

The logo features the word "VITAZ" in a bold, black, sans-serif typeface. A small, solid magenta vertical bar is positioned directly above the letter "I".

VITAZ

STERK IN ZORG

Welkom



FUTURE



THULIO laser



Da Vinci SP robot

Met dank aan



Recidiverende UWI

dr. Van Isacker

BPH

dr. Vanhaverbeke



Hormonale therapie

PCA

mevr. Snoeck

Kathetergerelateerde
problemen

mevr. Ferket

PSA : praktische gids
voor vroegdetectie

dr. De Troyer

RARP vs SBRT voor
gelokaliseerd PCA

dr. De Prycker

Enuresis

dr. Claeys

Elke steen zijn
behandeling

dr. Cornette

KATHETER GERELATEERDE PROBLEMEN

EEN PRAKTISCHE GIDS VOOR HUISARTSEN

Elise Ferket

Verpleegkundig Specialist Urologie



Vermoeden CAUTI

catheter associated urinary tract infection

Niet routinematige kweken!! à AB resistentie!!

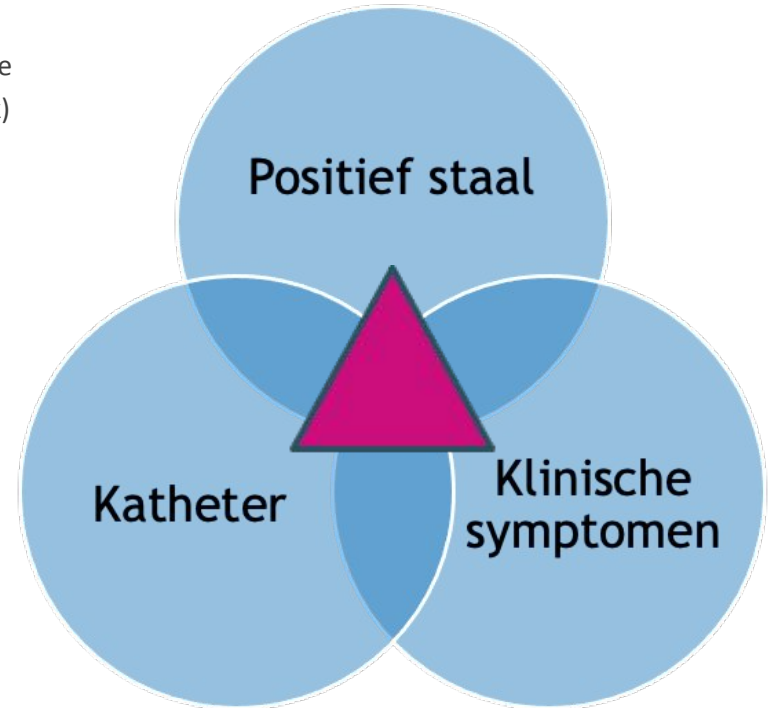
- **Enkel bij klinische symptomen** (koorts(>38°C), rillen, suprapubische gevoeligheid, gevoeligheid of pijn in de costovertebrale hoek (flank))

DUS NIET bij enkel sterk ruikende urine of vlokkerige urine

- **Altijd CAUTI** bij aanwezigheid katheter of katheterisatie in laatste 48u
 - Per dag 3-8% meer kans op CAUTI bij verblijfskatheter
- **Bacteriurie**
 - 100% na 20 dagen verblijfskatheter

ALTIJD: kweek + Sediment

ALTIJD: Vermelden hoe het staal is afgenomen (midstream of gesondeerd staal)



Vermoeden CAUTI

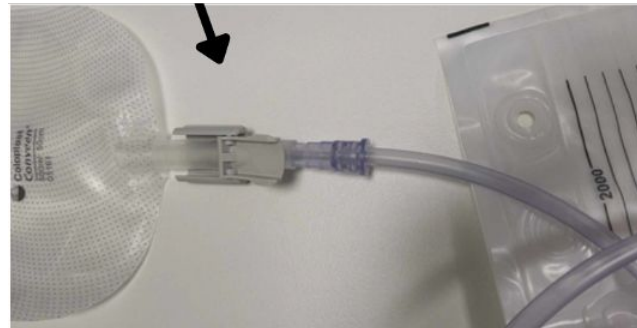
Noodzaak katheter evalueren!! BEPERK verblijfsduur

- Vermijd urinaire katheters, kies voor niet-invasieve urineopvangsystemen
 - Condoomkatheter
- Enkel staalafname wanneer klinische symptomen aanwezig zijn
- Na opstart antibiotica sonde herplaatsen
- Gesloten systeem bewaren
- Stimuleren tot goede diurese en onbelemmerde drainage verzekeren
 - Fixatie van de katheter



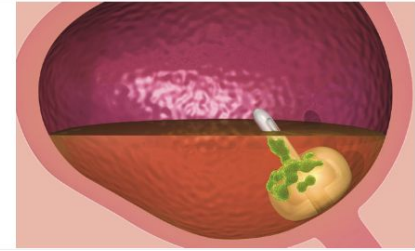
Beenzak VS FlipFlo

- Flip-flow altijd de voorkeur!! CAVE → blaasperforatie
 - Houdt de blaas meer intact
 - Blaastraining
- Lange termijn minder blaasspasmen en aldus minder pijn en minder incontinentie
- Let op om de 4 u zeker open zetten
- Nachtzak aan beenzak doorkoppelen



Verstopte katheter

- Afgekleemde afloop
- Volle urinezak
- Urine afloop onder niveau van de blaas
- Constipatie → **Purple bag syndroom**
- Blaassteen
- Katheter encrustatie door minerale/kalk aanslag
 - calciumphosphates, struvite (magnesiumammonium phosphate)



Oorzaak

Urine normaal
licht zuur

Infectie met
urease
productie

Urease splitst
ureum om
ammoniak vrij
te maken

Urine PH
wordt
alkalisch

Fosfaat
neerslag =
blokkage

Verstopte katheter

- Is de katheter verstopt dan moet deze **gespoeld** worden
 - Met janetspuit 10cc/20cc inspuiten met NACL/steriel water en zachtjes aspireren
 - Niet systematisch spoelen/spoelen ter preventie van infectie
- Is de katheter dan nòg niet doorgankelijk ,dan moet de katheter **verwisseld** worden
- Sps wissels naar **6 weken** zetten ipv 8 weken
- Vochtintake verhogen
- Noodzaak sonde ? → Eventueel zelfsondage een optie?
- **ALTIJD silicone sonde met (open tip)**
- Nagaan of sonde **vaker verstopt** is, zo ja: Uro-Tainer® met citroenzuur



Flowchart

<https://www.bbraun.nl/nl/oplossingen-en-producten/therapieen/continentiezorg-en-urologie/uro-tainer.html>



Mechanische oorzaak

- Vernauwing katheter en/of urinebuis
- Overlopende urine opvangzak
- Verkeerd geplaatste urine opvangzak
- Niet volledig opgeblazen katheterballon
- Overmatig opgeblazen katheterballon
- Onvoldoende fixatie van de katheter
- Foutieve fixatie van de katheter
- Foutieve plaatsing van de katheter
- Obstipatie

Verhelp de oorzaak

Katheter gerelateerde problemen

Kristalvorming en lichte verkalking



Uro-Tainer® Twin Suby G
(irrigatieoplossing met 3,23% citroenzuur)

Hardnekkige verkalking



Uro-Tainer® Twin Solutio R
(irrigatieoplossing met 6,0% citroenzuur)

- Debris en slijm
- Troebele urine



Uro-Tainer® NaCl (Saline)
(irrigatieoplossing met 0,9% NaCl)

Verdenking van bacteriekolonisatie van de katheter (bacterie of biofilm hechting op de katheter)



Uro-Tainer® Polyhexanide
(irrigatieoplossing met 0,02% Polyhexanide)

Purple bag syndroom

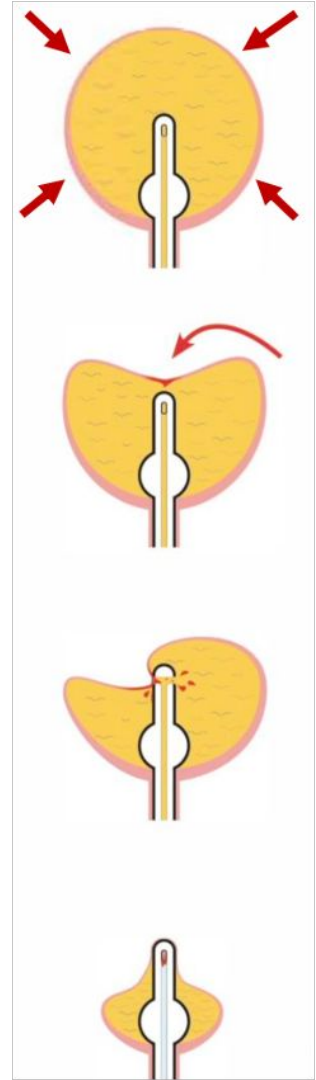
- Niet schadelijk
- **Risicogroepen:** vrouwen en chronisch vermoeide patiënten met langdurige katheterisatie
- Het materiaal van de leidingen of opvangzak geeft paarse kleur door een enzym dat **chronisch geconstipeerde patiënten** afscheiden via de urine.
- Patiënt behandelen voor zijn constipatie: je vraagt hem meer te drinken en te bewegen als dat kan, en adviseert een laxeermiddel zoals **Movicol®**.
- Vervang het afloopsysteem
 - Kan in zeldzame gevallen zich ontwikkelen naar **gangreen van fournier!!**



Lek naast de katheter

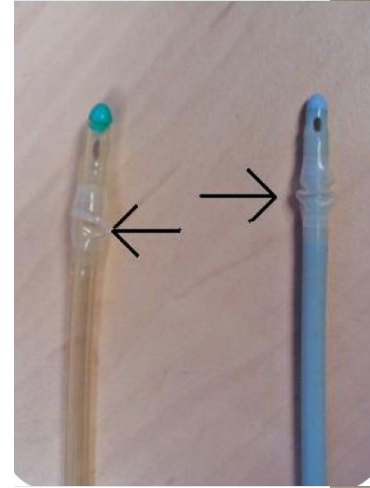
Eenvoudige knik of afsnoeren van de afvoerende slang naar de katheterzak. Bij een blaas samentrekking wordt dan urine naast de katheter geperst.

- Blaaskrampen
 - UWI
 - Irritatie door de katheter
 - Herstel van blaasfunctie
- **CH kleiner** plaatsen
- **Minder cc** in de ballon
- Blaastraining → flipflo
- **Medicatie**
 - Solifenacine 5 mg à 10mg
 - Vesicare
 - Botox



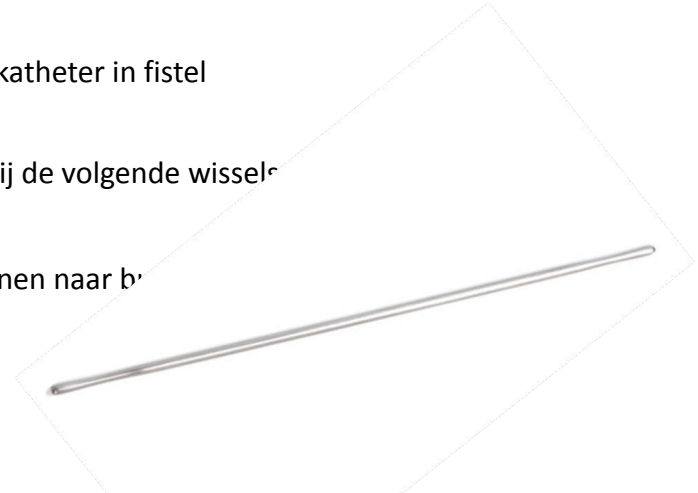
SPS zit vast

- **Reden**
 - NACL gebruikt i.p.v. aqua om de ballon op te blazen
 - Verkalking / Gruis
 - Kraagvorming door aspireren
- **Wat te doen**
 - Nagaan of ballon leeg is
 - Eventueel 0.3 of 0.5 cc terugspuiten voor kraagvorming tegen te gaan
 - Extra instillagel op katheter vervolgens dompelen en draaien
 - Trekken → weefselbeschadiging
- Bij geen snelle oplossing opnieuw ballon vullen, urine-afvloeï verzekeren en afspraak maken bij consultatie urologie voor wisselen van de SPS of doorsturen naar spoed



Uitgevallen katheter

- **Redenen:**
 - **Leeglopen ballon** bij silicone sonde → AQUA VS glycerine oplossing
 - **Te weinig vloeistof** in ballon → Altijd controleren
 - **Te veel tractie** aan katheter → Fixeren
 - **Verdenking blaassteen** → gruis → echo abdomen
- **Zo snel mogelijk** een nieuwe plaatsen of een eenmalige harde katheter in fistel plaatsen
 - Bij voorkeur dezelfde CH maat of eventueel kleiner → bij de volgende wissel weer tot originele CH
- Verwijzen spoed → **Dilateren** met knopsonde techniek van binnen naar b'
- Bij oplopende retentie → **transurethrale katheter plaatsen**
 - In tweede tijd opnieuw aanprikken van SPS



Verband SPS

- **Frequentie:** 3x per week of afhankelijk van de patiënt
 - GEEN ontsteking = GEEN ontsmetting
 - Ontsteking = dagelijkse verzorging + ontsmetting
 - Isobetadine → maakt de huid week, droogt uit, kans op meer wild vlees, tast de katheter aan
 - Barrière crème of spray
- Minimaliseer drukpunten
- Wissel van kant
- Verband niet perse nodig



Verband SPS

- **Wild vlees**
 - De wrijving tussen de SPS en de huid veroorzaakt een ontstekingsreactie waardoor er hypergranulatie ontstaat
 - Vochtig en kwetsbaar weefsel, makkelijk beschadigbaar
 - Maceratie van de huid rondom het insteekpunt
 - Meer kans op wond infectie
- **Zilvernitraat**
 - Cauterisatie zorgt voor een chemische verbranding van het hypergranulatieweefsel wat daarna zal afsterven.
 - Pijnlijk proces voor de zorgvrager en het onzorgvuldig toepassen van het causticum kan een beschadiging van de intacte huid veroorzaken
- **Corticosteroïden zalf**
 - Vertragen de wondgenezing en daardoor ook het proces van hypergranulatie
- **Keukenzout**
 - Nieuwe studies voornamelijk bij kinderen
 - ZEER effectief binnen paar dagen resultaat !!



Recidiverende UWI

dr. Van Isacker

BPH

dr. Vanhaverbeke



Hormonale therapie

PCA

mevr. Snoeck

Kathetergerelateerde
problemen

mevr. Ferket

PSA : praktische gids
voor vroegdetectie

dr. De Troyer

RARP vs SBRT voor
gelokaliseerd PCA

dr. De Prycker

Enuresis

dr. Claeys

Elke steen zijn
behandeling

dr. Cornette

RARP vs EBRT

WELKE BEHANDELING VOOR
GELOKALISEERD PCA

Dr De Prycker



Prostaatkanker

Chirurgie versus radiotherapie?



Wat zou jij doen
dokter?





CURATIEVE behandelingen bij gelokaliseerde prostaatkanker

- Chirurgie (intermediate-high risk)
- Radiotherapie (intermediate-high risk)
- Active surveillance (low risk)
- Brachytherapie (low risk)



PALLIATIEVE behandelingen bij gelokaliseerde prostaatkanker

Watchful waiting

- zo levensverwachting <10 jaar
- enkel behandelen dmv hormonale therapie
- opstart behandeling bij: symptomen, PSA DT<12mnd of PSA>30-50



THERAPIE- KEUZE

- Factoren die **patiënt** helpen beslissen
- Factoren die **ons** helpen beslissen



THERAPIE- KEUZE

Factoren die **arts** helpen beslissen

RADIOTHERAPIE		CHIRURGIE
Leeftijd	Alle	Bewezen benefit(BCR en MFS) <65-70 en vermoeden < 75 en fit (minder risico op metastasen en opstart hormonen
BMI	Alle , zo MRI mogelijk	(voorlopig) max 35
CSS (cancer specific survival): IDEM	Intermediate risk: 80%-90% na 15 jr en High risk 40% over 15 jr	Intermediate risk: 80%-90% na 15 jr en High risk 40% over 15 jr
Herval?	Hormonale therapie	Radiotherapie

AGE IS NOT JUST A NUMBER

Ja, maar nog correcter: levensverwachting ahv G8 score bij twijfel

- ☐ Hoe belangrijk is om metastasen en bijhorend hormonale therapie te vermijden?
- ☐ Nadelen hormonale therapie
 - ☐ Vermoeidheid
 - ☐ Depressie
 - ☐ Cardiaal risico
 - ☐ Libido en seksualiteit
 - ☐ Osteoporose



THERAPIE- KEUZE

Factoren die **patiënt** helpen beslissen

RADIOTHERAPIE

- 5 x SBRT of 20 x IMRT
- Afhankelijk van stadiëring: 0-6-18-24 maanden hormonale therapie
- Erectiele dysfunctie
 - tijdens ADT
 - residueel 80%
- Irritatieve mictieklachten (nycturie en urge)
 - 95% tijdelijk - 1% noodzaak cystectomie
- Geen adjuvante heekunde mogelijk

ROBOT RADICALE PROSTATECTOMIE

- 2 nachten opname
- Erectiele dysfunctie afhankelijk van zenuwsparing: 70% na 1 jr
- Stressincontinentie: 15% na 9-12 maand
- Adjuvante RT mogelijk



Man van 51 jaar

VG: blanco

PSA 9,9

MRI: iT2 letsel

Gleason 3+4 prostaatacarcinoom in 50% van de biopsies

Prostaat 50g

Lichte luts- klachten: nycturie 1x, verminderde straal

Seksueel actief

BMI 23

Therapeutische opties

- Radiotherapie met 6 maand hormonale therapie
- radicale prostatectomie



Man van 66 jaar

VG: liesbreuk, hypertensie

PSA 8,3

MRI: iT3 letsel

Gleason 4+4 prostaatacarcinoom in 50% van de biopsies

Prostaat 20 g

Geen mictieklachten

Seksueel actief

BMI 30

Therapeutische opties

Radicale prostatectomie

Radiotherapie met 24 maand hormonale therapie



Man van 68 jaar

VG: TURP

PSA 3,5

MRI: onduidelijk na TURP

Gleason 4+3 prostaatacarcinoom in 80% van de biopsie

Prostaat 20 g

Irritatieve klachten: urge, nycturie, -..

Geen seksuele activiteit

BMI 28

Therapeutische opties

Radicale prostatectomie (cave na TURP)

Radiotherapie met 6 maand hormonale therapie (cave

irritatieve klachten)



Man van 72 jaar

Blanco VG

PSA 6

MRI: iT2 letsel

Gleason 3+4 prostaatacarcinoom in 20% van de biopsies

Prostaat 30g

Geen mictieklachten

Seksueel actief middels Pde-5 inhibittoren

BMI 30

Therapeutische opties

Radicale prostatectomie

Radiotherapie zonder hormonale therapie



Man van 74 jaar

VG/ blanco behoudens waanbeelden

PSA 12

MRI: iT3 letsel

Gleason 4+5 prostaatcarcinoom in 20% van de biopsie

Prostaat 35g

Geen mictieklachten

Seksueel niet actief

BMI 30

Therapeutische opties

Radiotherapie met 24 maand hormonale therapie

Radicale prostatectomie

Watchfull waiting



Man van 81 jaar

VG/CVA, hypertensie

PSA 12 (vorig jaar pSA 10)

MRI: iT2 letsel

Gleason 4+3 prostaatcarcinoom in 20% van de biops

Prostaat 40g

Lichte mictieklachten (N2)

Seksueel niet actief

BMI 35

Therapeutische opties

- Radiotherapie met 6 maand hormonale therapie
- watchfull waiting



Vragen?

Smakelijk!

cT stadiëring

- **TX:** primary tumor cannot be assessed
- **T0:** no evidence of primary tumor
- **T1:** a clinically inapparent tumor that is not palpable
 - **T1a:** tumor incidental histologic finding in 5% or less of tissue resected
 - **T1b:** tumor incidental histologic finding in more than 5% of tissue resected
 - **T1c:** tumor identified by needle biopsy found in one or both sides, but not palpable
- **T2:** tumor is palpable and confined within the prostate
 - **T2a:** tumor involves one-half of one side or less
 - **T2b:** tumor involves more than one-half of one side but not both sides
 - **T2c:** tumor involves both sides
- **T3:** an extraprostatic tumor that is not fixed or does not invade adjacent structures
 - **T3a:** extraprostatic extension (unilateral or bilateral)
 - **T3b:** tumor invades seminal vesicle(s)
- **T4:** tumor is fixed or invades adjacent structures other than seminal vesicles such as external sphincter, rectum, bladder, levator muscles, and/or pelvic wall

ISUP/gleason classificatie

Gleason score	ISUP grade group
2-6	1
7 (3+4)	2
7 (4+3)	3
8 (4+4 or 3+5 or 5+3)	4
9-10 (4+5 or 5+4 or 5+5)	5

Prostate cancer classification

Low-risk	Intermediate-risk		High-risk	
	Favourable	Unfavourable		
ISUP grade 1 and PSA < 10 ng/mL and cT1-2a*	ISUP grade 2 and PSA < 10 ng/ml and cT1-2b* Or ISUP grade 1 and PSA 10 – 20 ng/ml and cT1-2b* Or ISUP grade 1 and PSA < 10 ng/ml and cT2b*	ISUP grade 2 and PSA 10 – 20 ng/ml and cT1-2b* Or ISUP grade 3 and cT1-2b*	ISUP grade 4/5 Or PSA > 20 ng/ml Or cT2c*	cT3-4* and/or cN+** any ISUP grade* any PSA

Recidiverende UWI

dr. Van Isacker

BPH

dr. Vanhaverbeke



Hormonale therapie

PCA

mevr. Snoeck

Kathetergerelateerde
problemen

mevr. Ferket

PSA : praktische gids
voor vroegdetectie

dr. De Troyer

RARP vs SBRT voor
gelokaliseerd PCA

dr. De Prycker

Enuresis

dr. Claeys

Elke steen zijn
behandeling

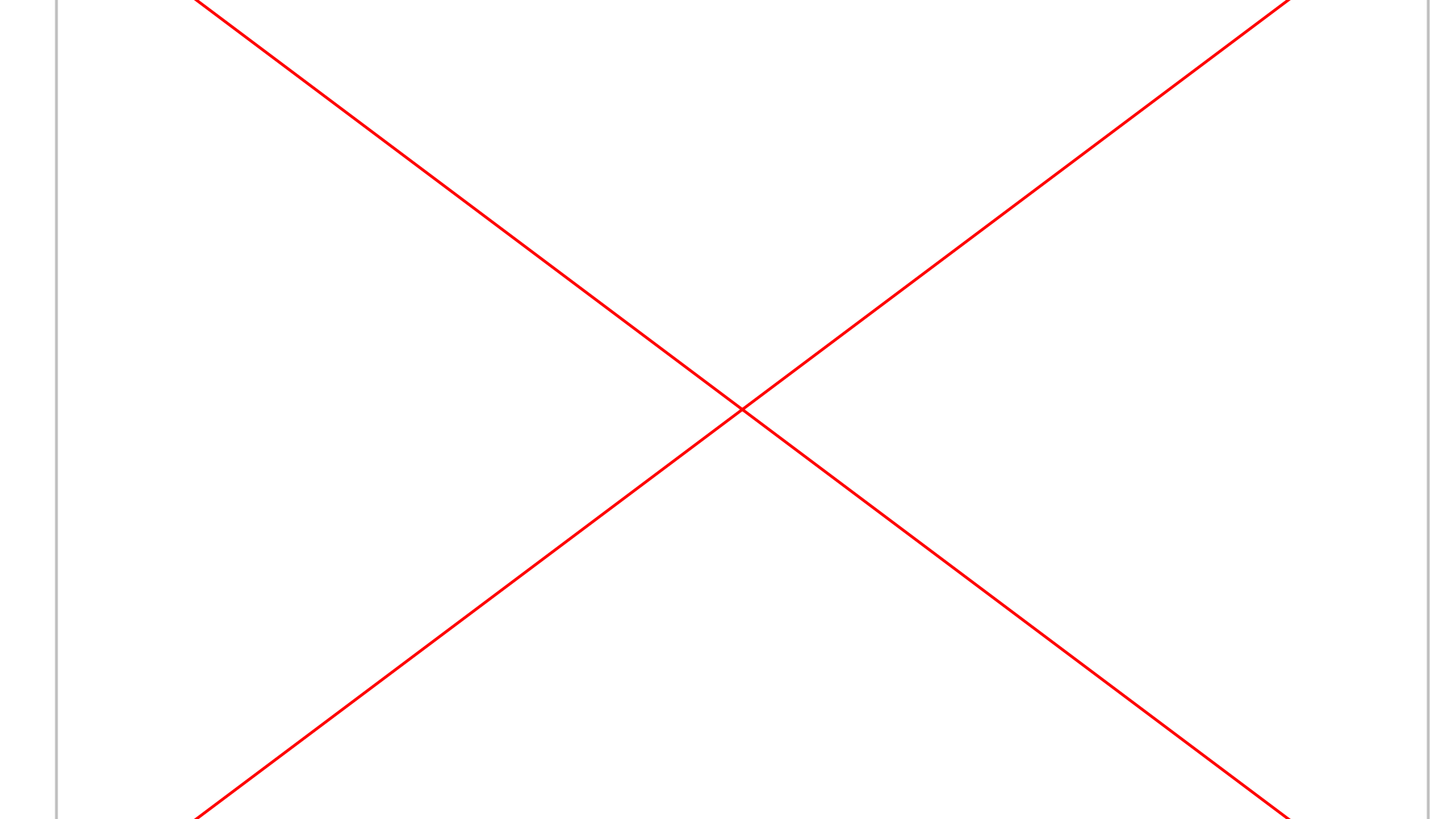
dr. Cornette

ENURESIS BIJ KINDEREN

EEN PRAKTISCHE GIDS VOOR
HUISARTSEN

Dr T Claeys





desmopressine

plaswekker

superplastraining

nachtelijke polyurie

ENURESIS

neurogeen blaaslijden

overactieve blaas



ENURESIS ?

ENURESIS

intermittente incontinentie tijdens slaap bij kind > 5 jaar

MONOSYMPTOMATISCHE
ENURESIS

enuresis zonder andere klachten van lagere urinewegen (LUTS)

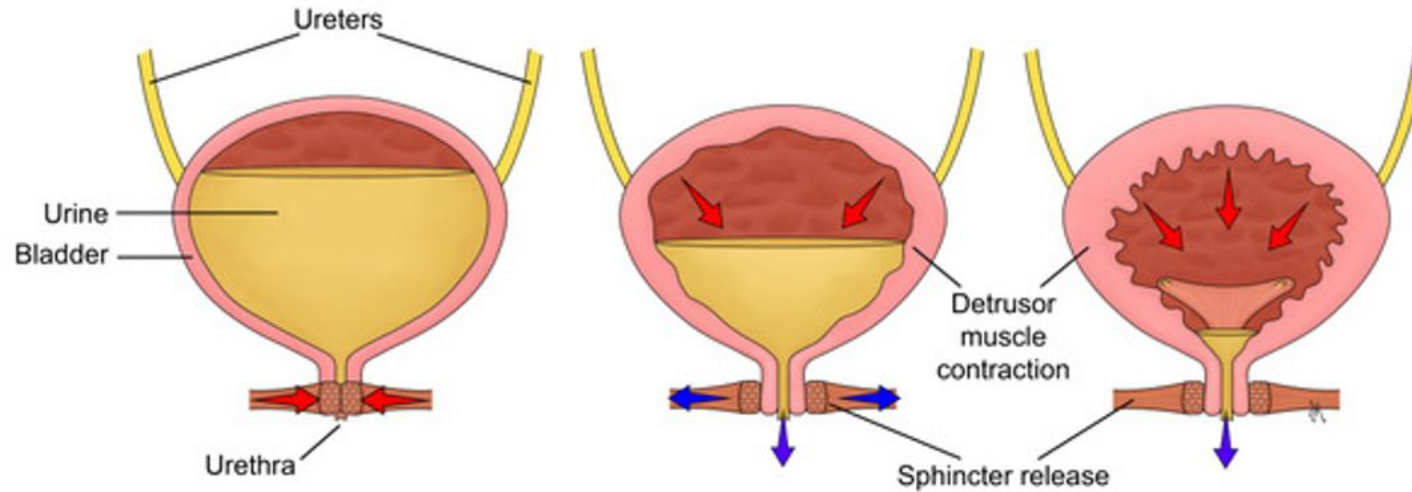
NACHTELIJKE
POLYURIE

nachtelijke urineproductie > 130% verwachte blaasvolume van de leeftijd

VERWACHTE
BLAASCAPACITEIT

$30\text{ ml} \times (1 + \text{leeftijd})$

ENURESIS ? pathologie concepten



capaciteit

productie

controle

ENURESIS ? uitwerking

urine onderzoek

vragenlijst

mictie-/ drinkdagboek

klinisch onderzoek

(uroflowmetrie)

(echografie)



UITWERKING ?



www.drogenachten.be

UITWERKING ? Vragenlijst

non - monosymptomatische enuresis



doorverwijzen

behandeling kan al starten

Bedplassen	ja	neen
's Nachts nat?		
Leeftijd > of = 5 jaar?		

Alarmtekens		
Indien het antwoord op één van volgende vragen 'Ja' is, gaat het wellicht niet om een ongecompliceerde monosymptomatische enuresis nocturna.		

Blaassymptomen*	ja	neen
Zijn er ongelukjes overdag (druppelverlies, lekjes in de broek of erg natte broek?)		
Zijn er vroeger ongelukjes overdag geweest (tot na de leeftijd van 5 jaar)?		
Plasfrequentie > 8 x/dag?		
Plasfrequentie < 3 x/dag?		
Acute aandrang?		
Persen bij plassen?		
Plas in meerdere tijden?		
Voorgeschiedenis van uropathie?		

Infecties*	ja	neen
Ooit urineweginfecties gehad?		

Stoelgang**	ja	neen
Constipatie?		
Vegen of hopen in de broek?		

Drinkgedrag***	ja	neen
's Nachts veel drinken?		

Psychologie**	ja	neen
Bekende gedrags- of andere psychologische problematiek? (vb. ADHD)		



- blaasvolume adequaat?
- voldoende vochtinname?

UITWERKING ? mictie- / drinklijst

Nachtkalender

De nachtkalender zal de urine, geproduceerd tijdens de nacht, bepalen.

Week 1 – 's nachts/datum :

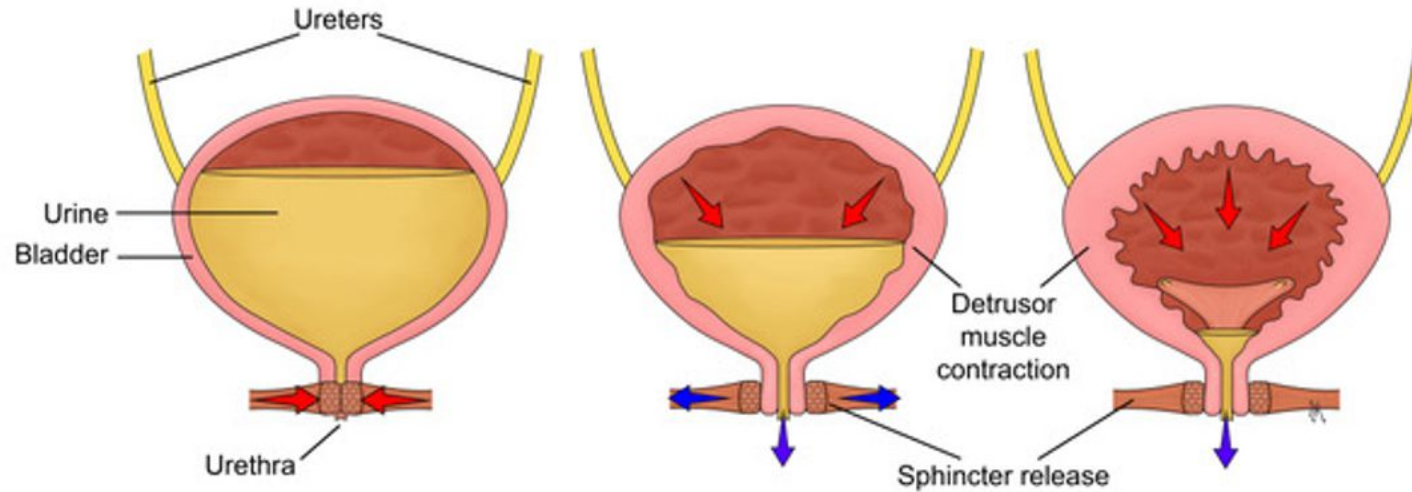
	voorbeeld	Maandag	Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag	Zondag
Tijdstip slapen	19:00							
Tijdstip opstaan	7:00							
Droge nacht (ja/nee)	nee							
Natte nacht (ja/nee)	ja							
's Nachts opstaan om te plassen, noteer volume (ml)	/							
's Morgens, gewicht natte luier* (ml)	100							
Volume van de ochtendplas (ml)	140							
Nachtelijke urineproductie = gewicht natte luier + volume ochtendplas + volume plas 's nachts (ml)	240							
Stoelgang overdag of 's nachts (ja/nee)	nee							
Veegje of hoop (stoelgang) in de broek (ja/nee)	nee							

* Gewicht natte luier – gewicht droge luier (1g = 1ml)



- nachtelijke polyurie?
- dag/ nacht ritme

BEHANDELING ? volgens aanwezige pathologie



capaciteit

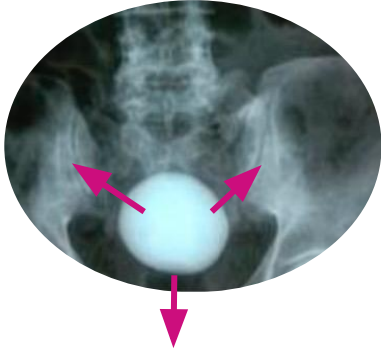


productie



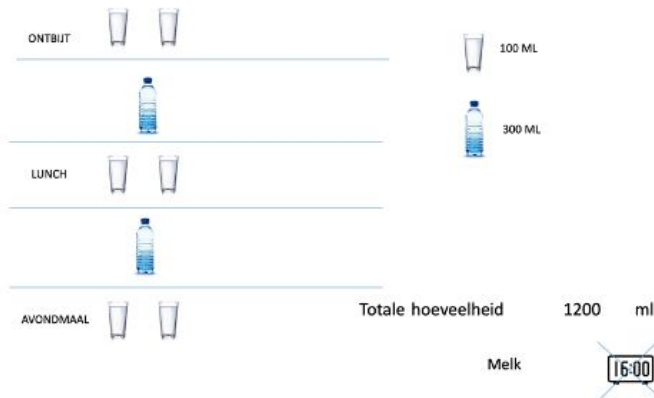
controle

BEHANDELING ? capaciteit



- drinktraining
- capaciteitstraining
- doel : (leeftijd + 1) x 3)

= basisvereiste



SUPERPLAS TRAINING



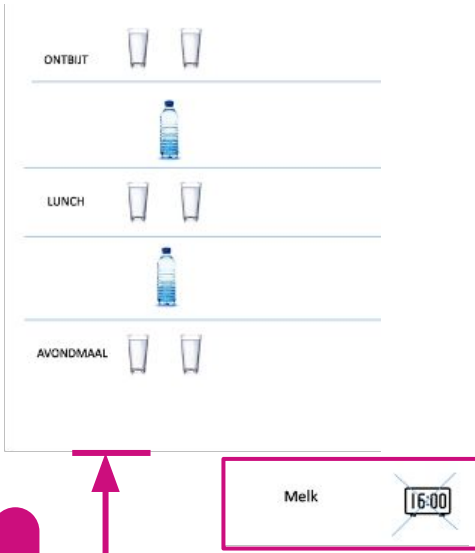
Doel van de training
= blaasvolume vergroten

3x / week

1. Goed drinken volgens schema
2. 2 glazen water extra drinken
3. Plas proberen op te houden
4. Bij duidelijke plasdrang:
wekker zetten 5 - 10 min
5. Volume van **superplas** meten en noteren

BEHANDELING ? productie

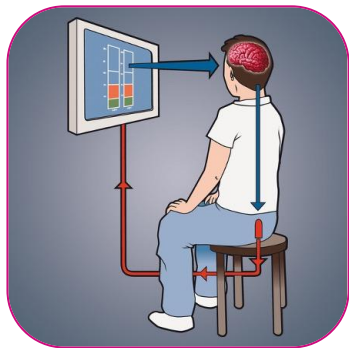
- verstoord dag/ nachtritme
- enkel bij nachtelijke polyurie
- eerst conservatief
- 2e lijn desmopressine



- 1 a 2u voor slapen
- eet/drinkverbod tot ochtend
- risico hyponatriemie



BEHANDELING ? controle over blaas



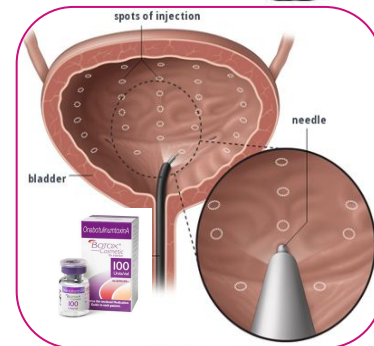
biofeedbacktraining



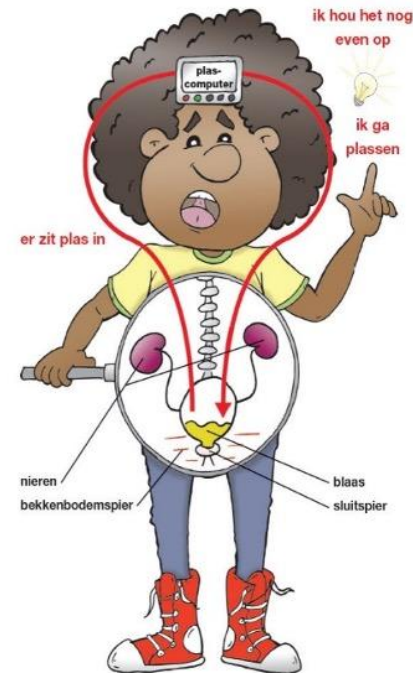
TENS / pTNS



anticholinergica /
beta mimetica



botox



BEHANDELING ? controle over waken

- eerst adequaat volume
- korte behandelduur indien voorwaarden vervuld



Pitfalls

niet monosymptomatisch

desmopressine

plaswekker

Hoe doorsturen ?

urine onderzoek

vragenlijst

mictie-/ drinkdagboek

met volle blaas



CASUS 1

De eerste casus is gebaseerd op een artikel van de Nederlandse Vereniging van Geneesmiddelenontwikkelaars (NVOG) over de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen.

De NVOG heeft een artikel geschreven over de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen, waarin wordt beschreven hoe het proces van ontwikkeling van een nieuw geneesmiddel verloopt.

De NVOG heeft een artikel geschreven over de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen, waarin wordt beschreven hoe het proces van ontwikkeling van een nieuw geneesmiddel verloopt.

De NVOG heeft een artikel geschreven over de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen, waarin wordt beschreven hoe het proces van ontwikkeling van een nieuw geneesmiddel verloopt.

De NVOG heeft een artikel geschreven over de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen, waarin wordt beschreven hoe het proces van ontwikkeling van een nieuw geneesmiddel verloopt.

De NVOG heeft een artikel geschreven over de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen, waarin wordt beschreven hoe het proces van ontwikkeling van een nieuw geneesmiddel verloopt.

De NVOG heeft een artikel geschreven over de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen, waarin wordt beschreven hoe het proces van ontwikkeling van een nieuw geneesmiddel verloopt.

De NVOG heeft een artikel geschreven over de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen, waarin wordt beschreven hoe het proces van ontwikkeling van een nieuw geneesmiddel verloopt.

De NVOG heeft een artikel geschreven over de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen, waarin wordt beschreven hoe het proces van ontwikkeling van een nieuw geneesmiddel verloopt.

De NVOG heeft een artikel geschreven over de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen, waarin wordt beschreven hoe het proces van ontwikkeling van een nieuw geneesmiddel verloopt.

De NVOG heeft een artikel geschreven over de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen, waarin wordt beschreven hoe het proces van ontwikkeling van een nieuw geneesmiddel verloopt.

De NVOG heeft een artikel geschreven over de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen, waarin wordt beschreven hoe het proces van ontwikkeling van een nieuw geneesmiddel verloopt.

De NVOG heeft een artikel geschreven over de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen, waarin wordt beschreven hoe het proces van ontwikkeling van een nieuw geneesmiddel verloopt.

De NVOG heeft een artikel geschreven over de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen, waarin wordt beschreven hoe het proces van ontwikkeling van een nieuw geneesmiddel verloopt.

KINDERUROLOGIE IN VITAZ

- gecombineerd pediatriesch uro-nefrologisch spreekuur (dr. V. Van Bogaert)
- enuresis
- urotherapie
- urodynamica bij kinderen
- neurogeen blaaslijden / intermittente sondage
- hydronefrose bij kinderen
- hypospadie
- endoscopische behandelingen (dilatatie - stenen - reflux)
- robotchirurgie vanaf 8 kg



Recidiverende UWI

dr. Van Isacker

BPH

dr. Vanhaverbeke



Hormonale therapie

PCA

mevr. Snoeck

Kathetergerelateerde
problemen

mevr. Ferket

PSA : praktische gids
voor vroegdetectie

dr. De Troyer

RARP vs SBRT voor
gelokaliseerd PCA

dr. De Prycker

Enuresis

dr. Claeys

Elke steen zijn
behandeling

dr. Cornette

ELKE STEEN ZIJN BEHANDELING

EEN PRAKTISCH OVERZICHT VOOR STEENBEHANDELING

Dr J Cornette

Een praktisch overzicht voor steenbehandeling

Back to basics

- Diagnose
- Alarmsymptomen
- Management (ambulant)
- Preventie

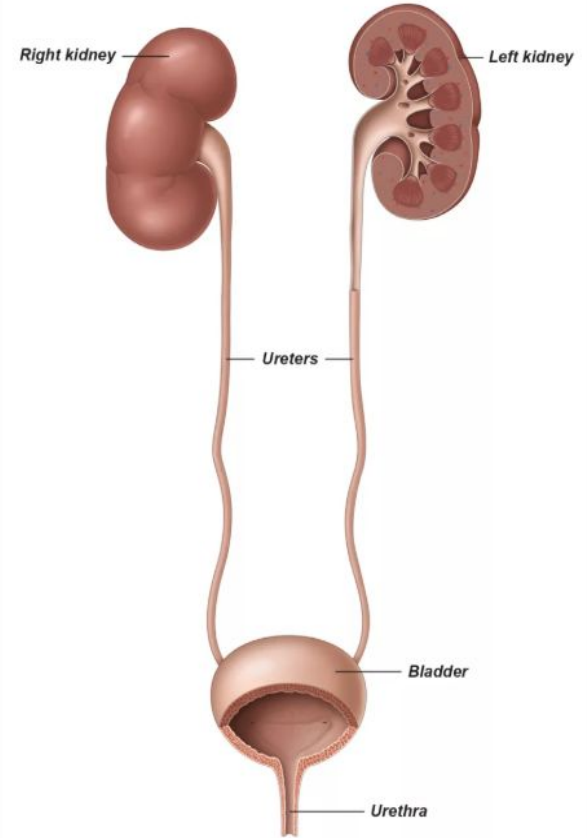


Diagnose

Symptomen:

- Flankpijn + uitstraling
- Nausea en braken
- Irritatieve mictieklachten
- Hematurie
- **Koorts**

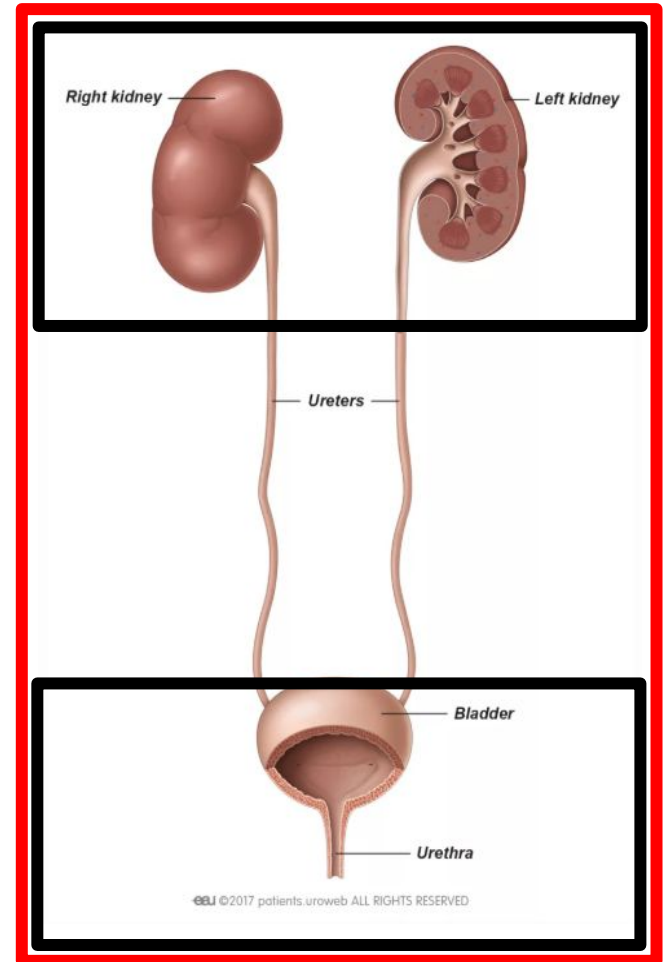
Enkel obstructieve lithiasen zijn pijnlijk!



Diagnose

Beeldvorming:

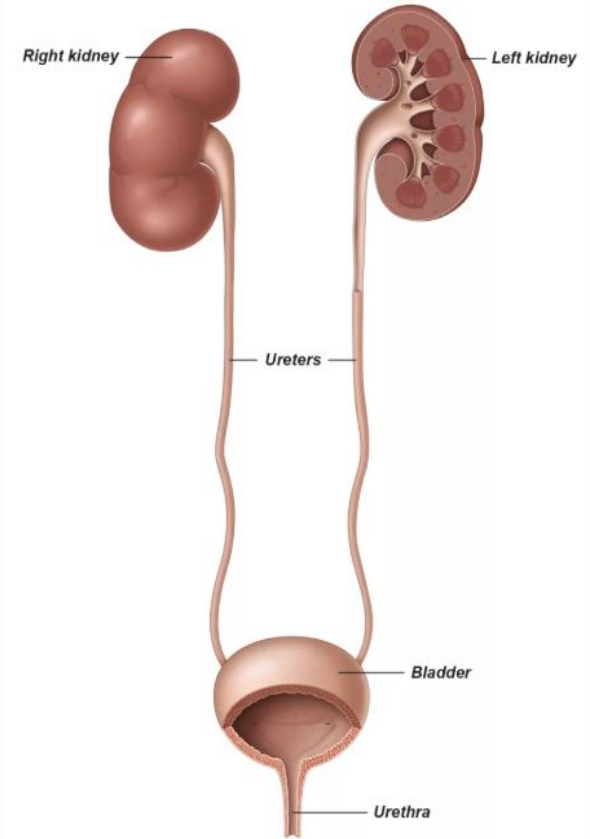
- Echografie
- **(Ultra) low dose CT**
 - Peri-operatief
 - Steenkaracteristieken
 - Totale steenload
 - ...



Diagnose

Technische onderzoeken:

- Urinestaal
 - **Infectie**
- Biochemie
 - **Infectie**
 - **Nierfunctie**
 - Pre-operatief (stolling, ...)



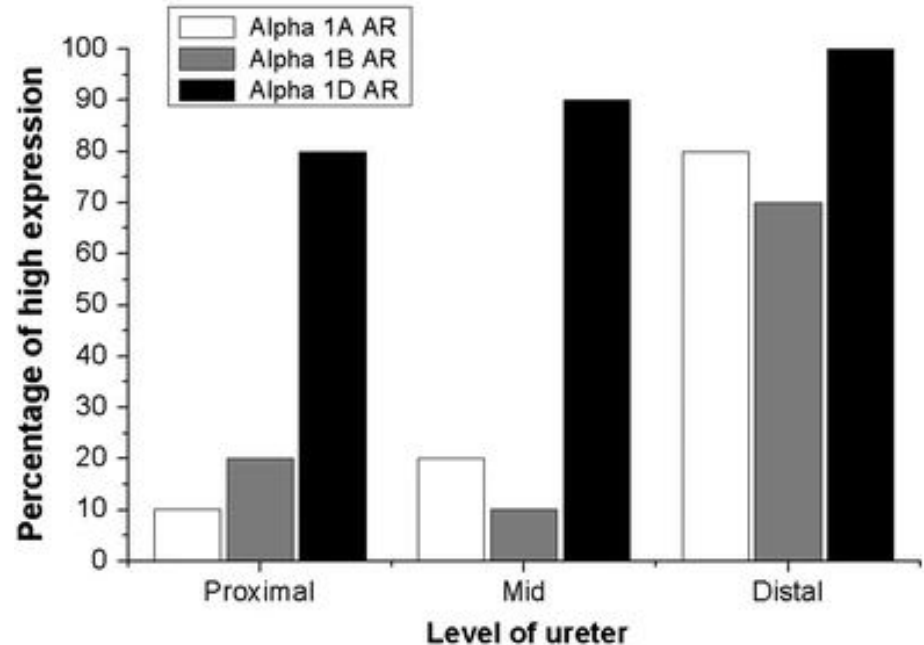
Alarmsymptomen

- Koorts (infectie)
- Pijn niet onder controle met basispijnstilling
- Forse achteruitgang nierfunctie



Management (ambulant - koliek)

- Pijnstilling
 - **NSAIDs**
 - Paracetamol
 - **Geen antispasmodica**
- Medical expulsive therapy
 - Alfa-blocker



Management (ambulant - koliek)

- Pijnstilling
 - NSAIDs
 - Paracetamol
 - Geen antispasmodica
- **Medical expulsive therapy**
 - Alfa-blocker



<1cm
Praktisch: <7mm

Preventie

Waarom?

- Recurrence rate 26% binnen de 5 jaar (first-timers)
- 96% van de hoog-risico steenvormers heeft een afwijking
- Kosteneffectief
 - **Laag**-risico: **Conservatieve** maatregelen: kosteneffectief en doeltreffend
 - **Hoog**-risico: Conservatief + **medicatie**: kosteneffectief en significante reductie steenepisodes

Preventie – Steenkliniek VITAZ

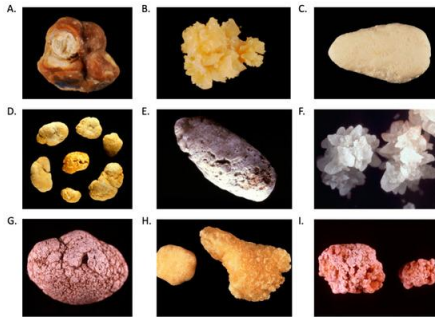


1. Steenanalyse

2. 24u-urine

3. Biochemie

4. Dieetanamnese



Preventie - Algemeen

1. Gezonde levensstijl met voldoende lichaamsbeweging



Preventie - Algemeen

2. Voldoende hoge diurese (2.5L)



Preventie - Algemeen

3. Oxalaathoudende producten verminderen



(zoete) Aardappelen



Bessen



Rabarber



Spinazie



Chocolade



Soja-producten



Noten



Tomaten



Zwarte/Groene thee



Gesuikerde frisdranken

Suiker!

Preventie - Algemeen

4. 2 tot 3 eenheden calcium per dag



Preventie - Algemeen

5. Zoutinname en dierlijke proteïnen beperken



Preventie - Algemeen

6. Citraatrijke producten stimuleren



Vragen?



Recidiverende UWI

dr. Van Isacker

BPH

dr. Vanhaverbeke



Hormonale therapie

PCA

mevr. Snoeck

Kathetergerelateerde
problemen

mevr. Ferket

PSA : praktische gids
voor vroegdetectie

dr. De Troyer

RARP vs SBRT voor
gelokaliseerd PCA

dr. De Prycker

Enuresis

dr. Claeys

Elke steen zijn
behandeling

dr. Cornette

RECIDIVERENDE URINEWEGINFECTIES

EEN PRAKTISCHE GIDS VOOR
HUISARTSEN

Dr M Van Isacker



Casus

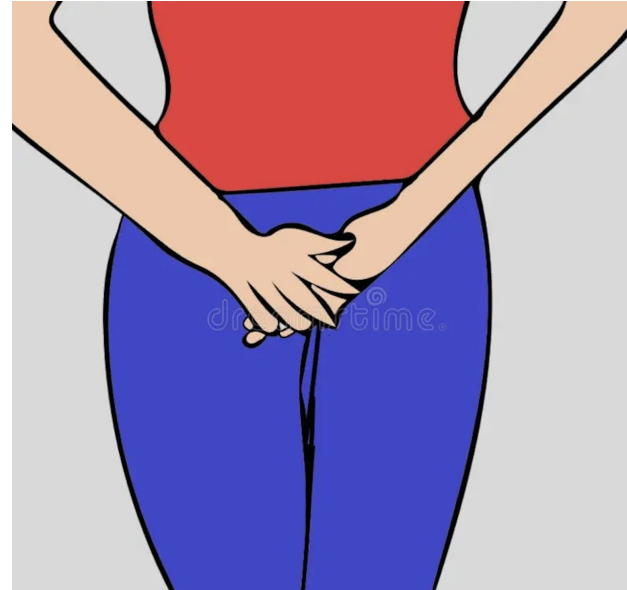
Vrouw, 30 jaar

Geen relevante voorgeschiedenis

Mictalgie & pollakisurie sinds één dag

Zijn er nog zaken die jullie willen weten?

- Geen koorts
- Geen flankpijn
- Geen vaginaal verlies
- Geen onveilige seksuele contacten
- Niet zwanger
- **Derde** episode op 7m tijd; éénmaal enkel dipstick, nadien 1x E. coli



Casus

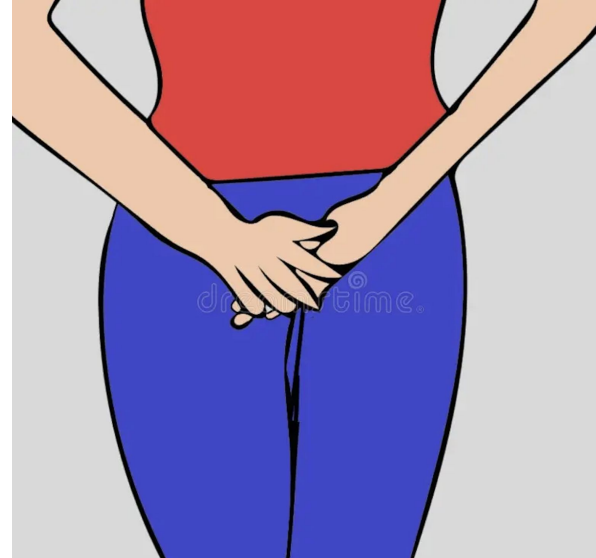
Vrouw, 30 jaar

Geen relevante voorgeschiedenis

Mictalgie & pollakisurie sinds één dag

Derde episode

Zijn er nog zaken die jullie willen weten?



Casus

Vrouw, 30 jaar

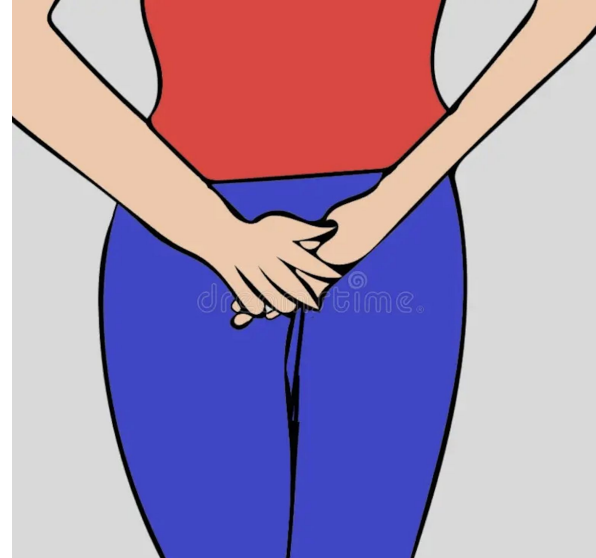
Geen relevante voorgeschiedenis

Mictalgie & pollakisurie sinds één dag

Derde episode

Bijkomend onderzoek?

- Niets
- Dipstick
- Kweek
- Beeldvorming
- Verwijzing urologie



Casus

Vrouw, 30 jaar

Geen relevante voorgeschiedenis

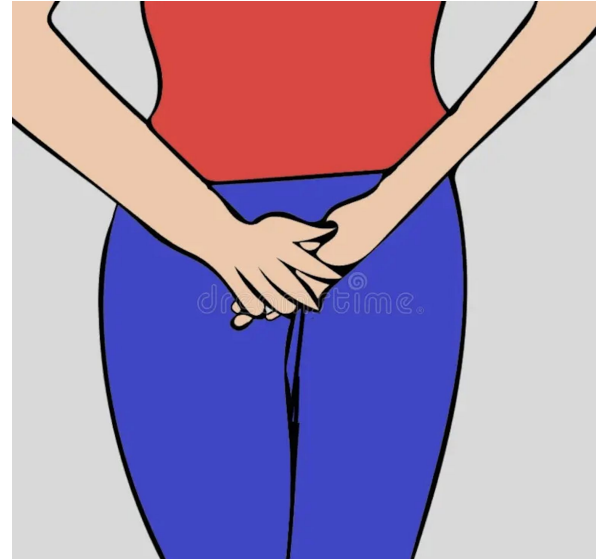
Mictalgie & pollakisurie sinds één dag

Derde episode

Behandeling huidige infectie:

- Niets/levensstijladvies
- Furadantine 100mg 3x/d 5dd
- Monuril 3g éénmalig
- Quinolone 10-14 dagen

Preventie nadien?



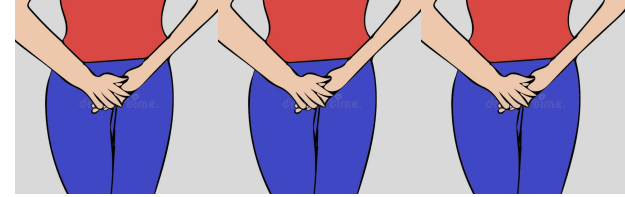
Recidiverende UWI

Definitie: 3 of meer bevestigde UWI/jaar of 2 UWI/6m

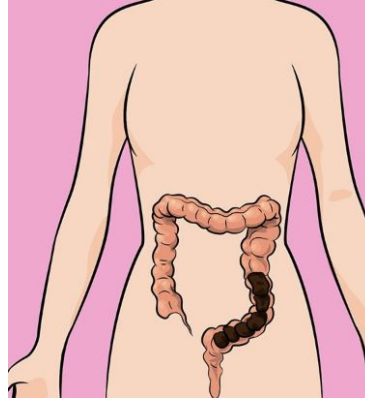
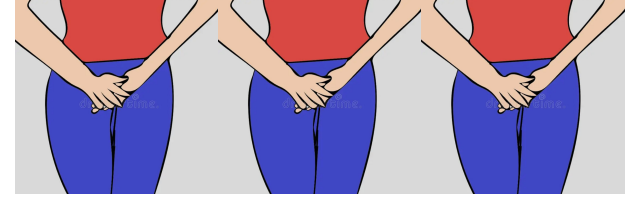
Risicofactoren



versus

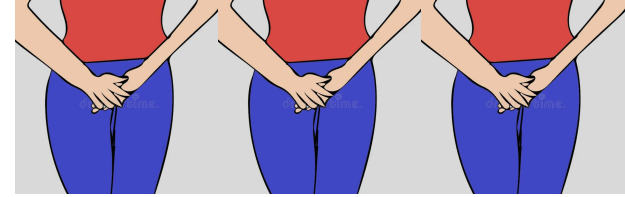


Recidiverende UWI - anamnese



Klinisch onderzoek

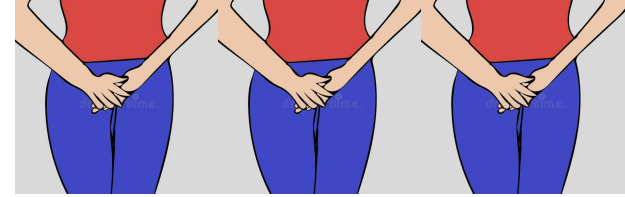
- > (Jonge & premenopauzale vrouwen)
- > Menopauzale/oudere vrouwen: vaginale inspectie
 - Cystocoele? Atrofe vaginale mucosa? Globus?



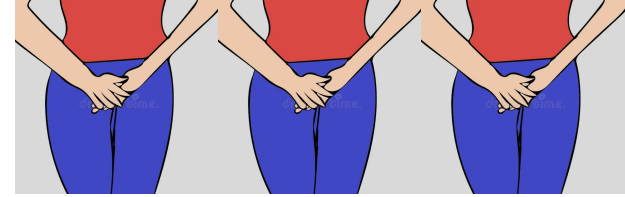
Recidiverende UWI - TO

Bevestigde infecties: noodzaak aan culturen!

- > Midstream staal, proper recipiënt
- > Bedlegerige/incontinente patiënten: gesondeerd staal
- > Geen positieve culturen = geen recidiverende infecties



Recidiverende UWI - TO



Technische onderzoeken:

Summary of evidence

Extensive routine workup including cystoscopy, imaging, etc. has a low diagnostic yield for the diagnosis of recurrent cystitis.

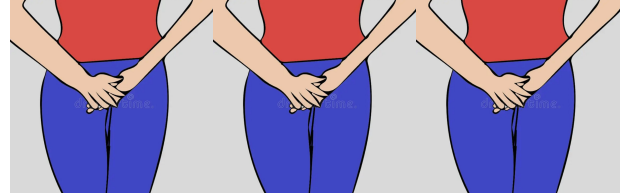
VITAZ urologie:

> Jonge vrouwen: postmictioneel residu + echo nieren

> Postmenopauzale vrouwen/atypische klachten: postmictioneel residu + echo nieren + laagdrempelig cystoscopie

CAVE vermoeden stenen, outflow obstructie, interstitiële cystitis, UCC/carcinoma in situ

Recidiverende UWI - TO



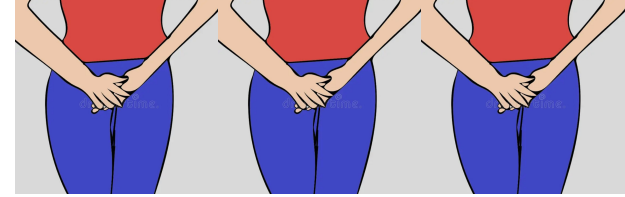
Technische onderzoeken:

- > VITAZ urologie:
 - > Jonge vrouwen: postmictioneel residu + echo nieren
 - > Postmenopauzale vrouwen/atypische klachten: postmictioneel residu + echo nieren + laagdrempelig cystoscopie

CAVE **vermoeden stenen**, outflow obstructie, interstitiële cystitis, UCC/carcinoma in situ

- * Urinesediment en -kweek (16-01-2023): massieve pyurie, kweek toont *P. vulgaris* > 100.000 CFU/mL
- * Urinesediment en -kweek (04-09-2023): massieve pyurie, kweek toont *E. coli* > 100.000 CFU/mL
- * Urinesediment en -kweek (31-10-2023): massieve pyurie, kweek toont *E. coli* > 100.000 CFU/mL
- * Urinesediment en -kweek (04-03-2024): massieve pyurie, kweek toont *P. vulgaris* > 100.000 CFU/mL
- * Urinesediment en -kweek (26-10-2024): discrete pyurie, kweek toont *P. vulgaris* 10-100.000 CFU/mL

Recidiverende UWI - TO



Technische onderzoeken:

CAVE **vermoeden stenen**, outflow obstructie, interstitiële cystitis, UCC/carcinoma in situ

> Recid infecties met ureaseproducerende bacteriën: denk steen!

> o.a Proteus/Klebsiella/Morganella/Serratia



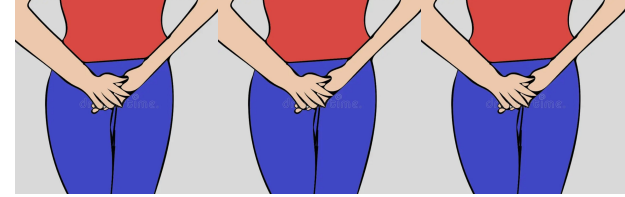
Recidiverende UWI - aanpak

Behandeling:

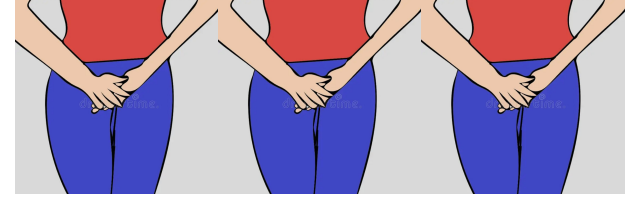
- > Actieve infectie: behandelen conform richtlijnen
- > Switch op geleide van kweek zo nodig

Preventief:

- > Lifestyle
 - > Diurese verhogen; streven naar minstens 1.5L/dag
 - > Correcte toilethygiëne
 - > Vermijden overmatig gebruik vaginale zepen
 - > Plassen na betrekkingen



Recidiverende UWI - aanpak



Preventief:

- > Niet-antimicrobiële middelen

- > Vaginaal oestrogeen (bv. Aacifemine, Blissel) bij menopauzale dames

- Opbouwschema

- PO oestrogeen X

► JAMA Oncol. 2023 Nov 2;10(1):103–108. doi: [10.1001/jamaoncol.2023.4508](https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2023.4508) 

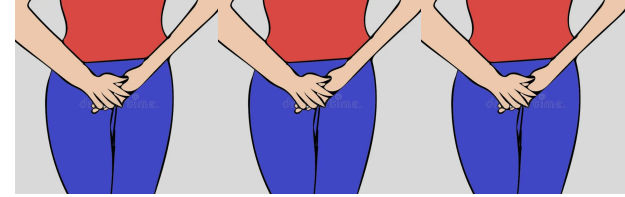
Vaginal Estrogen Therapy Use and Survival in Females With Breast Cancer



Recidiverende UWI - aanpak

Preventief:

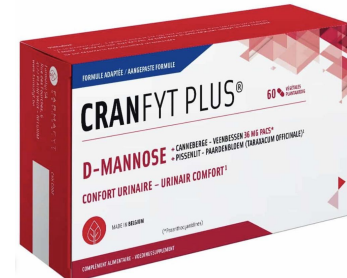
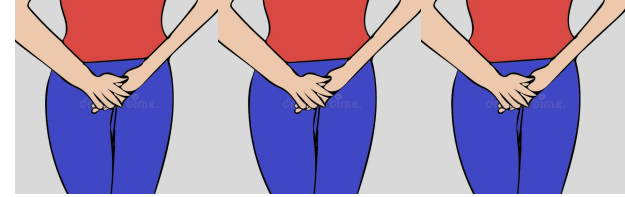
- > Niet-antimicrobiële middelen
 - > Vaginaal oestrogeen (bv. Aacifemine, Blissel) bij menopauzale dames
 - > Immunomodulatie?



Recidiverende UWI - aanpak

Preventief:

- > Niet-antimicrobiële middelen
 - > Vaginaal oestrogeen (bv. Aacifemine, Blissel) bij menopauzale dames
 - > Immunomodulatie?
 - > Cranberrysupplementen/veenbessensap/D-mannose



Recidiverende UWI - aanpak

Preventief:

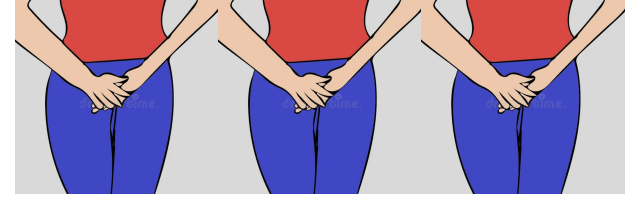
- > Antibiotica profylaxe

- > Continu, laaggedoseerd - o.b.v. kweken

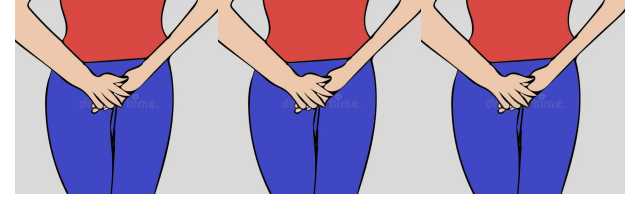
- Furadantine 50/100mg 1x/d

- Monuril 3g 1x/w

- Trimethoprim 100mg magistraal



Recidiverende UWI - aanpak



Preventief:

- > Antibiotica profylaxe

- > Postcoïtaal: Furadantine 100mg éénmalig binnen 2u na coïtus

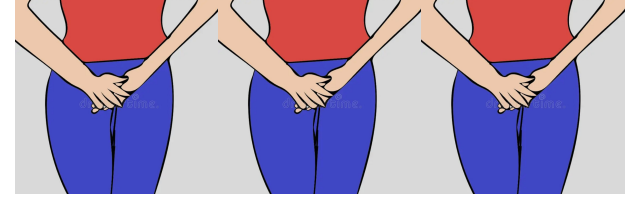
- > AE's: **long**

- > Acute hypersensitiviteit/interstitieel longlijden/longfibrose

- > 1/5000 (acuut), 1/50-100.000 chronische problemen



Recidiverende UWI - concreet

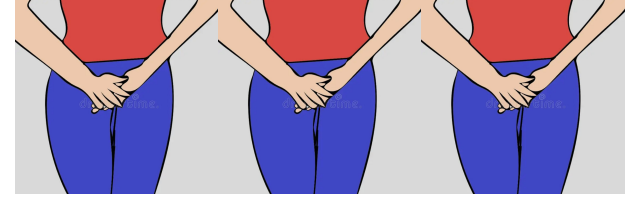


Jonge dame, bewezen rUWI

1. Lifestyle
2. Niet-antimicrobiële profylaxe ovv
veenbessenextract/D-mannose/(Uro-vaxom)
3. Antibioticaprofylaxe 3m waarna proefstop
 - a. Postcoïtaal
 - b. Continu
4. Bij klachten: steeds kweek binnenbrengen!



Recidiverende UWI - concreet

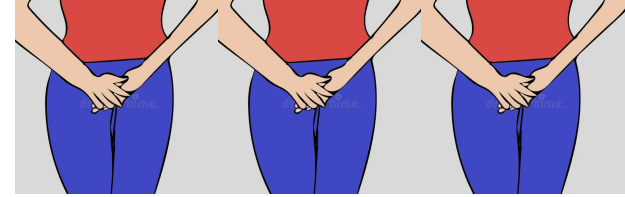


Postmenopauzale, maar fitte dame, bewezen rUWI

1. Lifestyle
2. Niet-antimicrobiële profylaxe ovv **lokaal oestrogeen**
veenbessenextract/D-mannose/(Uro-vaxom)
3. Antibioticaprofylaxe 3m waarna proefstop
 - a. Postcoïtaal indien seksueel actief
 - b. Continu 3-12m
4. Bij klachten: steeds kweek binnenbrengen!



Recidiverende UWI - concreet



Hoogbejaarde patiënte, WZC

1. Lifestyle???
2. (Niet-antimicrobiële profylaxe ovv lokaal oestrogeen
veenbessenextract/D-mannose/(Uro-vaxom))
3. Snel starten met profylaxe





Vragen?



Recidiverende UWI

dr. Van Isacker

BPH

dr. Vanhaverbeke



Hormonale therapie

PCA

mevr. Snoeck

Kathetergerelateerde
problemen

mevr. Ferket

PSA : praktische gids
voor vroegdetectie

dr. De Troyer

RARP vs SBRT voor
gelokaliseerd PCA

dr. De Prycker

Enuresis

dr. Claeys

Elke steen zijn
behandeling

dr. Cornette

BPH

WAT IS DE IDEALE THERAPIE VOOR MIJN BPH
PATIËNT

Dr F Vanhaverbeke

BPH

Pathofysiologie

BPH en LUTS symptomen

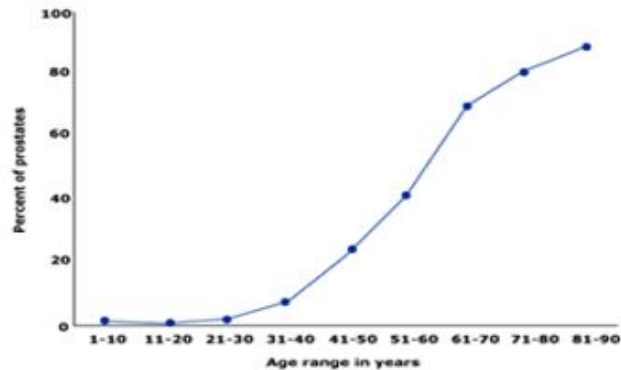
Uitwerking huisarts-Uroloog

Medicamenteuze behandeling

Heelkundige opties binnen de dienst



Prevalence of benign prostatic hyperplasia pathology with age



Age-associated increase in pathologic evidence of benign prostatic hyperplasia in 1075 men at autopsy. The percentage with benign prostatic hyperplasia was determined during 10-year intervals from 5 different studies; the mean values are shown.

Data from Berry, SJ, Coffey, DS, Walsh, PC, et al. The development of human benign prostatic hyperplasia with age. *J Urol* 1984; 132:74-8.

UpToDate®

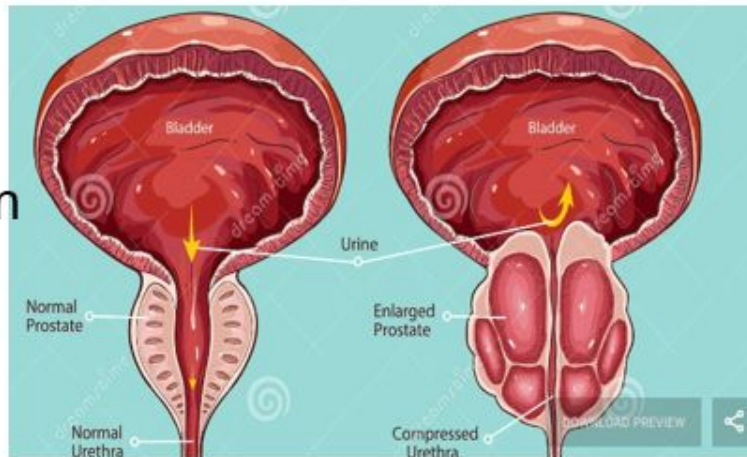
Copyrights apply

BPH: Pathofysiologie/klachten

- Zwakke straal
- Startmoeilijkheden
- Niet leegplassen
- Persen



Prostaathypertrofie
Urethrastricture
Blaasatonie



Aandrangsklachten/Pollakisuri
Dysurie (pijnlijke branderige
mictie)



Blaaspoliepen/carcinoma In situ

BPH: Pathofysiologie/klachten

Nycturie/nocturia : 2 of meer

BPH gerelateerd : verminderde blaascapaciteit

Verhoogde urineproductie 's nachts : nocturnal polyuria (> 33% van de 24 uur UP)

- * hoge vochtinname 's avonds
- * gebrek aan Vasopressine
- * hartfalen-veneuze insufficiëntie-diabetes-nefrotisch sy

Slaapproblemen : OSA, rugklachten...

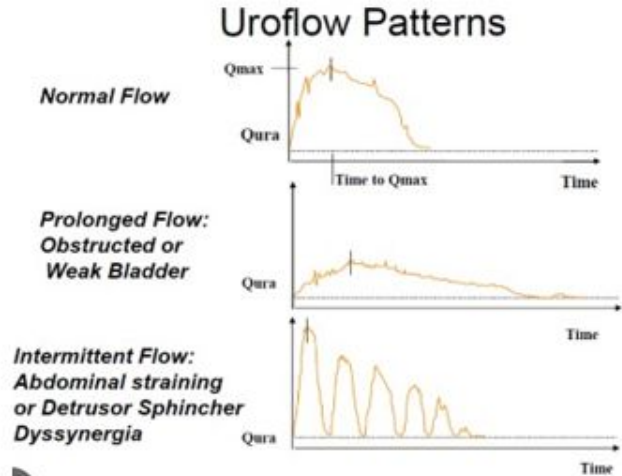
Diagnostische uitwerking

Huisartspraktijk:

Mictiedagboek
Urinestaal
Psa
Echo residu

Urologische praktijk:

Uroflowmetrie
Cystoscopie
Urodynamisch onderzoek



Behandeling BPH

Councelling

Variatie in vochtvolume-inname
Cafeïne- & ethyl-reductie (diuretisch)
Aanpassing andere medicatie
Geruststelling kankerrisico

Behandeling BPH

Medicatie

Obstructieve klachten

Fytotherapie

Alfa-blokkers (Tamsulosine, Sylodix...)

5 ARI (Dutaseride)

Fosfodiësterase 5 inhibitoren (Tadalafil)

Aandrangsklachten

Anticholinergica (Solifenacine ...)

Beta 3 Mimetica (Betmiga...)

Behandeling BPH

Heelkunde

Indicaties

Acute urinaire retentie
Belangrijk postmictioneel residu (> 150 ml)
Persisterende prostatismeklachten ondanks medicatie
Recidiverende prostatitiden
Blaaslithiasis
Macroscopische hematurie als gevolg van BPH

Behandeling BPH

Heelkunde

Opties

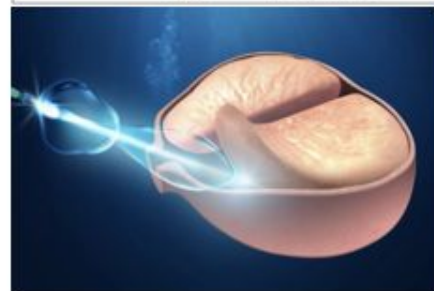
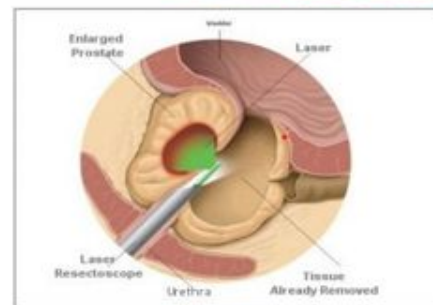
- *TUR Prostaat

- *Laserbehandelingen

 - Green Light

 - Holep (endoscopische enucleatie)

- *Robot Assisted Adenomektomie



Behandeling BPH

Keuze behandeling

Volume prostaat
Bloedverdunning
APO ?

Prostaatvolume tot 100 ml : Tur prostaat
of Green light

Prostaatvolume 50 tot 150 ml: Holep

Onder bloedverdunning: Green light

APO gewenst: Tur prostaat

Grote volumes > 150 ml : robot adenomectomie

(Recidiverende) UWI

dr. Van Isacker

BPH

dr. Vanhaverbeke



Hormonale therapie

PCA

mevr. Snoeck

Kathetergerelateerde

problemen

mevr. Ferket

PSA : praktische gids

voor vroegdetectie

dr. De Troyer

RARP vs SBRT voor

gelokaliseerd PCA

dr. De Prycker

Enuresis

dr. Claeys

Elke steen zijn

behandeling

dr. Cornette

HORMONALE THERAPIE BIJ PROSTAATKANKER

EEN PRAKTISCHE GIDS VOOR HUISARTSEN

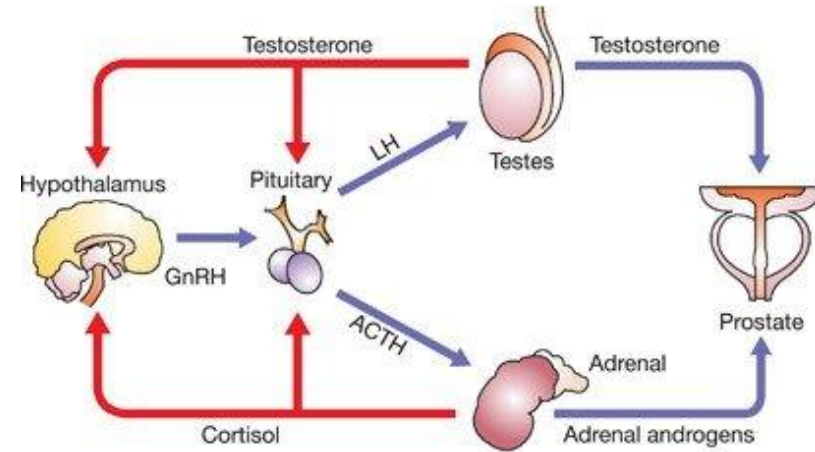
TAMARA SNOECK, VERPLEEGKUNDIG CONSULENT
UROLOGIE-ONCOLOGIE, VITAZ



Prostaatkanker (pca)

- Hormoongedreven (95%): testosteron
- Hypothalamus-hypofyse-gonadale as
- (Anti)hormonale therapie (ADT)

DOEL: **Testosteron**↓ = prostaatkankergroei↓



Wanneer hormonale therapie bij pca?

nmPC	mPC
Adjuverend bij radiotherapie (RT) bij lokaal (gevorderde) pca	Standaard (meestal in duo therapie)
6-24 maanden	Levenslang (soms intermitterend)
Enkele weken voor opstart RT (<i>radio-sensitizer</i>)	Belangrijke rol voor huisarts voor monitoring en bijwerkingen

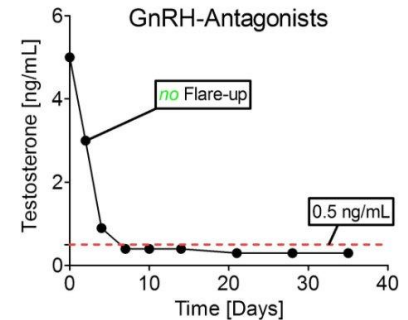
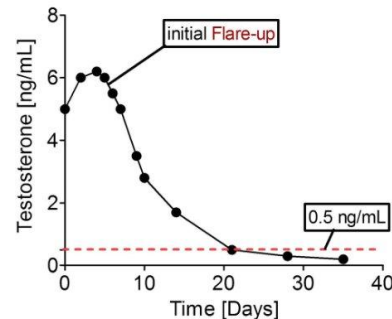
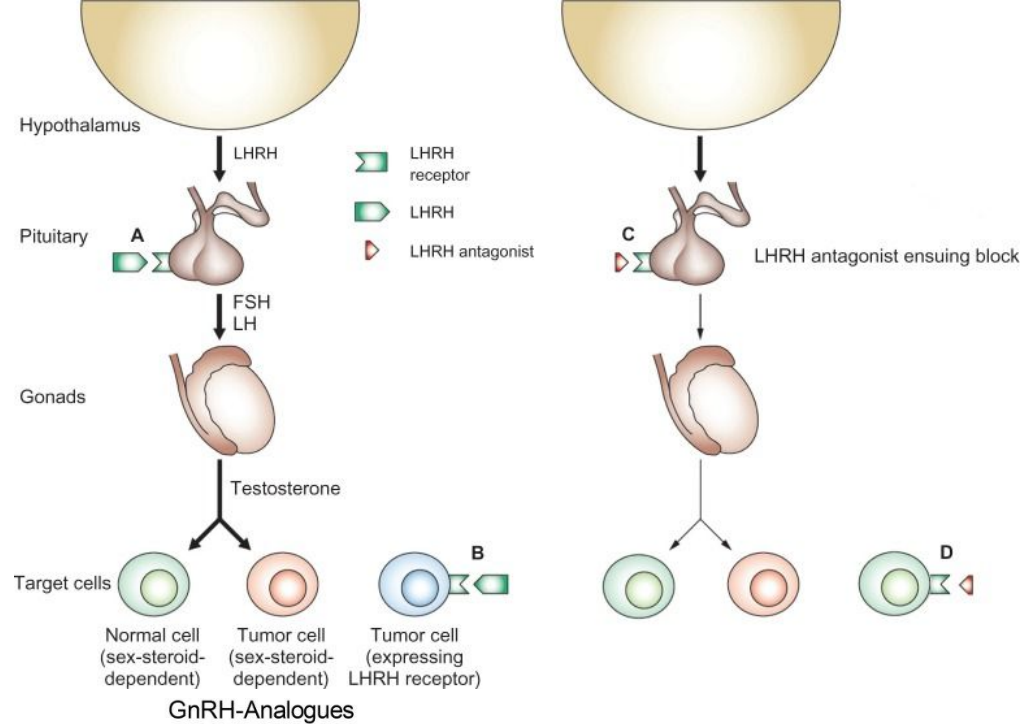
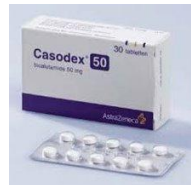
Soorten hormonale behandelingen

- Chirurgische castratie
- Chemische castratie (medicatie)

LHRH-agonisten (**Flare-up**)

LHRH-antagonisten

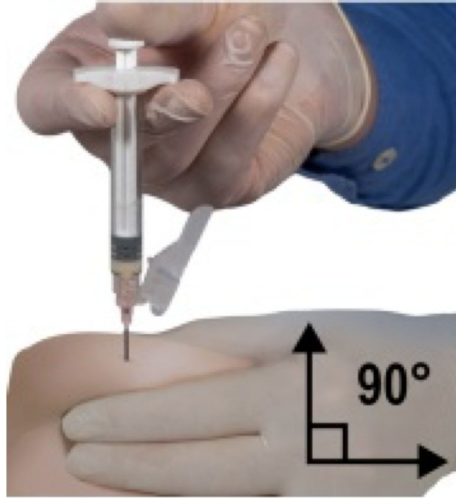
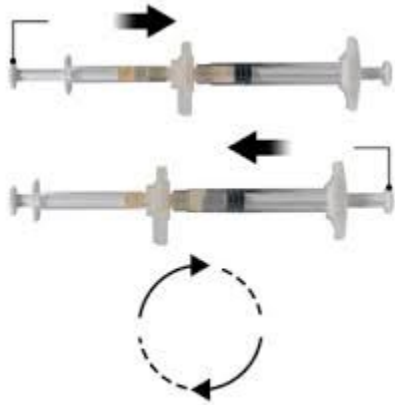
Androgeen-receptor blocker



Hormonale therapie bij pca

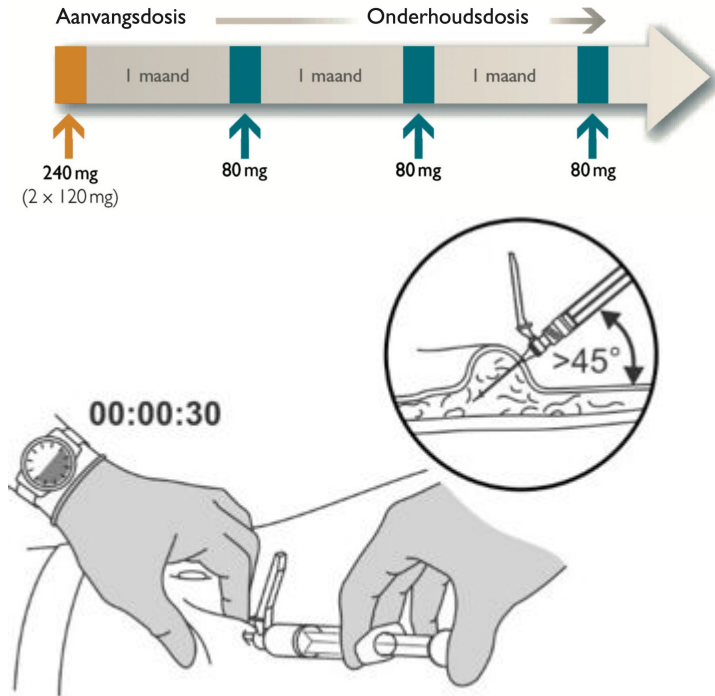
	LHRH-agonisten	LHRH-antagonisten	Anti-androgenen	ARTA's
WERKING	Stimuleert receptor eerst Initiële testosteronpiek = FLARE-UP , daarna daling	Blokkeert receptor direct Snelle daling, geen flare-up	Androgeen-receptor blocker Kortdurend, bij opstart LHRH-agonisten = FLARE-UP VERMIJDEN	<i>Androgeen-receptor targeted agents Evt. in combinatie met cortisone</i>
GENEESMIDDEL	DEPO-ELIGARD® SC (leuproreline) DECAPEPTYL® SC (triptoreline) ZOLADEX® SC (gosereline) <u>3-6 maandelijks</u>	FIRMAGON® SC (degarelix) <u>1x/m</u> ORGOVYX® PO (relugolix) <u>1x/d</u>	CASODEX® PO (bicalutamide) <u>1x1/d gedurende 1m</u>	<i>Zytiga® (abiraterone), Erleada® (apalutamide), Xtandi® (enzalutamide), Nubeqa® (darolutamide) PO = in gemetastaseerde setting</i>

LHRH agonist: **DEPO-ELIGARD®** (leuproreline)



- Traag oplossen: 60 cycli
- Langzaam en diep SC
- 3 (22.5mg) maandelijks
- 6 (45 mg) maandelijks

LHRH antagonist: **FIRMAGON®** (degarelix)



- Traag oplossen: Ferring pharmaceuticals bieden houder aan
= aan te vragen via uro-onco vpk
- Zeer traag SC toedienen
- Roodheid injectieplaats
= ijs of Voltaren® patch



LHRH-antagonist: **ORGOVYX®** (relugolix)

- Dag 1 = 1x360 mg, vervolgens **120 mg PO 1x1/d**
 - Belang van dagelijkse inname: **therapietrouw!**
- Mean effective half-life of ORGOVYX is 25 hours¹



Terugbetaling & attesten

- Hormonale therapie = 100% terugbetaald
- Nood aan attest, jaarlijks te vernieuwen door uroloog

(Niet meer voor Decapeptyl® of Depo-Eligard®)

- Digitaal via het EPD
- Goedkeuring is onmiddellijk



Bijwerkingen van hormonale therapie bij pca

The EFFECTS of TESTOSTERONE

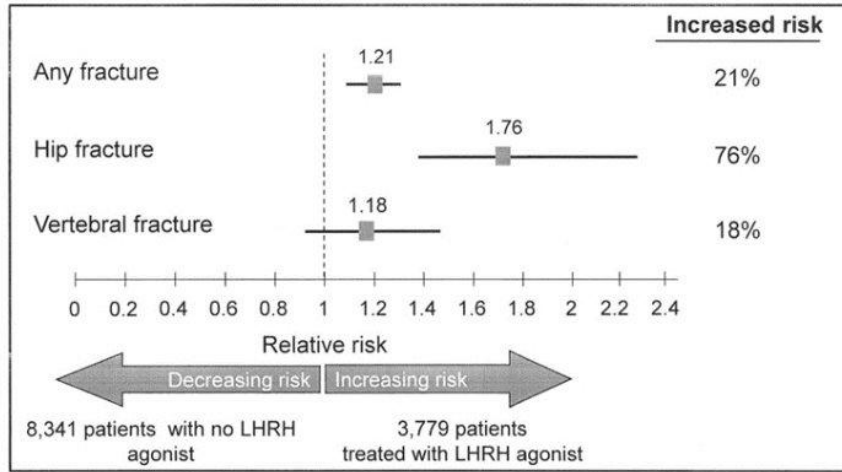


Metabole nevenwerkingen

- ↓ Spiermassa → ↑ vetmassa
- ↑ Diabetes risico
- ↑ Cholesterol
- **Cardiovasculair risico** = Follow-up RR, cholesterol en glucose
- **Metabool syndroom** bij 3/5 aanwezigheid van:
 1. Triglyceriden ≥ 150 mg/dl
 2. HDL < 40 mg/dl
 3. Nuchtere glycemie > 110 mg/dl
 4. RR $\geq 130/85$ mmHg
 5. Buikomtrek > 100 cm



ADT and fracture risk³



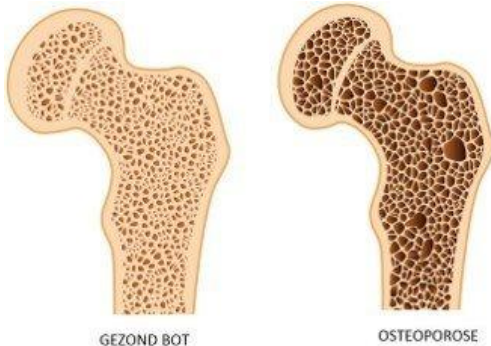
Osteoporose ↑ Fractuurrisico

- **DEXA-scan** = botdensitometrie
- **Steovit® forte PO** (calcium/vitD)
- **Xgeva® SC** (denosumab) bij CRPC 1x/m
 - Tandcontrole voor opstart!
 - Attest

feel+

3. Smith MR, et al. J Urol 2006;175:136-9

Dynamic Life



Depressie, geheugenstoornissen, vermoeidheid

Opvliegers (55-80%)



- **Triggers vermijden:** warme dranken, alcohol, inspanningen, stress, warm-koud
- Losse, katoenen kledij
- Slaapkamer max. 18°C
- Medicamenteuze behandeling: **Androcur®**, serotonineremmers (**venlafaxine**), oxybutinine / Fyto-oestrogenen (**Iso-xx®** / **Transpileave®**)



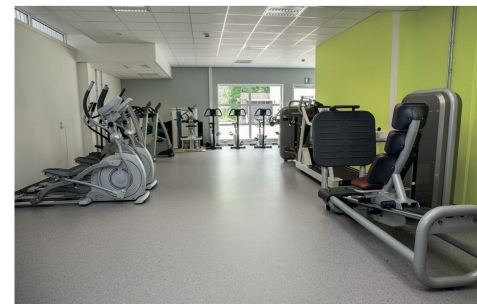
Seksualiteit: Libido↓ Erectiele functie↓

- Doorverwijzing psycholoog/seksuoloog zo gewenst
- Taboe doorbreken
- Partner betrekken

➡ EU'REKA - Onco-reva programma

 Talk infosessies met partner	 Eat voedingsadvies	 Activate oefenprogramma	 Motivate lotgenotencontact
--	--	---	--

- Fysiek en mentaal welzijn↑*
- ADT >6m (evt. + RT) => **doorverwijzing** door uro-onco vpk, huisarts, uroloog
- **TEAM-aanpak - multidisciplinair**
- Start & einde: sportmedische screening, vragenlijsten
- 24 groepssessies (incl. 2 testsessies)
- 2x/w: maandag & donderdag (08:00 - 09:00)
- Revalidatie Vitaz - Straat 777
- Terugbetaling via RIZIV



(*) 1. Bultijnc R, et al. Practice Patterns Compared with Evidence-based Strategies for the Management of Androgen Deprivation Therapy-Induced Side Effects in Prostate Cancer Patient: Results of a European Web-based Survey. Eur Urol Focus (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.euf.2016.02.009> 2.

2. Bultijnc R, et al. Clinical pathway improves implementation of evidence-based strategies for the management of androgen deprivation therapy-induced side effects in men with prostate cancer. BJU Int 2018;121:610-618.

Conclusie

- **Hormonale therapie** is essentieel bij prostaatkanker
- **Actieve monitoring en begeleiding** noodzakelijk
- Huisartsen spelen een cruciale rol in **cardiovasculair risicobeheer, botgezondheid, psychosociale zorg & patient empowerment**
- **Persoonlijke aanpak**
- **Multidisciplinaire samenwerking**
- **Onco-reva programma = pt outcomes↑**



Vragen? Bedenkingen?



- **Dr. Bart De Troyer**, Medisch Diensthoofd Urologie
 - bart.detroyer@vitaz.be of 03/760.23.59 (secretariaat)
- **Tamara Snoeck**, Verpleegkundig Consulent Urologie-Oncologie
 - tamara.snoeck@vitaz.be of 03/760.21.38
- **Onco-revalidatie (TREV)**
 - oncoreva@vitaz.be
- **Psychologen**
 - **Zoë De Beuckelaer** (zoe.debeuckelaer@vitaz.be of 03/760.29.72)
 - **Paulien De Langhe** (Seksuoloog in opleiding, paullien.delanghe@vitaz.be of 03/760.85.34)

Recidiverende UWI

dr. Van Isacker

BPH

dr. Vanhaverbeke



Hormonale therapie

PCA

mevr. Snoeck

Kathetergerelateerde
problemen

mevr. Ferket

PSA : praktische gids
voor vroegdetectie

dr. De Troyer

RARP vs SBRT voor
gelokaliseerd PCA

dr. De Prycker

Enuresis

dr. Claeys

Elke steen zijn
behandeling

dr. Cornette

PSA

EEN PRAKTISCHE GIDS VOOR VROEGDETECTIE VAN PROSTAATKANKER

Dr B De Troyer

Vroegdetectie voor de patiënt?

1. Vermijden prostaatkankersterfte
2. Verminderen morbiditeit van lokale behandeling
3. Vermijden van langdurige systeemtherapie



VERMIJDEN VAN PROSTAATKANKERSTERFTE

ERSPC STUDIE

PSA elke 2 – 4 jaar

PSA hoger dan 3.4 (55-74j)

Biopsie



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

SPECIALTIES ▾

TOPICS ▾

MULTIMEDIA ▾

CURRENT ISSUE ▾

LEARNING/CME ▾

AUTHOR CENTER

PUBLICATIONS ▾



ORIGINAL ARTICLE



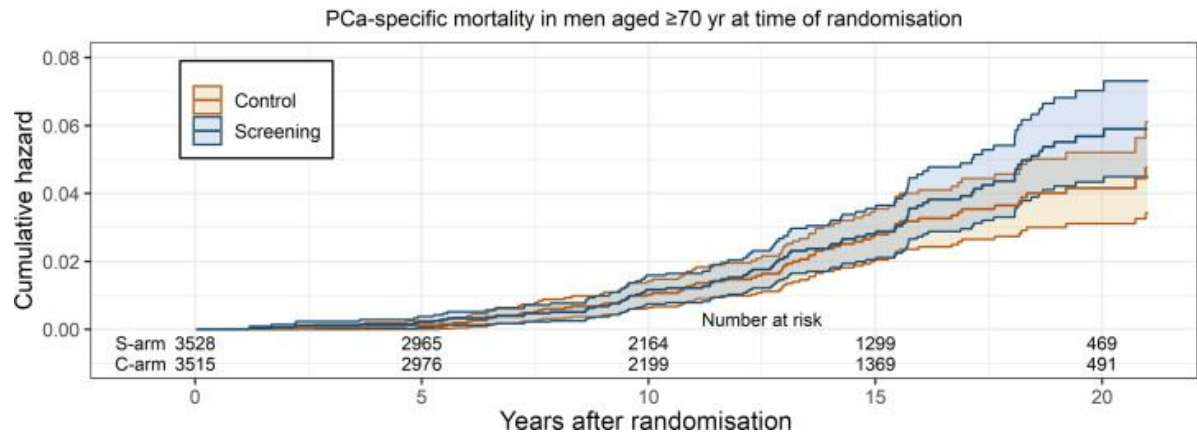
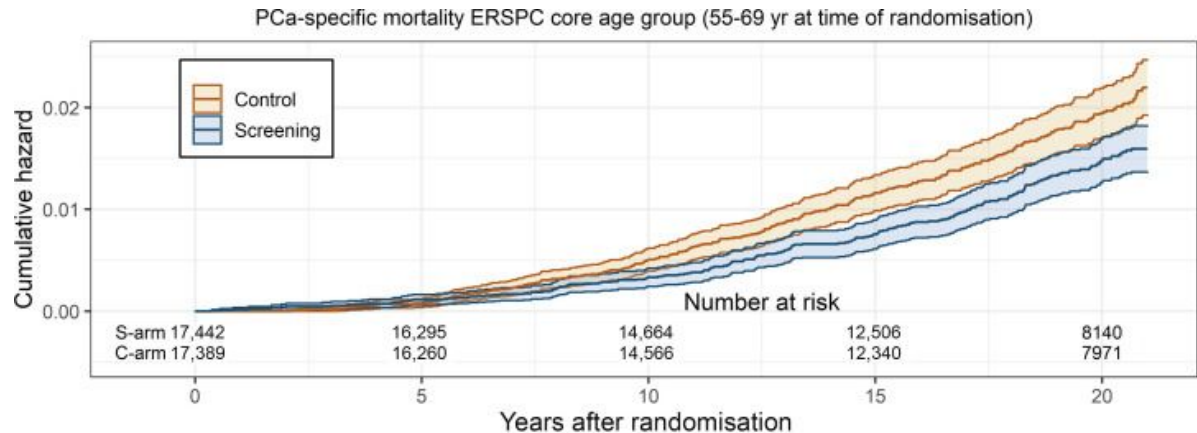
Screening and Prostate-Cancer Mortality in a Randomized European Study

Authors: Fritz H. Schröder, M.D., Jonas Hugosson, M.D., Monique J. Roobol, Ph.D., Teuvo L.J. Tammela, M.D., Stefano Ciatto, M.D., Vera Nelen, M.D., Maciej Kwiatkowski, M.D., [+16](#), for the ERSPC Investigators* [Author Info & Affiliations](#)

Published March 26, 2009 | N Engl J Med 2009;360:1320-1328 | DOI: 10.1056/NEJMoa0810084

VOL. 360 NO. 13

Hoe ouder men start met screening hoe lager het effect op PCa Sterfte



ERSPC STUDIE

PSA elke 2 – 4 jaar

PSA hoger dan 3.4 (55-74j)

Biopsie

***Vermindering van
overdetectie
overbehandeling***

HUIDIG PSA gebruik

PSA stijging bevestigen door een tegentest

Gestegen PSA: beoordeling door uroloog
DRE+TRUS+risicobepaling

MR prostaat

Strikte PSA
opvolging

Prostaatbiopsie

VERMINDEREN MORBIDITEIT VAN LOKALE BEHANDELING

STADIUM BIJ DIAGNOSE	T2N0	RARP zenuwsparend RX (prostaat) +0-6 maand ADT	MORBIDITEIT
	T3N0	RARP zonder zenuwsparing RX (prostaat) 24 maanden ADT	
	T3N1	RARP met klierdissectie nadien WPRT met 24 maanden ADT WPRT met 24 maanden ADT	

VERMINDEREN VAN SYSTEEMTHERAPIE



Lokaal

reductie in
prostaatkankersterfte



Lokaal

reductie in
systeemtherapie

Uitgezaaid hormoongevoelig



Onderdetectie

Uitgezaaid hormoongevoelig

Uitgezaaid hormoonresistent



‘VAN’

Vroegdetectie

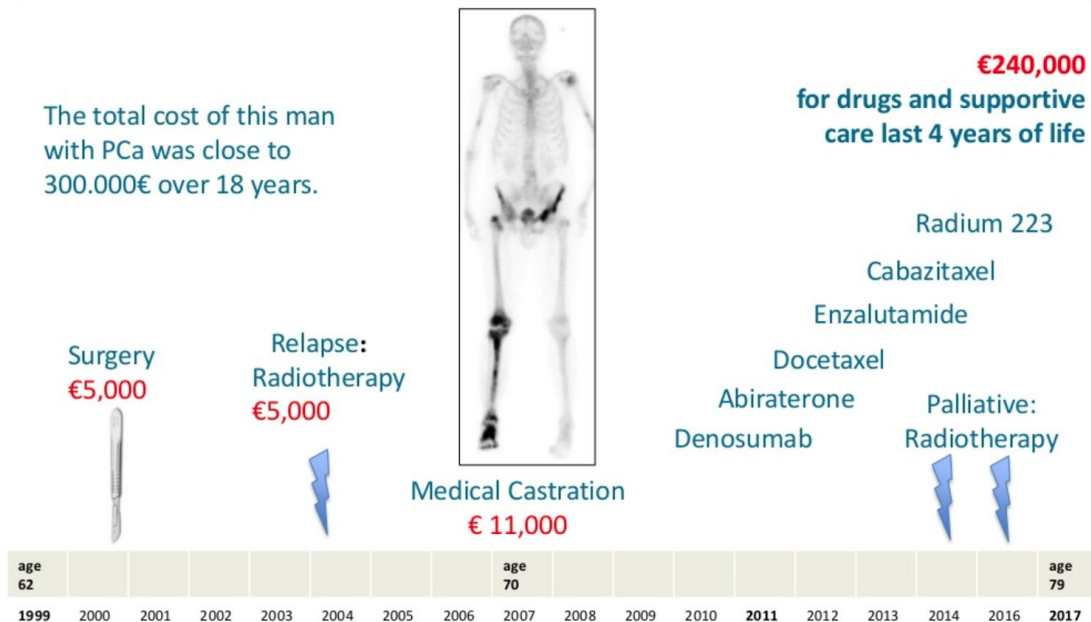
Voor de maatschappij?

1. Vroege diagnose: minder complexe behandelingsstrategie
2. Vermijden dure systeemtherapie



VERMIJDEN DURE SYSTEEMTHERAPIE

Cost of Care



Hoe vroeger diagnose, hoe lager de potentiële kost

Lokaal

Locoregionaal

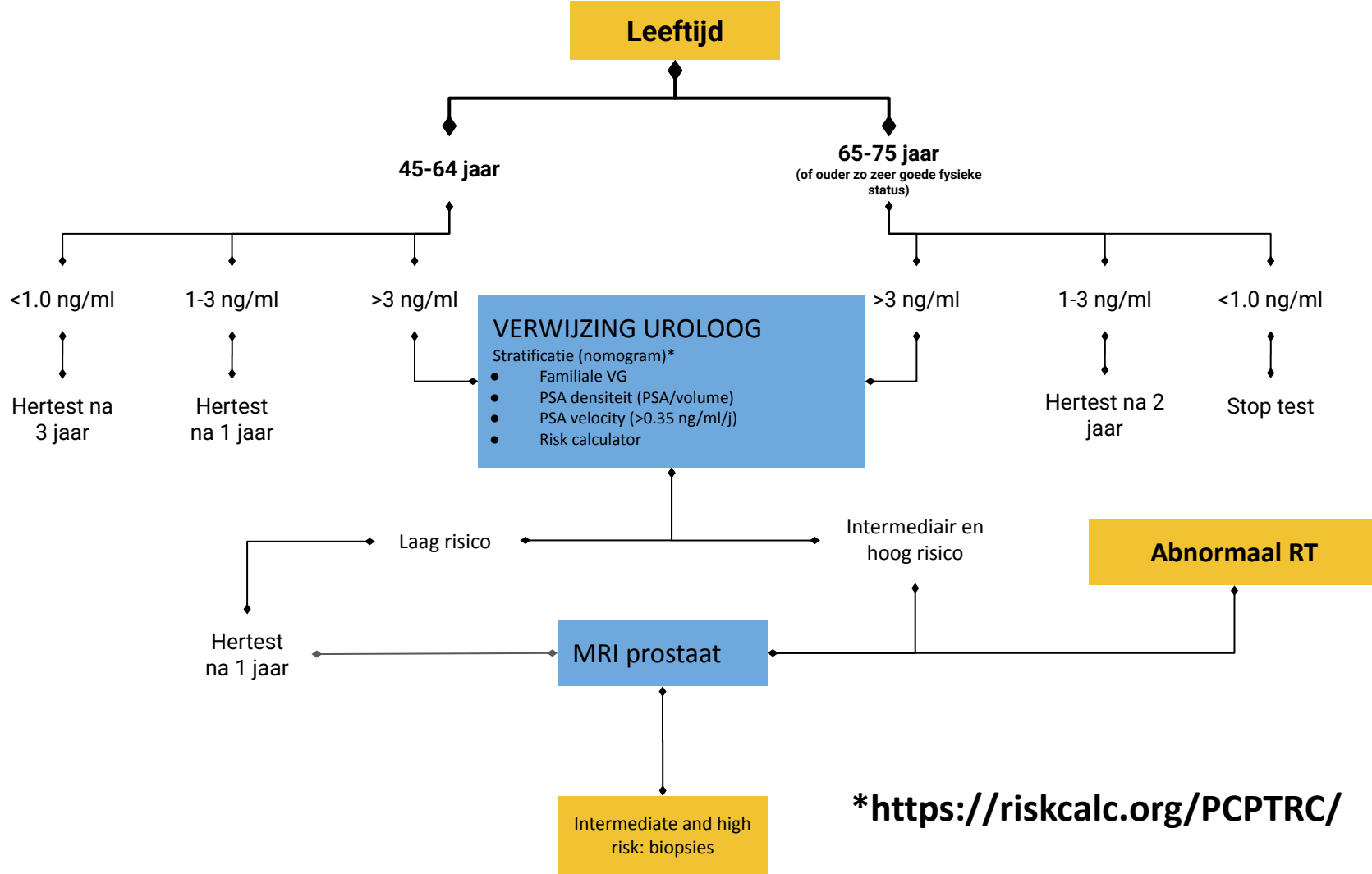
Uitgezaaid
hormoongevoelig

Uitgezaaid hormoonresistent



TAKE HOME MESSAGES

- Prostaatkanker is frequent en 2^e oorzaak van kankersterfte voor de man
- PSA is de enige beschikbare vorm van vroegdetectie
- Correct gebruik van PSA kan leiden tot
 - Daling in prostaatkankersterfte
 - Daling in morbiditeit door (systeem)therapie
 - Daling in publieke uitgaven voor prostaatkanker
- Incorrect gebruik van de PSA in het verleden heeft geleid tot overdiagnostiek en overbehandeling: het is aan de uroloog en de huisarts om hierover te waken



Dan nu ...de praktijk

1. PSA densiteit (PSA/prostaatvolume) (<0.12)
2. PSA kinetiek ($<0.35\text{ng/ml/j}$)
3. Bij onverwachte afwijking: tegentest na 4-6 weken
4. Lang window of curability: bij twijfel volg het meer frequent op
5. *Terugbetaling:*
 - a. *PSA-test familiaal risico (bloedverwanten met de diagnose voor hun 65ste) 1*/jaar vanaf 40j*
 - b. *opvolging van prostaatkanker 2*/jaar,*
 - c. *kostprijs 13-18eur*

45j, vader met pca op lft van 62, asymptomatisch

Eerste PSA test?

PSA = 2

- A. Hertest over 12 maanden
- B. Hertest over 6 maanden
- C. Hertest over 24 maanden
- D. Verwijzing naar uroloog

45j, vader met pca op lft van 62, asymptomatisch

PSA test 12 maanden later: 1.8

- A. Hertest over 12 maanden
- B. Hertest over 6 maanden
- C. Hertest over 24 maanden
- D. Verwijzing naar uroloog



82j, fitte man, 100% zelfstandig, milde LUTS klachten

Wie doet er hier een PSA?

PSA is 1

- A. Geen hertest
- B. Hertest binnen 24 maanden



82j, fitte man, 100% zelfstandig, milde LUTS klachten

PSA is 5

- A. Geen hertest
- B. Hertest binnen 6 maanden
- C. Hertest binnen 12 maanden
- D. Hertest binnen 24 maanden
- E. Verwijzing naar de Uroloog



67j, TURP in 2022, geen fam VG

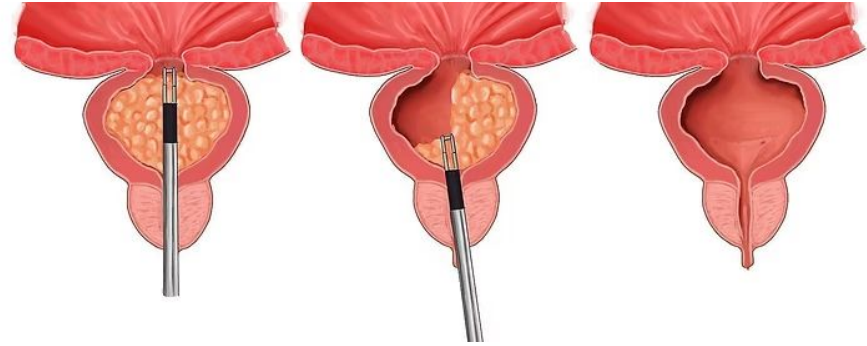
PSA

2019: 5

2022 (na TURP): 0.9

2024: 2.5

- A. Hertest 6 maanden
- B. Hertest 12 maanden
- C. Hertest 24 maanden
- D. Verwijzing naar uroloog



67j, TRUS 60g, Dutasteride/Tamsulosine 3 jaar

PSA:

2022: 6

2023: 4

2024: 4.5

2025: 5.5

- A. Hertest 6 maanden
- B. Hertest 12 maanden
- C. Hertest 24 maanden
- D. Verwijzing naar uroloog



65j, jaarlijkse controle, asymptomatisch

PSA

2020: 2

2021: 1.8

2022: 3.5

2023: 3.2

2024: 3.1

03/2025: 11

- A. Hertest 1 week
- B. Hertest 6 weken
- C. Hertest 6 maanden
- D. Verwijzing naar uroloog

65j, 4 jaar geleden RARP

PSA

03/2023: 0.03

09/2023: 0.05

03/2024: 0.04

09/2024: 0.08

03/2025: 0.13

Biochemisch herval na RARP

- 3 opeenvolgende stijgingen, hoogste waarde > 0.2
- waarde > 0.4

A. Hertest na 6 maanden

B. Verwijzing Uroloog

76j, 4 jaar geleden EBRT met 6 maand ADT

PSA

03/2023: 0.10

09/2023: 0.15

03/2024: 0.12

09/2024: 0.50

03/2025: 1.80

Biochemisch herval na RX
LAAGSTE WAARDE + 2ng/ml

- A. Hertest na 6 maanden
- B. Verwijzing Uroloog

TAKE HOME MESSAGES: PSA

- Wat zijn de randfactoren
 - leeftijd, co morbiditeit, Fam VG: *streng vs niet streng*
 - Medicatie (dutasteride)
 - VG van behandeling
- Bij inconclusieve waarde: kortere opvolging
- Bij twijfel contacteer uw uroloog

frequente UWI
dr. Van Isacker

BPH
dr. Vanhaverbeke



Hormonale therapie
PCA
mevr. Snoeck

Kathetergerelateerde
problemen
mevr. Ferket

PSA : praktische gids
voor vroegdetectie
dr. De Troyer

RARP vs SBRT voor
gelokaliseerd PCA
dr. De Prycker

Enuresis
dr. Claeys

Elke steen zijn
behandeling
dr. Cornette