppingen;
- Bleekheid in het gezicht;
- Koud gevoel.

Als u deze klachten heeft, kan de huisarts of de uroloog uw bloedgehalte controleren. Als er sprake is van bloedarmoede kan een bloedtransfusie overwogen worden, waardoor u klachten soms afnemen

4. Psychosociale begeleiding

Inleiding

Als u te horen krijgt dat u prostaatkanker heeft, roept dit waarschijnlijk veel vragen en emoties op. Zowel voor uzelf, als voor uw naasten, is het een spannende tijd. De medewerkers van de afdeling urologie ondersteunen u zoveel mogelijk. Op deze pagina leest u wat u op de verschillende momenten van hen mag verwachten. Daarnaast vindt u informatie over andere organisaties die u begeleiding en informatie kunnen geven.

Psychosociale begeleiding op maat

Omdat ieder mens verschillend is, is het goed om de psychosociale begeleiding op u persoonlijk te laten aansluiten. Door gesprekken met u en uw naasten proberen de medewerkers duidelijk te krijgen waar uw vragen en behoeften op dat moment liggen. Zij stellen het zeer op prijs als u aangeeft waar u behoefte aan heeft. Ook de lastmeter kan hierin behulpzaam zijn. De lastmeter is een vragenlijst die in kaart brengt of u klachten ervaart en op welk gebied deze klachten zich voordoen. Afhankelijk van de uitkomst kunt u advies krijgen voor ondersteuning door andere zorgverleners bijvoorbeeld een medisch maatschappelijk werker, geestelijke verzorger en/of een klinisch psycholoog. Ook zou een revalidatieprogramma hulp of ondersteuning kunnen bieden. Om naar de juiste instantie of discipline te worden verwezen kan uw situatie in overleg met u besproken worden in de psychosociale oncologiebespreking waarin alle bovenstaande disciplines zijn vertegenwoordigt. Een eventuele doorverwijzing vindt altijd in overleg met u plaats. De lastmeter en meer informatie daarover ontvangt u van de oncologieverpleegkundige urologie. Maar u kunt, indien u daar behoefte aan heeft, ook zelf de lastmeter invullen en de uitkomst ter sprake brengen. U kunt de lastmeter digitaal invullen via www.lastmeter.nl.

Begeleiding tijdens de fase van onderzoek en behandeling

Tijdens deze fase hebben de meeste patiënten en hun partner of naasten behoefte aan voorlichting en advies op maat. Omdat er keuzes zijn in de behandelingsmogelijkheden is het belangrijk dat u weet welke keuzes er zijn, hoe de genezingskans is, wat de kans is op uitzaaiingen en wat de mogelijke bijwerkingen en gevolgen zijn. Uw specialist bespreekt alle opties met u en uw partner of naasten zodat u een weloverwogen keus kunt maken. De oncologieverpleegkundige urologie bespreekt de gegeven informatie met u na en geeft eventueel aanvullende informatie, voorlichting en advies over psychosociale begeleiding.

Na de behandeling

In de periode na de behandeling is er vaak behoefte aan informatie over de manier van omgaan met de gevolgen van de behandeling en de kans op terugkeer van de ziekte.

Als er geen genezende behandeling mogelijk is

Als genezing niet mogelijk is, bespreekt de specialist en de oncologieverpleegkundige urologie samen met u en uw partner of naasten het verdere behandelplan. Dit is dan gericht op het behandelen van problemen die zich voordoen. Dit kunnen problemen zijn met de voeding, gewichtsverlies en pijnklachten. Omdat mondelinge informatie niet altijd voldoende is geeft de oncologieverpleegkundige urologie u ook folders van bijvoorbeeld het KWF Kankerbestrijding.

Natuurlijk wordt ook met u besproken wat het voor u betekent dat u kanker heeft en niet kunt genezen. De oncologieverpleegkundige urologie geeft u en uw partner of naasten advies over de mogelijkheden van begeleiding in deze fase.

Contact Oncologieverpleegkundige urologie

Bij vragen of wanneer u een afspraak wilt maken voor een gesprek kunt u de oncologieverpleegkundige urologie ook telefonisch bereiken door te bellen met de poli urologie. U vindt de contactgegevens op blz. 5 en 6 van deze patiënten informatie map. Bereikbaar op maandag tot en met vrijdag van 09.00 uur tot 16.30 uur.

5. Oncologische revalidatie

5.1. Algemeen

Veel patiënten met kanker kampen tijdens en na de behandeling met klachten zoals vermoeidheid, conditieverlies, pijn, emotionele instabiliteit en depressie. Revalidatie kan een groot deel van de (ex-)kankerpatiënten helpen om de gevolgen van de ziekte en de behandelingen te boven te komen. Nederlandse studies hebben aangetoond dat kankerpatiënten met revalidatie een betere kwaliteit van leven hebben dan patiënten die niet revalideren.

Wat is revalidatie bij kanker?

Revalideren bij kanker noemen we ook wel oncologische revalidatie;

Er zijn allerlei combinaties mogelijk zoals:

- Training onder begeleiding van een fysiotherapeut. Zo verbetert u uw conditie en spierkracht. Een trainingsprogramma is vaak een combinatie van kracht en conditietraining. Soms aangevuld met sport en spel.
- Praten met een psycholoog of maatschappelijk werker is soms een mogelijkheid. Als u psychisch meer weerstand opbouwt, kunt u het dagelijks leven beter aan. Ook als u heel erg vermoeid blijft helpen zij u verder.
- Een bezoek aan een diëtiste die u voedingstips geeft om weer op krachten te komen.

U kunt zowel zelfstandig als in een groep revalideren. Revalideren is mogelijk tijdens de behandeling en daarna. Ook als u niet meer kunt genezen heeft revalidatie zin. Revalidatie is erop gericht klachten tijdens de verschillende fasen van het ziekteproces te voorkomen of te verminderen.

Bespreek met uw arts of oncologieverpleegkundige urologie waar u last van heeft en welke ondersteuning u wilt. Ze geven u advies en kunnen u verwijzen naar een zorgverlener of revalidatieprogramma

5.2 Poliklinische Revalidatie Behandeling - ZGT

In het ZGT bestaat de mogelijkheid op individueel niveau of in groepsverband onder begeleiding te revalideren. Deze vorm van revalidatie bestaat uit een lichamelijke training met als doel uw lichamelijke conditie te verbeteren.

Meer informatie

ZGT ziekenhuislocatie Almelo
Afdeling fysiotherapie: telefoon 088 708 32 10

ZGT ziekenhuislocatie Hengelo
Afdeling fysiotherapie: telefoon 088 708 52 00

6. Overzicht nuttige Websites

Ziekenhuis website met betrekking tot informatie m.b.t. prostaatkanker

www.zgt.nl/prostaatkanker

<https://www.mst.nl/p/aandoeningen/prostaatkanker/>

De Prostaatkliniek

De Prostaatkliniek is een netwerk van specialisten en ziekenhuizen die samenwerken met een multidisciplinair team van urologen, radiologen en radiotherapeuten. Allen zijn expert op het gebied van de prostaat en prostaatkanker. Meer informatie vindt u op de website www.deprostaatkliniek.nl

Radiotherapeutisch Instituut Medisch Spectrum Twente, Enschede

<https://www.mst.nl/p/specialismen/radiotherapie/informatiefilms/>

PRIAS studie; Actief afwachtend beleid bij prostaatkanker

www.prias-project.org

KWF Folder prostaatkanker

https://www.kwf.nl/zoeken?search_api_fulltext=prostaatkanker

Voor meer informatie of voor het bestellen van folders van het KWF kunt u bellen met de KWF Kanker infolijn 0800-0226622

Prostaatwijzer

De prostaatwijzer is een hulpmiddel om het vinden van prostaatkanker te bepalen. De wijzer is geschikt voor mannen van 55 t/m 74 jaar. Deze wijzer is ontwikkeld door de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Prostaatkanker (SWOP) www.prostaatwijzer.nl/via.html

Prostaatkankerstichting

De Prostaatkankerstichting helpt mensen met prostaatkanker bij vragen en problemen als gevolg van hun ziekte. Ze geven zowel telefonisch als schriftelijke informatie. De stichting komt op voor de belangen van kankerpatiënten en stimuleert lotgenotencontact. Meer informatie vindt u op de website van de Stichting; www.prostaatkankerstichting.nl

Internettherapie Minder moe bij kanker (Helen Dowling Instituut)

De internettherapie www.mindermoebijkanker.nl is ontwikkeld door het Helen Dowling Instituut in Utrecht en werd op 17 november 2009 door dr. Els Borst, voorzitter van de NFK (Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntorganisaties) officieel gelanceerd.

Het Helen Dowling Instituut in Utrecht biedt begeleiding aan mensen met kanker en hun naasten om hen te helpen de ziekte emotioneel te verwerken. Daarnaast verricht het HDI wetenschappelijk onderzoek en biedt scholing aan artsen en verpleegkundigen in de oncologie.
<http://www.mindermoebijkanker.nl>

De Nederlandse Vereniging voor Kankerpatiënten (NFK)

https://nfk.nl/themas/kanker-en-werk?gclid=EAIaIQobChMIIsqLf3dOz9AIVTwKLCh1IsQcsEAAYASAAEgKZffD_BwE

ALMA Inloopershuis ZGT Almelo

Het ALMA inloopershuis is een inloophuis voor iedereen die kanker heeft (gehad) én hun naasten!

Zilvermeeuw 14
7609 RZ Almelo
Telnr. 0546 - 62 72 03
Email; info@almainloopershuis.nl
<https://almainloopershuis.nl/>

Het Nije Huis te Hengelo

Het Nije huis, is een inloophuis voor iedereen die kanker heeft (gehad) én hun naasten!

Het Nije huis is onderdeel van de Nije Stichting.

Beursstraat 9, 7551 HP HENGELO
tel: 074 - 2772772
Email: info@denijestichting.nl
<http://www.denijestichting.nl/het+nije+huis>

7. Aantekeningen

Bijlage; Verklarende woordenlijst (alfabetische volgorde)

Agressiviteit

De mate waarin of de snelheid waarmee de tumor groeit en zich uitzaait.

Biopsie

Verwijdering van cellen of weefsels voor onderzoek door een patholoog. De patholoog kan het weefsel onderzoeken onder een microscoop. Of op de cellen op het weefsel andere tests uitvoeren.

Brachytherapie

Brachytherapie is een onderdeel van de radiotherapie waarbij de stralingsbron zo dicht mogelijk bij de kankercellen wordt gebracht om zo de celgroei te stoppen. Het is een zeer precieze techniek die ervoor zorgt dat er zo weinig mogelijk gezonde cellen worden beschadigd.

Carcinoom

Kwaadaardig woekergezwel van epitheliaal weefsel, (huid, slijmvlies en klierweefsel) met onbeperkte groei en kans op uitzaaiingen.

Chemotherapie

Een type kankerbehandeling die cellen doodt en/of hun groei beperkt. Deze medicijnen worden meestal toegediend door middel van infuus.

Graad/Gradatie

Een beschrijving van een tumor op basis van hoe verschillende kankercellen er onder de microscoop uitzien ten opzichte van gezond weefsel en hoe snel de tumor waarschijnlijk zal groeien en uitzaaien. Voor elk type kanker is er een ander graderingssysteem.

Laparoscopische

Een operatie waarbij de instrumenten en een camera via kleine sneetjes in de huid in de buikholte of het bekken worden ingebracht. Wordt ook kijkoperatie genoemd.

Lymfeklieren

Een klein ovaal orgaantje bestaande uit lymfatisch weefsel, omcirkeld door een kapsel van bindweefsel. Lymfeklieren filteren lymfevocht en bestaan uit lymfocyten (witte bloedcellen). Ze bevinden zich aan lymfevaten. Worden ook lymfeknopen genoemd.

Maligne

Kwaadaardig.

Metastase

De uitzaaiing van kanker naar andere lichaamsdelen. Een tumor gevormd door uitgezaaide cellen wordt een metastatische tumor of een metastase genoemd. De gemetastaseerde tumor bevat cellen die gelijkaardig zijn aan die van de oorspronkelijke tumor.

MRI

MRI of magnetische resonantie is een beeldvormingstechniek die gebruikt wordt in geneeskunde. Het maakt gebruik van magnetische golven. Soms wordt een stof ingespoten die het contrast tussen verschillende weefsels vergroot, om bepaalde structuren beter zichtbaar te maken.

Multidisciplinair advies

Een behandelingsadvies waarbij een aantal artsen met verschillende specialismen (disciplines) de medische aandoening en de behandelingsopties van een patiënt beoordelen en bespreken. Bij de behandeling van kanker kan dit het advies betreffen van een uroloog (die de kanker operatief dan wel met hormoontherapie behandelt), medisch oncoloog (die kanker oa met chemotherapie en andere geneesmiddelen behandelt) en een radiotherapeut (die kanker behandelt met bestraling).

Orchidectomie

Het wegnemen van één of beide teelballen.

Patholoog

Medisch specialist die zich bezig houdt met weefselonderzoek.

PSA

PSA of Prostaat Specifiek Antigeen. Een proteïne* of eiwit dat aangemaakt wordt door de prostaat. De hoeveelheid PSA in het bloed is verhoogd bij mannen met prostaat­kanker of andere prostaataandoeningen. Een bloedtest kan het PSA-niveau meten om prostaat­kanker op te sporen.

Radiotherapie

Therapie waar bestraling wordt gebruikt voor de behandeling van kanker. De stralen worden zo precies mogelijk op de tumor gericht.

Radium 223

Een geneesmiddel gebruikt om prostaat­kanker, dat zich heeft verspreid naar het bot, te behandelen. Het wordt ook bestudeerd bij de behandeling van andere kankertypes. Radium-223 stapelt zich op in het bot en geeft straling af dat de kankercellen kan vernietigen.

Samarium 153

Een radioactieve stof die gebruikt wordt voor de behandeling van botkanker en botmetastasen (kankers die zich vanuit de originele tumor hebben uitgezaaid naar de botten). Samarium 153 is een radioactieve vorm van het element samarium. Het stapelt zich op in botten waar het straling verspreid die kankercellen kunnen doden. Het is een type radio-isotoop.

Testosteron

Een hormoon dat hoofdzakelijk in de teelballen wordt aangemaakt. Testosteron is noodzakelijk om de mannelijke geslachtskenmerken te ontwikkelen en in stand te houden zoals baardgroei, een diepe stem en spierontwikkeling.

Tumor

Abnormale groei of massa.