

PROSTAATinfo

Nieuwsbrief van Wij Ook Belgium vzw

December 2015



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

Verschijnt
Driemaandelijks
Dec-Jan-Feb 2015-16
P910655



Europese patiëntendag UZ VUB Brussel... (p5)
Emeritus Professor Dr. Hein Van Poppel [Kos] (p17)
Boekbesprekingen (p20)

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 Vancouwenbergh [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 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. Michielsens 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. In de lidmaatschapsbijdrage is een abonnement op **PROSTAATinfo** inbegrepen.

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

Secretariaat Wij Ook Belgium vzw

Lange Gasthuisstraat 35-37

2000 Antwerpen

Tel: 03/338.91.54

Fax: 03/338.91.52

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

Nieuwsbrief van Wij Ook Belgium

Oplage 4.000 ex.

ISSN:1782-0847**Prijs per nummer 5 euro****Inbegrepen in het lidgeld**

14e jaargang december 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

Rik Cuypers, Wij Ook

De tiende Europese patiëntendag te Brussel op 19 september 2015

Onze voorzitter was niet beschikbaar en ik mocht hem vervangen om de dag in te leiden en onze vereniging Wij Ook vzw voor te stellen.

De gesprekken waren al geanimeerd tijdens de koffie bij het onthaal en ik had moeite om iedereen tijdig naar het auditorium te loodsen.

Mijn suggestie om ter gelegenheid van de tiende bijeenkomst een glas te drinken, werd mogelijk gemaakt door het ziekenhuis.

Het gebracht verhaal: We zijn fier dat we de samenwerking met de urologische diensten van de Vlaamse universiteiten van Antwerpen, Brussel, Leuven en Gent en de Belgische Vereniging voor Urologen, verder zetten, en u opnieuw een programma voorstellen met topsprekers in de verschillende specialiteiten. Als u zich afvraagt waar de benaming Europees in onze patiëntendag vandaan komt, wel dan gaat het om het niveau van de sprekers.

Bovendien blijkt uit hun aanwezigheid, dat ze niet alleen hun professionele kennis aanbieden, maar ook hun maatschappelijk engagement. Ze beschouwen de patiënt duidelijk als partner.

In haar streven om de belangen van de prostaatpatiënten te verdedigen, ijvert Wij Ook vzw op twee vlakken:

Ten eerste, dit van het beleid van Europese en Belgische overheden en de overeenkomende medische verenigingen van urologen, radiotherapeuten en oncologen, inbegrepen het verplegend personeel. We wensen de kwaliteit van de medische verzorging te laten optimaliseren en de patiënt toegang te geven tot de beslissingen bij de mogelijke behandelingen. Onze slogan luidt: "Niets over ons, zonder ons".

We zijn geaffilieerd met Us TOO International en lid van de prostaatpatiëntenorganisatie Europa Uomo.

We nemen bijvoorbeeld deel aan sensibilisatie acties zoals EPAD, de European prostate awareness day, een initiatief van Europa Uomo, het Europees parlement en de European Association of Urology.

Ook bij de farma-industrie is onze vereniging bekend.

Ten tweede, willen we de individuele patiënten informeren en mondiger maken. Deze jaarlijkse bijeenkomst richt zich tot hen en hun partner. Omdat patiënten meestal aan hun eigen streek gebonden zijn, organiseren we ook regelmatig uiteenzettingen in onze lokale afdelingen van Wij Ook Antwerpen, Wij Ook Oost (Limburg en Vlaams Brabant), Wij Ook West (Oost- en West-Vlaanderen) en Wij Ook Mechelen. Nieuwe afdelingen komen in het verschiet. Bij die gelegenheden krijgen we allerlei informatie en kunnen we ook onder lotgenoten ideeën en ervaringen uitwisselen. Patiënten die een persoonlijk gesprek wensen, kunnen steeds ons secretariaat contacteren.

We zijn blij dat Brussel bereid was dit jaar de Europese patiëntendag te organiseren, na Antwerpen en Gent de vorige keren. Mag ik pinken naar Leuven 2016?

Met ons trimestrieel tijdschrift *PROSTAATinfo*, waarvan we zo'n 4.000 exemplaren naar leden, medici en ziekenhuizen versturen, plus een uitgebreide internetsite, bereiken we praktisch geheel Vlaanderen.

Onze ambitie is ook een Nous Aussi en Wir Auch te laten ontstaan in België, maar de verschillende medische culturen in de landsdelen maken het moeilijk dit te organiseren.

Wie geen lid is van Wij Ook vzw en zich wenst in te schrijven, vindt de nodige informatie aan onze stand. Ik wens jullie een leerrijke dag toe.

Inhoud van dit nummer

- 3 Beste Lezer [Rik Cuypers]
- 5 Europese Patiëntendag prostaatkanker Brussel De limieten van PSA [Dr. Hoekx]
- 6 De grenzen van de chirurgie [Dr. Everaerts]
- 7 De grenzen van de radiotherapie [Prof. Dr. Ost]
- 8 De grenzen van chemotherapie [Prof. Dr. Rottey]
- 9 Nabespreking [Rik Cuypers]
- 10 Wij ook was aanwezig, 16de OCA wandelrally [Luc Dewilde], EPAD [Henk Van daele & Philippe De Backer]
- 12 Rol van beeldvorming bij PC [Dr. De Visschere]
- 14 Kort [Brigitte Dourcy-Belle-Rose]
- 15 In de schaduw van Kos Emeritus Prof. Dr. Hein

- Van Poppel [Louis Denis]
- 19 Oproep en Dank U aan onze sponsors
- 20 Boekbesprekingen [Willy Walschaert (*voorkomen van kanker*) Willy Walschaert (*Urine-incontinentie Van oorzaak naar aanpak*)
- 23 Lees mij



Omslagfoto

Europese Patiëntendag 2015 UZ Brussel

© 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

Europese Patiëntendag prostaatkanker, 19 september 2015 UZ Brussel

De limieten van PSA

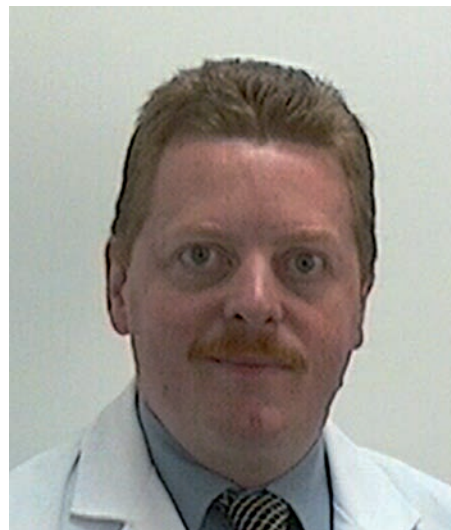
Dr. Lucien Hoekx

UZ Antwerpen

De PSA-bloedtest wordt in de kliniek frequent gebruikt sinds begin de jaren 1990. Al snel werd duidelijk dat PSA prostaatspecifiek was, maar niet kankerspecifiek. Heel wat goedaardige aandoeningen van de prostaat kunnen ook een stijging geven van de PSA-waarde in het bloed: benigne prostaathypertrofie, prostatitis en ook vele urologische manipulaties zoals blaassondage, prostaatbiopsies, digitaal rectaal onderzoek, enz. Door de resultaten van de Prostate Cancer Prevention Trial weten we bovendien dat een normale PSA ($< 4,0$ ng/ml) prostaatkanker helemaal niet met zekerheid kan uitsluiten. De grenswaarde tussen een normale en een verhoogde PSA laten dalen naar $2,5$ ng/ml zal meer prostaatkankers detecteren, maar de specificiteit van de test zal nog verder afnemen, dus nog meer vals positieve resultaten. Bovendien zullen door deze lagere grenswaarde nog meer niet significante prostaatkankers worden gediagnosticeerd die normaal nooit levensbedreigend zouden worden. Het frequent gebruiken van de PSA-test zou hierdoor overdiagnose en overbehandeling in de hand kunnen werken.

Het gebrek aan specificiteit en sensitiviteit van de PSA-test komt bovendien opnieuw duidelijk naar voor in de resultaten van de European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC). Na dertien jaar opvolging bleek uit deze studie dat men 781 mannen moest screenen om één mensenleven te redden en dat men 27 prostaatkankers moest behandelen om één leven te redden. Op dit moment pleiten de meeste organisaties wereldwijd daarom tegen een veralgemeende screening voor prostaatkanker door middel van de PSA-test. Men onderzoekt wel of combineren van PSA met magnetische

resonantie imaging (MRI), het bepalen van types PSA, de PCA3-test, het meer toepassen van actieve opvolging bij low risk prostaatkankers, enz., deze nadelen van het systematisch testen met PSA kunnen beperken.



Ook voor het opvolgen van gediagnosticeerde prostaatkankers heeft de PSA-test zijn beperkingen. Als tumormarker na radicale prostatectomie heeft de test een zeer hoge gevoeligheid. Maar na uitwendige radiotherapie met curatief opzet is het minder duidelijk vanaf welke PSA-waarde we over een recidief kunnen spreken. Na brachytherapie bestaat er verder het 'bounce'-fenomeen, een tijdelijke stijging van het PSA na behandeling die niet wijst op een ziekteheraal en hierdoor voor flinke verwarring kan zorgen en onrust bij de patiënt. Ook bij patiënten bij wie een actieve opvolging wordt toegepast volstaat het niet om enkel PSA op te volgen, controle biopsies tonen hier regelmatig progressie zonder dat er een PSA-stijging was. Als laatste wil ik nog vermelden dat onder hormonale therapie en/of chemotherapie het PSA soms mooi stabiel blijft, terwijl op beeldvorming er toch uitbreiding van de metastasen zichtbaar is (hier wel altijd 2e primaire maligniteit uitsluiten).

De grenzen van de chirurgie

Dr. Wouter Everaerts

UZ Leuven

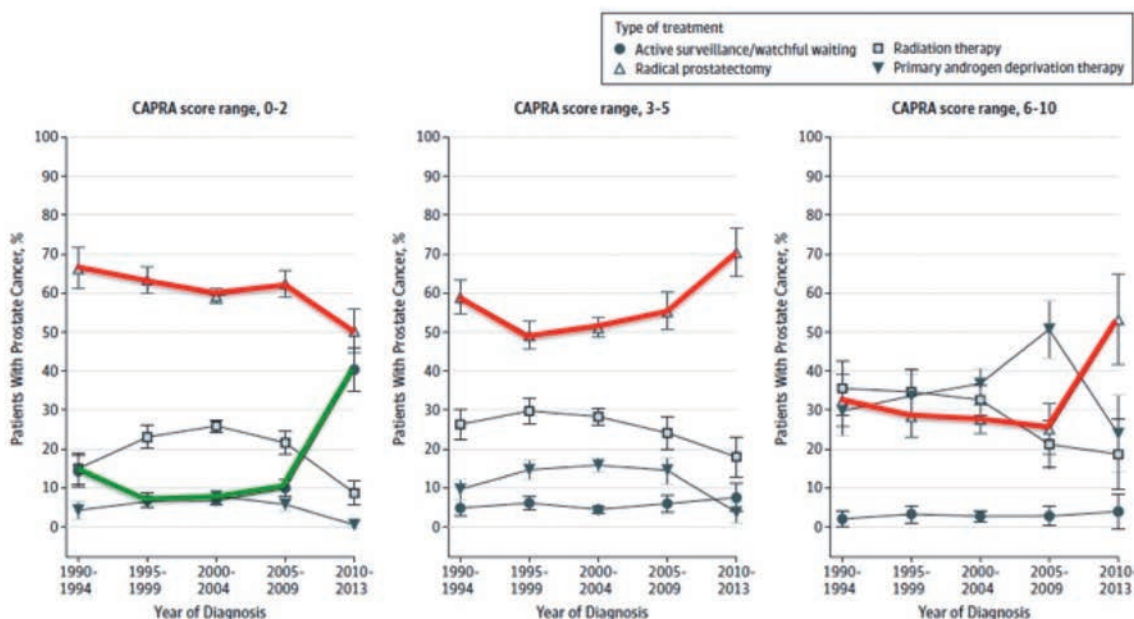
De prognose van patiënten met de diagnose van prostaatkanker kan sterk variëren, afhankelijk van de agressiviteit van de tumor alsook de algemene gezondheidstoestand van de getroffen patiënt. Sinds de invoering van de PSA-test, worden almaar meer patiënten gediagnosticeerd met een laag risico prostaatcarcinoom (PSA <10, ng/ml; Gleasonscore 6; ≤cT2a). Deze laag risico tumoren hebben een beperkte invloed op de levensverwachting, die eerder bepaald zal worden door niet-prostaatgerelateerde comorbiditeit. Bij deze patiënten bestaat het risico dat de chirurgische behandeling van hun prostaattumor geen positieve invloed heeft op de levensverwachting, maar wel een negatieve invloed op de kwaliteit van leven, door het induceren van tijdelijke of blijvende postoperatieve incontinentie of erectiele disfunctie. Anderzijds zullen heel wat patiënten (ongeveer 35%) met een hoog risico prostaatkanker (PSA >20 en/of Gleason score ≥8 en/of ≥ cT3) binnen de 10 jaar sterven ten gevolgen van hun ziekte, ondanks de aanwezige comorbiditeit.

Lange tijd werden patiënten met een laag risico prostaatkanker voornamelijk actief (chirurgisch) behandeld, terwijl patiënten met hoog risico tumoren niet meer werden geopereerd, omdat deze als “te ver gevorderd”

werden aanzien. Recente data van observationele en vergelijkende studies tonen echter aan dat laag risico tumoren niet meteen moeten behandeld worden, maar nauwkeurig kunnen opgevolgd worden, waarbij er enkel een behandeling gestart wordt als de tumor verder evolueert. Op deze manier blijven heel wat patiënten gespaard van de negatieve gevolgen van een operatie, terwijl ze alle kansen op volledige genezing behouden als de tumor verder zou evolueren. Patiënten met hoog risico prostaattumoren hebben daarentegen een duidelijke overlevingsvoordeel als ze geopereerd worden. Vandaar dat zich de laatste jaren een trend voordoet waarbij de grenzen van de chirurgie verschuiven, weg van de laag risico tumoren in de richting van tumoren met een hoger risico op progressie. Bij deze hoog risico tumoren is chirurgie vaak niet de enige behandeling, maar is het wel de belangrijke eerste stap in de multimodale behandeling van deze tumoren.



Tot slot zijn er een aantal studies lopende die de grenzen van de chirurgie verder aftasten door zelfs patiënten met een beperkt aantal uitzaaiingen chirurgisch te behandelen. Of deze benadering ook effectief een kwaliteitsvolle levensverlenging kan teweegbrengen is nog onzeker en dient als dusdanig als experimenteel te worden aanzien.

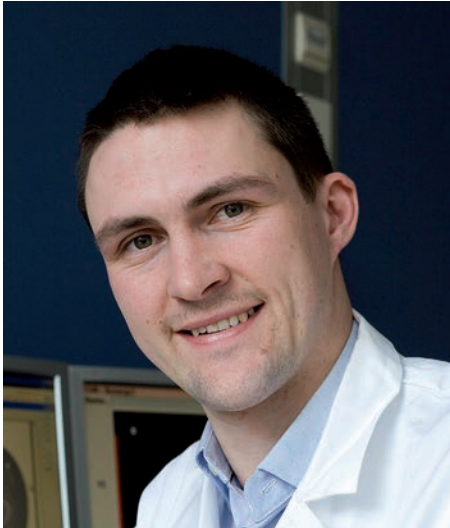


Adapted from Cooperberg *et. al.* JAMA. 2015;314(1):80-82

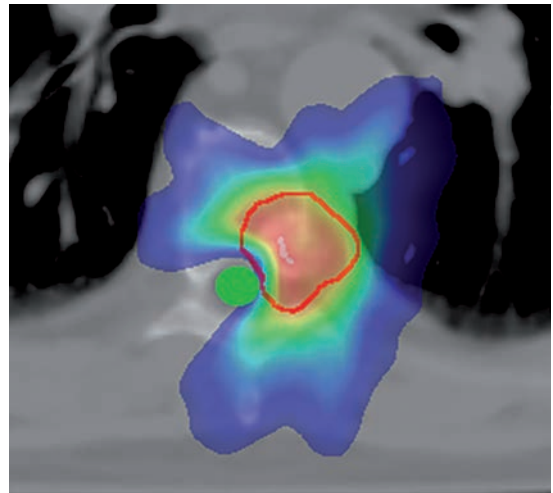
De grenzen van de radiotherapie

Prof. Dr. Piet Ost

UZ Gent



Technologische verbeteringen over de laatste jaren laten de radiotherapeut toe met een grotere precisie en veiligheid een betere ziektecontrole te bekomen. Hogere en meer effectievere dosissen worden nu dagelijks routinematig toegediend. Dit concept van “dosis-escalatie” wordt prachtig geïllustreerd in de behandeling van prostaatkanker. Verschillende gerandomiseerde studies hebben al aangetoond dat een hogere dosis ter hoogte van de prostaat een betere ziektecontrole met zich meebrengt. Het concept van dosis-escalatie wordt nu ook reeds toegepast in de bestralingen na operatie van de prostaat met beloftevolle resultaten. Recent wordt ook geprobeerd om de behandeling in te korten zonder de dosis te verlagen door een hogere dosis per dag toe te dienen. Hierdoor kan een behandeling van acht weken al gereduceerd worden naar vier weken of zelfs een week. Naast de behandeling van lokale ziekte wordt er meer en meer geëvolueerd naar een agressieve aanpak van beperkte uitzaaiingen. De technologische vooruitgang laat ons ook hier toe om een heel hoge dosis toe te dienen ter hoogte van deze uitzaaiingen in één tot vijf bestralingssessies (Figuur 1). Toekomstig onderzoek zal uitwijzen welke patiënten hier best voor geschikt zijn en hoe we de eerste resultaten verder kunnen verbeteren.



Figuur 1 toont het bestralingsplan van een uitzaaiing in een wervel waarbij er een biologische dosis van 80 Gy (rode zone) wordt toegediend in slechts 3 sessies terwijl de normale structuren zoals het ruggenmerg gespaard blijven.

De grenzen van chemotherapie

Prof. Dr. Sylvie Rottey

UZ Gent



In het verleden werden meerdere chemotherapieregimes uitgetest, in grote klinische studies, bij patiënten met uitgezaaide prostaatkanker. Docetaxel (Taxotere) en Cabazitaxel (Jevtana®) behoren op dit ogenblik tot de standaard chemotherapieën voor deze ziekte en zijn opgenomen in de internationale richtlijnen over de behandeling van prostaatkanker. De toediening van Taxotere en Jevtana (beide om de drie weken intraveneus op ambulante basis) wordt steeds gecombineerd met een dagelijkse inname van een lage dosis corticosteroïd. Het hoofddoel van de therapieën is palliatie (verbeteren van klachten zoals botpijnen) maar ook een verlenging van de overleving kan

bekomen worden. De groep patiënten die voor deze chemotherapieën in aanmerking komt, is zeer heterogeen en de beslissing om al dan niet chemotherapie op te starten dient op multidisciplinaire basis te gebeuren en in samenspraak met de patiënt na uitvoerige informatie van de patiënt.

De 'eerste lijn' chemotherapie voor patiënten met prostaatkanker is Taxotere. Deze behandeling kan een tweede maal worden toegediend indien een duidelijk resultaat werd bekomen bij een eerste reeks behandelingen en indien de bijwerkingen hiervan aanvaardbaar waren voor de patiënt. Jevtana wordt beschouwd als 'tweede lijn' chemotherapie.

De bijwerkingen voor beide producten (die tot dezelfde klasse van de taxanen behoren) zijn wisselend van persoon tot persoon. De leeftijd op zich is geen bepalende factor voor het al dan niet toedienen van chemotherapie. Mogelijke bijwerkingen kunnen zijn: dalende bloedcellen, vermoeidheid, misselijkheid, diarree, beschadiging van gevoelszenuwen, nagelveranderingen, haarverdunning, smaakstoornissen...

Na opstarten van een van deze behandelingen is een continue evaluatie van het effect en de eventuele bijwerkingen noodzakelijk om deze op een veilige en efficiënte manier te kunnen blijven toedienen.

Deze chemotherapieën kunnen slechts een tijdelijke verbetering beogen bij een patiënt met uitzaaiingen van prostaatkanker, dit moet echter ook gezegd worden van de andere voorhanden zijnde behandelingen voor deze patiëntengroep op heden. Voor een groot deel van de prostaatkankerpatiënten betekenen Taxotere en Jevtana een haalbare en efficiënte behandeling in de strijd tegen hun ziekte en deze medicijnen zullen voorgesteld worden door het behandelend team op een bepaald moment in hun ziekteverloop.

De grenzen van de immunotherapie

Dr. Vincent De Coninck
UZ Brussel

Vaccins worden ontwikkeld om een immuunrespons tegen ziektekiemen op te wekken zonder die persoon ziek te maken. In de meeste gevallen worden ze gemaakt vanaf delen van dode of verzwakte ziektekiemen. De bedoeling is dat het lichaam na inenting in geval van een



infectie sneller en beter kan reageren tegen de ziektekiemen.

Na toediening van een vaccin worden deze vreemde stoffen (ook antigenen genoemd) herkend in het bloed en ontstaan er vereenvoudigd gezien twee reacties. Enerzijds zorgen B-cellen door productie van antistoffen voor het neutraliseren van indringers. Anderzijds zullen T-cellen ontwikkelen tot zogenaamde killercellen om de ziektekiemen te vernietigen. In beide gevallen worden eveneens geheugencellen geactiveerd zodat in geval van een volgend contact het lichaam sneller en efficiënter kan reageren tegen boosdoeners zoals bacteriën of virussen.

Hoewel bij vaccinatie vreemde stoffen in het lichaam worden gebracht, zullen deze nooit de ziekte veroorzaken waarvoor iemand wordt ingeënt. Wel kan de gevaccineerde zich enkele dagen wat minder fit voelen, met soms klachten van lichte koorts of pijn op de plaats van toediening.

Een welgekend vaccin is de grieprik die elk jaar in oktober of november toegediend wordt aan vele Belgen. Deze vaccins worden jaarlijks aangepast ten einde zoveel mogelijk griepvirussen te bestrijden in de winterperiode. De meeste gevaccineerden verdragen deze prik prima. De meeste vaccins die we vandaag kennen zijn preventief, t.t.z. de vaccinatie moet gebeuren vooraleer we in contact komen met de ziektekiemen, bijvoorbeeld het griepvirus.

Enkele jaren geleden werden in de Verenigde Staten van Amerika vaccins ontwikkeld tegen prostaatkanker. Deze worden in geselecteerde gevallen toegediend aan patiënten met vergevorderde uitgezaaide prostaatkanker. Door de eigen immuunafweer te stimuleren tegen de kwaadaardige prostaatkankercellen, wordt een

beperkte gunstige overleving gezien. Algemeen worden deze vaccins goed verdragen: de meest geziene nevenwerkingen zijn rillingen of koorts. Let wel, hier wordt het immuunsysteem geactiveerd tegen antigenen aanwezig in de prostaatkankercellen, wanneer de kanker zich al heeft ontwikkeld. Dit zijn dus geen preventieve vaccins.

De toekomst van vaccins tegen prostaatkanker zal wellicht liggen in de ontwikkeling van gepersonaliseerde middelen die vroegtijdig kunnen worden toegediend, bijvoorbeeld meteen na radicale prostatectomie. Op die manier wordt het lichaam van patiënten met prostaatkanker gestimuleerd om heropflakkingen van de ziekte af te remmen.

Nabespreking van onze traditionele Europese patiëntendag

Rik Cuypers

Onder de titel “The sky is the limit” hebben de professoren Michiels en Braeckman van het UZ Brussel, in samenwerking met de Belgische Vereniging voor Urologie, zoals gewoonlijk op onze Europese Patiëntendag voor Prostaatkanker een coherent topprogramma samengesteld.

Dokter Hoekx beet de spits af met enkele nieuwe aspecten van de PSA-test. Bij het afwegen van het nut van de PSA bij een bevolkingsonderzoek, blijft het probleem het gebrek aan specificiteit van de test voor kanker, maar ook de overdetectie, die dan weer leidt tot overbehandeling. Dit laatste wordt nu vermeden door actief op te volgen in plaats van in te grijpen, maar de zoektocht naar een specifieke merker blijft prioritair. De aanpak van een eenmalige test rond 45 jaar, die bepalend is voor het verdere verloop over 20 jaar biedt zich aan. Zweden deed hierbij ervaring op. Als laatste punt is het belangrijk te noteren dat PSA zijn diagnostische waarde van tumoractiviteit kan verliezen in het stadium van de castratie resistente kanker.

Dokter Everaerts leidde ons naar de grenzen van de chirurgie bij prostaatkanker. Ook hier geldt de regel dat voor zeer laag en laag risico patiënten met prostaatkanker, een invasieve behandeling best uitgesteld wordt en vervangen door actieve opvolging, waarbij men de kans gaaf houdt om bij progressie toch in te grijpen met genezing als doel. In tegendeel tot de hoog risico patiënten, waar chirurgie op termijn een betere overleving geeft met een multimodale behandeling

in veel gevallen. De laatste trend is de aanpak van patiënten met beperkte dochtertumoren, waarvan de studies vlot verlopen.

Professor Ost stelde de nieuwe opties van de radiotherapie voor. De nieuwe technologie geeft ons de kans steeds hogere gerichtere dosissen radiatie te geven, op de aangetaste zones, met het beperken van de bestraling van gezond weefsel. Ook hier blijven progressieve studies nodig om op logische wijze steeds beter te presteren.

Professor Rottey bracht ons aan de grenzen van de chemotherapie. Na enkele jaren expertise met Docetaxel en Cabazitaxel, hebben we eindelijk een chemotherapie die haar nut bewezen heeft in gerandomiseerde studies. Dit was een belangrijke stap in de behandeling van prostaatkanker waar men na progressie met hormonale producten, spreekt van castratie resistente prostaatkanker. De resultaten zijn goed genoeg om experimenten te wagen met chemotherapie zoals Taxotere, als eerste behandeling samen met castratie bij patiënten met hoog risico.

Recent is wel gebleken dat men toch verkiest in deze fase over te gaan naar nieuwe vormen van hormonale therapie. Deze zijn gericht tegen de productie van testosteron in de bijnieren, het vetweefsel en ook het kankerweefsel zelf, of bedoeld om de androgene receptoren op een nieuwe manier te blokkeren. De eerste uitslagen zijn bemoedigend.

Last but not least bracht dokter De Coninck ons naar de wereld van de immunotherapie, met inzicht in vaccinaties en immunostimulatie. Ondanks bepaalde successen blijven we in de experimentele fase, waarbij we tevens in aanraking komen met geïndividualiseerde therapieën, gebaseerd op de tumor en de patiënt, om gericht uitslagen te bekomen.

De geneeskundige wereld verlegt zijn grenzen naar gebieden die meer op sciencefiction lijken, waarbij de computer de behandeling dicteert, en alle kankertherapieën zullen rekening houden met het genotype en fenotype van de kanker en de patiënt.

Het belang van optimisme, veerkracht, lichaamsbeweging en een gezonde levensstijl blijft bestaan. Feel+ Antwerpen, men zegge het voort.

Na al de drank en heerlijke hapjes aan het auditorium Kiekens, bleven de Antwerpse deelnemers traditiegetrouw verenigd op een mossellunch op de terugreis.

Wij Ook was aanwezig...

16^{de} OCA wandelrally 60+

Luc Dewilde

Wij ook

Op 13 september 2015 organiseerden wij voor de 16de maal onze klassieker. Niet toevallig werd deze datum uitgekozen omdat het samenviel met de 27e editie van de Open Monumentendag Vlaanderen. Ook dit jaar konden we rekenen op een mooie opkomst met over de honderdtwintig enthousiaste deelnemers die om 10 uur 's ochtends klaar stonden voor onze ontdekkingsstocht. Het concept werd dit jaar ook herbekeken met weliswaar het klassieke vertrek aan het OCA maar met een ander eindpunt, namelijk het dienstencentrum Van Schoonbeke, aansluitend aan het woonzorgcentrum Lozannahof. Dit liet ons toe eens een ander stadsdeel te (her)ontdekken, wat in de smaak viel van de moedige stadswandelaars. Dit jaar was het goede weer gelukkig van de partij.



Rond 12.30 uur kwamen de eerste wandelaars aan, zwaaiend met hun keurig ingevulde vragenlijst om nadien te kunnen genieten van heerlijke koffie en lekkere koeken in de feestzaal van het dienstencentrum. Na het

welkomstwoord van onze OCA-voorzitter, de heer Marco Laenens, werd er overgegaan tot de uitreiking van de traditionele prijzen en de mooie diamant van het huis Slaets onder leiding van onze doorwinterde ceremoniemeester Henk Van daele bijgestaan door de onschuldige hand van zijn assistente, mevrouw Griet Dewilde. Ook dit jaar werd (hoe kan het ook anders) de hoofdprijs weer gewonnen door een lieve dame.

Rond 14 uur werden de feestelijkheden afgesloten met de belofte mekaar volgend jaar terug te vinden in september voor de 17e editie van deze leuke ontdekkingsstocht. Ik wil besluiten met de inrichtende dames mevrouw Brigitte Dourcy-Belle-Rose en Anja Vancauwenbergh bijgestaan door haar echtgenoot Luc, zeer hartelijk te bedanken voor de organisatie alsook de directie en medewerkers van het dienstencentrum Van Schoonbeke voor hun gastvrijheid en logistieke steun.

Naar jaarlijkse traditie volgde eveneens onze gratis tombola waar mevrouw Frieda De Bruyn de hoofdprijs won, een diamantje van Juwelen Slaets, die ze in ontvangst nam van OCA-Voorzitter Marco Laenens.

Velen kijken reeds uit naar de volgende editie.

European Prostate Awareness Day (EPAD) 16 september 2015

Henk Van daele

Wij Ook

In de week dat de Europese Unie dertig jaar strijd tegen kanker herdacht in Luxemburg, werd de derde EPAD in het Europees Parlement te Brussel gehouden.

Het baart dus geen verwondering dat de 2015 editie zich nog eens extra richtte op prostaatcancer en dit zeker onder de invloed van professor Hein Van Poppel, voorzitter van ons wetenschappelijk comité en coördinator van de klinische presentaties van de deelnemende wetenschappelijke en professionele verenigingen op Europees vlak.

Onder de gastvrijheid van Philippe De Backer,

lid Europees Parlement, hebben Europa Uomo bij monde van hun voorzitter Ken Mastris en de Europese Vereniging voor Urologie (EAU), vertegenwoordigd door hun voorzitter professor Chris Chapple (Sheffield UK), gezorgd voor een programma op Europees niveau (Fig.1).



Figuur 1: Mr. Ken Mastris, chair Europa Uomo, Mr. Philippe De Backer, MEP en Prof. Chris Chapple co-chairs of the EPAD meeting.

Het doel van de dag was niet alleen de ziekten van de prostaat, zowel kanker als de gekende prostaatvergroting, in een brede context onder de aandacht van de gemeenschap te brengen. Dit betekent dat deze ziekten voornamelijk voorkomen op oudere leeftijd, samen met andere levensbedreigende ziekten, en er dient gesleuteld aan het verhogen van de levensverwachting van de gemiddelde man die ongeveer vier jaar achterligt op de gemiddelde vrouw.

Het programma omvatte niet enkel een compleet, objectief overzicht van de prostaatziekten behandeld met chirurgie, radiotherapie of medicatie, met nadruk op de moderne actieve opvolging voor kanker, en de invulling van multidisciplinaire prostaatkankerdiensten. Alle aspecten van individuele behandeling en persoonlijke zorg vervulde dit overzicht.

De deelnemende organisaties omvatten niet alleen de EAU maar ook ESTRO (Europese Vereniging voor Radiotherapie & Oncologie), ESMO (Europese Vereniging voor Medische Oncologie), ESO (Europese School voor Oncologie), EMHF (Europees Forum voor de Mannelijke Gezondheid), EAPM (Europees Bondgenootschap voor Gepersonaliseerde Geneeskunde), ECPC (Europese Coalitie van Kankerpatiënten) en Europa Uomo (Europese

Coalitie voor Prostaatkankerzelfhulpgroepen).

De patiëntenorganisaties brachten de aandacht op een gelijkheid in behandeling als een recht voor alle patiënten, het belang van de resultaten gezien door de ervaring van de patiënt, levenskwaliteit en een kosten-batenanalyse als noodzakelijke eindresultaten in elke klinische studie. Levenskwaliteit omvat niet alleen pijn, urineverlies en seksuele stoornissen maar ook psychosociale problemen.

Enorme stappen vooruit gezet in opsporing en behandeling prostaatkanker

Philippe De Backer

Europarlements lid (Open Vld)



Hoe zal mijn leven eruitzien na een operatie? Zal ik nog intiem kunnen zijn met mijn partner en zal ik nog op een normale manier kunnen plassen, zonder ongelukjes op een ongemakkelijk moment?

Dat zijn de vragen waar mannen met prostaatkanker wakker van liggen. Ze maken zich minder zorgen of ze effectief zullen sterven aan de ziekte. Dat blijkt uit een Europese bevraging bij 600 gezondheidszorgprofessionals, patiënten en hulpverleners. De resultaten van de bevraging werden tijdens de week van de Urologie op 16 september voorgesteld in het Europees Parlement in Brussel op de European Prostate Awareness Day. Gastheer van dienst was Europarlements lid Philippe De Backer (Open Vld), als wetenschapper en doctor in de biotechnologie is hij vertrouwd met de materie.

“Naar schatting drie miljoen mannen leven vandaag in Europa met prostaatkanker. Elk jaar

komen daar nog eens 360.000 patiënten bij”, aldus De Backer. “Voor België gaat het om 8.288 nieuwe gevallen van prostaatkanker per jaar (2012). Prostaatkanker is in België de meest voorkomende kanker bij mannen.”

“Bij een diagnose hebben mannen vooral schrik voor erectie- en incontinentieproblemen, wat een niet te onderschatten psychologische impact heeft op de patiënt. Die emotionele impact wordt nog te weinig besproken en is vandaag nog te vaak een taboe. Uit een bevraging bij 600 gezondheidszorgprofessionals, patiënten en hulpverleners blijkt ook dat patiënten veel meer bezig zijn met kwalitatief leven dan met overleven. De voornaamste bezorgdheden van de bevroegde mannen blijken immers ‘intiem zijn’ (54 procent). Op de tweede plek volgt ‘zich ziek voelen’ (41 procent) en pas daarna ‘doodgaan’ (36 procent). Opvallend is dat om en bij de vierhonderd health care-professionals dit helemaal anders inschatten. Zij plaatsen in de bevraging ‘doodgaan’ net bovenaan.”

“Dat patiënten een diagnose van prostaatkanker niet meteen meer associëren met doodgaan is vooral dankzij de enorme stappen die we gezet hebben in de opsporing en behandeling van prostaatkanker”, aldus De Backer. “Hoe vroeger een diagnose gesteld wordt, hoe groter de kans is op genezing. Daarnaast

toont de studie ook aan dat we moeten blijven inzetten op onderzoek en ontwikkeling. Een innovatieve techniek zoals een robottoestel bijvoorbeeld zorgde al voor een revolutie voor patiënten die lijden aan prostaatkanker en geopereerd moeten worden. De incisie die gemaakt wordt, is immers veel kleiner, waardoor patiënten veel sneller herstellen na een operatie. Bovendien werkt de robot ook zenuwsparend, wat de kans op impotentie en incontinentie vermindert.”

Hervorming ziekenhuizen

De Backer benadrukte daarnaast ook dat elke ziekte zijn specifieke karakteristieken heeft en apart moet bekeken worden. “Een one size fits all-benadering bestaat niet en is ook niet ideaal voor patiënten. Er zijn vandaag nog een aantal actiepunten. Er moet ten eerste meer aandacht gaan naar innovatieve technieken zoals e-Health. Dankzij een app op hun smartphone zullen prostaatkankerpatiënten hun prostaatwaarden bijvoorbeeld kunnen opvolgen. Zo worden ze vaker ge-updatet zonder telkens een afspraak hoeven te maken in het ziekenhuis. Daarnaast moeten we ook netwerken creëren tussen de verschillende ziekenhuizen met basis-referentie en universitaire ziekenhuizen zoals minister De Block voorstelt. Onze patiënten hebben immers recht op de beste kwaliteit van zorg.”

Rol van de beeldvorming bij prostaatkanker

Dr. Pieter De Visschere, UZ Gent - Urogenitale Radiologie en Mammografie

Beeldvormingstechnieken

Voor de beeldvorming bij prostaatkanker hebben we verschillende technieken ter beschikking. Een echografie van de prostaat gebeurt door het anaal inbrengen van een echosonde en kan door middel van ultrasone geluidsgolven de prostaat goed aflijnen. Een MRI-scan (magnetische resonantie imaging) maakt scherpe anatomische beelden van de prostaat en kan de meeste prostaatkankers visualiseren. Een botsan (botscintigrafie) wordt gebruikt voor het opzoeken van uitzaaiingen naar het bot. Een CT-scan (computed tomography) maakt dwarse doorsneden door het lichaam door middel van röntgenstraling. Bij een PET-scan (positron emissie tomografie) wordt een radioactieve stof in

het bloed geïnjecteerd en die gaat zich opstapelen in de meest metabool actieve weefsels, wat zichtbaar wordt als hot spots op een scan van het volledige lichaam. Een PET-CT scan combineert de informatie van een PET-scan en een CT-scan in één onderzoek.

Asymptomatische PSA-stijging

Bij een patiënt met gestegen PSA-waarde in het bloed gebeurt de initiële beeldvorming met echografie om eventuele goedaardige prostaatvergroting vast te stellen. Een prostaatbiopsie is vaak nodig om na te gaan of er prostaatkanker aanwezig is. Bij een prostaatbiopsie worden klassiek via anale weg en onder echografische controle een tiental willekeurige bipten genomen maar deze methode is weinig efficiënt. De arts maakt tegenwoordig

een onderscheid tussen 'klinisch significante prostaatkankers' die moeten behandeld worden en 'niet-significante prostaatkankers' die klein en weinig agressief zijn en waarvoor actieve opvolging een goede optie is. Om dit onderscheid te maken wordt naast klinische factoren (PSA, rectaal onderzoek, Gleasonscore in de bipten, leeftijd van de patiënt, ...) meer en meer een MRI toegevoegd. Een MRI is in staat 70-90% van de significante prostaatkankers te visualiseren wat vervolgens een doelgerichte (echogeleide) biopsie naar de verdachte zone mogelijk maakt. Wanneer geen afwijkingen te zien zijn op MRI kan een significante prostaatkanker met 97% zekerheid uitgesloten worden en dit laat toe een biopsie eventueel uit te stellen of het kan geruststelling bieden bij kandidaten voor actieve opvolging.

Stadiëring bij nieuwe diagnose prostaatkanker

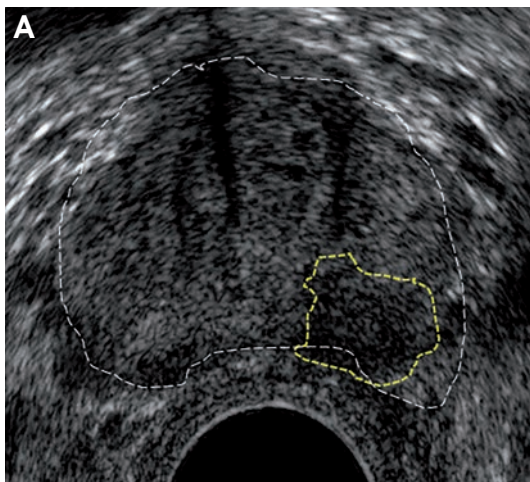
Bij patiënten met een biptisch bewezen prostaatkanker is de chirurg of radiotherapeut geïnteresseerd in de lokale uitgebreidheid van het letsel en hiervoor is een MRI-scan het meest

aangewezen. Voor het opsporen van uitzaaiingen in de lymfeklieren, lever of longen wordt een CT-scan gebruikt en voor uitzaaiingen in het bot een botscan, soms aangevuld met een gerichte CT of MRI bij twijfel.

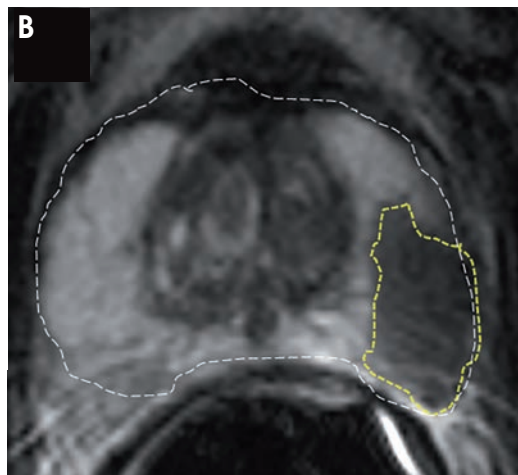
Opsporen herval na behandeling voor prostaatkanker

Een patiënt die behandeld is voor prostaatkanker wordt opgevolgd met repetitieve PSA testen. Wanneer de PSA oploopt is beeldvorming nodig om het onderscheid te maken tussen een lokaal herval (in de resectieloge of in de bestraalde prostaat) en uitzaaiingen. Klassiek gebeurt hiervoor een CT-scan en een botscan maar meer en meer wordt gebruik gemaakt van PET-CT voor het opsporen van uitzaaiingen en MRI voor het aantonen van lokaal herval. Tegenwoordig bestaan hiervoor echter steeds betere alles-in-één technieken zoals PET-CT met nieuwe moleculen, 'whole body' MRI of een combinatie van beide, de PET-MRI.

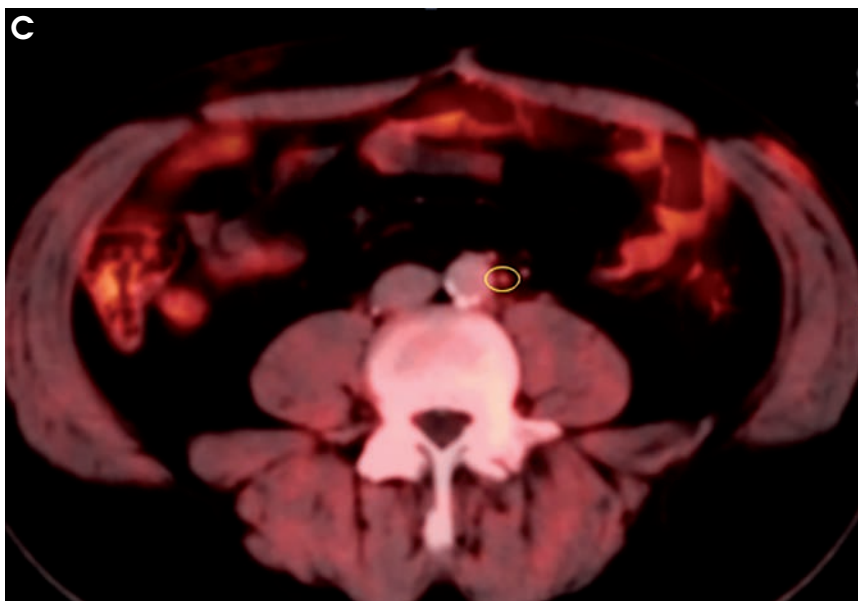
Referenties zie pagina 23



A) Echografie van de prostaat. Onderaan in beeld is de anaal ingebrachte sonde zichtbaar. De prostaatcontour is goed aflijnbaar (witte gestreepte lijn) maar de prostaatkanker is moeilijk te zien (gele stippellijn)



B) MRI-scan van de prostaat bij dezelfde patiënt als A. De prostaatanatomie is scherp afgebeeld (prostaatanatomie: witte gestreepte lijn). De prostaatkanker (gele stippellijn) is goed te onderscheiden als een zwart letsel tussen het normale witte prostaatweefsel.



C) PET-CT bij een patiënt met oplopend PSA na vroegere behandeling voor prostaatkanker. De scherpe anatomische beelden van de CT scan (in grijs waarden) worden gefusioneerd met de 'hot spots' van de PET-scan (oranje kleurschakering). Een kleine lymfeklier in de buik (gele cirkel) is verdacht voor een lymfeklieruitzaaiing als oorzaak voor het oplopend PSA.

Kort

Brigitte Dourcy-Belle-Rose

Resveratrol ons bekend

Alle prostaatankerpatiënten kennen dit sympathieke stofje in rode wijn dat met mate gedronken naar rato van 1 of 2 glazen per dag, actief bleek in het voorkomen van deze ziekte. Enkele maanden geleden verscheen er evenwel een studie die deze resultaten niet kon bevestigen. Krijg je hierover opmerkingen bij het wijnproeven, verwijs dan naar een recente studie die resveratrol aanprijst in het voorkomen van de ziekte van Alzheimer.

Si non e vero e bene trovato.

Het Laatste Nieuws 1.10.2015

En de koffiedrinkers?

Patiënten met een gevorderd stadium van colonkanker die vier of meer koppen koffie per dag drinken, hebben 42% minder kans op recidieven dan patiënten die geen koffie drinken. Ze hebben 33% minder kans om te overlijden aan hun kanker of aan om het even welke andere oorzaak.

Koffie drinken betekent natuurlijk cafeïne gebruiken. Onze eerste reactie, zoals met alle voedingssupplementen, blijft voorzichtig interpreteren. Als barrista in de operatiezalen waar hectoliters koffie geconsumeerd worden en waar de consumenten (artsen) vroeger sterven dan de gemiddelde bevolking, lijkt het best het vervolg van dit verhaal af te wachten. Het verband koffiedrinken en prostaatanker is alleen statistisch. We verwachten meer studies om te kunnen besluiten.

Dr. J. Ninane in *Artsenkrant* 23.09.2015

Hondensnuffelaars

We weten dat we onze vrienden kunnen trainen om truffels (beter dan varkens die de truffels zelf opeten), explosieven, geld, en zelfs kanker (wordt echt bestudeerd) te kunnen ruiken. Een interessante innovatie is dat ze *clostridium difficile*, zoals de naam zegt een bacterie, die bij de patiënten die antibiotica gebruiken een dodelijke darminfectie kan veroorzaken, bijna met 100% correct identificeren in een vroeg stadium.

Geloofwaardig daar ook verpleegkundigen met reukzin de diagnose kunnen stellen. Zien we in de toekomst gespecialiseerde hondenhulp in de diensten microbiologie of brengt Google een geurapp?

VOZ magazine, juli 2015, p.5

[Van de redactie: Gebaseerd op vergelijkbare waarnemingen is er een toestel ontwikkeld dat de uitgedemde lucht van vrouwen analyseert om in een vroeg stadium borstkanker te detecteren (= diagnostiseren). Het toestel lijkt zeker zo betrouwbaar, heeft geen dagelijkse wandeling nodig en springt niet op elke reu... eb]

Ingangsexamen arts/tandarts 2015

Na de bekende perikelen slaagde 14.1% van de kandidaten voor de tweede sessie van het toelatingsexamen. Ergens hebben we bedenkingen bij deze selectie die helemaal geen rekening houdt met het begrip roeping of motivatie. Of is geneeskunde plots een exacte wetenschap geworden en de tandartsen een beroep waar vaardigheid niet erg belangrijk is?

Artsenkrant 01.09.2015

Checklist in het operatiekwartier

We gebruiken allemaal onze dagelijkse checklist om onze inkopen te regelen, valiezen te vullen en om ons sociaal leven te organiseren. De reden is de eenvoud om niets te vergeten. Volgens een onderzoek van de Universiteit Hasselt wordt de Wereldgezondheidslijst bij operaties slechts gebruikt in 17% van de Vlaamse ziekenhuizen. Zijn we dan verwonderd over verwisselde patiënten bij operaties, vergeten kompressen en ja, ziekenhuisinfecties. Toch even een tandje bijsteken?

De Specialist, 21.08.2015

Verrast geplast

Niet alleen prostaatpatiënten hebben plasproblemen. In het dagelijks fileleven vragen we ons soms af wat die honderden geduldige chauffeurs doen in geval van een kleine boodschap (Vlaams voor dringend plasgevoel werkelijk onafwendbaar wordt). We geloven niet dat ze allemaal een incontinentiebroekje dragen of een bokaal of een urinaal meedragen.

In Technopolis werden de kinderen verbaasd met water in een glas te gieten dat onmiddellijk omgezet werd in een gel door verbinding met chemische stoffen in het glas.

Via de post informatie gekregen over de plaszak van de Senioren Netshop. Voor de zekeren onder ons de info eens doornemen (<http://www.sennetshop.be>).

Voor alle duidelijkheid. We hadden geen contact met de leverancier, we kregen geen stalen, het is gewoon een weetje om na te kijken.

Citrusfruit en huidkanker

Hier gaan we weer. Een recente studie stelde vast dat mensen die grote hoeveelheden pompelmoes of sinaasappel dronken een meer dan 30% hogere kans hadden op huidkanker dan de normale drinkers. Onze bomma gaf haar mening. Het zijn juist die mensen die we zonnekloppers noemen. Dus verdere onderzoeken afwachten. Vraag is wie die onderzoekers betaalt en analyseert. We weten dat pompelmoessap hartmedicatie kan tegenwerken. Maar dit is wetenschap en staat op de bijsluiter.

Nieuwsbrief Oncozorg 15.08.2015

Chirurgen getest op resultaten

Na jaren wikken en wegen is de Surgeon Scorecard in de USA online gegaan. De scorecard waar elke chirurg noteert: een lijst van de ingrepen en, belangrijker nog, de complicaties en de uitkomst voor de patiënt. Deze scorecard te vergelijken met de prestaties van onze voetbalhelden in de maandagkrant. Werd in juli 2015 online ingevoerd in de USA. Iets voor Vlaanderen?

De waarheid is dat de meeste chirurgische routine ingrepen als cataract, heupprothesen, appendix, enz., bij ons goede uitslagen boeken. Wel vinden we dat voor complexe ingrepen als pancreaskanker, hersentumoren, aangezietsafwijkingen en ja radicale prostatectomie met volledige klieruitruiming best gebeuren in specifieke, georganiseerde diensten verspreid over het land volgens voorkomen en bevolkingsdichtheid. Het gaat niet alleen om de chirurg, maar om volledige optimale technologie, ervaringen reanimatie, en teamwerk in hospitaalverband. De trend naar nog meer gespecialiseerde diensten of hospitalen (bv. borstkankerklinieken) is hier. De cijfers van betere

resultaten zijn overtuigend. Nu nog zorgen dat de huisartsen, de zorgverzekeraars (lees mutualiteiten), volksgezondheid en de bevolking zelf hierin gaan geloven.

Artsenkrant 10.09.2015

De genotindustrie in onze moderne tijden

Roken en drinken kost Frankrijk 240 miljard euro per jaar. Dit bedrag omsluit de kosten voor de sociale zekerheid maar ook de inkomsten uit taksen en verkoop. Dezelfde onderzoekers berekenden de maatschappelijke kosten voor illegale drugs. Deze bedroegen slechts 8,7 miljard euro per jaar.

We vermoeden dat de onderzoekers zelf aan de wiet zaten om deze appels en peren te vergelijken. Op diezelfde pagina vinden we de vijftien oorzaken waar de Europeanen wakker van liggen. Gezondheid met inbegrip van ziekten en kanker is hier niet bij.

Knack 10.09.2015

De “Nieuwe” Gleasontest-score voor prostaatkanker

De Gleasontest is in algemeen gebruik geraakt na de selectie uit enkele tientallen histologische testen in de studies van het U.S. National Prostate Cancer Program (Nixon 1972). De competitie met de Wereldgezondheidstest (drie gradaties) heeft twintig jaar geduurd.

Na veertig jaar gebruik is duidelijk dat er tekortkomingen zijn die in een eenvoudiger systeem opgelost geraken door algemeen consensus gebruik in de pathologie. Als illustratie van tekortkomingen bleef het markante feit dat Donald Gleason zelf zijn diagnoses niet kon herhalen in blinde rapporten op dezelfde biopsies.

Veel wordt verwacht van het voorstel in november 2014 van de International Society of Urological Pathology (ISUP) die in consensusconferentie een akkoord bereikten. Na discussie of Gleasonscore 6 (grade 3+3) eigenlijk wel kanker is, werd besloten een nieuwe score te vormen voor klinisch gebruik gebaseerd op de uitslagen van 7869 geopereerde patiënten. De nieuwe indeling omvat vijf niveaus voor de prognose, waarbij Gleasonscore 6 eindelijk 1 wordt en Gleasonscore 9 en 10 wordt 5.

Het zal de patiënten geruststellen die kiezen voor actieve opvolging met Gleasonscore 6 of 3+4. Een hele evolutie maar nog geen revolutie. De histologische classificatie is nu ongeveer 130 jaar oud en het is duidelijk dat ook het nieuwe systeem nog beter kan met bijkomende genetische technologie om het biologische potentieel van een kanker duidelijk vast te leggen.

S. Loeb in *Eur. Urol*, 68, 1-2 (2015)

Transparantie in de gezondheidzorg

Een nieuw initiatief (online: <https://www.betransparent.be/nl/>) vanuit de industrie, de koepelverenigingen, pharma en de medische zorgverleners (tandartsen, verpleegkundigen inbegrepen) hoopt alle innovaties in therapie en technologie te koppelen aan expertise en praktijkervaring.

De transparantie betreft de financiële geldstromen. Beter laat dan nooit.

Artsenkrant 7.10.2015

Gouden nanopartikels, 1\$, brengen betere diagnose dan de PSA-test

Onderzoekers van de Univ. South Florida hebben een test ontwikkeld die 95% specificiteit en 50% sensitiviteit heeft om prostaatkanker te vinden in een druppel bloed. Het betreft de eigenschap de lichtabsorptie van deze partikels (Nano DL. Say) te meten na mix met enkele druppels bloed die toelaten de autoantibodies van de patiënt (IgG) te meten die wijzen op de aanwezigheid van een beginnende kanker.

Dit wordt de aanloop naar nieuwe revolutionaire laboratoriumtechnieken in de volgende decade.

Poughkeepsie. *Men to Men Issue*, 5&6, June 4, 2015

[Van de redactie: Laten we het hoofd vooral koel houden, dit kan nog tien jaar duren voor het als diagnosticum op de markt komt en dan moet het nut nog bewezen worden. Bovendien zal die één dollar tegen dan wel stevig aangegroeid zijn... eb]



Café Santé Prostaatziekten



**Donderdag
18 februari 2016
van 17u00 tot 19u00**

AZ Maria Middelaers Gent
Zaal Wetenschappelijke hub Blok-Oost, verdiep 1
Buitenring Sint-Denijs 30 – 9000 Gent

Robotchirurgie als behandeling van Prostaatkanker

Dr. P. Dekuyper
AZ Maria Middelaers Gent - Urologie

De mogelijkheden van brachytherapie (inwendige bestraling) als prostaatkankerbehandeling

Dr. A. Lambrecht
AZ Groeninge Kortrijk - Radiotherapie

Gratis toegang (ook voor niet-leden), maar graag inschrijven wegens beperkte plaatsen bij voorkeur via e-mail: coeman.chris@skynet.be of telefonisch op 09/236.32.22 vóór 11/02/2016

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

Vernieuwing van het lidmaatschap Wij Ook België vzw 2016

2016 wordt weer ingezet. Waarschijnlijk wilt u nog steeds op de hoogte blijven van alle nieuwtjes om uw levenskwaliteit in stand te houden.

Niettemin staande de levensduurte behouden we onze tarieven:

Lidmaatschap + abonnement PROSTAATinfo: 20€

Steunend lid: 40€

Feel+ (wekelijkse bewegingsles):
Voor leden gratis.

Echtgenoten van leden: 3€ per jaar
(verzekering).

Blijf Wij Ook vzw steunen en schrijf u vandaag nog in: IBAN: BE78 4037 1493 0186

BIC: KREDBEBB

Alvast bedankt. Zo blijft u op de hoogte.

In de schaduw van Kos: Emeritus Professor Dr. Hein Van Poppel

Louis Denis, Directeur Wij Ook België vzw

Onze eigenste voorzitter van het wetenschappelijk comité Wij Ook heeft recht deze indrukwekkende titel te dragen sinds 1 oktober 2015 onder het gezag van de Katholieke Universiteit Leuven (KUL).

Doctor in de geneeskunde, nu arts, en professor zijn termen die we verstaan maar emeritus? Komt van het Latijn, merere, verdienen. Het betekent niet alleen dat men zijn titel verdiend heeft en met eer mag dragen. Het verschil met gewone stervelingen die op pensioen gaan, is dat men ook op de jobrol blijft staan en men dus een veteraan wordt met activiteit. Dikwijls onbezoldigd maar daarom is het ook emeritus.

Geen verwondering dus dat professor Henk Van daele, ook al een emeritus, me vroeg geen hagiografie te schrijven (de levensbeschrijving van een heilige) maar dat een warme hulde wordt gebracht aan het uitzonderlijk wetenschappelijk oeuvre van een mens van vlees en bloed, en een uroloog die open stond voor de patiënten.

Ik ken Hein nu langer dan 40 jaar en heb deze congeniale, schalkse en Bourgondische collega echt niet als een heilige kunnen inschatten. Maar dat hij zijn talent als chirurg verdiend heeft door hard werken, een beetje intelligentie (iets meer dan ikzelf), sociale toewijding en bovenal empathie voor de patiënten, kan zijn curriculum getuigen.

Hard werken betekent na zijn benoeming tot chirurg in algemene chirurgie, in 1980, nog drie jaar extra urologie tot 1983, gevolgd door een reeks studiereizen en postgraduate training in Londen, Barcelona, Kopenhagen, Mainz en Rotterdam. Dit leverde een doctoraat, Ph.D, in de medische wetenschappen in 1988.

Dat hij wat intelligentie had, bleek uit zijn fellowship in de European Board of Urology in 1992 en een voltijds professoraat in 1993. Met deze bagage was hij visiting professor in Duitsland, Nederland, Zweden, Engeland, Roemenië tot en met Indonesië. In deze periode vond hij zijn roeping tot uro-oncologische chirurgie

uitgerekend in de voornaamste kankers: nier, blaas en prostaat (figuur 1).



Figuur 1: Prof. H. Van Poppel, bezielde communicator

Hij begaf zich zowel op het terrein van de uitgebreide chirurgie met de radicale prostatectomie en klieruitruiming als de conservatieve chirurgie met een programma over de gedeeltelijke nefrectomie bij niertumoren. Met zijn palmares van meer dan 2.500 radicale prostatectomieën in zijn loopbaan staat hij bij de bekende prostaatheelmeesters in Europa.

Het baart dan ook geen verwondering dat hij met deze expertise en zijn sociale toewijding aan professionele samenwerking vanzelf terecht kwam in Europese klinische opzoekingen in een multidisciplinair kader. Dit bracht hem als actieve leider in de Europese Organisatie voor Onderzoek en Behandeling van Kanker (EORTC 1997-2008). De samenwerking tussen chirurgie en radiotherapie brachten in verschillende klinische

studies een leidraad in de behandeling van prostaatanker die nog steeds gevolgd wordt. Hij was de bezieler van ontelbare symposia en stimulator voor multidisciplinaire en multiprofessionele samenwerking op nationaal (Belgische Vereniging voor Urologie) als globaal (International Consultation of Urological Diseases) met superspecialisatie en translationele onderzoeken (van labo tot bed).

Ook als hoofd van de dienst urologie in de KUL sinds 2002 volgde hij consequent deze politiek van expertise in alle domeinen van de urologie met uiteindelijke samenwerking, ook met andere specialiteiten, ten bate van patiënt.

Als begenadigd spreker en opvoeder viel de functie van directeur van de Europese School voor Urologie (ESU) hem ten deel. Een functie die hij voorbeeldig invulde en de opleiding tot uroloog in Europa een complementaire zekerheid gaf tot bekwaamheid in goede, klinische zorgen in het kader van de Europese Associatie voor Urologie (EAU, 15.000 leden). Na acht jaar heeft hij deze functie overgedragen en werd hij uiteindelijk lid van het executief comité EAU verantwoordelijk voor opleiding (2012) waar we hem nog vele jaren actief hopen te zien.

Ja, die functie brengt dit mee. Hij is reviewer in 27 professionele tijdschriften, erelid van een tiental urologische verenigingen, kreeg drie internationale prijzen (de laatste Francesco Diaz medaille in 2015), hielp 25 dokters te promoveren in de wetenschappen, publiceerde 565 artikelen en enkele boeken, en heeft 89 assistenten urologie onder zijn vleugels gehad.

Last but not least zijn wij patiënten dankbaar voor de empathie en steun die we steeds mochten genieten in het verzorgen en bezorgen van informatie/educatie voor onze “health literacy” en medewerking inzake onze betrachtingen naar patient advocacy. Joviaal en direct in omgang, steunde hij volledig de evolutie van een partnership in de klassieke dokter – patiënt verhouding. Hij was dan ook medestichter en voorzitter van het wetenschappelijk comité Wij Ook vzw, maar ook van Europa Uomo vzw (de Europese prostaatcoalitie voor 23 landen). Op 16 september 2015 was hij nog verantwoordelijk voor de wetenschappelijke voordrachten in de “Europese Prostaatbeziendingsdag” (EPAD 2015) in het Europees Parlement waar acht professionele, Europese groepen vertegenwoordigd waren.

Voor zijn professioneel emiraat werd hij op

zaterdag, 21 november 2015, gevierd in de KUL met een hoogstaand internationaal congres (dat ons petje ver te boven ging) gevolgd door een academische zitting geleid door Prof. Rik Torfs, rector KUL. Maar hij heeft zich ook vrijgemaakt voor een echte, onvervalste Café Santé in het OCA te Antwerpen op 9 december (woensdag) 2015 waar hij zelf sprak over “Wat is en gaat mis met de prostaat?”.

Nu zult u zich afvragen waar is de mens achter deze “grand seigneur”. Een seut eerste klas? Verre van. Hij is indachtig dat een topchirurg veel psychische ondersteuning nodig heeft om burnout te voorkomen en hiervoor zorgen echtgenote en dochters. Dan moet een chirurg in goede conditie zijn en hiervoor zorgt een portie golf (figuur 2) en mate in de rest van onze levensstijl.

Hij is dan ook een typisch Vlaams product. Hij ziet er goed uit voor een emeritus en kan zonder enige moeite de norm van 75 jaar halen om in Europa een rol van betekenis te spelen. Een norm van blijvend dienstbetoon aan de urologie en aan de patiënt. Robuust en vol zelfvertrouwen zal hij zijn taak als collega-educator blijven waarmaken en “mindfulness” is niet aan hem besteed. Wij, patiënten, blijven bescheiden. We wensen hem, nu met meer tijd, goede ervaring als grootvader en regelmatig mentor, bezieler en steun van de patiëntenaspiraties.

Hein, je naam is klein maar je daden zijn groot!



OPROEP

Beste,

Als verpleegkundig journalist werk ik aan een boek dat de impact van kanker op een relatie schetst aan de hand van gesprekken met patiënten en partners. Dit om herkenning en hoop te bieden aan mensen die in behandeling zijn. Hiervoor ben ik op zoek naar interviewpartners. Ik breng hun verhaal en hun situatie anoniem.

De interviews wil ik graag spreiden over de meest voorkomende kankertypes en behandelingen, over mannen en vrouwen, patiënten en partners, leeftijden tussen 25 en 70 en over verschillende relationele invalshoeken om een zo breed mogelijk totaalbeeld te geven. Emoties, zorgtaken, communicatie, noden en toekomst komen aan bod naast intimiteit, seksualiteit, fertiliteit en kindwens. De ziekteperiode is bij voorkeur niet langer dan 6 jaar geleden.

Specifiek ben ik op zoek naar prostaatankerpatiënten en/of hun partners die me hun verhaal willen vertellen. Omdat ik al het verhaal heb van een gemetastaseerde en overleden prostaatankerpatiënt (verhaal door de partner) ben ik in de eerste plaats op zoek naar patiënten met een goede overleving, een positief verhaal.

Wil je hier aan meewerken? Als je vragen hebt of graag meer informatie ontvangt, kan je me steeds contacteren.

Ik heb een contract met uitgeverij Van Halewyck voor de publicatie van dit boek. Ik ontvang hiervoor ook een werkbeurs van het Fonds Pascal Decroos. Het onderwerp is me vertrouwd: ik schrijf sinds acht jaar bijdragen voor het tijdschrift *Leven van Kom op tegen Kanker*.

Met hartelijke groet,

Els Put

verpleegkundig journalist

tel: (+32)016.22.64.42 - (+32)0479 462 009

www.elsput.be

Dank U

Wij Ook België vzw dankt al haar sponsors voor de steun in 2015 en wensen hen een voorspoedig 2016.

Van Kom op Tegen Kanker kregen we een jaarlijkse werkingstoelage met het oog op de uitbouw van een kwaliteitsvolle werking voor patiënten en hun naasten.



FERRING

PHARMACEUTICALS



Met steun van
Kom op tegen Kanker

Boekbesprekingen

Willy Walschaert

Voorkomen van Kanker

Richard Béliveau en Denis Gingras

Boeken over kanker, vooral met als thema "Hoe deze ziekte te vermijden" verschijnen met de regelmaat van een klok. Zij variëren van heel populistisch t.e.m. zeer gespecialiseerde wetenschappelijke werken.



Auteurs van huidig boek zijn twee Canadese artsen, gespecialiseerd in oncologie, en hun bevindingen zijn gebaseerd op wetenschappelijke studies die vermeld worden achteraan de index.

Wij vernemen dat kanker één van de grootste doodsoorzaken is in de geïndustrialiseerde wereld en naar schatting zal in de toekomst 50% van deze bevolkingsgroep het risico lopen de ziekte te krijgen. De oorzaak ervan kan in verband gebracht worden met de moderne westerse manier van leven.

Het positieve zou zijn dat 75% van de kankers door preventie zou kunnen vermeden worden. De auteurs bespreken dan deze preventiemaatregelen uitgebreid en in detail en waar nodig voorzien van de nodige tabellen en grafieken, en hoe onze levensgewoonte te heroriënteren om diverse kankers te vermijden.

Om de lezer een idee te geven over de inhoud van het boek en de besproken items vindt u

hierna enkele korte voorbeelden:

*Tabak: Nicotine wordt tot de meest verslavende drugs gerekend. Naast longkanker wordt roken nog in verband gebracht met minimum tien andere kankers.

*Suiker, zout en vet: Tracht een BMI te hebben tussen 21 en 23. Vermijd producten met veel suiker, zout en vet. Overgewicht gaat samen met de stijging van het aantal kankers.

*Vlees: Eet niet meer dan 500 gr. rood vlees per week. Een dieet met veel rood vlees, weinig groenten, hoog BMI en weinig beweging leidt tot kans op darmkanker.

*Plantaardige voedingsstoffen: Eet gevarieerd met veel vruchten, groenten, peulvruchten, noten en producten op basis van volle granen. Planten zijn cruciaal voor de preventie van kanker omdat zij de progressie kunnen remmen van microscopische tumoren.

*Lichaamsbeweging: Besteed per dag minstens 30 minuten aan actieve lichaamsbeweging. Van alle positieve effecten van regelmatige lichaamsbeweging wordt kankerpreventie nog steeds het minst onderkend.

*Alcohol: Beperk de dagelijkse consumptie tot twee glazen voor mannen en één voor vrouwen. In 1997 deelde het Wereld Kankeronderzoekfonds (WCRF) alcohol in bij de kankerverwekkende middelen.

*Zout: Vermijd zoveel mogelijk met zout geconserveerde producten en levensmiddelen. Diverse epidemiologische onderzoeken tonen aan dat een hoge consumptie van zout gerelateerd is aan maagkanker.

*Zon: Een van de vele, ontelbare voordelen van de zon is de productie van vitamine D, anderzijds bij veelvuldige onnodige blootstelling risico op huidkanker. Als conclusie kan men stellen dat noch obsessieve bescherming, noch onbeperkte blootstelling aan de zon optimaal is.

Verder staan in het boek enkele wetenswaardigheden over prostaatkanker, al of niet al gekend, maar toch belangrijk om hierna in het kort te vermelden, omdat deze thema's eveneens in het boek uitvoerig becommentarieerd worden:

*Hart- en vaatziekten zijn in de geïndustrialiseerde landen niet meer de

voornaamste doodsoorzaak maar wel diverse kankers, waaronder prostaatkanker.

*Bemoedigende resultaten in het oncologisch onderzoek zijn de steeds betere methoden om in een vroeg stadium tumoren te ontdekken, zoals prostaatkanker.

*Japanners hebben evenveel microtumoren in de prostaat als westerse mannen. De premaligne schade ontwikkelt bij hen echter langzamer dan in het Westen wegens hun leefwijze. Hun sterftecijfer is dan ook tien keer lager dan bij Amerikanen.

*Obesitas zou eveneens het ontstaan van prostaatkanker kunnen veroorzaken.

*Regelmatische consumptie van producten op basis van tomaat zou het risico op prostaatkanker terugdringen.

*Pesticiden zouden prostaatkanker kunnen activeren.

*Kruisbloemigen, carotenoïden, noten, knoflook hebben een hoge preventie tegen prostaatkanker.

*Prostaatkanker zou minder voorkomen bij actieve mannen.

*In Indië komt prostaatkanker ca. 20 maal minder voor dan in Europa of Noord-Amerika. Men schrijft dit toe aan het grote gebruik van specerijen en kruiden.

*Speciaal getrainde hondenrassen (Duitse herders, Labrador retrievers) zouden prostaatkanker zelfs in een vroeg stadium kunnen ruiken.

*Diverse industriële chemische producten kunnen het hormoonstelsel verstoren en leiden tot het ontwikkelen van kankers, waaronder prostaatkanker.

*Oudere mannen met slaapproblemen zien het risico op prostaatkanker aanzienlijk toenemen.

*Mannen die 20 tot 30 jaar nachtarbeid hebben verricht, lopen tot ca. 50 procent meer kans om bepaalde vormen van kanker te ontwikkelen waaronder prostaatkanker.

*Extra hoge dosissen vitaminen E en selenium kunnen leiden tot een sterke stijging van prostaatkanker.

*Het nemen van extra vitaminen D in de herfst en winter zou de kans op prostaatkanker verminderen.

*Ex-prostaatkankerpatiënten hebben meer

overlevingskansen naarmate zij nog matige tot intensieve lichaamsbeweging hebben.

Het boek leest vlot en is geschikt voor velen. Vooral voor diegenen die constant met het doembeeld "Kanker" rondlopen kan dit misschien wat soelaas brengen bij het idee dat zij misschien voor een deel hun lot in eigen handen kunnen nemen en niet fatalistisch alles dienen te ondergaan.

Zeer interessant boek, tevens mooi geïllustreerd, een aanrader voor iedereen.

Richard Béliveau & Denis Gingras, *Voorkomen van Kanker*, Utrecht-Antwerpen, Kosmos Uitgevers, 2014, 264 blz.,

ISBN 978 90 215 5793 9.

Willy Walschaert

Multidisciplinair handboek. Urine-incontinentie. Van oorzaak naar aanpak.

Dirk De Ridder en Frank Van der Aa

Wie dacht dat er in de 21e eeuw geen taboes meer zijn, vergist zich schromelijk, want "incontinentie" staat nog steeds met ruime voorsprong - spijtig genoeg - vooraan.

Huidig boek wordt voorgesteld als een werkboek over incontinentiezorg en de auteurs staan open voor opmerkingen van "lezers en gebruikers" zodat bij een volgende druk eventueel aanpassingen kunnen gebeuren.

Wij lezen dat incontinentie voorkomt bij alle bevolkingsgroepen, mannen, vrouwen, oud, jong en kinderen. Incontinentie is meest voorkomend bij mannen na een prostaatoperatie en is gecorreleerd met stijgende leeftijd. Toch mag het niet beschouwd worden als een normaal ouderdomsverschijnsel.



Urine-incontinentie bij de man kan niet altijd als een geïsoleerd probleem worden beschouwd, vaak bestaan er nog andere urogenitale symptomen, waaronder nocturie het belangrijkste.

Wij vernemen dat de behandeling van incontinentie in volle evolutie is en er momenteel verschillende behandelingen kunnen aangeboden worden.

Statistisch hebben meer vrouwen dan mannen last van incontinentie. Het juiste aantal is moeilijk te achterhalen o.a. wegens het delicaat onderwerp en het percentage is daarom heel verschillend en varieert dan nogmaals volgens de bron.

De mythe dat incontinentie onvermijdelijk is bij het ouder worden zou voorgoed uit de weg geruimd moeten worden. Aangezien incontinentie een zeer beladen thema is dat belast is met veel negatieve vooroordelen, zou huidig boek hier een prominente rol kunnen in spelen om dit item in het juiste perspectief te plaatsen.

Volgende onderwerpen komen uitgebreid en in detail aan bod, aangevuld met tekeningen en grafieken:

- Inleidende begrippen over urologie.
- Incontinentie bij kinderen, mannen, vrouwen en ouderen.
- Overactieve blaas.
- Incontinentie bij neurologische aandoeningen en urinaire derivaties .
- Sondes en katheterisaties.
- Chirurgische ingrepen.
- Medicatie.
- Hulpmiddelen voor incontinentie.
- Psychosociale aspecten bij incontinentie.
- Benadering van incontinentie in de thuiszorg.

Dit boek is nuttig, zo niet onontbeerlijk voor artsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, zorgverleners, bandagisten, thuiszorgwinkel, maatschappelijke werkers, ergotherapeuten, apotheek en mantelzorg.

Toch een kanttekening bij het boek want voor de "gewone man/vrouw" die iets meer wil weten over incontinentie, mictie of oefeningen zoekt voor versteviging van bekkenbodemspieren zijn er meerdere geschiktere boeken, tenzij men over een medische achtergrond beschikt, want het gebruikte jargon is zeer gespecialiseerd en de eventuele woordverduidelijkingen zeer summier.

Wil men er zich toch als niet-medicus aan wagen is de aanschaf van een medisch woordenboek (eventueel Google) onontbeerlijk, of men kan ook trachten met een uroloog een verlengd weekend door te brengen....

Dirk De Ridder en Frank Van der Aa.
Multidisciplinair handboek. *Urine-incontinentie. Van oorzaak naar aanpak.* Uitgeverij Acco 3000 Leuven. 170 blz. ISBN 978-94-6292-127-6



"MOEILIJKE WOORDEN VOOR SENIOREN"

Jef kwam Pier tegen op de markt. Pier vroeg: "Heb je nog iets van Frans gehoord? 'k Heb hem al lang niet meer gezien". "Maar die is toch gestorven, Pier." "Dat wist ik niet. Wanneer dan en wat heeft hij gehad?" "Hij leed aan een hartziekte en toen heeft hij een "pesewever" gekregen. Dat was allemaal goed en wel. Na enkele maanden werd hij ziek aan de "protestant". En nu is hij overleden. 'k ben hem een kruiske gaan geven in het dolfinarium in Bree. Hij lag er heel mooi opgebaard en ik ben ook naar de begrafenis geweest. De pastoor heeft een heel mooie homofilie gehouden over hem. Na de viering werd hij niet op het kerkhof begraven. Ze brachten hem naar de crêmerie in Hasselt."

Ik ben nog fit van lijf en verstand!

Gedicht van Annie M.G. Schmidt

Wel wat artrose in mijn heup en mijn knie.
Als ik me buk, is het net of ik sterretjes zie.
Mijn pols is iets te snel, mijn bloeddruk wat te hoog.
maar ik ben nog fantastisch goed...zo op 't oog

Met de steunzolen die ik heb gekregen,
loop ik weer langs' Heeren wegen,
kom ik in de winkels en ook weer op het plein.
Wat heerlijk zo gezond te mogen zijn.
Wel gebruik ik een tabletje om in slaap te komen
en over vroeger te kunnen dromen.
Mijn geheugen is ook niet meer zoals het was
en ik ben weer vergeten wat ik gisteren nog las.
Ook heb ik wat last met mijn ogen
en mijn rug raakt meer en meer gebogen.
De adem is wat korter, mijn keel vaak erg droog.
Maar ik ben nog fantastisch...zo op 't oog.

Is het leven niet mooi, het gaat zo snel voorbij,
als ik kijk naar de foto's, over vroeger van mij.
Dan denk ik terug aan mijn jeugdige jaren.
Wilde ik een jas, dan moest ik heel lang sparen.
Ik ging fietsen en wandelen, overal heen,
en ik kende geen moeheid, zo het scheen.
Nu ik ouder word, draag ik vaak blauw, grijs of zwart
en ik loop heel langzaam, vanwege mijn hart.
Doe het maar op uw gemak, zei de cardioloog.
U bent nog fantastisch...zo op 't oog

De ouderdom is goud, ja begrijp me wel.
Als ik niet kan slapen en dan tot honderd tel.
Dan twijfel ik, denk ik of dat wel waar is
en of dat beeld van goud niet een beetje raar is
Mijn tanden liggen in een glas,
mijn bril op tafel, gehoorapparaat in mijn tas.
Mijn steunzolen naast het bed op de stoel,
U weet dus wat ik met die twijfel bedoel.
Trek niets in twijfel, zei de pedagoog.
U bent nog fantastisch goed...zo op 't oog.

En 's morgens als ik ben opgestaan
en eerst de afwas heb gedaan,
lees ik het laatste nieuws in de krant.
Ik wil toch blijven en naderhand
doe ik van alles, eerst geef ik de planten water,
de kamer stoffen doe ik later.
Wel gaat alles wat traag
heb na 't eten wat last van mijn maag.
Maar ik wil niet zeuren, want 't mag,
dat is heel gewoon op je oude dag.
Aanvaard het rustig zei de psycholoog..
U bent nog fantastisch goed...zo op 't oog

CARPE DIEM!

Rol van beeldvorming bij prostaatkanker [Pagina 12-13]

Dr. Pieter De Visschere

Referenties:

P. De Visschere, W. Oosterlinck, G. Villeirs.
Clinical and Imaging Tools in the Early Diagnosis
of Prostate Cancer, a review. *JBR-BTR*, 2010, 93:
62-70

P. De Visschere, G. De Meerleer, J. Fütterer,
G. Villeirs. Role of MRI Follow-Up after Focal
Therapy for Prostate Carcinoma. *AJR* 2010;
194:1427-1433

G.M. Villeirs, P.J. De Visschere, V.H.
Fonteyne, N. Lumen, G.O. De Meerleer. Magnetic
Resonance Imaging in Diagnosis, Staging and
Radiotherapy Planning for Prostate Cancer. *Acta
Clinica Belgica* 2010; 65 (6): 369-374

P. De Visschere, W. Oosterlinck, G. De
Meerleer, K. Decaestecker, V. Fonteyne, N.
Lumen, P. Ost, G. Villeirs. Multiparametrische
prostaat MRI: Klinische toepassingen. *Tijdschrift
voor geneeskunde* 2014; 70(7)369-376



'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