

PROSTAATinfo

Nieuwsbrief van Wij Ook Belgium vzw

Juni 2019



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

Versijnt
Driemaandelljks
Jun-jul-aug 2019
P910655



Mevrouw Mieke
Vogels over de
prostaatkanker
van haar man

Mevrouw Mieke Vogels: Amai jij ziet er goed uit! (p 10)
Een vraag van Nonkel Frans over **impotentie** (p5)
Bewegen is goed, MEER bewegen is beter (p 13)

Hoofredacteur

Erik Briers [erikbriers@telenet.be]

Redactieleden

Urbain Bruggeman

Chris Coeman

Rik Cuypers (*Webmaster*)

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**

Rik Cuypers [03/457.70.43]

[henri.cuypers@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.comWeb: www.wijook.be

IBAN: BE78 4037 1493 0186

Prijs per nummer 5 euro**Inbegrepen in het lidgeld**

18e jaargang juni 2019

© 2019 Alle rechten voorbehouden

Verantwoordelijke uitgever

Luc Dewilde - Antwerpen

PROSTAATinfo wordt viermaal per jaar uitgegeven door Wij Ook Belgium. Het wordt verspreid naar leden, urologen, huisartsen en uitgedeeld op belangrijke symposia en verstuurd aan abonnees en opinielers.

De inhoudelijke verantwoordelijkheid van elke bijdrage ligt bij de auteur.

PROSTAATinfo

Nieuwsbrief van Wij Ook Belgium

Oplage 4.000 ex.

ISSN:1782-0847



EUROPA UOMO
The Voice of Men with Prostate Cancer in Europe

Us TOO
PROSTATE CANCER
EDUCATION & SUPPORT

Editoriaal: Ik kan *het* niet meer...

Erik Briers Hoofdredacteur

Als je aan een man met prostaatkankerdiagnose vraagt waar hij het meeste voor bevreesd is, dan zal de kans heel groot zijn dat hij met incontinentie en impotentie komt. Niet voortijdig sterven staat ook heel hoog natuurlijk maar als het over de kwaliteit van zijn verder leven gaat, dan staan incontinentie en impotentie heel hoog op de lijst.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat wij in Antwerpen op dinsdag 21 mei een "Café Santé" aan impotentie hebben gewijd. Twee excellente sprekers, mevr. Marlies Meersman van UZ Leuven, een seksuologe en Prof. Michielsens uroloog aan het UZ Brussel behandelden ieder volgens zijn specialiteit het onderwerp. Nonkel Frans ontbrak in de zaal, maar hij had al een vraag gesteld en verderop in ons blad vind je het antwoord op zijn vraag over impotentie.

We zeggen soms wat gemakzuchtig dat sex tussen de oren zit maar dat is zelfs voor een groot deel correct. Zelfs in meerdere betekenissen, de productie van testosteron wordt gestuurd vanuit een klein orgaantje tussen de oren! Maar, als mensen zijn wij veel meer dan alleen maar een orgastische machine. "Ik kan *het* niet meer" hetgeen dan op impotentie wijst heeft vele mogelijke oorzaken maar nog meer gevolgen.

Na een behandeling voor prostaatkanker worden er vaak erectiestoornissen vastgesteld en deze hebben een grote invloed niet alleen op de man maar bij uitbreiding op de relatie tussen de man en zijn partner. Na een leven lang gehoord te hebben dat het typisch is voor een man dat hij een erectie krijgt en dus kan vrijen, bedoeld wordt penetrerende sex, is daar een probleem mee. "Het" heeft altijd als vanzelf gegaan en nu ineens gaat het niet meer. Het is dan logisch dat de man zich vervreemd voelt van zijn eigen lichaam en het niet meer weet.

Evenmin is het verwonderlijk dat de partner het dan moeilijk krijgt, zij weet het ook niet meer en zelfs als ze met goede bedoelingen haar partner aanhaalt kan dat helemaal fout geïnterpreteerd worden. De man kan een aversie krijgen voor zijn eigen lichaam en intimiteit. En intimiteit hebben we dan meer dan

ooit nodig want het zal mogelijk de plaats moeten innemen van vrijen en sex.

De grote boodschap moet hier dan zijn dat het koppel moet blijven praten, en indien nodig moeten zij hulp zoeken ook al is het best mogelijk dat de man dat eerst zal afhouden. Niet praten en niet zoeken naar nieuwe manieren van het uitdrukken van liefde, genegenheid kan een jarenlange relatie kapotmaken. Het is dan ook normaal dat er hulp gezocht wordt bij de arts en de psycholoog-sexuoloog.

Lees
ook op pagina 10 het verhaal van
Mieke Vogels en haar man...

De arts kan nagaan wat de onderliggende oorzaak is van de erectiestoring en wat daar aan gedaan kan worden. Dat is heel belangrijk maar het is slechts een deel van het werk. Een goede psycholoog kan belangrijke hulp bieden, het koppel moet dat veranderde lichaam terug leren accepteren, moet terug leren elkaar aan te voelen en elkaar te "plezieren". Dat kan een werk van lange adem zijn, niet alle mannen, koppels zijn gelijk dus is er maatwerk nodig.

Dan rijst de vraag, wanneer start je met het gesprek over impotentie en het verlangen naar intimiteit en vrijen? Dat mag volgens ons best snel na de "grote" behandeling, het is belangrijk om vast te stellen wat het koppel, de man, nog verwacht in zijn leven, is hij redelijk jong? redelijk oud? met partner? zonder partner? Dit belangrijke gesprek kan de verdere behandeling van een eventuele erectiestoornis oriënteren. De kans bestaat dat impotentie een groot probleem zal zijn, maar het kan mogelijk helemaal geen probleem zijn, zonder erover te praten weet je daar niets over.

Dat brengt ons tot een laatste puntje, wij weten hoe belangrijk de rol van de "onco-psycholoog" is in het behandelingstraject van prostaatkanker en wij zijn erover verbaasd dat dit in ons kleine landje niet terugbetaald is, het hangt van het ziekenhuis af en dat klopt toch niet...

Inhoud van dit nummer

- 3 Ik kan *het* niet meer...
[Erik Briers]
- 5 Een vraag van Nonkel Frans, over **impotentie**
[Erik Briers]
- 10 Amij jij ziet er goed uit!
[Mieke Vogels]
- 13 Bewegen is goed, MEER bewegen is beter
[Feel+ team, J. Humblet, B. Dourcy-Belle-Rose, W. Walschaert]
- 17 In de schaduw van Kos, "Bewegen"
[Luc Dewilde]
- 21 Kort [Brigitte Dourcy-Belle-Rose]
- 23 Wij Ook nieuwtjes



Omslagfoto

Mevr. Mieke Vogels zie Pg 10

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, het is met enige schroom dat ik met deze vraag kom, ik zit namelijk met een erectieprobleem en weet niet wat daaraan gedaan kan worden en of ik de enige ben?

Beste Nonkel Frans,

Prostaatkanker en erectiestoornissen komen helaas maar al te vaak samen voor. De behandelingen die gebruikelijk zijn veroorzaken deze stoornissen terwijl zij ons gelijktijdig moeten helpen. Maar, om een en ander uit te leggen gaan we eerst naar de normale situatie kijken en daarna overlopen we wat er allemaal kan misgaan en wat eraan gedaan kan worden. **Toch even een algemene waarschuwing, op alles zijn uitzonderingen, bijvoorbeeld iemand kan zelfs zonder testosteron libido hebben en zelfs een orgasme...**

Intimiteit

Als we het over seks moeten hebben is er niets beter dan met intimiteit te beginnen. Als "normale" mannen gaat het niet zomaar over seks hebben zoals onze verre neven, de apen, het is meer. Alles start bij intimiteit en soms is dat ook het laatste wat blijft. Zelfs een kleine baby heeft behoefte aan de streling van zijn ouders net zoals die ouders als zij klaar zijn met dit leven.

Ook seks start met intimiteit, al onze zintuigen zijn daarop ingesteld. Het kan een zachte aanraking zijn, onze huid is ons grootste orgaan en onze grootste erogene zone. Het kan een blik zijn of een observatie, onze ogen zien meer dan alleen een beeld, onze hersenen interpreteren dat, het kan een vleugje parfum zijn, "L'Air du Temps"... een keukenervaring een melodie "I will always love you..." dat kan allemaal onze haren doen rechtstaan en meer.

Libido

Maar die zachte opwindning kan versterkt worden en daar heeft de man zijn libido, begeerte (uit het latijn) voor. Die kan nogal sterk verschillen van man tot man en zou een maat zijn voor een man zijn behoefte aan seks.

Het libido wordt onder meer bepaald door het in zijn bloed circulerende testosteron, het mannelijk geslachtshormoon. Op zich is het libido niet voldoende om een erectie te krijgen, daar komen we verder op terug maar het is wel de

aanzet.

Hier moeten we dan ook opmerken dat erectiele dysfunctie niet het hele verhaal is van het niet kunnen. Een man zonder libido kan het ook niet. Bij een man die zijn libido niet onder controle kan houden en daardoor een gevaar is voor vrouwen wordt het testosterongehalte in zijn bloed tot een minimum herleid.

Gelukkig leidt hormoontherapie niet tot impotentie (sic)

Dit vertelde een man mij die opteerde voor "hormoontherapie" in plaats van chirurgie. Hij had gelijk dat de mogelijkheid om een erectie te krijgen niet weg was maar zijn libido wel en dat had men hem niet verteld.

Bij prostaatkanker wordt er heel veel aandacht besteed aan testosteron omdat bij prostaatkanker, de tumor, testosteron gebruikt als een soort groeihormoon. Dan gaat men ervan uit dat hoe lager het testosterongehalte, hoe trager de tumor zal groeien. Met andere woorden deze therapie zal de tumor niet wegnemen, die blijft er wel degelijk, maar hij zal mogelijk zo traag groeien dat de man van iets anders zal kunnen sterven.

Om testosteron te onderdrukken zijn er drie mogelijke routes en er is een vierde waarover later meer.

Castratie

Ook vandaag gebeurt het dat de patiënt samen met de uroloog besluit dat castratie de beste optie is. Dit laatste bijvoorbeeld bij mannen die voor de eerste keer op raadpleging komen met reeds uitgezaaide prostaatkanker. Het is een definitieve, best eenvoudige en goedkope "oplossing". Het testosterongehalte daalt tot een restniveau bepaald door de productie in bijvoorbeeld de bijnieren. Dit niveau (castratieniveau) is het objectief van de geneesmiddelen. Na deze onomkeerbare behandeling verliest de man zijn libido.

Agonisten en antagonist

Dit is complexer, bijna al het testosteron wordt geproduceerd in de teelballen. Maar die productie wordt op een delicate wijze gestuurd vanuit de hypothalamus/hypofyse, twee minuscule kliertjes in de hersenen. (Zo zie je maar, er zit meer tussen die oren...)

Via het bloed circuleert testosteron (en ontelbaar meer andere stoffen) doorheen ons lichaam, elk orgaan voelt zijn aanwezigheid. Ook de hypothalamus, alleen de hypothalamus “meet” hoeveel testosteron er circuleert. Is dat te weinig, dan stuurt het een signaal naar de hypofyse, is er voldoende, dan is er geen signaal. Dat signaal is LHRH of “Luteinizing Hormone-Releasing Hormone”. Het wordt in een bloedvatje gestuurd dat direct uitkomt bij de hypofyse. LHRH bestaat maar heel kort en komt als pulsjes vrij.

De hypofyse detecteert met receptoren LHRH en zal daarop reageren door zelf twee hormonen in het bloed te sturen: LH (Luteinizing Hormone) en FSH (Follicle stimulating Hormone). Deze zelfde hormonen komen ook bij de vrouw voor met een andere functie. Bij mannen stimuleren deze hormonen de testis om testosteron te produceren. De productie wordt bepaald door de hoeveelheid LH/FSH die in het bloed circuleert. Maar het geproduceerde testosteron zal door de hypothalamus gemeten worden waardoor deze de verdere vrijgave van LHRH kan stoppen of verlagen.

Bij de behandeling van prostaatkanker kan men de productie van testosteron ook kunstmatig gaan verlagen door het delicate evenwicht tussen LHRH, de productie van LH/FSH en de productie van testosteron te verstoren.

Deze medicijnen horen thuis in twee groepen, de LHRH-agonisten en de LHRH-antagonisten. De eerste lijken heel erg op het LHRH-hormoon, maar ze bijten zich vast in de receptor op de hypofyse cellen. Bij de eerste toediening krijgt de hypofyse een véél hogere blootstelling dan aan de minuscule pulsjes tijdens de normale werking. Als gevolg daarvan wordt ook een veel grotere hoeveelheid LH/FSH vrijgegeven en wordt er ook veel meer testosteron geproduceerd. Daardoor wordt ook de prostaatkankertumor aangespoord om even wat sneller te groeien hetgeen de “flare”, opflakking wordt genoemd. Het gevolg is tijdelijk meer pijn.

Daarna gaat de hypofyse reageren door ongevoelig te worden, het aantal receptoren gaat naar beneden en deze die blijven geven het signaal niet meer door. Bovendien veroorzaakt deze hoge LHRH-dosis (die aanwezig blijft in het bloed) een daling van de receptoren voor LH en FSH in de teelballen zodat ook deze ongevoelig worden. Het resultaat is een sterke daling van de productie van testosteron over enkele weken.

Voorbeelden van LHRH-agonisten zijn Zoladex, Lucrin, Eligard, Decapeptyl, Pamorelin,

Salvacyl, Vantasse en Suprefact.

De LHRH-antagonisten werken anders, deze moleculen bezetten gewoon de receptoren op de hypofyse en stoppen op die wijze elke vrijgave van LH/FSH en dus ook elke productie van testosteron in de teelballen. Het testosterongehalte in het bloed daalt scherp en zal binnen ongeveer één dag op een castratiewaarde belanden. Er is geen opflakking of “flare”. Een voorbeeld van een Antagonist is Firmagon.

Anti-androgenen

Testosteron werkt binnen in de prostaatkankercel, daar wordt het omgezet in een nog krachtiger hormoon het dihydrotestosteron dat door een “androgeen-receptor” wordt vastgebonden. Het complex dat zo wordt gevormd kan dan in de celkern binnendringen en daar het signaal geven om te delen, de tumor groeit.

Anti-androgenen (die als tabletten worden ingenomen) worden ook door de androgeen-receptor gebonden, maar zij beletten dat de complexen het signaal om te groeien doorgeven. In dit geval blijft het testosterongehalte in het bloed normaal (dus ook nog libido). Bij een behandeling met een LHRH-agonist wordt bij het begin een anti-androgeen gebruikt om de “flare” te verzachten. Bicalutamide of casodex is het meest gekende voorbeeld.

Er zijn nieuwe anti-androgenen ontwikkeld maar deze zijn voorlopig voor gevorderde stadia van prostaatkanker voorzien.

Intermitterende behandeling

In sommige gevallen zal men een behandeling met LHRH-agonisten krijgen tot het PSA gedaald is beneden een bepaalde waarde. Daarna stopt men de behandeling en laat men testosteron terug stijgen tot de PSA zelf ook opnieuw gaat stijgen. Op deze wijze geeft men aan de man de kans om op adem te komen, de nevenwerkingen van LHRH-agonisten zijn niet van de poes. Tijdens de rust periode kan ook het libido terugkomen al is dat nooit zeker, vooral na een lange kuur is de kans reëel dat het libido niet zal terugkeren.

Samenvatting over medicamenteuze prostaatkanker-behandelingen en seks

Niettegenstaande dat de man een normale erectie kan krijgen nemen deze behandelingen (behalve de behandeling met alleen een anti-

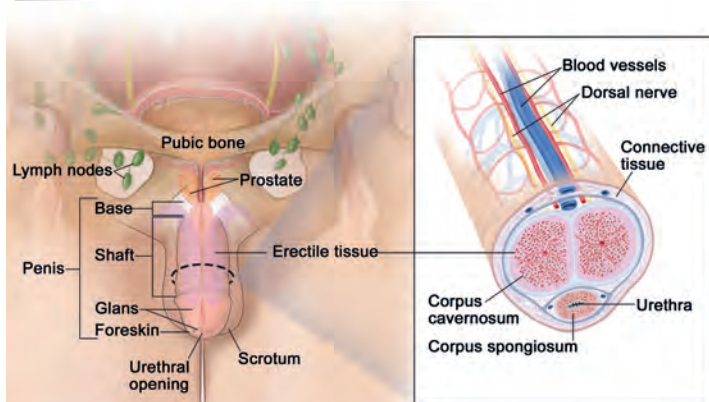
androgeen) de zin in seks, het libido weg hetgeen even erg is als geen erectie kunnen krijgen of een castratie. Zoals al aangegeven, dit wordt in de psychiatrie gebruikt om mannen met een overdreven sterke seksdrang chemisch te castreren.

Wij hebben zin, maar geen erectie

Dit kan natuurlijk het gevolg zijn van de “normale” veroudering maar ook van andere ziekten zoals suikerziekte, beschadiging van het ruggenmerg na een ongeval of ten gevolge van een ongezonde levensstijl zoals foute voeding, te weinig bewegen of roken.

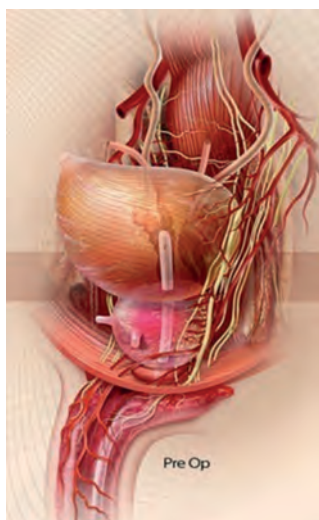
Hier gaan we het natuurlijk over prostaatkanker hebben en het is dan ook nuttig om toch even naar de anatomie te kijken om een en ander beter te begrijpen.

De “normale” erectie ontstaat door stimulatie van de zenuwbanen die bovenop de penis liggen en die vlak naast de prostaat lopen. Op voorwaarde dat de man opgewonden is, libido



Twee afbeeldingen van de structuur van de penis, de erectie komt door het opvullen van het “corpus cavernosum” of “zwellichaam” met bloed. Bovenop de zwellichamen bevinden zich de bloedvaten (bloed vessels) en zenuwen (dorsal nerve) beneden zien we de plasbuis die omgeven is met een sponsachtig weefsel (corpus spongiosum).

Rechts een voorstelling van het geheel, de blaas gelig gekleurd, daaronder de prostaat met helemaal daaronder de penis. Aan de rechterkant staat een vasculair bundel afgebeeld met zenuwbanen en bloedvaten. Bij de chirurgische behandeling zal de chirurg de prostaat wegnemen en trachten daarbij de zenuwbanen en bloedvaten niet te raken. In werkelijkheid zijn deze bloedvaten en zenuwen niet mooi gekleurd.



heeft en gestimuleerd wordt zal dat de spiertjes die in de zwellichamen zitten doen verslappen waardoor het bloed deze zwellichamen doet opzwellen. De verhoging van de bloeddruk tijdens deze stimulatie helpt natuurlijk ook. Tenslotte worden ook de aders waarlangs het bloed terugstroomt naar het hart samengedrukt waardoor de erectie nog steviger wordt.

Rond de plasbuis die zich onderaan de penis bevindt vinden we het corpus spongiosum, een sponsachtig weefsel dat ervoor zorgt dat de plasbuis waar ook het sperma door moet tijdens de ejaculatie niet te fel wordt samengedrukt, anders kan het sperma de penis niet verlaten.

Bij de invasieve behandeling van prostaatkanker kunnen de zenuwen die vlak tegen de prostaat zitten beschadigd of zelfs verwijderd worden. Bij chirurgie kan de chirurg kiezen voor een zenuw-sparende procedure, maar dat kan alleen indien er in die omgeving geen tumor aanwezig is. Deze zenuwen zijn bijzonder gevoelig, zelfs de aanraking of het uitrekken stoort de toekomstige goede werking. Het is ook zo dat deze zenuwen geen duidelijke “kabels” zijn maar eerder een netwerk van zenuwvezels en dus virtueel onzichtbaar.

Ook bij andere behandelingen zoals bestraling, intern of extern, experimentele behandelingen zoals HIFU (High Intensity Focused Ultrasound), bevriezing enzoverder kunnen de zenuwbanen beschadigd worden met de nodige gevolgen.

Omdat de zenuwen noodzakelijk zijn voor een erectie is elke beschadiging nefast voor de kwaliteit van de erectie. Ontbreken beide zenuwgroepen dan is er van een spontane erectie geen sprake meer. Zijn de zenuwbanen beschadigd of is er aan één kant zenuw-sparend gewerkt dan is er wel een erectie maar deze zal mogelijk niet voldoende zijn om tijdens seks te kunnen penetreren.

Geen erectie toch een orgasme?

Dit is een taaie misvatting, het mechanisme van de erectie en van het orgasme zijn niet hetzelfde en hoeven niet samen aanwezig te zijn. Ook door het stimuleren van een “slappe” penis kan de man klaarkomen. Het orgasme zal anders aanvoelen want door de afwezigheid van een prostaat of een deel ervan zal er geen of zeker minder ejaculaat zijn. Het wordt een droog orgasme. Zonder libido is dit evenwel ook problematisch omdat er geen zin is in seks. De kwaliteit van dit droge orgasme is natuurlijk anders maar hoeft niet minder aangenaam te zijn

voor de man.

De erectie ondersteunen met pillen

Het prototype hier zijn natuurlijk de blauwe pillen, Viagra, maar vandaag zijn er meerdere mogelijkheden allemaal met hun eigen gebruiksaanwijzing en nevenwerkingen. Sommige moeten kort voor de seks genomen worden bij andere komt het zo nauw niet. Maar voor allemaal geldt dat ze enkel werken als de man een begin van een erectie heeft. De werking is redelijk eenvoudig, deze medicijnen, de PDE5-inhibitoren, versterken het ontspannen van de gladde spiertjes in de zwellichamen waardoor de penis harder wordt ongeacht of de zenuwsignalen sterk genoeg zijn. Ze moeten er wel zijn.

Viagra was aanvankelijk een medicijn dat getest werd voor de behandeling van hoge bloeddruk en angina pectoris (een hartprobleem). Bij klinische testen voor het laatste ontdekten de onderzoekers dat het experimenteel geneesmiddel als “nevenwerking” erecties versterkte en daar ook voor gebruikt kon worden en de rest is geschiedenis, het werd het eerste medicijn voor de behandeling van erectiele dysfunctie.

Zoals alle medicijnen hebben ook de PDE5-inhibitoren nevenwerkingen die niet allemaal aangenaam zijn. Zo kan hoofdpijn voorkomen, duizeligheid, bloedaandrang naar het gelaat (een rood hoofd krijgen) hartkloppingen enzoverder.

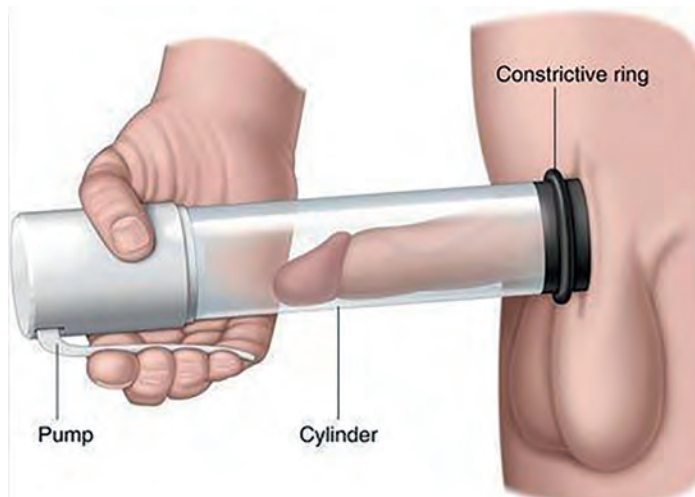
Met andere woorden, praat met de dokter bij het eerste voorschrift en leer hoe je het medicijn moet gebruiken, dat is niet voor alle PDE5-inhibitoren hetzelfde dus “let goed op”. Het is ook mogelijk dat je in de loop van de tijd een en ander zal moeten aanpassen.

Pillen helpen niet, wat nu?

Als er helemaal geen erectie is wegens geen zenuwen meer zullen pillen niet helpen. Dan zijn er nog wel enkele mogelijkheden.

Een vacuümpomp gebruiken

De figuur toont een vacuümpomp die over de penis wordt geschoven met de basis tot tegen het schaambeentje. Die zone moet natuurlijk wat haarvrij gemaakt worden anders is er geen goede vacuümvorming. Door ofwel de manuele pomp te activeren of de elektrische wordt er een vacuüm gerealiseerd in de buis rond de penis. Door het vacuüm zal de penis opzwellen, de bloedvaten in de zwellichamen vullen zich met bloed, de uitstroom wordt verhinderd. Zodra de penis groot



en hard genoeg is wordt er aan de basis een rubberring over de penis geschoven waardoor de bloedcirculatie naar de penis wordt onderbroken. Het is duidelijk dat dit geen dag mag duren, maar de duur van een “normale” vrij-beurt is geen probleem. Nadelen zijn dat de penis koud wordt bij gebrek aan bloedstroming en dat de penis aan de basis slap tegen het lichaam hangt. De verbinding naar het schaambeentje blijft slap.

Een vacuümpomp is redelijk eenvoudig, maar niet iedereen vindt het gebruik aangenaam. Zeker wanneer het koppel op reis gaat is dit een extra item in de valies. Bovendien is het verwijderen van de rubberring aan het einde niet steeds heel eenvoudig noch aangenaam.

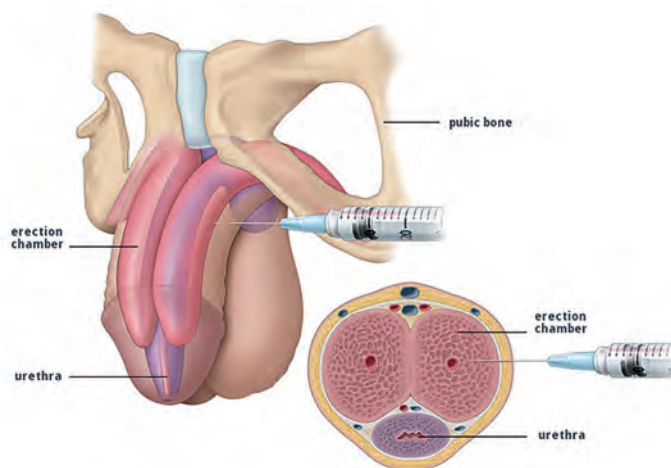
Niet fijn, dan maar spuiten?

Dat werk altijd... of toch bijna...

Indien er geen begin van een erectie is kunnen de pilletjes niet helpen, dan is er meer nodig zeker als je niet voor een vacuümpomp opteert. In dit geval is er geen zenuwstimulus aanwezig en moet een medicijn de volledige erectie tot stand brengen.

Het zal je ondertussen niet verbazen dat de geneesmiddelen de gladde spieren in de zwellichamen zullen moeten relaxeren zodat de penis kan opzwellen. Prostaglandines en papaverine eventueel in een mengsel hebben bij injectie het gewenste effect.

Maar waar moeten we dat injecteren? Wel, in de penis, in de zwellichamen. Er wordt een klein volume aan geneesmiddel ingespoten met een heel fijne naald, dezelfde dikte als bij het injecteren van insuline bij suikerziekte. Maar het blijft een hele onderneming om een naaldje in de penis te steken en daarna het spuitje leeg te drukken. Het vraagt een zekere handigheid. De naald mag niet in de plasbuis terechtkomen dus een trucje om de pijn wat te verzachten is de



penis samen te drukken van onderaf (de penis is dan toch slap) en in feite zo hard te drukken dat je de pijn van de naald een beetje overstemt.

Ook hier lukt het niet iedereen, het vraagt een zekere handigheid al kan de partner eventueel helpen, maar zwaarlijvigheid kan een probleem zijn gewoon omdat je natuurlijk moet zien wat je doet. Als je toch in een bloedvat zit kan er een lelijke bloeding ontstaan die normaal vanzelf zal verdwijnen.

Voor sommige mannen werkt dit evenwel ook niet. Vooral bij mannen waarbij er lang gewacht is voor er met een therapie wordt gestart. Bij die mannen kan er in de zwellichamen littekenweefsel, fibreus weefsel, gevormd worden dat niet soepel is en bij het opzwellen van de penis erge pijn kan veroorzaken.

De dosis die nodig is moet individueel ingesteld worden, bij een te hoge dosis kan het zijn dat de erectie te lang duurt waardoor zelfs een bezoek aan de spoedafdeling nodig kan zijn.

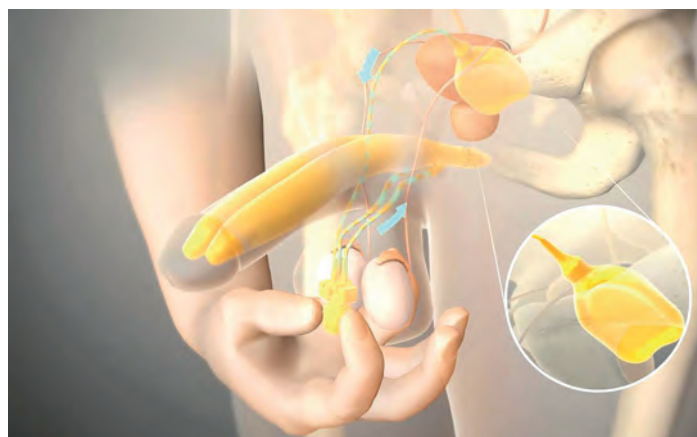
De spuitjes zijn helaas duur, er is een product te koop in de apotheek maar de dosis ligt dan vast. Heb je minder nodig, dan mag je het spuitje niet leegdrukken. Koel bewaren is niet eenvoudig indien je op reis gaat en bij de controle op de luchthaven heb je wat uit te leggen.

Er bestaat ook een nieuwe toepassing waarbij het geneesmiddel in de plasbuis wordt aangebracht, maar op dit ogenblik is dat nog niet erg ingeburderd.

Ten einde raad wat nu?

Pillen helpen niet, spuitjes zijn te pijnlijk of onbruikbaar, wat nu? Wel nu kunnen we aan het laatste middel denken een implantaat. Al bestaan er ook plooibare implantaten, wij gaan hier enkel over een "opblaasbare" versie spreken.

De moderne implantaten bestaan uit drie onderdelen, een vloeistofreservoir, een pompje



met kleppen en de twee cilinders die in de penis geschoven worden. In rust hangt de penis met de twee cilinders slap naar beneden, wil de man een erectie dan knijpt hij op het pompje dat in zijn balzak is ingeplant waardoor de vloeistop vanuit het vloeistofreservoir in de buik naar de cilinders wordt gepompt. De erectie blijft zolang het koppel de erectie wil waarna de man op het klepje duwt (onderaan het pompje) waardoor de vloeistof terug naar het reservoir loopt en met de andere hand duwt hij de penis samen zodat de druk hoog genoeg is.

Dit is de laatste oplossing en ze is irreversibel, eens de implantaten op hun plaats kan je ze wel verwijderen, maar de penis zal dan helemaal slap blijven. Dat is nodig wanneer het implantaat geïnfecteerd is hetgeen gelukkig in goede handen zelden gebeurt.

Belangrijk om weten is dat deze techniek je geen "langere" of "dikkere" penis zal opleveren. Je zal wat je had terug krijgen (het wordt gemeten) met één verschil, ook als je geen erectie hebt zal je penis er groter uitzien. Tussen slap en stijf zal er misschien een centimeter of zo verschil zijn.

Patiënten die opteren voor implantaten moeten zich goed beraden en met een gespecialiseerde psycholoog praten wegens de onomkeerbaarheid van de ingreep.

Maar, de patiënten met implantaten reizen zonder extra bagage, hebben niets uit te leggen bij de controle en zijn heel tevreden. Maar, ook hier moet je een zekere handigheid hebben en kracht in de vingers anders lukt het gewoon niet.

Besluit

Erectiele dysfunctie, impotentie, één goede raad, praat erover en wacht daar niet te lang mee

Met vriendelijke groeten,

Erik Briers

Voor al uw vragen: wij_ook@hotmail.com

Amai jij ziet er goed uit!

Mieke Vogels - partner en ervaringsdeskundige

Amai jij ziet er goed uit!
Terminaal, palliatief maar toch chronisch

10 jaar geleden kregen we het verdict:

'Uw man heeft een uitgezaaide en erg agressieve prostaatkanker. Hij kan niet meer genezen maar we starten met een palliatieve hormoontherapie die de kanker voor een aantal jaar kan stil leggen.' Hoe lang? 'Met wat we vandaag kunnen hebt u een overlevingskans van 5 jaar.'

Mijn man was net op prepensioen, ook ik zou enkele jaren later volgen. We hadden nog zo veel plannen.

De eerste twee jaar hielden we de diagnose voor ons, de vrienden, de omgeving, ze wisten niets van Willy's ziekte. Toen een operatie volgde hebben we het hen verteld.

Veel betrokkenheid bezorgde vragen...

Ondertussen zijn we geen 5 maar 10 jaar verder, er is een enorme evolutie in de kankermedicatie. Toen de eerste hormoontherapie was uitgewerkt, volgde een andere en dan weer een andere. Veel cortisol ook als ondersteuning. Mijn man ziet er ondertussen uit alsof hij elke dag op restaurant gaat en zijn bolle cortisol-kaken maken dat hij er allesbehalve ziek, laat staan terminaal uit ziet.

De meest gehoorde reactie is er dan ook een van ongeloof.

Amai jij ziet er goed uit! Bij het brede publiek staat palliatief voor snel doodgaan en terminaal voor iemand die fel vermagerd is, er uitgeput uit ziet.

Het is moeilijk om te gaan met het steeds weerkerende 'Amai, jij ziet er goed uit!' Het is alsof je overdrijft, de mensen blaasjes wijs maakt...

Je ziet van buiten niet wat het van binnen doet

Dus hoef je er ook niet over te praten.

Wat het met je doet, daar spreek je niet over tussen mannen daar maak je grapjes over.



Bij de diagnose klinkt het simpel. We starten een hormoontherapie die de kanker stil legt. Dat dit hetzelfde is dan een chemische castratie die niet alleen de kanker maar ook je seksualiteit stil legt, daar spreekt de arts alleen in bedekte termen over.

In tegenstelling tot bijvoorbeeld een behandeling met chemotherapie die leidt tot haarverlies... zie je van buiten niet wat de hormoontherapie van binnen doet. Stap voor stap wordt een mannenlijf omgebouwd, bredere heupen, haargroei op het lichaam verdwijnt, lichte borstvorming soms...

Onder vrienden zwijg je over deze ongemakkelijke neveneffecten. 'Ik doe nog wel mee als er typische mannenmoppen worden getapt. Het doet me niets meer maar ik ken het nog van vroeger', zei mijn man ooit.

Je ziet van buiten niet wat het van binnen doet maar dat is een ongemakkelijke waarheid want de gevolgen van de medicatie wegen. Je zoekt uitvluchten om dit jaar niet mee op weekend naar de Ardennen te gaan of deel te nemen aan een groepsreis, wegens te vermoeiend, steeds meer uitnodigingen zeg je af, bestelde kaarten voor een optreden blijven in de schuif.

Veel mannen met prostaatkanker zijn eenzaam. De publieke opinie heeft er geen besef van wat prostaatkanker met een man doet.

Hoe is het met je man?

Hoe is het met mij?

Samen afbouwen

Je bouwt samen af. 10 Jaar terug was onze geliefde bezigheid een wandeling van een 20

kilometer in 'onze' Ardennen en daarna, gezond moe, een lekker hapje met een flesje wijn.

De voorbije 10 jaar wandelden we eerst nog 10, later 5 dan 2 en nu niet meer. Gelukkig is het lekker hapje en het flesje wijn wel gebleven.

Op City-trip hielden we ervan om door te straten te dwalen en de sfeer van de stad te proeven. Nu lukt het in het beste geval om met een hop-on/hop-off bus te stad te verkennen...

Wij zijn ondertussen 40 jaar getrouwd. 10 jaar of één kwart van die tijd zonder seksuele relatie!

Erover praten is ook voor vrouwen moeilijk, je bent bang dat je, je man 'de schuld' geeft, bang ook voor platte reacties als, 'gelukkig hebben (oudere) vrouwen minder behoefte aan seks!'

Wat misschien nog het zwaarste weegt is de permanente onzekerheid en het feit dat je niets meer kan plannen, je leeft van dag tot dag.

Soms weegt de vraag 'Hoe is het met uw man?' zwaar en heb je zin om te zeggen, goed maar met mij gaat het slecht! De voorbije 10 jaar heeft ook geen enkele arts ooit gevraagd hoe het met mij was, of ik de seksualiteit in onze relatie misschien miste.

De vrouw achter de prostaatkankerpatiënt

Samen naar de uroloog met twee hoor je meer dan alleen.

Ik ga altijd mee op consultatie, in de wachtzaal zie je veel echtparen samen wachten. Willy bereidt een consultatie zeer degelijk voor. Welke vragen heb ik? Welke medicatie moet de arts voorschrijven? Heb ik verpleegnota's, nieuwe toestemmingen voor medicatie nodig? Ook graag een formulier voor de volgende bloedafname....

De arts rekent 15' per patiënt, is soms al over tijd en dus gehaast. Van die 15' zijn er zeker 5' voorbehouden voor administratie; voorschriften, vastleggen van nieuwe onderzoeken...

We zijn in behandeling in Leuven, vanuit Antwerpen altijd weer een hele trip met trein, tram en bus. Maar we koppelen het nuttige aan het aangename en als het kan, eten we nadien samen iets en heffen het glas om het goede nieuws te vieren, of om het verdriet om het slechte nieuws (weer nieuwe uitzaaiingen) te verzachten. Tijdens het eten evalueren we het gesprek met de dokter en steevast noteren we nieuwe vragen, wat bedoelde hij met...?

Prima geneeskunde maar de patiënt staat nog steeds niet centraal.

Vaak denk ik dan, wat als je toch alleen moet gaan, wat als je lager geschoold bent, geen kadaster van je medicatie bij houdt? Het kan toch niet anders dan dat er fouten gebeuren bij de inname van medicatie? Of dat mensen de woorden van de arts fout begrijpen...

Laatste sprak een vrouw uit de buurt me aan tijdens het winkelen. Tussen de rekken van de Colruyt vertrouwde ze me toe dat het heel slecht gaat met haar en dat ze dood gaat.

'Wat verschrikkelijk!', antwoord ik, 'wat heb je dan?' 'Ik heb kanker' zegt de vrouw 'den dokter heeft het gezegd'. 'Moet je dan chemo krijgen en is de kanker uitgezaaid?' 'Ik weet het niet ik moet binnen 6 maanden terug gaan.'

'Je moet eens naar je huisarts gaan', zeg ik, 'die weet allicht veel beter wat er aan de hand is.' 'Mijn huisarts is gestopt' zegt de vrouw 'en bij alle artsen in de buurt is er een patiëntenstop!' Veel mensen worden omvergeblazen door de medische storm waarin ze belanden.

Dit verhaal illustreert dat de wet op de patiëntrechten, goedgekeurd in 2003 nog steeds meer droom dan daad is. De wet wilde dat de autoritaire verhouding tussen de arts -die weet en beveelt- en de patiënt -die ondergaat- plaats maakt voor een relatie waar gelijkwaardigheid en dialoog voorop staan. De wet geeft de patiënt het recht zijn dossier in te zien, te weten welke diagnose de arts stelt en welke behandeling hij voorstelt.

De praktijk vandaag is helaas anders!

De uroloog haalt alle middelen uit de kast om je prostaatkanker te bestrijden maar voor eventuele neveneffecten van de behandeling verwijst hij door naar andere specialisten... Wie is nog bezig met de mens achter het zieke orgaan, met zijn vragen, zorgen, onzekerheden, angsten...

In beleidsnota's wordt steeds vaker gesproken over de huisarts als de man of vrouw die de spin is in het web, die alle gegevens van de patiënt samen brengt, antwoordt op de vragen en de zorg coördineert.

Vandaag heeft diezelfde huisarts te veel patiënten en te weinig tijd. Alleen naar aanleiding van een consultatie wordt het patiëntenbestand

geopend, op heel wat vragen over hooggespecialiseerde diagnose of behandeling moet ook de huisarts passen... Voor psychologische begeleiding van de patiënt en zijn omgeving rest al helemaal geen tijd, een consultatie is ook hier beperkt tot 15 minuten. De 'holistische' diagnose die rekening houdt met de mens en zijn omgeving, is steeds verder weg.

Het kan anders !

Meer aandacht vanuit overheid voor informatie over en preventie van prostaatkanker

Uit de vele reacties op de interviews die ik samen met mijn man gaf (De Morgen, De Ronde-Radio2, Humo) blijkt overduidelijk dat prostaatkanker meer bespreekbaar moet worden. Er is veel eenzaamheid bij mannen met prostaatkanker. Ze lijden onder de onwetendheid bij het grote publiek.

Getuigenissen van bekende mensen met prostaatkanker zijn hierbij belangrijk. Maar net als bij borstkanker, moet ook de overheid campagnes voeren om de onwetendheid rond prostaatkanker te doorbreken en om mannen en hun partner door te verwijzen naar patiëntenverenigingen.

Preventieve onderzoeken worden door de overheid georganiseerd en terugbetaald voor borstkanker, darmkanker en baarmoederhalskanker. Door voortdurend te herhalen dat preventief prostaatkankeronderzoek niet 'evidence based' is en daarom ook niet grootschalig wordt georganiseerd, plegen de overheden (zowel Europees als Belgisch) schuldig verzuim. Ze geven aan mannen zo het excuus om zich niet preventief te laten onderzoeken.

De vertrouwensverpleegkundige voert de wet op de patiënten rechten uit.

De patiëntenrechten worden niet gerealiseerd door dure folders die in alle wachtzalen liggen en blijven liggen. De patiëntenrechten in de praktijk brengen kan wel als er in elke afdeling van een ziekenhuis of polikliniek, een vertrouwensverpleegkundige aanwezig is. Patiënten en hun familie kunnen beroep doen op deze vertrouwensverpleegkundige om meer informatie te krijgen over de diagnose, om samen het dossier in te zien en bijkomende informatie te krijgen over de voorgestelde behandeling. Deze verpleegkundige geeft ook extra aandacht aan 'zwakkere patiënten' om met hen het dossier door te nemen en te vertalen in 'mensentaal', hun medicatieschema te overlopen. Elke patiënt krijgt de naam van zijn vertrouwensverpleegkundige en het nummer waarop deze bereikbaar is. De vertrouwensverpleegkundige is een verpleegkundige met heel wat ervaring. Het is een promotie die perspectief biedt voor verpleegkundigen die momenteel een erg vlakke loopbaan hebben.

De meerwaarde van de vertrouwensverpleegkundige is niet te onderschatten. Een goede communicatie tussen patiënt en zorgverlener is immers de drijfveer voor kwalitatieve zorg! De patiënt wordt niet langer gereduceerd tot zijn zieke orgaan maar bepaalt als mens mee wat het beste voor hem is...

De vertrouwensverpleegkundige volgt mee het medicatieschema en motiveert het belang van het juist en trouw gebruik van de voorgeschreven medicatie. Dit voorkomt fout gebruik, sneller

hervallen, bijkomende crisismomenten... De vertrouwensverpleegkundige betekent dus niet alleen meer welbevinden voor de patiënt maar realiseert ook een besparing voor de overheid.



Bewegen is goed, MEER bewegen is beter

Feel+ team: *Auteurs Feel+ : J. Humblet, B. Dourcy-Belle-Rose, W. Walschaert (de praktijk coach)

Enige tijd geleden ontvingen we als WIJ OOK een wetenschappelijk ondersteund bewegingsprogramma uit Australië. Voor ons interessant, daar we reeds sinds 2009, als Feel+ team projecten hebben ontwikkeld rond het thema “bewegen” voor prostaatankerpatiënten.

Het “Prostate Exercise Rehabilitation Program” (PREP)

Het “Prostate Exercise Rehabilitation Program” (PREP) werd ontwikkeld en geëvalueerd door oefenstunden aan de University of Western Australia onder de leiding van H. Prentice, Exercise and Health Physiologist (1). Doel van het programma is de bestrijding van de neveneffecten van prostaatankerbehandelingen. De ervaring leert dat het kan gaan om incontinentie, erectiele disfunctie, vermoeidheid, verlies van spiermassa, botbroosheid en warmteopwellingen. Natuurlijk kan dit in mindere of meerdere mate voorkomen, afhankelijk van de aard van de therapie en de lichamelijke conditie van de patiënt.

Zoals ons Feel+ programma steunt ook PREP op de vaststelling dat we via een bewegingsprogramma de neveneffecten van de therapie kunnen counteren. De patiënt kan de gevolgen van zijn therapie mede “managen”. Oefenprogramma's bieden hiertoe het nodige inzicht, stimuleren de motivatie en beschrijven een set van geschikte oefeningen (2).

PREP inhoudelijk

Over een 200-tal pagina's worden met tekst en beeld 40 basisoefeningen beschreven. De totale uitwerking wordt over 20 weken gespreid. Alle oefeningen komen telkens aan bod met rigoureuze klimming in moeilijkheidsgraad en frequentie van uitvoering.

Voor patiënten die in aanmerking komen voor een radicale prostatectomie wordt een speciaal ontworpen 8 weken programma voorgesteld voorafgaand aan de ingreep. Reden: bekkenbodemspieren voor de patiënt helpen identificeren en oefenend versterken tegen mogelijke incontinentie en erectiele disfunctie.

Door heel het programma wordt trouwens zéér veel aandacht besteed aan de bekkenbodemspieren die een belangrijke rol spelen bij de controle van urineblaas en endeldarm (3).

Probleem is dat de bekkenbodem voor de meeste mensen onbekend terrein is. Reeds bij zijn inleidende beschouwingen geeft de auteur enkele tips ter “ontdekking” van deze spiergroepen bv. probeer eens tijdens het urineren de plasstraal plots te onderbreken; of stel je de contractie van de anus voor die je voelt door traag in koud water te waden dat je dijen bereikt; of probeer liggend de basis van je penis op te heffen. Lukt het niet om zelf aan de slag te gaan met de oefeningen dan is het aangewezen om een bekkenbodemtherapeut of een kinesist te raadplegen (4).

Dezelfde zorg die aan de bekkenbodemspieren wordt besteed vinden we terug voor alle spiergroepen en bewegingen die de conditie van de patiënt moeten herstellen of bewaren.

Bij voorkeur wordt PREP uitgevoerd met de hulp van een bewegingsdeskundige maar alle oefeningen zijn zodanig ontworpen dat men ze zelf thuis met een minimum aan materiaal kan uitvoeren, een ligmatje en een stoel volstaan. Buiten het programma wordt ook een stevige wekelijkse wandelsessie van 2x 30 minuten voorgeschreven.

Bewegen in een ruimer perspectief

Over de “bewegingsdriehoek”

Buiten PREP als herstelprogramma, zijn de voordelen van bewegen in het algemeen overweldigend wetenschappelijk bewezen. Zeker daarom heeft het Vlaams Instituut Gezond Leven naast een nieuwe voedingsdriehoek ook een bevattelijke bewegingsdriehoek voorgesteld (5). De klassieke voedingsdriehoek kende nogal wat kritiek wegens te duidelijke “invloed” van de voedingsindustrie en bepaalde

landbouwbelangen. De vernieuwde voedingsdriehoek die we hier naast de bewegingsdriehoek tonen vormt een perfecte weergave van een gezond eetpatroon volgens de huidige stand van de voedingswetenschap. Controverses en “hypes” over voeding zijn er zeker, denk maar aan de dieetlobby, de antivet- of de antikoolhydratenhypes. Dit komt gedeeltelijk door economische belangen (suiker- en vleesindustrie) maar voeding is methodologisch ook een veel moeilijker studiedomein dan beweging. Dit komt omdat de voordelen van beweging vrij snel en eenduidig wetenschappelijk aantoonbaar zijn.

De grafische voorstelling van de bewegingsdriehoek toont een gezonde mix van zitten, staan en bewegen elke dag.

stappen kunnen gezet worden door het grootste deel van de dag “licht intensief” te bewegen. In het onderste licht groene veld wordt dit voorgesteld door mensen die stofzuigen, de trap nemen, staand dagelijkse klussen uitvoeren etc. De visuele voorstelling van de middelste groene zone staat voor dagelijks “matig intensief” bewegen zoals fietsen, harken in de tuin, recreatief zwemmen, wandelen... u gaat sneller ademen, maar bent niet buiten adem en kan tijdens de activiteit nog gewoon praten. De bovenste donkergroene zone staat voor wekelijks “hoog intensief” bewegen zoals joggen, balsporten, snel fietsen etc.

En de duur van het bewegen? Mag geen fetisj zijn: hoofdzaak is bewustwording (elke stap telt!), persoonlijke groei en duurzame



Korte toelichting: onderaan links in het oranje verdomhoekje zien we iemand zitten. De slogan “zitten is het nieuwe roken” is niet uit de lucht gegrepen. In een themanummer over bewegen (*The Lancet* 2012) wordt op grond van epidemiologische onderzoeken van de Wereldgezondheidsorganisatie WHO gesteld dat wereldwijd er ongeveer evenveel mensen sterven door een gebrek aan beweging (5,3 miljoen) als door roken (5,1 miljoen).

Maatschappelijk gezien kost inactiviteit de wereld jaarlijks minstens 60 miljard euro: de grote slokops zijn kransslagaderaandoeningen, cerebrovasculaire ongelukken, type2-diabetes, borst- en darmkanker. Het gaat dan zowel over uitgaven voor gezondheidszorg als over productiviteitsverlies.

In de gele driehoek vraagt men elke 30 minuten recht te staan. Verder telt elke stap! Die



BEWEGINGSDRIEHOEK

gedragsverandering. Als we er toch minuten op plakken, dan is voor volwassenen een combinatie van matig en hoog intensief bewegen van 150 minuten per week aanbevolen. Maar méér is beter...

Ook bewegen bij vermoeidheid?

Vermoeidheid treedt frequent op als neveneffect van kankerbehandelingen. Er zijn nochtans grote individuele verschillen en veel hangt af van de ziekte en de aard van de behandeling. Vermoeidheid is het normale gevolg van inspanning (werk, sport) en energieverbruik, na gepaste rust is ze verdwenen. De vermoeidheid bij kanker is van een andere orde. Rust baat niet, de symptomen blijven bestaan en de nadelige gevolgen op de levenskwaliteit ook (6). Wat leert onderzoek? In het *Journal of American Medical Association (JAMA)* werden 3

verschillende behandelingen in 113 studies (11.000 patiënten!) voor kanker-gerelateerde vermoeidheid onderzocht en onderling vergeleken. De drie behandelingen waren medicatie, psychotherapie en bewegingssessies. De behandeling door lichamelijke beweging was het meest effectief tegen de vermoeidheid. Ook psychotherapie scoorde gunstig, het minst succes wordt geboekt door behandeling via medicijnen. Beweging wint het ruimschoots van pillen (7).

Het feit dat psychologische ondersteuning ook effectief is wijst erop dat bij dit type van vermoeidheid ook mentale elementen een rol spelen.

Op het eerste gezicht lijkt het paradoxaal om vermoeidheid te bestrijden met méér beweging. Het wordt duidelijk omdat we weten dat gebrek aan beweging leidt naar achteruitgang van de lichamelijke conditie. En een slechtere conditie leidt op haar beurt naar moeilijker en minder bewegen: de inzet van een negatieve spiraal die noch de vermoeidheid noch de levenskwaliteit ten goede komt.

Laat je hersenen niet stil zitten

Dit is de titel van een recent boek van de Nederlandse neuropsycholoog Prof. Dr. Erik Scherder, en de ondertitel maakt alles duidelijk: "Hoe lichaamsbeweging de hersenen kan activeren" (8). De gunstige invloed van beweging op ons cardiovasculair systeem en op heel ons motorisch apparaat is duidelijk, maar dat het ook noodzakelijk is voor ons meest ingewikkelde orgaan nl. ons brein is wellicht minder bekend. De menigvuldige onderzoeken die Scherder beschrijft leiden hem tot deze conclusie: "Ik wil iedereen, jong en oud, doordringen van de ernst van de situatie, van de mogelijke gevolgen van niet-bewegen en van de winst van wél bewegen. Dat is niet alleen van belang voor de gezondheid op dit moment, maar zeker voor de toekomst".

In het tijdschrift *Hotsheet* van US TOO, de grote Amerikaanse broer van *PROSTAATinfo*, citeert Dr. Moyad een recente en belangrijke richtlijn van de American Academy of Neurology (ANN): "Exercise is Now Officially Recommended to Prevent Dementia if You Are at High-Risk for Dementia". Dus ja, bewegen is niet alléén goed voor de conditie maar ook voor de cognitie (9).

Tenslotte nog een paar "bon mots" van wijze mannen:

- "Lopen is het beste medicijn" (Hippocrates).

- "Alle échte grote ideeën komen tot stand door te lopen" (Friedrich Nietzsche).
- "Lopen is de beste manier van trainen. Maak het u eigen heel snel te wandelen" (Thomas Jefferson).

Voetnoten:

(1) PREP POBox 349 Hamilton Hill 6163, W.A. Australia.

(2) Dit ligt volledig in de lijn van een aantal meer "dynamische" definities van het begrip gezondheid. (Volgens de klassieke WHO-Wereldgezondheidsorganisatie definitie is "Gezondheid is een toestand van algeheel welbevinden waarin geen sprake is van lichamelijk letsel of ziekte.) Een meer op actie en groei gerichte definitie heeft het over: "het vermogen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven". (*British Medical Journal*, mei 2016); dit sluit aan bij de patiëntgerichte bewegingsprogramma's zoals Feel+ en PREP.

(3) Een goed leesbare brochure: Sterke bekkenbodemspieren, Dienst Gezondheids promotie CM, in samenwerking met KU-Leuven, te downloaden van het internet.

(4) Dehoorne Heidi, De rol van de bekkenbodetherapeut, *PROSTAATinfo*, 2014 (13) 4-8.

(5) Het Vlaams Instituut Gezond Leven heeft een uitgebreide website, <https://www.gezondleven.be>, zie ook bewegingsdriehoek, You tube.

(6) Denis L., et al., Fatigue in prostate cancer: A pan European survey of patients, caregivers and healthcare professionals. (voltooid manuscript OCA-Antwerp)

(7) Mustian KM., et al., Comparison of Pharmaceutical, Psychological and Exercise Treatments for cancer-related Fatigue. A Meta-analysis. *Jama Oncol.*, Published online, March 02 2017.

(8) Scherder E., Laat je hersenen niet zitten. Hoe lichaamsbeweging de hersenen kan activeren. Amsterdam, Atheneum-Polak & Van Genneep, 2015, (cit., Pag. 203)

(9) Moyad M.A., Exercise and the risk of dementia., *US TOO Hotsheet*, February 2018.



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

In de schaduw van Kos

Dr. Luc Dewilde

**“Er zijn twee dingen die volgens mij geen enkel nut hebben: de prostaat en de president”
(Georges Clemenceau, staatsman en arts, 1841-1929)**

Meer bewegen heeft evenwel wel nut!

Meer en meer onderzoeken bevestigen de positieve invloed van lichamelijke oefeningen na een behandeling voor prostaatkanker. Die oefeningen moeten effectief, laagdrempelig en aangepast zijn aan de conditie van iedere patiënt en moeten toegankelijk zijn voor een grote groep.

Lichamelijke activiteit bij prostaatkanker is geassocieerd met een verminderd risico op progressie of op mortaliteit, vóór de diagnose van 30% en na de diagnose van zelfs 34%.

Deze Amerikaanse studie werd geleid door de American Cancer Society en analyseerde de gegevens van nagenoeg 10.000 mannen met een gelokaliseerde prostaatkanker, tussen 50 en 93 jaar oud, gediagnosticeerd tussen 1992 en 2011.

Opmerkelijk is dat wandelen als activiteit niet dezelfde impact heeft op de overleving: vóór de diagnose zal intensief wandelen (4 tot 6 uur per week) het risico van overlijden door prostaatkanker wel met 30% verminderen, maar na de diagnose wordt de overleving er niet meer door beïnvloed. Na de diagnose wordt wel aangeraden wekelijks gedurende minstens 150 minuten gematigde lichamelijke activiteit, of 75 minuten intensieve activiteit, te presteren.

De oefeningen, bij voorkeur van het aerobisch type, waardoor meer zuurstof in het lichaam verbruikt wordt, moeten aangepast worden aan de capaciteit van iedere patiënt en kunnen zowel wandelen, fietsen, tennissen, zwemmen en joggen omvatten. Musculaire én flexibiliteitsoefeningen zouden de voornaamste spiergroepen moeten stimuleren. Bij mannen die een radicale prostatectomie hebben ondergaan worden ook bekkenbodemspieroefeningen aanbevolen.

Lichamelijke activiteit vermindert de neveneffecten van de radiotherapie en compenseert de hormonale blokkade door de spierkracht, de minerale botdensiteit, de cardiorespiratoire capaciteit en de seksuele functie te behouden of te verbeteren, en het lichaamsgewicht, de vermoeidheid en de stress te beperken. Daarenboven beïnvloedt het ook in

gunstige zin het risico op progressie. Dit gebeurt, zoals we verder zullen zien, via verschillende mechanismen zoals de reductie van het insulinepeil en de inflammatiegraad, die beiden geïmpliceerd zijn bij de proliferatie van kankercellen.

De contra-indicaties zijn beperkt. Het zwemmen wordt best vermeden indien de huid geïrriteerd is door de radiotherapie. Intensief fietsen heeft in principe geen invloed op de prostaatkanker, maar na radiotherapie kan men soms best wachten totdat de huid volledig geheeld is. Men kan hier dan ook gebruik maken van een breed zadel of van een ‘prostaatzadel’ met een gleuf om de druk op de prostaatstreek te verminderen. Het is ook nuttig dat de oefeningen gesuperviseerd worden om neveneffecten te vermijden zoals botfracturen, vooral bij patiënten met een diagnose van osteoporose of botmetastasen die hormonaal behandeld werden. Daarenboven kan de verminderde lichamelijke conditie van de patiënt, die vaak optreedt na een behandelingscyclus, geattenuëerd worden door de duur van de activiteit per beurt te beperken.

Geen winst voor Afro-Amerikanen en Afro-Europeanen

Opmerkelijk is dat bij Afro-Amerikanen geen winst op progressie of overleving bij prostaatkanker werd vastgesteld bij stimulatie van de lichamelijke activiteit.

Aan 307 mannen (164 blanken en 143 zwarten) die een prostaatbiopsie ondergingen werd gevraagd een auto-evaluatie te doen over hun wekelijkse lichamelijke activiteit. Naargelang het activiteitsniveau werden zij in verschillende categorieën (sedentair, beperkt, middelmatig of heel actief) ingedeeld. Bij mannen van het blanke ras hadden deze die middelmatig of sterk actief waren een verminderd risico van 53% om een positieve biopsie te hebben in vergelijking tot zij die sedentair of beperkt actief waren. Bij de mannen van het zwarte ras werd er echter geen enkele associatie vastgesteld tussen het niveau van lichamelijke activiteit die zij beoefenden en de ontwikkeling van een prostaatkanker.

Bij de mannen van het blanke ras daarenboven verminderde de lichamelijke activiteit het risico op de ontwikkeling van een hooggradige prostaatkanker met wel 13%, wat niet het geval is bij de Afro-Amerikaanse deelnemers. De reden zou liggen in het feit dat het zwarte ras naast een hoger aantal genen geassocieerd met inflammatoire en immunologische functies, een

hoger testosteron gehalte hebben op jong volwassen leeftijd en een lager energieverbruik in rust dan mannen van het blanke ras.

Bewegen een bijkomende behandeling?

Een in 2016 opgestarte klinische Fase 3 studie bij 866 mannen in Ierland en Australië bestudeert de overleving van patiënten die, bovenop hun behandeling voor gevorderde prostaatkanker, een vastgesteld programma van lichamelijke activiteit volgen over 24 maanden. Deze groep wordt vergeleken met patiënten die uitsluitend hun behandeling voor prostaatkanker krijgen, zonder oefeningen. De factoren die bestudeerd worden zijn onder meer de progressietijd van de ziekte, de pijnevolatie, de inflammatoire symptomen en de tumormarkers. Er wordt een vermindering van de mortaliteit verwacht van 22%, of omgerekend van 6 maanden, bij patiënten die normaal een gemiddelde levensverwachting hebben van twee tot drie jaar. De resultaten van deze klinische studie zullen waarschijnlijk binnen een tweetal jaren bekend zijn. De auteurs zijn nu reeds van mening dat lichamelijke activiteit potentieel beschouwd zou kunnen worden als een complementaire behandeling van de therapieën die traditioneel toegepast worden bij mannen met prostaatkanker.

(Vaak) ejaculeren gunstig?

De Universiteit van Boston verrichtte recent een epidemiologisch onderzoek bij 32.000 mannen. Uit het onderzoek is gebleken dat mannen die maandelijks meer dan 20 keer ejaculeerden, en dit kan ook beschouwd worden als lichamelijke activiteit, 20% minder risico hadden op prostaatkanker dan zij die maar 4 tot 7 keer per maand ejaculeerden. De studie liep van 1992 tot 2012. Het regelmatig samentrekken van de prostaatklier en de eliminatie van prostaatvocht zou de verklaring kunnen zijn. Regelmatige fysieke activiteit kan door de potentie en het libido te verhogen zo ook onrechtstreeks de oorzaak zijn van deze resultaten. Het mechanisme waardoor frequente ejaculatie het prostaatkankerrisico vermindert wordt verder onderzocht.

Nog studies...

Een studie bij 17.719 Harvard alumni toonde bij 47% van de mannen boven 70 jaar die lichamelijk actief zijn een daling aan van het risico tot ontwikkeling van een prostaatkanker, in vergelijking met hen die geen lichamelijke activiteit hebben.

Een andere Amerikaanse studie waarbij 12.975 mannen gevolgd werden tussen 1970 en 1989 heeft aangetoond dat het risico op ontwikkeling van prostaatkanker een vermindering

vertoont van 74% bij die mannen welke bij lichaamsactiviteit meer dan 1.000 kcal per week verbruiken.

Een studie bij 440 mannen behandeld met radiotherapie toonde aan dat het merendeel (71%) musculair inactief zijn en dat deze die lichamelijk actief zijn minder last hebben van rectale klachten, minder erectiele dysfunctie vertonen en minder urinaire problemen hebben.

2.705 mannen met een diagnose van gemetastaseerde prostaatkanker werden door de Harvard School of Public Health in Boston, gevolgd van 1990 tot 2008. Mannen die minstens 3 uur per week intensief lichamelijk actief waren hadden een globaal verminderd risico op overlijden van 49%, en uitsluitend ten gevolge van hun prostaatkanker van 61%, in vergelijking met mannen die weinig lichamelijke activiteit ontwikkelden.

Een andere studie, ook van Harvard, bij 1.455 mannen met een klinisch gelokaliseerde prostaatkanker toonde aan dat mannen die actief wandelden (> 3 mph) een 48% lager risico hadden op progressie dan mannen die rustig wandelden (< 2 mph).

Een grote 14 jaren durende studie volgde 47.000 mannen waar bij 2.892 een prostaatkanker werd vastgesteld, waarvan 482 in een gevorderd stadium (hiervan overleden er 280 in de studieperiode). Er werd vastgesteld dat lichamelijke activiteit preventief werkte bij het ontstaan van prostaatkanker en ook de groei van prostaatkanker afremde. Lichamelijke activiteit had ook een gunstige invloed op de Gleasonscore. Het bleek ook dat de resultaten beter waren naargelang de intensiteit van de lichamelijke activiteit.

“Het pad wordt gevormd door de stenen stap voor stap te leggen” (quote uit Twin Peaks)

Verschillende studies zijn gepubliceerd over de mogelijke mechanismen verantwoordelijk voor de gunstige effecten van lichamelijke oefening op prostaatkanker. Tot nu toe werden er echter geen enkele ervan onomstotelijk definitief bewezen.

Een mogelijk mechanisme zou een toename van de activiteit van het enzym telomerase kunnen zijn op de cellen van het immuunsysteem bij aanpassing/verandering van de levenswijze. Telomerase herstelt het chromosoom eind door er een specifieke structuur, een telomeer aan toe te voegen, zodat het chromosoom zijn lengte blijft behouden.

Een andere auteur suggereert als mogelijk mechanisme dat lichamelijke activiteit een invloed zou kunnen uitoefenen op het testosterongehalte in het bloed en de immunologische functie van het

lichaam met een daling van het serumgehalte van de vrije fractie van IGF-1 (een insulineachtige groeifactor) tot gevolg.

Het is wel zo dat intensieve oefeningen het testosteron gehalte doen toenemen, maar daartegenover zijn de basale en de vrije fracties veel lager. Soms werd enkel een verlaging van de vrije fractie vastgesteld, misschien tengevolge van hogere waarden van SHBG (sex-hormoon bindend globuline). Zelfs als men rekening houdt met de BMI (body mass index) is dit bij sedentaire mensen niet het geval. Beperkte lichamelijke activiteit zoals bv. twee tot driemaal per week 30 tot 60 min. wandelen heeft ook geen invloed op het testosterongehalte.

Alhoewel dihydrotestosteron het belangrijkste intraprostatisch androgeen is, werd vastgesteld dat plasma dihydrotestosteron of 5-alfa-reductase (het enzym dat testosteron in dihydrotestosteron omzet) niet geassocieerd is met een hoger risico.

Na lichaamsactiviteit zijn Interleukine-1, interferonen en tumor-necrose-factor alfa (TNF α), (of cachectin, een pro-inflammatoire cytokine, een stof afgescheiden door cellen van het immuunsysteem) gestegen, waardoor de activiteit van de T-lymfocyten toeneemt die bij actieve personen ook bij rust gestegen blijft. Ook blijkt de concentratie Vitamine D en parathormoon gestegen, terwijl calcium in het bloed gedaald is. Anti-oxydatieve mechanismen worden gestimuleerd.

Volgens een andere auteur zouden het eerder moleculaire mechanismen zijn die aan de basis zouden liggen. De IGF-as (een groep schakels) zou gestoord worden met stijging op celniveau van de PS3 proteïne, een DNA regulator die het genoom beschermt door DNA herstel of door apoptose (celdood) wanneer er mutaties in het genoom optreden.

Labo-onderzoek op bloed van vrijwilligers die deelnamen aan een oefenprogramma tonen lage IGF-1 waarden en hoge IGFBP-1 (insulin-achtige groei factor binding proteïne) waarden aan vergeleken met sedentaire personen; in het laboratorium veranderen beiden inhoudelijk de PS3 proteïne, met tot gevolg remming van de groei en ontstaan van apoptose van kankercellen.

Er werd ook een lager gehalte van C-reactief proteïne vastgesteld bij de mensen die actief oefenden dan bij de sedentaire groep. Er is bij de actieve groep ook een hoger gehalte aan GH (groeihormoon) en DHEA (de-hydro epi-androsteron) in het bloed vastgesteld.

Ook het immuunsysteem kan meespelen

Door het immuunsysteem te verbeteren veronderstelt men dat het risico op kanker beperkt

zou kunnen worden. Men weet echter niet in welke mate de lichaamsactiviteit bij immuuncompetente mannen het immuunsysteem beïnvloedt.

Na een reeks intensieve lichaams oefeningen zal het aantal en de functie van verscheidene cellen van het immuunsysteem toenemen, zoals NK-cellen (natural-killer cellen), cytolytische T-lymfocyten, monocyten/macrofagen en neutrofiele cellen. Onmiddellijk na de inspanning zullen de acute-fase eiwitten (Interleukine-1, interferonen en tumor-necrose factor alfa) ook stijgen.

Voor het immuunsysteem zou een matige inspanning beter zijn dan intensieve oefeningen. Bij matige lichamelijke activiteit zal het aantal en de activiteit van de cytolytische T-lymfocyten en de macrofagen toenemen, bij intensieve oefeningen zal die eerder dalen.

Groeifactoren spelen mee!

Een andere mogelijke oorzaak is de vaststelling dat de deling van epitheelcellen in het prostaatweefsel gestimuleerd wordt door neurotrofische groeifactoren afgescheiden door de naburige stromale cellen die geïnnerveerd worden door alfa-1-adrenergische receptoren. Lichaamsoefening vermindert de sympatische activiteit, en vermindert de afscheiding van deze groeifactoren waardoor mogelijks een lager risico op prostaatkanker.

Een aantal hypothesen houden verband met Vitamine D en plaatselijke neurotrofische factoren in het prostaatweefsel. Vitamine D, dat het ontstaan van kanker mogelijks zou kunnen inhiberen, wordt in de huid gesynthetiseerd door een reactie gekatalyseerd door UV-licht. Door lichamelijke oefeningen buitenshuis te doen zou het risico op prostaatkanker verkleinen.

Andere oorzaken op moleculair niveau, zoals bv. antioxidant mechanismen werkend op de immunitaire functies waardoor peroxidase van vetten en oxygenatie vermindert, worden ook nog verder bestudeerd.

Uiteraard zijn overgewicht en obesitas een negatieve factor, vermoedelijk door hormonale veranderingen en inwerking op de insuline-like groeifactor-1 en zijn bindende proteïnes (IGFBP-1, IGFBP-2 en IGFBP-3). Deze invloed is duidelijker bij hoge testosteroone waarden.

Ook hyperinsulinemie en diabetes op zich zijn risico verhogende factoren voor prostaatkanker.

Meer DNA herstel door activiteit

Een studie, die uitvoerig besproken wordt in het maartnummer 2012 van de "UsToo Hotsheet", toont aan dat intensieve fysieke activiteit daadwerkelijk meetbare invloed heeft op het DNA herstel en zo ook op de progressie van

prostaatkanker. De studie werd uitgevoerd bij 70 mannen met een laagrisico prostaatkanker. 23 mannen deden intensieve lichamelijke activiteit gedurende minstens 3 uur per week. Deze mannen hadden in hun DNA een verschillende expressie bij 184 genen, waaronder een aantal behorende tot tumor-onderdrukkende genen zoals BRCA1 en BRCA2 genen. Bij deze mannen waren ook de cel-cycluspaden en het DNA herstel overwegend positief. Er werd hier ook vastgesteld dat een bepaalde graad van intensiteit van de lichamelijke activiteit alsook de duur ervan van belang waren om een effect te bereiken. Het DNA herstel in de prostaat is blijkbaar een mechanisme dat door intensieve fysieke activiteit kan beschermen tegen de progressie van prostaatkanker.

“Beware of an old man in a hurry” (quote uit House of Cards)

“OncoActief” is een online beweegprogramma dat gebaseerd is op gedragsveranderings-strategieën en vooral het bewustmaken van het eigen beweeggedrag tot doel heeft en het aansporen en motiveren meer fysiek actief te worden en te blijven bewegen door sportbeoefening, ook in het dagelijks leven. Het programma dat laagdrempelig is, is geschikt voor iedereen (www.oncoactief.nl).

Een gerandomiseerd onderzoek ging de effectiviteit na van het OncoActief programma bij prostaat- en darmkankerpatiënten. Dit bevestigde dat de gezondheidsstatus en het herstel van kanker in positieve zin beïnvloed wordt, dat de progressie beperkt wordt en dat de kans op recidief en op comorbiditeit duidelijk verminderd wordt.

“Rekanto” is een bewegingsprogramma op initiatief van de Stichting tegen Kanker ontwikkeld voor patiënten na een curatieve behandeling. Deze oefeningen worden georganiseerd in gemeentelijke sportcentra. De contactpersonen zijn de sociale diensten van de ziekenhuizen, na verwijzing door de arts.

In Antwerpen organiseert Rekanto en de Stichting tegen Kanker zo bijvoorbeeld Tai Chi-sessies, in Hasselt is het yoga en in het Gentse is het aanbod uitgebreider met yoga, aquagym en fitness-omnisport (www.rekanto.be of www.kanker.be/rekanto).

“Eu’reka” is niet enkel een bewegingsprogramma maar omvat ook een lessenreeks over de bijwerkingen van een kankerbehandeling, de impact van de ziekte op de patiënt, zijn omgeving, en zijn professionele activiteit en het belang van o.a. gezonde voeding. Eu’reka heeft ook een zorgpad ontwikkeld (Team Eu’reka) om de patiënten onder hormoontherapie te helpen in geval van bijwerkingen. De patiënten

worden opgevolgd door een multidisciplinair team (radiotherapie, urologie, Kankercentrum en Fysische geneeskunde). Het initiatief gaat uit van de Dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie van het UZ Gent (Barbara.vanruymbeke@uzgent.be).

Feel+

“Feel+” is een initiatief van “Wij Ook” teneinde de patiënt in iedere fase van zijn leven met prostaatkanker te ondersteunen, niet enkel op informatief en sociaal vlak maar ook op fysisch vlak. Dit laatste met het programma “Feel+ JAMES”. De JAMES methode, welke bedacht werd door Eddy Kuypers, omvat oefeningen die gekozen werden in functie van de noden en de capaciteiten van de patiënt. Het richt zich tot alle patiënten, of ze nu actief, sportief of non-actief zijn. Het programma zorgt ervoor dat de vroegere vitaliteit, energie en beweeglijkheid teruggewonnen wordt zonder zich uitermate te moeten forceren. Het “Feel+ James” bestaat uit drie onderdelen: Jogging of wandelen, Abdominale oefeningen en Musculaire oefeningen welke op regelmatige basis uitgevoerd worden, alleen of in groepsverband. De regelmaat is hier een belangrijke factor teneinde meer Energie aan het lichaam te bezorgen, de kracht die het lichaam hieruit zal putten drukt zich dan uit in meer Soepelheid (www.feelplus.be).

Op onze website (<https://www.wijook.be>) vindt u in de rubriek ‘activiteiten’ meer informatie over het Feel+ JAMES programma en de oefeningen die onze vereniging wekelijks in groepsverband organiseert.

“To {man} it is granted to have whatever he chooses, to be whatever he wills” (Giovanni Pico della Mirandola, 1463-1494, Oratio de hominis dignitate)

Artsen zouden een actieve fysieke levensstijl aan hun prostaatkankerpatiënten moeten adviseren.

Het groeiend aantal onderzoeksresultaten toont aan dat regelmatige beweging geassocieerd is met betere kansen voor kankerpatiënten. Regelmatige beweging bevordert de cardiovasculaire gezondheid, de levenskwaliteit en daaruit voortvloeiend het vermogen om te strijden tegen deze ziekte. Er blijkt echter wel dat er nog veel onderzoek nodig is om zorg op maat te kunnen leveren.. Een gezonde levensstijl inclusief beweging is één van de weinige aspecten die een patiënt met prostaatkanker zelf kan beïnvloeden. Oncologische revalidatie en meer bepaald lichamelijke activiteit zal de komende jaren een steeds belangrijker aspect van de zorg na een behandeling voor

Kort

Brigitte Dourcy-Belle-Rose

Nut van een Dut

Het nut van een dut een siësta (dutje, meditatie, power nap) werd nog eens gerandomiseerd uitgetest op 292 mannen met gemiddelde leeftijd van 62 jaar. Ze leden allemaal aan lichte hypertensie en werd info opgevraagd over hun levensstijl (alcohol, koffie, zout en beweging).

Wat bleek. De slapers (gemiddeld 48,7 minuten) lieten een daling van de bloeddruk opmeten van 5,3 mm Hg lager dan de niet-slapers. Ze voelden zich ook energiever en meer positief na het slaapje.

De waarde van een rustpauze werd reeds beklemtoond door de hoogste in vele godsdiensten. In het christendom werd een hele dag voorzien voor rust en eerbetoon in vele toonaarden bezongen. Wijzelf bezingen sinds jaren de beweging als weg naar de gezondheid. Zoals steeds ligt de waarheid in het midden. Bij senioren past rust na beweging maar de duur kan aangepast aan de individuele patiënt/mens.

Artsenkrant 18/03/19

Is een maagdelijkheidstest ook geneeskunde?

De nationale raad van de Orde der artsen heeft op 16 februari 2019 dit probleem onderzocht? Er was consensus dat, op de basis van een fysisch onderzoek, met zekerheid verklaren dat een vrouw nooit geslachtsverkeer had onmogelijk was. De bekende slagzin van Bill Clinton "I had no sex with this woman" geeft het hele gamma weer van waarheid en fantasie in de ethische waarden onder de navel.

Blijft dan het recht op privacy en de grenzen van de deontologie die geen nut hebben tot gezondheid en het welzijn van de patiënt dramatisch kan veranderen.

Een duidelijk onderscheid is uiteraard het forensisch onderzoek bij seksuele agressie.

De rest is even duidelijk voorgesteld door de WHO en het Hoog Commissariaat van de Verenigde Naties op 18 oktober 1918. Zij hebben een verklaring getekend om te stoppen met maagdelijkheidstesten en getuigschriften in bepaalde landen, waaronder België. (SIC)

Nieuwsbrief Nationale Raad Orde der artsen
22.02.2019

Raad van Bestuur in ziekenhuizen

We vonden het bericht in Artsenkrant dat de Raad van Bestuur (RvB) een nieuwe voorzitter koos in het AZ Herentals.

Een banaal nieuws en de nieuwe voorzitter lijkt zeker bekwaam om zijn beleid een unieke positie te verzekeren in het Vlaams Netwerk van Ziekenhuizen.

Wat in Vlaanderen mogelijk is verrast ons nog steeds. Het gaat over de motivatie van de nieuwe benoeming.

We lezen samen met u "wijzigingen in het bestuur van een ziekenhuis drongen zich op na de verkiezingen in de nieuwe samenstelling van het bestuur van de stad Herentals". Is het niet beter gezondheidsbeleid en met politiek op lokaal vlak aan de bevoegde personen over te laten?

De Specialist 19.04.2019

VBS (Verbond Belgische Specialististen) vs Domus Medica

Het VBS-memorandum over de eerstelijnszorg is bij Domus Medica in het verkeerde keelgat geschoven.

Het woord moord op huisartsengeneeskunde is vrij sterk uitgedrukt doch dit komt op rekening van het huidige taalgebruik in onze debatacultuur.

De argumenten schijnen misprijzen voor de competentie van de huisarts inzake EBM (Evidence-Based Medicine). Een negen tot vijf werkdag en specialisten horen thuis in een ziekenhuis. Het is complex, er zijn zoals altijd uitzonderingen zoals dermatologie, psychiatrie.

Beide partijen dienen zich best te realiseren dat onze georganiseerde huisartsen een troefkaart is op alle vlakken van een gezondheidsbeleid op lange termijn. Samen mee denken aan een harmonieus beleid waarin alle artsen en ook de andere gezondheidswerkers als verpleegkundigen iedereen ten goede komt! We hopen op gezond verstand.

Artsenkrant (W Colson) 11.04.19

Therapeutische vergissingen

Het antigifcentrum kreeg in 2018 ruim 9.300 oproepen (ongeveer 25 per dag). Hallucinant niet echt, maar toch is iedere vergissing een te veel.

Geneesmiddelen zijn verantwoordelijk voor de helft van de oproepen. Echte vergissingen (ongeveer 1/3), overdosering (vooral kinderen) en onverwachte nevenwerkingen of interactie met andere producten, voeding sluiten af.

De meldingen komen vooral 's avonds of 's nachts waarbij omstandigheden bvb. vermoeidheid een rol spelen. Doorverwijzingen naar het ziekenhuis gebeurt bij 1 op 5 kinderen en 1 op 3 volwassenen dus ongeveer 930 per jaar.

Voorkomen. De huisapotheker kan hier zeker een rol spelen. Verstaanbare, eenvoudige bijsluiters als boodschap bij de legale, microscopische documentatie die we nu vinden. Ook van de artsen verwacht men een minuut navraag over therapietrouw en extra producten die vrij verkocht worden. Verkoop via internet, komaan zeg waar blijft de overheid?

Artsenkrant 12.04.2019

De “Sokkelwet”

Op de valreep werd deze wet op kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg op 29.03.2019 in een plenaire vergadering van de kamer goedgekeurd. Geen enkel parlementslid stemde tegen (79 voor en 69 onthouding).

Ondanks de goede bedoelingen blijven er zoals steeds vragen. De vrijwillige accreditering wordt nu verplicht in de navorming met bijkomende verplichtingen en administratie. Ook de patiënt wordt benadeeld in die zin dat hij geen garantie krijgt dat zijn arts de lokale taal verstaat en ja verminderd remgeld zo zijn zorgverlener niet geconventioneerd is.

Alles stap voor stap, de processie van Echternach behoort tot onze folklore.

Zoals gewoonlijk even slikken en er het beste van maken.

BVAS-nieuwsbrief 2019-16

Over robotgeassisteerde chirurgie

De US Food and Drug Administratie (FDA) vindt het nodig om een waarschuwing door te geven rond “robotchirurgie” in procedures voor kankerpreventie en -behandeling.

Zij beklemtonen dat de veiligheid en effectiviteit van deze procedure in preventie of mastectomy nog onder evaluatie staat.

Tot nu werd de complicatie geëvalueerd tot 30 dagen na de chirurgie en blijven locale recidieven, overleving onbeantwoord. Hiervoor verwijzen ze naar de resultaten van een recente publicatie over cervix kanker.

Uiteraard is het logisch dat de FDA specifieke training van de chirurg voorschrijft en de behandeling door een chirurg met ervaring terzake aanraadt.

Toch niet verwarren. In de urologische chirurgie vooral rond nier- en prostaatkanker zijn de resultaten klaar en moeten we zorgen dat de urologen hun verworven ervaring ook effectief gebruiken om nieuwe procedures wetenschappelijk op proef te stellen.

Cancerworld 19.04.2019

Kenniscentrum Jaarverslag 2018

Het KCE is een federale onderzoeksinstelling voor gezondheidszorg dus een parasatale type B (KCE - Centre d'Expetise)

De activiteiten omvatten vijf expertisedomeinen:

- Organisatie en financiering gezondheidszorg
- Evaluatie medische technologie
- Klinische praktijklijnen
- Coördinatie Belgisch programma van niet commerciële klinische studies
- Ontwikkeling methodologische handleidingen

KCE publiceert 13 rapporten in 2018. Allemaal prima en nu hopen op een duurzame samenwerking met alle wetenschappelijke betrokkenen in dit gezondheidsbeleid? Wat doen de patiënten in de RvB?

KCE Jaarverslag 2018

Met een spin in bed

Uit Brazilië komen rapporten dat één van de gifstoffen van de bananenspin (*Phoneutra nigriventer*) een erectie kan veroorzaken.

Effectiever dan Viagra en geen bijwerkingen. De beet van dit beestje kan nare gevolgen hebben gaande van verlies van spiercontrole, paralyse, en ademnood tot priapisme (langdurige erectie).

Reeds in 2015 werd een stof uit het gif gehaald, PnPP-19, die samen met vergelijkbare stoffen in staat bleek erecties te verbeteren zonder neveneffecten. Deze stof wordt in gel op de huid gebracht (voorlopig bij ratten en muizen met hypertensie en diabetes).

De resultaten, een erectie na 20 minuten en geen bijwerkingen werden waargenomen.

Momenteel lopen klinische studies bij gezonde vrijwilligers. Nog niet de moment voor zelfbehandeling.

Artsenkrant (Ruidant) 3.5.2019

Hoogrisico Prostaatkanker

Op basis van een gerandomiseerde studie op 254 patiënten met stijgende PSA-serumwaarden, hoogrisico pathologische diagnose en androgeen afhankelijke diagnose bleek het toevoegen van Docetaxel geen meerwaarde in de 10 jaar opvolging (Prof Oudard, Parijs). Dit in tegenstelling door de meerwaarde in een vroeg stadium van metastatisch prostaatkanker.

Deze tegenstelling vinden we ook in de nieuwe AUA Tumor Board PCA die het klinische verloop volgt van een enkele patiënt van diagnose tot herval van de ziekte.

AUA 2019 Daily News

De kernvraag is wat er belangrijk is in deze studiegevallen. Is het hormoongevoelig of is het de tumormassa die reageert op Docetaxel. De rol van de androgeen-receptoren is nu beter begrepen met de nieuwe androgeen-receptor inhibitoren.

De vraag blijft onbeantwoord conventionele logica suggereert dat hormoongevoelige tumoren met meerdere risicofactoren kunnen verbeteren met adjuvante Docetaxel waar ze meestal vlugger overgaan naar castratie resistente PCa.

Nieuwe gerandomiseerde studies blijven aangewezen.

HotSheet maart 2019

En nog een keer...

ADRES SECRETARIAAT

Vrijheidstraat 32 bus 13

2000 Antwerpen

Tel: 03/645.94.44

Fax: 03/647.13.19

E-mail blijft ongewijzigd:

wij_ook@hotmail.com

**VOLG OP ONZE WEBSITE DE DATA
EN PROGRAMMA'S VAN ONZE
PROSTAATDAG (OOST-VLAANDEREN)**

'SPECIALE ZORG'





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