

Betere prostaatankerzorg dankzij centralisatie

 Van onze redactie
Auteur: Laura Franssen



Chirurgen die tijdens een operatie niet over de patiënt gebogen staan, maar verderop in de OK zitten. Met een beeldscherm voor hun neus en een joystick in elke hand. Het is al een tijdje geen toekomstmuziek meer, maar werkelijkheid. Technologische innovaties op het gebied van operatie-robots stellen artsen in staat handelingen zoals een prostaatverwijdering nauwkeuriger, comfortabeler en met minder complicaties uit te voeren. Met technologie alleen komt men er echter niet, stellen uroloog en docent robotchirurgie Jean-Paul van Basten en voorzitter van ProstaatKankerStichting.nl (PKS) Kees van den Berg. Bij het optimaliseren van prostaatankerzorg staan centralisatie, ervaring en uniforme diagnostiek centraal.

Er heeft een paradigmaverschuiving plaatsgevonden als het gaat om robotgeassisteerde prostaatoperaties, vertelt Van Basten. Hij is gespecialiseerd op het vlak van minimaal invasieve- en robotchirurgie en voorzitter van de richtlijncommissie laparoscopie en robotchirurgie in de urologie. Waar eind jaren 90 operaties waarbij de buik geopend wordt de norm waren, vindt vandaag de dag rond de 80 procent van de operaties robotgeassisteerd plaats, op minimaal invasieve wijze.

Robotarmen

Bij een dergelijke operatie worden slechts kleine incisies gemaakt in de buikwand, waar zeer kleine chirurgische instrumenten doorheen kunnen om zo de prostaat te bereiken. Deze zijn bevestigd aan robotarmen die de chirurg via een console in de operatiekamer bestuurt. Dit gebeurt met behulp van de beelden die een zeer kleine 3D-camera uitzendt vanuit het operatiegebied. Wat Van Basten betreft heeft robotchirurgie vele voordelen. "Om te beginnen beschik je over beeldvergroting: je bekijkt de anatomie niet meer op orgaaniveau, maar op weefselniveau waardoor er veel nauwkeuriger geopereerd kan worden. Je zit echt in de anatomie, wat geweldige focus geeft. Daarnaast zie en ervaar je de robotinstrumenten alsof ze 3 centimeter groot zijn, terwijl ze in werkelijkheid 3 millimeter zijn."

Die kleine instrumenten maken het mogelijk om zeer secuur te opereren, samen met een filter die trillingen van de hand tenietdoet en een mechanisme dat de bewegingen van de chirurg verkleint. Een verbetering ten opzichte van de vroegere minimaal-invasieve methode, stelt de uroloog. "Vroeger resulteerde iedere kleine beweging van de chirurg buiten het lichaam van de patiënt in een grote beweging aan de binnenkant, en waren de bewegingen onnatuurlijk tegengesteld." De mogelijkheid om secuur te werk te gaan is van grote waarde tijdens een prostaatoperatie in verband met de uitdagende ligging van de prostaat. De klier ter grootte van een walnoot ligt om de plasbuis heen en wordt omgeven door bloedvaten, zenuwen en de sluitspier. Het beschadigen hiervan kan leiden tot complicaties in de vorm van bijvoorbeeld impotentie en incontinentie, zaken die een grote impact kunnen hebben op iemands kwaliteit van leven.

Techniek versus ervaring

De ware vooruitgang in de prostaatankerzorg is echter geen technologisch snuffje, maar menselijke oefening, meent Van Basten. Gevraagd naar in hoeverre robotchirurgie de kans op complicaties verkleint, stelt hij dat de grootste sprongen zijn gemaakt door complexe prostaatoperaties te concentreren in een beperkt aantal ziekenhuizen.

"De techniek is ondergeschikt aan de ervaring. In een hooggespecialiseerde kliniek in Duitsland worden zowel open als robotprostaatoperaties gedaan. Analyse toont dat er op de lange termijn praktisch geen verschil is in uitkomsten tussen een traditionele open operatie en een robotgeassisteerde procedure. Op de kortere termijn heeft de robot wel duidelijk voordelen, zoals een kortere opnameduur en sneller functioneel herstel." Ook heeft de ontwikkeling van robotchirurgie ervoor gezorgd dat de discussie over operatie-uitkomsten en concentratie van zorg op gang is gekomen, simpelweg vanwege de hoge initiële kosten die eraan verbonden zijn. Van Basten: "Niet ieder ziekenhuis kan dure robots kopen. De concentratie van zorg leidt tot betere uitkomsten, maar is ook nodig om de zorg betaalbaar te houden."

In Nederland worden jaarlijks ongeveer 2500 prostaatverwijderende operaties uitgevoerd. Dat gebeurt deels al geconcentreerd: negen ziekenhuizen voerden er meer dan honderd uit in 2017, waarvan drie zelfs meer dan tweehonderd. Om deze trend door te zetten hanteert de Nederlandse Vereniging voor Urologie sinds dit jaar een minimumnorm van honderd prostaatverwijderende operaties per ziekenhuis per jaar. Ziekenhuizen die hier niet aan voldoen, zullen moeten stoppen met het aanbieden van de operatie. Dit soort concentratie van zorg is iets dat voorzitter Van den Berg toejuicht. "We willen toe naar een beperkt aantal centra waar alle prostaatankerbehandelingen plaatsvinden. Met gespecialiseerde robotchirurgen die de operatie niet twintig, maar wel 75 keer per jaar doen."

Zorg die bij de patiënt past

De innovatie rondom technologie en zorgconcentratie past goed binnen de visie van ProstaatKankerStichting.nl om zorg voor prostaatankerpatiënten te organiseren, te optimaliseren en toekomstbestendig te maken. Een robotgeassisteerde verwijdering van de prostaat is echter niet de enige behandelmogelijkheid, en bovendien niet voor iedereen een optie. Wanneer het gaat om een kankersoort die geen direct gevaar vormt (een insignificante kanker) of wanneer er nog geen prostaatanker geconstateerd is, kan men kiezen voor actief volgen. Is er wel direct behandeling noodzakelijk en is deze gericht op genezing, dan heeft de patiënt keuze uit operatief verwijderen van de prostaat, uitwendige of inwendige bestraling. Als de kanker al is uitgezaaid, dan kunnen ziekteremmende behandelingen zoals hormonale therapie en chemotherapie gegeven worden.

Juist omdat er veel mogelijkheden zijn, is het van groot belang dat artsen weten wat er kan en dit goed bespreken met de patiënt om vervolgens samen een keuze te maken. "Het gaat erom wat het beste bij een patiënt past", vat voorzitter Van den Berg samen. Voor patiënten die niet in aanmerking komen voor een genezende behandeling wordt bijvoorbeeld de afweging tussen levensverlengende therapie en de kwaliteit van dat leven erg relevant. Het belang van een weloverwogen keuze geldt echter voor iedereen. Helaas ontvangen nog niet alle patiënten dezelfde hoeveelheid hulp en ondersteuning bij het maken ervan. "Na de diagnose moet voor een patiënt duidelijk worden wat de opties zijn en welke gevolgen daaraan verbonden zitten. Daarvoor bestaan keuzehulp. Momenteel zijn er verschillende keuzehulpen beschikbaar", vertelt Van den Berg. Hij pleit ervoor om dit landelijk gelijk te trekken om uniformiteit van zorg te stimuleren. Daarnaast kan het ook helpen bij het garanderen

van een onpartijdig behandeladvies: "Het kan nog wel eens gebeuren dat een arts in een ziekenhuis dat robotchirurgie aanbiedt, deze optie eerder aanraadt. Men zou echter niet moeten kijken naar wat ze zelf in huis hebben, maar naar wat er past bij de patiënt."

Nog geen uniforme diagnostiek

Naast uniformiteit omtrent keuzehulp na de diagnose, vallen er ook nog stappen te zetten rondom de diagnostiek zelf, menen zowel Van Basten als Van den Berg. Deze verschilt momenteel per regio, per ziekenhuis of per (huis)arts. Daardoor kan het zo zijn dat het voor de uiteindelijke behandeling van een patiënt uitmaakt welke ziekenhuiskamer hij binnenstapt. Wanneer de diagnostiek immers niet eenduidig is, zal de indicatiestelling voor behandeling, en daarmee de behandeluitkomst, verschillen. Zo is PKS er groot voorstander van dat elke patiënt een MRI krijgt aangeboden. Terwijl er wordt toegewerkt naar het standaardiseren van de diagnostiek, is voorlichting aan zowel huisartsen als het grote publiek van groot belang, stelt Van den Berg. Zo bestaat er een zogeheten PSA-test waarvan de uitkomst een indicatie kan zijn voor de aanwezigheid van prostaatanker. Uit onderzoek blijkt dat slechts een kwart van de mannen met een verhoogd PSA prostaatanker blijkt te hebben, maar Van den Berg pleit ervoor dat de huisarts mannen duidelijk informeert over de voor- en nadelen van het kiezen voor een PSA-test. "Ieder mens is uniek en zal verschillende keuzes maken." Maar wat men ook kiest en welke arts men ook treft, uiteindelijk moeten de processen, keuzemogelijkheden en kansen hetzelfde zijn.

CIJFERS PROSTAATKANKER



Prostaatanker stond in 2018 bovenaan de lijst meest voorkomende kankersoorten bij mannen. Volgens cijfers van de Nederlandse Kankerregistratie van het Integraal Kankercentrum Nederland ontvingen afgelopen jaar 12.646 mannen de diagnose, wat het totaal aantal mannen met prostaatanker in Nederland op ongeveer 83.400 brengt. Hoewel de kans op overleving in zijn geheel is toegenomen, hangt deze sterk af van het stadium waarin de diagnose plaatsvindt.

Bij diagnose in stadium I, II en III is respectievelijk 100, 99 en 96 procent van de patiënten vijf jaar na de diagnose nog in leven. Bij diagnose in stadium IV is dit 50 procent.

Bron: IKLN