



PROSTAATinfo

Nieuwsbrief van Wij Ook Belgium vzw

Maart 2013

België-Belgique
P.B. - PP
3500 Hasselt
Centrum
12/943

Verschijnt
Driemaandelijks
Mrt-apr-mei 2013
P910655



19 september 2012 Brussel
European Prostate Cancer
Awareness Day [EPAD 2012]

**Europese Patiëntendag Prostaatkanker 2012 (p-3)
In de schaduw van KOS (p-11)**



3.000.000

In Europe (EU) **3.000.000** men live with prostate cancer. Each year **300.000** men learn that they have prostate cancer and **68.000** 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
www.europa-uomo.org

2012 EPAD

Frieda Brepoels°

Beste lezer,

Elk jaar opnieuw krijgen 2,4 miljoen Europeanen te horen dat ze kanker hebben. Dit betekent dat bij één op de drie Europeanen tijdens zijn/haar leven de diagnose van kanker wordt gesteld. Eén op de vier Europeanen sterft ook aan de ziekte, wat van kanker de tweede doodsoorzaak maakt in de EU.

Deze verschrikkelijke cijfers spreken voor zich en maken pijnlijk duidelijk dat niemand aan de ziekte ontsnapt. Ook ik verloor de voorbije jaren al enkele naaste vrienden aan kanker. Dit sterkt me nog meer in mijn engagement om samen de strijd aan te gaan tegen kanker.

Als lid van de commissie volksgezondheid in het Europees Parlement was ik ook jaren actief in de groep de "Leden Tegen Kanker": op regelmatige basis organiseerden we acties om kanker hoog op de Europese agenda te houden.

Wat heeft Europa hiermee te maken, denkt u misschien. Volksgezondheid is immers bij uitstek een beleidsdomein waarvan het zwaartepunt bij de bevoegde overheden in de lidstaten ligt. Toch zijn er heel wat punten waarop Europese samenwerking een meerwaarde kan bieden, als aanvulling op het beleid in de lidstaten. De lancering van het Europees Partnerschap voor kankerbestrijding in 2009 illustreert dit goed. Het doel hiervan is het aantal kankergevallen tegen 2020 met 15% terug te dringen. Het Partnerschap zet in op preventie en screening, identificatie en uitwisseling van beste praktijken, verzameling van gegevens en onderzoek, stuk voor stuk gebieden waarop de EU een belangrijke bijdrage kan leveren.

Neem bijvoorbeeld preventie: aangezien naar schatting 1 op 3 kankers kan worden voorkomen, is preventie van essentieel belang. Al in 1987 heeft de EU een "Europese Code tegen

Kanker" gelanceerd waarbij aanbevelingen worden gedaan op vlak van gezonde levensstijl. Ook vandaag blijft de EU inzetten op de belangrijkste risicofactoren als voeding, alcohol, tabak en lichaamsbeweging. De herziening van de richtlijn inzake tabaksproducten die momenteel in bespreking is in het Europees Parlement en de Raad, is cruciaal in dit verband. De EU heeft ook ingezet op screening en vroegtijdige opsporing, door richtlijnen uit te vaardigen voor de screening van borst-, baarmoederhals- en darmkanker. Tenslotte, investeert de EU jaarlijks meer dan 180 miljoen EURO in kankeronderzoek.

Ondanks al deze inspanningen echter, blijft er veel werk voor de boeg. Vanuit die optiek werkte ik graag mee met *Europa Uomo* aan de organisatie van een bewustwordingsdag rond prostaatkanker in het Europees Parlement op 19 september 2012. Eerst en vooral omdat het een kanker is die heel wat burgers treft: elk jaar worden in de EU meer dan 200.000 nieuwe gevallen vastgesteld. Maar ook omdat er nog steeds een taboe op prostaatkanker rust waardoor deze kanker (net als darmkanker) minder bespreekbaar blijkt. Precies om de bewustwording te verhogen en informatie te verschaffen, hebben we een prostaatmodel met bijhorende infostand voor het Europees Parlement geplaatst waar Parlementsleden, medewerkers en voorbijgangers de hele dag vrij in en uit konden lopen. In de namiddag was er tijd voor meer gedetailleerde en academische informatie tijdens het colloquium. Ik hoop oprecht dat de actie heeft bijgedragen tot een verhoogde bespreekbaarheid van prostaatkanker.

Ik zet mijn engagement in de strijd tegen kanker verder, maar nu als burgemeester van Bilzen. Op zondag 12 mei is Bilzen voor het eerst gaststad van de 1.000 km van "Kom op tegen Kanker" en het hele bestuur engageert zich om zoveel mogelijk inwoners bij dit initiatief te betrekken.

° Burgemeester van Bilzen, Voormalig Europees Parlements lid voor de N-VA (2004 - januari 2013)

Inhoud van dit nummer

- 3 2012 EPAD
Frieda Brepoels
- 5 Een KCE-rapport over gelokaliseerde prostaatkanker: leerrijk voor de patiënt, voor de leek?
Jan Humblet
- 7 Louis Denis, terug van weggeweest
- 8 Bewust meewerken aan een behandeling
Erik Briers
- 11 In de schaduw van Kos
Louis Denis
- 13 Kort
Brigitte Dourcy-Belle-Rose
- 15 Boekbesprekingen

- 17 EPAD kort
- 18 PSA en vroegdiagnose van prostaatkanker
Per-Anders Abrahamsson
- 20 Prostaataandoeningen buiten kanker
Hein Van Poppel
- 22 Het nieuwe jaar bij ZNA Antwerpen een gesprek met Nele Toussaint en Luc Dewilde



Omslagfoto

Brussel 19 september 2012 EPD, vrnl Prof Van Poppel, Mevr. Brepoels (MEP), Prof. Abrahamson, EB. ©HB

PROSTAATinfo

Nieuwsbrief Wij Ook Belgium

Hoofredacteur/editor

Erik Briers [erikbriers@telenet.be]

Redactievoorzitter

Henk Van daele

Redactieleden

Luc Decroos

Louis Denis (*Directeur OCA*)

Luc Dewilde

Brigitte Dourcy-Belle-Rose

Piet Hoekstra (*Epcel Nederland*)

Jan Humblet

Willy Walschaert

Redactiesecretariaat

Abonnementen

Anja Vancauwenbergh

[info@wijook.be]

Drukkerij

Leën Offset Druk

Sasstraat 4 - 3500 Hasselt

Wij Ook Belgium vzw US TOO Belgium

Voorzitter

Erik Briers

Directeur

Louis Denis

Secretaris

Brigitte Dourcy-Belle-Rose

Schatbewaarder

Marcel Peeters

Afdelingen

Wij Ook Antwerpen

Louis Denis [03/338.91.50]

[louis.denis@skynet.be]

Wij Ook Oost

(Limburg & Vlaams-Brabant)

Erik Briers [011/30.07.10]

Dinsdag en donderdag 19u-21u

[erikbriers@telenet.be]

Wij Ook West

(Oost- en West-Vlaanderen)

Luc Decroos [051/20.19.03]

[luc.decroos@telenet.be]

Epcel Nederland

Piet Hoekstra [31-(0)-104.504.510]

[piethoekstra@outlook.com]

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

Prof. Dr. De Meerleer Gert - UZ Gent

Dr. Dewilde Luc - Bestuur Wij Ook

Prof. Dr. Joniau Steven - UZ Leuven

Prof. Dr. Michiels Dirk - UZ Brussel

Prof. Dr. Oosterlinck Wim - UZ Gent

Pieters Ronny Verpleger UZ Gent

Dr. Schrijvers Dirk - ZNA Antwerpen

Prof. Dr. Wyndaele Jean Jacques - UZ

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. 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

12e jaargang Maart 2013

© 2013 Alle rechten voorbehouden

Verantwoordelijke uitgever

Louis Denis - Antwerpen

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

Met de steun van European School of Oncology

Dr. Alberto Costa

Via del Bollo 4, 20123 Milaan - Italië

PROSTAATinfo

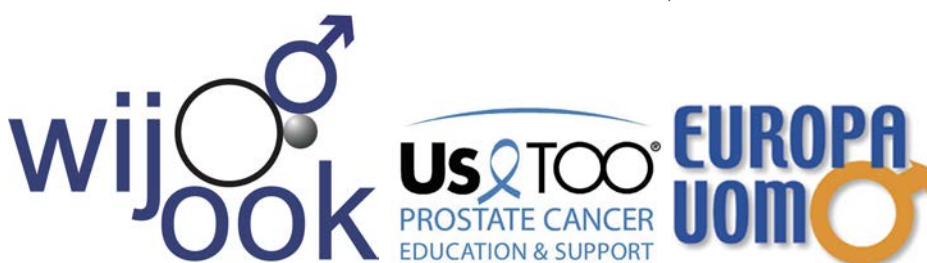
Nieuwsbrief van Wij Ook Belgium

Oplage 4.000 ex.

ISSN:1782-0847

Prijs per nummer 5 euro

Inbegrepen in het lidgeld



Een KCE-rapport over gelokaliseerde prostaatkanker: leerrijk voor de patiënt, voor de leek?

Jan Humblet

Wij Ook vzw

Op 14 januari 2013 verscheen een KCE-rapport met als titel: *“Nationale Praktijkrichtlijn voor de aanpak van gelokaliseerde prostaatkanker: deel 1”*.

Er wordt in de toekomst een tweede deel voorzien met een praktijkrichtlijn voor de aanpak van de meer geavanceerde prostaatkankers.

Zoals algemeen bekend staat KCE voor het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg, dit is een parastatale belast met het realiseren van beleidsondersteunende studies binnen de sector van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering. De *“Praktijkrichtlijnen”* of guidelines omvatten de meest actuele medische kennis, ze zijn primair bestemd voor de medisch geschoolde hulpverleners en moeten helpen bij het stellen van de best mogelijke diagnoses en behandelingen.

Inhoudelijk gaat deze richtlijn over kleine gelokaliseerde (binnen het prostaatkapsel) kankercellen die meestal geen onmiddellijke curatieve behandeling nodig hebben. De achterliggende idee is dat onmiddellijke curatieve behandelingen vrij agressief zijn met mogelijke (tijdelijke?) incontinentie en impotentie als gevolg. In een aantal door het rapport omschreven gevallen bieden deze behandelingen voor de patiënt geen meerwaarde, integendeel ze verminderen wel nodeloos zijn levenskwaliteit door “overbehandeling”. Wat het rapport in deze gevallen dan aanbeveelt, is een praktijk van “Active Surveillance” (actief opvolgen) of, afhankelijk van de specifieke situatie “Watchful Waiting” (waakzaam wachten). Cruciaal in heel het beslissingsproces is natuurlijk de risicocategorie waarin de prostaatkanker wordt gesitueerd (laag risico, matig risico of hoog risico), maar ook de levensverwachting van de patiënt,



zijn algemene gezondheidstoestand, zijn comorbiditeit, en zijn attitude tegenover de wetenschap om te leven met een maligniteit (kwaadaardigheid) die niet actief wordt behandeld.

Om de stijl van het rapport te concretiseren citeren we de omschrijving van de basisbegrippen “Active Surveillance” en “Watchful Waiting”, en bij wijze van voorbeeld noteren we een paar aanbevelingen (het rapport vermeldt in totaal 9 aanbevelingen).

“Watchful Waiting” bestaat erin bij patiënten die niet in aanmerking komen voor een curatieve behandeling af te wachten met behandelen. Bij deze strategie worden de patiënten verder opgevolgd en wordt een palliatieve behandeling ingesteld wanneer er kankergerelateerde symptomen optreden.

“Active Surveillance” bestaat erin de behandeling van patiënten die in aanmerking komen voor een onmiddellijke curatieve behandeling uit te stellen. Bij deze strategie wordt de evolutie van de kanker periodiek opnieuw geëvalueerd en wordt bij progressie ervan een curatieve behandeling ingesteld.

Voorbeelden van aanbevelingen:

Patiënten met gelokaliseerde prostaatkanker en een levensverwachting van >10 jaar:

- *Watchful Waiting is de aanbevolen aanpak bij patiënten met een levensverwachting van <10 jaar of bij patiënten met ernstige comorbiditeit.*

Patiënten met gelokaliseerde prostaatkanker met laag risico die in aanmerking komen en kiezen voor een curatieve behandeling:

- *Een Active Surveillance zou moeten worden overwogen, rekening houdend met de persoonlijke voorkeur van de betrokken patiënt en de functionele status van zijn urinaire, seksuele en digestieve functies.*

Dergelijke patiënten moeten geïnformeerd worden over het feit dat werd aangetoond dat een onmiddellijke behandeling binnen een tijdsspanne van 10 à 12 jaar geen enkel voordeel biedt ten aanzien van observatie.

Zoals de geciteerde voorbeelden laten blijken, is dit KCE-rapport niet geschreven vanuit patiëntenperspectief, maar bevat het primaire aanbevelingen voor de medische zorgverleners. Dit impliceert dat er een begrippenapparaat en inzichten worden gehanteerd die de doorsnee patiënt niet zonder meer paraat heeft. We denken hierbij aan voorbeelden zoals: biopsiename, Gleasonscore, PSA-waarde, TNM-stadiëring, levensverwachting, comorbiditeit, curatieve behandeling, enz. En de patiënt, wat moet de patiënt hiermee?

Een eerste besef dat bij de patiënt moet groeien, is de wetenschap dat de wereld van de prostaatkanker zeer verwarrend kan overkomen, maar dat hij toch in vele gevallen zelf zal moeten kiezen, of toch minstens actief zal betrokken worden bij een aantal beslissingsprocessen. In het rapport staat het letterlijk zo: "Patiënten die in aanmerking komen en ook kiezen voor een curatieve behandeling, moeten worden geïnformeerd over de verschillende algemeen aanvaarde aanpakmogelijkheden, rekening houdende met hun gezondheidstoestand, hun individuele levensverwachting en de risicocategorie van de tumor. Deze aanpakmogelijkheden omvatten minstens de actieve surveillance, (externe en interstiële) radiotherapie en radicale prostatectomie. De mogelijke voor- en nadelen van de verschillende opties zou met de patiënt moeten worden

besproken en toegelicht."

Een variant hierop die in de patiëntenvereniging **Wij Ook** kort geformuleerd wordt als volgt: "Nothing about us, without us!" Over informatie beschikken betreffende de eigen situatie, advies inwinnen bij vertrouwensdokters en op eigen initiatief actief informeren, kan een behandelingsbeslissing waar men bewust achter staat alleen maar bevorderen. Is de lectuur van dit KCE-rapport, dat elektronisch in principe voor iedereen beschikbaar is, de goede weg om informatie te verzamelen?

Ja, voor sommige patiënten; neen voor de meerderheid.

Ja, voor de zgn. "empowered patiënt", dit is de patiënt die verantwoordelijkheid opneemt en een actieve rol wil spelen in zijn eigen zorgproces. De Wereldgezondheidsorganisatie (W.H.O.) omschrijft empowerment als "a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health" (een proces dat patiënten een actieve rol geeft in beslissingen over hun eigen zorgproces en gezondheidszorg). Het gaat meestal om personen die lectuur raadplegen over hun probleem, op zoek gaan op het internet, hun "expertise als leek" toetsen aan het oordeel van hun arts of de activiteiten volgen van patiëntenorganisaties zoals Wij Ook, waar ze regelmatig uiteenzettingen van professionals volgen. Geleidelijk bouwen die personen kennis op die hen competent maakt om van de aanbevelingen van KCE-rapporten iets op te steken.

Uiteraard kan die "patiënten-expertise" niet van iedereen verondersteld of gevraagd worden. "Empowerment" is ook geen wit-zwart gegeven: tussen aan de ene zijde de "patiënt-expert" en als andere uiterste de patiënt die zich bevindt in een puur directief zorgmodel waar alle keuzes en beslissingen van de dokter moeten komen, is er een ruime middenmoot met allerlei schakeringen qua inspraak en kennis. Voor deze personen bestaan er meer aangepaste bronnen dan een KCE-rapport! We adviseren hiertoe o.m. regelmatige lectuur van ons tijdschrift *PROSTAATinfo*, de nieuwsbrief van Wij Ook Belgium, de bijzonder bevattelijke en wetenschappelijk betrouwbare brochure *Prostaatproblemen*, een uitgave van het Oncologisch Centrum Antwerpen samengesteld door B. Dourcy-Belle-Rose, eveneens zeer degelijk, *Het Prostaatkanker Logboek*, een uitgave die mede tot stand kwam door de Nederlandse ProstaatKankerStichting, geschreven vanuit de

beleving van de patiënt en samengesteld door medisch journalist Wim Köhler, en ten slotte zeker ook, onze website, www.wijook.be.

Mambourg F., Jonckheer P., Piérart J., Van Brabant H. *Nationale Praktijkrichtlijn voor de aanpak van gelokaliseerde prostaatkanker: deel 1*. Good Clinical Practice, Brussel, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) 2012. KCE Reports 194A. D/2012/10.273/99. Beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

Dourcy-Belle-Rose B., *Prostaatproblemen. Gids voor mannen en vrouwen*. Antwerpen, Oncologisch Centrum, 2009.

Köhler Wim, *Het Prostaatkanker Logboek*. Amsterdam, Uitg. Thoreris, 2009, ISBN 978 90 72219 855.

Louis Denis, terug van weggeweest

We hebben het genoeg Prof. Louis Denis te begroeten die halftijds zijn taken als directeur OCA vzw en directeur Wij Ook vzw herneemt na enkele maanden "vakantie" in verscheidene ziekenhuizen.

Zijn opvolging als secretaris Europa Uomo is verzekerd door Dr. Sc. Erik Briers, wat Prof. Denis tijd laat zijn vroegere specialiteit als Europees urologisch expert terug op te nemen.

We vernemen dat zijn werklustje volgende taken omvat. Vanuit de European Association of Urology (EAU) deelname als lid van het nieuwe EAU Live Surgery Committee en lid van het wetenschappelijk comité European Uro-Oncology Group (EUOG).

Zijn lijstje internationale voordrachten groeit snel aan: ERSPC – Personalized Cancer Treatment, April 10-12, 2013, Gothenburg; Deutsche Krebshilfe – Prostate Cancer Research, April 22, 2013, Bonn; SIURO Annual Congress – Prostate Cancer Research 'The multidisciplinary approach to PCa', June 10, 2013, Firenze.

Verder werkt hij in opdracht van de European CanCER Organisations (ECCO) in werkgroepen rond survivorship en applications for cancer registrations.

Wij verheugen ons in zijn terugkeer maar zeggen 'Festina lente, lotgenoot'.

Gelukkig heeft Dr. Luc Dewilde besloten ons te vervoegen om de verschillende activiteiten in het OCA te leiden.

In dit nummer kan u dan ook beter kennis maken met Dr. L. Dewilde (zie pagina 22).

Vernieuwing van ons lidmaatschap 2013

We naderen het jaareinde en weldra staan we in 2013. Waarschijnlijk wil je nog steeds op de hoogte blijven van alle nieuwtjes om uw levenskwaliteit in stand te houden.

Niettegenstaande de stijgende levensduurte heeft het bestuur besloten om het lidgeld te behouden:

Gewoon lid: 20 €

Steunend lid: 40 €

Feel+ (bewegingsles) 3 € verzekering voor niet-leden

Blijf ons dus steunen en schrijf vandaag uw lidgeld over op ons gekend nummer:

403-7149301-86

IBAN : BE 78 4037 1493 0186

SWIFT : KREDBEBB

En je **PROSTAATinfo** valt in de bus.



Bewust meewerken aan een behandeling

Erik Briers - Wij Ook vzw

Inleiding

Ziek zijn is in wezen nooit aangenaam. Er komt altijd lijden aan te pas, dat kan pijn zijn maar ook een ander ongemak. Om dat lijden te verzachten schrijft de behandelende arts ons medicijnen voor, een pijnstiller als het alleen maar pijn is, maar soms een medicijn dat de oorzaak van de pijn gaat behandelen en zo indirect de pijn. Maar wij zijn ook allemaal mensen die dikwijls onze eigen interpretatie geven aan een "voorschrift". Want dat voorschrift bevat ook instructies voor de patiënt zoals: elke dag vóór het ontbijt, of driemaal per dag. Van dat voorschrift willen wij wel eens al te graag afwijken, het doet geen pijn meer of de koorts is toch gezakt dus stop ik er mee, of nog, het heeft zo'n vervelende nevenwerkingen... Waarom zou je dan toch die medicijnen blijven innemen?

Heel algemeen

Doel van het nemen van een medicijn is een toestand van ziekte te verbeteren. Soms komt dat er alleen maar op neer het symptoom te behandelen. Dit is mogelijk als de arts niet precies weet wat de oorzaak van het symptoom is. Hoe vaak wordt er geen pijnstiller gegeven zonder dat de arts echt precies de oorzaak kent?

Soms is het duidelijk in welke richting de oorzaak gezocht moet worden, een infectie bijvoorbeeld, maar zonder te weten welk virus of welke bacterie in het spel is. Dan moet de arts ook heel behoedzaam zijn.

In het algemeen kunnen we over behandelingen stellen dat ze steeds gekenmerkt zijn door een behandelingsduur, door nevenwerkingen die niet steeds en voor iedereen dezelfde zijn, en ja dan neen eindigen ergens in de tijd.

Bij kanker

Bij kankerbehandelingen gaat het nooit om leuke behandelingen zodat de farmaceutische industrie zich niet echt bezighoudt met kleur en smaak van het product. Hier gaat het echt over het effect, het eindresultaat. In het geval van een kankermedicijn is de kans op en de ernst van nevenwerkingen bijzonder groot.



Dus waarom zou je dan die medicijnen volgens instructie innemen? Kan je niet nu en dan stiekem eens een dosis overslaan?

Dat mag je niet, en het is niet om je dokter te plezieren of zo dat je dat niet kan, er is een zeer goede reden voor: we willen namelijk die kanker de duivel aandoen in de hoop dat ie helemaal verdwijnt.

Een medicijn in je lichaam...

Het is bijzonder interessant om eerst eens na te kijken wat er gebeurt als er een medicijn, een vreemde stof, in ons lichaam binnengesmokkeld wordt. Daarbij kunnen we verschillende mogelijkheden onderscheiden.

Een injectie in een bloedvat (intraveneus)

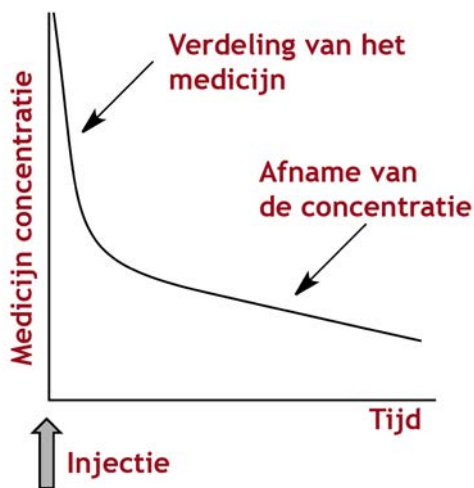
Heb je daar als eens over nagedacht? Je ziet het soms in een film: de zwaargewonde soldaat of burger die kermt van de pijn en de "medic" ploft hem (of haar) een dosis morfine in de ader en nog vóór alles goed en wel geïnjecteerd is ontspant de gewonde zich. Is dat alleen maar in de film of ook in het echt?

Even narekenen. Een volwassen persoon heeft ongeveer vijf liter bloed in zijn lichaam, bloed dat door het hart wordt rondgepompt. Met elke hartslag wordt er volgens de maat van dat hart tussen 0,1 en 0,2 liter bloed doorgepompt. Om dus dat hele bloedvolume rond te pompen zijn er heel wat hartslagen nodig (5 gedeeld door 0,1 of 0,2 L/slag), wij rekenen op 50 tot 25 slagen. Dat wil zeggen dat er slechts zoveel hartslagen nodig zijn om het geïnjecteerde product helemaal rond te pompen. Hoe lang duurt dat rondpompen? Een normaal persoon heeft in rust ongeveer 75 slagen per minuut als hartslag, bij ziekte neemt die frequentie toe en is ze gemakkelijk 100 slagen per minuut of meer. Dat wil zeggen dat de inhoud van het spuitje in veel gevallen in 20 tot 40 seconden overal in ons lichaam aanwezig is en aan het werk kan.

Wij weten natuurlijk ook allemaal dat de uitwerking van een medicijn eindig is, na een tijd doet het toch opnieuw pijn. Dat wil zeggen dat er



ook processen aan het werk zijn in ons lichaam die het medicijn terug uit ons lichaam verwijderen. Een heel gekend proces wordt door onze nieren bewerkstelligd. De nieren zijn een bijzonder gesofisticeerde filterinstallatie. Permanent spoelt bloed doorheen de nieren die dan ook een bloedrode kleur hebben. Tijdens deze passage worden heel wat afvalproducten die met het bloed meegevoerd zijn uitgefilterd, evenals de medicijnmoleculen (gedeeltelijk). Daardoor daalt de concentratie van het medicijn in het bloed voortdurend. De concentratie is de hoeveelheid medicijn per eenheid van volume bijvoorbeeld mg/L (milligram per liter). Door deze concentratie in de loop van de tijd in een diagram (Figuur 1) uit te tekenen zien we wat er gebeurt.



Figuur 1: Het verloop van de concentratie van een medicijn in de loop van de tijd na een injectie.

Bij het begin stijgt de concentratie razend snel, in seconden zit het medicijn overal, daarna dringt het door in alle weefsels, dit duurt een beetje langer, de concentratie in het bloed daalt daardoor waarna het effect van de eliminatie duidelijk te zien is.

Een pilletje

Dit is een heel andere situatie. In dit geval moet ons medicijn vanuit het maag-darmkanaal opgenomen worden in het bloed en dat liefst in zijn juiste vorm. De maag is bijvoorbeeld een heel vijandige plaats voor medicijnen, het is er héél zuur en er zijn daar enzymen aan het werk die onze voeding in stukjes afbreken. Ons medicijn moet daar tegen kunnen. Dat is soms een probleem en dus zorgen onze farmaceuten ervoor dat ons pilletje op de juiste plaats afgebroken wordt.

Zo'n pilletje is dan ook het resultaat van

gedegen onderzoek. Soms moet het in de maag zijn buitenste laagje verliezen en in de darm (niet zuur) zijn actief bestanddeel afgeven of nog verder in het maag-darmkanaal.

Deze opname verloopt dan ook met hindernissen zodat die snelle opname in het bloed die we zien bij een injectie, hier niet is. De stijging in het bloed verloopt heel geleidelijk, en gelijktijdig verdwijnt er al weer wat medicijn via bijvoorbeeld de nieren.

In werkelijkheid kan het nog een beetje ingewikkelder. Veel geneesmiddelen worden toegediend in een andere dan hun actieve vorm. Dat kan nodig zijn als de actieve vorm te gevoelig is voor afbraak bijvoorbeeld, of als er problemen zijn met de giftigheid. In die gevallen kan het zijn dat de lever, die een echte chemische fabriek is, het opgenomen pre-medicijn eerst wat moet verknippen om het actieve medicijn terug in het bloed rond te sturen. Het is niet steeds eenvoudig. Bovendien werken de nieren niet altijd naar wens; indien een patiënt een gestoorde nierfunctie heeft, zal de dokter de dosis aanpassen omdat de uitscheiding van het medicijn dan trager is waardoor de concentratie in het bloed te hoog zou kunnen oplopen.

En dan...

We willen nog steeds de kanker behandelen, of in het gewone leven een infectie met een bacterie. Deze beide situaties hebben wel wat met elkaar gemeen. Een bacterie is een micro-organisme dat de slechte gewoonte heeft om zich constant te delen; vaak doet een bacterie dat om de twintig minuten. Als die bacterie zich in een gevoelig orgaan bevindt, dan is dat behoorlijk hinderlijk; de bacterie neemt plaats in beslag maar kan ook giftige stoffen vrijgeven die ons ziek maken. Om een bacterie te bestrijden moeten we dus zorgen dat die groei bij voorkeur gestopt wordt of toch zo sterk geremd dat ons eigen immuunsysteem de rest kan opruimen.

Een kanker is een klompje kankercellen; die cellen delen zich voortdurend en door de toenemende omvang bezorgt de tumor ons veel last. Kankercellen delen zich aan hun eigen tempo en ze trekken zich bitter weinig aan van de rest van het lichaam. Ook in dit geval is het de bedoeling om de celtgroei van de kankercellen te vertragen (controleren) en liefst te stoppen (genezen). Maar dat is een heel moeilijke opdracht omdat wij natuurlijk de gewone lichaamscellen niet mee willen afremmen of vernietigen.

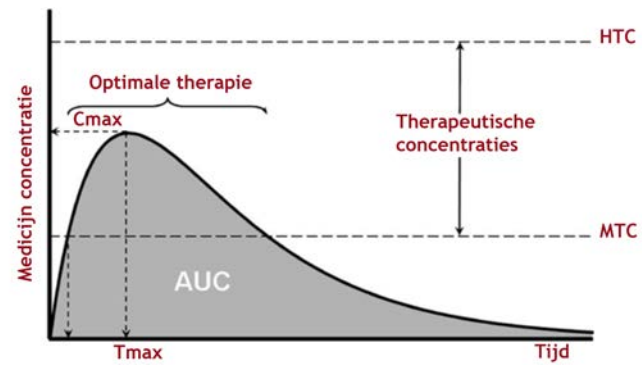
Minimale effectieve concentratie

Als we bacteriën blootstellen aan een antibioticum in oplopende concentraties (hoeveelheden per liter) dan zien we dat de bacterie zich van die heel lage concentraties niets aantrekt, de bacterie groeit lustig verder. Bij heel hoge concentraties groeit de bacterie niet meer, maar wordt de patiënt vergiftigd. Er wordt dus steeds gezocht naar de concentratie die aan de ene kant de bacterie effectief afremt, mogelijk doodt, en die aan de andere kant ongevaarlijk is voor de patiënt.

Zo krijgen we, indien we naar de concentratie kijken vier verschillende zones: er is een zone met lage concentraties die geen therapeutische waarde heeft wegens te laag. Boven een bepaalde concentratie, de minimale therapeutische concentratie (MTC) is er wel therapeutische activiteit en wordt celdeling effectief afgeremd. Daarboven is er een concentratie die geen bijkomend therapeutisch (HTC) nut heeft en nog hoger is er een concentratie die ronduit giftig is voor de patiënt (ToxC).

De bedoeling is er voor te zorgen dat de concentratie van het medicijn in het kankerweefsel of bij de bacteriën zodanig is dat die steeds tussen de hoogste (HTC) en minimale (MTC) therapeutische concentratie blijft. Want telkens de concentratie beneden de laagste therapeutische concentratie daalt, zeggen de cellen: "oef, we kunnen weer eens gaan delen" en dat is absoluut niet gewenst. Het is ook in deze omstandigheden dat de cellen de kans krijgen om bijvoorbeeld resistent of ongevoelig te worden voor een bepaald medicijn. Anderzijds willen we niet altijd die hoogste therapeutische concentratie gebruiken omdat dat ook meer mogelijke nevenwerkingen geeft. Artsen moeten een gulden middenweg vinden.

Figuur 2 toont een schema. Na inname van het medicijn stijgt de concentratie naar een maximum (Cmax) die na een gegeven tijd (Tmax) bereikt wordt. Tijdens de stijging overschrijdt de concentratie de minimale therapeutische concentratie (MTC) en vanaf dit punt begint het medicijn therapeutisch effectief te zijn. Na de maximale concentratie gaat het bergaf, maar blijft het medicijn wel effectief tot de concentratie beneden de MTC daalt, dan is het gedaan.



Figuur 2: Het concentratieverloop in functie van een effectieve therapie.

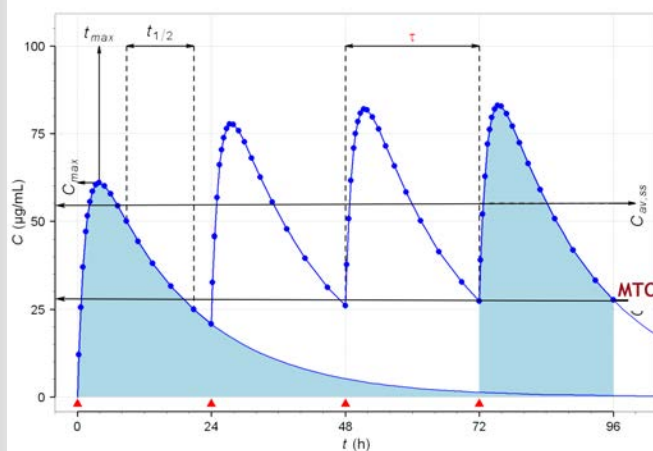
Dit schema toont haarscherp aan dat één enkel pilletje of infuus ons niet zal helpen, er zal meer nodig zijn. Op het moment dat de concentratie lager wordt dan de minimale therapeutische concentratie moeten we door een nieuwe dosis zorgen dat we nooit beneden deze MTC dalen. Figuur 3 toont wat er gebeurt bij regelmatige inname van een medicijn. We mogen ook niet vergeten dat voor de meeste medicijnen de tijd-as in uren is ingedeeld en niet in dagen.

Regelmatig een inname: de oplossing

De kunst bestaat er dus in om steeds boven de minimale therapeutische concentratie te blijven en, indien mogelijk, een eind beneden de toxische concentratie. Door in de loop van de afname van de concentratie een nieuwe dosis in te nemen, realiseren we daar een nieuwe stijging waardoor de concentratie niet beneden de MTC kan dalen. Figuur 3 toont dit heel mooi. Om de 24 uur wordt een nieuwe dosis ingenomen en telkens gaat de concentratie in het bloed terug netjes omhoog tot een maximum om daarna terug te dalen. Stel ook vast dat het schema mooi toont dat indien je na 96 uur geen nieuwe dosis neemt, de concentratie onherroepelijk daalt tot onder de therapeutische dosis. Met andere woorden: we moeten met de regelmaat van een klok onze medicijnen innemen.

Zo begrijp je ook dat er speciale instructies voorzien zijn in een bijsluiter voor de meest voorkomende afwijkingen: een dosis missen, meer dan nodig innemen, en andere problemen.

Een dosis missen, dat is heel vervelend, de concentratie is dan zeker gedaald maar niet zeker tot beneden de minimale therapeutische concentratie. Het hangt er bijvoorbeeld van af wanneer je ontdekt dat je een dosis hebt gemist. Is dat slechts kort na het voorziene moment van inname, dan kan je over het algemeen gewoon de



Figuur 3: De evolutie van de concentratie indien een medicijn regelmatig wordt ingenomen. C_{av} is de gemiddelde concentratie tijdens de elkaar opvolgende innames.

dosis bijnemen. Ga dan wel verder op het afgesproken tijdstip met de volgende dosis om de regelmaat niet te breken.

Is het evenwel al langer geleden, bijvoorbeeld bijna de tijd voor de volgende dosis, dan ligt het wat moeilijker; dan is het mogelijk dat de gecombineerde dosissen in een toxische zone uitkomen en dat willen we niet. In principe zal de arts in dit geval raad moeten geven want de aard van het medicijn speelt ook mee.

Bij het door vergissing innemen van meer dan één dosis is het ook best om de arts te raadplegen; hij of zij kan aangeven wat er eventueel gedaan moet worden. Opnieuw is het overslaan van de eerstvolgende dosis allicht geen goed idee.

De eveneens veel voorkomende problemen zijn het verlies van een gedeelte van een dosis, de dosis wordt ingenomen maar door misselijkheid wordt een onbekend gedeelte uitgebraakt. Hier is het opnieuw de arts die zal raadgeven.

Besluit

Medicijnen zijn hoogtechnologische producten die ons veel goed kunnen doen maar die ons helaas ook kunnen schaden. Hun gunstig effect is kwestie van een delicaat evenwicht tussen opname en verwijdering. Door de medicijnen trouw volgens voorschrift te gebruiken, ook al valt dat niet altijd mee, hebben we de grootste kans om het probleem doeltreffend aan te pakken.

In de schaduw van Kos

Louis Denis

In het spoor van de economische recessie en de recente financiële schokgolven die niet alleen ons land maar heel Europa op zijn grondvesten deden daveren, komen de statistieken die duidelijk aantonen dat we boven onze stand leven. Er moet dus geld gevonden worden en in een land dat steeds mee aan de top staat van de belastingen op arbeid is een bijkomende belasting moeilijk te slikken. Van belastingen op kapitaal kan een klein land slechts dromen en dus grijpt men naar besparingen, ook in die sectoren die reeds jarenlang dichtbij de rode cijfers balanceren zoals het onderwijs, de kunsten, en ja ook onze geprezen sociale gezondheidszorg.

Ook de sector zelf is zich daarvan bewust en zeker bewust van het feit dat de toenemende vergrijzing de financiële haalbaarheid zullen doorbreken tegen 2050. Japan, een land waar men respect toont voor de oudere bevolking, moet deze cijfers nu aanpakken. Het was dan ook geen totale verrassing dat eerste minister Aso op een

vraag naar een oplossing in *Time magazine* van 11 februari 2013 liet optekenen dat de oplossing er in lag dat de ouderen sneller zouden sterven. Dichter bij huis verklaarde gezondheidseconoom Lieven Annemans (VUB en UGent) in een interview in *De Morgen* van 5 februari dat er soms in vergaderingen van gezondheidseconomen gezegd wordt dat 'de beste patiënt een dode patiënt is'. Dit uit context gerukt want hij bepleit meer investeringen in gezondheidszorg en meer rationalisatie in het beleid om de verspilling die nog steeds enorm is tegen te gaan.

Onze patiëntenvereniging Wij Ook België vzw en haar Europese koepel Europa Uomo stellen zich positief op waar we vragen dat patiënten niet alleen rechten, maar ook plichten moeten kennen.

Plichten waarin we in het voordeel van de patiënt zelf en in de kosten-baten van zorg optimaal verkiezen boven maximaal. Niet dat

het beleid erg veel belang stelt in de voorstellen van autonome patiëntengroepen. Nadat we sinds 1994 in Antwerpen de Europese gerandomiseerde studie rond de screening van prostaatziekten (ERSPC) lanceerden, waar acht landen en 260.000 mannen aan deelnamen, kwamen we tot besluit dat screening de mortaliteit van prostaatkanker inderdaad met 30% liet dalen, maar dat we screening met behulp van de PSA-test niet konden aanbevelen als bevolkingsonderzoek (gepubliceerd in de *New England Journal of Medicine* in 2009 en 2011).

De reden was dat de nadelen van de screening als overbehandeling en een duidelijk kosten-baten saldo niet onder controle waren. Als beloning voor dit titanenwerk besloot het gezondheidsbeleid de terugbetaling van de PSA-bloedtest gewoon te schrappen. Dat door deze maatregel de goede, klinische behandeling van andere prostaatziekten als de vergroting of infectie uit de boot vielen, werd vergeten. Over dit misbeleid door onwetendheid gaan we eerst naar een Europese dialoog om dan terug te komen met een dossier over flagrante discriminatie van de oudere mannen. Voor de ingewijden betekent dit ook dat het tijd wordt de overbehandeling bij screening van borstkanker eens rustig uit te praten tenzij alle betrokkenen akkoord zijn dat het onnodig behandelen in 1 op 5 borstkankers gewoon een verwaarloosbare informatie is.

In dit klimaat is het niet eenvoudig om een optimale behandeling te vragen voor kankerpatiënten. Dit ondanks het feit dat kanker na cardiovasculaire ziekten de tweede globale doodsoorzaak is en dat de behandeling 900 biljoen USD kost (1,5% van de globale GDP en vooral economisch zal wegen op de landen in ontwikkeling).

Na de 2012 World Health Assembly in New York waren de regeringen akkoord om de voorkombare dood van niet-overdraagbare ziekten te verminderen met 25% tegen 2025. Het betreft voornamelijk hartziekten, kanker, suikerziekte en neurologische ziekten.

De huidige maatregelen en organisatie laten geen schijn van kans om dit doel zelfs maar te benaderen. Het venijn in de staart: met succesvolle maatregelen om de sterfte van hartziekten te voorkomen, zullen we automatisch meer kankers vinden op basis van de verlengde levensduur die de massa chronische zieken boven de 70 jaar aanvullen, die nu reeds tussen 50% en 70% schommelt.

Op 4 februari 2013, de World Cancer Day, werden de medische kankerdeskundigen die in 2012 deelnamen aan de World Health Assembly in Lugano samengebracht ter gelegenheid van de 30e jaardag van de Europese School tegen Kanker. Onder de titel 'Stop Cancer Now' werd een gezamenlijke resolutie uitgegeven en globaal verspreid (www.worldoncologyforum.org).

De resolutie omvat:

Een nieuwe en vastberaden strategie is nodig om onderzoek te steunen, levensstijlen aan te passen met inbegrip van de omgeving, de gezondheidszorg hertekenen en aanpassen als een prioriteit in het beleid.

Voorkom vermijdbare kankers:

1. De strijd tegen het roken, de grootste oorzaak van kankerdood, globaal opvoeren. Verspreid de maatregelen die effectief bleken en belast de winsten gemaakt op tabaksproducten.
2. Het opvoeden van de bevolking over de kankers die het meest bedreigen met verminderen van de risico's en een wetenschappelijke en logische strategie met inbegrip van vaccinaties tegen kankers veroorzaakt door infectie door te voeren.

Behandel de behandelbare kankers:

3. Ontwikkel vroegopsporingsprogramma's geschikt voor lokale behoeften en mogelijkheden, gericht op kanker die opspoorbaar en behandelbaar is, met de grootste sociale impact.
4. Garandeer elke patiënt toegang tot een pakket van noodzakelijke diagnostische, geneesbare en palliatieve zorgen dat de beste lokale resultaten verzekert en gegeven wordt door getrainde gezondheidswerkers.

Steun alle kankerpatiënten:

5. Verzeker alle patiënten toegang tot optimale pijncontrole met aangepaste maatregelen en het vernietigen van alle bureaucratische, legale en logistieke problemen rond het medisch gebruik van morfine.
6. Aanvaard patiënten als partners in besluitvorming over hun eigen behandeling, en geef hen een steun in besluitvorming over beleid dat hen aanbelangt.

Versnel het onderzoek rond kankers die nu nog onbehandelbaar zijn:

7. Vervang het huidige zakenmodel naar de ontwikkeling van nieuwe behandelingen door meer efficiënte publiek-private samenwerking gericht op een snelle aflevering van betaalbare behandeling die van werkelijk nut zijn voor de patiënt.

Om dit te bereiken:

8. Zorg voor educatie én van de beleids mensen én van het publiek tegen fatale mythes en misvattingen die de strijd tegen kanker belemmeren.

9. Bevorder en versterk een universeel toegankelijk gezondheidssysteem dat ondersteund wordt door innovatieve financiële mechanismen en gedreven door kost-effectieve middelen voor de beste resultaten, en niet door aloude gevestigde economische belangen.

10. Garandeer een duidelijke politiek van kankercontrole die rekening houdt met de noden en ervaring, gestoeld op creatieve ideeën en gesteund door tastbaar bewijs om de kankerexplosie te stoppen.

KORT

Brigitte Dourcy-Belle-Rose

Verminderde RIZIV terugbetaling laat het aantal prestaties dalen

Sinds 2009 wordt een baarmoederhalsuitstrijkje maar één keer om de twee jaar terugbetaald. In de volgende twee jaar betaalde het RIZIV een miljoen minder uitstrijkjes. De prijs speelt een rol in de medische consumptie. Laten we hopen dat elke patiënte individueel beoordeeld wordt inzake indicatie tot een uitstrijkje. Recent is beslist om de drie jaar uit te betalen.

Artsenkrant, Nieuwsbrief 1098 - 11.12.2012

Abiraterone en Prednisone

De Amerikaanse Food and Drug Administration (FDA) heeft groen licht gegeven voor het gebruik van abiraterone en prednisone bij patiënten met gevorderde prostaatkanker die niet meer reageren op de klassieke hormonale behandeling, en dit vóór chemotherapie. Abiraterone stopt de vorming van androgenen die uit de bijnieren of de prostaat zelf voorkomen. De uitslagen waren zeer positief voor een stabilisatie van de ziekte in fase 3 onderzoeken. Zeer positief voor patiënten (gelukkig in de minderheid) die naar dit stadium evolueren.

AUA Daily Scope, 18.12.2012

Abiraterone: een nieuwe behandeling

Abiraterone is in de VS niet de enige doorbraak. In 2010 werden Sipuleucel-T en Cabazitaxel aanbevolen. In 2011 Denosumab. In

2012 Abiraterone, Enzalutamide. Er zijn nu meer dan 50 nieuwe medicaties in onderzoek. Een situatie waar we de laatste jaren van vorige eeuw slechts konden van dromen.

Prostate Cancer Foundation USA - 5.12.2012

Multivitaminen en kankerpreventie

Op het laatste congres van de American Heart Association werd aangetoond dat de dagelijkse inname van multivitaminen de cardiovasculaire accidenten **niet** vermindert. Evenwel zien ze een bescheiden afname van het risico op kanker.

Dit laat denken aan de contraversie rond vitamine D en calcium. Gezond verstand en mate in alles blijft de regel.

Gaziano et al., *Jama*, 2012: 308

De huisarts en huidkanker

Laat de huisarts huidkanker behandelen. Een opmerkelijke stelling van een pas gepromoveerde Nederlandse hoogleraar dermatoloog. Zou zeker gaan voor de gewone kankers die steeds naar buiten groeien en een duidelijke eenvoudige behandeling vragen. Er valt natuurlijk een differentiaal diagnose te stellen. Dat zien we hier niet direct gebeuren.

Artsenkrant, Nieuwsbrief 1079 - 14.11.2012

Borstkanker bij mannen

Borstkanker bij mannen verdient een eigen behandeling. Deze kankers bij mannen verdienen een specifieke behandeling volgens patholoog R. Kornegoor (UMC, Utrecht). Een kwestie van hypermethylering in verschillende genen. Utrecht wil het centrum worden voor de behandeling van borstkanker bij mannen voor heel Nederland.

Welk Belgisch ziekenhuis neemt hier een gelijkaardig initiatief?

R. Kornegoor, Genotyping and Phenotyping of Male Breast Cancer, October 2012

Op zoek naar nieuwe tumormerkers

Serumsarcosine heeft een hogere predictieve waarde dan totaal PSA of % vrij PSA voor diagnose van prostaatkanker zo het PSA lager is dan 4,0% ng/ml.

Deze studie uit Italië op 600 patiënten typeert de zoektocht naar een betere merker dan PSA. Spijtig genoeg zullen vele studies de bevestigende controles niet overleven.

Lucarelli et al., *Prostate* 72: 1621, 2012

Body Mass Index (BMI) en bloeddruk

Een studie in *Cancer* vond in de gegevensbank van 289.866 mannen dat BMI en bloeddruk geen associatie had met prostaatkanker. Er was ook geen associatie voor een combinatie van metabole factoren. Evenwel werd gevonden dat deze factoren het risico om te sterven aan prostaatkanker van 13 tot 62% verhogen. We denken dat we moeten lezen dat ze sterven met prostaatkanker.

AUA Daily Scope, 22.10.2012

Op naar prostaatkankercentra?

In een Noorse studie werden 521 patiënten die een radicale prostatectomie ondergingen in veertien verschillende urologische diensten nagekeken op een kanker in de chirurgische marge. Het totaal positieve marges bedroeg 26% (PT2 16% en pT3 45%). Er waren duidelijke verschillen tussen chirurgen die een hoog aantal patiënten per jaar opereerden (meer dan 50 en 18% positieve marges) en diegenen die een laag aantal opereerden waar het % positieve marges 28% was. Deze studies dienen samengevat, de oorzaken opgezocht en de nodige afspraken genomen om beter te doen.

Steinsvik EA et al., *Scand J Urol. Nephrol*, 2012

Ontslag is een risico voor een hartinfarct

In een prospectieve studie bij meer dan 13.000 mannen tussen de 51 en 75 jaar bleek ontslag en al zijn gevolgen een ernstig risico voor het ontstaan van een hartinfarct. Het risico stijgt met het aantal ontslagen en gebeurt reeds in het eerste jaar van de werkloosheid. Een doordenker

in deze tijden.

ME Dupre, *Arch. Med*, 2012

Bewegen is beter dan hersengymnastiek

Een Schots onderzoek, gepubliceerd in het tijdschrift *Neurology*, bestudeerde drie jaar lang de hersenscans van zevenhonderd 70-plussers. Hersentraining in de vorm van ingewikkelde puzzels evenals sociale activiteiten bleken geen effect te hebben op het inkrimpen van de hersenen, aanleiding tot bvb. de ziekte van Alzheimer. Bewegen daarentegen bleek de inkrimping tegen te gaan. Volgens de vorsers is dit te wijten met de verhoogde bloedtoevoer die de hersenen meer zuurstof en voedingsstoffen geven. Ons **Feel+** programma is dus een schot in de roos naar levenskwaliteit.

De Morgen, 10.11.2012



Boekbesprekingen

Jan Humblet

Eetstoornissen

Frans Leenders

(hulp bij) eigen kracht.

Twee aandachtspunten voor de lezer van *PROSTAATinfo* als inleiding. Ten eerste willen we duidelijk stellen dat deze publicatie niet handelt over kanker c.q. prostaatkanker en eventueel optredende eetstoornissen. Het is welbekend dat bepaalde therapieën misselijkheid, braken, verminderde eetlust en ongewenst gewichtverlies veroorzaken. Hierover gaat dit boek niet. Ten tweede: zoals de ondertitel suggereert is het werk primair geschreven voor de ervaringsdeskundige hulpverlener. De auteur schrijft vanuit een lange en nauwe samenwerking met de Nederlandse geestelijke zorginstelling Ixta Noa. Zelfhulpgroepen voor eetstoornissen komen eigenlijk voort uit zelfhulpgroepen voor alcoholafhankelijken (AA Alcoholics Anonymous). Ze zijn vooreerst in Engeland ook voor eetstoornissen opgericht. Ervaringsdeskundigheid wordt complementair gezien ten opzichte van de professionele expertise, ze functioneert vooral bij preventie, voorlichting, begeleiding, nazorg en lotgenotencontact.

Als eetstoornisbeelden beschrijft de auteur anorexia met persoonlijkheidsstoornissen, anorexia zonder andere psychische aandoeningen, anorexia overgaand in boulimia, eetbuien en niet anders omschreven eetstoornissen. De stoornissen worden geanalyseerd van uit hun biologische, psychologische en sociale dimensie. De analyses omvatten o.m. beschrijvingen van symptomen van eetstoornissen, risico- en beschermende factoren en samenhangen en verspreidingswijzen van de aandoeningen in de verschillende fasen van de levensloop.

Voor de hulpverlener, zowel de professional als de ervaringsdeskundige, wordt een registratie- en begeleidingsmethodiek uitgewerkt met



ondersteunende kaarten en uitgebreide vragenlijsten.

Onze mening: dit boek biedt een schat aan informatie, maar is geen gemakkelijke lectuur, enige kennis van de gedragswetenschappen komt goed van pas. We missen achteraan een index of register en voor lezers in Vlaanderen is het achterhalen van de vele typisch Nederlandse afkortingen en letterwoorden, zonder uitleg, niet evident.

Frans Leenders, *Eetstoornissen. (hulp bij) eigen kracht*. Amsterdam, Uitgeverij SWP, 2012, ISBN 978 90 8850 336 8.

Henk Van daele

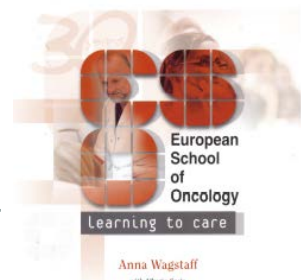
Learning to care. ESO at 30

Anna Wagstaff & Alberto Costa

Eind 2012 publiceerde Anna Wagstaff, met behulp van dokter Alberto Costa, de geschiedenis van dertig jaar "European School of Oncology" (ESO). Het is een mooi geïllustreerd boek van 102 bladzijden geworden.

Alles begon in 1982 in Milaan... De Europese Unie, zoals we die nu kennen, bestond nog niet. De medische oncologie, als zelfstandige tak van de geneeskunde, stond nog in de kinderschoenen. Een multiprofessionele benadering van elke maligne tumor, door actieve samenwerking van verschillende departementen in een ziekenhuis (chirurgie, radiotherapie, inwendige geneeskunde, enz.) was in 1982 nog uiterst zeldzaam. Nog te dikwijls werd het kankergezwel behandeld, en niet de patiënt als mens met een tumor. Belangenbehartiging van de patiënten door patiëntenverenigingen was toen bijna nog onbestaand.

Maar de medische oncologie evolueerde snel en hierbij heeft ESO een belangrijke rol gespeeld. De man die het plan van een Europese school voor medische oncologie ontwierp, was dokter Umberto Veronesi; hij was het ook die omstreeks 1980 bewees dat vele vrouwelijke borstkankerpatiënten konden



behandeld worden met borstsparende chirurgie, gevolgd door radiotherapie, in plaats van met een toch nogal drastische borstamputatie.

Dank zij de aanzienlijke financiële steun van mevrouw Laudomia Del Drago, een zeer rijke kankerpatiënte, en dagelijks geholpen door de jonge dokter Alberto Costa, een borstchirurg, kreeg de “European School of Oncology” de vorm die Umberto Veronesi had gedroomd. Een paar vooraanstaande Europese artsen traden toe tot het kleine groepje stichters van ESO: de Britse radioloog Michael Peckham, de Nederlandse oncoloog Bob Pinedo, de Zwitserse hematoloog Franco Cavalli, en ja, onze Antwerpse uroloog Louis Denis. Het was deze kleine multidisciplinaire groep die het educatief concept ontwierp en het programma bedacht dat de nieuwe op te richten “European School of Oncology” zou aanbieden.

Van bij het begin, in 1982, was er een duidelijk overheersend idee bij de pioniers van ESO: artsen moesten niet een behandeling voor de ziekte vinden, maar leren zich om de patiënt als mens te bekommeren. Hieruit ontstond het motto van de ESO: “learning to care”. Dit impliceert dat de behandelende artsen leren meer aandacht te hebben voor minder agressieve vormen van behandeling, voor de rechten van de patiënt, voor de behandelingskeuze van de patiënt, voor de levenskwaliteit van de patiënt, en voor de verhoogde levenskansen van de patiënt. De auteurs van dit boek wijzen ook op het belang van de ESO voor het vormen van oncologische verpleegsters, en voor het aanleren van communicatieve vaardigheden bij artsen, verpleegsters en oncopsychologen. Het zijn zo vele ideeën die de ESO propageerde en die te lezen staan in de aanvang van dit boek. Hoeft het gezegd dat Louis Denis diezelfde concepten verdedigt bij onze bijeenkomsten van de patiëntenvereniging Wij Ook vzw en in ons tijdschrift?

Sinds 1982 zijn dertig jaar voorbij gevlogen. Tijdens die periode heeft ESO meer dan 750 cursussen en congressen georganiseerd voor artsen, verpleegkundigen, oncopsychologen en patiëntenvertegenwoordigers, in een half dozijn Europese talen, en in heel wat Europese steden. Aanvankelijk ging het misschien wat aarzelend: in 1982 waren er maar vijf bijeenkomsten. Maar dat aantal ging in stijgende lijn: Sinds de jaren '90 tellen we telkens dozijnen cursussen en congressen over allerlei soorten tumoren en behandelingsvormen. Er waren wetenschappelijke bijeenkomsten met vrij algemene thema's

(prostaatkanker, borstkanker, longkanker, enz.), maar er werden soms ook zeer specifieke onderwerpen behandeld (bijv. al in 1989: 'Keuze van de computer in radiotherapie', later 'Secretaries in oncology', en 'Palliatieve zorg voor kankerpatiënten'). Sommige bijeenkomsten zijn dan ook specifiek bedoeld voor medische oncologen, of voor radiotherapeuten, of voor oncologische pediaters, andere dan weer voor verpleegkundigen, oncopsychologen, secretaressen of vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen.

Men mag dus gerust stellen dat mede door de internationale actie van de ESO de behandeling van alle kankerpatiënten uitermate is verbeterd. Als kankerpatiënt kunnen we de European School of Oncology alleen maar dankbaar zijn.

Anna Wagstaff & Alberto Costa, *Learning to care. ESO at 30*, Milano, 2012.

Jan Humblet

Mindfulness en zelfcompassie

Verlos jezelf van destructieve gedachten en emoties

Chistopher Germer

De auteur is klinisch psycholoog en gespecialiseerd in op mindfulness-acceptatie gebaseerde therapie. In bepaalde vormen van psychotherapie worden vandaag vaak ideeën en oefeningen van Oosterse meditatie geïntegreerd. Mindfulness is, zeker de laatste jaren, in het Westen de meest populaire vorm van meditatie. De term “zelfcompassie” in de titel van het boek ligt in het verlengde van meditatie die erop gericht is om beter om te gaan met de ups en downs van het leven. Chistopher Germer verheldert het als volgt : “Zelfcompassie is in feite het natuurlijkste wat er is. Denk er maar eens over na. Als je in je vinger snijdt, wil je deze schoonmaken, verbinden en laten genezen. Dat is aangeboren zelfcompassie. Maar waar is die zelfcompassie gebleven wanneer het om ons emotionele welbevinden gaat?” En verder: “We binden instinctief de strijd aan met onplezierige emoties alsof het externe vijanden zijn, maar ze van binnen bevechten maakt de zaak alleen maar erger. Je verzetten tegen je angst kan uitmonden in regelrechte paniek. Onderdruk verdriet en een chronische depressie ligt op de loer. Je zorgen maken omdat je moeite hebt om in slaap te

vallen, kan je de hele nacht wakker houden.” Of nog duidelijker: “Wat je bevecht groeit. Er is een simpele formule die onze instinctieve reactie op pijn samenvat: Pijn x Verzet = Lijden”.

Om een concreet idee te geven over de inhoud van het werk, citeren we de titels van enkele hoofdstukken die typisch zijn voor dit boek: “Luisteren naar je lichaam, Omgaan met moeilijke emoties, Wegen naar zelfcompassie, Om jezelf geven, Je evenwicht vinden enz...” Thema's die men vaak terug vindt in populaire publicaties van psychologie. Het boek biedt verder een aantal oefeningen, een uitgebreide bibliografie en websites voor aanvullende lectuur.

Onze mening: een goede inleiding tot de achtergronden en de methodiek van meditatie en acceptatie.

Wat mindfulness als dusdanig betreft, is het minste wat we kunnen zeggen dat het

momenteel absoluut een hot onderwerp is. Feit is dat mindfulness leidt tot meer welbevinden en levenskwaliteit bij de patiëntenpopulaties die de training volgen. Meer en meer onderzoek wijst er tevens op dat de positieve resultaten duidelijk niet alleen verklaarbaar zijn als “placebo-effecten”. De integratie van Oosterse spiritualiteit in wetenschappelijk verantwoorde therapieën leidt alleszins tot geanimeerde discussie in medische en psychotherapeutische middens. Actueel gebeurt in Vlaanderen hierover onderzoek aan de universiteiten van Gent, Leuven en Antwerpen.

Christopher Germer, *Mindfulness en zelfcompassie. Verlos jezelf van destructieve gedachten en emoties*. Amsterdam, Uitgeverij Nieuwezijds, 2012, ISBN 978 90 5712 3610.



Eén van de hoogtepunten van de werking tijdens het jaar 2012 was zonder twiifel onze eigen Europese Patiëntendag te Antwerpen op 15 september. Het tweede hoogtepunt was de European Prostate Awareness Day (EPAD) 2012 te Brussel aan en in het Europese Parlement.

Met de effectieve hulp van Europarlementslid mevrouw Friede Brepoels organiseerde Wij Ook België (EB) namens Europa Uomo deze dag. In samenwerking met onze partners de Europese School voor Oncologie en de EAU (European Association of Urology) organiseerden wij in en voor het Europees parlement een dag gevuld met activiteiten en informatie rond prostaatkanker.

Van het EAU kregen wij gezaghebbende hulp in de vorm van uitmuntende sprekers, Prof. Abrahamsson (Secretaris Generaal EAU van links de tweede op de foto) die het over PSA en vroegopsporing van prostaatkanker had. Prof. Chapple (6 van links) sprak over ziekten van de prostaat die geen kanker zijn en Prof. Jacqmin (3 van links) sprak over het wel of niet behandelen van prostaatkanker.

Prof. Costa (1 van links) keek naar de toekomst en naar de expert behandelingscentra

voor prostaatkanker en onze eigen Prof. Denis (niet op de foto) bracht een krachtig getuigenis namens de patiënten.

Tijdens een prachtige patiënten seminarie in de avond brachten dezelfde sprekers hun uiteenzetting waarbij Prof. Chapple vervangen werd door Prof. Van Poppel (4 van links) die de wetenschappelijke leiding van de dag had samen met onze voorzitter aangevuld met Prof. Tombal (niet op de foto) die over het behandelen van gevorderde prostaatkanker sprak.

Het geheel werd aangevuld met acties in Brussel met actieve medewerking van onze leden.

Op de foto onderaan Mevr. Frieda Brepoels onze gastvrouw in het parlement en de voorzitter van Europa Uomo de heer Tom Hudson.

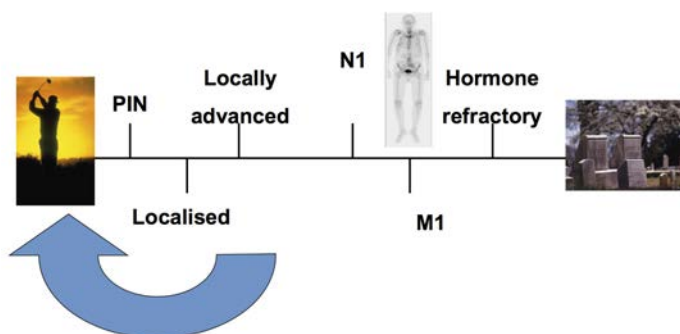


PSA en vroegdiagnose van prostaatkanker

Prof. Dr. Per-Anders Abrahamsson
Secretary General EAU

Professor Abrahamsson verliest geen tijd. In zijn eerste dia toont hij het schema tussen de relatie van het serum Prostaat Specifiek Antigeen (PSA) en de aanwezigheid van prostaatkanker. Hieruit blijkt duidelijk dat bij de klinisch afgesproken afkapwaarde van 4 ng/ml er tot 20% kankercellen aanwezig zijn onder deze waarde en tot 70% normaal prostaatweefsel boven deze waarde. Dit betekent 20% vals negatieve uitslagen en tot 70% vals positieve uitslagen, m.a.w. 20% mannen worden gerustgesteld maar hebben toch kanker, terwijl 70% mannen denken dat ze kanker hebben en er geen gevonden wordt. Deze bevindingen vindt men bij alle kankermerkers en/of diagnostische onderzoeken, bv. de mammografie, daar een ideale 100% niet haalbaar is in de één of andere zin.

Prostate cancer – natural history



Figuur 1 het verloop van prostaatkanker indien er geen enkele behandeling wordt ingesteld (natuurlijk verloop).

Toch wijst hij met zijn tweede dia op de belangrijke verschuiving in de gediagnosticeerde prostaatkankers sinds de introductie van het PSA in de jaren '90 van vorige eeuw. We zien nog weinig kankers met veel uitzaaiing (de hopeloze gevallen) en hopen kankers in een beginfase te vinden waar genezing perfect haalbaar is.

Hij besluit dat PSA niet perfect is maar de beste kankermerker die we op dit ogenblik in de kliniek gebruiken.

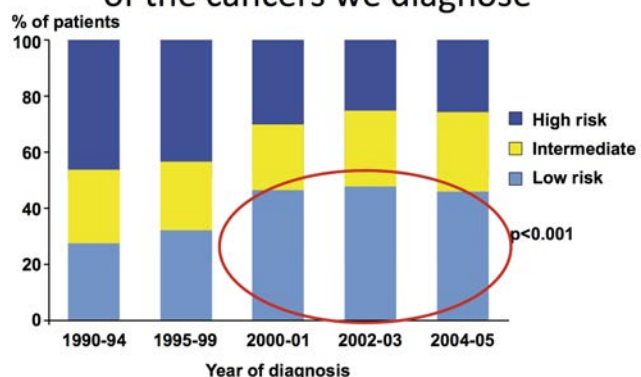
In het eerste deel van vroegdiagnose en screening dient gewezen te worden op het feit dat de hopen kleine kankertjes met laag risico geen

behoefte hebben aan onmiddellijke en/of agressieve behandeling.

We kennen nu ongeveer het natuurlijk verloop van prostaatkanker (Figuur 1). Die gaat van een voorlopersvorm die nooit als kanker mag behandeld worden tot een uitgebreide aandoening die weerstandig is aan de gebruikelijke hormonale behandeling. Hij verwijst dan ook naar de internationale Europese studie over prostaatkankerscreening (die in Antwerpen begon in 1991), waar uiteindelijk na deelname van 260.000 Europese mannen de verhouding van het aantal kankers tegenover de mortaliteit ongeveer 6x hoger lag (14,8 vs. 2,2), m.a.w. heel veel gevonden kankers maar minimale sterfte en dit na 11 jaar.



The PSA era has impacted the nature of the cancers we diagnose



Figuur 2 door PSA te gebruiken bij de vroegopsporing van prostaatkanker is het aandeel van de kankers met een hoge kans op metastasen en dood afgenomen.

Er stellen zich 3 sleutelvragen:

1) Verlaagt de PSA-screening de sterfte bij prostaatkanker?

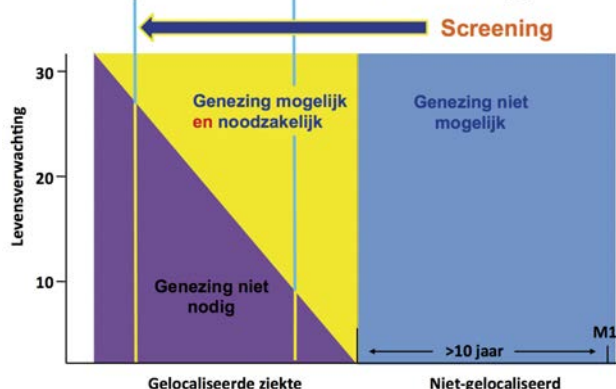
Het antwoord is ja. Na 11 jaar tot 30% in Europa en na 14 jaar tot 44% in Zweden.

2) Wat zijn de voordelen van een poging tot genezen bij de kleine kankers?

Buiten de genezing zelf met chirurgie en/of radiotherapie, voor ieder preventief overlijden minder dan één man incontinent en vier man impotent.

3) Wat zijn dan de nadelen van een vroegbehandeling?

Prostaat kanker natuurlijk verloop en levensverwachting



Figuur 3 van links naar rechts loopt het normale verloop van prostaatkanker, zie ook figuur 1. Links een gelocaliseerde kanker rechts treden de eerste metastasen op. In het verloop zijn drie fasen te onderscheiden, in paars de eerste fase zijn die kankers voorgesteld die geen behandeling vragen. Van onder naar boven staat de levensverwachting van de patiënt aangegeven. Bovenaan staat een lange levensverwachting van dertig jaar, voor een man met die levensverwachting zijn er niet veel kankers die helemaal niet behandeld moeten worden (dertig jaar levensverwachting is een man van ongeveer vijftig jaar oud). Daalt de levensverwachting tot minder dan 10 jaar, dan zijn er al meer kankers die niet behandeld moeten worden.

In geel staan de de gelocaliseerde kankers genezend behandeld kunnen worden en voor de patiënten die in aanmerking komen ook moeten behandeld worden.

In blauw staan de kankers die helaas niettegenstaande de beste zorgen niet zullen genezen.

Vroeger kwamen de patiënten naar de consultatie wanneer zij reeds in de blauwe zone waren ongeacht hun levensverwachting, vandaag en dank zij vroegopsporing wordt een kanker steeds vroeger gevonden, steeds meer kankers kunnen genezend behandeld worden maar ook steeds meer kankers behoeven geen behandeling. Het onderscheid tussen beide is de grote uitdaging.

Tot 50% overbehandeling met 3 à 6% incontinentie en 30 tot 70% impotentie (variabele cijfers volgens stadium van de kanker en ouderdom van de patiënt).

We moeten dus duidelijk beter doen en met deze cijfers is een bevolkingsonderzoek voor prostaatkanker alleen met PSA niet aangewezen. We moeten wel duidelijke informatie naar de patiënt brengen over de voor- en nadelen van een PSA-bepaling. Het is eenvoudig met de PSA-bepaling voor BPH en/of prostaatontsteking. Bij verhoging of abnormaliteiten bij het rectaal onderzoek moeten we denken aan prostaatkanker. Ook geloven we dat een patiënt die prostaat- en/of borstkanker in de naaste familie zag, recht heeft op de PSA-test.

14 years of screening in Göteborg

	Screening	Controls	Difference
Number operated	562	267	+295
Impotent	291*	171*	+120
Incontinent	80*	55*	+25
Deaths from PC	44	78	-34

Figuur 4 resultaten na 14 jaar vroegopsporing met PSA in Göteborg (Hugosson trial). In beide groepen (screening respectievelijk controle) 9952 mannen. Na 14 jaar waren er 1982 mannen overleden in de controle groep en 1981 in de screen groep. In de controle groep waren er 78 mannen overleden aan prostaatkanker in de screen groep 44. In andere woorden, door het gebruik van de PSA test zijn er 34 mannen die niet van prostaatkanker zijn gestorven.

Alle hens zijn dus aan dek om andere mogelijke merkers in het bloed of urine te testen. Ook is er veel onderzoek naar genetische afwijkingen of DNA-veranderingen. Deze studies lopen.

Ook is er hoop op verbeterde diagnose met behulp van kernspintomografie (een mooi Nederlands woord voor magnetic resonance imaging – MRI) die reeds goede resultaten kan tonen in beeldvorming of spectroscopie (pieken van choline bij analyse). Ook histoscanning met ultrasone golven (TRUS) heeft betrouwbare gegevens opgeleverd.

De toekomstvisie blijft dus:

Alleen invasieve behandeling waar het nodig is en actief opvolgen of waakzaam wachten is duidelijk nuttig voor de meeste prostaatkankers.

Voor de hoge risico prostaatkankers (hoge Gleasonscore, volume kanker, PSA-waarde >20) blijft agressieve combinatiebehandeling aangewezen.

Goede, correcte, duidelijk voorlichting blijft de beste weg voor de man met vragen.

Dit is dan ook de voornaamste plicht en doelstelling van een patiëntenvereniging in samenwerking met de professionele organisaties in multidisciplinair verband.



Figuur 5 een andere voorstelling van de consequenties van het gebruik van PSA voor de vroegopsporing van prostaatkanker met de PSA test. Deze afbeelding is gebaseerd op de Hugosson trail (Göteborg).

Prostaataandoeningen buiten kanker

Prof. Dr. Hein Van Poppel

Adj. Secretaris Generaal EAU

Samen met de groeten van professor Chris Chapple, EAU-deskundige over benigne (goedaardige) hyperplasie (vergroting) van de prostaat, bracht professor Van Poppel een klaar overzicht van deze aandoening en van prostaatontsteking.

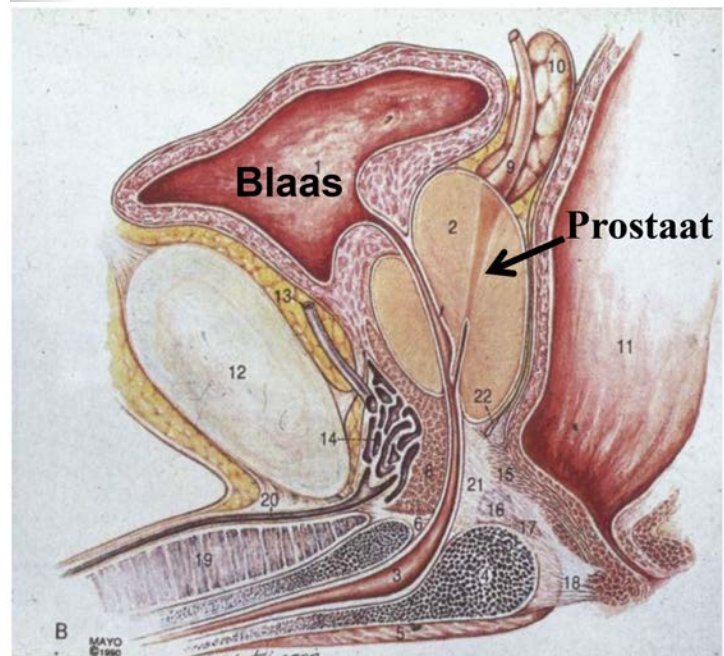
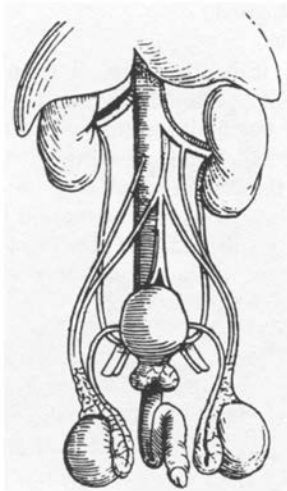
Met gepaste fierheid bracht hij de aandacht op een gedetailleerde beschrijving van de prostaat en bijbehoren uit de tekeningen van Andras Vesalius (1514-1564). Als historische anekdote werd genoteerd dat Leonardo da Vinci (1452-1519) de prostaat miste omdat hij zijn anatomische tekeningen beschreef op ossen waar de prostaat niet ontwikkeld is.

Vervolgens beschreef hij de anatomie van de prostaat en de ligging in het mannelijke bekken, de functie van de prostaat onder invloed van het mannelijk hormoon en de productie van het Prostaat Specifiek Antigeen (PSA).

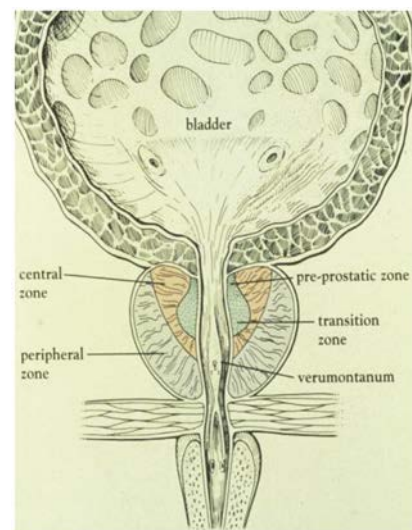
De prostaat speelt dus een rol in de bevruchting maar weinig in het seksueel beleven. Bij het orgasme trekt de klier samen om het prostaatvocht, het grootste deel van het ejaculaat (kwakje), uit te stoten. Een gevoel dat opluchting brengt bij de man maar bij ontsteking wel eens pijnlijk en branderig kan zijn.

De meest voorkomende aandoeningen van de prostaat zijn BPH, prostaatontsteking (prostatitis)

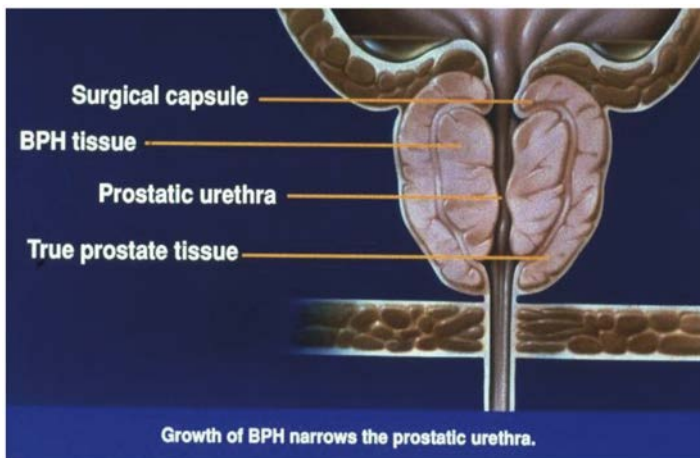
en prostaatkanker. BPH vindt men bij de man op middelbare leeftijd en praktisch bij alle 70+ senioren. Het is een vergroting van de transitiezone (Figuur 1) geleden rond de pisbuis en veroorzaakt door



onevenwicht van de hormonen op oudere leeftijd. Op zichzelf is het moeilijk te spreken van een ziekte. Men vindt het niet alleen bij alle mannen en behandeling is slechts nodig zo er plasproblemen ontstaan door druk op de plasbuis.



Figuur 1: Structuur van de prostaat



Het volume hangt samen met de PSA-waarde in het bloed maar niet met de plasklachten. Grote prostaten kunnen volledig klachtenvrij blijven terwijl kleine prostaten veel klachten kunnen geven.

Het is een probleem van lokalisatie en druk op de plasbuis.

Men vindt een prostaat bij alle mannelijke zoogdieren maar alleen de hond kan lijden aan prostaatvergroting. Hier is constipatie het probleem.

De klachten zijn ofwel moeilijk wateren of frequent wateren. Moeilijk wateren uit zich als een verminderde straal en in uiterste gevallen tot de onmogelijkheid om te wateren (acute retentie). Frequent wateren berust op blaasirritatie en uit zich in urgentie (onmiddellijke drang tot wateren) en 's nachts opstaan (nycturie).

Bij acute retentie geen paniek. Het duurt enkele uren voor men een ondragelijke pijn voelt. Relaxatie in een warm bad kan helpen. De sondage, inbrengen van een hol buisje langs de plasbuis, brengt onmiddellijke opluchting.

Tip:

Wanneer sondage moeilijk is kan met het probleem aanpakken door een naald boven het schaambeentje in de voelbare overvolle blaas te steken.

Bij plasproblemen die praktisch bij alle mannen voorkomen boven de 60 jaar, bij de een wat vroeger of later, is de kennis van het probleem belangrijk om niet te panikeren. Ten eerste hebben deze klachten niets te maken met een beginnend prostaatkanker. Ten tweede is dit probleem reeds opgelost door de urologen in de vorige eeuw tot grote tevredenheid van de patiënten. Hieraan danken ze trouwens hun bijnaam van loodgieters.

Bij consultatie zal de huisarts luisteren naar

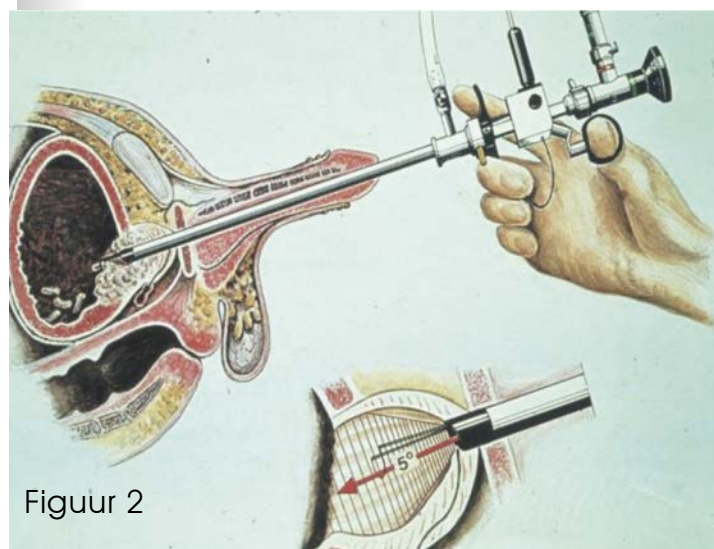
uw klachten, met zijn vinger in uw aars naar de omvang en soepelheid van de prostaat voelen en u behandelen met medicatie om de klachten te verminderen of u naar de uroloog verwijzen.

Belangrijk voor uw arts is de precieze beschrijving van uw klachten en de echte last die u hiervan ondervindt. Een plasagenda is een hulp (aantal plasbeurten per 24 uur en de hoeveelheid). Als u daarbij nog een chronometer gebruikt om de hoeveel urine per seconde te plassen (bv. 300 cc urine per 15 seconde is 20 cc per seconde) is dit zeer nuttig. We weten dat u boven de 15 cc/sec zelden een obstructie hebt en onder de 10 cc/sec wel best een urologisch onderzoek ondergaat.

Bij de uroloog krijgt u meestal een urine- en bloedonderzoek op nierfunctie en serum PSA. De PSA-waarde staat in relatie tot het totale prostaatvolume (of is een uiting van prostaatontsteking). Bij te hoge waarden zal hij denken aan de mogelijkheid van een evolutieve prostaatkanker. Hierbuiten zorgen een mictiogram (analyse van de plaskwaliteit in een toestel) en een echografisch onderzoek (met geluidsgolven het residu bepalen d.w.z. de urine die in de blaas blijft na de plas, het volume van de prostaat en kenmerken voor BPH, ontsteking of kanker zichtbaar maken).

De behandeling is eenvoudig.

Bij uw huisarts algemene regels tegen zwelling in het kleine bekken (constipatie, te veel alcohol) en medicatie. Deze heeft als doel de prostaatspieren te relaxeren (alfablokkers) en/of het klierweefsel te verkleinen door enzymen die de omzetting van het mannelijk hormoon naar het specifiek prostaathormoon afremmen (5 alfa reductase inhibitoren – 5 ARI's).



Figuur 2



Bij de uroloog bent u gekomen zo er een chronische of acute retentie wordt vastgesteld die niet reageert op medicatie. De oplossing ligt bij chirurgie die de obstructie wegneemt. Dit gebeurt langs de natuurlijke wegen voor prostaten tot + 60 gram, bij grotere prostaten wordt gekozen voor open-chirurgie. De operatie langs natuurlijke weg noemt de transurethrale resectie (Figuur 2) en is de standaard voor chirurgische behandeling.

Prostaatontsteking (prostatitis) begint op veel jongere leeftijd. Het komt voor onder acute maar vooral chronische vorm. Soms vindt men de oorzakelijke kiemen, vooral Colibacillen, maar dikwijls geen specifieke oorzaak. Dan spreekt men van chronische bekkenpijn. Het is vooral een vervelende aandoening die soms moeilijk geneest door obstructie van of urine terug vloeit in de honderden klierorganen in het prostaatweefsel. De behandeling bestaat uit gerust stellen, regelmatige seksuele activiteit, bekkenbodembodemrelaxatie, ontstekingsremmers en waar nodig antibiotica

voor lange perioden.

Tevens is het raadzaam de patiënt te waarschuwen voor hervat. Bij ernstige gevallen is urologisch consult om de juiste lokalisatie van de infectie vast te stellen nodig.

Als besluit mag men stellen dat BPH (en prostaatontsteking) minder in de kliniek zorgpaden kunnen volgen die leiden tot genezing en tevredenheid van de patiënten. Uiteraard zijn niet alle klachten te wijten aan deze twee aandoeningen. Daarom spreekt men van LUTS-klachten (Large Urine Tractus Symptomen).



Het nieuwe jaar bij ZNA Middelheim

Een gesprek met Nele Toussaint en Luc Dewilde nieuwe en afscheidnemende uroloog.

Nele Toussaint (30) begint het nieuwe jaar bij ZNA Middelheim, al mocht ze eerst een paar maanden 'inlopen' in ZNA Stuivenberg, waar Luc Dewilde (65) afscheid nam na een carrière van 38 jaar. We brengen de twee urologen samen voor een gesprek over liefde voor het vak, mondige patiënten en een leven na het werk.



Dr. Luc Dewilde begon in 1974 voor het toenmalige OCMW-ziekenhuis, nu ZNA Stuivenberg. Al was dat niet meteen zijn initiële plan...

Luc: "Toen ik studeerde, was het mijn bedoeling chirurg te worden en naar het buitenland te trekken, met een Artsen Zonder Grenzen avant la lettre. Het lot besliste er anders

over toen ik mijn echtgenote verloor in een verkeersongeluk. Ik studeerde verder heelkunde en leerde mijn tweede echtgenote kennen, met wie ik drie kinderen kreeg. De laatste zes maanden werkte ik op de dienst urologie. Mijn diensthoofd wilde een nieuwe dienst oprichten en vroeg me te blijven. Toen ging dat zo, je rolde er een beetje in. Ook later, toen ik zelf afdelingshoofd werd, was dat door een samenloop van omstandigheden. Er was niemand anders om de functie op te nemen, dus deed ik het maar..."

Nele: "De tijden zijn inderdaad veranderd. Al is het alleen maar de verhouding mannen-vrouwen in de urologie. Het was altijd een echte mannenjob, maar het begint te kantelen. In mijn jaar was de verhouding al 65-35, voor de vrouwen. Al heb ik ook al congressen bijgewoond waar ik de enige vrouw was..."

Luc: "Ik vind het nochtans een meerwaarde, de komst van meer vrouwen in onze richting. De tijden veranderen, patiënten ook. Er zijn meer en



meer mensen die willen kiezen tussen een man of een vrouw. Dat kan nu.”

“Niet één raadpleging is dezelfde, daar hou ik van.”

Nele: “Je hebt inderdaad patiënten die daar een uitgesproken mening over hebben. Mannen die niet willen dat een vrouw ‘daar’ aan komt. Ik ben kordaat en correct, meestal draaien zelfs moeilijke patiënten dan wel bij. Hoewel ik het toch al een keer of twee heb meegemaakt dat ze blijven weigeren.”

Luc: “Net zoals ik, met de komst van verschillende culturen, ook wel vaker dan vroeger vrouwen doorverwijs naar een vrouwelijke collega. Daar heb ik geen probleem mee: zolang de patiënten worden verder geholpen, is het goed.”

Vanwaar jouw keuze voor urologie, Nele?

“Ik heb nog nagedacht over gynaecologie, maar dat lag me niet zo. Het vak urologie sprak me wél meteen aan. Omwille van de diversiteit. Het is ontzettend afwisselend met veel verschillende ziektebeelden, tot oncologie toe. Ik zie mannen, vrouwen én kinderen. Niet een raadpleging is dezelfde, daar hou ik wel van.”

Luc: “Ik hield ook altijd van het contact met de patiënten. We hebben veel consultaties, er is de ambulante zorg en een deel heelkunde. Je blijft je patiënten langer zien en opvolgen, er ontstaat een band. In mijn tijd kwamen mensen trouwens ook echt voor een gesprek. Ik heb patiënten gehad die me vroegen of ze niet wat vroeger mochten terugkomen wanneer ik ze een afspraak over drie maanden gaf... Die tijden zijn voorbij, daar is minder ruimte voor.”

Nele: “Hoewel ik ook een band opbouw met mijn patiënten. Toen ik beviel van mijn dochttertje, kreeg ik ook cadeautjes van mijn patiënten.”

Luc: “Je mag trouwens ook niet te familiair worden met je patiënten, het is belangrijk voldoende afstand te bewaren. Je moet hun vriend niet worden, je moet hun arts blijven.”

Wordt dat niet alsmaar moeilijker in deze tijden? Patiënten die binnenkomen en zeggen: ‘Dokter, volgens mij heb ik dat, ik zag het op internet?’

Nele: “Ik vind het wel prettig dat patiënten mondiger zijn. Nu weten ze tenminste waarover het gaat. Ik kan met hen in gesprek gaan en uitleggen wat ik ga doen en waarom. Vroeger kwamen mensen op gesprek, luisterden, maar begrepen vaak niet eens wat er was gezegd.”

Luc: “Ik hou daar ook wel van. Dat zijn de dingen die ik ga missen als ik op pensioen ben. Patiënten – niet allemaal, maar goed – collega’s, de verpleegkundigen. Het ziekenhuis op zich niet, nee. Het is goed geweest, denk ik. Tijden veranderen, mensen komen en gaan. Ik ga genieten nu. Ik blijf privé wel mensen zien tot mijn patiëntenbestand uitdooft en ik zal meewerken bij OCA (Oncologisch Centrum Antwerpen), aan de overkant van ZNA Sint-Elisabeth. Ik heb deze job achtendertig jaar gedaan, daar wil ik niet van de ene op de andere dag mee stoppen. Al zijn er genoeg hobby’s om me straks in te verliezen. Reizen, lezen, films – ik heb achthonderd dvd’s die op me wachten...”

Nele: “Vind je het niet moeilijk om het ziekenhuis achter te laten?”

Luc: “Nee, eerlijk waar niet. Ik weet dat het in goede handen is. Jouw generatie werkt anders, het is tijd voor jullie om het over te nemen. Laat me je nog een – ahum – vaderlijk advies meegeven: blijf wie je bent. Laat je niet te veel beïnvloeden in je beslissingen. Ik las vorig weekend nog een mooie uitspraak: ‘Geloof degenen die de waarheid zoeken, wantrouw hen die ze hebben.’ En steun op je team. Je hoeft het niet alleen te doen.”

“De dankbaarheid

van patiënten blijft het allermooiste van de job.”

Nele: “Ik hou ervan deel te zijn van het ziekenhuisteam. De verpleegkundigen, de kinesisten, de urologen, we zijn radertjes die de boel doen draaien. Toffe collega’s waar ik zelfs af en toe buiten de uren mee afspreek. Het allermooiste blijft natuurlijk het werk zelf. Het verschil kunnen maken, dat is prachtig. Je patiënt zelfs bij slecht nieuws kunnen ondersteunen zodat mensen niet alleen naar jou komen omdat je goed bent in je job, maar ook omdat je het verschil maakt als mens.”

Luc: “Daarom vind ik de dankbaarheid van de patiënten na hun genezing het mooiste wat je in onze job kunt meemaken. Want daar gaat het uiteindelijk allemaal om.”





“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

