

Prostaatkanker

Landelijke richtlijn, Versie: 3.0

Laatst gewijzigd : 01-03-2017

Methodiek: Consensus based

Verantwoording: x

Inhoudsopgave

Algemeen	1
De nog niet behandelde patiënt	2
Chirurgie	3
Radiotherapie	4
<u>Voedingstoestand en -behoefte</u>	4
<u>Klachten</u>	4
Hormoontherapie	5
<u>Gewichtstoename/comorbiditeit</u>	5
<u>Osteoporose</u>	5
<u>Opvliegers</u>	6
Herstel en nazorg	7
<u>Gestoord ontlastingspatroon</u>	7
<u>Overgewicht</u>	7
Palliatieve zorg	8
Referenties	9
.....	10

Algemeen

De richtlijn Prostaatkanker van de Landelijke Werkgroep Diëtisten Oncologie (LWDO) omvat de tumorspecifieke voedingsbehandeling. Voor de algemene oncologische voedingsproblematiek en voedingsadviezen gaat u naar de richtlijn [Algemene voedings- en dieetbehandeling](#) en de [richtlijn Ondervoeding bij patiënten met kanker](#).

Zie voor medische informatie de [richtlijn Prostaatcarcinoom](#).

De nog niet behandelde patiënt

Voedingstoestand

Over het algemeen is de voedingstoestand van een patiënt met een prostaatcarcinoom bij het stellen van de diagnose goed.

Omdat overgewicht een risicofactor is, komt dat ook vaak voor bij diagnose. De voedingstoestand kan matig of slecht zijn wanneer er sprake is van een vergevorderd stadium en pijn, vermoeidheid en slechte eetlust van invloed zijn op het eetgedrag.

Maatregelen

- Beoordeel de voedingstoestand.
- Beoordeel of er voedingsgerelateerde symptomen zijn die risico op ondervoeding, onbedoelde gewichtstoename, overgewicht en/of een ongunstige lichaamssamenstelling geven.
- Beoordeel of de patiënt behoefte heeft aan voedingszorg.
- Neem een voedingsanamnese af.
- Bepaal de behoefte aan: energie, eiwit, vocht en andere voedingsstoffen.
- Bepaal het doel van de voedingsbehandeling.
- Stimuleer de patiënt tot lichaamsbeweging, bij voorkeur onder leiding van een (oncologisch) fysiotherapeut. In complexe situaties is advies van een oncologisch fysiotherapeut, revalidatiearts of sportarts raadzaam.
- Controleer of de geadviseerde voeding kan worden gebruikt en stel desgewenst het advies bij.
- Controleer het gewichtsverloop en zo mogelijk de lichaamssamenstelling.
- Evalueer of het doel van de voedingsbehandeling wordt bereikt.

Voedingsadviezen

- [Eiwitverrijkt](#).
- [Energie](#): ruststofwisseling met toeslag.
- Overige voedingsstoffen volgens de algemene aanbevelingen.
- Zie [Onbedoeld gewichtsverlies](#).
- Ruime hoeveelheid vocht: 1,7-2 liter drinkvocht.

Chirurgie

Het uitvoeren van een transurethrale resectie prostaat (TURP) en radicale prostatectomie geeft op voedingsgebied geen specifieke klachten.

Voedingsbeleid

Chirurgie verhoogt de voedingsbehoefte. Een prostatectomie leidt doorgaans tot een normaal herstel van de maagdarmpéristaltiek. Zodra deze op gang is gekomen, kan de patiënt weer een normale voeding gebruiken. Obstipatie veroorzaakt druk op het wondgebied.

Maatregelen

- Beoordeel de voedingstoestand.
- Beoordeel of er voedingsgerelateerde symptomen zijn die risico op ondervoeding, onbedoelde gewichtstoename, overgewicht en/of een ongunstige lichaamssamenstelling geven.
- Beoordeel of de patiënt behoefte heeft aan voedingszorg.
- Neem zo nodig een voedingsanamnese af, met aandacht voor vezel en vocht.
- Bepaal de behoefte aan eiwit, energie, vocht en vezel.
- Bepaal het doel van de voedingsbehandeling.
- Bespreek met de patiënt de relatie voedingstoestand-ziekte-behandeling, vocht- en vezelinname en een goede stoelgang.
- Controleer of de geadviseerde voeding kan worden gebruikt en stel desgewenst het advies bij.
- Stimuleer de patiënt tot lichaamsbeweging, bij voorkeur onder leiding van een (oncologisch) fysiotherapeut.

Voedingsadviezen

- [Eiwitverrijkt](#).
- [Energie](#): ruststofwisseling met toeslag.
- Overige voedingsstoffen volgens de algemene aanbevelingen.
- Aandacht voor voldoende vezels en vocht. Zie indien relevant [Obstipatie](#).

Radiotherapie

Brachytherapie geeft op voedingsgebied geen klachten; bijwerkingen zijn over het algemeen zeer mild en de kans op complicaties is gering. Uitwendige bestraling geeft meer problemen omdat een deel van het rectum wordt mee bestraald.

Voedingstoestand en -behoefte

De voedingstoestand van een patiënt die behandeld wordt met uitwendige bestraling kan goed of matig zijn. Symptomen als darmkrampen, loze aandrang, slijmvorming, diarree, vaak en pijnlijk plassen kunnen van invloed zijn op het eetgedrag.

Maatregelen

- Beoordeel de voedingstoestand.
- Beoordeel of er voedingsgerelateerde symptomen zijn die risico op ondervoeding, onbedoelde gewichtstoename, overgewicht en/of een ongunstige lichaamssamenstelling geven.
- Beoordeel of de patiënt behoefte heeft aan voedingszorg.
- Neem zo nodig een voedingsanamnese af gericht op de inname van energie en voedingsstoffen en de mogelijke beperkingen die de patiënt zichzelf heeft opgelegd.
- Bepaal het doel van de voedingsbehandeling.
- Bepaal de behoefte aan energie, eiwit, vocht en andere voedingsstoffen.
- Leg uit dat darmklachten door de behandelingen worden veroorzaakt.
- Vertel wanneer en welke klachten in het verloop van de behandeling kunnen optreden.
- Bewaak de voedingstoestand en de inname van voedsel en vocht.
- Controleer of de geadviseerde voeding kan worden gebruikt en stel desgewenst het advies bij.
- Stimuleer de patiënt tot lichaamsbeweging, bij voorkeur onder leiding van een (oncologisch) fysiotherapeut.
- Evalueer of het doel van de voedingsbehandeling wordt bereikt.

Voedingsadviezen

- [Eiwitverrijkt](#).
- [Energie](#): ruststofwisseling met toeslag.
- Overige voedingsstoffen volgens de algemene aanbevelingen.
- Minstens 1,5 liter drinkvocht per dag.

Klachten

Bij uitwendige radiotherapie van de prostaat kunnen darmkrampen, loze aandrang en diarree ontstaan als een deel van het rectum wordt mee bestraald. De prostaat verplaatst zich onder invloed van darmbeweging. Hierdoor moet het te bestralen gebied groter zijn omdat er rekening gehouden moet worden met een steeds iets andere ligging van de prostaat en wordt meer rectum mee bestraald. Door IMRT wordt de rectumschade beperkt.

Onderzoek naar het effect van een dieet met weinig gasvormende producten toonde aan dat een dergelijk dieet niet van invloed is op de beweging van de prostaat. Na bestraling kan de stoelgang nog lang onregelmatig blijven. Voeding vrijwel niet van invloed is op de klachten. Een normale voeding met voldoende vezels is aangewezen.

Hormoontherapie

Hormoontherapie wordt levenslang gebruikt bij een gemetastaseerde prostaatkanker, maar kan ook worden gegeven in aanvulling op uitwendige radiotherapie gedurende zes maanden bij intermediaterisk- en gedurende drie jaar bij highrisktumoren.

Gewichtstoename/comorbiditeit

Een van de gevolgen van hormoontherapie bij prostaatkanker is negatieve veranderingen in de lichaamssamenstelling. De vetmassa neemt significant toe en de vetvrije massa neemt significant af (sarcopenie obesitas). Androgene deprivatie therapie (ADT) verhoogt eerder het subcutane vet dan het viscerale vet (vet rond de organen en in de buik). Deze veranderingen treden voornamelijk in het eerste jaar van de behandeling op. Samen met de afgenomen lichamelijke activiteit kan dit leiden tot onbedoelde gewichtstoename. Er lijkt een verband te zijn tussen overgewicht en een hogere morbiditeit bij prostaatkankerpatiënten. In onderzoek wordt een hogere prevalentie van het metabool syndroom gerapporteerd bij mannen die behandeld worden met ADT ten opzichte van onbehandelde mannen met prostaatacarcinoom en mannen zonder prostaatacarcinoom. Er wordt een toename van de buikomvang gezien, verhoogde triglyceriden en een verhoogd nuchter bloedglucose (insulineresistentie). Dit leidt mogelijk tot een hoger risico op diabetes en hart- en vaatziekten, zeker in combinatie met gewichtstoename en/of obesitas.

Zie [Gewicht](#).

Osteoporose

Osteoporose met een verhoogd risico op botbreuken ontstaat ten gevolge van androgeenonderdrukking door orchidectomie of behandeling met luteïniserend hormoon-‘releasing’ hormoon (LHRH)-analogen. Dit leidt tot een toename van 40-50% van de incidentie van botfracturen. In de richtlijn [Bone health in cancer patients](#) wordt aanbevolen om bij mannen met prostaatkanker die met hormoontherapie worden behandeld, om de twee jaar de botdichtheid te meten.

Maatregelen

- Neem een voedingsanamnese af met aandacht voor de inname van calcium, vitamine D, alcoholgebruik en het bewegingspatroon.
- Leg uit dat tegenhouden van botontkalking door de medicatie niet goed mogelijk is. Zolang het gebruik van hormoontherapie noodzakelijk is, is afremming van de botontkalking door goede voeding, voldoende calcium en vitamine D, matig alcoholgebruik en voldoende beweging het maximaal haalbare.
- Stimuleer lichamelijke activiteit, zo mogelijk in de buitenlucht: vanwege vitamine D-vorming door de zon. Overleg met de (oncologisch) fysiotherapeut of andere hulpverleners voor een geschikt beweegadvies en voldoende lichaamsbeweging voor beperking van botverlies. Stimuleer op zijn minst matig intensieve lichaamsbeweging, bestaande uit aerobe en weerstandstraining, gedurende ten minste dertig minuten per dag en bij voorkeur onder deskundige begeleiding van een sportarts en/of oncologisch fysiotherapeut.
- Maak in overleg met de arts en andere hulpverleners afspraken over vitamine D-suppletie op basis van de aanbeveling van de Gezondheidsraad uit 2012:
 - ◆ 10 µg/dag bij mannen ≤ 70 jaar;
 - ◆ 20 µg/dag bij mannen > 70 jaar en bij alle mannen met bestaande osteoporose.
- Overleg met de arts over regelmatige bepaling van serum vitamine D-niveau (serumvitamine D 25(OH)D3-niveau: minimaal 30 ng/ml, optimaal 50 ng/ml).
- Overleg met de arts over calciumsuppletie (1.000 mg Ca) wanneer een calciuminname uit de voeding van 1.000-1.200 mg per dag niet haalbaar is.
- Overleg met de arts over mogelijk gebruik van bisfosfonaten/denosumab.

Voedingsadviezen

- Een calciuminname van minimaal 1.200-1.500 mg per dag.

- Beperking van alcoholconsumptie tot een glas per dag, maar bij voorkeur niet of niet elke dag.

Opvliegers

Hormoontherapie geeft kans op opvliegers (vasomotor flushing), doordat door vermindering of uitschakeling van het mannelijke geslachtshormoon het vrouwelijke geslachtshormoon de overhand krijgt. Fyto-oestrogenen zijn een groep stoffen, aangemaakt door planten, die net als het vrouwelijke hormoon oestrogeen affiniteit hebben met de oestrogeenreceptor. De bekendste groep fyto-oestrogenen zijn de isoflavonen die onder andere voorkomen in soja. Sojaproducten zouden een gunstige invloed hebben op het verminderen van opvliegers bij prostaatkanker. Er is hiervoor echter geen bewijs, omdat onderzoek ontbreekt. Daarom is het ook moeilijk om iets over een veilig gebruik te zeggen. Er zijn enige aanwijzingen dat een ruim gebruik van alcohol, gekruid eten en cafeïne houdende dranken het optreden van opvliegers zouden kunnen bevorderen.

Maatregelen

- Neem een voedingsanamnese af van de inname van fyto-oestrogenen en/of supplementen, alcohol en cafeïne houdende dranken.
- Leg uit dat onduidelijk is welke invloed fyto-oestrogenen hebben op prostaatkankerpreventie en de progressie en op het verminderen van klachten ten gevolge van opvliegers.

Voedingsadviezen

- NB Vanuit de literatuur zijn meerdere (strengere en minder strenge) interpretaties mogelijk. Vooral nog wordt aangehouden: geen supplementen met hoge doses soja, fyto-oestrogenen of isoflavonen (daidzeïne, genisteïne).
- Een maximum van drie voedingsmiddelen per dag die van nature soja bevatten (zoals bepaalde smeer- en bereidingsvetten, sojascheuten, sojamelk, sojayoghurt, tofoe, tempé en vegetarische vleesvervangers).
- Beperking van alcoholconsumptie.
- Beperking van cafeïne houdende dranken: koffie, cola, thee.

Herstel en nazorg

Deze module is onderverdeeld in submodules. Om de inhoud te bekijken klikt u in de linkerkolom op de submoduletitels.

Gestoord ontlastingspatroon

Bij een deel van de patiënten treedt als late stralenschade chronische radiatieproctitis door vaat- en slijmvliesafwijkingen en fibrosevorming van het rectum op, die zich vanaf drie maanden tot enkele jaren na de bestraling kan voordoen.

De klachten kunnen variëren van betrekkelijk mild (zoals verhoogde ontlastingsfrequentie) tot heftig (krampen, loze aandrang, diarree, bloedverlies, verlies van slijm en incontinentie voor ontlasting). Er is geen relatie tussen het optreden van acute en late stralenschade en daarom kan late stralenschade moeilijk worden voorspeld. Voedingsmaatregelen zijn maar heel beperkt van invloed op deze klachten, maar soms zijn patiënten geneigd strenge beperkingen in hun voeding toe te passen.

Maatregelen

- Neem een voedingsanamnese af met aandacht voor de mogelijke relatie tussen voeding en het optreden van klachten.
- Bespreek met de patiënt dat voeding niet de oorzaak is en dat voeding ook het probleem niet kan verhelpen. Voedingsmaatregelen kunnen wellicht wel de toename van klachten beperken.

Voedingsadviezen

- Minimaal 1,5 liter drinkvocht. Koolzuurhoudende dranken kunnen mogelijk klachten verergeren.
- Voeding die is aangepast aan de tolerantie van de patiënt.
- Zo gevarieerd mogelijke voeding met een normaal vet- en vezelgehalte.
- Zie [Diarree](#).

Overgewicht

Bij een deel van de patiënten treedt onbedoelde gewichtstoename of een ongunstige lichaamssamenstelling op.

Zie [Gewicht](#).

Palliatieve zorg

Bij een castratieresistent prostaatcarcinoom, waarbij er tumorgroei optreedt ondanks het onderdrukken van de androgenen, is de prognose van de overleving gemiddeld beperkt. Om een tijdelijk positief effect te bereiken op zowel de symptomen als de kwaliteit van leven, kunnen corticosteroïden worden voorgeschreven. Hierdoor neemt de eetlust toe. Daardoor kan vetafzetting op de romp en in het gezicht optreden. Ook kan vochtretentie optreden. Samen met de afgenomen lichamelijke activiteit kan dit leiden tot onbedoelde gewichtstoename. Behandeling daarvan is alleen relevant als de patiënt dat als hinderlijk ervaart. Als gevolg van corticosteroïdgebruik kan ook diabetes mellitus optreden. Met voedingsmaatregelen is hier weinig aan te doen. Aanpassing van de diabetesmedicatie moet worden bekeken.

Referenties

1 - Ariëns M

Ariëns M, Tjon A Joe, Kanker van de urinewegen. Uit: Vogel J ea (red). Handboek Voeding bij kanker. 2016, De Tijdstroom, Utrecht.

2 - Coleman R

Coleman R, Body JJ, Aapro M, et al. Bone health in cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol 2014;25:iii124- iii137.

3 - Hsing AW

Hsing AW, Sakoda LC, Chua SC. Obesity, metabolic syndrome and prostate cancer. Am J of Clinical nutrition 2007;86:843-57.

4 - IKNL

IKNL. Prostaatcarcinoom: Landelijke richtlijn, versie 2.0. Utrecht: Integraal Kankercentrum Nederland; 2014. Raadpleegbaar via: <http://www.oncoline.nl/prostaatcarcinoom>.

5 - Ilic D

Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, et al. Screening for prostate cancer. Cochrane Database Syst Rev 2013, Issue 1. Art. No.: CD004720.

6 - Isbarn H

Isbarn H, Boccon-Gibod L, Carroll PR, et al. Androgen deprivation therapy for the treatment of prostate cancer: consider both benefits and risks. Urology 2009;55:62-75.

7 - Nichol AM

Nichol AM, Warde PR, Lockwood GA, et al. A cinematic magnetic resonance imaging study of milk of magnesia laxative and an antifatulent diet to reduce intrafraction prostate motion. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2010;77:1072-8.

8 - Saylor PJ

Saylor PJ, Smith MR. Metabolic complications of androgen deprivation therapy for prostate cancer. J Urol 2009;181:1998-2006.

9 - Theis VS

Theis VS, Sripadam R, Ramani V, et al. Chronic radiation enteritis. Clin Oncol (R Coll Radiol) 2010;22:70-83.

10 - Vogel J

Vogel J, Beijer S, Delsink P, et al. Handboek Voeding bij kanker. tweede druk, 2016. De Tijdstroom, Utrecht.

11 - Von Löw EC

Von Löw EC, Perabo FG, Siener R, et al. Facts and fiction of phytotherapy for prostate cancer: A critical assessment of preclinical and clinical data. In Vivo 2007;21:189-204.

