

Wat heb ik gemist in de urologie?

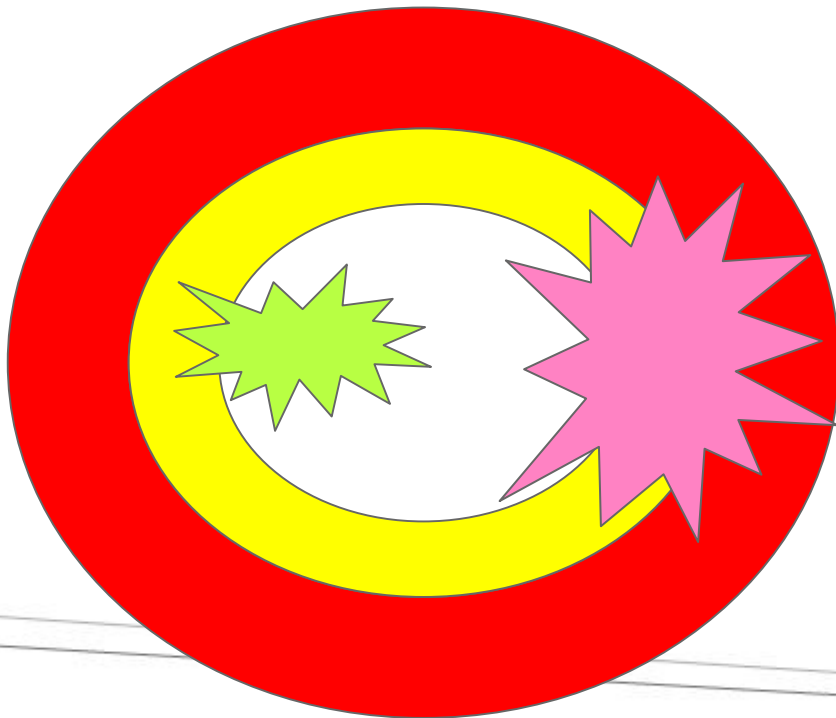
- Blaaspolipose
- Gelokaliseerde prostaatkanker
- Uitgezaaide prostaatkanker

Dr. Tibaut Debacker

ZNA Urologie

Blaaspolipose:

- ▣ Blaaspolipose = blaaskanker
- ▣ Wel of niet spierinvasief



Niet spierinvasief 90%

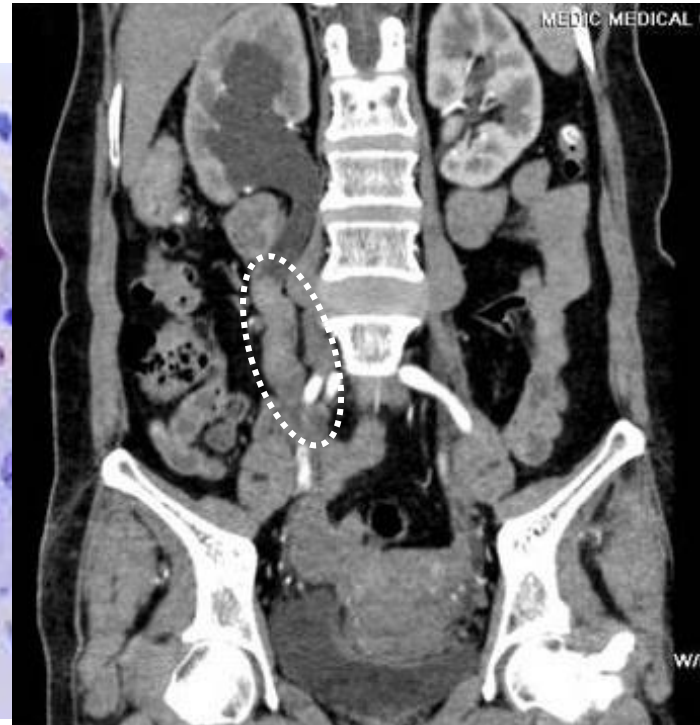
Tis: Carcinoma in situ
Ta laag versus hooggradig
T1 laag versus hooggradig

Wel spierinvasief 10%

T2: in de spier
T3: door de spier
T4: in andere structuren

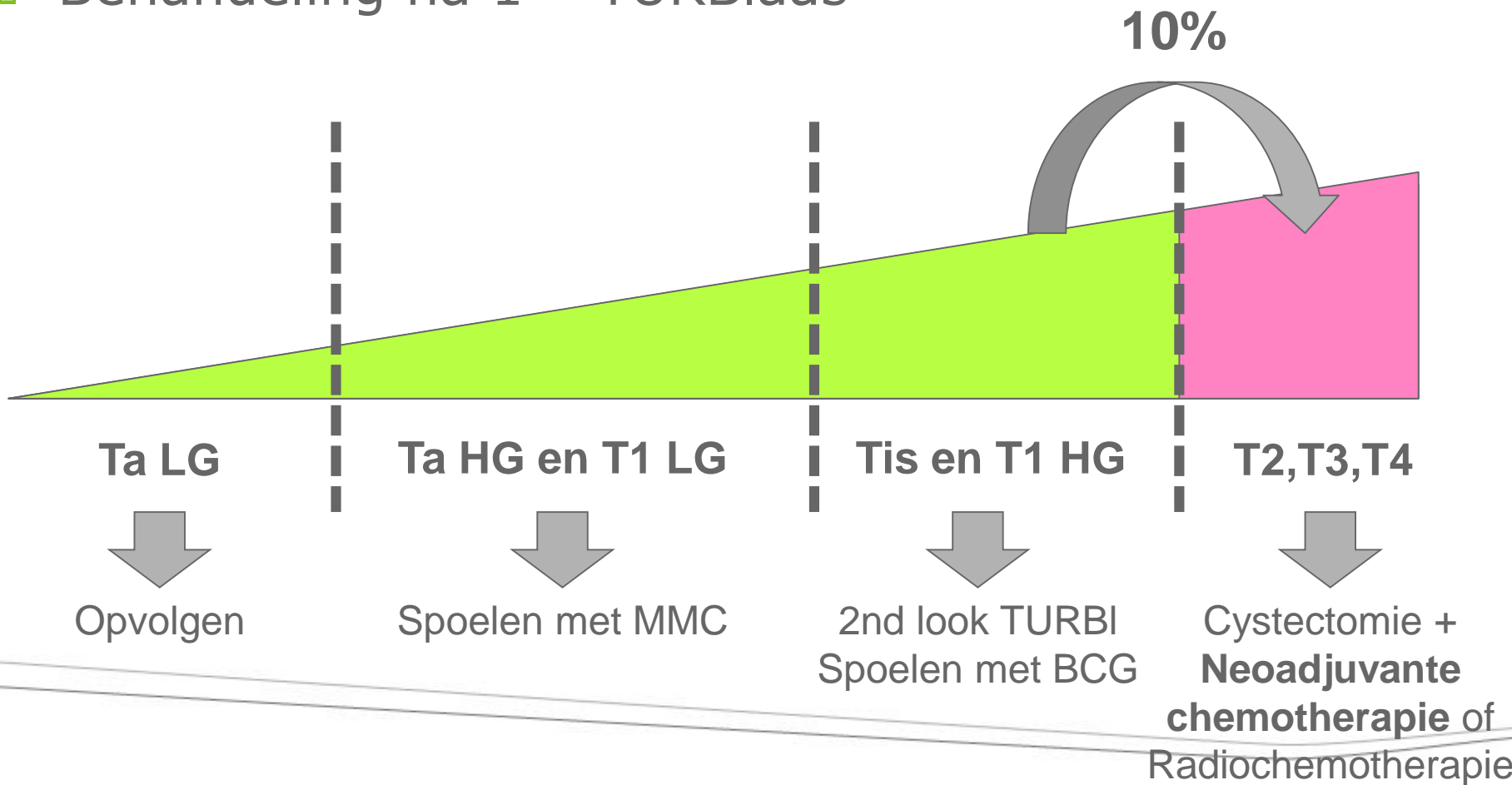
Blaaspolipose:

- Hoe maken we het verschil?
 - Urinecytologie
 - TURBlaas: diagnostisch en soms therapeutisch
 - Verdere lokale staging met uroCT met contrast



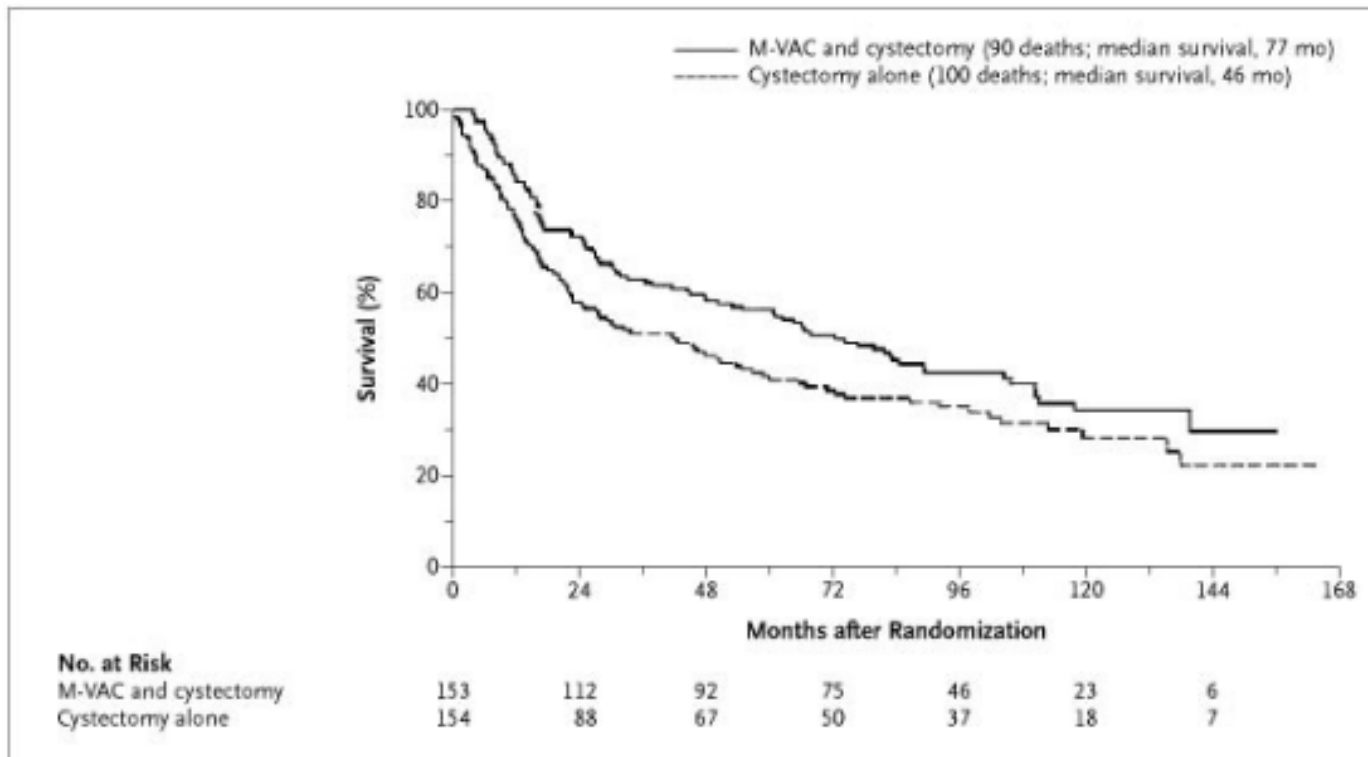
Blaaspolipose:

- Behandeling na 1^{ste} TURBlaas



Blaaspolipose:

- Spierinvasieve transitioneelcelcarcinoom (TCC)
 - Vroeger: ASAP Cystectomie en derivatie
 - Nu: Eerst neoadjuvante chemotherapie alvorens HK
 - 10% meer algemene overleving



Blaaspolipose

- ▣ Nieuw in onze dienst:UROSTOMARAADPLEGING
 - ▣ Mr Danny Weyler = stomaverpleger
 - ▣ 1x/maand samen met uroloog
 - ▣ Consultatie 30 minuten
 - ▣ Preoperatief
 - ▣ Postoperatieve opvolging
 - ▣ Bij stomaproblemen
 - ▣ Nieuwe materialen
 - ▣ Tips and tricks



Gelocaliseerde prostaatkanker:

- ❑ Solitaire **PSA-screening** = nutteloos
 - ❑ PSA is een slechte merker
 - ❑ 0-4ng/ml → 20% vals negatief (agressieve kankers)
 - ❑ 4-10ng/ml → 70% vals positief (BPH, Volume,...)
 - ❑ Risico op overbehandeling (Low Risk 1/7-1/15)
 - ❑ **Besluit niet meer prikken?**



Gelocaliseerde prostaatkanker:

- ❑ **PSA-screening:** helemaal nutteloos?
- ❑ Neen!
 - ❑ PSA > 10µg/l: ↗ kans op botmetastasen
 - ❑ Mediane overleving van 44 maanden (< 4jaar)
 - ❑ PSA-evolutie van belang (max 0,5-1ng/ml/jaar)
 - ❑ Rectaal onderzoek: knobbel = significante kanker
 - ❑ Prostaatsdensiteit: 0,12µg/l PSA per cc prostaatweefsel
 - ❑ Risico op complicaties en overlijden door intermediair en

PSA-evolutie



Gelocaliseerde prostaatkanker:

- ▣ Risico groepen definiëren: D'Amico

	PSA	T	Gleason
Laag	<10	<T2b	<7
Intermediair	10-20	T2b	7
Hoog	>20	>T2b	>7



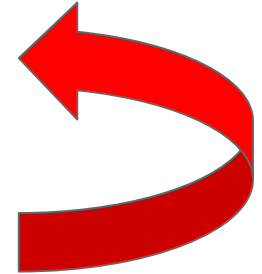
- ▣ **Laag risico** (meest voorkomende)
 - ▣ 70% stabiel de volgende 5 jaar
- ▣ **Intermediair risico**
 - ▣ 70% zal volgende 5 jaar uitzaaiingen te krijgen zonder therapie
 - ▣ 15-jaarsoverleving van 90% indien wel actieve therapie
- ▣ **Hoog risico**
 - ▣ 30% al micrometastasen bij actieve therapie
 - ▣ Monotherapie vaak onvoldoende

Gelocaliseerde prostaatkanker:

- Nut MRI prostaat?

	PSA	T	Gleason
Laag	<10	<T2b	<7
Intermediair	10-20	T2b	7
Hoog	>20	>T2b	>7

- Letsel = grotere kans op significante kanker
- Geen letsel = grote kans op niet significante kanker
- Nut voor gerichtere biopsies van de prostaat
 - Meestal in kapsel prostaat
 - Soms in adenoom



Gelokaliseerde prostaatkanker:

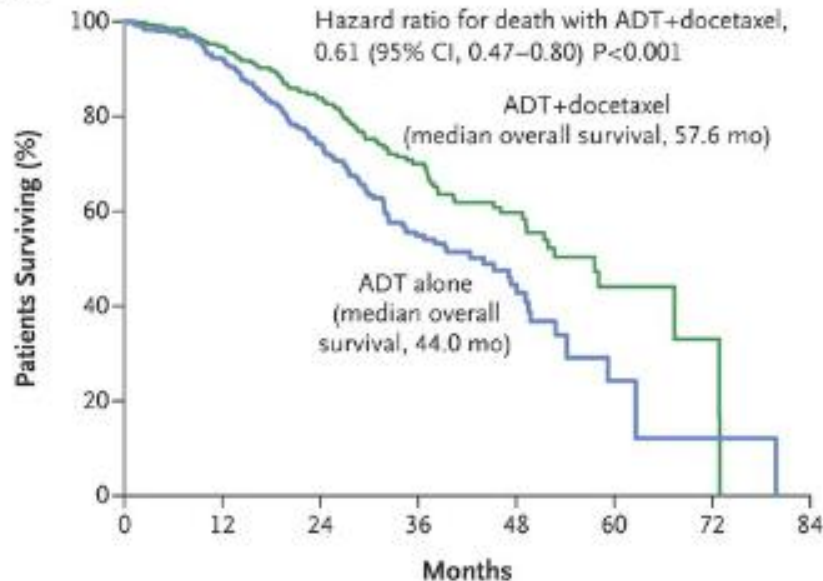
- ❑ **PSA-screening** ≠ nutteloos in combinatie met
 - ❑ Rectaal onderzoek
 - ❑ Opvolging in de tijd
 - ❑ Gecorreleerd aan prostaatvolume
 - ❑ MRI prostaat
- ❑ Risico groepen belangrijk
 - ❑ Laag risico PCa bij oudere patiënten opvolgen
 - ❑ Intermediair en hoog risico PCa behandelen!



Uitgezaaide prostaatkanker

- ❑ **Vroeger:** Alleen hormonale therapie
- ❑ **Nu:** Hormonale therapie + chemotherapie
 - ❑ Bij patiënten in goede algemene conditie
 - ❑ >1 jaar langere mediane overleving!

A All Patients

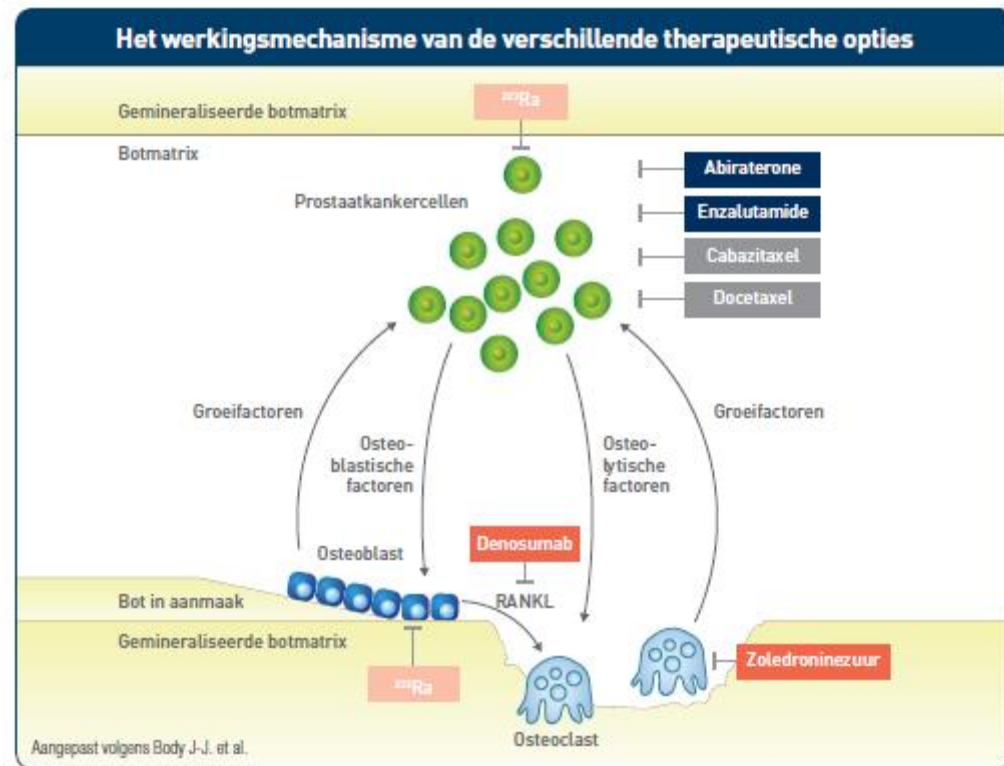


No. at Risk

ADT+docetaxel	397	333	189	89	46	5	2	0
ADT alone	393	318	168	71	27	3	1	0

Uitgezaaide prostaatkanker

- Hormoonresistente prostaatkanker: MOC
 - Bot-verstevigende therapie
 - Denosumab
 - 2^{de} lijns antiandrogenen
 - Abiraterone + Prednisone
 - Enzalutamide
 - Radium²²³
 - Vaccinatietherapie
 - Chemotherapie
 - ...



Bedankt voor uw aandacht!



BLADDER CANCER AWARENESS



PROSTATE CANCER AWARENESS

