

PROSTAATinfo

Nieuwsbrief van Wij Ook Belgium vzw

Maart 2012

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

Versijnt
Driemaandelijks
Mrt-apr-mei 2012
P910655



**Wisseling van de wacht voor Wij Ook vzw (p-5)
Goed en kwaad onderscheiden met Dr. Glaeson (p-9)
In de schaduw van KOS (p-17)**

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

Verjonging van de ouderdom

Henk Van daele

In de Westerse wereld leven we steeds langer. Er grijpt een zogenaamde verjonging van de ouderdom plaats. Men verwacht dat de helft van de Belgische meisjes, geboren in 2000, honderd jaar zullen worden. Jongens moeten het met enkele jaren minder stellen. Laat ons hopen dat velen het geluk zullen hebben dergelijke hoge leeftijd te bereiken, maar dan wel met een behoorlijke gezondheid.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) publiceerde in 2002 een document over *Active Ageing*. Europa volgde grotendeels de ideeën van deze publicatie. Het jaar 2012 werd door de Europese Unie officieel uitgeroepen tot het "Europees jaar van actief ouder worden en solidariteit tussen de generaties" (Besluit nr. 940/2011/EU van 14 september 2011). Een dergelijke beslissing lokt in de Europese organen en in de 27 lidstaten van de Unie de nodige beslissingen en maatregelen uit. Tegen 2020 moeten alle onderdanen van de EU gemiddeld twee jaar langer leven. Spijtig genoeg impliceert dit ook in deze economisch moeilijke tijden dat vooral aandacht wordt besteed aan het professioneel actief blijven. Een paar jaar langer werken dus.

Ter gelegenheid van het Deense voorzitterschap van de EU (eerste jaarhelft van 2012) gaf John Dalli, commissaris voor gezondheid en consumenten, een interessante voordracht in Kopenhagen op 18 januari 2012. Hij legde duidelijk de vinger op de wonde: het is de gezondheidstoestand van elke persoon die het verschil maakt of hij/zij langer kan werken of niet, en of hij/zij gezondheidszorgen nodig heeft of niet. Gezondheid en arbeid zijn met elkaar verbonden.

We moeten dus investeren in innoverende gezondheidssystemen die oplossingen bieden om actief en gezond oud te kunnen worden. Commissaris Dalli dacht aan zes actiepunten. a) Ouderen moeten trouw blijven aan de hun voorgeschreven medicijnen; het blijkt dat heel wat oude patiënten "vergeten" hun pillen te nemen. b) Zwakheid door ondervoeding mag niet. c) Het vallen kunnen we meestal voorkomen. d) Succesvolle geïntegreerde modellen voor de behandeling van chronische ziekten moeten in andere landen-leden van de EU worden ingevoerd. e) Het autonoom wonen van oudere personen (zelfredzaamheid) kan door allerlei ingrepen worden bevorderd, o.a. door invoering van moderne elektronica. f) Gebouwen, steden en woonomgeving moeten aangepast worden aan de noden van ouderen. Commissaris John Dalli neemt dus veel hooi op zijn vork.

Op Belgisch niveau werd vorig jaar een commissie opgericht die, na consultatie van velen, een ernstig rapport op papier zette: *Europees jaar van actief ouder worden en solidariteit tussen de generaties 2012. Werkprogramma voor België*. Het werd een lezenswaardig document dat 54 bladzijden telt.

(www.socialsecurity.fgov.be/docs/active-aging/wp-ey2012-nl.pdf). Ook hier vertrekt men van een belangrijk feit wat betreft de professionele arbeid: in ons land is de werkgelegenheidsgraad voor 55- tot 64-jarigen lager dan het Europese gemiddelde. Gelukkig wordt in dit *Werkprogramma voor België* ook veel aandacht besteed aan andere aspecten van het ouder worden: seniorensport, diabetes, allerlei chronische ziekten, residentiële voorzieningen, rusthuizen, thuiszorg, strijd tegen isolement, mantelzorg, enz. Kankerpatiënten komen in dit document niet expliciet aan bod. De patiëntenverenigingen hebben dus nog veel werk!

Inhoud van dit nummer

- 3 Verjonging van de ouderdom
Henk Van daele
- 5 Wij Ook vzw: van droom tot werkelijkheid
Brigitte Dourcy-Belle-Rose
- 9 Onderscheid tussen goed en kwaad in het
naaldbiopt van de prostaat
Theo H. Van der Kwast
- 12 HIFU revisited
Een overname van onze collega's van
Prostaatkankerstichting.nl
- 15 Kort
Brigitte Dourcy-Belle-Rose
- 17 In de schaduw van Kos
Louis Denis

- 21 Boekbespreking
De Keizer van aller ziektes
Een biografie van kanker
- 22 Boekbespreking
Mindfulness bij borstkanker



Omslagfoto

De uittredende voorzitter Louis Denis rechts en de nieuwe voorzitter Erik Briers rechts

PROSTAATinfo

Nieuwsbrief Wij Ook Belgium

Hoofredacteur/editor

Erik Briens [erikbriens@telenet.be]

Redactievoorzitter

Henk Van daele

Redactieleden

Dr. Filip Ameye (Voorzitter Belgian

Association of Urology BAU)

Dr. Johan Braeckman (Secretaris

wetenschappelijke comité BVU)

Dr. Alberto Costa (Directeur Europese

School voor Oncologie)

Luc Decroos

Louis Denis (Directeur OCA)

Brigitte Dourcy-Belle-Rose

Piet Hoekstra (Epcel Nederland)

Jan Humblet

Prof. Dr. Hein Van Poppel (Voorzitter

wetenschappelijk comité Wij Ook Belgium)

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 Briens

Directeur

Louis Denis

Secretaris

Brigitte Dourcy-Belle-Rose

Schatbewaarder

Marcel Peeters

Secretariaat

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

Afdelingen

Wij Ook Antwerpen

Louis Denis [03/338.91.50]

[louis.denis@skynet.be]

Wij Ook Oost

(Limburg & Vlaams-Brabant)

Erik Briens [011/30.07.10]

Dinsdag en donderdag 19u-21u

[erikbriens@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@live.nl]

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".

PROSTAATinfo

Nieuwsbrief van Wij Ook Belgium

Oplage 4.000 ex.

ISSN:1782-0847

Prijs per nummer 5 euro

Inbegrepen in het lidgeld

11e jaargang Maart 2012

© 2012 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



Wij Ook vzw: Van droom tot werkelijkheid

Brigitte Dourcy-Belle-Rose

Op 23 oktober 2000 heette Jack Pais, stichtend voorzitter van Wij Ook vzw, een kleine groep welkom in de lokalen van het Oncologisch Centrum Antwerpen (OCA). De vergadering bestond uit enkele patiënten-lotgenoten met prostaatkanker, vertegenwoordigers uit de urologische wereld, vrienden uit de Rotary-afdeling Antwerpen, Dr. P. Nowé en notaris Luc Van Pelt.

Van deze kleine kern zijn alleen Marcel Peeters als penningmeester, Brigitte Dourcy-Belle-Rose als secretaris en Dr. Louis Denis vandaag nog steeds betrokken bij de activiteiten. Het doel van de vereniging was eenvoudig en duidelijk. De levenskwaliteit van de aangroeiende aantallen patiënten met prostaatkanker en hun families bevorderen en in samenwerking met de medische en verpleegkundige specialisten alle aspecten van prostaatziekten optimaal behandelen met het oog op fysieke, psychische, sociale en financiële noden.

Hierbij had Jack Pais vooral oog op de betrokkenheid van de patiënt als partner van de arts in de oplossing van zijn specifieke problemen als individuele mens. Dit in navolging van een US TOO project in de VSA dat toen reeds een meer dan 500 centra over de wereld groepeerde. US TOO Belgium, Wij Ook, Nous Aussi, Wir Auch was geboren.

Jack Pais was een dynamische en gedreven zakenman die tot ver na de pensioengerechtigde leeftijd, actief bleef in het zakenleven, ook met de diagnose van prostaatkanker. Vrij onmiddellijk werd overgegaan tot ledenwerving, organisatie in drie gebieden Wij Ook Antwerpen, Oost- en West-Vlaanderen en een Nederlandse groep Epcel, een website, driemaandelijks vergaderingen die Café Santé gedoopt werden, telefonische informatie, een wetenschappelijk comité bestaande uit experts van de vier Vlaamse universiteiten en als klap op het vuurwerk de stichting van een Europese organisatie Europa Uomo in 2004.

Helaas was de ziekte van Jack Pais toen reeds ver gevorderd en na twaalf jaar verloor hij deze strijd. Kenmerkend voor Jack was dat hij een Prostaat Vademecum schreef voor alle mannen

met of zonder prostaatklaften. Daags voor zijn overlijden veranderde hij nog de titel van zijn laatste bijdrage. Postuum kreeg hij dan ook vanuit US TOO VSA de Edward C. Kaps Hope Award toegewezen in 2008 voor levenslange verdiensten voor hulp en raad aan patiënten met prostaatproblemen.



Jack Pais (1921-2005)

Stichtend voorzitter Wij Ook vzw (2000) en stichtend secretaris Europa Uomo (2004). Gehuwd met Eva Pais-Minne, oud-archivaris OCMW Antwerpen, wat extra cultuur bracht in de vereniging.

Lanceerde de Wij Ook Nieuwsbrief, het prostaat paspoort en zijn persoonlijke ervaring in het Prostaat Vademecum (2005).

Het concept van Wij Ook vzw sloeg onmiddellijk aan, ook omdat er in Antwerpen een vruchtbare bodem bestond om de kiem van een zelfhulpgroep te laten bloeien. Uit de voorgeschiedenis onthouden we enkele belangrijke aanknopingspunten.

Reeds in 1975 werd in de dienst urologie AZ Middelheim een patiëntengroep opgericht door Dr. Denis om de gevolgen van een urinederivatatie langs een huidstoma zelf te verzorgen. Later volgde Dr. Hubens vanuit AZ Stuivenberg voor darmstoma's. Stoma Ilco bestaat nog steeds, is zeer actief, en Mevr. Ghys zetelt als afgevaardigde in de raad van bestuur Oncologisch Centrum Antwerpen.

Er bestond reeds een actieve zelfhulpgroep voor patiënten met borstkanker, namelijk Naboram vzw. Naboram is lid van Europa Donna, een zustervereniging voor Europa Uomo. Anita Van Herck zetelt in de raad van bestuur Oncologisch Centrum Antwerpen vzw voor Naboram, ondersteund door huidig voorzitter Rita Theeuws.

Het Oncologisch Centrum Antwerpen zelf heeft een waardige voorgeschiedenis. Reeds in 1985 werd een Voorlichtingscentrum Gezondheid opgericht in de schoot van het OCMW Antwerpen. We hadden toen eigenlijk Voorlichtingscentrum Kanker voorgesteld. Maar de toenmalige raad van bestuur OCMW Antwerpen vond kanker toen nog te hard voor de gevoeligheid van de bevolking. Hieruit groeide de kiem voor de Vlaamse Liga tegen Kanker (VLK) en het Oncologisch Centrum Middelheim respectievelijk in 1993 en 1995.

Uit de talrijke vrijwilligers die, buiten hun normale werk, tijd in de projecten staken, onthouden we de namen van de artsen: C. Mahler, H. Verhaegen, E. Rubens, T. Putzeys, L. Adam, T. Swinnen, en vooral twee pijlers die alles recht hielden de heer Rik Bobine en mevrouw Rita Denie.

Het Oncologisch Centrum Middelheim werd opgericht in de geest van samenwerking tussen alle disciplines in het ziekenhuis zelf waar ook de ondersteunende diensten als radiologie, pathologie, labo, isotopen en verpleegkunde, een katalysator voor optimale oncologische behandeling, en dokter R. Matthijs zich onderscheidde door psychosociale en palliatieve zorg.

Bekende namen als een klok in Vlaanderen. Laten we slechts herinneren dat onze drie opeenvolgende diensthoofden radiotherapie professor werden aan, respectievelijk, het UZ Leuven, UCL Brussel en UZ Antwerpen (Van Den Bogaert, Scalliet, Van den Weyngaert).

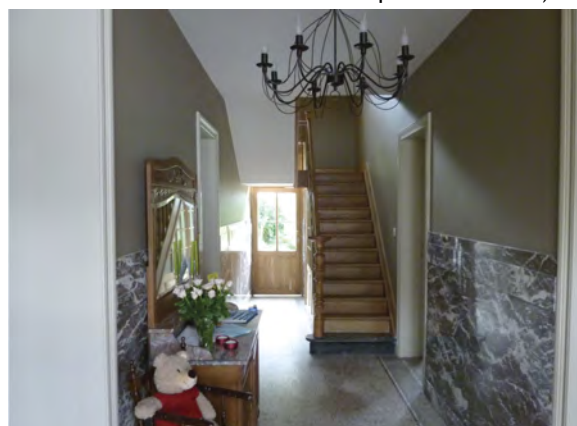
Internationaal werd het Middelheim Centrum opgenomen als stichtend lid van de Europese organisatie van kankerinstituten (OEI) als een van de toen 75 erkende instituten, en dit voor een algemeen ziekenhuis van het OCMW Antwerpen.



Rik Bobine
Stedelijk Onderwijs
Antwerpen
Corrector alle teksten rond
alle initiatieven
Organisator Tentoonstelling
"Achter het Vijgenblad"
Medewerker administratie bij
oprichting VLK



Rita Denie
Secretaresse Dienst urologie
AZM, OCA vzw en talrijke
congressen
Leidt nu een Bed & Breakfast
"Point-Rose" in Hastière-par-
Delà; waar u allen welkom
bent om te herstellen van
stress en overbelasting
(contact 0472/54.67.43 of
info@point-rose.com)



www.point-rose.be

De constante ondersteuning van de raad van bestuur OCMW en de stad Antwerpen waren een enorme aansporing tot innovatie en initiatief. We hopen dat nauwe samenwerking in klinische en wetenschappelijke projecten in het Antwerpse mag terugkomen ten bate van de patiënten en de ziekenhuizen zelf. De internationale positie van Dr. L. Denis was niet vreemd aan deze evolutie.

Dr Louis Denis

Uroloog
Voorzitter Vlaamse AdviesCommissie voor Kankerpreventie (VACK) 1983-1997
President European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) 1988-1991
Lid Executive Committee en Secretaris-Generaal Internationale Unie tegen Kanker (UICC) 1998-2006
Internationaal Co-Coördinator Europees gerandomiseerde studie voor prostaatkankerpreventie (ERSPC) 1991-2012
Stichtend penningmeester International Consultation Urological Diseases 1986-2004
Stichtend voorzitter International Prostate Health Council 1989-2012
Meer dan 50 boeken monografieën/meer dan 300 internationale publicaties



In 1997 werd het Medisch Huis op de campus St. Elisabeth en Elzenveld gerestaureerd en besloot het OCMW het Oncologisch Centrum Middelheim over te hevelen als Oncologisch Centrum Antwerpen. Dit werd ingehuldigd op 16 maart 1999. Het centrum is uniek omdat het geen medische zorgen verstrekt maar als doel heeft alle voorlichting rond gezondheid en preventie van ziekten te coördineren, epidemiologische onderzoeken te steunen en het stimuleren van klinische studies en opzoekingen. Het is vooral gericht op de patiënten zelf, de maatschappij en algemene samenwerking rond gezondheidsproblemen stimuleren met nadruk op de verhouding patiënten en huisartsen.

De twee grote projecten zijn de DEBRIC-studie rond dementie o.l.v. Prof. Peter De Deyn en de reeds vernoemde ERSPC-studie o.l.v. Prof. Louis Denis.

Talrijke symposia en internationale vergaderingen werden hier ingericht onder de auspiciën van internationale organisaties als de UICC, ESO, EAU, Europa Donna, ECPC (European Cancer Patiënt Coalition), ICUD en uiteraard Europa Uomo zelf. Een klassieker is de najaarswandeling tegen kanker in 1999 opgestart door de Wereldorganisatie en sindsdien op de derde zondag van september een populaire Ontdekkingstocht door Antwerpen voor 60+. Talrijke OCMW-dienstencentra nemen hieraan deel en de OCMW-afgevaardigden Monica De Coninck zelf en Linda Quackels organiseren de afsluiter in het Elzenveld. Deze symbolische oproep tot bewegen voor de senioren wordt sinds 2005 wetenschappelijk onderbouwd door het programma Feel+. Een ondersteuningsprogramma opgezet in samenwerking met de UCL (Prof. Tombal & E. Kuypers). Dit werd lokaal uitgewerkt o.l.v. Jan Humblet, Willy Walschaert en mezelf.

Een meer opzoekinggerichte Patiëntendag tegen Prostaatkanker wordt telkens op de derde zaterdag van september (september is de maand van prostaatkanker) ingericht in het Provinciehuis te Antwerpen. Elk jaar onder een ander thema. De Provincie, Stad en OCMW Antwerpen sponsoren deze vergadering. Het wetenschappelijk deel wordt geselecteerd door Wij Ook op advies van haar wetenschappelijke commissie m.m.v. de Vlaamse universiteiten, de EAU, Europa Uomo en de Belgische Vereniging Urologie alsmede Domus Medica en HAVAC als huisartsenorganisaties. In 2011 was er voor de eerste maal een doorstroming met de KARVA en de

Geneeskundige Dagen Antwerpen. Het thema was en blijft dan ook centraal: is het mogelijk met de hulp van de huisarts de kwaliteitszorg rond prostaatziekten te verbeteren en tegelijkertijd kostenbewust te werken? De huisartsen Dr. Marc Van Hoey en Bram Spinnewijn hebben deze uitdaging opgenomen. De weg naar een poging tot implementatie ligt open.

Als patiëntenvereniging zijn wij dankbaar voor deze onbezoldigde inzet en hopen te blijven genieten van de raad en richtlijnen van het wetenschappelijk comité.

Wetenschappelijk Comité Wij Ook vzw

H. Van Poppel (UZ Leuven - Voorzitter)
F. Ameye (BVU)
J. Braeckman (UZ Brussel)
G. De Meerleer (UZ Gent)
S. Joniau (UZ Leuven)
W. Oosterlinck (UZ Gent)
R. Pieters (Urobel)
D. Schrijvers (ZNA Middelheim)
J.J. Wyndaele (UZ Antwerpen)

Tenslotte maar niet ten minste werd in 1991 in Antwerpen het project Vroegopsporing Prostaatziekten opgestart in samenwerking met de dienst Urologie AZM, de huisartsenkringen en het Provinciaal Instituut voor Hygiëne (PIH) dat intussen uitgegroeid is tot de grootste studie ter wereld over secundaire preventie tegen prostaatkanker. Het verloop en de laatste resultaten worden beschreven in dit nummer (Zie de Schaduw van Kos).

Jack heeft de prille evolutie van Europa Uomo nog mee gemaakt tot een confederatie van onafhankelijke nationale zelfhulpgroepen. Begonnen met 12, tellen we nu 22 actieve groepen die respectievelijk hun land vertegenwoordigen in de organisatie. De rol van Wij Ook vzw is duidelijk waar het secretariaat en het hoofdkwartier hun onderkomen vinden in het Oncologisch Centrum Antwerpen.

De nadruk op samenwerking heeft het mogelijk gemaakt dat we in het jaar 2000 het Europees Project Benelux Middengebied tot een goed einde konden brengen in samenwerking met het Integraal Kankercentrum Zuid te Eindhoven. De drie aspecten van het Project zijnde: palliatieve zorg, registratie en het elektronisch medisch dossier, brachten elk hun steentje bij naar een betere kwaliteit van zorg voor de gemeenschap.

Uiteraard bracht het overlijden van voorzitter Pais een slag toe aan onze werking en Dr. Denis werd tot voorzitter verkozen op de Algemene Vergadering van 13 december 2005. We blijven

ijveren voor een optimale behandeling van elke vorm van prostaatziekte met holistische individuele patiëntenzorg tot tevredenheid van alle betrokkenen. De activiteiten lopen uiteraard soms door elkaar maar we lanceren een jaarlijkse bijdrage Sodico/Sodipa "Met pensioen is het te doen - Niet kankeren over Kanker". Deze voordracht wordt nu gegeven op aanvraag voor het Zorgbedrijf Antwerpen.

Een nieuwe folder Wij Ook België vzw wordt ontworpen en een nieuwe brochure uitgegeven "Prostaatproblemen: Gids voor Mannen en Vrouwen". Deze brochure kende reeds een vierde druk op vijf jaar tijd. Er kwam zowaar politieke waardering toen Dr. Denis de prijs ontving van de Antwerpse Senioren in 2006.

Een belangrijke stap werd gezet onder impuls van Erik Briers, hoofdredacteur, en Henk Van daele, redactievoorzitter, van een nieuw tijdschrift *PROSTAATinfo*, de officiële nieuwsbrief van Wij Ook die viermaal per jaar verschijnt. Een goede gok, een groot succes en nog meer werk voor alle vrijwilligers.

We droegen bij tot het European Partnership for Action Against Cancer (EPAAC) op 29 september 2009 en tot een Europese vergadering in het Hilton Hotel op 18 september 2009 over prostaatkanker.

Op de algemene vergadering van 9 januari 2012 wordt de nieuwe uitdaging voorgesteld inzake de samenwerking met de huisartsen, een internationale Europeaan Prostate Awareness Day (EPAD) op 19 september 2012 in Brussel, en de uitbouw van onze Website. De oproep tot actieve medewerking in de raad van Bestuur wordt gunstig beoordeeld en de verkiezing van Dr. Sc. Erik Briers tot voorzitter werd met handgeklap bevestigd. Dr. Denis neemt de functie van directeur waar en Brigitte Dourcy-Belle-Rose blijft secretaris (Kader 7&8).



Prinses Matilde in gesprek met Prof. L. Denis



vlnr: Mevr. Monica, Mevr. Brepoels en Prof. L. Denis

Raad van bestuur Wij Ook vzw 2012

Voorzitter	Erik Briers
Secretaris	Brigitte Dourcy-Belle-Rose
Penningmeester	Marcel Peeters
Directeur	Louis Denis

Leden	Luc Decroos
	André Deschamps
	Luc Dewilde
	Piet Hoekstra
	Jan Humblet
	Paul Kempeneers
	Bruno Mortelmans
	Fernand Reinardts
	Alain Servaes
	Henk Van daele
	Marc Van Hoey
	Guy Vermeiren
	Willy Walschaert

Onze nieuwe voorzitter 2012 -2016

Dr. Sc. Erik Briers

Geboren te Hasselt op 07.03.1951
 Papa van drie
 PhD Chemie 1979 (KULeuven)
 Hoofdredacteur *Focus Diagnostica* & *PROSTAATinfo*
 Actief lid Us Too Belgium
 Voorzitter Wij Ook - Nous Aussi - Wir Auch
 Medestichter Europa Uomo
 Afgevaardigde bij European Medicines Agency (EMA) & EPPOSI (Brussel)
 Overlever prostaatkanker sinds 2001



Een uitbreiding en activiteit op nationaal en internationaal wacht ons maar de blijvende steun van onze sponsors, het geneeskundig korps, de verpleegkundigen en ook onze financiële sponsors garandeert een positieve toekomst.

We danken allen die hiertoe bijdroegen en wensen onze nieuwe voorzitter en zijn actieve ploeg veel succes.

Onderscheid tussen goed en kwaad in het naaldbiopt van de prostaat

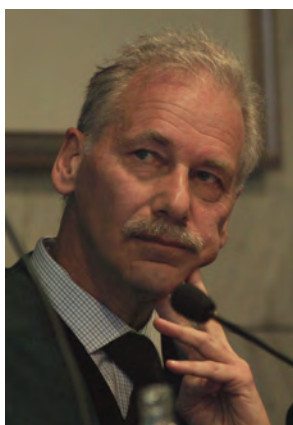
Theo H. Van der Kwast

Patholoog-anatoom verbonden aan de afdeling Pathologie van het University Health Network te Toronto, Canada

Het prostaatbiopt

De beoordeling van het prostaatbiopt door de patholoog-anatoom is het sluitstuk van het diagnostische proces dat de man doorloopt vanaf het moment dat er een verdenking is op prostaatkanker. Het begint meestal met een bezoek aan de huisarts, die een PSA-test laat doen al of niet na het vinden van een knobbel van de prostaat bij rectaal toucher. Als de knobbel verdacht aanvoelt of de PSA-waarde ook na herhaling van de test verhoogd blijft, wordt meestal besloten om een serie bipten uit de prostaat te nemen. De uitkomst van rectaal toucher en ook de verhoogde PSA-waarde zijn namelijk niet voldoende om met zekerheid de aanwezigheid van prostaatkanker vast te stellen. De diagnose prostaatkanker kan uitsluitend gesteld worden op basis van het pathologisch onderzoek van prostaatweefsel, meestal verkregen door middel van een serie naaldbiopen.

Door de uroloog of radioloog worden 8 tot 15 bipten genomen uit de prostaat onder geleide van een ultrasound (echo)-apparaat. Hoewel met dit echo-apparaat inzicht kan worden verkregen over de grootte van de verschillende prostaatgebieden, is het in de meeste gevallen niet mogelijk om een aanwezige kanker zichtbaar te maken. Het gevolg is, dat de bipten "in den blinde" verspreid door de prostaat worden genomen. Als er echter een verdacht gebied



wordt ontdekt, dan kunnen hieruit een of meerdere gerichte bipten worden genomen. Het gevolg van deze procedure is, dat bij een negatieve biptuitslag er nog steeds een geringe kans is, dat een (meestal kleine) kanker zich schuilhoudt in de prostaat.

Een prostaatbiopt is een dun sliertje weefsel, tussen de 1 en 2 cm lang met een diameter van 1 mm (fig. 1). Deze weefselsliertjes worden opgevangen in een formaline fixatief en dan voor verdere bewerking naar het pathologielaboratorium gestuurd. Daar worden de weefselsliertjes geïmpregneerd met paraffinewas, en vervolgens worden hiervan heel dunne plakjes van 5 micrometer (1 micrometer is 1/1000e millimeter) gesneden en geplakt op een glaasje (coupe); deze worden dan gekleurd middels de haematoxyline-eosine kleuring en uiteindelijk worden deze coupes door de patholoog onder de microscoop bekeken en beoordeeld.

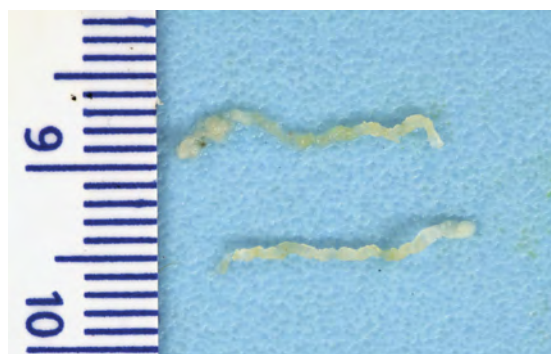


Fig. 1 Twee vers uitgenomen naaldbiopen van de prostaat (met dank aan Sarah James, UHN, Toronto).

Goedaardig en kwaadaardig prostaatweefsel

Normaal prostaatweefsel, dat wil zeggen weefsel zonder "kanker" bestaat uit afzonderlijke tamelijk wijde klierbuizen omgeven door bind- en spierweefsel (fig. 2). Prostaatkanker bestaat ook uit klierbuizen, maar deze klierbuizen liggen meestal dichter bij elkaar, ze zijn meer afgerond of grilliger van vorm en ze zijn meestal veel kleiner (fig. 3). Op basis van de vorm en de rangschikking van de klierbuizen in het biopt kan

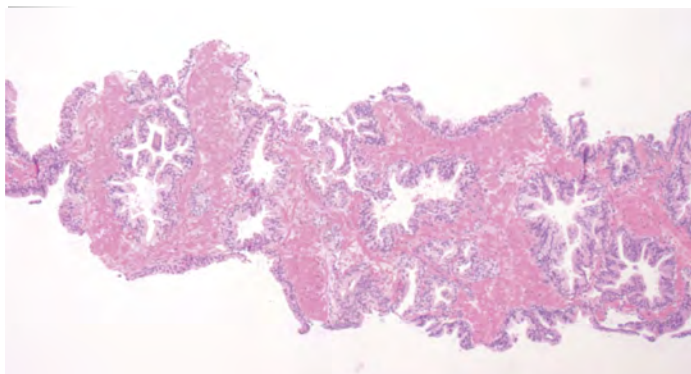


Fig. 2 Microscopische opname (50 X) van een prostaatbipt. Het rood gekleurde weefsel is voornamelijk spierweefsel, dat er voor dient om de prostaatvloeistof uit de prostaat te drukken.

Deze vloeistof bevindt zich in de wijde klierbuizen met onregelmatige contouren, die tussen het spier- en bindweefsel in gelegen zijn. Omdat de weefselcoupe heel dun is, zien we de klierbuizen in een 2-dimensionaal beeld.

de patholoog dus vaststellen of de klierbuizen goed- dan wel kwaadaardig zijn. Ook hebben prostaatkankercellen vaak karakteristieke celkern afwijkingen, zoals een vergroot celkernlichaampje (nucleolus), wat behulpzaam kan zijn bij het onderscheid tussen goed- en kwaadaardige klierbuizen. Echter, onder invloed van ontstekings- en verouderingsprocessen kan het normale prostaatweefsel er soms ook anders uit gaan zien, waardoor de beoordeling door de patholoog bemoeilijkt wordt.

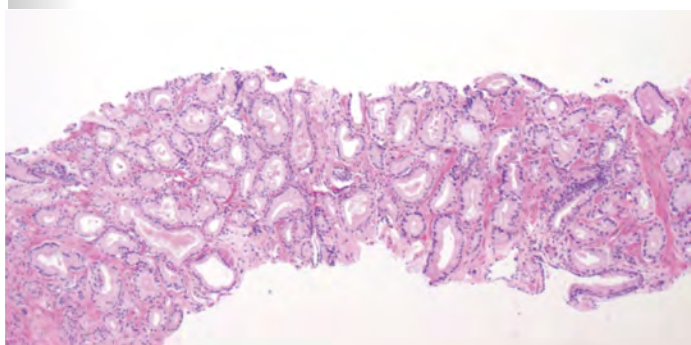


Fig. 3. Microscopische opname (vergroting 50 X) van een deel van een naaldbiopt doorwoekerd door prostaatkanker klierbuizen. Ook hier zien we de klierbuizen in een twee-dimensionaal beeld als kleine ronde structuren. Vergelijk met Fig. 2.

Een gelukkige bijkomstigheid is, dat het normale of goedaardige klierweefsel in het algemeen uit twee cellagen bestaat, een binnenste laag die de klierholte bekleedt, en een

buitenste laag van afgeplatte “basale” cellen die aan de buitenzijde van de klierbuis de begrenzing ten opzichte van het omgevende bind- en spierweefsel vormt. Bij kwaadaardige klierbuizen ontbreekt deze buitenste laag van basale cellen steevast. Helaas is het niet goed mogelijk om deze laag van basale cellen met zekerheid vast te stellen in de routine haematoxyline-eosine kleuring. Het is tegenwoordig wel mogelijk om met speciale kleurtechnieken deze basale cellen selectief zichtbaar te maken in voor dit doel extra te snijden coupes om hierdoor tot een meer zekere diagnose te komen. Deze techniek kost een tot twee extra dagen om uit te voeren en leidt dus tot wel een wat latere uitslag.

Goed- en kwaadaardig

Bij het microscopisch onderzoeken van een prostaatbipt is het goed om je te realiseren dat het niet zo is, dat kwaadaardige klierbuizen (dat wil zeggen prostaatkanker) plotsklaps van de ene op de andere dag ontstaan uit goedaardige klierbuizen. Het ontstaan van prostaatkanker uit goedaardige klierbuizen is een jaren durend proces, en er is een microscopisch herkenbare tussenfase waarbij klierbuizen die in vorm en grootte er uitzien als goedaardige klierbuizen maar waarvan de samenstellende cellen de kenmerken van kwaadaardige cellen hebben, zoals onder meer de aanwezigheid van vergrote celkernlichaampjes. Deze voorlopervorm van prostaatkanker kan ook in een prostaatbipt worden aangetroffen en wordt dan genoemd hooggradige prostaat intra-epitheliale neoplasie (PIN). Het vinden van uitsluitend PIN in een prostaatbipt is op zich geen reden tot zorg, omdat gebleken is dat in de meeste gevallen in de vervolgbioten geen prostaatkanker wordt gevonden. Een diagnose van uitsluitend PIN zal in de regel dus niet leiden tot een herhalingsbipt, tenzij de behandelende arts op andere gronden vermoedt dat de patiënt mogelijk toch een prostaatkanker heeft.

Uitgebreidheid van prostaatkanker in het bipt

Het is natuurlijk niet zo dat de kwaadaardige klierbuizen altijd uitgebreid aanwezig zijn in een prostaatbipt. Omdat het bipt meestal “in den blinde” wordt genomen, is de kans groot dat maar een klein deel van de prostaatkanker wordt

getroffen. Inderdaad bevatten prostaatbipten vaak maar een gering aantal kwaadaardige klierbuizen en is het merendeel van de klierbuizen in het bipt goedaardig. De patholoog moet dus heel goed zoeken in het bipt naar afwijkende klierbuizen. Omdat het aantonen van een prostaatkanker in belangrijke mate berust op de rangschikking en grootte van de klierbuizen, zal het duidelijk zijn dat bij aanwezigheid van een gering aantal kwaadaardige klierbuizen de pathologische beoordeling moeilijk wordt (fig. 4). Ook het uitvoeren van extra kleuringen om de afwezigheid van basale cellen aan te tonen kan dan lastig worden, omdat de afwijkende klierbuizen in de extra te snijden coupes soms niet meer aanwezig zijn. Het gevolg is dat onder dergelijke omstandigheden de patholoog het niet aandurft om met zekerheid de diagnose prostaatkanker te stellen. De patholoog zal dan rapporteren dat er afwijkende klierbuizen in het bipt zijn gevonden, die verdacht zijn voor prostaatkanker, maar dat er onvoldoende argumenten zijn voor een zekere diagnose. In het algemeen zal dan binnen niet al te lange termijn opnieuw een serie prostaatbipten worden genomen om meer zekerheid te verschaffen.

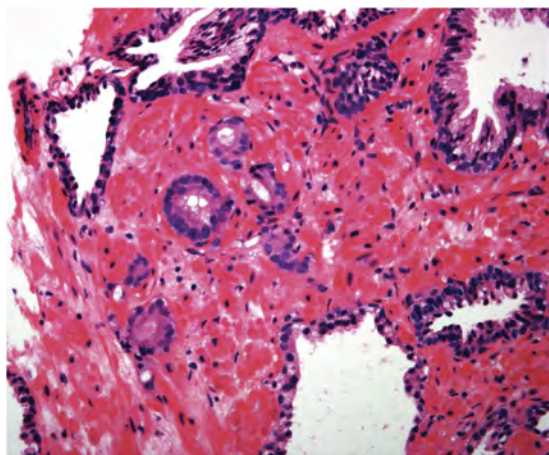


Fig. 4. Microscopische opname van een prostaatnaaldbiopt bij sterkere vergroting (200 X). Een zestal prostaatkankerklierbuisjes is gelegen in het spierweefsel, verder omringd door een aantal goedaardige klierbuisjes. Dit waren de enige afwijkende klierbuisjes in de prostaatbipten van deze patiënt. Herkent u ze?

Betekenis van het woord kanker

Het klinische begrip “kanker” en “kwaadaardig” of “maligne” zal bij de meeste mensen grote angst oproepen, wegens de associatie met uitzaaiingen in andere organen (metastasen) en dood. Voor

een patholoog is een kanker, door hem meestal carcinoom genoemd, puur gedefinieerd op basis van de microscopische bevindingen. Voor wat betreft prostaatkanker is het daarbij goed om te weten, dat bij microscopisch onderzoek prostaatkanker kan worden gevonden bij de helft van alle mannen boven de 50 jaar die ten gevolge van andere oorzaken dan prostaatkanker waren overleden. Dit betekent dat een heel groot deel van de klierbuisafwijkingen die door de patholoog als kwaadaardig of “carcinoom” bestempeld worden, nooit tot ziekte of overlijden zal leiden. Kortom, het pathologische begrip “prostaatkanker” hoeft niet te betekenen dat het noodzakelijkerwijs een klinisch kwaadaardige ziekte betreft. Tegenwoordig zal meer dan 95% van de mannen met een diagnose prostaatkanker aan andere oorzaken dan prostaatkanker overlijden. Aan de andere kant is het natuurlijk wel zo, dat door het veelvuldig voorkomen van prostaatkanker de aandoening een van de belangrijkste doodsoorzaken aan kanker is in de Westerse samenleving, mede door de toenemende levensduur van de mannelijke bevolking.

Interpretatie of laboratoriumbepaling

Uit bovenstaande zal duidelijk zijn dat de pathologiediagnose mensenwerk is en geen laboratoriumtest. Bij een laboratoriumtest wordt bijvoorbeeld een bloed- of urinemonster in een apparaat gedaan en er komt dan een waarde (getal) uit, zonder directe menselijke tussenkomst bij die waardebepaling. De pathologiediagnostiek berust daarentegen op een menselijke interpretatie van een (microscopisch) beeld en de diagnose moet eigenlijk beschouwd worden als de opinie van de patholoog, die het onderzoek heeft verricht. Als de patholoog twijfel heeft, zal deze vaak een tweede patholoog consulteren, en als er dan nog twijfel bestaat zal geen definitieve diagnose van carcinoom worden afgegeven. Voor pathologen geldt onvoorwaardelijk het motto “bij twijfel niet inhalen” om te voorkomen, dat iemand ten onrechte met de belastende diagnose “kanker” wordt opgezadeld.

HIFU revisited

Prostaatkankerstichting.nl

Van de redactie

In PROSTAATinfo 9(2010)2 vindt u al een uitgebreid artikel waarin uitgelegd werd wat HIFU is en hoe het werkt en een verslag van een getuige die met HIFU behandeld werd. Onze collega's van de Prostaatkankerstichting.nl publiceerden in hun blad een artikel met interview dat wij hieronder graag overnemen.

Een Opfrisser?

De HIFU-methode maakt gebruik van ultrasone geluidsgolven voor de behandeling van gelokaliseerde prostaatkanker. Deze golven worden vanuit een kleine antenne op één punt in de prostaat geconcentreerd. Hierdoor ontstaat een hittegolf die in dit punt vertrekt waarbinnen men lokaal een temperatuur bereikt van 85-95°C. Binnen deze kleine sigaarvormige stralenbundel worden alle (tumor)cellen gedood. Door de stralenbundel steeds te verplaatsen, de ene naast de andere, kan de volledige prostaatkanker vernietigd worden.

HIFU-behandeling is aangewezen bij gelokaliseerde prostaatkanker die zich nog binnen het kapsel van de prostaat bevindt, bij een patiënt die geen radicale prostatectomie kan of wenst te ondergaan. In principe behandelen we prostaatkankerpatiënten met een PSA tot ongeveer 15 en een Gleasonscore tot/met 7. Het prostaatvolume mag niet groter dan ongeveer 40 gram zijn en het tumortype kan T1 of T2 zijn.

HIFU nu ook in Nederland

Alhoewel de HIFU-therapie (= High Intensity Focused Ultrasound) al enkele jaren in het buitenland (ruim 16.000 patiënten, waarvan meer dan 200 patiënten in Antwerpen) wordt toegepast zijn er nu ook in Nederland enkele ziekenhuizen waar een start is gemaakt met HIFU-behandeling voor prostaatkanker. Vergoeding van de behandeling is nog niet bij alle zorgverzekeraars geregeld maar de ziekenhuizen die met deze therapie zijn begonnen betalen deze behandeling deels uit eigen budget.

De PKS (ProstaatkankerStichting) ging op bezoek bij het Franciscus ziekenhuis Roosendaal

en had een interview met dr. O.G.J.M. (Olav) van Aubel, uroloog, die deze behandeling uitvoert. Nog later had PKS eveneens een gesprek met Dr. Langbein, uroloog aan het Zaans Medisch Centrum die eveneens ervaring heeft met HIFU.

Het gesprek met Dr. Olav Van Aubel

PKS: Om welke reden(en) vond u dat HIFU therapie moest worden toegevoegd aan de reeds bestaande behandelingen zoals operaties en de verschillende vormen van radiotherapie?

Dr. Olav van Aubel,

HIFU is in Nederland een nieuwe therapie voor prostaatkanker die in het buitenland zijn waarde bewezen heeft. Het is de minst invasieve behandeling op dit ogenblik die gelijke oncologische resultaten geeft ten opzicht van gevestigde niet-chirurgische behandelingen. Deze behandeling vereist slechts één etmaal ziekenhuisopname. Er zijn weinig bijwerkingen, terwijl de periode korter is waarin veel patiënten plasklachten hebben en incontinent zijn. Indien de locatie van de tumor het toelaat kan de behandeling zenuwsparend met behoud van potentie uitgevoerd worden. De behandeling kan indien nodig herhaald worden. Als de behandeling niet het gewenste resultaat heeft opgeleverd, kunnen alsnog andere therapieën gebruikt worden.

PKS: Wat gebeurt er in grote lijnen tijdens de behandeling van prostaatkanker met HIFU therapie?

Dr. Olav van Aubel,

De HIFU-methode maakt gebruik van ultrasone geluidsgolven voor de behandeling van gelokaliseerde prostaatkanker. Deze golven worden vanuit een kleine antenne op één punt in de aars geconcentreerd. Hierdoor ontstaat een hittegolf die vanuit dit punt vertrekt waarbinnen men lokaal een temperatuur bereikt van 85-95° C. Binnen deze kleine sigaarvormige stralenbundel worden alle (tumor)cellen gedood. Door de stralenbundel steeds te verplaatsen, de ene naast de andere, kan de volledige prostaatkanker vernietigd worden. Hierbij dus geen operatiewonden of schadelijke bestraling.

PKS: Hoe wordt het gezonde omringende weefsel beschermd tegen de hitte van de

geluidsgolven.

Dr. Olav van Aubel,

Om de rectumwand te beschermen tegen deze hittegolf en dus schade aan de darmwand te voorkomen, wordt deze gekoeld via een vloeistof die continu langs de rectumwand circuleert. Hierdoor wordt de rectumwand nooit warmer dan 17 °C. Alles wordt via de rectale echografie-antenne in beeld gebracht en gevolgd. De volledige behandeling duurt ongeveer 2 uur.

PKS: *Om welke reden wordt er voorafgaand aan de HIFU-behandeling in veel gevallen een zgn. TU (trans urethrale= door de plasbuis) R(resectie=weghalen) P(prostaat), kortweg TURP-operatie uitgevoerd?*

Dr. Olav van Aubel,

De transurethrale resectie vooraf wordt gedaan bij patiënten die al mictieklachten (plasklachten) hebben, dit om de postoperatieve periode van catheterisatie te verkorten. Bij deze operatie wordt door middel van een resectoscoop prostaatweefsel rond de plasbuis verwijderd.

PKS: *Welke prostaatkankerpatiënten zijn geschikt voor een eerste HIFU-behandeling?*

Dr. Olav van Aubel,

HIFU-behandeling is aangewezen bij gelokaliseerde prostaatkanker die zich nog binnen het kapsel van de prostaat bevindt, bij een patiënt die geen radicale prostatectomie kan of wenst te ondergaan. In principe behandelen we prostaatkankerpatiënten met een PSA tot ongeveer 15 en een Gleason-score tot 7. Het prostaatvolume mag niet groter dan ongeveer 40 gram zijn en van het type T1 of T2 zijn. Indien groter dan 40 gram dan moet er een zgn TURP-operatie geschieden, danwel kan de patiënt drie maanden behandeld worden met hormoontherapie om een volume reductie te bewerkstelligen.

Bij uitgebreidere tumoren (zonder uitzaaiing) kan HIFU worden toegepast om de tumor te vernietigen en verdere evolutie van de tumor te voorkomen of alleszins te vertragen. Meestal wordt de volledige prostaat behandeld, maar bij beperkte tumoren aan één kant van de prostaat, kan ook een gedeeltelijke behandeling worden uitgevoerd. Hierdoor kunnen de zenuwen en bloedvaten die verantwoordelijk zijn voor de

erectie aan één kant worden gespaard. Ook bij lokaal recidief na een eerdere behandeling kan HIFU worden toegepast, al is het risico op nevenwerkingen dan wel groter.

PKS: *Op welke wijze vindt pijnbestrijding plaats tijdens de behandeling?*

Dr. Olav van Aubel,

De patiënt krijgt in de meeste gevallen een spinale verdoving (ruggenprik). De patiënt blijft dus wakker en aanspreekbaar gedurende de hele behandeling maar heeft geen pijn. De patiënt ligt comfortabel in zijligging met licht opgetrokken benen op de behandeltafel. Hij mag na de behandeling eten en drinken, en kan in de meeste gevallen de volgende ochtend naar huis.

PKS: *Zijn er ook nevenwerkingen?*

Dr. Olav van Aubel,

Na de behandeling kan een tijdelijk oedeem van de prostaat ontstaan waardoor het plassen de eerste dagen wordt bemoeilijkt. Hiervoor krijgt de patiënt een kleine urinesonde door de buikwand voor ongeveer tien dagen. Bij ongeveer 15 % van de patiënten zien we onmiddellijk na de behandeling een kortstondige en meestal zeer milde stressincontinentie (verlies van enkele druppels bij druk, hoesten of inspanning), die evenwel meestal snel verdwijnt.

PKS: *Wordt er na het verwijderen van deze urinesonde nog een urinekatheder geplaatst?*

Dr. Olav van Aubel,

Neen, dat is niet nodig.

PKS: *In 2007 plaatste de PKS een artikel over de HIFU-therapie in België. Zijn er sindsdien belangrijke veranderingen in de behandeling?*

Dr. Olav van Aubel,

Neen, het principe is hetzelfde gebleven maar er is een nieuwe generatie instrumenten die het mogelijk maakt de behandeling te verfijnen.

Het gesprek van Dr. S. Langbein

PKS: *U bezocht een urologisch congres in Washington (USA) waar ook de behandeling van prostaatkanker met HIFU-therapie uitgebreid ter sprake kwam.*

Waren er op dit congres nieuwe inzichten bij de behandeling van prostaatkanker.

Dr. Langbein,

Er waren op dit congres duidelijk tendensen te bespeuren die wijzen op een nieuwe visie bij behandeling van prostaatkanker. Het idee om niet de gehele prostaat aan te pakken maar zich te beperken tot de agressiefste tumor (index lesion) [dit wordt focale therapie genoemd nvdr] in de prostaat en alleen deze tumor te behandelen wint terrein. Men verwacht dat daarmee de kanker onder controle kan worden gehouden omdat niet agressieve tumoren in de prostaat geen kwaad kunnen en dus ook geen behandeling nodig hebben. De bijwerkingen als incontinentie en impotentie kunnen met een minimaal invasieve therapie worden beperkt. Wij horen vaak de vraag waarom de hele prostaat wordt behandeld als er alleen maar op een plek een kleine tumor zit. Tot nu toe was het technisch heel moeilijk om de tumor goed in beeld te brengen en alleen een klein gedeelte van de prostaat te behandelen. Maar met de nieuwe ontwikkelingen op het gebied van de techniek zijn veel problemen opgelost.

PKS: *Komt dit inzicht een beetje uit de lucht vallen of zijn aanwijsbare ontwikkelingen daar de oorzaak van?*

Dr. Langbein,

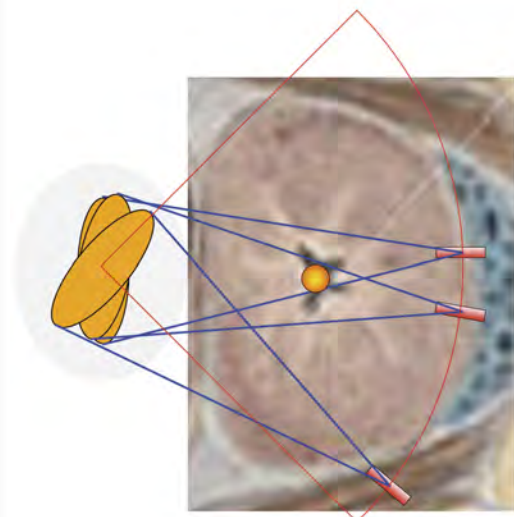
De steeds beter wordende kwaliteit van beeldvorming zoals MRI, Histoscanning of Elastographie maken het mogelijk de tumor in de prostaat beter zichtbaar te maken. Bij voorbeeld kunnen wij met Histoscanning (computergeassisteerde prostaatechografie) of MRI beter zien waar de tumor zit en hoe groot hij is en kunnen deze informatie meteen gebruiken om de behandeling met HIFU te preciseren. Met deze nieuwe beeldvormende technieken kun je zien waar- deze agressieve tumor zich in de prostaat bevindt. Omdat wij steeds beter weten waar de tumor is, kun je veel nauwkeuriger behandelen en is het vaak niet meer nodig de hele prostaat te behandelen. Een zogenoemde locale behandeling van de prostaattumor is goed te doen met de HIFU, maar is ingewikkeld om met en bestraling of een operatie te doen. Een groot voordeel van de HIFU-therapie is daarbij dat bij een recidief HIFU nogmaals toegepast kan worden terwijl ook andere behandelingen als radiotherapie en operatie nog mogelijk zijn. Een probleem van de lokale behandeling van prostaattumoren is op dit moment nog de nazorg.

Als de prostaat maar gedeeltelijk wordt behandeld zal het PSA niet helemaal tegen nul zakken en wordt moeilijker om het als controle parameter te gebruiken. Maar ook hier kunnen de nieuwe technieken met verbeterde zichtbaarheid van de tumoren helpen: naast de PSA kunnen wij bij voorbeeld met Histoscanning meest waarschijnlijk zichtbaar maken of de tumor verdwenen is. De angst van de patiënten dat iets gemist wordt tijdens en na een behandeling kunnen wij zo verminderen.

Belangrijk lijkt de nieuwe beeldvorming ook voor patiënten die in een zo genoemde afwachtend beleid (watchful waiting) zitten. Begrijpelijk dat je soms onzeker bent of de tumor misschien toch groeit en je eventueel te laat bent met een therapie. De nieuwe mogelijkheden die bestaan zullen hier kunnen helpen: de tumor beter in beeld te brengen en daarmee eventueel het aantal van biopsies uit de prostaat te verminderen.

Het geldt wel de zorgverzekeraars te overtuigen om die verbeteringen voor de patiënt te vergoeden.

Opmerkelijk was een presentatie over de positieve bijwerkingen van ultrasone geluidsgolven. Bij proeven met dieren is gebleken dat door de aanpak van een tumor met HIFU (en LOFU)-therapie blijkbaar het immuunsysteem geactiveerd wordt en helpt dat andere tumoren zich minder kunnen doorontwikkelen. Maar dat is nog wel speculatief [nvdr] en toekomstmuziek en het zal nog wel even duren voordat we daar ook bij mensen zekerheid over hebben.



Jouw wil is wet.

Bepaal zélf de omstandigheden van uw levenseinde.

Laat uw levenstestament registreren door RWS en bepaal zélf de omstandigheden van uw levenseinde.

Doe het nu het nog kan.

RWS
Constitutiestraat 33
2060 Antwerpen
www.rws.be

RWS
RECHT OP WAARDIG STERVEN

KORT

Brigitte Dourcy-Belle-Rose

Dwergpalm, nutteloos voor plasproblemen

Bekend in de apotheek onder een twintigtal namen, werkt Serenoa Repens, extracten die gebruikt worden bij plasproblemen ten gevolge van een vergrote prostaat, en dit ook bij hoge dosissen, zonder enig verschil met een placebo. Dit grote nieuws staat in *Test Gezondheid*, feb. 2012, met als bronvermelding de *American Medical Association Journal* van 28 september 2011.

Waarom we het bij de Amerikanen moeten zoeken mag Joost weten. Het consensusdocument opgesteld door een jury van vakmensen, specialisten en huisartsen, op initiatief van het RIZIV, bracht al eensgezindheid: geen enkele van die plantextracten doet het beter

dan placebo. Misschien voor medisch nieuws eerst eens telefoneren naar de huisarts of uroloog?

Om dit weetje nog smeuïger te maken. Op de volgende jaarlijkse vergadering van de Europese Vereniging voor Urologie in Parijs is er toch wel een symposium om Serenoa Repens te evalueren. Er zit veel kapitaal in de dwergpalm?

Test Gezondheid, 107, 2012.

Wiskundige modellen zullen de blijvende groei van prostaatkanker bepalen na castratie

De uro-oncologen kunnen beter hun algebra oprispen nu het Mathematical Biosciences Institute van Ohio State University uit Columbus, hun opzoeken publiceerden. Ze hebben een model gecreëerd met persoonlijk parameters die de verschillen in het klinisch verloop onder verschillende behandelingen voorspellen. Dit voor de gemiddelde patiëntenreacties tijdens intermitterende behandeling. Deze bevindingen zijn

gebaseerd op percentage hormoongevoelige prostaatkankercellen. Een waarheid als een koe. Uw huisarts zal dit voorspellen op de eenvoudige percentuele daling van uw PSA. Deze tip komt van doctor Egbert van Wijk.

H. Jain, in *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 21 nov., 2011.

Nieuws van de Europese Cancer Patient Coalition (ECPC)

Het betreft de start van een Poolse opvoedingscampagne "Men's Case" naar mannen die gediagnosticeerd werden met prostaatkanker, en van hun familie.

De rol van artsen en verpleegsters wordt beklemtoond in een patiënt-arts-relatie gebaseerd op kennis en vertrouwen. De drie activiteiten omvatten: a) opvoedingscentra waar men alle info vindt zoals in het Oncologisch Centrum Antwerpen; b) ook zijn er spreekuren met verpleegkundigen. Regelmatig worden bijeenkomsten georganiseerd zoals onze Café Santé; c) en tenslotte is er een telefonische hulplijn die bij ons bediend wordt door de Vlaamse Liga tegen Kanker en de Stichting tegen Kanker. Goed gedaan van onze Poolse lotgenoten.

Meska Sprawa/www gladiator-prostata.pl.

Bisfosfonaten veroorzaken atypische stressfracturen

Het Europees Geneesmiddelen Agentschap (EMA) deelt mee dat de atypische stressfracturen van het dijbeen een klassiek effect is van bisfosfonaten; opmerkelijk omdat deze medicatie een bewezen voordeel biedt bij de behandeling van botmetastasen. Al hoewel het risico klein is in absolute cijfers, nl. 5 extra atypische fracturen per 10.000 patiëntenjaren, is dit toch opmerkelijk wanneer we denken aan de zeldzame kaakbeenecrose bij langdurige behandeling met deze medicatie. EMA besluit: Oppassen bij het toedienen van bisfosfonaten na 5 jaar, ook het dijbeen aan de andere zijde nakijken en bij patiënten onder bisfosfonaten die klagen over pijn aan de heup, lies of dijbeen een RX nemen. Toch blijft deze medicatie bij metastasering van prostaatkanker aangewezen.

Folia Pharmacotherapeutica, 38, 2011, p. 108.

Recidief kanker meestal van hetzelfde type als de originele kanker

Als overlevenden van kanker een tweede kanker krijgen is dit meestal van hetzelfde type als de oorspronkelijke kanker. Nogal wies zou opa zeggen. Dikwijls in het spoor van de eerste kanker (zeker bij prostaatkanker) of op basis van het genetisch patroon van de gastheer.

Als men lang genoeg leeft zal er wel eens een tweede en derde kanker bijkomen. Soms tengevolge van behandeling zoals bestraling of medicatie.

AUA Daily Scope, nov. 29, 2011.

Derde European Multidisciplinary Meeting on Urological Cancers (EMUC Barcelona, december 2011)

Deze traditionele debatdagen tussen alle tenoren van de behandeling over urologische kankers bracht opnieuw de voortdurende vooruitgang van de medische wetenschap en klinische praktijk naar voor.

Wij Ook vzw was er bij. Te onthouden van het prostaatdebat: op dit ogenblik blijven de klinische parameters van gradatie en stadiumbepaling de progressie van prostaatkanker beter voorspellen dan de microarraystudies (KI6, DNA, -67methylatie en T2-ERG studies). We zijn er dus nog niet uit en de Gleasonscore blijft belangrijk. De focus ligt nu op score 3+4 versus 4+3. We blijven Donald Gleason in gedachten eren. Hij overleed enkele jaren geleden.

Prof Wernert, European Urology Today, 2012.

Weer wetenschapper ontmaskerd als fraudeur

Een US voedingsexpert, Dipak Das, zong jaren lof over de voordelen van rode of witte wijnen en knoflook bij kankerpreventie. Zijn onderzoek ging ook uit naar Resveratrol. Gauw onze leden geruststellen. Resveratrol is een actieve stof maar vindt men alleen in rode wijn, niet in witte wijn.

Deze wetenschap werd herhaaldelijk bevestigd door betere wetenschappers en geldt voor Franse, Spaanse en Amerikaanse wijnen. De andere landen hebben de dure onderzoeken nog niet gedaan. Dus we blijven principieel: twee

glazen rode wijn per dag is goed voor het hart en voor de prostaat. Voor vrouwen is één glas aangewezen.

Kaatje de Coninck in *De Standaard*, 14 jan. 2012.

Geven we sommige kankers een andere naam?

Het is duidelijk dat het woord kanker niet past bij een reeks ziektebeelden die eigenlijk een vrij gunstig verloop hebben. Dit is toepasselijk op stadium 0 borstkanker, ook bekend als ductaal carcinoma in situ of als lobulair carcinoma in situ. Hier zou "high grade" dysplasie beter passen.

Onze leden weten uiteraard wel dat Donald Gleason, die zijn naam aan de gradatie prostaatkanker gaf, zijn eigen Gleasonscore 3+3 liever adenosis zou noemen. Wat gelukt is om baarmoederkanker te hernoemen zal moeilijk gaan bij de prostaatnomenclatura... Een verstandig lezer (zie vroegere Prostaatinfo) weet dat Gleason 3+3 meestal niet behandeld maar wel gevolgd wordt.

AUA Daily Scope, nov. 22, 2011.

In de schaduw van Kos

Louis Denis

De opeenvolgende crisissen van ons financieel en economisch systeem, die duidelijk een bedreiging vormen voor onze welvaartstaat en vooral voor ons sociaal gezondheidssysteem, roepen vreemde reacties op bij heel wat leidende figuren in onze samenleving. We hebben nu al gehoord dat sommige nieuwe kankerbehandelingen onbetaalbaar zijn, dat er vooral geprofiteerd wordt van de algemene ziekteverzekering, en vorige week dat diegenen die niet gezond leven zelf moeten opdraaien voor de vaak onbetaalbare rekeningen. Niets nieuws onder de zon. Bijna 2.000 jaar lang werd ziekte gezien als een straf van de goden voor een zondig leven zowel voor een maatschappij als zeker voor het individu.

In de eerste plaats levenskwaliteit

We zeggen nu al sinds de oprichting van Wij Ook vzw ongeveer hetzelfde. In ons manifest van tien geboden vragen we in de eerste plaats levenskwaliteit voor de patiënt en zijn naasten, liever dan een langer leven van enkele maanden. Wij vragen ernstige investeringen inzake de opwaardering van de geneeskunst die zich toespitst op de mens en niet op zijn kanker, met middelen om de foute medicalisering van ons ganse bestaan te herdenken samen met de artsen en alle betrokkenen. De herwaardering van de huisarts is slechts één van de fundamentele hervormingen om een verandering van mentaliteit te brengen, maar de middelen en de wil ontbreken. Het omscholen van de patiënt van een verwarde zielenpoot die alles lijdzaam slikt tot een evenwaardige gesprekspartner in zijn

behandeling, blijft voorlopig een utopie.

Prostaatvergroting blijft een voorbeeld van een ziekte waarvan we de infectie en de vergroting van het volume op oudere leeftijd op wetenschappelijke en menselijke basis onderzocht hebben en volledig onder controle gebracht, met een mortaliteit van zero en minimale morbiditeit.

Essentiële en goedkope medicamenten worden niet terugbetaald

Toch worden essentiële en goedkope medicamenten niet terugbetaald die de symptomen verbeteren en operaties uitstellen of onnodig maken. Dit geldt zelfs nu wanneer die medicatie generisch wordt verkocht. Is er een



verband tussen het terugnemen van beursgenoteerde aandelen van Omega Pharma en het verplicht aanbieden van de goedkoopste medicatie door de apothekers en heeft die structuur een wielerploeg nodig? Om meer medicatie te verzetten zoals poeders Mann in de jaren 70?

Plasproblemen ≠ prostaatkanker

Prostaatkanker is misschien nog een beter voorbeeld. Bij plasproblemen spreekt het gezag in alle leerboeken dat dit misschien te wijten is aan prostaatkanker. Een waanbeeld: een beginnend en geneesbaar prostaatkanker geeft nooit symptomen! Alvast een geruststelling want plasproblemen komen voor bij ongeveer de helft van alle mannen boven de 55 jaar. Het is inderdaad te wijten aan de banale vergroting BPH (benigne prostaathyperplasie).

Prostaatkanker, zoals de meeste kankers, is geen banale ziekte. Het is een chronische aandoening die men vooral diagnosticeert rond de 65 à 70 jaar. Het natuurlijk verloop kan lang duren, gemiddeld rond 15 à 17 jaar, maar verloopt voor een deel van de patiënten over een lijdensweg van uitzaaiing in het ganse lichaam (ongeveer 3.000 patiënten in België), waarvan er uiteindelijk een duizendtal sterven door prostaatkanker en alle anderen door andere ouderdomsziekten, vnl. cardiovasculaire en longproblemen.

Vroegdiagnose als secundaire preventie

Deze situatie nodigt uit tot voorkomen van deze evolutie bij middel van vroegdiagnose als secundaire preventie.

In Antwerpen begon de Europese studie naar prostaatkankerscreening (ERSPC) in 1991 onder de auspiciën van de Vlaamse Adviescommissie voor Kankerpreventie (VACK) als een samenwerking tussen de urologische diensten van het OCMW Antwerpen, het Provinciaal Instituut voor Hygiëne (PIH), de huisartsenkringen Wetenschappelijke Vereniging Vlaamse Huisartsen (WVVH) en de Unie der Huisartsenkringen (UHAK) gesteund door de Vlaamse universiteiten. Ook de politieke steun was aanwezig in de persoon van Mevr. Leona Detiège. Als minister was ze destijds verantwoordelijk voor preventie. Ze heeft dan trouwens de aanzet gegeven naar een verantwoorde kankerregistratie in de schoot van de Vlaamse Liga tegen Kanker (VLK). Dit is later

de Stichting Kankerregister geworden.

De Europese studie is een succesnummer geworden. Vrij vlug namen acht Europese landen deel aan wat de grootste prostaatstudie inzake vroegopsporing werd. De cijfers spreken. Ongeveer 260.000 mannen werden gescreend waarvan er 162.000 tot nu toe geëvalueerd werden voor publicatie. Hiervan zijn er 10.000 Antwerpse mannen in het PIH geanalyseerd als deelnemers, met een gemiddelde opvolging van minstens 11 jaar. Het is niet alleen voor Europa, maar ook voor de wereld, een toonbeeld geworden van een screeningsstudie; honderden publicaties werden uitgegeven die de diagnose en behandeling van prostaatkanker grondig hebben geleid en gevormd.

De Meester schraptte een budget

Niet alle jaren waren eenvoudig. Toen toenmalig minister de subsidie schraptte (te oude jongens) brachten de provincie en de stad Antwerpen soelaas met de steun van, ja, burgemeester Detiège en de schepenen Wellens en Van Peel, in 1997. Terug gesubsidieerd besloot minister Vandeurzen in 2009 opnieuw de subsidie te schrappen (te weinig geld en het bewijs was geleverd dat prostaatkankerscreening niet werkte). Toen heeft het OCMW Antwerpen, onder impuls van de huidige minister De Coninck, samen met de provinciale gedeputeerden Wellens (nog eens), Geuens en Röttger, de steun gegeven om de eindmeet te bereiken. Was het de moeite waard?

De ERSPC bracht het wetenschappelijk bewijs dat het opzoeken van prostaatkanker na negen jaar opvolging een vermindering van de sterfte door prostaatkanker bracht van 20%. Deze resultaten werden gepubliceerd in de befaamde *New England Journal of Medicine* in 2009, samen met een negatieve VSA-studie en bestempeld als betwistbaar. Drie jaar later volgt de tweede publicatie in dezelfde *New England Journal of Medicine*, te verwachten in maart, waar we ditmaal niet gecontesteerd de bevestiging brengen dat de vroegopsporing naar prostaatkanker bij mannen tussen 55 en 69 jaar een duidelijke vermindering brengt van risico op overlijden door prostaatkanker van 38%, na een opvolging van elf jaar ($p = 0.001$) met gebruik van de PSA-test. Tot nu stierven 19,2% van de deelnemers zonder verschil in algemene mortaliteit tussen de gescreende arm (72.891 mannen) en de controle arm (89.352 mannen). Overleden door prostaatkanker: 299 mannen in

de gescreende arm (0,4%) en 462 in de controle arm (0,5%), met 80,8% van de deelnemers nog in leven.

Deze cijfers onderlijnen het zeer trage ziekteverloop van deze kanker en de lage specifieke mortaliteit die resulteert in het noodzakelijk deelnemen van 936 mannen en 37 te behandelen patiënten om één leven te redden. Hiermede heeft de studie haar wetenschappelijk einddoel bereikt. Dit was een vermindering van 20% van het overlijden door prostaatkanker.

Dit is een feit. Maar wat in de praktijk?

Men moet geen Einstein zijn om te begrijpen dat zo men een kanker vroeg diagnosticeert en behandelt, de eindresultaten beter zijn en men levens redt.

Dit resultaat bewijzen over een verloop van tijd, was en is belangrijk als een wetenschappelijk feit. Maar welke prijs dient hiervoor betaald, niet alleen inzake geld maar ook en vooral inzake nadelen voor de gescreende bevolking. We hebben het inderdaad over een bevolkingsonderzoek en niet over een individuele burger.

Enkele bedenkingen passen bij deze cijfers:

1. Men vindt pas een verschil in overlijden door prostaatkanker na tien jaar. Het bevestigt een oude waarheid dat mensen die geen tien jaar meer te leven hebben, niet behandeld moeten worden voor prostaatkanker.

2. We weten sinds 1933 dat men bij zorgvuldige autopsiestudies prostaatkanker vindt vanaf de leeftijd van 30 jaar bij + 30% van de mannen. Men weet ook dat ouderdom de voornaamste risicofactor is voor prostaatkanker. Hoe ouder, hoe meer kanker. Bij mannen van 70 jaar kan men tot 70% prostaatkanker vinden.

2 tot 4% der kankers zaait uit

Slechts enkele mannen, van 2 to 4%, hebben een prostaatkanker die uiteindelijk uitzaait en tot de dood leidt. In een oudere bevolking vindt men prostaatkanker met klinische symptomen bij 6% van de mannelijke bevolking. Deze incidentie kan met screenen oplopen tot 9,5% (ERSPC-studie 6 biopsies) en zelfs tot 15% (afhankelijk van het aantal biopsies).

Het is duidelijk dat men hier een reservoir

aanprijkt van histologische letsels die we prostaatkanker noemen, maar zich absoluut niet als een kanker gedragen. Men noemt deze micro-“kankers” latent bij autopsie, incidenteel bij operatieve diagnose voor BPH, en indolent zo ze gevonden worden in een screeningsprogramma.

Overdetectie

Bij screening en biopsie vindt men gelukkig niet alle maar te veel van deze indolente kankers. Men noemt dit overdetectie (overdiagnose), een fenomeen dat bij alle bevolkingsonderzoeken voorkomt. Bij borstkanker wordt de overdetectie geschat op 20%, maar bij prostaatkanker ligt dit cijfer op minstens 30% en kan oplopen tot 50% van alle PSA-gevonden kankers. Op zichzelf een storende factor in het hele proces, maar pas dramatisch wanneer deze zogenaamde kankertjes ook behandeld worden. Spijtig genoeg gebeurt dit nog altijd te veel. Herlees de bijdrage van Prof. Theo van de Kwast in *PROSTAATinfo* 9 (2010)2 p. 6-7 waar hij stelt dat een prostaatkanker Gleason 3+3 score nooit dient behandeld te worden. Nooit bestaat niet in de geneeskunde, maar Prof. Donald Gleason zelf stelde voor om deze Gleasongraad *adenosis* te noemen.

Waar men zich weinig zorgen maakt bij de overdiagnose van borstkanker, het lokaal wegnemen van het gezwelletje, de patiënte geruststellen, een geslaagde borstreconstructie, en iedereen is tevreden. Bij prostaatkanker kan men er zich niet uitpraten. De gevolgen van elke gekende curatieve behandeling, het wegnemen of vernietigen van het prostaatweefsel, is vergezeld van zware neveneffecten zoals impotentie en incontinentie. Recente klinische opzoeken gaan dan ook in de richting van de focale (begrensd deel) behandeling van het kankerweefsel in de prostaat.

Overbehandeling

Hoe kan men deze overbehandeling vermijden:

- Door het stoppen van een bevolkingsonderzoek uitsluitend gebaseerd op de PSA-test. Hiervoor reserveert men deze simpele bloedtest voor gevallen waar prostaat of borstkanker erfelijk (ziekte in de bloedverwanten) is en de test voor te behouden op individueel risico (prostaatafwijkingen, klachten, kankervrees) en volledig informatie over voordelen/nadelen van de test volgens de resultaten.

- Door alle biopsieprocedures af te wegen inzake indicaties en mogelijke gevolgen. Hier past het begrip waakzaam afwachten bij patiënten met korte levensduur (< 10 jaar), andere zware ziekten of hoge leeftijd. Bij diagnose van prostaatkanker zal men hier niet behandelen tenzij er klachten optreden.

- Zo men te laat komt. De PSA-test is gekend, de biopsie is genomen en de uitslag bepaald als histologische kanker blijft actieve opvolging als optie. Deze behandelingsbeslissing werd reeds opgepikt in het kader van de ERSPC-studie en heeft zich ontwikkeld als een keuze die aan elke patiënt toelaat op basis van de klinische gegevens voorlopig of altijd een curatieve behandeling als chirurgie of radiotherapie uit te stellen. Men behoudt dus een optie op genezing van kanker. We hebben juist een internationaal symposium over actief opvolgen, mee ingericht door Europa Uomo, gevolgd en brengen hierover verslag uit in het volgende nummer.

- Mogen we dan nog opmerken dat de ERSPC-studie geen voordeel biedt aan de 70+ of de mannen jonger dan 55. De eersten wegens bovengemelde redenen, de laatste omdat prostaatkanker een zeldzame ziekte is onder deze leeftijd. De algemene en specifieke doodsoorzaak in de ERSPC-studie < 54 is 6 (1/10.000) in de gescreende arm en 9 (1/9.000) in de controle arm.

- Waar de PSA-test een duidelijke verschuiving brengt naar patiënten met prostaatkanker in een lager stadium varen we tussen Scylla en Charybdis.

Enerzijds zijn bevolkingsonderzoeken naar prostaatkanker alleen op basis van de PSA-test niet verantwoord naast de cijfers van de ERSPC. Deze studie loopt trouwens verder vooral in het volgen van de juiste doodsoorzaak. Deze cijfers worden bewaard in een databank in het PIH.

Een andere aanpak

Een interessante wetenschappelijke benadering is het nemen van een PSA-test tussen 40 en 45 jaar. Op deze leeftijd hebben nog weinig mannen een goedaardige prostaatvergroting. Gebaseerd op de Zweedse cijfers inzake PSA-testing en hun uitstekende kankerregistratie, blijkt dat een laag PSA-cijfers (0,6 ng/ml) onmiddellijk de helft van de mannen vrijstelt van screening voor tien jaar. Dit geldt ook voor latere PSA-testen tot >1 ng/ml. Opgenomen in een elektronisch medisch dossier, biedt het de kans om op lange termijn mannen te selecteren voor bijkomende

testen en zich te concentreren op hoge risicogroepen met vroege curatieve behandeling voor de Gleason 4+3, 8, 9 en 10. De Gleasondifferentiatie is zeker niet perfect maar het blijft de meest zekere voorspelling dat een prostaatkanker potentieel tot de dood kan leiden.

We hopen dat het geneeskundig korps deze optie wil uittesten in een proefopstelling samen met een doorgedreven opzoeking naar nieuwe en betere markers. Tenslotte blijven we ijveren dat deze agressieve kankers die vaak multiple en complexe behandelingen vragen, worden doorverwezen naar hoge volume centra met prostaatkankerervaring zoals nu reeds voor borstkanker gebeurt.

Besluit:

Prostaatkanker is een veel verspreide kanker die bij mannen een chronische aandoening is doch gelukkig na een lang ziekteverloop van 15 tot 20 jaar lage overlijdingscijfers heeft. Deze zijn nog vrij hoog omdat de ziekte zo veelvuldig voorkomt.

We hebben dus bewezen dat de PSA-geleide screening de overlijdens door prostaatkanker met 30% vermindert. In absolute cijfers worden de uitslagen meer bescheiden door de lage cijfers. De toepassing in de praktijk blijft controversieel. Er zijn nog genoeg volgers voor een PSA-screening, maar de heersende opinie is geen voorstander van een bevolkingsonderzoek maar een individuele aanpak van elke man tijdens een jaarlijks preventief onderzoek bij zijn huisarts. Hier kan een PSA-test besproken worden zo er afwijkingen gevonden worden bij het rectaal onderzoek van de prostaat, of zo er klachten zijn. Men zou vergeten dat de PSA-test ook een belangrijke informatiebron is bij ontsteking of banale vergroting van de prostaat.

Voor diegenen die zich zuiver wetenschappelijk willen opstellen. Een langere opvolging van de ERSPC-deelnemers, waarvan 80,8% nog in leven zijn, is noodzakelijk. De eindconclusie van de studie die op 14 maart in de *New England Journal of Medicine* verschijnt, is duidelijk. Er is meer informatie nodig over de balans van voor- en nadelen, alsook over de kosten-batenanalyse van prostaatkankerscreening met PSA vooraleer een aanbeveling tot een bevolkingsonderzoek mogelijk is.

Met dank aan de 10.000 Antwerpse deelnemers die onze kleuren hoog gehouden hebben op dit internationaal niveau.

Boekbespreking

Henk Van daele

De Keizer aller ziektes. Een biografie van kanker

Siddhartha Mukherjee

Wie als opdracht krijgt een publicatie van bijna 600 bladzijden bondig samen te vatten en te recenseren, staat voor een zware opdracht. De keizer aller ziektes is inderdaad een turf van een boek, precies 591 bladzijden dik. Na 500 pagina's tekst volgen er 60 bladzijden noten en tot slot nog een begrippenlijst, een bibliografie, een verantwoording van de illustraties en een uitgebreid register. Het geheel doet bijna denken aan een belangrijke universitaire cursus van een overijverige hoogleraar.

De auteur van dit uitvoerige werk is Siddhartha Mukherjee, geboren in 1970 in New Delhi (India). Aan de universiteit van Oxford (U.K.) behaalde hij eerst de graad van doctor in de biochemie. Daarna zette hij zijn opleiding verder aan de Harvard universiteit (U.S.A.) waar hij zijn artsdiploma verkreeg. Maar door de biografie van kankers met zoveel zorg en tot in de details te beschrijven zoals Siddhartha Mukherjee dit hier doet, zou men de auteur ook een diploma van historicus mogen aanbieden.

De auteur legt niet enkel uit hoe kankers ontstaan vanaf het oncogen, maar ook hoe al gedurende vele eeuwen maligne tumoren worden bestudeerd, en hoe patiënten met verschillende soorten kanker werden en worden behandeld. Duidelijk komt ook tot uiting dat de oncologie, als medische discipline, op verschillende wijzen voortschrijdt bij het zoeken naar altijd meer inzicht en steeds beter aangepaste therapieën. Soms door jarenlang hard labeur in laboratoria, soms door een gelukkig toeval, soms door enkele gelijkgestemde onderzoekers die elkaar ontmoeten en beslissen samen te werken, soms door gebeurtenissen op congressen of in netwerken, soms door markante tijdschriftartikelen. Vallen, opstaan, en weer doorgaan. Als lezer krijgt men bewondering voor de vorsers die, gedreven door wetenschappelijke nieuwsgierigheid, permanent werkzaam zijn in het belang van de vele kankerpatiënten.

Dit alles beschrijft Siddhartha Mukherjee op

briljante wijze. Het is dan ook niet verwonderlijk dat hij voor dit lijvige boek in 2011 de bekende Pulitzerprijs kreeg.

De aandachtige lectuur van dit boek, met zijn 500 bladzijden, vraagt wel wat tijd, maar is heus geen dwangarbeid. Wel integendeel. Dank zij de interessante tekst, doorspekt met vele kleine belangwekkende wetenswaardigheden, zal menig oncoloog van dit magistrale oeuvre kunnen snoepen. Maar ook

geïnteresseerde gezonde mensen en vele kankerpatiënten zullen deze dikke publicatie weten te waarderen. Want heel wat bladzijden lezen net zo vlot als een boeiende roman. Niet-medici zullen zich dan wel wat oncologische termen moeten eigen maken en de verklarende begrippenlijst achteraan het boek kan hen hierbij helpen. Deze begrippenlijst mocht nog meer medische begrippen met bijpassende verklaringen bevatten; termen zoals angiogenese, apoptose, epidemiologie, immuuntherapie, neo-adjuvant, om er slechts enkele te noemen, ontbreken. Spijtig.

De oorspronkelijke Engelstalige editie van deze uitvoerige publicatie verscheen in 2010, en in 2011 lag de Nederlandse vertaling al in de boekenwinkel. Mogelijk verklaart deze snelheid waarom een aantal schoonheidsfoutjes dit magistrale boek ontsieren. Een voorbeeld om dit te illustreren. Op bladzijde 192 troffen we volgende zin: "Misschien hadden de mensen die kritiek op Farber hadden gehad wel gelijk". Een mooi geval van woordherhaling, maar wanneer een leerling van het secundair onderwijs in een opstel een zin schrijft met drie vervoegingen van hetzelfde werkwoord "hebben" in, dan verliest hij wel punten. Uitzonderlijk beweert de auteur ook een duidelijke onwaarheid: zo schrijft hij op pagina 482 dat de (Amerikaanse) militairen na de Tweede Wereldoorlog Europa aan het roken brachten. Voor wat betreft de vrouwelijke bevolking gaat dit nog enigszins op, maar mannen rookten hier toch al enkele eeuwen.

Verscheidene leemten troffen we aan in



het register. Is het logisch dat Adriamycine wel wordt vermeld, maar Avastin (bevacizumab) niet? De twee vrienden Emil Frei en Emil Freireich worden in de tekst dikwijls samen genoemd, maar Freireich komt niet voor in het register. Nog andere persoonsnamen ontbreken eveneens in deze index: Oswald Avery, George Beadle, Sydney Brenner, Johan Brugge, Robert Egan, Ambroise Paré, Albert Salomon, Edward Tatum, Umberto Veronesi, Peter Vogt, enz. Gordon Zubrod krijgt in het register niet enkel een foutieve spelling van zijn familienaam, maar dat hij op verscheidene plaatsen in de tekst voorkomt, staat niet vermeld in het register.

Het register is dus bepaald zwak. Dit mag niemand beletten met het magistrale werk van Siddhartha Mukherjee kennis te maken. Het boek is te belangrijk, vooral voor de vele kankerpatiënten.

Siddhartha Mukherjee, *De keizer aller ziektes. Een biografie van kanker*, Amsterdam, De Bezige Bij, 2011, ISBN 978 90 234 2698 1.

Jan Humblet

Mindfulness bij borstkanker

Gids tijdens en na je behandeling

Nathalie Cardinaels

Voor de lezer van dit tijdschrift wil ik er al direct op wijzen dat er ook voor prostaatpatiënten minstens twee goede redenen zijn om dit leerrijke boek te lezen.

Ten eerste omdat er tussen borstkanker bij de vrouw en prostaatkanker bij de man duidelijke raakvlakken en gelijkenissen bestaan. Dit geldt niet alleen inzake de medische aspecten zoals frequentie van het risico, diagnose en therapieën, maar zeker inzake de psychische belevenis van de ziekte. In beide gevallen raakt het de kern van “het man of vrouw zijn” met alle gevolgen voor de beleving van seksualiteit en intimiteit. Op de tweede plaats kan borstkanker, zij het eerder zeldzaam, toch ook voorkomen bij de man.

Het werk van Nathalie Cardinaels is opgebouwd uit twee delen. Deel 1 is een praktische handleiding die nuttig is voor de patiënt en zijn omgeving voor alles wat te maken heeft met informatie en emotionele beleving van kanker. In het tweede deel leer je hoe je een andere

relatie met je lichaam, gedachten en emoties kan aangaan dankzij Mindfulness-Based Stress Reduction. Hierbij wordt specifieke aandacht besteed aan hoe je mindfulness kan integreren in je dagelijks leven.

In het eerste deel worden de volgende hoofdstukken behandeld: diagnose als donderslag bij heldere hemel, operatie, chemotherapie, radiotherapie, hormoontherapie, immunotherapie en hoe het verder moet na de behandeling. De diagnose “kanker” verplaatst je naar een beangstigende en onbekende wereld. Een wereld van ziekenhuizen, onderzoeken en therapieën met al hun lichamelijke en psychische nevenverschijnselen. De auteur slaagt er goed in om deze wereld toegankelijk te maken door te informeren, uitwegen te tonen en je te leren omgaan met wat bedreigend en nieuw is. Je leert begrijpen, interpreteren en relativeren. Stuk voor stuk belangrijke elementen om de controle over je eigen leven terug in handen te nemen.

Als methode begint elk hoofdstuk met een korte toelichting van de feiten en de werkwijze die gevolgd wordt. Verder citeert de auteur ter concretisering ook vaak getuigenissen van patiënten, bijv.: “Een week na de operatie gingen mijn man en ik op consultatie bij de oncoloog. Toen hij chemotherapie voorstelde, was het eerste wat ik dacht: “Nee, je gaat nu toch ook niet mijn haar afpakken!” Sonja, mijn vriendin die vorig jaar borstkanker heeft gehad, vertelde me in januari nog dat ze het verlies van haar haren erger vond dan de operatie aan haar borst”. Tenslotte volgen telkens een aantal praktische tips. Tips voor de patiënt zelf (bijv. inzake seksualiteit en intimiteit, om in beweging te komen of te blijven, bij vermoeidheid tijdens radiotherapie, bij haaruitval, tegen misselijkheid, enz.), voor de partner, voor de ouders, de vrienden en kennissen, de kinderen, en eventueel voor de schoonheidsspecialist(e) en de werkgever. Uit de markante details van de tips blijkt duidelijk dat ze de vrucht zijn van een rijke ervaring en empathisch contact met vele patiënten.



Het tweede deel van het boek behandelt mindfulness bij borstkanker. Een paar citaten leren je vlug waarover het gaat: “Je lichaam voelt anders aan na de behandelingen. Sommige mannen en vrouwen geven aan dat het lijkt alsof lichaam en geest van elkaar gescheiden zijn. De artsen hebben je lichaam zodanig onder handen genomen, beslissingen erover genomen, dat je ervan vervreemd bent geraakt. Het is dan ook belangrijk na de behandelingen terug een positieve band met je lijf aan te gaan. Dat kan door middel van bewuste aandacht in de vorm van bijvoorbeeld mindfulness, yoga of tai chi”. De wortels hiervan liggen in het Verre Oosten waar een lange traditie bestaat van meditatie, spiritualiteit, lichaam-geest relatie en yoga. Mindfulness is een training van bewuste aandacht die bestaat uit een combinatie van ademhalingsoefeningen, meditatie, cognitieve technieken en yoga. Het is meer dan alleen een cursus of een reeks oefeningen. Het is een attitude, een levensvisie die je helpt om beter om te gaan met de ups en downs van het leven. Voor verder theoretisch inzicht over mindfulness

verwijst de auteur naar uitgebreide literatuur en websites. Mindfulness wordt in dit boek vooral praktisch benaderd. Het is dus een doe-boek met beschrijvingen van bewustzijns- en meditatieoefeningen. Ook hier zorgt de auteur voor concretisering met getuigenissen van patiënten en nuttige tips bij de oefeningen.

Onze mening : deel 1 is enorm gestoffeerd en leerzaam voor iedereen, deel 2 is even leerzaam, maar vooral interessant voor de meer beperkte groep van patiënten met behoefte aan dit type van mentale begeleiding.

Nathalie Cardinaels, *Mindfulness bij borstkanker. Gids tijdens en na je behandeling*. Leuven/Den Haag, Acco, 2011, ISBN 978-90-334-8583-1.

Aanvullende nota:

De psychologe Nathalie Cardinaels verwierf met haar boek de “Pink Panther Award 2012”, uitgereikt door de vzw Think Pink.



Het Antwerpse Feel+ team, (vlnr) de voorzitter EB, Willy Walschaert, Brigitte Dourcy-Belle-Rose en Jan Humblet

Vernieuwing van ons lidmaatschap 2011

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 € en Steunend lid: 40 €

Feel+ (bewegingsles) 3 € bijkomend bij het lidmaatschap

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

IBAN : BE 78 4037 1493 0186

SWIFT : KREDBEBB

Mededeling: lidgeld 2012

En je *PROSTAATinfo* valt in de bus.

vous invite à une soirée d'information des patients
atteints d'un cancer de la prostate

MIEUX VIVRE AVEC LE CANCER DE LA PROSTATE

THÉMATIQUES

QUE PEUVENT VOUS APPORTER LES ASSOCIATIONS DE PATIENTS ?
COMMENT AMÉLIORER L'INCONTINENCE ET LES TROUBLES SEXUELS ?
COMMENT AUGMENTER VOTRE QUALITÉ DE VIE ?
QUELS SONT LES NOUVEAUX TRAITEMENTS MÉDICAUX ?

DATE : 26/04/2012 ACCUEIL À 17H30

LIEU : Auditoire Facultaire Lacroix
UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN

Av. Hippocrate 55, Woluwe Saint Lambert

ORATEURS

Erik Briers, Wij Ook Belgique
Vincent Griesser, PROSCA, Genève, Suisse

AVEC LA PARTICIPATION DES DOCTEURS

Bertrand Tombal et **Gilles Cathy**, Cliniques universitaires Saint Luc, UCL, Bruxelles
David Waltregny et **Robert Andrianne**, CHU Sart - Tilman, ULG, Liège
Thierry Roumeguere, Hôpital Erasme, ULB, Bruxelles