

PROSTAATinfo

Nieuwsbrief van Wij Ook Belgium vzw

September 2021



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

Versijnt
Driemaandelljks
Sep-okt-nov 2021
P910655



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

Hoofdredacteur

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 meevoelen 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



EUROPA UOMO
The Voice of Men with Prostate Cancer in Europe

Us TOO
PROSTATE CANCER
EDUCATION & SUPPORT

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,

In ons vorig nummer meldden wij dat Louis Denis zich uit zijn actieve functies bij zowel Wij-Ook als Europa Uomo had teruggetrokken. Maar gelijktijdig meldde Louis dat hij niettemin beide organisaties vanaf de zijlijn met veel interesse zou blijven volgen.

Helaas bereikte ons op 28 juli het bericht van zijn overlijden. Ook al wisten wij samen met vele anderen dat het minder goed ging met Louis toch was dit bericht een verrassing. In zijn laatste publieke “optreden” tijdens de algemene vergadering van Europa Uomo was Louis helemaal zijn zelfverzekerde zelf.

Verder in dit nummer geven wij graag het woord aan Prof. Hein Van Poppel, voorzitter van onze wetenschappelijke commissie en collega-uroloog van Louis. Hij geeft een eerbetoon aan de grote uroloog die Louis was, hij heeft in België mee aan de ontwikkeling van de urologie gewerkt.

Zijn groot aandachtspunt was prostaatkanker waar hij elke nieuwe ontwikkeling op de voet volgde, wij zijn er zeker van dat hij dat tot zijn laatste dag gedaan heeft. De ontdekking van het prostaat specifiek antigeen (PSA) en het gebruik daarvan bij de opsporing van prostaatkanker ging niet onopgemerkt aan hem voorbij. Van het begin, en dan vooral in de Verenigde Staten, stelde hij vast dat PSA niet alleen een goede merker was maar dat deze merker ook misbruikt kon worden met veel overdiagnose en overbehandeling als gevolg. Hij beseftte dat dit alleen met een grondige klinische studie uitgeklaard kon worden. Dat was het begin van de European Randomized Study of Screening for

Prostate Cancer, de nu beroemde ERSPC-studie.

Het opzet van deze studie waarbij Louis een drijvende kracht was, was uniek, twee “gigantische” groepen mannen zouden met elkaar vergeleken worden. Eén groep zou in feite “niets” doen om prostaatkanker op te sporen de tweede groep zou daarvoor gebruik maken van een PSA-test. De studie liep in niet minder dan acht landen en includeerde 184.000 mannen. Doel was na te gaan of het inzetten van PSA als “detectie” test zou leiden tot een lagere sterfte aan de gevolgen van prostaatkanker. Het resultaat was positief, vandaag weten we dat in de ERSPC-studie in de groep die PSA gebruikte 20% minder mannen aan de gevolgen van prostaatkanker overleden. Een meer dan significant resultaat.

Voor borstkanker werd nooit een vergelijkbare studie opgezet en ook voor prostaatkanker is dat vandaag niet langer mogelijk.

Naast een uitstekend uroloog-specialist in prostaatkanker had Louis ook altijd het oog op de patiënt, het had geen zin alleen de prostaat te behandelen, de ganse “man” moest aandacht krijgen.

Dat werd natuurlijk een bijzondere situatie toen de uroloog zelf patiënt werd, Louis kreeg de diagnose prostaatkanker waardoor hij nog meer de aandacht voor de patiënt vond.

In een tweede bijdrage verderop is deze focus uitgediept in een bijdrage die ook in *Cancer World* verscheen.

Wij wensen de nabestaanden van Louis veel sterkte en betonen ons medeleven.

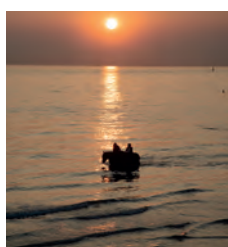


Inhoud van dit nummer

- 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

Zoutelande (Nederland) September 2020
“Riding into the sunset”
©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

Antwoord Erik Briers

Beste vrienden,

In dit nummer gaan we het over de ballonkatheter hebben.

De ballonkatheter die niet “leeg” wil

Eén van onze kameraden heeft het volgende meegemaakt.

Na een urologische behandeling kreeg hij een katheter. Hij had pech dat het ballonnetje, om de katheter te vervangen, niet wilde leeglopen.

Onderdrukt paniek op de afdeling urologie, en nog meer bij onze vriend.

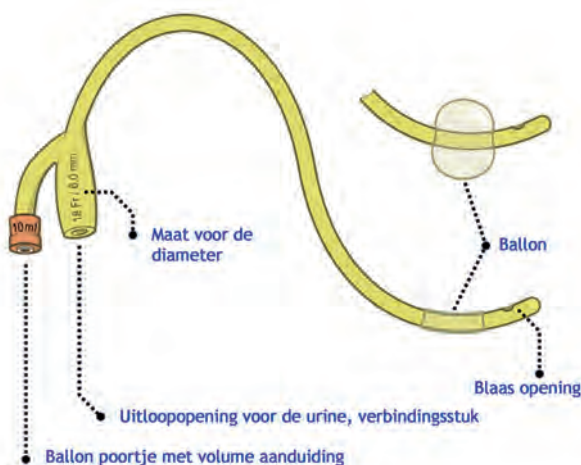
De oplossing werd gevonden door de ballon zo ver te vullen tot hij barstte. De paniek ebde weg tot zeer grote opluchting van het ganse team en onze vriend.

Toen dit verhaal ter sprake kwam, was één van onze kompanen, huisarts op rust, ten zeerste verbaasd.

Hij vertelde, als hij vroeger hiermee te maken kreeg, hij alcohol in de katheter bracht, het ballontje scheurde en de katheter kon eenvoudig verwijderd worden.

Een Foley-katheter

Iedereen van onze lotgenoten die een prostaatoperatie heeft ondergaan heeft daarbij kennis gemaakt met een Foley-katheter. Dit is een sonde die via de penis tot in de blaas wordt geschoven om de urine naar een zakje aan het been of naast het bed te geleiden.



De Foley-katheter heeft zijn naam ontleend aan zijn uitvinder, Dr. Frederic Foley die als chirurg werkte in Boston rond 1930. Sedertdien zijn er miljoenen stuks van gebruikt, niet alleen bij prostaatproblemen uiteraard.

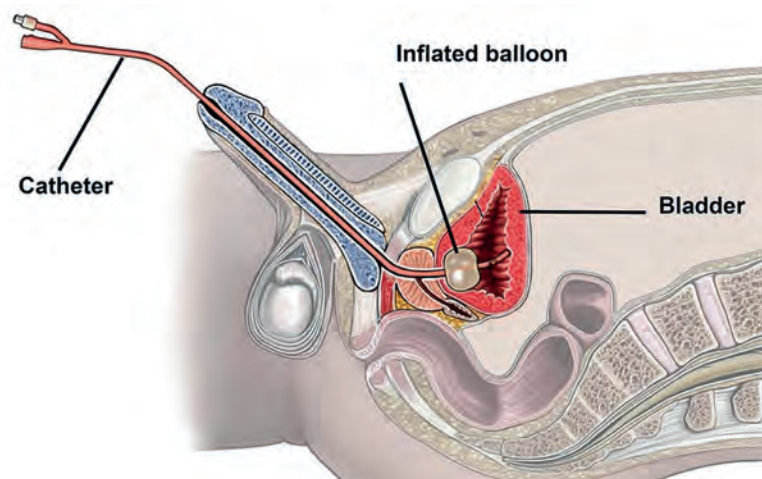
Het gebruik van een verblijfskatheter bij urineproblemen heeft voor de patiënt duidelijke voordelen. Indien hij (of zij) niet vlot te been is kan de persoon in bed blijven zonder risico op een nat onderlaken. Ook het gebruik van urine-opvangflessen is voor de meeste patiënten niet aangenaam of gemakkelijk.

Door zijn behoorlijk compacte opbouw en de mogelijkheid om zowel een goed camouflleerbaar beenzakje te gebruiken als een volumineuzere nacht zak voor aan het bed, wordt de patiënt ook veel mobieler.

Als de verblijfskatheter langdurig nodig is, kunnen er natuurlijk problemen opduiken zoals een infectie of een verstopping. In die gevallen is er natuurlijk een interventie nodig.

Bij een operatie voor prostaatkanker is het gebruik over het algemeen beperkt tot een week waarna de katheter verwijderd wordt.

Gebruik van een Foley-katheter



Bij een prostatectomie wordt de katheter aangebracht tijdens de anesthesie, dus daar kan je weinig over verder vertellen. In de eerste plaats wordt er een flinke hoeveelheid glijmiddel aangebracht in de plasbuis vanaf de uitgang. Dat glijmiddel zorgt er niet alleen voor dat de sonde vlotjes naar binnen glijdt, maar zorgt ook voor een soort dichting tussen de urineleider en de sonde.

De sonde wordt tot een eindje in de blaas geschoven zodat het verste deel diep genoeg in de blaas zit. Daarna wordt een naald met spuitje in het ballonpoortje gestoken om bijvoorbeeld

10mL steriel water in te spuiten. Dit water zal het ballonnetje aan het einde van de sonde opvullen zodat de sonde niet kan wegglijden in de urineleider.

Dat opschuiven van de sonde moet natuurlijk met de nodige voorzichtigheid gebeuren. Mannen die een kunstsfincter hebben om hun incontinentie onder controle te houden, moeten bijzonder voorzichtig zijn. Hun sfincter mag natuurlijk niet beschadigd worden. Het schuiven en ontspannen van de manchet die rond de urineleider zit zullen moeten samenwerken om doorgang te verlenen.

In de afbeelding is een man met prostaat afgebeeld zoals ieder van ons zal vaststellen. Ook mannen met een prostaat kunnen nood hebben aan een urinaire sonde, bijvoorbeeld bij een blaasprobleem.

Het is belangrijk om het uitlooppunt van de sonde steeds lager te plaatsen dan de blaas. Dat wil zeggen dat een opvangzakje op het been moet geplaatst worden tijdens het zitten en staan en dat de nachtopvangzak naast het bed moet komen lager dan de matras. Door de zachte trekkracht die hierdoor uitgeoefend wordt op de sonde zal deze goed blijven zitten en zal het ballonnetje de blaasuitgang goed afsluiten.

Toch kan een verblijfskatheter ook lekken, het is de vrees van iedereen die rondloopt (letterlijk) met een katheter dat deze zou gaan lekken en dat iedereen zijn natte broek zal zien. Dat heb ik zelf ook meegemaakt. Er zit dan niets anders op dat naar huis te gaan en na te gaan wat de oorzaak is. Dat kan gewoon een “slechte” aansluiting zijn van de sonde aan de zak-leiding. Maar het kan ernstiger zijn. Als de sonde verstopt is met debris uit de blaas zal de urine natuurlijk een uitweg zoeken naast de sonde en in dat geval zal er hulp gezocht moeten worden met mogelijk een nieuwe sonde.

De sonde verwijderen

Zolang het ballonnetje met water gevuld is kan het niet teruggetrokken worden. Om de sonde te verwijderen wordt het ballonnetje eerste leeggemaakt waarna de sonde verwijderd (uitgetrokken) kan worden. Dat is geen fijn gevoel maar het doet normaal gesproken geen pijn.

Als een sonde langdurig op zijn plaats heeft gezeten kan het ballonnetje na leeglopen wat rafelig van structuur zijn en pijn doen, dan kan er een beetje water ingespoten worden om de

rafelranden wat te verzachten.

Na het verwijderen van een sonde zal de urine meestal vrij uitstromen, de persoon is incontinent. Deze incontinentie kan snel ophouden doordat de sluitspiers (als de man nog een prostaat heeft zijn er dat twee) hun functie terug opnemen. Maar na een prostatectomie is dat vaak niet het geval. Er is meestal tijdelijke incontinentie. De bekkenbodemspieren hebben tijd nodig om hun werk op te nemen. Dit proces, dat uiteindelijk tot continentie moet leiden, kan van meerdere dagen tot meerdere maanden duren. Permanente lichte druppelincontinentie blijft dan nog mogelijk maar speciale hulpmiddelen (zie verder in dit nummer) zijn dan niet langer nodig.

Als het verwijderen niet vlot gaat

Helaas is het niet steeds een eenvoudige zaak om die sonde te verwijderen. Soms lukt het niet om dat ballonnetje leeg te laten lopen.

Dat leeglopen verloopt via een fijn buisje en het ballon-poortje met behulp van een spuitje. Het is mogelijk dat het buisje verstopt is door het kristalliseren van zouten in het steriel water dat gebruikt werd om het ballonnetje op te vullen. Of het is wat dichtgedrukt.

Het is belangrijk dat de sonde op de juiste wijze afgeklemd wordt bij het wisselen van het opvangzakje. De sonde mag enkel afgeklemd worden boven de uitlooppoort naar de opvangleiding toe, niet onder de splitsing naar de penis toe. Hier zit ook het kanaaltje dat naar het ballonnetje leidt ook en als dit dichtgeknepen wordt komt het daarna misschien niet meer voldoende open en blijft het dichtgekleefd.

Een inspectie van het ballonpoortje is uiteraard een eerste maatregel. Als de blokkering hier zit kan die eventueel met de naald voorzichtig opgeheven worden.

Het afknippen van het poortje is een door velen niet aanbevolen actie, het poortje is zo gebouwd dat het gebruik van een injectienaald optimaal kan gebeuren. Na het poortje is er nog een ventiel dat spontaan leeglopen verhindert.



Eens het poortje en de klep weg is, blijft er alleen een buisje over. Als deze route toch gevolgd wordt en de vloeistof loopt spontaan weg, dan is alles opgelost.

Vaak wordt geprobeerd om door het bijspuiten van extra vloeistof het ballonnetje te doen "ontploffen". De fragmenten van het materiaal waaruit het ballonnetje is gemaakt (lichaamsvriendelijk plastic) vliegen dan in de blaas en moeten later via de urineleider uit de blaas verwijderd worden. De extra toegevoegde vloeistof zal dan gewoon via de urineleider of de sonde afgevoerd worden. Er is geen gevaar van overdruk als de sonde zelf een vrije doorgang heeft.

Bij het bijspuiten van vloeistof om het ballonnetje te laten ploffen kan men ook gebruik maken van andere vloeistoffen. Uiteraard moeten deze steriel zijn. Zo wordt soms alcohol gebruikt maar ook diethylether. Deze laatste stof, die in ziekenhuizen steeds voorhanden is, heeft een kookpunt van slechts 34,6°C en dat is lager dan onze lichaamstemperatuur. Een beetje

diethylether in het ballonnetje spuiten (als dat kan) zal vrijwel onmiddellijk verdampen en een druk veroorzaken waardoor het zal ploffen. Geen gevaar voor "overdruk", de sonde staat open en de urine en water kunnen zo aflopen. Deze mogelijkheid werd ons "aan de hand" gedaan door Dr. Luc Dewilde, gewaardeerd lid van onze redactieraad.

Als al deze mogelijkheden niet echt werken, zal een uroloog zich moeten moeien om één en ander op te lossen en om eventueel met een ECHO het probleem te evalueren.

Tenslotte kan de buitenkant van de sonde die in de blaas zit ook verontreinigd geraken met bijvoorbeeld debris of kristallen. Deze maken dat de sonde moeilijk te verwijderen is en dat de urineleider eventueel zelfs beschadigd kan worden. Op de sonde kan ook een aangroei van bacteriën optreden, een zogenaamde biofilm die een indicatie kan zijn voor een urinaire infectie die nazorg noodzakelijk kan maken.

PROSTAATinfo-ZOOM

Inleiding tot prostaatkanker...

"Wij Ook" nodigt jullie graag uit op PROSTAATinfo-ZOOM's tijdens dewelke op een educatieve manier uitleg gegevens zal worden over kanker en prostaatkanker.

Programma

28 september 2021	Wat is kanker, algemene inleiding
25 oktober 2021	Prostaatkanker, ontstaan en evolutie, wat is MRI en PET-CT
22 november 2021	Vroegopsporing van prostaatkanker en actieve opvolging
20 december 2021	Prostaatkanker, behandelen met chirurgie of bestraling
Januari 2022	Prostaatkanker, behandelen van gemetastaseerde kanker
Februari 2022	Prostaatkanker, nieuwe behandelingen en palliatieve zorg

Onze leden worden voor elk van de "webinars" per email uitgenodigd. Elk van deze PROSTAATinfo-ZOOM meetings worden door experts verzorgd. De opnames kunnen daarna op de website van Wij Ook bekeken worden.

De info-avonden starten om 17:30 uur en eindigen rond 19:00 uur

De deelname is gratis maar graag inschrijven via e-mail: WIJ_OOK@HOTMAIL.COM of telefonisch op nummer 03/645 94 44 van maandag t.e.m. donderdag in de voormiddag.
Leopoldstraat 34 - 2000 Antwerpen

Een jaar met klank maar anders

Urbain Bruggeman

De jaren 2020 en 2021 zijn zonder enige twijfel jaren die we niet gauw zullen vergeten. De lockdown waarmee we in maart 2020 kennis maken, brengt een enge stilte op alle fronten. Een lotgenotengroep die geen rechtstreeks contact meer met de leden kan hebben, krijgt het moeilijk om nog normaal te kunnen functioneren.

Het bestuur van onze vereniging realiseert zich onmiddellijk dat er anders moet worden gewerkt om de continuïteit in de werking van onze vereniging te verzekeren.

Er zijn de redactievergaderingen van *PROSTAATinfo*, de bestuursvergaderingen, de vergaderingen van het dagelijks bestuur, periodieke de café santé avonden, onze jaarlijkse prostaatanker-dag en natuurlijk ook persoonlijke ontmoetingen met lotgenoten.

Er zijn natuurlijk ook onze wekelijks **Feel+** bewegingsoefeningen die vanaf de lockdown in maart on hold worden gezet, aangezien het niet verantwoord is om in eenzelfde lokaal met meerdere personen de bewegingsoefeningen uit te voeren.

Het wordt onmiddellijk duidelijk dat we voortaan met elektronische middelen zullen moeten werken. Naast de e-mail en de traditionele telefonische contacten wordt gekozen voor ZOOM om onze vergaderingen en meetings op afstand te organiseren.

De eerste uitdagingen zijn de redactievergaderingen van *PROSTAATinfo* voor de realisatie van ons magazine voor het tweede kwartaal van 2020.

Dankzij de inzet van de bestuursleden die het redactiecomité bevolken, ondersteund door ons multifunctioneel secretariaat, wordt er met ZOOM even snel en efficiënt gewerkt, in vergelijking met vergaderingen met bestuursleden die in levende lijve aanwezig zijn. Ondertussen wordt er ook naarstig gewerkt aan de aanpassing van onze statuten om ze in overeenstemming te brengen met het nieuwe Wetboek van Vennootschappen en Verenigingen dat vanaf 1 mei 2019 in voege is getreden. Ook in dit geval wordt het communicatiekanaal ZOOM gebruikt voor het organiseren van de vergaderingen.

Maar het wordt nog spannender want de statutaire jaarlijkse Algemene Vergadering kan

niet op de normale manier doorgaan. Tijdens deze Algemene Vergadering moet er anoniem gestemd worden over verschillende punten. Het is ook hier zoeken naar een juridisch veilige oplossing.

Gelukkig verleent de wetgever ons de mogelijkheid om de uiterste datum voor de Algemene Vergadering te verdagen tot begin september en krijgen de bestuursorganen de mogelijkheid om de statutaire Algemene Vergadering schriftelijk te houden.

We kiezen onmiddellijk voor een schriftelijke Algemene Vergadering die op 17 augustus 2020 doorgaat. De anonimiteit van de stemmingen kan worden gewaarborgd, dank zij de inzet van ons secretariaat, dat geen functie in het bestuursorgaan bekleedt. De schriftelijke Algemene Vergadering wordt succesvol afgesloten. Op weg naar de volgende uitdaging!

Voortaan worden tot nader order alle bestuursvergaderingen en vergaderingen van het dagelijks bestuur met ZOOM georganiseerd. Tussen 17 augustus 2020 en 24 juni 2021 komt het bestuursorgaan vier maal samen en het dagelijks bestuur vijf maal.

Het magazine *PROSTAATinfo* voor het derde kwartaal 2020 wordt op 15 september gepubliceerd.

Ondertussen wordt er vlijtig verder gewerkt aan het verfijnen van het ontwerp van nieuwe statuten. Hierbij wordt beroep gedaan op een externe jurist, die ons de volstrekte zekerheid geeft inzake de wettigheid van alle ontwerp teksten.

Op 21 oktober wordt een vergadering via ZOOM georganiseerd met een externe partner met betrekking op de "Gids voor prostaatanker".

Tijdens de Buitengewone Algemene Vergadering die op 3 november 2020 via ZOOM doorgaat, wordt het ontwerp van nieuwe statuten door de vereiste meerderheid van de stemgerechtigde personen goedgekeurd. Het dagelijks bestuur wordt lichtjes aangepast. Bestuurslid Urbain Bruggeman vervangt Brigitte Dourcy-Belle-Rose als secretaris en bestuurslid Erik Briers wordt benoemd tot ondervoorzitter. Ondertussen zijn de nieuwe statuten in de bijlagen van het Belgisch Staatsblad gepubliceerd.

De virtuele European Prostate Awareness Day (EPAD) 2020 grijpt plaats op 17 november.

Op 1 december 2020 wordt het magazine *PROSTAATinfo* voor het vierde kwartaal gepubliceerd.

Maar er is nog een aandachtspunt waarvoor een oplossing moet worden gezocht, met name onze periodieke café santé avonden die door het opnieuw opslaan van de COVID19-besmettingen niet in het Maagdenhuis kunnen doorgaan.

Onder impuls van het dagelijks bestuur wordt de naam "café santé" veranderd in *PROSTAATinfo* avonden. Op 23 november 2020 wordt het idee van het organiseren van virtuele *PROSTAATinfo*-meetings op de agenda van de vergadering van het bestuursorgaan geplaatst. Twee thema's worden geselecteerd, met name incontinentie en impotentie als rechtstreeks gevolg van het uitvoeren van een radicale prostatectomie of een behandeling met bestraling.

Bij de uitrol van de meetings zal ZOOM als communicatiekanaal worden aangewend. Bruno Mortelmans zal voor het onderwerp incontinentie als organisator-moderator optreden. Erik Briers neemt de problematiek van de impotentie voor zijn rekening.

Op 14 december gaat de kick-off meeting van het PEC-Patient Expert Center via ZOOM door. Het PEC organiseert opleidingen voor individuele patiënten en voor leden van patiëntenorganisaties om kennis op te doen om in de toekomst te kunnen optreden als Expert Patiënt, Patiënt Advocaat of als Expert Patiënt Advocaat.

Tijdens de bestuursvergadering van 21 december 2020 worden de laatste details van de eerste *PROSTAATinfo* avond over incontinentie besproken. De eerste *PROSTAATinfo*-ZOOM - zo wordt een virtuele *PROSTAATinfo* avond genoemd - over incontinentie zal doorgaan op 20 januari 2021. Het jaar 2021 begint dus met een alternatieve formule voor de klassieke *PROSTAATinfo* avonden, een uitdaging van formaat!

De *PROSTAATinfo*-ZOOM over incontinentie wordt een succes. Op vraag van de deelnemers wordt een tweede aflevering georganiseerd die op 15 maart doorgaat. Op het vlak van het aantal deelnemers kunnen we zeker tevreden zijn.

Op 21 januari nemen wij deel aan de virtuele nieuwjaarsreceptie van het Vlaams Patiëntenplatform.

De virtuele Strategische Patiënten Adviesraad gaat door op 11 februari 2021.

De publicatie van het magazine

PROSTAATinfo 1ste kwartaal 2021 gebeurt op einde maart 2021.

Urbain start in april met het opstellen van een Intern Reglement. Hiervoor wordt een werkgroep met een aantal enthousiaste bestuursleden opgericht. Op dit ogenblik bevindt het ontwerp zich in een eindfase. Nadien kan het ontwerp van Intern Reglement voor goedkeuring aan het bestuursorgaan worden voorgelegd.

In juni gaan twee sessies van *PROSTAATinfo*-ZOOM door rond het thema impotentie. Erik is de moderator en ook de twee afleveringen worden een groot succes.

Uit de evaluatie van de vier afleveringen van *PROSTAATinfo*-ZOOM blijkt dat een aantal leden worden bereikt die in het verleden nog nooit een café santé hebben bijgewoond, wat stof tot nadenken biedt voor de *PROSTAATinfo* avond die in de herfst zal worden georganiseerd.

Hopelijk kunnen we in de herfst elkaar terug in het echt terugzien. Het zal deugd doen. Met deze uiting van hoop draai ik de bladzijde van de nabeschouwingen van het voorbije werkjaar om.

Vernieuwing van het lidmaatschap Wij Ook België vzw 2021

Voor diegenen die het lidgeld 2021 nog niet betaald hebben. Waarschijnlijk wilt u nog steeds op de hoogte blijven van alle nieuwtjes om uw levenskwaliteit in stand te houden. Niettemin staande de levensduurte behouden we onze tarieven:

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.



Mijn verhaal

Beste,

Hier volgt mijn verhaal:

Ik ben nu 63 jaar en ongeveer 3 jaar geleden werd er prostaatkanker vastgesteld bij mij. In december 2017 voelde ik een zekere stijfheid in de lies. Ik dacht dat ik gewoon te veel stil zat en te weinig beweging had. Ik vertelde het aan mijn huisdokter en die raadde mij aan om wat meer te wandelen.

In februari was het nog niets beter, integendeel. Het begon pijn te doen in het bekken en de huisarts schreef me kinesithérapie voor. Toen dit niet hielp stuurde ze mij naar een fysisch therapeut. Na onderzoek, het was dan al april 2018, ontdekte die dat mijn PSA-waarde in mijn bloed 116 was. De vorige keer, in juli 2016, was mijn PSA nochtans maar 2.7, volledig normaal. (Mijn PSA werd om de 2 jaar gecontroleerd) Een botsan wees op talloze uitzaaiingen op het bot.

Na onderzoek bij de uroloog wees alles op prostaatkanker met een Gleasonscore van 7 (4 + 3), dit is een gemiddelde agressiviteit. Daar er al zoveel uitzaaiingen waren besliste hij dat de prostaat best bleef zitten en er onmiddellijk een hormoontherapie moest opgestart worden. Eerst met voorbereidende pilletjes Casodex (28 tabletten van 50 mg) en daarna om de 3 maanden een spuit Decapeptyl. Dit moest de testosteron grotendeels wegnemen. Testosteron geeft "voeding" aan de kankercellen.

Het verdict was "ongeneeslijk" maar te stabiliseren voor enkele jaren. Daarna zou de tumor opnieuw beginnen groeien zonder hulp van testosteron.

Daarna moest ik ook chemotherapie krijgen. 6 maal om de 3 weken Docetaxel. Mijn hoofdhaar verdween, enkel nog wat dun haar bleef over.

Mijn PSA was nu weer gedaald tot praktisch onmeetbaar.

Ondertussen had ik nog veel pijn en daarom werd er ook radiotherapie opgestart: 10 dagen bestralingen. Van de eerste dag was de pijn al veel beter. Deze 3 therapieën te samen was wel zwaar. Ik was vlug vermoeid.

In oktober 2018 was de chemo, waar ik telkens een paar dagen misselijk van was,

gedaan en kon ik revalideren.

Nu, drie jaar en vijf maanden later, krijg ik nog steeds de hormoontherapie maar alles is stabiel, PSA 0.04 en ik voel me goed. Ik kan weer alles doen, weliswaar iets vlugger vermoeid. Ook heb ik minder spierkracht omdat mijn spieren verminderd zijn. Andere nevenwerkingen zijn erectiestoornissen, zeg maar libido tot nul herleidt en vooral veel last van warmteopwellingen (vapeurs). Ook stemmingswisselingen, botontkalking, slechter slapen, een beetje gewichtstoename en rusteloos been ('s avonds) moet je erbij nemen.

Tegen de ontkalking van het bot neem ik D-Vital Forte 1000/880 (calcium en vitamine D3). Ik kan niet meer slapen zonder Xanax Retard 0.5 mg. Ook neem ik Trazodone 50mg, voor het inslapen, dit verbetert de stemming en helpt tegen onrust en prikkelbaarheid. Voor het rusteloze been krijg ik Pramipexole 0.18 mg.

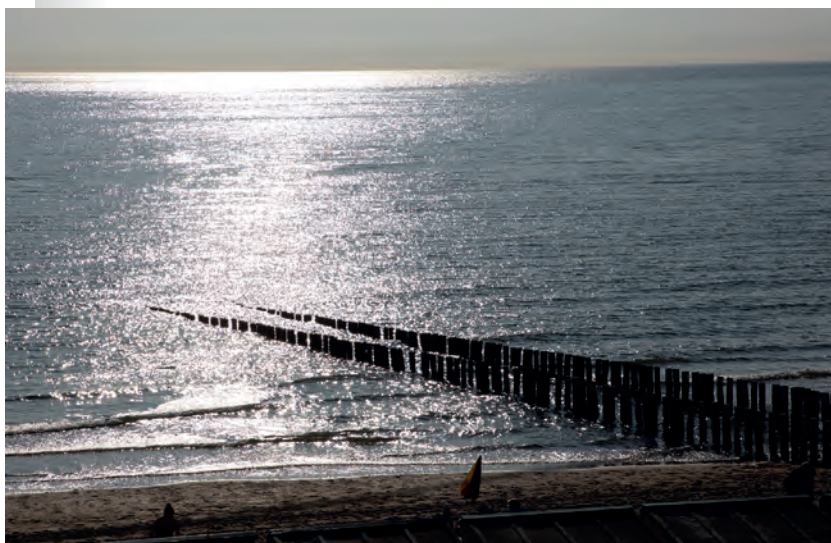
Ik hoop dat ik deze toestand zo lang mogelijk kan houden. De gemiddelde duur is 2 tot 4 jaar. Daarna groeien de kankercellen weer en begint de PSA weer te stijgen. Dan is er wel weer andere medicatie toepasbaar. Maar zover zijn we nog niet...

Conclusie is toch dat een PSA-meting toch vlugger moet gebeuren dan om de 2 jaar. Dan waren er misschien geen uitzaaiingen geweest. Alhoewel het volgens de dokters zelden zo snel gaat als bij mij. Maar ja, je ziet maar.

Zo, dat was mijn verhaal. Ik hoop dat andere lotgenoten er wat aan hebben. Ik persoonlijk vind het altijd interessant om andere verhalen te horen. Je kunt er niet genoeg over weten vind ik.

Vriendelijke groeten!

Anoniem



Louis Denis, de uroloog

Prof. Hein Van Poppel, voorzitter wetenschappelijk comité Wij Ook

Professor Lodewijk (Louis) Jan Denis, is overleden op 28 juli 2021. Hij werd geboren in januari 1933 als enige zoon van een Antwerpse dokter. Op jeugdige leeftijd maakte hij de Duitse bezetting van België mee in de 2e Wereldoorlog in 1940-1945. Zijn vader zat in Duitsland en z'n moeder werkte voltijds zodat hij vooral bij z'n grootouders verbleef. Zijn grootvader was een vrome katholiek en een man van de vakbond die de druk van de Gazet van Antwerpen superviseerde. Door met hem mee de boer op te gaan, leerde hij met gemak om te gaan met vreemden. Op school deed hij veel aan sport en kwam terecht in het basketbalteam. In 1950 ging hij geneeskunde studeren aan de Staatsuniversiteit van Gent. Hij werd toegelaten aan de Koninklijke Militaire Academie nadat hij zijn eerste kandidatuur met succes had afgerond. Samen met het Universitair basketbalteam behaalde hij in 1952 in Helsinki, de bronzen medaille op de University Olympic Games.

Hij was eerst Secretaris en vervolgens Praeses van de geneeskunde studentenorganisaties in Gent, waar hij afstudeerde in 1957 en begon met z'n assistentschap in chirurgie en urologie in het militair hospitaal in Keulen en daarna in de Antwerpse ziekenhuizen.

Tussen 1960 en 1963 moet hij vooral in de Verenigde Staten gezeten hebben (*Canadian Journal of Urology*, 28 (4), Augustus 2021), waarna hij naar Antwerpen terugkeerde als assistent professor en via het leger werd hij hoofd van de afdeling urologie in het militair hospitaal in Antwerpen. In 1964 werd hij opgeroepen om naar Belgisch Congo te vliegen om het chirurgische team te vervoegen dat de 2.000 gegijzelden van de rebellen in Stanleystad moest bevrijden (Operatie Rode Draak). Voor deze prestatie werd hij met meerdere Belgische burgeronderscheidingen overladen, onder andere Ridder in de Orde van Leopold in 1972, in de Orde van de Kroon in 1979 en Commander van de Leopolds Orde in 1991.

In 1973 verliet hij het leger en werd coördinerend voorzitter van het departement urologie van AZ Middelheim waarbij hij werd bijgestaan door een ijverige Dr. Pierre Nowé. Toen eind 1977 het AZVUB z'n deuren opende, werd Louis Denis gevraagd om prof. urologie aan de VUB te worden in 1978 en tevens om de dienst



Van links naar rechts in vol overleg, Prof. Hein Van Poppel, Prof. Louis Denis, Dr. Filip Ameye en Prof. Gert De Meerleer. Midden op de tafel een doosje Antwerpse handjes een favoriet geschenk voor sprekers (september 2013). © EB

urologie van het AZVUB uit te bouwen samen met zijn vers diensthof, Dr. Frans Keuppens, op dat ogenblik nog Algemeen Chirurg, en die hem later als professor urologie aan de VUB zou opvolgen.

Hij was lid van de Société Belge d'Urologie, gesticht in 1901 en hij publiceerde een aantal wetenschappelijke artikelen in het tijdschrift van deze vereniging, de *Acta Urologica Belgica*. Hij was natuurlijk ook lid van de Belgische Vereniging van Urologie, veel later gesticht in 1972 en waarvan hij voorzitter werd in 1984 en 1985. Wanneer nadien de Belgian Association of Urology werd gesticht (2004), waarbij de beide taalgroepen werden samengevoegd om vooral beroepsaangelegenheden te bespreken, was hij een sterk wetenschappelijk bindmiddel tussen Vlamingen en Walen gezien het respect dat hij genoot bij de belangrijke urologische opinieleiders in de beide landsgedeelten. Zijn belangrijkste verdienste hier was het invoeren van waarde

gedragen zorg (Value Based Health Care) waarbij de zorg rond de patiënt en zijn familie wordt georganiseerd door een zorgteam met sterke inspraak van de patiënten en familie.

Onrechtstreeks probeerde hij alle Belgische urologen te herenigen door ze aan het werk te zetten in een gemeenschappelijk project “Urologie voor de huisarts” in 1980 met als auteurs de hoogleraren van alle Belgische Universiteiten (J. de Leval, W. De Sy, C. Schulman en R. Vereecken), alsook de erkende opleiders urologie zoals L. Baert en R. Vergison.

Hij was een inspirerende collega, een doorweekte vrijdenker en een academische leider (*European Urology Today*, August/September 2021, p51). Ik was een assistent professor van de KU Leuven toen we mekaar leerden kennen en om een nooit achterhaalde reden heeft collega Denis mij in mijn loopbaan bijzonder gesteund, vooral op internationaal niveau waar hij zo actief was. In 1982 was hij medestichter van de European School of Oncology, hij was president van de EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) van 1988 tot 1991, medestichter (1989) en voorzitter van de International Prostate Health Council (IPHC) en van de International Consultation in Urological Diseases (ICUD) in 1996, algemeen secretaris en schatbewaarder van de Union International Contre le Cancer (UICC) van 1998 tot 2006, en was jarenlang schatbewaarder van de Genito Urinary Group (GU Group) van de EORTC. Hij stichtte en leidde gedurende jaren de *European Journal of Cancer*.

Hij was de voorzitter van de Vlaamse Adviesraad Kankerpreventie (VACK) van 1983 tot 1997. Weerom slaagde hij erin om alle universitaire urologische diensten samen te brengen met de huisartsen en de Belgische en de Vlaamse beleidsmakers, waar hij financiële steun wist los te weken die resulteerde in het opzetten van een screeningsprogramma voor borst-, baarmoederhals- en colonkanker. Vanaf toen werkte hij aan het ontwerp en de realisatie van de Europese gerandomiseerde screeningsstudie voor prostaatkanker in intense samenwerking met het team van de Erasmus MC in Rotterdam (Prof. Dr. F. H. Schröder), die onomstoten aantoonde dat tijdige detectie van prostaatkanker tot een statistisch zeer duidelijke prostaatkankersterfte reductie leidt (met de daaraan verbonden overdiagnose).

In 1998 werd hij emeritus als professor urologie aan de VUB en werd directeur van het Oncology Center Antwerp (OCA). De laatste jaren



Prof Louis Denis ontvangt uit handen van Prof Per-Anders Abrahamson de “Lifetime Achievement” award van de EAU (European Association of Urology) (11 april 2014). © EB

begon hij meer en meer oog te krijgen voor wat hij zelf “the underdog in our medical world” noemde, namelijk, de patiënt. Hij stichtte mee de Vlaamse Kankerliga en hield Europa Uomo boven de doopvont in Milaan in 2004. In België stichtte hij “Wij Ook!”, dat naderhand in regionale sub-secties werd onderverdeeld.

Hij bestuurdde Wij Ook! van uit het OCA waarvan hij ere-directeur werd.

Hij droeg gemotiveerd en vastberaden bij tot de stichting van het splinternieuwe Patient Office van de EAU, dat ik mocht opstarten in de European Association of Urology, van wie hij in 2014 de Frans Debruyne Lifetime Achievement Award ontving voor zijn enorme bijdrage tot de urologie.

Bij Europa Uomo gaf hij op 19 juni 2021 z'n ontslag als ex-officio board member en 6 weken later verliet hij alles en iedereen voorgoed en altijd. Zijn erfenis blijft en zijn woorden “ik heb een hekel aan macht, arrogantie en elitisme” zullen blijven nazinderen bij eenieder die hij inspireerde en die van hem geleerd en gehouden heeft.

Louis Denis, de patiënt advocaat

Simon Crompton°

Wanneer Louis Denis zichzelf omschreef als een “vrijdenker”, wat hij vaak deed, ging het over meer dan een vage bevestiging van onafhankelijkheid van dogma’s en lui denken. Het was een agenda voor actie in de geneeskunde. Een indrukwekkende lijst van academische posities, klinisch en administratief leiderschap en wetenschappelijke bijdragen - richtinggevend wanneer het erop aan komt complexe levens te vatten - schieten schromelijk te kort om recht te doen aan een van de grote geesten van de urologie en van de oncologie.

“Zover ik mij het kan herinneren, heb ik altijd mensen willen helpen om te vechten tegen sociale onrechtvaardigheid,” zei hij in 2004. “Voor mij was geneeskunde een logisch antwoord... Ik gruw van macht, arrogantie en elitarisme.”

Zijn misprijzen voor politieke spelletjes en professionele apathie, samen met zijn sterke geloof in eigen kunnen leidden onafwendbaar tot conflicten. Maar, dezelfde kwaliteiten maakten van

hem een van de meest invloedrijke, onderhoudende en patiënt vriendelijke arts van zijn generatie.

Zijn professionele bijdragen omvatten de mede oprichting van de “Europese School voor Oncologie” (ESO) in 1982 en de Europese Prostaat Kanker Coalitie (Europa Uomo) in 2002-2004. Alberto Costa, vandaag de CEO van ESO en een van de oprichters van beide organisaties herinnert zich heel goed hoe ‘grote broer’ Louis een van de eerste was om steun te verlenen aan beide organisaties. “Het was een tijd toen nauwelijks iemand maalde om prostaatkanker, maar hij vond dat we dapper genoeg moesten zijn om Europa Uomo op te richten.”

Louis Denis was ook een stichtend lid van de “Genito-Urinaire” groep van de Europese organisatie voor research naar de behandeling van kanker (EORTC), en was schatbewaarder en voorzitter van 1988 tot 1991. Hij was eveneens medeoprichter van het *European Journal of Cancer* in 1990 en was secretaris generaal van de Internationale Unie voor de controle van kanker (UICC) in 2000. Hij was hoofd van de dienst urologie van de Antwerpse ziekenhuizen, professor urologie aan de VUB (Brussel) en tot aan het einde van zijn leven directeur van het Oncologisch Centrum Antwerpen.

Zijn loopbaan omvatte ook een portie avontuur. In 1964, als hoofd van de dienst urologie van het Antwerps militair ziekenhuis werd hij opgeroepen om als veld-chirurg bijstand te verlenen bij de redding door Belgische para’s van meer dan 700 Europese en Amerikaanse gijzelaars uit wat toe Stanleyville was in het toenmalige Belgisch Congo (nu Kisangani in de Democratische Republiek Congo). Hij kreeg later meerdere burgerlijke eretekens.

Doorheen dat alles was zijn drijvende prioriteit dat artsen er alles aan moeten doen om de patiënt in het centrum te plaatsen van zijn behandeling. Hij was

misschien niet de eerste die zei: “Een arts zou de patiënt moeten behandelen, niet alleen maar de ziekte,” maar kon zijn motto geweest zijn.



Van links naar rechts in het Europees Parlement, Louis Denis, Tom Hudson, Ken Mastris, Christian Arnold, Tor Tausvik, Hans Randsdorp, Erik Briers, Max Lippuner, Malcolm Duncan (juli 2013). © EB

In een toespraak op *Cancer World* in 2004 zei hij: “Ons eerste doel is patiënten duidelijk maken dat wij hun zien als onafhankelijke individuen en dat zij niet bang moeten zijn om met hun artsen te praten als gelijken.”

Prostaatkanker, zeg het zoals het is

Allicht zal hij voor zijn werk met en voor mannen met prostaatkanker het best herinnerd worden. “Gram per gram is de prostaat het meest zorgwekkende stukje weefsel in een mannenlichaam,” zei hij ooit, waarmee hij zonder omwegen recht op doel ging. Hij was van in begin van zijn loopbaan acuut bewust van de problemen die mannen meemaken tijdens de diagnose, behandeling en neveneffecten van behandelingen.

Hij was een groot voorstander van gespecialiseerde prostaatkanker units waar gebruik gemaakt kon worden van de expertise van een multidisciplinair team. En hij was overtuigd van de gevaren van overbehandeling van mannen met prostaatkanker, overtuigd dat screening met verantwoordelijkheid moest worden doorgevoerd wegens de gevaren om meegezogen te worden in onnodige behandelingen en hun mogelijke nevenwerkingen. “De mededeling dat je kanker hebt kan je leven vernietigen, ook als je uiteindelijk met die kanker zal sterven eerder dan ervan,” zei hij.

Zijn al erg patiënt georiënteerde kijk kreeg een nieuwe focus toen bij hemzelf prostaatkanker werd vastgesteld. Nadat hij zelf al vaak geargumenteerde had dat urologen eerlijk zouden moeten zijn over de neveneffecten van de behandelingen, moest hij toegeven dat zijn eigen bestralingstherapie een niveau van uitputting had veroorzaakt die hij nooit verwacht had. En hij was zo eerlijk om toe te geven dat hij zelf “in de val van overbehandeling was getrapt”, waardoor hij de controle over zijn blaas verloor nadat hij, tegen beter weten in, overtuigd werd om een extra dosis te aanvaarden. “Als patiënt vind ik ziekenhuizen depressieve plaatsen moet ik toegeven,” zei hij.

Een betere kennis over de effectiviteit van verschillende screening technieken was van het allerhoogste belang was zijn overtuiging. Hij was coördinator van de zeer invloedrijke ERSPC-studie, de Europese gerandomiseerde studie over prostaatkanker screening, die de invloed naging van PSA testen op prostaatkanker mortaliteit. Dit hield hem tot het einde van zijn leven bezig. Tijdens de algemene vergadering van Europa Uomo, enkele weken voor zijn dood, nam hij

ontslag uit zijn functie van ex-officio lid van de raad van bestuur, maar bevestigde dat hij betrokken zou blijven, zijn werk voor ERSPC bleef nauw verbonden met de Europa Uomo EUPROMS-studie van de levenskwaliteit van prostaatkankerpatiënten.

Tijdens die vergadering hebben velen die Louis Denis gekend hebben hem eer bewezen voor zijn warmte, zijn zin voor humor, medeleven en zijn toewijding aan Europa Uomo met zijn kennis en contacten. Allen beschreven ze Louis Denis als een vriend, zelfs als ze het niet eens waren eindigde dat meestal in een lach. “Er waren geen ‘jaknikkers’ in het Europa Uomo van Louis,” zei John Dowling, een collega lid van de raad van bestuur.

Aan het einde van die vergadering in juni wenste Louis Denis Europa Uomo het beste en drong hij erop aan dat de leden dat zouden doen wat hij allicht zijn hele leven had gedaan, er alles aan doen om levens te verbeteren. “Maak het gezellig,” zei hij “want dat is het voornaamste, blijf samen lachen”.

In een gesprek in 2004 met *Cancer World*, zei Louis Denis dat hij zich altijd bewust is geweest van zijn eigen sterfelijkheid en dat zijn ziekte hem niet bang had gemaakt van de dood. Hij wou champagne bij zijn begrafenis en dat zijn vrienden hem zouden herinneren als een vrijdenker. “I zie geen reden om onnodig te blijven rondhangen,” zei hij. “Op mijn leeftijd zou je matuur genoeg moeten zijn om kanker als een uitdaging te zien, en als een opportuniteit om boven jezelf uit te stijgen, om ook eens op een andere wijze naar de dingen te kijken en om toe te geven dat er krachten zijn die groter zijn dan wijzelf.

Vertaald uit *Cancer World* magazine augustus 2021, “Reproduced with kind permission of *Cancer World* magazine”

<https://cancerworld.net/louis-denis-one-of-urologys-most-influential-and-patient-facing-physicians/>



PROSTAATinfo-ZOOM

Woensdag 15 maart 2021 vanaf 17:45

<https://us02web.zoom.us/j/9212308719?pwd=SVZmSVhlcGZ3c2FNZEhzUm5Sa1grUT09>

Prostaat en incontinentie

"Wij Ook" nodigt jullie graag uit op een PROSTAATinfo-ZOOM tijdens dewelke urinaire incontinentie ten gevolge van prostaatpathologie wordt besproken.

Programma

Moderator: Dr. B. Mortelmans

- Inleiding: Dhr. A. Deschamps, voorzitter "Wij Ook"
- Wat hebben we geleerd tijdens de eerste webinar? Dr. Bruno Mortelmans
- Rol van de prostaatverpleegkundige: Karin Elen, UZ Leuven
- Bekkenbodemspieroefeningen: Elien Baert (UZ Leuven)
- Incontinentiemateriaal
- Patiënten vertellen hun persoonlijke ervaring ivm incontinentie:
Dhr Frank Luyts
- Terugbetaling van incontinentie materiaal: Dhr Frank Luyts
- Vraag en antwoord

Diverse firma's stellen hun incontinentiemateriaal voor

Ontex:

Sofie.burgelman@ontexglobal.com

www.id-direct.com



Essity

Kristien.Roels@essity.com

www.tena.be

Tijdens de afgelopen webinar had ik het over ons specifieke mannengamma, TENA Men.

Het TENA Men assortiment omvat 4 verschillende verbanden voor de mannen, van het Protective Shield tot en met Level 3, maar ook 2 specifieke broekjes, speciaal voor heren.



Uiteraard bieden we ook nog steeds de witte unisex broekjes aan. Deze heb je in meerdere maten en absorpties.

Ik stelde ons nieuwe broekje voor de nacht voor, meer bepaald onze TENA Proskin Pants Night, voor extra bescherming tijdens de nacht.

Als laatste bleef ik nog heel even stilstaan bij ons huidverzorgingsgamma, dat je uiteraard eveneens kan terugvinden op onze website.



Coloplast:

Barbara Czvek: bebc@coloplast.com

<http://www.coloplast.be>

Coloplast streeft reeds meer dan 60 jaar naar het aanbieden van optimale discrete producten voor gebruikers met interne zorgen.

Onze missie is duidelijk en kraakheilig: het leven makkelijker maken voor personen met persoonlijke en gevoelige medische aandoening.

Op het gebied van continenzorg streven we naar innovatieve producten die een meerwaarde bieden op alle vlakken: comfort, discretie, gemak en zekerheid.

Conveen Optima biedt een grote waaier aan condoomkatheters voor de incontinentie problematiek. Het Conveen gamma sluit daarbij mooi aan om kwalitatieve dag- en nachtzakken te voorzien, in verschillende volumes en behoeftes.

Bent u op zoek naar een urinaire katheter om uw blaas perfect te kunnen ledigen, dan kan het SpeedCath gamma u zeker een optie bieden. SpeedCath voorziet zowel de standaard katheters als de compacte versies. De SpeedCath Flex is een non-touch katheter, met een glijde- en flexibele tip in een compacte verpakking.

Mits de juiste indicatie is er voor beide productgamma's terugbetaling voorzien.



B.Braun Medical :

paul.djoos@bbraun.com

www.bbraun.be

www.facebook.com/bbrauninternational

Hollister:

vicky.winckelmans@hollister.com

barbara.schoenmakers@hollister.com

<https://www.hollister.be/nl-be>



Bezoek onze website voor meer informatie & staalaanvragen
<https://www.hollister.be/nl-be>

**Onze contactgegevens voor al uw vragen omtrent
condoomkatheters en intermitterende sondes**

Vicky Winckelmans
Product Specialist Continence Care
Tel: 0473 18 30 18
vicky.winckelmans@hollister.com

Barbara Schoenmakers
Product Manager Continence Care
Tel: 010 23 04 82 – 0475 86 92 51
barbara.schoenmakers@hollister.com



Entusia:

hansversmissen@entusia.be

<https://www.entusia.be/>

Het is de missie van Entusia om het zelfvertrouwen en de waardigheid van hun gebruikers te stimuleren. Wij bieden geen wegwerpverbanden aan zoals deze van Tena of Ontex, maar wel een normaal uitziende boxer (met een geïntegreerde absorberende pad) als waardig alternatief voor deze verbanden. Op dit moment bieden wij een boxer aan voor licht urineverlies, maar tegen het einde van dit jaar ook een boxer voor matig urineverlies. Onze boxers zijn minstens 60x uitwasbaar waardoor deze ook veel beter voor het milieu zijn dan de wegwerp



incontinentieverbanden en op jaarbasis bekeken ook kostenbesparend voor onze gebruikers.



Gebruik van incontinentie materiaal: ervaringen als patiënt: dhr. Frank Luyts

Inlegverbanden:

De meeste leveranciers leveren probeer pakketten. Tracht zo nauwkeurig mogelijk te antwoorden op de vragenlijst van hun website, zodat je het best passende materiaal kan uitproberen.



Het model hangt ook af van eigen voorkeur. Persoonlijk kies ik voor driehoekige verbanden. -

Problemen met verbanden.

Het verlies is niet altijd constant: bv na een pintje, bij een wandeling. Neem een groter verband uit voorzorg. Als het warm is en je zweet, is het moeilijk te voelen of het verband verzadigd is of niet. Ik heb geen oplossing hiervoor, behalve regelmatig diskreet te voelen.....??? Het sociaal leven is bij zwaardere incontinentie niet evident met verbanden. Vergeet niet dat alleen met een goedpassende onderbroek, dan alleen het verband lekvrij kan zijn. Losse boxershorts zijn dus niet aangewezen.

Het oefenen van de bekkenbodemspieren is het eerste wat je moet uitvoeren. Als je na 3-4 jaar nog altijd incontinent bent dan is het misschien tijd om over te stappen naar andere middelen. Ik heb na veel opzoekwerk en na veel te hebben gesproken met lotgenoten, beslist om condoomkatheters te gebruiken in de plaats van implantaten en penisklemmen. Sindsdien ben ik terug sociaal actief. Nu kan ik terug naar mijn verenigingen zonder dat ik angst moet hebben van een natte broek.

Condoomkatheters:

Vraag aan de leverancier een kennismakingspakket met een meetlintje om je diameter te bepalen. Meet op verschillende ogenblikken de diameter van de penis in volledige rust. Vraag enkele stalen van de maat die je gemeten hebt. Het condoom moet juist passen, te klein is onaangenaam en niet uit te houden, te

groot geeft lekken. Het condoom wordt maar 1 dag gedragen en moet dan worden verwijderd. De plaszakken kan je 5 dagen gebruiken. Ik spoel deze zakken elke avond uit met gewoon kraantjeswater en hang ze op om uit te druppen. Op deze manier rieken ze na 5 dagen niet. Aanbevolen is om speciale preparaten aan te brengen om de penishuid te beschermen. Geen zalven gebruiken want dan kleeft de condoom niet. De penis moet droog en vetvrij zijn. De condoms die het eenvoudigst aan te brengen zijn, zijn deze met kleefstof vooraan wanneer ze nog volledig opgerold zijn. De penis kleeft direct aan de condoom zodat er geen probleem is met het afrollen.

Voor condoomkatheters, voor penisklemmen, inlegverbanden en andere hulpmiddelen geldt dat de hygiëne zeer belangrijk is. Bij een gebrekkige hygiëne zijn blaasontstekingen mogelijk. Let zeker op bij tourista (diarree) en lange autoritten tijdens de vakantie. Neem daarom een bactericide mee op reis. Drink veel water!

Wanneer je moet plassen moet je de condoom niet verwijderen, je kan het ontkoppelen van de urinezak. Let op de hygiëne. Was voordien je handen en vermijd het contact van de koppeling met toiletputten, urinoirs, vuile hand. 's Nachts gebruik ik geen condoom omdat ik met het kleinste inlegverband toekom. Het blijkt soms niet nodig en gebruik het als voorzorg. Hierdoor kan de huid gedurende een 8h "verluchten" en recupereren van de kleeftoestanden. Overdag heb ik een verlies van 1-1,5l en meer. Ik vermoed dat de bekkenbodemspieroefeningen hebben geholpen voor zover ik 's nachts geen grote bewegingen maak met de benen.

Alternatieven:

-McGuire-urinaal (voor mannen): als het gebruik van een condoomkatheter niet mogelijk of niet gewenst is, dan kunnen mannen een McGuire-urinaal, ook wel draagurinaal, gebruiken. Het draagurinaal bestaat uit een elastische gordel en een afneembare schacht. Beide zijn in tegenstelling tot (condoom)katheters meerdere keren te gebruiken. Het schoonmaken van de schacht vereist wel extra zorg in verband met de afzetting van urinezouten.

-Penisklem: Is niet de meest aangename gewaarwording. Lotions en zweet laten de klemmen schuiven en is dus niet bedrijfszeker. Vanwege het risico op complicaties (drukplekken, slechte doorbloeding) en het feit dat



het gebruik van de klem pijnlijk aanvoelt, is deze methode een zeer voorlopige oplossing. De penisklem dient om de 3 à 4 uur te worden verwijderd voor de doorbloeding. Voor nachtelijk gebruik is de klem niet geschikt. Na een paar keer proberen met slechte ervaringen, had ik er weinig vertrouwen in.

Blijf zoeken en je zal uiteindelijk een oplossing vinden die u het best past!

Terugbetaling van incontinentie materiaal: **dh. Frank Luyts**

Sommige hospitalisatieverzekeringen hebben clausules waarin tussenkomsten voorzien zijn niet alleen voor medicatie maar ook voor hulpmiddelen zoals inlegverbanden, katheters enz.. In de groepsverzekering van je werkgever, zijn er ook soms ook tussenkomsten voorzien (zie o.a. de Vlaamse overheid.) De clausules zijn voor elke maatschappij verschillend en het is dus nodig om het contract goed te lezen en eventueel een onderhoud te vragen met de makelaar of het agentschap.

Deze tekst handelt alleen over de tussenkomst van het RIZIV van de Federale overheid.

Ter verduidelijking : Het RIZIV voert vanaf 1 april 2021 een nieuwe regeling in voor het STOMA- materiaal. De voorwaarden voor INCONTINENTIE materiaal worden niet veranderd.

✓ **FORFAIT** voor onbehandelbare urinaire incontinentie langs natuurlijke weg:

- o groot forfait: 528,20 per jaar,
- o klein forfait: 172,40 per jaar

Het RIZIV bepaalt wie recht heeft op een groot of op een klein forfait, dus niet de ziekenkas.

Zowel het grote als het klein forfait dienen voor de (gedeeltelijke) compensatie van de kosten voor de aankoop van inlegverbanden, absorberende wegwerp producten, enz..

✓ **DOTATIE** voor onbehandelbare urinaire incontinentie langs natuurlijke weg: RIZIV betaalt rechtstreeks aan de bandagist voor het materiaal dat voorkomt op RIZIV lijst van vergoedbare producten (penishulzen of condoomkatheters, opvangzakken, toebehoren enz...)

Groot forfait

Voor het GROOT FORFAIT gelden drie mogelijke voorwaarden voor de verhoogde tegemoetkoming:

- o ofwel ontvang je een specifieke uitkering

- o ofwel ben je in het ziekenfonds ingeschreven onder een specifieke hoedanigheid
- o ofwel valt je inkomen onder een grensbedrag (wordt bepaald door uw ziekenfonds): voor personen weduwnaar/weduwe, invalide, gepensioneerde, volledig werkloos gedurende minstens 1 jaar, enz. . bruto jaarlijks gezinsinkomen lager dan € 19.957,16. (3/3/2020) bijkomend gezinslid ptl = +€ 3.694,1(kadastraal inkomen vrijgesteld 1.375 +229 ptl) Andere situaties als punt hiervoor 19.892,01 + 3.682,55 ptl (kadastraal inkomen vrijgesteld 1.375 +229 ptl)

Dotatie

DOTATIE: Welke stappen zijn er? (het RIZIV gebruikt hier ook de term tegemoetkoming)

Uw ziekenfonds komt pas tegemoet nadat de volgende 4 stappen afgerond zijn:

- 1.U raadpleegt uw arts.
- 2.Uw arts geeft u een medisch voorschrift voor incontinentiemateriaal
3. U neemt contact op met een erkende bandagist die u de volledige informatie geeft over de verschillende soorten van incontinentiemateriaal en u zal bijstaan bij het maken van de juiste materiaalkeuze. (vraag stalen aan de firma's die voorkomen op RIZIV lijst van vergoedbare producten)

Belangrijk is dat het materiaal voorkomt op RIZIV lijst van vergoedbare producten. Zie nomenclatuurcode in de lijst:
https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/lijsl_bandagisten_stoma_incontinentie_20210301.pdf

Of er al dan niet een supplement moet worden betaald hangt af van het gekozen materiaal.

- 4.De erkende bandagist levert uw incontinentiemateriaal persoonlijk af en maakt een getuigschrift van aflevering op. De betaling zal meestal worden geregeld door de erkende bandagist via de derdebetalersregeling.

De dotatie is vastgelegd als volgt: penishuls(= condoomkatheter): 90 stuks per 3maand, nachtzakjes: 20 stuks per 3 maand, beenzak: 20 stuks per 3 maand.

Algemene info

-Waar vindt u verdere info:
<https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/individuele-verzorging/Paginas/stoma-incontinentiemateriaal.aspx>

- Om door de ziekteverzekering te worden vergoed moeten de producten inzake stoma-en incontinentiemateriaal zijn opgenomen op de lijsten van aangenomen producten.

-Onder bepaalde voorwaarden heeft u recht op gratis huisvuilzakken. Hiervoor richt u zich tot de gemeente waar je woont.

Wees steeds alert voor het volgende

Veel personen die bedrijvig zijn in de ziekenkas, verzorgingsinstellingen, patiëntenverenigingen enz. zijn niet altijd op de hoogte van alle mogelijke tussenkomsten, vergoedingen, tegemoetkomingen, enz.. Ook huisartsen en verzorgenden hebben niet altijd de actuele en correcte info. De teksten van het RIZIV zijn soms niet duidelijk en verwarrend . Dit is het geval met de term “verhoogde tegemoetkoming”

Tracht steeds een tweede opinie te bekomen over de tussenkomst waar je “recht” op hebt.

Zoek op internet of de info die je ontvangen hebt, overeenkomt met wat de ziekenkas je aanbiedt. (interessant zijn de websites van sommige Vlaamse ziekenhuizen).

Veel info is op het internet te vinden over de verschillende manieren van behandelingen en operaties, technieken om te opereren, enz. Soms zo gespecialiseerd dat zelfs urologen vragen hebben over de correctheid.

Maar de info over terugbetaling en tussenkomsten zijn vandaag zeer zuinig te vinden. Hopelijk dat het in de toekomst toegankelijker wordt voor ons patiënten.

-Spreek er met medepatiënten, lotgenoten over. Het is voor ons Vlamingen nogal moeilijk om over dit onderwerp op het internet in dialoog te gaan met anderen. Ook andere patiënten zijn op zoek en die bezorgen je hints over je groepsverzekering op het werk, je hospitalisatieverzekering, voordelen als ambtenaar van de Vlaams Gewest.

Een goede raad: sluit je aan bij gespreksgroepen van lotgenoten - prostaatankerpatiënten. Vlaanderen staat er schuchter tegenover, maar echt waar het is nuttig en het loont!

KOM-OP-TEGEN-KANKER heeft haar gespreksgroepenforum stopgezet en werkt samen met de website KANKER.NL . Deze heeft Belgische moderators zodat ook Vlaamse en Belgische steunmaatregelen in gespreksgroepen kunnen besproken worden.

Het is aan de firma's die incontinentie materiaal verkopen, verboden om melding te maken dat hun materiaal terugbetaald wordt of dat er een tegemoetkoming is. Dat geeft ons patiënten moeilijkheden om de steunmaatregelen op te zoeken.

Verdere gegevens:
fbgroep.prostaatkanker@telenet.be

NB. aanvullende gegevens:

Sfinkter prothese: AMS volledig terugbetaald vanaf 12 M na radicale prostatectomie.

Male sling (Advance) niet terugbetaald. Kost +/- 1700 euro aan patiënt (wordt soms wel door HOS verzekering terugbetaald).

Moderator Dr. Bruno Mortelmans



Kort

Dr. Luc Dewilde

Lichte toename in diagnose van gemetastaseerde PCa gelinkt aan verminderde PSA screening

De U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) heeft in zijn guidelines van 2008 en 2012 PSA-screening ontraden onafgezien van de leeftijd. In 2018 werden deze guidelines geüpdatet waarbij werd aanbevolen mannen tussen 55 en 69 jaar zelf te laten beslissen om, na een gesprek met hun arts, al dan niet gescreend te worden. Screening boven de 70 jaar werd afgeraden.

Het percentage mannen boven de 40 jaar die een PSA-screening ondergingen verminderde van 61,8% in 2008 tot 50,5% in 2016. In dezelfde periode nam het aantal mannen waarbij een gemetastaseerde prostaatkanker werd gediagnosticeerd toe van 6.4 naar 9 op 100.000. Deze studie versterkt de epidemiologische evidentie dat vermindering in PSA-screening tenminste voor een deel verantwoordelijk is voor de toename in het aantal gediagnosticeerde gemetastaseerde prostaatcarcinomen. Het ondersteunt ook het belang van een gedeeld overleg met de arts over risico's en voordelen bij het overwegen van een PSA-screening.

Vidit Sharma et al.: "Increase in U.S. Metastatic Prostate Cancer Diagnoses Seen After Reduction in PSA Screening" ASCO 2021 Genitourinary Cancers Symposium, February 8, 2021

Meerwaarde van MRI-geleide biopsie bij opsporing van prostaatkanker

MRI (Magnetische Resonantie) met gerichte biopsienamen is niet minderwaardig aan de klassieke blinde techniek (12 biopsies) met transrectale echografie voor de diagnose van prostaatkanker. Een MRI-geleide biopsie heeft zelfs een aantal voordelen. De procedure is minder invasief en minder pijnlijk. Daarenboven, het feit dat MRI een hoger percentage klinisch significante kankers diagnosticeert zal minder overbehandeling tot gevolg hebben. Tenslotte zijn er met deze techniek minder complicaties zoals hematurie en incontinentie.

Laurence Klotz et al.: "Comparison of Multiparametric Magnetic Resonance Imaging-Targeted Biopsy With Systematic Transrectal Ultrasonography Biopsy for Biopsy-Naïve Men at Risk for Prostate Cancer" JAMA Oncol. 2021 Apr. 1;7(4):534-542, doi: 10.1001/jamaoncol.2020.7589

Medicatie voor BPH beschermt tegen ziekte van Parkinson

Alfa-1-blokkers die de glycolyse (omzetting van glucose tot pyrodruivenzuur m.b.v. enzymen) bevorderen en gebruikt worden om benigne prostaathypertrofie te behandelen zouden neuro-protectief kunnen zijn. Dit is gebleken bij toediening van terazosine (° Hytrin, ° Terazosab), doxazosine en alfuzosine (° Xatral) maar niet met tamsulosine (° Omic) dat de glycolyse niet bevordert. Patiënten met de ziekte van Parkinson vertonen een verminderde glycolyse en een verminderde mitochondriale werking. De medicatie voor BPH voorkomt of vertraagt de ontwikkeling van de ziekte van Parkinson.

Jacob E. Simmering et al.: "Association of Glycolysis-Enhancing alpha-1 Blockers with Risk of Developing Parkinson Disease." JAMA Neurol. 2021;78(4):407-413, doi:10.1001/jamaneurol. 2020.5157

Biopsies op geleide van micro-ultrasonen voor detectie van prostaatkanker, de nieuwe eerste-keuze test?

Hoge resolutie echografie met micro-ultrasonen biedt dezelfde mogelijkheid om afwijkingen in de ductale anatomie bij prostaatkanker te ontdekken als multiparametrische MRI (mpMRI). Het heeft echter het voordeel relatief goedkoper, toegankelijker en eenvoudiger van toepassing te zijn dan mpMRI. De sensitiviteit van een echografie met micro-ultrasonen is vergelijkbaar of hoger dan mpMRI voor de diagnose van klinisch significante prostaatkankers, met vergelijkbare specificiteit. Het percentage detectie van prostaatkanker met de twee technieken was vergelijkbaar.

Laurence Klotz et al.: "Comparison of micro-ultrasound and multiparametric magnetic resonance imaging for prostate cancer: A multicenter, prospective analysis." *Can.Urol.Assoc.J.* 2021 Jan, 15(1)E11-E16, doi: 10.5489/cuaj.6712

Adjuvante radiotherapie of salvage-radiotherapie na radicale prostatectomie bij gelokaliseerde hoog-risico prostaatkanker?

Salvage-radiotherapie is een dosis-geïntensiveerde radiotherapie na een radicale prostatectomie die pas opgestart wordt als er een biochemische progressie vastgesteld wordt.

Drie publicaties, in september 2020 gepubliceerd, besluiten dat radiotherapie na chirurgie dat pas opgestart wordt als het PSA terug stijgt even doeltreffend is wat betreft een eventuele latere tumorprogressie als adjuvante radiotherapie met een conventionele dosis onmiddellijk na de ingreep toegediend bij bodemwaarde PSA. Wel werd er meer gastro-intestinale toxiciteit vastgesteld.

De resultaten van de studies pleiten dus niet voor het systematisch toedienen van adjuvante radiotherapie na een radicale prostatectomie, wel voor een nauwlettende postoperatieve observatie en radiotherapie pas bij vaststelling van kankerprogressie. Bij beide technieken is de overleving zonder complicaties na vijf jaar vergelijkbaar. Daarenboven heeft de keuze voor salvage-radiotherapie het voordeel dat patiënten

voor wie enkel chirurgie voldoende is gespaard blijven van een onnodige behandeling.

CC Parker et al.: "Timing of radiotherapy after radical prostatectomy (RADICALS-RT) a randomised controlled phase 3 trial." *Lancet* 2020, 396.1413-21

CL Vale et al.: "Adjuvant or early salvage radiotherapy for the treatment of localised and locally advanced prostate cancer : a prospectively planned systemic review and meta-analysis of aggregate data." *Lancet* 2020, 3961422-141

Derya Tilky et al.: "Adjuvant Versus Early Salvage Radiation Therapy for Men at High Risk for Recurrence Following Radical Prostatectomy for Prostate cancer and the Risk of Death." *Journal of Clinical Oncology*, Vol.39, No. 20-July 10,2021,pp. 2284-2293

Herstel van continentie na radicale prostatectomie beter ingeschat door preoperatieve evaluatie van de bekkenbodemspieren

Er is een duidelijke correlatie tussen de sterkte van de bekkenbodemspieren en het herstel van de urinecontinentie na een radicale prostatectomie. Een preoperatieve evaluatie door een kinesist met een bijzondere bekwaamheid in de pelvische reëducatie is bijgevolg sterk aangeraden met eventuele elektromyografie (emg) van de bekkenbodemspieren. Dit kan aanwijzingen inhouden over het verloop van het herstel van de continentie postoperatief. Tevens kunnen preoperatief reeds thuisoefeningen aangeleerd worden om de sterkte van de bekkenbodemspieren te verbeteren. De studie toont aan dat drie maanden na de radicale prostatectomie 74% van de mannen met sterke bekkenbodemspieren continent waren tegen 50% van de mannen met een zwakke bekkenbodem.

Alison Levy et al.: "Using Preoperative Pelvic Floor Assessment to Predict Early Return of Continence after Robotic Radical Prostatectomy." *Urology* 2021 May7; S0090-4295(21)00373-3; doi: 10.1016/j.urology.2021.04.029

Aquablation of waterjet-ablatie bij benigne prostaathyperplasie

Aquablation is een minimaal-invasieve techniek waarbij na echografische evaluatie een

robot-geassisteerde transurethrale ablatie van de prostaat gebeurt met een hogedruk waterstraal. Er worden met deze techniek weinig complicaties genoteerd. Aquablation is een goede optie voor patiënten met een grote prostaat (>80 cm³) als alternatief voor een open prostatectomie of een Holmium laser enucleatie (HOLEP). Opvallend is dat er duidelijk minder postoperatieve seksuele bijwerkingen worden vastgesteld vergeleken met een klassieke TURP.

De auteurs wensten na te gaan of de effectiviteit van een behandeling met aquablation onafhankelijk is van de grootte van de prostaat. De studie toonde aan dat aquablation niet alleen heel effectief is bij patiënten met een prostaatkroon van 30 tot 80 cm³, maar ook, en vooral geïndiceerd is, voor patiënten met een prostaatkroon van 80 tot 150 cm³. Na twee jaar follow-up zijn er duurzame functionele verbeteringen genoteerd.

David-Dan Ngyuenet al.: "WATER versus WATER II 2-Year Update: Comparing Aquablation Therapy for Benign Prostatic Hyperplasia in 30-80-cm³ and 80-150cm³ Prostates." European Urology Open Science 2021;25:21-28; doi.org/10.1016/j.euros.2021.01.004

Voordelen van een gezonde levensstijl bij mannen met een verhoogd genetisch risico op prostaatkanker

Genetische factoren dragen voor 58% bij tot de variabiliteit in het risico op prostaatkanker. Mannen met een hoog genetisch risico op PCa hebben een beperktere kans op het krijgen van een dodelijke vorm als ze een gezonde levensstijl aanhouden. De genotype-gegevens van de in de studie opgenomen mannen moesten uiteraard wel beschikbaar zijn. Hierbij werd rekening gehouden met de incidenties van alle vormen van kankerspecifiek overlijden. Bij de berekening van de levensstijlscore waren bepalende factoren onder andere: gewicht, frequentie van lichamelijke activiteit, tabaksgebruik, consumptie van tomaten en van vette vis, en beperktheid van inname van verwerkt vlees. Mannen met de hoogste polygenetische risicoscores hadden een 5.4 maal hoger risico van alle vormen van PCa en een 3.5 maal verhoogd risico van dodelijke prostaatkanker vergeleken met de mannen met de laagste risicoscores. Het lager risico van een agressieve aandoening bij een gunstige levensstijl kan er op wijzen dat het grotere

genetische risico van een dodelijke prostaatkanker vermeden kan worden door gezonder te gaan leven.

A. Plym op de Annual Meeting of the American Association for Cancer Research (AACR 2021), Virtual Meeting held April 9-14 2021

Verband tussen hormoontherapie bij prostaatkanker en verhoogd cardiovasculair risico

Androgeendeprivatietherapie bij patiënten met een hormoonafhankelijke prostaatkanker kan het risico op optreden van cardiovasculaire voorvallen doen toenemen. Er is een duidelijk hoger risico vastgesteld bij gebruik van een gonadotropin-releasing hormoon (GnRH) agonist (°Zoladex, °DepoEligard, °Decapeptyl) in vergelijking met een GnRH-antagonist (°Degarelix). Dit wordt verklaard door verschillen in snelheid bij het verlagen van het testosterongehalte en door FSH waarden. Met een GnRH-antagonist is er een onmiddellijke inhibitie van LH (luteïniserend hormoon) en FSH (follikelstimulerend hormoon) waarbij het testosteron gehalte veel sneller zakt naar castratiewaarden. Vooral bij totale androgeenblokkering waarbij een combinatie van een GnRH agonist en een anti-androgeen wordt voorgeschreven is het risico op een cardiovasculair voorval het grootst. Er is ook een verband tussen de duur van de hormoontherapie en het verhoogd risico. De patiënten met prostaatkanker die lijden aan een cardiovasculaire ziekte moeten van nabij opgevolgd worden in geval een androgeendeprivatietherapie wordt voorgeschreven.

Tochi M. Okwuosa et al.: "Impact of Hormonal Therapies for Treatment of Hormone-Dependent Cancers (Breast and Prostate) on the Cardiovascular System: Effects and Modifications: A Scientific Statement from the American Heart Association." April 26, 2021; doi.org/10.1161/HCG.0000000000000082/Circulation: Genomic and Precision Medicine .2021;14:e000082

Niet kanker-gerelateerde mortaliteit bij oudere patiënten met PCa behandeld met RP en radiotherapie

Bij oudere patiënten (> 70 jaar) die een radicale prostatectomie (RP) voor hun prostaatkanker ondergingen en nadien

radiotherapie kregen wordt een zorgwekkend hoger percentage vastgesteld van overlijden door andere, niet kanker-gerelateerde, oorzaken in vergelijking met patiënten die enkel een RP ondergingen. Dit zou op een overbehandeling van de oudere (> 70 jaar) PCa patiënten kunnen wijzen. Het maakt de noodzaak duidelijk van een meer nauwgezette patiënten-selectie bij het overwegen van een combinatietherapie voor hun prostaatkanker.

Mike Wenzel et al.: "Non-cancer mortality in elderly prostate cancer patients treated with combination of radical prostatectomy and external beam radiation therapy." *Prostate*, 2021 Aug;81(11):728-735, doi: 10.1002/pros.24169.Epub.2021 May 19

NSAID's (niet-steroïde anti-inflammatoire geneesmiddelen) beter dan codeïne voor postoperatieve pijn

NSAID's (non-steroidal anti-inflammatory drugs) zijn ontstekingsremmende geneesmiddelen die niet behoren tot de groep van de corticosteroïden. Voorbeelden hiervan zijn ibuprofen of diclofenac. Een recente meta-analyse heeft aangetoond dat NSAID's met of zonder gelijktijdige toediening van paracetamol, beter zijn en een klinisch superieur analgetisch effect hebben dan de preparaten met codeïne die vaak worden voorgeschreven voor de behandeling van postoperatieve pijn. Tevens vertonen deze preparaten minder bijwerkingen ten opzichte van preparaten met codeïne.

Matthew Choi et al.: "Managing postoperative pain in adult outpatients: a systematic review and meta-analysis comparing codeine with NSAIDs." *CMAJ* June 14 2021 193(24):E895-E905; doi.org/ 10.1503/cmaj.201915

Bloedtest voor vroege detectie van meerdere kankertypes

De Galleri test van Grail, Inc. is een bloedtest, voorlopig enkel in de Verenigde Staten op voorschrift verkrijgbaar (kostprijs 949\$) waardoor op verschillende kankertypes tegelijk. Kan gescreend worden. De specificiteit van de test is 99.5%. De test detecteert signalen van meer dan 50 kankertypes (waaronder kankers van blaas, darm/colon/rectum, slokdarm, maag, hoofd/hals, lever/galwegen, long, ovarium, pancreas en ook lymfomen en myelomen) met een gevoeligheid van 51,5% die stijgt naarmate

de kanker in een verder stadium gevorderd is. Daarenboven is het in 88,7% accuraat in de lokalisatie van de oorsprong van de kanker. Deze test zal de huidige individuele screening voor één type kanker niet vervangen maar wel aanvullen. Hiermee zullen kankers vroegtijdiger opgespoord kunnen worden, met een grotere kans op succesvolle behandeling en genezing.

E.A. Klein et al.: "Clinical validation of a targeted methylation-based multi-cancer early detection test using an independent validation set." *Annals of Oncology* June 24, 2021, doi.org/ 10.1016/j.annonc.2021.05.106

Risico op adenocarcinoom van oesophagus en maag bij mannen met prostaatkanker die behandeld worden met een androgeen-deprivatietherapie (ADT)

In deze studie werd het risico nagegaan op het optreden van kankers van oesophagus en maag bij patiënten met prostaatkanker die een androgeen-deprivatie behandeling hadden ondergaan.

Er werd bij deze patiënten een verminderd risico vastgesteld op het ontwikkelen van adenocarcinoom van de maag met uitzondering van de cardia of maagmond. Anderzijds werd er geen duidelijk verminderd risico vastgesteld op de ontwikkeling van een adenocarcinoom van de oesophagus, de maagmond of een plaveiselcel carcinoom van de oesophagus.

Richard Stone et al.: "Risk of esophageal and gastric adenocarcinoma in men receiving androgen deprivation therapy for prostate cancer." *Sc.Rep.* 2021 June 29,11(1);13486. doi: 10.1038/s41598-021-92347-0

Percutane toediening van oestradiol bij androgeen-deprivatietherapie voor PCa: cardiovasculaire effecten op lange termijn

De PATCH-studie (Prostate Adenocarcinoma TransCutaneous Hormone) is een Britse studie waarbij de cardiovasculaire verschijnselen werden bestudeerd bij percutane toediening (waardoor levermetabolisme omzeild wordt) van oestrogenen vergeleken met een orale toediening. Met orale oestrogenen is het risico op een cardiovasculair accident in belangrijke mate verhoogd, zeker bij oudere patiënten. Het einddoel van de studie is te zien of de

oestrokeendepletie bij de behandeling van PCa met LHRH-agonisten (°Zoladex, °Lucrin, °DepoEligard, °Decapeptyl) hiermee niet voorkomen kan worden. Optreden van hartfalen, acuut coronair syndroom, thrombo-embolie, CVA en plots overlijden werden nagegaan. Op lange termijn is er geen verschil vastgesteld in cardiovasculaire morbiditeit en sterfte tussen de twee behandelingsgroepen. Transdermale toediening van oestrogenen voor suppressie van androgenen bij de behandeling van prostaatkanker is dus geen oplossing.

Ruth E. Langley et al.: "Transdermal oestradiol for androgen suppression in prostate cancer: long-term cardiovascular outcomes from the randomised Prostate Adenocarcinoma Transcutaneous Hormone (PATCH) trial program." *The Lancet*, vol.397, issue 10274, p.581-591, February 13, 2021; doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00100-8

Opsporen van prostaatkankercellen in de urine

Er is recent een test op basis van de In-Situ Hybridisatie (ISH) techniek ontwikkeld die het mogelijk maakt maken prostaatkanker op te sporen in een urinestaal na rectaal toucher. Met de interfase ISH kunnen specifieke nucleïnezuursequenties in het DNA van morfologisch intacte cellen zichtbaar worden gemaakt en kunnen structurele chromosoomafwijkingen herkend worden. Hier werd een ISH-test ontwikkeld gericht op RNA-sequenties die wijzen op de aanwezigheid van prostaatkankercellen en kwaadaardige prostaatkankercellen in de urine. Er is een significante correlatie gevonden tussen een positief testresultaat en de reële aanwezigheid van prostaatkanker, met een specificiteit van 95% en een sensitiviteit van 51%.

Jillian N. Eskra et al.: "Specific Detection of Prostate Cancer Cells in Urine by RNA In Situ Hybridization." *The Journal of Urology*, July 1, 2021; 206(1),37-43. doi.org/10.1097/JU0000000000001691

Is selectieve embolisatie van de arteria prostatica bij LUTS een goed alternatief voor een turp?

Bij patiënten met veel comorbiditeiten of met stollingsproblemen kan de selectieve embolisatie van de arteria prostatica een alternatief zijn voor een transurethrale resectie van de prostaat. De bijwerkingen van de ingreep die onder lokale verdoving plaatsgrijpt onder

radiologische visualisatie heeft weinig bijwerkingen. Een recente studie besluit echter dat deze techniek significant minder doeltreffend is dan een turp die toch de gouden standaard blijft. Na één jaar kwamen bij een significant aantal van de patiënten, bijna 30%, de plasklachten terug. Een turp is duidelijk superieur op het vlak van de verbetering van het maximaal urinedebiet, de vermindering van het postmictioneel residu en de vermindering van het prostaatvolume. Bij 20% van de patiënten behandeld met embolisatie moest nadien overgegaan worden tot een turp. De waarde van deze behandeling voor een goedaardige prostaatvergroting is dus twijfelachtig.

Dominik Abt et al.: "Prostatic Artery Embolisation Versus Transurethral Resection of the Prostate for Benign Prostatic Hyperplasia: 2-yr Outcomes of a Randomised, Open-label, Single-center Trial." *European Urology*, volume 80, issue 1, p34-42, July 01, 2021, doi.org/10.1016/j.eururo.2021.02.008

In Memoriam

Afgelopen juni vernam de redactie en het bestuur het overlijden van de heer Marcel Peeters op 89-jarige leeftijd.

Marcel was één van de zes mannen die, onder voorzitterschap van Jack Pais, Wij Ook België vzw oprichtte in het jaar 2000. Van in het begin tot de Algemene Vergadering in 2016, waakte Marcel als penningmeester over de schatkist van onze vereniging. Daarna bleef hij nog lid van het bestuursorgaan tot in 2017.

We zagen Marcel dikwijls op Café Santé's en op Europese patiëntendagen met zijn lieve vrouw Frie steeds aan zijn zijde. "Dat mijn liefste, dierbare jongen voor altijd van mij weg is, is moeilijk te aanvaarden. Ik kan het nog steeds niet geloven dat ik hem nooit meer zal zien", liet ze ons weten.

We wensen Marcel's echtgenote en familie veel moed in deze moeilijke tijden.



Marcel Peeters
°02.07.1931 - †25.06.2021



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