

PROSTAATinfo

Nieuwsbrief van Wij Ook Belgium vzw

December 2013

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

Versijnt
Driemaandelijks
Dec-jan-feb 13-14
P910655



**Onze Europese patiëntendag Antwerpen (p-5 ev)
Nieuwe voorzitters (p-3, 10, 20)**

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

Marco Laenens

Voorzitter OCA vzw

Het OCMW houdt eraan dicht bij de patiënt te staan. Reeds in de jaren '70 werd een patiëntengroep Stoma Ilco gesticht in het kader van de dienst urologie AZ Middelheim. Vlug gevolgd door Naboram vzw die onlangs hun 35ste verjaardag vierden.

De opening van de Integrale KankerStichting Antwerpen, IKSA, in samenwerking met alle ziekenhuizen van de regio in 1984, werd al in 1985 gevolgd door de opening van het Voorlichtingscentrum Gezondheid OCMW Antwerpen. In dit kader werd het Oncologisch Centrum AZM opgericht dat onmiddellijk erkend werd en opgenomen in de Europese Organisatie van Kankerinstellingen (OEIC). Spijtig genoeg blijkt samenwerking op medisch vlak een moeilijke klus. Allianties en afspraken komen en gaan, en zowel het IKSA als het AKIO stierven een stille dood.

In die atmosfeer vroeg de heer H. Cools, burgemeester van de stad, een Oncologisch Centrum Antwerpen op te richten waar iedereen welkom was. Zo zij het.

In 1997 opgericht, werd het OCA vzw en het Voorlichtingscentrum Gezondheid samengebracht in het OCA-huis op de campus St. Elisabeth. In de geborgenheid van dit patiëntenhuis is iedereen welkom. In de algemene vergadering, gedragen door het OCMW Antwerpen, zetelen afgevaardigden van alle hospitaalgroepen, Naboram vzw, Recht op Waardig Sterven vzw, Werkgroep Hersentumoren, Narcotics Anonymous en Wij Ook België vzw.

Het enthousiasme leidde tot de studie "DEBRIC", onder leiding van Prof. P. De Deyne, die een overzicht bracht rond dementie bij de derde leeftijd in de middenstad.

De kracht aan de samenwerking bleek toen Vlaanderen de subsidiekraan dichtdraaide voor een Europees project "Vroegopsporing Prostaatziekten" in 1998. De provincie, stad en het OCMW Antwerpen gaven de nodige financiële steun, en nogmaals in 2009, om het project in leven te houden. De resultaten van 10.000 Antwerpse deelnemers worden nu opgevolgd in het Provinciaal Instituut voor Hygiëne in samenwerking met de Nationale Kankerregister.

De prioriteiten bestaan uit dienst aan de Antwerpse bevolking met nadruk op senioren, economische zwakken en kinderen; samenwerking tussen alle actieve krachten voor gezondheid en tegen kanker, het betrekken van de huisartsen bij alle initiatieven en tenslotte kwaliteitscontrole op alle activiteiten.

Professor L. Denis werd als eerste directeur benoemd op basis van zijn expertise als voorzitter van de Vlaamse Adviescommissie tegen Kanker (VACK) van 1983-1997, stichter VLK, voorzitter Europese Organisatie voor Research on Cancer (EORTC) 1981-1983, schatbewaarder Internationale Unie tegen Kanker (UICC) 1998-2006, en projectleider van enkele Europese initiatieven. Onze verwachtingen werden bevestigd door een serie internationale congressen te Antwerpen rond preventie, kanker, educatie, borstkanker en patiënten als partners. In deze periode werden hij en zijn team ontvangen op het stadhuis in 1982, 1993, 1998 en 2002 voor allerlei congresprijsen.

Nu, na 55 jaar diensten aan het OCMW (1958-2013) wilt hij het wat rustiger aan doen wegens gezondheidsproblemen. Het is hem gegund.

Vervolg pagina 12

Inhoud van dit nummer

- 3 Het eerste woord van de nieuwe OCA-voorzitter Marco Laenens
- 5 Informeren, maatwerk voor elke patiënt Dirk Schrijvers
- 6 De keuze maken: een beslissingshulp voor vroegtijdige opsporing van prostaatkanker Chantal Van Audenhove
- 8 Beslissingshulp behandeling gelokaliseerde prostaatkanker Charles Van Praet, K. Decaestecker, N. Lumen
- 11 Informed Consent in de urologie Bart De Troyer
- 13 CRPC: nieuwe behandelingen Hein Van Poppel

- 15 RALP - waar staan we vandaag Marc Claessens
- 17 Kort (Brigitte Dourcy-Belle-Rose)
- 18 In de schaduw van Kos (Louis Denis)
- 20 Boekbespreking (Luc Decroos)
- 21 Een succesvolle infovergadering van WIJ OOK afdeling Mechelen (J. Humbel & B. Mortelmans)
- 22 60+ op ontdekkingstocht 22 september 2013



Omslagfoto

vlr: Dr. Luc Dewilde (Directeur OCA), André Deschamps (Voorzitter Wij Ook vzw), Marco Laenens (OCMW raadslid Voorzitter OCA).

Hoofredacteur/editor

Erik Briers [erikbriers@telenet.be]

Redactievoorzitter

Henk Van daele

Redactieleden

Rik Cuypers (Webmaster)

Luc Decroos

Louis Denis

André Deschamps

Luc Dewilde (Directeur OCA vzw)

Brigitte Dourcy-Belle-Rose

Jan Humblet

Bruno Mortelmans

Willy Walschaert (Feel+)

Redactiesecretariaat

Abonnementen

Anja Vancauwenbergh [info@wijook.be]

Drukkerij

Leën Offset Druk

Sasstraat 4 - 3500 Hasselt

Wij Ook Belgium vzw US TOO Belgium

Voorzitter

André Deschamps

Directeur

Louis Denis

Secretaris

Brigitte Dourcy-Belle-Rose

Schatbewaarder

Marcel Peeters

Afdelingen

Wij Ook Antwerpen

Rik Cuypers [03/457.70.43]

[henry.cuypers@skynet.be]

Wij Ook Oost

(Limburg & Vlaams-Brabant)

Erik Briers [011/91.43.54]

Dinsdag en donderdag 19u-21u

[erikbriers@telenet.be]

Wij Ook West

(Oost- en West-Vlaanderen)

Luc Decroos [051/20.19.03]

[luc.decroos@telenet.be]

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 December 2013

© 2013 Alle rechten voorbehouden

Verantwoordelijke uitgever

Luc Dewilde - Antwerpen

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

PROSTAATinfo

Nieuwsbrief van Wij Ook Belgium

Oplage 4.000 ex.

ISSN: 1782-0847

Prijs per nummer 5 euro

Inbegrepen in het lidgeld



Inleiding “Informeren, maatwerk voor elke patiënt”

Dr. Lucien Hoekx

Medisch coördinator urologische oncologie, UZ Antwerpen



Bij de diagnose en de latere behandeling van prostaatkanker heeft de patiënt en zijn familie nood aan veel informatie. De informatie moet inhoudelijk correct zijn en moet gebaseerd zijn op de laatste wetenschappelijke en klinische inzichten voor wat betreft prostaatkanker. De patiënt en ook zijn omgeving zullen vaak ook een eigen mening en verwachtingen hebben, zo zal de voorkeur van de patiënt niet altijd overeenkomen met wat oncologisch gezien de meest efficiënte behandeling is. Als arts moeten we vermijden om steeds ons idee gebaseerd op wetenschappelijke studies aan de patiënt proberen op te dringen.

In principe worden alle patiënten besproken tijdens een multidisciplinair oncologisch consult (MOC) waar zowel de uroloog, een medisch oncoloog, een radiotherapeut en vaak ook nog een arts van de medische beeldvorming en de dienst anatomopathologie aanwezig is. De huisarts van de patiënt is ook welkom, maar de patiënt zelf is hier niet aanwezig. "No decision about me, without me" is één van de slogans die we vaak horen vanuit patiëntenorganisaties. Het is dan ook niet te verwonderen dat wanneer het resultaat van de MOC aan de patiënt wordt meegedeeld, de patiënt regelmatig een heel ander idee heeft in verband met zijn verdere behandeling. Als arts moet je hier zoveel mogelijk rekening mee houden, maar soms moet je de patiënt toch trachten te sturen naar andere inzichten en keuzes. Wanneer de arts de patiënt altijd naar de mond spreekt, leidt dit meestal naar een betere patiënttevredenheid zoals deze tegenwoordig in de meeste ziekenhuizen regelmatig wordt gemeten. Uit de literatuur blijkt echter dat ziekenhuizen met de hoogste patiënttevredenheid, vaak ook de hogere sterftecijfers hebben voor bepaalde aandoeningen. Op het moment van de consultatie bij de arts dient er daarom een interactie te gebeuren tussen de verschillende actoren (arts(en), patiënt, omgeving van de patiënt) om uiteindelijk tot een optimale zorg te komen.

Tegenwoordig krijgen de studenten geneeskunde vanaf hun eerste jaar

communicatietraining omdat dit in de moderne geneeskunde als zeer belangrijk wordt ervaren. Voor de artsen die al langer zijn afgestudeerd worden er regelmatig bijscholingen georganiseerd omdat deze artsen tijdens hun studentenjaren weinig of geen communicatietrainingen hebben gehad. Er gebeurt ook steeds vaker onderzoek

"No decision about me, without me"

It's one of the latest political catchphrases in relation to the health service, and describes a vision of healthcare where the patient is – if not an equal partner – then certainly an active participant in treatment decisions

The Guardian

over de communicatie tijdens het consultvoeren. Zie in dit verband ook de campagne "Hoe verliep uw slechtnieuwsgesprek?" van de Vlaamse Liga tegen Kanker (VLK). Ook is gebleken dat er niet alleen nut te halen valt door het opleiden van de artsen, maar ook de patiënten goed voorbereiden op het consult leidt tot een betere en efficiëntere communicatie tijdens het slecht nieuws gesprek.

Andere initiatieven kunnen ook nog zeer nuttig zijn bij het informeren van onze patiënten en hen te helpen bij de vaak erg moeilijke beslissingen: patiëntenverenigingen (Wij Ook vzw, ProstaatKankerStichting, ...), gespecialiseerde verpleegkundigen (prostaatverpleegkundigen, oncologische trajectbegeleiders, ...), psychologen, enz. Een infodag als deze kan de patiënten zeker ook helpen om aan objectieve informatie te komen over prostaatkanker en om een constructieve discussie te kunnen aangaan met artsen, verpleegkundigen, lotgenoten, enz.



De keuze maken: een beslissingshulp voor vroegtijdige opsporing van prostaatkanker

Prof. Chantal Van Audenhove – Directeur LUCAS KU Leuven

Vroegtijdige opsporing van prostaatkanker: een waardegevoelige keuze

Prostaatkanker is de meest voorkomende vorm van kanker bij mannen. Elk jaar wordt deze aandoening in België bij ongeveer 9.000 mannen vastgesteld en ongeveer 15 % van hen zal er aan sterven. Ondanks de hoge incidentie is het uitvoeren van tests voor vroegtijdige opsporing van prostaatkanker omstreden. De kans op een succesvolle behandeling is weliswaar groter indien een agressieve vorm van prostaatkanker in een vroeg stadium kan vastgesteld worden, maar het onderscheid tussen agressieve en minder agressieve vormen van kanker kunnen we niet altijd met zekerheid maken en als meer mannen zich vroegtijdig laten testen, wordt ook de kans op onnodige behandeling groter. Het is vandaag dan ook niet mogelijk om op grond van wetenschappelijke kennis een voorspelling te maken over de baten van vroegtijdige opsporing van prostaatkanker op het niveau van de individuele man. Deze onzekerheid heeft er onder andere mee te maken dat prostaatkanker in vele gevallen niet dodelijk is of zelfs geen ernstige gevolgen heeft. Bovendien kunnen de diagnose en behandeling van prostaatkanker belangrijke neveneffecten met zich meebrengen en hebben de tests voor vroegtijdige opsporing van deze aandoening belangrijke beperkingen op vlak van specificiteit en sensitiviteit. Desalniettemin worden tests voor vroegtijdige opsporing van prostaatkanker zeer frequent en steeds vaker uitgevoerd. Zo werden in 2009 in België anderhalf miljoen mannen getest voor prostaatkanker met de PSA-test, een toename met 76% sinds 2000.

Beslissingen zoals deze over vroegtijdige opsporing van prostaatkanker, waarbij er sprake is van onzekerheid over voor- of nadelen van opties en waarbij wat de beste keuze is afhankelijk is van persoonlijke waarden, duidt men aan met de term “voorkeursgevoelige beslissingen”. De voorkeur van de persoon die de keuze maakt zal

dan immers bepalend zijn voor de finale beslissing. Bij dit soort beslissingen is het belangrijk dat de eindkeuze aansluit bij de waarden en opvattingen van de man die voor de keuze staat en dat hij de nodige kennis en capaciteiten heeft om een hoofdrol in het beslissingsproces te spelen. Dit is slechts mogelijk indien hij beschikt over de nodige informatie over de voor- en nadelen van verschillende opties. Het gebruik van informatieve en beslissingsondersteunende instrumenten zoals beslissingshulpen kan hierbij helpen.



Beslissingshulpen in het informatietijdperk

Cochrane review *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions* (Stacey et al., 2011)

‘[...] Interventies die tot doel hebben patiënten te helpen bij specifieke en doelgerichte keuzes tussen behandelingsalternatieven door hen informatie te geven over de keuzemogelijkheden en over de therapieresultaten die relevant zijn voor de gezondheidstoestand van de patiënt in kwestie.’



Beslissingshulpen in het informatietijdperk

Maatschappelijke evoluties

We zien dat de laatste jaren een aantal maatschappelijke evoluties zich vertalen in evoluties in de zorg. Zo zien we dat patiënten steeds mondiger worden en meer en meer actief willen participeren in medische besluitvorming. Ook zien we in dat het belangrijk is om modellen zoals gedeelde besluitvorming na te streven. Bovendien worden, door de medische vooruitgang, steeds meer medische beslissingen complexe beslissingen. Deze complexe of

voorkeursgevoelige beslissingen zijn situaties waarbij wat de beste keuze is voor de patiënt afhangt van wat die patiënt belangrijk vindt. Het zijn situaties waarin we moeilijk een keuze kunnen maken voor iemand anders. Een voorbeeld van zo'n beslissing is, zoals eerder aangehaald, de keuze over vroegtijdige opsporing van prostaatkanker.

Ook leven we in een wereld waar preventie een erg belangrijke rol speelt. Beslissingen over preventie zijn dikwijls moeilijk omdat we enerzijds de neiging hebben om ervan overtuigd te zijn dat preventieve handelingen altijd goed zijn, maar anderzijds bij elke preventieve handeling ook te maken hebben met gezonde mannen die op dit moment helemaal geen klachten hebben.

Die factoren maken dat er momenteel een grote nood is aan patiëntgerichte en wetenschappelijk onderbouwde informatie – de informatie die we kunnen verschaffen in beslissingshulpen.

Een model van besluitvorming dat in deze context steeds belangrijker wordt, is gedeelde besluitvorming: het proces waarbij arts en patiënt gezamenlijk tot een keuze komen. Ze delen informatie en maken samen de beslissing. Een proces van gedeelde besluitvorming in de klinische praktijk wordt vaak onderverdeeld in drie delen of gesprekken: de “choice talk”, de “option talk” en de “decision talk”. Deze drie stappen zijn niet altijd even makkelijk, maar beslissingshulpen kunnen dit proces ondersteunen.

Effecten van beslissingshulpen

Deze instrumenten worden ontwikkeld om personen te helpen bij het maken van specifieke keuzes en voorzien minstens in informatie over de verschillende opties en hun gevolgen. Ook helpen ze de persoon om in te zien wat voor hem echt belangrijk is.

Onderzoek toont aan dat het gebruik van beslissingshulpen positieve effecten heeft op een aantal belangrijke parameters van besluitvorming, zoals kennis relevant voor de keuze in kwestie, overeenkomst tussen waarden en gekozen optie en participatie van patiënten in het beslissingsproces. Beslissingshulpen leiden ertoe dat patiënten geïnformeerde keuzes maken, dat ze een duidelijker en meer realistisch beeld hebben over de mogelijke voor- en nadelen van een bepaalde medische opties, dat de keuzes die ze maken meer overeenkomen met wat ze echt belangrijk vinden en dat patiënten dit alles meer samen met hun arts bereiken, in communicatie.

Beslissingshulpen kunnen op die manier gedeelde besluitvorming bevorderen.

Bovendien kunnen beslissingshulpen ervoor zorgen dat gedeelde besluitvorming op een tijdsefficiënte manier gebeurt en weten we dat bij een goed gebruik van beslissingshulpen patiënten meer tevreden zijn over de beslissingen die ze maken en over hoe die beslissingen tot stand komen. Beslissingshulpen bieden een belangrijke ondersteuning bij de rol van de huisarts als informatieverstrekker.

Op deze manier kunnen deze instrumenten een positieve bijdrage leveren tot het proces waarbij arts en patiënt samen tot een keuze komen.

Verskillende soorten beslissingshulpen

Er is een grote verscheidenheid aan beslissingshulpen. Ze worden ingezet bij een verscheidenheid aan keuzes over therapie of vroegtijdige opsporing, kunnen verscheidene elementen wel of niet omvatten en kunnen een verscheidenheid aan vormen aannemen. Zo omvatten sommige beslissingshulpen een waarden-verhelderende oefening, omvatten andere beslissingshulpen getuigenissen van mannen en zijn er zelfs interactieve websites waarbij de gebruiker bijvoorbeeld actief aanduidt welke informatie hij of zij belangrijk vindt.

Er zijn beslissingshulpen in de vorm van boekjes, er zijn er ook in de vorm van een website en sommige beslissingshulpen zijn zelfs interactieve filmpjes. Bepaalde beslissingshulpen geven alle behandelingsopties weer, andere bespreken in detail één behandelingsoptie. Er zijn beslissingshulpen die specifiek gericht zijn op vrouwen, zoals beslissingshulpen over behandeling van borstkanker, of op mannen. Er zijn lange beslissingshulpen en korte beslissingshulpen – bijvoorbeeld de “option grids”, erg korte beslissingshulpen voor gebruik tijdens consultatie.

Er bestaan internationaal al een aantal beslissingshulpen voor vroegtijdige opsporing van prostaatkanker. Dit zijn beslissingshulpen waar wij ons bij de ontwikkeling van onze beslissingshulp op gebaseerd hebben. Deze beslissingshulpen komen voor als boekjes, maar ook als websites. De meeste beslissingshulpen worden ontwikkeld in Groot Brittannië of Amerika, maar ook bijvoorbeeld in Nederland, werden er reeds heel wat beslissingshulpen ontwikkeld. U kunt ze daar centraal terugvinden op www.kiesbeter.nl.

De beslissingshulp voor vroegtijdige opsporing van prostaatkanker

In navolging van deze eerste beslissingshulp, ontwikkelt LUCAS KU Leuven momenteel in opdracht van de VLK een beslissingshulp voor vroegtijdige opsporing van prostaatkanker. Deze beslissingshulp wordt – in overeenstemming met internationale kwaliteitscriteria – ontwikkeld in een iteratieve of herhalende procedure. Hierbij worden achtereenvolgens verschillende werkversies ontwikkeld en geëvalueerd. Verscheidene experts kregen hierbij de kans om de beslissingshulp te evalueren. Zo speelden ook prostaatkankerpatiënten een belangrijke rol bij de ontwikkeling van de beslissingshulp. De ontwikkelingsfase wordt momenteel afgerond met een pilotstudie waarbij beslissingshulp voor de eerste keer in de praktijk getest wordt.

De beslissingshulp bestaat als boekje en als website en omvat informatie over de verschillende aspecten van de keuze over vroegtijdige opsporing van prostaatkanker: informatie over de prostaat, prostaatkanker en vroegtijdige opsporing wordt gevolgd door specifieke informatie over wat een man kan verwachten bij de tests en door complexere informatie over de factoren die de keuze over vroegtijdige opsporing van prostaatkanker zo moeilijk maken (o.a. over mortaliteit, morbiditeit en overbehandeling). Hiernaast omvat de beslissingshulp beslissingsondersteunende elementen zoals een

De piloottest: verloop



waarden-verhelderende oefening en extra's zoals een woordenboek, informatie bij de gebruikte cijfers en adviezen van organisaties zoals Domus Medica en de Belgische Vereniging van Urologen.

De website is opgebouwd in een gelaagde structuur, waarbij mannen vanaf de eerste pagina's – met meer algemene of eenvoudige informatie – kunnen doorklikken naar meer complexe informatie op diepere lagen. Op deze manier bieden we geïnteresseerde gebruikers de mogelijkheid om zich volledig te informeren over vroegtijdige opsporing van prostaatkanker, maar geven we mannen die wat minder informatie wensen ook de kans om enkel de bovenste laag van de website te bekijken. Tijdens de presentatie kunt u vernemen hoe we de beslissingshulp op dit moment gebruiken.

Beslissingshulp behandeling voor gelokaliseerde prostaatkanker

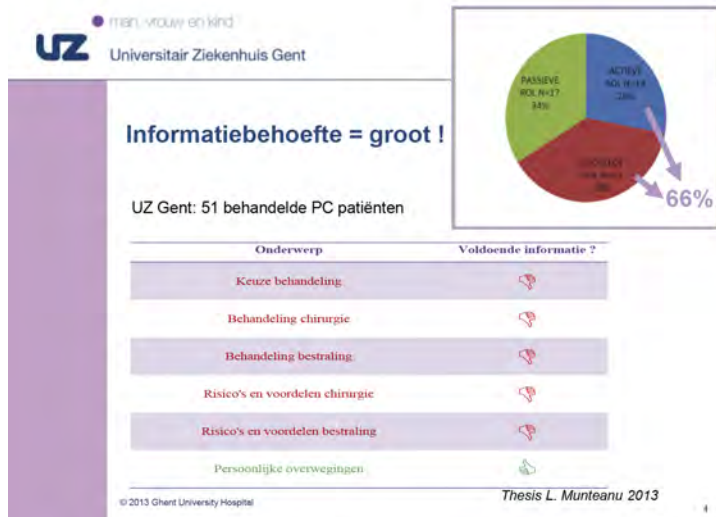
Dr. Charles Van Praet, Dr. Karel Decaestecker, Prof. Dr. Nicolaas Lumen
Dienst Urologie, UZ Gent

Patiënten met gelokaliseerd prostaatkanker komen in aanmerking voor verschillende behandelingen. Het meedelen van de diagnose gaat dan ook vaak gepaard met een stortvloed aan informatie, o.a. over de uitgebreidheid en agressiviteit van de tumor, het praktisch verloop van verschillende behandelingen en de mogelijke bijwerkingen. Op het eind van de raadpleging, vol hevige emoties en nieuwe informatie, wordt de patiënt gevraagd om een beslissing te nemen die de rest van zijn leven kan bepalen. Niet eenvoudig.

In de laatste decennia heeft de oude paternalistische arts-patiënt relatie plaats gemaakt voor een meer dynamische wisselwerking, welke belangrijk is in het beslissingsproces voor de behandeling van gelokaliseerd prostaatkanker. Concreet betekent dit dat patiënten zich niet langer passief opstellen (de dokter weet het best), maar de meerderheid wenst zelf of in samenspraak met de arts een geïnformeerde beslissing te maken. Verschillende



studies tonen echter aan dat patiënten vaak niet over voldoende kennis beschikken omtrent de mogelijke behandelingen. Wij ondervroegen in ons centrum 51 prostaatkankerpatiënten na hun behandeling: de meerderheid gaf aan meer informatie te wensen omtrent de behandeling en bijwerkingen van chirurgie en radiotherapie. Dit is belangrijk, aangezien 66% van hen aangaf actief te willen deelnemen in het beslissingsproces.

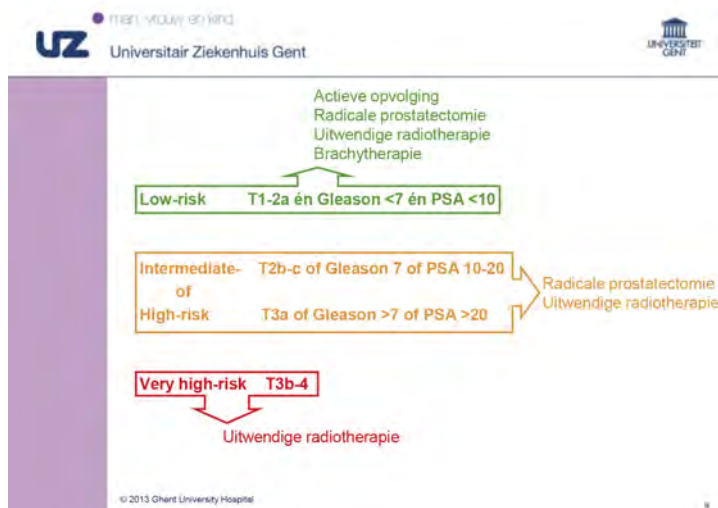


Wanneer de diagnose van prostaatkanker wordt gesteld, is de eerste vraag vaak “En wat gaan we daaraan doen?”. De correcte vraag hoort eigenlijk te zijn: “Moeten we daar iets aan doen?”

Gaat het om een kleine laag-risico tumor, dan is **actieve opvolging** een optie. Hierbij wordt regelmatig de prostaat-specifiek antigeen (PSA) waarde in het bloed gecontroleerd en zo nodig een nieuwe prostaatbiopsie uitgevoerd. Wanneer de tumor meer agressief wordt, kan op dat moment nog altijd overgegaan worden tot actieve behandeling. De kans op genezing komt hiermee niet in het gedrang. Op deze manier kan bij 70% van deze patiënten een actieve behandeling vermeden worden.

Wanneer wel gekozen wordt voor actieve behandeling zijn de “gouden standaard” behandelingen **chirurgie (radicale prostatectomie)** of **bestraling (radiotherapie)**. Deze bestraling kan ofwel uitwendig, ofwel inwendig met radioactieve zaadjes (brachytherapie) toegediend worden. Voor welke behandelingen de patiënt in aanmerking komt, hangt af van zowel de patiënt zelf (levensverwachting, eventuele andere aandoeningen) als van zijn prostaattumor: de uitgebreidheid (T stadium), de agressiviteit (Gleasonscore) en de PSA-waarde in het bloed.

Waarop baseren patiënten zich wanneer zij



kiezen voor een bepaalde behandeling?

Voor de meeste van hen is de **kans op genezing** het belangrijkste. Binnen de juiste indicatie is in principe de kans op genezing gelijkwaardig bij elke behandelingsmogelijkheid. Toch zien we dat bijvoorbeeld voor veel patiënten het “fysiek verwijderen van de tumor” de doorslaggevende reden is om te opteren voor radicale prostatectomie.

Een tweede belangrijke factor is het verschillend **bijwerkingsprofiel**. De voornaamste bijwerkingen die kunnen optreden na chirurgie zijn urineverlies en erectiestoornissen. Radiotherapie (zowel uitwendig als inwendig) gaat dan weer gepaard met mogelijke irritatieve plas- en stoelgangsklachten zoals vaker dringend naar het toilet moeten, lossere stoelgang met eventueel slijmen, mogelijks een streepje bloed in de urine of stoelgang of een branderig gevoel bij het plassen. Na een periode van meerdere jaren is er door de bestraling ook een discreet toegenomen kans (+0,16%) op het ontstaan van nieuwe tumoren van blaas of endeldarm. Bestraling wordt soms gecombineerd met tijdelijke hormonale therapie, waarbij bijwerkingen kunnen optreden zoals erectiestoornissen, libidoverlies, warmteopwellingen, vermoeidheid, stemmingsveranderingen en gewichtstoename.

Naast de mogelijke bijwerkingen, eigen aan iedere behandeling, spelen de **levensverwachting** en eventuele **andere aandoeningen** van de patiënt een rol in het beslissingsproces, alsook **praktische overwegingen**.

Het maken van een beslissing is allerm minst eenvoudig. U staat er als patiënt echter niet alleen voor. Om tot een goede behandelingskeuze te komen, is het belangrijk dat u zich informeert bij

een uroloog over de optie chirurgie en bij een radiotherapeut over de optie radiotherapie. Sommige centra organiseren hiervoor een multidisciplinaire consultatie waar beide specialisten op hetzelfde moment aanwezig zijn. Aanvullend kan een prostaatverpleegkundige hier een meer laagdrempelig aanspreekpunt zijn voor praktische vragen of een luisterend oor bieden. Daarnaast kunnen gesprekken met partner, kinderen, vrienden of de huisarts verrijkend zijn om tot een beslissing te komen. U kan ook bijkomende informatie vinden in brochures en op het internet. Realiseer u wel dat niet alle informatie voor u van toepassing zal zijn en dat u bij vragen best contact opneemt met uw behandelend arts. Indien het u zou helpen in uw beslissingsproces, dan kan u ook nog een tweede opinie vragen bij een andere arts.

Kortom: informeer u goed, neem wat tijd voor uw beslissing en denk vooral na over wat voor U belangrijk is!

Vernieuwing van ons lidmaatschap 2014

We naderen het jaareinde en weldra staan we in 2014. 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:

IBAN : BE 78 4037 1493 0186

SWIFT : KREDBEBB

Een abonnement op **PROSTAATinfo** is in het lidmaatschap inbegrepen.

Even voorstellen

Louis Denis



Dr. Luc Dewilde, uroloog en ex-diensthooft urologie AZ Stuivenberg, werd op 12 november 2013 aangesteld als nieuwe directeur van het OCA vzw.

Na zijn kandidaat studies geneeskunde aan het RUCA 1967-1970 behaalde hij zijn doctoraat geneeskunde met onderscheiding aan de VUB in 1974.

Onmiddellijk begon hij aan zijn chirurgische opleiding bij Prof. Hubens aan het AZ Stuivenberg, gevolgd door een urologische opleiding bij Prof. Van Camp aan het AZ Stuivenberg en UZA om in 1983 erkend te worden als geneesheer-specialist in de urologie.

Zijn rijkgevlude loopbaan omvat ervaring in het St. Vincentiusziekenhuis en het UZA.

Uiteraard is hij reeds bestuurslid van Wij Ook vzw en verzorgt de urologische adviezen in het OCA-huis.

We zijn blij met zijn inzet in ons teamwork.

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

Geen oefeningen tijdens het schoolverlof.

Wij verwachten u elke woensdag van 10 t.e.m. 11, uitgenomen schoolverlof, in het Oncologisch Centrum Antwerpen (O.C.A.), Lange Gasthuisstraat 45 te Antwerpen.

Sportschoenen en loszittende kledij is voldoende.

Deelname gratis voor leden, partners van leden betalen 3 euro (verzekering). Info: 03/338.91.60.

Informed Consent in de Urologie: Communicatiemiddel vs. Juridische paraplu

Dr. Bart De Troyer - Dienst Urologie, AZ Nikolaas



Wat is een “informed consent” (IC)?

Een “informed consent” is de toestemming voor een medische handeling (onderzoek, medicatie, ingreep) na het ontvangen van de vereiste informatie hierover. Informatie is reeds sinds 2002 een patiëntenrecht (Art 8§1 Rechten van de patiënt). En essentieel in de vertrouwensrelatie van arts tot patiënt. Het vermijdt frustraties en de claims die hieruit volgen. Gebrekkige informatie vaakst aan de basis van claims. De geïnformeerde toestemming moet bekomen worden voor een medische handeling (Art 8§1 Rechten van de patiënt). Ook dit staat ingeschreven in de patiëntenwet van 2002. Immers de arts-patiënt relatie is een soort contract met wederzijdse toestemming. Het spreekt voor zich dat de patiënt maar kan instemmen met een behandeling na hierover voldoende geïnformeerd te zijn.

Er is daarentegen geen wettelijke verplichting voor de IC, dit is enkel vereist op verzoek van één van beide partijen.

Waarom de introductie van een geschreven IC?

Een geschreven IC heeft echter een heel aantal voordelen. De vereiste informatie is vaak te uitgebreid voor een mondeling overleg alleen en er bestaat de mogelijkheid tot herlezen hetgeen geen luxe is bij zo een veelheid aan informatie. Immers de zeldzaamheid van een risico is een onvoldoende grond om dit niet te vermelden aan de patiënt zo werd recent nog geoordeeld door het Hof van Cassatie (06/2009). Anderzijds laat het standaardisatie van informatie toe, zonder het gesprek te vervangen, is het eerlijk over complicaties en dergelijke. Op deze manier kan men ook verwachten dat er minder nood aan andere (foutieve, gedateerde?) informatiebronnen bestaat. Het internet bevat immers minstens evenveel foutieve informatie dan correcte en de patiënt is niet altijd in staat deze te

onderscheiden. Ten slotte is het een document waarop men kan terugkomen bij discussies achteraf, hetgeen leidt tot minder claims.

Men zou kunnen opwerpen dat het bedreigend oogt voor de patiënt, een “juridische parachute” voor de arts bij een complicatie. Dit is niet helemaal correct immers in de huidige rechtspraak in België moet de patiënt bewijzen dat hij/zij onvoldoende werd geïnformeerd (Hof van Cassatie). Juridisch heeft de arts dit dus niet nodig. Het heeft niet de bedoeling om iets of iemand te beschermen maar wel correcte informatie te verzekeren aan patiënten, vooraleer een medische handeling te ondergaan. Men zou ook kunnen vrezen voor het gesprek dat dreigt beperkt te worden wanneer het geschreven IC bestaat.

Naast deze pro-contra discussie kan men zich ook de vraag stellen of dit een belangrijke kwaliteitsverbetering van de arts-patiënt relatie geeft. Hiervoor werd een studie uitgevoerd welke nadien gepubliceerd werd in de *New England Journal of Medicine*. Patiënten kregen gesproken en geschreven informatie over de ingreep, de risico's en eventuele alternatieven, en werden 24u nadien bevraagd.

- 81,5% kenden hun diagnose
- 60% begrepen het doel van hun ingreep
- 55% kenden slechts 1 risico meer
- 27% kon een alternatieve behandeling geven

In die zin zou men kunnen stellen dat het geen belangrijke kwaliteitsverbetering geeft.

Aan welke vereisten met een goed IC voldoen?

Een IC opstellen welke gestandaardiseerd is voor alle urologen in België is een hele uitdaging. Het moet verstaanbaar zijn en in de verschillende landstalen geschreven. Het moet de belangrijke risico's vermelden volgens hun frequentie en

ernst. Anderzijds moet het overzichtelijk blijven en mag het de patiënt niet afschrikken. Moet het eerlijk zijn en gedragen door alle betrokken actoren (arts, patiënt).

Om hiertoe te komen werkte een werkgroep urologen onder de naam "Quality Of Care in Urology" gedurende een tweetal jaren aan verschillende "informed consents" voor de meest frequente urologische ingrepen.

Dit gebeurde in nauwe samenwerking met de mutualiteiten, de patiëntenverenigingen waaronder ook Wij Ook, de Belgische Associatie van Urologen en het GBS-VBS.

Opbouw van Informed Consent

Informatiebrochure

anatomie en doel van de ingreep
andere opties
modaliteiten van de ingreep
mogelijke aanpassingen tijdens de ingreep
risico's en mogelijke complicaties (freq en ernst)
verloop na de ingreep

Informatie-en toestemmingsformulier

samenvatting van de informatiebrochure (doel, risico's)
specifieke risico's voor de betrokken patiënt
ondertekening ter toestemming (2 exemplaren)

De opbouw van een "informed consent" is ten dele gebaseerd op de omschrijving van "noodzakelijke informatie" zoals ze staat te lezen in de Wet voor patiëntenrechten. De informatiebrochure bevat verschillende onderdelen:

- anatomie en doel van de ingreep
- andere opties dan de besproken ingreep
- de modaliteiten van de ingreep
- mogelijke aanpassingen tijdens de ingreep
- risico's en mogelijke complicaties (frequentie en ernst)
- verloop na de ingreep

Bijgevoegd bij de informatiebrochure zit ook een apart toestemmingsformulier, dit bevat:

- samenvatting van de informatiebrochure (doel, risico's)
- specifieke risico's voor de betrokken patiënt
- ondertekening ter toestemming

Dit laatste onderdeel bestaat in twee exemplaren (voor de patiënt en voor de arts)

Voor de IC die quasi volledig zijn verwijzen we naar de website: WWW.QOCUROLOGY.BE.

Besluit:

Het geschreven IC wordt meer en meer een realiteit en noodzaak. Het is bedoeld als een gecontroleerde informatiebron en hulpmiddel bij de arts-patiënt communicatie. Het beschermt de patiënt in zijn recht op volledige informatie en beschermt anderzijds ook de arts met als doel minder claims door volledigere informatieverstrekking.

Marco Laenens

Voorzitter OCA vzw [vervolg van pagina 3]

Op basis van de activiteiten rond prostaatziekten, die nog doorlopen o.a. het secretariaat Europa Uomo (the European Prostate Cancer Coalition) dat 23 landen vertegenwoordigt, lijkt de aanstelling van een tweede uroloog als directeur een goede optie.

De gevraagde directeur is Luc Dewilde met een solide achtergrond als OCMW (later ZNA) diensthoofd in het AZ Stuivenberg. Een 65 jaar jonge arts met OCMW-ervaring van 1974-2013, ervaring met de samenwerking UZA en een interesse in de zaak van de patiënten.

We weten dat de tijden moeilijk zijn en een nieuwe organisatie van de geneeskundige zorgen zich opdringt, maar we betrouwen dat de zuivere, onbezoldigde inzet van artsen, verpleegkundigen en patiënten een vaste stek zullen vinden in elke soort geneeskunde. Op ieder van u komt het aan.



Castratieresistent prostaatkarcinoom: nieuwe behandelingen

Prof. Hein Van Poppel - Professor en Diensthoofd Urologie, UZ Leuven, Campus Gasthuisberg

Ondanks een toenemende incidentie van prostaatkanker is de sterfte door prostaatkanker tegenwoordig sterk gereduceerd, mede ten gevolge van vroegere detectie en betere behandelingen. Toch blijft de prostaatkankersterfte de tweede doodsoorzaak bij de man door kanker. Het zijn uiteraard die patiënten die met een gemetastaseerd prostaatkarcinoom geconfronteerd worden die aan de ziekte overlijden, indien ze niet ten gevolge van ouderdom of comorbiditeit worden gevelde.

Hormonale therapie

De hoeksteen van de behandeling van het gemetastaseerd prostaatkarcinoom is de hormonale therapie, in de regel tegenwoordig LHRH-agonisten of antagonist, antiandrogenen of totale androgeen blokkade die uit een combinatie van beide bestaat. Na verloop van tijd wordt prostaatkanker zogenaamd castratieresistent, wat leidt tot ziekteprogressie, waarvan de behandeling tot voor kort weinig hoopgevend was. Een aantal tweedelijs hormonale manipulaties zoals stoppen van het antiandrogeen, veranderen van soort LHRH-agonist of antagonist, veranderen van antiandrogeen, gebruik van bijnierandrogeen inhibitoren (Ketoconazole), oestrogenen, estramustine fosfaat en corticosteroïden kunnen worden toepast. Ze geven alle een tijdelijke respons, maar nog geen van alle heeft ooit een gunstig effect op de overleving kunnen aantonen.

Efficiënte chemotherapie

Een aantal jaren geleden resulteerde de zoektocht naar efficiënte chemotherapie voor het castraatresistent carcinoom in de lancering van Taxotere na twee gerandomiseerde studies die een overlevingsvoordeel bij patiënten met een gemetastaseerd castraatresistent prostaatkarcinoom aantoonde, in vergelijking met de toen gangbare standaardchemotherapie met Mitoxantrone. De driewekelijkse intraveneuze Taxotere-therapie werd dus de standaardaanpak. Hoe lang de therapie moet worden doorgegeven staat niet vast en gezien de bijwerkingen was er toch enige terughoudendheid om deze therapie toe te dienen bij de asymptomatische castraatresistente prostaatkankerpatiënt.

Wanneer een patiënt hervalt tijdens of na een behandeling met Taxotere kan er een "rechallenge" met Taxotere beproefd worden, althans indien de patiënt goede responder was bij de eerste toediening. Anders kan de toevlucht genomen worden tot Mitoxantrone en recent is een nieuw taxaan op de markt en goedgekeurd in Taxotereresistente patiënten, nl. Cabazitaxel. Inderdaad toonde een gerandomiseerde studie aan dat Cabazitaxel in vergelijking met Mitoxantrone na het falen van Taxotere een overlevingsvoordeel biedt.

Castratieresistentie

Ondertussen is er verder onderzoek gedaan naar het mechanisme van castratieresistentie en is gebleken dat op het ogenblik dat prostaatkanker niet meer endocrien gevoelig is, er een overexpressie ontstaat van de androgeen receptor. Door deze overexpressie wordt de tumor gevoelig aan zeer lage testosteroone spiegels. Daarom werd er onderzocht of er sterkere orale receptor antagonist zouden zijn en in die zin werd MDV3100 (Enzalutamide) ontwikkeld. Het bindt de androgeen receptor met een vijf tot acht maal hogere affiniteit dan de huidige beschikbare



Hormoon-Therapie van PrK

- 1939: Orchiectomie
- 1941: Oestrogenen
- 1985: LHRH-Agonisten
Anti-androgenen
- 1989: MAB
- 2000: GnRH-Antagonisten
- 2003: Anti-androgeen Monotherapie



Aanpak van CRPC Castrate Resistant PrCa

ttz. LHRH or MAB Resistentie

- **Secondaire hormonale manipulaties**
 - Anti-androgeen stop, tweede lijns hormonale therapie
- **Chemotherapie: Taxotere (Docetaxel) – Cabazitaxel (Jevtana)**
- **Sterkere anti-androgenen: MDV 3100 = Xtandi**
- **Intracell.androgeen productie blokkers: Abiraterone = Zytiga**
- **Bot-gerichte behandelingen: Zometa, Prolia, Xgeva, Radium 223**

antiandrogenen en werkt strikt als antagonist. Het blokkeert de androgeen receptor signalling op drie verschillende manieren en in een gerandomiseerd onderzoek, in vergelijking met placebo, was er 37% vermindering van het overlijdensrisico en een significant overlevingsvoordeel bij patiënten met een metastatisch castratierefractair prostaatkarcinoom, die faalden na Taxotere.

Anderzijds toonde onderzoek dat prostaatkankercellen die geen of een zeer laag circulerend testosteroone aangeboden krijgen, er in slagen om zelf androgenen te produceren. Ze doen dit van het intracellulaire cholesterol dat wordt overgezet naar androstenedione en dan naar testosteroone. Hiervoor zijn enzymen noodzakelijk die kunnen geblokkeerd worden door een zogenaamde CYP17-inhibitor, zijnde Abiraterone acetaat. Abiraterone werd samen met Prednisone in een gerandomiseerde studie toegediend aan patiënten na Taxotere en vergeleken met placebo en Prednisone en weerom werd er een substantieel overlevingsvoordeel vastgesteld.

Botmetastasen

Prostaatkanker metastaseert naar de beenderen en vroeger werden botmetastasen wel eens behandeld door de toediening van radio-isotopen zoals radioactief strontium en samarium. Dit zijn "Beta-emitters" die buiten de botmetastasen zelf ook een aantal millimeter beenmerg bestralen en verwoesten met daardoor uiteraard beenmergtoxiciteit. Recent werd Radium-223 uitgetest. Het is een Alpha-emitter die slechts microndiep bestraalt en het gezonde beenmerg bewaart. De metastatische lokalisaties worden dus zeer selectief door de radioactieve substantie vernietigd. De behandeling wordt goed verdragen en in vergelijkend onderzoek tegen placebo bij patiënten die Taxotere gehad hadden of geen Taxotere konden krijgen, was er in vergelijking met placebo weerom overlevingsvoordeel. Op deze wijze zijn er dus bij

patiënten die Taxotere gehad hebben verschillende mogelijkheden zoals hierboven vermeld: Cabazitaxel, Abiraterone, Enzalutamide en Radium-223.

De vraag is dan of de recent aangewende preparaten na docetaxel (wat toch een toxisch chemotherapeutikum is) niet voor chemotherapie kunnen worden gepositioneerd. De klinische studies vóór chemotherapie zijn ondertussen beëindigd en Abiraterone vóór Taxotere voor gemetastaseerd castratiere resistente prostaatkarcinoom toonde een significante verbetering in de radiografische progressievrije overleving, zonder voordeel voor de algemene overleving. Ook werd Enzalutamide in een gerandomiseerde klinische studie vergeleken met placebo. De studie is beëindigd en de resultaten zullen spoedig worden vrijgegeven om de plaats van Enzalutamide vóór Taxotere mede te helpen bepalen.

De standaardbehandeling door middel van castratie voor het gemetastaseerd prostaatkarcinoom heeft belangrijke bijwerkingen waaronder o.a. het botverlies (osteoporose). Om deze te voorkomen moet de patiënt fysieke oefeningen doen en dient hij supplementen van calcium en vitamine D te gebruiken. In geval van gedocumenteerd botverlies (osteopenie) kan osteoporose worden voorkomen door toediening van Zoledronic Acid of Denosumab.

Naast de botverwikkelingen door osteoporose ten gevolge van de behandeling gaat ook de metastatische ziekte op zichzelf aanleiding kunnen geven tot zogenaamde "skeletal related events". Bij gemetastaseerde castratiere resistente prostaatkankerpatiënten wordt daarom aangeraden Zometa of Denosumab te geven. Een vergelijkende studie tussen beide preparaten toonde superioriteit van Denosumab. Van Denosumab werd ook aangetoond dat het bij patiënten met hoog risico maar nog geen aantoonbare botmetastasen, het optreden van deze laatste kan uitstellen. Spijtig genoeg werd er nog geen overlevingsvoordeel mee aangetoond.

Besluit:

1. Hormonale therapie blijft de hoeksteen van de behandeling van het gemetastaseerd prostaatkarcinoom.
2. Bij symptomatische castratiere resistente prostaatkankerpatiënten is Taxotere aangewezen en in geval van Taxotere intolerantie of inefficiëntie zijn (of zullen) Cabazitaxel, Enzalutamide, Abiraterone en Radium-223 beschikbaar.

3. Weldra zullen bij patiënten die nog geen chemotherapie nodig hebben (asymptomatische of weinig symptomatische patiënten met een gemetastaseerd castraatresistent prostaatcarcinoom) Enzalutamide en Abiraterone kunnen worden aangewend.

4. In geval van botverlies en duidelijke botmetastase zijn naast calcium en vitamine D supplementatie, Zometa en Denosumab aangewezen en het optreden van botmetastase kan bij hoogrisicopatiënten worden verlaagd door toepassing van Denosumab.

Robot-geassisteerde laparoscopische radicale prostatectomie (RALP)-waar staan we vandaag?

Dr. Marc Claessens - Dienst Urologie, AZ KLINA, Brasschaat

De diagnose van prostaatkanker komt voor elke patiënt als een donderslag bij heldere hemel. Eens de moeilijke beslissing genomen is om een heelkundige behandeling te ondergaan, zijn er nog verschillende mogelijkheden. De klassieke “open” operaties worden stilaan verlaten en vervangen door minimaal invasieve procedures waarbij gebruik gemaakt wordt van kleine sneetjes in plaats van één grote insnede wat voor de patiënt resulteert in tal van voordelen.

Klassieke kijkoperatie

De klassieke kijkoperatie of laparoscopie ontstond in de eerste helft van de 20ste eeuw met in 1901 een eerste diagnostische laparoscopie en vanaf 1933 ook sporadisch een operatieve laparoscopie. Het is echter pas in 1980 dat de eerste laparoscopische appendectomie (verwijdering van appendix) werd uitgevoerd en in 1987 de eerste laparoscopische cholecystectomie (verwijdering van galblaas). De laparoscopie vond zijn ingang in de urologie in 1990 met de eerste laparoscopische nefrectomie (verwijdering van nier), maar het was wachten tot 1997 alvorens de laparoscopische radicale prostatectomie (verwijdering van prostaat) meer routinematig werd uitgevoerd.

De laparoscopie is een goed ontwikkelde en betaalbare technologie met tal van voordelen ten opzicht van de open chirurgie. Bij laparoscopie wordt gewerkt met kleine sneetjes waarlangs een camera in de buik wordt gebracht, alsook verschillende chirurgische instrumenten. Het operatieveld, dat via de camera op een scherm geprojecteerd wordt, wordt een aantal keren vergroot zodat details beter zichtbaar worden. Men werkt zoals gezegd met kleine incisies, wat resulteert in minder postoperatieve pijn, een mooier esthetisch resultaat, een kortere

hospitalisatie en een sneller herstel.

Helaas kent de laparoscopie ook vele nadelen. Bij de conventionele laparoscopie werkt men met klassieke beeldschermen waarbij men maar twee dimensies ziet en dus geen diepte kan herkennen. Men werkt met rigide/stijve instrumenten wat een beperkte graad van vrijheid geeft en wat resulteert in een beperkte handigheid. Dit wordt nog eens versterkt door het fulcrum-effect (als de hand van voor naar achter beweegt, beweegt het instrument in de buik van achter naar voor en omgekeerd) en het hefboomeffect waarmee rekening moet gehouden worden. Het beeld waarop de chirurg moet kijken, bevindt zich weg van het operatieveld en dat bemoeilijkt de oog-hand-coördinatie. Men heeft minder gevoel en de fysiologische tremor wordt versterkt. Dit alles resulteert in een zeer belangrijke leercurve en maakt de ingreep technisch moeilijker voor de chirurg.



Robotsysteem

De komst van het Da Vinci robotsysteem heeft hierin drastische veranderingen gebracht. Het systeem bestaat uit een patiëntenwagen met vier armen die de laparoscopische instrumenten dragen, een klassieke laparoscopietoren en een console waaraan de chirurg zit die van daaruit de robotarmen en de instrumenten bedient. Het is dus zeker geen robot die zelfstandig operaties uitvoert, maar eerder een meester-slaaf systeem. De camera bestaat uit twee optieken vlak naast elkaar die elk een apart beeld naar de verschillende ogen van de chirurg in de kijker projecteren waardoor een 3-dimensioneel beeld

gecreëerd wordt met hoge definitie. Dit beeld is ook vergroot waardoor je dus als het ware ondergedompeld wordt in het chirurgisch veld en het kleinste detail kan onderscheiden. De instrumenten worden bediend met de vingertoppen en hebben zelf nog verschillende articulaties ("endowrist") waardoor er veel meer bewegingsvrijheid is. Kleine trillingen van de hand worden door het systeem uitgefilterd en er wordt gewerkt met schaalverkleining zodat de bewegingen van het instrument veel preciezer zijn dan die van de hand. Bijkomend voordeel is dat de chirurg direct de instrumenten stuurt zodat er geen fulcrum- noch hefboomeffect is. Het systeem zorgt ook voor een veel beter ergonomisch comfort voor de chirurg en er is goede alignatie tussen handen en ogen. Je kijkt in de richting van je handen met een veel betere oog-hand-coördinatie tot gevolg.

In theorie is dit dus een revolutionair systeem, maar kan dit ook vertaald worden in objectiveerbare voordelen voor de patiënt?

De eerste studies die open radicale prostatectomie (ORP), laparoscopische radicale prostatectomie (LRP) en robot-geassisteerde radicale prostatectomie (RALP) met elkaar vergeleken, toonden significant minder bloedverlies en minder noodzaak aan transfusie bij LRP en RALP, maar konden nog geen superioriteit aantonen van één van de behandelingen ten opzichte van de andere wat betreft de oncologische en functionele resultaten. Verdere, multicentrische, prospectieve, vergelijkende studies werden opgezet.

Ook in België werd gestart met de zogenaamde RALP-studie waarbij gegevens van alle aard worden geregistreerd en waarbij patiënten ook vragenlijsten moeten invullen tot twee jaar postoperatief om zo de verschillende centra te kunnen vergelijken. Helaas is er geen registratie van ORP en LRP, zodat de vergelijking hiermee niet kan gemaakt worden.

De laatste status-update van de RALP-studie dateert van 16-07-2012 en leert dat de gemiddelde leeftijd van de patiënt op het ogenblik van de operatie 62 jaar bedraagt. In 23,7% van de gevallen gebeurt een lymfeklierdissectie en het gemiddelde bloedverlies bedraagt ongeveer 220 ml. De patiënt verblijft gemiddeld net iets meer dan zes dagen in het ziekenhuis. 75% van de tumoren beperkt zich tot de prostaat (pT2c of minder) en in 83,5% van de gevallen waarbij een lymfeklierdissectie gebeurde, toonde deze geen maligniteit. Het gros van de tumoren had een Gleasonscore 6 of 7. Positieve snijvlakken (tumor tot in het chirurgisch klievingsvlak) werden

teruggevonden in 22% van de gevallen. De oncologische resultaten zijn dan ook zeer bevredigend. Ook de resultaten wat betreft levenskwaliteit, algemeen welzijn en continentie blijken zeer goed te zijn.

Uit onze nationale RALP-studie kunnen we dan ook voorlopig besluiten dat we op alle gebied zeer gunstige resultaten hebben na robot-geassisteerde laparoscopische radicale prostatectomie.

Uit recente internationale studies waarbij wel de vergelijking werd gemaakt tussen ORP, LRP en RALP bleek nogmaals dat er bij RALP minder complicaties zijn dan bij de open operaties, met name minder bloedverlies, minder kans op transfusie, kortere hospitalisatie, kleinere kans op zenuwletsel of letsel van de endeldarm, kleinere kans op lek van de anastomose, longontsteking, bloedklonters, fistels, wondontsteking,... Ook op oncologisch gebied zijn de resultaten van de robot-techniek beter, met name minder kans op positieve snijvlakken, dus grotere kans op genezing dan bij LRP of ORP.

Deze gunstige resultaten vertalen zich ook in de exponentiële groei van het aantal geïnstalleerde robotsystemen en het aantal uitgevoerde robotingrepen. In België staan er op dit ogenblik 30 robotsystemen in 26 ziekenhuizen waarvan 17 in Vlaanderen en 9 in Brussel en Wallonië. Als we naar het marktaandeel kijken, zien we dat in 2011 reeds bijna 90% van de uitgevoerde radicale prostatectomieën in de Verenigde Staten met behulp van de robot gebeurde.

Besluit

Besluitend kunnen we dan ook stellen dat de robot-geassisteerde radicale prostatectomie ontegensprekelijk de nieuwe gouden standaard wordt in de heelkundige behandeling van prostaatkanker.

RALP

Voordelen van de laparoscopie

- Goed ontwikkelde technologie
- Betaalbaar
- Bewezen voordelen:
 - vergrotingseffect → details beter zichtbaar
 - kleine incisies → minder postoperatieve pijn
→ beter esthetisch resultaat
 - kortere hospitalisatie
 - kortere reconvalescentie

KORT

Brigitte Dourcy-Belle-Rose

Cyberchondrie

Cyberchondrie: een nieuw woord om te definiëren dat men zich kan zorgen maken over gezondheidsproblemen gewoon door het internet uit te pluizen.

De term komt uit de USA en omvat het gebruik van het internet als medische diagnose en behandeling. Vrij onschuldig, zoals men vroeger de *Larousse Médical* in huis had, maar recent wegens talloze aanspreekpunten die niet altijd correct of vrij van commerciële doeleinden zijn een mogelijk gevaar voor de gezondheid.

Volgens dit artikel komt de dokter pas op de zesde plaats voor informatie rond kanker. Op zichzelf niet zo erg zo lang er niet beslist wordt over behandelen. Het einddoel blijft de juiste kanalen te vinden, bv. Website Wij Ook, *PROSTAATinfo*, en te hopen op controle over de gegeven informatie op het net door de bevoegde overheid.

Sara Nelissen, *De Nieuwe Gazet*, 5 en 6.10.2013

Geen verplichting medisch onderzoek voor oudere chauffeurs

Antwoord van Staatsecretaris voor Mobiliteit Wathélet op aanvraag van AXA verzekering. Gezond verstand dreigt zich wel op.

Artsenkrant, 1255, 3.10.2013

Rhenium-188-HEDP

Radionucleiden helpen de pijn verminderen bij botmetastasen. Bij klinische studies is tevens gebleken dat ze ook levensverlengend werken. Ook radium-223 is in dit gebied een belangrijke aanwinst. Te volgen.

Artsenkrant, 1249, 25.9.2013

Vergeetachtigheid is niet altijd

Alzheimer

Een studie aan de Columbia universiteit NY, geleid door Nobelprijswinnaar Eric Kandel, onderzocht een regio in de hersenen (voor de doordrijvers gyrus dentatus in de hippocampus). Alzheimer tast een andere regio aan (Entorhinale Cortex).

Bij mensen vonden ze dat de expressie van

een gen (RB/Ap48) opvallend verminderd was bij vergeetachtigheid. Herhaling van de onderzoeken bij jonge en oude muizen toonde aan dat er een rechtstreeks verband was met een te kort of te veel van dit gen. De toepassing bij examens?

Artsenkrant, 1243, 6.9.2013

Stress en hartziekten

Een nieuwe studie gepubliceerd in de *European Heart Journal* toont aan dat stress de gezondheid beïnvloedt op negatieve wijze door verhoging van het aantal infarcten. Niet te negeren. Het aantal overlijdens wegens hartinfarct vormt nog steeds de grootste groep overlijdens bij patiënten met prostaatkanker.

Artsenkrant, 1214, 27.6.2013

American Cancer Society en haar Man to Man groepen prostaatkanker

Vanaf september 2013 werden alle M2M groepen in de USA opgeheven door het Nationale Office van de ACS. Deze beslissing wordt fel gecontesteerd door betrokken groepen. Pijnlijk detail, de titel Man to Man, werd door ene Jim Mullens, overleden lid, als geschenk aan de ACS gegeven. Krijgt een juridisch staartje. We deden navraag bij de ACS. De nieuwe strategie tegen kanker focust zich op kosten en uiteindelijke winst in mortaliteit.

Man to Man Newsletter, Poughkeepsie, 7.3.2013

Stappen naar betere zorg

De patiënt beter beschermen is het doel van onze minister L. Onkelinx. Het betreft erkenning van osteopaten (met opleiding), schorsing van handtastelijke artsen (niet verwarren met urologen die een rectaal onderzoek doen), regulering voor een e-sigaret (echte mannen roken echte tabak), speedprocedure voor innovatieve medicijnen (de bedrijven moeten hun productie gratis leveren ook als de ziekteverzekering beslist geen terugbetaling te geven), transparanter prijskaartje in de ziekenhuizen (er bestaat nog geen officieel eenduidig prijzensysteem), een betere filter voor noodoproepen (een miljoen euro voor een succesvol proefproject in Brugge). Doet me denken aan AHA. Dit zijn atypische huisartsen die niet voldoen aan de voorwaarden. Misschien APA. Dit zijn atypische patiëntenaanvragen om terugbetaling te krijgen op levensreddende medicijnen.

De Specialist, 13.15, 25.9.2013

Nieuw medisch hulpmiddel voor behandeling BPH

De US Food and Drug Administration (FDA) heeft het groen licht gegeven om het URO liftstelsel in de handel te brengen. Het komt uit Californië. En wij maar denken dat we dit ouderdomsverschijnsel opgelost hebben. Afwachten maar.

Specialistenkrant: de Uroloog, 12, 23.9.2013

Geen daling in de ziekenhuisinfecties

Ondanks alle campagnes daalt het aantal infecties niet (+ 2.000 doden per jaar). De infecties worden ook gevaarlijker.

Voorals artsen hebben vuile handen. Laat ons het hand geven vermijden, een knuffel in speciale gevallen.

Artsenkrant, 1252, 3.9.2013

De 12-genen darmkanker score

Deze test voorspelt het recidief risico bij patiënten met stadium II & III rectale kanker. Gepresenteerd op ECCO 2013 in Amsterdam door dokter Van De Velde. Voor wanneer een bruikbare test in prostaatkanker?

ESMO Nieuwsbrief, 2.10.2013

Geen plaats voor homeopathie

Een online bevraging bij Artsenkrant geeft aan dat slechts 9% van de specialisten en 29% van de

huisartsen kiezen voor terugbetaling van homeopathie uit de RIZIV-budgetten. De Vlaamse universiteiten geven geen opleiding in alternatieve geneeswijzen. De open debatten zullen in Azië en ook in China gevoerd worden. Bij ons nemen + 50% van de kankerpatiënten iets bij om zeker te spelen.

Artsenkrant, 2320, 31.5.2013

Mooie muziek hangt in de lucht

Man die op café mag, is gezonder.

Een man die geregeld met zijn kameraden op café mag, heeft minder last van erectiestoornissen, hartproblemen, diabetes en obesitas. Bovendien vinden deze mannen hun vrouw ook aantrekkelijker. Dat blijkt uit een Amerikaans onderzoek "Een man heeft iemand nodig met wie hij kan praten over dingen die voor hem belangrijk zijn zoals voetbal, politiek, of auto's, zonder dat zijn vrouw het meteen te weten komt", aldus onderzoeker Eduard Laumann. "Een man verbieden om op café te gaan, is dus uiterst schadelijk. Het is essentieel voor zijn onafhankelijkheid".

Nog beter in Ierland. Na een begrafenis wordt de koffie in het lokaal café genomen. De pastoor vraagt dat iedere man de hand vasthoudt van de persoon die hem gelukkig maakte. De barman werd gekneusd maar levend teruggevonden.

In de schaduw van Kos

Louis Denis

Woensdag 25 september 2013 was een dag van hard werken voor Hans Randsdorp, de voorzitter van Europa Uomo. 's Middags zat hij bij de presentatie in het Europees Parlement van het Witboek over prostaatkanker, het credo van Europa Uomo ter zake. Enkele uren later presenteerde hij de inzichten van de patiënten tijdens het symposium "De aangepaste preventie en behandeling aan de juiste patiënt op het juiste ogenblik". Dit symposium was ingericht door de European Association of Urology (EAU) en de European Alliance for Personalized Medicine (EAPM) onder de gastvrijheid van Petru Luhan, MEP.

Het Witboek wordt in ons volgende nummer besproken.

Het eerste deel, voorgezeten door professor Gordon McVie (European Institute of Oncology), concentreerde zich op de rol van de wetenschappelijke gemeenschap tot de vorming van een opzoekingsagenda rond gezondheid in Europa. Professor Per-Anders Abrahamsson (EAU) beet de spits af door te pleiten voor te leren denken buiten de routinezorgen aan de patiënt. Een mooie uitdrukking in het Engels: "Learn to think out of the box". Dit werd gevolgd door een technische sterke presentatie over de vooruitgang in de diagnose door nieuwe technologie in de medische beeldvorming door professor Raymond Oyen (European Society of Radiology) en de vertegenwoordiger van de farmaceutische industrie die het belang van coördinatie en communicatie onderstreepte.

Het programma van Europa Uomo sluit hierbij naadloos aan. De noden van de patiënt omvatten de toegang tot alle nuttige behandelingen gebaseerd op multidisciplinaire diagnose. Vooral klare communicatie is noodzakelijk om de kwaliteit (verschillend van kwantiteit) en ervaring in de medische behandeling zuiver te stellen.

Integratie in het opzoekprogramma met focus op de besluitvorming naar behandeling met aangepaste middelen is nodig om alle aspecten van behandeling en zorg onder controle te krijgen.

Het tweede deel werd voorgezeten door professor Louis Denis (OCA) over het vastleggen van de mogelijkheden om de gestelde vragen te beantwoorden in een Horizon 2020-programma.

Eerst brachten professor Didier Jacqmin (Straatsburg), professor Arnulf Stenzl (Tubbingen), professor Maurizio Brausi (Rome) en professor Carlos Llorente (Madrid) de verschillende problemen aan bod in de Europese Unie. Deze liepen over de vorming van gespecialiseerde centra, het gebrek aan beschikbare expertise, de noodzaak van gezondheidsindicatoren en het verlies van toegang tot de nieuwere specifiek gerichte medicamenten.

Inderdaad komt er een bijkomende voorwaarde in het totaal concept van behandeling rond de onkosten voor onze sociale gezondheidszorg die berust op solidariteit maar uiteraard ook budgettaire limieten kent. Het invoeren van gepersonaliseerde geneeskunde verhoogt de nood tot samenwerking en het kostenplaatje met vele malen.

We moeten leren dat er verschillende aspecten zijn in de aanpak van een ziekte en ja, ook van kanker. Het wetenschappelijk aspect, verwoord in "evidence-based medicine", geniet de voorkeur op de empirisch toegepaste behandeling gebaseerd op conventionele ervaring of "conventional wisdom". Alle aandacht is gericht op de medische behandeling van de kanker. Duidelijk is echter dat we in de eerste plaats ook de mens

achter de kanker moeten behandelen. Hier gebruiken we best de term "zorg", die we dan nog kunnen indelen in psychosociale zorg onder multiprofessionele behandeling en financieel-haalbare zorg. Voor de holistische patiëntgerichte psychosociale zorg en bijkomend de kostenbaten wordt het een problematisch maatschappelijk debat over de financieel haalbare zorg. De ethische kant van de behandeling tenslotte zal ook leiden naar zorg in eer en geweten of "conscientious care" die altijd bestaan heeft. Hier dient genoteerd dat het weigeren van behandeling en/of zorg, een verworven patiëntenrecht is.

Dit werd duidelijk in de discussie over de aangegeven items:

- Terugbetaling voor medische diagnose
- Patiënteninformatie voor de behandeling
- Limieten bij het voorschrijven van medicatie
- Terugbetaling behandeling
- Lange termijn neveneffecten op levenskwaliteit

Het is duidelijk dat het oplossen van deze pertinente vragen niet allemaal met wetenschap en/of opzoekingen te maken hebben maar meer met economische realiteiten en prioriteiten. We moeten de gezondheidspolitiek leren bekijken vanuit de individuele medische behandeling en de gepersonaliseerde totaalzorg. Hiervoor is politieke wil nodig gesteund door brede multidisciplinaire en multiprofessionele samenwerking van vele professionele en maatschappelijke betrokkenen.

MEP Luhan besloot dan ook dat intense samenwerking meer dan ooit nodig is om de grenzen te verleggen en dezelfde taal (figuurlijk en praktisch) te spreken.

Dit was een eerste stap in een lange wandeling. Laat ons hopen dat het geen processie van Echternach wordt.



De redactie wenst alle lezers prettige feestdagen en een gezond 2014.

Boekbespreking

Luc Decroos

Kanker simpel uitgelegd

Ed Roos

Ed Roos was bijna 40 jaar onderzoeker in het Nederlands Kanker Instituut - Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (NKI-AVL).

Als je weinig weet van celbiologie is het wel raadzaam om niet alles in een keer achter elkaar te lezen, want dit is wel zeer veel informatie ineens. Het is dus meer een studieboek dan een naslagwerk.

Kankeronderzoek is werk in uitvoering. Veel opvattingen staan nog ter discussie en de meningen van experts verschillen soms sterk. Een tumor is een complex weefsel met veel verschillende celtypes die ieder hun eigen rol spelen.

Cellen zijn zeer gecompliceerde machines met onderdelen zoals schakelaars en pompjes – dat zijn allemaal eiwitten. Die eiwitten hebben verschillende taken, zoals opbouwen en afbreken, maar ook het regelen en controleren van alle processen.

De cel bevat duizenden verschillende eiwitten, van sommige heel veel en van andere heel weinig.

Cellen maken die eiwitten zelf, op basis van een code die vastligt in het DNA. Mutaties in het DNA zijn dus de essentie van kanker. Genen zijn stukjes DNA met de code voor 1 eiwit. Heb je geluk dat je goede genen heb gekregen voor DNA-reparatiesystemen, waardoor die heel efficiënt werken, dan vermindert dat je kans op kanker.

Amsterdam, Uitgeverij Nieuwezijds, 2013, ISBN 978 90 5712 3924



Even voorstellen

Louis Denis

Na 18 maanden intensieve activiteiten tussen zijn internationale verantwoordelijkheid in de European Cancer Patient Coalition, Europa Uomo en Wij Ook België vzw heeft onze internationale sterspeler Erik Briers zijn mandaat als voorzitter ter beschikking gesteld.

Hij heeft ons niet verlaten en blijft actief als bestuurslid en hoofdredacteur/editor PROSTAATinfo.

Vooruitziend en praktisch als altijd, heeft hij een Limburgse lotgenoot als voorzitter voorgesteld die unaniem door het bestuur aanvaard werd.

André Deschamps werd geboren in Maaseik in 1949 en heeft zijn studies als Master in business administration in 1986 gekregen in het LUC. Hij spreekt zijn talen en wat extra Spaans zo nodig. Hij heeft zijn werk en levenservaring opgedaan bij Ford Genk, Velda Belgium, Nova-ITT Belgium, LINPAC automotive en Actuant

Automotive.

Nu beheert hij met zijn lieve echtgenote Lut Draye De & D consultancy.

U leest het. Een achtergrond om onze sputterende motor op normaal rendement te brengen en Wij Ook activiteiten in een business plan te formuleren.

André, in naam van al onze leden en sympathisanten hartelijk welkom en goede vaart.



Een succesvolle infovergadering van WIJ OOK vzw, afdeling Mechelen.

Jan Humblet & Bruno Mortelmans

Reeds enkele jaren groeide er een samenwerking tussen de vzw Wij Ook Antwerpen en de prostaatkliniek van het Imeldaziekenhuis, Bonheiden. Dokter Bruno Mortelmans was de “go-between” en zo organiseerden we reeds in het verleden een druk bezochte infodag over de prostaat- en prostaataandoeningen in het stadstheater van Mechelen. Daar bleef het niet bij. Op donderdag 24 oktober 2013 werd ons partnership bekroond door de oprichting van een Wij Ook afdeling Mechelen. Voor die gelegenheid werd voor 150 aanwezigen in de kapelcongresruimte van het AZ Imelda een symposium georganiseerd.

De eerste drie presentaties werden verzorgd door een delegatie van de vzw Wij Ook: Professor Louis Denis (die ook voor zijn enorme inzet werd gehuldigd) schetste de geschiedenis van Wij Ook-Nous Aussi- Wir Auch- België. Hierbij was opvallend hoe Wij Ook een netwerk van werkrelaties ontwikkelde met de belangrijkste organisaties die actief zijn op het gebied van prostaatkankerbestrijding, zoals de BVU & de universiteiten, ESO, PKS, Europa UOMO, enz... Voorzitter André Deschamps belichtte het actieveld van de vzw Wij Ook voor de patiënten, het grote publiek en de overheid. Jan Humblet tenslotte concretiseerde het werk van de vereniging door een analyse van de inhoud van de café-santé zittingen, Feel+, het tijdschrift *PROSTAATinfo* en de jaarlijkse patiëntendag.

Over de organisatie van de prostaatkliniek van het AZ Imelda volgde een presentatie verzorgd door dokter Bruno Mortelmans, uroloog. Binnen het domein van de prostaataandoeningen is vooral het zorgpad van prostaatkanker complex en impliceert dit de deelname van meerdere actoren. Concreet: de patiënt en zijn familie, de

huisarts, de uroloog, de radiotherapeut, de kine-sist, de oncoloog, de diëtist, de psychotherapeut, en vooral de prostaatverpleegkundige.

Als coördinerende figuur van heel het traject dat de patiënt doorloopt, kregen we vervolgens een uiteenzetting van de prostaatverpleegkundige Pascale Heylen. Essentieel in het profiel van deze functie is de laagdrempelige en de constante toegankelijkheid van deze verpleegkundige voor de patiënt.

Erik Briers, Wij Ook België, gaf een lezing over de relevante feiten in verband met het begrip PSA. Een ingewikkelde materie die door de ervaren didactische aanpak zeer instructief overkwam.

Voor een presentatie over robotchirurgie werd dokter Hendrik Plancke, door dringende werkzaamheden weerhouden, vervangen door dokter Bruno Mortelmans.

Over het belang van lichaamsbeweging besprak dokter Sofie Geukens het in voege zijnde “Kadans Plus”-project. In feite gaat het over méér dan fysieke training, omdat er ook aan psychologische infosessies en voedingsadvies wordt gewerkt en dat steeds op maat van de patiënt. Bij de presentatie van dit geheel kwamen ook de psychotherapeute, de diëtisten, en de kinesisten aan het woord.

Als laatste lezing hoorden we dokter André Valcke met een presentatie over de medicamenteuze behandeling van goedaardige prostaathypertrofie.

Ons besluit: een druk bijgewoonde infovergadering met een veelbelovend toekomstperspectief voor verdere vruchtbare samenwerking.



60+ op ontdekkingstocht

22 september 2013

Louis Denis

Voor de 14e maal werden onze wandelaars tegen kanker aangenaam verrast door fris, maar zonnig weer. Toch wat minder volk dan gewoonlijk want de bevrijding van de Schelde werd in Antwerpen gevierd met tientallen evenementen. Ongeveer tweehonderd getrouwen vatten de voetrally aan, juist in de richting van de Schelde. De wandeling was iets langer dan gewoonlijk en ging via de vernieuwde Nationalestraat naar de Parochie van Misericordia. Toch kwamen de meesten rond 12u15 in de Kanunnik Van Gesselzaal binnengeschuifeld waar de geurende koffie en de bijbehorende koeken al klaar stonden.

De kersverse OCA-voorzitter, de heer Marco Laenens, kwam ons verrassen met een welkomstwoord en een stijlvolle uitreiking van de traditionele diamant van het huis Slaets. Onze doorwinterde ceremoniemeester Henk Van daele verwelkomde de aanwezigen, bracht dank aan de vele tombolasponsors en stelde de nieuwe voorzitter voor aan de wandelgroep.

De heer Laenens bracht zijn persoonlijke, doordachte welkomstwoorden die we hier in extenso weergeven:

“Beste deelnemers,

Het doet mij een enorm plezier om iedereen te bedanken voor de grote opkomst. Dit is tot op heden één van mijn leukste opdrachten als nieuwe voorzitter van het OCA. Ik ben zeer blij dat, na zoveel jaren, iedereen onze wandelingen nog steeds fijn vindt.

Naar jaarlijkse traditie organiseert het Oncologisch Centrum Antwerpen immers de ontdekkingstocht door Antwerpen, waar jullie vandaag van genoten hebben.

Eventjes een terugblik op het ontstaan hiervan.

Reeds in 1997, bijna 20 jaar geleden, werd er een oproep gelanceerd waarbij verschillende verenigingen gevraagd werd om ouderen aan te sporen tot meer beweging. Dat viel ook bij het bestuur van OCA niet in dovemans oren. Dit leek iets om ons tot actie te roepen en we deden mee om onze Antwerpse vereniging nationaal en internationaal op de kaart te zetten.

De voorwaarde was om deze actie overal in de wereld op dezelfde dag te laten doorgaan en we moesten dit internationaal evenement ook melden.

We organiseerden wandelingen met gidsen elk jaar door een ander deel van de stad.

We hadden het eerste jaar, ondanks de korte tijdspanne van de aankondiging, toch al 75 deelnemers. Het tweede jaar al 125 en verder ging het in stijgende lijn zodat we verschillende jaren over de 300 deelnemers telden. We moesten zelfs met een wachtlijst werken!

In 1999 werd door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) het “Jaar van de ouderen” uitgeroepen. Als apotheose werd in 77 landen, verdeeld over 520 steden, een wereldwandeldag georganiseerd. Ook de stad Antwerpen mocht hier niet ontbreken.

In dat jaar werkten we samen met de Belgische Vereniging voor Osteoporose en dit onder de auspiciën van de Stad Antwerpen en met de medewerking van de Zoo. Het werd een keuzeprogramma met onder andere een wandeling door de Zoo, een stadswandeling met gids of een tai chi demonstratie in de Fysio van het St. Elisabethziekenhuis.

De jaren nadien bereiden we elk jaar een zoektocht voor, zoals reeds vermeld in telkens een ander stukje van de stad. Het is immers niet alleen leuk om zo kleine, ongekende plekjes te ontdekken, maar het zorgt voor beweging en het brengt ook nieuwe sociale contacten met zich mee.

Elk jaar zie je wel mensen weer en kom je ook in contact met nieuwe gezichten, die je de kans geven om je kennissenkring wat uit te breiden.

Na zulke inspanningen volgt een welverdiende beloning met koffie en koek en ook nog een gratis tombola om af te sluiten.

In naam van OCA en de Stad Antwerpen, hoop ik jullie volgend jaar allemaal hier terug te mogen ontmoeten.

Smakelijk.”

Deze inleiding werd gevolgd door de klassieke tombola waar de onschuldige kinderhand vervangen werd door een geblokte atleet, de Luc van Anja, die uiteraard ook fungeerde als veiligheidsagent over de prijzen.

Dit jaar werd de hoofdprijs, de diamant, gewonnen door de heer René Geivaerts uit Hoboken (zie foto).

Praktisch altijd wonnen vrouwen en ook deze gelukkige bekende dat hij de prijs voor een dame in ontvangst nam.

Na deze bekentenis gingen we naar huis met tranen in de ogen. Met veel dank aan de inrichtende, alles organiserende dames Brigitte Dourcy-Belle-Rose, Anja Vancauwenbergh, Jetje Crauwels en Sonja Voet voor het vele werk.

Tot volgend jaar.



Café Santé Prostaatziekten



**Donderdag 12 december 2013
te 17.00 u**

Oncologisch Centrum Antwerpen
Zaal Roger Avermaete
Lange Gasthuisstraat 45, 2000 Antwerpen

Programma:

17u00 – 17u45: ***“Feiten en fabels over de prostaat”***
Prof. Dr. Louis Denis

KOFFIEPAUZE

18u00 – 19u00: ***“Timing actieve interventie bij gelokaliseerde prostaatkanker”***
Dr. Tibaut Debacker

Gratis toegang, maar inschrijving is noodzakelijk (beperkte plaatsen) op
03/338.91.51 en dit tot 10/12/2013



'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