



AZ Voorkempen

algemeen ziekenhuis
emmaüs

Updates in de urologie

Dr. Wies Vanderbruggen
Oncologische urologie en robotchirurgie

Zaterdag 10 mei 2025



UroNA Urologie Noord Antwerpen

Wie zijn wij?



UroNA Urologie Noord Antwerpen

www.urologienoordantwerpen.be



AZ Voorkepen
algemeen ziekenhuis
emmaüs

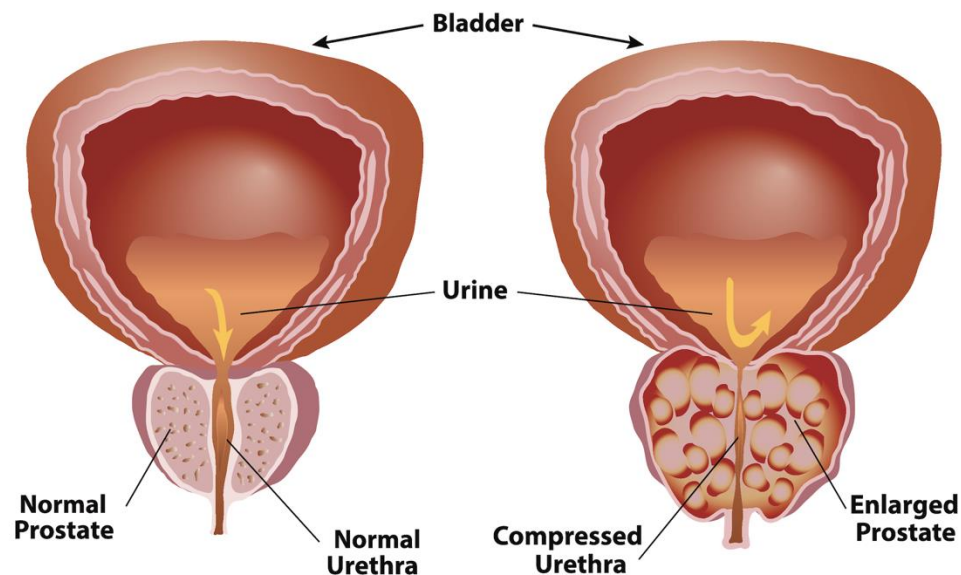
Inhoud

- Updates
 - BPH: HoLEP
 - Prostaatkanker
 - Nieuwe staging: PSMA-PET CT
 - Actieve opvolging
- Urologische troubleshooting in de eerste lijn
 - Recidiverende UWI
 - PSA vroegdetectie: to do or not to do?



BPH

Benign Prostatic Hyperplasia



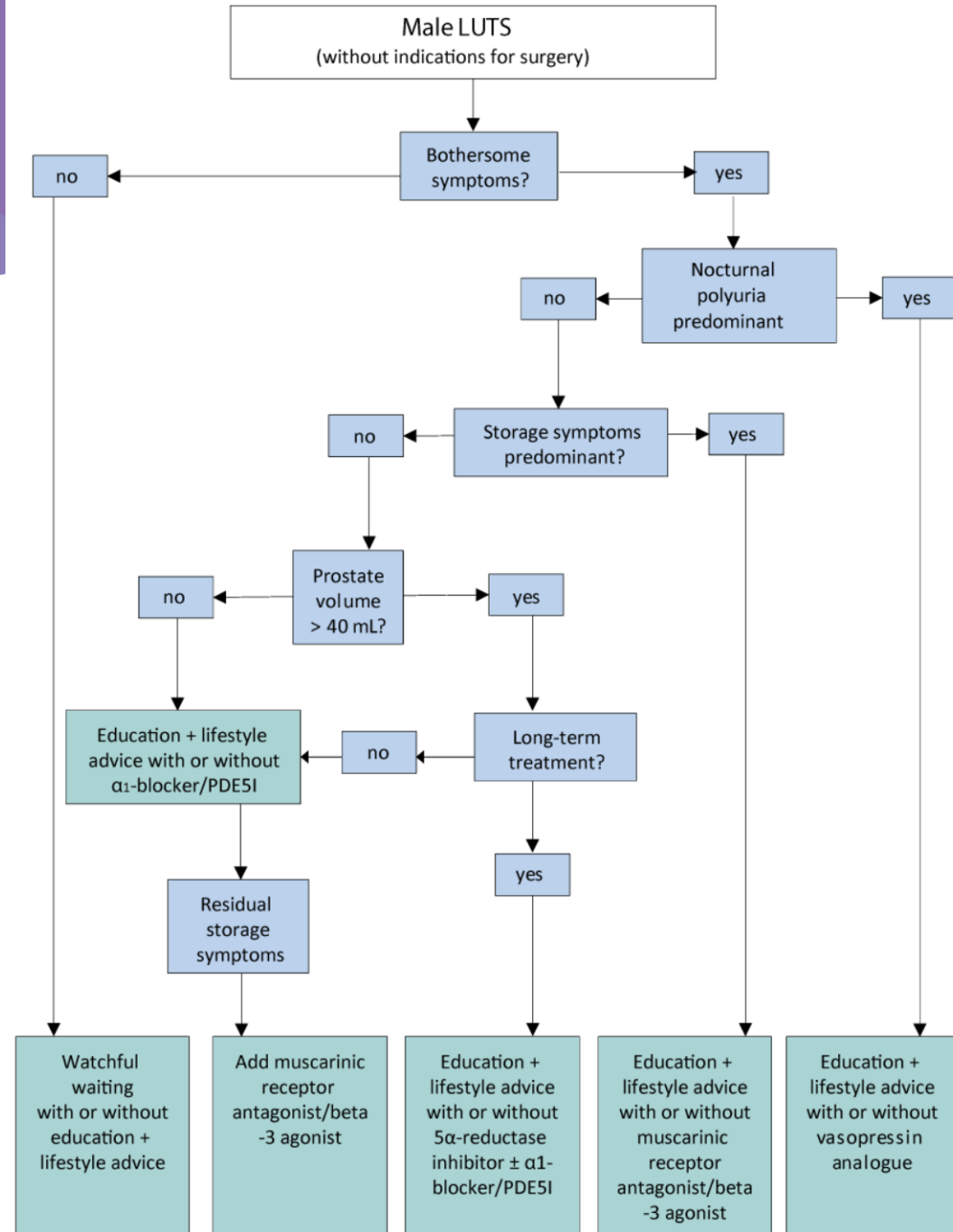
UroNA Urologie Noord Antwerpen



www.urologienoordantwerpen.be



Guidelines



BPH

HoLEP

Holmium Laser Enucleatie van de Prostaat

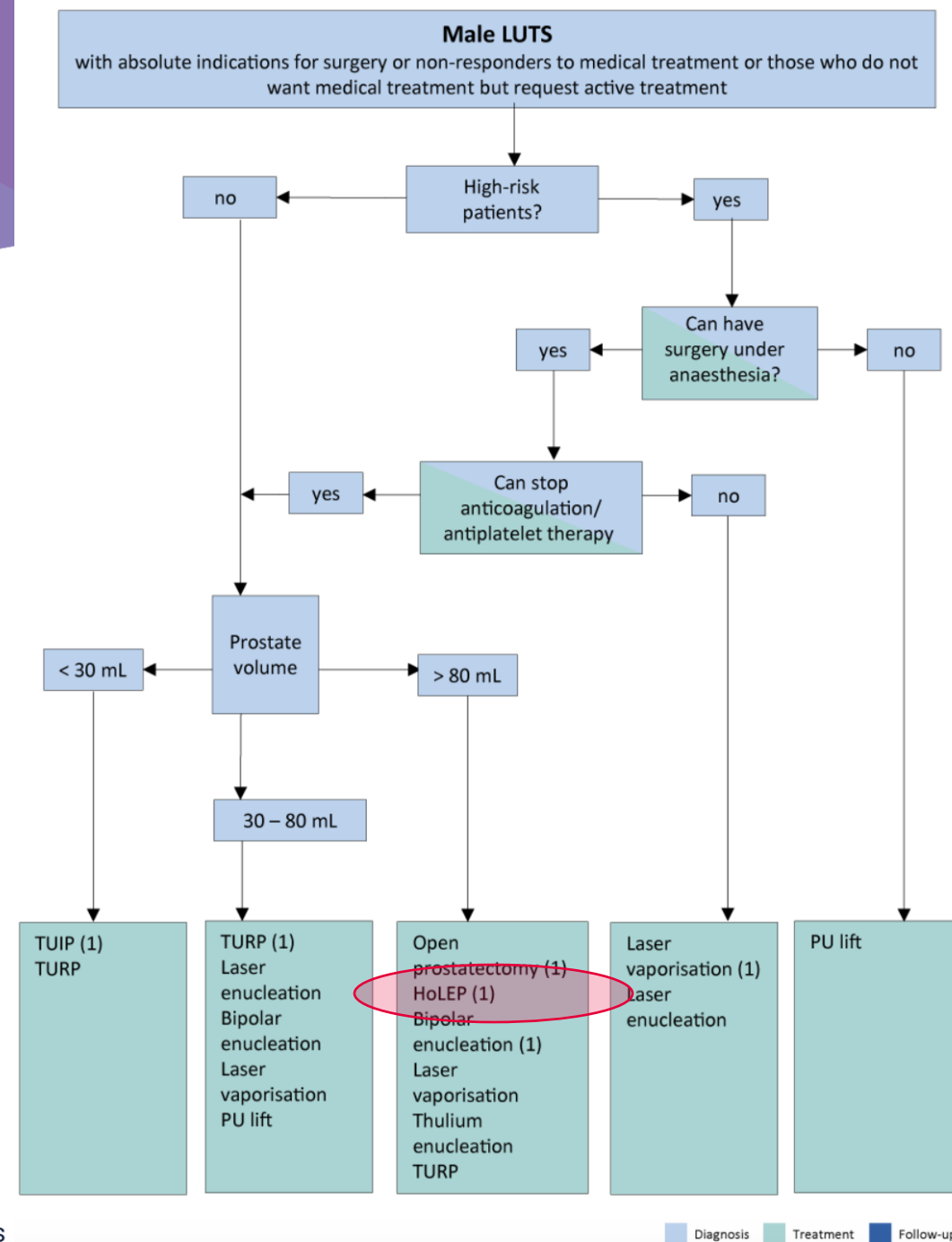
Alternatief:

ThuLEP (Thulium Laser Enucleatie)

> Voordelen met name bij grootte prostaten (vanaf 80 gram)

- Minder bloedverlies (ivm met TURP en OP)
- Kortere hospitalisatieduur (ivm TURP en OP)
- Minimaal invasief (ivm OP)

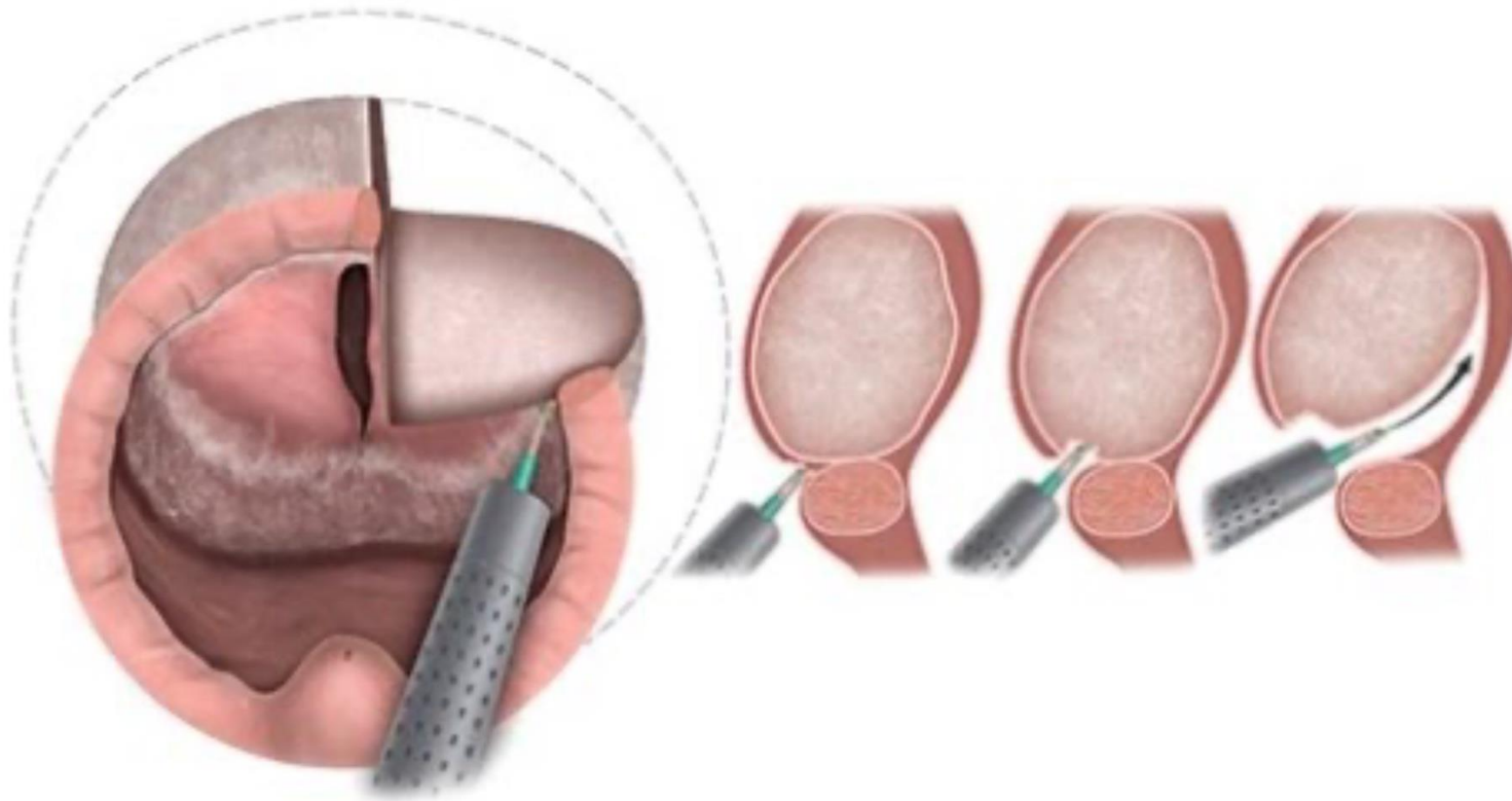
> Nadelen: tijdelijke urgency (+urge-incontinentie) gedurende maximaal 2-tal maanden



HoLEP



HoLEP



Inhoud

- Updates
 - BPH: HoLEP
 - Prostaatkanker
 - Nieuwe staging: PSMA-PET CT
 - Actieve opvolging
- Urologische troubleshooting in de eerste lijn
 - Recidiverende UWI
 - PSA vroegdetectie: to do or not to do?



Prostaatkanker

PSMA-PET CT

- ^{68}Ga -PSMA-PET of ^{18}F -PSMA-PET CT $\Leftrightarrow$ klassieke CT abdomen + botscan
- Hogere sensitiviteit (60-70%) en hogere specificiteit (90-100%) voor LN+ of M+
- Nieuwe richtlijn bij primaire staging
- Vaak bij recidief of metastatische setting
 - Oligometastatische setting
 - Palliatief



Low-risk localised disease	
Do not use additional imaging for staging purposes.	Strong
Intermediate-risk disease	
For patients with International Society of Urological Pathology (ISUP) grade group 3 disease perform prostate-specific antigen-positron emission tomography/computed tomography (PSMA-PET/CT) if available to increase accuracy or at least cross-sectional abdominopelvic imaging and a bone-scan.	Weak
High-risk localised disease/locally advanced disease	
Perform metastatic screening using PSMA-PET/CT if available or at least cross-sectional abdominopelvic imaging and a bone-scan.	Strong

Conservatieve strategie in prostaatkankerbehandeling

	Active surveillance	Watchful waiting
Treatment intent		
Follow-up		
Assessment/markers used		
Life expectancy		
Aim		
Eligible patients		

DRE = digital rectal examination; PSA = prostate-specific antigen; MRI = magnetic resonance imaging.



Guidelines



UroNA Urologie Noord Antwerpen



www.urologienoordantwerpen.be



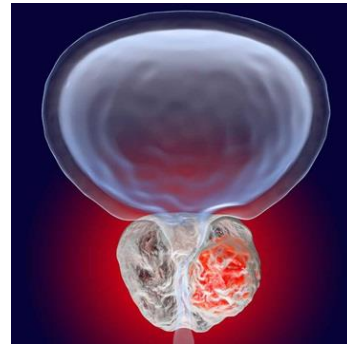
AZ Voorkepen
algemeen ziekenhuis
emmaüs

Actieve opvolging

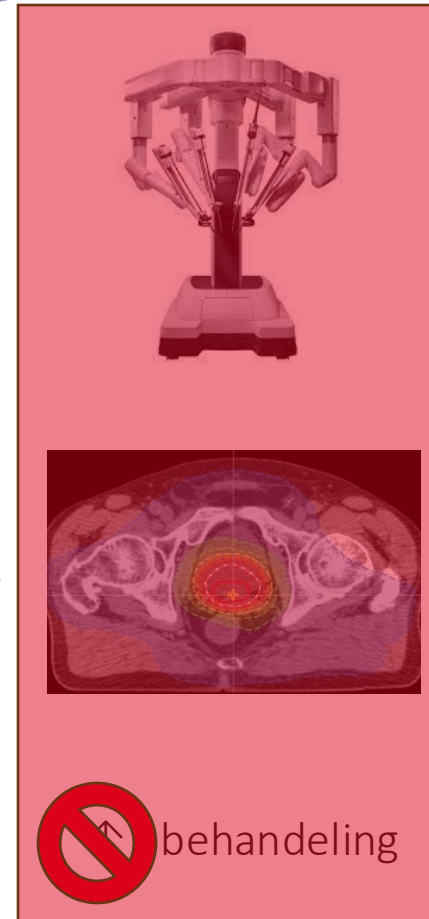
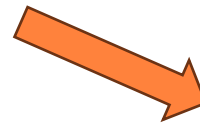
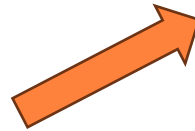
Rationale



PSA screening



Prostaatkanker
↑ low risk



Actieve opvolging Inclusie

Low risk



→ Absolute exclusie

- < 10-jaars levensverwachting
- Variante histologie: cribriform / intraductaal
- $\geq$ T3 (mpMRI)

→ Relatieve exclusie

- T2c (mpMRI) – groot tumorvolume
- Familiaal/genetisch (BRCA mutatie) voorkomen
- PSA-D > 0,15 ng/mL/cc

Definition			
Low-risk	Intermediate-risk	High-risk	
PSA < 10 ng/mL and GS < 7 (ISUP grade 1) and cT1-2a*	PSA 10–20 ng/mL or GS 7 (ISUP grade 2/3) or cT2b*	PSA > 20 ng/mL or GS > 7 (ISUP grade 4/5) or cT2c*	any PSA any GS (any ISUP grade)* cT3-4* or cN+**
Localised			Locally advanced

 Guidelines

Actieve opvolging Inclusie

Intermediate risk disease



- max ISUP 2 (max 10% gleason 4)
- PSA < 10 ng/mL
- max T2a
- beperkt lokaal tumorvolume (max 3 pos cores en max 50% involvement/core)
- Geen variëte histologie: cribriform / intraductaal
- Min. 10-jaars overleving

→ Relatieve exclusie

- Familiaal/genetisch (BRCA mutatie) voorkomen
- PSA-D > 0,15 ng/mL/cc

Definition			
Low-risk	Intermediate-risk	High-risk	
PSA < 10 ng/mL and GS < 7 (ISUP grade 1) and cT1-2a*	PSA 10–20 ng/mL or GS 7 (ISUP grade 2/3) or cT2b*	PSA > 20 ng/mL or GS > 7 (ISUP grade 4/5) or cT2c*	any PSA any GS (any ISUP grade)* cT3-4* or cN+**
Localised			Locally advanced



Actieve opvolging protocol

- Confirmatory biopsy (systematisch + target biopsie)
 - = herbiopsie < 12 maanden na start AS
 - = verbetering accuraatheid histologie primaire diagnose
 - = niet noodzakelijk als reeds MRI + syst/targ biopsie bij initiële diagnose
- DRE (min. 1x per jaar)
- PSA (min. 2x per jaar)
- Repeat biopsy*
 - = minimaal 1x per 3 jaar voor 10 jaar behalve igv PI-RADS 1-2 op MRI en PSA-D < 0,15
 - = triggered door evolutie DRE/PSA/mpMRI
- mpMRI *
 - = triggered door evolutie DRE/PSA
 - = steeds voor repeat biopsy
 - = voorlopig niet standaard (serieel)
 - (wel volgens UK NICE guidelines)



Inhoud

- Updates
 - BPH: HoLEP
 - Prostaatkanker
 - Nieuwe staging: PSMA-PET CT
 - Actieve opvolging
- Urologische troubleshooting in de eerste lijn
 - Recidiverende UWI
 - PSA vroegdetectie: to do or not to do?

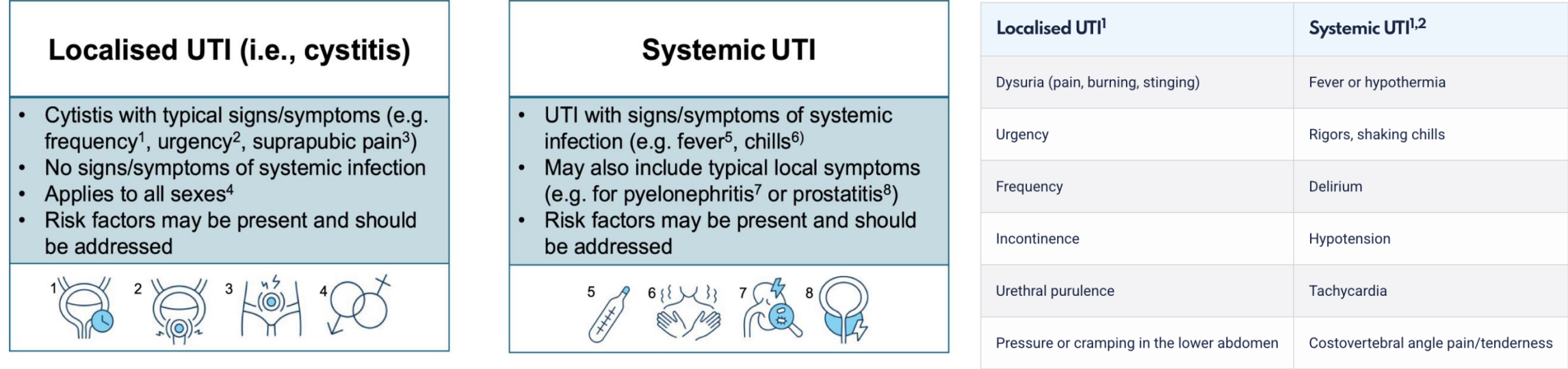


Urneweginfecties

Update 2025

Nieuwe classificatie UWI

Figure 1: Classification of UTI



Recidiverende urineweginfecties

Definitie

- 2 of meer UWI's per 6 maanden
- 3 of meer UWI's per 12 maanden

Risicofactoren

Young and pre-menopausal women	Post-menopausal and elderly women
- Sexual intercourse - Use of spermicide - A new sexual partner - A mother with a history of cystitis - History of cystitis during childhood - Blood group antigen secretory status	- History of cystitis before menopause - Urinary incontinence - Atrophic vaginitis due to oestrogen deficiency - Cystocele - Increased post-void urine volume - Blood group antigen secretory status - Urine catheterisation and functional status - deterioration in elderly institutionalised women

Recidiverende urineweginfecties

Advies

- Urinecultuur pre-behandeling (niet louter dipstick bij rUWI)
- Geen extensieve routine workup (echo, cysto, ...) bij vrouwen zonder risicofactoren
- Verhoog vochtintake (bij intake < 1,5L per dag)
- Hygiënisch advies: geen genitaal zeepgebruik, correct 'afvegen'
- Vaginale oestrogeen bij postmenopauzale droogte
- Laaggedoseerde profylactische AB continu (furadantin 50mg 1dd of monuril 2-3x per week) versus postcoitaal (bij duidelijke link)
- Cranberry
 - Toch mogelijk voordeel na recente RCT: eventueel voorkeur als sap gezien concomittante vochtintake
- D-mannose
- OM-89 (Uro-Vaxom) immuunmodulator
- Endovesicale spoelingen hyaluronzuur +/- chondroïtine sulfaat (bv GPAN spoeling) ter herstel GAG laag

Inhoud

- Updates
 - BPH: HoLEP
 - Prostaatkanker
 - Nieuwe staging: PSMA-PET CT
 - Actieve opvolging
- Urologische troubleshooting in de eerste lijn
 - Recidiverende UWI
 - PSA vroegdetectie: to do or not to do?



PSA screening

DOMUS
MEDICA

Stand van zaken 2014

Voor Domus Medica is er **geen plaats voor systematische screening** van mannen op prostaatkanker. Domus Medica **raadt opportunistische screening**, op vraag van de patiënt, bij mannen tussen 55 en 69 jaar, **af**.

Stand van zaken 2023

Voor Domus Medica is er **nog steeds geen plaats voor systematische screening** van mannen op prostaatkanker. Domus Medica **raadt opportunistische screening**, op vraag van de patiënt, bij mannen tussen 55 en 69 jaar, **af, tenzij de patiënt, op zijn vraag, goed geïnformeerd is over de beperkte voordelen en de gekende nadelen**. De voorschrijvende arts moet weten dat prostaatkankeropsporing een opportuiniteitskost heeft, die niet op andere domeinen van de gezondheidszorg kan geïnvesteerd worden.



UroNA Urologie Noord Antwerpen



www.urologienoordantwerpen.be

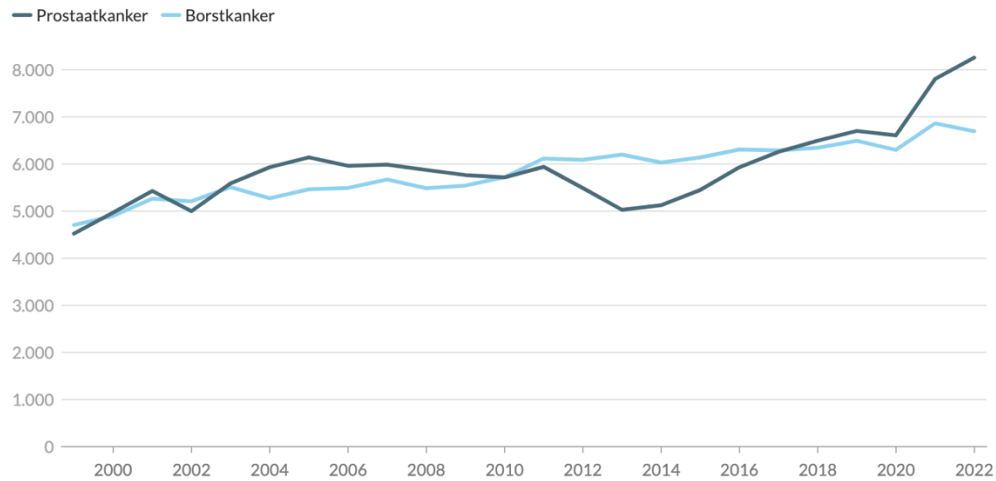


AZ Voorkepen
algemeen ziekenhuis
emmaüs

PSA screening

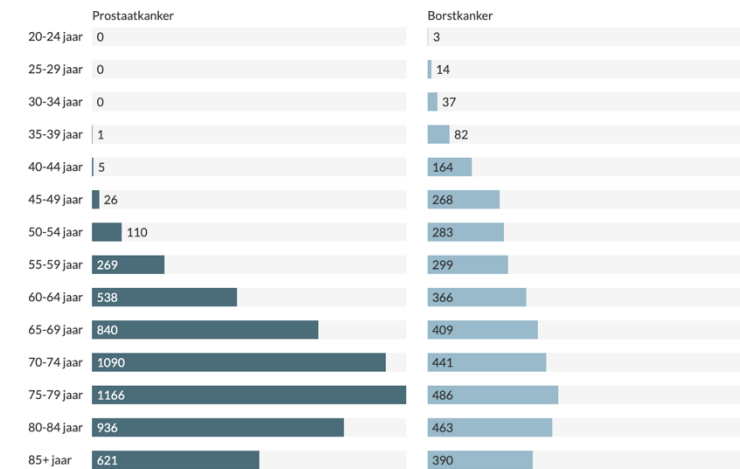
Belangrijke achtergrond

Nieuwe diagnoses van prostaatkanker en borstkanker
Vlaams Gewest, 1999-2022, aantal



Bron: Kankerregister, bewerking Statistiek Vlaanderen

Nieuwe diagnoses van prostaatkanker en borstkanker naar leeftijd
Vlaams Gewest, 2022, aantal per 100.000 mannen/vrouwen



Bron: Kankerregister, bewerking Statistiek Vlaanderen

12-13% M+ bij diagnose → slechts 20% 10-jaarsoverleving



UroNA Urologie Noord Antwerpen



www.urologienoordantwerpen.be



AZ Voorkepen
algemeen ziekenhuis
emmaüs

PSA screening

Belangrijke achtergrond

Table 5.1: Follow-up data from the ERSPC study [145]

Years of follow-up	Number needed to screen	Number needed to treat
9	1,410	48
11	979	35
13	781	27
16	570	18

 Guidelines

PSA screening

Belangrijke achtergrond

A Detailed Evaluation of the Effect of Prostate-specific Antigen-based Screening on Morbidity and Mortality of Prostate Cancer: 21-year Follow-up Results of the Rotterdam Section of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer

Ivo I. de Vos^{†,*}, Annick Meertens[†], Renée Hogenhout, Sebastiaan Remmers, Monique J. Roobol, on behalf of the ERSPC Rotterdam Study Group

Erasmus MC Cancer Institute, University Medical Center Rotterdam, Rotterdam, The Netherlands

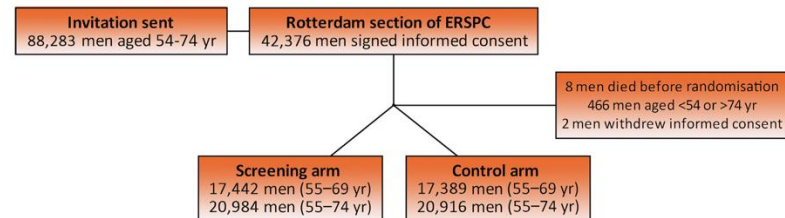


Fig. 1 – Flowchart of the study. ERSPC = European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer; PCa = prostate cancer.

ERSPC

- 1993-2000 inclusie 42 376 mannen multicentrisch (EU)
- Screening elke 4 jaar enkel PSA; PSA > 3ng/mL → biopsie (TR)
- Voordeel op PCSM: 33% RR reductie in screeningsarm
- Voordeel M+ ziekte: 40-50% RR reductie in screeningsarm

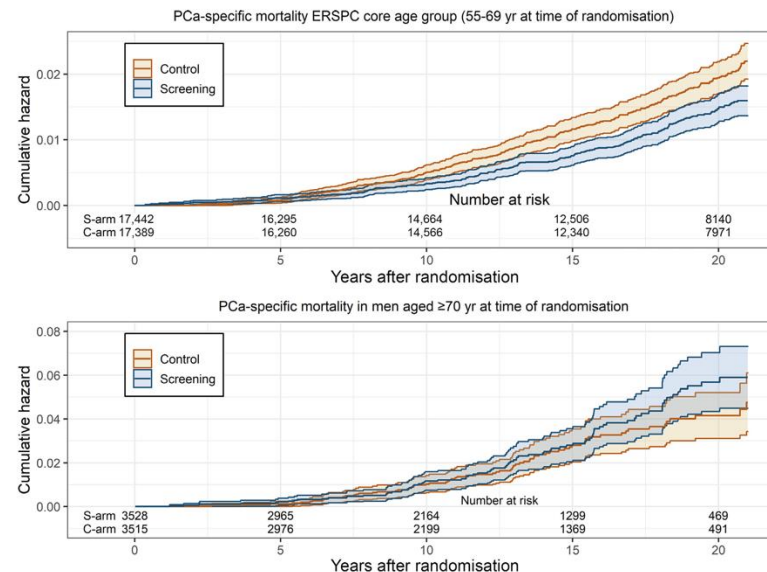
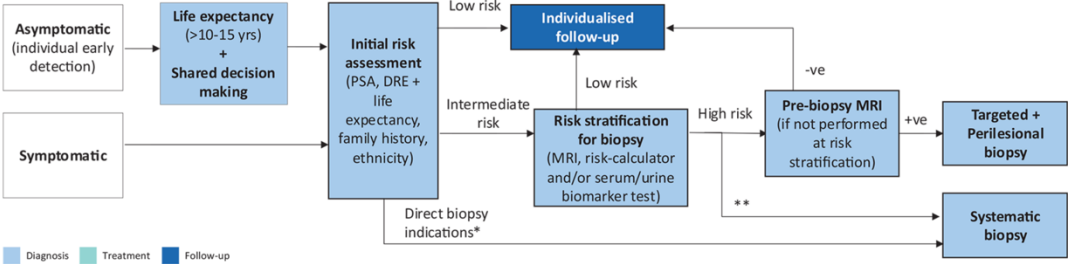


Fig. 3 – Nelson-Aalen cumulative hazard estimates of prostate cancer-specific mortality for the ERSPC core age group (55-69 yr) and men aged ≥70 yr at the time of randomisation including 95% confidence intervals. C-arm = control arm; ERSPC = European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer; PCa = prostate cancer; S-arm = screening arm.

PSA vroegdetectie

MRI en biopsie?



Risk data table 1

Detection of clinically significant prostate cancer (ISUP GG 2 and higher)

		PSA-density risk groups			
PI-RADS risk categories	Prevalence ISUP ≥ 2 PCa	Low < 0.10	Intermediate-low 0.10–0.15	Intermediate-high 0.15–0.20	High ≥ 0.20
		31% (678/2199)	28% (612/2199)	16% (360/2199)	25% (553/2199)
Compiled totals of csPCa risk					
PI-RADS 1–2	6% (48/839)	3% (11/411)	7% (17/256)	8% (8/104)	18% (12/68)
PI-RADS 3	16% (41/254)	4% (3/74)	13% (11/88)	29% (12/41)	29% (15/51)
PI-RADS 4–5	62% (687/1106)	31% (59/189)	54% (144/286)	69% (148/215)	77% (336/434)
All PI-RADS	35% (776/2199)	11% (73/674)	28% (172/612)	47% (168/360)	66% (363/553)
		↓			

Risk-adapted matrix table for biopsy decision management

PI-RADS 1–2	No biopsy	No biopsy	No biopsy	Consider biopsy
PI-RADS 3	No biopsy	Consider biopsy	Highly consider biopsy	Perform biopsy
PI-RADS 4–5	Perform biopsy	Perform biopsy	Perform biopsy	Perform biopsy

Risk data table 2

Very low	0–5% csPCa (below population risk) [#]
Low	5–10% csPCa (acceptable risk)
Intermediate-low	10–20% csPCa
Intermediate-high	20–30% csPCa
High	30–40% csPCa
Very high	> 40% csPCa



Guidelines



UroNA Urologie Noord Antwerpen



www.urologienoordantwerpen.be



AZ Voorkepen
algemeen ziekenhuis
emmaüs

PSA screening

Belangrijke achtergrond

Nadelen

Hoge NNS

Lage RRReductie CSM

Overbehandeling

Kosten

Antwoord

Vglbaar met borstkanker en darmkanker

33% in leeftijdsgroep 55-69 j (vglbaar met borstkanker en beter als darmkanker (16%))

Risico-tools (prostaatwijzer.nl) } Minder onnodige biopsies
MRI

PSA-densiteit

Targeted + perilesionele biopsies (betere detectie significante ziekte)

Transperineale biopsies (lagere infectierisico en mogelijks betere detectie)

Active surveillance voor low en favourable intermediate risk

Complicaties na RT of chirurgie lager door betere technieken

Recente studie toont mogelijks kosteneffectiviteit van screening (zelfs + MRI)



UroNA Urologie Noord Antwerpen



www.urologienoordantwerpen.be



AZ Voorkepen
algemeen ziekenhuis
emmaüs

PSA vroegdetectie

Besluit

AKKOORD met Domus Medica:
voorlopig geen plaats voor systematische screening (zoals bv borstkanker)

MAAR:
wel evidentie voor individuele risico-afhankelijke vroegdetectie ahv PSA ivv shared decision met uw patiënt

DUS:
bespreek voor- en nadelen met de patiënt, rekening houdend met risicofactoren van de individuele patiënt.



UroNA Urologie Noord Antwerpen



www.urologienoordantwerpen.be



AZ Voorkepen
algemeen ziekenhuis
emmaüs

PSA vroegdetectie

Nieuw voorstel van Europese vereniging (EAU)

5.1.6. Recommendations for individual early detection

Recommendations	Strength rating
Do not subject men to prostate-specific antigen (PSA) testing without counselling them on the potential risks and benefits.	Strong
Offer an individualised risk-adapted strategy for early detection to a well-informed man with a life-expectancy of at least fifteen years.	Weak
Offer early PSA testing to well-informed men at elevated risk of having PCa: • men from 50 years of age; • men from 45 years of age and a family history of PCa; • men of African descent from 45 years of age; • men carrying <i>breast cancer gene 2 (BRCA2)</i> mutations from 40 years of age.	Strong
Offer a risk-adapted strategy (based on initial PSA level), with follow-up intervals of two years for those initially at risk: • men with a PSA level of > 1 ng/mL at 40 years of age; • men with a PSA level of > 2 ng/mL at 60 years of age; Postpone follow-up up to eight years in those not at risk.	Weak
Stop early diagnosis of PCa based on life expectancy and performance status; men who have a life-expectancy of less than fifteen years are unlikely to benefit.	Strong

Dankjewel voor jullie aandacht!

Vragen?

