

PROSTAATinfo

Nieuwsbrief van Wij Ook Belgium vzw

Juni 2020



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

Versijnt
Driemaandijks
Jun-jul-aug 2020
P910655



PROSTAATinfo lezersbevraging (p22)

Een vraag van Nonkel Frans over **COVID-19 en kanker** (p5)

Vroege detectie van prostaatkanker (p15)

Hoofredacteur

Erik Briers [erikbriers@telenet.be]

Redactieleden

Urbain Bruggeman
Chris Coeman
Louis Denis
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

Directeur

Louis Denis

Secretaris

Brigitte Dourcy-Belle-Rose

Schatbewaarder

Willy Walschaert

Afdelingen

Wij Ook Antwerpen

Willy Walschaert

[willy.walschaert@skynet.be]

Wij Ook Oost

(Limburg & Vlaams-Brabant)

Erik Briers [011/91.43.54]

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

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

Vrijheidstraat 32 bus 13

2000 Antwerpen

Tel: 03/645.94.44

Fax: 03/647.13.19

e-mail: wij_ook@hotmail.com

Web: www.wijook.be

IBAN: BE78 4037 1493 0186

PROSTAATinfo

Nieuwsbrief van Wij Ook Belgium



Oplage 4.000 ex.

ISSN: 1782-0847

Prijs per nummer 5 euro

Inbegrepen in het lidgeld

19e jaargang juni 2020

© 2020 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.

EUROPA UOMO
The Voice of Men with Prostate Cancer in Europe

Us TOO
PROSTATE CANCER
EDUCATION & SUPPORT

Editoriaal

Erik Briers Hoofredacteur

Het zijn boeiende tijden voor de meesten onder ons, om niet te zeggen voor iedereen, is dit de eerste keer in ons leven dat wij geconfronteerd worden met een pandemie met gevolgen.

Er zijn nog pandemieën geweest zelfs redelijk recent. Vaag herinneren wij ons de Mexicaanse griep, of de Hong Kong griep of zelfs de Sars en de Mers epidemieën. Maar deze epidemieën waren ofwel ver van ons bed of waren aangekondigd als een eerder zware griep. Maar, deze keer was het ernst, iedereen heeft in mindere of meerdere mate gevolgen gevoeld. Ook als patiënten hebben wij de gevolgen gevoeld. In dit nummer gaan we dan ook in op een vraag van ons aller nonkel Frans die graag zou weten wat wij als prostaatkankerpatiënten met Covid-19 te maken hebben.

Dan is er nog wat anders, in deze boeiende tijden kregen wij ook materiaal aangeboden dat perfect past bij de pandemie maar dat niet past in ons tijdschrift. Toch willen wij de inspanning van de auteur niet verloren laten gaan en willen wij het artikel ook aan onze lezers aanbieden. Het is beslist lezenswaardig, maar het past niet echt in onze "core-business" prostaatkanker.

Daarom creëren wij op onze website een nieuwe rubriek om deze lezenswaardige artikels te plaatsen. De geïnteresseerde lezers kunnen ze daar vinden, lezen, printen of downloaden en delen. Voor wat daar verschijnt hebben wij de toelating om de teksten met iedereen van jullie te delen.

De nieuwe rubriek noemt om evidente redenen "**PROSTAATinfo+**" hier vindt de meerwaarde zoeker misschien nog eens wat lezenswaardigs. In de eerste editie van onze "**PROSTAATinfo+**" kan je een bijdrage vinden van onze collega-patiënt Eugeen Dhont die naar aanleiding van de Corona-maatregelen terugblijkt naar de 16^e eeuw toen Antwerpen getijsterd werd door een pestepidemie. De vergelijking is behoorlijk frappant. Een tweede

PROSTAATinfo+ In de eerste editie De pest in Antwerpen en De ontdekking van het Ebola virus

bijdrage van Erik Briers gaat over dat andere virus dat bijzonder veel afschuw wekt door zijn zeer hoge sterfte, **EBOLA**. Het virus werd ontdekt in 1976 door onder meer Prof. Peter Piot en Dr. Guido Van Der Groen, hun verhaal vindt je in onze *plus*.

PROSTAATinfo Lezersbevraging pagina 22 DOE MEE, NU

Maar er is meer, dit jaar bestaat "**PROSTAATinfo**" in zijn huidige vorm tien jaar en dat is voor een tijdschrift van een patiëntengroep een belangrijke mijlpaal. Het is voor ons een reden om aan jullie onze lezers te vragen wat jullie van ons denken.

In dit nummer vinden jullie een formulier met een aantal vragen over jezelf, wie ben je en wat is je relatie met prostaatkanker. Misschien ben je zelf een patiënt of ken je persoonlijk iemand met prostaatkanker. *Maar, deze vragen **mag** je invullen, het moet hoegenaamd niet.*

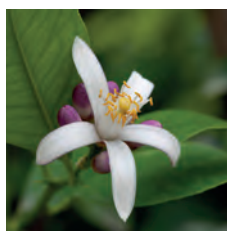
Maar misschien ben je wel professioneel met prostaatkanker betrokken als arts, verpleegkundige enz. En ja, misschien ben je gewoon in prostaatkanker geïnteresseerd en lees je daarom "**PROSTAATinfo**". Je kan het formulier invullen en aan ons terug sturen, maar je kan ook antwoorden via het web, ga naar www.wijook.be en klik door naar de "lezersbevraging".

Wij willen echt graag weten wat jullie denken van ons blad maar ook wat jullie zouden willen verbeteren.

Inhoud van dit nummer

- 3 Editoriaal
[Erik Briers]
- 5 Een vraag van Nonkel Frans, over **Covid-19 en (prostaat)kanker**
[Erik Briers]
- 10 **PROSTAATinfo-DAG** Gent 26 oktober 2019
- 10 Lokale behandeling van gemetastaseerd prostaatacarcinoom [Yannic Raskin]
- 12 Beweging bij prostaatkankerpatiënten: De evolutie van "hou het rustig" naar "inactiviteit vermijden" en "geïndividualiseerd & voorgeschreven bewegingsoefeningen"
[Bruggeman Anniek en anderen]
- 15 In de schaduw van Kos, Vroege detectie van

- prostaatkanker bij de geïnformeerde gezonde man. [Hein Van Poppel en Sarah Collen]
- 20 Kort [Brigitte Dourcy-Belle-Rose]
- 22 **PROSTAATinfo** lezers bevraging!
- 23 Boekbespreking: "Dirk Van Duppen. Zo verliep de tijd die me toegemeten was"
[Willy Walschaert]



Omslagfoto

Kruidtuin Leuven 2010 ©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

Een vraag van Nonkel Frans

Antwoord Erik Briers

Beste redactie, de laatste tijd niets anders dan COVID-19 en maatregelen om daarmee om te gaan. Een vriend van mij heeft schrik om naar de dokter te gaan, wat mogen we verwachten?

Beste Nonkel Frans,

Het nieuwe SARS-CoV-2 virus heeft in ieder geval een invloed op ons allemaal. Niet alleen op ons handelen en letterlijk wandelen, maar ook op onze behandeling en diagnose.

Vandaag zijn wij in stapjes het gewone leven aan het hernemen al zal het lang duren voor we terug naar echt normaal kunnen gaan. Bovendien zal de wereld na Covid-19 er definitief wat anders uitzien. Er zullen goede gewoontes blijven (betere handhygiëne bijvoorbeeld) en er zullen voor ons bekende zaken (café, restaurant, enz) voorgoed verdwijnen. Maar het virus zal ons pas rust geven wanneer er voldoende mensen immuun zullen zijn door ziek geweest te zijn of na een vaccinatie. En op dat laatste zullen we nog even moeten wachten.

Zoals steeds gaan we systematisch te werk dus eerst een woordje over kleine en zéér kleine beestjes.

Micro-organismen

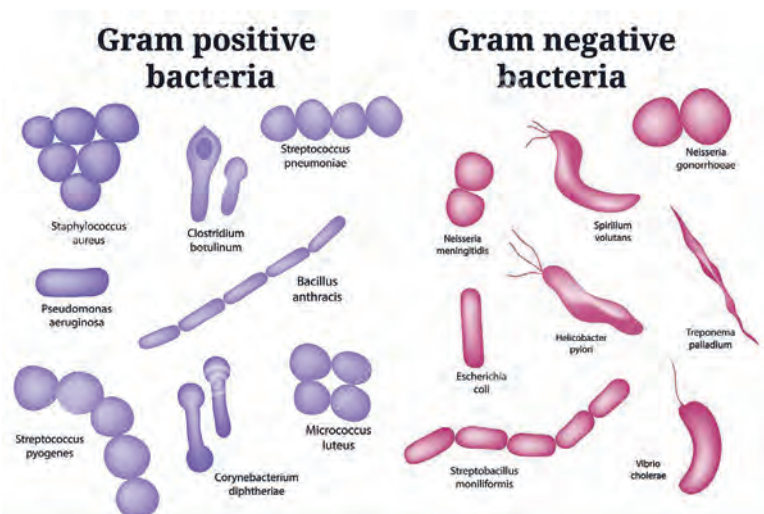
Ondertussen hebben we allemaal goed door dat we het over een virus hebben. Maar weten we echt wat dat is en waarin het van een bacterie verschilt?

Het zijn allemaal micro-organismen en daar zijn er ontzettend veel van, maar wij hebben het over ééncelligen en virussen die zich bevinden tussen leven en materie.

Bacteriën

Een bacterie bestaat uit één cel en bevat alles wat nodig is om te leven en zich voort te planten (delen). Wat een bacterie nodig heeft zijn voedingsstoffen en die haalt het uit zijn omgeving. Die omgeving kan onze eigen darm zijn en daar leven gigantisch veel bacteriën van allerlei soorten. Zij zijn onder normale omstandigheden goedaardig, ze gebruiken stoffen in de darm en kunnen die ook omzetten in stoffen die goed zijn voor ons en die we zelf niet kunnen maken. Die stoffen worden door die bacteriën dan uitgescheiden en door onze darm opgenomen.

Die hele flora van duizenden soorten bacteriën



Een verzameling van bacteriën die het de mens soms behoorlijk moeilijk kan maken, enkele voorbeelden: *Staphylococcus aureus* komt goedaardig voor bij de mens maar kan infecties van de huid veroorzaken maar ook gevaarlijke bloedinfecties. *Streptococcus pyogenes* wordt ook wel eens de vleesetende bacterie genoemd, ze veroorzaakt gevaarlijke infecties van de huid maar er komt ook onschuldig dragerschap voor. *Treponema pallidum* is de oorzaak van syphilis en wordt seksueel overgedragen. *Helicobacter pylori* voelt zich uitstekend thuis in de zure omgeving van de maag, maar veroorzaakt maagzweren. *Escherichia coli* onze voornaamste darmbacterie die evenwel indien ze in onze steriele buik terechtkomt ook infecties kan veroorzaken.

leeft normaal in grote harmonie, ze houden elkaar als het ware in bedwang. Indien er soms eentje zijn kop opsteekt, door ziekte bijvoorbeeld, kan dat ernstige problemen veroorzaken met onder meer buikloop als gevolg. Ook het gebruik van antibiotica stoort de samenstelling van de darmflora en kan deze voor lange tijd ontwrichten. Daarom worden antibiotica alleen voorgeschreven indien ze echt nodig zijn.

Bacteriën bevatten hun eigen erfelijk materiaal onder de vorm van DNA. Dat DNA bevat de code voor alle onderdelen van de bacterie maar het is niet in een kern opgeslagen, het zwemt als het ware vrij rond in de bacterie.

Er zijn ontzettend veel soorten bacteriën met dan nog ondersoorten en naast bacteriën zijn er ook schimmels en myco-bacteriën zoals de beruchte veroorzaker van tuberculose.

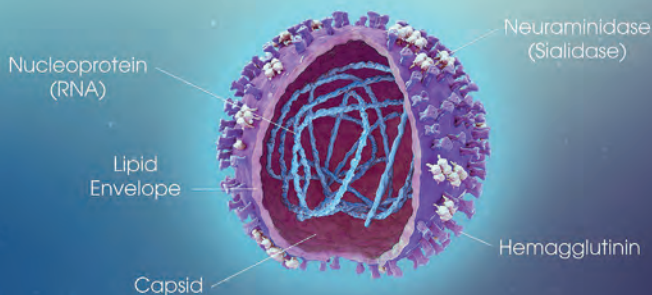
Er zijn bacteriën die zich op diverse gastheren best goed voelen zoals bijvoorbeeld de verwekker van de pest (*Yersinia pestis*) die zich net zo goed voelt in rattenvlooiën als bij de mens, alleen kan

de mens daar zeer ziek van zijn en zelfs dood aan gaan. Ook vandaag komt er nog pest voor, in de periode 2010-2015 werden er officieel 3.250 personen besmet en stierven en bijna 600 mensen aan de pest. Pest kan behoorlijk gemakkelijk behandeld worden met de juiste antibiotica.

Virussen

Als bacteriën de kleine vormen van autonoom levende organismen zijn, dan bevinden de virussen zich tussen deze kleinste levensvorm en pure materie.

Influenza Virus structure

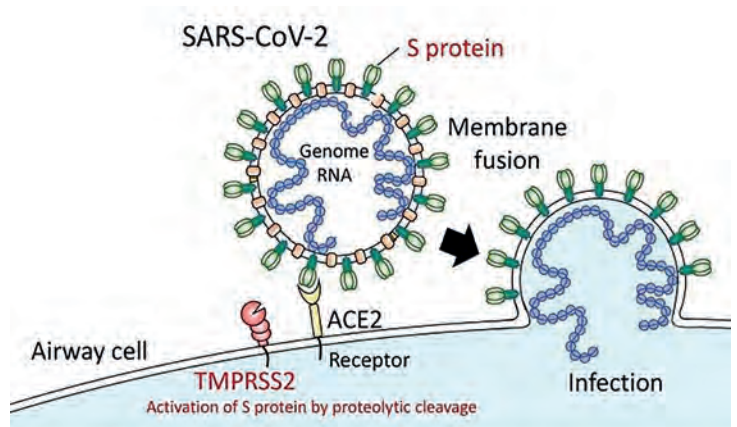


Een virus op zich, al is het dan een kilogram is totaal onschadelijk en is slechts een complexe samenstelling van chemische stoffen. Je kan een virus vergelijken met een minuscule zakje met daarin wat eiwitten (capsid) en genetisch materiaal (nucleoproteïne - RNA), meer is het niet. Het zakje (lipid envelope) op zich is wel bijzonder, het heeft soms een mooie structuur en draagt speciale kenmerken op zijn oppervlak. Het hierboven afgebeelde virus veroorzaakt de gewone seizoensgriep, op zijn oppervlak staan twee kenmerken H (hemagglutinine) en N (neuraminidase) die gemakkelijk veranderen en onze immune reacties tegen het virus bepalen.

Wat water en wat voedingsstoffen op een virus gieten haalt niets uit, virussen hebben een gastheer nodig. Anders dan bij bacteriën die ook gastheren kunnen gebruiken om hun voedingsstoffen te leveren, kunnen virussen niet zonder. En dat gaat behoorlijk ingenieus.

Een virus dringt binnen in een geschikte cel. Daarna wordt het virus-pakketje uitgepakt en komen de bestanddelen vrij in de gastheercel die nu aan het werk moet.

Maar, hoe herkent zo'n virus een geschikte gastheercel? Het membraan, viruswand bevat specifieke stekeltjes (bij influenza virus N en H) die op zoek gaan naar een element op het

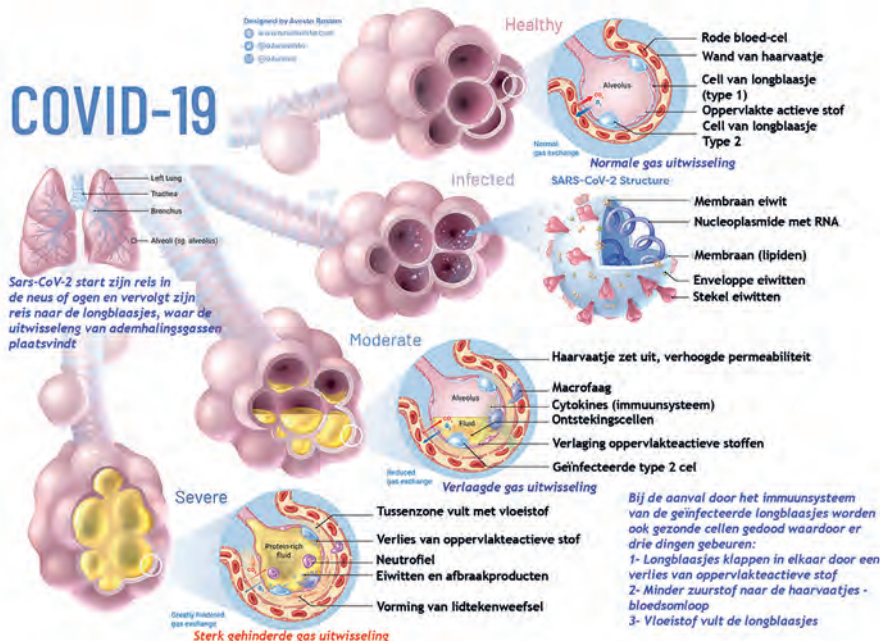


celmembraan van cellen in ons lichaam. Het Covid-19 virus herkent meer bepaald een eiwit "ACE2" dat onder meer voorkomt op cellen in onze longblaasjes. ACE2 en de SARS-CoV-2 stekeltjes binden waarmee een soort kettingreactie gestart wordt. Het resultaat is dat de inhoud van het virus vrijgegeven wordt in de celinhoud. Op hetzelfde moment worden de stekeltjes ook op het celoppervlak achtergelaten waardoor die cel gekenmerkt wordt als besmet. We moeten evenwel opmerken dat het ook een beetje anders kan verlopen.

Eens de inhoud van het virus in de cel zit, wordt de apparatuur van de cel gebruikt om het RNA van het virus te vermenigvuldigen en om alle elementen die beschreven staan in het RNA te produceren, de membraaneiwitten, de stekeltjes, het RNA, kortom de cel vult zich met alle bouwstenen van het virus. De cel wordt daarna "verplicht" om met de aanwezige bouwstenen grote hoeveelheden virusdeeltjes samen te stellen waarna deze met duizenden terug vrijkomen. De gastheercel overleeft dit niet.

Ons lichaam laat dit natuurlijk niet zomaar goedschiks toe en gaat op alle mogelijke manieren dit probleem te lijf. De aanval van het virus veroorzaakt lokaal een immuunrespons waarbij macrofagen, neutrofielen en andere cellen ter hulp worden geroepen. Deze zetten speciale cytokines vrij waardoor er lokaal een ontsteking met vochtophoping ontstaat. Maar extra vocht in de longblaasjes is niet wat we nodig hebben, de gasuitwisseling (ademhaling) wordt ernstig gestoord.

Indien we de infectie lang genoeg overleven zal ons immuunsysteem erin slagen om antilichamen te produceren die op een "propere" manier de geïnfecteerde cellen opruimen waardoor de schade beperkt en gestopt wordt. Na tijd geneest de patiënt maar littekenweefsel zal niet meer genezen. De figuur op volgende pagina toont een schematisch overzicht van het verloop van de infectie.



SARS staat voor “Severe Acute Respiratory Syndrome” of ernstig acuut ademhalingsyndroom.

Wat heeft dat met kanker te maken?

Meer dan we graag zouden willen, zijn er aan de ene kant alle maatregelen die genomen zijn om deze epidemie te vertragen en anderzijds zou deze infectie ook onze behandelingen kunnen beïnvloeden.

Zelf besmet!

De grote nachtmerrie, je hebt prostaatkanker, of een andere kanker, en dan krijg je er nog eens COVID-19 bovenop. Heb je dan geen nadeel, is je kans om dan van COVID-19 te sterven dan groter?

Dat is een belangrijke en moeilijke vraag, op dit ogenblik is de pandemie nog geen half jaar bezig en al zijn er al 6,6 miljoen mensen besmet wereldwijd (5 juni) waarvan meer dan 390.000 zijn overleden. Toch weten we nog niet zo veel van het verband tussen kanker en COVID-19. Bovendien weten we dat deze cijfers hoegenaamd niet correct zijn. Voor ons land zijn ze redelijk betrouwbaar maar in andere landen tellen bijvoorbeeld alleen de bevestigde overlijdens in ziekenhuizen mee.

Gelukkig zijn er toch wat cijfers beschikbaar. Het Verenigd Koninkrijk heeft een andere organisatie van zijn gezondheidszorg. De NHS (National Health Service) kampt met zijn eigen problemen maar is goed georganiseerd om snel problemen aan te pakken en gegevens te verzamelen. Enige verplichting tot medewerking is

daar niet vreemd aan.

Zo bestaat er voor de behandeling van kanker een nationaal netwerk van kankercentra waarbinnen anderhalf miljoen patiënten verzorgd en opgevolgd worden. Binnen dit netwerk werd een studie opgestart om prospectief gegevens te verzamelen van kankerpatiënten bij wie COVID-19 werd vastgesteld. Het project startte reeds op 18 maart en de eerste rapportering volgde op 26 april (*The Lancet* 28 mei 2020).

De gepubliceerde resultaten zijn uiteraard voorlopig aangezien het project verder gezet wordt en zeker nieuwe inzichten zal verschaffen.

In totaal werden in deze periode 800 patiënten met kanker ook besmet met het SARS-CoV-2 virus. Deze diagnoses zijn gebaseerd op laboratorium-analyses met een RT-PCR test. Patiënten waarbij het vermoeden bestond op basis van radiologische gegevens of symptomen werden niet weerhouden. Dit maakt de data-analyse sterker maar men loopt een risico op onderrapportering.

Van deze 800 patiënten hebben er 412 (52%) een milde vorm van COVID-19 en stierven er 226 (28%) aan de gevolgen van COVID-19.

Uit de resultaten leren we verder dat 56% van de patiënten mannen zijn en dat 78 (17,4% van de mannen) van deze mannen een kanker van de mannelijke geslachtsorganen hadden (is voornamelijk prostaatkanker).

Van de mannen stierven er 146 (32,5%) en van de mannen met een kanker van de geslachtsorganen stierven er 30 (38,5%). Vergelijken we dit met de patiënten die borstkanker hebben, dan sterft 17,7% van hen aan de gevolgen van COVID-19. Hier zien we zelfs een soort omgekeerd effect, de sterfte is lager dan deze voor patiënten zonder borstkanker (in de studie).

Wat leert ons dat?

Dat we uiteraard voorzichtig moeten gaan interpreteren. Als we de resultaten samenvatten in drie belangrijke punten zijn dat de volgende:

- **Leeftijd**, ook in deze studie blijkt ten overvloede dat het vooral patiënten zijn met een redelijk hoge leeftijd die na besmetting het niet halen. Als wij dan weten dat prostaatkanker vooral een ziekte is van oudere mannen (gemiddelde leeftijd bij diagnose >68 jaar) verklaart dit het

effect van leeftijd en prostaatkanker.

- **Geslacht:** overduidelijk, mannen sterven beduidend meer aan COVID-19 dan vrouwen. En dat is ook zo bij patiënten zonder kanker. Dat prostaatkanker alleen mannen treft versterkt de sterfte nogmaals, we zijn redelijk oud en man.

- **Comorbiditeiten:** nevenziekten zoals hypertensie (daar heeft ACE2 iets mee te maken) en ook cardiovasculaire aandoeningen verhogen de kans om aan COVID-19 te overlijden met of zonder kanker. Wij weten dat hormoonbehandelingen een effect kunnen hebben op cardiovasculaire aandoeningen hetgeen op zich dus een verhoogd risico kan opleveren.

Met andere woorden, kanker op zich en de specifieke behandelingen verhogen wel de kans om aan COVID-19 te overlijden (28%) maar de risicofactoren zijn niet echt anders dan in de algemene populatie (14,14% in VK).

Er zijn in deze studie geen aanwijzingen dat bepaalde behandelingen zoals chemotherapie de kans op een overlijden aan COVID-19 zouden verhogen. Voor dit soort gegevens is deze studie en zijn toekomstige resultaten heel belangrijk. We vragen ons natuurlijk ook af in hoeverre een behandeling waarbij het immuunsysteem wordt onderdrukt of zelfs lamgelegd een invloed heeft.

Wat doen we eraan?

Zeker niet in angst de kast inkruipt en wachten tot het voorbij is, dat zou onze levenskwaliteit niet ten goede komen en dat zou wel eens heel lang kunnen duren. Voor een echte oplossing van de pandemie is het hopen op een vaccin maar dat zal nog geruime tijd op zich laten wachten. Maar in afwachting hoeven we niet te verkrampen.

De basisregels blijven van toepassing

We zullen ook in de toepassing verstandig moeten zijn. Een verbeterde hygiëne met regelmatig de handen wassen is er een vast onderdeel van. Dat geldt trouwens voor alle besmettelijke ziekten zoals de seizoensgriep.

Het houden van een eerbiedige afstand van personen uit andere bubbels, waarbij onze gesprekken mogen vanop anderhalve meter gevoerd worden is een andere basisregel. Als de tegenpartij daarbij toch te kort komt is er nog steeds een mondkapertje dat ook zal blijven.

Met vertrouwde personen vormen we een bubbel en mag veel meer, maar dan moeten we toch erop toezien dat we ons uit de bubbel

verwijderen bij de minste twijfel aan onze eigen gezondheid.

We weten dat we als prostaatkankerpatiënten tot een hoge risicogroep behoren dus moeten we het risico niet gaan opzoeken.

En onze behandeling

Met dank aan onze vrienden uit het Verenigd Koninkrijk en anderen weten we dat we onze behandelingen moeten verderzetten. We moeten er zeker op toezien dat we door iets uit te stellen de kanker geen kansen geven om ons verder schade toe te brengen.

Ook voor het opsporen van prostaatkanker moeten we niet wachten, onze artsen zullen erop toezien dat de nodige onderzoeken in alle veiligheid kunnen gebeuren. Het wordt belangrijk om kanker tijdig te behandelen en te voorkomen dat hij zich lokaal gaat uitbreiden of zelfs naar verre organen gaat metastaseren.

Tijdens de periode van hoge belasting van ons gezondheidssysteem was het logisch dat de zorg werd toegespitst op COVID-19 en op nood- en spoedgevallen, vandaag komen wij uit deze periode en moeten wij met problemen naar onze huisarts en indien nodig naar de spoeddienst gaan. We mogen het risico niet lopen dat een klein probleem ontaard tot een groot probleem.

Diverse artsengroepen hebben nagedacht over COVID-19 en hun speciaal aandachtsgebied. Daarbij hebben zij voor hun collegas richtlijnen opgesteld om de optimale zorg te blijven verstrekken. Op de website van EAU (European Association of Urology) [<https://uroweb.org/guideline/covid-19-recommendations/>] kan alles nagelezen worden, zowel wat de clinicus kan doen als wat er bij prostaatkanker kan uitgesteld worden.

Urbain Bruggeman, een getuigenis

In volle coronacrisis heb ik in het ZNA, campus Middelheimziekenhuis in Antwerpen, een periodieke bloedafname ondergaan, om vast te stellen wat de actuele waarden zijn van mijn PSA, de alkalische fosfatase en de testosteron. Bij het betreden van het ziekenhuis werd ik onmiddellijk aangesproken door twee dames met masker, handschoenen en schort. Ze waren uitermate vriendelijk. Er werd mij gevraagd om het bewijs te tonen dat ik in het Middelheimziekenhuis een bloedafname moest ondergaan. Ik moest mijn handen onmiddellijk ontsmetten.

Nadien vroeg een andere dame met masker en handschoenen me uit een stapel op een tafel een masker te nemen, en om dit masker op mijn gezicht te plaatsen zodat mijn neus en mond bedekt waren. Ze controleerde of het masker correct was gepositioneerd. Aangezien ik een half uur vóór mijn afspraak in het ziekenhuis aanwezig was, vroeg een vierde dame me om plaats te nemen in de lounge. Wat mij onmiddellijk opviel was dat slechts één op de vier zetels voorzien waren om te gaan zitten. Ik realiseerde me onmiddellijk dat door dit systeem toe te passen, er steeds anderhalve meter afstand was tussen mensen die in de zetels plaats namen.

Tien minuten vóór mijn afspraak begaf ik me in de richting van de liften. Een vijfde dame met masker en handschoenen hield me tegen en vroeg me wanneer mijn afspraak voorzien was. Toen ze vaststelde dat ik binnen enkele minuten een afspraak had op de dienst bloedafname, liet ze me door. Aan de lift stond een zesde dame met masker en handschoenen mij op te wachten en vroeg mij op welke dienst ik moest zijn. Ze was zeer behulpzaam want ze wees me de weg naar de dienst bloedafname met vermelding van de verdieping en het routenummer.

Op de dienst bloedafname werd ik op het onthaal verwelkomd door twee dames met masker en handschoenen die mij een briefje met een volgnummer overhandigden. Ik moest plaats nemen in de purperen zaal. In deze zaal herkende ik onmiddellijk de methodiek dat hier ook op slechts één van de vier stoelen plaats mocht worden genomen.

De bloedafname gebeurde door een dame met masker en handschoenen. Nadien ben ik langs dezelfde weg naar de uitgang van het ziekenhuis gestapt, zonder dat ik nog door iemand werd aangesproken.

Nonkel Frans, ik veronderstel dat al deze maatregelen werden genomen in het raam van de coronacrisis.

Nadien ben ik naar het UZA, campus Drie Eiken te Edegem, gereden om een PSMA-scan te ondergaan in de dienst Nucleaire Geneeskunde.

De dag voordien had ik in de late namiddag een telefonisch gesprek gehad met een verpleger die bij het UZA belast was met het screenen van patiënten in het raam van een mogelijke besmetting met het coronavirus. Na een aantal vragen te hebben beantwoord, achtte voormelde persoon het niet onmogelijk dat ik besmet was met het virus. Ik zit

namelijk sinds mijn jeugd opgescheept met chronische sinusitis met onder meer een loopneus als dagelijkse gesel. Bovendien heb ik hooikoorts.

Tot mijn grote vreugde kon ik gratis parkeren op de parking van het UZA. Later vernam ik dat het UZA wil vermijden dat lange rijen aanschuiven aan de betaalautomaat. Bij het uitstappen uit mijn voertuig zette ik een masker op, zoals de verpleger bij het UZA de dag voordien aan de telefoon had gevraagd.

Bij de ingang van het UZA werd mijn identiteit gecontroleerd door een dame met masker en handschoenen alsook het aanvraagformulier dat ingevuld werd door mijn behandelende uroloog in het ZNA. Ik mocht onmiddellijk de gang aan de rechterkant nemen tot bij een man met masker en handschoenen die bij een tafeltje met laptop stond. Hij deed een oranje bandje aan mijn pols en ik moest in een zaaltje plaats nemen tot iemand mij kwam halen. In deze zaal werd op het vlak van zitplaatsen dezelfde methodiek toegepast als in het Middelheimziekenhuis.

Een minuut later werd ik door een verpleegster met masker en handschoenen afgehaald en begeleid naar de dienst Nucleaire Geneeskunde. Daar werd ik overgelaten aan de goede zorgen van een verpleger met masker en handschoenen. Ik mocht plaatsnemen in een rode zetel. De voormelde verpleger diende me interveneus een radioactieve vloeistof toe. Na negentig minuten wachten werd ik door dezelfde verpleger begeleid naar een kleedkamer waar ik me moest ontdoen van alles wat metaal bevat alsook van mijn schoenen en lange broek. Enkele minuten later kwam de verpleger mij halen en werd ik onder de scanner gelegd.

Na ongeveer tien minuten was het onderzoek voorbij en mocht ik me terug aankleden. Nadien moest ik me begeven naar het onthaal van de dienst Nucleaire Geneeskunde, waar ik even moest wachten tot een dame met masker en handschoenen mij terug kwam halen en begeleidde naar de uitgang van het ziekenhuis.

Ik stel me de vraag of iemand met al deze maatregelen nog met coronavirus besmet kan geraken.

Met vriendelijke groeten,

Erik Briers

Voor al uw vragen: wij_ook@hotmail.com

Lokale behandeling van geme-tastaseerd prostaatcarcinoom

Dr. Yannic Raskin – Dienst Urologie, UZ Leuven

TNM klassering van prostaatcarcinoom

Prostaatkanker is te stadiëren op verschillende manieren. In de 1e plaats volgens de klassieke “TNM classificatie” waarbij het T-stadium staat voor de lokale infiltratie, het N-stadium voor de lymfeklieren in het kleine bekken en het M-stadium voor metastasen, ofwel uitzaaiingen. Dit M-stadium kan dan weer onderverdeeld worden, waarbij M1a staat voor lymfeklier aantasting buiten het kleine bekken, M1b voor uitzaaiingen in het bot en M1c voor uitzaaiingen op andere plaatsen.

Prostaat Tumor (T)

Lymfeklieren (N)

N0: Geen LK aantasting in kleine bekken

N1: LK aantasting in kleine bekken

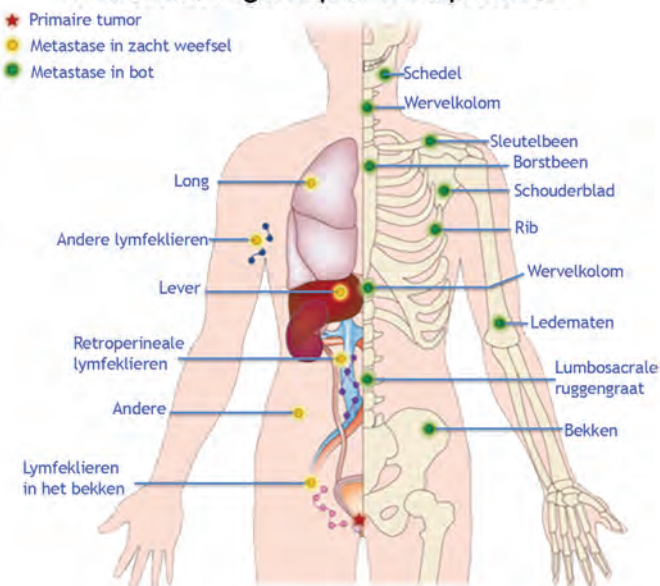
Uitzaaiingen (M)

M0: Geen uitzaaiingen

M1a: LK aantasting buiten het kleine bekken

M1b: Uitzaaiingen in bot

M1c uitzaaiingen op andere plaatsen



Indeling van metastasen

Anderzijds kunnen we ook het onderscheid maken op basis van het aantal en de locatie van de metastasen in de 1e plaats heb je oligometastasen (weinig) wat grosso modo

overeenkomt met low-volume.

Daartegenover staat poly-metastatische ziekte wat grosso modo overeenkomt met high-volume. Hierbij zijn er dus veel metastasen. Atypische lokalisaties van metastasen kunnen er voor zorgen dat er

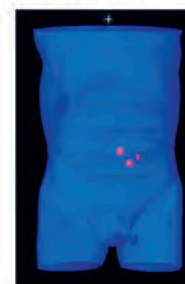
sowieso sprake is van high volume. De definities hieromtrent verschillen naargelang de studie die aangehaald wordt.



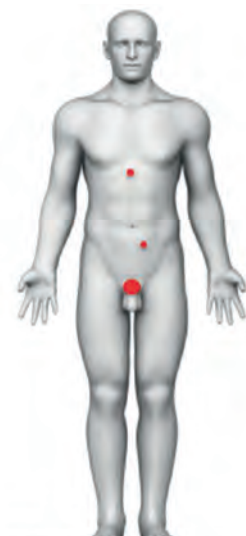
Gelokaliseerd
Geen Metastasen



Oligo-metastasen
Laag volume



Poly-metastasen
Hoog volume



Daarnaast kunnen metastasen zich tonen bij de initiële diagnose (de novo metastatisch) of pas na behandeling van de primaire tumor (de prostaat). Wij gaan het hier vooral hebben over de *de novo metastatische patiënten* en meer in het

bijzonder over de plaats van lokale therapie bij deze patiënten? Naast een mogelijk overlevingsvoordeel weten we dat lokale therapie van de primaire tumor de kans op latere lokale symptomen vermindert. Daartegenover staat dat elke therapie complicaties met zich kan meebrengen en dat de patiënt bijgevolg op z'n minst tijdelijk aan levenskwaliteit moet inboeten. De wetenschappelijke evidentie hieromtrent is nog in ontwikkeling.

Behandeling van de lokale tumor

Er bestaat zeker een rationale voor de lokale behandeling van gemetastaseerde prostaatkanker, in lijn met de behandelingsstrategie bij sommige andere tumoren. Als de primaire tumor behandeld wordt (met radiotherapie dan wel chirurgisch), verwijdert men op die manier de bron van nieuwe metastasen, alsook de promotor voor verdere metastasering. Daarnaast zie je bij neoadjuvante studies in hoog risico prostaatkanker vaak de lokale tumor persisteren en ook klachten veroorzaken op langere termijn. Het lijkt dan ook logisch dat je met lokale therapie op termijn mogelijk lokale symptomen kan voorkomen. Het gaat dan voornamelijk over pijn in het bekken, plasklachten, urineretentie, obstructie van de urineleiders, bloeding, enz.

Eveneens uit retrospectieve analyses blijkt dat lokale behandeling bij progressieve metastatische ziekte de symptomatische progressie reduceert en dit is meer zo voor de radicale prostatectomie dan voor radiotherapie. Daarbij toonde een analyse van de Nationale Cancer Database door Rusthoven een betere overleving bij mannen met lokale therapie van de prostaat bij gemetastaseerde patiënten. Dit is echter nog met een korrel zout te nemen daar het hier retrospectieve analyses betreft op gegevens die daar niet voor bedoeld zijn. Er is hier zeer vermoedelijk sprake van belangrijke selectie bias, waarbij waarschijnlijk fittere patiënten met minder agressieve tumoren meer behandeld werden dan oudere patiënten met agressievere tumoren.

In 2018 kwamen dan de resultaten van de HORRAD-studie en de STAMPEDE-studie uit. In de HORRAD-studie werden 446 patiënten gerandomiseerd tussen hormonale behandeling en hormonale behandeling mét radiotherapie op de prostaat. In deze studie kwam geen betere mediane overleving naar voren voor de bestraalde patiënten, al betrof het wel een populatie met een

hoge gemiddelde PSA en vaak een hoog aantal metastasen. In een bijkomende analyse na de studie werd gesuggereerd dat er voor de patiënten met minder dan 5 metastasen (dus low volume) toch een overlevingsvoordeel zou zijn.

Iets later kwam de STAMPEDE-studie (arm H) uit waarin een gelijkaardig opzet werd gehanteerd, namelijk lokale behandeling versus hormonale behandeling inclusief radiotherapie op de prostaat. Ook deze studie kon voor de volledige populatie van de studie geen overlevingsvoordeel aantonen. Wel kon er in een pre-gespecifieerde sub-analyse bij low-volume metastatische ziekte een overlevingsvoordeel getoond worden van 45,4 maanden versus 49,1 maanden mediane overleving. Dit is toch een indicatie dat de behandeling van de lokale tumor met radiotherapie zinvol is bij patiënten met een beperkt aantal uitzaaiingen (oligo-metastatisch dan wel low volume).

De volgende logische vraag is natuurlijk of ook andere lokale therapie zinvol is. Er zijn nog niet veel gegevens omtrent chirurgische resectie van de prostaat in dit soort patiënten. Chirurgie is in dit soort patiënten vaak agressiever gezien het vaak ook een lokaal uitgebreid letsel betreft waarbij er minder spaarzaam kan gewerkt worden. Er zijn dus meer complicaties te verwachten op korte en langere termijn. Op korte termijn betreft het vermoedelijk meer bloedverlies, meer pijn en meer complicaties lokaal, op lange termijn betreft het voornamelijk de continentie, de potentie, maar ook het voorkomen van lymfoedeem bijvoorbeeld. Er zijn op dit moment meerdere studies lopende om de waarde van chirurgie in deze setting na te gaan, waaronder ook de LOMP-studie die opgezet werd aan het UZ Gent.

Daarnaast zijn er nog andere open vragen in deze setting. Kan behandeling van de (oligo-) metastasen een plaats hebben? Dienen we al de zichtbare ziekte te behandelen bij diagnose of louter de primaire tumor zoals op dit moment is aangetoond? Is er een plaats voor multimodale therapie waarbij we een combinatie gebruiken van chirurgie, radiotherapie en systeemtherapie? Is er naast hormonale therapie indicatie voor 'upfront' tweedelijns therapie? Deze vragen dienen de komende jaren beantwoord te worden aan de hand van reeds lopende klinische studies.

Beweging bij prostaatkankerpatiënten: De evolutie van “hou het rustig” naar “inactiviteit vermijden” en “geïndividualiseerd & voorgeschreven bewegingsoefeningen”

Bruggeman Anniek (kinesitherapeute UZ Gent, dienst fysische geneeskunde en orthopedie), Renée Bultijnck (Vakgroep structuur en Herstel van de mens, universiteit Gent, Gent, België; Fonds wetenschappelijk onderzoek (FWO), Brussel, België), Borrey Noëmi (kinesitherapeute UZ Gent, dienst fysische geneeskunde en orthopedie).

Inleiding

De laatste 20 jaar is er een grote evolutie merkbaar in het aantal wetenschappelijke studies die het effect van beweging bij kanker en kankerbehandelingen onderzoeken. Hierdoor is men tot inzicht gekomen dat er verschillende positieve effecten verbonden zijn wanneer men gaat bewegen voor, tijdens en na de kankerbehandeling. Dit is ook het geval bij prostaatkankerpatiënten. Beweging bij kankerpatiënten is bovendien over het algemeen veilig (i.e. een aantal comorbiditeiten zullen voor specifieke aanpassingen vragen in het bewegingsvoorschrift). Het positief effect is het grootst wanneer men het bewegingsprogramma afstemt op elke patiënt afzonderlijk a.d.h.v. een voorgeschreven bewegingsvoorschrift (1-3).

Beweging tijdens en na kankerbehandeling

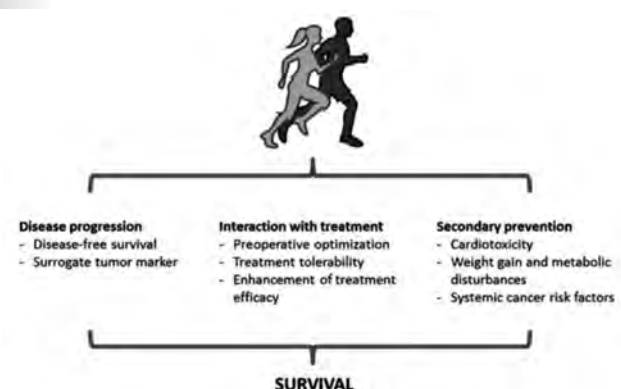
In de review van Christensen et al. (2018) (1) en de recente internationale consensus verklaring van de American College of Sports Medicine (ACSM) (2) besluit men dat bewegingsoefeningen bij mensen met kanker een aantal positieve effecten met zich meebrengt en zelfs specifieke kanker-gerelateerde bijwerkingen kan verminderen indien er een bepaalde bewegingsdosis bereikt kan worden (zie figuur 1). Uit zowel retrospectief en prospectief cohorte studies blijkt ook een positieve associatie te zijn tussen beweging en overleving (4, 5). De eerste gerandomiseerde internationale studie die het effect van beweging op overleving zal onderzoeken is lopende, en dit bij prostaatkankerpatiënten in een gevorderd ziektestadium (6).

Daarnaast kwam men in de review tot de

conclusie dat beweging een positieve invloed heeft op de verscheidene kankerbehandelingen zelf. De behandeling wordt beter verdragen, de effectiviteit van de behandeling wordt groter en na chirurgie was er een sneller herstel met minder postoperatieve complicaties.

Een derde besluit die men kon trekken was dat beweging een invloed kan hebben op de progressie van kanker. Na behandeling bleven meer patiënten kankervrij indien zij een kwalitatief voorgeschreven bewegingsprogramma hadden afgewerkt. Ook via de opvolging van tumor markers, d.i. de PSA voor prostaatkankerpatiënten, hebben ze gezien dat beweging een invloed kan hebben op deze markers en dus op de progressie van de tumor.

Als laatste heeft een bewegingsprogramma ook een preventieve functie. Het zorgt er namelijk voor dat er minder cardiotoxiciteit (nadelige effecten op lange termijn van de behandeling op het hart en vaatsysteem), endocriene en metabole dysfuncties voorkomen en het lichaamsgewicht beter onder controle blijft. Hierdoor dalen de risicofactoren om een secundaire tumor te ontwikkelen (1-3)



Figuur 1: overgenomen uit Christensen et al. (2018) (1) - Exercise training in cancer control and treatment

Bewegingsprogramma's bij prostaatkanker

De grootste focus van beweging bij prostaatkanker ligt bij de groep die hormoontherapie krijgt, vanwege de impact van deze behandeling en bijkomende rol van beweging. Ook bij prostaatpatiënten die geen hormoontherapie krijgen als onderdeel van hun behandeling, kan beweging een positief effect teweegbrengen.

De ACSM heeft een aantal standaardaanbevelingen opgesteld voor beweging bij prostaatkankerpatiënten (9, 10). Een overzicht is terug te vinden in onderstaande tabel.

Tabel 1: Bewegingsrichtlijnen voor prostaatkankerpatiënten (ACSM) (9, 10)	
Algemeen	ACSM richtlijnen
	Inactiviteit vermijden Terugkeren naar normale dagelijkse activiteit na operatie
Type beweging	ACSM richtlijnen
Aërobe training	5 dagen/week aan een matige intensiteit 30 minuten Of 3 dagen/week aan een zware intensiteit 20 minuten Of een equivalente combinatie Oefenvorm: fietsen, wandelen, lopen, zwemmen, cross-trainer
Krachttraining	2 dagen/week aan een matige intensiteit met 8-10 oefeningen gericht op de grote spiergroepen met 8-12 herhalingen per oefening.
Lenigheidstraining	Statische stretching op dagen waarbij andere bewegingsactiviteiten uitgevoerd worden. Binnen de pijngrens elke stretchoefening 10-30 seconden aanhouden met 2-4n herhalingen per oefening.
Individueel	ACSM richtlijnen
ADT	Rekening houden met verhoogd risico op fracturen.
Osteoporose	Rekening houden met verhoogd risico op fracturen.
Botmetastase(n)	Medische goedkeuring Rekening houden met verhoogd risico op fracturen.
Cardiovasculaire complicaties	Oefeningen onder supervisie uitvoeren en oefeningen aanpassen.
Operatief herstel	8 weken herstel alvorens een bewegingsprogramma op te starten.
Radicale prostatectomie	Toevoegen van bekkenbodemspieroefeningen

Androgeen deprivatie therapie (ADT) of hormoontherapie wordt o.a. gegeven bij mensen met gevorderde en gemetastaseerde prostaatcarcinomen. Deze vorm van therapie heeft echter ook een aantal bijwerkingen waaronder vermoeidheid, krachtsverlies, gewichtstoename, etc.

Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat het volgen van een bewegingsprogramma het hoogste niveau van bewijs heeft om een aantal van deze hormoontherapie-geïnduceerde bijwerkingen onder controle te houden (7, 8).

Een bewegingsprogramma voor prostaatkankerpatiënten bestaat uit een progressieve reconditionering (11). Een eerste luik bestaat uit aërobe oefeningen zoals fietsen/handbike, loopband, crosstrainer, zwemmen enz. Men bepaalt de intensiteit door een % van de maximale hartfrequentie te gebruiken. Het tweede luik bestaat uit

krachtoefeningen waarbij grote spiergroepen van het lichaam getraind worden. Hierbij wordt gebruik gemaakt van krachttoestellen zoals o.a. de leg press, leg extension, low row, chest press,... De intensiteit wordt uitgedrukt in % van 1RM (de kracht waarbij je maximaal één beweging kan uitvoeren)

Als laatste is het belangrijk om de spieren op lengte te houden door stretch oefeningen. Dit gebeurt op een statische manier waarbij men binnen de pijngrens blijft. Elke patiënt moet echter individueel bekeken worden. Indien er bijvoorbeeld botmetastasen, cardiale problemen of andere comorbiditeiten aanwezig zijn, zal het nodig zijn om het oefenschema aan te passen aan de specifieke situatie van de patiënt.

Setting van bewegingsprogramma's

Bewegingsprogramma's kan je op individuele basis thuis of in een fitness afwerken, of in een ziekenhuissetting onder begeleiding van een gespecialiseerde kinesitherapeut. Dit laatste heeft een aantal bijkomende voordelen. De kinesitherapeut is opgeleid om een bewegingsprogramma op maat van de patiënt en mét inspraak van de patiënt samen te stellen op basis van de medische voorgeschiedenis, eventuele eerdere sportervaringen, bijkomende

comorbiditeiten en kankerbehandeling. Er wordt toegezien dat de oefeningen op een correcte manier uitgevoerd worden en indien nodig zal de begeleider het schema verder optimaliseren. Het programma wordt vaak afgewerkt in groep. Onderzoek toont aan dat dit een bijkomende motiverende factor kan zijn (12, 13). Mensen met eenzelfde medische voorgeschiedenis trainen samen en kunnen elkaar motiveren om het programma vol te houden. Ook gezien dit op een vaste locatie en vast tijdstip wordt georganiseerd, is het nodig dit in te plannen in het wekelijks schema en wordt het oefenmoment minder uitgesteld. In België worden er in verschillende ziekenhuizen bewegingsprogramma's voor kankerpatiënten aangeboden(14). Een volledig overzicht per regio kan teruggevonden worden op de website van allesoverkanker.be.

Besluit

Elke toevoeging van fysieke activiteit in het dagelijks leven (denk hierbij aan de trap nemen,

een verplaatsing op een actieve manier, tuinieren enz.) is een belangrijke stap en brengt reeds positieve effecten teweeg. Bepaalde effecten van fysieke activiteit, zoals hierboven beschreven, zullen echter enkel bereikt worden bij het systematisch uitvoeren van bewegingsoefeningen opgesteld in een voorgeschreven bewegingsprogramma. Gezien het overweldigend positief bewijs van beweging bij prostaatkankerpatiënten (en uitbreiding kankerpatiënten) zou bewegingsadvies een integraal onderdeel moeten vormen bij de behandeling van alle kankerpatiënten.

Referenties

1. Christensen JF, Simonsen C, Hojman P. Exercise Training in Cancer Control and Treatment. *Compr Physiol*. 2018;9(1):165-205.
2. Patel AV, Friedenreich CM, Moore SC, Hayes SC, Silver JK, Campbell KL, et al. American College of Sports Medicine Roundtable Report on Physical Activity, Sedentary Behavior, and Cancer Prevention and Control. *Med Sci Sports Exerc*. 2019;51(11):2391-402.
3. Campbell KL, Winters-Stone KM, Wiskemann J, May AM, Schwartz AL, Courneya KS, et al. Exercise Guidelines for Cancer Survivors: Consensus Statement from International Multidisciplinary Roundtable. *Med Sci Sports Exerc*. 2019;51(11):2375-90.
4. Friedenreich CM, Wang Q, Neilson HK, Kopciuk KA, McGregor SE, Courneya KS. Physical Activity and Survival After Prostate Cancer. *European Urology*. 2016;70(4):576-85.
5. Bonn SE, Sjölander A, Lagerros YT, Wiklund F, Stattin P, Holmberg E, et al. Physical activity and survival among men diagnosed with prostate cancer. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*. 2015;24(1):57-64.
6. Newton RU, Kenfield SA, Hart NH, Chan JM, Courneya KS, Catto J, et al. Intense Exercise for Survival among Men with Metastatic Castrate-Resistant Prostate Cancer (INTERVAL-GAP4): a multicentre, randomised, controlled phase III study protocol. *BMJ open*. 2018;8(5):e022899.
7. Gardner JR, Livingston PM, Fraser SF. Effects of exercise on treatment-related adverse effects for patients with prostate cancer receiving androgen-deprivation therapy: A systematic review. *Journal of Clinical Oncology*. 2013;32(4):335-46.
8. Nguyen PL, Alibhai SM, Basaria S, D'Amico AV, Kantoff PW, Keating NL, et al. Adverse effects of androgen deprivation therapy and strategies to mitigate them. *European Urology*. 2014;67(5):825-36.
9. Schmitz KH, Courneya KS, Matthews C, Demark-Wahnefried W, Galvao DA, Pinto BM, et al. American College of Sports Medicine roundtable on exercise guidelines

for cancer survivors. *Medicine and science in sports and exercise*. 2010;42(7):1409-26.

10. Wolin KY, Schwartz AL, Matthews CE, Courneya KS, Schmitz KH. Implementing the exercise guidelines for cancer survivors. *The journal of supportive oncology*. 2012;10(5):171-8.

11. Bultijnck R, Van de Caveye I, Rammant E, Everaert S, Lumen N, Decaestecker K, et al. Clinical pathway improves implementation of evidence-based strategies for the management of androgen deprivation therapy-induced side effects in men with prostate cancer. *BJU international*. 2018;121(4):610-8.

12. Cormie P, Turner B, Kaczmarek E, Drake D, Chambers SK, editors. A qualitative exploration of the experiences of men with prostate cancer involved in supervised exercise programs. *Oncol Nurs Forum*; 2015.

13. Craike MJ, Livingston PM, Botti M. An exploratory study of the factors that influence physical activity for prostate cancer survivors. *Supportive care in cancer*. 2011;19(7):1019-28.

14. Bultijnck R, Van Ruymbeke B, Everaert S, Bague H, Rammant E, Rimbaut S, et al. Availability of prostate cancer exercise rehabilitation resources and practice patterns in Belgium: Results of a cross-sectional study. *European journal of cancer care*. 2018;27(1)

Vernieuwing van het lidmaatschap Wij Ook België vzw 2020

Voor diegenen die het lidgeld 2020 nog niet betaald hebben. Waarschijnlijk wilt u nog steeds op de hoogte blijven van alle nieuwtjes om uw levenskwaliteit in stand te houden. Niettegenstaande de levensduurte behouden we onze tarieven:

Lidmaatschap + abonnement PROSTAATinfo:

Gewoon lid: 20€

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.



In de schaduw van Kos

Hein Van Poppel Em. Prof. Urologie KU Leuven en Adjunct Secretary General EAU en Sarah Collen, EAU EU Policy Manager

Vroege detectie van prostaatkanker bij de geïnformeerde gezonde man.

In antwoord op de bijdrage "In de Schaduw van Kos: PSA screening" van Dr. Luc Dewilde in **PROSTAATinfo**, maart 2020, meende Prof. H. Van Poppel dat het gepast was het standpunt van de EAU in deze te laten kennen. Er bestaat een blijvende spijtige verwarring tussen bevolking-gebaseerde PSA screening en de risk-gestratificeerde vroege detectie van prostaatkanker die wij voorstellen.

In 2018 stierven er Europa 107.000 mannen van prostaatkanker. Prostaatkanker is dus geen banale ziekte en is verantwoordelijk voor meer dan 10% van alle mannelijke kankersterfte. Zoals een studie van Europa Uomo aantoonde zijn de meeste mannen er zich niet van bewust dat het mogelijk is prostaatkanker te hebben zonder klachten en zijn de meeste niet geïnformeerd over het bestaan en de waarde van een PSA-test in het bloed. Vroege detectie van prostaatkanker echter vermindert duidelijk de prostaatkankersterfte en geeft de mogelijkheid om relatief gemakkelijk te genezen te worden zonder onoverkomelijke neveneffecten en voor een relatief lage prijs. Gevorderde prostaatkanker zal minder gemakkelijk te genezen zijn, er zijn zeer belangrijke neveneffecten met een significante vermindering van de levenskwaliteit en heeft bovendien een grote kans om te gaan uitzaaien en ten slotte castratie-resistent te worden en de patiënt te doden. Bovendien is de behandeling van deze te laat gediagnosticeerde ziekte zeer duur.

Over-diagnose, over-behandeling

De argumenten tegen het gebruik van de PSA test gaan nog altijd over over-diagnose en overbehandeling. Deze argumenten hebben in sommige landen ertoe geleid dat er minder PSA-testen gebeurde wat op zijn beurt aanleiding gaf

tot een toename in te late diagnose en toename van de kankersterfte die in de laatste jaren bijna overal in dalende lijn was. In dit artikel willen we bespreken wat de diagnostische middelen zijn die we hebben, wat de resultaten zijn van de klinische studies over vroege detectie, de problemen die met PSA-testing kunnen optreden, de voordelen van vroege detectie en de huidige EAU wetenschappelijke richtlijnen. Tot besluit kunnen we stellen dat PSA vandaag kan gebruikt worden op verstandige wijze om te verzekeren dat mannen vroeg genoeg worden gediagnosticeerd om klinisch significante ziekte te voorkomen, de levenskwaliteit te verbeteren en de kosten van het gezondheidssysteem te drukken, zonder evenwel een aantal significante prostaatkankers te missen.

Inleiding

Prostaatkanker komt meer en meer voor en is in Europa de meest frequente kanker bij de man. Ongeveer 450.000 Europese mannen worden jaarlijks met de diagnose van prostaatkanker geconfronteerd. Prostaatkanker heeft dus de 1^e plaats ingenomen, voor colorectale kanker en is op dit ogenblik de 2^e meest voorkomende oorzaak van mannelijke sterfte door kanker. Er sterven meer mannen van prostaatkanker dan vrouwen van borstkanker. Het is een chronische ziekte die vele emotionele en sociale problemen meebrengt voor patiënten en hun families.

PSA het begin...

Sinds PSA werd gebruikt om prostaatkanker in een vroeg stadium te ontdekken, is de sterfte door prostaatkanker meer verminderd dan de sterfte door eender welke andere kanker. Dit opzienbarende resultaat werd bekomen ten koste van over-diagnose en mogelijke overbehandeling. Dit betekent dat door veelvuldig PSA-gebruik, een aantal mannen met de diagnose van prostaatkanker werd geconfronteerd zonder dat deze ziekte hen ooit enige klacht zou bezorgen en hen niet fataal zou worden. De daaropvolgende propaganda tegen PSA-testing gaf aanleiding tot een verhoogd aantal van te late diagnoses in een gevorderd of gemetastaseerd stadium en in een toename van de prostaatkanker sterfte. Vandaag lijden er meer mannen, met een slechte levenskwaliteit en sterven er meer van prostaatkanker. Daarom stelt de EAU en andere wetenschappelijke verenigingen vandaag voor

om PSA beter te gebruiken en een risico stratificatie te gebruiken (met onder andere MRI) bij mannen met een verhoogd risico om prostaatkanker te hebben naar aanleiding van een afwijkend PSA, die in het verleden alleen aan een prostaatbiopsie zouden worden onderworpen. Deze gecombineerde aanpak in goed geïnformeerde mannen zal een gevoelige vermindering meebrengen van het aantal mannen dat een biopsie moet ondergaan (tot 70%) en dus de kans op over-diagnose verkleinen. Bovendien kan het niet-uitvoeren van een actieve therapie (actieve opvolging) de overbehandeling verminderen met ongeveer 25%. Door het gebruik van MRI bij actieve opvolging voor alle laag risico en sommige intermediaire risico prostaatkankers kunnen we deze patiënten beter en op niet-invasieve wijze opvolgen. Deze handelswijze zal levens sparen, de levenskwaliteit verbeteren en de kost verminderen.

1. WAT HEBBEN KLINISCHE STUDIES OVER PROSTAAT-KANKER SCREENING GETOOND?

De European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) randomiseerde 182.000 mannen tussen 50 en 74 jaar voor PSA-screening elke 4 jaar vergeleken met geen screening ¹. Na 13 jaar follow-up verminderde de kanker specifieke sterfte met 21% wat overeenkomt met 1 dood voorkomen per 781 uitgenodigde mannen voor screening en 1 per 27 ontdekte prostaatkankers. Na bijna 20 jaar follow-up, is het aantal mannen dat dient gescreend te worden en gediagnostiseerd verminderd, respectievelijk tot 101 en 13, om 1 dood door prostaatkanker te vermijden ^{2,3}. In de cohorte van de ERSPC met deze lange follow-up, is het voorkomen van metastatische ziekte en van prostaatkanker sterfte verminderd met meer dan 50%. In vergelijking met borstkanker zijn de aantallen die moeten gescreend worden tussen de 111 en de 235 terwijl voor colonkanker dit 850 is. Met een gelijkaardige follow-up is PSA-screening zelfs meer effectief vergeleken met de nu verspreide en algemeen aanvaarde borst- en colonkanker screening ⁴.

De 2^e trial was de prostaatarm van the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial (PLCO ⁵) die meer dan 76.000 man randomiseerde voor jaarlijkse testing gedurende 6 jaar vergeleken met geen screening. Na 17 jaar opvolging werden er geen verschillen gedetecteerd tussen de 2 armen ⁶. Nochtans had 1 op 2 mannen in de niet-screening arm

tenminste 1 PSA-test ondergaan voor randomisatie en hebben 80% van de mannen in de controle groep minstens 1 PSA-test gehad gedurende het verloop van de trial ⁷. Deze studie moet dus beschouwd worden als vergelijking tussen georganiseerde versus opportunistische screening eerder dan een evaluatie van PSA-screening. We vermelden nog dat recente analyses die kijken naar de verschillen tussen de 2 studies suggereren dat de efficiëntie van screening in de PLCO vergelijkbaar is met was is gezien in de ERSPC.

2. RISICO'S EN VOORDELEN VAN VROEGE DETECTIE VAN PROSTAATKANKER DOOR GEBRUIK VAN PSA.

Risico van over-diagnose en overbehandeling

Over-diagnose wordt gedefinieerd als de ontdekking van een ziekte bij iemand die geen symptomen zal ondervinden indien de ziekte niet vroegtijdig zal worden ontdekt ⁸. Het risico van over-diagnose wordt geschat op 40% of meer bij screen-gedetecteerde prostaatkanker ⁹ en dit is uiteraard erg belangrijk gezien de trage ontwikkeling van prostaatkanker ¹⁰. Over-diagnose is vooral problematisch bij oudere mannen of deze met lagere PSA-waarden waar het voordeel van een eventuele behandeling beperkt is ^{11,12}. Alhoewel PSA-screening het risico op prostaatkankersterfte vermindert, heeft het een belangrijke negatieve keerzijde, namelijk een belangrijk aantal niet-noodzakelijke biopsies en de ontdekking van insignificante kankers wat dan weer kan leiden tot overbehandeling ^{13,14}. Deze problemen van over-diagnose en overbehandeling waren aanleiding tot de sterke aanbevelingen tegen prostaatkankerscreening die in de Verenigde Staten door de Preventive Services Task Force in 2012 werden gepubliceerd ¹⁵.

Stijging van prostaatkankersterfte en te late diagnose

Aangezien de beginstadia van prostaatkanker nagenoeg altijd symptomeloos verlopen, hebben recente studies aangetoond dat door het aantal PSA-testen te beperken, er een onmiddellijke correlatie was met de stijging van de sterftcijfers door prostaatkanker. In vele Europese landen werden huisartsen en patiënten geïnformeerd om geen PSA voor vroege detectie toe te passen of te laten uitvoeren. In het Verenigd Koninkrijk zijn vandaag 4 op 10 nieuwe prostaatkanker diagnoses gesteld in een lokaal gevorderd of een metastatisch stadium ¹⁶. Ook in de Verenigde Staten, na een gedocumenteerde, steeds

voorgezette vermindering van de prostaatkankersterfte, is deze daling nu gestopt en is er voor de eerst keer een stijging sinds begin 1990 ¹⁷. Dit is gebeurd in parallel met de verminderde PSA-screening daar waar een vermindering van 10 tot 18% of het aantal screenings werd geobserveerd in de laatste jaren ^{18,19}, bovendien werd er een toename vastgesteld in het aantal patiënten met metastatische en gevorderde ziekte rond dezelfde tijd ^{18,20}. In Duitsland werden in 2017 49% van de prostaatkankers gediagnostiseerd in een lokaal gevorderd stadium, daar waar het in 2008 slechts 29% was.

Hogere kost voor de gezondheidszorg

Een belangrijk voordeel voor de Europese publiek-gesponsorde gezondheidssystemen, is dat vroege detectie van prostaatkanker duidelijk kostenbesparend is vergeleken met verder gevorderde prostaatkankerzorg. Zelfs met herhaalde PSA-testen en een goede kwaliteit van multi-parametrische MRI-scans, blijft dit goedkoper dan de behandeling voor gevorderde prostaatkanker, terwijl deze laatste de overleving slechts marginaal verbetert ²¹. Daar waar de kost van de robot-geassisteerde radicale prostatectomie, wat de meest frequent toegepaste behandeling is voor vroege prostaatkanker, niet meer bedraagt dan 15.000 euro per patiënt ²² is de kost van de behandeling van patiënten met castratie-resistente, niet-geneesbare prostaatkanker geschat op 140.000 euro per patiënt en per jaar wat leidt tot een kost van meer dan 300.000 euro gedurende een prostaatkanker-behandeling in de westerse landen ²³.

3. WAAR HEEN MET VROEGE DETECTIE VAN PROSTAAT-KANKER?

In het licht van het “Beat Cancer Plan” van de Europese Unie ²⁴, heeft de EAU gewerkt om een gemeenschappelijke aanpak voor Europa aangaande vroege detectie van prostaatkanker op te stellen en dit in samenwerking met de experts in dit domein, de nationale wetenschappelijke verenigingen, met Movember, Europa Uomo, the European Cancer Patient Coalition (ECPC) en the European Alliance of Personalized Medicine (EAPM). We hebben een “White Paper on Prostate Cancer” ²⁵ opgesteld om bij te dragen aan de publieke consultatie die de Europese Commissie heeft verspreid om het EU Beat Cancer Plan op te stellen. De EAU samen met de patiëntengroepen hebben de Europese Unie opgeroepen om de bewustwording over prostaatkanker in de lidstaten te promoten en de

vroege detectie richtlijnen van de EAU te steunen in dit ambitieuze Cancer Plan.

Belang van bewustmaking en goed geïnformeerde mannen

Aangezien momenteel slechts 48% van alle mannen in Europa op de hoogte zijn van een prostaatkanker risico, en PSA-testing, is de 1^e belangrijke stap in de vroege detectie het bewust maken van de gezonde mannen over het bestaan van prostaatkanker. Bewustmaking en het opbouwen van een cultuur van goed geïnformeerde mannen is dus van primair belang. Daarom heeft de EAU een speciale brochure ontworpen in zijn Patient Information Initiative om gezonde mannen te helpen om beter geïnformeerd te worden over het feit of ze een PSA-test zouden laten doen of niet met alle voor- en nadelen duidelijk uitgelegd. Deze informatiebrochures worden niet alleen verdeeld onder de gezonde mannelijke populatie, maar zijn ook beschikbaar om huisartsen te helpen om hun patiënten door informatie en een geïnformeerde toestemming te helpen. Inderdaad zou PSA-gebaseerde bevolking screening van niet-geïnformeerde mannen opnieuw riskeren te leiden tot problemen van over-diagnose en behandeling en dit moet worden voorkomen. De 1^e belangrijke stap is dus bewustmaking en correcte informatie voor de gezonde mannelijke bevolking.

EAU richtlijnen en het algoritme voor vroege detectie van prostaatkanker ²⁶

In vergelijking met de klassieke vroegere diagnostische strategie (dit was, PSA en onmiddellijk biopsie) kan PSA nu gebruikt worden op meer verstandige wijze door het gebruik van risicostratificatie (familiale antecedenten, Afrikaans Amerikaanse origine, PSA-densiteit, BRCA2, genmutatie, ERSPC en andere risk-calculators) en door een goede kwaliteit MRI bij mannen met een verhoogd risico die vroeger meteen een biopsie zouden ondergaan. Deze gecombineerde aanpak in goedgeïnformeerde mannen zal een gevoelige vermindering meebrengen van het aantal mannen dat moet een biopsie krijgen en de kans op over-diagnose verminderen. De risk-calculators zijn voor iedereen beschikbaar (vb. <http://www.prostatecancer-riskcalculator.com/>). Recent zijn hierbij een aantal biomarkers en moleculaire testen ter beschikking aan het komen die ons verder gaan helpen om mannen met een significante prostaatkanker te onderscheiden van deze waarbij de kanker niet-significant of levensbepalend is en daardoor zal het risico op over-diagnose nog verder verminderen. Daarnaast zal een goed uitgewerkte strategie van aanpak zoals het niet meteen uitvoeren van

actieve therapie (door actieve opvolging) voor niet-levensbedreigende prostaatkanker dat risico op overbehandeling verminderen (bij meer dan 25%). De patiënten en de klinici moeten zeer goed de strategie van actieve opvolging als een waardevolle aanpak weten te beschouwen, want dit is een kritische element in het vroege detectie programma. De optie van actieve opvolging dient dus bij de initiële informatie die een patiënt krijgt ter gelegenheid van een 1e PSA-test te worden besproken. De EAU heeft voor dit doel duidelijke klinische actieve opvolgingsrichtlijnen voor artsen en patiënten opgesteld.

Vroege detectie van prostaatkanker in goedgeïnformeerde mannen redt levens, verbetert de levenskwaliteit en vermindert de kost voor onze gezondheidszorg.

Referenties

- Schroder, F.H., et al. *Lancet*, 2014.
- Osses, D.F., et al. *Eur Urol*, 2018.
- de Koning, H.J., et al. *Cancer*, 2018.
- EAU Policy Paper on PSA Screening for Prostate Cancer found at http://epad.uroweb.org/wp-content/uploads/EAU_policybriefing_PSA.pdf
- Andriole, G.L., et al. *J Natl Cancer Inst*, 2012.
- Pinsky, P.F., et al. *BJU Int*, 2018.
- Shoag, J.E., et al. *N Engl J Med*, 2016.
- Marcus, P.M., et al. *J Natl Cancer Inst*, 2015.
- Draisma, G., et al. *J Natl Cancer Inst*, 2009.
- Abdollah, F., et al. *Eur Urol*, 2011.
- Vickers, A.J., et al. *BMC Med*, 2014.
- Vickers, A., et al. *Eur Urol*, 2012.
- Martin, R.M., et al. *JAMA*, 2018.
- Loeb, S., et al. *Eur Urol*, 2014.
- Moyer, V.A. and U.S.P.S.T. Force, Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*, 2012.
- Orchid, U.C., Prostate Cancer: Britain's growing problem. <https://orchid-cancer.org.uk/news/prostate-cancerbritainsgrowing-problem>, 2018.
- American Cancer Association, *Cancer statistics*, 2019.
- Jemal, A., et al. *JAMA*, 2015.
- Cohn, J.A., et al., Primary care physician PSA screening practices before and after the final U.S. Preventive Services Task Force recommendation. *Urol Oncol*, 2014.
- Hu, J.C., et al. *JAMA Oncol*, 2017.
- Cornford, P., et al. *Eur Urol*, 2017.
- Forsmark, A., et al. *Eur Urology* 2018.
- Wu B, et al. *Journal of Clinical Oncology*, 2018.
- <https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/12154-Europe-s-Beating-Cancer-Plan/public-consultation>
- White Paper on Prostate Cancer: Recommendations for the EU Cancer Plan to tackle EU Cancer Plan, 2020, found at <https://uroweb.org/policy/what-we-do/>
- Mottet N., et al. EAU Guidelines Office. <https://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/>



Figur 1: Risk Stratified Early Detection, source EAU

Conclusie

We zijn er van overtuigd dat de tijd is aangebroken om vroege detectie van prostaatkanker in het Nationaal Kankerplan van EU lidstaten in te schrijven omdat het de prostaatkankersterfte duidelijk zal verminderen terwijl agressieve, significante tumoren niet zullen worden gemist. Over de jaren heen heeft de EAU multidisciplinaire richtlijnen opgesteld wat ertoe bijdraagt dat overbehandeling en over-diagnose niet langer een barrière kunnen zijn tegen het invoeren van vroege detectiestrategieën van prostaatkanker. Deze strategie wordt weergegeven in figuur 1 die ontwikkeld werd als een deel van de nieuwe White Paper over prostaatkanker dat de EAU zal voorleggen aan de Europese Unie langs de Europese Commissie om een einde te stellen aan de te hoge dodentol die de meest frequente mannelijke kanker vandaag met zich meebrengt.



'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

Kort

Brigitte Dourcy-Belle-Rose

De Covid-19 Tsunami

Het stond in de sterren geschreven dat we na griep en ebola een epidemie mochten verwachten uit de uitzonderlijke fauna van virussen, bacteriën en schimmels die ons lichaam bewonen. Sinds Pasteur en Koch is de terreur van vele epidemieën opgelost. Ook het Coronavirus zal bedwongen of beter nog voorkomen worden zodra de vele nuttige vaccins of sera hun werk zullen doen. Alleen in de globalisatie wordt een epidemie een pandemie met de nodige verspreiding en doden als gevolg. In de handen van de media wordt dit de focus van alle ellende op de wereld. In een klimaat van angst verdwijnen andere rampen in de wereld als overstromingen en orkanen naar de achtergrond. Dichter bij huis verliezen andere ziekten of gebreken in onze maatschappij als kanker (25.000 doden per jaar, hospitaalinfecties 2.000 doden per jaar) en vooral armoede de aandacht van het publiek. We laten het Coronavirus in deze *Kort* links liggen. De gemiddelde lezer is meer dan verzadigd en herinnert zich hoeveel tijd nodig was om AIDS onder controle te krijgen.

B. Dourcy-Belle-Rose

Secretaris Wij Ook

Waar is het respect en de zorg voor de oudere en hoogbejaarde gebleven?

Van alle maatregelen die de regeringen en toezichtorganen in dit land bij decreet namen, is dit het verlies dat het meest pijnlijk aanvoelt. Een klein voorstel dat in oorlogstijd normaal is, de medische triage waar gewonden ingedeeld worden voor verdere behandeling. In het veldlazaret besliste een geneesheer over leven en dood in WO I en II.

Op 23 maart 2020 stellen het Verbond der Geriaters en HA Geriaters voor de bewoners van de woonzorgcentra bij Coronaverdachten niet meer te verplaatsen naar de ziekenhuizen maar ze in quarantaine te houden zonder minimale voorziening van behandeling (personeel, zuurstof, mondmaskers). Op zichzelf een harde maar onmisbare maatregel om de werking van de ziekenhuizen uit te bouwen en zo het gezondheidsbeleid in stand te houden. Ook als geneesheer kan ik me hierbij aansluiten. Voor mezelf heb ik dringend instructies nagelaten om niet te reanimeren bij coma. Het meest pijnlijke is dat deze beslissing niet besproken is met de individuele

bewoners die dikwijls gewoon een formulier tekenen zoals de meeste formulieren die ouderen tekenen zonder verdere voorlichting. Dit terwijl het recht om waardig te sterven als barbaars besproken wordt.

Een lichtpunt in dezelfde krant. Om 2 uur s' nachts belt de verpleegster van een hospitaal in Parijs naar een dame wiens echtgenoot terminaal is. De vrouw gaat op bezoek, wordt zelf mee opgenomen en beide overleven met hun 92 jaar levenservaring.

L. Denis

Directeur Wij Ook

Groep herinnering

Reacties op de voorstellen voor opnamecriteria in de ziekenhuizen door verschillende organisaties konden niet uitblijven. Dr. Yves Louis, voorzitter van de Groep Memoire-Groep Herinnering, haalt zijn voorganger Dr. André Wijnen aan die 15 jaar geleden als secretaris-generaal van de World Medical Association deze maatregel betitelde als economische euthanasie. Een vorm van senicide in het kader van de vergrijzing en een economische crisis. Hierbij denken we aan het Coronaverhaal van Prof. Peter Piot die met een dure hospitalisatieverzekering niet toegelaten werd tot een privaat ziekenhuis in Engeland en zijn ziekte moest doorleven in een hospitaal van de National Health Service (NHS)(Knack nr.19, 6 mei 2020)

Artsenkrant, G. Verrijken, 08.04.2020

Ik predik verscheidenheid

Niemand minder dan ex-minister Jo Vandeuren, verantwoordelijk voor het Vlaams Gezondheidsbeleid tot september 2019, zegt dat we nog steeds het verschil in financiering en personeelsnormen na de zesde staatshervorming verwerken en dat voor de woonzorgcentra voor de nationale lockdown al tot drastisch ingrijpen was beslist.

Op het terrein was het inderdaad crisismanagement. Goed om weten. Hij zet zijn energie en visie verder als voorzitter van klinische ziekenhuisnetwerken waaronder UZ Leuven en als peter van de website Gezondheidswetenschap.

Er is nog veel werk na deze Coronacrisis.

Artsenkrant, G. Verrijken, 23.04.2020

Revival van het Collectief

De voorgeschiedenis en de problemen van de woonzorgcentra (WZC) tijdens de Coronacrisis zullen nu onderwerp worden van studie over structureel falen. Daar is iedereen (lees hierboven) het over eens. Laten we hopen dat de nieuwe regering of zo mogelijk de dienstdoende regering hier politieke aspecten opzij zet en niet probeert de schuld bij anderen te leggen. De WZC en zeker het zorgpersoneel hebben recht op begrip en dankbaarheid voor de opofferingen in de gegeven omstandigheden. De overgebleven bewoners en hun families hebben wel recht op correcte informatie en complete reorganisatie. Onmiddellijk linken we ouderen met een minimaal pensioen en geen vooruitzichten op een respectvolle levenskwaliteit als prioriteit tot de oplossing.

Het herstel van het belang van de gelijkheid en zeker kansen tot gelijkheid aan de welvaart en dynamisme van de gemeenschap waren, zijn en worden prioritair. Een nieuw tijdperk voor volksgezondheid en beleid is aan de orde. Dit betekent ongeoorloofd winstbejag definitief uit het voorkomen van ziekte halen in het algemeen en uit de werking van de WZC's in het bijzonder. Een eenvoudig maar duidelijk verhaal in een gemeenschap die efficiënte empathie en naastenzorg verdient.

De Standaard, P. Goosens, 02.05.2020

Hartproblemen tijdens een kankerbehandeling

Er is een ESMO (European Society Medical Oncology) speciaal artikel gepubliceerd als consensus document voor richtsnoeren. Cardiovasculaire ziekten (CVD) is complex tijdens een kankerbehandeling en eist individuele aanpak voor elke patiënt. Een innige samenwerking tussen oncologen en cardiologen en algemene zorg is vereist om in de toekomst de aanpassing van nieuwe behandelingen te volgen. De lijst van de auteurs omvat klinici (de helft) en experts klinici met relaties in de farma industrie en het ESMO Guidelines Committee.

Annals of Oncology, Vol.31 issue 2, 2020

Continuïteit Oncologische Zorg

Dat het hiaat in oncologische zorg een reeks problemen veroorzaakte en voor het niveau van behandeling en voor betrokken patiënten een bijkomende stress was, wordt algemeen aangenomen. Depressief werd het zeker dat

correcte informatie gewoon afgesloten werd en zelfs de private specialisten geen praktijk konden gebruiken om de vragen en medicaties door te spelen. Het was al klaar dat kankerbehandeling ernstige problemen had met preventie, correcte diagnose stuitend op een tekort aan opvolgingsinformatie en begeleiding. Vanuit het beleid worden echter maatregelen voorzien voor specifieke situaties. Het betreft meestal verlenging tot aanvraag rond onco-freezing voor vruchtbaarheid, borstreconstructie met eigen weefsel, activiteitsrapporten van netwerken en aanvraag hadrontherapie.

Ook persoonlijke administratieve problemen krijgen gemakkelijk wat uitstel. Langzaam maar zeker. De boodschap is dat we zeker tot in het najaar de exit van reglementen rond gezondheid zullen voelen. Zelfs de Brexit werd wat vergeten.

www.inami.fgov.be 24.04.2020

Kom uit uw koterij

Inspiratie van Minister Maggie De Block tijdens het symposium Medische Wereld in samenwerking VRT en DPG media. Van blijf in uw kot blijft het alleen buiten wat je moet doen en gezond verstand gebruiken. Knap, met de negen autoriteiten werd beslist het mentale welzijn aan min 18-jarigen en 65-plussers door het RIZIV te helpen door terugbetaling consultaties. Daarbij moet een versterking en samenwerking van eerste lijn gebeuren en dan maar hopen dat er betere samenwerking met de nieuwe hospitaalnetwerken uit voorkomt.

Als de gepensioneerden het nu nog niet begrepen hebben, moeten ze gewoon opgevoed worden. Geen wonder dat alle verenigingen die beloven voor ouderen te zorgen een zorgprogramma aanbieden waarin vooral de focus gelegd wordt op toegang tot de moderne medische kunde gericht op individuele immunologie en "Big Data" netwerken. Meer nog dat alle persoonlijke zorg mogelijk in de geneeskunst gebeurt in algemene zorg voor psycho-sociale problemen bij nood. Laat het niet gebeuren dat duizenden bewust opgeofferd werden om het systeem van gezondheidsbeleid te redden maar ze tevens het recht ontzegt op waardig sterven. De meeste patiëntengroepen die gebruik maken van de nieuwe wet op de vzw leggen de nadruk op samenwerking, informatie en psychosociale steun. Het Ontmoetingscentrum Antwerpen (OCA) is een goed voorbeeld.

Artsenkrant, E. Nationale, 11.05.2020

Tamsulosine en Tadalafil

In de maanden van afzondering werd genoteerd dat praten over de pandemie en seks de grote attracties werden in dagbladen en televisie. Ook in de professionele lectuur rond prostaatkanker wordt impotentie een onmisbare bijdrage in de voorlichting aan een patiënt met prostaatkanker. Terecht.

Op het Cochrane Symposium in Toronto werd op 03.02.2020 een gerandomiseerde studie voorgesteld over de behandeling van LUTS-patiënten met plasproblemen en resultaten. De groep met de combinatie Tadalafil had betere resultaten op levenskwaliteit, erectie, straal maar niet op het residu. Voor de geïnteresseerde patiënt te proberen.

BSU, Vol.125, issue 5

Advanced practice nurse (APN)

In België erkend in 2019 is de tijd rijp voor betere integratie van gespecialiseerde verpleegkundigen in complexe therapie in interdisciplinaire zorg zeker in de oncologie. Buiten hun rol in de klinische praktijk gaan ze voor meerwaarde in kwaliteitszorg, innovatie en vernieuwende nursing. We kunnen deze aanpak alleen maar toejuichen en steunen naar Verpleegkundige Specialist in de Urologie. In de postcoronaperiode een van de talrijke vragen naar verbetering in gezondheidsbeleid.

Belg. J. Med Oncol. 2020; 14(3), 93-99

PROSTAATinfo - Lezersbevraging

Beste Lezer,

Na tien jaar PROSTAATinfo op dezelfde wijze opgemaakt te hebben, zou de redactie graag van U onze lezer weten of U PROSTAATinfo nog steeds een goed tijdschrift vindt, en of U misschien wel aan wat verandering toe bent.

Daarom zouden wij het bijzonder op prijs stellen indien U enkele minuten tijd zou nemen om enkele vragen te beantwoorden.

Het is niet nodig dat U prostaatkanker hebt, wel dat U al eens in ons tijdschrift hebt gebladerd en er eens iets in gelezen hebt.

We willen ook enkele vragen stellen over U, en dit om PROSTAATinfo aan uw wensen te laten beantwoorden. Maar, indien u op deze

vragen niet wenst te antwoorden is dat natuurlijk ook OK.

De redactie zou graag weten wat u van de **inhoud** van de rubrieken in PROSTAATinfo vindt, U kan dat aangeven met een score van 1 tot 5. Met een score van "1" geeft u aan dat de rubriek voor u niet belangrijk is. Met een score van "3" geeft u aan dat een rubriek u noch warm noch koud laat, neutraal. Met een score van "5" geeft u dan aan dat u de rubriek heel belangrijk vindt, u zal het elke keer weer lezen. Dan willen wij ook weten wat u van de **leesbaarheid** vindt, van een score van "1", taai literatuur, moeilijk te begrijpen over "3", het gaat wel tot "5" goed leesbaar, duidelijk, geen verdere uitleg nodig. U kan ook een tussenscore geven bijvoorbeeld "3,8".

De verzamelde informatie wordt naamloos verwerkt. Op geen enkele manier wordt een naam aan een antwoord gekoppeld.

Beste lezer, wij danken u van harte dat u de tijd neemt om deze vragen te beantwoorden. Het zal de redactie helpen om van PROSTAATinfo een nog beter blad te maken.

Graag terugsturen (zonder uw naam) naar

Wij Ook vzw

Vrijheidstraat 32 bus 13

2000 Antwerpen

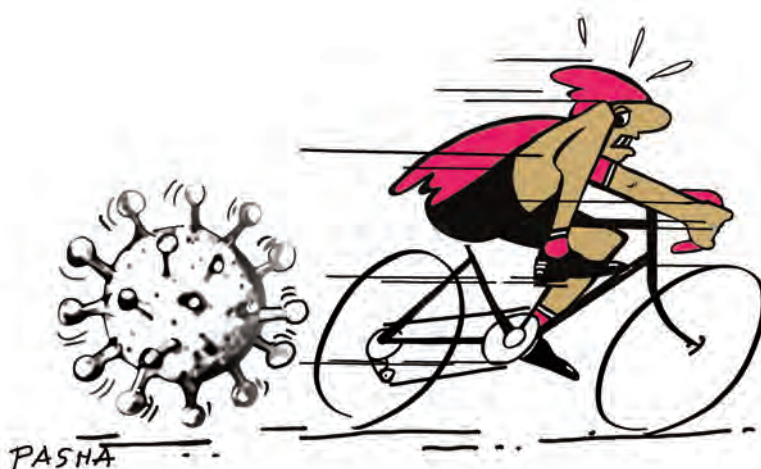
Of invullen op onze website: **www.wijook.be**

Of invullen, scannen en emailen naar

wij_ook@hotmail.com

De bevraging wordt afgesloten op 16 augustus 2020

PROSTAATinfo
Lezersbevraging middenpagina's
DOE MEE, NU



Boekbespreking

Willy Walschaert

Dirk Van Duppen. Zo verliep de tijd die me toegemeten was

Thomas Blommaert

Wanneer iemand komt te overlijden die ik niet ken, zoals Dirk Van Duppen, maar veel over hem heb vernomen via pers en media, sta ik daar wel bij stil en bij uitbreiding, ook over de broosheid van het leven.

Doorgaans handelt onze boekbespreking over een item dat betrekking heeft op prostaat, beweging en of voeding.

Deze titel heeft die onderwerpen dan wel niet, maar geeft een inzicht, hoe moedig Dirk Van Duppen was, nadat hij met verbijstering en ongeloof zijn diagnose van kanker had ontvangen.

Vaak wordt het woord “schoolvoorbeeld” gemakkelijk gebruikt om iets kracht bij te zetten, maar hij was werkelijk een schoolvoorbeeld van iemand die zijn idealen wilde waar maken, en daar ook met glans in slaagde hoe moeilijk en onoverkomelijk deze ook leken.

Het boek start vanaf zijn kindertijd in zijn geboortestreek, waar hij ook naar school ging. Er worden enkele anekdotes aangehaald over zijn schooltijd, enkele herinneringen aan zijn thuissituatie met betrekking tot zijn ouders, met een strenge vader en een zeer lieve moeder.

Zijn volgende school is het Sint-Victorcollege in Turnhout.

Daarna gaat hij werken in een leerlooierij in Oud-Turnhout, tegen de zin van zijn vader die hem graag naar de universiteit zag gaan. Mede onder zijn impuls wordt de fabriek in 1975 plat gelegd.

Na zijn legerdienst is de fabriek dicht, hij is werkloos en besluit om geneeskunde te gaan studeren. De relatie met zijn vader is verbeterd en die kan met de beslissing van Dirk zijn geluk niet op.

Na zijn studies als arts gaat hij op 29-jarige leeftijd werken als geneesheer in Beiroet.

In de jaren '80 start hij in Deurne “Geneeskunde voor het volk”.



Later zetelt hij nog in de Antwerpse OCMW-raad, wat volgens hem de meest traumatische ervaring uit zijn leven is.

Wanneer men de laatste bladzijde van het boek heeft omgedraaid, beseft men welke eigenschappen Dirk Van Duppen bezat.

Ik zou verschillende superlatieven en volzinnen kunnen neerschrijven, maar ik ga het houden bij wat spontaan in mij opkomt, na het lezen ervan “het was een goed mens” en ik vermoed dat hij tevreden zou zijn met deze omschrijving.

De rode draad in zijn leven mag terecht “Liefde” genoemd worden, hetgeen hij zelf ook meermaals aanhaalde.

Besluit

Een realistisch, pakkend, mooi boek waarbij verschillende paragrafen wel een tijd in uw gedachten bij blijven.

Geen leuke bundel, maar wel een humaan script.

Tweede druk: januari 2020.

Vormgeving en druk: drukkerij EPO

Isbn 978 94 6267 200 0



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