



News n°9
November 2013

EDITORIAAL

De frequentie van borstkanker in België is een van de hoogste in Europa. Borstkanker is de frequentste kanker bij vrouwen en vertegenwoordigt meer dan een derde van de kankergezwellen bij vrouwen. Het is de op een na belangrijkste oorzaak van kankersterfte bij vrouwen na longkanker. Gelukkig wordt borstkanker steeds vroeger opgespoord, zodat de kansen op genezing uiteraard sterk stijgen. De behandeling is ook sterk verbeterd, vooral dankzij de ontwikkeling van geïndividualiseerde behandelingen en gerichte geneesmiddelen.

Die vooruitgang is ook de vrucht van een uitzonderlijke samenwerking tussen alle betrokken specialisten, die zich voortdurend bijscholen, zoals in maart 2011 op het congres van Sankt Gallen (Zwitserland) of begin juni op het congres van de ASCO (Chicago, VS).

We kunnen stellen dat de behandeling van borstkanker dagelijks verbetert, niet alleen dankzij de internationale congressen die we net hebben vermeld, maar ook dankzij de Belgische overheid, die wetten heeft uitgewerkt voor oncologische zorgprogramma's en voor borstklinieken.

Diagnose, behandeling, follow-up... het parcours van de patiënten duurt meerdere jaren. De patiënten moeten dan ook kunnen rekenen op een goede levenskwaliteit, de beste specialisten en de beste apparatuur.

Het CHIREC is een groot centrum voor opsporing en behandeling van borstkanker. Onze 'borstkliniek', die onlangs door de minister werd erkend op grond van zeer strikte criteria gebaseerd op Europese richtlijnen, voldoet aan alle vereiste criteria. Dat mag een geruststelling zijn voor de patiënten en hun familie.

Deze news nr. 9 is volledig gewijd aan borstkanker. Huisartsen, specialisten, patiënten en bezoekers van het CHIREC vinden er korte samenvattingen, originele getuigenissen en links naar interessante websites.

De sleutel tot een goede behandeling is een multidisciplinair team, dat samenkomt op het 'multidisciplinair oncologisch consult' (MOC). U ziet hier een deel van de zorgverstrekkers die ter beschikking staan van de patiënten: radiologen, borstchirurgen, gynaecologen, radiotherapeuten, oncologen, pathologen, isotopisten, plastische chirurgen, fysiotherapeuten, psychologen, voedingsdeskundigen en verpleegkundigen. Onze doelstelling is kwaliteit, niet alleen in de geneeskunde die we beoefenen, maar ook en vooral bij de opvang van de patiënten en de humane, geïndividualiseerde zorgverlening.

Pr. Thierry VELU
directeur van het CCI



SAMEN TEGEN BORSTKANKER

De borstkliniek

De borstkliniek is een multidisciplinair centrum voor behandeling van patiënten met borstaandoeningen, dat gericht is op screening, diagnose, behandeling, follow-up en revalidatie.

Idealiter functioneert een dergelijk centrum in een eenheid van tijd, plaats en werking.

Dat is opgelegd door het Koninklijk Besluit van 26 april 2007, dat in het Belgisch Staatsblad werd gepubliceerd op 20 juli 2007 en in werking is getreden op 1 januari 2008. Het KB gaat uit van de Europese normen van de EUSOMA (European Society of Mastology).

De borstkliniek van het CHIREC is op 25 januari 2011 officieel erkend door de COCOM voor de periode 2009-2012. Die erkenning kan worden hernieuwd als wordt voldaan aan bepaalde kwalitatieve en kwantitatieve criteria, met name qua personeelsbezetting (artsen, verpleegkundigen en paramedici).

- Een verpleegkundige-coördinator speelt een sleutelrol bij het ontvangen van de patiënten en regelt de contacten met het medisch en het paramedisch korps en de toegang van de patiënten tot de verschillende diensten.

- Er wordt een zorgtraject aangeboden dat een onberispelijke medisch-chirurgische, psycho-oncologische en revaliderende aanpak verzekert.

- Elke nieuwe patiënte moet een afspraak kunnen krijgen binnen vijf werkdagen. De histologische diagnose moet binnen vijf werkdagen worden gesteld en de behandeling (chirurgie of neoadjuvante chemotherapie) moet binnen twee weken na de diagnose worden gestart.

- In het centrum moeten jaarlijks vanaf 2010 minstens honderdvijftig nieuwe gevallen van borstkanker worden behandeld.

- Eenmaal per week moet een multidisciplinair oncologisch consult (MOC) worden gehouden.

Wij willen de patiënten centraal stellen in de borstkliniek en ze een goede, humane behandeling op maat geven.

Dr Jean Claude Massart
Coördinator van de
borstkliniek van het CHIREC

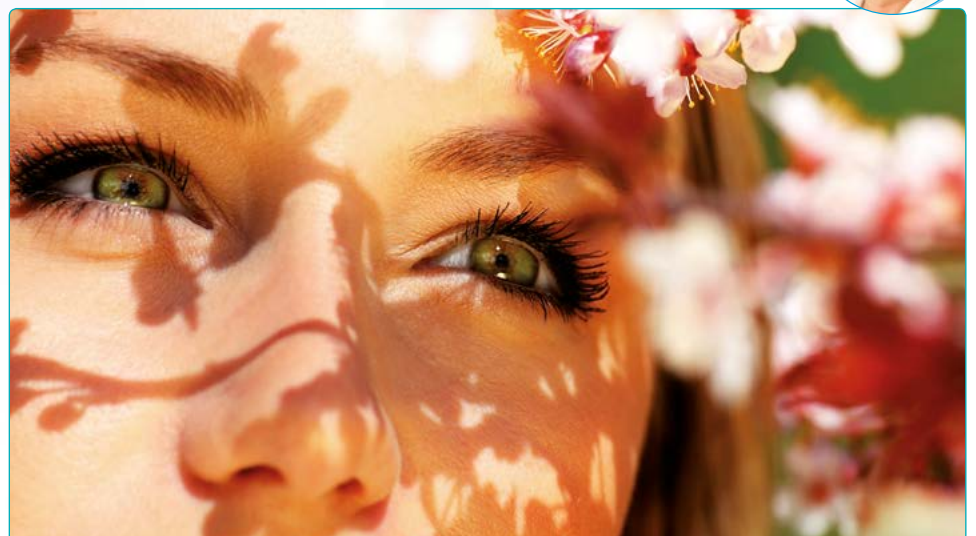


Photo Thinstock®

Version française pages 1 à 24
Nederlandse versie pagina 25-48
English version verso

14 NOVEMBER 2013
OPENING VAN EEN BORSTKLINIEK
IN HET CHIREC CANCER INSTITUTE,
CITY CLINIC CHIREC LOUISE, LOUZALAAN 235 IN BRUSSEL.



SAMEN TEGEN BORSTKANKER

NIEUWS VAN DE BORSTKLINIEK

De borstkliniek van het Chirec Cancer Institute investeert in splinternieuwe lokalen in de Louizalaan 235 in Brussel.

Het centrum houdt zich specifiek bezig met borstaandoeningen en kan beschikken over alle mogelijke specialisten: borstchirurgen, plastisch chirurgen, gynaecologen, borstspecialisten, oncologen, radiotherapeuten en andere medewerkers zoals psychologen en schoonheidsspecialisten. Zo kunnen we een integrale medische aanpak bieden.



	Borstonderzoek Mammografie & echografie	Directe nummers Borstkliniek
Kliniek Edith CAVELL	02 340 41 71	02 340 46 76
Borstkliniek LOUISE	02 434 20 00	02 340 46 76
Ziekenhuis BRAINE L'ALLEUD	02 389 03 44	02 386 17 76
Kliniek PARC LEOPOLD	02 287 51 50	02 287 57 83
Kliniek St.-Anna en St. Remigius	02 434 30 75	02 434 37 45
Nouvelle Clinique BASILIQUE	02 422 42 40	
Centrum EUROPE LAMBERMONT	02 240 60 60	

Onze specialisten in borstchirurgie, gynaecologische chirurgie en bekkenchirurgie

- CAVELL et LOUISE
Marc Arens
Jean-Pierre Claes
Patrick Colart
Thierry Hubert
Isidore Kram
Jean Lecart
Pierre Ley
Sonia Lejeune
Jean-Frédéric Limbosch
Jean-Claude Massart
Jean Vankerkem
- BRAINE L'ALLEUD - WATERLOO
Alain Busine
Patrick Colart
- PARC LEOPOLD
Marc Arens
Jean-Pierre Claes
Jean Lecart
- SARE
Ludovic de Buij
Nathalie Deryn
Bruno Vandermeersch



DE BORSTKLINIEK IN DE PRAKTIJK ...

• U wenst uw borsten te laten onderzoeken met een mammografie en/of echografie?

Neem contact op met uw huisarts of gynaecoloog. Die kan u een verwijsbrief geven. U kunt dan direct een afspraak maken op de eenheid voor borstgeneeskunde (senologie) via één van de bovenvermelde nummers. Als u geen verwijsbrief hebt of als u een vroegere afspraak wilt krijgen, belt u naar één van de directe telefoonnummers van de borstkliniek.

• U maakt zich zorgen over uw borsten?

Neem contact op met uw huisarts of gynaecoloog. Als u niet de gewenste informatie krijgt, kunt u telefoneren naar de contactnummers. We brengen u dan in contact met de geschikte specialist.

• U hebt een borstaandoening en u wilt advies van een andere specialist?

Voor medische of chirurgische problemen, een borstreconstructie, maar ook voor fysiotherapie of psychologische hulp kunt u contact met ons opnemen. We zullen u dan naar de personen verwijzen die u de optimale behandeling kunnen garanderen.

• U hebt kanker en u wilt een behandeling op maat door de borstkliniek?

Wij geven u de naam en de contactgegevens van onze specialisten die u optimaal en op maat kunnen behandelen.

• U hebt kanker en uw gynaecoloog werkt in het Chirec

Maak u geen zorgen. In het Chirec krijgt u een totaalaanpak op maat vanaf het begin tot het einde van uw behandeling. Elke patiënte wordt besproken op het Multidisciplinaire Oncologisch consult voor een behandeling wordt gestart. Dat doen we om u optimaal te kunnen behandelen.

• U hebt net vernomen dat u borstkanker hebt en u wilt zo snel mogelijk een antwoord op uw vragen? Of, u bent in het Chirec of een ander ziekenhuis geopereerd voor borstkanker en u wilt zo snel mogelijk één van onze specialisten zien?

Telefoneer naar de contactnummers en we zullen u zo snel mogelijk een afspraak geven.

• U hebt een probleem na de operatie

- overdag: neem contact op met de coördinerende verpleegkundige
- 's nachts: spoedgevallendienst. Zodra u aankomt op de spoedgevallendienst van het ziekenhuis waar u werd geopereerd, zal uw chirurg persoonlijk worden verwittigd om u meteen een optimale behandeling te geven

Borstkliniek van het Chirec Cancer Institute
Erkend door Directie Gezondheidszorg – Cocom, België
Lid van het Europese SenoNetwork



DE BORSTKLINIEK IN DE PRAKTIJK ...

ERKENNING

Onze borstkliniek is officieel erkend door de minister. Daarmee weet u dat ze voldoet aan de vereiste criteria van kwaliteit en ervaring. We danken die erkenning aan de competentie van de zorgverstrekkers, de topapparatuur en het grote aantal patiënten dat we in de borstkliniek zien.



KWALITEIT

Iedereen die in de borstkliniek werkt, heeft het kwaliteitscharter dat werd opgesteld door het Chirec Cancer Institute, getekend. Daarmee engageren onze mensen zich om alle aspecten in verband met de behandeling van de patiënten na te leven. Dat initiatief werd goedgekeurd en aangemoedigd door de Orde van geneesheren.



EEN BEHANDELING OP MAAT

Om u de best mogelijke behandeling te geven die tegelijk maximaal afgestemd is op uw behoeften, komen alle artsen en paramedici wekelijks samen op het Multidisciplinaire Oncologische Consult (MOC). Het diagnostische en het therapeutische beleid zijn gebaseerd op de internationale richtlijnen. Die werkwijze verzekert een optimale behandeling, omdat ze stoelt op de expertise van en gedragen wordt door al onze specialisten.



GEAVANCEERDE TECHNOLOGIEËN

Voor de diagnose en de behandeling maken we gebruik van moderne en uitermate doeltreffende apparatuur: digitale mammografie, magnetische kernspinresonantie, moleculaire diagnose, laatste model bestralingstoestel "ARTISTE", PET-CT-scan van de laatste generatie.



MULTIDISCIPLINAIR KARAKTER

De borstkliniek van het CHIREC bundelt alle multidisciplinaire competenties bij de behandeling van borstaandoeningen. Artsen en paramedisch personeel willen u een optimale behandeling op maat bieden.



ALLE SPECIALISTEN

Alle specialisten in borstaandoeningen staan te uwer beschikking: borstspecialisten, gynaecologen, chirurgen, pathologen, oncologen, radiotherapeuten, nucleaire geneeskundigen, plastische chirurgen, genetici maar ook psychologen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, schoonheidsspecialisten en diëtisten.



DE TOEGANG TOT DE NIEUWSTE BEHANDELINGEN

De huidige behandeling is almaar meer maatwerk en wordt bij elke patiënte afzonderlijk bepaald volgens de internationale standaarden. U kunt ook gerichte geneesmiddelen krijgen die nog niet in de handel te verkrijgen zijn, in het kader van klinische studies.



SPREKENDE CIJFERS

De borstkliniek van het CHIREC betekent per jaar:

- 30.000 mammografieën
- behandeling van **meer dan 1.000** patiënten met borstkanker, in verschillende stadia
- 500 borstoperaties
- 220 **borstkankergezwellen** die worden behandeld met radiotherapie
- 600 dossiers van patiënten met borstaandoeningen die op het Multidisciplinaire Oncologische Consult (MOC) worden besproken



OPSPORING VAN BORSTKANKER: DE STAND VAN ZAKEN

In België kan borstkanker op twee manieren worden opgespoord: met de mammotest en een borstonderzoek.

De mammotest (georganiseerde massascreening) is bijna 10 jaar geleden van start gegaan, maar heeft zijn doelstellingen qua dekking van de populatie nog niet bereikt. In Brussel en Waals-Brabant meldt slechts 10% van de vrouwen zich aan voor de mammotest en 45% voor een borstonderzoek. Dat is nog ver af van de 70% die in de Europese normen wordt aanbevolen voor een efficiënte screening.

De mammotest wordt verweten te weinig gevoelig te zijn: te veel fout-negatieve uitkomsten. Kanker wordt vooral gemist in dicht borstklierweefsel, waarin de gevoeligheid niet hoger dan 50% is.

Andere beeldvormingstechnieken zijn duidelijk gevoeliger dan een mammografie:

- Met een **echografie** kan 55% extra kankergezwellen worden ontdekt in dicht borstklierweefsel

- Een kernspintomografie is uiterst gevoelig bij hoogrisicovrouwen (vrouwen met een genetische mutatie en vrouwen met minstens twee eerstegraads verwanten (moeder, zus, dochter) die borstkanker hebben gekregen op jonge leeftijd)

Screening met mammografie alleen is achterhaald. De screening moet op maat worden aangepast op basis van de individuele risicofactoren en nieuwe technologieën.

Spreek over screening zonder de nadruk te leggen op de primaire preventie heeft geen zin. Met evenwichtige voeding en regelmatig sporten zou 25% van de kankergezwellen kunnen worden voorkomen, en dan hebben we het nog niet over het effect ervan op hart- en vaatandoeningen.



Dr Véronica Mendez,

Beeldvorming van de borsten, CHIREC

Wat is een dichte borst?

De borsten bestaan uit vier verschillende structuren: water, vetweefsel, steunweefsel en het eigenlijke klierweefsel. Die laatste twee worden samen 'fibro-epitheliaal weefsel' genoemd.

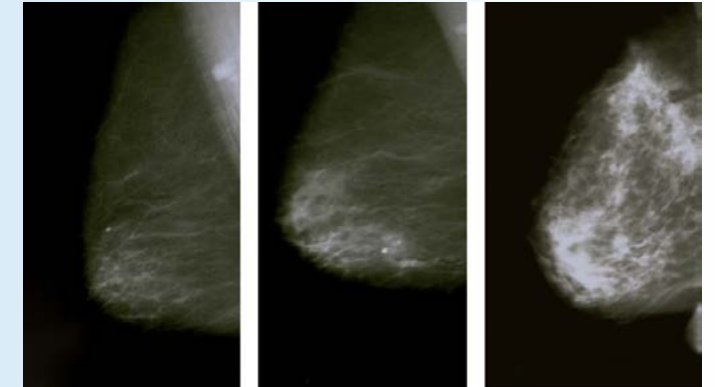
Bij een mammografie worden röntgenstralen gebruikt. Die verschillende structuren gedragen zich anders als er röntgenstralen doorheen gaan. Vetweefsel ziet er grijs uit en water en het fibro-epitheliale weefsel wit.

De verhouding van deze verschillende elementen bepaalt de dichtheid van de borsten:

- Hoe meer vetweefsel de borsten bevatten, des te beter kunnen we afwijkingen zien
- Een dichte borst ziet er 'wit' uit bij mammografie

De dichtheid van de borsten varieert tijdens de menstruatiecyclus en tijdens het leven. Jonge vrouwen hebben dichtere borsten.

Ook hormonale substitutietherapie voor de menopauze kan de dichtheid van de borsten beïnvloeden.



Een heldere borst met veel vetweefsel is gemakkelijk te 'lezen' zodat er minder risico is op fouten (hoge gevoeligheid).

Hoe dichter de borsten, dus hoe meer fibroglandulair weefsel ze bevatten, des te moeilijker zijn ze te 'lezen'. Het risico is dan groter dat een kanker wordt gemist (lagere gevoeligheid). Een dergelijke borst houdt een hoger risico in op ontwikkeling van kanker.

WIST U DAT?

- Slechts één op de 5 knobbels in de borsten die worden onderzocht, is kwaadaardig.
- Eén vrouw op de 9 zal ooit borstkanker krijgen.
- Hoe vroeger borstkanker wordt ontdekt, des te groter zijn de kansen op genezing.
- Drie vierde van de gevallen van borstkanker treedt op na de leeftijd van 50 jaar.
- 15% van de vrouwen die voor borstkanker worden behandeld, zal kanker in de andere borst krijgen.
- Vrouwen bij wie de maandstonden vroeg zijn begonnen en de menopauze laat is gekomen, lopen meer kans om borstkanker te krijgen.

- In 2008 werden bijna 10.000 gevallen van borstkanker geregistreerd in België.
- Als een borstkanker terugkeert, is dat slechts in een minderheid van de gevallen plaatselijk: 8-9% na een mastectomie en 10-15% na conservatieve chirurgie.
- 10% van de gevallen van borstkanker is erfelijk.
- Zwaarlijvigheid, roken en alcohol zijn risicofactoren.
- Een eerste zwangerschap voor de leeftijd van 30 jaar en langdurige borstvoeding zouden het risico op ontwikkeling van borstkanker kunnen verlagen.

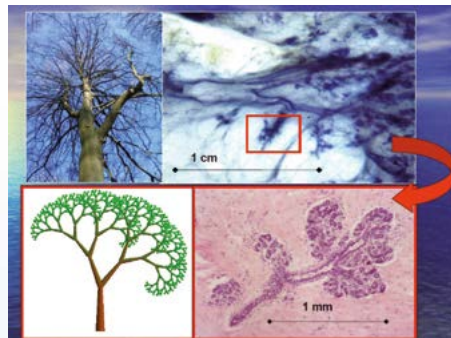




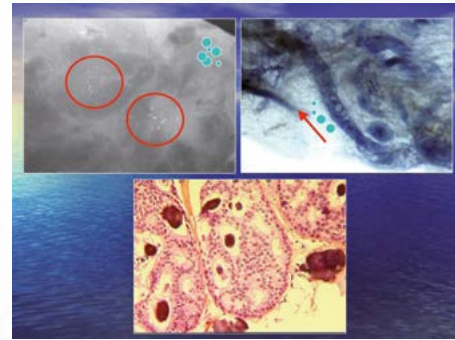
PATHOLOGISCHE ANATOMIE, ONMISBAAR IN HET MULTIDISCIPLINAIRE TEAM

Bij de multidisciplinaire diagnostiek en behandeling van borstaandoeningen speelt de pathologische anatomie een essentiële rol. Een goede behandeling is alleen mogelijk als de verschillende leden van de borstkliniek een grondige kennis hebben van de microanatomie van de borsten en van de relaties ervan met kankerletsels. De vertakkingen van de melkkanaaltjes en de lobjes (figuur 1) verklaren het segmentale karakter van een plaatselijke borstkanker; in dat geval is conservatieve chirurgie mogelijk. Bij een naaldbiopsie van microverkalkingen van de borsten door de radioloog zal de patholoog niet alleen een diagnose kunnen stellen, maar ook voor elke patiënte afzonderlijk waardevolle informatie kunnen geven over de wijze van ontwikkeling en uitbreiding van het kankerproces (figuur 2). Door de recente ontwikkelingen in de genetica en de

moleculaire biologie is de rol van de patholoog in het multidisciplinaire team nog belangrijker geworden als de kanker invasief is en als een systemische behandeling en met name gerichte geneesmiddelen vereist zijn.



Figuur 1. De microarchitectuur van het netwerk van melkkanaaltjes in de borsten doet sterk denken aan de plantenwereld.



Figuur 2. Meerdere radiologische haarden van microverkalkingen, die overeenstemmen met een canalair epithelioom in situ bij conventionele en 3D histologische analyse (researchprogramma gesubsidieerd door de stichting Care).

ONTCIJFERING VAN HET PATHOLOGISCH-ANATOMISCH VERSLAG VAN HET BORSTONDERZOEK

• Carcinoom in situ versus infiltrerend carcinoom

een carcinoom in situ ontwikkelt zich in de kanaaltjes en de lobben van de borstklieren zonder de grenzen van de structuren waarin het zich ontwikkelt, te vernietigen. Het kan dan ook geen metastasen geven. Een carcinoom in situ wordt beschouwd als een niet-obligate voorloper van een invasief carcinoom, de klassieke vorm van borstkanker.

• Canalair versus lobulair carcinoom:

de belangrijkste twee histologische types van borstkanker. Bij een canalair carcinoom hebben de kankercellen de vorm van de melkkanaaltjes, bij een lobulair carcinoom hebben de kankercellen eerder de vorm van de cellen van de lobben. Het onderscheid kan klinisch belangrijk zijn, omdat de evolutie en de presentatie verschillen.

• Ki67:

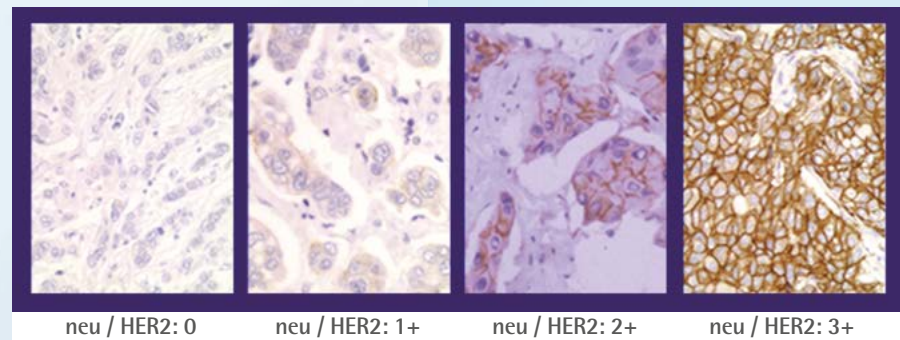
immunohistochemisch onderzoek voor identificatie van een niet-histoneiwit, dat tot expressie wordt gebracht door de kernmatrix van een cel die zich aan het delen is. De merker, uitgedrukt in % van de onderzochte kankercellen (proliferatie-index), geeft een idee over de tumorgroei. Een lage index betekent trage tumorgroei, een hoge index snelle tumorgroei. Deze merker is nuttig in de kliniek, maar is nog onvoldoende gestandaardiseerd.

• Oestrogeenreceptor (ER) en progesteronreceptor (PR):

eiwitten die in de celkern zitten en die worden opgespoord en bepaald met immunohistochemie. Kankercellen die ER en PR tot expressie brengen, hebben een betere prognose dan kankercellen die deze receptoren niet synthetiseren. Die merkers voorspellen ook de respons op hormoontherapie en dat is de belangrijkste reden waarom ze in de kliniek worden opgespoord (farmacodiagnose).

• HER2/neu

eiwit in de membraan van het cytoplasma dat sterk tot expressie wordt gebracht bij bepaalde carcinoomen. Semikwantitatieve dosering door middel van immunohistochemie ligt ten grondslag aan een van de eerste gerichte behandelingen voor klinisch gebruik. Bij een sterke expressie kan een behandeling met Herceptine of Tyverb worden overwogen.



Immunohistochemie IHC

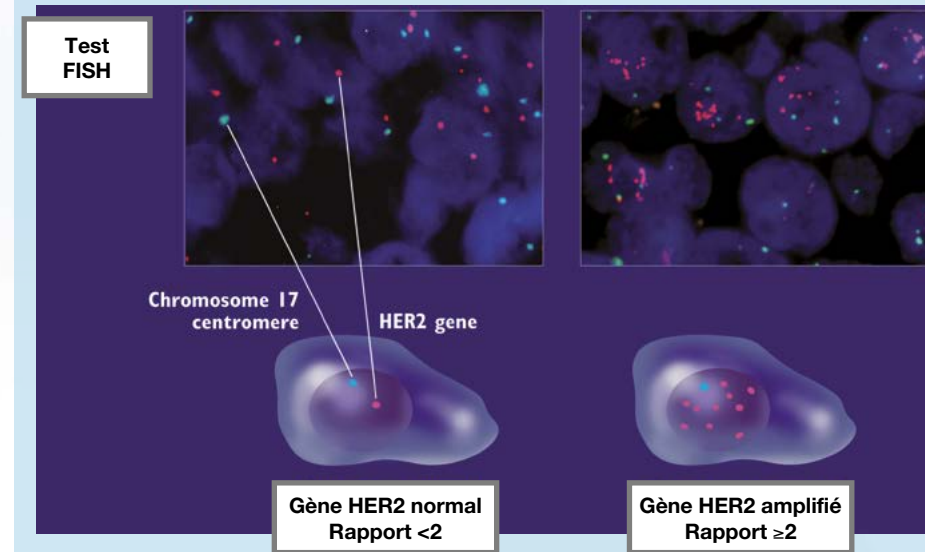
De mate van overexpressie van HER2/neu door borstkankercellen kan worden geëvalueerd met immunohistochemie. Een behandeling gericht tegen deze receptor kan geïndiceerd zijn bij waarden van 2+ of 3+.

ONTCIJFERING VAN HET PATHOLOGISCH-ANATOMISCH VERSLAG VAN HET BORSTONDERZOEK

• FISH, SISH, CISH :

(Fluorescent of Silver of Chromogenic In Situ Hybridisation): moleculaire analyse voor opsporing van een amplificatie van het gen dat codeert voor een eiwit. Bij borstkanker

gaat het om het gen van de oncoproteïne HER2/neu, ook c-erbB-2 genoemd (zie vorig punt). Een behandeling met Herceptine wordt alleen terugbetaald als amplificatie van dat gen bewezen is.



Met de FISH-test kan een amplificatie worden aangetoond van het HER2/neu-gen, die verantwoordelijk is voor overexpressie van deze receptor aan het oppervlak van borstkankercellen. In dat geval is de verhouding tussen het aantal HER2-genen (rood in deze figuur) en een controle (centromeer van chromosoom 17, in het blauw) ≥ 2 . Dan kan een behandeling worden gegeven die gericht is tegen deze receptor (Herceptine, Tyverb).

• Immunofenotypering:

het histologische tumortype wordt gebaseerd op de vorm bij microscopisch onderzoek na routinekleuring (hematoxyline en eosine). Daar kunnen immunohistochemische onderzoeken aan worden toegevoegd, zoals markering van E-cadherine om een onderscheid te maken tussen het canalair en het lobulaire type.

• Lymfatische embolie:

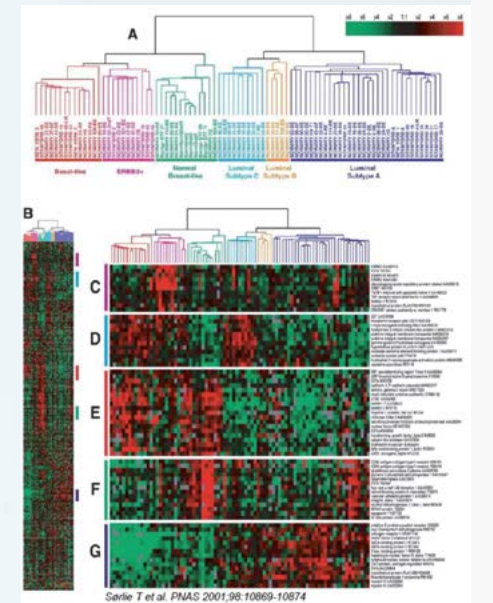
aanwezigheid van kankercellen in het lumen van lymfevaten. Getuigt vaak van een meer gevorderde kanker. Een kwantitatieve meting is moeilijk gezien het vluchtige en microscopische karakter van de beelden.

• Marges & resectieranden:

de rand van een chirurgische resectie is de buitenrand van een specimen bij conservatieve borstchirurgie, met andere woorden de oppervlakte van het specimen. De marge is de afstand tussen de tumor en de rand van de chirurgische resectie. De patholoog meet die afstand bij microscopisch onderzoek, die minstens 2 mm moet bedragen (VS-

• Basal like, luminal :

deze nieuwe aanpak bij de classificatie van tumoren is gebaseerd op het gehalte aan boodschapper-RNA (microarraytechniek). De methode wordt momenteel klinisch gevalideerd in internationale studies en wordt nog niet terugbetaald door het Riziv. Er zijn verschillende tumortypes gedefinieerd (basaal, luminaal). De prognose verschilt naargelang van het tumortype.



"Micro-array" techniek

De micro-array techniek laat een nieuwe indeling toe van de borsttumoren op basis van hun boodschapper-RNA.

De voornaamste types zijn:

- types zonder oestrogeen-receptoren: 'normaal', 'basaal-achtig', en 'HER2-rijk'
- 2 types met oestrogeen-receptoren: 'luminaal A' en 'luminaal B'
- 1 type met de naam 'claudin-arm'

Deze verschillende types van borstkanker verschillen sterk in prognose en in therapeutische doelwitten die ze uiten.



Dr Daniel Faverly, Borstenpathologie, CHIREC



FDG-PET-CT EN BORSTKANKER

Tumorcellen nemen glucose op om aan hun hoge energiebehoefte te voldoen. Met een PET-scan met 18-fluordesoxyglucose (FDG) kan deze concentratie van glucose in de tumorcellen en met name bij borstkanker in beeld worden gebracht. Er zijn verschillende toepassingen voor deze in-vivometing van het tumormetabolisme bij de behandeling van borstkanker.

• Diagnose.

Een PET-scan dient niet om borstkanker op te sporen. Het komt echter wel voor dat er een afwijking in de borsten wordt ontdekt tijdens een onderzoek dat voor een andere reden wordt uitgevoerd. Als een knobbel in een borst veel FDG opneemt (we spreken dan van 'hypermetabolisme'), is de kans zeer groot dat het een kwaadaardige knobbel is. Een PET-CT-

scan kan worden aangevraagd voor diagnostische doeleinden als de resultaten van een klassieke mammografie en echografie twijfelachtig of niet doorslaggevend zijn.

• Evaluatie van de uitgebreidheid van de ziekte voor behandeling

In recente studies is aangetoond dat het in sommige gevallen nuttig is tevens een FDG-PET-CT-scan uit te voeren bij de pretherapeutische evaluatie van de uitgebreidheid van een plaatselijk of regionaal gevorderde borstkanker (staging). Met een PET-scan kunnen immers zeer snel metastasen worden opgespoord in de lymfeklieren die mediaal van de borst liggen, en vooral metastasen op afstand. Zo kan de behandeling worden verbeterd.

• Detectie van recidief.

Al jaren wordt aangenomen dat een FDG-PET-scan een zeer gevoelige methode is om een recidief van borstkanker op te sporen. Een

PET-scan maakt beelden van het hele lichaam en detecteert een recidief in de beenderen, de lever, de longen, de lymfeklieren of plaatselijk en regionaal. De staging kan dus met een enkel onderzoek worden uitgevoerd, dat bovendien zeer gevoelig is.

• Meting van de metabole respons op de behandeling (chemotherapie, hormoontherapie, gerichte geneesmiddelen).

Met de nieuwe behandelingen voor borstkanker rijst er een probleem bij het evalueren van de tumorrespons. In geval van metastasen gaan we meer in de richting van tumorcontrole in tegenstelling tot het oude paradigma dat de tumor moet worden vernietigd. Met de klassieke beeldvormingsonderzoeken worden de grootte en de vorm van gezwellen geëvalueerd. Het is mogelijk dat deze beelden niet veranderen tijdens een behandeling die tot doel heeft de tumorgroei te controleren en uitzaaing ervan te verhinderen. Met metabole of functionele beeldvorming en met name met een FDG-PET-CT-scan kunnen we de levensvatbaarheid en de metabole respons van een tumor meten, ook al is er op morfologisch vlak (nog) geen verandering te zien.

Botmetastasen komen veel voor bij borstkanker. Met een PET-CT-scan kunnen we de tumorrespons van botmetastasen kwantitatief evalueren (zie illustratie), ook als de metastase bij de klassieke beeldvormingsonderzoeken (radiografie, CT-scan) 'niet kan worden gemeten'. De behandeling kan dan snel worden aangepast als de kanker niet op de behandeling reageert.

Deze nieuwe beeldvormingstechnieken banen de weg voor een oncologische geneeskunde op maat, waarbij de behandeling snel wordt aangepast naargelang van de objectieve respons.



Prof. Max Lonneux, Nucleaire geneeskunde, CAVELL

KWALITEITSREVOLUTIE IN DE ONCOLOGIE: HET VOORBEELD VAN DE BORSTKLINIEK

Multidisciplinair Oncologisch Consult (MOC)

Een erkende borstkliniek zoals die van het Chirec Cancer Institute biedt een enorme meerwaarde qua kwaliteit omdat elke patiënte met borstkanker of een vermoeden van borstkanker wordt besproken op een wekelijkse vergadering waar alle betrokken experts, specialisten en paramedici aan deelnemen (zie schema). Als de experts zich niet op dezelfde campus bevinden, communiceren ze via een teleconferentie. Ze onderzoeken samen:

• de diagnose

De diagnose wordt besproken door de clinicus, de radioloog en de patholoog als er een biopsie werd uitgevoerd. Ze bespreken niet alleen kankergevallen, maar ook twijfelgevallen waarbij een kanker wordt vermoed.

• wat het beste therapeutische beleid is dat kan worden aanbevolen:

- resectie van de tumor met een mammoetoom: wordt soms uitgevoerd door een senoloog. Zo kan soms worden afgezien van een heelkundige ingreep
- welk type chirurgische behandeling: conservatieve chirurgie (tumorectomie) of mastectomie
- chemotherapie voor (neoadjuvante) of na (adjuvante) de chirurgie

- al dan niet chemotherapie
- al dan niet radiotherapie
- eventueel een hormonale behandeling en in voorkomend geval, welke

Er wordt onmiddellijk een MOC-rapport opgesteld. In 2012 hebben we 227 MOC-rapporten voor borstkanker opgesteld. Dat rapport wordt in het computerdossier van de patiënt gestoken en wordt verspreid onder de behandelende artsen. Deze gegevens worden ook anoniem opgenomen in de gegevensbank van het Nationaal kankerregister.

Het kwaliteitsproces dat aan het CHIREC werd ontwikkeld en al vele jaren wordt gevolgd, met name sinds de oprichting van het Chirec Cancer Institute (CCI) in 2008, maakt dat de borstkliniek werd geselecteerd voor het convenant "Coördinatie kwaliteit en veiligheid van de patiënten" dat tussen het CHIREC en de minister voor volksgezondheid werd gesloten. In het kader van dat convenant heeft het Chirec Cancer Institute 11 "kwaliteitsindicatoren" onderzocht: 3 structurele indicatoren, 5 procesindicatoren en 3 resultaatindicatoren. Zo hebben we de volgende parameters onderzocht:

- de tijd die verloopt tussen een screeningonderzoek dat een abnormale uitkomst heeft gegeven, en het aanvullende onderzoek: in het CCI worden 2 op de 3 patiënten binnen 3 dagen onderzocht, conform de internationale richtlijnen
- het aantal vrouwen met een borstkanker van stadium I en II bij wie conservatieve chirurgie wordt uitgevoerd: ongeveer 75% in het CCI, percentage dat overeenstemt met de internationale richtlijnen
- en tot slot het aantal patiënten met een nieuwe borstkanker van wie het dossier op een MOC werd besproken voor er een behandeling werd gestart: meer dan 80% in 2012. Dat is een opmerkelijk hoog cijfer, wetende dat het MOC in grote centra pas plaatsvindt na chirurgie

Alle zorgverstrekkers van de borstkliniek hebben een kwaliteitscharter getekend en we proberen voortdurend om de zorg die we onze patiënten geven, nog te verbeteren. Zo hebben we de afgelopen maanden een interventionele MRI ontwikkeld om biopsies te kunnen nemen die niet te zien zijn bij echografie.

Door die patiëntgerichte kwaliteitsstrategie, de gesofistikeerde apparatuur en kwalitatief hoogstaande multidisciplinaire teams werd de borstkliniek van het Chirec Cancer Institute in maart 2013 aanvaard als volwaardig lid van het Europese netwerk SENONETWORK (Breast Centres Network). Onze borstkliniek beantwoordt inderdaad aan alle criteria (<http://www.breastcentresnetwork.org/criteria.pdf>).



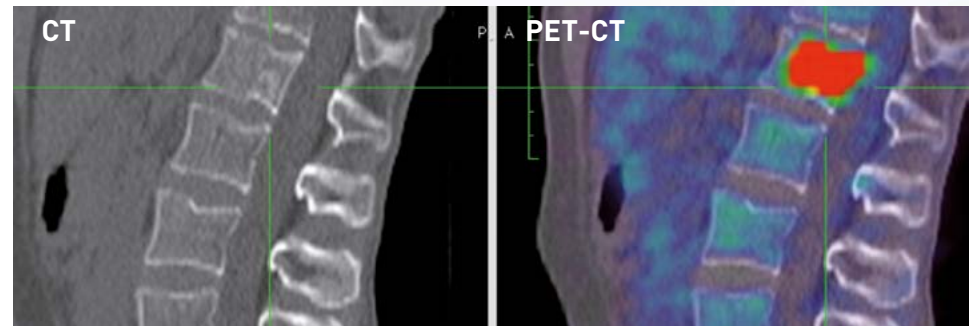
Dr. Jean-Pierre CLAES, Coördinator van de gynaecopelviene oncologische kliniek



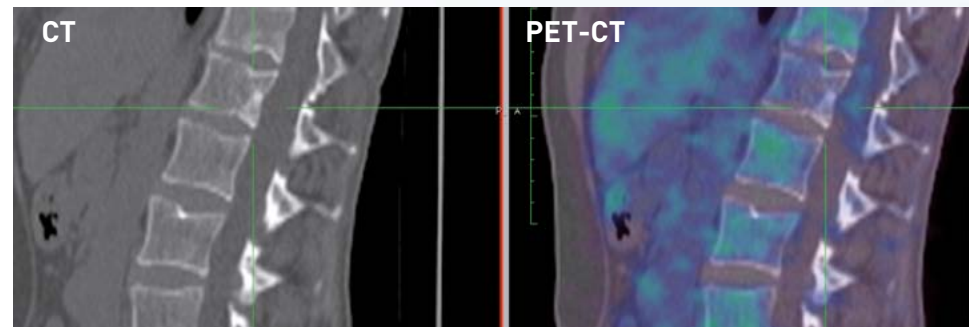
Prof. Thierry VELU, Medisch oncoloog, directeur van het CCI



Meting van de respons van een botmetastase bij borstkanker (chemotherapie + hormoontherapie).



VOOR DE BEHANDELING: Duidelijk hypermetabole botmetastase in wervellichaam L1.



NA DE BEHANDELING: Volledige metabole respons met verdwijnen van de metabole hyperactiviteit. Op de CT-scan is de dichtheid echter nog toegenomen, waaruit zou kunnen worden afgeleid dat de ziekte is verergerd, waar het in feite gaat om reconstructie van bot.

SAMEN TEGEN BORSTKANKER

DE CONSERVATIEVE BEHANDELING VAN BORSTKANKER: HEDEN EN TOEKOMST

1. Conservatieve borstchirurgie:

Oncoplastische conservatieve borstchirurgie combineert oncologische veiligheid (er wordt voorrang gegeven aan resectie van de kanker met een gezonde marge) en esthetische beschouwingen (remodeling van de rest van de borst om de borst een zo natuurlijk mogelijke welving te geven).

Dankzij betere screeningstechnieken (waardoor verdachte afwijkingen steeds vroeger kunnen worden opgespoord), de mogelijkheid van preoperatieve chemotherapie in bepaalde omstandigheden en uitstekende samenwerking tussen gynaecologen en plastische chirurgen kan steeds vaker worden geopteerd voor een oncoplastische conservatieve operatie met goede oncologische en esthetische resultaten.

In tal van studies is aangetoond dat conservatieve chirurgie vaak even doeltreffend is als een verminkende operatie.

Deze conservatieve behandeling, waarbij rekening wordt gehouden met esthetische factoren, wordt uiteraard altijd gecombineerd met een resectie van de schildwachtklier of enkele okselklieren naargelang van de grootte en het type borstkanker.

Bij de meeste patiënten bij wie de diagnose vroeg wordt gesteld, wordt nu conservatieve chirurgie uitgevoerd, gevolgd door radiotherapie. Ook de radiotherapie is er sterk op vooruitgegaan, wat een strategie op maat mogelijk maakt.

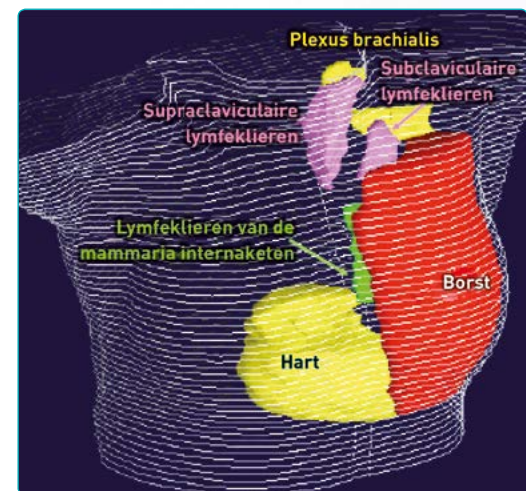


Dr Jean Frédéric Limbosch,
Gynaecopelvienne en borstchirurgie, CHIREC



Source INCA - www.e-cancer.fr

2. Radiotherapie



Driedimensionaal beeld van de borstkas met een schets van de borst, de lymfeklierketens en de risicozones (hart en plexus brachialis)

Radiotherapie is er de laatste jaren sterk op vooruitgegaan. Radiotherapie is essentieel bij een conservatieve behandeling om subklinische tumorresten uit te schakelen. Met technieken van conformationele radiotherapie kan een dosis van 45 tot 50 Gy op de hele borst worden gegeven in 4,5 tot 5 weken tijd.

Dat resulteert in een uitstekende lokale controle, een goed esthetisch resultaat en een betere overleving.

In sommige situaties (patiënte in slechte algemene toestand, oude patiënte of patiënte die veraf woont) kan een geconcentreerde radiotherapie (42,5 Gy in 16 fracties) worden overwogen. In studies is aangetoond dat deze behandeling even doeltreffend is. Dergelijke schema's worden evenwel voorbehouden voor goed geselecteerde patiënten omdat ze meer plaatselijke en regionale toxiciteit veroorzaken, vooral bij de behandeling van de lymfeklierstreken. De frequentie van stralingsplexitis stijgt van 1% met een fractie van 2 Gy tot 6% bij toediening van een fractie van 3,7 Gy.

Na een conservatieve behandeling zal een recidief zich meestal voordoen in hetzelfde kwadrant als de oorspronkelijke kanker. Er lopen studies om een dergelijk therapeutisch beleid te valideren. Partiële bestraling van de borst wordt alleen toegepast bij tumoren met een uitstekende prognose. De dosis kan in één sessie worden toegediend tijdens de operatie (doelvolumen bepalen niet eenvoudig) of in meerdere sessies, met conformationele technieken of intensity modulated radiotherapie.

ERVARING MET BESTRALING VOOR BORSTKANKER AAN HET CHIREC

Borstkanker is een aandoening die vaak met radiotherapie wordt behandeld. Tal van retrospectieve en prospectieve studies hebben het effect van bestraling op de frequentie van plaatselijk recidief en de overleving onderzocht. Bij de meerdere duizenden vrouwen die een dergelijke behandeling kregen, verbeterden de frequentie van plaatselijk recidief en de totale overleving na 5 en 10 jaar sterk

In de eerste grote studies werden wel veel complicaties waargenomen en vooral dan een belangrijke toxiciteit voor het hart. Sinds meer dan tien jaar werden de oude toestellen daarom vervangen door lineaire deeltjesversnellers. Bovendien werd de tumor vroeger gelokaliseerd en werden de te bestralen volumes bepaald door middel van klassieke röntgenfoto's, maar gebeurt dat sinds enkele jaren met een scanner. Dankzij die technologische evolutie is de behandeling sterk verbeterd. De behandeling is ook veel preciezer geworden en veroorzaakt nu veel minder bijwerkingen, vooral wat de toxiciteit op het hart en de longen betreft.

Sinds 2010 beschikt het CHIREC over deeltjesversnellers van de laatste generatie gekoppeld aan een systeem van virtuele CT-simulatie. Als radiotherapeuten is ons doel om een optimale dosis homogeen toe te dienen op het doelvolumen. De borst is een complex orgaan met een zeer variabele geometrie, dat bovendien dicht tegen risico-organen (hart en longen) ligt.

Om dat doel te bereiken, hebben we in team beslist om over te schakelen op intensity modulated radiotherapie. Dat wil zeggen dat we de bundel aanpassen via een collimator met meerdere 'plaatjes' die door een computer wordt gecontroleerd.

De 'plaatjes' van de collimator verplaatsen zich om de stralenbundel perfect aan te passen aan de vorm van de tumor. De bundels worden vanuit verschillende hoeken gericht om de optimale dosis af te geven op het doelvolumen.

Met die technologie kunnen we de doses zeer precies richten en tevens de omgevende gezonde weefsels sparen omdat die dan veel minder stralen krijgen

Methode

Tussen november 2010 en november 2012 hebben we 199 (2011 94; 2012 105) patiënten behandeld na chirurgische verwijdering van een borstkanker. Eerst gaan we na welk volume we moeten behandelen.

De virtuele simulatie met een CT-scan duurt 15 minuten en het resultaat is nauwkeurig tot de millimeter.

Op de behandelde borst en aan de linker- en de rechterzijde van de patiënte worden merktekens op de huid aangebracht op de plaatsen die worden aangegeven door een laser.

De arts tekent het te behandelen volume en de risico-organen af op de dosimetrische CT-scan.

Al die gegevens worden dan naar de eenheid voor radiofysica gestuurd.

Het berekenen van de doses duurt gemiddeld twee uur.

Daarna wordt het resultaat bekrachtigd door de radiotherapeut.

Voor de eigenlijke behandeling start, voert een ingenieur-fysicus metingen uit op een 'fantoom' (platen van polystyreen) om de berekende bundel te vergelijken met de gemeten bundel. We controleren dus of de distributie van de dosis daadwerkelijk overeenstemt met de voorspellingen en dat duurt één uur.

Dan kan de behandeling van start gaan. Voor elke sessie voeren we een beeldvormingsonderzoek uit om de precisie van de positionering ten opzichte van de initiële scanner te controleren. Indien nodig brengen we veranderingen aan

De resultaten

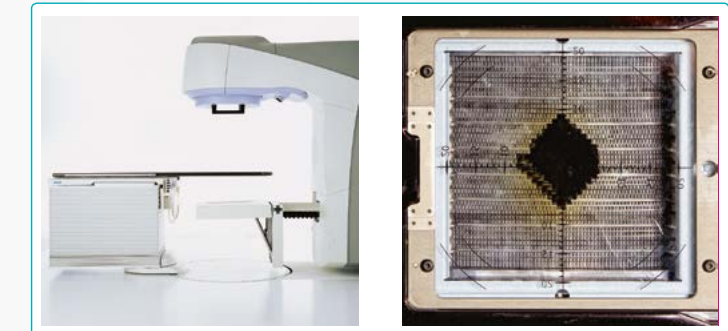
We beschikken nog niet over een voldoende lange follow-up om iets te kunnen zeggen over de toxiciteit op lange termijn.

Daarom hebben we het effect van een dergelijke behandeling op de bijwerkingen op korte termijn onderzocht in vergelijking met de klassieke behandeling.

Dankzij de dosimetrische precisie hebben we de dosis op het tumorvolume (operatieplaats afgelijnd door clips) kunnen verhogen. Dat resulteert in een beter radiobiologisch rendement en bovendien hebben we de duur van de behandeling zo met één week kunnen inkorten.

We hebben geen acute bijwerkingen op het hart of de longen waargenomen. De bijwerkingen op de huid bij de 199 patiënten die werden behandeld met IMRT, werden vergeleken met die in een vergelijkbare groep van 200 patiënten die tussen 2005 en 2007 werden behandeld.

Dermitis komt minder voor met IMRT (zie tabel).



Lineaire deeltjesversneller

Multislice-collimator

De dermitis treedt later op (na 19 dagen behandeling in plaats van na 10 dagen).

In 34% van de gevallen begint de dermitis pas na 23 dagen (de laatste week van de behandeling) en neemt die vooral toe tijdens de eerste dagen na het einde van de behandeling.

Tien dagen na de behandeling is de huidreactie bijna volledig verdwenen (89%).

De belangrijkste risicofactoren zijn bestraling van een groot volume en een voorafgaande chemotherapie.

In ongeveer 80% van de gevallen kunnen we voorspellen waar de huidreactie meer uitgesproken zal zijn. Dat is meestal toe te schrijven aan een overdosering op een tumor die dicht tegen de huid ligt.

Dr. Philippe Warnier,
Radiothérapie, CHIREC

Dr Pauline Gastelblum,
Departementshoofd
Radiotherapie CHIREC



HUIDIGE PLAATS VAN MASTECTOMIE BIJ BORSTKANKERCHIRURGIE

Een mastectomie (volledig wegsnijden van de borst) is nog altijd noodzakelijk bij sommige gevallen van borstkanker: multicentrische kanker (meerdere kwadranten), als de tumor te groot is in verhouding tot het volume van de borst en als de patiënte dat expliciet vraagt. Een mastectomie kan ook profylactisch gewettigd zijn bij patiënten met een BRCA1- of BRCA2-mutatie (het risico op optreden van borstkanker daalt dan met 90%). De mastectomie wordt dan onmiddellijk gecombineerd met reconstructiechirurgie. De frequentie van mastectomie verschilt sterk van de ene groep tot de andere: van 25 tot 50% van de operaties wegens borstkanker. Sinds de jaren tachtig is de frequentie van mastectomie geleidelijk gedaald in het voordeel van conservatieve chirurgie (tumorectomie, kwadrantectomie en oncoplastische chirurgie gevolgd door radiotherapie). Sinds enkele jaren blijkt die tendens echter weer te keren. Doordat steeds meer een MRI wordt uitgevoerd bij de preoperatieve staging, worden vaker multifocale en multicentrische kankergezwellen gedetecteerd. En gezien de soms minder goede langetermijnresultaten van conservatieve chirurgie en de verbetering van de technieken van reconstructieve chirurgie geven sommige chirurgen de voorkeur aan een volledige resectie van de borstklier gevolgd door een onmiddellijke reconstructie.

Vandaar dat de frequentie van mastectomie met behoud van de huid progressief stijgt. Dat laatste verbetert de esthetische en functionele resultaten na onmiddellijke reconstructie (met een prothese of een autologe flap). Behoud van de tepel en de tepelhof is een omstreten onderwerp. Bij een klassieke mastectomie moet worden gezorgd voor een gelijkmatig litteken. Dat zal de cosmetische en functionele resultaten op lange termijn verbeteren en een eventuele latere reconstructie vergemakkelijken. De patiënte moet ook psychologische ondersteuning krijgen en moet voor ontslag uit het ziekenhuis een tijdelijke externe prothese meekrijgen.



Dr Patrick Colart,
Gynaecopelviene en borstchirurgie, CHIREC

TECHNIEK VAN DE SCHILDWACHTKLIER

Een techniek om de kans op een gezwollen arm (lymfoedeem) te verminderen

Opsporing van positieve klieren in de oksel is van kapitaal belang bij borstkanker. Dat is immers een prognostische factor, die de algemene en de lokale behandeling bepaalt.

Historisch werd daarvoor alleen een okselklieruitruiming uitgevoerd (lymfadenectomie). Om een overbodige okselklieruitruiming te vermijden en om de daarmee samenhangende morbiditeit (complicaties) te verminderen, passen we nu de schildwachtkliertechniek toe. Het principe steelt op de hypothese dat de drainage van de tumor gebeurt naar een eerste lymfeklierstation via directe lymfatische weg. Dat is de 'schildwachtklier' van de tumor.

De methode moet een detectiepercentage van bijna 100% hebben met bijna 0% fout-negatieve uitkomsten. Als dat eerste station geen klierinvasie vertoont, mag worden aangenomen dat de andere klieren ook niet aangetast zijn. De schildwachtklier is dus 'representatief' voor de toestand van de andere okselklieren.

Bij de ingreep wordt een stof (nanocolloïd gemerkt met Tc99m en/of een blauwe kleurstof) ingespoten rond de tumor of de tepelhof. Deze kleurstof migreert naar het eerste lymfeklierstation en blijft daar zitten. Tijdens de operatie gebruikt de chirurg een sonde om de radioactiviteit te detecteren, zodat hij/zij de schildwachtklier in de oksel kan lokaliseren en wegsnijden.

- De lymfeklier wordt onmiddellijk of later geanalyseerd.
- Als er geen invasie is, wordt er geen andere chirurgische ingreep op de lymfeklieren uitgevoerd. Er is geen okselklieruitruiming nodig.
 - Als de lymfeklier positief is, wordt een okselklieruitruiming uitgevoerd.



Dr Marc Arens,
Gynaecopelviene en borstchirurgie, CHIREC



Er bestaan twee grote types van borstreconstructie: met autoloog weefsel (flappen) en met een prothese. Als er meerdere opties zijn, zal de plastische chirurg in overleg met de patiënte de beste techniek kiezen voor de borstreconstructie, op grond van verschillende factoren (desiderata, hobby's en beroep van de patiënte, toestand van de plaatselijke weefsels, weefsels die kunnen worden weggesneden, algemene contra-indicaties, oncologische toestand, andere borst ...).

RECONSTRUCTIE MET PROTHESE.

Reconstructie met een prothese is de techniek die nog altijd het meest wordt gebruikt, hoewel er andere reconstructietechnieken zijn met autologe weefsels. Meestal verloopt een reconstructie met een prothese in twee fasen: weefselexpansie en daarna plaatsing van een definitief implantaat. Weefselexpansie is een techniek van plastische chirurgie die ook voor andere toepassingen wordt gebruikt en waarbij huid wordt "gecreëerd" door expansie, net zoals zwangere vrouwen meer huid in de buik vormen door progressieve expansie van het weefsel van de buikwand. Weefselexpansie is een vrij eenvoudige techniek. De operatie is licht en kort in vergelijking met reconstructie met flappen. Het litteken is zeer klein omdat een reconstructie meestal wordt uitgevoerd via het litteken van de mastectomie. Toch liggen de zaken op middellange en lange termijn wat anders en op lange termijn is een autologe reconstructie zeker beter, gezien het risico op late complicaties na inplanting van een prothese en op een progressief verdwijnen van de symmetrie. Borstreconstructie met een prothese houdt meerdere nadelen in: de borst voelt soms te hard aan, de gereconstrueerde borst is te rond, de plooi onder de borst is minder duidelijk, de prothese is te voelen of te zien vanwege ploovorming of de borst is minder

soepel dan de andere, wat vooral te zien is in lighouding.

RECONSTRUCTIE MET AUTOLOOG WEEFSEL

In tegenstelling tot reconstructie met een implantaat, heeft reconstructie met eigen (autoloog) weefsel voordelen die metertijd toenemen. De vorm van de borst wordt metertijd almaar natuurlijker, de littekens worden kleiner en de borst voelt warm en natuurlijk aan bij aanraken. Er kunnen verschillende weefsels worden gebruikt bij de reconstructie:

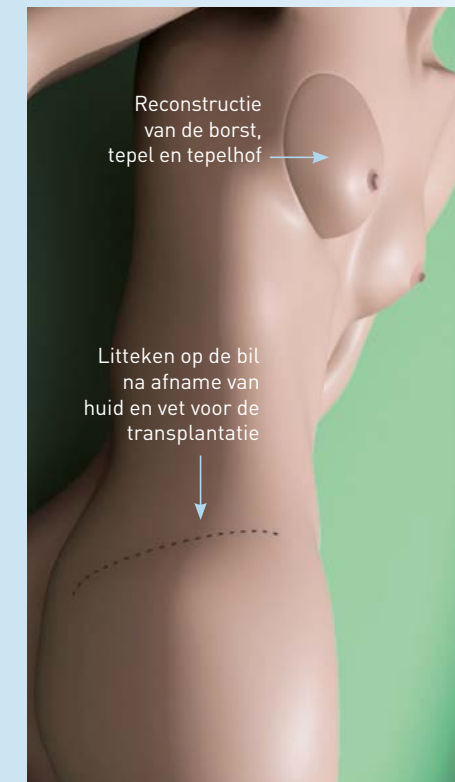
DIEP-FLAP (Deep Inferior Epigastric artery Perforator) of abdominale flap

In geval van een DIEP-flap wordt huid- en vetweefsel afgenomen onderaan in de buik en in de borst getransplanteerd. Dat gebeurt met microchirurgie. Het huid- en vetweefsel van de buik wordt vrijgemaakt op een voedende vaatsteel. Dat betekent dat

de functie van die rechte buikspier integraal gevrijwaard blijft. De bloedvaten worden onder een microscoop verbonden met andere bloedvaten. Er is dan een litteken in de lies. Dat litteken ligt echter laag en zit verborgen onder de slip of een normale bikini. Na de operatie is de buik dus platter en meer gespannen, een extra voordeel waar sommige vrouwen heel blij mee zijn.

Andere flappen:

Je kan ook huid- en vetweefsel afnemen in de bil (bilflap of SGAP in het Engels) of hoog aan de binnenkant van de dij (gracilisflap) en transfereren door middel van microchirurgie. Die techniek is geïndiceerd als er geen DIEP-flap beschikbaar is (zeer dunne buik).



Pr. Moustapha Hamdi,
Plastische chirurgie en borstreconstructie, Chirec



Dr. Jean Van Geertruyden,
Plastische chirurgie en borstreconstructie, Chirec





MEDISCHE BEHANDELINGEN

1. Praktisch overzicht van hormoontherapieën bij borstkanker

Hormoontherapie is een van de medische behandelingen die worden gebruikt bij een hormoonafhankelijke borstkanker. Hormoontherapie is nuttig bij de preventie van borstkanker bij kanker in situ, als adjuvante behandeling en bij de behandeling van metastasen. Met hormoontherapie wordt bij invasieve kanker een verbetering van de overleving met 13% verkregen. De therapie bestaat in antioestrogenen (tamoxifen) of aromataseremmers. De keuze wordt gemaakt op het multidisciplinair oncologisch consult (MOC) conform de richtlijnen.

Bij behandeling met het antioestrogeen tamoxifen (Nolvadex) is een gynaecologische

follow-up vereist, omdat tamoxifen de incidentie van poliepen, baarmoederfibroom, functionele cysten, atypische endometriumhyperplasie en endometriumkanker verhoogt. Tamoxifen kan ook toxisch zijn voor de lever en is gecontra-indiceerd als er een voorgeschiedenis is van trombo-embolie. Anderzijds heeft tamoxifen een gunstig effect op de botdichtheid. Ondanks zijn antioestrogene effecten heeft tamoxifen geen contraceptieve werking tijdens de premenopauze en moet er dus een niet-hormonaal voorbehoedmiddel worden gebruikt.

Bij behandeling met aromataseremmers (Arimidex, Femara, Aromasin) moet worden onderzocht of de patiënte een vooraf bestaande hart- en vaatandoening heeft, omdat de incidentie van deze problemen kan stijgen.

Gewrichtspijn en spierpijn zijn belangrijke, invaliderende bijwerkingen, maar die houden zelden langer aan dan 6 maanden. Aromataseremmers verhogen de incidentie van osteoporose. Daarom moet osteoporose worden opgespoord en behandeld.



Dr Bruno Van Der Meersch,
Coördinator van het oncologisch
zorgprogramma van het Sint-Anna-Sint-
Remigiusziekenhuis

2. Chemotherapie

Chemotherapie is een van de medische behandelingen voor borstkanker. Chemotherapie werkt in op de kankercellen in het hele lichaam: ze vernietigt de kankercellen of zorgt ervoor dat ze zich niet kunnen vermenigvuldigen. Maar die geneesmiddelen werken niet specifiek in op kankercellen, maar op alle cellen die zich delen. Vandaar de bekende bijwerkingen zoals haaruitval (aantasting van de haarfollikels), ontsteking van de slijmvliezen en daling van het aantal bloedcellen. Andere bijwerkingen zijn misselijkheid en braken, diarree of verstopping, afters, droge mond, vermoeidheid, pijn, onregelmatige maandstonden of achterwege blijven van de maandstonden (al dan niet tijdelijk), weerslag op het intieme leven van het koppel, enz.

De laatste jaren zijn er nieuwe geneesmiddelen ontwikkeld om borstkanker te behandelen, waardoor het therapeutische arsenaal flink is uitgebreid. Maar er is vooral vooruitgang geboekt op het vlak van ondersteunende behandelingen, die de toxiciteit van de cytostatica verminderen. De tijd dat de patiënten zo moesten braken, is voorbij. Naast die comfort gevende geneesmiddelen zijn er ook geneesmiddelen ontwikkeld die de daling van het aantal neutrofielen, een bepaald type witte bloedcellen die infecties bestrijden, en de rode bloedcellen (bloedarmoede met daardoor vermoeidheid) tegengaan.

We spreken van 'adjuvante' chemotherapie als de chemotherapie wordt gegeven na een chirurgische behandeling om het risico op ontwikkeling van kankercellen op afstand (metastasen genaamd) te verminderen.

We spreken van 'neoadjuvante' chemotherapie als de chemotherapie wordt gegeven voor de operatie. Een neoadjuvante chemotherapie heeft meerdere doelstellingen: naast de doelstellingen die worden gedefinieerd in een adjuvante situatie, kan een dergelijke neoadjuvante behandeling de tumorresectie vergemakkelijken, zodat mogelijk kan worden geopteerd voor conservatieve chirurgie. Ook kan dan de antitumorale doeltreffendheid worden geëvalueerd door de inkrimping van het gezwel te volgen (wat uiteraard niet meer mogelijk is als de chemotherapie na de operatie wordt gestart). Op die manier kan de behandeling worden aangepast en kan bijvoorbeeld worden overgeschakeld op een andere behandeling als de respons onvoldoende blijkt te zijn.

Niet alle patiënten krijgen stelselmatig chemotherapie. Chemotherapie wordt alleen gegeven als de kanker een hoger risico op recidief inhoudt. Dat risico hangt af van de kenmerken van de kanker en de leeftijd van de patiënte. We spreken dan van prognostische factoren. Op grond van die factoren wordt beslist of we chemotherapie gaan geven. Prognostische factoren zijn onder meer het aantal positieve klieren in de oksel, de tumorgraad (van I tot III), de grootte van het gezwel, de afwezigheid van hormoonreceptoren, aanwezigheid van HER2/neu-receptoren, de leeftijd, vasculaire embolieën, jonge leeftijd en eventueel ook de proliferatie-index.

De arts beschikt over een softwareprogramma (Adjuvant OnLine) dat het risico op recidief in de eerste 10 jaar na de behandeling en het effect van de medische behandeling (hormoontherapie en chemotherapie)

op dat risico berekent. Dat programma kan bij het multidisciplinair oncologisch consult (MOC) helpen bij de keuze van de medische behandeling. Het toont hoe hoog de kans op recidief is en geeft informatie over de voordelen en de statistische risico's die met de behandelingen te verwachten zijn. Dat kan dan met de patiënte worden besproken. Als de arts chemotherapie voorstelt, houdt hij rekening met deze risicofactoren, maar ook met de algemene toestand, de voorkeur en de medische en chirurgische voorgeschiedenis van de patiënte. Chemotherapie wordt niet alleen gegeven bij een nieuw gediagnosticeerde kanker, maar is ook belangrijk bij de behandeling van een recidief. Maar we zullen verder nog zien dat daar verandering in begint te komen ...



© Caroline Lewy

3. Gerichte geneesmiddelen die efficiënter en minder toxisch zijn dan chemotherapie

Er vindt sinds enkele jaren een omwenteling plaats bij de medische behandeling van kanker. Er werden nieuwe geneesmiddelen ontwikkeld naast de klassieke cytostatica. Hoewel het er nog niet zoveel zijn, stijgt hun aantal elk jaar. Ze hebben een veel specifiekere antitumorale werking dan cytostatica zodat ze efficiënter en minder toxisch zijn. Die opmerkelijke kenmerken zijn te danken aan het feit dat ze gericht zijn tegen een element van de tumorcel dat een centrale rol speelt in het kankerproces. We spreken dan ook van "gerichte" geneesmiddelen. Ze zijn de vrucht van wereldwijd, intensief fundamenteel onderzoek in de oncologie sinds 20 jaar. Veel van die geneesmiddelen zijn gericht tegen transmembrane receptoren (receptoren die door de membraan van de cellen gaan). Die receptoren controleren de celdeling en staan zelf onder controle van extracellulaire factoren die zich aan de receptoren binden (liganden) (zie figuur). Tumorcellen kunnen 10 tot 100 keer meer receptoren bevatten dan normale cellen. Vandaar dat die receptoren ideale doelwitten zijn. Er werden verschillende strategieën ontwikkeld om die receptoren uit te schakelen (zie figuur). Zo kan borstkanker worden behandeld met trastuzumab, beter bekend onder de naam **Herceptine®** (zie figuur). Trastuzumab is een monoklonale antistof die specifiek gericht is tegen de neu/HER2-receptor. 15-20% van de

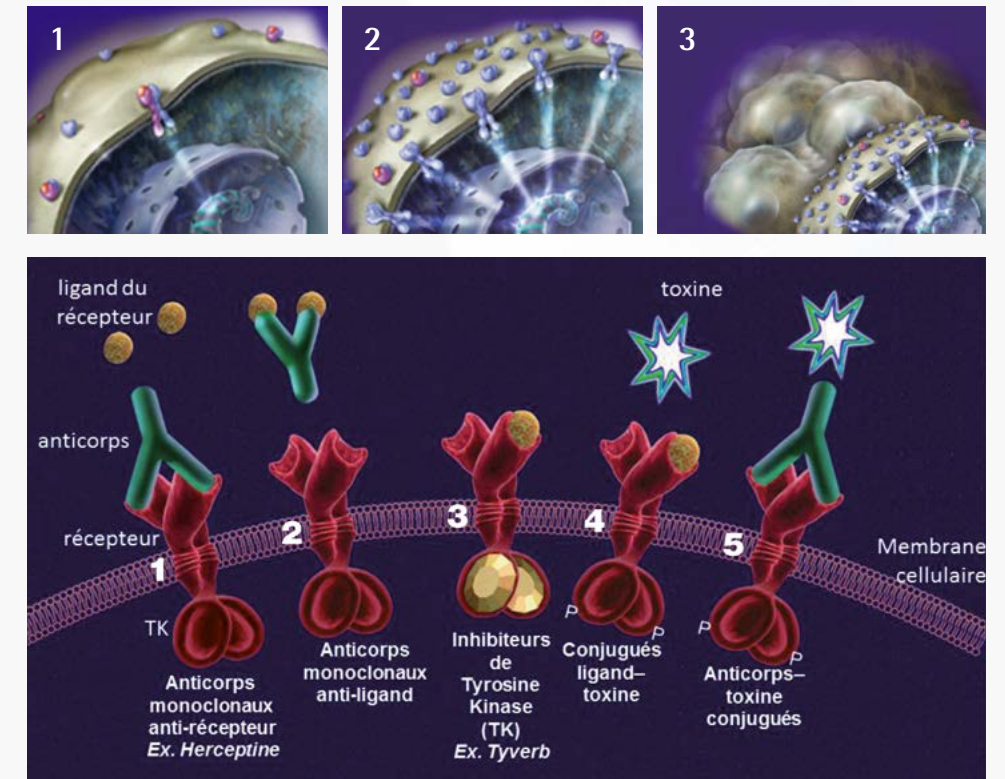
borstkankergezwellen vertoont een abnormaal hoog aantal HER2-receptoren (zie figuur). Bij intraveneuze toediening gedurende één jaar verlaagt trastuzumab het risico op terugval na resectie van een borstkanker met ongeveer 50%. Trastuzumab is dus zeer efficiënt en veroorzaakt nagenoeg geen bijwerkingen. In 2014 zal een andere monoklonale antistof tegen neu/HER2 in de handel worden gebracht: **pertuzumab (Perjeta®)**. Die antistof voorkomt de fysiologische vorming van dimeren tussen neu/HER2 en andere receptoren. In combinatie met Herceptine® heeft Perjeta® een effect op tumoren die verergeren onder Herceptine®. Binnenkort is ook **Ado-Trastuzumab Emtansine (of T-DM1)** beschikbaar, een geneesmiddel dat eveneens gericht is tegen neu/HER2. T-DM1 is een conjugaat dat bestaat uit trastuzumab (Herceptine®) en het antimetabietum maytansine. Studies hebben aangetoond dat T-DM1 zeer efficiënt is, ook na mislukking met Herceptine® en ook als eerstelijns therapie. Er bestaat nog een ander geneesmiddel voor patiënten met borstkanker, meer bepaald **lapatinib (Tyverb®)** (zie figuur). Lapatinib is net zoals de vorige geneesmiddelen gericht tegen neu/HER2, maar ook tegen een andere, verwante receptor: EGFR/HER1. Lapatinib gaat eerst door de celmembraan en remt dan de enzymatische activiteit van het tyrosinekinase

van die receptoren. Lapatinib kan nog efficiënt zijn bij patiënten met een borstkanker die resistent is geworden tegen Herceptine®. Het gaat vlotter door de bloed-hersenbarrière en zou dus misschien ook kunnen worden ingezet om secundaire hersenletsels te voorkomen of te behandelen. Een ander gericht geneesmiddel dat zijn werkzaamheid bewezen heeft bij borstkanker, is **bevacizumab (Avastin®)**, een monoklonale antistof tegen VEGF. VEGF is een factor die een rol speelt bij de vorming van de nieuwe bloedvatjes die de tumor voeden. We hebben bevacizumab al gepresenteerd in News nummer 5 van het CCI. Bevacizumab werkt immers ook bij andere tumoren, vooral colon- en nierkanker en het glioblastoom van de hersenen. In de loop van 2013 is nog een ander gericht geneesmiddel beschikbaar geworden voor patiënten met een borstkanker die hormoonreceptoren tot expressie brengt: **everolimus (Afinitor®)**. Everolimus is een mTOR-remmer. Het is zeer doeltreffend in combinatie met een aromataseremmer (exemestaan, Aromasin®). Die combinatie verdubbelt de progressievrije overleving. Bovendien wordt everolimus door de mond toegediend en veroorzaakt het vrij weinig bijwerkingen

Prof. Thierry VELU,
Medisch oncoloog, directeur van het CCI

Fig.1
(1) In normale cellen controleert de HER2/neu-receptor de vermenigvuldiging en de overleving van de cellen. (2) In cellen van bepaalde borstkankers stijgt het aantal receptoren abnormaal, met een factor 10 tot 100. Deze overexpressie wordt veroorzaakt door een amplificatie van het gen (zie figuur van de FISH-test hierboven). (3) Dit leidt tot een verlies van controle over de celdeling; de cellen vermenigvuldigen zich en vormen een tumor. De receptor vormt een ideaal doelwit voor de behandeling. Omdat er alleen overexpressie is in tumorcellen, is de behandeling gericht. Omdat deze overexpressie een sleutelrol speelt bij het ontstaan van de kanker is de behandeling ook doeltreffender.

Fig.2
Geneesmiddelen gericht tegen tyrosinekinasereceptoren, die sterk tot expressie worden gebracht aan het oppervlak van tumorcellen, zoals HER2/neu bij borstkanker. Als het ligand zich aan de buitenkant van de cel bindt, wordt het tyrosinekinase (TK) geactiveerd, wat leidt tot celdeling. Er zijn verschillende strategieën ontwikkeld die gericht zijn tegen deze receptoren: antistoffen tegen de receptor (zoals Herceptine bij borstkanker) (1) of het ligand van de receptor (2); tyrosinekinaseremmers (zoals Tyverb bij borstkanker) (3) en toxines in de vorm van conjugaten met het ligand (4) of een antistof (5).



d'après Roche-Genetech®

SAMEN TEGEN BORSTKANKER

NIEUWS OVER BORSTKANKER

We hebben enkele recente gegevens geselecteerd die mooi illustreren dat het diagnostische en het therapeutische beleid bij patiënten met borstkanker gestaag verbeteren. Het Chirec Cancer Institute streeft naar een humane aanpak op maat en wil daar ook in uitblinken. Daarom moeten we die nieuwe gegevens onmiddellijk vertalen in de dagelijkse praktijk, voor zover de waarde er uiteraard van bewezen is

• Langere adjuvante hormonale behandeling

Tot voor kort bedroeg de duur van de hormonale behandeling na operatie wegens een borstkanker met expressie van hormoonreceptoren (oestrogeen- en eventueel progesteronreceptoren) klassiek 5 jaar. Meerdere studies zetten die 'standaardduur' echter op de helling. Zo werd in de studies Atlas en aTtom aangetoond dat een behandeling met tamoxifen (Nolvadex) gedurende 10 jaar in plaats van 5 jaar de sterfte aan borstkanker na 10 jaar met 25% verlaagde. De frequentie van recidief daalde in alle subgroepen, ongeacht de leeftijd, de toestand van de lymfeklieren, de grootte van de tumor, het type chirurgie (al dan niet conservatieve chirurgie) en de menopauzale toestand.

Een behandeling met tamoxifen verlaagt het risico op ischemisch hartlijden, maar verhoogt het risico op trombo-embolische complicaties en endometriumkanker. Endometriumkanker kan echter goed worden behandeld als de diagnose tijdig wordt gesteld. Daarom moeten patiënten die tamoxifen innemen, minstens eenmaal per jaar een gynaecologisch onderzoek ondergaan en ook als ze bloedverlies vertonen. Volgens prof. Gray zullen er statistisch gezien voor elk sterfgeval als gevolg van endometriumkanker veroorzaakt door een langdurige behandeling met tamoxifen 30 sterfgevallen als gevolg van borstkanker worden vermeden. De voordelen van een langere behandeling met tamoxifen (in het totaal gedurende 10 jaar) wegen dus ruimschoots op tegen de risico's.

Daarom is een langere hormonale behandeling stilaan de nieuwe standaardtherapie aan het worden, vooral bij premenopauzale vrouwen met een matig of hoog risico op recidief.

• Hormonale behandeling bij lobulaire borstkanker

Er zijn almaar meer aanwijzingen dat een

adjuvante hormonale behandeling met een aromataseremmer beter is dan een behandeling met een oestrogeenantagonist bij een infiltrerende lobulaire borstkanker.

• Nieuws betreffende de schildwachtkliertechniek

Recente studies tonen aan dat bij patiënten met een borstkanker van minder dan 5 cm zonder klinisch of radiologisch verdachte okselklieren:

- de techniek van de schildwachtklier veilig en doeltreffend is.
- een okselklieruitruiming niet nodig als de schildwachtklier negatief is bij pathologisch-anatomisch onderzoek.
- de recidiefvrije overleving iets minder goed is als de schildwachtklier bij pathologisch-anatomisch onderzoek positief blijkt te zijn (geïsoleerde kankercellen of micrometastasen), echter zonder hoger risico op recidief in de oksellymfeklieren.
- als de schildwachtklier positief is bij pathologisch-anatomisch onderzoek, wordt klassiek een okselklieruitruiming uitgevoerd, maar soms kan daar van worden afgezien of kan in de plaats daarvan radiotherapie op de oksel worden gegeven.

• Erfelijke aanleg bij 'drievoudig negatieve borstkanker'

13% van de patiënten met een drievoudig negatieve borstkanker is drager van een gemuteerd BRCA-gen, dat resulteert in een erfelijke aanleg tot borst- en eierstokkanker. We spreken van drievoudig negatieve borstkanker als de tumorcellen geen oestrogeen- en geen progesteronreceptoren tot expressie brengen en als er geen verhoogde expressie/amplificatie van HER2/neu is. Bij welke patiënten moet die mutatie worden opgespoord? Als we ons enkel zouden baseren op de familiale voorgeschiedenis of op een leeftijd jonger dan 50 jaar, zouden we een derde van de gevallen missen. De internationale richtlijnen raden momenteel aan om een BRCA-mutatie op te sporen bij alle patiënten jonger dan 60 jaar met een drievoudig negatieve borstkanker, ook als er geen andere gevallen van borstkanker in de familie zijn.

• Neoadjuvante chemotherapie bij drievoudig negatieve borstkanker

Chemotherapie wordt klassiek gecombineerd met chirurgie (tumorectomie of mastectomie) om het risico op recidief van de borstkanker te verlagen. De chemotherapie kan voor of na de operatie worden toegediend. In het eerste geval spreken

we van 'neoadjuvante' chemotherapie en in het tweede geval van 'adjuvante' chemotherapie. Als we voor de operatie chemotherapie geven, doen we dat om gemakkelijker een conservatieve operatie te kunnen uitvoeren (tumorectomie in plaats van een mastectomie) of om de patiënte daarna te kunnen opereren, als dat in eerste instantie niet mogelijk is. Een voordeel van chemotherapie voor chirurgie is dat we dan ook de werkzaamheid ervan kunnen evalueren: als de kanker kleiner wordt, wijst dat erop dat de chemotherapie werkt. De recente GepaSixto-studie bevestigt het nut van toevoeging van carboplatine aan de neoadjuvante chemotherapie die klassiek wordt gegeven bij een drievoudig negatieve borstkanker: het percentage volledige remissie bedroeg dan 60% in plaats van 38%. Dat zou het risico op terugval significant moeten verlagen.

• ... en vooruitgang op het gebied van genetische handtekening

Er bestaan verschillende tests om de genetische handtekening van borstkanker te bepalen. Dat geeft ons een beter idee over het risico op terugval (recidief). We voeren die tests vooral uit om te proberen de indicaties voor adjuvante chemotherapie beter te omschrijven in situaties waarin de klassieke tests onvoldoende informatie geven (intermediair risico). Invasie van okselklieren is klassiek een indicatie voor chemotherapie. Op het congres van de American Society of Clinical Oncology in 2013 hebben Gnant et al. aangetoond dat met één van die tests, de PAM50 (die het expressieprofiel van 50 genen meet), een subgroep van patiënten kan worden gedetecteerd die een zeer laag risico op recidief loopt. Het resultaat was zeer significant. Bij die patiënten zouden we dan kunnen afzien van chemotherapie. Het betreft patiënten met een borstkanker met expressie van hormoonreceptoren, maar niet van HER2/neu met 1-3 positieve okselklieren. In die subgroep is het risico op ontwikkeling van een recidief op afstand 10 jaar na louter toediening van een adjuvante hormonale therapie lager dan 8%.



Pr. Thierry VELU,

Medisch oncoloog, directeur van het CCI

40% VAN DE KANKERGEZWELLEN ZOU DOOR PREVENTIE KUNNEN WORDEN VERMEDEN

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) zou niet minder dan 40% van de kankergezwellen kunnen worden vermeden door middel van efficiënte preventiestrategieën. We kunnen inderdaad de incidentie van bepaalde kankergezwellen verlagen door bepaalde risicofactoren te bestrijden of uit te schakelen. Die risicofactoren kunnen te maken hebben met de levenswijze, de omgeving of het beroepsmilieu.

Specifieke risicofactoren voor borstkanker zijn: de leeftijd, de etnische afkomst, bepaalde goedaardige aandoeningen, een persoonlijke of familiale voorgeschiedenis van borstkanker, genetische factoren, de levenswijze, voedingsfactoren, hormonale factoren, blootstelling aan ioniserende stralen en omgevingsgebonden factoren.

Aan een aantal risicofactoren die kanker kunnen veroorzaken, kan dus iets worden gedaan.

In veel studies is een verband aangetoond tussen de incidentie van borstkanker, een hoge body mass index en gewichtstoename bij gemenopauzeerde vrouwen. In een volgend nummer van deze News zullen we het hebben over de preventie van kanker via de voeding.

In meerdere studies is ook aangetoond dat lichaamsbeweging het risico op borstkanker bij gemenopauzeerde vrouwen verlaagt. In de observationele WHI-studie (Women's Health Initiative) bijvoorbeeld was het effect bijzonder duidelijk bij vrouwen die 10 uur of meer per week lichaamsbeweging hadden, zoals snel wandelen.

In een nieuwe grote studie, die werd gepresenteerd op het congres van de ASCO (American Society of Clinical Oncology, Chicago, juni 2011), wordt het verband tussen roken

en borstkanker bevestigd. We bespreken dat in het kader hiernaast. We kunnen dit korte overzicht niet eindigen zonder te spreken over medicamenteuze strategieën.

In een grootschalige fase III-studie bij 4.560 patiënten, die ook op het congres van de ASCO werd gepresenteerd, verlaagde een preventieve hormoontherapie met exemestaan het risico op ontwikkeling van invasieve borstkanker bij gemenopauzeerde vrouwen die een hoog risico liepen om een dergelijke kanker te ontwikkelen, met 65% na 3 jaar.

De patiënten vertoonden een of meer van de volgende factoren: een Gailscore > 1,66% (score die het risico op ontwikkeling van borstkanker berekent op basis van meerdere criteria), een voorgeschiedenis van atypische canalaire hyperplasie, atypische lobulaire hyperplasie, lobulair carcinoom in situ of canalaire carcinoom in situ met mastectomie of patiënten ouder dan 60 jaar zouden baat kunnen vinden bij een dergelijke behandeling.

De internationale richtlijnen zullen bepalen bij welke patiënten een dergelijke preventieve behandeling geïndiceerd is na een voorzichtige en volledige evaluatie van de risicobatenverhouding.



Dr. Sonia Lejeune,

Gynaecopelvienne en borstchirurgie, CHIREC



Photo Thinstock®

Websites

Europa Donna Belgium
Europees netwerk dat de steun en de solidariteit van vrouwen in Europa ten aanzien van borstkanker wil mobiliseren
www.europadonna.be



Vivre comme avant
is een beweging die steun en morele hulp biedt. De beweging wordt bezield door vrijwilligsters die zelf borstkanker hebben gehad
www.vivrecommeavant.be



Association le cancer du sein parlons-en
www.cancerdusein.org



Cancer du sein
Site d'informations entièrement dédié au cancer du sein
www.cancer-sein.net

Cancer et psychologie
Spécialisé dans l'appui psychologique aux malades et à leurs proches
www.canceretpsy.be



Stichting tegen kanker
www.kanker.be



Belgisch kankerregister
www.kankerregister.org



Brumammo
opsporing van borstkanker in Brussel
www.brumammo.be



INCA
Nationaal kankerinstituut in Frankrijk France
www.e-cancer.fr



Société Belge de Chirurgie Plastique
www.rbsps.org





FACETTEN VAN DE ONDERSTEUNENDE ZORG

Fragment van een tevredenheidsenquête uitgevoerd op twee campussen van de dienst Oncologie van het CHIREC

● Vraag: 'Rangschik in volgorde van belang op een schaal van 1 tot 10 (10 = het allerbelangrijkst) de kenmerken die u graag zou zien in een dienst oncologie.'

- Antwoord: Gemiddeld belang (op 120 patiënten):
 - 1°) competentie en doeltreffendheid van het oncologische team: 9,3
 - 2°) informatie krijgen: 7,9
 - 3°) een persoonlijke en hartelijke ontvangst: 7
 - 4°) controle van de pijn: 6,5

Mensen die geconfronteerd worden met kanker, worden op lichamelijk, emotioneel, familiaal en sociaal vlak door elkaar geschud. In het centrum krijgen ze dan ook, naast de oncologische behandelingen, hulp en begeleiding op verschillende gebieden, gedurende het hele ziekteproces vanaf de diagnose.

De oncologische ondersteunende zorg vormt een van de transversale groepen van het Chirec Cancer Institute. Het is een bundeling van meerdere diensten: psycho-oncologie, revalidatie, fysiotherapie, voeding, sociale dienst, pijnkliniek, continue en palliatieve zorg, logopedie, tabakologie, esthetische zorg ...

Deze verschillende specialismen beogen de pijn en andere symptomen te verlichten, het psychische lijden van de patiënt en zijn naasten te verlichten, de verdraagbaarheid van de oncologische behandelingen te bevorderen en de communicatie te verbeteren. Naargelang van het therapeutische project kan worden geopteerd voor functionele revalidatie of comfortzorg.

In het zorgteam, dat wordt gecoördineerd door Bernadette Pitsaer, zitten vertegenwoordigers van deze verschillende disciplines. Het team heeft meerdere doelstellingen: gevalideerde zorginitiatieven stimuleren en de ondersteunende zorg beter integreren in de oncologische

zorg, psychische behoeften opsporen, de toegankelijkheid van de ondersteunende zorg bevorderen, en coördinatie tussen de verschillende vakgebieden.

Dankzij de ondersteunende zorg kan oncologische zorg op hoog niveau worden verleend!



Dominique Bouckenaere,
Pijnbehandeling – continue zorg

Rol van de fysiotherapeuten

De fysiotherapeuten zullen aan uw zijde staan vanaf de dag na de operatie om uw schouder te mobiliseren, uw nek te masseren, u de werking van het lymfestelsel uit te leggen en advies te geven. In de daarop volgende weken zullen de lymfedrainage en de mobilisatie ambulante worden voortgezet, eventueel in combinatie met de sessies van radiotherapie.

Tijdens deze behandeling zullen we naar u luisteren, u raad te geven, ons aanpassen aan uw behoeften, in samenwerking met het hele verzorgingsteam.

Na borstchirurgie met okselklieruitruiming is kinesitherapie zeer belangrijk, al vanaf de dag na de operatie.

Met kinesitherapie wordt de schouder aan de kant van de geopereerde borst bewogen om eventuele stijfheid te voorkomen.

De kinesitherapeut geeft adviezen, masseert de nek en legt de werking van het lymfestelsel en het nut van lymfedrainage uit.

De kinesitherapeut zorgt ervoor dat de patiënt geen pijnstillende houding aanneemt (houding die de indruk van een tijdelijke verlichting kan geven, maar die verstijving en contractuur veroorzaakt).

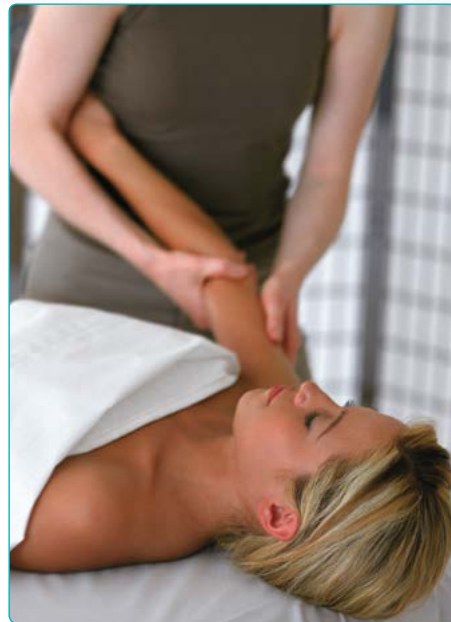


Photo Thinstock®

In de daarop volgende weken worden de drainage en de mobilisatie ambulante voortgezet, eventueel in combinatie met radiotherapie.

De kinesist kan ook het litteken en de weefsels soepel maken en eventuele pijn verminderen. In geval van lymfoedeem (zwellen van de arm) zal de kinesitherapeut naast manuele drainage zo nodig zwachtels aanleggen of druktherapie toepassen (een toestel dat zorgt voor mechanische en pneumatische drainage door compressie en decompressie via een huls die rond de arm wordt geplaatst).

Tijdens de behandeling zal de kinesitherapeut naar de patiënt luisteren, adviezen geven en de behandeling aanpassen aan haar behoeften, in samenwerking met het hele verzorgingsteam.



Joseph Harfouche, Françoise Nicaise
Fysiotherapeuten, Cavell

FACETTEN VAN DE ONDERSTEUNENDE ZORG

De sleutelrol van de coördinerende verpleegkundige



Photo Caroline Levy®

De verpleegkundige die de oncologische zorg coördineert, is een gekwalificeerde verpleegkundige die speciaal is opgeleid om kankerpatiënten op te vangen en die de beroepstitel heeft van verpleegkundige bachelor in de oncologische zorg. Dat is een sleutelpositie in de borstkliniek.

De functies van deze verpleegkundige zijn:

- de patiënt goed leiden en volgen bij de verschillende stappen: aankondiging van de diagnose, aanvullende onderzoeken, behandeling en follow-up.
- de patiënt informeren en ondersteunen. De verpleegkundige staat altijd klaar om vragen te beantwoorden, de verschillende fasen van de therapeutische planning tot één geheel te maken en de patiënt te verwijzen naar de verschillende zorgverstrekkers.
- zorgen voor een totaalaanpak van alle patiënten die naar haar worden verwezen, en altijd na het multidisciplinair oncologisch consult (MOC).

Een bachelor in oncologische zorg heeft competenties inzake verpleegkundige wetenschappen, biomedische wetenschappen, specifieke aandoeningen, anatomie, voeding/dieetleer, farmacopee en informatica (...), en heeft menselijke kwaliteiten zoals verantwoordelijkheidsgevoel, organisatorische en communicatieve vaardigheden en uiteraard discretie, respect en empathie. Dat alles vergemakkelijkt het parcours van de patiënt en het werk van de zorgverleners.



Catherine Marlet,
Verpleegkundige afdeling, Chirec

Psycho-oncologie

De aankondiging van een diagnose van borstkanker veroorzaakt een breuk in de continuïteit van het leven van de vrouw, waar ze het zeer moeilijk mee kan hebben. Die diagnose zet hun lichamelijke integriteit op de helling en confronteert ze met iets wat ze niet hadden verwacht, wat ze niet kennen, wat emotionele problemen kan veroorzaken die vaak gekleurd zijn door een gevoel van kwetsbaarheid, broosheid, wanhoop en paniek.

Borstkanker tast bovendien een lichaamsdeel aan dat symbolisch sterk geladen is, en veroorzaakt vaak grote veranderingen op individueel vlak en op het vlak van de relaties met anderen. Daarbij rijzen er vragen over de vrouwelijkheid, het leven als koppel, de seksualiteit, de relatie met de kinderen, het evenwicht in het gezin, het sociale leven en professionele projecten.

De aankondiging van een dergelijke diagnose vormt ook het begin van een vaak beproevend parcours met allerhande onderzoeken, behandelingen en ingrepen. Dat parcours kan een gevoel van onvermogen of onzekerheid met zich meebrengen. De psycho-oncologie beoogt een negatieve weerslag van de ziekte op de psyche van de patiënten en op de relaties met hun naaste

familieleden te voorkomen en wil ook vermijden dat de patiënten gevoelens van schuld of gelatenheid krijgen en wil de patiënten helpen om de woorden te vinden om met hun echtgenoot en hun kinderen te spreken over hun ziekte en gevoelens. We proberen het denkvermogen en de beslissingsvrijheid van de patiënten te handhaven, hun emoties te kanaliseren, hun wens om zichzelf te verwezenlijken via allerhande projecten te ondersteunen en eventueel hun prioriteiten (opnieuw) te definiëren.

Het team van psycho-oncologie telt drie psychologen en een psychiater en stelt individuele gesprekken en gesprekken met het koppel en het gezin voor tijdens het ziekenhuisverblijf en de ambulante behandeling.

Patricia Putseys en Daphné Grulois,
Psycho-oncologen, CHIREC

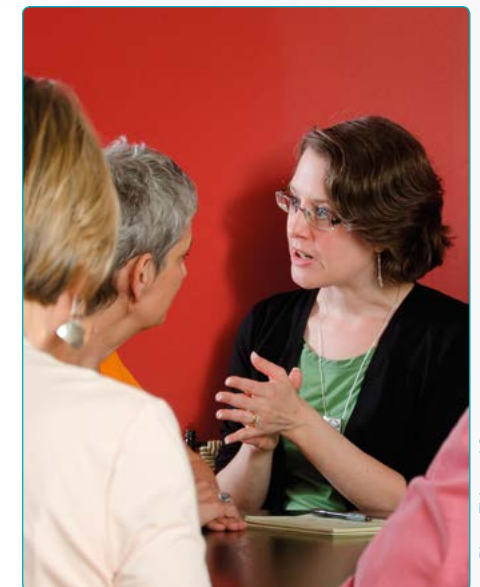


Photo Thinstock®

SCHOONHEID EN WELLNESS: twee belangrijke facetten van een multidisciplinaire aanpak ...

Schoonheid en wellness zijn erg waardevol om de negatieve gevolgen van borstkanker te verlichten: pijn, vermoeidheid, angst en verstoring van het lichaamsbeeld. Scrub, masker, make-up en aangepaste ontspannende massage gaan veel verder dan het esthetische: ze zijn een ondersteunende zorg en een comfort, een hulp om opnieuw zorg te dragen voor zichzelf, een bijzondere attentie waardoor men zich weer met zijn lichaam kan verzoenen. Deze zorgen worden aangeboden door het behandelingsteam en maken deel uit van het therapeutisch proces. Zij dragen bij tot een beter zelfbeeld en een betere verzorging van zichzelf.

Het schoonheid en wellness team van het Chirec Cancer Institute (CCI)

SAMEN TEGEN BORSTKANKER

ERFELIJKE AANLEG TOT BORSTKANKER

In ons land krijgt één vrouw op de tien borstkanker. Bij de meeste vrouwen heeft een genetische test geen zin. Doordat het een frequente kanker is, kunnen toevallig twee vrouwen in eenzelfde gezin kanker krijgen, moeder en dochter bijvoorbeeld. Er bestaan echter speciale gevallen. 5 tot 10% van de gevallen van borstkanker en 5 tot 10% van de gevallen van ovariumkanker zijn te wijten aan een erfelijke aanleg, als gevolg van een afwijking van een bepaald gen. De kanker (borstkanker of ovariumkanker) ontstaat dan vaak bij meerdere vrouwen in één familie en vaak op vrij jonge leeftijd, voor de leeftijd van 40-50 jaar. Een dergelijke afwijking van een gen wordt mutatie genoemd. In de betrokken families kan de mutatie worden overgedragen door een man of een vrouw op een zoon of een dochter, maar in de praktijk zullen de gevolgen alleen duidelijk worden bij vrouwen. Bij vrouwen zal deze mutatie het risico op borstkanker duidelijk verhogen (70%) en ook het risico op ovariumkanker significant verhogen. Als we het risico kennen, kunnen we ingrijpen.

De principes zijn follow-up van de borsten door een jaarlijks beeldvormingsonderzoek (echografie, mammografie en MRI van de borsten vanaf de leeftijd van 25 jaar), een jaarlijks klinisch onderzoek van de borsten door de gynaecoloog of een specialist in borstaandoeningen, 6 maanden voor en na het beeldvormingsonderzoek, vroege behandeling van een beginnende borstkanker en chirurgische resectie van de ovaria en de eileiders rond de leeftijd van 40 jaar. Andere opties zoals een preventieve mastectomie kunnen in individuele gevallen worden overwogen, maar worden niet systematisch aanbevolen.

Het gen in kwestie is BRCA1 of BRCA2 naargelang van de familie. In elke nieuwe familie is een volledige analyse vereist, omdat bijna elke getroffen familie een andere mutatie draagt. De genetische BRCA-test wordt evenwel niet aanbevolen bij alle vrouwen die borstkanker hebben gehad. Genetische counseling is geïndiceerd om na te gaan of een test nuttig

is. Dat wordt bepaald op grond van de eigen voorgeschiedenis en de familiale antecedenten. Over het algemeen begint de analyse met een bloedafname bij een vrouw met borst- of ovariumkanker. Deze analyse duurt meerdere maanden. Pas daarna, als er een mutatie is ontdekt bij de betrokken patiënte, kan een test worden voorgesteld bij verwanten die risico lopen, bijvoorbeeld gezonde meisjes en jongvolwassen vrouwen (presymptomatische genetische test). Dat gebeurt stapsgewijze via de consultatie op de afdeling Genetica, vooral om te anticiperen op de resultaten van de test.



Prof. Marc Abramowicz,
Geneticus

Directeur Centrum voor humane genetica, ULB
Professor medische genetica, ULB.

De opeenvolging van basen in de DNA-keten vormt het genetische patrimonium. Dat bestaat uit ongeveer 30.000 genen. Bij een mutatie van twee van die genen, BRCA1 en 2, is er een erfelijk risico op borstkanker.



Photos Thinstock®

De mutatie van de genen BRCA 1 en 2, die verantwoordelijk is voor erfelijke borstkanker, kan door mannen of vrouwen worden overgedragen. In die situaties is het essentieel om genetisch advies te vragen om de overdracht van die mutatie in de familie te onderzoeken en zo na te gaan wie drager is van de mutatie en wie niet.

Vrouwen helpen om mooi te blijven tijdens en na de ziekte

Dat is de doelstelling van Catherine Barbier en Julie De Grootte, die met Toujours Belle in Brussel alle producten en diensten aanbieden voor het welzijn van vrouwen in hun dagelijkse strijd. We creëren een hartelijke en gezellige omgeving en luisteren naar de vrouwen om ze te helpen hun vrouwelijkheid te herwinnen. Wij bieden ze daarvoor een hele reeks gepaste producten en diensten aan. We willen alle vrouwen de mogelijkheid bieden om vrouw te blijven ondanks de ziekte, zonder dat ze daarvoor in tal van winkels moeten gaan zoeken wat ze echt nodig hebben. Samen kiezen we een pruik, sjaaltjes, lingerie ... Maar vrouwen kunnen bij ons ook terecht voor maquillage, huidzorg en kleur- en stijladviezen. Chemotherapie veroorzaakt vaak haarverlies. Veel vrouwen zijn daar bang voor. Gelukkig bestaan er nu zeer natuurlijke alternatieve oplossingen zoals pruiken. De pruiken zijn de laatste jaren veel lichter geworden, zijn nu veel aangenamer om te dragen en je kunt niet meer zien dat de vrouw een pruik draagt. Vaak wordt de pruik volledig door het ziekenfonds,

de verzekeringsmaatschappij of bepaalde stichtingen of vzw's terugbetaald. Sjaaltjes zijn de laatste jaren erg in. We hebben een uitgebreid gamma van tal van merken en we volgen daarbij de mode. Na verwijdering van een borst moeten vrouwen vaak een prothese en een geschikte beha dragen met een zakje om de prothese in te steken. Sommige merken zoals Anita en Amoena hebben er hun specialiteit van gemaakt en bieden een vrouwelijk en comfortabel gamma aan. We hebben ook een grote keuze aan badpakken. En sinds kort hebben we ook sportkleding, topjes, nachtjurken en pyjama's in de showroom. En om de patiënten zo goed mogelijk te adviseren, werken we samen met meerdere mensen die maatwerk aanbieden. Monica Jacquet is onze charmante bandagiste, die u raad kan geven bij het kiezen van een prothese, en Eric Van Dooren kan u kleur- en stijladviezen geven. De huid, het haar, de gebaren en bewegingen ... voor alles wordt gezorgd. Wij zijn professionals die zich als doel stellen om de vrouw te sublimeren.

NAMENS DE VERENIGINGEN

Dankzij Toujours Belle hopen wij op onze manier u het leven te vereenvoudigen.

Toujours Belle
Montjoielaan 119, 1180 Brussel.
0475.67.94.45
0479.63.05.55
www.toujoursbelle.be
bruxelles@toujoursbelle.be

Bandagiste - Monica Jaquet :
monica.jacquet@vigogroup.eu
0475.23.55.97

Kleur- en stijladviezen - Eric Van Dooren :
conseil.imagevando@gmail.com
0476.51.68.98



Cécile & Sophie, Samen vechten we veel beter

We hebben allebei borstkanker gehad en we hebben mekaar voor het eerst ontmoet in het Bordetinstituut in 2008.

Onze vriendschap is snel geëvolueerd naar het prachtige verhaal dat we beschrijven in onze eerste film: **C'est notre Histoire**, een film die we hebben gemaakt in 2010.

Aangezien die getuigenis zeer enthousiast onthaald is, hebben we beslist om daar een vervolg aan te breien met de presentatie van een tiental vrouwen met een uiteenlopend profiel in een meer didactische documentaire met als titel **C'est leur Histoire**.

De film streeft meerdere doelstellingen na:

- **INFORMEREN EN DEDRAMATISEREN:** door concrete beelden te geven aan de 'hersenschimmen' over kanker, door de patiënte informatie te geven over de verschillende fasen van de ziekte, de diagnose, de behandeling, de reconstructie, alles wat er komt 'na de kanker'.
- **TABOES UIT DE WERELD HELPEN:** de film toont dat andere patiënten dezelfde gevoelens kennen van achtereenvolgens angst, opstandigheid, moed en daarna hoop en terugkeer naar het leven. Je moet er dus durven

over te spreken en je angsten durven te uiten. Dan kan de omgeving je beter helpen.

- **EEN BOOSCHAP VAN HOOP GEVEN:** de film vat het zorgtraject bondig samen en toont wat er volgt na de behandelingen: genezing, wedergeboorte, reconstructie.

C'est leur Histoire wil aantonen dat kanker, hoe verschrikkelijk ook, toch kan worden beleefd als een traject met mooie ontmoetingen, vreugde en diepe gevoelens en de aanzet kan geven tot een beter, rijker leven

- **PREVENTIE PROMOTEN:** deze gids geeft ook enkele preventieve tips (voeding, sportbeoefening, een 'positieve houding' ...)

Met deze film willen we de patiënten de donkere, maar ook de 'zonnige' kant van de ziekte tonen.

Met deze gids willen we vrouwen hoop geven en ze aanmoedigen om de toekomst zonder al te veel angst aan te vatten.

U kunt onze 1e film **C'est notre Histoire** ontdekken en ook een voorproefje krijgen van **C'est leur Histoire** op onze website cecileetsophie.be/nos_films.

De verenigingen hebben het woord

De 10 doelstellingen van Europa Donna

1. De verspreiding en uitwisseling van correcte en up-to-date informatie over borstkanker bevorderen.
2. Vrouwen ertoe aanzetten om regelmatig hun borsten te controleren.
3. Het belang benadrukken van een georganiseerde screening en een vroege diagnose.
4. De beste behandeling eisen.
5. Zorgen voor een goede psychosociale begeleiding tijdens en na de behandeling.
6. Eisen dat alle gezondheidswerkers een goede opleiding krijgen.
7. De vrouwen inlichten over de therapeutische keuzes, waaronder deelname aan klinische studies en het recht op een tweede advies.
8. Een regelmatige controle van de kwaliteit van de medische en technische apparatuur eisen.
9. De beste resultaten in de medische praktijk nastreven.
10. Voldoende fondsen verwerven voor wetenschappelijk onderzoek van borstkanker.



SAMEN TEGEN BORSTKANKER

Wat ze zeiden...

Het team van het dagziekenhuis vangt de patiënten op die voor chemotherapie komen. Enkele getuigenissen die hartverwarmend zijn voor het team van C4' (gebouw C in Cavell, 4e verdieping)

- 'Het is een formidabel team, een zonnestraal voor de patiënten. Ik kom vaak alleen en als ik ze bezig zie, geeft me dat de moed en de kracht om door te gaan en de ziekte te bestrijden.'
- 'De ziekte geeft ons een goede les over het leven en de prioriteiten van het leven. Het dagziekenhuis heeft een formidabel team. De dienst is wel klein, maar goed georganiseerd.'
- 'De verpleegkundigen en de secretaresse geven ons veel aandacht en menselijkheid. Ze helpen ons om ons in te beelden dat er nog leven is na onze ziekte. Gedurende de hele behandeling worden we vertroeteld en we voelen er ons goed.'

- 'Wat een geluk om op C4 te komen en er in het middelpunt van de aandacht te staan. Hier kan ik mezelf zijn.'
- 'Zo briljant, zo geduldig, zo hallucinant voor ons, de patiënten die zo veel lijden in ons lichaam en onze geest. Een miljoen keer bedankt voor uw hulp!'
- 'C4 is niet alleen een eenheid die wordt geapprecieerd voor haar professionele kant, maar ook voor haar humane, liefdevolle kant. Ze geven al hun warmte opdat iedereen zich goed zou volgen op die momenten, die niet altijd aangenaam zijn. Ik dank u van harte.'
- 'Zeer goed onthaal, veel vriendelijkheid. Deze vrouwen scheppen een klimaat van vertrouwen.'
- 'Een team dat luistert als we pijn hebben. Zonder hen zou het veel moeilijker zijn.'



EEN SCHENKING DOEN

- Wenst u het wetenschappelijk onderzoek in het CCI te steunen?

Bel ons op het nummer + 32 2 340 4662, of stuur een mail naar cancer.institute@chirec.be of stuur een brief naar het onderstaande adres. Chirec Cancer Institute - CCI - Edith Cavellstraat 32 - 1180 Brussel



De CARE Stichting werd in het leven geroepen ter promotie van kwaliteitsvol wetenschappelijk onderzoek in de verschillende ziekenhuizen die deel uitmaken van het CHIREC. Ze ondersteunt ook de activiteiten van CCI² bij het wetenschappelijk onderzoek naar de bestrijding van kanker.

De stichting CARE levert een fiscaal attest voor een gift van € 30 of meer per jaar.

Rekening van Het Chirec Cancer Institute :

BANK ING - Rekeningnummer : 375-1047853-41



● **Kliniek Edith CAVELL**
Edith Cavellstraat 32
B-1180 Brussel
Tel. + 32 2 340 40 40

● **Kliniek PARC Léopold**
rue Froissart, 38
B-1040 Brussel
Tel. + 32 2 287 51 11

● **Kliniek van de BASILIEK**
Pangaertstraat 37-47
B-1083 Brussel
Tel. + 32 2 422 42 42

● **Ziekenhuis BRAINE - WATERLOO**
Wayezstraat 35
B-1420 Braine L'Alleud
Tel. + 32 2 389 02 11

● **Medisch Centrum EUROPE LAMBERMONT**
Penseestraat 1-5
B-1030 Brussel
Tel. + 32 2 240 60 60

● **Kliniek SINT-ANNA SINT-REMI**
J. Graindorlaan 66
B-1070 Brussel
Tél. + 32 2 434 30 11

● **City Clinic Chirec LOUISE**
Louizalaan 235
B-1050 Brussel
Tél. +32 2 434 20 00

Contact :
Chirec Cancer Institute
Edith Cavellstraat, 32
1180 Brussel
Tel. + 32 2 340 4662
Fax + 32 2 340 4882
institut.cancer@chirec.be
kanker.instituut@chirec.be
cancer.institute@chirec.be



Chirec
Cancer Institute

U kunt contact met ons opnemen van maandag tot vrijdag, van 9 uur tot 17 uur.

Tel. + 32 (0)2 340 4662 - Fax + 32 (0)2 340 4882

cancer.institute@chirec.be

Chirec Cancer Institute Newsletter
Verantwoordelijke uitgever: Prof. Thierry VELU - Chirec, Edith Cavellstraat 32 - 1180 Brussel

Hoofdredacteur: ISIS Agency - FRANKRIJK

Redactiecomité: Pascale BERRYER - Multidisciplinaire groepen