



PROSTAATinfo

Nieuwsbrief van Wij Ook Belgium vzw

December 2025



PB-PP|B-12943
BELGIE(N)-BELGIQUE

Versijnt
Driemaandelijks
DEC-25/JAN-FEB-26
P910655



Patiëntenverhaal (p 5)
Bestraling voor prostaatkanker: less is more (p 7)



PROSTAATinfo

Nieuwsbrief Wij Ook Belgium

Hoofredacteur

Erik Briers [erikbriers@telenet.be]

Redactieleden

Emiel Blommaert
Benjamin De Vleeschauwer
André Deschamps
Luc Gyns
Robert Laskowski
Bruno Mortelmans
Karl Mortier
Leo Nollet

Redactiesecretariaat

Abonnementen

Anja Vancauwenbergh [info@wijook.be]

Drukkerij

Haletra - Leën n.v.
Grote Baan 317 - 3530 Houthalen-
Helchteren

Wij Ook Belgium vzw US TOO Belgium

Voorzitter

André Deschamps

Ondervoorzitter

Erik Briers

Secretaris

Schatbewaarder

Leo Nollet
info@wijook.be

Afdelingen

Wij Ook Antwerpen

info@wijook.be

Wij Ook Oost

(Limburg & Vlaams-Brabant)

Erik Briers [0475/259554]

Dinsdag en donderdag 19u-21u

[erikbriers@telenet.be]

Wij Ook West

(Oost- en West-Vlaanderen)

leo.nollet@telenet.be

Wetenschappelijk comité Wij Ook België vzw

Prof. Dr. Van Poppel H. [Voorzitter] - UZ Leuven

Dr. Ameye F. - AZ Maria Middelaars Gent

Dr. Debacker T. - ZNA Middelheim

Antwerpen

Prof. Dr. De Meerleer G. - UZ Leuven

Prof. Dr. De Ridder D. - UZ Leuven

Prof. Dr. Dewachter S. - UZ Antwerpen

Dr. P. Dirix - GZA Antwerpen

Prof. Dr. Joniau S. - UZ Leuven

Prof. Dr. Lumen N. - UZ Gent

Prof. Dr. Michielsen D. - UZ Brussel

Dr. Mortelmans B. - Vesaliusnetwerk

Dr. Schrijvers D. - ZNA Antwerpen

Wij Ook Belgium

Beste lezer,

Je kreeg dit blad "PROSTAATinfo" al of niet toevallig in handen door een bezoek aan je huisarts, je uroloog of je vond het toevallig in de wachtkamer van het ziekenhuis.

Of je kent ons omdat je al jaren lid bent. Dank hiervoor!

Welkom bij "Wij Ook Belgium"!

Wij zijn een onafhankelijk ondersteuningsnetwerk voor mannen met prostaataandoeningen.

We zijn een zelfhulporganisatie die beheerd en geleid wordt door prostaatpatiënten.

Wij willen jou als patiënt voldoende voorlichten om de noodzakelijke communicatie tussen jouw arts en jij als patiënt te vergemakkelijken.

Samen staan we sterker!

Als lid van Wij Ook maak je deel uit van een warm netwerk van lotgenoten, partners en zorgverleners.

Dankzij jouw lidmaatschap ontvang je ons blad PROSTAATinfo, vol herkenbare verhalen, medische updates en praktische tips om beter om te gaan met prostaatkanker.

Waarom zou jij lid worden of je lidmaatschap van onze vereniging verlengen?

- Je blijft op de hoogte van de nieuwste ontwikkelingen en behandelingen.
- Je krijgt toegang tot bijeenkomsten, workshops en lotgenotengroepen in jouw regio.
- Je ondersteunt belangrijk onderzoek en draagt bij aan meer bekendheid rond prostaatkanker.
- Je maakt deel uit van een gemeenschap die elkaar steunt en inspireert.

Jouw lidmaatschap is méér dan een abonnement: het is een engagement voor een betere levenskwaliteit. Ook jij kunt dat verschil maken.

Verleng vandaag nog je lidmaatschap en blijf genieten van alle voordelen.

Zo zorgen we er samen voor dat jij er niet alleen voor staat.

Prostaatkanker treft niet alleen jou maar ook je partner, je gezin.

Samen dragen jullie de last van behandelingen en nevenwerkingen zoals hormoontherapie. Daarom kan "Wij Ook" een vereniging zijn voor jullie beiden.

Je wordt lid door je naam, adres, eventueel telefoonnummer en e-mail door te geven aan ons secretariaat of via onze website www.wijook.be

Je betaalt slechts 25 euro per jaar en je ontvangt vier exemplaren van ons blad "PROSTAATinfo". Betaal nu uw lidgeld 2026.

Hartelijk dank voor je blijvende steun en met een warme groet.

Wij Ook Belgium vzw -/- Nous Aussi Belgique -/- Wir Auch Belgien
Founding member of
Europa Uomo, "The European Prostate Cancer Coalition".

Secretariaat Wij Ook Belgium vzw

p/a Taylor & Hubs

Brusselstraat 51

2018 Antwerpen

Tel: 03/244 18 40

e-mail: info@wijook.be

Web: www.wijook.be

IBAN: BE78 4037 1493 0186

PROSTAATinfo

Nieuwsbrief van Wij Ook Belgium

Oplage 4.000 ex.

ISSN:1782-0847

Met steun van
Kom op tegen Kanker

EUROPA UOMO

The Voice of Men with Prostate Cancer in Europe

Prijs per nummer 5 euro

Inbegrepen in het lidgeld

24e jaargang Dec 2025 Jan-Feb 2026

© 2025 Alle rechten voorbehouden

Verantwoordelijke uitgever

André Deschamps - 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.

wij ook
samen sterk tegen
prostaatkanker

Editoriaal

Erik Briers - Hoofdredacteur

Beste lezers, lieve vrienden,

Rond het jaareinde komen van overal beste wensen tevoorschijn en lijstjes om aan te denken. Het verleden kennen we, maar de toekomst is in nevels verhuld.

Voor patiënten is dat dubbel waar. Patiënt zijn wil zeggen dat we onze diagnose kennen en dat we mogelijk reeds “in” behandeling zijn met alle mogelijke gevolgen van dien. Bij prostaatkanker is dat een heel breed veld. Sommigen kunnen gelukkig vaststellen dat hun gelokaliseerde kanker genezen lijkt. Zij hebben reeds geruime tijd dezelfde lage waarde voor hun PSA laten optekenen.

Anderen hebben helaas niet hetzelfde geluk, zij werden mogelijk “te” laat gevonden in een reeds gevorderd (gemetastaseerd) stadium. Voor hen volgt een hopelijk lange periode waar de kanker onder controle gehouden wordt met een goede levenskwaliteit. Dat onder controle houden komt namelijk met ernstige nevenwerkingen en consequenties. De standaardbehandeling van gemetastaseerde prostaatkanker is een zo volledig mogelijke onderdrukking van het mannelijk hormoon testosteron. Testosteron is een belangrijk hormoon dat niet alleen als functie heeft ons “tot mannen” te maken. Onze beharing en sterke spieren zijn daar bijvoorbeeld het resultaat van. Maar ook in direct seksueel functioneren hebben wij dat hormoon nodig. Het maakt dat ons libido geactiveerd wordt bij visuele prikkels of soms zelfs bij het waarnemen van een parfum, met herinneringen. Neem testosteron weg en die seksuele prikkel verdwijnt, de man wordt impotent. De behandeling heeft een naam, medisch is het “androgene deprivatie therapie” of ADT, in de

volksmond is het gewoon chemische castratie.

Een van de mogelijke consequenties van deze behandeling zijn “hot flushes” wat onze dames in de menopauze heel goed kennen als opvliegers. En zij lusten dat niet, het is heel onaangenaam.

50-80% van mannen die met ADT worden behandeld hebben hot flushes die 5-8 jaar kunnen aanhouden. Voor tot 30% van de mannen is dit het ergste neveneffect van hun behandeling en voor meerdere is dit een reden om met de behandeling te stoppen.

Maar, de medische wetenschap staat niet stil en omdat er zoveel vrouwen zijn met opvliegers lijkt dat wel een interessante markt om een medicijn voor te ontwikkelen. En zo gebeurde, het Europees Medicijnen Agentschap (EMA) heeft in 2023 “Veoza - fezolinetant” een positief advies gegeven als middel tegen opvliegers bij vrouwen in de menopauze.

Dat is goed nieuws voor onze dames, maar wat met de mannen die behandeld worden met ADT en last hebben van opvliegers en daarmee een lage kwaliteit van leven hebben en dat jaren lang. Wel het achtergrondmechanisme is vergelijkbaar bij mannen en vrouwen en dus zou het ook bij mannen moeten werken. Het is al bij mannen gebruikt met goed resultaat, maar dat is natuurlijk niet voldoende om de goedkeuring aan te passen.

Het is dan ook hoog tijd dat er een klinische studie wordt opgezet om een en ander op grote schaal te onderzoeken. Er zijn mannen genoeg met ADT en opvliegers. Dat ook in dit geval het medicijn enkel bij vrouwen werd bestudeerd mag als een vorm van discriminatie beschouwd worden. In *European Urology* verscheen hierover een editoriaal.

M. Pedrani, S. Gillessen, E. Briers et al., Beyond Menopause: Ending the Inequality—Why Men with Prostate Cancer Still Lack Therapies for Hot Flushes, *Eur Urol* (2025), <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2025.12.004>

Inhoud van dit nummer

- 3 Beste lezers, lieve vrienden [Erik Briers]
- 5 Een pad geplaveid met toevalligheden
Patiëntenverhaal / Anoniem
- 7 Bestraling voor prostaatkanker: less is more [Piet Dirix]
- 12 Bestraling bij prostaatkanker, hoe werkt dat? [André Deschamps]
- 14 Wat leren de EUPROMS-studies ons over de gevolgen van bestraling? [André Deschamps]
- 15 Wat zegt de Europa Uomo/EAU chatbot over bestraling?

- 18 Fuck Cancer, een podcastreeks over prostaatkanker [Peter Van Herbruggen]



Disclaimer: Sommige artikels zijn bewerkt of geschreven met ondersteuning van AI.

Cover illustratie gemaakt met AI.

4.000.000

In Europe (EU 27, 2022) **4.000.000** men live with prostate cancer. Each year **500.000** men learn that they have prostate cancer and **110.000** die of prostate cancer. Both numbers increase every year.

Europa Uomo is a confederation of 27 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 under-treatment.
- 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 Voice of Men With Prostate Cancer in Europe

EUROPA UOMO

The Voice of Men with Prostate Cancer in Europe

Secretariat
Brusselstraat 51
2018 Antwerp – Belgium
Tel: + 32 3 244 18 40
E-mail: info@europa-uomo.org
www.europa-uomo.org

Een pad geplaveid met toevalligheden

Hoe een reeks toevalligheden mijn leven redde – en wat ik eruit leerde.

Anoniem

Sommige levensverhalen zijn zorgvuldig gepland. Het mijne niet.

Het mijne is een aaneenschakeling van toevalligheden – goede én minder goede – die samen mijn pad bepaalden. Alleen, toeval hoort bij het leven, niet bij kanker. Toch liep het bij mij precies zo.

De eerste toevalligheid

Al jaren liet ik regelmatig mijn bloed controleren in een groepspraktijk met vooral vrouwelijke artsen. Tot ik, drie jaar geleden, toevallig bij een mannelijke arts terecht kwam.

Hij merkte op dat het al acht jaar geleden was dat mijn PSA-waarde gecontroleerd werd. Acht jaar!

Had ik die dag een andere arts gehad, dan was dat onderzoek “waarschijnlijk” niet gebeurd, zoals al de vorige jaren; en dan had mijn verhaal er vandaag heel anders uitgezien.

Enkele dagen later kwam het telefoontje: mijn PSA was te hoog (PSA 4,3). Verder onderzoek volgde.

De uroloog stelde me gerust - volgens hem had ik zeker geen kanker. Maar mijn PSA bleef stijgen (PSA 6) en iets in mij zei: dit klopt niet.

Ik drong aan op een biopsie, ondanks de pijn. Gelukkig maar, want de uitslag was duidelijk: prostaatkanker. Niet uitgezaaid, maar ernstig genoeg om snel te handelen. Gleason van 4+3 (ISUP 3).

Inspraak is geen luxe

De eerste arts stelde een operatie voor, zonder veel uitleg. Ik voelde me verdoofd en machteloos.

Toevallig kwam ik kort daarna terecht bij een online infosessie van de organisatie Wij Ook. Daar hoorde ik twee professoren spreken over een totaal andere aanpak met als basis: inspraak, overleg en samenwerking.

Dat raakte me. Ik wilde niet alleen behandeld worden, ik wilde begrijpen wat er met mij gebeurde. Er werd mij voorgesteld wat de mogelijkheden waren; een ware SWOT analyse

Patiëntenverhaal

tussen een radicale prostatectomie en bestraling.

Ik koos uiteindelijk voor een radicale prostatectomie in het ziekenhuis van deze artsen, met een team dat me stap voor stap begeleidde. Ik volgde vooraf bekkenbodemtraining - een tip die ik iedereen in dezelfde situatie wil meegeven. Dankzij die training was ik na de operatie meteen “droog”.

De operatie verliep goed, mijn PSA was nadien onmeetbaar, en ik dacht: klaar, verder met het leven.

Maar kanker laat zich niet zomaar vergeten.

Hij blijft op je schouder zitten, als een zwarte kraai die fluistert bij elke bloedafname: “Wat als het terugkomt?”

En die kraai laat zich niet zomaar verjagen.

De kraai keert terug

Twee jaar later steeg mijn PSA opnieuw. Van onmeetbaar tot PSA 0,16.

Het ziekenhuis stelde voor te wachten tot de drempelwaarde van 0,20 werd overschreden. Maar dat voelde niet goed.

Op een feestje vertelde iemand me toevallig over een ander ziekenhuis waar men sneller ingreep.

Ik volgde mijn gevoel, stapte over, en dat bleek opnieuw een keerpunt.

Daar kreeg ik salvage-bestraling, met de nadruk op “redden”.

En het werkte. Mijn PSA daalde naar 0,08 na 3 maanden en na 6 maanden naar 0,05. De dalende trend is een hoopvol teken op volledige genezing.

Een laatste portie geluk

Nog een toevalligheid: ik kwam in aanmerking voor een studie met een nieuwe, verkorte bestraling – slechts vijf sessies in plaats van vijftientig.

Ik werd uitgeloot, mocht deelnemen en verdroeg de behandeling goed.

Vandaag ben ik opnieuw actief, met nog wat

restklachten, maar vooral met een groot gevoel van dankbaarheid.

De kraai zit er nog, zachtjes aanwezig, maar ik heb geleerd ermee te leven. Hij hoort nu een beetje bij mij.

Wat ik geleerd heb

Als ik terugkijk, besef ik dat mijn verhaal teveel toevalligheden voorkomen.

Had ik niet toevallig bij een mannelijke arts gezeten, dan was mijn PSA misschien/waarschijnlijk niet gecontroleerd.

Had ik niet aangedrongen op verder onderzoek, dan was de kanker misschien pas veel later ontdekt.

Daarom mijn boodschap aan alle mannen:

Laat je PSA-waarde nakijken, ook als je arts het niet spontaan voorstelt.

Stel vragen. Blijf niet zitten met onzekerheden.

Zoek artsen die luisteren en samen beslissen.

Want bij prostaatkanker maakt tijd het verschil. En inspraak ook.

Laat het toeval niet de hoofdrol spelen in jouw verhaal.

“De kraai op mijn schouder blijft, maar hij bepaalt mijn leven niet meer.

Ik heb geleerd te leven mét hem, niet voor hem.”

Tips voor lotgenoten

♥ Wees alert. Vraag actief naar je PSA-controle, zeker vanaf 50 jaar.

♥ Luister naar je gevoel. Als iets niet juist aanvoelt, vraag om verder onderzoek of een second opinion.

♥ Bereid je goed voor. Bekkenbodetraining vóór een ingreep kan echt het verschil maken.

♥ Zoek verbinding. Organisaties zoals WijOok bieden steun, informatie en herkenning.

♥ En vergeet niet: onzekerheid hoort erbij, maar laat ze niet je leven beheersen.

Deel jouw verhaal met ons

Heb jij te maken (gehad) met prostaatkanker? Vertel ons hoe jij deze weg bewandelde - wat je meemaakte, wat je kracht gaf, of hoe jij en je partner samen met de ziekte omgingen.

Jouw getuigenis kan anderen steun bieden en hen laten voelen dat ze er niet alleen voor staan. Indien gewenst publiceren wij jouw verhaal volledig anoniem in onze nieuwsbrief.

Stuur je bijdrage naar info@wijook.be of per post naar:

Wij Ook Belgium vzw

Brusselstraat 51,

2018 Antwerpen

Samen maken we de weg draaglijker, De redactie



wij ook
samen sterk tegen
prostaatkanker

Bestraling voor prostaatkanker: less is more

Prof P. Dirix

Inleiding

Prostaatkanker is veruit de meest frequente kanker bij mannen. Jaarlijks krijgen in België ongeveer 12.500 mannen de diagnose.¹ Gelukkig is de ziekte meestal goed behandelbaar met in ons land een geschatte 10-jaarsoverleving van 96.5%.¹ De overgrote meerderheid van patiënten wordt gediagnosticeerd in een stadium waarbij de ziekte nog beperkt is tot de prostaat zelf, dus zonder uitzaaiingen in de lymfeknopen van het bekken of verder in het lichaam (hoger gelegen lymfeknopen, bot of andere organen zoals lever of longen). Dit noemt men “gelokaliseerde” prostaatkanker. In het verleden werd gelokaliseerde prostaatkanker als één stadium gezien waar dezelfde behandelingen voor werden voorgesteld. Vandaag en volgens de laatste EAU guidelines worden er vier stadia onderscheiden.² Laag risico en laag gemiddeld risico worden daarbij enkel met actieve opvolging behandeld. Voor gemiddeld risico, hoog risico en gevorderd lokaal prostaatkanker worden actieve behandelingen zoals bestraling en chirurgie (radicale prostatectomie) voorgesteld.²

ProtecT studie

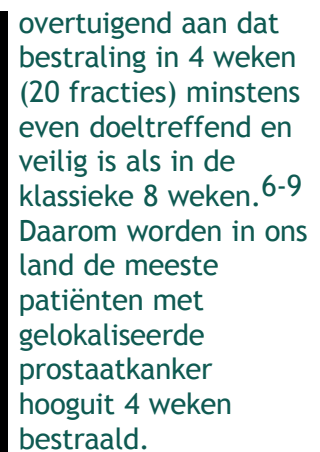
Een grote Britse studie, de ProtecT trial, vergelijk deze 3 opties (heelkunde, bestraling en actieve opvolging) bij ongeveer 1.500 mannen met gelokaliseerde prostaatkanker.³⁻⁵ Deze patiënten lieten door de studie (via loting, zgn. randomisatie) beslissen of ze werden behandeld d.m.v. heelkunde, bestraling of actieve opvolging (zo’n 500 mannen per behandelingsgroep).³ Deze patiënten werden ondertussen 15 jaar lang opgevolgd en er was op oncologisch vlak geen enkel verschil tussen de mannen die bestraald of geopereerd werden: de overleving en hervall kansen waren identiek in beide groepen.⁴ Wanneer men keek naar de patiënt-gerapporteerde nevenwerkingen (patient-reported outcomes of PROMs), was er beduidend meer incontinentie en erectiele dysfunctie in de geopereerde groep en meer darmklachten in de bestraalde groep.⁵ Dit zijn de beste gegevens waarover we momenteel beschikken, maar gezien het onvermijdelijk een oudere (tussen 1999 en 2009 uitgevoerde) studie betreft, gezien de lange opvolging die men nu eenmaal nodig heeft bij gelokaliseerde prostaatkanker, moet men de resultaten van dergelijke oudere, hoewel

goed en zorgvuldig uitgevoerde, klinische studies steeds kritisch beschouwen. Zo werd geen onderscheid gemaakt tussen laag en laag gemiddeld risico en de andere hogere risico groepen van lokale prostaatkanker waardoor de resultaten gemeten naar onze huidige guidelines niet overdraagbaar zijn. Ook kunnen er ondertussen wel wat kanttekeningen gemaakt worden bij de gebruikte technieken. Zo was de operatie bv. laparoscopisch maar niet via robotchirurgie, zoals tegenwoordig in ons land bijna overal. De bestraling was eveneens niet met de modernste apparatuur.

Moderne bestraling

Alleszins kan dus veilig gesteld worden dat bestraling een uitstekende niet-invasieve behandeling is voor gelokaliseerde prostaatkanker ongeacht de leeftijd (gemiddelde leeftijd in de ProtecT studie was 62 jaar). Klassiek werd dergelijke bestraling toegediend gedurende een 8-tal weken, waarbij de patiënt elke weekdag naar de bestralingsafdeling moest komen. Dit was noodzakelijk omdat de omgevende (gezonde) organen, zoals de endeldarm en de blaas, vroeger moeilijker gespaard konden worden tijdens de bestraling. Gezonde organen zijn erg gevoelig aan de dosis per bestralings sessie (zgn. fractie), dus door de totale dosis die nodig is om de kanker te vernietigen op te splitsen in heel wat “fracties” kon de prostaatkanker voldoende bestraald worden terwijl de gezonde organen gespaard bleven. De laatste decennia is er gelukkig een enorme vooruitgang geboekt in bestralingstechnieken.

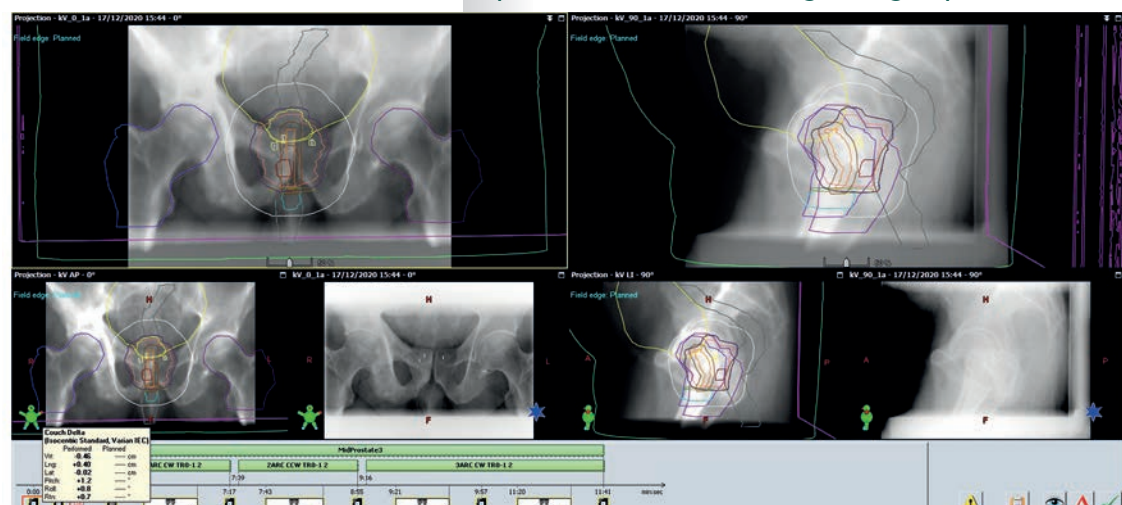
Tegenwoordig wordt bestraling toegediend via zgn. intensiteits-gemoduleerde radiotherapie (IMRT). Hierbij worden meerdere bestralingsbundels gecombineerd die samenkomen in het doelvolumen. Binnen elke bundel kan de intensiteit van bestraling ook worden aangepast, hetgeen voor een zeer steile dosisgradiënt buiten het doelvolumen zorgt. In de meeste, zo niet alle, centra in België wordt tegenwoordig de IMRT “rotationeel” toegediend (volumetric arc therapy of VMAT). Hierbij wordt geen gebruik meer gemaakt van bundels, maar maakt de kop van het bestralingsstoestel een 2-tal bogen rond de patiënt, één in wijzers in en één in tegenwijzers in. Dit gaat veel sneller dan



Sinds enkele jaren
is “stereotactische”

Deze
huidige, zeer
nauwkeurige,
bestraling laat
toe om de dosis
per fractie
veilig te
verhogen, en
dus de totale
bestralingsduur
te verkorten,
zonder de
gezonde
omliggende
organen meer
te belasten. Deze trend noemt men
“hypofractionatie” en wordt o.a. veel toegepast
bij bestraling voor borstkanker. Ook bij bestraling
bij gelokaliseerde prostaatkanker is
hypofractionatie de nieuwe standaard geworden.
Minstens 4 gerandomiseerde studies, allen
gepubliceerd in 2016 of 2017, toonden

radiotherapie (stereotactic body radiotherapy of SBRT), ook een optie geworden voor de definitieve bestraling van gelokaliseerde prostaatkanker. SBRT is een overkoepelende benaming voor hoge-precisie behandeling waarbij optimaal gebruik gemaakt wordt van moderne beeldvorming- en bestralingstechnieken tijdens de behandeling zodat een zeer nauw aansluitende dosis rondom het doelvolumen kan worden toegediend met minimale toxiciteit naar de omliggende gezonde weefsels. Hierdoor kan men veilig veel hogere dosissen per fractie toedienen dan met “conventionele” radiotherapie. De resultaten zijn minstens even goed als met de klassieke bestralingen en de potentiële nevenwerkingen nog beperkter.



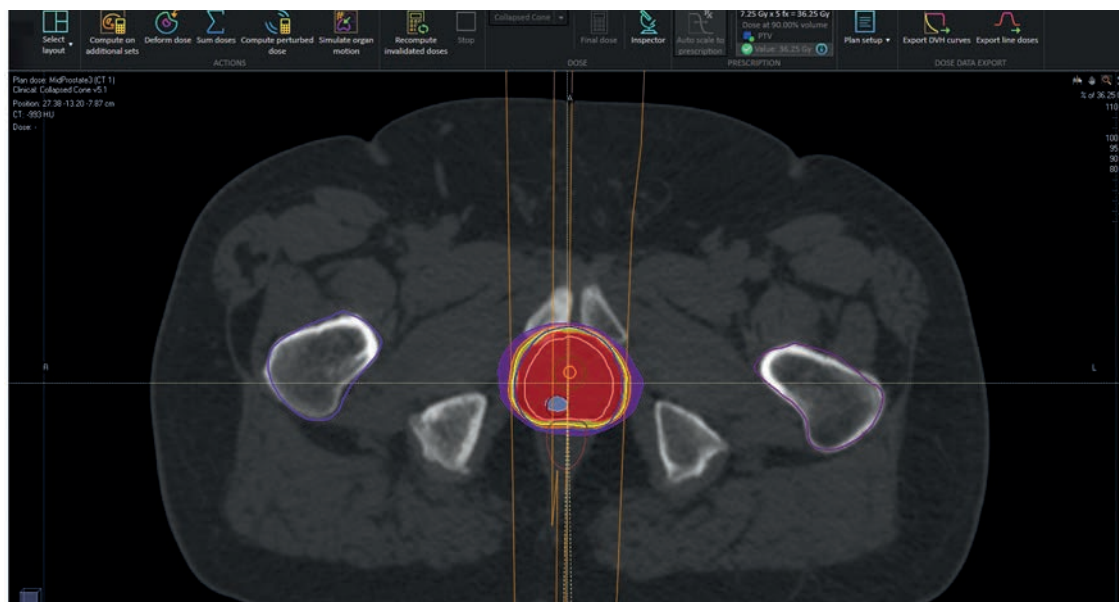
Legende: donkerrode lijn: prostaatkanker; roze lijn: ganse prostaat; blauwe lijn: marge rondom prostaat; gele lijn: blaas; bruine lijn: endeldarm; oranje lijn: plasbuis (urethra); lichtgele lijn: goudmarkers voor "tracking"; purper lijn: heupkopp.

HYPO-RT-PC studie

De Scandinavische HYPO-RT-PC fase 3, non-inferioriteitsstudie randomiseerde tussen 2005 en 2015 ongeveer 1.200 patiënten (waarvan 89% met intermediair-risico prostaatkanker) tussen conventionele bestraling (78 Gy in 39 fracties over 8 weken verspreid) en “extreme” hypofractionatie (42.7 Gy in 7 fracties over 2.5 weken). De resultaten werden in 2019 gepubliceerd: er was geen verschil tussen beide groepen wat betreft ziektevrije overleving na 5 jaar (84% in beide armen, $p = 0.99$).¹⁰ Er waren wat meer acute (dat wil zeggen tot 12 weken (3 maanden) na het einde van de bestraling) patiënt-gerapporteerde klachten, zowel gastro-intestinaal (GI) als genito-urinair (GU), in de hypofractionatie groep. Dit vertaalde zich echter niet in enig verschil in laattijdige (d.w.z. vanaf 3 maanden na einde van de bestralingen) nevenwerkingen.

PACE-B studie

Een tweede belangrijk onderzoek is de Britse PACE-B fase 3, non-inferioriteitsstudie die tussen 2012 en 2018 een kleine 900 patiënten met laag- of intermediair-risico prostaatkanker randomiseerde tussen conventionele bestraling (78 Gy in 39 fracties over 8 weken of 60 Gy in 20 fracties over 4 weken) en SBRT (36.25 Gy in 5



SBRT plan voor gelokaliseerde prostaatkanker
Legende: donkerrode lijn: prostaatkanker; roze lijn: ganse prostaat; blauwe lijn: marge rondom prostaat; bruine lijn: endeldarm; paarse lijn:

fracties over 1 à 2 weken). Na 5 jaar opvolging was er geen enkel verschil in controle van de ziekte (95% in beide groepen).¹¹ Er was een iets hogere GU toxiciteit in de SBRT groep maar de cumulatieve GI nevenwerkingen waren identiek in beide groepen. Patiënten rapporteerden zelf stabiele urinaire en darm symptomen, met weinig verschil in PROMs tussen beide groepen.

PACE-A studie

De eveneens Britse PACE-A studie vergeleek SBRT met radicale prostatectomie in 123 mannen met gelokaliseerde prostaatkanker. Opnieuw meldden de mannen die geopereerd waren aanzienlijk meer incontinentie (50%) dan degenen die bestraald werden (6.5%) op langere termijn.¹² Ook qua seksualiteit scoorden de geopereerde mannen significant slechter dan de bestraalde. De bestraalde mannen hadden dan wel weer wat meer darmlast over de jaren heen.

Lidmaatschap Wij Ook België vzw 2026

Waarschijnlijk wilt u nog steeds op de hoogte blijven van alle nieuwtjes om uw levenskwaliteit in stand te houden. Daarom vragen we u om vandaag nog uw lidgeld 2026 te storten.

Lidmaatschap + abonnement PROSTAATinfo: 25€

Steunend lid: 40€ of meer...

Blijf Wij Ook vzw steunen en schrijf u vandaag nog in:

IBAN: BE78 4037 1493 0186

BIC: KREDBEBB

Alvast bedankt. Zo blijft u op de hoogte.

Bij overschrijving voor nieuwe leden graag volledig adres in de mededeling.





Simulatie CT om de bestraling voor te bereiden

De resultaten van de ProtecT studie blijven dus overeenind, ook met meer moderne chirurgie technieken en bij gebruik van SBRT.

De PACE onderzoekers hebben nog een derde studie (PACE-C) lopen waarbij zo'n 1.200 patiënten werden gerandomiseerd tussen hypofractionatie (20 fracties) en extreme hypofractionatie (SBRT in 5 fracties). Enkel de acute toxiciteitsgegevens zijn momenteel gekend en er werd geen enkel significant verschil geobserveerd tussen beide groepen.¹³ Ernstige (graad 3 of hoger) nevenwerkingen kwamen sowieso maar voor bij maximaal 1% van de bestraalde patiënten, zowel op GI als GU vlak.

Aanvullende evidentie bestaat uit kleinere, prospectieve maar niet-gerandomiseerde reeksen die werden gebundeld in een individuele meta-analyse van meer dan 6.000 patiënten. Deze resultaten zijn ronduit indrukwekkend, met een algehele ziektevrije overleving na 5 jaar van 95.3%.¹⁴ Late gastro-intestinale en genito-urinaire nevenwerkingen kwamen slechts voor bij 1.1% en 2.0% van alle patiënten, respectievelijk.

Extreme hypofractionatie als nieuwe standaard

Er kan dus zonder enige twijfel gesteld worden dat extreme hypofractionatie de huidige standaard is voor de primaire bestraling van patiënten met gelokaliseerde prostaatkanker. Deze behandeling is in België dan ook volledig

terugbetaald. Meestal wordt gebruik gemaakt van 5 fracties, al gebeurt er onderzoek om dit nog verder terug te dringen naar drie, twee of zelfs één bestralings-sessie(s). Deze sessies kunnen dagelijks gegeven worden, om de andere dag of zelfs wekelijks zonder dat dit veel verschil lijkt te maken. Tenminste indien de patiënten vooraf vlot kunnen

plassen. Door de hoge dosis per fractie is er immers kans op ontsteking van de prostaat waardoor die wat zwelt en de plasbuis dichtdrukt. Bij mannen die sowieso reeds moeilijker plassen (bv. door goedaardige prostaatvergroting) kan er dan een blokkade ontstaan (zgn. urineretentie). Dit kan vermeden worden door ontstekingsremmers en andere medicatie voor te schrijven die de prostaat ontzwellen. Sowieso is de kans zeer klein bij mannen die geen plasproblemen hebben. Meestal wordt de bestraling probleemloos verdragen. Praktisch gezien worden vooraf meestal 3 à 4 goudmerkers geplaatst in de prostaat, zodat men op het bestralingstoestel de eventuele bewegingen van de prostaat kan volgen (zgn. "tracking"). Dit is wellicht niet nodig bij een MR-LINAC.

Er wordt ook gekeken of SBRT kan bij patiënten met meer agressieve kenmerken, zoals invasie van de zaadblaasjes of zelfs aangetaste lymfeknopen in het bekken. Oncologisch gezien is er geen reden waarom een dergelijke bestraling niet even goed zou werken, maar doordat het te bestralen doelvolume groter is, moet vooral gekeken worden naar de eventuele nevenwerkingen.

Een andere indicatie die momenteel onderzocht wordt is de postoperatieve bestraling i.k.v. een hervat na eerdere radicale prostatectomie. Dit kan aangewezen zijn wanneer het PSA-gehalte in het bloed na een prostaatoperatie onvoldoende daalt of opnieuw

stijgt. Een belangrijke studie in dit verband is de Belgische STEREOBED studie onder leiding van dr. Robbe Van den Begin (H.U.B. academisch ziekenhuis Brussel) en gesteund door Kom op tegen Kanker.¹⁵ Deze studie is ook een zgn. gerandomiseerd onderzoek waarbij 284 patiënten willekeurig worden verdeeld over 2 behandelarmen: een SBRT arm (5 sessies over een tweetal weken) en een standaardarm (20 tot 35 sessies over 4 tot 7 weken). Men zal de patiënten minstens 5 jaar volgen en kijken naar doeltreffendheid, nevenwerkingen en PROMs.

Besluit

Het is duidelijk dat stereotactische bestraling een veilige en doeltreffende behandeling is voor gelokaliseerde prostaatkanker. De meeste centra dienen een totale dosis toe tussen de 35 à 40 Gy, meestal in 5 fracties, dagelijks of om de andere dag. Dit wil zeggen dat een curatieve bestraling voor prostaatkanker nu kan in één of maximaal anderhalve week. Nog niet alle patiënten komen hiervoor in aanmerking, maar SBRT zal zeker helpen om meer patiënten te genezen van hun prostaatkanker op een zeer eenvoudige manier. Er loopt tevens een grote Belgische studie (STEREOBED) die onderzoekt of SBRT ook even veilig en doeltreffend is in de postoperatieve bestraling i.k.v. een herval na eerdere radicale prostatectomie.

Referenties

1. 2025_BE_CFS2023_PROSTATE_V1_0.pdf
2. Cornford P., van den Bergh R.C.N., Briers E., et al. EAU-EANM-ESTRO-ESUR-ISUP-SIOG Guidelines on prostate cancer - 2024 update. Part I: screening, diagnosis, and local treatment with curative intent. *Eur Urol* 2024; 86(2): 148 - 163.
3. Hamdy F.C., Donovan J.L., Lane J.A., et al. Ten-year outcomes after monitoring, surgery, or radiotherapy for localized prostate cancer. *N Engl J Med* 2016; 375(10): 1415 - 1420.
4. Hamdy F.C., Donovan J.L., Lane J.A., et al. Fifteen-year outcomes after monitoring, surgery, or radiotherapy for localized prostate cancer. *N Engl J Med* 2023; 388(17): 1547 - 1558.
5. Donovan J.L., Hamdy F.C., Lane J.A., et al. Patient-reported outcomes after monitoring, surgery, or radiotherapy for prostate cancer. *N Engl J Med* 2016; 375(10): 1425 - 1437.
6. Dearnaley D., Syndikus I., Mossop H., et al. Conventional versus hypofractionated high-

dose intensity-modulated radiotherapy for prostate cancer : 5-year outcomes of the randomised, non-inferiority, phase 3 CHHiP trial. *Lancet Oncol* 2016; 17(8): 1047 - 1060.

7. Lee Robert W., Dignam J.J., Amin M.B., et al. Randomized phase III noninferiority study comparing two radiotherapy fractionation schedules in patients with low-risk prostate cancer. *J Clin Oncol* 2016; 34(20): 2325 - 2332.

8. Incrocci L., Wortel R.C., Alemayehu W.G., et al. Hypofractionated versus conventionally fractionated radiotherapy for patients with localized prostate cancer (HYPRO): final efficacy results from a randomized, multicenter, open-label, phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2016; 17(8): 1061 - 1069.

9. Catton C.N., Lukka H., Gu C.S., et al. Randomized trial of a hypofractionated radiation regimen for the treatment of localized prostate cancer. *J Clin Oncol* 2017; 35(17): 1884 - 1890.

10. Widmark A., Gunnlaugsson A., Beckman L., et al. Ultra-hypofractionated versus conventionally fractionated radiotherapy for prostate cancer: 5-year outcome of the HYPO-RT-PC randomized, non-inferiority, phase 3 trial. *Lancet* 2019; 394(10196): 385 - 395.

11. van As N., Griffin C., Tree A., et al. A phase III randomized trial of stereotactic body radiotherapy in localized prostate cancer. *N Engl J Med* 2024; 391(15): 1413 - 1425.

12. van As N., Yasar B., Griffin C., et al. Radical prostatectomy versus stereotactic radiotherapy for clinically localized prostate cancer: results of the PACE-A randomized trial. *Eur Urol* 2024; 86(6): 566 - 576.

13. Tree A., Hinder V., Chan A., et al. Intensity-modulated moderately hypofractionated radiotherapy versus stereotactic body radiotherapy for prostate cancer (PACE-C): early toxicity results from a randomised, open-label, phase 3, non-inferiority trial. *Lancet Oncol* 2025; 26 (7): 936 - 947.

14. Jackson W.C., Silva J., Hartman H.E., et al. Stereotactic body radiation therapy for localized prostate cancer: a systematic review and meta-analysis of over 6,000 patients treated on prospective studies. *Int J Radiation Oncol Biol Phys* 2019; 104(4): 778 - 789.

15. <https://www.bordet.be/nl/nieuws/di-11252025-2040/de-belgische-studie-stereobed-onderzoekt-een-herval-van-prostaatkanker>

Bestraling bij prostaatkanker, hoe werkt dat?

André Deschamps

Waarom wordt bestraling gebruikt en hoe werkt het?

Bestraling wordt gebruikt om de kankercellen te beschadigen en te vernietigen. Bestraling beschadigt het DNA van de kankercellen.

1. DNA (voluit deoxyribonucleïnezuur)

Is het molecuul dat al je erfelijke informatie bevat. Je kunt het zien als de software of het instructieboek dat vertelt hoe je lichaam moet worden gebouwd en hoe het moet functioneren.

- DNA zit in bijna elke cel in je lichaam
- DNA bestaat uit lange ketens van bouwstenen die nucleotiden heten.
- Die bouwstenen vormen samen een dubbele helix (twee strengen die in elkaar gedraaid zijn, zoals een wenteltrap).
- In DNA zitten genen: stukjes code die bepalen hoe je lichaam eiwitten maakt.
- DNA bepaalt je kenmerken (bijv. haarkleur, bloedgroep).
- Stuurt aan hoe cellen groeien en functioneren

2. Twee manieren waarop straling het DNA van de kanker cel beschadigt:

Directe schade: Ioniserende straling kan rechtstreeks het DNA-molecuul raken.

Dat kan leiden tot:

- Enkelstrengsbreuken (één streng van het DNA breekt)
- Dubbelstrengsbreuken (beide strengen breken – het meest schadelijk)
- Verandering van de bouwstenen van DNA

Dubbelstrengsbreuken zijn voor kankercellen vooral fataal, omdat ze moeilijk te repareren zijn.

Indirecte schade: In cellen zit veel water. Straling ioniseert dat water en vormt reactieve zuurstofradicalen (ROS).

Deze radicalen zijn zeer reactief en kunnen:

- De DNA-strengen aantasten
- De bouwstenen van het DNA chemisch veranderen
- Kruisverbindingen veroorzaken

Deze indirecte route is zelfs verantwoordelijk voor een groot deel van de totale DNA-schade bij bestraling.

3. Waarom sterven kankercellen dan sneller dan gezonde cellen?

- Kankercellen hebben vaak defecte DNA-reparatiesystemen.
- Ze delen snel, waardoor ze minder tijd hebben om schade te herstellen.
- Grote hoeveelheden DNA-breuken leiden tot fouten bij de celdeling. Dat veroorzaakt celfsterfte
- Gezonde cellen kunnen de schade meestal beter repareren en herstellen daardoor sneller.

4. Gecontroleerde schade

De dosis straling wordt heel precies berekend zodat:

- De tumor voldoende DNA-schade oploopt om te krimpen of te verdwijnen
- Omliggende gezonde weefsels zoveel mogelijk gespaard blijven

Om die reden gebeurt radiotherapie met meerdere kleine, dagelijkse doses (fractionering). Zo kunnen gezonde cellen tussendoor herstellen, maar kankercellen steeds verder verzwakken.

Verschillende soorten bestraling bij prostaatkanker

Er zijn verschillende vormen van bestraling:

1. Uitwendige bestraling (radiotherapie EBRT)

Dit is de meest klassieke vorm. De patiënt ligt op een behandeltafel en een apparaat straalt van buitenaf op de prostaat.

- Je krijgt meestal meerdere behandelingen verspreid over enkele weken.

PROSTAATKLACHTEN & URINEVERLIJES

1 OP 4 MANNEN KRIJGT ERMEE TE MAKEN



TENA Men biedt veiligheid & discretie en is speciaal ontworpen voor mannen. De verbanden en broekjes met verschillende absorptieniveaus bieden drievoudige bescherming tegen doorlekken, geurtjes en een vochtig gevoel. Geschikt bij nadruppelen of verlies van druppels, scheutjes en grotere hoeveelheden.



Scan voor meer informatie.

TENA Men zelf ervaren?
Vraag een gratis staal bij uw
apotheek of thuiszorgwinkel.



MEN
KEEP CONTROL

- De stralen raken hoofdzakelijk het gebied waar de tumor zit maar ook omliggende weefsels.

- De behandeling duurt per keer maar een paar minuten.

- Je hoeft niet te worden opgenomen in het ziekenhuis.

2. Intensity-modulated radiotherapie (IMTR)

Dit is een vorm van uitwendige bestraling waarbij de straal zeer nauwkeurig kan gericht worden. Hierdoor kunnen hogere doses aan de tumor gegeven worden in minder sessies met minder schade aan de omliggende weefsels en dus een verminderde kans op bijwerkingen.

Deze vorm vereist de nieuwste en duurdere bestralingsmachines.

3. Stereotactische bestraling (SBRT of CyberKnife)

Dit is een sterke, heel precies gerichte vorm van uitwendige bestraling.

- De dosis straling per behandeling is hoger dan normaal.

- Je hebt maar weinig behandelingen nodig, bijvoorbeeld 5 keer.

- De behandeling is snel klaar.

- De straling is precies dat er minder schade ontstaat.

4. Inwendige bestraling (brachytherapie)

Bij deze behandeling wordt de straling van binnenuit gegeven. Dat gebeurt met kleine radioactieve zaadjes of tijdelijke stralingsbronnen. Het voordeel van deze behandeling is dat de straling dicht bij de tumor gebracht wordt en er dus een kleiner risico is op beschadiging van omliggende organen. Deze methode wordt meestal enkel gebruikt bij kleine weinig agressieve beginnende tumoren. Er zijn twee vormen:

a. Permanente zaadjes (low-dose rate of LDR-brachytherapie)

- De arts plaatst kleine radioactieve zaadjes in de prostaat.

- Deze zaadjes blijven zitten, maar de straling neemt na verloop van tijd af.

- Je hoeft meestal maar één keer naar het

ziekenhuis voor het inbrengen.

b. Tijdelijke bron (high-dose rate of HDR-brachytherapie)

- Dunne buisjes worden in de prostaat geplaatst.

- Via deze buisjes wordt kort een radioactieve bron ingebracht.

- Je blijft meestal één of twee dagen in het ziekenhuis.

5. Protonbestraling

Protonen hebben de unieke eigenschap dat de straling direct in de tumor kan afgegeven worden. Dit vermindert sterk de schade aan omliggende weefsels.

Deze techniek is zeer beperkt beschikbaar, duur en deels experimenteel. Op dit ogenblik lopen verschillende wetenschappelijke studies om de voordelen en nadelen van deze techniek te leren kennen ten opzichte van de andere bestralingstechnieken.

Tot slot: wat of wie bepaalt of en welke bestraling jij krijgt?

Voor welke bestraling je in aanmerking komt of dat een voor een andere behandeling gekozen wordt gebeurt in overleg met je arts(en).

De grootte van de tumor, de agressiviteit van de tumor, je leeftijd en gezondheid, of de kanker is uitgezaaid, je eigen voorkeur of doelstellingen zijn maar enkele van de factoren die moeten overwogen worden om samen met je arts tot de beste behandelingsbeslissing te komen.

Wat leren de EUPROMS-studies ons over de gevolgen van bestraling?

André Deschamps

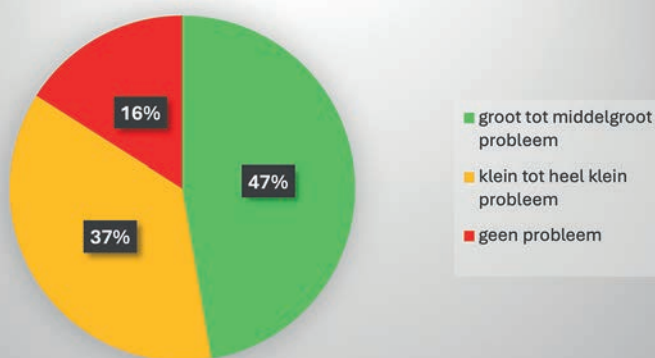
In de EUPROMS-studies (2020-2022) hebben meer dan 5000 mannen getuigenis afgelegd over de gevolgen van hun behandeling voor prostaatkanker. De onderstaande resultaten zijn een samenvatting van de bevindingen van de 1500 mannen die bestraald werden. Zij werden uitwendig bestraald. De hoeveelheid bestralingen, de doses en de specifieke

eigenschappen van de bestralingsunit werden niet bevestigd. De gemiddelde tijd tussen de behandeling en de bevruchting was groter dan 2 jaar. Dit is belangrijk te vermelden omdat de besproken gevolgen van de behandeling meestal vertraagd optreden.

Bij uitwendige bestraling komt een deel van de bestraling ook op gezond weefsel terecht. Rond de prostaat liggen de zenuwbanen (die nodig zijn voor de erecties), de blaas en de dikke darm. Schade aan deze weefsels verklaart de ongewenste gevolgen van de bestraling.

Gevolgen op seksualiteit

Seksueel vermogen

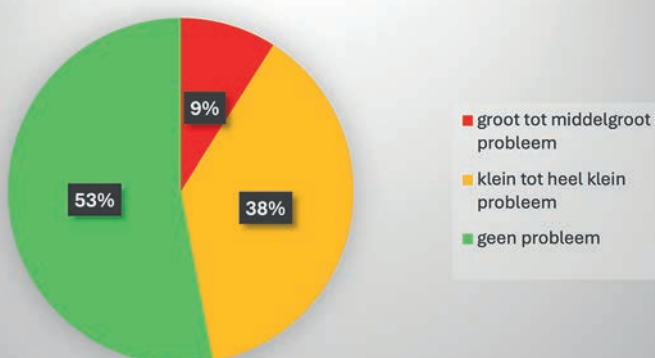


Mannen rapporteren dat hun seksueel vermogen sterk verminderd. Ongeveer de helft ziet dat als een groot probleem.

Slecht 22% rapporteert dat ze een erectie krijgen zonder problemen of hulpmiddelen en 28% kan een orgasme bereiken.

Verrassend is dat slecht 20% aangeeft hulpmiddelen of medicatie te gebruiken om de erectie te verbeteren.

Incontinentie



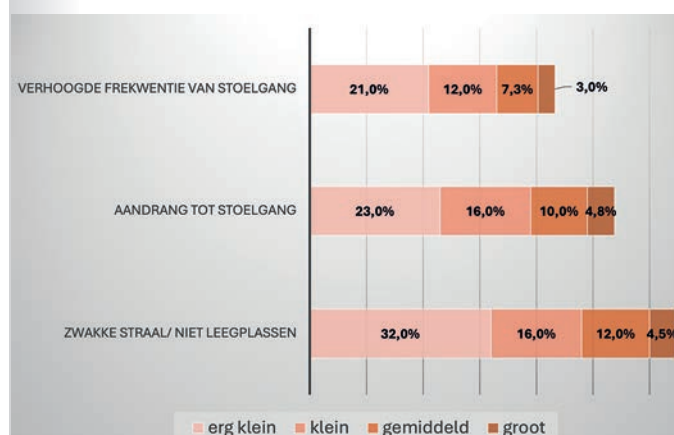
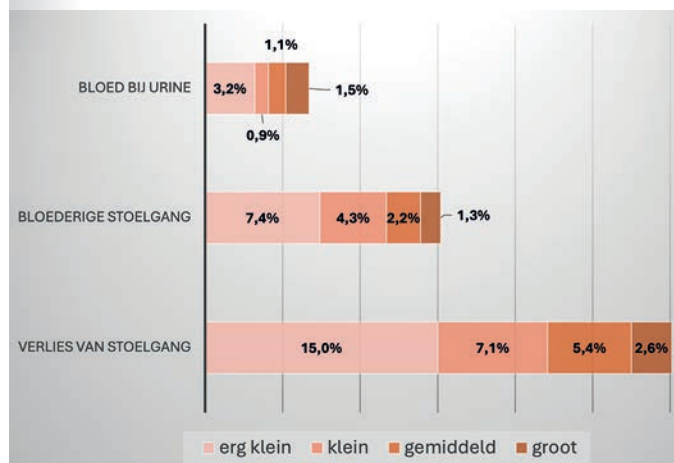
Gevolgen op incontinentie

17,4 % van de mannen zegt pads nodig te hebben om de incontinentie onder controle te

houden. 11,5 % heeft 1 pad per dag nodig, 3,9% twee pads en 2% meer dan 3 pads per dag.

9% ziet dat als een groot probleem voor hun levenskwaliteit.

Problemen van de blaas en de dikke darm



In de volgende grafieken zie je een aantal andere problemen die optreden en te maken hebben met beschadiging van de weefsels van de blaas en de dikke darm. In de grafieken wordt het percentage mannen aangegeven dat het aangegeven item als een erg klein, klein, gemiddeld of groot probleem ervaart.

Andere problemen

Tot slot vermelden een aantal mannen ook nog een aantal andere ervaringen:

- Pijn of ongemak : 10,4%
- Vermoeidheid : 16,8%
- Slapeloosheid : 16,1%
- Mentale problemen : 13,0%

Heb jij prostaatkanker?

Help ons een zicht te krijgen op hoe behandelingsbeslissingen vandaag worden gemaakt om de zorg van morgen te verbeteren.

**DIT KAN
JIJ DOEN!**



Scan de QR-code en vul de vragenlijst in!

Het doel van deze studie

Een beter zicht krijgen op de manier waarop behandelingsbeslissingen momenteel gemaakt worden bij prostaatkanker.

Wie kan deelnemen?

Iedereen vanaf 18 jaar, met de diagnose van prostaatkanker, wonende in België.

Hoe deelnemen?

- Scan de QR-code, vul onze vragenlijst in en laat uw stem horen!
 - Beschikbaar in Nederlands, Frans en Engels.
- Het is **snel en eenvoudig (10-15 minuten)**.
- De vragenlijst is volledig **anoniem**.



Heb jij vragen over deze studie?
Contacteer Elise Schoefs via e-mail:
elise.schoefs@kuleuven.be

??

Alvast bedankt!

KU LEUVEN

Deze studie werd goedgekeurd door de ethische commissie onderzoek UZ/KU Leuven (S66893)



Wat zegt de Europa Uomo/EAU chatbot over bestraling?

Eén van de PROSTAATinfo-redactieleden heeft deze chatbot getest i.v.m. bestralingstherapie. U kan het gesprek hieronder volgen.

Hallo, Ik krijg te horen dat ik moet bestraald worden. Ik krijg op dit moment ook hormoontherapie. Kan je me iets zeggen hoe dat met die bestralingen in zijn werk gaat?

Ik geef eerlijk toe dat ik er bang voor ben. Men zegt me dat er eerst een simulatie gebeurt, wat bedoelen ze daarmee? En zijn die bestralingen pijnlijk? Ik moet 20 dagen lang een bestraling krijgen. Is dit dan voldoende om de prostaatkanker te doen verdwijnen? En kan ik me op een of andere manier voorbereiden op die bestralingen? En mag ik mijn normale medicatie verder nemen? Ik heb ook diabetes 2. En als ik die 20 bestralingen achter de rug heb, wat volgt er dan? Kan je mijn ongerustheid een beetje wegnemen aub?

Antwoord van de Europa Uomo/EAU chatbot:

Het spijt me te horen dat je je zorgen maakt over de bestraling. Het is heel normaal om angstig te zijn voor iets nieuws en onbekends. Laten we proberen je vragen te beantwoorden en je wat geruststelling te bieden.

Bestralingstherapie is een veelgebruikte behandeling voor prostaatkanker en kan zeer effectief zijn. De simulatie waar je over hoort, is een voorbereidende stap. Tijdens deze simulatie wordt er een scan gemaakt om de exacte locatie van de tumor te bepalen, zodat de bestraling nauwkeurig kan worden gericht. Dit helpt om de omliggende gezonde weefsels te sparen.

De bestraling zelf is meestal niet pijnlijk. Je ligt op een tafel terwijl de machine om je heen beweegt om de straling op de juiste plek te richten. Elke sessie duurt meestal maar een paar minuten, hoewel je wat tijd nodig hebt om je voor te bereiden en te positioneren.

Wat betreft de effectiviteit: 20 dagen bestraling kan voldoende zijn, afhankelijk van de specifieke kenmerken van je kanker en je algehele gezondheid. Je arts kan je hier meer gedetailleerde informatie over geven.

Voorbereiding op de bestraling kan inhouden dat je bepaalde instructies van je arts volgt, zoals het drinken van water om je blaas te vullen, wat kan helpen om de prostaat beter in beeld te brengen. Het is belangrijk om je

normale medicatie, inclusief die voor diabetes, te blijven nemen, maar bespreek dit altijd met je arts om er zeker van te zijn dat er geen interacties zijn.

Na de bestraling zal je arts je voortgang blijven volgen met regelmatige controles en mogelijk aanvullende behandelingen, afhankelijk van hoe je lichaam reageert.

Het is begrijpelijk dat je je zorgen maakt, maar weet dat je niet alleen bent. Je medische team is er om je te ondersteunen en al je vragen te beantwoorden. Heb je nog andere vragen of zorgen waar ik je mee kan helpen?

Ik ben wel bang dat het toestel ook gezonde delen van mijn lichaam zal vernietigen.

Antwoord van de Europa Uomo/EAU chatbot:

Het is heel begrijpelijk dat je je daar zorgen over maakt. Moderne bestralingstechnieken zijn echter ontworpen om de straling zo nauwkeurig mogelijk te richten, zodat de impact op gezonde weefsels minimaal is. Technieken zoals IMRT (intensity-modulated radiation therapy) en VMAT (volumetric modulated arc therapy) maken gebruik van geavanceerde technologie om de stralingsdosis precies aan te passen aan de vorm van de tumor. Dit helpt om de omliggende gezonde weefsels te sparen.

Tijdens de simulatie en de daaropvolgende behandelingen zal je team van specialisten ervoor zorgen dat de straling zo effectief en veilig mogelijk wordt toegediend. Ze gebruiken beeldgeleidingstechnieken om ervoor te zorgen dat de straling precies op de juiste plek terecht komt.

Het is belangrijk om je zorgen te delen met je behandelend arts, zodat zij je gerust kunnen stellen en eventuele vragen kunnen beantwoorden. Heb je nog andere zorgen of vragen waar ik je mee kan helpen?

Voorlopig niet, dank je wel.

Antwoord van de Europa Uomo/EAU chatbot:

Graag gedaan. Als je in de toekomst nog vragen hebt of als er iets anders is waar je over wilt praten, aarzel dan niet om contact op te nemen. Ik wens je veel sterkte en succes.

Hoe gebruik ik de chatbot?

1. Ga naar <https://www.europa-uomo.org/>

2. Selecteer het icoontje rechts beneden.

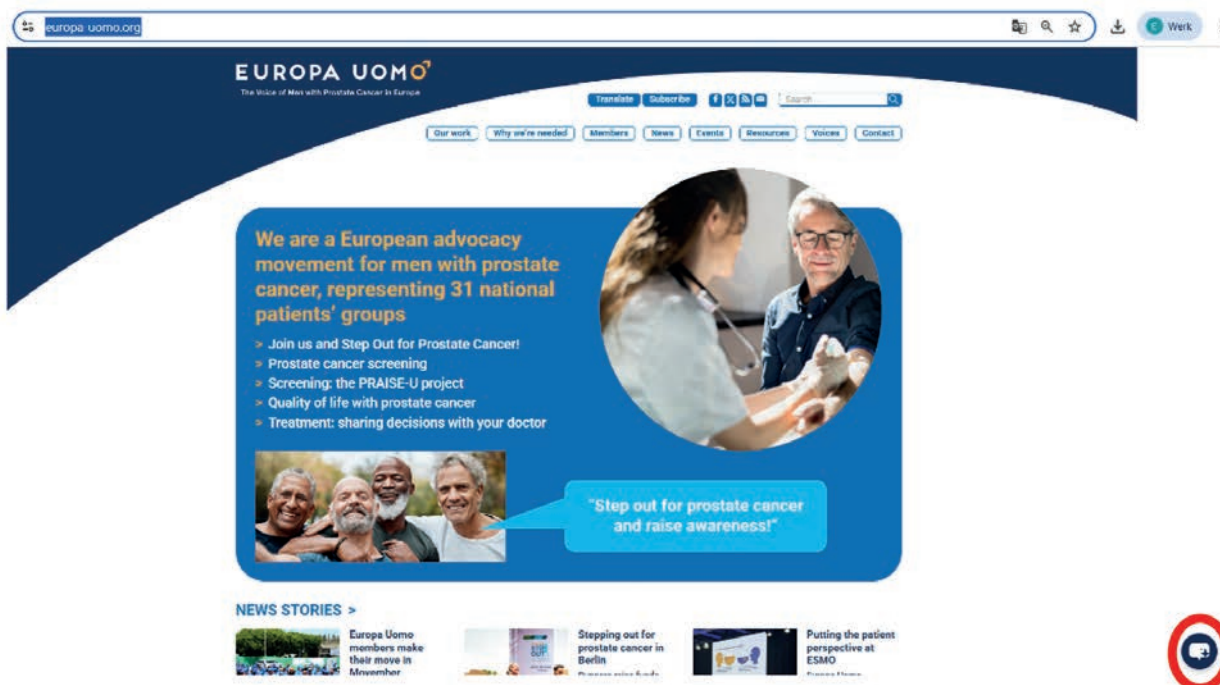
De chatbot start automatisch in het Engels:

Hi! I am Europa Uomo and EAU's chatbot.

I am trained on the EAU's guidelines on prostate cancer to assist you with your questions regarding prostate cancer.

How can I help you today?

U kan in 99 talen vragen stellen aan de chatbot. Stel de vraag in uw gewenste taal en de chatbot beantwoordt uw vragen in dezelfde taal.



Fuck Cancer, een podcastreeks over prostaatkanker

Peter Van Herbruggen

7 jaar geleden kreeg ik de diagnose van prostaatkanker. Toch wel even heel had schrikken, het is en blijft tenslotte KANKER.

Prostaatkanker op zich is iets waar niet veel over gepraat wordt.

Ikzelf was hierover in het begin ook een beetje beschaamd, het gaat over een ziekte "onder de gordel". Dan staat je niet alleen een stevige behandeling te wachten, maar ook mentaal is de weg die je moet afleggen niet te onderschikken. Ik denk zelfs dat het mentale stuk zeker 50% van je weg naar herstel of stabilisatie uitmaakt.

Ikzelf heb het geluk gehad om te kunnen terugvallen op een heel bekwaam team van

specialisten die mij hierbij geholpen hebben.

Om een stukje erkenning en info te brengen voor mijn collega prostaatkanker patiënten had ik het idee opgevat om hierover een podcastreeks te maken met medewerking van mijn artsen psychologen, verpleegkundigen.

Misschien kan dit een hulp zijn voor mijn medepatiënten om hun weg te vinden naar dezelfde bekwaame hulpverlening.

De podcast is te vinden op YouTube en Spotify toegankelijk via de website: <http://fucancer.be/>

Mijn bedoeling was ook om mijn dankbaarheid uit te drukken naar al die professionals die dagelijks klaar staan om mensen zoals ik te begeleiden in deze toch wel ingrijpende fase in het leven.



HOE GROOT IS HET PROBLEEM?

PROSTAATKANKER vs. VERKEERSONGEVALLEN



PROSTAATKANKER

12.000

diagnoses per jaar

1.500

sterfgevallen door
prostaatkanker



VERKEERSONGEVALLEN

36.000

verkeersongevallen

470

verkeersdoden

- Het aantal nieuwe prostaatkankerdiagnoses is ongeveer 1/3 van alle verkeersongevallen, maar het aantal doden door prostaatkanker is meer dan 3 keer hoger dan het aantal verkeersdoden.
- Prostaatkanker treft dus veel meer levens op lange termijn dan verkeersongevallen, ondanks dat verkeersongevallen dagelijks zichtbaar zijn in het nieuws.

Hoe groot is het probleem in België? In het aantal verkeersongevallen en verkeersdoden zijn uiteraard alle geslachten en leeftijden meegeteld!

BETALING LIDGELD €25 2026



REKENINGNUMMER
BE78 4037 1493 0186



WIJ OOK BELGIUM
VZW

Wij danken onze sponsors 2025

Johnson & Johnson



Volg Wij Ook Belgium vzw op Facebook

<https://www.facebook.com/groups/wijookprostaatpatienten> (Privé groep)

<https://www.facebook.com/groups/wijookbelgiumprostaatpatienten> (Openbare groep)

Wij Ook vzw zoekt Extra Handen

Redactieraad PROSTAATinfo

Heb je interesse in gezondheid, een vlotte pen en wil je graag iets betekenen voor anderen? Dan is meewerken aan PROSTAATinfo misschien iets voor jou!

Prostaatinfo is een informatief blad over prostaatkanker en andere prostaatproblemen. Het verschijnt vier keer per jaar en bevat vaste rubrieken, zoals patiëntverhalen, interviews met specialisten, achtergrondartikelen en praktische tips. We richten ons op mannen met prostaatproblemen, hun naasten en zorgverleners.

Om dit blad te blijven maken, zoeken we versterking voor onze redactie. Als vrijwillig redacteur denk je mee over onderwerpen, schrijf je of redigeer je teksten, en help je mee om elke editie tot een helder en waardevol geheel te maken. Je werkt samen in een betrokken team met ruimte voor eigen inbreng.

Je hoeft geen journalistieke achtergrond te hebben – belangrijker is dat je graag schrijft of redigeert, oog hebt voor begrijpelijke taal en je wilt inzetten voor heldere informatie over prostaatgezondheid.

Lijkt dit je leuk? Meld je aan via info@wijook.be. Je bent van harte welkom!

wij  ook
samen sterk tegen
prostaatkanker

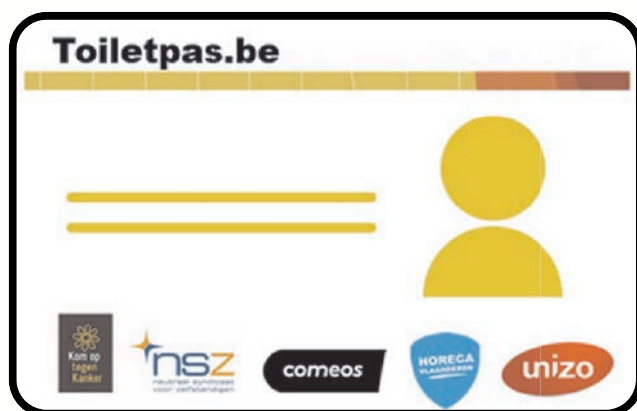
Omdat de nood hoog is ...

Goed nieuws: nu nog meer steun voor de toiletpas!

Vanaf nu ondersteunen zeven lotgenotengroepen de toiletpas! Deze pas is een handig hulpmiddel voor wie snel toegang tot een toilet nodig heeft omwille van een stoma of door blijvende darm- of blaasproblemen na kanker of een andere ernstige aandoening.

Iedereen die in zo'n situatie verkeert, kent het ongemak en de frustratie wanneer de nood hoog is en de rij wachtenden lang of het toilet afgesloten is. De toiletpas wil een stukje geruststelling bieden, zodat je met meer vertrouwen op stap kunt.

Met de toiletpas kun je in geval van hoge nood (prioritaire) toegang vragen tot de sanitaire voorzieningen van hotels, cafés, restaurants, lokale zelfstandigen en vrije beroepen die aangesloten zijn via NSZ, Comeos, Horeca Vlaanderen en Unizo.



Belangrijk om te weten: de toegang tot de sanitaire voorzieningen blijft afhankelijk van de goodwill van de uitbater en kan in sommige gevallen betalend zijn. Toch maakt de toiletpas al een groot verschil door hierdoor ook begrip en steun te creëren voor mensen met dringende behoeften om medische redenen.

In april 2014 stonden de lotgenotengroepen **Stoma Actief** en **Stoma Ilco** mee aan de wieg van het initiatief. En nu, **10 jaar later en al meer dan 5.500 uitgereikte toiletpassen later**, krijgen zij versterking van de lotgenotengroepen **Neovida**, **Prostaatlijn**, **Spijs**, **Think Blue Vlaanderen** en **Wij Ook**. Ook Kom op tegen Kanker steunt dit initiatief.

Samen willen we ijveren voor meer, betere en aangepaste toegang tot sanitaire voorzieningen.

Samen willen we bekomen dat niemand zich zorgen hoeft te maken over een toilet bij hoge nood.

Meer info: www.toiletpas.be





EEN HARDE NOOT OM TE KRAKEN

*De prostaat van een man is dan al niet groter dan een walnoot,
maar, dat wil niet zeggen dat we hem moeten miskennen*

Naar schatting zal één man op zeven tijdens zijn leven met een vorm van prostaatkanker geconfronteerd worden.

De meerderheid van deze prostaatkankers zijn van het laag-risico type en evolueren traag, hebben zelden een behandeling nodig en worden even zelden levensbedreigend, actieve opvolging volstaat ruimschoots.

Prostaatkankers van gemiddeld en hoog-risico daarentegen vereisen onmiddellijke aandacht van zodra ze ontdekt worden. Een vroegtijdige behandeling is essentieel om een evolutie naar een metastase, die fataal kan aflopen, te voorkomen. De vroege vormen van prostaatkanker veroorzaken meestal geen symptomen, op zijn hoede zijn is dan ook essentieel. Vanaf de leeftijd van 45 jaar is het best dat elke man aan zijn arts om een PSA-test vraagt. Het resultaat van deze eenvoudige test kan informatie opleveren over de gezondheidstoestand van de prostaat en of verdere testen aangewezen zijn.

EUROPA UOM 
The Voice of Men with Prostate Cancer in Europe

wij ook
samen sterk tegen
prostaatkanker