

# PROSTAATinfo

Nieuwsbrief van Wij Ook Belgium vzw

Bijlage December 2011

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

Verschijnt  
Driemaandelijks  
Dec-Mrt-Jun-Sep  
P910655



**Speciale uitgave  
Europese Patiëntendag 2011**

## Hoofredacteur/editor

Erik Briens [erikbriens@telenet.be]

## Redactievoorzitter

Henk Van daele

## Redactieleden

Dr. Filip Ameye (Voorzitter Belgian Association of Urology BAU)

Dr. Johan Braeckman (Secretaris wetenschappelijke comité BVU)

Dr. Alberto Costa (Directeur Europese School voor Oncologie)

Luc Decroos

Louis Denis (Directeur OCA)

Brigitte Dourcy-Belle-Rose

Piet Hoekstra (Epcel Nederland)

Jan Humblet

Prof. Dr. Hein Van Poppel (Voorzitter wetenschappelijk comité Wij Ook Belgium)

Willy Walschaert

## Redactiesecretariaat

## Abonnementen

Anja Vancauwenbergh

[info@wijook.be]

## Drukkerij

Leën Offset Druk

Sasstraat 4 - 3500 Hasselt

## Wij Ook Belgium vzw US TOO Belgium

### Voorzitter

Louis Denis

### Secretaris

Brigitte Dourcy-Belle-Rose

### Schatbewaarder

Marcel Peeters

### Secretariaat

Lange Gasthuisstraat 35-37

2000 Antwerpen

Tel: 03/338.91.54

Fax: 03/338.91.52

e-mail: info@wijook.be

Web: www.wijook.be

### Afdelingen

#### Wij Ook Antwerpen

Louis Denis [03/338.91.50]

[louis.denis@skynet.be]

#### Wij Ook Oost

(Limburg & Vlaams-Brabant)

Erik Briens [011/30.07.10]

Dinsdag en donderdag 19u-21u

[erikbriens@telenet.be]

#### Wij Ook West

(Oost- en West-Vlaanderen)

Luc Decroos [051/20.19.03]

[luc.decroos@telenet.be]

#### Epcel Nederland

Piet Hoekstra [31-(0)-104.504.510]

[piethoekstra@live.nl]

# Wij Ook Belgium

“Wij Ook Belgium vzw” is een onafhankelijk ondersteuningsnetwerk voor mannen met prostaataandoeningen. Het doel van dit netwerk is de aandacht oproepen voor prostaataandoeningen bij het publiek en de problemen die ermee gepaard gaan.

“Wij Ook Belgium” is een zelfhulporganisatie die beheerd en geleid wordt door prostaatpatiënten. Als lid wordt u opgenomen in deze vereniging van lotgenoten die ijveren voor een betere informatie, opleiding en optimale diagnose en behandeling van prostaatproblemen. Vergaderingen met experts worden ingericht om uw medische, emotionele en andere vragen te begrijpen. Deze voorlichting en uitwisseling van ervaring vervangt geen artsconsultatie en bij medische problemen raadpleegt u steeds de huisarts.

De vereniging wil de patiënten voldoende voorlichten om de noodzakelijke communicatie tussen arts en patiënt te vergemakkelijken waarin de patiënt erkend wordt als een volwaardige partner.

Tevens wil de vereniging behulpzaam zijn door betrokkenheid en meevoelen rond de mogelijke lichamelijke, geestelijke en sociale problemen die we allemaal persoonlijk meemaken of kennen. Hiervoor is er eveneens een programma **Feel+** ontwikkeld om aan deze problematiek bij te dragen.

Ook niet-prostaatpatiënten kunnen lid worden. U kan lid worden door uw persoonsgegevens (naam, adres, eventueel telefoonnummer en e-mail) door te geven aan het secretariaat van Wij Ook Belgium vzw. In de lidmaatschapsbijdrage is een abonnement op **PROSTAATinfo** inbegrepen.

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

## PROSTAATinfo

Nieuwsbrief van Wij Ook Belgium

Opplage 4.000 ex.

ISSN: 1782-0847

Prijs per nummer 5 euro

Inbegrepen in het lidgeld

10e jaargang December 2011

(Speciale bijlage)

© 2011 Alle rechten voorbehouden

Verantwoordelijke uitgever

Louis Denis - Antwerpen

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

### Met de steun van

European School of Oncology

Dr. Alberto Costa

Via del Bollo 4, 20123 Milaan - Italië



## Actief en gezond verouderen Henk Van daele

Een eeuw geleden kreeg het kind internationaal veel aandacht van artsen, juristen, psychologen en pedagogen. Figuren zoals Rudolf Steiner, Célestin Freinet, dokter Maria Montessori, en in eigen land dokter Ovide Decroly, vernieuwden het onderwijs. Het Belgische parlement deed ook zijn duit in het zakje en stemde verschillende wetten: de wet op de kindbescherming, 15 mei 1912, de wet op de achtjarige leerplicht, 19 mei 1914, en de wet op het Nationaal Werk voor Kinderwelzijn, 5 september 1919.

Het kan verkeren, zei Bredero.

Omdat we in West-Europa met zijn allen langer leven, staat vandaag de oudere generatie op het voorplan. De levensverwachting van een Vlaamse man bedraagt ongeveer 78 jaar, die van een Vlaamse vrouw meer dan 83 jaar. Onze regio is dan ook flink "vergrijsd": meer dan 17% van de Vlamingen is boven de 65 jaar, en dit percentage stijgt nog. In andere landen van West-Europa is het niet anders. Het programma "Benidorm Bastards" had dan ook onmiddellijk internationaal succes want het ging over ons.

Koninginnen en koningen, pausen en priesters, industriëlen en grootfinanciers, en kunstenaars allerhande die al lang de pensioenleeftijd hebben bereikt, zijn nog steeds actief en relatief gezond. Denken we maar aan de Britse koningin (1926), de muzikant Toots Thielemans (1922), de kunstschilder Roger Raveel (1921), of het 80-jarige fotomodel Carmen Dell'Orifice.

Langer leven betekent ook langer werken, zeggen de financiële experts, want de pensioenen worden onbetaalbaar. Het is slechts één van de consequenties van onze "gelukkige oude dag". Een oudere bevolking zal ook vele andere noden

aan het licht brengen: meer serviceflats, assistentiewoningen, kangoeroewoningen, woonzorgcentra, enz. En wat met de gevaarlijke deelname van grijsaards aan het drukker wordende verkeer? Tevens zullen sociale werkers en juristen meer te maken krijgen met lichamelijke en psychische vormen van ouderenmishandeling.

Op het medische en het paramedische vlak dringen ook nieuwe noodwendigheden zich op. Omdat ouderen graag zo lang mogelijk in hun vertrouwde woning willen wonen, zal mantelzorg, gezinszorg en thuisverpleging moeten worden uitgebreid. Of er voldoende verpleegkundigen, kinesitherapeuten, pedicuren, en gerontologen voorhanden zijn om de toenemende vergrijzingsgolf op te vangen, blijft een open vraag.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft in 2002 al het document *Active Ageing. A Policy Framework* gepubliceerd. De Europese Unie gaf recent een ander document uit: *Synthesis report on the public consultation on the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*. Het jaar 2012 werd uitgeroepen tot jaar van het actief en gezond ouder worden. De Vrije Universiteit Brussel heeft daarop al ingespeeld en een leerstoel "Active Ageing" gecreëerd.

Nu kanker meestal niet langer een dodende maar een chronische ziekte is, willen ook alle kankerpatiënten langer leven in menswaardige omstandigheden. Uit dit streven ontstonden programma's zoals "Herstel en Balans" of "Rekanto". Als "cancer survivors" kunnen we op allerlei wijzen zelf bouwen aan een zo hoog mogelijke levenskwaliteit: wandelen, fietsen, zwemmen, yoga, tuinieren, dansen, of deelnemen aan het programma Feel+ van Wij Ook vzw.

Sociaal actief blijven, zich verantwoord voeden en veel bewegen: ons antwoord om actief en gezond ouder te worden.

### Inhoud van dit nummer

- 3 Actief en gezond verouderen  
Henk Van daele
- 5 Actief en gezond ouder worden door innovatie  
Jean-Pierre Baeyens
- 10 Doelgerichte behandelingen bij het  
prostaatacarcinoom  
Dirk Schrijvers
- 11 WIJ OOK "Feel+James" JIJ OOK?  
Willy Walschaert
- 13 Kort  
Brigitte Dourcy-Belle-Rose
- 15 In de schaduw van Kos (over PSA)  
Louis Denis

- 16 Boekbespreking  
*Eet je gezond. Functionele voeding, wetenschap*
- 19 Stap voor stap de werking van mijn medicijnen  
begrijpen  
Deel 1  
Erik Briers



**Omslagfoto** © E. Briers  
Monica De Coninck, Schepen Stad  
Antwerpen, voorzitter OCMW Antwerpen  
en OCA vzw - opende onze  
Patiëntendag.

# Europese patiëntendag prostaatkanker 2011



## *Inleiding Europese Patiëntendag Prostaatkanker*

### *Prostaatkanker: genezen en/of controleren*

#### **Monica De Cononck**

Voorzitter OCMW Antwerpen - OCA vzw  
Schep en Stad Antwerpen

#### **Dames en Heren,**

Het blijft een genoegen deze patiëntendag te mogen inleiden. Niet alleen wegens het mooie kader van deze raadzaal in het provinciehuis of de inhoudelijke waarde van de jaarlijkse thema's, maar vooral wegens de lange lijst van sponsors wat wijst op een blijvende samenwerking van alle betrokkenen inzake prostaatziekten in het algemeen en prostaatkanker in het bijzonder.

Met het thema 2011 blijft communicatie belangrijker dan ooit waar de grens tussen genezen en controleren verkleint naar het principe van overleven met goede levenskwaliteit. We weten nu dat de kankercellen met elkaar communiceren om hun overleven te bewaren onder de behandeling met niet-invasieve methoden als chemotherapie, gerichte en/of immunologische behandelingen. Goed communiceren blijft ook bij artsen en patiënten een eerste prioriteit.

Met genoegen ook omdat de samenwerking tussen de patiëntenorganisaties en de huisartsen, afgesproken in 1986 (toen nog als Voorlichtingscentrum Gezondheid van het OCMW Antwerpen) tot nu bewaard gebleven is met wederzijdse steun en respect. Een bewijs van dit wederzijds respect vinden we in de opname van deze patiëntendag in het officieel programma van de Geneeskundige Dagen Antwerpen. Onze ziekenhuizen, nu georganiseerd als het Ziekenhuisnetwerk Antwerpen (ZNA), hebben steeds actieve steun gegeven aan de dagen waar

geneeskundig Antwerpen samenkomt om alle aspecten van een thema rond gezondheid te bespreken en waar nodig en zo mogelijk in betere banen te sturen.

Het OCMW Antwerpen blijft nog altijd even geïnteresseerd omdat het nu voor iedereen duidelijk is dat genezen/controleren van een kankerziekte zo veel meer is dan het gezwel vernietigen en/of controleren. De mens achter de kanker heeft veel meer andere noden dan de fysieke re-integratie. Hier speelt de huisarts de centrale rol om de gewijzigde levenskwaliteit en de psychische aanpassing na de behandeling op te vangen. Ook het OCMW neemt zijn verantwoordelijkheid op om de maatschappelijke re-integratie en het kostenplaatje waar mogelijk te helpen dragen. Het is niet zonder reden dat de Vlaamse Liga tegen Kanker de campagne lanceert "Kanker maakt arm". Het kankerfonds voorziet een budget van 860.000 euro om kankerpatiënten met financiële problemen bij te staan. De bijkomende supplementen, de onvoorziene parallelle kosten en bijkomende zorg bedreigen zeer vlug de oudere patiënten met een laag pensioen, of een leefloon of werkloosheidsvergoeding. Deze groep ligt ons nauw aan het hart en vormt samen met de groep van de ontheemden de kerntaak van het OCMW Antwerpen. Het gaat hem niet alleen om het geld, ook de essentiële nood aan sociale contacten, geborgenheid en voorkomen van ziekten maken het pakket volledig. Het moet duidelijk zijn dat deze toestanden een blijvend probleem vormen en waarschijnlijk niet zullen verminderen in de nabije en verre toekomst. Wij zijn ook niet de enige structuur die deze confrontatie moet aangaan.

Het is inderdaad een globaal probleem voor de hele wereld. Enkele uren geleden werd in de stad New York de Week van het Welzijn ingeluid, naar aanleiding van de geplande vergadering in het forum van de Verenigde Naties op 19 en 20 september, om een overheidsbeleid te bespreken rond preventie en controle van niet overdraagbare ziekten (Non Communicable Diseases of NCD) die samen verantwoordelijk zijn voor ruim 60%

van alle sterfgevallen op aarde. De gevormde NCD-alliantie omvat hartziekten, longziekten, diabetes en uiteindelijk ook kanker (een bonte verzameling van + 100 ziekten).

Het document is lijk en het omvat een reeks eerbare verzuchtingen om de strijd tegen deze ziekten op te voeren door organisatorische aanpassingen en plannen, zowel van de nationale regeringen als van de private sector. Uiteraard is er veel nodig om de beoogde 25% vermindering van de sterfte door deze ziekten tegen 2025 terug te dringen.

Er is dan ook meer financiële ondersteuning nodig. Ik begrijp de teleurstelling van deze grote artsenorganisatie (welke?), maar ik begrijp de negatieve reactie van de Europese Unie, de USA, Canada, Australië, Japan en China nog veel beter. Vooral de Europese Unie die het project European Partnership Action Against Cancer (EPAAC) in 2009 lanceerde om de kankersterfte tegen 2020 met 15% terug te dringen.

Ik verklaar me nader. We leven in een periode waar onze bevolking steeds langer leeft. In Vlaanderen nu 78 jaar voor mannen en 83 jaar voor vrouwen gemiddeld, wat we beleefd de vergrijzing noemen waarvoor we een Zilverfonds hebben gecreëerd. We leven reeds in een stad waar de oudere bevolking een belangrijk segment vormt. Gelukkig maar en het OCMW Antwerpen tracht de huidige en aankomende noden tot huisvesting en mantelzorg van deze groep op te vangen.

Is het dan verantwoord van een epidemie van overlijdens te spreken en nog meer financiële steun te vragen voor een systeem van sociale geneeskunde en welzijn die schijnbaar onbetaalbaar wordt? Hierbuiten komt nog dat de verschillende medische groepen, de vele specialismen, de huisartsen, enz..., hun eigen specifieke verzuchtingen hebben en niet altijd in staat zijn om een volledig gedetailleerd en unaniem voorstel aan de overheden voor te stellen.

Ik breng deze feiten niet onder uw belangstelling om deze nobele verzuchtingen weg te blazen. We zitten allen, ook het OCMW Antwerpen, in dezelfde boot waar hozen (versta besparen) noodzakelijk is om niet te zinken.

Vele kankers zijn door de vooruitgang van de geneeskunde een chronische ziekte geworden,

wat zeer positief is doch ook de uitgaven van het RIZIV onmiddellijk verhoogt. Het probleem is ook niet nieuw. Dertig jaar geleden opende professor Bart De Schutter, de toenmalige rector van de VUB, de GDA 1980 met een causerie “Naar een kostenbewuste gezondheidszorg”. Ik citeer: “Studies tonen aan dat in het medisch en paramedisch corps – intra en extra muros – weinigen inzicht hebben in de kostprijs van handelingen die zij tegenover hun patiënt stellen en meestal aan onderschatting lijden. Als bovendien de stelling, die aantoonde dat een aantal handelingen uitgeschakeld kunnen worden zonder kwaliteitsneerslag, correct is, dan is de opleiding van de arts als «smart shopper» een voorname verantwoordelijkheid van onze geneeskundige faculteiten.”

Hij ziet het als taak van de universiteit de studenten geneeskunde op te leiden met een ethiek van kostenbewustheid, nl. “learn not to buy the best, but to do the best buy”.

De derde reden dat ik hier steeds met genoegen terugkom is juist dit totaalbeeld van het zorgbeleid dat uit de syllabus naar voor komt. Ik feliciteer de huisartsen Spinnewijn en Van Hoey, de vertegenwoordigers van Domus Medica en HAVAC, voor de degelijke inhoud en maatschappelijke inleving van het programma.

Ik las dat niet alles rond de PSA-test uitgepraat is en misschien dient bijgewerkt, maar ik blijf enthousiast over jullie visie om langs de huisartsgeneeskunde een betere zorgkwaliteit te geven aan de patiënten met prostaatproblemen zonder bijkomend kostenplaatje.

Tenslotte vind ik het sympathiek als vrouw dat jullie de noodzaak van onze betrokkenheid waarderen in deze typisch mannelijke problematiek. Het OCMW heeft zijn bijdrage geleverd aan de grootste gerandomiseerde Europese studie rond screening. Antwerpen was en is het enige van de acht centra waar de huisartsen betrokken waren en de uiteindelijke behandeling voorschreven. We hebben het ook de “Vroegopsporing Prostaatziekten” genoemd, liever dan kanker.

Samen hebben we met de huisartsen en de ziekenhuizen een lange weg afgelegd. We waarderen deze inspanning en hopen in diezelfde geest verder te werken.

# PSA: een knelpuntprobleem

## Registratie: toegevoegde waarden

**Dr. Liesbet Van Eycken**

Directeur Stichting kankerregistratie

Kankerregistratie levert een schat aan gegevens voor zorgverleners en onderzoekers uit de oncologiewereld, voor beleidsmakers, voor patiënten, evenals voor het grote publiek. Op basis van de gegevens ontstaan inzichten in de kenmerken van de verschillende vormen van kanker, de temporospatiële wijzigingen en de (mogelijke) oorzaken van kanker. De bekomen effecten van primaire en secundaire preventiecampagnes kunnen bestudeerd en gemeten worden. Ook kwaliteit van zorg treedt de laatste jaren meer en meer op de voorgrond. In dit kader laten de gegevens uit de kankerregistratie ook toe om de resultaten van de behandeling te evalueren op basis van proces- en outcome indicatoren (1).

In het Kankerregister worden alle gegevens vanuit de ziekenhuizen en diensten voor pathologische anatomie verzameld en verwerkt om statistieken te kunnen opstellen over de kankerincidentie in België. De Stichting Kankerregister heeft hiervoor een wettelijke basis.

De datum van diagnose, de histologische kenmerken van de tumor, de uitgebreidheid van de ziekte op het ogenblik van diagnose (TNM-stadiëring) en een kort overzicht van de behandelingen worden geregistreerd. Gezien de gevoeligheid van de medische gegevens worden ze op het Kankerregister volgens strenge confidentialiteits- en veiligheidsnormen verzameld, verwerkt, gekoppeld, bewaard en geanalyseerd. Publicatie van deze gegevens gebeurt op volstrekt anonieme basis. Algemene cijfergegevens worden gepubliceerd op de website van het Kankerregister [www.kankerregister.org](http://www.kankerregister.org) en zijn toegankelijk voor het publiek.

Prostaatkanker is de meest voorkomende kanker in België bij mannen. Dit is eveneens het geval voor Europa; wereldwijd gezien komt prostaatkanker op de tweede plaats na longkanker. Jaarlijks wordt bij ongeveer 8.800

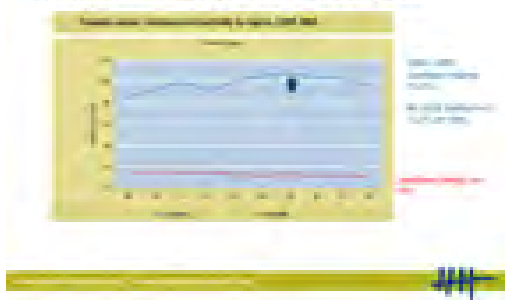
mannen in België deze diagnose gesteld. Dit cijfer komt neer op een bruto-incidentie van 170/100.000 personen per jaar. Dit betekent ook dat het risico voor een man om geconfronteerd te worden met prostaatkanker vóór de leeftijd van 75 jaar ongeveer 11% bedraagt. Prostaatkanker is verantwoordelijk voor meer dan één op vier van alle kwaadaardige tumoren bij mannen. De gemiddelde leeftijd bij diagnose is 70 jaar. Vóór de leeftijd van 40 jaar is de ziekte bijna onbestaande (twee nieuwe gevallen in België per jaar). Vóór de leeftijd van 50 jaar is de ziekte zeldzaam (ongeveer 120 nieuwe diagnoses per jaar), vanaf deze leeftijd neemt de incidentie snel toe (zie figuur 1). Zo zijn er in België in het jaar 2008 tussen 50 en 55-jarige leeftijd bijna 500 nieuwe diagnoses gesteld.



Figuur 1: Prostaatkanker in Vlaanderen, 2007-2008

Voor alle leeftijden samen neemt de prostaatkankerincidentie tussen 1999 en 2005 in het Vlaams Gewest jaarlijks toe met 3,5%. Deze stijging verloopt parallel aan de toename van stadium II prostaatkanker.

Prostaatkanker, evolutie 1999-2005



Tussen de jaren 2005 en 2008 neemt de

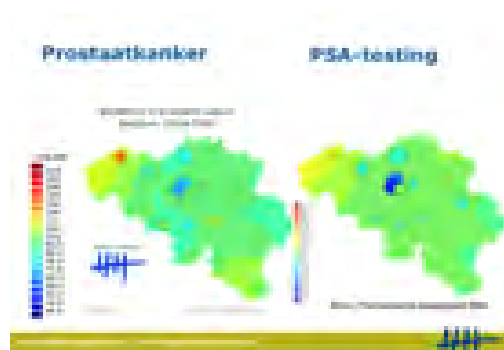
incidentie af met 3,2% per jaar. Voor de leeftijdscategorie van 80 jaar en ouder neemt de incidentie gradueel af tussen 1999 en het jaar 2008.

De mortaliteit neemt voor alle leeftijden samen



continu af met ongeveer 4% per jaar. De daling voor de sterfte is het meest uitgesproken voor de leeftijdscategorie 60-74 jaar.

Belgische incidentiecijfers voor prostaatkanker zijn vrij hoog indien deze vergeleken worden met de overige Europese landen. Een verklaring hiervoor kan gezocht worden in de ruime toepassing van de vroegtijdige opsporing door het bepalen van het prostaatspecifiek antigeen (PSA) in het bloed.



(1) Armstrong BK The role of the cancer registry in cancer control. *Cancer Causes Control* 1992;3:569-579.

## Prostaat specifiek antigeen (PSA): bepaling, beperking en alternatieven

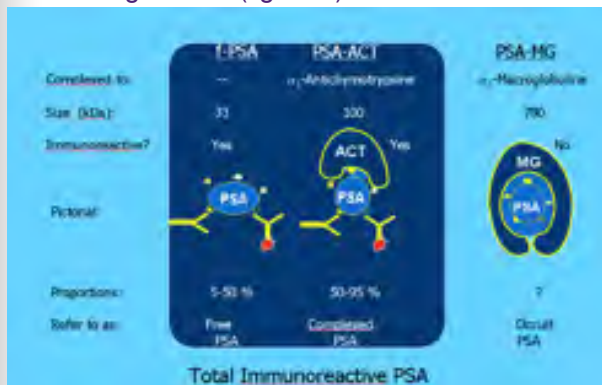
Prof. Dr. Hugo Neels

Afdelingshoofd TDM en Toxicologie  
ZNA Stuivenberg, Hoofddocent  
Toxicologie UAntwerpen



*“PSA traumatiseert de babyboomers meer dan cholesterol. Patiënt schrik aanjager: leer omgaan met alle vormen van angst: alle mannen krijgen prostaatkanker als ze maar oud genoeg worden...”*

PSA is een protease (enzym dat andere eiwitten verknipt) dat bij gezonde mannen aangemaakt wordt door de epitheelcellen van de prostaat. Het PSA houdt het ejaculaat vloeibaar zodat de beweeglijkheid van de spermatozoïde niet wordt afgeremd. In normale omstandigheden komen er slechts kleine hoeveelheden PSA in de bloedbaan terecht waar het grootste gedeelte onmiddellijk geïnactiveerd wordt door binding aan andere eiwitten: alfa-1-antichymotrypsine en alfa-2-macroglobuline (figuur 1).

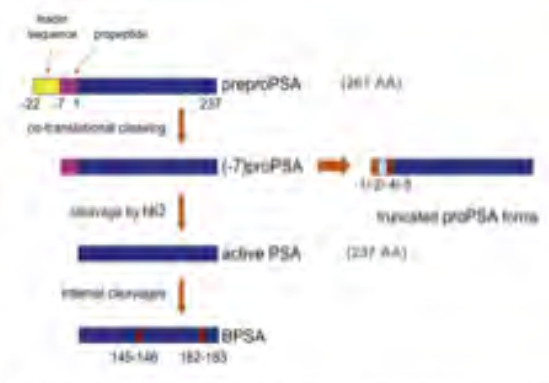


Figuur 1: Verschillende vormen van PSA in serum.

Ongeveer 20% van de PSA in het bloed is niet gebonden en circuleert als vrije PSA. In een aantal fysiologische omstandigheden, zoals bij fysieke inspanning (bijv. een flinke fietstocht) of na ejaculatie, komen grote hoeveelheden PSA in de bloedbaan terecht. Dit is in veel belangrijker mate het geval bij een aantal pathologische omstandigheden waarbij de prostaat is betrokken: prostaatkanker, doch ook niet kwaadaardige prostaataandoeningen zoals bij ontsteking of bij een goedaardige zwelling van de prostaat. Samengevat kan gesteld worden dat PSA

specifiek is voor de prostaat: alle PSA aantoonbaar in het bloed is afkomstig van de prostaat, doch PSA is niet prostaat­kanker specifiek. Er zijn dus een heel aantal niet kwaadaardige aandoeningen, zelfs normale fysiologische situaties waarbij verhoogde PSA-concentraties in het bloed worden aangetroffen. Dit maakt het beoordelen van een PSA-test resultaat soms bijzonder moeilijk.

PSA wordt in het labo gedoseerd met behulp van gemerkte antistoffen (afkomstig van geïmmuniseerde proefdieren) gericht tegen bepaalde delen van de PSA-eiwitmolecule. Met deze techniek kunnen echter niet alle fracties worden bepaald: alfa-2-macroglobuline schermt de PSA-molecule volledig af zodanig dat antistoffen er niet aankunnen. Enkel de zogenaamde “immunoreactieve” PSA wordt gedoseerd. Er werden ook analysemethoden ontwikkeld voor het vrije PSA.

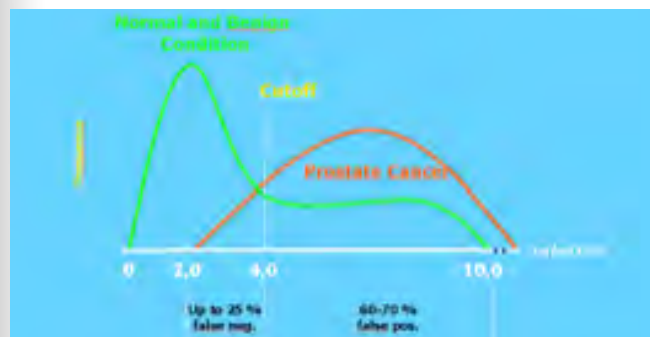


Figuur 2: De verschillende vormen van PSA met BPSA de vorm die in benigne prostaat hyperterofie voorkomt.

Bij het beoordelen van een PSA-analyseresultaat dient men rekening te houden met een zekere analytische onnauwkeurigheid. Bovendien worden soms grote verschillen in PSA-concentratie gevonden wanneer twee of meer analysemethoden met elkaar worden vergeleken. Dit maakt ook de interpretatie van de PSA-test nog complexer. Het gevonden PSA-resultaat, uitgedrukt in nanogram per milliliter (ng/mL, een nanogram is een miljardste deel van een gram), wordt vergeleken met de PSA-concentratie teruggevonden bij gezonde personen. Historisch werd een PSA-afkappunt van 4 ng/mL gebruikt: d.w.z. dat een PSA-gehalte in het bloed lager dan 4 ng/mL als normaal werd

beschouwd en een gehalte > 4 ng/mL als abnormaal en verdacht van prostaat­kanker. Al vlug bleek deze manier van werken te simplistisch. Vele mannen, vooral oudere mannen boven de 50 jaar, met PSA-gehalten in het bloed > 4 ng/mL hadden geen prostaat­kanker maar enkel een goedaardige zwelling van de prostaat. Er zijn ook mannen met prostaat­kanker die bij diagnose een PSA-gehalte hebben van < 4 ng/mL.

Om de PSA-test beter bruikbaar te maken als marker voor prostaat­kanker, worden verschillende strategieën gevolgd. Om zeker geen prostaat­kankerpatiënten te missen, kan het PSA-afkappunt verlaagd worden tot 2 ng/mL. Dit zal echter het aantal vals positieve patiënten (= verhoogde PSA doch geen prostaat­kanker) doen toenemen. Om dit te verhelpen kunnen leeftijds­specifieke referentie intervallen gebruikt worden. De PSA-concentratie stijgt immers met de leeftijd, ook bij gezonde personen. Zo kan bij patiënten onder de 40 jaar een afkappunt gehanteerd worden 0,7 ng/mL gehanteerd worden en voor patiënten > 70 jaar een referentie-interval van 5,6 ng/mL. Een andere strategie bepaalt periodiek, bijvoorbeeld elk jaar, het PSA-gehalte bij de patiënt en bekijkt de snelheid van stijging van het PSA-gehalte en de PSA-verdubbelingstijd. Bij prostaat­kanker stijgt het PSA-gehalte in het bloed veel sneller dan bij de goedaardige prostaat­aandoeningen. Een derde mogelijkheid bestaat erin naast het totale PSA-gehalte ook het gehalte vrije PSA te bepalen en de verhouding van beide te bekijken. In de categorie patiënten met een PSA gehalte tussen 4 ng/mL en 10 mg/mL geeft een vrije PSA-fractie van > 25 % een lage waarschijnlijkheid op prostaat­kanker. Is integendeel de vrije fractie < 10 %, dan is de kans op prostaat­kanker groot (> 50 %). De vrije fractie is in het bloedmonster echter niet stabiel. Het monster dient binnen de drie uur op het labo behandeld te worden om een



Figuur 3: PSA is niet de perfecte tumormarker, wel de betere.



correct resultaat te bekomen.

Tevens is het heel belangrijk te vermelden dat de PSA-test bij prostaatkanker geen enkele informatie geeft over de agressiviteit van de tumor.

Het wetenschappelijk onderzoek naar prostaatkanker heeft twee nieuwe tumormarkers opgeleverd. De "p2PSA" (zie figuur 2) is een voorloper van het actieve PSA en is meer gerelateerd tot prostaatkanker dan tot benigne prostaat hypertrofie. En "pca3" is een prostaat specifiek niet coderend messenger RNA. Dit laatste heeft ook een hogere sensitiviteit en specificiteit dan PSA. Beide parameters zijn echter weinig of niet in routine wegens te complex om als test te commercialiseren.

Tot besluit kan gesteld worden dat er, ondanks uitgebreid wetenschappelijk onderzoek, vele onzekerheden blijven omtrent PSA en het gebruik van de PSA-test. De biologische variabiliteit is hoog, er blijft een belangrijke analytische variabiliteit, en de test is niet specifiek voor prostaatkanker. Toch blijven er een aantal zekerheden overeind: een PSA-test  $< 1,0$  ng/mL bij een patiënt van 50 jaar zonder prostaatklaften en zonder familiale geschiedenis van prostaatkanker is geruststellend en dient slechts na vijf jaar te worden herhaald. Komt er bij naaste familieleden (vader, broers,...) prostaatkanker voor, dan dient reeds op de leeftijd van 40 jaar een eerste PSA-test te worden uitgevoerd. Een PSA-test  $> 12$  ng/mL dient steeds te worden herhaald na enkele weken. Omwille van de grote analytische variatie is het van het grootste belang dat de controle in hetzelfde laboratorium wordt uitgevoerd met dezelfde analysemethode. Wordt het verhoogde resultaat bevestigd, dan is dit een indicatie om over te gaan tot het nemen van een prostaatbiopsie. PSA-resultaten tussen 3,0 ng/mL en 12 ng/mL blijven moeilijk om te beoordelen. In dit geval zijn frequentere (bijv. jaarlijks) opvolganalyses noodzakelijk om een idee te krijgen over de snelheid van de stijging van het PSA-gehalte. Ook hier geldt dat de analyses steeds in hetzelfde laboratorium dienen te gebeuren met dezelfde analysemethode moeten worden uitgevoerd. Tussen 3,0 ng/mL en 12 ng/mL kan de bepaling van de vrije PSA-fractie informatie geven.

## PSA een knelpuntprobleem - kliniek en research

Erik Briers PhD

Wij Ook Oost

Inleiding

Prostaatkanker is en blijft een belangrijk probleem. Niet alleen is het voor de man de meest voorkomende kanker, elk jaar sterven er in België ook ongeveer 1.500 mannen van prostaatkanker.

Zoals voor elke behandelbare kanker is het wenselijk deze in een zo vroeg mogelijk stadium te ontdekken. Dat wil zeggen in een stadium waar de tumor netjes binnen de grenzen van het orgaan zit en waar er nog geen kankercellen de prostaat verlaten hebben op zoek naar nieuw territorium. Bovendien bij voorkeur in een stadium waar die tumor nog klein is.

### De uitdaging

De uitdaging is meerzijdig; om prostaatkanker in een vroeg stadium op te sporen kunnen we gebruik maken van de PSA-test die bij prostaatkanker verhoogd is. Maar niet elke verhoging van de PSA-concentratie in het bloed staat voor prostaatkanker. En niet elke prostaatkanker levert een verhoging op van de concentratie aan PSA in het bloed.

Omdat elke man PSA in zijn bloed heeft, is niet de aanwezigheid van PSA een signaal maar wel indien deze waarde boven een bepaalde waarde (de cut-off) uitstijgt. Maar, hoe hoog moet die waarde dan zijn om echt ongerust te worden, bij welke waarde is de kans op kanker hoog?

We kunnen wel stellen dat indien de waarde voor PSA bij een man van minder dan 65 jaar hoger is dan 10 ng/mL er zeker een reden is om verder te zoeken. Bij een man van minder dan 55 jaar is dat alarmpeil al heel wat lager. Het PSA-alarmpeil is leeftijdsafhankelijk.

Het moeilijkste zijn natuurlijk PSA-waarden die wel hoger zijn dan de cut-off waarde maar niet echt hoog, dat zijn waarden die in de grijze zone vallen. Dat zijn dan waarden lager dan 4 ng/mL, ook bij deze waarden kan prostaatkanker niet uitgesloten worden. Maar ook de waarden tussen 4 en 10 ng/mL.

De uitdaging is dat deze groep van mannen uit drie subpopulaties bestaat. Er is een eerste groep (de grootste) die helemaal niets aan de hand



heeft (geen kanker), er is een tweede groep die wel een tumor heeft maar een ongevaarlijke die geen behandeling nodig heeft (al gebeurt dat wel, dat noemen we overbehandeling) en er is de derde en kleinste groep met echte gevaarlijke tumoren die behandeld moeten worden. Wat de drie groepen uit elkaar moet halen is eigenlijk vandaag niet heel duidelijk, maar het start met een biopsie.

Helaas moeten we om het beeld af te ronden en nog wat complexer te maken, ook melden dat er een groep van mannen is met heel lage PSA-waarden maar waarbij niettemin kanker wordt aangetroffen. Gelukkig komt kanker minder voor naarmate de waarde van PSA lager is.

## Een biopsie

Een bloedafname om PSA te bepalen is voor de meeste mannen een “non-event”, een fluitje van een cent. Maar het laten nemen van een reeks naald-biopsies van de prostaat is absoluut een event. Dus moet men zorgzaam zijn en enkel dan biopsies nemen als daar goede redenen voor zijn. Biopsies zijn geen screeningmiddel voor prostaat-kanker.

Men zou dus de vraag ook kunnen stellen, hoe doen we alleen nog verantwoorde biopsies. Al kan niemand zeggen hoeveel biopsies negatief mogen zijn, 100% positieve biopsies zou doen vermoeden dat er ook positieve gemist zijn. Dat is evenwel ook vandaag zo.

Het moeilijke aan biopsies is dat bij deze procedure een aantal kleine stukjes weefsel uit de prostaat wordt genomen die daarna door een anatomo-patholoog onderzocht worden. Zoals bekend zal deze op basis van zijn onderzoek een besluit nemen. Dat kan grosso modo in drie richtingen gaan: bij de eerste is er niets bijzonders op te merken, deze prostaat is kerngezond. De tweede is dat er hooggradig prostaat intra-epitheliale neoplasie (HG-PIN) wordt gevonden, dit is geen kanker maar kan alle kanten op, ook kanker. De derde mogelijkheid is de vaststelling dat er effectief tumorweefsel wordt aangetroffen. In dit laatste geval wordt ook de Gleasonscore bepaald. Genoemd naar zijn eerste gebruiker en opsteller van de schaal is dit geen eenvoudig instrument. De Gleasonscore gaat van twee tot tien en is een maat voor de “kwaadaardigheid” van het weefsel. Een van de grote en niet opgeloste problemen is de waardering van deze scores. Opnieuw zijn de hoge scores heel gemakkelijk, zeven en hoger zijn zonder meer hoogrisico, maar lager dan zes is volgens

sommige auteurs goedaardig; daartussen ligt opnieuw een grijze zone zonder duidelijke uitspraken.

Het moge duidelijk zijn, de interpretatie van de scores is geen exacte wetenschap maar blijft mensenwerk.

## Tussenbesluit

Het resultaat van de PSA-bepaling is niet alleen onvoldoende om prostaat-kanker aan te tonen, ook de resultaten van een biopsie zijn niet steeds een duidelijke gids naar de geschikte behandeling of naar het (nog) niet behandelen. Maar, PSA is vandaag de belangrijkste bepaling waarmee de diagnose van prostaat-kanker start. Hoe kan deze parameter beter gebruikt worden om met een grotere mate van zekerheid kanker aan te tonen? Daarvoor zijn er over vele jaren van onderzoek een aantal afgeleiden ontwikkeld.

### 1. PSA-dichtheid (PSAD)

Wat zit erachter: het is algemeen geweten dat de prostaat een orgaan is dat tijdens het leven van de man langzaam groeit, in volume toeneemt. Bovendien hebben bijna alle mannen reeds vanaf relatief jonge leeftijd (last van) een goedaardige prostaathypertrofie (BPH). Deze twee fenomenen zijn op zich verantwoordelijk voor een stijging van PSA. Indien er zich dan binnen het volume van de prostaat ook een tumorhaard bevindt, dan is dit ook een producent van PSA.

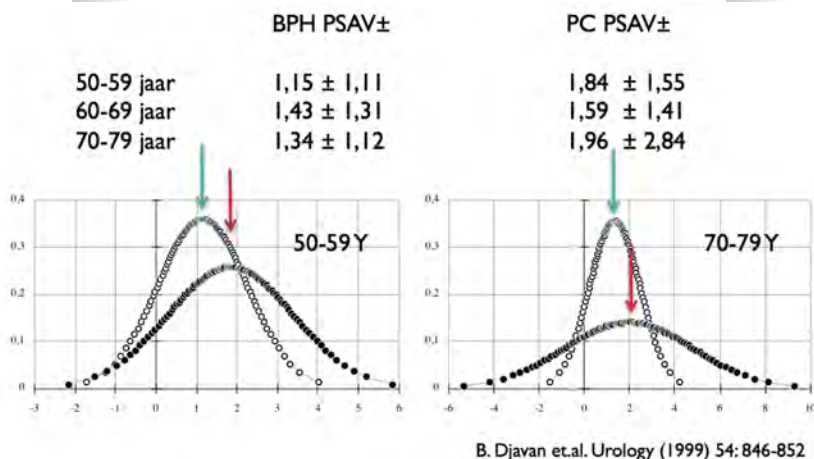
Bij meting van de PSA-concentratie in het bloed wordt er alleen een cijfer geproduceerd. Het volume van de prostaat kan bepaald worden met behulp van een geluidsecho-analyse of ingeschat door een ervaren uroloog tijdens een digitaal rectaal onderzoek (DRE). Door de gemeten concentratie in ng/mL PSA te delen door het volume van de prostaat in ml, bekomen we de PSA-densiteit in [(ng/mL)/mL].

Indien we dan het resultaat vergelijken voor twee prostaten met hetzelfde volume maar waarbij er één ook nog een prostaattumor bevat dan verwachten we dat de PSA-dichtheid in de prostaat met tumor hoger zal zijn.

Wat zegt het onderzoek: er is al behoorlijk wat onderzoek gebeurd naar PSAD waarbij het doel voornamelijk het voorkomen van onnodige biopsies is. Blijkt dat voor mannen jonger dan 60 en met BPH de PSAD 0,146 ( $\pm$  0,062) is. Bij dezelfde leeftijdsgroep maar voor mannen met een bevestigde prostaat-kanker wordt dat 0,244 ( $\pm$  0,116). Dit is een significant verschil, maar indien we bij de BPH-waarden één maal de

standaardafwijking tellen wordt dat 0,208; trekken we van de PC-groep één maal hun standaardafwijking af, dan wordt dat 0,128. Waarmee we duidelijk vaststellen dat de waarden door elkaar lopen en dat enkel hoge waarden en lage waarden voor een individuele man waarde hebben. Hetzelfde geldt trouwens voor andere leeftijdsgroepen.

## 2. PSA-snelheid (PSA-velocity PSAV)



PSA-snelheid, de blauwe pijl wijst naar de gemiddelde waarde voor mannen met een goedaardige prostaatvergroting. De rode wijst naar het gemiddelde voor mannen met prostaatcancer.

Wat zit erachter: De normale vrijgave van PSA door de prostaat is een weglekken met een vaste snelheid. Indien er in de prostaat geen kankerhaard zit zal de PSA-concentratie in het bloed slechts heel langzaam stijgen door de trage evolutie van het orgaan. Indien er evenwel een PC-haard aanwezig is zal de PSA-concentratie sneller oplopen wegens de snelle groei van elke tumor dus ook van prostaatcancer.

De PSAV wordt bepaald door de PSA-waarde te bepalen met een interval en dat bij voorkeur meer dan twee keer. De PSA-velocity wordt dan uitgedrukt in [(ng/mL)/jaar].

Men stelt dan dat de PSAV merklijk hoger zal zijn bij prostaatcancer dan bij goedaardige vergroting.

Wat zegt het onderzoek: in een onderzoek waarvan de resultaten in 2004 gepubliceerd werden evalueerden de auteurs de relatie tussen de PSAV en het risico om na een radicale prostatectomie (RPE) te overlijden. Zij vonden dat indien de PSAV groter was dan [(2 ng/mL)/jaar] het risico beduidend hoger was of dat de tijd tot dat overlijden korter was. Maar in dezelfde

publicatie wijzen zij er opnieuw op dat geen enkele parameter op zichzelf voldoende waarde heeft om een uitspraak te kunnen doen.

## 3. PSA-verdubbelingstijd (PSA-DT)

Wat zit erachter: als er al een verband is tussen de ernst van een gedetecteerde prostaatcancer en de snelheid waarmee de PSA-concentratie oploopt dan kan men daarvoor ook een andere eenheid verzinnen namelijk de tijd die nodig is om die concentratie gewoon te verdubbelen. Daar zit een wetenschappelijke basis achter: indien de verhoging van de PSA-concentratie enkel of essentieel veroorzaakt wordt door een tumor zal de evolutie van het volume van deze tumor gelinkt zijn aan de PSA-concentratie. In de biologische wereld is de snelheid waarmee cellen delen over het algemeen een constante (bacteriën van de gewone intestinale variëteiten delen zich bijvoorbeeld om de twintig minuten). Bij kanker kunnen we dat niet zo strikt stellen omdat er heel veel factoren in het spel zijn.

Maar grosso modo is dat wel zo, maar deze stijging is individueel, elke tumor heeft zijn eigen deelsnelheid. Toch kan men stellen dat er een relatie is tussen de kwaadaardigheid van een tumor en zijn delingssnelheid: hoe sneller een tumorcel deelt hoe sneller die tumor een probleem zal worden en elders schade kan aanrichten.

Om deze verdubbelingstijd te bepalen moet men natuurlijk over een langere periode de PSA-concentratie bepalen. Aangezien men toch naar behoorlijk korte PSA-DT's zoekt, wordt een tussentijd van minimaal drie maand en drie metingen wenselijk geacht. Let op, deze berekening kan men ook uitvoeren voor lage(re) PSA-concentraties. Voor de chemici, er wordt uitgegaan van een eerste orde kinetica hetgeen een grafische bewerking mogelijk maakt.

Wat zegt het onderzoek: de meeste publicaties tonen een verband aan tussen korte PSA-DT's en een minder goede prognose. Dat geldt zowel bij de vroege detectie van prostaatcancer als voor de opvolging van bijvoorbeeld een behandeling.

## 4. Vrij PSA (fPSA)

Wat zit erachter: PSA wordt in het prostaatweefsel gemaakt, in de cellen dus, ook in prostaatcancerweefsel. Bij die vorming (synthese)

wordt het in stappen uit een groter molecule gemaakt. Het originele product is wat wij vrij PSA noemen, dat wil zeggen een als het ware naakte molecule dat perfect in staat is om zijn taak te volbrengen. Zoals iedereen wel weet, lekt er een beetje van die moleculen naar het bloed. Hier is het evenwel absoluut niet nodig dat PSA zijn taak zou aanvatten, het is een enzym dat andere moleculen in stukjes knipt. Daarom wordt dat vrije molecule of vlug opgepikt door andere grote moleculen om een complex te vormen dat niet langer actief is. (ik begrijp vorige zin niet) Al het PSA in ons bloed wordt ook behoorlijk vlug afgebroken en uit de bloedsomloop verwijderd.

Het gevolg is dat er in ons bloed naast vrij PSA ook nog gebonden PSA voorkomt. Samen is dat het totaal PSA. Het is dit laatste wat in het laboratorium gemeten wordt en waar we het tot nu over gehad hebben.

Nu blijkt dat als een tumor PSA gaat produceren de verhoudingen niet gerespecteerd worden, dat wil zeggen dat bij een verhoging van het PSA naar het bloed het percentage gebonden PSA niet hetzelfde blijft. Men stelt vast dat de percentages vrij PSA in het bloed van mannen met agressieve vormen van prostaatkanker lager zijn dan bijvoorbeeld 15% daar waar ze normaal boven de 25% uitkomen.

Wat zegt het onderzoek: er is al behoorlijk wat onderzoek gebeurd maar de resultaten zijn niet eensluidend; de lage percentages bij agressieve vormen worden bevestigd, maar men kan uit een "verlaagd" percentage niet veel besluiten trekken. Bij de snel evoluerende tumor (snel stijgend PSA) is een gelijktijdig dalend percentage vrij PSA evenwel een aanvullend slecht teken.

## 5. Nieuwe merkers

Ze zijn al aangehaald, er is [-2]proPSA en er is PCA3 die nu reeds enkele jaren gebruikt worden en in onderzoek zijn. Geen van beide beantwoordt aan de strenge eisen van een goede screening of opsporingstest. Die voorwaarde is redelijk eenvoudig: de parameter is positief indien en alleen indien de man prostaatkanker heeft en in de andere gevallen is de parameter negatief. Een beetje zoals een zwangerschapstest die aangeeft of de vrouw zwanger is of niet.

Tweede tussenbesluit

PSA is helemaal geen perfecte screeningparameter voor prostaatkanker. Toch is PSA de beste bepaling om een risico op een

prostaatprobleem te signaleren. Daarbij kunnen we duidelijk enkele tussenzones afbakenen.

Bij de zéér lage PSA-waarden (volgens de leeftijd) is er slechts een heel kleine kans op prostaatkanker, zeker op een prostaatkanker die agressief is.

Bij zéér hoge PSA-waarden (eveneens afhankelijk van de leeftijd maar meestal spreekt men over meer dan 10-20 ng/mL) moet de clinicus niet twijfelen, deze man heeft ofwel prostatitis ofwel een flinke kans op prostaatkanker. Voor deze groep is het nemen van biopsies aangewezen want zelfs met deze PSA-waarden moet de diagnose met een biopsie gesteld worden.

Tussen deze waarden ligt een breed gebied, een grijze zone, die gaat van zowat 3-4 ng/mL tot 10 ng/mL hier bestaat er een kans op prostaatkanker, zelf agressieve, maar die varieert en men wil niet zomaar alle mannen aan biopsies onderwerpen.

## Nomogrammen

Het grote probleem bij de vroege detectie van prostaatkanker is voor mij niet het uitvoeren van een PSA-bepaling. Persoonlijk ken ik weinig mannen die van een bloedafname een probleem maken. Dat gebeurt voor velen al elk jaar in het kader van hun algemene gezondheidsscreening.

Het probleem is hoe de clinici omgaan met de resultaten aangezien de echte diagnostische test voor prostaatkanker de biopsie is. En dat is een ander paar mouwen, biopsies van de prostaat zijn geen "walk in the park", het houdt risico's in en is evenmin vrij van vals negatieven. Bovendien hangt nu het resultaat af van een menselijke analyse en interpretatie.

De uitdaging wordt de mannen te identificeren die voordeel hebben bij het afnemen van biopsies. Die zullen niet allemaal positief zijn, maar de kans op een positief resultaat moet voldoende hoog zijn. Om die mannen te identificeren zijn er hele reeksen zogenaamde nomogrammen ontwikkeld. Dat zijn hulpmiddelen op papier of op de computer die men per man gebruikt. Men zal de diverse resultaten ingeven en op basis van alle resultaten, en niet alleen de PSA, kan men dan besluiten of voor die man biopsies aangewezen zijn.

Voorbeelden van zulke nomogrammen zijn in het december nummer van PROSTAATinfo door

dr. Roobol besproken. In deze nomogrammen worden bijvoorbeeld de resultaten van het digitaal rectaal onderzoek (DRE) dat slechts twee resultaten (positief of negatief) kan opleveren, gebruikt naast het resultaat van een gewoon transrectaal echo onderzoek (TRUS) dat ook positief (er is een afwijkende echo) of negatief kan zijn. Verder wordt dan het volume van de prostaat dat met dezelfde TRUS-techniek wordt bekomen en de PSA gebruikt. Door een en andere netjes in te geven kan men de "kans" aflezen dat biopsies positief zullen zijn.

Deze nomogrammen worden opgesteld op basis van grote reeksen mannen die onderzocht werden en die daarna een biopsie hebben ondergaan om de kans te valideren.

Op dezelfde wijze zijn nomogrammen opgesteld om op basis van de resultaten van de analyse van de biopsies en de andere resultaten de kans op goedaardige tumoren in te schatten. Dit is natuurlijk belangrijk om mannen met een indolente tumor de kans te geven zich zorgvuldig te laten volgen zonder agressieve behandeling met de kans op belangrijke en hinderlijke gevolgen.

## Besluit

Er is nog veel werk aan de winkel, we hebben nog geen voor screening geschikte merker zelfs maar in de pijnpijn zitten. Er wordt hard naar gezocht maar het zal nog veel tijd vergen.

Wat hebben we al wel? We hebben PSA dat we op een heel eenvoudige wijze kunnen bepalen en dat indien we het steeds in dezelfde omstandigheden en in hetzelfde laboratorium laten uitvoeren, heel stabiel is om de evolutie van onze prostaat te volgen.

We weten dat samen met andere parameters een hoge PSA duidelijk een aanwijzing is om verder te zoeken en dat heel lage PSA-waarden pas na (vele) jaren opgevolgd mogen worden en dus geen aanleiding mogen zijn om in de alarmfase te gaan.

We weten ook dat er een grijze zone is die helaas behoorlijk breed is die aanmaant tot voorzichtigheid waarbij de eerste stap "active monitoring" moet zijn gedurende ten minste zes maanden tot een jaar om rustig de kans in te schatten dat biopsies een positief resultaat zouden kunnen opleveren.

## PSA: Curriculum en praktijk

Louis Denis

Wij Ook

De geschiedenis van de tumormerkers voor prostaatkanker begint in 1933 met de ontdekking van de fosfatasen. Onmiddellijk nadien werden de zure en alkalische fosfatasen gebruikt om prostaatkanker en de ontwikkeling van botmetastasen te evalueren. Weenigen herinneren zich dat de toepassing van de chirurgische castratie, beschreven door Charles Huggins en aanleiding tot een latere Nobelprijs geneeskunde, de val van zure fosfatasen beschreef als een goede behandeling voor pijnlijke botmetastasen van prostaatkanker. Zure fosfatase, later ontwikkeld tot een specifieke prostaatzure fosfatase, bleef tot de jaren 1980 de merker van prostaatkanker. Rond die tijd kondigde zich een nieuwe test aan, gebaseerd op een immunologische reactie, als een protease die



### Curriculum PSA 4

Een mythe ontluisterd:

- Tot 75% vals positief, 15% vals negatief
- Lagere afkapwaarden tot 25% kanker
- Laboratorium en biologische variatie
- Prognose bounce fenomeen
- PSA-screening mortaliteit ↓ overdiagnose 50%
- Nut derivaten: densiteit, free form, dubbeltijd
- PSA-fobie patiënten

OCA, 2011

specifiek bleek voor prostaatweefsel. Een nieuwe laboster was geboren en een reeks nieuwe testen, alle gebaseerd op hetzelfde principe, brachten een hype rond het Prostaat Specifiek Antigeen (PSA). In het begin als een duidelijke merker van prognose na een radicale prostatectomie. Een zero test bevestigde de genezing en blijvende PSA-waarden bevestigden de uitbreiding van de kanker buiten de prostaat (die verwijderd was). Dit bracht een onmiddellijke erkenning door de Food and Drug Administration (FDA) in de VSA. Honderden artikels bezongen de lof van de test in de evaluatie van de biologische geschiedenis van prostaatkanker. Lage cijfers waren gunstig doch hoge cijfers wezen op botmetastasen en hun verdere

uitbreiding. Tot in 1991 William Catalona een studie publiceerde in de New England Journal of Medicine over de waarde van de PSA-test als diagnostische merker van prostaatkanker. Het hek was van de dam. Ondanks het feit dat het een retroactieve studie betrof, kanker ontdekt werd door PPA en niet bevestigd door de nieuwe test, bleef deze publicatie een landmerk die leidde tot de PSA-test als een merker voor de vroegdiagnose van prostaatkanker. Belangrijk omdat prostaatkanker alleen geneesbaar was zolang het beperkt bleef tot de prostaat zelf. De test veroverde een ereplaats in de urologie. Rond de eeuwwisseling waren er 65 verschillende testen in gebruik, een magische mythe werd een mantra. De PSA-test leidt tot de diagnose van prostaatkanker, een invasieve behandeling en de patiënt is gered van een langzame, pijnlijke doodstrijd.

Intussen, zoals u al gelezen en gehoord hebt, komt de waarheid naar boven en wordt er terecht meer gerelativeerd. Het is nog altijd de beste tumormerker (ook beter bv. dan de mammografie) en hij geeft slechts het risico aan dat er een kanker aanwezig kan zijn. In zeer lage < 1 ng/ml waarden weinig risico en bij zeer hoge waarden, minstens 20 ng/ml en liefst 40 tot 50 ng/ml, denken aan mogelijk uitzaaiingen. De PSA-test heeft geen enkele absolute waarde, vooral in de klinische zone van 4 tot 10 ng/ml, met 75% vals positieve en 15% vals negatieve uitslagen. Dit maakt de situatie moeilijk. Alleen werd deze teleurstelling nog vergroot door de ontdekking van de pijnloze biopsie. Een vooruitgang op alle

## PSA in de Praktijk

### Diagnose:

- Asymptotisch: geen excuus voor screening & case finding

Uitzondering: Hereditaire factoren  
Psychische druk (info)

- Symptotisch: steeds PSA  
Bij verhogen controleren & vrije PSA  
Relatie tot volume prostaat  
Prostatitis: evaluatie

OCA, 2011

gebied met gerichte controles onder ultrasonische controle maar gevolgd door de herontdekking van een pathologie die op kanker leek onder de microscoop maar klinisch geen problemen meebracht. De waarheid is bekend, ook sinds 1933, dat er talrijke microscopische kankers in de

prostaat aanwezig zijn die gevonden werden bij systematische opsporing tijdens een autopsie maar klinisch geen gevolgen hadden voor de meeste gevonden letsels. Men noemde deze microscopische kankers incidenteel zo ze toevallig gevonden werden in het weefsel dat geresecteerd werd tijdens een transurethrale resectie, latent zo gevonden bij autopsie of zelfs occult bij een patiënt met metastasen waarbij in de prostaat geen andere tumor gevonden werd. Dit fenomeen heeft reeds aanleiding gegeven tot overloze discussies. Diende hier behandeld of gewoon afgewacht? De consensus bleef in het TNM-systeem dat T1a < 5% van het resectieweefsel niet diende behandeld maar wel T1b meer dan 5%. Let wel dat 5% van een normale 30 à 40 gram resectie blijft steken op 1,5 tot 2 gram (cc) kanker.

Met de PSA-test als excuus kon men wedijveren om meer en meer kanker te vinden. Het laatste snufje is de 'saturation biopsy' met 20 en meer biopsies. Het resultaat was een tsunami aan incidentie van prostaatkanker gevolgd door klinische successen in het genezen van prostaatkanker. De medische wetenschap zegevierde. Men had de ziekte van een asymptomatische prostaatkanker in enkele jaren bedwongen. Een nieuwe TNM-categorie bleek dan nodig. De T1c is de kampioen in de diagnose van prostaatkanker die men niet kan voelen noch zien op beeldvorming. De PSA-indicatie volstaat. Uiteraard bestaat er geen pathologische pT1 en blijken al die kankertjes T2 beperkt tot de prostaat in ongeveer 2/3 van de gevallen.

Gelukkig revolteerden de pathologen, gesteund door de epidemiologen, dat niet alle microscopische kankers dienden behandeld en dat volgens Epstein een kanker indolent mocht genoemd worden die kleiner was dan 0,5 cc met een differentiatie volgens Gleason (schaal 0-10) van max. 3+3, en ja liefst geen PSA boven de 10 ng/ml. Een nieuwe behandeling is geboren. De actieve opvolging waarbij men gewoon én de PSA én het biopsiepatroon volgt. Bijna iedereen (EAU, AUA richtlijnen) gaat hiermee akkoord. Vooral omdat we sinds lang weten dat men een patiënt die geen tien jaar meer te leven heeft niet moet behandelen voor een beginnende prostaatkanker en de arts er zeker niet moet naar zoeken. Deze houding noemt men vaakzaam wachten en is palliatief bedoeld.

Slechts behandelen zo er symptomen optreden is hier de boodschap.

# Prostaatcancer: Geen basis voor bevolkingsonderzoek

Dr. Vera Nelen

Provinciaal Instituut voor Hygiëne

## 1. Hoe belangrijk is prostaatcancer

Prostaatcancer nam over de afgelopen jaren toe.

Prostaatcancer is in België de meest voorkomende kanker bij mannen. Met 8810 nieuwe diagnoses in 2008 vormt prostaatcancer 27% van alle kankerdiagnoses bij mannen.

De gemiddelde leeftijd bij diagnose is echter 69 jaar. Prostaatcancer is slechts de 3de doodsoorzaak door kanker. De sterfte blijft over de jaren constant ondanks een toename in de diagnoses. Tussen diagnose en overlijden verlopen gemiddeld 15 jaar.

## 2. Vroegopsporing: argumenten pro en contra

### Argumenten PRO:

De Europese ERSPC-studie toonde een vermindering van de sterfte aan prostaatcancer van 21% bij een onderzochte groep in vergelijking met een controlegroep. Aan deze studie namen acht landen deel: België, Nederland, Finland, Frankrijk, Italië, Spanje, Zweden, Zwitserland. In totaal namen 182.000 mannen deel aan de studie, waarvan 10.000 uit Antwerpen. Deze mannen werden willekeurig in twee groepen ingedeeld. Eén groep werd gescreend op prostaatcancer met behulp van de PSA-bloedtest, de ander groep werd opgevolgd als controle.

### Argumenten CONTRA:

-De PSA-bloedtest is niet goed genoeg. Deze test is niet alleen verhoogd in geval van prostaatcancer maar ook bij goedaardige vergroting en prostaatontsteking.

-Overdiagnose: Een gedeelte van de bij screening gevonden kankers (30-50%) kunnen betiteld worden als "slapende kankers". Ze hebben een gunstige prognose: ze vertonen geen tekenen van agressie en zijn traag groeiend. Ontdekken van deze soort kankers zou men kunnen betiteln als overdiagnose en is een onvermijdelijk gevolg van screening.

-Overbehandeling: Het risico van de



overdiagnose is de eventuele overbehandeling en de nevenwerkingen die hiermee kunnen gepaard gaan (darmproblemen, incontinentie, impotentie).

-Vermindering van de levenskwaliteit: recent onderzoek toonde aan dat 58% van de voordelen van de screening worden teniet gedaan als we rekening houden met vermindering van de kwaliteit van leven die ermee gepaard gaat.

## 3. Besluit

Heel wat mannen worden geconfronteerd met prostaatcancer, meestal op oudere leeftijd. De sterfte aan prostaatcancer blijft beperkt in vergelijking met het voorkomen.

Op dit moment zijn we niet klaar voor vroegopsporing:

Vroegopsporing heeft een gunstig effect op de sterfte, doch de PSA-test is niet goed genoeg en overdiagnose is onvermijdelijk. Overbehandeling en de nevenwerkingen die ermee samen hangen hebben voor gevolg dat de voordelen van de screening voor 58% worden teniet gedaan door de nadelen op de kwaliteit van het leven.

Tot voor deze nadelen een oplossing wordt gevonden is opstarten van bevolkingsonderzoek voor prostaatcancer te vroeg.

## The Great Prostate Mistake (New York Times - 9 maart 2010)

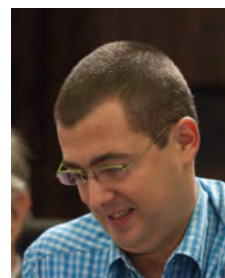
Dr. Bram Spinnewijn

Domus Medica

Al zeven jaar blader ik regelmatig doorheen de literatuur over prostaatcancer in opdracht van Domus Medica, de

wetenschappelijke vereniging voor huisartsen. Jaarlijks in september maak ik een rapport op voor de huisartsen, zodat ze weer op de hoogte zijn van alle nieuwe onderzoeksresultaten over prostaatcancer screening.

Sinds de twee grote studies (ERSPC en PLCO) in maart 2009 gepubliceerd werden in The New England Journal of Medicine, zijn er niet veel nieuwe onderzoeksresultaten bijgekomen. Toch blijft prostaatcancer bijna dagelijks in het nieuws met vaak tegengestelde reacties. Een voorbeeld hiervan zijn de reacties die volgden op de website van de New England Journal of Medicine met uiteenlopende conclusies: van "eindelijk bewezen,



echte mannen kiezen voor preventie” naar iets gematigder “de PSA-test is niet perfect, maar is een goede stap om prostaatkanker te screenen”, “alles in het leven is een tweesnijdend zwaard”, “een gezamenlijk besluitvormingsproces gebaseerd op het individueel risico is het meest aangewezen”, tot eerder negatieve uitspraken als “de PSA-test is meer schadelijk dan goed” en zelfs “er zijn duidelijk economische motieven gemoeid bij prostaatkankerscreening, immers 60% van de dagdagelijkse activiteit van de uroloog draait rond prostaatkankerscreening en de opvolging hiervan. Stoppen met screenen zal het inkomen van verschillende artsen doen dalen”.

Het lijkt op een schoolstrijd, ofschoon iedereen zich baseert op dezelfde cijfers, waar de ene eerder kijkt naar de voordelen en zegt “more is better”, kijkt de andere naar de nadelen en zegt “less is more”. Dit wordt duidelijk gemaakt door de aanbevelingen van de verschillende medische beroepsgroepen, ook gebaseerd op dezelfde studies. De Amerikaanse en Franse vereniging van urologen en de Amerikaanse vereniging van oncologen bevelen prostaatkankerscreening aan, zonder meer. De andere Europese verenigingen van urologen zijn eerder gematigd en bevelen opportunistische screening aan van goed geïnformeerde mannen, maar dit reeds vanaf 40 jaar, dewelke een consensus is zonder wetenschappelijk bewijs. Alle andere beroepsgroepen (huisartsen en epidemiologen) bevelen aan enkel over prostaatkanker te spreken als de patiënt dit aanhaalt in de consultatie, hem goed te informeren over de voor- en nadelen, en de keuze bij de patiënt te laten.

Ik begrijp de controverse rond dit onderwerp ook wel. Prostaatkanker is de meest frequent voorkomende kanker en is de kanker met de hoogste mortaliteit onder mannen. Dus iedereen kent wel iemand die er aan lijdt of eraan gestorven is. De lijdensweg als gevolg van de ziekte en zijn behandeling is groot en iedereen wil dit natuurlijk voorkomen. Maar kunnen we dit wel?

Uit de aangehaalde studies blijkt dat we één op vijf sterfgevallen aan prostaatkanker kunnen voorkomen door screening. Dit is wel wat, ofschoon we moeten beseffen dat iemand die gestorven is aan prostaatkanker gemiddeld slechts zes extra jaren te leven had.

Om dit effect te bereiken, om met name één geval van overlijden aan prostaatkanker te voorkomen, moeten we 1410 mannen oproepen voor en opvolgen met PSA-tests. Van deze 1410 mannen geven er 1160 gehoor aan de oproep. De

uitslag van de PSA-test geeft aanleiding om 396 van hen te bioteren, 340 mannen geven hieraan daadwerkelijk gehoor. Bij 82 van hen leidt dit tot de diagnose prostaatkanker. Dit betekent dat 48 mannen zonder screening nooit de diagnose van prostaatkanker zouden gekregen hebben en behandeld worden. De andere 34 mannen zullen de diagnose eerder krijgen en dus eerder behandeld worden en dus eerder de neveneffecten van de behandeling moeten aanvaarden. Dit alles om één sterfte aan prostaatkanker te voorkomen en dus zes levensjaren te winnen. We kunnen besluiten dat hiervoor 48 mannen een extra behandeling moeten ondergaan en er uiteindelijk niet vijf, maar vier van de 1410 mannen aan prostaatkanker overlijden; inderdaad een reductie met 20%. Vergelijken we dit met borstkankerscreening, dan moeten we slechts 300 vrouwen screenen, waardoor de mortaliteit met 30% vermindert. Bovendien is het aantal verloren levensjaren door borstkankersterfte veel groter. De neveneffecten van de behandeling zijn bovendien beperkter.

Vele andere ziektes kunnen, met minder tijdsinvestering en minder kost, efficiënter voorkomen worden dan prostaatkanker. Denk maar aan vaccinaties tegen kinderziektes of vaccineren tegen griep bij risicopatiënten, het toedienen van een aspirientje en/of een cholesterolverlagend middel bij patiënten met suikerziekte of een hoog cardiovasculair risico, het aanbevelen van rookstop, het verbeteren van de verkeersveiligheid. Allemaal aspecten waar mits extra tijdsinvestering van huisartsen nog veel gezondheidswinst kan behaald worden. Moeten we bovendien niet iedereen aanmoedigen om extra te bewegen door alle sportactiviteiten terug te betalen, zoals in Nieuw Zeeland?

Begrijpt u dan dat we samen met de Vlaamse regering huisartsen aanbevelen om aan preventie te doen waar het echt een verschil maakt en dat de actieve opsporing van prostaatkanker bijgevolg naar de achtergrond verdwijnt. Wij moedigen huisartsen aan dit te realiseren binnen het preventieconsult (GMDplus) aan de hand van de gezondheidsgids ([www.domusmedica.be](http://www.domusmedica.be)). Er zijn anno 2011 geen aanwijzingen dat prostaatkankerscreening opgenomen zal worden in deze gezondheidsgids.



## Prostaatkanker: Hoop op betere beeldvorming

Dr. Johan Braeckman  
Afdelingshoofd urologie  
UZ Brussel



Sinds jaren zoeken we naar een goede beeldvormingstest voor prostaatkanker. Voor we beschikten over de PSA-test was ons beste instrument om prostaatkanker te ontdekken het digitaal rectaal onderzoek. Wanneer we een harde knobbel voelden dan namen we een “blinde” biopsie en wanneer die positief bleek dan hadden we meestal al te maken met een geval van min of meer gevorderde kanker. We waren dikwijls te laat om nog een behandeling met langdurige overleving te kunnen bieden. Vandaag is PSA onze eerste indicator en zijn we er dikwijls veel te vroeg bij, dat betekent dat veel gevallen van prostaatkanker die worden vastgesteld op basis van een gestegen PSA (nog) niet bedreigend kunnen zijn en dus ook niet moeten behandeld worden. Een tweede nadeel is dat PSA in < 25% der gevallen stijgt ten gevolge van prostaatkanker.

Een goede beeldvormingstest waarbij de tumor gelokaliseerd en gemeten kan worden, biedt veel betere vooruitzichten. Klassieke röntgenstralen (radiografie, CT) zijn niet bruikbaar omdat goedaardig en kwaadaardig prostaatweefsel niet verschillend in beeld worden gebracht. Echografie, magnetische resonantie en nucleaire beeldvorming zijn wel bruikbaar.

### Echografie

Transrectale echografie wordt al meer dan 25 jaar succesvol toegepast voor volumemeting van de prostaat en voor optimale geleiding van de biopsie. Enkel wanneer de tumor, ook echografisch zichtbaar is kan men met grote nauwkeurigheid een representatief biopt afnemen. In de andere (en meeste) gevallen weet men niet waar de tumoren zijn en doet men beroep op zogenaamde “at random” biopsies. Er is geen standaardprocedure beschikbaar, er zijn evenveel biopsiemethodes als er biopsie-experten zijn. Maar wat wel vast staat is

1. Hoe meer biopsies men neemt hoe hoger de kans op diagnose van prostaatkanker;
2. Hoe meer biopsies men neemt hoe hoger de kans op niet significante prostaatkanker;

3. Hoe meer biopsies men neemt hoe hoger het risico op complicaties als infectie en bloeding;
4. Men is nooit zeker dat de biopsie representatief is voor de prostaat en haar eventuele tumor.

### Magnetische resonantie (MR)

MR is de meest accurate beeldvormingstest voor prostaatkanker, indien de juiste technieken (contraststudie en/of spectroscopie) worden gebruikt op een performant toestel door ervaren onderzoekers. Het is daarom dat slechts enkele geselecteerde centra goede resultaten kunnen voorleggen. Bijkomende problemen zijn de beperkte beschikbaarheid (dus ook lange wachtlijsten) en de hoge kostprijs van dit onderzoek.

### HistoScanning (PHS)

Aan de hand van wiskundige algoritmes kunnen op een computer abnormale weefsel patronen gedetecteerd worden binnen een driedimensionale opname van de teruggekaatste ultrageluidsgolven. Deze computer geassisteerde prostaatechografie biedt nu reeds resultaten die vergelijkbaar zijn met MR. Van november 2008 tot december 2010 werden in het UZ Brussel bij 213 patiënten prostaatbiopsie uitgevoerd op basis van PHS. In 151 gevallen was de uitkomst correct voorspeld door de computer. Bij 62 patiënten was een tumor gemist (5) of een vals positieve voorspelling gegeven (57). Dit lijkt veel maar de voorspellende waarde van PHS is dus alvast minstens driemaal beter dan PSA. Daarbij verwachten we nog technische verbeteringen (mogelijkheid van “real-time” biopsie binnen de verdachte zone, betere kwaliteit van de gegevensopname door gebruik te maken van aangepaste echosonde) die de betrouwbaarheid zowel voor positieve als voor negatieve onderzoeken nog zouden moeten verhogen.

### Nucleaire beeldvorming

De pet-Scan en de pet-CT Scan hebben hun intrede gedaan in de wereld van de oncologische beeldvorming. Voor patiënten met prostaatkanker hebben ze evenwel maar beperkt nut. De klassieke isotopische botscan en de CT Scan van abdomen en klein bekken volstaan in de meeste gevallen. Bij twijfel en wanneer dat relevant is voor de behandelingskeuze gaat men verder met in de eerste plaats MR van de wervelzuil.

De indicatiestelling voor deze beeldvormingstesten, en dat geldt evenzeer voor

klinisch gelokaliseerde tumoren als bij vermoeden van uitgezaaide tumoren, wordt best getoetst aan de levensverwachting, de klachten en de PSA om nutteloze overconsumptie te vermijden. Het is immers niet altijd nodig om tot het uiterste te gaan in de speurtocht naar kankercellen. De prognostische factoren, inzonderheid de PSA, zijn hierbij een zeer goede leidraad.

## Waar staan we? Limieten genezing

Steven Joniau - Hein Van Poppel

UZ Leuven

We hebben de laatste jaren een boeiende tijd gekend op het terrein van prostaatkanker.

Aan de ene kant werd aangetoond dat met bevolkingsscreening aan de hand van PSA, de kans op prostaatkankersterfte kan worden verlaagd, maar aan de andere kant werd het direct duidelijk dat hier een groot risico voor overbehandeling mee gepaard gaat. Met andere woorden: veel patiënten met de diagnose van prostaatkanker zullen nooit sterven van hun kanker.

Dit dilemma van overdiagnose/overbehandeling werd voor een deel "gecounterd" door "actieve opvolging" van klinisch niet-significante prostaatkankers. Spijtig genoeg zijn de selectiecriteria hiervoor gebaseerd op PSA, PSA-verdubbelingstijd, rectaal toucher en biopsie Gleasonscores. Dit zijn alle vrij weinig accurate parameters, die in combinatie gelukkig vrij betrouwbaar zijn. Daarnaast moet het ook duidelijk zijn dat de levensverwachting van een man met prostaatkanker meestal voor het grootste deel afhangt van zijn algemene conditie, en niet van de prostaatkanker. Modellen om de levensverwachting te berekenen zijn schaars en niet steeds accuraat. Al deze zaken samen genomen, worden mannen soms verkeerdelijk geselecteerd voor behandeling en soms verkeerdelijk geselecteerd voor actieve opvolging. Het mag duidelijk zijn dat er nog werk aan de winkel is om het gevaar van een prostaatkanker bij een welbepaald individu accurater in te schatten. Nieuwe beeldvormingstechnieken en moleculaire merkers zullen hier in de toekomst duidelijkheid scheppen. Het mag dan ook



verwacht worden dat er een betere selectie mogelijk zal zijn om mannen te selecteren voor behandeling en andere mannen veiliger in te delen onder actieve opvolgingsstrategieën.

Een ander veld in prostaatkanker zijn de "hoog risico" prostaatkankers. Deze zijn klinisch nog gelokaliseerd, maar patiënten hebben een hoog risico op herval en prostaatkankersterfte na lokale behandeling. Decennia geleden werd gedacht dat deze mannen niet curatief te behandelen waren. Er werd toen nogal snel naar castratie (heelkundig of medicamenteus) gegrepen. In de laatste vijf à tien jaar is het duidelijk geworden dat heel wat van deze zogenaamde "hoog risico" prostaatkankers heel goed behandelbaar zijn met wat men noemt "multimodaliteitsbehandeling". Hierbij wordt chirurgie gecombineerd met radiotherapie (postoperatief) en/of hormonale therapie; of wordt radiotherapie gecombineerd met langdurige hormonale therapie. De overlevingscijfers van dergelijke gecombineerde behandelingen zijn op zijn minst spectaculair te noemen.

Echter, in elke subgroep (laag risico, intermediair risico en hoog risico) zijn er nog steeds mannen die sterven van prostaatkanker. Dit komt voornamelijk door problemen van onderstaging (onderschatten van de agressiviteit), onderbehandeling (nog te weinig gebruik maken van multimodaliteitsbehandeling) of nog ongekende aspecten van tumorbiologie. Hier is nog heel wat werk aan de winkel. Het mag verwacht worden dat moderne beeldvormingstechnieken (Multi-parametrische MRI, histoscanning,...), nieuwe prostaatspecifieke moleculaire merkers, betere inschattingmodellen voor de levensverwachting en een betere standaardisering + integratie van multimodaliteitsbehandeling de curabiliteit van prostaatkanker nog significant zullen verbeteren.

Het model van geïndividualiseerde geneeskunde op het gebied van prostaatkanker ligt binnen handbereik!

## Organisatie prostaatkankercentra

Dr. John B.W. Rietbergen, uroloog

Prostaatcentrum zuid west Nederland van het Sint Franciscus Gasthuis en Erasmus Medisch Centrum

Het afgelopen decennium is de zorg rondom

de patiënt met prostaatkanker steeds meer in de belangstelling gekomen. Prostaatkanker is één van de meest frequent voorkomende kwaadaardige tumoren bij mannen. Mondiaal treft het jaarlijks zo'n 670.000 mannen. De sterfte aan deze ziekte vindt vooral plaats in de oudste groep mannen vanaf 65 jaar. Een leeftijdscategorie waarin ook veel sterfte is aan andere oorzaken. Het betreft een kwetsbare groep waarin de afweging levenskwaliteit versus levensduur een actueel thema is.



Gezien de bevolkingsopbouw wordt deze groep ook qua aantal steeds belangrijker. De financiële perikelen van de laatste jaren evenals de toename van levensverwachting en de opbouw van de bevolkingscurve waarin ouderen een steeds groter deel van de populatie gaan vormen, baart de overheden zorgen. Meer dan ooit moet de zorg zo efficiënt mogelijk ingericht worden. Vanuit de bevolking is de roep om kwalitatief hoge zorg met enige regelmaat in de actualiteit. Dit spanningsveld lijkt de ideale voedingsbodem voor drastische hervorming van onze huidige zorg rondom prostaatvraagstukken. Of het nu om een goedaardige prostaatvergroting gaat of om ongerustheid rondom het al dan niet hebben van prostaatkanker. Goed gestructureerde en kwalitatief hoogstaande zorg is uiteindelijk goedkoper.

Gezien de resultaten van de Europese gerandomiseerde studie voor vroege opsporing van prostaatacarcinoom is er op dit moment nog geen reden om tot bevolkingsonderzoek over te gaan. Een belangrijk probleem is de overdiagnostiek. Het aantal mannen dat behandeld moet worden om één mensenleven te redden bedraagt 48. Waarschijnlijk ligt dit getal iets gunstiger. Toch is dit nog steeds een groot probleem. Maar wat nu wanneer er gevraagd wordt om een PSA-onderzoek?

De behandeling van prostaatacarcinoom was ooit eenvoudig. Er werd geopereerd of bestraald en als deze behandeling faalde werd hormonale behandeling in de vorm van castratie toegepast, een behandeling die in 1966 tot de grote medische doorbraken werd gerekend vanwege de jaren die aan het leven toegevoegd konden worden door toepassing ervan. Pas in 2000 werd er een werkzame vorm van chemotherapie beschreven en toegepast. Deze voegde slechts

enkele maanden aan het leven toe. Toch wordt dit als hoopvol beschouwd. Sinds 2006 zijn er nog nieuwere middelen als Cabazitaxel, Sipuleucel-T en Abiraterone. Allen goed voor een paar maanden extra weliswaar ten koste van neveneffecten en aanzienlijke kosten.

De curatieve opties worden ook steeds talrijker; operaties open dan wel met robot of conventioneel laparoscopisch; radiotherapie inwendig met jodium implantatie of HDR brachytherapie uitwendige bestraling met een cyberknife; conventionele deeltjesversneller; gamma stralen; 3D conformal; IMRT, noem maar op. Om de chaos compleet te maken is er ook nog de mogelijkheid van "high intensity focussed ultrasound" (HIFU) en cryotherapie (bevriezing).

Om het overzicht nog onoverzichtelijker te maken: wat te doen indien de primaire therapie faalt, zijn er dan nog reddingsmogelijkheden?

Wanneer welke therapie toe te passen is op dit moment meer dan ooit maatwerk. Het is ondenkbaar dat de dokter dat in zijn of haar eentje beslist.

Het dilemma is duidelijk. Om voor de patiënt te zorgen is meer nodig. Niet alleen de holistische aanpak waarbij de aandacht voor biologische problematiek vergezeld gaat met aandacht voor het psychosociale welbevinden. Maar ook een blik naar de toekomst voor patiënten die nog volgen. Integratie van zorg en wetenschap.

Om dit te realiseren zijn we van een aantal zaken uitgegaan.

Een multidisciplinaire aanpak waardoor objectieve adviezen gerealiseerd kunnen worden. Iedere specialist neigt toch te adviseren voor de modaliteit die men zelf beheerst. Indien meerdere specialisten adviseren en overleggen zal de informatie genuanceerder zijn, leidend tot een grotere acceptatie van de therapie en minder spijtgevoelens achteraf.

Schaalvergroting is noodzakelijk voor een efficiënt leerproces en genereert bekendheid met de zeldzamere gevallen.

Er is een goede regie van de zorgketen; overdracht tussen verschillende afdelingen is gestructureerd en geborgd. Dit kan door middel van een elektronisch patiënten dossier gefaciliteerd worden.

Korte doorlooptijden voor onderzoeken verminderen de onrust in het diagnostisch traject.

Er vindt een integratie plaats van de

researchactiviteiten en patiëntenzorg die rondom de patiënt is georganiseerd.

Duidelijke afspraken met alle ondersteunende afdelingen als laboratorium, pathologie en radiologie waarbij de doorlooptijden gedefinieerd zijn en een uniforme werkwijze essentieel is.

Integratie van een oncologieverpleegkundige in het traject voor laagdrempelige toegang en toelichting van de verpleegkundige aspecten.

Uiteindelijk hebben deze overwegingen geleid tot de realisatie van Prostaatcentrum zuidwest Nederland. Dit is een samenwerking tussen het topklinische Sint Franciscus Gasthuis en het universitair medisch centrum Erasmus MC. Beide te Rotterdam.

In dit centrum zijn alle specialisten fysiek aanwezig en doen gelijktijdig spreekuur zodat laagdrempelig advies kan worden gevraagd en de patiënt meerdere specialisten kan bezoeken.

De processen zijn zodanig ingericht dat het aantal herhaalbezoeken tot een minimum beperkt wordt.

Op de twee locaties zijn vrijwel alle behandelmodaliteiten voorhanden.

Wij realiseren ons dat we slechts aan het begin staan van een nieuwe ontwikkeling. Ons belangrijkste gezamenlijke uitgangspunt was: hoe gaan we dit realiseren? Wanneer men alleen naar alle bezwaren en problemen kijkt, komt er niets van de grond. Met optimisme en positieve bekrachtiging van onze patiënten gaan wij verder op de reeds ingeslagen weg.

## De verpleegkundige in het kankercentrum

Willem de Blok

R.N., NKI-AVL

Ook dit jaar mag ik van de partij zijn op uw jaarlijkse bijeenkomst in het Provinciehuis in Antwerpen. Het is een goede gewoonte dat de Europese Vereniging van Urologie verpleegkundigen, de EAUN, zich via mij laat afvaardigen.

Ik spreek met twee petten op omdat ik mijn ervaring in mijn dagelijks werk opdoe vanuit een Nederlands oncologisch centrum: het Nederlands Kanker - Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis



(NKI-AVL). Sinds 1991 ben ik verpleegkundige en heb ervaring opgedaan in diverse Amsterdamse Ziekenhuizen.

In ons ziekenhuis hebben wij sinds 2005 een speciale Prostaatcancerpolikliniek. In eerste instantie was deze polikliniek opgericht om sturing te geven aan het grote aanbod aan patiënten dat in ons centrum binnenkwam voor een zogenaamde "second opinion". Toen in ons centrum op een van de weinige plaatsen in Nederland een da Vinci Intuitive operatie robot was aangeschaft, werd de prostaatpolikliniek populairder.

De werkwijze van deze polikliniek is opgezet vanuit de methodiek van een klinisch pad. Het kenmerk van deze methodiek is dat de patiënt niet van de ene specialist naar de andere gaat, of van onderzoek naar onderzoek, maar dat de zorg is georganiseerd rondom de patiënt. Zo is de filosofie van onze polikliniek opgezet vanuit de werkwijze van een "one stop clinic".

Deze trend wordt op verscheidene plaatsen in Europa gewaardeerd. In een artikel in de European Journal of Cancer beschrijft Valdagni et al. de "benodigdheden voor een prostaatcancer kliniek". Ik verkeer in de gelukzalige omstandigheid te mogen werken in een kliniek die gaandeweg zichzelf zo heeft ontwikkeld, dat zij aan al die "requirements" voldoet. Dit komt tot uiting in het multidisciplinaire karakter dat tot stand is gekomen in goed overleg met de patiënten en de verenigingen van patiënten. In juli 2011 hebben we in een lotgenotengesprek een delegatie van patiënten feedback laten geven op ons zorgproces. Daarnaast denk ik dat wij ons gelukkig mogen prijzen met een nauw contact met de Stichting Contactgroep Prostaatcancer (SCP). Een multidisciplinaire werkwijze is kenmerkend voor de moderne prostaatcancerpolikliniek.

In de loop der jaren heb ik de nodige artsen voorbij zien komen die het multidisciplinaire karakter niet zo zagen zitten. "Waarom zou je praten over zaken die zo klaar zijn als een klontje?"

Na twee bijeenkomsten bewezen zij aan zichzelf maar ook aan alle anderen het grote nut van de bespreking met meerdere specialisten: iedereen nam maar wat graag deel aan de discussie over de verschillende behandelopties!

Uiteraard moet een goede voorzitter aanwezig zijn om simpele zaken snel voorbij te laten gaan!

Een tweede groot voordeel van het multidisciplinaire karakter is dat alle leden van het

zorgteam aanwezig zijn. Een verpleegkundige in het team is naar mijn stellige mening van groot nut. Niet altijd heeft de verpleegkundige een belangrijke rol bij de keuze van de behandeling. Wel kan een verpleegkundige informatie verstrekken die nodig is om te komen tot een keuze. Een verpleegkundige kan zorgen dat de patiënt makkelijk zijn zorgen kan delen met het behandelteam. Een lage drempel om die zorg te uiten is dan nodig.

In mijn casuïstiekbespreking op de bijeenkomst zal ik daarvan een voorbeeld voorbij laten komen.

Naar mijn mening kan een verpleegkundige een belangrijke rol vervullen om de patiënt bij te staan zonder de rol van de dokter te vervullen.

## HUISARTS: de as van het zorgpad

Dr. Marc Van Hoey

Huisarts (Havac) -  
Ondervoorzitter RWS

Toen professor Denis mij enkele maanden geleden verzocht om op de Europese Patiëntendag, met mijn collega Bram voorzitter te zijn, stemde ik in mijn enthousiasme onmiddellijk toe. Enige tijd later, en zo kennen we vriend Louis allemaal, kwam de mededeling dat ik een presentatie zou houden over het zorgpad waarin de huisarts een belangrijke rol heeft.

Op dezelfde locatie en ter gelegenheid van de prostaatdag 2010 gaf collega Wijfels al aan dat er géén eerstelijnsaanbeveling bestond en stelde hij de vraag wanneer dit er zou komen.

Eén jaar later staan we nog steeds nergens, hoewel. Iedereen, patiënt, specialisten, professoren en andere zijn het erover eens dat de huisarts een centrale én belangrijke rol heeft. En wel door zijn gepersonaliseerde en tegelijk holistische benadering van de patiënt, met welke ziekte ook.

Spitstechnologie, zogezegd betere en fijnere farmacie en moleculaire research roepen voor aandacht en geld. De huisartsen blijven rustig aan de zijlijn maar moeten hun plaats opeisen!

Patiënten worden overspoeld door media zoals het internet, krijgen verkeerde informatie, zelfs van artsen. Maatschappelijk onderzoek



toonde nog dit jaar aan dat de bevolking bijzonder veel vertrouwen heeft in zijn huisarts. We willen dit blijven waar maken.

Veel uren literatuurstudie en ettelijke besprekingen gaven mij als huisarts een dieper en vooral scherper inzicht in wat we als artsen samen met patiënten kunnen doen.

Dat screenen naar prostaatpathologie "zomaar" géén enkel nut heeft hebben studies (Chodak, PCPT en ERSPC) ruimschoots bewezen.

Als belangrijkste punt om te screenen moeten wij starten bij de patiënt, niet bij de arts. Als de man klachten heeft of uitdrukkelijk vraagt naar testing, dan zullen we een zorgpad dienen te starten. We kunnen als arts wel routinematig vragen naar eventuele urinaire of seksuele problemen, net zoals we informeren naar stoelgang of bewegingsproblemen.

In deze tijden van besparingen allerhande nog pleiten voor "wild screenen" lijkt mij een foute richting.

Pijlers voor een goed zorgpad zijn mijn inziens het klachtenpatroon van de patiënt, het simpele klinisch onderzoek van PPA (anaal onderzoek) en urinelabo, samen met het uitvoeren van de IPSS-score als richtlijn voor het "urinair patroon".

PSA blijft een moeilijke zaak: vroegdiagnostisch simplistisch en foutief. Als bij diagnose en behandeling van BPH er toch blijvende klachten zijn, dient een uroloog geconsulteerd te worden.

Bij vermoeden of diagnose van kanker zal het uiteraard de uroloog zijn die het verder beleid zal uitwerken, maar steeds in samenspraak met de patiënt én de huisarts! Ook als de patiënt palliatief dient benaderd te worden blijft de huisarts een belangrijke partner en wel tot bij het overlijden.

Ik durf de hoop uit te drukken dat na deze studiedag er eindelijk werk gemaakt wordt van een netoverschrijdend interdisciplinaire werkgroep waar men samen met huisartsen, specialisten, patiëntengroepen én de overheid zal ijveren voor een zorgpad dat enerzijds artsen én patiënten duidelijkheid zal geven en anderzijds nutteloos tijd én geldverspilling zal voorkomen.

## De patiënt als actieve partner

Willy Walschaert

Wij Ook

Indien u als patiënt nog het geluk hebt om min of meer een normaal leven te leiden, moet ge dat voordeel te baat nemen. Als patiënt zijn er nog vele voordelen om actief te zijn en dat komt in de eerste plaats uzelf ten goede, en tegelijkertijd bent u voor uw naaste omgeving geen zieke maar wel een actieve partner.

Ik ga het bij twee pijlers houden, die ikzelf heel belangrijk vind en als actieve partner ook toepas, nl.

### 1. Beweging, met het “Feel+James” programma

“Mens sana in corpore sano”. Het is van alle tijden. “Een gezonde geest in een gezond lichaam”. Dat was in het verleden, dat is nu, en zal ook zo in de toekomst zijn. Deze gedachte vormt de brede basis van het James-programma, en op deze gezonde fundering bouwen wij verder.

Feel+James is echter geen gewoon programma, dat men in elk week-, maand- en trimestrieel blad of in een gratis deur tot deur gepost blaadje aantreft. Wij mikken niet op de doelgroep die binnen de kortste keren de 5 km, de 10 miles van Antwerpen of de 20 km van Brussel wil uitlopen. Wij zoeken personen die iets aan hun conditie willen doen, maar drempelvrees hebben en in een gewone sportclub, vereniging of turnkring zich niet thuis voelen. Ook diegenen die door traumatische omstandigheden belast werden bv. door: chemo, hormoonbehandeling of medische ingrepen vinden bij ons gelijkgestemde zielen, en zij die zelden bewegingsactiviteiten hebben gedaan of zich nooit in sportkledij of trainer hebben vertoond en nu hun cardio-vasculair stelsel op peil willen houden.

Kortom, iedereen met of zonder fysieke en psychische problemen en die een lichte activiteit willen doen, zijn bij ons welkom om zo hun bewegingsapparaat te stimuleren.

Bij ons is uitdrukking “Meedoen is even belangrijk als winnen” zeker van toepassing want het woord winnen is hier totaal niet aan de orde. Dit in tegenstelling tot de meeste andere sportclubs, waar dat woord voorrang heeft.



Hier is dus zeker geen sprake van competitie of wedstrijdniveau. Alles trachten wij in harmonie te houden. Alle oefeningen worden uitgevoerd zonder enige vorm van pijn of stress, zodat het steeds voor iedereen aangenaam blijft. Wat wij beogen is na 1 uur een goed gevoel overhouden van hetgeen wij in groep hebben beoefend.

Dit programma is ontwikkeld door een groep deskundigen, die elke expert zijn in hun eigen vakgebied en Eddy Kuypers heeft hiervoor de gepaste oefeningen opgesteld. Het geheel is een universitair onderbouwd project van de UCL.

### 2. Levensstijl anders - assertief

Zoals iedereen weet betekent het woord assertiviteit: In staat voor zichzelf op te komen. Velen denken dan aan een imposante spierbundel die “manu militari” zijn gelijk wil halen. Dat is niet wat ik bedoel. Wat ik bedoel is: dat wij, als patiënt, meer afhankelijk van derden zijn. Ik neem een willekeurig voorbeeld. Iemand waar wij o.a. regelmatig contact mee hebben is bv. onze huisdokter. Zorg dan ook dat dit een goed contact is.

Veel mensen gaan echter naar hun huisarts met een serviele ingesteldheid. Bij de arts aangekomen stelt men zich dan op als een totaal ondergeschikte en zegt, ik geef een willekeurig voorbeeld: “Dokter, ik denk dat ik iets aan mijn prostaat heb” en verder krijgt de arts nog weinig klank. Dit is niet de juiste manier. Wij moeten ons profileren als actieve patiënt bv.: noteer op een briefje waarom ge denkt dat ge iets aan uw prostaat hebt, schrijf eveneens op hoeveel maal ge op een dag moet plassen, hoe dikwijls ge 's nachts hiervoor moet opstaan, of ge daarna nog aandrang voelt, nadruppelen, pijn, ... en zo zijn er nog verschillende items die ge vooraf moet noteren. Zo stelt ge een dossier samen dat ge aan uw arts kunt overmaken, hetgeen tijd spaart voor beide partijen.

Ons lichaam is een complex geheel. Elke ziekte is anders en elk lichaam reageert hierop verschillend. Op het resultaat van een geneesmiddel is het telkens afwachten en het is voor een dokter dubbel zo moeilijk een diagnose te stellen wanneer de patiënt geen actieve partner is

Indien er bepaalde zaken u niet duidelijk zijn, vraag dan of uw dokter dat opnieuw wil uitleggen, informeer u via verschillende kanalen naar uw ziektebeeld, neem nota's en bespreek dit in alle openheid met uw arts.

Wees een alert patiënt, ondanks het trauma. Blijf op uw waarde staan, wees zelfbewust en weerbaar en stel u op als een evenwaardige, actieve patiënt, zodat de dokter in deze uiterst moeilijke materie, met uw inbreng, een zojuist mogelijke diagnose kan stellen. De mogelijkheid bestaat dat ge twijfelt aan de diagnose van uw arts. Niets belet u om een tweede consult te vragen aan een andere arts, daar is totaal niets mis mee. Het kan ook zijn dat ondanks vele inspanningen aan beide zijden het “niet klikt” tussen u en de arts.

Gebruik dan enerzijds het voordeel van in België te wonen en anderzijds het principe “assertief zijn” en ga naar een andere dokter want hier kan en mag dat, momenteel toch nog.

De eindconclusie over de drie pijlers, nl.: “Beweging/Voeding/Assertiviteit Anders” zou ik in één zin willen samenvatten nl.: “Zorg voor een evenwichtige eet- en leefstijl, voldoende fysieke activiteit, geestelijke ontspanning en opkomen voor uzelf”.

Ik zou willen afsluiten met mijn stelregel, nl. “Wij hebben maar één lichaam, één ziel en één karma, wees er zuinig op en spring er zorgvuldig mee om”.

## Conclusies Europese Patiëntendag Prostaatcancer 2011

Dr Marc Van Hoey, Co-Voorzitter

Patiëntendag Prostaatcancer 2011

Als inleiding bracht mevrouw Monica De Coninck, Schepen voor Sociale Zaken en Voorzitter OCMW Antwerpen, de enorme maatschappelijke belasting voor de behandeling van chronische ziekten waaronder kanker onder de aandacht, terwijl ze pleitte voor een intensivering van de communicatie tussen artsen en patiënten. In de voormiddag leerden verschillende sprekers ons dat prostaatcancer daalde naar de derde plaats van doodsoorzaken bij mannen terwijl screening niet dient te gebeuren door simpelweg het bepalen van een bepaalde bloedwaarde van PSA. Vroegopsporing leidt onherroepelijk naar overbehandeling met alle nadelige gevolgen van dien. Sommige sprekers



brachten positief nieuws over het ontwikkelen van nieuwe labotesten en van nieuwe computergestuurde beeldvorming, die we in de nabije toekomst meer zullen zien verschijnen.

Na een gesmaakte lunch werd licht geworpen over de Nederlandse situatie, dit zowel door sprekers uit de medische hoek als door de patiëntenvereniging.

Tot slot van deze lange, intensieve én voor sommige aanwezigen vermoeiende dag wil ik afsluiten met een aantal stellingen en uitspraken die de hele dag samenvatten.

1)het grote belang van de relatie én de communicatie tussen de huisarts, de patiënt en de specialist; we moeten dus uitgaan van een “onderhandelde zorg”.

2)screening is zinvol in gynaecologie en gastroenterologie maar voor prostaatcancer moeten we dit zeker niet doen door middel van PSA-bepalingen; tegelijk onthouden we de daling in rangorde van de sterfteoorzaak naar de derde plaats bij mannen.

3)tussen de Nederlanders en de Belgen zijn véél verschillen maar de bedenking in verband met screening zijn dezelfde terwijl de standaarden voor aanpak terdege verschillen. Het zorgpad in Nederland heeft wel degelijk vorm terwijl we in België nog nergens staan.

In Nederland heeft men prostaatunits opgericht in ziekenhuizen en men gebruikt daar de techniek van focusgesprekken, waar de patiënt centraal staat.

4)ik doe een oproep tot medewerking door artsen, overheid en patiënten om samen te werken opdat we tegen de volgende Europese Prostaatdag in 2012 een volwaardig zorgpad voor België kunnen voorstellen.

5) ik dank namens alle deelnemers de dames Brigitte en Anja voor de perfecte organisatie en het vriendelijk onthaal en tegelijk wens ik mijn hartelijke dank uit te spreken voor de sponsors van deze leerrijke dag.



# 3.000.000

In Europe (EU) **3.000.000** men live with prostate cancer. Each year **300.000** men learn that they have prostate cancer and **68.000** die of prostate cancer. Both numbers increase every year.

Europa Uomo is a confederation of 22 representative national patients' support groups for prostate diseases in general and prostate cancer in particular.

Hence, we call for the commitment and action necessary for men to have timely access to the right treatment. Specifically, we call on:

- 1] Recognition by governments of the morbidity and mortality burdens of prostate cancer.
- 2] Commitment from governments to ensure sustainable support for basic and clinical research for new biomarkers and cancer treatment trials.
- 3] Health professionals to educate the public about the risk factors for prostate cancer, such as family history
- 4] Physicians to tailor treatment for the individual patient through the appropriate use of PSA testing avoiding over and undertreatment.
- 5] Society to build partnerships in helping to reduce the burden of the disease as well as identify common action and reducing the existing inequalities on access to treatment.

**EUROPA  
UOMO**

**EUROPA UOMO**  
The European Prostate Cancer Coalition

Secretariat  
Lange Gasthuisstraat 35-37  
2000 Antwerpen - Belgium  
Tel.: +32.3.338.91.54  
Fax.: +32.3.338.91.52  
E-mail: [europauomo@skynet.be](mailto:europauomo@skynet.be)  
[www.europa-uomo.org](http://www.europa-uomo.org)