



Urologische kanker omvat kanker van de prostaat, de blaas, de nieren en de mannelijke geslachtsorganen.

Prostaatkanker

Prostaatkanker is de meest voorkomende kanker bij de mannen en treft 1 op de 6 mannen ouder dan 50 jaar. De incidentie bedraagt ongeveer 15 % en het is de derde oorzaak van kankersterfte bij mannen, wat impliceert dat de meeste patiënten er niet van sterven.

Onze teams beschikken over alle hoogtechnologische technieken, zoals het MRI-onderzoek, waarmee patiënten beter geselecteerd kunnen worden voor biopsie voor vroegtijdige kankeropsporing. Beperkte en niet-agressieve tumoren die niet onmiddellijk moeten worden behandeld, kunnen met een MRI-scan ook actief worden opgevolgd.

Ze beschikken tevens over alle behandelingstechnieken, zoals robotgeassisteerde laparoscopische chirurgie, brachytherapie, radiotherapie en het gebruik van tal van nieuwe chemotherapeutica voor gevorderde stadia.

Blaaskanker

Kanker van de blaas en van de hogere urinewegen is de op drie na de meest voorkomende kanker bij mannen en de op 10 na de meest voorkomende kanker bij vrouwen. Bij vrouwen neemt de frequentie toe wegens het aangetoond verband met roken.

Deze tumoren vergen de meest frequente behandeling omdat het herhaalpercentage bijzonder hoog is.

De oppervlakkige letsels, die meestal «poliepen» worden genoemd, recidiveren heel vaak en moeten frequent behandeld en opgevolgd worden.

Bij infiltrerende letsels moet de blaas vaak worden verwijderd en vervangen worden door een darmsegment. Zo kunnen patiënten op natuurlijke wijze blijven plassen zonder stomie.

Nierkanker

Nierkanker komt vrij vaak voor bij relatief jonge mannen en vrouwen.

Voor kleine tumoren wordt almaar vaker niersparende chirurgie toegepast. De meerderheid van de heelkundige ingrepen worden uitgevoerd met niet-invasieve robotgeassisteerde laparoscopische technieken.

Kanker van de geslachtsorganen

Teelbalkanker komt vooral voor bij jonge mannen tussen 20 en 50 jaar oud en is alleen te genezen in vroegtijdige stadia.

De beslissingen met betrekking tot de behandeling van om het even welke urologische kanker worden genomen in de multidisciplinaire commissie, waarin zowel urologen, radiologen, oncologen, radiotherapeuten als patholoog-anatomen zetelen. Het is zeer belangrijk dat deze beslissingen gezamenlijk worden genomen en dergelijke belangrijke discussies niet bepaald worden door één individu.

Prof. Claude SCHULMAN
Urologie, CHIREC



Het CHIREC CANCER INSTITUTE (CCI) behandelt elk jaar ongeveer 5.000 kankerpatiënten en is daarmee het grootste privécentrum voor oncologie in België. Urologische kankers zijn één van de frequentste vormen van kanker, want elk jaar zien we op de verschillende CHIREC-sites circa 1.000 patiënten. De specialisten van CHIREC streven er voortdurend naar om elk van die patiënten dicht bij hun woonplaats een kwaliteitsvolle en persoonlijke behandeling te bieden.

Zoals in al onze ziekenhuizen werken er in de Kliniek voor urologische oncologie niet alleen orgaanspecialisten en meer bepaald urologen, maar tevens medisch oncologen, radiotherapeuten, patholoog-anatomen, radiologen, specialisten in de nucleaire geneeskunde en coördinerend verpleegkundigen, maar ook gezondheidswerkers die instaan voor alle facetten van de multidisciplinaire ondersteunende behandeling zoals de psycho-oncologie, voedingsleer, fysiotherapie, revalidatie, sociale dienst, continue en palliatieve zorg, pijnkliniek en de zorg voor het welzijn en het zelfbeeld van de patiënt.

Als pionier in oncologische kwaliteitszorg heeft het CCI een kwaliteitscharter opgesteld, evenals indicatoren om de verschillende kwaliteitsparameters te kunnen evalueren en vergelijken op nationaal en internationaal niveau.

Met dat kwaliteitscharter, dat u achteraan in deze News vindt, verbindt elke arts van het CCI er zich toe om elke nieuwe patiënt met kanker of een vermoeden daarvan, te bespreken op een Multidisciplinair oncologisch consult (MOC). Tijdens dat consult worden niet alleen het behandelingsplan, maar ook de diagnostische procedures en het nazorgplan besproken. Het CCI heeft onlangs een overzicht opgesteld van 15 jaar MOC's, dat u eveneens achteraan in deze News kunt lezen.

De Kliniek voor urologische oncologie van het CCI beschikt over hoogtechnologische technieken voor de behandeling van de verschillende vormen van kanker, zoals robotchirurgie en 3D-radiotherapie met beeldfusie. Het CHIREC ondersteunt voluit deze activiteiten en doet zeer zware investeringen in dat domein.

Tot slot heeft de Kliniek voor urologische oncologie onlangs de "ONTMOETINGEN" georganiseerd voor arts-specialisten en huisartsen. Daarop werden de laatste nieuwigheden en de beste diagnostische en therapeutische opties gepresenteerd, in overeenstemming met de internationale vooruitgang.

In newsletter n° 10 hebben we het dus over urologische kankers - van de prostaat, de blaas en de nier - en geven onze specialisten en gastschrijvers u een overzicht van de mogelijke ingrepen bij die aandoeningen.

Prof. Thierry VELU

Directeur van het Chirec Cancer Institute

Version française pages 1 à 18
Nederlandse versie pagina 19-37
English version verso

PROSTAATKANKER: VRAGEN IN VERBAND MET EEN KLEINE KLIER

Prostaatkanker is de meest frekwente kanker bij de man en de voorbije jaren is er heel wat vooruitgang geboekt op het vlak van de diagnose en de behandeling. Toch blijven er nog veel vragen onbeantwoord. Tijdens de Ontmoetingen van het Chirec Cancer Institute hebben meerdere deskundige sprekers die vooruitgang toegelicht.



Photo Shutterstock®

Hoe kunnen we prostaatkanker voorkomen?

Zoals voor elke ziekte is preventie te verkiezen boven behandeling. Dr. Barmoshe (Cavell) besprak deze mogelijkheden. Uit studies bij migranten is gebleken dat prostaatkanker niet genetisch bepaald is en dat de voedingsgewoonten het risico op die aandoening kunnen beïnvloeden. Zoals voor veel andere aandoeningen, is obesitas een verergerende risicofactor. Consumptie van voedingsmiddelen die veel lycopene (tomaten) en isoflavonoiden (soja) bevatten, lijken door hun antioxiderende werking preventief te zijn, en dat geldt ook voor groene thee en granaatappel. Er is onderzoek uitgevoerd

naar de preventieve waarde van selenium en vitamine E. Ook naar de preventieve werking van 5-alfareductaseremmers is onderzoek gebeurd: ze verlagen de incidentie van prostaatkanker matig maar verhogen mogelijk het risico op agressievere kankers. Om die reden worden ze niet klinisch toegepast in deze indicaties.

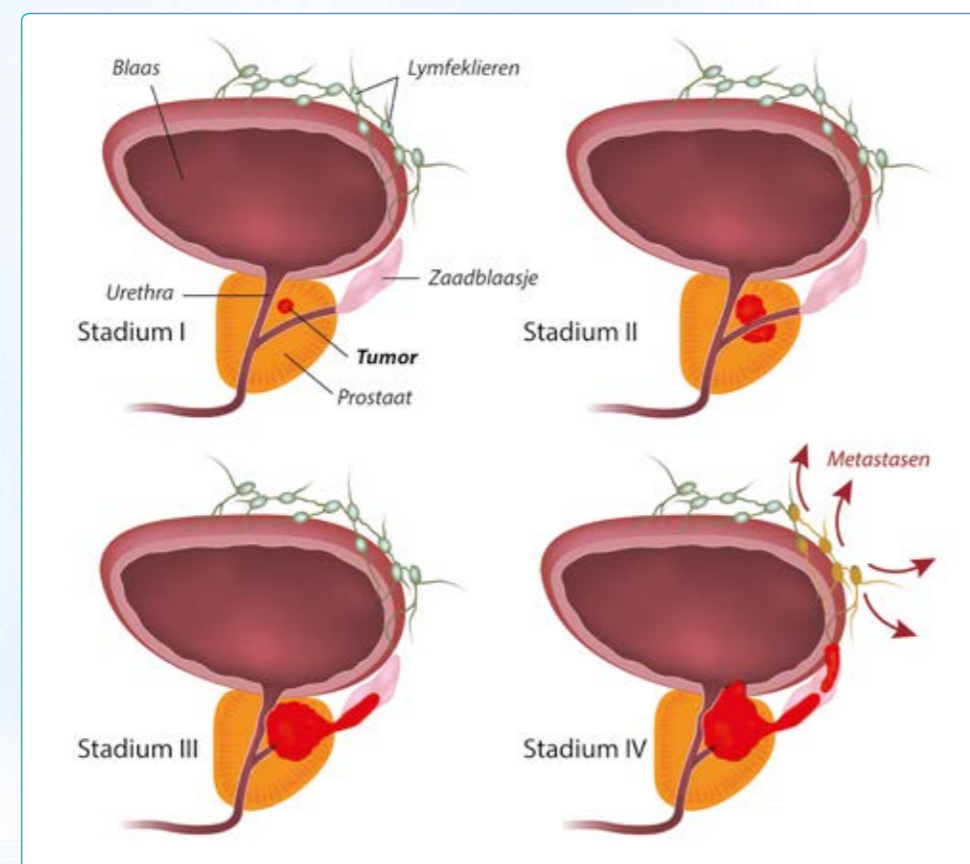
Dr Sas BARMOSHE
Urologie, CHIREC

Photo Shutterstock®

De verschillende stadia van prostaatkanker

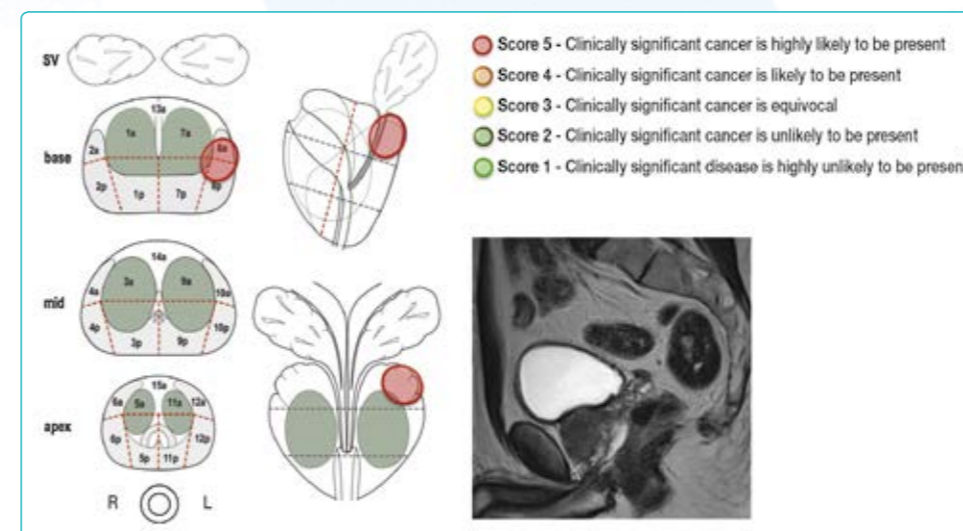
Prostaatkanker is de meest voorkomende kanker bij mannen en de op twee na belangrijkste oorzaak van kankersterfte in Frankrijk. De incidentie bereikt een piek rond de leeftijd van 65 jaar. Sinds de introductie van de PSA-meting bevindt een veel groter deel van de nieuwe gevallen zich in het lokale stadium, zo begon Dr. Lufuma (Park Leopold ziekenhuis) zijn uiteenzetting. Dankzij de screening (geen algemene screening, maar individuele) en adequate behandeling, daalt de specifieke sterfte sinds 2005. De aanpak is veranderd sinds werd aangetoond dat er prostaatkankers zijn met een laag risico op evolutie. Dankzij een almaar beter gebruik van klinische biologie (PSA-test), echografie, MRI-scan en transrectale biopsie wordt de aandoening nu beter behandeld. Er is trouwens nog meer vooruitgang op komst: er worden markers ontwikkeld om de agressiviteit van de tumor te bepalen en de MRI-scan neemt een almaar belangrijker plaats in.

Dr Emmanuel LUFUMA
Urologie, CHIREC

De Medische beeldvorming wordt almaar preciezer

Dr. Salah Ouertani (Cavell-Braine l'Alleud) legde uit dat multiparametrische MRI anatomische beelden aanmaakt waarmee hoogkwalitatief functioneel onderzoek kan worden uitgevoerd, dankzij technieken die het mogelijk maken om neoangiogenese aan te tonen. Een diffusie-gewogen MRI-onderzoek toont zones met een hoge celdichtheid, zodat de agressiviteit van de tumor kan worden ingeschat. Spectroscopische MRI levert dan weer informatie over het metabolisme op, wat ook bijdraagt tot een precieze evaluatie van de tumor.

Naast MRI blijft ook de echografie nuttig. Door de twee onderzoeken te combineren en fusiebeelden te creëren, kunnen we nog verder gaan en een raster van activiteitsscores opstellen volgens de verschillende anatomische zones van de prostaat. Zo kunnen verdachte zones, waarvan eventueel een biopsie moet worden genomen, beter worden opgespoord (zie figuur) en kunnen patiënten actief worden gemonitord.

Dr Salah OUERTANI
Beeldvormende technieken, CHIREC

Cartografie van de prostaat = gestandaardiseerd radiologisch verslag dat aan de uroloog wordt bezorgd voor er echogeleide biopsieën worden uitgevoerd. De letsels krijgen een score van 1 tot 5 volgens de mate waarin ze verdacht zijn.

CCM, Moore et al. - Eur Urol. 2013; 64:544-552 - Standards of Reporting for MRI - Targeted Biopsy Studies (STAR) of the Prostate: Recommendations from an International Working Group

De rol van actieve bewaking

Prof. Thierry Roumeguère (Erasmusziekenhuis, ULB) legde uit dat actieve bewaking aanbevolen wordt bij minder agressieve kankers. Het gaat om een zeer dynamische aanpak die wordt toegepast bij tumoren die traag evolueren maar waarvoor een curatieve behandeling potentieel bestaat. Dat is iets heel anders dan "watchful waiting", zo benadrukte hij. De moeilijkheid bestaat erin om de agressievere vormen op te sporen, waarbij een actieve bewaking geen optie is en die onmiddellijk moeten worden behandeld. Een MRI-onderzoek kan daarbij helpen, evenals normogrammen, hulpmiddelen waarmee de agressiviteit van de tumor meer in detail geëvalueerd kan worden aan de hand van meerdere criteria. Diverse studies hebben het nut van actieve bewaking onderzocht. De resultaten variëren volgens de gebruikte criteria en het kan niet volledig worden uitgesloten dat patiënten een risico lopen als de behandeling wordt uitgesteld. Een biopsie blijft dus nodig, maar zelfs die kan soms verkeerd worden beoordeeld. In de wetenschappelijke literatuur zijn er echter maar heel weinig gegevens waaruit blijkt dat de kans op een geslaagde behandeling daalt als die wordt uitgesteld. In de toekomst zullen we het gedrag van de tumor mogelijk nog preciezer kunnen evalueren met behulp van biologische criteria zoals de isovormen van PSA.

Pr Thierry ROUMEGUÈRE
Urologie, ULB

WEETJES

- Prostaatkanker is de meest voorkomende kanker bij mannen: 1 op de 6 mannen ouder dan 50 wordt erdoor getroffen.
- Niet alle vormen van prostaatkanker zijn agressief en moeten meteen worden behandeld. Soms volstaat actieve bewaking.
- Nier- en blaaskanker komen zowel bij vrouwen als bij mannen voor.
- Roken verhoogt het risico op blaaskanker.
- Er is almaar meer twijfel over de nefaste invloed van testosteron op prostaatkanker.
- De laatste jaren zijn meerdere nieuwe geneesmiddelen beschikbaar geworden voor gevorderde stadia van prostaat- en nierkanker.



Photo Shutterstock®

PROSTAATKANKER : VRAGEN IN VERBAND MET EEN KLEINE KLIER

Robotgeassisteerde laparoscopische chirurgische ingreep



Robotgeassisteerde chirurgie

Robotgeassisteerde chirurgie wordt almaar vaker gebruikt en de resultaten ervan zijn zeer bemoedigend, zo vertelde Dr. Naudin (Cavell). Dr. J-J Bredael (Cavell-SARE) onderstreepte dat een optimale behandeling op maat van de patiënt alleen mogelijk is als de patiënten worden ingedeeld in risicogroepen.

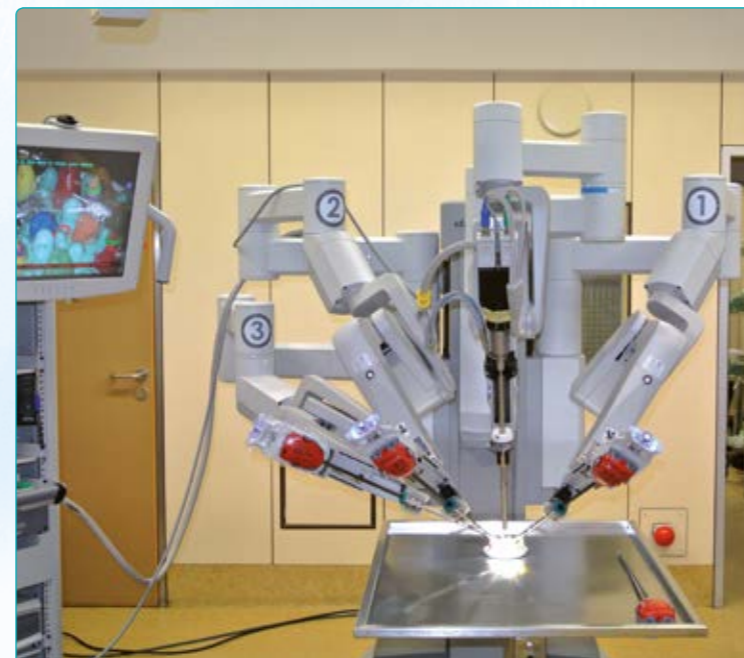
Bij plaatselijke tumoren met een intermediair of hoog risico blijft een radicale of totale prostatectomie (TP) de eerstekeuzebehandeling bij patiënten met een levensverwachting van meer dan 10 jaar. Ook de chirurgische behandeling van lokaal uitgebreide tumoren (T3) wordt weer een optie door de combinatie van een totale prostatectomie met een uitgebreide verwijdering van de lymfeklieren en eventueel adjuvante radiotherapie.

De laatste jaren wordt almaar vaker gebruik gemaakt van robotgeassisteerde laparoscopische chirurgie. Dankzij die minder invasieve benadering kunnen de complicaties van de chirurgische behandeling van prostaatkanker tot een minimum worden beperkt.

Dr Michel NAUDIN
Urologie, CHIREC



Dr Charles CHATZOPOULOS
Urologie, CHIREC



De aankoop van dit gesofisticeerde materiaal vereist een zware investering van CHIREC.

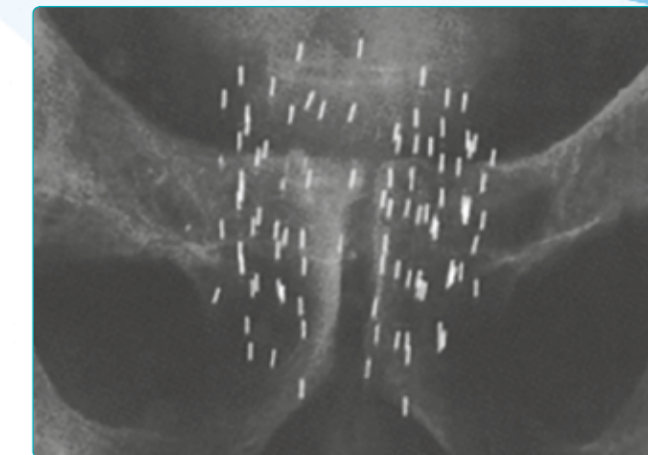
Andere benaderingen

Een alternatieve behandeling is de BRACHYTHERAPIE OF CURIETHERAPIE. Daarbij worden onder echografische controle radioactieve graantjes in de prostaat ingeplant (zie figuur). Deze behandeling wordt toegepast bij kleine en weinig agressieve tumoren.

Dr Jean-Jacques BREDAEI
Urologie, CHIREC



Dr André CORBUSIER
Urologie, CHIREC



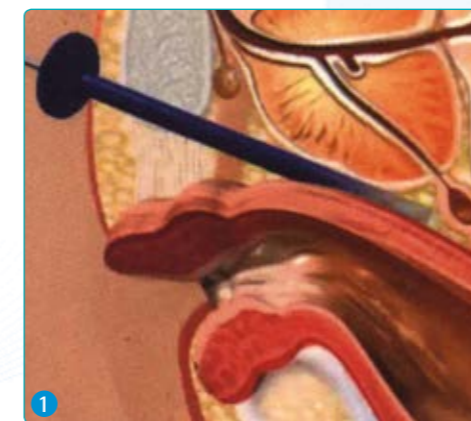
Brachytherapie - prostaat

RADIOTHERAPIE is geïndiceerd bij patiënten die niet in aanmerking komen voor een chirurgische behandeling. Dr. R. Burette (Cavell) besprak de technische verbeteringen op het vlak van afgrenzing en modulatie van het bestralingsveld. Die hebben de werkzaamheid van de behandeling gevoelig verhoogd en de bijwerkingen ervan verminderd.

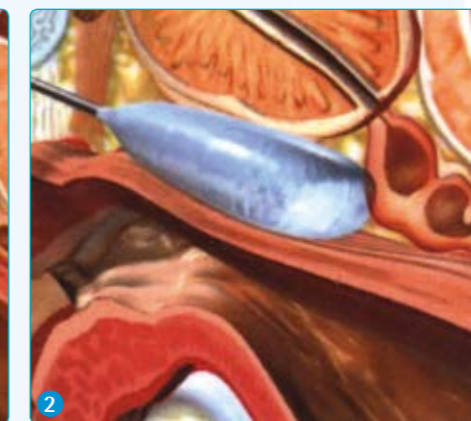
Het CHIREC behoort tot de eerste centra die radiotherapie bij prostaatkanker innoverend benaderen. Om het risico op bestraling van de nabijgelegen organen – en vooral van het rectum – te beperken, wordt tussen de prostaat

en het rectum een biologisch afbreekbare ballon ingebracht. De omliggende organen worden zo ongeveer 70 % minder bestraald. In België is CHIREC pionier voor toepassing van deze innoverende techniek.

Dr Richard BURETTE
Radiotherapie, CHIREC

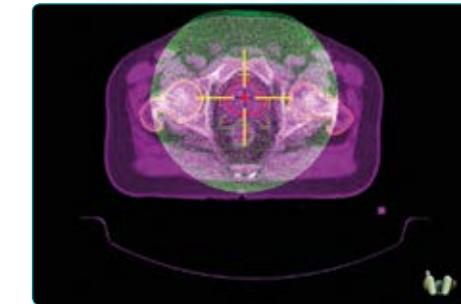
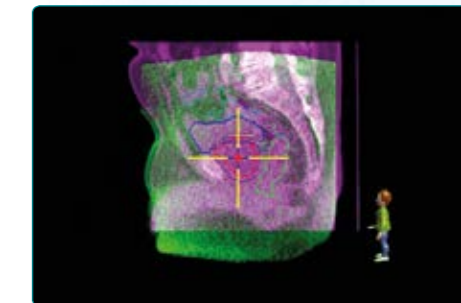
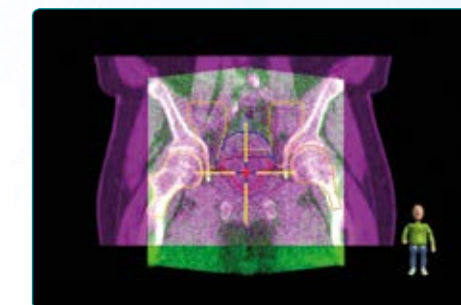


Biologisch afbreekbare ballon : (1) insertie



(2) uitvouwing om de nabijgelegen organen te beschermen voor radiotherapie

In België is CHIREC pionier voor toepassing van deze innoverende techniek



Radiotherapie : controle-interface in 3D via fusie van beelden van een CT-scan (fuchsia) voor positiebepaling en beelden van een lineaire deeltjesversneller.

PROSTAATKANKER : VRAGEN IN VERBAND MET EEN KLEINE KLIER

• Hormoonresistente kankers

Gevorderde stadia worden klassiek behandeld met chemische castratie door blocage van de hormonale productie. Het optreden van resistentie tegen de hormonale behandeling blijft een groot probleem. Docetaxel (Taxotere) wordt al jaren gebruikt en is doeltreffend maar vrij toxisch. Momenteel wordt meer gebruik gemaakt van nieuwe stoffen zoals abirateron (Zytiga), wat zeer doeltreffend blijkt te zijn, evenals Enzalutamide (Xtandi). Ook andere stoffen worden op de markt gebracht of zijn in een gevorderd stadium van ontwikkeling. Zoals bijvoorbeeld Enzalutamide (Xtandi). Bij botmetastasen worden aan de antitumorale behandeling stoffen toegevoegd die de botopbouw stimuleren: een bisfosfonaat zoals Zoledronaat (Zometa) of het recentere geneesmiddel Denosumab (XGeva). Er is ook een specifieke galenische vorm van Radium 223 (Xofigo) beschikbaar voor de behandeling van botletsels.

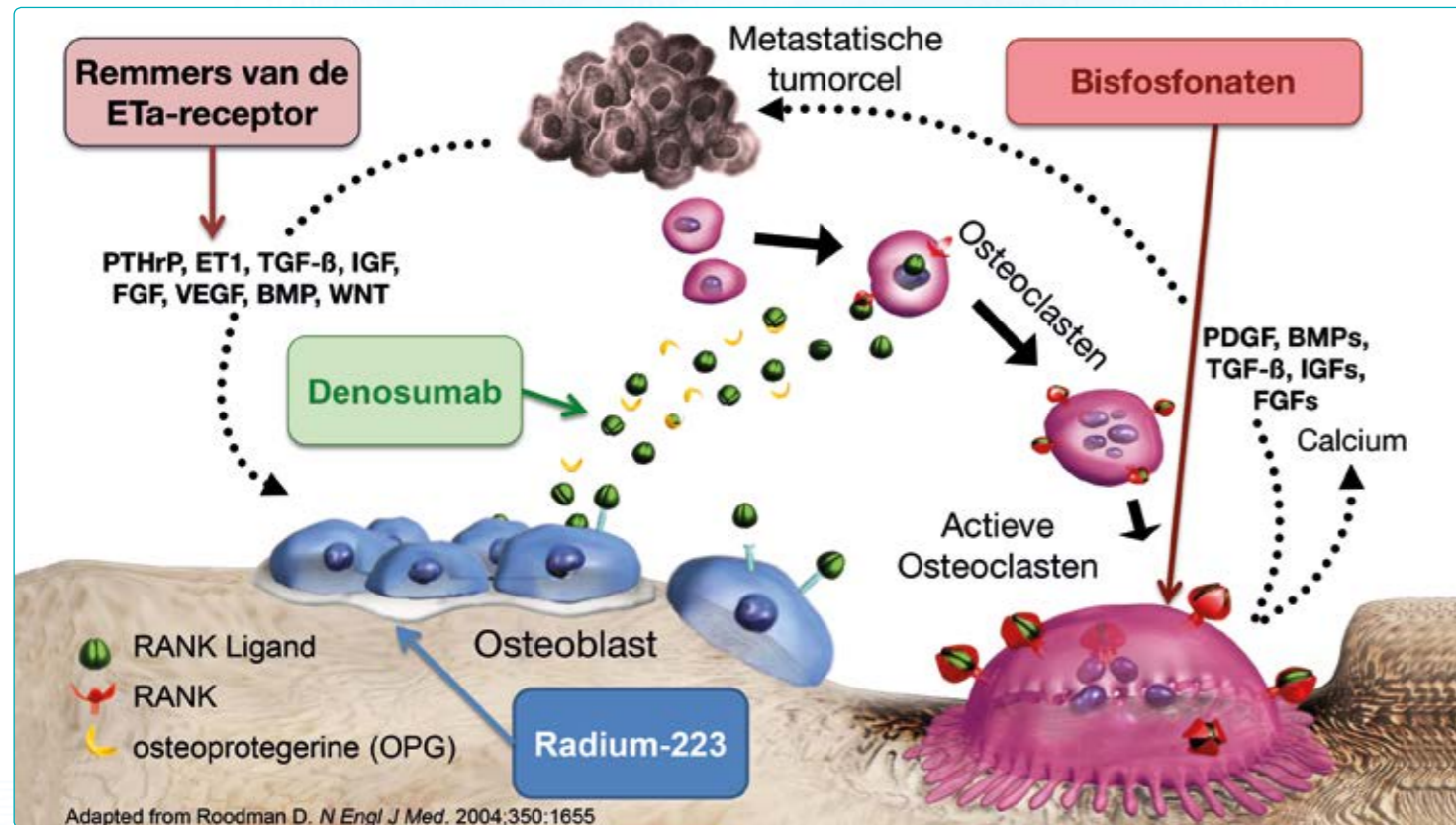


Dr Thibaut SAUSSEZ
Urologie, UCL

Het bot een cruciaal doel bij prostaatkanker

De botstructuur wordt sterk aangetast bij mannen met prostaatkanker, en wel op drie manieren. Ten eerste ontstaat er met het ouder worden een «natuurlijk» tekort aan botmassa dat evolueert naar osteopenie en vervolgens naar osteoporose. Ten tweede verergeren anti-androgene behandelingen voor hormoongevoelige prostaatkanker het tekort aan botmassa nog. Een derde oorzaak voor wijziging van de botstructuur ten slotte is het ontstaan van metastasen. Ondertussen beschikken we over behandelingen - die steeds beter worden - om die verschillende mechanismen tegen te gaan: ze zijn er allemaal op gericht om het bot te herstellen, complicaties (breuken, verzakkingen) te voorkomen en het ontstaan van metastasen tegen te gaan. Het is dus nuttig om in te grijpen en de botstructuren te verstevigen vooraleer er op dat niveau metastasen optreden.

Botmetastasen ontwikkelen zich immers volgens een vicieuze cirkel waarbij drie soorten cellen betrokken zijn: osteoblasten (cellen die het bot opbouwen), osteoclasten (cellen die het bot afbreken) en tumorcellen, die met elkaar in interactie treden via diverse factoren (zie figuur hieronder). Er zijn behandelingen ontwikkeld die zich richten op verschillende stappen in die vicieuze cirkel. Het betreft meer bepaald denosumab (XGeva), een monoklonaal antilichaam dat de RANK-ligand - een osteoclastische differentiatiefactor die de osteoblasten aanmaken - remt; zoledroninezuur (Zometa), een bisfosfonaat dat de werking van de osteoclasten remt; Radium-223 (Xofigo), een radio-isotoop die werkt door concentratie in de osteoblasten; en ten slotte endotheline (ET1)-receptorremmers (ETA), die zich in de ontwikkelings- en evaluatiefase bevinden.



Therapieën die zich richten op botmetastasen



Photo Shutterstock

• Bewegen

De hormonale behandeling van prostaatkanker veroorzaakt bijwerkingen die de levenskwaliteit aantasten. Dr. Ben Addi (Park Leopold en SARE) gaf een overzicht van deze nevenwerkingen en de daarbijhorende complicaties zoals metabool syndroom (hypertensie, diabetes, hypercholesterolemie), cardiovasculaire aandoeningen, osteoporose, stemmingsstoornissen, vermoeidheid, diabetes, erectiestoornissen en een daling van de libido. Ook een intermitterende hormonale behandeling behoort tot de alternatieve opties. Sommige bijwerkingen kunnen worden behandeld met vitamine D en calcium, fosfodiësteraseremmers enz. Aanpassing van de levenswijze (voeding, lichaamsbeweging) is een cruciale maatregel bij deze preventie. Eddy Kuypers, licentiaat Lichamelijke opvoeding, heeft een programma voor lichaamsbeweging ontwikkeld om zowel de kracht als de soepelheid van de spieren te verhogen, het evenwicht te verbeteren en de cardiovasculaire en respiratoire functies te ondersteunen bij patiënten met therapeutische totale androgeen deprivatatie.



Dr Taoufik BEN ADDI
Urologie, CHIREC

Testosteron : vriend of vijand?

Prof. Claude Schulman (Cavell) legde uit dat het principe van castratie al een hele tijd geleden opgang maakte, na de dubbele ontdekking van Huggins waarvoor hij in 1966 de Nobelprijs kreeg. Huggins ontdekte enerzijds dat gemetastaseerde prostaatkankers in volume afnamen na castratie of toediening van oestrogenen, en anderzijds dat onbehandelde prostaatkanker sneller groeide, onder invloed van testosteron. Die eerste vaststelling is correct en goed gedocumenteerd, en blijft de basis van de behandeling van gevorderde/gemetastaseerde kankers. De tweede vaststelling is daarentegen zeer slecht gedocumenteerd. Zo stijgt het aantal gevallen van prostaatkanker met de leeftijd, terwijl de testosteronconcentratie daalt. Een analyse van 18 studies toont aan dat testosteron geen invloed heeft en sommige studies suggereren zelfs dat het risico op prostaatkanker en de agressiviteit van een bestaande kanker toenemen als het testosterongehalte daalt. Bij patiënten die een totale prostatectomie hebben ondergaan, zien we dat het testosterongehalte, dat in het begin zeer laag is, na een jaar weer stijgt. We weten dus onvoldoende over de rol en de regulatiemechanismen van testosteron en aanvullende studies zijn nodig.

Prof. Claude SCHULMAN
Urologie, CHIREC



UROLOGISCHE KANKERS

WAAR STAAN WE OP HET VLAK VAN NIERKANKER?

Nierkanker TREFT ZOWEL MANNEN ALS VROUWEN en de incidentie ervan stijgt in België (1.500 gevallen per jaar). Hoe benaderen we die aandoening in het begin van de 21^e eeuw?

Het klinische beeld van nierkanker is sterk veranderd, zo stelde Dr Charles Chatzopoulos (Cavell) vast. We zien almaar minder vaak patiënten die een plotse hematurie vertonen en pijn hebben, en bij wie een grote massa in de nier wordt ontdekt. De diagnose wordt nu vaak gesteld na een toevallige ontdekking van een kleine niertumor tijdens een algemeen onderzoek. Wat is het beleid in deze omstandigheden?

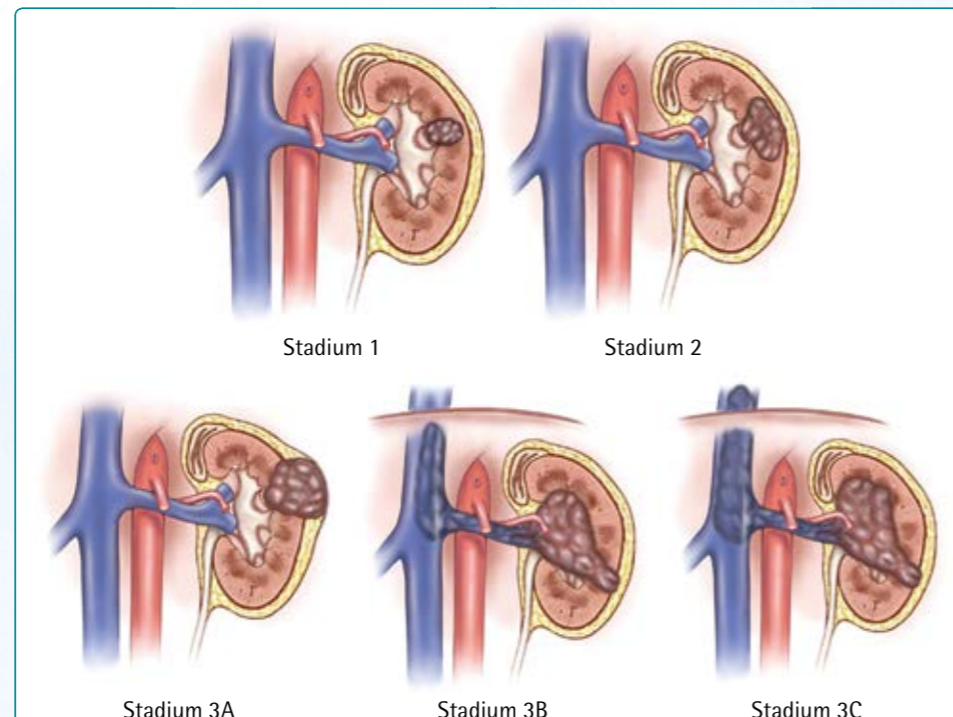
• Klassieke, laparoscopische of robotgeassisteerde chirurgie?

Grote tumoren met invasie van het perirenaal vetweefsel, de abdominale bloedvaten en de aorto-abdominale lymfeknopen vereisen uiteraard open chirurgie. T2-tumoren, die beperkt blijven tot de nier, kunnen laparoscopisch worden behandeld. Robotchirurgie is een nuttige aanwinst. Daarmee bereiken we dezelfde resultaten als bij open chirurgie, maar met minder pijn en een kortere opname in het ziekenhuis. Kleine tumoren, vooral als ze zich in een nierpool bevinden, kunnen worden behandeld met een partiële nefrectomie, op voorwaarde dat ze tijdens het preoperatief onderzoek goed gelokaliseerd kunnen worden en dat hun reseceerbaarheid goed kan worden beoordeeld. Dankzij robotchirurgie kan de ingreep gemakkelijker en preciezer worden uitgevoerd.

• Gemetastaseerde nierkanker

In geval van metastasen (stadium 4) wordt chemotherapie toegediend.

Sinds 2007 is het aantal werkzame medicamenteuze behandelingen explosief toegenomen. Voordien was de prognose van gemetastaseerde nierkanker zeer slecht wegens de resistentie tegen chemotherapie en de beperkte werkzaamheid van immunotherapie. Sindsdien zijn tal van geneesmiddelen beschikbaar geworden met een gunstige invloed op de ziektecontrole: bij de helft van de patiënten kan een eerstelijns chemotherapie worden toegediend met als resultaat een langdurige controle van het ziekteproces. Indien de behandeling mislukt of er treedt progressie op, dan kan een tweede behandeling worden gegeven, enzovoort, waardoor de algemene overleving zeer sterk is verbeterd. Deze bijzondere geneesmiddelen zijn geen klassieke chemotherapeutica maar maken deel uit van een nieuwe categorie geneesmiddelen, de zgn. "gerichte antimetabola".

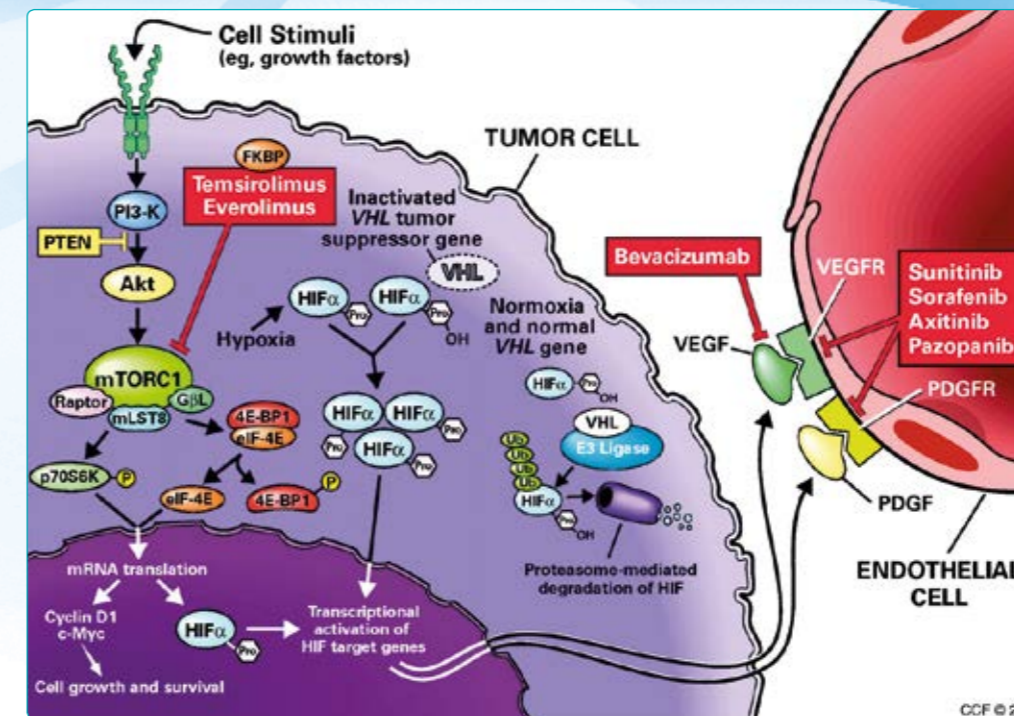


De verschillende stadia van nierkanker. Chaan et al., Am J Roentgenol 191 : 1220-32, 2008.

Dankzij het onderzoek dat de voorbije decennia is uitgevoerd, konden meerdere moleculaire mechanismen worden ontrafeld. We weten nu niet alleen hoe een normale cel zich omvormt tot een kankercel en ongecontroleerd gaat delen maar ook welke mechanismen gepaard gaan met het carcinogene proces, zoals de vorming van nieuwe bloedvaten die de kankercellen voorzien van de nodige zuurstof en voedingsstoffen om zich te ontwikkelen (de neoangiogenese). De nieuwe gerichte behandelingen werken door cruciale elementen van deze moleculaire mechanismen te blokkeren. Degene die met succes worden gebruikt bij niercarcinoom, kunnen in twee groepen worden ingedeeld volgens hun doelwit. Die behandelingen en hun doelwitten worden weergegeven in de figuur hiernaast.



Dr Charles CHATZOPOULOS, Urologie, CHIREC en Prof. Thierry VELU, Medische oncologie, CHIREC



Werkingsmechanisme van de verschillende gerichte therapieën. B. Rini, J Clin Oncol 27 : 3225-34, 2009.

Gerichte behandelingen

Gerichte geneesmiddelen tegen de stoffen die de neoangiogenese stimuleren

De eerste groep speelt in op de mechanismen van de neoangiogenese (zie hoger). De vorming van nieuwe vaten wordt vooral gestimuleerd doordat VEGF, een oplosbare factor die door de tumorcellen wordt aangemaakt, gaat binden met een receptor (VEGFR) die tot expressie komt op het oppervlak van vasculaire endotheelcellen (zie figuur hierboven). De volgende verbindingen richten zich op VEGF en zijn receptor VEGFR:

- Bevacizumab (Avastin) is een monoklonaal antilichaam dat zich richt op VEGF.
- Sunitinib (Sutent), Sorafenib (Nexavar), Axotinib (Inlyta) en Pazopanib (Votrient) zijn kleinmoleculaire geneesmiddelen die de receptor voor VEGF (VEGFR), een tyrosinekinase, blokkeren. Die verbindingen zijn minder specifiek dan antilichamen en gaan ook met andere tyrosinekinasen reageren. Dat heeft toch gevolg dat ze allemaal een specifiek werkingsspectrum en verschillende bijwerkingen hebben.

Gerichte geneesmiddelen tegen de tumorale moleculaire weg van rapamycine (mTOR)

De gerichte antitumorale middelen van deze groep remmen hetzelfde doelwit als rapamycine, ook sirolimus genoemd, dat werd ontwikkeld als immunosuppressivum om afstoting van een transplantaat tegen te gaan.

Hun gemeenschappelijke doelwit is het mTOR-eiwit (mammalian Target Of Rapamycin) (zie figuur hiernaast), dat deel uitmaakt van een moleculaire weg die de overleving en proliferatie van cellen stimuleert: de fosfo-inositide 3-kinase (PI3-K)/AKT-weg. Die wordt gereguleerd door het product van het tumorsuppressorgen PTEN. Aangezien die weg bijzonder actief is bij nierkanker, werden twee antitumorale geneesmiddelen ontwikkeld die gericht zijn op mTOR: Temsirolimus (Torisel) en Everolimus (Afinitor).

Zoals hoger al vermeld, zijn al deze nieuwe gerichte behandelingen in minder dan tien jaar tijd ontwikkeld, terwijl er voordien nagenoeg geen werkzame behandeling bestond. Ze kunnen na elkaar worden gebruikt, in een volgorde die rekening houdt met verschillende elementen, zoals de prognostische of histologische factoren, of de algemene toestand of leeftijd van de patiënt. Het blijft echter niet bij die goede resultaten, want farmabedrijven blijven verder zoeken naar tal van andere stoffen, waarvan sommige de tumorcontrole nog zullen verbeteren.

Dr Fabienne BASTIN
Medische oncologie,
CHIREC



Prof. Thierry VELU
Medische oncologie,
CHIREC

Te raadplegen sites

EAU European Association of Urology

guidelines
www.uroweb.org

AFU ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

Association française d'urologie (AFU)
www.urofrance.org

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK INTERNATIONAL

National Comprehensive Cancer Network
www.nccn.org

Fondation contre le Cancer

Fondation contre le cancer - Belgique
www.cancer.be

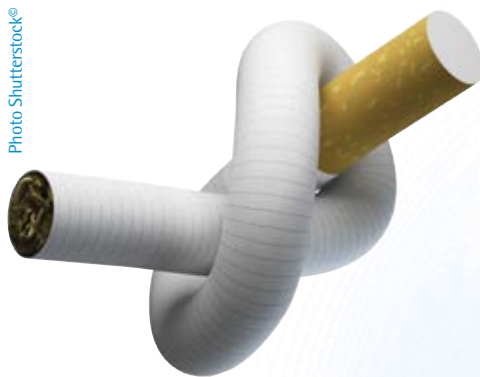
INSTITUT NATIONAL DU CANCER

Agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie
www.e-cancer.fr

BLAASTUMOREN

Kanker van de blaas en van de hogere urinewegen is de op 3 de meest voorkomende kanker bij mannen en de op 10 na de frequentste bij vrouwen, in stijgende lijn gezien het stijgend aantal van rokende vrouwen. Deze tumoren vergen frekwente behandelingen gezien het hoog percentage met herval.

Photo Shutterstock®



onderzoek is toegenomen dankzij technieken zoals fotodynamische detectie met blauw licht. Daardoor kan de patiënt in een vroeger stadium worden behandeld en daalt het risico op een recidief. Een andere opsporingstechniek is de narrow band imaging (NBI), die het contrast vergroot tussen het gezonde en het abnormale weefsel, dat sterker gevasculariseerd is. Het cytologische onderzoek bevestigt dat het efficiënter voor weinig gedifferentieerde tumoren dan voor andere. Met een uroscanner kan een morfologische evaluatie worden uitgevoerd met exploratie van de hogere urinewegen.

• Oppervlakkige tumoren

De oppervlakkige letsels, die meestal « poliepen » worden genoemd, recidiveren heel vaak en moeten regelmatig herbehandeld en opgevolgd worden.

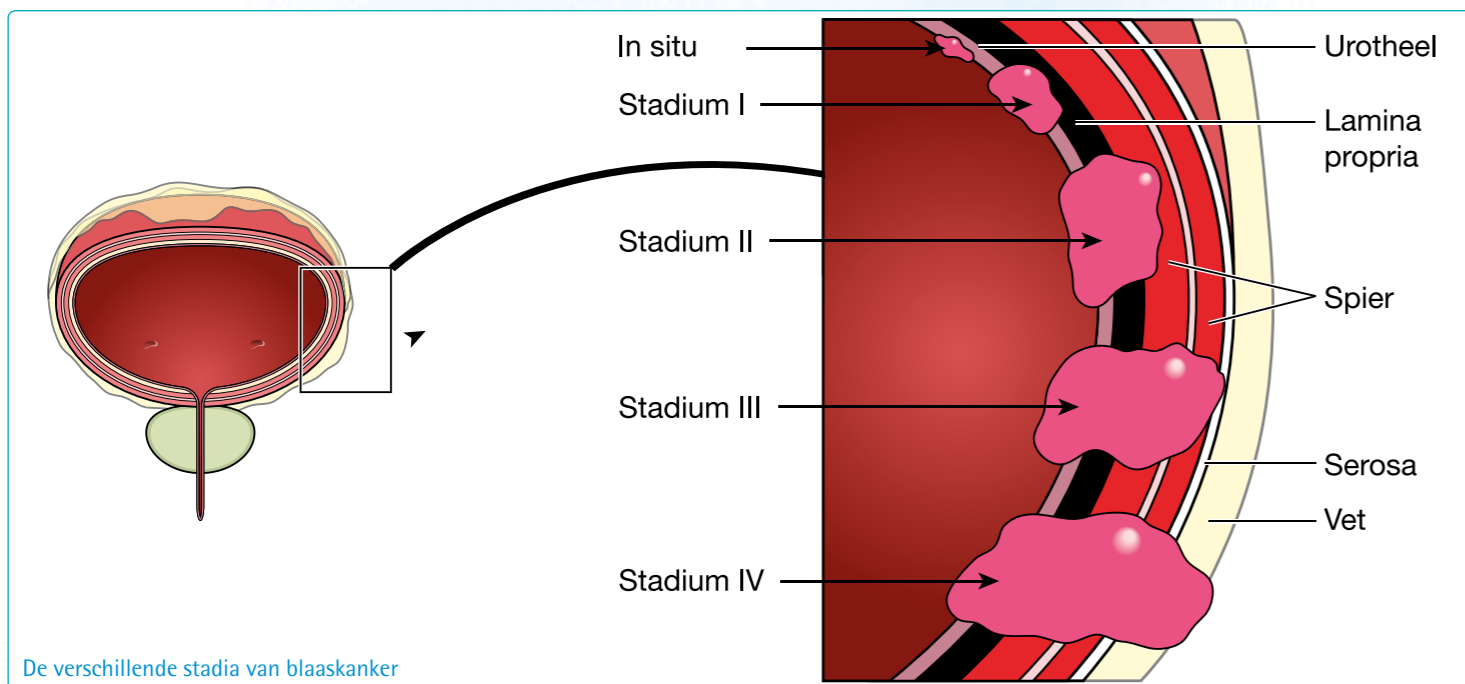
Dr K. Entezari (Park Leopold) legde uit dat de diagnose in 85 % van de gevallen wordt gesteld door een hematurie, en in 20 % van de gevallen door urgency. De ernst van de hematurie houdt echter geen verband met de uitgebreidheid van de tumor; de patiënt moet altijd een volledig onderzoek ondergaan. De cystoscopie is het voorkeursoronderzoek en de gevoeligheid van dat

Er werd een classificatie opgesteld in functie van de diepte van de infiltratie, terwijl de graad de agressiviteit van de tumor uitdrukt. Klinisch zijn de meeste tumoren oppervlakkig en minder dan 15 % is bij aanvang agressief. In 10 % van de gevallen worden meteen metastasen ontdekt.

Dr Kim ENTEZARI
Urologie, CHIREC



DIAGNOSE VAN OPPERVLAKKIGE BLAASTUMOREN
• 85 % van de gevallen : macro- of microscopische hematurie zonder correlatie met de agressiviteit van de tumor
• 20 % van de gevallen : 'urgency', vaker bij hooggradige tumoren of kanker in situ (CIS)
• Cystoscopie ++++
• Cytologie, gevoeliger bij hooggradige tumoren
• Uroscanner
• Onderzoek van de toestand van de ureters en de nieren



• Invasieve tumoren

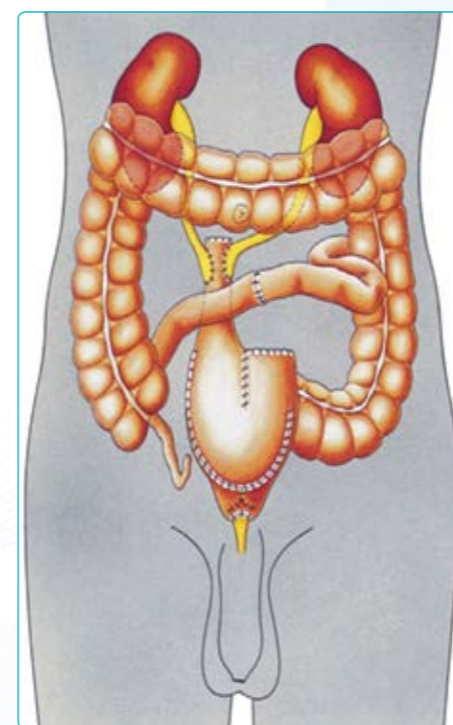
Bij invasieve letsels moet de blaas vaak worden verwijderd en vervangen door een darmsegment, zodat de patiënt op natuurlijke wijze kan blijven plassen zonder stomie. Ook de behandeling van invasieve blaastumoren is geëvolueerd en de prognose verbeterd geleidelijk.

Wanneer een invasie van de spierlaag wordt vastgesteld, moet een totale cystectomie worden uitgevoerd.

In deze omstandigheden blijft de klassieke route via laparotomie de gouden standaard.

Meer recent werden nieuwe, minder invasieve laparoscopische technieken ontwikkeld waarbij gebruik wordt gemaakt van robottechnologie. Deze technieken laten toe de ingreep volledig binnen de buikholte uit te voeren met dezelfde oncologische resultaten als bij de klassieke laparotomie.

De resultaten die de laatste 10 jaar gepubliceerd werden, tonen dat robotgeassisteerde chirurgie zeer aanmoedigende resultaten oplevert. Het overlevingspercentage op lange termijn is vergelijkbaar en er treden weinig complicaties op.



Vervanging van de blaas door een darmsegment.

• Medische behandeling van infiltrerende blaastumoren

Na een totale cystectomie zullen een aantal patiënten met een invasieve blaastumor, binnen twee jaar metastasen op afstand ontwikkelen. De meesten van hen zullen daaraan sterven. Bij die patiënten kan een zgn. neoadjuvante chemotherapie, die voor de chirurgische ingreep wordt gegeven, de 5-jaarsoverleving verbeteren van 40-45 % tot bijna 60 %. De twee chemotherapieschema's die het vaakst gebruikt worden zijn een combinatie van methotrexaat, vinblastine, adriamycine en cisplatine (MVAC) en een combinatie van gemcitabine en cisplatine (GC).

Terwijl talrijke publicaties het nut van dergelijke neoadjuvante chemotherapie hebben aangetoond, zijn er maar weinig die pleiten voor adjuvante chemotherapie, die na de chirurgische behandeling wordt gegeven.

Als er geen totale cystectomie kan worden uitgevoerd wegens een contra-indicatie of wegens weigering van de patiënt, kan een transurethrale resectie van de blaastumor worden uitgevoerd, gevolgd door een combinatie van radiotherapie en chemotherapie. Tot slot wordt in geval van metastasen ook gebruik gemaakt van polychemotherapie, met een responspercentage tot 50 % en een significante verhoging van de overleving van de patiënten.

Nieuwe behandelingen in het vooruitzicht

Hopelijk zullen de resultaten op korte en middellange termijn nog verbeteren omdat binnenkort nieuwe behandelingen kunnen worden toegepast. Voor blaaskanker werden een klein twintigtal moleculaire doelwitten geïdentificeerd die reeds worden gebruikt voor andere orgaankankers. Het betreft mutaties die tumorsuppressorgen zoals p53 en rb inactiveren of om wijzigingen van metabole wegen zoals die van m-TOR : 60 % van die moleculaire wijzigingen zijn al behandelingen die reeds werden goedgekeurd voor andere indicaties en die nu worden geëvalueerd bij blaaskanker. Net zoals bij andere vormen van kanker gaat de vooruitgang vrij traag, maar hij is er wel degelijk.

Prof. Thierry VELU
Medische oncologie,
CHIREC



Dr Henri BONDUE
Medische oncologie,
CHIREC



Dubbele DNA-helix **p53-proteïne**

Tumorsuppressorgen

p53 is het tumorsuppressorgen dat het vaakst gemuteerd is bij mensen met kanker (meer dan 50%), en dat is ook het geval bij blaaskanker. Op de figuur hiernaast is te zien dat het eiwit waarvoor dat gen codeert, een transcriptiefactor is die zich bindt aan de dubbele DNA-helix. Op die manier regelt het belangrijke cellulaire functies, zoals mitose of geprogrammeerde celdood (apoptose). Dankzij de kennis over de moleculaire mechanismen die een rol spelen bij de carcinogenese, konden gerichte behandelingen worden ontwikkeld die de behandeling van kanker revolutionair verbeteren.

UROLOGISCHE KANKERS

ONTMOETINGEN: Samen strijden tegen urologische kankers – Fotoalbum

De Ontmoetingen van het Chirec Cancer Institute gewijd aan urologische kankers trokken een ruim publiek van 320 deelnemers, met twee derde huisartsen. Als naar gewoonte bij de Ontmoetingen, werd elke sessie gemodereerd door een team deskundigen met tevens een huisarts.



Prof. Thierry VELU,
Kwaliteitsrevolutie in de oncologie



Dr. Jean-Jacques BREDAEL,
Dr. Richard BURETTE en Dr. André CORBUSIER



Dhr. Eddy KUYPERS



De filosofie van de Ontmoetingen



Prof. Claude SCHULMAN, Prof. Elie COGAN
en Dr. Michel HANSET



Dr. Michel VERMEYLEN, Dr. Patrick VAN LEER
en Dr. Henri BONDUE



De regiekamer



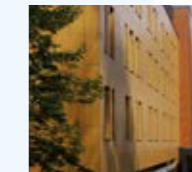
Dr. Michel NAUDIN, Dr. Kim ENTEZARI
en Dr. Serge VANDERROOST



Prof. Thierry ROUMEGUERE, Dr. Richard BURETTE,
Dr. Nadine CARETTE en Dr. Michel LIBERT



Edith Cavell Ziekenhuis
Edith Cavellstraat, 32
1180 Brussel
T +32 2 434 41 11



Ziekenhuis Braine l'Alleud-Waterloo
Wayezstraat, 35
1420 Braine l'Alleud
T +32 2 434 91 11

Park Leopold Ziekenhuis
Froissartstraat, 38
1040 Brussel
T +32 2 434 51 11



Medisch Centrum Europa-Lambermont
Penséesstraat, 1
1030 Brussel
T. : +32 434 24 11

Basiliek Ziekenhuis
Pangaertstraat, 37
1083 Brussel
T. : +32 2 434 21 11



City-Clinic Louiza
Louizalaan, 235B
1050 Brussel
T. : +32 434 20 00

Sint-Anna Sint-Remi Ziekenhuis
Jules Graindorlaan, 66
1070 Brussel
T +32 2 434 31 11



Nieuwe Ziekenhuis op de site Delta
Triomflaan, 201
1160 Brussel
Opening gepland voor 2017

Persbericht van 2 februari over het Multidisciplinair oncologisch consult dat systematisch moet gebeuren om patiënten een optimale behandeling te bieden.

15 jaar multidisciplinair overleg in het Chirec Cancer Institute (CCI) brengt een revolutie teweeg in de kwaliteit van de oncologische zorg.

De tijd is voorbij dat één enkele arts over de behandeling besliste. Nog tot in de jaren negentig was het de specialist bij wie de patiënt op spreekuur ging die bepaalde of hij met chirurgie, radiotherapie of chemotherapie werd behandeld.

Het KCE, het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg heeft onlangs een balans opgemaakt van 10 jaar Multidisciplinaire oncologische consulten (MOC's), die sinds 2003 door het RIZIV gefinancierd worden. Op die consulten overleggen meerdere gezondheidswerkers, waaronder zowel artsen als niet-artsen, de dossiers van patiënten op een multidisciplinaire manier bespreken.

Het Chirec Cancer Institute (CCI) viert op zijn beurt 15 jaar MOC's. De eerste MOC's van het CCI werden georganiseerd in 1999. Thans organiseert het CCI maandelijks meer dan 30 MOC's, waarbij jaarlijks in totaal meer dan 2.000 dossiers worden besproken. Alle kankerspecialisten nemen er actief aan deel, met gemiddeld 25 tot 30 deelnemers per vergadering.

Voortgaande op deze ervaring, wil het CCI bij monde van zijn directeur, Prof. Thierry Velu, graag aanbevelingen doen die verder gaan de voorschriften van het KCE.

Maak MOC's VERPLICHT

Het CCI is van mening dat elke patiënt het RECHT heeft op een pluridisciplinair overleg over zijn medisch dossier. Daarom heeft het CCI al in 2008 een Kwaliteitscharter opgesteld, ondertekend door alle gezondheidswerkers, waarin deze zich

ertoe verbinden om ELKE NIEUWE PATIËNT met kanker of een vermoeden daarvan, gezamenlijk te bespreken. In maart 2010 schreef Dr J.-P. Barroy, voorzitter van de provinciale Raad van Brabant in naam van de Orde van Geneesheren een brief aan Prof. Thierry Velu, directeur van het CCI. Daarin staat dat «*het Bureau niet alleen een gunstig advies geeft met betrekking tot de ondertekening van dat charter door alle zorgverleners van kankerpatiënten van CHIREC en SARE, maar tevens mededeelt dat het volledig achter dit initiatief staat.*»

Bespreek de dossiers in MOC's VOOR elke chirurgische behandeling

De besprekingen in MOC's moeten zich niet alleen beperken tot het therapieplan van de patiënt, maar moeten systematisch ingeleid worden alvorens de patiënt geopereerd wordt. In internationale aanbevelingen wordt immers geregeld melding gemaakt van diverse klinische situaties waarin de overlevingskansen van de patiënt of zijn levenskwaliteit verbetert als er voor de chirurgische behandeling een medische behandeling wordt gegeven (*neoadjuvante benadering*). Voorts is er tevens een aanbeveling om ook de diagnostische strategie die zal worden toegepast om de kankerdiagnose te bevestigen (*bijvoorbeeld punctie, biopsie, exeresis, agressievere chirurgie of gewone controle*) gezamenlijk te bespreken.

Aangezien het CCI overtuigd is van het nut om de toegang tot MOC's uit te breiden naar een veel vroeger tijdstip in het zorgtraject, heeft het beslist dat op die bijeenkomsten aanbevelingen moeten worden gedaan over de te volgen diagnostische procedures, het behandelingsplan en het opvolgings-schema. Om deze redenen

omvat het kwaliteitscharter van het CCI een verbintenis van alle artsen om hun patiënten met kanker of een vermoeden daarvan te bespreken VOOR ze een behandeling krijgen. Tot op heden hebben 170 artsen van Chirec het charter van het CCI ondertekend.

Organiseer «GESPECIALISEERDE» MOC's

Opdat deskundige specialisten zouden deelnemen aan de MOC's, dringt het CCI erop aan dat er «gespecialiseerde» MOC's worden ingericht in plaats van «algemene» MOC's. Een MOC die specifiek op een bepaalde oncologische sector gericht is, zal tot een kwaliteitsvollere behandeling leiden dan een algemene MOC. Aangezien er gespecialiseerde onderwerpen worden behandeld, zal dat alle betrokken specialisten gemotiveerd zijn om eraan deel te nemen en zal het klinische dossier grondiger besproken worden. Zo werd de borstkliniek van het CCI uitgekozen als testunit voor evaluatie door het ministerie van Volksgezondheid in het kader van de conventie 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid'. Twee van de 11 geselecteerde kwaliteitsindicatoren zijn nu net «het percentage vrouwen met borstkanker van wie het geval werd besproken in een MOC voor de behandeling» en «het percentage MOC's waarin de gevallen van vrouwen met borstkanker worden besproken die alleen betrekking hebben op borstkanker».

Organiseer MOC's via TELECONFERENCE om de huisarts erbij te betrekken

Idealiter zou voor elke patiënt waarover overleg wordt gepleegd in een MOC, naast het standpunt van de specialisten ook het standpunt van de huisarts moeten worden gehoord. Die kent zijn patiënt immers het best. Momenteel zijn de huisartsen de grote afwezigen op MOC's, vooral door tijdsgebrek. Het organiseren van videoconferenties, zoals het KCE in een recent rapport suggereerde, lijkt op dat vlak mogelijkheden te bieden. In het CCI is deze technologie al zes jaar beschikbaar, zodat de verschillende campussen gezamenlijk kunnen vergaderen. Hetbis de bedoeling deze infrastructuur ook toegankelijk te maken voor externe artsen, en meer bepaald voor huisartsen. Op die manier willen we garanderen dat alle kankerpatiënten van het CCI een optimale totaalbehandeling krijgen.



Het kwaliteitscharter dat het Chirec Cancer Institute sinds 2009 hanteert, is tot op heden door 170 artsen van het CHIREC ondertekend. Het werd goedgekeurd door de Raad van de Nationale Orde van Geneesheren, die het initiatief sterk toejuicht.



KWALITEITSCHARTER

Het charter definieert de kwaliteitsprincipes waaraan alle zorgverlener die in het Chirec Cancer Institute (CCI) werken zich moeten houden. Die principes moeten ertoe leiden dat alle kankerpatiënten een kwaliteitsvolle, multidisciplinaire behandeling op maat krijgen waarbij alle actoren (gezondheidswerkers en andere) betrokken worden, en ze hebben zowel betrekking op de toegediende zorg als op de ondersteuning en begeleiding van patiënten en hun naasten.

Het charter is goedgekeurd door de directies van CHIREC, waarvan de teams deel uitmaken van het Chirec Cancer Institute (CCI), om de uitmuntendheid te bereiken die het CCI zich als doel heeft gesteld.

In dat kader verbindt iedereen die het charter onderschrijft zich ertoe om:

1. de voorkeur te geven aan diagnostische en therapeutische handelingen die gebaseerd zijn op internationale aanbevelingen (goede klinische praktijken en evidencebased geneeskunde), zoals die vermeld staan in het handboek voor oncologische zorg van het CCI (CHIREC) en werden opgesteld in het kader van het Zorgprogramma voor oncologie (ZPO) dat erkend werd door het ministerie voor Volksgezondheid
2. het dossier van elke nieuwe patiënt met kanker of een vermoeden daarvan ter bespreking voor te leggen voor een behandeling wordt gestart (behalve in noodgevallen) in het kader van een Multidisciplinair oncologisch consult (MOC), en daar persoonlijk aan deel te nemen (behalve in geval van uitzonderlijk belet), zodat voor die bepaalde patiënt de beste behandelingsstrategie (behandelplan op maat) kan worden bepaald op basis van de zorgtrajecten die opgesteld zijn voor de verschillende soorten van kanker. Dat impliceert dat de teamspirit binnen het CCI gerespecteerd en gecultiveerd wordt en dat nauw wordt samengewerkt met de behandelende huisartsen met het oog op een optimale, kwaliteitsvolle overgang naar thuiszorg.
3. erop toe te zien dat de patiënt specifieke ondersteuning krijgt op het moment dat de diagnose van kanker wordt meegedeeld. Dat betekent beschikbaar zijn voor de patiënt en/of zijn familie of respondenten, oor hebben voor de patiënt en in de mate van het mogelijke duidelijke en gepaste antwoorden geven op de gestelde vragen.
4. erop toe te zien dat de patiënt zo snel mogelijk toegang krijgt tot de best mogelijke behandelingen volgens de huidige wetenschappelijke kennis, en dat bij voorkeur binnen de groep CHIREC als die over de nodige middelen beschikt, waarbij de vrije keuze van de patiënt gerespecteerd wordt
5. het dossier van een patiënt opnieuw voor te leggen in een MOC telkens als de klinische situatie dat vereist en telkens wanneer de behandeling zou afwijken van ofwel het zorgplan dat voor die patiënt werd opgesteld in het MOC en dat neergeschreven en uitgewerkt is in het dossier van de patiënt, ofwel de aanbevelingen die in het handboek voor oncologische zorg staan
6. in het dossier van de patiënt te vermelden welke diagnostische middelen gebruikt worden, welk op maat gemaakt zorgplan door

het MOC werd opgesteld en welke wijzigingen daar in de loop van de behandeling in werden aangebracht volgens de klinische evolutie van de patiënt, waarbij de voorkeur uitgaat naar een elektronisch patiëntendossier

7. de rechten van de patiënt te respecteren en zich te houden aan de ethische principes op het vlak van gezondheidszorg
8. de patiënt te informeren, meer bepaald over de aanpak die het MOC voorstelt
9. erop toe te zien dat de patiënt de zorg krijgt waar hij recht op heeft in het kader van zijn zorgplan, en daarbij de levensbeschouwing, waardigheid en privacy van de patiënt te respecteren
10. de patiënt te informeren over de verschillende diensten voor ondersteunende zorg (psycho-oncologie, voedingsleer, pijnbestrijding, revalidatie, sociale hulp, continue zorg) en die multidisciplinaire benadering te integreren in het behandeltraject van de patiënt gedurende de hele behandeling
11. toe te zien op de continuïteit van de zorg, ongeacht of het gaat over de overgang tussen thuis en het ziekenhuis, tussen artsen of tussen zorginstellingen
12. deel te nemen aan de registratie van kankerpatiënten, meer bepaald via de MOC's
13. deel te nemen aan de permanente vorming voor alle zorgverleners en die te stimuleren, meer bepaald via vorming die intramuros wordt georganiseerd
14. te aanvaarden om deel te nemen aan kwaliteitscontroles, audits en tevredenheidsenquêtes en elke interne of externe evaluatie te aanvaarden van de uitgevoerde activiteiten op het vlak van oncologische diagnostiek en behandeling in het Chirec Cancer Institute
15. toe te zien op een totale transparantie van de honoraria en de kosten die aan de behandeling verbonden zijn en, indien er supplementaire honoraria gevraagd worden, te accepteren om die voor bepaalde patiënten te beperken of te laten vallen op vraag van hun behandelende arts, zodat ze een volledige behandeling kunnen krijgen in het Chirec Cancer Institute
16. tot slot bij te dragen tot een betere interne en externe communicatie en externe zichtbaarheid

Ik, ondergetekende, sluit me aan bij de principes die hierboven worden vermeld en aanvaard om er me op alle punten aan te houden in het kader van mijn praktijkvoering in het Chirec Cancer Institute – CCI.

Datum:

Sector van activiteit – specialisme:

Naam en voornaam:

RIZIV-nummer:

Stempel:

Handtekening:

DE ONDERSTEUNENDE ZORG IN HET CHIREC

Op 4 februari 2015 was het Werelddag tegen Kanker, een ziekte die één op de twee mensen treft in de loop van hun leven. Ter gelegenheid daarvan, wilde Prof. Th. Velu, directeur van het Chirec Cancer Institute (CCI), ingaan op de uitnodiging van Chirec Goal en de ondersteunende zorg in de verf zetten. Onder impuls, Dr D. Bouckaenaere, coördinatrice van dit project, werd enkele jaren geleden een coördinatie- en denkgroep opgericht.

Thans heeft de behandeling van patiënten die recidiveren een dubbel doel: hen de mogelijkheid bieden om niet alleen langer te leven maar ook zo goed mogelijk te leven met hun kanker. Langer leven is zinloos zonder levenskwaliteit. Dit is niet altijd evident. Nog niet zo lang geleden was het enige doel van het medisch onderzoek een verlenging van de levensduur, zonder dat tegelijk de levenskwaliteit in overweging werd genomen. Vandaag is de behandlungsstrategie totaal veranderd, en met fierheid stellen we u het ondersteuned team voor:

	CAV	EXT	CPL	EXT
COÖRDINERENDE VERPLEEGKUNDIGEN	Z. Balci		D. Madaleno	5865
ONCO-PSYCHOLOGIE	D. Grulois P. Putseys	4840 4840	D. Grulois	5765
TUSSENPARSOON-PSYCHIATRIE	Dr J.-P. Pennec Dr S. Gallego	4340 4340	Dr S. Gallego	5550
FYSISCHE GENEESKUNDE EN REVALIDATIE	Dr N. Biltiau	4671	Dr M. Goossens Dr Dongliang Qin	5375
FYSIOTHERAPIE EN LYMFEDRAINAGE	F. Nicaise J. Harfouche P. Steffen	4638 4839 4638	S. Gadenne E. Mohet	5440 5440
VOEDINGSLEER	C. Hallez L. Teruzi Dr Ph. Langlet Dr S. Roland	9778 6036 4273 4273	C. Hallez V. Everaert S. Dardenne	9778 5968 5689
SOCIALE DIENST	A. Magos	6219	M. Dhyon	5357
ALGOLOGIE EN PIJNKLINIEK	I. de Groeve (inf.) Dr M. Duchateau Dr F. Lamesch	6972 4273 4273	Dr L. Fodderie Dr D. Bouckaenaere Dr A. Deltell Dr V. Macquaire Dr A. Mazic de Sonis Dr J.-P. Van Buyten P. Vienne (kiné.) C. De Greef (inf.) S. Hermans (psy.)	5089 5764 5087 5126 5471 5374 5374 5370 5540
CONTINUE EN PALLIATIEVE ZORG	I. de Groeve (inf.) D. Grulois (psy.)	6972 4840	M. Ronsse (psy.) D. Grulois (psy.)	5765 5765
ESTHETISCHE ZORG EN WELZIJN	«M.Comas (cosmétologie)»	2000 (City Clinic)	S. Leroy	5440
INTEGRATIEVE GENEESKUNDE	Dr I. Theunissen	2000 (City Clinic)	Dr A. Mazic de Sonis	5471
LOGOPEDIE			M.-A. Vanganbek	5549
TABACOLOGIE			Dr J. Coulon	5560
DE KINDERHOEK	D. Grulois (psy.)	4840	D. Grulois (psy.)	4840
PRAATGROEPEN	Dr D. Bouckaenaere D. Grulois (psy.) C. Henne (psy.) F. Bastin (expert) V. Mendez (expert) F. Nicaise (kiné.) D. Madaleno (inf)	5764	Dr D. Bouckaenaere D. Grulois (psy.) C. Henne (psy.) F. Bastin (expert) V. Mendez (expert) F. Nicaise (kiné.) D. Madaleno (inf)	5764

De vermelde telefoonnummers moeten voorafgegaan worden door 02 - 434 voor oproepen van buiten CHIREC.

CANCER INSTITUTE



**Ondersteunende zorg is essentieel
on de oncologische zorg van onze patiënten te steunen
en aldus hun levenskwaliteit te verhogen.**

Uitleg door Dr Dominique Bouckaenaere

Algoogie, Continue zorg, coördinatrice van de groep voor ondersteunende zorg ??? Chirec Cancer Institute

SARE	EXT	HBW	EXT	NCB	EXT
C. Delescaille	2697	L. Vaudon	9098		
N. Chapeaux	2771	A. Pohl	9979		
A. Ferremans (secre.)	3541				
Dr R. Ricci Risso	2688	Dr L. Delaunoy	9072		
Dr Fl. Nae D. Burlot J. Delmotte V. Lissassi C. Maricq	2677 2794 3855 3855 3855	C. Graffe M. Gillieaux M. Glibert J. Grumiaux M. Normand	9227 9227 9227 9227 9138	D. Coolsaet	2113
K. Sonck C. Van Huffel	2753 2753	C. Hallez V. Capelle S. Chevalier	9778 9571 9037	C. Hallez	9778
A. Wasowski	3946	A.-S. Peeters	9004		
Dr B. Vanderick J. Laurent (inf.)	2619 2824	Ph. Hendrickx E. Guntz	9972 9008	Dr I. Andrianne Dr G. Bejjani Dr T. El Hor	2117 2370 2129
Dr M. Willocx C. Arezzi N. Chapeaux (psy.)	2743 2742 2771	Dr C. Finet A. Pohl (psy.)	9982 9979		
C. Detroy	2759	M. Genicot	9114		
Dr I. Schaub (hypnose)	2617				
Dr E. Watelet	2726			Dr C. Walravens	2268
		Dr Cl. Finet A. Pohl (psy.)	9979		

Patiënten met kanker krijgen heel wat te verduren op lichamelijk, emotioneel, familiaal en sociaal vlak. Om aan die verschillende behoeften tegemoet te komen, biedt de ondersteunende zorg een algemene, multiprofessionele hulp, in aanvulling op de oncologische behandeling. Patiënten kunnen daar een beroep op doen vanaf het moment van de diagnose en gedurende hun volledige ziekteverloop.

De oncologische ondersteunende zorg is één van de transversale groepen in het Chirec Cancer Institute. Hieronder vallen uiteenlopende vakgebieden als psycho-oncologie, revalidatie, fysiotherapie, voedingsleer, sociale dienst, pijnkliniek, continue en palliatieve zorg, logopedie, esthetische zorg enz.

Die verschillende disciplines hebben als doel de pijn en andere symptomen te helpen bestrijden, het psychische en spirituele lijden te verzachten, ervoor te zorgen dat de oncologische behandelingen beter worden verdragen en de communicatie tussen de patiënten en zijn naasten te bevorderen.

Afhankelijk van het therapeutische project wordt rekening gehouden met functionele revalidatie of comfortzorg.

In de groep voor ondersteunende zorg zitten vertegenwoordigers van die verschillende disciplines van de verschillende campussen van Chirec. Het doel van de groep is multidisciplinaire projecten over de verschillende campussen op te starten zoals Oncopsy (psycho-educatieve praatgroep) of de Kinderhoek, om op dat domein gevalideerde initiatieven te stimuleren en de integratie van de ondersteunende zorg en de algemene oncologische zorg te bevorderen. In dat kader wordt de nadruk gelegd op een vroege opsporing van psychosociale behoeften, de toegankelijkheid van de ondersteunende zorg en de coördinatie tussen de verschillende zorgverleners.

Dankzij ondersteunende zorg kunnen we uitmuntende oncologische zorg bieden.



Dr. Dominique Bouckaenaere is voorzitter van de Brusselse Federatie voor Palliatieve zorg FBSP

www.fbsp-bfpz.org en
<https://www.facebook.com/soinspalliatifsbruxelles>
als u ons wilt liken!

EEN GLOBAAL BEGELEIDINGSCENTRUM, ALS AANVULLING OP DE ZIEKENHUISZORGEN: DE VZW RE-SOURCE.



Het zit er bij het Chirec ingebakken om een hoogstaande gepersonaliseerde dienstverlening aan zijn patiënten aan te bieden. Met dit doel voor ogen heeft de groep beslist het eerste globaal gezondheidscentrum voor kankerpatiënten in de Brusselse regio te ondersteunen: de vzw Re-source, Chirec Delta Center.

Concreet gezien gaat het om een allesomvattend begeleidingsconcept, geïnspireerd op de "Maggie's Centres" die in het Verenigd Koninkrijk actief zijn.

Het huis Re-source is ontstaan uit de gezamenlijke inzet van de directeur van het CCI, professor Thierry Velu, een van zijn patiënten Janik Nicodème en dokter Veronica Mendez.

De vzw biedt de patiënten en hun entourage een plaats niet ver van het ziekenhuis waar ze, in een serene omgeving, een luisterend oor en advies van gezondheidsprofessionals krijgen. Ze kunnen er ook



deelnemen aan psychologische, fysieke en sociale revalidatie-activiteiten.

Het centrum werd samen met het medisch team opgericht en sluit volledig aan bij de studies die hebben aangetoond dat door te werken aan de voeding, de stress te beheersen en meer te bewegen de kans om kanker te overleven veel groter wordt.

Op termijn zal het Chirec een ruimte van meer dan 200m² naast het nieuwe Deltaziekenhuis in Oudergem ter beschikking stellen. In het begin zullen de activiteiten plaatsvinden in de Vanderkinderestraat 329 in Ukkel en vanaf oktober 2016 verhuizen de activiteiten naar een ruimte die het Edith Cavellziekenhuis ter beschikking stelt. Deze aanvullende en globale begeleiding die in een warme omgeving wordt gegeven is een interessante aanwinst voor heel wat patiënten. Het centrum wil hun levenskwaliteit, en deze van hun entourage, tijdens en na de behandelingen verbeteren.

Janik Nicodème-Goldberg
Projectleider Re-source Center



Praktisch voor 2016-2017:

- **Wanneer?** Begin van de activiteiten op 10 oktober 2016.
- **Waar?** Vanderkinderestraat 329 in Ukkel
- **Wat?** De activiteiten draaien rond 4 assen:

Zijn, Bewegen, Eten, Delen.

- 1) Onthaalpermanentie van 10u tot 12u van maandag tot vrijdag
- 2) Gezonde ontbijten op donderdagochtend van 8u tot 10u.
- 3) Creatieve workshops, van Integratieve geneeskunde, Art Therapie...
- 4) Lessen yoga, de ontdekking van het lichaam via bewegen, mindfulness, fitness, zelfverdediging, Thai Chi Chuan...
- 5) Nordic walking.
- 6) Gezonde keuken en samen eten.
- 7) Conferenties.

• **Meer inlichtingen?**
www.re-source-delta.be
Tel: +32 479 0 345 92
jag@re-source-delta.be

• **Info-vieruurtje**
Op 22 oktober 2016
In Chalet Robinson
Van 14u30 tot 16u30.



DOE EEN SCHENKING AAN:

- **HET KLINISCH ONDERZOEK VAN HET CHIREC CANCER INSTITUTE:**
rekeningnummer van het Chirec Cancer Institute - Stichting CARE:
IBAN: BE88 3751 0478 5341 - BIC: BBRUBEBB



De Stichting CARE werd opgericht ter promotie van een kwaliteitsvol wetenschappelijk onderzoek binnen de verschillende ziekenhuizen van het CHIREC. Ze steunt de dynamiek van het CCI bij het klinisch onderzoek tegen kanker.

De Stichting CARE geeft u een fiscaal attest vanaf een schenking van 40 Eur per jaar.

De stichting is lid van het "Belgisch Netwerk van Stichtingen" en erkend lid van het VEF, de vereniging voor de ethische code bij het inzamelen van fondsen

Contacteer ons op: + 32 2 434 4662 - cancer.institute@chirec.be
Of op het adres: Chirec Cancer Institute - CCI Edith Cavellstraat, 32 - 1180 Brussel

- **VOOR DE LANCERING VAN RE-SOURCE:** ING-rekeningnummer:
IBAN: BE 66 3631 6313 4943 - BIC: BBRUBEBB

*Van harte bedankt
voor uw
vrijgevigheid!*

