

PROSTAATinfo

Nieuwsbrief van Wij Ook Belgium vzw

September 2012

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

Versijnt
Driemaandelijks
Sep-okt-nov 2012
P910655



OCA Antwerpen, Pantarei (p-3)
Prostaatkanker, België terug naar af! (p-5)
In de schaduw van KOS (p-16)

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 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

Panta rhei

Henk Van daele

Panta rhei... Alles verandert voortdurend...

De trouwe leden van Wij Ook vzw kennen de nauwe band tussen het Oncologisch Centrum Antwerpen (OCA) en het OCMW van de Scheldestad. Mevrouw Monica De Coninck, schepen en voorzitter van het OCMW, vervulde gedurende jaren met veel enthousiasme de taak van voorzitter van het OCA. Toen ze eind 2011 werd benoemd tot minister van Werk was het voor de bestuursleden van het OCA dan ook even schrikken.

Gelukkig was mevrouw Linda Quackels bereid het voorzitterschap op te nemen, zodat het OCA zijn uitgebreid takenpakket verder kan blijven uitoefenen onder de meest gunstige voorwaarden:

- gezondheidsvoorlichting en gezondheidseducatie;
- psychosociale begeleiding van (ex-) kankerpatiënten en hun naasten, met inbegrip van de oncopsielologie en een optimale levenskwaliteit van de survivors;
- ondersteunen van alle mogelijke initiatieven met betrekking tot de strijd tegen kanker;
- ondersteunen, coördineren en evalueren van preventief en epidemiologisch onderzoek rond kanker en gezond leven;
- patiënten en zorgverleners dicht bij elkaar brengen door samenwerking met alle zorgverleners in een multiprofessioneel kader;
- ondersteunen en stimuleren van klinisch en fundamenteel wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de oncologie.

Opgericht onder impuls van het OCMW, staat het OCA sinds 1999 in dienst van de bevolking. De rol van het OCA bij de Europese gerandomiseerde studie screening prostaatkanker (ERSPC), met duizenden deelnemers uit het Antwerpse, dient hier niet meer belicht te worden. Het OCA biedt tevens een reeks faciliteiten voor dynamische patiëntengroepen, zoals Naboram vzw, Wij Ook vzw, Werkgroep Hersentumoren vzw, en meer recent Recht op Waardig Sterven en Narcotics Anonymous. Al deze patiëntengroepen werkzaam in het OCA maken deel uit van de Algemene Vergadering.

Nu de Vlaamse Liga tegen Kanker (VLK) haar inloophuizen sluit wegens gebrek aan belangstelling, is het bestaan van het OCA meer dan ooit een noodzaak. Het door (ex) kankerpatiënten geleide OCA is en blijft een neutrale baken of een "open huis" voor alle kankerpatiënten. Een plaats waar (ex-) kankerpatiënten zich thuis voelen en elkaar kunnen ontmoeten. Een centrum waar (kanker)patiënten en hun naasten, samen met lotgenoten van gedachten kunnen wisselen, waar vragen worden beantwoord, en ieder voor zich een aangepast zorgpad kan ontwikkelen.

Het bestuur van het OCA, onder het nieuwe voorzitterschap van mevrouw Linda Quackels, blijft dus dezelfde koers varen in het belang van alle kankerpatiënten en hun familieleden.

Inhoud van dit nummer

- 3 Panta rhei... Alles verandert voortdurend...
Henk Van daele
- 5 Prostaatkanker, België terug naar af!
Erik Briers
- 7 Partners en kanker
- 8 Huisartsen op verkeerd spoor?
Hans Ransdorp
- 9 Piet Hoekstra een ervaren vrijwilliger
Wim Nak
- 11 Een hatrick voor onze nieuwe voorzitter
Raad van Bestuur Wij Ook vzw
- 11 Er waait een frisse wind door onze website
Rik Cuypers - Wij Ook Webteam
- 12 In memoriam Frank Boeye

- Henk Van daele
- 14 Kort -/- Brigitte Dourcy-Belle-Rose
- 16 In de schaduw van Kos -/- Louis Denis
- 18 Boekbesprekingen
Jan humblet en Henk Van daele
- 21 Bibliotheek
- 22 Radiumchloride voor de behandeling van
botmetastasen
Erik Briers



Omslagfoto

Oncologisch Centrum Antwerpen, links mevr. Quackels, de nieuwe voorzitter en rechts Minister De Coninck uittredend voorzitter.

Hoofredacteur/editor

Erik Briers [erikbriers@telenet.be]

Redactievoorzitter

Henk Van daele

Redactieleden

Luc Decroos

Louis Denis (*Directeur OCA*)

Brigitte Dourcy-Belle-Rose

Piet Hoekstra (*Epcel Nederland*)

Jan Humblet

Willy Walschaert

Redactiesecretariaat

Abonnementen

Anja Vancanwenbergh

[info@wijook.be]

Drukkerij

Leën Offset Druk

Sasstraat 4 - 3500 Hasselt

Wij Ook Belgium vzw US TOO Belgium

Voorzitter

Erik Briers

Directeur

Louis Denis

Secretaris

Brigitte Dourcy-Belle-Rose

Schatbewaarder

Marcel Peeters

Afdelingen

Wij Ook Antwerpen

Louis Denis [03/338.91.50]

[louis.denis@skynet.be]

Wij Ook Oost

(Limburg & Vlaams-Brabant)

Erik Briers [011/30.07.10]

Dinsdag en donderdag 19u-21u

[erikbriers@telenet.be]

Wij Ook West

(Oost- en West-Vlaanderen)

Luc Decroos [051/20.19.03]

[luc.decroos@telenet.be]

Epcel Nederland

Piet Hoekstra [31-(0)-104.504.510]

[piethoekstra@outlook.com]

Wetenschappelijk comité Wij Ook België vzw

Prof. Dr. Van Poppel Hein - UZ Leuven

Dr. Ameye Filip - AZ Maria Middelaars

Dr. Braeckman Johan - UZ Brussel

Prof. Dr. De Meerleer Gert - UZ Gent

Dr. Dewilde Luc - ZNA Stuivenberg

Antwerpen

Dr. Joniau Steven - UZ Leuven

Prof. Dr. Oosterlinck Wim - UZ Gent

Pieters Ronny Verpleger UZ Gent

Dr. Schrijvers Dirk - ZNA Middelheim

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

11e jaargang September 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 opinielers. De inhoudelijke verantwoordelijkheid van elke bijdrage ligt bij de auteur.

Met de steun van

European School of Oncology

Dr. Alberto Costa

Via del Bollo 4, 20123 Milaan - Italië

PROSTAATinfo

Nieuwsbrief van Wij Ook Belgium

Oplage 4.000 ex.

ISSN:1782-0847

Prijs per nummer 5 euro

Inbegrepen in het lidgeld



Prostaatkanker, België terug naar af!

Erik Briers

De lezers van *PROSTAATinfo* zijn bijzonder goed op de hoogte van een aantal eigenschappen van prostaatkanker. Zo weten wij allemaal dat de vroege stadia van prostaatkanker helemaal geen symptomen veroorzaken. Wij weten ook allemaal dat kanker genezen kan, maar dat die genezende ingrepen dan wel in zo'n vroeg mogelijk stadium moeten plaatsvinden. Het kan alleen als de tumor zich binnen de grenzen, het kapsel, van de prostaat bevindt. Prostaatkanker is als de geest in de fles, eens de geest uit de fles is, krijg je hem er bijzonder moeilijk terug in.

Wat weten we nog?

We weten dat we kanker zonder symptomen in een vroeg stadium alleen kunnen vinden door er naar te zoeken. Wachten we op symptomen, dan is het te laat. Voor prostaatkanker wil dat zeggen dat op dat ogenblik er al uitzaaiingen zijn naar andere organen.

Hoe kunnen we prostaatkanker vroeg opsporen?

Daar hebben we een laboratoriumtest voor maar die is verre van perfect. We hebben het over de fameuze PSA of prostaat specifiek antigeen test. Het is een eenvoudige test die op een bloedmonstertje wordt uitgevoerd. Het gaat bovendien snel, je moet geen weken op een resultaat wachten en het huisarts kan alles regelen.

Maar wij weten ook dat de PSA-test niet perfect is. Er zijn namelijk nog een aantal prostaatproblemen die ook een verhoging van de PSA opleveren. Een goedaardige prostaatvergroting bijvoorbeeld of prostatitis, allebei doen ze de PSA stijgen. Maar, daar waar de PSA bij prostaatkanker blijft stijgen zal de PSA-waarde bij de succesvolle behandeling van andere prostaataandoeningen dalen.

En als de PSA toch verdacht is, weten wij ook dat de arts ons zal voorstellen om stukjes weefsel uit onze prostaat te knippen om deze in het laboratorium te laten onderzoeken. Dat zijn de biopsies. Daar zijn risico's aan verbonden, je kan een infectie oplopen of een bloeding die je in de urine en sperma kan vaststellen. Maar alleen de

patholoog kan op basis van deze weefselstukjes de diagnose stellen.

Wat is er nu heel recent gebeurd?

Wel de commissie artsen–ziekenfondsen heeft beslist om vanaf 1 augustus 2012 de terugbetaling voor de PSA-bepaling op nul te zetten. Als je familiale risicofactoren hebt (vader jong geconfronteerd met prostaatkanker bijvoorbeeld) mag je verder elk jaar PSA laten bepalen en als je bewezen prostaatkanker hebt mag er ook twee keer per jaar een PSA-bepaling terugbetaald worden.

Wie is dat, die Nationale commissie artsen–ziekenfondsen?

Dat is één van de vele commissies die de minister moeten adviseren over bepaalde aangelegenheden. In dit geval is het een belangrijke commissie die onder de bevoegdheid valt van de dienst voor “Geneeskundige Verzorging” van de Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV). In deze nationale commissie worden akkoorden afgesloten tussen vertegenwoordigers van artsen en ziekenfondsen over onder meer erelonen en terugbetaalde prestaties. De commissie is samengesteld uit telkens twaalf vertegenwoordigers van de artsen en de ziekenfondsen, met daarnaast vertegenwoordigers van het RIZIV en van de overheid. Vandaag is de heer Gabriël Perl voorzitter.

Waarover hebben zij beslist?

Vorig jaar meldden wij dat de regels voor de terugbetaling van de PSA-bepaling veranderden en dat er nu drie verschillende mogelijkheden ontstonden. Er was de klassieke opvolging van prostaatkanker na de diagnose, hieraan verandert er niets. Dan is er de bepaling van PSA voor mannen met genetische risicofactoren, hieraan verandert er ook niets. Maar dan is er de vroeg-opsporing voor de andere mannen, dat wordt dus afgeschaft.

Waarom?

Volgens een lid van de commissie, die wij aan de telefoon kregen, omdat er geen evidentie is dat deze test ook iets goed doet. Zij zien alleen de potentiële en soms reële schade die het behandelen van prostaatkankers die geen behandeling nodig hebben met zich brengen. Zij

doen nu ook een oog toe voor het feit dat we mannen tot gemetastaseerde kanker veroordelen? Indien een man alleen slaafs deze adviezen volgt en hij ontwikkelt prostaatkanker zal hij eerder laat dan vroeg naar zijn huisarts gaan met plas- en andere problemen. Indien die dan aan prostaatkanker te wijten zijn, is het voor een genezende behandeling te laat. Dat was de situatie in België vóór 1980, dus daar katapulteert de Nationale Commissie Artsen Ziekenfondsen ons terug naartoe. En wat de zaak nog erger maakt, er is geen alternatief voor de PSA-bepaling.

Wat is de bedoeling?

Wij denken dat de bedoeling het besparen van 1,3 miljoen euro is, meer niet. Op jaarbasis kan het over 2,6 miljoen euro gaan. Is dat de moeite?

Respect voor de man...

Mannen hebben ongeveer vijf jaar minder lang te leven dan vrouwen. Heb je je al eens afgevraagd waarom dat zo is? Is dat omdat mannen tjokvol testosteron zitten en daardoor hun kaars zoveel vlugger opbrandt? Of voeren zij zoveel gevaarlijker werk uit waarbij zij zoveel vroeger het loodje leggen? Of is kindjes maken zoveel gevaarlijker dan kinderen op de wereld zetten?

Wel, er is daar onderzoek naar gedaan en zonder dat alles al geweten is, moeten we vaststellen dat een grote oorzaak de man zelf is. Hij, de macho, zorgt niet goed voor zichzelf!

Hij gaat te laat naar de huisarts, hij loopt rond met een hartinfarct of een gebroken rib, wij zijn toch geen mietjes.

Met prostaatkanker hadden we geleerd dat een gewone bloedtest ons kon helpen om in een vroeg stadium kanker op te sporen. Dus was de man in dit geval toch al gesensibiliseerd geraakt om voor zichzelf op te komen. Bovendien was elke PSA-test een contactmoment met de huisarts die ook andere dingen kon bespreken. En wat horen we nu! Dat ook als we een PSA-bepaling zouden willen, dat vanaf nu afgeraden wordt met als argument dat we tegen onszelf moeten beschermd worden want **“je PSA meten kan je gezondheid ernstige schade toebrengen”**.

Hebben de mannen dit niveau van bemoederen, paternalistische bevoogding in deze tijd nog nodig? Wij denken van niet.

Wie zit er niet in de nationale commissie?

Een vertegenwoordiger van de patiënten, de

ziekenfondsen vertegenwoordigen zagezegd ons. Maar hoe kan je iemand vertegenwoordigen als je beloond wordt met héél veel euro's als je het budget goed beheert?

Of, als je minder geld uitgeeft voor de vroeg-opsporing van prostaatkanker krijg je een mooi deel van het bespaarde bedrag netjes op je rekening. Belangenvermenging? Iemand?

Enkele (hinderlijke) cijfertjes

Voor het jaar 2010, het laatste jaar vóór de regels over de terugbetaling van de PSA-bepalingen werden aangepast, hebben wij de cijfers even samengebracht.

PSA-bepalingen

Aantal PSA-bepalingen voor zowel vroeg-opsporing als voor het opvolgen van prostaatkanker: 1.361.700. Die bepalingen hebben natuurlijk geld gekost: 3,7 miljoen euro of 2,72 euro per bepaling (forfaitaire honoraria niet inbegrepen).

Biopsies

14.471 PSA-resultaten waren zo verontrustend dat er biopsies werden afgenomen, dat is 1,06 procent van de PSA-bepalingen. De biopsies kosten wat meer, er is het afnemen (37,84 euro per prestatie) en er is de analyse in het laboratorium (97,41 euro ongeacht het aantal te onderzoeken stukjes weefsel).

Positieve biopsies

Voor het jaar 2010 zijn die nog niet precies gerapporteerd, maar op basis van de cijfers voor 2008 schatten wij dat 8.016 biopsies kanker aantoonde. Dat is 55,39 procent van de biopsies en dat is zéér veel.

Ter vergelijking, er worden elk jaar biopsies afgenomen van bijna 50.000 borsten; in 2008 telde het “Belgian Cancer Registry” 9.782 nieuwe gevallen van borstkanker dat was 21,01 procent van de verdachte screening resultaten die in biopsies resulteerden.

Een besluit?

Wij zijn absoluut niet te vinden voor deze nieuwe maatregel in verband met de terugbetaling van de PSA-bepalingen. Ze gooien de patiënt terug in de tijd. Wat wij willen is dat dit soort van beslissingen genomen zou worden in overleg met de patiënten en dat dit soort van beslissing eerder zou kaderen in een strategie van vroegopsporing en dat is nu zeker niet het geval.

Partners en kanker

“In het partnerprogramma, leven en liefhebben met kanker, leerden we opnieuw naar de toekomst kijken.”

De borstkliniek van ZNA Middelheim te Antwerpen organiseert sinds 2010 het partnerprogramma “leven en liefhebben met kanker”. “Het is een partnerprogramma voor koppels die bewust willen stilstaan bij wat kanker met hen doet”, vertellen Karin Ulrichs en Hanne Craeymeersch, klinisch psychologen van de borstkliniek.

In april 2012 werd voor de 3e maal het partnerprogramma “Leven en liefhebben met kanker” georganiseerd. Dit project wordt sinds 2009 gefinancierd door het Nationaal Kankerplan van de FOD Volksgezondheid en is uniek in Vlaanderen. Het programma werd in 2009 uitgewerkt in de Borstkliniek van ZNA Middelheim onder leiding van oncologisch gynaecoloog Prof. Dr. Amin Makar. Een eerste uitvoering van het partnerprogramma voor borstkankerpatiënten vond plaats in 2010. In 2012 werd het programma opengesteld voor alle kankerpatiënten in Antwerpen en omstreken.

Van waaruit dit programma is gegroeid, vragen we aan Karin Ulrichs, klinisch psychologe in het ZNA Middelheim. Karin reageert: “Dit programma is gegroeid vanuit een gebrek aan systematische interventies die ook de partner betrekken. Gebaseerd op de literatuur en praktijk wilden we ons richten op het optimaliseren van de wederzijdse steun, communicatie en copingstijlen, om zo het psychosociaal welzijn van koppels te optimaliseren. We kozen voor een groepsprogramma, omdat daarbij veel mogelijkheid is tot ervaringsuitwisseling.”

Hanne Craeymeersch vult aan: “De praktijk leert ons dat er standaard heel wat psychosociale zorg is voor de patiënt op zich. Systematisch aandacht voor de partner en de gezinssituatie is vaak minder evident. Dit project richt zich dan ook specifiek tot koppels waarbij één van beiden geconfronteerd wordt met kanker.

Kanker binnen een gezin betekent vaak dat het geven en nemen tussen partners uit evenwicht raakt. Voor de ziekte was er een voortdurende uitwisseling van zorg en steun tussen partners. Tijdens het ziekteproces gaat de zorg vooral in de richting van de zieke partner. Dit is een normaal proces in het begin van elke ziekte. Als deze dynamiek echter lange tijd blijft aanhouden, kan dit tot heel wat spanningen leiden bij zowel patiënt als partner. Kanker heb je niet alleen en daarom moeten we ook de naaste omgeving, in het bijzonder de partner, betrekken. Hierdoor menen wij een belangrijke bijdrage te leveren aan het psychosociale welzijn van zowel patiënt als partner.



Doorheen acht bijeenkomsten wordt rond verschillende thema's gewerkt, zoals veranderingen teweeggebracht door de ziekte, het omgaan met stressfactoren, elkaar steunen, open communicatie, intimiteit en seksualiteit, de betekenis van kanker voor een koppel en leven met onzekerheden. De bijeenkomsten bestaan uit psycho-educatie, ervaringsuitwisseling, zelfreflectie en doe-opdrachten.”

Karin: “De verdere planning is om in oktober 2012 een nieuwe groep te laten starten en om in 2013 op hetzelfde elan verder te gaan.”

De partnergroep van april 2012 bestond uit vijf unieke koppels. Myriam en Paul namen deel. Bij Myriam werd in december 2011 darmkanker vastgesteld en meteen werd gestart met een zware en vermoeiende chemotherapiebehandeling.

Haar partner Paul getuigt: “We waren op zoek naar een manier om de ziekte binnen de relatie een plaats te geven en we kwamen terecht op het partnerprogramma “leven en liefhebben met kanker”, een groepsprogramma dat speciale aandacht besteedt aan de partner en zijn/haar beleving.

Met een klein hartje gingen we op intakegesprek bij de psychologe van het Middelheim ziekenhuis en dit beviel ons wel. Na het gesprek hadden we er een goed gevoel bij, dus schreven we ons in voor het programma.

De sessies waren van bij de start professioneel, gevarieerd en vooral doelgericht gebracht. Er was begrip en (h)erkenning bij de andere deelnemers, alsook bij de psychologen. Iedereen kon open en eerlijk praten in de groep over gevoelens, ervaringen en moeilijke momenten, wat wij heel krachtig vonden. Ook was er plaats voor veel humor en ambiance in de groep!

Tijdens iedere sessie kwam een ander thema aan bod, zodat we heel afwisselende, boeiende en constructieve gesprekken hadden met elkaar. In de loop van het programma voelden wij dat de groep echt een team werd, zelfs na de sessie bleven we vaak nog even hangen om na te praten. Het was net alsof de ziekte ons had samengebracht... We gingen er allemaal voor en we waren ook bereid om stil te staan bij onszelf, onze relatie en de impact van kanker hierop.

Iedere sessie opnieuw getuigden mensen dat ze het gevoel hadden dat er iets in beweging kwam, zowel bij zichzelf als in de relatie. Iedereen kon zijn gevoelens van verdriet, frustratie blootleggen, zonder schroom, die dan telkens met

de nodige professionaliteit van de begeleiders werd opgevangen. Dit creëerde voor ons een gevoel van vertrouwen en veiligheid.

Het heeft bij koppels ook de deur opengezet om te kijken naar de toekomst en te durven plannen maken. Wij kunnen het programma alleen maar aanraden aan koppels die geconfronteerd worden met kanker!"

De namen van de patiënten zijn pseudoniemen. We danken hen en alle deelnemende koppels van harte voor hun medewerking en getuigenis!

Interesse?

Wie meer wil weten of interesse heeft om deel te nemen, kan contact opnemen met Karin Ulrichs of Hanne Craeymeersch voor een intakegesprek.

U kunt ze bereiken door te bellen naar 03/280 22 40 of 03/280 22 46. E-mailen kan naar karin.ulrichs@zna.be of hanne.craeymeersch@zna.be.

Tevens zijn er informatieve folders ter beschikking.

Huisartsen op verkeerd spoor?

Hans Randsdorp Voorzitter ProstaatKankerStichting.nl

Deze tekst werd overgenomen van *PKS Nieuws*; 2012, 3, p.4.

De discussie over het belang van het screenen van mannen op prostaatkanker blijft de gemoederen bezig houden.

Wetenschappers en onderzoekers laten, kijkend naar de statistieken, met volhardendheid weten dat screenen op prostaatkanker meer kwaad dan goed doet en dus geen zin heeft.

Dit hangt samen met harde cijfers die aantonen dat preventief screenen op grote schaal te weinig levens redt en te vaak leidt tot behandeling met nare bijwerkingen.

Als ik het extreem formuleer komt het erop neer dat "het voor mannen beter is om het niet te laten testen".

Huisartsen zijn bijzonder terughoudend om mannen actief te informeren over het risico op

prostaatkanker en het advies van het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) aan huisartsen luidt dan ook om mannen af te raden zich te laten testen.

Afgezien nog van de grote (ook psychische) problemen van de mannen die zo in een te laat stadium ontdekken dat ze prostaatkanker hebben is het de vraag wie hier het recht heeft om mannen kennis te onthouden over prostaatkanker.

Natuurlijk, als een man het risico van kanker onderkend en om een test vraagt, zal die test hem vrijwel nooit onthouden worden. Hooguit dat de (huis)arts hem zal geruststellen en hem adviseren het niet te laten onderzoeken. Een (huis)arts kan naar eer en geweten menen dat er geen reden is



voor onderzoek. In ieder geval is er dan een discussie waar je een mening over kan hebben en indien nodig verder kan handelen overeenkomstig je eigen overtuiging.

Het werkt naar het oordeel van “statistici” het best indien een test alleen wordt uitgevoerd als de man zelf komt met zijn zorg. De arts moet hem dan wijzen op de risico’s die aan een test zijn verbonden alvorens in te stemmen met de test. Met de risico’s wordt met name bedoeld op onnodige stress en overbehandeling.

Het is gelet op de onderzoeksgegevens op het eerste gezicht wellicht begrijpelijk dat huisartsen geadviseerd wordt op deze wijze te handelen, maar er is ook een principiële bezwaar tegen deze opstelling.

Van een huisarts mag onder andere worden verwacht hij zijn patiënt tegemoet treedt als gezondheidsadviseur, ook als het gaat om risico’s op gezondheidsproblemen die zich weliswaar nog niet geopenbaard hebben maar wel aanwezig zijn.

Prostaatkanker is bij mannen de meest voorkomende kanker. Mannen lopen een met de jaren sterk groeiend risico op prostaatkanker. Dit culmineert tot een kans op het optreden van prostaatkanker van meer dan 90% indien de man ouder dan 90 wordt.

Elke huisarts zou op grond van dit gegeven zichzelf op de eerste plaats de vraag moeten stellen of hij het eens is met het advies van het NHG.

Mijn antwoord hierop ligt al besloten in het oproepen van de vraag.

Dit is een principiële kwestie die niet kan worden afgedaan op basis van statistische gegevens over stress en overbehandeling.

Een houding die ervan uitgaat dat de patiënt op de eerste plaats geholpen moet worden om zijn gezondheidsrisico’s goed in te schatten en vervolgens op basis van onderzoek te kennen is naar mijn mening een van de kernwaarden van het beroep van huisarts.

Pas dan komen vragen aan de orde over de waarde van het testen op prostaatkanker en over de urgentie en risico’s van behandeling.

We zijn het eens over het belang van terughoudend behandelen en we hebben geen verschil van inzicht over het risico van overbehandeling. Samen moeten we eraan werken om mannen te helpen om ervoor te kiezen om -daar waar het verantwoord is- terughoudend te zijn bij de behandeling en ervoor te kiezen om onder deskundige begeleiding “proactief af te wachten”.

Maar laten we het er ook over eens zijn dat het principe moet zijn dat mannen wel actief geïnformeerd moeten worden over prostaatkanker en dat het testen op prostaatkanker niet afgeraden moet worden.

Dit was ook de houding van mijn huisarts en dit schrijvende neem ik mij voor hem bij mijn volgend bezoek daarvoor nog eens expliciet te bedanken.

Piet Hoekstra een ervaren vrijwilliger

Wim Nak redactielid *PKS Nieuws*

Tekst overgenomen uit *PKS Nieuws*; 2012: 3, p.10 -11

Er zijn vast nog wel een paar lezers, die Piet Hoekstra nog niet kennen. Daarom vroeg de redactie aan Piet wat hij eigenlijk zoal doet als vrijwilliger voor ProstaatKankerStichting.nl. Zonder moeite somt hij een imposant rijtje op :

- hij is samen met Jan Vierdag en op initiatief van de NFK (Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties) betrokken bij de

ontwikkeling van een patiëntenwijzer voor prostaatkanker,

- hij is een van onze mensen die meedoen in een pilootproject van het KWF (Koningin Wilhelmina Fonds) om mee te beoordelen of onderzoeksaanvragen voldoende waardevol zijn om te financieren,

- hij leest en controleert de tekst van het *Prostaatkanker Logboek*, ook voor een eventuele herdruk,

- als men daarom vraagt heeft hij persoonlijk contact om mede donateurs bij te staan,

- op alle vragen die het bestuur hem stelt

en waarbij hij wat kan betekenen, reageert hij positief.

Piet is het liefst bezig met “doe” dingen. “Liever niet met besturen en overleggen, want dat heb ik in mijn werkzame leven al meer dan genoeg gedaan”, zegt hij.

Actief zijn houdt je jong

Al die zaken kosten onze vrijwilliger wel wat tijd. Niet teveel vindt hij, want hij doet het graag. Soms gaat er een week voorbij zonder actie, maar er zijn ook weken dat hij elke dag van die week wel ergens mee bezig is. Een uurtje of ook wel halve dagen. Voor Piet geen enkel bezwaar.

Als je dit zo leest dan krijg je onwillekeurig het beeld van een actieve jonge vent. Dat klopt. Piet Hoekstra is 77 jaar, woont in Capelle aan den IJssel en heeft 3 zonen en 5 kleinkinderen. Hij is al meer dan 10 jaar donateur (en ook vrijwilliger).

In 2000 werd na oplopende PSA-waarden zijn prostaat verwijderd. Dat is mislukt. Sindsdien ondergaat hij intermitterende hormoonbehandeling. In de pauzeperioden stijgt het testosteron nauwelijks en de tumorgroei is nog altijd onder controle. Hij voelt zich inderdaad redelijk tot goed en je kunt hem driemaal per week in de sportschool vinden.

Waarom vrijwilliger ?

Piet had eerst niet zoveel trek om vrijwilliger te worden. Hij was namelijk al nauw betrokken bij EPCEL-Ne, een e-mail forum voor

prostaatkankerpatiënten. Dat hij desondanks toch als vrijwilliger bij ons actief is geworden, daar heeft Piet geen spijt van.

Het werk is interessant en verschaft hem veel voldoening. Hij is blij dat hij er een steentje toe kan bijdragen dat de prostaatkanker patiënt steeds mondiger wordt en zelf meer van zijn aandoening weet. Alleen zo kan de patiënt de regie voeren over zijn eigen behandeling en over de keuzes die daarbij gemaakt kunnen worden.

Hij is blij met iedereen die zich inspant voor onze stichting. Zonder medevrijwilligers ben je een roepende in de woestijn en dooft de kaars snel uit. Hij adviseert elke nieuweling om vooral rustig aan te beginnen en alleen die zaken aan te pakken die je aankunt en die je ook leuk vindt om te doen. Ons bestuur geeft hij in overweging om bij bestuursvergaderingen een paar stoelen beschikbaar te stellen aan vrijwilligers om hun ei te leggen.

De ProstaatKankerStichting.nl kan mensen als Piet Hoekstra heel goed gebruiken, dus wij hopen hem nog lang en actief in ons midden te hebben.

Piet is evenwel ook in België geen onbekende, hij is reeds jaren een gewaardeerd bestuurslid van Wij Ook België.

60+ Samen op



**Zondag
16 september 2012**

DEELNAME GRATIS

Vertrek om 10 uur aan het
Oncologisch Centrum Antwerpen (OCA)
Lange Gasthuisstraat 45
2000 Antwerpen

Aankomst rond 11u45 aan het Elzenveld

Inschrijving noodzakelijk wegens beperkte
plaatsen (max. 300 deelnemers)

Tot 07/09/2012

op het nummer

☎ 03/338.91.51



Een hattrick voor onze nieuwe voorzitter

Raad van Bestuur Wij Ook vzw

Een voetballer die driemaal scoort komt terecht op de eerste bladzijde van de maandagkrant. Het past dan ook onze voorzitter te feliciteren met zijn prestaties in 2012.

Niet alleen heeft hij meegewerkt aan de trainingsdag voor Europa Uomo in Jongny (Zwitserland), samen met de collega's Vincent Griesser en Joaquim Domingos, tot tevredenheid van de deelnemers.

Dan heeft hij zijn petproject "European Prostate Awareness Day" in het Europees Parlement op 19 september a.s. doorgeduwd met enthousiasme en doelmatigheid. Diegenen die hier aan meewerken, inbegrepen Prof. Van Poppel, snakken naar adem om te volgen. De voorbereidingen lopen goed en het resultaat oogt ambitieus maar haalbaar.

Kers op de taart is zijn benoeming als "executive director" van de European Cancer Patient Coalition (ECPC). Dit is geen gemakkelijke klus waar ECPC een vereniging is die alle kankers vertegenwoordigt, een 300-tal verenigingen vertegenwoordigt en vooral actief is op Europees vlak.

En of we fier zijn. Europa Uomo had al Tom Hudson als voorzitter van ECPC geleverd, Henk Van daele als bestuurslid en nu nog de executive director.

Onze organisatie blijkt dan toch productief en sympathiek op Europees vlak. We wensen onze hardwerkende, gedreven voorzitter toch enkele dagen verlof en rekenen wel op zijn belofte dat hij Wij Ook vzw niet zal vergeten

Er waait een frisse wind door onze website

Rik Cuypers – Wij Ook webteam

Een tijdje geleden meldde onze webontwerper dat het Joomla-programma waarmee onze site wordt opgebouwd, vernieuwd zou worden. Het leek ons een gepast moment om de structuur van de site onder handen te nemen. Er werd een werkgroep opgericht om de taak tot een goed einde te brengen.

We beslisten a priori om de lay-out simpel te houden en geen toeters of bellen in te voeren. We hielden enkel de mogelijkheid om artikels af te drukken of per email door te sturen. Het aantal hoofdrubrieken is bewust beperkt tot zes. Het logo werd aangepast aan het nieuw programma.

Onze doelgroepen zijn de leden, de kandidaat-leden en verder iedereen die informatie zoekt over onze vereniging. We hopen ooit een "Nous Aussi" en "Wir Auch" versie te produceren. Omdat onze leden op de eerste plaats komen, zullen we op de "Homepage" geen algemene informatie plaatsen, maar hen direct aanspreken met praktische inlichtingen over de activiteiten en de

wijzigingen van bepaalde rubrieken. Hierdoor wordt het zinvol de site regelmatig te bezoeken, zonder hem telkens volledig te moeten doorlopen.

De rubriek "Wij Ook" legt uit wat de doelstellingen van onze vereniging zijn, welk statuut ze heeft en waar ze zich internationaal situeert.

Bij de "Activiteiten" vermelden we onze traditionele Feel+ (James), Café Santé, Europese patiëntendag en Algemene vergadering. De bedoeling is zowel naar data als inhoud, kort op de bal te spelen.

Hetzelfde willen we realiseren voor activiteiten van andere, voor ons relevante organisaties.

Onder "Informaties" gaat het om onze eigen publicaties en boeken of brochures waar we naar verwijzen of die we bespreken. Ook vermelden we het bestaan van onze bibliotheek.

We hebben de ambitie om hier een voor



Contact voor en door prostaat(kanker)patiënten

VZW BELGIË



patiënten belangrijk onderwerp onder te brengen: "medische informatie". De kunst zal zijn interessante artikels te presenteren en toch synthetisch te blijven en de ontwikkelingen in hun perspectief te plaatsen.

"Links" naar bestaande sites uitkiezen is steeds een moeilijke oefening. We trachten niet te overdrijven en we zullen deze rubriek permanent moeten aanpassen.

Tenslotte worden in de rubriek "Contact" de gegevens van ons secretariaat vermeld, laten we nieuwe leden toe zich in te schrijven en verwijzen

we naar het bestaan van Wij Ook Oost, Wij Ook West en de samenwerking met het Wij Ook Forum.

We wensen dat onze site een bepaalde uitstraling verwerft, maar we willen vooral tegemoet komen aan de behoeften van onze leden. Alle commentaar om de kwaliteit te verbeteren is dus welkom op het secretariaat. Mevrouw Anja Vancauwenbergh die als webmaster instond voor het toepassen van al die veranderingen, zal met plezier jullie opmerkingen verwerken.

In memoriam Frank Boeye

Henk Van daele

Frank Boeye, stichter-voorzitter van de Werkgroep Hersentumoren vzw, is niet meer.

Frank werd geboren in 1953 als zoon van een militair in wat toen nog de Belgische bezettingszone in Duitsland heette. De intelligente leerling werd aangespoord tot verdere studies en Frank behaalde het diploma van regent. Het leven lachte hem toe: een job in het riksonderwijs, een fijn huwelijk met Lia, en de geboorte van een lieve dochter. Samen met zijn gezin ontpopte Frank zich tot een uitzonderlijk alpinist en een ervaren zeezeiler.

In de zomer van 1997 sloeg het noodlot toe. Aan boord van zijn zeilboot kreeg Frank een onverwachte epileptische aanval. Enkele dagen later, terug in Antwerpen, viel de harde diagnose: hersentumor. Het betrof een zeer kwaadaardige glioblastoom. Frank onderging een hersenoperatie, werd wekenlang bestraald, en moest gedurende jaren een hormoontherapie volgen. Het werk hernemen in het onderwijs bleek niet meer mogelijk, fietsen of een auto besturen was voortaan uitgesloten.

Geïnspireerd door de "International Brain Tumor Alliance" (IBTA) organiseerde Frank in 2005 een aantal voorbereidende werkvergaderingen in het OCA. In mei 2006 was het dan zo ver: de Werkgroep Hersentumoren vzw werd officieel opgericht. Frank was een enthousiast stichter-voorzitter, een ijverig webmaster, en de bij uitstek geschikte verdediger van de belangen van alle patiënten met een niet-aangeboren hersenletsel. Dank zij zijn uitstekende meertaligheid en zijn toenemende kennis van de oncologische literatuur, was Frank tevens een uitzonderlijke ambassadeur van de nieuwe vereniging; dat bleek onder meer overduidelijk

tijdens zijn vele contacten met het RIZIV, bij het Kankerregister, in enkele ministeries, en in het Europees Parlement.

In 2011 herviel Frank Boeye: een tweede hersentumor werd vastgesteld. Weer volgde een zware hersenoperatie, maar nu waren de vooruitzichten minder rooskleurig. Frank vocht tegen zijn ongenadige ziekte, maar wie hem regelmatig bezocht moest het met veel spijt vaststellen: de krachten van de eens zo actieve man namen zeer geleidelijk af. Frank Boeye overleed op 27 mei 2012.

De Werkgroep Hersentumoren vzw heeft haar dynamische stichter-voorzitter verloren. Het vernieuwde bestuur, onder leiding van voorzitter Lia Le Roy, staat nu voor een moeilijke opdracht. In het belang van alle personen met een niet-aangeboren hersenafwijking zal het OCA de Werkgroep Hersentumoren vzw in de toekomst blijven steunen.



EUROPESE PATIENTENDAG PROSTAATKANKER

Wanneer: Zaterdag 15 september 2012 van 09.00 tot 13.00

Waar: Raadzaal Provinciehuis Antwerpen
Koningin Elisabethlei 22, 2018 Antwerpen

Thema: **”Niet kankeren over prostaatkanker”**

Voorzitters: Dr. F. Ameye (BVU) en Prof. J.W. Coebergh (IKZ)

PROGRAMMA:

08u45 Registratie

09u00 Welkom door voorzitter OCA vzw

L. Quackels (OCMW Antwerpen)

Over cijfers en onzekerheden: Voorzitters: Dr. V. Nelen (PIH) – H. Van daele (Wij Ook)

09u10 Van meten tot overleven

Prof. J. W. Coebergh (IKZ)

09u30 Van risico tot diagnose

Dr. J. Braeckman (UZ Brussel)

09u50 Vragen en debat

Wat doen patiënten zelf?: Voorzitters: J. Humblet (Wij Ook) – Dr. B. Spinnewijn (Domus Medica)

10u10 Samenwerken met huisartsen

H. Randsdorp (PKS)

10u25 Zelfzorg: Feel+ en voeding

W. Walschaert (Wij Ook)

10u40 Bewust meewerken aan behandeling

E. Briers (Wij Ook)

11u00 Vragen en debat

11u15 **KOFFIE**

Over genezen en/of controle: Voorzitters: E. Briers (Wij Ook) – Dr. M. Van Hoey (HAVAC)

11u40 Chirurgie: uitslagen en tegenindicaties

Dr. F. Ameye (BVU)

12u00 Radiotherapie: uitslagen en tegenindicaties

Dr. S. Junius (CHM)

12u20 Wegwijs in de behandeling bij falen van de standaard-behandeling

Prof. F. Debruyne (Andros Men's and Gynos Women's Health Institutes)

12u40 Vragen en debat

13u00 Conclusies en dank

L. Denis (Wij Ook)

13u05 **LUNCH**

Deelname in de onkosten: koffie, lunch en documentatie 20€. Leden Wij Ook België vzw: gratis.

Inschrijven verplicht op 03/338.91.54 ten laatste op maandag 10 september 2012.

Betaling storten op rekening Wij Ook België vzw 403-7149301-86 (IBAN: BE78 4037 1493 0186 – BIC: KREDBEBB) met vermelding 'Deelname Patiëntendag 2012'.

Grote parking gratis. Trams 2, 6, 7 en 15.

KORT

Brigitte Dourcy-Belle-Rose

Gezondheidsinformatie

Variaties volgens zoekmethode. *American Medical News* schrijft verder te kijken dan uw favoriete websites. Nogal wiedes, maar het verandert niets aan het probleem dat minstens de helft van de gezochte informatie onvolledig of onjuist is.

e-Artsenkrant Nieuwsbrief, 1003, 13.6.12

Alcohol

Alcohol en risico voor prostaatkanker. Een meta-analyse vindt tussen sociale, matige en super alcoholisten geen verband met prostaatkanker. Men zegge het voort.

European Journal of Cancer Prevention, 21; 350, 13.7.12

Een beter seksleven?

Bezoek het Arboretum in Kalmthout voor de plantenexpo. Seks, lust en groene vingers. Selder, elfenbloem (yin yang huo, Chinees voor geil geitenkruid), anijs, bilzekruid in kleine dosis, gember om te consumeren en geraspte wortelen en brandnetel om de gebruiksvoorwerpen in te smeren. Si non e vero en bene trovato. Toch maar Viagra?

De Morgen, 26.5.12

Koffie

In een recente studie van de Harvard University bleek dat mannen die het meest koffie dronken, minstens zes tassen per dag, 60% minder kans hadden een agressieve prostaatkanker te krijgen. Met drie tassen per dag had men 30% minder kans. Als ze dan nog 2 à 3x per week oefenden, had men een extra daling met 50%. Geen wonder dat onze Feel+ beoefenaars blaken van gezondheid.

ZEROHOUR Newsletter, 29.5.12

Theedrinkers

Theedrinkers werden over 37 jaar gevolgd. Bij de 6.000 vrijwilligers bleek dat zij die meer dan zeven tassen per dag drinken een 50% hoger risico hadden om prostaatkanker te krijgen. En zeggen dat Chinezen en Japanners juist zo weinig prostaatkanker hebben in vergelijking met de westerlingen.

AUA Daily Scope, 19.6.12

Schildklierkankers

Wie zoekt die vindt: dubbel aantal schildklierkankers in Brussel en Wallonië door meer medische beeldvorming en schildklieroperaties.

De oorzaak stelt KCE zijn meer gespecialiseerde onderzoeken, meer chirurgie en meer behandeling van knobbels. Simpel *overdiagnose* en *overbehandeling* zoals we beschreven voor prostaat- en borstkanker.

KCE (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg) Press Release, 24.5.12

Kankeroverlevers

Kankeroverlevers tellen samen 18 miljoen Amerikanen tegen 2022. Een samenwerking tussen de American Cancer Society en de National Cancer Society berekende dit getal. Ook in Europa zien we dat verhoogde levensduur, grotere bevolking en betere behandeling hallucinante cijfers oproepen van mensen die kanker overleven. Alleen al in België komen er per jaar +/- 9.000 prostaatkankerpatiënten bij die van een andere ziekte of sleet moeten sterven. In totaal lopen er +/- 5.000 rond. Deze cijfers laten nadenken.

AUA Daily Scope, 15.6.12

Mannen sterven vroeger dan vrouwen

Met voorgaande cijfers voor ogen moeten we dan nog vaststellen dat mannen gemiddeld zes jaar vroeger sterven dan vrouwen. Biologische verschillen, risico's nemen, te laat naar medisch onderzoek en liefst geen preventie kunnen het verschil verklaren. We reiken dan ook een "Checklist for Men's Health" aan om het zwakke geslacht wat langer te laten genieten van hun pensioen.

AUA Net News, 12.6.12

Luchtwegen

In de VSA geloven sommige mannen dat prostaatkanker zich verspreidt langs de luchtwegen. Die gasten kiezen overweldigend voor radicale chirurgie. Soms rare jongens die Amerikanen!

AUA Daily Scope, 23.5.12

Obamacare - Onkelinxcare

In diezelfde VSA komt de algemene geneeskunde terug tevoorschijn nadat ze gedurende jaren uitgeroeid werd. Onder de titel "Primary Care Update light at the End of the

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

Tunnel". Een opsteker voor Obamacare en zelfs voor Minister Onkelinx.

Artsenkrant, 24.5.12

MDV 3100

MDV 3100 (nieuw anti-androgeen) heeft bewezen veilig en efficiënt te zijn bij patiënten met castratie resistent PCa na behandeling met chemotherapie. Overleving steeg gemiddeld van 13,5 naar 18,5 maanden. Interessant, maar we kijken uit naar de behandeling vóór chemotherapie. We leven in een tijd van hoop.

ZEROHOUR Newsletter, 35, 11.7.12

Zorgbeurs Antwerpen

Op 16 oktober organiseert de provincie samen met de VDAB een zorgbeurs in het provinciehuis Antwerpen. Gespecialiseerde medewerkers geven de bezoekers uitleg over het zorgberoep. Er is ook informatie te krijgen over financiële ondersteuning voor werk zoekende personen.

Info: Wim Vleeshouwers. Tel: 03/240.61.76.

Nieuwsbrief Provinciaal Welzijnsbeleid, 11.6.12

Abiraterone

Over Abiraterone gesproken. Als eerste behandeling bij hoogrisico prostaatkanker werd aangetoond dat Abiraterone in combinatie met maximale androgeen blokkade (MAB) bij een derde van de patiënten de kanker grotendeels of volledig uitschakelde na radicale prostatectomie. Wordt vervolgd.

ASCO Fase II, 2012

Radium-223 dichloride

Radium-223 dichloride verlengt de overleving bij patiënten met castratie resistente prostaatkanker met botmetastasen. Alweer nieuwe hoop voor deze uitbehandelde patiënten. Samen met Abiraterone, MDV 3100, Cabazitaxel, Provenge naar een nieuwe toekomst met efficiënte behandeling. Wat niet wegneemt dat we toch liever voorkomen dan behandelen.

Ariez Digitale Congressmailing Oncologie, 8.6.12

In de schaduw van Kos

Louis Denis

De wet op de patiëntenrechten bestaat nu tien jaar en het Vlaams Patiëntenplatform evalueert of de patiënten hun rechten al hebben toegepast en of de rechten worden nageleefd door de zorgverleners.

Deze rechten zijn nogal vanzelfsprekend:

Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

Recht op vrije keuze van de zorgverlener

Recht op informatie

Recht op toestemming

Recht op inzage en afschrift van het patiëntendossier

Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer

Recht op klachtenbemiddeling

Recht op pijn behandeling

In de complexiteit van de kankerbehandeling, die volgens onze charter berust op het recht van optimale medische behandeling en recht op holistische zorg gericht op de individuele patiënt in zake psychische, fysische, sociale en financiële zorg, doen we het niet zo slecht in Vlaanderen. Wel blijven sommige rechten goed bedoeld doch moeilijk haalbaar. Veel hangt af van de interpretatie, bv. rond kwaliteitsvolle dienstverlening, de vrije keuze en bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Acute praktijk...

Op het vlak van de artsen, gebonden aan een code van medische plichtenleer en de ethiek van de overige zorgverleners, zijn er geen tegenstellingen maar in de praktijk kunnen we soms moeilijk anders dan begrip vragen voor het functioneren van een acuut ziekenhuis of een centrum dat dagelijks, en soms met te weinig middelen op menselijk en financieel vlak, 7 op 7 en 24 op 24 dient te presteren.

Laten we denken aan de moslima die een vrouwelijke arts vraagt. Meestal geen probleem voor consultaties maar onmogelijk te garanderen in acute situaties. De rechtbank heeft zich hierover al uitgesproken.

Wie zich laat behandelen in een universitair ziekenhuis weet dat de behandeling van patiënten onder toezicht van de stagemeeesters een noodzaak is om de toekomst te verzekeren van onze sociale gezondheidszorg. Dit loopt door voor de stages in de huisartsgeneeskunde.

Patiëntenplichten

Dit zijn details in het grote geheel en we zien het recht op kwaliteitszorg en bescherming van de persoonlijke levenssfeer als een blijvende vraag die niet opgelost wordt door patiëntenrechten, maar veeleer door patiëntenplichten in samenspraak met de artsenplichten tegenover het geheel van de ziekteverzekering.

Slechts de zwakkeren, o.a. kinderen en dementerende bejaarden en/of comateuze patiënten, hebben alleen maar rechten. We menen dat het tijd wordt om ook als volmondige burgers, tijdelijke patiënten, verantwoordelijkheid te mogen en te moeten nemen. Dit stadium van verantwoordelijkheid delen is bereikt op het Europees niveau van dialoog waar patiënten als gelijke mee hun mening kunnen geven over innovatieve geneesmiddelen, zoals in het European Medicines Agency, of over de evolutie tussen artsen en patiënten, zoals in de volgende jaarvergadering van de European Society of Medical Oncology.

De echte uitdaging ligt op een hoger vlak. De moderne geneeskunde is op alle vlakken, maar zeker op gebied van kanker, zo snel geëvolueerd dat ze gewoon onbetaalbaar dreigt te worden. Juist zoals voor het cultuurbeleid zijn er te weinig financiële middelen om aan alle, ook de noodzakelijke, noden te voorzien.

Weigeren van zorg?

Professor Cassiman, voormalig voorzitter van de Vlaamse Liga tegen Kanker (VLK), heeft enkele maanden geleden een publieke waarschuwing geuit: het weigeren van optimale zorg, ook in kanker, wordt een realiteit in de nabije toekomst. Een storm van verontwaardiging volgde, doch die toekomst is al het heden in Engeland. De National Health Service rantsoeneert chirurgische ingrepen die nochtans binnen de strenge criteria van wetenschappelijk beleid National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) vielen. Ook hier beslist de medische adviseur over de toelating voor

medische behandeling, zowel voor het RIZIV als voor de private verzekeringen, en de gebeurlijke terugbetaling. Ondanks onze solidariteit en gelijkheid is de weg naar een tweesporen geneeskunde dichter dan we denken.

Over de bescherming van de persoonlijke levenssfeer kunnen we kort zijn. Elke kankerbehandeling gebeurt nu in teamverband waar de patiënt ongeveer 80 percent van de teamleden nooit ontmoet. Deelname aan klinische studies is een voorrecht waarbij de patiënt liefst geen rechten heeft over afgestane bloed- of weefselstalen in de biobank. Zijn recht blijft te weigeren aan deelname. Dit is een ethisch gevaarlijke evolutie en strenge straffen en compensaties dringen zich op bij misbruik, vooral in het hernemen van sociale posities. Laten we patiënten die hier klacht neerleggen beter behandelen dan de klokkenluiders in onze Vlaamse administratie.

Patiëntenmeldpunt

Kunnen we dit niveau ooit bereiken in de betuttelende omgeving waarin we leven en werken? Natuurlijk kunnen we dat en er komt steun van de overheid en de VLK. Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) zal ter uitvoering van de nieuwe Europese wetgeving nog dit jaar een patiëntenmeldpunt organiseren voor meer informatie over geneesmiddelen en hun bijwerkingen. Is er samenwerking voorzien met de meldpunten van het artsencorps? De VLK ijvert voor een betere samenwerking in het academisch klinisch onderzoek naar een contract research organisation (CRO). Prijzenswaardig ook zoals het nieuw opgericht nationaal platform in de kinderoncologie. We betreuen echter dat ze de steun aan psychosociale zorg in de ziekenhuizen loslaat en uiteraard ook de pindanootjessteun aan de patiëntenverenigingen. Waarvoor dienen de financiële reserves van kankerverenigingen eigenlijk?

Toch hebben wij nog vragen...

U leest het. We hebben vragen. Voorname vragen, waarom de kinderoncologie niet efficiënter gegroepeerd wordt in ons kleine land? Kleine vragen, waarom geneesmiddelen die voor onze leden levensreddend zijn, afgehouden worden van terugbetaling? Het gaat over maximaal 500 patiënten. Toch niet omdat efficiënte geneesmiddelen tegen plasproblemen, in tegenstelling tot de omringende landen, ook niet terugbetaald worden. Dit verhaal wordt vervolgd.

Tot slot een opwellend nieuws uit *Test Gezondheid* 109, 2012. De patiënt is content en erg tevreden over de volgende behandelingen inzake efficiëntie, duurzaamheid en algemene tevredenheid. Operatie 75%, 73% en 72%, homeopathie 64%, 59% en 65%, geneesmiddelen 59%, 41% en 49%. Ons bompa zei het al: "Wie niets doet, zal niet veel misdoen".

Feel+ Het belang van bewegen na een traumatische ervaring.

Na behandeling van prostaatkanker is het belangrijk om een nieuwe balans in uw leven te krijgen.

Beweging is nodig voor herstel en om te komen tot een nieuw evenwicht.

Bewegen in groep met mede-patiënten motiveert, 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.



Boekbesprekingen

Jan Humblet

Bereik je ideale gewicht met PronoKal® Methode.

Dr. Chris Goossens & Bart Cop

De voedselzandloper. Over afvallen en langer jong blijven.

Dr. K. Verburgh

Twee recente publicaties die het hebben over lichaamsgewicht en voedingsgewoonten met hun effecten op gezondheid, en zo mogelijk, langer leven. Verder hebben beide werken weinig met elkaar gemeen omdat hun respectievelijke doelstellingen en basisfilosofieën duidelijk verschillen.

Waarom is kennismaking met dit thema voor ons nuttig? Omdat uit overvloedig wetenschappelijk onderzoek blijkt dat voor de reële of de potentiële prostaatkankerpatiënt minstens drie elementen belangrijk zijn als preventie of na de diagnose, of als steun bij de behandeling, namelijk regelmatig bewegen, lichaamsgewicht onder controle houden, en gezond eten.

Dr. Goossens & B. Cop spreken liever niet over een Pronokal-dieet, maar over een "methode", wat meer omvattend is. De kern is natuurlijk een proteïnedieet, maar verder is er een begeleide heropvoeding op het gebied van voedingsgewoonten en een controlemechanisme om een jojo-effect te vermijden en dus op langere termijn een gezond gewicht te behouden. Het beschreven proteïnedieet leidt snel naar een spectaculair gewichtsverlies, waarvan in Vlaanderen o.m. politicus Bart De Wever het wandelend voorbeeld is. Dus maar beginnen zoals we enkele decennia geleden begonnen te "Montignacken" voor een strandvakantie zonder gêne? Vergeet het. Pronokal kan je niet op eigen houtje. Het dieet houdt in dat men de klassieke maaltijden alleszins voor een beperkte beginperiode vervangt door proteïnezakjes en vitamine- en mineralensupplementen. Daarvoor kan men enkel naar de apotheek stappen met een medisch voorschrift. Het hele circuit verloopt onder begeleiding: een gespecialiseerde arts die je medisch screent en opvolgt, een diëtiste die je adviseert en wegwijs maakt in receptuur, een physical coach voor bewegingsadvies en een

psycholoog voor bijstand indien nodig.

Over de verschillende stappen in het proces, dat in het algemeen twee jaar duurt, geeft het boek van Goossens & Cop uitgebreid theoretisch inzicht en praktische aanwijzingen, inclusief een beschrijving van tientallen bruikbare recepten. Globaal genomen doorloopt

de patiënt drie fasen: een eerste strikte vermageringsfase met aanvankelijk het pronokalassortiment waarmee men allerlei bereidingen kan maken zoals drankjes, pizza's, broodjes, soepen, enz. Geleidelijk wordt de zakjesvoeding vervangen door eiwitrijke voeding. Tijdens de tweede fase worden nieuwe eetgewoonten aangeleerd. Geleidelijk worden alle voedingsstoffen geïntroduceerd die deel uitmaken van een evenwichtig dieet. Het vermageren zet zich verder door, maar tegen een trager tempo. Doel van de derde etappe is het bereikte streefgewicht in de toekomst te behouden. Advies en follow-up worden dan ook verder gezet. Terloops: het "streefgewicht" dat als ideaal bereikt moet worden, wordt niet uitgedrukt volgens de gebruikelijke BMI (body mass index) maar volgens een eigen formule die voor vrouwen en mannen verschillend is. Mannen nemen hun lengte in centimeter min honderd en tellen daar vervolgens voor elke 10 jaar boven de leeftijd van 20 jaar een kilogram bij. Bij vrouwen trekt men ook 100 af van de lengte plus nog eens 10%. Ook daar telt men vervolgens voor elke 10 jaar boven de leeftijd van 20 jaar een kilogram bij.

Wie komt in aanmerking? De methode organiseert zelf een selectie. Je moet ouder zijn dan zestien en jonger dan 65 jaar; verder moet je voldoende gezond zijn om in de aanvankelijke medische screening te slagen. We denken trouwens dat het even belangrijk is als bewuste patiënt te overleggen met de eigen arts en vooral zelf over vermagering en gezondheid zo ruim mogelijk geïnformeerd te zijn.



Dit is trouwens de reden waarom we de twee publicaties als één pakket bespreken.

Het werk van Dr. Kris Verburgh is geen dieetboek as such, het biedt de lezer wel een denkkader om diëten te beoordelen en te situeren in het geheel van een gezonde voedingspraktijk.

Dr. Verburgh heeft een achtergrond in de biogerontologie (de wetenschap die veroudering onderzoekt) en dat blijkt onmiddellijk in zijn standpunt over diëten. Een goed dieet moet zich primair richten op de gezondheid en het afremmen van verouderingsprocessen, het gewichtsverlies volgt dan automatisch. Gezonde voeding kan heel wat verouderingsziekten zoals prostaatkanker, hart- en vaatziekten, ouderdomsdiabetes, enz., voorkomen of vertragen. We citeren hiervoor het volgende voorbeeld: "In Japan waar –voorlopig- nog een ander voedingspatroon bestaat dan in het Westen, komt prostaatkanker tienmaal minder voor dan in het Westen. Dit enorme verschil ligt niet aan genetische verschillen tussen Japanners en westerlingen: Japanners die naar de VS emigreren en daar een meer westers voedingspatroon hebben, hebben evenveel kans op prostaatkanker als de gemiddelde Amerikaan. Tien keer meer dus dan in hun oorspronkelijke thuisland". Uit analoge onderzoeken besluit de auteur: "Onze voeding bepaalt dus voor ruim de helft het risico op kanker. De overige vijftig procent van risicofactoren voor kanker omvat tal van andere diverse oorzaken, zoals een genetische aanleg, infectieziekten, blootstelling aan de zon, vervuiling, seksuele gewoontes, beroep enzovoort".

Over gezonde voeding hebben we op school allemaal de schijf van vijf, of duidelijker nog over de ideale voedseldriehoek geleerd. De basis van deze driehoek bestaat uit koolhydraten of zetmeelproducten (brood, pasta, aardappelen...), de volgende trede omvat groenten en fruit, daarboven vlees- en melkproducten en tenslotte oliën, vetten, suiker en snoepgoed. Volgens de auteur worden in de inhoud van de driehoek vaak disparate dingen op een hoop gegooid, is er te weinig nuance en strookt het geheel niet meer met nieuwe wetenschappelijke inzichten. Zoals de titel van het boek vermeldt, wordt de voedseldriehoek vervangen door een vernuftig ander model: de voedselzandloper. De twee driehoeken van de zandloper zijn elkaars

spiegelbeeld. De bovenste omgekeerde driehoek bevat stoffen die we best zo weinig mogelijk eten, de onderste driehoek de alternatieve stoffen die we liefst zoveel mogelijk eten. Een voorbeeld ter verduidelijking: op de derde trede van de bovenste (omgekeerde) driehoek vinden we fastfood zoals hamburgers, pizza's, hotdogs, rood vlees (rund, varken, schaap), en allerlei gefrituurd voedsel. Dit wordt als derde trede in de onderste driehoek vervangen door de gezonde tegenhangers zoals vette vis (zalm, makreel, haring, ansjovis, sardines) en gevogelte (kip, kalkoen), eieren, kaas, tofoe...



In zijn turf van 366 pagina's analyseert de auteur de klassieke families:

koolhydraten, proteïnen en vetten. Honderden voedingsstoffen passeren de revue met hun gezondheidsrapport. De gevolgde methodologie en de motiveringen zijn solide: chemisch inzicht in de moleculaire onderbouw, dierexperimenten, kwaliteitsonderzoekingen op grote groepen, literatuuroverzichten van tijdschriften met wereldfaam en hier en daar een snuffje evidentie volgens de evolutieleer.

En diëten? Op grond van zijn uitgangspunten is Verburgh geen fan van specifieke vermageringsdiëten. Een paar citaten: "Zulke diëten, die telkens bepaalde caloriegroepen uitsluiten en andere caloriegroepen voortrekken, zijn per definitie slechte diëten. Het is verkeerd te zeggen dat bepaalde caloriegroepen goed of slecht zijn. Wat van belang is, is niet de caloriegroep op zich, maar in welke vorm een bepaalde caloriegroep aangeleverd wordt. Zo zijn koolhydraten zowel gezond als ongezond. Koolhydraten zijn ongezond in de vorm van koekjes, witbrood of aardappelen, maar gezond in de vorm van fruit, en peulvruchten. Vetten zijn zowel gezond als ongezond. Vetten zijn ongezond in de vorm van transvetten en verschillende verzadigde vetten, zoals gefrituurd voedsel, cake

en boter, maar ze zijn bijzonder gezond als ze verpakt zitten in vette vis en noten. Eiwitten zijn zowel gezond als ongezond. Ze zijn slecht voor onze gezondheid in hun dierlijke vorm, zoals het geval is in rood vlees, maar ze zijn gezond als ze aangeleverd worden in de vorm van plantaardige proteïnen in groente of quorn.”

Ten slotte iets over beweging. De lezer van PROSTAATinfo kent zeker het Feel+ programma. De aanbevelingen van Dr. Verburgh komen perfect overeen met de filosofie van het Feel+ programma. Een paar gekende aanbevelingen: met een fikse tred wandelen is een van de gezondste vormen van beweging, bij bewegen is niet de intensiteit van belang, maar wel de regelmaat, drie keer per week twintig minuten sporten is het minimum.

Onze mening: inhoudelijk sterk en leerrijk, leesbare stijl met heldere samenvattingen na elk onderdeel, overtuigende bibliografische noten, handige verklarende woordenlijst.

Chris Goossens & Bart Cop, *Bereik je ideale gewicht met de PronoKal®Methode*. Antwerpen, Standaard Uitgeverij, 2012, ISBN 978 90 02 25225 9

Kris Verburgh, *De Voedselzandloper over afvallen en langer jong blijven*. Amsterdam, Uitgeverij Bert Bakker (Prometheus) 2012, 11de druk, ISBN 978 90 351 3758 5

Henk Van daele

Ouder worden in de 21e eeuw

Samenstelling: Toon Verlaan en Max de Coole

Het boek *Ouder worden in de 21e eeuw* is eigenlijk een bloemlezing van vroeger verschenen artikelen uit het tijdschrift *Gerôn*, gekruid met kortere interviews, columns en citaten. Alle bijdragen zijn geconcentreerd rond een aantal interessante thema's: vergrijzing, zelfsturing, levensvragen, dood, vrijheid, relaties, participatie, generaties, bewegen, leren, media, economie, vrouwen, globalisering en politiek. Voor elk wat wils, maar zeker lezenswaard. Zo zullen de sympathisanten van ons Feel+ programma zeker het hoofdstuk over bewegen waarderen.

De samenstellers van dit werk beoogden een duidelijk doel. Ze meenden dat een maatschappelijk debat over ouder worden al te dikwijls wordt gedomineerd door geld: het veilig stellen van de pensioenen of de niet meer

betaalbare gezondheidszorg van ouderen. Met hun ruime keuze aan hoger vermelde thema's hebben de samenstellers de discussie over vergrijzing (en "verwitting" tijdens de zogenaamde vierde leeftijd) alleszins verruimd.

Wie alle bijdragen ernstig doorneemt, zal vlug opmerken dat ons denken over

veroudering zeer snel evolueert. Het faillissement van een aantal grote banken en een economische crisis in de Westerse wereld, hebben oude waarheden doen wankelen. Zo wordt bij het eerste thema "vergrijzing" nog gesproken over de pensioenleeftijd op 65 jaar. Tal van Europese landen hebben hun wetgeving al aangepast en deze leeftijdsgrens verhoogd, of ze nemen zich voor dit op korte termijn te doen.

Het valt trouwens op dat de samenstellers van dit boek niet consistent zijn wat betreft de gebruikte leeftijdsgrenzen. Meestal nemen ze 65 jaar als begin van de ouderdom, maar soms is het 55-plus (blz. 210) of zelfs 50 jaar (zoals op blz. 152). Dit creëert natuurlijk onduidelijkheid.

Door te vertrekken van vroeger verschenen tijdschriftbijdragen hebben de samenstellers van deze bundel belangrijke actuele aspecten verwaarloosd. De lezer begrijpt niet dat een boek over veroudering, gepubliceerd in 2012, geen melding maakt van het feit dat de Europese Unie het jaar 2012 had uitgeroepen tot het jaar van de "Active and Healthy Aging". We verwijzen naar het desbetreffende artikel van dokter Jean-Pierre Baeyens in *PROSTAATinfo* van september 2011. Talrijke Europese congressen en symposia over verouderen worden dit kalenderjaar georganiseerd; deze wetenschappelijke samenkomsten dragen nieuwe bouwstenen aan voor de discussies over ouder worden. Spijtig dat de samenstellers van *Ouder worden in de 21e eeuw* deze actuele materie hebben verwaarloosd.

Vlaamse lezers zullen zich storen aan de talloze afkortingen die in deze bundel voorkomen. Ze zijn niet vertrouwd met AOW, AWBZ, CBS,



CPB, CSO, HBO, HOVO, NPO, SER, TNO, VUT, VWS of WRR. We betwijfelen zelfs of alle Nederlandse lezers vertrouwd zijn met deze acroniemen en afkortingen. Een lijstje met de nodige uitleg achteraan in het boek zou wenselijk zijn.

Sommige schoonheidsfoutjes storen de lectuur en hadden door de samenstellers vermeden kunnen worden. Religie en godsdienst worden steeds minder als synoniemen gebruikt (blz. 52). Het enigszins verouderde begrip andragologie kortweg veranderingkunde noemen, lijkt ons niet correct (blz. 80). Van de "Longitudinal Ageing Study Amsterdam" (LASA) hadden we graag de bibliografische referentie vermeld gezien (blz. 92). Leven lang leven (sic) moet natuurlijk levenslang leren zijn, met r (blz. 140).

Actieve senioren kunnen in dit boek nog wel wat discussiestof aantreffen.

Ouder worden in de 21e eeuw, onder redactie van Toon Verlaan en Max de Coole. Amsterdam, Uitgeverij SWP, 2012, ISBN 978 90 8850 284 2.

Bibliotheek

Wij Ook België vzw en Oncologisch Centrum Antwerpen (OCA) vzw beschikken over een ruime bibliotheek die geraadpleegd kan worden na afspraak (03/338.91.51).

Boeken kunnen uitgeleend worden mits betalen van een waarborg.

Recente boeken zijn:

Chris Goossens & Bart Cop, *Bereik je ideale gewicht met De PronoKal® Methode*. Antwerpen, Standaard Uitgeverij, 2012, ISBN 978 90 02 25225 9. (Nederlandstalig)

Michel Bolla, Hendrik Van Poppel; *Management of Prostate Cancer. A multidisciplinary approach*, Springer, 2012, ISBN 978 3 642 27596 8. (Engelstalig)

Ouder worden in de 21e eeuw, onder redactie van Toon Verlaan en Max de Coole. Amsterdam, Uitgeverij SWP, 2012, ISBN 978 90 8850 284 2. (Nederlandstalig)

Prof. Deliëns, Dr. Cohen, Dr. François, Prof. Bilsen en anderen; *Palliatieve zorg en euthanasie in België. Evaluatie van de praktijk en de wetten*, MELC consortium, Academic scientific publishers, 2011, ISBN 978 90 5487 824 7. (Nederlandstalig)

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

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

Luc Van Houte (edit.); *Als kanker in je leven komt... Gids voor de patiënt en zijn naasten*, Brussel, Stichting tegen Kanker, 2011, ISBN 978 90 465 3583 7. (Nederlandstalig)

Dirk Schrijvers, Matti Aapro, Branko Zakotnik et al; *Handbook of cancer in the senior patient, Informa healthcare*, 2010, ISBN-13 978 18 418 4709 2. (Engelstalig)

Patrick Mullie; *Eet je gezond. Functionele voeding, wetenschap of marketing*, Tielt, Lannoo, 2010, ISBN 978 90 209 9350 9. (Nederlandstalig)

R.H. Blum, M. Scholz; *Invasion of the prostate snatchers*, Other Press, 2010, ISBN 978 1 59051 432 2. (Engelstalig)

Verder kunnen er ook boekbesprekingen gelezen worden op onze vernieuwde website www.wijook.be.

Feel+ Goede redenen om te starten met het programma na kanker.

Men voelt zich terug beter.

Men blijft alerter.

Het helpt negatieve gedachten en gevoelens te verdrijven.

Het spierstelsel blijft in conditie.

Minder kans op diabetes, vaatziekten e.a.

Sporten in groep verrijkt uw sociaal leven.

Uw algehele conditie verbetert.

Meer bewegen is betere botten.

Dus vele redenen om elke woensdag van ...

Radiumchloride voor de behandeling van botmetastasen

Erik Briers

Zowel bij borstkanker als bij prostaatkanker zijn de botmetastasen het meest gevreesd. Niet alleen omdat metastasen op zich een zeker teken zijn van een ongunstige evolutie maar ook omdat specifiek botmetastasen voor veel hinder en pijn kunnen zorgen en daardoor de levenskwaliteit negatief beïnvloeden. Door bijvoorbeeld zenuwen te klemmen kunnen ze mobiliteitsproblemen en pijn veroorzaken. Botmetastasen verzwakken verder ook het bot doordat de natuurlijke opbouw en afbraakprocessen verstoord worden waardoor breuken kunnen optreden die moeilijk genezen.

De behandeling van deze botmetastasen is niet eenvoudig. Er is de specifieke behandeling van de tumor die tot een verkleining van de tumormassa kan leiden hetgeen de pijn en andere consequenties kan verminderen. En er zijn ook behandelingen met medicijnen uit de bifosfonaat klasse en recenter Denosumab (een monoclonaal antilichaam dat de rank-ligant inactieveert) die de botproblemen meer specifiek aanpakken.

Verder kan de tumor indien hij gelokaliseerd is ook met externe bestraling behandeld worden. Maar hierbij zal steeds gezond weefsel mee bestraald en dus beschadigd worden. Deze behandelingsmodaliteit zal dan ook over het algemeen beperkt blijven tot kleinere tumoren op toegankelijke plaatsen.

Een alternatief voor deze externe bestraling is een radioactieve molecule gebruiken die specifiek een tumor opzoekt en daar zijn straling vrijgeeft. Dit heeft als voordeel dat de locatie van de tumor minder belangrijk wordt en dat er ook meerdere tumoren mogen zijn. De in het bot gelokaliseerde tumoren zullen allemaal moleculen opnemen en straling ontvangen. Zo worden vandaag ^{89}Sr (Metastron) en ^{153}Sm -EDTMP (Quadramet) gebruikt met goede pijn onderdrukkende resultaten. Strontium-89 en Samarium-153 zijn β -emitters (zenden elektronen uit) die een actieradius van enkele millimeters hebben en niet veel schade toebrengen aan de tumoren maar in vergelijking evenveel schade aan gezond weefsel en bijvoorbeeld beenmerg. De bruikbare dosis is dan ook beperkt. Deze medicijnen zoeken actief bot waaraan ze hun effectiviteit danken.

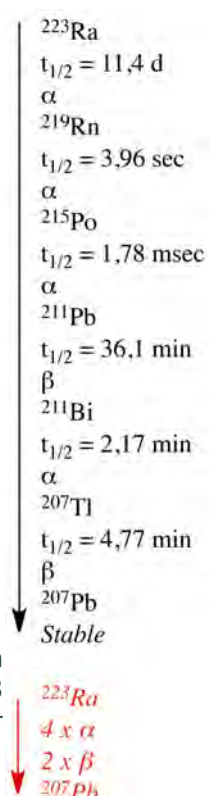
Uit deze eerste toepassingen blijkt dat het gebruik van een β -emitter niet optimaal is. Een α -emitter zou beter kunnen zijn. In dit geval wordt

een deeltje uitgestoten bestaande uit twee neutronen en twee protonen (een helium kern). Deze deeltjes hebben een massa van bijna 7.500 keer de massa van een elektron. Dat heeft twee gevolgen, dit deeltje dat bovendien een dubbele positieve lading draagt, heeft slechts een minimaal bereik, in weefsel minder dan een millimeter waardoor het bij uitstek lokaal actief is. De tweede belangrijke eigenschap is dat het wel degelijk tegen andere moleculen zal botsen en deze ioniseren waardoor biologisch actieve processen worden opgestart. Alfadeeltjes nemen een hoge energie mee en laten deze achter tijdens hun kort traject van ongeveer 0,1 mm. De intracellulaire schade is het veroorzaken van niet herstelbare DNA-breuken waarbij typisch beide DNA-strengen gebroken zijn. Om een vergelijking te kunnen maken, de afmeting van zoogdiercellen gaat van 10 tot 100 micron waardoor het alfadeeltje enkel cellen in de onmiddellijke omgeving kan raken en vernietigen.

Radium-223 is een alfa-emitter die in dezelfde chemische groep staat als calcium. Radium zal zich fysiologisch ook als calcium gedragen en bij de beenvorming ingebouwd kunnen worden. Indien radium in de bloedbaan komt (in dit geval is dat gewild) zal het zich als ion over het hele van bloed voorzien weefsel verspreiden. Op plaatsen waar een actief proces van botvorming-botafbraak plaatsvindt wordt radium in dit proces betrokken en neemt het als calcium imitator de plaats van calcium in. Het resultaat is dat het radium zich specifiek zal ophopen op plaatsen met botmetastasen, plaatsen met een abnormaal botmetabolisme. Dit is hetzelfde proces dat plaatsheeft bij het realiseren van een botscaan.

Indien men een behandeling ter hoogte van het bot wil doorvoeren is het van groot belang om daarbij het beenmerg zo weinig mogelijk te bestralen. Rekening houdend met de geringe penetratiekracht van de alfadeeltjes zijn zij bij uitstek geschikt om dit te realiseren. Voorwaarde is dat het molecule wel in het bot accumuleert maar niet doordringt in het beenmerg.

Figuur 1: De opeenvolgende stappen van het radioactief verval van radium-223 tot zijn stabiele niet radioactieve dochter lood-207.



In figuur 1 staat de radioactieve afbraakkreeks van het radium-223. Het half-leven van radium-223 (11,4 dagen) maakt het bruikbaar, het wordt mogelijk om het te produceren en om effectief op te hopen in het doelorgaan (bot-metastasen) na intra-veneuze toediening. Wat radium-223 evenwel nog interessanter maakt als radiotherapeutikum is dat het als ion kan toegediend worden hetgeen wel erg gemakkelijk is en dat er na verval naar zijn eerste dochter (radon-219) opnieuw een alfa-emitter ontstaat. Dit gasmolecule heeft een heel kort half-leven (3,96 seconden) waardoor het niet ver van de plaats van ontstaan kan migreren voor het zelf terug verval. De verdere afbraakkreeks levert nog twee alfadeeltjes op en twee betadeeltjes met een totaal opgeteld half-leven van ongeveer 42 minuten. Het zijn vooral de vier alfadeeltjes die een grote waarde hebben.

Studies in muizen hebben aangetoond dat radium-223 gedurende de 24 uur na intraveneuze toediening ophoopt in het bot en dat er in de zes uur na toediening slechts 2% van de radioactieve vervalproducten teruggevonden worden in de rest van het lichaam. Na drie dagen was dat zelfs niet meer meetbaar.

Een eerste fase I klinische trial werd gerapporteerd in 2005 door Nilsson Sten en collega's. 15 mannen met castratie resistente prostaatkanker met bot-metastasen en 10 vrouwen met naar het bot gemetastaseerde borstkanker kregen ieder één injectie met één van vijf dosissen. Daarna werden ze tot acht weken na de injectie opgevolgd. Deze eerste test toonde een beperkte en aanvaardbare toxiciteit aan en een snelle absorptie in het bot op de plaatsen van de metastasen. Biochemisch werd zowel bij borstkanker maar in veel sterkere mate bij prostaatkanker een significante daling van een merkers van botmetabolisme gemeten na de toediening van een dosis. Dit effect versterkte in de weken na de behandeling. Een voorlopig resultaat toonde ook aan dat er een verlichting was van de pijn en dat deze behandeling levensverlengend werkte al was dit bij gebrek aan een controlegroep niet statistisch te bevestigen.

En fase II klinische studie werd in 2007 gepubliceerd door een groep rond dezelfde Sten Nilssen. Bij deze studie werden alleen patiënten met prostaatkanker (castratie resistent naar het bot gemetastaseerd) ingezet en er werd vergeleken met een placebo. In totaal ontvingen 33 patiënten een dosis van 50 kBq/kg tegenover 31 patiënten die alleen fysiologisch serum kregen toegediend. Bij de eindpunten werd de daling van

alkalische fosfatase (de merker voor botmetabolisme) (ALP) gemeten, en de tijd die verliep tot een eerstvolgend SRE (skeletal related event zoals een botbreuk). Als secundair eindpunt golden toxische effecten, PSA-stijging en overleving.

Uit de resultaten bleek opnieuw dat bot specifieke ALP sterk daalde bij de behandelde groep en matig opliep in de placebo-arm. De tijd tot een eerstvolgend SRE was langer in de behandelde groep, maar. De toxiciteit verschildte niet significant maar de PSA-stijging werd vertraagd tot 26 weken (mediaan) in de behandelde groep tegen 8 weken in de placebo-groep. Al waren de twee groepen behoorlijk klein toch had de behandelde groep een significant langere overleving (65,3 weken) dan de placebo-groep (46,4 weken) ($p=0,02$).

Met deze resultaten werd een grootschalige fase III studie (ALSYMPCA) opgezet waarvan Parker C. de resultaten rapporteerde tijdens de recente EMCC conferentie te Stockholm. In deze studie werden 922 mannen met castratieresistente prostaatkanker (CRPC) met bot-metastasen met radium-223 chloride (Alpharadin™) behandeld en vergeleken met mannen met dezelfde pathologie die een placebo kregen. De patiënten hadden al dan niet reeds chemotherapie gehad. De mannen in de behandelings-arm kregen zes maal een injectie met 50 kBq/kg en dit om de vier weken. De placebo-arm kreeg op dezelfde momenten fysiologisch serum.

Het eindpunt van de studie was overleving en de eerste analyse van de studie werd doorgevoerd nadat er 314 deelnemers overleden waren. Bij deze analyse werden de codes gebroken. De behandelde groep had een duidelijk verlengde overleving ($p=0,00185$) met een mediaan van 14 maanden in vergelijking met 11,2 maanden voor de placebo-arm. De studie liep van juni 2008 tot februari 2011, de analyse werd doorgevoerd in juni 2011 waarna de studie werd stopgezet en de patiënten uit de placebogroep eveneens Alpharadin™ konden krijgen.

Besluit

Deze klinische studie toont aan dat radium-223 chloride niet alleen de pijn die gepaard gaat met bot-metastasen vermindert evenals de daaraan gekoppelde skeletal related events (SRE's) maar ook als een behandeling geldt voor deze tumoren. Het is een van de eerste echte behandelingen met een verbetering van de overleving van botmetastasen.



**Concert Noble
Brussels**

Aarlenstraat/
Rue d'Arlon 82-84,
1040 Brussel/
Bruxelles

**EVENING INFORMATION SESSION
ON PROSTATE CANCER
19 September 2012**

Chair of the session:

Prof. Dr. Hein Van Poppel

(EAU Adjunct Secretary General — Belgium)

Erik Briers PhD

(Europa Uomo/EPAD 2012)

- 19.15** Ms./Mr. to be confirmed
Welcome and introduction to the meeting
- 19.20** Mr. Tom Hudson Chair Europa Uomo
- 19.25** Prof. Mr. Chris Chapple
(EAU Adjunct Secretary General — UK)
Diseases of the prostate that are not cancer
- 19.45** Prof. Dr. Per-Anders Abrahamsson
(EAU Secretary General — Sweden)
PSA and early detection of prostate cancer
- 20.05** Prof. Dr. Didier Jacqmin
(EAU Chair International relations office — France)
Treating or not (yet) treating prostate cancer
- 20.25** Prof. Dr. Bertrand Tombal — Belgium
Once prostate cancer has become advanced
- 20.45** Prof. Dr. Louis Denis
(Europa Uomo, Secretary General — Belgium)
A patient witness on his life with prostate cancer
- 20.55** Questions and answers
- 21.10** Concluding remarks
(Erik Briers/Hein Van Poppel)

End of the meeting — reception for all participants

Admission free

Registration required: go to www.Europa-Uomo.org/epad