



Dr. Bernard Bynens: "Er sterven nog altijd jonge patiënten aan prostaatkanker omdat ze zich pas aanmelden bij een ver gevorderde of uitgezaaide prostaatkanker. Hoe jonger de patiënt, hoe agressiever de tumor en hoe moeilijker te behandelen."

ALS WE BESLISSSEN OM PROSTAATKANKER TE OPEREREN, MOETEN WE 100 PERCENT VOOR HET ONCOLOGISCHE GAAN

In 2014 startte de dienst Urologie met robot-geassisteerde operaties. Intussen werden er zo'n 180 robotoperaties uitgevoerd door de urologen van het ZOL. Uroloog dr. Bernard Bynens specialiseerde zich in robotchirurgie, voornamelijk bij oncologische aandoeningen. "Sinds we prostatectomieën op een minimaal invasieve manier behandelen hebben de patiënten de neiging om de ingreep te minimaliseren. Ze herstellen immers zeer snel en hebben weinig complicaties."

Wat is urologie? Soms bestaat er wel wat onduidelijkheid

Dr. Bernard Bynens, uroloog: "Een definitie van urologie is inderdaad niet zo gemakkelijk. Eerst en vooral zijn urologen chirurgen. We behandelen de nieren, de urinewegen, de blaas, de prostaat en de mannelijke geslachtsorganen. Vooral de chirurgische aandoeningen van deze organen, maar ook bijvoorbeeld problemen waarvoor je niet altijd hoeft te opereren, zoals incontinentie. Nierstenen kunnen we ook niet-operatief behandelen door niersteenvergruizing."

"We doen dus ook een heel aantal niet-chirurgische behandelingen. Ik denk dat we zo-wat 30 percent van onze tijd opereren, de andere 70 percent werken we op de raadpleging. Dit is omdat wij onze patiënten zelf recrutereren en ook opvolgen. Het leuke van urologie is dat wij weinig van andere specialisaties afhangen. Wanneer een patiënt bij ons komt met bepaalde klachten kunnen wij zelf echografieën en cystoscopieën doen. In bijna 90 percent van de gevallen komt de patiënt naar ons met een specifieke klacht en gaat hij naar huis met een diagnose en eventueel een afspraak om verder behandeld te worden."

Met welke andere disciplines in het ziekenhuis werken jullie nauw samen?

"De meest nauwe samenwerking is er met de nefrologen, die de nierziekten behandelen. Soms hebben ze patiënten op hun raadpleging die voor een chirurgische of andere behandeling doorgestuurd worden naar ons."

Waarom hebt u voor urologie gekozen?

"Omwille van de mooie balans tussen heelkunde en patiëntencontact, en de relatief rustige wachtlijsten. Mijn vader was vaatchirurg en als kind zag ik hem niet veel. Hij had een druk beroepsleven omwille van de vele urgenties waarvoor hij opgeroepen werd en de talrijke dringende, nachtelijke operaties. Als uroloog is er misschien wat meer ruimte om een goed sociaal leven uit te bouwen."

Urologie is ook een typische manndiscipline?

"Ook dit is aan het veranderen. Sinds 1 september werk ik tien jaar in het ZOL en in al die jaren heb ik twee mannelijke assistent-urologen in opleiding gehad. De vrouwelijke uroloog doet meer en meer haar intrede."

De uroloog is nochtans een manndokter. Vrouwen gaan toch naar de gynaecoloog?

"We behandelen inderdaad onder andere de mannelijke geslachtsorganen maar dit is maar een klein stukje van de urologie. Vrouwen hebben ook nieren, urinewegen en een blaas. De 'female urology', met incontinentieproblemen, verzakkingen enz, is enorm in opmars. Daarnaast is er de kinderurologie. Hierbij gaat het meestal om afwijkingen aan de teelballen of penis bij kinderen. Het zijn vaak de vrouwelijke urologen die zich toeleggen op deze subspecialismen."

Waar heeft u zich op toegelegd?

"Ik doe vooral – daar ben ik destijds ook voor aangenomen – de minimaal invasieve behandelingen, de kijkoperaties. Deze bestaan voor een groot stuk uit oncologische chirurgie. Hierbij gaat het hoofdzakelijk om volledige of gedeeltelijke nefrectomieën en prostatectomieën."

"De (radicale) prostatectomie, die we met de operatierobot doen en niet meer via laparoscopie, is de meest voorkomende ingreep. Dat is een hele tijd wat minder geweest omdat het Kenniscentrum een aantal jaren ge-



leden stelde dat PSA-screening (Prostaat Specifiek Antigeen) voor de detectie van prostaatkanker weinig nut had."

"Daar zit partieel een waarheid in omdat er vroeger misschien te veel prostaatkankers behandeld werden. Kankers die op een natuurlijke manier zouden evolueren, zonder te veel schade aan te richten. Maar ze komen terug van dat advies omdat we nu vaker verder gevorderde prostaatkankers zien op de raadpleging."

Betekent dit dat er een aantal mensen onderbehandeld geweest zijn?

"Dit is een heel moeilijke vraag. Ik denk dat er misschien een bepaalde periode te weinig naar prostaatkanker gekeken is."

Bent u voor of tegen screening?

"Ook dat is een moeilijke vraag. At random bij elke bloedname de PSA screenen zoals vroeger gebeurde, is inderdaad niet nodig. Ik zou het sowieso niet bij elke patiënt doen. Enkel bij patiënten die er echt om

vragen, bij patiënten met een verontrustende zwelling of knobbeltje en bij patiënten met erfelijke aanleg."

"Men slaagt er blijkbaar niet in om een methode te vinden om de jonge patiënten er uit te halen. Als je iedereen gaat screenen moet je echt heel veel screenings doen om die ene patiënt te vinden en dat vindt de regering veel te duur. Het is dus nog een beetje balanceren op een slappe koord. Je moet een gulden middenweg vinden en dat is niet altijd gemakkelijk."

"De huisarts kan meestal wel al een beeld vormen van een patiënt bij wie de screening nodig is: als hij al wat prostaatklasten heeft, bloed bij de urine, of bij een erfelijke belasting. Bij afwijkende waarden verwijst de huisarts naar ons."

Voorspellingen zeggen dat het voorkomen van prostaatkanker gaat verdubbelen in de komende 20 jaar.

"De levensverwachting stijgt en we weten

dat een prostaat door de natuur 'geprogrammeerd' is om te verkankeren. Dit is misschien wat kort door de bocht maar er zijn studies gebeurd waarbij men de prostaat onderzocht heeft van overledenen, die om een of andere reden opnieuw opgegraven werden. Bij het merendeel van de 80- en 90-plussers werden kwaadaardige cellen gevonden in de prostaat."

"Dus een prostaat gaat sowieso kwaadaardige cellen ontwikkelen bij het ouder worden. Het komt er op aan die patiënten er tussen uit te halen bij wie dit op vroege leeftijd gebeurt. En een behandeling te starten op het moment dat de kanker nog gelokaliseerd is en nog niet uitgezaaid is."

Er leeft ook wel het idee bij de bevolking dat je niet kan sterven aan prostaatkanker. Is dit juist?

"Dit idee-fixe is inderdaad ontstaan door de media-aandacht van enkele jaren geleden rond PSA-screening maar dit is absoluut niet waar. Er sterven nog altijd jonge patiënten aan prostaatkanker omdat ze



Dr. Bernard Bynens: “De levensverwachting stijgt en we weten dat een prostaat door de natuur ‘geprogrammeerd’ is om te verkankeren.”

zich pas aanmelden bij een ver gevorderde of uitgezaaide prostaatkanker. Hoe jonger de patiënt, hoe agressiever de tumor en hoe moeilijker te behandelen.”

“Prostaatkanker op zich geeft eigenlijk ook geen klachten. Dat is het vervelende. En daarom is de PSA-bepaling ook een groot geschenk voor ons geweest. Niet alleen bij de diagnose van prostaatkanker maar ook bij de opvolging. Zelfs bij behandelde patiënten met prostaatkanker is een PSA-bepaling een heel goede tool. Als je ziet dat de PSA na een operatie niet verdwijnt, weet je dat er lokaal nog iets achtergebleven is of dat er een uitzaaiing is.”

In hoeverre speelt het taboe een rol?

“Het taboe is heel veel verminderd tegen vroeger. Het is al lang heel normaal dat de vrouw in de beensteunen gaat bij de gynaecoloog. Intussen is ook de drempel voor een groot percentage van de mannen overwonnen om naar de uroloog te gaan. En mannen die zich op hun ongemak voe-

len, kan ik met een kwinkslag snel geruistellen. Het onderzoek stelt immers weinig voor.”

In de media lees ik dat 1 op 2 mannen van plus 40 jaar problemen heeft met de urinewegen. 1 op 10 zou zelfs incontinent zijn. Is dat niet enorm veel?

“Als je ouder wordt, krijg je rimpels, word je grijs maar gaat ook de prostaat groeien of zwellen. Waardoor de plasbuis plat wordt gedruwd, de plaskracht vermindert, de blaas niet meer volledig leeg geplast wordt, er soms wat druppels nakomen en er ‘s nachts enkele malen geplast moet worden. Dat zijn inderdaad de eerste klachten van prostaatvergroting.”

“Ik denk dat inderdaad de helft van de mannen van plus 45 jaar toch wel enige vorm van plasklachten zal hebben. Dat kan gaan van een keer moeten opstaan ‘s nachts, een druppeltje verliezen na het plassen tot herhaaldelijk moeten opstaan ‘s nachts en uiteindelijk niet meer kunnen plassen.”

4 op 5 van de mannen met klachten kunnen geholpen worden?

“Dat is inderdaad realistisch. We beginnen met een medicamenteuze behandeling die de plasbuis opnieuw opent waardoor de stralkracht verbetert. Zo wordt de druk in de blaas ook minder zodat men minder frequent moet gaan plassen en er een betere blaaslediging is. Als dat niet meer helpt is een operatieve ingreep nodig om de prostaat transurethraal te verwijderen zodat er een nieuwe tunnel kan ontstaan.”

Bezorgdheden van mannen met prostaatkanker zijn ‘niet meer intiem kunnen zijn’ en ‘ziek zijn’. Pas op de derde plaats maken ze zich zorgen dat ze misschien wel gaan sterven, zo blijkt uit onderzoek. Ervaart u dit ook?

“Sinds we prostaatkanker op een minimaal invasieve manier behandelen - ofwel via kijkoperatie ofwel via robotchirurgie - komen de patiënten naar het ziekenhuis met het idee dat de operatie weinig voorstelt. Ze revalideren inderdaad ook heel snel, hebben weinig pijn



en kunnen na twee of drie dagen al naar huis. Ze maken zich wel zorgen over wat er na de ingreep komt. Je hebt immers altijd kans op complicaties als bijvoorbeeld urineverlies of erectieproblemen.”

“We proberen uiteraard de bekkenbodem en de neurovasculaire bundels zoveel mogelijk te sparen tijdens de ingreep maar dit mag niet ten koste van de oncologie gaan. Als je bepaalde stukjes gaat sparen, kan het zijn dat er

“Er is inderdaad een artikel hierover verschenen in *The Lancet*, een van de meest toonaangevende journals wereldwijd. Het Kenniscentrum heeft zich op dit artikel gebaseerd en dit gebruikt om robotchirurgie opnieuw aan te vallen.”

“De studie zou aantonen dat de robot veel voordelen heeft in de directe post-operatieve periode – minder pijn, sneller herstel, minder complicaties en minder bloedverlies - maar dat de langetermijnresultaten met

“Prof. Mottrie heeft vastgesteld dat de robotingrepen gebeurden door een jonge chirurg die 200 ingrepen had gedaan. De open ingrepen werden gedaan door een ervaren chirurg die al 1.500 ingrepen had gedaan. Een jonge chirurg vergelijken met een meer ervaren chirurg is op zijn minst dubieus te noemen. Er zijn namelijk heel wat retrospectieve studies met grote patiëntengroepen waaruit blijkt dat erectiele functie en continentie beter worden naargelang de ervaring van de chirurg.”

Dr. Bernard Bynens: “Samenwerken is alleen maar toe te juichen, het verbetert de kosten-baten analyse en verschillende chirurgen kunnen ervaring uitwisselen.”

De kritiek op laparoscopie was destijds ook groot. Kent vernieuwing niet altijd tegenstanders?

“Inderdaad, maar als je ziet dat drie vierde van de prostaatkankeroperaties in de geïndustrialiseerde landen met behulp van een Da Vinci robot worden uitgevoerd, is dit natuurlijk niet te danken aan een goed gelukte promotiestunt van de firma. Dat wil zeggen dat er belangrijke voordelen zijn, anders is dit onmogelijk.”

kapsel blijft liggen waardoor de patiënt achteraf nog bestraald moet worden en dat is niet echt de bedoeling. Als we de beslissing nemen om prostaatkanker te opereren moeten we 100 procent voor het oncologische gaan. De bedoeling van zo'n operatie blijft in de eerste plaats het genezen van de patiënt. En met de komst van de robot zijn onze continencijfers, maar ook de erectiele functie, sterk verbeterd.”

Onderzoek zou dit tegenspreken. De post-operatieve resultaten van robot-geassisteerde chirurgie zouden niet beter zijn?

betrekking tot erectiele functie en continentie gelijklopend zijn.”

“Als je het artikel goed onder de loep neemt, zijn er toch wel wat bedenkingen te maken. Onder andere prof. Mottrie, die een opleidingscentrum heeft voor robotchirurgie in Melle, is het artikel verder gaan analyseren en heeft recent een recht van antwoord gepubliceerd. Het blijkt om een Scandinavische gerandomiseerde studie te gaan waarbij 300 patiënten werden bekeken. 150 patiënten werden via open chirurgie geopereerd en de andere 150 via robotchirurgie.”

“Ook de andere medische diensten in het ZOL zien de voordelen van robot-geassisteerde chirurgie. Ook de vaatchirurgen, de cardiochirurgen, de abdominaal chirurgen en de gynaecologen maken gebruik van de robot. En het zal blijven toenemen. En met de stijging van het aantal ingrepen wordt de kosten-baten analyse ook steeds beter.”

“Daarnaast merken we dat ons rekrutingsgebied voor patiënten en de aantallen steeds groter worden sinds we met de robot opereren, hoewel we nooit actief reclame gemaakt hebben. Dat hebben we



Dr. Bynens (derde van links) met zijn operatieteam

natuurlijk ook te danken aan onze goede resultaten.”

Gaan jullie ook samenwerken met de collega's van onze partnerziekenhuizen?

“Wij zijn met de da Vinci robot gestart medio 2014 en zijn nu inderdaad klaar om samen te werken met anderen. We hebben al gesprekken met de collega's van de ZOL-netwerkziekenhuizen. Samenwerken is alleen maar toe te juichen.”

“Voordeel in het ZOL is dat we een dubbele console hebben waarbij er twee chirurgen samen kunnen opereren of waarmee een chirurg kan opgeleid worden. Ik hoop dat we binnenkort met de urologen van de andere ziekenhuizen kunnen samenwerken.”

Waar heeft u uw opleiding gevolgd?

“Voor de minimaal invasieve operatietechnieken en laparoscopie ben ik opgeleid in Nijmegen en Leipzig. Voor laparoscopie is de leercurve heel traag. Je moet echt al veel ingrepen doen om dat goed onder de knie te hebben.”

“Robotchirurgie is als het ware een vereenvoudiging van de laparoscopie. Het is eigenlijk opereren op dezelfde manier, met een driedimensioneel zicht, maar de bewegingen worden afgezwakt. Voor mijn opleiding robotchirurgie ben ik in Dusseldorf, in Rotterdam, in Mons en in Brussel geweest. En bij de aankoop van een robot wordt ook altijd een training voorzien in het opleidingscentrum van prof. Mottrie in Melle waarbij je gedurende een aantal dagen

operatietechnieken leert op varkens, op echt levende wezens dus.”

Heeft u ook veel gegamed om de handcoördinatie te leren?

“Te weinig eigenlijk. Ik denk dat er na mij een hele generatie van artsen zal komen die de manier van bedienen meer in de vingers heeft omdat dit hun al met de paplepel ingegeven is.”

Gaat de laparoscopie op termijn verdwijnen?

“Nee, heel zeker niet. Voor ablatieve chirurgie zoals nefrectomieën waarbij de nieren volledig verwijderd worden, heeft de robot weinig voordelen en is hij in feite te duur. De robot heeft vooral een meerwaarde voor ingrepen met een reconstructieve fase. Dit omwille van de 360 graden wendbaarheid van de robotarmen, in combinatie met het 3D-beeld.”

Gaan er in de toekomst zelfstandige robots komen?

“Dat denk ik niet en zeker niet voor prostaatoperaties. Elke prostaat is immers anders en vraagt werk op maat: de anatomie van de prostaat, van de zaadblaasjes, de zaadleiters, hoe ze ingekapseld zijn... Dat zijn allemaal varianten die moeilijk te integreren zijn in een systeem. Maar je weet natuurlijk nooit hoe snel de evolutie gaat.”

Krijgt u veel reacties van patiënten?

“Patiënten zijn zeer positief. Ze komen speciaal naar ons voor een robotingreep. Het voordeel is dat we met de robot zeer veel lymfeklieren kunnen wegnemen. Hierdoor zijn we vaak een uur tot anderhalf uur langer aan het werk. Een prostatectomie duurt daarom toch

drie tot vier uur. En de dag nadien zit de patiënt al rechtop in zijn bed om te eten. Dat is heel positief voor de patiënt die daardoor de ingreep minimaliseert maar niet altijd beseft dat het operatieteam echt wel lang en hard gewerkt heeft om het goede resultaat te behalen.”

Grete Bollen

Communicatieadviseur

Op 24 november vindt een lezing van de Wetenschappelijke Raad plaats over Robotica in de urologie.

De urologen van het ZOL zullen spreken over hun klinische ervaring met de robot. Prof. dr. Mottrie, pionier in de robotchirurgie met een trainingscentrum voor robotchirurgie in Oost-Vlaanderen, zal een lezing geven waarin hij de voordelen van robotchirurgie toelicht en de standpunten van het Kenniscentrum mbt robotchirurgie weerlegt.