



VAN DE REDACTIE

Het dossier in deze News van het Chirec Cancer Institute gaat over kanker van de gynaecologische organen, en vooral over precancereuze letsels. De laatste decennia werd veel onderzoek verricht om de mechanismen van het ontstaan van kanker te ontrafelen, de mechanismen die een rol spelen bij de transformatie van een normale cel tot een kankercel en bij de proliferatie van die getransformeerde cellen die uitmondt in een gemetastaseerde kanker. Dankzij die kennis hebben onderzoekers nieuwe behandelingen kunnen ontwikkelen die specifiek gericht zijn op die mechanismen.

Die nieuwe gerichte geneesmiddelen worden sinds kort gegeven ter vervanging van of in aanvulling op chemotherapie. Aangezien het een gerichtere behandeling betreft, zal die in principe efficiënter en minder toxisch zijn dan chemotherapie.

Op het einde van deze News geven we een voorbeeld van die nieuwe gerichte geneesmiddelen in de rubriek over de behandeling van ovariumkanker.

(Vervolg op pagina 2)



Photo Shutterstock®

WIST U DAT ...



- vrouwen vaak kanker ontwikkelen: een kwart van de vrouwen krijgt kanker voor de leeftijd van 75 jaar.
- kanker bij vrouwen hoofdzakelijk optreedt bij ouderen: 62% van de kankergezwellen bij vrouwen ouder dan 60 jaar.
- borstkanker de frequentste kanker bij vrouwen is (meer dan een derde van de gevallen).
- in België jaarlijks 11.000 vrouwen sterven aan kanker.
- de incidentie van borstkanker en de incidentie van hoofd-en-halskanker bij

Belgische vrouwen bij de hoogste zijn in Europa.

- er in België jaarlijks 3.200 nieuwe gevallen van gynaecologische kanker worden gediagnosticeerd.
- endometriumkanker de frequentste gynaecologische kanker is (1.350 nieuwe gevallen per jaar in België).
- ovariumkanker de belangrijkste oorzaak van sterfte aan gynaecologische kanker is.
- baarmoederhalskanker veroorzaakt wordt door het papillomavirus en dat er vaccins bestaan tegen dat virus.



SAMEN TEGEN PRECANCEREUZE LETSELS IN

VAN DE REDACTIE

Dankzij een beter inzicht in de mechanismen die een rol spelen bij de transformatie van een normale cel tot een kankercel, hebben we ook geleerd dat die transformatie niet in één keer gebeurt, maar meerdere opeenvolgende stappen omvat waarbij een normale cel progressief wordt omgevormd tot een kankercel: een normale cel begint zich sterker te vermenigvuldigen en wordt daarna "onsterfelijk" door het uitvallen van de mechanismen die de celdeling controleren. Een "normale" situatie evolueert dus progressief naar een "precancereuze" toestand en vervolgens tot "kanker" en "metastasen". Elk van stappen is het gevolg van veranderingen ("mutaties") in het genoom van de cel (DNA, genetisch materiaal). Dat leidt dus tot een ophoping van dergelijke mutaties. Je mag dus stellen dat kanker een genetische aandoening is. Kanker is trouwens de frequentste genetische aandoening. Maar dat betekent daarom nog niet dat kanker erfelijk is. Slechts een klein percentage van de kankergezwellen is erfelijk.

Als we een precancereuze toestand kunnen opsporen, kunnen we handelen nog voor er evolutie naar kanker is. We kunnen dus vroeger ingrijpen in het ziekteproces, in een stadium waarin de patiënt gemakkelijker en efficiënter kan worden genezen. We bevinden ons dan op de kruising tussen preventie en opsporing.

In dit nummer en op de laatste ontmoetingen van het CCI in het Terkamerenbos worden precancereuze aandoeningen van de gynaecologische organen besproken. Hoewel we de mechanismen tot op moleculair niveau hebben kunnen analyseren, zijn de oorzaken ervan echter nog grotendeels onbekend, op enkele uitzonderingen na. Zo weten we dat het papillomavirus cellulaire afwijkingen veroorzaakt die kunnen uitmonden in een transformatie van de baarmoederhalscellen. Er werden dan ook vaccins ontwikkeld tegen het papillomavirus, met succes.

Prof. Thierry Velu
Medisch oncoloog
Directeur van het
Chirec Cancer Institute



Dr Jean-Pierre Claes
Gynaecopelviene oncologische chirurgie
Coördinator van de kliniek voor
gynaecopelviene oncologische chirurgie



Shutterstock®

TECHNIQUES INNOVANTES

formation prévention

hartelijk onthaal

screening

qualité de vie

samenwerking

coaching

transparence

CONFIANCE

concept architectural

LEVENSKWALITEIT

collaborations

human relationship

LIVE VAN DE ONTMOETINGEN VAN HET CCI

De "Ontmoetingen" van het Chirec Cancer Institute (CCI) hebben als doel de eerstelijnsartsen (huisartsen en specialisten) nauwer in contact te brengen met de gespecialiseerde teams van het Chirec, met het oog op een optimale, multidisciplinaire aanpak van de patiënten.

Een jaar geleden hebben we de eerste "Ontmoetingen" georganiseerd, die aan borstkanker gewijd waren. Dat is een groot succes geweest dankzij het hoge aantal deelnemers en de kwaliteit van de presentaties. Sindsdien kent de borstkliniek van Chirec almaar meer succes en wordt haar knowhow op steeds grotere schaal verspreid.

De campus van Cavell en die van Sare beschikken over een specifieke ruimte voor de borstkliniek, zodat kan worden gewerkt in een eenheid van plaats, tijd en actie. In het ziekenhuis van Braine l'Alleud -Waterloo en het Park Leopold Ziekenhuis zijn korte circuits ontwikkeld voor een volledige, snelle evaluatie en het starten van de behandeling.

De "Ontmoetingen" van 8 oktober 2011 gingen over de opsporing en de behandeling van precancereuze letsels in de gynaecologie.

Ze werden opnieuw georganiseerd in het aangename kader van het Terkamerenbos. Het werd een regenachtige maar leerrijke dag. Meer dan 200 artsen volgden de debatten over dat brede onderwerp en over de preventie van invasieve kanker (goed voor 10% van de kankersterfte bij vrouwen).

Gezien het regenweer zijn de bootjes aan de kade gebleven en zijn de konijnen in hun hollen op het Robinsoneiland blijven zitten. De kliniek voor gynaecopelviene oncologie had evenwel een zeer interessant programma uitgewerkt.

Precancereuze letsels kunnen zich ontwikkelen in het perineum, de vulva, de vagina, de baarmoederhals, de baarmoeder en de ovaria. Er zijn tal van oorzaken: virale, hormonale, genetische en andere.

Er werd gesproken over de opsporing van die letsels, de preventie en de plaats van vaccinatie tegen HPV, de impact van die letsels en de behandeling ervan op het dagelijkse leven, de vruchtbaarheid en zwangerschap.

Gynaecologische kanker leent zich goed voor screening omdat de kanker vaak wordt voorafgegaan door precancereuze letsels. Om die te herkennen, moeten we:

- horen en luisteren: last, jeuk, pijn ... vooral als die klachten chronisch zijn en niet of niet goed reageren op de behandeling
- kijken en zien: rode, witte, sclereuze, nodulaire letsels, persisterende "wondjes" ...
- zonder aarzelen een biopsie uitvoeren: er worden nog te veel patiënten niet gescreend. De huisarts kan de screening verbeteren door vaker een uitstrijkje af te nemen. Het uitstrijkje moet correct worden geïnterpreteerd, zonder te dramatiseren, vooral bij zeer jonge patiënten of tijdens de zwangerschap.
- de plaats van het HPV-vaccin: de artsen spelen een cruciale rol voor het welslagen van de vaccinatiecampaagnes
- metrorragie moeten worden onderzocht en een massa in het bekken moet altijd correct worden geïdentificeerd

De kliniek voor gynaecopelviene oncologie van het CCI bestaat sinds 2007 en streeft naar een optimale, humane, multidisciplinaire aanpak op maat van de patiënte. Alle betrokkenen hebben het kwaliteitscharter van het CCI getekend, wat borg staat voor de beste zorg in alle transparantie.

De stichting Care van het Chirec ondersteunt het onderzoek in de oncologie en financiert een gerandomiseerde studie bij ovariumkanker (ov-hipec). Het CCI is overigens één van de 3 Belgische centra die werden geselecteerd om een nieuwe klasse van geneesmiddelen te evalueren (gemetastaseerde ovariumkanker).

De "Ontmoetingen" van het CCI waren in de eerste plaats gewijd aan vrouwen die zowel lichamelijk als psychisch lijden. We doen er alles aan om hen zo goed mogelijk te helpen.

Prof. Thierry Velu

*Medisch oncoloog
Directeur van het Chirec Cancer Institute*

Dr Jean-Pierre Claes

*Gynaecopelviene oncologische chirurgie
Coördinator van de kliniek voor gynaecopelviene oncologische chirurgie*





SAMEN TEGEN PRECANCEREUZE LETSELS IN

DIFFERENTIËLE DIAGNOSE VAN PRECANCEREUZE LETSELS VAN HET PERINEUM

Precancereuze letsels van het perineum omvatten VIN (Vulvar intraepithelial neoplasia), AIN (anal intraepithelial neoplasia) en PIN (penile intraepithelial neoplasia). Die letsels kunnen evolueren naar een invasief spinocellulair carcinoom.

We onderscheiden 2 types intra-epitheliale neoplasie: door HPV verwekte en niet door HPV verwekte. Die laatste zijn te wijten aan een chronische inflammatoire huidaandoening zoals een lichen sclerosus.

Het type VIN bepaalt het daarmee samenhangende type spinocellulair carcinoom (basaloïd, condylomateus, klassiek of wrachtig). Die diagnose wordt gesteld met een biopsie.

Een HPV-infectie van de uitwendige geslachtsdelen veroorzaakt condylomata. 90% van de condylomata wordt veroorzaakt door HPV6 of 11. Het is dus een goedaardige infectie, maar ongeveer 20% van de patiënten vertoont tevens een infectie met een onroep HPV.

Lichen sclerosus is een chronische inflammatoire huidaandoening die vooral de uitwendige geslachtsdelen treft in de vorm van parelmoerachtige vlekken, soms met wat bloedverlies. Een lichen sclerosus kan uitmonden in een verdwijnen van de reliëfstructuren (verdwijnen van de kleine schaamlippen,

omkapseling van de clitoris), atrofie van het slijmvlies en soms een mediane versmelting van de kleine schaamlippen. Het risico op kanker bedraagt ongeveer 5%, maar zou groter zijn bij patiënten die niet goed reageren op een behandeling met corticoïden.

De klinische presentatie van een VIN kan variëren: ziekte van Bowen, erythroplasie van Queyrat en bowenoïde papulose.

Een erythroplasie van Queyrat uit zich in één of meer erythemateuze maculae met duidelijke randen die niet spontaan genezen.

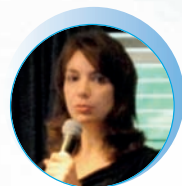
De ziekte van Bowen treedt vooral op bij postmenopauzale vrouwen en uit zich in een solitair, geïnfilteerd, leukoplastisch en/of erythroplastisch letsel, dat soms keratotisch of gepigmenteerd is.

Bowenoïde papulose treedt vooral op bij jonge meisjes. Het betreft multipele, multifocale polymorfe papels (vlak of wrachtig oppervlak, roze, wit of bruin van kleur).

Die 3 klinische beelden worden veroorzaakt door eenzelfde histologisch beeld, maar de prognose en dus ook de behandeling verschillen sterk. Een bowenoïde papulose evolueert traag en is weinig invasief. De ziekte van Bowen, vooral in het kader van een lichen sclerosus en zonder behandeling,

evolueert sneller naar een spinocellulair carcinoom. Een erythroplasie van Queyrat evolueert in 10-33% van de gevallen tot kanker. De frequentie van HPV-positieve VIN stijgt, maar in Europa treedt een spinocellulair carcinoom van de vulva in 70% van de gevallen op in het kader van een lichen sclerosus.

Conclusie: elk chronisch leukoplastisch, erythroplastisch, keratotisch of geïncereerd letsel van het perineum moet klinisch en histologisch worden onderzocht, zodat de geschikte behandeling kan worden gegeven en evolutie naar kanker kan worden voorkomen.



Dr. Dominique Waroquier,
Dermatologie

BEHANDELING VAN PRECANCEREUZE LETSELS VAN DE VULVA

Vulvakanker is een zeldzame en weinig bekende aandoening, die vaak laat wordt gediagnosticeerd. De frequentie van vulvakanker neemt echter duizelingwekkend toe, waardoor er aan de opsporing en behandeling ook almaar meer aandacht wordt besteed.

Vulvakanker ontstaat op twee soorten terreinen:

- na een infectie met het humane papillomavirus (dat baarmoederhalskanker veroorzaakt)
- in het kader van lichen sclerosus, een huidaandoening van de vulva.

Dat verklaart waarom de diagnose meestal wordt gesteld door een dermatoloog, een gynaecoloog of de huisarts.

Het frequentste symptoom is een chronische jeuk die niet verbetert met een correct uitgevoerde

behandeling. Jeuk komt echter ook voor bij andere aandoeningen van de vulva. In geval van twijfel en zeker als het gaat om een risicopatiënte, moet een stukje weefsel worden afgenomen (biopsie) voor microscopisch onderzoek. De biopsie kan gemakkelijk in de praktijkruimte van de arts worden uitgevoerd onder plaatselijke verdoving. Het is een lichte ingreep, die levens kan redden. In geval van twijfel mag je dus niet aarzelen om een biopsie uit te voeren.



Apparaatje voor een PUNCH-biopsie van 4mm die wordt uitgevoerd na lokale verdoving met xylocaïne. De biopsie wordt uitgevoerd als er twijfel is over de diagnose van een letsel in de vulva, en zeker bij risicopatiënten.

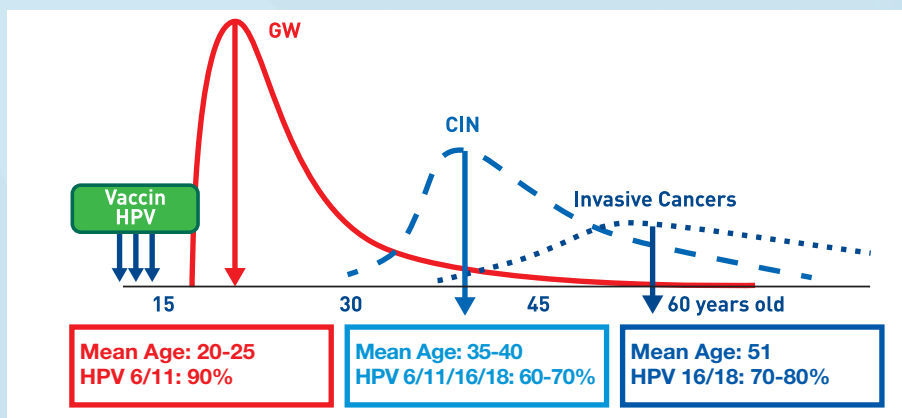


Dr. Sonia Lejeune
Gynaecopelviene oncologische chirurgie

Ongeveer 75% van de vrouwen van 16-26 jaar heeft nog geen contact gehad met de frequentste vier HPV-stammen, HPV 6/11/16 en 18.

25 % van die vrouwen is echter wel al in contact geweest met minstens één van die stammen

Een klein schema zegt meer dan een lange uiteenzetting



De figuur toont de piek van contact met HPV (GW), de piek van ontwikkeling van cervixdysplasie (CIN) en de piek van optreden van invasieve kanker bij niet-gevaccineerde vrouwen. We moeten dus vaccineren voor er contact kan zijn met HPV en dus voor het begin van die curve.

Om de werkzaamheid van de vaccins te verhogen, moeten we ze preventief geven en dus bij voorkeur voor elk mogelijk contact met het virus.

Zowel in het noorden als in het zuiden van het land hebben de overheden beslist om jonge meisjes op school te vaccineren. Dat is de beste methode om op korte tijd een optimale vaccinale dekking te verkrijgen.

De artsen (huisartsen, kinderartsen en gynaecologen) spelen dus een cruciale rol. Zij moeten erover spreken met jonge meisjes of met hun ouders, ze moeten hen geruststellen en hen overtuigen van het belang van die vaccinatiecampagnes.

Parallel met die campagne gericht op jonge meisjes, werd in bepaalde studies aangetoond dat er nog andere potentiële doelgroepen zijn, namelijk:

- patiënten met een negatief uitstrijkje die hun leven veranderen,
- patiënten met een dysplasie die na behandeling genezen is,
- en eventueel jonge mannen

Ik kan u dus alleen maar aanmoedigen om de dialoog aan te gaan met patiënten die aarzelen, om de hele doelgroep te informeren en ze proberen te overtuigen om zich te laten vaccineren.



Dr. Jean-Frédéric Limbosch

Gynaecopelviene oncologische chirurgie



Shutterstock



SAMEN TEGEN PRECANCEREUZE LETSELS IN

TERMINOLOGIE VAN PRECANCEREUZE LETSELS VAN DE BAARMOEDERHALS

De terminologie " **CIN** ", (**C**ervical **I**ntraepithelial **N**eoplasia) werd in de Franstalige landen geleidelijk vervangen door de term " **dysplasie** ", om angst bij de patiënten bij het horen van de term " neoplasie " en overbehandeling door bepaalde artsen te vermijden.

De dysplasie bij cervixbiopsie wordt in drie graden van ernst ingedeeld.

Samengevat:

- **Lichte dysplasie = CIN1**

Atypische cellulaire afwijkingen in het onderste derde van het epitheel.

Vaak zijn er tekenen van HPV-infectie (koilocyten: gevacuoliseerde cellen met grote kernen).

- **Matige dysplasie = CIN2**

Stemt overeen met cellulaire atypieën in de onderste twee derde van het epitheel.

- **Ernstige dysplasie = CIN3**

Carcinoma in situ: stemt overeen met cellulaire afwijkingen in het hele epitheel.

Bij afwijkingen bij cytologisch onderzoek (= screeninguitstrijkje) worden doorgaans de volgende termen gebruikt:

- **LSIL** (**L**ow-grade **S**quamous **I**ntraepithelial **L**esion) : stemt meestal overeen met letsels van lichte dysplasie **CIN1** bij biopsie.

In 15 tot 30% van de gevallen kunnen echter ernstigere letsels worden teruggevonden.

- **HSIL** (**H**igh-grade **S**quamous **I**ntraepithelial **L**esion) stemt bij biopsie overeen met ofwel een matige (**CIN2**), ofwel een ernstige **CIN3** dysplasie.



OPSPORING VAN BAARMOEDERHALSKANKER: HET BAARMOEDERHALSUITSTRIJKJE

Het baarmoederhalsuitstrijkje, dat in 1928 werd ontwikkeld door Papanicolaou en dat in de jaren veertig werd opgenomen bij de screeningcampagnes, heeft de incidentie en de sterfte aan baarmoederhalskanker sterk verlaagd.

In de jaren tachtig en negentig werden de zogenaamde "uitstrijkjes in vloeibare fase" (één enkele laag) ontwikkeld. Met die techniek kan de aflezing automatisch gebeuren door een computer.

• Gewoon uitstrijkje, uitstrijkje in vloeibare fase (één laag): welk kiezen, welke voor- en nadelen?

De klassieke uitstrijkjes hebben hun werkzaamheid duidelijk bewezen. Ze geven snel een resultaat, zijn goedkoop, en er is weinig materiaal en technische apparatuur voor nodig. Het percentage niet-contributieve uitstrijkjes is echter hoger dan met de eenlagige techniek gezien de vele artefacten (fixatie, bloed, ontsteking...). Een gewoon uitstrijkje biedt bovendien niet de mogelijkheid om aanvullende onderzoeken uit te voeren, vooral opsporing en typering van hoogrisico-HPV.

Bij eenlagige uitstrijkjes liggen de cellen minder op elkaar, waardoor er minder problemen zijn van fixatie en artefacten, wat de specificiteit van het onderzoek ten goede komt. Bovendien kunnen met die techniek ook hoogrisico-HPV-types worden opgespoord na het morfologische onderzoek. Deze techniek is echter duurder en vergt een uitgebreide infrastructuur.

In grote meta-analyses werd ondertussen aangetoond dat er niet meer hooggradige epitheelletsels worden gedetecteerd met een cytologie in vloeibaar midden dan met een klassiek uitstrijkje. Het voordeel van cytologie in een vloeibaar midden is dat met die techniek de fixatie en het uitstrijken worden gestandaardiseerd. Daardoor kan het uitstrijkje met een computer

(beeldanalysator) worden afgelezen, wat de gevoeligheid van het onderzoek zou verhogen. De techniek levert ook een reserve van materiaal die nodig is voor aanvullende technieken om HPV-virussen op te sporen.

• Wijziging van de nomenclatuur van pathologische ontleedkunde in 2009

Sinds juni 2009 wordt een baarmoederhalsuitstrijkje voor opsporing van tumorale cellen nog maar om de twee jaar door het RIZIV terugbetaald.

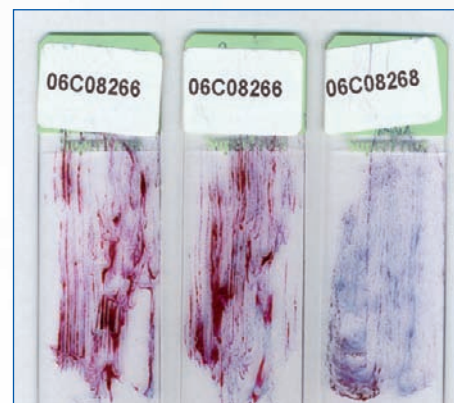
Wel werden nieuwe items toegevoegd aan de nieuwe nomenclatuur: zogenaamde uitstrijkjes voor "diagnostische of therapeutische follow-up" en de mogelijkheid van "dubbele lezing". Een uitstrijkje voor dubbele lezing is een screeninguitstrijkje waarvoor de patholoog een tweede advies vraagt aan een collega om de specificiteit van de diagnose te verhogen.

Een controle-uitstrijkje (diagnostische of therapeutische follow-up bij vroegere afwijkingen) mag tweemaal per jaar worden aangerekend tot het resultaat negatief is geworden.

Hoogrisico-HPV-types moeten worden opgezocht en getypeerd in een laboratorium dat volgens de ISO 15189-norm is geaccrediteerd voor die analyse.

Er zijn verschillende terugbetalingsvormen:

- 1) een screeninguitstrijkje als er atypische cellen ("ASC-US, ASC-H, AGC-ecc NOS of AGC-ecc, favor neoplasia") werden teruggevonden en bevestigd bij dubbele lezing,
- 2) een controle- of follow-upuitstrijkje als er voordien atypische cellen werden beschreven ("ASC-US; ASC-H, AGC-ecc NOS of AGC-ecc, favor neoplasia")
- 3) bij de follow-up van de behandeling van een hooggradige intra-epitheliale baarmoederhalskanker (CIN2, CIN3 en AIS-ecc) als de cytologie van de baarmoederhals momenteel negatief is.



Klassiek uitstrijkje



Uitstrijkje in vloeibare fase, in één laag

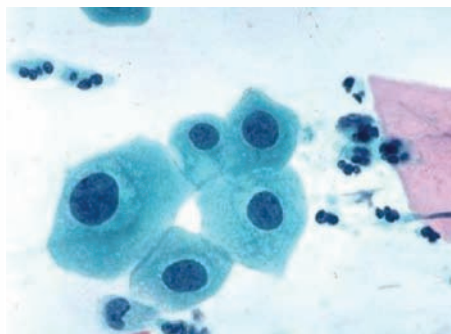


SAMEN TEGEN PRECANCEREUZE LETSELS IN

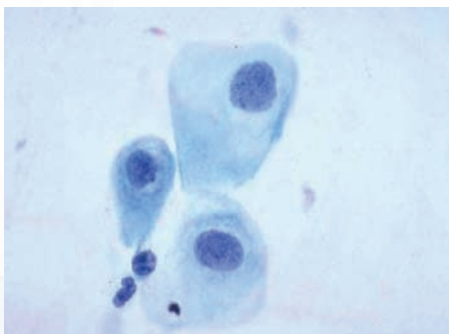
HET VERSLAG VAN DE PATHOLOOG-ANATOOM BEGRIJPEN

Zoals vermeld in de nomenclatuur, moet er een advies voor behandeling worden geformuleerd in het verslag van het pathologisch-anatomisch onderzoek. In een poging om die aanbevelingen te harmoniseren heeft de Belgische Vereniging voor Klinische Cytologie in 2009 richtlijnen gepubliceerd. Die zijn

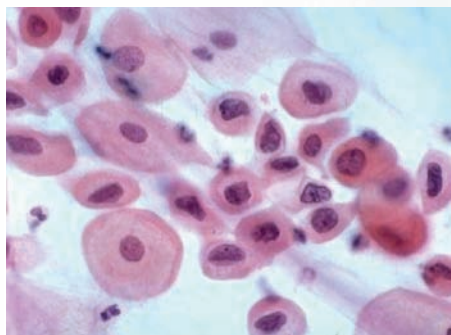
gebaseerd op de richtlijnen die al in de literatuur waren gepubliceerd voor de behandeling van patiënten met atypieën bij een baarmoederhalsuitstrijkje, maar werden aangepast aan de Belgische medische praktijk



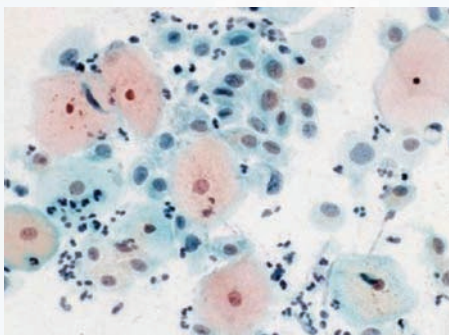
ASCUS



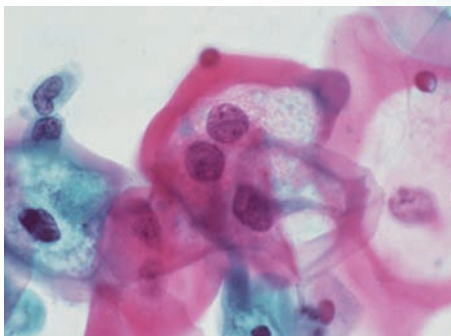
ASCUS



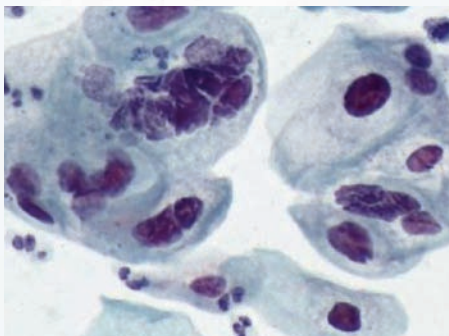
ASCH



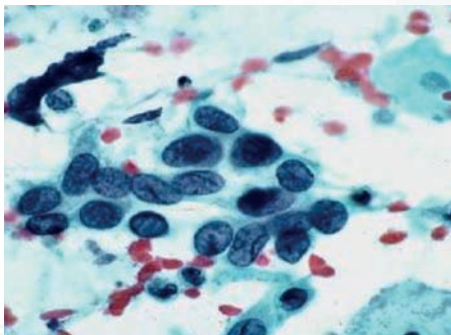
ASCH



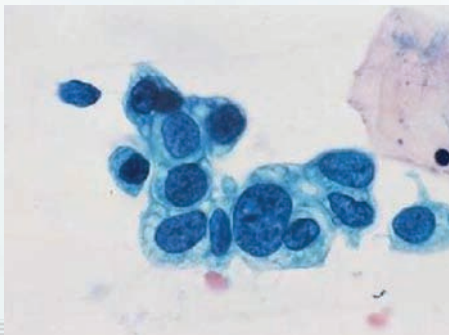
LSIL



LSIL



HSIL



HSIL



Dr. Anne Mathieu
Gynaecopelvienepathologie



Source INCA - www.e-cancer.fr

overleg

sérénité

TECHNOLOGIE DE POINTE

coördinatie

targeted therapy

continuité des soins

CONCERTATION

transparence

mise aux normes

ACCOMPAGNEMENT

computer file

INNOVATION

Het verslag van het pathologisch-anatomisch onderzoek van een baarmoederhalsuitstrijkje geeft informatie over:

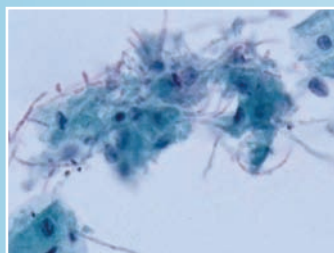
- de aard van het specimen: klassiek uitstrijkje of in vloeibare fase ("eenlagig")
- de kwaliteit van het monster
- de cytopathologische diagnose
- in voorkomend geval het resultaat van opsporing en typering van hoogrisico-HPV
- een advies voor de behandeling

Kwaliteit van het monster

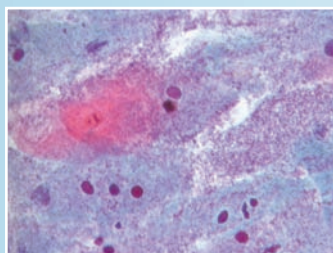
Een geschikt monster is een monster afgenomen ter hoogte van de junctie tussen de exo- en de endocervix met aanwezigheid van exocervicale malpighiaanse cellen en endocervicale kliercellen. Als er geen endocervicale cellen zijn, betekent dat echter niet dat het monster niet goed is. Het uitstrijkje moet voldoende cellen bevatten en moet worden uitgestreken en gefixeerd met een minimum aan artefacten. Dan kunnen eventuele cellulaire atypieën optimaal worden geïnterpreteerd. Als een monster niet aan die criteria voldoet, is het uitstrijkje beperkt of niet te interpreteren.

De cytopathologische diagnose

De meeste uitstrijkjes vertonen geen letsels of zogenaamde "niet-neoplastische" atypieën, bijvoorbeeld atypieën als gevolg van ontstekingsverschijnselen (al dan niet met aantonen van de pathogene kiem), atrofie of een spiraaltje.



Candida



Gardnerella

De afwijkingen betreffen vooral de malpighiaanse cellen van de exocervix en komen hoofdzakelijk overeen met ASC-US, ASC-H, LSIL en HSIL (zie figuur)

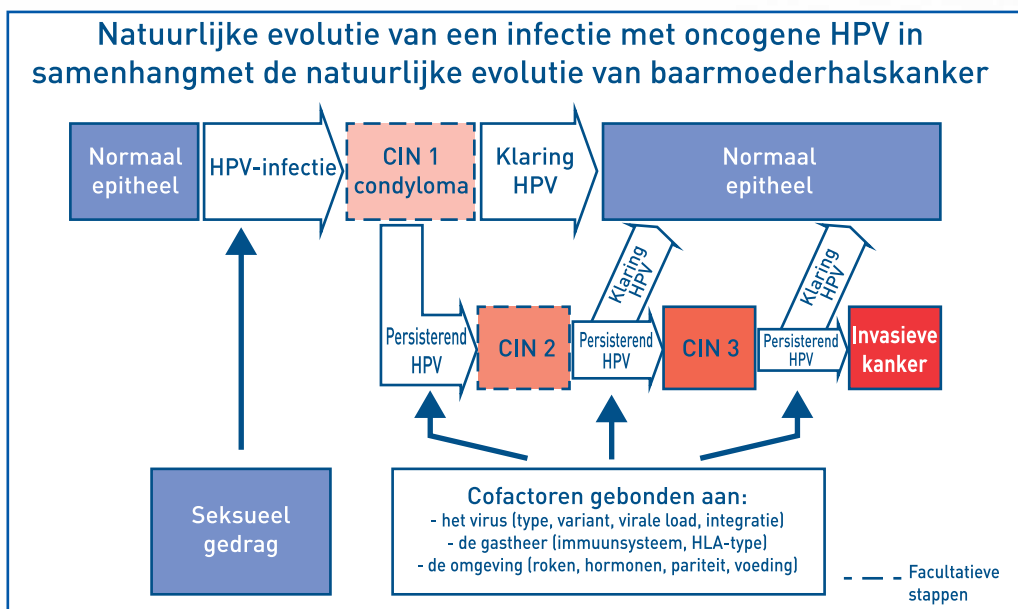
- ASCUS ("Atypical Squamous Cells of Undertermined Significance") zijn cytologische afwijkingen die worden gekenmerkt door grotere kernen, een discrete stijging van de kern-cytoplasmaverhouding en een licht onregelmatige chromatine. In 50% van de gevallen is er een hoogrisico-HPV aanwezig. In 10-20% van de gevallen wordt bij biopsie een hooggradig letsel (CIN2 - CIN3) gevonden.
- ASCH ("Atypical Squamous Cells cannot exclude HSIL") zijn hoopjes kleinere cellen met een toename van de kern-cytoplasmaverhouding. Die atypieën zijn kwalitatief of kwantitatief echter onvoldoende om een definitieve cytologische diagnose van hooggradig letsel te stellen. In 25-90% van de biopsen wordt een hooggradig letsel gevonden.
- Een LSIL (Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion, laaggradige intra-epitheliale afwijking) vertoont kenmerkende atypische cellen, koilocyten genaamd. Een LSIL stemt overeen met een letsel van lichte dysplasie bij biopsie. Als er bij cytologisch onderzoek een laaggradig letsel wordt vastgesteld, zal in 15-30% van de gevallen bij biopsie echter een hooggradig letsel worden gediagnosticeerd.
- Een HSIL (High-Grade Squamous Intraepithelial Lesion, hooggradige intra-epitheliale afwijking) wordt gekenmerkt door kleine cellen met onregelmatige kernen met veel chromatine en een omkering van de kern-cytoplasmaverhouding.





SAMEN TEGEN PRECANCEREUZE LETSELS IN

WAT DOEN WE ALS HET BAARMOEDERHALSUITSTRIJKJE ABNORMAAL IS?

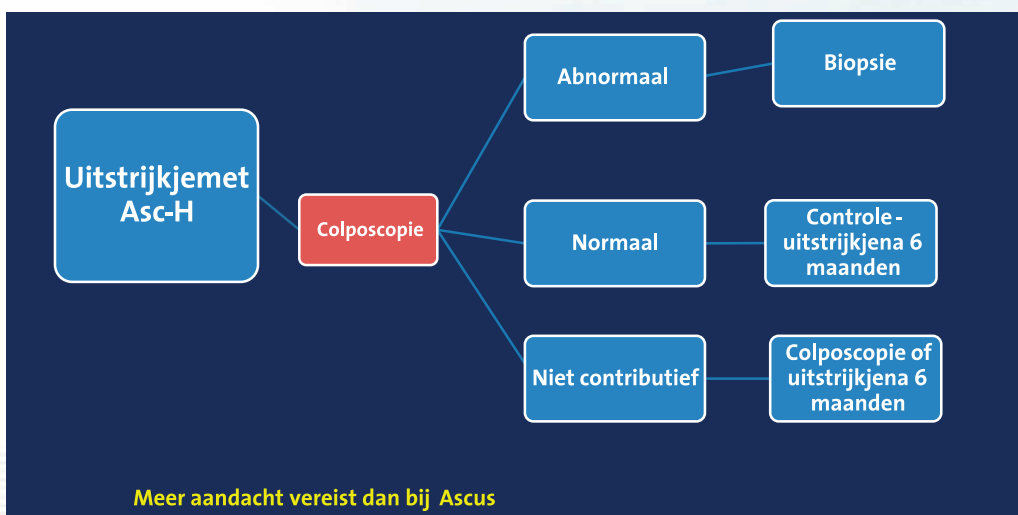
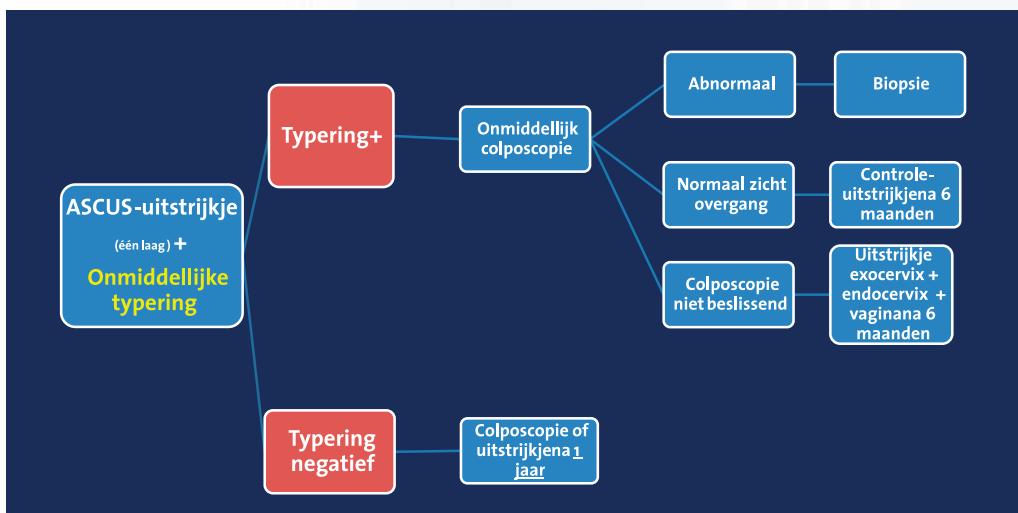


Om dat te begrijpen, moeten we het natuurlijke verloop van een HPV-infectie kennen. Een HPV-infectie is een frequente, asymptomatische, virale seksueel overdraagbare aandoening, die gemiddeld 6-14 maanden duurt en in 90% van de gevallen regresseert.

Een persisterende HPV-infectie veroorzaakt in 20% van de gevallen laaggradige letsels (die meestal ook zonder behandeling genezen, vooral bij jonge vrouwen).

Alleen een persisterende infectie met een potentieel oncogeen of "hoogrisicovirus" is een risicofactor.

De diagnose kan op vier manieren worden gesteld: colposcopie, gerichte baarmoederhalsbiopsie, endocervicale curettage en HPV-detectietechnieken.



In geval van een abnormaal uitstrijkje maken we een onderscheid tussen::

- atypieën van de malpighiaanse cellen
 - waarvan de betekenis niet duidelijk is
 - waarbij een hooggradig intra-epitheliaal malpighiaans letsel niet kan worden uitgesloten
- de kliercellen
 - laaggradige letsels (LSIL)
 - hooggradige letsels (HSIL)

Source INCA - www.e-cancer.fr

DE GYNAECOLOGIE

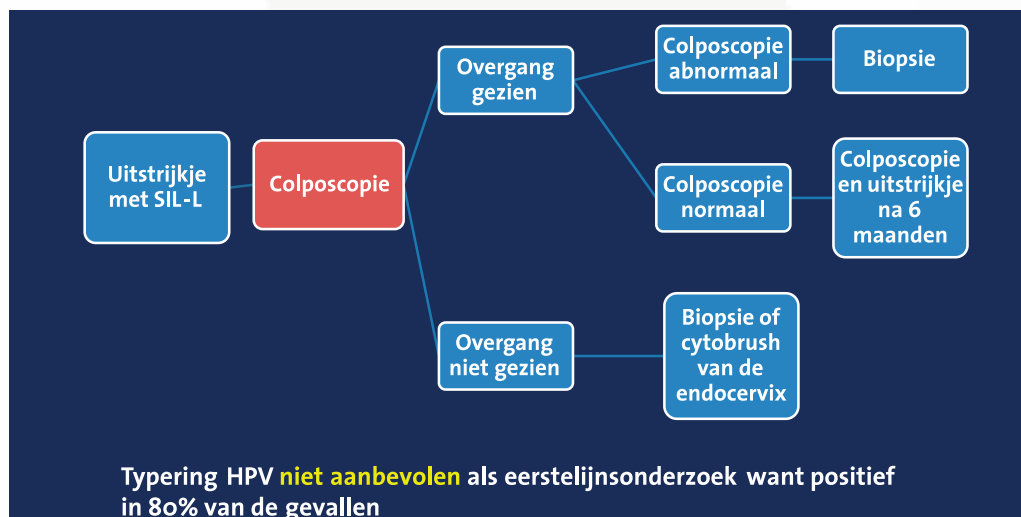
WAT DOEN WE ALS HET BAARMOEDERHALSUITSTRIJKJE ABNORMAAL IS?



De baarmoederhals moet dan grondig worden geobserveerd (er moet dus een colposcopie worden uitgevoerd) om het letsel te lokaliseren.

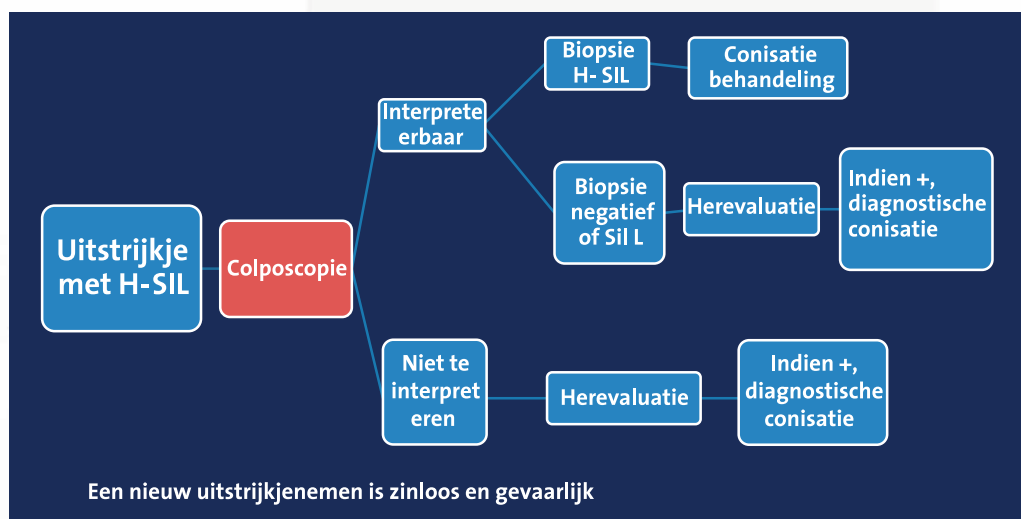
Daarna moet het letsel worden geobjectiveerd. Als het een hooggradig letsel (met risico) betreft, moeten monsters worden afgenomen (biopsie, curettage ...) om een diagnose te kunnen stellen (het zijn immers de echte precancereuze letsels van de baarmoederhals die moeten worden behandeld). In geval van een laaggradig letsel daarentegen volstaat een controle na 6-12 maanden (aangezien de meeste van die letsels regresseren).

Het beleid hangt dus af van de natuurlijke evolutie van de infectie.



Dr. Marc Arens,

Gynaecopelviene oncologische chirurgie



Source INCA - www.e-cancer.fr

Shutterstock



SAMEN TEGEN PRECANCEREUZE LETSELS IN

BEHANDELING VAN DYSPLASIE VAN DE BAARMOEDERHALS:

Wanneer en hoe?

Naargelang van de klinische situatie zijn er 3 mogelijkheden bij dysplasie van de baarmoederhals:

follow-up, destructie (CO2-laservaporisatie, cryotherapie of elektrocauterisatie) en tot slot excisie door conisatie (klassieke, laser, elektrische bistouri) of met een diathermische lus. Medische behandelingen zoals lokale applicatie van cidofovir worden nog onderzocht.

Lichte dysplasie en ASC-US:

Slechts 12% zal evolueren naar een CIN2 of 3

- Indien cytologie = ASC-US of LowSIL en bevestigd door biopsies = CIN1

→ gevolgd door cytologie na 6 maanden tot normalisering en HPV-typering na 12 maanden.

Na 2 cyto [-] of HPV [-] ⇒ normale follow-up

Als lichte dysplasie persisteert na 2-3 jaar follow-up, is een destructie of excisie geïndiceerd om de angst van de patiënten en therapeutische escape te verminderen.

- Indien cytologie = HighSIL of AGG maar biopsies = CIN1

→ DESTRUCTIE of bij voorkeur EXCISIE want in 70% van de gevallen wordt een CIN2/3 gevonden

Matige (CIN2) of ernstige dysplasie (CIN3)

50% van de CIN2 zal regresseren en 20% van de CIN3 zal evolueren naar een micro-invasieve kanker

→ EXCISIE aanbevolen

Speciale gevallen:

- adolescenten (< 20 jaar): een hoog percentage van de CIN1 en zelfs van de CIN2 zal regresseren

→ bewaking aanbevolen indien follow-up mogelijk

- indien invasie van de conisatiemarges:

→ meestal bewaking, maar nieuwe ingreep indien invasie van de exo- en de endocervix



Dr Jean Vankerkem

Gynaecopelviene oncologische chirurgie

PRECANCEREUZE LETSELS VAN DE BAARMOEDERHALS

Bij lichte dysplasie met LSIL of ASC-US

- ▶ BEWAKING
- ▶ Na 2-3 jaar: destructie of excisie

Bij lichte dysplasie met HSIL of AGC

- ▶ EXCISIE
- ▶ BEWAKING indien colposcopie en adequate follow-up

Bij matige en ernstige dysplasie

- ▶ EXCISIE



Shutterstock

EVALUATIE VAN MENOMETRORRAGIEËN NA DE LEEFTIJD VAN 40 JAAR

Precancereuze gynaecologische letsels veroorzaken weinig menometrorragieën, maar bij dergelijke symptomen moet toch worden gedacht aan endometriumkanker. Patiënten met menometrorragieën komen op visite omdat ze ongerust zijn (veel bloedverlies, bang voor kanker). Bij premenopauzale patiënten moet ook altijd worden gedacht aan de mogelijkheid van zwangerschap.

De evaluatie van menometrorragieën begint met een volledige anamnese: hoelang bestaat het bloedverlies al? Hoeveel bloed verliest de patiënte? Wat zijn haar algemene en gynaecologische en verloskundige antecedenten?

Soms kan de oorzaak van de bloeding worden achterhaald met een eenvoudig gynaecologisch onderzoek. Indien mogelijk moeten de vereiste monsters worden afgenomen: baarmoederhalsuitstrijkje, culturen, afname met een pincet indien duidelijke tumor ...

Met een intravaginale en abdominale echografie, het natuurlijke verlengstuk van het klinisch onderzoek, kan meestal een verklaring voor het bloedverlies worden gevonden.

De oorzaken van menometrorragieën zijn meestal organisch (myoom, poliep, adenomyose, hypertrofie of atrofie van het endometrium, kanker ...) of iatrogeen (spiraaltje, progestativa, anticoagulantia en antitrombotica). Functionele oorzaken mogen pas worden overwogen als andere oorzaken zijn uitgesloten.



Aanvullende onderzoeken die nuttig zijn om een differentiële diagnose te stellen, zijn:

- bloedonderzoeken (hormonale bepalingen, hematologisch onderzoek, ferritine, stollingstests, HCG ...)
- speciale echografische onderzoeken zoals doppler-echografie, hydrosonografie
- diagnostische hysteroscopie, bij voorkeur in een vloeibaar midden
- endometriumbiopsie (pipelle de Cornier, curette van Novak)
- MRI in geselecteerde indicaties.

Een hysterografie wordt nagenoeg niet meer uitgevoerd in die indicatie, ook al blijft het onderzoek relevant. Een CT-scan van het bekken geeft vaak minder informatie dan een MRI, maar blijft nuttig bij de stadiëring en om eventuele aangetaste lymfeklieren op te sporen. Curettage met biopsie en hemostase kan de enige diagnostische techniek zijn die mogelijk is in geval van zeer overvloedige bloedingen.



Dr Patrick COLART

Gynaecopelviene en borstchirurgie

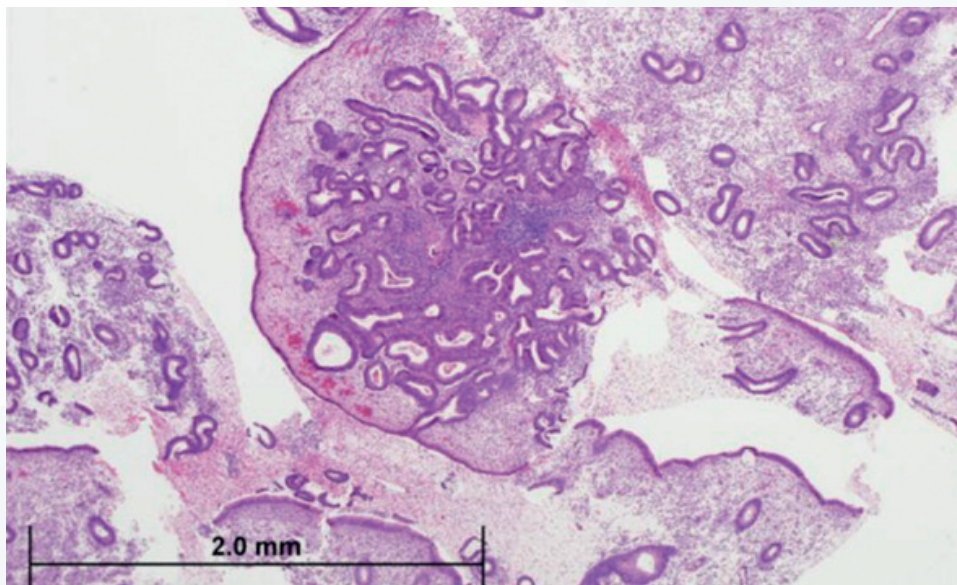


SAMEN TEGEN PRECANCEREUZE LETSELS IN

PRECANCEREUZE LETSELS VAN HET ENDOMETRIUM EN DE OVARIA: ACTUELE GEGEVENS

Precancereuze letsels van het endometrium

Die letsels worden EIN (Endometrial Intraepithelial Neoplasia) en EIC (Endometrial Intraepithelial Carcinoma) genoemd. Endometriumkanker ontstaat in 80% van de gevallen uit een EIN. In tegenstelling tot een EIC correleert een EIN met de blootstelling aan oestrogenen. Het belangrijkste symptoom is **metrorragie**. Een abnormale verdikking van het baarmoederslijmvlies bij echografie moet doen denken aan een EIN, maar de diagnose wordt gesteld met een **endometriumbiopsie**. De beste behandeling is **chirurgie** (hysterectomie of resectie), maar bij premenopauzale vrouwen met kinderwens kan een medische behandeling (megestrolacetaat, Mirena) worden voorgesteld.



In het midden van de afbeelding bevindt zich een **haard intraepitheliale neoplasie van het endometrium**.

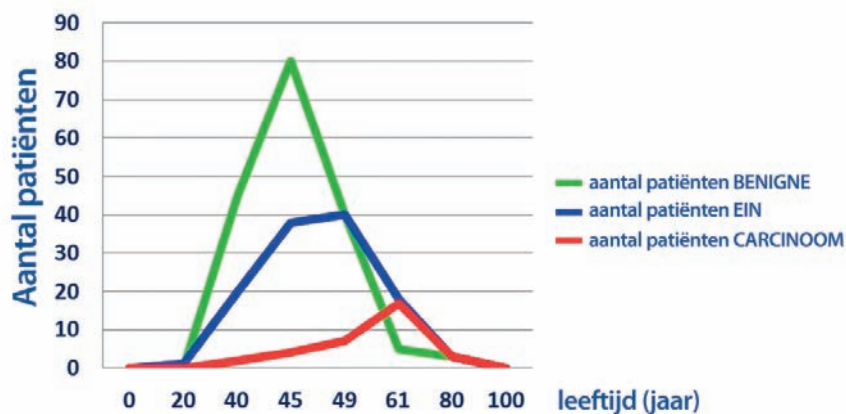
Precancereuze letsels van de ovaria of borderlinetumoren

Dat zijn tumoren met een **laag kwaadaardig potentieel** die gekenmerkt worden door een atypische proliferatie van het epitheel **zonder invasie in het stroma**. Ze hebben een goede prognose (10 jaaroverleving 90%). Ze zijn echter moeilijk te **diagnosticeren** omdat ze **weinig symptomen veroorzaken** en vaak wordt de diagnose toevallig gesteld tijdens een laparoscopie (eierstokcyste, pijn, steriliteit ...).



Dr. Jean Lecart

Gynaecopelviene oncologische chirurgie



Incidentie van endometriale intraepitheliale neoplasie (EIN), endometriumcarcinoom (carcinoma) en goedaardige letsels (benign) volgens de leeftijd.



Shutterstock

Anatomie

Orgaan: de ovaria (en het buikvlies).

TOPOGRAFIE: in 80% van de gevallen is er alleen een ovariumkanker. Soms (20%) vinden we tumoren geïsoleerd of samen met een ovariumkanker terug in de buikholte en het bekken. Die tumoren zijn het gevolg van een uitzaaïing vanuit de primaire tumor of van een extraovariële mesotheliale metaplasie.

Pretherapeutisch beleid

Bij een verdachte massa van de adnexa voeren we een intravaginale echografie uit en bepalen we het CA125. Eventueel kunnen een PDI-doppler, een CT-scan van het abdomen en een MRI van het bekken worden aangevraagd om de tumor te karakteriseren en de abdominale uitbreiding te evalueren.

Een punctiebiopsie onder echografie is formeel gecontra-indiceerd.

Beide ovaria moeten worden onderzocht en in voorkomend geval moet ook de heterolaterale eierstok worden behandeld.

Histologie en staging

Borderlineovariumkanker wordt histologisch gedefinieerd door de aard van de primaire ovariumkanker en wordt gekenmerkt door:

1. aanwezigheid van kernatypieën
2. een meerlagig, bourgeonnerend epitheel
3. een hogere mitoseactiviteit
4. geen duidelijke invasie in het stroma

Peritoneale implantaten moeten correct en voorzichtig worden afgenomen (met submesotheliaal weefsel) om na te gaan of er al dan niet tumorinvasie is.

Borderline tumoren worden ingedeeld in:

→ Sereuze tumoren 55%:

- primaire tumoren: bilateraal in 28-50% van de gevallen en zaaien in 16-46% van de gevallen uit in de vorm van implantaten. Sereuze tumoren kunnen een micro-invasieve

component omvatten met invasie van minder dan 3 mm in de papillaire assen over minder dan 10 mm².

- peritoneale implantaten: die implantaten zijn invasief in 1/8 gevallen. Invasieve implantaten hebben niet zo'n slechte prognose als invasieve implantaten van een invasieve ovariumkanker, maar moeten worden beschouwd als een borderlinestadium 3 en moeten als dusdanig worden behandeld.

→ Mucineuze tumoren 40%:

zijn bilateraal in 3-8% van de gevallen

Bij histologisch en immunohistochemisch onderzoek maken we een onderscheid tussen

- intestinale mucineuze tumoren
- Mülleriaanse mucineuze tumoren → invasieve implantaten in 20% van de gevallen

Het peritoneale pseudomyxoom is een speciale klinische entiteit. Doorgaans wordt aangenomen dat het gaat om een primaire tumor van de appendix met uitbreiding naar het ovarium en productie van veel gelatineuze ascites.

→ Andere origine (5%)

- heldere cellen
- endometrioiden
- Brenner
- gemengde epitheliale

De stadiëring is dezelfde als bij invasieve ovariumkanker.

Prognostische factoren:

- het stadium (I, II, III)
- het type implantaten:
 - "invasieve" 25% evolutie naar invasieve kanker
 - "niet-invasieve" 4% evolutie naar invasieve kanker
- aanwezigheid van een peritoneaal pseudomyxoom (50% sterfte na 10 jaar)
- het type chirurgische behandeling met correcte stadiëring
- cystectomy < adnexectomy = hysterectomy + bilaterale ovariëctomie
- het tumorresidu
- de ploïdie

Lymfekliermetastasen, de leeftijd, het histologische type en micro-invasie van het stroma in de primaire tumor blijken daarentegen geen statistisch significante invloed te hebben op de prognose.

Behandeling

Chirurgie

De stadiëring gebeurt chirurgisch. Net zoals bij een invasieve ovariumkanker moeten de hele buikholte en het bekken worden geëxploreerd. Elk verdacht letsel moet volledig worden weggesneden. Er wordt systematisch een omentectomy uitgevoerd.

Een peroperatief onderzoek van de primaire tumor wordt aangeraden, maar daarbij moet rekening worden gehouden met de beperkingen van dat onderzoek. In geval van een mucineuze tumor moet een appendectomy worden uitgevoerd.

De chirurgische exploratie en behandeling kunnen via laparoscopie gebeuren. Als bij peroperatief onderzoek blijkt dat het om een invasieve kanker gaat, moet worden overgegaan tot een mediane laparotomie (en dat moet op voorhand met de patiënte worden besproken).

In geval van kinderwens kan een conservatieve behandeling worden overwogen (unilaterale adnexectomy of cystectomy met gezonde marges). De andere eierstok moet grondig worden onderzocht, vooral als het echografische beeld verdacht is.

In geval van chemotherapie bij een jonge vrouw met positieve implantaten kan cryopreservatie van het ovarium worden overwogen.

Er wordt niet stelselmatig een tweede operatie uitgevoerd als de diagnose achteraf wordt gesteld, maar dat kan worden besproken met de patiënte, rekening houdende met de prognostische factoren.

Chemotherapie

Bij zuivere borderlinetumoren is het niet bewezen dat chemotherapie invloed heeft op de totale overleving of de recidiefvrije overleving. Chemotherapie is alleen geïndiceerd als er invasieve implantaten zijn.

Bewaking

De patiënte moet goed worden gevolgd (klinisch, laboratoriumonderzoeken en echografie). In geval van een conservatieve behandeling of ongunstige prognostische factoren is een nog striktere en frequentere follow-up vereist (het eerste jaar om de 3 maanden, daarna om de 6 maanden gedurende 2 jaar en vervolgens jaarlijks).

Specifiek probleem: inductie van ovulatie in geval van conservatieve behandeling

Op basis van de lopende studies kan stimulatie in stadium II en III op dit moment niet worden aanbevolen, maar ook niet worden verboden. In stadium I daarentegen is stimulatie van de ovaria niet gecontra-indiceerd. De stimulatie moet echter zo kort mogelijk worden gehouden.



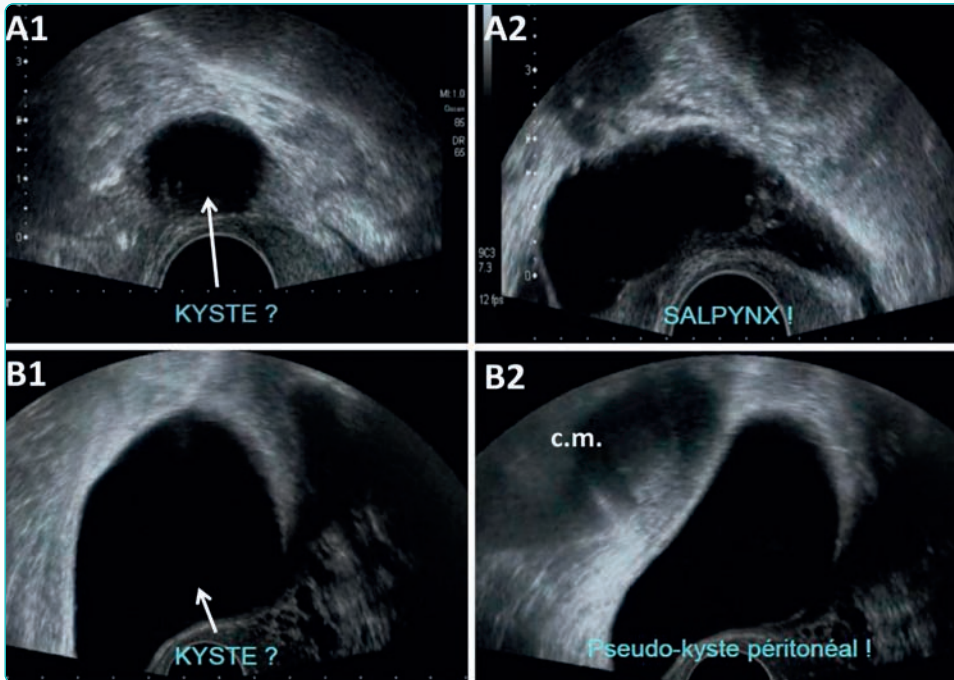
Dr. Bruno VAN DER MEERSCH

Gynaecopelviene oncologische chirurgie



SAMEN TEGEN PRECANCEREUZE LETSELS IN

BEELDVORMING BIJ LETSELS VAN DE ADNEXA

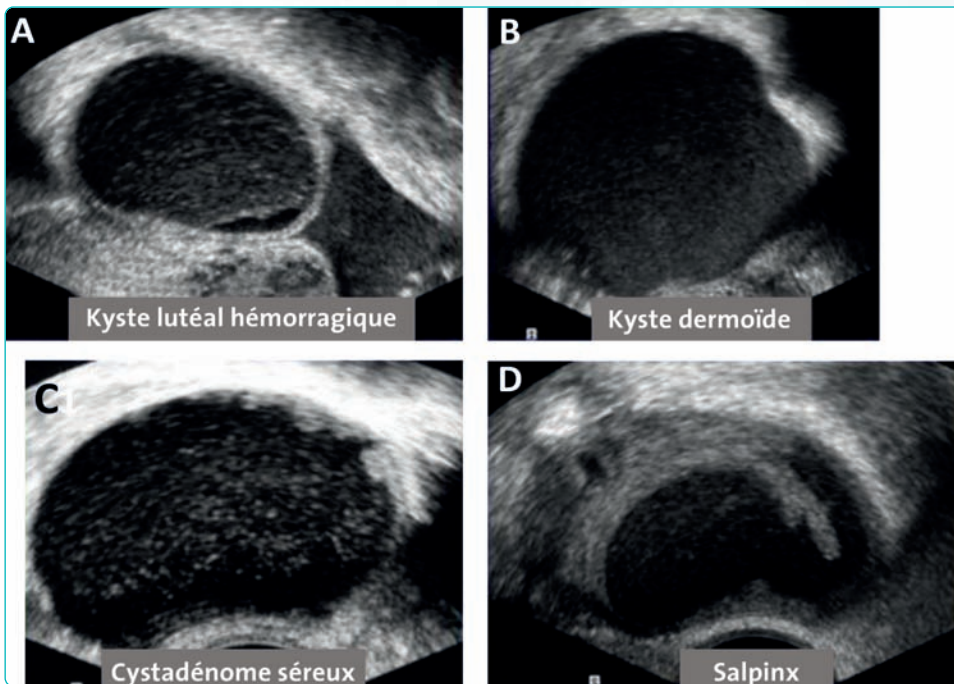


Sources : Bazot et al., JFR 2010

Afbeelding 1 het pelviene en endovaginale echo-doppleronderzoek blijft een belangrijk hulpmiddel bij de differentiële diagnose van letsels van de adnexa.

A1 en A2: patiënte A; A1: axiaal zicht met een beeld dat kan doen denken aan een cyste; A2: sagittaal zicht waaruit blijkt dat het beeld op A1 eigenlijk de salpinx (eileider) is.

B1 en B2: patiënte B; B1: axiaal zicht met een beeld dat kan doen denken aan een cyste; B2: bij manuele compressie van het abdomen blijkt dat het gaat om een peritoneale pseudocyste.



Sources : Bazot et al., JFR 2010

Afbeelding 2: hoewel de echografie een zeer belangrijke rol speelt, is dat onderzoek soms niet specifiek genoeg. Vandaar het belang van aanvullende technieken en met name de MRI-scan. De volgende letsels zien er echografisch uit als een cyste, maar zijn in werkelijkheid een hemorragische luteale cyste (patiënte A), een dermoïdcyste (patiënte B), een sereus cystadenoom (patiënte C) en de eileider (patiënte D).

Letsele van de adnexa zijn meestal ovariële letsels, maar er zijn nog andere mogelijke oorzaken (zie tabel 1). Beeldvorming is belangrijk om dergelijke letsels te detecteren en te karakteriseren. Eerst wordt een doppler-echografie uitgevoerd (van het bekken en endovaginaal). Daarmee kunnen al heel wat vragen worden beantwoord (zie dia 6). De echografische beelden zijn soms echter onvoldoende specifiek. Zo kunnen cystische letsels meerdere oorzaken hebben (zie dia 7).

Het beste tweedelijns onderzoek in de gynaecologie is een MRI. De T1- en T2-gewogen beelden visualiseren goed de hele anatomie van het kleine bekken en maken het ook mogelijk om het weefsel van eventuele afwijkingen te karakteriseren. In geval van een cystisch letsel kan een echografie hooguit wijzen op een "echogene" vloeistof. Met een MRI daarentegen kan een onderscheid worden gemaakt tussen gewoon vocht (cystadenoom of functionele cyste), etter (tubo-ovarieel abces), bloed (endometrium), vet (dermoïdcyste) ...

Dankzij recente technische vernieuwingen krijgt het onderzoek almaar meer "histologische" allures. Met diffusiesequenties kan de cellulaire dichtheid in vaste letsels worden geëvalueerd en met perfusiesequenties (na injectie van contraststof) kunnen de mate en de kenmerken van de tumorale vascularisatie worden geëvalueerd. Door al die elementen te integreren, kunnen we zo doorgaans uitmaken of een letsel al dan niet uitgaat van een ovarium, of het goedaardig, kwaadaardig of twijfelachtig en mogelijk preneoplastisch is. MRI is dus zeer nuttig voor de chirurg.

Een CT-scan op zich heeft weinig zin bij het diagnosticeren van letsels van de adnexa. Na injectie van contraststof en zo mogelijk gekoppeld aan een PET-scan is het echter een referentieonderzoek bij de staging van bewezen kankerletsels.

overleg

sérénité

TECHNOLOGIE DE POINTE

coördinatie

targeted therapy

continuité des soins

CONCERTATION

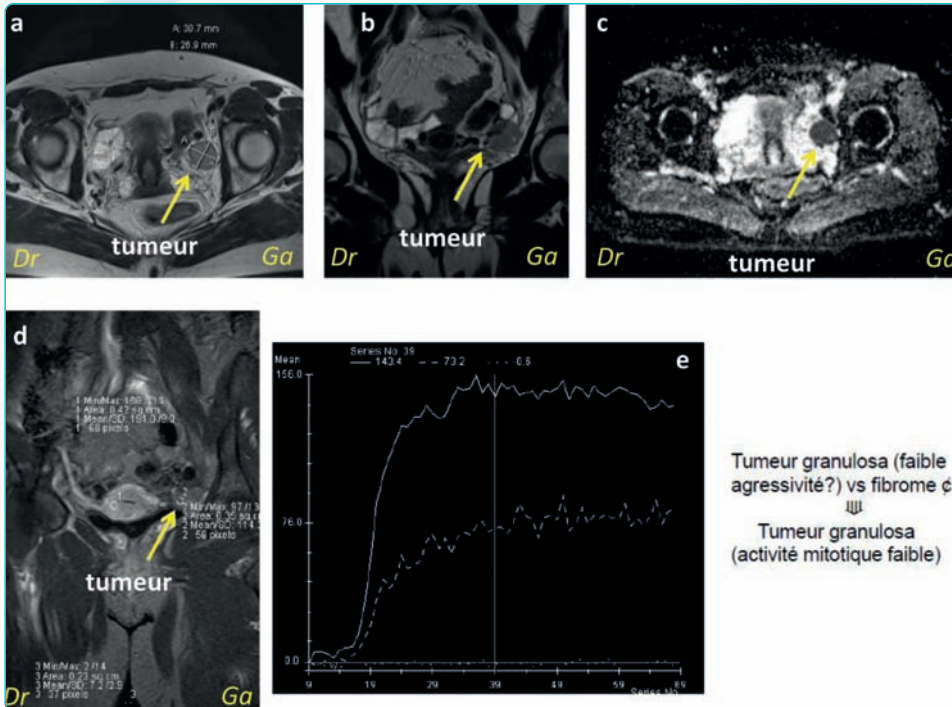
transparence

mise aux normes

ACCOMPAGNEMENT

computer file

INNOVATION



Differentiële diagnose van letsels van de adnexa

1. Massa van het ovarium:
 - primaire tumor (epitheliale tumor, germinale tumor, geslachtsstreng/stroma)
 - metastasen (6-7%)
 - endometriomen
 - infecties (tubo-ovarieel abces)
2. Andere massa:
 - salpinx / aandoening van de eileider
 - gesteelde subserosale myomen, parasietmyomen ...
 - paraovariële cysten
 - andere (radiculaire cysten, kanaal van Gartner ...)

Sources : Bazot et al, JFR 2010

Afbeelding 3: met een MRI-scan kan worden nagegaan of een letsel van de eileider goedaardig, maligne of twijfelachtig is, zoals blijkt uit deze afbeelding van de evaluatie van een letsel van de eileider bij een patiënte

- **a** (axiaal of horizontaal zicht) en **b** (frontaal of coronaal zicht): T2-gewogen: de intermediaire aankleuring van de tumor van het linkerovarium (Ga) wijst op een vast letsel.
- **c** (axiaal zicht): **diffusiebeeld**: het donkere uitzicht van het letsel wijst op een hoge cellulariteit (lage diffusiecoëfficiënt).
- **d** (frontaal zicht na contrast, T1-gewogen), en **e**: perfusiestudie: de aankleuring van de tumor (stippellijn) wordt vergeleken met die van het myometrium (volle lijn); het gaat om een type 2, wat wijst op een "borderlinegedrag".

Op basis van onze diagnostische algoritmen zijn de twee diagnostische hypothesen uiteindelijk een weinig agressieve tumor van de granulosa (meestal maligne) of een cellulair fibroom (meestal goedaardig maar te volgen want kan degenereren). Chirurgische exploratie is aanbevolen.

De uiteindelijke histologische diagnose is een tumor van de granulosa, maar met een lage mitotische activiteit.



Dr. Salah Ouertani
Radiologie



Shutterstock®



SAMEN TEGEN PRECANCEREUZE LETSELS IN DE GYNAECOLOGIE

VRUCHTBAARHEID EN ZWANGERSCHAP

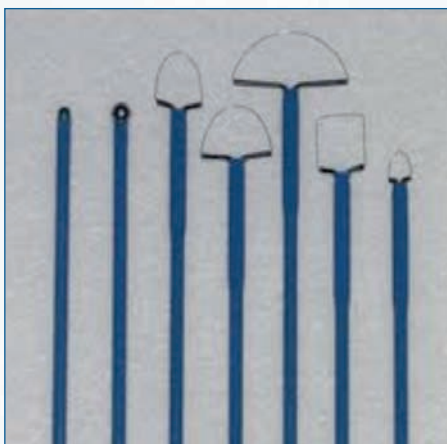


1. De vulva

- Dysplasie van de vulva kan regresseren tijdens de zwangerschap en mag alleen post partum worden behandeld.
- Condylomata moeten worden behandeld zodra ze tijdens de zwangerschap verschijnen (elektrocoagulatie, laser en/of Aldara®). Ze zijn geen contra-indicatie voor een bevalling via natuurlijke weg.

2. De baarmoederhals

- Een ernstige dysplasie hoeft in principe niet tijdens de zwangerschap te worden behandeld, maar meteen na de bevalling. Tijdens de zwangerschap is een colposcopische bewaking +/- biopsies van die letsels noodzakelijk om infiltratie uit te sluiten.
- Wat de chirurgische behandeling betreft, moet bij vrouwen van vruchtbare leeftijd de voorkeur worden gegeven aan conservatieve technieken (bijv. Lletz)



LLETZ (Large Loop Excision of the Transformation Zone)

3. Het endometrium

- Bij vrouwen die nog een kinderwens hebben, moeten precancereuze letsels conservatief worden behandeld. Zodra ze geen kinderwens meer hebben, wordt een hysterectomie aanbevolen gezien het risico op degeneratie, dat wordt geraamd op 30%.

4. De ovaria

- De ovaria vertegenwoordigen het "vruchtbaarheidspotentieel" van de vrouw. Daarom moeten borderline letsels conservatief worden behandeld.
- Denken aan **cryopreservatie van de ovaria**. Dat is een veelbelovende techniek om de vruchtbaarheid van vrouwen te vrijwaren.



Dr. Ludovic De Buij,

Gynaecopelviene oncologische chirurgie



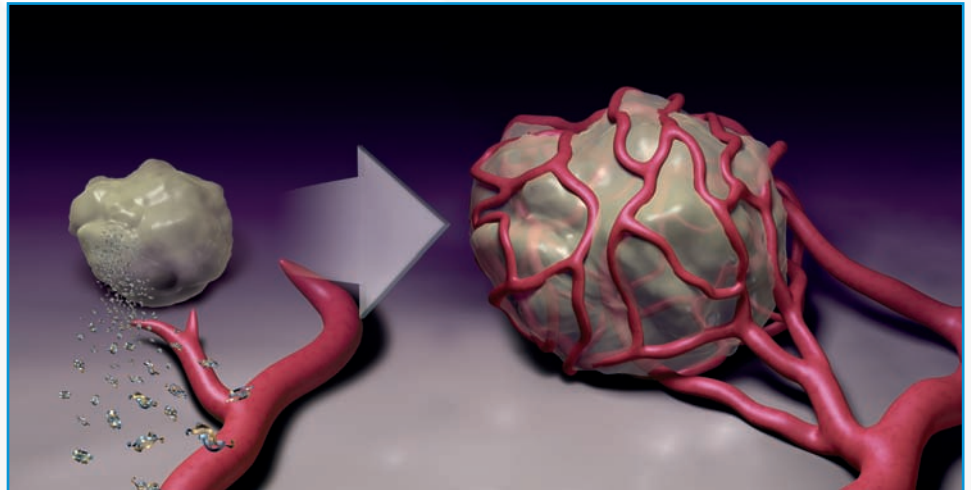
EEN DOELTREFFEND GERICHT GENEESMIDDEL BIJ OVARIUMKANKER

Op 29 december 2011 werden twee studies gepubliceerd in het vernaamde medische tijdschrift *the New England Journal of Medicine*

(1 & 2), waarin werd aangetoond dat een gerichte behandeling met bevacizumab (Avastin) doeltreffend is bij ovariumkanker.

Bevacizumab is een monoklonale antistof die VEGF blokkeert. VEGF is de stof die verantwoordelijk is voor de vorming van nieuwe bloedvaten die dienen om de tumor van bloed te voorzien. VEGF speelt een sleutelrol bij ovariumkanker: de tumor kan zich immers maar ontwikkelen als hij voldoende bloed krijgt. Bij patiënten met ovariumkanker kon worden aangetoond dat de vorming van nieuwe bloedvaten in de tumor onder invloed van VEGF gepaard gaat met tumorprogressie, ontwikkeling van ascites (vocht in de buikholte) en een minder goede prognose.

Toevoeging van bevacizumab aan een klassieke chemotherapie met paclitaxel (Taxol) en carboplatine verhoogt de overleving van patiënten met ovariumkanker significant, vooral bij patiënten met een hoog risico op progressie (zie figuur). In de GOG-0218-studie bij meer dan 1.200 patiënten steeg de mediane totale overleving zonder recidief van 12 tot 18 maanden (HR = 0,65).

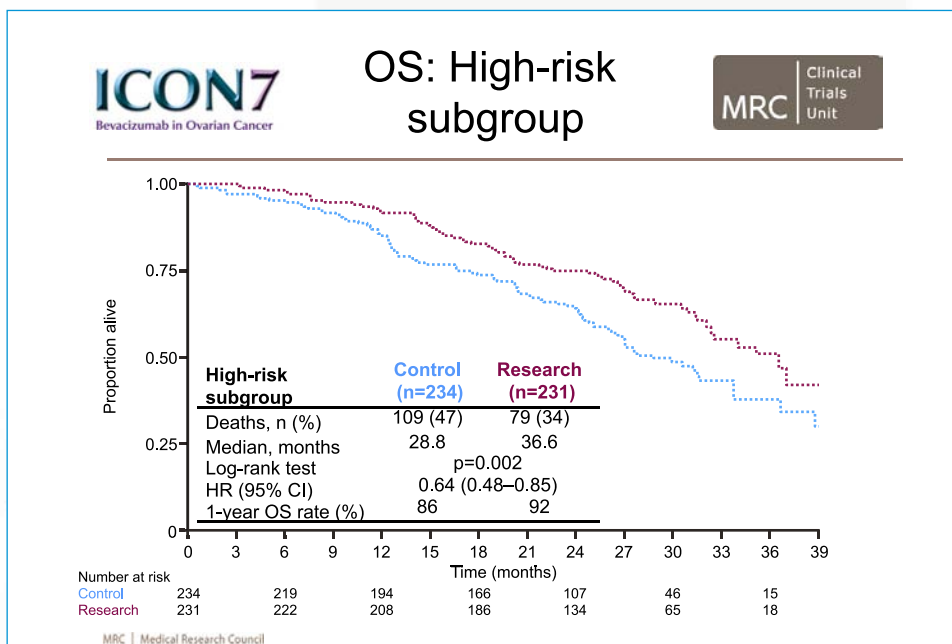


Afbeelding 1: Angiogenese is essentieel voor de ontwikkeling van een tumor. De vorming van nieuwe bloedvaten (in het rood) in de tumor (grijze massa) wordt gestimuleerd door VEGF (kleine blauwe en gele moleculen). Elke tumor met een diameter van meer dan 2 mm heeft een zekere bloedtoevoer nodig om te kunnen overleven en om te groeien. Bevacizumab (Avastin) blokkeert de VEGF en dus de angiogenese in de tumor.

Op basis van die resultaten heeft het Europese Geneesmiddelenagentschap bevacizumab onlangs goedgekeurd in die indicatie.

Die combinatie zou dus snel de referentiebehandeling kunnen worden bij patiënten met een gevorderde ovariumkanker.

De firma Roche heeft bij de Belgische overheid een aanvraag ingediend tot terugbetaling van bevacizumab (Avastin) bij de behandeling van ovariumkanker.



Afbeelding 2: Stijging van de totale overleving (OS) bij patiënten met een ovariumkanker met een hoog risico op progressie met (rood) en zonder (blauw) behandeling met Avastin.



Prof. Thierry VELU
Medisch oncoloog,
directeur van het CCI



Chirec

www.chirec.be

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

● **Kliniek PARC LEOPOLD**
Froissartstraat 38
B-1040 BRUSSEL
Tel. + 32 2 287 51 11

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

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

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

● **Kliniek SINT-ANNA SINT-RÉMI**
J. Graindorlaan 66
B-1070 BRUSSEL
Tel. + 32 2 556 51 11



SINDS KORT BIJ CHIREC

Dynamische fotherapie:
een eenvoudige en doeltreffende behandeling voor
huidletsels als gevolg van fotoveroudering.

Dynamische fotherapie is een niet-invasieve techniek voor behandeling van bepaalde oppervlakkige precancereuze en kwaadaardige huidletsels.

Het principe stoelt op een reactie tussen licht (LED van 630 nm), de fotosensibiliserende stof en zuurstof. Na die oxidatiereactie leidt een specifieke celdestructie tot verdwijning van het letsel.

De belangrijkste bijwerking is een branderig gevoel, vooral op gevoelige plaatsen zoals de hoofdhuid, de oogleden en de neusranden.

Na applicatie van de crème met een fotosensibiliserende stof moet de patiënt 3 uur wachten en daarna wordt de lichttherapie toegepast. De behandeling veroorzaakt een oppervlakkige brandwonde, die moet worden ontsmet en behandeld met een cicatriserende crème. Naargelang van de letsels en de voorgeschiedenis van de patiënt zijn één of meer sessies vereist.

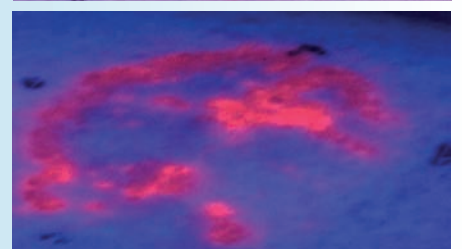
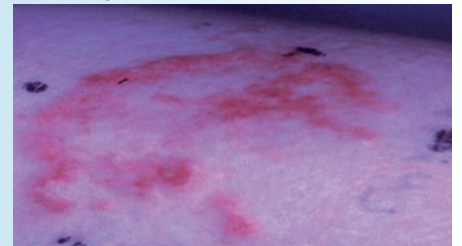
In langetermijnstudies (5 jaar) werd aangetoond dat het percentage remissie vergelijkbaar is met dat na cryotherapie, imiquimod of chirurgie. Het esthetische resultaat is echter duidelijk beter.



Emmanuelle Steels
Dermatologe



LED van 630 nm die uitzendt in het rode spectrum. De behandeling duurt 8 minuten.



Hoopjes pathologische cellen in blauw licht voor behandeling (rode fluorescentie).

STEUN HET WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

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

Bel ons op het nummer + 32 2 340 4662,
of stuur een mail naar cancer.institute@chirec.be
of stuur een brief naar het onderstaande adres.



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

De stichting CARE levert een fiscaal attest voor een gift van € 40 of meer per jaar. Rekening van het Chirec Cancer Institute - Fondation care
Rekeningnummer - 375-1047853-41

Mededeling : (op de overschrijving te vermelden) RECHERCHE CANCER CCI

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

Tel. + 32 (0)2 340 4662 - Fax + 32 (0)2 340 4882
cancer.institute@chirec.be



Chirec Cancer Institute Newsletter
Verantwoordelijke uitgever: Prof. Thierry VELU - Chirec, Edith Cavellstraat 32 - 1180 Brussel
Hoofdredacteur: ISIS Agency - FRANKRIJK
Redactiecomité: Pascale BERRYER - Multidisciplinaire groepen