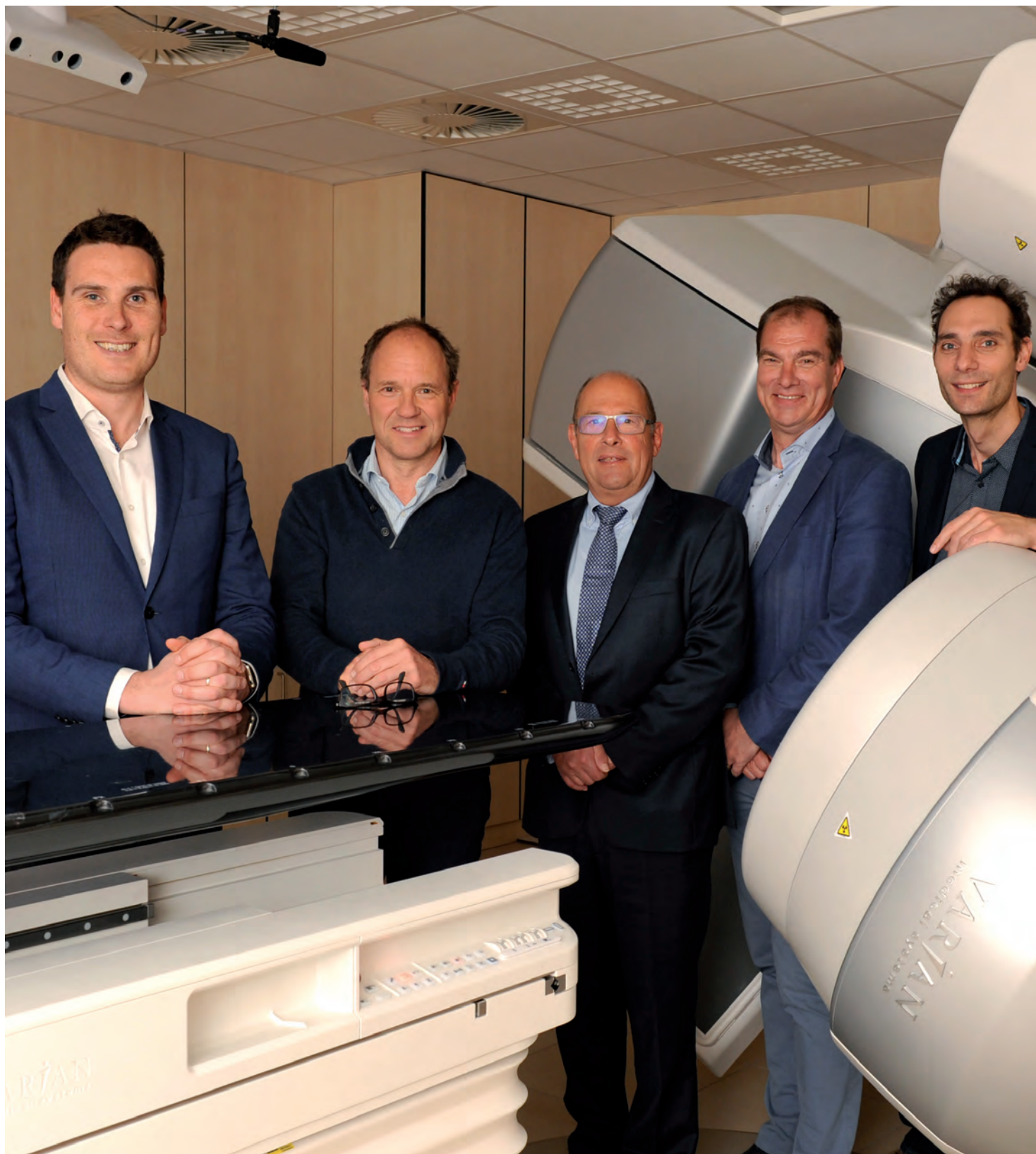


PROSTAATinfo

Nieuwsbrief van Wij Ook Belgium vzw

Juni 2017

bpost
PB-PP|B-12943
BELGIE(N)-BELGIQUE
Verschijnt
Driemaandelijks
Jun-jul-aug 2017
P910655



Prostaatbestraling in het Iridium Kankernetwerk (p5)
Kos: "Wetenschappelijke fraude" (p14)
Een abrupte confrontatie met prostaatkanker (p19)

Hoofredacteur/editor

Erik Briers [erikbriers@telenet.be]

Redactievoorzitter**Redactieleden**

Chris Coeman

Rik Cuypers (Webmaster)

Louis Denis

André Deschamps

Luc Dewilde (Directeur OCA vzw)

Brigitte Dourcy-Belle-Rose

Jan Humblet

Bruno Mortelmans

George Ver Eecke

Willy Walschaert (Feel+)

Redactiesecretariaat**Abonnementen**

Anja Vancauwenbergh [info@wijook.be]

Drukkerij

ProFeeling

Lochtemanweg 38 - 3580 Beringen

**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

Prof. Dr. Braeckman J. - UZ Brussel

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

Prof. Dr. Joniau S. - UZ Leuven

Prof. Dr. Lumen N. - UZ Gent

Prof. Dr. Michiels D. - UZ Brussel

Pieters R. Verpleger UZ Gent

Dr. Schrijvers D. - ZNA Antwerpen

Wij Ook Belgium

"Wij Ook Belgium vzw" is een onafhankelijk ondersteuningsnetwerk voor mannen met prostaataandoeningen. Het doel van dit netwerk is de aandacht oproepen voor prostaataandoeningen bij het publiek en de problemen die ermee gepaard gaan.

"Wij Ook Belgium" is een zelfhulporganisatie die beheerd en geleid wordt door prostaatpatiënten. Als lid wordt u opgenomen in deze vereniging van lotgenoten die ijveren voor een betere informatie, opleiding en optimale diagnose en behandeling van prostaatproblemen. Vergaderingen met experts worden ingericht om uw medische, emotionele en andere vragen te begrijpen. Deze voorlichting en uitwisseling van ervaring vervangt geen artsconsultatie en bij medische problemen raadpleegt u steeds de huisarts.

De vereniging wil de patiënten voldoende voorlichten om de noodzakelijke communicatie tussen arts en patiënt te vergemakkelijken waarin de patiënt erkend wordt als een volwaardige partner.

Tevens wil de vereniging behulpzaam zijn door betrokkenheid en meevolen rond de mogelijke lichamelijke, geestelijke en sociale problemen die we allemaal persoonlijk meemaken of kennen. Hiervoor is er eveneens een programma **Feel+** ontwikkeld om aan deze problematiek bij te dragen.

Ook niet-prostaatpatiënten kunnen lid worden. U kan lid worden door uw persoonsgegevens (naam, adres, eventueel telefoonnummer en e-mail) door te geven aan het secretariaat van Wij Ook Belgium vzw of via de website www.wijook.be. In de lidmaatschapsbijdrage is een abonnement op **PROSTAATinfo** inbegrepen.

Wij Ook Belgium vzw -/- Nous Aussi Belgique -/- Wir Auch Belgien
Een chapter van "Us Too International"
Founding member of
Europa Uomo, "The European Prostate Cancer Coalition".

Secretariaat Wij Ook Belgium vzw

Lange Gasthuisstraat 35-37

2000 Antwerpen

Tel: 03/338.91.54

Fax: 03/338.91.52

e-mail: info@wijook.beWeb: www.wijook.be

IBAN: BE78 4037 1493 0186

Nieuwsbrief van Wij Ook Belgium**Oplage 4.000 ex.****ISSN:1782-0847****Prijs per nummer 5 euro****Inbegrepen in het lidgeld****16e jaargang juni 2017**

© 2017 Alle rechten voorbehouden

Verantwoordelijke uitgever

Luc Dewilde - Antwerpen

PROSTAATinfo wordt viermaal per jaar uitgegeven door Wij Ook Belgium. Het wordt verspreid naar leden, urologen, huisartsen en uitgedeeld op belangrijke symposia en verstuurd aan abonnees en opinieleiders. De inhoudelijke verantwoordelijkheid van elke bijdrage ligt bij de auteur.

PROSTAATinfo

Editoriaal: Virtibus unitis - Samen sterker

André Deschamps, Voorzitter Wij Ook België vzw

Wij lezen de laatste maanden steeds meer berichten over samenwerking tussen ziekenhuizen en/of artsen. De samenwerkingsvormen zijn divers en gaan van eenvoudige samenwerking tot volwaardige fusies.

Slechts enkele voorbeelden zijn het Iridium initiatief in Antwerpen (zie verder in dit nummer) of de coalitie van urologen in Limburg: twaalf urologen uit vier verschillende ziekenhuizen die hun krachten en specialiteiten bundelen in één unit.

Wat moeten wij hier als patiënt van denken?

Betere samenwerking biedt ongetwijfeld voordelen. Wij pleiten als patiëntenvereniging al lange tijd voor kwalitatief hoogstaande zorg.

Het spreekt vanzelf dat een arts die zich specialiseert en in een bepaalde pathologie meer patiënten ziet, meer ervaring opdoet en dat kan alleen maar in ieders voordeel zijn. Hiermee vermijden wij bijvoorbeeld dat een uroloog slechts enkele prostaatoperaties uitvoert per jaar. Meerdere studies tonen aan dat dit scenario leidt (geleid heeft) tot meer nevenwerkingen en een duidelijk slechter resultaat voor de patiënt.

Bij een interprofessionele samenwerking tussen disciplines zoals urologie, oncologie en radiologie zal aan de patiënt een scala van behandelingsmogelijkheden aangeboden worden waardoor hij vrij kan beslissen waar zijn voorkeur naar uitgaat.

Meer samenwerking is ook synoniem van meer financiële armslag. Door de besparing op algemene kosten kan er geld vrijgemaakt worden voor betere omkadering en onontbeerlijke ondersteuning van de patiënt. Ik denk hier aan prostaatverpleegkundigen, kinesisten, psychologische bijstand...

Om de opgesomde voordelen ten volle te laten werken in het voordeel van de patiënt moet er aan een aantal voorwaarden voldaan worden.

Al van bij de planning van zo een fusie of samenwerking moet er aandacht zijn voor de noden van de patiënt.

Het meten van eigen kwaliteit is essentieel om steeds beter te worden. Hierbij is het belangrijk dat niet alleen gemeten wordt vanuit "artsenstandpunt" maar ook de patiënt gerapporteerde kwaliteit opgevolgd wordt. Ziekenhuizen die beide "kwaliteiten" meten stellen ondubbelzinnig vast dat er een verschil is tussen beide visies.

Daarom pleiten wij als patiëntenvereniging voor een gestandaardiseerde meting van al deze factoren.

Er zijn al goede voorbeelden van. Bij onze noorderburen hebben zes prostaatkankercentra samen zo een meting ontwikkeld. Zij delen de resultaten met patiënten en toekomstige patiënten. Deze laatste kunnen hiervan gebruik maken om samen met hun arts de juiste behandeling te kiezen.

Ook onze Europese vereniging EUOMO heeft plannen om samen met ESO audits te doen in prostaatkankercentra. Deze audits zijn patiëntgericht en zullen door patiënten uitgevoerd worden. De resultaten zal iedereen kunnen raadplegen via het web.

Ik roep hierbij onze artsen en ziekenhuizen op om deze kritische succesfactoren niet uit het oog te verliezen.

Dialogo met patiënten in het ontwikkelen van nieuwe samenwerkingsverbanden is meer dan ooit nodig. "Wij Ook" staat ter beschikking.

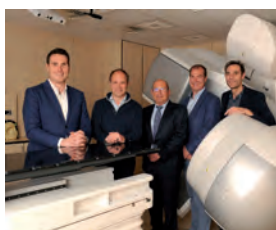
Inhoud van dit nummer

- 3 Virtibus unitis - Samen sterker [André Deschamps]
- 5 Prostaatabstraling in het Iridium Kankernetwerk [Frederik Vandaele en anderen]
- 10 De multidisciplinaire aanpak van prostaatkanker [Dirk Schrijvers]
- 11 Prostaatkanker [Guy Hendrickx]
- 13 Bestraling voor prostaatkanker, Café Santé 7 maart [Piet Dirix en anderen]
- 13 Dank u mevrouw Veerle Lamot [Rik Cuypers]
- 14 In de schaduw van Kos, "Over fraude" [Luc Dewilde]
- 17 Kort

[Brigitte Dourcy-Belle-Rose]

- 19 Een abrupte confrontatie met een snelgroeiende prostaatkanker [Urbain Bruggeman]
- 22 Aankondigingen
- 23 Europese Patiëntendag 23 September 2017

Omslagfoto



Vlnr: Piet Dirix, Guido Buelens, Jean-Louis Dugardyn, Chris Goor en Frederik Vandaele. De vijf radiotherapeut-oncologen in het Iridium Kankernetwerk die zich specifiek inzetten voor prostaatkanker naast het nieuwe snuffje, Foto © Harold Ketels van [fo:tal]

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 European Prostate Cancer Coalition



Secretariat

Lange Gasthuisstraat 35-37

2000 Antwerpen - Belgium

Tel.: +32.3.338.91.54

Fax.: +32.3.338.91.52

E-mail: europauomo@skynet.be

Prostaatbestraling in het Iridium Kankernetwerk

Frederik Vandaele, Chris Goor, Jean-Louis Dugardyn, Guido Buelens en Piet Dirix

Dienst Radiotherapie-Oncologie, Iridium Kankernetwerk

Neerslag van het symposium op 22 april 2017

Inleiding

Prostaatkanker is de meest frequente kanker bij mannen. Ongeveer 1 op de 6 mannen wordt hier vroeg of laat mee geconfronteerd. De behandeling bij beperkte ziekte bestaat meestal uit radicale prostatectomie of radiotherapie. Een recente gerandomiseerde klinische studie uit Groot-Brittannië heeft aangetoond dat bestraling bij dergelijke patiënten op lange termijn (10 jaar) nagenoeg identieke resultaten geeft als voor chirurgie met overigens eveneens excellente resultaten door actieve monitoring (dit wil zeggen opvolging). Wat betreft prostaatkanker dat reeds buiten de prostaat gegroeid is (hierbij spreekt men van zgn. kapseldoorbraak) bestaat de standaardbehandeling uit bestraling in combinatie met hormonale therapie (tijdelijke castratie).

De behandeling van kanker door middel van straling wordt al meer dan 100 jaar toegepast. De doeltreffendheid ervan staat dus vast en ook de eventuele nevenwerkingen zijn goed gekend. Bij bestralingen maakt men gebruik van röntgenstralen: deze zijn onzichtbaar en ongrijpbaar. Mensen associëren radiotherapie – ten onrechte – met kernenergie, atoomwapens en stralingsongevallen en hebben daardoor de indruk dat radiotherapie een minder veilige optie is. Toch is dit een perfect veilige behandeling, meer dan de helft van alle kankerpatiënten ondervindt er op een bepaald ogenblik nut van. De moderne radiotherapie is dan ook het resultaat van uitgebreide klinische ervaring en wereldwijd wetenschappelijk onderzoek.

Bestraling voor prostaatkanker heeft de afgelopen jaren een onvoorstelbare evolutie doorgemaakt. Dankzij innovaties zoals computergestuurde planning en continue beeldvorming tijdens de bestraling zelf kan men veel beter de omliggende gezonde weefsels sparen. Hierdoor zijn de dosissen die men veilig kan toedienen ook aanzienlijk hoger dan enkele jaren geleden, waardoor bestraling ook een zeer

(kosten-)efficiënte behandeling voor prostaatkanker vormt.

Achtergrond

Prostaatkanker is meestal een langzaam groeiende tumor. Radiotherapie probeert het celdelingsproces te verstoren door onherstelbare beschadigingen aan te brengen in het genetische materiaal van de kankercel (het zgn. DNA) zodat de celdeling stopt en de kankercel afsterft. Ook de normale cellen van de gezonde organen in de nabije omgeving van de prostaat, zoals de blaas en de endeldarm, ondervinden nadelige effecten van radiotherapie, maar zijn veel beter in staat om de schade te herstellen. Door de behandeling een aantal keren te herhalen (zgn. fractionatie) kan men bovendien dit verschil in weefselherstel vergroten. Op deze manier worden prostaatkankercellen gedood, terwijl de schade in de directe omgeving beperkt blijft.

Intakegesprek en geïnformeerde toestemming

Voor de behandeling start, wordt de specifieke situatie van de ziekte (grootte & uitgebreidheid van het gezwel, Gleason score, PSA,...) en van de patiënt zelf (algemene toestand, sociale omkadering, evt. co-morbiditeit,...) multidisciplinair besproken, alleszins in het multidisciplinair oncologisch consult (zgn. MOC) waarbij alle relevante specialisten (urologen, radiotherapeuten, oncologen, radiologen, pathologen, nuclearisten,...) aanwezig zijn, maar vaak ook tijdens een multidisciplinaire raadpleging.

Indien gekozen wordt voor bestraling maakt men kennis met de radiotherapeut-oncoloog, de arts die gespecialiseerd is in prostaatkanker bestraling. Dit eerste contact kan gebeuren op één van de bestralingsafdelingen zelf, op de consultatie of op een verpleegafdeling. De radiotherapeut-oncoloog bespreekt de behandeling die voor de patiënt het meest geschikt is (het behandelingsplan).

Tijdens dit eerste gesprek krijgt men veel informatie te verwerken: waarom is de bestraling nodig, hoe vaak wordt men bestraald, wat zijn de mogelijke bijwerkingen, ... Het is daarom goed dat de patiënt indien mogelijk begeleid wordt door familie en/of vrienden. Bovendien is het aangewezen dat de patiënt de meest recente medicatielijst meebrengt. Er zal ook standaard naar evt. allergieën worden gevraagd.

Patiënten hebben recht op informatie over hun gezondheidstoestand (diagnose, prognose, etc.), maar ook recht op informatie om in een behandeling/onderzoek te kunnen instemmen. Dit laatste noemt men ook wel de geïnformeerde toestemming (of het informed consent). In dezelfde zin heeft de patiënt eveneens het recht om op een geïnformeerde wijze een behandeling/onderzoek te weigeren. Dit laatste noemt men de geïnformeerde weigering (of het informed refusal).

Geen enkele behandeling kan in principe worden gestart of worden verdergezet zonder uitdrukkelijke of stilzwijgende toestemming. Tenzij de behandeling geen medisch nut meer heeft, moet de behandelende arts ook bij de stopzetting van een behandeling de toestemming vragen.

Opdat de patiënt op correcte wijze zou kunnen toestemmen of weigeren moet de zorgverlener hem/haar vooraf en tijdig de nodige informatie verstrekken. De patiënt moet over voldoende tijd beschikken om erover na te kunnen denken en om eventueel een second opinion in te winnen. Voor ingrijpende behandelingen zoals radiotherapie zal men vóór aanvang van de behandeling uitdrukkelijk toestemming moeten geven.

Vorbereiding of simulatie

Om de bestraling goed te plannen gebeurt eerst een zgn. "simulatie". Tijdens de simulatie wordt eerst de correcte bestralingshouding gekozen. Hiervoor beschikt men over allerlei hulpmiddelen zoals knie- en voetsteunen en/of matrassen. De bedoeling is om een comfortabele en vlot reproduceerbare houding te bekomen die toelaat om de prostaat elke keer correct te bestralen. Meestal is dit standaard, soms is dit wat zoeken en de verschillende mogelijkheden afwegen.

Na het vastleggen van de houding wordt een CT in bestralingshouding (plannings-CT) genomen. De radiotherapeut-oncoloog bepaalt op de genomen CT het isocentrum (= het centrum van het bestralingsveld). Hierrond zullen de fysici

later het bestralingsplan opstellen. De verpleegkundigen tekenen d.m.v. fuchsine referentielijnen op de patiënt, die samenkomen in dit isocentrum. Zo zal de patiënt telkens correct gepositioneerd kunnen worden.

Op deze planningscan worden door de arts de doelvolumes (prostaat, zaadblaasjes, evt. klierstreken) ingetekend, maar ook de gezonde, te sparen organen zoals endeldarm, blaas, heupkoppes en zenuwweefsel. Meestal gebeurt ook een kernspintomografie (MRI) van het bekken die gefuseerd wordt met de plannings-CT. MRI geeft immers fijnere anatomische details voor precieze aflijning van de doelvolumes en de te sparen normale weefsels.

Binnen onze dienst gebeuren beide scans met een blaas- en darmvoorbereiding vooraf (+/- 1u30 op voorhand). Qua darmvoorbereiding wordt middels een lavement de endeldarm maximaal geledigd. Hoe beperkter de vulling van de darm door lucht en stoelgang, hoe minder kans dat deze later mee bestraald wordt. Nadien wordt aan de patiënt gevraagd om 2 bekertjes water te drinken en niet meer te plassen tot na de scans. Hierdoor is de blaasvulling consistent. Dit kan de patiënt thuis doen.

De radiotherapeut-oncologen en fysici beschikken nu over de nodige gegevens om de bestraling voor te bereiden.

Planning

Op de plannings-CT scan wordt met de computer een bestralingsplan gemaakt. Tegenwoordig beschikt men over software met zeer verfijnde 3D-berekeningen (planningssystemen), zodat de dosis nauwkeurig kan gericht worden op de gewenste plaatsen en in de juiste dosering. Binnen Iridium gebeurt dit met de meest geavanceerde bestralingstechniek die momenteel voorhanden is (zgn. rotationele intensiteits-gemoduleerde radiotherapie of IMRT, zie afbeelding 1). De fysici en ingenieurs controleren de berekeningen van de computer aan de hand van bestraling van een fantoom: op deze wijze kan men nagaan of er fouten zitten in het bestralingsplan van elke patiënt. De computer blijkt overigens zeer betrouwbaar, men vindt zelden of nooit fouten.

De bestraling zelf

Uitwendige bestraling wordt toegediend door middel van een bestralingsstoel of lineaire versneller. Momenteel beschikt het Iridium Kankernetwerk over 10 lineaire versnellers,



Afbeelding 1. Rotationale intensiteits-gemoduleerde radiotherapie (IMRT).

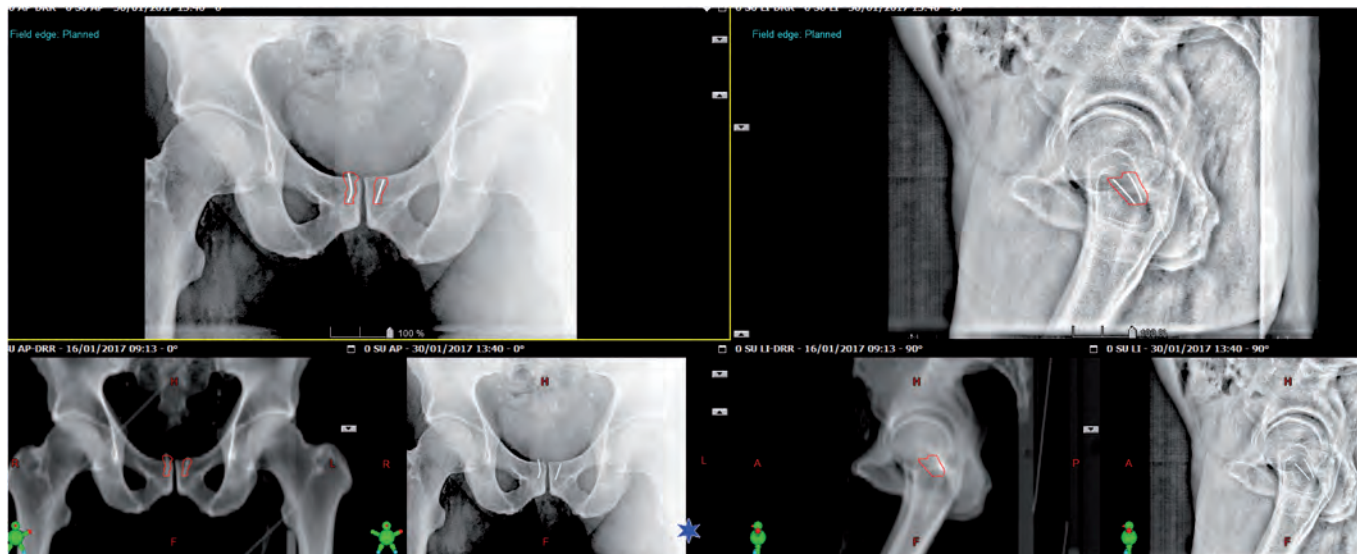
verdeeld over 5 sites (GZA St Augustinus, ZNA Middelheim, AZ KLINA, ZNA Jan Palfijn en AZ Nikolaas). De kwaliteit is identiek over de 5 sites, met roterende artsen, fysici en verpleegkundigen. Deze toestellen zijn uitgerust met alle recentste innovaties om de nieuwste technieken toe te kunnen passen. Ze zijn ook in staat tot state-of-the-art beeldvorming voorafgaand aan de bestraling door middel van hetzij RX opnamen hetzij CT opnamen.

De daartoe opgeleide verpleging op het bestralingstoestel controleert telkens voor elke behandeling of het toestel juist gericht is aan de hand van de huidmarkeringen en van röntgenopnames door het bestralingstoestel (= beeldvormings-gestuurde radiotherapie). Op het bestralingstoestel wordt dagelijks de prostaat gelokaliseerd om zo de bestralingen beter te kunnen richten en de marges veilig te kunnen verkleinen. Men implanteert vooraf 2 of 3 goudmarkers in de prostaat (afbeelding 2) volgens een gelijkaardige procedure als waarmee de uroloog weefsel voor diagnostiek afneemt (biopsie). Deze markers blijven de rest van het leven in de prostaat zitten, de patiënt heeft daar geen last van. Met de duidelijk zichtbare goudmarkers kan de verpleging de dagelijkse variatie in plaats corrigeren waardoor de

positionering tot op enkele millimeters nauwkeurig is.

De bestralingen zelf nemen overigens maar enkele minuten in beslag, de meeste tijd zit in de voorbereiding. De prostaat zit ingeklemd tussen de blaas en de endeldarm en beweegt onder invloed van de blaas- en darmvulling. Voor een nauwkeurige bestraling is het dan ook beter om deze vullingstoestand zo constant mogelijk te houden. Dit bereikt men door patiënten gecontroleerd te laten wateren en een Glycerine zetpil te geven voor darmlediging, waarna de blaas weer gevuld wordt door 2 bekertjes water te drinken. Op deze wijze is tijdens de bestraling de darm leeg en de blaas vol, waardoor de nabije dunne darm op enige afstand van het bestralingsgebied gehouden wordt.

Radioactieve straling kan men niet zien, ruiken of voelen. Bestraald worden doet géén pijn. Na de bestraling mag de patiënt zich terug aankleden en mag hij in principe naar huis. Het is goed om te weten dat men na de bestralingen zelf niet radioactief geworden is en dat men gewoon met iedereen kan omgaan, ook met kinderen en zwangere vrouwen.



Afbeelding 2. Goudmarkers in de prostaat (Visicoils®).
 Implantatie van 2 gouddraadjes in de prostaat, waardoor de plaats van de prostaat zichtbaar wordt op het bestralingstoestel

Nieuwe technieken

Hoewel men al zeer goede resultaten kan bereiken met bestraling van prostaatkanker, is er nog ruimte voor verbetering. Zo worden de bijwerkingen verminderd door bestralingen niet langs 4 of 5 velden te geven, maar door het toestel rond de patiënt te laten draaien en continu te bestralen. Volumetrische boog therapie of volumetric arc therapy (VMAT, zie afbeelding 1) is een zeer recente “rotationele” variant van IMRT waarbij de klassieke bundelopstelling volledig verlaten wordt en de kop van het bestralingstoestel een “boog” maakt rondom de patiënt. Dit geeft nog iets betere of “conformelere” plannen dan niet-rotationele IMRT en is vooral veel sneller. Dit is enerzijds comfortabeler voor de patiënt en zal anderzijds ook de kans op beweging van de tumor en/of patiënt tijdens de bestraling verminderen. Op deze wijze wordt de dosis in de omliggende normale weefsels verlaagd, zonder daarbij dosis te verliezen in de prostaat. Met behulp van ingebouwde loden lamellen (MLC) kan de vorm van het bestralingsveld continu worden aangepast, zodat de dosis zeer nauwkeurig kan worden toegediend. Op het moment dat het toestel bijv. de endeldarm passeert, zal er minder dosis gegeven worden, en zodra de endeldarm gepasseerd is wordt de dosis weer verhoogd.

Het is ook mogelijk om in plaats van goudmarkers zendertjes te implanteren die met radiofrequente golven zijn te lokaliseren. Op deze manier kan je de prostaat met behulp van GPS-technieken lokaliseren en blijven volgen tijdens de bestraling zelf. Dit is een interessant systeem voor

de nabije toekomst. In sommige klinieken spuit men een gel in die de afstand van de endeldarm tot de prostaat vergroot, waardoor je gemakkelijker de prostaat kan bestralen.

Door de verhoogde precisie zijn de bijwerkingen minder dan vroeger. Daardoor zijn we nu in staat om de dosis op de prostaat te verhogen zonder nadelige gevolgen voor de patiënt. Deze hogere dosis geeft een betere kans op genezing van prostaatkanker. Deze hogere dosis betekent niet noodzakelijk een groter aantal dagelijkse bestralingen: omdat de precisie tegenwoordig zo goed is, is het mogelijk om de behandeling in minder fracties te geven waardoor de patiënt minder vaak bestraald moet worden. Stap voor stap is men momenteel in klinische studies aan het nagaan hoever men hierin kan gaan.

Nevenwerkingen

Bestraling werkt alleen in het gebied van uw lichaam dat bestraald wordt. Afhankelijk van de plaats die bestraald wordt, kunnen lokaal bijwerkingen optreden. Sommige mensen hebben veel last van bijwerkingen, anderen merken er weinig van. De ernst van eventuele bijwerkingen heeft niets te maken met het resultaat van de behandeling; als men geen bijwerkingen merkt, betekent dit niet dat de radiotherapie geen resultaat heeft. Acute bijwerkingen ontstaan tijdens de bestralingen en genezen nadat de bestralingen afgerond zijn. Dit kan wel enkele weken duren.

De prostaat ligt tussen endeldarm (rectum) en blaas. Het is meestal onmogelijk om beide organen volledig te sparen van straling. Uiteraard

Tabel 1. De meest frequente bijwerkingen van prostaatbestraling en hun behandelingen.

Acute bijwerkingen (tijdens of enkele weken na radiotherapie)	Klachten	Behandeling
Geïrriteerde endeldarm	Diarree, winderigheid, slijm in de stoelgang	Aanpassing dieet, loperamide (Imodium®)
Geïrriteerd urinekanaal	Branderig gevoel of pijn bij wateren	Veel drinken (niet- alcoholisch), ontstekingsremmers
Algemeen	Vermoeidheid	Conditietraining

Late bijwerkingen (maanden tot jaren na radiotherapie)	Klachten	Behandeling
Geïrriteerde endeldarm	Diarree, winderigheid, slijm in de stoelgang; meestal periodiek	Aanpassing dieet, loperamide (Imodium®), corticoïden
Vernauwingen urinekanaal	Mindere straal	Oprekken of insnijden van vernauwing (uroloog)
Mindere potentie	Geen zin in seks of minder stevige erecties	Beperkte behandeling mogelijk (Viagra® of andere vergelijkbare pillen, consult sexuoloog)

wordt de dosis op de gezonde weefsels zoveel mogelijk beperkt. Toch zijn bepaalde klachten tijdens en kort na de bestraling vaak onvermijdelijk.

Door de dosis op de endeldarm kan er een ontsteking van het darmslijmvlies ontstaan, zgn. radiorectitis. Hierdoor kunnen patiënten klagen van frequentere en lossere stoelgang. Eventueel kan er ook slijm- en, zelden, bloedbijmenging optreden. Indien de klierstreken in het bekken mee bestraald dienen te worden (zogenaamde pelvische radiotherapie) kunnen ook stukken van de dunne darm mee in het bestralingsveld liggen en zijn de gastro-intestinale klachten mogelijk wat meer uitgesproken, met bv. echte diarree. In dat geval kunnen ook darmkrampen optreden en zelfs lichte misselijkheid. Deze gastro-intestinale last start meestal vanaf de 3de of 4de week van de bestraling en kan tot enkele weken na het stoppen ervan aanslepen.

Door de dosis op de blaas en urethra kan er ook een ontsteking van het blaasslijmvlies ontstaan, zgn. radiocystitis. Hierdoor kunnen patiënten klagen van frequenter plassen, pijn bij het plassen, en verminderde controle of continentie. Dit is een tijdelijk fenomeen, dat meestal begint vanaf de 2de of 3de week van de bestraling maar tot enkele weken of zelfs maanden na het stoppen van de radiotherapie kan aanslepen.

Erectiestoornissen zijn een belangrijk probleem bij elke behandeling voor prostaatkanker. Op korte termijn kan radiotherapie de potentie verminderen of het herstel ervan na een chirurgische resectie van de prostaat vertragen. Zeker indien gecombineerd met

hormonale therapie kan er ook een vermindering van het libido optreden. De zenuwen die instaan voor de erecties blijven bij radiotherapie meestal gespaard. Het uiteindelijke herstel van de potentie hangt echter ook af van heel wat andere factoren, zoals onder meer leeftijd, de erectiele functie vóór de behandeling, eventueel voorgaande of bijkomende heilkunde, hormonale therapie en psychologische factoren (relatie met de partner, zelfbeeld,...).

Ook vermoeidheid is mogelijk door de bestralingsbehandeling. De mate waarin patiënten vermoeidheidsklachten hebben varieert en hangt af van de duur en het type behandeling. Meestal spreekt men van een algemene vermoeidheid die in het begin van behandeling af en toe aanwezig kan zijn en toeneemt naar het einde van de behandeling. De vermoeidheid kan nog enkele weken na de stop van de bestralingen aanslepen.

Besluit

Dankzij enorme verbeteringen in de bestralingstechnieken (toestellen, computers, software) en in de beeldvorming (CT-scan, MRI-scan, beeldvorming op het bestralingsstoestel) is radiotherapie bij prostaatkanker een zeer veilige en betrouwbare behandeling met een hoog genezingspercentage, vergelijkbaar met chirurgie. De bijwerkingen zijn steeds beter onder controle. Men werkt hard aan verdere verbetering van de technieken om de patiënt met prostaatkanker in de toekomst nog beter te kunnen helpen.

De multidisciplinaire aanpak van prostaatkanker

Dirk Schrijvers, Ziekenhuisnetwerk Antwerpen - Medische oncologie



De aanpak van prostaatkanker veranderde de laatste jaren ingrijpend. Vroeger was de behandeling van een patiënt met prostaatkanker voornamelijk een beslissing van de uroloog of de radiotherapeut en de uiteindelijke behandeling hing vaak af bij wie de patiënt eerst consulteerde. Tegenwoordig wordt het behandelingsplan van deze patiënten besproken tijdens het multidisciplinaire oncologisch consult (MOC).

Het MOC

Tijdens dit consult wordt de informatie aangebracht door de patholoog en de beeldvormende disciplines (magnetische resonantie imaging (MRI), computed tomografie (CT) scan; nucleaire onderzoeken) besproken door verschillende specialisten zoals de patholoog, de radioloog, de nuclearist, de uroloog, de radiotherapeut, de medisch oncoloog en soms ook de huisarts zodat een optimaal behandelingsplan kan worden opgesteld voor de individuele patiënt. Dit voorstel wordt dan voorgelegd aan de patiënt zodat hij een geïnformeerde beslissing kan nemen.

De patholoog

De patholoog bekijkt het weefsel dat afgenomen werd uit de prostaat op een gestandaardiseerde wijze. Op basis van de kenmerken van de tumor zoals het type, het aantal aangetaste prostaatpunctiecilinders, de differentiegraad (Gleason score en ISUP gradering), de aanwezigheid van een hooggradige component, en de locatie en uitbreidheid van

de tumor, kan de agressiviteit van een lokale tumor worden ingeschat. Als het gaat om een laaggradige tumor en als de MRI een gelokaliseerde ziekte aantoont, kan voor een actieve opvolging of een lokale behandeling worden gekozen.

Een lokale behandeling

Als een lokale behandeling aangewezen is, kan op basis van bovenstaande kenmerken samen met patiënt-gerelateerde factoren zoals comorbiditeit een optimale keuze worden gemaakt tussen heekunde en radiotherapie met of zonder hormonen. Als er meerdere keuzen bestaan met een gelijkaardig resultaat, zullen deze aan de patiënt worden voorgelegd zodat hij zelf kan beslissen welke behandeling hij verkiest. Hierbij worden de mogelijke nevenwerkingen en de resultaten van elke behandeling besproken, zodat de patiënt een inzicht heeft in zijn ziekte, de mogelijke behandelingen en de impact ervan op zijn levenskwaliteit.

Gemetastaseerde prostaatkanker

Ook bij patiënten met een gemetastaseerde prostaatkanker veranderde de behandelingsstrategie ingrijpend, en de implementatie van deze strategie is een gevolg van het MOC, waar deze patiëntengroep ook besproken. Vroeger kregen patiënten met een prostaatkanker chemotherapie na het optreden van castratie-resistente ziekte en werden meestal in een laattijdig stadium verwezen naar de medisch oncoloog. Nu wordt de chemotherapie vanaf het moment van metastasen in de behandeling geïncorporeerd en dit is het resultaat van de bespreking van deze patiënten tijdens het MOC. Hier ook is het erg belangrijk dat met patiënt-gerelateerde factoren, zoals de algemene toestand of de functie van organen zoals de lever maar ook de sociale toestand van de patiënt, rekening wordt gehouden. Al de medicamenteuze behandelingen hebben nevenwerkingen en deze van chemotherapie kunnen een belangrijke morbiditeit en zelfs mortaliteit met zich meebrengen.

De multidisciplinaire aanpak van prostaatkanker verzekert dat elke patiënt een voor

hem zo optimaal behandelingsplan krijgt, zodat hij een beslissing voor zichzelf kan nemen, rekening houdend met de mogelijke behandelingen en de impact op zijn eigen leven.

Besluit

Door de bespreking tijdens het MOC wordt het voor de specialisten van verschillende disciplines (e.g. pathologie, beeldvorming) duidelijk, welk hun belang is bij de beslissing en het

beslissingsproces. De bespreking van voor- en nadelen van de verschillende behandelingsopties draagt bij dat de leden van de verschillende disciplines beter samenwerken. Een gedeelde beslissing maakt ook dat de specialisten zich gesterkt en gesteunde voelen bij de uiteindelijke beslissing. Al deze factoren resulteren in een betere samenwerking in het veld, hetgeen bijdraagt tot een betere patiëntenzorg.

Prostaatkanker

Guy Hendrickx, Ziekenhuisnetwerk Antwerpen - Urologie



Naarmate de medische wetenschap exponentieel blijft groeien en de bevolking deels vergrijsd op basis van die vooruitgang, bereiken we nu een tijdperk waar medische “mirakels” bijna dagelijks nieuws zijn maar een patiëntgerichte zorg voor iedereen onbetaalbaar wordt. Noodzakelijk sturende maatregelen dringen zich op om ons sociaal gezondheidsbeleid in stand te houden.

Ziekenhuisnetwerken

In het kader van de actuele problemen heeft men uiteindelijk beslist om het bestaande systeem van op zichzelf staande individuele ziekenhuizen geleidelijk te hervormen naar structurele samenwerking die de zorgverstrekking coördineert en de complexe taken van een modern ziekenhuis rationaliseert in klinische ziekenhuisnetwerken. Een loco-regionaal ziekenhuisnetwerk biedt alle routine medische diensten aan voor een bevolking van ongeveer 500.000 inwoners op rationele basis. Dit leidt tot geïntegreerde zorgsystemen, gecoördineerde netwerken of autonome samenwerkingsinitiatieven die als model kunnen dienen om een betere en goedkopere gezondheidszorg te krijgen. In simpele woorden gegarandeerde algemene zorg

maar geconcentreerde optimale specifieke zorg voor specifieke, complexe problemen. De ziekenhuizen GZA en ZNA vormen zulk een model. Een praktisch voorbeeld is gepresenteerd op de omslag van deze magazine. De vijf radiotherapeuten, expert en ervaren in de behandeling van prostaatkanker, geven de radiotherapie zo aangewezen op de prostaat- of dochtertumoren met een hypermodern toestel op één localisatie. Is dit nieuw? Eigenlijk niet want de urologen en collegae hebben sinds 40 jaar herhaaldelijk getracht deze samenwerkingsinitiatieven uit te werken steeds botsend op praktische regelingen soms zelfs tegengewerkt door de overheid. Een kans op patiëntgerichte geneeskunde die we niet mogen laten voorbij gaan of laten vertragen!

De uroloog - “loodgieter”

Waar staan de urologen in dit proces? Zij hebben een reputatie opgebouwd in de tweede helft van vorige eeuw waarbij prostaatziekten als benigne prostaathypertrofie (BPH) van angstwekkend voor de oudere man omgevormd werd tot een vervelende ziekte die ofwel door medicatie of door operatie genezen wordt. Zij hebben hier de term “loodgieters” verdiend!

Hun ambitie tegenover prostaatkanker is niet minder in de 21e eeuw. Tegen 2050 verwachten ze, gebaseerd op de biologische kennis van de ziekte, nieuwe principes en spits technologie in diagnose en behandeling van prostaatkanker te herleiden, in samenwerking met radiotherapeuten en oncologen, tot genezing of chronische ziekte waar de dood door kanker zeer zeldzaam wordt.

Prostaatkanker nog steeds nummer één

In feite staan we reeds volop in deze evolutie. Uit de cijfers van het nationaal kankerregister blijkt dat prostaatkanker nog altijd de topkanker is bij

mannen (krant 4 mei 2017) 7.909 prostaatkankers op een totaal van 31.827 mannelijke kanker of bijna 25%.

In 2014 telde men in Vlaanderen 5.103 prostaatkankers, met relatieve tien jaar overleving van 93,7% en liepen er in totaal 44.202 mannen rond met prostaatkanker in behandeling. De mortaliteit bedroeg gemiddeld 2%. Dit is een landverschuiving tegenover 20 jaar geleden. Deze goede cijfers werden bevestigd in een recente studie in Oxford UK waar na 10 jaar opvolging van 6.000 patiënten de overleving schommelde rond 98%.

Even goed nieuws is dat de urologen na stratificatie van de nieuw ontdekte prostaatkankers volgens graad van histologische en celdifferentiatie bewezen dat laagrisico patiënten geen onmiddellijke invasieve behandeling nodig hebben en rustig opgevolgd kunnen worden tot er ooit behandeling nodig is. Deze vorm van behandeling noemt men actief opvolgen. Ongeveer de helft van alle nieuw ontdekte kankers vallen in deze categorie.

Stratificatie van kankers en aangepaste behandeling

Hieruit volgen twee conclusies. Voor de patiënten die geen tien jaar te leven hebben (ouderdom, bijkomende ziekten) kan men rustig afwachten d.w.z. waakzaam wachten tot er klachten komen. Een praktisch gegeven daar de piek van incidentie van prostaatkanker schommelt rond de 75 jaar.

Ten tweede, tot na de biopsie weet men niet of onmiddellijk behandelen nodig is. Hoogrisico prostaatkankerpatiënten verdienen een optimale behandeling gericht op genezing of stabiliseren van de ziekte maar de andere patiënten komen in een schema van actieve opvolging.

Het spreekt vanzelf dat patiënten met uitgebreide of gemetastaseerde ziekte steeds onmiddellijk behandeld worden in de hoop het ziekteproces te stabiliseren.

Het is nuttig te weten dat plasklachten nooit iets te maken hebben met een beginnende prostaatkanker. De huisarts of uroloog hebben uitstekende medicatie ter beschikking om deze klachten te behandelen.

MOC bespreking ook bij prostaatkanker

Toch krijgt de patiënt te maken met gevoelens van angst, stress en depressie vooral als het woord kanker gevallen is. Men eindigt dan na de

finale diagnose en MOC bespreking met twee opties:

- De individuele medische behandeling: Multidisciplinair en optimaal leidend naar genezing of stabilisatie. Gebaseerd op research en feiten met gelijke behandeling voor alle patiënten.
- De gepersonaliseerde patiëntgerichte zorg die multiprofessioneel en holistisch is: Levenskwaliteit, patiëntgerichte uitslagen, psychosociale aspecten komen hier aan bod.

Patiëntenorganisaties een partner

Ook de patiëntenorganisaties spelen een hoofdrol in de zorg samen met de huisartsen en verpleegkundigen. In de research of klinische behandeling zijn de patiënten gediend door hun verworven kennis van feiten en fabels over prostaatkanker die in samenwerking met de professionelen door hun organisaties ingericht worden.

Vroegopsporing quid?

Hoe zit het nu met de vroegopsporing? Een goed einde. In 1991 begon in Antwerpen een gerandomiseerde screeningsstudie om prostaatkanker te ontdekken in een geneesbaar stadium. De initiatief werd geleid door de dienst urologie AZ Middelheim en het Provinciaal Instituut voor Hygiëne (Dr. V. Nelen). Na uitbreiding tot 8 landen met in totaal ongeveer 180.000 deelnemers werden de eerste resultaten gepubliceerd samen met de resultaten van een Amerikaanse megastudie in het befaamde *New England Journal of Medicine* in 2012. De Europese studie bracht een levenswinst naar voor van 20% terwijl de VS-studie negatief uitviel. De USPSTF (US Preventive Services Task Force) besloot dat PSA-screening niets opbracht en gaf een D-classificatie (niet aanbevolen). Nu vijf jaar later, op 11 april 2017, heeft de USPSTF haar ongelijk bekend en wordt PSA-screening aanbevolen onder C (bespreken met patiënt). De 16 jaar opvolging ligt klaar voor publicatie en dient rustig gelezen over het selectief gebruik van PSA in de individuele screening. De richtsnoeren voor de "nieuwe" aanpak zullen nog dit jaar onder consensus in Europa gepubliceerd worden.

Besluit

De urologen, we zijn er voor de patiënten, en verbinden zich om optimale behandeling en holistische zorg te steunen en tot een goed einde te brengen in de volgende decaden.

Bestraling voor prostaatkanker: Café Santé 7 maart

Piet Dirix, Frederik Vandaele, Chris Goor, Jean-Louis Dugardyn en Guido Buelens - Dienst Radiotherapie, Iridium Kankernetwerk

Bestraling voor prostaatkanker heeft de afgelopen jaren een onvoorstelbare evolutie doorgemaakt. Dankzij innovaties, zoals computergestuurde planning en continue beeldvorming tijdens de bestraling zelf, kan men veel beter de omliggende gezonde weefsels (in de eerste plaats blaas en darm) sparen. Hierdoor zijn de dosissen die men veilig kan toedienen ook aanzienlijk hoger dan enkele jaren geleden, waardoor bestraling een zeer (kosten-)efficiënte behandeling voor prostaatkanker vormt.

Een recente gerandomiseerde klinische studie uit Groot-Brittannië heeft aangetoond dat bestraling op lange termijn (10 jaar) volstrekt identieke resultaten geeft als radicale prostatectomie voor prostaatkanker beperkt tot de prostaat, maar met beduidend minder kans op incontinentie en impotentie [1]. Patiënten die bestraald worden hebben wel wat meer gastro-intestinale last. Daarom is het cruciaal om de endeldarm maximaal te sparen. Binnen onze dienst gebeurt dit door een zgn. darmvoorbereiding waarbij middels een lavement of zetpil de endeldarm vooraf maximaal geledigd wordt. Hoe beperkter de vulling van de darm door lucht en stoelgang, hoe minder kans dat deze mee bestraald wordt. Dit is dus iets waar de patiënt zelf aan kan bijdragen!

Wat betreft prostaatkanker die reeds buiten de prostaat gegroeid is (hierbij spreekt men van zgn. kapseldoorbraak) bestaat de standaardbehandeling uit bestraling in combinatie met hormonale therapie (tijdelijke castratie). Er gebeurt wereldwijd heel wat onderzoek om de resultaten van deze combinatietherapie verder te verbeteren, enerzijds door specifiek de dosis op de prostaatkanker zelf verder te verhogen (met uiteraard sparen van de darm en de blaas) en anderzijds door het toevoegen van innovatieve geneesmiddelen zoals bv. "tweede-generatie" antiandrogenen of immunotherapie. Dergelijke patiënten worden ook vaak geopereerd, zeker als ze wat jonger (<65 jaar) zijn. In dat geval dient er heel vaak postoperatieve bestraling van het "prostaat bed" te volgen, hetzij onmiddellijk nadien (in geval van positieve snedevlakken of aangetaste lymfeklieren bijvoorbeeld) hetzij in

geval van oplopend PSA (dat noemt men biochemisch recidief). Op basis van recent Frans en Amerikaans onderzoek worden ook dergelijke bestralingen bij hoog-risico patiënten gecombineerd met minstens zes maanden hormonale therapie.

1. Hamdy F.C. et al. 10-Year outcomes after monitoring, surgery or radiotherapy for localized prostate cancer. *N Engl J Med* 2016; 375(15): 1415 – 1424.

Dank u mevrouw Veerle Lamotte en OCMW Edegem

Rik Cuypers

De gemeente Edegem organiseert regelmatig medische voordrachten in haar "Centrum De Appel". Wij Ook vzw heeft wat aangedrongen om ook de prostaatproblemen aan bod te laten komen en een paar telefoons en mails volstonden om een positief resultaat te bekomen. Wij stonden er natuurlijk met onze stand en met de hulp van een kameraad medepatiënt ging onze documentatie vlot van de hand.



Initieel zou dokter Lucien Hoeckx van UZA de spreker zijn op 27 maart 2017, maar door de samenloop met het Europees Urologisch Congres in Londen, diende een nieuwe bevoegde spreker gezocht te worden. Als verpleegkundig trajectbegeleidster bij het "Multidisciplinair Oncologisch Centrum Antwerpen" voor urologische kankers, beschikt mevrouw Veerle Lamotte over kennis en ervaring in ons domein. Haar uiteenzetting was volledig en begrijpelijk en ze werd met de empathie van een verpleegster gebracht. Het talrijke publiek had dan ook een reeks vragen.

Onze vereniging stelt met voldoening vast dat patiënten en geïnteresseerden meer en meer kans krijgen zich te informeren. "Bornem" is een mogelijke volgende gelegenheid.

In de schaduw van Kos: “Over wetenschappelijk onderzoek en wetenschappelijke fraude”

Luc Dewilde

“Tenzij wij ‘medische vrijheid’ in de Grondwet opnemen, komt er een moment waarop de geneeskunde zichzelf in een ondergrondse dictatuur zal organiseren die wij voor het ogenblik onmogelijk kunnen bevatten” (Dr. Benjamin Rush, psychiater van George Washington en één van de ondertekenaars van de Amerikaanse Onafhankelijkheidsverklaring in 1776).

Fraude, ook bij ons

Enkele maanden geleden werd het nieuws bekendgemaakt dat een professor aan de KU Leuven ontslagen was omwille van malversaties op wetenschappelijk en ethisch vlak. Het ging meer bepaald over klinische studies met experimentele tumrovaccins verricht in het UZ Leuven en over onderzoekfondsen voor immuuntherapie bij hersentumoren bij kinderen.

In een recent verleden was er ook reeds ophef geweest omtrent fraude bij de statistische verwerking van data van proefdierstudies aan de VU Brussel.

Medisch onderzoek, België nummer twee

Wij staan in België wereldwijd op de tweede plaats na Denemarken als het gaat over het aantal onderzoeken per inwonersaantal. Er is traditiegetrouw een goede samenwerking tussen de academische wereld, de farmaceutische bedrijven, de ethische commissies en het geneesmiddelenagentschap.

Wetenschappelijke integriteit

Rectoren leggen graag de nadruk op wetenschappelijke integriteit, ethiek en openheid maar houden het potje liever gedekt als de goede naam van hun eigen universiteit ter sprake is. Er is wel enige divergentie merkbaar bij de verschillende universiteiten hoe repressief men precies moet optreden in gevallen van fraude.

Bij het aantreden in zijn nieuwe functie als

rector van de KU Leuven had Rik Torfs de omgang van de universiteiten met wetenschapsfraude zelfs vergeleken met het seksueel misbruik in de kerk: “Doen alsof je neus bloedt, is schuldig verzuim”. Ook pleitte hij voor een soort waarheidscommissie, die amnestie verleent aan wie schuld bekent.

Volgens VU Brussel rector Paul De Knop is het zich onderwerpen aan een persoonlijk belang onaanvaardbaar en staat of valt de hele academische wereld met één zaak: geloofwaardigheid. Daarom mag een wetenschapper zich maar aan één ding onderwerpen, dat is aan de feiten zelf. Bij vermoeden van fraude wordt het onderzoek eerst gecontroleerd door een commissie van wetenschappelijke integriteit. Na hun beslissing gaat de universiteit al dan niet over tot sancties.

If we knew what it was we were doing, it would not be called research (Albert Einstein)

Het probleem is internationaal. In 1973 publiceerden twee Amerikaanse journalisten William Broad en Nicholas Wade een interessant boek over wetenschappelijke fraude: *“Betrayers of the Truth. Fraud and Deceit in the Hall of Science.”* Voor deze auteurs kan wetenschapsfraude omschreven worden als de pathologie van de normale wetenschap, of als de abnormale maar onvermijdelijke uitingen in de normale werking van het wetenschappelijk onderzoek.

Peer review

Volgens de klassieke begrippen is de wetenschap een strikt logisch proces. Objectiviteit is de basishouding van iedere onderzoeker ten opzichte van zijn wetenschappelijk werk en waarbij zijn bevindingen grondig worden gecontroleerd door vakgenoten, de zgn. “peer review”.

Het toenemend aantal meldingen over wetenschappers die fictieve onderzoeksresultaten gepubliceerd hebben, doet hierover twijfel rijzen.

Hoe kan een onderzoeker die zich voorgenomen heeft de waarheid te ontdekken het basisprincipe van zijn beroep verloochenen door gemanipuleerde resultaten te publiceren? Misschien is wetenschapsfraude wel een mineur maar heel gangbaar kenmerk van het wetenschappelijk landschap.

Volgens de auteurs is er echter een algemener en ernstiger onderliggend probleem aanwezig: de wetenschappelijke fraude is een fenomeen waar de klassieke ideologie van de wetenschap geen antwoord op heeft en waarbij deze bijgevolg onvolmaakt of redelijk onvolledig moet zijn. Deze klassieke ideologie heeft zich gevormd vertrekkende van het werk van historici, filosofen en sociologen die de wetenschap niet hebben bestudeerd voor de wetenschap zelf maar in het perspectief van hun eigen discipline. De fraude zou zo wellicht een ander inzicht kunnen bieden tot het begrijpen van de wetenschap.

De geneeskunde heeft onvoorstelbaar veel nuttige kennis kunnen opdoen over de normale werking van het menselijk lichaam vertrekkende van zijn pathologie. Door de wetenschap te bestuderen vertrekkende van haar pathologische aspecten eerder dan terug te vallen op een willekeurig op voorhand bepaald criterium, is het gemakkelijker haar werking vast te stellen zoals ze werkelijk is eerder dan zoals ze zou moeten zijn.

De fraudegevallen zijn in feite meer een getuigenis over de werkelijke betrouwbaarheid van de wetenschappelijke controlesystemen maar ook over haar fundamentele aard, meer bepaald de wetenschappelijke methode, de relatie tussen feiten en theorie, de motivaties en het gedrag van de wetenschappers. Dit boek gaat dus over kenniswetenschap vertrekkende van het oogpunt van de wetenschappelijke fraude.

Tot besluit zeggen de auteurs dat de wetenschap weinig gelijkenis vertoont met het klassiek beeld dat wij ons ervan vormen. Bij het verwerven van nieuwe kennis zijn de wetenschappers niet enkel door logica en objectiviteit gedreven maar ook door niet rationele factoren zoals retoriek, propaganda en persoonlijke vooroordelen.

Une fausse erreur n'est pas forcément une vérité vraie (Pierre Dac)

Een ander werk waarnaar ik ook wil refereren is het in 1997 verschenen boek van de Franse

fysici Alan Sokal en Jean Bricmont: "*Impostures intellectuelles*". In hun boek klagen zij de postmodernistische stroming van de Franse intelligentsia aan met namen zoals o.a. Deleuze, Derrida, Lacan, Baudrillard,... Het werk verscheen na en naar aanleiding van de publicatie in het Amerikaanse tijdschrift "*Social Text*" van een artikel van een van de auteurs van het boek. Het gepubliceerde artikel zat bewust vol flagrante absurditeiten en onlogische beweringen gaande tot de ontkenning van een bewuste wereld buiten ons bewustzijn... Er werd hierbij gebruik gemaakt van volslagen foutieve termen uit de wiskunde en de fysica. De wetenschappelijke uitdrukkingen (bv. euclidische ruimte, lineaire ruimte, retroversie,...) werden volledig uit hun verband vermeld zonder geherdefinieerd te worden en gebruikt in een context waarin ze dan geen enkel betekenis meer hadden.

De bedoeling van het project van Alan Sokal was te zien of zulk artikel zou gepubliceerd worden. Het verscheen in een nummer buiten reeks over postmodernisme en wetenschappelijke afbouw.

Eén van de meest spraakmakende gevallen van wetenschappelijke fraude in een recent verleden was ontegensprekelijk de malversaties van de Italiaanse chirurg werkzaam in het Karolinska ziekenhuis Paolo Macchiarini, die wereldfaam verwierf met de implantatie van een luchtpijp bekleed met stamcellen. Een deel van de verantwoordelijkheid werd in twee externe onderzoeksrapporten bij het Karolinska Instituut gelegd. Hierdoor dreigde de uitreiking van de Nobelprijs Geneeskunde in 2016 het gedrang te komen want ook de Nobel Assembly bleef niet onbesproken gezien al hun leden behoren tot het Karolinska Instituut.

De faam van een onderzoeker, en des te meer als hij aan een universiteit verbonden is, wordt voor een groot deel bepaald door het aantal publicaties in wetenschappelijke tijdschriften. Deze kwantitatieve benadering van wetenschap kan op termijn nefaste gevolgen hebben en leidt natuurlijk gemakkelijker tot onderzoekfraude. Ook het systeem dat de onderzoeker onder druk zet moet dus dringend in vraag gesteld en herzien worden. Een belangrijke regel is beter niet te publiceren dan niets nieuws te publiceren.

I only believe in statistics that I doctored myself (W. Churchill)

John P.A. Ioannidis, M.D. is naast arts o.m. ook professor statistiek aan de Stanford University

School of Medicine. Hij is vooral gekend voor zijn research en publicaties over klinische studies. In 2005 publiceerde hij bij *PLoS Medicine* een artikel/essay getiteld “*Why Most Published Research Findings Are False*”. Het is de researcher niet toegestaan niets te vinden, een groots opgevatte klinische studie moet obligaats tot resultaten leiden. Zijn promotie en de financiering voor toekomstige projecten hangen hiervan af. De onderzoeksresultaten worden ook vaak onnauwkeurig gecontroleerd door collega’s om verschillende redenen. Tegenwoordig wordt wel vaker gebruik gemaakt van strikte onderzoeksprotocollen en de peer review gebeurt vaker door onafhankelijke onderzoekers. Bij elk artikel moet nu ook vermeld worden als er belangenverstremgeling (“conflicts of interest”) zou kunnen vermoed worden. Resultaten van klinische studies met producten die vallen onder de regelgeving van de FDA (Food and Drugs Administration) blijken ook vaak het voorwerp te zijn van manipulatie. Zo heeft de suikerindustrie wetenschappers van Harvard University omgekocht in de jaren 60 voor het vervalsen van resultaten van klinische studies over het verband tussen suiker, vetten en hartziekten. De desbetreffende artikelen verschenen in de *New England Journal of Medicine*.

Het is moeilijk degelijk, onafhankelijk onderzoek te doen, rekening houdende met kwaliteit en integriteit. De opdrachtgever heeft al te vaak banden met het te onderzoeken product en heeft dan ook baat bij een bepaalde uitkomst. Het komt voor dat bepaalde wetenschappelijke studies zo zijn opgesteld dat de conclusies niet anders dan positief kunnen uitvallen voor het bedrijf dat de studie opzette want een artikel met niet significante resultaten loopt uiteraard weinig kans gepubliceerd te worden.

Een interessant boek over het onderwerp is “*Side Effects. A Prosecutor, a Whistleblower, and a Bestselling Antidepressant on Trial*”, geschreven door journaliste Alison Blass. Zij beschrijft in detail het proces over de wetenschappelijke malversaties en de marketingpraktijken van een farmaceutische firma bij het op de markt brengen van een nieuw antidepressivum. Haar boek won in 2009 de Science in Society Award uitgereikt door de NASW (National Association of Science Writers).

Ook het boek van John Le Carré, “*The Constant Gardener*”, in 2005 prachtig verfilmd door Fernando Meirelles, met Ralph Fiennes en Rachel Weisz in de hoofdrollen, handelt over

corruptie van de farmaceutische industrie en malversaties met wetenschappelijke studies van een nieuw vaccin in Afrika.

Richard Horton, hoofdredacteur van *The Lancet* schreef vorig jaar een artikel waar hij het verschil benadrukt tussen “acceptability”, aannemelijkheid en “validity”, deugdelijkheid, van klinische studies. Bij de peer review wordt er te dikwijls enkel het eerste gecontroleerd en wordt te weinig de wetenschappelijke waarde van het onderzoek in overweging genomen. Statistische onnauwkeurigheden of fouten, belangenconflicten, publicatiedruk, enz. zijn ook bijkomende factoren waardoor de waarde van ongeveer de helft van alle gepubliceerde onderzoeksresultaten betwist kan worden. Ook de wetenschappelijke tijdschriften worden in zijn artikel op de korrel genomen en meer bepaald het wetenschappelijk comité dat de onderzoeken, vooraleer hun fiat tot publicatie te geven, moet controleren.

Twijfel voert tot onderzoek, onderzoek tot vooruitgang en kennis (Charles Augustin Sainte-Beuve)

Fraude blijft fraude ongeacht de oorzaak die eraan ten grondslag ligt. Elk geval van wetenschappelijke fraude is een daad dat bedrog tot doel heeft in het kader van het wetenschappelijk onderzoek. Het is een schending van de deontologie van het onderzoek en van de beroepsethiek die binnen de wetenschappelijke gemeenschap heerst. Men onderscheidt drie soorten van wetenschappelijke fraude: de vervalsing van gegevens, de fabricatie van gegevens en het plagiaat. Hierbij komen nog andere factoren bij zoals het niet respecteren van de ethische regels, het verzuimen van het vermelden van eventuele “conflicts of interest”,...

De wetenschappelijke fraude is geen marginaal probleem en is de laatste jaren in stijgende lijn aan het gaan. Het is een rechtstreeks gevolg van de competitiviteitsstrijd. Onderzoekers worden beoordeeld op hun wetenschappelijke output, dus op de impactfactor van hun publicaties. Het systeem werkt fraude in de hand. De individuele waarde van een onderzoeker wordt bepaald door het aantal gepubliceerde artikelen en het aantal referenties naar zijn artikelen. Het aantal keren dat hun artikel wordt geciteerd in andere wetenschappelijke tijdschriften is van belang bij de bedeling van onderzoekfondsen en beurzen. Deze numerieke gegevens worden als enig criterium gehanteerd

ter evaluatie van de individuele waarde van de onderzoeker door de beslissende onderzoeksinstanties, die op hun beurt ondergeschikt zijn aan de politieke macht. Die numerieke gegevens zijn beslissend voor de toekenning van onderzoeksgelden waardoor een aantal onderzoekers aan de verleiding niet kunnen weerstaan deze te manipuleren door om het even met welke middelen steeds meer te publiceren.

Maar wij mogen vooral niet vergeten dat bijna alle onderzoekers hun werk zeer integer uitvoeren.

De universiteit levert ook grote inspanningen voor een betere sensibilisering van haar

studenten voor wetenschappelijke fraude. Zo wordt aan de VUBrussel in het eerste bachelorjaar het wetenschappelijk falen al gevoelig gemaakt aan de studenten. In het derde jaar is er ook aandacht voor de regels van correcte wetenschapscommunicatie. En op doctoraatsniveau wordt gewezen op de gevaren van datamanipulatie en wetenschappelijke fraude. Voor de masterjaren wordt gewerkt aan de invoering van een apart vak.

(wordt voortgezet)

Kort

Brigitte Dourcy-Belle-Rose

Het jaarlijkse EAU congres – Londen

Dit congres werd en blijft een mijlpaal in de jaarlijkse evaluatie van de stand van zaken in urologische opzoeken en praktijk. Meer dan 12.000 geïnteresseerden uit 123 landen namen deel aan 300 sessies met 1.403 sprekers om de laatste innovaties voor te brengen of gebalde cursussen over gespecialiseerde onderwerpen te geven. Traditioneel werd een select team van Europa Uomo uitgenodigd om actief deel te nemen aan het congres.

Een weetje is dat de voorzitter van ons wetenschappelijk comité, professor Hein Van Poppel, een sleutelfunctie heeft in het EAU-bestuur als adjunct secretary general for education.

EAU (uroweb.org)

Een Amerikaans kort verhaal

Prof. Judd Moul, Chief urologist at Duke University (Durham, North Carolina) schreef een korte geschiedenis ter gelegenheid van het honderdjarig bestaan van de "*The Journal of Urology*" over het behandelen en opsporen van prostaatkanker. Hij vertrekt van een PSA-verhaal over Bill Catalona die in een report het nut van het rectaal onderzoek en PSA-bepaling bij 6.630 mannen vergeleek bij het opsporen van prostaatkanker. De winner was PSA. Hij vervolgt

met de PSA-hype die leidde naar een recordhoogte van PCA-incidentie en radicale operaties in de USA. Hij besluit met de pijnlijke uitslag van PLCO screening studie waar geen levenswinst gevonden wordt door een contaminatie van PSA-gebruik in de controle groep. Een studie die screenen met screenen vergelijkt. Tenslotte besluit hij met de revisie van het negatief besluit over PSA-gebruik voor het screenen van PCA door het USPSTF (US Preventive Services Task Force) en een hartelijk welkom aan de therapeutkeuze "Active surveillance" die hij een belangrijke vooruitgang noemt voor de behandeling van PCA in deze 21e eeuw.

Dank aan Judd Moul, een vriend van OCA Antwerpen voor deze openbare uitspraak. Europese urologie heeft het recht om gelauwerd te worden voor haar verdienste over PCA - screening en active surveillance.

J Urol. 197, 208, 2017

PCA Screening: Een nieuw mandaat

De USPSTF zag op 11 april 2017 de noodzaak in om haar D recommandatie tegen het gebruik van PSA in het opsporen van PCA te veranderen naar een C aanbeveling. Dit betekent het uitvoeren van de PSA-test voor geselecteerde mannen jonger dan 70 jaar.

JAMA online 11.04.2017

Deze ommezwaai werd veroorzaakt door een eerherstel van het USPSTF voor de uitslagen van de ERSPC (European Randomised Study of

Screening for Prostate Cancer) na 13 jaar opvolging, en de populariteit van actieve opvolging (active surveillance). Mogen we met wat fierheid herinneren dat ECRPC in Antwerpen werd gelanceerd in 1991.

PCA behandeling voor Dinos

In Antwerpen worden mature kerels boven de 60 jaar krokodillen genoemd en boven de 70 jaar dinosaurussen! Stoppen we dan met te denken aan prostaatkanker. Hier gebruiken we gezond verstand en houden we rekening met overlevingstatistieken.

We weten uit de studies van ISCO (International Society of Geriatric Oncology) dat we de patiënt, beoordelen op zijn individuele gezondheidstoestand en niet op administratieve ouderdom. Standaardevaluatie omvat hier fysieke gezondheid, voedingstatus en co-morbidity. Buiten deze medische, biologische evaluatie dient extra aandacht besteed aan de zorgaspecten als sociale en financiële problemen en toegang tot gespecialiseerde behandeling. Last but not least. De keuze van de patiënt in een gezamenlijke beslissing dient bevorderd en gerespecteerd.

Hot Sheet Maart 2017

Een logische, doordacht principe maar voorzichtigheid is geboden. De regel van waakzaam wachten (watchful waiting) geldt dat het opsporen van PCA en behandeling alleen zin heeft zo de patiënt nog tien levensjaren voor zich heeft.

Nationale friet kankerverwekkend?

Eureka! In tegenstelling tot wat de pers ons de voorbije dagen voorspelde zijn goudbruine frietjes niet noodzakelijk kankerverwekkend. Deze kleur wordt veroorzaakt door acrylamide die gevormd wordt door zetmeelrijke voeding te verhitten boven de 120°C. Niet alle aardappelen zijn gelijk. Het aanwezige zetmeel, water en suiker bepalen de hoeveelheid acrylamide. Dr. Lien Smeesters van het VUB Brussels Photonics Team vond een oplossing om minder acrylamide binnen te spelen. Laser en detectoren geven per aardappel, een indicatie voor de betere patat om te frituren. Kan gebruikt worden op industriële schaal.

VUB Today 9.02.2017

Tip voor frietsupporters. Aardappelen niet in de koelkast bewaren, geen dunne frietjes en de donkergekleurde frieten vermijden. We kijken uit naar de reactie van Sergio Herman.

Foto dynamische therapie bij laagrisico prostaatkanker

Algemeen wordt actieve opvolging (active surveillance) verkozen voor zeer lage of laagrisico prostaatkanker. Toch blijft deze vorm van behandeling een blijvende stress voor patiënten die hun angst voor het woord kanker niet kunnen overwinnen.

Voor deze patiënten wordt focale therapie aangeboden (cryotherapie, HIFU, laser) en in dit artikel wordt fotodynamische therapie met padeliporfine aanbevolen. Maar de auteurs raden langere studies aan daar complicaties en herhal van kanker tot 50% beschreven werden.

Tot we een onschadelijke focale therapie aanbieden lijkt het aangewezen de diepe angst bij sommige patiënten weg te nemen door correcte informatie.

BMJ 2017 356/ 575

11th European Patient's Right Day

Deze conferentie ging door op 10 mei 2017 in Brussel (European Economic and Social Committee).

De 2017 focus ligt op European & National Medicines Regulatory Systems: de uitdagingen voor een evenwaardige, vlugge en praktische toegang tot innovatie.

De inhoud omvat de complexe materie van innovatie in de lidstaten (terug 27 na Brexit) door de voornaamste Regulation Systems in samenwerking met nationale en internationale patiënten verenigingen o.a. Eupati te bundelen.

Active Citizens Network
www.activecitizenship.net

Wordt MedEye app rechterhand van de zorgsector

Deze app werd ontwikkeld door het IJslandse bedrijf Mint Solutions. Het bestaat uit verschillende delen:

- * Hulp aan verpleegkundigen om de medicatie van elke patiënt te controleren en registreren aan het ziekenhuisbed.

- * Informatie aan de patiënte over hun medicatie

- * Analyse van de medicatie toediening in het hele ziekenhuis

Stilaan maar zeker vinden toepassingen van Big Data hun weg in de moderne, digitale

geneeskunde.

De Specialist, Nieuwsbrief 4.4.2017

Europa Uomo Update

De nieuwe vorm van communicatie van Europa Uomo brengt wekelijks informatie van, voor en door patiënten met problemen in het algemeen en prostaatkanker in het bijzonder.

Men vindt er alle nuttige inlichtingen over de Europa Uomo activiteiten, nuttige artikels en zelfs een wekelijkse cartoon van onze huistekenaar Paul Kempeneers. Aanbevolen voor iedereen geïnteresseerd in de prostaat, Zij die er aan lijden en zij die de behandeling leiden. Gratis abonnement bij secretariaat Europa Uomo: www.europa-uomo.org

4th ESO Prostate Cancer Observatory

De ESO-dag is een klassieke opening van het EAU-congres. De inhoud gaat over wat belangrijk

is in 2017 voor prostaatkankerbehandeling.

De bijdrage van professor Joniau was een schot in de roos. Eerst verwees hij naar de prostaatstudie waar chirurgie, radiotherapie en monitoring een gelijkaardige overleving brachten na 10 jaar behandeling (hij schreef actieve opvolging maar er is geen vergelijking tussen monitoring en actieve opvolging! Een misverstand). Bij monitoring heb je toch een aantal patiënten die tumorprogressie vertonen.

Op basis van PI-Rads score (Prostate Imaging and Data System), die loopt van 1-5, weten we nu dat een score van 13 en een PSA-dichtheid van 0,15 een gunstige evolutie kennen. Het geeft de mogelijkheid de weinige patiënten te identificeren die tumorprogressie vertonen tijdens actieve opvolging door middel van beeldvorming en biomarkers.

Stap voor stap wordt de actieve opvolging de enige en juiste keuze bij laagrisico prostaatkanker.

Artsenkrant 29.03.2017

Een abrupte confrontatie met een snelgroeiende prostaatkanker

Urbain Bruggeman

Als jongeman was ik vastbesloten om alles in het werk te stellen om vrij te blijven van kanker. Voor mij stond deze vreselijke ziekte gelijk met het martelaarschap, met dat verschil dat het slachtoffer na zijn overlijden niet in de lijst van de martelaars zou worden opgenomen.

In mijn familie is bij mijn weten kanker slechts éénmaal voorgekomen, met name bij mijn broer die op zijn zevenendertigste levensjaar gestorven is van een acute blastenleukemie, een zeer agressieve vorm van bloedkanker. Mijn andere familieleden zijn ofwel gestorven van ouderdom, ofwel van hart- en vaatziekten, te wijten aan een gelukkig leven als levensgenieter.

Als echte Vlaming eet en drink ik graag en, om eerlijk te zijn, eet ik dikwijls te veel om goed te zijn. Op culinair vlak gedraag ik me dus soms als een oude Belg. Bij mij ontbreekt evenwel de dikke snor.

Om de overvloedige kilo's eraf te krijgen, sportte

ik veel: wandelen, joggen en vooral fietsen. En vanaf het Keltisch feest van Imbolc, in de

beschaaft wereld gekend als Lichtmis, deed ik mijn uiterste best om te vasten. Na de zonde komt een moment van bezinning.

Ik was dus een gelukkige en gezonde spruit. Bij momenten rookte ik pijp, bij voorkeur gevuld met Semoistabak. Als ge deze zware tabak rookt, is het leven veel aangener, zelfs bij somber weer. Op hoogdagen rookte ik soms een sigaar. Wat was het leven mooi.

Toen ik vijfenvierig jaar werd vroeg ik aan



mijn huisarts om mijn prostaat te onderzoeken. De huisarts schreef een bloedonderzoek voor en voerde een rectaal touché uit, wat ik als zeer onaangenaam ervoer. Alles was gelukkig normaal.

Dit onderzoek werd elk jaar herhaald, zonder dat verontrustende tekenen aan de horizon verschenen. Tot mijn vijfenvijftigste verjaardag bleef alles normaal.

Toen ik vijfenvijftig jaar geworden was, begon ik plasproblemen te krijgen. Mijn huisarts stelde bij een rectaal touché een lichte vergroting van de prostaat vast. Volgens hem was dit normaal op mijn leeftijd. Mijn bloeduitslag was evenwel normaal.

Een jaar later stelde de huisarts een lichte vorm van diabetes, type 2, vast. Dikke pech! Culinaire avonturen behoorden vanaf dan tot het verleden. Ingevolge lichte rugklachten en na onderzoek onder de CT-Scan werd artrose van het sacraal gewricht en de laagste ruggenwervels vastgesteld. Ik vroeg me af of dit oud worden was. In elk geval zong ik vanaf dat ogenblik een toentje lager.

Op 1 mei 2015 ging ik met pensioen. Ik kreeg eindelijk voldoende tijd om te doen wat ik graag doe, heerlijk! Maar het mooie liedje duurde spijtig genoeg niet lang.

Na enkele maanden stelde ik een terugval van mijn mobiliteit vast: ik kon nog moeilijk vlot van mijn fiets stappen en hurken was ook niet meer vanzelfsprekend. Ik linkte deze problemen aan de artrose die enkele jaren daarvoor bij mij werd vastgesteld. Zorgen maakte ik me toen nog niet.

In 2016 ontwaakte ik uit mijn winterslaap met plasproblemen. Mijn huisarts stelde een sterk vergrote prostaat vast en schreef mij een antibioticum en Ranomax voor. Omdat dit niet voldoende werkte, werd overgeschakeld naar Vesomni. Na enkele weken waren de plasproblemen nagenoeg genormaliseerd. Ik kon terug beginnen leven.

In mei 2016 werd ik tweemaal 's nachts geconfronteerd met pijn in het bekken. Op het einde van de maand juni kon ik plots mijn kousen niet meer aandoen. Mijn rechterbeen weigerde voldoende te buigen. Probeer dit maar eens uit te leggen aan een normale persoon! De dag nadien vroeg ik aan de huisarts om dringend bijkomend onderzoek. Deze verschijnselen konden nog moeilijk als normaal worden beschouwd.

Op 6 juli 2016 werd in het ZNA, campus Middelheim, een MRI-onderzoek uitgevoerd. Diezelfde dag werd ik ervan op de hoogte gesteld

dat op de MRI-beelden kankerovertuigingen op het bot werden vastgesteld. Kankerovertuigingen? Ik voel met toch niet ziek, dacht ik.

De volgende dag stelde men in de afdeling Urologie van het Middelheimziekenhuis uitgezaaide prostaatkanker vast. Een donderslag bij heldere hemel. Een biopsie wees uit dat het ging om een hoogrisico prostaatkanker, Gleason score 9 (4+5). Een CT-scan bracht ook kliermetastasen aan het licht. Een botscan wees uit dat de overtuigingen op het bot omvangrijk waren.

Ik vernam al deze onheilspellende berichten met groot ongeloof. Ik voelde me helemaal niet ziek. Ik was niet van plan om in een hoek te treuren, maar verder te leven zoals ik gewoon was te doen. Waarom zou ik mijn levenswijze veranderen?

Vanaf 19 juli 2016 kreeg ik elke maand een dosis Firmagon toegediend, een hormonenpreparaat waardoor mijn kanker in slaap wordt gebracht. Wat mij vooral aanstond was de gunstige reactie op de therapie. Net zoals de boze wolf die niet meer geïnteresseerd was om roodkapje op te eten.

Om de pijn in het bekken te bestrijden, kreeg ik vijf beurten antalgische radiotherapie ter hoogte van het bekken. Dit was een eerste kennismaking met het 'Iridium netwerk'. Bespreking in het Middelheim ziekenhuis, aftekening in Sint-Augustinus en bestraling in AZ Nikolaas: het bestralingsscenario werd een kleine ronde van Vlaanderen.

Alles is geautomatiseerd: een kaart voor de gratis parking, een kaart om zelf in te loggen. Alleen werkte de kaart niet. Aan wie moeten we iets vragen? Enfin, er was koffie en muziek in de wachtzaal, wat het wachten aangenamer maakte. Stilte voor de storm?

De gevolgen van deze bestralingen lieten niet lang op zich wachten. 's Nachts verliep het plassen opnieuw zeer moeilijk. Ik moest tot viermaal per uur uit bed om te plassen. Dit was een eerste en vroege bijwerking van de radiotherapie. Een middag dutje werd een noodzaak. Nadien keek ik in mijn bed nog een tijdje naar de televisie. Zo kreeg de dag ondanks alle ongemakken toch nog een mooie kleur.

Een week later werd ik geconfronteerd met brandwonden, ook een gevolg van de radiotherapie. Deze brandwonden werden behandeld met Flamigel. Ze werden meerdere malen per dag ontsmet. Het dagelijks leven ging

dus gepaard met een aantal servituten die noodzakelijk waren om het leven min of meer dragelijk te maken.

Ondanks al deze gesels, bleef ik normaal leven. Ik werkte in de tuin, knapte klusjes op en nam voor alles voldoende tijd, zodat ik kon genieten van elk straaltje zon.

Op 18 augustus 2016 werd gestart met zes chemobehandelingen. In het dagziekenhuis mocht ik plaats nemen in een ruime zetel. Dit deed mij denken aan de tijd dat ik in Brussel op kantoor lekker achteruit leunde in mijn zetel, na enkele uren van zware arbeid.

Van de eerste vier chemobehandelingen heb ik weinig bijwerkingen gehad en kon ik normaal verder leven. Rond half september verdwenen langzaam de storende bijwerkingen van de bestralingen.

Tijdens mijn chemobehandeling ontdekte ik een omgeving waarin personen met prostaatkanker centraal staan. Nadat mijn echtgenote aan de patiëntendag te Leuven had deelgenomen, overhaalde ze me om lid te worden van Wij Ook. Er ging er een nieuwe wereld voor mij open.

Elke woensdagmorgen kon ik deelnemen aan Feel+. Dit zijn oefeningen voor mensen met prostaatproblemen. Ik werd een trouwe deelnemer, ook al lukken niet alle oefeningen meer. De metastasen hebben een invloed op de mobiliteit ter hoogte van mijn bekken.

Regelmatig wordt er een Café Santé georganiseerd, waar interessante informatie met betrekking tot prostaatkanker wordt gedeeld en mensen met prostaatkanker met elkaar kunnen netwerken. Ook daar zijn we trouwe deelnemers geworden. Hierdoor kunnen we de nieuwste ontwikkelingen op gebied van prostaatkanker volgen.

De vijfde en zesde chemobeurt waren zeer zwaar te verwerken. Een paar dagen voor de laatste chemobehandeling vertoefde ik met mijn gezin in de Gaume. Elke dag maakten we een wandeling na een heerlijk ochtendmaal. Ik had er de gewoonte van gemaakt om dan even te gaan kijken naar schapen en een ezeltje die op de wei naast een hoeve stonden. Hiervoor moest ik enkele honderden meters bergop wandelen. Door de opeenvolgende chemobehandelingen en de mobiliteitsbeperkingen van mijn bekken was dit voor mij een zeer zware opdracht geworden.

Toch is deze korte vakantie heerlijk geweest. Ik heb kunnen genieten van de kleine geneugten

van het leven. De cultuur van lekker eten, bereid met de tradities van het terroir, stond er hoog op het culinaire agenda. Door mijn ziekte gebeurden de tochten vooral met de auto, maar hebben we toch een aantal pareltjes ontdekt in een voor ons onbekende uithoek van België.

Op 7 december 2016 viel het doek over de chemobehandelingen. Het was hoogtijd, want mijn conditie was zwaar op de proef gesteld.

Enkel de maandelijks injectie met firmagon moet worden verdergezet. Elke drie maanden zal er in het Middelheimziekenhuis een controle plaatsgrijpen. Voor het overige word ik op dit ogenblik bespaard van nieuwe behandelingen.

Door de wintermaanden recupereerde ik heel traag. Een week aan de Costa del Sol op het einde van de maand januari kwam dan ook als een godsgeschenk. Het prachtige weer had een gunstige invloed op mijn fysisch gestel. Eén van de hoogtepunten was ongetwijfeld het bezoek aan het idyllisch stadje Alhama de Granada. Vooral het baden in het warme water dat uit de rotsen kwam deed me enorm deugd. Plots voelde ik nergens meer pijn, toch niet de eerste uren na het helend bad. Mijn capriolen in het warm water kon worden vergeleken met stoeibewegingen van een paling.

De laatste chemobehandeling is nu reeds meerdere maanden achter de rug. De uitzaaiingen eisen langzaam hun tol. Bukken en rechtstaan vragen heel veel energie van mij. Voor mij is het dan ook van groot belang om relevante informatie te krijgen via onder meer Café Santé.

In elk geval moet ik ervoor zorgen dat mijn conditie op peil blijft. Werken in de tuin, wandelen, fietsen, zwemmen en vooral het deelnemen aan de Feel+ oefeningen zijn instrumenten die me in staat stellen om dit doel te bereiken. Daarnaast – en dit is mijns inziens minstens even belangrijk – heb ik er alle belang bij om positief te blijven denken en te leren leven met mijn fysieke beperkingen.

Ik zie mezelf als een jongetje die een puzzel van 1.000 stuks tegen een welbepaalde deadline moet leggen. Bij elke succesvolle realisatie binnen de deadline haalt hij opgelucht adem. Hij voelt een grote voldoening in het hier en nu. Morgen is voor hem nog ver weg al weet hij dat hij dan voor dezelfde uitdaging zal staan... Carpe diem (pluk de dag) is zijn motto en dit is voor hem, alles bij elkaar genomen, nog zo'n slechte levenswijze niet.



Café Santé Prostaatziekten

**Dinsdag 20 juni 2017
te 17.00 u**

Oncologisch Centrum Antwerpen
Zaal Roger Avermaete
Lange Gasthuisstraat 45, 2000 Antwerpen

De patient-flow

Dr. J.L. Dugardyn, Radiotherapeut, GZA St. Augustinus

Geavanceerde metastatische PCa

Rik Cuypers, Bestuur Wij Ook België vzw

Gratis toegang, maar inschrijving is noodzakelijk (beperkte plaatsen) op
03/338.91.51 of e-mail wij_ook@hotmail.com en dit tot 16/06/2017

Agenda!!
Zaterdag 16-12-2017:
Symposium Mechelen

Er is gelijktijdig congres voor patiënten en huisartsen.
De laatste sessie is gemeenschappelijk voor beide groepen.

Programma:

Huisartsen:

Prostaatkanker up-to-date met aandacht voor de huidige visie aangaande screening

Prostaatkankerzorgpad: welk is de taak van de huisarts bij de screening, diagnostiek, behandeling en follow-up van prostaatkanker.

Patiënten:

Prostaatkanker up-to-date met aandacht voor de huidige visie aangaande screening

De patiënt staat centraal en beslist mee; hoe kan het comfort van de patiënt verbeterd worden bij diagnostiek en therapie

Gemeenschappelijk:

Verdere organisatie Wij Ook Mechelen

Wat verwacht de patiënt van zijn huisarts?

Welke info kan de huisarts aan zijn patiënt geven?

Wat is voor de patiënt het belangrijkste: een korter maar comfortabel leven
of een langer maar minder comfortabel leven?

'Coördinatie: Dr. Bruno Mortelmans'



Europese Patiëntendag 2017

Hasselt 23 september 2017



Deel 1 Voorzitters Prof. Dr. Louis Denis (tbc) en André Deschamps

**09:40 Welkom # André Deschamps
voorzitter Wij Ook vzw**

09:45-10:00 Vroeg-opsporing van prostaatkanker
Dr. Walter Vervecken
[Mariaziekenhuis Noord-Limburg]

**10:00-10:15 De dokter zegt dat het niet erg is,
laag risico, wat nu?**
Dr. Lucien Hoekx
[UZA Antwerpen]

10:15-10:30 Chirurgie
Dr. Tom Tuyten
[Kliniek voor Urologie Hasselt]

10:30-10:45 Bestralingstherapie
Dr. Leen Noé
[Jessa Ziekenhuis Hasselt]

**10:45-11:00 Nevenwerkingen en wat doen we er
aan**
Prof. Dr. Koenraad Van Renterghem
[Jessa Ziekenhuis, UZ Leuven &
UHasselt]

11:00-11:30 Koffie pause

De Europese Patiëntendag 2017 gaat door te Hasselt in wat bekend staat als de "Oude Gevangenis" met als adres: Martelarenlaan 42 te 3500 Hasselt. De faculteit Rechten is toepasselijk in de "Oude Gevangenis" gevestigd.

Komt u met de trein, dan kan u de lokatie te voet bereiken, u kan een bus nemen (Boulevardpendel) met als bestemming halte Kolonel Dusartplein, vanaf hier is er bewegwijzering naar de lokatie (minder dan 400m).

Komt u met de wagen dan is er onder het Kolonel Dusartplein een grote betaalparking. Meer informatie op www.parkings-hasselt.be.

Op 23 september is het nog kermis in Hasselt maar deze start ruim na het einde van onze Patiëntendag zodat onze deelnemers daar ook nog van kunnen genieten. Bovendien is het Hasseltse Stadcentrum goed te bewandelen en gezellig, aan restaurantjes geen gebrek.

Inschrijven: de toegang is gratis maar inschrijven is verplicht op 03/338.91.51 of e-mail wij_ook@hotmail.com of lokaal via één van de urologische diensten.

Deel 2 Voorzitters Dr. Vannueten (ZOL - Genk) en Willy Walschaert

**11:30-11:45 Mijn prostaatkanker is te laat
gevonden en al gemetastaseerd wat
nu?**

Prof. Dr. Steven Joniau
[UZ Leuven & KU Leuven]

**11:45-12:00 Mijn PSA is terug gestegen en ik ben
behandeld, wat nu?**

Dr. Bert Goossens [Kliniek voor
Urologie Sint-Truiden]

12:00-12:15 Mijn familie is ook ziek, is er hulp?

Dr. Dries Mortier
[Kliniek voor Urologie Tongeren]

12:15-12:30 De patiënt spreekt

Dr. Erik Briers [Wij Ook Oost]

**12:30-12:45 Het laatste woord met de belangrijkste
boodschappen**

Dr. Luc Dewilde
[Wij Ook & OCA Antwerpen]



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. Deze 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

