

Prostaatkanker

Inleiding

Is de diagnose Prostaatkanker??

“Hoe moeilijk het ook lijkt, raak niet in paniek. Zie je angst kwijt te raken. Dat kan door kennis te vergaren. Door het vergaren van kennis zul je merken dat, hoe-wel je natuurlijk bezorgd bent over de diagnose, je de blinde angst en de daarmee gepaard gaande paniek kwijtraakt.”
(www.yananow.net, vrij vertaald)

De PROSTAAT: ook wel voorstanderklier genoemd, produceert het zaadvocht. De ligging is direct onder de blaas rondom het bovenste deel van de urethra, de buis die de urine van de blaas naar de penis afvoert.

De OORZAAK van Prostaatkanker:

(**cel:**) beschadiging van het DNA + de onmogelijkheid deze schade te herstellen;
(**lichaam:**) ongezond voedingspatroon.
Wat ook belangrijk schijnt te zijn is te weinig vitamine D of te veel calcium. Risicofactoren zijn onder meer leeftijd, ras, nationaliteit en woonplaats.

PSA: de ernst van prostaatkanker kan men afmeten aan de hand van het PSA bloedonderzoek, dat de hoeveelheid meet van een eiwit, het Prostaat Specifiek Antigeen.

PSA Progressie: de wijzigingen in het PSA in een bepaalde tijdsperiode.

PSADT: PSA verdubbelingstijd, de tijd waarin het PSA zich verdubbelt (ook wel PSA groei genoemd).

RT: Rectaal Toucher (rectaal onderzoek), ook **DRE:** ‘Digital Rectal Examination’.

TRUS: ‘TransRectal UltraSound’: rectaal onderzoek door middel van ultra geluidsgolven (‘echoscopie’). Tumoren laten vaak een echo zien die afwijkt van die van normaal prostaatweefsel. TRUS kan ook dienen om het prostaatvolume vast te stellen. Tenslotte wordt TRUS gebruikt om de plaats voor de holle biopsienaalden te bepalen.

BIOPSIE RAPPORT: beschrijving door de patholoog van het prostaat weefsel in de kernen in de biopsie naalden. In verreweg de meeste gevallen wordt prostaatkanker vastgesteld door biopsie en het biopsie rapport.

Een compleet biopsie rapport vermeldt het aantal biopten; het percentage lengte met kanker; Gleason graden, en percentages ervan.

PROSTAATKANKER wordt meestal vastgesteld op basis van een biopsierapport, maar het kan ook op basis van een zeer hoog PSA vergezeld van een ‘positieve botscaan’ (wanneer een nucleaire scan van het hele lichaam tumoren in het geraamte aantoonde).

Bij de vaststelling van prostaatkanker zijn PSA, stadium en Gleason score het meest belangrijk.

STAGERING: ofwel het bepalen van het stadium van de tumor, door de uroloog vnl. op basis van RT (rectaal toucher) en het biopsie rapport.

Stadium T1 (A) – De tumor is (microscopisch) klein, beperkt tot de prostaat en is niet te voelen bij rectaal toucher (DRE) of te zien met echoscopie (TRUS). Gewoonlijk ontdekt naar aanleiding van een PSA onderzoek of bij TURP (‘TransUrethral Resection of the Prostate’ bij goedaardige vergroting).

Stadium T2 (B) – De tumor is beperkt tot de prostaat en kan gevoeld worden bij een rectaal toucher (DRE) of gezien met echoscopie (TRUS).

Stadium T3 of T4 (C) – Bij stadium T3 heeft de kanker het weefsel in de directe omgeving (kapsel-doorbraak) of de zaadblaasjes aangetast. Bij stadium T4 zijn nabije organen of weefselstructuren zoals b.v. blaas, sluitspier of endeldarm aangetast.

Stadium N+ (D1) of M+ (D2) – De kanker heeft zich uitgebreid naar de lymfklieren (N+) of naar de lymfklieren, organen en botten verderop in het lichaam (M+).

GRADERING: Dit is een systeem om door microscopisch onderzoek kankercellen te classificeren in hoever zij afwijken van normale cellen. *Het doel van de stagering is informatie te verschaffen over de waarschijnlijke groeifactor van de tumor en de neiging ervan zich uit te zaaien.* Bij prostaatkanker wordt in het algemeen het Gleason graderings systeem gebruikt.

GS: Gleason Score of Som: twee cijfers, op een schaal van 1-5 worden respectievelijk toegekend aan de twee overheersende afwijkende patronen in het biopsie monster – deze twee cijfers, de **Gleason graad**, worden samengevoegd om tot de **Gleason Score** (of som) te komen.

Een lage Gleason score betekent dat de kankercellen veel op de normale prostaatcellen lijken (hoog gedifferentieerd); een hoge Gleason score betekent dat de kankercellen sterk afwijken van normaal (laag gedifferentieerd).

Hoe minder de kankercellen er als normale prostaatcellen uitzien, hoe agressiever de kanker.

In Connecticut (VS) werd tussen 1971 en 1984 bij 767 mannen een lokaal (T1 of T2) tumor vastgesteld. Zij werden NIET behandeld met een lokale therapie (bestraling of operatie), hoewel ze later wel een hormoonbehandeling gehad kunnen hebben.

Wat was nu het risico om binnen 15 jaar, gerekend vanaf het moment van de diagnose, aan prostaatkanker te overlijden? Dat was 4 – 7 % voor mannen met GS 2 tot 4; 6 – 11 % voor hen met GS 5; 18 – 30 % voor GS 6; 42 – 70 % voor GS 7 en 60 – 87 % voor GS 8 tot 10.

(JAMA 1998 sept 16; 280 (11) : 975-80).

EEN THERAPIE KIEZEN

Dat is niet zo eenvoudig. De eerste keus is tussen 'watchful waiting', lokale therapie (alleen de tumor), of systemische therapie (het hele lichaam).

Laat je niet opjagen bij de keus voor een bepaalde soort behandeling. Prostaatkanker is NIET zoals avleesklier- of longkanker. Beide hebben een overlijdensrisico van 100 procent, terwijl de sterfte bij prostaatkanker veel kleiner is. En in die gevallen waarbij het PSA minder is dan 10, en de Gleason Score 6 is of lager, is de sterfte zelfs heel veel kleiner.

In verreweg de meeste gevallen groeit de kanker in de prostaat maar heel langzaam, en is het echt niet nodig een beslissing 'stante pede' te nemen.

---**Vragen:** Wat is je PSA na een behandeling met antibiotica? (een verhoogde PSA kan het gevolg zijn van een ontsteking:prostatitis). Wat is je PSA na ingrijpende wijzigingen in je voedingspatroon?
 ---Probeer zoveel mogelijk informatie te verzamelen uit boeken, van zelfhulpgroepen en van Internet.
 ---Ga niet alleen naar de arts maar neem je vrouw of een goede vriend mee

'WATCHFUL WAITING'

(waakzaam wachten of dezaak aankijken)

De toestand van de patiënt wordt nauwkeurig gevolgd, (zonder lokale of systemische therapie. Maar de patient kan besluiten om zijn dieet ingrijpend te wijzigen, en supplementaire voedings-middelen te gaan gebruiken.

Watchful waiting wordt zelden gekozen door patiënten met een PSA hoger dan 10 of een GS hoger dan 6. Het wordt meestal gekozen door ouderen en door hen met stadium T1 prostaatkanker.

Nauwkeurig volgen betekent een frequente bepaling van het PSA (elke drie maanden?)

LOKALE THERAPIE

Operatie (RP) en **bestraling (RT)** zijn de belangrijkste lokale behandelingen. Urologen specialiseren zich vaak in chirurgie en radiologen in bestraling, zowel extern als van binnen uit (brachytherapie). En elke specialist zal waarschijnlijk die behandeling adviseren waarin hij zijn opleiding heeft gehad.

afkortingen

RP: Radicale Prostatectomie: de prostaat wordt chirurgisch verwijderd.

Cryoablatie of **Cryochirurgie:** de prostaat wordt bevroren.

Hyperthermie: de prostaat wordt verhit (42 C)

RT: bestraling (röntgen-, foton-, neutronen-, protonentherapie)

EBRT: 'External Beam Radiation Therapy': bestraling van buiten af.

Brachy of Brachytherapie: de radioactieve bron wordt in of nabij (brachy is Grieks voor nabij) de tumor gebracht. Het kunnen zaadjes zijn die geïmplanteerd worden of de radioactieve bron wordt tussen de behandelingen door verwijderd (**HDR:** High Dose Rate-brachytherapie).

3D-EBRT: 3-dimensionale externe bestraling waarbij de stralenbundel gericht wordt met behulp van loden blokken of verplaatsbare loodbladen.

IMRT: Intensity Modulated Radiation Therapy. De intensiteit van de stralenbundel kan tijdens de bestraling aangepast worden. De loodbladen bewegen gedurende de bestraling –zover ik weet nog niet mogelijk in Nederland.

SYSTEMISCHE THERAPIE

Hormoontherapie - Testosteron voedt prostaatkanker. De toevoer van testosteron wordt afgesneden of door chirurgische castratie (**orchietomie:** beide testikels worden chirurgisch verwijderd – onomkeerbaar) of door **chemische castratie** (omkeerbaar): hormonale therapie of hormoonbehandeling. Neven effecten zijn gewoonlijk verlies van libido, opvliegers, osteoporose en gewichts-toename.

Hormonen kunnen worden aangewend voor de behandeling van prostaatkanker als een op zichzelf staande therapie of als een **adjuvante therapie** (aanvullend bij RP, EBRT, Brachy of Chemo).

De belangrijkste vormen van hormoontherapie zijn:
 (1) medicijnen (b.v. Lucrin, Zoladex, Suprefact) die de productie van testosteron blokkeren;
 (2) anti-androgenen (b.v. Casodex, Eulexin, Anandron, Androcur) die het gebruik van testosteron in de prostaatcellen verhinderen;
 (3) Een combinatie van (1) + (2);
 (4) Een combinatie van (1) + (2) + **Proscar**;
 (5) **DES** (of andere oestrogenen al of niet in combinatie met **PC-SPEs**).

De onder (3) en (4) vermelde behandelingen staan bekend als **CHT of CHB:** Complete Hormone Therapy of Blokkade.

Wanneer men hormoonbehandeling na verloop van tijd, als het PSA langdurig op het laagste niveau ('nadir') is geweest, onderbreekt, en later (bij stijging van het PSA) weer opnieuw begint is er sprake van **IHT:** 'Intermittent Hormone Therapy' of **ICHT:** 'Intermittent Combined Hormone Therapy'.

Chemotherapie ('chemo') is de tweede soort systemische behandelingsmiddel. Het wordt gewoonlijk pas dan toegepast wanneer de kanker voortschrijdt ondanks hormoon behandeling. De kanker wordt dan '**HRPC**' genoemd: 'Hormone Refractory Prostate Cancer'. Ook wel bekend als refractair.

VOEDINGSSUPPLEMENTEN

Het idee om voeding en supplementaire voedingsmiddelen tegen kanker te gebruiken is aantrekkelijk omdat de patient zelf de 'baas' is. Informeer je arts echter wel wat je doet, en vraag een PSA om het effect van je dieet + supplementaire voedings-middelen te beoordelen.

---Mannen die per week tien of meer porties tomaten (producten) eten verlagen het risico om prostaatkanker te krijgen met 45 procent. De meeste bescherming geeft spaghetti saus ('ketchup')! De bescherming wordt veroorzaakt door **lycopeen**, de stof die de rode kleur aan tomaten geeft. In een kleine testgroep verlaagde lycopene het PSA.

(Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2001 Aug; 10(8): 861-8)

---Veel patiënten nemen ook **selenium** dat in verband gebracht wordt met een reductie van 63 % van het aantal prostaatkanker gevallen.

(Br J Urol 1998 May; 81(5):730-4)

---Dagelijkse doses van 50mg synthetische **Vitamine E** verlaagde het risico op prostaatkanker met één derde en het overlijdensrisico met 41 % in een studie met duizenden Finse rokers.

---Een vetarm dieet, aangevuld met 30g **lijnzaad** per dag verlaagde het PSA bij mannen met een GS van 6 of lager.

---Minder kans op prostaatkanker kan ook het gevolg zijn van 't eten van **soja** producten en **meer groenten en fruit**, en misschien ook door simpelweg **minder te eten** ('reduced energy intake').

---Veelbelovend is ook het gebruik van zgn. **COX-2** remmers (zgn NSAID's, nonsteroidale anti-inflammatoire ontstekingsremmende geneesmiddelen zoals b.v. Ibuprofen en Diclofenac) en het voedingsmiddel Curcumin.

Het bovenstaande is uitsluitend bedoeld als informatie en niet als medisch advies.

Prostaatanker in Nederland

I. Onderzoek

Ik woon al vele jaren in Cincinnati, en wat van toepassing is op prostaatankerpatiënten in de USA is niet noodzakelijkerwijs van toepassing hier in Nederland. Toch zijn er een aantal dingen in de USA die in Nederland nog niet zo bekend zijn maar een goede kans maken om in de nabije toekomst bekend te worden. Bijvoorbeeld, veel patiënten realiseren zich dat prostaatanker (PK) niet zo snel groeit, en dat er daarom alle tijd is om uit te zoeken wat de beste behandeling zou kunnen zijn. Dat is niet uniek Amerikaans – er zijn ook veel Nederlandse patiënten die zich dat realiseren. Wat wel Amerikaans is, is om grote reizen te maken naar verre steden voor een behandeling bij een specialist. Ik ben in New York City geweest (1500 km van Cincinnati), in Detroit (500 km) en in Tampa (1600 km), en verwacht dat ook in Nederland sommige patiënten lange reizen zullen gaan maken naar specialisten elders. Nederland is nu één van de Verenigde Staten van Europa, met een gezamenlijke Euro die dat reizen misschien zal vergemakkelijken.

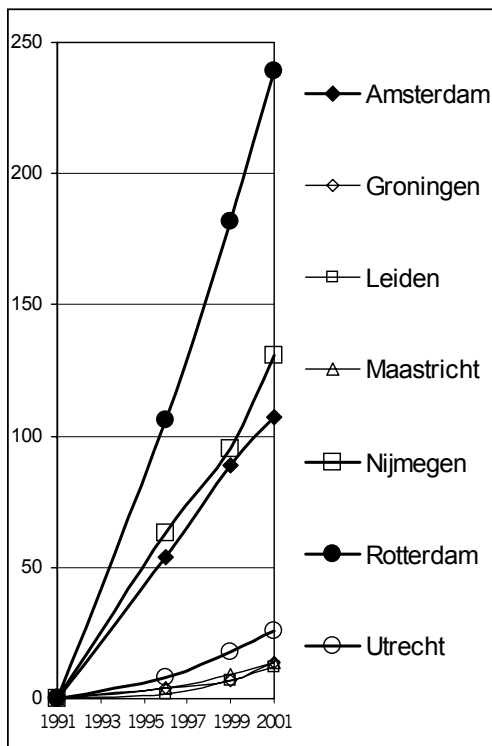
Lange reizen worden gemaakt om verschillende redenen. Soms adviseert een arts om naar een bekende specialist ver weg te gaan. Soms zijn het andere patiënten die een tocht aanbevelen, en soms heeft de patiënt zelf de beslissing genomen. Vaak speelt het internet daarbij een grote rol. Maar altijd blijkt dat deze bekende specialisten één ding gemeen hebben: ze publiceren in de medische literatuur – ze beschrijven hun ervaringen. Alleen al door het tellen van aantallen publicaties kan het duidelijk worden waar de belangrijke kankercentra zijn en waar de beste behandeling verwacht kan worden. Dit is natuurlijk ook mogelijk in Nederland: waar wordt het meeste over prostaatanker gepubliceerd?

Nu is er een heel makkelijke manier om te ontdekken wie wat waar publiceert. In de USA worden alle medische publicaties (ook de artikelen in het Nederlands in het Tijdschrift voor Geneeskunde (België) of het Ned. T.v.G.) vermeld in een computer: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/>. Sinds 1989 wordt bij elk citaat aangegeven waar de eerste auteur van het geciteerde artikel werkt. Typ als sleutelwoord 'Utrecht', en alle medische citaten met een eerste auteur in Utrecht worden opgediend (het zijn er 10.906). Typ 'Utrecht' en 'prostate cancer', en alle Utrechtse 'citaten' (titel met of zonder samenvatting) met een vermelding naar prostaatanker worden vermeld (het zijn er 29). Om het eenvoudig te houden heb ik naar de citaten van de laatste 10 jaar gekeken, en niet alleen van de laatste 10 jaar, maar ook van de laatste 5 jaar en de laatste 2 jaar.

In de onderstaande tabel staan de gegevens van de 7 steden waar de 8 universiteiten met een medische faculteit zijn gevestigd. In Amsterdam zijn twee medische faculteiten en in zowel Amsterdam als Rotterdam is een ziekenhuis gespecialiseerd in kanker. In alle zeven steden is niet alleen een medische faculteit gevestigd, maar ook één van de negen IKCs (Integraal Kanker Centrum). De twee andere IKCs zijn in Enschedé en Eindhoven.

Het IKC in Eindhoven was het eerste kankerregistratiebureau in Nederland. Het is een zeer productief centrum: in 1991-2001 werden 12 PK citaten vermeld in PubMed, ongeveer net zoveel als in de universiteitssteden Groningen, Leiden en Maastricht. De publicaties van de Integraal Kanker Centra zijn echter allemaal epidemiologisch - wetenschappelijk van groot belang maar niet zo interessant voor de patiënt die over het algemeen meer in klinische studies geïnteresseerd zal zijn.

	Amsterdam	Groningen	Leiden	Maastricht	Nijmegen	Rotterdam	Utrecht
1999-2001	18	7	5	5	36	57	8
1996-2001	53	10	10	10	68	133	18
1991-2001	107	14	12	14	131	239	26



Veel beter dan de tabel geeft deze grafiek aan waar PK onderzoek in Nederland plaatsvindt. Rotterdam is verreweg het belangrijkste, gevolgd door Nijmegen. Amsterdam is ook belangrijk maar alleen als de twee universiteiten in de stad samen worden beschouwd.

Veel van het onderzoek in Rotterdam is echter niet van grote betekenis voor PK patiënten. Van de 239 citaten van de afgelopen 10 jaar kunnen er 174 gevonden worden met 'screening' als sleutelwoord, en ongeveer 30 met 'vivo' of 'vitro' als sleutelwoorden (onderzoek in het laboratorium). Meer dan de helft van de artikelen uit Rotterdam heeft Dr. FH Schröder als (co-)auteur. Deze hoogleraar, een chirurg, is ongetwijfeld de bekendste PK expert in Nederland. Haast net zo productief als Dr. Schröder is Dr. Van der Kwast, een patholoog met vele publicaties over de biologie van tumoren in de prostaat.

Uit Nijmegen komen 95 citaten met screening als sleutelwoord en 11 met vitro of vivo (laboratorium). Opvallend zijn daar de artikelen over state-of-the-art TRUS.

Utrecht is de enige plaats waar 'veel' (zes citaten)

wordt gepubliceerd over de resultaten met brachytherapie (radioactieve zaadjes) (Dr. Battermann).

De meeste citaten over hormonale therapie en prostaatkanker komen uit Amsterdam (Vrije Universiteit, Dr. Newling). Dr. Schröder schreef over anti-androgenen (Casodex) als monotherapie. Bisphosphonaten worden vooral in Leiden en Amsterdam bestudeerd; Dr. Wymenga in Groningen houdt zich bezig met alkaline phosphatase als hulp bij de diagnose van prostaatkanker, en Dr. Janknegt in Maastricht is een expert in chemotherapie.

Om mij verder op de hoogte te brengen wat er in Nederland gebeurt zou ik ook kunnen kijken waar 'clinical trials' plaats vinden. Er zijn er zes op dit moment (Dec. 2001) en ik vond ze op het Internet: <http://cancernet.nci.nih.gov/trialsrch.shtml>. Een paar van deze 'trials' zijn te vinden in veel ziekenhuizen in Nederland, waaronder eentje over intermitterende hormonale therapie.

Dat heb ik zelf ook gedaan (net zoals Wil de Jongh), maar niet als deelnemer in een 'trial'. Want het kenmerkende van deze therapie is dat veel patiënten, vnl. in de USA en Canada, zelf bepaald hebben of ze wel of niet hun medicijnen slikten. Niet altijd hormonale medicijnen te gebruiken is heel aantrekkelijk (minder bijverschijnselen), maar is het wel medisch verantwoord?

In een recent artikel (Urology 2001 Aug;58(2 Suppl 1):65-70) wordt expliciet geschreven dat specialisten in de USA en Canada gewoon niet weten wat de beste manier is om hormonale therapie te geven. Met anti-androgenen (zoals Casodex of Eulexin of Nilutamide), of zonder anti-androgenen. Met Proscar of zonder Proscar. Continue therapie of intermitterende therapie. Men weet het gewoon niet. Nou denk ik dat men het in Nederland ook wel niet zal weten.

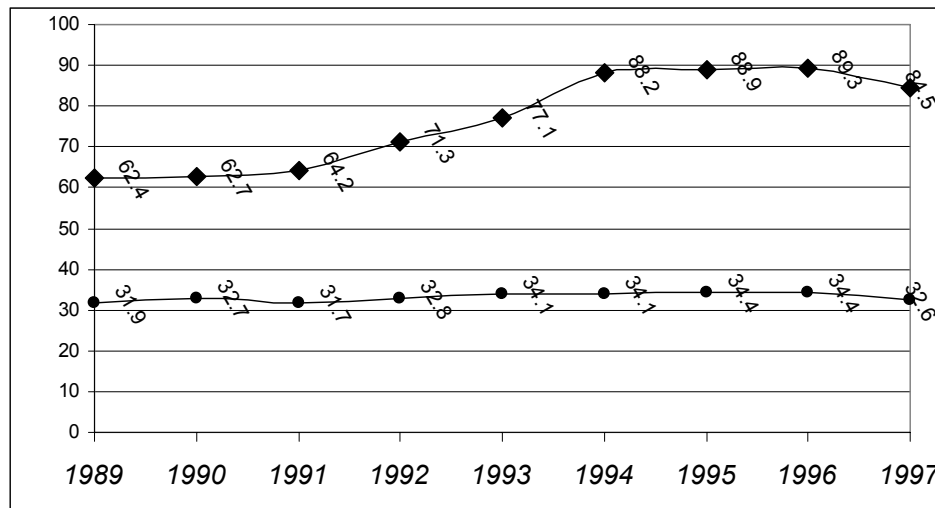
Als we weten dat we het niet weten wordt het plotseling duidelijk waarom veel patiënten (vnl. in de USA en Canada) het heft in eigen handen nemen. Ze proberen uit te vinden welke hormonale behandeling hun voorkeur heeft – totdat een 'trial' uitsluitsel zal geven.

Prostaatkanker in Nederland

II- Incidentie, Sterfte, en een Persoonlijke Opinie

In 1997 (= het meest recente jaar waarvan de cijfers bekend zijn) stierven 2.367 mannen aan prostaatkanker (PK), en werd er bij 6.402 mannen PK geconstateerd. Deze getallen zijn niet direct vergelijkbaar met die van voorafgaande jaren omdat het percentage mannen van een zekere leeftijd van jaar tot jaar verandert. Daarom worden er correcties aangebracht waardoor de getallen wel vergelijkbaar zijn. We spreken dan niet meer over het total aantal patiënten maar over patiënten per 100.000 mannen.

In 1997 stierven 32,6 van 100.000 mannen aan PK, en werd er bij 84,5 mannen PK vastgesteld. In de onderstaande grafiek geeft de bovenste lijn de incidentie aan en de onderste lijn de sterfte. De getallen zijn uit <http://www.ikc.nl/vvik/pdf/kanker97.pdf>



Prostaatkanker in Nederland vergeleken met Prostaatkanker in de VS

In de VS werd er in 1997 bij 185.000 mannen prostaat-kanker (PK) vastgesteld, en stierven 32.891 mannen aan PK. Als er in Nederland percentsgewijs net zoveel PK zou worden vastgesteld als in de VS, en er percentsgewijs net zoveel mannen aan zouden sterven, zouden er in Nederland (dat ruwweg 17,5x minder inwoners heeft dan de VS) bij $185.000:17,5 = 10.571$ mannen PK vastgesteld zijn, en zouden er $32.891:17,5 = 1.879$ mannen aan PK zijn gestorven.

Nederland verschilt van de VS: niet 10.571 maar 6.402; niet 1.879, maar 2.367. Twee derden meer mannen met kanker in de VS (percentsgewijs), één kwart meer doden in Nederland (percentsgewijs).

In Nederland zal 1 op 10 (1 op 6 in de VS) mannen gedurende zijn leven te horen krijgen dat hij PK heeft, en 1 op 24 (1 op 30 in de VS) zal aan deze ziekte sterven. De verschillen tussen Nederland en de VS zijn dus veel groter dan de verschillen in bevolking zouden doen vermoeden. Waarom?

Toename Incidentie in Nederland van Prostaatkanker in 1992-1994

Wat het meeste opvalt is de grote stijging in PK incidentie in 1992-1994. Dat komt door het toenemend gebruik van het PSA om symptomovrije PK te ontdekken. In 1997 is de incidentie omlaag gegaan, suggererend dat in Nederland de 'screening' piek in 1996 heeft gepasseerd.

In de laatste paar jaren heeft dus een toename in het aantal mannen met geconstateerde PK plaats gevonden. Vele mannen wisten helemaal niet dat ze PK zouden kunnen hebben omdat ze helemaal geen symptomen hadden: ze hadden "niet-symptomatische" PK. Vele mannen zijn na hun diagnose geopereerd of bestraald, of zijn met hormonen behandeld. Heeft dat hen geholpen? Zouden ze zonder die behandeling aan PK zijn gestorven? Het antwoord op deze vraag weten we niet - ten eerste omdat wij niet in de toekomst kunnen kijken en ten tweede omdat we niet weten of PK aan het toenemen of aan het afnemen is. Daarom kunnen we nog steeds niet zeggen wat het netto effect is van de diagnose en behandeling van prostaatkanker in asymptomatische patiënten.

Afname (?) sterfte tgv prostaatcancer??

De sterfte is in 1997 een beetje minder geworden, en als ook in de volgende jaren de sterfte afneemt, zouden we kunnen zeggen dat dit gebeurt dankzij de toename in de behandeling van vroegtijdig geconstateerde PK (niet-symptomatische PK). Maar dat is niet de enig mogelijke verklaring. Het zou ook mogelijk zijn dat (1) veranderingen in het Nederlandse dieet (de belangrijkste oorzaak van PK) de incidentie omlaag gebracht zouden kunnen hebben.

Er zijn nog meer verklaringen mogelijk als in de volgende jaren de sterfte niet of nauwelijks afneemt. (2) We zouden kunnen zeggen dat de behandeling van vroegtijdig herkende PK (dankzij PSA) de sterfte maar een klein beetje terug dringt, of (3) dat de verbeterde medische behandeling veel effect sorteert, en dat er tegelijkertijd een toename in PK is. Die twee gebeurtenissen zouden elkaar min of meer kunnen opheffen. Een mogelijke toename in sterfte tgv prostaatcancer werd vastgesteld in een artikel van 't Integraal Kanker Centrum in Eindhoven (Br J Cancer 1999 Jan;79(1):13-7).

Kijken in de toekomst

Zou het niet geweldig zijn als we in de toekomst zouden kunnen kijken om te zien of de sterfte aan prostaatcancer veel omlaag zal gaan? Dat kunnen we natuurlijk niet, maar wat we wel kunnen is een prognose te maken op basis wat er in andere landen nu al bekend is. Want zo traag als men in Nederland is, is men niet overal. De Nederlandse PK gegevens over 1997 werden een paar maanden geleden bekend gemaakt - in de USA zijn de meeste gegevens van 1999 nu al bekend. In Nederland werd de PSA piek in 1997 gepasseerd - in de USA gebeurde dit in 1994.

De sterfte cijfers in de USA zijn maar heel weinig omlaag gegaan. Maar een paar procent. En ik denk dat we ook in Nederland een langzame daling van de sterfte kunnen verwachten, en dat in dit jaar, 2001, de PK sterfte in Nederland ongeveer 30 per 100.000 zal zijn. Dus geen grote afname in het aantal sterfgevallen ten gevolge van de grote toename in het konstateren en succes bij de behandeling. Dit ontbreken van een behoorlijke daling in de sterfte cijfers kan dus als reden een van de oorzaken hebben die hier boven kort zijn vermeld.

Maar er is nog een andere mogelijkheid: (4) de medische behandeling verlengt het leven van een patient maar voorkomt niet dat de patient tgv PK sterft. Wil de Jongh (Veldhoven) heeft hierover geschreven in de PHML bulletin voor PK patienten. Een consequentie van Wil's opvatting is dat de geringe afname in de sterfte maar tijdelijk zou zijn.

Wat kunnen we doen?

Misschien is het nu ook duidelijker geworden waarom een algemeen gebruik van de PSA test zo omstreden is. Het lijkt heel 'aantrekkelijk' om te weten of je kanker hebt -of niet hebt-, maar wat als de behandeling de kans om aan PK dood te gaan nauwelijks vermindert? En die behandeling kan ook een heleboel ellende met zich meebrengen, zoals inkontinentie en impotentie.

Wat vind ik? Wat ik hiervan vind is een persoonlijke mening, en niet een medisch advies. Ik ben een voorstander van de PSA test, te beginnen als een man ongeveer 40 jaar oud is. Na 3 of 4 jaar weer een test, niet eerder. Als de PSA 'plotseling' toeneemt (b.v., 40 jaar: 1,5, 44 jaar 1,7, 48 jaar 2,0, 52 jaar 3,5). herhaal de test. Als het nog steeds 3,5 is, neem antibiotica (Cipro, bv.) omdat veel hoge PSA's het gevolg zijn van prostaat ontsteking. Als de PSA 3,5 blijft, zou ik hopen dat mijn huisarts voldoende van PK af zou weten om te vertellen dat ongeveer de helft van mannen die 50 jaar oud zijn PK hebben. En dat verreweg de meeste mannen dat niet weten, en dat maar heel weinig van die mannen aan PK zullen sterven.

Vroeg ingrijpen –dmv het dieet

En dan hoop ik ook dat die huisarts me zou vertellen dat 95% van prostaatcancer het gevolg van het dieet is (de andere gevallen zijn veelal genetisch bepaald), en dat ik mijn eten drastisch moet wijzigen: geen dierlijk vet (maar vet van chocolade is OK!), geen olie behalve olijfolie, veel vruchten en fruit, veel tomaten (bij voorkeur gekookt of op een pizza), weinig melk produkten, extra vitamines E en D, en selenium. En dat ik mijn PSA elk jaar moet laten meten. Een biopsie pas als de PSA omhoog blijft gaan

Helaas, ik heb mijn PSA pas op m'n 56e laten meten (op basis van duidelijke symptomen): 18,5, en twee maanden later 24,5. Gleason score 9. Ik heb het verkeerd gedaan! Maar mijn 4 zonen (die meer kans op PK hebben dan zij zonder een vader met PK) zijn vegetariërs, en nemen vitamine E en selenium. En met hun 40e zullen ze hun PSA laten meten!

**Kees de Jong, Cincinnati, OH/USA & Knegsel/Nederland, Dec. 2001
(met dank aan Henk, Theo, Victor en Wil!)**