

Belangrijke cijfers over Prostaatkanker

Een overzicht van het voorkomen, de behandeling en overleving van
prostaatkanker, gebaseerd op cijfers uit de Nederlandse Kankerregistratie

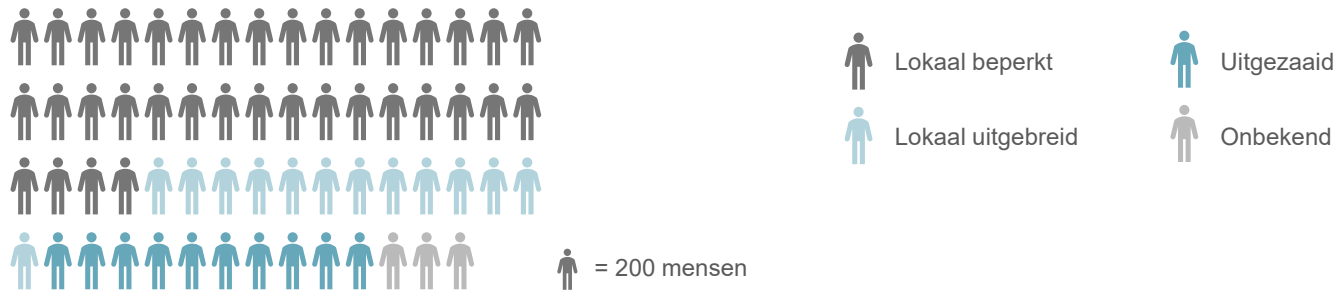
Prostaatkanker | in Nederland

Deze folder geeft inzicht in cijfers over prostaatkanker en de zorg voor prostaatkankerpatiënten van 1989 tot en met 2018.

De cijfers voor deze informatiefolder komen uit de Nederlandse Kankerregistratie (NKR). De NKR wordt beheerd door het Integraal Kankercentrum Nederland (iKNL) en bevat informatie van alle patiënten met kanker in Nederland vanaf 1989. De NKR wordt gebruikt voor wetenschappelijk epidemiologisch onderzoek, klinische studies en voor onderzoek naar de kwaliteit van oncologische zorg.

Prostaatkanker | in cijfers

In 2018 kregen ruim **12.000** mannen, woonachtig in Nederland, voor het eerst de diagnose prostaatkanker. Daarmee is prostaatkanker de **meest voorkomende** vorm van kanker onder mannen. Een groot deel van de patiënten heeft bij diagnose lokaal beperkte ziekte (prostaatkanker beperkt tot de prostaat). Maar, bij een deel van de patiënten is er bij diagnose al sprake van lokaal uitgebreide of uitgezaaide ziekte. ↻

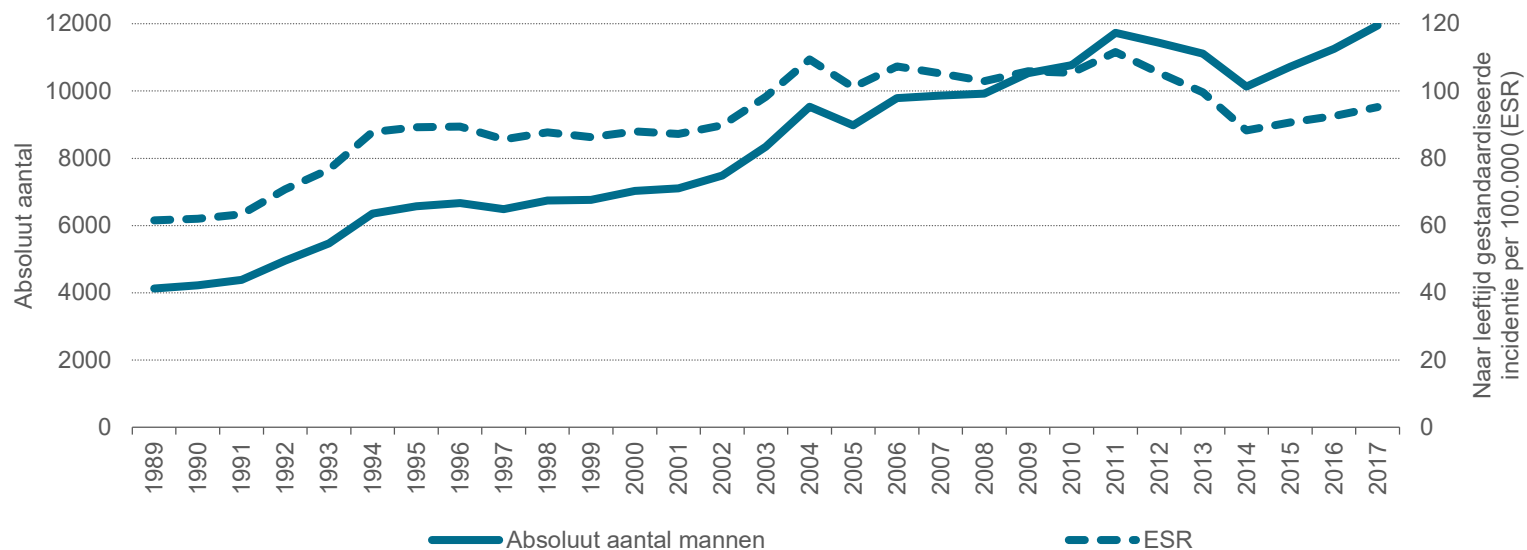


Prostaatkanker komt voor bij mannen vanaf ongeveer 45-jarige **leeftijd**, maar dit is zeldzaam en de diagnose wordt meestal gesteld bij mannen tussen de 60 en 80 jaar. De gemiddelde leeftijd bij diagnose is 70 jaar.



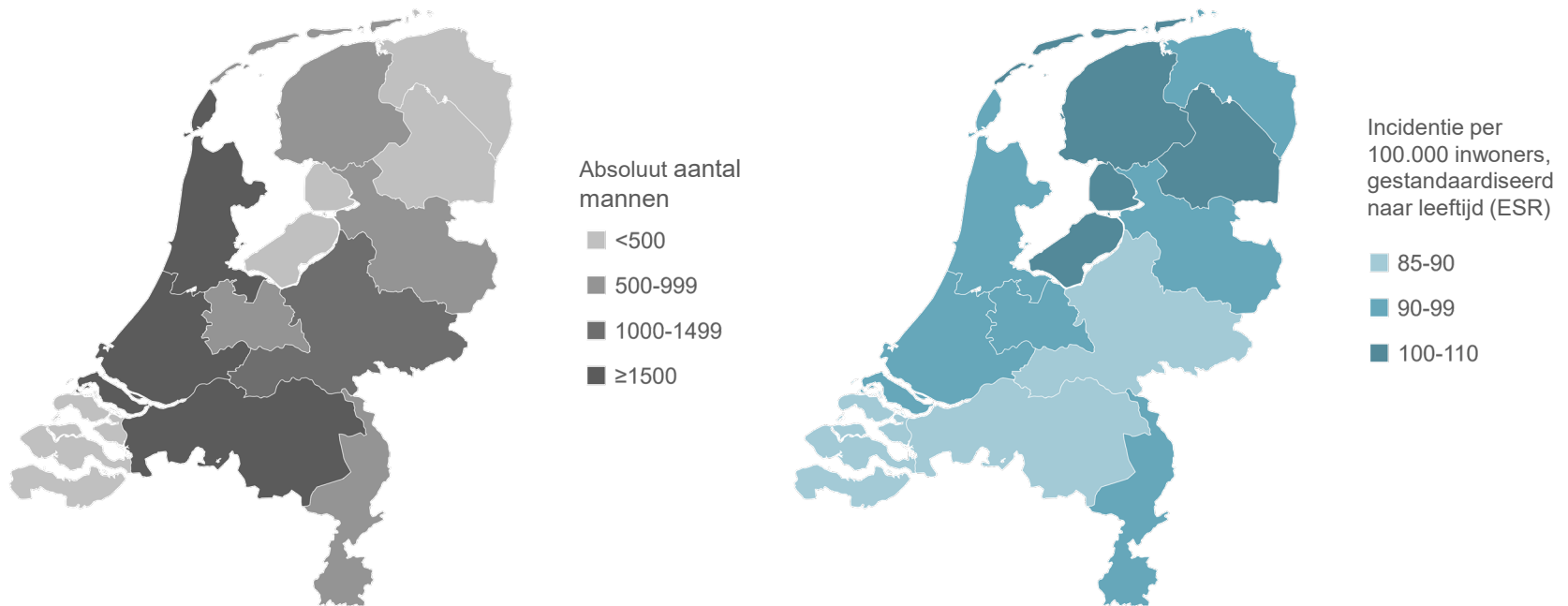
Aantal nieuwe patiënten | met prostaatkanker

Het **aantal nieuwe patiënten** (incidentie) met prostaatkanker is gestegen van ruim 4.000 begin jaren 90 tot ruim 12.000 in 2018. Om een trend in de tijd te kunnen volgen, wordt incidentie vaak weergegeven als het aantal nieuwe patiënten per 100.000 personen per jaar, gestandaardiseerd naar leeftijd. Omdat de leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking de afgelopen decennia is veranderd (er zijn naar verhouding meer ouderen en de ouderen worden steeds ouder als gevolg van de toegenomen levensverwachting) is het belangrijk om hier rekening mee te houden. Dit wordt doorgaans gedaan door de incidentie te standaardiseren naar de Europese standaardbevolking. De incidentiestijging begin jaren 90 is waarschijnlijk het gevolg van toegenomen aandacht voor prostaatkanker en verbeterde kwaliteit van diagnostisch onderzoek. De toename vanaf 2000 wordt toegeschreven aan PSA-screening.



Aantal nieuwe patiënten | met prostaatkanker

Het **absoluut aantal nieuwe patiënten** met prostaatkanker is het hoogste in de provincie Zuid-Holland. Als er gestandaardiseerd wordt voor het aantal inwoners en leeftijdsopbouw, is het aantal hoger in Friesland, Flevoland en Drenthe.



*Gemiddelde over de jaren 2013 - 2017

Over | prostaatkanker



... en testosteron

In de jaren 40 van de vorige eeuw werd ontdekt dat onderdrukken van testosteron zorgt voor afname/remming van prostaatkanker. Hiermee werd de basis gelegd voor hormoontherapie zoals we die nu kennen. Sinds de jaren 40 is veel onderzoek gedaan naar de relatie tussen testosteron en prostaatkanker. De effectiviteit van hormoontherapie is bevestigd, maar de manier waarop testosteron de ontwikkeling van prostaatkanker beïnvloedt is nog onduidelijk.



... en leeftijd

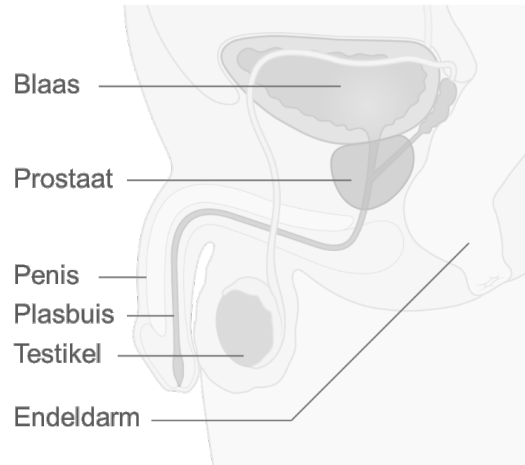
Met het toenemen van de leeftijd neemt het risico op prostaatkanker toe. Bovendien worden oudere patiënten vaker gediagnosticeerd met meer uitgebreide ziekte of een ongunstiger risicoprofiel. Het relatief laat raadplegen van de huisarts en minder snelle doorverwijzing zijn mogelijke verklaringen. Verder komen oudere patiënten mogelijk minder vaak bij de huisarts met het verzoek hun PSA-waarde te laten testen.



... en erfelijke factoren

Ook etnische en genetische factoren zijn van invloed op de ontwikkeling van prostaatkanker. Zo komt prostaatkanker vaker voor bij mannen met een Afrikaanse herkomst. Bovendien is het verloop van de ziekte vaak agressiever in deze bevolkingsgroep. Daarnaast zijn er families waarin prostaatkanker relatief vaak en/of op jonge leeftijd (< 55 jaar) voorkomt. Tenslotte zijn **leefstijl- en omgevingsfactoren** waarschijnlijk van invloed. Maar, over de interactie tussen erfelijke en omgevingsfactoren is nog veel onbekend.

Over | prostaatkanker



De prostaat ligt onder de blaas en omgeeft de plasbuis. Het orgaan bestaat grotendeel uit klierweefsel dat prostaatvocht produceert. Met het toenemen van de leeftijd neemt het volume van de prostaat doorgaans toe, dit staat bekend als benigne prostaat hyperplasie (goedaardige vergroting van de prostaat). Het weefsel dat in volume toeneemt ligt direct rond de plasbuis. **Prostaatkanker** ontstaat daarentegen meestal vanuit het klierweefsel in de achterzijde van de prostaat dat vlakbij de endeldarm ligt. Door deze locatie geeft prostaatkanker vaak pas **laat symptomen** veroorzaakt door lokale uitbreiding (zoals bloed in urine door doorgroei in de blaas) of uitzaaiingen (rugpijn ten gevolge van botuitzaaiingen). Ook plasklachten, zoals vaak ('s nachts) moeten plassen en een slappe straal, kunnen duiden op prostaatkanker maar worden veel vaker veroorzaakt door benigne prostaat hyperplasie.

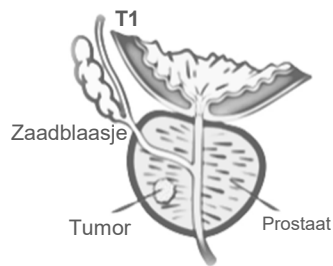
De **diagnose** prostaatkanker wordt meestal gesteld op basis van een aantal onderzoeken:

- **PSA** – prostaat specifiek antigeen – is een eiwit dat door de prostaat wordt gemaakt en in het bloed gemeten kan worden. Een verhoogde PSA-waarde kan duiden op prostaatkanker.
- Bij **rectaal onderzoek** (rectaal toucher) kan de prostaat worden gevoeld. Afwijkende bevindingen, zoals een verharding van de prostaat, zijn verdacht voor prostaatkanker.
- Door middel van een **biopt** wordt de diagnose definitief gesteld. Bij dit onderzoek worden stukjes prostaatweefsel verwijderd met dunne naalden en door de patholoog onder de microscoop onderzocht.
- Daarnaast wordt doorgaans **beeldvormend onderzoek** zoals een MRI-scan verricht.

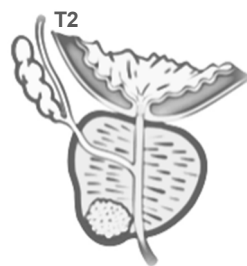
Stadiumverdeling | prostaatkanker

Op basis van de zojuist genoemde onderzoeken wordt de uitbreiding van de tumor en het **risicoprofiel** bepaald

TNM-indeling (+) Gleason-score (+) PSA-waarde (→) Risicoprofiel
Tumor Nodes (lymfklieren) Metastasen (uitzaaiingen)



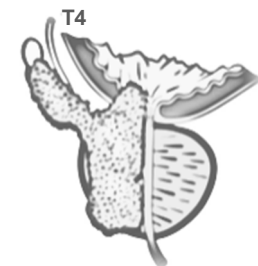
T1 (32%) : de tumor is beperkt tot de prostaat en **niet** voelbaar bij rectaal onderzoek



T2 (34%): de tumor is beperkt tot de prostaat maar **wel** voelbaar bij rectaal onderzoek

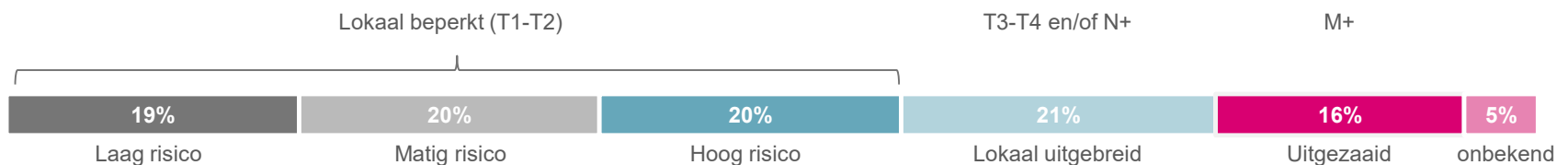


T3 (24%): de tumor groeit door het kapsel heen en eventueel ook in de zaadblaasjes



T4 (5%): de tumor is in andere organen gegroeid

In aanvulling op het T-stadium wordt uitbreiding van prostaatkanker bepaald op basis van het N-stadium (lymfklieren) en M-stadium (uitzaaiingen). Lokaal beperkt prostaatkanker wordt verder onderverdeeld in risicogroepen op basis van de PSA-waarde en Gleason-score.



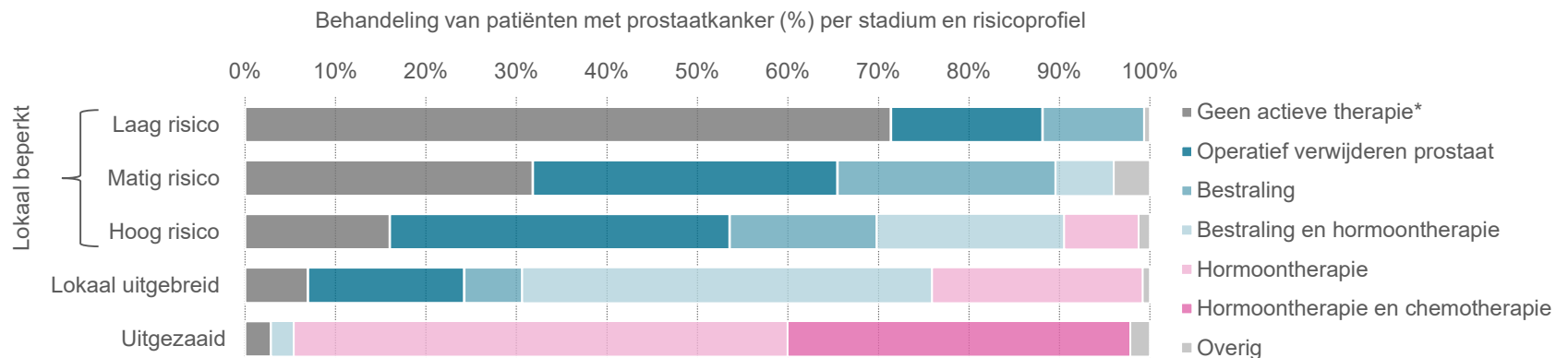
Behandeling | per stadium en risicoprofiel

Het **stadium en risicoprofiel** zijn van invloed op de behandelmogelijkheden. Daarnaast spelen ook de conditie van de patiënt, andere aandoeningen en natuurlijk de voorkeur van de patiënt een belangrijk rol bij de behandelkeuze.

Patiënten met **lokaal beperkte prostaatkanker** worden meestal chirurgisch (operatief verwijderen van de prostaat) of met bestraling behandeld. Daarnaast is actief volgen een mogelijkheid (zeker bij laagrisico prostaatkanker), actieve behandeling wordt pas gestart als er aanwijzingen zijn dat de tumor groeit.

Bijna de helft van de patiënten met **lokaal uitgebreide prostaatkanker** (T3-T4) wordt behandeld met een combinatie van bestraling en hormoontherapie. Andere veel voorkomende opties zijn chirurgische behandeling en hormoontherapie.

Als er sprake is van **uitgezaaide prostaatkanker** is genezing niet meer mogelijk. De behandeling, bijna altijd hormoontherapie of een combinatie van hormoon- en chemotherapie, is gericht op het remmen van ziekteprogressie en het voorkomen of verminderen van klachten.



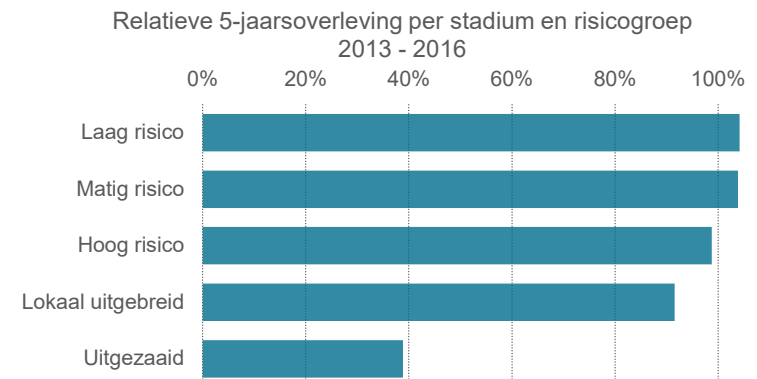
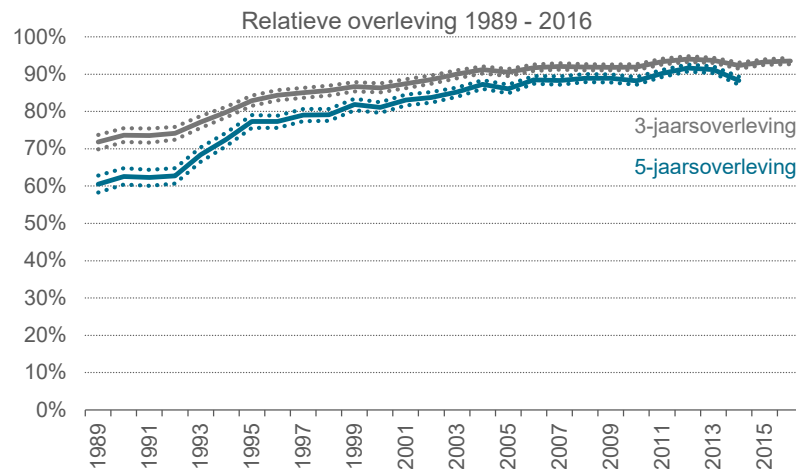
*Geen actieve therapie omvat zowel actief volgen als een afwachtend beleid

Overleving | per stadium en risicoprofiel

Sinds 1989 is de overleving van patiënten met prostaatkanker toegenomen. Deels is dit het gevolg van verbeterde behandeling. Maar ook vroege detectie door toegenomen aandacht voor prostaatkanker en PSA-screening, waardoor lokaal beperkte prostaatkanker vaker wordt gevonden, speelt een belangrijke rol.

De 5-jaarsoverleving verschilt per **stadium en risicogroep**. De overgrote meerderheid van patiënten met lokaal beperkte prostaatkanker is nog in leven na 5 jaar, in tegenstelling tot circa 40% van de patiënten met uitgezaaide ziekte.

Als benadering voor ziekte-specifieke overleving wordt vaak de **relatieve overleving** weergegeven. Dit is het percentage patiënten dat na een bepaalde periode nog in leven is, gecorrigeerd voor de verwachte sterfte (gebaseerd op de Nederlandse populatie, waarbij rekening wordt gehouden met geslacht, leeftijd en kalenderjaar).



Door correctie voor de verwachte sterfte kan de relatieve overleving boven de 100% uitkomen.

Vroege opsporing | door een PSA-test

- ➔ Testen van de PSA-waarde – bij mannen die geen klachten hebben die wijzen op prostaatkanker – is bedoeld om eventueel aanwezige ziekte in een vroeg stadium te vinden en te kunnen behandelen om uiteindelijk de overleving te vergroten.
- ➔ Maar, door testen van het PSA neemt de kans op overdiagnose en overbehandeling toe. Dat wil zeggen dat mannen voor prostaatkanker behandeld worden (met het risico op complicaties), terwijl de ziekte het gehele leven onopgemerkt zou zijn gebleven. Om dit nadelige effect te beperken wordt een actief volgen beleid geadviseerd bij laag risico prostaatkanker.
- ➔ Het verrichten van een PSA-test is alleen raadzaam bij mannen met een verhoogd risico op prostaatkanker die goed geïnformeerd zijn over de voor- en nadelen. Bovendien wordt het onderzoek afgeraden als iemand een levensverwachting heeft van minder dan 10 jaar of niet fit genoeg is om behandeling te ondergaan, gezien het onwaarschijnlijk is dat vroege opsporing dan enig overlevingsvoordeel biedt. De prostaatwijzer (<http://www.prostaatwijzer.nl/>) geeft een inschatting van de kans op het vinden van prostaatkanker en kan helpen bij de beslissing om het PSA wel of niet te laten testen. Daarnaast is meer informatie beschikbaar via thuisarts.nl.

Contact

Voor meer informatie over cijfers over prostaatkanker

en de geregistreerde items binnen de Nederlandse

Kankerregistratie kunt u contact opnemen met

Katja Aben, k.aben@iknl.nl

Auteurs:

Dr. Berdine Heesterman

Dr. Katja Aben

Met dank aan alle NKR-datamanagers

© IKNL, november 2019