

PROSTAATinfo

Nieuwsbrief van Wij Ook Belgium vzw

December 2021



PB-PP|B-12943
BELGIE(N)-BELGIQUE

Versijnt
Driemaandelljks
Dec-21Jan-Feb 22
P910655



De **PROSTAATinfo** brievenbus (p5)
Het verhaal van een patiënt (p10)
In Memoriam Prof. Dr. Louis Denis (p11 & p13)

Hoofredacteur

Erik Briers [erikbriers@telenet.be]

Redactieleden

Urbain Bruggeman
Chris Coeman
André Deschamps
Luc Dewilde (Directeur OCA vzw)
Brigitte Dourcy-Belle-Rose
Jan Humblet
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

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)

Chris Coeman
[coeman.chris@skynet.be]

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. Dewilde L. - Bestuur Wij Ook
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
Pieters R. Verpleegkundige UZ Gent
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 meevolen rond de mogelijke lichamelijke, geestelijke en sociale problemen die we allemaal persoonlijk meemaken of kennen. Hiervoor is er eveneens een programma **Feel+** ontwikkeld om aan deze problematiek bij te dragen.

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 OntmoetingsCentrum Antwerpen vzw
Leopoldstraat 34
2000 Antwerpen
Tel: 03/645.94.44

e-mail: wij_ook@hotmail.com
Web: 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
20e jaargang september 2021
© 2021 Alle rechten voorbehouden

Verantwoordelijke uitgever
Luc Dewilde - 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 opinielers. De inhoudelijke verantwoordelijkheid van elke bijdrage ligt bij de auteur.



Editoriaal

Erik Briers Hoofdredacteur

Beste lezers, lieve vrienden,

Als je deze pagina leest is 2022 reeds aangevat en wij hopen dat je dat op een passende COVID veilige wijze hebt kunnen doen met familie en vrienden, mogelijk in kleinere groepjes.

COVID heeft ook Wij-Ook geen goed gedaan, we hebben geen enkele gemeenschappelijke activiteit kunnen organiseren, geen enkele PROSTAATinfo avond of dag, alleen bleef er één lichtpuntje, FEEL+ heeft enkele keren de benen mogen strekken in een nieuwe accommodatie.

2021 was dan ook een jaar om te herinneren, niet alleen hebben we afscheid genomen van twee van onze voormalige bestuursleden, we hebben dat ook op afstand moeten doen. Het verminderd onze grote waardering geenszins.

Maar 2021 heeft ons nieuwe technieken geleerd die we ook in de toekomst zullen gebruiken. We hebben geleerd om met ZOOM te werken en daarmee minstens een waardig alternatief voor onze PROSTAATinfo activiteiten. We hadden twee succesvolle ZOOM's over incontinentie en daarna twee over impotentie met gerenommeerde sprekers en veel vragen.

Daarnaast hebben we ook geleerd om ZOOM opnamen te realiseren die op onze web-site beschikbaar blijven zodat onze

leden maar vooral de nieuw gediagnostiseerde patiënt op zijn eigen tempo zich kan informeren.

We hebben daardoor informatie klaar over incontinentie en impotentie, over hoe kanker ontstaat en specifiek over het prille ontstaan van prostaatkanker. De nieuwste bijvoegingen handelen over vroegopsporing, MRi, de anatoom patholoog en actieve opvolging. Dat kan allemaal teruggevonden worden op onze web-site.

En dit nieuwe jaar gaan we daar verder op bouwen maar hopelijk terug naar vergaderingen met "levend" publiek in een zaal. Daarbij zullen we experimenteren met een mengvorm waarbij we de deelnemers thuis zullen laten meekijken en luisteren in de zaal.

Ten slotte rest er mij u nog een fantastisch 2022 te wensen in naam van onze redactie en aan Luc spoedig beterschap.

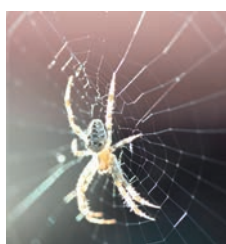


Inhoud van dit nummer

- 3 Een huldemoment voor Prof. Dr. Louis Denis [Erik Briers]
- 5 PROSTAATinfo Brievenbus, over een ballonkatheter [Erik Briers]
- 7 Programma van de volgende PROSTAATinfo-ZOOM's
- 8 Een jaar met klank maar anders, jaarverslag Wij-Ook [Urbain Bruggeman]
- 10 Het verhaal van een patiënt
- 11 Louis Denis, de uroloog [Prof. Hein Van Poppel]
- 13 Louis Denis, de patiënt advocaat [Simon Crompton]
- 15 PROSTAATinfo-ZOOM over incontinentie verslag deel 2.

- 19 Kort [Luc Dewilde]
- 23 In memoriam Marcel Peeters

Aandacht, Wij-Ook is verhuisd naar de Leopoldstraat 34 te 2000 Antwerpen, tel. 03/645.94.44
Open van maandag tot donderdag van 9-15u



Omslagfoto
Spin, 2021
©E Briers

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
Leopoldstraat 34
2000 Antwerp – Belgium
Tel: + 32 3 645 94 44

E-mail: europauomo@skynet.be
www.europa-uomo.org

Brievenbus

Erik Briers

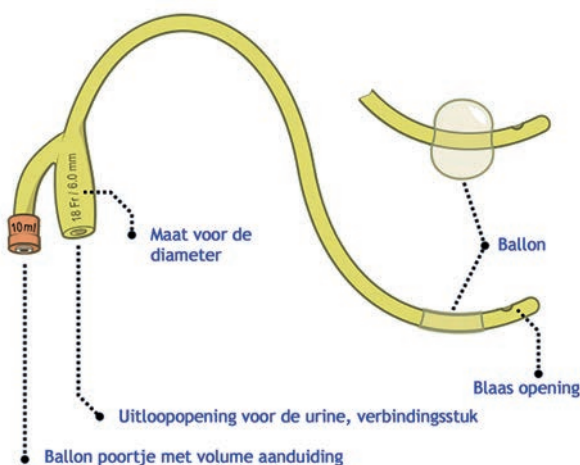
Beste vrienden,

In dit nummer komen we eerst even terug op de ballonkatheter.

De ballonkatheter die niet “leeg” wil

Op het antwoord in ons vorig nummer van PROSTAATinfo kregen wij een reactie van Dr. Johan Govaerts, uroloog en aaangezien de volledigheid belangrijk is voor ons volgt zijn reactie hier.

“Ik heb het artikel over het verwijderen van de ballonkatheter waarvan het ballonnetje niet leeg wil met belangstelling gelezen. Er wordt o.a. de methode vermeld waarbij men de ballon laat “ontploffen” met ether. Deze methode waarbij er ether in de blaas terecht komt kan ernstige complicaties met zich meebrengen: chemische cystitis met schrompelblaas als gevolg. Persoonlijk heb ik zulk geval ontmoet. In de literatuur zijn talrijke gevallen beschreven. Deze methode moet dan ook ten stelligste worden afgeraden te meer dat er veiligere methodes bestaan. De methode waarbij het kanaaltje ontstopt wordt met een dunne stylet van een ureter catheter wordt niet vermeld. Ook het leegpuncteren van de ballon onder echografische controle of, bij de vrouw via de urethra wordt niet vermeld. Ook moet het ballonnetje steeds gecontroleerd worden op intactheid want er kunnen rubber partikels achterblijven in de blaas na punctie. Eveneens zou het nuttig zijn te vermelden dat het hardnekkige fabeltje dat ballonnetjes van een Foley catheter niet mogen

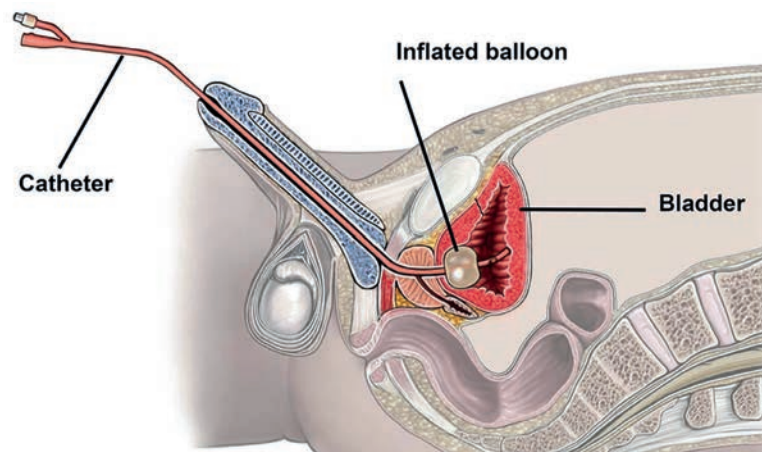


gevuld worden met een fysiologische zoutoplossing geen steek houdt.

Wetenschappelijke literatuur kan ik u bezorgen.”

In een latere email voegde Dr. Govaerts het volgende toe:

“Ik vond het artikel al vrij volledig op de door mij aangehaalde aspecten na. Het verhaal van de ether was mij bekend want ik heb het net zoals Luc Dewilde die ik goed ken geleerd van wijlen Prof Van Camp, ons beider opleider. Wat Prof Van Camp ons leerde en wat niet in het artikel staat is dat de ether methode moest toegepast worden nadat de blaas gevuld was met water om de ether die vrijkwam onmiddellijk te verdunnen. De gevallen van uitgesproken chemische cystitis waren ons toen (vroegere jaren 80) niet bekend. Wel kende ik het verhaal van een meisje die haar blaas verloor omdat de ether per vergissing in de blaas zelf werd gespoten. De patient die ik zelf gezien heb had zijn cystitis opgelopen in het grootste ziekenhuis van ons land weliswaar niet de dienst urologie. Ik heb toen het diensthoofd urologie van dit ziekenhuis op de hoogte gebracht en hij liet mij weten dat de ether methode niet door zijn



dienst wordt aangeraden noch uitgevoerd. Wat het afknippen van het poortje betreft dit wordt in verpleegstersscholen afgeraden omdat men vreest dat de catheter in de urethra zal verdwijnen. Als men daar rekening mee houdt is het echter een veilige methode en het was altijd mijn eerste geste als ik geroepen werd bij een catheter die niet kon verwijderd worden. Dat er na het poortje nog een tweede ventiel zou zijn is mij onbekend. Bij een intacte catheter loopt de ballon spontaan leeg na afknippen van de poort.”

Met veel dank aan Dr. Govaerts voor zijn reactie.

iets heel anders nu

PSMA

Het is al enige tijd bezig, maar in het wereldje van de prostaatkanker en dan zeker van de gevorderde prostaatkanker wordt er steeds meer over PSMA gesproken. Het is dan ook tijd om dat even van nabij te bekijken en er de nodige uitleg bij te geven.

Wat is PSMA?

PSMA is een afkorting die staat voor: “Prostate-Specific Membrane Antigen”.

Als we die naam even ontleden wordt een en ander duidelijker, eerst prostaat specifiek, dta zou betekenen dat het iets is dat specifiek is voor de prostaat. Maar dat is helaas niet waar, PSMA wordt bijvoorbeeld ook aangetroffen in speekselklierweefsel, de cellen die de binnenkant van de dunne darm bekleden en op vele andere plaatsen in het lichaam. Prostaatspecifiek gaat dus niet op.

Is het dan misschien specifiek voor prostaatkanker? Wel ook dat is niet juist, PSMA komt zowel voor in normaal prostaatweefsel als in prostaatcarcinomen. Maar het komt wel meer voor in prostaatcarcinomen dan in goedaardige prostaatweefsels, normale prostaatcellen vertonen maar weinig PSMA aan hun celmembraan en dat geldt ook voor goedaardige prostaatvergroting. Maar ook dan is het niet

perfect, niet alle types van prostaatkanker vertonen PSMA, tot 10% van de prostaatkanker metastasen vertonen geen PSMA.

PSMA komt dus in wisselende hoeveelheden voor op het celmembraan en dat is het gevolg van hoe vaak het via DNA gemaakt wordt. Dat wordt expressie genoemd, soms wordt PSMA helemaal niet tot expressie gebracht maar in veel prostaatkankercellen wordt het “overgeëxprimeerd”, er is er daardoor heel veel van op het celmembraan.

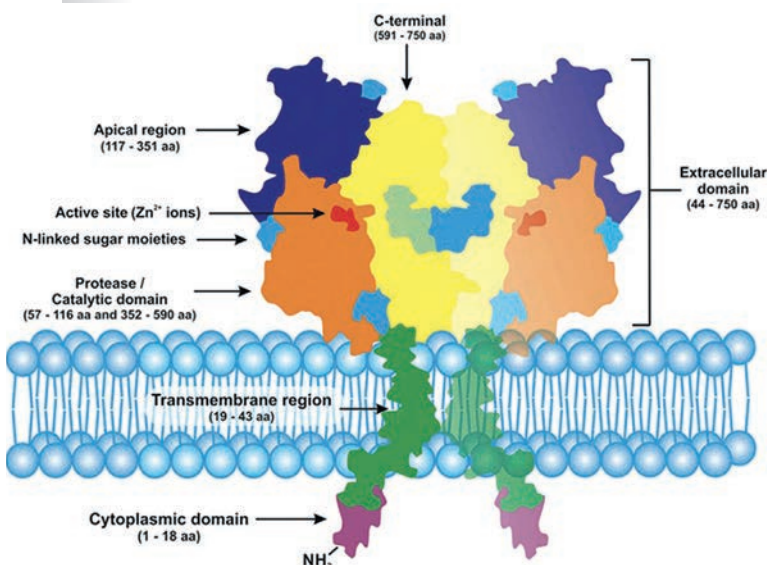
Membrane, membraan, elke cel is omgeven door een celmembraan. Doorheen dit membraan moeten stoffen getransporteerd worden naar binnen en naar buiten en moeten signalen worden ontvangen. PSMA is een molecule dat doorheen het membraan steekt, er is een stukje dat binnen in de cel steekt, een stukje dat in het membraan zit en een groot gedeelte dat buiten op het celmembraan uitsteekt. Laat u niet misleiden, bij één prostaatkankercel gaat het al vlug over tientallen van deze moleculen die doorheen het membraan steken.

Dan is er nog “antigen” of antigeen, dat wijst erop dat dit grote molecule gevonden werd met behulp van antilichamen of antilichamen, deze binden zich aan antigenen. Dat is puur de manier waarop bio- en andere chemici in dit verband spreken.

Als we nu ook even aan PSA denken, “Prostaat-Specifiek Antigeen”, dan vinden we veel terug wat ook in PSMA voorkomt, maar ook vergelijkbare problemen, PSA is dan wel specifiek voor de prostaat, maar niet voor prostaatkanker, maar bij een gevorderde prostaatkanker zijn beide uitstekend te gebruiken om de evolutie en behandeling op te volgen. Maar dan telkens rekening houdend met de beperkingen die wij hoger hebben aangegeven.

Er is wel een belangrijk verschil tussen PSA en PSMA, PSA is een stof die door de cellen wordt uitgescheiden en die we terugvinden in sperma en in zeer kleine hoeveelheden in bloed. PSMA is een stof die vasthangt aan het celmembraan en die niet vrij voorkomt, je vindt ze dus niet in sperma, bloed of andere lichaamsvloeistoffen. Als je PSMA vindt, dan heb je meteen de cel gevonden waar die stof aan vasthangt.

Die eigenschap wordt heel handig gebruikt, zowel bij diagnostiek als bij de behandeling van prostaatkanker.



O'Driscoll et al Br. J. Pharmacol. 2016, 173, 3041.

Wat doet PSMA eigenlijk?

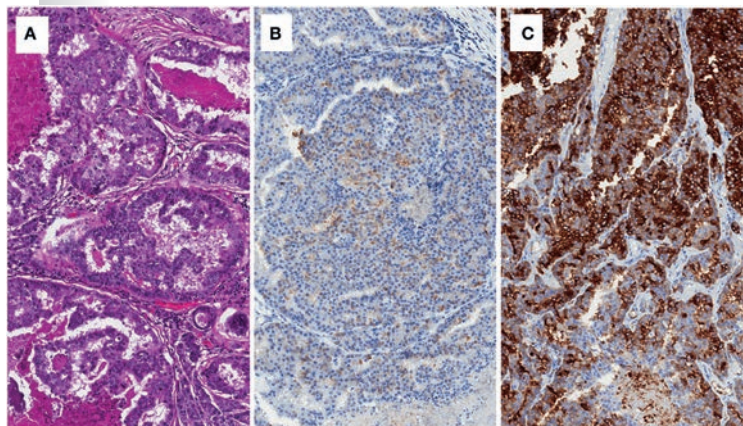
Net zoals PSA is het een enzym. Enzymen zijn moleculaire machientjes die andere moleculen veranderen door er een stukje af te breken of er iets aan te verbouwen.

PSMA vervult meerdere functies en doet dat ook in andere dan prostaat(kanker)cellen. Dat het een enzym is geeft ons de mogelijkheid om de enzymactiviteit te blokkeren wat we kunnen vergelijken met het werkingsprincipe van abiraterone. Zo'n stof noemen we een inhibitor. Inhibitoren zijn over het algemeen redelijk kleine moleculen die gebruikt kunnen worden bij diagnose maar ook bij behandeling van prostaatkanker.

PSMA is ook een eiwit

PSMA is ook een eiwit en tegen dat eiwit kunnen we antistoffen maken, antilichamen in het Engels. Deze kunnen heel specifiek zijn, ze herkennen en binden enkel aan een heel specifiek stukje van het grote PSMA. Dat betekent dat er diverse anti-PSMA antilichamen bestaan die allemaal een beetje verschillend zijn, maar ze binden allemaal ergens aan het PSMA molecule. Er zijn ook antilichamen die binden aan het stukje PSMA dat zich binnen in de cel bevindt.

PSMA in prostaatkankerdiagnose



Bij een kankerdiagnose is het herkennen van de kankercellen in een stukje weefsel (een biopt) van doorslaggevend belang. De anatoom-patholoog zal daartoe dunne schijfjes van het biopt (één cellaag dik) met kleurstoffen behandelen om de celstructuren zichtbaar te maken onder het microscoop. Daarbij kan ook gebruik gemaakt worden van anti-PSMA antilichamen waaraan een kleurstof is vastgehecht waardoor cellen met veel PSMA op het celmembraan zichtbaar worden. Datzelfde

kan gedaan worden met anti-PSA antilichamen die dan het opgehoopte PSA in de cellen zichtbaar maakt.

De figuur toont drie verschillende kleuringen voor een stukje prostaatkanker metastase uit de hersenen van een patiënt. De kleuring in [A] is een klassieke kleuring die een globaal weefselbeeld van de metastase toont, in dit geval een cribriform patroon. [B] toont een andere kleuring met een antilichaam dat bindt met PSA, de expressie, aanwezigheid is redelijk laag. [C] is dan een kleuring met een anti-PSMA antilichaam dat een sterke expressie van PSMA aan de celmembranen toont. (Figuur uit Cimadamore A, et al., (2018) New Prostate Cancer Targets for Diagnosis, Imaging, and Therapy: Focus on Prostate-Specific Membrane Antigen. *Front. Oncol.* 8:653. doi: 10.3389/fonc.2018.00653)

In beeld [C] zie je een donkere bruine kleur die een aanwijzing is voor de densiteit van PSMA moleculen in één cellaag. Maar een tumor is een klompje cellen honderden keren dikker dus met honderden keren meer PSMA.

Dat kan gebruikt worden om prostaatkanker metastasen in het lichaam op te sporen, maar dan met een geschikte merker.

PSMA zoeken met een radioactieve tracer

Een klompje cellen in het lichaam zoeken kan natuurlijk niet met een kleurstof, maar we kunnen wel radioactieve stoffen gebruiken die we met speciale apparatuur kunnen vinden en lokaliseren. Daartoe gebruiken we een PET scanner, een Positron Emissie Tomografie.

PET, antimaterie in actie

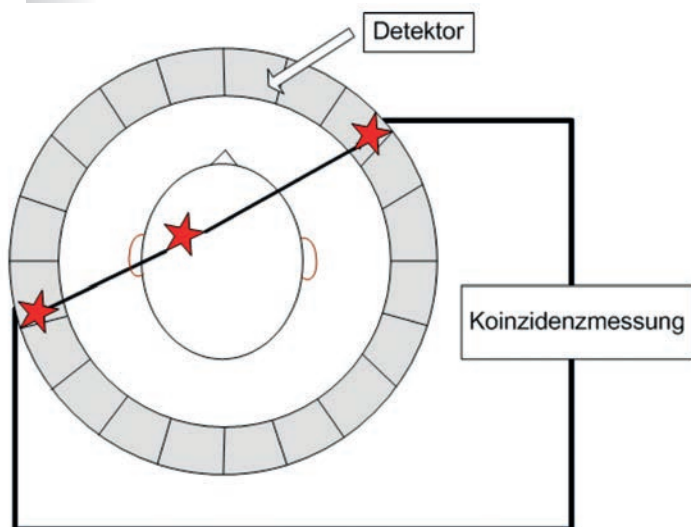
Een radioactieve stof is gekenmerkt doordat ze niet stabiel is en zichzelf met een vaste snelheid omzet in andere mogelijk stabielere stoffen.

Een atoom zoals ^{223}Ra dat we kennen als behandeling van bot-metastasen heeft een halfleven van elf en een halve dag hetgeen wil zeggen dat in die tijd de helft van het materiaal ontbonden is. Bij radium-223 gebeurt dit onder het uitstoten van een alfa deeltje.

^{68}Ga of gallium-68 is een andere radioactieve stof met een halfleven van net meer dan een uur. Gallium-68 zal bij zijn verval een positron uitsenden. Een positron is een antimaterie deeltje, een electron met een positieve lading.

Electronen hebben normaal een negatieve lading en zijn allom tegenwoordig, ons stroom-net zit als het ware vol met bewegende electronen.

Dat positron (e^+) is op zich dan wel stabiel, maar als het een electron tegenkomt komt het niet goed. Het electron botst met het antielectron of positron en beide anihileren elkaar, ze vernietigen elkaar en wat er overblijft is energie onder de vorm van straling. Die straling, twee lichtdeeltjes (fotonen) verdwijnen met de snelheid van het licht in tegenovergestelde richting. En dat kunnen we gebruiken in een PET scanner.



Die positronen kunnen niet ver vliegen alvorens een electron tegen te komen en zichzelf te vernietigen. In een PET scanner bevinden zich massaal veel detectoren in een cirkel die zich rond de patiënt bevindt. Dat is allemaal in de spreekwoordelijke super “donut” ingebouwd. (De figuur komt uit een PhD proefschrift door C. Schmaderer-2003)

Bij elk positron vertrekken er dus van heel dichtbij twee fotonen of lichtdeeltjes die door telkens een detector worden gemeten. Door tussen de twee detectoren een lijn te trekken kan de computer gemakkelijk (!) uitrekenen op welke lijn het positron zich vernietigd heeft. Uiteraard zullen veel positronen in het klompje cellen vernietigd worden en zullen er heel wat fotonen gemeten worden. Door alle lijnen te analyseren vinden we het punt, klompje cellen vanwaaruit de positronen uitgezonden en vernietigd zijn.

Omdat er heel wat fotonen “bijna” gelijktijdig uitgezonden worden is het belangrijk om alleen rekening te houden met detecties die “gelijktijdig” optreden alvorens een lijn te trekken, dat zijn twee gebeurtenissen die

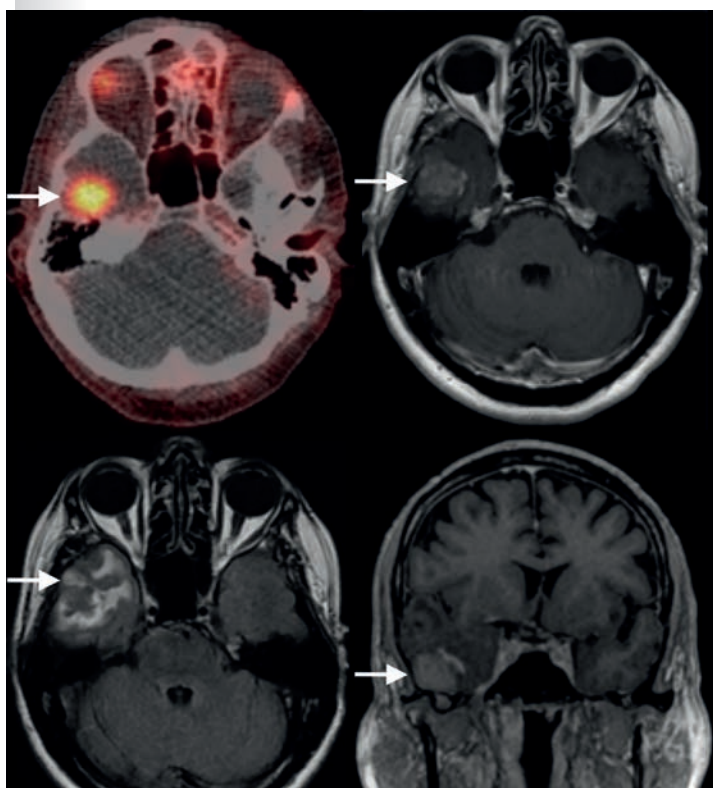
coïncideren, gelijktijdig optreden. Door het aantal detectoren in de apparatuur groot te nemen neemt de nauwkeurigheid van de meting toe, dit wil zeggen de kleinste metastase die nog gezien kan worden. In moderne apparaten zal met metastasen met een afmeting van 5 tot 10mm nog net kunnen zien.

In moderne PET scanners wordt vandaag gebruik gemaakt van combinaties waarbij er gelijktijdig ook een MRI of een CT scan wordt opgenomen. Deze twee laatste scans verbeteren de positionering van de tumor aanzienlijk binnen de structuren die de MRI of de CT zichtbaar maken.

PSMA PET-CT

Zoals al aangegeven vertonen de meeste prostaatkanker metastasen veel PSMA moleculen op hun celmembranen. Door deze PSMA moleculen met behulp van antilichamen of inhibitoren met daaraan een radioactieve tracer op te sporen kunnen we deze metastasen in het lichaam vinden.

Gallium-68 is een heel geschikte merker, een kort halfleven en veel positronen. Dat kort halfleven is belangrijk, de patiënt is na enkele uren al bijna alle radioactiviteit kwijt en kan zonder meer naar huis. Er zijn natuurlijk ook andere radioactieve merkers en diverse combinaties die zich aan het PSMA molecule kunnen hechten, ieder met zijn eigen specifieke eigenschappen.



In de bovenstaande figuur wordt een voorbeeld getoond van een prostaatkanker hersenmetastase die met behulp van een Ga-PSMA PET Ct duidelijk zichtbaar wordt (zie de witte pijl). In het beeld links boven wordt een CT beeld smengevoegd met het PET beeld waardoor de benige structuren in de schedel ook zichtbaar worden. De andere beelden zijn MRI beelden van dezelfde patient die de metastase op andere wijze zichtbaar maken. (Beelden uit Ross M.I. et al., in *EJNMMI research* (2020) 10:108 <https://doi.org/10.1186/s13550-020-00696-0>)

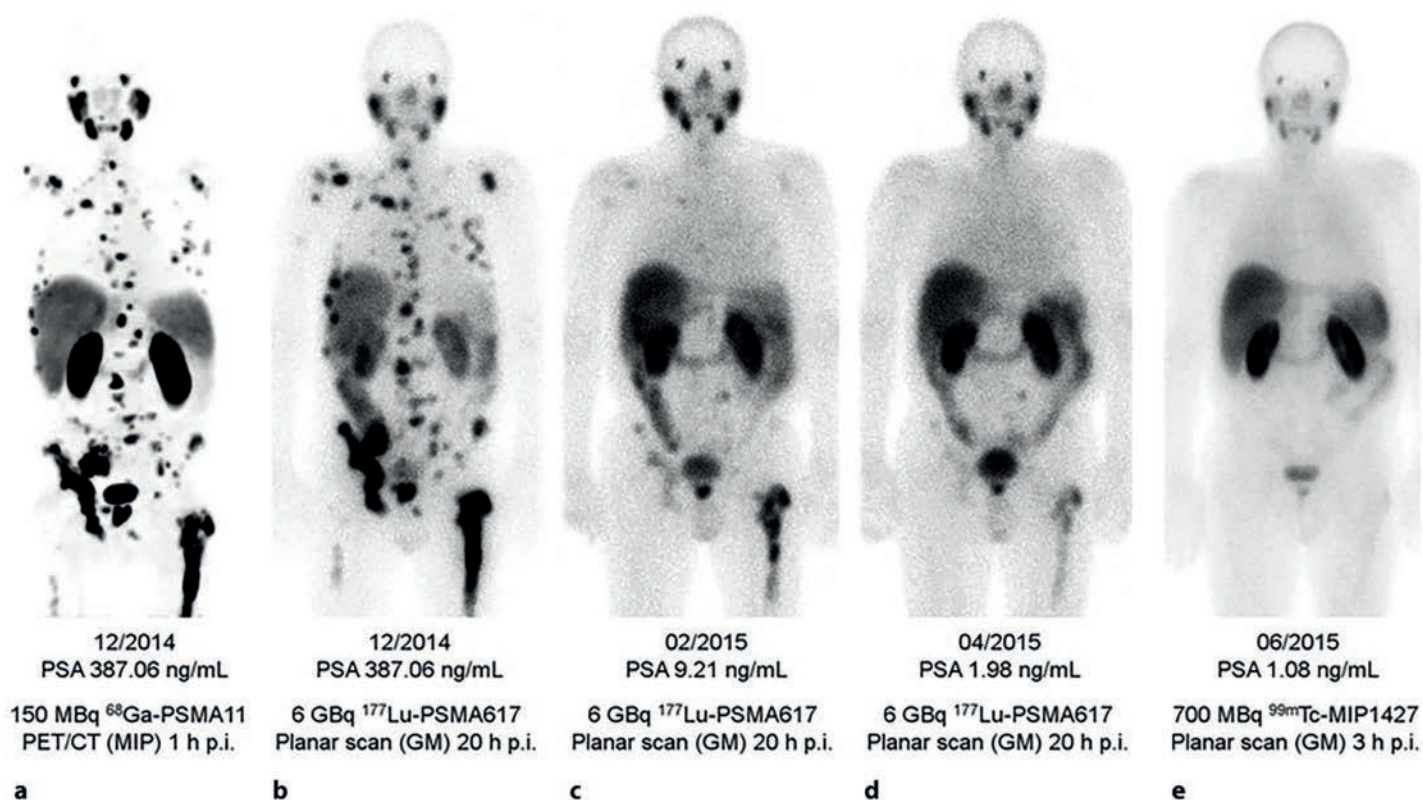
Hersenmetastasen zijn bij prostaatkanker heel erg zeldzaam, men schat een prevalentie van 0,5-3%. Metastasen naar het bot zijn daarentegen heel gebruikelijk zodat PSMA-PET-CT in dit geval veel gebruikt wordt.

PSMA gebaseerde behandeling

gebonden worden die de kankercellen kunnen vernietigen.

In dit geval heeft men al heel vlug zijn toevlucht genomen tot radioactieve stoffen. Men had al ervaring met de koppeling met radioactieve atomen die positronen uitsturen en zocht naar andere atomen die elektronen of zelfs alfa deeltjes zouden uitzenden. Deze deeltjes hebben een actieradius van enkele millimeter (electronen) tot een tiental celdiktes (alfa deeltjes). Dat korte bereik is belangrijk, we willen de kanker vernietigen en niet het gezond weefsel daarrond.

Een voorbeeld dat reeds in een vroeg stadium gebruikt werd is een Lutetium isotoop, ^{177}Lu , dat vervalst onder uitstoten van een electron. Lutetium-177 heeft een halfleven van 6,7 dagen waardoor in die periode de helft van het aanwezige Lutetium ontbindt.



Het was heel snel duidelijk dat er met PSMA meer mogelijk was. PSMA komt vooral voor op het membraan van metastases van prostaatkanker, om het even waar die zich bevinden. Het vinden van die metastasen berust op de vaststelling dat je ofwel kleine moleculen kan ontwikkelen die het enzym blokkeren of dat je antilichamen kan maken die zich ergens aan het PSMA molecule binden. Aan die doelzoek moleculen kunnen dan andere moleculen

De technieken om Lutetium-177 aan eiwitten en kleine moleculen te binden zijn gekend zodat het mogelijk is therapieën te ontwikkelen en uit te testen. De figuur geeft één van de eerste voorbeelden, we kijken van links naar rechts.

Figuur (a), december 2014 toont een PSMA-PET-CT bij een man met een PSA van bijna 390 µg/L. Dit is een diagnostische PET scan die heel veel donkere vlekken en vlekjes toont. Bij deze man zijn heel wat bot-metastasen te zien,

maar ook de nieren zijn goed te zien, een deel van de radioactieve merker wordt via de urine terug afgescheiden. Wat ook duidelijk afgebeeld wordt zijn de speekselklieren in het hoofd, deze exprimeren ook veel PSMA zodat ze onafwendbaar afgebeeld worden met een PSMA-PET-CT.

Figuur (b), de start van een experimentele behandeling met een PSMA doelzoeker waaraan Lutetium-177 is gebonden. Dit beeld maakt gebruik van de straling van het Lutetium-177 en is daardoor wat diffuser, niet zo scherp, maar je herkent de diverse bot-metastasen en bijvoorbeeld de speekselklieren.

Figuur (c), na twee maanden (tweede dosis) Lutetium-177 behandeling, opnieuw een beeld gemaakt met de eigen straling. Het beeld toont de verdwijning van een aantal van de bot-metastasen.

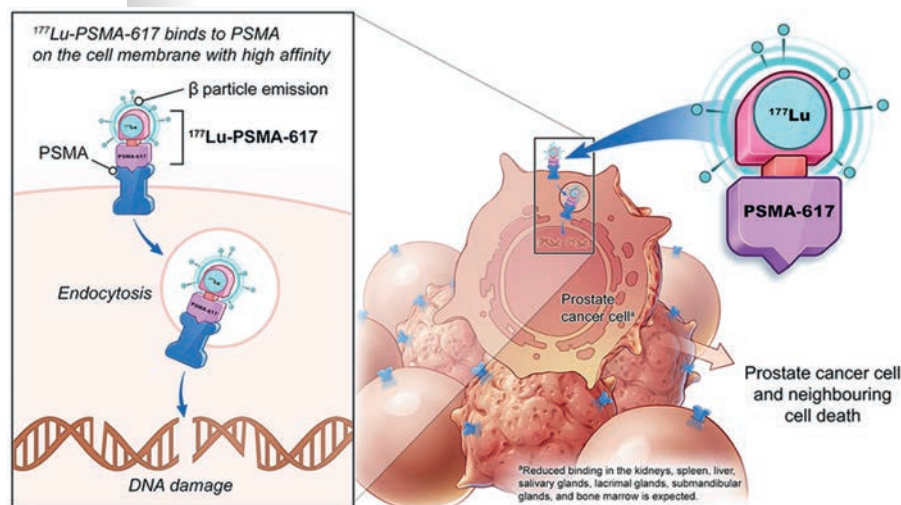
Figuur (d), vierde dosis en het beeld klaart verder op. Op figuur (e) zien we een bijna volledig opgeklaard beeld, er is nauwelijks nog iets te zien. De speekselklieren zijn nog te zien, maar ook deze zijn zwakker hetgeen één van de bijwerkingen toont, een PSMA Lutetium-177 behandeling zal ook een deel van de speekselklieren vernietigen.

Door de doelzoekende moleculen te wisselen zoekt men naar combinaties die de speekselklieren kunnen sparen. Alternatief wordt de keelstreek vóór de behandeling afgekoeld met een “coldpack” waardoor de bloeddoorstroming afneemt en dus ook de “bevloeiing” van de speekselklieren met Lutetium-177. Deze laatste voorzorg zorgt ervoor dat de speekselklieren ten minste gedeeltelijk gespaard worden. (Deze figuur komt uit Afshar-Oromieh A, et al. The rise of PSMA ligands for diagnosis and therapy of prostate cancer. *J Nucl Med.* 2016;57:79S-89S)

De bovenstaande figuur geeft verslag van één van de eerste pogingen, maar ondertussen zijn er meerdere klinische studies gedaan om echt aan te tonen dat deze therapie werkt. Recent werd ook een fase III studie afgerond en gepubliceerd, de VISION trial. Tijdens het grote Amerikaanse congres van de klinisch oncologen (ASCO 2021) werd hierover verslag uitgebracht.

Welke patiënten werden in deze studie betrokken? Het waren allemaal patiënten met gemetastaseerd CRPC of castratie resistente prostaatkanker (mCRPC), waarbij de

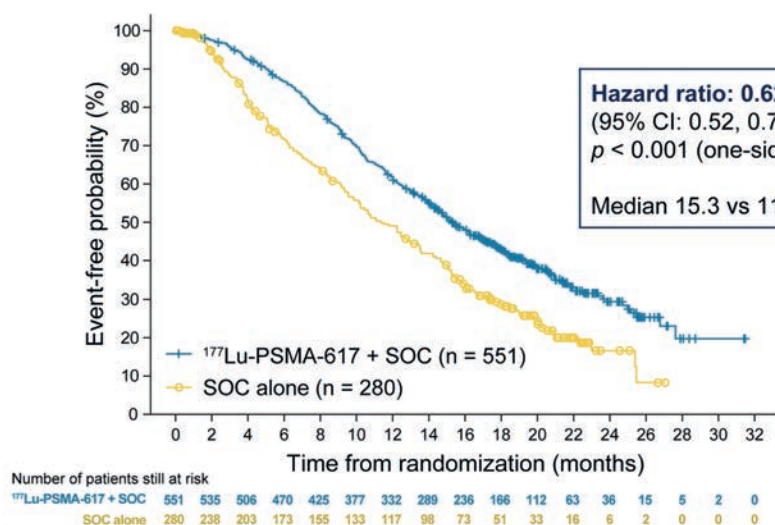
gebruikelijke behandelingen tot en met chemotherapie niet langer werkten. Om deel te kunnen nemen werden alle patiënten onderzocht met Gallium-PSMA-11 en dienden ze allemaal minstens één duidelijk PSMA positieve metastase te vertonen en géén PSMA negatieve. Tussen 4 juni 2018 en 23 oktober 2019 werden 831 patiënten willekeurig verdeeld over twee groepen, 551 kregen de Lutetium therapie (4 eventueel 6 cycli om de zes weken) plus de standaard behandeling tegenover 280 die de standaardbehandeling kregen.



De doelzoeker (PSMA-617) was zo gekozen dat er een grote affiniteit was voor prostaatkanker PSMA en een kleinere voor PSMA op speekselklieren, traanklieren en andere). In dit geval bindt ^{177}Lu -PSMA-617 zich aan de PSMA moleculen op het celoppervlakte waarna het “complex” door cellulaire processen “geinternaliseerd” worden, het complex komt binnen in de cel terecht in een klein blaasje. Binnen in de cel zal daarna het Lutetium vervallen onder uitzending van een electron dat zijn vernietigende werk kan gaan doen door het DNA onherstelbaar te beschadigen.

De bestudeerde eindpunten waren radiologische progressie vrije overleving (rPFS) en globale overleving (OS).

De resultaten van de VISION studie waren heel bemoedigend, gemiddeld was de globale overleving (OS) van de patiënten in de interventiearm, zij die Lutetium kregen, met 15,3 maanden significant beter dan de 11,3 maanden voor de patiënten in de standaard behandelings arm (de comparator). De onderstaande figuur toont een en ander mooi. De blauwe curve toont de evolutie van de patiënten met Lutetium over 32 maanden uitgedrukt als percentage van het aantal deelnemers bij de



start. We zien hoe het aantal overlevende patiënten daalt met het verloop van de tijd. 50% van de deelnemers leeft nog na 15,3 maanden. Van de patiënten die tot dan gebruikelijke behandeling kregen (standard of care of standaardbehandeling) feelden er nog 50% na 11,3 maanden. Dit verschil van 4 maanden is statistisch relevant ($p < 0,001$).

Uit het onderzoek van deelgroepen van de studiepopulatie kan men afleiden dat het gunstige effect wat kleiner is voor mannen met metastasen in de lever en voor mannen met een Aziatische afkomst. Al is het belangrijk vast te stellen dat deze groeten redelijk klein waren.

Dat andere eindpunt van de studie, radiografisch progressie vrije overleving, de tijd tot er een nieuwe metastase gezien wordt met een CT-scan is behoorlijk korter. In de groep met Lutetium behandeling is 50% nog vrij van metastasen op 8,7 maanden voor de patiënten met de standaard behandeling is die 50% al bereikt na 3,4 maanden. Deze kankers evolueren dus snel. Het verschil, 5,3 maanden is significant en kan veel betekenen voor de levenskwaliteit.

Maar zoals elke kankerbehandeling kent ook Lutetium nevenwerkingen al komen deze ook voor in de groep die de standaard behandeling kreeg.

Vermoeidheid, een droge mond, misselijkheid en braken en bloedarmoede kwamen veel meer voor in de Lutetium groep. Een droge mond kan verklaard worden door de inwerking van ^{177}Lu -PSMA-617 op de speekselklieren, maar voor geen enkele patiënt was dit een ernstige nevenwerking. Bloedarmoede was voor bijna 13% van de deelnemers een ernstig probleem tegen 5% in de standaard arm. De nevenwerkingen zijn daardoor redelijk aanvaardbaar te noemen in

verhelijking met de voordelen van de behandeling.

Deze gegevens en de figuren komen uit het verslag (ASCO 2021: Phase III Study of Lutetium-177-PSMA-617 in Patients with Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer (VISION) *UroToday.com*).

Is dit dan voor ons als patiënten de behandeling die prostaatkanker geneesbaar gaat maken ook in een gemetastaseerde fase? Helaas niet. Het diagram met de globale overleving leert ons dat we opnieuw een winst boeken van 4 maanden

hetgeen mooi is maar het blijft beperkt. Bovendien moeten we de cijfers ook als patiënt benaderen en dan klinkt het resultaat als volgt:

Voor een patiënt met mCRPC zoals de deelnemers aan deze studie (dit is belangrijk) die met ^{177}Lu -PSMA-617 behandeld zijn geldt dat zij 1 kans op 2 hebben om na 15,3 maanden nog te leven. Voor de patiënten met hetzelfde profiel maar die de standaard behandeling kregen zal 1 op 2 nog leven na 11,3 maanden. Maar er is geen garantie dat een patiënt die mijlpaal zal bereiken.

Bovendien zal 50% van de patiënten die Lutetium gekregen hebben na 8,7 maanden al minstens één extra metastase hebben. Van de groep die na 15,3 maand nog leeft heeft meer dan 70% minstens één extra metastase. In de standaard groep vertoont na 3,4 maanden 50% reeds minstens één extra metastase en na 11,4 maanden heeft 80% minstens één metastase.

En wat brengt de toekomst?

Dit is zonder meer een belangrijke doorbraak in de behandeling van mCRPC, voor deze groep van patiënten zijn er heel weinig opties die nog hoop kunnen geven. Maar het is helaas niet de gouden bullet.

We hebben nog steeds tumoren die geen PSMA exprimeren en die zich van deze behandeling niets zullen aantrekken en we moeten vaststellen dat de prostaatkanker ook voor deze behandeling een oplossing vindt in de vorm van resistentie en de verdere evolutie van metastases niet kan tegenhouden, moest dat wel zo zijn, dan zouden globale overleving in deze studie veel langer zijn.

We verliezen de moed en de hoop niet, maar er is nog veel werk.

Mijn verhaal

Urbain Bruggeman

2021: overboord geslagen maar niet verdronken

In het decembernummer 2020 van PROSTAATinfo verschijnt mijn laatste verhaal met mijn ervaringen als prostaatkanker patiënt. Op het einde van mijn artikel beloof ik om dit jaar een vervolg te publiceren, op voorwaarde dat ik nog voldoende energie en inspiratie heb om een voor de lezer interessant artikel te schrijven.

Aan inspiratie geen tekort, want 2021 wordt een jaar van turbulentie en verrassingen. Gelukkig keert in de late zomer een zekere vorm van rust terug, al dient gezegd dat het tij opnieuw heel vlug kan keren.

Voor diegenen die mijn verhaal vorig jaar niet hebben gelezen, een kort overzicht van mijn medische historie.

In juli 2016 stellen de artsen bij een onderzoek in het Middelheim Ziekenhuis te Antwerpen vast dat er in mijn lichaam een sterk uitgezaaide prostaatkanker woekert. Een bloedonderzoek wijst uit dat op dat ogenblik mijn PSA 23 µg/l bedraagt. Een biopsie brengt aan het licht dat mijn Gleasonscore 9 is (5+4). Er is dus sprake van een zeer agressieve vorm van prostaatkanker.

Verschillende onderzoeken volgen in ijltempo. Na deze onderzoeken moet ik de volgende behandelingen ondergaan: maandelijks een injectie met Firmagon, vijf beurten radiotherapie en zes sessies chemotherapie. Dit alles vermindert mijn PSA op het einde van 2016 tot 0,01 µg/l.

Ik word door de batterij behandelingen gereduceerd tot een schim van mezelf. Mijn mobiliteit is sterk afgenomen. Op enkele maanden tijd is mijn lichaam volledig geschalotterd, maar ik leef nog. Het is tijd om uit de put te kruipen.

In 2020 stijgt mijn PSA opnieuw tot een alarmniveau. Een PSMA-PET-CT scan wijst uit dat een nieuwe tumor zich in mijn prostaat ontwikkelt.

Mijn oncoloog beslist dat het moment gekomen is om te starten met een straffer medicament om de groei van de tumor een halt toe te roepen. Ik moet voortaan dagelijks het

geneesmiddel Zytiga, een abiraterone acetaat, innemen. Zo beland ik vier jaar na mijn diagnose in fase 2 van de kankerbehandeling.

Op drie maanden tijd daalt mijn PSA naar 0,02 µg/l. De keerzijde van de medaille is dat ik geconfronteerd word met vlagen vermoeidheid. De groei van de nieuwe tumor is voorlopig gestopt. Ik draai de bladzijde 2020 om in de hoop dat 2021 een rustig jaar wordt.

2021 begint voor mij met twee aandachtspunten: de PSA en de hemoglobine. Zal mijn PSA verder dalen naar 0,01 µg/l en zal de waarde van mijn hemoglobine al dan niet spectaculair dalen?

Eén van de bijwerkingen van abiraterone acetaat is bloedarmoede, wat zich bij de bloedsuikerslag onder meer vertaalt in een lage hemoglobine. De zorgen beginnen vooral als de hemoglobine vastgesteld in het bloed, onder de 10 g/dL daalt. In de medische wereld wordt in verband met de hemoglobine het volgende spreekwoord gehanteerd: “nine is fine; eight is afraid”.

Als mijn PSA terug zou beginnen stijgen, riskeer ik op korte of middellange termijn - afhankelijk van de stijgingscurve - terug te worden geconfronteerd met een nieuwe actieve tumor.

In januari stijgt mijn PSA naar 0,03 µg/l, wat minder goed nieuws is. Mijn hemoglobine blijft boven de 12,5 g/dL, wat daarentegen uitstekend is als ge rekening houdt met de zware medicatie die ik dagelijks moet innemen.

Vanaf januari 2021 verdwijnt mijn chronische vermoeidheid als ik maar voldoende lang kan slapen of na het middagmaal een flinke dut kan doen. Dat geeft mij extra moed. In februari, maart en april blijft mijn PSA staan op 0,03 µg/l en blijft mijn hemoglobine boven de drempel van 12,5 g/dL.

De tegenslag komt evenwel uit een onverwachte hoek. Op 21 maart 's avonds val ik met mijn bromfiets, voel dat mijn sleutelbeen gebroken is en biedt me 's anderendaags 's morgens aan op de spoedafdeling van het Middelheimziekenhuis. Daar stellen ze vast dat naast de sleutelbeenbreuk, ook zes ribben gebroken zijn en dat ik een klaplong opgelopen heb.

Ik word stande pede gehospitaliseerd, omdat uit de medische beeldvorming gebleken is dat ik aan mijn sleutelbeen moet worden geopereerd.

Ook de klaplong baart de spoedarts zorgen.

Daar lig ik dan in een ziekenbed. Een opname van ongeveer een week lang wordt voorzien. Gelukkig heeft mijn echtgenote, die in hetzelfde hospitaal werkt, de proactieve reactie gehad om een pyjama e.d. mee te brengen. Ik heb ook de reflex gehad om medicatie voor een paar dagen mee te brengen. Ik val dus niet in een zwart gat.

's Namiddags wordt op het operatiekwartier (het O.K.) een pijn pomp epiduraal aangebracht om ervoor te zorgen dat de pijn aan mijn ribben dragelijk blijft. Hierbij wordt door een anesthesist een dun en flexibel slangetje in de ruimte rond het ruggenmerg ingebracht en met de andere kant op de pomp aangesloten. Op regelmatige basis wordt een vloeibare pijnstillers in de ruimte tussen de ruggenwervels en het ruggenmerg gespoten, wat de pijn aan de ribben dragelijker maakt.

Voor de pijn aan mijn gebroken sleutelbeen krijg ik een afzonderlijke pijnstillers toegediend. Het personeel op de afdeling is zeer vriendelijk en behulpzaam. Gelukkig genoeg kan ik perfect slapen op mijn rug. De eerste nachten slaap ik als een roos.

Op 29 maart word ik door de orthopedist geopereerd. Door mijn klaplong word ik slechts plaatselijk verdoofd. Ik krijg een laken bovenop mijn hoofd, een zuurstofslangetje in mijn neus en mijn polsen worden vastgesnoerd. Ondertussen hoor ik rare geluiden langs de kant waar de orthopedist bezig is. Af en toe voel ik een scheut pijn.

Wat mij vooral van mijn avontuur op het O.K. bijgebleven is, is de perfecte samenwerking en teamgeest tussen verpleegkundigen, anesthesisten en de orthopedist en zijn assistent, een dikke duim omhoog voor jullie mannen!

De dag na mijn operatie mag ik naar huis. Een lange periode van revalidatie met slapen op mijn rug volgt. Begin augustus ben ik terug de oude. Alle kommer en kwel van mijn ongelukkige val ligt voorgoed achter mij.

In volle periode van revalidatie stijgt in mei mijn PSA naar 0,05 µg/l en in juni naar 0,06 µg/l. Momenteel noteert mijn PSA een quotatie van 0,11 µg/l, geen reden voor paniek maar toch een parameter om van nabij te volgen.

Maar tegenover een langzame stijging van mijn PSA staat het status quo van mijn hemoglobine. Bij het recentste bloedonderzoek blijkt dat na anderhalf jaar Zytiga te hebben

ingenomen, mijn hemoglobine 13,0 g/dL bedraagt. Ik hoef dus nog niet onmiddellijk te vrezen om te worden geconfronteerd met de negatieve gevolgen van bloedarmoede (anemie).

In augustus steekt een heel ander probleem de kop op. Plots word ik bij het meten van het suikergehalte in mijn bloed, geconfronteerd met waarden van rond de 200 mg/dL nuchter! Een maand ervoor werd ik voor de tweede maal gevaccineerd met AstraZeneca. Het zal toch niet waar zijn zeker? De toestand verbetert niet. Soberheid bij de drie maaltijden die een dag vullen, brengen geen aarde aan de dijk. Het is dus alle hens aan dek!

Op dat ogenblik neem ik dagelijks tegen diabetes 3 tabletten Metformax 850 mg in. Het wordt wellicht tijd om de medicatie te herzien en wellicht ook voor mij om in de zure appel te bijten.

Bij de huisarts gebeurt een bloedafname om het gemiddelde bloedsuikergehalte in mijn bloed te bepalen. Uit dit onderzoek blijkt dat de Hemoglobine Alc (NGSP) 7,2 % bedraagt. In juni bedroeg mijn hemoglobine Alc (NGSP) 6,6 %. Een forse stijging op enkele maanden tijd!

Om het suikergehalte in mijn bloed terug te brengen naar "normaal" wordt aan mijn uitgebreid arsenaal medicatie het medicijn Trajenta gevoegd. Bovendien moet ik suiker maximaal mijden. Het worden dus koekjes zonder suiker of een ijsje met maximum 1,5 gr suiker per 100 gr ijs. Na een maand gebruik van Trajenta en de riem te hebben dichtgesnoerd voor alle vormen van suiker, moet ik toegeven dat het nogal meevalt. Het went.

Ondertussen meet ik 's morgens nuchter opnieuw waarden onder de 100 mg/dL.

De troepen marcheren opnieuw in het gelid en de tegenslagen aan het medisch front blijven binnen de perken. 2021 is een jaar met verrassingen geworden, maar ook met een paar meevallers: mijn totaal herstel van de gevolgen van mijn ongelukkige val in maart en het op peil blijven van de hemoglobine in mijn bloed.

Als ik zou beslissen om mijn ervaringen in 2021 op te nemen in een schilderij, zal ik me zonder enige twijfel inspireren op het Slavenschip van William Turner. Ik heb met pijn in mijn hart, mijn bromfiets overboord geworpen en ben tot op heden gevrijwaard van verder onheil. Averij is er altijd, maar die kan worden hersteld.

De Feel+bewegingsoefeningen

Urbain Bruggeman namens het Feel+ team

De Feel+ bewegingsoefeningen zijn ontwikkeld voor mannen met prostaatkanker die een medische behandeling hebben gehad. De oefeningen geven de patiënt een idee op welke wijze hij meer fysiek actief kan worden. Fysieke oefeningen dragen bij tot een betere mobiliteit van de prostaatkankerpatiënt.

Het ondergaan van een medische therapie kan, net zoals met ieder geneesmiddel, ongewenste effecten veroorzaken. Veel van die bijwerkingen kunnen verminderd en/of tegengegaan worden door onder meer veel te bewegen.

Het Feel+ programma werd ontwikkeld in samenwerking met professor Bertrand Tombal van het Universitair Ziekenhuis Saint-Luc in Brussel en wijlen professor Louis Denis.

Feel+ wordt door Europa Uomo ondersteund - de Europese Prostaat Kanker Coalitie.

De bewegingsoefeningen gaan elke donderdagochtend door tussen 11 en 12 uur, in een voldoende verlucht lokaal in de Otto Veniusstraat 15 in Antwerpen. Momenteel is de coach Willy Walschaert, bestuurslid bij de VZW Wij Ook Belgium.

Onze vereniging is tevens bijzondere dank verschuldigd aan Brigitte Dourcy-Belle-Rose en Henk Van Daele, die samen met Willy Walschaert, jarenlang de Feel+ bewegingsoefeningen in goede banen hebben geleid.

Aangezien het Feel+ programma reeds jaren wordt uitgevoerd, is er na verloop van tijd een hechte vriendschapsband tussen de deelnemers en coaches ontstaan. Dat maakt de deelname aan de bewegingsoefeningen zeer aangenaam.

Intussen is deze groep uitgebreid en nemen er ook vrouwen aan deel, die al of niet een medische achtergrond hebben.

De Feel+ bewegingsoefeningen dragen dus niet enkel bij tot de fysieke conditie van de patiënt, maar bevorderen ook de gemoedstoestand van de deelnemer.

Geïnteresseerde personen richten een eenvoudige e-mail aan het secretariaat van onze vereniging (wij_ook@hotmail.com).

Sportieve groeten van het Feel+ team.

Nota: Wegens de heropleving van het Coronavirus is er vanuit "Wij Ook" beslist om tijdelijk de "Feel +" bijeenkomsten op te schorten tot na het Kerstverlof. Wij hopen dan dat de toestand genormaliseerd is, en zonder tegenbericht, verwachten wij jullie, gezond en wel, terug op donderdag 13 januari om 11H.

Vernieuwing van het lidmaatschap Wij Ook België vzw 2022

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 nog uw lidgeld 2022 (01.01.22 - 31.12.22) te storten.

Lidmaatschap + abonnement PROSTAATinfo:

Gewoon lid: 25€

Steunend lid: 40€

Feel+ (wekelijkse bewegingsles):

- Voor leden gratis.

- Partner van leden: 3€ per jaar (verzekering).

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.





'Wat roept deze foto bij u op?
Bewegen is goed,

Of

Het heeft toch geen zin.

Voor ons heeft het wel zin, en wij denken voor u ook.'

Waarom het niet zelf uittesten, met ons, elke woensdag van 11 tot 12 h. te
Antwerpen # Interesse, tel. 03/645.94.44

Seksuele dysfunctie na een behandeling van prostaatkanker

Erik Briers

Na onze succesvolle ZOOM in verband met incontinentie hebben we op 1 en 15 juni seksuele dysfunctie aangepakt. Het is een delikaat onderwerp waarvoor we de hulp van twee experts hebben bijgehaald.

Mevr. Jolien Vander Elst, klinisch psychologe en seksuologe nam het hoofdstuk ging over intimiteit en seksuele dysfunctie in het koppel.

Prof. Dr. Koenraad van Renterghem nam het hoofdstuk van de medische aspecten en wat eraan gedaan kan worden voor zich.

Omwille van de omvang van het probleem en de delicate inhoud werden er twee ZOOM meetings georganiseerd waarbij de tweede gewijd werd aan vragen van onze leden aanwezig die hun vragen ook via email konden stellen.

De “normale” seksuele functie

Gewoon al spreken over de normale seksuele functie is eigenlijk al een aberratie. Mannen zijn niet gelijk en dus is hun seksuele functie dat ook niet. We zijn dan wel anatomisch erg gelijkend, maar onze seksuele functie en functioneren wordt vanuit het koppeke gestuurd en dus is er plaats voor heel wat variatie. Dan gaat het er niet alleen om dat niet iedereen die zich als man (aanwezigheid van een Y chromosoom) geboren weet zich ook man zal voelen.

Om die normale seksuele functie te beschrijven gaan we ze opdelen in vier elementen waarbij we ons terdege bewust zijn dat dat onvolledig is. We beperken ons tot vier elementen waar een prostaatkankerbehandeling een grote invloed op kan hebben.

Opwinding, goesting - libido

In principe kent elke man dat, al wil dat niet zeggen dat de factor die opwinding uitlokt bij iedereen dezelfde is.

De opwinding, het libido is dan de mate waarin een stimulans tot opwinding leidt wordt mede bepaald door het mannelijk geslachtshormoon testosteron. Al zetelt het libido in de hersenen, zonder testosteron werkt dat niet of toch veel minder goed. Naarmate een man ouder wordt daalt de hoeveelheid testosteron die in zijn bloed circuleert en

daardoor ook zijn zin in seks. Het is normaal dat een oudere man minder zin heeft, maar dat is zeker geen algemene regel.

Prostaatkanker is een “hormoongevoelige” kanker (zoals ook borstkanker), dat wil zeggen dat een prostaatkanker testosteron nodig heeft, gebruikt om te groeien. Omgekeerd door de hoeveelheid beschikbaar testosteron te verlagen remt men de groei van de tumor af. Dat wordt gedaan door androgeen deprivatie therapie (ADT) toe te passen, men gaat de signalen die de teelballen nodig hebben om testosteron te maken blokkeren. Daardoor daalt de hoeveelheid circulerend testosteron tot op een heel laag niveau te vergelijken met het niveau bij een man waarbij men de teelballen heeft weggenomen (castratie).

ADT leidt dus bij zowat alle mannen tot een verlies van libido hetgeen geen nevenwerking is maar een normaal gevolg van de bijna totale onderdrukking van het testosteron.

Dit effect en het verlies van libido zijn in deze omstandigheden niet te behandelen. Maar ook hier zijn niet alle mannen gelijk, sommigen hebben nog voldoende “libido”.

Ejaculatie

Het ejaculaat dat naar buiten geschoten wordt tijdens het orgasme bestaat voor meer dan 90% uit vocht dat door de prostaat wordt uitgescheiden. Het is dan ook logisch dat na het verwijderen van de prostaat er geen ejaculaat meer is bij gebrek aan vocht. Ook na bestraling wordt minstens een deel van de prostaat vernietigd waardoor er minder ejaculaat volume over is. Men spreekt van een verminderd tot droog ejaculaat of orgasme.

Voor dit probleem is er geen oplossing, er kan geen surrogaat prostaat ingeplant worden.

Orgasme

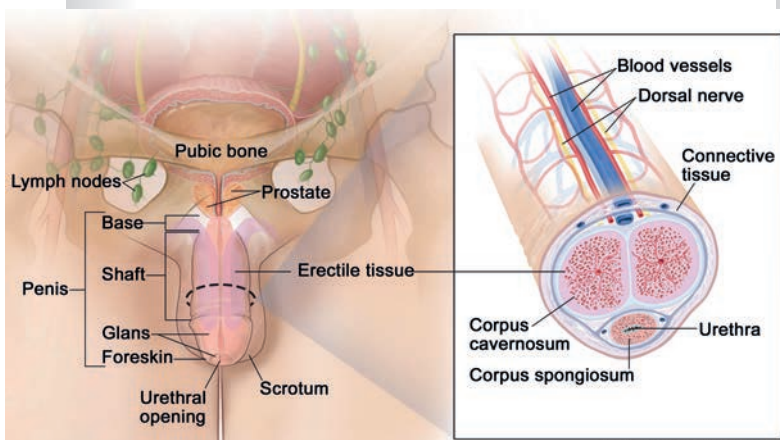
Het orgasme is een complex proces, er is stimulering nodig en de hersenen zijn essentieel. Maar, gelukkig voor mannen die voor prostaatkanker behandeld worden is er geen erectie noch een ejaculatie nodig om een goed orgasme te bekomen. Dat wil niet zeggen dat het niet gemakkelijker bereikt kan worden met

een erectie. Maar zelfs zonder erectie met de juiste stimulering kan een man klaarkomen.

Maar, zonder erectie is penetratie natuurlijk onmogelijk hetgeen sekt voor het koppel anders maakt. Samen zullen ze naar nieuwe oplossingen moeten zoeken eventueel met de hulp van een therapeut.

Erectie

In dit geval is het belangrijk om de anatomie er bij te nemen.



De figuur links toont een frontaal overzicht van de penis in ontspannen toestand. Het detail rechts toont een dwarsdoorsnede en we zien de twee zwellichamen naast elkaar en daaronder de urineleider in een sponsachtig weefsel.

De erectie wordt gestart door zenuwpulsen die uitgaan van hersenen en via de ruggengraad naar de basis van de penis geleid worden. Daarbij passeren de zenuwbanen vlak naast de onderrand van de prostaat, links en rechts. De zenuwpulsen worden in de zwellichamen omgezet in chemische signaalstoffen die de afvoer van bloed vanuit de zwellichamen opstroomt. Het resultaat is dat de zwellichamen vol bloed lopen en dat er een erectie ontstaat. Deze moet natuurlijk sterk genoeg zijn om een penetratie mogelijk te maken. Je kan het vergelijken met een zachte soepele tuinslang, als het water er ongestoord doorloopt is de slang slap, maar, als je de lang dichtnijpt wordt ze tussen de kraan en je hand hard en mogelijk ook dikker.

Bij de behandeling van prostaatkanker met chirurgie is het mogelijk dat de zenuwen beschadigd worden of zelfs helemaal verwijderd worden indien dit nodig is om de kanker volledig weg te nemen. Ook bij een behandeling met bestraling is het mogelijk dat de zenuwen beschadigd worden en dat de erectie bemoeilijkt wordt, dit is een erectiele dysfunctie.

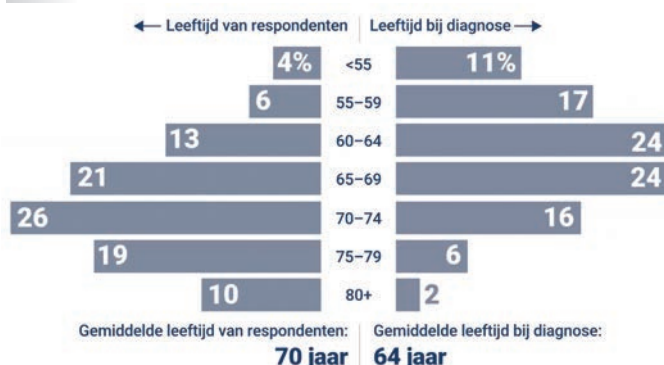
Een erectiele dysfunctie kan over het algemeen wel behandeld worden maar ook hier geldt dat iedere man een individu is en dat er geen algemene oplossingen zijn.

Niet alleen na prostaatkanker

Seksuele dysfunctie is niet het alleenrecht van voor prostaatkanker behandelde mannen, het komt veel meer voor. Zo zijn er ook de mannen die behandeld zijn voor colonkanker, of andere kankers in de omgeving van de geslachtsorganen. Of patiënten met diabetes of met beschadigingen aan het zenuwstelsel of verlammingen wegens een ongeval. Ook al deze mannen hebben uiteraard recht op een persoonlijke oplossing van hun problematiek.

André Deschamps over de EUPROMS studie

André Deschamps ging in op de EUPROMS studie voornamelijk over seksuele dysfunctie. De EUPROMS 1.0 studie is de eerste studie die door patiënten zelf wordt georganiseerd en waarbij net geen 3.000 patiënten op een reeks vragen rond levenskwaliteit hebben geantwoord. In België namen 339 patiënten deel aan deze studie.



Bij dit soort studies is het belangrijk dat er een verband is met de klinische realiteit. Indien we naar de leeftijden van de respondenten kijken zien we dat de grootste groep gediagnostiseerd werd in een leeftijd tussen 60 en 69 jaar. We stellen ook vast dat de gemiddelde respondent zes jaar geleden zijn diagnose ontving.

De meerderheid van de respondenten (67%) kregen slechts één behandeling, 22% kreeg twee behandelingen en 10% kreeg drie behandelingen.

We gaan hier enkel naar het seksueel functioneren kijken en op de vraag hoe de kwaliteit van dat functioneren is na de diverse behandelingen stellen we vast dat de kwaliteit het beste is na actieve opvolging. Dat verbaast

(S1) Hoe is het seksueel functioneren na verschillende behandelingen?

(Scores voor de kwaliteit van leven*. De laagste score geeft de slechtste effecten aan.)



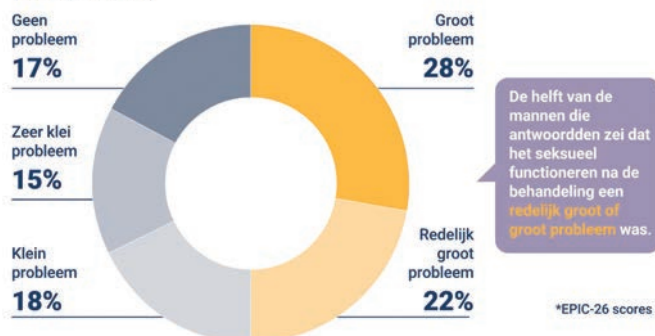
Radiotherapie houdt verband met een slechtere kwaliteit van leven dan prostatectomie.

niet want er wordt geen actieve behandeling toegepast. Dat de score toch maar 57 is en niet hoger past evenwel bij de leeftijd van de respondenten, bij hogere leeftijd neemt bijvoorbeeld het libido af.

Een andere vaststelling is dat behandelingen met bestraling lager scoren dan een chirurgische behandeling daar waar men dat vanuit klinische hoek wel eens anders wil voorstellen. Blijkt dat de tevredenheid na bestraling, al dan niet met een ADT behandeling, de kwaliteit na verloop van tijd negatief beïnvloedt.

(S2) Hoe groot is het probleem van het seksueel functioneren?

(Alle respondenten*)



In deze bevraging werd gebruik gemaakt van gestandaardiseerde vragenlijsten die ook gebruikt worden bij klinische studies zodat de resultaten vergeleken kunnen worden.

Uit de vraag hoe groot het probleem met het seksuele functioneren is blijkt dat de helft van de respondenten dat een redelijk groot tot een

(S3) Hoe scoren mannen hun huidige vermogen om seksueel te functioneren na de behandeling?

(Alle respondenten*)



groot probleem vinden. En drie/kwart van de respondenten vinden dat hun vermogen om seksueel te presteren slecht tot zéér slecht is. Dit toont aan dat we met een groot probleem zitten.

(S4) Hoe groot is het probleem van gebrek aan seksueel functioneren na de operatie?

(Alleen patiënten die een prostatectomie hebben ondergaan*)



Meer dan de helft van de patiënten die prostatectomie hebben ondergaan zegt dat een gebrek aan seksueel functioneren een aanzienlijk probleem voor hen is.

Hoe groot is het probleem voor het seksuele functioneren na radiotherapie?

(Alleen patiënten die radiotherapie hebben ondergaan*)



Uit een andere vraag blijkt dan dat de problematiek dat patiënten na chirurgie aangeven dat ze het een groter probleem vinden dan na een bestraling. Het verschil is een 10% maar het blijft een groot probleem.

(S5) Hoeveel patiënten van prostaatkanker hebben medicatie of hulpmiddelen geprobeerd om hun erectie te verbeteren?

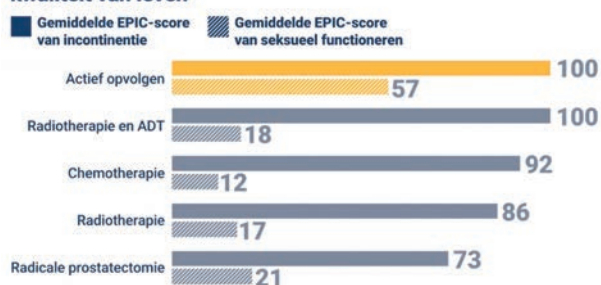
(Alle respondenten in de enquête)



Als het zo'n groot probleem is kunnen we ons afvragen of er al veel patiënten moeite gedaan hebben om naar een oplossing te zoeken. Die vraag werd uiteraard ook gesteld en er kwam een teleurstellend antwoord. Slechts 34% hebben inderdaad hulp gezocht voor deze problemen hetgeen echt wel weinig is.

In noorse landen wordt er wel meer hulp gezocht waardoor het percentage in andere landen nog lager ligt dan 34%.

1. Actief opvolgen moet worden overwogen als de eerste behandeling om verzekerd te zijn van de beste kwaliteit van leven



Als laatste resultaat van deze bevraging werd een overzicht getoond van de twee grote problemen na een behandeling voor

prostaatkanker infunctie van de behandelingen. Daaruit blijkt overduidelijk dat actieve opvolging *indien mogelijk natuurlijk* de eerste keuze moet zijn. Alle actieve behandelingen zullen op een of andere wijze het seksuele functioneren of de continentie ongunstig beïnvloeden.

De meerwaarde van een seksuoloog

Mevrouw Jolien Vander Elst, klinisch seksuoloog en psychologe neemt ons mee in wat zij voor prostaatkankerpatiënten met een seksuele problematiek kunnen betekenen.

Seksualiteit is bij uitstek een domein waar we holistisch moeten denken en handelen. Met alleen een lichaam of een stel hersenen gaat dat niet werken. Een eerste groot onderscheid is dat tussen het functioneren en de beleving van seksualiteit.

Bij seksualiteit kan onderscheid gemaakt worden tussen enkele deelaspecten.

Biologische factoren zoals het verschil in anatomie tussen mannen en vrouwen of de biologische daad van de bevruchting.

Psychologische factoren zoals verliefdheid, emotie, graag zien, verwachtingen enz.

Relationele factoren zoals verbondenheid, intimiteit, relationele moeilijkheden, soloseks enz.

Tenslotte zijn er ook culturele factoren die onze kijk op seksualiteit beïnvloeden. Er is ook een juridisch kader dat onze kijk beïnvloedt en wat maatschappelijk leeft. Hoe zien wij bijvoorbeeld naakt. Er zijn de media en bestaande taboes.

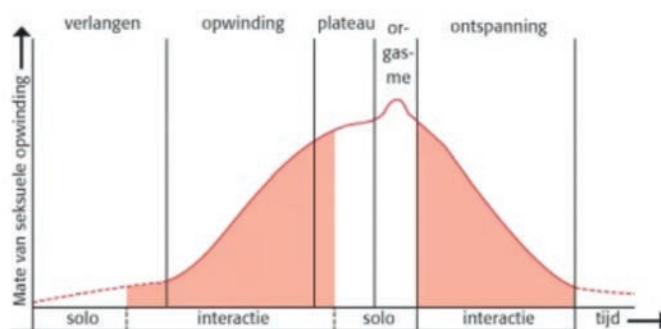
Seksualiteit heeft een heel individuele invulling en ieder van ons moet zijn eigen invulling geven.

Het seksueel functioneren houdt dan vooral verband met de biologische factoren. Na een seksuele prikkel voelt de man of vrouw dat in zijn lichaam. Een man voelt een erectie opkomen en voelt aan veel andere signalen dat hij opgewonden is. Bij een vrouw zijn er andere reacties op een prikkel maar zij voelt dat even sterk als een man. De mate van reactie op een prikkel is heel individueel.

Anderzijds is er de beleving, die meer te maken heeft met de psychologische en relationele factoren. Hoe staan we zelf in de relatie, hoe staan we tegenover onszelf wat zijn

onze keuzes.

De seksuele responscyclus



De seksuele responscyclus heeft te maken met het verloop van seks, gaande van masturberen tot seks met een partner. Maar zoals steeds is dit een gemiddeld beeld, iedereen is anders. De responscyclus is onderverdeeld in vijf onderdelen die in de realiteit wel wat door elkaar kunnen lopen.

In de fase van het verlangen is er nog een onderscheid tussen het spontaan verlangen waar het libido de bovenhand voert en het responsief verlangen waarbij de partner komt meespelen. Het responsief verlangen kan door de partner aangewakkerd worden via aanrakingen, kleding, parfum enzoverder. Daar waar het spontaan verlangen niet erg beïnvloed kan worden, kan het responsief verlangen wel beïnvloed worden en dat is zeker belangrijk in een relatie, het is wat in het Engels wel eens genoemd wordt: "What turns you on?"

In de volgende fase, de opwinding, stellen de partners vast dat de man bijvoorbeeld een erectie krijgt en dat de vrouw vochtig wordt, de hartslag stijgt enzoverder. Dat zijn objectieve tekenen, maar daarnaast zijn er nog andere meer subjectieve tekenen, de partners verliezen als het ware hun verbinding met de realiteit van de dag. Beide vormen van opwinding moeten uiteraard voor zover mogelijk samen evolueren.

Bij de man eindigt de opwinding normaal met een orgasme en over het algemeen met een ejaculatie. Daarna volgt er een periode waarin de man niet gemakkelijk opnieuw kan opgewonden worden. Bij de vrouw is dat anders, zij kan na een eerste orgasme opnieuw klaarkomen. Ook deze fase is individueel, er zijn geen regels of normale lengtes van de fasen bijvoorbeeld.

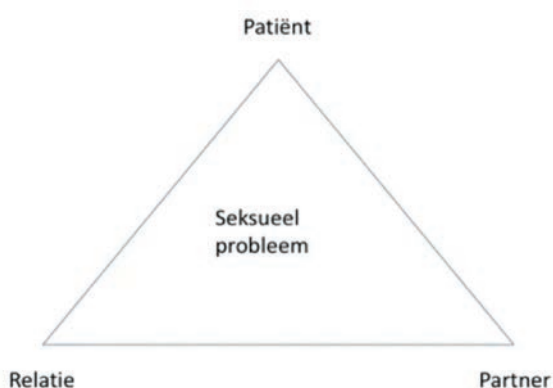
Na het orgasme volgt een fase van ontspanning waarbij het lichaam zich herstelt.

In de seksuele responscyclus wordt vooral over het lichamelijke gesproken, maar zonder de beleving, het hoofd, kunnen hier moeilijkheden ontstaan, beide moeten hand in hand gaan.

In de curve zien we ook twee fasen waar solo staat en andere waar interactie bij staat. In een seksuele relatie moet elk van de partners bij momenten voor zijn eigen genot gaan en tijdens andere samen met de partner het genot opzoeken. Het is zeker niet de regel om samen klaar te komen.

En dan komt prostaatkanker mee in bed

Er is natuurlijk veel meer dat een relatie kan verstoren, maar hier gaat het over hoe prostaatkanker onze seksuele relatie en persoonlijkheid kan beïnvloeden.



Prostaatkanker kan niet alleen het seksuele functioneren aardig in de war brengen maar ook onze beleving. Het mag duidelijk zijn dat diverse behandelingen ernstig tot fataal kunnen interfereren en dat gaat dan niet alleen over de erectie, het gaat ook om de basis, de goesting.

En dan sta je daar met je partner, je bent niet meer wie je was en je zal daar samen, of alleen mee verder moeten. Essentieel wordt het om dat onbespreekbare bespreekbaar te maken. Vroeger (dat niet meer bestaat) ging alles meestal vanzelf en over de jaren hebben zich vaste patronen gevestigd in de relatie. Maar dat blijkt plots niet meer te werken.

Er moeten nieuwe vormen van genot en genegenheid gezocht en gevonden worden. Daarvoor moeten de partners allicht ook leren spreken over dingen waarover vroeger niet moest gesproken worden. Al moet gezegd dat we ook kunnen vaststellen dat er vroeger allicht beter wat meer over gesproken werd.

In deze omstandigheden is er ook hulp mogelijk. Dat is nog een drempel waar de

partners overheen zullen moeten springen. In onze maatschappij is hulp zoeken voor psychische problemen niet evident, maar soms is het beter dan te blijven aanmodderen.

SOS, doe een beroep op een gespecialiseerde therapeut

Het is hier dat we beroep kunnen doen op seksuologen en psychologen die ons in dit verband kunnen helpen. Zij zullen ons helpen om onze relatie soms letterlijk te redden en vormen van seksualiteit te ontdekken die we nooit nodig hadden.

Maar één goeie raad, praat met je partner en indien nodig ga naar een therapeut en laat je helpen dat is veel beter dan je relatie te laten verzuren als een neveneffect van je prostaatkanker. Een goeie relatie is een opkikker voor je levenskwaliteit en die is het waard om er wat in te investeren.

Wil je meer weten of contact met een psycholoog of seksuoloog dan vind je hier twee verwijzingen: www.seksuologen-vlaanderen.be en www.jessazh.be/patienten/raadplegingsgids/volgens-specialisme/seksuologie.

Erectiestoornissen en wat kan je eraan doen?

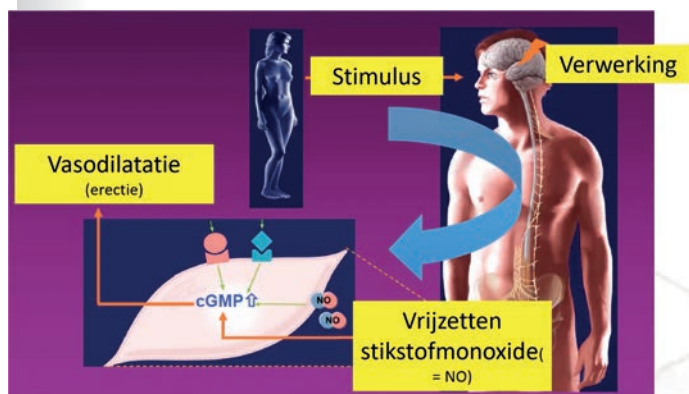
Na de psychologe keren we terug naar de klinische aspecten en wat daaraan gedaan kan worden. Prof. Dr. Koen Van Renterghem is een internationaal erkend expert in de problematiek en dan vooral inzake het plaatsen van erectieprothesen.

Het is belangrijk om te herhalen dat het bij prostaatkanker dus niet alleen gaat over een erectie stoornis, maar dat er ook storingen optreden inzake libido, ejaculatie en orgasme. Het gaat dus over een seksuele dysfunctie als gevolg van de behandeling van prostaatkanker.

Actieve opvolging, een veilige keuze indien mogelijk

Tijdens actieve opvolging voor een laag-risico tumor zullen deze problemen zich niet voordoen, tenzij ten gevolge van een normale veroudering van de man. Bij actieve opvolging wordt de man zorgvuldig opgevolgd om tijdig een genezende behandeling in te zetten die dan uiteraard wel gevolgen kan hebben. Elk jaar onder actieve opvolging is dus een gewonnen jaar voor een gezonde seksuele functie.

De erectie



De structuur van de penis is eerder al beschreven en ook het “mechanisme” van de erectie op zich. De zenuwpulsen veroorzaken de vrijgave van signaalmoleculen die enerzijds een “vasodilatatie” veroorzaken, het ontspannen van de bloedvaten. Anderzijds een ontspannen van het sponsvormige weefsel en tenslotte een toename van de veneuze weerstand waardoor de afvoer van bloed gehinderd wordt.

Bij chirurgie is het mogelijk dat de zenuwbanen beschadigd zijn, zelfs doorgesneden, waardoor een normale erectie niet langer mogelijk is.

Het is natuurlijk ook belangrijk aan te geven dat de erectiecapaciteit met het ouder worden afneemt. Het is dus normaal dat voor sommige mannen er een erectieprobleem bestaat onafhankelijk van de prostaat. Volgens studies kan men stellen dat voor mannen boven de 40 jaar tot 50% ervan ooit wel eens met een storing te maken heeft.

Ook hier zijn er risicofactoren zoals roken, alcoholmisbruik, obesitas, suikerziekte, psychische problemen en andere. Veel van deze risico factoren hebben te maken met de bloeddoorstroming en de kwaliteit van de bloedvaten.

Daaruit kan men al afleiden dat preventief werken aan een gezonde levensstijl goed is voor het behoud van de erectie functie. Die gezonde levensstijl heeft meestal gevolgen voor het lichaamsgewicht (verlaging van de BMI) en via gezond bewegen op de kwaliteit van de bloedvaten.

Bij het onderzoek van mannen die op raadpleging komen voor een erectie problematiek, buiten prostaatkanker, is een onderzoek van de vasculaire kwaliteit belangrijk. Vroege erectie stoornis kan een aankondiger zijn van cardiovasculaire problemen op hogere leeftijd. Een uitgebreid gesprek, anamnese, is heel belangrijk voor de clinicus om goed te begrijpen waar de problemen vandaan komen. Het kan een relatieproblematiek zijn maar ook een fysiologische oorzaak hebben. Eens de oorzaak gekend kan men aan een oplossing werken.

Een belangrijke parameter is en blijft testosteron, ook deze zal bij ouder wordende mannen gaan dalen met minder “goesting” tot gevolg. Daarnaast zal de uroloog met behulp van een eenvoudig dopplersonderzoek de toestand van de bloedvaten in de penis evalueren.

Behandeling van een erectie dysfunctie

Er zijn diverse behandelingen mogelijk maar ze kunnen niet elke man helpen. Volgens het type van oorzaak kan er met pilletjes, spuitjes, fysieke hulpmiddelen of een implantaat gewerkt worden.

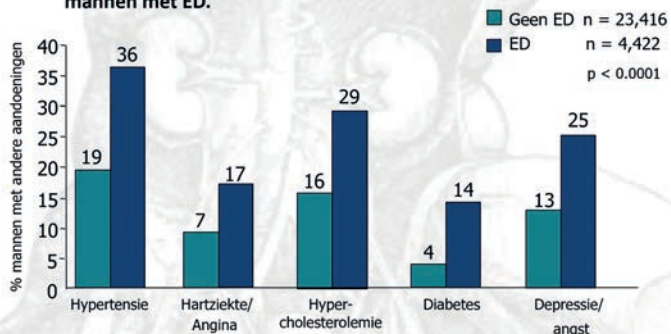
Pilletjes, blauwe en andere

Deze hulpmiddelen zijn al meer dan twintig jaar gekend en kunnen dienstig zijn voor mannen bij wie een erectie op natuurlijke wijze bestaat maar niet sterk genoeg is voor een penetratie. Bij deze mannen moet als het ware het signaal in de zwellichamen versterkt worden. Dat wil zeggen dat deze pilletjes niet zullen helpen bij mannen bij wie de zenuwbanen helemaal beschadigd zijn.

Het verschil tussen de diverse pilletjes is wat wij het half-leven noemen, de tijd waarin de circulerende concentratie tot op de helft daalt. Hoe langer dit half-leven, hoe langer het effect. Dat maakt dat de gebruiksaanwijzing van deze pilletjes wel kan verschillen en dat dit goed moet worden uitgelegd.

Bij het overwegen van de pilletjes is het

Er is een hogere prevalentie van comorbiditeiten bij mannen met ED.



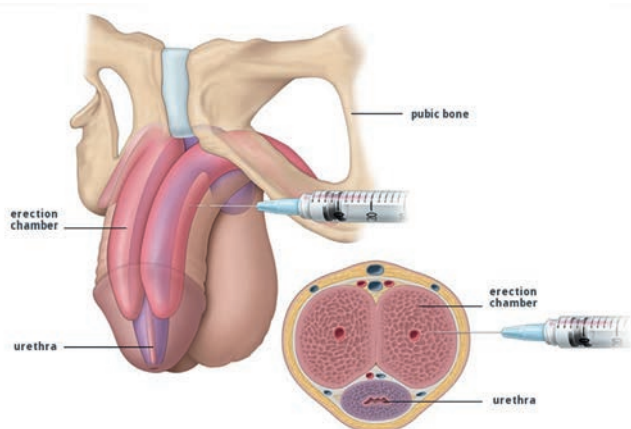
Opm: 64% van de mannen met ED rapporteerden minstens 1 of meer van deze aandoeningen

Rosen et al. Curr Med Res Opin 2004;20:607-17

belangrijk om zich ervan te vergewissen dat er wel een spontane erectie is en na te gaan of het gebruik van een pilletje de erectie zal versterken. Is dat niet het geval dan is het gebruik van deze pilletjes en de daaraan verbonden kosten zinloos.

Spuitjes

Indien er geen begin van een spontane erectie is moet er anders gewerkt worden. Dan moet men door middel van een injectie de signaalmoleculen die de erectie zullen tot stand brengen in de zwellichamen aanbrengen. Dat wordt een intra-caverneuze injectie.



Omdat de ene man de andere niet is moet de gebruikte dosis indien mogelijk afgestemd worden op de man in kwestie. Een erectie start redelijk snel na de injectie (binnen de tien minuten) en kan meer dan een uur duren met een stijfheid die penetratie mogelijk maakt. Het is belangrijk dat de dosis niet te hoog is aangezien de erectie dan meer dan drie uur kan duren hetgeen zeer onaangenaam is en tot een bezoek aan de spoeddienst kan leiden. Deze laatste zéér lang durende erectie wordt priapisme genoemd naar de god van de vruchtbaarheid.

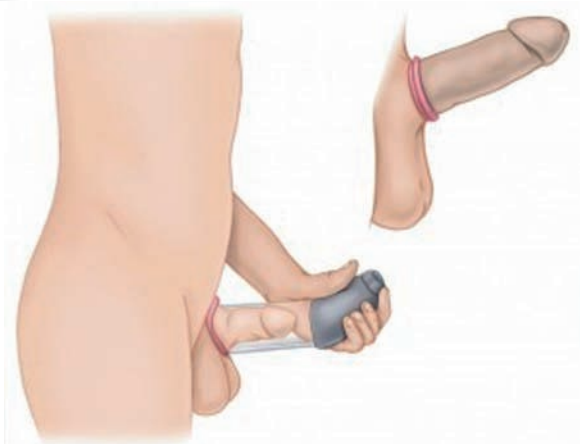
Het gebruik van de spuitjes vraagt een beetje koelbloedigheid en handigheid. Daardoor is het voor sommige patiënten met een hoge BMI niet mogelijk tenzij de partner het spuitje zet hetgeen ook gebeurt.

Indien de zwellichamen evenwel door langdurig niet gebruiken veel littekenweefsel (fibrose) bevatten kan het gebruik van de spuitjes heel pijnlijk zijn waardoor deze route ook niet kan.

Er zijn vandaag ook varianten beschikbaar waarbij het product niet in de zwellichamen gespoten wordt maar in de urineleider via het topje van de eikel ingespoten wordt. Deze

laatste techniek die geen injectie vraagt is minder pijnlijk en is voor sommige mannen een oplossing.

Vacuümpomp



Indien het voorgaande, pilletjes of spuitjes niet helpen kan er ook een beroep gedaan worden op een vacuümpompje. De figuur toont hoe het werkt, de penis wordt in een koker geschoven die aan de onderkant goed tegen de onderbuik wordt aangedrukt. De koker wordt met behulp van een pompje leeggezogen waardoor de penis zich passief met bloed zal vullen en er een erectie ontstaat in de koker. Door een rubberen ring vanaf de basis van de koker over de basis van de penis te schuiven wordt de bloeddoorstroming gestopt. De erectie blijft dan enige tijd behouden. Maar doordat er geen bloed meer stroomt zal de penis bijvoorbeeld koud worden en is deze aan de basis ook erg beweeglijk. Dit is voor sommige mannen een oplossing, maar zoals steeds niet voor iedereen.

Erectieprothese of een erectie-implantaat

Als alle voorgaande middelen niet helpen of indien uit het verslag van de chirurg blijkt dat door de positie van de tumor er van de zenuwbanen niets meer over is, dan blijven er weinig oplossingen over.

Ook voor deze situatie zijn er Europese richtlijnen (EAU) die stellen dat een implantaat aangewezen is voor patiënten die met medicijnen niet kunnen geholpen worden en die een definitieve oplossing willen.

De meeste patiënten willen een implantaat dat uit drie delen bestaat en de tevredenheid bij de patiënten is zéér groot zowel bij de man als bij de partner.

Het implanteren van een erectieprothese is

een ingrijpende behandeling die om een team vraagt.

Het is niet alleen een complexe ingreep, het is ook een ingrijpende ingreep voor de man en het koppel. Dat houdt in dat er naast een uitstekende en ervaren chirurg ook psychologische ondersteuning is, die is noodzakelijk. De patiënt moet namelijk goed beseffen dat de ingreep onomkeerbaar is. En ook dat de nieuwe situatie met een prothese niet dezelfde is als daarvoor. Neem alleen al dat de erectie niet spontaan zal optreden bij opwinding maar door de man moet “gecreëerd worden”. Daarbij wordt ook een gespecialiseerde verpleegkundige ingeschakeld om op vragen te antwoorden.

Bovendien is het ook wenselijk om de mogelijkheid te hebben om met een ervaringsdeskundige, een patiënt lotgenoot, te kunnen praten, zij hebben het meegemaakt en weten uit eerste hand hoe het aanvoelt.

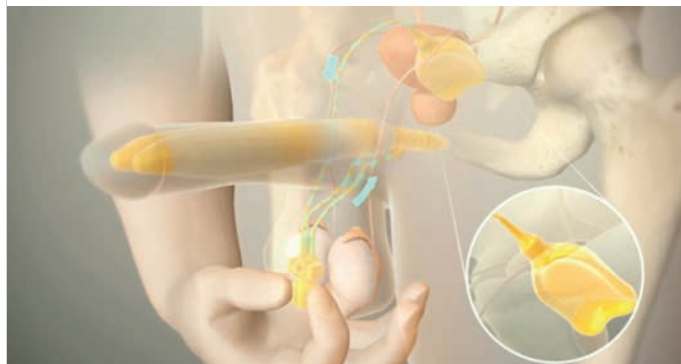
Drie onderdelen



De prothese bestaat uit drie (vier) onderdelen. Er zijn de twee cilindervormige buisjes die de plaats zullen innemen van de zwellichamen in de penis. Deze zijn verbonden met een pompje en een klepsysteem (onderaan) die in de balzak wordt geplaatst. Het pompje is verder verbonden met een vloeistofreservoir (linksboven) dat in de buikholte wordt geplaatst.

Bij het inplanteren worden de zwellichamen in de penis vernietigd en vervangen door de cilinders en worden de andere onderdelen eveneens ingebouwd. Dat gebeurt onder de hoogste normen van steriliteit. De grootste vijand van elk implantaat is besmetting. Maar door een doorgedreven hygiëne en sterilisatie van alle onderdelen en werkoppervlakken kan

een ervaren team dat infectierisico laag houden tot rond de 1%.



Na de operatie moet de patiënt uiteraard leren om het implantaat te bedienen. Dat kan pas na een gepaste periode van genezing en gewenning. De werking is redelijk eenvoudig, in principe start het in slappe positie, de man neemt het pompje tussen de vingers (duim en wijsvinger) en duwt waardoor vloeistof verplaatst wordt van het reservoir naar de erectie-cilinders, er ontstaat een erectie. Door verder te duwen zal de erectie zo hard worden als gewenst door het koppel.

Na de seks, duwt de man op de klep boven op het pompje en drukt hij met de hand de penis samen. Daardoor stroomt de vloeistof terug naar het vloeistofreservoir en valt de penis terug slap.

Deze handelingen kunnen regelmatig gebeuren en over meerdere jaren. Bij prostaatkanker zal de man uiteraard geen ejaculatie meer hebben, indien er nog een prostaat is kan dat natuurlijk wel nog (bij diabetes bijvoorbeeld). Een implantaat hindert een orgasme geenszins, het kan gemakkelijker zijn om het te bereiken.

Het is belangrijk om weten dat de lengte na implantatie niet langer is dan daarvoor, zou men een langere cilinder plaatsen, dan zou deze op termijn door de eikel boren en dat is niet de bedoeling, de lengte wordt zorgvuldig bepaald. De penis zal ook in slappe toestand ongeveer even lang zijn als in harde toestand, er is hooguit een verschil van een kleine centimeter.

De koppels die een implantaat benutten zijn over het algemeen erg tevreden met het resultaat. Bovendien moeten de patiënten zich geen zorgen maken als ze op reis gaan, er moet niets meegenomen worden dus geen toestanden aan de grens of op de luchthaven.

Voor de volledige opname zie www.wij-ook.be, webinar 3 en 4



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