

**Interprofessionele meeting**

## **De Coördinatie van Oncologische Zorgen**

**Vrijdag 27 maart 2015**

*Diamant Center*

*Auguste Reyerslaan 80 - 1030 BRUSSEL*

***Deze interprofessionele meeting wordt georganiseerd door de***



**Stichting  
tegen Kanker**

*Stichting van openbaar nut*

***Met de steun van***

**AstraZeneca** 

## INHOUDSTAFEL

<b>Naasten betrekken bij de communicatie: tussen goede intenties en interferentie? .....</b>	<b>3</b>
Yves <b>Libert</b> , Ph D, Jules Bordet Instituut, Brussel	
<b>Bijwerkingen van gerichte kankertherapieën .....</b>	<b>9</b>
Professor Siegfried <b>Segaert</b> , Dienst Dermatologie, UZ Leuven	
<b>Fysiopathologie van cachexie bij kanker .....</b>	<b>21</b>
Professor André <b>Van Gossum</b> , Clinique des Maladies Intestinales et du Support Nutritionnel, Hôpital Erasme - Université Libre de Bruxelles	
<b>Transmuraliteit en initiatieven van de Stichting tegen Kanker .....</b>	<b>24</b>
Prof. dr. Elke <b>Van Hoof</b> , Vrije Universiteit Brussel, Katlijn <b>Sanctorum</b> , Stichting tegen Kanker	
<b>Oncocoach en/of datamanager: gelijkenissen en links .....</b>	<b>30</b>
Dr. Mia <b>Slabbaert</b> , Stichting Kankerregister	
<b>Het oncologisch verpleegkundig spreekuur (OVS): een stap verder in begeleiden en informeren van oncologische patiënten en hun omgeving .....</b>	<b>34</b>
Sandra <b>Bortels</b> & Hilde <b>Lenders</b> , Oncologie, Jessa Ziekenhuis, Hasselt	
<b>Selectieve Interne Radiotherapie (SIRT) met yttrium-90 microsferen: Nieuwe behandelmethode voor de bestrijding van leverkanker .....</b>	<b>36</b>
Professor Patrick <b>Flamen</b> , Nucleaire Geneeskunde, Jules Bordet Instituut	
<b>Orale inname van geneesmiddelen: een trend voor de toekomst .....</b>	<b>39</b>
Patricia <b>Lecoq</b> , François Baclesse Centrum, Caen, Frankrijk	
<b>Burn-out van de oncocoach.....</b>	<b>42</b>
Stéphanie <b>Delroisse</b> , Ph. D, Institut Roi Albert II (Oncologie en Hematologie) Cliniques universitaires Saint-Luc	
<b>Behandeling van kanker is teamwerk geworden: na 10 jaar Multidisciplinair Oncologisch Consult maakt het KCE de balans op .....</b>	<b>47</b>
France <b>Vrijens</b> , Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), Brussel	

## **Naasten betrekken bij de communicatie: tussen goede intenties en interferentie?**

Yves **Libert**, Ph D

Jules Bordet Instituut, Brussel

### **Inleiding**

De behandeling van kanker is de voorbije dertig jaar vooruitgegaan, waardoor patiënten langer blijven leven (Brenner, 2002). Genezing behoort meer en meer tot de mogelijkheden. Toch veroorzaken kanker en de behandeling van deze ziekte een reeks van cognitieve en emotionele reacties en gedragingen die zowel de patiënt als zijn naasten raken (Giammona & Malek, 2002; Kazak et al., 1997; Lederberg, 1998; Northouse, 1994; Northouse et al., 2000). Deze reacties manifesteren zich tijdens de verschillende kankerfasen: de eerste symptomen (Arndt et al., 2002; Smith & Anderson, 1985), de behandelingen (McCorkle et al., 1998; Pascoe et al., 2000), het hervallen, de pre-terminale en terminale fase (Lin & Bauer-Wu, 2003; McCorkle et al., 1998; Pereira et al., 1997; Valente et al., 1994), remissie (Ganz, 2002; Joly et al., 2002; Lesko, 1989) en genezing (Arai et al., 1996; Loge et al., 1997).

Naast de stijging van de levensverwachting van de patiënten, zorgt ook de daling van het aantal en de lengte van hun ziekenhuisopnamen er meer en meer voor dat de naasten meer tijd en energie steken in hun dagelijkse verzorging (Glajchen, 2004). Vandaag is de betrokkenheid van de naasten bij de oncologische zorgen essentieel, aangezien zij de therapietrouw van de patiënt ondersteunen en een belangrijke sociale steun betekenen. De hoofdmantelzorger is de persoon die de patiënt aanduidt als de persoon die het meest investeert in zijn verzorging. Volgens de literatuur wordt de partner van de patiënt het vaakst aangeduid als hoofdmantelzorger, en is hij ook de meest aangewezen en bevredigende steun (Neuling & Winefield, 1988; Pistrang & Barker, 1995).

Er zijn heel wat vragen bij de methoden die de naasten zo optimaal mogelijk moeten betrekken bij de verzorging van kankerpatiënten, en in het bijzonder bij de rol van hun hoofdmantelzorger. Na een korte herhaling van hoe de betrokkenheid van de naasten bij de huidige oncologische behandeling is geëvolueerd, zal de uiteenzetting uiteenvallen in twee delen: (1) de vaardigheid van de hoofdmantelzorgers om de moeilijkheden die hun zieke naaste doormaakt op te merken; en op basis van deze resultaten (2) de aanbevelingen voor de betrokkenheid van de hoofdmantelzorgers bij de

relatie verzorger-verzorgde. Deze uiteenzetting zal zich baseren op verschillende onderzoeken in België en op aanbevelingen uit de internationale literatuur.

### **De vaardigheid van de hoofdmantelzorgers om de moeilijkheden die hun zieke naaste doormaakt waar te nemen**

Tijdens de kankerbehandeling leveren de hoofdmantelzorgers belangrijke informatie aan de gezondheidsprofessionals over de moeilijkheden die de patiënten doormaken. De bedoeling van een recent Belgisch onderzoek was het evalueren van de vaardigheden van deze hoofdmantelzorgers om fysieke, psychologische en sociale moeilijkheden van kankerpatiënten waar te nemen (Libert et al. 2013). Er werden binnen 10 oncologische eenheden 208 opeenvolgende patiënten en hun hoofdmantelzorgers gerekruteerd.

De patiënten hebben hun moeilijkheden gerapporteerd met behulp van een gevalideerde inventaris van de potentiële moeilijkheden van kankerpatiënten (CARES-P). De hoofdmantelzorgers van hun kant hebben hun perceptie van de moeilijkheden die hun zieke naaste doormaakte gerapporteerd met behulp van een aangepaste versie van diezelfde inventaris (CARES-C). Op basis van de antwoorden op de vragenlijsten CARES-P en CARES-C werd het percentage van correcte waarnemingen gedefinieerd door het percentage van moeilijkheden dat ten minstens "een beetje" werd aangegeven door de patiënten en door de hoofdmantelzorgers. Het percentage van foutieve waarnemingen werd gedefinieerd door het percentage van moeilijkheden dat niet "een beetje" werd aangegeven door de patiënten en door de hoofdmantelzorgers. De patiënten en hun mantelzorgers hebben ook, met behulp van gevalideerde tools, hun niveau van ontreding en hun aanpassingsstrategieën gerapporteerd.

De resultaten van dit onderzoek tonen aan dat de hoofdmantelzorgers 67% van de fysieke moeilijkheden correct aangeven, 69% van de psychologische moeilijkheden en 40% van de sociale moeilijkheden die de patiënten ervaren. De hoofdmantelzorgers geven daarentegen 28% van de fysieke moeilijkheden foutief aan, 37% van de psychologische moeilijkheden en 22% van de sociale moeilijkheden die de patiënten niet ervaren. Er worden bovendien significante correlaties gevonden tussen de percentages correcte en foutieve waarnemingen. Ten slotte vertoonden de vaardigheden van de patiënten en de hoofdmantelzorgers een zwak verband met deze verschillende percentages van correcte en foutieve waarnemingen.

Dit onderzoek toont aan dat de hoofdmantelzorgers in staat zijn om min of meer twee derden van de fysieke en psychologische moeilijkheden van hun naaste die aan kanker lijdt, te detecteren. Ze lijken echter merkelijk minder goed te presteren als het aankomt op het correct waarnemen van hun sociale moeilijkheden. Bovendien toont dit onderzoek aan dat het correct waarnemen van de moeilijkheden bij de hoofdmantelzorgers de waarschijnlijkheid verhoogt op foutieve waarnemingen van moeilijkheden die niet werden ervaren door de patiënt. Dit onderzoek toont aan dat de moeilijkheden die door de hoofdmantelzorgers worden gerapporteerd met betrekking tot hun naaste die aan kanker lijdt, moeten worden gecontroleerd door de medische en paramedische betrokkenen.

### **De aanbevelingen voor de betrokkenheid van de hoofdmantelzorgers bij de relatie verzorger-verzorgde**

Ter herinnering: de aanwezigheid van een naaste bij medische afspraken is courant. Er bestaan heel weinig gegevens over de redenen voor deze aanwezigheid. Uit de enkele bestaande onderzoeken blijkt dat de aanwezigheid van een naaste bij een consultatie frequenter is wanneer de medische situatie moeilijk is en wanneer de patiënt uiterst kwetsbaar is (Adelman et al. 1987; Labrecque et al. 1991). Er is ook heel weinig informatie beschikbaar in de literatuur over de impact van deze aanwezigheid op het verloop van de consultatie. Volgens een studie zet deze aanwezigheid van een naaste de oncoloog aan om meer informatie te geven aan de patiënt en dit onafhankelijk van zijn algemene fysieke toestand (Labrecque et al. 1991).

Deze naaste kan een echte therapeutische bondgenoot zijn van de verzorger omdat hij zijn algemene en emotionele uitspraken faciliteert, het doorgeven van informatie aanmoedigt, het gevoel van ondersteuning vergroot, het nemen van beslissingen makkelijker maakt en het onthouden van informatie maximaliseert. Niettemin kan deze naaste ook de therapeutische relatie blokkeren en een negatieve impact hebben op al deze aspecten. Dit laatste risico is reëel tijdens een driedig onderhoud, moeilijk te beheersen voor een verzorger die rekening moet houden met drie consultatieagenda's, drie types bezorgdheden, drie types van gedragingen en het aanknopen van coalities tussen de verschillende protagonisten (Labrecque et al. 1991).

In dit kader moet de communicatie met de naaste twee belangrijke doelstellingen nastreven: enerzijds de vaardigheid om zich aan te passen aan de ziekte van de patiënt vergroten en anderzijds een echte bondgenoot zijn binnen de therapeutische aanpak van de patiënt. Om deze doelstellingen te behalen, kan de arts zijn toevlucht nemen tot efficiënte communicatiestrategieën die evaluatie,

informatie en ondersteuning combineren. Deze strategieën zijn gericht op de patiënt, op de naaste en op hun samenwerking maar maken ook gebruik van systemische therapeutische technieken die vooral zijn gebaseerd op het onderhandelen van de plaats die ieder inneemt en op de cirkelvormigheid van de communicatie om het risico op samenzwering in te dijken en positieve connotaties op te wekken. Ten slotte zullen deze communicatietechnieken ook van toepassing zijn tijdens duo-afspraken met de naaste van de patiënt. Tijdens de uiteenzetting zullen deze technieken worden omschreven.

### **Conclusies en vooruitzichten**

De medische vooruitgang van de voorbije jaren heeft de betrokkenheid van de mantelzorgers bij de behandeling van kankerpatiënten gevoelig verhoogd. Terwijl de onderzoeken van de jaren '70 over de familiale impact van kanker zich bijna uitsluitend richtten op de terminale fase en rouw, is de literatuur de voorbije 20 jaar begonnen met het evalueren van de familiale gevolgen van kanker, tijdens alle stadia.

Uit deze Belgische studies resulteerden (1) een betere kennis van de vaardigheden van de hoofdmantelzorgers om de moeilijkheden die hun zieke naaste ervaart waar te nemen en (2) een klinische aanbeveling wat betreft de betrokkenheid van de hoofdmantelzorgers bij de relatie verzorger-verzorgde. Deze twee stappen maken het de oncologische (para)medici vandaag mogelijk de naasten te betrekken bij de communicatie met de kankerpatiënten, balancerend tussen goede intenties en interferentie.

## Referenties

- Adelman RD, Greene M G, Charon R. The Physician-Elderly Patient-Companion Triad in the Medical Encounter: The Development of a Conceptual Framework and Research Agenda. *The Gerontologist* 1987; 27: 729-734.
- Arai, Y., Kawakita, M., Hida, S., Terachi, T., Okada, Y. & Yoshida, O. (1996). Psychosocial aspects in long-term survivors of testicular cancer. *J Urol*, 155, 574-8.
- Arndt, V., Sturmer, T., Stegmaier, C., Ziegler, H., Dhom, G. & Brenner, H. (2002). Patient delay and stage of diagnosis among breast cancer patients in Germany -- a population based study. *Br J Cancer*, 86, 1034-40.
- Brenner, H. (2002). Long-term survival rates of cancer patients achieved by the end of the 20th century: a period analysis. *Lancet*, 360, 1131-5.
- Ganz, P.A. (2002). Breast cancer 2002: where do we stand? *CA Cancer J Clin*, 52, 253-5.
- Giammona, A.J. & Malek, D.M. (2002). The psychological effect of childhood cancer on families. *Pediatr Clin North Am*, 49, 1063-81, x.
- Glajchen, M. (2004). The emerging role and needs of family caregivers in cancer care. *J Support Oncol*, 2, 145-55.
- Joly, F., Heron, J.F., Kalusinski, L., Bottet, P., Brune, D., Allouache, N., Mace-Lesec'h, J., Couette, J.E., Peny, J. & Henry-Amar, M. (2002). Quality of life in long-term survivors of testicular cancer: a population-based case-control study. *J Clin Oncol*, 20, 73-80.
- Kazak, A.E., Barakat, L.P., Meeske, K., Christakis, D., Meadows, A.T., Casey, R., Penati, B. & Stuber, M.L. (1997). Posttraumatic stress, family functioning, and social support in survivors of childhood leukemia and their mothers and fathers. *J Consult Clin Psychol*, 65, 120-9.
- Labrecque MS, Blanchard CG, Ruckdeschel JC, Blanchard EB. The impact of family presence on the physician-cancer patient interaction. *Social Science and Medicine* 1991; 33(11): 1253-1261.
- Lederberg, M.S. (1998). The family of the cancer patient. In *Psycho-Oncology*, Holland, J.C. (ed) pp. 981-993. Oxford University Press: New-York.
- Lesko, L.M. (1989). Psychosocial issues in the diagnosis and management of cancer cachexia and anorexia. *Nutrition*, 5, 114-6.
- Libert Y, Merckaert I, Slachmuylder JL, Razavi D, The ability of informal primary caregivers to accurately report cancer patients' difficulties, *Psychooncology*. 2013 Dec;22(12):2840-7. .
- Lin, H.R. & Bauer-Wu, S.M. (2003). Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *J Adv Nurs*, 44, 69-80.
- Loge, J.H., Abrahamsen, A.F., Ekeberg, O., Hannisdal, E. & Kaasa, S. (1997). Psychological distress after cancer cure: a survey of 459 Hodgkin's disease survivors. *Br J Cancer*, 76, 791-6.

McCorkle, R., Robinson, L., Nuamah, I., Lev, E. & Benoliel, J.Q. (1998). The effects of home nursing care for patients during terminal illness on the bereaved's psychological distress. *Nurs Res*, 47, 2-10.

Neuling, S.J. & Winefield, H.R. (1988). Social support and recovery after surgery for breast cancer: frequency and correlates of supportive behaviours by family, friends and surgeon. *Soc Sci Med*, 27, 385-92.

Northouse, L.L. (1994). Breast cancer in younger women: effects on interpersonal and family relations. *J Natl Cancer Inst Monogr*, 183-90.

Northouse, L.L., Mood, D., Templin, T., Mellon, S. & George, T. (2000). Couples' patterns of adjustment to colon cancer. *Soc Sci Med*, 50, 271-84.

Pascoe, S., Edelman, S. & Kidman, A. (2000). Prevalence of psychological distress and use of support services by cancer patients at Sydney hospitals. *Aust N Z J Psychiatry*, 34, 785-91.

Pereira, J., Hanson, J. & Bruera, E. (1997). The frequency and clinical course of cognitive impairment in patients with terminal cancer. *Cancer*, 79, 835-42.

Pistrang, N. & Barker, C. (1995). The partner relationship in psychological response to breast cancer. *Soc Sci Med*, 40, 789-97.

Smith, E.M. & Anderson, B. (1985). The effects of symptoms and delay in seeking diagnosis on stage of disease at diagnosis among women with cancers of the ovary. *Cancer*, 56, 2727-32.

Valente, S.M., Saunders, J.M. & Cohen, M.Z. (1994). Evaluating depression among patients with cancer. *Cancer Pract*, 2, 65-71.



## Bijwerkingen van gerichte kankertherapieën

Professor Siegfried **Segaert**  
Dienst Dermatologie, UZ Leuven

### Inleiding

Het laatste decennium hebben talrijke nieuwe antikankergeneesmiddelen hun intrede gemaakt in de oncologie. Meestal gaat het om zogenaamde *targeted therapies*. Enerzijds betreft dit parenteraal toegediende eiwitgeneesmiddelen of *biologics* die gebruik maken van de specificiteit van een antistof of een receptor ten aanzien van één welbepaald extracellulair doelwit. Anderzijds zijn er een aantal kleine perorale moleculen die op een specifieke manier het ATP-bindingsdomein van een specifiek kinase remmen als onderdeel van een intracellulaire signaaltransductiecascade. Met de accuratesse van een telegeleide bom schakelt een *targeted therapy* één welbepaald eiwit uit zonder *collateral damage*. Het logische gevolg is dat niet alleen de werking van het geneesmiddel maar ook de nevenwerkingen mechanisme-gebaseerde of *on-target* effecten zijn.

Als het betreffende doelwit ook een belangrijke functie vervult in de huid zal het remmen ervan resulteren in huidafwijkingen. Dit manuscript spitst zich toe op een aantal nieuwe antikankergeneesmiddelen die de huid treffen: EGFR-inhibitoren, multikinase-inhibitoren en mTOR-inhibitoren.

Nieuwe geneesmiddelen voor gemetastaseerd melanoom worden buiten beschouwing gelaten in het manuscript, maar komen kort aan bod in de presentatie.

### EGFR-inhibitoren

EGFR-inhibitoren bestaan zowel in de vorm van parenteraal toegediende monoklonale antistoffen [bv. Cetuximab (Erbix<sup>®</sup>), panitumumab (Vectibix<sup>®</sup>)] als orale tyrosine kinase inhibitoren specifiek voor EGFR [bv. gefitinib (Iressa<sup>®</sup>), erlotinib (Tarceva<sup>®</sup>)] of niet-specifiek voor EGFR [bv. lapatinib (Tyverb<sup>®</sup>), vandetanib].<sup>1</sup> Hoewel EGFR inhibitoren niet de ernstige systemische neveneffecten van klassieke chemotherapie met zich meebrengen, veroorzaken ze bijna steeds een karakteristieke

klasse-specifieke huidtoxiciteit.<sup>2-5</sup> Deze geneesmiddelen worden gebruikt voor diverse vaste kankers zoals coloncarcinoom, hoofd- en halskanker, longkanker en borstkanker.

### Kliniek

Binnen de eerste twee weken na start van de behandeling treedt er een acneïforme eruptie op, bestaande uit folliculaire papels en pustels zonder voorafgaande comedonen/meeëters in de huidgebieden die rijk zijn aan talgklieren met name het gelaat (neus, wangen, voorhoofd), de nek, de scalp, de schouders, de borst en de bovenrug (Figuur 1).<sup>2-3</sup> Soms is de uitslag jeukend maar gevoeligheid en branderigheid van de gelaatshuid komen ook vaak naar voren. De uitslag ontstaat al enkele dagen na start van de behandeling, bereikt een maximum na drie weken en dooft dan zeer geleidelijk uit met soms mildere opstoten bij elk infuus. De uitslag is aanwezig bij meer dan 80% van de patiënten en neemt een ernstige vorm (graad III) aan bij ongeveer 10%. De letsels zijn doorgaans steriel (geen infectie met bacteriën, schimmels of virussen) alhoewel surinfectie met *Staphylococcus aureus* een vaak voorkomende complicatie is.<sup>2</sup>

Xerosis of droogte van de huid is een ander kenmerk van patiënten onder behandeling met EGFR-inhibitoren, gewoonlijk optredend 1 à 2 maand na start van de behandeling. Vooral de ledematen en de huid die tevoren aangetast was door acneïforme uitslag, zijn hiervoor gevoelig. De xerosis kan niet alleen uitmonden in eczeem maar ook in pijnlijke huidkloven.<sup>2</sup>

Een aantal patiënten ontwikkelt nagelwalontsteking na één of meerdere maanden behandeling. In ernstige gevallen ontstaan hierbij pyogene granulomen met een klinisch beeld dat erg lijkt op een ingegroeide teennagel (Figuur 2). Ook deze ontsteking is in wezen steriel maar vaak zal bacteriële surinfectie optreden.<sup>2</sup>

Bij langdurige therapie merken we ook karakteristieke veranderingen van de haren: lange, gekrulde wimpers (Figuur 3), stugge wenkbrauwen, ietwat haarverlies op de scalp, traag groeien van de baard.<sup>2,4,5</sup>

Minder gekende effecten op de huid zijn hyperpigmentatie - vooral op zonblootgestelde en tevoren aangetaste huid - en teleangiëctasieën, gedilateerde bloedvaatjes van de huid die vooral samen met de acneïforme eruptie ontstaan.<sup>2</sup>

De slijmvliezen van mond, neus, vagina en ogen voelen droog aan. Orale aftosis en conjunctivitis komen soms voor.<sup>3,6</sup>

## Pathofysiologie

Het onderliggende mechanisme van de huidveranderingen uitgelokt door EGFR-inhibitoren is slecht gekend maar lijkt mechanisme-gebaseerd en geassocieerd aan de inhibitie van EGFR in de huid en haar aanhangsels.<sup>2,7</sup> Hiervoor zijn verschillende argumenten:

1. Alle geneesmiddelen die EGFR remmen veroorzaken gelijkaardige huidafwijkingen, of het nu gaat om antistoffen of tyrosinekinase-inhibitoren, specifieke EGFR-inhibitoren of multispecifieke tyrosinekinase-inhibitoren zoals lapatinib of vandetanib. Trastuzumab, een monoklonale antistof die de verwante HER-2 receptor maar niet EGFR als doelwit heeft, veroorzaakt daarentegen geen huidafwijkingen.<sup>2,7</sup>
2. De huideffecten zijn dosisgebonden.<sup>2,7</sup>
3. De intensiteit van de acneïforme eruptie is gecorreleerd met het anti-tumor effect. De ernst van de huiduitslag kan dus als een soort surrogaat farmacodynamische merker fungeren.<sup>2,7</sup>
4. Transgene muizen waarbij de EGFR in de huid wordt uitgeschakeld, vertonen gelijkaardige symptomen met name folliculitis, droogte van de huid en lange snorharen.<sup>2,7</sup>
5. Lokaal vitamine K1, een fosfatase-inhibitor, voorkomt inactivatie van de EGFR in de huid en meteen ook de acneïforme eruptie.<sup>8</sup>

## Behandeling

Ondanks het feit dat deze huidsymptomen niet levens- of gezondheidsbedreigend zijn, hebben ze vaak een ernstige impact op de levenskwaliteit van de patiënt en brengen de therapietrouw van de oncologische behandeling in gevaar.<sup>9,10</sup> Daarom is het van belang de patiënt vooraf in te lichten over deze huidafwijkingen, preventieve maatregelen te treffen en te behandelen waar nodig. In tegenstelling tot een klassieke toxicodermie waarbij het oorzakelijk geneesmiddel gestopt wordt, is dermatologische behandeling van EGFR-inhibitor gerelateerde huidtoxiciteit ondersteunend en erop gericht om het anti-kankermedicijn zo lang mogelijk verder te zetten.<sup>10</sup> Tot op vandaag gebeurt de behandeling van deze huideffecten voornamelijk op empirische basis<sup>2,4,5,9-12</sup> aangezien gecontroleerde studies zeldzaam blijven.<sup>13-16</sup>

Als algemene maatregelen vermelden we zonprotectie<sup>16</sup> evenals het gebruik van hydraterende crèmes en persoonlijke hygiëne met badolie, overvette zeep en lauw water om uitdroging te voorkomen.<sup>10</sup> Milde gevallen van acneïforme uitslag kunnen behandeld worden met metronidazole crème of gel (normaliter een anti-rosaceabehandeling).<sup>10</sup> Topische anti-acnebehandelingen zoals erythromycine, clindamycine en benzoylperoxide vormen een alternatief maar zijn agressiever en

drogen de huid meer uit.<sup>10</sup> Topische calcineurine-antagonisten (tacrolimus en pimecrolimus) zijn niet werkzaam<sup>13</sup> en te irriterend voor de overgevoelige huid van deze patiënten.<sup>10</sup> Lokale retinoïden (adapaleen, tazaroteen) zijn eveneens te irriterend<sup>14</sup> en missen een rationale omwille van de afwezigheid van comedonen.<sup>10</sup> Lokale steroïden zijn dan weer te mijden omdat ze acne en rosacea kunnen uitlokken, ook al zijn ze werkzaam op de korte termijn.<sup>10</sup> Voor de jeuk kan de patiënt mentholcrème aanbrengen of een antihistaminicum innemen (cetirizine, loratadine, hydroxyzine).<sup>10</sup> Vanaf matig ernstige (graad II) reacties bestaat de behandeling daarenboven uit orale tetracyclines (minocycline 100 mg/d, doxycycline 100 mg/d of lymecycline 300 mg/d) gedurende 3 maanden, gebaseerd op de anti-inflammatoire effecten van deze antibiotica.<sup>10</sup> Voor ernstige (graad III) reacties kan de tetracycline dagdosis tijdelijk verdubbeld worden, naast de behandeling met kompressen met fysiologische zoutoplossing voor het gezicht. Bij surinfectie kan topisch fusidinezuur of oraal cefuroxim axetil of flucloxacilline toegevoegd worden.<sup>10</sup> Het systemisch retinoïd isotretinoïne is weliswaar werkzaam op acneïforme eruptie maar valt af te raden vanwege de overlappende neveneffecten met EGFR-inhibitoren (xerosis, nagelwalontstekingen, pyogenen granulomen, *Staphylococcus aureus*-surinfectie) en onzekerheid over mogelijke interferentie met de werkzaamheid van EGFR-inhibitoren (onderdrukking van EGFR expressie door retinoïden).<sup>10</sup> Ook systemische corticoïden kunnen de werking van de EGFR-inhibitor mogelijk remmen (door inhibitie van antistof-afhankelijke cellulaire cytotoxiciteit) en zijn bovendien af te raden omwille van inductie van steroïd-acne en –rosacea.<sup>10</sup> Drie studies demonstreerden de werkzaamheid van profylactisch oraal minocycline of tetracycline op de ernst van EGFR-inhibitor-uitgelokte acneïforme eruptie.<sup>14-16</sup> Bij een dergelijke profylactische strategie kunnen echter een aantal vraagtekens geplaatst worden: Is er nood aan profylaxis als slechts ongeveer 10% van de patiënten een ernstige reactie ontwikkelt? Verliest men bij een dergelijke strategie niet de oncologisch-therapeutisch voorspellende waarde van de huiduitslag?<sup>18</sup>

De droge huid en het eczeem antwoorden relatief goed op respectievelijk emollientia en kortdurend topische corticoïden.<sup>10</sup> De nagelwalontsteking is vrij therapie-resistent; brede schoenen, antiseptische badjes en een pasta bestaande uit antiseptica en corticoïden kunnen de last evenwel wat verzachten. Pyogene granulomen worden aangestipt met zilvernitraat. Partiële nagelbedexcisie is af te raden vanwege het zeer snel optreden van recidief nadien. Storende, lange wimpers kunnen bijgeknipt worden.<sup>10</sup>

### **Multikinase-inhibitoren**

De multikinase-inhibitoren sorafenib (Nexavar®), sunitinib (Sutent®) en imatinib (Glivec®) worden sinds enkele jaren gebruikt als orale doelwitgerichte behandeling in de oncologie.

Sorafenib is een orale inhibitor van VEGFR, PDGFR, Flt-3 en Raf met hepatocellulair carcinoom en nephrocarcinoom als indicaties. Sunitinib remt VEGFR, PDGFR, RET, Flt-3 en c-kit en is beschikbaar als behandeling voor gastro-intestinale stromal tumoren en nephrocarcinoom. Imatinib blokkeert c-kit, PDGFR en Bcr-Abl en wordt gebruikt voor hematologische aandoeningen (chronische myeloïde leukemie, hypereosinofiel syndroom, ...), gastro-intestinale stromale tumoren en dermatofibrosarcoma protuberans<sup>19</sup>.

Sorafenib, sunitinib en imatinib zijn verantwoordelijk voor een aantal nevenwerkingen op de huid die vrij regelmatig optreden.<sup>4</sup>

### Kliniek

Sorafenib (34%) en sunitinib (19%) kunnen hand-voet huidreactie (HVHR) uitlokken (Figuur 4). HVHR dient duidelijk onderscheiden van hand-voet syndroom in de context van klassieke chemotherapie zoals fluoro-uracil, anthracyclines en taxanen.<sup>4,19,20</sup> HVHR is dosis-dependente en zeer typisch gelokaliseerd in huidzones waar wrijving of druk optreedt (hielen, metatarsaalkoppen, frictieplaatsen door schoenen of handenarbeid). HVHR ontstaat in de eerste 2-3 behandelingsweken als scherp begrensde, erythemateuze, pijnlijke, oedemateuze en blaarvormende letsels die evolueren naar extreem gevoelige, ontstoken eeltzones (Figuur 1).<sup>4,21</sup> Anatomopathologisch onderzoek onthult apoptose van epidermale keratinocyten, vacuolaire degeneratie en dyskeratose met vorming van intra-epidermale blaren gevolgd door zeer uitgesproken acanthose, papillomatose en parakeratotische hyperkeratose.<sup>21</sup>

Asymptomatische subunguale splinterbloedingen treden op in 40-70% van de patiënten onder sorafenib of sunitinib. Door inhibitie van VEGFR is de angiogenese mogelijk verstoord met hierdoor verhoogde gevoeligheid van de subunguale capillairen aan microtrauma.<sup>22</sup>

Droogte van de huid en van de mucosae (met soms stomatitis) is aanwezig in ongeveer 25% van de patiënten onder sorafenib/sunitinib.<sup>23</sup>

In de eerste behandelingsweken kan sorafenib (en zeldzamer sunitinib) een op seborreïsch eczeem lijkend schilferend erytheem van de scalp en het gezicht veroorzaken met uitsparing van de periorbitale huid. Jeukende letsels in de genitale regio worden occasioneel gezien. Deze seborreïsch eczeem-achtige letsels verdwijnen spontaan na enkele weken. Soms ontstaan papulopustulaire laesies in het gezicht, lijkend op een milde vorm van de acneïforme eruptie onder EGFR inhibitoren.<sup>23</sup>

Soms bemerkt men een tijdelijke, diffuse, milde tot matige alopecia van de scalp met sorafenib en in mindere mate met sunitinib.<sup>23</sup>

Sorafenib kan eveneens verantwoordelijk zijn voor een transiënte dysesthesie van de scalp met branderigheid en pijn tot gevolg, in afwezigheid van huidletsels.<sup>24</sup>

Andere cutane neveneffecten van sorafenib omvatten een transiënte maculopapuleuze uitslag in 1/3 van de patiënten, veranderingen in de haartextuur (droger, krullender haar) en inflammatoire actinische keratosen, milia of cysten.<sup>23</sup>

Sunitinib is dan weer vaak de oorzaak van een gele verkleuring van de huid, door opstapeling van deze gele molecule in de huid. Door zijn inhibitie van c-kit, kan een reversibele depigmentatie van de haren gezien worden 4-6 weken na initiatie van sunitinib.<sup>4</sup> Patiënten onder sunitinib kunnen ten slotte faciaal (vooral periorbitaal) oedeem ontwikkelen.<sup>4</sup>

Diverse huidreacties zijn beschreven met imatinib:<sup>19;23</sup>

- Een dosisafhankelijk, periorbitaal, faciaal of zelfs veralgemeend oedeem, vergelijkbaar met dat onder sunitinib, dat optreedt 2 weken na start van het geneesmiddel met zeer geleidelijke regressie nadien.
- Maculopapuleuze erupties (en zeldzaam zelfs ernstiger huidreacties zoals vasculitis, acute gegeneraliseerde exanthemateuze pustulose of toxische epidermale necrolyse die noodzaken tot permanente stopzetting van het geneesmiddel).
- Depigmentatie van de huid maar zelden ook een paradoxale hyperpigmentatie (vooral van de nagels) of repigmentatie van grijze haren.
- Xerosis cutis en jeuk.

### Behandeling

Algemene maatregelen zijn van belang bij patiënten onder sorafenib/sunitinib om HVHR tot een minimum te beperken: voorkomen van uitdroging van de huid door niet te lang, te vaak of te heet te douchen; gebruik van bad/doucheolie in plaats van zeep, gel of schuim; overvloedig gebruik van hand- en voetrèmes; dragen van beschermende handschoenen; vermijden van wrijving en dragen van comfortabele schoenen met drukabsorberende siliconezooltjes; behandelen van voorafbestaande eelten, hyperkeratosen of milde HVHR met ureum- of salicylzuur houdende zalf.<sup>23</sup>

Matige HVHR wordt behandeld met ultrapotente lokale steroïden en topisch lidocaïne om de pijn te controleren. Orale analgetica kunnen volgens noodzaak toegevoegd worden. Voor ernstige reacties kan een (tijdelijke) dosisaanpassing of onderbreking van de multikinase-inhibitor gebeuren als supportieve dermatologische behandeling onvoldoende symptomatische verlichting geeft. Xerosis cutis wordt aangepakt met de hogervermelde algemene maatregelen, emollientia en soms orale antihistaminica. De seborreïsche eczeem-achtige afwijkingen in het gezicht antwoorden goed op lokaal ketoconazole of zwakke steroïden. Voor maculopapuleuze erupties met sorafenib of imatinib, adviseert men topische of systemische steroïden en soms onderbreking van het geneesmiddel.<sup>23</sup>

### **mTOR-inhibitoren**

Inhibitoren van 'mammalian target of rapamycin' (mTOR), in de eerste plaats rapamycine zelf [= sirolimus, Rapamune®] werden aanvankelijk gebruikt in de transplantatiegeneeskunde als inhibitoren van interleukine-2 secretie. Naderhand werden andere mTOR-inhibitoren als temsirolimus (Torisel®), everolimus (Certican®, Afinitor®) en deforolimus geïntroduceerd als antikankergeneesmiddelen.<sup>25</sup> Dermatologische nevenwerkingen treden vrij vaak op bij mTOR-inhibitoren maar zijn slecht beschreven.

In niertransplantpatiënten onder sirolimus treedt een acneïforme eruptie op in bijna de helft van de patiënten (Figuur 5).<sup>26,27</sup> De meeste transplantpatiënten krijgen ook andere gekende uitlokkers van acneïforme eruptie zoals steroïden, azathioprine of cyclosporine.<sup>28</sup> Hierdoor werd het verband met sirolimus aanvankelijk niet gelegd maar verdwijnen en heroptreden van de uitslag bij stop en herstart van sirolimus tonen het oorzakelijk verband onomstotelijk aan.<sup>28</sup> Opvallend genoeg treedt sirolimusgeïnduceerde acneïforme eruptie veel vaker op bij mannen (75%) dan bij vrouwen (6%).<sup>27</sup> De uitslag vertoont opvallende gelijkenissen met de huidtoxiciteit door EGFR-inhibitoren meer bepaald de aantasting van de scalp en de associatie met andere afwijkingen zoals nagelwalontsteking en hypertrichosis.<sup>26</sup> Mogelijk interfereert inhibitie van de mTOR-pathway met EGF-afhankelijke signaaltransductie.<sup>27</sup> Toch zijn er ook verschillen: zo worden ook afteuze stomatitis (60%), epistaxis (60%), chronisch oedeem van de onderste ledematen (53%), ridging van de nagels (33%), onycholyse (31%), chronische gingivitis (20%), angio-oedeem (15%) en hidradenitis suppurativa (12%) vaak gezien als nevenwerkingen van sirolimus maar niet van EGFR-inhibitoren.<sup>26</sup>

Andere mTOR-inhibitoren als temsirolimus, everolimus en deforolimus worden gebruikt als antikankergeneesmiddelen.<sup>25</sup> Er zijn nauwelijks dermatologische rapporten over de cutane nevenwerkingen wat de interpretatie bemoeilijkt. Maar uit de oncologische verslagen van de

klinische studies met deze medicijnen blijkt dat huiduitslag geregeld optreedt in een acneïform patroon: temsirolimus (47%)<sup>29</sup>, everolimus (34%)<sup>30</sup> en deforolimus (25%)<sup>31</sup>. Daarnaast komt zeer vaak (41-79%) afteuze stomatitis voor met deze klasse van medicamenten.<sup>25;29-31</sup> Ten slotte worden ook maculopapuleuze uitslag (50%; miskende acneïforme eruptie?), nagelafwijkingen (46%), droge huid/pruritus/eczem (38%), herpesinfectie (21%) en alopecia (21%) beschreven, in dit geval met temsirolimus.<sup>29</sup>

Acneïforme eruptie uitgelokt door mTOR-inhibitoren wordt behandeld zoals EGFR-inhibitor-geïnduceerde uitslag.<sup>18</sup>

### **Referenties**

1. Johnston JB, et al. Targeting the EGFR pathway for cancer therapy. *Curr Med Chem* 2006;13:3483-92.
2. Segaert S, Van Cutsem E. Clinical signs, pathophysiology and management of skin toxicity during therapy with epidermal growth factor receptor inhibitors. *Ann Oncol* 2005;16:1425-33.
3. Busam KJ, et al. Cutaneous side-effects in cancer patients treated with the antiepidermal growth factor receptor antibody C225. *Br J Dermatol* 2001;144:1169-76.
4. Robert C, et al. Cutaneous side-effects of kinase inhibitors and blocking antibodies. *Lancet Oncol* 2005;6:491-500.
5. Galimont-Collen AFS, et al. Classification and management of skin, hair, nail and mucosal side-effects of epidermal growth factor receptor (EGFR) inhibitors. *Eur J Cancer* 2007;43:845-51.
6. Melichar B, Nemcova I. Eye complications of cetuximab therapy. *Eur J Cancer Care* 2007;5:439-43.
7. Lacouture ME. Mechanisms of cutaneous toxicities to EGFR inhibitors. *Nat Rev Cancer* 2006;6:803-12.
8. Ocvirk J, Rebersek M. Management of cutaneous side effects of cetuximab therapy with vitamin K1 cream. *Radiol Oncol* 2008;42:215-24.
9. Segaert S, et al. The management of skin reactions in cancer patients receiving epidermal growth factor receptor targeted therapies. *J Dtsch Dermatol Ges* 2005;3:599-606.
10. Segaert S, Van Cutsem E. Clinical management of EGFRi dermatologic toxicities: the European perspective. *Oncology* 2007;11Suppl5:22-6.



11. Perez-Soler R, et al. HER1/EGFR inhibitor-associated rash: future directions for management and investigation outcomes from the HER1/EGFR inhibitor rash management forum. *Oncologist* 2005;10:345-56.
12. Lynch TJ, et al. Epidermal growth factor receptor inhibitor-associated cutaneous toxicities: an evolving paradigm in clinical management. *Oncologist* 2007;12:610-21.
13. Scope A, et al. A prospective randomized trial of topical pimecrolimus for cetuximab-associated acnelike eruption. *J Am Acad Dermatol* 2009;61:614-20.
14. Scope A, et al. Randomized double-blind trial of prophylactic oral minocycline and topical tazarotene for cetuximab-associated acne-like eruption. *J Clin Oncol* 2007;25:5390-6.
15. Jatoi et al. Tetracycline to prevent epidermal growth factor receptor-induced skin rashes. Results of a placebo-controlled trial of the North Central Cancer Treatment Group. *Cancer* 2008;113:847-53.
16. Lacouture ME, et al. Skin toxicity evaluation protocol with panitumumab (STEPP), a phase II, open-label, randomized trial evaluating the impact of a pre-emptive skin treatment regimen on skin toxicities and quality of life in patients with metastatic colorectal cancer. *J Clin Oncol* 2010; 28:1351-7.
17. Luu M, et al. Photosensitive rash due to the epidermal growth factor receptor inhibitor erlotinib. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2007;23:42-5.
18. Segaert S: Management of skin toxicity of epidermal growth factor receptor inhibitors. *Targ Oncol* 2008;3:245-51.
19. Heidary N, et al. Chemotherapeutic agents and the skin: an update. *J Am Acad Dermatol*, 2008. 58:545-70.
20. Lacouture ME, et al. Hand-foot skin reaction in cancer patients treated with the multikinase inhibitors sorafenib and sunitinib. *Ann Oncol*, 2008;19:1955-61.
21. Yang CH, et al. Hand-foot skin reaction in patients treated with sorafenib: a clinicopathological study of cutaneous manifestations due to multitargeted kinase inhibitor therapy. *Br J Dermatol*, 2008. 158:592-6.
22. Robert C, et al. Dermatologic symptoms associated with the multikinase-inhibitor sorafenib. *J Am Acad Dermatol*, 2009. 60:299-305.
23. Lacouture ME, et al. Evolving strategies for the management of hand-foot skin reaction associated with the multitargeted kinase inhibitors sorafenib and sunitinib. *Oncologist*, 2008. 13:1001-11.
24. Valeyrie L, et al. Adverse cutaneous reactions to imatinib (STI571) in Philadelphia chromosome-positive leukemias: a prospective study of 54 patients. *J Am Acad Dermatol*, 2003. 48:201-6.

25. Sankhala K, et al. The emerging safety profile of mTOR inhibitors, a novel class of anticancer agents. *Targ Oncology* 2009;4:135-142.
26. Mahe E, et al. Cutaneous adverse events in renal transplant recipients receiving sirolimus-based therapy. *Transplantation* 2005;79:476–482.
27. Mahe E, et al. Acne in recipients of renal transplantation treated with sirolimus: Clinical, microbiologic, histologic, therapeutic, and pathogenic aspects. *J Am Acad Dermatol* 2006;55:139-142.
28. Kunzle N, et al. Sirolimus-induced acneiform eruption. *Dermatology* 2005;211:366-9.
29. Raymond E, et al. Safety and pharmacokinetics of escalated doses of weekly intravenous infusions of CCI-779, a novel mTOR inhibitor, in patients with cancer. *J Clin Oncol* 2004;22:2336-47.
30. O'Donnell A, et al. Phase I pharmacokinetic and pharmacodynamic study of the oral mammalian target of rapamycin inhibitor everolimus in patients with advanced solid tumors. *J Clin Oncol* 2008;26:1588-95.
31. Mita MM, et al. Phase I trial of the novel mammalian target of rapamycin inhibitor deforolimus (AP23573; MK-8669) administered intravenously daily for 5 days every 2 weeks to patients with advanced malignancies. *J Clin Oncol* 2008;26:361-7.

Tabel 1

***Therapeutische aanbevelingen voor de belangrijkste huideffecten van EGFR-inhibitoren.***<sup>18</sup>

<b>Huidverandering</b>	<b>Therapeutische aanbeveling</b>
	Algemene maatregelen: <ul style="list-style-type: none"><li>- zonprotectie</li><li>- gebruik bad/doucheolie, lauw water</li><li>- emollientia voor armen, benen, handen</li></ul>
Acneïforme eruptie	Mild: metronidazole crème 2/d Matig: metronidazole crème 2/d minocycline 100 mg/d Ernstig: kompressen met zoutoplossing 2/d metronidazole crème tot 5/d minocycline 200 mg/d eventueel dosisaanpassing of onderbreking van de EGFR-inhibitor
Xerosis	cetirizine 10 mg/d bij jeuk
Eczeem	cefuroxim axetil 500 mg 2/d bij <i>Staph. aureus</i> surinfectie
Kloven	Emollientia Zwakke tot matig sterke lokale steroïden
	Propyleenglycol 50% in water 30 minuten onder occlusie 1/d Salicylzuur 10% in vaseline 1/d
Nagelwalontsteking	Antiseptisch badje 2/d Pasta met krachtig steroïd, antisepticum en antimycoticum 2/d

Tabel 2

***Overzicht van de belangrijkste huidafwijkingen bij sommige nieuwe antikankergeneesmiddelen***

<b>Antikankergeneesmiddel</b>	<b>Huidafwijkingen</b>
EGFR-inhibitoren	Acneïforme eruptie Xerosis, eczeem, kloven Haarafwijkingen Nagelafwijkingen Teleangiëctasieën Hyperpigmentatie Mucosale afwijkingen
Sorafenib	Hand-voet huidreactie Subunguale splinterbloedingen Xerosis cutis, eczeem Seborreïsch eczeem Stomatitis Actinische keratose, keratoacanthoom, spinocellulair carcinoom Keratosis pilaris-achtige folliculaire hyperkeratose
Sunitinib	Hand-voet huidreactie Subunguale splinterbloedingen Xerosis cutis, eczeem Seborreïsch eczeem Stomatitis Gele verkleuring van de huid Haardepigmentatie Faciaal oedeem
mTOR-inhibitoren	Acneïforme eruptie Paronychia Hypertrichose Afteuze stomatitis Epistaxis Oedeem van de onderbenen Nagelafwijkingen

## Fysiopathologie van cachexie bij kanker

Professor André **Van Gossum**

Clinique des Maladies Intestinales et du Support Nutritionnel

Hôpital Erasme - Université Libre de Bruxelles

### Definitie

- Cachexie bij kanker is een multifactorieel syndroom dat gekenmerkt wordt door een constant verlies van spiermassa (met of zonder verlies van vetmassa) dat niet kan omgekeerd worden door klassieke voedingsondersteuning en dat een progressieve functionele achteruitgang met zich meebrengt. Er ontwikkelt zich een negatief energie- en eiwittevenwicht met verminderde voedselinname en stofwisselingsstoornissen (*K. Fearon et al, Lancet Oncology 2011*).
- De ondervoeding van kankerpatiënten manifesteert zich meestal in een progressief gewichtsverlies van het spier- en vetweefsel.

De prevalentie van ondervoeding bij kankerpatiënten varieert van 20 tot 80% volgens de locatie van de kanker (hoge prevalentie bij spijsverterings- en longkanker). Het zou de doodsoorzaak zijn van 20% van de kankerpatiënten.

Cachexie hangt samen met een daling van de levensverwachting, een stijging van de (infectieuze) morbiditeit, een verminderde respons op de kankerbehandelingen maar ook een verminderde levenskwaliteit (gevoel van vermoeidheid).

Cachexie onderscheidt zich op stofwisselingsvlak sterk van ondervoeding bij vasten. Bij vasten worden de vetreserves aangesproken om de magere massa te behouden, terwijl in het geval van cachexie bij kanker het gewichtsverlies het spier- en vetweefsel aanspreekt. Zo blijft de stikstofbalans negatief, hoe hoog of laag de voedselinname ook is.

Vandaag onderscheiden we een vroegtijdig stadium van cachexie - of pre-cachexie - waarbij ondervoeding nog niet duidelijk aantoonbaar is, maar er reeds sprake is van stofwisselings-, biochemische en moleculaire wijzigingen.

Het gewichtsverlies heeft te maken met een daling van de voedselinname en met stofwisselingsstoornissen die vooral het metabolisme van de lipiden en eiwitten aantasten.

### **Mechanismen van cachexie**

Er leiden 2 grote wegen naar cachexie:

- 1) daling van inname,
- 2) stofwisselingsstoornissen.

#### Daling van inname

Er bestaan verschillende verweven oorzaken: anorexia, smaak- en geurstoornissen, psychologische stoornissen (angst, depressie), mechanische blokkaden, occlusieve syndromen, bijwerkingen van de behandelingen (mucositis, misselijkheid, braken, diarree).

Anorexia wordt gedefinieerd als de combinatie van verlies van eetlust en een voortijdig verzadigingsgevoel. Dit is de belangrijkste factor voor een verminderde voedselinname.

#### Stofwisselingsstoornissen

##### Energieverbruik

Bij een kankerpatiënt is de stijging van het energieverbruik niet constant, van wisselende grootte en vaak matig.

##### Glucosestofwisseling

De waargenomen afwijkingen zijn gelijkaardig aan die van ontstekings- en besmettingsprocessen.

##### Vetstofwisseling

Cachexie wordt gekenmerkt door een stijging van de lipolyse in combinatie met een stijgende vetoxidatie, wat leidt tot een stijging van de turnover van glycerol en vetzuren.

Deze afwijking zit tijdens het cachexieproces in een vroegtijdig stadium en lijkt vooral geïnduceerd door een lipolytische factor van tumoroorprong, de lipid-mobilizing factor, die zijn werking uitoefent via de  $\beta$ -3 adrenergische receptoren.

### Eiwitstofwisseling

De daling van de spiermassa is een van de kenmerken en een van belangrijkste voorspellende factoren voor cachexie bij kanker. In tegenstelling tot spieratrofie, wordt de eiwitmassa van de ingewanden relatief gespaard.

### Mediator van het cachexieproces

Naast de Lipid Mobilizing Factor (LMF) en de cytokines, speelt de PIF (Proteolysis Inducing Factor) een belangrijke rol bij cachexie bij kanker.

### Klinische implicaties

- Tekenen van gewichtsverlies en/of anorexia opsporen van bij de diagnose en daarna systematisch bij de follow-up.
- De patiënt informeren en motiveren rond het belang van een gepaste voedingsinname.
- De voedingsbegeleiding aanpassen (dieettips, verrijkte voedingsstoffen, orale voedingssupplementen, sondevoeding (gastrostomie), parenterale voeding in het ziekenhuis of thuis).
- Voedingsbegeleiding bij kankerpatiënten op het einde van hun leven werpt ethische vragen op.

### SLEUTELBOODSCHAPPEN

- De ondervoeding van kankerpatiënten manifesteert zich in een progressief gewichtsverlies dat zowel het vet- als spierweefsel aantast.
- Anorexia speelt een belangrijke rol bij cachexie.
- Het energieverbruik in rust stijgt niet altijd.
- Het verlies aan vetmassa heeft te maken met de stimulatie van de lipolyse.
- Het verlies aan magere massa wordt vooral veroorzaakt door een excessieve proteolyse. Verschillende mechanismen liggen hiervan aan de basis.

## Transmuraliteit en initiatieven van de Stichting tegen Kanker

Prof. dr. Elke **Van Hoof**, Vrije Universiteit Brussel

&

Katlijn **Sanctorum**, Stichting tegen Kanker

### **Transmuraliteit**

Onze gezondheidszorg is georganiseerd rond structuren en beleidsbevoegdheden, eerder dan rond het individu dat geconfronteerd wordt met kanker. Niet alleen is een individu meer dan alleen een patiënt, hij of zij leeft niet in een vacuüm. De toenemende aandacht voor transmuraliteit waarbij we kijken over de grenzen van de instituten, organisaties en instellingen heen, probeert beter tegemoet te komen aan de noden van het individu en niet alleen aan zijn hoedanigheid van patiënt-zijn.

De afgelopen jaren werd hiervoor fors ingezet op de structurele financiering van de psychosociale oncologisch hulpverleners. Uit een evaluatie van deze structurele financiering bleek dat de organisatie van deze hulpverlening verbeterd kon worden. Ook op internationaal niveau staat de organisatie van de psychosociale oncologische zorg hoog op de agenda. Getuige hiervan de vele symposia over het thema. Er zijn immers meer en meer kankerpatiënten die genezen van kanker of die verder leven met kanker. Een groot deel van deze mensen hebben nood aan psychosociale ondersteuning zoals hulp bij administratie, begeleiding bij angst voor herval, steun tijdens de werkhervatting, ...

*"Op dit moment hangt de kwaliteit van de psychosociale oncologische zorg nog teveel af van het ziekenhuis waar je terecht komt, de ervaring van de hulpverlener die je bijstaat, de organisatie binnen het ziekenhuis van de psychosociale oncologische zorg, ... Kortom, er zijn veel factoren die je als patiënt niet kan controleren maar toch bepalen hoe je wordt ondersteunt. Dit zou eigenlijk niet mogen. Elke patiënt dient ongeacht wat, waar en wanneer de best mogelijke psychosociale oncologische zorg te krijgen. Er vallen nu nog teveel patiënten uit de boot of ze krijgen iets aangeboden wat ze op dat moment niet nodig hebben. Pas op, er zijn ook echt succesverhalen hoor! Alleen niet voor elke patiënt."*

*"Ze zijn zo druk bezig... iedereen loopt van hier naar daar. Ik hou mijn zorgjes wel voor mij. Daar moet ik ze toch niet mee belasten; ik ben al blij dat ze er zijn."*



Binnen de eerste fase van een onderzoek gevoerd door het Oncologisch Studiecentrum Erika Thijs werden, ter voorbereiding van de identificatie en ontwikkeling van een psychosociaal oncologisch zorgpad, focusgroepen georganiseerd met patiënten, hun familie en patiëntenorganisaties. De volgende aanbevelingen en bedenkingen werden daarbij geformuleerd:

- De noden en behoeften van kankerpatiënten fluctueren in de tijd en verschillen van patiënt tot patiënt;
- De noden en behoeften van de naasten en familie van kankerpatiënten fluctueren in de tijd en verschillen van persoon tot persoon;
- De behandelingen van kankerpatiënten verschilt per individu;
- De plaats waar een kankerpatiënt wordt behandeld, verschilt per dossier; sommigen worden in het ziekenhuis behandeld waar anderen via bijvoorbeeld orale chemotherapie thuis worden behandeld;
- De tijdsduur van een behandeling varieert sterk afhankelijk van het type tumor en het stadium op het tijdstip van diagnose;
- De hulpverleners en zorgverstrekkers betrokken bij de zorg zijn niet steeds dezelfde en ze zijn afhankelijk van de noden en behoeften van de kankerpatiënten en hun naasten maar ook van de behandeling;
- ...

Wanneer er psychosociale ondersteuning wordt aangeboden, leggen de patiënten en hun familie de volgende klemtonen:

- Nood aan nauwgezette opvolging;
- Nood aan organisatie van de verschillende psychosociale disciplines;
- Nood aan efficiënt inzetten beschikbare middelen;
- Nood aan het continu kenbaar maken van de psychosociale hulpverleningsmogelijkheden zowel bij collega-psychosociale hulpverleners als patiënten (en hun naasten);
- Nood aan zeer toegankelijke en begrijpbare instrumenten die ingezet kunnen worden voor alle patiënten en op verschillende momenten
- Nood aan duidelijke rol voor de verschillende psychosociale disciplines (de patiëntenorganisaties inbegrepen);
- Nood aan normaliseren van de ervaren distress tijdens de behandeling;
- Nood aan normaliseren van de ervaren distress na de behandeling en in de (her-)opbouw van een dagelijkse routine;
- Nood aan continuïteit van zorg;

- Nood aan een aanpak die onafhankelijk is van de historiek, organisatie en bezetting van een ziekenhuis, wijkgezondheidscentrum...

Dezelfde resultaten komen we ook tegen in de bredere wetenschappelijke literatuur.

### ***Organisatie van het aanbod voor patiënten en hun familie vanuit de Stichting tegen Kanker***

Bij het zoeken naar antwoorden op noden en behoeften komen we terecht in een genuanceerd verhaal van individuele ervaringen, specifieke vragen en persoonlijke bezorgdheden. Voor een dienst patiëntenondersteuning is het stevast een uitdaging en een balanceren tussen het zoeken naar een goed structureel aanbod en het kunnen bieden van een individuele aanpak.

Zo is het via de telefonische informatieverstrekking en hulpverlening **Kankerinfo** dat een **gepast antwoord** gezocht en, meestal, gevonden wordt. Of het daarbij gaat over het brede en generieke onthaal of de meer specifieke benadering van artsen of verpleegkundigen of de coachende gesprekken met oncopsychologen: de geboden zorg is getrapt, gedifferentieerd en specifiek en dus steeds op maat van de patiënt of zijn naaste.

Ook de **Financiële steun** verlangt, per definitie, een geïndividualiseerde aanpak. Elke situatie is immers specifiek en de sociale anamnese zoals door de dienst maatschappelijk werk opgesteld, is meer dan eens schrijnend en geeft weer in welke **(financieel) precaire situatie** mensen kunnen terecht komen als ze geconfronteerd worden met een ziekte als kanker. De veilige havens van werk en een maandelijks inkomen vallen, dikwijls, weg. Mensen vallen terug op een uitkering of, heel uitzonderlijk, op helemaal niets. Het verlenen van steun lenigt een punctuele behoefte, het verwijzen naar mogelijkheden en vangnetten, is net zo belangrijk.

Het project in de ziekenhuizen **Goed Verzorgd Beter Gevoel** gaat dan weer aan de slag met specifieke behoeften van patiënten tijdens de behandeling. Wetende dat behandelingen als chemotherapie, radiotherapie en ook chirurgie de fysiek en het uitzicht van patiënten verandert, is het belangrijk om met de **'veranderende ik'** bezig te zijn. Het negeren van nevenwerkingen van de behandeling als daar zijn: droge huid, haaruitval, verlies van nagels, zou een vervreemdend effect kunnen hebben op de patiënt. De herkenning van de metamorfose creëert een nieuwe identiteit, die de confrontatie met de spiegel mogelijk maakt. Maar het gaat over meer dan enkel het uiterlijke.

Tijdens de verzorging en het consult door één van de vrijwillige schoonheidsconsulenten komen er verhalen los, die antwoord noch oplossing vragen. Het simpelweg vrijuit kunnen delen van ervaringen en emoties in een relaxerende omgeving volstaat om de druk even van de ketel te halen.

Verdergaand op algemene en specifieke noden komen we onvermijdelijk ook terecht op het domein van de **conditie en welbevinden**. Vermoeidheid en misselijkheid zijn belangrijke nevenwerkingen van de kankertherapieën. Het lichaam van een kankerpatiënt wordt onderworpen aan curatieve, maar ook erg invasieve, behandelingen. Daarom dat oncologische patiënten meer en meer toegeleid worden naar oncorevalidatie, voorwaar een goede zaak. Maar het stopt niet bij het einde van de revalidatie, patiënten willen weten wat ze nog kunnen en welke dromen of verwachtingen nog haalbaar zijn. Het project **Rekanto** is erop gericht om de fysieke conditie te verbeteren in een veilige en aangepaste omgeving, rekening houdend met de mogelijkheden en de keuzes van iedereen. Het is een eerste stap richting re-integratie.

En dan nog kort een woordje over de **kinderen en jongeren**, een doelgroep die specifieke aandacht verdient, voor de rechtstreeks betrokkenen en voor de kinderen of kleinkinderen, broertjes, zusjes van personen die getroffen zijn door kanker.

Met het **kamp** en de **familiedag** proberen we de kinderen en jongeren voor enkele dagen weg te halen uit de context van ziekenhuizen, dokters en pijnlijke behandelingen. Omdat kinderen het nodig hebben om kind te zijn.

### **Psychosociale steun, wie doet het nodige?**

De psychosociale steun is iets wat elke hulpverlener of zorgverstreker als aandachtspunt heeft. We hoorden hiernet dat het dan gaat over actoren binnen en buiten de ziekenhuiscontext. Maar omdat het daarmee een gedeelde verantwoordelijkheid wordt, is er behoefte aan een gemeenschappelijk instrument of misschien is het eerder een gemeenschappelijke 'partituur'. Vergelijk het met een orkest waarin elke muzikant zijn of haar rol speelt, maar vanuit hun eigenheid en specifiek zijn.

Het Oncologisch Studiecentrum Erika Thijs ontwikkelde zo'n gemeenschappelijk instrument, onder de vorm van een applicatie, geschikt voor smartphone of tablet.

Tijdens de ontwikkeling stelden alle betrokkenen drie voorwaarden:

- De inschatting van de psychosociale noden moet snel kunnen gebeuren;
- Het moet gemakkelijk inzetbaar en intuïtief zijn;

- Het dient de bestaande disciplines te ondersteunen in de identificatie en doorverwijzing van psychosociale hulpvragen.

Iedere zorgverstreker die in contact komt met de patiënt (en zijn naasten) kan de app gebruiken. Vijf simpele vragen loodsen de hulpverlener en zorgverstreker doorheen een snelle evaluatie.

Vragen die aan de patiënt gesteld worden zijn:

1. Hoe heb je de afgelopen periode ervaren?
2. Waar zit je mee vast?
3. Beperkt het je in je dagelijkse bezigheden?
4. Heb je zelf al iets ondernomen om dit aan te pakken?
5. Had je graag contact met lotgenoten?

De eerste 4 vragen zitten vervat in een scoresleutel. Aan de hand van de antwoorden, kan men aangeven of er al dan niet sprake is van een situatie waarbij actie nodig is

- Groen = blijf alert en doorloop de signalisatie bij het volgende contact opnieuw;
- Oranje = geef praktische tips en handvaten waarmee de patiënt (en/of zijn naasten) aan de slag kan en volg nauw op;
- Rood = verwijs door voor screening.

Deze vragen peilen naar een probleem enerzijds en anderzijds naar de impact en de oplossingen die de patiënt zelf al probeerde te identificeren. Psychosociale problemen dienen immers niet gepseudologiseerd te worden. Niet elke uitdaging of probleem waar men als individu mee geconfronteerd wordt, vereist de begeleiding van een specialist (klinisch psycholoog, kinesitherapeut, diëtist, ...). Wanneer de patiënt echter zelf al probeerde om oplossingen te vinden voor zijn uitdaging of problemen, al dan niet met hulp van een hulpverlener, en toch nog vast zit binnen de problematiek én wanneer deze problematiek de persoon belemmert in zijn dagelijks functioneren, kan men een doorverwijzing naar meer gespecialiseerde hulp overwegen.

Voor wie interesse heeft: de app is gratis te downloaden via [www.oncologischstudiecentrum.be](http://www.oncologischstudiecentrum.be).

Meer info over de resultaten van het onderzoek van het Oncologisch Studiecentrum: [elke.van.hoof@vub.ac.be](mailto:elke.van.hoof@vub.ac.be) of via de voorzitter van de Raad van Bestuur van het oncologisch Studiecentrum Erika Thijs: Paul Bulens ([paul.bulens@jessazh.be](mailto:paul.bulens@jessazh.be)).

Voor meer informatie over het aanbod voor patiënten en naasten van Stichting tegen kanker:

<http://www.kanker.be/wat-kan-stichting-tegen-kanker-voor-u-doen>

## Oncocoach en/of datamanager: gelijkenissen en links

Dr. Mia **Slabbaert**

Stichting Kankerregister

### Het Nationaal Kankerplan

Dankzij het Nationaal Kankerplan (2008) (acties 8-10-11) kunnen ziekenhuizen investeren in een betere omkadering van de oncologische patiënt. Het Kankerplan voorziet immers in financiering van extra sociale werkers, oncopsychologen, oncodiëtisten en verpleegkundigen. Voor deze laatsten worden heel wat verschillende benamingen gebruikt: **oncocoach**, coördinator oncologische zorg, trajectbegeleider, begeleidingsverpleegkundige ....

Naast aandacht voor de psychosociale dimensie in de oncologie, heeft het Nationaal Kankerplan ook aandacht voor een eerder administratieve dimensie nl. kankerregistratie. Kankerregistratie bezorgt de overheid immers een schat aan informatie die van grote waarde is bij het uitstippelen en bijsturen van het gezondheidsbeleid. Kankerregistratie laat toe de kwaliteit van de oncologische zorgprogramma's en de resultaten van de oncologische behandelingen te evalueren. Om die registratie naar een nog hoger niveau te tillen, werd in het Nationaal Kankerplan voorzien in financiering van specifiek hiertoe opgeleide **datamanagers** in alle ziekenhuizen met een oncologisch zorgprogramma. Ook voor datamanagers zijn verschillende benamingen in voege: datamanager oncologie, datamanager oncoregistratie, kankerregistratiemedewerker, verantwoordelijke oncologische registratie, ....

### Functiebeschrijving en aanstellingsvoorwaarden

Qua functiebeschrijvingen en aanstellingsvoorwaarden blijft het Staatsblad vrij vaag.

Uit een aantal KB's kan men afleiden dat een *datamanager* de MOC's dient bij te wonen, actief betrokken dient te zijn in de kankerregistratie, moet nagaan of het oncologisch handboek gevolgd wordt en de MOC-beslissingen in acht worden genomen. Daarnaast is het volgen van een basisopleiding evenals voortgezette opleidingen, georganiseerd door de Stichting Kankerregister, verplicht. Gezien volgens het KB van 2009 rond het Budget Financiële Middelen van de ziekenhuizen een vergoeding van 1 VTE van universitair niveau per 1000 MOC's wordt voorzien voor de

datamanagers, kan men afleiden dat een datamanager een universitaire opleiding dient genoten te hebben. Datzelfde KB stelt dat de financiering kan herzien worden op basis van de effectieve toewijzing van deze datamanagers, hun kwalificatie, ervaring en de specifieke voorwaarden waaraan moet worden voldaan om van de financiering te kunnen genieten. Het KB van 2014 rond de normen voor Zorgprogramma's voor pediatrie hemato-oncologie vermeldt dan weer heel specifiek dat de persoon die voor de kankerregistratie van deze zorgprogramma's dient in te staan een master of een bachelor dient te zijn.

Omtrent de functie van een *oncocoach* noch over het vereiste opleidingsniveau voor deze functie is in het Staatsblad iets terug te vinden. De diverse vacatures die voor deze functie verschijnen, vertonen dan ook belangrijke verschillen qua gevraagde competenties en takenpakket.

Het ontbreken van een duidelijke functiebeschrijving heeft ondertussen aanleiding gegeven tot de oprichting van WeDO, een Werkgroep van Datamanagers Oncoregistratie, evenals tot een werkgroep van Oncocoaches. Beide werkgroepen vonden onderdak bij het VVRO (Vereniging voor Verpleegkundigen Radiotherapie en Oncologie) en hebben tot doel hun functie uit te bouwen tot een volwaardige, uniforme en welomschreven functie binnen het ziekenhuislandschap.

### **In de praktijk zijn de verschillen zeer groot**

Een datamanager heeft voornamelijk een administratieve functie en contacten blijven beperkt tot contact met de behandelende artsen via het bijwonen van de MOC en de datamanagers van het Kankerregister.

Een oncocoach heeft meestal een klinische functie met heel veel arts- en patiëntencontacten waarbij de oncocoach vaak fungeert als link tussen arts en patiënt.

### **Gelijkenissen qua financiering**

De financiering van de extra psychosociale omkadering bestaande uit psychologen, sociale werkers, voedingsdeskundigen en oncocoaches is afhankelijk van het aantal terugbetaalde MOC's (Multidisciplinaire Oncologische Consulten) binnen een gedefinieerde periode. Eén van de voorwaarden om terugbetaling van een MOC te verkrijgen, is het invullen van een standaardkankerregistratie-formulier dat aan de mutualiteiten dient bezorgd te worden.

De financiering van de datamanagers is eveneens afhankelijk van het aantal terugbetaalde MOC's waarvoor zijzelf de registratie verzorgen.

Gezien het RIZIV op dit ogenblik financiering voorziet voor 1 FTE datamanager per 1000 terugbetaalde MOC's per jaar (voor 1 FTE oncologisch verpleegkundige volstaan 250 MOC's per jaar), is meteen duidelijk dat een heel aantal ziekenhuizen een onvoldoende hoge oncologische activiteit halen om iemand full time als datamanager aan te stellen. Dit betekent in de praktijk dat de persoon die de functie van datamanager waarneemt en full time werkzaam is in het ziekenhuis, ook deels gefinancierd wordt via andere kanalen binnen het ziekenhuis. In ruil hiervoor kunnen tal van andere opdrachten aan deze datamanager worden toevertrouwd zoals het verzorgen van het medisch secretariaat, de receptie, MKG-registratie, meewerken aan klinische studies, ... maar ook verpleegkundige taken kunnen aan deze datamanager worden toevertrouwd. Dit gegeven maakt het uiteraard moeilijk om voor alle datamanagers eenzelfde functiebeschrijving op te stellen.

## **Links**

Meteen wordt duidelijk dat er niet alleen belangrijke verschillen en gelijkenissen bestaan, maar ook uitgesproken links tussen een datamanager kankerregistratie en een oncocoach:

- Dankzij het registratiewerk van de datamanager krijgt het ziekenhuis financiering voor bijkomende medische omkadering waaronder een of meerdere oncocoaches evenals financiering voor de datamanager zelf.
- Indien de financiering vanuit de overheid niet volstaat om een datamanager full time aan te stellen voor deze opdracht, kan het ziekenhuis bijkomende financiering voorzien waaraan extra opdrachten gekoppeld zijn. Eén van deze opdrachten kan zijn het part-time vervullen van de functie van oncocoach.
- Oncocoaches kunnen via gegevensuitwisseling met de datamanagers instaan voor een nog betere kankerregistratie, bijvoorbeeld tijdens de MOC's waarop vaak ook de oncocoaches worden uitgenodigd.

## **Conclusie**

Het Kankerplan heeft gezorgd voor bijkomende psychosociale en administratieve ondersteuning van de oncologische zorgprogramma's door financiering van o.a. oncocoaches en datamanagers. Wat betreft het vereiste opleidingsniveau en de noodzakelijke competenties evenals omtrent de precieze functie-inhoud bestaat momenteel nog heel wat onduidelijkheid. Ondanks de verschillen tussen beide functies bestaan er ook diverse raakvlakken zodat in sommige ziekenhuizen, vaak waar de



oncologische activiteit onvoldoende hoog is om een datamanager full time aan het werk te stellen, beide functies gecumuleerd worden, zonder dat dit aanleiding hoeft te geven tot problemen.

### **Referenties**

- KB 20/09/2009: KB rond het Budget Financiële Middelen van Ziekenhuizen, waarin financiering van een datamanager en psychosociale omkadering wordt besproken evenals de opdrachten die aan een datamanager worden toevertrouwd (Belgisch Staatsblad, publicatie 06/10/2009).
- KB 02/04/2014: KB rond de normen waaraan het gespecialiseerd zorgprogramma en het satellietzorgprogramma voor pediatrie hemato-oncologie moet voldoen om te worden erkend; deelname aan de kankerregistratie wordt hierin besproken evenals opleidingsniveau van de datamanager die hiervoor verantwoordelijk wordt gesteld (Belgisch Staatsblad, publicatie 18/04/2014).

**Het oncologisch verpleegkundig spreekuur (OVS):  
een stap verder in begeleiden en informeren van oncologische patiënten en  
hun omgeving**

Sandra **Bortels** & Hilde **Lenders**  
Oncologie, Jessa Ziekenhuis, Hasselt

Door de specialisering van de oncologische zorg wordt de laatste jaren meer en meer gewerkt met speciale doelgerichte therapieën (*Targeted Therapy*). Het gaat hier om medicatie die, anders dan chemotherapie, zich specifiek richt op kwaadaardige cellen. Deze medicatie dient meestal thuis en op een welbepaalde manier ingenomen te worden. Daar dit een grote verantwoordelijkheid van de patiënten vraagt en eventuele nevenwerkingen snel opgemerkt en correct aangepakt moeten worden, is een nauwere opvolging van deze mensen belangrijk. Hiervoor is een goede vertrouwensband tussen de patiënt, zijn naasten en het medisch team van cruciaal belang. We willen als het ware een tandem vormen met de patiënt en zijn naasten tijdens het ziekteproces. Dit geldt uiteraard voor alle oncologische patiënten en niet enkel voor diegenen die *Targeted Therapy* krijgen.

#### **Meerwaarde van OVS**

Het oncologisch verpleegkundig spreekuur (OVS) is hier een belangrijke meerwaarde. De oncocoaches voorzien ongeveer een uur tijd voor de patiënt en zijn naasten om op een rustige manier informatie te verstrekken. Zij legt de werking van de medicatie uit, overloopt het innameschema en bespreekt de mogelijke nevenwerkingen en aandachtspunten. Dit alles gebeurt in nauwe samenwerking met de oncologen. Er is een aparte ruimte ter beschikking, waardoor de privacy van de patiënt en z'n omgeving gerespecteerd wordt. Tijdens zulke gesprekken komen vaak bepaalde vragen en/of gevoelens naar boven die verdere opvolging vragen. Zo nodig verwijst de oncocoach de patiënt verder naar een collega van het psychosociale team.

Ook tijdens volgende consultaties wordt de patiënt verder opgevolgd door de oncocoaches. Indien er thuis nog problemen of vragen zijn, kan hij/zij steeds telefonisch terecht bij de oncocoach.

Verder is er een nauwe samenwerking met de apotheek uitgebouwd. De apothekers checken steeds de Targeted Therapy op mogelijke interacties met de thuismedicatie. De medicatie van de patiënt wordt door de oncocoach op voorhand besteld bij de apotheek. Zo blijft de voorraad van deze zeer dure producten beperkt en heeft de patiënt de garantie dat zijn medicatie steeds voorradig is.

### **Betere therapietrouw**

De patiënten appreciëren het dat er een apart lokaal ter beschikking is, zodat alle informatie in een rustig kader kan gegeven worden. Ze geven aan zeer tevreden te zijn met het uitgebreide aanbod aan informatie, de bereikbaarheid van de oncocoaches en de laagdrempeligheid. Het geeft hen een gevoel van veiligheid en dit komt de therapietrouw zeker ten goede!

Targeted Therapy is aan een serieuze opmars bezig. Er komen veel nieuwe medicijnen op de markt, elk met hun eigen nevenwerkingen, aandachtspunten en manier van inname. Vandaar het belang van een professionele opvolging op maat. In de toekomst zal deze vorm van anti-kankerbehandeling alleen maar toenemen. Dit vraagt een gespecialiseerde opvolging en coaching van deze patiënten.

Door middel van de prijs 'Gert Noël' zouden we ons OVS graag willen uitbreiden met extra momenten en het meer bekendheid geven. Ook willen we ons informatiemateriaal graag moderniseren.

Voor meer informatie omtrent dit project kunt u terecht bij de oncocoaches van vzw Jessa Ziekenhuis:

Hilde Lenders en Sandra Bortels

Campus Virga Jesse-Oncologie B5

Stadsomvaart 11

3500 Hasselt

T: +32 11 30 89 14; +32 11 30 79 24

E: [hilde.lenders@jessazh.be](mailto:hilde.lenders@jessazh.be); [sandra.bortels@jessazh.be](mailto:sandra.bortels@jessazh.be)

## **Selectieve Interne Radiotherapie (SIRT) met yttrium-90 microsferen: Nieuwe behandelmethode voor de bestrijding van leverkanker**

Professor Patrick **Flamen**

Nucleaire Geneeskunde, Jules Bordet Instituut

De wetenschappers en artsen van de Australische medische onderneming Sirtex Medical Ltd. hebben een innovatieve behandelmethode ontwikkeld voor de bestraling van levermetastasen. Daarbij worden met radioactief yttrium-90 geladen microbolletjes ingezet voor de doelgerichte hooggedoseerde bestraling van levertumoren met ioniserende straling.

De behandelmethode maakt gebruik van het feit, dat de bloedtoevoer naar de lever voor ongeveer 80 procent via de poortader en voor circa 20 procent via de leverslagader plaatsvindt. Tumoren worden in de meeste gevallen hoofdzakelijk via de leverslagader voorzien van bloed. Daarom gebruikt deze behandelmethode gericht de toegang via de leverslagader, om tumoren te bestralen, terwijl het gezonde omliggende weefsel wordt ontzien.

De straling wordt afgegeven door zeer kleine biocompatibele microbolletjes. De radioactieve bolletjes worden in de leverslagader gespoten en door de bloedstroom direct naar de tumor gedragen.

### **Gerichte bestraling**

SIR-Spheres is een innovatief product voor de behandeling van leverkanker. In gevallen, waarin het operatief verwijderen van levertumoren niet mogelijk is, kan SIR-Spheres worden ingezet om tumoren gericht inwendig te bestralen.

Deze nieuwe behandelmethode heet Selectieve Interne Radio-Therapie, afgekort: SIRT. Bij deze methode worden miljoenen zeer kleine polymere kunststof bolletjes (zogenoemde microsferen) gebruikt, die het radioactieve element yttrium-90 bevatten. Deze microsferen zijn zeer klein, hun doorsnee bedraagt ongeveer 32 micron. Dat komt ongeveer overeen met een derde van de doorsnee van een mensenhaar.

De SIRT-behandeling wordt tijdens een ca. twee dagen durend verblijf in het ziekenhuis uitgevoerd door een speciaal geschoolde arts. Daarbij wordt een kleine katheter in de lever ingevoerd, waardoor de microsferen worden ingespoten.

De microsferen met het radioactieve yttrium-90 worden door het bloed direct naar de tumoren in de lever gedragen en zetten zich daar vooral in de haarvaten af, die de tumor voeden. Van daaruit geven zij hun stralingsdosis ongeveer twee weken aan de tumor af.

In tegenstelling tot de externe bestralingstherapie, waarbij alleen een beperkt deel van de lever kan worden behandeld, kan SIR-Spheres de tumoren gericht bestralen. Zo worden de kankercellen voor een langere periode met een aanmerkelijk hogere dosis bestraald.

### **Kankercellen doeltreffender vernietigd**

Bestraling is een effectieve methode om tumoren te vernietigen en wordt daarom vaak toegepast als kankertherapie. De inwendige organen reageren echter zeer gevoelig op bestraling en hoge dosissen kunnen erg schadelijk zijn voor de patiënt en hem of haar zelfs verwonden. Met SIRT kunnen tumoren in de lever gericht worden bestraald en vernietigd, zonder gevaar voor het normale gezonde weefsel. De bloedtoevoer naar de sterk doorbloede levertumoren vindt hoofdzakelijk plaats via de leverslagader, terwijl het gezonde weefsel vooral wordt gevoed door de poortader. Daarom kunnen de in de leverslagader gespoten microsferen hoofdzakelijk worden getransporteerd naar het tumorweefsel, waar zij zich dan afzetten. Omdat de microsferen zich zo dicht bij de tumor bevinden, vernietigt de afgegeven stralingsdosis de tumor en ontziet daarbij het gezonde leverweefsel. Hierdoor resulteert de SIRT-therapie in een aanmerkelijk gerichtere bestraling van levertumoren dan andere vormen van bestraling: de kankercellen worden veel effectiever vernietigd.

### **Betere levensverwachting en -kwaliteit**

SIR-Spheres wordt toegediend door speciaal opgeleide artsen, die deskundigen zijn in de behandeling van leverkanker. De ingreep wordt in de regel als ziekenhuisbehandeling met lokale verdoving uitgevoerd in een tegen straling beschermde ruimte. In de lies wordt een kleine incisie gemaakt om een flexibele katheter in de leverslagader te brengen. Daar doorheen wordt vervolgens SIR-Spheres onder röntgenbewaking door een interventieradioloog in de levertumor gespoten.

Het inbrengen van de microsferen duurt ongeveer 15-20 minuten, de totale ingreep ongeveer een uur. Na afloop van de ingreep wordt u nog enige tijd geobserveerd en in de regel binnen twee dagen uit het ziekenhuis ontslagen.

SIRT is een lokale behandelmethode. Dat betekent dat de werking tegen kanker zich concentreert op de lever en er geen effect is op kanker op andere plaatsen in het lichaam.

SIRT wordt toegepast voor de behandeling van primaire leverkanker (ontstaat direct in de lever) en van secundaire leverkanker (ontstaat in een ander deel van het lichaam, bijv. in de dikke darm of endeldarm en breidt zich vervolgens uit naar de lever).

SIRT wordt in het algemeen niet als een definitief genezende methode beschouwd. Aangetoond is echter, dat het een effectievere methode voor de behandeling van levertumoren is dan alleen chemotherapie. De levenskwaliteit kan worden verbeterd en de levensverwachting kan stijgen. Voor een klein aantal patiënten kan de behandeling met SIR-Spheres ook een duidelijke schrompeling van de levertumor tot gevolg hebben, die een latere verwijdering mogelijk maakt.

## **Orale inname van geneesmiddelen: een trend voor de toekomst**

Patricia **Lecoq**

François Baclesse Centrum, Caen, Frankrijk

In Frankrijk betreft 30% van de anti-neoplastische geneesmiddelen die vandaag worden ontwikkeld orale behandelingen. Vandaag zijn er zesenzeventig orale kankerbehandelingen beschikbaar op de markt. In 2013 hebben 411 patiënten uit Basse-Normandie een orale kankerbehandeling gevolgd.

Het Kankerplan III voorziet dat in 2020 het aandeel orale kankerbehandelingen 50% van de voorgeschreven behandelingen zou kunnen bereiken. Orale chemotherapie biedt de patiënten comfort. Het wordt echter soms ten onrechte beschouwd als minder werkzaam dan de intraveneuze chemotherapie. Aangezien de patiënt zich niet in het ziekenhuis bevindt tijdens de behandeling, kan de beheersing van de bijwerkingen moeilijkheden opleveren en is het risico van het onvoldoende therapietrouw reëel. In dat geval worden de therapeutische doelstellingen misschien niet behaald, waardoor de zieken minder kansen hebben op genezing.

Om de opgang van orale chemotherapie/gerichte therapie te begeleiden en om de doeltreffendheid en veiligheid van deze behandelingen te kunnen waarborgen, moeten hun indicaties goed omschreven worden. Ook moet er een samenwerkingskader worden georganiseerd waarbinnen de betrokkenheid van de eerstelijns hulp, met name de huisarts, de apotheek en het ziekenhuis correct wordt geduïd. Het is belangrijk om de tijd te nemen de patiënt te informeren en hem ook werkelijk te betrekken bij de uitvoering van zijn behandeling.

In het centrum François Baclesse, kankerbestrijdingscentrum in Basse-Normandie, werd in maart 2011 een Therapeutisch Opvoedingsprogramma (ETP, Education Thérapeutique du Patient) rond "Orale chemotherapie" goedgekeurd door het ARS (Agence Régionale de Santé).

Volgens de WGO "helpt het Therapeutische Opvoedingsprogramma de patiënt bij het verwerven of behouden van competenties die hij nodig heeft om zijn leven met een chronische ziekte zo goed mogelijk te beheren."

De gezondheidsprofessionals die betrokken zijn bij het programma hebben een verplichte opleiding in ETP (42 uur) gevolgd. Ze moeten beschikken over specifieke relationele competenties en een goede kennis hebben van de producten.

De oncoloog diagnosticeert de ziekte en het stadium en stelt een orale behandeling voor. De informatie met betrekking tot de modaliteiten en de bijwerkingen wordt gegeven. Op dat moment stelt de arts zijn patiënt voor om te worden opgevolgd binnen het kader van het ETP-programma.

De ETP-verpleegkundige maakt bij de eerste consultatie een educatieve diagnose waarbij een beeld wordt geschetst van de patiënt op een moment T: evaluatie van de kennis van de ziekte en van de behandeling, de verwachtingen, de moeilijkheden, de mensen die de patiënt zullen bijstaan, de nood aan ondersteunende zorg, enzovoort. De informatie met betrekking tot de manier waarop de behandeling moet worden toegepast en de mogelijke bijwerkingen wordt herhaald.

In functie van de verzamelde informatie wordt een opleidingscontract opgesteld met de patiënt waarbij samen wordt beslist over de competenties die nog moeten worden verworven. De evaluatie van de doelstellingen zal plaatsvinden tijdens de externe en telefonische opvolgingsconsultaties. Er worden hulpmiddelen gebruikt zoals een Quiz, kaarten van Barrow.

Het einddoel van het programma is om de patiënt medeverantwoordelijk te maken voor zijn behandeling, zodat hij kan anticiperen op de bijwerkingen en deze beheersen, zoals het handvoetsyndroom, spijsverteringsstoornissen (diarree/braken), hoge bloeddruk, mucositis, asthenie, febriele neutropenie, enzovoort.

De jaarevaluatie van 2014 heeft aangetoond dat van de 104 nieuwe patiënten inbegrepen, slechts 4 hun behandeling definitief hebben moeten stopzetten omwille van ernstige bijwerkingen; 10 hebben hun behandeling tijdelijk stopgezet. De opvolging van de behandeling wordt ook geëvalueerd tijdens de verschillende consultaties. De therapeutische relatie tussen de zorgverlener en de verzorgde zorgt ervoor dat de patiënt en zijn omgeving zich gesteund voelen, gewaardeerd om hun verworven competenties en gesterkt in het gevoel te kunnen slagen.

Binnen het perspectief van de ontwikkeling van orale chemotherapie/gerichte therapie voorziet het Kankerplan III de verdere ontwikkeling van ETP-programma's. Het Centrum François Baclesse heeft zich aangemeld voor een INca-project en werd weerhouden. Het pilootteam zal de vorming van gezondheidsprofessionals binnen en buiten de ziekenhuismuren promoten door een ETP-programma rond "orale chemotherapie" op poten te zetten, voor de regio Basse-Normandie. Het is de bedoeling



om dit experimentele programma te kunnen verplaatsen naar andere streken door eventueel wijzigingen aan te brengen.

## Burn-out van de oncocoach

Stéphanie **Delroisse**, Ph. D

Institut Roi Albert II (Oncologie & Hematologie) - Cliniques universitaires Saint-Luc

In 1974 noteerde de psycholoog J. Freudenberger dat gezondheidsprofessionals "zoals gebouwen ten prooi kunnen vallen aan de vlammen. Onder druk gaan hun reserves in de vlammen op waardoor ze leeg achterblijven, zelfs al lijken ze uiterlijk nog min of meer ongeschonden". In ICT-termen betekent de term burn-out "overbelasting" of "het doorbranden van de circuits".

### **Wat is een burn-out?**

Een burn-out wordt gekenmerkt door professionele uitputting. Het is het gevolg van chronische professionele stress. Het manifesteert zich door emotionele reacties (bijv. depressie, angst, schuldgevoelens), cognitieve reacties (bijv. concentratiemoeilijkheden, geheugenstoornissen, onbeslistheid), motiveringsproblemen (bijv. verlies van interesse in zijn werk), gedragsproblemen (bijv. diverse verslavingen, isolement, cynisme) en lichamelijke problemen (bijv. diabetes, hoge bloeddruk, enzovoort). Deze negatieve gevolgen dringen vanuit het professionele kader de privésfeer binnen: ruzie, conflicten, onbegrip, verwijten zijn fenomenen die gezins- en vriendschappelijke relaties bedreigen (Truchot, 2004; Perters & Mesters, 2007).

### **De drie dimensies van een burn-out**

Eerst en vooral is er de **emotionele uitputting** die zich kenmerkt door het gevoel op het einde van zijn latijn te zitten, geen emotionele reserves en geen energie meer te hebben. De persoon voelt zich uitgehold en is niet meer gemotiveerd voor zijn werk, dat een waar corvee is geworden. De emotionele uitputting gaat gepaard met emotionele en mentale symptomen (bijv. angst, stress, huilbuien, irritatie, concentratiemoeilijkheden, geheugenstoornissen, schuldgevoelens) en fysieke symptomen (bijv. vermoeidheid die niet verholpen wordt door rust of afleiding, verscheidene ziekten die veroorzaakt worden door een verzwakking van het immuunsysteem, enzovoort).

**Cynisme** en **ontmenselijking** vormen de interpersoonlijke dimensie van een burn-out. De ontmenselijking is de uitdrukking van het gevoel buiten de wereld te staan, ongevoelig en vervreemd te zijn van zijn werkomgeving. Het cynisme kenmerkt zich door het feit dat het individu alles zenuwslopend vindt: de vragen van de collega's, hun gedrag, hun eisen, hun gebreken of hun fouten. Het individu voelt zich niet meer betrokken bij zijn werk, hij trekt een muur op tussen zichzelf en zijn patiënten/collega's: hij voelt zich alleen en onbegrepen.

De **daling van de persoonlijke voldoening** is de auto-evaluerende dimensie van de burn-out en uit zich in het afschrijven van zijn competenties en zijn werk en in een dalend gevoel van doeltreffendheid en zelfvertrouwen. Het individu is ontevreden over zijn werk; hij is niet meer gemotiveerd, twijfelt aan zijn competenties, stelt vragen bij de zin van zijn werk en heeft het gevoel professioneel een mislukking te zijn, wat hem er zelfs toe brengt zijn werk op te geven.

Een burn-out is een crisis die ernstig moet worden genomen. Het is geen mentale ziekte, luiheid, incompetentie of labiliteit. Een burn-out start met emotionele uitputting (affectief aspect) die resulteert in ontmenselijking (gedrags- en cognitief aspect). De emotionele uitputting decimeert de persoonlijke voldoening (gedrags- en cognitief aspect), ofwel rechtstreeks, ofwel via ontmenselijking (Truchot, 2004).

### **Een zorgend beroep: een risicovak?**

Voor elk beroep bestaan er vier soorten van spanning op het werk (Manoukian, 2009):

- de spanningen die te maken hebben met het werk zelf (rendement, werkuren, enzovoort)
- de spanningen die te maken hebben met werkrelaties (conflicten, enzovoort)
- de spanningen die te maken hebben met te frequente veranderingen
- de spanningen die te maken hebben met de werknemer (erkenning, zin van het werk, overlapping van de persoonlijke waarden met de waarden die worden uitgedragen binnen de functie, enzovoort).

Zorgverleners lopen meer risico op een burn-out (Canouï & Mauranges, 2008; Delbrouck, 2008; Manoukian, 2009; Peters & Mesters, 2008). Er zijn verschillende elementen verantwoordelijk voor een burn-out bij een zorgverlener:

- De hulprelatie en de relatie zorgverlener-verzorgde: de hulprelatie impliceert dat iemand zorg of hulp vraagt en dat een ander die vraag beantwoordt. Zo vecht de zorgverlener elke dag voor de levenskwaliteit van de patiënt, maar wordt hij ook geconfronteerd met het verlies van een

patiënt, hij wordt geraakt door sommige patiënten, hij reageert op de diagnoses. Soms is het moeilijk een hulprelatie op te bouwen omdat de patiënt die weigert. Die weigering kan frustrerend zijn, waardoor de zorgverlener zijn eigen competenties in vraag stelt en zijn engagement uit het oog verliest. Er zijn ook moeilijke patiënten, klachten en eisen - soms buiten proportie - van patiënten en hun familie die stress veroorzaken.

- De afstand zorgverlener-verzorgde die niet altijd makkelijk te plaatsen is. Elke zorgverlener kan de "gepaste afstand" overschrijden en worden overstelpt, ingehaald en overspoeld door de situatie van zijn patiënt.
- De confrontatie met de trauma's van de patiënten, met het lijden, de ziekte, de handicap, de aftakeling en de dood. Het ziekenhuis is een werkplek die niet te vergelijken valt met andere werkplekken: "in een ziekenhuis is het de normale gang van zaken dat mensen lijden en sterven". 70% van alle mensen sterft in een ziekenhuis! Een patiënt begeleiden bij het sterfproces maakt deel uit van het werk van een zorgverlener. Het verzorgen kan ook een bron van lijden zijn voor de patiënt en oefent dus een grote psychische druk uit.
- Het gebrek aan ondersteuning: ondersteuning zwakt stress af. Het is dus essentieel om steun te vinden bij collega's, om ruimte te vinden om te praten over zichzelf en zijn angsten.
- De stijging van agressie en geweld.
- De werkomgeving van het ziekenhuis: giftige producten, risico op letsels, enzovoort.
- Het stijgende aantal administratieve taken.
- De reële overbelasting van het werk.
- Het fysieke en psycho-affectieve isolement van de zorgverlener (het medisch geheim).
- De moeilijkheid om werk en gezinsleven te verzoenen: werkuren, constante oproepen, enzovoort
- Net zoals iedereen, kan een zorgverlener moeilijke momenten in zijn leven meemaken die hem beïnvloeden, waardoor hij minder goed presteert, moe en gedemotiveerd is, minder aandachtig is voor anderen, enzovoort.

### **En werken in de oncologie?**

Er bestaan specifieke factoren in de oncologie die zorgverleners stress bezorgen (Kash & Breitbart, 1993). De tabel hieronder geeft al deze factoren weer.

- Aard van de kanker
  - Hoge morbiditeit en sterftcijfer
  - Confrontatie met de dood
- Aard van de kankerbehandeling
  - Gebrek aan doeltreffendheid
  - Bijwerkingen
  - Pijn en verminking toebrengen
  - Complexe technologie
  - Palliatieve zorgen
- De beslissingen betreffende de behandeling
  - Het stopzetten van de behandelingen
  - De beslissing tot niet-reanimeren
  - De ethische kwesties
- De reacties van de patiënten op kanker
  - Onrealistische verwachtingen
  - Projectie van woede
  - Depressie, zelfdodinggedachten
  - Euthanasie-aanvragen
- De reacties van het personeel op kanker
  - Kankerfobie
  - Onmacht
- Conflicten tussen personeelsleden
  - Onenigheid over de interventies
  - Grote werkdruk
- Isolement buiten het werk
  - Veroorzaakt angst bij anderen
  - "is het niet deprimerend?", "je bent een heilige!"

In de oncologie weegt naast de constante werkdruk (de hoeveelheid werk) ook de emotionele druk van het werk zwaar. Deze emotionele druk heeft te maken met sommige moeilijkheden om om te gaan met de patiënten (zoals patiënten die alles willen nagaan/controleren, familieleden van de patiënt die het werk bemoeilijken, enzovoort), met de confrontatie met de dood en met de identificatie met sommige patiënten (zoals patiënten die doen denken aan mensen uit het

privéleven, patiënten die geen steun krijgen van familie, enz.; Le Blanc et al., 2001; Le Blanc et al., 2007).

Een Frans onderzoek (Escot et al., 2001) heeft aangetoond dat de belangrijkste moeilijkheden die oncologische verpleegkundigen ondervinden, te wijten zijn aan een gebrekkige consultatie rond de aanpak van de terminale stadia (89%), het hebben van te weinig tijd voor taken en patiënten (75%), het gebrek aan informatie over klinische beslissingen (73%), de weerzin voor sommige geuren (68%) en de angst om "besmet" te raken met kanker (64%). Nog uit dit onderzoek bleek dat alle verpleegkundigen aangaven "achtervolgd" te worden door doodsgedachten op de weg naar huis en de helft van hen rapporteerde nachtmerries.

Een Amerikaans onderzoek bij 1 490 oncologen (Shanafelt et al., 2014) toont aan dat, zelfs al zijn ze tevreden over hun carrière, 38% een hoog niveau van emotionele uitputting vertoont, 25% een hoog niveau van ontmenselijking vertoont en 13% een laag niveau van persoonlijke voldoening aangeeft. In totaal vertoont 45% van de oncologen minstens een van de drie dimensies van een burn-out. Het aantal werkuren per week (gemiddeld 57,6 per week) en het aantal uren dat men bezig is met de zorg voor patiënten (gemiddeld 34 u per week) zijn de belangrijkste oorzaken van een burn-out. Wat de demografische kenmerken betreft, verhogen het feit van een jonge oncoloog en een vrouw te zijn, de huwelijksstatus en het feit van geen kinderen te hebben het risico op een burn-out.

Het risico dat een oncologische zorgverlener loopt op een burn-out is een reëel risico dat ernstig moet worden genomen! Uitputting heeft nefaste gevolgen voor de gezondheid van de zorgverlener, stuit zijn professionele ontplooiing en reduceert de kwaliteit van zijn werk. Er moet dus gehandeld worden om een burn-out te voorkomen en er zich tegen te beschermen.

### **Hoe een burn-out vermijden?**

Zorg dragen voor zichzelf!

De tijd nemen om na te denken over zijn werk en zin te geven aan zijn job als zorgverlener.

**Behandeling van kanker is teamwerk geworden:  
na 10 jaar Multidisciplinair Oncologisch Consult maakt het KCE de balans op**

France **Vrijens**

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), Brussel

*Het Multidisciplinair Oncologisch Consult (MOC) is een overleg tussen verschillende specialisten, betrokken bij de behandeling van een patiënt met kanker, om samen een individueel diagnose-, behandel- en opvolgplan op te stellen. Sinds een tiental jaren worden de deelnemende artsen hiervoor ook vergoed door de ziekteverzekering. Op vraag van het RIZIV maakte het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) de balans op van de MOCs en ging het na hoe hun werking nog kan worden verbeterd.*

*De bevindingen zijn in de eerste plaats positief: de behandeling van een dossier in een MOC is (bijna) routine geworden in het zorgtraject van elke nieuwe kankerpatiënt, wat bijdraagt tot een verhoging van de zorgkwaliteit. Toch is er nog ruimte voor verbetering. Zo blijft het fysiek samenbrengen van de drukbezette specialisten een moeilijke zaak. Een ander minpunt is het kleine aantal huisartsen dat deelneemt. Vaak worden ze niet geïnformeerd over de organisatie van een MOC. Daarnaast zijn er ook praktische belemmeringen. Het KCE beveelt daarom het gebruik van moderne communicatiemiddelen, zoals videoconferenties, aan.*

### **Behandelingen die steeds complexer worden**

Het diagnosticeren en behandelen van kanker wordt steeds complexer. Hierdoor is de betrokkenheid van vele verschillende specialisten noodzakelijk geworden, en zij waren het niet altijd gewend om samen te werken. Het staat wel vast dat deze multidisciplinariteit een meerwaarde op zich is, en heeft bijgedragen tot de meest recente vorderingen bij de aanpak van kanker.

Gevolg van deze toenemende complexiteit is dat de patiënt vandaag, rechtstreeks of onrechtstreeks, met vele verschillende zorgverleners te maken krijgt: artsen die de diagnose stellen (radiologen, anatoom-pathologen,...), behandelende artsen (chirurgen, oncologen, radiotherapeuten,...), maar

ook oncologisch verpleegkundigen, zorgcoördinatoren, psychologen, sociaal werkers, diëtisten, enz. Idealiter staan al deze professionals ook in regelmatig contact met de huisarts van de patiënt.

### **MOC of Multidisciplinair Oncologisch Consult**

Probleem is dat de coördinatie van en de informatie-uitwisseling tussen al deze zorgverleners steeds moeilijker wordt. Daarom werd een tiental jaren geleden in ons land een financiering voor het Multidisciplinaire Oncologisch Consult (MOC) in het leven geroepen. Vandaag vinden we deze MOCs terug in elk ziekenhuis dat kanker behandelt. Het zijn bijeenkomsten met vertegenwoordigers van alle specialisaties die betrokken zijn bij de aanpak van eenzelfde type kanker. In een MOC wordt het dossier van iedere individuele patiënt besproken en wordt, op basis van de inbreng van elke aanwezige zorgverlener, een optimaal diagnose-, behandel- en opvolgplan opgesteld. Ook het Kankerplan (2008) stelt dat het dossier van elke kankerpatiënt in een MOC moet worden besproken.

Na tien jaar MOC-financiering wilde het RIZIV graag de balans opmaken en vroeg het aan het KCE na te gaan hoe de werking nog kan worden verbeterd. Het KCE analyseerde de administratieve databanken en voerde een online enquête uit bij de deelnemers van MOCs in alle ziekenhuizen. Bedoeling was om hun huidige praktijk en perceptie in kaart te brengen. Het KCE ontving meer dan 1000 antwoorden.

De bevindingen zijn vooral positief: het aantal kankerpatiënten wiens dossier in een MOC wordt besproken, neemt steeds toe: meer dan 80% in 2011. Borst – en rectumkanker worden het meest in een MOC besproken, sarcomen (wat zeldzame kankers zijn) en huidkankers komen het minst vaak aan bod. De respondenten zijn van oordeel dat beslissingen nu meer gezamenlijk, na overleg worden genomen, en dat dit zorgt voor een betere coördinatie tussen de zorgverleners en voor een verhoging van de zorgkwaliteit. Toch is er nog ruimte voor verbetering in de manier waarop de MOCs functioneren.

### **Een multidisciplinair team ...**

De multidisciplinariteit, toch de belangrijkste voorwaarde voor de goede kwaliteit van een MOC, is niet altijd optimaal. De redenen hiervoor zijn vooral organisatorisch: te drukke agenda's van de specialisten, moeilijke uren, enz... Daarnaast zijn er soms technische problemen met de overdracht van documenten, zoals radiografieën. Om de deelname van alle noodzakelijke medische disciplines aan te moedigen beveelt het KCE aan moderne communicatiemiddelen te gebruiken, zoals



videoconferenties. Daarnaast moeten de facturatieregels voor de erelonen van de deelnemende artsen worden herzien en vereenvoudigd. Zo wordt momenteel een deelname via videoconferentie niet vergoed.

### **... maar met weinig huisartsen**

De onderzoekers stelden vast dat er weinig huisartsen deelnemen aan MOCs. Nochtans kennen huisartsen het beste hun patiënten, met hun voorgeschiedenis, huidige problemen en wensen voor de toekomst. De bijdrage van de huisarts is dus cruciaal, vooral omdat een kankerbehandeling vandaag niet alleen technisch doeltreffend moet zijn, maar ook oog moet hebben voor de levenskwaliteit van de patiënt, tijdens en na de behandeling.

In samenwerking met de centra voor huisartsgeneeskunde van de universiteiten van Luik en Gent probeerde het KCE de redenen van deze afwezigheid te achterhalen. De huisartsen blijken niet altijd (op tijd) op de hoogte te worden gebracht van de organisatie van een MOC voor een van hun patiënten. Daarnaast zijn er vaak praktische belemmeringen (afstand, moeilijk tijdstip,...). Alternatieve communicatiemiddelen, zoals videoconferenties kunnen daarvoor een oplossing bieden. Vooral voor patiënten met een complexe psychologische, sociale en/of medische situatie zouden de ziekenhuisteam toch een creatieve inspanning moeten leveren om de huisarts meer te betrekken bij de bespreking.

### **Een vlottere uitwisseling van data**

Het is essentieel voor de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid dat de ziekenhuisteam correcte en volledige informatie aan het Kankerregister doorgeven. De datamanagers in de ziekenhuizen spelen hierbij een centrale rol, maar hun taakomschrijving moet worden herzien en verduidelijkt.

Daarnaast zijn de uitwisseling van administratieve gegevens en de financiële stromen tussen de ziekenhuizen en mutualiteiten langzaam, zwaar en complex. De uitwisseling van papieren documenten (5 verschillende documenten per patiënt, te versturen via de reguliere post !), moet dringend worden vervangen door een elektronische gegevensuitwisseling.

Het volledige rapport is beschikbaar op de website van het KCE:

<http://kce.fgov.be/nl/publication/report/10-jaar-multidisciplinaire-oncologische-consulten-balans-en-vooruitzichten>



### Persoonlijke notities

A series of horizontal dashed lines for writing notes.

A series of horizontal dashed lines for writing.

A series of horizontal dashed lines spanning the width of the page, providing a template for writing or drawing.