

Prostaatkankerscreening: eindelijk op de goede weg?



Normale Prostaat



Goedaardige
Prostaatvergroting



Prostaatkanker

p16 De eerste maar belangrijke schakel: De huisarts

p18 Doelgerichte precisetherapie bij gevorderde prostaatkanker:
Wat is ¹⁷⁷Lutetium-PSMA radionuclide therapie?

Colofon

PROSTAATinfo

Nieuwsbrief Wij Ook Belgium
25e jaargang sept-okt-nov 2026

Hoofdredacteur

Erik Briers

Voorzitter van redactieraad

Emiel Blommaert

Redactieleden

Benjamin De Vleeschauwer
André Deschamps
Luc Gyns
Robert Laskowski
Paul Maes
Bruno Mortelmans
Karl Mortier

Redactiesecretariaat

Abonnementen:
Anja Vancauwenbergh

Verantwoordelijke uitgever

Wij Ook Belgium vzw
André Deschamps
p/a Taylor & Hubs
Brusselstraat 51
2018 Antwerpen
Tel: 03 244 18 40

Wettelijk depot: ISSN: 1782-0847

De inhoudelijke verantwoordelijkheid
van elke bijdrage ligt bij de auteur.

email: info@wijook.be
web: www.wijook.be

Druk en vormgeving

Haletra-Leën NV
Grote Baan 317
B-3530 Houthalen-Helchteren

© 2026 Alle rechten voorbehouden



Met de steun van:



Met dank aan onze sponsors:

Editoriaal

3 [Erik Briers]

Medisch Inzicht

4 **Prostaatkanker-
screening: eindelijk op
de goede weg?**
[Prof. Hein Van Poppel]

Mijmeringen

12 **Taboe**
[Philip]

14 **NIEUWS van
EUROPA UOMO**
[Anja Vancauwenbergh]

Patiëntenverhaal

15 **Bestraling geen lolletje**
[Johannes]

Netwerk

16 **De eerste maar
belangrijke schakel: de
huisarts**
[Emiel Blommaert]

Medisch Inzicht

18 **Doelgerichte
precisietherapie bij
gevorderde
prostaatkanker: Wat is
177Lutetium-PSMA
radionuclide therapie?**
[Prof. Karolien Goffin]

Medisch Inzicht

22 **Incontinentie en
wandelen**
[G.]

24 **Boekbespreking**
[Paul Maes]

Netwerk

25 **Hoe vertel ik het mijn
kinderen?**
[Emiel Blommaert]

Mijmeringen

26 **Inlegkruisjes 1**
[Philip]

Agenda

27 **Sociale media Wij Ook
Belgium**

Medisch Inzicht

28 **Positieve Gezondheid**
[Elise Aerts]

32 **Een harde noot om
kraken**



Lieve lezers, beste vrienden,

Voor Europa heeft het parlement al in 2002 aanbevolen dat kanker best via screening kan opgespoord worden. Daarbij werd gemikt op borstkanker, baarmoederhalskanker en colonkanker. Wij zijn meer dan twintig jaar verder en moeten vaststellen dat de resultaten van deze aanbeveling bedroevend zijn. Waar men zou kunnen verwachten dat gezien de slechte reputatie van borstkanker bijvoorbeeld onze dames zouden stormlopen om hun eventuele kanker vroegtijdig te vinden is dat hoegenaamd niet het geval. Van de vrouwen die uitgenodigd worden voor een mammografie bieden zich slechts 54% aan, er zijn er meer in Vlaanderen maar minder in Wallonië en Brussel. En dat terwijl iedereen wel iemand kent die borstkanker heeft gehad en er mogelijk aan is overleden. De resultaten voor colonkanker (73%) en baarmoederhalskanker (73%) zijn echt niet beter en zeker niet goed genoeg als we weten dat kankers die vroeg gevonden worden echt kunnen genezen worden. Eens de kanker is uitgezaaid is dat niet langer mogelijk.

En dan is er natuurlijk prostaatkanker (en long- en maagkanker) die in 2024 eindelijk aan het lijstje zijn toegevoegd. Wat mogen we daarvoor verwachten? Wij verwachten niet echt schitterende resultaten als we weten dat de meeste mannen op vijftigjarige leeftijd niet eens weten dat zij een prostaat hebben en welke functie dat orgaan heeft. Wanneer en hoe zouden die mannen dat hebben moeten leren.

Het is dan ook bijzonder dat enkele weken geleden een groep van 14 gezondheidsprofessionals naar de Vlaamse minister van Onderwijs zijn getrokken om de gebrekkige kennis van de vrouwelijke anatomie aan te klagen. Op twaalfjarige leeftijd is die kennis ruim onvoldoende. Maar over de mannelijke anatomie niets (toch in de kranten) alleen worden de mannelijke geslachtsorganen opnieuw teruggebracht tot de zichtbare ballen en penis. Over wat er verborgen is in het mannenlichaam geen woord en dat is blijkbaar dik in orde, de gezondheidsprofessionals zeggen dat toch, of ze zeggen er niets over.

Maar daar kunnen wij niet akkoord mee gaan. Het is even belangrijk dat zowel de jongens als de meisjes leren dat er in elke man en jongen ook een prostaat verborgen zit die bovendien een essentiële rol speelt in de mannelijke vruchtbaarheid. Het is onaanvaardbaar dat wij mannen die

de vijftig benaderen dat moeten uitleggen. Dat wij dan moeten uitleggen dat sperma voor meer dan 95% bestaat uit “vocht” dat in de prostaat geproduceerd wordt. Dat wij mannen na een prostaatkankeroperatie moeten uitleggen waarom zij een “droog” orgasme hebben, dus zonder ejaculatie. Dat wij moeten uitleggen dat zij nu geen kinderen meer kunnen maken. Moet je daar echt zo oud (of nog veel ouder) voor worden. Vrouwen weten evenmin dat mannen een prostaat hebben en die zouden dan de problemen met de prostaat moeten begrijpen en bespreken?

Dames en heren gezondheidsprofessionals, ja laten we het “informatie” pakket rond seksuele voorlichting grondig herzien en moderniseren, maar laten wij daarbij de man niet vergeten. Het is een kleine moeite en onze kinderen van vandaag, de volwassenen van morgen zullen u zeker dankbaar zijn.

Mevrouw de minister, weet uw vader dat hij een prostaat heeft en sinds wanneer? Wij hopen dat u bij een eventuele beleidsnota over dit onderwerp de mannen, ook die uit uw omgeving niet zal vergeten. Wij zijn u dankbaar, voor velen van ons is die informatie veel en veel te laat gekomen. De prostaat wordt gemist eens hij weggenomen is...



Erik Briers

Prof. Hein Van Poppel

Prostaatkankerscreening: eindelijk op de goede weg?

Prostaatkanker is de meest voorkomende kanker bij de man.

In België sterven ongeveer 4 mannen per dag ten gevolge van prostaatkanker en hiermee bekleedt prostaatkankersterfte de 2e plaats na longkanker. In landen waar al een tijd minder gerookt wordt, zoals Zweden, is prostaatkanker de meest dodende kanker bij de man en door de strenger wordende anti-tabak regulering zal prostaatkanker ook in andere landen de nummer 1 worden. Bovendien heeft de Lancet Commission in 2024 voorspeld dat er, tegen 2040, een verdere toename zal zijn zowel van het voorkomen, als van de sterfte van prostaatkanker en dit is gedeeltelijk te wijten aan het feit dat mannen ouder worden en dat de kans daarmee vergroot dat je prostaatkanker krijgt of erdoor overlijdt.

Prostaatkanker is asymptomatisch althans in z'n vroege, geneesbare stadia. Dit wil zeggen dat prostaatkanker geen klachten geeft en we kunnen dus geen vroeg-opsporing kunnen doen zoals bijvoorbeeld bij longkanker, waar hoesten kan

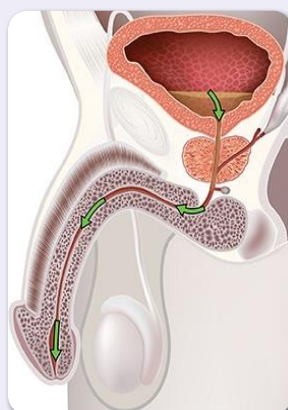
aanzetten tot het uitvoeren van een longfoto of waar bloed bij de stoelgang kan leiden tot een colonoscopie. Het is slechts bij de gevorderde stadia van prostaatkanker dat er klachten optreden, dit zijn dan veelal klachten door de uitzaaiingen ter hoogte van de botten. De plasklachten die zeer veel mannen boven de 50 jaar hebben, worden niet veroorzaakt door prostaatkanker, maar door goedaardige prostaathypertrofie, een aandoening die bij de overgrote meerderheid van mannen optreedt en wat gepaard gaat met een zwakke plasstraal, frequent moeten plassen, dikwijls moeten opstaan om te gaan plassen en soms al eens te laat komen (figuur 1).

Daarnaast is prostaatkanker ook niet te voorkomen. Preventie is waarschijnlijk één van de belangrijkste maatregelen om kanker in het algemeen te verminderen. Maatregelen in verband met tabak, alcohol, en beroepshalve blootstelling aan schadelijke factoren, kunnen zeker het aantal kankers en de sterfte

Figuur 1.

De normale prostaat, de goedaardige prostaatvergroting en prostaatkanker

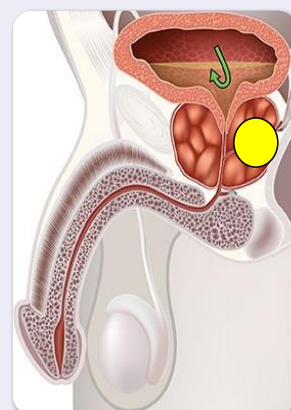
Normale Prostaat



Goedaardige Prostaatvergroting

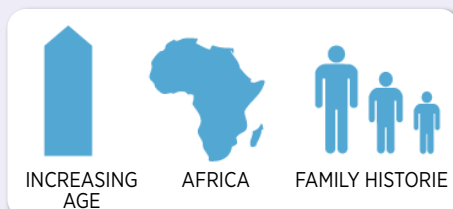


Prostaatkanker

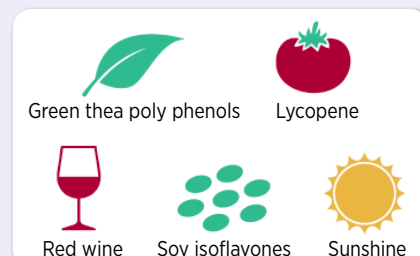


Figuur 2

Risicofactoren en mogelijke preventie van prostaatkanker

Risico Factoren

= Epidemiologische evidentie

Preventie

“ Er zijn wel argumenten om aan te nemen dat leefgewoonten en dieet iets met prostaatkanker te maken hebben

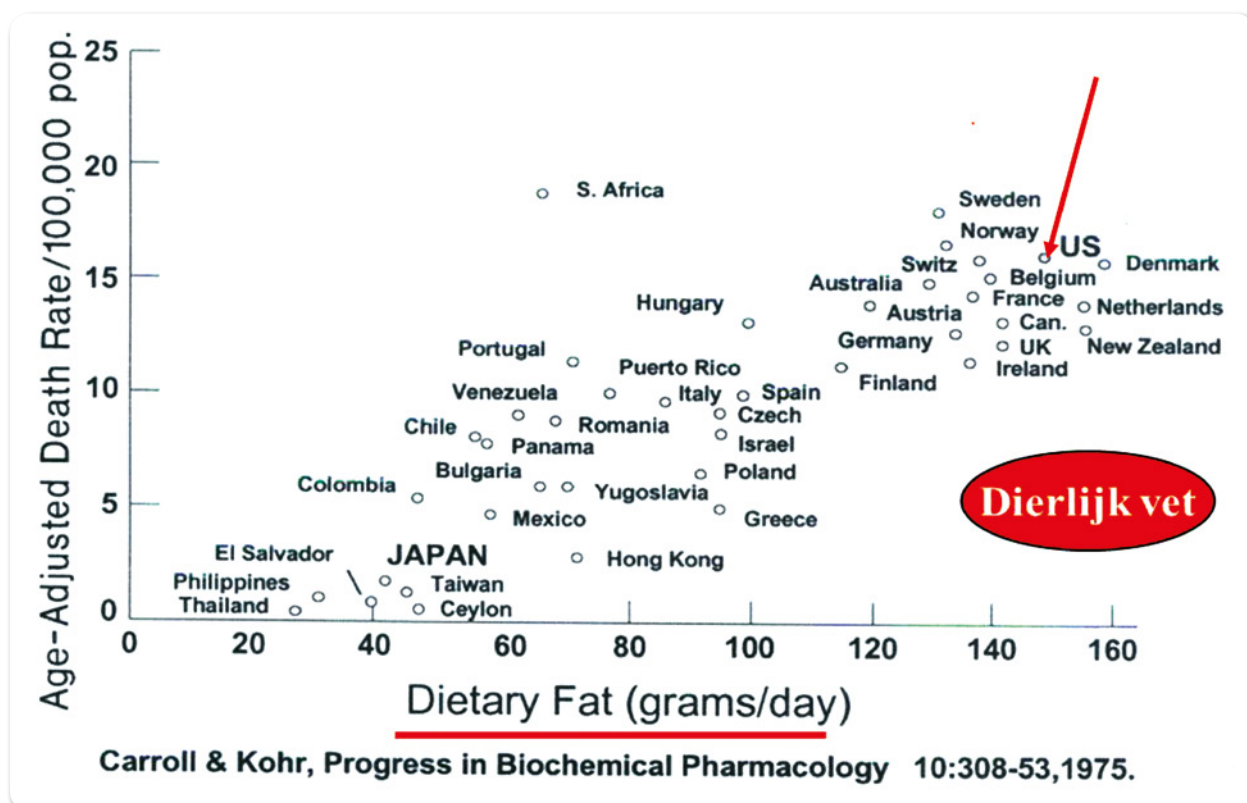
erdoor meest significant terugdringen. Daar waar zeer veel tumoren zouden kunnen voorkomen worden, is dit bij prostaatkanker niet het geval (*figuur 2*).

Er zijn wel argumenten om aan te nemen dat leefgewoonten en dieet iets met prostaatkanker te maken

hebben, vooral wanneer we kijken naar Aziatische landen waar het voorkomen van prostaatkanker veel lager is dan in de westerse wereld. Er werd op gewezen dat dit te maken heeft met het gebruik van soja, groene thee en het eten van wit vlees en vis in plaats van dierlijke vetten en rood vlees (*figuur 3*).

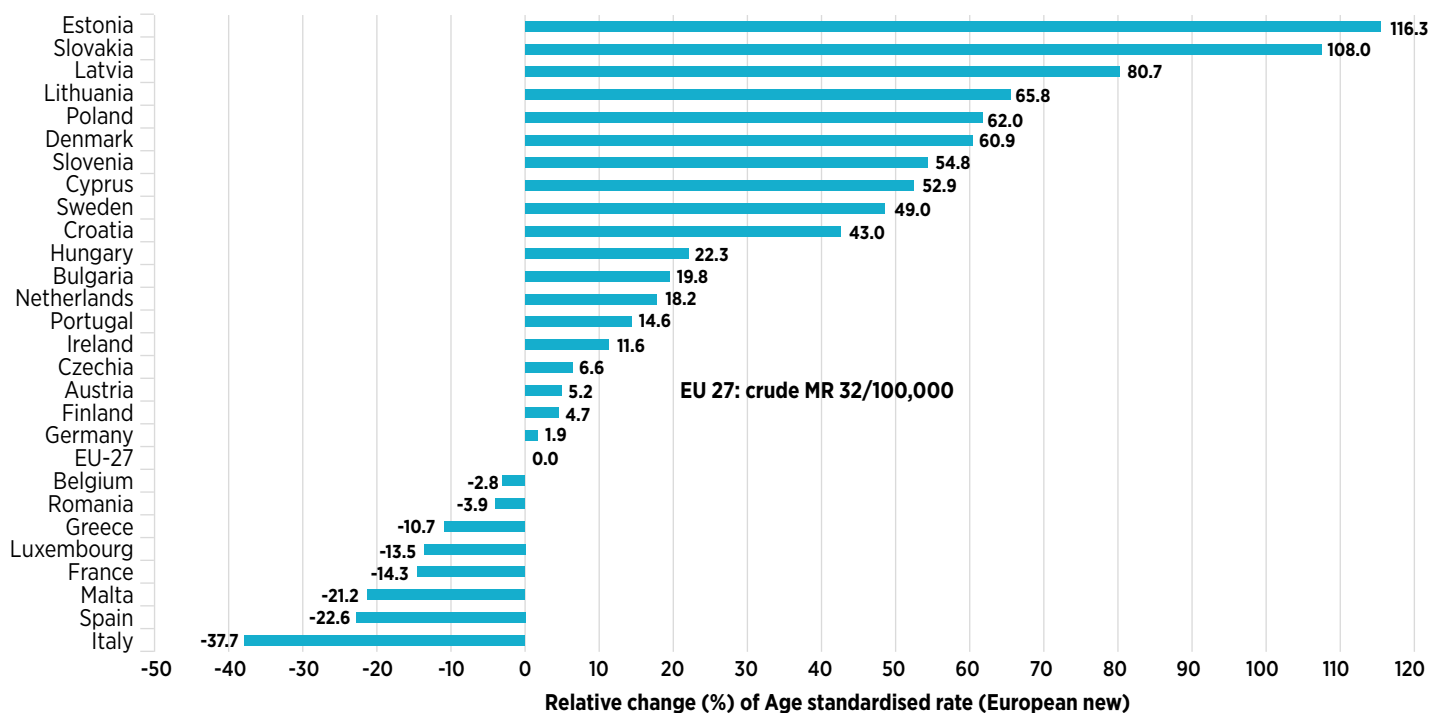
Figuur 3.

Prostaatkankersterfte wereldwijd in functie van dierlijke vet consumptie



Figuur 4.

Prostaatkanker sterfte in de Europese Unie 2020



Ook wordt blootstelling aan de zon (vitamine D) gezien als een factor die prostaatkanker zou kunnen verminderen, reden waarom er in de Scandinavische landen en in de Baltische staten de hoogste prostaatkanker incidentie bestaat en de veel lagere incidentie in Zuid-Europa (figuur 4).

Indien prostaatkanker tijdig wordt ontdekt, kan die behandeld en genezen worden met een goed behoud van de levenskwaliteit. Behandelingen zoals operatie of bestraling kunnen dan wel gepaard gaan met complicaties zoals urinaire incontinentie of seksuele impotentie of darmstoornissen, maar deze kunnen veelal behoorlijk opgevangen of goed behandeld worden. Bovendien is een behandeling van een vroeg prostaatcarcinoom relatief goedkoop. Indien prostaatkanker te laat ontdekt wordt,

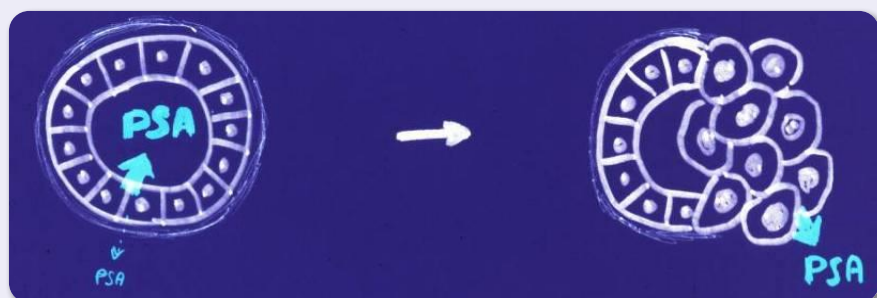
is de kans dat er uitzaaiingen ontstaan, meestal ter hoogte van het skelet, waarvoor dan in principe het mannelijk hormoon moet onderdrukt worden (castratie), wat gepaard gaat met een zeer belangrijk verlies aan levenskwaliteit en geen uitzicht geeft op genezing. Bovendien gaat deze zogenaamde hormonale behandeling niet effectief blijven, maar gaan 2e, 3e en 4e lijnstherapieën moeten worden toegepast die een enorme kost met zich meebrengen voor ons gezondheidssysteem. Inderdaad zijn onder andere de nieuwe Radioligand behandelingen met radioactief lutetium bijzonder kostelijk. Hierdoor is gebleken dat het vroegtijdig ontdekken door middel van prostaatkankerscreening kostenefficiënt moet zijn.

Dus moeten we prostaatkanker tijdig zien te ontdekken, maar hoe doen we dat aangezien er geen symptomen zijn?

Dit kan alleen gebeuren door het screenen van de onverdachte, gezonde, asymptomatische mannelijke populatie, maar dit brengt een probleem met zich mee omdat deze man dan een patiënt zou worden. Daarom is alleen een georganiseerd bevolkingsonderzoek de oplossing waarbij de gezonde man of althans het overgrote deel van hen, buiten het geneeskundig circuit gehouden wordt. Zulk een screeningsprogramma richt zich niet tot bevolkingsgroepen die een duidelijk verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van agressieve prostaatkankers, zoals de Afro-Amerikanen, mannen met een genetische mutatie (BRCA1 en 2), en mannen met een sterke familiale belasting waar eerste- of tweedegraadsverwanten op relatief jonge leeftijd prostaatkanker ontwikkeld hebben. Deze mannen dienen door de huisarts vanaf 40-45

Figuur 5.

Prostaat Specifiek Antigeen (PSA)
lekt in de bloedbaan



**Normaal prostaatklierbuisje
met intacte basale laag**

**Prostaatkanker met doorbraak van basale
laag en obstructie door kankercellen**

jaar nagekeken te worden en worden
als defacto patiënt.

Wat is PSA?

PSA staat voor Prostaat Specifiek Antigeen, dus niet Prostaatkanker Specifiek Antigeen. Het is een eiwit dat door de prostaatklierbuisjes wordt aangemaakt en dat tijdens de zaadlozing wordt geëjaculeerd. Zijn functie is het vloeibaar maken van het ejaculaat, wat moet mogelijk maken dat de spermatozoïden zich makkelijker kunnen voortbewegen. In normale omstandigheden lekt er altijd een kleine PSA doorheen de prostaatklierbuis, die omgeven wordt door een basale membraam, in de bloedbaan en dat kan dus in het bloed

bewerkstellingen (figuur 5).

Bij prostaatkanker geraken de prostaatklierbuisjes verstopt of gaat het basale membraam rond de prostaatklierbuisjes barstjes vertonen waardoor er meer PSA in het bloed lekt. Dus een gestegen PSA kan wijzen op prostaatkanker, maar ook andere oorzaken moeten worden in acht genomen vooral dan goedaardige prostaathypertrofie. Hoe groter de prostaat, hoe meer PSA in het bloed en ook, en dit vooral bij jongere mannen, ten gevolge van prostaatontsteking, zogenaamde prostatitis.

Hoe gaat de prostaatkankerscreening dan in z'n werk?

In de Europese prostaatkanker screenings studie (ERSPC) werd een PSA afgenomen bij mannen tussen de 50 en de 70 jaar en indien het PSA hoger was dan 3, werden er prostaatpunctiebiopsies genomen. Er worden dan stukjes weefsel uit de prostaat weg geprikt, meestal doorheen de wand van de endeldarm met behulp van een echografietoestel dat in de aars wordt ingebracht. Indien daarop letsels werden gezien die verdacht zijn voor kanker, werd daar naartoe gericht geprikt, anders werden er systematische biopsies

genomen uit alle zones van de prostaat. Hoewel deze Europese studie heeft aangetoond dat er een duidelijke vermindering is van prostaatkankersterfte, heeft deze praktijk een slechte naam gekregen omwille van wat genoemd wordt 'over-diagnose'. Inderdaad, 50% van de kankers die op deze manier werden ontdekt, waren insignificante kankers, het is te zeggen, kankers die de man nooit hinder zou gebracht hebben en waarvan hij niet ziek zou worden, of zou sterven. Ten gevolge van deze over-diagnose was er ook overbehandeling omdat we destijds niet wisten dat laaggradige tumoren, die niet erg agressief zijn, niet meteen moeten behandeld worden. Daardoor kwam er een echte anti-PSA, wat ertoe geleid heeft dat in vele landen prostaatkanker te laat werd ontdekt en de prostaatkankersterfte ging stijgen (figuur 6).

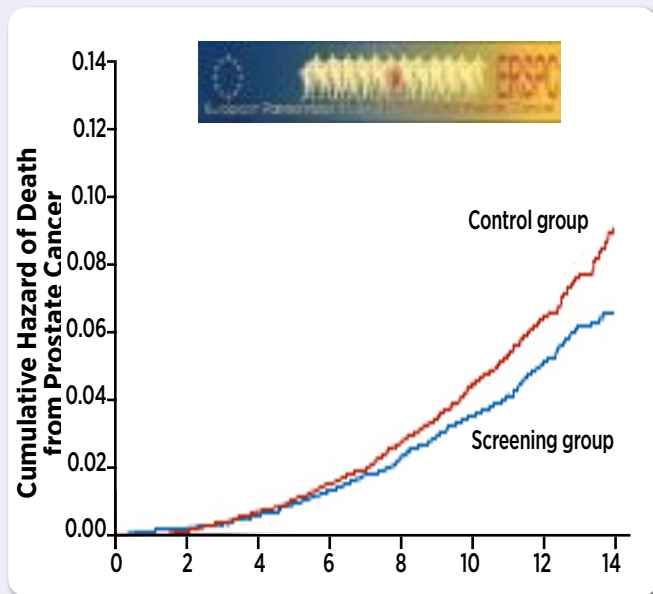
Door de anti-PSA propaganda moest er dus een betere screeningsstrategie uitgewerkt worden. Aan de hand van de gegevens van de Europese screening studie, werd een risicoberekening ingevoerd, waarbij we aan de hand van de leeftijd van de man en zijn PSA, het risico kunnen inschatten op de aanwezigheid van prostaatkanker. Een man met een PSA

**“ Door de anti-PSA
propaganda moest er
dus een betere
screeningsstrategie
uitgewerkt worden.**

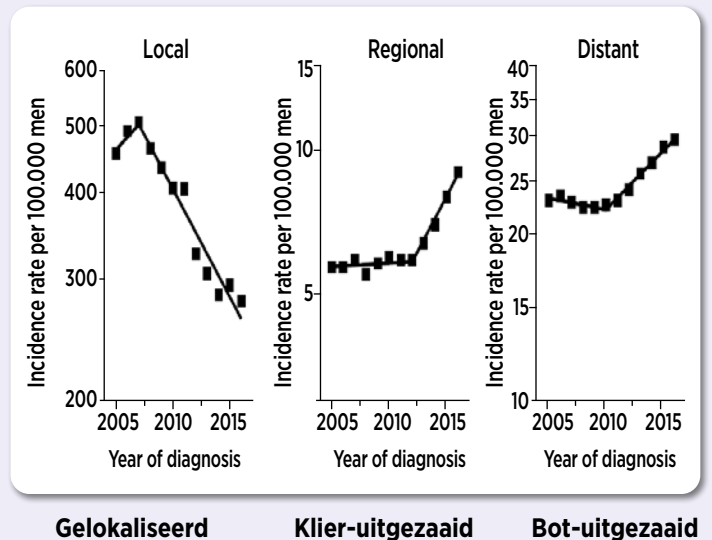
gemeten worden. Het PSA in het bloed gaat toenemen, bijvoorbeeld na een rectaal onderzoek, na fietsen, ook na een recente zaadlozing, die allen een kortstondige PSA-stijging kunnen

Figuur 6a.

Europese Screening Trial: PK Sterfte

**Figuur 6b.**

Evolutie van het tumorstadium bij diagnose 5 jaar na Anti-PSA propaganda



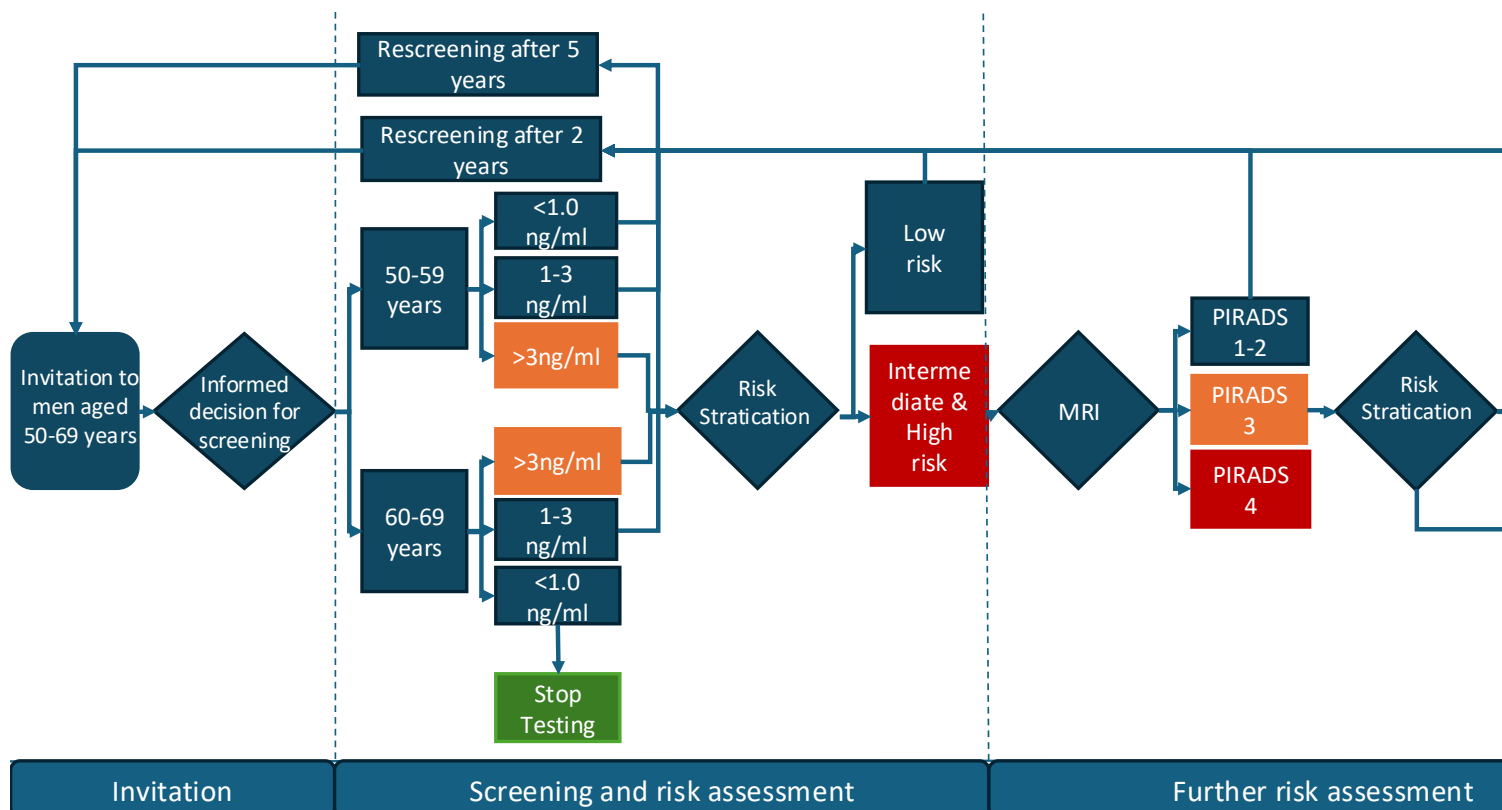
lager dan 1 is een laag-risico, dan komt hij voor een volgende PSA terug na 5 jaar. Als het PSA tussen de 1 en de 3

was, na 2 jaar. Indien het PSA hoger dan 3 was, wordt hij echter beschouwd als hoog-risico en krijgt hij

nog niet meteen een biopsie, maar krijgt hij eerst nog beeldvorming door middel van Nucleaire Magnetische

Figuur 7.

PRAISE-U screening algoritme



Resonantie (NMR) of MRI (Magnetic Resonance Imaging). Deze gaat een resultaat krijgen op een schaal van 5 (PIRADS). PIRADS 1 en 2 gaan terug in het opvolgingscircuit, PIRADS 4 en 5 krijgen een biopsie (nu meestal via de huid tussen de aars en de teelbalzak) en bij PIRADS 3 wordt er opnieuw een risico bepaald aan de hand van het prostaatvolume waardoor de biopsie meteen wordt uitgevoerd of de man weer in opvolging gaat (figuur 7).

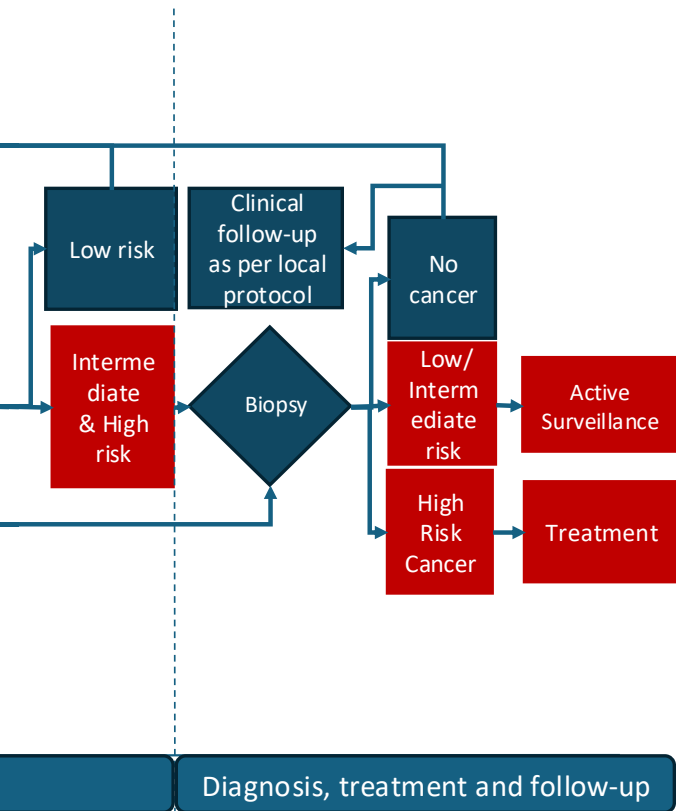
De risicoberekening heeft gemaakt dat het aantal mannen die een MRI moeten ondergaan kan gedrukt worden, wat screening minder duur maakt, en dat er ook minder biopsies genomen worden, waardoor beperkte over-diagnose en minder overbehandeling.

Dit is het voorstel dat we aan de Europese Commissie hebben voorgelegd. Deze laatste heeft de SAPEA (Scientific Advice for Policy from European Academies) gevraagd om een uitgebreide analyse en bestudering te doen en gesprekken te voeren met talloze stakeholders. SAPEA wilde het licht op groen zetten voor het starten van prostaatkankerscreening in de Europese Unie. Toen echter de Raad van Europa, de EU Council, de EU Recommendations on Screening 2023 moest opstellen, bleek er in een aantal landen in de Europese Unie weinig enthousiasme te bestaan voor het invoeren van een bevolkingsonderzoek op basis van PSA screening zoals hoger vermeld. Dit leidde tot een compromis waardoor de Raad het advies gaf om prostaatkankerscreening stapsgewijs

en geleidelijk te gaan invoeren en te gaan starten met pilootprojecten in de verschillende lidstaten. De EU4Health heeft dan een oproep gedaan om een dergelijk project uit te werken, waarop de EAU met een uitgebreid consortium geapplianceerd heeft en er een fonds van 10 miljoen euro werd uitgetrokken om het PRAISE-U (PRostate cancer Awareness and Innovation on Screening in de European Union) project uit te voeren, dat wij nu coördineren.

De Europese commissie verwacht van dit project op de eerste plaats dat we een analyse uitvoeren van wat er in de verschillende lidstaten gebeurt in verband met prostaatkankerscreening, de barrières waarom er tegen prostaatkankerscreening geageerd wordt, de kostenefficiëntie analyse, alsook de huidige situatie van prostaatkankerscreening in de verschillenden landen (Fact Sheets). Daarnaast werd gevraagd om een aantal pilootstudies uit te voeren die in 2024 zijn opgestart in Litouwen, Polen, Ierland en 2 in Spanje. Waarom 2 in Spanje? Het ene programma is een georganiseerde bevolkingsscreening en het andere wordt uitgevoerd via de eerstelijnszorg. Naast die 5 pilootstudies krijgen we ook de resultaten van aan de gang zijnde programma's in Tsjechië, Zweden (OPT: Organized PSA Testing) en Estonia. Al deze data worden in een Europese database opgeslagen en geanalyseerd (figuur 8).

Buiten het PRAISE-U programma dat nu volop aan de gang is en eind 2026 wordt beëindigd, hebben we afgesproken om met een ander project van de Europese Commissie de resultaten te kunnen delen met een aantal landen zoals Duitsland, Italië, Slovenië, ... Dit is het EUCanScreen



Figuur 8.

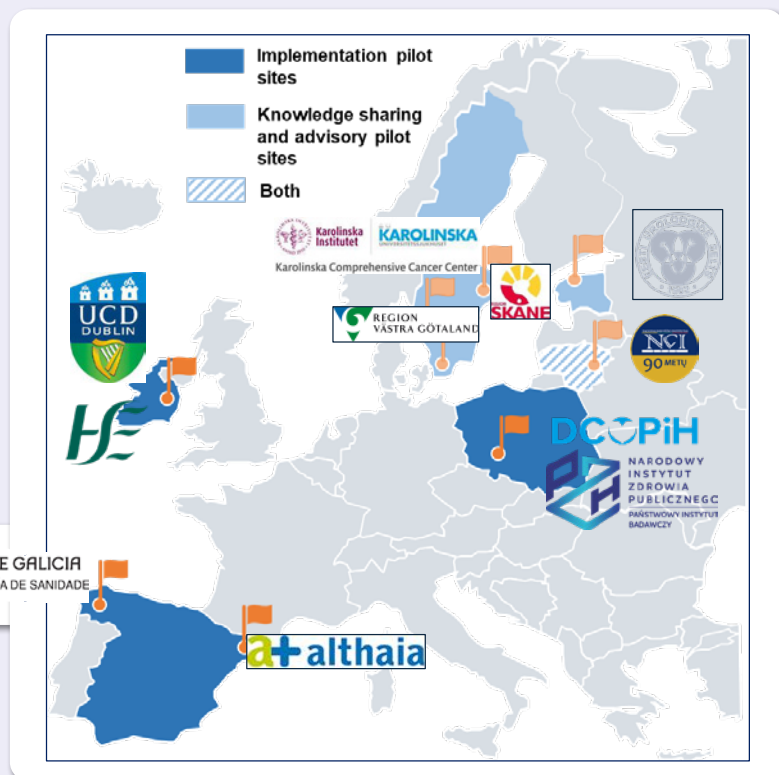
Prostate Cancer Awareness and Initiative for screening European Union (PRAISE-U project)

Praise u
SMART EARLY DETECTION OF PROSTATE CANCER

Co-funded by
the European Union



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE



project waarbij niet alleen prostaat, maar ook ander orgaanscreeningsprogramma's worden geanalyseerd. Buiten deze, door de Europese Commissie gesponsorde pilootstudies, zijn er een aantal landen die er in geslaagd zijn om eigen sponsoring te vinden zodat er momenteel in praktisch alle landen van de Europese

“ We zijn er in geslaagd om in Europa prostaatkankerscreening op de politieke agenda te krijgen.

Unie en ook daarbuiten pilootprojecten aan de gang zijn die bereid zijn om hun data met ons, in de European Association of Urology – UroEvidenceHub, te verzamelen. We hopen op deze manier in de nabije

toekomst aan de Europese Commissie te kunnen adviseren hoe screeningsprogramma's in de verschillende lidstaten best worden opgezet en uitgevoerd. Er zullen alvast verschillen bestaan, bijvoorbeeld hoe de gezonde mannen tussen 50 en 69 jaar best kunnen worden uitgenodigd om een PSA-test te laten uitvoeren. Ook de beschikbare middelen spelen een bepalende rol: in rijke landen zullen er allicht meer MRI's worden uitgevoerd, en kunnen nieuwe bio-merkers en genetische merkers worden toegevoegd aan het screeningsprogramma zoals de Stockholm3 test, de Prostate Health Index (PHI), 4K, de Polygenic Risk Score, ... in andere landen kan het zijn dat MRI onvoldoende beschikbaar is en ze daar beroep kunnen doen op multi-parametric ultrasound of micro-ultrasound in plaats van MRI. Het is nu wel duidelijk aangetoond dat het gebruik van een multi-parametrische MRI niet noodzakelijk is en dat

bi-parametrische MRI, die veel goedkoper en sneller is en zonder contrastinjectie kan geschieden, evenwaardig is in de screening setting (figuur 9).

Er is geen twijfel meer over dat een georganiseerde, risico-gestuurde bevolkingsscreening voor prostaatkanker, te starten met PSA en eventueel gevolgd door MRI vooraleer biopsie, de prostaatkankersterfte doet verminderen, maar ook de morbiditeit, de ziekte medegebracht door prostaatkanker, doet afnemen. Er zit de laatste tijd duidelijk beweging in de visie op prostaatkankerscreening en we zijn er in geslaagd om in Europa prostaatkankerscreening op de politieke agenda te krijgen. Zoals gezegd zijn er reeds nationale programma's lopende in de Tsjechische Republiek, is er het OPT programma dat door de 21 van de 23 regio's in Zweden is opgezet en op dit ogenblik gaat Litouwen een

bevolkingsonderzoek, gebaseerd op het PRAISE-U algoritme opstarten.

Vooraleer de Europese Commissie en de vooral de EU Council een besluit gaat nemen om PSA screening op bevolkingsniveau op te starten, kunnen we op dit ogenblik alleen maar zo goed mogelijk opportunistisch screenen. Opportunistisch screenen is wat er vandaag gebeurt waar een PSA genomen wordt omdat een man dat wil of omdat een huisarts ervoor gemotiveerd is. We kunnen het opportunistisch screenen eigenlijk niet goedkeuren omdat dit een ongelijkheid met zich meebrengt. Mannen met een laag inkomen, minderheden, mannen met weinig 'gezondheidskennis' zullen naast de boot vallen. Gebeurt er toch

opportunistisch screening kan er best naar het algoritme gekeken worden dat we gebruiken in de PRAISE-U pilootstudies, te starten met een PSA, risicoberekening, eventueel MRI, nieuwe risicoberekening, eventueel biopsie, eventueel diagnose van prostaatkanker waarbij dan moet afgewogen worden of er actieve opvolging ofwel actieve behandeling moet worden ingesteld. We weten vandaag dat de meeste laaggradige kankers gewoon kunnen worden opgevolgd om te kijken of er tijdens het verdere ziekteverloop toch nog een actieve genezende behandeling dient te worden opgestart.

Tot besluit kunnen we stellen dat er na vele decennia waar screening door PSA een slechte naam heeft gekregen

er nu, door verfijning van de screeningstechnieken, het inbouwen van een risicoberekening en het gebruik van MRI er eindelijk toch een wending is gekomen in de toekomst van prostaatkankerscreening. De analyse van het PRAISE-U project zal de weg moeten wijzen over de manier waarop bevolkingsonderzoek in de verschillende Europese landen best wordt georganiseerd.

Prof. Hein Van Poppel

Hein Van Poppel

Em.Prof. Urologie UZ KU Leuven

Voorzitter EAU Policy Office

Coordinator PRAISE-U

Figuur 9.

Huidige situatie van de prostaatkanker screening in de EU

PRAISE-U

- Ireland
- Lithuania
- Poland
- Spain (2)
- Czechia
- Estonia
- Sweden

EUCanScreen

- Germany
- Italy (3)
- Latvia
- Slovakia
- Slovenia
- Spain

Other

- Norway
- Mexico
- Switzerland

PRAISE-U +

- Portugal
- Austria
- Italy
- Slovenia
- Croatia

Prostaatkanker Screening in de EU



Taboe

Vandaag Joram teruggezien. Het was lang geleden. We waren meteen op dreef. Bij echte vrienden gaat dat zo. Praten over koetjes en kalfjes. Het voelde goed. Even iets anders dan de focus op mijn prostaatkanker en de behandeling ervan. Afleiding die ik kon gebruiken. Natuurlijk zou hij mij erg teleurgesteld hebben er helemaal over te zwijgen. Naar verwachting deed hij dat niet. “Hoe gaat het ondertussen met jou? Gij zijt ondertussen geopereerd?” vroeg hij verderop in het gesprek. Oprecht geïnteresseerd.

Van dag één sinds het verdict prostaatkanker was gevallen, had ik mij voorgenomen hier heel open over te zijn. In het volle besef zo een belangrijk taboe te doorbreken. Wij mensen verbergen onze intieme delen voor elkaar. De situaties waarin we in aanwezigheid van de ander onze onderbroek laten zakken, zijn zwaar gelimiteerd. Alleen is het zeer de vraag of we er goed aan doen ook alle verhalen die horen bij die intieme delen voor elkaar te verbergen. Het vooruitzicht na mijn operatie de te verwachten plas- en erectieproblemen in alle eenzaamheid te moeten dragen, schrikte mij zodanig af dat het doorbreken van dat taboe de enige optie leek.

“Hoe gaat het ondertussen met jou,” vroeg hij dus. “Bwah... goed,” antwoordde ik aarzelend. Waarbij ‘bwah’ en de aarzeling in mijn antwoord de kracht van ‘goed’ relativeerde. Goed en niet goed dus. Goed, want blij dat de eerste zes weken voorbij waren. De weken van de pijn, de blaassonde, het totale gebrek aan energie, het verbod op seks, van niet langer dan 20 minuten mogen wandelen, het aan huis gekluisterd zijn... Maar ook ‘niet goed’, want nog steeds onvoldoende controle over mijn blaas en bekkenbodemspieren. Nog steeds inlegkruisjes. Geen natuurlijke erecties. Het plezier maar ook de ongemakken van de penisrevalidatie. Ongeremd vertelde ik mijn verhaal. Tot in detail. Inclusief de intieme en zelfs gênante details. ‘Dat waarover men zwijgt,’ legde ik ongegeneerd en ontremd op tafel. En zoals ik al zo vaak had meegemaakt, triggerde mijn openheid de zijne. Ooit liep hij zijn (stijve) piemel achterna, van de ene vrouw naar de andere. Vierentwintig had hij er gehad. Nu - de zestig gepasseerd - was hij alleen. Zijn erecties waren lang niet meer wat ze geweest waren. Al masturberend klaar komen was al een tijdje geen vanzelfsprekendheid meer. “Na een tijdje geef je ‘t op,” zei hij schouderophalend. “Hoe dikwijls zou ik nog masturberen? Eén keer per maand?” vroeg hij zichzelf hardop af. Dit en zoveel meer rolde ontspannen en naturel

over zijn tong. Het was een fijn gesprek. Horizontaal, open en wederkerig.

En voor wie denkt dat deze wederkerige openheid evengoed het effect was van vriendschap dan van mijn initiële openheid... nog een paar verhalen.

Om de twee maanden zowat zie ik mijn pedicure. De gesprekken tussen ons waren altijd oppervlakkig geweest. Tot ik vlak voor mijn operatie de angst uitsprak om (een

zekere mate van) incontinentie en impotentie over te zullen houden aan deze operatie. Ze verbaasde zich er hardop over dat ‘die erecties’ voor ‘die mannen’ toch zo belangrijk waren! “Voor ons vrouwen is dat allemaal niet zo belangrijk!” Ik moest eens weten hoeveel vrouwen er hier al op die tafel gelegen hadden voor wie ‘de seks’ met hun partner een verplicht nummertje was. Alleen maar om hem te

plezieren. En dat het voor henzelf

allemaal al lang niet meer moest! De volgende keer dat ik haar zag werd het gesprek nog persoonlijker. Hoe ze zich zo organiseerde dat haar man haar zo weinig mogelijk naakt te zien kreeg. Het moest zijn goesting eens triggeren! Dat ze elkaar graag zagen en het goed ging tussen hen maar dat seks het enige was waarover ze constant ruzie maakten. Dat en zoveel meer, kwam ik te weten.

Ik kreeg verhalen te horen die in andere omstandigheden nooit verteld zouden worden. Mijn openheid deed iets met de ander. Mijn openheid fungeerde als de sleutel op het slot van het deurtje waarachter zij hun intieme-zone-geheimpjes bewaarden.

Nog enkele verhaaltjes. Ik nodig de lezer uit zich bij elke anekdote in te leven in de persoon waarover het gaat. En wat het moet gedaan hebben met die man of vrouw ‘het allemaal voor zichzelf te moeten houden’. Omdat de maatschappelijke norm nu eenmaal aangeeft dat je over sommige dingen maar beter zwijgt.

Soms ging het om korte maar krachtige gesprekken zonder vervolg. Zoals deze. Samen in de skilift. Gesprek over mijn onvermogen tot erecties en de penisrevalidatie die het tij op termijn moet helpen keren. “Ja, Philip jongen, ik krijg hem ook al een tijdje niet meer zo goed overleind. En als ik het tegen ... (zijn vriendin) zeg, dan zegt ze dat ik wat meer porno moet kijken. Maar wat denkt ge? Dat gaat toch ook niet helpen zeker!?”

We zijn boven. Uitstappen.

Mijmering...

Een nieuwe rubriek waarin we fragmenten uit het leven van een lotgenoot willen brengen. Aan het woord is Philip. Een poosje terug geopereerd. Nog volop herstellende.

Einde gesprek. Maar zijn woorden zinderen na. Hoeveel ouder wordende mannen worstelen met erectieproblemen? Veel! Ik heb het ondertussen te vaak gehoord. Toch hoor ik in de cafetaria na het sporten alleen maar stoere-mannen-verhalen als het op seks aan komt. Hoeveel ellende verbergen al deze stoere woorden?

“ Toch hoor ik in de cafetaria na het sporten alleen maar stoere-mannenverhalen als het op seks aan komt. Hoeveel ellende verbergen al deze stoere woorden?

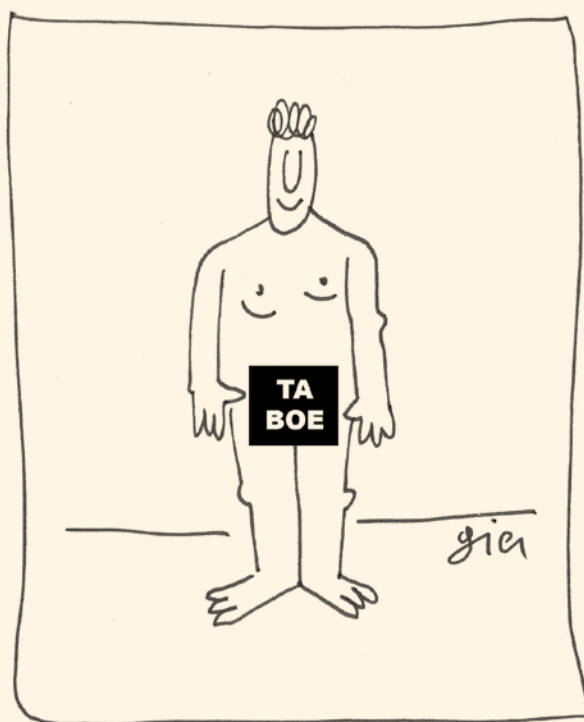
Mijn buurman en ik hebben een duidelijke klik met elkaar. Niet dat ik hem als een persoonlijke vriend beschouw, maar onze babbels met elkaar zijn meestal verre van oppervlakkig en geregeld zelfs heel persoonlijk. Ondanks dat had ik één verhaal nooit eerder gehoord. Tot ik hem vertelde over de plas- en erectieproblemen als gevolg van mijn operatie. Vooral zijn gezicht van opluchting zal ik niet snel vergeten. Alsof hij zich plots bevrijd voelde te vertellen wat hij al zo lang had ‘moeten’ verzwijgen. Het was hem nog maar een paar keer overkomen, maar die paar keer hadden er behoorlijk op ingehakt en zijn leven helemaal op zijn kop gezet: stoelgangverlies. Geheel onverwacht en niet zo’n beetje maar totaal. “Alles komt er dan uit,” zei hij. Eén keer was het hem in de winkel overkomen. Dat hij zijn volle winkelkar had moeten achterlaten, was nog het minste van zijn zorgen geweest. Zich een weg naar buiten moeten banen langsheen de mensen aan de kassa; dat beeld achtervolgt hem nog steeds. De priemende blikken, hij voelt ze nog steeds. “Ge hebt er geen idee van Philip hoe het uw sociaal leven ondermijnt,” zegt hij met tranen in de ogen. Arme buurman! Pjoew... het kleine beetje urine dat ik dagelijks verloor, verschrompelde voor even tot iets geheel onbelangrijks.

Heel bijzonder was ook het gesprek in de après-skibar een week voor mijn operatie. Met Ralf en twee andere skivrienden bespraken we de voorbij skidag. Tot het onderwerp switchte naar mijn nakende operatie en mijn angst voor de gevolgen ervan. Ralf en de twee anderen luisterenden oprecht. Hun luisteren voelde goed. Dan stak Ralf van wal en vertelde ontspannen en naturel over de borstamputatie van zijn vrouw. Hoe moeilijk het voor haar was geweest. En nog steeds is. Hoe hij er niet in slaagde haar duidelijk te maken dat ze ook zonder die borst voor hem nog aantrekkelijk was. Hoe het een zware domper

zette op haar zin in seks. Zelfs voor hem wilde ze haar lichaam niet tonen. Hoe ze samen gezocht hadden naar een compromis. Hoe hij ermee kon leven dat ze hem af en toe masturbeerde. Hoe...

Nog zoveel verhalen te vertellen. Over die man die als jonge dertiger teelbalkanker had doorgemaakt. En sindsdien met één teelbal verder moest. Over de vrouw in de rugschool die een medische borstverkleining moest ondergaan omdat haar te zware borsten een te zware belasting waren voor haar rug. Over... Goh, bijzonder toch, al die mensen die mij deelgenoot maakten van hun intieme-zone-ellende!? Openheid in ruil voor openheid! Misschien moeten we ons er met z’n allen toch maar eens over bezinnen. Is het echt zo’n goed idee de deurtjes naar onze intieme delen zo strak gesloten te houden? Poepen (in de betekenis van stoelgang maken), plassen en seks zijn natuurlijke behoeften. Erover zwijgen wordt problematisch als het op één van die gebieden begint te haperen. En het hapert dikwijls! En bij velen! Allemaal mensen die de last van het zwijgen daarover met zich meedragen.

Ja, misschien waren er mensen die mijn openheid stiekem en onuitgesproken niet konden appreciëren. Mensen die ‘er het hunne van dachten’. En ja, een enkele keer heb ik in mijn perifeer zicht wel eens iemand zien kijken met een blik van ‘wil ik dit allemaal wel horen?’. Toch slaat de balans door in de andere richting. Overduidelijk! Door openlijk de maatschappelijke norm te negeren ‘dat je die dingen voor jezelf houdt’, heb ik de deur bij anderen opengezet voor wat zij één voor één hebben ervaren als een bevrijdend gesprek. Ja, het taboe doorbreken loont! Je doet er jezelf en vele anderen een plezier mee!



NIEUWS van EUROPA UOMO

European Prostate Cancer Coalition

Europa Uomo is de Europese koepelorganisatie van 31 Europese patiëntenverenigingen voor prostaatkanker. De organisatie zet zich in voor een betere preventie, diagnose, behandeling en nazorg van prostaatkanker. Door samen te werken met patiëntenorganisaties, zorgverleners, onderzoekers en Europese beleidsmakers behartigt Europa Uomo de belangen van mannen met prostaatkanker. Daarnaast ondersteunt de organisatie haar leden met opleidingen, kennisdeling en gezamenlijke projecten om de kwaliteit van zorg en de levenskwaliteit van patiënten in heel Europa te verbeteren.

Op 22 mei 2026 hield Europa Uomo haar jaarlijkse Algemene Vergadering gevolgd door een halve dag Masterclass op 23 mei, in Ayia Napa, Cyprus.

In totaal namen 65 deelnemers deel, die 29 volwaardige, 4 geassocieerde en 1 steunende ledenorganisaties vertegenwoordigden. Wij Ook België vzw is een volwaardig lid van Europa Uomo en werd vertegenwoordigd door voorzitter André Deschamps en bestuurslid Benny De Vleeschauwer.

strategische doelstellingen die richting zullen geven aan de activiteiten en verdere groei van de organisatie in de komende jaren. Voorop staat: 'Laat geen enkele man achter. Een Europa waarin geen enkele man met prostaatkanker aan zijn lot wordt overgelaten en waarin elke patiënt toegang heeft tot ondersteuning, innovatieve behandelingen en uiteindelijk een genezing.'

Prof. H. Van Poppel, jarenlang diensthoofd urologie in het UZ Leuven en een pionier in prostaatkanker op Europees en wereldvlak werd als erkenning voor zijn jarenlange inzet benoemd tot erelid van Europa Uomo.



Tijdens de Algemene Vergadering keurden de leden de vereiste statutaire en administratieve zaken, waaronder de jaarrekening 2025 en de begroting voor 2026, goed.

De voorzitter van Europa Uomo, Erik Briers presenteerde het driejarig strategisch plan, met een duidelijk omschreven visie en missie, een reeks kernwaarden en vijf

Ook werd er een nieuw bestuurslid gekozen. Voorzitter van Europa Uomo, is nog steeds Erik Briers tevens ondervoorzitter Wij Ook België (midden vooraan foto op pagina 15) en delen we onze secretaresse Anja Vancauwenbergh met Europa Uomo waar zij Executive Secretary is (midden achteraan foto op pagina 15).



v.l.n.r: boven: B. Madsen (Denemarken), K. Vos (Nederland), A. Vancauwenbergh (België), B. Kavanagh (Ierland).
Onder: M. Koivuneva (Finland), K. Khouidrat (Frankrijk), E. Briers (België), T. Estapé (Spanje) en G. Georgallis (Cyprus).

Eén van de belangrijkste punten op deze Algemene Vergadering was een uitgebreide herziening van de statuten en het huishoudelijk reglement die beide unaniem werden goedgekeurd.

Verschillende bestuursleden die de werkgroepen van Europa Uomo voorzitten, gaven korte updates over hun activiteiten en verwezenlijkingen van het afgelopen jaar. Er werden rapporten gepresenteerd van o.a. de Scientific

Working Group waar onze voorzitter André Deschamps in zetelt en die nu werkt aan een vervolg van de EU-PRESS studie.

Een vierdaagse bijeenkomst vol constructieve bijdragen, inzet, betrokkenheid en samenwerking die van onschatbare waarde is voor het voortdurende succes van Europa Uomo en haar missie.

Anja Vancauwenbergh
Executive Secretary Europa Uomo
& Secretaresse Wij Ook België vzw

EUROPA UOMO
The Voice of Men with Prostate Cancer in Europe

EUROPA UOMO
De stem van mannen met prostaatkanker in Europa
Secretariaat: Brusselstraat 51, 2018 Antwerpen

Bestraling geen lolletje

Patiëntenverhaal

Het wegnemen van de prostaat in februari 2021 was één van mijn zegeningen. Maar geleidelijk was mijn PSA verhoogd, van 0,03 in 2022 naar 0,04 in 2025 tot 0,12 dit jaar. Een Pet-Scan en een CT-scan brachten een verdacht kliertje aan het licht.

Als je er niet aan begint, is er geen beginnen aan. Ik was wanhopig, verzette mij en wilde de bestraling bijna niet aanvaarden tot ik besepte dat uitstellen of vluchten geen zin had, ook al werd ik plots door angst en paniek overvallen.

Bestraling ondergaan was een heel avontuur, zowel voor mijn vrouw en mijzelf, want het slopte ons helemaal op. Dagelijkse rituelen gaven structuur. Zo nodig een suppositoire opsteken om de darmen te ledigen, een kwartiertje wachten, liefst rustig lezend. Dan naar het groot toilet gaan, 'la grande affaire' met wat lectuur ter afleiding. Dan ging ik douchen, deed proper ondergoed aan en verse sokken. Op sombere dagen droeg ik zwarte sokken, op matige dagen sokken met motiefjes en op de goede

dagen blauwe sokjes met witte wolkes.

“ Rituelen zijn als bakens in een woelige zee, ze geven een gevoel van veiligheid

Rituelen zijn als bakens in een woelige zee, ze geven een gevoel van veiligheid, vooral van controle, want wie wil nu zijn leven uit handen geven? Mij werd op het hart gedrukt veel water te drinken wat ik heb gedaan.

Bestraling ondergaan is een onromantisch gebeuren, je gaat een

tijdje in quarantaine. Het mannelijke en overwegend vrouwelijke en vakbekwame team zorgde ervoor dat ik in de juiste positie lag en stelde mij gerust. Zeker niet meer bewegen, was de boodschap. Ik mocht wel bidden en mij gedichten voor de geest halen.

Het is het hele team geweest dat mij met zachte hand heeft gesteund en begeleid en mijn angsten serieus heeft genomen. De liefdevolle woordjes, de goede raad, de humor en het enthousiasme zal ik mij blijvend herinneren. Dank aan mijn vrouw, de arts, de verpleging en het ganse team die mijn grote verwarring, angst en gekte wilden begrijpen.

*De wereld van Johannes,
Oostende*

De eerste maar belangrijke schakel: de huisarts

Dag dokter,

U bent de eerste schakel, de stille kracht. In onze vorig nummers van maart en juni kon u lezen hoe uw patiënt deel uitmaakt van een netwerk. En dat ook u, als huisarts, in dit netwerk betrokken bent. Voor duizenden mannen begint het hele verhaal van prostaatkanker niet in het ziekenhuis maar in de huisartsenpraktijk.



Uw praktijk

Daar in dat kabinet waar vertrouwen en nabijheid centraal staan, wordt de eerste PSA-test aangevraagd, wordt de eerste ongerustheid uitgesproken, wordt ook de eerste geruststelling gegeven of het eerste vermoeden uitgesproken.

Maar u dokter, u bent de stille kracht achter een vroege detectie.

- U ziet de man die twijfelt om een PSA-test aan te vragen.
- U ziet de man die zegt: "ik wil het eigenlijk niet weten".
- U ziet de man die komt "voor zijn vrouw".
- U ziet de man die bang is maar dat niet wil of niet kan tonen.

Wij willen u in ons blad ook aan het woord laten.

Eerlijk en menselijk.

Over wat u elke dag meemaakt.

Over de moeilijke gesprekken, de kleine overwinningen, de twijfels, de opluchting, de frustraties en de hoop.

In dit nummer van ons blad willen wij verbinden.

- Tussen u als huisarts en patiënt.
- Tussen eerste en tweede lijn.
- Als vertrouwenspersoon naar onze lezers.

Voor een volgend nummer van PROSTAATinfo zoeken wij getuigenissen van huisartsen over hun ervaringen.

Dat kan gaan over:

- PSA-screening
- Moeilijke gesprekken die u moet voeren
- Angstige of twijfelende patiënten
- Misverstanden over prostaatkanker
- De rol van de partner
- De samenwerking met urologen
- Alles wat u in uw praktijk tegenkomt.

Alles wat wij in onze teksten vergeten zijn en wat u wel belangrijk vindt. Onze bedoeling is de patiënt meer vertrouwen te geven in de huisarts. Dat hij als patiënt niet moet bang zijn voor het woord "prostaatkanker".

Wij nodigen u uit om uw ervaringen te willen delen.

Om u te helpen geven wij een aantal mogelijke voorbeelden zoals:

- U ziet de mannen die twijfelen om een PSA-test te vragen?
- Hoe gaat u om met "Dr. Google"-patiënten?
- Hebt u het moeilijk om vervelend nieuws te moeten brengen?
- Hoe gaat u om met de spanning tussen diagnose en vroegdetectie?
- Wat zegt u aan de man die "voor zijn vrouw komt"?
- Hoe reageert u op de patiënt die te laat komt, wat doe je hiermee?
- Wat is de impact van een PSA-uitslag op de consultatie?
- Hoe gaat u, als arts, om met angst, schaamte of ontkenning?
- Hoe ziet u de rol van de huisarts in shared decision making?
- Wat zegt u de man die elk jaar vraagt: "moet ik nu testen of niet?"
- En hoe gaat u om met de man die zegt: "ik wil het niet weten"
- Hoe reageert u op de man die zegt: "mijn broer had het, moet ik nu ook testen?"



- Wat zegt u de man die geen klachten heeft maar toch ongerust is?
- En wat zegt u de man die wel klachten heeft maar ze minimaliseert?
- Hoe is de samenwerking met urologen?

En met een knipoog naar Proust wilden we uzelf wat beter leren kennen met deze vragen:

- Wat is voor u het mooiste moment van uw werkdag?
- Wat is de grootste uitdaging in uw praktijk?
- Hoe gaat u om met al of niet gedwongen – noodzakelijke – patiëntenstop?
- Welke eigenschap waardeert u het meest in patiënten?
- Wat is uw grootste professionele droom?
- Wat is uw favoriete plek om tot rust te komen?
- Wat is uw levensmotto als arts?
- Welke patiënt vergeet u nooit? (anonieme getuigenis)
- Wat zou u willen dat patiënten beter begrijpen?
- Wat is uw grootste bron van voldoening?
- Wat hebt u al meegemaakt in uw wachtzaal?
- Hebt u nog tijd voor hobby's? Doet u aan sport?
- Welk soort boeken leest u? Welk boek zou u ons aanraden en waarom?
- Hebt u een geheime passie?
- Welke historische figuur inspireert u op een bijzondere manier en waarom?
- In welk land zou u het liefst willen wonen en waarom?
- Waarover zou u méér willen weten?



Dit zijn slechts enkele voorbeelden om u te inspireren. Onze bedoeling is de patiënt méér vertrouwen te geven in de huisarts. Dat hij als patiënt niet bang moet zijn voor het woord “prostaatkanker”. Uw zeer gewaardeerde bijdrage wordt verwerkt en helpt onze lezers beter te begrijpen wat er gebeurt in de eerste lijn.

Mail ons op mail@prostaatinfo.be met als onderwerp: “de huisarts spreekt”.

Met heel veel dank en warme groeten!
De redactie van Wij Ook
www.wijook.be

Emiel Blommaert

Info

Inloophuis Alegria

Alegria is een warme ontmoetingsplek voor mensen met kanker en hun naasten.

We zijn er voor alle mensen die geconfronteerd worden met kanker dus ook de familie, de vrienden, de partners en de kinderen zijn van harte welkom bij Alegria. Je bent er welkom tijdens het volledige ziekteproces: vanaf de diagnose, tijdens de behandeling en na de behandeling.

Iedereen wordt bij ons aangenaam verwelkomd en kan steeds terecht voor een deugddoende babbel.

We streven ernaar mensen veerkrachtiger te maken door een brede waaier van activiteiten op maat aan te bieden. Alegria helpt mensen op weg zodat ze op termijn weer op zichzelf verder kunnen.

We zijn in de regio Kempen actief op verschillende locaties.

Aarzel niet om met ons contact op te nemen of spring eens binnen.

Telefoon: 0483 61 75 20
E-mailadres: coordinator@alegriavzw.be
Website: www.alegriavzw.be

Prof. Karolien Goffin

Doelgerichte precisetherapie bij gevorderde prostaatkanker: Wat is $^{177}\text{Lutetium}$ -PSMA radionuclide therapie?



Als de diagnose prostaatkanker valt, start er vaak een traject van operaties, bestralingen of hormoontherapie. Bij de meeste mannen houdt dit de ziekte jarenlang effectief onder controle. Maar wat als de tumorcellen na verloop van tijd toch weer de kop opsteken en zich gaan verspreiden? Gelukkig staat de medische wetenschap niet stil. Binnen de nucleaire geneeskunde beschikken we vandaag over een innovatieve behandeling die heel gericht de aanval inzet op uitgezaaide prostaatkanker: $^{177}\text{Lutetium}$ -PSMA-therapie.

Voor wie is deze therapie bedoeld?

$^{177}\text{Lutetium}$ -PSMA-therapie is een behandeling voor mannen met een gevorderd stadium van prostaatkanker (gemetastaseerde castratieresistente prostaatkanker). Dit betekent dat de kanker is uitgezaaid naar bijvoorbeeld de botten of de lymfeklieren, en dat de standaard hormoonbehandelingen niet meer voldoende werken. Meestal hebben patiënten ook al chemotherapie achter de rug. Om te weten of een patiënt in aanmerking komt, kijken we naar een specifiek eiwit: het PSMA (Prostaat Specifiek Membraan Antigeen). Dit eiwit zit in grote hoeveelheden op de buitenkant van prostaatkankercellen. Met een voorafgaande PSMA-PET/CT-scan brengen we eerst nauwkeurig in kaart of de tumorcellen dit eiwit inderdaad dragen. Is dat het geval? Dan hebben we een 'ingangspoort' om de cellen heel gericht te bestrijden.

Hoe werkt het? Een slimme 'zoek-en-vernietig'-methode

De therapie werkt als een soort slimme kruisraket in het lichaam. We koppelen een radioactief deeltje

(Lutetium-177) aan een molecule die als een gids (het PSMA-ligand) op zoek gaat naar de prostaatkankercellen. Het radioactieve geneesmiddel reist via de bloedbaan door het hele lichaam. Zodra de gids een prostaatkanker vindt, klikt hij zich daaraan vast als een sleutel in een slot. De cel neemt het complex vervolgens in zich op. Eenmaal binnen geeft het Lutetium lokale straling af

“ **Het grootste deel van de radioactiviteit verlaat het lichaam snel via de urine en stoelgang.**

(bètastraling). Deze straling beschadigt het DNA van de tumorcel permanent, waardoor de cel afsterft. Omdat de straling slechts een fractie van een millimeter ver reikt, blijft het omliggende gezonde weefsel maximaal gespaard.

Wat mag u verwachten?

Het hoofddoel van ¹⁷⁷Lutetium-PSMA-therapie is het remmen van de ziekte en het verlengen van een kwaliteitsvol leven. Bij een grote groep patiënten zien we het PSA-gehalte in het bloed aanzienlijk dalen. Daarnaast kunnen uitzaaiingen kleiner worden of stoppen met groeien, dit kunnen we bekijken op beeldvorming met PSMA-PET/CT. Dit kan dan weer

leiden tot een verlenging van de algemene overleving. Wanneer patiënten (bot)pijn ervaren, zullen ze vaak duidelijke afname hiervan ervaren, waardoor er minder pijnmedicatie nodig is en de mobiliteit verbetert.

Hoewel de therapie over het algemeen veel milder en beter verdragen wordt dan traditionele chemotherapie, zijn er enkele milde nevenwerkingen bekend. Omdat het PSMA-eiwit ook in kleine hoeveelheden op gezonde cellen zit (zoals in de speeksel- en traanklieren), kunnen patiënten last krijgen van een tijdelijk gevoel van **droge mond** of droge ogen, tijdelijke **vermoeidheid** in de dagen na de injectie, een verminderde eetlust en een tijdelijke daling van de bloedwaarden (aanmaak van rode en witte bloedcellen en bloedplaatjes in het beenmerg), wat we via bloednames nauwkeurig opvolgen.

Het praktisch verloop: Hoe ziet de behandelingsdag eruit?

Een volledige behandeling bestaat doorgaans uit **4 tot 6 cycli**, met telkens een pauze van **6 weken** tussen elke behandeling. Dit geeft het lichaam en het beenmerg de tijd om te herstellen. Binnen elke cyclus zal de patiënt gedurende 1 dag opgenomen worden op de afdeling Nucleaire Geneeskunde. Er wordt een infuus geplaatst en er wordt bloed geprikt om de bloedwaarden te controleren. ¹⁷⁷Lutetium-PSMA wordt via het

infuus langzaam ingespoten, wat volledig pijnloos is. Vaak worden er ook ijspacks of een masker met koel water op de wangregio gelegd om de speekselklieren te beschermen. Omdat het lichaam na de toediening straling uitzendt, verblijft de patiënt in België 1 nacht in een speciaal uitgeruste kamer. Het grootste deel van de radioactiviteit verlaat het lichaam snel via de urine en stoelgang. Bij ontslag krijgt de patiënt eenvoudige leefregels mee voor de eerste dagen thuis om de omgeving te beschermen tegen de reststraling.

Een hoopvol perspectief

¹⁷⁷Lutetium-PSMA-therapie is een prachtig voorbeeld van theranostics: het perfecte samenspel tussen precisiediagnostiek (de scan) en precisiebehandeling (de therapie). Voor patiënten bij wie de reguliere opties uitgeput raken, biedt deze nucleaire behandeling een waardevol en hoopvol perspectief met een behoud van een goede levenskwaliteit.

Heeft u na het lezen van dit artikel vragen over uw specifieke situatie? Bespreek deze dan gerust met uw behandelend oncoloog of nucleair geneeskundige.

*Prof. dr. Karolien Goffin
Nucleaire geneeskunde
UZ Leuven*

PROSTAATKLACHTEN & URINEVERLIJES

1 OP 4 MANNEN KRIJGT ERMEE TE MAKEN



MAX SECURITY
& COMFORT

100%
DISCREET

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 de QR-code voor meer informatie over
TENA Men producten of ga naar:
tena.be/nl/tenamen

Discrete bescherming tegen urineverlies.
Vraag raad aan uw apotheker over onze TENA Men verbanden.



MEN
KEEP CONTROL

UITNODIGING

SAMEN STERKER NA PROSTAATKANKER

Gratis symposium voor (ex-)prostaatkankerpatiënten
en hun partner



Praktische handvatten, herkenbare getuigenissen
en concrete tips van experts én lotgenoten.
Samen zoeken we naar oplossingen.



Informatie,
erkenning en
verbinding



PRAKTISCHE INFORMATIE



WANNEER?
ZATERDAG
3 OKTOBER 2026



09.30 – 13.00 uur



WAAR?
HOSPITAAL SINT-JAN

Kruidtuinlaan 32
1000 Brussel

PROGRAMMA

- 09.30u. Ontvangst met koffie en thee
- 10.00u. Welkom door André Deschamps (Wij Ook)
- Mentale impact van prostaatkanker: hoe ermee omgaan? - Prof. Manuel Keirse
 - Enkele cijfers uit Euproms door Luc Gyns
 - Een patiënten getuigenis: Erik Briers
- Pauze. Koffie en bezoek aan de informatiestanden**
- Incontinentie na prostaatkanker: behandelingen en oplossingen (kiné, male sling en sfincter) - Prof. Ko Van Renterghem
 - Omgaan met impotentie: behandelingen en mogelijkheden - Dr. Sam Ward
- 12.45u. Slotwoord
- 13.00u. Lunch en gelegenheid tot ontmoeting met lotgenoten

BEREIKBAARHEID



OPENBAAR VERVOER



10 minuten wandelen
vanaf **Brussel-Noord**



2 minuten wandelen
vanaf **metro Rogier**



MET DE WAGEN



Gratis parkeren in
Interparking
Kruidtuin – Sint-Jan



Gratis **uitrijticket** voor
alle deelnemers



DEELNAME IS GRATIS,
maar inschrijven is verplicht.
Uiteraard is je partner ook welkom.



INSCHRIJVEN

Mail naar

info@wijook.be

Incontinentie en wandelen

Mijn verhaal begint 18 jaar geleden. Ik was 48 en had zware plasproblemen. Oorzaak was een veel te grote prostaat, een TURP-operatie was noodzakelijk. Verdere onderzoeken werden er niet gedaan, PSA was te hoog maar dat lag aan die grote prostaat. De kans dat er kanker zou ontdekt worden bij iemand van 48 werd heel klein ingeschat, ongeveer 10%. Uiteindelijk behoorde ik wel tot die 10% maar gleason score was niet alarmerend, er was nog tijd om na te denken.

Ik wou mij goed informeren en vond op het internet de vereniging 'Wij Ook'. De vele lezingen in Antwerpen sterkten mij in het idee van 'afwachten en opvolgen'. Ik verliet telkens die meetings met een gerust gemoed. Na die ingreep had ik last van een vorm van incontinentie maar men verzekerde mij dat dit normaal was en zou verdwijnen na een drietal maanden. Mijn focus ging nu naar mijn PSA-waarde en die was na drie maanden zeer goed. Maar die incontinentie werd steeds erger. Het verhinderde mijn slaap en een 'normaal' leven. Het werd tijd om dit aan te pakken en dat bleek toch niet zo eenvoudig te zijn.

Een score van 8/10

Om mij wat 'veiliger' te voelen tijdens mijn werk, ik had een paar 'accidentjes' gehad, gaf mijn huisarts de raad een 'pamper' te dragen. Stel je voor, je bent 48, dat is toch iets voor patiënten van 80 jaar? Maar ik kom mij daar al gauw overzetten en noemde het mijn 'stootkussen'. Ondertussen volgden de verschillende behandelingen en therapieën elkaar op om die incontinentie te verhelpen: allerlei soorten medicatie en 50 sessies bij de kinesiste (bekkenbodembodem oefeningen). Uiteindelijk gaf een andere kinesiste mij de raad om een consult aan te vragen bij een gespecialiseerde dienst in UZ Gent. Mijn eerste bezoek daar gaf mij goede moed, er werd naar mij geluisterd, ik werd begrepen en het was niet hopeloos, maar er zouden nog vele (pijnlijke) onderzoeken volgen.

Iedereen die met eender welke vorm van incontinentie is geconfronteerd weet dat je veel geduld moet hebben vooraleer een 'oplossing' uit de bus komt. Dat proces, fysiek en mentaal, is

zeer goed beschreven in het boek van Dr. Rudy Van Giel:

'Kankeren, een arts wordt patiënt'. Naast het fysieke ongemak is er immers ook de mentale last. Je bent moedeloos en een depressie loert om de hoek. Die moeilijke nachten waren een verzwarende omstandigheid. In mijn case bleek een neurostimulator de beste therapie, mijn levenskwaliteit steeg naar 8/10.

Focus je op wat je nog kan

Na al die jaren en het horen en lezen van ervaringen mag je nooit wanhopen. De behandelmethodes zijn zo uitgebreid geworden dat er altijd nog hoop is. Maar verwacht geen score van 10/10. Toen ik in de zaal lag na de laatste vervanging van het toestel, was er bij sommigen toch een veel te hoge verwachting van deze therapie. Het laat mij nu toe om terug te kunnen inslapen en een redelijke nachtrust te hebben. En ik moet inderdaad meer naar het toilet dan een ander, in een onverwachte verkeersopstopping staan is een stressmoment, een theatervoorstelling staat nog maar zelden in mijn agenda en planning van mijn dag is het nieuwe normaal. Focus op wat je wel nog kan of je gaat er mentaal aan kapot.

“ Er is tijd voor reflectie, om te genieten van de pracht van de natuur en het lekkere eten

Wandelen als therapie

Zo kwam de optie 'wandelen' in het vizier, mede doordat Wij Ook wandelen aanmoedigde. Bij

natuurwandelingen staat er immers altijd wel ergens een boom of een verborgen plekje waar je snel een plasje kan doen. Hydrateren deed ik aan het begin van de wandeling zodanig dat alle vocht uit mijn blaas was tot ik de terugreis moest aanvatten. Meteen werd het aangename aan het nuttige gekoppeld en schreef ik zo'n 50 wandelroutes uit in twee digitale boeken. Wandelen is niet enkel praktisch bij incontinentie maar ook mentaal deed het mij goed. Ik zocht locaties op waar je soms alleen bent. Die stilte, het groen, de bloemen, de vogels, de geuren ... het is helend. Daardoor mocht het voor mij ook iets meer zijn zoals langere wandelingen langs GR-paden. En dan, tijdens een vakantie aan de Costa Blanca, groeide het idee om naar Compostela te wandelen met een goede kennis.

Bijzondere belevingen op de Camino

Natuurwandelingen bij ons, GR-wandelingen, grote tochten, ... niets is te vergelijken met een tocht op de Camino naar Santiago de Compostela. Die internationale ontmoetingen onderweg zijn zo bijzonder. Elkeen die je ontmoet heeft wel tot doel om tot aan de kathedraal te wandelen, maar bij velen is daar ook een reden voor. En dat geeft die wandelingen een extra dimensie. Velen zijn mij bijgebleven maar daarvan wil ik er twee met jullie delen.

Toen ik vertrok in Vigo werd ik telkens opgehouden door rode verkeerslichten en telkens beenden vijf vrouwen mij bij. Op gewone wandelschoenen waren ze nog maar net vertrokken en ze begonnen al af te tellen: 'Nog 99 km te gaan'. Uiteindelijk tijdens het wachten tot het groen werd kwam het tot een

Van Patiënt naar Potent

Van Patiënt naar Potent, Herwin je seksleven en intimiteit na (prostaat)kanker. Een boek van Dr. Melianthe Nicolai, uroloog en medisch seksuoloog.

gesprek. Ze waren van Oekraïne en deden dit als steunbetuiging voor hun echtgenotes die allen in het leger waren, één zelfs aan het front ... Dan werd ik toch wel even stil.

Op de heel rustige spirituele route ontmoette ik een fitte zeventiger maar die het plots lastig kreeg. Hij bleek in hormoontherapie te zitten en had enorm veel steun en moed gekregen door deze wandeltocht. Hij wou niet opgeven, uiteindelijk kon ik hem overtuigen om een rustdag in te lassen en belde een taxi. Een vijftal dagen later kreeg ik een berichtje dat hij aan de kathedraal in Santiago de Compostela stond.

Je hoeft niet katholiek te zijn om dit te ondernemen. Soms ben je alleen op de route, soms tussen anderen. Er is tijd voor reflectie, om te genieten van de pracht van de natuur en het lekkere eten ... en een boom is nooit ver weg 😊

Ik wil besluiten met een heel mooi berichtje. Het is afkomstig van iemand die exact een jaar voordien een radicale prostatectomie onderging en net Santiago de Compostela bereikt had, samen met andere ex-patiënten. "We zijn gestart als onbekenden voor elkaar, maar geëindigd als Camino vrienden. Dankjewel om samen deze bijzondere Camino naar Santiago de Compostela te beleven. Elke stap, elk gesprek, elke lach en elk moment van steun maakten deze reis onvergetelijk. Het was mooi om samen dezelfde weg te delen en elkaar onderweg te ontmoeten. Ik neem niet alleen herinneringen mee naar huis, maar ook warme verbondenheid en dankbaarheid."

G.

De prostaatverpleegkundige had mij het boek aangeraden. Omdat ik mij grote zorgen maakte over een verlies van potentie na de prostaatoperatie die nakend was.

Toegegeven, de foto op de achterflap was niet meteen geruststellend. Uroloog en seksuoloog, die combinatie klonk aantrekkelijk. Maar vrouw en jong dan weer minder. Geen reden om te twifelen aan haar medische deskundigheid, daar heeft geslacht niets mee van doen. Maar kan een jonge vrouw invoelend begrijpen wat erecties en het verlies ervan écht betekenen voor een man? Ze lijkt bedacht geweest te zijn op die reactie en opent haar boek met een vrij uitgebreide motivatie: een beklijvend persoonlijk verhaal met daarin alle ingrediënten die haar keuze voor urologie in combinatie met seksuologie bepaald hebben. Zij wil anderen bieden wat ze in haar medisch traject zelf gemist heeft: aandacht voor haar seksueel functioneren tijdens en na haar (zwaar en langdurig) genezingsproces.

Al is het boek niet enkel bestemd voor mannen met prostaatkanker, het grootste deel van het boek richt zich precies tot hen. De eerste delen zijn algemener. Vanuit eigen ervaring weet ze hoezeer 'plots gebombardeerd worden tot patiënt' je relaties en de wereld errond op zijn kop kan zetten. Als je daarbij moet inboeten aan continëntie en/of potentie komt daar nog een stuk rouwverwerking bij. In deel 1 beschrijft ze op een overtuigende en leerzame manier hoe daarmee om te gaan.

Ook continëntieproblemen komen in deel 1 aan bod. Oorzaken en hulpmiddelen. Met extra aandacht voor de bekkenbodemspieren. Niet alleen omdat het versterken ervan de manier is om continëntieproblemen met succes aan te pakken. Ook omdat - en dat is minder bekend - gezonde bekkenbodemspieren een noodzakelijke voorwaarde zijn voor ons seksueel functioneren. Ze komt er doorheen haar boek nog geregeld op terug.

Deel twee van haar boek, kan voor sommigen ontvullend zijn. De beste seks ontspruit vanuit intimiteit. Seks gericht op lust of op prestatie kan perfect zonder intimiteit. Het zal minder verbindend werken maar kan even lekker en geil aanvoelen. Het wordt pas een



probleem wanneer één van beide partners niet meer op dezelfde manier kan presteren als daarvoor. Wat in relaties waar intimiteit mank loopt niet zelden leidt tot het opgeven van seks. Zonde, zo bepleit Dr. Melianthe. Omdat het meestal ook een verdere aanslag is op de intimiteit die al zo broos was. En daardoor ook op het gevoel van verbondenheid. Maar ook omdat orgasmes gewoonweg gezond zijn: “Als je last hebt van hoofdpijn, slapeloosheid of je heel erg gespannen bent, bezorg jezelf of elkaar dan een orgasme. Hoe langer en hoe beter de opbouw, hoe groter de ontlading die volgt.” Intimiteit dus als voorwaarde voor goede seks. Intimiteit ook als eerste stap in het herstel van partnerseks na een prostaatoperatie. Maar ook intimiteit omdat het los van seks gezond is voor lijf en geest. Het wordt in detail en overtuigend uitgelegd.

Voor al kankerpatiënten lijken er zich bewust van te zijn dat voeding en leefstijl gezond zijn voor je lijf. Dat het ook de basis is voor gezond seksueel functioneren is veel minder bekend. In deel 3 wordt het haarfijn uit de doeken gedaan.

En dan deel 4, het meest uitgebreide deel in dit boek: hoe herstel je van seksuele problemen die het gevolg zijn van een kankerbehandeling? Met daarin voornamelijk aandacht voor de gevolgen van prostaatkankerbehandelingen. Niet alle behandelingen resulteren in een even goede uitkomst. Maar er zijn altijd nog mogelijkheden!

Deel 5 is een enigszins verrassend einde. Het gaat hoofdzakelijk over... de vrouw. Pakweg negen op de tien

mannen zitten in een relatie met een vrouw. En vrouwen zitten op seksueel vlak toch net iets anders in elkaar dan mannen. Inzicht daarin is een voorwaarde om er goed mee om te gaan. Nog meer als seksueel functioneren na een prostaatkankerbehandeling minder vanzelfsprekend geworden is.

Wie dit boek leest, zal er zelf snel van overtuigd zijn: eigenlijk is dit een boek waarvan grote delen iedere man aanbelangen. Ook zij die (nog) niet geconfronteerd worden met prostaatproblemen. En wat helemaal mooi is: mannen met seksuele problemen die er echt voor gaan zouden wel eens kunnen eindigen in een situatie waarin het seksuele spel met hun partner nog warmer, rijker, waardevoller, intiemer... geworden is.

Seks is voor mij altijd heel belangrijk geweest. Zo belangrijk zelfs dat ik het klasseer tussen de dingen in het leven die het leven de moeite waard maken geleefd te worden. Het vooruitzicht dat er mogelijk zwaar ging gesnoeid worden in mijn erecties beangstigde mij enorm. Het maakte mij ronduit depressief. Dit boek heeft mij door die moeilijke periode heen geholpen. Het heeft mij terug hoop gegeven. Ik ben nog herstellende van mijn prostaatoperatie, maar kan nu al zeggen dat de gekoesterde verwachting bij het lezen van dit boek voor een groot deel nu al effectief ingelost is!

Een aanrader voor alle mannen die seks belangrijk vinden. Ook na hun (prostaatkanker-)behandeling!

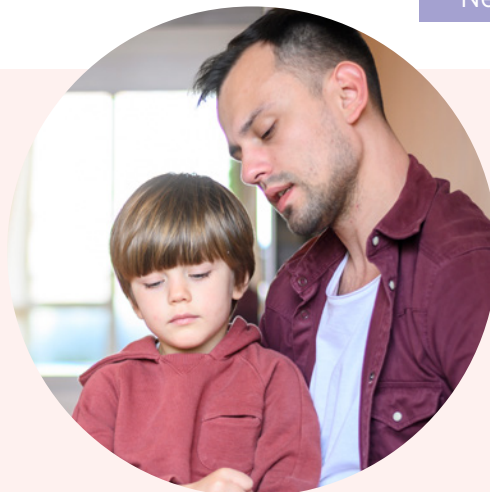
Ik wil eindigen met enkele citaten uit het boek die mij enorm geraakt hebben (allemaal te vinden op blz. 27). “... want voor de meeste mannen zijn erecties heel belangrijk voor het gevoel van man zijn ... heel logisch dat het uitblijven van zwelling in de penis, waar die daarvoor altijd betrouwbaar reageerde, verdrietig of onzeker maakt.” “De penis is altijd in meer of mindere mate prominent aanwezig in een mannenleven...”

Dit verliezen of verminderen van de erecties voelt voor veel mannen als een verlies van mannelijkheid”.

Dr. Melianthe begrijpt mannen, dacht ik toen ik dit las. Dit zwart op wit te kunnen lezen uit de mond van iemand met zoveel deskundigheid was voor mij een enorme riem onder het hart. Het heeft mij de moed gegeven nog meer te vechten voor het herwinnen van mijn seksleven. In welke vorm dan ook.

Hoe vertel ik het mijn kinderen?

Wanneer een man de diagnose prostaatkanker krijgt, komt vroeg of laat de vraag: “moet ik het aan mijn kinderen vertellen? En hoe?” Er bestaat geen juiste of foute manier. Maar er zijn wel inzichten die kunnen helpen.



1. Kinderen voelen méér dan we denken

Zelfs als u niets zegt, voelen kinderen:

- Spanning
- Verandering in sfeer
- Vermoeidheid
- Verdriet
- Geheimen

Zwijgen beschermt hen niet altijd.

Soms maakt het hen net banger.

2. Pas uw uitleg aan aan hun leeftijd

3. Bij kleine kinderen (tot ongeveer 10 jaar)

- Hou het eenvoudig
- Gebruik geen medische details
- Benadruk dat zij niets verkeerd hebben gedaan
- Geef ruimte voor vragen

Een voorbeeld: “Papa is ziek, maar de dokters helpen hem. Jij hebt hier niets aan gedaan”.

4. Bij tieners

- Wees eerlijk
- Geef ruimte aan emoties
- Laat hen zelf vragen stellen
- Vermijd doemscenario's

Een voorbeeld: “Ik heb prostaatkanker. Het is behandelbaar, maar het wordt een periode”.

5. Bij volwassen kinderen

- Geef voldoende informatie
- Betrek hen indien gewenst
- Laat hen zelf bepalen hoeveel ze willen weten

Een voorbeeldzin: “Ik wil dat jullie op de hoogte zijn. Jullie hoeven niet te zorgen, maar ik wil open zijn”.

6. Zeg wat u voelt, dat helpt hen

veel vaders zeggen:

- “Ik wil hen niet bang maken”
- “Ik wil sterk blijven”
- “Ik wil hen beschermen”

Maar kinderen, van welke leeftijd ook, waarderen eerlijkheid. U mag zeggen:

- “Ik ben bang”
- “Ik weet niet hoe dit verder zal gaan”
- “Ik wil dat jullie het weten”

Eerlijkheid creëert verbondenheid.

7. Geef kinderen

een rol die bij hen past. Sommige kinderen willen:

- Mee naar consultaties
- Helpen met praktische zaken
- Informatie opzoeken

Andere kinderen willen:

- Afstand
- Rust
- Tijd

Beide reacties zijn normaal.

8. Wat u beter niet doet

- Niet minimaliseren (“het is niets”)
- Niet dramatiseren (“ik ga dood”)
- Niet geheimhouden
- Niet wachten tot ze het zelf merken

“Openheid is moeilijk, maar veelal zeer helend.”

9. Wat u wél kunt doen

- Kies een rustig moment
- Vertel het samen met uw partner
- Laat ruimte voor stilte
- Laat hen vragen stellen
- Herhaal dat zij niets fout hebben gedaan

10. U hoeft dit niet alleen te doen

Psychologen, onco coaches, huisartsen en urologen kunnen helpen bij:

- Het gesprek voorbereiden
- Woorden vinden
- Omgaan met emoties
- Het begeleiden van kinderen

11. Wat kinderen ons vertellen

Uit gesprekken met volwassen kinderen van patiënten:

- “Ik wou dat hij het vroeger had gezegd”
- “Ik voelde dat er iets was, maar niemand zei iets”
- “Ik had liever de waarheid geweten”
- “Het bracht ons dichter bij elkaar”

Openheid is moeilijk, maar veelal zeer helend.

Emiel Blommaert

Inlegkruisjes 1

Inlegkruisjes. In mijn hoofd is het woord zo sterk verbonden met het vrouwelijke geslacht dat ik er niet aan kan wennen ze zelf te dragen. De totaal anders gevormde mannelijke versie weliswaar, maar in mijn oren blijft het vrouwelijk klinken. Misschien dat ze in een ziekenhuiscontext daarom verbandjes genoemd worden. Wat me dan weer te medisch klinkt. Waardoor het mijn patiënt zijn onderstreept. Inlegkruisjes of verbandjes dus. Let in beide gevallen op de drie laatste letters. Waarom er een verkleinwoord van maken? In een poging het minder belangrijk te laten lijken? Voelt het op die manier minder zwaar ze nodig te hebben?

Voor mij blijft het dragen ervan een dagelijkse confrontatie met mijn falen. Er maar niet in slagen mijn plas naar behoren op te houden. In mijn hoofd is dat beeld gelinkt aan hele kleine kindjes. Die kunnen hun plas (nog) niet ophouden. En hele oude mensen. Die kunnen soms hun plas niet (meer) ophouden. Het idee dat ook prostaatkankerpatiënten er last van kunnen hebben, heeft zich nog niet als een vanzelfsprekendheid in mijn hoofd genesteld. Nog niet. Elke vezel in mij verzet zich ertegen en geeft mij kracht om te blijven vechten tegen ongecontroleerde plasdrang, ongewild urineverlies. Al stelt dat gevecht niet veel voor. Veel valt er niet te vechten. Dag na dag mijn bekkenbodemspieren in kracht doen toenemen. En dus consequent doen wat de bekkenbodemtherapeute mij heeft opgedragen. En elke 24 uur het gebruikte verbandje wegen. Min het gewicht van een nieuw verbandje en ik weet hoe goed het de voorbije 24 uur gelopen is. Of hoe slecht.

Verbandjes dus. Of ik er wel goed aan doe ze elke dag te wegen, vroeg de oncologisch verpleegkundige zich hardop af. U bent er zo op gefocust mijnheer. Het geeft u moed als het een dag goed gaat. Maar ge schiet haast onderdoor als het resultaat minder is. Zet die weegschaal eens drie weken aan de kant en weeg ze dan nog eens gedurende een week zodat ge terug een gemiddeld resultaat hebt. Gun uzelf in de tijd ertussen rust in uw hoofd. Zijt er eens drie weken niet zo mee bezig. Zijt eens drie weken met iets anders bezig.

Al bijna een week staat de weegschaal dus aan de kant. Haar woorden zinderen na: Zijt er eens niet zo mee bezig! Maar... hoe doe je dat? En kan het überhaupt wel? Er is zoveel dat je de hele dag door met de neus op de feiten drukt!

Mijmering...

Een nieuwe rubriek waarin we fragmenten uit het leven van een lotgenoot willen brengen.
Aan het woord is Philip.
Een poosje terug geopereerd.
Nog volop herstellende.

Sinds mijn operatie is er geen sprake meer van snel van onderbroek wisselen. Het is een heel ritueel geworden. Onderbroek optrekken en meteen terug binnenstebuiten over mijn bovenbeen laten zakken. Verpakking openen. Kleefstrookje verwijderen. Verbandje juist positioneren. Onderbroek voorzichtig optrekken zodat het verbandje penis en scrotum netjes omhullen. Voelen of alles goed zit. Plooien aan de buitenkant glad trekken om het dragen van het verbandje zo goed mogelijk te camoufleren. En als het

daar voor de rest van de dag mee zou ophouden. Dat doet het niet. Je onderbroek snel even optrekken na een toiletbezoek is verleden tijd. Dat moet met de nodige aandacht zodat het verbandje mijn mannelijkheid zorgvuldig omsluit. Zijt er eens niet zo mee bezig! Hoe doe je dat telkens een scheutje urine onverwacht je penis uitstroomt? Altijd weer is het even schrikken. Hoe kort ook: het

onderbreekt waar je mee bezig was. Zijt er eens niet zo mee bezig! Hoe doe je dat telkens je je penis en het hele gebied daarrond enigszins klammig voelt worden van de urine die ongemerkt je bekkenbodemspier passeert en zich zo een weg naar de uitgang weet te banen? Zijt er eens niet zo mee bezig! Hoe doe je dat de keren dat een toiletbezoek gepaard gaat met een onaangename urinegeur die je reukorgaan tegemoet komt? En je noodgedwongen je genitale zone voor de zoveelste keer die dag een extra wasbeurt geeft. Zijt er eens niet zo mee bezig! Hoe doe je dat als je de buis van je penis pomp ziet aandampen van de urine die tijdens de penisrevalidatie weet te ontsnappen? Zijt er eens niet zo mee bezig! Hoe doe je dat als je signalen van ongemak ontvangt van daarbeneden omdat het verbandje is verschoven en de kleefstrook zich aan penis of zakje heeft gehecht. Wat na een poosje voor de nodige irritatie is gaan zorgen. Geen ramp. Zo opgelost. Maar telkens die confrontatie.

En toch weet ik: ze heeft gelijk. Als ik wil dat alles weer naar normaal evolueert, zal ik moeten leren het in mijn hoofd minder groot te maken. Door met een vergrootglas de evolutie te volgen, bereik ik het tegendeel. De operatie is nog maar 3 maanden voorbij. De kans dat het goed komt, dat straks inlegkruisjes niet meer nodig zullen zijn, is reëel. Heel reëel. De kans dat dit voor de rest van mijn leven mijn lot gaat zijn ook.

Wij Ook is nu actief op sociale media
→ **volg ons** en blijf op de hoogte!

Onze kanalen

Scan de qr-code
om ons te volgen:

IG Instagram
@wijook_nousaussi



FB Facebook
Wij Ook vzw / Nous Aussi



IN LinkedIn
Wij Ook Belgium vzw



4x GALICIË in 2027



DE CAMINO EXPERIENCE

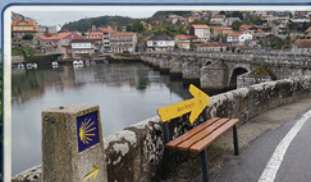
Wandel de mooiste etappes of
geniet van de hoogtepunten,
langs de camino's naar
Compostela en Fisterra.



INFONAMIDDAG 29 NOVEMBER

Informatie over de camino's naar
Compostela en Fisterra.
Uitgebreide tips voor de voorbereiding.
Schrijf je nu in.

Een compleet reispakket met begeleiding en 24/7 assistentie



Camino Portugués

10-daagse wandelvakantie
met 6 of 7 stapdagen
vanaf Vigo.



Camino Inglés

9-daagse wandelvakantie
met 6 stapdagen
vanaf Ferrol.



Camino naar Fisterra

8-daagse wandelvakantie
met 5 stapdagen
vanaf Compostela.



Hoogtepunten Galicië

8-daagse toeristische reis
langs ruige kusten,
pareltjes en tradities.

Alle info op www.metgeertopreis.be/galicie-2027

Elise Aerts – projectmedewerker Casa Callenta (Brasschaat)

Positieve Gezondheid

Na een diagnose van prostaatkanker komt er vaak veel op je af.

Onderzoeken en behandelingen vragen veel energie, zowel fysiek als mentaal. Toch is de medische behandeling slechts één deel van het verhaal. Veel mannen ervaren uitdagingen op lichamelijk, emotioneel en sociaal vlak, die niet altijd dezelfde aandacht krijgen. Vragen blijven soms onbeantwoord: hoe ga je om met veranderingen in je lichaam, je relaties en je dagelijks leven?

Een bredere kijk op gezondheid, zoals Positieve Gezondheid, kan hierbij een waardevol kader bieden. Ook bij inloophuis Casa Callenta staat deze visie centraal. In dit artikel verkennen we hoe deze benadering kan bijdragen aan de ondersteuning van mannen met en na prostaatkanker en hun naasten.

De noden van de patiënt

Uit onderzoek van LUCAS KU Leuven naar de beleving van prostaatkankerpatiënten in Vlaanderen, dat zowel een kwalitatief (236 patiënten, 119 partners en 22 zorgverleners) als een kwantitatief luik (193 patiënten, 134 partners en 99 artsen) omvatte, blijkt dat patiënten en hun partners geconfronteerd worden met zeven belangrijke psychosociale noden: emotionele, informatie-, sociale, lichamelijke, existentiële, zorg gerelateerde en functionele behoeften.

Patiënten ervaren onder meer angst en onzekerheid, hebben nood aan duidelijke en gepersonaliseerde informatie en ondervinden een impact op hun relaties en zelfbeeld. Daarnaast kampen velen met fysieke klachten zoals vermoeidheid en incontinentie.

Ook zingevingsvragen, de behoefte aan toegankelijke en empathische zorg, en moeilijkheden in het dagelijks functioneren en werk spelen een belangrijke rol.

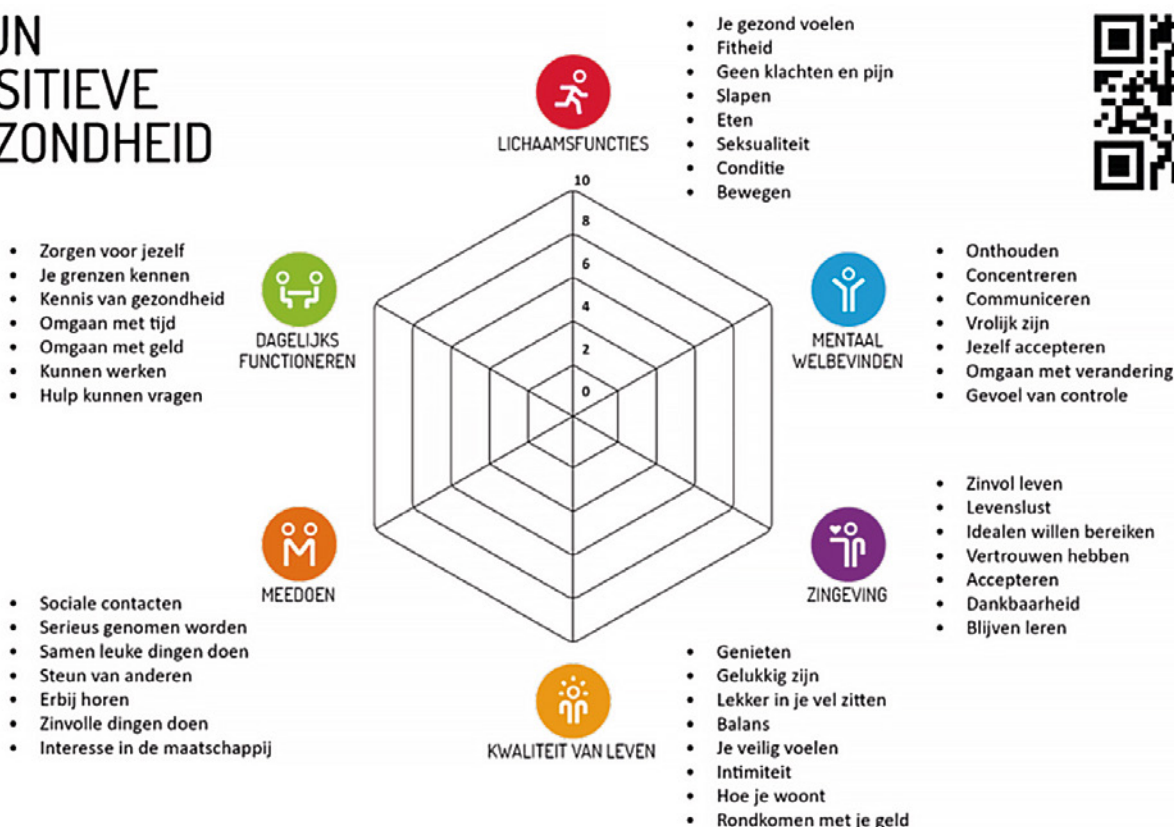
Toch blijft er een duidelijke kloof bestaan tussen de nood aan ondersteuning en het effectieve gebruik ervan, wat wijst op een aanbod dat niet altijd voldoende aansluit of toegankelijk is.

Focus van de gezondheidszorg

De gezondheidszorg is vandaag vooral gericht op ziekte en herstel. Daardoor is er binnen de formele zorg onvoldoende ruimte voor psychosociale ondersteuning van patiënten en hun naasten.

Complementaire of aanvullende zorg

MIJN POSITIEVE GEZONDHEID



Figuur 1.

Het spinnenweb als gesprekstoel

speelt hier een belangrijke aanvullende rol. Deze kijkt breder dan enkel de ziekte en heeft ook aandacht voor mentaal welzijn, sociale verbondenheid en zingeving. Zo ontstaat een meer holistische benadering waarin kwaliteit van leven centraal staat.

Onderzoek toont aan dat psychosociale ondersteuning een aantoonbaar positief effect heeft op de mentale gezondheid van zowel kankerpatiënten als hun naasten (2), en leidt tot een significante verbetering van kwaliteit van leven en sociaal en emotioneel functioneren (3).

De toekomst van mensgerichte zorg

Informele psychosociale zorg speelt een belangrijke rol in de ondersteuning van mensen met kanker en hun naasten, als waardevolle aanvulling op de formele gezondheidszorg. Volgens een recent onderzoek van Ecorys in Nederland toont aan dat ruim 70% van de bezoekers van IPSO-centra (Instellingen PsychoSociale Oncologie) in Nederland een verbetering in mentaal welbevinden, kwaliteit van leven en zingeving ervaart. (4) Daarnaast voelt meer dan de helft zich minder alleen dankzij lotgenotencontact. Ook op het vlak van re-integratie naar werk heeft deze ondersteuning een groeiende impact.

Deze impact is ook merkbaar op economisch vlak. De psychosociale zorg, aangeboden door IPSO-centra en patiëntenorganisaties, vertegenwoordigt een vervangingswaarde van naar schatting €16 miljoen per jaar. Dit weerspiegelt de kosten van vergelijkbare professionele ondersteuning. Dit benadrukt dat informele zorg niet

alleen maatschappelijk waardevol is, maar ook een belangrijke bijdrage levert aan de efficiëntie en betaalbaarheid van de bredere gezondheidszorg.

Deze resultaten tonen aan dat informele psychosociale zorg een onmisbare pijler vormt binnen een mensgericht zorgsysteem, en tegelijk veel mogelijkheden biedt voor verdere ontwikkeling en versterking van deze belangrijke ondersteuning in de toekomst van mensgerichte zorg bij patiënten met kanker.

Positieve Gezondheid

Positieve Gezondheid biedt hier een bredere kijk dan de traditionele benadering van gezondheid en ziekte. De focus ligt bij wat mensen wel nog kunnen, wat belangrijk is in het leven en hoe iemand regie kan ervaren. Deze bredere benadering van gezondheid is ontwikkeld door Machteld Huber in samenwerking met het Institute for Positive Health (IPH). (5) Ze definieerden gezondheid als het vermogen om je aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen.

Positieve gezondheid is opgebouwd uit zes dimensies:

- 1 Lichaamsfuncties;
- 2 Mentaal welbevinden;
- 3 Zingeving;
- 4 Kwaliteit van leven;
- 5 Meedoen;
- 6 Dagelijks functioneren.

Deze dimensies worden visueel weergegeven in het zogenoemde spinnenweb (*Figuur 1*), dat functioneert als een laagdrempelig gesprekstoel. Het spinnenweb maakt het mogelijk om op een gestructureerde manier in kaart te

brenge hoe iemand zijn of haar gezondheid ervaart op verschillende levensdomeinen. Hierdoor krijgen patiënten niet alleen inzicht in hun beperkingen, maar vooral ook in hun mogelijkheden, sterktes en persoonlijke prioriteiten. Dit ondersteunt hen bij het formuleren van haalbare doelen en het zetten van kleine, concrete stappen richting verbetering van hun welzijn.

Binnen de context van prostaatkanker kan Positieve Gezondheid op deze manier een belangrijke ondersteunende rol spelen. Het model helpt patiënten om te gaan met de brede en vaak langdurige impact van de ziekte, die zich niet alleen lichamelijk, maar ook emotioneel, sociaal en existentieel manifesteert. Tegelijkertijd verschuift de focus van louter ziekte en beperkingen naar kwaliteit van leven, veerkracht en het behouden of herwinnen van eigen regie.

Van visie naar praktijk: de rol van inloophuizen

In Vlaanderen bestaan vandaag verschillende initiatieven die inspelen op deze bredere kijk op gezondheid, zoals inloophuizen en lotgenotengroepen voor mensen met kanker en hun naasten. Deze initiatieven bieden een aanvulling op de formele zorg, die voornamelijk in het ziekenhuis en binnen medische trajecten plaatsvindt. In tegenstelling tot de vaak tijdsgebonden en medisch georiënteerde zorg, creëren inloophuizen een laagdrempelige en veilige omgeving waar ontmoeting, herkenning en uitwisseling centraal staan.

Binnen deze context spelen lotgenotengroepen een belangrijke rol. Het contact met mensen in een

gelijkaardige situatie draagt bij aan vermindering van gevoelens van eenzaamheid en bevordert het emotioneel en sociaal welbevinden. Daarnaast bieden deze initiatieven ruimte om ervaringen te delen, vragen te stellen en steun te vinden buiten de strikt medische setting. Op die manier dragen ze bij aan een meer geïntegreerde benadering van zorg, waarin ook psychosociale aspecten expliciet aandacht krijgen.

Ook bij Casa Callenta, een inloophuis in Brasschaat voor mensen met en na kanker en hun naasten, wordt deze visie in de praktijk gebracht. (6) Er worden ontmoetingsmomenten georganiseerd met een divers aanbod van vormende, informatieve en ontspannende activiteiten zoals een creatieve workshop, wandelen of zorgmassage. Dit aanbod wordt opgebouwd vanuit de zes dimensies van Positieve Gezondheid, waardoor niet alleen de ziekte, maar de totale mens centraal staat.

Daarnaast worden er individuele en groepsgesprekken aangeboden waarin het spinnenweb van Positieve Gezondheid wordt gebruikt als gesprekstool. Dit helpt patiënten om op een toegankelijke en gestructureerde manier inzicht te krijgen in hun noden, krachten en prioriteiten. Vervolgens wordt er samen gekeken welke activiteiten of ondersteuning hierop kunnen aansluiten, met als doel het versterken van veerkracht en kwaliteit van leven. In de toekomst liggen er belangrijke kansen om de samenwerking tussen medische instellingen en informele zorg verder te versterken, waarbij Positieve Gezondheid kan fungeren als verbindend en richtinggevend kader. Door deze brede benadering als gemeenschappelijke taal te

gebruiken, kunnen zorgverleners, patiëntenorganisaties en inloophuizen beter op elkaar afgestemd worden in het

signaleren van noden en het aanbieden van passende, geïntegreerde ondersteuning. Dit creëert mogelijkheden voor een meer samenhangend zorgmodel waarin medische behandeling en psychosociale zorg elkaar niet alleen aanvullen, maar ook structureel versterken.

Uiteindelijk staat daarbij steeds één doel centraal: dat elke patiënt met (prostaat)kanker zich gezien, gehoord en ondersteund voelt in wat voor hem of haar belangrijk is.

Meer weten of interesse in een gesprek?

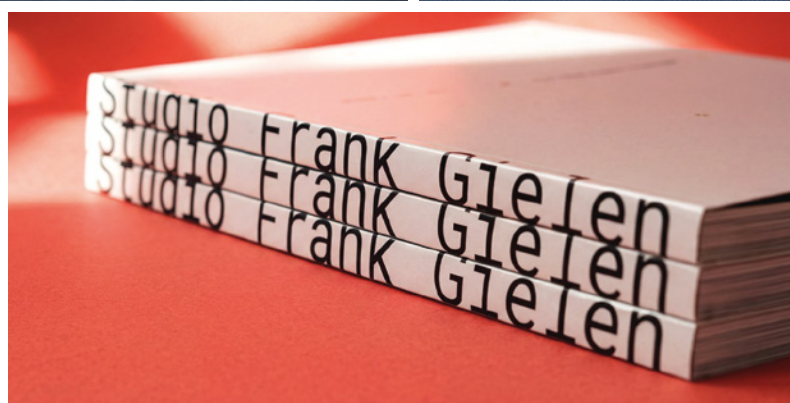
- Je vindt meer informatie over het aanbod van Casa Callenta op www.casacallenta.be.
- Wil je meer lezen over Positieve Gezondheid? Surf naar www.iph.nl of <http://www.positievegezondheid-belgie.com/>.
- Heb je behoefte aan een luisterend oor? Je kan vrijblijvend contact opnemen met een vertrouwenspersoon via elise@bielebele.be
- Een lijst van alle inloophuizen kan u terugvinden via Kom op tegen Kanker: <https://www.komoptegenkanker.be/wat-we-doen/onderzoek-en-projecten-financieren/psychosociaal-onderzoek/inloophuizen>

Referenties

- (1) Neyens, I., Bijlhout, D., Vermeulen, B., & Van Audenhove, C. (2013). *Onderzoek naar de beleving van psychosociale noden en*

ondersteuning van mannen met prostaatkanker en hun partner: Conclusies, aanbevelingen voor zorgverstrekkers en nabeschouwingen (Rapport 4). Leuven: LUCAS, KU Leuven.

- (2) Lingens, S. P., Schilling, G., Schulz, H., & Bleich, C. (2023). *Effectiveness of brief psychosocial support for patients with cancer and their relatives: a quasi-experimental evaluation of cancer counselling centres. BMJ Open, 13*(e068963). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-068963>.
- (3) Kalter, J., Verdonck-de Leeuw, I. M., Sweegers, M. G., Aaronson, N. K., Jacobsen, P. B., Newton, R. U., Courneya, K. S., Aitken, J. F., Armes, J., Arving, C., Boersma, L. J., Braamse, A. M. J., Brandberg, Y., Chambers, S. K., Dekker, J., Ell, K., Ferguson, R. J., Gielissen, M. F. M., Glimelius, B., . . . Buffart, L. M. (2018). *Effects and moderators of psychosocial interventions on quality of life, and emotional and social function in patients with cancer: An individual patient data meta-analysis of 22 RCTs. Psycho-Oncology, 27*(4), 1150–1161. <https://doi.org/10.1002/pon.4648>.
- (4) Belgraver, V., Broekhuizen, J., & Roest-Boers, N. (2018). *Effectonderzoek: De maatschappelijke waarde van IPSO inloophuizen. Sinzer.*
- (5) Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., van der Meer, J. W. M., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C., & Smid, H. (2011). *How should we define health? BMJ, 343*, d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- (6) <https://www.casacallenta.be/positieve-gezondheid>



Drukwerk

doet er toe

**MET MOOI DRUKWERK MAAK JE EEN TASTBARE BRUG
TUSSEN JOUW BOODSCHAP EN DOELGROEP.**

Haletra-Leën vertaalt jouw merk naar drukwerk
dat gezien, vastgenomen en onthouden wordt.

Drukwerk zoals het moet, Limburgs.

Haletra
LEËN

+32 (0)11 52 18 78 | info@haletra-leen.be
Grote Baan 317, 3530 Houthalen-Helchteren





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.

Samen staan we sterker!

Je kreeg dit magazine "PROSTAATinfo" al of niet toevallig in handen door een bezoek aan je huisarts of je uroloog. Of je vond het in de wachtzaal van het ziekenhuis of in de leeszaal van de bibliotheek. Of je werkgever stuurde een exemplaar naar je door. Of misschien ben je al jaren lid? 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 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 hormonetherapie. Daarom is 'Wij Ook' een vereniging voor jullie beiden.

Ben je nog geen lid stuur dan je naam, je volledig postaal adres, eventueel telefoonnummer en e-mail door naar ons secretariaat of contacteer ons via onze website www.wijook.be.

Je betaalt slechts 25 euro per jaar en je ontvangt vier exemplaren van ons blad "PROSTAATinfo" namelijk de nummers van maart, juni, september en december.

Je kunt je bijdrage storten op bankrekeningnummer BE78 4037 1493 0186 van Wij Ook Belgium vzw

Vergeet vooral niet je postaal adres mee te geven anders kunnen wij jou het blad niet toesturen.

Hartelijk dank voor je blijvende steun.
Met warme groet,

André Deschamps

wij ook
samen sterk tegen
prostaatkanker

VOLG ONS OP SOCIALE MEDIA



Instagram

@wijook_nousaussi

Facebook

Wij Ook vzw / Nous Aussi

LinkedIn

Wij Ook Belgium vzw