

themamagazine

KWALITATIEVE ONCOLOGISCHE ZORG DICHTBIJ HUIS

| MAGAZINE NR.13 | EDITIE 2021 |



inhoud

● voorwoord	4
● samenwerking troef!	5
Met andere ziekenhuizen:	5
Diensten heelkunde AZ Oudenaarde en AZ Sint-Lucas	5
bundelen krachten in innovatief expertisecentrum	
Ziekenhuisnetwerk Gent	6
Universitaire insteek	6
● topteam voor frequente tumoren en meer	7
Het team	7
Thoracale, digestieve en medische oncologen	8
Orgaanspecialisten	9
Chirurgen	9
Gespecialiseerde verpleging	10
Sociale dienst	11
Palliatief supportteam	11
Diëtiste	11
Psychologen	11
● enkele innovatieve behandelingen in de kijker	12
FOCUS colonca: technische evolutie in colorectale oncologische heelkunde	12
FOCUS pancreasca: nieuwe inzichten voor 'the silent killer'	16
FOCUS longca: immuuntherapie in de behandeling van longkanker	17
Hoe werkt immuuntherapie ?	17
FOCUS nierca	19
FOCUS borstca: steeds meer behandeling op maat	22

colofon

Verantwoordelijke uitgever

AZ Oudenaarde

Minderbroedersstraat 3

9700 Oudenaarde

Tel: 055 33 61 11

Copyright © 2021 AZ Oudenaarde

Met dank aan:

Dr. Vicky Maertens, dr. Carolien Beyls, dr. Mark Remery,
dr. Anouck Ottevaere, dr. David Van Brummelen, dr. Sarah Jeurissen,
dr. Jan Bontinck, Eveline Vermoere, Lien Imbo, Heleen Lievens, Ine Paeme,
Marjolein Schepens, Kim Delombaerde, Marijke De Wispelaere.

Redactie:

Liesbeth Merckx, Tom Verhoeven en Eline Declercq

Alle rechten voorbehouden. De inhoud van dit magazine is auteursrechtelijk beschermd. Niets uit deze uitgave mag vermenigvuldigd of doorgegeven worden zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

● uitbreiding van de toolbox: voorstelling van de 'new kids on the block'	25
De PICC-katheter	25
Wat?	25
Hoe?	25
Waarom?	26
Voor wie?	26
Nu ook MR op de campus	27
Echogeleide CDS	27
● zorg met een hart voor de patiënt	28
Verpleegkundige behandeling van kanker in AZ Oudenaarde	28
Intraveneuze therapie in het dagziekenhuis	28
De behandeling in het dagziekenhuis	29
Perorale therapie in de oncologie: opvolging door de oncologisch verpleegkundige	30
Maatschappelijk werker: Wat betekent hij/zij voor oncologische patiënten?	30
Voeding tijdens kankerbehandeling	31
Werking van de psychologen: zorg voor, tijdens en na de behandeling	32
Palliatieve zorg in AZ Oudenaarde	33
● verdere ondersteuning	34
Vrijwilligers	34
Een vrijwilliger aan het woord	34
Dag tegen Kanker	34
Schoonheidsbehandeling voor de oncologische patiënt	35
Lotgenotencontact	35
Wens ambulance	36
Lasertherapie	37
Toekomstig project: onco revalidatieprogramma	37
● het oncologisch zorgpad in concreto	38
Onderzoeksfase	38
Diagnosefase	38
Multidisciplinair overleg in de oncologie	38
Behandelfase	39
Opvolgingsfase: wat na de beëindiging van de therapie?	39

• voorwoord



Dr. Rudi Vossaert, hoofdarts

Beste collega's,

AZ Oudenaarde heeft de laatste jaren flink geïnvesteerd in de oncologische zorg. Zo is het team van artsen uitgebreid, is er een gloednieuwe MR geïnstalleerd en zijn er nieuwe samenwerkingsverbanden. Bovendien is ook het medisch en paramedisch aanbod voor de patiënt uitgebreid en op punt gezet naar de noden van de patiënt.

Hoog tijd voor een update dus!

We streven er in AZ Oudenaarde naar een hoge kwaliteit van zorg aan onze patiënten te kunnen aanbieden en dit dichtbij huis, enerzijds vanuit onze eigen bestaande deskundigheid, aangevuld met de expertise uit onze samenwerkingsverbanden met perifere en universitaire ziekenhuizen.

We nemen u graag mee, op deze 'papieren roadtrip', doorheen het innovatief oncologisch project van AZ Oudenaarde. Achtereenvolgens bezoeken we:

- De nieuwe samenwerkingsverbanden
- Het top oncologisch team
- Enkele innovatieve behandelingen in de kijker
- De 'new kids on the block': o.a. nieuwe MR, PICC-katheters,...
- Het multidisciplinair (para)medisch team met een hart voor de patiënt
- Het oncologisch zorgpad in concreto.

● samenwerking troef!

● met andere ziekenhuizen:

DIENTEN HEELKUNDE AZ OUDENAARDE EN AZ SINT-LUCAS BUNDELEN KRACHTEN IN INNOVATIEF EXPERTISECENTRUM

Sinds april 2021 bundelen de diensten abdominale en algemene heelkunde van AZ Oudenaarde en AZ Sint-Lucas Gent de krachten in een nauwe samenwerking. Daarmee spelen de chirurgen in op de trend van centralisatie en schaalvergroting binnen het netwerk.

INNOVATIEF EXPERTISECENTRUM

De diensten algemene en abdominale heelkunde van AZ Oudenaarde en AZ Sint-Lucas Gent beschikken over specifieke expertise ten aanzien van oncologische heelkunde, behandelingen voor buikvlieskanker, obesitas en buikwandchirurgie. Door zich te verenigen in één associatie willen de diensten zich als 'center of excellence' ontplooiën, een innovatief expertisecentrum voor heelkunde.

TOEKOMSTGERICHT

Om zo'n expertisecentrum goed uit te bouwen, is een bepaalde schaalgrootte nodig met voldoende grote patiëntaantallen. De nieuwe samenwerking tussen deze twee ziekenhuizen uit het Ziekenhuisnetwerk Gent maakt het mogelijk om toekomstgericht te werken en verdere subspecialisatie te verwezenlijken. Beide teams streven immers naar de optimalisatie van zorg door het ontwikkelen van innovatieve technieken en processen. De bekwaamheidsverhoging in de deelspecialiteiten zorgt er daarnaast ook voor dat medische zorgpaden beter gestroomlijnd kunnen worden.



Patiënten in AZ Oudenaarde kunnen terecht bij het Medisch Team Heelkunde, dat bestaat uit arts-specialisten dr. Tom Henckens, dr. Vicky Maertens, dr. Olivier Van Kerschaver en dr. Thierry Onghena.

ZORG DICHT BIJ HUIS

De chirurgen van de diensten algemene en abdominale heilkunde zullen hun klinische activiteiten op beide campussen ontplooiën, onder het principe van de 'flying doctors'. De expertise is niet gebonden aan één ziekenhuis, maar verplaatst zich zoveel mogelijk tussen de campussen, zodat de patiënten bij voorkeur dicht bij huis behandeld kunnen worden. Op die manier kan het lokale zorgaanbod worden versterkt. De wachtdiensten algemene chirurgie worden zowel tijdens de week als in het weekend door de volledige associatie verzorgd.

ZIEKENHUISNETWERK GENT

Naast AZ Sint-Lucas, maken ook AZ Jan Palfijn en UZ Gent deel uit van het Ziekenhuisnetwerk Gent (ZNG). Dit netwerk is sinds 1 januari 2020 van kracht. Door de bundeling van krachten bij de vier ziekenhuispartners, ontvangen patiënten de meest optimale zorg op maat van hun ziekte. De verschillende actoren in het netwerk bieden de diensten aan volgens hun expertise, zodat de patiënt over het gehele traject de best mogelijke zorg krijgt aangeboden.

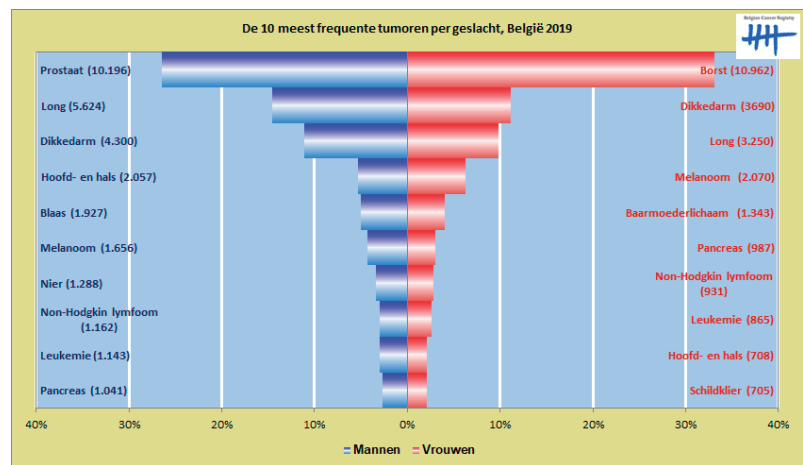
UNIVERSITAIRE INSTEEL

Door middel van consulentschappen toetsen onze artsen hun kennis en kunnen geregeld aan de aanpak van de academische centra. Zo draait dr. Beyls (digestieve oncologie) elke donderdag mee op de raadpleging digestieve oncologie bij prof. Van Cutsem in UZ Leuven en consulteert dr. Van Brummelen (medische oncologie) op maandag op de raadpleging urogenitale tumoren bij prof. Rottey in UZ Gent. In januari 2022 start dr. Jeurissen (medische oncologie) haar consulentschap pelviene oncologie en borsttumoren aanvangen bij prof. Denys en dr. Naert in UZ Gent.

topteam voor frequente tumoren en meer

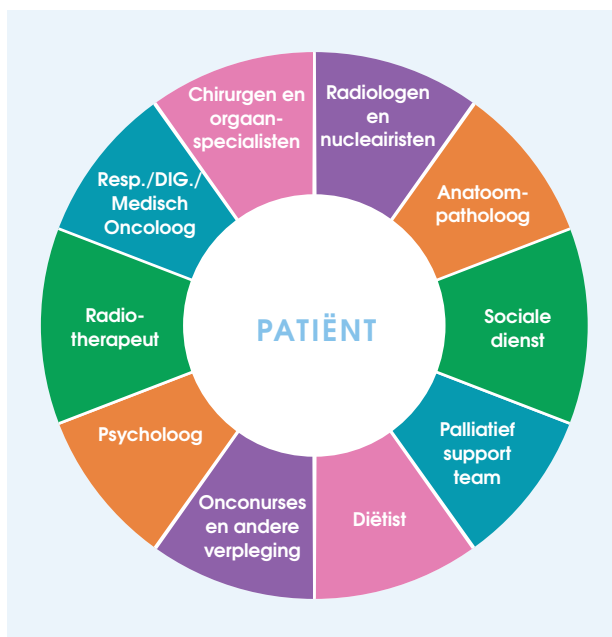
Uit data van het Belgisch kankerregister blijkt dat dit de tien frequentste solide tumoren (mannen en vrouwen samen) zijn:

borstkanker, prostaatkanker, longkanker, colorectale tumoren, hoofd- en halstumoren, melanomen, blaastumoren, endometriumtumoren, niertumoren en pancreastumoren. We willen dan ook in het bijzonder voor deze tumorgroepen uitblinken in "oncologische zorg dichtbij huis". Uiteraard kunnen de patiënten ook voor andere tumoren nog steeds bij ons terecht!



Bron: Kankerregister (https://kankerregister.org/Cijfers_over_kanker)

het team



Binnen het oncologisch zorgtraject staat een heel team van verpleegkundigen, paramedici en artsen klaar. Er is één oncologisch team, ongeacht het soort tumor(en), maar uiteraard wordt de medische behandeling gevolgd door de specialist van die tumorgroep. Het team is niet alleen ziekenhuisbreed vertegenwoordigd, maar strekt zich ook uit tot de andere ziekenhuizen. Zo kan de patiënt voor zijn/haar bestraling rekenen op de diensten uit onze netwerken en associaties. Ook voor pathologie, chirurgie en genetica werken we nauw samen met de andere ziekenhuizen.

● thoracale, digestieve en medische oncologen

MEDISCHE ONCOLOGIE



Dr. David Van Brummelen

Dr. David Van Brummelen legt zich toe vooral toe op **prostaatkanker**, urogenitale tumoren en tumoren uit het hoofd-halsgebied. Hij coördineert eveneens de behandelingen m.b.t. hematologische aandoeningen. Hij is bovendien **consulent in UZ Gent** op de poli urogenitale tumoren.



Dr. Sarah Jeurissen

Dr. Sarah Jeurissen heeft een bijzondere interesse voor **borstkanker** en pelviene tumoren. Ze is pas afgestudeerd aan het UZ Gent, waar ze o.a. wetenschappelijk onderzoek op borstkanker uitvoerde.

Voor andere tumorgroepen (**melanomen, hoofd-halstumoren,...**) kan men bij **beide collega's** terecht.

DIGESTIEVE ONCOLOGIE



Dr. Carolien Beyls

Dr. Carolien Beyls is gastro-enteroloog en heeft een bijzondere beroepsbekwaamheid in de digestieve oncologie. Zij is één van de spilfiguren bij de diagnose en multidisciplinaire aanpak van **colorectale en andere gastro-intestinale tumoren**. Ze is in dat kader ook werkzaam als **consulent in UZ Leuven**.



Dr. Mark Remery

Dr. Mark Remery is gastro-enteroloog en heeft daarnaast ook een bijzondere beroepsbekwaamheid in de digestieve oncologie. Hij heeft zich toegelegd op interventionele endoscopische procedures, die soms nodig zijn tijdens het oncologisch traject.

THORACALE ONCOLOGIE



Dr. Anouck Ottevaere

Dr. Anouck Ottevaere is pneumoloog en heeft een bijzondere beroepsbekwaamheid in de respiratoire oncologie. Ze is onze specialist ter zake in de strijd tegen **longtumoren**.

● orgaanspecialisten

GYNAECOLOGEN



Dr. Marie-Christine Dallequin

Dr. Marie-Christine Dallequin is als gynaecoloog vaak de eerste arts die een patiënt ontmoet in het oncologisch zorgpad borstkanker, alsook bij andere gynaecologische tumoren. Ze gidst de patiënt door het eerste deel van het traject en is een vaste waarde in ons team. Ze staat in voor de ingrepen bij gynaecologische tumoren (bortsamputatie, tumorectomie, hysterectomie,... al/niet klieruitruiming) en - afwisselend met de oncoloog - voor de opvolging van deze patiënten.



Dr. Jan Claeys

Dr. Jan Claeys heeft reeds jaren ervaring in gynaecologische heelkunde en in het bijzonder de oncoplastische heelkunde. Hij versterkt ons team voor de gynaecologisch-oncologische ingrepen.

UROLOGEN



Dr. Bram Casier

Dr. Bram Casier en dr. Geert Truijzen zijn onze specialisten in de urologische aanpak (inclusief de heelkundige en hormonale behandeling) van **prostaatkanker** en ander urogenitale tumoren. Het traject dat een patiënt met (vermoeden van) prostaatkanker aflegt, start stevast bij hen en blijft daar ook voor het grootste deel van de behandeling (tenzij patiënten chemo of radiotherapie nodig hebben, na overleg in de MOC).



Dr. Geert Truijzen

CHIRURGEN



Dr. Vicky Maertens

Dr. Vicky Maertens heeft zich toegelegd op de algemene en abdominale heelkunde, met bijzondere interesse in oncologische ingrepen. Geïnspireerd door de technische ontwikkeling volgde ze een aanvullend fellowship minimaal invasieve heelkunde en beheerst ze **colorectale robotchirurgie** na een intensief fellowship in het Queen Alexandra Hospital in Portsmouth UK.



Dr. Tom Henckens

Dr. Tom Henckens is gespecialiseerd in algemene en **oncologische heelkunde**, laparoscopische en bariatrische heelkunde. Hij en dr. Maertens plaatsen ook de PAC's (poortkatheters).

CHIRURGEN



Dr. Olivier Van Kerschaver

Dr. Olivier Van Kerschaver is onze 'flying doctor' vanuit de associatie met AZ Sint-Lucas Gent. Voortaan zal niet de patiënt moeten verhuizen, maar komt de chirurg tot bij de patiënt in het AZ Oudenaarde. Op die manier creëren we een groter platform om expertise uit te wisselen. Dr. Van Kerschaver is binnen de **onco-logische heelkunde** onder andere gespecialiseerd in **HIPEC**.



Dr. Jan Bontinck

Voor de PICC's (zie verder in deze bundel) kunnen we dan weer rekenen op dr. Jan Bontinck en dr. Bart De Nijs, onze specialisten thorax- en vaat-heelkunde.



Dr. Bart De Nijs



Prof. dr. Peter Tomassen

Prof. dr. Peter Tomassen is hoofd-halschirurg in UZ Gent en versterkt het team tweewekelijks. Hij is verantwoordelijk voor de diagnostiek en (heelkundige) behandeling van hoofd-halstumoren.

● gespecialiseerde verpleging

Onconurses
en andere
verpleging



Hoofdverpleegkundige
Eveline Vermoere

ONCONURSE EN HOOFD- VERPLEEGKUNDIGE

Eveline Vermoere is hoofdverpleegkundige van het dagziekenhuis inwendige ziekten en het dagziekenhuis heelkunde. Vanuit haar specifieke interesse voor oncologie behaalde zij haar beroepstitel oncologisch verpleegkundige. Naast haar functie als hoofdverpleegkundige is zij

de drijvende kracht in projecten waarin kwaliteitsvolle zorg centraal staat. Ze volgt als onconurse ook de PO oncologische behandelingen op.

VERPLEEGKUNDIGEN DAGZIEKENHUIS INWEN- DIGE ZIEKTEN

In het dagziekenhuis inwendige ziekten werken alleen gespecialiseerde verpleegkundigen die chemotherapie mogen toedienen. Ze zijn vertrouwd met de oncologische

producten en aangezien patiënten voor hun behandeling meestal meermaals naar het dagziekenhuis komen, kennen ze hun patiëntenpopulatie goed.

DAGZIEKENHUIS INWENDIGE ZIEKTEN

✉ verpleegpost.d2@azoudenaarde.be

☎ 055/33 69 00



Team van gespecialiseerde verpleegkundigen



● sociale dienst

Lien Imbo

Lien Imbo is maatschappelijk werker en volgt oncologische en palliatieve patiënten op in het dagziekenhuis en op de opnameafdelingen.

Sociale
dienst



● palliatief supportteam

Kim Delombaerde & Marijke De Wispelaere

Marijke De Wispelaere en Kim Delombaerde zijn als verpleegkundige en psychologe verbonden aan het palliatief supportteam. Daarnaast is Marijke verantwoordelijk voor het datamanagement oncologie.

Palliatief
support
team

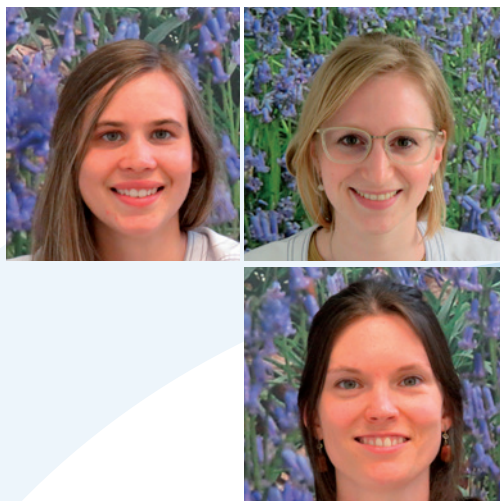


● diëtiste

Heleen Lievens

Heleen Lievens is oncologisch diëtiste. Ze staat in voor de follow-up in het dagziekenhuis inwendige ziekten en begeleidt oncologische en palliatieve patiënten tijdens hun opname en indien nodig ook ambulant.

Diëtist



● psychologen

Ine Paeme, Marjolein Schepens & Kim Delombaerde

Ine Paeme, Marjolein Schepens en Kim Delombaerde vormen het team van psychologen in AZ Oudenaarde. Zij volgen patiënten en hun naasten zowel ambulant als tijdens de opname op. Ine en Marjolein zijn verbonden aan het multidisciplinair oncologisch team, Kim aan het palliatief supportteam.

Psycholoog

● enkele innovatieve behandelingen in de kijker

● focus colonca: technische evolutie in colorectale oncologische heekunde

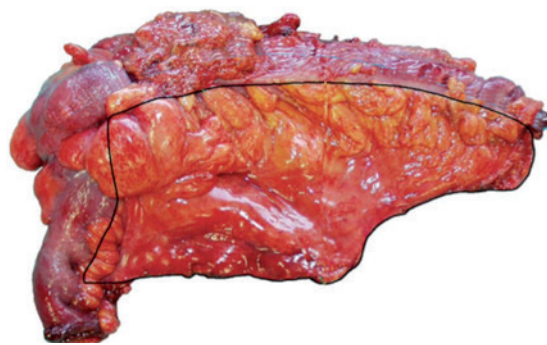
Dr. Vicky Maertens, arts-specialist in de algemene en abdominale heekunde

Colorectale kanker is een van de meest voorkomende kankers (derde meest frequent bij mannen, tweede meest voorkomend bij vrouwen) en staat gerangschikt als de vierde grootste maligne doodsoorzaak wereldwijd. (zie referentie einde artikel: 1) Dankzij vroegtijdige diagnose via screeningsprogramma's en multidisciplinaire behandeling zien we een dalende trend in de mortaliteit met een vijfjaarsoverleving in België van meer dan 65%. (2)

Elke individuele casus wordt in een multidisciplinair consult (MOC) besproken om het behandelplan te bepalen. Het doel is om de overleving te verlengen met adequate levenskwaliteit, en het risico op lokaal recidief en metastasen te verminderen.

Een chirurgische resectie staat centraal in de curatieve behandeling van resecabele, niet-gemetastaseerde colorectale carcinoemen en mogelijks ook bij stadium IV-carcinomen met reseceerbare oligometastasen. Aan de ingreep kan een downstaging met neoadjuvante behandeling (chemotherapie of chemoradiotherapie) voorafgaan als dit tijdens het MOC geadviseerd wordt. Een technisch goed uitgevoerde ingreep voldoet aan de oncologische principes in de heekunde. Er moet rekening gehouden worden met een voldoende resectiemarge en

de tumor wordt in continuïteit met zijn lymfedrainagegebied verwijderd. De kwaliteit van de oncologische resectie wordt beoordeeld door anatomopathologisch onderzoek van het specimen. Goede kwaliteit beoogt een intact mesorectum of mesocolon met vrije resectiemarges en een minimaal aantal van



Figuur 1: specimen na rechter hemicolectomie met glad en intact mesocolon (zwart omlijnd). (Bron: RoLaCaRT studie protocol)

12 verwijderde lymfeklieren (Figuur 1). (3) De afgelopen 40 jaar heeft een revolutie plaatsgevonden in chirurgische technieken. Belangrijk is dat de gebruikte techniek veilig is en oncologisch evenwaardige resultaten verkrijgt. In de jaren '80 werd de **laparotomie** of open resectie beschouwd als de gouden standaardtechniek voor de resectie van colorectale carcinoemen. Minimaal invasieve chirurgie werd geïntroduceerd en **laparo-**

scopie werd aangenomen als standaard-behandeling nadat verschillende studies aantoonen dat laparoscopische techniek geassocieerd werd met een sneller herstel van de darmfunctie, een verkorte opname-duur en minder postoperatieve pijn. (4) Volgens de ESMO Clinical Practice Guidelines zijn er wel nog indicaties voor laparotomie bij ernstige abdominale adhesies, lokaal uitgebreide ziekte, darmobstructie en/of perforatie. (3)

Transanale minimaal invasieve chirurgie (TAMIS) technieken kunnen gebruikt worden voor het lokaal verwijderen van benigne rectumpolypen, carcinoma in situ of beginnende oppervlakkige invasieve carcinomen in T1-stadium. (5) De trocars worden in een gelPOINT-platform ingebracht en zijn flexibel te bewegen (Figuur 2). Vooraleer deze techniek als een optie beschouwd kan worden, moet eerst een MRI gebeuren om de diepte van de ingroei van de tumor te beoordelen en moet een adequate staging gerealiseerd worden om lymfadenopathie en metastasen op afstand uit te sluiten.



Figuur 2: Transanaal access platform voor TAMIS.
(Bron: Applied Medical)

Aan laparoscopie zijn technische beperkingen verbonden; slechte ergonomie, beperkte bewegingsvrijheid door rigide instrumenten en moeilijke toegang in een smal bekken bij rectale heelkunde. Om die reden zijn twee alternatieve, vernieuwende technieken ontwikkeld: de transanale totale mesorectale excisie (TME) en het robotplatform.

De Transanale TME (TaTME) werd geïntroduceerd in 2010. Deze aanpak heeft het voordeel dat er betere toegang is in het diepe bekken. Er zijn twee chirurgen vereist om de procedure te kunnen uitvoeren, waarbij de ene chirurg het rectum laparoscopisch vrijmaakt via de buik in het kleine bekken en de andere chirurg het rectum transanaal ontruimt. Zo werken beiden naar elkaar toe. Een belangrijke complicatie hierbij is dat er beschadiging kan optreden van de urethra, zeker in het begin van de leercurve. Het toepassen van deze techniek vereist daarom een formele training met adequate begeleiding. Verschillende studies hebben een link gelegd tussen goede resultaten en ervaren chirurgen in hoogvolume centra. Het debat over de oncologische resultaten van de TaTME is nog steeds gaande. Verschillende multicenter-gerandomiseerde studies zoals de COLOR III en TaLaR zijn lopende om de oncologische veiligheid op lange termijn te bevestigen.

De robotchirurgie werd geïncorporeerd met een grotere bewegingsvrijheid, ergonomie en 3D uitvergroot beeld. De chirurg zit aan de console (Figuur 3, links) en bestuurt de armen van de robot (Figuur 3, rechts). In de urologie wordt de robotprostatectomie beschouwd als de norm en ook in de algemene chirurgie worden steeds meer indicaties overwogen. Literatuur omtrent colorectale chirurgie - en dan voornamelijk rectumchirurgie - toont dat er over het algemeen minder conversies zijn naar open chirurgie, evenals een sneller herstel en een kortere hospitalisatieduur. (6) Er is ook een meer uitgebreide lymfeklierdissectie mogelijk, wat van belang is om goede oncologische resultaten te bekomen. De nieuwste generatie robot heeft ook een fluorescentiescope, waarbij indocyaninegroen kan gebruikt worden met een dubbel voordeel; de ureters kunnen gelokaliseerd worden om ureterschade te voorkomen (7) en de perfusie van de anastomose kan gevisualiseerd worden om de kwaliteit van de anastomose te beoordelen. (8)



Figuur 3: Da Vinci Intuitive Surgical vierde generatie robotsysteem (rechts), die wordt bediend door de chirurg aan de console (links). (Bron: www.therobotreport.com/intuitive-surgical)

Een nadeel van de robot is het gebrek aan tactiele feedback. Deze feedback is ook al verminderd in laparoscopie, maar volledig afwezig bij gebruik van de robottechniek. Daardoor kunnen kracht en tractie op weefsels soms onderschat worden. Vooral in laaggelegen rectumcarcinomen worden de voordelen van robotchirurgie steeds duidelijker, omdat de pelviene autonome zenuwen beter bewaard kunnen worden, hetgeen tot een beter behouden urinaire en seksuele functie en dus betere levenskwaliteit leidt. (9) In vergelijking met de TaTME wordt een steilere leercurve gezien, waarbij al competentie verkregen wordt na 30 ingrepen. Dit bedraagt ongeveer 60 ingrepen voor het aanleren van de laparoscopische techniek. (10)

Ook voor het stadium IV-coloncarcinoom met peritoneale metastasering is een techniek ontwikkeld; de cytoreductieve chirurgie (CRS) met Hypertherme Intra Peritoneale Chemotherapie (HIPEC). Peritoneale ziekte of peritonitis carcinomatosa is een vaak voorkomende metastaseringswijze en gaat gepaard met een slechte prognose. Bij primair ontdekte colorectale carcinomen treedt synchrone peritoneale metastasering op in 10% van de gevallen en bij het ovariumcarcinoom zelfs in 75% van de gevallen. Daarnaast treedt bij het vaststellen van recidief vaak peritoneale ziekte op. Tijdens de ingreep wordt een debulking uitgevoerd met resectie van alle zichtbare ziekte, gevolgd door het spoelen van de buikholte met warme cytostatica (Figuur 4).

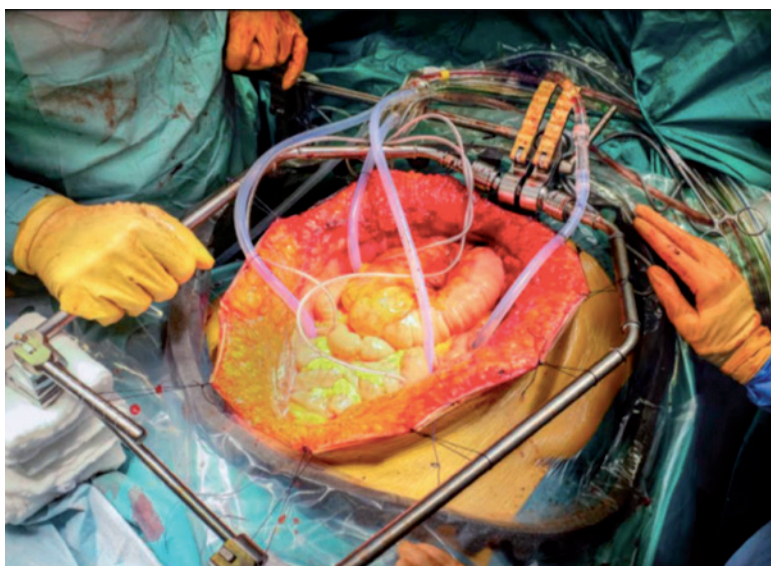
Deze behandeling kan de overleving van geselecteerde patiënten met peritonitis carcinomatosa van verschillende origine aanzienlijk verlengen. Dit is uiteraard afhankelijk van de uitgebreidheid en aard van de ziekte, maar ook van de multimodale en multidisciplinaire aanpak. Bij onverwacht vaststellen van peritoneale ziekte tijdens een geplande oncologische ingreep moet de geplande operatie onderbroken worden en wordt een CRS met HIPEC gepland. Belangrijk is dat een goede inventaris wordt gemaakt van de uitgebreidheid en reseceerbaarheid van de ziekte en een goede biopsie wordt genomen voor weefseldiagnostiek. Alle patiënten worden op het MOC besproken voor het vastleggen van een behandelplan. Meestal wordt gekozen voor een vorm van indicatie/neoadjuvante chemotherapie, gevolgd door CRS met HIPEC bij goede respons. Postoperatief volgt vaak nog een adjuvante chemotherapie.

De groep Heelkunde heeft een ruime ervaring (meer dan 120 operaties) in de behandeling van peritoneale carcinomatose van zowel colorectale als ovariële origine. CRS met HIPEC wordt al sinds 2008 op gestandaardiseerde wijze uitgevoerd. De ingreep zelf wordt door dr. Maertens of dr. Van Kerschaver uitgevoerd in AZ Sint Lucas omwille van logistieke redenen en de aanwezigheid van het HIPEC toestel. dr. Maertens en dr. Van Kerschaver consulteren en opereren beiden in AZ Oudenaarde en AZ Sint Lucas volgens het principe van 'flying doctors'; de chi-

rurg gaat waar de expertise nodig is. Na de HIPEC ingreep wordt de patiënt verder opgevolgd in de vertrouwde omgeving van AZ Oudenaarde door het oncologisch team.



Dr. Vicky Maertens



Figuur 4: Illustratie van het spoelen van de buik met warme cytostatica tijdens een HIPEC-procedure.

BESLUIT

De technologische evolutie in de chirurgie blijft groeien. De introductie van nieuwe chirurgische procedures, technieken en technologie wordt vaak geassocieerd met een significante kost. De afgelopen jaren bestond er een monopolie in minimaal invasieve robotchirurgie, beheerst door het da Vinci®-systeem van Intuitive Surgical door restrictieve patenten, een goed ontwikkelde marketingstrategie en een robotsysteem van hoge kwaliteit. De vroege patenten zullen echter binnenkort verlopen en verschillende andere bedrijven met medische en industriële achtergrond zijn volop bezig met de ontwikkeling van robotsystemen, waarvan sommige nu beschikbaar worden voor klinisch gebruik.

Met andere woorden, er komt concurrentie op de markt en er wordt verwacht dat dit zal leiden tot meer betaalbare technologie. Wanneer de postoperatieve morbiditeit bovendien verminderd kan worden door minimaal invasieve technieken die een sneller herstel en een kortere opnameduur toelaten, brengt dit voordelen mee voor de patiënt en zal dat uiteindelijk leiden tot een meer efficiënt gebruik van onze gezondheidszorg.

Referenties:

1. Brody H. Colorectal cancer. *Nature*. 2015;521(7551):S1.
2. Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, Harewood R, Matz M, Nikšić M, et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet*. 2018;391(10125):1023-75.
3. Labianca R, Nordlinger B, Faudon J, Beretta GD, Beretta G, Faudon J, Mosconi S, Mosconi S, Faudon J, Mandala M, Mandala M, Faudon J, Cervantes A, Cervantes A, Faudon J, Arnold D, et al. Early colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. (1569-8041 (Electronic)).
4. Veldkamp R, Kuhry E, Hop WC, Jeekel J, Kazemier G, Bonjer HJ, et al. Laparoscopic surgery versus open surgery for colon cancer: short-term outcomes of a randomised trial. *Lancet Oncol*. 2005;6(7):477-84.
5. Glynne-Jones R, Wyrwicz L, Tiret E, Brown G, Rödel C, Cervantes A, et al. Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2017;28(suppl_4):iv22-iv40.
6. Park EJ, Cho MS, Baek SJ, Hur H, Min BS, Baik SH, et al. Long-term oncologic outcomes of robotic low anterior resection for rectal cancer: a comparative study with laparoscopic surgery. *Ann Surg*. 2015;261(1):129-37.
7. Siddighi S, Yune JJ, Hardesty J. Indocyanine green for intraoperative localization of ureter. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;211(4):436.e1-2.
8. Jafari MD, Lee KH, Halabi WJ, Mills SD, Carmichael JC, Stamos MJ, et al. The use of indocyanine green fluorescence to assess anastomotic perfusion during robotic assisted laparoscopic rectal surgery. *Surg Endosc*. 2013;27(8):3003-8.
9. Luca F, Valvo M, Ghezzi TL, Zuccaro M, Cenciarelli S, Trovato C, et al. Impact of robotic surgery on sexual and urinary functions after fully robotic nerve-sparing total mesorectal excision for rectal cancer. *Ann Surg*. 2013;257(4):672-8.
10. Bokhari MB, Patel CB, Ramos-Valadez DI, Ragupathi M, Haas EM. Learning curve for robotic-assisted laparoscopic colorectal surgery. *Surg Endosc*. 2011;25(3):855-60.

● focus pancreasca: nieuwe inzichten voor 'the silent killer'

Dr. Carolien Beyls en dr. Mark Remery, arts-specialisten in de gastro-enterologie



Dr. Carolien Beyls



Dr. Mark Remery

Pancreaskanker is en blijft moeilijk behandelbaar. De incidentie stijgt, met een duidelijke toename van het aantal nieuwe gevallen op jongere leeftijd. Ondanks een verbeterde diagnostiek zijn de overlevingscijfers in tegenstelling tot andere digestieve tumoren maar weinig gestegen. Recente cijfers laten zien dat de vijfjaarsoverleving tussen 2001-2005 en 2011-2015 met een paar procentpunten steeg, maar nog steeds onder de 10 procent ligt.

In België is de gemiddelde vijfjaarsoverleving iets hoger dan in andere Europese landen (gegevens uit de Eurocare-5 studie, een grote

populatiegebaseerde studie waarbij incidentie- en mortaliteitscijfers voor verschillende tumoren in Europa in kaart gebracht zijn). Zelfs in de curatieve setting - die weliswaar beperkt blijft tot zo'n 15-20% van de patiënten - haalt slechts 20% van de patiënten de vijfjaarsoverleving. Dit heeft onder meer te maken met de hoge mate van metastasering (bij de meerderheid van patiënten zijn bij diagnose reeds micrometastasen aanwezig) en resistentie voor chemo- en immunotherapie als gevolg van een intense stromale reactie die als barrière fungeert waartegen de huidige behandelingsmodaliteiten niet opgewassen zijn. Sinds de registratie in 1997 was de standaard eerstelijnsbehandeling Gemcitabine. Verschillende combinatietherapieën werden onderzocht, evenwel zonder wijzigingen in de aanbevelingen voor de klinische praktijk.

Sinds een aantal jaar worden de Europese richtlijnen aangevuld met nieuwe combinatietherapieën Nab-Paclitaxel (in combinatie met Gemcitabine) en Folfirinox. Hierbij bedraagt de gemiddelde overleving in de gemetastaseerde setting respectievelijk 8,5 en 11 maanden, in vergelijking met 6 maanden voor Gemcitabine-monotherapie. Ook in de curatieve setting werd recent een beduidend betere overleving aangetoond als

de patiënt adjuvant Folfirinox toegediend krijgt in plaats van Gemcitabine.

Wetenschappelijk onderzoek staat gelukkig niet stil. Sinds 1 mei 2019 kunnen we voor Gemcitabine-refractaire tumoren nu ook gebruik maken van Onivyde. Deze gemodificeerde vorm van Irinotecan kan - dankzij een liposoomkapsel - vijf tot zes maal hogere intratumorale concentraties bereiken in vergelijking met klassiek Irinotecan, dat niet werkzaam bleek bij pancreaskanker.

Dankzij compassionate use-programma's konden patiënten in het AZ Oudenarde nog voor de terugbetalingsmodaliteiten in België geïncubiseerd worden, al met Nab-Paclitaxel en Onivyde behandeld worden.

Onderzoek spitst zich op dit moment toe op het modificeren van de peritumorale stromale reactie, met het oog op een betere penetratie van chemotherapie en het meer immunogeen maken van de tumor. In tegenstelling tot andere tumoren wordt bij pancreaskanker immers weinig tot geen immuunrespons geactiveerd. Dit is de reden waarom immuuntherapie tot op heden ontgoochelende resultaten geeft. Net zoals bij andere tumoren zal men evolueren naar een meer gepersonaliseerde geneeskun-

de, waarbij men op basis van mutatie-analyse een doelgerichte therapie voorschrijft.

Dankzij de actieve samenwerking met universitaire centra blijft onze dienst goed op de hoogte van de laatste ontwikkelingen en evoluties en kunnen we deze therapieën aanbieden aan onze patiënten.

Ook de aanpak van curatieve en potentieel curatieve pancreastumoren ligt onder vuur. Meer en meer wordt duidelijk dat pancreaskanker upfront al een (micro-)metastatische ziekte is. Daarenboven is de moeilijke ligging in de nabijheid van belangrijke vaatstructuren vaak een beperkende factor voor curatieve resectie.

Een studie van het Federaal Kenniscentrum over de uitkomsten van complexe kankerchirurgie heeft ertoe geleid dat toenmalig minister van volksgezondheid, Maggie De Block, besliste tot het centraliseren van deze ingrepen in **referentiecentra**. Er is echter vaak noodzaak aan **voor- of nabehandeling, die perfect in ons eigen dagcentrum kan plaatsvinden**. Bij problemen van obstructieve icterus, vaak initiële presentatie bij pancreaskoptumoren, is er soms noodzaak tot het plaatsen van een stent (dit kan via ERCP of EUS-geleide choledochostomie (CDS)). In functie van het verder beleid - curatief of palliatief - kan er gekozen worden voor een plastic dan wel metalen stent. Deze ingrepen worden routinematig in het AZ Oudenaarde uitgevoerd. Met de huidige manier van werken kunnen wij de best mogelijke zorg aanbieden aan onze patiënten.

● focus longca: immuuntherapie in de behandeling van longkanker

Dr. Anouck Ottevaere, arts-specialist in de pneumologie

Een drietal jaar geleden schreef ik in het Huisartsenmagazine, samen met mijn vader dr. Hugo Ottevaere, een artikel over 'De evolutie van longkanker over één generatie'. Toen bleek dat er op die relatief korte tijd heel wat veranderd was. Met de komst van immunotherapie zet de evolutie zich voort, maar nu in sneltreinvaart.



Dr. Anouck Ottevaere

HOE WERKT IMMUUNTHERAPIE ?

Ons eigen afweersysteem beschermt ons tegen allerlei boosdoeners zoals virussen en bacteriën. In principe beschikken we zo ook over een afweer tegen kwaadaardige cellen. Deze kwaadaardige cellen slagen er echter vaak in het immuunsysteem te omzeilen of de werking ervan te onderdrukken.

Ze doen dit door twee receptoren (checkpoint-receptoren) op de T-lymfocyten te activeren; CTLA-4-receptoren en PD-1-receptoren. Hierdoor wordt de goede werking van de T-lymfocyten belemmerd. Het natuurlijk afweersysteem faalt en de kankercellen kunnen ongestoord vermenigvuldigen.

Immunotherapie activeert ons eigen afweersysteem opnieuw om de kankercellen te bestrijden. Dit gebeurt door toediening van 'immuun checkpoint inhibitoren' die ofwel de CTLA-4 en PD-1-receptoren op T-lymfocyten ofwel de biomerker PD-L1 (die stimuleert de PD-1-receptor op T-lymfocyten) op kankercellen blokkeren. De immuunrespons wordt hersteld en de kwaadaardige cellen kunnen opnieuw herkend en vernietigd worden.

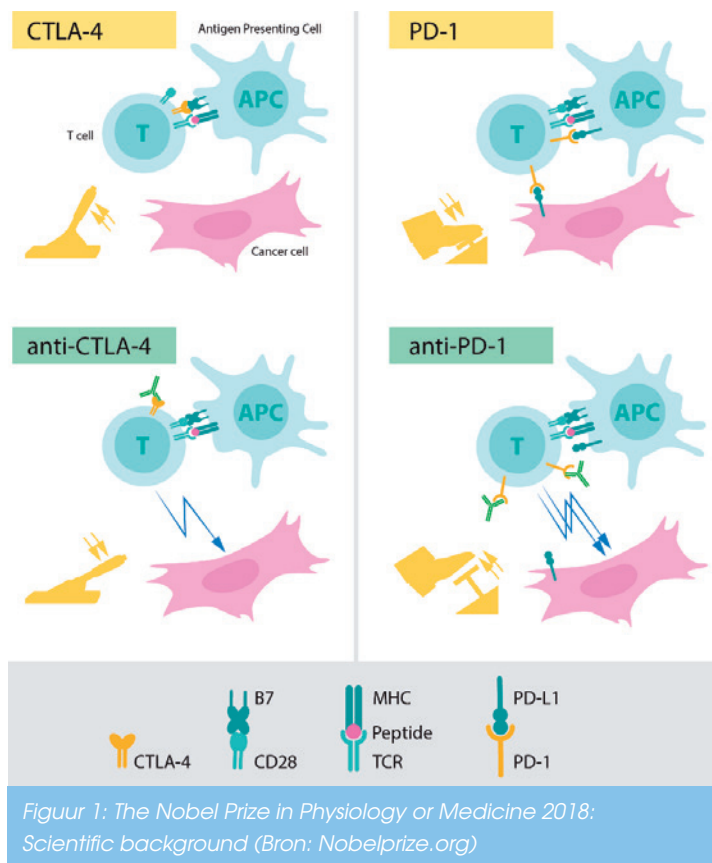
Door dit werkingsmechanisme wordt immunotherapie doorgaans veel beter verdragen dan de klassieke chemotherapie. Chemotherapie valt maligne cellen aan door hun deling te verhinderen. Deze behandeling is evenwel niet selectief. Ook gezonde cellen (zoals bloedcellen) kunnen getroffen worden met de bekende bijwerkingen als gevolg. Immunotherapie activeert het eigen

afweersysteem en is een meer doelgerichte therapie, waardoor deze beter verdragen wordt. Nevenwerkingen komen duidelijk minder frequent voor. Ze kunnen echter ook (zij het eerder zeldzaam) potentieel ernstiger zijn. De ongewenste effecten zijn een gevolg van overstimulatie van het immuunsysteem, waarbij auto-immuunreacties zich kunnen voordoen in nagenoeg alle organen en zo leiden tot huidafwijkingen, colitis, endocrinologische afwijkingen, pneumonitis, nefritis,... In de meeste gevallen krijgen we deze bijwerkingen onder controle door het immuunsysteem opnieuw af te remmen met steroïden. In uitzonderlijke gevallen moet de immuuntherapie gestopt worden.

De ontwikkelingen in immuuntherapie gaan zeer snel. In juli 2015 werd de eerste immuuntherapie (nivolumab) toegelaten in Europa voor de behandeling van gemetastaseerde niet-kleincellige longtumoren. Twee jaar later was er een tweede immuuntherapie (pembrolizumab) beschikbaar en nog eens een jaar later ook een derde (atezolizumab). Tot dan toe ging het steeds om monotherapie bij niet-kleincellige longtumoren in gemetastaseerde setting, afhankelijk van bepaalde voorwaarden (tumor- en productafhankelijk) in eerste lijn of na voorafgaandelijke chemotherapie.

Gezien de duidelijk positieve resultaten werd verder gezocht naar mogelijke uitbreiding van de toepassing van immuuntherapie in de behandeling van longkanker. In september 2018 werd in Europa de terugbetaling goedgekeurd voor het gebruik van durvalumab als adjuvante therapie na chemo- en radiotherapie voor een stadium III niet-kleincellig longcarcinoom. In studieverband leidde dit immers tot een aanzienlijke verbetering van de overleving. Sinds enkele maanden is deze toepassing ook in België goedgekeurd. De meest recente ontwikkelingen tonen dan weer een plaats voor een combinatie van immuuntherapie en chemotherapie bij geselecteerde niet-kleincellige longtumoren in gemetastaseerde setting. Hierbij worden nog betere resultaten genoteerd met toch een aanvaardbaar bijwerkingsprofiel.

En de evolutie staat nog niet stil. Het aantal tumoren waarbij immuuntherapie gebruikt kan worden neemt toe; momenteel is het al toepasbaar in gevorderde stadia van melanoom, niercarcinoom, blaascarcinoom, Hodgkin,... Specifiek voor longtumoren zijn momenteel studies lopende die eventuele toepassingen nagaan in vroegtijdige stadia van niet-kleincellige longtumoren (als adjuvante of neo-adjuvante therapie) en in andere types longtumoren, zoals kleincellige longtumoren. Het einde is nog niet in zicht!



Naast een betere levenskwaliteit ten opzichte van behandeling met chemotherapie, levert immuuntherapie natuurlijk ook een uitbreiding van de therapeutische opties in de behandeling van longkanker op, met in sommige gevallen zeer goede resultaten met soms langdurige respons. De perspectieven voor patiënten met longkanker, één van de meest voorkomende en meest dodelijke tumoren, lijken hierdoor de laatste jaren aanzienlijk te veranderen.

● focus nierca: steeds toenemende therapeutische complexiteit

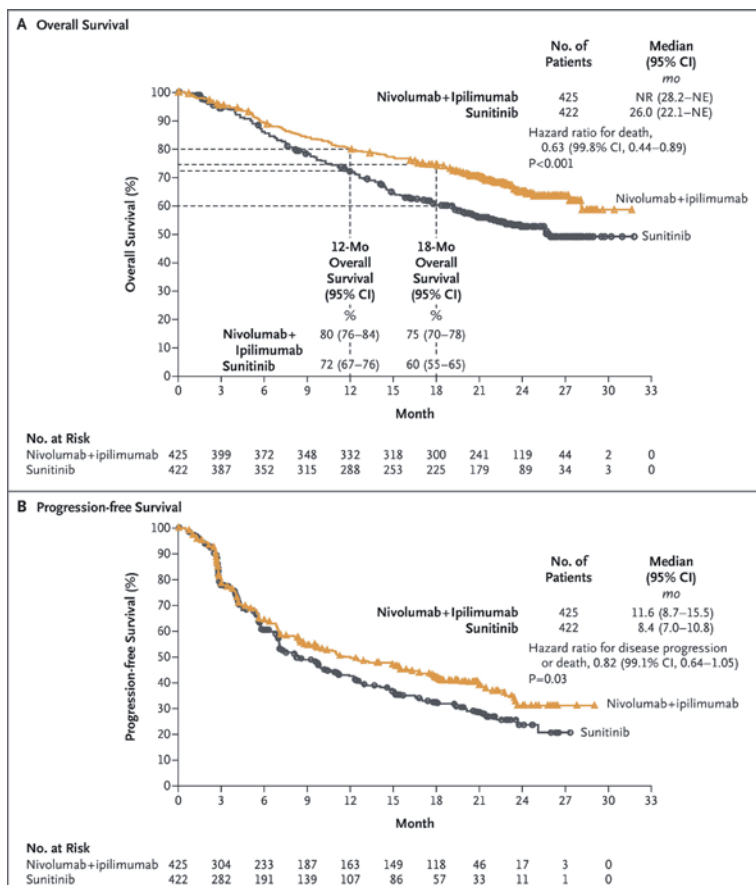
Dr. David Van Brummelen, medisch oncoloog

Nier(cel)kanker (RCC) is de 9de meest voorkomende kanker bij mannen en de 14de meest voorkomende kanker bij vrouwen met een incidentie in 2018 van ongeveer 400000 gevallen wereldwijd (1). De prognose is slecht; 30% van de patiënten heeft metastasen bij diagnose en bijna 30% van de resterende patiënten ontwikkelt later alsnog metastasen (2). Wereldwijd is de vijfjaarsoverleving van patiënten die gediagnosticeerd worden met gevorderde of gemetastaseerde nierkanker slechts 8%.

Heldercellig niercelcarcinoom is het meest voorkomende type nier(cel)kanker (ongeveer 75%). De andere types zijn vooral papillair (20%) en chromofoob RCC (5%), het restant wordt gevormd door een aantal weinig voorkomende tumoren.

In een vroeg stadium is een heelkundige behandeling van nierkanker - bestaande uit een partiële of volledige nefrectomie - aangewezen. Ook bij oligometastatische ziekte, of indien er geen directe nood is aan systemische therapie, kan een lokale behandeling overwogen worden. Cytoreductieve nefrectomie bij gevorderde nier(cel)kanker is niet langer aangewezen, aangezien dit geen overlevingsvoordeel biedt bij patiënten met een intermediaire of slechte prognose. Gevorderde nier(cel)kanker is resistent aan klassieke chemotherapie. De aanvankelijk enige beschikbare behandeling was cytokine-gebaseerde therapie (met name interferon- α en interleukine-2) met veel bijwerkingen en weinig therapeutisch effect. In 2007 veranderde dit met de komst van anti-angiogene middelen, zoals sorafenib en sunitinib, die een significante activiteit tegen nier(cel)

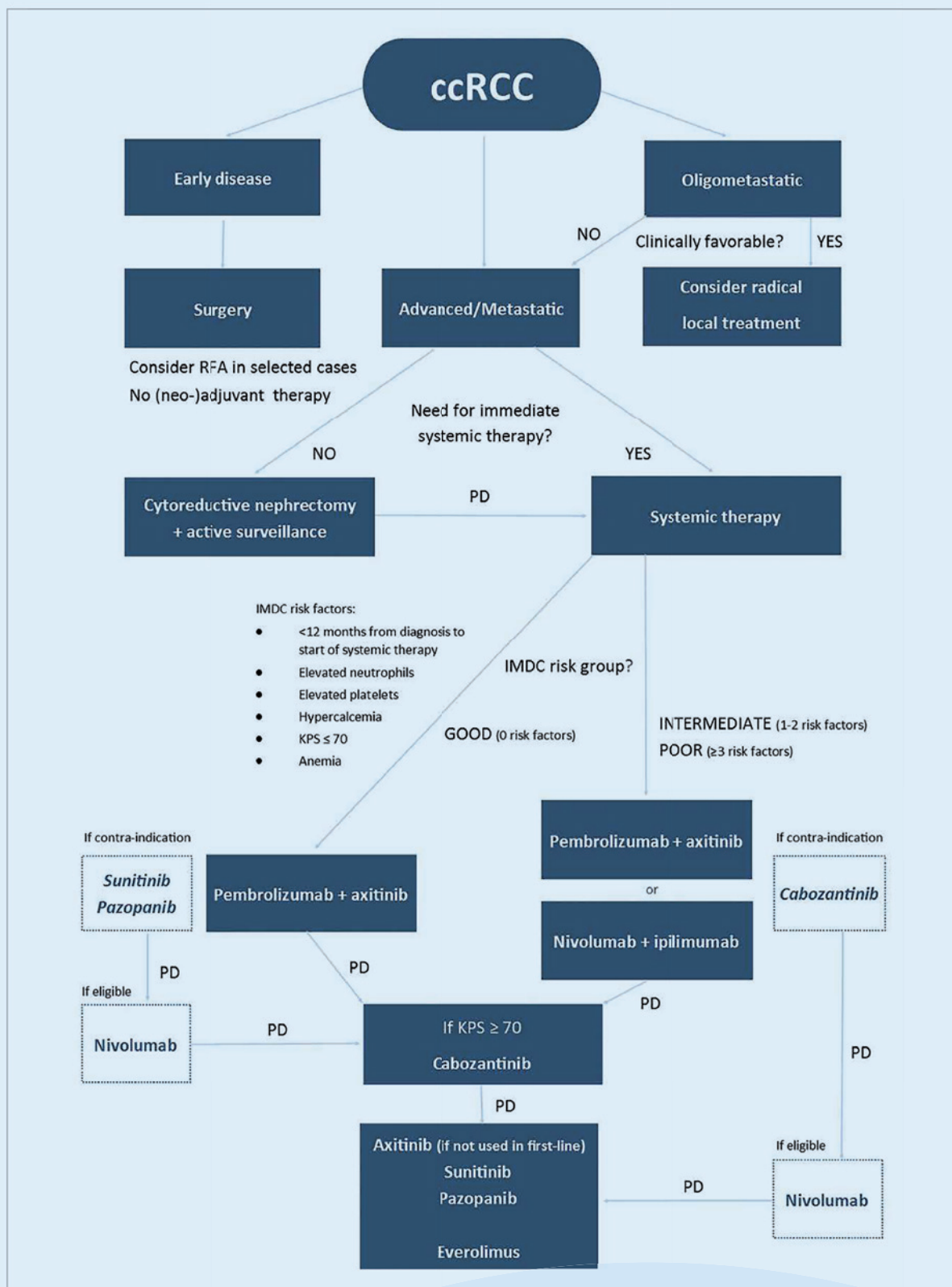
kanker vertoonden. Sunitinib en sorafenib zijn orale tyrosine kinase inhibitoren (TKI) van de VEGF en PDGF receptoren. Met name sunitinib toonde een significante verlenging



Figuur 1: Overall Survival en Progression-free Survival bij IMDC Intermediaire- en poor-risk patiënten. Bron: NEJM (4)

IMDC staat voor International Metastatic Renal Cell Carcinoma Database Consortium, NE not estimable en NR not reached.

van de progression-free survival (PFS) - meer bepaald 11 versus 5 maanden - en een hogere objectieve response rate dan bij een behandeling met interferon- α (31 vs 6%) (3). Deze TKI werd vervolgens de standaard eerstelijnsbehandeling van nier(cel)kanker. De eerste TKI's kregen later gezelschap van achtereenvolgens pazopanib (in 2010), axitinib (in 2012) en cabozantinib (in 2016). Aanvankelijk speelden de mTOR inhibitoren temsirolimus en everolimus ook een belangrijke rol bij de behandeling van nier(cel)kanker.



Figuur 2: Voorgesteld behandelingsalgoritme voor heldercellig RCC gebaseerd op de huidige inzichten en de Belgische terugbetalingscriteria. PD: progressieve ziekte ; KPS : Karnofsky performance status; IMDC: International Metastatic ccRCC Database Consortium. Bron: BJMO Practice guidelines (5).

Deze middelen zijn echter steeds meer naar de achtergrond verdrongen door effectievere therapieën.

De volgende belangrijke verandering was de komst van de immunotherapie. In februari 2016 werd de eerste immuuntherapie - het anti-PD-1 antilichaam nivolumab - toegelaten in Europa voor de behandeling van nierkanker. Vervolgens werden combinatietherapieën van TKI's met anti-PD-1 antilichamen toegepast met een significant betere overleving dan monotherapie met een TKI of immuuntherapie. Momenteel zijn twee dergelijke behandelingen in België terugbetaald; het anti-PD-1 antilichaam pembrolizumab en het anti-PD-L1 antilichaam avelumab in combinatie met de TKI axitinib.

De tot nog toe meest effectieve combinatietherapie bij intermediaire en poor-risk patiënten bestaat uit twee immuuntherapieën samen; de anti-PD-1 nivolumab met de anti-CTL4 ipilimumab. Deze combinatie werd reeds met succes toegepast bij de behandeling van melanoom. Bij de langstlopende studie, de Check-Mate214 trial, is de mediane overall survival overigens

nog steeds niet bereikt. Deze combinatie wordt toegelaten in Europa vanaf 2019.

Het steeds toenemende aantal behandelingsmogelijkheden maakt het steeds complexer om de meest passende eerste- en volgende behandelingslijnen te bepalen voor patiënten. Om deze reden is er enige tijd geleden een werkgroep door de Belgian Society of Medical Oncology (BSMO) opgericht om aanbevelingen te doen over de behandeling van nier(cel)kanker, waarbij ook rekening wordt gehouden met de huidige terugbetalingscriteria. Dit heeft geleid tot een algoritme, waarvan de laatste versie hier is weergegeven.

In de nabije toekomst zullen combinatietherapieën, met name TKI in combinatie met immunotherapie, een nog grotere rol gaan spelen om de effectiviteit van de behandeling te verhogen. Net als bij andere tumortypes zal de therapie meer gepersonaliseerd worden op basis van mutatie-analyse en andere kenmerken van de tumor en de individuele patiënt om het effect van de behandeling te maximaliseren en de kans op bij-

werkingen zo klein mogelijk te houden. Ook adjuvante (immuno)therapieën zullen gangbaar worden, zoals

dat reeds gebeurt bij melanoom. Momenteel wordt gekeken naar immunothe- rapie met één anti-PD-(L)1 antilichaam (atezolizumab, pembrolizumab, nivolumab of tremelimumab) of in combinatie met het anti-CTL4 antilichaam ipilimumab.

Onze dienst werkt actief samen met het UZ Gent en andere centra om op de hoogte te blijven van de laatste ontwikkelingen op het gebied van nier(cel) kanker. Hierdoor kunnen we de nieuwste inzichten en therapieën direct toepassen bij onze patiënten, zodat we hen de best mogelijke zorg dichtbij kunnen aanbieden.

Referenties:

1. Siegel R.L., Miller K.D., Jemal A. Cancer statistics. CA Cancer J. Clin. 2019;69:7-34. doi: 10.3322/caac.21551.
2. Ljungberg B., Campbell S.C., Choi H.Y., Jacqmin D., Lee J.E., Welkert S., Klemeney L.A. The epidemiology of renal cell carcinoma. Eur. Urol. 2011;60:615-621. doi: 10.1016/j.euro.2011.06.049.
3. Motzer RJ, Hutson TE, Tomczak P, Michaelson MD, Bukowski RM, Rixe O, Oudard S, Negrier S, Szczylik C, Kim ST, Chen I, Bycott PW, Baum CM, Figlin RA (2007) Sunitinib vs interferon alfa in metastatic renal-cell carcinoma. N Engl J Med 356: 115-124
4. Motzer RJ, Tannir NM, McDermott DF, Frontera OA, M.D., Melichar B, Choueiri TK, Plimack ER, Barthélémy P, Porta C, George S, Powles T, Donskov F et al. Nivolumab plus Ipilimumab versus Sunitinib in Advanced Renal-Cell Carcinoma. N Engl J Med 2018; 378:1277-1290. DOI: 10.1056/NEJMoa1712126
5. Delafontaine B, De Backer C, Beuselinck B, Debruyne P, D'Hondt L, Gennigens C, Gil T, Vulsteke C, Martínez Chanzá N., Verbiest A, Strijbos M, Van Lancker G, Pelgrims G, Rottey S. An update on the management of metastatic clear-cell renal cell carcinoma: the BSMO expert panel recommendations. Belg J Med Oncol 2020;14(2):56-70

● focus borstca: steeds meer behandeling op maat

Dr. Sarah Jeurissen, medisch oncoloog

De laatste jaren is er heel wat veranderd in de behandeling van borstcarcinoom. Zoals elke patiënt heeft ook elke tumor zijn eigen 'verhaal'. Waar we vroeger enkel naar de gevoeligheid voor hormonen en HER2 vroegen, onderzoeken we nu ook de mutaties, de immunotherapiegevoeligheid, enzovoort. We evalueren het gedrag van tumoren op een bepaalde therapie en sturen onze behandeling bij. Hierdoor verhogen de kansen op curatie bij lokale tumoren, maar ook in een palliatieve setting verlengt het leven - en de kwaliteit ervan - aanzienlijk door een optimaal gebruik van de verschillende (bestaande en nieuwe) producten.

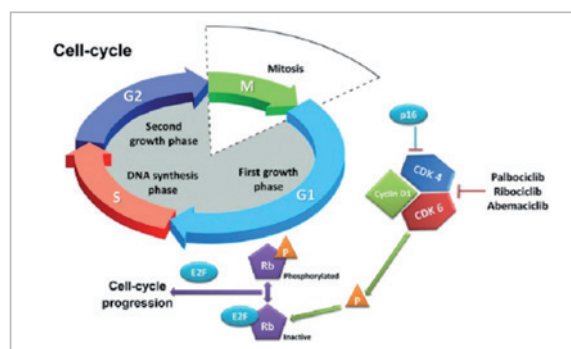


Dr. Sarah Jeurissen

Er zijn patiënten die reeds meer dan tien jaar met een (behandeld) hersen gemetastaseerde borstcarcinoom leven. Dit was vroeger ondenkbaar. Anderzijds mogen we niet vergeten dat dit zeker ook niet voor iedereen zo is. Er zijn mensen waarbij geen enkele therapie lijkt aan te slaan. Het onderzoek gaat echter steeds door en zo hopen we ook voor hen in de toekomst meer te kunnen bieden. Maar laat me u nu vooral enkele therapieën voostellen die reeds een wezenlijk verschil hebben betekend in het leven van onze vrouwen (en soms mannen).

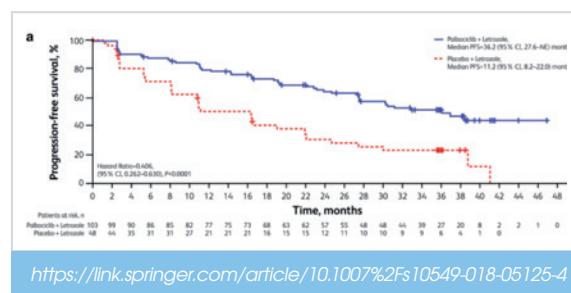
HORMONAAL GEVOELIGE TUMOREN: DAAR ZIJN DE '-CICLIBS'

We wisten reeds langer dat patiënten vroeg of laat resistent worden aan hormonale therapie. Mits het combineren van hormonale therapie met CDK4/6 inhibitoren (verder de '-ciclibs' genoemd) kan men het gebruik van chemo weer even (soms een paar jaar) uitstellen.



We hebben er intussen drie: **palbociclib (Ibrance®)**, **abemaciclib (Kisqali®)**, **ribociclib (Verzenio®)**. Het zijn cyclus inhibitoren, ze verhinderen de voortgang van de celcyclus en meer bepaald de overgang van de G1 naar de S-fase. Een cel die zijn celcyclus (en DNA synthese in de S-fase) niet kan vervolledigen, kan niet delen en sterft af... Het enzymecomplex dat deze overgang normaal regelt is cycline dependent kinase 4 en 6 (CDK4/6), vandaar de naam CDK4/6 inhibitoren.

De-ciclibs worden steeds samen gegeven met hormonale therapie (bvb. letrozole en fulvestrant), hebben daarmee de progression-free

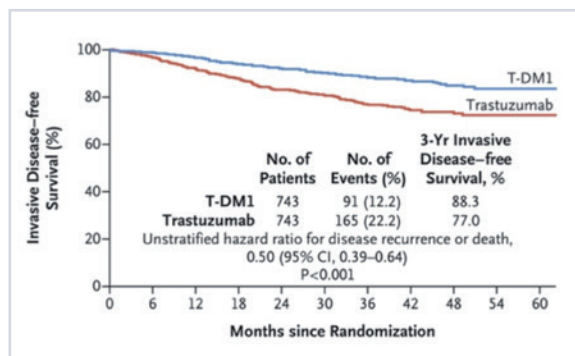


survival (PFS) (en voor sommige ook overall survival (OS)) flink opgekrikt en vormen de **nieuwe standaard eerstelijnsbehandeling voor gemetastaseerd hormonaal gevoelig borstcarcinoom**. (1-4)

Alle drie de producten* zijn **per oraal** en steeds in combinatie met een hormonale therapie. Enkele in het oog springende bijwerkingen van bovenstaande producten:

- Neutropenie (klasse-effect): anders dan chemo leidt dit zelden tot febrile neutropenie, doch een dosisaanpassing kan nodig zijn
- Diarree (vooral abemaciclib)
- Verlenging QTc tijd (vooral ribociclib)

Globaal worden de CDK4/6 inhibitoren echter vrij goed verdragen.



‘2ND CHANCE’ OP CURATIE VOOR SLECHT REAGERENDE (VROEGE) BORSTTUMOREN

Vroeger werd neo-adjuvante chemotherapie toegediend om tumoren te verkleinen, met als doel een beter esthetisch resultaat met een tumorectomie, die minder ingrijpend is dan een volledige amputatie. Vandaag de dag is er echter nog **een belangrijk overlevingsvoordeel van neo-adjuvante therapie**. Door patiënten eerst neo-adjuvant te behandelen, kan men nagaan wie zeer goed (of juist niet) op een behandeling reageert. Indien er weinig respons is, krijgt de patiënt nu een ‘tweede kans’ op curatie, doordat de adjuvante therapie wordt aangepast.

Zo zou men vroeger iemand met adjuvant herceptine behandelen voor een jaar, maar kan men nu tussendoor ‘eens kijken of het werkt’, doordat de operatie weergeeft of er een pathologisch complete respons (pCR) is of niet.

Als patiënten met een HER2 positieve tumoren géén pCR bereiken na hun behandeling

met een neo-adjuvant herceptine (trastuzumab), kan vanaf nu de T-DM1 (Kadcyla®) adjuvant worden toegediend.

Degene die we dus ‘misten’ in onze klassieke trastuzumab-behandeling, vangen we nu op door de switch naar T-DM1 met meer dan **10% winst in ziektevrije overleving!** (5)

Ook voor triple negatieve (enfant terrible onder de borstkankers) is er nu hoop. Indien deze patiënten géén pCR bereiken na hun neo-adjuvante behandeling, kan men nadien adjuvant capecitabine (Xeloda®) geven. Capecitabine is een chemotherapeutikum in pilvorm die we reeds lang kennen uit de gemetastaseerde setting. (6)

T-DM1 (KADCYLA®)

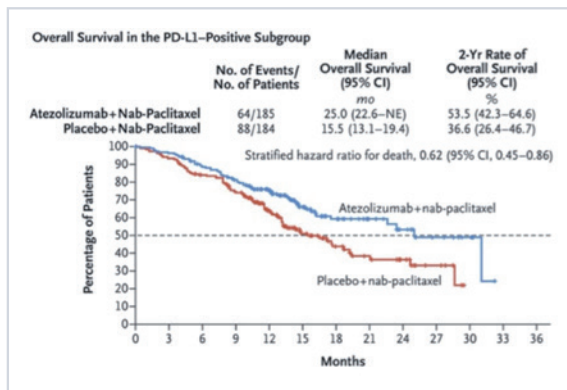
T-DM1 oftewel trastuzumab emtansine is een antibody drug conjugate, met andere woorden een antilichaam (trastuzumab) gelinkt aan een drug/chemotherapeutikum (emtansine).

Het heeft als voordeel dat het de chemotherapeutische component enkel op de HER2-positieve cellen ‘afzet’, waarna deze de cellen binnendringt en vernietigt. Het wordt reeds lang gebruikt in de gemetastaseerde setting en heeft als voornaamste bijwerkingen leverfunctiestoornissen en trombopenie, maar globaal is de tolerantie zeer goed (en veel beter dan chemo).

NU OOK IMMUNOTHERAPIE VOOR BORSTTUMOREN!

Het heeft lang op zich laten wachten, maar nu is er ook immuuntherapie voor borsttumoren. Let wel, **enkel bij zeer specifieke indicaties**, met name bij de behandeling van **gemetastaseerde triple negatieve borstkanker**, en enkel in combinatie met chemo. De combinatiebehandeling heet atezolizumab + nab-paclitaxel en bestaat dus enerzijds uit een checkpoint inhibitor immunotherapie (zie op pagina 17 het stuk over immunotherapie) en een chemotherapeutikum ‘nab-

* palbociclib (Ibrance®), abemaciclib (Kisqali®), ribociclib (Verzenio®)



paclitaxel', dat qua werking lijkt op paclitaxel (Taxol®). Er werd gebruik gemaakt van de nab-variant (albumine gebonden), omdat hierbij géén voorbereiding met cortisone nodig is, en dit dus ook de immunotherapie niet tegenwerkt. Wanneer men atezolizumab in de eerste lijn toevoegt aan nab-paclitaxel en vergelijkt met een chemo alleen (standaard bij TNBC, gezien er geen mogelijkheid is tot hormonale of anti-HER2 behandeling), is er een mediane overlevingswinst van bijna 10 maanden, bij een voordien zeer moeilijk te behandelen groep. Vereist is wel dat de patiënt 'PDL1+' is. Dat wil zeggen, bij een tumor die anders het immuunsysteem tegenwerkt door PDL1-PD1 binding, kan nu door PD-L1 binding de rem op het immuunsysteem gedeblokkeerd worden. (7)

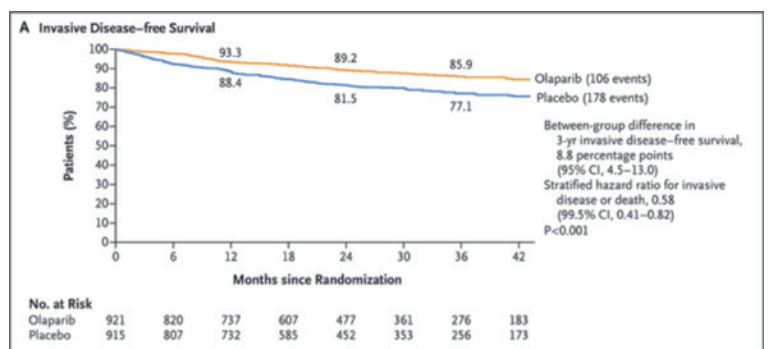
BEHANDELING SPECIFIEK VOOR BRCA-POSITIEVE TUMOREN

Waar het kennen van een BRCA-status van een patiënt vroeger vooral belangrijk was in het kader van preventie van toekomstige borst/ovariumtumoren, heeft de BRCA-status nu belangrijke gevolgen voor de therapie. Dit was reeds langer het geval voor ovarium-

kanker. Indien een patiënt BRCA-gemuteerd is, komt hij/zij na chemo in aanmerking voor een adjuvante onderhoudsbehandeling met 'olaparib' (Lynparza®, een PARP-inhibitor reeds gebruikt bij ovariumkanker), met ziektevrije overlevingswinst van meer dan 8%. (8) Opgelet, voor deze indicatie is voorlopig nog geen terugbetaling voorzien.

PARP-INHIBITOREN

PARP staat voor Poly (ADP-ribose) polymerase, wat een enzym is dat instaat voor herstel van DNA. Indien de patiënt een BRCA-mutatie heeft (BRCA is ook nodig voor DNA-herstel) én PARP-inhibitor neemt, dan kan de cel bij DNA schade niet herstellen en sterft deze af. Olaparib en talazoparib zijn PARP-inhibitoren.



<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2105215>

Ook in gemetastaseerde setting komen de PARP-inhibitoren van pas, meer bepaald talazoparib heeft een winst in PFS bij patiënten met een germline BBRCA-mutatie. (9) Deze indicatie is wel terugbetaald.

Referenties:

- Richard S. Finn, Miguel Martin, Hope S. Rugo, et al. Palbociclib and Letrozole in Advanced Breast Cancer. *Engl J Med* 2016; 375:1925-1936
- Stephen Johnston, Miguel Martin, Angelo Di Leo et al. MONARCH 3 final PFS: a randomized study of abemaciclib as initial therapy for advanced breast cancer. *npj Breast Cancer*. 2019; 5:5
- Dennis J. Slamon, Patrick Neven, et al. Overall Survival with Ribociclib plus Fulvestrant in Advanced Breast Cancer. *N Engl J Med* 2020; 382:514-524
- F. Cardoso, S. Paluch-Shimon, E. Senkus, G. Curigliano et al. 5th ESO-ESMO International Consensus Guidelines for Advanced Breast Cancer (ABC 5). *Annals of oncology*. 2020; <https://www.esmo.org/guidelines/breast-cancer/consensus-recommendations-advanced-breast-cancer-abc-5>
- Gunter von Minckwitz, Chlun-Sheng Huang, Max S. Mano, et al. Trastuzumab Emtansine for Residual Invasive HER2-Positive Breast Cancer. *N Engl J Med* 2019; 380:617-628
- Norikazu Masuda, Soo-Jung Lee, Shoichiro Ohtani, et al. Adjuvant Capecitabine for Breast Cancer after Preoperative Chemotherapy. *N Engl J Med* 2017; 376:2147-2159
- Peter Schmid, Sylvia Adams, Hope S. Rugo, et al. Atezolizumab and Nab-Paclitaxel in Advanced Triple-Negative Breast Cancer. *N Engl J Med* 2018; 379:2108-2121
- Andrew N.J. Tutt, Judy E. Garber, et al. Adjuvant Olaparib for Patients with BRCA1- or BRCA2-Mutated Breast Cancer. *N Engl J Med* 2021; 384:2394-2405
- Jennifer K. Litton, Hope S. Rugo, Johannes Ethiraj, et al. Talazoparib in Patients with Advanced Breast Cancer and a Germline BRCA Mutation. *N Engl J Med* 2018; 379:753-763

● uitbreiding van de toolbox: voorstelling van de 'new kids on the new block'...

● de PICC-katheter

Dr. Jan Bontinck, arts-specialist in de vaatheelkunde



WAT?

De laatste jaren maakt de PICC opgang als veneuze toegangsweg tot de bloedbaan. PICC staat voor 'peripherally inserted central catheter' ofwel 'perifeer ingebrachte centraal veneuze katheter'. Het is een centrale katheter die uitmondt in de V cava superior, maar wordt ingebracht via de arm (V cefalica, basilica of brachialis). De katheter, die slechts enkele centimeters uit de huid steekt, kan volledig onder een klein verband worden verborgen. PICC-katheters bestaan in verschillende diktes, het meest courant zijn 4 en 5 French. Ze kunnen één, twee of drie lumina bevatten.



Figuur 1: een single lumen 4 Fr. PICC-katheter.

HOE?

Hoewel de plaatsing van een PICC geen echte operatie is, gebeurt dit toch in het operatiekwartier. De omstandigheden zijn perfect steriel en echografie en radioscopie zijn er binnen handbereik. De patiënt hoeft niet nuchter te zijn en bloedverdunders hoeven niet te worden gestopt. Ambulante patiënten worden kort opgenomen via het chirurgisch dagziekenhuis.

De procedure, die 20 minuten in beslag neemt, gebeurt zonder of met minimale lokale verdoving. De patiënt blijft wakker en ligt op de rug. Na ontsmetten en afdekken wordt onder echogeleide een oppervlakkige ader van de bovenarm aangeprikt. Via de Seldinger-techniek wordt een fijne sheath ingebracht waarlangs de katheter, na afmeten en op maat knippen, wordt opgeschoven. Onder radioscopie checken we de pre-



Figuur 2: met een waterafstotend verband kan de patiënt gerust douchen.

cieze positie van de tip; overgang rechter atrium – V cava superior. De katheter wordt niet vastgehecht en groeit ook niet vast. Hij wordt met een klevend fixatieverband op de huid bevestigd. Het geheel wordt afgedekt met een doorzichtig verband. Er is geen verblijf in de ontwaakzaal, de patiënt mag onmiddellijk naar de kamer of naar huis.

WAAROM?

De PICC biedt de voordelen van een centrale katheter (toediening van irriterende vloeistoffen zonder schade aan de vaten) zonder de nadelen ervan, omdat er geen punctie van een grote vene (met risico op

bloeding of pneumothorax) meer nodig is. Qua comfort is de PICC superieur aan de klassieke centrale infusen, die hinder subclaviculair of ter hoogte van de hals met zich meebrengen. Voor de patiënt voelt een PICC aan als een gewoon (perifeer) infuus in de bovenarm. Sporten mag en douchen is toegelaten, mits een waterafstotend verband (eventueel huishoudfolie). Het verwijderen van een PICC verloopt zoals bij een gewoon perifeer infuus; eenvoudig en pijnloos uittrekken. In tegenstelling tot de port-à-cath is voor plaatsen noch verwijderen een operatie nodig en is er geen litteken achteraf.

VOOR WIE?

Dit alles maakt de PICC bijzonder geschikt voor langdurige of veelvuldige toegang tot de bloedbaan. Zeker wanneer een behandeling langer dan een week en korter dan zes maanden duurt, biedt de PICC een elegante oplossing.

In de eerste plaats denken we aan intraveneuze toediening van antibiotica (bv. septische artritis) of TPN (bvb. tijdelijke bijvoeding). Dit geldt zowel voor opgenomen als voor ambulante patiënten. De verpleegkundige zorgen thuis zijn minimaal en beperken zich (indien nodig) tot spoelen en het verband vervangen. Het geven van contrast of frequente bloedafnames kunnen bij deze

patiënten eveneens via een PICC gebeuren. Een belangrijke indicatie is ook de toediening van cytostatica, wanneer de chemotherapie niet langer dan zes maanden duurt.

BESLUIT

De Peripherally Inserted Central Catheter is een minimaal invasieve toegangsweg tot de bloedbaan. Voor toediening van onder andere antibiotica, TPN en chemotherapie kan deze katheter een goed alternatief bieden voor het klassieke centrale infuus of port-à-cath. De gebruiksvriendelijkheid en veiligheid maken de PICC uitermate geschikt voor thuistherapie.

● nu ook MR op de campus

Sinds april 2020 is de MR-eenheid in AZ Oudenaarde operationeel. De scanner van AZ Oudenaarde is een Siemens Lumina 3T, de eerste van zijn generatie in België. Dit toestel biedt alle mogelijkheden om een state-of-the-art MR-onderzoek af te leveren, zowel wat betreft patiëntencomfort, efficiëntie als beeldkwaliteit.

De scanner heeft een extra brede tunnel van 70 cm diameter. Deze extra ruimte vermindert het claustrofobisch gevoel en verhoogt het comfort van de patiënt. Met een hoge veldsterkte van drie Tesla zijn we in staat zeer scherpe en contrastrijke beelden te maken om zo een pathologie optimaal in kaart te kunnen brengen. De ingebouwde, geavanceerde software ondersteunt de medewerkers door het automatisch verrichten van een

deel van het basis- en routinewerk tijdens het scannen, waardoor er meer aandacht kan besteed worden aan het perfectioneren van de beeldkwaliteit. De beschikbare MR-sequenties zijn geoptimaliseerd aan de hand van de meest recent beschikbare literatuur.

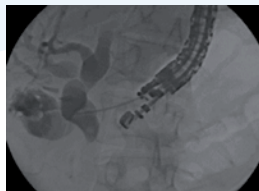
De gebruikte scanprotocollen (lijst van sequenties die verricht worden tijdens het onderzoek) zijn specifiek opgesteld per pathologie, helemaal up-to-date, en lopen gelijk met de protocollen in de universitaire centra. Alle radiologen van AZ Oudenaarde beschikken niet alleen over een hoogwaardige MR-opleiding, maar schaven hun MR-kennis ook actief bij om zo continu kwalitatieve, gepersonaliseerde onderzoeken en verslagen af te leveren.

● nieuwe technieken voor biliaire drainage: EUS RV en EUS CDS

In de oncologie wordt sinds enkele jaren gebruik gemaakt van EUS (endoscopic ultra-sound of echo-endoscopie), vooral voor diagnostische doeleinden.

We passen EUS in de eerste plaats voor de staging toe, maar anderzijds ook voor EUS-geleide puncties van extra-lumineel gelegen weefsel zoals pancreasletsels, klieren of bijniermetastasen.

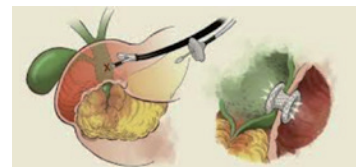
De laatste jaren zijn er ook meer therapeutische toepassingen in de echo-endoscopie en dit hoofdzakelijk voor biliaire drainage van moeilijk te cannuleren galwegen.



Indien de papil van Vater bijvoorbeeld door tumorale invasie onbereikbaar is, maken we gebruik van de rendez-vous techniek (EUS-RV). Hierbij wordt de galweg aangeprikt vanuit het duodenum (cfr. foto AZO). Via het traject wordt anterograad een voerdraad opgeschoven tot voorbij de papil. Vervolgens wordt met

de duodenoscoop een klassieke ERCP uitgevoerd.

Bij veel oncologische gevallen is er echter een probleem van hooggradige maligne galwegstenose, waardoor er zelfs geen voerdraad kan worden opgeschoven. In dit geval wordt er geen stent geplaatst doorheen de stenose, maar wordt de galweg proximaal van de stenose vanuit het duodenum aangeprikt. De stent wordt dan doorheen het punctietraject geplaatst, waardoor de gal gedraineerd kan worden langs een als dusdanig gecreëerde choledochoduodenostomie (EUS-CDS) (cfr. foto AZO).



In AZ Oudenaarde werden deze technieken reeds meerdere malen succesvol uitgevoerd, vanuit een samenwerking tussen dr. Remery die de ERCP uitvoert en dr. Lecluyse die zich heeft toegelegd op de echo-endoscopie.

● zorg met een hart voor de patiënt

De zorg voor een oncologische patiënt strekt veel verder dan de medische behandeling alleen. De patiënt wordt omringd door een heel team dat naast de artsen uiteraard ook verpleegkundigen, diëtisten, psychologen, vrijwilligers en medewerkers van de sociale dienst omvat. We vinden de multidisciplinaire omkadering van de patiënt in zijn totaliteit dan ook bijzonder belangrijk. Hieronder lichten we enkele van onze diensten voor de patiënt toe.

● verpleegkundige behandeling van kanker in AZ oudenaarde

Eveline Vermoere, hoofdverpleegkundige dagziekenhuis

Oncologische behandelingen vinden grotendeels plaats in het dagziekenhuis. Een klein deel van de patiënten wordt behandeld met orale therapie. Beide behandelingsmethoden vragen een andere ondersteuning door de oncologisch verpleegkundige.



Eveline Vermoere

INTRAVENEUZE THERAPIE IN HET DAGZIEKENHUIS

Wanneer de hoofdbehandelaar van een patiënt beslist dat het aangewezen is met een antitumorale therapie te starten, wordt in samenspraak met de patiënt een geïndividualiseerd zorgplan opgemaakt en een startdatum vastgelegd. Er wordt een afspraak gemaakt met de verpleegkundigen van het dagziekenhuis, waar de patiënt de nodige informatie ontvangt over het opstarten van de therapie.

VERPLEEGKUNDIGE INTAKE

Volgende onderwerpen komen aan bod in het verpleegkundig intakegesprek:

- Kennismaking met de afdeling en voorstelling van de verpleegkundigen
- Uitgebreid gesprek:
 - o Fysieke gezondheid
 - o Psychosociale gezondheid
 - o Doelen en behoeften van de patiënt
- Medicatie:
 - o Bevragen huidige medicatielijst (meegebracht door de patiënt/uit medisch dossier) en opnemen in anamnese en communicatie-informatiemap
- Labo-onderzoek en gewichtsupvolging: noodzakelijk voor elke behandeling. Dit kan in afspraak met de patiënt doorgaan:
 - o Bij voorkeur komt de patiënt de dag voor de behandeling langs in het dagziekenhuis.
 - o Indien de patiënt niet in de mogelijkheid is om voorafgaand aan de behandeling langs te komen in het dagziekenhuis, kan de afname ook de dag van de behandeling gebeuren. De patiënt dient dan rekening te houden met een langere aanwezigheid, aangezien op het resultaat gewacht moet worden alvorens de behandeling klaargemaakt kan worden in de apotheek.
 - o Als beide voorgaande mogelijkheden geen optie zijn voor de patiënt, kan de bloedafname ook in de thuissetting gebeuren, door de huisarts. Dit moet de dag voor de behandeling plaatsvinden. De huisarts stuurt het resultaat via mail naar de behandelende arts. De huisarts bespreekt deze optie best met de behandelende arts.
- Het bespreken van de oncologische communicatie-informatiemap.

De patiënt ontvangt heel wat mondelinge informatie bij de start van een behandeling. Ter ondersteuning hiervan werd de communicatie-informatiemap in gebruik genomen. Deze map kan door zorgverleners in het ziekenhuis én in de thuissetting worden geraadpleegd en gebruikt worden als communicatiemiddel.

Deze map bundelt onder andere:

- o Info over de therapie
- o Info rond mogelijke nevenwerkingen en tips rond hoe hiermee om te gaan
- o De contactgegevens van alle leden van het multidisciplinair oncologisch team

Er is de mogelijkheid tot het noteren van vragen door de patiënt, huisarts, andere hulpverleners,... De multidisciplinaire werking wordt hiermee ondersteund.

DE BEHANDELING IN HET DAGZIEKENHUIS

Elke patiënt komt voor de behandeling naar het dagziekenhuis. De eerste dag van de therapie moet de patiënt rekening houden met een volledige dag aanwezigheid. De uiteindelijke duur hangt af van de soort therapie, of er al dan niet een PAC of PICC geplaatst wordt die dag, of er nog (labo-) onderzoek dient te gebeuren, enzovoort.

Bij aankomst wordt een korte anamnese afgenomen, het labo-onderzoek wordt nagekeken en de therapie wordt elektronisch voorgeschreven door de behandelende oncoloog. De medicatie wordt klaargemaakt in de ziekenhuisapotheek, hetgeen enige tijd in beslag kan nemen. Eenmaal de therapiemedicatie in het dagziekenhuis aanwezig is, start de oncologische verpleegkundige de therapie op bij de patiënt.

Tijdens de therapie wordt de patiënt geobserveerd op eventuele nevenwerkingen en/of reacties die kunnen voorkomen. Tijdens het verblijf in het dagziekenhuis kunnen verschillende leden van het multidisciplinair oncologisch team langskomen.

Na de therapie ontvangt de patiënt een verpleegkundig ontslagdocument. Hierop staat de volgende afspraak voor therapie vermeld, samen met eventuele opmerkingen en/of informatie voor de thuisverpleegkundige.

PERORALE THERAPIE IN DE ONCOLOGIE: OPVOLGING DOOR DE ONCOLOGISCH VERPLEEGKUNDIGE

Met perorale antitumorale therapie hoeven patiënten niet opgenomen te worden voor hun therapie. Om de toxiciteit van de behandeling en de algemene toestand van de patiënt toch van dichtbij op te volgen, wordt naast de consultaties bij de behandelende arts een wekelijkse opvolging voorzien door onze oncologisch verpleegkundige. De patiënt heeft op die manier een laagdrempelig, nauw contact waar ze terecht kunnen met al hun vragen over de therapie en de bijwerkingen ervan. Er blijft bovendien toezicht op het verloop van de therapie, waardoor zo nodig vroegtijdig kan worden bijgestuurd.

Het eerste contact met de oncologisch verpleegkundige vindt plaats bij opstart of ten laatste één week na de opstart van de antitumorale medicatie. De verpleegkundige

plant steeds een vervolgspraak voor de patiënt en er worden afspraken gemaakt rond telefonische opvolging. Een verslag van elk consult (in het ziekenhuis en telefonisch) wordt genoteerd in het elektronisch patiëntendossier.

In het consult wordt o.a.:

- De medicatielijst nagekeken op veranderingen.
- De aanwezigheid van bijwerkingen bevestigd en waar nodig advies gegeven of doorverwezen naar de behandelende arts of een lid van het multidisciplinair team (bvb. rond voedingsadvies).
- Tijd genomen voor geïndividualiseerde ondersteuning en permanente educatie.

Bij acute problemen kan de verpleegkundige de arts contacteren voor een bijkomend consult. Daarnaast worden patiënten op perorale therapie ook tijdens de multidisciplinaire overlegmomenten besproken.

● maatschappelijk werker: wat betekent zij voor oncologische patiënten

Lien Imbo, maatschappelijk werker

De patiënt kan bij de maatschappelijk werker terecht voor praktische, financiële en psychosociale ondersteuning.

De maatschappelijk werker bezoekt de patiënt normaliter op de eerste dag van de behandeling. Als dit niet lukt, wordt er telefonisch contact opgenomen of wordt een latere afspraak ingepland. De maatschappelijk werker bevestigt de sociale situatie, het ondersteuningsnetwerk, mantelzorgers en eventuele thuiszorgdiensten. Afhankelijk van de zelfredzaamheid van de patiënt wordt er bijkomende informatie verstrekt of worden er contacten gelegd met gezinszorg, poets-hulp, thuisverpleegkundige, vrijwilligerswerking of traiteur.



Lien Imbo

In het kader van het financiële aspect worden de verschillende financiële tussenkomsten samen met de patiënt overlopen. Deze zijn standaard steun van het kankerfonds en een tegemoetkoming voor het vervoer.

In geval van haarverlies worden verschillende opties voorgesteld: een haarprothese, muts of sjaaltje of geen van deze mogelijkheden, de keuze van de patiënt primeert.

De eventueel passende financiële tussenkomst wordt besproken.

Voor andere financiële tegemoetkomingen zoals het zorgbudget of de mantelzorgpremie wordt doorverwezen naar externe diensten; de mutualiteit, het OCMW of de gemeente. Er kan informatie meegegeven worden rond initiatieven van Kom op tegen Kanker; georganiseerde vakanties, lotgeno-

tencontact of de workshop 'Look good, feel better'.

In het algemeen zijn verdere contacten op vraag van de patiënt, familie of op verwijzing van de afdeling of het multidisciplinair team mogelijk. Afhankelijk van de hulpvragen van de patiënt of hun sociale of financiële problematiek worden bepaalde patiënten blijvend gezien door de sociale dienst.

● voeding tijdens kankerbehandeling

Heleen Lievens, diëtist

De diëtisten ondersteunen en begeleiden oncopatiënten zowel tijdens de behandeling in het dagziekenhuis als tijdens een ziekenhuisopname of ambulant. Kwaliteitsvolle voeding is belangrijk bij een kankerbehandeling.

Elke diagnose of behandeling kan verschillende voedingsproblemen met zich meebrengen, zoals anorexie, smaak- en geurveranderingen, misselijkheid en braken, obstipatie, enzovoort.

Deze problemen kunnen te wijten zijn aan het kankerproces zelf, maar ook aan externe factoren.

Deze oorzaken begrijpen maakt het makkelijker om bijna normale eetgewoonten te handhaven en ondervoeding te voorkomen. De diëtisten zoeken samen met de patiënt naar aangepaste eetgewoontes en geven voedingstips, zodat de patiënt blijft genieten van eten en voldoende calorieën kan opnemen. Eetlust mag geen eetlast worden.

Het is belangrijk om zo snel mogelijk te handelen bij voedingsklachten, want hoe langer ze blijven aanslepen, hoe moeilijker het wordt om de voedingsstatus weer op orde te krijgen.

De diëtisten gaan regelmatig langs bij de patiënt in het dagziekenhuis of tijdens de ziekenhuisopname. Frequent contact is van belang om opvolging, ondersteuning en bijsturing te garanderen. In samenspraak met de arts wordt soms bijvoeding, sondevoeding of TPN voorgesteld aan de patiënt. Ook hier staan de diëtisten mee in voor de opvolging en begeleiding.

Naast het geven van voedings- en dieetadvies screenen diëtisten de patiënt ook op ondervoeding. Het lichaamsgewicht wordt door de diëtisten bij elke behandeling of opname opgevolgd.



Heleen Lievens

● werking van de psychologen: zorg voor, tijdens en na de behandeling

Ine Paeme en Marjolein Schepens, oncopsychologen

Kim Delombaerde, psychologe palliatief supportteam

De confrontatie met de diagnose van kanker kan bij de patiënt en zijn of haar omgeving diverse vragen oproepen. Voorafgaand aan de diagnose doorlopen patiënten een traject van vele onderzoeken en afspraken bij artsen, een periode die gepaard gaat met onzekerheid. Het vernemen van de diagnose en het door de arts opgestelde behandelplan biedt een handvat, maar vaak hebben patiënten nog vragen, emoties en onzekerheden over de impact van kanker op hun dagelijkse leven en hun naaste omgeving. Ook rijzen er vragen over de toekomst, de communicatie aan de omgeving, de omgang met goedbedoelde, maar soms belastende reacties, enzovoort. Ondersteuning die erop gericht is de draagkracht te vergroten en de draaglast te verkleinen is dan ook welkom.

Een gesprek met de psycholoog is standaard voorzien in het behandeltraject. De psycholoog spreekt over de beleving van de diagnose en de effecten daarvan, zoekt mee naar mogelijkheden om met de ziekte om te gaan en biedt bijkomende tips of handvaten.

De patiënt of familie kan kosteloos beroep doen op een oncopsycholoog. On-

dersteuning is mogelijk in de vorm van individuele gesprekken of partner- en gezinsgesprekken, met respect voor het beroepsgeheim. Er kunnen gesprekken plaatsvinden in de verschillende fases van het ziekteproces; bij de diagnosestelling, doorheen de behandeling, maar ook na de behandeling.

Doorheen het behandeltraject worden mogelijke behandelingen toegelicht waarbij de arts in samenspraak met de patiënt een voorstel doet. Gedurende het verdere verloop van het ziekteproces duiken mogelijk nieuwe emoties of vragen op. Er kunnen gevoelens van kwaadheid, depressie, schuld, afscheid, controleverlies, zelfvervreemding en eenzaamheid opduiken. Op het tempo van de patiënt en vertrekkende vanuit zijn of haar draagkracht gaat de oncopsycholoog op zoek naar een houvast en naar hulp om verder te kunnen.

Tot slot, nadat een periode van behandeling wordt afgerond, worden mensen verwacht verder te gaan met hun leven. Vaak moet het effect van het ziek zijn nog een plaats krijgen. De patiënt wordt geconfronteerd met bijvoorbeeld lichamelijke veranderingen, aanhoudende vermoeidheid, lichamelijke

beperkingen, een stoma, enzovoort. Deze gevolgen kunnen de sociale relaties, het werkritme, de seksualiteitsbeleving en een gevoel van zelfstandigheid beïnvloeden. Tevens kan een terugkerende onzekerheid - door het wegvallen van de behandeling en de systematische controles - parten spelen. Mensen dienen zelf structuur in te bouwen, terwijl ze vaak een lange periode het gevoel gehad hebben 'geleefd' te worden. Ook tijdens deze fase kan psychologische ondersteuning een hulp zijn.



*Ine Paeme, Marjolein Schepens
& Kim Delombaerde*

● palliatieve zorg

Marijke De Wispelaere, palliatief verpleegkundige
Kim Delombaerde, psychologe palliatief supportteam

Sommige mensen worden op een bepaald moment geconfronteerd met een levensbedreigende ziekte. Wanneer behandelen met als doel genezing niet meer mogelijk is, verschuift onze aandacht zich naar een goede palliatieve zorg. Op dat moment kan het palliatief support team ingeschakeld worden.

*"Palliatieve zorg is
alles wat nog dient
gedaan te worden
als men denkt dat er
niets meer kan
gedaan worden."*

- DAME CICELY SAUNDERS (1918-2005),
PIONIER IN PALLIATIEVE ZORG -

Palliatieve zorg is een totaalzorg waarin de patiënt en zijn omgeving centraal staan en die erop gericht is het leven zo comfortabel mogelijk te maken. Hierbij wordt gestreefd naar een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven en wordt de zorg zoveel als mogelijk afgestemd op de individuele noden en wensen van de patiënt en zijn/haar omgeving. Palliatieve zorg beperkt zich dus zeker niet enkel tot de laatste levensfase.

Totaalzorg omvat aandacht en zorg voor:

- lichamelijke ongemakken en pijn
- het psychosociaal welzijn
- zingevingsvragen
- rouw- en verlieservaring
- vragen rond beslissingen bij het levens-einde (beslissingen omtrent therapie, reanimatiebeslissingen, wilsverklaringen, euthanasievragen...)
- het ontslag naar huis of een thuisvervangende omgeving (al dan niet in samenwerking met de huisarts en thuiszorgdiensten)

Het palliatief supportteam werkt over alle afdelingen en is multidisciplinair samengesteld. Het team neemt de zorg niet over, maar werkt nauw samen met de zorgverleners op de afdelingen. Om een optimale zorg te kunnen garanderen, wordt er ook samengewerkt met de huisarts en eventuele andere externe instanties zoals bijvoorbeeld thuiszorgdiensten.

Ondersteuning vanuit het palliatief team is kosteloos.



Kim Delombaerde & Marijke De Wispelaere

● verdere ondersteuning

● een vrijwilliger aan het woord

Arlène Van den Hecke werkt als vrijwilliger in het dagziekenhuis inwendige ziekten en op de opnameafdelingen. Eén keer per week komt zij, na overleg met het team, langs bij de patiënten voor een gesprek.

*"Vrijwilligerswerk is empathisch omgaan met de patiënt.
Het is aandacht schenken,
horen wat niet gezegd wordt,
stil zijn waar woorden te veel zijn.*

*Het is meetrokken door het onzekere,
meegaan tot het einde, waardering
tonen voor het goede.*

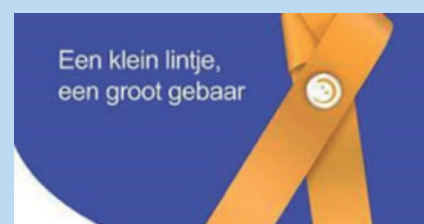
*Het is verbijstering delen,
maar ook liefde en warmte toevoegen
aan de goede zorg."*

Daarnaast werken ook Jozef Ottevaere en Patrick Mincke als vrijwilligers op onze dienst.

● dag tegen kanker

Jaarlijks wordt in oktober de Dag tegen Kanker georganiseerd in samenwerking met Kom op tegen Kanker.

Patiënten in het dagziekenhuis krijgen een attentie, en in samenwerking met vrijwilligers wordt deze dag extra onder de aandacht gebracht door iedere bezoeker van het ziekenhuis een geel lintje op te spelden. Bezoekers worden ook uitgenodigd om een boodschap te schrijven voor de wensboom.





● schoonheidsbehandeling voor de oncologische patiënt

In het inwendig dagziekenhuis bevindt zich het schoonheidslokaal. Het ontstaan en de inrichting ervan werden mede mogelijk gemaakt door sponsoring van de Soroptimisten.

Ziekte en behandeling kunnen door bvb. haarverlies of het uitdrogen van de huid een invloed hebben op het uiterlijk van een patiënt, maar ook op hoe het 'ziek zijn' door deze veranderingen ervaren wordt. Naast de medische en verpleegkundige zorg die verstrekt wordt in het dagziekenhuis, kan een schoonheidsbehandeling en/of zorgmassage een moment van stilte en ontspanning betekenen.

Deze zorgen worden op verschillende momenten georganiseerd. Patiënten kunnen daarvoor tijdens hun therapie, maar ook op andere dagen, terecht in het dagziekenhuis. Op vraag kan de vrijwilliger ook bij opgenomen oncologische patiënten langsgaan op de kamer. Zowel de schoonheidszorgen als de zorgmassage worden kosteloos aangeboden door vrijwilligers.

Daarnaast worden vier keer per jaar workshops 'Look good, feel better' georganiseerd. Deze workshops zijn een initiatief van Kom op tegen Kanker. In deze sessies geeft een Kom op tegen Kanker-schoonheidspecialiste uitleg rond huidverzorging, gebruik van sjaltjes, enzovoort.

De patiënten worden hiervoor door de psychologe of sociaal werker uitgenodigd en er worden ook flyers verspreid in het dagziekenhuis. Deelname aan de workshop is gratis, er wordt wel gevraagd om vooraf in te schrijven.

Lotgenotencontact

De psychologe of sociaal werker informeert de patiënt over het lotgenotencontact. Deze info is ook opgenomen in de communicatiemap. Dit initiatief biedt patiënten, maar ook hun partner of familie, een luisterend oor tijdens of na de behandeling. Ze organiseren leuke uitstappen op verschillende tijdstippen doorheen het jaar.



Marijke & Eveline



● wens ambulance

Veel mensen die ongeneeslijk ziek zijn, hebben vaak nog één laatste wens. Nog één keer naar hun geboortehuis, voor de laatste keer hun huisdier knuffelen, nog één keer de zee zien.

In AZ Oudenaarde hebben we twee collega's die zich als vrijwilligers bij de vzw Wens Ambulancezorg inzetten om deze wensen te helpen verwezenlijken. Hieronder een woordje uitleg over deze organisatie.



Wens Ambulancezorg vzw: van laatste wens naar werkelijkheid.

Hoe een fijne samenwerking resulteerde in ons engagement als vrijwilliger.

Een laatste keer naar zee, een ijsje in het favoriete ijs salon, een wandeling naar het snoepwinkeltje, samen met het gezin nog eens tot aan de branding gaan... Het scenario van onze patiënte was als het ware tot in detail uitgeschreven en dankzij de mensen van Wens Ambulancezorg werd de dag aan zee werkelijkheid. Het werd haar dag en die van haar gezin. Een dag waar ze veel kracht heeft uitgehaald en die tevens een blijvende herinnering is voor haar man en kinderen.

Wens Ambulancezorg maakt wensen van palliatieve patiënten werkelijkheid. Daarvoor staan ze in voor een comfortabel en veilig vervoer van de patiënt. Maar hun zorg en engagement gaan veel verder dan dat. Al vanaf het eerste contact in het kader van het verwezenlijken van de wens van onze patiënte, bleef bij ons vooral het oprechte engagement van deze mensen hangen.

De vrijwilligers van de Wens Ambulancezorg zijn er voor de patiënt. Met een luisterend oor, de nodige zorg en hun continue respectvolle aanwezigheid doorheen de hele uitvoering van de wens.

Vanuit dit contact groeide ook onze zin bij Marijke en Eveline om zich als vrijwilliger voor deze vzw in te zetten. Naast het meewerken in het verwezenlijken van wensen, willen ze de Wens Ambulancezorg ook hier in onze streek bekender helpen maken, om zo ook de palliatieve patiënten hier beter te kunnen bereiken rond dit mooie initiatief.

Meer info over de Wens Ambulancezorg vzw is terug te vinden op hun website www.wensambulancezorgvzw.be of via Marijke De Wispe-laere (Palliatief support team) of Eveline Vermoere (hoofdverpleegkundige dagziekenhuis oncologie).

● lasertherapie

Anti-tumorale behandelingen kunnen de mucosa van mond en keel beschadigen en orale mucositis veroorzaken, al dan niet in ernstige graad. Deze bijwerking veroorzaakt moeilijkheden om te eten (pijn en ongemak) en kan een negatieve invloed hebben op de levenskwaliteit van de patiënt. Bovendien kan deze slijmvliesontsteking een invloed hebben op het verloop van de therapie.

Tot op heden werd voor patiënten met chemo- of radiotherapie geïnduceerde mucositis een bereiding gemaakt door de apotheek. Studies tonen echter aan dat de softlaser snellere en betere resultaten geeft. De werking van deze draadloze softlaser (810 nm versie) met een energie-output van 500mW is gebaseerd op drie parameters: golflengte/output, tijd en frequentie. Dit zorgt ervoor dat de pijn onmiddellijk bestreden wordt omwille van anti-inflammatoire effecten, versnelde weefselgeneratie en vertraging van de bestaande schade aan het mondslijmvlies.

Dankzij sponsoring van de Soroptimisten kon het dagziekenhuis een eigen toestel



aankopen. Behandeling met de softlaser wordt gecombineerd met de magistrale mondspoeling die al gebruikt werd. Lasertherapie is op voorschrift van de behandelende arts en kan indien nodig meerdere keren worden toegepast, afhankelijk van de aanwezige letsels en hun evolutie, en dit voor zowel ambulante als opgenomen patiënten.

● nieuw: oncorevalidatie - programma onco fit

Binnenkort start een nieuw oncorevalidatie-programma in AZ Oudenaarde op. Het project heet 'OncoFit' en loopt over 4 maanden, waarbij patiënten (in groepjes van max. 6) telkens 3 keer/week een uur naar het ziekenhuis komen. De ene week trainen ze 3 keer, de andere week trainen ze 2 keer

en vindt er 1 infosessie plaats. Zo'n infosessie kan gaan over vermoeidheid bij/na kanker, voeding, seksualiteit en intimiteit bij (ex)-kankerpatiënten, enzovoort. Het programma is bedoeld voor patiënten die geen chemotherapie (meer) krijgen en opnieuw hun conditie willen opbouwen. Ze mogen wel nog andere (niet-chemo)behandelingen krijgen. Aanmelding gebeurt via de behandelende oncoloog en wordt steeds gevolgd door een intake bij fysische geneeskunde en cardiologisch nazicht met ergospirometrie. **Voor vragen mail je naar sarah.jeurissen@azoudenaarde.be.**

● het oncologisch zorgpad in concreto

● onderzoeksfase

Na een verwijzing of bij klachten wordt een patiënt klinisch geëvalueerd door de desbetreffend specialist. Op basis hiervan worden zo nodig verdere onderzoeken gepland (radiologisch, endoscopisch, functioneel,...). Voor de volgende onderzoeken kan u op de desbetreffende nummers terecht:

- RX en echografie: 055/33 67 51
- CT: 055/33 67 59
- NMR: 055/33 67 52
- Nucleaire Geneeskunde: 055/33 60 41

● diagnosefase

Veelal volgt na klinisch en radiologisch onderzoek nog een biopsie om de origine van het tumorweefsel te achterhalen/confirmeren, alsook de bepaling van de immunohistochemische, moleculaire (en eventueel genetische) kenmerken. Eens de resultaten gekend zijn (en bij twijfel, voordien), wordt de patiënt besproken op het MOC, ter uitstippeling van zijn verder traject.

MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG IN DE ONCOLOGIE

De opsporing en behandeling van hematologische en oncologische ziekten vraagt expertise van meerdere artsen van verschillende disciplines, waaronder de behandelende orgaanspecialist, oncologisch chirurg, medisch oncoloog, radiotherapeut, anatomo-patholoog, radioloog en nucleair specialist. Coördinatie tussen de verschillende specialiteiten is aangewezen om een optimale behandeling te kunnen uitwerken voor de patiënt. Dit overleg is geformaliseerd onder de vorm van een Multidisciplinair Oncologisch Consult (MOC).

Het MOC wordt schriftelijk aangevraagd door de behandelende specialist of de huisarts. Alle onderzoeksresultaten worden op het MOC besproken. Een team van artsen, elk vanuit zijn of haar eigen expertisedomein, beslist gezamenlijk welk behandelplan het meest aangewezen is voor elke individuele patiënt. Ook de huisarts, artsen in opleiding en medewerkers van ondersteunende diensten zoals de verpleegkundig consulenten, psychologen van het oncologisch begeleidingsteam, de oncodiëtisten en palliatief verpleegkundige nemen deel aan het MOC en leveren hun bijdrage aan het behandelplan.

In AZ Oudenaarde wordt het MOC-overleg wekelijks op vrijdag georganiseerd vanaf 12u15. Het MOC-overleg wordt gecoördineerd door de medisch oncoloog (dr. Van Brummelen en/of dr. Jeurissen). Vanaf 8/11 vindt de algemene MOC op dinsdag plaats en de MOC gynaeco op vrijdag. Het MOC wordt zo snel mogelijk gepland van zodra alle onderzoeken gekend zijn, die nodig zijn om een kwalitatieve beslissing over het behandelplan te nemen. Indien er echter twijfel is rond de diagnose wordt er al vroeger een MOC gepland om het differentiaal diagnostisch pad samen uit te stippelen.

● behandelfase

Nadat er in de MOC een consensus is bereikt over diagnose en behandeling, wordt deze met de patiënt besproken bij zijn behandelend arts. Van hieruit wordt dan het verder behandelplan gecoördineerd. Dit kan bestaan uit een operatie, de opstart van chemotherapie via de dagkliniek, de opstart hormonale kliniek vanuit de consultatie, de opstart per

orale antitumorale middelen, met opvolging via consultatie en onconurse,...

Ongeacht welk behandelingstraject de patiënt aangaat, staat het volledige team (incl. medici, paramedici, verpleging,...) klaar om hem/haar hierin te begeleiden.

● opvolgingsfase: wat na de beëindiging van de therapie?

Wanneer de therapie is afgerond, wordt de patiënt verder opgevolgd door de behandelende specialist. Daarnaast is ambulante psychologische opvolging mogelijk. Patiënten keren in het kader van bv. follow-uponderzoeken af en toe terug naar het dagziekenhuis, waar ze met hun vragen terecht kunnen.

Wanneer patiënten na een (lange) opname naar huis gaan, wordt - waar nodig - met de thuiszorgdiensten contact opgenomen voor

een (her)opstart of uitbreiding van de zorg. Het organiseren van een teamoverleg met de thuiszorgdiensten kan ook door de sociale dienst gecoördineerd worden indien dit een meerwaarde voor de thuiszorg kan betekenen.

Wanneer patiënten in een palliatieve/terminale setting naar huis gaan, wordt contact opgenomen met onder andere de huisarts ter aanvraag van het palliatief forfait en het Palliatief Netwerk.

● uitnodiging 27 november 2021

Het Oncoteam van AZ Oudenaarde verwelkomt je graag op hun symposium op 27 november 2021.

Programma

08u00	Onthaal	Welkom en praktische zaken
08u30	Sarah Jeurissen	Inleiding
08u35	Rudi Vossaert	
08u45	David Van Brummelen	Blaaskanker in 1e en 2e lijn: een upd.
09u00	Sylvie Rottey (UZ Gent)	Moderne therapieën in nierkanker
09u15	Bram Casier	Prostaatkanker
09u30	Carolien Beyls	Colorectale tumoren: systemische
09u45	Vicky Maertens	Wat is het beloop van colorectale voor mijn patiënt?

Urogenitale tumoren

Gastrointestinale tumoren

Colorectale tumoren: systemische

Wat is het beloop van colorectale voor mijn patiënt?

Multidisciplinaire ondersteuning van de patiënt

10u10 Marijke De Wispelaere, Eveline Vermoere

10u30 Koffiepauze

Longtumoren

Longtumoren: highlights systemische behandeling

GOEDE (ONCOLOGISCHE) ZORG IS ALTIJD NABIJ

Symposium voor huisartsen en haio's

AZ OUDENAARDE



AZ OUDENAARDE VZW

Minderbroedersstraat 3 | 9700 Oudenaarde

T 055 33 61 11 | Fax 055 33 66 95 | info@azoudenaarde.be

www.azoudenaarde.be