PROSTAATinfo

Nieuwsbrief van Wij Ook Belgium vzw

September 2009

Verschijnt viermaal per jaar in maart-juni-september-december.
September 2009
P3A8115

De paradoxen van prostaatkanker
Wij Ook groeit
PSA meten in het laboratorium

PROSTAATinfo
Nieuwsbrief Wij Ook Belgium

Hoofdredacteur/editor
Erik Briers
[erikbriers@telenet.be]

Redactievoorzitter
Henk Van daele
Redactieleden
Dr. Filip Ameye *(Voorzitter Belgisch Vereniging Urologie BVU)*
Dr. Johan Braeckman *(Secretaris wetenschappelijke comité BVU)*
Jef Cools
Dr. Alberto Costa *(Directeur Europese School voor Oncologie)*
Luc Decroos
Louis Denis (Directeur OCA)
Brigitte Dourcy-Belle-Rose
Piet Hoekstra *(Epcel Nederland)*
Jan Humblet
Jos Janssens
Prof. Dr. Hein Van Poppel *(Voorzitter wetenschappelijk comité Wij Ook)*
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
Rik Desmet
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 [03/338.91.54]
[louis.denis@skynet.be]

Wij Ook Oost
(Limburg & Vlaams-Brabant)
Erik Briers [011/30.07.10]
Dinsdag en donderdag 19u-21u
[erikbriers@telenet.be]

Wij Ook West (West-Vlaanderen)
Luc Decroos [051/20.19.03]
[luc.decroos@telenet.be]

Epcel Nederland
Piet Hoekstra [31-(0)-104.504.510]
pjj.hoekstra@planet.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 experten worden ingericht om uw medische, emotionele en andere vragen te begrijpen. Deze voorlichting en uitwisseling van ervaring vervangt geen artsenconsultatie 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 de betrokkenheid en meevoelen rond de mogelijke lichamelijke, geestelijke en sociale problemen die we allemaal persoonlijk meemaken of kennen.

Ook niet-prostaatpatiënten kunnen lid worden. U kan lid worden door uw persoongegevens (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
ISSN:1782-0847
Prijs per nummer 5 euro
Inbegrepen in het lidgeld
8e jaargang september 2009
© 2009 Alle rechten voorbehouden

Verantwoordelijke uitgever
Louis Denis - Antwerpen

PROSTAATinfo wordt viermaal per jaar uitgegeven door Wij Ook Belgium. Het wordt verspreid naar de leden, 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

De paradoxen van prostaatkanker

Louis Denis (Voorzitter Wij Ook)

"Het kan verkeren" zei Bredero. Honderd jaar geleden werd prostaatkanker beschouwd als een vrij zeldzame aandoening. Afzonderlijke klinische gevallen werden voorgesteld met diagnose en behandeling in de medische tijdschriften van die tijd. Zelfs in de jaren dertig van de twintigste eeuw werd prostaatkanker nog verward met de goedaardige prostaatvergroting. Beide aandoeningen werden terecht beschouwd als een mogelijk(e) doodvonnis. Inderdaad zag men toen nog de helft van de geopereerde patiënten met obstructie overlijden na de heelkundige wegname van de goedaardige vergroting door bloeding, infectie of nierfalen. Toch werd de goedaardige prostaatvergroting nog beschouwd als een vreselijke maar vrij zeldzame bedreiging voor de volksgezondheid.

De moderne urologie heeft komaf gemaakt met de behandeling van de goedaardige prostaatvergroting. De behandeling bestaat nu grotendeels uit medicatie en aangepaste endoscopische resectie van de prostaat. Het overlijden is nu praktisch nul.

Voor prostaatkanker staat de diagnose op basis van biopsies genomen met behulp van de transrectale ultrasonografie vandaag op punt. De aanwijzing tot biopsie wordt eerst gegeven op indicatie van een onderzoek waar de vinger van de arts in de aars van de patiënt de achterzijde van de prostaat kan betasten op afwijkingen. Sinds twintig jaar bestaat er een bloedtest, de prostaat specifiek antigeen-test (PSA) die bij verhoging een risico kan aanduiden voor prostaatkanker (lees verder p.5).

Nu honderd jaar later is prostaatkanker één der meest getelde kankers in Europa met cijfers die indruk maken. Elk jaar komen er meer dan 360.000 gevallen bij, een derde van alle mannelijke kankers, en sterven er nog steeds 80.000 Europeanen door deze ziekte. Maar anderzijds leven er ongeveer drie (3) miljoen mannen in Europa met de diagnose van prostaatkanker.

Hoe zijn we in deze situatie beland? In de eerste paradox door de steeds stijgende levensduur, een triomf van het Europees sociaal gezondheidsbeleid en de vooruitgang van de geneeskunde. Prostaatkanker is vandaag inderdaad een chronische aandoening bij oudere mannen. Ongeveer twee derde van alle prostaatkankers wordt gevonden boven de leeftijd van 65 jaar. Ter verduidelijking, in 1930 was de gemiddelde levensduur 60 jaar en nu ongeveer 77 jaar.

In de tweede paradox ligt de oplossing bij het natuurlijk verloop van de ziekte. Uit autopsiestudies, sinds de jaren 1930, weten we dat prostaatkanker begint op de leeftijd van 30 jaar met een minimale grootte van enkele millimeter. Op 50 jaar hebben de helft van de mannen een dergelijk gezwelletje en op 70 jaar ongeveer 70 percent. Sommige van deze gezwelletjes worden groter en kunnen gediagnosticeerd worden vanaf 0,5 tot 1 cm diameter na een groeiperiode van ongeveer 20 jaar. Maar de meeste kleine tumoren groeien nooit tot deze grootte en blijven gewoon in de prostaat sluimeren zonder ooit klachten te veroorzaken. We noemen deze gezwelletjes slapende, latente of minimale tumoren. Met de introductie van de PSA-test en de pijnloze biopsie, normaal 6 à 10 biopsies, werd het aantal nieuwe diagnoses opgedreven tot de huidige megacijfers. Niet te verwonderen zo we ons realiseren dat sommige artsen tot 26 biopsies per sessie nemen uit een orgaan dat normaal ongeveer 20 gram weegt.

Vervolg pagina 11

Inhoud van dit nummer

3 De paradoxen van prostaatkanker
Louis Denis
4 Wij Ook groeit
Henk Van daele
5 PSA meten in het laboratorium
Erik Briers
8 Mijn Coach
Jan Humblet
10 Dr. Els Borst
Henk Van daele
11 Vervolg van pagina 3
Kort, Laat maar verdiend
Brigitte Dourcy-Belle-Rose
12 In de schaduw van Kos
Louis Denis
14 Programma Europese Patiëntendag
Prostaatkanker Antwerpen 19 september 2009
15 Boekbespreking
Jef Cools

Omslagfoto
Beeld van een prostaatmodel waardoor men kan wandelen. Een belevenis op de Groenplaats Antwerpen op 18 september 2009 ter gelegenheid van de Europese Prostaatdag.

Wij Ook groeit

Henk Van daele, namens de redactie

De vereniging Wij Ook vzw ontstond op het einde van 2000 door de samenwerking van enkele prostaatpatiënten uit het Antwerpse.

Jack Pais (1921-2005) en Louis Denis waren de drijvende krachten van het eerste uur. Het was de dynamische voorzitter Pais die al vlug aandrong op het samenstellen van een website voor de vereniging. De te vroeg overleden Jack Pais schreef ook de brochure *Prostaat Vademecum. Voor alle mannen met of zonder prostaatklachten*.

De aanvankelijk kleine club beantwoordde aan een nijpende behoefte. Dit werd al vlug bewezen door een groeiend aantal leden in de verschillende Vlaamse provincies.

Uit internationale contacten links en rechts bleek er tevens nood aan meer Europese samenwerking, dit naar analogie met de internationale vereniging Europa Donna voor vrouwelijke borstkankerpatiënten. Voorbereidende gesprekken hadden onder meer plaats in Rome tijdens de eerste jaren van deze eeuw. Deze contacten leidden tot het officiële ontstaan van Europa Uomo in 2004 te Milaan. Europa Uomo werd aldus een koepelorganisatie van verenigingen voor prostaatpatiënten uit een toenemend aantal Europese landen.

Binnen Wij Ook werden een aantal nieuwe initiatieven ontwikkeld. De eigen website werd verbeterd en in 2006 verscheen een brochure met de titel *Prostaatproblemen. Gids voor mannen en vrouwen*, verzorgd door Brigitte Dourcy-Belle-Rose. Er ontstonden ook nauwe betrekkingen met Nederlandse zusterverenigingen en een beperkt aantal noorderburen werd lid van Wij Ook. Verscheidene bestuursleden creëerden het prostaatpaspoort, nog een initiatief waarvoor Pais de basis had gelegd. Dit Nederlandstalig prostaatpaspoort kende al vlug een internationaal succes en werd in heel wat Europese talen vertaald en gepubliceerd.

Bij de leden was er vraag naar een eenvoudig clubblad, met verstaanbare actuele medische berichtgeving en praktische informatie betreffende de talrijke activiteiten van de vereniging. In de lente van 2002 werd het allereerste nummer van het blad verspreid. Die *Nieuwsbrief* telde slechts twee bladzijden. Het vierde nummer van het jaar 2003 bevatte reeds vier pagina's nuttige informatie. Tijdens de volgende jaren werd het verschijningsritme van vier nummers per jaar strikt aangehouden. De omvang van het blad nam toe: sommige nummers telden zes bladzijden. Maar de *Nieuwsbrief* werd in eigen beheer uitgegeven wat bepaalde beperkingen impliceerde.

Het aantal leden van Wij Ook vzw blijft gestadig stijgen. Sinds enkele tijd is de vereniging de Scheldestad ontgroeid. Nieuwe kernen ontstonden : Wij Ook Oost in Vlaams-Brabant en Limburg, Wij Ook West in Oost- en West-Vlaanderen.

In de lente van 2009 was het voor het bestuur duidelijk: na bijna tien jaar inzet van velen is Wij Ook vzw de kinderschoenen ontgroeid. Het bestuur achtte de tijd rijp voor een tijdschrift dat meer zou zijn dan een interne nieuwsbrief. Het moest een periodiek worden, niet enkel bestemd voor de leden van de vereniging, maar voor alle geïnteresseerde mannen en vrouwen. Tevens moest het vernieuwde blad een opening bieden naar huisartsen, specialisten, ziekenhuizen en mutualiteiten.

Een redactie bestaande uit enkele gemotiveerde vrijwilligers is bereid vorm en inhoud te geven aan een eigentijds tijdschrift. Tevens zullen regelmatig gastauteurs worden uitgenodigd om een bijdrage te leveren.

Het eerste nummer van de vernieuwde periodiek ligt nu voor. De redactie hoopt alleszins dat het vernieuwde blad warm zal worden onthaald.

Jack Pais, stichter voorzitter van Wij Ook vzw

PSA meten in het lab

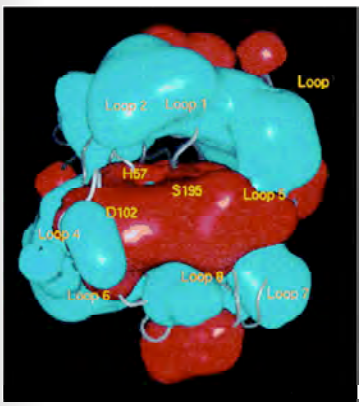
Erik Briers

Prostaat Specifiek Antigeen (PSA) is een begrip, afkorting, die elke prostaatkankerpatiënt goed kent. Het is de basis van de detectie van de kanker maar het is ook de sleutel tot een behandeling en de opvolging van die behandeling. Daartoe wordt PSA gemeten in een kleine beetje bloed dat door onze arts naar een klinisch laboratorium wordt gestuurd.

Iedereen zal zeggen dat het meten van PSA heel moeilijk is en dat het interpreteren van de resultaten al even moeilijk is. Hoe komt dat? Wij gaan hier een poging doen om dat uit te leggen.

PSA is een molecule

Goed, maar wat is een molecule? Neem water, een druppel water heeft alle eigenschappen van water. Steeds kleinere druppels tot we al lang niets meer zien, zijn en blijven water. Tot we het kleinste deeltje water hebben gevonden dat nog echt alle eigenschappen van water heeft. Maar dat niet meer in twee te splitsen zonder zijn eigenschappen te verliezen. Maar slechts in onderdelen, de onderdelen waaruit het is samengesteld (atomen). Zo is ook PSA een molecule. In vergelijking met water is het een gigantisch groot molecule. Elke molecule is gekenmerkt door een gewicht, het molecuulgewicht voor water is 18, dat voor het PSA-molecule is ongeveer 28.500. Daarmee weten scheikundigen dat 18 gram water en 28.500 gr PSA exact evenveel afzonderlijke en identieke moleculen of deeltjes bevatten.



Op basis van complexe technieken hebben chemici dit beeld gemaakt van het PSA-molecule dat zéér groot is en complex, het ruwe oppervlak is de “vingerafdruk” van PSA

(Grote) moleculen hebben een vingerafdruk

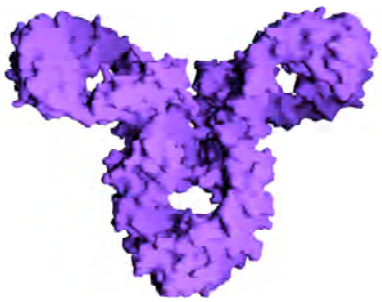
Aangezien PSA zo een gigantisch groot molecule is heeft het ook een complexe ruimtelijke structuur. Op zijn oppervlak vertoont het heel wat “bergen en dalen”, structurele elementen die zo typisch zijn dat ze als een vingerafdruk PSA verraden.

De natuur herkent deze vingerafdruk

Ook al is PSA gigantisch groot, die vingerafdruk kunnen we nooit met gewone middelen zien, daar zijn hoogtechnologische middelen voor nodig. Wij gebruiken daarvoor een trucje dat we van de natuur hebben geleerd.

Een kind dat tijdens zijn kinderjaren ziek wordt met mazelen, zal in zijn verder leven nooit nog mazelen krijgen. Dat kind verwerft door die ziekte immuniteit ertegen. Dat betekent dat er in het lichaam van dat kind cellen geselecteerd zijn die moleculen produceren die heel specifiek het mazelenvirus herkennen. Indien zo’n molecule een mazelenvirus “tegenkomt” (in het bloed) dan bindt het zich eraan waarna andere systemen dat gemerkt virus opruimen voordat het virus schade kan toebrengen.

Die specifieke cellen en moleculen ontstaan pas nadat het kind met het mazelenvirus besmet werd. Bij een volgende besmetting gaan de producerende cellen bij een contact met het virus onverwijld antilichamen maken, want zo heten die moleculen, en het kleine beetje virus opruimen, we hebben immuniteit verworven en krijgen de mazelen niet meer.



Zo kunnen antilichamen eruitzien, dit is een immunoglobuline van de IgG klasse, we zien bovenaan twee identieke delen die kunnen binden, de staart wordt gebruikt om het IgG zelf aan iets vast te binden. In kortschrift wordt de letter **Y** gebruikt als voorstelling.

Antilichamen herkennen een stukje van die vingerafdruk

Wat hebben we hier uit geleerd, de mens en bij uitbreiding de zoogdieren, produceren antilichamen indien ze belaagd worden met vreemde organismen (virussen, bacterieën…) zelfs met vreemde moleculen. Die antilichamen zijn uiterst specifiek, herkennen ze het mazelenvirus, dan laat het rubellavirus hun ijskoud.

Dat trucje kunnen we in het laboratorium gebruiken. Als we PSA bij een muis of een konijn inspuiten zal dat proefdier reageren door

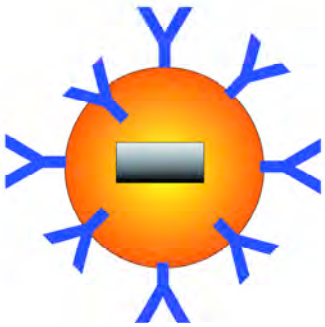
antilichamen tegen PSA te maken. Die antilichamen zijn uiterst specifiek, ze reageren zelfs alleen met bepaalde kenmerken op het PSA-molecule. Dit is zéér groot en vertoont heel veel structurele elementen (epitopen) die aanleiding kunnen geven tot de vorming van specifieke antilichamen.

Antilichamen zijn nooit 100% specifiek

Er is evenwel een probleempje, soms vertoont een andere molecule een structureel element dat heel erg lijkt op een element van PSA. Dan reageert dat antilichaam ook min of meer met die vreemde molecule. Dat verklaart ook waarom vroeger gevaccineerd werd tegen mensen-pokken met een entstof die het koepokkenvirus bevatte.

Die antilichamen zelf zijn ook hele grote moleculen, ze hebben één kant waar twee moleculen PSA kunnen aan binden, de andere kant kan dat niet.

Antilichamen in het lab



Om ze in het laboratorium te kunnen gebruiken moeten we nog heel wat scheikunde gebruiken. PSA komt in het bloed slechts voor in uiterst kleine hoeveelheden. Dat wil zeggen dat er uiteraard een massa andere moleculen aanwezig zijn en die willen we niet meten. Daarom gebruiken we een antilichaam tegen PSA. Dat wordt chemisch aan microscopisch kleine plastic bolletjes (geel in de figuur) vastgemaakt. Binnen in die bolletjes zit er dan ook nog een minuscuul stukje ijzer (het grijze staafje in de figuur).

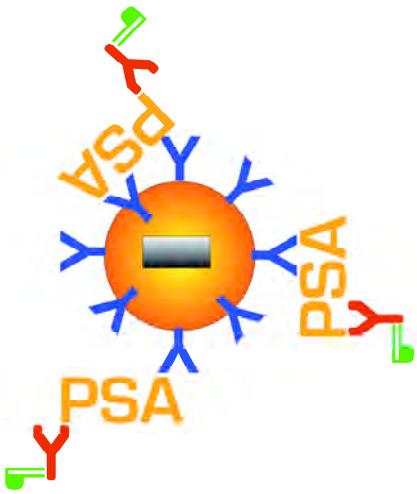
Stap 1, PSA uit het bloed vissen

Bij het afnemen van bloed, bij een controle bij de huisarts, vangt de arts het bloed op in een buisje dat daarna naar het laboratorium gestuurd wordt. Bloed bestaat uit cellen (rode bloedcellen, witte bloedcellen enz.) en serum. De cellen zwemmen rond in het serum waarmee ook een massa belangrijke moleculen getransporteerd worden tussen onze organen, de longen, de nieren, de lever enz. Het eerste wat het laboratorium doet is het serum scheiden van de cellen door de buisjes te centrifugeren (zoals room gescheiden wordt van de melk). Het serum is een strogele vloeistof waarmee het laboratorium verder werkt. Het is ook in dit serum dat bijvoorbeeld cholesterol bepaald wordt.

Een klein beetje van dit serum wordt in een buisje gemengd met een reagens (een oplossing met diverse stoffen daarin). Dit reagens bevat onze bolletjes met daaraan anti-PSA-antilichamen, honderden per bolletje. En deze doen waar ze goed in zijn, ze binden zich met elk molecule dat het juiste structurele element vertoont. Dat wil zeggen PSA-moleculen, maar ook PSA gebonden aan transportmoleculen wordt gevangen.

Dan wordt er iets heel slims gedaan. Tegen het testbuisje wordt een magneet geplaatst die alle bolletjes naar zich toe en tegen de buiswand trekt. Met alle bolletjes tegen de wand geplakt kan het buisje rustig leeggemaakt worden en kan er een wasvloeistof ingegoten worden. De bolletjes worden terug losgelaten en eens goed gemengd met de wasvloeistof. Daarna worden ze terug tegen de buiswand getrokken en wordt de vloeistof weer weggegoten. Dat wassen gebeurt enkele keren, want we willen echt alles wat niet aan de bolletjes vastgebonden is weg. Aan het einde hebben we in het testbuisje bolletjes met daaraan gebonden moleculen PSA (indien die er waren), en moleculen die op PSA lijken.

Stap 2, PSA vinden en meten



De bolletjes kunnen we onder een microscoop gemakkelijk zien. De eventueel gebonden moleculen zien we niet. Om die zichtbaar te maken en te tellen, gebruiken we opnieuw (andere) anti-PSA-antilichamen. Maar deze gaan we eerst aan een speciale molecule binden (groene symbolen in de figuur). Dit is bijvoorbeeld een enzyme wat dit enzyme doet lees je onder stap drie.

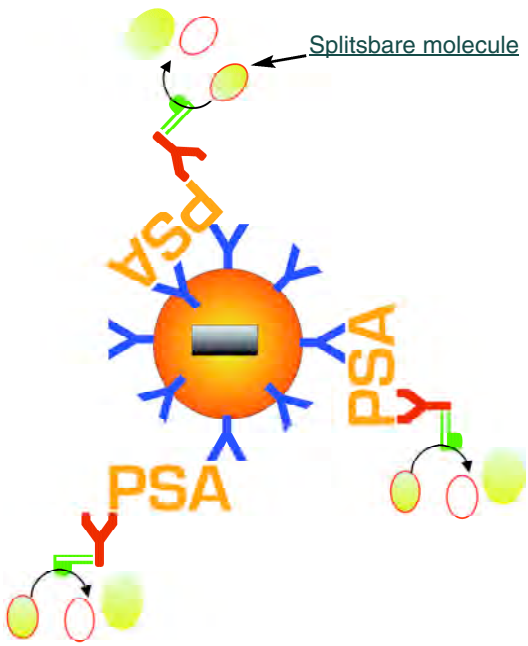
Deze speciale antilichamen brengen we in ons

buisje met de bolletjes. De nieuwe antilichamen zoeken in het buisje PSA-moleculen om zich daaraan te binden. Maar, er is eventueel alleen PSA dat aan de bolletjes gebonden zit (via een eerste antilichaam in stap 1). We geven antilichamen en bolletjes de tijd om te reageren zodat alle op de bolletjes aanwezige PSA op zijn beurt gebonden is. Daarna gaan we opnieuw enkele keren zorgvuldig wassen.

Nu hebben we in ons buisje bolletjes met daaraan anti-PSA-antilichamen (die hebben we in de buisjes aangebracht in stap 1). Indien er PSA in het serum aanwezig was is dit gebonden aan deze anti-PSA-antilichamen. Deze PSA op zijn beurt gebonden aan antilichamen die gebonden zijn aan een enzym. Anders gezegd, per PSA-molecule in het monstertje serum hangt er uiteindelijk een enzymmolecule aan de bolletjes.

Stap 3, PSA meten via antilichamen met een enzym

Zo'n enzym doet iets met een andere molecule. Ze breekt bijvoorbeeld een molecule die geen kleur heeft in twee stukken waarvan één stuk hel gekleurd is. Zo'n enzym is onvermoeibaar en doet zijn ding zolang er "splitsbare" moleculen zijn. En hoe langer dat duurt hoe dieper de kleur wordt.



Om uiteindelijk het aanwezige PSA via enzym moleculen te meten voegen we die speciale splitsbare moleculen toe en we wachten. Als er geen PSA aanwezig was, is er ook geen enzym aanwezig en wordt er niets gesplitst zodat er ook geen kleur ontstaat.

Is er wel PSA aanwezig, dat is er ook enzym gebonden en worden er moleculen gesplitst, er ontstaat een kleur. Hoe meer PSA, hoe meer enzym en hoe dieper de kleur die kan ontstaan.

De omstandigheden waaronder de scheikundige reacties plaatshebben zijn altijd heel strikt gecontroleerd zodat dezelfde hoeveelheid PSA steeds dezelfde kleurintensiteit oplevert.

Bijna perfect, maar toch

De antilichamen zijn een deel van het probleem

Het lijkt behoorlijk eenvoudig, maar er zijn enkele problemen. De sleutel van een goede meting van de PSA in bloed zijn de twee gebruikte antilichamen. Alle diagnostische bedrijven die PSA-testen maken en verkopen hebben hun eigen antilichamen gemaakt en die worden niet met elkaar gedeeld. Elke firma gebruikt dus andere antilichamen die dan ook andere structurele elementen op de PSA-moleculen herkennen. Deze bedrijven verkopen hun test-systemen aan de klinische laboratoria die in ons bloed PSA meten.

PSA is zelf ook een deel van het probleem

Het tweede probleem is PSA zelf. PSA wordt gemaakt door een behoorlijk ingewikkeld proces waarbij er eerst een molecule gemaakt wordt dat te groot is. Het wordt daarna door enzymen korter gemaakt tot er precies goede PSA overblijft. Dat lukt niet altijd heel goed zodat er ook lichtjes afwijkende vormen van PSA rondzwemmen die eventueel slecht binden aan het gebruikte antilichaam. Verder kan PSA zich in het bloed ook binden aan andere moleculen die soms het herkende structurele element verbergen waardoor deze complexen helemaal niet gemeten (gebonden) worden.

De door de bedrijven geproduceerde systemen leveren ieder voor zich heel behoorlijke resultaten op. Maar tussen de resultaten bekomen met de producten van verschillende bedrijven bestaan soms niet aanvaardbare maar wel steeds kleine verschillen.

Wat leren we uit dit alles?

Daarom mag je als patiënt niet op meerdere plaatsen PSA laten meten. De kans dat de verschillen aan de gebruikte techniek liggen is gewoon te groot. Ook over de jaren heen moet je aan je arts vragen om je bloed steeds naar hetzelfde laboratorium te sturen. Indien dan een "onverklaarbaar" verschil gevonden wordt mag je ook niet vergeten na te laten vragen of het laboratorium ondertussen niet van leverancier is veranderd of dat de leverancier iets veranderd heeft aan zijn testsamenstelling.

Mijncoach

Jan Humblet

Hulp bij hormoontherapie: *mijn**coach***

Waarom een uitgebreid programma als *mijncoach*?**

Wie tegen prostaatkanker een hormoontherapie krijgt voorgeschreven, heeft in min of meerdere mate af te rekenen met een aantal ongewenste bijwerkingen. Die nevenwerkingen zijn enigszins te vergelijken met menopauzeklachten bij de vrouw, met o.a. spiermassaverlies, verhoogde vetmassa, gewichtstoename, warmteopwellingen, botbroosheid, maar ook stemmingswisselingen, verminderde libido, neerslachtigheid, verlies van interesse…

In de plaats van dit passief te ondergaan is het *mijn**coach***-programma er op gericht om hiertegen actief weerwerk te bieden. Zo wordt niet alleen de persoonlijke levenskwaliteit verhoogd, maar ook de relatie met de sociale omgeving. Het programma is een product van de samenwerking tussen urologen, fysiotherapeuten en diëtisten. Inhoudelijk wordt gefocust op beweging en voeding om via deze peilers een nieuwe, gezonde en dynamische levensstijl te ontwikkelen. Het gaat dus om gedrags- en attitudeverandering met het oog op een verbeterde levenskwaliteit.

Grondslagen van de methodiek

1. Mijncoach biedt in de eerste plaats een schat aan **informatie** bv. over de effecten van testosteronvermindering tijdens de hormoontherapie, over de basisprincipes van een evenwichtige voeding, over het doel van een goed uitgebalanceerd bewegingsprogramma, e.d.m.

2. Het programma gaat er van uit dat een eenmalige lectuur van informatie onvoldoende is om gedragsverandering te verkrijgen. We zouden dit kunnen vergelijken met de steeds weerkerende campagnes tegen roken of drugs, voor meer veiligheid op de weg, enz.

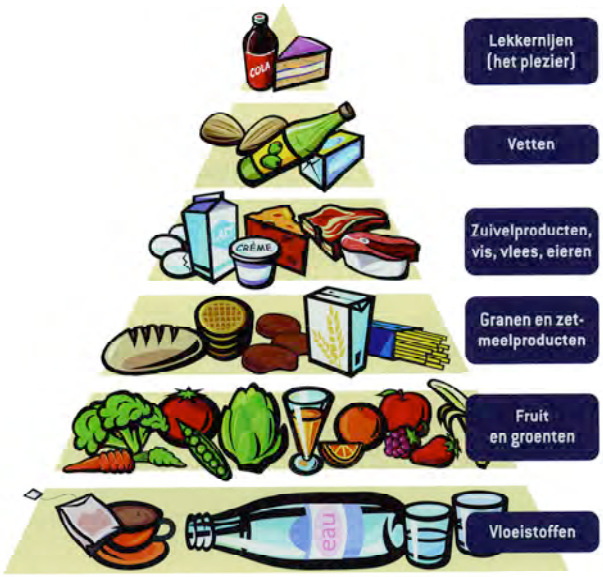
Ook hier worden de basisprincipes **herhaald** en omgezet in realistische **doelen** met heldere adviezen… Populair gezegd ‘door het lang druppen achtereen gaat de drup wel door de steen’ .

3. Betrek bij het verwerven van een nieuwe levensstijl uw **sociale omgeving**. Praat erover, onderneem gezamenlijk wandelingen of oefeningen. In team staat men sterker dan alléén.

4. Meten is weten, vandaar dat het pakket een **evaluatiekalender** bevat waarmee de eigen prestaties en vorderingen in kaart worden gebracht.

Inhoudelijke elementen over het luik ‘bewegen’

Uiteraard is alle beweging welkom om de gevolgen van ziekte en therapie te counteren. Of het nu wandelen, zwemmen, fietsen of tuinieren is: bewegen houdt fit, vermindert de gewichtstoename en helpt bij spier- en botversterking. Het in *mijn**coach*** voorgestelde programma is wetenschappelijk onderbouwd en onder de naam **JAMES**-programma ontworpen door Eddy Kuypers, gediplomeerd sportinstructeur. Het letterwoord **JAMES** staat voor: **J**, jogging wat vervangen wordt door wandelen, **A**, voor abdominale oefeningen voor de training van buik- en bekkenbodemspieren, **M**, voor musculaire of spieroefeningen, **E** staat voor en, tenslotte **S** voor soepelheidsoefeningen. Ook al zal de moeilijkheidsgraad voor de meesten aan de bescheiden kant liggen, toch wordt als voorzorg een medisch onderzoek aangeraden alvorens te starten met het programma. Aan wandelen, de meest voor de hand liggende en



vanzelfsprekende activiteit, wordt veel aandacht besteed. Een tochtje van 30 minuten per dag op eigen ritme is een must. De A-, M- en S-oefeningen worden door afbeeldingen en een heldere tekst verduidelijkt. Alle oefeningen worden beschreven op twee niveaus qua moeilijkheidsgraad en tenslotte wordt alles met voorbeeldoefeningen op DVD gedemonstreerd.

De inhoud van het voedingsprogramma

Aangaande gezonde voeding bestaan er honderd- en één artikels en kolommen in allerlei bladen en magazines. De sterke kant van *mijn**coach*** ligt in de aanpak die gericht is op een **inzichtelijke structuur**, liever dan een massa losse weetjes die toch niet beklijven. Zo is er een bespreking van de voedingspiramide met van de basis tot de top zes verdiepingen die telkens een voedingsgroep weergeven, nl. de waterige vloeistoffen, groenten en fruit, graanproducten, zuivel, vetten en tenslotte lekkernijen. Het toverwoord is evenwicht: met een groot aandeel van de producten aan de basis van de piramide en kleinere porties aan de top. Buiten de keuze van voedingswaren evalueert men de verschillende mogelijke bereidingswijzen als daar zijn: koken, stoomkoken, braden, grillen, frituren, wokken, en microgolven. Er is een beoordeling van de verschillende groenten, vis- en vleessoorten in functie van wat best is voor de reële (of de potentiële) prostaatpatiënt. De hele leidraad over voeding gaat er tenslotte van uit dat 'gezond' en 'gastronomisch lekker' hand in hand kunnen gaan. Geen sfeer van zich 'zoveel ontzeggen' of een soort boetedoening. Wel het tegendeel, daarom heeft men trouwens ook vier gerenommeerde koks aangesproken om een 40-tal smakelijke recepten tot in detail uit te werken.

Tot slot

Fundamenteel is het feit dat het hele programma, alhoewel oorspronkelijk geconcipieerd voor een goed leven tijdens de hormoontherapie, even waardevol en nuttig is voor alle lotgenoten met prostaatproblemen, van welke aard en in welk stadium ook.

De volledige kit *mijn**coach*** bevat drie goed leesbare informatieboekjes, een DVD ter illustratie van het bewegingsprogramma en een evaluatiekalender.

De bedoeling is dat Wij Ook vzw een *mijn**coach*** programma ontwikkelt geleid door en voor patiënten.
In de eerste fase worden enkele leden van Wij Ook opgeleid tot trainers door Eddy Kuypers.
Het programma is gepatenteerd en wordt ondersteund door Professor Tombal van het Universitair Ziekenhuis St. Luc te Brussel.
Geïnteresseerde leden die de opleiding tot trainer wensen te volgen, mogen zich melden op het secretariaat van Wij Ook.

Els Borst krijgt Muntendamprijs

Henk Van daele

In april 2009 kreeg Els Borst, voorzitter van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK), de professor P. Muntendamprijs. Deze prijs is een onderscheiding voor personen met bijzondere verdiensten voor de kankerbestrijding in Nederland.

Dokter Borst was ooit directeur van een academisch ziekenhuis en is tevens gewezen minister van Volksgezondheid. Haar persoonlijke betrokkenheid bij kanker is groot: ze verloor haar man aan de ziekte van Kahler, een kankervorm die ontstaat in de wervelkolom en zich met veel pijn verder zet in de botten.

Op de website van de NFK lezen we over de bijzondere verdiensten van mevrouw Borst de volgende mededeling:

"Els Borst is sinds 2003 voorzitter van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties. De NFK houdt zich bezig met de behartiging van de gemeenschappelijke belangen van mensen met kanker, ondersteuning van de 25 lidorganisaties en voorlichting. Tijdens haar voorzitterschap is het Borst gelukt de patiënt en diens belangen duidelijker op de kaart te zetten bij de overheid en zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Hierbij maakt zij op efficiënte en gepast wijze gebruik van haar netwerk als politica en oud-minister. De naamsbekendheid van de kankerpatiëntenorganisaties is mede door haar tomeloze inzet sterk gestegen. De NFK pleit voor meer samenhang in de complexe kankerzorg, snelle toegang en gebruik van de beste en nieuwste diagnosetechnieken en behandelingsmogelijkheden. Goede open communicatie is ook een belangrijk punt van de patiëntenbeweging. Het gaat hierbij om tweerichtingsverkeer volgens Els Borst: artsen moeten niet alleen tegen de patiënt praten maar ook luisteren.

Als minister van Volksgezondheid heeft Els Borst veel wetgeving tot stand gebracht, waardoor de kankerzorg verbeterde en de patiënt centraler kwam te staan in de zorg. Zo stelde zij het Landelijk Oncologisch Beraad (LOB) in. Dat was het begin van de ontwikkeling van landelijke multidisciplinaire richtlijnen voor de kankerzorg, waarin de behandeling van kanker volgens de nieuwste en beste inzichten wordt geadviseerd. In 2003 kwam op initiatief van Els Borst het Nationaal Programma Kankerbestrijding (NPK) tot stand. Tot dan ontbrak het in Nederland aan een integrale aanpak van de kankerbestrijding op landelijk niveau. Doel is de kankerbestrijding in Nederland op alle fronten te verbeteren".

Zelf leerden we dokter Els Borst onder meer kennen op bijeenkomsten van de European Cancer Patient Coalition (ECPC).

Ook daar hoorden we haar aan het woord over haar stokpaardjes: kankerbestrijding en kankerzorg in het algemeen, en vooral de emancipatie van de kankerpatiënt.

We feliciteren dokter Borst met de toekenning van de vererende en welverdiende prijs waaraan 50.000 euro is verbonden. Ze wil met deze geldsom patiënten inzetten als docenten voor artsen en zorgverstrekkers. Want het is de overtuiging van Els Borst dat artsen in hun opleiding en nascholing eigenlijk van patiënten zelf moeten leren wat het nu is om kanker te hebben. Precies daarom wil ze dit geld besteden aan een project "De patiënt als docent".

We wensen dokter Borst veel succes met dit nieuwe maar ons inziens noodzakelijke initiatief.

Prof. Dr. Els Borst
© Andre van den Bos

Vervolg van pagina 3

We vinden dus een groot aantal prostaatkankers die we nu beschouwen als miniem en waarvoor geen invasieve behandeling vereist is. Na de publicatie van de eerste resultaten van de Europese gerandomiseerde studie voor screening van prostaatkanker (ERSPC) op 162.000 deelnemers, werd een overdiagnose of overdetectie van klinische kankers, die wel kunnen groeien om last te veroorzaken, van een derde vastgesteld. Hierover bestaat er nu een wereldconsensus: deze kankers moeten niet onmiddellijk behandeld worden maar gevolgd in een behandelingsprogramma dat we “actief opvolgen” noemen. Europa is koploper in deze programma’s waar de patiënt samen met zijn arts de evolutie van zijn kleine tumor volgt en bij het minste onraad nog kan worden overgaan tot chirurgie of radiotherapie. Kort gezegd, we gaan van zoek en vernietig naar focus en controle.

De huidige onzekerheid is te wijten aan het feit dat de huidige microscopische diagnose tussen twee gezwellen niet met 100 percent zekerheid kan voorspellen welke tumor slapend blijft en welke tumor over de volgende vijftien jaar toch kan uitgroeien. Om hier een beslissing te nemen in samenspraak met de patiënt is het absoluut noodzakelijk dat deze laatste de volledige en juiste informatie heeft over de huidige stand van wetenschap betreffende prostaatkanker.

Bij deze reuzensprong in de klinische behandeling van prostaatkanker is er ook hoop voor de nabije toekomst. De grootste massa van behandelde prostaatkankers heeft als stadium T1c, dus het laagste stadium. Dit betekent dat er niets te voelen of niets te vinden is met medische beeldvorming en dat alleen de biopsie de bevestiging brengt van een vermoeden op basis van een rectaal onderzoek of van de PSA-test. Vooruitgang wordt geboekt om tumoren van 0,5 cm doormeter te ontdekken met nieuwe vormen van transrectale ultrasonografie of kernspintomografie.

Nog belangrijker is dat alle onderzoekingen gesteund door de Europese Gemeenschap rond prostaatkanker samenwerken om een specifieke merker voor prostaatkanker te vinden die ook en vooral de agressieve en snel groeiende tumoren kan diagnosticeren.

Tegen 2015 kijken we naar meer prostaatkankerpatiënten dan ooit daar de generatie mannen van de babyboom na de tweede wereldoorlog dan 70 jaar wordt. Hoog tijd dus om een tandje bij te steken en zeker de patiënten en artsen tot partners te maken inzake preventie, diagnose en behandeling van prostaatkanker.

Kort

Laat maar verdiend

Brigitte Dourcy-Belle-Rose (Afgevaardigd Bestuurder Wij Ook vzw)

Op de laatste vergadering van de Amerikaanse Urologische Vereniging (AUA) kregen we uit de handen van Tom Kirk, voorzitter van US TOO International, de Hope Award prijs. Deze wordt jaarlijks uitgereikt aan een buitengewoon leider in deze steungroep die een toonbeeld was van een altruïstisch, allesgevende dienst aan de levenskwaliteit van prostaatkankerpatiënten en hun familie.

Deze prijs (zie foto) werd postuum toegekend aan onze eerste voorzitter Jack Pais die ons ontviel op de leeftijd van 84 jaar na een twaalfjarige strijd met prostaatkanker.

We hebben de prijs in dank aanvaard maar zullen het beeldje overmaken aan zijn weduwe Eva Pais-Minne.

Het herinnert ons eraan dat een man een verschil kan maken zelfs in een klein land met weinig financiële middelen. Het herinnert ons ook aan de dank die we verschuldigd zijn aan onze weinige sponsors vooral het Provinciebestuur, het Stadsbestuur, het OCMW Antwerpen en de Vrienden OCA vzw.

Tenslotte herinnert het ons aan het feit dat we in onze groep zelden een overlijden betreuren door prostaatkanker. Zijn we dan toch op goede weg?

In de schaduw van Kos

Louis Denis

Op dit Griekse eiland leefde Hippocrates, de vader van de moderne geneeskunde. Onder zijn vele verdiensten en raadgevingen blijft de meest belangrijke en zeker de meest universele "Berokken geen schade aan uw patiënten". Met deze raad gegrift in onze ziel, hebben we aanvaard om in elke *PROSTAATinfo* een idee te formuleren om niet alleen de voordelen maar ook de nadelen van de geneeskunde/kunst in haar ontelbare facetten voor te stellen.

Een lastige vraag rond prostaatkanker is zonder twijfel “Moeten we de mannelijke bevolking nu aanraden zich te laten screenen voor prostaatkanker, ja dan neen?” Screenen betekent alle mannen boven een zekere leeftijd onderwerpen aan testen om de diagnose van prostaatkanker te stellen. In dit geval met behulp van een digitaal rectaal onderzoek (DRO) en een bloedtest om het prostaat specifiek antigeen (PSA) te meten. Prostaatkanker wordt bevestigd op basis van weefselonderzoek na biopsie. De biopsies worden best genomen met de hulp van transrectale ultrasonografie (TRUS).

Het PSA-eiwit werd ontdekt in 1971 maar werd pas op het einde van de jaren 80 bijzonder gewaardeerd om de evolutie van een bewezen prostaatkanker bij de patiënt te volgen. Reeds enkele jaren later werd het gebruikt om de aanwezigheid van prostaatkanker aan te duiden bij patiënten met urologische klachten, vnl. mictieklachten. *[Zie in verband met PSA ook het artikel op pagina 5, PSA meten].*

In 1991 hebben we het initiatief genomen om een studie op te starten om de waarde van DRO, PSA en TRUS te evalueren inzake de aanwezigheid van prostaatkanker te voorspellen bij mannen van 50 tot 75 jaar zonder klachten.

De aanleiding was de steeds toenemende incidentie van prostaatkanker en het simpele feit dat de kanker slechts te genezen is zolang hij beperkt blijft tot de prostaatklier zelf. De eerste pilootstudies in Vlaanderen en Nederland bleken uitvoerbaar en het sein werd gegeven voor de uitbouw van de Europese gerandomiseerde studie voor screenen van prostaatkanker (ERSPC) in 1993. In het zelfde jaar besloot het Nationaal Kankerinstituut van de USA een screeningsstudie op te zetten rond prostaat, long, cervix en ovariumkanker (PLCO).

We weten dat prostaatkanker een trage groeier is en het overlijden door de ziekte tot 15 jaar vraagt. Geen wonder dus dat het tot 2008 (15 jaar) duurde om de eerste resultaten, het verminderen van de sterfte door prostaatkanker, in de gescreende groep tegenover de niet-gescreende groep vast te stellen. Het resultaat is positief: 20 tot 27% vermindering van sterfte en het onafhankelijke monitoringcomité vond het een ethische verplichting deze resultaten te publiceren. Er werd geopteerd voor publicatie in een leidend tijdschrift *The New England Journal of Medicine*, het artikel verscheen op 26 maart 2009. Tot grote verbazing van de ERSPC-onderzoekers verscheen terzelfdertijd een publicatie met de eerste resultaten van de prostaatsectie van de PLCO-studie die geen verschil inzake daling van sterfte konden aantonen.

Het was het begin van een polemiek zoals we die ook kennen van de vroegere studies rond borstkankerscreening. De pers, vnl. de USA-pers, meldde de twee tegengestelde resultaten en besloot dus dat screening niets verandert aan de sterfte van prostaatkanker.

Zonder in te gaan op hogere statistieken of wiskunde vertelt onderstaande tabel duidelijk dat er nooit genoeg deelnemers waren in de PLCO-studie om (statistisch) significante resultaten te tonen.

	ERSPC	PLCO
Totaal aantal mannen	162.387	76.693
Interval screening	4 jaar	1 jaar
Gemiddelde opvolging	9 jaar	7 jaar
Deelnemers	82,0%	85,0%
Prostaatkanker	9.297	5.142
Overlijden prostaatkanker	540	94

We moeten volharden en bevestigen dat de ERSPC-studie heeft aangetoond dat de sterfte door prostaatkanker vermindert door screening op basis van de PSA-test.

Wil dit zeggen dat we de bevolkingsscreening aanbevelen? Verre van en hadden de criticasters beide studies gelezen dan was het duidelijk dat ze niet in tegenstelling staan tot elkaar maar veeleer complementair zijn. Beide studies lopen nog enkele jaren verder om het cijfer van sterftewinst te zien verhogen, maar vooral om de invloed op

de levenskwaliteit van de deelnemers te bevestigen en het uiteindelijk kostenplaatje van uitgaven tegenover baten te berekenen.

Reden tot soberheid is alvast dat we 1.400 deelnemers moeten testen (± gelijk aan borst- en darmscreening) en 48 deelnemers moeten behandelen om 1 leven te redden. Het grootste nieuws is echter dat in beide studies te veel onschuldige, histologische kankers gevonden worden die dan nog behandeld worden. Een duidelijk voorbeeld van overdiagnose en overbehandeling die volgens model van 30 tot 50% kan oplopen.

Zitten we nu in zak en as? Bijlange niet. We weten teveel over de PSA-test om hem niet te gebruiken. De voorhanden zijnde oplossing is bekend daar we reeds jaren deze situatie voorspelden.

Bij overdiagnose is een nieuwe vorm van behandeling aanvaard, het actief opvolgen. De patiënt wordt gewoon gevolgd en pas invasief behandeld zo er toch tekenen van agressie in het gezwel naar voor komen (www.prias-project.org). Hierover bestaat consensus op het hoogste vlak. Niemand heeft nut van een PSA-test om prostaatkanker op te sporen zo zijn levensverwachting niet langer dan 10 jaar is.

We weten dat we bij een derde van de met chirurgie of radiatie behandelde patiënten een recidief van kanker zien. Hier zijn we dus te laat om te genezen. De basiswaarde bepalen van PSA op 40 jaar sluit 70% van de mannen uit voor verdere opvolging tot 50 jaar bij een PSA <1ng/ml. Een dergelijk systeem wordt uitgebouwd tot 70-75 jaar door de medische associaties. De resterende 30% wordt gevolgd en zeker zo er prostaatkanker of borstkanker in de naaste familie werd gevonden.

De uiteindelijke oplossing komt uit de samenwerking van alle researchgroepen in de urologie die zoeken naar een specifieke merker(s) om de plaats van PSA in te nemen in de hele kankerpolitiek van de Europese Gemeenschap.

Laten we vooral niet vergeten dat de behandeling individueel is voor elke patiënt en de beslissingen tot testen en/of behandelingen in samenspraak moet gebeuren met zijn arts.

Mevrouw J. Schmit won de hoofdprijs van de trditionele tombola na de tocht in 2008. Deze prijs, een diamant, gift van de firma Slaets, werd overhandigd door de dames Linda Quackels, lid OCMW Antwerpen en Brigitte Dourcy-Belle-Rose, organisator van de ontdekkingstocht.

Europese Patiëntendag Prostaatkanker

Zaterdag 19 september 2009 van 09.00 tot 16.00

Provinciehuis Antwerpen, Raadzaal
Koningin Elisabethlei 22, 2018 Antwerpen

Sponsors: Provinciebestuur, Stadsbestuur, OCMW Antwerpen,
EAU - Europa Uomo – BVU, Universitaire dienst Urologie Antwerpen – Brussel (VUB) – Gent – Leuven – Louvain,
Domus Medica – SVH, OCA vzw en Wij Ook België vzw

Voorkomen is beter dan genezen, ook bij prostaatkanker

Voorzitters: **Prof. W. Oosterlinck (UZ Gent) en Mr. Luc Decroos (Wij Ook West)**

PROGRAMMA:

09.00: ***Welkom*** door Mevr. M. De Coninck, Schepen Stad Antwerpen en Voorzitter OCA vzw

09.15: ***Primaire & secundaire preventie*** — Moderatoren: R. Desmet - L. Denis

a) Preventie prostaatkanker: voeding, 5 ARI's, statines — Dr. L. Hoekx (UZA)
b) Resultaten van de Europese screeningsstudie 1991-2009 — Dr. V. Nelen (PIH)
+ VRAGEN

10.00: ***Diagnostische aanwinsten*** — Moderatoren: M. Peeters - Dr. A. Surjadjaja (ZNA St. Elisabeth)

a) Computer geassisteerde prostaatechografie, stap vooruit — Dr. J. Braeckman (UZ Brussel)
b) Verwachtingen rond kernspintomografie (MRI) en spectroscopie — Prof. W. Oosterlinck/Prof.G. Villeirs (UZ Gent)
+ VRAGEN

11.00: *KOFFIE*

11.30: ***Inzichten op behandeling*** — Moderatoren: Prof. H. Van daele - Prof. B. Tombal

a) De aangepaste behandeling voor patiënt en gezwel — Dr. F. Ameye (BVU)
b) Wanneer postoperatief bestralen? — Dr. S. Junius (UZ Leuven)
c) Botgezondheid: een nieuw concept in prostaatkanker — Prof. B. Tombal (UCL, St. Luc)
+ VRAGEN

12.45: *LUNCH*

13.30: ***Inzichten op behandeling*** — Moderatoren: J. Humblet - Dr. J. Braeckman

d) Genezen door beweging. Waarom en hoe? — E. Kuypers (UCL, St. Luc)
e) Voorkomen incontinentie — J. Roenen (UZA)
f) Voorkomen erectiele dysfunctie — Dr. D. Michielsen (UZ Brussel)
+ VRAGEN

14.30: ***Een zorgtraject met toekomst*** — Moderatoren: P. Hoekstra - Dr. M. Van Hoey (HAVAC)

a) Voorkomen heeft zijn prijs — Dr. B. Spinnewijn (Domus Medica)
b) PSA wijs gebruiken — Dr. S. Joniau (UZ Leuven)
c) Mijn dokters als GPS — Dr. Sc. E. Briers (Wij Ook België vzw)
+ VRAGEN

16.00: ***Slotwoord*** — Prof. W. Oosterlinck (UZ Gent)

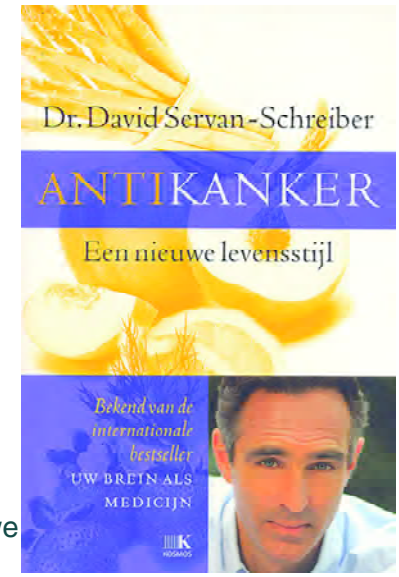
Deelname in de onkosten: koffie, lunch en documentatie **20€**. Leden: **10€**

Inschrijven verplicht op tel. 03/338.91.54. Deelname in de onkosten te storten op rekening
Wij Ook België vzw 403-7149301-86 met vermelding Patiëntendag 19.09.09.

Secretariaat Wij Ook België vzw, Lange Gasthuisstraat 35-37, 2000 Antwerpen, tel. 03/338.91.54, e-mail: wij_ook@hotmail.com

Boekbespreking

Jef Cools



Antikanker Een nieuwe levensstijl van David Servan-Schreiber

David Servan-Schreiber werd geboren te Neuilly-sur-Seine op 21 april 1961. Hij is psychiater en bekend bij het publiek door zijn optreden in de media. Onder medische specialisten geniet hij minder bekendheid.

Hij heeft een tijdje gewerkt als arts, maar doceert nu aan de universiteiten van Lyon en van Pittsburgh (USA).

Zijn eerste boek was *Guérir* (vertaald: *Uw brein als medicijn*). Het was een bestseller op het gebied van het zelf bestrijden van stress, depressies en angsten zonder daarbij gebruik te maken van medicijnen.

In zijn tweede boek (*Antikanker*) vertelt hij zijn eigen levensverhaal, nl. hoe hij alle informatie zelf heeft opgezocht toen hij, arts zijnde, tweemaal getroffen werd door kanker (hersentumor).

Zijn nieuwe boek, waarvan hierna een voorstelling volgt, werd in 2007 uitgegeven in Frankrijk onder de titel *Anticancer.* Het werd in 2008 vertaald in het Nederlands door Dick van Alkemade en uitgegeven door Kosmos Uitgevers B.V. onder de titel *Antikanker.*

Antikanker Een nieuwe levensstijl

In zijn inleiding stelt hij duidelijk wat het opzet is van zijn tweede boek. Hij wil de lezer, door hem zijn persoonlijke zoektocht te vertellen, inzicht geven in wat hij heeft geleerd en hoe hij tot een nieuwe levensstijl is gekomen.

Zelf zegt hij het zo: “Ik heb kanker gehad. Het werd vijftien jaar geleden voor het eerst vastgesteld. Ik werd op de gebruikelijke manier behandeld en de kanker ging in remissie, maar later kwam hij weer terug. Toen besloot ik dat ik alles wilde leren kennen waarmee ik mijn lichaam kon helpen zich te verdedigen tegen de ziekte. Als arts, onderzoeker en voormalig directeur van het centrum voor integratieve geneeskunde aan de universiteit van Pittsburgh, had ik toegang tot onschatbare informatie over natuurlijke methoden om kanker te voorkomen en te behandelen. Ik ben nu zeven jaar vrij van kanker. In dit boek wil ik de wetenschappelijke en de persoonlijke verhalen vertellen over wat ik heb geleerd.”

Het boek telt twaalf hoofdstukken en kan grosso modo ingedeeld worden in twee delen.

“Het eerste deel van het boek biedt een nieuwe kijk op de mechanismen van kanker. Die kijk is gebaseerd op de fundamentele maar nog slecht begrepen werking van ons immuunsysteem, op de ontdekking van de rol van ontstekingen die ten grondslag liggen aan de groei van tumoren, en op de mogelijkheid om hun verspreiding tegen te houden door te voorkomen dat ze door nieuwe bloedvaten worden gevoed.”

“Uit de nieuwe kijk op de ziekte volgen vier nieuwe benaderingen. Iedereen kan ze in praktijk brengen en met lichaam en geest zijn eigen anti-kanker-biologie creëren.

De vier benaderingen zijn:

1. hoe beschermen we ons tegen de disbalans in ons milieu die sinds 1940 is gegroeid en die de huidige kankerepidemie in de hand werkt;

2. hoe passen we ons voedsel aan om kankerbevorderende stoffen te vermijden en zo veel mogelijk fitochemische componenten erin op te nemen die tumoren actief bestrijden,

3. hoe kunnen we de psychologische wonden leren begrijpen en genezen die bij kanker werk-zame biologische mechanismen versterken, en

4. hoe kunnen we een relatie met ons lichaam aangaan, waardoor het immuunsysteem wordt gestimuleerd en ontstekingen die tumoren doen groeien worden afgeremd.”

Het is onmogelijk de rijke inhoud van deel 1 kort samen te vatten. Daarom verkies is slechts twee items apart te vermelden omdat ze mij een nieuwe kijk op de onderliggende mechanismen van ziekte gaven.

In hoofdstuk 4 legt de auteur namelijk haarfijn uit welke de mechanismen zijn die kanker gebruikt om te overwinnen. Hij vergelijkt kankercellen met gewapende overvallers, die uiteindelijk onsterfelijk

zijn geworden. Doch, uiteen worden gejaagd, zodat ze hun gewelddadigheid verliezen, nl.

- als het immuunsysteem tegen hen in het geweer komt;

- als het lichaam weigert om de ontsteking te produceren zonder welke ze niet kunnen groeien of nieuw gebied binnendringen; of

- als de bloedvaten weigeren zich te vermenigvuldigen en de voorraden te leveren die de kankercellen nodig hebben voor hun groei.

Maar, hoe kunnen we die "verdedigingsmechanismen" op gang brengen?

Nemen we bijvoorbeeld het immuunsysteem. Welke factoren activeren ons immuunsysteem?

Diverse onderzoekingen van de activiteit van witte bloedcellen tonen aan dat deze reageren op onze voeding, op lichaamsbeweging en op emotionele gebeurtenissen.

Een tweede verrassing uit deel 1 betreft de onmisbare schakel bij kanker, m.a.w. de achillespees van de mechanismen die kanker gebruikt om ontstekingen te bevorderen.

"De groei en de verspreiding van kankercellen hangt in hoge mate af van één enkele ontstekingsbevorderende factor die door tumorcellen wordt afgescheiden. Een onmisbare schakel zonder welke tumoren veel kwetsbaarder worden. De factor wordt Nuclear factor-kappaB genoemd, of NF-κB, en als de productie ervan wordt geblokkeerd gaan de meeste kankercellen zich "weer" normaal gedragen. Ze kunnen dan ook geen uitzaaiingen meer maken. Catechine in groene thee en resveratrol in rode wijn zijn hierbij belangrijk."

Vanaf hoofdstuk 9 heeft de schrijver het over het belang van onze psychologische gesteldheid en de nefaste invloed van de verdringing van gevoelens. Hij citeert hierbij één van de bekendste universitaire psychiaters van de Verenigde Staten, David Spiegel.

"Gevoelens en emoties die niet worden geuit, worden een inwendig obstakel. Als we ons best doen om ze buiten ons bewustzijn te houden, dan vermenigvuldigen we dikwijls de stress van waaruit ze zijn voortgekomen, en daarbij putten we uit bepaalde psychische bronnen die we nog maar heel slecht kennen. Als we ze daarentegen accepteren en uiten hoeven we die hulpbronnen niet meer te verkwisten."

In de laatste hoofdstukken gaat hij dieper in op de werking van de psycho-neuro-immunologie en de rol ervan bij het voorkomen en de bestrijding van kanker. Dit is ook weer een zeer boeiend gedeelte.

Hij beschrijft eveneens de meest voorkomende nieuwe therapeutische benaderingen en beweert bijvoorbeeld dat EMDR het gevoel van hulpeloosheid geneest. Hij staaft zijn bewering aan de hand van boeiende verhalen van verscheidene patiënten die hij zelf behandelde met EMDR, o.a. Lilian, Deborah, e.a.

Hij verwijst ook naar het ziekenhuisprogramma dat is opgezet door Jon Kabat-Zinn. Ik meen dat mindfulness hier een gekend uitvloeisel van is.

Samengevat komt *Antikanker* neer op een pleidooi om te leren veranderen en te groeien naar een nieuwe levensstijl. Het boek toont op basis van wetenschappelijk onderzoek aan hoe een evenwichtig samengestelde voeding, het vermijden van giftige stoffen uit het milieu, het leren omgaan met stress en psychische trauma's, het meer bewegen, meditatie en yoga de weerbaarheid van het lichaam ondersteunen en aanzienlijk kunnen vergroten.

De vraag van de dag

***PROSTAATinfo** is uw magazine waarin u informatie kan vinden over prostaatkanker en de vele levens en andere vragen die dat oproept bij u en uw nabestaanden.*

*Alleen heeft u misschien een vraag waarop u (nog) geen antwoord hebt gekregen of waarvoor u nog eens een bevestiging zou willen krijgen. Wel die vraag kan u aan **PROSTAATinfo** stellen en dan gaan wij op zoek naar het (een) antwoord. Wij beloven niet dat dit het definitieve antwoord is, ook niet dat dit het antwoord is dat u graag wil hebben maar het is een antwoord gebaseerd op onderzoek van de ons beschikbare informatie en daar horen onze experts bij.*

U mag ons met uw vragen bestoken, ook heel persoonlijke, want u denkt dat u alleen bent met dat probleem, maar wellicht bent u de enige die de vraag wil (durft) opwerpen. Het antwoord kan dan vele zielen tot rust brengen of op de goede weg helpen.

Vragen over uw persoonlijke medische situatie kunnen wij natuurlijk niet behandelen, daar heeft u al uw persoonlijke artsen voor, uw huisarts en uroloog in het bijzonder. Maar de vraag die bij u blijft knagen, ook al is ze gebaseerd op uw persoonlijke geschiedenis, die nemen wij wel in overweging ter lering van het algemeen.

Tot slot, er zijn geen domme vragen, alleen domme antwoorden en daar behoeden wij ons voor door elk antwoord grondig te laten nalezen.

Daag ons uit

*Zend uw vragen naar **PROSTAATinfo** ter attentie van de redactie dat kan ook per email op **info@wijook.be**. Bij het behandelen van uw vraag wordt de vragensteller niet vermeld om uw privacy te beschermen.*