



Volgens HBVL heeft één op tien patiënten spijt van zijn behandelingskeuze, et alors? (p5)

Hoofredacteur

Erik Briers [erikbriers@telenet.be]

Redactieleden

Urbain Bruggeman
 André Deschamps
 Bruno Mortelmans
 Willy Walschaert (Feel+)

Redactiesecretariaat**Abonnementen**

Anja Vancauwenbergh [info@wijook.be]

Drukkerij

CHAPO

Sasstraat 4 - 3500 Hasselt

Wij Ook Belgium vzw US TOO Belgium

Voorzitter

André Deschamps

Ondervoorzitter

Erik Briers

Secretaris

Urbain Bruggeman

Schatbewaarder

Willy Walschaert

wij_ook@hotmail.com

Afdelingen**Wij Ook Antwerpen**

Willy Walschaert

[willy.walschaert@skynet.be]

Wij Ook Oost

(Limburg & Vlaams-Brabant)

Erik Briers [0475/259554]

Dinsdag en donderdag 19u-21u

[erikbriers@telenet.be]

Wij Ook West

(Oost- en West-Vlaanderen)

wij_ook@hotmail.com

**Wetenschappelijk comité Wij Ook
 België vzw**

Prof. Dr. Van Poppel H. [Voorzitter] - UZ Leuven

Dr. Ameye F. - AZ Maria Middelaars Gent

Dr. Debacker T. - ZNA Middelheim

Antwerpen

Prof. Dr. De Meerleer G. - UZ Leuven

Prof. Dr. De Ridder D. - UZ Leuven

Prof. Dr. Dewachter S. - UZ Antwerpen

Dr. P. Dirix - GZA Antwerpen

Prof. Dr. Joniau S. - UZ Leuven

Prof. Dr. Lumen N. - UZ Gent

Prof. Dr. Michiels D. - UZ Brussel

Dr. Mortelmans B. - Vesaliusnetwerk

Dr. Schrijvers D. - ZNA Antwerpen

Wij Ook Belgium

“Wij Ook Belgium vzw” is een onafhankelijk ondersteuningsnetwerk voor mannen met prostaataandoeningen. Het doel van dit netwerk is de aandacht oproepen voor prostaataandoeningen bij het publiek en de problemen die ermee gepaard gaan.

“Wij Ook Belgium” is een zelfhulporganisatie die beheerd en geleid wordt door prostaatpatiënten. Als lid wordt u opgenomen in deze vereniging van lotgenoten die ijveren voor een betere informatie, opleiding en optimale diagnose en behandeling van prostaatproblemen. Vergaderingen met experts worden ingericht om uw medische, emotionele en andere vragen te begrijpen. Deze voorlichting en uitwisseling van ervaring vervangt geen artsconsultatie en bij medische problemen raadpleegt u steeds de huisarts.

De vereniging wil de patiënten voldoende voorlichten om de noodzakelijke communicatie tussen arts en patiënt te vergemakkelijken waarin de patiënt erkend wordt als een volwaardige partner.

Tevens wil de vereniging behulpzaam zijn door betrokkenheid en meevoelen rond de mogelijke lichamelijke, geestelijke en sociale problemen die we allemaal persoonlijk meemaken of kennen.

Ook niet-prostaatpatiënten kunnen lid worden. U kan lid worden door uw persoonsgegevens (naam, adres, eventueel telefoonnummer en e-mail) door te geven aan het secretariaat van Wij Ook Belgium vzw of via de website www.wijook.be. In de lidmaatschapsbijdrage is een abonnement op **PROSTAATinfo** inbegrepen.

Wij Ook Belgium vzw -/- Nous Aussi Belgique -/- Wir Auch Belgien
 Een chapter van "Us Too International"

Founding member of
Europa Uomo, "The European Prostate Cancer Coalition".

Secretariaat Wij Ook Belgium vzw

p/a Taylor & Hubs

Brusselstraat 51

2018 Antwerpen

Tel: 03/*

e-mail: wij_ook@hotmail.comWeb: www.wijook.be

IBAN: BE78 4037 1493 0186

PROSTAATinfo

Nieuwsbrief van Wij Ook Belgium

Oplage 4.000 ex.

ISSN:1782-0847

**Prijs per nummer 5 euro**

Inbegrepen in het lidgeld

21e jaargang December 2022

© 2022 Alle rechten voorbehouden

Verantwoordelijke uitgever

André Deschamps - Antwerpen

PROSTAATinfo wordt viermaal per jaar uitgegeven door Wij Ook Belgium. Het wordt verspreid naar leden, urologen, huisartsen en uitgedeeld op belangrijke symposia en verstuurd aan abonnees en opinieleiders. De inhoudelijke verantwoordelijkheid van elke bijdrage ligt bij de auteur.

Met steun van
 Kom op tegen Kanker

EUROPA UOMO
 The Voice of Men with Prostate Cancer in Europe

Us TOO
 PROSTATE CANCER
 EDUCATION & SUPPORT

Editoriaal

Erik Briers Hoofdredacteur

Beste lezers, lieve vrienden,

Dat de oorlog in Oekraïne niet gedaan is weten we natuurlijk allemaal. Elke dag merken we dat ook in ons eigen leven. De energie die we nu het kouder wordt heel erg nodig hebben, kost aanmerkelijk meer dan een jaar geleden. Dat heeft ook onze index opgejaagd en dus ook ons inkomen. Maar dat heeft ook verderop gevolgen. Doordat we meer verdienen, stijgen ook de kosten van onze goederen. Ofwel zijn die in een ver land geproduceerd of hier. In het ene geval kost het transport steeds meer, in het ander geval zorgt de aan de index gekoppelde loonkost voor steeds hogere kosten. Steeds meer horen we dat bedrijven opnieuw zoeken naar plaatsen waar de productie voordeliger kan. Sommige stemmen roepen dan dat het voor de “patroons”, de werkgevers, enkel om de winst gaat. Maar, zonder winst kan je niet in de toekomst van je bedrijf investeren en zal de overheid ook geen belasting op die winst kunnen innen.

Alles hangt aan elkaar en dat is geen gemakkelijk verhaal.

Nu, die oorlog in Oekraïne is door niemand van ons uitgelokt. Er is echt wel een naam op te kleven. De heer Poetin heeft die oorlog in zijn eentje beslist en er het bevel toe gegeven. In de goede traditie van de dictator heeft hij geen rekening gehouden noch met de bevolking van Oekraïne noch met de rest van de wereldbevolking. De gevolgen kunnen hem worst wezen. Vandaag zijn er duizenden soldaten en burgers gestorven in het directe oorlogsgeweld van deze zinloze oorlog. Maar er zijn veel meer slachtoffers die niet zo snel in de cameraleens kijken. En dat niet alleen in Oekraïne.

Denken we maar aan de patiënten die een

kanker hebben die misschien nog niet gediagnosticeerd is. Je hebt dan wel pijn, maar je huisarts is niet langer bereikbaar of het laboratorium is kapotgeschoten. Voor ons moeilijk voor te stellen maar voor onze broeders in Oekraïne is het dagelijkse kost.

Niet heel het land is vernietigd natuurlijk maar het is wel een maatje groter dan België. Ook daar zijn er nog kankercentra die actief zijn in het centrum en in het westen van het land. Maar de afstanden zijn zo groot dat je dat vanuit het oosten niet zal doen. Hier in België vinden we zelfs 50 km al te veel!

Maar het gaat verder dan dat. Als je dan in een kankercentrum in behandeling bent, dat heb je niet graag dat de stroom uitvalt tijdens een operatie of tijdens een bestraling. Daar hebben de grote ziekenhuizen noodgeneratoren voor zal je zeggen. Zeker maar die hebben ook brandstof nodig en die kunnen maar een beperkt aantal toestellen “in leven” houden.

De toevoer van belangrijke geneesmiddelen is vandaag ook een ramp. Er is schaarste ook voor kankermedicijnen. Er is veel internationale solidariteit om geneesmiddelen vanuit Europa naar Oekraïne te brengen en dat wordt heel erg geapprecieerd. Alleen, die verpakkingen dragen natuurlijk de naam van het geneesmiddel in bijvoorbeeld Duitsland of Estland. De bijsluiter is dan ook in die taal en dat is geen Oekraïens. Er is een oplossing gezocht via het internet, daar vind je alle bijsluiters in bijna alle talen en indien niet beschikbaar is de vertaling bijgemaakt. Maar, dan moet je wel toegang hebben tot het internet en daar heb je stroom voor nodig en een server.

Uiteindelijk hebben ook patiënten hun toevlucht gezocht in andere Europese landen waar ze de nodige zorgen ontvangen. De solidariteit is groot. Zelfs in zijn eigen land heeft Poetin de zorg voor zieken moeilijk gemaakt, ook eigen patiënten hebben moeite om de nodige zorg te krijgen.

Inhoud van dit nummer

- 3 Beste lezers, lieve vrienden
[Erik Briers]
- 5 Prostaatkanker in het nieuws
[Erik Briers]
- 13 Overkoepelende gids helpt ondersteunen
Een overname uit Artsenkrant
© Artsenkrant 2022
- 16 2022 de zee is kalm maar in de verte ziet het er
niet pluis uit.
[Urbain Bruggeman]
- 18 Qualy's verzamelen
[Rik Cuypers]
- 20 Nieuws EAU en ESMO 2022,

De VISION-studie

[Erik Briers]

23 Rustpunt, een gedicht van Marc Liebens



Omslagfoto

© E. Briers 2009

3.000.000

In Europe (EU 27, 2012) **3.000.000** men live with prostate cancer. Each year **360.000** men learn that they have prostate cancer and **71.000** die of prostate cancer. Both numbers increase every year.

Europa Uomo is a confederation of 22 representative national patients' support groups for prostate diseases in general and prostate cancer in particular.

Hence, we call for the commitment and action necessary for men to have timely access to the right treatment. Specifically, we call on:

- 1) Recognition by governments of the morbidity and mortality burdens of prostate cancer.
- 2) Commitment from governments to ensure sustainable support for basic and clinical research for new biomarkers and cancer treatment trials.
- 3) Health professionals to educate the public about the risk factors for prostate cancer, such as family history
- 4) Physicians to tailor treatment for the individual patient through the appropriate use of PSA testing avoiding over and undertreatment.
- 5) Society to build partnerships in helping to reduce the burden of the disease as well as identify common action and reducing the existing inequalities on access to treatment.

EUROPA UOMO

The Voice of Men With Prostate Cancer in Europe

EUROPA UOMO

The Voice of Men with Prostate Cancer in Europe

Secretariat
Brusselstraat 51
2018 Antwerp – Belgium
Tel: + 32 *
E-mail: Info@europa-uomo.org
www.europa-uomo.org

Prostaatkanker in het nieuws

Erik Briers

Beste vrienden, het gebeurt dat er in de krant over prostaatkanker geschreven wordt. Vooral de maand november is een echte "hete" periode om in het nieuws te komen. De acties van "Kom Op Tegen Kanker" met Warre Borgmans die op TV over zijn erectieproblemen getuigde zijn zeker blijven hangen. Al zijn wij persoonlijk over dat soort aandacht ietwat minder te spreken. Spektakel is geen informatie.

In het "Belang van Limburg" van maandag 21 november verscheen dan een bijdrage van Dr. Marleen Finoulst onder de rubriek "Check gezondheid" en de titel "Eén man op tien betreurt operatie na prostaatkanker".

Waarom willen wij daar hierop ingaan? Wel, "Het Belang van Limburg" klinkt als een lokale krant, maar met een oplage (2018) van ongeveer 85.000 op papier en 6.000 digitaal telt de krant een flink aantal lezers. Die lezers hebben volgens mij een gekleurd verhaal te lezen gekregen waardoor wij er hier de nodige kanttekeningen bij willen geven. Hieronder worden stukken uit de tekst weergegeven, steeds in blauw en schuin, omdat niet al onze lezers een abonnement hebben op de krant. De volledige tekst kan hier gelezen worden: https://www.hbvl.be/cnt/dmf20221120_96515462.

"FACT"

Zaterdag 19 november was het Wereldmannendag. November is ook de maand waarin prostaatkanker onder de aandacht wordt gebracht. Onderzoek toont aan dat meer dan 10% van de mannen met een niet-uitgezaaide prostaatkanker naderhand spijt heeft van zijn prostaatoperatie."

Onder het tussentiteltje "Fact" stelt de auteur dat onderzoek heeft aangetoond dat meer dan 10% van de mannen met een niet-uitgezaaide prostaatkanker later spijt zou hebben van een eventuele operatie.

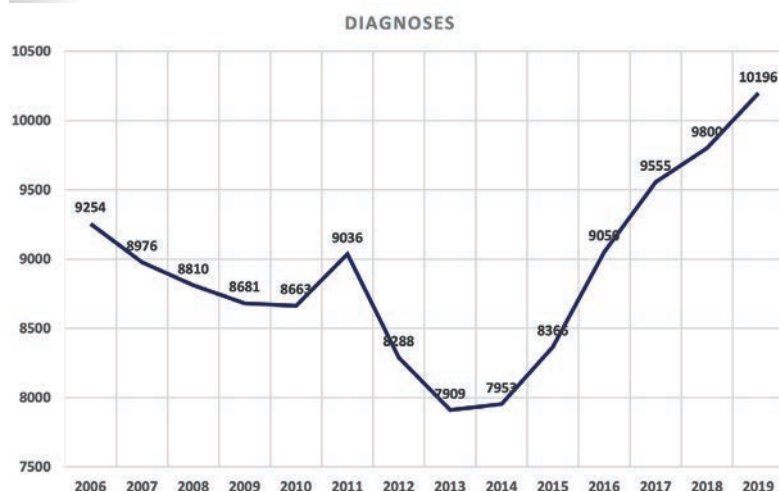
Deze start heeft natuurlijk zijn belang. Elke tumor begint als een niet-uitgezaaide tumor die per definitie lokaal zal zijn. Dit wil zeggen dat de tumor zich nog in de prostaat zelf bevindt en mogelijk lokaal uitgebreid is naar de zaadblaasjes. Doorgroeien in naburige weefsels kan ook nog als lokaal gevorderd aangemerkt worden. Maar, uitzaaiing naar een naburige

lymfeknoop of verder geldt niet langer als een lokale kanker.

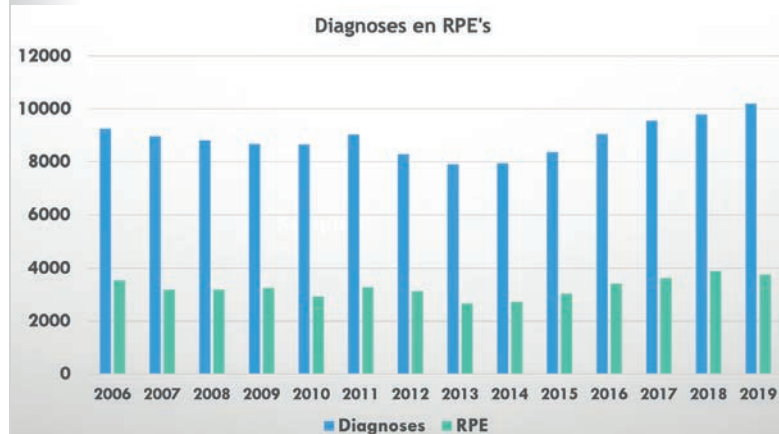
Behandeling van een lokale tumor

"Wanneer de prostaat één of meerdere kwaadaardige knobbeltjes bevat, wordt het orgaan meestal in zijn geheel chirurgisch verwijderd."

Prostaatkanker is inderdaad zeer dikwijls multifocaal hetgeen wil zeggen dat er op meerdere plaatsen in de prostaat een tumor kan voorkomen. Die tumoren kunnen dan ook nog eens genetisch van elkaar verschillen. Ze hoeven ook niet allemaal gelijktijdig te ontstaan. Dat, in dit geval de prostaat meestal in zijn geheel wordt verwijderd, is evenwel voor België de waarheid geweld aandoen.



Bovenstaande figuur toont het aantal diagnoses (bron Belgisch kankerregister) tot 2019. Dat aantal loopt op sinds het jaar 2014 waar bijna 8.000 diagnoses gesteld werden. In 2019 liep het aantal op tot meer dan 10.000, dat is een stijging met een kwart!



Bovenstaande figuur toont dan naast elkaar sinds 2006 het aantal nieuwe diagnoses en het aantal chirurgische verwijderingen van de prostaat (radicale prostatectomie - RPE).

In 2014 werd 34,4% van de nieuwe kankers geopereerd terwijl dat in 2019 36,9% was, een erg kleine stijging. Dit getal ligt ver van de “meestal” die in het artikel vermeld wordt. Meestal is voor ons meer dan 50%.

Dat deze operatie delicaat is weet ondertussen elke patiënt. Het risico op een beschadiging van de “erectie-zenuwen” is niet gering waardoor de kans op tijdelijke of permanente gehele of gedeeltelijke impotentie reëel is. Ook de kans op tijdelijke of permanente incontinentie is redelijk groot. In het artikel wordt de kans op seksuele problemen of incontinentie na een operatie op de helft geschat.

Hier moeten we opmerken dat meer dan 50% van prostaatkankerpatiënten na radicale prostatectomie problemen hebben met hun erectie. Dat wordt mede bepaald door de ervaring van de uroloog die de ingreep doet maar ook door de patiënt. Jongere patiënten (minder dan 60 jaar) hebben een betere kans om minstens een gedeeltelijke erectiele functie te behouden. Met de leeftijd nemen de kansen af.

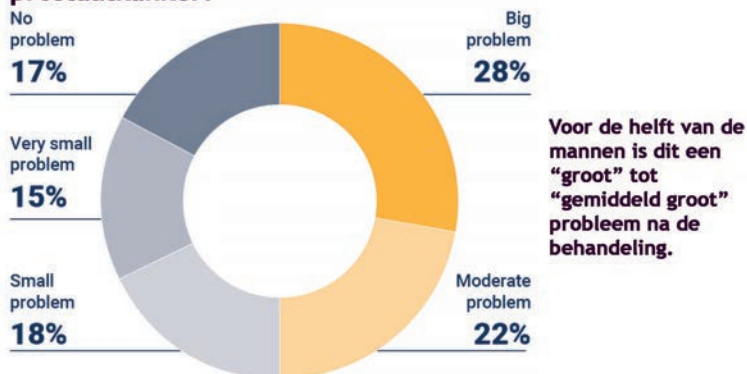
Bovendien moet ook opgemerkt worden dat “normale” mannen zonder prostaatproblematiek met de stijgende leeftijd al problemen met hun erectiele functie kunnen hebben. Er is een sterk verband met cardiovasculaire problemen. En, die komen uiteraard meer voor op hogere leeftijd. Er wordt geschat dat in mannen zonder gezondheidsproblemen erectiele dysfunctie stijgt van 5 tot 15% in de leeftijden van 40 tot 70 jaar oud.

Uiteraard is er een groot verschil tussen problemen hebben met de erectie en daar ook last van hebben. Onze Europese Organisatie (Europa Uomo) heeft als eerste hierover een onafhankelijk onderzoek uitgevoerd. Deze EUPROMS-studie heeft mannen gevraagd om een vragenlijst in te vullen over de kwaliteit van hun leven na de behandeling van prostaatkanker.

Ongeveer 6.000 mannen hebben aan de twee studies deelgenomen. Belangrijk is dat zij daarbij vrij waren om hun eigen antwoord te geven. Het is bekend dat als de vraag van de arts komt patiënten zich afgeremd voelen om eerlijk te zijn. Artsenstudies tonen vaak een “mooier” resultaat.

In deze studie werd uiteraard ook aandacht besteed aan erectiele dysfunctie en seksueel functioneren. Onderstaande figuur toont een globaal resultaat. De mannen werd gevraagd om aan te geven (in een gestandaardiseerde vorm) hoe groot hun probleem met seksueel functioneren was na hun behandeling van prostaatkanker.

Problemen met seksueel functioneren, hoe groot schatten de respondenten dit in na de behandeling van hun prostaatkanker?



Dat 50% van de respondenten over een groot tot gemiddeld groot probleem spreekt wijst erop dat er ook mannen zijn die zelfs met ernstige seksuele functionering dat niet als een groot probleem zien.

Dat brengt dan steeds weer de vraag naar de andere behandelingen en of die het in dit kader beter doen? Dan vergelijkt men graag chirurgie met bestralingstherapie. De onderstaande figuur toont de resultaten.

Seksueel functioneren na chirurgie



Voor 54,5% van de respondenten was de tevredenheid met hun seksuele functioneren een groot of middel groot probleem na chirurgie bij bestralingstherapie was dit 44,5%

Seksueel functioneren na bestralingstherapie



Met andere woorden, zelfs een behandeling met externe bestraling spaart de seksuele functie niet volledig. Maar er is wel een verschil van zo'n 10%. De EUPROMS-studie deelnemers waren al enige tijd daarvoor behandeld waardoor spontane evoluties al wat voorbij waren. De erectiele dysfunctie na bestraling kan een jaar

op zich laten wachten.

“Toch sterven weinig mannen door prostaatkanker”

Deze uitspraak kennen we natuurlijk al heel lang. Het doet vermoeden dat prostaatkanker een goedaardige, zachte kanker is die slechts uitzonderlijk tot een vroege dood zou leiden.

De cijfers tonen ons een ander verhaal.

De figuur hieronder toont ons de evolutie van de sterfte aan prostaatkanker over de laatste jaren. Dit is natuurlijk heel wat anders dan de sterfte met prostaatkanker. Al zullen er heel wat mannen zijn die moesten zij geen prostaatkanker gehad hebben met zijn zware behandeling(en) langer zouden geleefd hebben.

Sterfte van prostaatkanker, België



Het laagste aantal overlijdens ten gevolge van prostaatkanker ligt rond de 1.400. Dat aantal werd bijvoorbeeld in 2013 genoteerd. Sedertdien is er een stijging naar bijna 1.600 in het jaar 2018. De vraag is dan of 1.600 weinig is? Zo weinig dat we eigenlijk zouden kunnen stellen dat we prostaatkanker evengoed niet moeten behandelen want al die kosten voor zo weinig sterfgevallen? “Et alors?”, “en dan?”.

Wel, wij geven daarom, want het zijn niet alleen oude heren die sterven maar ook heel wat jongere mannen.

Wat wil dat dan zeggen? “Weinig”, laten we even vergelijken met als norm weinig is 1.600 sterfgevallen per jaar voor één geslacht, het zijn hier tenslotte allemaal mannen, het overbodige geslacht.

Als we de tabellen van STATBEL erop naslaan voor het jaar 2019 dan vinden we heel wat informatie.

Sterfte van prostaatkanker, 1.576 wat als

weinig wordt geklasseerd. Van deze mannen was 2% jonger dan 60 jaar bij hun overlijden.

Sterfte aan borstkanker, 2.075 bij de vrouwen en 25 bij mannen. Wij zijn het erover eens dat 25 erg weinig is wat niet hetzelfde is als verwaarloosbaar. De 2.075 sterfgevallen bij de vrouw is meer dan weinig, maar is dat dan veel? We weten wel dat deze sterfte steeds als belangrijk wordt gezien en dat we daar niet te veel over mogen zeggen. Zelf vinden wij dat heel veel, 376 (18,1%) waren jonger dan 60.

De winnaar is in België longkanker, met in totaal 5.858 sterfgevallen. Daarvan 2.015 vrouwen (15% jonger dan 60) en 3.843 mannen (10,7% jonger dan 60). Dit zal dan wel significant meer zijn dan weinig, bij de mannen is het twee-maal meer dan de sterfte aan prostaatkanker.

En om het af te leren, colon, rectum en anuskanker. In totaal stierven er in 2019 2.655 personen aan deze kankers. Bij de vrouwen waren er dat 1.290 (9,8% jonger dan 60) bij de mannen waren er dat 1.365 (10,2% jonger dan 60 jaar). Dit zijn er dus in dezelfde normstelling “weinig”, toch wordt er een screeningprogramma opgezet en ingezet om colonkanker, borstkanker en cervixkanker op te sporen. Zo heeft de EU dat al in 2003 aanbevolen.

Dan zijn er natuurlijk ook de ongevallen op de weg, hier vielen in 2019, 574 doden te betreuren en dat zijn er natuurlijk véél te véél. Dat waren 137 vrouwen (55,5% jonger dan 60) en 437 mannen (67,3% jonger dan 60). Indien we de uitspraak van Dr. Finoulst hierop toepassen vallen er in het verkeer heel weinig slachtoffers, de norm stond op 1.600 als weinig.

De “trappen van vergelijking”

Het gebruik van de “trappen van vergelijking” in een artikel is niet neutraal. In onze taal kennen we er drie, de stellende trap, de vergrotende trap en de overtreffende trap. Ook in een artikel met een wetenschappelijke inslag wordt hier gebruik van gemaakt. Het gebruik van de trappen van vergelijking dient om minstens twee dingen met elkaar te vergelijken. Een tafel is (meestal) groter dan een stoel en de kamer waarin die tafel staat is dan weer veel groter dan die stoel, dit zou een voorbeeld kunnen zijn. In dit artikel wordt de term “weinig” evenwel niet gebruikt om een maat te benoemen, een snuifje zout is weinig zout. Hier is het de bedoeling om het benoemde (het

aantal doden door prostaatkanker) te minimaliseren en het op zich te laten verbleken. Wie maakt er om “weinig”? Dit is een gekend procedé in de berichtgeving over prostaatkanker, het is eigenlijk een klein probleem met weinig doden dus waarom zoveel aandacht en laten we dan zeker niet over screening praten.

“Drie behandeling ’s opties

Een gelokaliseerde prostaatkanker kan op drie manieren behandeld worden: door actief op te volgen (regelmatige controles), via een prostaatoperatie of met bestralingen zonder operatie. De overlevingskansen voor deze drie opties zijn redelijk vergelijkbaar, terwijl de gevolgen zeer verschillend kunnen zijn.”

Opnieuw is er nood aan meer, er zijn inderdaad voor een gelokaliseerd prostaatcarcinoom globaal drie behandelingsopties, actieve opvolging, chirurgie of bestraling. Maar dat is beslist niet voldoende.

Het is best om bij prostaatkanker een onderscheid te maken tussen een kanker die lokaal in de prostaat zit, eventueel lokaal in de onmiddellijke omgeving gevorderd is. En, een prostaatkanker die gemetastaseerd is en zich verder op in het lichaam in een lymfeknoop of in een bot of orgaan heeft gevestigd. Hier gaat het over de eerste lokale soort.

Deze kankers kunnen genezend behandeld worden, maar ze vallen uiteen in drie subgroepen. Die drie groepen zijn gebaseerd op een risico-inschatting. Die inschatting is op zijn beurt gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en noemt de risico-indeling volgens D’Amico.

Deze Amerikaanse onderzoeker maakt een onderscheid tussen kanker met een laag, gemiddeld en hoog risico (wij gebruiken hier vergelijkende trappen).

De indeling geldt ENKEL na de vaststelling van kanker door de patholoog. Die zal ook op basis van een zorgvuldig microscopisch onderzoek de graad van kwaadaardigheid (de Gleasonscore) vastleggen. Deze wordt vertaald in de door ons gebruikte ISUP-graad die van 1 tot 5 gaat. Een Gleasonscore van 3+3 wordt dan ISUP-1. Daarnaast wordt ook rekening gehouden met het onderzoek van de prostaat met de vinger via de anus. Daarbij is het mogelijk dat de arts, uroloog helemaal niets vreemds voelt of slechts aan één kant een beetje of juist veel. En dan telt ook de PSA mee.

Een laag-risico prostaatkanker heeft een PSA

lager dan 10ng/mL in het bloed. Daarnaast een ISUP-1 en is de tumor mogelijk nog niet te voelen of slechts in één helft of minder. De behandeling van deze kankers is volgens de richtlijnen van de EAU (waar ik zelf aan heb meegeschreven) duidelijk, actieve opvolging. We kunnen nooit zeker zijn dat we alle kleine tumoren hebben aangeprikt en deze die we gevonden hebben kunnen in de toekomst ongunstig evolueren. Door actief op te volgen kunnen we die ongunstige evoluties volgen en indien nodig onmiddellijk genezend ingrijpen.

Een prostaatkanker met een gemiddeld risico heeft een PSA die hoger is dan 10ng/mL en lager dan 20ng/mL. OF, een ISUP-2 dan wel ISUP-3 OF is minstens te voelen in meer dan de helft van één helft van de prostaat. Het is in dit geval OF, dat wil zeggen een PSA lager dan 10ng/mL met een ISUP-3 is een kanker met een gemiddeld risico.

De derde groep met hoog risico is gekenmerkt door een PSA die hoger is dan 20ng/mL, OF een ISUP-4, ISUP-5 OF een tumor die in beide helften van de prostaat gevoeld kunnen worden.

Dan is er de **lokaal gevorderde groep**, hiervoor geldt eender welke waarde voor de PSA, eender welke ISUP-graad maar de tumor is voelbaar buiten de prostaatklier en kan zich al uitgebreid hebben naar de sluitspier tegen de blaas of rectum. Of, er is al een lymfeklier positief.

Daar waar de zaak voor een laag-risico duidelijk is, is dat voor de andere risico-klassen niet zo. De behandeling van een gemiddeld risico met een ISUP-2 KAN bijvoorbeeld actieve opvolging zijn, het woordje KAN is belangrijk, er is een overleg met de uroloog nodig en de patholoog is weerom belangrijk. Als deze gevaarlijke celstructuren heeft aangetroffen zoals cribriform of neuro-endocrien bijvoorbeeld dan is actieve opvolging geen optie.

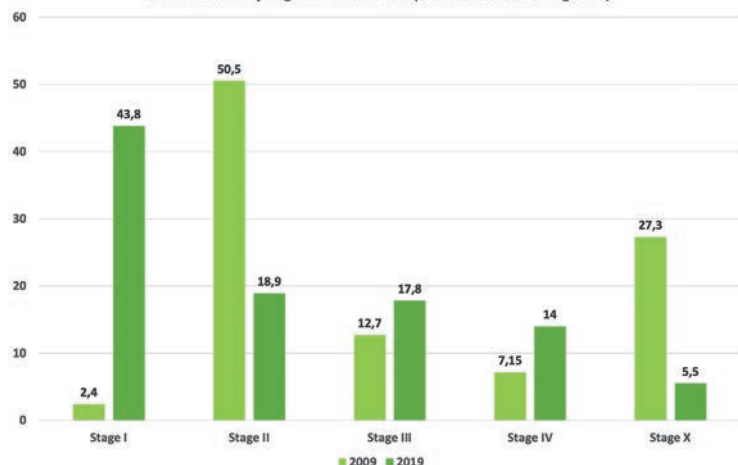
In de andere gevallen en risico-klassen moet er wel actief ingegrepen worden. Hoe hoger de ISUP-klasse hoe hoger het risico dat de kanker op termijn zal metastaseren en tot een ongunstig einde zal leiden.

Die lokale behandeling kan dan chirurgie of bestraling zijn, actieve opvolging valt weg.

Patiënten met een gemetastaseerde kanker bij de diagnose hetgeen helaas al te vaak voorkomt, krijgen een aangepast behandelingsvoorstel dat alleszins behoorlijk

complex en duur zal zijn. Al komt de verzekering (het RIZIV) hierin voor 100% tussen, toch komt het uit onze gezamenlijke kassa.

Kankerstadium bij diagnose 2009 en 2019 (% van totaal aantal diagnoses)



Als we een schatting maken van de risicogroepen die bij de diagnose worden vastgesteld kunnen we cijfers en gegevens gebruiken van het Belgisch kankerregister.

De bovenstaande figuur geeft de indeling van de patiënten na diagnose in vier groepen waarbij stadium-1 overeenkomt met laag risico, stadium-2 met gemiddeld risico en stadium-3 met hoog en lokaal gevorderde kanker. Stadium vier is gemetastaseerde kanker bij diagnose en bij stadium-X is niet gerapporteerd over wat het gaat. De cijfers zijn weergegeven voor respectievelijk 2009 en 2019.

Het is duidelijk dat de rapportering in tien jaar sterk verbeterd is, stadium X is sterk verminderd. Wat we willen onthouden is dat in 2019 43,8% van de nieuwe diagnoses laag-risico was, 36,7% gemiddeld tot hoog-risico en 14% gemetastaseerd.

Als we wat kort door de bocht zouden gaan zou men kunnen stellen dat de gemiddeld en hoog risicopatiënten geopereerd werden in België. In andere landen is dit percentage van de nieuwe diagnoses mogelijk anders (zie verder). In werkelijkheid worden er nog te veel mannen met een laag risico actief behandeld in plaats van met actieve opvolging. Er is daar nog werk aan de winkel.

“Urologen zijn chirurgen. Het is normaal dat zij de behandeling voorstellen die ze zelf het beste kennen.”

Die uitspraak is zeker vandaag niet meer te veralgemenen. Als patiëntenorganisatie streven

wij ernaar dat alle prostaatkankers behandeld worden in gespecialiseerde centra. Alle behandelingsmogelijkheden moeten besproken worden en daarvoor heb je een multidisciplinair team nodig. In dat team zit niet alleen de oncoloog-chirurg maar ook de bestralings-oncoloog en mogelijk de medisch-oncoloog. Zonder de radioloog en de patholoog niet te vergeten. Ieder brengt zijn kennis bij in de discussie en de behandelende specialist neemt de voorstellen mee naar de patiënt.

Het spreekt vanzelf dat de patiënt de diverse opties goed moet bespreken met zijn arts, maar of de huisarts de beste keuze is? (*“Bespreek je opties grondig met je huisarts of uroloog.”*)

Onze huisartsen zijn top-artsen ieder voor zich, maar zij worden met de meest uiteenlopende pathologieën geconfronteerd in een onvoorspelbare sequentie. In de ochtend een baby met zware diarree, dan een verstokte roker met een zware hoest, een dame met borstkanker en dan komt die man binnen die het over zijn prostaatkankerbehandeling wil hebben! Als zelfs de uroloog zijn eigen behandelingstype vooruitschuift (?) wat gaat de huisarts dan doen. Hij of zij kan zeker een inbreng hebben maar vaak vooral door zorgvuldig te luisteren en eventueel door te verwijzen voor een tweede opinie.

Met 10.000 nieuwe prostaatkankerdiagnoses in België in 2019 zal de “gemiddelde” huisarts er in dat jaar maximaal twee in zijn praktijk gezien hebben. Samenwerkende huisartsen zien er samen natuurlijk meer.

Prostaatkankerpatiënten hebben een goede relatie met hun huisarts nodig want tijdens eender welke behandeling kan er wel iets fout gaan en dan is de huisarts sneller te bereiken dan de uroloog.

“Prostaatkanker wordt meestal geopereerd, ook als er geen uitzaaiingen zijn en de tumor beperkt blijft tot de prostaat.”

Dit is fout. Als er uitzaaiingen zijn, wordt prostaatkanker slechts zelden geopereerd. Als dat het geval is, dan is dat een onderdeel van een globale aanpak. Vaak heeft een operatie bij een uitgezaaide kanker geen zin meer omdat we moeilijk op vele plaatsen in het lichaam kunnen snijden om tumorweefsel weg te nemen.

Er zou moeten staan: “Prostaatkanker kan worden geopereerd indien de tumor beperkt

blijft tot de prostaat. Zijn er uitzaaiingen dan is een operatie over het algemeen niet meer aan de orde.”

“Eén man op de tien betreurt operatie na prostaatkanker”

De titel van de “Fact Check”. En Dr. Finoulst geeft de uitspraak een score van 90% waar.

Dr. Finoulst steunt haar uitspraak op een artikel dat helaas niet gerefereerd wordt hetgeen in kranten niet vreemd is. Het maakt het voor mij wel moeilijk om dit terug te gaan opzoeken en een tweede “fact-check” uit te voeren. Toch hebben wij de basis publicatie in *JAMA Oncology* (C.J.D. Wallis et al., *JAMA Oncol.* 2022;8(1):50-59.

doi:10.1001/jamaoncol.2021.5160) gevonden. Dit is een toonaangevend tijdschrift dat alle aangeboden artikels door collega-specialisten laat nalezen en beoordelen (peer review). Alleen bijdragen die deze toets doorstaan worden gepubliceerd.

In het artikel wordt duidelijk aangegeven dat zij het enkel hebben over patiënten met gelokaliseerde prostaatkanker. Het gaat hier over nieuw gediagnostiseerde kankers bij mannen die verder weinig of geen nevenproblemen hebben.

Bovendien is het belangrijk vast te stellen dat het een Amerikaanse studie is. In de VSA wordt veel vaker naar chirurgie gegrepen als behandeling en veel minder naar actieve opvolging.

Wat lezen we bijvoorbeeld.

Van de 2.072 patiënten die in de studie werden opgenomen werden er 1.136 (55%) met chirurgie behandeld. Dit is behoorlijk meer dan in België waar in 2019 36,9% van de nieuwe patiënten deze behandeling kregen. Dan moeten wij er ook nog rekening mee houden dat wij bij de berekening ook de gemetastaseerde kankers hebben meegenomen. 667 (32%) werden met bestraling behandeld en 269 (13%) werden in actieve opvolging geplaatst.

Indien we naar de risicogroepen volgens D’Amico kijken en naar de laag risicogroep (46% van de patiënten) dan krijgen 52% van deze mannen chirurgie. 26% bestraling en slechts 22% actieve opvolging. Dit toont de Amerikaanse gewoonte om ook laag risico prostaatkanker actief te behandelen. De 22% actieve opvolging is bemoedigend maar niet voldoende.

In de groep met een gemiddeld risico (38%

van de patiënten) wordt 58% van de mannen chirurgisch behandeld, 36% met bestraling en 6% met actieve opvolging. Dit is een normaler resultaat, beter vergelijkbaar met de Europese toestand. Ook hier wordt actieve opvolging bij een kanker met een gemiddeld risico zorgvuldig toegepast wegens het hoger risico.

Bij hoog risico en lokaal gevorderde kanker (16% van de patiënten) wordt 56% met chirurgie behandeld, 42% met bestraling en 2% met actieve opvolging. Bij hoog risico is de kans op een ongunstig verloop hoog en is het inzetten van actieve opvolging niet echt aangewezen. Indien de patiënt redelijk oud is of veel comorbidities heeft, kan dit een keuze zijn, maar dan noemen we dat “watchful waiting”. Bij pijn of andere symptomen wordt dan het symptoom behandeld maar meestal niet de kanker.

Als we dan enkel naar de op basis van de Gleasonscore bepaalde “kwaadaardigheid” kijken, vinden we 1.081 (52%) van de patiënten met de laagste graad (3+3 of ISUP-1). Van deze groep, waarvoor wij één behandeling zien namelijk actieve opvolging, werd 53% met chirurgie, 25% met bestraling en slechts 22% met actieve opvolging behandeld. We moeten natuurlijk voorzichtig zijn want enkel de ISUP-graad gebruiken is niet verstandig, een ISUP-1 met een PSA boven de 20ng/mL is hoog risico en moet actief behandeld worden.

De studie gaat over “treatment regret” of spijt van de beslissing die men over zijn behandeling heeft genomen. In dit geval na vijf jaar en dat is behoorlijk kort. Na vijf jaar zijn er nauwelijks verschillen tussen de behandelingen bij patiënten met een lokale kanker.

Als men patiëntengroepen vergelijkt dan hebben patiënten die met chirurgie behandeld werden beduidend meer spijt van hun beslissing dan de patiënten die actieve opvolging gekozen hebben. Het grootste effect wordt genoteerd bij mannen bij wie de perceptie van de effectiviteit van de behandeling na vijf jaar sterk verschilt van de verwachtingen vijf jaar geleden, of van de verwachtingen van de bijwerkingen, vooral seksuele dysfunctie. Bij de vergelijking van diverse groepen zijn er weinig grote verschillen te noteren behalve bovenstaande.

Volgens de publicatie hebben 16% van de mannen die behandeld werden met chirurgie na vijf jaar spijt van hun beslissing, bij bestralingstherapie is dat 11% en bij actieve

opvolging 7%.

Met andere woorden, de stelling dat meer dan 1 op 10 mannen die met een lokale kanker met chirurgie behandeld zijn daar na vijf jaar spijt van heeft is dus op basis van deze studie juist.

Maar dat is geen reden om patiënten die dat nodig hebben niet langer te opereren, het is daarentegen belangrijk om enkel die patiënten die het nodig hebben een actieve behandeling aan te bieden, patiënten moeten vóór eender welke behandeling goed overleggen en zich goed informeren.

Wat zeggen patiënten over hoe zij mee hebben beslist?

Ook hierover heeft Europa Uomo in het EUPROMS-2 vervolgonderzoek vragen gesteld. Aan deze ronde namen 3.571 mannen deel uit Europa maar ook uit Canada en de Verenigde Staten. In de figuren worden enkele resultaten gegeven voor landen met het grootste aantal respondenten.

De respondenten kregen negen uitspraken voorgelegd over hun contact met hun arts bij de beslissing over de behandeling. Bij elke vraag kon de respondent aangeven in welke mate hij het met de uitspraak eens was. Op basis van de meningen werd een gemiddelde score berekend. Deze was maximaal 45 waarbij de respondent over de volle lijn het volledig eens was met de uitspraak (negene uitspraken maximaal 5 per volledige instemming). De gebruikte schaal is wat “onlogisch” en moet omgerekend worden.

Voorbeeld van enkele uitspraken:

- Mijn arts-specialist maakte het voor mij duidelijk dat een beslissing moest genomen worden
- Mijn arts wou precies weten hoe ikzelf betrokken wou worden bij het nemen van de

beslissing

- Mijn arts legde mij precies de voor- en nadelen uit van de diverse behandeling opties

- Mijn arts hielp mij om de informatie te begrijpen

- Mijn arts en ik hebben samen een optie geselecteerd

- Mijn arts en ik hebben een akkoord bereikt over hoe verder te gaan

Het resultaat is behoorlijk goed, al kunnen wij dat nu niet vergelijken met andere kankers of groepen. Maar de gemiddelde score over alle respondenten was 34/45. Na omrekening was de gemiddelde score per uitspraak 4,5 of tussen “sterk mee eens” en “eerder mee eens”.

De tabel hieronder toont hoe mannen (na hun behandeling) terugdenken over hoe zij betrokken werden in de beslissing.

De patiënten die chirurgisch behandeld werden, scoren met 35/45 het hoogste. Patiënten die chemotherapie kregen (mogelijk als vervolgbehandeling) scoren 31/45 wat nog steeds een behoorlijke score is.

Als we naar de invloed van de cultuur (landen) kijken, zien we dat Nederland met 37/45 het hoogste scoort (sterk mee eens) en Portugal met 25/45 het laagste (tussen “eerder niet mee eens” en “eerder mee eens”).

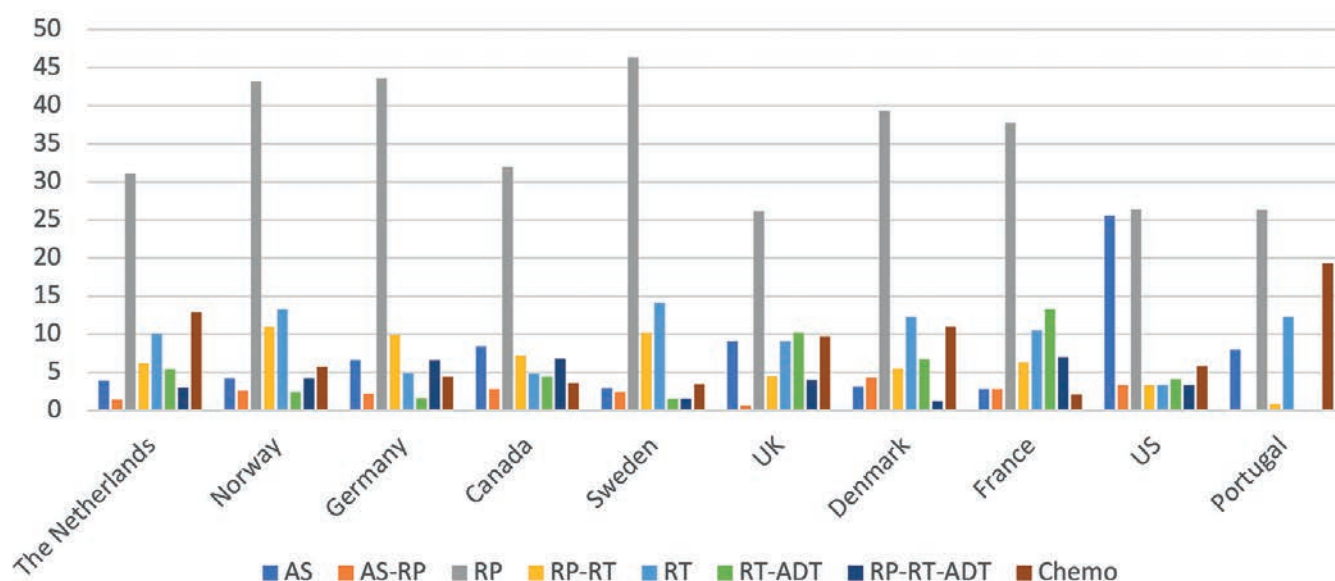
Er is zeker ruimte voor verbetering, maar er wordt toch al behoorlijk overleg gepleegd en de patiënt wordt over het algemeen bij de beslissing betrokken.

EUPROMS-2 en de diverse behandelingsopties

In de EUPROMS-2 studie werd aan de patiënten ook gevraagd naar hun behandeling. Door deze informatie te combineren met het land waar ze wonen en andere gegevens kunnen

	Overall n=3571	AS n=208	AS-RP n=79	RP n=1316	RP-RT n=277	RT n=339	RT-ADT n=166	RP-RT-ADT n=145	Chemo* n=276
SDM-Q-9 Summary score^									
Median, IQR	34 (25-41)	33 (23-40)	34 (27-40)	35 (27-42)	32 (25-40)	33 (24-40)	33 (20-38)	34 (27-42)	31 (22-39)

	Canada n=250	Denmark n=163	France n=143	Germany n=365	Norway n=720	Portugal n=114	Sweden n=205	NL n=839	UK n=176	USA n=121
SDM-Q-9 Summary score^										
Median, IQR	36 (27-41)	33 (25-39)	34 (26-42)	35 (26-42)	31 (23-36)	25 (20-36)	36 (27-42)	37 (29-43)	34 (26-40)	34 (23-40)



we afleiden hoe in 2021 prostaatkanker behandeld werd in de deelnemende landen.

Dat de VSA zo hoog scoort over actieve opvolging komt doordat patiënt-leden van een organisatie van AS-patiënten veel antwoorden hebben binnen gestuurd. Maar wat duidelijk is, is dat de voornaamste behandeling chirurgie is.

chirurgie bijvoorbeeld. Maar belangrijk is dat meer vrouwen (59,2%) spijt hadden van dingen die zij niet gedaan hadden dan over dingen die ze wel gedaan hadden (30,4%). Ook hier gaat het over een Amerikaanse studie bij in dit geval jonge(re) vrouwen op basis van interviews. Het aantal deelnemers was 449.

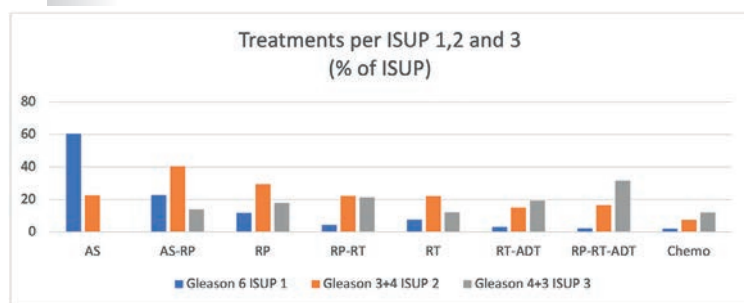
Een relatie, een huwelijk, een aankoop een beroepskeuze, is er iemand die nooit spijt heeft gehad over een beslissing of een keuze?

Het is natuurlijk niet hetzelfde spijt hebben van zijn keuze bij de behandeling van kanker of bij de keuze van de kleur van de badkamermuren. In dit geval willen wij daar alleen uit afleiden dat arts en patiënt er alles aan moeten doen om in een open gesprek duidelijk te zijn over de diverse behandelingen en over de nadelen die er steeds zijn.

Besluit

Het zal verbazen, maar, wij zijn het ermee eens dat allicht zelfs wat meer dan 1 op 10 mannen na een aantal jaren spijt heeft van zijn beslissing. Maar wij vinden het bijzonder spijtig dat dit verhaal op een vooringenomen manier wordt gebracht waarbij niet alles goed geduid wordt.

Uit dit artikel kunnen patiënten weerom tot een foute conclusie komen dat prostaatkanker “redelijk” ongevaarlijk is en dat je voor lokale kanker beter voor actieve opvolging kiest, de andere opties leiden tot spijt. Als het enkel over laag risico kanker ging zou ik hier volledig mee eens zijn, maar een groot deel van de gediagnostiseerde kankers is gemiddeld of hoog risico of zelf lokaal gevorderd. Deze kankers



Uit dezelfde gegevens kan ook een overzicht gemaakt worden over de behandelingskeuze in functie van de ISUP-groep bij de diagnose.

Bovenstaande figuur geeft het overzicht waarbij natuurlijk rekening moet worden gehouden met het overaanbod van AS in de VSA. Bovendien moeten we voorzichtig zijn, een ISUP-1 op zich is niet voldoende om het risico in te schatten.

Spijt over een medische beslissing

Hebben alleen patiënten na een prostaatkankerbehandeling, -operatie, spijt over hun beslissing? Laten we even over de haag kijken.

Borstkanker bijvoorbeeld in een rapport van 2011 in *Psychooncology* betreuren 42,5% van de vrouwen na vijf jaar een aspect van hun behandeling, 24,1% had spijt in verband met de

Overkoepelende gids helpt ondersteunen

PROSTAATKANKER Patiëntenorganisaties 'Wij Ook' en 'Think Blue' sloegen de handen in elkaar met verschillende teams van (medisch en verpleegkundig) specialisten: samen ontwikkelden ze de gids 'Leven met prostaatkanker'⁽¹⁾. De gids beslaat alle fasen en facetten die de ziekte met zich kan meebrengen, reikt handvatten aan en vormt een betrouwbare informatiebron voor de patiënt en zijn naasten.



Beste vrienden, het gebeurt niet elke dag dat wij en onze collega "Think Blue Vlaanderen vzw" in een toonaangevend artsblad voorkomen. En, met de realisatie van onze gids "Leven met Prostaatkanker" die samen met vele anderen tot stand kwam is dat wel het geval. In Artsenkrant van 20 oktober 2022 verscheen een artikel dat wij met toestemming graag overnemen zodat uzelf uit eerste hand kan lezen wat artsen over onze gids te lezen krijgen.

Patiëntenorganisaties 'Wij Ook' en 'Think Blue' sloegen de handen in elkaar met verschillende teams van (medisch en verpleegkundig) specialisten: samen ontwikkelden ze de gids 'Leven met prostaatkanker'⁽¹⁾. De gids beslaat alle fasen en facetten die de ziekte met zich kan meebrengen, reikt handvatten aan en vormt een betrouwbare informatiebron voor de patiënt en zijn naasten.

Dr. Peter Schatteman, uroloog in het Onze-Lieve-Vrouw Ziekenhuis van Aalst en mevr. Marleen De Pauw, oncologisch verpleegkundig specialist, vertellen hoe de gids helpt om de patiënt holistisch te begeleiden in zijn traject. Hun visie: de behandeling van (prostaat)kanker strekt zich uit tot ver buiten de muren van het ziekenhuis.

Informatiehonger

"We leven in een tijdperk waarin patiënten hun medisch dossier kunnen raadplegen in een muisklik", begint Marleen De Pauw. "Hiermee

hebben ze inzage in alle resultaten van hun aandoening, en dit is een goede evolutie. Maar het gaat soms ver: mensen doorspitten hun verslagen - waarin het woord kanker vaak tot in den treure wordt herhaald - en slaan nadien aan het googelen." Dr. Schatteman bevestigt: "Patiënten zoeken op het internet naar antwoorden op hun vragen, maar sommige sites verontrusten meer dan dat ze geruststellen, of geven rondt foute informatie."

Dit is waar de gids van pas komt. Hij biedt een wetenschappelijk correct antwoord op de vragen en bekommernissen die een patiënt kan hebben na de diagnose prostaatkanker. De uitleg, illustraties, getuigenissen en tips behandelen alle aspecten van de ziekte. "Het spreekt voor zich dat zo'n boekje de zorgverlener niet vervangt, maar het kan de zorg wel kwalitatiever maken", vindt dr. Schatteman. "De patiënt kan thuis, in alle rust, nog eens nalezen wat er met de arts en de verpleegkundig specialist werd besproken." En wanneer plotse vragen opduiken, kan de gids de eerste informatiehonger stillen. "Al zijn wij steeds telefonisch bereikbaar", benadrukt De Pauw.

À la carte

De gids bespreekt alle details van de diagnose en de onderzoeken die eraan voorafgaan, de behandelingsstrategieën (i.f.v. het stadium) en mogelijke nevenwerkingen, tot het belang van een gezonde levensstijl en de beleving van de partner. "De gids is erg breed", zegt Marleen De Pauw. "Het is dan ook belangrijk om rekening te

houden met het type patiënt dat je voor je hebt. De ene is graag optimaal geïnformeerd, komt met een lijstje vragen naar de consultatie. Bij een andere patiënt kan te veel informatie angst inboezemen."

Aangezien de behandeling van prostaatkanker wel met wat nevenwerkingen gepaard kan gaan, is goede informatie over preventie en aanpak van deze neveneffecten onontbeerlijk. De grootste zorg voor mannen met een gelokaliseerde ziekte is het risico op erectiele disfunctie en incontinentie. Mensen die bestraald worden, stellen zich vragen rond plas- en stoelgangpatronen die kunnen veranderen.

psycholoog, sociaal verpleegkundige en kinesist betrokken in het therapeutisch proces. En het stopt niet wanneer de patiënt het ziekenhuis verlaat. Voor systemische behandelingen maakt de dienst al een zestal jaar gebruik van een online dagboek. De patiënt kan er bijwerkingen rapporteren, vragen stellen of opschrijven wat er in hem omgaat. De oncocoach neemt de dagboeken door vanuit het ziekenhuis. "Wanneer we bezorgd zijn, bellen we de patiënt op", licht Marleen De Pauw toe. "Door kort op de bal te spelen, verhogen we de therapietrouw en verbeteren we de outcome van onze patiënten. Dat is wetenschappelijk bewezen", vult dr. Schatteman aan.

Patiënten zoeken op het internet antwoorden op hun vragen, maar sommige sites verontrusten meer dan dat ze geruststellen, of geven ronduit foute informatie.

Hormonale therapie kan dan weer vermoeidheid, verlies van spiermassa en gewichtstoename geven. "Sommige bijwerkingen kunnen we opvangen met het juiste advies rond dieet en lichaamsbeweging, wat helpt om de behandeling beter te verdragen", zegt de verpleegkundig specialist. "Ook de ervaringen van medepatiënten bieden steun. Mannen zetten minder snel de stap naar een lotgenotenvereniging en dan is zo'n laagdrempelige gids een goede aanzet."

Patiënten zoeken op het internet antwoorden op hun vragen, maar sommige sites verontrusten meer dan dat ze geruststellen, of geven ronduit foute informatie.

Samenspel

Het opstarten van een behandeling voor prostaatkanker komt met een stortvloed aan informatie. "Het is een gigantische meerwaarde dat de verpleegkundig specialist de patiënt helpt ondersteunen en allerlei zaken met hem doorneemt. Zo kan de arts zich toespitsen op de therapeutische en prognostische aspecten van de aandoening", zegt dr. Schatteman.

Daarnaast zijn ook de

Ze noemen het een samenspel: de vertrouwensband met de zorgverleners, de gids, het dagboek. Het geheel maakt dat de patiënt controle krijgt over zijn zorgproces. Of de gids

nuttig is voor huisartsen? "Absoluut. Veel patiënten bespreken graag de voorgestelde behandeling eerst met hun huisarts. Als de huisarts weet wat er zoal in de gids staat, kan die de informatie helpen kaderen, samen met de collega's in het ziekenhuis", besluit dr. Schatteman.

© 2022 Artsenkrant

(1) In samenwerking met Janssen Pharmaceutica N.V. De volledige gids is (gratis) te raadplegen op: janssenwithme.be > Leven met prostaatkanker



Dr. Peter Schatteman en mevr. Marleen De Pauw: "Door kort op de bal te spelen, verhogen we de therapietrouw en verbeteren we de outcome van onze patiënten."

**NIEUW: BROEKJE
GESCHIKT BIJ MATIGE
INCONTINENTIE**



BEHOUD DE CONTROLE BIJ URINEVERLIJES

TENA Men biedt zekerheid, mannelijkheid en discretie. Verkrijgbaar in diverse varianten: voor het verlies van slechts enkele druppels tot de hele blaasinhoud.



Vraag nu een gratis staal
aan via www.TENA.be of
scan de code hiernaast.



MEN
KEEP CONTROL

2022 de zee is kalm maar in de verte ziet het er niet pluis uit.

Urbain Bruggeman

In het decembernummer 2020 van *PROSTAATinfo* verschijnt het eerste verhaal met mijn ervaringen als prostaatkankerpatiënt. In 2021 heb ik “bladzijde 2” van mijn verhaal geschreven en gepubliceerd.

Voor het optekenen van mijn verhaal voor 2022 neem ik een wit blad papier met mooie lichtblauwe lijntjes erop gedrukt uit de lade van mijn werktafel.

Als ik dan eenmaal begin te schrijven, glijdt mijn vulpen zacht tussen de lijntjes. Soms vergeet ik de beschikbare inkt in mijn pen vooraf te controleren en dan komt plots dat moment dat ik noodzakelijkerwijs moet stoppen met schrijven. Niet aangenaam, maar met een nieuwe inktpatroon ben ik zo weer aan de slag.

Voor een uitgezaaide kanker bestaan er spijtig genoeg tot nu toe nog geen geneesmiddelen, die een patiënt genezen van deze vreselijke ziekte, geen inktpatronen die een mens terug gezond maken.

Ge moet het maar tegenkomen. Het is begin juli 2016. Bij een eerste onderzoek in het ziekenhuis naar aanleiding van klachten inzake mijn mobiliteit - anders gezegd de mogelijkheid om mij soepel te bewegen - wordt uitgezaaide prostaatkanker vastgesteld. Het betreft niet enkele uitzaaiingen, maar uitzaaiingen op het bot van in de nek tot onder mijn bekken. Ik word plots een palliatief kankerpatiënt, niet te genezen dus.

Voor de lezers die zich interesseren voor mijn palliatieve geschiedenis, verwijs ik naar de *PROSTAATinfo* edities voor het vierde kwartaal 2020 en 2021, vrij te raadplegen op de website van onze vereniging.

Ik ga terug naar januari van dit jaar. Ik bevind mij in fase 2 van mijn kankerbehandeling. De artsen proberen mijn prostaatkanker onder controle te houden met de geneesmiddelen Zytiga (abiraterone acetaat) en Zoladex. Normaliter daalt de PSA door deze geneesmiddelen tot onmeetbare waarden, wat positief is, maar dalen tevens de hemoglobine en hematocriet in het bloed, wat op termijn leidt tot bloedarmoede (anemie).

Bij mij gebeurt natuurlijk het tegenovergestelde. In januari 2022 bedraagt mijn PSA 0,14 µg/L. In november is mijn PSA gestegen naar 0,36 µg/L. De waarden van de hemoglobine en het hematocriet gemeten in mijn bloed bevinden zich boven of juist onder het normale minimum.

Dat bloedarmoede bij mij momenteel niet aan de orde is, vind ik fantastisch. Minder aangenaam is de stijgende PSA.

Deze gemengde gevoelens zijn totaal gerechtvaardigd. In november van dit jaar, ter gelegenheid van het maandelijks onderzoek in het Middelheim Ziekenhuis, wordt tevens een CT-scan genomen van de romp van mijn lichaam. Bij mijn oncoloog krijg ik het slechte nieuws te horen dat op de medische beeldvorming uitzaaiingen op mijn lever te zien zijn.

Om de karakteristieken van de uitzaaiingen te kennen, wordt er op 6 december een biopsie genomen van de aangetaste zone op mijn lever. In elk geval ziet het er niet goed uit, maar ik blijf toch in de mate van het mogelijke genieten van elke dag. Carpe diem.

2022 is ook bezaaid geweest met tegenslagen van fysische aard.

Zo ben ik in februari bij het monteren van een gordijn aan het plafond van mijn huiskamer achterover gevallen. Ik kon op slag dood geweest zijn. Gelukkig is er mijn stofzuiger die mijn spectaculaire val heeft gebroken. Ik kom er vanaf met een paar gekneusde ribben en enkele blauwe plekken.

Een paar weken later verlies ik mijn evenwicht op de lijnbus ter hoogte van Antwerpen-Linkeroever. Aan deze val houd ik een gapende wonde over aan de rechterkant van mijn bekken. Het scheelt niet veel of ik moet worden gehospitaliseerd.

Enkele maanden nadien verlies ik in mijn tuin mijn evenwicht en kom met mijn neus terecht op een arduinen tegel van mijn tuinpad. Gelukkig geen gebroken neus maar het bloed gutst wel over mijn lichaam.

En tenslotte, begin november, na het monteren van een trede, komt de trede op mijn linker kuit terecht met een schaafwonde als

gevolg. Door de veelvuldige medicatie die ik moet nemen is deze wonde ontspoord, zodat ik hiervoor nog steeds moet worden verzorgd.

Als ik 2022 in één woord wens samen te vatten, gebruik ik zonder twijfel het woord "pech". Het jaar begint in alle stilte. Tussendoor komen een aantal fysische tegenslagen, maar de brokken kunnen zonder noemenswaardige problemen terug aan elkaar worden gelijmd. Op het einde van het jaar komt de slechte boodschap dat er terug uitzaaiingen in mijn lichaam actief zijn. Waarschijnlijk zijn het nieuwe uitzaaiingen van mijn prostaatkanker, maar het kunnen ook uitzaaiingen zijn van een nieuwe tumor. Tijd brengt raad.

Ik steek de cap op mijn vulpen, want mijn verhaal voor dit jaar is geschreven. Het is een verhaal met een ongunstig einde, maar evenwel geschreven met de mooie blauwe inkt van Waterman.

Blauw symboliseert vertrouwen, loyaliteit, wijsheid, zelfverzekerdheid, intelligentie, geloof, waarheid en de hemel. Blauw wordt beschouwd als gunstig voor de geest en het lichaam, reden te meer om met de nodige dosis voorzichtigheid te blijven genieten van een vleugje hemels gevoel in een stormachtige omgeving.

**Wij Ook Belgium vzw en de redactie van
PROSTAATinfo, wensen alle leden en
lezers een gezond en voorspoedig 2023.**



Vernieuwing van het lidmaatschap Wij Ook België vzw 2023

Waarschijnlijk wilt u nog steeds op de hoogte blijven van alle nieuwtjes om uw levenskwaliteit in stand te houden. Daarom vragen we u om vandaag uw lidgeld 2023 te storten.

Lidmaatschap + abonnement
PROSTAATinfo: 25€
Steunend lid: 40€ of meer...

Blijf Wij Ook vzw steunen en schrijf u vandaag nog in:

IBAN: BE78 4037 1493 0186

BIC: KREDBEBB

Alvast bedankt.
Zo blijft u op de hoogte.
U kan het bijgevoegde
overschrijvingsformulier
gebruiken.



QALY's verzamelen

Rik Cuypers

De notie “quality-adjusted-life-year” is me bijgebracht tijdens onze bijeenkomsten van Wij Ook. Het is pas nu, na 21 jaren maandelijks prostaatkanker behandelingen, dat ik ze ten volle begrijp.

Op het moment van de prostaatkanker diagnose was mijn levenskwaliteit nul. Mijn leven werd gedomineerd door de pijn die een tumor in de L5 wervel veroorzaakte. Zenuwcompressie was het gevolg en de pijn was vooral voelbaar in mijn rechterbeen. Met de symptomen die ik had, zocht een neurochirurg naar een hernia, maar kwam uit bij de kanker.



Doorgestuurd naar een uroloog en een radiotherapeut: PSA 42, Gleasonscore 8 en 2 uitzaaiingen in het bot. De pijn, parameter nummer 1 van levenskwaliteit, lag hoog. Ik kreeg pijnstillers, maar 's morgens was mijn bed doorwoeld. Geen enkele houding nam de pijn weg. De eerste behandeling die ze tot een aanvaardbaar niveau terug bracht, was bestralingen van de botten: 30 Gy in tien sessies.

Terug thuis, hielp Dafalgan-codeïne een beetje. Als ik wakker was overheerste doodsangst. Ik had geen enkel besef van wat mijn ziekte inhield. Niemand gaf me antwoord op mijn vraag “hoe lang heb ik nog”. In mijn dossier stond dat ik palliatief werd behandeld. Voor mij stond dat gelijk met terminaal, terwijl het gewoon chronisch betekent. Voeg daar aan toe dat een neef enkele jaren tevoren aan prostaatkanker was overleden. Als ik me waste kon ik me niet voorover buigen door de rugpijn.

Na 6 maanden stelde ik vast dat het zonder pijnstillers ging. Me volledig terug lekker voelen duurde 2 jaren. Elke morgen werd ik angstig wakker en na enige activiteiten ging die angst weg. 's Avonds wist ik dat die er 's anderdaags terug zou zijn.

Eens de angst weg, leed ik vooral onder de verloren libido. De seks stond op een zeer laag pitje. Mijn grapje was, dat ik blij was dat mijn vrouw niet wegliep, om een man te zoeken die wel “functioneerde”.

Besluit: 6 maanden 0 qaly en 18 maanden 0,5 qaly

Dan ging het beter, zowel fysiek als mentaal. Ik kon me terug inzetten in het verenigingsleven, op reis gaan, deel nemen aan het bestuur van Wij Ook, mijn familie bezoeken en me inzetten voor mijn pas geboren kleindochter.

Ik gaf uiteenzettingen over prostaatkankerbehandelingen, vooral over de Androgeen Deprivatie Therapie die ik kreeg (weg met testosteron, voeding van de kanker). Die (anti)hormonale behandeling zou een reeks bijwerkingen hebben: libido onderdrukking, impotentie, persoonlijkheidsveranderingen, botafbraak, warmteopwellingen, misselijkheid, vermoeidheid, symptomen van verkoudheid, diarree, jeuk, nachtelijk zweten, pijn in de gewrichten, onregelmatig urineren, gezwollen en gevoelige borsten, krimpen van testikels, testikelpijn, rillingen, zwakte, diabetes, smaakverstoring, depressie, verhoogde bloeddruk, kortademigheid, maagdarfstoornissen, rugpijn, spierkrampen, gewichtstoename, winderigheid, boeren, haaruitval op het lichaam, vochttopstapeling in handen en voeten, verminderd geheugen en verminderd gezichtsvermogen.

Die bijwerkingen kunnen mild zijn of erg, ze kunnen afnemen met de tijd of eerder toenemen. Tijdens een bijeenkomst met patiënten zei ik dat warmteopwellingen na een jaar wel weggaan, tot een medepatiënt opmerkte dat hij er al 8 jaren mee zat.

Mijn ziekte evolueerde langzaam, maar door mijn opgedane kennis van de zaak panikeerde ik niet. 7 jaren na de diagnose steeg de PSA tot 7,2; tijd om de ADT aan te vullen met een Anti-Androgeen (=blokkeren van de androgeen receptoren van de tumoren).

Besluit: 5 jaren qaly 0,8

Opnieuw kreeg ik een periode van 6 jaren die eindigde met PSA 154, verdubbeling tijd 1 maand, uitzaaiingen in ribben, longen en lever. Ernstig dus, maar nog steeds geen paniek.

Door de AA te vervangen door Abiraterone, dat de productie van testosteron extreem beperkt, viel de PSA op “niet detecteerbaar” terug. Daar zit hij nog na 93 maanden.

Besluit: 6 jaren qaly 0,8

De 6 eerste jaren op Abi lieten me verder toe te reizen, met de stand van Wij Ook te sleuren, met de kleindochter op stap te gaan, met de gepensioneerden te tafelen, in Londen een interview te geven, enz...

Mijn bloedanalyses gingen wel de slechte richting uit, maar uitgesproken symptomen waren er niet.

Besluit: 6 jaren qaly 0,8

Dan begon de verstoring van mijn stofwisseling door de hoofdbehandelingen en bijkomende behandelingen zich te laten voelen en dit steeds maar erger en erger.

De bloedarmoede, waarmee vermoeidheid gepaard gaat, zakte tot 4,8 Hb. Zakken bloed dus. Ontsteking van de urinewegen waardoor de brandweer me uit mijn bed moest halen om naar de spoed te brengen. Mijn mondchirurg vocht 6 maanden tegen kaaknecrose, op het einde met 2 antibiotica tegelijkertijd. Het bot ligt nog bloot maar zonder ontsteking. Mijn oogarts stelde vast dat mijn netvlies aangetast

is, door de cortisonen die gepaard gaan met de Abi behandeling. Mijn oncoloog verlaagde de dosis, maar “zu spät”. Om mijn totaal verloren eetlust op te peppen schreef mijn maag-darm specialiste me een antidepressivum voor dat “off-label” mijn eetlust moet opwekken. 2 kg verliezen op 14 dagen maakte mijn oncoloog niet blij. Mijn botten zijn niet meer omringd met spieren en mijn lichaam is niet goed meer ondersteund. Mijn wervels kun je zo tellen.

Het komt hier op neer dat ik veel slaap overdag; met moeite samen met mijn vrouw boodschappen kan doen; mijn uitputtende wandelingen zich beperken tot 400 m strompelen rond ons huis; ik bij een bezoek aan het KMSKA na een half uur naar huis wilde; ik geen maaltijden met vrienden kan bijwonen en als ik mijn kleindochter vervoer, ik eerst wat slaap in een zetel bij haar thuis. Dat ik er toe gebracht werd mijn ontslag te geven als stemgerechtigd lid bij Europa UOMO was triestig. Zelfs mijn wekelijkse sauna geeft me niet meer het plezier van vroeger. Gelukkig zijn het maar “pijntjes” die me plagen, helemaal niet vergelijkbaar met die van het begin. Ze zijn te onderdrukken met een lichte pijnstiller.

Besluit: 2 jaren qaly 0,2

In 2001 gaven de statistieken me 10% kans om 5 jaren te overleven en nu blijkt dat ik toch 15 qaly's wist te verzamelen. Ik vrees dat er niet veel meer bijkomen.

Ik besef dat mijn inschatting van qaly's zeer subjectief is, maar als polytechnicus wil ik alles kwantificeren.



Nieuws EAU & ESMO 2022

Beide congressen gaan over kanker, EAU over uro-genitale kankers zoals prostaatkanker en op het ESMO congres komen alle kankers met hun medicinale behandelingen aan bod. Het is dan ook niet te verwonderen dat sommige onderwerpen meerdere keren op beide congressen aan bod komen. Het zijn de klinische en wetenschappelijke toppers die telkens hun recente resultaten voorleggen en luisteren naar de vragen van hun collegae. Hier moet je zijn om de allerlaatste nieuwigheden op te pikken.

De VISION-studie

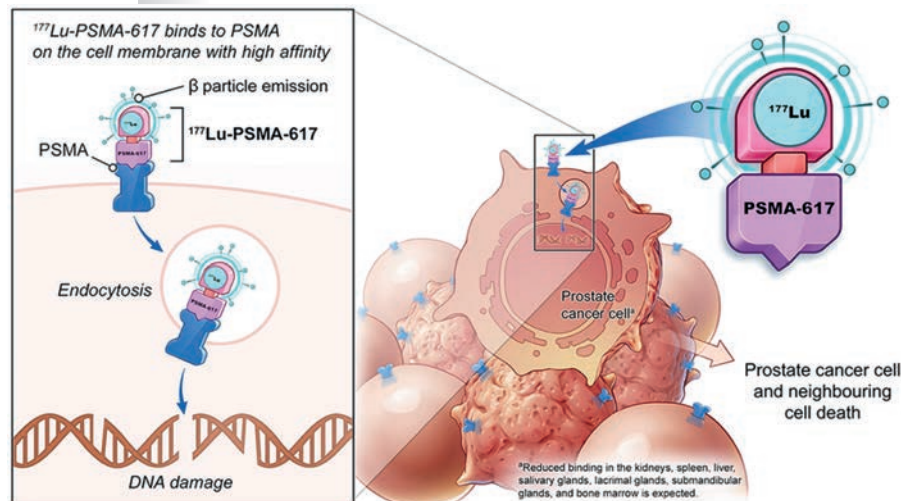
Het rapport over deze studie werd in 2021 gepubliceerd in *The New England Journal of Medicine*, O. Sartor, J. de Bane, et al., Lutetium-177-PSMA-617 for metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer, *N Engl J Med* 2021; 385:1091-1103 DOI: 10.1056/NEJMoa2107322.

Waarover gaat deze studie?

Gemetastaseerde castratie resistente prostaatkanker (CRPC) blijft ongeneesbaar ook al zijn er veel vorderingen gemaakt. Castratie resistent wil zeggen dat de kanker niet langer reageert op de onderdrukking van testosteron maar (opnieuw) groeit. Dit type van tumor vertoont op zijn celoppervlak een eiwit PSMA of prostaat specifiek membraan antigeen. Dit eiwit komt ook bij andere celtypen voor op andere plaatsen zoals speekselklieren. PSMA is dus niet echt prostaatkanker specifiek en bovendien vertonen niet alle prostaattumoren PSMA op hun

celoppervlak.

Anderzijds hebben we mogelijkheden om PSMA met specifieke doelzoek-moleculen te vinden, deze moleculen binden zich aan PSMA. Aan deze moleculen kunnen we dan een radioactief atoom zoals Lutetium-177 binden. Als we deze combinatie in de bloedbaan spuiten van een patiënt met PSMA positieve tumoren dan zal het doelzoek gedeelte deze tumoren zoeken en zich eraan binden. Het radioactieve atoom dat meegelift heeft, zal zoals steeds straling afgeven die de omliggende cellen kan beschadigen. Lutetium-177 zendt β -straling uit die niet erg ver reiken maar wel schade toebrengen aan de kanker.



Deze studie heeft op grote (Fase III) onderzocht wat de klinische gevolgen zouden zijn van zo'n therapie in vergelijking met de standaardbehandeling.

Welk patiënten konden deelnemen?

Om deel te kunnen nemen, moesten de patiënten CRPC hebben en reeds minstens met één "lijn" androgeen receptor geneesmiddelen



Volg Wij Ook Belgium vzw op Facebook

<https://www.facebook.com/groups/wijookprostaatpatienten> (Privé groep)

<https://www.facebook.com/groups/wijookbelgiumprostaatpatienten> (Openbare groep)

(ARPI's) zoals Abiraterone, Enzalutamide behandeld zijn boven op hun ADT. EN met één of twee sessies chemotherapie met taxanen (docetaxel, cabacitaxel). Bovendien kwamen alleen patiënten in aanmerking waarbij een PSMA PET-CT onderzoek met Gallium-68 positieve metastasen aangetoond had.

Naast deze voorwaarden werd ook nagegaan of de patiënten een levensverwachting hadden van minimaal 6 maanden. Hun leeftijd was geen criterium om uitgesloten te worden.

Daarnaast, dit waren de minimale "inclusie" voorwaarden daarna mochten de patiënten ook een aantal problemen niet hebben. Bijvoorbeeld hartproblemen of ernstige andere ziekten, lever- of nierziekten en veel meer. Dit laatste zijn de "exclusie" voorwaarden. Door deze selectieve keuze is de statistische analyse van de resultaten duidelijker en wat eenvoudiger.

Hoe verliep de studie?

Dit was een grote studie voor een "type" kankerpatiënt dat redelijk zeldzaam is. Omdat men dit soort studies niet eeuwig wil laten aanslepen doordat er nergens "veel" patiënten zijn, nemen er meestal veel centra uit meerdere landen deel. In dit geval waren dat 82 centra in de VSA en 32 centra in Europa.

De patiënten die in aanmerking kwamen werden willekeurig in twee groepen verdeeld in een verhouding van 2:1 hetgeen wil zeggen voor elke twee patiënten in de interventie-groep is er één patiënt in de controlegroep.

De patiënten in de controlegroep kregen allemaal de standaardbehandeling (SOC) voor dit "type" patiënten. De standaardbehandeling voor CRPC-patiënten in dit stadium omvat ADT plus een ARPI (bijvoorbeeld Enza, Abbi of een nieuwere molecule). Chemotherapie, immunotherapie, Radium-223 en experimentele medicijnen werden niet toegelaten. Dit laatste zou telkens een nieuwe afzonderlijke groep vormen.

De interventie groep kreeg boven op de standaardbehandeling ¹⁷⁷Lu-PSMA-617 om de zes weken en dit gedurende vier tot zes cycli. Na deze vier tot zes cycli werd de standaardbehandeling verdergezet.

Als de ziekte van de patiënt ongunstig evolueerde konden andere therapieën opgestart worden door de behandelende arts.

Beoordeling van het resultaat

Bij deze studie werd de "tijd" tot een gebeurtenis gebruikt als basis voor de vergelijking. Daarvoor is het bepalen van de start belangrijk. De patiënten werden eerst aan alle onderzoeken onderworpen om na te gaan of ze konden deelnemen. Daarna moesten ze allemaal hun toestemming geven om aan de studie deel te nemen. Hierna konden ze ingedeeld worden in één van de twee groepen. Dat moment van de indeling markeert de start van de tijds-telling.

In deze studie werd er in de loop ervan een aanpassing doorgevoerd, het rPFS eindpunt werd toegevoegd. Deze mannen werden met radiografische beeldvorming opgevolgd. Het tijdstip waarop er een voortschrijding (progressie) van de tumor (groter en of nieuwe) werd aangetoond bepaalde de progressie vrije tijdsduur vastgesteld met radiografie (rPFS).

Alle patiënten werden gevolgd en alle gebeurtenissen werden zorgvuldig genoteerd op de tijdsas. Op het moment van de indeling, randomisatie, was 100% van de patiënten in leven, en was er voor geen enkele patiënt een andere gebeurtenis te noteren. In de loop van de tijd worden alle gebeurtenissen geteld en volgt de curve het percentage mannen zonder de bestudeerde gebeurtenis.

Dat wil zeggen dat de mannen op verschillende plaatsen kunnen voorkomen in diverse eindpunten. Dezelfde man kan na drie maanden op radiologie progressie vertonen maar na 24 maand nog in leven zijn.

Een belangrijk ankerpunt bij de bestudeerde eindpunten is het tijdpunt waarop de helft van de deelnemers in een groep de bestudeerde gebeurtenis hebben meegemaakt.

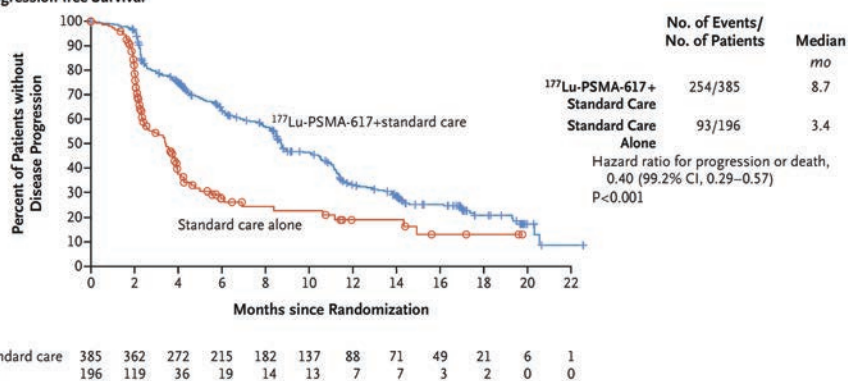
Naast de primaire eindpunten werden ook andere eindpunten gevolgd zoals de tijd tot er symptomatische problemen, problemen met pijn of breuken, werden gezien in het skelet.

Uiteraard werden ook de nevenwerkingen bestudeerd en gevolgd ook nadat de behandeling werd stopgezet. Dit is belangrijk omdat men wil weten of de gunstige resultaten opwegen tegen de nevenwerkingen.

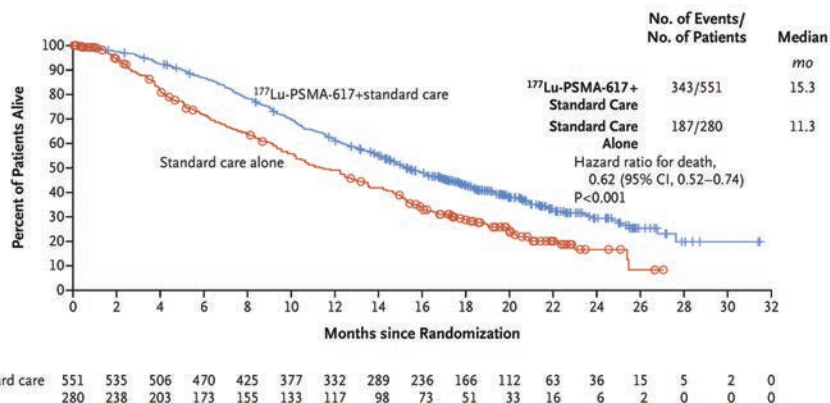
Resultaten

In totaal boden zich 1.179 patiënten aan

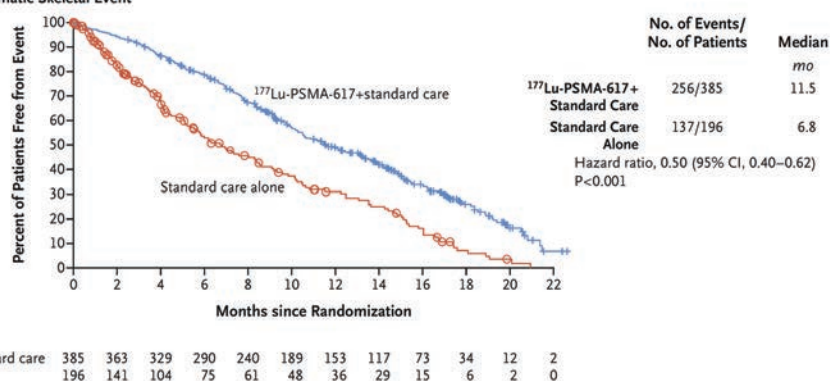
A Imaging-Based Progression-free Survival



B Overall Survival



C Time to First Symptomatic Skeletal Event



8,7 maand over deden een duidelijk beter resultaat.

Figuur B hiernaast toont het percentage mannen die op een gegeven tijdstip nog leven. Met de SOC leeft de helft van de mannen nog na 11,3 maanden behandeling. Met Lutetium is dat 15,3 maand. Dit is ook een aanzienlijke verbetering.

Figuur C evalueert het optreden van ernstige complicaties in het skelet. In de SOC-arm heeft de helft van de mannen een ernstige complicatie binnen de 6,8 maanden en de mannen die met Lu behandeld zijn doen daar 11,5 maand over. Dit is opnieuw een belangrijke verbetering in vergelijking met de SOC. Merk op dat de ernstige complicaties in het skelet later optreden dan de radiografische progressie. Wat natuurlijk niet verwonderlijk is.

Nevenwerkingen

Zoals te verwachten was, traden er meer ernstige nevenwerkingen op in de Lutetium groep dan in de SOC-groep. Vermoeidheid, droge mond (de speekselklieren worden ook aangetast), en misselijkheid kwamen het meest voor in de Lu groep.

Besluit

Deze behandeling met een radioligand (Lutetium-177) verlengt het leven van mannen met progressieve gemetastaseerde prostaatkanker op een significante wijze. De nevenwerkingen zijn over het algemeen te verdragen en de balans tussen de voordelen en de risico's zijn goed. Op dit ogenblik heeft het Europees Geneesmiddelen Agentschap (EMA) de Europese commissie aanbevolen om deze behandeling beschikbaar te maken in Europa. Dit laatste is recent gebeurd.

om deel te nemen aan de studie van deze kwamen er 831 in aanmerking op basis van de inclusie en exclusie voorwaarden. Deze patiënten werden verdeeld in twee groepen, 551 in de interventiegroep en 280 in de controlegroep. Van deze werden er 581 (385 en 196) later opgenomen in de evaluatie van rPFS.

In figuur A hierboven zien we de twee groepen. De rode lijn zijn de mannen die behandeld werden met de standaardbehandeling (SOC), de blauwe lijn zijn de mannen die met Lutetium behandeld werden. De twee curven geven het percentage mannen weer die in de tijdsas nog geen radiografische progressie vertonen. Het is duidelijk dat de helft van de mannen met SOC al na 3,4 maanden progressie vertoonden daar waar de mannen behandeld met Lutetium daar

Naschrift

De resultaten van klinische studies zijn statistieken die enkel op een grote groep van patiënten toegepast kunnen worden. Patiënten lezen deze resultaten anders, voor hen telt de “kans” die telt voor een individuele patiënt.

Als een patiënt de standaardbehandeling krijgt, heeft hij **één kans op twee** om na 11,3 maanden nog te leven en uiteraard één kans op twee om langer te leven. Indien die man evenwel met ¹⁷⁷Lu-PSMA-617 wordt behandeld heeft hij **één kans op twee** om nog 15,3 maanden te leven.

Tweede randtekening, deze behandeling geneest een man met gevorderde gemetastaseerde prostaatkanker niet, het geeft een verlenging van zijn leven met de ziekte met goede levenskwaliteit.

De pijnlijke skelet-verwikkelingen schuiven gemiddeld op van 6,8 maanden onder standaardbehandeling naar 11,5 maand met ¹⁷⁷Lu-PSMA-617. En deze verwikkelingen zijn ten rechte het meest gevreesd.

Zijn daarmee de mogelijkheden uitgeput? Neen, bij het verder progresseren van de kanker kan de arts opnieuw opteren voor chemotherapie of een toevoeging van nieuwe moleculen of immunotherapie.

En in België?

De ¹⁷⁷Lu-PSMA-617 behandeling is speciaal, het geneesmiddel vernietigt zichzelf doordat de radio-isotoop spontaan door straling deactiveert. Na 6,6 dagen is telkens de helft van het radioactief materiaal weg. Daardoor zijn er twee mogelijkheden, ofwel gebruikt men een gebruiksklaar product aangeleverd door een farmaceutisch bedrijf, ofwel wordt het geneesmiddel in het ziekenhuis zelf op het laatste moment gemaakt.

In België zijn er al enkele ziekenhuizen waar deze therapie mogelijk is en hun aantal zal zeker aangroeien. U zal begrijpen dat we hier geen lijst zullen geven van de betreffende centra.

Erik Briers

Nog een gedichtje...

Het kan toch niet,
Dat je niet je ware gelaat mag tonen,
Wegens lamgelegde hormonen,
Dat kan toch niet.

Het kan toch niet,
Dat je op feestjes,
Moet lachen zoals de meesten,
Dat kan toch niet.

Het kan toch niet,
Dat men je niet kan opbeuren,
Wanneer je gaat treuren,
Dat kan toch niet.

Het kan toch niet,
Dat kanker opzij wordt geschoven,
Wanneer de pret is boven,
Dat kan toch niet.

Het kan toch niet,
Dat kanker zo eenzaam maken kan,
Vrouw en man kraken kan,
Dat kan toch niet.

Het kan toch niet,
Dat je stilletjes wegwijnt,
Terwijl tumortje uitdeint,
Dat kan toch niet.

Het moet toch wel,
Dat men je betreft in het spel,
Dat er aandacht is voor je gezwel,
Dat moet toch wel.

Marc Liebens.



EEN HARDE NOOT OM TE KRAKEN

*De prostaat van een man is dan al niet groter dan een walnoot,
maar, dat wil niet zeggen dat we hem moeten miskennen*

Naar schatting zal één man op zeven tijdens zijn leven met een vorm van prostaatkanker geconfronteerd worden.

De meerderheid van deze prostaatkankers zijn van het laag-risico type en evolueren traag, hebben zelden een behandeling nodig en worden even zelden levensbedreigend.

Prostaatkankers van gemiddeld en hoog-risico daarentegen vereisen onmiddellijke aandacht van zodra ze ontdekt worden. Een vroegtijdige behandeling is essentieel om een evolutie naar een metastase, die fataal kan aflopen, te voorkomen. De vroege vormen van prostaatkanker veroorzaken meestal geen symptomen, op zijn hoede zijn is dan ook essentieel. Vanaf de leeftijd van 45 jaar is het best dat elke man aan zijn arts om een PSA-test vraagt. Het resultaat van deze eenvoudige test kan informatie opleveren over de gezondheidstoestand van de prostaat en of verdere testen aangewezen zijn.

www.europa-uomo.org/awareness