PROSTAATinfo

Nieuwsbrief van Wij Ook Belgium vzw

Maart 2023

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

Verschijnt
Driemaandelijks
Mrt-Apr-Mei 23
P910655

29 april 2023
Samen beslissen bij prostaatkanker
Elewijt Center ZEMST
zie pagina 15

Verzekeraars lusten geen kanker (p5)

PROSTAATinfo
Nieuwsbrief Wij Ook Belgium

Hoofdredacteur
Erik Briers [erikbriers@telenet.be]

Redactieleden
Urbain Bruggeman
André Deschamps
Bruno Mortelmans
Willy Walschaert (*Feel+*)
Redactiesecretariaat
Abonnementen
Anja Vancauwenbergh [info@wijook.be]

Drukkerij
CHAPO
Sasstraat 4 - 3500 Hasselt

Wij Ook Belgium vzw
US TOO Belgium

Voorzitter
André Deschamps
Ondervoorzitter
Erik Briers
Secretaris
Urbain Bruggeman
Schatbewaarder
Willy Walschaert
wij_ook@hotmail.com
Afdelingen
Wij Ook Antwerpen
Willy Walschaert
[wij_ook@hotmail.com]
Wij Ook Oost
(Limburg & Vlaams-Brabant)
Erik Briers [0475/259554]
Dinsdag en donderdag 19u-21u
[erikbriers@telenet.be]
Wij Ook West
(Oost- en West-Vlaanderen)
wij_ook@hotmail.com

Wetenschappelijk comité Wij Ook België vzw
Prof. Dr. Van Poppel H. [Voorzitter] - UZ Leuven
Dr. Ameye F. - AZ Maria Middelares Gent
Dr. Debacker T. – ZNA Middelheim Antwerpen
Prof. Dr. De Meerleer G. - UZ Leuven
Prof. Dr. De Ridder D. - UZ Leuven
Prof. Dr. Dewachter S. - UZ Antwerpen
Dr. P. Dirix - GZA Antwerpen
Prof. Dr. Joniau S. - UZ Leuven
Prof. Dr. Lumen N. - UZ Gent
Prof. Dr. Michielsen D. - UZ Brussel
Dr. Mortelmans B. - Vesaliusnetwerk
Dr. Schrijvers D. - ZNA Antwerpen

Wij Ook Belgium

"Wij Ook Belgium vzw" is een onafhankelijk ondersteuningsnetwerk voor mannen met prostataandoeningen. Het doel van dit netwerk is de aandacht oproepen voor prostataandoeningen 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 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 persoonsgegevens (naam, adres, eventueel telefoonnummer en e-mail) door te geven aan het secretariaat van Wij Ook Belgium vzw of via de website www.wijook.be. In de lidmaatschapsbijdrage is een abonnement op ***PROSTAATinfo*** inbegrepen.

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

Secretariaat Wij Ook Belgium vzw
p/a Taylor & Hubs
Brusselstraat 51
2018 Antwerpen
Tel: 03/244.18.40

e-mail: wij_ook@hotmail.com
Web: www.wijook.be
IBAN: BE78 4037 1493 0186

PROSTAATinfo
Nieuwsbrief van Wij Ook Belgium
Oplage 4.000 ex.
ISSN:1782-0847

Prijs per nummer 5 euro
Inbegrepen in het lidgeld
22e jaargang Maart 2023
© 2023 Alle rechten voorbehouden

Verantwoordelijke uitgever
André Deschamps - Antwerpen

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

wij ook

EUROPA UOMO
The Voice of Men with Prostate Cancer in Europe

Met steun van
Kom op tegen Kanker

Editoriaal

Erik Briers - Hoofdredacteur

Beste lezers, lieve vrienden,

In de bijgeplaatste tekstbalon hernemen wij de oproep van onze voorzitter aan alle lezers van *PROSTAATinfo* om het bestuur te helpen als actieve vrijwilliger.

Dat wij jullie hulp goed kunnen gebruiken blijkt ook uit de *PROSTAATinfo* die jullie nu lezen. Er zijn zestien pagina's van cover tot cover met daarin een belangrijk onderwerp, hoe ziet een verzekeraar actieve opvolging voor prostaatkanker. Lees er zeker even door als je binnenkort een reis wil boeken met daarbij een annulatieverzekering.

Daarnaast vinden jullie ook een lezersbijdrage, een doorleefd verhaal van een lotgenoot. Wij waarderen het heel erg wanneer lotgenoten ons in hun ziel en leven laten kijken.

En dan is er de e-sigaret die mogelijk sommigen onder u elke dag gebruiken. Maar er is nog steeds weinig gekend over de gevolgen voor de gezondheid. Zij houden de verslaving netjes in stand maar je hebt een kleiner risico op longkanker voor zover wij weten. En dat de verslaving in stand wordt gehouden, is natuurlijk goed voor de oude tabaksbedrijven. Nicotine wordt uit tabak geëxtraheerd.

Dit artikel verscheen in 2017 in "*De Specialist*" een tijdschrift voor arts-specialisten.

Veel leesplezier.

Aandacht, Wij Ook is verhuisd naar de Brusselstraat 51 te 2018 Antwerpen, tel. 03/244.18.40
Open van maandag tot donderdag van 9-15u

Beste Leden,

U bent een trouwe lezer van PROSTAATinfo en volgt de activiteiten van Wij Ook Belgium vzw.

Binnen het kader van Wij Ook verhogen wij de levenskwaliteit van onze lotgenoten en delen wij ervaringen over de behandelingen en het leven met de gevolgen van prostaatkanker. Daarnaast proberen we ook de bekendheid van prostaatkanker te verhogen. In België zijn er per jaar evenveel diagnoses van borstkanker als van prostaatkanker maar de kennis van de ziekte is ondermaats.

Wij zijn op zoek naar vrijwilligers die een actieve rol willen spelen in onze vereniging. Jouw engagement is heel flexibel in te vullen en kan gaan van het spreken met een lotgenoot, het mee organiseren van infoavonden, het actief deelnemen aan het bestuur en/of het redactiecomité van PROSTAATinfo.

Indien je belangstelling hebt, mail of bel (zie pagina 2). We spreken dan af wat je voor je lotgenoten kunt betekenen.

Met vriendelijke groeten,
André Deschamps
Voorzitter Wij Ook Belgium vzw

Inhoud van dit nummer

3 Beste lezers, lieve vrienden [Erik Briers]
5 Prostaatkanker in het nieuws, een reis-annulatieverzekering die het laat afweten. [Erik Briers]
8 Is de e-sigaret veilig? [Erik Briers - eerder verschenen in de *Specialist*]
16 Niets menselijks is mij vreemd [Johannes Oostende]

29 april 2023
Samen beslissen bij prostaatkanker
Elewijt Center ZEMST
zie pagina 15

Omslagfoto
Madeira en zijn ongerepte stranden
© E. Briers 2010

3.000.000

In Europe (EU 27, 2012) 3.000.000 men live with prostate cancer. Each year 360.000 men learn that they have prostate cancer and 71.000 die of prostate cancer. Both numbers increase every year.

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

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

1) Recognition by governments of the morbidity and mortality burdens of prostate cancer.

2) Commitment from governments to ensure sustainable support for basic and clinical research for new biomarkers and cancer treatment trials.

3) Health professionals to educate the public about the risk factors for prostate cancer, such as family history

4) Physicians to tailor treatment for the individual patient through the appropriate use of PSA testing avoiding over and undertreatment.

5) Society to build partnerships in helping to reduce the burden of the disease as well as identify common action and reducing the existing inequalities on access to treatment.

EUROPA UOMO
The Voice of Men With Prostate Cancer in Europe

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

EUROPA UOMO
The Voice of Men with Prostate Cancer in Europe

© eb 2009

Prostaatkanker in het nieuws

Erik Briers

Een lotgenoot, laten we hem Marcel noemen, bezorgde ons in enkele emails een ervaring met zijn verzekeringsmaatschappij. Deze ervaring is voor ons allemaal belangrijk genoeg om erop terug te komen en te bespreken.

In het kort komt het hier op neer: Marcel heeft een diagnose van laag risico prostaatkanker en wordt actief opgevolgd. Dit is dé standaardbehandeling bij laag-risico. Tijdens deze opvolging boekt hij in augustus een reis voor het najaar van hetzelfde jaar. Daarbij is hij voorzichtig en neemt hij een reisannulatie-verzekering bij een gekende verzekeraar.

Helaas wordt zijn actieve opvolging onderbroken door evolutie van de kanker en besluiten een multidisciplinair oncologisch consult (MOC) en Marcel over te gaan tot prostatectomie. Deze ingreep maakt de reis onmogelijk. Onze lotgenoot doet een beroep op zijn verzekering om een tussenkomst. In een bericht van 16 lijnen wordt deze tussenkomst geweigerd.

Inleiding

Dit is geen uitzonderlijk geval. Steeds meer wordt actieve opvolging gebruikt om laag risico kankers op te volgens en niet onmiddellijk actief te behandelen. En het gaat zeker niet alleen over prostaatkanker. Deze behandeling is veilig, de patiënt wordt van nabij gevolgd om bij de minste verdachte evolutie actief in te grijpen.

Bij actieve opvolging is er evenwel een belangrijke onbekende, het tijdsverloop. Bij prostaatkanker weten we uit onderzoek dat een laag-risico prostaatkanker zéér traag evolueert en dat meer dan 75% nooit last zal krijgen. In die 25% is er een behoorlijk aantal dat vele jaren zonder actieve behandeling verder kan. Wanneer een actieve behandeling dan toch nodig is, dat weet niemand en er zijn ook geen hulpmiddelen om dat te voorspellen.

We gaan hier de feiten weergeven en analyseren maar ook naar de argumenten van de verzekering kijken en ook die analyseren.

De medische feiten

In 2012 werden biopsies afgenomen van de prostaat die negatief waren voor prostaatkanker.

Op 7 november 2017 werd er een TURProstaat uitgevoerd wegens goedaardige prostaathyperplasie. Na de ingreep bleef er uiteraard een prostaat achter die nog 39 gram woog.

Op 7 mei 2019 werd een bloedanalyse uitgevoerd met als resultaat 3,43ng/mL (µg/L) PSA. Volgens de meest recente voorstellen voor screening is dit een waarde waarbij de man verder onderzoek nodig heeft. Hij kan over een jaar terugkomen voor een bloedonderzoek.

Dat vervolgonderzoek wordt in juni 2020 uitgevoerd en levert een resultaat van 4,91ng/mL op.

Op 12 december 2020 wordt opnieuw PSA gemeten, 5,47ng/mL en er wordt een MRI-onderzoek van de prostaat doorgevoerd waarbij geen verdachte zones worden gevonden.

25 juni 2021 wordt een PSA van 6,64ng/mL gemeten en een verhouding tussen vrij PSA en totaal PSA van 10%. Deze verhouding hebben we graag veel hoger, het is een verontrustend gegeven maar is absoluut geen bewijs van kanker.

In augustus 2021 worden opnieuw biopsies afgenomen die tot een diagnose van een laag-risico prostaatkanker leiden. De Gleasonscore is 3+4 en er wordt beslist om actieve opvolging op te starten.

20 oktober 2021, PSA 8,03ng/mL.

21 januari 2022, PSA 9,75. Al is dit een evolutie, zonder verder onderzoek blijft dit een laag-risico. Maar volgens het actieve opvolgings-protocol wordt dan best verder onderzoek uitgevoerd. In maart 2022 worden nieuwe biopsies afgenomen, in twee van de acht biopten wordt tumorweefsel aangetroffen met een Gleasonscore van 3+3. De biopsies bevestigen een laag risico. Niettegenstaande een oplopend PSA besluit het MOC om de actieve opvolging verder te zetten in overleg met Marcel.

13 juni 2022, PSA 12ng/mL, geen verandering van de behandeling. Marcel blijft in actieve opvolging.

8 juli 2022 werd een PSMA PET/CT uitgevoerd. Het letsel dat bekend was werd bevestigd, maar er was geen beeldmateriaal om mee te vergelijken. Er werden geen aanwijzingen gevonden voor metastasen.

25 augustus 2022 boekt Marcel een reis die in november zou doorgaan. Hierbij neemt hij een verzekering voor het geval dat de reis om een of andere reden niet zou doorgaan.

12 september 2022, een PSA-meting leverde 15,03ng/mL op. Dit is opnieuw een stijging die zou kunnen wijzen op een ongunstige evolutie.

Op 26 september 2022, wordt de casus van de patiënt terug besproken tijdens een multidisciplinair oncologisch overleg (MOC). Tijdens dit overleg wordt een advies geformuleerd om over te gaan tot een actieve behandeling. In overleg met Marcel wordt dat een chirurgische prostatectomie. De ingreep wordt in november doorgevoerd waardoor de patiënt niet in staat is zijn reis aan te vatten.

Op zijn vraag om de reeds gemaakte kosten voor de reis terug te storten, krijgt hij in december 2022 een negatief antwoord.

De argumenten van de verzekering

Het hoofd van de afdeling "Property & Liability - Claims" antwoord op basis van een conclusie van de raadgevend geneesheer die inzage had van het medisch dossier.

Letterlijk:

" 1- Reeds in maart 2022 was er reeds sprake van de aandoening, alhoewel in een beperkte vorm.

2- Op 8/7/22 was er dan een verergering en toch werd op 25/8/22 een reis geboekt.

3- De reis werd geannuleerd omdat er een ingreep (i.v.m. de aandoening) nodig was.

Het plotselinge, onvoorspelbare of zelfs onverwachte karakter van de gebeurtenis, die aanleiding geeft tot de tussenkomstaanvraag, is in uw geval niet van toepassing (zie definitie schadegeval van de algemene voorwaarden).

Wij kunnen dan ook geen tussenkomst in de gemaakte annuleringskosten toestaan."

De algemene voorwaarden

Bij het aangaan van een reisverzekering, in casu om bij annulering gemaakte kosten te kunnen recupereren, wordt een "tijdelijk contract" onderschreven. Dat wordt uiteengezet in een document van twaalf pagina's waarin elk woord gewikt en gewogen werd door de verzekeraar. Als je niet akkoord bent, teken je niet en ben je niet verzekerd, simpel toch. Wij hebben dit document op het internet gevonden.

Voor ons zijn natuurlijk vooral de uitsluitingen van toepassing. Wij lezen even na.

Artikel 1, doel en omvang van de waarborg

A-Annulering, … waarborgt de terugbetaling … ten gevolge van de annulering van een reis, omwille van één van de hierna omschreven omstandigheden:

a) een ziekte etc. van de verzekerde, of zijn/haar samenwonende partner.

q) item twee, voor een orgaantransplantatie (als donor of als ontvanger).

Artikel 3, uitsluitingen

B-zijn uitgesloten van de verzekering, de kosten bij annulering omwille van:

k) een bestaande aandoening die zich op het ogenblik van de reservering van de reis in een terminale fase bevindt.

En algemeen, de uitsluitingen die hiervoor werden vermeld zijn van toepassing op de verzekerde van wie de medische toestand aanleiding geeft tot de vraag om tussenkomst, voor zover de verzekerde kennis had van deze medische toestand.

Onze analyse

1- Reeds in maart 2022 was er reeds sprake van de aandoening, alhoewel in een beperkte vorm.

Een verzekeraar moet in zijn besluiten en briefwisseling correct zijn. In augustus 2021 werden bij Marcel biopsies afgenomen die met een Gleasonscore van 3+4 tot een prostaatkankerdiagnose leidden. Volgens de guidelines voor de behandeling van prostaatkanker (EAU) is dit een laag-risico kanker waarvoor als behandeling actieve opvolging geldt. In dit geval was de behandeling de correcte opvolging van de diagnose.

In maart 2022 werden opnieuw biopsies afgenomen nadat de PSA aan een stijging was begonnen. Deze biopsies laten in een klein gedeelte een tumor met een Gleasonscore van 3+3 zien, dit is nog steeds laag risico volgens D'Amico waardoor de behandeling "actieve opvolging" wordt verdergezet.

De verzekering gebruikt dit element om te stellen dat Marcel goed op de hoogte was van zijn "medische toestand".

Om daar iets over te kunnen zeggen, is het belangrijk naar het risico volgens D'Amico te

kijken en de daaruit voortvloeiende behandeling.

Actieve opvolging is nu al een aantal jaren de meest gebruikte strategie bij laag-risico prostaatkanker. Een publicatie van Sigrid Carlsson en collegas uit 2020 (*JUrol*. 2020 June; 203(6):1122-1127 - DOI:10.1097/JU.-0-713) geeft voor 2.907 mannen aan wat er gebeurde na inclusie in actieve opvolging. 2.664 van deze mannen hadden een Gleason 3+3 of ISUP 1. Op het moment van de diagnose was de gemiddelde leeftijd 62 jaar.

Wat leert ons deze publicatie, na 5 jaar was 76% nog steeds niet actief behandeld, na 10 jaar was dat nog 64% en na 15 jaar 58%.

552 mannen kregen in de loop van de studie een actieve behandeling, voor 363 was dat chirurgie waarbij men het weggenomen orgaan kon onderzoeken. Daarbij bleek dat 23% inderdaad ISUP 1 kanker vertoonde, 62% vertoonden ISUP 2 (Gleason 3+4) en 15% had een hogere ISUP.

Wat leren we uit deze publicatie dat relevant is voor onze casus? Artsen gebruiken AS terecht voor patiënten zoals Marcel, hun kans op een evolutie is erg klein, in vijf jaar is nog steeds 76% netjes onder actieve opvolging. Maar, dat wil ook zeggen dat noch de arts, noch de patiënt kunnen weten wanneer actieve behandeling nodig zal zijn. Dus het argument dat Marcel op de hoogte was dat zijn kanker elk ogenblik kon evolueren, is pertinent onjuist.

We kunnen nog een stapje verder gaan, deze houding van de verzekeraar maakt dat patiënten met een laag-risico kanker volgens D'Amico nooit nog verzekerbaar zijn. Datzelfde geldt voor alle kankers waar men actieve opvolging gebruikt. Dit is misbruik van het medische dossier. Pas als de patiënt van zijn behandelende arts op basis van een MOC verneemt dat hij binnenkort actief zal behandeld moeten worden, WEET de patiënt dat. En dan hangt het af van de afspraak met het behandelteam of nog op reis gaan een goed idee is. Indien de man geen andere problemen heeft, gelokaliseerde prostaatkanker heeft geen symptomen, en zijn afspraak voor behandeling is pas over geruime tijd, moet hij nog op reis kunnen gaan met een verzekering.

2- Op 8/7/22 was er dan een verergering en toch werd op 25/8/22 een reis geboekt.

We verwijzen naar hierboven, op het moment dat Marcel zijn reis boekte kon hij absoluut niet weten hoe erg zijn kanker wel was en dat er vóór hij zijn reis zou aanvatten al geopereerd zou zijn.

Laten we hier een andere regel van de verzekeraar bijhalen. Onder annulering lezen we: *q) item twee, voor een orgaantransplantatie (als donor of als ontvanger)*. In dit geval zal de annulatieverzekering wel tussenkomen. Wie een transplantatie nodig heeft zit een beetje in hetzelfde schuitje. Zij of hij is ziek en heeft een behandeling nodig. Maar zij of hij weet absoluut niet wanneer die behandeling zal volgen. In dit geval aanvaardt de verzekering die onzekerheid en wordt het feit dat de verzekerde héél goed weet welke ziekte zij of hij heeft niet gebruikt om de schadevergoeding niet te betalen.

Twee maten en twee gewichten?

3- De reis werd geannuleerd omdat er een ingreep (i.v.m. de aandoening) nodig was.

En Marcel wist enkele weken vóór zijn reis (niet toen hij zijn reis boekte) dat hij geopereerd ging worden in verband met zijn kanker. Marcel wist op het moment dat hij zijn reis boekte niet dat er in november een operatie zat aan te komen. Moest hij zijn operatie pas in december gehad hebben, dan was hij mogelijk nog op reis gegaan.

4- (Andere) redenen om niet te betalen

k) een bestaande aandoening die zich op het ogenblik van de reservering van de reis in een terminale fase bevindt

Dus ook dat kan niet, die laatste wens, die laatste reis dan mag je zelf het risico nemen.

En algemeen, de uitsluitingen die hiervoor werden vermeld zijn van toepassing op de verzekerde van wie de medische toestand aanleiding geeft tot de vraag om tussenkomst, voor zover de verzekerde kennis had van deze medische toestand.

En dit laatste maakt dat je eigenlijk niets mag weten over je gezondheid als je een reisverzekering gaat afsluiten. Kanker, je valt in alle geval buiten de terugbetaling en de premie is ook weg.

Stel je hebt uit voorzorg al eens bij de cardioloog gezeten en die heeft een kleine afwijking vastgesteld aan het hart. Maar de cardioloog heeft je wel op het "hart" gedrukt

dat je daar geen rekening mee moet houden want totaal ongevaarlijk. OK tot je op reis gaat en toch plots na enkele jaren een probleem krijgt en thuis moet blijven. Volgens de algemene regels geen terugbetaling.

Kunnen we dit accepteren?

Neen, absoluut niet. De verzekeraar maakt misbruik van het medisch dossier van Marcel en de raadgevend geneesheer kent niet voldoende van prostaatkanker om deze uitspraak te mogen doen.

Als lotgenoten weten wij uiteraard wat onze kanker met ons kan doen. Wij kennen de onzekerheden. Bij actieve opvolging beseffen we heel goed dat er geen hulpmiddelen zijn om te voorspellen wanneer we ongunstig zullen evolueren. En die hulpmiddelen heeft de verzekeraar ook niet. Dus mogen zij die niet tegen ons gebruiken.

Besluit

Marcel is nog braaf geweest, hij zou in eerste instantie protest moeten aantekenen bij zijn verzekering en indien dat niet helpt bij de ombudsdienst van de verzekeringen. En dat adres geven we hier graag even mee, Marcel is misschien niet alleen.

Als laatste, Wij-Ook als lotgenoten-organisatie zal zich beraden of zij namens iedereen stappen kan zetten om hieraan een halt toe te roepen.

Ombudsdienst Verzekeringen

de Meeûssquare 35

1000 Brussel

www.ombudsman.as

info@ombudsman.as

Is de e-sigaret veilig?

Erik Briers

Inleiding

Je kan er niet meer naast kijken, in het straatbeeld zie je steeds meer “Dampshops” of “Vaporshops”. Winkels die gespecialiseerd zijn in de verkoop van elektronische sigaretten in allerlei vormen en in diverse nieuwe parafernalia van het nieuwe roken.

Daarbij wordt ervan uitgegaan dat deze nieuwe rookwijze niet alleen gezond(er) zou zijn, maar ook veilig. Is dat wel zo? Zonder volledig te willen zijn gaan wij dat even nalezen.

Hoe het begon

Roken, tabak roken is geen recente uitvinding. Reeds in de oudheid, en we gaan dan tot 4.000 jaar voor onze jaartelling, werd er in Amerika al gerookt. Zo kennen wij ook allemaal het gebruik van de vredespijp bij de Indianen. Er moet wel nog bij gezegd dat er niet alleen tabak gerookt werd maar ook heel wat andere planten - kruiden. Denk maar aan cannabis dat in het Midden-Oosten reeds 5.000 jaar voor onze tijdrekening werd gerookt. Soms werd er gerookt voor de kik maar soms ook om rituele en andere, zelfs medische redenen.

In Europa was het wachten op onze grote ontdekkingsreizigers om ons met deze vorm van beschaving (?) te confronteren. Het was volgens de overlevering bij de ontdekkingsreizen van Columbus dat Europeanen in 1492 voor het eerst een “inboorling” zagen met tabak. De Spanjaarden die ter plaatse bleven, gebruikten snel tabak en ondervonden zijn eigenschappen waarbij al in 1526 door een Spanjaard opgemerkt werd dat tabak roken verslavend werkte. Dus, zeg niet dat we het niet wisten. De Spanjaarden zijn ook erg snel in Amerika met de kweek van tabak begonnen.

Op het Europese vasteland werd tabak samen met andere exotische planten zoals de aardappel in de zestiende eeuw echt geïntroduceerd. Tweede helft van de zestiende eeuw was tabak in heel Europa gekend en in gebruik. Daar waar men de aardappel grondig wantrouwde en zelfs als een giftig product beschouwde, werd tabak als een geneesmiddel beschouwd. En zoals zo vaak was het aanvankelijk goed voor zowat alle kwalen en kwaaltjes. Het gerucht ging zelfs rond dat de toenmalige artsen het gebruik en de kennis over tabak geheim hielden omdat ze vreesden voor hun job en hun inkomen.

Het vervolg is geschiedenis, er ontstond een bloeiende handel die na een slome start, in 1624 een 100 ton tabak verscheept vanuit Amerika (Jamestown kolonie) naar Engeland hetgeen in 1638 opliep tot 1.500 ton.

De kweek en handel in tabak heeft zich daarna ook niet tot Amerika en Canada beperkt

maar is ook op het Europese vasteland uitgebreid beoefend. Ook vandaag is er nog Europese steun voor kwekers van tabak en België had enkele bekende landbouwgebieden (Wervik, Harelbeke) waar de kweek van tabak belangrijk was.

Aanvankelijk werd tabak verwerkt in een product dat in een pijp kon gerookt worden of dat in de mond gestopt kon worden en waarop gekauwd werd, ook wel pruimtabak genoemd. Vandaag bestaat het nog en dat vooral in de Noorse landen "Snus" dat in de mond onder de bovenlip wordt geschoven. Als je voelt dat je genoeg nicotine hebt opgenomen, kan je de prop natte snus weggooien.

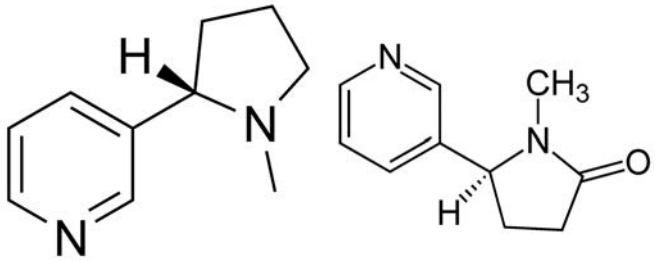
Er was ook snuiftabak en uiteraard waren er sigaren al dan niet op vrouwendijen gerold. Ook bij ons werden sigaren gerold in allerlei maten, dit was vaak een artisanale en huiselijke activiteit.

De grote versnelling van het verbruik en gebruik van tabak kwam er met de introductie van de sigaret en helaas met de eerste en tweede wereldoorlog. De eerste industriële sigaretten werden vanaf 1880 in de Verenigde Staten met de eerste machines geproduceerd. Tijdens de Eerste en vooral de Tweede wereldoorlog kregen de Amerikaanse soldaten ongelimiteerde hoeveelheden sigaretten (bestreden zowel de "battle stress" als de honger) die zij ook aan de bevolking uitdeelden. Het stond erg mannelijk om zoals de "poor lonesome cowboy" met een brandende sigaret in de mond geportretteerd te worden.

Wat is er mis met een sigaretje?

Iets wat al eeuwen bij de gebruiken hoort, kan toch niet mis zijn? Wel, zoals ook voor veel andere volksgebruiken en keuken-geneesmiddeltjes die zo nu en dan weer eens "in" zijn, is er heel wat mis aan de sigaret en andere tabaksproducten.

We kunnen het heel eenvoudig samenvatten, zonder de nicotine (figuur 1) zou geen mens er aan denken om tabaksbladeren te kauwen, te roken noch te snuiven. Dus moeten we ons eerst afvragen wat doet nicotine met ons?



Figuur 1: Links structuurformule van nicotine, rechts structuurformule van cotinine het voornaamste afbraakproduct van nicotine.

Nicotine is een kleurloze vloeistof, smeltpunt -79°C en een kookpunt op 246°C. Het is goed oplosbaar in water, ethylalcohol, chloroform en di-ethylether. Het is giftig met een LD50 voor ratten van 50mg/kg oraal, 140mg/kg cutaan en 25mg/kg subcutaan. Onder fysiologische condities (na roken bijvoorbeeld) heeft nicotine een half-leven van ongeveer één tot twee uur.

Cotinine is een stroperige vloeistof die mengbaar is met water. Het is het voornaamste metaboliet van nicotine en heeft een half-leven van ongeveer 24 uur. Cotinine wordt gebruikt om te meten of een persoon (kind) blootgesteld is aan sigarettenrook of om na te gaan of een roker effectief gestopt is met nicotinegebruik.

Nicotine is een planten-alkaloïde, zoals ook cafeïne en cocaïne dat voorkomt in heel wat planten waaronder bijvoorbeeld de aardappel, aubergine en de tomaat (nachtschade familie) maar dan in erg lage concentraties. De tabaksplant (Nicotiana tabaccum) bevat dan weer behoorlijk hoge concentraties, het kan gaan tot 1,5% van het droog gewicht. In de plant fungeert nicotine als een efficiënt insecticide. Het is een neurotoxine dat signaaloverdracht verstoort doordat het receptoren constant op open zet.

Deze insecticide-activiteit verklaart dat vroeger landbouwers wel eens tabak-sap wilden verstuiven om insectenplagen te bestrijden. Maar dat was niet zonder risico omdat nicotine giftig is voor mens en andere zoogdieren. Vandaag kan nicotine vervangen worden door neonicotinoïden, insecticiden afgeleid van nicotine. Over deze producten is er heel wat te doen de laatste tijd omdat onze bijenpopulaties niet zo gek zijn op neonicotinoïden. Maar zoals steeds zijn er ook insecten die graag een tabaksblaadje lusten, zij gebruiken de binnenkomende nicotine om zichzelf giftig te maken voor hun eigen vijanden.

Tabak bevat evenwel nog heel wat andere alkaloïden maar nicotine maakt zowat 95% uit. De hoeveelheid nicotine kan nogal verschillen tussen de diverse presentaties voor consumptie. Een sigaret bevat 10-14mg nicotine waarvan 1-1,5mg via roken wordt opgenomen.

De bewerkingen die tabak ondergaat alvorens verwerkt te worden tot rookproducten hebben een invloed op het gehalte aan nicotine in het eindproduct en op de absorptie-eigenschappen.

Nicotine van de tip tot de filter

De sigaret is de meest gebruikte bron van nicotine. Het is een mengsel van fijngesneden,

gedroogde tabaksbladeren die nog aangevuld kunnen zijn met aromatische stoffen en andere chemicaliën. Het geheel is opgerold tot een staafje met aan één kant eventueel een filter die als doel heeft een deel van de teer en andere verbrandingsproducten in te vangen.

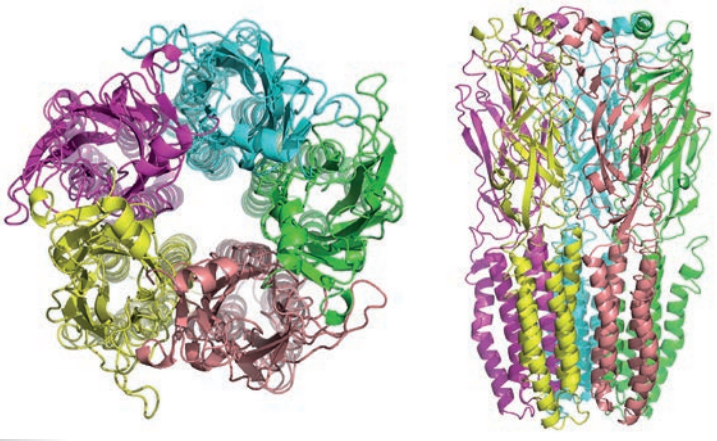
De punt van de sigaret wordt met een lucifer aangestoken en komt daardoor op een hoge temperatuur. De hoeveelheid aangezogen lucht is vaak onvoldoende om de tabak volledig te laten verbranden waardoor er in de ingeademde lucht bijvoorbeeld koolstofmonoxide voorkomt. In de brandende punt worden uiteraard heel wat stoffen gevormd waaronder teerproducten en veel producten die door pyrolyse ontstaan. De damp gaat verder door de sigaret op weg naar de longen en zal afkoelen. Maar tijdens die passage wordt de tabak aan een temperatuurgradiënt onderworpen waardoor er een droge destillatie optreedt. Heel wat moleculen verdampen en worden meegesleurd naar de mond van de roker. Eén van die producten is uiteraard nicotine. Nicotine gebruikt bijvoorbeeld teerdruppeltjes als transportmiddel om tot diep in de longen door te dringen.

Tijdens het roken van een sigaret zal de samenstelling van de geïnhaleerde damp uiteraard veranderen want aanvankelijk zullen sommige bestanddelen ook in de koudere zone van de sigaret terug condenseren, om bij een volgende puf terug te verdampen. Een roker kan de hoeveelheid nicotine beïnvloeden door zijn “rooktechniek”.

In de longen

In de longen gaat het snel en diep, tot in de kleinste longblaasjes een beetje afhankelijk van de roker natuurlijk. Maar de absorptie van nicotine in de longen gaat heel snel en vandaaruit is het een heel kleine stap tot in de hersenen. Na een trek aan een sigaretje duurt het nog 10 tot 20 seconden voor de nicotine via de bloedbaan in de hersenen toekomt. Dat is zonder meer de snelste methode, intraveneuze injectie is helemaal niet zo snel.

Het is in de hersenen dat nicotine zijn grote werk zal doen, zich binden aan een goed gebouwde receptor. Wij en andere zoogdieren, zijn voorzien van specifieke “nicotine acetylcholine receptoren” (figuur 2). Deze zijn opgebouwd uit zes sub-units waarvan er dan telkens een aantal bestaan. Daardoor zijn niet al deze acetylcholine receptoren op dezelfde wijze gevoelig voor nicotine. In de hersenen komt er een model voor [α4ß2], die de voornaamste mediator is voor de verslaving aan nicotine. Nicotine bindt aan deze receptor sterker dan acetylcholine.

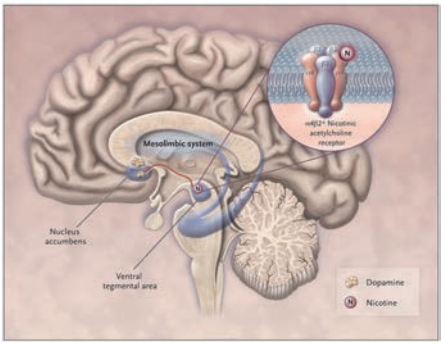


Figuur 2: Een “nicotine acetylcholine receptor”, bovenaanzicht en zijaanzicht, de receptor is transmembranair en een ionenkanaal. Een chemist houdt van structuren ;-)

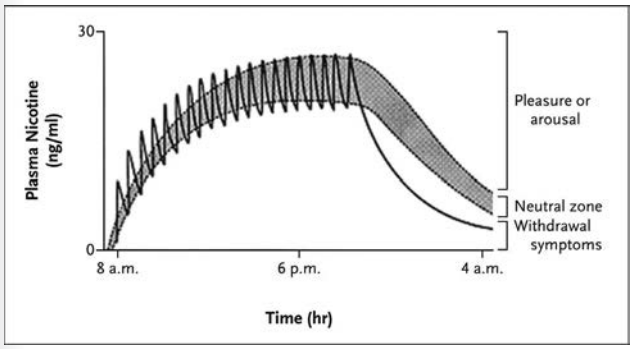
Deze receptor is een ionenkanaal dat door binding aan nicotine open gezet wordt waardoor natrium, kalium en calcium ionen in de cel kunnen binnenkomen. Daarop volgen andere processen die tot nog meer calciuminflux leiden hetgeen tot de vrijgave van neurotransmitters aanleiding geeft.

De voornaamste neurotransmitter die met de nicotine afhankelijkheid te maken heeft, is dopamine die aangename gevoelens opwekt en belangrijk is voor het versterkend effect voor wie nicotine en andere drugs gebruik. Figuur 3 toont waar in de hersenen nicotine zijn actieterrein heeft. Figuur 4 geeft dan een beeld van het verloop van de nicotine-concentratie in het bloed doorheen de dag voor een roker. De roker doet er alles aan om constant in een zone van “goed gevoel” te blijven maar kan helaas tijdens de nacht niet doorroken. Dat kan met een nicotine-pleister wel geremedieerd worden.

Via deze wegen verlaagt het gebruik van nicotine het stressniveau en angst en verhoogt het aangename gevoelens. De weg naar verslaving ligt wijd open. Maar daar gaan we hier niet verder op in. Belangrijk is dat de verslaving de oorzaak is van het roken en van zijn schadelijke gevolgen.



Figuur 3: Het meso-limbisch dopamine systeem en nicotine-activiteit. Nicotine zet de nicotine acetylcholine receptor open waardoor dopamine wordt vrijgezet.



Figuur 4: Een dag in het leven van een verstokte roker. Het begint in de ochtend en de circulerende concentratie aan nicotine loopt langzaam op na elke sigaret. Met een half-leven van ongeveer één uur stijgt de concentratie snel tot een niveau waarin het effect gevoeld wordt. Tijdens de nacht daalt de concentratie om in de ochtend beneden het pijl van aangenaam te dalen, hoog tijd voor een eerste sigaret.

Afbraak en uitscheiding van nicotine

Van nicotine zijn een hele reeks afbraakproducten gekend waarvan cotinine (figuur 1) de voornaamste is. Niet minder dan 80% van nicotine wordt omgezet in cotinine en producten afgeleid van cotinine en dat in de lever. Doseren van cotinine in urine of serum is een mogelijkheid om na te gaan of een verslaafde effectief het roken heeft gestopt. We moeten dat evenwel corrigeren, het gaat over de opname van nicotine via eender welke route dus ook via een plakker of een e-sigaret. De uitscheiding verloopt essentieel via de urine.

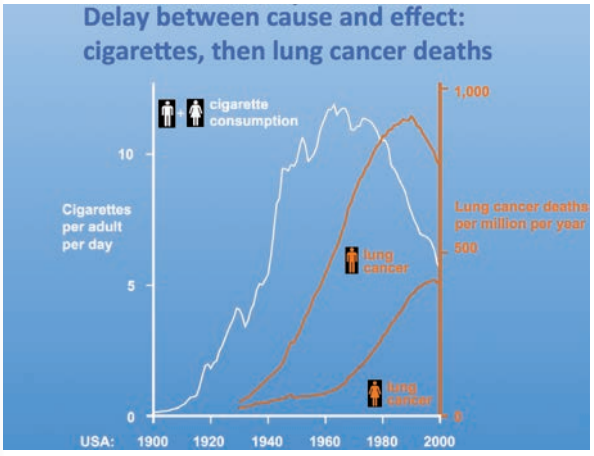
Geen lusten zonder lasten!

Bij het roken van een sigaret (pijp of sigaar, het maakt niet uit) komt er uiteraard meer dan alleen maar nicotine in de mond en longen terecht. Wij spreken van duizenden stoffen, product van pyrolyse en droge destillatie en de chemische reacties tussen deze moleculen bij de verhoogde temperatuur. Deze stoffen zijn niet allemaal onschuldig, sommige daarvan zijn zonder meer giftig (bijvoorbeeld nicotine) andere zijn kankerverwekkend. Het is deze laatste eigenschap die grotere schade veroorzaakt dan de verslaving aan nicotine op zich. Maar er zijn nog andere ziekten die door roken bevorderd zelfs uitgelokt worden.

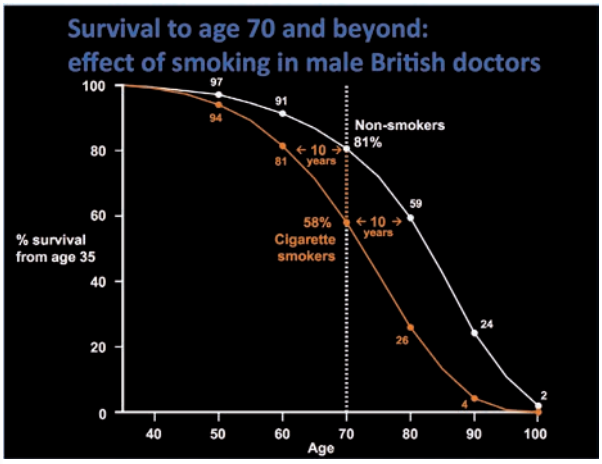
De longen zijn uiteraard het allereerste targetorgaan van roken en longkanker en COPD (rokerslong) staan vooraan in het lijstje van met roken gerelateerde aandoeningen. Hart- en bloedvat aandoeningen, mondziekten zoals mond- en halskankers, verlaagde vruchtbaarheid, een slechte fysieke conditie en een vale huid…

Het lijstje met kankers die door roken veroorzaakt wordt of ten minste bij rokers meer voorkomen is behoorlijk indrukwekkend. Naast longkanker en kankers van hoofd, hals, mond, slokdarm, lever, rectum zijn er ook urogenitale kankers zoals nier- en blaaskanker. De organen die in direct contact komen met sigarettenrook of met de verwerking ervan in het lichaam (lever, nieren, blaas, mond, longen…) zijn bedreigd. De kankerverwekkende stoffen kunnen hier overal hun schadelijke werk doen. Helaas verlopen er vaak vele jaren tussen de blootstelling en de diagnose van een tumor waardoor het oorzakelijk verband vaak moeilijk te leggen is.

Figuur 5 en 6 geven een verband tussen de consumptie van sigaretten (roken) en het voorkomen van longkanker respectievelijk kankersterfte.



Figuur 5: de witte curve toont het snel stijgende verbruik van sigaretten per dag en per volwassen persoon in de Verenigde Staten sedert 1900, de twee oranje curves tonen de sterfte aan longkanker sedert 1900 voor mannen respectievelijk vrouwen per miljoen personen en per jaar. Zou er een verband bestaan?



Figuur 6: Britse artsen en hun rookgedrag met hun overleven in functie van hun leeftijd. Zonder veel uitleg spreken de twee diagrammen voor zich, niet roken levert tien (10) extra levensjaren op. Roken lijkt op een trage zelfmoord?

85% van de longkankers is veroorzaakt door roken. Daarnaast is er de blootstelling aan bepaalde soorten asbestvezels die mesothelioom kunnen veroorzaken en heel wat andere minder belangrijke oorzaken. Maar roken is beslist de nummer één. Wegens de grote kans op sterfte van longkanker is dit ook bij mannen de eerste oorzaak van kankergerelateerde dood. In 2014 telde België 67.820 nieuwe kankerdiagnoses waarvan 8.452 longkankers. In datzelfde jaar werden 6.795 overlijdens genoteerd voor patiënten met kanker van het ademhalingsstelsel en de intrathoracale organen (C30-C39).

Als oorzaak van kanker wordt in de richting van de vele componenten in de rook die rokers inhaleren om aan hun nicotine-dosis te komen gekeken.

Is nicotine zelf ook kankerverwekkend?

Dit is natuurlijk een belangrijke vraag waarop evenwel geen duidelijk antwoord te geven is. Bij zijn "normaal" gebruik via het roken van tabaksproducten is nicotine nooit als "zuiver" bestanddeel in het organisme. Steeds is het vergezeld van honderden andere moleculen met daaronder heel wat "teer" bestanddelen.

Onder deze moleculen zijn er gekende carcinogenen zoals de tabak-specifieke N-nitrosamines (TSNA) die zich bij het roken in de geïnhaleerde damp bevinden. Recente studies hebben evenwel aangetoond dat deze TSNA's zich ook in vivo kunnen vormen in het lichaam. Dit werpt natuurlijk een heel nieuw licht op de kankerverwekkende eigenschappen van de sigaretten-bestanddelen.

NNN en NNK twee belangrijke uit nicotine gevormde nitrosamines worden door het IACR als humane carcinogenen geklasseerd. NNAL kan gemeten worden in urine, het wordt uiteraard aangetroffen in de urine van klassieke rokers van sigaretten, maar ook in de urine van gebruikers van snuf en snus al komt hier geen vlam aan te pas. Zelfs in de urine van e-sigaret gebruikers werden kleine concentraties van NNAL aangetoond.

Er is duidelijk meer studie nodig om in deze tot correcte besluiten te komen. We mogen hierbij niet vergeten dat gebruikers van de e-sigaret deze gewoonte mogelijk vele decaden van hun leven zullen volhouden waardoor een correct inschatten van zelfs een lage toxiciteit belangrijk is.

Invloed van nicotine op kankerbehandelingen

Er zijn al wat studies beschikbaar over eventuele interferentie tussen kankerbehandelingen en nicotine-roken. Zo is de negatieve invloed van roken op de resultaten van chirurgie bij borstkanker goed gekend.

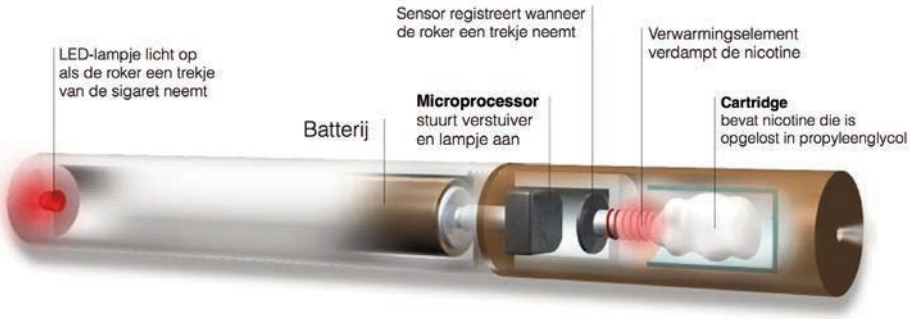
Mannen die na een radicale prostatectomie verder gingen met roken hadden een hogere kans op een herval dan zij die gestopt waren (34,3% versus 14,8%).

Bij het opvolgen van 2.358 patiënten die externe bestraling kregen (EBRT) wegens gelokaliseerde prostaatkanker tussen 1988 en 2005 bleek dat rokers een aanzienlijk hogere kans op PSA-herval hadden [HR = 1,37 (1,04-1,84)], verre metastases [HR = 2,30 (1,57-3,36)] en prostaat kankergerelateerd overlijden [HR = 2,25 (1,30-3,88)]. HR = 2,25 betekent 2,25 keer meer kans op sterfte. Bovendien stelden de onderzoekers vast dat rokers en zelfs zij die vroeger rookten en gestopt waren, ongeacht de omvang van hun rookgedrag noch de duur, een verhoogde kans hadden op genito-urinaire toxiciteit na EBRT.

Deze vaststellingen verklaren, is natuurlijk een andere zaak. Maar gezien het hoge aantal rokers onder de kankerpatiënten is het allicht de moeite.

De elektronische sigaret (e-sigaret)

De onderstaande figuur toont schematisch een e-sigaret, in principe is het een apparaatje waarin een kleine hoeveelheid van een in water opgeloste hoeveelheid nicotine samen met andere stoffen zoals propyleenglycol en aromastoffen verdampt wordt waarna de damp geïnhaleerd wordt. Met behulp van een microprocessor wordt het verhittingselement



slechts geactiveerd wanneer er door de roker een onderdruk wordt veroorzaakt.

Binnen Europa en dus ook in België is er een directieve van toepassing op de e-sigaret die de maximale concentratie aan nicotine beperkt tot 20mg/mL. Het kleine reservoir in de e-sigaret mag een maximaal volume van 2mL hebben en een navulverpakking mag maximaal 10mL inhoud hebben.

Een navulverpakking van 10mL bevat maximaal 200mg nicotine. Gezien de giftigheid van nicotine waarbij voor volwassenen men van een lethale dosis van ongeveer 0,5gr uitgaat, bevat deze navulverpakking een gevaarlijke mogelijk dodelijke dosis voor kleine kinderen.

Bij gebruik moet er uiteraard een kleine hoeveelheid vloeistof op hoge temperatuur gebracht worden om de nicotine in een dampmengsel te brengen klaar voor inhalatie. Zoals bij een gewone sigaret is dit een proces dat in het mengsel chemische reacties kan veroorzaken die nieuwe (onbedoelde) moleculen kan opleveren. Daarbij kunnen ook de aromastoffen meespelen. Dit fenomeen is vandaag nog niet grondig onderzocht zodat we eigenlijk niet echt veilig spelen, opnieuw een reguliere gebruiker van de e-sigaret gaat dit vele jaren doen. En zoals bij de gewone sigaret zal de gebruiker zijn eigen gebruik, lang inhaleren, snel na mekaar korte pufjes, aanpassen om zijn verslaving optimaal genoegdoening te geven. We mogen niet vergeten de e-sigaret is er om de nicotine-verslaving in stand te houden.

Lusten zonder lasten ?

Dat is de grote bedoeling, lekker onze verslaving aan nicotine onderhouden zonder daar ook nog kanker bovenop te krijgen. Maar door ons gebrek aan onderzoek van de effecten van het verhitten van de mengsels en vooral van de gevolgen van levenslang inhaleren van de dampen tot diep in de longen kunnen wij niet veel zeggen.

Naast effecten in verband met kanker mogen we ook de gevolgen voor personen met een allergie niet vergeten.

Een van de geïnteresseerde groepen zijn de urologen die urogenitale kankers behandelen. Zij behandelen de personen met nier- en blaaskanker waarvan een behoorlijk percentage, 50% voor blaaskanker en 20% voor nierkanker, direct te wijten is aan het roken. Recent heeft een groep onderzoekers een review geproduceerd over de e-sigaret en urologische gezondheid. Het besluit van dit literatuur overzicht is dat er vandaag (2016) geen enkele klinische studie beschikbaar is die over de vraag of e-sigaretten een positieve dan wel negatieve invloed hebben op urologische aandoeningen zelfs maar een begin van antwoord biedt. Het is dan ook duidelijk dat de maatschappij zich in deze op onbekend terrein begeeft.

Besluit

Indien de e-sigaret beschouwd wordt als een hulpmiddel om rokers van hun verslaving aan sigaretten en ander rookmateriaal af te helpen, kan de introductie als een succes beschouwd worden.

Beschouwt men het als een hulpmiddel om de rokers van hun verslaving “tout court” af te helpen, heeft men het natuurlijk mis. De e-sigaret houdt de verslaving aan nicotine heel efficiënt in stand. Bovendien wordt het mogelijk dat sommige jongeren en ook ouderen die nooit gerookt hebben met de e-sigaret aan een echte verslaving aan nicotine zullen starten, anderen zullen gemengde gebruikers worden.

De tabakindustrie is met de komst van de e-sigaret helemaal niet uitgeschakeld. Zij worden de leverancier aangezien nicotine voor de e-sigaret uit tabak wordt afgezonderd. Bovendien worden zij leverancier van het nieuwe verslavingsmateriaal.

Van de risico’s voor de volksgezondheid weten wij helaas heel weinig. Er zijn geen studies uitgevoerd noch over de korte noch over de lange termijn en dat voor een blootstelling die een leven lang zal kunnen duren.

Een bijzonder punt van aandacht worden alle aroma’s die toegevoegd worden en die nu via de “vapor” tot diep in de longen geïnhaleerd worden.

Vast staat dat we in de toekomst allicht minder rokengerelateerde long- en andere kankers zullen zien, maar zelfs dat moet nog uit studies blijken.

Referenties

1- Neal L. Benowitz, Janne Hukkanen en Peyton Jacob III, Nicotine chemistry, metabolism, kinetics and biomarkers, *Handb Exp Pharmacol*. 2009; 29-60 doi:10.1007/978-3-540-69248-5_2

2- Neal L. Benowitz, Nicotine addiction, *N Engl J Med*. 2010; 362(24): 2295-2303 doi:10.1056/NELMra0809890

3- Tore Sanner en Tom K. Grimsrud, Nicotine: carcinogenicity and effects on response to treatment – a review. *Frontiers in oncology*. 2015; 5 (art 196) doi:10.3389/fonc.2015.00196

4- Liam Bourke et al., E-cigarette and urological health: a collaborative review of toxicology, epidemiology and potential risks, *European urology*. 2017; 71 915-923 dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2016.12.02.

Niets menselijks is mij vreemd

Johannes - Oostende

'Genezen, genezen', zei een uroloog op rust tegen mij, nadat ik hem mijn bewogen verhaal had verteld. De operatie, het volledig verwijderen van de prostaat, vond plaats op 21 februari vorig jaar, bij het ontluiken van de lente. Natuurlijk geloof ik, dat ik genezen ben! Maar wat met mijn gemoedsleven, mijn mentale gezondheid? Bevredigend zou ik zeggen, zelfbeklag heeft geen zin, wel vertrouwen.

Dit betekent niet dat alles van een leien dakje loopt. Vraag het maar aan mijn vrouw, hoe zit het met de intimiteit, de wellust, de passie? En jawel, haar toon kan een enkele keer wat bitter, wrevelig en ontgoocheld klinken, want in haar klaarkomen is er vooralsnog niet meer bij: mijn mannelijkheid mist zij terdege! En ja, ik sta aan de zijlijn als een machteloze oude bok die uit de kudde gestoten is.

De overdrijvingskunstenaar in mij wil zijn zegje doen. Maar de vertrouwensvolle Johannes weet dat ik geen grimmige bok ben, niet in een kudde leef en helemaal niet verstoten ben. Ik ben veeleer een angsthaas of een echt stresskonijn maar ik word geliefd en bemind en gewaardeerd wegens mijn talenten en zelfs al heb ik maar één talent, ik zet het niet onder de korenmaat, want ik schrijf nu voor mijn lotgenoten in die woelige zee die het leven is.

Dus terug naar de werkelijkheid. Als man ben ik uitgerust met een flinke dosis gezond egoïsme: mijn orgasme is er niet minder om, integendeel. De Playboy komt er wel eens bij te pas, want niets menselijks is mij vreemd. Fantasie maakt er een feest van. En dat het orgasme wel eens gepaard gaat met het spuiten van drie, vier urinestralen, beschamend en vervelend, neem ik er maar bij. Er zijn erger dingen in het leven. Ik vestig nu mijn aandacht op relativeren en aanvaarden. en af en toe helpt mij een mooi vers zoals: 'Naaien, naaien, naaien is plezant en als er geen machines zijn, doen wij het met de hand' (Gerard Reve).

Vlak voor de ingreep in het voorjaar van vorig jaar vreesde ik dat mijn belangstelling voor de vrouwelijke vormen en schoonheid zou verslappen. Dit is niet zo. Ik geef nog altijd mijn ogen de kost en het is een esthetisch genot de schoonheid en elegantie in alle vrouwen te mogen bewonderen. Ik eindig met een versregel van A. Roland Holst: 'Ik zag een vrouw, die schreed alsof zij nooit zou sterven'

Het verhaal van Johannes

Ik ben geboren op 19 december 1948. Toen mijn huisarts mij in december 2021 naar de uroloog doorverwees wegens verhoogde PSA was er angst. Toen begin het nieuwe jaar het verdikt agressieve prostaatkanker viel, stortte mijn wereld in. Ik was radeloos en reddeloos!

Ik ben nu ziek, ik moet het nemen zoals het komt, speelde het door mijn hoofd, het zal niet weggaan van zelf, van eenvoudige behandelingen tot gecompliceerde! Mijn grootste angst was, dat ik mijn haar zou verliezen, mijn mooie haren, een deel van mijn identiteit! De arts verzekerde mij, dat wie mij na acht maanden op straat zou ontmoeten nog altijd dezelfde man voor zich zou zien. Een hele geruststelling!

Op 21 februari werd er een totale radicale prostatectomie uitgevoerd in het AZ Sint-Jan te Brugge Na twee dagen was mijn scrotum loodzwaar en gezwollen en niet om aan te zien. Een kleine maand lang had ik daar hinder van. De pelvische reëducatie met electrostimulatie om de bekkenbodemspieren te stimuleren en te verstevigen was gênant, vervelend, lastig, alhoewel de kinesiste bijzonder attent en empathisch was. Half april heb ik plots de kine onderbroken, want ik was opstandig, redeloos en boos.

Vanaf 6 maart bleef ik 's nachts droog en kon slapen zonder slip, een hele bevrijding! Het nadruppelen bij het opstaan nam ik er maar bij. Overdag na een wandeling kwam ik wel doornat thuis! Op 23 maart voelde ik mij blij als Pallieter, want ik had een jubelend orgasme. Op het einde van de maand had ik al twee keer lustgevoelens, wat ons beiden, mijn vrouw Marijke en ikzelf bijzonder vreugdevol stemde. Ik was toch nog een man, God zij dank! Jawel, ik deed en doe het zoals de Bijbelse Onan, maar dan zonder zaad in de aarde te storten, maar dit is niet minder lustgevend!

Toen ik begin mei vier keer na elkaar vlot kon plassen, wenste ik mezelf een dikke proficiat. Niettemin bleef ik last hebben van incontinentie maar ik blijf, misschien tegen beter weten in, geloven dat de incontinentie zal overgaan of geringer worden. Ik ben dan ook heel actief: ga fietsen, wandelen, reisde drie weken naar Noorwegen en ga sinds september dansen, wat niet evident is, want tijdens de pauze moet ik mij verversen.

Lange tijd was ik ten prooi aan een verrassingsaanval, dat plotse verlies, het kwam volstrekt onverwacht en maakte mij kwaad. Het is nu november en het verlies vermindert en de orgasmes, het klaarkomen, zij het dan vaak gepaard met stralen urine, zijn ronduit zalig, plezierig en bevrijdend.

Mijn mama stierf op 35-jarige leeftijd aan borstkanker en twee nauw verwante familieleden stierven respectievelijk aan bot- en prostaatkanker. In *PROSTAATinfo* september 2022 wordt gezinspeeld op het positieve effect van het veelvuldig ejaculeren in de jeugd. Ik was in de puberteit welhaast dwangmatig met lichamelijke wellust bezig. Met 'datgene wat de zinnen volledig in beroering brengt', leerde ik tijdens de godsdienstles. Boeiend genoeg! Het heeft mij niet geholpen serieuze problemen met de prostaat te voorkomen. Het zij zo!

Nu verlang ik er naar een gewone witte, mannelijke slip te kunnen dragen.

Een dikke merci aan mijn vrouw, de artsen en de mensen in de zorg!

De geneeskundige kring DODOENS organiseert

Shared decision making bij prostaatkanker patiënten "Samen beslissen"

Datum: 29 April 2023
Locatie: Elewijt Center, Tervuursesteenweg 564, 1982 Zemst

Shared decision making, kiezen in dialoog: een aanpak waarbij de clinicus en de patiënt de beste wetenschappelijke kennis delen in een besluitvormingsproces waarbij de patiënt aangemoedigd wordt om verschillende opties te overwegen, zijn voorkeuren te bepalen en samen met de clinicus een eindkeuze te maken

Programma

- ✓ 8:30 Ontvangst
- ✓ 9:00-9:30 Verwelkoming: B. Mortelmans
- ✓ Wat is prostaatkanker: Prof. Dr. H. Van Poppel
- ✓ 9:30-10:15 Shared decision making, samen beslissen
- ✓ Prof. C. Van Audenhove
- ✓ André Deschamps
- ✓ 10:15-11:00 Laag-risico prostaatkanker
- ✓ J. Beckers (actieve opvolging) E. Briers (guidelines)
- ✓ 11:00-11:30 Pauze
- ✓ 11:30-12:15 Gemiddeld-risico prostaatkanker
- ✓ G. Martens, C. Draulans
- ✓ 12:15-13:00 Hoog-risico prostaatkanker
- ✓ S. Joniau, C. Draulans
- ✓ Na elk onderdeel:
- ✓ Panel: F. Charlier, A. Pelgrims, C. Draulans, E. Briers, A. Deschamps, C. Van Audenhove
- ✓ Moderator: S. Joniau

Het symposium is gratis maar inschrijven is noodzakelijk via:

https://forms.office.com/e/ALVD2iV3e1

Of scan de QR code

Vernieuwing van het lidmaatschap Wij Ook België vzw 2023

Waarschijnlijk wilt u nog steeds op de hoogte blijven van alle nieuwtjes om uw levenskwaliteit in stand te houden. Daarom vragen we u om vandaag uw lidgeld 2023 te storten.

Lidmaatschap + abonnement
PROSTAATinfo: 25€
Steunend lid: 40€ of meer…

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

IBAN: BE78 4037 1493 0186
BIC: KREDBEBB

Alvast bedankt.
Zo blijft u op de hoogte.
U kan het bijgevoegde overschrijvingsformulier gebruiken.

wij ook

EEN HARDE NOOT OM TE KRAKEN

De prostaat van een man is dan al niet groter dan een walnoot,

maar, dat wil niet zeggen dat we hem moeten miskennen

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

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

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

www.europa-uomo.org/awareness

EUROPA UOMO

The Voice of Men with Prostate Cancer in Europe

wij ook