

De prostaat en 65+

DOOR H. J. W. POST*

Medio januari 1970 werd in ons verpleegtehuis een 81-jarige man opgenomen met de volgende voorgeschiedenis.

Sociale gegevens. Patiënt is vrijgezel en van beroep landbouwer. Sinds enkele jaren had hij zijn boerderij verkocht aan een hem voordien onbekend echtpaar met opgroeiende kinderen, met de afspraak dat hij in een gedeelte van de boerderij mocht blijven wonen en dat hij tot zijn dood zou worden verzorgd. Alhoewel hij zich na opname ontpopte als een vriendelijke, opgewekte man, weliswaar met op de achtergrond de typische habitus van de oude agrariër, bleek hij thuis bijzonder eigenwijs, eenzelig en lastig te zijn, hij verwaarloosde zichzelf en hij stoorde zich niet aan welke raadgeving dan ook. Dit laatste maakte de bovengenoemde toezegging van „terminale verzorging” tot een vrijwel niet op te brengen taak. Bij huisbezoek bleek hij zich dan ook in een vrij deplorabele en ietwat verwaarloosde toestand te bevinden.

Medische gegevens. Uit de ons toegezonden gegevens van huisarts en internist bleek dat patiënt van 3 tot 16 december 1969 in een ziekenhuis was opgenomen geweest ter algemeen onderzoek wegens lichte incontinentia urinae met sedimentafwijkingen en anemie. Hij was op eigen verzoek ontslagen.

Verdere informatie leerde dat vanaf '67 prostaatklaarten hadden bestaan met strangurie, polakisurie en retentieneiging, waarvoor hij door de huisarts enige malen was gecatheteriseerd. Acute urineweginfecties waren niet bekend. Januari '69 ontstond een acute absolute retentie, waarop opname in endoresectie volgde. Er bleek een benigne prostaathypertrofie aanwezig te zijn, waarbij in het endoresectie-preparaat enkele fibro-adenomen werden aangetroffen.

De multipole pathologie bestond volgens de ons toegezonden gegevens uit: 1 myodegeneratio cordis met boezemfibrilleren; 2 diabetes mellitus (met dieet gereguleerd); 3 uremie bij chronische pyelonephritis ten gevolge van prostaatlijden; 4 anemie (perniciosa kon worden uitgesloten).

Opneming-indicatie. De zeer matige algemene toestand van patiënt en zijn lastige karakter waardoor onder andere het houden van het voorgescreven diabetes — en eiwitarme dieet illusoir werd, maakte opvang thuis onmogelijk.

* Eerste geneesheer „Dr. P. C. Borsthuis”. Verpleegtehuis en reactivingscentrum Hengelo (O). Geneesheer-directeur A. Jonker, arts.

Samenvatting. Aan de hand van een ziektegeschiedenis, waarbij op enkele onderdelen nader wordt ingegaan is beschreven hoe de toch al aanwezige neiging tot blaasresidu bij de bejaarde mens toeneemt bij prostaathypertrofie, waarbij de onvermijdelijk hierop volgende urineweginfectie kan leiden tot een chronische pyelonephritis met uremie. Tevens wordt vermeld dat na endoresectie een later optredend prostaatacarcinoom tot de mogelijkheden behoort.

Bij opneming zagen wij een wat bleek uitziende man in matige voedingstoestand, adequaat reagerend met intacte oriëntatie. Bij algemeen lichamelijk onderzoek werd het volgende gevonden.

Pols: 88 slagen per minuut, irregulair en inequaal. Tensie 100/70 mm Hg (links/rechts). Huid, slijmvliezen en lymfoglandulae geen bijzonderheden. Geen oedemen of decubitus. Hoofd: behalve een gladde atrofische tong met dwarse groeven geen bijzonderheden. Pulmones: geen bijzonderheden. Cor: percussiegrenzen normaal, tonen zuiver, frequentie 120 slagen per minuut, irregulair. Abdomen: geen bijzonderheden. Extremiteten: geen bijzonderheden. Geen afwijkende reflexen. Geen ataxie. Motoriek ongestoord. Rectaal toucher: klein-mandarijn-grote, ten opzichte van de te voelen sulcus wat naar links vergrote prostaat. Goed af te grenzen. Korrelig van oppervlak, enigszins vast doch niet hard van consistentie.

Laboratoriumgegevens. Hemoglobine 9,4 gram procent, erythrocyten 2,9 miljoen per mm³; leukocyten 8.400 per mm³; differentiatie: normaal. Bezinkingssnelheid der erythrocyten (B.S.E.) 116 mm (1 uur). Alkalische fosfatase: 13,6 K.A.E. (normale waarde 5-12 K.A.E.); zure fosfatase: 2 K.A.E. (normale waarde 0,7-3 K.A.E.); ureum: 209 mg procent; creatinine 3,45 mg procent; bloedsuikerdagcurve 130-200-126 mg procent om 8, 12 en 16 uur; totaal eiwit 7,4 gr procent.

Urine: soortelijk gewicht 1.008; albumen spoor; reductie negatief; sediment: vol leukocyten en bacteriën; Bence-Jones: negatief; urinekweek: colibacteriën, gevoelig voor nitrofurantoïne en nalidixinezuur.

Alhoewel de zure fosfatase uitslag (2 K.A.E.) normaal kon worden genoemd, waren de gevonden B.S.E. en vooral het rectaal toucher voor ons aanleiding om patiënt op vermoeden van een prostaat-

carcinoom naar de chirurg te verwijzen. Deze kon de diagnose bevestigen. Botmetastasen konden nog niet worden aangetoond. Naast zijn diabetes- en eiwitarm dieet kreeg hij ter inleiding driemaal daags twee tabletten ethynloestradiol (Lynoral) van 0,05 mg.

Het is duidelijk dat de bevindingen bij deze patiënt voldoende stof tot nabeschouwing bieden. Zonder volledig te willen zijn zullen enkele onderdelen nader worden aangestipt, aangezien zij veel voorkomende aandoeningen vertegenwoordigen op gevorderde leeftijd.

Anemie. Zoals reeds door Schreuder werd geschreven: „Ouderdom als zodanig leidt niet of slechts in uiterst geringe mate tot anemie”.

Terwijl bekend is dat bij normale volwassen mannen geen verschil bestaat in de behoefte aan ijzer voor en na het vijftigste levensjaar, leerde Moore (1964) ons dat na de menopauze de ijzerbehoefte bij mannen en vrouwen gelijk is. Ook bij de bejaarde mens dienen wij ons dus te houden aan de gegeven normale waarden van het hemoglobinegehalte te weten: ongeveer 14,5 gr procent voor vrouwen en ongeveer 15,5 gr procent voor mannen.

Een duidelijke onder deze waarden liggende hemoglobine-uitslag dient als afwijkend en niet normaal te worden beschouwd. Het is een signaal dat ons noopt tot een nader onderzoek aangaande een mogelijke oorzaak. Het kan ons op het spoor doen komen van een de anemie veroorzakend ziektebeeld zoals pernicioze anemie, carcinoom, de vaak voorkomende (eventueel chronisch en asymptomatisch verloopende) urineweginfectie, een uremie of een leukemie. De concentratie van genoemde ziektebeelden in het verpleegtehuis verklaart het veelvuldig voorkomen van lage hemoglobinewaarden bij deze groep bejaarden.

Bij onze patiënt is het hemoglobinegehalte van 9,4 gr procent te verklaren door zijn chronische urineweginfectie met pyelonephritis en uremie, terwijl mogelijk ook het later gevonden prostaatacarcinoom een rol heeft gespeeld.

Diabetes mellitus. Daar bekend was dat in het onderhavige geval gedurende de periode thuis geen diabetes-dieet was gehouden, kan op grond van de genoemde bloedsuikerwaarden worden gesteld dat er nauwelijks (meer) sprake was van een diabetes mellitus. Hierbij wordt dus rekening gehouden met het feit dat bij de ouderdoms-diabetes in het algemeen hogere bloedsuikerwaarden mogen worden genoteerd.

Schouten en ook andere auteurs vermelden hieromtrent dat 140 mg procent de grens is als nuchtere waarde, terwijl de hoogste dagwaarde niet boven de 200 tot 220 mg procent mag stijgen. Zonder nader op de problemen rond de diabetes mellitus bij bejaarden in te gaan moge worden gewezen op het vaak afwijkende patroon van de hypoglykemie bij bejaarden met klachten over moeheid, duizeligheid, motorische onrust en verwardheid.

Uit deze ziektegeschiedenis blijkt weer eens duidelijk waardoor het leven van de oudere prostaatlijder wordt bedreigd. Door vergroting van de prostaat ontstaat een afvloedsbelemmering van de urine met het bekende afwijkende mictiepatroon, waarvan de frequente mictie met neiging tot incontinentie voor hem en zijn omgeving de meest storende elementen zijn. Daarbij komt echter nog (door de bemoeilijkte afvoer) een toeneming van het residu in de blaas, een toestand die toch al een rol speelt bij de bejaarde mens, ook zonder prostaatvergroting. Dit, meestal toenemend, residu heeft, wanneer niet snel een complete retentie volgt, twee consequenties namelijk hydronefrose en urineweginfecties. Residuvorming verhoogt de kans op het ontstaan van een urineweginfectie, evenals trouwens de incontinentia urinae.

Het is bekend, dat dergelijke urineweginfecties bij de bejaarden veelal chronisch en asymptomatisch verlopen, waarbij eventuele klachten dan nog kunnen worden gemaskeerd door het toch al afwijkende mictiepatroon. Dit betekent, dat dergelijke patiënten gemakkelijk aan de waarneming ontsnappen en vaak alleen bij regelmatig routine-onderzoek van de urine onder onze aandacht komen. Het uiteindelijke resultaat is de chronische pyelonephritis, aanleiding gevend tot een sluipende doch toenemende destructie van nierweefsel en via nierfunctiestoornissen leidend tot een uremie, met de dood als gevolg. Met deze wetenschap voor ogen lijkt ook op hoge leeftijd een actieve instelling ten opzichte van de prostaathypertrofie geïndiceerd, mede omdat dankzij de moderne narcose- en operatietechniek, de leeftijd van de patiënt nauwelijks meer een rol speelt.

Voor de behandelende arts is dit gehele gebied voor onderzoek toegankelijk. Hij kan zich door rectaal toucher een oordeel vormen over de grootte en consistentie van de prostaat, hij kan door een zo steriel mogelijk uitgevoerde catheterisatie (na mictie) het residu bepalen, een urineweginfectie opsporen en zo nodig de patiënt naar de chirurg verwijzen. De mogelijkheden zijn in dit geval endoresectie of prostatectomie.

Het eerste heeft onze patiënt ondergaan. Bij endoresectie wordt een kleiner of groter gedeelte van de in omvang toegenomen, hoofdzakelijk om de urethra gerangschikte tubulo-alveolaire klieren verwijderd, waardoor een verbeterde afvoer van de urine wordt verkregen. Dat hierbij niet, zoals bij prostatectomie, al het prostaatweefsel uit de omgevende kapsel wordt verwijderd, is duidelijk. Er kan een klein of groot gedeelte van de glandulae prostaticae achterblijven, omgeven door stroma bestaande uit bindweefsel en groepjes glad spierweefsel. Dit stroma kan door de soms enorme glandulaire hypertrofie tot een schil tegen het kapsel van de prostaat worden gedrukt. Dat ook na een endoresectie de prostaat als potentieel levensbedreigend orgaan aanwezig blijft is bij onze patiënt bewezen.

Bij hem ontwikkelde zich in het overgebleven prostaatweefsel een prostaatacarcinoom met ver-

dachte bevindingen bij het rectaal toucher. De reeds jaren bestaande pyelonephritis zal in dit geval, behoudens via een kweek gerichte therapeutische maatregelen bij acute exacerbaties, nauwelijks zijn te beïnvloeden. Wel hopen wij zijn uremie met dieetmaatregelen en zijn prostaatcarcinoom met Lynoral zodanig te kunnen beteugelen dat voor deze man, verder motorisch en psychisch nog adequaat functionerend, een zo goed mogelijke laatste levensperiode kan worden gerealiseerd. Zelf zou hij, ondanks zijn leeftijd, niets liever willen.

Metastasering bij maligne tumoren*

DOOR DR. J. A. VAN DONGEN JR.**

Naast de infiltratieve groeiwijze is vooral de neiging tot metastasering een essentieel punt in het gedrag van maligne processen. Metastasis betekent versleping, in dit geval versleping van tumorcellen of tumorcelbrokjes, die dan op afstand weer tot uitgroei kunnen komen. Alleen bij basocellulaire carcinomen van de huid worden nooit (extreem zeldzaam) metastasen gezien; metastasering komt bij alle overige maligne tumoren voor. Bij tumoren (bijvoorbeeld het oesophaguscarcinoom) die vroeger snel door primaire tumorgroei tot de dood voerden, zag men weinig metastasen op afstand, zodat men meende dat er bepaalde tumortypen waren die maar zelden metastaseerden. Nu bij deze tumortypen de primaire tumor soms wel adequaat kan worden behandeld, blijken in het verdere verloop vaak metastasen op afstand manifest te worden.

Bij de meeste transplantabele muizetumoren die in proefopstellingen worden gebruikt, ziet men iets dergelijks. De muis sterft als regel aan de snel groeiende overgeënte tumor. Oorspronkelijk heerste de mening dat vele van deze tumoren niet metastaseerden. Wanneer echter de tumorgroei wordt vertraagd, bijvoorbeeld door enting op de staart — waarschijnlijk zijn temperatuurverschillen voor de groeisnelheidsverschillen verantwoordelijk — of wanneer de tumor operatief wordt verwijderd, ontstaan bij vrijwel alle geteste transplantabele muizetumoren wel longmetastasen. Dit werd in het Antoni van Leeuwenhoekhuis voor vele tumortypen aangetoond.

Het al of niet aanwezig zijn van metastasen op het moment van de behandeling van een tumorproces bepaalt meestal de genezingskans van de patiënt. De primaire tumor is betrekkelijk vaak totaal te verwijderen, al is soms een mutilerende ingreep

Summary. The prostate and the „over-65“. With reference to a case history and a detailed discussion of some of its features, this paper describes how the elderly's tendency towards bladder residues increases with prostatic hypertrophy; the inevitable consequences are urinary infections which may lead to chronic pyelonephritis with uraemia. Mention is made of the fact that carcinoma of the prostate after endoresection is a possibility.

Fuldauer, A. en A. J. te Rijdt (1969) huisarts en wetenschap 12, 183.

Schouten, J. (1967) huisarts en wetenschap 10, 224.

Schreuder, J. Th. R. (1965) Ned. T. Geneesk. 109, 2498.

noodzakelijk. Metastasendetectie is van groot belang. De prognose wordt vastgelegd en bij het vaststellen van metastasen zal een therapieplan vaak moeten worden gewijzigd. De metastasendiagnostiek is echter nog onvolkomen. Een thoraxfoto vertoont alleen relatief grove afwijkingen. Het röntgenbeeld van skeletmetastasen wordt vaak pas enkele maanden, nadat er reeds botpijnen zijn, duidelijk. Diffuse metastasering is nog moeilijker aantoonbaar. Een diffuse metastasering in het beenmerg wordt bijvoorbeeld pas bij zeer uitgebreide afwijkingen manifest door stoornissen in de bloedaanmaak.

Tumormetastasering verloopt hematogeen of via de lymfbanen. Lymfogene metastasering gaat via de ductus thoracicus en via directe shunts tussen klieren en bloedbaan weer over in een hematogene vorm. Bij bepaalde tumortypen (bijvoorbeeld vele tumoren in het hoofd-halsgebied) treedt lymfogene metastasering veel vaker op dan hematogene. Bijna altijd gaat lymfogene metastasering dan ook vooraf aan hematogene metastasering. De lymfklieren blijken een effectieve filterfunctie te hebben. Er zijn ook tumortypen die vrijwel nooit lymfogeen metastaseren. Het is natuurlijk in verband met het opstellen van een optimaal therapieplan van groot belang dat de preferente metastasering van bepaalde tumoren bekend is. Kliergebieden kunnen vaak en bloc met de primaire tumor worden meebehandeld.

Door afbrokkeling van een tumor en verplaatsing van tumorbrokjes in een lichaamsholte kunnen ook zogenaamde implantatiemetastasen ontstaan.

Metastasering kan ook plaatsvinden als gevolg van het medische handelen (iatrogene metastasering). Zeer ernstig zijn de iatrogene implantatie-(ent-)metastasen bij diagnostische en behandelingsingrepen. Dit type metastasering moet en kan worden beperkt door het volgen van een oncologisch goed doordacht behandelingsschema en het nemen

* Voordracht, gehouden tijdens de cursus voor huisartsen, „Maligne aandoeningen”, 30 en 31 oktober 1970, Antoni van Leeuwenhoekhuis te Amsterdam

** Chirurg, Antoni van Leeuwenhoekhuis, Amsterdam.