



# PROSTAATinfo

Nieuwsbrief van Wij Ook Belgium vzw

September 2016

  
PB-PP/B-12943  
BELGIË - BELGIQUE  
Verschijnt  
Driemaandelijks  
Sep-okt-nov 2016  
P910655



**Europese patiëntendag 2016 Leuven (p10)**  
**Een “positivo” over zijn prostaatkanker... (p11)**  
**Immunotherapie voor “Dummies” (p13)**



## PROSTAATinfo

Nieuwsbrief Wij Ook Belgium

### Hoofredacteur/editor

Erik Briers [erikbriers@telenet.be]

### Redactievoorzitter

Henk Van daele

### 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 Hein [Voorzitter] - UZ Leuven

Dr. Ameye Filip - AZ Maria Middelaars

Dr. Braeckman Johan - UZ Brussel

Dr. Debacker Tibaut - ZNA Middelheim

Prof. Dr. De Meerleer Gert - UZ Gent

Prof. Dr. De Wachter Stefan - UZA

Dr. Dewilde Luc - Bestuur Wij Ook

Prof. Dr. Joniau Steven - UZ Leuven

Prof. Dr. Lumen Nicolaas - UZ Gent

Prof. Dr. Michielsen Dirk - UZ Brussel

Pieters Ronny Verpleger UZ Gent

Dr. Schrijvers Dirk - 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](http://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.be](mailto:info@wijook.be)

Web: [www.wijook.be](http://www.wijook.be)

IBAN: BE78 4037 1493 0186

Oplage 4.000 ex.

ISSN:1782-0847

Prijs per nummer 5 euro

Inbegrepen in het lidgeld

16e jaargang september 2016

© 2016 Alle rechten voorbehouden

### Verantwoordelijke uitgever

Luc Dewilde - Antwerpen

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

## PROSTAATinfo

Nieuwsbrief van Wij Ook Belgium



# Editoriaal: Beste Lezer

Henk Van daele, Wij Ook België vzw

## Beste Lezer,

“’t Is weer voorbij, die mooie zomer. Die zomer die begon zowat in mei. Aaah, je dacht dat er geen einde aan zou komen, maar voor je 't weet is heel die zomer alweer lang voorbij”.

De woorden zijn van Gerard Cox en het overbekende liedje, een nummer van Steve Goodman, past bij dit septembernummer van *PROSTAATinfo*. De dagen worden inderdaad al merkbaar korter en de temperatuur zakt want de zon laat het meer en meer afweten.

Maar niet lang getreurd. Velen vinden september en oktober heerlijke maanden om het platteland op te zoeken en rustig te wandelen, ver weg van de geasfalteerde wegen. Het is nu niet meer te warm en de natuur biedt ons prachtige tafereeltjes. Het zomerse groen moet wijken. Bomen en struiken nemen stilaan hun herfsttooi aan. De kleuren groen, geel en bruin, in een rijke verscheidenheid van schakeringen, nodigen uit tot stil genieten. Fotoliefhebbers halen hun camera's boven om mooie beelden te schieten van deze kleurenpracht. Kunstschilders van alle tijden hebben de natuur in dit seizoen hulde gebracht op hout of op doek.

Rustig wandelend of flink stappend, het blijft zeker voor oudere kankerpatiënten nog altijd een belangrijke en gemakkelijk te beoefenen sporttak die weinig materiële investeringen vergt en elke dag op eigen tempo kan beoefend worden. Doen dus!

September en oktober zijn ook maanden dat kankerpatiënten hun voeding tot in de puntjes kunnen verzorgen. Het aanbod aan lokaal geproduceerde seizoensgebonden groenten en fruit is uitzonderlijk groot. Zoals bekend moeten we elke dag minstens vijf eenheden verse

groenten en fruit eten en dat is in deze periode geen enkel probleem. Leve onze inheemse appels en peren!

Persoonlijk zijn we een enthousiast liefhebber van de o zo typisch Belgische Durondeaupeer, de keizer onder alle peren. Het seizoen van deze vrucht is kort; het duurt hoogstens een maand. Bovendien is deze sappige vrucht niet houdbaar. Er snel bij zijn is dus de boodschap.

Ook het seizoen van de inheemse noten is nu volop aangebroken. Als kind genoten we al van beukennootjes en tamme kastanjes. En ik moet eerlijk bekennen dat ik deze vruchten in park en bos nog altijd opraap tijdens het wandelen. Het knabbelen op walnoten of okkernoten kan een heerlijke bezigheid zijn voor het televisietoestel; ze bevatten meer dan twee keer zoveel antioxidanten als andere noten en zouden (althans bij muizen) remmend werken op borst- en darmkanker. Hazelnoten zijn dan weer een rijke bron van vitamine E en ze zitten vol onverzadigde vetzuren.

Vele scholieren en studenten starten het nieuwe schooljaar met een heleboel goede voornemens. Laat ons dat lichtende voorbeeld volgen. We beginnen het nieuwe werkingsjaar van Wij Ook vzw optimistisch. We stoppen met kniezen en kankeren. Meer bewegen wordt onze leuze. Onze voeding verzorgen wordt een dagelijkse praktijk. We hebben een duidelijk doel voor ogen: we streven met zijn allen naar een maximale levenskwaliteit.

En samen met Will Tura zingen we: “Mooi, 't leven is mooi, zolang er zon, muziek en kinderen zijn”.

## Inhoud van dit nummer

- 3 Beste Lezer [Henk Van daele]
- 5 Screening en Active Surveillance voor wie en hoe? [Lucien Hoekx]
- 6 Lokale behandeling en neveneffecten [Frank Van der Aa]
- 7 Korte berichten [Brigitte Dourcy-Belle-Rose]
- 8 Jaarvergadering EUROPA UOMO [André Deschamps]
- 10 Leuven 2016 Patiëntendag [Luc Dewilde]
- 10 Een “positivo” vertelt over zijn prostaatkanker... [Vic Boyens]
- 13 In de schaduw van Kos, “Immunotherapie voor dummies” [Luc Dewilde]
- 15 Kort [Brigitte Dourcy-Belle-Rose]

- 18 Boekbesprekingen [W. Walschaert, H. Van daele, L. Denis]
- 22 RIZIV statistieken, PSA [Erik Briers]
- 23 Aankondigingen



## Omslagfoto

Leuven, Europese patiëntendag 2016 ©EB

# 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](mailto:europauomo@skynet.be)

# “Screening en active surveillance” voor wie en hoe?

Dr Lucien Hoekx, UZ Antwerpen

Alle mannen systematisch screenen met PSA en in geval van prostaatkanker allemaal behandelen zou ons leiden tot overdiagnose en overbehandeling. Correcter is om meer selectief aan vroegdiagnostiek te doen bij een patiënt die goed geïnformeerd wordt over de consequenties van een dergelijke vroege diagnose. Zie ook [www.dekeuzemaken.be](http://www.dekeuzemaken.be) waarbij artsen en patiënten nuttige informatie kunnen vinden.

Omgekeerd wil ik toch ook graag stellen dat de boodschap, die soms aan patiënten wordt gegeven, dat het gebruik van PSA voor vroegdiagnose niet meer veralgemeend wordt terugbetaald omdat dit toch geen nut heeft, ook te ongenueanceerd is. Bovendien wordt soms zelfs beweerd dat de behandeling van een gelokaliseerd prostaatcarcinoom de overleving toch niet kan verlengen en enkel leidt tot ernstige bijwerkingen.

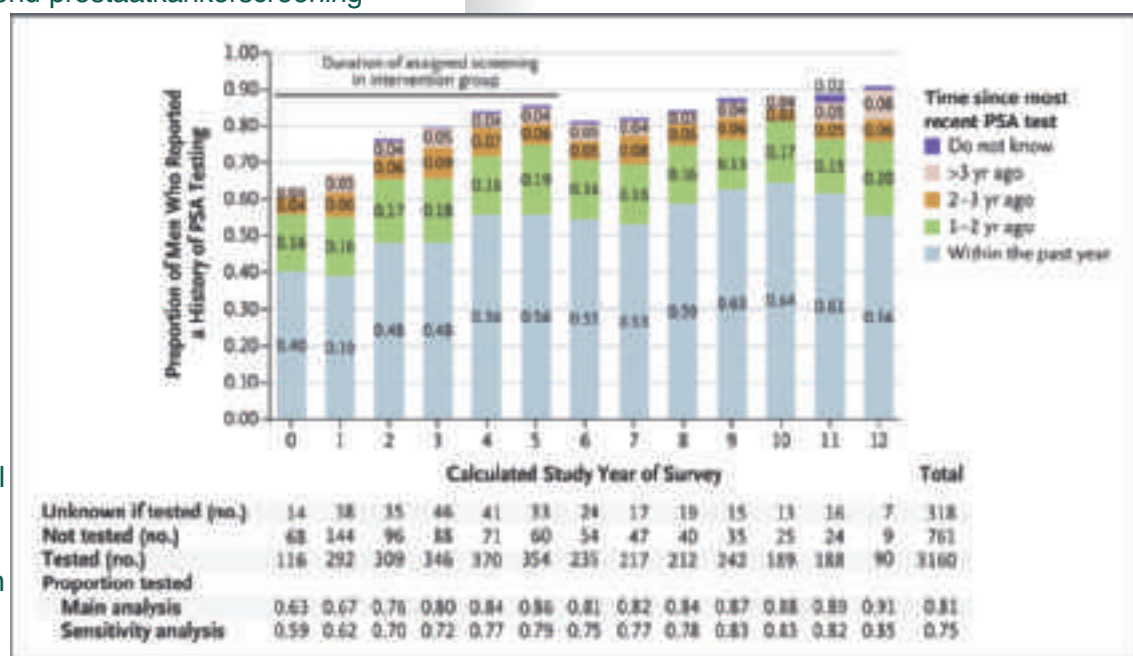
In 2014 vond ik nog op de website van Domus Medica: ‘De onenigheid tussen de verschillende aanbevelingen rond prostaatkankerscreening verdwijnt. De meeste aanbevelingen geven een negatief advies voor systematische screening. Ook opportunistische screening, op vraag van de patiënt, bij mannen wordt afgeraden. Enkel de urologische beroepsverenigingen pleiten voor een



Europese  
Patiëntendag  
Prostaatkanker:  
Zaterdag 27 augustus  
2016 (Deel I)

“gesystematiseerde” opportunistische screening bij mannen tussen 55 en 69 jaar (Bram Spinnewijn)’. Veel, vooral jonge huisartsen hebben dit toen geïnterpreteerd als zouden huisartsen geen PSA-bepalingen meer mogen voorschrijven. Ik heb al meegemaakt dat collega’s weigeren om een PSA mee te prikken bij patiënten van mij die in opvolging zijn voor een prostaatkanker omdat ze bang zijn dat dit niet goed zou zijn voor hun profiel.

In de maand mei van dit jaar is er een artikel verschenen ivm PSA-bepalingen in de controle arm van de PLCO screening studie (*N Engl J Med* 2016; 374:1795-1796; May 5, 2016). Blijkt dat in de controle arm 90% van de mannen een PSA-test had ondergaan en dat cumulatief er zelf meer PSA-testen waren gebeurd in de controle arm dan



in de gescreende arm (zie figuur). De PLCO-screening studie gebruiken om de resultaten van de European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) te minimaliseren, lijkt mij dan ook niet correct.

Verder is het zo dat we tegenwoordig niet elke prostaatkanker behandelen. Een beperkte, weinig agressieve tumor kunnen we veilig opvolgen (Active surveillance) en pas behandelen bij tekens van progressie. Behandeling van intermediair en hoog risico gelokaliseerde kankers bij jonge mannen leidt wel degelijk tot een verbeterde

overleving zo blijkt uit prospectief gerandomiseerde studies (Wilt et al. *N Engl J Med* 2012; 367:203 en *Engl J Med* 2011 May 5;364(18):1708-17).

*Interessante materie waarover nog veel gedebatteerd kan worden en waarvoor we momenteel best de boodschap zeer genuanceerd trachten over te brengen naar huisartsen en patiënten. [LH]*

# Lokale behandeling en neveneffecten

Dr Frank Van der Aa, UZ Leuven

## Neveneffecten van lokale behandeling: Hoe lossen we dit op?

De prostaat of voorstandersklier, is anatomisch gelokaliseerd aan de uitgang van de blaas. De prostaat staat in nauw contact met delen van het sluitspiermechanisme van de blaas en met de bezenuwing van de penis voor erecties. Bijgevolg hebben lokale behandelingen voor prostaatkanker mogelijk een impact op de continentie en de erecties.

### Incontinentie

Afhankelijk van de bron en de gebruikte definitie van (in)continentie zal tussen 2% en 10% van de patiënten na een retropubische (*open*) radicale prostatectomie last hebben van incontinentie. Na een laparoscopische en robot geassisteerde radicale prostatectomie zijn deze cijfers vergelijkbaar (1).

Andere zeldzame oorzaken van mannelijke stressincontinentie zijn TURP (transurethrale resectie van de prostaat bij goedaardige prostaatvergroting), interne urethrotomie (*vernauwing van de plasbuis chirurgisch opheffen*) en andere lokale behandelingsvormen voor prostaatkanker (brachytherapie, cryotherapie, HIFU - *high intensity focused ultrasound*). Ernstige stressincontinentie is en blijft tot op heden een zeer invaliderende complicatie na radicale prostatectomie.

Lichte vormen van incontinentie beantwoorden goed aan kinesitherapie. In zeldzame gevallen zal

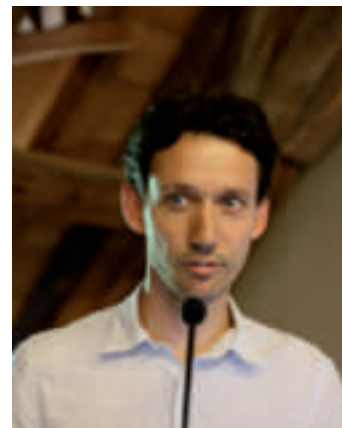
medicatie (onder de vorm van duloxetine) soelaas kunnen bieden (2). Bij meer ernstige vormen van

incontinentie zal een mannelijke slingoperatie of een artificiële urinaire sfincter geplaatst worden(3). De keuze tussen deze twee wordt bepaald op basis van de ernst van het urineverlies, de aanwezigheid van functioneel sluitspierweefsel en de voorgaande behandelingen.

### Erectiele dysfunctie

Erectiele dysfunctie is een meer frequent probleem na een lokale behandeling voor prostaatkanker. Vergeten we niet dat binnen een vergelijkbare populatie van mannen die geen prostaatkanker behandeling ondergingen, erectiele dysfunctie ook relatief veel voorkomt (4).

Het optreden van erectiele dysfunctie na een prostaatoperatie is afhankelijk van het type ingreep dat werd uitgevoerd (zenuwsparend of niet), de erectiele functie voor de ingreep en de leeftijd van de patiënt. Bij het optreden van erectiele dysfunctie kunnen in volgorde van invasiviteit medicatie, intracaverneuze injecties of erectieprotheses een oplossing bieden. Medicatie zal een gunstig effect hebben wanneer er nog een functionele bezenuwing van de zwellichamen aanwezig is. Bij intracaverneuze injecties zal de patiënt zelf met een klein injectienaaldje een stof in de zwellichamen inbrengen die voor een erectie zorgt. Het spreekt voor zich dat de patiënt dit moet aanleren onder professionele begeleiding.



Tot slot kan een chirurgisch implantaat (erectieprothese) de erectiele functie herstellen. Dergelijke therapie wordt meestal pas toegepast na falen van voorgaande therapieën.

1. Lee N. Robotic surgery: where are we now? *Lancet* [Internet]. Elsevier; 2014 Oct 18 [cited 2016 Aug 11];384(9952):1417. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673614618511/fulltext>

2. Cornu J-N, Merlet B, Ciofu C, Mouly S, Peyrat L, Sèbe P, et al. Duloxetine for mild to moderate postprostatectomy incontinence:

preliminary results of a randomised, placebo-controlled trial. *Eur Urol*. 2011;59:148–54.

3. Van Bruwaene S, Van der Aa F, De Ridder D. Review: The use of sling versus sphincter in post-prostatectomy urinary incontinence. *BJU Int* [Internet]. 2014;n/a – n/a. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/bju.12976>

4. Fosså SD, Bengtsson T, Borre M, Ahlgren G, Rannikko A DA. Reduction of quality of life in prostate cancer patients: experience among 6200 men in the Nordic countries. *Scand J Urol*. 2016;1805(August):1–8.

## Korte berichten

Brigitte Dourcy-Belle-Rose

### TEACH Summer School, Cascais , 3-7 juli 2016

Dit zomerprogramma werd ingericht door de EAPM (European Alliance for Personalised Medicine) in zonnig Portugal in het Cultureel Centrum van Cascais. In de museumsfeer een ware Harry Potter ervaring. Het thema was gericht op "hoe communiceren met patiënten" met als doelpubliek een selectie van gezondheidswerkers met ervaring van verpleegkundigen tot kandidaat specialisten in vele disciplines, van farmacologie tot urologie. De grote sponsors van het programma waren dan ook de EFPIA (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations) en EHA (European Haematology Association). De voorzitters waren Prof. Chomienne (past President EHA) en Prof. Denis (directeur Wij Ook).

De thematiek werd elke dag bijgespijkerd met recente innovaties op alle aspecten van kankerzorg zodat en faculteit en doelpubliek meer dan 20 Europese nationaliteiten omvatte. Deze brachten innovaties uit het vakgebied van de twaalf verenigingen die betrokken waren bij het programma, met nadruk op genomics, diagnostische merkers, orphan drugs en natuurlijk de relatie tot precisie (gepersonaliseerde) geneeskunde.

De rode draad in patiëntencommunicatie waren enkele basis voordrachten gevolgd door een rollenspel met professionele acteurs onder de regie van Prof. Steve Johnson (Taunton, UK). Alle aspecten van communicatie gaande van informatie tot confrontatie kwamen aan bod. Dit rollenspel bracht alle aanwezigen in een soms

energiek debat met moeilijke consensus.

Ken Mastris (Chairman Europa Uomo) gaf een gesmaakte slotrede over de aanpak van de volgende generatie oncologen en een vernieuwde balans in de verhouding arts-patiënt.

Een stimulerend programma opgezet door Denis Horgan, executive director EAPM.

### Afscheid van Marcel Peeters



Na vijftien jaar dienst aan "Wij Ook vzw" als onbezoldigd penningmeester moesten we wel toegeven dat Marcel Peeters zijn emeritaat ruim verdiend had. Geen paniek want hij blijft wel lid en bracht zelf een waardig vervanger aan in de persoon van ons trouw bestuurslid Willy Walschaert.

Kers op deze taart is kenmerkend voor Marcel. Hij vierde op zondag 23 juli 2016 aan boord van de Perouse zijn 85 jaar tussen familie en intieme vrienden. Hij vroeg noch bloemen noch geschenken, maar een bijdrage voor Wij Ook van de feestvierders. Het plezier om andere te helpen en ook de strijd tegen kanker en voor het milieu van zijn geliefde Antwerpen in de Straten Generaal, zijn hem aangeboren.

We willen hem en zijn energieke echtgenote Frie, dan ook dubbel danken voor alle voorbije jaren. Ook wensen we hem nog minstens vijftien gezonde jaren tussen al zijn vrienden. Hierbij komt nog de hoop dat we hem regelmatig terugzien op de jaarvergadering en de lotgenotenvoorlichting Café Santé. Een dikke proficiat en knuffel van ons allen.

# Jaarvergadering EUOMO UOMO

**André Deschamps**

Op 18 juni 2016 hield EUOMO, de overkoepelende Europese organisatie zijn jaarlijkse vergadering.

Onze Nederlandse collega 's van PKS (prostaatkankerstichting) waren de gastheer. De vergadering ging door in het stadje Hoorn ten noorden van Amsterdam.



Er werd ook voor partners gezorgd met onder meer een bezoek aan de Zaanse Schans, het Nederlandse Bokrijk ;-)  
(Foto EB)

De dag voor de vergadering (17 juni) hield PKS haar jaarlijkse informatiedag voor prostaatkankerpatiënten en hun partners op dezelfde locatie. Meer dan 500 aanwezigen volgden de presentaties met het laatste nieuws over de behandeling van prostaatkanker. Een Café Sante in het groot en met uitstekende sprekers. De deelnemers aan de algemene vergadering van EUOMO waren uitgenodigd en er was simultaanvertaling naar het Engels voorzien.

## De jaarvergadering

Op de agenda van zo een jaarvergadering staan meestal de verplichte nummers, zoals voorstelling en goedkeuring van de jaarrekening, activiteitenverslag en verkiezingen van eventuele nieuwe boardmembers indien er mandaten beëindigd zijn.

Op het eerste zicht is dit niet zo spannend dus ga ik u niet vervelen met een letterlijke vertaling van het verslag. Diegenen die dit willen lezen



kunnen het originele verslag altijd aan ons secretariaat vragen.

Een zicht op de tafel met de board, we herkennen onze eigen voorzitter André Deschamps (links) en Ken Mastris voorzitter van Europa Uomo (derde van links) (Foto BDBR)

## De volgende punten zijn het weten waard:

### Board members

Er zijn twee nieuwe board members verkozen: Will Jansen uit Nederland en Stig Lindahl uit Zweden.

Zij vervangen Malcolm Duncan uit Italië en Max Lippuner uit Zwitserland waarvan de mandaten beëindigd waren. De uittredende leden van de Board worden door de voorzitter en leden met een applaus bedankt voor hun diensten aan Europa Uomo.

Tussen de board members werden de taken als volgt verdeeld:

Ken Mastris: voorzitter

John Dowling: secretaris

André Deschamps: schatbewaarder

Will Jansen: ondervoorzitter

Ekkehard Büchler: ondervoorzitter

Christian Arnold: boardmember

Stig Lindahl: boardmember



De jaarvergadering, een zicht op een deel van de goed gevulde zaal (Foto BDBR)

## Doelstellingen en strategisch plan

De doelstellingen van EUOMO werden geactualiseerd en een strategisch plan is geschreven voor de volgende jaren. Dit zijn vrij vertaald de doelstellingen:

- 1. Pleit voor een vroege opsporing van prostaatkanker**
- 2. Werk mee aan het oprichten van prostaatkankercentra die de hoogste kwaliteit zorg bieden**
- 3. Werk mee en verspreid de behandeling instructies en patiënteninformatie in alle Europese staten**

**4. Help de oprichting van patiëntenorganisaties in de “nieuwe Europese staten”**

**5. Zorg voor een performante eigen EUOMO-organisatie: financiële middelen en personeel**

**6. Ondersteun gecoördineerde onderzoeksprogramma's en zorg ervoor dat patiënten hierin kunnen meedenken**

Als actief lid van EUOMO onderschrijven wij als “Wij Ook” deze doelstellingen en proberen op lokaal vlak deze in te vullen.

## Code of conduct

Patiëntenverenigingen worden steeds meer gevraagd om deel uit te maken van het beslissingsproces en mee te denken. Het is belangrijk dat dit gebeurt op een zo onafhankelijke mogelijke en ethisch verantwoorde wijze. Daarom heeft EUOMO, samen met vele andere patiëntenorganisaties, de code of conduct onderschreven die EMA (het Europees geneesmiddelen agentschap) promoot.

Wie meer wil weten kan even kijken op de website van EUOMO : <http://www.europa-uomo.org>. Hier kun je de code of conduct en het annual report downloaden.

De groepsfoto op een late avond na een diner op een boot. Ontbreken, onze voorzitter André en de fotograaf, allemaal moe maar tevreden... (Foto EB)



# Leuven 2016 Patiëntendag

## Luc Dewilde

Op 27 augustus had in het Groot Begijnhof van Leuven onze patiëntendag prostaatkanker plaats. Deze dag wordt ieder jaar georganiseerd door Wij Ook in samenwerking met de Belgische Vereniging voor Urologie (BVU) en is het geesteskind van onze directeur Prof. Louis Denis. Zoals de meesten onder U weten had tot voor enkele jaren deze activiteit plaats in het voormalig Provinciehuis van Antwerpen dat nu afgebroken is en plaats moet maken voor een duurzame nieuwbouw dat helaas pas binnen een paar jaren beschikbaar zal zijn. Daarom mochten wij in 2013 rekenen op de gastvrijheid van de Universiteit Antwerpen, het jaar nadien was de Universiteit Gent onze gastheer, en vorig jaar mochten wij rekenen op de Vrije Universiteit Brussel om van onze traditionele patiëntendag een succes te maken. En zo werd onze patiëntendag ook interuniversitair!

Dit jaar waren wij te gast in Leuven in het prachtig kader van het tot het Groot Begijnhof behorende Convent van Chièvres en meer bepaald in de grootse Willem Van Croyzaal. Het publiek bestaande uit onze trouwe leden, geïnteresseerden, verpleegkundigen en medici was talrijk opgekomen desondanks de heersende hittegolf.

Het programma was ingedeeld in twee delen, het eerste deel had als thema de gelokaliseerde prostaatkanker terwijl het tweede deel de gevorderde prostaatkanker behandelde. Na de verwelcoming door onze voorzitter André Deschamps en onze gastheer Prof. Dirk De Ridder gingen we van start met Dr. Lucien Hoekx, kliniekhoofd van de dienst urologie in het U.Z. Antwerpen als eerste spreker. Zijn onderwerp ging over zin en onzin van screening, vroegdetectie en actieve monitoring. Een korte inhoud van zijn interessante spreekbeurt vindt u verder in dit tijdschrift. Volgend op Dr. Hoekx was Dr. Johan Braeckman, onze gastheer van vorig jaar en kliniekhoofd van de dienst urologie in het U.Z. van de VUB in Jette, aan de beurt met als titel "Prostaatbiopsie, at random of gericht". Ook van dit onderwerp vindt u verder in dit of volgend nummer een samenvatting. Dr. Wouter Everaerts, stafid in de dienst urologie van het U.Z. Gasthuisberg in Leuven, was de volgende spreker. Dr. Everaerts legt zich vooral toe op de uro-oncologie en meer bepaald de robotgeassisteerde chirurgie. Zijn interessant onderwerp "Chirurgie: indicaties, technieken en resultaten" sloot goed aan bij zijn spreekbeurt op onze patiëntendag van vorig jaar. Een andere spreker die wij ook vorig jaar mochten ontvangen

was Dr. Piet Ost, radiotherapeutische oncoloog en assistent Prof. op het departement radiotherapie van het U.Z. Gent. Zijn boeiend onderwerp "Radiotherapie, indicaties, technieken en resultaten" gaf een volledig beeld van de niet-chirurgische behandeling. De laatste spreker van deze sessie, Prof. Bertrand Tombal kon wegens dringende familiale omstandigheden niet aanwezig zijn en zal op een volgende Café Santé uitgenodigd worden om zijn topic voor te stellen. Hierdoor kon de timing perfect gerespecteerd worden zodat er na de koffiepauze op tijd gestart kon worden met het tweede deel over gevorderde prostaatkanker. De eerste spreker was Prof. Frank Van der Aa, adjunct kliniekhoofd van het departement urologie aan het U.Z. Leuven met als titel "Neveneffecten van lokale behandeling, hoe lossen we dit op?". Dit interessant onderwerp dat in feite deel uitmaakte van de eerste sessie werd om organisatorische reden verschoven. Zie over deze topic ook meer verder in dit nummer. Volgende spreker was Prof. Geert Villeirs diensthoofd van de afdeling genito-urinaire radiologie aan het U.Z. Gent over nieuwe beeldvormingstechnieken en meer bepaald MRI, gevolgd door Prof. Karolien Goffin, werkzaam op het departement nucleaire geneeskunde van het U.Z. Leuven ook over de nieuwe beeldvormingstechnieken, maar dan PET. Deze twee spreekbeurten sloten perfect op mekaar aan. Aansluitend was het Prof. Gert De Meerleer, nu werkzaam aan het U.Z. Leuven, met een onderwerp dat hem nauw aan het hart ligt, "Aanpak van de patiënt met gelimiteerde metastasen". Om af te sluiten hadden we een spreker van onze eigen patiëntenvereniging, Erik Briers met een 'hot' onderwerp "De plaats van de patiënt in het nieuwe prostaatkankerlandschap", een vurig pleidooi voor meer informatie, erkenning en inspraak als patiënt. Ook over dit onderwerp vindt u in dit of volgend nummer een uitgebreid verslag. Last but not least was het uiteraard de stichter van onze Europese patiëntendag en directeur van Wij Ook, Prof. Louis Denis die het slotwoord mocht voeren. Tot slot van deze geslaagde dag werden we uitgenodigd in de Garden Lounge van de Faculty Club om na te praten en te genieten van een welgekomen aperitief en uitgebreid broodjesbuffet ons vriendelijk aangeboden door het Jef De Wever Fonds voor Prostaatkankerpreventie ([www.prostaatkankerfonds.be](http://www.prostaatkankerfonds.be)) i.s.m. de Faculty Club.

Afspraak in september 2017 voor onze volgende editie van de Europese Patiëntendag Prostaatkanker op een nog te bepalen locatie.

# Een “positivo” vertelt over zijn prostaatkanker...

Vic Boyens

Oei... 't is toch niet waar zeker ? De symptomen herkende ik al direct. Vele jaren geleden organiseerde ik zelf nog mee prostaatkankeronderzoeken voor de Stad Antwerpen en kwam zo wel al het één en ander te weten hierover.

## Hier dan mijn verhaal...

In 2006 wordt bij een gewoon onderzoek toevallig ook een PSA-test gedaan: 3,04... niets om over te panikeren dus.

We schrijven dan 2009. Ik word 73 dat jaar en krijg onnoemelijk veel last om te plassen. Uit ervaring denk ik dus direct aan een vergroting of een ontsteking van mijn prostaatklier. Ik ben zelf echter geen dokter en ga voor alle veiligheid toch even langs bij mijn huisdokter, want buiten mijn moeilijk plassen heb ik ook soms serieuze pijn in mijn onderrug. Een niet zo plezierig onderzoek bij hem en de goede raad om zo vlug mogelijk een uroloog te contacteren laat me wel even schrikken.

Daar dan gekomen, na afspraak, herhaalt zich het alles behalve plezierig onderzoek om via de anus de prostaatklier te laten betasten teneinde vast te stellen of die misschien vergroot is.

Ik vlieg het ziekenhuis in voor een transrectale echografie van de prostaat plus biopsie en dit einde november 2009. Ik weet dus nu dat er op dat ogenblik een stukje weefsel werd weggenomen om gecontroleerd te worden in het laboratorium.

De uitslag was spijtig genoeg positief, dus... de kwaadaardige prostaatkanker was er...

Er worden al geruime tijd veel studies gedaan voor het opsporen van prostaatkanker en elke studie heeft zijn eigen naam. Er worden dan verdere stappen ondernomen als er een té hoog PSA-gehalte in het bloed wordt aangetroffen. Hoe ouder ge wordt, hoe hoger trouwens het PSA-gehalte.

PSA betekent trouwens in mensentermen: “Prostaat Specifiek Antigeen”... voor wie daar wat aan heeft... Er werd daar zelfs al gesproken over een PCA3-methode, dit is een urinetest, die nog

grondiger zou zijn dan een biopsie.

Voor mij niet gelaten... mijn biopsie was al voorbij en ik had er zo goed als geen last van. Ik weet nu zelfs ook hoe ik er van binnen zoal uitzie na het bekijken van mijn skeletscintigrafie [*botscan*]. Doet wel raar aan... Al bij al is dit alles nog goed meegevallen. Ik leerde daar ook weer wat bij. Bij voorbeeld dat een Gleason Score tot en met de waarde 6 niet behandeld moet worden.

## “Hormoontherapie”

Het betekende wél voor mij het alle dagen innemen van Casodex 50 mg en tweemaal per jaar het laten inspuiten van Depo Eligard 45 mg. Telkens na het inspuiten met Depo Eligard heb ik enkele weken last van “vapeurrekes” ofte opwippertjes, alhoewel dit medicijn hoegenaamd geen vrouwelijke hormonen bevat!

De hoogste PSA-waarde die ik ooit te zien kreeg was 101 op 30 oktober 2013 waarbij als commentaar stond: “gecontroleerd resultaat”... Even schrikken toch?

Voor de grote pijn werd mij Neurofen 400 Fastcaps, die ik toen nam, afgeraden. Het werd Zaldiar 37 mg/325 mg of soms Contramal vloeibaar of tabletten.



## Een nieuw alarm maar van wat?

In de loop van het voorjaar 2015 moet ik weer extra veel plassen. Verergering van die rot-prostaat?

Neen... ik zou de ganse dag door kunnen drinken en betrap me er op dat ik steeds in mijn ogen moet wrijven om het teveel aan vocht daar weg te krijgen.

Even wachten op een afspraak met een specialist, een endocrinoloog genoemd, en eindelijk... eind juli wordt er door hem vastgesteld dat ik diabetes type 2 er nog heb bij gekregen. Volgens die specialist ter zake niet direct grote vriendjes met één of ander "kankertje". Opletten is nu zeker de boodschap met keihard aanpassen van eet- en drinkgewoontes zeker inbegrepen.

Oei... het schijnt dat ik véél te weinig beweeg. Maar wat doet ge daar aan als ge al zo oud zijt als ik en dan nog met knieën die ook al niet direct meer mee willen? Alle middeltjes helpen... ook als het deze maal eens geen medicijnen of andere medische hulpmiddelen zijn?

Ik ben een trouw bezoeker geworden van de vergaderingen van "Wij Ook" waar ge veel kunt leren inzake informatie voor prostaatkankerpatiënten.

## Leren leven met een nieuwe situatie...

Voor mijn prostaatbiopsie kwam ik zo te weten dat ik een dag of vier, vijf ervoor moest ophouden om mijn bloedverdunner (Asaflow) te nemen. Dat was een gouden raad! Ook mocht ik in de ziekenhuizen aan de behandelende artsen of verpleegkundigen zeker niet vergeten te zeggen dat ze voor één of andere behandeling géén contrastvloeistof mochten gebruiken door mijn kleurstoffenallergie.

Alles is zowat veranderd in mijn dagelijkse leven zoals vooral mijn eetlust die niet meer is zoals vroeger... geen goesting of niet lekker... en waarom? Nog altijd geen antwoord gevonden op die vraag... Spijtig genoeg blijft dat voortduren!...

De scan heeft verder uitgewezen dat ik metastasen, het beleefde woord voor uitzaaiingen, had in mijn skelet ter hoogte van mijn heiligbeen (sacrum) en mijn ruggenwervels.

Een bestraling in het Sint Augustinushospitaal, radiotherapie noemen ze dat, waar ik zes dagen doodziek ben van

geweest, en nu in het Middelheimziekenhuis mijn atoomspuiten, zo noem ik ze toch, met Radium 223, die nog wel een proefproject zijn maar goede resultaten beloven voor de pijn die ik voelde in mijn onderrug.

Zes maanden lang ga ik die krijgen: één om de vier weken telkens op maandag. Daarbij dien ik éénmaal in de maand een spuitje te krijgen met Xgeva in het daghospitaal voor de verdere behandeling van het botverlies.

Vanaf toen heb ik ook onmiddellijk moeten afzweren om nog Casodex 50 mg in te nemen, maar mijn Depo Eligard 45 mg-spuut dien ik wél nog om de zes maanden te krijgen. Ik mag zeker niet vergeten om elke avond Steovit Forte in te nemen.

Het feit is dat ik nu wel... en ik weet niet waarom... veel winden moet laten en vroeger nooit. Dat ik bovendien vlug buiten adem ben en bestendig moe, zal dan weer wel wat mijn ouderdom te maken hebben denk ik...

En toch zit ik elke dag en vooral 's nachts nog altijd met een droge mond... héél ambetant... En het vervelendste... ik heb geen duidelijk teken meer wanneer ik moet gaan voor mijn ontlasting. Of ze vast of toch eerder vloeibaar is. Verdomd vervelend! Dan weer zo vast dat ge ze bijna niet kwijt geraakt of wel met héél veel moeite... weeral helemaal niet plezant...

Tegen de tijd dat ge dit leest, weet ik zelfs niet of ik misschien een groen schijntje afgeef met al dat radioactief gedoe. Maar zoals mijn uroloog me altijd zegt "gij zijt een positivo en als ge dat blijft zijn, kunt ge alle ziektes overwinnen". Ik geloof hem... en vooral... ik hoop dat hij gelijk krijgt. Het zou een mooi cadeau zijn voor mijn verjaardag als ik op 2 oktober 80 jaar word.



© E Briers

# In de schaduw van Kos

## “Immunotherapie voor Dummies”

Luc Dewilde

**“Before I speak, I have something important to say” (Groucho Marx)**

De meesten onder ons kennen beslist de betekenis van het woord “immunitet”, afgeleid van het Latijnse naamwoord *immunitas* en zijn adjectief *immunis*: ongebonden, vrijgesteld, bevrijd van. Reeds in de 19e eeuw wist men bijvoorbeeld dat tumoren die geïnfecteerd waren in volume konden verminderen door activering van het afweersysteem. Hiermee was het idee van de immunotherapie geboren. Het best gekende voorbeeld hiervan zijn de vaccins. De bedoeling is door inenting met delen van dode of verzwakte ziektekiemen, die echter nooit de ziekte zelf zullen veroorzaken, een immuunrespons dus een reactie van het lichaam op te wekken tegen deze ziektekiemen.

Een al lang bestaande vorm van immunotherapie voor oppervlakkige blaaskanker is bijvoorbeeld de toediening door middel van een blaasspoeling van BCG (*Becillus van Calmette-Guérin*), een vaccin tegen tuberculose.

**“Data! Data! Data!” he cried impatiently. “I can’t make bricks without clay” (Sherlock Holmes)**

Het principe is als volgt: de vreemde stoffen die toegediend worden bij een vaccinatie (antigenen) veroorzaken twee reacties in het bloed: enerzijds zullen B-cellen antistoffen produceren als reactie, anderzijds gaan T-cellen zich ontwikkelen tot killercellen om de ziektekiemen te neutraliseren. Tevens worden geheugencellen geactiveerd die bij een volgend contact onmiddellijk actief worden.

Latere pogingen om ook vaccins tegen kanker te fabriceren liepen aanvankelijk meestal faliekant af en het is pas in 1975 dat wetenschappers erin slaagden antistoffen op kunstmatige wijze te fabriceren die leidden tot de ontwikkeling van een aantal succesvolle medicijnen tegen kanker. Het eigen afweerimmuunsysteem werd alzo ingezet om tegen kanker te strijden: de vierde pijler naast chirurgie, radiotherapie en chemotherapie, de kankerimmunotherapie, was geboren. Aanvankelijk vond de kankerimmunotherapie

vooral een toepassing in de behandeling van melanomen en nierkanker, recenter ook van neuro-endocrine tumoren, longkanker, maag- en darmkanker, borstkanker en van chronische lymfatische leukemie (CLL), non Hodgkin lymfoom, ziekte van Kahler,... De immunotherapie zit echt in een stroomversnelling.

**“Nothing surprises me; I’m a scientist” (Indiana Jones)**

De ontdekking van tumorantigenen door Thierry Boon heeft ongetwijfeld de aanzet gegeven tot de ontwikkeling van de kankerimmunotherapie. Thierry Boon is een Belgische wetenschapper en professor aan de Université Catholique de Louvain (UCL). Hij stelde vast dat tumorcellen die als gevolg van een mutagene behandeling in vitro mutaties hadden ondergaan vaak niet meer in staat waren tumoren te vormen omdat deze nieuwe antigenen tot uitdrukking brachten die door de T-cellen van het immuunsysteem herkend werden. Zijn grote verdienste is dat hij er in gelukt is de genen te isoleren die de code vormen van deze tumorantigenen.

De tumorantigenen die vrijkomen bij de vernietiging van tumorcellen worden dus als het ware gepresenteerd aan de T-cellen. Dit gebeurt via het zgn. Major Histocompatibility Complex (MHC) in de lymfeklieren. Deze T-cellen worden dan na herkenning geactiveerd waarna ze naar de tumor gevoerd worden, die ze infiltreren om deze te vernietigen door stimulatie van de antitumorale immunitet. De binding met de tumorcellen gebeurt door specifieke receptoren die zich op de T-cellen bevinden. De tumorcellen beschikken echter ook over verschillende mechanismen om het immuunsysteem te counteren: remmende factoren, afscheiding van immunosuppressieve factoren of inactivering van de T-cellen ter hoogte van de controlepunten bijvoorbeeld, door interactie tussen welbepaalde receptoren op de T-cellen (PD-1) met een PD-L1-ligand op de tumorcellen. Daarom worden checkpointremmers ontwikkeld, geneesmiddelen die specifiek ingrijpen op de controlepunten van het immuunsysteem. Zo is men er nu in geslaagd monoclonale antistoffen

te ontwikkelen die de PD-1 receptor of het PD-L1-ligand afremmen. Recent werden doeltreffende resultaten bekomen bij gevorderde urotheliale kanker met pembrolizumab, een PD-1 receptorantagonist.

Maar wat ons hier vooral interesseert zijn de mogelijkheden van de immunotherapie bij de behandeling van een gemetastaseerde hormoonrefractaire prostaatkanker (mCRPC).

### **“Rien n’est plus semblable à l’identique que ce qui est pareil à la même chose” (Pierre Dac)**

Dendritische celtherapie: Sipuleucel-T (Provenge) is gemaakt van cellen van het immuunsysteem van patiënten met prostaatkanker. Deze cellen worden behandeld met een eiwit gemaakt door een proteïne dat voorkomt op prostaatkankercellen met een groeifactor te combineren. Hierdoor worden de T-cellen gestimuleerd om prostaatkankercellen te vernietigen. Het vaccin werd ontwikkeld door het Amerikaans biotechbedrijf Dendreon. Het is het eerste medicijn om prostaatkanker te bestrijden dat gebruikt maakt van het immuunsysteem. Eind 2012 gaf het FDA (Food and Drug Administration) de goedkeuring tot gebruik van Provenge.

Een minimale actieve behandeling met Provenge in combinatie met bevacizumab (Avastin), een monoclonale antistof dat werkt als angiogeneseremmer, houdt de toediening van drie injecties in over verloop van één maand en geeft een significante driejaarsoverleving die 38% hoger is in vergelijking met placebo. De nevenwerkingen zijn beperkt met voornamelijk op griep gelijkende symptomen. De kostprijs is echter zeer hoog, US\$ 93.000 of US\$ 31.000 per injectie.

Het National Health Institute (NCI) in de V.S. en de VUmc in Nederland bestuderen de werking van dendritische celtherapie bij patiënten met prostaatkanker door een hormoontherapie te combineren met toediening van een vaccin (GVAX) en een antistof (ipilimumab). Ipilimumab is een immuun checkpoint blokker dat een eiwit (CTLA-4) blokkeert dat tot expressie komt op geactiveerde T-cellen en de afweerreactie onderdrukt. De onderzoekers stelden vast dat bij de behandelde patiënten het percentage geactiveerde T-cellen en de afweerreacties tegen de eiwitten van prostaatkanker toenamen. Daarnaast bleef de PSA stabiel of daalde met meer dan 50%, de levensverwachting nam tot 80 maanden toe bij 20% van de behandelde patiënten vergeleken met placebo.

In de VU-Amsterdam loopt een studie waarbij men de resultaten bestudeert van gen-immunotherapie met twee vaccins (CG1940 en CG8711) gemaakt uit twee genetisch veranderde en met hoge dosis bestraalde prostaatkankercellijnen die een groeifactor voor witte bloedcellen (Granulocyte Macrophage - Colony Stimulating Factor of GM-CSF) aanmaken. Deze GM-CSF trekt cellen aan die aan de T-cellen tumoreiwitten aanbieden. Na toediening van het vaccin wordt een antilichaam toegediend, MDX-010, dat op zijn beurt een eiwit blokkeert, ook het CTLA-4, dat de afweerreactie afremt, waardoor er uiteindelijk voor gezorgd wordt dat de rem op de immuunreactie geblokkeerd wordt en het afweerproces gestimuleerd wordt. De vaccins worden poliklinisch toegediend en het antilichaam éénmaal per maand via een infuus.

Er zijn ook veelbelovende resultaten met Prostavac-VF, een gemoduleerd kippenpokkenvirus vaccin, voor gebruik bij vroege stadia prostaatkanker in combinatie met bestaande en experimentele therapieën, onder andere in combinatie met de hoger beschreven GM-CSF. Na drie jaar bleek de overall overleving 30% beter in vergelijking met de controlegroep. Bepaalde biomarkers en de bloedgroep (A) blijken nu te kunnen voorspellen of deze behandeling zal aanslaan. De resultaten zijn inderdaad veelbelovend met 44% reductie van de mortaliteit en 8.5 maanden verbetering van de OS (overall survival).

Last but not least, in België heeft Kom op tegen Kanker recent een onderzoeksproject van de VU Brussel en de KU Leuven gefinancierd (650.000 euro) waarbij mRNA (messenger ribonucleic acid) in de lymfeklieren wordt geïnjecteerd alwaar het opgenomen wordt door de aanwezige dendritische cellen en vertaald in doelwit antigenen.

### **“Patience you must have, my young padawan” (Master Yoda)**

Vorige zomer had in het Federaal Parlement een rondetafel discussie plaats over immunotherapie en de bespreekbaarheid van terugbetaling. In mei dit jaar keurde de Kamer een resolutie goed over immunotherapie waardoor wij de steun van de parlementsleden bekwamen en de hoop op toegang tot een behandeling. De resolutie omvatte een aantal belangrijke aandachtspunten: de vraag tot blijvende investering in research en klinisch onderzoek,

stimulatie van onderzoek in immunotherapie, een degelijke informatieverstrekking voor de patiënt en tenslotte het voornaamste, de vraag om de belangen van de patiënt steeds centraal te stellen. Uiteraard is, naast mogelijke compassionate use in studieverband, een terugbetaling van de immunotherapie een absolute vereiste gezien de

therapeutische meerwaarde. Op de laatste ASCO (American Society of Clinical Oncology) meeting in Chicago in juni dit jaar hadden ongeveer één op de vier gepresenteerde abstracts betrekking op kanker immunotherapie. Het woord is nu aan onze regering en de minister van Volksgezondheid.

## Kort

**Brigitte Dourcy-Belle-Rose**

### Brexit het Brits referendum

Dit jaar beleeft Europa een reeks groeipijnen die de verworven eenheid bedreigen. Denken we maar aan de economische problemen, lokaal en elders de bankschandalen, migratie en de aanslagen door internationaal terrorisme. De kers op deze taart is zeker de Brexit die praktisch jaren kan duren maar veel onzekerheden oproept.

De European Association of Urology (EAU) betreurt in een open verklaring dit referendum waarbij deze belangrijke beslissing er kwam met een miniem verschil. We zullen moeten wachten op de beslissing van de Britse eerste minister May om artikel 50 van de Europese statuten uit te voeren.

De Europese structuren, zoals de European Medicines Agency (EMA), komen in het gedrang maar het is zeker dat de banden en samenwerking met de Britse urologie en oncologie gewoon worden doorgetrokken zij het met nieuwe beperkingen.

De patiënten kunnen alleen maar hopen dat behandeling en zorg de focus blijven in ons verscheiden sociaal gezondheidsbeleid.

*EAU Newsletter, juli 2016*

### Hoe artsen sterven?

Natuurlijk gaan ze dood en gemiddeld eerder dan de gewone stervelingen door de blijvende stress van een zwaar beroep en het verwaarlozen van algemene leefregels om de gezondheid te behouden.

Hierbuiten komt dan therapeutische hardnekkigheid. Een patiënt verliezen wordt gezien als een persoonlijk verlies tegenover de dood en elk sprankje hoop wordt aangegrepen



Een kunstwerk in het Zuiderzeemuseum te Enkhuizen Nederland [Dit is alleszins kort en klein] © EBriers

om door te zetten. Uiteraard zijn familie en naasten akkoord, begrijpelijk op jonge leeftijd, maar is dit de wens van de terminaal zieke lijdende patiënt boven de 80 jaar. Ken Murray, een huisarts uit Los Angeles, heeft een studie geschreven waarom artsen zelf die laatste "reddende" behandeling weigeren.

Hij beschrijft het drama met voorbeelden in een land met super gezondheidstechnologie (voor de gegoede burgers) waar deze problemen dagelijks een confrontatie zijn. Hij raadt dan ook hospice zorg of thuiszorg voor de laatste levensdagen aan.

We hebben wel discussies rond euthanasie maar onze aanpak is beschaafder en meer patiëntgericht dan volhouden tot de laatste snik.

Veeartsen kennen hetzelfde probleem. Vorige week stelde de veearts voor het vocht in de borstholte van mijn kat Snor niet te puncteren wegens kans op acuut hartfalen en dood. Het alternatief berusten en medicatie was te proberen. Ze is nu dubbel bedorven maar ze reageert normaal. Ik ben er gelukkig mee.

*Cancer World, maart-april 61, 2016*

## Gaan we ziekenhuisbedden schrappen?

Uit een enquête van *De Specialist. Health Care Executive* blijkt dat 37% van de directies denkt aan schrappen, 19% zien een uitbreiding en de rest blijft status quo tegen 2025. Opmerkelijk dat de Vlaamse ziekenhuizen zich baseren op mogelijk fusies (betere samenwerking) en de Franstalige zich laten leiden door zuivere economische motieven.

Tante Kaat zegt dat de financiële toelage dient herzien en men best flexibel blijft in noodtoestanden. We weten trouwens dat besparingen in de sociale zekerheid onvermijdelijk zijn. Zolang we alles inzetten voor de patiënt en de algemene volksgezondheid geen probleem.

*De Specialist*, 13 juni 2016

## Onkosten gezondheid liggen beduidend lager in Europa tegenover de VSA

Dit artikel vergelijkt de prijzen voor gezondheidszorg in Europa en de VSA, met nadruk op de vergelijking New York-Parijs.

De voornaamste bevindingen omvatten verschillende basispunten:

- \* Training en kwaliteit van de medische verzorging is vergelijkbaar, maar de lonen voor de professionele helpers liggen lager in Europa. Als voorbeeld: een verpleegster verdient in de VS gemiddeld 67.993 USD, terwijl een verpleegster in Europa met tien jaar ervaring slechts 30.125 USD haalt.

- \* De onroerende gebouwen in een hospitaalcomplex zijn wel hoger (centrale ligging) dan in de VSA, behalve in drie grote steden New York, Los Angeles en Boston.

- \* De vernieuwing van de gezondheidstechnologie is vergelijkbaar maar het proces naar goedkeuring gaat vlugger in Europa. Dit alhoewel de grote meerderheid van biotech compagnies en medische technologie hun basis hebben in de VSA.

- \* De kost van farmaceutische producten ligt veel hoger in de VSA dan in Europa.

Geen verrassing dat op het einde van het

artikel *Indigo Med.net* zijn Europees geneeskundig netwerk aanbeveelt van een tweede opinie tot een behandelingspakket dat 30 tot 50% goedkoper is dan in de VSA.

Deze nieuwe norm van reclame wordt nog subtieler gehanteerd door individuele klinieken in Turkije en India waar toerisme of yogacursussen gekoppeld worden aan de prijsvoordelen.

Uiterste voorzichtigheid is geboden voor wie hier voor valt. Een opsteker: de Amerikaanse FDA en de Europese EMA hebben enkele weken geleden een akkoord tot samenwerking afgesloten.

Praktijk nu *Urology Monthly Top ten Health Day*, 15 mei 2016

## 2015 een jaar van innovatieve geneesmiddelen

In een interview met Mevr. Catherine Rutten, CEO van Pharma.be werd verwezen naar een record aantal nieuwe geneesmiddelen goedgekeurd in 2015. De Amerikaanse Food and Drug Administration (FDA) gaf zijn fiat aan 45 nieuwe moleculen en het European Medicines Agency (EMA) gaf liefst 93 positieve adviezen. Vele adviezen betreffen biotechnologische geneesmiddelen met het openen van een nieuwe aanpak, bijv. immuuntherapie en de zogenaamde precisiegeneeskunde. Ook België scoorde als farmaland. Een 40% van alle farma-uitvoer in de Europese Unie gebeurt uit ons land.

De industrie scoort steeds beter. FDA en EMA hebben hun krachten verenigd. Nu nog vragen naar betaalbare prijzen en correcte informatie over vroege en late neveneffecten van al dat nieuwe en we hebben een belangrijke stap vooruit gezet.

Special Galenus 4 *Artsenkrant*, 27 mei 2016

## De interpretatie van een borstbioptie

In ongeveer 8% van de borstbiopties zijn de histopathologen het onderling niet eens bij de interpretatie van het biopt. Ofwel werd de diagnose overschat ofwel onderschat.

Deze concordantie is beter met invasieve kankers ( $\pm 97\%$ ) of goedaardig letsels zonder

atypieën (97%). Nog steeds begrijpen klinici en zeker patiënten niet dat pathologie een complexe wetenschap is en ook dat de patholoog die niet op een ziekte of orgaan gespecialiseerd is zich kan vergissen. Ook hier is een tweede opinie nuttig.

We weten er alles van. Het heeft 20 jaar geduurd voor een Gleasonscore 6 (3+3) gelijk is aan de WHO 2016 classificatie 1. Deze tumoren worden in 2016 meestal gevolgd en niet onmiddellijk behandeld.

*Artsenkrant*, 16 juni 2016

### **Met mate bier drinken is goed voor hart en hersenen**

Een IJslandse studie, gebaseerd op 125 autopsies op mannen tussen 35 en 70 jaar en nakijken op hun biergebruik, leert dat een glas bier de cognitieve functies beschermt en Alzheimer kan voorkomen.

Zeker een studie voor de UEFA-cup voetbal gedaan, maar steeds meegenomen.

Een tweede Italiaanse metastudie toont aan dat een pils per dag voor vrouwen en twee voor mannen het risico voor hartziekten met 25% vermindert. Het leven wordt gezellig samen met onze goede wijnconsumptie. Wie durft met deze “wetenschappelijke” bewijstest nog eisen dat we alleen maar 0% mogen blazen achter het stuur? Wij blijven voor zerotolerantie maar die legers supporters?

Luc Ruidant in de *Artsenkrant*, 5 juli 2016

### **Onderbemanning spoeddiensten**

Drie op tien ziekenhuiscampussen zijn onveilig voor patiënten. Het grootste knelpunt blijft nog altijd onvoldoende personeel op de spoed.

Twee jaar geleden bleek al dat anesthesisten hun patiënten onder narcose achterlieten om elders in hun ziekenhuis, meestel intensieve zorgen, bij te springen. Een oud zeer dat we onmogelijk met de mantel van begrip kunnen dekken.

Kan men, na Nice, tweemaal ongeluk hebben. Een aanslag, een ongeval overleven en dan terecht komen in een onderbemande dienst. Wie de situatie kent, wijst naar de financiering van de

ziekenhuizen en niet naar de artsen, zorgpersoneel noch directie.

*De Standaard*, 14 juli 2016

### **Eén op de zes Belgen begrijpt arts niet**

Bij navraag geven 4 op 10 Belgen aan dat ze uitleg bij de arts over hun ziekte niet volledig begrijpen en één op zes helemaal niet. Duizend Belgen namen deel aan deze peiling.

Hoe minder verstaan, hoe minder therapietrouw en opvolgen van adviezen. Het probleem is ook de gemiddelde duur van een raadpleging.

Gezondheidseducatie is een aandachtspunt van eerste orde. Dit kan langs gezondheidswerkers, scholen, ziekenfondsen, overheid, aldus de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

Eén partij ontbrak: de patiënt. En zeggen dat we ons al die jaren afsloven voor infotelefoon, leesmateriaal, video's en onze befaamde Café Santé.

Onze leuze blijft! Niets over ons, zonder ons.

*De Specialist*, 31 mei 2016

### **Verplichte registratie knie & heupprothesen**

De orthopedisten nemen het voortouw en zullen zelf hun resultaten publiceren zodat er een vergelijking mogelijk is met de nationale en internationale gemiddelden. De registratie is gekozen daar onze implantaties behoren tot de hoge risico's, de uitkomst op korte en lange termijn belangrijk is, de minder succesvolle prothesen er uit moeten, zodat er tenslotte een zuiver budgettair management mogelijk gemaakt wordt.

Al 452 chirurgen werken mee.

In Nederland heeft onze zustervereniging PKS reeds de registratie voor prostaatbehandeling bedongen.

*De Specialist*, 25 mei 2016

## Zingen in een koor stimuleert het immuunsysteem

In een studie uitgevoerd in Wales hebben 193 leden uit vijf verschillende koorgroepen, die allen te maken hadden met kanker (72 mantelzorgers, 66 personen in rouwproces en 55 patiënten). De graad van welzijn, angst, depressie en sociaal functioneren werd bij allen gemeten met vragenlijsten voor en na elke zangsessie en er werden speekselstalen afgenomen. Het resultaat was dat zingen een beter humeur brengt en cortisol (stresshormoon) daalt en cytokines (immunitaire eiwitten) stijgen.

Zingen in een koor, naast bewegen, kan positief zijn in sociale en fysieke stresstoestanden die met kanker te maken hebben. Hiermee weten we dus waarom onze voorzitter steeds goed gehumeurd is. Wat zouden de Wales voetballers bereikt hebben als ze buiten bewegen ook nog gezongen hadden.

*Artsenkrant Oncologie, 10.05.2016*

# Boekbesprekingen

**Willy Walschaert**

**Voedingsmythes**

**Martijn B. Katan**

Weer een "Voedingsboek", waarin stellingen welke decennia onwrikbaar vaststonden, op de helling worden geplaatst.

Het begrip 100% gelijk wordt nog maar eens geclaimd door respectievelijk: wetenschap, industrie, politiek, landbouw en consumentenverenigingen, die weer diametrale tegengestelde stellingen poneren.

Het is een open deur intrappen, maar hoe kan de modale consument in "hemelsnaam" te weten komen wat "goed en niet goed is" in verband met voeding, als Martijn Katan een professor, dokter, emeritus hoogleraar Voedingsleer, lid van de Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen, columnist, adviseur bij Radio en T.V. over actuele voedingskwesties en schrijver van dit boek zelf twijfels heeft bij sommige wetenschappelijke studies.

Hierna twee van zijn uitspraken over een EFSA-rapport (Europese Autoriteit voor Voedselveiligheid): .... soms ben ik het niet helemaal eens, maar meestal vind ik ze erg goed (blz.122).

Aangaande de studies over het al of niet gebruik van Bisfenol A zijn de wetenschappers van EFSA het eens dat deze mogen gebruikt worden, maar verder in de tekst staat dan vermeld dat niet iedereen het daarmee eens is!

En wat is de visie van de auteur? Ik citeer nogmaals: ...wie moet ge nu geloven? Ik kan dat

zelf niet beoordelen (blz.122).

Als iemand die zulke specialisatie heeft op gebied van voeding, ook twijfels heeft, hoe kan de consument dan de juiste keuzes maken? Hieruit blijkt nogmaals de complexiteit van het thema voeding.

Om enigszins de teneur van het boek weer te geven, hierna een willekeurig voorbeeld hiervan over bv. suikers.

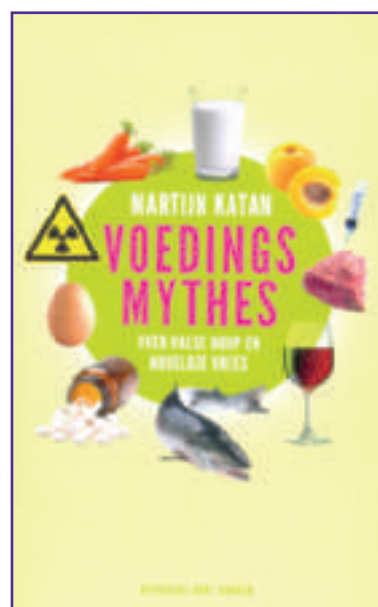
Decennia lang sprak men over "goede en slechte suikers".

Dit wordt nu in vraag gesteld en door sommigen volledig weerlegd, want het gaat exact om dezelfde grondstof.

Theoretisch is dat wel zo, maar volgens de ene maakt het wel een verschil of wij de suikers eten via een natuurlijk product, bv. appel, peer, banaan met daarin de nodige vitaminen, vezels, antioxidanten, bioactieve stoffen, koolhydraten, mineralen en spoorelementen, ofwel in uiterst geïsoleerde en geconcentreerde vorm tot ons nemen, bv. een suikerklontje.

Beide stellingen, hoe kan het ook anders, hebben verwoede voor- en tegenstanders.

Om het aanschouwelijk te maken wordt de hoeveelheid suikers uitgedrukt in aantal suikerklontjes, bv. een banaan van ± 200 gr bevat



ca. 25% natuurlijke suikers zijnde negen klontjes, een blikje cola slechts zeven klontjes. Volgens de ene is cola te verkiezen want minder suikers is gezonder. Volgens de ander is deze gedachtegang verwerpelijk, absurd en zelfs crimineel. Dit is een van de vele stellingen waar de lezer mee geconfronteerd wordt en het er niet eenvoudiger op maakt.

Het thema "prostaatkanker" wordt eveneens besproken in volgende items:

- Aangaande melk wordt er aangehaald dat, mannen die veel melk drinken meer kans hebben op prostaatkanker.
- Overdaad aan vitamine E zou de kans op prostaatkanker verhogen.
- Het mineraal selenium zou prostaatkanker voorkomen.

Aan deze items, met betrekking tot prostaatkanker, worden dan enkele paragrafen besteed.

Een handigheid in het boek is dat de auteur regelmatig verwijst naar vorige blz. om vergelijkbare gegevens in herinnering te brengen en eveneens naar volgende blz. om te melden dat een soortgelijk item nogmaals wordt behandeld.

#### Conclusie

Aangaande voeding en aanverwanten worden wij overstelpt met informatie, maar informatie is nog geen kennis van de materie. Daarom lijkt huidig boek mij dan ook geschikt voor een kritisch lezerspubliek, niet bevooroordeeld, bereid om een vroeger ingenomen standpunt te herzien, dat onderlegd is en interesse heeft in de voedselproblematiek.

Voor diegenen die weinig of niets weten over voeding en zich er willen in verdiepen, is het misschien wel aangewezen eerst enkele andere werken te lezen over algemeenheden en basiskennis van voeding en daarna huidig boek aan te schaffen.

Beantwoordt u aan geen van beide hiervoor vermelde criteria, en voelt u zich niet geroepen u hierin te verdiepen, maar u eet gevarieerd met veel fruit, groenten en noten, weinig dierlijke producten, u neemt dagelijks voldoende beweging en u ziet het leven langs de humoristische kant, dan zit u op de goede weg.

Ondanks alles, veel leesplezier met het boek.

Prof. dr. Martijn B. Katan, *Voedings Mythes, Over valse hoop en nodeloze vrees*. Uitgeverij Bert Bakker. ISBN 978 90 351 4111 7, vierde druk, april 2016

## Henk Van daele

### ***Basisboek oncologie voor verpleegkundigen***

**Sven D'haese (coördinator) e.a.**

Vanaf het academiejaar 2016-2017 wordt de studieduur leidend tot de titel "bachelor in de verpleegkunde" van drie op vier jaar gebracht. Een dergelijke studieduurverlenging laat een herziening van de leerdoelstellingen toe, vergt uitbreiding van de programma's, en noopt tot het herschrijven van cursusinhouden en leerboeken.

Het voorliggende *Basisboek oncologie voor verpleegkundigen*, samengesteld door een half dozijn leden van de Vereniging voor Verpleegkundigen Radiotherapie en Oncologie (VVRO), past in dit actueel scenario. Het boek kende al een eerste editie in 2009. Een beperkte update volgde in 2012. Dit jaar was een grondige herziening en uitbreiding noodzakelijk.



In het Woord Vooraf definieert Sven D'haese, voorzitter van VVRO en coördinator van deze derde editie, de doelstellingen van dit boek: "Er is geprobeerd een volledig en evenwichtig overzicht te geven van de onderwerpen die tot de standaardpraktijk behoren in de behandeling van en de omgang met kankerpatiënten. Hierbij gaan we uit van de zorg doorheen het volledige traject dat een kankerpatiënt kan doorlopen. Er wordt aandacht geschonken aan preventie en screening, de diagnostische fase, de verschillende behandelingen en hun nevenwerkingen, de revalidatiefase en de palliatieve fase. Om gefundeerd te kunnen antwoorden op steeds vaker voorkomende vragen van patiënten om complementaire geneeskunde, besteden we ook daar aandacht aan. Ten slotte wordt er ingegaan op de wetgeving die een kader schept waarbinnen de oncologische zorg in de ziekenhuizen wordt uitgevoerd en op de verschillende rollen die een verpleegkundige kan innemen".

Op de achterkant van het kft staan de namen van een half dozijn auteurs vermeld, allen

verpleegkundigen. Maar welke medewerker voor welk hoofdstuk verantwoordelijk is, blijft een raadsel. En dat is spijtig want de hoofdstukken lijken ons niet evenwichtig. Een voorbeeld. Radiotherapie is breed uitgesmeerd (meer dan 30 bladzijden), maar de snel evoluerende antihormoontherapie krijgt amper negen bladzijden. De nieuwere immunotherapie slechts twee bladzijden. De preventie van kanker, behandeld in Hoofdstuk 2, verdient minder dan twee bladzijden. En de oncologische revalidatie, die voor vele kankerpatiënten toch maanden of jaren kan duren, wordt in Hoofdstuk 8 eveneens op twee bladzijden afgehaspeld. Deze teksten komen dan ook zeer oppervlakkig over.

Wat uit dit boek ook niet blijkt, is de snelheid waarmee de complexe oncologie evolueert. Zo lezen we in het begin van Hoofdstuk 1: “Het aantal kankergevallen stijgt over heel de wereld”. Een algemene bewering die spijtig genoeg niet met cijfers is onderbouwd. Maar tevens een bewering die ons toch niet mag verwonderen. De wereldbevolking neemt toe en vooral de groep ouderen wordt voortdurend groter. De Wereldgezondheidsorganisatie schat dat het aantal 80-plussers zal verviervoudigen (!) naar 434 miljoen tegen 2050. En gezien vele kankersoorten vooral bij ouderen voorkomen, is een snelle stijging van het aantal kankerpatiënten te verwachten.

De voortdurende evolutie blijkt ook uit de kankerregistratie. De auteur biedt op dezelfde bladzijde cijfers over België van het jaar 2012, maar die zijn verouderd gezien het Kankerregister de cijfers van 2013 al publiceert. Bovendien tonen de Belgische cijfers van dezelfde betrouwbare bron duidelijk aan dat niet alle soorten kanker een stijging vertonen. We kunnen dit illustreren aan de hand van twee zeer veel voorkomende kankers. Het aantal gevallen van prostaatkanker stijgt in België niet, en dit tot verbazing van velen. Integendeel, het daalde merkbaar van 9.735 in 2004 tot 7.909 in 2013. Het aantal nieuwe vrouwelijke patiënten met borstkanker nam in dezelfde periode wel toe: van 9.445 in 2004 tot 10.695 in 2013. Maar borstkanker bij mannen steeg in België tijdens die periode dan weer niet: het aantal gevallen blijft elk jaar schommelen rond de 80 à 90. Deze cijfers tonen ook duidelijk aan dat men niet mag veralgemenen.

Een paragraaf verder noemt de ons onbekende auteur overlevingscijfers. Ook die evolueren snel. De auteur geeft een vijfjaarsoverleving voor pancreaskanker van 9%, het Kankerregister zegt 11%, zowel voor mannen

als voor vrouwen. Voor borstkanker schrijft het *Basisboek oncologie* dat er een vijfjaarsoverleving is van 82%, zonder aanduiding van het geslacht. Het Kankerregister biedt meer hoop: de vijfjaarsoverleving voor vrouwelijke borstkankerpatiënten in België is nu al 90%, voor mannen slechts 83%.

Bij de antihormoontherapie hadden de ongewenste bijwerkingen nog meer aandacht mogen krijgen omdat ze bij vele patiënten voorkomen en de kwaliteit van het leven soms ernstig beïnvloeden.

Het slikken van tamoxifen bespreken onder de titel “De toediening van aromatase-inhibitoren” is verwarring stichtend, want het veel voorgeschreven tamoxifen is geen aromataseremmer. En waarom stofnamen, zoals tamoxifen of olaparib, soms met hoofdletter worden geschreven, blijft een raadsel.

In Hoofdstuk 3 lezen we: “Er zijn meer dan honderd verschillende soorten van kanker...”. Er wordt niet bij gezegd op basis van welke criteria deze indeling tot stand kwam. Er wordt ook geen gewag gemaakt van verdere onderverdelingen. Vast staat dat er ongeveer 130 soorten hersentumoren bestaan, dat er meer dan 100 soorten hematologische aandoeningen zijn, en dat senologen vandaag tientallen soorten borstkanker onderscheiden. Meer precisie is dus zeker gewenst.

Diezelfde precisie missen we ook op blz. 160 waar te lezen staat: “...ongeveer de helft van de patiënten geneest niet”. Hier is weer een vage algemene bewering die geen enkel onderscheid maakt tussen de vele verschillende soorten kanker of tussen de twee geslachten. Ons lijkt dat nochtans absoluut noodzakelijk. Men vergelijk de statistische overlevingscijfers van bijvoorbeeld pancreaskanker, beide geslachten, met deze van borstkanker bij vrouwen. En waarom vermeldt de auteur niet dat het aantal overlijdens door longkanker in België daalt bij mannen, maar stijgt bij vrouwen? Het zijn ons inziens net deze verschillen die de nieuwsgierigheid van de studenten kunnen prikkelen, en misschien een aantal meisjes (en jongens) er toe aansporen om hun sigaretten definitief weg te werpen.

Op bladzijde 152 wordt gezondheid omschreven als de afwezigheid van ziekte. Zouden we de toekomstige verpleegkundigen (waarvoor dit boek toch bedoeld is) niet beter verwijzen naar de definitie die de Wereldgezondheidsorganisatie al in 1948 heeft gemaakt? De WHO stelde net dat gezondheid meer is dan de afwezigheid van ziekte.

Enkele bladzijden over complementaire en alternatieve behandelingen zullen bij vele lezers commentaar uitlokken. De auteur maakt de verwarring nog groter door ook de uitdrukking “niet-reguliere behandelingen” te gebruiken.

Hoofdstuk 7 handelt over “Voeding en kanker” en omvat slechts vier bladzijden. Dat lijkt ons wat mager om de vele fabeltjes over voeding te onderscheiden van de wetenschappelijk bewezen feiten. Nog magerder is Hoofdstuk 8 over “Oncologische revalidatie”. De zo belangrijke rol van lotgenotencontact en patiëntenverenigingen is hier zelfs geen paragraafje waard.

Het laatste hoofdstuk over de palliatieve patiënt had eveneens wat meer aandacht verdient. Vermelden we verder nog dat het boek een bibliografie en een woordenlijst bevat. Beide zijn onvolledig. De publicatie van Sonis (vermeld op blz. 116) bijvoorbeeld, staat niet in de bibliografie. De nochtans uitgebreide woordenlijst, telkens met een korte omschrijving van elke term, is verre van compleet. We zouden er gerust termen zoals PSA, BRCA1 en 2, MOC, PET-scan, mitose, metastase, necrose, enz., kunnen aan toevoegen.

Het *Basisboek oncologie voor verpleegkundigen* is, zoals de titel duidelijk zegt, niet bestemd voor patiënten. Kan het voor kankerpatiënten nuttig zijn om dit boek te lezen? Misschien wel. Maar patiënten met een veel voorkomende kanker hebben gelukkig meer uitgebreid en beter leesvoer ter beschikking. We denken dan aan het *Prostaatkankerlogboek* van Wim Köhler, het *Borstkankerboek* van Hester Oldenburg en anderen, het *Stop darmkanker* van Luc Colemont, enzovoort. Ook deze door patiënten gewaardeerde publicaties worden niet vermeld in de bibliografie van het *Basisboek oncologie voor verpleegkundigen*.

Sven D'haese (coörd.) e.a., *Basisboek oncologie voor verpleegkundigen*, Berchem, Uitg. De Boeck, 3e editie, ISBN 978 90 455 5508 9

**Louis Denis**

***Kanker en Cannabis***

**Monique Posthumus**

Dit boek is het kankerverhaal van de schrijfster die op een magistrale wijze haar strijd tegen kanker, tegen depressie, tegen de officiële oncologie, tegen de farmaceutische industrie en uiteindelijk tegen zichzelf nauwkeurig omschrijft en op objectief, kritische wijze analyseert.

Het hele verhaal voelt authentiek aan en ik heb het met een ruk uitgelezen. Het omvat niet alleen haar persoonlijk verhaal maar tevens de reacties van familie en lotgenoten, de website en Facebook-vrienden, maar tevens bronvermelding die zou kunnen thuishoren in een oncologisch vademecum.



Het begint professioneel met de goede raad dat alle info in het boek niet bedoeld is als vervanging van professioneel medisch advies.

De belangrijke rol die cannabis, beter bekend als wiet, kan spelen in de behandeling van kanker wordt uitvoerig en objectief belicht. De hamvraag of wiet kanker kan genezen, blijft onbeantwoord op wetenschappelijk vlak, maar het nut van het gebruik van wiet of wietolie heeft duidelijke voordelen voor sommige patiënten en is zeker bespreekbaar in de holistische behandeling en zorg van de kankerpatiënt.

Wie deze raad wil negeren als prietpraat verwijs ik naar een recent artikel in de *Annales of Oncology* 27, 2016: 1107-1115 van Dr. Corli et al. (Mario Negri Instituut Milaan). Het betreft de efficiëntie en veiligheid van opioïden (type morfines) voor pijnbestrijding bij chronische kankerpijn in 520 patiënten. Een duidelijke proportie (tot 14,4%) reageerde niet of duidelijk onvolledig op de pijnbestrijding. Patiënten met uitgezaaide symptomatische prostaatkanker, gelukkig een minderheid (15%) in 2016 zullen dit boek waarderen voor de mentale aanpak van de schrijfster maar ook voor de ervaringen met kankerdeskundigen, klinieken, verzekeringsinstituten en wie weet wietgebruik.

Monique Posthumus, *Kanker & Cannabis*, Utrecht, AnkhHermes/VBMedia, 2016 (192p.)

ISBN 978 90 202 1274 7

# RIZIV statistieken

Erik Briers

## Een overzicht van RIZIV statistieken in verband met prostaatkanker

### PSA bepalingen

PSA wordt in België door de overheid (RIZIV) terugbetaald onder strikte voorwaarden. Er zijn twee technieken toegestaan, met een radioactieve merker of volgens een “koude” enzymatische techniek. De laatste techniek is reeds jaren vrijwel de enige die nog gebruikt wordt.

Er zijn afzonderlijke terugbetalingen voorzien voor patiënten die in een ziekenhuis zijn opgenomen en voor ambulante patiënten. Daarnaast heeft de overheid twee verschillende omstandigheden voorzien waaronder de terugbetaling mogelijk is en toegestaan wordt.

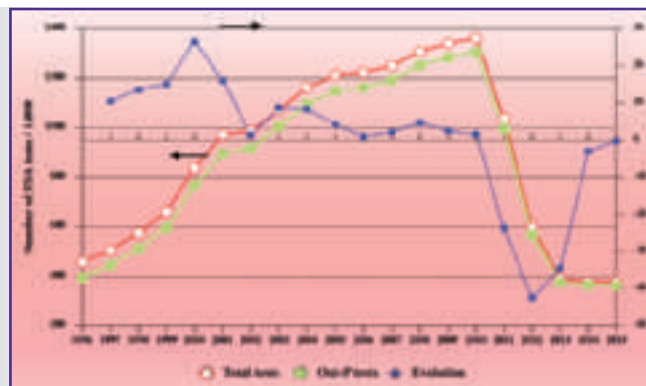
In de eerste plaats is er de opvolging van patiënten waarbij een prostaatkanker is aangetoond (biopsie); voor deze mannen worden er per kalenderjaar maximaal twee bepalingen terugbetaald. Anderzijds zijn er mannen die een verhoogd risico op prostaatkanker lopen zoals de zonen van vaders die vóór hun 65e verjaardag met prostaatkanker gediagnostiseerd werden of deze van Afro-Europese origine. Deze mannen mogen zich vanaf hun 40e verjaardag maximaal één keer per jaar laten testen tegen terugbetaling. Voor alle andere mannen wordt de PSA-test niet terugbetaald.

Belangrijke opmerking, het is niet omdat een bepaling niet wordt terugbetaald dat ze verboden is. Het bepalen van PSA is steeds toegestaan (op voorschrift door een arts/huisarts) maar in die gevallen moet de patiënt de rekening volledig zelf betalen en bepaalt het laboratorium het tarief dat vaak aanzienlijk hoger ligt dan het officiële terugbetaling tarief.

De terugbetaling voor mannen zonder risico vanaf 50 jaar werd om budgettaire redenen stopgezet eind 2010.

Resultaten zijn weergegeven in figuur 1.

Evolutie van het aantal terugbetaalde PSA-bepalingen sedert 1996 tot en met 2015. In blauw de evolutie in vergelijking met het voorgaande jaar. Sedert 2013 zien we een stabilisatie van het aantal bepalingen rond 378.000, het aantal bepalingen van 1996.



Figuur 1: Evolutie van het totaal aantal PSA-testen en het totaal aantal testen, het aantal uitgevoerd voor ambulante patiënten respectievelijk gehospitaliseerde patiënten

Twee kleine deeltabellen tonen ons de evoluties van respectievelijk de screening testen voor mannen met een verhoogd risico en de monitoring na de diagnose van prostaatkanker

Tabel 1: Screening bepalingen voor mannen met verhoogd risico [542850-542861]

| Jaar | Aantal bepalingen | Evolutie J-1 = 100% | [542835-542846] |
|------|-------------------|---------------------|-----------------|
| 2011 | 10.755            | -                   | 467.746         |
| 2012 | 22.531            | +109,5%             | 279.159         |
| 2013 | 91.584            | +306,5%             | 25.986          |
| 2014 | 122.718           | +34,0%              | 14              |
| 2015 | 123.717           | +0,8%               | 5               |

In de laatste kolom staat prestatie [542835-542846] de screening bij mannen vanaf 50 jaar maar één maal om de twee jaar maximaal. Deze bepaling werd in 2013 afgeschaft met uitwerking vanaf 1 oktober 2013. Het is duidelijk dat een aantal bepalingen voor de risicomannen onder dat artikel werden uitgevoerd en terugbetaald. Op basis van de laatste cijfers zouden we mogen afleiden dat het aantal mannen die een verhoogd risico hebben en die zich jaarlijks minstens één keer laten testen 123.717 belooft of toch ongeveer.

Tabel 2: Monitoring van mannen na diagnose [542010-542021]

| Jaar | Aantal bepalingen | Evolutie J-1 = 100% |
|------|-------------------|---------------------|
| 2011 | 551.352           | -                   |
| 2012 | 294.978           | -                   |
| 2013 | 273.478           | -7,3%               |
| 2014 | 256.251           | -6,3%               |
| 2015 | 239.663           | -6,5%               |

Het cijfer voor 2011 is niet enkel voor de monitoring, de wet wijzigde met ingang van februari 2011 zodat er in januari ook gewone screeningbepalingen meegeteld werden.

Vaststelling, er zijn tussen 240.000 en 120.000 mannen in opvolging na een diagnose van prostaatkanker aangezien er maximaal twee bepalingen terugbetaald worden maar niet alle mannen twee keer per jaar getest worden.



**Café Santé**  
**Prostaatziekten**

Een initiatief van de prostaatpatiëntenvereniging  
 "Wij Ook België vzw"

**Donderdag 27 oktober 2016**  
**Van 17h tot 19h**  
 AZ Sint-Lucas Gent  
 Sint-Jozefzaal 3, Straat 31  
 Groenebriel 1, 9000 Gent

**De plaats van hormonale therapie bij behandeling van prostaatkanker.**  
 Dr. J. Merckx  
 AZ Sint-Lucas – Urologie  
 \*\*\*\*\*

**De laatste ontwikkelingen in de radiotherapie bij prostaatkankerbehandeling (IMRT).**  
 Dr. F. Heutsens  
 AZ Sint-Lucas – Radiotherapie  
 \*\*\*\*\*

Gratis toegang (ook voor niet leden) maar graag inschrijven volgens beperkte plaatsen bij voorkeur via e-mail: [coeman.chris@wijnook.be](mailto:coeman.chris@wijnook.be)  
 Telefonisch op 09/2363222 of 03/3389154 vóór 20/10/2016

Lidmaatschap Wij Ook België vzw: Jaarbijdrage 20€, kan op REFS 4037 t 493 0106.

## Café Santé

**Volgende Café Santé in onze afdeling "Antwerpen"**

**4 oktober 2016**  
**Van 17u tot 19u**

Oncologisch Centrum Antwerpen, 2e verdieping, Lange Gasthuisstraat 45, 2000 Antwerpen.

**Medicinale cannabis**  
**Pieter Geens (MEDCAN vzw)**

Programma volgt  
 Raadpleeg onze website  
[www.wijook.be](http://www.wijook.be)  
 Alvast te noteren!

**MULTIDISCIPLINAIR CONSULT**



**Infovoormiddag**  
**19 november 2016**  
**"Verzekeringen"**

Spreker: Roel Heijlen, Vlaams Patiëntenplatform  
 Plaats: OCA, 2e verd., Lange Gasthuisstraat 45, 2000 Antwerpen  
 Inkom is gratis, maar inschrijven verplicht t.e.m. 10.11.2016 via [info@naboram.be](mailto:info@naboram.be)





'Wat roept deze foto bij u op?  
Bewegen is goed,

Of

Het heeft toch geen zin.

Voor ons heeft het wel zin, en wij denken voor u ook.'

Waarom het niet zelf uittesten, met ons, elke woensdag van 10 tot 11 h. te  
Antwerpen # Interesse, tel. 03/338.91.54