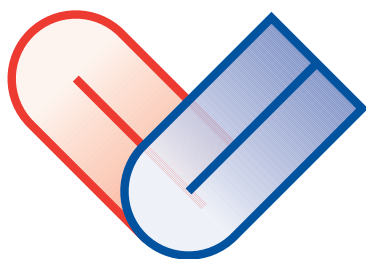


# KENNISAGENDA UROLOGIE

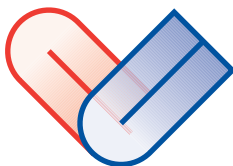


NEDERLANDSE VERENIGING VOOR UROLOGIE



# KENNISAGENDA UROLOGIE

Onder eindredactie van Prof. Dr. Chris H Bangma en Prof. Dr. Eric J.H. Meuleman  
Convent van Hoogleraren en Wetenschappers  
**Nederlandse Vereniging voor Urologie**



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR UROLOGIE

## **Kennisagenda Urologie**

### **Initiatief**

Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)

### **Met ondersteuning van**

Patiëntenfederatie NPCF

### **Financiering**

Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS)

### **©2016 Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)**

Mercatorlaan 1200

3528 BL Utrecht

030-2823218

[nvu@xs4all.nl](mailto:nvu@xs4all.nl)

[www.nvu.nl](http://www.nvu.nl)

Alle rechten voorbehouden. De tekst uit deze publicatie mag worden veeleevoudigd, 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 uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de NVU aanvragen.

# Inhoud

Samenvatting Kennisagenda Urologie.....	6
1. Inleiding .....	8
2. Aanpak / methodologie.....	10
2.1. Beschrijving stappenplan.....	10
2.2. Discussie.....	12
3. Resultaten .....	13
3.1. Inzicht in de onderzoekslijnen urologie in Nederland.....	13
3.2. De Kennisagenda Urologie .....	14
4. Implementatie.....	18
4.1. Organisatie en financiering.....	18
4.2. Netwerken .....	18
4.3. Implementatie onderzoeksresultaten .....	19
4.4. Evaluatie en update Kennisagenda urologie.....	19
Bijlage 1. Richtlijnen voor urologen.....	20
Bijlage 2. Kennishiaten per urologisch deelgebied .....	22
Bijlage 3. Prioriteringsbijeenkomst kennishiaten Urologie .....	31
Bijlage 4. Scores kennishiaten n.a.v. prioriteringsbijeenkomst .....	36
Bijlage 5. Onderzoekslijnen per UMC .....	37
Bijlage 6. NPCF .....	46
Bijlage 7. Begrippenlijst.....	47

## Samenvatting Kennisagenda Urologie

In zowel het recente algemene beleidsplan als het kwaliteitsbeleidsplan van de Nederlandse Vereniging voor Urologie, is geconcludeerd dat voor een goede en duurzame positionering van de Urologie essentieel is om het klinisch handelen van de uroloog nog beter wetenschappelijk te onderbouwen. En daarmee het integraal kwaliteitsbeleid op belangrijke onderdelen te versterken. Alleen op deze wijze kan de zorg verder geoptimaliseerd worden en kan de basis gelegd worden voor bijvoorbeeld het verbeteren van de indicatiestelling voor medisch handelen.

Dit rapport doet verslag van de inventarisatie en prioritering van klinische kennishiaten die voor de dagelijkse praktijkvoering van de uroloog relevant zijn. Op basis daarvan is een kennisagenda voor Urologisch Nederland opgesteld.

### *Aanpak/methodologie*

De basis voor de Kennisagenda urologie wordt gevormd door de prioritering van de kennishiaten die door de NVU leden zijn ingebracht. Vervolgens zijn in de prioriteringsbijeenkomst de hoogst geprioriteerde kennishiaten gezamenlijk beoordeeld en is de definitieve keuze gemaakt.

Hierbij zijn de volgende aspecten meegewogen:

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

Aansluitend zijn zowel patiëntenverenigingen als zorgverzekeraars verzocht om belangrijke thema's en/of kennishiaten aan te dragen. Vanuit de zorgverzekeraars is geen input ontvangen, vanuit de patiëntenverenigingen is een aantal thema's naar voren geschoven. Na het vergelijken van de input vanuit de patiënten met de groslijst kennishiaten vanuit de urologen, zijn een aantal kennishiaten voorgesteld aan het Convent om toe te voegen aan de kennisagenda urologie. Op deze manier is er een kennisagenda ontstaan die in zijn geheel door zowel de NVU als patiëntenverenigingen wordt onderschreven.

## *Kennisagenda urologie*

De bovenstaande afwegingen hebben uiteindelijk geleid tot de aanbeveling om met de volgende 8 kennishiaten te starten:

- De effectiviteit van een nefrostomiekatheter versus JJ katheter bij obstructief niersteenlijden
- De rol van TESE bij oncologische fertiliteit
- De rol van bekkenbodempfysotherapie bij genitale pijnklachten
- De verschillen in effectiviteit van een sling, paraurethrale bulk en sfincterprothese bij (individuele) mannen met milde tot matige stressurine-incontinentie na een radicale prostatectomie
- De rol van imaging (MRI, PET-CT) bij prostaatacarcinoom
- De rol en ontwikkeling van biomarkers in semen bij het voorspellen van de kwaliteit van spermatogenese
- De effectiviteit van leefstijlinterventies bij urineweginfecties
- De effectiviteit van blaassparende behandelingen voor blaascarcinoom patiënten vergeleken met cystectomie

Naast deze 8 kennishiaten is het advies om bij het uitwerken van onderzoeksvoorstellen met name aspecten als overleving, kwaliteit van leven en patiëntgerichtheid mee te nemen.

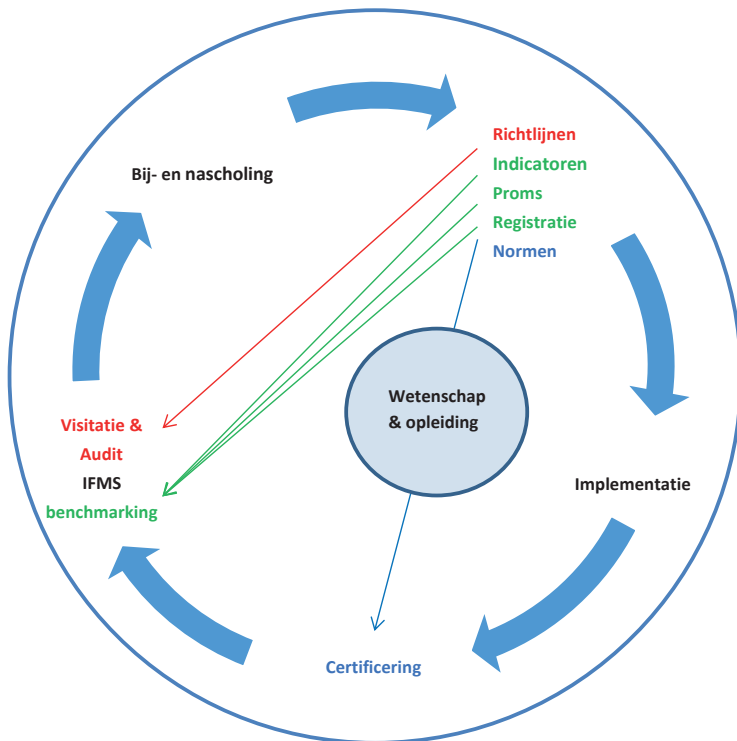
## *Uitvoering van de kennisagenda*

Het is van belang op te merken dat deze eerste Kennisagenda urologie de huidige kennishiaten prioriteert en in de toekomst moet worden vernieuwd. De voortgang van de uitvoering van de Kennisagenda urologie zal worden bewaakt, ondersteund en gestimuleerd door het Convent van Hoogleraren en Wetenschappers (voorheen hooglerarenconvent genaamd) in samenwerking met de Commissie Kwaliteit, de Wetenschappelijke Commissie en de leden van de NVU. Financiering van de geprioriteerde onderzoeken is beoogd door gebruik te maken van reguliere subsidieaanvragen via ZonMw en andere bronnen. Hiertoe zullen gesprekken met relevante potentiële subsidiegevers worden opgestart.

## 1. Inleiding

Voor zorgverleners is het cruciaal om voortdurend te streven naar verbetering van de kwaliteit en innovatie van de zorg. Hiertoe worden instrumenten ingezet, zoals (fundamenteel) wetenschappelijk onderzoek, richtlijn- en indicatorontwikkeling, uitkomstenregistratie, kwaliteitsvisitaties, accreditatie, (na)scholing en voorlichting.

Het ideaal is 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 'kwaliteitscirkel' (figuur 1).



**Figuur 1. Kwaliteitscirkel "Sturing op Kwaliteit"**

*Dit model laat duidelijk zien hoe alle kwaliteitsaspecten met elkaar samenhangen. Het beschrijven van goede zorg in richtlijnen voor het medisch handelen, deze richtlijnen vervolgens implementeren en daarna evalueren of de implementatie (in de vorm van aanpassingen en vernieuwingen), ook daadwerkelijk plaatsvindt en de kwaliteit van zorg verbeterd. De meest effectieve manieren om de kwaliteit te bevorderen blijken uit wetenschappelijk onderzoek zijn: feedback op medisch handelen en interactieve nascholing. Ook is in dit model te zien dat opleiding en wetenschap de kern vormen als het gaat om kwaliteit.*



In het beleidsplan van de NVU is geconcludeerd dat het voor een goede en duurzame positionering van de Urologie essentieel is om het klinisch handelen van de uroloog nog beter wetenschappelijk te onderbouwen en daarmee het integraal kwaliteitsbeleid op belangrijke onderdelen te versterken. Alleen op deze wijze kan de zorg verder geoptimaliseerd worden en kan de basis gelegd worden voor bijvoorbeeld het verbeteren van de indicatiestelling voor medisch handelen.

Gezien de beperkte beschikbaarheid van financiering voor wetenschappelijk onderzoek in Nederland is het van groot belang de onderzoeksvragen op het urologisch vakgebied te inventariseren, eenduidig te prioriteren en samen te werken bij de uitvoering van het onderzoek.

Het bestuur van de NVU heeft daarom aan het Convent van Hoogleraren en Wetenschappers verzocht om in samenwerking met de Commissie Kwaliteit een project te starten dat tot doel heeft voor de dagelijkse praktijkvoering van de uroloog relevante, klinische kennisvelden te inventariseren en te prioriteren, en daarmee een kennisagenda voor Urologisch Nederland op te stellen. Een tweede doel is een aanzet te geven tot gezamenlijke uitvoering van de kennisagenda. Financiering voor dit project is verkregen via Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

### *Leeswijzer*

In hoofdstuk 2 worden de aanpak en methodologie beschreven. De resultaten van het project worden beschreven in hoofdstuk 3 en in hoofdstuk 4 wordt de kennisagenda gepresenteerd. Hoofdstuk 5 tot slot gaat in op de implementatieaspecten en de praktische realisatie van de kennisagenda.

## 2. Aanpak / methodologie

Het bestuur van de NVU heeft het Convent van Hoogleraren en Wetenschappers (Convent) verzocht om in samenwerking met de Commissie Kwaliteit als vervolg op het SEENEZ-project (Stimuleren Effectieve zorg, Elimineren Niet Effectieve Zorg-project) de Urologische kennisagenda op te stellen. De aanpak om te komen tot deze wetenschappelijke agenda bestaat uit verscheidene stappen:

- Verkrijgen van inzicht in de huidige wetenschappelijke activiteiten op het gebied van de Urologie in Nederland;
- Inventariseren van kennishiaten in de wetenschappelijke onderbouwing van het geneeskundig handelen in de Urologie;
- Prioritering van deze kennishiaten, inclusief input vanuit patiëntenverenigingen;
- 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.

### 2.1. Beschrijving stappenplan

In dit kader is de volgende indeling van urologische aandachtsgebieden gebruikt:

1. Urologie – Algemeen
- 1a. Endo-urologie en steenlijden
2. Functionele en Reconstructie Urologie
3. Urologie – Andrologie
4. Urologie – Kinderurologie
5. Urologie – Oncologie algemeen
- 5a. Urologie – Oncologie Prostaat
- 5b. Urologie – Oncologie Blaas
- 5c. Urologie – Oncologie Nier
- 5d. Urologie – Oncologie overige

Voor de inventarisatie van de kennishiaten t.b.v. de kennisagenda is gebruik gemaakt van de inventarisatie die binnen het SEENEZ project in 2013 is uitgevoerd. Deze inventarisatie is verricht middels:

- Raadpleging leden NVU via enquête naar kennishiaten, waarin is gevraagd om 3 kennishiaten aan te geven;
- Onderzoek van urologische richtlijnen (zie bijlage 1) op conclusies met laag niveau van bewijs;

- Rubricering van de uit de eerste twee stappen verkregen kennishiaten door afgevaardigde van het Convent en afgevaardigde van de perifeer werkende urologen;
- Twee prioriteringsbijeenkomsten met vertegenwoordigers uit de verschillende werkgroepen.

In september 2014 is aan de leden van het Convent verzocht om in vervolg van het SEENEZ project de Kennisagenda urologie op te stellen. Verzoek aan de leden van het Convent om middels de SEENEZ methode verkregen lijst kennishiaten opnieuw te beoordelen door a) die kennishiaten te schrappen, waarvoor wel evidence is, b) eventueel kennishiaten toe te voegen, waarvoor geen evidence bekend is en c) een prioriteringslijst van 5 te onderzoeken kennishiaten op te geven bij het Convent;

Eind 2014 vond de eerste prioriteringsbijeenkomst plaats in het kader van het opstellen van de kennisagenda. Tijdens deze bijeenkomst zijn ook twee voordrachten gehouden door de voorzitter van het NVOG bestuur over de wijze waarop de Kennisagenda binnen de NVOG tot stand is gekomen en heeft de voorzitter van Raad Kwaliteit de noodzaak voor de kennisagenda toegelicht;

Begin 2015 is vervolgens de SEENEZ-lijst van kennishiaten aangepast op basis van input door ter zake kundige NVU-leden. Geconcludeerd werd dat een groot aantal kennishiaten herformulering naar een onderzoeksvraag behoeft. Een aantal NVU leden hebben op verzoek de herformulering van aangeleverde kennishiaten binnen hun aandachtsgebied op zich genomen (zie bijlage 2);

Tijdens de laatste prioriteringsbijeenkomst<sup>1</sup> zijn vijf kennishiaten gekozen voor verdere uitwerking, aan de hand van de volgende criteria:

- Hoge urgentie, bijv. oude richtlijn, terwijl nieuwe evidentie bekend is;
- Zeer relevant: bijv. prevalentie, ernst (bv onveilige situatie), discussie over (on)zinnige zorg, praktijkvariatie, wel niet vergoeding in basiszorgpakket;
- Hoge impact op vakgebied/maatschappij;
- Zeer goed onderzoekbaar, namelijk 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 (zie ook bijlage 4).

---

<sup>1</sup> Tijdens deze prioriteringsbijeenkomst waren zowel leden van het Convent als terzake kundige NVU leden aanwezig.

Daarnaast zijn alle afdelingen Urologie van de UMC's (inclusief AVL/NKI) en perifere ziekenhuizen verzocht om hun onderzoekslijnen op te geven. Een onderzoekslijn wordt hierbij gedefinieerd als een structureel, over meerdere jaren lopend onderzoek, met minimaal 1 promovendus.

Tot slot zijn zowel patiëntenverenigingen als zorgverzekeraars verzocht om hun input qua kennishiaten te geven. Vanuit de zorgverzekeraars is geen input ontvangen op de uitnodiging om dit aan te leveren. De Patiëntenfederatie NPCF heeft alle relevante patiëntenverenigingen gevraagd input te geven en dit is uitgebreid besproken met de voorzitter en secretaris van het Convent van Wetenschappers en Hoogleraren. Na vergelijking van de input van de patiënten met de groslijst kennishiaten van de urologen, is een aantal kennishiaten voorgesteld aan het Convent om toe te voegen aan de kennisagenda urologie. Op deze manier is er een kennisagenda ontstaan die zowel door urologen als patiëntenverenigingen volledig wordt gedragen.

## *2.2. Discussie*

In het algemeen kan gesteld worden dat de uitgebreide groslijst kennishiaten voor nu als compleet beschouwd kan worden. Wel is het van belang te realiseren dat de Kennisagenda Urologie een momentopname is met een houdbaarheid van naar schatting maximaal drie jaar.

De belangrijkste kennishiaten ter onderbouwing van het klinisch handelen in de urologie, die in dit rapport worden benoemd kunnen op verschillende manieren worden ingevuld. In de eerste plaats via primair wetenschappelijk onderzoek. Echter, het is niet altijd even duidelijk welke specifieke vraagstellingen beantwoording behoeven middels primair onderzoek. De eerste stap is dan het invullen van het kennishiaat door het toegankelijk maken van reeds verricht wetenschappelijk onderzoek, bijvoorbeeld door het maken van een evidence-based richtlijn. Deze richtlijnen maken dan helder welk primair onderzoek ontbreekt voor de onderbouwing van ons klinisch handelen. Naast primair onderzoek en richtlijnen is er ook behoefte aan andere middelen die bijdragen aan het invullen van kennishiaten, zoals richtinggevende standpunten voor klinisch handelen van de beroepsgroep bij het ontbreken van bewijsmateriaal.

Een intensieve maar belangwekkende ontwikkeling is het opzetten van kwaliteitsregistraties van uitkomsten van zorg 'at point of care', zoals reeds is ontwikkeld voor o.a. prostatectomie, cystectomie, niertumoren en hypospadie. Ook dit kan bijdragen aan de invulling van benoemde kennishiaten.

### 3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de inventarisatie van de onderzoekslijnen van Urologisch Nederland en de geprioriteerde kennishiaten, de kennisagenda, beschreven.

#### 3.1. Inzicht in de onderzoekslijnen urologie in Nederland

Het uitgebreide resultaat van de inventarisatie van de onderzoekslijnen bij de UMC's<sup>2</sup> en perifere ziekenhuizen staat in bijlage 5. De onderzoekslijnen worden daarin per Urologie-deelgebied al dan onderverdeeld in basaal, translationeel onderzoek en studies.

Opvallend is dat er bij alle UMC's<sup>2</sup> onderzoek gedaan wordt in de deelgebieden oncologie en functionele en reconstructieve Urologie (zie tabel 1). Onderzoek binnen de deelgebieden andrologie en kinderurologie wordt door meer dan de helft van de UMC's uitgevoerd. Steenpathologie wordt door 3 UMC's onderzocht en benigne prostaathyperplasie (BPH) kent 2 onderzoekslijnen.

Binnen de perifere ziekenhuizen wordt naast deelname aan trials, met name onderzoek gedaan op het gebied van prostaatkanker. Eén perifeer ziekenhuis doet samen met een UMC onderzoek op het gebied van blaascarcinoom en een ander perifeer ziekenhuis doet onderzoek binnen het deelgebied functionele en reconstructieve Urologie.

Instituut	Onderzoekslijnen										
	Oncologie						Stenen	BPH	Kinder-urologie	Andrologie	Functionele urologie
	prostaat	blaas	nier	overige	beeldvorming	markers					
AMC	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x
NKI/AVL	x	x	x	x	x	x					
Erasmus MC	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x
LUMC	x	x			x	x				x	x
MUMC	x	x			x						x
UMCG	x	x	x		x	x			x	x	x
Radboud UMC	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
UMC Utrecht	x	x	x						x		x
VU MC	x	x	x		x	x			x	x	x
Perifere ziekenhuizen	Onderzoekslijnen en/of studies										
Slotervaart	x										x
OLVG	x										
Canisius-Wilhelmina zks	x				x						
Bernhoven zks	x				x						
St. Antonius zks	x	x			x						
Elisabeth-Twee Steden zks	x										

Tabel 1. Onderzoekslijnen per UMC, NKI/AVL en onderzoekslijnen/studies perifere ziekenhuizen

<sup>2</sup> Onder UMC's valt ook het AVL/NKI Kennisagenda Urologie

### 3.2. De Kennisagenda Urologie

Er is een veelheid aan onderzoeksvragen. Het is belangrijk dat de onderwerpen waarmee gestart wordt ook een grote kans op succes hebben. Om het doel van de uitvoering van een breed gedragen Kennisagenda urologie te bereiken, is netwerkvorming van één of meerdere UMC's met diverse perifere klinieken essentieel. Alleen op deze wijze kan onderzoek met grote patiënten aantallen snel worden uitgevoerd. Dat wil tevens zeggen dat de onderwerpen makkelijk moeten kunnen leiden tot versterking van de samenwerking tussen academische en perifere klinieken.

Om snel van start te kunnen gaan, is het van belang zoveel mogelijk aan te sluiten bij al bestaande onderzoekslijnen en daar waar al enige onderzoekstraditie op het betreffende gebied is. Ten tweede moeten de onderwerpen van belang zijn voor andere belanghebbenden, zoals zorgverzekeraars en overheid, wat ook samenhangt met het verkrijgen van de benodigde financiële middelen voor de uitvoering van het onderzoek. Tot slot moet het te kiezen onderwerp een behoorlijk aandeel beslaan van de dagelijks praktijkuitvoering van de Nederlandse uroloog, zowel academisch als perifeer werkzaam (patiënten aantallen en aantallen ingrepen/ procedures, dan wel een grote werkbelasting).

Bij de uiteindelijke prioritering van kennishiaten voor het tot stand komen van de Kennisagenda urologie, is in de eerste plaats gekeken naar de prioritering zoals die is aangebracht door de werkgroepen en commissies per deelgebied tijdens de diverse prioriteringsbijeenkomsten (zie bijlage 3). Vervolgens is tijdens de laatste prioriteringsbijeenkomst op basis van toelichtingen door afgevaardigden van de diverse deelgebieden de prioriteitenlijst vastgesteld (zie bijlage 4). Bij deze vaststelling moest voldaan worden aan de eerder genoemde criteria. Daarnaast is de input van patiëntenverenigingen meegewogen in de definitieve prioritering.

De criteria hebben een bepalende rol gespeeld bij de uiteindelijke samenstelling van de kennisagenda en bij het voorstel voor de start van de uitvoering van deze agenda (zie ook bijlage 4).

Voorgesteld wordt dan ook om de volgende, op primair klinisch onderzoek gerichte kennishiaten, als eerste te onderzoeken. Dit betekent niet dat andere onderzoeksvragen niet relevant zijn. Verder kan het zo zijn dat, voordat de klinische vraag beantwoord kan worden, er meer fundamenteel onderzoek nodig is.

In tabel 2 zijn de 8 geprioriteerde kennishiaten beschreven, inclusief bijbehorende onderzoeksvraag en uitleg waarom deze kennishiaten gekozen zijn. De kennishiaten worden allen onderschreven door zowel de urologen als de patiëntenverenigingen.

<b>Kennishiaat</b>	<b>Onderzoeksvraag</b>
De effectiviteit van een nefrostomiekatheter versus JJ katheter bij obstructief niersteenlijden	Wat is de meest effectieve vorm van drainage van de nier bij patiënten met obstructief niersteenlijden, wanneer een percutane nefrostomiekatheter wordt vergeleken met een double J katheter?
De rol van TESE bij oncologische fertiliteit	Wat is de meerwaarde van TESE bij patiënten met een oncologische fertiliteit?
De rol van bekkenbodempfysotherapie bij genitale pijnklachten	Wat is de meerwaarde van bekkenbodempfysotherapie bij patiënten met genitale pijnklachten?
De verschillen in effectiviteit van een sling, paraurethrale bulk en sfincterprothese bij (individuele) mannen met milde tot matige stressurine-incontinentie na een radicale prostatectomie	Welke behandelingsvorm (sling, paraurethrale bulk of sfincterprothese) dient wanneer gekozen te worden, qua urine verlies, complicaties en kwaliteit van leven, bij mannen met milde tot matige stressurine-incontinentie na een radicale prostatectomie?
<b>Kennishiaat</b>	<b>Onderzoeksvraag</b>
De rol van imaging (MRI, PET-CT) bij prostaatcarcinoom	Wat is de waarde/impact van imaging (MRI, PET-CT) bij de diagnostiek, behandeling en follow-up van patiënten met een prostaatcarcinoom?
De rol en ontwikkeling van biomarkers in semen bij het voorspellen van de kwaliteit van spermatogenese	Zijn er biomarkers in semen die spermatogenese kunnen voorspellen bij mannen met een niet-obstructieve azoöspermie?
De effectiviteit van leefstijlinterventies bij urineweginfecties	Welke leefstijlaanpassingen zijn het meest effectief voor het verbeteren of duurzaam verbeteren van urineweginfecties?
De effectiviteit van blaassparende behandelingen voor blaascarcinoom patiënten vergeleken met cystectomie	Wat is de effectiviteit van een blaassparende behandeling middels brachytherapie vergeleken met cystectomie bij patiënten met een solitair T1G3-T2NOMO urotheelcarcinoom <5 cm op de overlevingskans?

**Tabel 2. Kennishiaten en onderzoeksvragen**

Kennishiaten beschreven per urologisch aandachtsgebied:

### Algemene Urologie

- Voor dit deelgebied is het kennishiaat ‘De effectiviteit van een nefrostomiekatheter versus JJ katheter bij obstructief niersteenlijden’ als prioriteit gekozen. De reden voor deze keuze is gelegen in het feit dat het hoog scoorde op urgentie, relevantie, prevalentie, impact, onderzoekbaarheid, financieringsmogelijkheden en daarnaast dat het mogelijk kan bijdragen aan kostenreductie en toepasbaar is voor alle ziekenhuizen. Daarnaast wordt dit kennishiaat onderschreven vanuit de patiëntenverenigingen.

## Andrologie

- Voor dit deelgebied is het kennishiaat ‘De rol van TESE bij oncologische fertiliteit’ als één van de prioriteiten gekozen. De reden voor deze keuze is gelegen in het feit dat het hoog scoorde op urgentie, relevantie, impact, onderzoekbaarheid. Minder goed scoorde dit hiaat op financieringsmogelijkheden. Daarnaast wordt dit kennishiaat onderschreven vanuit de patiëntenverenigingen.
- Tevens is voor dit deelgebied het kennishiaat ‘De rol van bekkenbodempfysotherapie bij genitale pijnklachten’ als prioriteit gekozen. De reden voor deze keuze is gelegen in het feit dat het hoog scoorde op urgentie, prevalentie, relevantie, impact (kosteneffectiviteit) en financiering. Minder goed scoorde dit hiaat op onderzoekbaarheid, vanwege het feit dat het nog wel extra effort vraagt om gezamenlijk met de fysiotherapeuten een multidisciplinair meer-armig onderzoeksprotocol op te stellen. Daarnaast wordt dit kennishiaat onderschreven vanuit de patiëntenverenigingen.
- Als laatste is voor dit deelgebied kennishiaat ‘De rol en ontwikkeling van biomarkers in semen bij het voorspellen van de kwaliteit van spermatogenese’ gekozen, mede omdat dit een belangrijk kennishiaat wordt geacht vanuit de patiëntenverenigingen. Dit kennishiaat is ook door de urologen benoemd in de groslijst.

## Functionele en Reconstructieve Urologie

- Voor dit deelgebied is het kennishiaat ‘De verschillen in effectiviteit van een sling, paraurethrale bulk en sfincterprothese bij (individuele) mannen met milde tot matige stressurine-incontinentie na een radicale prostatectomie’ als één van de prioriteiten gekozen. De reden voor deze keuze is gelegen in het feit dat het hoog scoorde op urgentie, relevantie, prevalentie, impact, onderzoekbaarheid, financieringsmogelijkheid en het toenemend aantal verwijzingen. Daarnaast wordt dit kennishiaat onderschreven vanuit de patiëntenverenigingen.
- Tevens is voor dit deelgebied het kennishiaat ‘De effectiviteit van leefstijlinterventies bij urineweginfecties’ gekozen, mede omdat dit een belangrijk kennishiaat wordt geacht vanuit de patiëntenverenigingen. Dit kennishiaat is ook door de urologen benoemd in de groslijst.

## Oncologie-Prostaat

- Voor dit deelgebied is het kennishiaat ‘De rol van imaging (MRI, PET-CT) bij prostaatacarcinoom’ als prioriteit gekozen. De reden voor deze keuze is gelegen in het feit dat het hoog scoorde op urgentie, relevantie, prevalentie, impact, onderzoekbaarheid en de financieringsmogelijkheid. Wel moet nog worden nagegaan welke onderzoeksvraag hierin haalbaar



is. Daarnaast wordt dit kennishiaat onderschreven vanuit de patiëntenverenigingen.

### Oncologie-Blaas

- Voor dit deelgebied is het kennishiaat 'De effectiviteit van blaassparende behandelingen voor blaascarcinoom patiënten vergeleken met cystectomie' prioriteit gekozen, mede omdat dit een belangrijk kennishiaat wordt geacht vanuit de patiëntenverenigingen. Dit kennishiaat is ook door de urologen benoemd in de groslijst.

Van belang is om op te merken dat deze onderwerpen worden gezien als een start en zijn dus niet in steen gebeiteld. Naast deze 8 kennishiaten is het advies om bij het uitwerken van onderzoeksvorstellen met name aspecten als overleving, kwaliteit van leven en patiëntgerichtheid mee te nemen.

## 4. Implementatie

### 4.1. *Organisatie en financiering*

De voortgang van de uitvoering van de Kennisagenda urologie zal bewaakt gaan worden door een projectcommissie bestaande uit de voorzitter van het NVU bestuur, de voorzitter van het Convent van Hoogleraren en Wetenschappers, een lid van de Wetenschappelijke Commissie en de voorzitter van de Commissie Kwaliteit, ondersteund door de beleidsmedewerker Kwaliteit NVU.

De financiering van de geprioriteerde onderzoeken zal afhankelijk van de onderzoeksvraag via de reguliere subsidieaanvragen geschieden via ZonMw, KWF en industrie.

Aangezien onderzoek heeft uitgewezen dat het doen van klinisch toegepast onderzoek in netwerken een versnelde implementatie van de gevonden resultaten tot gevolg heeft en dus leidt tot kwaliteitsverbetering en vaak ook kostendaling, ligt financiering uit premiegelden voor de hand. In dit geval biedt mogelijk ook het beoogde gezamenlijk (zorgaanbieders, zorgverzekeraars, overheid en koepels van instellingen) op te richten 'Shared Savings Fonds' kansen op financiering. Het idee achter het 'Shared Savings Fonds' is dat een deel van de gerealiseerde besparingen worden ingezet voor nieuw evaluatie-onderzoek. Op die manier houdt het 'Shared Savings Fonds' zichzelf (gedeeltelijk) in stand en krijgt het een zogenaamd revolverend karakter.

Ditzelfde geldt voor het opzetten van kwaliteitsregistraties. De business case rondom de Dutch Surgical Colorectal Audit heeft inzichtelijk gemaakt dat kwaliteitsregistraties direct leiden tot kwaliteitsverbetering en kostendaling. Dit rechtvaardigt financiering vanuit premie gelden om zodoende grote stappen in kwaliteitsverbetering en kostendaling te kunnen maken. Richtlijnen zullen in de eerste plaats gefinancierd worden uit de gelden van de Stichting Kwaliteit Medisch Specialisten (SKMS).

### 4.2. *Netwerken*

Rondom een primaire onderzoeksvraag wordt een netwerk opgezet waarin meerdere maatschappen/vakgroepen en UMC's participeren, zodat op korte termijn, met grote patiënten- aantallen onderzoeksvragen kunnen worden beantwoord. Dit leidt dan ook tot de eerder genoemde kwaliteitswinst. Meestal zal een Universitair Medisch Centrum of bijvoorbeeld een STZ-ziekenhuis de inhoudelijke trekker van het onderzoek zijn. Voor draagvlak binnen het gehele netwerk is het belangrijk dat het onderwerp van onderzoek gezamenlijk wordt geselecteerd en later de onderzoeksaanvraag gezamenlijk wordt geformuleerd.

Om de onderzoeksonderwerpen goed uit te voeren is infrastructuur cruciaal. Voorts moet afhankelijk van de onderzoeksvraag samenwerking worden gezocht met andere medische disciplines in de eerste en tweede lijn.

#### *4.3. Implementatie onderzoeksresultaten*

De resultaten van de onderzoeken zullen snel verwerkt kunnen 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.

#### *4.4. Evaluatie en update Kennisagenda urologie*

Van belang is te noemen dat de geprioriteerde onderzoeksvragen in deze kennisagenda de eerste onderwerpen zijn die zullen worden onderzocht. Naar verwachting zal één keer per 3 jaar de kennisagenda worden herzien, dit is afhankelijk van de uitvoering van de onderzoeken en de actualiteiten uit het veld. Dit is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van het Convent en de Commissie Kwaliteit.

## Bijlage 1. Richtlijnen voor urologen

(bron: <https://www.nvu.nl/en-us/kwaliteit/richtlijnen/actuele-richtlijnen.aspx>, laatst geraadpleegd 31-01-2015)

	<b>Aandoening</b>	<b>Naam</b>	<b>Deelgebied</b>	<b>jaar</b>
1	Blaascarcinoom	Urotheelcarcinoom van de blaas	Oncologie-blaas	2009
2	Blaasinstillatie	Blaasinstillatie	Oncologie-blaas	2011
3	BPH	LUTS/BPH	Urologie-algemeen	2005
4	Circumcisie	Circumcisie	Kinderurologie	2010
5	Echografie	Echografie in de urologie	Urologie-algemeen	1996
6	Hematurie	Hematurie	Urologie-algemeen	2010
7a	Lichen Planus	Lichen Planus	Urologie-algemeen	2013
7b	Lichen Sclerosus	Lichen Sclerosus	Urologie-algemeen	2013
7c	Anogenitale Lichen Sclerosus	Anogenitale Lichen Sclerosus	Urologie-algemeen	2013
8a	MIC	Minimaal invasieve chirurgie	Urologie-algemeen	2011
8b	MIC	Aanbevelingen laparoscopie in urologie	Urologie-algemeen	2008
9	Neurogeen blaaslijden	Neurogeen blaaslijden	Functionele en Reconstructieve Urologie	2011
10	Niercelcarcinoom	Niercelcarcinoom	Oncologie-nier	2010
11	Nierstenen	Nierstenen	Urologie-algemeen	2014
12	Niet Scrotale Testis	Niet Scrotale Testis	Andrologie	2013
13a	Operatief Traject	Postoperatief traject	Urologie-algemeen	2013
13b	Operatief Traject	Preoperatieve traject	Urologie-algemeen	2013
13c	Operatief traject	Per-operatief traject	Urologie-algemeen	2011
14	Osteoporose	Osteoporose	Urologie-algemeen en oncologie	2011
15	Prolaps	Prolaps	Functionele en Reconstructieve Urologie	2015
16	Prostaatcarcinoom	Prostaatcarcinoom	Oncologie-prostaat	2014
17	SOA	SOA voor de 2e lijn	Urologie-algemeen	2012
18	Subfertiliteit	Mannelijke subfertiliteit	Andrologie	2010
19	Testiscarcinoom	Testiscarcinoom	Oncologie-overige	2008
20	Urine-incontinentie	Urine incontinentie bij Kinderen	Kinderurologie	2008
21	Urine-incontinentie	Urine-incontinentie bij vrouwen	Functionele en Reconstructieve Urologie	2012
22	Urine-incontinentie	Urine-incontinentie voor de tweede- en derdelijnszorg	Functionele en Reconstructieve Urologie	2014
23	Urineweginfecties	Gecomplieerde urineweginfecties	Urologie-algemeen	2012

		SWAB (herziening)		
24	Urinerweginfecties	Bacteriële urinerweginfecties bij adolescenten en volwassenen	Urologie-algemeen	2009
25	Urinerweginfecties	Urinerweginfecties bij kinderen	Kinderurologie	2010
26a	Vasectomie	Vasectomie	Andrologie	2005
26b	Vasectomie	Vasectomie (EAU)	Andrologie	2013
27	Voor verwijzers mbt cryopreservatie van semen voor adolescenten en volwassenen met kanker	Voor verwijzers mbt cryopreservatie van semen voor adolescenten en volwassenen met kanker	Andrologie	2004
28	Veilig werken	Reiniging en desinfectie Scopen	Urologie-algemeen	2009
29	Veilig werken	Veilig werken in de urologie	Urologie-algemeen	2011
30	Voorhuidpathologie	Diagnostiek en behandeling voorhuidpathologie	Kinderurologie	1996
31	Ziekte van Peyronie (induratio penis plastica)	Ziekte van Peyronie (induratio penis plastica) (EAU)	Andrologie	2015

## Bijlage 2. Kennishiaten per urologisch deelgebied

**Tabel 1. Kennishiaten Urologie – Algemeen**

Nr.	Kennishiaat	Herformulering – onderzoeksvraag
1	Gezien het ontbreken van ioniserende straling is echografie een goede eerste analysemethode voor het uitsluiten van afwijkingen bij hematurie, vooral bij benigne aandoeningen en jonge patiënten.	Wat is de effectiviteit van echografie bij macroscopische hematurie?
2	Discussie over de aanvullende waarde van een urinekweek bij een asymptomatische patiënt met een schoon sediment voor profylaxe keuze. bv is het raadzaam om bij een schoon unisesediment ook nog een kweek te verrichten voorafgaand aan een operatie of prostaat puncties. Verandert het profylaxe beleid hierdoor zodanig (en worden er infecties voorkómen) dat het de kweek kosteneffectief wordt? De waarden van verschillende follow-up schema's kun je je afvragen wat daar de waarde van is, zoals, na nefrectomie, cystectomie etc, met name de frequentie ervan.	Wat is de waarde van antibioticaprofylaxe bij transurethrale ingrepen bij patiënten met een schoon urine sediment?
3	Er zijn aanwijzingen dat een cystoscopie minder oplevert bij vrouwen met asymptomatische microscopische hematurie.	Wat is de effectiviteit/aanvullende waarde van cystoscopie bij vrouwen met een asymptomatische microscopische hematurie?
4	Wat is de waarde van een CT-IVP bij aanhoudende asymptomatische microscopische hematurie bij patiënt ouder dan 50 jaar?	Wat is de waarde van beeldvormende diagnostiek (CT-IVP) bij (aanhoudende asymptomatische) microscopische hematurie (bij patiënt > 50 jaar)?
5	Recidiverende urineweginfecties vrouw, hoe vaak afwijking bij cystoscopie?	Wat is de waarde van een cystoscopie bij vrouwen met recidiverende urineweginfecties?
6	Bij micro hematurie en normale echo uitslag. Hoe vaak wordt bij aanvullende CT urinewegen alsnog een afwijking gevonden. Sub groepen?	Hoe vaak word bij aanvullende CT urinewegen alsnog een afwijking gevonden bij micro hematurie en normale echo uitslag? Sub groepen?
7	Welke aanbeveling kan er worden gedaan over de follow up van eerder geëvalueerde asymptomatische microscopische hematurie waarbij geen afwijkingen werden gevonden. Wanneer is het herhalen van een cystoscopie weer zinvol?	Welke aanbeveling kan er worden gedaan over de follow up van eerder geëvalueerde asymptomatische microscopische hematurie waarbij geen afwijkingen werden gevonden. Wanneer is het herhalen van een cystoscopie weer zinvol?
8	Samenvattend hematurie: hoe ziet het diagnostisch traject uit bij microscopische hematurie?	
9	Discussie over de aanvullende waarde van een urinekweek bij een asymptomatische patiënt met een schoon sediment voor profylaxe keuze. bv is het raadzaam om bij een schoon unisesediment ook nog een kweek te verrichten voorafgaand aan een operatie of prostaat puncties . Verandert het profylaxe beleid hierdoor zodanig (en worden er infecties voorkómen !?) dat het de kweek kosteneffectief wordt? 5de waarden van verschillende follow-up schema's kun je je afvragen wat daar de waarde van is, zoals, na nefrectomie, cystectomie etc, mn de frequentie ervan..	Wat is de waarde van antibioticaprofylaxe bij transurethrale ingrepen bij patiënten met een schoon urine sediment?
10	Microscopische bevestiging van een positieve urineteststrook verdient aanbeveling	Wat is de effectiviteit van microscopisch urineonderzoek bij positieve urineteststrook?
11	Buitenlandse richtlijnen zijn verdeeld over de plaats van uroflowmetrie bij de diagnostiek van LUTS/BPH. In sommige richtlijnen wordt uroflowmetrie als routineonderzoek aanbevolen, in andere als optioneel bij patiënten met een complexe voorgeschiedenis of voorafgaand aan invasieve therapie.	Wat is de plaats van uroflowmetrie bij de diagnostiek van LUTS/BPH?
12	Er zijn aanwijzingen dat het prostaatvolume een voorspeller is van het klinische beloop van LUTS/BPH en dat een inschatting van het prostaatvolume van belang kan zijn bij de keuze van de therapie.	Wat is de voorspellende waarde van het prostaatvolume van het klinische beloop van LUTS/BPH en in hoeverre kan het prostaatvolume helpen bij het inschatten van de keuze van de therapie?
13	Er zijn aanwijzingen dat de beoordeling en interpretatie van gegevens uit pressure-flow-onderzoeken niet altijd eenduidig zijn.	wat is de waarde van pressure-flow onderzoek bij patiënten met LUTS/BPH?

14	Er zijn aanwijzingen dat een afwachtend beleid het resultaat van latere behandelingen niet ongunstig beïnvloedt.	Wat zijn de verschillen in resultaten van latere behandeling door afwachtend beleid bij patiënten met LUTS/BPH t.o.v. direct opereren?
15	Er zijn aanwijzingen dat de 5a-reductaseremmers finasteride en dutasteride niet effectief zijn bij mannen met een kleine prostaat (< 30-40 ml).	Wat is de effectiviteit van de 5a-reductaseremmers finasteride en dutasteride bij mannen met een kleine prostaat (<30-40 ml)?
16	Er zijn aanwijzingen dat geplande controles na electieve ingrepen, zoals TURP, niet noodzakelijk zijn bij patiënten zonder perioperatieve complicaties.	Wat is de meerwaarde van geplande controles na electieve ingrepen, zoals TURP, bij patiënten zonder perioperatieve complicaties?
17	De gegevens over de kosteneffectiviteit van medicamenteuze en (minimaal-)invasieve behandelingen uit buitenlandse onderzoeken zijn, vanwege de selecte onderzoekspopulaties en verschillen in kosten van de behandelingen, niet te extrapoleren naar de Nederlandse situatie.	Is bij patiënten met LUTS/BPH in Nederland medicamenteuze behandeling kosten effectiever dan (minimaal-)invasieve behandeling?
18	Samenvattend LUTS BPH: hoe ziet het diagnostisch traject uit? Indicaties voor een desobstruerende behandeling.	
19	Wat is de toegevoegde waarde van urine en/of semen kweek bij mannen met chronische scrotale pijn zonder mictie/seksuele klachten of tekenen itis bij lichamelijk onderzoek?	Wat is de toegevoegde waarde van urine en/of semen kweek bij mannen met chronische scrotale pijn zonder mictie/seksuele klachten of tekenen -itis bij lichamelijk onderzoek?

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

Nr.	Kennishiaat	Herformulering – onderzoeksvraag
1	De percutane nierchirurgie is een hiaat in vele opleidingen en zou toch een standaard behandeling voor elke uroloog moeten zijn	In hoeverre zijn de urologen bekend met percutante nierchirurgie in Nederland?
2	De effectiviteit van Buscopan is een kennislacune (richtlijnwerkgroep nierstenen i.o.)	Wat is de effectiviteit van Buscopan (nierstenen)?
3	Op het gebied van obstructief (steen)lijden met infectie is er al jaren een prangende vraag die nu eens een gedegen multicentrische aanpak behoeft, namelijk: "Verdient het de voorkeur bij een geobstrueerde hoge urineweginfectie een nefrostomiekatheter te (laten) plaatsen, of dient een JJ te worden ingebracht?" Bij dit onderzoek dient dan ook de verkregen uitgangspositie voor de definitieve therapie (desobstructie) te worden meegewogen (maw, verdient een geïnfecteerde grote pyelumsteen een nefrostomie en bij een meer distaal probleem een JJ??).	Verdient het de voorkeur bij een geobstrueerde hoge urineweginfectie een nefrostomiekatheter te (laten) plaatsen, of dient een JJ te worden ingebracht?
4	Een probleem dat voor mij en de radiologen regelmatig in de praktijk terugkomt is volgorde van beeldvorming bij verdenking urolithiasis. Is er nog plaats voor een xboz en echo bij verdenking niersteenkolek? Of is de eerste keus direct een ct blanco? Is er onderscheid in diagnostische workup op basis van leeftijd en geslacht ?	Wat is het optimale (getrapte) radiologische beleid (traject CT) bij de verdenking op nierstenen? Xboz, echo, blanco CT en onderscheid op basis van leeftijd en geslacht?
5	Wat is de waarde van urethra calibratie/ OTIS bij vrouwen?	wat is de waarde van urethra calibratie/ OTIS bij vrouwen?
6	<b>Richtlijn nierstenen (2014)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>De effectiviteit van butylscopolamine i.v. in de behandeling van nierstenen is niet bekend;</li> <li>De waarde van radiologische bepaling van de steendensiteit als voorspeller van de effectiviteit van de behandeling (PCNL, URS, ESWL) is onvoldoende bekend;</li> <li>Het is onvoldoende bekend of het mechanisme bij het ontstaan van nierstenen en de daaropvolgende medicamenteuze en leefstijlinterventies van invloed zijn op het aantal en soort urologische ingrepen bij recidivering;</li> <li>De effectiviteit van alfablokkers ten opzichte van calciumantagonisten is niet bekend.</li> </ul>	

**Tabel 2. Kennishiaten Urologie – Functionele en Reconstructieve Urologie**

Nr.	Kennishaat	Herformulering – onderzoeksvraag
1	Wat is de effectiviteit van bekkenfysiotherapie bij mannen en vrouwen met chronische bekkenpijn tov patiënt educatie (placebo)? Is er een onderscheid in effectiviteit te maken tussen de verschillende vormen van bekkenfysiotherapie zoals bijvoorbeeld myofeedback of triggerpuntbehandeling?	Wat is de effectiviteit van bekkenfysiotherapie bij mannen en vrouwen met chronische bekkenpijn tov patiënt educatie (placebo)? Is er een onderscheid in effectiviteit te maken tussen de verschillende vormen van bekkenfysiotherapie zoals bijvoorbeeld myofeedback of triggerpuntbehandeling? [niet echt urologisch]
2	Een systematische review over de rol van pad testing (thuis en poliklinisch) zou de plaats voor pad testing in de routinezorg mogelijk kunnen verduidelijken.	Wat is de plaats van pad testing (thuis en poliklinisch) in routinezorg bij patiënten met urine-incontinentie?
3	Sling of sfincterprothese bij mannen met post radicale prostatectomie stressincontinentie?	Wanneer dient gekozen te worden voor een sling en wanneer voor een sfincterprothese? bij mannen met post radicale prostatectomie stressincontinentie?
4	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	Wat is de diagnostische meerwaarde van een combinatie van niet-invasieve onderzoeken t.o.v. een enkel onderzoek op zich bij patiënten met urine-incontinentie?
5	Toekomstige onderzoeken moeten (beter) bekijken of een UDO de keuze tussen verschillende behandelingsmodaliteiten kan beïnvloeden en of een UDO de uitkomsten van bepaalde behandelmethoden kan voorspellen.	Wat is de waarde van een UDO op de keuze behandeling en uitkomsten van behandelmethoden bij patiënten met urine-incontinentie (verschillende vormen)? (Voor de udo opschrijven welke behandeling je denkt te gaan doen en dit checken aan de daadwerkelijk ingestelde behandeling)
6	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.	Wat is de effectiviteit (kwaliteit en kosten) van onabotulinumtoxine injecties (herhaald indien nodig) t.o.v. permanente sacrale neuromodulatie bij patiënten met urine-incontinentie?
7	Er is behoefte aan goed opgezette onderzoeken die behandelingen bij populaties met MUI bestuderen; bij moeten de subtypes van MUI (urgepredominante of stress-predominante vorm) goed worden gedefinieerd.	Wat is de beste behandeling bij patiënten met MUI (incl. subtypes MUI)?
8	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.	Wat is de lange termijn effectiviteit van farmaca die worden ingezet bij UUI en LUTS??
9	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. Daarnaast welke van de 2 opties TOT of TVT is beter.	Wat is in de urologische prothesiologie de relatie tussen kwaliteit en volume?
10	<p><b>Richtlijn urine-incontinentie voor de tweede en derdelijnszorg (update 2014)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uit een recente review is gebleken dat er momenteel nog geen gevalideerde mictiedagboeken bestaan<sup>1</sup>. Dit artikel concludeert dat een gevalideerd dagboek in de kliniek een uitkomst kan zijn, maar ook het vergelijken van verschillende onderzoeken makkelijker toelaat. Daarom lijkt het zinnig om in verder onderzoek te focussen op het ontwikkelen van een dergelijk dagboek;</li> <li>• Verder onderzoek is nodig om te bepalen of een combinatie van niet-invasieve onderzoeken meer diagnostische waarde heeft dan een enkel onderzoek op zich;</li> <li>• Toekomstige onderzoeken moeten (beter) bekijken of een UDO de keuze tussen verschillende behandelingsmodaliteiten kan beïnvloeden en of een UDO de uitkomsten van bepaalde behandelmethoden kan voorspellen;</li> <li>• Een systematische review over de rol van <i>pad testing</i> (thuis en poliklinisch) zou de plaats voor <i>pad testing</i> in de routinezorg mogelijk kunnen verduidelijken;</li> <li>• Welke leefstijlaanpassingen zijn het meest effectief voor het verbeteren of duurzaam verbeteren van UI?</li> </ul>	



**Tabel 3. Kennishiaten Urologie –Andrologie**

Nr.	Kennishiaat
1	Semenkwaliteit voor en na chemotherapie/ bestraling voor kanker: welk sperma is het meest geschikt voor geassisteerde voortplanting?
2	Is te voorspellen of een TESE succesvol zal zijn?
3	Wat zijn de late gezondheidsrisico's van mannen met de verminderde vruchtbaarheid? Er komt meer metabool syndroom, hypogonadisme en testistumoren voor in deze groep.
4	Zijn er biomarkers in semen die spermatogenese kunnen voorspellen bij mannen met een niet-obstructieve azoospermie?
5	<b>Richtlijnen</b> Ziekte van Peyronie (induratio penis plastica). Per jaar worden 500 patiënten gezien en 270 ingrepen gedaan. Momenteel bestaat er alleen een Europese richtlijn. Mede gezien de komst van een nieuw medicijn is het van belang dat er een Nederlandse richtlijn wordt ontwikkeld op basis van onderzoek.

**Tabel 4. Kennishiaten Urologie – Kinderurologie**

Nr.	Kennishiaat	Herformulering – onderzoeksvraag
1	Het is niet duidelijk bewezen dat toevoegen van gerichte fysiotherapie aan instructies, bekkenbodemp controle-oefeningen en biofeedback met uroflowmetrie bijdraagt aan een succesvolle behandeling van kinderen met HAB.	Wat is de meerwaarde van gerichte fysiotherapie (instructies, bekkenbodemp controle-oefeningen van biofeedback met uroflowmetrie) voor een succesvolle behandeling van kinderen met HAB?
2	De buikoverzichtsfoto voor diagnostiek van obstipatie is niet geïndiceerd.	Wat is de meerwaarde van een buikoverzichtsfoto voor diagnostiek van obstipatie?
3	Er zijn tegenstrijdige aanwijzingen voor de betrouwbaarheid van het trekken van conclusies over de functie van de lage urinewegen op basis van een mictiecystogram.	Wat is de betrouwbaarheid van een mictiecystogram om conclusies te trekken over de functie van de lage urinewegen?
4	Er zijn aanwijzingen dat een buikoverzichtsfoto voor het 'screenen' naar voor de blaasfunctie relevante rug(germergs)afwijkingen niet relevant is.	Hoe verhoudt zich de sensitiviteit van nierechografie t.o.v. nierscintigrafie bij het aantonen van refluxnephropathie?
5	Er zijn, bij kinderen met urineweginfecties, aanwijzingen dat echografie van de nieren minder sensitief is voor het aantonen van (de gevolgen van) reflux dan scintigrafie.	Wat is de sensitiviteit van echografie van de nieren t.o.v. scintigrafie bij kinderen voor het aantonen van (de gevolgen van) reflux?
6	Uit retrospectieve, niet erg betrouwbare studies, soms met selecte groepen kinderen, komen aanwijzingen dat succesvolle behandeling van incontinentie bij kinderen ingezet zonder beeldvormend onderzoek met redelijke succespercentages (rond 70%) mogelijk is.	In hoeverre is beeldvormend onderzoek van waarde op succesvolle uitkomsten van behandeling van incontinentie bij kinderen?
7	Er zijn aanwijzingen dat urotherapie, eventueel naast farmacologische therapie, een positief effect heeft op de klachten van OAB.	Wat is het effect van urotherapie, eventueel naast farmacologische therapie, op de klachten van OAB bij kinderen met urine-incontinentie?
8	Wat is de waarde van cystoscopie bij jongens met incontinentie a. beïnvloedt een zogenaamde klepincisie het klinisch beloop en zo ja, bij wie dan en in welke mate?	Wat is de waarde van cystoscopie bij jongens met incontinentie? Beïnvloedt een zogenaamde klepincisie het klinisch beloop en zo ja, bij wie dan en in welke mate?

9	wat is de waarde van de verschillende onderzoeken en interventies bij OAB bij kinderen (medicamenteus, bekkenbodempfysotherapie, cystoscopie bij jongens) a. welk zorgpad is het meest effectief als uitkomst en tijd tot uitkomst vergeleken worden? b. Welke medicatie is effectief / welke dosis is effectief	Wat is de waarde van de verschillende onderzoeken en interventies (cystoscopie bij jongens, medicamenteus, bekkenbodempfysotherapie) bij OAB a. welk zorgpad is het meest effectief als uitkomst en tijd tot uitkomst vergeleken worden? b. Welke medicatie is effectief / welke dosis is effectief
10	Wat is het klinisch beloop van congenitale malformaties bij volwassenen die vroeger niet geopereerd zijn aan dingen die nu wel gevonden en dus geopereerd worden? Vb Buried penis, urethrakleppen in minimale variant, zwangeren met VUR, hypospadie, a-funcionele boven- of onderpool	Wat is het klinisch beloop van congenitale malformaties bij volwassenen die vroeger niet geopereerd zijn aan dingen die nu wel gevonden en dus geopereerd worden? Vb Buried penis, urethrakleppen in minimale variant, zwangeren met VUR, hypospadie, afuncionele boven- of onderpool
11	Er zijn aanwijzingen dat echografisch vastgestelde blaaswanddikte (als resultaat van een index) enige correlatie laat zien met (urodynamisch aangetoonde) verandering van de detrusorfunctie.	Wat is de correlatie tussen echografisch vastgestelde blaaswanddikte (als resultaat van een index) met (urodynamisch aangetoonde) verandering van de detrusorfunctie?

**Tabel 5. Kennishiaten Urologie – Oncologie algemeen**

Nr.	Kennishiaat	Herformulering – onderzoeksvraag
1	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).	Wat is de waarde van screening in de algemene populatie voor het opsporen van kanker en andere aandoeningen die met hematurie gepaard kunnen gaan?
2	wat is de meerwaarde van de PET-CT tov conventionele CT thorax-abdomen bij de verschillende urologische tumoren.	wat is de meerwaarde van de PET-CT tov conventionele CT thorax-abdomen bij de verschillende urologische tumoren.

**Tabel 5a. Kennishiaten Urologie – Oncologie Prostaat**

Nr.	Kennishiaat	Herformulering – onderzoeksvraag
1	Is er een voordeel in overleving - van pN+M0 patiënten met prostaatacarcinoom - bij behandeling door radicale prostatectomie (met of zonder hormonale therapie) in vergelijking met hormonale therapie alleen? - Paragraaf 6.5: Is er een voordeel in overleving - van pN+M0 patiënten met prostaatkanker- bij behandeling door uitwendige radiotherapie met hormonale therapie in vergelijking met hormonale therapie alleen? Er werden geen gerandomiseerde studies gevonden die uitwendige radiotherapie als primaire behandelingen van patiënten met positieve lymfeklieren evalueerden.	Wat is de effectiviteit/overleving van uitwendige radiotherapie (met of zonder hormonale therapie) als primaire behandeling van patiënten met positieve lymfeklieren bij pN+M0 patiënten met prostaatkanker (met en zonder radicale prostatectomie) vergeleken met hormonale therapie alleen op het gebied van overleving?  <i>Deze vraag wordt in Prostaatcentrum ZWNL en AVL/NKI via observationele studies, maar niet gerandomiseerd, behandeld. Waarschijnlijk wordt deze vraag overbodig bij uitkomst van de HORRAD STUDIE, die naar M+ kijkt in plaats van naar N+.</i>
2	Wat is de juiste keuze van behandeling voor een man met op MRI verdenking T3 of T3 pa bewezen pca: voor wie is een RRP een optie of is het überhaupt evidence based geen optie	Wat is de juiste keuze van behandeling voor een man met op MRI verdenking T3 of T3 PA bewezen prostaatkanker: voor wie is een radicale retropubische prostatectomie een optie of is het überhaupt evidence based geen optie?  <i>Deze vraag heeft een grote studie met mogelijk gestandaardiseerde MRI instellingen, derhalve nauwelijks haalbaar. Mogelijk is deze vraag het beste te benaderen met gegevens uit Europese instituten.</i>  De stagerende waarde van mMRI is beperkt, daar het een niet-gestandaardiseerde methode is. <i>Vele individuele instituten verrichten momenteel eigen kwaliteitscontrole studies door hun MRI te bespreken met hun radiologen en pathologen.</i>

3	Hoe selecteren we het best patiënten met een lokaal prostaatacarcinoom die een goede kandidaat zijn voor actief volgen?	Hoe selecteren we het best patiënten met een lokaal prostaatacarcinoom die een goede kandidaat zijn voor actief volgen? Wordt gedaan in wereldwijde GAP3 Movember studie, uitkomst 2017.
4	Continuëren Lhrh bij castratieresistente M+ pca	In hoeverre is het zinvol te continueren met Lhrh bij castratieresistente M+ prostaatacarcinoom? Observationele studies gestart in Prostaatcentrum zw Nederland, deze studies kunnen landelijk worden uitgezet.
5	Bij een verhoogd psa en bij negatieve biopten, wat is de beste benadering tav kosten en vinden van tumoren die behandeling behoeven (!): Op korte termijn herbiopten, evt te herhalen als deze weer negatief zijn? MRI laten maken? PCA-3 test? Kijken naar psa-dt? Een combinatie hiervan? Een tweede serie (saturatie) biopten als gouden standaard vs een beeldvormende techniek (MRI) en kijken of het laatste de agressieve tumoren er uit weet te pikken?	Wat is de beste benadering t.a.v. kosten en vinden van tumoren, die behandeling behoeven bij een verhoogd PSA en bij negatieve biopten? <i>Deze vraag wordt uitvoerig door de literatuur toegelicht en is eigenlijk al beantwoord: Prostaatwijzer en MRI.</i>
7	<p>Kennishiaten n.a.v. de richtlijn</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Is er een voordeel in overleving - van pN+M0 patiënten met prostaatacarcinoom - bij behandeling door radicale prostatectomie (met of zonder hormonale therapie) in vergelijking met hormonale therapie alleen? Is er een voordeel in overleving - van pN+M0 patiënten met prostaatkanker- bij behandeling door uitwendige radiotherapie met hormonale therapie in vergelijking met hormonale therapie alleen? Er werden geen gerandomiseerde studies gevonden die uitwendige radiotherapie als primaire behandelingen van patiënten met positieve lymfeklieren evalueerden.</li> <li>• Bij patiënten die behandeld zijn voor gelokaliseerd prostaatacarcinoom, leidt deze behandeling tot somatische en/of psychische problemen in het 1e jaar na behandeling? Vanwege het ontbreken van goede systematische reviews is gebruik gemaakt van 'narrative reviews'; gewoonlijk worden narrative reviews niet gebruikt in een evidence-based richtlijn (N.B.: aan de data uit de narrative reviews werden geen conclusies verbonden); De sterk uiteenlopende schattingen van de prevalentie van somatische problemen zorgen er voor dat de gegevens weinig praktisch nut hebben. Toekomstig literatuuronderzoek zou zich moeten richten op (a) een beperkt aantal typen behandelingen, en (b) observationele studies met specifieke methodologische kenmerken (of systematische reviews van dergelijke observationele studies). De typen behandeling die onderzocht moeten worden, zijn van te voren bepaald en kunnen worden beperkt tot de op dat moment gangbare technieken, of de op dat moment 'emerging' technieken. Als specifieke methodologische kenmerken van het observationele onderzoek zijn een prospectieve en actieve evaluatie van de prevalentie van somatische en/of psychische problemen noodzakelijk, waarbij men gebruik maakt van een standaard definitie en het tijdstip van follow-up wordt gerapporteerd.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat is de effectiviteit van uitwendige radiotherapie (met of zonder hormonale therapie) als primaire behandeling van patiënten met positieve lymfeklieren bij pN+M0 patiënten met prostaatkanker (met en zonder radicale prostatectomie) vergeleken met hormonale therapie alleen op het gebied van overleving?</li> <li>• In hoeverre hebben patiënten die behandeld zijn voor gelokaliseerd prostaatacarcinoom 1 jaar na behandeling somatische en /of psychische problemen? Deze vraag kan m.b.v. de PROM's worden beantwoord, die in het kader van het NVU outcome kwaliteitstraject gedurende 2015-16 worden gemeten.</li> </ul>

**Tabel 5b. Kennishiaten Urologie – Oncologie Blaas**

Nr.	Kennishiaat	Herformulering – onderzoeksvraag
1	Er zijn geen level 1 of 2 studies voorhanden op basis waarvan een vorm van derivatie beter kan worden geacht dan een andere vorm van derivatie.	Wat zijn de voor- en nadelen van de verschillende vormen van derivatie bij patiënten met urotheelcarcinoom van de blaas?
2	Er zijn aanwijzingen dat in centra met voldoende patiënten met blaaskanker een klinisch pad tot kostenbesparing en kwaliteitsverbetering kan leiden.	In hoeverre kan een klinisch pad bij centra met voldoende patiënten leiden tot kostenbesparingen en kwaliteitsverbetering?
3	Er zijn aanwijzingen dat fluorescentie TURT niet leidt tot een lagere kans op progressie van T1 hooggradige tumoren naar spierinvasieve tumoren.	Wat is de effectiviteit van fluorescente TURT op het gebied van de kans op progressie van T1 hooggradige tumoren naar spierinvasieve blaastumoren?
4	Er zijn aanwijzingen dat een re-TURT een gunstig effect heeft op de prognose.	Wat is de effectiviteit van een re-TURT op de prognose?
5	Er zijn aanwijzingen dat voor patiënten met een solitair T1G3-T2N0M0 urotheelcarcinoom <5 cm een blaassparende behandeling middels brachytherapie leidt tot vergelijkbare overlevingscijfers vergeleken met cystectomie. De overleving ligt tussen 50 en 70%.	Wat is de effectiviteit van een blaassparende behandeling middels brachytherapie bij patiënten vergeleken met cystectomie bij patiënten met een solitair T1G3-T2N0M0 urotheelcarcinoom <5 cm op de overlevingskans?
6	Er zijn aanwijzingen dat er geen plaats is voor een unilaterale lymfeklierdissectie.	Wat is het nut van unilaterale lymfeklierdissectie?
7	Er zijn geen aanwijzingen dat actief zoeken naar een asymptomatisch lokaal recidief of een recidief in de hoge urinewegen zinrijk is.	Wat is het nut van het actief zoeken naar een asymptomatisch lokaal recidief of een recidief in de hoge urinewegen?
8	Er zijn aanwijzingen dat zoeken naar en behandelen van een recidief op afstand met chemotherapie overlevingswinst biedt. Dit gedurende de eerste 2 jaar na behandeling van patiënten met >pt3 tumoren.	Wat is het nut van het zoeken naar en behandelen van een recidief op afstand met chemotherapie gedurende de eerste 2 jaar na behandeling van patiënten met >pt3 tumoren op overleving?
9	Bij welke patiënten met een niet spier-invasief blaascarcinoom kan een CT van de hoge urinewegen achterwege gelaten worden?	Bij welke patiënten met een niet spier-invasief blaascarcinoom kan een CT van de hoge urinewegen achterwege gelaten worden?
10	Is het gebruik van Hexvix ('blauw licht') nog superieur aan 'wit licht' indien er steeds (direct) na de eerste resectie een goede 'second look' wordt gedaan en steeds een ruime resectie wordt verricht? Indien de kosten en organisatie voor blauw licht resecties kunnen worden voorkomen door een nauwkeuriger TUR-T techniek, dan verdient het laatste wellicht de voorkeur.	Is het gebruik van Hexvix ('blauw licht') superieur aan 'wit licht'?
11	Wat is de waarde van een oncologische follow up (bij asymptomatische patiënt met st) na een cystectomie voor spier-invasief TCC	Wat is de waarde van een oncologische follow up (bij asymptomatische patiënt met st) na een cystectomie voor spier-invasief TCC?
12	Wat is de waarde van de eenmalig MMC blaasspoeling na een TURT?	Wat is de waarde van de eenmalig MMC blaasspoeling na een TURT?
13	Wat is de waarde van 3 jaar (ipv 1 jaar) BCG bij patiënt met intermediair TCC blaas?	Wat is de waarde van 3 jaar (ipv 1 jr) BCG bij patiënt met intermediair TCC blaas?
14	Wat is de waarde van een CT-IVP (ipv echo nieren) bij primair gediagnosticeerd laaggradig TCC blaas?	Wat is de waarde van een CT-IVP (ipv echo nieren) bij primair gediagnosticeerd laaggradig TCC blaas?
15	Wat is de waarde van follow up met jaarlijks CT-IVP bij hooggradig TCC blaas bij negatieve cytologie?	Wat is de waarde van follow up met jaarlijks CT-IVP bij hooggradig TCC blaas bij negatieve cytologie?
15	Wat is de waarde van het, door de EAU aanbevolen, follow-upschema voor laag risico blaascarcinoom: (LOE c): eerste cystoscopie 3 maanden – indien negatief opnieuw na 9 maanden en daarna gedurende 5 jaar elk jaar.	Wat is de waarde van het, door de EAU aanbevolen, follow-upschema voor laag risico blaascarcinoom: (LOE c): eerste cystoscopie 3 maanden – indien negatief opnieuw na 9 maanden en daarna gedurende 5 jaar elk jaar?

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

Nr.	Kennishiaat	Herformulering – onderzoeksvraag
1	Wat is de beste follow-up voor patiënten met een hoge urineweg tumor, na een nier-sparende operatie?	Wat is de beste follow-up voor patiënten met een hoge urineweg tumor, welke nier-sparend behandeld wordt?
2	Wat is het nut van een x-thorax in de follow up van behandelde niertumoren.	wat is het nut van een x-thorax in de follow up van behandelde niertumoren?
3	Behandeling van kleine tumoren Kleine tumoren (< 4 cm) kunnen operatief of percutaan (cryo/radiofrequente ablatie) behandeld worden. Wat is de beste behandeling, gelet op effectiviteit, patiëntgerichtheid en kosten? Niet-gerandomiseerde onderzoeken van patiënten met kleine niertumoren geven een vergelijkbare overleving na operatieve nefrectomie en na ablatie therapie. Percutane ablatie therapie heeft minder peri-operatieve complicaties en lagere kosten (gebruik operatiekamer, inzet OK-personeel en anesthesioloog). Dit onderwerp wordt relevanter naarmate nierkanker vaker in een vroeg stadium wordt ontdekt. In de VS is dat al bij 75% van de patiënten met nierkanker het geval.	Wat is de beste behandeling, gelet op effectiviteit, patiëntgerichtheid en kosten van patiënten met kleine niertumoren (<4 cm) : operatief of percutaan (cryo-radiofrequente ablatie)?
4	Verlengt adjuvante behandeling met targeted therapie de overleving bij hoog risico M0-patiënten? Metastasering treedt vaak op bij hoog risicopatiënten met nierkanker, waarna deze patiënten in aanmerking komen voor targeted therapie. Als de kans groot is dat hoog-risico M0 patiënten metastasen krijgen, zullen ze eens targeted therapie krijgen. Is het dan niet effectiever om targeted therapie te geven op het moment dat ze nog geen metastasen hebben? Hiervoor lopen al diverse onderzoeken (S-TRAC, ASSURE, SORCE and EVEREST).	Verlengt adjuvante behandeling met targeted therapie de overleving bij hoog risico M0-patiënten?
5	M1-patiënten Welke behandeling voor patiënten met niet-helderceilig niercelcarcinoom geeft de grootste kans op ziektevrije en/of algehele overleving?	M1-patiënten: Welke behandeling voor patiënten met niet-helderceilig niercelcarcinoom geeft de grootste kans op ziektevrije en/of algehele overleving?
	M1-patiënten Is nefrectomie zinvol bij patiënten die met systeemtherapie worden behandeld? Nefrectomie is pijnlijk, kan leiden tot peri-operatieve complicaties en het is onzeker of deze operatie het leven verlengt. De CARMENA studie onderzoekt dit.	Is nefrectomie zinvol bij patiënten (M1) die met systeemtherapie worden behandeld?
6	Welke patiënt reageert goed op systeembehandeling? Als patiënten, die goed en die niet goed op systeemtherapie zullen reageren, geïdentificeerd kunnen worden, kunnen minder zinloze behandelingen gegeven	Welke patiënt met niercelcarcinoom reageert goed op systeembehandeling?
7	Hydrojet vs electrochirurgie bij partiële Nefrectomie	Wat zijn de uitkomsten van Hydrojet bij partiële nefrectomie t.o.v. electrochirurgie?
8	N.a.v. de richtlijn 1. Is screening van hoog-risicogroepen op nierkanker kosteneffectief? Patiënten met obesitas, hypertensie en roken hebben een verhoogde kans op niercelkanker. Vroegdetectie verbetert de prognose van nierkanker. Deze patiënten kunnen geïdentificeerd worden met een geautomatiseerd huisarts-informatiesysteem. De screeningsmethode kan bestaan uit echo, waarmee tevens gescreend kan worden op aneurysma aortae abdominalis, wat relevant is voor deze patiëntenpopulatie en de kosteneffectiviteit van deze screening verhoogt; 2. M1-patiënten Nederlands kosteneffectiviteitsonderzoek van targeted therapieën is gewenst. Uit Brits onderzoek bleek dat de ICERs (incremental cost-effectiveness ratio): kosten per gewonnen	

	levensjaar in goede gezondheid) van sommige TKIs boven de maatschappelijk aanvaarde drempel liggen.	
--	---	--

## Bijlage 3. Prioriteringsbijeenkomst kennishiaten Urologie

Na identificatie van kennishiaten uit de richtlijnen en door NVU leden, heeft tijdens de prioriteringsbijeenkomst de daadwerkelijke prioritering plaatsgevonden. Hieronder volgt een samenvatting van de prioritering per deelgebied, die is gebaseerd op de eerdere prioritering door de NVU werkgroepen en commissies.

### 1. Algemene Urologie

Onder het deelgebied “Algemene Urologie” vallen onder andere de aandoeningen hematurie, urineweginfecties, benigne prostaathyperplasie, maar ook diagnostiek, zoals echografie en cystoscopie.

#### Resultaat prioritering.

Voor dit deelgebied zijn 18 richtlijnen van toepassing. Na beoordeling van de richtlijnen en de inventarisatie door de NVU leden zijn de onderstaande kennishiaten geformuleerd:

- Hoe ziet het diagnostisch traject uit bij microscopische hematurie?
- Wat is de waarde van een cystoscopie bij vrouwen met recidiverende urineweginfecties?
- Wat is de waarde van antibioticaprofylaxe bij transurethrale ingrepen bij patiënten met een schoon urine sediment?
- LUTS/BPH; hoe ziet het diagnostisch traject uit? Wat zijn de indicaties voor een desobstruerende behandeling.

### 2. Endo-urologie en steenlijden

Onder het deelgebied “endo-urologie en steenlijden” valt onder andere de percutante nierchirurgie. Voor dit deelgebied zijn 3 richtlijnen specifiek van toepassing.

#### Resultaat prioritering.

Na beoordeling van de richtlijnen en de inventarisatie door de NVU leden zijn onderstaande kennishiaten geformuleerd:

- In hoeverre zijn de urologen bekend met percutante nierchirurgie in Nederland?
- Wat is het optimale radiologische beleid bij de verdenking op nierstenen?
- Wat is de effectiviteit van Buscopan bij nierstenen?
- Verdient het de voorkeur bij een geobstrueerde hoge urineweginfectie/ obstructief niersteenlijden een nefrostomie-katheter te plaatsen, of dient een JJ te worden ingebracht?
- wat is de waarde van urethra calibratie/ OTIS bij vrouwen?

### 3. Functionele en Reconstructie Urologie

Onder het deelgebied “Functionele en Reconstructie Urologie” valt de diagnostiek en behandeling van alle vormen van incontinentie. Voor dit deelgebied zijn 4 richtlijnen specifiek van toepassing.

#### Resultaat prioritering.

Na beoordeling van de richtlijnen en de inventarisatie door de NVU leden zijn onderstaande kennishiaten geformuleerd:

- Wat is de diagnostische meerwaarde van een combinatie van niet-invasieve onderzoeken t.o.v. een enkel onderzoek op zich bij patiënten met urine-incontinentie?
- Wat is de waarde van een UDO op de keuze behandeling en uitkomsten van behandelmethoden bij patiënten met urine-incontinentie?
- Wat is de effectiviteit van bekkenfysiotherapie bij mannen en vrouwen met chronische bekkenpijn t.o.v. patiënt-educatie (placebo)?

- Wat is de plaats van pad testing (thuis en poliklinisch) in routinezorg bij patiënten met urine-incontinentie?
- Wanneer dient bij mannen met post radicale prostatectomie stressincontinentie gekozen te worden voor een sling en wanneer voor een sfincterprothese?
- Wat is de effectiviteit (kwaliteit en kosten) van onabotulinumtoxine injecties t.o.v. permanente sacrale neuromodulatie bij patiënten met urine-incontinentie?
- Wat is de beste behandeling bij patiënten met MUI (gemengde incontinentie)?
- Wat is de lange termijn effectiviteit van farmaca die worden ingezet bij urge urine-incontinentie?
- Wat is in de urologische prothesiologie de relatie tussen kwaliteit en volume?

#### 4. Andrologie

Dit deelgebied heeft betrekking op de mannelijk fertiliteit. Voor dit deelgebied zijn 5 richtlijnen specifiek van toepassing.

##### Resultaat prioritering.

Na beoordeling van de richtlijnen en de inventarisatie door de NVU leden zijn onderstaande kennishiaten geformuleerd:

- Zijn er biomarkers in semen die spermatogenese kunnen voorspellen bij mannen met een niet-obstructieve azoöspermie?
- Is te voorspellen of een TESE succesvol zal zijn?
- Semenkwaliteit voor en na chemotherapie/ bestraling voor kanker: welk sperma is het meest geschikt voor geassisteerde voortplanting?
- Wat zijn de late gezondheidsrisico's van mannen met de verminderde vruchtbaarheid? Er komt meer metabool syndroom, hypogonadisme en testistumoren voor in deze groep.

#### 5. Kinderurologie

Voor dit deelgebied zijn 4 richtlijnen specifiek van toepassing.

##### Resultaat prioritering.

Na beoordeling van de richtlijnen en de inventarisatie door de NVU leden zijn onderstaande kennishiaten geformuleerd:

- Wat is de meerwaarde van een buikoverzichtsfoto voor diagnostiek van obstipatie?
- Wat is de betrouwbaarheid van een mictiecystogram om conclusies te trekken over de functie van de lage urinewegen?
- Wat is de relevantie van een buikoverzichtsfoto bij het 'screenen' voor de blaasfunctie relevantie van rug(gemerg)afwijkingen?
- Hoe verhoudt zich de sensitiviteit van nierechografie t.o.v. nierscintigrafie bij het aantonen van refluxnephropathie?
- In hoeverre is beeldvormend onderzoek van waarde op succesvolle uitkomsten van behandeling van incontinentie?
- Wat is de meerwaarde van gerichte fysiotherapie (instructies, bekkenbodemp controle-oefeningen van biofeedback met uroflowmetrie) voor een succesvolle behandeling van hypoaactieve blaas?
- Wat is de waarde van cystoscopie bij jongens met incontinentie? Beïnvloedt een zogenaamde klepincisie het klinisch beloop en zo ja, bij wie dan en in welke mate?
- Wat is de waarde van de verschillende onderzoeken en interventies (cystoscopie bij jongens, medicamenteus, bekkenbodemp fysiotherapie) bij OAB.
- Wat is de correlatie tussen echografisch vastgestelde blaaswanddikte (als resultaat van een index) met (urodynamisch aangetoonde) verandering van de destrusorfunctie?



- Wat is het effect van urotherapie, eventueel naast farmacologische therapie, op de klachten van OAB bij kinderen met urine-incontinentie?
- Wat is het klinisch beloop van congenitale malformaties bij volwassenen die vroeger niet geopereerd zijn aan dingen die nu wel gevonden en dus geopereerd worden? Bijvoorbeeld Buried penis, urethrale klemmen in minimale variant, zwangeren met VUR, hypospadie.

## 6. Urologie – Oncologie algemeen

Dit deelgebied heeft met name betrekking op screening en diagnostiek bij urologisch tumoren in het algemeen.

### Resultaat prioritering.

Na beoordeling van de richtlijnen en de inventarisatie door de NVU leden zijn onderstaande kennishiaten geformuleerd:

- Wat is de waarde van screening in de algemene populatie voor het opsporen van kanker en andere aandoeningen die met hematurie gepaard kunnen gaan?
- Wat is de meerwaarde van de PET-CT t.o.v. conventionele CT thorax-abdomen bij de verschillende urologische tumoren.

## 7. Oncologie-Prostaat

Voor dit deelgebied is 1 richtlijn specifiek van toepassing.

### Resultaat prioritering.

Na beoordeling van de richtlijnen en de inventarisatie door de NVU leden zijn onderstaande kennishiaten geformuleerd:

- Wat is de effectiviteit/overleving van uitwendige radiotherapie (met of zonder hormonale therapie) als primaire behandeling van patiënten met positieve lymfeklieren bij pN+M0 patiënten met prostaatkanker (met en zonder radicale prostatectomie) vergeleken met hormonale therapie alleen op het gebied van overleving?  
*Deze vraag wordt in Prostaatcentrum ZWNL en AVL/NKI via observationele studies, maar niet gerandomiseerd, behandeld. Waarschijnlijk wordt deze vraag overbodig bij uitkomst van de HORRAD STUDIE, die naar M+ kijkt in plaats van naar N+;*
- Wat is de juiste keuze van behandeling voor een man met op MRI verdenking T3 of T3 PA bewezen prostaatkanker: voor wie is een radicale retropubische prostatectomie een optie of is het überhaupt evidence based geen optie?  
*Deze vraag behoeft een grote studie met mogelijk gestandaardiseerde MRI instellingen, derhalve nauwelijks haalbaar. Mogelijk is deze vraag het beste te benaderen met gegevens uit Europese instituten;*
- De stagerende waarde van mMRI is beperkt, daar het een niet-gestandaardiseerde methode is. *Vele individuele instituten verrichten momenteel eigen kwaliteitscontrole studies door hun MRI te bespreken met hun radiologen en pathologen.*
- Hoe selecteren we het best patiënten met een lokaal prostaatcarcinoom die een goede kandidaat zijn voor actief volgen?  
*Wordt gedaan in wereldwijde GAP3 Movember studie, uitkomst 2017.*
- In hoeverre is het zinvol te continueren met Lhrh bij castratieresistente M+ prostaatcarcinoom? *Observationele studies gestart in Prostaatcentrum zw Nederland, deze studies kunnen landelijk worden uitgezet.*
- Wat is de beste benadering t.a.v. kosten en vinden van tumoren, die behandeling behoeven bij een verhoogd PSA en bij negatieve biopten?  
*Deze vraag wordt uitvoerig door de literatuur toegelicht en is eigenlijk al beantwoord: Prostaatwijzer en MRI.*

- Wat is de waarde van de PSMA PET CT SCAN voor initiële staging? *Er bestaat een werkgroep Urologie-Nucleaire geneeskunde, die aan deze vraagstelling werkt, waarbij een landelijke digitale registratie is opgezet en een studieprotocol voor de behandeling van oligometastasen besproken wordt (UMCG, Erasmus MC en anderen).*
- Wat is de effectiviteit van uitwendige radiotherapie (met of zonder hormonale therapie) als primaire behandeling van patiënten met positieve lymfeklieren bij pN+M0 patiënten met prostaatkanker (met en zonder radicale prostatectomie) vergeleken met hormonale therapie alleen op het gebied van overleving?  
*Deze vraag wordt uitvoerig door de literatuur toegelicht.*
- In hoeverre hebben patiënten die behandeld zijn voor gelokaliseerd prostaatcarcinoom 1 jaar na behandeling somatische en /of psychische problemen?  
*Deze vraag kan m.b.v. de PROM's worden beantwoord, die in het kader van het NVU outcome kwaliteitstraject gedurende 2015-16 worden gemeten.*

## 8. Oncologie-Blaas

Voor dit deelgebied zijn 2 richtlijnen specifiek van toepassing.

### Resultaat prioritering.

Na beoordeling van de richtlijnen en de inventarisatie door de NVU leden zijn onderstaande kennishiaten geformuleerd:

- Wat is de waarde van een CT-IVP (i.p.v. echo nieren) bij primair gediagnosticeerd laaggradig TCC blaas?
- Bij welke patiënten met een niet spier-invasief blaascarcinoom kan een CT van de hoge urinewegen achterwege gelaten worden?
- Is het gebruik van Hexivix ('blauw licht') superieur aan 'wit licht'?
- In hoeverre kan een klinisch pad bij centra met voldoende patiënten leiden tot kosten besparingen en kwaliteitsverbetering?
- Wat zijn de voor- en nadelen van de verschillende vormen van derivatie bij patiënten met urotheelcarcinoom van de blaas?
- Wat is de effectiviteit van fluorescente TURT op het gebied van de kans op progressie van T1 hooggradige tumoren naar spierinvasieve blaastumoren?
- Wat is de effectiviteit van een re-TURT op de prognose?
- Wat is de effectiviteit van een blaassparende behandeling middels brachytherapie bij patiënten vergeleken met cystectomie bij patiënten met een solitair T1G3-T2N0M0 urotheelcarcinoom <5 cm op de overlevingskans?
- Wat is het nut van unilaterale lymfeklierdissectie?
- Wat is de waarde van de eenmalig MMC blaaspoeling na een TURT?
- Wat is het nut van het actief zoeken naar een asymptomatisch lokaal recidief of een recidief in de hoge urinewegen?
- Wat is het nut van het zoeken naar en behandelen van een recidief op afstand met chemotherapie gedurende de eerste 2 jaar na behandeling van patiënten met >pT3 tumoren op overleving?
- Wat is de waarde van een oncologische follow up (bij asymptomatische patiënt met st) na een cystectomie voor spier-invasief TCC?
- Wat is de waarde van 3 jaar (ipv 1 jaar) BCG bij patiënt met intermediair TCC blaas?
- Wat is de waarde van follow up met jaarlijks CT-IVP bij hooggradig TCC blaas bij negatieve cytologie?
- Wat is de waarde van het, door de EAU aanbevolen, follow-upschema voor laag risico blaascarcinoom: (LOE c): eerste cystoscopie 3 maanden – indien negatief opnieuw na 9 maanden en daarna gedurende 5 jaar elk jaar?

## 9. Oncologie-Nier

Voor dit deelgebied is 1 richtlijn specifiek van toepassing.

### Resultaat prioritering.

Na beoordeling van de richtlijnen en de inventarisatie door de NVU leden zijn onderstaande kennishiaten geformuleerd:

- Wat is de beste behandeling, gelet op effectiviteit, patiëntgerichtheid en kosten van patiënten met kleine niertumoren (<4 cm) : operatief of percutaan (cryo-radiofrequentie ablatie)?
- Verlengt adjuvante behandeling met targeted therapie de overleving bij hoog risico M0-patiënten?
- M1-patiënten: Welke behandeling voor patiënten met niet-heldercellig niercelcarcinoom geeft de grootste kans op ziektevrije en/of algehele overleving?
- Is nefrectomie zinvol bij patiënten (M1) die met systeemtherapie worden behandeld?
- Welke patiënt met niercelcarcinoom reageert goed op systeembehandeling?
- Wat zijn de uitkomsten van Hydrojet bij partiële nefrectomie t.o.v. electrochirurgie?
- Wat is het nut van een X-Thorax in de follow up van behandelde niertumoren?
- Wat is de beste follow-up voor patiënten met een hoge urineweg tumor, welke nier-sparend behandeld wordt?

## Bijlage 4. Scores kennishiaten n.a.v. prioriteringsbijeenkomst

	Hoge urgentie	Relevantie en prevalentie	Hoge impact	Goed onderzoekbaar	Financieringsmogelijkheid	Overige opmerkingen
<b>Algemene Urologie</b> Nefrostomiekatheter versus JJ katheter bij obstructief niersteenlijden	4, ivm bedrijfsvoering, OK tijd	5	4	5	5, bv ZonMw	Alle ziekenhuizen, urologen en radiologen.
<b>Andrologie</b> Ziekte van Peyronie	3	2,8	4,5	5	1,5	- Groot draagvlak bij experts
Onco fertiliteit + TESE	4	3, R ↑ P ↓	4, jonge populatie (on)zinnige zorg	5	2, KWF	- Beperkt aantal centra
Genitale pijnklachten en Bekkenbodempfysotherapie	4	4,5		Goed protocol nodig	4	- Multidiscipl., meerdere armen
<b>Funct. &amp; Reconstr Urologie</b> Male sling vs Sfincterproth.	4	Prev. 4,5	4,5	5	4, ZonMw en industrie	Stijgend aantal verwijzingen
<b>Prostaatcarcinoom</b> De rol van MRI	5	5	5	5	4, ZonMw, KWF	wel nagaan welke vraag haalbaar is

## Bijlage 5. Onderzoekslijnen per UMC

Instituut	Onderzoekslijn	Principal investigators
AMC	<p><b>Oncologie</b></p> <p><u>Basaal onderzoek</u> Basaal onderzoek naar minimaal invasief optisch technologie voor verbeterde diagnostiek van urologische kankers.</p> <p><u>Prostaatanker</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nieuwe beeldvormende technieken om prostaatanker zichtbaar te maken. Het speerpunt van dit onderzoek is de contrastechografie (CEUS) van met name prostaatanker;</li> <li>• Irreversibele Electroporatie (IRE) bij prostaatanker. Basaal en klinisch onderzoek</li> </ul> <p><u>Nieranker</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Richtlijnen voor de behandeling van nieranker;</li> <li>• Ontwikkelen van predictiemodel voor complicaties bij kleine niertumoren op basis van grootte en locatie van de tumor;</li> <li>• Is de onlangs herziene globaal tumorclassificatie ook toepasbaar op een database van hedendaagse niertumoren;</li> <li>• CROES nieranker studie, een studie naar niertumoren waarbij wereldwijd data wordt verzameld;</li> <li>• Ontwikkelen van markers om hoger risico op uitzaaiingen van een niertumor te kunnen bepalen;</li> <li>• Genetisch onderzoek bij jonge patiënten met nieranker.</li> </ul> <p><u>Urotheelcarcinoom van ureter en pyelum</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toepasbaarheid van Optische Coherentie Tomografie (OCT) en Confocal Laser Endomicroscopy (CLE) bij diagnostiek van urotheelcarcinoom van ureter en nieren;</li> <li>• Minimaal invasieve therapie bij UTUC;</li> <li>• Klinisch Epidemiologisch onderzoek in CROES database.</li> </ul> <p><u>Blaaskanker</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 cystoscopie);</li> <li>• Narrow Band Imaging (NBI). bij niet spierinvasief blaascarcinoom;</li> <li>• SPIES bij niet spierinvasief blaascarcinoom;</li> <li>• CLE en OCT bij urotheeltumoren van de blaas;</li> <li>• Hyperthermie bij niet spier invasief blaaskanker;</li> <li>• Moleculaire diagnostiek blaaskanker.</li> </ul> <p><b>Steenbehandeling</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PCNL studie mbt de behandeling voor percutane niersteenverwijdering;</li> <li>• Robotchirurgie voor ureter en nierstenen;</li> <li>• Ontwikkeling niersteenbehandeling bij kinderen.</li> </ul> <p><b>BPH</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toepasbaarheid van groene lichtlaser bij BPH.</li> </ul>	<p><b>Oncologie</b></p> <p>Prof.dr.ir. H. Wijkstra, dr. D.M. de Bruin</p> <p>Prof.dr.ir. H. Wijkstra, prof.dr. de la Rosette, dr. T.M. de Reijke, dr. D.M de Bruin</p> <p>Prof.dr. M.P.Laguna, drs P. Zondervan</p> <p>Prof.dr. J.J.M.C.H. de la Rosette, drs Baard, drs. G. Kamphuis, dr. D.M. de Bruin, Prof.dr. M.P. Laguna</p> <p>Prof.dr. J.J.M.C.H. de la Rosette, drs J. Baard, dr. T.M. de Reijke, dr. G. Kamphuis, dr. D.M. de Bruin</p> <p>Prof.dr. J.J.M.C.H. de la Rosette, drs. J. Baard, drs. G. Kamphuis, dr. Rafal Chrzan</p> <p>Prof.dr. J.J.M.C.H. de la Rosette, drs. G. Kamphuis, drs. J. Baard</p>

	<p><b>Andrologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Testiculaire Sperma Extractie (TESE) en fertiliteits-preservatie bij mannen.</li> </ul> <p><b>Functionele en Reconstructieve Urologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Overactieve blaas.</li> </ul>	<p>Drs. A. Meissner</p> <p>Prof.dr. M.P. Laguna, drs. L. Gerbrandy</p>
AVL/NKI	<p><b>Oncologie</b></p> <p><b>Preklinisch onderzoek</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Signaaltransductie bij hormonaal refractaire prostaatkanker;</li> <li>• Ontwikkeling van een tumormodel voor blaas- en prostaatcarcinoom m.b.v. conditionele genexpressie en gendeleties.</li> </ul> <p><b>Klinisch toegepast onderzoek</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimaliseren van weefselsparende behandelingen;</li> <li>• Detectie van uitzaaiingen;</li> <li>• Verbeteren van prognostische mogelijkheden bij het begin van een kankerbehandeling;</li> <li>• Schildwachtklieronderzoek bij alle urologische tumoren, gebruik makend van minimaal invasieve technieken;</li> <li>• Optimaliseren van het gebruik van de operatierobot bij uro-oncologische ingrepen. Het onderzoek richt zich met name op de mogelijkheden van intra-operatieve navigatie m.b.v. alle mogelijk denkbare beeldvormende modaliteiten alsook experimentele modaliteiten in de vorm van moleculaire imagers.</li> </ul>	<p>Dr. H.v.d. Poel, dr. Bergman Dr. A. Bex, dr. B.v. Rhijn, prof. dr. S. Horenblas, dr. M. v.d. Heiden, dr. A. Kerst, Prof dr. J. Haanen</p> <p>Prof. dr. S. Horenblas Dr. H.v.d. Poel Dr. A. Bex</p> <p>Dr. B.v.Rhijn</p> <p>Dr. K. Hendricksen, drs. E. Wit</p>
Erasmus MC	<p><b>Oncologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prostaatkanker tumor modellen, drug testing;</li> <li>• Prostaatkanker screening en markers, PRIAS;</li> <li>• Klinische trials: pPca, OAT, FuTuRe , genterapie;</li> <li>• Bio informatica;</li> <li>• E- health decision prostaatwijzer;</li> <li>• 1e lijn transitie prostaatconsult;</li> <li>• Kwaliteitsindicatoren;</li> <li>• Klin. blaaskanker circumguidance CTCs;</li> <li>• Moleculaire diagnostiek blaaskanker;</li> <li>• Testiskanker screening.</li> </ul> <p><b>Functionele en Reconstructieve Urologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klinisch, neuromodulatie;</li> <li>• non-invasieve diagnostiek.</li> </ul> <p><b>Andrologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• reconstructie, predictie test</li> </ul> <p><b>Kinderurologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypospadie registratie.</li> </ul> <p><b>Steenpathologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Steendieet e-health.</li> </ul>	<p>Prof. dr. GW. Jenster, dr. J. Boormans, dr. W. van Weerden, dr. R.B. Marques</p> <p>Dr. M. Roobol, Prof. dr. C.H. Bangma, Prof dr. G. Jenster, dr. E. Martens</p> <p>Prof. dr. CH. Bangma, dr. P. Verhagen drs. M. Busstra</p> <p>Prof. Dr. GW. Jenster Dr. M. Roobol, prof. dr. CH. Bangma Prof. dr. CH. Bangma, dr. M. Roobol Prof. dr. CH. Bangma Dr. J. Boormans Dr. E. Zwarthoff, dr. J. Boormans Dr. G. Dohle</p> <p>Dr. B. Blok, dr. J. Scheepe, dr. D.Kok Prof.dr.ir. R. van Mastrigt</p> <p>Dr. G. Dohle , dr. D. Kok</p> <p>Drs. F. v. d. Toorn</p> <p>Dr. D. Kok</p>

LUMC	<p><b>Oncologie</b></p> <p>In het oncologisch onderzoek wordt gezocht naar betere onderzoeksmethoden en behandelingen van nierkanker, blaaskanker en prostaatkanker. De nadruk in het LUMC ligt op onderzoek mbt blaaskanker en prostaatkanker.</p> <p><u>Oncologie studies</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alpe D’HuZes/KWF ‘Near-patient’ prostate cancer models for the assessment of disease prognosis and therapy response. 2015-2021. Multi-center grant on personalized medicine (6 institutions).</li> <li>EUROSTARS Program (EUREKA, European Union). The development of a novel medicine for advanced prostate cancer (TREATMENT). 2015-2018.</li> <li>KWF; Potential new treatment for patients with non-muscle invasive bladder cancer with a high risk of progression to invasive disease. 2016-2018.</li> <li>KWF; De-cripting Cripto in prostate cancer (UL 2015-7599). 2015-2019</li> <li>KWF; Effects of tumor-expressed coagulation factors on cancer stem cells and breast cancer progression. 2015-2019.</li> <li>KWF; Identification and characterization of tumor-initiating cells and supportive stroma involved in human bladder cancer progression and metastasis.(UL-2011-4930). 2011-2015.</li> <li>FES Nanotechnology- Nanodrug delivery (Nanonext, Agentschap.nl); Bisphosphonate-Targeted Liposomes for Detection and Treatment of Bone Metastases. 2012-2016. Project leader;</li> <li>NanoNextNL Programme 03D Drug delivery. Valorisation grant. Phase I study with Oncocort in advanced prostate cancer patients. 2015-2016.</li> <li>Movember. The Prostate Cancer Xenograft Project. Global Action Plan Initiative. Period 2014-2016. Principal Investigators;</li> <li>Uro-Oncology Astellas European Foundation Prize (2015). ‘The Development of a Novel Small Molecule EMT Inhibitor for Clinical Use in Human Bladder Cancer’. 2015-2016.</li> <li>Leids Universiteits Fonds/Nypels-van der Zee Fund. ‘Patient-derived, ex vivo cultured tumor slices as a novel ‘near-patient’ model for the assessment of disease prognosis and therapy response in human prostate cancer’. 2015-2016.</li> </ul> <p><b>Functionele en Reconstructieve Urologie en seksualiteit</b></p> <p>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. neuro-anatomie en neurofysiologie, vanwege de sterke relatie tussen deze (dys)functies.</p> <p><u>De studies zijn:</u></p>	<p>Dr. G. van der Pluijm, dr. R.F.M. Bevers, prof. dr. R.C.M. Pelger</p> <p>Dr. G. van der Pluijm</p> <p>Dr. G. van der Pluijm, dr. E. Zwarthoff, prof. dr. C.H. Bangma.</p> <p>Dr. G. van der Pluijm, dr. M. Kruihof-de Julio, dr. Peter Kloen.</p> <p>Dr. G. van der Pluijm, dr. H.H. Versteeg.</p> <p>Dr. G. Van der Pluijm, dr. R.F.M. Bevers.</p> <p>Dr. G. Van der Pluijm.</p> <p>Dr. B. Metselaar, dr. G. van der Pluijm.</p> <p>Dr. G. van der Pluijm &amp; dr. G. van der Horst.</p> <p>Dr. G. van der Pluijm.</p> <p>Dr. M. Kruihof-de Julio, dr. G. van der Pluijm.</p>
------	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• anatomy: neuro-anatomy of pelvic floor musculature and external sphincters in relation to neuro-stimulation;</li> <li>• operative incontinence procedures and sexual (dys)function in women;</li> <li>• neurophysiology: the mode of action and efficacy of various pelvic floor physiotherapeutic and/or electrical stimulation techniques;</li> <li>• validation and standardization of the measurement of pelvic floor function with the Multiple Array Probe Leiden (MAPLe);</li> <li>• innovative surgical techniques in male urinary stress incontinence;</li> <li>• the value of pelvic floor physiotherapy in post-prostatectomy incontinence;</li> <li>• prevalence of sexual dysfunction in urological patients.</li> </ul>	<p>Dr. P.J. Voorham</p> <p>Dr. H.W. Elzevier</p> <p>Dr. P.J. Voorham, prof. dr. A.A.B. Lycklama à Nijeholt</p> <p>Dr. P.J. Voorham, prof. dr. R.C. Pelger</p> <p>Dr. H.W. Elzevier</p> <p>Dr. P.J. Voorham</p> <p>Dr. H.W. Elzevier</p>
MUMC	<p><b>Oncologische Urologie</b></p> <p><u>Fundamenteel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chemoresistentie bij blaas carcinoom</li> </ul> <p><u>Klinisch</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Non invasieve detectie methoden voor prostaat carcinoom (Pca)</li> <li>• MRI Echo fusie biopten Pca</li> <li>• Spacer technieken bij radiotherapie van Pca</li> <li>• PMSA PET MRI voor detectie van Pca</li> </ul> <p><b>Functionele en Reconstructieve Urologie</b></p> <p>Neuro-urologie: signalling van de lagere urinewegen, controle mechanismen van de lagere urinewegen en neuromodulatie. Karakterisering en analyse alsmede fysiologische en structurele mapping van controle mechaismen in de urineblaas en de sluitspier bij proefdiermodellen..</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3D Structurele en functionele analyse van de blaaswand met 2 foton microscopie</li> <li>- Analyse van afferente banen in de blaas brein communicatie met tracing en electrofysiologische technieken.</li> <li>- Ontwikkeling van een onderactieve blaas proefdiermodel</li> <li>- Veroudering gerelateerde blaas veranderingen in een ageing muis model en een transgeen muis model met Alzheimers disease.</li> </ul> <p>Humane studies naar blaas en sphincter sensatie en aansturing mechanismen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoge Fux, 7 T MRI studies voor imaging van hersengebieden betrokken bij blaas sensatie en activiteit.</li> <li>- Hoge resolutie urodynamica voorv onder andere detectie van non – voiding activiteit.</li> <li>- Ontwikkeling van detectie en diagnose algoritmen voor de onderactieve blaas.</li> <li>- Relatie tussen OAB, mictie dysfunctie en affectieve psychische stoornissen.</li> <li>- Tissue engineering voor stress incontinentie en Onderactieve blaas.</li> <li>- E-health detectie mechanismen urine controle en evacuatie problematiek</li> <li>- Multidisciplinaire bekkenbodem problematiek binnen het Pelvic care center Maastricht.</li> </ul> <p>Neuromodulatie , humaan voor urgency frequency en mictie disfunctie.</p>	<p>M Skworon, dr. J van Roermund, prof. dr. G.A. van Koeveringe</p> <p>Dr. J. van Roermund Dr. J. van Roermund Van de Beek, dr. J. van Roermund Van de Beek, dr. J. van Roermund</p> <p>A Schueth, Prof Dr. G.A. van Koeveringe</p> <p>A Zare, C. Meriaux, Prof Dr G A van Koeveringe</p> <p>R. Hohnen. Prof Dr G.A. van Koeveringe</p> <p>R. Hohnen. Prof Dr G.A. van Koeveringe</p> <p>Dr. S. Rahnamai, prof. dr. G.A. van Koeveringe J Drossaerts, prof. dr. G.A. van Koeveringe K. Rademakers, prof. dr. G.A. van Koeveringe, prof. dr. Ph. v. Kerrebroeck D. Vrijens, prof. dr. G.A. van Koeveringe prof. dr. Ph. van Kerrebroeck. Prof Dr G.A. van Koeveringe</p> <p>D. Vrijens, dr. B Berghmans, prof. dr. G.A. van Koeveringe. Dr. B Berghmans, D. Vrijens, prof. dr. G.A. van Koeveringe.</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Predictieve factoren en optimalisatie van momenteel beschikbare stimulatie technieken.</li> <li>- Werkingsmechanismen van neuromodulatie, nieuwe stimulatie technieken , multidisciplinair project binnen het Neuro Interventie Centrum Maastricht</li> <li>- Associatie van psychische factoren en neuromodulatie effecten.</li> </ul> <p>Blaas en pelvische pijn problematiek.</p>	<p>R. Jairam, J Drossaerts, prof. dr. Ph. van Kerrebroeck  Prof. dr. G.A. van Koeveringe, prof. dr. Ph. van Kerrebroeck</p> <p>J. Drossaerts, R Jairam, prof. dr. Ph. van Kerrebroeck  D. Vrijens, prof. dr. G.A. van Koeveringe</p>
UMCG	<p><b>Oncologie</b>  <u>Moleculaire beeldvorming:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Epithelial targets for imaging of advanced prostate cancer;</li> <li>• Androgen receptor imaging in metastatic prostate cancer;</li> <li>• PET/CT in recurrent prostate cancer: clinical role in staging and selection for local salvage treatment;</li> <li>• Nuclear imaging of metastatic prostate cancer.</li> </ul> <p><u>Erfelijke tumoren van nier en hogere urinewegen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autosomaal Dominant Polycystic Kidney disease.</li> </ul> <p><u>Klinische Studies Oncologie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase 2-3 trials in prostaat-, blaas-, niercelcarcinoom;</li> <li>• Fase 1 imaging trials (ProComBo, FuTuRe).</li> </ul> <p><b>Interventieuurologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beeldgestuurde orgaansparende behandelingen.</li> </ul> <p><b>Complexe functiestoornissen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Functionele diagnostiek bij congenitale en verworven stoornissen van de onderste urinewegen bij kinderen;</li> <li>• Diagnostiek en behandeling van chronische urogenitale pijn.</li> </ul> <p><b>Reconstructieve urologische chirurgie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• M. Peyronie (translationeel / toegepast klinisch onderzoek).</li> </ul> <p><u>Klinische Studies Reconstructieve Urologie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypospadie studie; DeVan studie.</li> </ul>	<p>Prof. dr. I.J. de Jong  Drs. H.D. Hoving  Drs. R. J. Dost  Drs. M.S. Vallinga  Drs. M. Wondergem (promovendi)</p> <p>Drs. B. Doornweerd,  Dr. A.M. Leliveld-Kors</p> <p>Prof. dr. I.J. de Jong, dr. A.M. Leliveld-Kors</p> <p>Dr. S. Roemeling</p> <p>Prof. dr. J.M. Nijman, dr. J.S.L.T. Quaedackers  Drs. E.J. Messeling</p> <p>Dr. M.F. van Driel</p> <p>Prof. dr. J.M. Nijman, dr. J.S.L.T. Quaedackers</p>
Radboud UMC	<p><b>Oncologie</b>  <u>Functionele beeldvorming</u>  Immunotherapie, targeted diagnostiek en therapie;  Moleculaire and cellulaire basis van prostaat carcinogenesis.  <u>Translationale onderzoek prostaat kanker</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• moleculaire diagnostiek van prostaat kanker;</li> <li>• bepaling van de expressie van het prostaat kanker; specifieke gen DD3/PCA3.</li> </ul> <p><u>Translationale onderzoek progressieve nierkanker</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan radio-immunotherapie gebruikmakend van het G250 monoclonaal antibody patiënten met gemetastaseerde nierkanker genezen?</li> <li>• Kunnen niercarcinoom-specifieke eiwitten een rol spelen bij nierkanker vaccinatie?</li> </ul> <p><u>Urologische Epidemiologie.</u> The genetic epidemiology of urological conditions and on the quantitative evaluation of (new) diagnostic and prognostic tests in urology.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• The genetic epidemiology of bladder cancer;</li> <li>• Early detection of prostate cancer in hereditary prostate cancer family;</li> <li>• Risk of cancer among patients treated for psoriasis or eczema;</li> </ul>	<p>Prof dr. P.F.A. Mulders</p> <p>Prof. dr. J.A. Witjes  Dr. Langenhuisen</p> <p>Dr. E. Oosterwijk</p> <p>Prof. dr. J.A. Schalken</p> <p>Dr. M Sedelaar  Dr. I van Oort</p> <p>Dr. T van de Heyden</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The Nijmegen Biomedical Study: A study on gene-environment interactions;</li> <li>• Diagnostic / prognostic markers in urological conditions.</li> </ul> <p><b>Functionele en Reconstructieve Urologie</b> M.b.t. het thema 'neuromusculaire ontwikkeling en genetische afwijkingen'.</p> <p><b>Kinderurologie</b> M.b.t. het thema 'tissue engineering en reconstructieve chirurgie' en prenatale diagnostiek van congenitale urologische afwijkingen.</p> <p><b>Andrologie</b> M.b.t. het thema van 'endocrinologie en reproductie', welke een relatie heeft met het thema 'preventie en evaluatie/ evidence based medicine'.</p> <p><b>Stenen</b> Optimale diagnostiek en behandeling.</p> <p><b>BPH</b> Implementatie nieuwe minimaal invasieve technieken.</p>	<p>Prof. dr. L.A.L.M. Kiemeny</p> <p>Dr. G. Verhaegh</p> <p>Dr. J.P.F.A. Heesakkers Dr. E. Oosterwijk</p> <p>Prof. dr. W. Feitz Dr. E. Oosterwijk Dr. B. Kortmann</p> <p>Dr. K.W.M. D'Hauwers</p> <p>Dr. F D'ancona Dr. H Langenhuyzen</p> <p>Dr. F D'ancona Dr. H Langenhuyzen</p>
<p>UMC Utrecht</p>	<p>Onderzoek op het gebied van urologische oncologie, Functionele en Reconstructieve Urologie, kinder- en adolescentenurologie en regeneratieve medicine.</p> <p><b>Oncologie</b></p> <p><u>Blaas</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Raman spectroscopie om blaaskanker diagnose te verbeteren: A phase II validation of in vivo Raman spectroscopy for bladder cancer diagnosis;</li> <li>2. Blaasnavigatie tijdens cystoscopie en TURBT voor training en verbetering van de blaaskankerdiagnostiek.</li> </ol> <p><u>Nier</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ontwikkeling van nieuwe minimaal invasieve technieken voor de behandeling van niercelkanker :       <ol style="list-style-type: none"> <li>I. Proof of concept: MRI-guided radiotherapie als toekomstige behandeling van nierceltumoren;</li> <li>II. Holmium<sup>166</sup> microsferen bij de behandeling van het niercelcarcinoom.</li> </ol> </li> <li>• EORTC 30073: Gerandomiseerde fase III studie ter vergelijking van onmiddellijke versus uitgestelde nefrectomie bij patiënten met synchroon gemetastaseerd niercelcarcinoom.</li> </ul> <p><u>Prostaat</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prokeus onderzoek: een onderzoek naar factoren die de behandelkeuze bij prostaatcarcinoom bepalen;</li> <li>2. Het gebruik van indocyanine groen voor de detectie van de schildwachtklier bij mannen met prostaatcarcinoom met een hoog risico op kliermetastasen. Wetenschappelijk onderzoek naar het verbeteren van de schildwachtklierprocedure voor prostaatcarcinoom met behulp van fluorescentie;</li> </ol>	<p>Prof. dr. J.L.H.R. Bosch, dr. Ir. C. Van Swol (Antoniuszhs), drs. M. Agenant, dr. ir. M.Grimbergen (VUMC)</p> <p>Prof. dr. J.L.H.R. Bosch, dr. H-J. Noordmans, drs. M. Agenant</p> <p>Onderzoekers: F. Prins, dr. M. M. Barendrecht, prof. dr. M. van Vulpen.</p> <p>Prof. dr. J.L.H.R. Bosch, dr. A. Bex (AVL), dr. R. Bruijnen, dr. E-J. Vonken, dr. M. Lam, dr. F. Nijssen.</p> <p>A.E. Boeken Kruger, dr. R.P. Meijer, dr. G.A. Groenewegen</p> <p>Drs. M.A. van Stam, Prof. dr. J.L.H.R. Bosch, dr. H.G. van der Poel (AVL), Prof. dr. N. Aaronson (AVL).</p> <p>Dr. H.G. van der Poel (AVL), dr. R. Meijer.</p>

	<p>3. Prospectieve gerandomiseerde multicenter vergelijking van indocyanine-groen (ICG)-99mTc-nanocolloid versus 99mTc-nanocolloid met een intraoperatieve injectie van vrij ICG voor de detectie en chirurgische resectie van de schildwachtklieren bij patiënten met prostaatkanker.</p> <p><b>Functionele en Reconstructieve Urologie</b></p> <p>1. Epidemiologie van [dys]functie van de lage urinewegen bij oudere mannen– de Krimpen studie;</p> <p>2. Reconstructieve behandeling van functioneel-anatomische afwijkingen van nierbekken en ureter;</p> <p>3. Micturition symptoms and uroflowmetry in young adult females;</p> <p>4. Anatomie van de penis, urethra en corpus spongiosum: nieuwe inzichten voor tissue-engineering en reconstructive;</p> <p>5. Tissue-engineering van de urethra: een celbiologische aanpak.</p> <p><b>Kinderurologie en adolescentenurologie</b></p> <p>1. Long term follow up in boys operated for hypospadias. A study into functional and cosmetic results;</p> <p>2. Urethrale obstructie bij jongens: langetermijnresultaten.</p> <p>URIKA: prototype ontwikkeling van echo signaaldetectie voor blaasvulling.</p>	<p>Dr. H.G. van der Poel (AVL), dr. R. Meijer.</p> <p>Dr. A.Bohnen (ErasmusMC), dr. M. Blanker (UMCG), prof.dr. J.L.H.R. Bosch.</p> <p>Drs. M.T.W.T. Lock, prof.dr. J.L.H.R. Bosch</p> <p>Dr. L.M.O. de Kort, M.R. Sorel, H. Van Breda, stagiaires TU Twente.</p> <p>Dr. L.M.O. de Kort, dr. P. de Graaf, T. v.d. Lee, S. Ottenhoff, prof. dr. R. Bleys, prof. dr. J.L.H.R. Bosch</p> <p>Dr. L.M.O. de Kort, dr. P. de Graaf, N. Carpitella</p> <p>S.P. Rynja, dr. L.M.O. de Kort, prof.dr. T.P.V.M. de Jong, prof.dr. J.L.H.R. Bosch.</p> <p>P.M.L. Hennus, dr. L.M.O. de Kort, prof.dr. T.P.V.M. de Jong, prof.dr. A.W. Hoes, prof.dr. J.L.H.R. Bosch.</p> <p>dr. P. Dik, P. van Leuteren, BSc, prof. dr. T.P.V.M. de Jong, A.J. Klijn, dr.ir. R. v.d. Vosse, ir. K. Lindenhovius, drs. H. Tjabbes, MBA, prof. M.J.A.M. v.d. Putte.</p>
VUMC	<p><b>Oncologie</b></p> <p><u>Prostaat Kanker</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Urinary extracellular vesicles and their content as novel markers for minimally invasive diagnosis and prognosis of prostate cancer;</li> <li>• Manipulation of the bone microenvironment by prostate cancer exosomes;</li> <li>• The influence of tissue concentrations of androgenic steroids on prostatic cell biology and clinical behaviour (hyperplasia as well as neoplasia);</li> <li>• From prostate cancer cell exosome proteomics to urine-based biomarkers.</li> </ul> <p><b>I.I.S. met focus op prostaatkanker:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keuzehulp voor mannen met recent gestelde diagnose prostaatcarcinoom, RCT;</li> <li>• Horrad study;</li> <li>• Choline PET-CT en PET-MRI.</li> </ul> <p><b>Blaaskanker:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IL-2 studie;</li> <li>• Klinische validatie van een chip voor hypergemethyleerd DNA bij urotheelcelcarcinoom;</li> </ul>	<p>Prof. dr. R.J.A. van Moorselaar, dr. A. Vis dr. I. Bijnsdorp</p> <p>Dr. I. Bijnsdorp</p> <p>Drs. TM van der Sluis</p> <p>Dr. I Bijnsdorp, dr. A. Geldof</p> <p>Drs. H. Al-Itejawi</p> <p>Drs. L. Boeve Dr. D. Oprea-Lager</p> <p>Dr. J. Nieuwenhuijzen Prof. dr. W. den Otter Drs. J. Bosschieter</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Early vs delayed Mitomycin C instillations after TUR in patients with non-muscle invasive bladder tumours: a prospective multicentre randomised trial.</li> </ul> <p><b>Nierkanker</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (pre)Klinisch onderzoek bij Birt-Hogg-Dube syndroom.</li> </ul> <p><b>Functionele en Reconstructieve Urologie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Botuline toxine studie.</li> </ul> <p><b>Andrologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Corpus cavernosum plethysmografie;</li> <li>• Genderchirurgie en Urologie.</li> </ul> <p><b>Klinische research in de kinderurologie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DeVan trial: Prospective comparative multicenter study between Deflux® and Vantris® for the endoscopic treatment of vesico-ureteral reflux;</li> <li>• Prospective evaluation of the attachment of the gubernaculum at orchidopexy in childhood;</li> <li>• Retrospective evaluation of children with vesico-ureteral reflux;</li> <li>• Retrospective evaluation of children with dysfunctional voiding;</li> <li>• Retrospective evaluation of children with balanitis xerotica et obliterans;</li> <li>• How can we calculate the best dose of an intravesically administered 1mg/1ml oxybutynin solution in case of ineffective oral treatment?</li> <li>• Prospective evaluation of voiding problems in children with Down-syndrome and its treatment;</li> <li>• Retrospective evaluation of the effectivity of alphablockers as add-on in children with dysfunctional voiding and/or overactive bladder;</li> <li>• Retrospective evaluation of the fate of children with unilateral grade 4 hydronephrosis treated conservatively in the era before and after structural antenatal ultrasonography.</li> </ul> <p><b>Translatieel onderzoek in de kinderurologie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• The durability of oxybutynin 1mg/1ml for intravesical instillation is longer than thought by clinical pharmacists.</li> </ul> <p>Scoring of clinical abstracts at an international meeting of pediatric urology: impact of the scoring system on the reliability of scorings of abstracts for presentation.</p>	<p>Drs. J. Bosschieter, drs. T. van Ginkel</p> <p>Prof. dr. R.J.A. van Moorselaar</p> <p>Drs. J.I.M. van Uhm</p> <p>Prof. dr. E. Meuleman Drs. G. Pigot</p> <p>Dr. G. Beckers en drs. H.J. van der Horst</p>
--	--	--

#### Onderzoekslijnen perifere klinieken

Ziekenhuis	Onderzoekslijn en/of studie	PI/promovendus (PhD)
Canisius-Wilhelmina ziekenhuis	FUTURE, een gerandomiseerde studie naar de optimale methode voor gerichte prostaatbiopten op basis van MRI. Samenwerking met St. Antonius, UMCU en Radboud	Rik Somford (PI) Olivier Wegelin (PhD)
OLVG	Waarde van lokale therapie bij een gemetastaseerd carcinoom. HORRAD studie: het effect op de overleving van gecombineerde lokale externe radiotherapie met hormonale therapie versus alleen hormonale therapie bij patiënten met een primair ossaal gemetastaseerd prostaatacarcinoom	G. van Andel (PI)
St. Antonius	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beeldgestuurde diagnostiek prostaatca (FUTURE trial). Samenwerking met CWZ, UMCU en Radboud</li> </ul>	Harm van Melick (PI) en Olivier Wegelin (PhD)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostiek blaascarcinoom (Raman studie), geïnitieerd door UMCU</li> </ul>	Prof. R. Bosch (PI)
Bernhoven ziekenhuis	<p>FUTURE, een gerandomiseerde studie naar de optimale methode voor gerichte prostaatbiopsie op basis van MRI.</p> <p>Samenwerking met St. Antonius, CWZ, UMCU en Radboud</p>	H. van Melick (PI)
Slotervaart	<ul style="list-style-type: none"> <li>• behandeling chirurgisch retentie.</li> <li>• keuzehulp prostaatkarcinoom, geïnitieerd door VUMC</li> <li>• neuromodulatie voor functiestoornis blaas.</li> </ul>	<p>Dr. E.H.J. Weil (PI)</p> <p>Dr. E.H.J. Weil (PI)</p> <p>Dr. E.H.J. Weil (PI)</p>
Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis	<p>Interactieve digitale keuzehulp bij prostaatkanker en uitgezaaide prostaatkanker.</p> <p>Samenwerking met dr. M. de Vries (Universiteit van Tilburg), UMC St Radboud, VU Medisch Centrum en ZorgKeuzeLab, verenigd in een landelijk project onder de naam JIPPA (Joint Implementation Prostate cancer PATient centered care).</p>	<p>Dr. Paul Kil (PI)</p> <p>R. Lamers, arts-onderzoeker</p> <p>M. Cuypers, psycholoog-onderzoeker (Universiteit van Tilburg)</p>

## Bijlage 6. NPCF



Nederlandse Vereniging voor Urologie  
t.a.v. Jozette Stienen  
Postbus 20078  
3502 LB Utrecht

datum 30 juni 2016  
ons kenmerk 2016-155  
voor informatie [j.vanderkraan@npcf.nl](mailto:j.vanderkraan@npcf.nl)  
uw kenmerk  
onderwerp **Kennisagenda Urologie 2016**

Geacht bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Urologie,

Middels deze brief geven wij aan dat het patiëntenperspectief in de kennisagenda Urologie voldoende is meegenomen.

De 8 geprioriteerde onderwerpen worden zowel door urologen als patiënten onderkend als belangrijk kennishiaat.

Namens Patiëntenfederatie NPCF,



Mr. Heleen Post  
Manager Kwaliteit

## Bijlage 7. Begrippenlijst

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

UUI	Urge Urine-Incontinentie
VUR effect	Vesico-Ureterale-Reflux effect
Zks	Ziekenhuis
ZonMw	Zorg Onderzoek Nederland/ Medische Wetenschappen.