



PROSTAATinfo

Nieuwsbrief van Wij Ook Belgium vzw

September 2015



PB-PP/B-12943
BELGIË - BELGIQUE

Verschijnt
Driemaandelijks
Sep-okt-nov 2015
P910655



Wij Ook was aanwezig... (p8)
Hormonen en prostaatproblemen II (p15)
Boekbesprekingen (p21)



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

Marcel Peeters

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 Middelaes

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. Michielsens Dirk - UZ Brussel

Prof. Dr. Oosterlinck Wim - UZ Gent

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. 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

Web: www.wijook.be

PROSTAATinfo

Nieuwsbrief van Wij Ook Belgium

Oplage 4.000 ex.

ISSN:1782-0847

Prijs per nummer 5 euro

Inbegrepen in het lidgeld

14e jaargang september 2015

© 2015 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.



Editoriaal: Beste Lezer

Chris Coeman, Wij Ook

Als het tussen de oren zit...

Elke week vernemen meer dan honderd mannen (alleen al in België) dat ze prostaatkanker hebben.

Bij veel van deze mensen verandert daardoor hun wereld. Zij moeten hun dichte en/of verre toekomstplannen dikwijls herzien, en beslissingen nemen die soms een grote impact hebben op het verdere verloop van hun leven en dat van hun families.

Het is ontegensprekelijk een aangrijpende ervaring om plots te beseffen, dat er in je lichaam iets "broeit" dat je gezondheid kan ondermijnen of deze al ten dele heeft aangetast.

Een belangrijke doelstelling van onze patiëntenvereniging "WIJ OOK" is om met deze waarheid te leren omgaan en dit, op een waardige en rationele manier. Verwerking en aanvaarding kunnen alleen met voldoende kennis van zaken worden bekomen. De daaruit voortvloeiende emotionele problemen moeten steeds de nodige aandacht krijgen en mogen nooit worden onderschat.

Naast de rol die de artsen daarbij kunnen spelen door het geven van overzichtelijke, eerlijke en relevante informatie, zijn het de verpleegkundigen die door de aard van hun opleiding zeer goed geplaatst zijn daaraan mee te werken.

We zien de laatste jaren dan ook een positieve evolutie in die zin, dat ook door o.a. onze oncologische verpleegkundigen meer gerichte aandacht wordt besteed aan de psychische noden van de hun toevertrouwde patiënten. De lichamelijke verzorging, revalidatie en palliatieve zorgen gaan steeds gepaard met emotionele reacties bij hun patiënten, die zij steeds moeten kunnen begrijpen en opvangen. Zeer goedbedoelde hulp van de verpleegkundige kan soms door de patiënt heel anders worden

ervaren, waardoor de energie aan de verleende zorg besteed, kan verloren gaan.

Voor de zorgverlener is het zeker geen gemakkelijke taak, daar iedere patiënt "uniek" is.

Het is daarom verheugend om als patiënt te ervaren, dat er inspanningen worden gedaan om ook deze moeilijke opgave beter te leren beheersen, o.a. onder de vorm van trainingen en infosessies voor en door verpleegkundigen.

Een grotere betrokkenheid van de patiënt bij dit soort activiteiten, kan wellicht nog meer bijdragen tot het optimaliseren van de zorgverlening. Ik was daarom ook bereid om een getuigenis als patiënt te brengen op de training voor verpleegkundigen, door IPSEN in samenwerking met UROBEL op 17 juni 2015 te Grimbergen. Informele en brede contacten van verpleegkundigen met patiëntenverenigingen, kunnen de aanloop zijn naar een meer spontane vorm van het uitwisselen van ervaring. Het soms stroef vastgelegde stramien van de dagelijkse drukke praktijk, kan dan even opzij gezet worden.

De wetenschappelijk onderbouwde infosessies met urologen, radiotherapeuten, radiologen en artsen tijdens onze Café Santé bijeenkomsten en patiëntendagen, worden steeds meer en meer gekend en gewaardeerd door alle patiënten. Langs deze weg kunnen ook verpleegkundigen, psychologen en andere zorgverleners, hun inzichten, opvattingen en werkwijzen uitzetten, als ze hun medewerking aan deze activiteiten willen verlenen. Goed geïnformeerde patiënten kunnen de bedoeling en gevolgen van een behandeling soms beter inschatten en emotioneel verwerken. Dit komt zowel de zorgverlener als de patiënt ten goede.

"Kostbaar is de wijsheid die door ervaring wordt verkregen" is een citaat van Robert Ascham (1515-1568). Die wijsheid wordt nog kostbaarder als ze verkregen wordt door gedeelde ervaringen.... toch?

Inhoud van dit nummer

- 3 Beste Lezer [Chris Coeman]
- 5 Gebruik van isotopen bij prostaatkanker [Frank Van Acker ZNA, Antwerpen]
- 8 Wij Ook was aanwezig, "ECPC algemene vergadering", "Training voor verpleegkundigen", "Europa Uomo algemene vergadering", "Palliatieve zorgen", "Golfbenefiet 2015". [Rik Cuypers, Chris Coeman, Henk Van daele, Rik Cuypers, Erik Briers]
- 12 Kort [Brigitte Dourcy-Belle-Rose]
- 15 In de schaduw van Kos (Hormonen en prostaatproblemen II) [Louis Denis]
- 21 Boekbesprekingen

[Luc Dewilde (*Stop darmkanker. Kennis delen kan levens redden*) Henk Van daele (*Dieet, voeding, lichamelijke activiteiten en prostaatkanker*)



Omslagfoto

Vergeet de gezonde voeding niet...

© Erik Briers 2015

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

Gebruik van isotopen bij prostaatkanker

Frank Van Acker, Nucleaire Geneeskunde, ZNA Middelheim, Antwerpen

Inleiding

In de nucleaire geneeskunde maakt men gebruik van isotopen met als doel de diagnostiek vooruit te helpen of een therapeutisch alternatief te kunnen bieden. Deze isotopen zijn licht radioactieve atomen, zoals Tc-99m [*Technetium-99m*] en F-18 [*Fluor-18*], die al dan niet ingebouwd worden in een molecule. Een dergelijk product heet een radiofarmacon en dient meestal via een aderpunctie toegediend te worden.

Na verwerking door het lichaam kunnen deze producten ("tracers") in beeld gebracht worden met behulp van specifieke apparatuur, zoals de klassieke gammacamera [*een camera waarmee gamma stralen in beeld gebracht kunnen worden*] of een PET-camera [*Een camera waarmee positronen, een ander soort straling in beeld gebracht kan worden*]. Men registreert dus de verdeling in het lichaam van een verwerkte molecule op een bepaald moment en spreekt daarom van "metabole" beeldvorming. De huidige gammacamera's bezitten meestal ook de mogelijkheid om 3-dimensionele beeldopnames te vervaardigen, met noemt dit SPECT (*single photon [één photon of foton is één enkel lichtdeeltje] emission tomography*). Recent worden deze toestellen ook vaak uitgerust met een CT-component [*CT staat voor computer tomografie, een gesofisticeerd soort radiografie apparaat*], zodat simultaan zowel het "metabole" beeld als het "anatomische" beeld vervaardigd wordt (SPECT-CT camera of PET-CT camera). Dergelijke toestellen bieden een verbeterde beeldkwaliteit, als ook minder storende elementen bij vergelijkingen tussen deze studies (minder door beweging veroorzaakte artefacten, etc.). De PET-scanner levert wegens de ringvormige detector altijd een 3D-opname, bovendien zijn alle commercieel beschikbare toestellen tegenwoordig standaard uitgerust met een complementair CT-gedeelte.

Prostaatkanker is de meest voorkomende kanker bij de man. Door de zeer gevoelige PSA-metingen worden zij vaak zeer vroegtijdig gedetecteerd. De behandeling wordt in sterke mate bepaald door de tumorkarakteristieken op

biopsie, door de lokale uitgebreidheid, en eventuele aanwezigheid van letsels buiten de prostaat. Klieren in het bekken en uitzaaiingen in het bot zijn de meest frequente lokalisaties buiten de prostaatloge, zowel bij de diagnosestelling als bij ziekteherval.



Botscan

De botscan met Tc-99m bifosfonaat is al lang de hoeksteen om kwaadaardige botletsels bij prostaatkanker vast te stellen. Nog steeds behoort deze techniek tot de standaardtechnieken bij nieuwe studietrials. De hoge gevoeligheid voor botaantasting ligt ondermeer aan de sterke botreactie op prostaattumorcellen (fig. 1). Deze reactie leidt tot verhoogde activiteit van de btopbouwcellen (osteoblasten) en zo een verhoogde mineralisatie tussen deze cellen. Radiofarmaca, zoals Tc-99m bifosfonaten, het isotoop F-18, of therapeutische isotopen zoals Sr-89 [*Strontium-89*], Sm-150 [*Samarium-150*] en meer recent Ra-223 [*Radium-223*], worden hier neergezet.



Een voorbeeld van een combinatieapparaat, de ring is het CT-gedeelte, daarvoor de gamma-camera voor de opname van de "bone-scan"

3D-technieken zoals SPECT en hybride technieken zoals SPECT-CT verhogen verder zowel gevoeligheid als nauwkeurigheid van de botscan (fig. 2). Opsporing van botletsels is geïndiceerd bij ontstaan van botpijnen of bij verhoogde kans op botaantasting (afgeleid uit biopsieresultaat, PSA-waarde, en/of MRI gegevens).

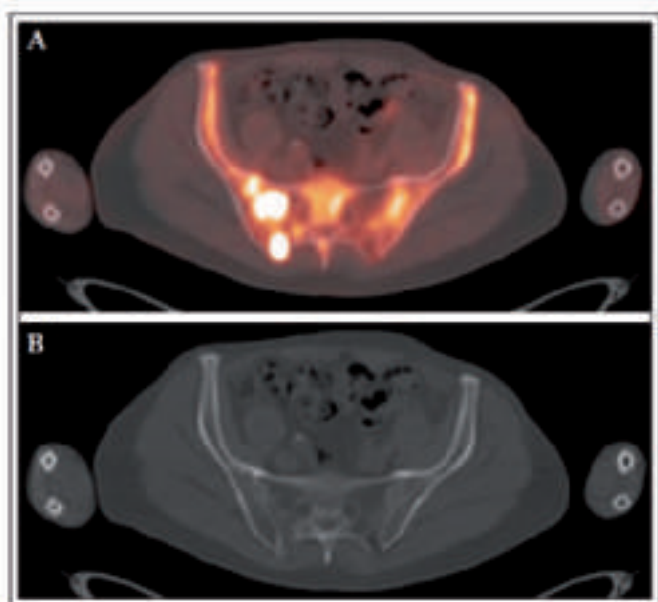


Fig. 1 Botscan bij patiënt met CRPC (hormoonongevoelige prostaatkanker) met aantasting in bot (A, fusie, beide beelden samen), niet zichtbaar op anatomische beeldvorming (B, enkel het CT-venster).

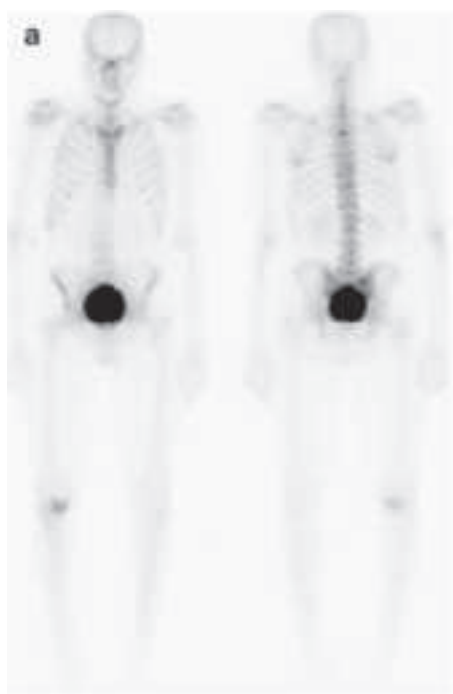
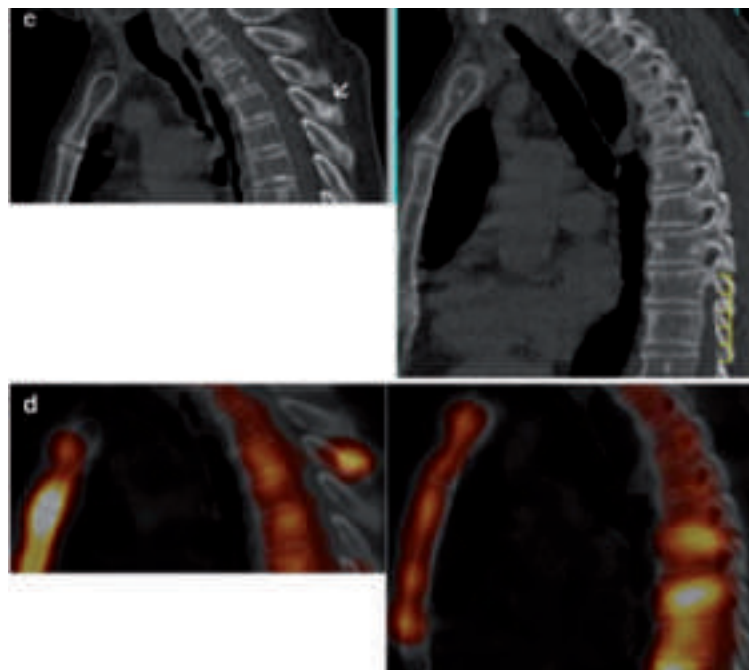


Fig. 2 Planaire botscan (a: 2-dimensioneel) toont enkel discreet letseltje t.h.v. de wervelzuil



bovenaan. c: SPECT opnames (3-dimensioneel) toont echter bijkomende letsels in de wervelzuil, en d: fusiebeelden (3-dimensioneel met CT) bevestigen de maligne aard.

PET-scan

De PET-camera meet een andere type isotoop, zoals F-18, Ga-68 [*Gallium-68*], C-11 [*Koolstof-11*]. Zij worden geproduceerd in een cyclotron. F-18 kan zelf gebruikt worden als “botzoeker” en zo beelden verschaffen van het skelet zoals bij de botscan. F-18 kan ook gebruikt worden om moleculen van een “merk” te voorzien, zichtbaar te maken met de geschikte camera. Voorbeelden zijn glucose (“FDG”), ook nog choline (F-Choline), en mogelijk in de toekomst PSMA (prostate specific membrane antigen). Dergelijke radiofarmaca tonen elk een specifiek kenmerk van de tumorcellen, respectievelijk het glucosemetabolisme, het cholinemetabolisme (voor de membraanwand) en een transmembranaire prostaatscelreceptor. De detectiegevoeligheid van deze PET-scans is afhankelijk van het stadium, de agressiviteit en eventueel de hormoonongevoeligheid van de letsels. De zeer hoge accuraatheid van deze onderzoeken bij ziekteherstel laat toe om patiënten met beperkt recidief [*kleine nieuwe letsels*] nog curatief te behandelen (salvage chirurgie of radiotherapie; fig. 3).

Ook de radiotherapieplanning kan met behulp van PET-tracerverdeling binnen de prostaat een gerichtere bestraling beogen.

Nog belangrijker in de toekomst is waarschijnlijk de rol om vroegtijdig het

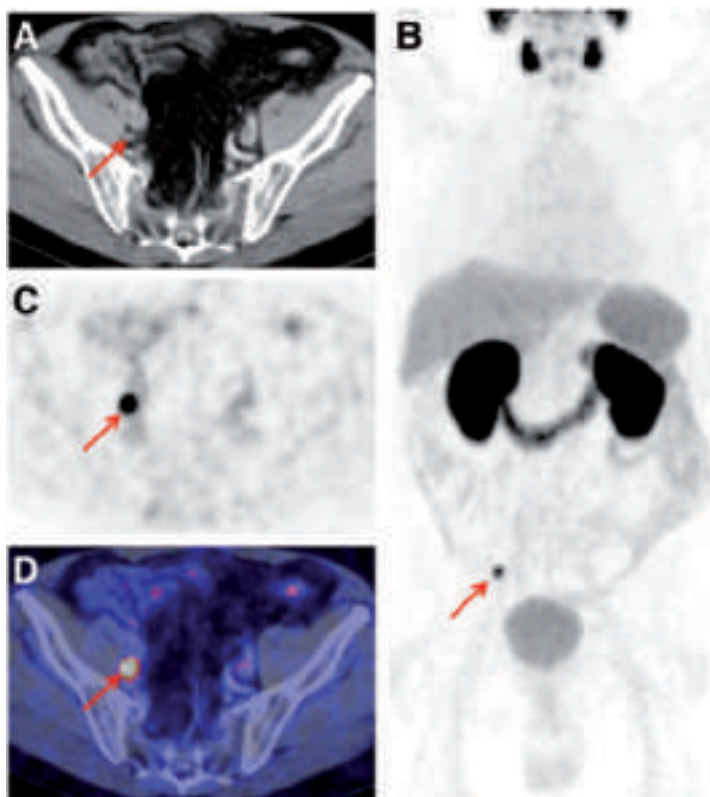


Fig. 3. 75-jarige man met lichte PSA-stijging twee jaar na radiotherapie voor prostaatkanker (PSA 1,09 ng/mL). Positieve klier op PSMA PET-scan zonder morfologische afwijkingen op CT.

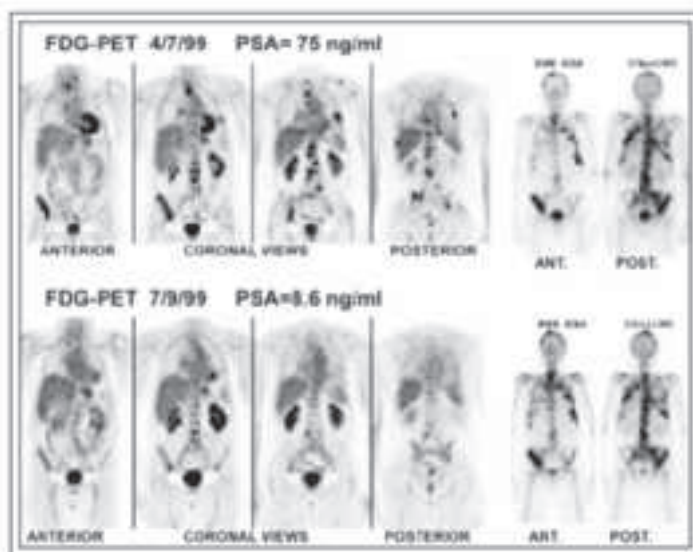


Fig. 4 FDG PET-scan (links) en botscans (rechts) in een patiënt met CRPC voor chemotherapie (bovenste rij) en na 4 cycli chemotherapie (onderste rij). FDG PET toont een bijna volledige verdwijning van de letsels, in tegenstelling tot ongewijzigd beeld op botscan.

therapeutisch resultaat te kunnen beoordelen en zo onefficiënte behandelingen te staken of wijzigen (fig. 4).

Voor F-18 producten hebben wegens hun ideale half-leven (vervaltijd) de juiste karakteristieken om vlot aangemaakt en aangeleverd te kunnen worden in de ziekenhuizen.

Actueel zijn de meeste van deze technieken bij prostaatkanker nog in onderzoek, doch gezien de veelbelovende resultaten kunnen deze in de nabije toekomst ook in Antwerpen verwacht worden. De eerste PET-MR scanners combineren PET en MRI-beeldvorming, beide van belang voor evaluatie van prostaattumoren. De meerwaarde ten opzichte van aparte PET en MR-onderzoeken dient nog aangetoond te worden.

Palliatieve therapieën met isotopen

Bij ontstaan van botpijnen door prostaatkanker zijn verschillende behandelingen mogelijk. Naast pijnmedicatie, bifosfonaten, en lokale radiotherapie is ook een globale “metabole” radiotherapie een optie door gebruik van isotopen via aderpunctie. Sr-89 en Sm-153 geven een vrij langdurige vermindering van pijnen en vermindering van breuken. Voor Ra-223 (Xofigo®) werd bovendien een verlenging in overleving van gemiddeld 3 à 4 maanden aangetoond, dit zonder noemenswaardige nevenwerkingen (fig.5).

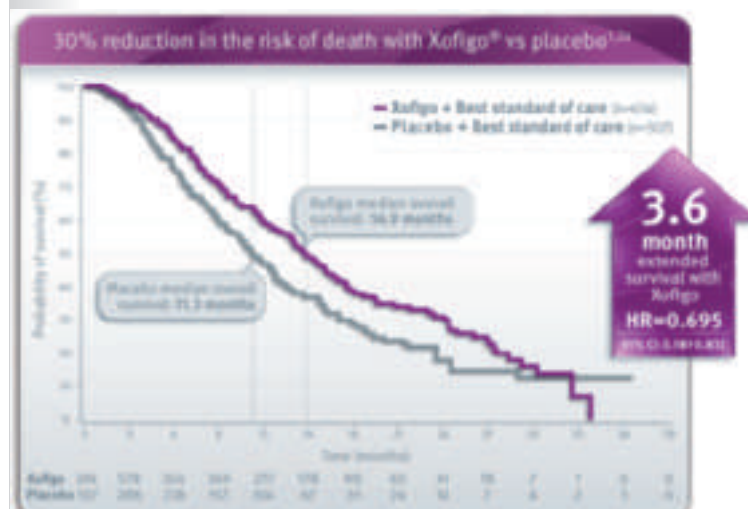


Fig. 5 C. Parker, *New England J Med* 2013.

[Tussen haakjes staan kleine verduidelijkingen van de redactie]

Wij Ook was aanwezig...

De ECPC algemene vergadering van 2015

Rik Cuypers, bestuurslid Wij Ook België vzw

De European Cancer Patient Coalition (ECPC) organiseerde haar jaarlijkse algemene vergadering te Brussel van 19 tot 21 juni 2015. Prinses Astrid en het Europees Parlement verleenden hun hoge bescherming aan de bijeenkomst. Een spijtig toeval was dat Europa Uomo, de Europese coalitie tegen prostaatkanker, gelijktijdig vergaderde in Polen. Wij Ook vzw, die van beide Europese organisaties volwaardig lid is, kon hierdoor enkel bestuurslid Rik Cuypers afvaardigen naar Brussel. ECPC gaf te kennen volgend jaar de data op mekaar te zullen afstemmen.

De eerste dag handelde over de rol van de Europese Unie in de gezondheidszorg en de toegevoegde waarde van ECPC in dit domein. De tweede dag kwamen voeding, immuno-oncologie, kwaliteitsongelijkheid in de verschillende landen, het "Eurocanplatform" (een project dat kankeronderzoek op Europees vlak samen brengt) en het benutten van sociale media aan bod. De laatste dag werd besteed aan de formele algemene vergadering onder leiding van ECPC-voorzitter Franscesco De Lorenzo. De verslagen van de activiteiten en budgetten werden met televoting goedgekeurd. De nieuwe statuten werden besproken, geamendeerd en uiteindelijk aanvaard. Hiermee verhuist de zetel van ECPC naar Brussel, onder Belgisch recht. We noteren dat er een prominente rol is vastgelegd voor de "past-president" en dat er comités gedefinieerd werden: "audit comité", "wetenschappelijk comité" en "vrienden van ECPC".

We hopen dat ECPC de vooropgestelde dynamiek kan waar maken.



Training voor verpleegkundigen

Chris Coeman, bestuurslid Wij Ook België vzw

Georganiseerd door IPSEN in samenwerking met UROBEL op 17 juni 2015 te Grimbergen.

Het prachtige kader van de "Salons De Romerée" te Grimbergen, met daarbij nog een stralende zon zoals we haar nog niet veel gezien hadden dit voorjaar, gaven een mooie aanzet voor deze training voor verpleegkundigen.

Een getuigenis als prostaatpatiënt maakte deel uit van het programma van deze samenkomst, waarop verpleegkundigen uit alle delen van het land op aanwezig waren.

Bij aankomst was een lichte lunch voorzien, waarna Ronny Pieters (UROBEL) een kleine inleiding gaf en het doel van deze training schetste.

Professor Louis Denis (WIJ OOK vzw) benadrukte (zoals altijd) in zijn presentatie, het enorme belang van de communicatie "op mensenmaat" tussen de zorgverleners en hun patiënten. Hij onderstreepte het grote belang van "de manier waarop" men een patiënt inlicht en informeert, nadat zijn resultaten van testen en onderzoeken zijn gekend.

Dokter Thomas Adams (AZ Sint Augustinus, Antwerpen), gaf in zijn spreekbeurt toelichting over de impact van multimedia-educatie op de kwaliteit van de communicatie met de prostaatkankerpatiënten.



De mogelijkheden zijn groot en zullen in de toekomst steeds een belangrijkere plaats innemen. Er werden enkele animatiefilmpjes getoond die zijn ontwikkeld door de firma IPSEN in samenwerking met de BAU en (zullen) worden gebruikt om patiënten op een visuele manier in te lichten over onderzoeken en behandelingen die ze kunnen verwachten.

Ook de anatomie en werking van de prostaat worden daarin op aanschouwelijke en begrijpbare wijze voorgesteld.

Anneleen Raes (Psychologe, UZ Gent), bracht in het kader van de psychosociale zorg een aantal stellingen naar voor, die betrekking hebben op de relaties tussen verpleegkundigen en hun patiënten. Daardoor kon een uitwisseling van ervaringen en meningen door de deelnemers in de zaal op gang worden gebracht.

Bepaalde gevoeligheden werden besproken, waarbij de manier van het brengen van slecht nieuws en de mate van emotionele betrokkenheid die een verpleegkundige kan hanteren, een belangrijke plaats innemen.

Ook het gebruik van de sociale media werd aangehaald en niet altijd als zeer positief ervaren.

Tijdens de koffiepauze werden ervaringen uitgewisseld. Tevens werden de bereikte resultaten besproken en mogelijke verbeteringen gesuggereerd.

Daarna volgde mijn getuigenis als patiënt.

Ik hoop dat deze iets heeft bijgedragen aan deze samenkomst, en dat dit zal ten goede zal komen aan zowel de verpleegkundige als aan de patiënt. Ik wil hierbij iedereen bedanken, voor de mogelijkheid dit getuigenis te mogen brengen.

Veerle Lamotte (UZ Antwerpen) gaf als laatste

spreekster een overzicht van een nieuw traject begeleider voor prostaatkankerpatiënten. Gedurende meer dan anderhalf jaar is al een lange weg afgelegd om via ondervinding en samenwerking alles in goede banen te leiden.

Structuur en organisatie zijn daarbij zeer belangrijk, maar kunnen alleen maar door blijvende inzet en communicatie met de patiënt, het gewenste resultaat opleveren.

Hierbij komen we weer zeer dicht bij de visie van de prostaatpatiëntenvereniging "WIJ OOK" die de patiënt als volwaardige partner stelt.

Na een kort slotwoordje door de voorzitter van UROBEL, werd daarna in de tuin van de locatie, nog wat nagepraat over deze leerrijke namiddag.

"General Assembly 2015" van EUROPA UOMO

Henk Van daele, bestuurslid Wij Ook België
vzw

De jaarlijkse Algemene Vergadering van EUROPA UOMO, een internationale vereniging zonder winstgevend doel naar Belgisch recht, had dit jaar plaats van 19 tot 21 juni 2015 in Warschau, de hoofdstad van een land met ongeveer 39 miljoen inwoners dat sinds de val van het communisme in 1989 nog altijd in ontwikkeling is. Deze driedaagse samenkomst in Polen stond onder de auspiciën van de "European Association of Urology" (EAU), de "European School of Oncology" (ESO), en de "European Society of Radiotherapy and Oncology" (ESTRO).

Zoals gebruikelijk bij EUROPA UOMO bestond ook deze jaarlijkse bijeenkomst uit twee duidelijk verscheiden gedeelten.

In de eerste plaats het administratieve



gedeelte met de gebruikelijke jaarverslagen van voorzitter, secretaris en penningmeester, de decharge van de bestuurders, de goedkeuring van de budgetten voor 2015 en 2016, een gedachtewisseling over de website en de publicaties van EUROPA UOMO, eventuele aanvaarding van nieuwe leden, een discussie over de statuten en het huishoudelijk reglement, de verkiezing van het bureau voor de volgende jaren, enzovoort. Alles bij elkaar noodzakelijke aspecten van elk verenigingsleven die weliswaar soms aanleiding kunnen geven tot bitsige gedachtewisselingen, maar in Warschau toch verliepen in een sfeer van positieve samenwerking. Bij de verkiezing van de nieuwe “board” werd het voor de Vlaamse delegatie even spannend. André Deschamps, voorzitter van Wij Ook vzw, had zich kandidaat gesteld en hij werd niet alleen met glans verkozen, maar bovendien ook prompt aangeduid als vicevoorzitter van EUROPA UOMO. Van harte proficiat, André!

Het bestuur van EUROPA UOMO ziet er dus nu als volgt uit:

- | | |
|-------------------|------------------|
| - Voorzitter: | Ken Mastris |
| - Secretaris: | John Dowling |
| - Penningmeester: | Christian Arnold |
| - Vicevoorzitter: | Ekke Büchler |
| - Vicevoorzitter: | André Deschamps |
| - Lid: | Malcolm Duncan |
| - Lid: | Max Lippuner |

Het wetenschappelijke gedeelte van de bijeenkomst verliep gedeeltelijk in het Engels en gedeeltelijk in het Pools.

Op vrijdagnamiddag sprak professor Monique Roobol (Erasmus Universiteit, Rotterdam) over “Active surveillance for low risk prostate cancer”. Dit dynamisch gepresenteerd en stevig gedocumenteerd pleidooi voor meer “active surveillance” willen we graag nog wel eens horen in het Nederlands. Dokter Jens Deeborg-Wittram (International Consortium for Health Outcomes Measurement, Harvard Business School) had het over “Health Outcome Measurement” (meer info op www.ichom.org). Gunter Feick beargumenteerde de noodzaak van “Prostate Cancer Centers in Europe”. Professor Didier Jacqmin (Universiteit Strassbourg) pleitte voor “Challenges and Chances in Personalised Treatment”. Immers, prostaatkanker is bij uitstek een ziekte die individueel moet behandeld worden in functie van de kenmerken van de patiënt

(leeftijd, levensverwachting, comorbiditeit, enz.), in functie van de kenmerken van de tumor (grootte, ligging, graad, enz.), en gezien de vele voorhanden zijnde behandelingsmogelijkheden. Elke uiteenzetting kreeg niet enkel veel aandacht maar leidde ook tot enkele vragen en besprekingen. Gelukkig beschikt het secretariaat van EUROPA UOMO over de PowerPoint presentaties van elke voordracht; wie interesse heeft voor één of meerdere uiteenzettingen kan de prentjes dus opvragen.

Op zaterdagmorgen had het Poolse gedeelte van de bijeenkomst plaats, georganiseerd door “Gladiators”, de zeer actieve Poolse patiëntenvereniging.

Het secretariaat van EUROPA UOMO blijft in Antwerpen en Anja Vancauwenbergh zal ook tijdens de volgende jaren als administratieve kracht werkzaam blijven. Door de verkiezing van André tot ondervoorzitter blijft Wij Ook vzw dus in de nabije toekomst een belangrijke pijler voor EUROPA UOMO.

Palliatieve zorgen

Rik Cuypers, bestuurslid Wij Ook België vzw

We ontvingen op ons secretariaat een tijdschrift van de “Palliatieve Hulpverlening Antwerpen vzw” (één van de vijftien netwerken hieromtrent in Vlaanderen) en ongeveer gelijktijdig een brief van de weduwe van één van onze zeer gewaardeerde leden die ontgoocheld was over de behandeling van haar echtgenoot in een palliatief centrum.

Laat me als leek het onderwerp toch even oppervlakkig aansnijden. Bij mijn prostaatkankerdiagnose met uitzaaiingen, zo'n veertien jaar geleden, was men terughoudend om mijn vooruitzichten te bespreken. Ik wist toen niet dat men medische behandelingen gewoon indeelt in curatief en palliatief, naargelang er genezing mogelijk is of niet. Ik las in mijn dossier “palliatieve behandeling” en dacht, gelukkig verkeerdelijk, “ze durven me niet zeggen dat mijn dood nabij is”. Nu vind ik dit grappig, maar toen niet.

Onder palliatieve zorg wordt verstaan: het geheel van zorgverlening aan patiënten waarvan de levensbedreigende ziekte niet langer op de gangbare therapieën reageert en waaraan de patiënt binnen afzienbare tijd zal overlijden. Voor de begeleiding van deze patiënten bij hun levenseinde is een multidisciplinaire totaalzorg van essentieel belang, zowel op het fysieke, psychische, sociale als morele vlak. Het



belangrijkste doel van de palliatieve zorg is de zieke en zijn naasten een zo groot mogelijke levenskwaliteit en maximale autonomie te bieden. Professionals en vrijwilligers werken vaak samen in een team. Palliatieve zorg is een 24-uurs zorg. Persoonlijke beschikbaarheid en betrokkenheid van de hulpverleners zijn de belangrijkste kenmerken van goede palliatieve zorg. De hulpverleners brengen de huidige en toekomstige zorgnoden van de patiënt en zijn naasten in kaart en ze spelen in op mogelijke toekomstige problemen (Aangepaste tekst van PHA).

Prostaatkanker patiënten met uitzaaiingen hebben een groot aantal “gangbare therapieën” ter beschikking om de ziekte te onderdrukken, maar toch kennen een aantal onder hen een moeilijk einde, met een eerder traag verloop. De meesten blijven mobiel tot in de laatste fase. De behandelingen kunnen de metastases enkel onderdrukken, niet laten verdwijnen. We beschikken over hormonale behandelingen, immunotherapie, radiotherapie en chemo. Lange tijd blijven we asymptomatisch, zonder pijn. Treden de pijnen wel op dan vallen we in de palliatieve fase, die nog niet direct aan overlijden gebonden is en waar comfort domineert. Uiteindelijk komen we dan in de terminale fase.

Op de sites www.pha.be en www.delaatstereis.be vinden we uitleg over de problematiek en brochures voor patiënten en voor zorgverleners: de netwerken in Vlaanderen, patiëntenrechten, multidisciplinaire begeleidingsequipe, toekomstige behoeften vastleggen in een document, rol van de huisarts en een eventuele vertrouwenspersoon,

comfortzorg, mantelzorg, gespecialiseerd verplegend personeel en vrijwilligers, palliatieve thuiszorg of palliatieve eenheden, wilsonbekwame patiënten, equipearts, consultatieteam, palliatieve sedatie, euthanasie

Ook onze zustervereniging RWS (Recht op Waardig Sterven,vzw) bij OCA, waar ik trouwens lid van ben, kan toelichtingen geven.

Golfbenefiet 2015

Erik Briers, bestuurslid Wij Ook België vzw

Naar tweejaarlijkse gewoonte werd op 22 en 23 augustus het tweedaagse golfbenefiet ten voordele van het prostaatkankeronderzoek georganiseerd.

Het startte op zaterdag onder een stralende hemel met een goed bijgewoond seminarie waar het team



van Prof. Van Poppel aan de aanwezigen waaronder heel wat huisartsen de stand van zaken inzake prostaatkanker uiteenzette. Een bijzonder aandachtspunt was de rol van de huisarts bij de opvolging van de patiënten in eender welke fase van zijn ziekte.

Tijdens het seminarie gaf Jozef De Wever (naar wie het onderzoeksfonds genoemd is) het verhaal van zijn prostaatkanker waar hij met “vallen en opstaan” vandaag elke dag nog van het leven en golf geniet. Onze voorzitter André Deschamps gaf nog mee dat patiënten gebaat kunnen zijn bij een contact met een lotgenoot, iemand die het aan den lijve heeft ervaren.

Op zondag speelden meer dan honderd golfspelers het benefiet onder een stralende hemel die evenwel later omsloeg in een heuse storm. Tijdens een goed bijgewoond feestelijke overhandiging bedankte Prof. Van Poppel voor een nieuw record-bedrag van 44.000 euro. Prof. Torfs (Rector KULeuven) en de heer De Wever dankten op hun beurt voor het mooie bedrag.



Kort

Brigitte Dourcy-Belle-Rose

Nevenwerking bestraling voorkomen

Bestraling kan ernstige nevenletsels aanbrengen wegens de nabijheid van de omliggende organen, zoals de endeldarm en de blaas. De Food and Drug Administration (FDA) van de USA hebben een nieuwe voorzorgsbehandeling goedgekeurd om neveneffecten op de endeldarm te voorkomen. De behandeling omvat het inspuiten van een gel (naam: Space OAR—Organ at risk) tussen prostaat en darm om de impact van de bestraling af te zwakken.

Het potentieel voordeel is nog meer bestraling met minder nevenletsels. De hydrogel die bij inspuiting in een vaste gel verandert, vergroot de afstand tussen beide organen van 3,8 mm tot 12 mm en blijft ongeveer drie maanden ter plaatse. Een nieuw idee dat eenvoudig lijkt. Toch maar eerst afwachten naar grotere series en algemene toepassing.

US TOO Hot Sheet, 15.06.2015

Laat Europa bewegen

Friends of Europe en de internationale Sports and Culture Association (ISCA) organiseren een groot debat in Brussel over de crisis van de lichamelijke inactiviteit. Grote bonzen komen samen om de Europese burgers aan te zetten tot meer activiteiten. Liefs 25 percent van de volwassenen en 80% van de Europese jeugd hebben te weinig activiteit. Eindelijk begint iedereen het Feel+ programma van Wij Ook te ontdekken. Beter laat dan nooit.

Friends of Europe, 10 juni 2015

De afmetingen van de menselijke penis?

Deze vraag heeft al voor veel angst gezorgd bij de gemiddelde man. En zo deed David Veale van het Kings's College in London nog maar eens een nieuwe studie bij 15.521 mannen. De vrouwen waren meestal (82%) tevreden over de afmetingen, terwijl mannen zelf liever (45%) een maatje groter hadden. Dit is dysmorfobie (overdreven angst voor een lichamelijke afwijking).

Op basis van 20 studies bleek de gemiddelde

lengte 9,31 cm in rust en 13,2 cm in erectie. Geen verband tussen lengte van de man, zijn gewicht of zijn schoenmaat.

Tenzij je pornoartiest wil worden zijn er echt weinig problemen. Als troost: een gorilla heeft een penis van ongeveer 3 cm lang en de gevoeligheid van de vagina stopt na de eerste 5 cm. Spijtig, maar de meeste zoogdieren hebben er nog een beentje in zitten dat soms van pas komt.

Andrologie, 20.05.2015

Comorbiditeit in de urologische behandeling

De ESU cursus nr. 5 (European School of Urology) lijnt de problemen af van de bijkomende aandoeningen bij patiënten die een urologische behandeling nodig hebben. Dit zijn dikwijls 70- en 80-plussers. Belangrijk als je weet dat 65% van alle urologische kankers zich uiten na 70 jaar rustig leven. Deze comorbiditeit is de sleutel tot het overleven. Er bestaan genoeg testen, de gevalideerde 68 test is de beste, om de comorbiditeit te evalueren (en ook de sociale omstandigheden) vooraleer tot een ingrijpende behandeling te besluiten.

Uw huisarts kan hierin een belangrijke rol spelen.

European Urology Today, 05.2015

Hormoonbehandeling bij stijgen van de PSA-waarden na eerste behandeling

Het optimale tijdstip om te bepalen wanneer de hormonale behandeling best gestart wordt na mislukken van chirurgie en/of bestraling, is niet duidelijk.

Bij 2.096 patiënten in een gerandomiseerde studie werd de behandeling gestart na het stijgen van de PSA-waarden in het bloed of na het optreden van symptomen, dochtertumoren of een korte PSA-dubbeltijd.

Er bleek geen overlevingsverschil tussen de vroege of latere aanpak in overleving. Een bevestiging van de EORTC-studie van een decade geleden.

Garcia Albeniz, *ESC-1.817.824.2015*

Ziekenhuisfinanciering wordt drietrapsraket

De krijtlijnen van ons ziekenhuisbeheer gaan zich toespitsen over een zuiver honorarium voor

de artsen, die de test van de praktijkkosten en de administratieve registratie willen afbouwen.

Een goed begin voor Maggie De Block want we dachten dat het de aangerekende kosten aan de patiënt betroffen.

Artsenkrant, 2404, 30.04.2015.

Fecetransplantatie: nauwelijks gereguleerd

We lezen over hart- en levertransplantaties. Wetenschappelijke geneeskunde op het hoogste niveau. Over de eenvoudige fecetransplantatie ontbreken normen wat betreft de optimale samenstelling en toedieningswijze van donorfacies. Er is echt nood aan regelgeving ter zake.

Neem toch maar uw bioyoghurt om uw eigen darmflora in stand te houden.

Artsenkrant, 1519, 28.05.2015.

BTW op esthetisch-chirurgische ingrepen

Vanaf 1 januari 2016 zijn esthetisch behandelingen onderworpen aan de belasting over toegevoegde waarde. Dit geldt niet alleen voor de medische verzorging maar ook voor de ziekenhuisverpleging en diensten die daarmee samenhangen.

Een overreactie van onze ministerraad die steeds inkomsten zoekt en dan beslist dat esthetische problemen altijd een modeverschijnsel zijn, waar ze wel degelijk een psychische last voor de betrokken patiënt betekenen. In dit land moet je naar leven tevreden zijn met wat moeder u meegaf bij de geboorte. Waarom geen BTW voor diegenen die het niet nodig vinden, een originele taxshift?

Artsenkrant, 1519, 21.05.2015

Samenwerking rond robotgeassisteerde chirurgie

De veel besproken Da Vinci robot, gebruikt bij prostaatoperaties, heeft een plaats veroverd in de keuzebehandeling van prostaatkanker, maar heeft ook voor financiële katers gezorgd in ziekenhuizen waar hij in gebruik was.

Zeven Antwerpse ziekenhuizen werken nu samen om het systeem, opgesteld in het AZ Klina Brasschaat, te gebruiken voor de radicale prostatectomie.

Wegens een toestelbezetting van slechts 30% lost deze samenwerking dit probleem op en wordt

de expertise geconcentreerd tot een netwerk van vijf urologen getraind in robotgeassisteerde chirurgie. De naam van het project is Centrum voor Robotheekkunde waar alle patiënten doorverwezen worden voor de behandeling om na de ingreep terug te keren naar hun eerste ziekenhuis. Spitstechnologie gecentraliseerd maar de horizontale zorgorganisatie blijft behouden.

Zowel voor de patiënten, de artsen en de directies was het even doordenken, maar het is en blijft een win-win situatie. Onze reactie op deze samenwerking is dat we zo uiteindelijk geraken aan een geïntegreerde geneeskunde.

Artsenkrant, 2408, 29.05.2015

Lage urineweg symptomen (LUTS) en neurostimulatie

Bij mannen en vrouwen zonder obstructie, vallen LUTS-problemen veel samen met psychiatrische of psychologische problemen. Aan de universiteit Maastricht werden deze problemen onderzocht. Uit dit onderzoek bleek dat een stimulatietest bij patiënten met overactieve blaas (66%) of een niet obstructieve urineretentie (20%) bij 52 patiënten positief was. Na een jaar was het slaagpercentage 90 procent bij deze 92 patiënten (47%).

Het logisch besluit is dat een sacrale neurostimulatie best eerst gebeurt vooraleer er besloten wordt tot definitieve implantatie.

Nogal logisch denken we.

Artsenkrant 2404, 30.04.2015

Rijden met dorst even gevaarlijk als dronken rijden

Britse onderzoekers aan de universiteit te Loughborough lieten mannen twee uur rijden in een simulator. De ene heer met 200 ml water per uur, de andere met 25 ml. De laatste maakte dubbel zoveel fouten. Dit bleek even erg als dronken rijden.

Is dit Loughborough of Laughborough? Alleszins een goed excuus in de file onder de brandende zon tegen een verbaliserende agent. Wijzelf hebben altijd flessen in de wagen: om te drinken (kleine files) of te plassen (grote files).

De Nieuwe Gazet, 28.04.2015

Verpleegkundigen even goed als artsen

Een studie in Engeland heeft de efficiëntie en het percentage complicaties bij het uitvoeren van

prostaattiecties door gespecialiseerde verpleegkundigen en artsen vergeleken. Het percentage kankerdetecties en het percentage complicaties bleken vergelijkbaar in beide groepen. Deze prospectieve studies vergeleken de resultaten van prostaattiecties genomen met behulp van een transrectale ultrasonografie (TRUS). Klinkt als Denemarken 20 jaar geleden. En zeggen dat ik voor de geneeskundige commissie te Antwerpen moest verschijnen (enkele jaren geleden) omdat ik in het kader van de Europese studie (10.000 deelnemers) de prostaatafmetingen mocht neerschrijven na digitaal onderzoek.

Artsenkrant, 2404, 30.04.2015

Al 41.000 griepdoden dit jaar

In de eerste vier maanden van het jaar zijn er in ons land 41.479 mensen aan griep gestorven. Dat zijn er 5.827 meer dan in dezelfde periode vorig jaar. Vanaf eind september 2015 komt er een viervoudig vaccin op de markt.

En de kankerverenigingen maar zeuren over die 25.000 overlijdens door kanker? Of zijn de statistieken in de krant met een korrel zout te nemen?

De Nieuwe Gazet, 8.06.2015

Toelatingsproef: meer vragen over wetenschap

Voor de eerste examencommissie voor het toelatingsexamen arts en tandarts zijn 5.578 deelnemers ingeschreven. Het examen ziet er anders uit. Het aantal wetenschapsvragen is opgetrokken van 40 naar 60%. Hiermee wordt de kwaliteit van de examens verhoogd.

En wij maar denken dat geneeskunde een wetenschap is. Er blijft dus ruimte voor kunst.

De Nieuwe Gazet, 7.06.2015.

Errare humanum est
In ons vorige nummer van **PROSTAATinfo** is een storende fout "geslopen", de nieuwe "Secretary General" van de "European Association of Urology" is Prof C.R. Chapple (Sheffield-UK)



Café Santé Prostaatziekten



Een initiatief van de prostaatpatiëntenvereniging
"Wij Ook België vzw"

Donderdag 29 oktober 2015
van 17u00 -19u00

AZ Jan Palfijn Gent
Restaurantgebouw verdieping 1
Watersportlaan 5, 9000 Gent

Prostaatkanker in historisch perspectief.

Wat kan ons dit leren?

Ere-prof.dr. A. Verbaeys

Uroloog

Rol van de beeldvorming bij prostaatkanker.

Dr. P. De Visschere

UZ Gent – Radiologie

Gratis toegang (ook voor niet leden) maar graag inschrijven wegens beperkte plaatsen bij voorkeur via e-mail: coeman.chris@skynet.be
Telefonisch op 09/2363222 of 03/3389154 vóór 22/10/2015

Lidmaatschap Wij Ook België vzw, jaarbijdrage 20€, kan op BE78 4037 1493 0186.



Europa Uomo organiseert opnieuw een European Prostate Awareness Day

Op woensdag 16 september 2015 organiseert Europa Uomo opnieuw een European Prostate Awareness Day (EPAD) 'Increasing Male Life Expectancy' in het Europees Parlement Brussel. Dit in samenwerking met hun vertrouwde partners, zoals de European Association of Urology (EAU) en de Europese School voor Oncologie (ESO), en de samenwerkende verenigingen zoals de Europese Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (ESTRO), de Europese Vereniging voor Medische Oncologie (ESMO), de Europese Vereniging voor Gepersonaliseerde Geneeskunde (EAPM), de Europese coalitie voor kankerpatiënten (ECPK) en het Europees Forum voor de Gezondheid van Mannen (EMHF). Deze dag wordt ondersteund door MEP Philippe De Backer.

Chairs: P. De Backer (MEP), C. Chapple (EAU) and K. Mastris (Europa Uomo)

Programma:

14.00 Welcome

Moderators: V. Kataja (ESMO) & K. Haustermans (ESTRO)

14.15 Introduction

14.30 What is, and what goes wrong with the prostate?

14.40 Benign prostatic enlargement

14.55 PSA testing in primary care

15.10 Active surveillance for prostate cancer

15.25 Modern radiation treatment

15.40 Surgery for localized, locally advanced and high risk prostate cancer

15.55 Q & A and coffee break

Moderators: K. Mastris (EUomo) and H. Tavoie (ECPK)

16.30 Medical therapy of castration resistant prostate cancer

16.45 Health outcome measurements that matter to patients

17.00 Survivorship and quality of life

17.15 Personalized medicine in prostate cancer care

17.30 Prostate cancer units and multidisciplinary

17.45 Q & A

18.10 Life beyond the prostate

K. Mastris (EUomo)

H. Van Poppel (EAU)

C. Chapple (EAU)

J. Rees (EMHF)

C. Bangma (EUomo)

K. Haustermans (ESTRO)

S. Joniau (EAU)

V. Kataja (ESMO)

G. Feick (EUomo)

P. Presti (ECPK)

D. Jacqmin (EAPM)

R. Valdagni (ESO)

All

Ian Banks (EMHF)

Onze Engelssprekende leden kunnen zich bij plaats laten registreren. De toegang is gratis maar registratie is alleen mogelijk via Europa Uomo (Anja Vancauwenbergh, europauomo@skynet.be).

In de schaduw van Kos

Louis Denis, Directeur Wij Ook België vzw

Over de prostaat en hormonen II

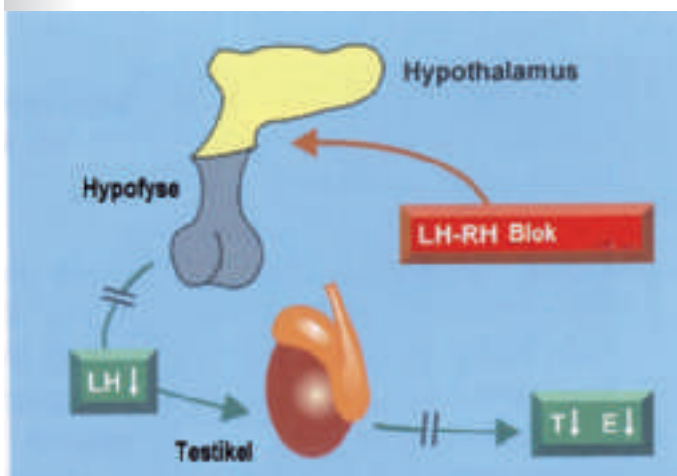
Castratie

De meest gebruikte behandeling bij symptomatische en/of uitgebreide prostaatkanker bestaat nog altijd uit de chirurgische of medische castratie.

De chirurgische castratie neemt de voornaamste bron weg van de testosteroone (mannelijk hormoon T) door het verwijderen van de testikels. Deze zijn verantwoordelijk voor de productie van 90 tot 95% circulerend testosteron in de bloedbaan (6 tot 7 mg per dag).

De medische castratie wordt veroorzaakt door het blokkeren van het LH (luteotroop of gonadotroop hormoon) in de hypofyse dat de productie van testosteron bij de man stimuleert.

Bij de vrouw is dat oestrogeen (E). Zie fig. 1.



Figuur 1: Schema van de medische castratie die T (testosteroone) in de circulatie omlaag drukt tot < 50 ng/dl of < 1,7 nmol/L in het plasma.

LH-agonisten LHRH-antagonisten

Deze blokkering wordt nu vooral verkregen door toedienen van LH-agonisten (chemische simulatie van het natuurlijk LH) op aangepaste chronische dosering door inspuitingen die van 1, over 3 en 6, tot 12 maanden actief blijven. In deze lang werkende preparaten wordt een dagelijkse dosis vrijgemaakt. Uiteraard veroorzaakt de eerste

dosis een extra stimulatie van de LH-productie en vindt men een tijdelijke verhoging van het LH (en testosteron als gevolg) die soms aanleiding kan geven tot een klinisch probleem bij uitgebreide prostaatkanker. In deze gevallen is het aanbevolen een bijgaande medicatie te geven die deze verhoging blokkeert (zie anti-androgenen). Dit fenomeen wordt vermeden met het toedienen van LHRH-antagonisten die een directe competitie met de LHRH-receptoren (contactplaatsen) geven. Wanneer men praat over medische castratie in 2015 bedoelt men praktisch altijd het toedienen van LHRH-agonisten of antagonisten die het plasmatestosterongehalte terugbrengen tot onder 50 ng/dl in het serum.

Wist u dat professor Andrew Schally (New Orleans, USA) ook een Nobelprijs voor geneeskunde kreeg in 1977 voor zijn opzoekingen naar de isolatie en identificatie van het natuurlijk luteotroop hormoon-releasing hormoon (LHRH) als een decapeptide (een eiwit dat slechts uit 10 aminozuren bestaat) en de physiologische resultaten van toediening van lage (normale stimulatie) en hoge (leidt tot gonadale atrofie) dosissen aantoonde?

Omkeerbare werking

De werking van de LHRH-agonisten wordt dikwijls beschreven als paradoxaal. Verre van, het is een physiologische reactie van een endocrien orgaan dat zijn productie stopzet bij een te hoog gehalte van het eindproduct. De uitslag, in dit geval het terugvallen van het serum T tot castratieniveau, is dus ook reversibel wat vanzelfsprekend bij de chirurgische castratie onmogelijk is. Het is dan ook de keuzebehandeling wanneer men de optie neemt op een intermitterende behandeling met hormonen. Hierbij wordt de hormonale behandeling afgestemd op de klinische resultaten. Bij een goede respons staakt men de behandeling tot de

kanker terug actief wordt.

Soms wordt vergeten dat professor Charles Dodds reeds in 1938 een chemisch oestrogeen (diethylstilboestrol, DES) synthetiseerde dat de eerste orale medicatie was voor kanker in het algemeen en voor prostaatkanker in het bijzonder.

Vóór de LHRH-agonisten

Vóór de LHRH-agonisten en antagonisten bestond er een arsenaal aan substanties die dezelfde klinische palliatieve resultaten gaf als de chirurgische castratie. De meeste producten waren oestrogenen en progestagenen, de twee voornaamste vrouwelijke hormonen. Uit de lange lijst van publicaties onthouden we bij de oestrogenen: buiten DES, het DES-difosfaat maar ook paardenoestrogenen en langdurige preparaten als het poly-estradiol-fosfaat. Bij de progestagenen buiten cyproterone (cyproterone acetaat is ook een anti-androgeen), medroxyprogesterone en chlormadinone.

Geen enkele van deze substanties werd universeel aangenomen, buiten het DES dat echter aan populariteit verloor wegens zijn bijwerkingen als maagstoornissen, borstvorming en cardio-vasculaire complicaties. De doodsteek werd gegeven door de VACURG studies (Veteran's Administration USA) die duidelijke cardio-vasculaire toxiciteit aantoonde bij DES-dosissen van 5 maar ook 3 mg per dag. Deze bekende nevenwerkingen werden bevestigd door verscheidene EORTC-studies (European Organisation for Research and Treatment of Cancer). Toch bleef er interesse voor de DES 1 mg/dag dosis wegens de positieve klinische resultaten en minimale toxiciteit. Verdere opzoeken met parenterale oestrogenen zijn lopend. Ze omzeilen de lever die onvermijdelijk is bij de orale vorm en concentreren zich op specifieke actiemechanismen in de kankercel zelf buiten het effect van de castratie.

Wist u dat testosteron en derivaten soms ook positief werken in prostaatkanker? Uiteraard hebben ze dezelfde uitwerking op de hormonale

hypofyse-testikel-as. De reden dat bodybuilders met testosteron na een lange carrière eindigen met twee apennootjes.

Testosteron productie buiten de testikels

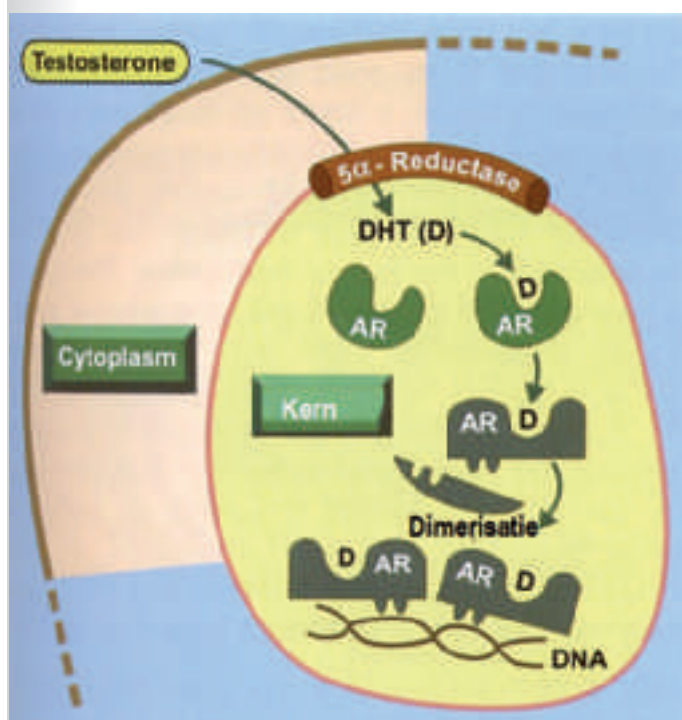
We blijven dus zelfs met een perfect uitgevoerde of gedoseerde castratie met een restant van 5 à 10% van de dagelijkse testosteronproductie ($\pm 0,3$ tot $0,6$ gram per dag) door de hormoonproductie in de bijnieren en de omzetting in de perifere weefsels met inbegrip van de prostaat en de kanker zelf.

Voor men kan spreken van een castratieresistente prostaatkanker (CRPC) is het nodig om de serumwaarden van testosteron te bepalen (< 50 ng/dl of $1,7$ nmol/L) buiten de kenmerken van een progressieve evolutie van de kanker. Deze omvatten een verhogen van de PSA-waarden in het bloed, progressie van metastatische tumoren in volume of aantal of dochtertumoren in de zachte weefsels. Nooit vergeten de anti-androgenen te stoppen om de uiteindelijke diagnose van CRPC te bevestigen daar deze substanties soms van antagonist naar agonist evolueren.

Functie van androgenen in de prostaat

Om deze lange inleiding te besluiten past het om de functie van de androgenen in de prostaat zelf door te nemen. De studies van Wilson, Bruchovsky en Farnsworth maakten duidelijk dat T belangrijk was maar dat het werkzaam mannelijk hormoon in de prostaat eigenlijk 5 alfa-dihydrotestosteron (DHT) was. Dit DHT is afgeleid van testosteron door het enzyme 5 alfa-reductase (5 AR). Ongeveer tegelijkertijd bevestigden de studies van Dorfmann dat eiwitten in de cellen van de prostaat zich specifiek bonden, de genoemde

androgene receptoren, met het aanwezige DHT. Dit DHT-AR complex bindt zich dan in de celkern met DNA op de androgene elementen met activering van betrokken genen. Zie figuur 2.



Figuur 2: De androgene receptoren in de prostaat worden gebonden aan DHT dat het betrokken DNA activeert.

5 alfa-reductase inhibitor (5ARI)

De ontdekking en toepassing van een 5 AR inhibitor (5 ARI) voor de twee enzymatische vormen leiden tot een 80 percent vermindering van het beschikbare DHT in de prostaat. Dit bracht op zijn beurt een innovatieve behandeling voor de benigne prostaathypertrofie (BPH) en wordt ook toegepast in de primaire behandeling van prostaatkanker door sommige specialisten, maar is niet weerhouden in de richtsnoeren van de EAU (European Association of Urology) in de behandeling van uitgebreide, hervallen of castratieresistente prostaatkanker (*European Urology* 65, 2014: 467-479) of algemeen gebruikt in de routinebehandeling van prostaatkanker.

Definitie van anti-androgenen

Anti-androgenen zijn substanties die de androgenen beletten hun werk te doen op hun specifieke plaats. Ze zijn dus verschillend van substanties die de synthese en uitscheiding van

de hypothalamus en de hypofyse uitschakelen of een directe actie hebben op de gonaden om de synthese en secretie van androgenen te stoppen.

Anti-androgenen

Deze definitie slaat op de zogenaamde zuivere anti-androgenen, zoals flutamide, nilutamide, bicalutamide en enzulatamide maar niet op cyproterone acetaat dat door zijn stereoïde structuur ook een progestogene invloed heeft op de hypofyse-testikel-as.

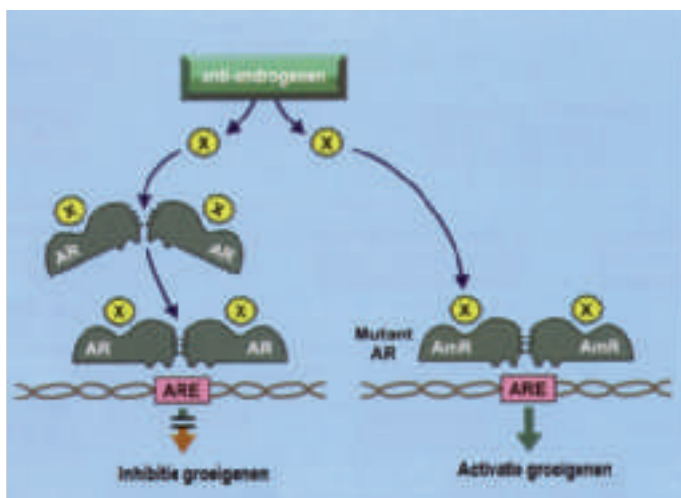
De functie van de androgene receptor is goed bestudeerd (zie figuur 2) en gebonden aan DHT komt het vlot in de celkern om zich met het DNA te koppelen en de genen verantwoordelijk voor het mannelijk fenotype, waaronder functie en groei van de prostaat te activeren.

We weten dat meer AR's een teken blijkt van evolutie naar een castratieresistente prostaatkanker (CRPC) het voorlopige eindstation in de controle van deze kanker maar ook dat mutaties in de receptor kunnen leiden tot activatie in het DNA-domein door zwakke androgenen, oestrogenen, cortisone en ja ook anti-androgenen zoals hoger vermeld.

In dit complex proces kunnen anti-androgenen, die normaal de biologische activiteit van de kanker afremmen, na een tijd van behandeling de kanker gaan activeren. Dit is de reden dat men bij herval van de ziekte meestal een PSA-verhoging eerst het gebruikte anti-androgeen stopt voor enkele weken om te kijken of activatie plaats vond en dit de reden voor de PSA-verhoging was. Zie figuur 3.

Normale testosteron bij gebruik van anti-androgenen

Een belangrijk aspect in de activiteit van de anti-androgenen is vanzelfsprekend dat het serum T bij de patiënt niet daalt maar integendeel verhoogt (zijn afgeleide DHT vindt geen



Figuur 3: Anti-androgenen kunnen bij mutaties van de AR stimuleren in plaats van remmen.

bindplaats op de cel).

Vrolijk nieuws voor de patiënt maar bijkomstig de reden van borstvorming daar de hogere testosteron omgezet wordt in zijn eindproduct: oestrogenen die aan de basis liggen van de borstvorming.

Van de drie eerste generaties anti-androgenen bleek bicalutamide het minst toxisch zonder lever-, long- en zichtproblemen en werd dan ook het meest gebruikt als alternatief voor castratie aan dosissen van 150 mg per dag. Het bekendste steroïde anti-androgeen is cyproterone acetaat (CPA) dat ook het eerste was en als monotherapie én castratie én anti-androgeen omvatte maar als zodanig in onbruik is geraakt.

In 1996 hebben we op vraag van de Europese School voor Oncologie de ontdekkers van de verschillende anti-androgenen in een symposium samengebracht (F. Neumann, R. Neri, B. Furr, M. Gaillard) om de plaats en belang van de androgeen receptor samen te vatten en als platform te gebruiken voor de recente vooruitgang op dit biologisch vlak in de behandeling van prostaatkanker (L. Denis, *Anti-androgens in Prostate Cancer. A key to tailored treatment*. Monographs ESO Springer Berlin 1996). Er werd consensus bereikt over de toepassingen van deze anti-androgenen bij uitgebreide prostaatkanker (Tabel 1).

Tabel 1: Indicaties anti-androgenen bij uitgebreide prostaatkanker.

Niet-steroïdale anti-androgenen
Monotherapie
MAB° (gecombineerd met LHRH-agonisten)
Monotherapie en 5 ARI's

Preventie “flare up” van LHRH-agonisten
Castratieresistente prostaatkanker (CRPC)
Vervangen bij agonist effect

°MAB: Maximale androgeen-behandeling

°CAB: Complete androgeen-blokkade

Waarom niet combineren: MAB & CAB

Zoals meestal gebeurt, stapelen de artsen graag verschillende actieve behandelingen op elkaar, vooral bij kanker, in de hoop de ziekte beter en langduriger onder controle te krijgen. Het nadeel is dat de verschillende neveneffecten ook samen opduiken wat niet altijd bevorderlijk is voor de levenskwaliteit van de patiënt en zeker niet voor het kostenplaatje van de behandeling.

Het samenbrengen van de castratie en het anti-androgeen was, is en blijft controversieel. Bij het nieuwe millennium hebben we 23 gerandomiseerde studies in een meta-analyse verwerkt en gepubliceerd in *Lancet*. Het bleek dat er mogelijks een klein (< 5%) overlevingsvoordeel was voor de combinatiebehandeling. De gebruikte term complete androgeen blokkade (CAB) is fout daar we nog andere bronnen van androgeen werking als belangrijk en stimulerend beschouwen. Het is dus logischer een tweede hormonale behandeling toe te voegen zo de primaire behandeling faalt. Men ziet dan bij 7 tot 10 percent van de patiënten een tijdelijke verbetering. We prefereren de term maximale androgeen blokkade (MAB).

De behandeling herbekijken?

In deze eeuw, nog maar in het prille begin, werd een nieuwe koers aanbevolen. Waar we nu weten dat hormonale behandeling een verhoging brengt van morbiditeit en mortaliteit door hartziekten (een Zweedse studie over 30.642 patiënten geanalyseerd in 2009) blijft hormonale behandeling aangewezen bij een juiste indicatie en niet zomaar om de testosteron en PSA bij de patiënt op korte termijn te zien dalen.

Dit verklaart de populariteit van de intermitterende hormonale behandeling tegenover continue behandeling (IADT, Androgene Deprivatie Therapie).

Een reeks studies heeft bevestigd dat bij een IADT de overlevingsresultaten gelijkwaardig zijn,

dat de patiënt minder nevenwerkingen (vooral hart- en seksuele problemen) heeft en uiteraard de behandeling goedkoper is. Een beperkende factor is wel dat men van de hormonale therapie een duidelijk resultaat verwacht in een PSA-daling onder de 4 ng/ml over een korte periode van enkele weken/maanden. Het betreft hier patiënten met symptomen daar er nog geen consensus bestaat wanneer de hormonale therapie gestart wordt bij patiënten met metastasen zonder symptomen. Persoonlijk denk ik dat én arts én patiënt een houvast vinden hoe de biomarker (meestal PSA) reageert op de primaire hormonale behandeling (castratie of anti-androgenen of combinatie). Men weet en meet de hormonale reactie van de kanker.

Indicaties voor ADT met de beproefde medicaties

1. Niet bij gelokaliseerde kanker die opgevolgd wordt in waakzaam wachten en actieve opvolging.

2. De belangrijke uitzondering: Bestraling en hormonale ADT-behandeling (korte termijn) geven betere resultaten dan bestraling alleen.

3. Bij positieve klieruitruiming tijdens een radicale prostatectomie (tenzij minimaal).

4. Steeds bij prostaatkanker met symptomen.

5. Persoonlijk beoordelen voor de indicaties:

Anti-androgenen, oestrogenen

Intermittente hormonale therapie

Uitgestelde hormonale therapie

Nieuwe behandelingen

Enzalutamide

Abiraterone

Chemotherapie

Radium-223

Het is duidelijk dat men de beste resultaten ziet bij de palliatie van symptomen of de preventie van symptomen bij uitgebreide, metastatische kanker. Monotherapie bij gelokaliseerde kanker heeft nooit geleid tot verlengde algemene of specifieke levensduur. In de recente vooruitgang is er hernieuwde interesse voor de oestrogenen, de corticosteroïden (dexamethasone) en hun respectievelijke werking op het celmetabolisme, de nieuwe medicaties enzalutamide en

abiraterone, en last but not least de gepersonaliseerde precisie medicatie vooral in de fase van de CRPC.

Salvage Hormonal Treatment

Uiteindelijk verliest hormonale behandeling de controle over de kankerprogressie. We noemen dit castratieresistente prostaatkanker (CRPC).

De definitie gebeurt op basis van:

- Castraatgehalte serum T < 50 ng/dl of 1,7 nmol/L (nieuwe limieten werden voorgesteld < 20 ng/dl of 1,0 nmol/L).
- Biochemische progressie 3x PSA-verhoging over de nadir (laagste geziene waarde).
- Radiologische progressie met 2 of meer nieuwe botletsels of vergroten van de zachte weefselmetastasen.

Eens de diagnose gesteld mag dit beschouwd worden als een alarmfase rood. Meestal blijft de hormonale therapie behouden maar een multidisciplinair overleg is nuttig en nodig. Andere en niet-hormonale therapie dringt zich op als chemotherapie, immunotherapie, radium-223 liefst in het kader van een klinische studie, daar we actief op zoek zijn naar nieuwe specifieke biomarkers en persoonsgebonden moleculaire veranderingen, beter gekend als persoonlijke behandeling.

Recente hormonale medicatie richt zich vooral op de nieuwvorming van androgenen in de tumor zelf en veranderingen van de AR-signalisatie (mutaties, variaties en amplificatie). Abiraterone en enzalutamide spelen een rol in de maximale inhibitie van de AR-signalisatie en werden met succes toegediend aan chemonaïve patiënten met CRPC.

Abiraterone

Abiraterone acetaat (AA) blokkeert de productie van androgenen in de bijniere en perifere weefsels (met inbegrip van de tumor) door inhibitie van progesterone derivaten in de afbraak van het al aanwezige cholesterol naar androgenen. In feite worden de endocriene androgenen die wegvallen na castratie vervangen door paracrine, autocrine en intracrine synthese die verdere tumorgroei mogelijk maken. AA is nu aanvaard in de primaire behandeling van CRPC en vervangt ketoconazole en het vroegere

afgevoerde liarozole. Het wordt steeds toegediend met een cortisonederivaat en heeft bewijzen geleverd van activiteit inzake levensverwachting en levenskwaliteit. Prednisone en dexamethasone dienen om de overproductie van mineralocorticoiden (hypokaliemie, hypertensie en oedeem) te beperken.

Schema abiraterone werking: Paracrine, Autocrine en Intracrine productie T

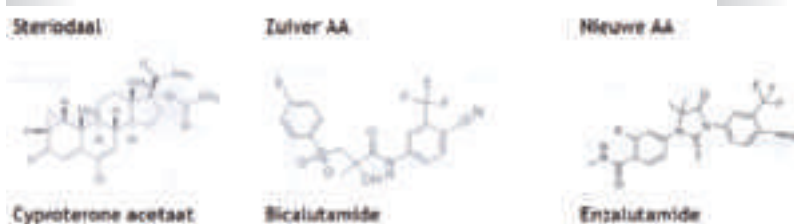


Tabel 2: Bij castratie produceren bijnier en perifere weefsels en de kankercellen zelf androgenen. Deze nieuwvorming wordt op verschillende niveaus afgeblokt door abiraterone acetaat.

Enzalutamide

Enzalutamide behoort tot de nieuwe klas van anti-androgenen. Het heeft een grotere affiniteit in de ligandbinding en leidt niet tot AR-kerntranslocatie of DNA-binding. Ook hier werden activiteiten inzake hogere levensverwachting en langere remissie gevonden. Als neveneffecten worden moeheid en soms epileptische toevallen genoteerd (0,6%). Enzalutamide wordt nu ook ingeleid als monotherapie in nieuwe onbehandelde prostaatkankerpatiënten. Zie figuur 4.

Figuur 4: Anti-androgenen



De uiteindelijke indicatie in CRPC-patiënten is in evolutie en klinische studies moeten hier klaarheid brengen. Zeker is dat we een nieuwe fase in de behandeling van CRPC bereikt hebben. Het is nog geen chronische ziekte maar we naderen stilaan maar zeker dit einddoel.

Conclusies

Anti-androgenen van de eerste generatie (bicalutamide) of de nieuwe lijn (enzalutamide)

onderbreken het groeimechanisme van prostaatkanker door hun inwerking op de androgene receptoren (AR). In hormoongevoelige patiënten met begrensde tumorvolume zijn ze competitief met castratie met minder neveneffecten op seksueel vlak. Wel leiden ze tot borstvorming door het verhogen van het circulerend testosteron (T).

De rol van enzalutamide is alleen zorgvuldig onderzocht in de fase van castratieresistente prostaatkanker (CRPC) en is nog niet klaar voor routinegebruik bij de nieuwe prostaatkankerpatiënten met uitgebreide tumorstadia.

In de behandeling van CRPC is de keuze tussen enzalutamide en/of abiraterone acetaat nog onbeslecht.

In hormoongevoelige kankers speelt de ADT verwekte castratie een rol in de keuze. In hormoonongevoelige kankers spelen verwachte neveneffecten een rol naar een individuele therapie aangevuld met gepersonaliseerde zorg. Het gaat langzaam maar het beheersen van de morbiditeit en mortaliteit van de tienduizenden patiënten met prostaatkanker komt dichterbij zoals we in de vorige eeuw de morbiditeit en mortaliteit van de benigne prostaatvergroting bij miljoenen mannen gereduceerd hebben tot een vervelende maar routinematig te genezen kwaal. Goed nieuws voor de aankomende legioenen van senioren met prostaatziekten.

Mogen we eindigen met te onderstrepen dat Wij Ook en Europa Uomo geen studies meer dulden waarin levenskwaliteit en kosten-baten als secundaire eindpunten verwachten worden.

Lijst afkortingen:

AA	Anti-Androgeen
ADT	Androgene Deprivatie Therapie
AR	Androgene Receptoren
5 AR	5-alfa-reductase
CAB	Combinatie Androgeen Blokkade
CRPC	Castratie Resistente Prostaatkanker
DHT	Dihydrotestosteron
IADT	Intermittentente ADT
LH	Luteotroop (gonadotroop) Hormoon
LHRH	Luteotroop Releasing Hormoon
MAB	Maximale Androgeen Blokkade
T	Testosteron

Boekbesprekingen

Luc Dewilde

Stop Darmkanker. Kennis delen kan levens redden

Luc Colemont

U zult zich ongetwijfeld afvragen waarom een boek over darmkanker besproken wordt in ons tijdschrift. Hiervoor zijn wel een aantal goede argumenten te vinden. Een deel van het

darmkanaal, de endeldarm of rectum ligt namelijk in de onmiddellijke nabijheid van de prostaat waardoor bij elke behandeling deze bij het proces betrokken kan worden en dan ook voorbereid of beschermd dient te worden. Een ander argument is dat er in het verhaal van dokter Luc Colemont

en zijn relatief jonge (2010) beweging, de vzw Stop Darmkanker, een aantal parallellismen terug te vinden zijn met datgene wij bij Wij Ook trachten te verwezenlijken: de mensen motiveren tot vroegopsporing vanaf de leeftijd van 50 jaar met een eenvoudige test (hier de FOB of faeces occult bloedtest). De slogan van deze vzw vervat in het zinnetje "Screening redt levens" verwoordt de missie van de beweging op perfecte wijze. En ook zij hebben het moeten doen met weinig middelen, veel inzet van talrijke vrijwilligers en schaarse officiële steun.

Dokter Luc Colemont is gastro-enteroloog en een expert op het gebied van darmkanker. Dit is zijn derde boek na *Een wereld zonder darmkanker* en *Samen sterk tegen darmkanker*. De lay-out van het boek oogt heel eigentijds en origineel. Er wordt veelvuldig gebruik gemaakt van kleuren voor pagina- en rubriekindelingen, getuigenissen, slagzinnen, tweets en zelfs handige QR-codes waarmee men op het internet gesprekken over het desbetreffend onderwerp kan beluisteren.

Het boek wordt ingedeeld in tien



overzichtelijke hoofdstukken. Na het eerste hoofdstuk waarin in een duidelijke eenvoudige taal een beknopte definitie van de aandoening wordt geschetst met enkele duidelijke tabellen en leuke weetjes, wordt in een tweede hoofdstuk de ontstaansgeschiedenis van de vereniging uitvoerig beschreven, waarbij duidelijk vooral de sociale media (Facebook, Twitter, YouTube, Pinterest, Flickr), maar ook andere media, in belangrijke mate bespeeld worden met een onmiskenbare conceptuele steunverlening van reclamebureaus en webarchitecten. Een schare BV's steunt daarenboven de vzw en wordt ingezet voor de verspreiding van info en voorlichting. In de hoofdstukken over screening wordt het belang en de rol van preventie benadrukt en wordt een pleidooi gehouden voor screening, wat alleen maar aangemoedigd kan worden. Ook de financieel-ethische discussies worden niet uit de weg gegaan. Door het inlassen van opiniestukken wordt meer aandacht gevraagd voor darmkanker. Een klein hoofdstuk licht het Vlaams Bevolkingsonderzoek toe en meer bepaald het Antwerps proefproject. Hoofdstuk 7 is een belangrijk hoofdstuk dat het verloop van de ziekte schetst van de diagnose tot en met de behandeling. Mijn inziens wordt er wat te weinig informatie verschaft over het omgaan met een colostoma. Tenslotte, alvorens terug te komen op het belangrijk aspect van preventie, wordt een beeld geschetst van de aandoening en de verwachtingen qua diagnose en behandeling voor de toekomst. Als besluit wordt een overzicht gegeven van darmkanker in enkele westerse landen.

Niet zozeer een standaardwerk maar wel een zeer aangenaam boek om door te nemen en een eerste algemene indruk te verkrijgen over darmkanker. Het boek is duidelijk samengesteld met de hulp van jonge medewerkers met originele ideeën. Men krijgt wel een schat aan informatie en weetjes, maar het werk mist wat structuur om het praktisch te kunnen gebruiken. Ook mis ik een index of een zoekrepertorium op het einde van het werk.

Luc Colemont. *Stop darmkanker. Kennis delen kan levens redden*. Leuven, Uitgeverij Lannoo Campus, 2014, 226 blz., ISBN 978 94 014 1666 5.

Henk Van daele

Dieet, voeding, lichamelijke activiteiten en prostaatkanker

Het "World Cancer Research Fund International" (WCRFI) is een "not for profit" organisatie met zetel in Londen. In feite coördineert het een wereldwijd netwerk van centra voor kankeronderzoek, alle zonder winstgevend doel. Maken deel uit van dit netwerk: de "American institute for cancer research", het Wereld kanker onderzoek fonds in Nederland, het "World cancer research fund" van het Verenigd Koninkrijk en nog een gelijknamige instelling in Hong Kong. Verder doet WCRFI beroep op talrijke specialisten van universiteiten en internationale centra voor kankeronderzoek.

De eigenlijke missie van het WCRFI is het uit de wereld helpen van die kankers die voorkomen kunnen worden door dieet, voeding, en fysieke activiteiten. Daarom publiceert de organisatie regelmatig rapporten binnen het "Continuous update project" (CUP). Dergelijke rapporten bevatten de conclusies van een reeks wetenschappers, opgesteld na consultatie van alle recente epidemiologische studies uit de hele wereld die permanent opgeslagen worden in een database van het "Imperial College" te Londen.

Het voorliggende rapport, gepubliceerd in 2014, concludeert dus welke rol dieet, voeding en beweging spelen bij het ontstaan van prostaatkanker, en hoe metastase van prostaatkanker eventueel kan voorkomen worden door ernstig rekening te houden met deze factoren. Voor prostaatpatiënten is een dergelijk verslag dus van uitzonderlijk belang. Dit CUP-rapport steunt op 104 studies uit heel de wereld met in het totaal 191.000 gevallen van prostaatkanker uit verschillende werelddelen.

Welke belangrijke conclusies werden uit dit metaonderzoek afgeleid?

Wat betreft het diagnostisch onderzoek met PSA is de tekst duidelijk. Prostaatkanker leidt tot een verhoogde PSA in het bloed, maar een verhoogde PSA is niet specifiek voor prostaatkanker. Dit wil zeggen dat ook andere oorzaken het PSA kunnen doen stijgen. Een goedaardige prostaatvergroting (BPH) is daar het meest voorkomende voorbeeld van. Bovendien kan een diagnose met enkel PSA-bepaling nooit een onderscheid maken tussen een prostaatkanker in een (zeer) vroeg stadium, een

sluimerende of indolente tumor ("pussy cat") die nooit behandeld zal moeten worden, en een agressieve prostaatkanker (tijger) of een tumor in een laat stadium. De diagnose moet dus steunen op degelijke biopsies, en vóór men aan de therapie begint, moeten voor- en nadelen van elke vorm van behandeling zorgvuldig worden afgewogen.

Het gewicht van de man is van groot belang. Het te dik zijn (eventueel obesitas), gemeten door de "body mass index" (BMI), de omtrek van de taille, of de verhouding tussen taille en heupen, is een mogelijke oorzaak van geavanceerde prostaatkanker. We moeten dus met ons allen trachten het lichaamsgewicht te beperken.



Ontwikkelingsfactoren die leiden tot een grotere lichaamslengte bij de volwassen man, kunnen waarschijnlijk oorzaak zijn van prostaatkanker.

Het tot zich nemen van betacaroteen in voedingssupplementen of het eten van voedsel met veel betacaroteen, heeft waarschijnlijk geen substantieel effect op het risico van prostaatkanker.

Het overvloedig eten van allerlei producten op basis van melk (melk, yoghurt, kaas, ijs, enz.) verhoogt waarschijnlijk slechts in geringe mate het ontstaan van prostaatkanker.

Diëten met veel calcium verhogen waarschijnlijk slechts in geringe mate de kans op prostaatkanker.

Als algemene conclusie stellen de auteurs dat

het streven naar een “gezond” gewicht het risico op (een geavanceerde) prostaatkanker vermindert. Minstens 30 minuten per dag lichamelijke activiteiten zijn noodzakelijk en kunnen bijdragen tot het vermijden van alle kankers. Maar tot onze verbazing staat “physical activity” wel in de titel van dit UCP-rapport, maar in de tekst zelf wordt er weinig of niets over gerept.

World Cancer Research Fund International, Continuous Update Project Report: *Diet, nutrition, physical activity, and prostate cancer*, London, 2014, 50 blz.

De Engelse tekst van dit CUP-rapport staat te lezen op: www.wcrf.org/sites/default/files/Prostate-Cancer-2014-Report.pdf



EUROPESE PATIENTENDAG PROSTAATKANKER

Wanneer: Zaterdag 19 september 2015 van 09.30 tot 13.00

Waar: Universitair Ziekenhuis Brussel – Auditorium Kiekens
Laarbeeklaan 101, 1090 Brussel

Thema: **‘The sky is the limit’**

Moderatoren: J. Braeckman – D. Michiels

PROGRAMMA:

09.30 Ontvangst - Registratie

10.00 Verwelkoming

10.10 De grenzen van de PSA

10.30 De grenzen van de heilkunde

10.50 De grenzen van de radiotherapie

11.10 Koffie

11.40 De grenzen van de chemotherapie

12.00 De grenzen van de immunotherapie

12.20 Take home messages

12.30 Receptie

R. Cuypers (Wij Ook vzw)

L. Hoeks (UZ Antwerpen)

W. Everaerts (UZ Leuven)

P. Ost (UZ Gent)

S. Rottey (UZ Gent)

V. De Coninck (UZ Brussel)

L. Dewilde (Wij Ook zw)

Praktisch

Iedereen is welkom en de toegang is gratis.

Inschrijving is **verplicht** bij mevr. Kathy Janssens (02/477.79.00 of kathy.janssens@uzbrussel.be) vóór 10 september 2015.

Secretariaat Wij Ook België vzw, Lange Gasthuisstraat 39-47, 2000 Antwerpen, tel. 03/388.01.34, e-mail: wij_ook@hormoon.com



**'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**

