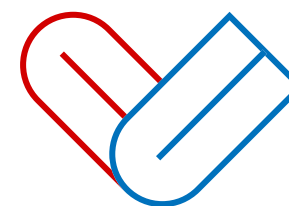




**Kennisagenda  
Urologie  
2020-2024**

Nederlandse Vereniging voor Urologie



# Kennisagenda Urologie 2020-2024

Nederlandse Vereniging voor Urologie

## INITIATIEF

Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)

## MET ONDERSTEUNING VAN

Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS)

Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)

## AUTEURSRECHTEN VOORBEHOUDEN

© 2020 NVU, Postbus 20078, 3502 LB UTRECHT

## CORRESPONDENTIE

Bureau NVU, Mercatorlaan 1200, 3528 BL, Utrecht

Telefoon: 030 899 3021, Email: [nvu@xs4all.nl](mailto:nvu@xs4all.nl), Website: [www.nvu.nl](http://www.nvu.nl)

Alle rechten voorbehouden. De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de NVU. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de NVU aanvragen, voor contactgegevens: zie boven.

## Vormgeving en opmaak

[ijzersterk.nu](http://ijzersterk.nu)

## Werkgroep Kennisagenda Urologie

- Prof. dr. Chris Bangma, voorzitter werkgroep, Erasmus MC
- Prof. dr. Igle Jan de Jong, werkgroep oncologische urologie, UMCG
- Dr. Erik Cornel, convent van hoogleraren & wetenschappers, Ziekenhuis Groep Twente
- Dr. Bertil Blok, werkgroep functionele en reconstructieve urologie, Erasmus MC
- Dr. Barbara Schout, stichting werkgroep endo-urologie Nederland, Alrijne ziekenhuis
- Dr. Rogier Schroeder, werkgroep kinderurologie, Wilhelmina Kinderziekenhuis
- Dr. Marij Dinkelman-Smit, werkgroep andrologie, Erasmus MC
- Dr. Allon van Uitert, Rijnstate
- Drs. Piter Jan Stelwagen, Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis
- Dr. Laura Mertens, Amsterdam UMC

## Met ondersteuning van

Dr. Hanneke de Graaf, onderzoeksleider Erasmus MC

Drs. Cathelijn de Vries, adviseur kwaliteit NVU

Renate Brouwer, senior secretaresse NVU



# Voorwoord

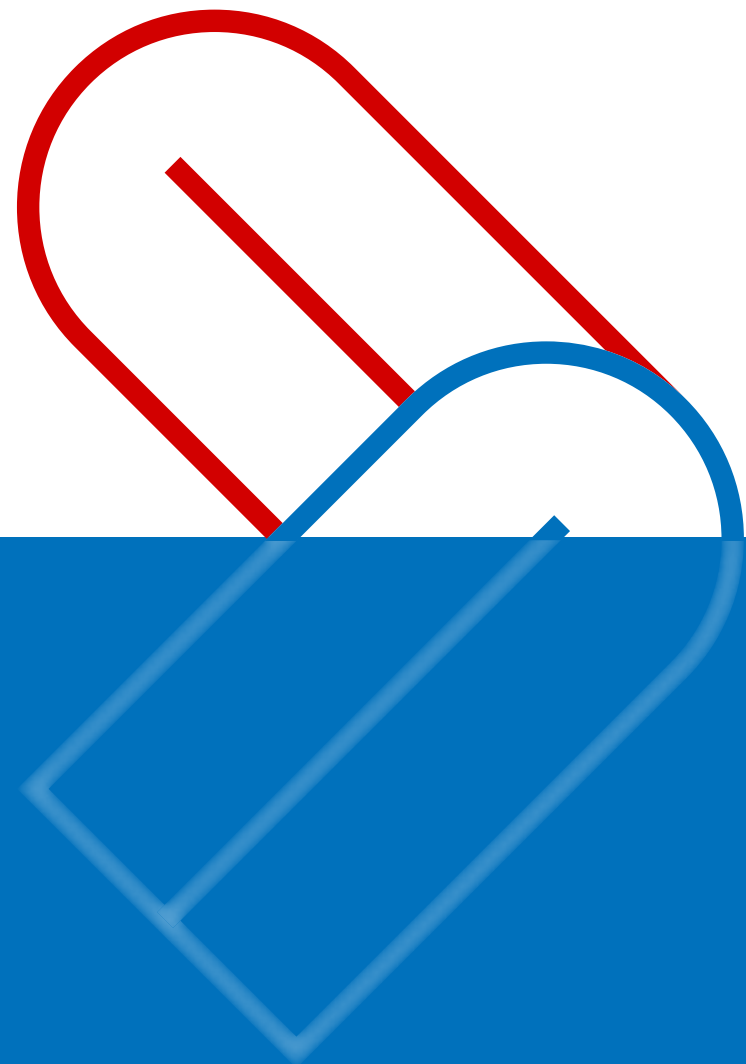
Wetenschapsfilosoof en natuurkundige Thomas Kuhn twijfelde eraan of wetenschap wel tot vooruitgang kan leiden. Zeker als die wetenschap op weinig absolute waarden berust, als in de geneeskunde, is dat een terechte vraag. Nog steeds baseren wij een deel van ons handelen op ambachtelijke wijsheden, paradigma's en theoretische aannames. EBM (evidence-based medicine) zou uitkomst moeten bieden, maar dat is bewerkelijk en kost tijd en geld. Bovendien laat een inherent chaotische systeem als het menselijk lichaam zich niet makkelijk vangen in absolute waarden. Gelukkig maar, dan blijft er ook nog een rol voor de dokter.

Dat moet ons er echter niet van beletten kritisch te zijn over ons eigen handelen en de juiste vragen te stellen. Zoals eerder beschreven is juist daar de afgelopen jaren hard aan gewerkt, met medewerking van alle betrokke-

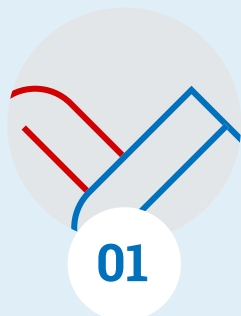
nen (patiënten, verzekeraars). Dit resulteerde in de Kennisagenda met veertien onderzoeksvragen, het instellen van een nieuwe werkgroep en het aanstellen van een onderzoekscoördinator. De komende jaren gaan we hiermee aan de slag met uw hulp en hopelijk medewerking om antwoorden te vinden op deze prangende vragen.

Zo doen we onze naam als wetenschappelijke vereniging eer aan en kunnen we hopelijk Thomas Kuhn in het ongelijk stellen.

Bart van Bezooijen,  
Voorzitter Nederlandse Vereniging voor Urologie



# Inhoud



**Samenvatting**

lees verder



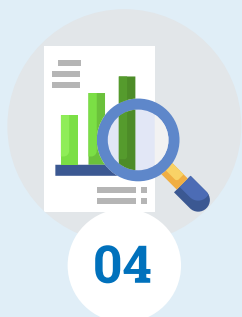
**Inleiding**

lees verder



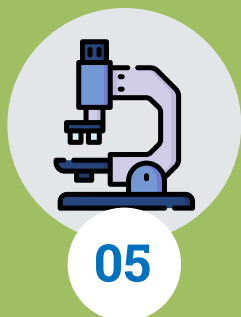
**De gevolgde procedure**

lees verder



**Resultaten**

lees verder



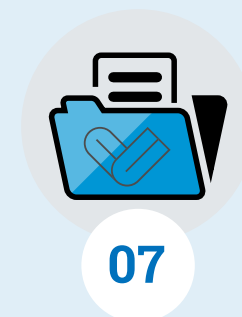
**De top 14  
kennishiaten per  
aandachtsgebied**

lees verder



**Implementatie**

lees verder



**Bijlagen**

lees verder



01

# Samenvatting

De Kennisagenda Urologie is een meerjarenplan voor wetenschappelijk onderzoek en zorgevaluatie. De kennisagenda geeft aan welke kennislacunes volgens de beroepsgroep, de patiëntenverenigingen en betrokken partijen het meest urgent zijn voor uitwerking in de nabije toekomst. Deze kennishiaten kunnen aanwezig zijn in de dagelijkse zorg voor patiënten, in de samenwerking met andere zorgverleners (zorgpaden) en/of in innovatieve- of wetenschappelijke vraagstukken. Wetenschappelijk onderzoek volgt de wetenschappelijke methode waarbij een probleem of kennishiaat leidt tot het opstellen van een hypothese en een alternatieve hypothese die statistisch correct getest worden om tot een waardevol antwoord te komen.

Bij het opstellen van de Kennisagenda Urologie 2020-2024 is de volgende procedure doorlopen:

### Samenstelling van de longlist

Om tot een lijst te komen met de belangrijkste kennishiaten is gestart met de verkenning van de opbrengsten van de eerste kennisagenda, gevolgd door een brede inventarisatie van alle mogelijke kennishiaten per urologisch aandachtsgebied<sup>1</sup> (zie tabel 1). Hiervoor zijn allereerst de leden en werkgroepen van de NVU, patiënten- en andere wetenschappelijke verenigingen geënquêteerd en is er een startbijeenkomst gehouden voor zowel de leden van de werkgroep Kennisagenda Urologie 2020-2024 (hierna: werkgroep) als de vertegenwoordigers van de patiëntenverenigingen. Uit deze inventarisatie kwamen meer dan 200 kennishiaten naar voren (zie tabel 1 en figuur 2).

### Prioriteringsbijeenkomst: van shortlist naar top 20

Om tot een behapbare longlist voor de prioriteringsbijeenkomst te komen, is de samengestelde longlist door de werkgroep geanalyseerd aan de hand van de volgende criteria: dubbel, reeds lopend project, vraag voor ander gremium en/of niet/wel relevant. De overgebleven shortlist van 59 kennishiaten zijn tevoren en tijdens de prioriteringsbijeenkomst met representanten van alle bovengenoemde partijen geprioriteerd op basis van relevantie, urgentie, onderzoekbaarheid/ haalbaarheid, impact op vakgebied/ maatschappij en aansluiting bij patiënteninbreng. Dit heeft geleid tot een top 20 aan kennishiaten, zie bijlage 2.

### Top 14

De werkgroep heeft de hoogst scorende top 14 van kennishiaten vastgesteld uit de 20 op de prioriteringsbijeenkomst geselecteerde kennishiaten, teneinde te komen tot een aantal dat in evenwicht was met de kennisagenda's van overige

Urologisch aandachtsgebied		longlist	shortlist	Top 14
1	Urologie – Algemeen	15	8	3
2	Endo-urologie en steenlijden	18	4	
3	Functionele en Reconstructie Urologie	72	15	4
4	Urologie – Andrologie	7	6	3
5	Urologie – Kinderurologie	4	2	1
6	Urologie – Oncologie algemeen	4	1	3
6a	Urologie – Oncologie Prostaat	44	12	
6b	Urologie – Oncologie Blaas	25	8	
6c	Urologie – Oncologie Nier	21	2	
6d	Urologie – Oncologie Testis	2	1	

WV-en en voldoet aan het door nationale gremia gevoerde beleid. Hierbij werden de volgende weegfactoren meegenomen zonder nader bepaalde wegingsfactor:

- De onderzoekbaarheid: het benodigde onderzoek moet haalbaar zijn met een grote kans op succes. Hierbij is er bij voorkeur aansluiting bij al bestaande onderzoekslijnen op het gebied van de specifieke onderzoeksvraag;
- De relevantie van de onderzoeksvragen voor de patiëntenverenigingen;

De top 14 en de gevolgde procedure is geaccordeerd door het bestuur van de NVU.

### Uitwerking van de kennishiaten

Na akkoord van het bestuur van de NVU zijn de kennishiaten uit de top 14 verder uitgewerkt door de gerelateerde NVU-werkgroepen. Per kennishiaat is een onderzoeksvraag en een PICO opgesteld. Deze PICO's vormden de basis van deze Kennisagenda Urologie 2020-2024. Na schriftelijke afstemming met alle leden (commentaarronde) en de Patiëntenfederatie Nederland (NPF) zijn deze onderzoeksvragen definitief opgenomen in de Kennisagenda Urologie 2020-2024.

1. *Algemene urologie, andrologie, functionele en reconstructieve urologie, minimaal invasieve urologie en laparoscopie, kinderurologie, algemeen oncologisch urologie, prostaatcarcinoom, blaascarcinoom, niercelcarcinoom en testiscarcinoom.*

# Inleiding



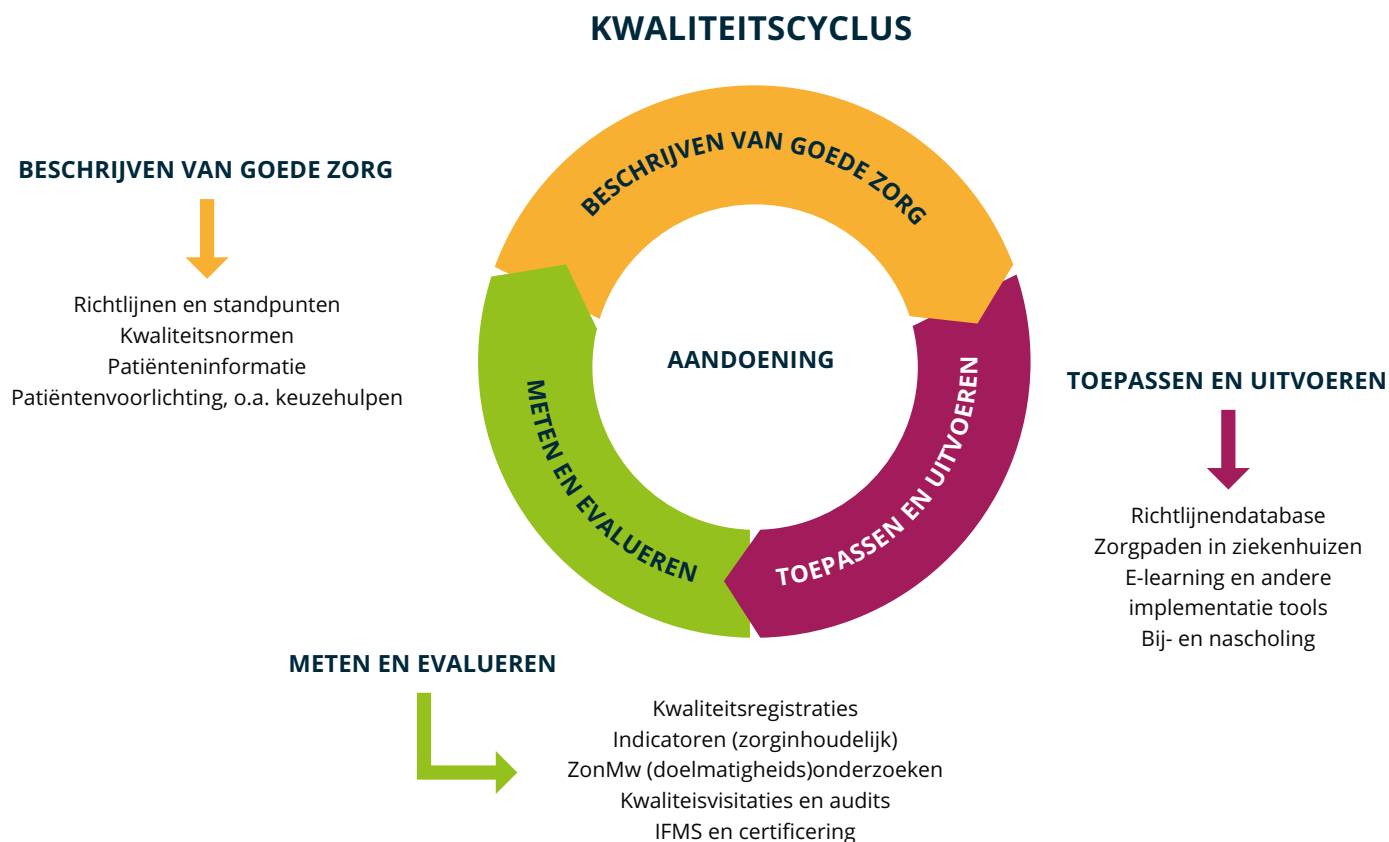
02

Voor u ligt de Kennisagenda Urologie 2020-2024 van de Nederlandse Vereniging voor Urologie. Het project 'Kennisagenda Urologie 2020-2024' is in 2019 gestart met als doel te komen tot een kennisagenda met een beschrijving van de belangrijkste kennishiaten op dit moment en een plan van aanpak hoe deze met wetenschappelijk onderzoek in te vullen. Een kennisagenda geeft aan welke kennis het veld nodig heeft om gezondheidswinst voor de patiënt te behalen en meer doelmatige zorg te bewerkstelligen. De kennisagenda vormt een uitgangspunt voor een meerjarenplan voor wetenschappelijk onderzoek, waaronder doelmatigheidsonderzoek, zorgevaluatie, innovatief en translationeel onderzoek.

De NVU streeft voortdurend naar verbetering van de kwaliteit en innovatie van de zorg voor de patiënt. Aan de basis hiervan ligt een integraal kwaliteitsbeleid, waarbij de verschillende instrumenten in samenhang ontwikkeld, toegepast, geëvalueerd en verbeterd worden. Het integraal kwaliteitsbeleid van de NVU kan grafisch worden weergegeven in de zogenoemde 'kwaliteitscyclus' (figuur 1). Deze kwaliteitscyclus geeft enerzijds de relatie tussen de diverse instrumenten en fasen van de cyclus en anderzijds de relatie tussen wetenschap en kwaliteit weer.

Deze kwaliteitscirkel geeft de samenhang tussen de kwaliteit-aspecten weer:

1. het beschrijven van goede zorg in richtlijnen voor het medisch handelen en deze op regelmatige basis bijstellen aan de hand van nieuwe inzichten en studies;
2. het implementeren van deze richtlijnen door aanpassingen en vernieuwingen door te voeren in de dagelijkse zorg;
3. het evalueren van de implementatie. Met andere woorden: het meten of de aanpassingen en vernieuwingen ook daadwerkelijk worden uitgevoerd in de praktijk en of hierdoor de kwaliteit van zorg verbetert of dat er nog aanpassingen nodig zijn. Op basis van deze evaluatie kan de implementatie verbeterd worden en/of geconstateerd worden dat er kennishiaten zijn. Kwaliteitsonderzoek is hierbij onderzoek dat gebruik maakt van tevoren opgestelde meetmethoden en uitkomstmaten van een proces, en deze relateert aan een norm, om vervolgens aan de hand van de resultaten het proces aan te passen.



Figuur 1 Kwaliteitscyclus "Sturing op Kwaliteit"



# De gevolgde procedure



03

Het bestuur van de NVU heeft de voorzitter van het Convent van Hoogleraren en Wetenschappers (Convent) in 2019 verzocht om in samenspraak met de Commissie Kwaliteit en de inhoudelijke werkgroepen een tijdelijke werkgroep Kennisagenda Urologie 2020-2024 te formeren om de Kennisagenda Urologie 2016-2019 te herzien. De samenstelling van de werkgroep moest kunnen rekenen op een breed draagvlak binnen de vereniging en tevens aan de volgende criteria voldoen: goede verdeling academie/ periferie, goede geografische verdeling, goede verdeling urologische aandachtsgebieden, betrokkenheid AIOS en jonge klaren.

De aanpak om te komen tot de kennisagenda bestond uit de volgende stappen:

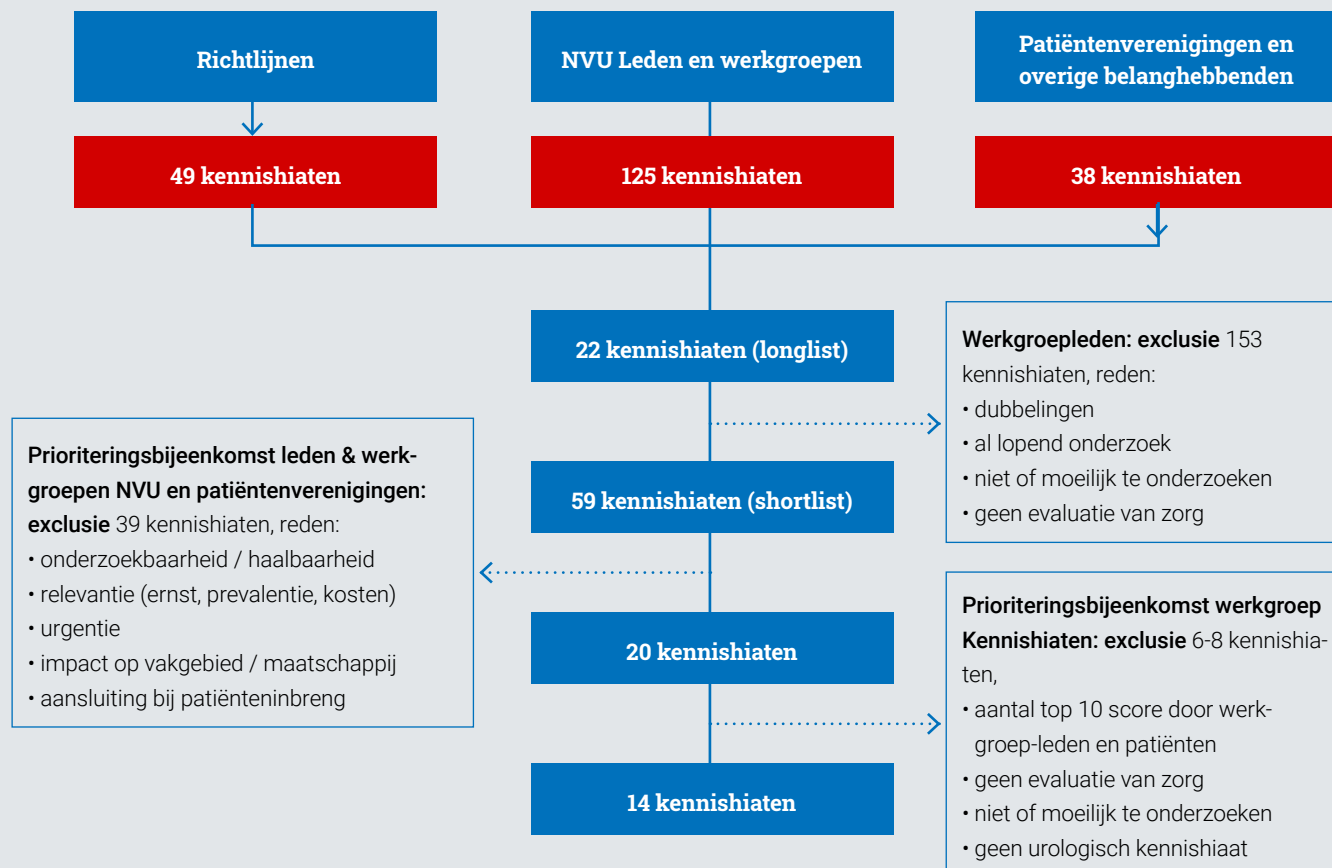
- Verkenning van de opbrengsten van de Kennisagenda Urologie 2016-2019;
- Verkenning huidige wetenschappelijke activiteiten op het gebied van urologie in Nederland;
- Verzameling van lacunes en aanbevelingen voor verder onderzoek uit bestaande urologische richtlijnen;
- Brede inventarisatie van alle mogelijke kennishiaten per urologisch aandachtsgebied;
- Integratie van bovengenoemde informatie;
- Prioritering van de nieuw verzamelde en niet belegde kennishiaten;
- Uitwerking van de kennishiaten d.m.v. het opstellen van een onderzoeksvraag en PICO;
- Goedkeuring door alle NVU leden en de Patiëntenfederatie Nederland;
- Opstellen van de kennisagenda en het geven van een aanzet tot een gezamenlijke uitvoering van de agenda.

De aanpak/methodiek van elk onderdeel wordt hier in chronologische volgorde beschreven en is weergegeven in figuur 2.

### 3.1. Brede inventarisatie van kennishiaten per urologisch aandachtsgebied

Het inventariseren van de kennishiaten is tot stand gekomen door informatie te verkrijgen via meerdere wegen:

- **Enquête onder alle NVU-werkgroepen, NVU leden, betrokken patiëntenverenigingen en betrokken stakeholders.** Bovengenoemde partijen hebben een digitale enquête ontvangen waarin hen werd gevraagd kennishiaten in te dienen ten behoeve van de kennisagenda;
- **Startbijeenkomst voor zowel de leden van de werkgroep Kennisagenda Urologie als de vertegenwoordigers van de patiëntenverenigingen.** Deze bijeenkomst is met name



ingegaan op de ervaringen en wensen van de patiëntenverenigingen met betrekking tot het onderzoek.

- **De relevante NVU-richtlijnen** zijn doorgenomen waarbij alle conclusies en aanbevelingen met een laag niveau van bewijskracht (niveau 3 en 4 of 'matig', 'laag' en 'zeer laag') en aanbevelingen voor verder onderzoek werden verzameld;
- **Selectie kennishiaten ten behoeve van de eerste prioritering.** De voorzitter van de werkgroep heeft de lijst met ingediende kennishiaten beoordeeld en in aantal gereduceerd door de hiaten te ontdebellen. Vervolgens hebben de leden van de werkgroep de afgeslankte longlist afzonderlijk doorgenomen en een eigen shortlist samengesteld met hierop 10-20 kennishiaten. Dit resulteerde in een shortlist met daarop 59 kennishiaten (zie figuur 2).

### 3.2 Prioritering van de kennishiaten

De shortlist diende als uitgangspunt voor de prioriteringsbijeenkomst op 20 januari 2020, waar zich 17 NVU-leden, 7 vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen en 1 belanghebbende voor hadden aangemeld. Het doel van deze bijeenkomst was het in gezamenlijkheid terugbrengen van het aantal kennishiaten en het aanbrengen van een prioritering in de kennishiaten.

De aanwezigen werden verdeeld over 4 verschillende tafels met elk een ervaren tafelvoorzitter:

**Tafel 1:** algemene urologie, minimaal invasieve urologie en laparoscopie, andrologie, Kinderurologie;

**Tafel 2:** functionele en reconstructieve urologie

**Tafel 3:** algemeen oncologische urologie, blaascarcinoom, niercelcarcinoom, testiscarcinoom

**Tafel 4:** prostaatcarcinoom

Aan de hand van tevoren vastgestelde criteria werden per tafel de kennishiaten uit de shortlist doorgenomen en een top 3-5 per aandachtsgebied vastgesteld. Deze criteria waren:

- Hoge urgentie, bv oude richtlijn, terwijl nieuwe evidentie bekend is;
- Zeer relevant: bv prevalentie, ernst (bv onveilige situatie), discussie over (on)zinnige zorg;
- praktijkvariatie, wel niet vergoeding in basiszorgpakket;
- Hoge impact op vakgebied/maatschappij;
- Zeer goed onderzoekbaar, nl monodisciplinair, groot aantal patiënten, acceptabele doorlooptijd, reeds aanwezige competenties in Nederland om het betreffende onderzoek uit te voeren (bv bestaande onderzoekslijn of al enige onderzoekstraditie op dit gebied);
- Goede mogelijkheden tot financiering.

De top 3-5 werd nadien per tafel plenair door de tafelvoorzitter toegelicht, en verzameld op een centrale lijst. Daarna ontvingen alle aanwezigen 3 stickers om een eigen top 3 aan te geven op de centrale lijst. Deze plenaire stemming mondde uit in een lijst van 20 onderwerpen met de meest urgente onderzoeksthema's en de hieronder vallende kennislacunes.

Na de prioriteringsbijeenkomst volgde een werkgroepoverleg om het aantal geprioriteerde kennishiaten te reduceren. Ter voorbereiding op het overleg stelden de werkgroepleden individueel een eigen top 10 samen. De gezamenlijke reductie verliep in drie stappen:

1. Het verwijderen van de kennishiaten die bij geen enkel werkgroepid in de top 10 stond.  
Resultaat van de eerste stap: van 20 naar 17 kennishiaten.
2. Het verwijderen van de kennishiaten die slechts door enkele werkgroepleden in de top 10 stond. Hierbij werd met name de onderzoekbaarheid van het kennishiaat besproken.  
Resultaat van de tweede stap: van 17 naar 15 kennishiaten.
3. Het doorlopen van alle overgebleven kennishiaten op de lijst a.d.h.v. de volgende criteria:
  - De onderzoekbaarheid: het benodigde onderzoek moet haalbaar zijn met een grote kans op succes. Hierbij is er

bij voorkeur aansluiting bij al bestaande onderzoekslijnen op het gebied van de specifieke onderzoeksvraag;

- De relevantie van de onderzoeksvragen voor de patiëntenverenigingen;

Een tweetal kennishiaten zijn in deze ronde afgevallen, terwijl zij wel als zeer relevant worden beschouwd. Het betreffen de volgende hiaten:

1. **Bacteriofagen bij urineweginfecties.** Dit betreft nog een onontgonnen gebied en is mogelijk in eerste instantie een vraagstuk voor microbiologen. Dit kennishiaat is zowel door de urologen als de patiënten in de top 10 gescoord.
2. **Implementatie van "Value Based Health Care" bij diverse aandachtsgebieden.** Belangrijke onderdelen hierbij zijn het definiëren van een ICHOM data set voor diverse patiëntengroepen en het waarborgen van de follow up data bij patiënten, die in verschillende zorginstututen worden (na) behandeld. Samenwerking met medische partners, patiëntenorganisaties, en de Nederlandse wetenschappelijke verenigingen, is hierbij essentieel. Dit kennishiaat is zowel door de urologen als de patiëntenverenigingen in de top 10 gescoord.

### 3.3 Uitwerking Top 14 in onderzoeksvragen en komen tot definitieve kennisagenda.

Na goedkeuring van de Top 14 door het bestuur is de Kennisagenda Urologie 2020-2024 voorgelegd aan de leden van de NVU en gepresenteerd op de NVU Najaarsvergadering. Ten behoeve van het programma Zorgevaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG) zijn de meeste kennishiaten tevens herschreven naar een duidelijke onderzoeksvraag en een bijbehorende PICO door de werkgroepen van de NVU.



04

# Resultaten

Resultaten verkenning opbrengsten  
eerste NVU Wetenschaps-agenda 2016-2019 en onderzoekslijnen

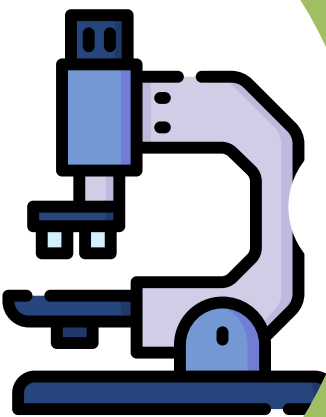
#### 4.1. Verkenning van de opbrengsten van de Wetenschapsagenda Urologie 2016-2019

Kennishiaat 1 <sup>ste</sup> wetenschapsagenda	Uitgewerkt in onderzoek	Subsidie
De effectiviteit van een nefrostomiekatheter versus JJ katheter bij obstructief niersteenlijden.	Ja, door o.a. Dr. B. Schout, Alrijne	Ja
De rol van TESE bij oncologische fertiliteit.	Ja door werkgroep andrologie	Nog niet
De rol & ontwikkeling van biomarkers in semen bij voorspellen van de kwaliteit van spermatogenese	ja door werkgroep andrologie	Nog niet
De effectiviteit van leefstijlinterventies bij urineweginfecties.	Nee	
De rol van bekkenbodempysiotherapie bij genitale pijnklachten.	Nee, geen consensus over PvA.	
De verschillen in effectiviteit van een sling, para-urethrale bulk en sfincterprothese bij (individuele) mannen met milde tot matige stress-urine-incontinentie na een radicale prostatectomie.	Ja, DRESSM-studie	Nee
De rol van imaging (MRI, PET-CT) bij prostaatacarcinoom	Ja, MrProper-studie	Ja, ZonMW
De effectiviteit van blaassparende behandelingen voor blaascarcinoom patiënten vergeleken met cystectomie.	Ja	ZonMw/ZiNL DO

#### 4.2 Inzicht in de onderzoekslijnen urologie

Het resultaat van de inventarisatie van de onderzoekslijnen bij de UMC's<sup>2</sup> en perifere ziekenhuizen staat in bijlage 4. De onderzoekslijnen worden daarin per urologische aandachtsgebied al dan onderverdeeld in basaal, translationeel onderzoek, en studies. Opvallend is dat er bij alle UMC's onderzoek gedaan wordt in de deelgebieden oncologie en functionele en reconstructieve urologie. Onderzoek binnen de deelgebieden andrologie en kinderurologie worden door meer dan de helft van de UMC's uitgevoerd. Steenpathologie wordt door drie UMC's onderzocht en benigne prostaathyperplasie kent twee onderzoekslijnen.

2. Onder UMC's valt ook het AVL/NKI



05

# De **top 14** kennishiaten per aandachtsgebied

# ALGEMENE UROLOGIE

## 1. Behandeling ongecompliceerde urineweginfecties bij blaaskatheterisatie

Is het spoelen van de blaas bij ongecompliceerde urineweginfecties bij blaaskatheterisatie een veilig en effectief alternatief ten opzichte van antibiotica?

Door overmatig antibiotica gebruik is wijdverspreide resistentie een steeds groter medisch en maatschappelijk probleem. De hypothese is dat het spoelen van de blaas net zo effectief is voor het verminderen van de klachten van ongecompliceerde UWI als een antibiotische kuur. Antibiotica resistentie is een wereldwijd probleem, met name in de groepen patiënten die regelmatig met antibiotica behandeld worden. Een groot deel van de patiënten die een katheter hebben of intermitterend katheteriseren, heeft regelmatig last van troebele en sterk ruikende urine en zal hiervoor antibiotica krijgen. Soms wordt na herhaalde antibioticum kuren als alternatief blaasspoelen met kraanwater, fysiologisch zout of GAG-laag herstellende vloeistoffen, zoals pentosanpolysulfaat, voorgeschreven. Er is weinig bekend over het nut van antibiotica bij deze patiëntengroep met catheters en over de waarde van blaasspoelen. Wel is bekend dat door het vele gebruik van antibiotica veel bijwerkingen, zoals diarree en schimmelinfecties, en bacteriële resistentie kan ontstaan, waardoor het steeds lastiger kan worden om infecties te behandelen.

## 2. Spontaan beloop urineweginfecties bij vrouwen

Leidt voorlichting over een afwachtend beleid bij niet-zwangere vrouwen met ongecompliceerde urineweginfectie tot minder antibiotica gebruik?

Een ongecompliceerde urineweginfectie niet-zwangere vrouwen geneest in 25-50% spontaan. Ondanks deze kennis wordt in 72% van deze gevallen, ondanks het lage risico op complicaties, toch antibiotica voorgeschreven. Dit leidt tot onnodige bijwerkingen, zoals diarree en schimmelinfecties en tevens bacteriële resistentie. Per jaar worden er meer dan anderhalf miljoen antibiotica recepten voorgeschreven voor vrouwen < 45 jaar met een urineweginfectie in de eerste lijn, ondanks dat de NHG-richtlijn aanraadt om bij deze groep patiënten een afwachtend beleid te voeren. Betere voorlichting door huisartsen en doktersassistenten over spontane genezing bij een afwachtend beleid, zal leiden tot een betere implementatie van de richtlijn en 20% minder antibiotica gebruik.

## 3. Wisselen van blaascatheters en niercatheters bij urineweginfecties

Is het wisselen van blaascatheters en niercatheters bij urineweginfecties zinnige zorg?

Er is vaak discussie tussen internisten en urologen over het vervangen van blaaskatheters, maar ook over de vervanging van JJ's en nefrostomiekatheters. De meest recente NVU-richtlijn verwijst voor dit onderwerp naar de gereviseerde richtlijn van de Stichting Werkgroep Antibioticabeleid (SWAB). Deze SWAB richtlijn geeft het advies om een catheter die > 2 weken in situ is op moment van ontstaan van urineweginfectie te vervangen o.b.v. level 3 bewijs (1 RCT van 55 patiënten).

Hypothese: het verwisselen van blaas/niercatheters bij patiënten met een urineweginfectie is geen zinnige zorg.

# FUNCTIONELE EN RECONSTRUCTIEVE UROLOGIE

## 4. Behandeling van nycturie bij patiënten met de ziekte van Parkinson

Wat is de beste behandeling van nycturie bij patiënten met de ziekte van Parkinson?

Nycturie is een veel voorkomende klacht bij patiënten met de ziekte van Parkinson. Er is weinig bekend over de beste behandeling van nycturie in deze groep patiënten.

## 5. Behandeling interstitiële cystitis en blaaspijn

5a. Zijn blaasspoelingen effectief bij interstitiële cystitis?  
5b. Is neuromodulatie effectief bij de patiëntengroep met chronische blaaspijn?

*Frequent moeten plassen en blaaspijn komt voor bij alle patiënten met de diagnose interstitiële cystitis (IC), op alle leeftijden (ook bij kinderen) met een toename na de 50 jaar. Met als consequentie een chronisch slaaptekort en aanzienlijke maatschappelijke en sociale consequenties.* Blaaspijnsyndroom (BPS) is een ziektebeeld dat wordt gedefinieerd als: een chronische pijn die wordt gevoeld in de blaasregio en die samengaat met minstens één ander symptoom, zoals toename van pijn bij vullen van de blaas, urgency en/of een toegenomen mictiefrequentie overdag en 's nachts, en waarbij andere oorzaken klinisch zijn uitgesloten. Een deel van de patiëntengroep met blaaspijnsyndroom heeft klinisch aantoonbare inflammatoire afwijkingen in de blaaswand, de zogenaamde Hunner laesies. Het doel van de behandeling is een subjectieve verbetering van de kwaliteit van leven 6 maanden na starten van de behandeling.

## 6. Behandeling van urineretentie

Catheterbeleid na acute urineretentie: hoe moet een Trial With Out Catheter (TWOC) procedure eruit zien en wat zijn voorspellers van succes?

Behandeling van acuut onvermogen tot urineren (acute urineretentie, AUR) bij mannen bestaat uit drainage van de blaas met een catheter, die in een latere fase in een TWOC procedure wordt verwijderd. Over het beleid rondom een TWOC bestaat geen consensus. Aan de ene kant worden momenteel catheters mogelijk te lang in situ gelaten, aan de andere kant soms misschien te kort. Patiënten komen meestal op de poli urologie via intern consult of huisarts als nieuwe patiënt. Het komt vaak voor dat patiënten dan al weken met een catheter (CAD) lopen, met onnodig ongemak voor de patiënt en kleine risico's zoals urineweginfectie, urethra schade, hematurie. Daarnaast is de termijn van de NHG van catheterverwijdering binnen 48-72 uur mogelijk te kort, waarbij een groot aantal patiënten wellicht een verhoogd risico loopt op een onnodige nieuwe CAD plaatsing en een bezoek aan het ziekenhuis. Een CAD plaatsing is weliswaar "slechts" een korte handeling bij de patiënt die desalniettemin als vervelend ervaren wordt door de patiënt. Tevens is er een kleine kans bij plaatsing op complicaties zoals een bloeding of het ontstaan van een fausse route.



## ANDROLOGIE

### 7. Behandeling obstructie van de prostaat bij patiënten met Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS).

**Wat zijn de beste indicatie momenten voor desobstructie van de prostaat bij mannelijke patiënten met LUTS?**

Operatieve desobstructie van de prostaat vindt nog vaak plaats in de urologische praktijk. Sinds de introductie van medicatie voor behandeling van obstructie of daaraan gerelateerde klachten wordt de operatieve behandeling vaak ver doorgeschoven. Het is niet bekend hoe lang je moet behandelen met medicatie en bij welke criteria je moet overschakelen op operatieve therapie. Met of zonder medicatie kan een blaas als gevolg van langdurige obstructie onder-actief worden. Is het dan te laat of is desobstructie dan nog steeds zinvol?

De behandeling van een gedecompenseerde blaas is clean intermittent catheterisation (CIC) of een transurethrale prostaatdesobstructie (TURP). CIC is een palliatieve oplossing, het moet 5 tot 8 keer per dag uitgevoerd worden met een eenmalig steriel katheter. De behandeling is kostbaar, tijdrovend en sociaal belastend voor patiënten. Daarnaast zijn er vaak complicaties, zoals urethrale bloedingen, recidiverende urineweginfecties, valse routes, urethrastricturen en pijnklachten. Een zeldzame, maar ernstige bijwerking is de ontwikkeling van plaveiselcelcarcinoom van de blaas. Bij een TURP wordt via de plasbuis prostaatweefsel verwijderd uit de prostaatloge. De meest voorkomende bijwerkingen zijn retrograde ejaculatie, urineweginfecties, urethrastrictuur en nabloedingen.

### 8. Objectief meten van (nachtelijke) erecties

**Met welke reeds beschikbare sensoren is het mogelijk goedkoop, eenvoudig en gevalideerd de nachtelijke erecties te meten?**

Voor het aantonen van goede erectiele functie bestaan er vragenlijsten en is er de Rigiscan. De vragenlijsten zijn subjectief en de enige gouden standaard is de Rigiscan. Deze Rigiscan meet de duur en intensiteit van de nachtelijke erecties. Soms is de anamnese onbetrouwbaar (bij vermoeden psychogene erectiele disfunctie) of wordt er een objectieve uitkomstmaat gewenst bij wetenschappelijk onderzoek (b.v. erectiele functie voor en na een prostaatankeroperatie). De aanwezigheid van nachtelijke erecties impliceert immers een goede werking van zenuwbanen en bloedvaten. Bij nachtelijke erecties is er geen sprake van zaken als faalangst. De huidige Rigiscan is inmiddels gedateerd (komt letterlijk uit de vorige eeuw), is lastig in gebruik voor arts en patiënt. Tevens is er sinds Windows XP geen software update meer geweest, waardoor de software niet compatible is met de huidige computers en laptops. In deze tijd van sensoren, smarttools en apps lijkt het mogelijk een patiëntvriendelijk, klein en goedkoop apparaatje te ontwerpen dat eenvoudig thuis de aanwezigheid van nachtelijke erecties kan aantonen.

### 9. Behandeling van niet-obstructieve azoöspermie

**Kan moleculaire diagnostiek onnodige TESEs voorkomen?**

Mannen met een niet-obstructieve azoöspermie (NOA) hebben door middel van ICSI met chirurgisch via een testisbiopt en TESE (testiculaire sperma extractie) verkregen spermatozoa een mogelijkheid om biologisch eigen nageslacht te krijgen. Bij slechts 50% van deze mannen is deze procedure succesvol: dit betekent dat vele ingrepen onnodig worden uitgevoerd, met niet alleen kosten maar ook bijbehorende risico's, zoals bloeding, ontsteking, testosterondaling, psychische belasting. Is de succeskans te voorspellen met een verbeterd predictie-model en aanvullende moleculaire diagnostiek?

## ANDROLOGIE

### 10. Behandeling van obstructieve azoöspermie

**Wat is de beste behandeling van obstructieve azoöspermie: refertilisatie of geassisteerde voortplanting met chirurgisch verkregen zaadcellen?**

Paren met een kinderwens, bij wie bij de man obstructieve azoöspermie heeft, kunnen behandeld worden met een (herstel)operatie of geassisteerde voortplanting met chirurgisch verkregen zaadcellen. Sinds 2015 worden de uitkomsten van geassisteerde voortplanting met chirurgische verkregen zaadcellen voor zowel obstructieve als non-obstructieve azoöspermie besproken tijdens het jaarlijkse landelijk kwaliteitsmonitoring overleg. Tijdens dit landelijk overleg is duidelijk geworden dat er een discussie is over de vraag of een refertilisatie de eerste keuze moet zijn als de:

- de vasectomie meer dan 10 jaar eerder is uitgevoerd;
- de partner van meneer in de leeftijdscategorie 35-42 jaar valt, maar wel een normaal oriënterend fertiliteitsonderzoek heeft.

In de leeftijdsperiode 35-42 jaar is de ovariële reserve van vrouwen vaak beperkt. Onbekend is of een refertilisatie vergelijkbare resultaten geeft als een ICSI met chirurgisch verkregen zaadcellen.

## KINDERUROLOGIE

### 11. Behandeling bij torsio orchidopexie

**Moet de contralaterale zijde wel of niet gefixeerd worden bij een torsio testis?**

Vanuit expert opinion wordt geadviseerd om de contralaterale zijde wel te fixeren ter preventie van torsie. De gedachte is dat een aanlegstoornis waarbij de tunica vaginalis hoog fuseert de testis meer ruimte geeft om te torderen, zowel ipsilateraal als contralateraal. De enige studie waar de contralaterale zijde niet gefixeerd werd in 20 patiënten tordeerde geen van de niet gefixeerde testis. Weegt het risico op torsie op tegen het uitvoeren van een extra ingreep, en het dubbelzijdig fixeren te verheffen tot standaard ?

## ONCOLOGIE

### 12. Stadiëringmethode voor de aanwezigheid van pelviene lymfogene metastasen bij mannen met lokaal middelmatig of hoog risico prostaatacarcinoom

**Kan de PSMA-PET scan gebruikt worden ter vervanging van een pelviene lymfklierdissectie als stadiëringmethode voor de aanwezigheid van pelviene lymfogene metastasen bij mannen met lokaal middelmatig of hoog risico prostaatacarcinoom, die een indicatie hebben om met lokaal curatieve therapie behandeld te worden.**

Patiënten met middelmatig of hoog risico prostaatacarcinoom moeten een lokale behandeling ondergaan zoals bestraling of een radicale prostatectomie om deze patiënten te genezen en daarmee te behoeden van mogelijke lokale progressie of metastasering van de prostaatkanker met alle nadelige gevolgen ten dien.

De conventionele beeldvorming zoals MRI, CT-scan of botscan hebben onvoldoende gevoeligheid om te beoordelen of patiënten met middelmatig of hoog risico prostaatkanker al lymfogene metastasen hebben bij presentatie van de ziekte. Daarom werd tot nu toe met behulp van een nomogram gebaseerd op de resultaten van histologische analyse het risico op pelviene lymfkliermetastasen uitgerekend, en als dit risico boven een bepaald afkappunt zat werd voorafgaand aan de lokale behandeling een pelviene lymfklierdissectie verricht. Deze pelviene lymfklierdissectie heeft een bewezen diagnostische en mogelijk beperkte curatieve waarde, maar helaas daarnaast ook bekende bijwerkingen zoals wondinfecties,

# ONCOLOGIE

lymfocèles en diep veneuze trombose. Met de komst van de PSMA-PET scan heeft zich een nieuwe modaliteit aangediend die bewezen diagnostische waarde heeft voor de detectie van lymfogene metastasen bij mannen met lokaal middelmatig of hoog risico prostaatkarcinoom.

## 13. De impact van testosterondepletie op kwaliteit van leven bij prostaatkankerpatiënten

**Wat is de impact van testosterondepletie op kwaliteit van leven bij prostaatkankerpatiënten?**

Het verlagen van het testosterongehalte in bloed naar castratieniveau voor de behandeling van prostaatkanker kent bijwerkingen<sup>1</sup> op somatisch en psychologisch gebied. Deze kunnen ook in mindere mate kunnen optreden bij testosterontekort bij de oudere man (late-onset hypogonadisme (LOH)). In beide gevallen kan sprake zijn van klinische symptomen zoals obesitas, metabool syndroom, osteoporose en verlies van spiermassa, seksuele symptomen zoals libidoverlies en erectiele disfunctie, maar ook neuropsychologische klachten zoals depressie, slaapstoornis en verandering van de gemoedstoestand<sup>2,3</sup>. Deze bijwerkingen hebben dan ook potentieel een belangrijke impact op de kwaliteit van leven bij mannen bij wie een testosteron-stop wordt toegepast<sup>4,5</sup>. Momenteel zijn er diverse middelen (LHRH-agonisten, LHRH-antagonisten, AR-antagonisten, antiandrogenen, oestrogenen) die blokkade van de AndrogeenReceptor-activiteit kunnen bewerkstelligen. Bij mannen die met succes een lokale prostaatkanker behandeling ondergaan hebben, en die lijden aan een testosterontekort, is het mogelijk en veilig om hen met testosteron te behandelen. Ook hier dienen de effecten op kwaliteit van leven nog onderzocht te worden. Er kunnen prospectieve studies verricht worden die de effecten van androgeen deprivatie meten en de mogelijkheden van correctie van bijwerkingen in kaart brengen. Daarbij kan gedacht worden aan evaluatie van kwaliteit van leven inclusief psychologische componenten, en aan medicamenteuze interventies.

## 14. Stadiëringmethode voor de aanwezigheid van pelviene lymfogene metastasen bij het spierinvasieve blaascarcinoom

**Wat is de waarde van 18F-FDG PET/CT bij het spierinvasieve blaascarcinoom?**

Bij spierinvasieve blaascarcinoom is het vooraf vaststellen van lymfekliermetastasen van belang bij de keuze van de combinatie behandeling. De hiervoor meest gebruikte beeldvorming zijn contrast-versterkte CT en MRI. Deze zijn vooral gebaseerd op morfologische kenmerken waarbij grootte van de laesie een belangrijke factor is. In de literatuur zijn inmiddels een aantal systematische reviews over de 18F-FDG PET/CT scan als stadiëringmethode van lymfogene metastasen bij het spierinvasieve blaascarcinoom, verschenen. Echter er zijn geen direct vergelijkende studies verricht naar de meerwaarde van FDG PET/CT ten opzichte van de standaard contrast versterkte CT.



# Implementatie

### 6.1. Onderzoeksnetwerk Urologie

De NVU is voornemens een onderzoeksnetwerk urologie op te richten: een netwerk van onderzoekers/in wetenschap geïnteresseerde leden binnen de NVU. Binnen dit onderzoeksnetwerk zullen de kennishiaten uit de Kennisagenda Urologie actief worden opgepakt. Rondom een primaire onderzoeksvraag wordt een netwerk opgezet waarin verscheidene maatschappen/vakgroepen en UMC's participeren, zodat, op relatief korte termijn door het includeren van afdoende patiëntaantallen, de onderzoeksvragen kunnen worden beantwoord. Dit beoogt de eerder genoemde kwaliteitswinst te bevorderen. Voor afdoende draagvlak binnen de NVU is het belangrijk dat het onderwerp van onderzoek gezamenlijk wordt geselecteerd en dat de uitvoering gezamenlijk wordt uitgewerkt. Voor een goede uitvoering van het onderzoek is een degelijke infrastructuur cruciaal. Bij multidisciplinair uitgevoerd onderzoek zal de samenwerking worden gezocht met betrokken disciplines in de eerste en tweede lijn.

Het onderzoeksnetwerk urologie stelt zich tot taak binnen 4 jaar (start: 2021, na oplevering Kennisagenda) de geprioriteerde kennishiaten uit de Kennisagenda Urologie 2020-2024 geadresseerd te hebben. Het onderzoeksnetwerk zal in de eerste instantie en bij voorkeur alleen de geprioriteerde kennishiaten uit de onderliggende kennisagenda adresseren. Deze kennishiaten zijn gezamenlijk vastgelegd en hebben daarmee breed draagvlak binnen de NVU. De kennisagenda is

leidend, maar niet absoluut. Na verloop van tijd (na 2-3 jaar), en in geval van innovaties, zal dit uitgebreid worden met studies buiten de onderwerpen genoemd in de kennisagenda. Om het onderzoeksnetwerk daadwerkelijk mogelijk te maken zal het NVU bureau per 1 januari 2021 worden uitgebreid met een onderzoekskoördinator.

### 6.2. Organisatie en financiering

Een onderzoek naar kennishiaten kan door individuele personen of gelegenheidsgroepen, werkgroepen, academies, of van buiten de NVU geïnitieerd worden. De NVU kan hierbij ondersteuning bieden vanuit de door haar gemobiliseerde gremia (werkgroepen) en faciliteiten (onderzoeksnetwerk urologie). De financiering van de geprioriteerde onderzoeken zal afhankelijk van de onderzoeksvraag via de reguliere subsidieaanvragen geschieden via ZonMw, ZE&GG, KWF en/of de industrie. Het is hierbij van belang dat de juiste patiëntenverenigingen vanaf de start worden betrokken.

### 6.3. Implementatie onderzoeksresultaten

De resultaten van de onderzoeken zullen indien mogelijk verwerkt worden in de richtlijnen. De modulaire opbouw van de richtlijnen zal het onderhoud vergemakkelijken, omdat bij nieuwe evidence niet elke richtlijn volledig herzien hoeft te worden, maar alleen die onderdelen die aanpassing behoeven. Nieuwe modules of updates van modules zullen in de eerste plaats gefinancierd worden uit de gelden van de Stichting

Kwaliteit Medisch Specialisten (SKMS) en worden aangevraagd via de Commissie Kwaliteit.

### 6.4. Evaluatie en update

In de kennisagenda zijn per deelgebied de kennishiaten weergegeven. De opgestelde uitgebreide groslijst kennishiaten zijn een momentopname anno 2019 met een houdbaarheid van naar schatting maximaal drie jaar. Invulling van de benoemde kennishiaten voor de onderbouwing van het klinisch handelen in de urologie kan als volgt worden benaderd:

- wetenschappelijke studies op basis van testbare vraagstellingen
- registraties van uitkomsten, point of care studies, voor het opstellen van standpunten en testbare hypothesen
- analyse van bestaande literatuur, als aanvulling op richtlijnen en standpunten

Vanaf 2022 dient overwogen te worden wanneer het proces van evaluatie en hernieuwing plaats te laten vinden. De hier beschreven procedure dient daarbij als uitgangspunt.



# Bijlagen



# Bijlage 1

## Betrokken stakeholders

<b>Patiëntenorganisaties</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dwarslaesie organisatie Nederland</li><li>- Interstitiële Cystitis Patiëntenvereniging</li><li>- Leven met Blaas of nierkanker</li><li>- MS vereniging</li><li>- Nederlandse Stomavereniging</li><li>- Patiënten Vereniging Voor Neuromodulatie;</li><li>- Prostaatkankerstichting</li></ul>
<b>Wetenschappelijke verenigingen</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- NHG</li><li>- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie &amp; Gynaecologie</li><li>- Nederlandse Vereniging voor Radiologie</li><li>- Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie</li><li>- V&amp;VN Urologie Verpleegkundigen</li></ul>
<b>Overkoepelende organisaties</b>	Patiëntenfederatie Nederland vertegenwoordiger van 200 patiëntenorganisaties

Disclaimer: De hier weergegeven organisaties betreffen de patiëntenorganisaties, wetenschappelijke verenigingen, en overige stakeholders die op tenminste één van de verzoeken van de NVU voor inbreng van kennislacunes hebben gereageerd, dan wel schriftelijk dan wel mondeling tijdens één van de bijeenkomsten. Er zijn meer organisaties bevraagd. Indien u een volledige weergave wilt ontvangen omtrent de gevraagde organisaties dan kunt u contact opnemen met het NVU-bureau via [nvu@xs4all.nl](mailto:nvu@xs4all.nl).

## Bijlage 2

# Resultaten prioriteringsbijeenkomst

	Aandachtsgebied	SCORE Urologen	SCORE Patienten
	<b>Algemene Urologie</b>		
1.	Nut van blaasspoelingen bij urineweginfecties	7	3
2.	Spontaan beloop urineweginfecties bij vrouwen	2	0
3.	Vervangen CAD/JJ bij urineweginfecties	4	0
	<b>Andrologie</b>		
4.	Objectief meten van (nachtelijke) erecties	5	2
5.	Uitkomst TESE (biomarkers)	3	1
6.	Succes ICSI	5	3
	<b>Minimaal Invasieve Urologie</b>		
7.	Blaassteen (+/- TURP)	1	0
	<b>Behandeling bij torsio orchidopexie contralateraal</b>		
8.	Behandeling bij torsio orchidopexie contralateraal	8	2

	<b>Functionele en Reconstructieve Urologie</b>		
9.	Bacteriofagen bij urineweginfecties	7	3
10.	Nycturie behandeling	2	2
11.	Incontinentie na R.P.	1	1
12.	Behandeling van I.C. / Blaaspijn	3	0
13.	Behandeling van retentie	6	3
	<b>Prostaatkanker</b>		
14.	Focale therapie	0	0
15.	ADT Depressiviteit	10	5
16.	PSMA primaire stad.	6	1
17.	PSMA recidief, na in opzet curatief	2	1
	<b>Algemene Oncologie, Blaas, Testis, Nier</b>		
18.	Value Based Healthcare MIBC	5	5
19.	Molec. Markers NMIBC, Predictie respons installaties	3	0
20.	PET/CT bij primaire diagnostiek MIBC	7	5

87

37



# Bijlage 3

## Longlist kennishiaten per urologisch deelgebied

**Tabel 1. Kennishiaten Urologie – Algemeen**

Nr.	Kennishiaat
1	Is placebo non-inferieur aan buscopan voor patiënten die opgenomen worden met koliekpijn op basis van urolithiasis?
2	Waarde van bewezen individuele chirurgische ervaring (case load) en complicatieregistratie versus criteria zoals volume per centrum aangaande complexe chirurgie.
3	Effectiviteit van blaasspoeling (Gepan, cystistat etc) bij het voorkomen van recidiverende cystitis.
4	Snapshot methode voor onderzoek.
5	Wat is het spontane beloop bij een urineweginfectie bij ouderen?
6	Wat is de meest effectieve antibiotische behandeling en behandelduur van een cystitis bij risicogroepen?
7	TWOC, timing en manier van TWOC; timing TUR-P bij OAB.
8	Hematurie - Een eenmalige negatieve urineteststrook bij symptomatische patiënten is geen reden om verdere diagnostiek achterwege te laten.
9	Hematurie - Cystoscopie is voornamelijk de gouden standaard voor de detectie van blaastumoren. Er zijn aanwijzingen dat bij negatieve cystoscopie de CT Urografie (CTU) nog van additionele waarde kan zijn voor de opsporing van blaastumoren. Indien mogelijk verdient het daarom aanbeveling te overwegen de CTU te laten plaatsvinden voor de cystoscopie.
10	Hematurie - De waarde van screening in de algemene populatie voor het opsporen van kanker en andere aandoeningen die met hematurie gepaard kunnen gaan, is nooit gerandomiseerd onderzocht (screening versus surveillance).

11	Hematurie - Er bestaat geen indicatie tot hematuriescreening in de algemene populatie. Mogelijk is er een nut van casefinding bij patiënten met een verhoogd risico voor blaaskanker.
12	Hematurie - De aanbeveling patiënten ouder dan 40 jaar, rokers en patiënten met een beroepsanamnese voor urocarcino-genen als risicogroep te identificeren en bij initiële negatieve analyse te volgen met urineanalyse, cytologie en bloeddrukmetingen na 6, 12, 24 en 36 maanden is gebaseerd op consensus van een werkgroep van de American Urological Association (AUA) en niet op prospectief of retrospectief klinisch onderzoek.
13	Er is weinig evidence beschikbaar over het nut van antibiotische profylaxe bij urologische ingrepen. Het gebrek aan evidence is het gevolg van een gebrek aan goed opgezette onderzoeken waarin gebruik gemaakt wordt van klinische uitkomstparameters zoals symptomatische UWI's en andere symptomatische infectieuze complicaties.
14	Huisartsen zien mannen met recidiverende balanitis, plaveiselcel carcinoma (in situ), verrucoseus carcinoom (Buschke-Löwenstein tumor) of lichen sclerosus, voornamelijk op de glans penis en het preputium. Deze aandoeningen kunnen leiden tot phimosis. Een circumcisie is dan vaak de aangewezen weg. Lichen kan ook bij mannen maligne ontaarden. Er zijn echter weinig prospectieve onderzoeken van voldoende omvang en duur om de grootte van het risico op maligne ontaarding berekenen.
15	Anogenitale Lichen Sclerosus - Vanwege een gebrek aan goed uitgevoerde RCT's voor vooral de behandeling van lichen sclerosus en lichen planus is het verrichten van gerandomiseerde vergelijkende studies aan te bevelen.

Tabel 1a. Kennishiaten Urologie – endo-urologie en steenlijden

Nr.	Kennishiaat
1	Wat is de rol van intra-operatieve beeldvorming middels CT bij percutane nefrolitholapaxie?
2	BPH registratie Nederland: er zijn in Nederland veel klinieken waar uiteenlopende chirurgische meer en minder invasieve behandelingen voor BPH worden aangeboden. Er zou inzicht voor urologen (en wellicht ook patiëntenverenigingen) moeten komen wie wat doet in Nederland en welke ervaring er mee is. (voorbeelden: Holmium enucleatie/ Thulium/ bipolair/ Green Light laser operatie van de prostaat/ Urolift etc etc).
3	Wat is de effectiviteit en veiligheid van de verschillende pijnstillers (NSAID's en opioïden) bij patiënten met hevige koliekpijn bij urinesteenlijden?
4	Wat is de meest effectieve behandeling van urine retentie bij de man en de vrouw?
5	Catheterbeleid na retentie: wanneer verwijder je de catheter, is die keuze afhankelijk van de mate van retentie, welke medicatie start je wanneer?
6	Doelmatigheid van niersteenanalyse/metabole analyse. Moet je bij elke patient, bij elke behandeling opnieuw, met steenlijden steenanalyse/metabole analyse doen en welke analyse doe je dan?
7	Infecties op catheterslangen: is vervanging ttv nuttig/nodig/onzinnig?
8	LUTS en blaassteen: combineer je een blaassteenlithotripsie / sectio alta met een benigne prostaatbehandeling, juist wel of juist niet?
9	Wat is de meest effectieve behandeling van urine retentie bij de man en de vrouw?
10	Grote nierstenen (>1.500 mm <sup>2</sup> ), atrofisch renaal parenchym, recidiverende urineweginfecties en proteïnurie (>300 mg/dag) lijken geassocieerd met een verslechtering van de nierfunctie bij patiënten met nierstenen. Duur van de symptomen, de aanwezigheid van reststenen, recidivering van nierstenen, het hebben van een (functionele) mononier en comorbiditeit als hypertensie of diabetes mellitus lijken niet geassocieerd met een sterkere verslechtering van de nierfunctie ten tijde van een steenepisode bij patiënten met nierstenen. Nivo 3
11	Nierstenen - Afvloedbelemmering en drainage. Er lijkt geen verschil in effectiviteit van drainage van de hoge urinewegen door het plaatsen van een inwendige ureterstent (JJ) vergeleken met een percutane drain. Nivo 3
12	Nierstenen - Percutane steenverwijdering is de gouden standaard voor patiënten met nierstenen groter dan 2 centimeter. Nivo 3

13	Urethrastricturen - Na een endoscopische behandeling van een urethrastrictuur. De commissie kan vanwege onvoldoende wetenschappelijk bewijs geen advies geven over het verrichten van postoperatieve zelfkatheterisatie, de wenselijke duur van postoperatieve zelf-dilatatie en evenmin over de te gebruiken dilatator.
14	Urethrastricturen - Direct vergelijkend onderzoek, zoals gerandomiseerde studies of prospectief cohortonderzoek met controlegroep, met patiëntengroepen van voldoende omvang is gewenst om het effect van postoperatieve zelf-dilatatie na een endoscopische ingreep te evalueren. Vooral PROM's zijn hierbij van belang.
15	Urethrastricturen - Er is geen adequaat gerandomiseerd onderzoek of prospectief vergelijkend cohort onderzoek van voldoende omvang waarin het effect van een urethraplastiek is vergeleken met alleen zelfdilatatie of een interne urethrotomie (Sachse) met of zonder postoperatieve zelfdilatatie. Vooral PROM's zijn hierbij van belang.
16	Urethrastricturen - Op welke wijze wordt een urethrastrictuur ter hoogte van de bulbare urethra met een transplantaat behandeld? Er is een gebrek aan grote RCTs voor de evaluatie van mogelijk verschillende uitkomsten. Vooral uitkomstmaten als percentage recidief, urineflow, erectiele dysfunctie, incontinentie, infectie, en kwaliteit van leven moeten worden geëvalueerd.
17	Urethrastricturen - Er is geen adequaat gerandomiseerd onderzoek waarin het effect van de postoperatieve urethrale katheterisatieduur is onderzocht na een interne urethrotomie of een urethraplastiek bij patiënten met een urethrastrictuur.
18	Urethrastricturen - Er is gebrek aan grote RCTs voor de evaluatie van mogelijk verschillende uitkomsten bij toepassen van een urethrotomie en dilatatie. In dergelijke studies zouden vooral uitkomstmaten als percentage recidief, urineflow, erectiele dysfunctie, incontinentie, infectie, en kwaliteit van leven moeten worden geëvalueerd.

Tabel 2. Kennishiaten Urologie – Functionele en Reconstructieve Urologie

Nr.	Kennishiaat
1	Kosteneffectiviteit GAG blaasspoelingen voor BPS met Hunnerse laesies en BPS met blaasafwijkingen, maar zonder Hunnerse laesies
2	De rol van bekkenbodemp-fysiotherapie bij genitale pijnklachten
3	De verschillen in effectiviteit van een sling, paraurethrale bulk en sfincterprothese bij (individuele) mannen met milde tot matige stressurine-incontinentie na een radicale prostatectomie.
4	12 maanden bekkenfysiotherapie (bft) geeft geen hogere genezing dan 6 maanden bft bij urine incontinentie na radicale prostatectomie.
5	Hoe lang leven mensen met maligniteits-geassocieerde hydronefrose met of zonder drainage? Hoe veel ziekenhuiscontacten hebben beiden groepen, verwacht en gepland?
6	Mesh problematiek. Op dit moment zwerven enkele duizenden patiënten (schattingen 12.000-36.000 met een mesh) langs diverse medische beroepsgroepen op zoek naar passende hulp voor hun klachten. Er is onvoldoende zicht op de volgende gegevens: 1) omvang van de patiënten populatie, 2) behandelingen die toegepast worden bij klachten, 3) effectiviteit van de behandeling van klachten, 4) oorzaak van de klachten en 5) kennis over zo laag mogelijke complicatie ratio's voor behandelingen waarin mesh een oplossing is. Wenselijk is dat de antwoorden op bovenstaande vragen leiden tot bewijzen van beste zorg, zorgpaden voor bestaande en nieuwe mesh patiënten en het aanwijzen van expertise centra voor verschillende type klachten.
7	Voorkomen van blaas-problemen bij dwarslaesie patiënten; hoe deze als patiënt zelf te beperken? Delen van positieve ervaringen (patiënten onderling, arts > patiënt, arts > arts).
8	Juiste zorg op de juiste plek; juiste patiënt bij juiste zorgverlener.
9	Kun je botox het hele leven gebruiken of zit hier een eindigheid aan?
10	Gebruik van Brindly neurostimulator bij dwarslaesie patiënten?
11	Wat zijn de lange termijn effecten bij gebruik van katheter door dwarslaesie patiënten?
12	Toepassing van intravesicale toediening van anticholinergica
13	Volgens ZIN ontbreekt evidence-based bewijs dat blaasspoelingen zinnig zijn bij interstitiële cystitis
14	Adequate pijnbestrijding bij interstitiële cystitis

15	Waarom wel maagzuurremmers, maar niks voor de chemicaliën in de urine? Bestaat dit niet?
16	Expertisecentra m.b.t. interstitiële cystitis zijn te weinig bekend.
17	Behandeling van bacteriële infecties met bacteriofagen
18	Zorginstituut bepaalt of neuromodulatie bij die patiëntengroep met chronische pijn effectief genoeg is
19	Vrouwen met stoma hebben vaker dan mannen last van verzakkingen: heeft manier van aanleg van stoma mogelijk verzakkingen dit gevolg? Hiaat. Is hier een relatie met de operatietechniek?
20	Mensen met uro-stoma hebben nierproblemen. Onduidelijk wat bijdraagt om dit te verminderen.
21	Kwaliteit: communicatie met vrouwen. Vrouwen met uro-stoma hebben andere problemen/vragen/gevolgen in het kader van acceptatieproces. Urologen signaleren dit vaak anders dan bij mannen. Vrouwspecifieke vragen.
22	UK: Botox om lekkages van stoma's tegen te gaan. Werkt daar goed, wordt in NL nog niet toegepast. Onderzoek waardig?
23	Ileostoma: wat zijn de gevolgen hiervan? Weinig gehoor bij artsen als er klachten zijn.
24	Wat zijn goede PROMs na urethrachirurgie?
25	Wat is de ideale catheter-duur na urethraplastiek?
26	Wat zijn effectieve conservatieve behandelingen voor bekkenbodemp Problemen (zoals prolaps en incontinentie) bij mannen en vrouwen?
27	Wat is de effectiviteit van bekkenfysiotherapie bij mannen en vrouwen met CPPS tov patiënt educatie?
28	Is er een onderscheid in effectiviteit te maken tussen de verschillende vormen van bekkenfysiotherapie zoals bijvoorbeeld myofeedback of triggerpuntbehandeling bij de behandeling van CPPS?
29	Wat is het nut van blaasspoelingen bij BPS/IC?

<b>30</b>	Een systematische review over de rol van pad testing (thuis en poliklinisch) zou de plaats voor pad testing in de routinezorg mogelijk kunnen verduidelijken.
<b>31</b>	Toekomstige onderzoeken moeten (beter) bekijken of een UDO de keuze tussen verschillende behandelings-modaliteiten kan beïnvloeden en of een UDO de uitkomsten van bepaalde behandelmethoden kan voorspellen.
<b>32</b>	Verder onderzoek is nodig om te bepalen of een combinatie van niet-invasieve onderzoeken meer diagnostische waarde heeft dan een enkel onderzoek op zich bij patiënten met Urine-incontinentie.
<b>33</b>	Uit een recente review is gebleken dat er momenteel nog geen gevalideerde mictiedagboeken bestaan. Dit artikel concludeert dat een gevalideerd dagboek in de kliniek een uitkomst kan zijn, maar ook het vergelijken van verschillende onderzoeken makkelijker toelaat.
<b>34</b>	Aantonen van vermindering in complicaties en hoger succespercentage bij TOT / TVT als er een norm wordt gesteld van 10 of 20 of 30 ingrepen per jaar. Dit zou dan onderzocht moeten worden bij de urologen en gynaecologen in Nederland die deze ingreep doen.
<b>35</b>	Er is behoefte aan goed gestructureerd onderzoek naar chirurgische procedures bij vrouwen die eerdere gefaalde chirurgie voor SUI hebben ondergaan;
<b>36</b>	Sling of sfincterprothese bij mannen met post radicale prostatectomie stressincontinentie?
<b>37</b>	er is behoefte aan onderzoek naar welke behandeling voor stress incontinentie na conservatieve behandeling het beste is in de patient die mesh-loos behandeld wil worden.
<b>38</b>	Een RCT die de strategie van onabotulinumtoxine injecties (herhaald indien nodig), afweegt tegen een strategie van permanente sacrale neuromodulatie, met een bijpassende economische analyse is vereist.
<b>39</b>	Omdat het moeilijk is om de effecten van antimuscarinica op de langere termijn te voorspellen (daar vrijwel alle effecten uit trials korte termijn effecten zijn) moet er in de toekomst meer nadruk worden gelegd op lange termijn uitkomsten van UUI onder anticholinerge behandeling.
<b>40</b>	Welke leefstijlaanpassingen zijn het meest effectief voor het verbeteren of duurzaam verbeteren van UI?
<b>41</b>	Een RCT die de strategie van onabotulinumtoxine injecties (herhaald indien nodig), afweegt tegen een strategie van permanente sacrale neuromodulatie, met een bijpassende economische analyse is vereist;

<b>42</b>	Met betrekking tot onabotulinumtoxine-A injecties in de detrusor is meer onderzoek nodig om de optimale injectietechniek en de intervallen van de injecties te bepalen, evenals onderzoek naar de langetermijneffecten.
<b>43</b>	Er is behoefte aan goed opgezette onderzoeken die behandelingen bij populaties met MUI bestude-ren; bij moeten de subtypes van MUI (urgedominante of stress-predominante vorm) goed worden gedefinieerd.
<b>44</b>	Wat is het nut van aanvullend onderzoek bij recidiverende urineweginfecties?
<b>45</b>	Wat is het nut van antibiotische blaasspoelingen bij recidiverende UWI's
<b>46</b>	Er is veel discussie over het nut van prostaatdesobstructie bij patiënten met detrusor onder-activiteit. Teleurstellende functionele uitkomsten zouden niet opwegen tegen de kosten en de risico's van een operatie.
<b>47</b>	Nycturie is een veelvoorkomende klacht bij patiënten met de ziekte van Parkinson. Er is weinig bekend over de beste behandeling van nycturie in deze groep patiënten.
<b>48</b>	Er is weinig bekend over de rol van de bekkenbodemspieren bij met ongecompliceerde mannelijke LUTS.
<b>49</b>	er is weinig bekend over het beste moment van een chirurgische desobstructie van de prostaat bij patiënten met LUTS.
<b>50</b>	Er is mogelijk een positief effect van lokale therapie bij urethrastricturen
<b>51</b>	Wat is de meest effectieve behandeling van urine retentie bij de man en de vrouw?
<b>52</b>	Zijn vaginale oestrogenen werkzaam bij vrouwen met stress incontinentie?
<b>53</b>	Is diagnostische evaluatie van urine incontinentie bij de vrouw in de eerste lijn kosteneffectief met gelijkblijvende accuratesse tov diagnostische evaluatie in de tweede lijn?
<b>54</b>	Zijn anti-muscarinica een goed alternatief ipv OHD antibiotica bij vrouwen met recidiverende UWI's?
<b>55</b>	Neurogene blaas - Mannelijke vruchtbaarheid. Er zijn diverse methodes beschreven om retrograad sperma goed op te vangen. Bij retrograde ejaculatie kan een ballonkatheter worden gebruikt om de blaashals af te sluiten en antegrade ejaculatie te verkrijgen. Er is meer vergelijkend onderzoek nodig om het effect van intracaverneuze injecties op de ejaculatie en het orgasme te evalueren en de effectiviteit en tolerantie bij lange termijn gebruik. Ook moet er worden onderzocht of het vroege gebruik het herstel van spontane erecties verhoogt.

<b>56</b>	De indeling in stress-, aandrang, en gemengde incontinentie is gebruikelijk en bepalend voor de in te zetten therapie. Nivo 4
<b>57</b>	Er is een gebrek aan bewijs of bekkenbodempunctieonderzoek invloed heeft op het effect van bekkenbodempiertraining bij vrouwen met UI. Nivo 4
<b>58</b>	Er zijn aanwijzingen dat bekkenbodempunctieonderzoek (waaronder vaginale palpatie) in de praktijk een nuttig instrument kan zijn om patiënten te leren de bekkenbodempieren correct aan te spannen. Nivo 4
<b>59</b>	De studieresultaten over het nut van de padtest zijn tegenstrijdig en de studies zijn van slechte kwaliteit. Er is een goede groepscorrelatie tussen de test-hertest resultaten ondanks dat de hoeveelheid urineverlies tussen test en hertest binnen een individu erg kan verschillen. Mogelijk is de padtest voor een langere duur (14 uur of langer) meer sensitief voor het meten van urineverlies dan de gestandaardiseerde 1 uurs padtest. Er is een gebrek aan bewijs in hoeverre de padtest invloed heeft op de uitkomst van behandeling. Nivo 3
<b>60</b>	Er is gebrek aan bewijs over het nut van het gebruik van MRI of CT scan als routine onderzoek bij vrouwen met UI. De beschikbare studies ondersteunen het gebruik van echografie of rontgen foto niet als onderzoek bij vrouwen met UI. De correlatie tussen anatomie en functie is onduidelijk. Nivo 3
<b>61</b>	Er is een gebrek aan kwalitatief goede prospectief gecontroleerde studies om de effecten van veranderingen in leefstijl factoren bij vrouwen met UI en overactieve blaasklachten te evalueren. Nivo 4
<b>62</b>	Er is onvoldoende bewijs om een uitspraak te doen over de effectiviteit van TENS en PTNS bij vrouwen met UI. Nivo 3
<b>63</b>	Er is beperkte evidentie over de effectiviteit van botulinum toxine A. Bij ongeveer de helft van de patiënten lijkt toediening botulinum toxine A tenminste drie tot zes maanden daarna effect te sorteren voor zowel objectieve als subjectieve uitkomstmaten. Nivo 3
<b>64</b>	Er zijn slechts beperkte gegevens over de uitkomsten van augmentatie cystoplastiek bij vrouwen met UI. Bij tenminste 50% van de patiënten met idiopathische detrusor overactiviteit lijkt augmentatie cystoplastiek te leiden tot minder aandrangincontinentie, frequency of UI. Na een operatie komen frequent urineweginfecties en andere complicaties voor. Nivo 3
<b>65</b>	Urine incontinentie bij vrouwen - Er is onvoldoende informatie over het huidige zorgverbruik om de kosteneffectiviteit en budgetimpact van deze richtlijn te berekenen. Er is evidentie dat betere zorg zal leiden tot een betere kwaliteit van leven. Welke kosten dit met zich meebrengt en of dit kosteneffectief is, is op dit moment niet duidelijk. Nivo 4

<b>66</b>	Implantatie van een artificiële sfincter kan incontinentie genezen bij vrouwen met gecompliceerde SUI. Nivo 3
<b>67</b>	Implantatie van een ACT-device kan gecompliceerde UI verbeteren. Nivo 3
<b>68</b>	(Mechanisch) falen en noodzaak tot verwijdering zijn frequent geziene complicaties van zowel de artificiële sfincter als het bijvulbare compression device. Nivo 3
<b>69</b>	Explantatie van de sfincterprothese is vaker noodzakelijk bij oudere vrouwen en bij diegenen die eerder een Burch colposuspensie of radiotherapie van het bekken hebben gehad. Nivo 3
<b>70</b>	Een prolapsoperatie kan zowel tot genezing van reeds bestaande UUI, als de novo UUI leiden. Nivo 3
<b>71</b>	Zorgstandaard dwarslaesie patiënten. In theorie kunnen veel verschillende factoren een rol spelen bij het recidiveren van UWI's. Een groot gedeelte hiervan is echter onvoldoende onderzocht om hieruit conclusies voor de dagelijkse praktijk te trekken.
<b>72</b>	Door de toenemende levensverwachting van mensen met een dwarslaesie zal het aantal nieuwe, recidiverende of ernstiger wordende complicaties op het gebied van blaas, etc. en daarmee neemt ook de behoefte aan nieuwe hulpmiddelen, voorzieningen, aanpassingen en zorg toe.

Tabel 3. Kennishiaten Urologie – Andrologie

Nr.	Kennishiaat
1	Beste behandeling van obstructieve azoospermie; refertilisatie of geassisteerde voortplanting met chirurgisch verkregen zaadcellen? Hoe verhouden kenmerken van de man en leeftijd van de vrouw zich tot de behandeluitkomsten?
2	Biomarker voor spermatogenese activiteit bij mannen met niet-obstructieve azoospermie. Kan moleculaire diagnostiek onnodige TESEs voorkomen?
3	Is kans op een gezond kind groter bij ICSI met sporadisch gevonden zaadcellen in het sperma (cryptozoospermie) of testiculaire zaadcellen?
4	Keuzehulp behandelopties bij erectiele disfunctie en de ziekte van Peyronie. Welke patiëntinformatie draagt bij aan kwaliteit van leven, goede behandeluitkomsten van behandelingen van ED en de ziekte van Peyronie?
5	Kosteneffectiviteit van oncoTESE: is fertiliteitpreservatie door middel van semen cryopreservatie en oncoTESE bij mannen met zaadbalkanker kosten effectief?
6	Herstel van erectiele functies na RALP is 1 van de gebruikte uitkomstparameters van goede zorg. Op dit moment wordt gebruik gemaakt van niet geobjectiverde anamnestiche gegevens en vragenlijsten omdat een Rigiscan/ nachtelijke erectiemeting pre- en post operatief niet gebeurd. Dat is namelijk patiëntonvriendelijk, onhandig, duur, etc
7	Clostridium Collagenase Histolyticum (CCH) is een nieuwe medicamenteuze behandeling bij de ziekte van Peyronie. 30% van de patiënten reageert echter niet behandeling van 3 injecties a 800 euro. Zijn en factoren meetbaar om te voorspellen of een patiënt respondeert op de behandeling?
8	Objectief meten van (nachtelijke) erecties

Tabel 4. Kennishiaten Urologie – Kinderurologie

Nr.	Kennishiaat
1	PROM's ontwikkelen voor ouders t.b.v. evaluatie operatie van hun kind met hypospadie
2	Wat is het lange termijn oordeel van de uitkomst van behandeling (PROM) en vroegere besluitvorming (PREM) van ouders en operateur tot behandeling van hypospadie patiënten die als baby/kind geopereerd zijn?
3	Wat is de meest effectieve antibiotische behandeling en behandelduur van een cystitis bij kinderen?
4	Behandeling bij torsio orchidopexie contralateraal

Tabel 5. Kennishiaten Urologie – Oncologie algemeen

Nr.	Kennishiaat
1	Wat zijn de uitkomsten van blaas, prostaat en nieroperaties per centrum in Nederland? (Zie Zweedse landelijke toegankelijke database ( <a href="https://statistik.incanet.se/npcr/">https://statistik.incanet.se/npcr/</a> ).
2	Wat is de prognostische en predictieve rol van leefstijlverandering op ziekte- specifieke eindpunten bij blaas-, prostaat- en nierkanker?
3	Moet sarcopenie, dat makkelijk gescoord kan worden aan de hand van standaard CT beelden, gebruikt worden als prognostische factor?
4	Vroege diagnostiek, uitbreiden naar preventie.

Tabel 5a. Kennishiaten Urologie – Oncologie Prostaat

Nr.	Kennishiaat
1	In welke gevallen kan PSMA PET scan de lymfklier dissectie vervangen bij prostaatca?
2	Kunnen uitkomsten van de PSMA worden gebruikt om behandel beleid (evt. Bolla) te bepalen?
3	Welke criteria worden landelijk gebruikt om bij M+ prostaatca adjuvante bestraling of systemische therapie te geven?
4	Biopt-sampling prostaatcancer: alleen focaal of toch nog steeds random in combinatie met focaal
5	Rol van advanced imaging bij primair prostaatcancer (PSMA/nano pre-op)
6	Rol focale behandeling bij prostaatcancer: hoe te selecteren, hoe te vervolgen?
7	Primair oligometastasering: definitie, diagnose en behandeling (denk maar aan de recente (er is geen-) consensus meeting)
8	Diagnose en behandeling lokaal recidief: zowel na chirurgie als na radiotherapie
9	Is multimodality-behandeling een reële optie bij hoog-risico prostaatcancer, en hoe ziet die multimodality er dan uit.
10	Heeft de PSMA scan een plaats bij CRPC?
11	Is er verschil in PFS bij radical PLND vs node picking in oligometastatische ziekte
12	Heeft LU-PSMA een plek in hormoon sensitief prostaatca.
13	Heeft het zin om bij start ADT een dexascan te maken en het testosteron te bepalen?
14	Hoe vaak wordt nog gestart met bicalutamide tegen flare bij LHRH
15	Hoe vaak wordt bicalutamide monotherapie gebruikt ondanks de EAU richtlijnen waarin staat dat het obsoleet is
16	Welke screeningsadvies moet gegeven worden binnen families met 'erfelijk' prostaatcancer
17	Wat is de rol van risicofratificatie voor asymptomatische mannen die gescreend willen worden voor prostaatcancer?

<b>18</b>	Wat is de rol van de PSMA scan voor primaire staging/prognose/behandeling, monitoring, en predictie van palliatieve behandeling? Hoe kan het huidig onderzoek daarna versneld worden?
<b>19</b>	Kan de traditionele botscan vervangen worden door de PSMA scan? Kan er een vergelijkende studie met nucleair geneeskundigen verricht worden op dit gebied?
<b>20</b>	Wat is de beste lutetium gelabelde PSMA tracer, en wanneer kan deze ingezet worden? Welke alternatieve tracers zijn er of kunnen er ontwikkeld worden in Nederland? Idem met nucleair geneeskundigen.
<b>21</b>	Wat zijn de obstakels om transperineale prostaatbiopsie door te voeren in NL?
<b>22</b>	Helpt botox injectie tegen prostatitis klachten? Kan er een NL studie verricht worden?
<b>23</b>	Wat is de rol van peroperatieve tracers in de PLKD? Wie kan urologen helpen dat verder te ontwikkelen?
<b>24</b>	Wat is de beste manier om zenuwsparend een RALP uit te voeren? Kunnen de NL operateurs hier een uitspraak over doen en een plan trekken hoe ditte onderzoeken/verbeteren?
<b>25</b>	Wat is de beste manier om preoperatief een inschatting te maken van postop. incontinentie na RALP, en welke gevolgen heeft dit voor de uitvoering van RALP of het herstel postop.?
<b>26</b>	Welke wijze is het best om post RALP incontinentie te behandelen? Welk device is best, hoe stratificeer je patiënten? Kan de werkgroep functionele urologie dit uitzoeken?
<b>27</b>	Welke predictieve biomarkers kunnen ingezet worden voor de stratificatie van patiënten met gemetastaseerd prostaatacarcinoom
<b>28</b>	Hoe kunnen we active surveillance protocol individualiseren; welke patiënt heeft baat bij herhaal MRI of herhaal biopsie?
<b>29</b>	Is lymfklierdissectie voorafgaande aan bestraling nog geïndiceerd in tijden van PSMA PET
<b>30</b>	Terugdringen van praktijkvariatie bij huisartsen: wel/niet meten van PSA.
<b>31</b>	Bestaande informatie (ook over prostaatcentra) komt niet altijd bij de 1e lijn terecht: hoe komt dit, wat zijn de barrières? Doel: uniforme handelswijze.
<b>32</b>	Wat is het nut van vroegdiagnostiek bij mannen met erfelijk prostaatacarcinoom?
<b>33</b>	Welke beeldvormingstechnieken techniek(en) verdienen de voorkeur bij de diagnose en (lokale) staging van prostaatacarcinoom?

<b>34</b>	Wat is de optimale frequentie en duur van follow-up na behandeling van prostaatacarcinoom? En wat is de plaats van beeldvorming in deze follow up?
<b>35</b>	Wat is de waarde van een algoritme voor vroegdiagnostiek naar prostaatacarcinoom (Prostaat-wijzer 3+DRE) in de huisartsenpraktijk?
<b>36</b>	Toegevoegde waarde van systematische biopsie naast MR-geleide biopsie bij biopsie naïeve patiënten met een verhoogd PSA.
<b>37</b>	Diagnostische waarde van PSMA PET/CT in de primaire diagnostiek.
<b>38</b>	Therapeutische waarde van een PLND bij prostaatacarcinoom.
<b>39</b>	Standaard genetic profiling bij gemetastaseerd prostaatacarcinoom.
<b>40</b>	Focale therapie bij het gelokaliseerd prostaatacarcinoom.
<b>41</b>	Mannen met prostaatkanker hebben een licht verhoogd risico op fracturen. Kwaliteit van bewijs: Zeer laag
<b>42</b>	Bij androgeendeprivatietherapie is het fractuurrisico mogelijk groter. Kwaliteit van bewijs: Matig
<b>43</b>	Alendronaat lijkt het door androgeendeprivatietherapie geïnduceerde botverlies te corrigeren.
<b>44</b>	Toevoeging van Raloxifeen aan de behandeling van prostaatkankerpatiënten lijkt het botverlies in de heup te corrigeren.



Tabel 5b. Kennishiaten Urologie – Oncologie Blaas

Nr.	Kennishiaat
1	Hoe vaak geven we in NL eenmalige instillatie, en waarom niet en wat is het effect
2	Welke tumor-gerelateerde en host-gerelateerde biomarkers kunnen respons op NAC voorspellen bij MIBC.
3	Welke tumor-gerelateerde en host-gerelateerde biomarkers kunnen respons op BCG voorspellen bij NMIBC.
4	Welke rol speelt moleculaire sub-classificatie bij NMIBC blaaskanker als prognostische en predictieve marker voor respons op BCG.
5	Kan een cohort multiple randomized clinical trial design het diagnostisch en therapeutisch onderzoek binnen blaaskanker een echte boost geven?
6	Wat is de effectiviteit en veiligheid van blaas sparende behandelingen bij specifieke subgroepen van MIBC?
7	Welke screeningsadvies moet gegeven worden binnen families met 'erfelijk' blaaskanker
8	Wat is het gevaar op tumor Spill bij radicale TUR van grote / T2 blaastumoren
9	Wat is de prognostische betekenis van variant histologie bij T1 blaastumoren
10	Welk follow-up protocol bij verschillende subgroepen van NMIBC is nu echt zinvol / effectief?
11	Heeft cystectomie zin bij gemetastaseerd blaascarcinoom?
12	Moeten CTC's bij HR NMIBC reden zijn voor immediate cystectomie. Is het zinvol om standaard CTC's te onderzoeken.
13	Wat is de invloed van het microbioom op de respons op chemotherapie en immunotherapie bij blaaskanker.
14	Kunnen we betere en andere voorspellingen van uitkomst doen wanneer we recidivering bij blaaskanker modelleren met parallel process growth models ipv de ouderwetse (achterhaalde?) Cox models.
15	Wat is de variatie tussen ziekenhuizen in de vermelding van de aanwezigheid van detrusor bij een TUR voor patiënten met een T1 tumor (i.e. niet vermeld, niet aanwezig, wel aanwezig)? Rn heeft de vermelding van de aanwezigheid van detrusor (i.e. niet vermeld, niet aanwezig) een effect op het uitvoeren van een reTUR?

16	Wat is het effect van een radicale TUR (=uitspraak uroloog) bij T2 tumoren op de uitkomsten (i.e. recidief, overleving) na radiotherapie per type (i.e. brachytherapie, multimodality therapie, chemoradiatie)?
17	Wat is waarde PET/CT bij screening invasief blaasca
18	Is er een verband tussen het cystectomievolume van het ziekenhuis en de stadiumverdeling (cT) en outcome bij patiënten die een cystectomie hebben ondergaan in een ziekenhuis?
19	Wat is de variatie tussen ziekenhuizen in blaas sparende behandeling (brachytherapie, radiotherapie, chemoradiatie)? Kan deze variatie worden verklaard door patiëntkarakteristieken, tumorkarakteristieken of ziekenhuisfactoren? (bijv. leeftijd, co morbiditeit), en wat is het effect van het type blaas sparende behandeling op de overleving, de blaasfunctie en kwaliteit van leven?
20	Wat is de variatie tussen ziekenhuizen in het type blaasvervanging (Bricker, neoblaas, Indiana pouch) dat wordt aangebracht na cystectomie? Kan deze variatie worden verklaard door patiëntkarakteristieken, tumorkarakteristieken of ziekenhuisfactoren? (bijv. leeftijd, geslacht, keuzehulp ingevuld, nierfunctie) en wat is het effect van het type blaasvervanging op de kwaliteit van leven? En verschilt dit per domein (urine, darm en seksuele functie)?
21	<p>Introductie van Value Based Health Care binnen de blaaskanker zorg, met alsdoel optimalisatie van invasieve blaaskankercare in Nederland over de gehele keten.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Hoe kunnen we patiëntwaarde meten, verbeteren en leveren binnen onze organisatie en op welke manier moeten we ons hiervoor optimaal organiseren?</li> <li>Op welke manier kunnen we optimaal integraal samenwerken met andere zorgaanbieders of organisaties binnen het zorgpad invasieve blaaskanker, zodat de waarde voor de patiënt geoptimaliseerd kan worden?</li> <li>Hoe kan mijn organisatie zich voorbereiden op een betekenisvolle positie in een waarde gedreven zorglandschap?</li> <li>Wat moeten we doen: 1) formuleren van ICHOM standaard set bladder cancer (International consortium for Health Outcomes Measurement) 2) definiëren zorgpad invasieve blaastumoren</li> </ol>
22	Welke diagnostische modaliteit is aangewezen om patiënten met een spier invasief blaascarcinoom te stadieren?

<b>23</b>	Moet PET scan vast onderdeel zijn van disseminatie onderzoek spier invasief blaasca?
<b>24</b>	Waarde van immunotherapie bij therapierefractair niet-spier-invasief UCC blaas.
<b>25</b>	Neo-adjuvante versus adjuvante chemotherapie bij invasief UCC hoge urinewegen.

**Tabel 5c. Kennishiaten Urologie – Oncologie Nier**

<b>Nr.</b>	<b>Kennishiaat</b>
<b>1</b>	Percentage partiële nefrectomie voor t1 tumoren
<b>2</b>	Percentage goedaardige tumoren bij partiële nefrectomie
<b>3</b>	Percentage goedaardige tumoren bij cryo/HIFU ablatie
<b>4</b>	Aantal operaties voor pt3b tumoren per ziekenhuis
<b>5</b>	Percentage surveillance bij kleine nier tumoren
<b>6</b>	Soort behandeling in eerste lijn bij mRCC
<b>7</b>	Rol van systemische behandeling bij niet heldercellig niercelcarcinoom
<b>8</b>	Vanwege het ontbreken van prospectief uitgevoerde kosteneffectiviteitsanalyses, staat het nut van screening van de algehele bevolking op het vóórkomen van niercelcarcinoom niet vast (nivo 3)
<b>9</b>	Er zijn tot nu toe geen aanwijzingen dat echo geleide biopten beter zijn dan CT-geleide biopten of vice versa. (nivo 4)
<b>10</b>	De radicale (transperitoneale) nefrectomie volgens Robson (inclusief lymfadenectomie en adrenalectomie) lijkt niet langer de gouden standaard voor kleinere tumoren (< 7 cm). Nivo 3
<b>11</b>	Er zijn aanwijzingen dat laparoscopische benadering bij gelokaliseerde tumoren de voorkeur verdient boven open radicale nefrectomie. Nivo 3
<b>12</b>	Van alle bijniermetastasen is bijna de helft afkomstig van bovenpoolstumoren. Nivo 3
<b>13</b>	Er zijn aanwijzingen dat een additionele adrenalectomie geïndiceerd is indien de pre-operatieve CT-scan een afwijkende bijnier laat zien en indien intra-operatief de bijnier macroscopisch verdacht is voor een metastase. Nivo 3
<b>14</b>	Een adrenalectomie bij een hoge stadiëring zal geen invloed hebben op de prognose. Nivo 3
<b>15</b>	De preoperatieve CT-scan lijkt onvoldoende accuraat om kliermetastasen aan te tonen. Minder dan de helft van de vergrote klieren is histologisch positief. Nivo 3
<b>16</b>	Er zijn aanwijzingen dat de aanwezigheid van lymfkliermetastasen de prognose van niercelcarcinoom aanzienlijk verslechtert. Nivo 3
<b>17</b>	Er is geen evidence-based standaard voor de follow-up van het niercelcarcinoom. Nivo 4

<b>18</b>	Er zijn aanwijzingen dat de incidentie van geïsoleerde recidieven in de fossa renalis na nefrectomie laag is. Nivo 3
<b>19</b>	Er zijn aanwijzingen dat chirurgische resectie van een lokaal recidief na nefrectomie wordt gevolgd door een hoge frequentie van verdere metastasering en kankerspecifieke mortaliteit. Nivo 3
<b>20</b>	Er zijn aanwijzingen dat indien het recidief klein is, een volledige resectie kan worden bereikt, geen sarcomatoid subtype bekend is en de patiënt een goede performance status heeft, een resectie van het lokaal recidief de overleving gunstig kan beïnvloeden. Nivo 3
<b>21</b>	Er zijn geen data over de rol van systemische therapie bij de behandeling van het lokaal recidief. Nivo 4,

**Tabel 5d. Kennishiaten Urologie – Oncologie Testis**

<b>Nr.</b>	<b>Kennishiaat</b>
<b>1</b>	performance en outcome van RPLD: wie doet het, hoeveel, wat zijn de resultaten
<b>2</b>	hoe vaak wordt voor orchietomie fertiliteit besproken en gedaan (TESE etc) en beïnvloedt dat de planning (reden om in 2014 of zo de richtlijn aan te passen)



# Bijlage 4

## Onderzoekslijnen per UMC

Instituut	Onderzoekslijn	Principal investigators & promovendi
<b>Amsterdam UMC</b> <b>Locatie: AMC</b>	<p><b>Oncologie</b></p> <p><i>Prostaatanker</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nieuwe beeldvormende technieken om prostaatanker zichtbaar te maken. Het speerpunt van dit onderzoek is de contrastografie (CEUS) van met name prostaatanker; project samen met TU Eindhoven</li> <li>2. Irreversibele Electroporatie (IRE) bij prostaatanker.</li> <li>3. Laser ablatie als focale therapie</li> <li>4. Diagnostiek</li> <li>5. Vesicles</li> </ol> <p><i>Nieranker</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnostiek, besluitvorming &amp; behandeling van kleine niertumoren</li> <li>2a. PROMS&amp; PREMS bij Nieranker</li> <li>2b. Contrast Ultrasound Dispersion Imaging voor nieranker (ism TU Eindhoven)</li> <li>4. Irreversibele Electroporatie (IRE) bij nieranker</li> </ol> <p><i>Urotheelcelcarcinoom van blaas en hogere urinewegen</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Toepasbaarheid van Optische Coherentie Tomografie (OCT) bij diagnostiek van urotheelcarcinoom van ureter en pyelum.</li> <li>2. Diagnostiek en behandeling hogere urinewegtumoren</li> </ol> <p><i>Blaaskanker</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbeteren van het follow-up traject na behandeling van Blaaskanker met BCG therapie (1. ontwikkelen van een marker mbt bepaling risico op recidief, 2. Noodzaak van cytologie naast cysto-scopie, FISH);</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prof.dr.ir. H. Wijkstra/Pof.dr. M. Mischi, Prof.dr. H.P. Beerlage, Dr.ir. RJG. Van Sloun, Dr.ir. S. Turco, Dr.ir. R.R. Wildeboer,</li> <li>- Promovendi : A. Postema, M. Smeenge, C. Mannaerts, Ir. P. Chen Ir. A. Panfilova, M. Gayet, A. Van der AA, A. Kajtazovic</li> <li>- Dr. Th.M. de Reijke</li> <li>- de Reijke, Dr. J.R. Oddens, Dr. D.M. de Bruin, L. van Riel (promovendus)</li> <li>- de Reijke, Prof.dr. T. Van Leeuwen, de Bruin: A. Swaan (promovendus)</li> <li>- de Reijke, K.P. Pienta (Baltimore): R. Zieren (promovendus)</li> <li>- Beerlage: P. Zondervan (promovendus),</li> <li>- Beerlage, P. Zondervan, C. Widdershoven (promovendus)</li> <li>- Beerlage, M. Buijs (promovendus)</li> <li>- Oddens, de Reijke, van Leeuwen, Beerlage, de Bruin: Promovendi : M. Bus, B.M. de Ruiter, J.E. Freund</li> <li>- Beerlage, Promovendi: J. Baard, G.Kamphuis,</li> </ul>

<p><b>Amsterdam UMC</b> <b>Locatie: AMC</b></p>	<p><i>Endo-urologie</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. PCNL studie mbt de behandeling voor percutane niersteenverwijde-ring.</li> </ol> <p><i>BPH</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Laserablatie bij BPH</li> </ol> <p><i>Andrologie</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Testiculaire sperma extractie (TESE) en fertiliteitspreservatie bij mannen.</li> <li>2. Stamcel preservatie bij kinderen die chemotherapie ondergaan</li> </ol> <p><i>Functionele en reconstructieve urologie</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Overactieve blaas.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- de Reijke, de Bruin, Esmee Liem- (promovendus)</li> <li>- Prof.dr. H.P. Beerlage, G.Kamphuis, (promovendus)</li> <li>- Dr.Th.M. de Reijke, Dr. D.M. de Bruin, Dr. J. Oddens: Rob van Kollenburg (promovendus)</li> <li>- Dr. A Meissner</li> <li>- Dr. A Meissner</li> <li>- . Gerbrandy</li> </ul>
<p><b>Amsterdam UMC</b></p>	<p><i>Oncologie</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prostaatkanker</li> </ol>	
<p><b>Locatie: VUmc</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Functie van microRNAs in exosomen in de ontwikkeling van prostaatkanker metastasen;</li> <li>2. Gebruik van urine exosomen voor niet-invasieve detectie van kanker;</li> <li>3. Het ontwikkelen van een klinisch toepasbare methode voor de isolatie van urine exosomen;</li> <li>4. Het bepalen van de effectiviteit van niet thermisch-plasma als nieuwe behandeling tegen kanker;</li> <li>5. The role of combined hormonal therapy and local radiation in metastatic prostate cancer;</li> <li>6. PSMA-PET en MR imaging bij prostaatkanker;</li> <li>7. Robot prostatectomy: Oncologic and functional predictors, prostate sampling, PROMS, learning curves;</li> <li>8. Implementatie van een keuzehulp voor patiënten met prostaat-kanker en inventarisatie van klinische keuzemomenten voor de behandeling en diagnostiek bij prostaatkanker</li> </ol> <p><i>Blaaskanker</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Validating the methylation status of a gene panel for bladder cancer detection in urine</li> <li>2. PUNLMP: a vanishing diagnosis in histological grading of non-muscle-invasive bladder cancer</li> <li>3. Prognosis of grade 3 non-muscle-invasive bladder cancer patients treated with adjuvant Mitomycin C instillations</li> <li>4. Cost-effectiveness analysis of immediate post-operative Mitomycin C in non-muscle-invasive bladder cancer</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dr. I. Bijnsdorp, A. Eronzci</li> <li>- dr. I. Bijnsdorp, A. Eronzci</li> <li>- dr. I. Bijnsdorp, A. Eronzci</li> <li>- dr. I. Bijnsdorp, A. Eronzci</li> <li>- Van Moorselaar, L. Boeve</li> <li>- Vis, BHE Jansen</li> <li>- Vis, E. Colette</li> <li>- Van Moorselaar, Vis, H.H.M. Al-Itejawi</li> </ul>

<p><b>Locatie: VUmc</b></p>	<p><b>Nierkanker</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Expanding the phenotype in BHD syndrome</li> <li>i.s.m. AMC Urologie: Focale behandeling van niercelcarcinoom</li> </ol> <p><b>Kinderurologie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>i.s.m. EMC Rotterdam: Hypospadie</li> </ol> <p><b>Genderdysforie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Genitale reconstructies</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nieuwenhuijzen, van Moorselaar,</li> <li>- J. Bosschieter, A. Hentschel</li> <li>- Nieuwenhuijzen, van Moorselaar,</li> <li>- J. Bosschieter, A. Hentschel</li> <li>- Nieuwenhuijzen, van Moorselaar,</li> <li>- J. Bosschieter, A. Hentschel</li> <li>- Nieuwenhuijzen, van Moorselaar,</li> <li>- J. Bosschieter, A. Hentschel</li> <li>- Van Moorselaar, I. van de Beek</li> <li>- Van Moorselaar, P. Zondervan</li> <li>- Roobol, Van Moorselaar, G. Beckers</li> <li>- Van Moorselaar, G. Pigot en M. Al Tamimi</li> </ul>
<p><b>AVL/NKI</b></p>	<p><b>Oncologie</b></p> <p><b>Peniscarcinoom:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Evaluatie van nieuwe beeldvormende technieken ter verbetering van de sentinelnode procedure</li> <li>Evaluatie van een nieuwe fluorescente tracer met als doel om tumormarges te identificeren</li> <li>Primair chemoradiatie voor N2/N3 peniscarcinoom</li> <li>De plaats van de aanvullende bekkenklierdissectie bij N2/N3 peniscarcinoom</li> <li>Adjuvante radiotherapie na ENE bij liesklierdissectie</li> <li>Immunotherapie bij advanced/gemetastaseerd peniscarcinoom (PERICLES)</li> <li>Preklinisch: tumor microenvironment / potential targets voor (metastaserend) peniscarcinoom</li> </ol> <p><b>Nierkanker:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Onderzoek naar effectiviteit en voorspellende waarde van biomarkers voor neoadjuvante, adjuvante en pre chirurgische systemische therapie bij het lokaal gevorderd of gemetastaseerd niercelcarcinoom.</li> <li>Sentinel node</li> <li>Follow up en imaging met Zi-TLX250 PET</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dr. O.R. Brouwer</li> <li>- Drs. H.M. de Vries</li> <li>- Drs. S. Ottenhof</li> <li>- Dr. K. Jordanova</li> <li>- Dr. M. van der Heijden</li> <li>- Dr. F. Pos</li> <li>- Prof. S. Horenblas</li> <li>- Hielke-Martijn de Vries</li> <li>- Axel Bex, Niels Graafland, Kees Hendricksen</li> </ul>



<p><b>AVL/NKI</b></p>	<p><b>Prostaatanker:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sentinel node tracer ontwikkeling</li> <li>2. Genetische analyse van androgen receptor DNA interactie onder androgeen ablatie</li> <li>3. Clonaliteit van lymfklier metastasen</li> <li>4. Voorspelling functionele uitkomsten prostatectomie</li> <li>5. Kwaliteitscyclus prostaatanker netwerk (PKNW)</li> <li>6. PSMA-targeted klierdissectie</li> <li>7. Intraoperatieve Cerenkov beeldvorming van snijvlak status</li> <li>8. Behandeling van oligometastasen (izm radiotherapie)</li> </ol> <p><b>Testiskanker:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sentinel node studie (SENATOR)</li> </ol> <p><b>Blaaskanker:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. HIVEC behandeling van niet spier-invasief blaaskanker</li> <li>2. Neoadjuvant immunotherapie voor cystectomie</li> <li>3. Sentinel node</li> <li>4. Multimodale behandeling en genetica van het urachuscarcinoom</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pim van Leeuwen</li> <li>- Esther Wit</li> <li>- Henk van der Poel</li> <li>- Wilbert Zwart</li> <li>- Andre Bergman</li> <li>- Hans Veerman</li> <li>- Hilda de Barros, Andre Vis (VUMC)</li> <li>- Jakko Nieuwenhuijzen (VUMC)</li> <li>- Joost Blok, Richard Meijer, Henk van der Poel</li> <li>- Bas van Rhijn, Kees Hendricksen, Michiel van der Heijden, Charlotte Voskuilen</li> </ul>
<p><b>Erasmus MC</b></p>	<p><b>Oncologie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prostaatanker tumor modellen, drug testing</li> <li>2. Prostaatanker screening en markers, PRIAS</li> <li>3. Klinische trials: pPca, OAT, FuTuRe, genterapie</li> <li>4. Bio informatica</li> <li>5. E-health deciscion prostaatwijzer; 1e lijn transitie prostaatconsult; kwaliteitsindicatoren</li> <li>6. Kiln blaaskanker circumguidance CTCs</li> <li>7. Moleculaire diagnostiek blaaskanker</li> <li>8. Testiskanker screening</li> </ol> <p><b>Functionele en reconstructieve urologie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klinisch, neormodulatie</li> </ol> <p><b>Andrologie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reconstructive, predictive</li> </ol> <p><b>Kindereurologie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hypospadie registratie</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prof. Dr. GW. Jenster, Dr. J. Boormans, Dr. W. van Weerden, Dr.Tahlita Zuiverloon</li> <li>- Dr. M. Roobol, Prof. Dr. C.H. Bangma, Prof dr. G. Jenster, Dr. E. Martens. Dr Lionne Venderbos, Dr Jozien Helleman</li> <li>- Prof. Dr. CH. Bangma, Dr. P. Verhagen Drs. M. Busstra</li> <li>- Prof. Dr. GW. Jenster</li> <li>- Dr. M. Roobol, Prof. Dr. CH. Bangma Dr Lionne Venderbos</li> <li>- Dr. J. Boormans</li> <li>- Dr. E. Zwarthoff, Dr. J. Boormans</li> <li>- Dr. GR Dohle</li> <li>- Dr. B. Blok, Dr. J. Scheepe, Dr.E.van Asselt, Dr G. Spantidea</li> <li>- Dr. G. Dohle , Dr M.Dinkelman</li> <li>- Drs. F. v. d. Toorn</li> </ul>

<p><b>LUMC</b></p>	<p><i>In het <b>oncologisch onderzoek</b> wordt gezocht naar betere onderzoeksmethoden en behandelingen van nierkanker, blaaskanker en prostaatkanker. De nadruk in het LUMC ligt op onderzoek mbt blaaskanker en prostaatkanker en personalised medicine.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preklinische prostaatkanker orthotopie &amp; metastasering modellen (xenograft, PDX, tumor slice modellen), drug development, drug testing &amp; nanodrug delivery.</li> <li>2. Preklinische blaaskanker orthotopie &amp; metastasering modellen, drug development, drug testing &amp; nanodrug delivery</li> <li>3. (Bio)Medical imaging van prostaat en blaaskanker</li> <li>4. Tumor Stroma Interactions; Tumor Immunotherapie, en Oncolytische Viro-immuno Therapie (OVIT)</li> </ol> <p><b>Functionele en reconstructieve urologie en seksualiteit</b></p> <p><i>De Seksualiteit Research Groep Leiden richt zich op de blaas/urethrale /bekkenbodemp (dys)functie en seksuele (dys)functie bij mannen en vrouwen en de andrologische aspecten. In het bijzonder m.b.t.</i></p> <p>neuro-anatomie en neurofysiologie, vanwege de sterke relatie tussen deze (dys)functies. De studies zijn:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anatomy: neuro-anatomy of pelvic floor musculature and external sphincters in relation to neuro-stimulation;</li> <li>2. Neuromodulation and EMG signals of the pelvic floor</li> <li>3. Research in EMG signals of the pelvic floor with the Multiple Array Probe Leiden (MAPLe);</li> <li>4. Functional outcome measures using EMG measurement after surgery in the Pelvis</li> <li>5. Neurophysiology: the mode of action and efficacy of various pelvic floor physiotherapeutic and/or electrical stimulation techniques;</li> <li>6. Operative incontinence procedures and sexual (dys)function in women;</li> <li>7. Validation and standardization of the measurement of pelvic floor function with the Multiple Array Probe Leiden (MAPLe);</li> <li>8. Innovative surgical techniques in male urinary stress incontinence;</li> <li>9. Innervation and function of the urethra and overactive urethra;</li> <li>10. Prevalence of sexual dysfunction in urological patients.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dr G. van der Pluijm, Dr G. van der Horst,</li> <li>- Dr Bevers, Drs van Gennep</li> <li>- Dr. G. van der Pluijm, Dr. G. van der Horst, Drs. A.F. van de Merbel</li> <li>- Dr. G. van der Pluijm, Dr. G. van der Horst</li> <li>- Dr. G. van der Pluijm, Dr. G. van der Horst, Prof. dr. R.C.M. Pelger</li> <li>- Dr. G. van der Pluijm, Dr. G. van der Horst, M. Van der Mark</li> <li>- Dr. P.J. Voorham</li> <li>- Dr. P.J. Voorham, H.C. Voorham</li> <li>- Dr. P.J. Voorham, Prof. Dr. R.C.M. Pelger, H.C. Voorham, D. Bennink</li> <li>- Dr. P.J. Voorham, Drs. J. van Uhm</li> <li>- Dr. P.J. Voorham, D. Bennink</li> <li>- Dr. H.W. Elzevier</li> <li>- Dr. P.J. Voorham, Prof. Dr R.C.M. Pelger</li> <li>- Dr. H.W. Elzevier, Drs. J. van Uhm</li> <li>- Dr. H.W. Elzevier, Drs. M. Kummeling</li> <li>- Dr. H.W. Elzevier</li> </ul>
--------------------	--	--



<b>MUMC</b>	<p><i>Functionele, reconstructieve- en neuro-urologie</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Functionele connecties tussen blaas, Periaqueductaal grijs (PAG) en overige hersenstructuren – Fundamenteel</li> <li>2. Functionele connecties tussen blaas en brein: FMRI onderzoek Scannexus – Klinisch</li> <li>3. Blaasfunctie in ageing en alzheimers disease – Fundamenteel</li> <li>4. Exploratie nieuwe stimulatie methoden voor neuromodulatie – Fundamenteel: multidisciplinair</li> <li>5. Klinische neuromodulatie: predictieve factoren en nieuwe technieken</li> <li>6. Onderactieve blaas, technieken voor klinische detectie en diagnostiek</li> <li>7. Tissue engineering techniques voor augmentatie van blaas en sphincteractiviteit</li> <li>8. Patient evaluatie bij functionele en neurologische klachten met ESM (momentary assessment) Herrewegh, Vrijens</li> <li>9. Functionele analyse van de nucleus van Onuf met FMRI</li> <li>10. Project voor interdivisonele samenwerking binnen MHeNS: Alarm falcificatie in a model of functional urological disorders</li> <li>11. Nieuwe technieken voor Neuromodulatie (RUBICON) (Aachen)</li> <li>12. Diagnostiek bij recidiverende urineweg infecties</li> <li>13. Conservatieve therapie voor preventie en therapie van urine incontinentie</li> </ol> <p><i>Oncologie</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enose voor detectie urogenitale carcinomen</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prof.Dr. G.A. van Koeveringe</li> <li>- Dr S Rahnamai, Prof.Dr. G.A. van Koeveringe</li> <li>- Prof G.A. van Koeveringe</li> <li>- Prof G.A. van Koeveringe</li> <li>- Prof. van Kerrebroeck, Dr D Vrijens</li> <li>- Prof G.A. van Koeveringe, Dr K Rademakers, T Marcelissen</li> <li>- Prof. G.A. van Koeveringe</li> <li>- Dr D Vrijens, Prof G.A. van Koeveringe</li> <li>- Prof. G.A. van Koeveringe, Dr S Schipper</li> <li>- Prof. G.A. van Koeveringe</li> <li>- Prof. G.A. van Koeveringe</li> <li>- Dr D. Vrijens</li> <li>- Dr. B. Berghmans</li> <li>- Dr J. Van Roermund</li> </ul>
<b>UMCG</b>	<p><i>Oncologie</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Doelgerichte moleculaire beeldvorming bij urologische tumoren: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bombesin/gastrin-releasing-Peptide (BN/GRP) receptor in castrate resistant prostate cancer.</li> <li>- Androgen receptor targeted imaging in advanced prostate.</li> <li>- Bioimaging in recurrent prostate cancer</li> <li>- New targets for bioimaging in penile and bladder cancer</li> </ul> </li> <li>2. Hereditary cancers of the kidney and upper urinary tract</li> <li>3. Expertisecentrum Kiemceltumoren</li> </ol> <p><i>Andrologie</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fibrosis en M. Peyronie</li> <li>2. Erectiestoornissen</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prof. dr. I.J. de Jong, Prof. dr. P.H. Elsinga, Prof. dr. W. Helfrich</li> <li>- Dr. E.F.J. de Vries, Dr. A. Glaudemans, Dr. A. H. Brouwers</li> <li>- Prof. dr. I.J. de Jong, prof. dr. Th. Links, Prof. dr. R. Sijmons</li> <li>- Prof. dr. J.A. Gietema</li> <li>- Dr. M.F. van Driel, Prof. dr. R. Banks</li> <li>- Prof. dr. I.J. de Jong</li> <li>- Dr. J.S.F.T. Quaedackers, Dr. R. Lammers, Prof. dr. J.M. Nijman</li> <li>- Dr. S. Roemeling</li> <li>- Prof. dr. I.J. de Jong, Em. Prof. dr. C.J.M. Jansen, Dr. M. van Balken, Dr. A.F. de Winter</li> </ul>

<b>UMCG</b>	<p><b>Kinderurologie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incontinentie bij kinderen</li> <li>2. Spina Bifida/neurogene blaasstoornissen</li> <li>3. EUROCAT</li> </ol> <p><b>Interventieurologie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Toepassing cone beam CT bij percutane niersteen chirurgie</li> </ol> <p><b>Algemene Urologie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Low literacy in urogenital diseases</li> </ol>	
<b>Radboud UMC</b>	<p>Oncologie</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Functionele beeldvorming</li> <li>2. Immunotherapie, gentherapie</li> <li>3. Moleculaire and cellulaire basis van prostaat carcinogenesis</li> <li>4. Translationale onderzoek prostaat kanker</li> </ol> <p><i>Moleculaire diagnostiek van prostaat kanker</i></p> <p><i>Bepaling van de expressie van het prostaat kanker specifieke gen DD3/PCA3</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Translationale onderzoek progressieve nierkanker</li> </ol> <p><i>Kan radio-immunotherapie gebruikmakend van het G250 monoclonaal antibody patiënten met gemetastaseerde nierkanker genezen?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Urologische Epidemiologie. The genetic epidemiology of urological conditions and on the quantitative evaluation of (new) diagnostic and prognostic tests in urology.</li> </ol> <p><i>The genetic epidemiology of bladder cancer</i></p> <p><i>Early detection of prostate cancer in hereditary prostate cancer family</i></p> <p><i>Risk of cancer among patients treated for psoriasis or eczema</i></p> <p><i>The Nijmegen Biomedical Study: a study on gene-environment interactions</i></p> <p><i>Diagnostic/prognostic markers in urological conditions</i></p> <p><b>Functionele en reconstructieve urologie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Neuromusculaire ontwikkeling en genetische afwijking</li> </ol> <p><b>Kindereurologie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tissue engineering en reconstructieve chirurgie en prenatale diagnostiek van congenitale urologische afwijkingen</li> </ol> <p><b>Andrologie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Endocrinologie en reproductie, welke een relatie heeft met het thema 'preventie en evaluatie/evidence based medicine'.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- prof. dr. J.A. Witjes</li> <li>- dr. E. Oosterwijk, prof. dr. P.F.A. Mulders</li> <li>- prof. dr. J.A. Schalken, prof. dr. J.A. Witjes, prof. dr. L.A.L.M. Kiemeny</li> <li>- prof. dr. J.A. Schalken, prof. dr. J.A. Witjes, prof. dr. P.F.A. Mulders</li> <li>- prof. dr. P.F.A. Mulders</li> <li>- prof. dr. L.A.L.M. Kiemeny</li> <li>- dr. J.P.F.A. Heesakkers</li> <li>- prof. dr. W. Feitz, prof. dr. J.A. Schalken</li> <li>- drs. K.W.M. D'Hauwers</li> </ul>

<p><b>UMCUtrecht</b></p>	<p><b>Kinderurologie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tissue engineering voor hypospadiecorrectie</li> <li>2. Mullerse afwijkingen</li> <li>3. Blaassensor bij incontinentie</li> <li>4. Urethra/ urodynamic values for obstruction in children with incontinence</li> <li>5. Blaasextrofie met/ zonder fixateur sluiten</li> <li>6. Schistosomiasis project: behandeling en preventie</li> <li>7. Psychologische aspecten bij kinderen met hardnekkige urine-incontinentie</li> <li>8. Lange termijn follow-up van hypospadiecorrecties</li> </ol> <p><b>Functionele en reconstructieve urologie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tissue engineering van de urethra</li> <li>2. Uitkomsten na urethraplastiek</li> <li>3. Automatische analyse uroflowmetrie</li> <li>4. Onderactieve detrusor</li> <li>5. Urodynamica bij tertiaire mictiestoornissen en incontinentie</li> </ol> <p><b>Adolescentenurologie/levensloop</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Follow up blaasextrofie bij volwassenen</li> <li>2. Follow up spina bifida bij volwassenen</li> <li>3. Follow up catheteriseerbare stoma's</li> </ol> <p><b>Fertiliteit</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stamcelbiopten tbv fertiliteitspreservatie bij kinderen</li> <li>2. Infertiliteit bij mannen</li> </ol> <p><b>Oncologie</b></p> <p><i>Prostaatanker</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hard- en software ontwikkeling MR-LINAC</li> <li>2. 7T prostaat-imaging optimalisatie</li> <li>3. Dose calculations voor radiotherapie</li> <li>4. Salvage HDR-Brachytherapie</li> <li>5. MRI-fusie biopsie/focale therapie</li> <li>6. Prospectief prostaatanker cohort</li> <li>7. Lutetium-PSMA Theranostics</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dr. P. de Graaf, Prof. Dr. L.M.O. de Kort</li> <li>- E. Mooren, P. Dik</li> <li>- P. v. Leuteren, P. Dik</li> <li>- Dr. A.J. Klijn</li> <li>- Dr. A.J. Klijn, W.Nieuwhuis (ortho)</li> <li>- Prof. Dr. T.P.V.M. de Jong</li> <li>- A.Nieuwhof / Prof.Dr. T. de Jong</li> <li>- Dr. R.P.J. Schroeder/ ISM NHS- Rotterdam</li> <li>- Dr. P. de Graaf, Prof. Dr. L.M.O. de Kort</li> <li>- Drs. P. Oude Elferink, Dr. M.I.A. Wyndaele, Prof. Dr. L.M.O. de Kort</li> <li>- Prof. Dr. L.M.O. de Kort, prof. Dr. B. Geurts</li> <li>- Dr. P.F.W.M. Rosier, Prof. Dr. L.M.O. de Kort</li> <li>- Dr. P.F.W.M Rosier, Dr. M.I.A. Wyndaele</li> <li>- Prof. Dr. L.M.O. de Kort</li> <li>- Dr. P. Dik, Prof. Dr. L.M.O. de Kort</li> <li>- Dr. H.M.K. van Breda, Dr. A.J. Klijn, ism Amsterdam UMC</li> <li>- Dr. H.M.K. van Breda</li> <li>- Prof. J. Lagendijk</li> <li>- Prof. D. Klomp</li> <li>- Prof. B. Raaijmakers</li> <li>- Dr. J. van der Voort van Zijp</li> <li>- Dr. P.M. Willemse</li> <li>- Prof. H. Verkooijen</li> <li>- Prof. M. Lam</li> <li>- Dr. R. Meijer</li> <li>- Dr. R. Meijer</li> <li>- Dr. G. Groenewegen</li> <li>- Prof. L. Looijenga</li> <li>- Prof. L. Looijenga</li> <li>- Dr. R. Meijer</li> </ul>
--------------------------	--	--

<b>UMCUtrecht</b>	<p><i>Blaaskanker</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bladder cancer organoids (LTO)</li> <li>2. Prospectief blaaskanker cohort</li> <li>3. Immunotherapie blaaskanker</li> </ol> <p><i>Testiskanker</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Biomarkers (tissue/DNA en body fluids)</li> <li>2. Molecular heterogeneity GCT</li> <li>3. Sentinel node testis tumoren</li> </ol>	
-------------------	---	--

<b>Ziekenhuis</b>	<b>Onderzoekslijn en/of studie</b>
<b>Albert Schweitzer zks</b>	Pro-bio vanuit Erasmus MC PRIAS
<b>Amphia zks</b>	Participatie aan 9 multicenter studies
<b>Canisius-Wilhelmina ZKS</b>	<p><b>Diagnostiek prostaatcarcinoom:</b></p> <p>MR-PROPER vanuit Erasmus            MR-FIRST vanuit CWZ met Radboudumc en Catharina            PRO-SWAB vanuit Radboudumc            FUTURE vanuit CWZ met Antonius</p> <p><b>Gelokaliseerd prostaatcarcinoom:</b></p> <p>PRIAS vanuit Erasmus            PROSPEC vanuit NKI/AvL            MINT vanuit CWZ            PROTEUS (industry-initiated)            PCOMBI (industry-initiated)</p>



	<p><b>Gemetastaseerd prostaatacarcinoom:</b> ARCHES (industry-initiated) PCOMBI (industry-initiated) MAGNITUDE (DUOS/industry-initiated) JPCM (DUOS/industry-initiated) CABA-V7 (DUOS) AURIMPCA vanuit Radboudumc DORA vanuit MSKCC (tevens DUOS) REDOSE vanuit Radboudumc UCC blaas: NIMBUS vanuit EAU-rf <b>UCC hoge urinewegen:</b> REBACARE vanuit Erasmus</p>
<b>Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis</b>	<p>Lopende klinisch patiëntgebonden onderzoeken Pro SWAB / Radboud mc NIMBUS / Radboud mc REBACARE / Erasmusmc EMBO-PROST / ETZ</p>
<b>Haaglanden Medisch Centrum</b>	<p>REBACARE PRIAS Mr.-Proper</p>
<b>HagaZiekenhuis</b>	<p>De buscopan studie is door ons geïnitieerd en is aan het verrichten; een dubbelblind placebo gecontroleerde studie naar het effect van buscopan bij patiënten met niersteenkoliëken die niet reageren op NSAID's oraal. Looptijd: jan 2018 - dec 2019</p>
<b>Isala</b>	<p><b>Investigator initiated onderzoek</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Promotieonderzoek naar de diagnostiek, behandeling en preventie kindercontinentie (kinderurologie)</li><li>2. Promotieonderzoek naar de diagnostiek, behandeling en preventie van recidiverende urineweginfecties (algemene/functionele urologie)</li><li>3. Onderzoek naar de meerwaarde van MRI bij de detectie van prostaatacarcinoom (oncologie)</li><li>4. Onderzoek naar de ervaringen en verwachtingen van de behandeling van patiënten met overactieve blaas (functionele urologie)</li><li>5. Onderzoek naar het nut van prostaatdesobstructie bij mannen met een onder-actieve blaas (functionele urologie)</li><li>6. Onderzoek naar evaluatie van de effectiviteit van sacrale neuromodulatie (functionele urologie)</li></ol> <p>Daarnaast nemen wij als centrum deel aan meerdere multicenter studies</p>

<b>Maasstad Ziekenhuis</b>	<p><b>Klinische onderzoeken</b>  ProBlo  Mr. Proper  Anser</p> <p><b>Onderzoeken die nog niet zijn afgerond, waarvoor er geen inclusies meer worden gedaan</b>  Real world data in MIBC  Rebacare</p> <p><b>Binnen Santeon verbeterteam</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Afkappunt risico lymfkliermetastasen: welk risicopercentage op lymfkliermetastasen kan het beste als afkapwaarde worden gebruikt in het besluit om wel/geen lymfklierdissectie uit te voeren? Hoe hoog is het complicatie risico van PLKD per risico N+ categorie?</li> <li>2. Uitslag PSMA-PET: Is de uitslag van de PSMA PET van toegevoegde waarde op het verdere behandelplan van prostaatkanker patiënten? Validatie PSMA-PET aan de hand van uitslag PA van PLKD en PSA bij FU indien PA PLKD negatief was bij een positieve PSMA PET voor LK-meta's.</li> <li>3. Wat is de toegevoegde waarde van intra-operatieve vriescoupes? Waarbij geanalyseerd wordt of door het toepassen van intra-operatieve vriescoupes vaker zenuwsparend wordt geopereerd, of definitieve snijvlakken minder vaak positief zijn, of complicaties minder frequent optreden en of er betere functionele resultaten worden verkregen.</li> <li>4. Wat zijn de extra kosten door het toepassen van intra-operatieve vriescoupes en zijn deze in verhouding met de beoogde resultaten?  In welke mate leidt centralisatie van de radicale prostatectomie tot betere oncologische uitkomst en minder complicaties?</li> </ol>
<b>Martini Ziekenhuis</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rebacare: efficiëntie van een eenmalige blaasspoeling met chemotherapie (MMC) voorafgaand aan nefro-ureterectomie bij UCC ter voorkoming van recidief UCC in de blaas.</li> <li>2. Snapshot studie: 3-jaars overleving na open versus robot-geassisteerde cystectomie in Nederland</li> <li>3. Motief studie: onderzoek naar erfelijke oorzaken van blaastumoren onder zeer jonge patiënten</li> <li>4. Social-E: which social contacts help reduce distress after cancer in single and partnered patients?</li> <li>5. PREDICT: prediction of lymph node metastasis and extraprostatic extension in prostate cancer patient  PRO-CRV: Prostate Cancer Outcomes global initiative to Compare and Reduce Variation in localized prostate cancer</li> </ol>
<b>Noordwest Ziekenhuisgroep</b>	SPARTAN, HORRAD, ARCHES, RACE, PRIAS, MR PROPER, Pcombi studie, NIMBUS Oncologisch: OSTRICH, DORA
<b>OLVG</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prostaatbiopten (deels in kader Anser-netwerk, maar OLVG loopt daarin voorop):  Infectieuze complicaties, superiority studie van transperineale biopten zonder antibiotica profylaxe, versus transrectale biopten met antibiotica profylaxe. (Non-inferiority is aangetoond, wordt gepresenteerd op najaarsvergadering en aan artikel wordt gewerkt).</li> <li>2. Mitomycine blaasspoeling ter preventie van recidief urothelcelcarcinoom in de blaas bij behandeling van upper tract urothelial cell carcinoma (UTUC) d.m.v. laserablatie dan wel nefro-ureterectomie.</li> <li>3. Inkorten therapieduur bij katheter gerelateerde UWI's (short cut studie, geïnitieerd door AMC)</li> </ol>

<b>Rijnstate</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prospec (Follow up via huisarts na RARP/Radioth., gestart 9-2019, Rijnstate + RTG),</li> <li>2. Rebacare (BCG-spoeling voor nefro-ureterectomie, gestart 07-2018, Rijnstate),</li> <li>3. ADOPT (Fase 3 naar effect van 6 mnd ADT bij metachrone oligo-metastasen met metastase gerichte (radicale) radiotherapie, RTG)),</li> <li>4. Peryton (Fase 3 naar hypofractionering salvage Rt bij relapse (psma PET: N0M0), RTG),</li> <li>5. Leap-011 (Cisplatin of platinum inegible blaascarc 1e lijns behandeling: pembrolizumab +/- lenvatinib, Rijnstate),</li> <li>6. Checkmate 7G8 (Hoog-risico NMIBC pat die niet reageren op BCG: BCG + nivolumab of placebo, Rijnstate / Neoadjuvant immuuntherapie cT2-4aNO cis-ineligibile - interesse in deelname),</li> <li>7. Ostrich (Hoog-risico CRPC, Rijnstate - interesse in deelname),</li> <li>8. ProBCI (Blaaskanker-registry, Rijnstate - interesse in deelname)</li> </ol>
<b>St. Antonius Ziekenhuis</b>	<p><b>URO-ONCOLOGIE</b></p> <p><b>PROSTAAT</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proteus: neo-adjuvant ADT +/- apalutamide bij high-risk prostaatcarcinoom</li> <li>2. Prospec: follow-up na curatieve therapie bij prostaatcarcinoom</li> <li>3. Passport: PSMA-PET/CT bij indicatie voor active surveillance</li> <li>4. PSMA-SELECT (PhD traject in Santeon verband): PSMA/PET-CT om te selecteren voor PLND tijdens RALP (start Q2/3)</li> <li>5. EMPIRE: IRE (Nanoknife) bij low-intermediate risk prostaatcarcinoom</li> <li>6. COMPUTE: Artificial intelligence voor detectie en staging van prostaatcarcinoom</li> <li>7. ENFORCE: testosteron suppletie post-prostatectomie bij hypogonadisme (start Q3/4)</li> <li>8. Utrecht Prostaat Cohort (UPC); (PhD traject): prospectief cohort prostaatcarcinoom St Antonius en UMCU</li> <li>9. PECAN-2: PSMA PET/CT in the Evaluation of Outcome in Candidates for Salvage Radiation Therapy or a Personalized Adapted Treatment Approach. A Randomized Clinical trial'</li> <li>10. POMOLO-2: weglaten van PLND in selecte groep van mannen met negatieve PSMA/PET-CT</li> <li>11. PCombi: ADT +/- estetrol (E4) bij mannen met lokaal gevorderd of gemetastaseerd prostaatcarcinoom</li> <li>12. ULTRA SELECT: gebruik van prostaatechografie in de huisartsenpraktijk om te selecteren voor MRI prostaat</li> <li>13. CITRUS: analyse gebruik van PSMA/PET-CT na in opzet curatieve therapie</li> <li>14. Vervolg FUTURE trial (PhD traject in Santeon verband): follow-up diverse technieken van MRI gerichte prostaatbiopten</li> <li>15. Santeon prostaatkanker cohort (PhD traject in Santeon verband): Optimalisatie prostaatkanker staging en active surveillance</li> <li>16. Discover: bespreken en aanbieden van DNA-onderzoek bij mannen met prostaatcarcinoom (start Q2/3)</li> <li>17. PETMAN: predictieve waarde van PSMA/PET-CT bij mannen met gemetastaseerd prostaatcarcinoom</li> <li>18. Keynote 991: fase III, dubbelblind, gerandomiseerde studie waarin onderzocht wordt of een combinatie van hormoonbehandeling en Enzalutamide met Pembrolizumab meer effect heeft op de ziekte, dan een hormoonbehandeling met Enzalutamide alleen bij patiënten met uitgezaaide hormoon gevoelige prostaatkanker (mHSPC)</li> <li>19. Capitelto: Efficacy and safety of capivasertib plus abiraterone (+prednisone/prednisolone) plus androgen deprivation therapy (ADT) versus placebo plus abiraterone (+prednisone/prednisolone) plus ADT in participants with mHSPC whose tumours are characterised by PTEN deficiency.</li> <li>20. JPCM (fase II net gesloten, fase III gaat opstarten): A Phase 2, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study of Abiraterone Acetate Plus Prednisone With or Without Abemaciclib in Patients With Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer</li> <li>21. Magnitude: gerandomiseerd, dubbelblind, placebogecontroleerd fase 3-onderzoek naar niraparib in combinatie met abirateronacetaat en prednison in vergelijking met abirateronacetaat en prednison voor de behandeling van patiënten met gemetastaseerde prostaatkanker.</li> <li>22. DORA (start later in 2021): Deze studie vergelijkt een behandeling met docetaxel in combinatie met radium-223 met de standaardbehandeling met alleen docetaxel.</li> <li>23. Triple AIM (PhD traject o.a. met Santeon): prospectieve database van mannen met gemetastaseerd prostaatcarcinoom</li> </ol>



<b>St. Antonius Ziekenhuis</b>	<p><b>BLAAS</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. POTOMOC: BCG vs durvalumab bij high-risk NMIBC</li><li>2. Farmadatabse blaaskanker Santeon (PhD traject)</li><li>3. Pre-prevenecys: predictieve waarde van TURT pre-cystectomie na neo-adjuvante chemotherapie</li><li>4. CA209-7G8: BCG +/- nivolumab bij patienten met recidief na BCG</li><li>5. LEAP: Efficacy and safety of lenvatinib (MK-7902/E7080) in combination with pembrolizumab (MK-3475) in the treatment of cisplatin-ineligible participants with a Programmed Cell Death-Ligand 1 (PD-L1) Combined Positive Score (CPS) <math>\geq 10</math>, or in participants ineligible for any platinum-containing chemotherapy regardless of CPS, with advanced/unresectable or metastatic urothelial carcinoma (UC).</li><li>6. THOR: Erdafitinib versus standard of care, consisting of chemotherapy (docetaxel or vinflunine) or anti-PD-(L) 1 agent pembrolizumab, in participants with advanced urothelial cancer and selected FGFR aberrations who have progressed on or after 1 or 2 prior treatments</li><li>7. Ave short (verwacht 2021)</li></ol> <p><b>NIER</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ontwikkeling keuzehulp nierkanker</li><li>2. Artificial intelligence voor beoordeling nierfunctie post-nefrectomie</li><li>3. Rebacare: mitomycine spoeling direct voorafgaande aan nefro-ureterectomie</li><li>4. Follow-up percutane cryoablatie small renal masses</li></ol> <p><b>ANDROLOGIE</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ontwikkeling sensor voor meten van erecties (PhD traject)</li><li>2. Diagnostiek en behandeling van M. Peyronie (PhD traject)</li></ol> <p><b>FUNCTIONELE UROLOGIE</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. BAM: gebruik van bulking agent bij stress urine incontinentie</li><li>2. Forecast: gebruik van fosfomycine bij UWI met E Coli en klinische opname</li></ol>
<b>Zuyderland MC</b>	Proswab, Rebacare, Repeat, Race





# Bijlage 5

## Begrippenlijst

AMC	Academisch Medisch Centrum te Amsterdam	PA	Pathologie
BCG	Bacillus Calmette-Guérin	PCMM	Prostate Cancer Molecular Medicine
BPH	Benigne ProstaatHyperplasie	PET	Positron Emissie Tomografie
CT-IVP	Computer Tomograaf - IntraVeneus Pyelogram	PROMs	Patiënt Reported Outcome Measures
EAU	European Association of Urology	PSA	Prostaat Specifiek Antigen
EORTC	European organization for research on treatment of cancer.	RCT	Randomized Controlled Trial
GAP3	Global Action Plan 3	RRP	Radicale retropubische prostatectomie.
HAB	HypoActieve Blaas	SEENEZ	Stimuleren Effectieve zorg, Elimineren Niet Effectieve Zorg
IFMS	individueel functioneren Medisch Specialisten	SKMS	Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten
ICER	Incremental Cost-Effectiveness Ratio	SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoening
JJ catheter	catheter, dat in de urineleider geplaatst wordt om de doorgang van de nier naar de blaas open te houden, waarbij beide uiteinden elk de vorm van een "J" hebben	STZ	Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen
Lhrh	Leutinizing Hormone-Releasing Hormone	SUI	Stress urine-incontinentie
LUMC	Leids Universitair Medisch Centrum	TCC	Transitioneel Cel Carcinoom
LUTS	Lower Urinary Tract Symptoms	TESE	Testiculaire Sperma Extractie
M+	Metastasen aanwezig	TOT	Trans Obturatorius Tape
MIC	Minimaal Invasieve Chirurgie	TURP	TransUrethrale Resectie van Prostaatweefsel
MMC	Mitomycine	TURT	TransUrethrale Resectie van Tumor uit de blaas
MRI	Magnetic Resonance Imaging	TVT	Tension-free Vaginal Tape
MUI	gemengde incontinentie	UDO	urodynamisch onderzoek
MUMC	Maastricht Universitair Medisch Centrum	UMC	Universitair Medisch Centrum
NKI-AVL	Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis - Nederlands Kanker Instituut	UMCG	Universitair Medisch Centrum Groningen
NVU	Nederlandse Vereniging voor Urologie	UI	Urine-Incontinentie
OAB	Overactieve Blaas	UUI	Urge Urine-Incontinentie
OMS	Orde Medisch Specialisten	VUR effect	Vesico-Ureterale-Reflux effect
		ZonMw	Zorg Onderzoek Nederland/ Medische Wetenschappen.

## Bijlage 6 Brief Patiëntenfederatie



Nederlandse Vereniging voor Urologie  
t.a.v. Cathelijn de Vries  
Mercatorlaan 1200  
3528 BL Utrecht

datum	29-01-2021
ons kenmerk	2021-03
voor informatie	e.pels@patientenfederatie.nl
uw kenmerk	
onderwerp	<b>Kennisagenda NVU</b>

Geacht bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Urologie,

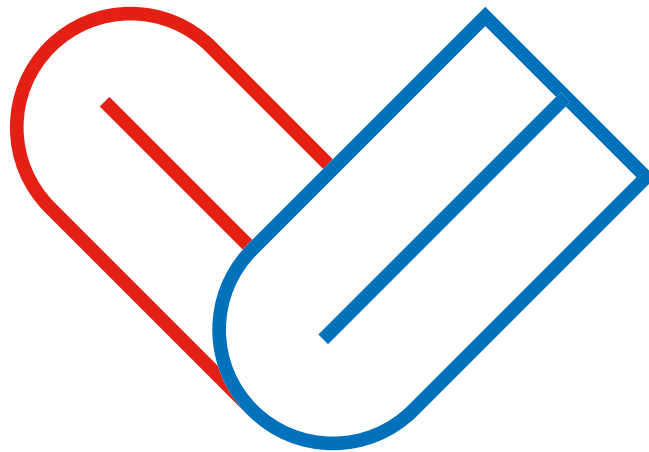
Middels deze brief geven wij aan dat de kennisagenda van de NVU met inbreng van patiënten(organisaties) tot stand is gekomen.

De geprioriteerde thema's worden zowel door de specialisten als patiënten onderkend als belangrijke kennishiaten.

Namens Patiëntenfederatie Nederland,



Edith Dekker  
a.i. Manager Medisch Specialistische Zorg



NEDERLANDSE VERENIGING  
VOOR UROLOGIE

**Postadres**

Bureau NVU  
Postbus 20078  
3502 LB UTRECHT

[www.nvu.nl](http://www.nvu.nl)  
[nvu@xs4all.nl](mailto:nvu@xs4all.nl)