



2019 2020 2021
ACTIVITEITENVERSLAG OLV



Oncologisch
CentrumAalst



VOORWOORD

Geachte collega
Beste lezer

Midden 2019 groeide het idee om een bredere bekendheid te geven aan het feit dat in Aalst alle expertise aanwezig is om een optimale behandeling van oncologische patiënten in eigen regio te garanderen. Onder de vlag van het Oncologisch Centrum Aalst willen we alle betrokken zorgverleners samen brengen - over de grenzen van eerste-, tweede- of derdelijnszorg heen, evenals over de grenzen van beide ziekenhuizen in Aalst. Uiteraard is dat een doelstelling die niet met één vingerknip gerealiseerd wordt, maar dat mag geen reden zijn om geen initiatieven in die richting te nemen.

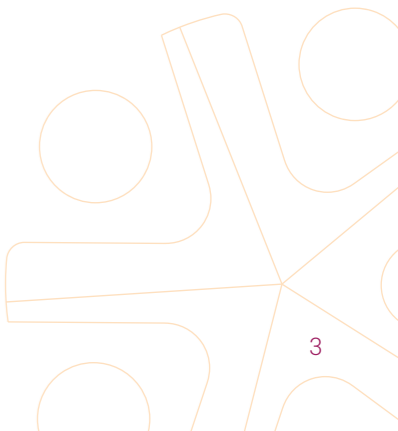
Vele zorgverleners delen die ambitie. Dat bleek ook uit de talrijke opkomst en interesse voor ons eerste symposium, dat in september 2019 in de Orsi Academy in Melle plaatsvond.

Gesterkt door dit eerste succes wilden we in 2020 een aantal vervolgvacatures organiseren. Covid-19 stak echter stokken in de wielen. Niet alleen verhinderen de veiligheidsmaatregelen ons om een symposium voor grotere groepen te organiseren, maar door de covidproblematiek waren - en blijven - de agenda's van alle artsen en paramedische zorgverleners overvol. Zo bleef er weinig tijd over om een alternatief, zoals een webinar, uit te werken. Toch vonden een aantal collega's in het OLV Ziekenhuis de tijd om een bijdrage voor een brochure te leveren. Het resultaat hebt u nu in handen. Met deze brochure willen we tastbaar in contact blijven, ook in tijden waarin fysiek contact omwille van Covid-19 sterk wordt bemoeilijkt.

Veel leesgenot

Dr. Samuel Bral
Initiatiefnemer Oncologisch Centrum Aalst
Staflid dienst Radiotherapie OLV Ziekenhuis

Sommige foto's in deze brochure werden genomen vooraleer de coronamaatregelen in werking traden. In de andere gevallen werd bij de foto-opnamen telkens de regels voor social distancing gerespecteerd.



MULTIDISCIPLINAIRE ONCOLOGISCHE CONSULTEN IN HET OLV ZIEKENHUIS



MOC Pneumologie

Coördinator: Dr. Piet Vercauter, pneumoloog
Leden uit dienst Pneumologie: Dr. Evert Munghen, Dr. Patrick Watripont, Dr. Berend-Jan Bérendes, Dr. Elke Hardeman, Dr. Kurt Tournoy, Dr. Valerie Adam
Verpleegkundig coördinator: Ellen Everaert
Andere leden: zie overzicht



MOC Digestieve oncologie

Coördinator: Dr. Koen Hendrickx, gastro-enteroloog
Leden uit dienst Gastro-enterologie: Dr. Jo Vandervoort, Dr. Filip Sermon, Dr. Lieve Du Ville, Dr. Stijn Vanden Branden, Dr. Pieter Dobbels, Dr. Veerle Mattens, Dr. Veerle Casneuf, Dr. Geertrui Coppens, Dr. Evelien Christiaens, Dr. Sofie Gossé, Dr. Peter Vanderspek
Verpleegkundig coördinator: Valerie Dierick en Jana Van Der Biest
Andere leden: zie overzicht



MOC Gynaecologie

Coördinator: Dr. Greet Huygh, medisch oncoloog
Leden uit dienst Gynaecologie: Dr. Koen Traen, Dr. Evelyn Despierre
Verpleegkundig coördinator Gynaecologische oncologie: Laura Standaert
Andere leden: zie overzicht



MOC Neus-, keel- en oorziekten - Mond-, kaak- en aangezichtsheelkunde

Coördinator: Dr. Herman Van den Eynde
Leden uit diensten MKA en NKO: Dr. Gaétan Van De Vyvere, Dr. Bart Knockaert, Dr. Hans Bequé, Dr. Jan De Groot
Verpleegkundig coördinator hoofd/hals-oncologie: Laura Standaert
Andere leden: zie overzicht



MOC Hematologie

Coördinator: Dr. Karel Fostier, hematoloog
Aanvullend lid uit de dienst Klinische Hematologie: Dr. Eric Wouters
Verpleegkundig coördinator: Martine Delaere
Andere leden: zie overzicht



MOC Neurologie

Coördinator: Dr. Anne-Catherine Vijverman, neuroloog
Leden uit diensten Neurologie en Neurochirurgie: Dr. Gert Cypers, Dr. Miriam Bouckaert, Dr. Frederic Martens, Dr. Geoffrey Lesage, Dr. Djaja Kools
Andere leden: zie overzicht



MOC Borstkliniek

Coördinator: Dr. Heidi Roelstraete, specialist radiotherapie
Leden uit dienst Gynaecologie: Dr. Koen Traen, Dr. Evelyn Despierre, Dr. Karin Stukkens
Borstverpleegkundigen: Sarah Palsterman, Ann Biebaut
Klinisch psycholoog: Christel Knops
Datamanager: Gwenny De Metter
Andere leden: zie overzicht



MOC Urologie

Coördinator: Dr. Peter Schatteman, uroloog
Leden uit dienst Urologie: Dr. Alex Mottrie, Dr. Geert De Naeyer, Dr. Frederiek D'Hondt, Dr. Ruben De Groot, Dr. Elisabeth Pauwels
Verpleegkundig coördinator Urologie: Marleen De Pauw, Brecht Van Vaerenbergh
Andere leden: zie overzicht



MOC Algemene Oncologie

Coördinator: Dr. Greet Huygh, medisch oncoloog
Verpleegkundig coördinator: Laura Standaert
Andere leden: zie overzicht



MOC Endocrinologie

Coördinator: Dr. Paul Van Crombrugge, endocrinoloog
Leden van de diensten Endocrinologie en Nucleaire geneeskunde: Dr. Liesbeth Van Huffel, Dr. Katrien Wierckx, Dr. Frank Nobels
Andere leden: zie overzicht



MOC Plastische heekunde

Coördinatoren: Dr. Gregory Van Eeckhout, plastisch chirurg
 Dr. Sam Van Slycke, algemeen chirurg
Verpleegkundig coördinator: Laura Standaert
Ander lid van de dienst Plastische heekunde: Dr. Dries Opsomer
Andere leden: zie overzicht

AANVULLEND OVERZICHT LEDEN MOC-VERGADERINGEN

		Pneumologie	Neurologie	Digestieve Oncologie	Borstkliniek	Gynaecologische oncologie	Urologie	NKO/MKA	Algemene Oncologie	Endocrinologie	Plastische heekunde	Hematologie
Dr. Degriek I.	Cardiovasculaire Heelkunde	x										
Dr. Beelen R.	Cardiovasculaire Heelkunde	x										
Dr. Huygh G.	Medische Oncologie				x	x		x	x	x	x	
Dr. Langmans C.	Medische Oncologie				x	x		x			x	
Dr. Verbeke L.	Radiotherapie - Oncologie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Dr. Roelstraete A.	Radiotherapie - Oncologie	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x
Dr. Bral S.	Radiotherapie - Oncologie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Dr. Vancleef A.	Radiotherapie - Oncologie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Dr. Kersschot E.	Medische Beeldvorming	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Dr. Leyman P.	Medische Beeldvorming	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x
Dr. Vanhoenacker P.	Medische Beeldvorming	x	x	x		x	x	x	x	x	x	
Dr. Simons Ph.	Medische Beeldvorming	x	x	x		x	x	x	x	x	x	
Dr. Boelaert I.	Medische Beeldvorming	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Dr. Van Hover Ph.	Medische Beeldvorming	x	x	x		x	x	x	x	x	x	
Dr. Jolie E.	Medische Beeldvorming	x	x	x		x	x	x	x	x	x	
Dr. Aerts P.	Medische Beeldvorming	x	x	x		x	x	x	x	x	x	
Dr. Bladt O.	Medische Beeldvorming	x	x	x		x	x	x	x	x	x	
Dr. Van Hoe L.	Medische Beeldvorming	x	x	x		x	x	x	x	x	x	
Dr. Vanheste R.	Medische Beeldvorming	x	x	x		x	x	x	x	x	x	
Dr. Claus F.	Medische Beeldvorming	x	x	x		x	x	x	x	x	x	
Dr. Van Der Steen K.	Histo- en Cytopathologisch Labo	x	x	x			x	x	x		x	
Dr. Schelfhout A.M.	Histo- en Cytopathologisch Labo	x	x	x	x	x	x	x	x		x	
Dr. Jeuris W.	Histo- en Cytopathologisch Labo	x	x	x	x		x	x	x		x	
Dr. Meert V.	Histo- en Cytopathologisch Labo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Dr. De Raeve H.	Histo- en Cytopathologisch Labo		x	x	x	x	x	x	x		x	x
Dr. Van Molhem Y.	Algemene Heelkunde			x								
Dr. Willaert B.	Algemene Heelkunde			x								
Dr. De Gendt S.	Algemene Heelkunde			x								
Dr. Van Slycke S.	Algemene Heelkunde			x						x	x	
Dr. Krick M.	Algemene Heelkunde			x								
Dr. Meeus P.	Klinisch Laboratorium											x
Dr. De Winter O.	Nucleaire Geneeskunde	x	x									x
Dr. De Bondt P.	Nucleaire Geneeskunde	x	x									x
Dr. Van Rie K.	Fysische Geneeskunde & Revalidatie				x							
Dr. Opsomer D.	Plastische Heelkunde				x							



MEDISCHE ONCOLOGIE

Hand- en voetkoeling om nevenwerkingen van chemotherapie te beperken

Door toediening van chemotherapie worden niet enkel kankercellen geremd, ook gezonde cellen ondervinden hierdoor schade. Deze schade kan invaliderend zijn en is soms blijvend.

Bij 20% van de patiënten met chemotherapie, met name docetaxel en paclitaxel, treedt er perifere neuropathie op (tintelingen, branderig gevoel, slapend gevoel in de handen en voeten). Daarnaast tast het gebruik van deze producten ook de nagels aan met nagelverandering en-toxiciteit tot gevolg.

Deze twee nevenwerkingen beïnvloeden sterk de levenskwaliteit en zorgen voor belemmeringen in het dagelijks functioneren.

Dokter Greet Huygh, diensthoofd Medische oncologie OLV Ziekenhuis: "Chemotherapie op basis van taxusderivaten, veroorzaakt vaak vervelende nevenwerkingen voor onze oncologische patiënten. Het kan aanleiding geven tot tintelingen of voosheid ter hoogte van de vingers of tenen, of tot nagelafwijkingen. Om haarverlies bij chemotherapie te beperken, is het gebruik van hoofdhuidkoeling inmiddels goed ingeburgerd. Hetzelfde principe van koeling blijkt efficiënt te zijn in het inperken van neuropathie en nagelafwijkingen. Tot voor kort gebruikten we ijshandschoenen die een diepgevroren gel bevatten. Door de lage temperatuur bij aanvang van de therapie worden ze vaak door patiënten als onaangenaam ervaren en kunnen zelfs sporadisch vrieswonden veroorzaken. Met de nieuwe HiloTherm®-toestellen wordt een constante temperatuur van 10°C gegarandeerd gedurende de hele periode van 15 minuten vóór start van de chemotherapie tot 15 minuten erna. Dat is niet enkel efficiënter, maar ook comfortabeler voor onze patiënten."

Dokter Heidi Roelstraete, medisch coördinator OLV Borstkliniek: "De betrokken artsen van OLV Borstkliniek hebben daarom beslist om samen met VZW OIGO te investeren in de aankoop van een Hilotherm®-toestel. Wij mogen toch met enige trots zeggen dat we het eerste Belgische ziekenhuis zijn dat dit toestel heeft aangekocht. Bij onze beslissing stelden wij het belang en comfort van onze patiënten voorop. Met dit toestel kunnen we nu dagelijks 4 patiënten deze koeltherapie op een comfortabele manier aanbieden. Dit wordt als een enorme meerwaarde ervaren door onze patiënten."

Sarah Palsterman, verpleegkundig specialist borstkliniek en **Martine Van Alboom**, hoofdverpleegkundige oncologisch dagziekenhuis: "In de dagelijkse praktijk worden we geconfronteerd met de nadelige gevolgen van chemotherapie. Om het comfort van de patiënten te verbeteren zijn we op zoek gegaan naar een andere manier om de handen en de voeten te koelen. Bij dit toestel is het mogelijk een constante temperatuur te behouden wat veel aangenamer is voor de patiënt. Wij bedanken alvast de OLV Borstkliniek en VZW OIGO om deze aankoop mogelijk te maken. Wij hopen in de toekomst verder te kunnen investeren in de aankoop van bijkomende toestellen zodat alle patiënten de voordelen kunnen ervaren van continue koeling."

Meer info over de **vzw Opgeven Is Geen Optie**
<https://www.oigo.be/over-ons/over-vzw-oigo/>

Meer info over de **Hilotherm®**-toestellen
<https://hightechlaser.eu/product/hilotherapie-chemo-care/>





COVID-19

**“Covid houdt ons niet tegen.
Onze patiënten haken gelukkig niet af.”**

Sinds februari 2020 beheerst covid-19 ons leven en ook dat van onze patiënten. Zeker in het begin van 2020 was nog relatief weinig gekend over deze ziekte. Dat leidde tot veel ongerustheid. Soms terecht, soms niet. Via de media bereikten ons alarmerende verhalen van oncologen dat vele patiënten afhaakten voor hun behandeling, of dat ze opnieuw meer tumoren in een (te) vergevorderd stadium zagen terwijl de voorbije tien jaar de inspanningen voor screening hun vruchten begonnen af te werpen. Gelukkig kunnen we dergelijke trend niet onderscheiden bij onze oncologische patiënten.

Oncologische zorg is dringend én noodzakelijk

De overheid legde in de eerste lockdown de verplichting op dat - naast de verzorging van patiënten met covid-19 - alle zorg diende stopgezet behalve dringende en noodzakelijke ingrepen of behandelingen. Die maatregel sloeg in als een bom, ook bij onze patiënten die zich afvroegen of het nog wel veilig was om naar het ziekenhuis te komen voor hun ingreep of behandeling. Wij hebben nauw contact met hen gehouden en de nodige informatie verstrekt. Bij sommige patiënten was er meer overtuigingskracht nodig dan bij anderen. Maar uiteindelijk mogen we stellen dat onze patiënten eigenlijk niet hebben afgehaakt. Meteen werden de nodig veiligheidsmaatregelen getroffen: checkpoints aan alle toegangen van het ziekenhuis, beschermpanelen in wachtzalen, raadplegingsruimten en andere lokalen, signalisatie met duidelijke richtlijnen, ruime beschikbaarheid van verdeelapparaten met handalcohol, enzovoort.

Er bleven op elk moment voldoende operatiezalen beschikbaar voor noodzakelijke oncologische ingrepen. Na de chirurgische ingreep konden alle oncologische patiënten die nood aan intensieve zorgen hadden, daar op rekenen. Het chirurgisch dagziekenhuis bleef paraat staan voor deze patiënten. Ook wanneer hospitalisatie was vereist, konden zij in onze gespecialiseerde verpleegeenheden terecht, waar voldoende bestaffing kon worden ingezet. De algemene beschermingsmaatregelen werden daar zelfs nog extra aangescherpt om deze kwetsbare patiëntenpopulatie te vrijwaren. In het oncologisch dagziekenhuis, waar patiënten voor hun chemotherapiesessies komen, werd een gelijkaardige aanpak ge-

volgd. Idem voor de dienst Radiotherapie. Ook dringende consultaties bleven doorgaan. Waar mogelijk gebeurde de opvolging van oncologische patiënten uiteraard via teleconsultaties.

Als we de cijfers van de eerste negen maanden van 2020 vergelijken met diezelfde periode vorig jaar, merken wij geen significante terugval van nieuw gediagnosticeerde patiënten en dat in contrast met de recente communicatie van de kankerregistratie.

Dit sterkt het vermoeden dat mensen met klachten - althans voor onze patiëntenpopulatie - dan toch hun medische zorg niet nodeloos uitstellen. Dat is een gunstige vaststelling. Wat de impact is voor de asymptomatische patiënten - die normaal via screening worden geïdentificeerd - zal de toekomst uitwijzen.

Vertrouwen géven, begrip krijgen

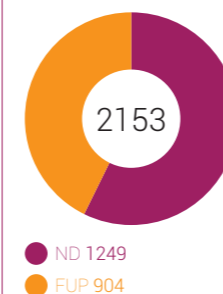
Als professionals die bij oncologische zorgverlening zijn betrokken, is het zeker belangrijk om contact met de patiënt te houden. Dat betekent: tijd nemen om de patiënt te informeren en gerust te stellen zodat hij of zij het vertrouwen blijft behouden. Slechts enkele keren hebben we ons tot onze oncologische patiënten gericht via sociale media. Onze oproepen om vol te houden tijdens hun behandeling, werden sterk geapprecieerd ... en goed opgevolgd!

De band met de patiënt bleek nogmaals belangrijk bij de versoepeling van de maatregelen na de lockdown, net voor de zomer 2020. In het OLV Ziekenhuis werden toen de volgende algemene principes in gevoerd: (a) liever géén bezoek, maar anders maximum één bezoeker per patiënt per dag, (b) kom alléén naar het ziekenhuis, maar indien noodzakelijk: één begeleider per patiënt. De bezoeksregeling aan gehospitaliseerde oncologiepatiënten werd van meet af aan goed opgevolgd. Ook de oproep om het bezoek qua duurtijd zo kort mogelijk te houden, kon meteen op begrip en navolging rekenen. Bovenop deze algemene principes konden specifieke diensten of afdelingen extra maatregelen opleggen in het belang van de veiligheid van de patiënten en de zorgverleners.

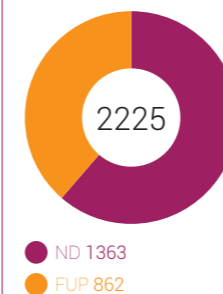
Bij de aanvang van de tweede coronagolf werden dergelijke maatregelen veelal aangescherpt. Zowel het oncologisch dagziekenhuis als de dienst Radiotherapie vragen nu (november 2020) dat de begeleiders van de oncologische patiënten niét mee binnengaan in de afdeling of de dienst. Het betreft hier

vaak patiënten die echt wel nood hebben om met een begeleider naar het ziekenhuis te komen. Maar zij begrijpen de situatie. De begeleiders nemen tijdens de therapiesessie plaats in een van de wacht-ruimten. Dat gebeurt zonder verdere discussie. Zo ervaren we nogmaals het belang om patiënten en hun begeleiders adequaat te informeren en om hen vertrouwen te geven. Wij willen absoluut géén politieagent spelen of actief controles uitvoeren op het naleven van onze bezoeksregeling. Deze aanpak wérkt: door vertrouwen te geven, krijgen we begrip.

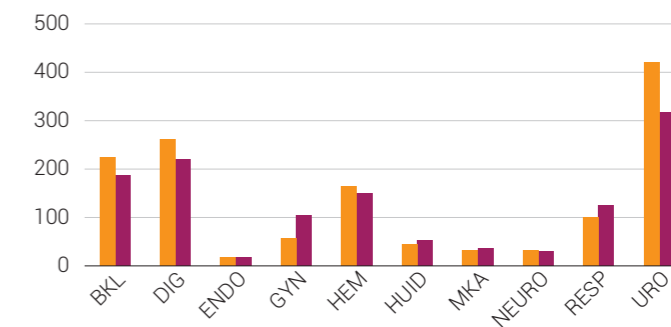
MOC totalen 1^{ste} acht maanden 2020



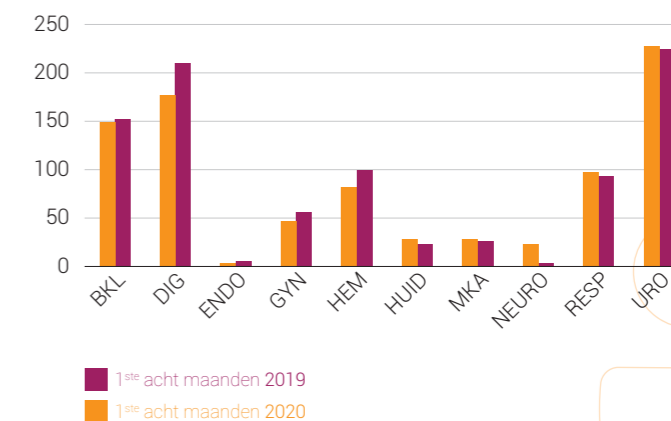
MOC totalen 1^{ste} acht maanden 2019



Nieuwe diagnoses 2019-2020



Follow-up 2019-2020





MEDISCHE ONCOLOGIE

Covid-19 maakt dat dagziekenhuiswerking over andere boeg wordt gegooid

Maart 2020. Grote paniek in de ziekenhuizen en ver daarbuiten. Covid-19 neemt de controle over. De capaciteit van het oncologisch dagziekenhuis wordt teruggeschroefd met 14 posities. Abrupt dient een noodplan te worden gestart.

Maart 2020 staat in ieders geheugen gegrift. De covid-pandemie bereikt een hoogtepunt. De organisatie van de patiëntenzorg dient drastisch te worden omgegooid. Voor de meeste medische disciplines moeten de dagelijkse activiteiten worden afgebouwd of zelfs volledig worden gestaakt. Oncologische behandelingen lopen echter ononderbroken door. Of ze nu curatief dan wel palliatief van aard zijn, essentieel zijn ze steeds.

Dokter Greet Huygh, medisch oncoloog: "Ten gevolge van de noodzaak tot respecteren van social distancing wordt beslist dat maximum twee patiënten tegelijk op een kamer mogen worden behandeld. Voorheen werd, naast de één- en tweepersoonskamers, gebruikt gemaakt van vijf gemeenschappelijke ruimten met in elk vijf comfortzetels, goed voor 25 posities, voornamelijk gebruikt voor patiënten met korte behandelingsschema's. Dit gaf vaak aanleiding tot aangename patiëntencontacten bij een koffie en speculaasje. Op deze manier werd dan ook menig vriendschap gesmeed."

De "dag-1" flow is als een langverwacht kind dat prematuur geboren werd dankzij covid-19

Onze collega's respiratoir en digestief oncologen hebben reeds jaren ervaring met de zogenaamde 'dag-min-één-flow'. Hierbij wordt de patiënt een dag voor zijn geplande behandeling op de raadpleging gezien door zijn behandelend arts voorafgegaan door een bloedafname door het labo. Dit biedt het voordeel dat de apotheek een betere planning kan maken van de bereidingen en dat de doorlooptijd op het dagziekenhuis gevoelig wordt ingeperkt.

Dokter Huygh: "Een betere planning en een kortere doorlooptijd, dat was nu net dat wat wij nodig hadden midden maart. Een kortere doorlooptijd maakt het mogelijk meer dan de gebruikelijke twee shiften per positie in de dagkliniek te draaien om zo 70 behandelingen per dag te kunnen blijven aanbieden."

Aangezien een abrupte reorganisatie te hoog gegrepen was, werden als tussenoplossing patiënten aangespoord om een dag vóór hun behandeling een bloedafname te laten gebeuren. Voor deze bloedafname kan de patiënt zowel terecht op onze campus in Asse of Aalst, als in een privé labo. Deze laatste optie is vooral voor de regio Ninove populair, omdat de dienst bloedafname op campus Ninove omwille van covid-19 daar immers tijdelijk de deuren sloot. Weinig mobiele patiënten werden aan huis geprikt.

Dokter Huygh: "Gezien alle routineconsultaties werden geschrapt, waren de patiënten in de wolven over de snelle service bij de bloedafname. Zij werden vervolgens telefonisch gecontacteerd door één van onze verpleegkundig coördinatoren die eventuele neveneffecten bevroegen. Zodoende kon de chemotherapie reeds de dag voor de behandeling worden doorgegeven aan de apotheek. De apotheek opende de deuren een half uurtje vroeger dan normaal om onze patiënten optimaal te bedienen."

Naarmate covid luwde werden andere ziekenhuisactiviteiten terug opgebouwd. Onherroepelijk liepen hiermee liepen ook de wachttijden voor de bloedafname op. Ook de coördinatoren namen hun gebruikelijke activiteiten terug op waardoor de tijdelijke werking niet langer aan te houden bleek.

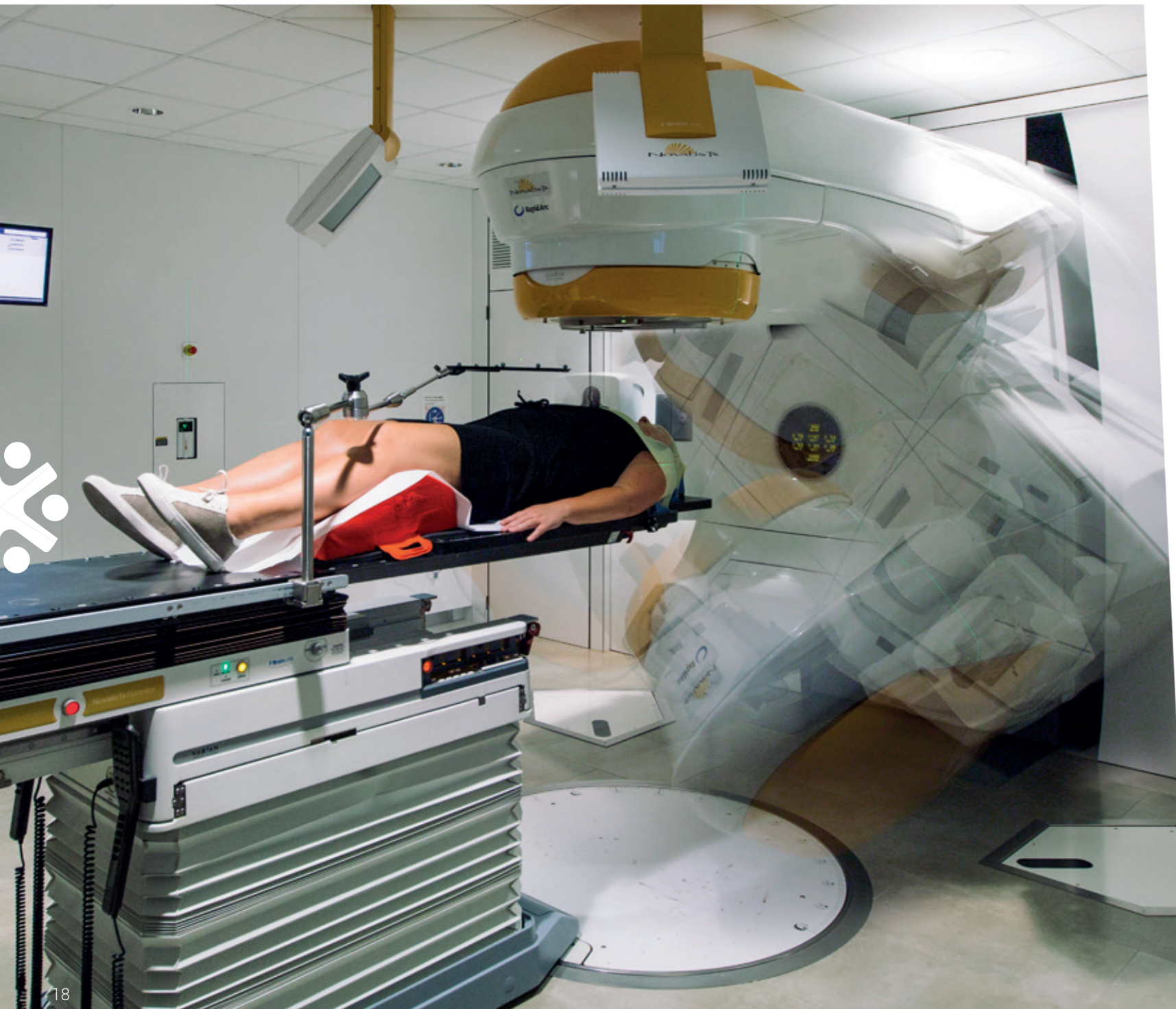
Dokter Huygh: "Het plan, waar we al maanden aan sleutelden, om op één van de twee oncologische dagziekenhuizen, een echte 'dag -1 flow' te organiseren, nam meer vorm aan. Op 1 juli 2020 krijgen we uiteindelijk groen licht om onze plannen uit te rollen. Een gesprekslokaal doet dienst als doktersbureau, een hospitalisatiekamer als aanpriklokaal en het bezoekerssalon wordt omgetoverd tot een wachtzaal. We beginnen vol goede moed en met een klein hartje aan een nieuw hoofdstuk. Onze dagziekenhuisverpleegkundigen prikken de patiënt aan, perifeer of via de poortkatheter, en aansluitend ziet de behandelende arts de patiënt van zodra de bloedresultaten gekend zijn. Zo wordt er de dag zelf van de therapie aanzienlijk tijd gewonnen."

De patiënt is nog aangeprikt van de dag voorheen en de therapie is reeds bereid op de apotheek wanneer hij in het ziekenhuis aankomt. Voor iedereen een winsituatie."

Om praktische redenen kan uiteraard niet elke patiënt tweemaal naar het ziekenhuis komen. Voor hen behouden we onze tussenoplossing die we tijdens de eerste coronagolf hebben gecreëerd. Bij vele behandelingen is er dan weer geen nood aan voorafgaandelijke bloedanalyse. Ook die patiënten worden de dag zelf van hun behandeling gezien.

Dokter Huygh: "Nu, na vier maanden ervaring, mogen we stellen dat onze nieuwe flow goed ingeburgerd is. Onze verpleegkundigen hebben plezier in hun nieuw avontuur. De apotheek kan beter plannen. De secretaresses zijn echte puzzelaars geworden om de drie mogelijke patiënttrajecten in elkaar te weven. En wij artsen? Wij zijn vooral verheugd onze patiënten weer aan de praat te zien tijdens het wachten op ons intakegesprek ... deze keer zonder koffie en speculaasje, daar heeft covid-19 een stokje voor gestoken, maar wel even hartverwarmend."





RADIOTHERAPIE

Diensthof Dr. Luc Verbeke, Dr. Adelheid Roelstraete, Dr. An Vancleef, Dr. Samuel Bral

Minimale stralingsbelasting bij de kankerpatiënt dankzij maximaal gebruik van innovatieve bestralingstechnieken en positioneringsmogelijkheden op de dienst Radiotherapie

De afdeling Radiotherapie, waar radioactieve straling wordt toegediend aan kankerpatiënten, beschikt over vier gesofistikeerde bestralingstoestellen. Met deze apparatuur is het mogelijk om uiterst doelgerichte bestraling toe te dienen op de tumor en het omliggend gezonde weefsel maximaal te sparen. Hiervoor wordt er gebruik gemaakt van de allernieuwste positionerings-, beeldvormings- en bestralingstechnieken.

Positioneringstechnieken

Tijdens de bestraling (die vaak enkele minuten duurt) is het zeer belangrijk dat de patiënt niet beweegt. Dit kan door gebruik te maken van correct én comfortabel positioneringsmateriaal. De houding van de patiënt dient bovendien dagelijks exact gereproduceerd te worden. Hiervoor beschikken we over volgende opties: Catalyst en op maat gemaakte bestralingsmaskers (bij stereotactische behandelingen) voor hoofd en lichaam.

Catalyst: een camerasysteem dat aan de hand van UV-licht het lichaamsoppervlak van de patiënt scant. Deze techniek valt onder Surface Guided Radiation Therapy (SGRT). Catalyst berekent de afwijking van de positie van de patiënt van begin tot einde van de bestraling ten opzichte van de vereiste positie. Zodra er een afwijking wordt gedetecteerd tijdens de bestraling (bv. hoesten, afwijkende ademhaling ...) blokkeert Catalyst het verdere verloop van de bestraling. Pas als de positie van de patiënt terug gecontroleerd en geoptimaliseerd is kan de bestraling verder gezet worden.

Bestralingsmaskers: Stereotactische bestralingen zijn behandelingen waarbij een zeer hoge dosis in een beperkt aantal bestralingsfracties (1 tot 10) wordt toegediend en waarbij de positionering van

de patiënt uiterst belangrijk is. Bijgevolg ontvangt de tumor of target een 'ablatieve' of dodelijke bestralingsdosis en wordt het omliggende gezonde weefsel gevrijwaard. Hierdoor worden de nevenwerkingen bij de patiënt geminimaliseerd en ondervindt de patiënt weinig tot geen hinder van de behandeling. Door gebruik te maken van bestralingsmaskers, in combinatie met de hieronder beschreven beeldvormingstechnieken, kan de immobilisatie en correcte positionering van de patiënt gegarandeerd worden.

Beeldvormingstechnieken

Na positionering van de patiënt met behulp van Catalyst (scannen lichaamsoppervlak) wordt er een bijkomende controle uitgevoerd door middel van een in het bestralingsstelsel geïntegreerde CT-scan (cone-beam-CT, inwendige anatomie). De cone-beam-CT geeft de mogelijkheid om de laatste kleine correcties van het te bestralen volume uit te voeren met een 6D-tafel die de vereiste verschuivingen en kantelingen kan uitvoeren.

Bestralingstechnieken

DIBH: Deep Inspiration Breath Hold

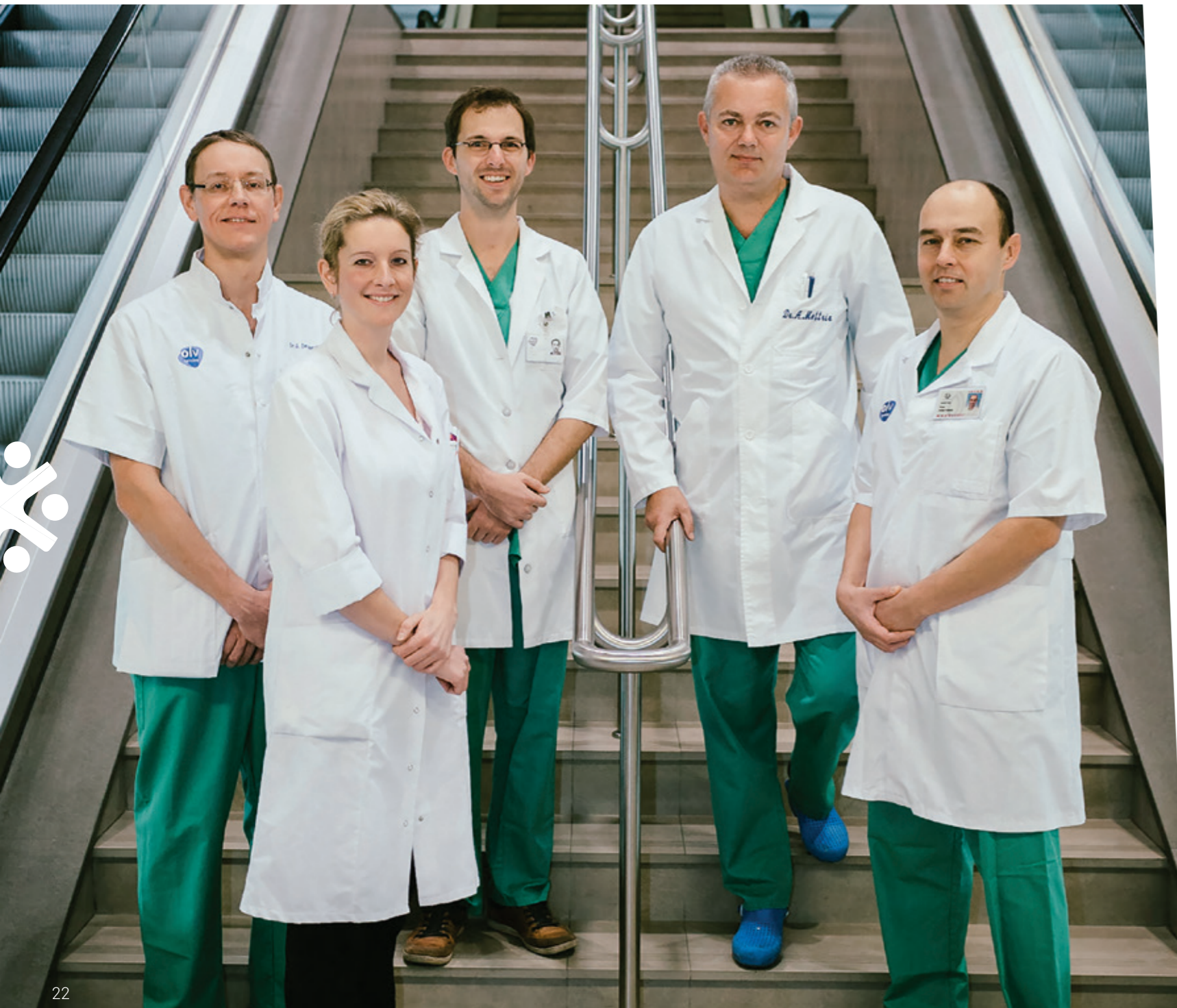
DIBH-bestralingen worden voornamelijk gebruikt bij bestraling van de linkerborst. Deze techniek garandeert een minimale hart- en longbelasting. De bestraling op de borst wordt enkel toegediend bij maximale inspiratie, die zo lang mogelijk wordt aangehouden. De afstand van het hart tot de te bestralen linkerborst is dan immers het grootst. Van zodra patiënt uit zijn maximale inspiratiefase gaat, wordt de bestraling onderbroken. Deze techniek wordt mogelijk gemaakt door die 'Surface Guidance' met de Catalyst. Het systeem brengt de ademhalingscurve van de patiënt in beeld voor zowel de radiotherapiemedewerker (RTT) als de patiënt (via een digitaal scherm). Zodoende kan patiënt zijn eigen ademhalingscurve onder controle houden. Dit vraagt vanzelfsprekend soms wat oefening. De RTT instrueert de patiënt hierover.

4D-CT

Wordt vooral gebruikt bij bestraling van longtumoren of target in het bovenste abdomen, die bij normale ademhaling tijdens de ademhalingscyclus soms tot 2-3 cm kunnen bewegen.

Het is vrij complex om de beweging van de tumor, veroorzaakt door de ademhaling, duidelijk in beeld te brengen. De 4D-CT is een CT-scan die helpt bij het visualiseren van deze beweging, door beeldvorming af te leveren in 10 verschillende fases van de ademhalingscyclus, waardoor een nauwkeurig uitlijnen van de target mogelijk wordt, rekening houdende met de bewegingsamplitude van de tumor.

De dienst Radiotherapie van het OLVZ Aalst blijft zich verder toespitsen op een optimale en veilige bestralingstechniek voor elke patiënt door continue innovatie.



ONCO-UROLOGIE

Innovatie voor betere patiëntenzorg

De dienst Urologie biedt geïntegreerde kankerzorg voor de patiënt met een urologische maligniteit. De patiënt kan zowel voor diagnostiek, chirurgie als medicamenteuze therapie bij hetzelfde team terecht. Deze werkwijze verzekert een optimale continuïteit. Om de patiënt steeds beter te helpen, integreert de dienst Urologie relevante medische innovaties in haar werking. Een gesprek met de stafleden van de dienst.

Expertisecentrum voor robotchirurgie

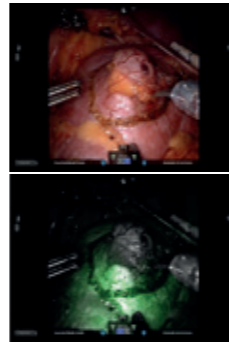
Als pionier in Europa heeft de dienst Urologie bijna twintig jaar ervaring met de Da Vinci®-robot, niet alleen voor radicale prostatectomie bij prostaatkanker, maar ook voor partiële nefrectomie bij nierkanker en cystectomie bij blaaskanker.

Dokter Ruben De Groot: "Het verbeterde driedimensionaal zicht en de verhoogde precisie van de Da Vinci®-robot vertalen zich in betere outcomes voor de patiënt: snellere revalidatie, minder bloedverlies, betere potentie- en continencijfers, kortere ischemietijd, enzovoort. Uiteraard garandeert het beschikken over een robot nog geen hoogwaardige chirurgie. Alles staat of valt met de training van diegene die de robot bedient. "A fool with a tool is still a fool." Het OLV Ziekenhuis neemt het voortouw om de opleiding van robotchirurgen te perfectioneren. In de ORSI Academy en het OLV Ziekenhuis wordt onder leiding van Prof. Dr. A. Mottrie en Prof. Tony Gallagher een nieuwe trainingmethode ontwikkeld, namelijk Proficiency Based Progression (PBP) training. De focus hierbij ligt op het feit dat chirurgen in professionele trainingscentra worden opgeleid volgens strikt gevalideerde, wetenschappelijk onderbouwde methoden en curricula.

Beter zicht, preciezere ingrepen

Bovendien vormt deze Da Vinci®-robot een platform waarop andere innovatieve technologieën kunnen worden geïmplementeerd.

Dokter Geert De Naeyer: "Bij een partiële nefrectomie gebruiken we een kleine echosonde die in de patiënt wordt gebracht, zodat we peroperatief de niertumor perfect in beeld kunnen brengen. Verder wordt er bij robotingrepen standaard een modus ingeschakeld waarmee de echo-, CT-, of MRI-beelden van de nier- of prostaattumor in de console van de chirurg geprojecteerd worden. Zo kunnen deze beelden in real time tijdens de ingreep worden gebruikt. De innovatieve Firefly-technologie verbetert eveneens de beeldvorming van de tumor. Door gebruik te maken van een fluorescerende kleurstof kunnen hiermee de bloedvaten van de nierhilus en rond de tumor veel beter in het licht worden gebracht. Dat biedt een beter onderscheid tussen tumorweefsel en gezond nierweefsel. Dat maakt het mogelijk om meer nierweefsel te sparen zonder de chirurgische snijranden te compromitteren. Ook bij cystectomie met robotondersteuning maakt deze fluorescentietechniek een betere beoordeling mogelijk van de doorbloeding van de ureters en de darment. Daardoor vermindert het risico op stricturen of verlittekening aanzienlijk."



Gebruik van ICG-fluorescentietechniek: het gezonde nierweefsel kleurt groen aan, de niertumor kleurt niet aan en blijft zwart.

Optimale chirurgische planning op basis van 3D-modellen en AR

Dokter Geert De Naeyer: "Bij niertumoren laten wij vaak preoperatief een uiterst accurate driedimensionale PDF maken. Daarmee kunnen we zowel de bloedvaten van de nierhilus als de verhouding van de niertumor tot de bloedvaten en de nierkelken beter beoordelen. Hiervoor werd de Mimic®-software aangekocht, die werd ontwikkeld door het Belgische 3D-printbedrijf Materialise. Deze 3D-PDF laat niet enkel een verbeterde chirurgische planning toe, maar is ook uiterst waardevol tijdens de bespreking met de patiënt. Van hieruit kunnen we in de toekomst

de stap zetten naar geleiding met Augmented Reality (AR), waarbij deze 3D-modellen in de console over de tumor worden geprojecteerd. Ook voor prostaattumoren bekijken we hoe een 3D-PDF ons een voordeel kan bieden.



3D-prints van niertumoren

Fast Track: ook voor- en nazorg zijn belangrijk bij chirurgie

Dokter Frederiek D'Hondt: "Het wordt erkend dat minimaal invasieve chirurgie de chirurgische stressrespons vermindert in vergelijking met open chirurgie. Maar uiteindelijk gaat het om de totale outcome voor de patiënt doorheen het gehele behandeltraject en ook daarna. In die context hebben we twee innovatieve concepten ontwikkeld: het digitaal symptoomdagboek en het Fast Track-programma.

We zijn het Fast Track-programma gestart met radicale cystectomie. Ondanks verbeteringen in de zorg blijft deze ingreep immers geassocieerd met frequente morbiditeit, hoge complicaties en langdurige hospitalisatie, mede gezien de gemiddeld hogere leeftijd waarop deze ingreep dient uitgevoerd te worden. Een Fast Track-programma beschrijft een gestandaardiseerd multimodaal perioperatief zorgtraject dat tot doel heeft de fysiologische en psychologische stress-effecten van chirurgie te minimaliseren. Fast Track staat ook bekend als Enhanced Recovery After Surgery (ERAS). We willen hiermee een positieve impact hebben op de patiëntenzorg, van diagnose via chirurgie tot herstel naar normale functie. Er is steeds meer bewijs dat geïmplementeerde Fast Track-programma's met succes het aantal complicaties, de hospitalisatieduur en de hersteltijd na een grote bekkenoperatie kunnen verminderen. Het wordt bovendien ook erkend dat minimaal invasieve chirurgie de chirurgische stressrespons vermindert in vergelijking met open chirurgie. Robot-geassisteerde radicale cystectomie (RARC) sluit zich volledig aan bij de principes om sneller herstel van de patiënt te bevorderen.

Het Fast Track-programma kan in drie delen opgesplitst worden: pre-, per-, en postoperatief. Alles begint met een uitgebreide preoperatieve bespreking met de patiënt die ook educatie

krijgt over stomazorg, vervangblaas, enzovoort. Nazicht voor aanwezige malnutritie, rook-stopbegeleiding en optimalisatie van de medische conditie horen er eveneens bij. De klassieke darmvoorbereiding wordt niet meer gebruikt, integendeel: de patiënt mag (resten-arm) eten tot 6u voor de ingreep en mag heldere drank gebruiken tot 2u voordien, aangevuld met carbohydraatdrank.

De ingreep zelf gebeurt minimaal invasief, met robotondersteuning. De voordelen zijn: minder bloedverlies, minder postoperatieve pijn en een snellere mobiliteit. Een maagsonde wordt niet meer gebruikt. Van zodra de patiënt wakker is, mag hij drinken. De dag na ingreep mag er al gestart worden met licht verteerbare voeding. Ter optimalisatie van darmherstel wordt onder andere kauwgum geadviseerd. We pleiten ook voor een snelle mobilisatie, inclusief dagelijkse kinesitherapie. Eenmaal patiënt comfortabel, pijnvrij, voldoende mobiel en er normale voeding kan ingenomen worden (goede darmfunctie) kan de patiënt op ontslag naar huis/hersteloord, echter met regelmatig poliklinisch nazicht als opvolging. We zijn ervan overtuigd dat door de implementatie van een dergelijk gestandaardiseerd heelkundig traject elke patiënt een optimaal gepersonaliseerde perioperatieve zorg kan krijgen, wat het psychisch en fysisch welbevinden van de patiënt bevordert."

Digitaal symptoomdagboek

Naast - of na - chirurgie blijft chemotherapie een belangrijke rol vervullen in de behandeling van urologische maligniteiten. Op dit domein worden korte, intensieve chemotherapiekuren vaker vervangen door langdurige onderhoudsbehandelingen met nieuwe medicijnen zoals: androgeeninhibitoren van de tweede generatie, radionucleïde therapie, angiogeneseremmers en immunotherapie. Hoewel met deze behandelingen een flinke stap vooruit werd gezet in het controleren van de ziekte, gaan ze vaak gepaard met nevenwerkingen. Soms zijn die dermate uitgesproken dat ze leiden tot onderbreken of stopzetten van de therapie met negatieve impact op het uiteindelijke resultaat. Omdat er bij dergelijke onderhoudsbehandelingen bovendien minder frequent klinische controles zijn, kunnen deze nevenwerkingen tot ernstige gradaties evolueren.

Om de vinger aan de pols te houden werkt de dienst Urologie reeds 5 jaar met een innovatieve SymptoomApp. De patiënt logt in via MyNexuzHealth (het digitaal patiëntenplatform) en krijgt - gepersonaliseerd naar zijn specifieke therapie - de mogelijkheid om dagelijks of wekelijks een specifieke vragenlijst in te vullen.

Dokter Peter Schatteman: "Om de respons hoog te houden, opteerden we voor beknopte vragenlijsten, de invultijd bedraagt maximum 5 minuten. Deze data stromen automatisch door naar het elektronisch patiëntendossier. Ze worden gevisualiseerd in een overzichtelijke grafiek met kleurcodes: groen is oké, rood is niet oké. De verpleegkundig specialist monitort wekelijks de antwoorden. Bij afwijkende bevindingen word ik als arts geraadpleegd voor een bijsturing. Dankzij deze app beschik ik tijdens de consultatie met de patiënt over een overzicht van de symptomen tijdens therapie. Zo krijg ik samen met de patiënt een mooi visueel overzicht van hoe de therapie wordt verdragen. We kunnen tijdens de raadpleging gericht ingaan op pijnpunten. Kortom: de app zorgt ervoor dat essentie meteen kan worden besproken, waarbij de patiënt een actieve rol krijgt in zijn eigen behandeling. Onze ervaring met het systeem toont dat de patiënt meer vertrouwen heeft in de therapie: hij/zij voelt zich beter begeleid. Dankzij vroegtijdige detectie van nevenwerkingen kan - mits bijsturing - de therapie verder gezet worden hetgeen het uiteindelijk resultaat van de therapie verbetert. En de interactie met de arts tijdens de consultatie verloopt meer gefocust. Finaal zijn we overtuigd dat we met deze SymptoomApp de overleving van de patiënt verbeteren. Een gewaagde uitspraak? Deze overtuiging is ondertussen bevestigd in een Amerikaanse klinische studie. ⁽¹⁾



⁽¹⁾ "Integration of PROs into the routine care of patients with metastatic cancer was associated with increased survival compared with usual care." (JAMA 2017 Jul 11; 318(2): 197-198).



ENDOCRINOLOGIE EN ENDOCRIENE HEELKUNDE

Dr. Paul Van Crombrugge, Dr. Katrien Wierckx, Dr. Liesbeth Van Huffel (Endocrinologie), Dr. Sam Van Slycke (Endocriene Heelkunde), Dr. Olivier De Winter (Nucleaire Geneeskunde), Dr. Vanessa Meert (Anatomo-pathologie)

Van maximale standaardtherapie naar gepersonaliseerde aanpak van schildkliercarcinoom

Gedifferentieerd schildkliercarcinoom (Differentiated Thyroid Carcinoma, afgekort: DTC) omvat de papillaire en folliculaire schildkliercarcinomen. Deze hebben doorgaans een (zeer) goede prognose. Vandaar dat er recent een paradigmashift kwam, waarbij de vroeger eenheidstherapie vervangen werd door een veel individueler aanpak teneinde onnodige agressiviteit in de behandeling te vermijden.

In België resulteerde dit in 2020 in het opstellen van een Richtlijn voor Gedifferentieerd Schildkliercarcinoom*, waarbij onder de 13 nationale experts twee artsen uit ons ziekenhuis betrokken waren, met name: Dr. Paul Van Crombrugge en Dr. Sam Van Slycke.

De incidentie van gedifferentieerd schildkliercarcinoom (DTC) is de jongste decennia gevoelig toegenomen, met vooral een stijging van het aantal (kleine) papillaire schildkliercarcinomen, welke een gunstige prognose hebben.

Technologische evolutie maakt gepersonaliseerde aanpak mogelijk

De behandeling van DTC (chirurgie, radio-iodotherapie) kende daarom de jongste 20 jaar een evolutie van "one size fits all" naar een meer gepersonaliseerde behandeling waarbij men rekening houdt met het individuele risico van elke patiënt. Hierbij speelde een rol:

- betere chirurgische technieken, waardoor minder noodzaak tot ablatie met hoge dosis 100 mCi I-131;
- Tg-bepalingen (nu veel gevoeliger, accurater en nauwkeuriger), als follow-upmiddel;
- meer performante echografietoestellen om recidieven en lymfeklieren te ontdekken;
- de mogelijkheid van SPECT/CT om het onderscheid te maken tussen restweefsel, lymfeklieren of contaminatie;
- het gebruik van rhTSH als stimuleringsmiddel zowel in de opvolging als in de behandeling zelf.

Daarom zal men nu bij elke patiënt zorgvuldig afwegen (tijdens de MOC-bespreking) hoe uitgebreid de behandeling moet zijn: geen chirurgie? lobectomie? totale thyroïdectomie? al dan niet lymfeklieruitruiming, centraal/lateraal? I131 therapie: geen of 30 of 100 mCi of nog hogere dosis?

Zowel voor chirurgie als radio-iodbehandeling

Voor de noodzaak en de uitgebreidheid van de chirurgie zal men rekening houden met onder andere de leeftijd, levensprognose en fysieke conditie van de patiënt, de grootte, het aspect en de ligging van het letsel op echografie, de cytologische bevindingen (Bethesda classificatie), de aanwezigheid van lymfeklieren (kliniek, echo), of van metastasen.

Voor de eventuele keuze en dosis van radio-iodtherapie zal men na de ingreep vooral steunen op de "TNM-classificatie" en de "ATA risk for recurrence classification".

De TNM-classificatie geeft een idee over het risico op mortaliteit, maar is minder voorspellend voor het risico op lokale recidieven. Deze TNM-classificatie werd voor DTC vanaf 1 januari 2018 grondig herzien waardoor heel wat patiënten nu in meer gunstiger klassen vallen dan voorheen.

Reeds in de vroegere ATA-richtlijnen werd er een "ATA risk for recurrence" gedefinieerd, uitgaande van de histologie, de eventuele vasculaire invasie, kapselinvasie of doorgroei buiten de schildklier, de volledigheid van de tumorresectie of de aanwezigheid van distale metastasen. In de jongste ATA-richtlijnen werd dit nog verfijnd, resulterend in een vaak lagere risicoscore dan voorheen.

Bovendien geeft men tegenwoordig de radio-iodbehandeling vaak pas 3-4 maanden na de heekunde, waarbij men een betere post chirurgische evaluatie met echografie en Tg-evolutie heeft.

Indien er aanvullende radio-iodtherapie nodig is zal men deze vaak met rhTSH-stimulatie geven in plaats van na thyroxine-onttrekking, met betere tolerantie. Ook de toe te dienen dosis (vaak 30 mCi in plaats van de vroegere standaard van 100 mCi) kiest men naargelang voorgaande afwegingen.

Follow-up

Bij DTC is de follow-up over lange termijn een continu proces waarvan de intensiteit en frequentie aangepast moet zijn aan het risico op recidief. De "Dynamic Risk Stratification" (DRS) is een belangrijk hulpmiddel daartoe.

Hierbij houden we vooral rekening met het klinisch onderzoek, een echografie van de hals en een Tg-bepaling. Indien nodig is een rhTSH gestimuleerde Tg-bepaling 6 tot 12 maand na de primaire behandeling behulpzaam.

Bij de grote groep met "excellent response" is de prognose uitstekend (mortaliteit 0%, recidief 1-3% na 10j), zodat de specialistische follow-up in deze groep na verloop van tijd kan verminderen, evenals de scherpte van het TSH doel (0.5 - 2 mU/l).

Enkel de kleine groep met "structural incomplete response" vergt een meer uitgebreide en intense specialistische follow-up (evt FDG PET, SPECT-CT) en soms ingewikkelder therapievormen zoals externe radiotherapie, cryotherapie, embolisatie en tyrosine kinase-inhibitoren.

Besluit

De nieuwe onderliggende filosofie in de behandelingsaanpak van DTC is om bij deze meestal gunstig verlopende tumor geen onnodig agressieve therapieën toe te passen.

Daarom is een multidisciplinair overleg (dat rekening houdt met de TNM en de ATA risk for recurrence classificatie) een must, om de uitgebreidheid van de chirurgie en de eventuele noodzaak en dosis van tot radio-iod te bepalen.

In de nabije toekomst zullen ongetwijfeld ook moleculaire testen ons helpen, zowel in de diagnostiek en de therapiekeuze, als in het inschatten van de prognose van deze patiënten met DTC.

* <http://www.collegeoncologie.be>





RADIOTHERAPIE

Stereotactische radiotherapie in prostaatkanker behandeling?

Als we met de stijgende incidentiecijfers toch àlle oncologische patiënten een optimale behandeling willen blijven bieden, moet de beschikbare capaciteit in de oncologische centra optimaal worden benut. In de discipline Radiotherapie wordt wereldwijd gezocht naar kortere bestralingsschemata. Ook in het Oncologisch Centrum Aalst wordt dat pad al bewandeld, met name voor de urologische oncologie.

Door de stijgende incidentiecijfers in de oncologie moet men in de toekomst ook oog hebben voor een optimale benutting van de beschikbare capaciteit. Ook in de radiotherapie zullen we de gevolgen van deze evolutie moeten incalculeren. In een aantal Angelsaksische en Scandinavische landen heeft dit aanleiding gegeven tot grootschalig fase 3-onderzoek rond de non-inferioriteit van hypofractionatie. Hiermee bedoelen we het principe van kortere bestralingsschemata, met minder fracties in totaal maar met een hogere fractiegrootte (>2Gy) per fractie of dag. De klassieke fractionatie, zoals momenteel gangbaar in curatieve bestralingsbehandelingen bedraagt 1.8Gy-2Gy/d. Het spreekt voor zich dat het verkorten van bestralingsschemata een belangrijke logistieke winst genereert. Dat heeft enerzijds een economische impact, namelijk de optimalisatie van de capaciteit en rendabiliteit van het nationaal radiotherapie toestelpark). Anderzijds biedt dat ook een belangrijke kwaliteitswinst voor de patiënt: minder behandelingen, minder verplaatsingen ... Deze voordelen zijn uitermate relevant in de groeiende en gemiddeld verouderende populatie van prostaatkankerpatiënten.

Behandelingsduur gehalveerd op 20 jaar tijd

Uit de dosisescalatiestudies van eind vorige eeuw wisten we al dat een hoge bestralingsdosis noodzakelijk was om de genezingskans van bestraalde patiënten op hetzelfde niveau te krijgen als die van de geopereerde patiënt. In een klassiek fractionatieschema impliceerde dat behandelingen van tot maximaal een veertigtal zittingen, klassiek vijf dagen per week, dus voor een totale behandelingsduur van bijna twee maanden.

Ondertussen beschikken we reeds enkele jaren over de mature data (meta-analyse) van deze fase 3-hy-pofractionatiestudies in het domein van de primaire radiotherapie voor prostaatkanker. Dit resulteerde in de nieuwe 'gouden standaard' van 60Gy in twintig fracties. Hiermee werd de totale behandelingsduur dus reeds gehalveerd of kort door de bocht: je kan nu twee patiënten bestralen op de tijd dat je er vroeger één behandelde.

Op weg naar een regime met slechts vijf behandelingen

Maar dit betekende zeker niet het einde van de queeste naar "meer voor minder". Gesterkt door de gunstige resultaten van stereotactische bestralingen bij patiënten met long- of leverkanker, werd ook die optie in prostaatkanker geïntroduceerd. Gezien de beschikbaarheid van een intensiteitsgemoduleerde, rotatiele bestralingstechniek (VMAT) en de minutieuze, millimetrische controle in de bestralingsuitvoering (image-guidance op basis van geïmplanteerde Au-merkers (IGRT)) voelden we ons gesterkt om in studieverband prospectief deze strategie mee te exploreren. Het bestralingsregime bestaat uit slechts vijf behandelingen - ofwel om de andere dag ofwel eenmaal per week.⁽¹⁾

De resultaten met een minimale opvolging van 18 maand zijn alvast uitermate geruststellend. Met een biochemische controle van 97%, stabiele IPSS-scores en geen significante wijziging van de door de patiënten gerapporteerde quality-of-life op gebied van gastro-intestinale en genito-urinaire symptomen. (Fig. 1) Indien de patiënt geen concomitante hormonale castratie kreeg, wijzigde ook de seksuele/erectiele functie niet.

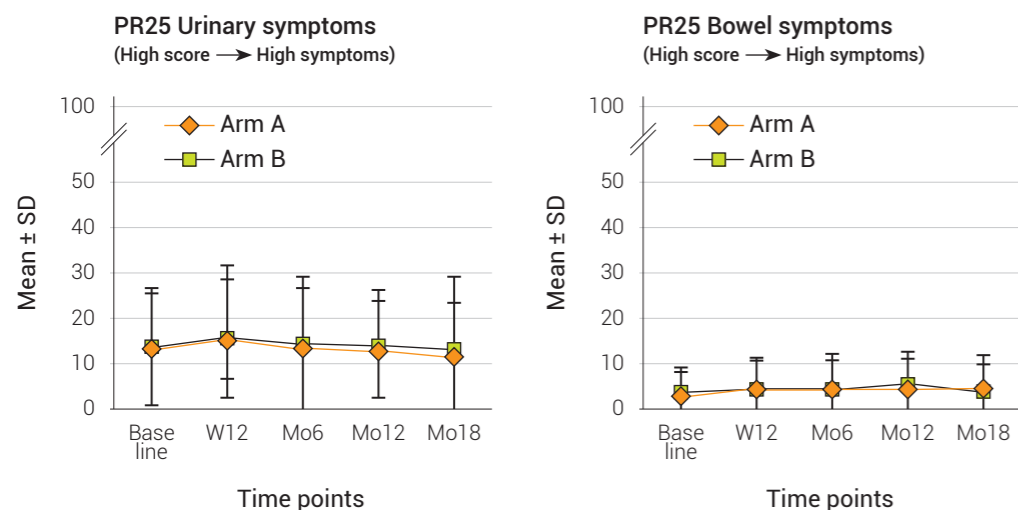


Fig. 1
Patiënt gerapporteerde urinaire en gastro-intestinale klachten voor, tijdens en na stereotactische prostaatbestraling 5*7.25Gy

Rectale ballon beschermt tegen de hoogste isodose niveaus

Met een bestraling in vijf zittingen hebben we bijna de limiet bereikt van wat met de huidige technische mogelijkheden veilig kan worden toegediend. De ultieme droom is natuurlijk dezelfde efficiëntie behalen in een éénmalige bestraling. Hierbij is de 'flessenhals' de onvermijdelijke nabijheid van de anterieure rectum mucosa en het hieraan verbonden risico op laattijdige toxiciteit onder de vorm van radiatiemucositis (met als klinisch symptoom RBPA). De oplossing die sedert kort in onze dienst werd geïntroduceerd is het gebruik van een rectale ballon (een 'spacer'). Deze wordt door de uroloog geplaatst in dezelfde procedure waarbij ook de Au-merkers worden geïmplanteerd die gebruikt worden voor de positionering. Een procedure in dagkliniek onder lichte sedatie. De ballon in een bio-afbreekbaar materiaal (resorbeert spontaan over een periode van 6 maand) wordt gevuld met fysiologisch water en vormt een mechanische barrière tussen de perifere prostaatkwabben en de endeldarm, waardoor de hoogste isodose niveaus niet langer met de darmwand overlappen maar met de ballon. (Fig. 2) De beperkte prospectieve evidentie tot nog toe heeft alvast aangetoond dat hierdoor het risico op rectale bloedingen (graad 2 of meer) drastisch kan worden gereduceerd in klassieke prostaat bestralings-schemata.⁽²⁾

In eerste fase zal deze ballon-applicatie binnenhuis worden gebruikt in combinatie met een stereotactisch bestralings-schema van 5 zittingen, a rato van 1 om de andere dag. Een protocol voor een éénmalige radiotherapiesessie als definitieve behandelingsoptie voor low tot intermediate risk prostaatkanker patiënten met behulp van de Au-merkers en rectale ballon is onderweg.

⁽¹⁾ Zilli, Jorcano, Bral et al Cancer Medicine 2020; 9:3097-3106

⁽²⁾ SpaceOAR trial Int J Radiation Oncol Biol Phys 2017 Vol 97 no 5 pp 976-985

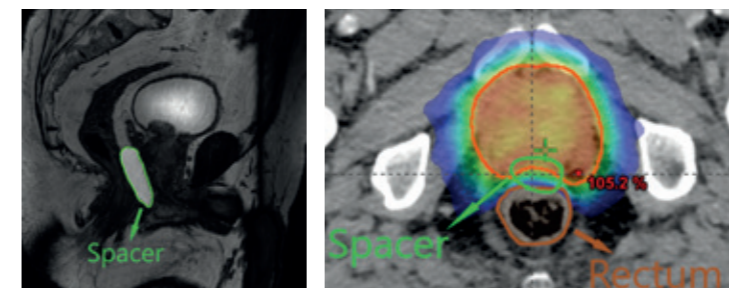


Fig. 2 Transversaal en coronaal beeld van de positie van een spacer tussen de prostaat en het rectum



DIGESTIEVE ONCOLOGIE

Betere opsporing en behandeling van vroegtijdige poliepen leidt tot minder gevorderde darmkanker

De opstart van het screeningsonderzoek voor dikkedarmkanker in 2013 zorgt, samen met betere optische technologie in de endoscopen en nieuwe evoluties in technieken om grote poliepen ook endoscopisch te verwijderen, voor een daling van het aantal vergevorderde darmkankers.

Dokter Koen Hendrickx, gastro-enteroloog: "Wanneer darmkanker in een vroeg stadium wordt opgespoord, kan 95% van de patiënten worden genezen. De Vlaamse overheid startte sinds oktober 2013 een gratis screeningsprogramma. Door dit bevolkingsonderzoek kunnen jaarlijks naar schatting 400 overlijdens worden voorkomen. De mate waarin de bevolking deelneemt aan dit programma is een eerste belangrijke bepalende factor voor zijn succes. Onder de slogan "De Pot Op Met Darmkanker" zetten we vorig jaar, samen met onze collega's gastroenterologen van het ASZ, de schouders onder een sensibiliseringscampagne op de zaterdagmarkt in Aalst om de brede bevolking bijkomend te informeren over het nut van hun deelname."

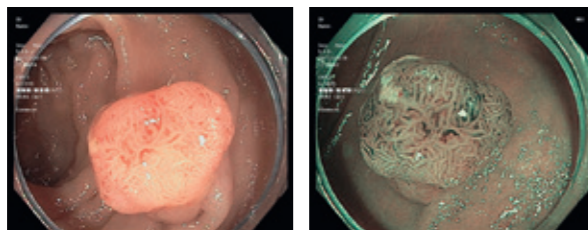
High-definition beeldvorming

Dokter Jo Vandevort, diensthoofd gastroenteroloog: "Een coloscopie is de volgende stap wanneer het screeningsonderzoek een afwijkende test oplevert. Dankzij recente technologische evoluties leveren deze onderzoeken steeds nauwkeuriger beelden op. De sterk verbeterde beeldresolutie (high-definition imaging) in combinatie met het gebruik van lichtbrekings- en reflectietechnieken levert zeer gedetailleerde informatie op van het oppervlak van poliepen. Aan de hand van deze verschillende kenmerken die nu zichtbaar worden, is het mogelijk om de aard (goed- of kwaadaardigheid) van het letsel en de dieptegroei in te schatten. Deze informatie maakt het mogelijk om de correcte behandelingsstrategie te bepalen. Te verwachten is dat het gebruik van AI (Artificiële Intelligentie) ons in de toekomst zal helpen om deze optische diagnose verder te verfijnen."

ESD en EMR

Dokter Jo Vandevoort: "Wanneer de diagnose gesteld wordt van een vlakke en breed uitgespreide goedaardige poliep in de slijmvlieslaag die niet doordringt tot in de spierlaag van de darmwand, kan dit letsel met een minimaal invasieve endoscopische techniek verwijderd worden. Zowel ESD (Endoscopische Submucosale Dissectie) als EMR (Endoscopische Mucosale Resectie) zijn twee technieken waarbij door inspuiten van een vloeistof een waterkussen aangebracht wordt tussen de slijmvlieslaag en de spierlaag van de darmwand. Hierdoor ontstaat een extra ruimte tussen het slijmvlies en de spierlaag. We noemen dit de submucosale ruimte. Bij ESD wordt via een kleine insnede in het slijmvlies de endoscoop ingebracht in deze nieuw gevormde ruimte. Door middel van nauwgezette dissectie wordt het letsel dan vrijgeprepareerd en uiteindelijk volledig verwijderd. Het weefsel wordt in zijn geheel aangeboden voor microscopisch onderzoek zodat, in geval er toch een verborgen kwaadaardige focus aanwezig zou zijn, een correct besluit kan gevormd worden over de volledigheid van de behandeling."

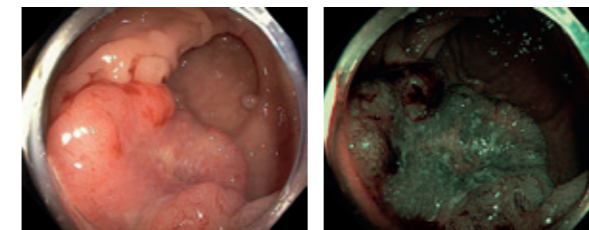
Dokter Jo Vandevoort: "Bij EMR wordt eveneens gebruik gemaakt van diezelfde submucosale ruimte. Deze techniek is minder veeleisend, minder tijdrovend met dus een kortere sedatie voor de patient en het laat toe om op moeilijk bereikbare lokaties toch een endoscopische resectie uit te voeren. Bij deze techniek wordt het letsel ook volledig doch in fragmenten verwijderd. Omdat bij deze techniek, in geval van een verborgen kwaadaardige focus, het microscopisch onderzoek geen uitsluitsel geeft over de volledigheid van de wegname, zal deze techniek enkel aangewend worden bij een volledig geruststellende optische diagnose."



Darmsparende ingrepen

Dokter Koen Hendrickx: "Het grote voordeel van beide technieken is het feit dat vrij grote vlakke en goedaardige letsels voortaan op een weinig belastende manier kunnen weggenomen worden terwijl dit in het verleden heekkundig diende te gebeuren. Belangrijker nog is dat beiden darmsparend zijn. De darm blijft maw. volledig intact. De EMR gebeurt tijdens een opname op dagkliniek. Voor een ESD plannen we een korte hospitalisatie van één nacht."

Dokter Koen Hendrickx: "Met de opstart van het screeningsprogramma enerzijds, de verfijnde technologie van onze endoscopen en de opkomst van nieuwe endoscopische technieken anderzijds, slagen we er voortaan in om meer patienten in een zeer vroegtijdig stadium te identificeren en op een zeer elegante en efficiënte manier te behandelen. Uiteindelijk resulteert dit in minder patienten met een gevorderde dikkedarmkanker. Het resultaat hiervan zien we nu reeds in onze dagelijkse oncologische activiteit."





BORSTKLINIEK

Dr. Heidi Roelstraete, Dr. Dries Opsomer, Dr. Evelyn Despierre, Dr. Karin Stukkens, Dr. Koen Traen

Aantal borstamputaties in OLV zakt onder 30%

Borstkanker is de meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen. Een operatie maakt bijna steeds deel uit van de behandeling. Er wordt zoveel mogelijk gestreefd naar het uitvoeren van een borstsparende operatie maar tot voor kort onderging nog steeds tot 40% van de patiënten een mastectomie. Door maximaal in te zetten op neoadjuvante behandelingen en door de toepassing van oncoplastische technieken is de OLV Borstkliniek erin geslaagd om het aantal patiënten dat een borstamputatie ondergaat, te reduceren tot 28%.

Gunstige evolutie

Er is een duidelijke evolutie in de borstkankerchirurgie. Aanvankelijk was de standaard een radicale mastectomie met het verwijderen van de borst, de onderliggende borstspier en het verwijderen van alle axillaire lymfeklieren (Hallsted-operatie), ongeacht de grootte of histologisch type van de tumor en ongeacht de patiënten kenmerken. In de jaren 1970 werd het vaakst geopteerd voor de gemodificeerde radicale mastectomie. Nu wordt er meer en meer ingezet op een borstsparende ingreep, gevolgd door radiotherapie. Wanneer een borstsparende ingreep niet haalbaar lijkt omwille van de relatieve grootte van de tumor ten opzichte van het borstvolume, kan er overwogen worden om een neoadjuvante behandeling met chemotherapie of hormoontherapie te starten in de hoop het tumorvolume in die mate te reduceren dat een borstsparende ingreep wel mogelijk wordt. Bijkomend heeft de OLV Borstkliniek geïnvesteerd in aanvullende opleidingen en postgraduatoren in de oncoplastie voor de drie borstchirurgen. Deze plastisch chirurgische technieken worden aangewend bij borstsparende ingrepen om grotere resecties uit te voeren met het oog op een goed cosmetisch resultaat. Door maximaal inzetten op neoadjuvante behandelingen en dankzij de toepassing van oncoplastische technieken is het aantal patiënten dat in de borstkliniek van het OLV Ziekenhuis een borstamputatie ondergaat, gereduceerd tot 28%.

Behoud van de tepel

Naast 28% van de borstkankerpatiënten zijn er ook een aantal patiënten met een voorstadium van borstkanker (in situ carcinoom) bij wie een mastectomie noodzakelijk is. Daarenboven kiezen meer en meer patiënten met een hoog risico op borstkanker, zoals BRCA patiënten, voor een preventieve operatie. Borstamputaties zijn vaak erg verminkende ingrepen die de kwaliteit van leven van de patiënt en het vrouwelijke zelfbeeld heel erg kunnen beïnvloeden. Een borstreconstructie kan deze impact heel wat minder zwaar maken.

De waaier van reconstructieve mogelijkheden is terug te brengen tot twee types ingrepen: enerzijds de technieken waarbij implantaten (inwendige siliconeprothesen) aangewend worden om het borstvolume te vervangen, anderzijds de technieken die autoloog (lichaamseigen) weefsel gebruiken.

Een borstreconstructie met eigen weefsel wordt doorgaans uitgevoerd door een microchirurgische transplantatie van huid- en vetweefsel van de onderbuik naar het defect van de verwijderde borst (DIEP flap-reconstructie). Wanneer de buikwand echter geen goede donorsite is, kan een gelijkaardige procedure uitgevoerd worden met weefsel van de flanken of dijen. Virtueel elke patiënte kan tegenwoordig een borstreconstructie met eigen weefsel aangeboden worden. Een autologe reconstructie is technisch complexer dan een prothesereconstructie en duurt meerdere uren. Er wordt ook telkens een extra litteken gemaakt ter hoogte van de donorsite, wat het herstel en de gemiddelde hospitalisatieduur dan ook wat langer maakt (gemiddeld vijf dagen).

Borstreconstructies door middel van een prothese zijn eenvoudigere ingrepen met een korter herstel, maar geven op lange termijn duidelijk minder goede cosmetische resultaten met meer nood aan her-operaties.

Correcte informatie voor een weloverwogen keuze

Bij een traditionele borstamputatie wordt steeds het tepelareolacomplex mee verwijderd, wat erg nefast is voor het cosmetisch resultaat. Daarnaast speelt voor sommige vrouwen het emotioneel aspect van het behoud van de eigen tepel een belangrijke rol. Een tepelsparende ingreep vermijdt veelal een extra ingreep en/of tatoeage. Hoewel er nog discussie bestaat over de oncologische veiligheid van een tepelsparende mastectomie, wordt steeds meer geaccepteerd dat het risico op het ontwikkelen van een recidief mammacarcinoom in

het tepelareolacomplex zeer laag is. Als dit zich dan toch voordoet, wordt het snel ontdekt waardoor het goed behandelbaar is. Wanneer de optie van een tepelsparende mastectomie wordt aangeboden, wordt er duidelijk met de patiënt gesproken over het mogelijke verlies van sensibiliteit en de kans dat de bewaarde tepel maximaal succesvol overleeft, zowel qua projectie, kleur als uiterlijk. Borstamputaties met het behoud van de tepel geven meestal een mooier cosmetisch resultaat, met een positieve invloed op patiënttevredenheid en kwaliteit van leven tot gevolg. Als OLV Borstkliniek zijn we het dan ook aan onze patiënten verplicht deze optie van reconstructie aan te bieden indien de patiënte hiervoor in aanmerking komt. We streven ernaar correcte informatie te geven aan de patiënte over de indicaties, de voor- en nadelen en de mogelijke beperkingen van de huidige tepel- of areolasparende chirurgische technieken, zodat ze een weloverwogen keuze kan maken.

Focus op onmiddellijke reconstructie

Een borstreconstructie gebeurt veelal in een tweede tijd, zelfs tot jaren na de primaire behandeling. Toch wordt meer en meer geopteerd voor een onmiddellijke reconstructie omwille van de vele voordelen. Deze evolutie is mee het gevolg van de grotere toegankelijkheid en beschikbaarheid van informatie voor de patiënten.

Bij een onmiddellijke reconstructie ondergaat de patiënt de volledige chirurgische behandeling van de borstkanker (amputatie en reconstructie) tijdens dezelfde ingreep met als belangrijkste voordeel dat de patiënte gespaard blijft van de verminking van de amputatie en slechts één herstelperiode ondergaat. Bovendien zijn, door het behoud van de oorspronkelijke huidenveloppe, de esthetische resultaten bij een onmiddellijke reconstructie vaak doorgaans de beste.

De borstkliniek van het OLV zet alles op alles om de cosmetische resultaten bij borstamputaties te optimaliseren. De reconstructieve plastisch chirurg is aanwezig op het multidisciplinair preoperatief overleg en bij elke patiënte die een borstamputatie dient te ondergaan, wordt de mogelijkheid van het behoud van de tepel en de mogelijkheid tot het uitvoeren van een onmiddellijke reconstructie geëvalueerd. Alle patiënten krijgen een persoonlijk gesprek met de plastisch chirurg aangeboden op het ogenblik van het plannen van de borstamputatie. De borstverpleegkundige en de klinisch psycholoog van de borstkliniek ondersteunen en begeleiden de patiënte bij het nemen van de juiste beslissing.

Met een grotere toegankelijkheid en beschikbaarheid van informatie voor de borstkankerpatiënt wenst de borstkliniek het aantal patiënten die een onmiddellijke reconstructie aangeboden krijgen te maximaliseren.



THORACALE ONCOLOGIE

Optimale longkankerzorg: multidisciplinair, high tech ... en met oog voor de patiëntervaring

Voor vroegtijdige longkanker zijn zowel nieuwe chirurgische als high-tech radiotherapeutische behandelingen goede behandelopties. Zaak is natuurlijk samen met de patiënt de juiste keuze te maken.

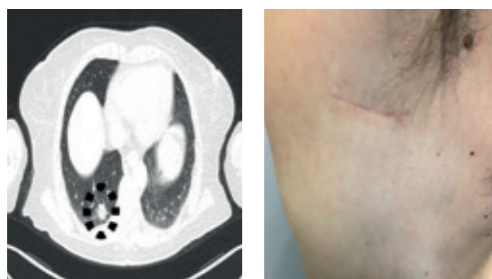
Dr. Kurt Tournoy, longarts: "De longkankerpatiënt die zich presenteert met een ziekte in een vroeg stadium kenmerkt zich door de afwezigheid van hilaire en/of mediastinale klieruitzaaiingen. We noemen dit in het jargon de cNOMO longkankers. Voor deze patiënten gaan we na de multidisciplinaire bespreking steevast voor een in-opzet curatieve behandeling. Soms is echter een aanvullende of adjuvante systeemtherapie met cystostatica nodig, deze kan de kans op herval op langere termijn verkleinen."

Dr. Valerie Adams, longarts: "Voor de primaire behandeling van deze vroege kankers kunnen we de patiënt twee erg goede wetenschappelijk onderbouwde opties voorstellen. Het gaat hier enerzijds over heelkunde en anderzijds over de radiotherapeutische behandeling. Beide behandelmodaliteiten kenden de laatste jaren een opmerkelijke technische evolutie waar de patiënt alleen maar baat bij kan hebben. Ons ziekenhuis heeft de trein van deze technische evoluties zeker niet gemist en is waarschijnlijk zelfs meer locomotief dan aanhangwagen. Maar het blijft natuurlijk een uitdaging voor de thoracaal oncoloog om samen met de patiënt dié behandeling te kiezen die hem/haar de beste kansen op een goede uitkomst zal bieden."

Dr. Samuel Bral, specialist radiotherapie: "Lange tijd werd de radiotherapeutische behandeling van kleine longtumoren een ondergeschikte rol toebedeeld aan de historische 'gouden standaard', de lobectomie. Radiotherapie werd vooral voorbehouden voor de inoperabele patiënt (comorbiditeit) of aangeboden indien de patiënt heelkunde weigerde. Met de intrede van de stereotactische, ablatieve radiotherapie (SABRT) is er toch een duidelijke shift opgetreden naar gelijkwaardigheid - ook bij de jongere en operabele patiënt. Dat kon alleen maar dankzij de technologische evolutie. De twee essentiële voorwaarden voor SABRT zijn (zoals vervat in het acroniem): (i) de behandeling dient stereotactisch te gebeuren en (ii) ze moet ablatief zijn. Het stereotactisch aspect slaat op het extreem precieze en

gerichte karakter van deze therapie (cf. het artikel in deze brochure over beeldvorming in de radiotherapie). Bij longbestraling komt daar nog de extra uitdaging bij van de incorporatie van de ademhalingsbeweging in zogenaamde 4D CT-beeldvorming zowel in planning als in uitvoering. Het ablatief aspect slaat op een radicaal andere vorm van fractionering in de dosisschemata. De SABRT wordt immers verricht in 3 tot maximaal 5 fracties, telkens met een dosis die tot het tienvoud beslaat van de klassieke fractionering. Dit resulteert in een biologisch veel hoger equivalent, wat zich weerspiegelt in lokale controleratio's die in de zelfde grootteorde liggen van chirurgie (>90%) en dit met een zeer gunstig tolerantieprofiel. Deze data verantwoorden de plaats van SABRT naast de minimaal invasieve chirurgie."

Dr. Roel Beelen, thoracaal chirurg: "De laatste jaren was er een ook een belangrijke evolutie in het OLV Ziekenhuis in de minimaal invasieve of endoscopische heelkunde voor longkanker. Tot vóór 2010 gebeurden procedures voor longkanker meestal via een open ingreep of thoracotomie. Bij dit soort ingreep waren er nogal wat nadelen verbonden aan de thoracotomie zelf, zoals trager herstel, uitgesproken pijnklachten en vrij grote littekens en lange tijd van inactiviteit. Bij de introductie van VATS (video-assisted thoracoscopic surgery) of endoscopische ingrepen kon in ongeveer 90 % van de patiënten met longkanker een thoracotomie vermeden worden. Doordat de long nu op een minder invasieve manier kan benaderd worden en ook door het verder ontwikkelen van longsparende heelkunde zoals segmentectomie in plaats van lobectomie voor kleine longtumoren is er de laatste jaren een uitbreiding van het aantal patiënten welke in aanmerking komen voor dergelijke heelkundige behandeling. Ondertussen is ook de VATS-technologie op zich verder geëvolueerd naar een nog minder invasieve techniek. Waar vroeger een klassieke VATS-ingreep via 2 tot 3 incisies werd uitgevoerd is dit nu mogelijk via één kleine incisie van 3-5 cm. Deze ingreep wordt uniportal VATS (Video assisted Thoracoscopic surgery) of uVATS genoemd. Deze evolutie is te danken aan de ontwikkeling van specifieke instrumenten met een kleine diameter. Zowel camera als instrumenten kunnen daardoor via de kleine incisie naar binnen gebracht worden. Ondertussen zien we in onze ervaring dat de zeer kleine tumoren in het bijzonder hier dui-



delijk voordeel van lijken te hebben op vlak van postoperatieve pijn, hospitalisatieduur, complicaties en tijd tot hernemen van normale activiteiten."

Dr. Piet Vercauter: "Dat we de meest up-to-date expertise aan de longkankerpatiënt kunnen aanbieden voor zijn behandeling, staat buiten kijf. Dit geldt voor patiënten met een gevorderde aandoening, maar zeker ook voor de vroege stadia. Nochtans heeft enkel de patiënt het voorrecht de ervaring (en uitkomst) van zijn behandeling te kunnen beschrijven. De arts heeft hierbij slechts de rol van facilitator. Daarom houden we nu al sinds begin 2019 de 'patient reported outcome measures' of PROMs bij van al onze longkankerpatiënten die een kankertherapie krijgen - ongeacht het soort behandeling. Dit zijn uitkomstmetingen die de patiënt op elektronische wijze ingeeft in het elektronisch medisch dossier. Hierbij vult hij of zij een behandeling in, vóór de behandeling en nadien op vaste tijdstippen (na 6 weken, na 3-6-9 en 12 maanden). Op die manier geeft de patiënt een score voor zijn subjectief welzijn. Zo kunnen we per patiënt over de tijd, maar ook per patiëntengroep goed in de gaten houden hoe ze het stellen na de gekozen behandeling. De behandelde patiënt wordt met andere woorden goed opgevolgd."

Dr. Kurt Tournoy: "Hoewel "harde" uitkomstmaten, zoals overleving en het aantal complicaties, belangrijke indicatoren zijn en blijven van de kwaliteit van het geleverde werk, zijn we het er inderdaad over eens dat ook de ervaring van de patiënt minstens een even belangrijke uitkomstmaat is van de geleverde zorg. Het verzamelen van deze data is veel werk en vergt tijd. Het is echter nog steeds pionierswerk dat nog maar erg weinig centra wordt gedaan. Het ziekenhuis erkent het belang van deze innovaties en voorziet de nodige data-ondersteuning. Ze hopen we cijfermatig te kunnen aantonen wat we al langer vermoeden. Een dynamisch multidisciplinair team dat steeds mee is met de laatste technologische evoluties en dat de patiëntervaringen meet, vormt de beste garantie voor het bieden van optimale longkankerzorg."



KLINISCHE HEMATOLOGIE

Van langdurige chemobehandelingen naar één pil per dag? Het kàn ... en hopelijk voor steeds meer aandoeningen

De jongste jaren is de discipline hematologie geëvolueerd van een onderdeel van de medische oncologie tot een heel aparte en complexe discipline. Wij spraken met dr. Karel Fostier van de dienst klinische hematologie in het OLV Ziekenhuis om eens dieper in te zoomen op deze minder bekende specialiteit. Dokter Fostier is staflid in het OLV Ziekenhuis te Aalst, maar is tevens als consulent verbonden aan het UZ Brussel. Hij is gespecialiseerd in de behandeling van plasma-celaandoeningen. Hij is ook actief lid van het myeloomcomité van de Belgische Vereniging voor Hematologie.

"In het OLV Ziekenhuis beschikken we over een moderne dagkliniek en een verblijfsafdeling hematologie, met ook isolatiekamers voor patiënten die een intensieve behandeling ondergaan (o.a. intensieve chemotherapie en autologe stamceltransplantaties). Op de dienst klinische hematologie behandelen we volwassenen vanaf 16 jaar. Met ons bijzonder toegewijd team staan we heel dicht bij de patiënten. De kwaadaardige aandoeningen die wij behandelen, omvatten o.a. lymfeklierkankers (Hodgkin- en non-Hodgkinlymfoom), multipel myeloom, leukemie, enzovoort. De hematologische kankers zijn allen zeldzame aandoeningen en verei-

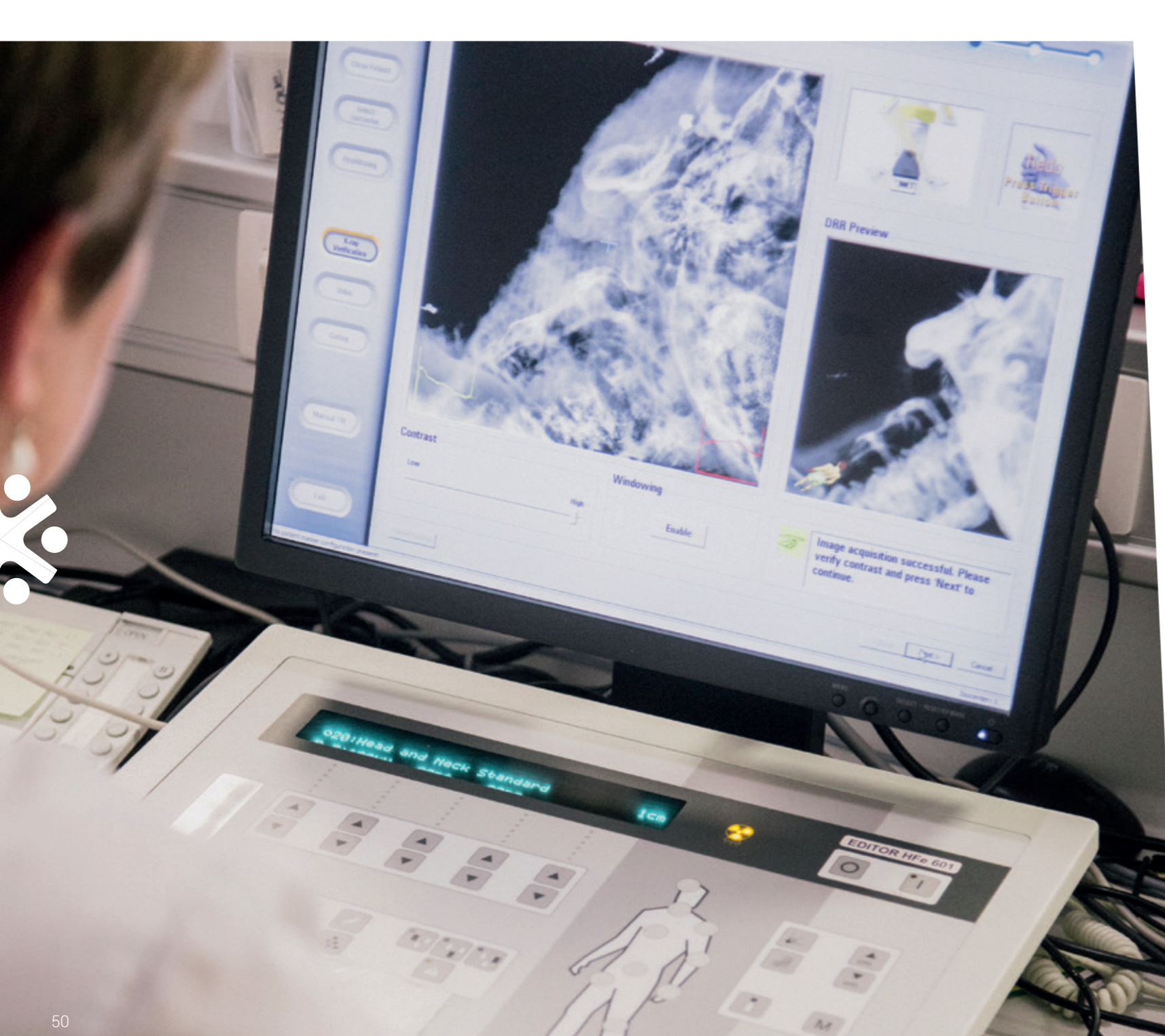
sen een intensieve samenwerking tussen verschillende disciplines: de radioloog en specialist in de nucleaire geneeskunde (om de uitgebreidheid van de ziekte bij diagnose en de respons op de behandeling goed in kaart te brengen), de patholoog, klinisch bioloog en geneticus (voor het correct stellen van de diagnose), de microbioloog en de radiotherapeut. De behandelingen omvatten het gebruik van chemo-, immuun- en radiotherapie. Soms gebeuren de behandelingen via een langdurige ziekenhuisopname, maar de meeste behandelingen gebeuren op ambulante basis of een dagziekenhuisopname."

Nieuwe behandelingen

"Hematologie is bij uitstek een discipline waar elke jaar nieuwe innovatieve geneesmiddelen beschikbaar worden. Waar in het verleden behandelingen uitsluitend bestonden uit chemo- en radiotherapie, is er de voorbije jaren een evolutie geweest naar meer gerichte (vaak orale) en ook immuuntherapieën. De mooiste innovatie van de voorbije 20 jaar is de behandeling van chronische myeloïde leukemie (CML), die in het verleden werd behandeld met intensieve chemotherapie en soms allogene stamceltransplantatie, maar die nu perfect behandelbaar is met één pil per dag. Patiënten met de aandoening hebben een levensverwachting die vergelijkbaar is als hun leeftijdsgenoten zonder de aandoening. Maar ook in de behandeling van leukemie, multipel myeloom en lymfoom zijn er een groot aantal nieuwe geneesmiddelen beschikbaar die de respons en prognose verbeteren en die veel beter worden verdragen. Als artsen blijven wij die ontwikkelingen natuurlijk op de voet volgen. Welke behandeling of welke medicatie we starten, beslissen we in overleg met de patiënt. Patiënten zijn vandaag vaak heel mondig, kritisch en goed geïnformeerd. Sommige patiënten vinden een goede kwaliteit van leven belangrijker dan lang te leven. Wij informeren de patiënten, bespreken met hen de verschillende mogelijkheden, maar uiteindelijk heeft de patiënt het laatste woord. Zo hoort het ook."

De toekomst

Vooraf op het gebied van cellulaire immunotherapie zijn de verwachtingen hooggespannen. Bij deze vorm van immunotherapie worden T-lymfocyten bij de patiënt afgenomen en genetisch aangepast, zodat ze zich richten tegen de kwaadaardige cellen en deze kunnen uitschakelen (i.e. CAR-T cellen). Ook beschikken we meer en meer over gerichte behandelingen die vaak ingrijpen op een genetische afwijking in de maligne cellen. Dit vereist een doorgedreven cyto-genetische diagnostiek wat nogmaals het belang van een multidisciplinaire diagnostiek onderlijnt. De toekomst in hematologie is dus een gepersonaliseerde geneeskunde: de behandeling gebeurt helemaal op maat van de individuele patiënt.



KLINISCHE STUDIES

Een concrete bijdrage tot de ontwikkeling van nieuwe therapieën

Innovatie zit in het DNA van de oncologische diensten van het OLV Ziekenhuis. Daarom werken we actief mee aan onderzoek naar nieuwe geneesmiddelen, betere behandelingen en nog doeltreffender medische hulpmiddelen. Zo krijgen onze patiënten toegang tot de nieuwste therapieën. Begin november 2020 waren de oncologische diensten van het OLV Ziekenhuis via de verschillende medische diensten bij zowat 50 klinische studies betrokken, zie onderstaand overzicht.

Borstkliniek

- 10 klinische studies lopend
- Principal investigators: Dr. Huyg, Dr. Roelstraete, Dr. Traen, Dr. Verbeke
- Sponsors: BIG/TROG, EORTC, GSK, Leiden University Medical Center, Novartis, OLV Ziekenhuis, Radius Pharmaceuticals

Gastro-enterologie

- 9 klinische studies lopend
- Principal investigators: Dr. Hendrickx
- Sponsors: BDGO, BGOG, Eli Lilly, Ipsen, PledPharma, Roche

Gynaecologie

- 4 klinische studies lopend
- Principal investigators: Dr. Huygh
- Sponsors: Astra Zeneca, BDGO, BGOG, Regeneron, Tesaro

Hoofd- en halsoncologie

- 1 klinische studie lopend
- Principal investigator: Dr. Huygh
- Sponsor: Galera Therapeutics

Neurologische oncologie

- 3 klinische studies lopend
- Principal investigator: Dr. Verbeke
- Sponsor: EORTC

Algemene oncologie

- 2 klinische studies lopend
- Principal investigators: Dr. Roelstraete, Dr. Schatteman, Dr. Verbeke
- Sponsor: EORTC

Pneumologie

- 7 klinische studies lopend
- Principal investigators: Dr. Tournoy, Dr. Vercauter
- Sponsors: Adriatic, Astra-Zeneca, Hofmann-La Roche, ZOL

Urologie

- 13 klinische studies lopend
- Principal investigators: Dr. Bral, Dr. D'Hondt, Dr. Schatteman
- Sponsors: Astellas, EORTC, ESAI, Geneva, GZA, Ipsen, Janssen Pharmaceutica, Merck



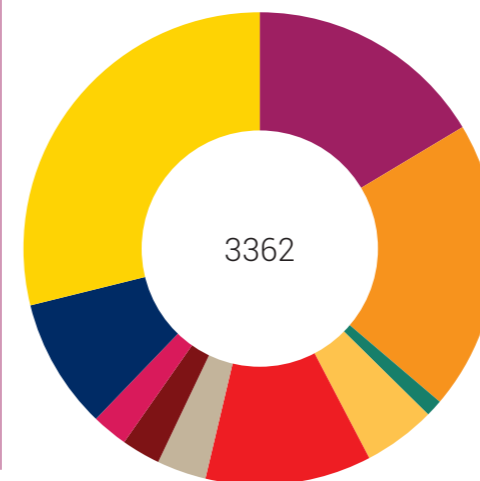
WIJ HELPEN MEER DAN 3000 PATIËNTEN PER JAAR

Hoewel de aangehouden inspanningen op het vlak van preventie en screening hun vruchten afwerpen, blijft nog een groot deel van de bevolking direct geconfronteerd met kanker, een ziekte die vele gedaanten kan aannemen. Jaarlijks worden er in België meer dan 70.000 kankers gediagnosticeerd. Van deze kankerdiagnoses worden er jaarlijks meer dan 2.000 in het OLV Ziekenhuis gesteld. In 2019 ging het om 2.016 nieuwe diagnoses. Samen met de follow-up van eerder gediagnosticeerde kankerpatiënten vertegenwoordigden zij vorig jaar 3.362 multidisciplinair-oncologische consulten (MOCs) in ons centrum.

Kanker is een ziekte die in vele vormen voorkomt. Sommige types treffen een groter aantal patiënten dan andere. 85% van alle patiënten die in het Oncologisch Centrum Aalst worden behandeld, heeft betrekking op urologische oncologie, digestieve oncologie, borstoncologie, hematologische oncologie en respiratoire oncologie. Dit weerspiegelt de incidentie wereldwijd.

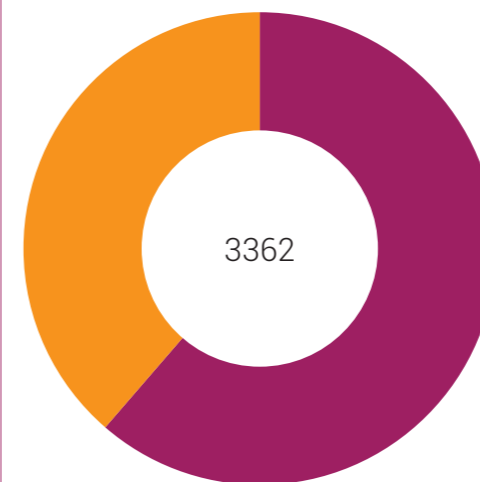
ELKE WEEK STELLEN WIJ 40 ONCOLOGISCHE DIAGNOSES

MOC totalen 2019



- Borstkliniek gyneco (BKL) 558
- Digestieve Oncologie (DIG) 664
- Endocrinologie (ENDO) 35
- Gynaecologie (GYN) 166
- Hematologie (HEM) 376
- Huid en weke delen tumoren (HUID) 114
- Mond-kaak-aangezicht (MKA) 89
- Neurologie (NEURO) 82
- Respiratoire Oncologie (RESP) 299
- Urologie (URO) 979

MOC totalen 2019



- Nieuwe diagnose MOC's 2016
- Follow-up MOC's 1346

CONTACTGEGEVENS

Telefoonnummer(s) en e-mailadres van het medisch secretariaat van de medische diensten van het OLV Ziekenhuis die betrokken zijn bij het Oncologisch Centrum Aalst.

Algemene heelkunde

053 72 45 06 (Aalst) - 02 300 63 29 (Asse) - heelkunde.aalst@olvz-aalst.be

Borstkliniek

053 72 44 79 (Aalst) - Borstkliniek@olvz-aalst.be

Cardiovasculaire en thoracale heelkunde

053 72 46 99 (Aalst) - 02 300 63 37 (Asse) - 054 31 20 61 (Ninove) - cv.aalst@olvz-aalst.be

Endocrinologie

053 72 44 88 - endocrinologie@olvz-aalst.be

Fysische geneeskunde & Revalidatie

053 72 42 65 (Aalst) - 02 300 62 53 (Asse) - 054 31 20 61 (Ninove)

Gastro-enterologie

053 72 44 28 (Aalst) - 02 300 62 56 (Asse) - 054 31 20 84 (Ninove)
gastro-entero.aalst@olvz-aalst.be

Gynaecologie

053 72 49 50 (Aalst) - 02 300 62 96 (Asse) - 054 31 20 86 (Ninove)

Klinische hematologie

053 72 88 53 (Aalst)

Laboratorium pathologische ontledkunde

053 72 42 82 - pathologie@olvz-aalst.be

Medische beeldvorming

053 72 42 53 (Aalst, algemeen) - 053 72 41 64 (Aalst, MR) - 02 300 62 57 (Rx/CT Asse)
054 31 20 10 (Rx/CT Ninove)



Mond-, kaak- en aangezichtsheelkunde (MKA)

053 72 41 43 (Aalst) - 02 300 63 45 (Asse) - 053 72 41 43 (Ninove) - mka.aalst@olvz-aalst.be

Medische oncologie

053 72 44 79 - radiotherapie-onco.aalst@olvz-aalst.be

Neurochirurgie

053 72 43 73 (Aalst)

Neurologie

053 72 45 19 (Aalst) - 02 300 63 75 (Asse) - 054 31 20 61 (Ninove)
neurologie.aalst@olvz-aalst.be

Neus-, keel- en oorziekten (NKO)

053 72 45 33 (Aalst) - 02 300 63 11 (Asse) - 053 72 45 33 (Ninove) - nko.aalst@olvz-aalst.be

Nucleaire geneeskunde

053 72 44 77 (Aalst) - 02 300 62 47 (Asse)

Plastische, reconstructieve en esthetische heelkunde

053 72 43 76 (Aalst) - plastische.aalst@olvz-aalst.be

Pneumologie/Longziekten

053 72 42 89 (Aalst) - 02 300 63 36 (Asse) - 054 31 20 27 (Ninove)
pneumologie.aalst@olvz-aalst.be - pneumologie.asse@olvz-aalst.be
pneumologie.ninove@olvz-aalst.be

Radiotherapie

053 72 44 79 (Aalst) - radiotherapie-onco.aalst@olvz-aalst.be

Urologie

053 72 43 78 (Aalst) - 02 300 63 31 (Asse) - 054 31 20 61 (Ninove)
urologie.aalst@olvz-aalst.be - urologie.asse@olvz-aalst.be - urologie.ninove@olvz-aalst.be



Een uitgave van



onder de koepel van



Oncologisch
Centrum Aalst

Moorselbaan 164 - 9300 Aalst - www.olvz.be