

# Behandeling gelokaliseerde prostaatkanker

Marco Blanker

## Inleiding

Prostaatkanker wordt vaak in een vroeg stadium ontdekt door de prostaatspecifiek antigeen (PSA)-test. Hoewel screening op populatieniveau de ziektespecifieke sterfte verlaagt, is de totale sterfte daaraan niet lager en is onbekend welke mannen er profijt van hebben.<sup>1</sup> Om één sterfgeval aan prostaatkanker te voorkomen, moeten 1410 mannen een oproep krijgen voor screening, en krijgen 48 mannen de diagnose, waarna afwachtend beleid volgt dan wel een actieve behandeling met prostatectomie of bestraling. Als de kanker tot de prostaat is beperkt, zijn beide behandelingen in opzet curatief: de vijfjaarsoverleving is bijna 100%. Behandelingen hebben echter ook een keerzijde.

## Onderzoek

**Opzet** De onderzoekers voerden een case control study uit in New South Wales (Australië).<sup>2</sup> Ze vergeleken mannen jonger dan 70 jaar met gelokaliseerde prostaatkanker (tumorstadium T1a tot T2c, zonder bewijs van lymfklier- of andere metastasen) die verschillende behandelingen ondergingen met elkaar en met mannen zonder prostaatkanker. Ze includeerden de mannen binnen een maand na registratie in het kankerregister (verplicht in Australië). De onderzoekers benaderden na instemming door hun behandelaar 2658 van de 3195 geregistreerde mannen. Van hen namen 2031 mannen deel (responspercentage 76%). Hiervan werden 1642 mannen met gelokaliseerde prostaatkanker geselecteerd en gekoppeld aan 507 controlepatiënten. Controlepatiënten werden gekoppeld op basis van leeftijd en postcode en steekproefsgewijs geselecteerd: 63% van de geschikte en beschikbare mannen (n = 507).

De onderzoekers interviewden de patiënten en de controlegroep een half uur (zo spoedig mogelijk na inclusie; van 1 tot 12 maanden na diagnosestelling) en na 1, 2 en 3 jaar na diagnose (patiënten) of 1, 2 en 5 jaar na inclusie (controlegroep). Ze vroegen patiënten naar hun toestand een maand voor de diagnosestelling; de controlegroep werd gevraagd naar hun toestand drie maanden voor het interview om herinneringsbias te minimaliseren.

**Uitkomstmaten** Kwaliteit van leven werd gemeten met de University of California, Los Angeles (UCLA)-prostaatkankerindex (bestaande uit Short Form-12 lijst met 20 aanvullende onderwerpen over ziektespecifieke kwaliteit van leven), Internationale Prostaat Symptoom Score, 12 chronische aandoeningen, alcohol- en tabaksgebruik.

## Auteursgegevens

UMC Groningen, disciplinegroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen: dr. M.H. Blanker, huisarts-epidemioloog.  
Correspondentie: blanker@belvederelaan.nl

**Resultaten** De mannen met kanker ondergingen radicale prostatectomie (60%, waarvan de helft zenuwsparend), bestraling (28%, met of zonder androgeen deprivatie), of *active surveillance* (12%). De onderzoekers hadden geen invloed op de behandelkeuze.

Na correctie voor mogelijke confounders hadden alle mannen in de actieve behandelgroepen een slechtere seksuele functie dan in de controlegroep. Chirurgisch behandelde mannen hadden de slechtste mictiefunctie, terwijl buikklachten het ergst waren bij mannen die op afstand waren bestraald (*external beam radiation*). Algehele lichamelijke en mentale gezondheidsscores waren vergelijkbaar met de controlegroep voor alle behandelgroepen.

**Beschouwing** De auteurs concluderen met dit open populatieonderzoek dat alle actieve behandelvormen voor gelokaliseerde prostaatkanker een duidelijke en blijvende negatieve impact hebben op de kwaliteit van leven. Mannen met gelokaliseerde prostaatkanker en hun behandelaren moeten zich bewust zijn van de (negatieve) effecten van behandeling en deze afwegen tegen de leeftijd en de kans op progressie wanneer de kanker niet wordt behandeld.

## Interpretatie

De conclusies zijn duidelijk, maar gelden uitsluitend voor de groep mannen met beperkte prostaatkanker jonger dan 70 jaar. Dit is wel de groep waarin ook in Nederland de meeste PSA-bepalingen worden verricht en prostaatkanker wordt aangetoond. De afweging van de voor- en nadelen van behandeling moeten niet worden gemaakt na het stellen van de diagnose maar daarvoor, dus voordat een PSA-bepaling wordt verricht. Mannen leven na prostaatkankerscreening immers niet zozeer langer, maar wel langer met de diagnose en eventuele behandeling waarvan ze hinder kunnen ondervinden.

Dit onderzoek ondersteunt het NHG-Standpunt over prostaatkankerscreening.<sup>3</sup> Dat advies lijkt zich overigens te beperken tot 'oudere mannen zonder klachten', waarbij klachten niet zijn gedefinieerd. De kans op prostaatkanker is echter gelijk bij mannen met en zonder mictieklachten.<sup>4</sup> Het terughoudende advies bij (opportunistische) screening geldt dus voor alle oudere mannen.

## Literatuur

- 1 Bangma CH, Roobol MJ, De Koning HJ, Denis L, Schröder FH. Screening vermindert sterfte aan prostaatkanker. *Huisarts Wet* 2009;52:353-60.
- 2 Smith DP, King MT, Egger S et al. Quality of life three years after diagnosis of localised prostate cancer: population based cohort study. *BMJ* 2009;339:b4817 doi:10.1136/bmj.b4817.
- 3 Van Weert HC, Wiersma T. Prostaatkankerscreening? Nog even niet! *Huisarts Wet* 2009;52:350-351.
- 4 Blanker MH, Thomas S, Bosch JL, Prins A, Groeneveld FP, Bohnen AM. Prevalentie van prostaatkanker gelijk bij mannen van 50 jaar of ouder met en zonder mictieklachten. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2003;147:973-978.