

PROSTAATinfo

Nieuwsbrief van Wij Ook Belgium vzw

Juni 2013

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

Verschijnt
Driemaandelijks
Jun-jul-aug 2013
P910655



**25 september 2013 Brussel
European Prostate Cancer
Awareness Day [EPAD 2013]
Tweede editie**

**Laureaten Elaut-prijs 2013 (p-5)
Vakantieboek 2013 (p-16)
Het jaar van de krab (p-18)**

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

Is Wij Ook nog nodig?

Erik Briers

Beste lezer,

In ons land met zijn gezondheidssysteem dat over de hele wereld geroemd wordt om zijn kwaliteiten, is er daar wel nood aan patiëntenorganisaties?

De vraag stellen is ze natuurlijk beantwoorden met een oorverdovend JA.

Waarom dan wel? kan je vragen, wel er is meer dan één goede reden.

Een eerste, het kan dan wel zijn dat ons gezondheidssysteem bovengemiddeld scoort in internationale vergelijkingen, dan nog is er heel veel ruimte voor verbetering. Daarbij zijn patiëntenorganisaties broodnodig.

Neem de kostprijs van onze geneeskunde. Wij kennen allemaal de opleg die er ons gevraagd wordt bovenop wat de verzekering ons terugbetaalt. In België is die opleg in vergelijking met andere landen behoorlijk hoog. Daarbij mogen we niet vergeten dat de rest van de rekening ook al door ons is betaald via onze sociale zekerheid en via onze belastingen. Uiteindelijk betalen we natuurlijk alles zelf.

In die opleg loopt het soms toch wel de spuigaten uit bijvoorbeeld onder de vorm van supplementen voor behandelingen voor patiënten in een privékamer. OK, die patiënten hebben graag een privékamer en hun verzekering zal dat wel voor hun betalen, maar uiteindelijk gaat het om veel geld. Dat geld gaat naar twee genietters, aan de ene kant het ziekenhuis dat daarmee zijn verliezen moet dekken en aan de andere kant de zorgverstrekkers (artsen) die daarmee hun honorarium kunnen aanvullen. Via dit systeem betalen we dus nogmaals extra voor onze medische zorgen. Dat doet ons natuurlijk de vraag stellen of de honoraria van de artsen onvoldoende

zijn om hen een goed inkomen te bezorgen? Ik vind dat artsen heel behoorlijk mogen verdienen na alle jaren van studie en specialisatie tegen een laag inkomen, maar wat is heel behoorlijk? En de ziekenhuizen, dit lijkt er op dat hun financiering misschien wel met opzet onvoldoende is om hun aan te zetten tot zuinigheid (OK) maar ook tot spitsvondigheid om hun inkomen te verhogen. Patiënten zijn een gemakkelijk te manipuleren groep, aangezien ze heel kwetsbaar zijn.

Om hier iets tegen te doen zullen de patiëntengroepen naar buiten moeten komen.

Een tweede voorbeeld, de terugbetaling van nieuwe innovatieve geneesmiddelen. Dat gaat in twee stappen, eerst zegt het Europees Medicijnen Agentschap (EMA) of het nieuwe medicijn op de markt mag komen, die beslissing geldt voor héél de EU. Dan moeten de verschillende landen beslissen of ze het geneesmiddel op hun "markt" zullen toelaten en tegen welke prijs en terugbetaling. En hier wringt het schoentje. In België hebben we daar een commissie voor en in een commissie zetelen mensen die de beslissingen nemen (in werkelijkheid is het natuurlijk ingewikkelder). In de Belgische commissie zetelt welgeteld geen patiënt. Wel acht vertegenwoordigers van de diverse landsbonden die het geld van het RIZIV uitbetalen. Deze laatste stellen dat zij de patiënt vertegenwoordigen maar dat kan niet, zij hebben een belangenconflict, indien zij binnen het budget blijven krijgen ze een bonus!

En dan hebben we nog met geen woord over de terugbetaling van PSA gerept!

Ook niet over de onderlinge steun tussen onze leden...

Wij Ook is broodnodig, alleen hebben wij nog nergens gemanifesteerd en wordt het misschien tijd dat wij eens braaf (?) naar buiten komen.

Inhoud van dit nummer

- 3 In Wij Ook nog nodig?
Erik Briers
- 5 Lange termijn quality of life na open versus robotgeassisteerde radicale prostatectomie
Peter De Bruyne
- 6 Bijwerkingen van brachytherapie: vergelijkende studie met externe radiotherapie
C. Goes, J-M De Meyer, V. Demeyere, M-A Denys, M. Van Eijkeren, G. De Meerleer, G. Van Holderbeke
- 7 Bijwerkingen van pelviene bestraling voor lymfekliergetastaseerd prostaatkanker
Charles Van Praet
- 9 HistoScanning™ gerichte prostaatbiopsies:

meerwaarde voor detectie van klinisch relevante prostaatkanker

Marjan Waterloos, Johan Braeckman

- 10 In de schaduw van Kos -/- Louis Denis

- 11 Leefstijladvies en levenskwaliteit -/- Louis Denis

- 13 Kort -/- Brigitte Dourcy-Belle-Rose

- 15 Boekbesprekingen

- 17 BPH -/- Louis Denis

- 18 Het jaar van de krab -/- Erik Briers



Omslagfoto

Cyprus 2012, De minister van volksgezondheid ontvangt een EPAD brochure in het Grieks van Tom Hudson Voorzitter EUomo ©EB

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 Middelaers

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 Juni 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 opinieleiders. 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

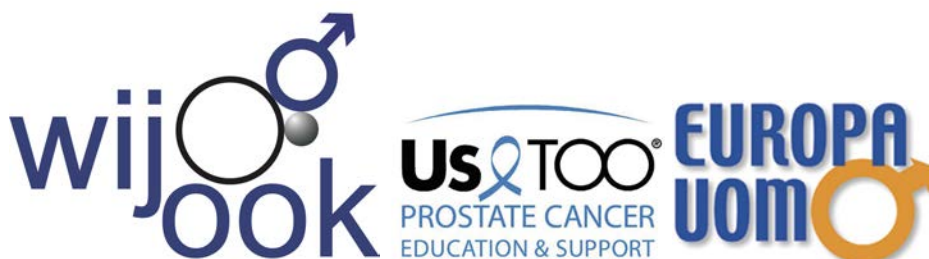
Nieuwsbrief van Wij Ook Belgium

Oplage 4.000 ex.

ISSN:1782-0847

Prijs per nummer 5 euro

Inbegrepen in het lidgeld



Lange termijn quality of life na open versus robotgeassisteerde radicale prostatectomie

Dr. Peter De Bruyne

Arts-specialist in opleiding urologie - UZ Gent



Radicale prostatectomie (het radicaal verwijderen van de prostaat) is een standaardbehandeling voor gelokaliseerde prostaatkanker. De laatste jaren is er een trend naar meer minimaal invasieve chirurgie, d.m.v. een kijkoperatie of een robotgeassisteerde kijkoperatie. Dit heeft zowel voordelen voor de chirurg (beter zicht op het operatieveld, preciezer werken) als voor de patiënt (minder bloedverlies, sneller herstel). Het laat de chirurg toe om de zenuwbanden langs de prostaat, die belangrijk zijn voor de erectiele functie en continentie, beter te kunnen sparen. Een aantal van deze voordelen van robotchirurgie werden al in een recente studie aan het UZ Gent aangetoond.⁽¹⁾ Het aantal positieve snijranden (m.a.w. waarbij de tumor niet volledig werd verwijderd) werd door introductie van robotchirurgie in ons centrum teruggebracht van 24% naar 8%. Het voornaamste doel van de huidige studie was om na te gaan wat het effect van introductie van de robotgeassisteerde chirurgie is op de levenskwaliteit van patiënten met prostaatkanker.

Sinds 2009 verzamelen we in het UZ Gent vragenlijsten bij patiënten die een robotgeassisteerde radicale prostatectomie ondergaan voor klinisch gelokaliseerd prostaatkanker (cT1-T2). Deze laten ons toe de levenskwaliteit, maar ook de erectiele functie, plasklachten en continentie te analyseren op verschillende tijdstippen (voor de operatie en op 1, 3, 12 en 24 maanden postoperatief). Recent analyseerden we deze prospectieve data van ondertussen 78 patiënten (de 'robot groep'). We vergeleken deze met retrospectieve gegevens afkomstig van een steekproef van patiënten die een traditionele open radicale prostatectomie ondergingen tussen 1997 en 2011 (108 patiënten, de 'open groep'). De twee populaties waren vergelijkbaar wat betreft persoonsgebonden en tumorale karakteristieken. De gemiddelde opvolgingsduur was echter logischerwijs beduidend langer in de open groep (55,6 versus

18,5 maand). Bovendien was er bij de helft van de patiënten geen zenuwsparing verricht in de open groep. Bij de robotgroep was dit slechts bij 20% het geval.

De levenskwaliteit van de open groep, gemeten met de gevalideerde EORTC QLQ-C30 vragenlijst, werd vergeleken met deze van een Nederlandse referentiepopulatie van gezonde individuen. Hierbij was er geen verschil op te merken bij patiënten jonger dan 60 jaar. Patiënten tussen 60-69 jaar en deze ouder dan 70 jaar scoorden iets slechter op gebied van algemene levenskwaliteit. De levenskwaliteit verbeterde daarenboven niet naarmate de follow-up vorderde.

Een vergelijking van de resultaten van de robotchirurgie met deze van de open chirurgie leert dat de robotgroep in absolute cijfers beter scoort na 24 maand. Dit zowel voor algemene levenskwaliteit, sociaal, fysiek, cognitief en dagelijks functioneren. Enkel wat betreft emotioneel functioneren, scoort de open groep beter. Mogelijk kadert dit in de langere follow-up van de open groep waarbij de patiënten de impact van prostaatkanker op hun leven al meer hebben verwerkt of ondertussen vrij van ziekte zijn. Anderzijds is het plausibel dat patiënten uit de robotgroep na 24 maand een minder goed emotioneel functioneren hebben in het geval hun erectiele functie en continentie nog niet volgens wens is gerecupereerd. Wij zagen alvast geen statistisch significante verschillen op vlak van continentie, plasklachten en erectiele functie tussen beide groepen. Aanvullende analyses van de dataset lieten ons toe te besluiten dat zenuwsparing aangewezen is waar oncologisch verantwoord, gezien dit een gunstige effect heeft op erectiele functie, continentie en algemene levenskwaliteit. Het krijgen van postoperatieve radiotherapie is geassocieerd met minder goede levenskwaliteit en fysiek functioneren. Hormonale therapie is dan weer nadelig voor de continentie. Hoe hoger de leeftijd, hoe minder goed de

erectiele functie; een hogere body mass index (BMI) gaat gepaard met een minder goed herstel van de continentie.

Wij zijn ons bewust van een aantal beperkingen van deze analyse. De robotgroep en de open groep verschillen wat betreft opvolgingsduur, wat een directe vergelijking bemoeilijkt. Bovendien is het aantal patiënten met 24 maand follow-up in de robotgroep voorlopig nog beperkt. In de robotgroep werd tijdens de chirurgie ook meer zenuwsparend gewerkt. Hoewel robotchirurgie een aantal duidelijke voordelen heeft, zien wij alvast geen effect op levenskwaliteit op lange termijn, noch op continentie, noch wat betreft de erectiele functie.

Op dit moment blijkt robotchirurgie voor deze eindpunten evenwaardig aan open chirurgie.

Hoewel er in de internationale literatuur resultaten verschenen die aangeven dat de robotchirurgie superieur is, kunnen onze resultaten geïnterpreteerd worden in de context van de leercurve die beginnende robotchirurgen dienen te doorstaan. Verdere opvolging is alvast nodig.

Referentie:

1. Lumen N., Van Praet C., De Troyer B. et al. Safe introduction of robot-assisted radical prostatectomy after a training program in a high-volume robotic centre. *Urologia Internationalis* 2013 (in press).

Bijwerkingen van brachytherapie: vergelijkende studie met externe radiotherapie

Cedric Goes, MD (1); Jean-Marie De Meyer, MD, PhD (1); Valerie Fonteyne, MD, PhD (2); Marie-Astrid Denys, studente; Marc Van Eijkeren, MD, PhD (2); Gert De Meerleer, MD, PhD (2); Guido Van Holderbeke, MD (3)

(1) Dienst Urologie, UVC Brugmann Brussel (2) Dienst Radiotherapie, UZ Gent

(3) Dienst Urologie, AZ Jan Palfijn Gent

Introductie

Als we kijken naar de behandelingsmodaliteiten van gelokaliseerd prostaatcarcinoom (T1 en T2) - namelijk radicale prostatectomie, externe radiotherapie en brachytherapie - wordt het meer en meer duidelijk dat deze nagenoeg hetzelfde therapeutisch effect hebben, maar dat de bijwerkingen kunnen verschillen. De beste behandeling zal derhalve de behandeling zijn die de patiënt het minst schaadt. Vergelijkende studies betreffende de bijwerkingen zijn dus van essentieel belang. In dit kader hebben wij een vergelijkende studie uitgevoerd betreffende de bijwerkingen van enerzijds brachytherapie en anderzijds externe radiotherapie (IMRT). We hebben de urinaire en intestinale bijwerkingen van IMRT en brachytherapie vergeleken, rekening houdend met zowel arts als patiënt gemelde bijwerkingen, en dit op zowel korte als langere termijn.

Methodologie

Idealiter zou men een prospectieve gerandomiseerde studie moeten uitvoeren, maar de realiteit heeft duidelijk gemaakt dat deze betreffende prostaatcarcinomata bijna niet uit te voeren zijn. Er werd dus een "matched case control study" uitgevoerd: twee groepen patiënten werden vergeleken waarvan de karakteristieken zo weinig mogelijk verschilden. Er werd gematcht op leeftijd, follow-up periode, al dan niet hormonale therapie hebben ontvangen, PSA-waarde, tumorgraad, Gleasonscore en pre-interventionele symptomen.

De patiëntgerapporteerde bijwerkingen werden nagegaan door middel van verschillende gevalideerde vragenlijsten. Wat artsgerapporteerde bijwerkingen betreft, gaat het hoofdzakelijk om het bijhouden in de dossiers van



de noodzaak tot voorschrijven van medicatie of een andere supplementaire therapie.

Samengevat werd een bijwerking als graad 1 beschouwd als deze beperkt optrad en er geen behandeling nodig was. Een graad 2 bijwerking had een grotere impact en vereiste een behandeling met medicatie per os (oraal). Een graad 3 was de hoogste gradatie en vereiste een meer invasieve tussenkomst, bv. een tijdelijke blaassonde. Wat betreft urinaire bijwerkingen bekeken we: nycturie (nachtelijk plassen), pollakisurie (frequentie van plassen), hematurie (bloed in de urine), dysurie (moeilijk plassen), urgentie (dringend plassen) en incontinentie (urineverlies). Wat betreft de laagintestinale bijwerkingen weerhielden we: abdominale krampen, diarree, frequentie, mucusverlies, rood bloedverlies per anum (RBPA), urgentie, incontinentie en anale pijn. Acute toxiciteit: indien bijwerkingen optraden binnen de drie maanden na behandeling; laattijdige toxiciteit: bijwerkingen die optraden of aanhielden drie maanden na behandeling.

Samenvatting van de resultaten

Er werd een statistisch heel significant verschil ($p < 0,004$) opgetekend ten voordele van

brachytherapie wat betreft diarree (graad 1) en nycturie (graad 1 en 2) (acute toxiciteit) en wat betreft laag-intestinale urgentie (graad 1) (late toxiciteit).

Als we de vergelijking iets minder streng bekijken en de trends in acht nemen ($p < 0,05$) dan noteren we nog een voordeel voor brachytherapie wat betreft pollakisurie (graad 1 en 2) (acute toxiciteit) en wat betreft RBPA (graad 1), fecale incontinentie (graad 1), mucusverlies (graad 1) en pollakisurie (graad 1) (allemaal late toxiciteit). Er zijn daarentegen meer patiënten met ernstigere urinaire urgentie (graad 2) na brachytherapie dan na IMRT, maar het totaal aantal patiënten met urgentieklachten is gelijk. Ook op vlak van dysurie zien we een trend ten voordele van IMRT: na brachytherapie ontwikkelden twee patiënten een retentie met tijdelijke nood aan een suprapubische blaassonde.

De resultaten moeten vanzelfsprekend met de nodige voorzichtigheid geëvalueerd worden gezien het gering aantal patiënten, maar deze vergelijkende studie geeft minstens de trend weer dat brachytherapie zowel minder vroegtijdige laag-intestinale en urinaire als minder laattijdige laag-intestinale bijwerkingen veroorzaakt dan IMRT.

Bijwerkingen van pelviene bestraling voor lymfeklier-gemetastaseerd prostaatkanker

Dr. Charles Van Praet

Arts-specialist in opleiding urologie – PhD student – UZ Gent

Inleiding

Bij prostaatkanker zijn de in het bekken gelokaliseerde (pelviene) lymfeklieren vaak de eerste stations van uitzaaiingen. Patiënten met lymfeklieren die ingenomen zijn door prostaatkanker hebben een minder goede prognose, maar hebben wel nog een kans op genezing. De optimale behandeling voor deze patiënten is omstreden. Het chirurgisch verwijderen van de prostaat (radicale prostatectomie) en pelviene lymfeklieren verbetert alvast de overleving. Nabehandeling met hormonale therapie biedt nog een bijkomend overlevingsvoordeel. Nabestraling van de

prostaatlogie (ruimte waar de prostaat gezeten heeft) en de lymfeklierregio's (pelviene bestraling) zou voor meer locale ziektecontrole zorgen en aldus de overleving nog aanvullend verbeteren. Tot dusver hebben twee studies een voordeel aangetoond door pelviene bestraling: in één studie werd minder kankerhervat gezien, in een andere werd een betere algemene overleving gezien. (1, 2)

Wij analyseerden de resultaten van 48 patiënten die in de periode 2007-2012 in het UZ



Gent behandeld werden met pelviene bestraling. Bestraling werd toegediend via intensiteitsgemoduleerde boogtherapie (IMAT). Deze moderne vorm van bestraling zorgt ervoor dat een hoge dosis kan toegediend worden op het te behandelen gebied (prostaatloges + lymfeklierregio's). De stralingsdosis op de omliggende organen (voornamelijk blaas en endeldarm) kan hierbij zoveel mogelijk worden beperkt. Hormonale therapie werd gelijktijdig gestart en toegediend gedurende twee of drie jaar. Bij alle patiënten waren prostaat en lymfeklieren voorheen verwijderd. Ze werden ofwel kort na de operatie behandeld (19 patiënten), ofwel bij tekenen van herval (29 patiënten met oplopend prostaat-specifiek antigeen, PSA). Na behandeling werden alle patiënten op vaste tijdstippen opgevolgd.

Het doel van deze analyse is te rapporteren over de bijwerkingen van pelviene bestraling. De gemiddelde opvolgingstijd bedraagt momenteel 17 maanden. Deze vrij korte periode laat ons nog niet toe te rapporteren over de effectiviteit van deze behandeling. De bijwerkingen worden onderverdeeld in maag-darmklachten (anale pijn, anaal bloed-, slijm- of stoelgangverlies, buikkrampen, diarree, toegenomen stoelgangfrequentie of dringendheid) en urinaire klachten (bloed in de urine, urineverlies, moeizaam plassen, toegenomen plasfrequentie, nachtelijk opstaan om te moeten plassen of dringendheid). Ernst en tijdstip van klachten wordt uitgedrukt aan de hand van onderstaande gradering:

Graad 1: Milde klachten, geen behandeling

Graad 2: Matige klachten, waarvoor behandeling (medicatie)

Graad 3: Ernstige klachten, waarvoor behandeling (infuus of kleine chirurgie)

Graad 4: Zeer ernstige klachten, waarvoor bloedtransfusie of chirurgische behandeling

Vroeg: Optredend tijdens behandeling of tot 3 maand na behandeling

Laat: Optredend >3 maand na behandeling

- **Maag-darmklachten:** 42% van de patiënten ontwikkelde vroege graad 2 klachten, 25% late graad 2 klachten, waarvan 100% recupereerde. Er werden geen graad 3-4 bijwerkingen gezien. De meest voorkomende klacht was diarree (18%).

- **Urinaire klachten:** 35% van de patiënten ontwikkelde vroege graad 2 klachten, 36% late

graad 2 klachten, waarvan 59% recupereerde. Twee patiënten (4%) ontwikkelden vroege en twee patiënten (4%) late graad 3 klachten. Eén patiënt (2%) onderging een operatie voor correctie van persisterend urineverlies (graad 4). De meest voorkomende klacht was bloed in de urine (18%).

Deze resultaten werden vergeleken met een gelijkaardige groep patiënten die na verwijdering van prostaat en lymfeklieren bestraald werd t.h.v. de prostaatloges alleen (geen ingenomen lymfeklieren). Urinaire klachten waren gelijkaardig. De frequentie van maag-darmklachten was significant hoger in de groep die pelviene bestraling kreeg. Vooral gedurende de eerste zes maanden zagen we een toename van 20% van graad 2 maag-darmklachten.

Ter conclusie kunnen we stellen dat pelviene bestraling na radicale prostatectomie tijdelijk meer maag-darmklachten geeft in vergelijking met bestraling van enkel de prostaatloges. Ernstige bijwerkingen zijn beperkt. Langere opvolging is nodig om het effect van deze behandeling op ziekteprogressie en overleving na te gaan.

Referenties

1. Spiotto M.T., Hancock S.L., King C.R. Radiotherapy after prostatectomy: improved biochemical relapse-free survival with whole pelvic compared with prostate bed only for high-risk patients. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2007;69:54-61.

2. Briganti A., Karnes R.J., Da Pozzo L.F. et al. Combination of adjuvant hormonal and radiation therapy significantly prolongs survival of patients with pT2-4 pN+ prostate cancer: results of a matched analysis. *Eur Urol* 2011;59:832-40.

Feel+ Je hebt geen redenen nodig om te starten met het programma na kanker.

Geen oefeningen tijdens de maanden juli en augustus.

We hernemen op woensdag 4 september 2013.

HistoScanning™ gerichte prostaatbiopsies: meerwaarde voor detectie van klinisch relevante prostaatkanker?

Marjan Waterloos, Johan Braeckman, Dirk Michiels

UZ Brussel



Inleiding

Prostaatbiopsies worden uitgevoerd wanneer men prostaatcarcinoom vermoedt. Vooraleer over te gaan tot deze invasieve diagnostische methode wordt een risico-inschatting gemaakt, rekening houdend met leeftijd, comorbiditeit en therapeutische consequenties.

Er blijft onduidelijkheid over de indicatiestelling voor prostaatbiopsies, maar ook over waar en hoeveel biopsies dienen genomen te worden. Volgens de EAU-richtlijnen dienen minimaal acht biopsies genomen te worden, afhankelijk van het gemeten prostaatvolume, en dit in de periferie van de prostaat. Biopsies die op deze manier genomen worden, noemt men systemische prostaatbiopsies. Onderzoek heeft aangetoond dat tot 60% van de biopsies die op deze manier worden afgenomen negatief zijn. Bij herhaalde negatieve biopsies, gaan sommigen over tot saturatiebiopsies, maar dit brengt een risico op overdiagnose en overbehandeling met zich mee.

Prostaat-HistoScanning™ (PHS), computergeassisteerde transrectale echografie, kan eenvoudig poliklinisch worden uitgevoerd. Het is een vorm van prostaatechografie waarbij zones met afwijkend prostaatweefsel aangeduid worden na gecomputeriseerde berekeningen op de radiofrequentie-data. Het objectief is het aantal prostaatbiopsies te doen dalen zonder de detectieratio van klinisch significante prostaatkanker te verminderen.

Het concept Prostaat-HistoScanning™ (PHS) werd gevalideerd tussen 2007 en 2011. De histoscans werden vergeleken met het specimen bekomen na een radicale prostatectomie, en hier kon worden vastgesteld dat de rode zone op histoscanning overeenkwam met de tumor gevonden door de patholoog.

Materiaal en methoden

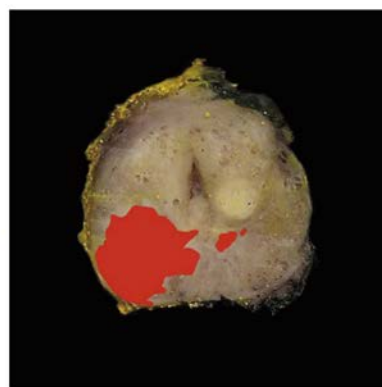
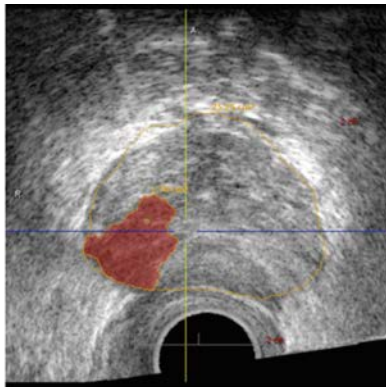
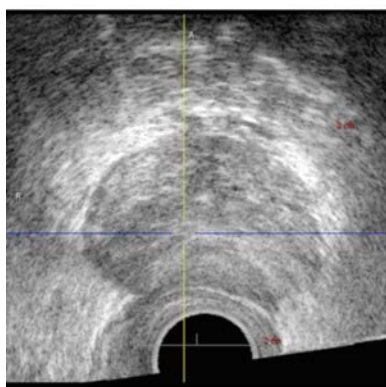
Tussen april 2010 en mei 2012 werden 218 patiënten tussen 45 en 88 jaar geselecteerd voor prostaatbiopsies op basis van afwijkingen van rectaal toucher, totaal PSA-waarde, PSA-densiteit of PSA-evolutie, TRUS en/of PHS. Patiënten bij wie de diagnose prostaatcarcinoom evident was (steenharde prostaat bij toucher, zeer hoge PSA) werden niet betrokken in de analyse. Aangaande PHS werden verdachte letsels groter dan 0.5ml en meerdere kleine letsels met totaal volume van meer dan 0.75ml weerhouden als indicatie voor prostaatbiopsie. Alle biopsies werden transrectaal echografisch geleid genomen. Omdat het systeem nog niet was uitgerust met software om 'real-time' verdachte letsels aan te prikken, werden de biopsies genomen binnen verdachte (sixtant) anatomische zones. De positieve en negatieve voorspellende waarden van rectaal toucher, PSA, PSA-densiteit, prostaatvolume en positieve of negatieve PHS werden berekend.

Resultaten

Na retrospectieve analyse van de biopsie-resultaten stellen we vast dat PHS en volgens PHS gemeten volume van het letsel de beste positieve en negatieve voorspellende waarde hebben tegenover leeftijd, rectaal toucher, TRUS, PSA en PSA-densiteit.

Conclusie

Prostaat-HistoScanning™ biedt de mogelijkheid om verdachte zones in de prostaat aan te tonen, te lokaliseren en volumetrisch te bepalen. Dit zorgt voor betere selectie van patiënten waarbij prostaatbiopsies zinvol zijn, en voor een daling van het aantal nutteloze biopsies. Voorlopig worden bij negatieve PHS maar oplopende PSA wel nog systemische



prostaatbipten genomen.

Intussen is er een nieuwe prospectieve studie lopende, om de hoge detectieratio van Histoscanning nog beter te kunnen aantonen.

FIGUUR

Figuur (vlnr): TRUS, histoscanning met de verdachte zone in het rood gemarkeerd en het specimen bekomen na radicale prostatectomie (rood=gemarkeerde tumor)

In de schaduw van Kos

Louis Denis

Onder de titel **'Soliris: eind goed, al goed?'** vinden we in de *Artsenkrant* van vrijdag, 10 mei, 2013, een artikel over het geneesmiddel Soliris dat vanaf 1 juli wordt terugbetaald voor de enkele patiënten die aan een zeldzame aandoening lijden. Hieraan ging een mediacampagne vooraf die zich concentreerde over het lot en leven van een sympathiek zevenjarig jongetje, Victor, dat leed aan deze zeldzame ziekte.

Het was te voorspellen waar we reeds enkele jaren geconfronteerd worden met de toenemende vergrijzing en stijgende zorgnood (In de schaduw van Kos: *PROSTAATinfo*, maart 2012) en allerlei voorstellen om onze sociale gezondheidszorg te redden wordt een bezorgd debat vlug een emotionele discussie rond solidariteit in het systeem en de weerslag op het overleven van het systeem zelf.

We noteerden dat minister Monica De Coninck op de Europese patiëntendag 2011 refereerde naar een voordracht van rector Bart De Schutter van de VUB over de rol van de universiteiten om de jonge artsen in opleiding prijsbewust te maken.

Wij Ook België vzw en haar Europese koepel Europa Uomo vzw stelden dat we geen studies meer aanvaarden als richtlijn zonder dat, naast de voordelen van een techniek of medische behandeling, ook levenskwaliteit en de kosten-baten in de eindresultaten te verwerken.

Nu in 2013 lezen we in *De Tijd* van 28 februari uit de pen van minister Ingrid Lieten dat de zorg

onbetaalbaar wordt als we enkel de oplossingen van vandaag gebruiken. Er zijn reeds besparingen doorgevoerd volgens het aloude systeem van kaasschaven. Dit zijn meestal besparingen die politiek geen te grote reacties bij het publiek oproepen, d.w.z. de gemiddelde kiezer niet tegen de haren strijken. De voorbeelden zijn legio en gaan van het voorstel om de bankiersvergoedingen van de hospitaaldirecteurs te verlagen naar 240.000 euro per jaar, de verloning van onze Vlaamse minister-president, tot het schrappen van handicapvergoedingen zodat we zelfs hier tweedracht veroorzaken. De lijst is langer, van de erelonen van de artsen kan ook steeds wat afgespitst, het aanspreken van de vele miljoenen euro reserve van de nationale kankerverenigingen Vlaamse Liga tegen Kanker en de Stichting tegen Kanker om specifiek noden te lenigen zoals bij Victor en zelfs wat de prostaatpatiënten betreft het niet terugbetalen van de PSA-test. Deze laatste maatregel omdat men de vroegopsporing van de bevolking voor prostaatkanker definitief wil uitroeien zonder geit of kool te sparen en hiermee de behandeling van andere prostaatziekten, die de helft van de 60+ omvat, terugstuurt naar de vorige eeuw. Is er dan geen licht in deze tunnel?

Een veelbelovend project is het Persoonlijk Medisch Dossier (PMD) die de patiënt alle nuttige gezondheidsinformatie geeft in een gepersonaliseerde en beveiligde e-omgeving. Dit is een privaat initiatief van de Onafhankelijke

Ziekenfondsen met vertegenwoordigers van professionele organisaties en de farma-industrie. Integratie is uiteraard het grootste probleem voor kanker die nu erkend wordt als een chronische ziekte waarbij na de acute fase van de primaire behandeling gericht wordt op totale overleving.

Dit initiatief past naadloos in het managementconcept van Wij Ook België vzw. We zien alle management als een dubbel concept van multidisciplinaire, individuele medische behandeling enerzijds en de multiprofessionele, gepersonaliseerde, holistische zorg anderzijds. In de medische aanpak is het vooral een kwestie van correcte en verstaanbare informatie die een gesprek als partner mogelijk maakt zonder dat de patiënt hier een grote rol kan spelen wegens de vereiste expertise. Wel is zijn betrokkenheid groot in de ethische kwesties met inbegrip van euthanasie. Over de zorg met aspecten van psychische, sociale, financiële, culturele en ook spirituele aard is de patiënt de normale voortrekker in het kader van zijn persoonlijke eigenheid. Hij moet hier dan wel voor uitkomen tijdens de klassieke multidisciplinaire oncologische consultaties (MOC).

Europa heeft hier in 2009 zeker het initiatief genomen met de start van de European Partnership for Action Against Cancer (EPAAC).

Ook de professionele kankerdisciplines hebben zich in die zin verenigd onder de koepel van de Europese CanCer Organisation (ECCO), waar de nadruk gelegd wordt op de bescherming

en samenwerking met de patiëntengemeenschap in al haar vormen.

Buiten de waarden van levenskwaliteit en kosten/baten waar we onvoorwaardelijk achter staan, gaan we voor nauwe samenwerking inzake informatie en educatie met de professionele organisaties, in casu met de Europese Urologische Associatie en de Europese School Oncologie in het bijzonder.

Op praktisch vlak zoeken we samenwerking met de huisartsen. Deze zijn traditioneel niet zo vertrouwd met de behandeling van prostaatkanker (er zijn meer huisartsen dan nieuwe prostaatkankers per jaar) en zelfs met de frequente plasproblemen die de oudere mannen te beurt vallen. We hopen met de huisartsen een zorgpad te ontwikkelen rond prostaatziekten. Het eenvoudigst lijkt eerst de benigne prostaathyperplasie (BPH) aan te pakken. Hiervoor hebben we een kleine inleiding geschreven rond leefstijladvies en levenskwaliteit (zie verder). Elk geïnteresseerd lid kan meewerken om zijn beschrijving te geven van de antwoorden op 25 vragen (zie pagina 16-17). Uit de antwoorden distilleren we samen een handleiding, geschreven voor en door patiënten. De wetenschappelijke, vernieuwende stukjes incorporeren we in de vijfde uitgave van *'Prostaatproblemen. Gids voor mannen en vrouwen.'*

Wie gaat met mij de uitdaging aan? Iedereen welkom.

Leefstijladvies en levenskwaliteit

Louis Denis

De diagnose van een vergrote prostaat, benigne prostaathyperplasie (BPH), is gebaseerd op de klachten van een verminderde urinestraal en hoort bij de gewone signalen van het ouder worden. De meeste mannen weten niets of niet veel van hun prostaat maar de meesten kennen zeker een aantal moppen over deze handicap.

De stotteraar spreekt zoals de prostatieker plast is een oertypisch voorbeeld. Nochtans is de kennis en behandeling van klachten van de lage urinewegen (LUTS) zo succesvol geweest in de tweede helft van de vorige eeuw dat de urologen de bijnaam van de loodgieters uit de geneeskunde met fierheid dragen.

De mortaliteit en nevenwerkingen van het wegnemen van het schuldig adenoom zijn praktisch onbestaande en gebeuren voornamelijk langs de natuurlijke weg. Hierbuiten werden in de laatste decaden effectieve geneesmiddelen ontdekt die ofwel het klierweefsel laten opdrogen ofwel de spiervezels laten verslappen waardoor de klachten zonder te genezen toch verdwijnen. De prostaatvergroting wordt nu dan ook beschouwd als een banaal verouderingsproces in plaats van een ziekte.

Toch heeft BPH nog een impact op de levenskwaliteit, met inbegrip van het seksleven. Het is duidelijk dat de toenemende vergrijzing en langere levensduur van de mannelijke bevolking een steeds groter aantal mannen kan storen. De

seksuele connotatie werkt deprimerend maar verklaart waarom slechts 20% van de mannen met beginnende plasklachten bij de dokter te rade gaan.

Laat ons dus eerst als een dogma onthouden dat:

BPH geen enkele relatie heeft tot erectiele dysfunctie (ED) waarover de man kan klagen bij de grote meerderheid van de klagers en dat chirurgie hier alleen leidt tot impotentie en incontinentie in uitzonderlijke gevallen.

Nog belangrijker:

Plasklachten worden nooit veroorzaakt door een beginnend prostaatkanker zoals gepubliceerd in de meeste boeken. Bij plasklachten dus nooit denken aan een beginnend prostaatkanker.

Open kaart spelen en uw vrees achterlaten is de boodschap. Vergooi uw centen niet aan kruiden of andere complementair, alternatieve (CAM) producten (een miljoenenindustrie) maar informeer u correct, en bij echte klachten passeer eens langs uw huisarts.

De hevigheid van de klachten berust op de uitgeoefende druk op de pisbuis en irritatie van de blaas. Een BPH die naar buiten groeit, geeft weinig klachten. We zien dan dat kleine adenomen aan de uitgang van de blaas veel klachten geven en zeer grote adenomen geen enkele klacht geven. De meeste klachten zijn ofwel irritatie, bv. 's nachts opstaan, of obstructie, bv. zeer trage waterstraal.

Correcte informatie over BPH (lees de lijst van de meest geciteerde vragen) volstaat meestal om uzelf gerust te stellen en de kleine klachten te relativiseren. Alleen de allerkleinsten plassen nog om het verst. In veel gevallen is ook de last individueel verschillend, bv. 2x 's nachts opstaan stoort enkelen en geeft geen probleem bij anderen.

Eens bij uw dokter zal hij meestal vragen om uw klachten aan te stippen op een lijstje dat sinds 20 jaar gebruikt wordt door de urologen. Dit lijstje is de Europese Prostaat Symptoom Score (IPSS) en loopt van 0 tot 35. Tot 12 wordt als leeftijdsnormaal beschouwd en boven de 20 wordt dikwijls een behandeling gegeven.

Een derde punt als herinnering:

Invasieve behandeling is een chirurgie die het oorzakelijk adenoom wegneemt of vernietigt. Dit is slechts medisch aangewezen bij blokkeren van de urine of bij een groot volume resturine in de blaas

na het plassen (> 200 cc), of bij complicaties als blaassteen, blaasbreuk of tenslotte zo de klachten niet met medicatie onder controle kunnen gebracht worden.

De behandeling is dus voornamelijk: eerst de patiënt gerust stellen, zo nodig medicatie geven, en chirurgie als het niet anders kan.

Als geïnformeerde partner van uw arts, kunt u een plaskaart aanmaken. Hierop staan het aantal plasbeurten en de geplaste hoeveelheid. Koop een plastic keukenbeker tot 1.000 ml, u plast met aanklikken van een chronometer en deelt de geplaste hoeveelheid urine door het aantal seconden. Deze eenvoudige test is belangrijk. Meestal plassen met een straal >15 ml/sec betekent geen obstructie en met een straal <10 ml/sec is verdere controle aangewezen. De cijfers tussenin worden gevolgd over tijd. De test is goedkoop en kan herhaald worden tot men een goed gemiddelde heeft. Bij de uroloog plast men in een machine, een uroflowmeter, voor hetzelfde resultaat. De meeste testen falen omdat het volume bij de arts lager is dan 150 cc en hieronder verliest de test aan nauwkeurigheid.

Een bijkomend voordeel is de gelukwensen van uw partner daar uw sproeisysteem afwezig blijft in de badkamer.

Eens dit geleerd dan voelt u zich beter en in controle van uw lichaam en leven. Dit is een belangrijke basis voor een normaal seksleven. Als u toch nog problemen hebt, gaat u voor een specifieke consultatie bij een uroloog-androloog.

Dit alles gaat over de lichamelijke aspecten van levenskwaliteit bij BPH. De psychosociale aspecten zijn dan eenvoudig. Als in Antwerpen een prostaatpatiënt geen pint meer durft drinken met zijn vrienden, adviseer ik chirurgie als hij zijn onnodige vrees niet kwijt raakt. Dit is meestal voldoende om het licht te zien.

Levenskwaliteit bij het ouder worden omvat veel meer dan lichamelijke gezondheid. Elk mens heeft behoefte om zich vrij te voelen van psychologische druk en zo voluit deel te nemen aan het sociaal, economisch, cultureel en spiritueel leven in uw gemeenschap. Zo u deze kans mist, word dan lid van Wij Ook België vzw

KORT

Brigitte Dourcy-Belle-Rose

Een rustige oude dag

Een op drie 80-plussers woont in een woonzorgcentrum, is gemiddeld 84 à 85 jaar oud en verblijft er gemiddeld twee jaar. De dagprijs schommelt tussen 20 en 70 euro in de commerciële, openbare en vzw rusthuizen.

Deze naakte cijfers verhullen soms onthutsende toestanden zoals voeding per dag aan vier euro. Best wat mindfulness gebruiken bij het bezoek aan de oudjes! Op te volgen.

De Nieuwe Gazet, 18 mei 2013

Rustig met uw geliefde iPad

Een studie in California toonde aan dat de magneten in uw iPad uw pacemaker kunnen uitschakelen. Een kleine studie op vrijwilligers die met hun iPad op de borst sliepen. Apple adviseert een iPad nooit rechtstreeks op je borst te leggen. Bij gebruik afstand houden.

De Nieuwe Gazet, 14 mei 2013

Christian de Duve (1917 - 2013)

Deze arts en geleerde met de Nobelprijs Geneeskunde 1974 bekroond, was in alle opzichten een opmerkelijk man. Gedreven door leerzucht en perfectie kreeg hij een excellente opleiding aan wereldinstituten om uiteindelijk tussen de UCL en het Rockefeller instituut zijn eigen weg uit te bouwen. Op 95 jaar koos hij voor euthanasie. Hoed af voor deze grote humanist en wetenschapper.

Artsenkrant, 10 mei 2013

Ziek zijn en online geraken

De Engelse NHS gaat enkele honderdduizenden burgers trainen in basiscompetenties om internet te gebruiken voor gezondheidsinformatie. De communicatie arts patiënt zal meer en meer een partnerdiscussie worden.

Artsenkrant, 13 mei 2013

Radiotherapie na radicale prostatectomie

De American Society voor Radiation Oncology (ASTRO) en de American Urological Association (AUA) hebben nieuwe richtlijnen gepubliceerd voor radiotherapie na operatie bij patiënten met of

zonder recidief. De multidisciplinaire aanpak loont.

Belgian Oncology News, 10 mei 2013

Eurocourse in verloop

De kankerincidentie en mortaliteit werden gevolgd in een kankercontroleprogramma in Zuid Oostelijk Europa in zes landen. Grote verschillen tussen landen blijven met relatief hoge mortaliteit voor kanker bij de man, o.a. in Slovenië, Cyprus tot Malta. Er is nog veel werk om de gelijkheid van gezondheidskansen in Europa te verbeteren.

Eindhoven Cancer Registry, 13 mei 2013

Beroering in de universitaire wereld

Anne De Paepe wordt rector van de Universiteit Gent. De gerenommeerde hoogleraar in de genetica wordt de eerste vrouwelijke rector van UGent.

Na de Gentse soap komt professor Rik Torfs als rector uit de verkiezingen in Leuven. Na Europese controle krijgt alleen het UZ VUB voldoende voor het opleiden van artsen.

Niets menselijks is de faculteit vreemd. Tijd voor coördinatie en collaboratie is hopelijk toch aangebroken in campus Vlaanderen.

Reflectie bij mezelf, mei 2013

Opsporing darmkanker

Bij vroegtijdige opsporing van bloed in de stoelgang zullen we na 4,8 jaar één kanker kunnen vermijden per 5.000 gescreende mensen. Niet opgeven!

Belgian Oncology, 25 april 2013

De DNA-structuur

Op 25 april 1953 publiceerden Watson en Crick hun artikel over de DNA-structuur in Nature. Een grote stap vooruit in de medische kennis. Tijd om de Double Helix te herlezen.

Artsenkrant, 25 april 2013

De Petscan

Uit de Mayokliniek komen de resultaten met choline isotopenscan voor de waarneming van recidieven na primaire behandeling van prostaatkanker als belovend naar voor. Deze onderzoeken zijn positief en klinische studies zullen snel volgen.

AUA Daily Scope, 13 maart 2013

Radiotherapie in de lift

Volgens een studie Cancer Survival Belgium

krijgen 60% patiënten tijdens de behandeling bestraling (cf. RIZIV 34.516 behandelingen in 2011). De technologische vooruitgang is enorm en constante evaluatie in de samenwerking tussen alle diensten is aangewezen.

BRAVO, overlegplatform 26 april 2013

Het buikgevoel bij artsen

Een belangrijk hulpmiddel van veel huisartsen bij het stellen van een diagnose. Dit terwijl de artsentraining zich richt op een objectieve analyse en evidente feiten. Toch speelt het een rol vooral bij ervaren artsen. Het heeft waarschijnlijk te maken met de lokale ervaring, bv. griep, maar zeker met de kennis van de patiënt zelf. Training van het buikgevoel is mogelijk zij het dat elke diagnose moet bevestigd worden met objectieve gegevens.

Artsenkrant, 15 april 2013

De MRI gestuurde biopsies

Er ontluikt een duidelijke competitie van MRI gestuurde biopsies van prostaatkanker voor de ultrageluidgestuurde biopsies die tot nu standaard waren.

Veel hangt af van de evaluatie van het imago van beide onderzoeken om de biopsies gericht te houden in plaats van een reeks anatomische gerichte biopsies van 6 tot 12 via de routine techniek.

Vergelijkende studies dringen zich op waarbij de experts ter zake best met feiten komen.

AUA Daily Scope, 12 maart 2013

Kanker treft niet enkel de patiënt

Een waarheid die we reeds in 1999 uitwerkten in onze brochure 'Kanker heeft men nooit alleen'. Een partnerprogramma werd met succes opgestart in het ZNA Middelheim 'Leven en liefhebben met kanker'. De behoefte bestaat en de psychologische hulp kan veel steun bieden.

Praktijkmanagement, 12 maart 2013

WAT IS UW ANTWOORD OP PROSTAATKANKER?

Boekbesprekingen

Jan Humblet

En morgen gezond weer op. Honderduit verhalen over gezondheid en zorg.

Willem de Vos

Een boekje van 95 pagina's met 101 korte verhalen over gezondheid en zorg, over patiënten en dokters, over kwakzalvers en zusters, over poeders en pillen, over geluk en geloof, over kinds en kinderlijk.

Eén door ons sterk verkort voorbeeldje om de sfeer te illustreren: Jan moet van de dokter 's morgens een groot glas water nemen met een groene pil, na de lunch een groot glas water met een blauwe pil en voor het naar bed gaan een groot glas water met een rode pil. Verontrust vraagt Jan: "Maaar bben ik er dan zo slecht aan toe, dokter dat ik zoveel pillen moet slikken? Wat is er precies met mij aan de hand?"..... De dokter antwoordde: "Jan, je drinkt veel te weinig water!"

Verhaaltjes spreken voor zichzelf, ze beklijven gemakkelijker dan rationele uiteenzettingen en een originele of creatieve spreker kan ze hier of daar als parabel in een betoog integreren, ze kunnen in een wachtzaal of ziekenkamer zorgen voor leesplezier.

Willem de Vos, *En morgen gezond weer op. Honderduit verhalen over gezondheid en zorg.* Amsterdam, Uitgeverij SWP, 2012, ISBN 978 90 8850 383 2.



Willy Walschaert

Keuzehulp voor mannen met gelokaliseerde prostaatkanker

ProstaatKankerStichting.nl.

Een zeer overzichtelijk, eenvoudig geschreven brochure dat voor alle mannen, ongeacht hun opleiding, enorm nuttig is. Op het einde blijft u niet achter met meer vragen dan bij de start.

Voor diegenen die niet weten wat een "prostaat" is of diegenen die meer weten dan het gemiddelde, is het ofwel een openbaring of een opfrissing van de materie.

Na dit boek aandachtig doorgenomen te hebben, kan iedereen op eenvoudige en duidelijke wijze en met de juiste woordkeuze zijn problematiek op een correcte wijze bespreken met de huisdokter of uroloog.

De lange termijn uitkomsten, in tabel samengevat op blz. 12 en 13, op basis van groepen patiënten die behandeld zijn met één van de besproken technieken, zijn zeer duidelijk en vormen een nuttige leidraad bij de zeer moeilijke beslissing die de patiënt dient te maken bij de keuze van zijn behandeling. Weliswaar in samenspraak met de arts, maar de uiteindelijke, definitieve beslissing ligt toch bij hem....

Conclusie:

1. Een leerrijk, bevattelijk boekje, ondanks de moeilijke materie die erin behandeld wordt.

2. De uitgave kwam tot stand in samenwerking met chirurgen, radiotherapeuten, ziekenhuis Radboud, de KWF Kankerbestrijding, alsook de firma Astellas, één van de grootste farmaceutische bedrijven die de drukkosten en vormgeving heeft gefinancierd. Toch krijgt de lezer nergens de indruk dat het om reclame zou gaan.

3. Voor iedereen nuttig. Indien geen betrekking op uzelf, dan kunt u met de opgedane kennis derden van dienst zijn.

Keuzehulp voor mannen met gelokaliseerde prostaatkanker, uitgegeven door Prostaat-KankerStichting.nl, s.d.



Dr. Luc Dewilde

Prostate Cancer, An International Consultation on Prostate Cancer

Gerald Andriole en Manfred Wirth

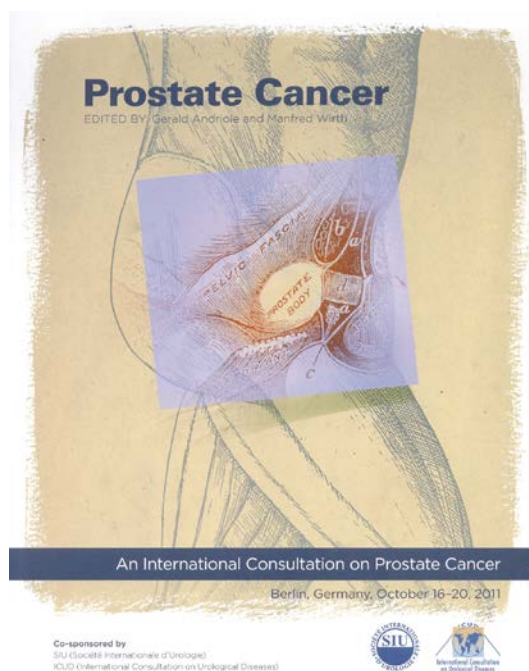
Door een multidisciplinair wereldwijd expertenteam samen te brengen voor deze monografie bieden de uitgevers een stevig basiswerk aan, bestemd voor alle actoren uit de urologische wereld die zich verder willen toeleggen op de diepere studie van deze aandoening.

Het lijvig werk, uitgegeven door de 'Société Internationale d'Urologie' (SIU), bundelt de consensuele teksten en de aanbevelingen van de elf comités die in oktober 2011 bijeen kwamen in Berlijn voor de 'International Consultation on Urological Diseases (ICUD) on Prostate Cancer'.

Voor de opbouw van het werk baseerden de initiatiefnemers zich op een vorige ICUD uit 2006. De verschillende hoofdstukken worden in een logische progressieve volgorde opgebouwd vertrekkende van epidemiologie en moleculaire biologie. Nadien volgen preventie en vroegtijdige detectie van prostaatkanker met PSA, nieuwe biomerkers en nieuwe beeldvormingstechnieken. De volgende vier onderdelen hebben betrekking op de behandeling. Hierbij wordt eerst een historisch overzicht van de behandelingen gegeven, gevolgd door een uitdieping van de gangbare behandelingsopties voor de verschillende gradaties van de aandoening gaande van laag risico tot CRPC. Ten slotte wordt afgesloten met een te kort maar belangrijk hoofdstuk over de perspectieven van patiënten met betrekking tot prostaatkanker. Verschillende patiëntengroeperingen worden vernoemd en omschreven maar spijtig genoeg zonder vermelding van contactgegevens zoals bv. website.

Het is duidelijk dat dit werk zich in de eerste plaats richt tot medici en minder bedoeld is voor de patiënten zelf. Toch zal een geïnformeerde patiënt hier wel een heleboel nuttige informatie kunnen terugvinden, dank zij de duidelijke onderverdeling van elk van de hoofdonderwerpen uitgewerkt door de elf comités. Het werk vormt een mooie updating van een aandoening waarvan men de laatste jaren baanbrekend werk en vooruitgang heeft verricht in de ondersteuning van zowel diagnose als behandeling.

Gerald Andriole & Manfred Wirth (ed.), 'Prostate Cancer. An International Consultation on Prostate Cancer', Société Internationale d'Urologie, 2012, ISBN 978 0 9877465 3 5.



Wie schrijft mee aan ons vakantieboek 2013?

Voor de redactie PROSTAATinfo

Henk Van daele

De uitdaging wacht om vanuit onze leden voor onze leden een brochure te schrijven over de goedaardige prostaatvergroting (BPH).

Elke vrijwilliger pikt een punt en stuurt hierover zijn opinie of schrijft zijn eigen ervaring ter zake op een pagina naar het redactiesecretariaat (louis.denis@skynet.be of Wij Ook België vzw, Lange Gasthuisstraat 35-37, 2000 Antwerpen) voor 15 juli a.s. Onze redactie *PROSTAATinfo* verzamelt ze en maakt er een voorlichting van die we allen nakijken.

Het betreft een aandoening die meer dan de helft van de mannen 60+ last bezorgd en soms behandeling noodzakelijk maakt.

Het wetenschappelijk stukje dat we tegenkomen wordt verwerkt in de vijfde uitgave van 'Prostaatproblemen. Gids voor mannen en vrouwen.'

Optimale, individuele behandeling voor allen.

Gepersonaliseerde, algemene zorg waar nodig.

Als u deze routinevragen kunt beantwoorden, mag u uzelf beschouwen als een goed geïnformeerde patiënt en een partner voor uw behandelende arts

1. Welke zijn de drie voornaamste prostaataandoeningen?
2. BPH komt het meest voor op welke leeftijd?
3. Welke zijn de voornaamste klachten van BPH?
4. Kent u de IPSS-score?
5. Waarom is een klacht belangrijker dan het prostaatvolume?
6. Kunt u de prostaat tekenen op een sagitale snede?
7. Wat is de functie van de prostaat?
8. Zijn BPH-klachten een indicatie om kanker op te sporen?
9. Bij welke klachten denkt u aan prostaatontsteking?
10. Hoe maakt men de diagnose van prostatitis?
11. Waar ligt het verschil met de diagnose van prostaatkanker?
12. Waarom bepaalt u de PSA-waarde bij BPH zonder aan kanker te denken?
13. Welke onderzoeken vraagt uw huisarts om de diagnose van BPH vast te leggen?
14. Wanneer stuurt de huisarts de patiënt verder?
15. Welke informatie krijgt men bij een mictiogram?
16. Welke informatie verwacht u van een transrectale echografie (TRUS)?
17. Welke zijn de medische redenen voor een invasieve behandeling?
18. Bestaat er preventie tegen BPH?
19. Kent u de voornaamste medicaties om BPH-klachten te behandelen?
20. Wat is de gouden operatiestandaard voor BPH?
21. Wat te doen bij acute retentie en de katheter is niet in te brengen?
22. Wat betekent retrograde ejaculatie?
23. Welke controles na chirurgie?
24. Is impotentie een probleem na BPH-chirurgie?
25. Akkoord dat de urologie in de vorige eeuw de BPH terugbracht tot een banale ouderdomsklacht?

Het jaar van de krab

Erik Briers

Inleiding

2002 was voor mij een bijzonder jaar. Het was het jaar waarin ik voor prostaatkanker werd behandeld en dat tussen mijn werkzaamheden door. Aan het einde van het jaar 2002 kwam dit "verhaal", "ooggetuigenverslag", tot stand maar het moest eerst enkele jaren in het duister blijven. Vandaag mag het aan het licht komen.

Er is recent veel te doen geweest over prostaatkanker en over PSA in het bijzonder. Wel, de meeste nieuwe gevallen van prostaatkanker die "genezen" kunnen worden (bij jonge patiënten) worden dank zij PSA ontdekt. En indien vroeg genoeg ontdekt dan kan men prostaatkanker genezen. Vandaag zijn we meer dan tien jaar verder en ben ik in excellente gezondheid, voorzitter van een patiëntenzelfhulpgroep (Wij Ook België) en een stichtend lid en secretaris van Europa Uomo, de Europese groepering van prostaatkanker - patiëntenzelfhulpgroepen. Ook al is PSA geen goede kankermerker voor de screening noch voor de opsporing, het is de beste test die we voorlopig hebben maar de artsen en urologen moeten natuurlijk naast het resultaat ook de gebruiksaanwijzing gebruiken en dat doen in België de meesten.

Het eerste jaar van de krab

Het eerste jaar van de krab, 2001, kondigde zich heel gewoontjes aan. Het zag ernaar uit dat buiten enkele bijzondere verjaardagen er niets speciaals te verwachten was. De professionele projecten liepen verder en vergden alle aandacht. Maar...

Eerste bedrijf, voorjaar 2001

Gelukkige verjaardag. Aha, het haar wordt al wat dunner en zie ik daar geen grijs? Je ziet er nog goed uit...

Met zo'n reacties is het duidelijk dat het hier niet over een achttiende verjaardag gaat, maar wel over bijvoorbeeld een vijftigste. Volgens de laatste uitspraak zou niemand er zich over verbazen moest je helemaal niet meer uit de voeten kunnen, maar vandaag is iemand van 50 nog jong. De gemiddelde levensverwachting voor een man is in België meer dan 76, en als je er dan rekening mee houdt dat de feesteling nog nooit gerookt heeft, niet aan (soft) of andere drugs

doet, regelmatig lichaamsbeweging neemt en noem maar op, gezond is dus, zou die levensverwachting nog wel wat hoger kunnen uitvallen. De toekomst lacht je toe.

"Check-up time", 26 april 8u30

"Goede morgen dokter". We zijn op artsensite gegaan voor een gewone check-up. Dat heb ik in het verleden nog gedaan uit voorzorg. Een van de doelstellingen is natuurlijk te achterhalen of onze levenswijze niet moet bijgesteld worden. Hartproblemen, medische dan toch, zijn voor de moderne man vanaf een gegeven leeftijd de grote zorg. Daarom zijn de testen in verband met het vetmetabolisme en het cardiogram zo belangrijk. Om een en ander mogelijk te maken doneren wij de nodige buisjes met bloed en volgen het aankruisen van de bepalingen. Omdat ik geen complete leek ben zeg ik tussen neus en lippen: "Doe mij ook maar een PSA". Aangezien dat zinvol is, wordt er één vakje bij zwartgemaakt.

Terug naar huis, er is niets aan de hand want wij voelen ons eigenlijk kerngezond en genieten van werk en leven.

Vervolg 8 mei, 9u30

"Goede morgen dokter en hoe staat het met mijn check-up resultaten?"

Mijn kinderen verwachten dat wegens mijn voorkeur voor boterhammen met "goede" boter, mijn cholesterol angstwekkende hoogten zal bereiken zodat mijn eerste vraag daarnaar gaat. Maar alles is prima in orde.

"Maar, ik maak mij wel wat zorgen over uw PSA", "Hoezo?", "Wel die is een beetje verhoogd, hij ligt op 5,4 ng/mL". Voor een man van 50 jaar zou de PSA beneden of rond de 2,5 ng/mL moeten liggen waardoor het alarmpeil is overschreden. Bovendien had ik hoegenaamd geen problemen met plassen.

Het daaropvolgende touché levert niet echt veel meer op zodat besloten wordt tot twee kleine onderzoeken: een tweede bepaling van PSA en van vrij PSA, en een rectaal ultratonen onderzoek van de prostaat (TRUS). Voor de bepaling van vrij en totaal PSA wordt er onmiddellijk bloed afgenomen en voor de echo wordt een afspraak gemaakt op dinsdag 15 mei om 11 uur.

Alarmfase 1 is afgekondigd, verhoogde waakzaamheid, de huisarts coördineert, de bevolking maakt zich zorgen

Dat was dan de eerste mededeling dat er een probleem was met de prostaat. Hoe breng je dat aan? Een verhoogde PSA is niet meer dan een controlelampje dat aanfloept. De oorzaak kan al een fout zijn in het lampje zelf, maar er zijn heel wat mogelijke oorzaken voor een signaal. Maar de patiënt weet onmiddellijk dat er iets mis is aangezien er onmiddellijk volgende stappen worden ondernomen. Ikzelf had al over PSA en de prostaat gelezen zodat ik redelijk goed de situatie kon relativiseren en vooral het geduld kon opbrengen om op de volgende stappen (resultaten) te wachten zonder in paniek te geraken. Omdat de onderzoeken niet kort na elkaar volgden kreeg ik ook een beetje tijd om de opties naast elkaar te zetten. Aan de ene kant van het spectrum was een valse stijging (door een labofout bijvoorbeeld), aan de andere kant van het spectrum stond prostaatkanker met al zijn gevolgen. In deze periode heb ik slechts weinig gecommuniceerd, enkele goede vrienden en de huisarts waren voldoende, maar met minder was het moeilijk geworden. Je moet de opkomende angst ergens naartoe kunnen ventileren, professioneel en emotioneel. Het is namelijk veel te vroeg om bijvoorbeeld de kinderen in het diagnoseproces te betrekken; indien de oorzaak banaal is, moeten zij zich niet met het uiteinde van het spectrum bezig houden.

Het echo-onderzoek van de prostaat leverde relatief diffuse en onduidelijke resultaten op, er was een vergroting te zien en er was een massa in één van de prostaathelften, maar meer was daar niet uit af te leiden.

De PSA-bepaling in het laboratorium gaf meer informatie: de totale PSA was onveranderd (geen meetfout dus) en de vrije PSA lag op 18,1% te laag naar mijn zin. Als geïnteresseerde had wat opzoekingswerk mij al geleerd dat klinici graag een totaal PSA zien van minstens minder dan 3,5 (in 2001) en een vrije PSA van 25% of meer. Dat waren twee slechte punten voor mij, samen met weinig optimistische resultaten van de echo. Op 18 mei om 19u15 zit ik dan ook bij de huisarts om de nieuwe resultaten te bespreken en om vooral uit te maken wat de volgende stappen zullen zijn. Samen wordt overlegd, de volgende stap wordt een bezoek aan een uroloog en allicht biopsies, met de wetenschap dat je niet gaat shoppen met

je prostaat en mijn eigen voorkeuren kennende, stelt de huisarts voor om naar Leuven te gaan en meerbepaald bij professor Dr. VP. Je hebt maar één prostaat en één leven en in dit geval komen die vroeg of laat op dezelfde schaal te liggen.

Tweede bedrijf, alarmfase 2 wordt afgekondigd, de uroloog coördineert, ik word prostaatpatiënt en de onrust stijgt

Een afspraak organiseren met een prof tijdens de week van Hemelvaart op 22 mei is een mission impossible, maar na één vergeefse poging en het nalaten van een bericht waarop je geen reactie verwacht, viel ik bijna uit mijn stoel bij het telefoontje van de professor in eigen persoon. Na enige uitleg is er snel een afspraak op dinsdag 29 mei en biopsies op woensdag 23 mei, "morgen vroeg, dan heb ik volgende week de resultaten al bij uw bezoek".

Biopsies zijn niet leuk, aan de naald komt geen einde en van de verdoving ging ik bijna van mijn stokje. Niet dat het zoveel pijn deed, velen nemen biopsies zonder verdoving, maar volgens verklaringen van de prof van de biopsies, valt mijn prostaat nogal klein uit waardoor de verdovende vloeistof gemakkelijk in een bloedvat terechtkomt en vandaar in mijn hoofd. Je moet erdoor. Onder begeleiding van ultratone beelden worden een aantal minuscule stukjes uit de prostaat weggeknipt en in genummerde potjes in vloeistof gegooid die dan op weg gaan naar de anatomopatholoog.

Na de biopsies voel je je een tijdje wat vreemd zodat een kop koffie wel deugd doet. Begeleiding kan ook geen kwaad, maar je kan na een korte rustpauze zonder problemen met de auto naar huis. Maar je voelt je ook psychologisch wat minder, biopsies nemen is het overschrijden van een drempel, het wordt ernstig. Toch is het zo, leerde ik later, dat in een vroeg stadium het een wonder is als je van de eerste keer in de onzichtbare tumor prikt en een positieve biopsie naar het labo kan sturen.

Dinsdag 29 mei 9u40 of wat later

In Gasthuisberg zijn er wachtzalen en daar wachten de patiënten geduldig of minder geduldig. Het kan behoorlijk lang duren heb ik mogen ondervinden, maar later heb ik daarbij gedacht dat de prof op dat ogenblik allicht een patiënt die dat nodig had, aan het helpen was. Ik zou ook niet graag hebben moest ik op zo'n moment wachten tot na de consultaties. Mijn naïviteit was eventjes

groot, in de wachtzaal zaten dames en heren. Ik was er even vanuit gegaan dat de patiënten allemaal voor prostaatproblemen zouden verzameld worden op dinsdagvoormiddag. De prof was de prof, een beetje afstandelijk en aanvankelijk niet erg spraakzaam. Hij bestudeerde de reeds beschikbare gegevens, de labo-analyses die ik mee had, het rapport van de Echo en de resultaten van de biopsies. Die waren negatief. Op basis van die resultaten was er eigenlijk niet veel te besluiten; in mijn spectrum viel alleen het foute resultaat weg, al de rest bleef mogelijk, gaande van goedaardige hyperplasie tot kanker. Maar toch, de biopten waren niet helemaal negatief, er waren zogenaamde HG-PIN laesies te zien. HG-PIN staat voor High-grade Prostate Intraepitelial Neoplasm. De prof verklaarde aan de hand van een snel gemaakt schema wat PIN's waren en hoe zij tot een verhoging van mijn PSA konden leiden en dat hun aanwezigheid in feite nog niets wou zeggen. De vergroting en de massa in de prostaat die gezien was bij het echo onderzoek, kwam overeen met mijn leeftijd en was volledig normaal. Op mijn leeftijd kwamen er bij veel mannen PIN laesies voor en die kunnen op termijn ofwel niets doen ofwel slecht evolueren naar een echte tumor. Nu liep er in Leuven een onderzoek naar het effect van selenium en van fytoestrogenen (soja eiwitten in dit geval) op het onder controle houden van de evolutie van PIN laesies naar kwaadaardig. Het was voor mij geen probleem om aan dit onderzoek mee te doen; ik kreeg enkele doosjes met het voedingssupplement en nog enige uitleg. Verder werd er afgesproken om te wachten en na drie maanden een nieuw onderzoek te doen waarbij de PSA terug gemeten zou worden en allicht nieuwe biopsies te nemen waren. Drie maanden om opnieuw een evenwicht te vinden, het leven gaat verder en het werk ook. Het is nog steeds niet duidelijk wat er aan de hand is, maar je moet met het spectrum aan mogelijkheden, waarbij er toch een duidelijke shift is opgetreden naar de minder interessante kant, in het reine komen. Het is ondertussen vakantieperiode en dat betekent veel werk om Focus en de Nomenclatuur klaar te maken, maar er zijn ook conferenties en nog wat feestjes te organiseren, dus echt veel tijd om te piekeren is er niet.

11 september 2001 (9/11)

11 september 2001, tweede afspraak te Leuven om 11u20. In mijn zak heb ik het resultaat al van het bloedonderzoek van de voorgaande week, 8,58 ng/mL totaal PSA en 13,1% vrij PSA, een flinke stijging respectievelijk daling, maar

beide in de verkeerde richting. Ik verwachtte mij nu aan een verder beperken van het spectrum aan mogelijkheden naar de slechte kant. De PSA-resultaten waren niet bemoedigend maar voor professor VP geen reden om het scalpel ter hand te nemen. Hij wou het resultaat zien van de biopsies die dadelijk na de raadpleging genomen werden. Alleen als deze positief zouden zijn kwam er snel opnieuw actie. Een nieuwe afspraak werd alleszins gemaakt voor december, de PSA steeg te snel om niets te doen. De prof zou bellen met de resultaten van de biopsies.

Dit keer had ik meer last van de biopsies, het is niet hetzelfde als bij de tandarts, maar van de ene tot de andere keer kan het ongemak groter of kleiner zijn. Tijdens mijn herstel van deze invasieve ingreep heb ik dan maar een bezoekje gebracht aan één van de professoren om de basis te leggen voor de conferentie voor tien jaar Focus Diagnostica in 2002. Er is nu eenmaal het werk...

Tijdens mijn autorit naar huis vernam ik samen met de rest van de wereld dat in New York het toppunt van terrorisme plaatsgreep, de twin towers werden door vliegtuiginslagen platgelegd, een "statement" van een andere orde.

Enkele dagen later kreeg ik telefoon van professor VP die mij meedeelde dat de biopsies negatief waren teruggekomen. Dus was er voorlopig niets anders te doen dan te wachten en de pilletjes te blijven nemen.

Opnieuw een drietal maanden om terug de draad op te nemen met op de achtergrond toch nog steeds dat ongunstige vooruitzicht. Voor mij was het eigenlijk maar wachten op een voltreffer bij het nemen van de biopsies. Ik ging er in stilte al vanuit dat ik niet lang meer met mijn prostaat zou rondlopen. De stijgende resultaten voor de totale PSA en de gelijktijdige daling van het percentage vrij PSA waren geen gunstige voortekenen.

De mogelijke acties bij een positieve biopsie waren al besproken en het was mij duidelijk dat prostaatkanker op mijn leeftijd met een prostaatectomie zou behandeld worden.

Maar opnieuw werd onze aandacht stevig gegrepen door Focus Diagnostica en door twee conferenties over microbiologie en biochemie, ons werk, the show must go on.

5 december 2001

5 december bloed laten nemen en 11 december terug op consultatie te Leuven.

Opnieuw ken ik mijn PSA op voorhand, mijn lot lijkt wel bezegeld, totaal PSA 20,5 ng/mL en 10,3% vrije PSA beide ongunstige evoluties. Professor VP vindt dit helemaal niet leuk, de voorgaande negatieve biopsies zijn dat ook niet; hij stelt voor opnieuw biopsies te nemen maar bij een negatief resultaat zes maanden te wachten, het blijft, geen positieve biopsies geen verdere acties. Wel vindt hij dat de PSA hevig te keer gaat, de stijging is meer dan verdacht. Zoals voorheen worden de biopsies dezelfde dag nog genomen. Uit de gesprekken en opmerkingen (en de extra potjes) maak ik op dat zij iets hebben gezien waarvan zij wel een stukje meer willen meenemen om te onderzoeken. Zoals voorheen zal VP mij zelf opbellen met de resultaten.

Het telefoontje

Dat telefoontje komt ook, maandag 17 december om 20 uur op mijn GSM tijdens een wandeling. Mits mij eventjes te verwijderen, krijg ik te horen dat de biopsies positief zijn, Gleasonscore zes, maar, het was niet in het gedeelte waar men iets gezien had maar aan de andere kant. Zo zie je maar.

Derde bedrijf, fase 3 wordt afgekondigd, de chirurg coördineert, ik heb prostaatcancer, de onrust bereikt zijn voorlopig hoogtepunt

Actie nu. Aangezien wij het er al over gehad hadden wat er zou gebeuren bij een positieve biopsie, werden er enkele preoperatieve onderzoeken voorzien. Op 21 december mocht ik mij dan aanbieden te Hasselt voor een botscan waarbij ik de verplichte wachttijd slecht ingeschat had, zodat ik bijna te laat was om de puntenkaart van mijn dochter af te halen, iets dat ik tot dan nog bijna nooit gemist had. Gevolg was dat ik na het bezoek aan de klastitularis mijn jongste dochter als eerste bij een choco en een koffie heb uitgelegd wat er te gebeuren stond. Ik heb nuchtere kinderen die ook lichaamstaal lezen, en dus vragen "En kan het genezen worden?" "Ja", "Ga er dan voor". Mijn kinderen hebben mij zonder veel plichtplegingen gesteund.

24 december; einde van het eerste jaar van de kanker

24 december 2001, het einde van het eerste jaar van de kanker. Nog vlug een CT-scan van het kleine bekken. Maar eerst vier grote potten met een vies smakende vloeistof opdrinken en dan

oneindig lang stilliggen met een blaas die op springen staat. Naast mij zaten andere personen evengrote en even vieze potten uit te drinken; het leek erop dat het volume water niet in verhouding stond met het volume mens, anders mocht het voor mij wat minder zijn.

Donderdag 27 december

Donderdag 27 december, 8u15, op consultatie bij professor VP. De resultaten kennen wij al en wat er gaat komen ook. Er is nog tijd voor uitleg, maar ik heb de voorbije maanden al zoveel gelezen en herlezen over de prostaat en de ingrepen, dat ik eigenlijk nog weinig vragen over heb. Er volgen nog wat preoperatieve vragen waarbij blijkt dat mijn vroegere kijkbuisoperatie van een liesbreuk misschien een probleem kan opleveren. Het cardiogram is routine en het gesprek met de anesthesist ook; het is een specialist in opleiding die mij goed uitlegt dat ik na de operatie een pijnpomp zal krijgen waarvoor ik wel moet bijbetalen wegens niet terugbetaald. Ik zal die zelf kunnen bedienen om kleine pulsen van vloeistof epiduraal te injecteren. En een datum, "Tweede helft van januari...", "Is er niets vroeger te krijgen?", "Ja, 2 januari als eerste, maar wil je op 1 januari al binnenkomen?", "Neem maar 2 januari."

De laatste dag van het jaar 2001, feest met de vrienden, en als kok van het hoofdgerecht heb ik effectief wel wat om handen. Er komt een flinke club tafelen en ze zijn het goed gewoon, iedereen heeft een onderdeel van de maaltijd bij en het wordt weer prima. De sfeer is niet gedrukt al weet iedereen dat ik de volgende dag afreis naar Leuven.

Het tweede jaar van de kanker, 1 januari 2002

Het tweede jaar van de kanker, 1 januari 2002. Mijn twee zonen brengen mij naar Leuven en laten mij achter op mijn kamer waar de voorbereidingen zullen verder gezet worden.

De darmen moeten grondig leeg en daarvoor wordt een oud middeltje (vooral maagzout of magnesiumsulfaat) gebruikt, het smaakt heel vies (voor mij dan toch) en het verwondert me dat het niet aan de verkeerde kant werkt. Twee flesjes moeten opgebruikt worden. Het is echt geen alternatief voor een nieuwjaarsreceptie.

Het operatieveld en de wijde omtrek wordt van elke beharing verlost met de gekende droogscheertechniek.

Er komt nog een bezoek van de anesthesieafdeling. Bij het gesprek heb ik deze keer goed laten aanvoelen dat ik echt slecht tegen anesthesie kan en tot meer dan een dag daarna heel misselijk ben, hetgeen niet bevorderlijk is voor de operatiewonde. Mij wordt gevraagd of ik misschien akkoord zou gaan met een operatie onder epidurale verdoving? Die zou worden toegediend doorheen hetzelfde slangetje dat toch wordt aangebracht voor de pijnpomp. Verder wordt er een slaapmiddel gegeven zodat je niet wakker hoeft te liggen tijdens de ingreep. Voor mij is het een hele opluchting, mijn herinneringen aan vroegere (kleine) ingrepen zijn nooit goed geweest. De slaap wil niet komen, je zou voor minder, zodat ik om 24 uur voor de eerste keer een slaapmiddel heb gevraagd; het werkt meteen.

Woensdag 2 januari 2002, 5u45

Woensdag 2 januari 2002, 5u45, "Goede morgen", tijd om nog even te scheren en een douche te nemen. Je weet nooit wanneer dat nog eens kan. Terug te bed met de typische operatiekleding, een pilletje om kalm te zijn, maar dat ben ik al en op pad langs ongekende gangen naar de operatieafdeling waar ik mij niets van herinner. Ter plaatse word ik rechtgezet en verwittigd dat het even pijn kan doen, het inbrengen van de katheter, maar ik voel niets en weet verder ook niets.

Mijn volgende herinnering is in de vooravond op mijn kamer waar ik professor VP terug zie. Er is iets misgelopen; de prostaat is echt slecht geplaatst, diep en tussen allemaal belangrijke andere organen. Wegens die vroegere kijkbuisoperatie was een en ander een beetje aan elkaar gekleefd. De prostaat zelf was verkleefd met de endeldarm en deze is tijdens de ingreep gescheurd. Uiteraard is de scheur vakkundig gehecht maar er zijn risico's ontstaan die extra maatregelen vergen.

Eén daarvan staat mij echt niet aan maar heb je een keuze? Een maagsonde inslikken terwijl je niet mag drinken, er zijn leuker dingen. Bovendien staan er de eerstvolgende dagen geen eten en geen drinken op het programma, er mag absoluut niets of zo weinig mogelijk naar de darm.

Het tweede is een permanente controle, dag en nacht, van mijn temperatuur en een permanente reeks van kleine infusen die bij de grote gehangen worden en die antibiotica laten indruppelen. Het risico op infectie is reëel, gelukkig was mijn darm leeg of toch bijna.

De pijnpomp hebben we uiteindelijk niet

gebruikt, er is -de facto- een permanente lage stroom pijnstillers, maar ook die heb ik laten lager zetten, ik voelde mij niet echt helder. Dat wil zeggen dat ik geen pijn noch last gehad heb van de operatiewonde wat me gezien de omvang ervan erg verwonderde.

Zaterdag, een groot moment, de maagsonde mag weg. Niet leuk als oefening, de verpleegkundigen hebben niet graag met maagsondes te doen, het hindert de patiënten te zeer. Maar de opluchting dat die maagsonde weg is, is enorm. Je kan terug een beetje bewegen, wel op bed want de pijnpomp is aan het bed bevestigd.

Zondag. Bij één van de grote manoeuvres bij de verzorging breekt de pijnpomp (het slangetje) af. Lichte paniek want ik zou kunnen pijn krijgen. Maar kalmt alom, pomp weg, er zal een klassieke pijnstiller komen, want ondertussen mag ik al een beetje drinken en een half beschuitje eten. Pijnstillers heb ik niet nodig gehad en honger had ik ook al niet. Al zullen mijn bezoekers wel meewarig gekeken hebben. Zelf kon ik niet bij de spiegel, maar ik was op die luttele dagen wel bijna 20% van mijn gewicht verloren, en dat was al niet veel, en bovendien is zo'n aangroeiende baard niet echt flatterend (al vonden mijn kinderen het wel heel cool). Ik voelde mij eigenlijk heel goed, de bevrijding van de maagsonde was een duidelijke breuk in het genezingsproces, het ging steil bergop.

De verdere recuperatie verliep vlot, elke dag wat beweeglijker, een beetje wandelen met de sacoché (opvangzak voor de blaassonde met handvat) en verder bezoek ontvangen, lezen en TV kijken met de zapper in mijn eigen handen (onmogelijk in het thuismilieu).

Donderdag 10 januari. Alles gaat goed, ik mag in de namiddag naar huis met de sacoché en nog een wandelsysteem, want de blaassonde moet nog blijven zitten, de inwendige wonde is nog niet genezen. Al wou ik als een "man" het ziekenhuis uitwandelen, dwingende handen duwden mij in een van die beschikbare rolstoelen waarna ik op volautomaat tot genoeg van de duwer tot in de hal gerold werd, een vreemde gebeurtenis, maar de afstanden zijn toch wel groot.

Thuis is het verder gekomen, er kunnen al kleine afstanden gewandeld worden en aangezien ik mij goed voel en het kantoor naast de deur is, doe ik al een beetje werk; een tijdschrift uitgeven vergt regelmaat en discipline.

Woensdag 16 januari. Terug naar Leuven om

de blaassonde te laten verwijderen. Na een controle radiografie om te verifiëren dat de urineleider “waterdicht” tegen de blaas is aangegroeid, wordt de blaassonde weggenomen. Het gaat heel vlot zonder pijn, een vroegere ervaring was minder goed. Maar, nu staan de waterwegen open, twee weken lang hebben de sluitspieren zich te pletter moeten drukken tegen een sonde waardoor ze nu moe zijn en (meestal) niet volledig sluiten. Resultaat, incontinentie tot op zekere hoogte. Het loopt er vrijwel permanent uit. Maar ik krijg goede uitleg en materiaal, alles moet gemeten en gewogen worden omdat de resultaten van de eerste 24 uur een indicatie geven van de duur van de incontinentie.

Dezelfde dag komt ook de kinesiste langs om de belangrijke oefeningen van de bekkenbodemspieren, die op termijn de incontinentie de baas moeten kunnen, aan te leren. Die oefeningen zullen daarna verder gezet moeten worden met een lokale kinesiste die weet hoe het moet. Bovendien worden deze oefeningen later aangevuld met elektrische stimulaties van de bekkenbodemspieren door middel van een anale sonde. Het is niet aangenaam maar het werkt, de incontinentie neemt snel af tot beheersbare proporties al duurt het uiteindelijk een zestal maanden tot ik “droog” ben.

Vierde bedrijf, fase 3 is voorbij, de uroloog coördineert samen met de huisarts, de waakzaamheid blijft verhoogd

Na de 17e januari gaat de genezing met rassé schreden vooruit, er wordt alweer rustig gewerkt. Ook met goede zorgen kan er iets mislopen, en ik ben zeker goed verzorgd. Op alle niveaus, ook op de drukke verpleegafdeling was de zorg heel individueel en voor mij optimaal. Ik had de indruk (zoals vele andere patiënten) dat ik speciale aandacht kreeg. Die eerste dagen heb ik trouwens mijn bed -laat staan mijn kamer- niet kunnen verlaten.

Op zaterdag 2 februari blijkt de operatiewonde geïnfecteerd te zijn zodat er antibiotica genomen moeten worden. Bij een bezoek aan de huisarts op 8 februari blijkt dat de wondinfectie gevaarlijk diep zit en dat er dagelijks twee keer een verpleger moet langskomen om de wonde deskundig te verzorgen en te ontsmetten. Alzo geschiedde en de wonde geneest langzaam. Op 22 februari zijn wij in zoverre hersteld dat wij al een publiek optreden (nascholing artsen Gent) op ons kunnen nemen. Voor de kleine zelfstandige

geen drie maanden ziekteverlof. Ik zou mij allicht toch “dood”vervelen.

Niettegenstaande mijn prostaatproblematiek “geregeld” is in minder dan twee uur op 2 januari, en het genezingsproces daarna enkele maanden heeft gevegd, zijn daarmee de gevolgen van prostaatkanker niet voorbij. VP heeft in verband met de ingreep vanaf het begin gesteld dat de bedoeling bij een zo jonge patiënt “genezen” is.

In mijn “geval” was de radicale prostatectomie de enige logische optie. Het is evenwel gevaarlijk diverse patiënten met elkaar te vergelijken. Uit deze hele episode en uit contacten met andere prostaatkankerpatiënten heb ik geleerd dat geen twee kankers noch prostaten gelijk zijn. Dat maakt dat het moeilijk wordt om “ervaringen” uit te wisselen. Je moet al behoorlijk goed thuis zijn in de problematiek om de relativiteit te laten gelden.

Alleen de clinicus uroloog die over alle gegevens en over een rijke ervaring beschikt, kan echt beslissen en uitleggen wat voor een gegeven patiënt aangewezen is. Daarbij spelen heel wat factoren een rol. Eén daarvan is de leeftijd, vanaf een bepaalde leeftijd zal men zeer terughoudend worden om nog te opereren, veel patiënten sterven met maar niet aan prostaatkanker. Prostaatkanker evolueert ook meestal traag zodat vanaf een bepaalde leeftijd de uroloog kan opteren om maar te wachten en geduldig op te volgen, of om een vertragende therapie te starten.

Bij jonge patiënten blijft de situatie evenwel redelijk radicaal, geen enkele traag groeiende tumor gevonden bij een vijftigjarige blijft in het verder verloop van zijn leven onschuldig. Opereren blijft één van de opties.





"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