

PROSTAATinfo

Nieuwsbrief van Wij Ook Belgium vzw

Juni 2021



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

Versijnt
Driemaandelljks
Jun-jul-aug 2021
P910655



De PROSTAATinfo brievenbus (p5)
Het verhaal van een patiënt (p11)
PROSTAATinfo-ZOOM incontinentie (p14)

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]

Wij Ook Mechelen

Jan Humblet [0495/21.35.02]

[jan.humblet@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

Vrijheidstraat 32 bus 13

2000 Antwerpen

Tel: 03/645.94.44

Fax: 03/647.13.19

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

IBAN: BE78 4037 1493 0186

ISSN: 1782-0847

Prijs per nummer 5 euro

Inbegrepen in het lidgeld

20e jaargang juni 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 opinieleiders.

De inhoudelijke verantwoordelijkheid van elke bijdrage ligt bij de auteur.

PROSTAATinfo

Nieuwsbrief van Wij Ook Belgium

Oplage 4.000 ex.



EUROPA UOMO
The Voice of Men with Prostate Cancer in Europe

Us TOO
PROSTATE CANCER
EDUCATION & SUPPORT

Editoriaal

Erik Briers Hoofdredacteur

Beste lezers, lieve vrienden,

Dit wordt een bijzonder jaar, het jaar waarin we langzaam terug evolueren naar een “normaal” leven. Terug naar elkaar zien en mogen aanraken. Terug samen mogen vergaderen zonder dat dat virtueel moet zijn. Alleen is dat nog niet nu en zullen we het nodige geduld moeten opbrengen en de instructies op een goede manier moeten invullen. Ook al zijn de meeste van onze leden al gevaccineerd.

Toch is dit geen verloren jaar voor Wij-Ook. Dit moeilijke jaar hebben wij in vier ZOOM-vergaderingen de twee grote problemen van mannen die voor prostaatkanker behandeld worden aan bod laten komen. We hebben het dan over incontinentie waarover we in dit nummer een vervolgverslag kunnen lezen. In de maand juni waren er dan twee ZOOM-vergaderingen over seksuele dysfunctie, misschien nog belangrijker en meer belastend dan incontinentie. Van al deze ZOOM-vergaderingen kan je verslagen vinden en verwachten in *PROSTAATinfo* maar je kan ook de opnames terugvinden op onze web-site. [wijook.be Medische info/incontinentie en impotentie].

Maar dit jaar is er ook een memorabel lid dat zijn activiteiten met Wij-Ook “herschikt”.

Zo neemt Prof. Louis Denis afscheid uit het bestuursorgaan van Wij-Ook. Dat doet Louis na vele jaren trouw aan onze zijde te hebben gestaan als uroloog specialist in prostaatkanker maar vooral als lotgenoot. Hij was een van de stichters van onze lotgenotenorganisatie meer dan twintig jaar geleden toen hij vanuit zijn professionele activiteit meer wou betekenen

voor de patiënt. Daarvoor was hij ook medestichter van het OCA toen het Oncologisch Centrum Antwerpen, waarmee wij al die jaren en nu nog samenwerken.

Louis lag ook samen met Tom Hudson (Ierland) en Alberto Costa (ESO - Italië) mee aan de basis van Europa Uomo begin 2002. Snel werden meerdere Europese landen bereid gevonden om mee een Europese Prostaatkanker Coalitie (EPCC) of Europa Uomo (naar de gelijkenis met Europa Donna de Europese vereniging voor borstkankerpatiënten) op te richten. In 2004 werd de officiële stichting ondertekend in Milaan waar ook ondergetekende zijn handtekening mocht plaatsen.

Louis heeft vele jaren ontzettend veel energie gestoken in de vereniging als secretaris en tot kort als ex-officio board member. Uit deze laatste functie heeft hij tijdens de laatste algemene vergadering van EUomo op 19 juni ontslag genomen waarop hij passend gehuldigd werd door onder meer Prof. Hein Van Poppel, Alberto Costa, John Dowling namens Tom Hudson en anderen.



Louis vanaf nu kan je pas echt van een pensioen gaan genieten, je weet dat de organisaties waar je al je tijd aan hebt gegeven in goede handen zijn doorgegeven. Je bent uiteraard als lid van Wij-Ook steeds welkom op onze vergaderingen en je zal er steeds een luisterend oor vinden voor je ervaring op- en aanmerkingen.

Het spreekt vanzelf dat wij in deze ook hulde brengen aan Brigitte die wij steeds aan uw zijde hebben gezien. Wij danken jullie voor jaren van trouwe inzet.

Inhoud van dit nummer

- 3 Een hulde moment voor Louis Denis
[Erik Briers]
- 5 *PROSTAATinfo* Brievenbus
[Erik Briers]
- 11 Het verhaal van een patiënt
Rudy Van Giel
- 14 *PROSTAATinfo*-ZOOM over incontinentie, deel twee
[Bruno Mortelmans]
- 20 Kort
[Luc Dewilde]



Omslagfoto

Zoutelande (Nederland) Zomer 2020
Ook op één poot kan je staan...
©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

Vrijheidstraat 32 bus 13

2000 Antwerp – Belgium

Tel: + 32 3 644 17 89

Fax: +32 3 647 13 19

E-mail: europauomo@skynet.be

www.europa-uomo.org

Brievenbus

Antwoord Erik Briers

Beste vrienden,

Regelmatig sippelen er vragen rond prostaatkanker binnen op de redactie. Dat kunnen vragen zijn maar ook problemen in verband met prostaatkanker die onze leden bezighouden. Tot op heden kaderden wij die steeds onder “Vragen van nonkel Frans” die natuurlijk niet echt bestaat. Vandaag openen we onze “Brievenbus” die zowel op papier als op onze computers bestaat. In deze eerste “Brievenbus” gaan we het over een belangrijk probleem hebben, de vroeg-opsporing van prostaatkanker.

Inleiding

Of vroeg-opsporing van prostaatkanker belangrijk is, is voor ons, leden van Wij Ook, vanzelfsprekend. Wij weten ondertussen dat prostaatkanker indien laat opgespoord een veel slechtere prognose heeft. Om de vraag evenwel een beetje te kaderen gaan we zoals steeds de vraag vanuit diverse hoeken en kanten benaderen. We gaan nadenken hoe prostaatkanker “normaal” evolueert, we moeten het over PSA hebben natuurlijk maar ook over wat we wanneer zouden kunnen doen.

De “normale” evolutie van prostaatkanker

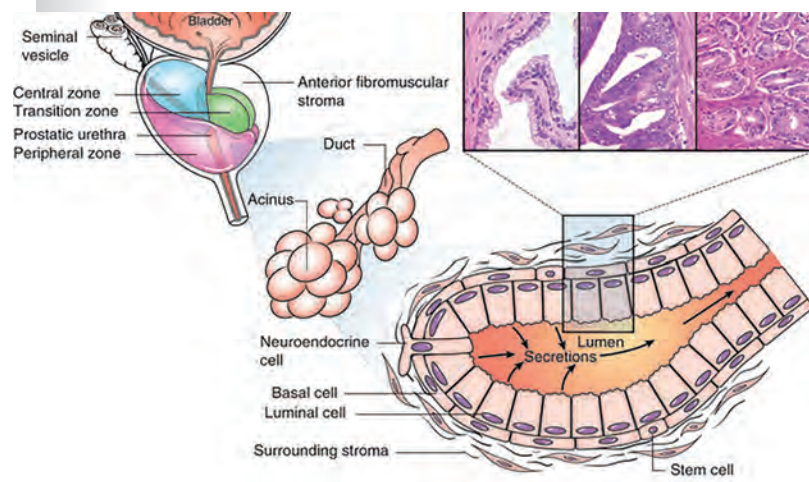
Voor zover er natuurlijk iets normaal kan zijn aan een kanker wordt hier bedoeld hoe de kanker evolueert zonder enige interventie van buitenaf, dus geen ingrepen van een uroloog of een kleine bestraling, er gebeurt gewoon niets.

Als we het dan over de evolutie hebben moeten we ook oog hebben voor de tijdschaal en dat is een belangrijke factor. Er zijn delen van die evolutie die heel snel gaan maar er zijn ook delen die er maanden, jaren zelfs decaden over zetten en dat aspect is natuurlijk heel belangrijk.

De figuur geeft een overzichtelijk beeld van de prostaat. Linksboven staat de “overzichtelijke” structuur met de indeling in zones. De prostaat is een klier en de taak van een klier is belangrijke producten (moleculen) maken en daarmee een vloeistof. Voor de prostaat is dat het prostaatvocht dat meer dan 90% uitmaakt van het sperma, het ejaculaat.

Een klier bestaat meestal uit een groot aantal kleine microscopische kliertjes (acinus) die ieder voor zich opgebouwd zijn rond een afvoerkanaaltje waarlangs de producten en de vloeistof naar een centraal kanaal(tje) worden afgevoerd. In het kliertje loopt het kanaaltje dood. Rond de open ruimte ligt een “zoom” met oppervlaktecellen, epitheelcellen die de feitelijke productiecellen zijn van de prostaat. Onder de epitheelcellen ligt een laagje basale cellen die mee structuur geven aan de kliertjes. Verder vinden we nog andere soorten cellen zoals neuro-endocriene cellen, een occasionele stamcel tussen de basale cellen en meer. Dit zijn allemaal echte prostaatcellen die nergens anders in het lichaam voorkomen.

Al deze cellen kunnen eventueel tot tumoren leiden, allemaal andere types waarvan de meeste weinig voorkomen en dus zeldzaam zijn.



De meeste prostaatkankers gaan uit van de epitheelcellen. Deze cellen delen zich regelmatig om bijvoorbeeld dode of beschadigde cellen te vervangen. Die celdeling is een complex proces waarbij het hele genoom, alle chromosomen zich vermenigvuldigen om daarna over beide dochtercellen verdeeld te worden. Bij dit proces kunnen fouten optreden die tot diverse gevolgen aanleiding kunnen geven.

Normaal bevat elke cel herstelmechanismen voor dit soort van ongevallen. Foutjes bij het kopiëren van DNA worden gedetecteerd en hersteld. Er zijn diverse herstelmechanismen in de cel hetgeen logisch is omdat het dupliceren van DNA zo belangrijk is. Toch kan het misgaan en dan treedt er een mutatie op hetgeen dochtercellen oplevert die verschillen van het origineel. Er zijn meerdere mogelijkheden.

- De resulterende dochtercellen hebben sterk afwijkende chromosomen en zijn niet

levensvatbaar, ze sterven af, einde verhaal.

- Of, er zijn één of twee dochtercellen die afwijken en vreemde moleculen gaan maken waardoor deze cellen door het immuunsysteem als vreemd worden herkend en opgeruimd, opnieuw einde verhaal.

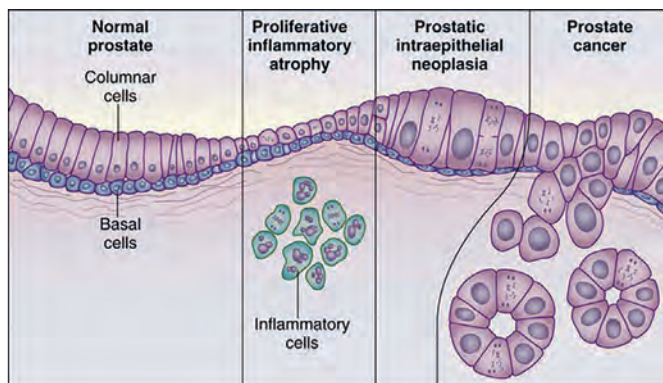
- Of, één of beide dochtercellen hebben een afwijkend genoom maar zijn levensvatbaar. Ze wijken af in enkele eigenschappen, maar blijven toch op hun plaats en storen de werking van de andere goede cellen niet. Dit zijn mogelijke precursoren van een tumor.

- Ten slotte is het mogelijk dat de herstelmechanismen van bij de aanvang beschadigd waren of door een mutatie beschadigd worden. In dit geval is de kans op kanker groter zoals bij een mutatie in BRCA2. Is de fout aanwezig “bij de geboorte”, dan spreken we van een “kiembaanmutatie” die van ouders op kinderen wordt doorgegeven. Ontstaat de fout evenwel tijdens een celdeling die misgaat dan spreekt men van een somatische mutatie.

Een eerste cel is gemuteerd, en verder

Die eerste mutatie kan als het ware eender wanneer optreden op jonge leeftijd of op een “rijpe” leeftijd. Kenmerk van deze eerste gemuteerde cel(len) is dat ze absoluut onvindbaar zijn tenzij bij toeval. Ze vertonen ook geen opvallende afwijkende structuur zodat ze onder de microscoop niet herkend worden tussen de duizenden normale cellen.

Verder doen deze cellen wat cellen doen, ze “leven” en zullen zich ontwikkelen tot een minuscule klompje cellen. Maar, in de groepje cellen is het mogelijk dat er bij een deling opnieuw een foutje optreedt dat zich bij de al bestaande fout gaat voegen. Cellen waarin er al fouten zijn opgetreden bij het delen zijn mogelijk gevoeliger voor daarna optredende fouten bij het overschrijven van het DNA bij gelegenheid van een deling. Dat resulteert dan in een cel met meerdere mutaties die weerom kunnen uitgroeien tot een klein klompje cellen. Maar voor nieuwe mutaties bestaan telkens weer de hoger aangegeven mogelijkheden gaande van celdood tot voortleven. Bij die mutaties kunnen er ook zijn die de cellen bijzondere eigenschappen geven bijvoorbeeld sneller delen en weerstand tegen celdood. Dat zijn dan mutanten die kankereigenschappen hebben.



Afwijkende cellen, zichtbaar

In bovenstaande figuur worden evolutieschema's getoond met links normale prostaat-epitheelcellen. De binnenkant van de kanaaltjes is bovenaan gesitueerd.

Tijdens het “leven” kunnen er in de prostaat natuurlijk ook andere “goedaardige” of minder “goedaardige” processen voordoen zoals een infectie met bacteriën, een inflammatie of ontsteking of tenslotte een vergroting van de prostaat of hyperplasie.

PIN en HGPIN

Maar er kunnen ook kwaadaardige processen optreden. Bij die processen kunnen afwijkende celstructuren gezien worden die “prostaat-intra-epitheliale-neoplasie” (PIN) genoemd worden. Deze kunnen ook evolueren tot een hooggradige variant of HGPIN (High-Grade-PIN). Of dit een voorloper is van prostaatkanker is op dit ogenblik nog geen uitgemaakte zaak. Wel is uit studies gebleken dat mannen waarbij veel HGPIN gevonden wordt in bipten van de prostaat vele jaren later een hogere kans hebben op prostaatkanker.

Adenocarcinoma, lokaal

Maar er kunnen ook cellen in het epitheel laagje voorkomen met alle kenmerken van een kanker, of deze ontstaan als een evolutie uit HGPIN laten we even terzijde. Deze cellen kunnen lokaal uitgroeien tot een klompje cellen dat de structuur van de “kanaal-wand” kan aantasten. Deze lokale cellen kunnen daardoor ook de vrije doorgang van de vloeistoffen in het afvoerkanaaltje verstoren en verder evolueren tot meer en meer kwaadaardig.

Gleasonscores en ISUP-graden

Het begrip Gleasonscore is ons allemaal wel bekend, het is de samenvoeging van de twee meest voorkomende patronen van prostaatkanker. Deze gaan van 1 tot 5 waarbij 1

en 2 niet als kanker worden beschouwd, dus een score van minder dan 3+3 of 6 is de laagste score die op kanker wijst. Vandaag bestaat er discussie of een Gleasonscore 6 wel prostaatkanker genoemd mag worden.

Bevat de score een graad 4 of 5, dan wordt het verhaal anders, dan weten we met zekerheid dat er een kwaadaardige tumor in de prostaat zit.

De ISUP-graad (International Society of Urological Pathology) is een alternatieve indeling die zeer dicht aanleunt bij de Gleasongraden. ISUP gaat van 1 tot 5 en daarbij komt 1 overeen met een Gleasonscore van 6 (3+3).

Voor Gleasonscore 7 is er een probleem dat met ISUP elegant is opgelost, 7 kan zowel 4+3 zijn als 3+4. Maar, 3+4 wijst op een adenocarcinoom dat vooral uit Gleasongraad 3 bestaat en een beetje graad 4. Dat wordt ISUP 2 (Gleason 3+4). Hebben we te maken met een 4+3 dan is de predominante Gleasongraad 4 hetgeen ongunstiger is dan 3. Dit wordt ISUP 3 of Gleason 4+3.

Deze klassering, indeling is het werk van de patholoog die de bipten, weefsels onder de microscoop zal bekijken na een aangepaste kleuring. Het is de patholoog die uiteindelijk een diagnose zal stellen.

Al deze “soorten” van prostaatkanker zijn lokaal, binnen het prostaatkapsel. Let wel, op hetzelfde moment kunnen er op meerdere plaatsen in de prostaat lokale kankerprocessen bezig zijn. Prostaatkanker is multifocaal, er kunnen op een gegeven moment meerdere focussen van kanker aanwezig zijn.

Deze focussen kunnen allemaal een andere graad hebben en doordat een tumor als een on-detecteerbaar klompje cellen begint is het steeds mogelijk dat één of zelfs meerdere van deze kleine tumoren niet gevonden worden met de biopsies.

Van lokaal naar invasief

Elke prostaattumor start als een klein klompje afwijkende cellen bijvoorbeeld in het epitheel van een kliertje. Dat klompje kan zich ontwikkelen binnen het epitheel tot er niet genoeg plaats is en het klompje cellen meerlagig wordt en de “holte” van het kliertje gaat binnendringen. Dit is een lokaal stadium.

In een volgend ontwikkelstadium kan de minitumor door de basale cellaag breken en zich

gaan uitspreiden in het stroma, de celstructuren buiten de kliertjes en dus buiten het basaal cellaagje. De tumor wordt lokaal invasief, nog steeds binnen het kapsel van de prostaat.

Nietteming, indien de tumor van bij de start zich dicht bij de begrenzing van de prostaat bevindt en er zich dus niet veel weefsel bevindt tussen een kliertje en de buitenrand van de prostaat (het kapsel) hebben we een gevaarlijke situatie. Indien er in zo’n kliertje een tumor ontstaat en deze wordt invasief kan deze niet alleen tegen het kapsel drukken maar er eventueel ook doorheen groeien. Deze tumor is invasief en lokaal gevorderd.

Deze lokale en invasieve tumoren zijn zo groot geworden dat zij behoefte hebben aan extra toevoer van voeding en afvoer van afbraakstoffen. Daartoe groeien er in deze kleine tumoren reeds vroeg bloedvaten die voor één en ander zullen zorgen.

Van invasief naar metastase

Van zo’n invasieve tumor kunnen cellen wegzwemmen, deze cellen transformeren zich naar een model dat doorheen de bloedvatwand kan dringen in de bloedbaan en zo rondgevoerd wordt doorheen het lichaam. Als de cel op een plaats komt waar het “goed leven” is voor een kankercel kan deze terug “retro”transformeren en zich in bijvoorbeeld het bot vestigen en daar verder groeien. Dit is een metastase. Hier ontstaat uit deze cel een klompje cellen en een kleine tumor met alle kenmerken van een prostaatkanker. Dus is het logisch om deze kanker als prostaatkanker te behandelen en niet als een echte (primaire) botkanker.

Hoe snel van één cel naar een metastase?

Dat is natuurlijk de belangrijkste vraag en juist op die vraag is er geen antwoord. Indien we gewoon kijken naar een eerste stukje van het verhaal, van één cel die gemuteerd is (die kan ook de start zijn van HGPIN) naar een tumor met meerdere cellen en meerdere mutaties, daar kunnen vele jaren overheen gaan zelfs decennia.

Alleen, dat weten we niet met enige graad van zekerheid te melden. We vinden namelijk nooit die eerste gemuteerde cel. Het moet al een klompje van cellen zijn voor er iets van te zien is. Dus mogen we zeker zeggen dat er vele jaren overheen gaan.

Anderzijds is er het probleem met de

multifocaliteit van prostaatkanker. Ook al zien we een kleine tumor met een ISUP-graad 1 (Gleason 3+3) dan hebben we mogelijk een heel kleine tumor met een hoge ISUP-graad gemist.

Wanneer willen we prostaatkanker “vinden”?

Uit het overzicht van de evolutie van prostaatkanker is er een overgang van een lokaal proces naar een lokaal gevorderde kanker die daarna kan metastaseren. Aangezien wij prostaatkanker willen “genezen” wat wil zeggen dat we de tumor of volledig willen wegnemen of door bestraling vernietigen. Dat kan alleen als de tumor nog volledig binnen het kapsel zit.

Zelfs als de tumor lokaal gevorderd is en tegen het kapsel drukt neemt de kans toe dat er al wat kanker buiten de prostaat wordt aangetroffen en dat er positieve snijvlakken optreden. Dit wil zeggen dat de chirurg met zijn scalpel door de tumor heeft gesneden en de buitenkant dan is blijven zitten. Het is voor de chirurg niet mogelijk om de tumor met het blote oog te herkennen.

Dat levert veel onzekerheden op zonder dat er een duidelijke richtlijn kan gegeven worden voor het “wanneer” met zoeken beginnen.

En dan is er natuurlijk PSA

De basismolecule waarmee vroeg-detectie gestuurd wordt is het “prostaat specifiek antigeen” of PSA. Een fantastische merker, maar helaas niet specifiek voor prostaatkanker. Ook een gezonde prostaat zal meetbare hoeveelheden PSA naar de bloedbaan sturen. Maar de concentratie aan PSA in de bloedbaan is gemakkelijk een miljoen keer lager dan de concentratie in de klierkanaaltjes en in het ejaculaat.

Maar wanneer de prostaat besmet is (te behandelen met antibiotica), ontstoken (te behandelen met een ontstekingsremmer) of gewoon wegens de leeftijd groter wordt (goedaardige hyperplasie) zal het PSA-gehalte in het bloed stijgen. Maar infectie en ontsteking (inflammatie) zijn redelijk gemakkelijk te behandelen waardoor het PSA-gehalte heel snel gaat dalen. Bovendien doen deze aandoeningen over het algemeen behoorlijk veel pijn.

De goedaardige vergroting komt met de leeftijd en is meestal niet echt significant vóór 60 jaar. Dat wil zeggen dat er vanaf de leeftijd van 25 jaar al wat vergroting is maar die heeft

weinig invloed op het plassen noch op het PSA-gehalte. Maar, naarmate de man ouder wordt zal de hoeveelheid PSA die we in het bloed kunnen meten langzaam toenemen.

Dan zijn er ook de prostaatkankers die kunnen ontstaan in andere typische prostaatcellen zoals de basale cellen van de klierkanaaltjes. Deze cellen hebben geen functie in het produceren van PSA of andere stoffen die in de kanaaltjes worden afgescheiden waardoor ze geen PSA afleveren in de bloedbaan.

Dat wil zeggen dat er ook nog zeldzame prostaatkankertypes zijn die geen PSA produceren en die dan ook niet gevonden zullen worden via PSA.

Hetzelfde geldt voor het “gewone” “adenocarcinoma”, ook deze produceren niet allemaal dezelfde overdaad aan PSA. Maar, er wordt aangenomen dat hoe hoger de ISUP-graad, hoe productiever de tumor. Maar aangezien gelijktijdig het volume van de tumor toeneemt weten we niet altijd zeker of het de kwaadaardigheid dan wel het volume is dat de hoge en snel stijgende PSA veroorzaakt.

Hoe doen we dan aan vroeg-detectie, “early detection” van prostaatkanker?

We gebruiken de PSA-test maar we houden rekening met wat we weten over de normale evolutie van het PSA-gehalte in functie van de leeftijd.

Bovendien houden we rekening met al de andere kennis die we hebben. Zo ook dat prostaatkanker wat meer voorkomt bij mannen van Afro-Caraïbische afkomst en wat minder bij mannen van Aziatische afkomst.

Belangrijker is het voorkomen van zeldzame vormen van erfelijke aanleg. Indien je vader en misschien nonkel of andere directe familieleden op jonge leeftijd (voor hun 65 jaar) prostaatkanker kregen en daarvoor behandeld zijn, mogelijk overleden, heb je een hogere kans om ook zelf prostaatkanker te krijgen.

Stap 1, informeer je

We gaan nu niet vragen dat er in het middelbaar **onderwijs** uitgebreid lesgegeven wordt over prostaatkanker. Er is daar al voldoende werk aan de winkel. Maar informatie over het verschijnsel “kanker” zou geen kwaad kunnen, uiteindelijk zit er in elke klas wel iemand die iemand met (prostaat)kanker kent.

Binnen de **huisartsenpraktijk** is het aangewezen om het gesprek over prostaat-gezondheid en -kanker op te starten. Maar ook de **familie** is belangrijk, het taboe rond prostaatkanker moet weg zodat er vrij over gesproken wordt en de mannen er ook informatie over kunnen vinden, ook info over papa of nonkel Jef die prostaatkanker hebben (hadden).

Hierbij kan ook de **overheid** een belangrijke bijdrage leveren. Ook Europa, hoe meer gepraat en geïnformeerd hoe meer mannen zich zullen interesseren voor de gezondheid van hun prostaat en het vroeg opsporen van prostaatkanker.

Stap 2, PSA meten

Die eerste meting, misschien bij gelegenheid van een jaarlijkse check up bij de huisarts kan vanaf 50 jaar oud, zijn er aanwijzingen voor erfelijke bezwarende factoren dan mag dat ook vanaf 45 jaar.

Het resultaat moet nu door de huisarts beoordeeld worden waarbij hij of zij rekening zal houden met de leeftijd van de man.

Leeftijd	PSA	Huisarts
50-59	<1 ng/mL	Herhaal PSA na 5 jaar
	1-3 ng/mL	Herhaal PSA na 2-4 jaar
	≥3 ng/mL	Verwijs naar uroloog

Risico beoordeling (uroloog en anderen)

Risico calculator

MRI met PI-RADS score

Biopsie systematisch/gericht

Negatieve biopsie, terug naar PSA bepaling

ISUP 1-2* ACTIEVE opvolging

ISUP ≥3 en 2* actieve behandeling

H. Van Poppel et al., *European Urology* (2020)

(mannen van meer dan 70 jaar in goede gezondheid en conditie worden geëvalueerd zoals mannen van meer dan 59 jaar oud)

Stap 3, de verdere opvolging

Dit is een uiterst belangrijke stap in de vroeg-opsporing van prostaatkanker. Het uitgangspunt is een man in goede gezondheid zonder “urologische” klachten maar met een volgens zijn leeftijd verhoogde PSA. We hebben het dus niet over een kankerpatiënt.

Het is de taak van de huisarts om samen met de man te beslissen over de volgende stappen. Wat geweten is enkel dat de PSA aan de hoge kant is. Wat we niet weten is of deze waarde veroorzaakt wordt door een tumor, noch in welk stadium we ons bevinden. De enige oplossing om meer te weten te komen is een doorverwijzing

naar de uroloog.

Deze zal starten met een gesprek om zoveel mogelijk randinformatie te verzamelen en eventueel andere oorzaken van een verhoging uit te sluiten. Een rectaal toucher om eventueel voelbare afwijkingen vast te stellen is ook een onderdeel van de consultatie. Verder zal er een MRI (magnetische resonantie beeldvorming) gemaakt worden van de prostaat. Een daartoe opgeleid radioloog zal de beelden aan een gedetailleerd onderzoek onderwerpen om elke kleine afwijking op mogelijke kanker te evalueren.

Het resultaat kan een volledig negatief beeld zijn. Maar het resultaat kan een “Prostate Imaging Reporting and Data System (PI-RADS) score” zijn voor de aangetroffen afwijkingen. De PI-RADS score is een getal van 1 tot 5 waarbij 1 een zéér lage waarschijnlijkheid weergeeft dat de afwijking slaat op prostaatkanker. Scores van 4 en 5 zijn bij kanker waarschijnlijk aanwezig. Op basis van deze score wordt besloten of een biopsie aangewezen is.

Als een biopsie aangewezen is zal deze vandaag zowel stelselmatig, dit wil zeggen op een aantal vaste plaatsen in de prostaat, als gericht op die plaatsen met een verdachte PI-RADS score doorgevoerd worden.

De biopten worden door patholoog-anatoom onderzocht op de aanwezigheid van afwijkingen. Zoals wij beschreven hebben kan dat gaan van PIN over HGPIN tot en met echt tumorweefsels met een Gleasongraad. Ook de aanwezigheid van tumor in niet epitheel-cellen wordt indien aanwezig gevonden en gerapporteerd. Maar het is steeds nodig dat de omvang van de afwijking groot genoeg is.

Op basis van alle gegevens zal de uroloog samen met de patiënt beslissen over de verdere stappen. Dat kan gaan van, “er is niets aan de hand, terug naar de huisarts” over “er is wel iets aan de hand, maar met een ISUP 1 gaan we actief opvolgen” tot “er is meer aan de hand helaas, we gaan verder onderzoek doen en u heeft mogelijk een actieve behandeling nodig”.

Dus, waarom vroeg-opsporing?

We kunnen ons nu echt afvragen waarom we vroeg-opsporing nodig zouden hebben, wat zijn de voordelen en was zijn de nadelen?

Eerst een kleine tussenopmerking, waarom

spreken we niet over screening, of zelfs bevolkingsscreening? Wel, screening op bevolkingsniveau is wat gebeurt voor borstkanker en bijvoorbeeld colonkanker. De mannen en of vrouwen worden dan vanaf een bepaalde leeftijd door de overheid uitgenodigd om aan een screening deel te nemen. Daarbij wordt er niet echt gevraagd of de “testpersonen” goed weten waarover het gaat. In dit geval worden de kosten gedragen door de organiserende overheid.

Wij vragen vroeg-opsporing, daarbij valt het initiatief bij de man die zich moet informeren over prostaatkanker en zelf beslissen of hij deel wil nemen aan vroeg-opsporing. Aangezien hij daartoe zelf de beslissing neemt weet hij allicht ook op voorhand welke consequenties zullen volgen indien de vroeg-opsporing een positief resultaat zou opleveren.

De voordelen van vroeg-opsporing

De bedoeling is helder, we willen mannen met kanker vinden vóór deze zich in een lokaal gevorderd of gemetastaseerd stadium bevindt. In deze omstandigheid kan de kanker met meerdere technieken genezend behandeld worden.

De meerderheid van de mannen (tot meer dan 84%) zullen evenwel nooit een positief resultaat afleveren en kunnen levenslang door hun huisarts gevolgd worden. Maar, zij weten dat ze een gunstige uitslag hebben en kunnen gerust zijn. Is deze geruststelling honderd procent? Dat ook weer niet want in heel zeldzame gevallen kunnen zij een prostaatkanker herbergen die geen PSA produceert, in deze zeldzame gevallen zullen symptomen het eerste alarm doen afgaan.

Van de mannen die toch een positieve test afleveren, dat wil zeggen dat die $\geq 3\text{ng/mL}$ PSA in hun serum hebben, zal de meerderheid in de verdere diagnose een ongevaarlijke ISUP 1 variant hebben of een ongevaarlijke ISUP 2 variant. Deze mannen krijgen als voorstel om actieve opvolging te doen. Zij zullen in een programma terecht komen waarbij zij regelmatig getest zullen worden (PSA-bepaling, MRI en eventueel biopsies) om vast te stellen of de gunstige situatie niet aan het escaleren is naar een hoger risico. Is dat het geval, dat wordt de patiënt een actieve behandeling voorgesteld. Bij actieve opvolging is dit de centrale doelstelling, mannen met laag risico “met rust” te laten en zorgvuldig het moment afwachten waarop het risico oploopt en een behandeling nodig wordt. Dat moment kan jaren ver verwijderd zijn, zelf nooit optreden. Al die jaren zal de man

vrijgesteld zijn van de gevolgen van een actieve behandeling zoals incontinentie (eventueel voorbijgaand), seksuele dysfunctie of vele andere.

De nadelen van vroeg-opsporing

Het spreekt voor zich dat er aan de vroeg-opsporing ook nadelen verbonden zijn.

“Vroeger” waren er nog artsen die bij elke PSA-verhoging ervan uitgingen dat die verhoging een kankerdiagnose was waarna een actieve behandeling met alle potentiële gevolgen. Er zijn in het verleden inderdaad operaties en bestralingen gebeurd die niet nodig waren, maar met de kennis van vandaag is dat voorbij en wij moeten het verleden niet beoordelen op basis van wat we vandaag weten.

Actieve opvolging heeft natuurlijk ook nadelen, de patiënt, of de man, zal regelmatig getest worden en kan daarbij psychologische problemen ondervinden. De artsen moeten hier terdege rekening mee houden en de mannen opvangen. In zeldzame gevallen kan dit een reden zijn om toch actief te behandelen.

Toch kunnen we zelfs met vroeg-opsporing mannen met prostaatkanker missen. Zoals wij hoger hebben aangegeven zijn er kankertypes die minder PSA produceren en daardoor het gehalte PSA in het bloed niet noemenswaardig doen stijgen. Dat zijn onder meer de niet-epitheliale kankertypes (basale cel kankers en andere).

Dan zijn er ook de turbotumoren die heel snel evolueren en zelfs tijdens actieve opvolging tussen twee bloedafnames zo snel groeien dat de behandelmogelijkheden drastisch veranderen en de uroloog tot achtervolgen wordt gedwongen.

Besluit

Vroeg-opsporing is de sleutel tot een adequate behandeling van kanker, maar wegens veel onzekerheden bij de resultaten is actieve opvolging de noodzakelijke eerste optie voor de meeste mannen. Met dit schema is er voor een goed geïnformeerde man geen enkele reden om zich niet te laten testen, de test is een simpele bloedtest en dat kunnen zelfs mannen wel aan.

Erik Briers wij_ook@hotmail.com

Het verhaal van een patient

Rudy Van Giel

Nadat ik 40 jaar huisartsgeneeskunde had beoefend, ging ik met pensioen. Daarom deed ik bij mezelf een check-up om me te vergewissen van mijn uitstekende gezondheid. Ook de PSA, het prostaat specifiek antigeen, sloot ik daarbij in, hoewel ik niet tot de groep van de risicopatiënten behoorde. Er was me in de bijlessen namelijk geleerd deze test niet systematisch meer uit te voeren, en dit in aansluiting op studies die waren verschenen in The Lancet, een van de medische referentietijdschriften.



Toen de bloedresultaten op mijn pc-scherm verschenen, was het wel even schrikken. Een significant verhoogde waarde. Ik had dus pech. Of moet ik het geluk noemen, want mocht ik de test niet hebben laten uitvoeren, had ik deze tekst nooit kunnen schrijven en was ik nu op zijn minst palliatief. Volgens The Lancet was ik dus die ene patiënt uit duizend mannen die – over een periode van tien jaar genomen – niet ging overlijden dankzij het natrekken van zijn PSA... terwijl daar twintig anderen tegenover stonden die eenodeloze behandeling zouden ondergaan, waarvan ze levenslang alle nare gevolgen met zich mee moesten slepen.

Wat doe je als je een verhoogde PSA-waarde hebt? Langs de uroloog passeren natuurlijk. Waarop in mijn geval een onzekerheid van maanden volgde: van het ene onderzoek naar het andere, want in den beginne zag het er allemaal niet zo slecht uit en was het orgaan in kwestie alleen maar vergroot. Zodat ik me op een bepaald ogenblik zelfs afvroeg of ik me wel zou aanbieden bij de mpMRI (multi-parametric magnetic resonance imaging), een scan die een meer gedetailleerd beeld geeft van de prostaat en niet enkel signaleert of er een kwaadaardig gezwel aanwezig is – hoe klein ook – maar tegelijk informeert of het de neiging in zich draagt om snel te groeien en uit te zaaien. En ik had prijs: op die beeldvorming werd dan toch een letseltje gevonden, bijzonder minuscuul, maar desondanks verdacht.

De biopsie die erop volgde liet geen twijfel meer en bracht het onherroepelijke vonnis dat

elke hoop de grond in boorde. En of je nu medisch geschoold bent of niet, zoals elke patiënt klapte ik dicht bij het aanhoren van mijn diagnose. Mijn brein weigerde te luisteren naar elke verdere informatie; ik kon het niet behappen. Tijdens die bewuste consultatie zakte de grond onder me weg. Toch kreeg ik terstond ook de meest verschrikkelijke therapieën voorgespiegeld – snijden, bestralen, chemo, hormonen – net als alle neveneffecten die hieraan waren verbonden... En in één adem mocht ik incasseren met welke behandelingen 'we' deze nare gevolgen dan weer te lijf zouden gaan. Al moest er natuurlijk wel eerst uitgesloten worden of er geen uitzaaiingen bestonden, onderzoeken waarvoor 'we' meteen de nodige afspraken gingen vastleggen... En heel dit informatiebombardement kreeg ik in amper vijf minuten in mijn maag geboord.

Lucht. Ik hapte naar lucht. En de vragen rezen pas achteraf. Want dokters geven in korte tijd veel belangrijke informatie. Ik wist me er geen meester over!

Toch moest het verschrikkelijkste nog volgen: het wachten. Bij de botscan onder andere. Drie uur aan één stuk in een krap bemeten ruimte, tezamen met twintig, dertig angstige lotgenoten, in wier hoofd zich allemaal dezelfde film afdraait: "Heb ik het of heb ik het niet? Hoeveel tijd is me nog gegund? Welke pijn staat er me te wachten?"... De spanning in zulk een ruimte is niet te beschrijven: dit is een plaats vol patiënten die doodgaan of die bang zijn dat ze zullen doen.

Natuurlijk kan er met de planning overal al eens iets fout lopen. Maar toch niet systematisch! Niettemin leerde navraag bij kennissen en ex-patiënten dat dit op deze dienst legio was! Collega Prevoo schreef deze wachttijden in zijn ziekenhuis toe aan de diverse wetenschappelijke onderzoeken die lopen: patiënten moeten gescand worden, niet vanwege hun ziekte, wel vanwege de studie waar ze deel van uitmaken. Dat zorgt voor extra werkdruk bij de radiologen vanwege de bijkomende verslagen die moeten gedicteerd worden.

En hierop volgt de oneindig lange tijd die verstrijkt vooraleer je de resultaten op je bord krijgt!... Dit is zonder meer de hel. Ik had me voorgenomen een patiënt als alle andere te zijn en de uitslag van mijn scan pas te vernemen na het verstrijken van de geëigende tijd, net als dat voor iedereen het geval was. Maar de dagen die

volgden op mijn scan zijn onbeschrijfelijk: angst regeerde, paniek, slapeloosheid, beven, zweten... Onmogelijk om aan iets anders te denken; je wereld is gereduceerd tot het vooruitzicht op die dag des onheils, de dag dat je een afspraak hebt met je collega, de dag dat je vonnis onherroepelijk zal vallen.

Neen, die situatie was onhoudbaar voor me; ik werd gek van de zenuwen. En dus deed ik een beroep op mijn voorrecht als arts. Ik nam contact op met een collega en bekwam de informatie 'vóór mijn tijd', een privilege dat een 'gewone' patiënt natuurlijk niet vergund is. En kennelijk doet het er niet toe of de resultaten goed of slecht zijn, het weten neemt meteen alle spanning weg. Bij elke kankerpatiënt. Waarom slagen onze klinieken er dan niet in deze zaken beter aan te pakken? Slechter kunnen ze op dat vlak alleszins niet scoren!

Wachten! Je laat een patiënt niet wachten. Een mening die ook Yvo Smulders en Max Nieuwdorp verkondigen, allebei hoogleraar inwendige ziekten te Amsterdam. En dit is hun standpunt sinds ze zelf hebben mogen ervaren wat het betekent met een ernstige ziekte in een hospitaal te belanden.

Laat ik maar geloven dat het louter toeval was. Het zou namelijk echt wansmakelijk zijn mocht Microsoft® de persoonlijke mails natrekken die mensen schrijven om – in geval ze aan levensbedreigende ziektes lijden – de algoritmes ervan aan belanghebbende firma's door te verkopen. Of zou winst de ethiek en de privacy overstijgen? Nochtans, in aansluiting op de berichten die ik had gestuurd naar vrienden en kennissen dat ik aan kanker leed, kreeg ik haast onmiddellijk boodschappen in mijn mailbox voor begrafenisverzekeringen! In mijn fase van diagnoseverwerking echt een opsteker, moet ik toegeven.

Ik mocht van geluk spreken, want ik zou ervan afkomen met enkel een operatie. Geen verdere behandeling als bestraling of chemische troep. Maar de gevolgen bleken immens. Hier had niemand mij op voorbereid. Er was wel gesproken van stressincontinentie. Als arts wist ik wat daaronder verstaan werd: urineverlies bij lachen, hoesten, niezen... Maar in een oncologische context vatte men die term véél ruimer op: blijkbaar mocht ik enkel zitten of liggen. Al het andere wat ik deed – zelfs gewoon maar even rechtstaan – vatte men in de urologie op als stress en deed mij dus liters water verliezen. In huis. Alle meubels moesten bedekt worden met

skai, op de vloer trof je overal druppelsporen aan, de badkamer was omgebouwd tot wasserij en het bureau tot een stapelplaats voor incontinentiemateriaal... Tot 12 pampers per dag gebruikte ik, waaraan ik € 3236,35 spendeerde. Gelukkig dat ik op een tussenkomst mocht rekenen van staat en stad. Een bijdrage ten belope van € 146. En in totaal haalde de vuilnisdienst 885 kilogram doorweekte luiers bij me op. Niet één enkel moment was ik droog – uit de douche stappen, en ik plaste mij al meteen onder. 423 dagen lang kon ik geen voet buiten de deur zetten! Ik werd er wanhopig van. Toch heette ik een succesverhaal te zijn. Want ik was gered, ik ging niet dood. Maar of dit nog de moeite loonde om geleefd te worden... Ik begon aan uitwegen te denken.

Ja, ik heb ook naar andere middelen gegrepen waarmee ik mijn blaas toch enigszins onder controle zou kunnen houden, zoals m.n. het uridoom, de penisklem, de bondageriem... Waarom die dingen niet lukten, dat zou me binnen het bestek van dit artikel te ver leiden. Wie meer te weten wil komen over deze tragikomedie verwijs ik naar mijn boek.

Constant zwemmen in mijn urine... mijn piemel en ballen leken wel gemarineerd. Wat me meteen verzekerde van irritatie, jeuk en vooral van zweren, want ureum vreet nu eenmaal de huid aan. En reken maar dat dit pijn doet, als er voortdurend zout in de wonde wordt gestrooid door je eigen pis. Dat leverde me op een urologische consultatie de laconieke vraag op of ik mij wel genoeg verschoonde... Blijkbaar wilden ze de frequentie optrekken tot één pamber per uur. Gelukkig wist een dermatoloog hier wel raad mee en stelde zij een correcte behandeling in. Probleem onmiddellijk opgelost.

Over zelfhulpgroepen was ik niet geïnformeerd. Die heb ik zelf online moeten opzoeken. Trouwens was ik na mijn ingreep naar huis gestuurd met wel heel summiere informatie: een brief voor mijn huisarts (die ik op dat ogenblik nog zelf was) waarin beschreven stond wat men precies met mij gedaan had, naast een voorschrift: "Incontinentiemateriaal voor urinaire incontinentie." Maar wat moest de apotheker daarmee aanvangen? Welke maat moest het zijn? Welke dikte? Welke grootte?... Ja, vraag mij nu wat! Ik was ook geen kenner ter zake. Nog niet. Maar de volgende dag wist de mediotheek mij wegwijs te maken in het uitgebreide gamma van patches, broekjes en de diverse absorptie-levels die daarin bestonden. Via derden weliswaar, want

zelf durfde ik het huis niet uit met het inlegkruisje dat mij vanuit de kliniek was meegegeven.

Voorafgaande informatie over incontinentie is ondermaats en zelfs niet eens correct. Dat leerde ons ook de getuigenis van Frank Luyts in de ZOOM-conferentie van 15 maart dit jaar. Pijnlijk vind ik het dat hem een schuldgevoel werd aangepraat, omdat hij de bekkenbodemspieroefeningen zagezegd niet juist en gemotiveerd zou hebben uitgevoerd! Hij bleef namelijk ongecontroleerd plassen. Natrekken van de Gouden Standaard op het Nederlandse Huisartsengenootschap – die ook wij, Vlaamse artsen, als referentie hanteren – leert ons dat er geen enkel wetenschappelijk bewijs bestaat dat die oefeningen ook enig effect ressorteren. Wél bij vrouwen, níét na prostatectomie. Deze ‘behandeling’ is m.a.w. niet evidence based. Trouwens, tijdens deze zelfde onlinesessie, toonde prof. Frank Van der Aa uit Leuven ons een slide waaruit het effect moest blijken over een termijn van 12 maanden: of je de oefeningen nu wel of niet doet, je komt gewoon op hetzelfde resultaat uit. Het enige verschil ligt erin dat je ‘onderweg’ iets vlugger droger kan worden. Prof. Karel Everaert uit Gent bevestigde deze stelling, maar hij wees er me op dat je de kinesessies nu eenmaal verplicht bent te volgen, wanneer je na een jaar een terugbetaling van het RIZIV wenst te bekomen voor het plaatsen van een AMS-800, een kunstsfincter.

En dat was wat me te wachten stond. Sta me toe hier kort over te zijn: de ingreep gebeurde zonder problemen en was een groot succes. Na 423 dagen was mijn incontinentie opgelost en kon ik opnieuw zonder enig probleem de straat op. Vandaag de dag, 8 maanden lang al, verlies ik niet één druppel urine meer. Voor wie hier desondanks toch verregaander informatie wenst over te bekomen, verwijs ik opnieuw naar mijn boek. Want ik zou hier toch nog ruimte willen vrijlaten voor een probleem dat door de buitenwereld vaak over het hoofd wordt gezien: de partner.

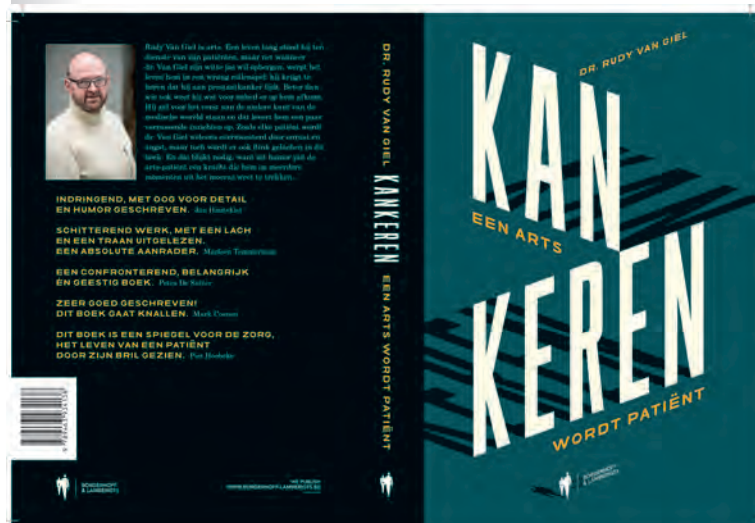
Een prostaatkanker is een ziekte die in één klap twee personen tegelijk treft. De succesauteur van het ogenblik, Lize Spit, formuleert het als volgt: “Als mijn partner kanker kreeg, zou ik ook veranderen. Dan zouden de kleine en grote dingen in mijn leven ook een andere betekenis krijgen.” En inderdaad, dikwijls is het gevolg van een prostatectomie een erectiele dysfunctie. Een mooi woord om te zeggen dat iemand impotent is. We kunnen het toch altijd prachtig inpakken,

nietwaar, wij, dokters. De verbloemde waarheid. Al hield men mij voor dat ‘het’ kon terugkomen. Soms zelfs na twee jaar.

Enfin, dat zullen we dan wel zien. Maar schrijnend vind ik het dat mijn partner niet op gesprek is uitgenodigd, zoals dat bv. wel het geval is geweest met de vrouw van Mark Coenen. Nu geef ik toe, ik word 70 en heb een relatie van 42 jaar... in ons geval was het seksleven niet meer zo heftig als in den beginne. Maar wat ik nog veel erger vond, was dat er van het ene op het andere moment niet de minste intimiteit meer mogelijk was. Ik kon mijn man niet langer vastpakken, want ononderbroken verloor ik urine. Gedaan zelfs met in elkaars armen te slapen of met lepelkje-lepelkje! En wat een enorm erotische uitstraling moet er van mij uitgegaan zijn, voortdurend in natte pampers gehuld. Ik was er beschaamd over. Tegelijk, doordat ik 3 lagen over elkaar diende aan te trekken en mijn kroonjuwelen door het wegnemen van mijn grote prostaat geen enkele tegendruk in mijn onderbuik meer ondervonden, floepte mijn piemel volledig naar binnen: hidden penis, noemde de uroloog dat. In het Engels. Zoiets bekte makkelijker, een eufemistische omkleding om afstand te scheppen. Waarmee ik het mocht doen, want dit vormde kennelijk niet zijn probleem; dat lag buiten zijn specialisatieveld.

Ik had gewoonweg niks meer tussen mijn benen: een macho zonder pik met een luier. Daar diende mijn man naar te kijken en het mee te stellen. Zonder verdere uitleg. Kennelijk werd er van een partner verwacht nog minder hulp nodig te hebben dan de patiënt zelf.

Hoe alles momenteel verder met me verloopt? Ach, misschien geeft *PROSTAATinfo* me nog een kans om een vervolg aan dit artikel te breien. Zo niet, lees het in mijn boek, of trek mijn nieuwe leven na op YouTube en internet.



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



Wat hebben we geleerd tijdens de eerste webinar? Dr.B.Mortelmans

- Dhr André Deschamps, voorzitter van Wij Ook bespreekt de EUPROMS- studie

-Er was een online bevraging van mannen met prostaatkanker die in 19 verschillende talen werd gepubliceerd en de antwoorden waren anoniem.

-61% van de mannen behandeld met radicale prostatectomie hebben last van urinaire incontinentie ofwel tijdelijk ofwel definitief.

-Professor Dr. Frank Van der AA: het medisch perspectief bij postprostatectomie incontinentie.

-Het probleem van incontinentie is wat onderschat bij artsen.

-Een deel van het continentiesysteem zal beschadigd worden en afhankelijk van de agressiviteit van de heilkunde zal dit aanleiding geven tot minder of meer ernstige incontinentie.

-Er worden regelmatig typische vragen gesteld in verband met postprostatectomie incontinentie

-Hoe groot is de kans dat ik postoperatief last

zal hebben van blijvende incontinentie: 4-16%, ook afhankelijk van de leeftijd en de preoperatieve plasklachten.

-Kan ik deze complicaties vermijden: neen, maar men dient wel rekening te houden met het feit dat chirurgen met een grotere ervaring betere resultaten zullen hebben.

-Is mijn incontinentie het resultaat van een slecht uitgevoerde prostatectomie: neen, de meeste urologische diensten hebben een uitgebreide ervaring met deze ingreep.

-Slingoperatie:

Dit is een suspensie ingreep waarbij de urethra terug op zijn normale plaats komt te liggen. Deze ingreep kan toegepast worden bij patiënten die een matige hoeveelheid urineverlies hebben en nog een goede sluitspiercoöptatie hebben.

-Artificiële sfincter:

Patiënten die niet in aanmerking komen voor een slingoperatie kunnen wel behandeld worden met deze sfincter. Een met vocht gevulde manchet rond de urethra zal deze toedrukken waardoor de patiënt continent blijft. Door te

drukken op een pompje in het scrotum verplaatst het vocht zich naar een ballonnetje in de onderbuik en door deze decompressie zal de patiënt kunnen wateren.

-Dhr Frank Luyts vertelt als patiënt zijn ervaring.

-Hij onderging op 57-jarige leeftijd een radicale prostatectomie. Het bleef enkele maanden bij de voorgeschreven oefeningen van de bekkenbodemspieren.

-Hij kreeg onvoldoende informatie aangaande de incontinentie problemen.

-Omdat Frank niet kon aanvaarden dat hij zo lang heeft moeten zoeken naar de middelen om een comfortabeler leven te leiden heeft hij in september 2019 een facebookgroep opgericht genaamd "prostaatkanker"

-Na deze getuigenis is het duidelijk dat er toch nog onvoldoende informatie wordt gegeven aangaande incontinentie.

-Hulp van een prostaatverpleegkundige blijkt ook nog grotendeels afwezig te zijn en daarom werd er een nieuwe prostaatinfo-zoom gepland waarbij we vooral het incontinentiemateriaal en de rol van de prostaatverpleegkundige en de bekkenbodemspieroefeningen bespreken.

Hierbijgevoegd de QR code naar de link van de video opname.



Rol van de prostaatverpleegkundige algemeen en specifiek ivm incontinentie na een radicale prostatectomie:

Karin Elen, UZ Leuven.

De prostaatverpleegkundige is een aanspreekpunt voor de patiënt en zijn naaste en is via verschillende kanalen bereikbaar (mail, telefonisch en via my nexuz app)

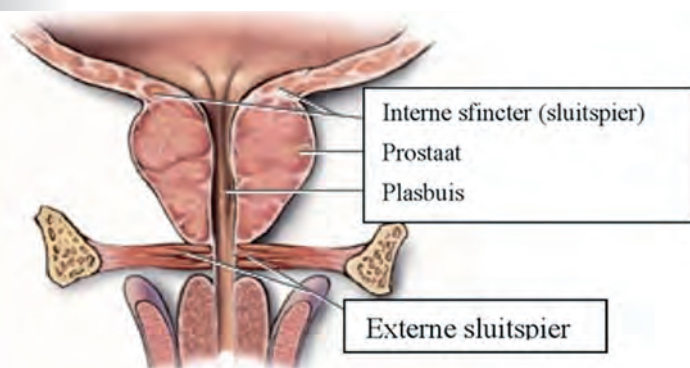
- Een intakegesprek na de diagnosestelling en de beslissing tot een ingreep bestaat uit info over de ingreep, het overlopen van de pré- en postoperatieve periode, complicaties en verdere opvolging. Door een heldere en praktische informatie te geven met aanvullingen in niet medische taal zal de patiënt minder terughoudend zijn en intiemere onderwerpen komen hierdoor gemakkelijker aan bod.

- Bij het ontslag en nadien beantwoordt zij verdere vragen en klachten. Consult momenten

worden gepland 6 weken na de ingreep, vervolgens na 3,5 maanden en daarna om de 6 maanden (de eerste 2 jaren), jaarlijks vanaf 2 jaar, nadien door de huisarts afhankelijk van de PSA.

- Tijdens de follow-up is er aandacht voor urinaire incontinentie, erectiestoornissen, vochtophopping in de benen en andere klachten die te maken kunnen hebben met de ingreep.

Bij urineverlies spreekt men reeds vanaf de eerste druppel van incontinentie. Na een radicale prostatectomie is dit meestal tijdelijk en verdwijnt of verbetert in de loop van het jaar na de ingreep. Er treedt vooral stressincontinentie op door beschadiging van de sluitspier, wat inspanningsgebonden urineverlies is. In de eerste weken kan ook urge-incontinentie optreden, dit geeft eerder een gevoel van plotse aandrang tgv storing thv de blaashals en irritatie door de gewijzigde vorm van de blaas.



Er zijn verschillende graden van incontinentie bij urineverlies bij de man: dit varieert van zeer licht (tot 50g), licht (51-100 g), matig (100-200g), ernstig (200-500g), zeer ernstig (> 500g).

Uiteraard zijn er medebepalende factoren: aanwezigheid van urineverlies voor de ingreep, de leeftijd, obesitas, voorafgaande behandelingen zoals brachy en radiotherapie, het tumorstadium en de lengte van de membraneuze urethra.

Waar moeten we als prostaatverpleegkundige patiënten vaak bijsturen in hun gedrag?

- Vaak gaan ze preventief plassen of minder drinken om urineverlies te vermijden. Weet dat geconcentreerde urine, koolzuurhoudende dranken en cafeïne meer prikkeling van de blaas geven, alcohol de vochtafdrijving verhoogt.

- Teveel bekkenbodemspieroefeningen vermoeien de spieren (3 x per dag 60 oefeningen is voldoende).

- De patiënt wordt bij zeer licht urineverlies geadviseerd om over te gaan naar kleinere en minder absorberende verbanden en zelfs om deze uit te laten vooral tijdens de voormiddag en

's nachts; in de namiddag voelt men zich vaak meer moe wat invloed kan hebben op de bekkenbodemspieren.

Mogelijk behandelingen:

Technieken zijn door de jaren veranderd en geëvolueerd.

In eerste instantie worden er absorberende verbanden gebruikt en bekkenbodemspieroefeningen gevolgd bij de kiné.

De patiënten krijgen pré operatief (1 malig ter kennismaking en uitleg over de bekkenbodem) en postoperatief een voorschrift (18 sessies) mee voor bekkenbodemspieroefeningen bij de kinesist.

Over het urineverlies krijgen we een beter zicht door het invullen van een mictiedagboek en de inco verbanden te laten wegen.

Bijgevoegde tekening toont een advieswijzer voor urineverlies en het gebruik van het juiste verband.



Advieswijzer voor het juiste verband



Vaak worden inco verbanden voorgesteld in levels en druppels, dit is niet voor iedereen even duidelijk. Er is verschil in absorptievermogen van incontinentie verbanden, dit geeft aan hoeveel urine een inco verband maximaal kan opvangen.

Absorptievermogen van incontinentieverbanden (+/- 5% tolerantie)

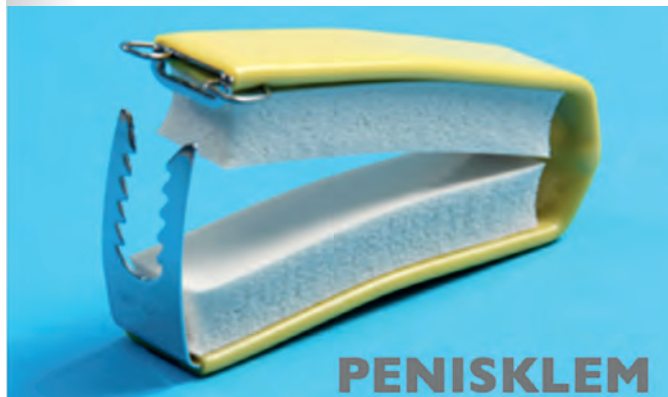
Tena	Droog gewicht	Absorptie	ID	Droog gewicht	Absorptie
Protective shield	7g	100g	Level 1+	19g	385g
Level 1	12g	275g	Level 2	22g	430g
Level 2	20g	450g	Level 3	28g	653g
Level 3	32g	750g	Inlegluier normaal	46g	1250g
Inlegluier normaal	46g	1070g	Inlegluier plus	56g	1500g
Inlegluier plus	70g	1600g	Inlegluier extra	64g	1900g
Inlegluier extra	77g	1900g			

Bij blijvend urineverlies wordt er eveneens info verschaft over andere hulpmiddelen zoals

- Absorberend ondergoed en zwemkleding: geuren worden geneutraliseerd en dit materiaal kan meestal 100 tot 125 ml absorberen in 4 uur.

- Condoomkatheter: waar de juiste maat van belang is, lengte en eventuele retractie van de penis spelen hier een rol.

- Penisklem: wordt gebruikt bij stressincontinentie niet bij urge-incontinentie. De patiënt moet een normaal gevoel in de penis en in de blaas hebben, alsook een goede handfunctie vertonen om de klem te openen en te sluiten.



Gezien het risico op huidletsels tgv druknecrose mag de penisklem max. 4 uur ter plaatse blijven, daarom wordt dit tijdens het slapen afgeraden. De kost varieert van 85 tot 110 euro en wordt niet terugbetaald.

Een condoomkatheter en penisklem worden de eerste 6 maanden afgeraden om te vermijden dat de patiënt zijn bekkenbodemspieroefeningen niet meer uitvoert.

CONDOOMKATHETER



Als chirurgische behandeling wordt er info gegeven over het toepassen van een male sling en een sfincterprothese en wordt er doorverwezen naar een arts van functionele urologie.

Het is ook mogelijk dat er thv de anastomose blaas-urethra een vernauwing ontstaat door littekenvorming ter hoogte van de incisie wat het urineren kan bemoeilijken. De kracht van de urinestraal verminderd hierdoor en de patiënt gaat druk zetten om te kunnen plassen. Vaak wordt de blaas niet meer voldoende geledigd zodat het aanleren van intermitterende katheterisatie noodzakelijk is.



Bekkenbodembiotherapie: pre- en postoperatief belang na RALP: Elien Baert, UZ Leuven

- Zij ziet de patiënten nadat de blaassonde verwijderd is en bespreekt met hen het incontinentieprobleem en leert de oefeningen aan.

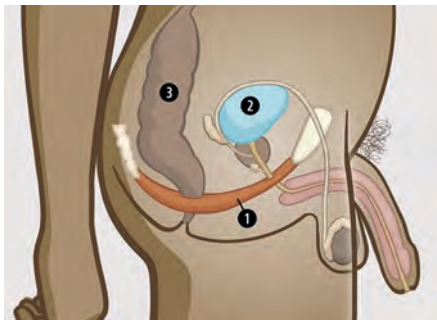
Zij verwijst door naar gespecialiseerde therapeuten in de periferie of volgt de patiënt zelf op.



Ligging en functies van de bekkenbodembiotherapie.

- De bekkenbodembiotherapie zijn als een hangmat tussen het schaambeent vooraan en het staartbeen achteraan. Zij zijn in nauw contact met het anaal kanaal en rectum achteraan en met de plasbuis, prostaat en blaas vooraan. Deze hangmat bestaat uit een oppervlakkig en een meer diep gelegen gedeelte.

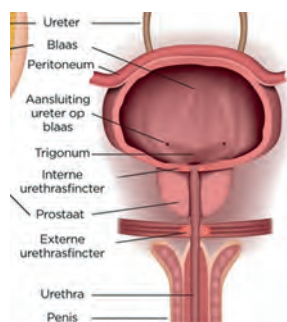
De bekkenbodembiotherapie heeft 5 verschillende functies: sluiten, steunen, seksueel, stabiliteit en ontspanning.



- sluitfunctie: inwendige urethrale sluitspier (kan niet bewust samengetrokken worden) thv de blaashals en een uitwendige urethrale sluitspier (kan bewust samengetrokken worden). Eveneens kan men bewust de externe anale sluitspier controleren en de m. puborectalis. Deze zijn belangrijk voor faecale continentie.

- steunfunctie: ondersteunt de organen als een hangmat(cfr tekening 8)

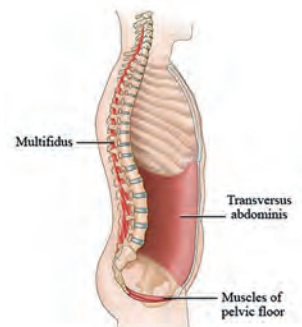
- seksueel: de bekkenbodembiotherapie drukken aan de basis van



de penis thv de venen, waardoor het toegestroomde bloed in de penis blijft en de erectie mogelijk is. De ritmische samentrekkingen van de musculus bulbospongiosus van de bekkenbodembiotherapie zorgt voor de ejaculatie.

- stabiliteit: de bekkenbodembiotherapie zorgen samen met de stabiliserende diepe buikspieren en de diepe stabiliserende rugspieren voor de ondersteuning van het corset. Oefenen van de bekkenbodembiotherapie wordt eveneens toegepast bij mensen met chronische rugklachten.

- ontspanning: bij onvoldoende ontspanning van de bekkenbodembiotherapie kan men niet goed uitwateren zodat er urine in de blaas blijft en het risico op infecties en andere ongemakken groter wordt.



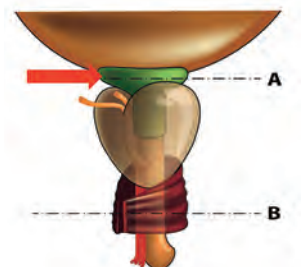
Bij zittend plassen kan men de blaas beter ledigen dan in rechtstaande houding. Een goede ontspannende bekkenbodembiotherapie is ook noodzakelijk voor een goede stoelgang.

Welke invloed heeft een radicale prostatectomie op de continentie?

- Bij vullen van de blaas gaat de inwendige sluitspier de blaashals afsluiten (automatisch) zodat er geen urineverlies optreedt. Door wegname van de prostaat wordt de inwendige sluitspier beschadigd zodat de "bewuste" bekkenbodembiotherapie meer voor de continentie gaat moeten zorgen, maar deze spier gaat sneller moeten werken en langduriger. Daarom is het belangrijk om bekkenbodembiotherapie te volgen. Het gebruik van deze bewuste bekkenbodembiotherapie laag is zeker niet nieuw, bij het uitstellen van een dringende plas, of het ophouden van een windje heb je deze spieren ook al leren kennen.

- Er ontstaat vooral een inspanningsverlies (stress incontinentie tgv hoesten, lachen, inspanning...) en minder een urineverlies tgv druktoename in de blaas (urge incontinentie). Echter beide vormen komen postoperatief voor.

- Na 12 maanden is er nog incontinentie bij 12-33% bij een open ingreep en 3-18 % bij



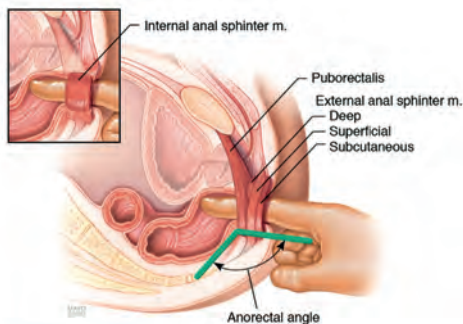
robotchirurgie. De leeftijd, de al dan niet positieve sectievlakken en of er al dan niet zenuwsparend werd geopereerd zijn factoren die een rol spelen.

- Men ziet een verband tussen het urineverlies dat de eerste 24u optreedt en de verwachte herstelduur van de continentie. Echter ieder herstelverloop is individueel verschillend en moeilijk voorspelbaar.

Belang en inhoud van bekkenbodemspiertherapie

- Tijdens het pre-operatief consult worden de oefeningen reeds aangeleerd hetgeen postoperatief wat moeilijker is gezien de zwelling en andere ongemakken. Er wordt opnieuw informatie gegeven en de bekkenbodem wordt onderzocht via een anaal toucher: welk is de tonus, de kracht en de uithouding van de bekkenbodem? Dit anaal toucher is wat oncomfortabel maar moet pijnloos verlopen. Dit is de enige evaluatiemethode waarmee we objectief de bekkenbodemspieren kunnen evalueren. Twee weken na de ingreep mag er opnieuw een anaal toucher uitgevoerd worden. Vanaf het moment dat de urethrale sonde verwijderd wordt mag bekkenbodemspiertherapie opgestart worden. We raden niet aan om te oefenen wanneer de urethrale sonde nog ter plaatse is.

- Een mictiekalender is belangrijk voor de opvolging van je herstel: hoeveel verlies is er en wanneer, hoeveel wordt er gedronken, gebruik van prikkelende dranken... Het mictieblad vormt een belangrijk behandeltool voor de bekkenbodemptherapeut.



- Bekkenbodemspieroefeningen:

Thuisoefenprogramma: 3x per dag een vast oefenmoment: 10x een korte contractie(kracht) en 10x 10 sec . aanhouden (uithouding) Als de patiënt urineverlies vertoont wanneer hij bv. rechtkomt uit een diepe zetel dient hij vooraleer recht te staan eerst zijn bekkenbodem goed aan te spannen. Samen met de therapeut worden er functionele oefeningen uitgevoerd specifiek aangepast aan de patiënt.

Via een anale sonde kan er een electrostimulatie gegeven worden aan de bekkenbodem om een goede volledige contractie te krijgen en een zwakkere contractie te

versterken. Dit wordt vooral toegepast bij patiënten met een eerder zwakke bekkenbodem.

Aan de patiënt kan ook aangetoond worden of hij zijn bekkenbodem correct aanspant met behulp van biofeedback.

- Adviezen: prikkelende dranken (alcohol, bruistdranken, cafeïne/theïne rijke dranken)

vermijden, voldoende drinken (1,5 liter per dag), toilethouding: zittend plassen, afbouwen van incontinentieverband op het goede moment, aangepaste beweging, 6 weken tilverbod en niet fietsen.

Vezelrijke voeding, voldoende drinken en ev. movicol om constipatie te vermijden daar de stoelgang tegen de blaas kan duwen en extra ongemak/urineverlies kan veroorzaken.

- Na een ingreep is er ook deels een spontaan herstel maar mensen die bekkenbodemspieroefeningen volgen kunnen sneller beterschap verwachten van hun incontinentie en erectiele functie.

- Ook 1 jaar postoperatief kan er door bekkenbodemspieroefeningen nog verbetering optreden van de erectiele dysfunctie en het urineverlies (ook van urineverlies bij orgasme)

Doorverwijzing.

Het wordt sterk aangeraden zeker 1 pre-operatieve sessie te volgen en postoperatief gaat men 1 keer per week naar de kinesist: bekijken van het mictieblad, oefeningen uitvoeren, wat gaat er nog moeilijk. De patiënt doet zelf zijn oefeningen thuis. Er is een voorschrift nodig van de uroloog/huisarts.

Hoe vindt men een therapeut met de nodige ervaring: www.bicap.be of www.pelvired.be

Verslag: Dr. Bruno Mortelmans

In ons volgende nummer (september 2021) volgt het laatste deel van het verslag van deze zoom-meeting.





'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

Toename aan chronische aandoeningen als gevolg van de SARS-CoV-2 pandemie

Na de acute fase van deze pandemie zullen we ongetwijfeld geconfronteerd worden met een grote toename van sterfgevallen en invaliditeit als gevolg van het groot aantal chronische gezondheidsproblemen voornamelijk cardio-metabole aandoeningen. Prof. R. Califf (South San Francisco, USA) pleit voor de oprichting van een snelwerkende infrastructuur voor klinische onderzoeken teneinde nieuwe therapieën ter preventie van chronische aandoeningen snel te kunnen ontwikkelen die onmiddellijk kunnen ingezet worden, onder andere met hulp door het inzetten van digitale technologieën.

Califf R.: Avoiding the coming tsunami of common chronic disease: what the lessons of the COVID_19 pandemic can teach us? *Circulation* 2021; Epub ahead of print

Chirurgische behandeling van benigne prostaathypertrofie

Een recente studie vergelijkt de frequentie van heringreep vijf jaar na behandeling met fotoselectieve vaporisatie, laserenucleatie, transurethrale resectie of adenomectomie.

Op lange termijn blijken een transurethrale resectie en laserenucleatie even effectief te zijn. Fotoselectieve vaporisatie zou minder effectief zijn en een adenomectomie zou effectiever zijn.

Gilfrich C. et al., *The Journal of Urology* 2021, Vol. 205:855-63

Medicatie voor benigne prostaathypertrofie (BPH) gelinkt aan risico op hartfalen

De wijdverspreide medicatie voor BPH kan geassocieerd worden met een beperkte maar significante toename in het optreden van hartfalen. Het risico is het grootst bij mannen die alfablokkers innemen eerder dan 5-alfa reductase inhibitoren. Alhoewel de studie aantoonde dat de verhoogde probabiliteit hartfalen te ontwikkelen statistisch hoog was, is het absolute risico relatief laag. Risicofactoren zoals bestaande hartziekten,

hoge bloeddruk en diabetes hebben een veel groter gevolg voor het risico op hartfalen in vergelijking met de medicatie voor BPH.

Lusty A., Siemens D.R.: *The Journal of Urology* 2021, <https://www.auajournals.org/doi/10.1097/JU.0000000001561>

Benigne prostaathypertrofie in verband met risico op ziekte van Alzheimer

Mannen met BPH hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van de ziekte van Alzheimer en andere oorzaken van dementie. Een gestoord slaappatroon zou een bijdragende factor kunnen zijn.

Deze Deense studie suggereert als mogelijke oorzaak een verminderde slaapkwaliteit of een verminderde slaapduur door een toename van het nachtelijk toiletbezoek met een gefragmenteerd slaappatroon tot gevolg. Een conclusief verband tussen de graad van nycturie en dementie werd echter niet gevonden. Andere factoren zoals stress, slaapproblemen, gebrekkige slaaphygiëne of andere leefstijlfactoren kunnen hier ook een invloed hebben. Een gestoorde ademhaling tijdens de slaap kan hypoxie tot gevolg hebben en leiden tot hersenletsel. Ook dementie op zich is een oorzaak van een gestoord slaappatroon.

Norgaard M. et al., *EClinicalMedicine* 2021 Feb.3;32:100740.doi:10.1016/j.eclinmed.2021.100740

Tijdelijke daling van de erectiele functie na prostaatbiopsie

Het ondergaan van een prostaatbiopsie kan aanleiding geven tot een voorbijgaande daling, mogelijks van enkele maanden, van het erectievermogen. Daar waar we over talrijke wetenschappelijke studies beschikken over complicaties na prostaatbiopsie zoals infectie, bloeding en pijn, is er geen consensus over de gevolgen voor de erectie. De literatuurstudie werd echter bemoeilijkt door het bestaan van talrijke nevenfactoren die het erectievermogen kunnen beïnvloeden zoals de psychologische impact van de biopsie en de angst nadien met betrekking tot de diagnose. De 47 geraadpleegde artikels waren ook zeer heterogeen en omvatten te uiteenlopende uitkomstwaarden om tot een eensluidend besluit te kunnen komen.

Mehta A. et al., *Urology* 202, Jan 29, S0090-

Correlatie tussen lage cholesterolconcentratie en PCa

Omgevingsfactoren en de levenswijze zijn waarschijnlijk verantwoordelijk voor het feit dat prostaatkanker zich in 'ontwikkelde' landen ongeveer zesmaal meer verspreidt.

Men weet dat een voeding met veel verzadigde vetzuren nefast is maar de link met serumlipiden is nog niet duidelijk. De studie kwam tot het besluit dat een lagere LDL-C (<130mg/dl) (low density lipoproteïnen - ofwel 'slechte' cholesterol) en een lagere totale cholesterol (< 200mg/dl) met prostaatkanker kan correleren. De rol van de serumlipiden wordt nog verder onderzocht.

Garrido M.M. et al., Serum lipids and prostate cancer. *Journal of Clinical Laboratory Analysis* 2021 - <https://doi.org/10.1002/jcla.23705>

Correlatie tussen prostaatvolume en obesitas bij benigne prostaathypertrofie

Zowel de prevalentie van obesitas als BPH neemt met de leeftijd toe. Mannen met een verhoogde BMI (Body Mass Index) en obesitas hebben vaak ook een verhoogd prostaatvolume en problemen ter hoogte van de lage urinewegen. Ook het verband tussen PSA en obesitas werd bestudeerd, naast de gekende verbanden van prostaatvolume met diabetes, hypertensie en tabagisme.

Er bleek geen correlatie te zijn tussen prostaatvolume en BMI, evenmin vergeleken met obesitas, diabetes, hypertensie en roken. Er werd wel een verband gevonden tussen prostaatvolume en PSA en tussen prostaatvolume en leeftijd. Er kan ook een verband bestaan tussen het prostaatvolume en mictieproblemen ter hoogte van de lage urinewegen.

Mampa E. et al., The correlation between obesity and prostate volume in patients with benign prostatic hyperplasia. *Afr.J.Urol.* 2021; 27-60 - <https://doi.org/10.1186/s12301-021-00160-y>

Vroegtijdige chirurgische behandeling vs. langdurige medicamenteuze behandeling voor BPH

De laatste decennia heeft de behandeling van

LUTS (lower urinary tract symptoms) door BPH een grote evolutie meegemaakt als gevolg van de ontwikkeling van het medicamenteuze aanbod waardoor chirurgie voorbehouden wordt voor die mannen die niet beantwoorden aan een medicamenteuze behandeling, bijwerkingen of complicaties vertonen.

Een medicamenteuze behandeling heeft het voordeel heelkunde te vermijden met zijn risico's door de anesthesie en andere verwikkelingen. Men moet de voor en de nadelen overwegen door die patiënten te selecteren die een medicamenteuze proeftherapie kunnen krijgen en de adequate duur van die behandeling in te schatten alvorens chirurgie te overwegen. Een chirurgische behandeling geeft een betere en langdurigere verlichting van de LUTS-klachten door BPH, maar omvat ook meer risico's dan een medicamenteuze behandeling waaronder meer nevenwerkingen op seksueel gebied. Er moet ook rekening gehouden worden met factoren gelinkt aan de patiënt zelf zoals zijn eigen voorkeur, zijn wens voor een definitieve oplossing en zijn bereidheid risico's te aanvaarden.

Fogaing C. et al., Is Early Surgical Treatment for Benign Prostatic Hyperplasia Preferable to Prolonged Medical Therapy: Pros and Cons. *Medicina* 2021, 57, 368. <https://doi.org/10.3390/medicina.57040368>

PSA-waarde en onvruchtbaarheid

Onvruchtbaarheid blijkt geassocieerd met hogere PSA-waarden na correctie voor leeftijd en testosteronconcentratie. Eerdere studies tonen aan dat onvruchtbare mannen een verhoogd risico hebben op kanker en chronische ziekten. Het zou bijgevolg nuttig kunnen zijn deze vaststelling in aanmerking te nemen in de screeningstrategie voor PCa bij onvruchtbare mannen.

Boeri et al., Is Infertility a Predictor of Prostate Cancer? *Eur. Urol.* 2021; 79:234-40

Statines mogelijk nuttig bij PCa

In het verleden verschenen reeds studies die een verband suggereerden tussen het gebruik van statines en het risico op recidief bij prostaatkanker. Er werd ook aangetoond dat een combinatie van een statine en androgeendeprivatietherapie nuttig zou kunnen zijn.

Statines zijn cholesterolsyntheseremmers (HMG-CoA-reductaseremmers) die totaal en LDL-cholesterol doen dalen.

Bij patiënten onder androgeendeprivatie-herapie na radiotherapie voor prostaatkanker zou nu aangetoond zijn dat het gebruik van statines hier ook gepaard gaat met een winst in overleving.

Hamilton RJ et al, The association between statin and outcomes in patients initiating androgen deprivation therapy. *Eur. Urol.* 2021;79:446-52

Veranderingen in smaak en geur tijdens behandeling voor prostaatkanker

Eén op de zes mannen behandeld voor gevorderde PCa ervaart veranderingen in smaak- en geurzin.

Gezien het feit dat deze symptomen prominent aanwezig zijn bij een coronavirusinfectie (COVID-19), kan dit aanleiding geven tot stress, ongerustheid en/of angst bij patiënten met PCa.

Deze verminderde reukzin en smaakzin bij prostaatkanker gaat meestal samen met een zwakke eetlust en met gewichtsverlies. De symptomen worden meestal vastgesteld bij een behandeling met denosumab (Prolia[®]) of docetaxel (Taxotere[®]).

Alonzi S. et al., Changes in taste and smell of food during prostate cancer treatment. *Support Care Cancer*, 2021 Jun;29(6):2807-2809.doi: 10.1007/s00520-021-06050-x.Epub 2021 Feb 10.

MijnGezondheid.be

MijnGezondheid.be is een online portaal waarop u al uw persoonlijke gegevens over uw gezondheid kan bekijken. U kan ook op de tab 'Mijn Geneesmiddelen' en meer bepaald op de link 'mijn medicatieschema' klikken om o.a. een overzicht te krijgen van de geneesmiddelen die u neemt. Dank zij uw online 'dagboek' kan u notities nemen tijdens uw medicamenteuze behandeling en eventuele bijwerkingen noteren om er over te kunnen praten met uw zorgverlener. Op MijnGezondheid.be beslist u met welke zorgverleners u deze informatie deelt. Zo wordt de samenwerking versterkt en is de continuïteit van uw zorg verzekerd in het ziekenhuis en bij u thuis.

Belang RTW (return-to-work) als deel van kanker-behandelplan

Nu deze pandemie hopelijk stilaan aan haar einde komt wordt er meer aandacht geschonken aan het belang van het behoud van werk of werkhervatting op de levenskwaliteit (QoL, Quality

of Life), meer bepaald bij beroepsactieve kankerpatiënten. In opdracht van het RIZIV voerde ACT (Arbeids Consulting Team Désiron) het project "Exploratie van PCE (practice based evidence) gericht op behoud/hervatten van het werk voor kankerpatiënten in België" uit. De erkenning van kanker als een chronische aandoening gaat immers gepaard met de nood om een aanpak te ontwikkelen aansluitend bij het herstelproces en het toegenomen risico op chroniciteit bij ex-kankerpatiënten. Dit project vormt het kwalitatieve vooronderzoek voor het ontwikkelen van een Belgische richtlijn "kanker en werk". Er dient een generieke indicatiestelling te zijn om RTW aan te bieden waarvan de uitvoering pathologiespecifiek en liefst ook patiëntspecifiek dient te zijn. Hierin heeft best een centrale coördinator die het ownership van het RTW-proces opneemt een cruciale rol, instaat voor de opvolging bij acute en langdurige zorg en de go-between is voor de communicatie en de interne coördinatie met de patiënt, zijn familie en de zorgverleners.

<https://act-desiron.com/project-pbe/>

Risico op erectiele dysfunctie (ED) zesmaal hoger bij mannen met COVID-19

Een recente studie toont aan dat bij COVID-19 het risico op het ontwikkelen van erectiele dysfunctie (ED) zesmaal hoger ligt. Er werd ook vastgesteld dat ED een marker kan zijn van een verhoogde gevoeligheid voor een SARS-CoV-19 infectie. Mannen met ED hebben tot vijfmaal meer kans COVID-19 te ontwikkelen. COVID-19 is een ziekte van het endotheel waarbij systemische manifestaties het gevolg kunnen zijn van alteraties in het thrombotisch/fibrinolytisch endotheelevenwicht. Endotheelcellen vertonen veel cofactoren die SARS-CoV-2 gebruikt om hostcellen binnen te dringen. Erectiele dysfunctie is lange tijd beschouwd geweest als een kenmerk van dysfunctie van het endotheel, waardoor een mogelijk associatie tussen ED en COVID-19 waarschijnlijk is.

Mannen waarbij plots ED optreedt of waarbij de erectieproblemen toenemen moeten toch uit voorzorg een covidtest laten nemen of zelfs overwegen in quarantaine te gaan. Ook mannen die ED vertonen moeten er rekening mee houden dat dit een mogelijk onderliggend risico kan zijn op COVID-19.

Sansone A., et al., "Mask up to keep it up". Preliminary evidence of the association between erectile dysfunction and COVID-19. *Andrology*, 2021;00:1-7. <https://doi.org/10.1111/andr.13003>

Radiofarmacon F-18-PSMA-11 voor detectie van gemetastaseerde prostaatkanker

In het UZ Gent wordt op grote schaal een radiofarmacon geproduceerd die de diagnose van gemetastaseerde prostaatkanker sneller en goedkoper maakt. Voor een PSMA PET/CT biedt de radioactieve tracer F-18-PSMA-11 een aantal voordelen ten opzichte van de wereldwijd gebruikte Ga-68-PSMA-11. Door productie met een cyclotron wordt een veel grotere capaciteit bereikt en kan veel meer geproduceerd worden. Met deze capaciteit kan het aantal patiënten die gescand kunnen worden opgedreven worden tot 20-25 patiënten per productie. Hierdoor neemt de wachttijd voor het onderzoek, en dus ook voor de diagnosestelling, af.

Een tweede voordeel is dat Fluor-18 een halfwaardetijd heeft van 110 min, vergeleken met Gallium-68 waarvan de halfwaardetijd slechts 68 min bedraagt. Hierdoor is deze langer te gebruiken.

Een derde voordeel van de fluorvariant is een hogere positronopbrengst en lagere positronenergie, waardoor een betere beeldkwaliteit wordt bekomen.

Tenslotte moet een cyclotron niet zoals een radionuclide generator jaarlijks vervangen worden met progressief verlies van startcapaciteit door radioactief verval. Tijdens 20 à 30 jaar wordt er geen productievermogen verloren.

Belgian Oncology and Hematology News,
25/03/2021

Medisch nepnieuws: een echte plaag

In een recente studie gingen onderzoekers journalistiek en massacommunicatie na wat mensen ertoe aanzet om foute informatie over gezondheid te geloven en op sociale media te delen. Dit deden ze door een nepartikel te verspreiden waarin wordt gesteld dat Vit B17 kanker kan veroorzaken.

Blijkbaar heeft de presentatie van het artikel (referenties, schrijfstijl, markerings als 'verdacht' of 'niet geverifieerd') geen invloed op de perceptie ervan, en het is enkel de effectiviteit van sociale media dat een rol speelt bij het al of niet delen van de informatie.

Degenen die doeltreffender omgingen met sociale media of vaardiger waren in het gebruik van technologie stonden kritischer tegenover de informatie en gaven aan dat ze het artikel minder

snel zouden delen. Het feit dat het over gezondheid ging speelde geen rol bij het bepalen van de juistheid van de informatie. Ook bleek dat de referenties van de auteur en de manier waarop het verhaal werd geschreven geen significante invloed had op de perceptie van de geloofwaardigheid van het artikel

De studie toont aan dat schijnbaar onschuldige desinformatie (en, by the way, Vit B17 is geen vitamine!) ook gevaarlijk kan zijn. Elke vorm van marketing heeft een significante impact op de perceptie van de lezers en hun intentie om informatie te delen. Wees dus steeds op uw hoede voor berichten van internetgiganten zoals Google, Apple, Facebook, Amazon en Microsoft!

<https://today.ku.edu/2021/03/01/study-examines-what-makes-people-susceptible-fake-health-news>

Vernieuwing van het lidmaatschap Wij Ook België vzw 2021

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 2021 (01.01.21 - 31.12.21) te storten. Het bestuur besliste echter wel om het lidgeld op te trekken naar €25 per kalenderjaar.

Lidmaatschap + abonnement

PROSTAATinfo: 25€

Steunend lid: 40€ of meer...

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.





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