

EUROPA



DONNA
BELGIUM

ASBL-VZW

Europa Donna Belgium
Together Against Breast Cancer vzw - asbl

NEWSLETTER

Périodique • Tijdschrift • Zeitung n° 15 • 2011

Onder de Hoge Bescherming van Hare Koninklijke Hoogheid Prinses Mathilde

Sous le Haut Patronage de Son Altesse Royale la Princesse Mathilde

Unter der Hohen Schirmherrschaft Ihrer Königlichen Hoheit Prinzessin Mathilde

WE NEED YOUR HELP!





**EUROPA DONNA
BELGIUM
Together Against
Breast Cancer vzw-asbl**

President

Vanessa Cipollini

Vice Presidents

Nadine Cluydts

Fabienne Liebens

Secretary

Karine Serck

Treasurer

Anne Vandenbroucke

National Delegate

Ingrid Carly

National Representative

Rita De Coninck

Members of the Board

Mariane De Vriendt

Chantal Goossens

Marie-Claire Hames

Véronica Mendez

Bénédicte Servais

Anne Vandenbroucke

Honorary Member

Sibylle Fleitmann

10, rue du Méridien
Middaglijnstraat 10
1210 Bruxelles-Brussel

E-mail:

info@europadonna.be

Internet:

www.europadonna.be

De strijd tegen borstkanker op basis van de 10 doelstellingen van Europa Donna:

- Het bevorderen van de verspreiding en uitwisseling van concrete en actuele informatie over borstkanker in heel Europa.
- Breast awareness (aandacht van vrouwen voor hun borsten) promoten.
- Nadruk leggen op de noodzaak van een kwaliteitsvolle borstkankerscreening en vroegtijdige opsporing.
- Pleiten voor de toepassing van een optimale behandeling van vrouwen en mannen met borstkanker.
- Aandringen op kwaliteitsvolle medische, psychische en sociale begeleiding tijdens en na de behandeling.
- Pleiten voor een degelijke opleiding van gezondheidswerkers.
- Goede praktijkvoering erkennen en ijveren voor de verdere ontwikkeling van richtlijnen daarvoor.
- Regelmatige kwaliteitscontroles eisen van medische en technische uitrusting.
- Ertoe bijdragen dat alle vrouwen: de therapiekeuzes begrijpen die hen worden voorgesteld, weten wat een deelname aan klinische studies inhoudt, ervan op de hoogte zijn dat zij recht hebben op een tweede opinie.
- Het wetenschappelijk onderzoek in zake borstkanker stimuleren.

La lutte contre le cancer du sein sur base des 10 objectifs d'Europa Donna:

- Promouvoir la diffusion et l'échange d'informations correctes et mises à jour sur les cancers du sein.
- Encourager les femmes à surveiller régulièrement leurs seins.
- Insister sur la nécessité d'un dépistage organisé de qualité et d'un diagnostic précoce.
- Exiger les meilleurs traitements.
- Assurer un accompagnement psychosocial de qualité pendant et après le traitement.
- Exiger une formation appropriée de tous les professionnels de la santé.
- Informer sur les différentes possibilités de traitement, y compris la participation aux essais cliniques.
- Informer les femmes sur leur droit à demander un deuxième avis ainsi que sur les différentes possibilités de traitement, y compris la participation aux essais cliniques.
- Rechercher et promouvoir les meilleurs résultats en matière de pratique médicale.
- Obtenir des investissements suffisants pour la recherche scientifique sur les cancers du sein.

Die zehn Ziele:

- dafür zu sorgen, dass alle aktuellen Informationen über Brustkrebs in ganz Europa verbreitet und ausgetauscht werden können.
- dafür zu sorgen, dass das Bewusstsein für Brustkrebs in der Öffentlichkeit geschärft wird.
- dafür zu sorgen, dass die Wichtigkeit geeigneter Untersuchungsmethoden und einer frühen Erkennung von Brusttumoren erkannt wird.
- dafür zu sorgen, dass Früherkennungsmaßnahmen und optimale Behandlungen überall durchgeführt werden.
- dafür zu sorgen, dass jeder Patientin die bestmögliche Unterstützung während und nach einer Behandlung zukommt.
- dafür zu sorgen, dass das Gesundheitspersonal, das Brustkrebspatientinnen betreut, optimal ausgebildet wird.
- dafür zu sorgen, dass die besten Behandlungsmöglichkeiten bekannt und auch eingesetzt werden.
- dafür zu sorgen, dass die medizinischen Geräte einer regelmäßigen technischen Überprüfung unterliegen.
- dafür zu sorgen, dass alle Frauen über alle Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten informiert werden und das Recht bekommen, eine „zweite Meinung“ einzuholen.
- dafür zu sorgen, dass mehr Mittel für die Krebsforschung bereitgestellt werden. MotM



Le mot de la Présidente

Chères Amies,

C'est une joie pour l'équipe d'Europa Donna Belgium de vous retrouver pour notre newsletter Printemps 2011 !

Une fois encore, nous essayerons de vous informer concernant des aspects importants dans le domaine des soins du cancer du sein. Ainsi vous découvrirez la mise à jour des toutes dernières techniques de la radiothérapie et la place qu'il convient d'accorder à chacune d'elles.

Nous reviendrons aux métiers de la clinique du sein en vous parlant de l'anatomo-pathologiste. En effet son rôle, parfois mal considéré, est très important et influence de manière décisive le diagnostic. L'analyse des tissus est en effet de plus en plus poussée et détaillée permettant ainsi des soins toujours mieux ciblés.

Nous avons aussi le privilège de vous livrer le témoignage poignant et plein d'énergie et d'espoir de Madame Nathalie Slosse qui a eu le cancer du sein alors qu'elle était jeune maman. Elle a fait de son expérience le terreau d'une série d'outils à destination des familles et des enfants touchés par un cancer.

Nous reviendrons enfin sur les congrès auxquels Europa Donna Belgium a participé activement en 2010.

Bonne Lecture ! ■

Vanessa CIPOLLINI
Présidente
Europa Donna Belgium

Sommaire

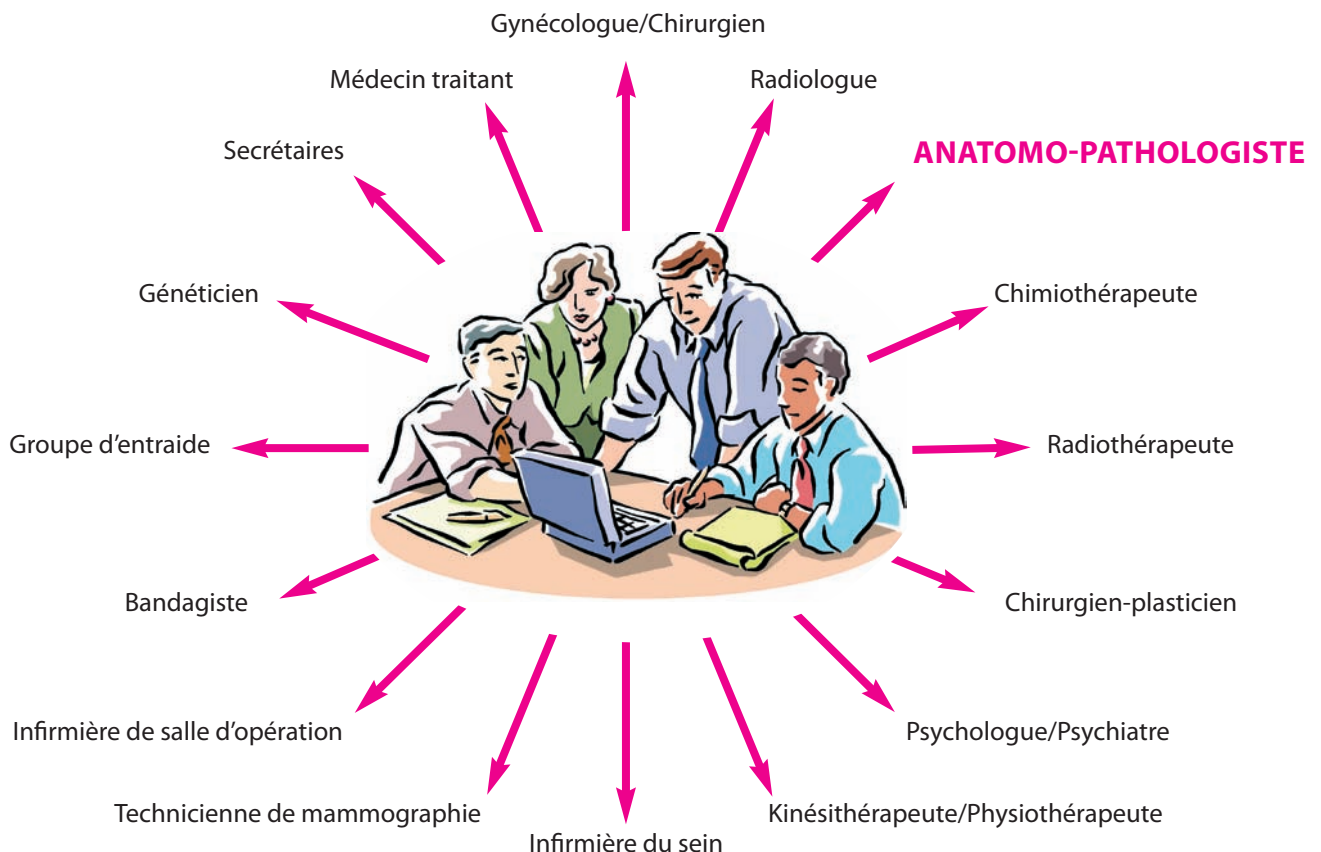
L'anatomo-pathologiste par Kaat Vanden Houte	4-5	Action Sein 2010 par Jacqueline Claeys et Christine Naples	10-11
Controverses: L'irradiation partielle du sein et radiothérapie intra-opératoire par Dr Lorraine Donnay et Dr Vincent Remouchamps	6-7-8	Etre honnête vis-à-vis des enfants, également envers les plus jeunes par Nathalie Slosse	12-13
Belgium Breast Meeting par Vanessa Cipollini	9	Events: Concert par Jacqueline Claeys	14
		Lexique	14

NL: pagina's 15 > 26 • D: Seiten 27 > 38



EUROPA DONNA BELGIUM

Contribution lors du diagnostic et de la thérapie



Pour beaucoup d'entre nous, l'anatomo-pathologiste est une figure de l'ombre. Les médecins-légistes sont bien connus grâce aux séries policières (telles que NCIS, Les Experts, DR G.) mais le rôle du pathologiste en clinique (exemple: la clinique du sein) est généralement moins bien connu.

Le pathologiste est un médecin spécialisé en analyses des tissus humains (macroscopie et microscopie). Il pose un diagnostic de lésion du sein en examinant un prélèvement de tissu mammaire au microscope. Généralement il s'agit de fragments biopsiques prélevés par un radiologue ou un sénologue au moyen d'une aiguille.

Bien qu'il s'agisse ici de morceaux assez petits, ils peuvent être source de beaucoup d'informations. Est-ce une lésion bénigne ou est-ce une lésion maligne ? S'il s'agit de cancer du sein, de quel type s'agit-il ? Est-ce une tumeur à croissance rapide ou grossit-elle plutôt lentement ? A quel médicament la tumeur est-elle sensible ?

Le pathologiste dispose d'une série de techniques lui permettant de répondre à ces questions. Grâce à une coloration spéciale,

les cellules sensibles à un traitement déterminé peuvent être rendues visibles.

Ces informations sont confrontées avec les résultats cliniques et radiologiques lors d'une première concertation multidisciplinaire. Le pathologiste, le radiologue et le sénologue décident alors du traitement le plus adéquat pour le patient.

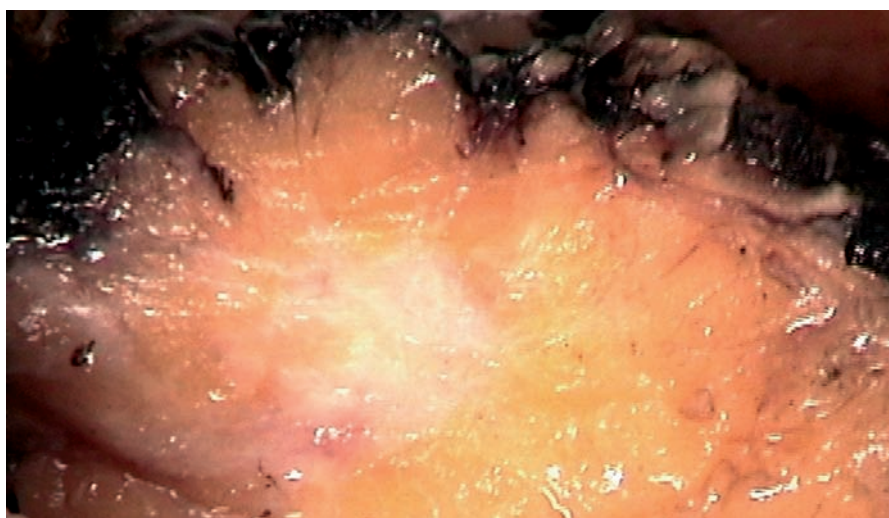
Souvent, un traitement chirurgical est proposé et pendant l'opération, le pathologiste joue également un rôle important. Il examine la pièce opératoire pendant que la patiente est encore sous narcose, et vérifie si la tumeur se situe suffisamment loin des tranches de résection. Comme la patiente est encore sous narcose, le chirurgien peut encore poursuivre l'intervention et étendre la chirurgie en enlevant des tissus



supplémentaires si nécessaire.

Pour de petites tumeurs, l'exérèse d'un ganglion lymphatique ("le ganglion sentinelle") de l'aisselle est suffisante si l'on n'a pas constaté de dissémination de la tumeur à son niveau. Ceci rend l'opération moins lourde pour la patiente. C'est le pathologiste qui contrôle pendant l'opération si le ganglion est exempt de tumeur. Si des cellules cancéreuses sont détectées dans ce ganglion lymphatique, le chirurgien pratique l'exérèse de tous les ganglions lymphatiques du creux axillaire.

Après l'opération, les tissus sont analysés de manière plus détaillée. Le rapport définitif du pathologiste mentionne entre autres les données suivantes: la nature de la tumeur, la grandeur, la distance des tranches de résection, le nombre de ganglions lymphatiques envahis par la tumeur.



Fragment de parenchyme mammaire réséqué pour cancer. La zone blanchâtre centrale correspond à la tumeur, la zone jaunâtre autour à de la graisse. Les marges de résection ont été colorées en noir à l'encre de chine et sont suffisamment loin de la tumeur. La résection de la tumeur est complète.

Si la patiente a reçu un traitement préopératoire (chimiothérapie, hormonothérapie), le pathologiste évalue comment le cancer a réagi à ce traitement. Parfois le traitement a été à ce point efficace que la tumeur a totalement disparu.

Toutes ces nouvelles données sont discutées lors d'une nouvelle concertation multidisciplinaire. Se définit alors le traitement ultérieur.

Il fut un temps où le pathologiste était un médecin confiné à son laboratoire (souvent dans la cave) d'où il envoyait son rapport diagnostique. Maintenant, il participe aux réunions de concertation multidisciplinaire et joue aussi un rôle important dans le choix et l'évaluation du traitement. ■

Docteur Kaat VANDEN HOUTE
Anatomo-pathologiste

L'irradiation partielle du sein et radiothérapie intra-opératoire

La Belgique n'échappe pas à la controverse qui fait rage au sujet de l'irradiation partielle du sein (Partial Breast Irradiation ou PBI) et en particulier de la radiothérapie intra-opératoire ou per-opératoire. Les diffusions récentes dans la presse n'ont communiqué qu'une partie des informations transmises par les annonceurs et ont insisté sur l'aspect sensationnel. Cet article ne se veut pas exhaustif mais tente de résumer les connaissances actualisées et l'état des controverses.

Place de la radiothérapie dans le traitement du cancer du sein

La radiothérapie occupe une place importante dans le traitement du cancer du sein. Classiquement délivrée en post-opératoire sur l'entière du sein, en 3 à 5 semaines, 1 séance (15 min) par jour, 5 jours par semaine, elle présente des bénéfices majeurs, démontrés par de multiples études. Elle réduit le risque de rechute locale par 3 (soit 66% de réduction relative), réduit de façon statistiquement significative le risque de métastases et augmente les chances de survie. Le principe est de bloquer et d'éliminer les éventuelles futures métastases à leur source en éliminant une cellule cancéreuse possiblement laissée en place lors de l'intervention... Plus de 20 années de suivi et d'études ont pu démontrer ces chiffres. L'irradiation du sein entier après chirurgie conservatrice est donc un standard de soins efficace et reconnu.

Plusieurs études ont également démontré l'intérêt de compléter cette radiothérapie du sein par un «boost» ou complément d'irradiation (en 4 à 8 séances complémentaires) sur le lit de

la tumeur, ce qui réduit encore le risque de rechute.

Grâce à ces traitements, le risque de rechute locale de la maladie est très faible, estimé à moins de 0.7 % par an. Même si elles deviennent très rares, ces récurrences locales justifient la poursuite à long terme d'une surveillance en sénologie, ce qui est aussi important pour le dépistage de l'autre sein. Grâce aux techniques modernes et aux développements informatiques, les effets secondaires de cette radiothérapie sont de plus en plus limités (protection du cœur et des poumons, meilleure homogénéité de la dose permettant de réduire les rougeurs et les érosions transitoires, etc,...)

Pour des patientes très âgées, en particulier quand l'espérance de vie est limitée, si la maladie est peu avancée et présente des récepteurs hormonaux permettant une hormonothérapie, il peut être discuté d'omettre cette radiothérapie.

Irradiation partielle du sein

Dans les années 1980, une méthode d'irradiation partielle du sein a été utilisée sans succès, avec des taux de rechute trop



Dr Lorraine Donnay.



Dr Vincent Remouchamps.

élevés et des toxicités inacceptables, mais la sélection des patientes et les techniques employées étaient inadéquates. Il y a une dizaine d'années, avec une sélection rigoureuse et des techniques modernes, les Américains et les Italiens ont relancé petit à petit ces méthodes pour des raisons logistiques: trop de femmes ne pouvaient avoir accès à un service de radiothérapie et se voyaient contraintes soit à ne pas recevoir une irradiation nécessaire, soit à opter pour une mastectomie qu'elles auraient pu éviter.

Plusieurs méthodes d'«irradiation partielle du sein» ont été étudiées. Elles réduisent le volume irradié à un quadrant du sein ou au lit tumoral et permettent ainsi de réaliser l'irradiation plus rapidement. Le traitement est, par exemple, délivré en 2 séances par jour pendant 5 jours ou en une séance unique lors de l'opération. L'intérêt de cette irradiation raccourcie est donc de remplacer les 3 à 7 semaines de radiothérapie et donc d'améliorer la qualité de vie (moins de visites à l'hôpital imposées à la patiente). Outre cet avantage logistique, un avantage théorique serait de ne pas retarder une radiothérapie qui peut être actuellement différée après une chimiothérapie. Cependant, le suivi moyen des études disponibles pour comparer la radiothérapie du sein entier et l'irradiation partielle du sein est actuellement insuffisant. Il faudra attendre 5 à 10 ans pour obtenir des résultats matures. La majorité de ces études concernaient des patientes traitées par curiethérapie ou brachythérapie (aiguilles ou tubes plastiques insérés dans le sein). Les Américains ont beaucoup étudié un système de ballon gonflé dans la cavité d'exérèse appelé «Mammosite», au sein duquel une source radio-active est positionnée. Une radiothérapie par un tir croisé de champs ciblés, par voie externe, est aussi possible, mais des toxicités plus importantes ont été rapportées. Une autre approche est la radiothérapie intra-opératoire qui présente le double avantage d'un ciblage en direct et d'un traitement unique en cours d'opération.

Radiothérapie per-opératoire du lit tumoral

Les Japonais ont rapporté les premières publications au sujet de la radiothérapie intra-opératoire dans les années 1960, suivis, 10 ans plus tard, par les Américains et les Européens. Il ne s'agit donc pas d'une nouvelle technique, mais les approches

historiques étaient très lourdes car le patient anesthésié, plaie opératoire ouverte, était recouvert de champs stériles et conduit avec respirateur, anesthésiste, etc dans le service de radiothérapie pour recevoir l'irradiation au moyen d'un accélérateur «classique» équipé d'applicateurs dédiés. La nomenclature belge prévoit encore un code de remboursement pour cette procédure quasi abandonnée.

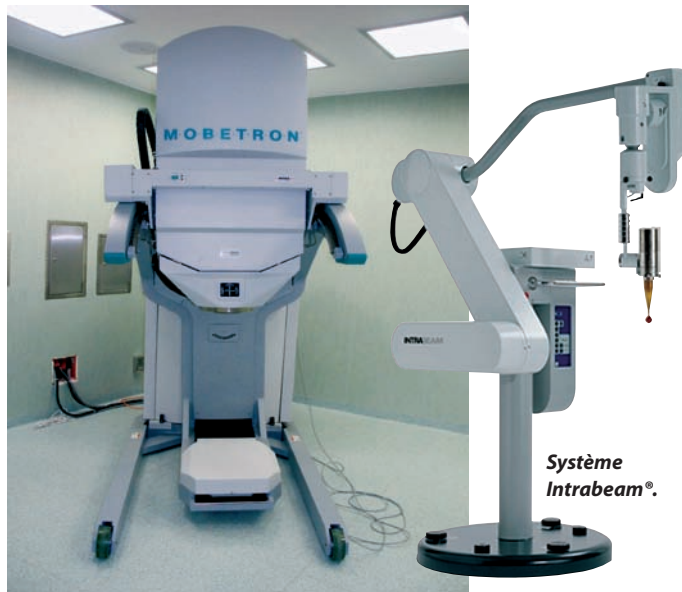
Les premières applications concernaient des situations combinant un haut risque de rechute locale et une maladie relativement résistante aux rayons. Les indications les plus étudiées ont été les tumeurs digestives (par exemple cancer du pancréas, de l'estomac, de l'œsophage, rechutes locales de cancer du rectum,...). Hormis dans le cadre d'études en cours, dans ces situations, cette approche a été abandonnée en pratique courante devant sa lourdeur et l'absence de preuve formelle de bénéfice.



Par contre, dans le cadre des sarcomes, notamment abdominaux, du rétropéritoine, des membres, de nombreuses publications ont montré soit des complications moindres, soit un bénéfice en contrôle local notamment dans les situations particulières de rechute ou de résection incomplète. Dans ces situations, une alternative élégante consiste à implanter en per-opératoire des tubes plastiques creux destinés à recevoir une source de radiothérapie «interne», appelée curiethérapie ou «brachythérapie».

Suite à des développements technologiques récents, des accélérateurs mobiles ont pu être conçus pour être installés en salle d'opération et dédiés à l'irradiation du lit tumoral juste après l'exérèse d'une tumeur du sein.

Deux techniques ont été développées, chacune utilise un rayonnement superficiel de différente nature : soit un champ d'électrons de haute énergie après décollement du sein, aplatissement des berges et protection du poumon (étude ELIOT, par exemple système Mobetron® ou le système Novak®) ou applicateur sphérique de rayons X de basse énergie (étude TARGIT, par exemple système Intrabeam®). Les résultats préliminaires de ces 2 études sont très encourageants tant sur le plan de la tolérance que de l'efficacité mais le suivi est encore insuffisant pour en faire un standard de soins.



Système Mobetron®.

Il est important de distinguer deux applications différentes de la radiothérapie per-opératoire du cancer du sein :

Soit en **complément** de la radiothérapie classique du sein dans son entièreté (= «Boost»)

Soit en **remplacement** de la radiothérapie classique du sein dans son entièreté

En **complément** de la radiothérapie classique du sein dans son entièreté, la radiothérapie intra-opératoire peut remplacer les 4 à 8 séances de «boost» ou complément d'irradiation sur le lit de la tumeur. Cette évolution est logique, déjà démontrée, très peu différente du traitement «classique» dans le principe. En effet, le sein entier reste ciblé comme classiquement, c'est seulement le «boost» qui est réalisé en per-opératoire. Il est simple de comprendre que le positionnement et le dosage de ce «boost» délivré «sur site» immédiatement après l'ablation

de la zone tumorale seront adéquats et performants. Cela explique probablement des résultats extrêmement favorables des premières études, qui rapportent environ deux fois moins de rechutes puisque seulement 1,7 % de 300 patientes ont subi une rechute locale après 5 ans de suivi médian (étude Targit B publiée en 2009). La tolérance à la procédure semble tout à fait acceptable: un peu plus de patientes présentent une collection de sérum, mais la peau est mieux protégée. Pour ces raisons, cette technique est en pleine expansion dans les pays limitrophes et fait l'objet de l'intérêt de nombreux services en Belgique ainsi que d'avis d'experts favorables. Ce qui freine les décisions d'investissement dans notre pays est l'application de l'ancien code de remboursement de «radiothérapie intra-opératoire» pour l'amortissement des coûts liés à cette nouvelle technologie. Il faut espérer que malgré le contexte politique actuel, l'INAMI développera les moyens de répondre favorablement à cette demande du corps médical et de la population.

En **remplacement** de la radiothérapie classique du sein dans son entièreté (irradiation partielle du sein). Cette approche est tout à fait nouvelle, même révolutionnaire, et est en cours de validation par le biais de plusieurs études dont les résultats à suffisamment long terme ne seront connus que vers 2015-2020.

En fonction des études, cette méthode ne s'applique que dans des situations très précises, donc à un nombre limité de patientes:

- Dans le cadre d'études (c'est encore expérimental)
- Pour des lésions suffisamment petites, maximum 2 cm
- Au delà d'un certain âge (40 ou 60 ans selon les études)
- En présence de marges d'exérèse saines
- En présence de récepteurs hormonaux
- En l'absence d'atteinte ganglionnaire (sauf dans certaines études)
- En l'absence de carcinome lobulaire (plus souvent multifocal)
- En l'absence d'intracanaulaire ou in situ exclusif ou prédominant ou étendu
- En l'absence de chimiothérapie néo-adjuvante (préopératoire)
- En l'absence de mutation BRCA 1/2, CHEK 2

La radiothérapie intra-opératoire est une technique très attractive en **complément** de la radiothérapie classique du sein dans son entièreté, c'est-à-dire pour la réalisation du «boost». Les résultats préliminaires des études sont très encourageants tant sur le plan de la tolérance que de l'efficacité.

L'irradiation partielle du sein, à la place de l'irradiation du sein dans son entièreté, reste expérimentale et doit donc être réalisée dans le cadre d'études dont les conditions sont très strictes. L'irradiation du sein entier reste le «Gold Standard». Modifier ce standard sans un recul suffisant serait imprudent. ■

Dr Lorraine DONNAY et Dr Vincent REMOUCHAMPS
Clinique du Sein et Service
de Radiothérapie-Oncologique
Clinique et Maternité Ste Elisabeth Namur

Congrès

Belgium Breast Meeting

Les 15 et 16 octobre 2010 a eu lieu la nouvelle édition du Belgian Breast Meeting. Ce congrès à caractère médical rassemble les sociétés médicales qui soignent le cancer du sein: les chirurgiens, radiologues, radio thérapeutes, oncologues, anatomo-pathologiste, sénologues, gynécologues et obstétriciens. Nous sommes très fières de faire partie du comité organisateur et de représenter les patientes à l'agenda de ce congrès.



Birgit Carly Head of BBM organizing Committee and President of BSBS - Belgian Breast Surgeon of the Royal Belgian society of Surgery, Vanessa Cipollini, President EDB Belgium.

Cette année, le thème était axé sur le parcours de soins. En effet il n'est à présent plus acceptable qu'une patiente atteinte du cancer du sein soit soignée de manière isolée sans être suivie par une équipe de professionnels telle qu'elle existe aujourd'hui dans les cliniques du sein.

Durant ces sessions, les orateurs ont abordé des sujets aussi importants et complexes que la standardisation des rapports lors du diagnostic, la prévention primaire et la connaissance des femmes par rapport aux risques, les essais cliniques disponibles en Belgique.

Il était aussi question de cancer du sein dans des cas minoritaires tels que le cancer du sein chez l'homme, la femme très jeune, la femme enceinte.

Nous avons eu le plaisir d'accueillir Monsieur Dirk Cuypers,

Président du Service Public Fédéral santé qui nous a fait part du dernier rapport sur les soins du cancer du sein dans les établissements médicaux sur le territoire Belge.

Monsieur Brotchi, Président du Groupe Inter-parlementaire «cancer du sein» nous a également fait l'honneur de venir nous reparler de son engagement avec son groupe pour améliorer la prise en charge des patientes.

Durant la deuxième journée Europa Donna a également présenté un exposé sur les parcours de soins et les avantages des équipes pluri-disciplinaires.

Cette année encore ce fut une session très intéressante et intense. Nous sommes impatientes de commencer la préparation du prochain Belgian Breast Meeting qui aura lieu en 2012. ■

Vanessa CIPOLLINI



Une journée fort intéressante !



EDB toujours présent !

Le vendredi 22 octobre 2010 a eu lieu la journée bisannuelle «Action Sein». Une journée d'information avec pour thème: «Avant, pendant et après un cancer du sein». Elle était organisée par la «Fondation contre le Cancer» avec la participation de «Europa Donna Belgium», «Vivre comme Avant», «Cancer et Psychologie», et en collaboration le Fonds Jean-Claude Heuson ainsi que le soutien de la Sté Novartis Oncology, Le Vif-L'Express et Plus Magazine.

Au programme, différents sujets traités en profondeur par les orateurs invités à cette journée.

La prévention avant, pendant et après un cancer du sein: l'impact de l'alcool et de l'activité physique sur le cancer du sein". Le Docteur J. Lecomte (CHU Charleroi) l'a bien expliqué: "l'alcool non, l'eau ferrugineuse oui !" (sic Bourvil). Il a également souligné l'importance d'exercer une activité physique (3 à 4 h par semaine). Même les travaux ménagers comptent mesdames !

Le Prof. F. Liebens (CHU Saint-Pierre et EDB) a donné de multiples informations sur le sujet délicat "Cancer du sein et grossesse": oui, avoir un enfant quand on a un cancer du sein est possible ; de l'espoir et un rêve devenu réalité

pour beaucoup de femmes.

"Cancer du sein métastatique: les indications de la chirurgie", un sujet très intéressant. Le Docteur P. Cusumano (Clinique Saint-Joseph de Liège) a exposé les possibilités et les techniques du traitement du cancer et des métastases possibles sous certaines conditions. La discussion de chaque cas se fait en tour multidisciplinaire pour s'assurer des meilleures conditions de soin. Ce genre de traitement vise à augmenter la qualité de vie de la patiente et à diminuer ses douleurs.

Le Docteur V. Remouchamps (Clinique Sainte-Elisabeth de Namur) a développé le sujet "Une nouvelle approche de traitement: la radiothérapie intra-opératoire ou per opératoire".



Tous les aspects des différentes techniques de radiothérapie ont été abordés. La radiothérapie classique est un complément au traitement. En remplacement de la radiothérapie classique, elle reste expérimentale et doit donc être réalisée dans le cadre d'études.

L'après-midi fut consacrée à la nécessité d'évoquer le cancer du sein avec les enfants et avec l'entourage. Deux mamans, Marie-Jeanne et Nathalie, ont témoigné avec beaucoup d'émotions, de réalisme et parfois d'humour, de leur vécu avec leurs enfants. L'approche est différente vis-à-vis de chaque enfant, l'adolescent ou le très jeune enfant (moins de 2 ans). Madame Sophie Buyse (Cancer et Psychologie), a longuement développé ce sujet délicat.

Madame R. Bosustow (infirmière référente en oncologie, CHU Huy) et Madame A. Debroux (psychologue, CHR Huy) ont

terminé la séance par un exemple de 'dialogue classique de questions, réflexions' qu'elles ont commenté et expliqué.

Comme à l'habitude, le public, nombreux et très intéressé, a eu l'occasion de poser de multiples questions. Les orateurs ont pris le temps de répondre à chacune d'entre elles.

Europa Donna Belgium était bien sûr présente et représentée par Fabienne Liebens (vice-présidente d'EDB) une des modératrices de cette journée, et par le stand tenu par nos volontaires d'EDB (petit clin d'œil à de futures candidates ?). Le stand a été visité par de nombreuses personnes.

Encore une journée fort intéressante ! Nous sommes certaines que 'Action Sein' de 2012 le sera tout autant. ■

Jacqueline CLAEYS et Christine NAPLES



Vincent Remouchamps, Didier Vander Steichel et Vanessa Cipolini.

Etre honnête vis-à-vis des enfants, également envers les plus jeunes...

L'honnêteté est toujours placée fort haut dans les enquêtes concernant les valeurs qui nous sont importantes; la plupart du temps même en tant que numéro un. Mais lorsqu'il s'agit de raconter honnêtement à nos enfants que quelque chose de très grave a lieu, nous voulons surtout leur épargner ce chagrin. C'est un dilemme avec lequel j'ai moi-même lutté lorsque j'ai été traitée pour un cancer du sein. C'est la raison pour laquelle je tiens aujourd'hui à transmettre un outil aux autres personnes se trouvant dans la même situation.



Le "Monstre Cancer" en blocs Lego.

Parfois on me demande «est-ce que le cancer du sein a changé ta manière de vivre ?» A vrai dire je veux plutôt affirmer que ce n'est pas le cas, que je vivais déjà de manière consciente avant le diagnostic et que je suivais mon cœur pour les décisions importantes. Mais pour être tout à fait correcte je dois avouer que, sans l'épisode pénible de 2007, je n'entreprendrais pas ce que je fais actuellement. J'ai découvert que je pouvais aider les gens à trouver le bonheur dans des moments difficiles à cause de la confrontation avec le cancer du sein en tant que maman d'un garçon de deux ans. C'est la raison pour laquelle j'ai constitué l'asbl Talismanneke en 2010 et en dehors de ma maternité l'asbl est mon occupation la plus importante.

Mais commençons par le commencement...

Le 6 avril 2007 j'appris que la tumeur dans mon sein gauche était cancéreuse. C'était un jeudi au ciel ensoleillé ! Comme beaucoup de mamans, ma première réaction était surtout dirigée vers mon fils. Je ne voulais pas être une maman malade ! Je pensais surtout «Est-ce que cela ne pouvait pas m'arriver avant sa naissance, de sorte à lui épargner cette souffrance...» J'ai cherché le soutien des sœurs d'infortune sur internet et j'ai discuté de mes soucis avec les médecins et les psychologues. La première et la plus importante des conclusions était d'être honnête et de ne pas avoir peur de montrer ses sentiments.

Bien que mon fils parlait à peine, je lui ai raconté ce qui se passait. A ce moment il réagissait à peine, mais il écoutait toujours avec beaucoup d'attention lorsque qu'on parlait de ma situation. A certains moments il avait montré très clairement qu'il savait ce qui se déroulait. Il avait un livre où un hôpital était représenté. Il montrait du doigt l'hôpital, mettait sa main sur sa poitrine et disait "aïe" tandis qu'il me regardait. Il ne pouvait être plus clair !

Je partis à la recherche d'idées afin de pouvoir apprivoiser la maladie à son niveau, de livres donnant des renseignements sur la situation à la portée des tout-petits et des jeunes enfants. Je trouvais extrêmement peu de livres pour les enfants de son âge. Il est souvent recommandé de faire dessiner les enfants afin de leur apprendre à gérer des émotions fortes. Un conseil qui est frustrant quand un enfant ne peut crayonner que quelques lignes sur le papier. J'ai donc décidé de faire travailler mon esprit créatif et surtout d'observer mon fils, car il semblait aussi trouver des moyens pour gérer les changements. Maman était un bonhomme jouet dont il pouvait enlever les cheveux, car elle pouvait aussi se promener avec ou sans cheveux. Avec une seringue et un sparadrap, il se transformait en 1-2-3 en un docteur attentionné pour sa peluche qui devait beaucoup se reposer.





Pour que la durée du traitement lui soit plus accessible, nous avons imaginé le «monstre cancer». Une construction de blocs lego composée d'autant de blocs que de jours de chimiothérapie. Chaque soir un bloc pouvait être ôté et démenageait vers la "boite OKIDOKI". Nous commençons donc un véritable combat contre le monstre cancer et le détruisions pierre par pierre. En plus nous avons prévu différentes couleurs par cure, afin que le rythme cyclique du traitement devienne clair pour lui. Chaque fois qu'on commençait avec une nouvelle couleur, maman était à nouveau très malade et au fur et à mesure que les blocs de cette couleur disparaissaient, elle retrouvait ses forces.

Comme il aimait bien bricoler, nous l'aidions de temps en temps à fabriquer un petit cadeau pour maman. Des choses fort simples, comme décorer un cadre photo avec des autocollants ou fabriquer une médaille en argile pour une malade courageuse. Ce sont maintenant de beaux souvenirs.

Grace aux réactions positives de nos amis et de nos connaissances, l'idée commençait à germer de rendre ces «trucs» disponibles pour d'autres parents. Mais je n'en avais pas l'énergie durant le traitement.

Ce n'est qu'un an plus tard, lorsque je devais retourner pour la première fois faire ma densitométrie, que j'essayais de chasser mes peurs en travaillant avec ardeur à un livre pour enfant. C'est comme cela qu'est né "Grand Arbre est malade". Une histoire de Frimousse et de son ami Grand Arbre. Le docteur des arbres découvre des petits vers sous l'écorce de Grand Arbre et l'univers de Frimousse est complètement bouleversé. A côté de l'histoire le livre donne des trucs pour permettre aux jeunes enfants de donner à la maladie une place dans leur vie au quotidien, et pas seulement pour le cancer (du sein). Une notice explicative très détaillée est également disponible en PDF sur l'internet. Elle permet de se mettre au travail à la maison ou en classe.

Pour les outils, j'ai essayé de tenir compte des éléments suivants:

- les sentiments de l'enfant,
- la durée du traitement et les effets secondaires,
- le rapport oncologique: rendre malade pour guérir,
- le patient/malade n'est pas nécessairement la maman de l'enfant,
- l'engagement actif de l'enfant.

Par l'intermédiaire de Talismanneke j'entretiens l'histoire de Frimousse et de son ami Grand Arbre. Je donne des conférences et des workshops pour les enfants et les adultes. Nous travaillons à un coffre spécialement prévu pour l'enseignement pre-élémentaire. Depuis janvier 2011 les premiers sacs de jeu Frimousse sont répandus. Il contient entre autres la poupée Frimousse, un livre de jeux et un cd à écouter avec comme objectif que les hôpitaux et les groupes d'entraide le prêtent aux patients ayant de jeunes enfants. J'ai encore une pile de projets divers en coopération avec d'autres organisations, même concernant des sujets qui ne sont pas évidents, tels que le suicide d'un parent. En tout cas, j'ai les mains pleines !

Mon message principal est d'informer le plus rapidement et honnêtement possible les enfants de ce qui se déroule. Je sais très bien que vous préféreriez ne pas le raconter et que vous avez peur de faire du chagrin à votre enfant, mais en partageant ensemble des choses tristes, les moments heureux n'en sont que plus précieux.



Nathalie Slosse.



Le sac de jeu Frimousse.

Apprendre à bien manier les contrecoups et les déboires est une attitude importante pour trouver le bonheur. Cette leçon de vie ne sait pas être transmise trop tôt à nos enfants! ■

Nathalie SLOSSE
Présidente VOG Talismanneke

L'asbl Talismanneke

L'objectif de l'association est de contribuer au renforcement des aptitudes au bonheur, en bonne et mauvaise fortune, au moindre coût écologique et social, en faisant appel à la force de l'imagination individuelle, intergénérationnelle et interculturelle. L'association essaie de réaliser son objectif par voie de projets, formations, prévention, animation, sensibilisation, publications, développement de produits, et toute autre initiative qui tend à contribuer à la réalisation de cet objectif.



Events

Une bien belle soirée...

Dans notre précédente édition, nous vous invitons à assister au concert organisé à l'initiative de l'asbl Cerf-Volant * en collaboration avec l'asbl Carlo Van Neste.

Photo © Luc Van Nierom



Noé Inui, violon, Sébastien Lienart, piano, et Alexandre Debrus, violoncelle, ont ravi le public à l'écoute des œuvres de Schubert, Mendelssohn et Piazzola. C'est sous une salve d'applaudissements et de bis et ter que s'est terminé le concert avec en prime «la standing ovation» pour ce remarquable trio.

Merci à l'asbl Cerf-Volant et ses membres fondateurs, Mme Pascale Heller Vice Présidente, M. Guy Ykman Président et M. Paul Groutars Secrétaire Général qui nous ont fait partager ce moment empreint à la fois d'émotion et de joie.

En espérant encore d'autres initiatives en 2011 ! ■

Jacqueline CLAEYS

Celui-ci prévu le 4 décembre dernier a remporté un franc succès et ce n'est pas la tempête de neige, non prévue au programme, qui a empêché les amateurs de musique et heureux donateurs de venir en nombre au Conservatoire Royal de Musique.

* Cerf-Volant et ses membres fondateurs contribuent au mieux-être des patients, principalement atteint du cancer, en organisant des événements culturels tels des concerts, des conférences...

Lexique*

Anatomo-pathologie:

l'anatomo-pathologie est une spécialité médicale qui est consacrée à l'étude, aussi bien à l'oeil nu qu'au microscope, des lésions macroscopiques et microscopiques des tissus pathologiques prélevés sur un patient.

Cytologie:

la cytologie consiste à analyser des cellules prélevées à l'aiguille fine.

Macro-biopsie:

la macro-biopsie est une méthode de prélèvement de tissu par une aiguille plus grosse que celle utilisée pour une cytologie (de 3 à 4 mm).

* Nous ouvrons cette nouvelle rubrique "lexique" avec les termes médicaux se rapportant à l'anatomo-pathologie, un lexique que vous retrouverez au fil de nos autres newsletters.

Micro-biopsie:

la micro-biopsie est une méthode de prélèvement de tissu réalisé grâce à un pistolet automatique et une aiguille permettant des prélèvements de la taille d'un spaghetti.

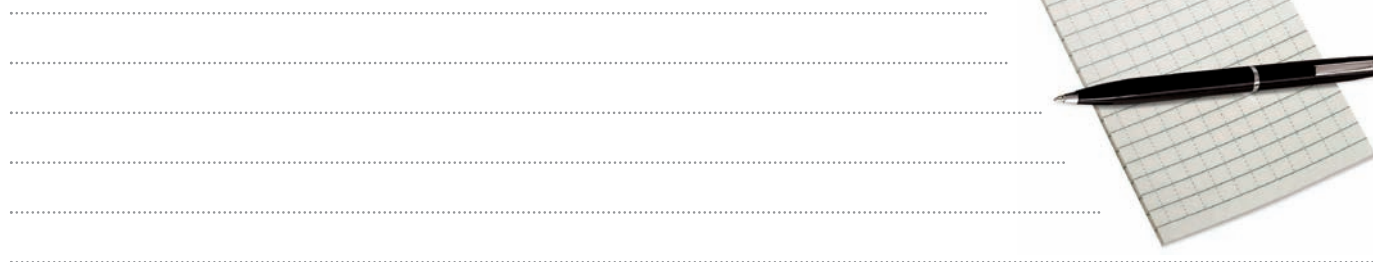
Écho-guidé:

le prélèvement est fait sous contrôle échographique.

Stéréo-taxique:

le prélèvement est fait sur base d'une mammographie pour une lésion impalpable qui n'est visible qu'à la mammographie.

Note Book





Woord van de voorzitter

Beste vrienden en vriendinnen,

Het team van Europa Donna Belgium ziet er telkens naar uit om weer met u in contact te komen. Onze Lente-editie 2011 ligt hier nu voor u klaar.

Gewoontegetrouw, doen wij ons uiterste best om u te informeren over belangrijke onderwerpen wat betreft de borstkankerszorg. Zo kan u in deze editie kennis maken met de recente technieken op het vlak van radiotherapie en met de specifieke plaats die zij innemen.

We komen ook terug op de multidisciplinaire zorg in de Borstklinieken, en zetten de anatoompatholoog in de kijker. Vanzelfsprekend is de rol van de anatoompatholoog zeer belangrijk, ook al wordt die niet altijd naar waarde geschat. Deze specialist heeft een beslissende invloed op de diagnose. De analyse van weefsels is vandaag een must, en gebeurt meer gedetailleerd dan vroeger, dit om toe te laten dat de behandeling zo gericht mogelijk kan gebeuren.

We hebben ook het voorrecht u de getuigenis te laten lezen van Mevrouw Nathalie Slosse. Haar verhaal is aangrijpend en bruist van energie en hoop. Zij werd als jonge mama geconfronteerd met borstkanker. Deze ervaring heeft haar aangezet om projecten op te zetten voor gezinnen en kinderen die met een ernstige ziekte, zoals borstkanker, in aanraking komen.

Tenslotte komen we ook terug op de conferenties waaraan Europa Donna Belgium in 2010 actief deelgenomen heeft.

We wensen u alvast veel leesgenot! ■

Vanessa CIPOLLINI
Voorzitster
Europa Donna Belgium

Inhoud

De patholoog-anatoom door Kaat Vanden Houte	16-17	Actie Borstkanker 2010 door Anita Van Herck	22-23
Controverse: Gedeeltelijke bestraling van de borst en radiotherapie tijdens de operatie door Dr Lorraine Donnay en Dr Vincent Remouchamps	18-19-20	Eerlijk zijn tegenover de kinderen, ook de allerjongste... door Nathalie Slosse	24-25
Belgium Breast Meeting door Vanessa Cipollini	21	Events: Concert door Jacqueline Claeys	26
		Lexicon	26

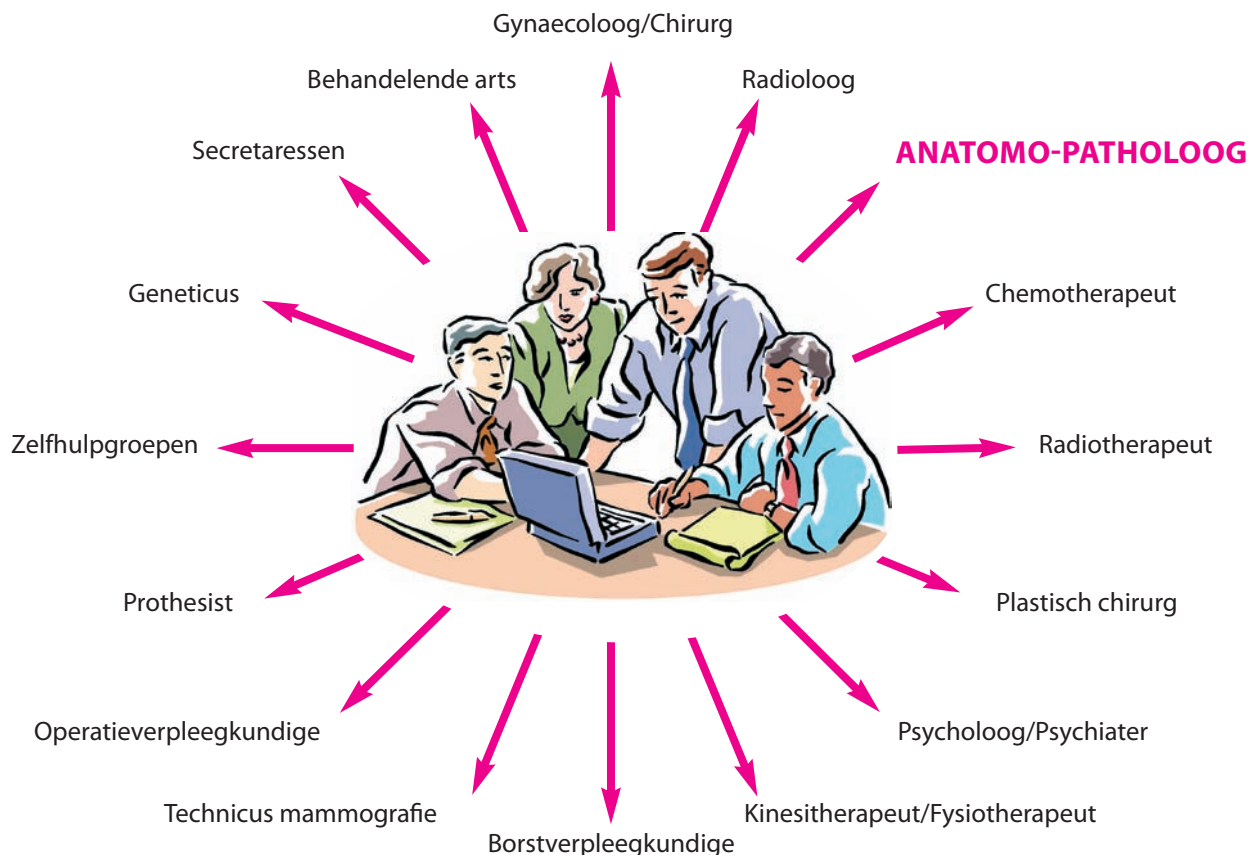
NL: pagina's 15 > 26 • D: Seiten 27 > 38



EUROPA DONNA BELGIUM

De patholoog-anatoom

Inbreng bij diagnose en therapie



De patholoog-anatoom is voor velen een figuur in de schaduw. De gerechts- pathologen zijn beter bekend door alle politieseries (vb NCIS, CSI, DR G.), maar welke rol de klinische patholoog speelt in de borstkliniek, is minder bekend.

De patholoog is een arts die opgeleid is voor het onderzoek van menselijk weefsel, zowel met het blote oog als met de microscoop.

Hij stelt de diagnose van een borstletsel door een stukje van het borstweefsel te bekijken onder de microscoop. Meestal gaat het om kleine stukjes die via een naald door de radioloog of senoloog worden afgenomen

Hoewel het hier gaat om kleine stukjes, geven ze heel veel informatie. Is het een goedaardig letsel, of is het kwaadaardig. Indien het gaat om borstkanker, welk type is het?

Is het een snelgroeiende tumor of groeit hij eerder traag Voor welke medicatie is de tumor gevoelig?

De patholoog beschikt over een aantal technieken die toelaten om deze vragen te beantwoorden. Door speciale kleuringen kunnen de cellen die gevoelig zijn voor een bepaalde behandeling zichtbaar worden gemaakt

Tijdens een eerste multidisciplinair overleg wordt deze informatie samengebracht met de klinische en radiologische bevindingen. De patholoog, radioloog en senoloog bespreken alle gegevens en beslissen wat de beste behandeling is voor de patiënt.

Ook tijdens de operatie speelt de patholoog een belangrijke rol. Hij bekijkt het operatiestuk terwijl de patiënt nog onder narcose is en onderzoekt of de tumor zich ver genoeg van de snijranden bevindt. Vermits de patiënte nog onder narcose is kan de chirurg indien nodig nog wat extra-weefsel wegnemen.

Bij kleinere tumoren, is het voldoende om 1 lymfeklier ("de schildwachtersklier") weg te nemen uit de oksel. Als de tumor niet uitgezaaid is naar deze klier, dan moeten de andere okselklieren niet worden verwijderd. Dit maakt de operatie minder

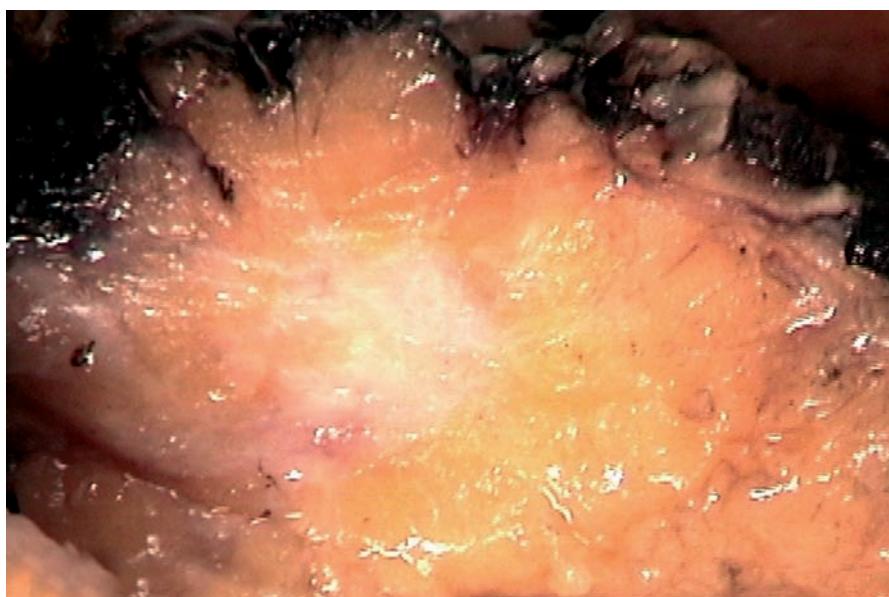




zwaar voor de patiënte. Het is de patholoog die tijdens de operatie controleert of de klier vrij is. Indien er toch kankercellen in de lymfeklier worden teruggevonden, zal de chirurg op dat moment beslissen om alle lymfeklieren uit de oksel te verwijderen.

Na de operatie wordt het weefsel uitgebreider onderzocht. In het definitieve verslag van de patholoog staan o.a. de volgende gegevens: de aard van de tumor, de grootte, de afstand tot de snijranden, het aantal aangetaste lymfeklieren.

Indien de patiënte voor de operatie reeds behandeld werd (chemotherapie, hormonotherapie), kan de patholoog zien hoe de kanker op de behandeling gereageerd heeft. Soms



Fragment borstweefsel weggenomen voor kanker. De witte zone centraal is de kanker het gele weefsel errond de normale borst. De snijranden zijn zwart gekleurd met chinese inkt en zijn voldoende ver van de kanker verwijderd. De tumor is volledig verwijderd.

is de behandeling zo effectief dat de tumor volledig verdwenen is

Al deze gegevens worden besproken in een nieuw multidisciplinair overleg. Hier wordt mede op basis van de bevindingen van de patholoog de verdere behandeling van de patiënt bepaald.

Vroeger was de patholoog de arts die nooit buitenkwam en die vanuit het labo(meestal in de kelder) de diagnose doorstuurde, nu is hij aanwezig

op het multidisciplinair overleg en speelt hij ook een belangrijke rol bij de keuze en de evaluatie van de behandeling. ■

Docteur Kaat VANDEN HOUTE
Anatomo-pathologist



Gedeeltelijke bestraling van de borst en radiotherapie tijdens de operatie

België ontsnapt niet aan de controverse in verband met de gedeeltelijke bestraling van de borst (Partial Breast Irradiation of PBI) en in het bijzonder over radiotherapie tijdens de operatie. Recente publicaties in de pers hebben slechts een deel gebracht van al de informatie en hadden vooral oog voor het sensationele aspect. Dit artikel heeft niet de pretentie volledig te zijn, maar het doet een poging om de actuele inzichten en de controverses samen te vatten.

Plaats van de radiotherapie in de behandeling van borstkanker

Radiotherapie vervult een belangrijke rol in de behandeling van borstkanker.

Klassiek uitgevoerd na de operatie op de volledige borst, gedurende 3 à 5 weken, 1 sessie (15 minuten) per dag, 5 dagen per week, biedt deze behandeling belangrijke voordelen. Dit werd aangetoond in verscheidene studies. Zij deelt het risico op lokaal herval door 3 (hetzij 66% relatieve reductie), vermindert statistisch significant het risico op metastasen en verhoogt de overlevingskansen. Het principe bestaat erin eventuele toekomstige uitzaaiingen te blokkeren en uit te schakelen aan de bron door de kankercellen uit te schakelen die mogelijk achtergebleven zijn tijdens de interventie... Meer dan 20 jaar opvolging en studies hebben deze cijfers kunnen aantonen. De bestraling van de volledige borst na borstsparende operatie is dus een doeltreffende standaardzorg en als dusdanig erkend.

Verscheidene studies hebben ook het belang aangetoond om deze radiotherapie van de borst aan te vullen met een "boost" of aanvullende bestraling (in 4 à 8 aanvullende sessies) op het tumorbed, wat het risico op herval nog vermindert. Dankzij deze behandelingen is lokaal herval van de ziekte zeer klein, geraamd op minder dan 0.7% per jaar. Zelfs al worden ze zeer zeldzaam, dan nog wettigt dit lokaal herval de senologische opvolging op lange termijn, die ook belangrijk is voor de opsporing van borstkanker in de andere borst. Dankzij de moderne technieken en ontwikkelingen in de informatica, zijn de neveneffecten van deze radiotherapie meer en meer beperkt (bescherming van hart en longen, betere homogeniteit van de dosis wat toelaat om de roodheid en de lokale ontstekingsreacties te beperken, enz).

Voor patiënten op hoge leeftijd, in het bijzonder wanneer de levensverwachting beperkt is, als de ziekte weinig gevorderd is en hormonale receptoren aanwezig zijn die hormoontherapie toelaten, kan overwogen worden om deze radiotherapie weg te laten.



Dr Lorraine Donnay.



Dr Vincent Remouchamps.

Gedeeltelijke bestraling van de borst

Tijdens de jaren '80, werd een methode van gedeeltelijke bestraling zonder succes toegepast. Er was een te hoog percentage van herval en onaanvaardbare toxiciteit, maar de selectie van patiënten en de gebruikte technieken waren ontoereikend. Sedert een tiental jaar, met nauwkeurige selectie en moderne technieken, hebben Amerikanen en Italianen deze methoden stilaan opnieuw ingevoerd om volgende logistieke redenen: teveel vrouwen hadden geen toegang tot diensten radiotherapie en werden ertoe gedwongen de noodzakelijke radiotherapie niet te krijgen of te kiezen voor een mastectomie die ze hadden kunnen vermijden.

Verskillende methodes van "gedeeltelijke bestraling van de borst" werden bestudeerd. Zij beperken de omvang van het bestraalde gedeelte tot een vierde van de borst of tot het tumorbed en laten toe de bestraling sneller uit te voeren. De behandeling wordt, bijvoorbeeld, uitgevoerd in 2 sessies per dag gedurende 5 dagen of slechts in 1 sessie tijdens de operatie. Het belang van deze kortere bestraling is de 3 tot 7 weken van radiotherapie te vervangen en dus de levenskwaliteit te verbeteren (minder ziekenhuisbezoeken voor de patiënte). Naast dit praktisch voordeel, zou een theoretisch voordeel kunnen zijn dat de radiotherapie niet uitgesteld wordt die nu klassiek maar kan gebeuren na de chemotherapie.

Evenwel is de gemiddelde duur van de opvolging van de studies die voorhanden zijn om te vergelijken met klassieke radiotherapie van de volledige borst vandaag onvoldoende. Men moet 5 à 10 jaar wachten om betrouwbare resultaten te hebben. De meerderheid van de studies hebben betrekking op patiënten die behandeld zijn met curietherapie* of brachytherapie*. De Amerikanen hebben veel onderzoek verricht naar het systeem van een opgeblazen ballon in de operatieholte, "Mammosite®" genoemd, waarin een radioactieve bron geplaatst is. Een radiotherapie door uitwendige bestraling met kruisende velden is ook mogelijk, maar er werd grotere toxiciteit vastgesteld. Een andere benadering is radiotherapie tijdens de operatie, die het dubbele voordeel biedt van exacte plaatsbepaling en eenmalige behandeling tijdens de operatie.

Behandeling met radiotherapie van het tumorbed tijdens de operatie

De Japanners hebben de eerste publicaties bekend gemaakt in verband met radiotherapie tijdens de operatie, in de jaren '60, gevolgd door de Amerikanen en de Europeanen 10 jaar later. Het gaat dus niet over een nieuwe techniek, maar deze vroegere benadering was veel ingewikkelder. De patiënt was verdoofd, met open operatiewond, bedekt met steriele doeken en verbonden met beademingstoestel en anesthesiebehoeften. De patiënt moest zo vervoerd worden naar de radiotherapieafdeling om daar met een klassieke accelerator en toebehoren bestraald te worden. De Belgische nomenclatuur voorziet nog steeds een nomenclatuurnummer voor deze procedure die bijna niet meer toegepast wordt.

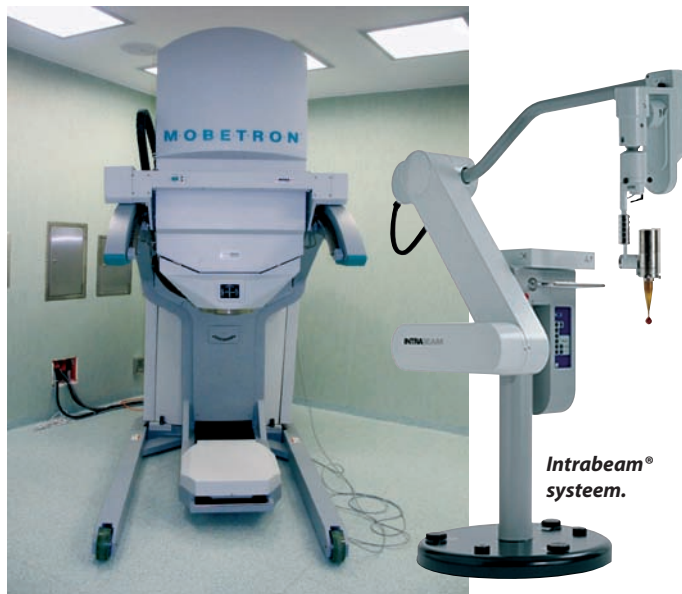
De eerste toepassingen waren bedoeld voor indicaties waar een groot risico op herval en een ziekte die weinig stralengevoelig is, gecombineerd waren. De hiervoor meest bestudeerde indicaties waren tumoren van het maagdarmsstelsel (bijvoorbeeld kanker van de alvleesklier, maag, slokdarm, lokaal herval van endeldarmkanker,...). Behalve in het kader van lopende studies heeft men deze aanpak in de praktijk verlaten omwille van de zware belasting en



het gebrek aan bewijzen van duidelijk voordeel. Daarentegen in het kader van sarcomen, o.a. abdominale sarcomen (in de buikholte), retroperitoneale (achter de buikholte) of van de ledematen hebben verschillende publicaties aangetoond dat de complicaties minder ernstig zijn, dus een winst inzake lokale controle in het bijzonder in geval van herval of van onvolledige resectie. In deze gevallen is curietherapie of brachytherapie een elegant alternatief.

Als gevolg van recente technologische ontwikkelingen, heeft men mobiele acceleratoren (versnellers) kunnen ontwerpen die in de operatiezaal kunnen geïnstalleerd worden voor de bestraling van het tumorbed onmiddellijk na de verwijdering van de tumor in de borst.

Twee technieken werden ontwikkeld, die elk een verschillende vorm van oppervlakkige bestraling gebruiken: ofwel een veld van hoogenergetische elektronen gericht op de losgemaakte borst met bescherming van de longen (studie ELIOT, bijvoorbeeld systeem Mobetron® of systeem Novak®) ofwel een sferische bestraling met laag energetische X-stralen (studie TARGIT, bijvoorbeeld systeem Intrabeam®).



Mobetron® systeem.

Voorlopige resultaten van deze twee studies zijn zeer bemoedigend zowel op het vlak van tolerantie als op het vlak van doeltreffendheid, maar de opvolging is nog onvoldoende om er een standaard voor zorg van te maken.

Het is belangrijk om onderscheid te maken tussen twee verschillende toepassingen van peroperatoire radiotherapie voor borstkanker:

Hetzij als **aanvulling** van de klassieke radiotherapie van de volledige borst (= "Boost")

Hetzij als **vervanging** van de klassieke radiotherapie van de volledige borst.

Als **aanvulling** van de klassieke radiotherapie van de volledige borst kan de intraoperatoire techniek de 4 à 8 sessies die als "boost" op het tumorbed gegeven wordt, vervangen. Deze evolutie is logisch en er werd reeds aangetoond dat er in principe weinig

verschil is met de "klassieke" methode. In dit geval wordt de bestraling van de volledige borst uitgevoerd, zoals klassiek, en is het alleen de "boost" die peroperatoire gegeven wordt. Het is eenvoudig aan te nemen dat de plaatsing en de dosering van deze "boost" tijdens de operatie in het tumorbed adequaat en performant is. Dit verklaart waarschijnlijk de zeer gunstige resultaten van de eerste studies die ongeveer een halvering van het herval aangeven aangezien maar 1,7% van 300 patiënten lokaal herval deden na 5 jaar opvolging (Studie Targit B publicatie 2009). De procedure wordt goed verdragen: er is een kleine toename van het aantal patiënten met serumcollectie, maar de huid wordt beter beschermd. Om deze reden is deze techniek in volle expansie in de ons omringende landen en kijkt men er in België in vele diensten naar uit. De adviezen van experts zijn gunstig. Wat de beslissing tot investering in ons land belemmert is de toepassing van het oude terugbetalingstarief voor "intraoperatoire radiotherapie" die niet toelaat de kosten voor de nieuwe techniek te dekken. We moeten hopen dat, ondanks de huidige politieke toestand, het RIZIV de middelen zal vrijmaken om een gunstig antwoord te geven op deze vraag van medisch korps en de bevolking.

De **vervanging** van de volledige bestraling van de borst, dus de partiële bestraling, is een totaal nieuwe en revolutionaire techniek die nog moet gevalideerd worden door verschillende lopende studies waarvan de lange termijn resultaten nog niet gekend zijn en verwacht worden tegen 2015-2020. Deze studies geven aan dat de indicaties strikt zullen zijn en maar voor een beperkt aantal patiënten toepasbaar:

- in studieverband (het is nog experimenteel)
- beperkt voor letsels kleiner dan 2 cm
- na een bepaalde leeftijd (40 of 60 naargelang de studie)
- na de extirpatie moeten de tumorranden vrij zijn
- hormoonreceptoren aanwezig
- geen lymfeklier aantasting (behalve in sommige studies)
- niet voor lobulair carcinoma (is vaak multifocaal)
- niet in geval uitbreiding door in situ carcinoma
- geen préoperatoire neoadjuvante chemotherapie
- geen BRCA 1 of 2 of CHEK 2 mutatie

Radiotherapie tijdens de operatie is een zeer aantrekkelijke techniek **aanvullend** op de klassieke radiotherapie van de borst in haar geheel, t.z. voor de uitvoering van de "boost". Voorlopige resultaten van studies zijn bemoedigend zowel op het vlak van tolerantie als op het vlak van doeltreffendheid.

Gedeeltelijke bestraling van de borst, als vervanging van de volledige bestraling van de borst, blijft experimenteel en moet nog uitgevoerd worden in het kader van studies onder zeer strikte voorwaarden.

Bestraling van de volledige borst blijft de "Gouden Standaard". Deze standaard aanpassen zonder voldoende onderbouwing zou zeer onvoorzichtig zijn. ■

Dr Lorraine Donnay en Dr Vincent Remouchamps
Borstkliniek en Dienst Oncologische Radiotherapie
Kliniek en Materniteit Sint Elisabeth Namur

*Curietherapie: is een bestralingstechniek die radioactieve bronnen in contact brengt met of in de tumor. Synoniem voor radiumtherapie.

*Brachytherapie: naalden of plastic buisjes die in de borst gestoken worden waarin een radioactieve bron kan geplaatst worden.

Congres

Belgium Breast Meeting

De Belgian Breast Meeting vindt om de twee jaar plaats. In 2010 was dit op 15 en 16 oktober. Tijdens dit congres komen de medische verenigingen samen die nauw betrokken zijn bij de behandeling van borstkanker: chirurgen, radiologen, radiotherapeuten, oncologen, senologen, gynaecologen en verloskundigen.

Europa Donna Belgium maakt deel uit van het organiserende comité, en is er trots op de patiënten te kunnen vertegenwoordigen en hen een plaats te geven op de agenda van dit congres.



Birgit Carly Head of BBM organizing Committee and President of BSBS - Belgian Breast Surgeon of the Royal Belgian society of Surgery, Vanessa Cipollini, President EDB Belgium.

Dit jaar werd gefocust op het zorgtraject. Vandaag is het echt niet meer aanvaardbaar dat een patiënte met borstkanker op een geïsoleerde manier behandeld wordt, zonder omkadering van een professioneel multidisciplinair team zoals in de borstklinieken.

Tijdens de verschillende sessies hebben de sprekers essentiële en complexe thema's aangesneden zoals de standaardisering van diagnostische verslagen, klinische studies in België, primaire preventie en de kennis van vrouwen in verband met risico's. Ook groepen bij wie borstkanker minder vaak voorkomt zoals mannen, jonge en zwangere vrouwen kwamen aan bod.

We hadden het genoeg om Mr. Dirk Cuypers, Voorzitter van het Directiecomité FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu te verwelkomen. Hij gaf ons

toelichting over het laatste rapport over de borstkankercare in de medische instellingen in België.

Ook Mr. Brotchi, Voorzitter van de Interparlementaire Groep "Borstkanker" was aanwezig en garandeerde ons opnieuw zijn engagement samen met de interparlementaire groep om de opvolging van patiënten met borstkanker te verbeteren.

Op de tweede congresdag nam EDB het woord in verband met het zorgtraject en de voordelen van multidisciplinaire teams.

De sessies waren intens en heel verrijkend. EDB kan amper wachten om aan de voorbereiding van de volgende Belgian Breast Meeting te beginnen die in 2012 zal plaatsvinden. ■

Vanessa CIPOLLINI



Actie Borstkanker 2010

Een heel interessante dag !



Op 26 november 2010 ging de infodag over borstkanker door te Brussel. Deze werd georganiseerd door de Stichting Tegen Kanker en Europa Donna Belgium, in samenwerking met Leven Zoalss Voorheen en Naboram.

Borstkanker is een thema dat vele mensen raakt. De ruime belangstelling van zowel professionelen als patiënten bewees dit eens te meer.

Pia Cox verwelkomde de talrijke aanwezigen en kondigde dadelijk de eerste spreker aan: Dr. Nagels. Hij benadrukte het belang van gezond eten en gezond leven, van voldoende beweging (3 à 4 u per week) en van de beperking van alcoholverbruik.

Borstkanker tijdens de zwangerschap leidde vroeger tot de verscheurende keuze : moeder of kind. Prof.Dr.Amant bracht het goede nieuws dat chirurgie en aangepaste nabehandelingen wel kunnen: ze helpen de moeder om de ziekte te bestrijden, zonder de baby te schaden.

Qua behandelingen wist Dr. Christiaens dat in sommige gevallen van uitgezaaide borstkanker, het zeker zinvol is om tot een chirurgische ingreep over te gaan. Dit is bemoedigend

nieuws maar we zijn er nog niet. Er is nog veel onderzoek nodig.

Dr.Weytjens besprak de peroperatieve radiotherapie, een vrij recent ontwikkelde behandeling. Men is volop met studies bezig hieromtrent. We duimen voor een doorbraak.

De wetenschap gaat vooruit en dit komt de overlevingskansen van de patiënten ten goede en zeker ook de levenskwaliteit. Het auditorium werd héél stil bij de ontroerende getuigenissen van Gertje en van Nathalie Stobbe, twee ex-patiënten en vooral twee sterke vrouwen. Gertje benadrukte het belang van open communicatie met de familie, vrienden en collega's, terwijl Nathalie zo ver ging om een boek te schrijven: "Grote boom is ziek", omdat ze als jonge mama worstelde met de vraag hoe je een klein kind kan betrekken in dit moeilijke avontuur. Openheid help de kinderen, hoe klein ook. Het vermindert hun angst.





Hun concrete beleving van borstkanker en wat dat teweeg bracht in hun gezin, in hun familie en in hun omgeving werd op een meer theoretische manier gekaderd door Eric Verliefde en Inge Paesschiessens. Deze twee psychologen bevestigden dat open communicatie met de omgeving zeer belangrijk is. Wanneer een patiënt zich laat omringen door meelevende mensen zal zij de diagnose en behandeling beter verwerken. Het zou zelfs de overlevingskansen verbeteren.

Toen het tijd werd voor de vragenronde hadden Dr. B. Carly (arts/EDB) en ikzelf (patiënte/Naboram) de handen vol om iedereen aan 't woord te laten. Het zeer mondige publiek kreeg echter antwoord op haar vele vragen van het sterk-geëngageerde panel.

Dit symposium was meer dan een succes. Het was een warme samenkomst van patiënten en professionals, die samen de strijd aangaan tegen borstkanker. ■

Anita VAN HERCK



EUROPA DONNA BELGIUM

Eerlijk zijn tegenover de kinderen, ook de allerjongste...

Bij enquêtes over welke waarden we belangrijk vinden, staat eerlijkheid altijd heel hoog, meestal zelfs op nummer één. Maar wanneer het erop aan komt eerlijk te vertellen aan onze kinderen dat er iets heel ernstig aan de hand is, willen we hen vooral dat verdriet besparen. Het is een dilemma waarmee ik ook geworsteld heb, toen ik behandeld werd voor borstkanker. Vandaar dat ik vandaag een hulpmiddel wil aanreiken aan anderen in dezelfde situatie.



Het "Kankermmonster": een constructie van legoblokjes.

Soms vraagt men mij "Heeft borstkanker je manier van leven veranderd?". Dan wil ik eigenlijk liefst antwoorden dat dat niet het geval is, dat ik ook vóór de diagnose al bewust leefde en mijn hart volgde bij belangrijke beslissingen. Maar als ik eerlijk ben, moet ik toegeven dat ik, zonder de pijnlijke episode in 2007, nu niet zou doen wat ik doe. Door de confrontatie met borstkanker als mama van een tweejarig jongetje heb ik ontdekt dat ik mensen kan helpen om ook in moeilijke omstandigheden geluk te vinden. In 2010 richtte ik daarom de vzw Talismanneke op en naast het moederschap is de vzw mijn belangrijkste bezigheid.

Maar laten we bij het begin beginnen...

Op 6 april 2007 kreeg ik te horen dat het gezwel in mijn linkerborst een kwaadaardige tumor was. Een donderslag bij heldere hemel! Zoals veel mama's was mijn eerste reactie vooral gericht op mijn zoontje. Ik wou geen zieke mama zijn! Ik dacht vooral "Kon dit me niet overkomen vóór zijn geboorte, zodat ik hem dit leed kon besparen..." Ik zocht steun bij lotgenoten op internet en besprak mijn zorgen met artsen en psychologen. De eerste en belangrijkste conclusie was om eerlijk te zijn en niet bang te zijn om mijn gevoelens te tonen.

Hoewel mijn zoontje nog maar enkele woordjes sprak, heb ik hem dus verteld wat er aan de hand was. Hij reageerde amper op dat ogenblik, maar hij luisterde wel steeds heel aandachtig mee, wanneer er over mijn situatie gesproken werd. Op enkele momenten heeft hij zeer duidelijk laten merken dat hij wist wat er aan de hand was. Zo had hij een boek waarin een ziekenhuis te zien is. Hij wees naar het ziekenhuis, legde zijn handje op zijn borst en zei "Auw" terwijl hij me aankeek. Veel duidelijker kon hij niet zijn! Ik ging op zoek naar ideeën om op zijn niveau met de ziekte bezig te kunnen zijn, naar boekjes die op maat van peuters en kleuters uitleg gaven over de situatie. Ik vond bijzonder weinig voor kinderen van zijn leeftijd. Om kinderen te leren omgaan met sterke emoties, wordt vaak aangeraden om ze te laten tekenen. Een frustrerende raadgeving, wanneer je kind enkel wat lijnen op papier kan zetten. Ik besloot dus mijn eigen creatieve geest aan het werk te zetten en vooral mijn zoontje te volgen, want hij bleek zelf ook manieren te vinden om de veranderingen te verwerken. Een speelgoedmannetje waar hij het kapsel kon afhalen, was mama, want zij kon ook rondlopen met én zonder haar. Met een spuitje en een pleister was hij in 1-2-3 een zorgzame dokter voor zijn knuffel, die veel moest rusten.

Om de duur van de behandeling vatbaar te maken voor hem, bedachten we het "Kankermmonster". Een constructie van legoblokjes opgebouwd uit evenveel blokjes als dagen chemotherapie. Iedere avond mocht er één blokje afgebroken



worden en verhuisde naar het "OKIDOKI-doojsje". We gingen dus een echte strijd aan met het kankermonster en braken hem steen na steen af. Bovendien hadden we per kuur een andere kleur voorzien, zodat ook het cyclische ritme van de behandeling duidelijk werd voor hem. Telkens er een nieuwe kleur begonnen werd, was mama weer heel ziek en naarmate er meer blokjes van die kleur verdwenen, kwam ze weer op krachten.

Omdat hij graag knutselde, hielpen we hem af en toe om een cadeautje te maken voor mama. Heel eenvoudige dingen, zoals een fotokadertje versieren met stickertjes of een medaille voor een flinke zieke uit klei. Het zijn nu nog mooie souvenirs.

Door de positieve reacties van vrienden en kennissen op onze aanpak, begon het idee te rijpen om deze tips beschikbaar te maken voor andere ouders. Maar tijdens de behandeling had ik daar geen energie voor.

Pas een jaar later, toen ik voor de eerste keer terug een botscan moest ondergaan, probeerde ik mijn angsten te verdrijven door volop aan een kinderboek te werken. Zo ontstond "Grote Boom is ziek". Een verhaal over Snuiters en zijn vriend Grote Boom. De dokter ontdekt houtwormpjes onder de schors van Grote Boom en Snuiters wereldje wordt helemaal op z'n kop gezet. Naast het verhaal staan er ook tips in het boek om jonge kinderen de kans te geven in het dagelijks leven om te gaan met een zware ziekte, niet enkel (borst)kanker. Er is daarnaast ook een aparte, uitgebreide handleiding, die beschikbaar is als PDF via internet. Zowel thuis als in de klas kan je ermee aan de slag.

Ik heb in de hulpmiddelen rekening proberen te houden met volgende elementen:

- de gevoelens van het kind
- de duur van de behandeling en de neveneffecten
- het onlogische verband: ziek maken om te genezen
- patiënt/zieke is niet noodzakelijk de mama van het kind
- actieve betrokkenheid van het kind

Via Talismanneke blijf ik het verhaal van Snuiters en zijn vriend Grote Boom levend houden. Ik verzorg lezingen en workshops voor kinderen en volwassenen. Er wordt werk gemaakt van een koffer speciaal voor het kleuteronderwijs. Sinds januari 2011 worden de eerste Snuiters Speeltassen

verspreid. Snuiters Speeltas bevat onder meer een Snuiterspopje, een spelletjesboek en een luistercd en is bedoeld om door ziekenhuizen en zelfhulpgroepen uit te lenen aan patiënten met jonge kinderen. Er staan nog verschillende projecten op stapel in samenwerking met andere organisaties, ook over andere thema's die niet voor de hand liggen, zoals zelfdoding van een ouder. Ik heb in ieder geval mijn handen vol!

Mijn voornaamste boodschap is om kinderen zo snel en eerlijk mogelijk op de hoogte te brengen van wat er gaande is. Ik weet zelf heel goed dat je het liever niet zou vertellen en bang bent om je kind verdriet aan te doen, maar door de droevige dingen met elkaar te delen, zijn de gelukkige momenten des te waardevoller.

Goed leren omgaan met tegenslagen en verdriet is een belangrijke vaardigheid om geluk te vinden en die levensles kan je niet vroeg genoeg doorgeven aan je kinderen! ■



Nathalie Slosse.

Nathalie SLOSSE
Voorzitster vzw Talismanneke



Snuiters Speeltas.

VWZ Talismanneke

De vereniging heeft tot doel bij te dragen tot het versterken van de geluksvaardigheden, in voor- en tegenspoed, tegen de geringste ecologische en maatschappelijke kost, door een beroep te doen op individuele, intergenerationele en interculturele verbeeldingskracht. De vereniging probeert haar doel te realiseren via projecten, vormingen, informatie, preventie, animatie, sensibilisatie, publicaties, productontwikkelingen en alle andere initiatieven die kunnen bijdragen tot het realiseren van dit doel.

Events

Een zeer mooie winteravond...

In onze vorige editie hebben we u uitgenodigd om een concert bij te wonen dat georganiseerd werd op initiatief van de vzw Cerf-Volant * (De Vlieger) in samenwerking met de vzw Carlo Van Neste.

Foto © Luc Van Nierom



Dit concert, dat doorging op 4 december 2010, was een ongelooflijk succes. De sneeuwstorm, die niet op het programma stond, heeft de muzikliefhebbers en de milde schenkers niet kunnen weerhouden om talrijk aanwezig te zijn in het Koninklijk Muziekconservatorium van Brussel.

Noé Inui, violist, Sébastien Lienart, pianist, en Alexandre Debrus, cellist, hebben het publiek werkelijk in verrukking gebracht met het werk van Schubert, Mendelssohn en Piazzola. Onder luid applaus, na bis en tris nummers is het concert geëindigd met een staande ovatie voor dit uitzonderlijke trio.

We richten hier een welgemeend dankwoord aan de vzw Cerf-Volant en zijn stichtende leden, Mevrouw Pascale Heller Vice-Voorzitster, Mr. Guy Ykman, Voorzitter, en Mr. Paul Groutars, Secretaris Generaal. Zij deelden met ons een indrukwekkend moment dat zeer emotioneel en vol vreugde was.

We hopen alvast dat in 2011 meer dergelijke fijne initiatieven zullen genomen worden. ■

Jacqueline CLAEYS

* Cerf-Volant vzw en zijn stichtende leden dragen bij tot het welzijn van patiënten die geconfronteerd werden met kanker, door culturele evenementen te organiseren zoals concerten, conferenties, enz...

Lexicon*

Anatomopathologie:

de anatomopathologie is een medische specialiteit die zich bezighoudt met de studie van de zieke weefsels die bij een patient worden weggenomen. Dit onderzoek gebeurt zowel met het blote oog als met de hulp van een microscoop.

Cytologie:

de cytologie bestaat uit het onderzoeken van cellen (bvb verwijderd met een fijne naald).

Macrobiopsie:

de macrobiopsie is een methode voor het afnemen van meer en grotere weefselcilinders. Dit gebeurt met een dikkere naald dan die gebruikt voor een cytologie of microbiopsies.

* Wij beginnen met deze nieuwe "lexicon" rubriek met medische termen die betrekking hebben op de anatomopathologie, een lexicon die u zal terugvinden in de loop van onze volgende newsletters.

Microbiopsie:

de microbiopsie is een procedure om het afnemen van weefsel door middel van een automatisch pistool en een fijnere naald. De stukjes hebben ongeveer de diameter van spaghetti.

Geleide echo:

het wegnemen van weefsel vindt plaats onder echografische controle.

Stereotaxie:

de biopsie vindt plaats op basis van een mammografie voor een letsel dat niet kan gevoeld worden en enkel zichtbaar wordt door mammografie.

Note Book





Wort der Vorsitzenden

Liebe Freundinnen,

Das Team von Europa Donna Belgium freut sich, Sie mit diesem Newsletter Frühling 2011 wieder zu finden.

Wieder einmal möchten wir Sie über wichtige Aspekte im Bereich von Brustkrebs informieren. So werden Ihnen die neuesten Techniken der Radiografie vorgestellt und jeweils erklärt, welchen Platz sie einnehmen sollten.

Wir kommen auf die Berufe in der Brustklinik zurück und stellen Ihnen den Anatomo-Pathologen vor. Seine Rolle ist oft unbekannt, aber äußerst wichtig, denn er trägt wesentlich zur Diagnosestellung bei. Die Gewebsanalyse wird immer detaillierter und spezifischer und erlaubt somit immer gezieltere Behandlungen.

Wir haben auch das Privileg, Ihnen das fesselnde Zeugnis von Frau Nathalie Slosse zu liefern, das eine Botschaft von Hoffnung und Energie vermittelt. Sie hatte als junge Mutter Brustkrebs und nutzte ihre Erfahrungen um eine Serie Zugangsmöglichkeiten zu schaffen, die sie Familien und Kindern zur Verfügung stellt, die vom Krebs betroffen sind.

Schlussendlich kommen wir zum Kongress Brustkrebs, an dem Europa Donna Belgium in 2010 aktiv teilgenommen hat.

Gute Lektüre ! ■

Vanessa CIPOLLINI
Präsidentin
Europa Donna Belgium

Inhalt

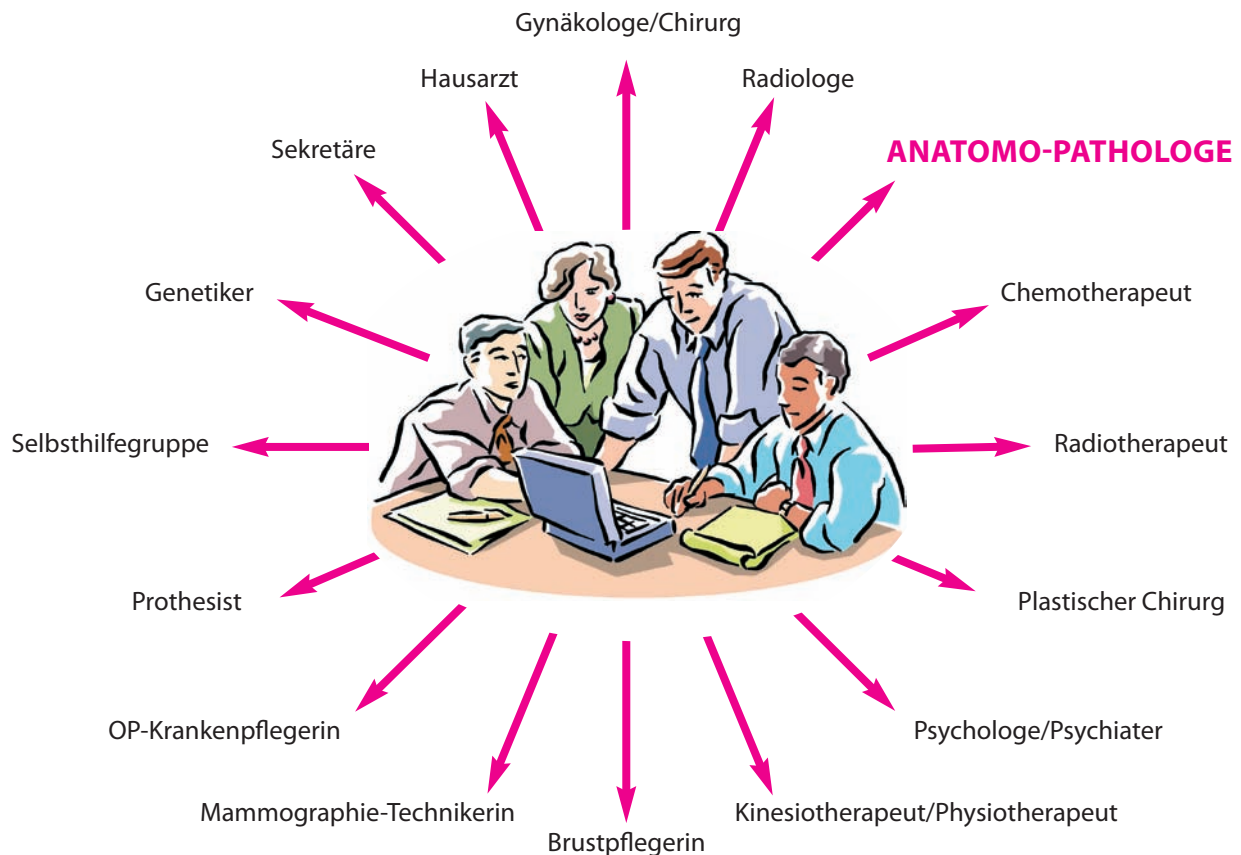
Der Anatomo-Pathologe von Kaat Vanden Houte	28-29	Aktion Brust 2010 von Jacqueline Claeys und Christine Naples	34-35
Kontroversen: Partielle Bestrahlung der Brust und intra-operative Radiotherapie von Dr Lorraine Donnay und Dr Vincent Remouchamps	30-31-32	Ehrlichkeit den Kindern gegenüber, auch den jüngsten von Nathalie Slosse	36-37
Belgium Breast Meeting von Vanessa Cipollini	33	Events: Konzert von Jacqueline Claeys	38
		Vokabular	38

FR: pages 3 > 14 • NL: pagina's 15 > 26



Der Anatomo-Pathologe

Seine Aufgabe bei Diagnose und Therapie



Der Anatomo-Pathologe ist für viele eine Figur im Hintergrund. Gerichtspathologen sind besser bekannt durch verschiedene Krimiserien, aber welche Rolle der klinische Pathologe in der Brustkrebstherapie spielt, ist weniger bekannt.

Der Pathologe ist ein Arzt, dessen Fachausbildung auf die Untersuchung menschlichen Gewebes, sowohl mit bloßem Auge als auch unter dem Mikroskop, ausgerichtet ist.

Er stellt die Diagnose einer Brusterkrankung durch die Untersuchung eines Fragmentes Brustgewebes unter dem Mikroskop. Meist handelt es sich dabei um kleinere Anteile, die mittels Nadel durch den Radiologen oder Senologen entnommen werden. Obwohl es sich hierbei um kleine Gewebeanteile handelt, liefert deren Untersuchung viele Informationen. Handelt es sich um eine gutartige Erkrankung oder ist sie bösartig? Wenn es sich um Brustkrebs handelt, mit welchem Typ hat man es zu tun? Ist es ein schnell wachsender Tumor oder entwickelt er sich eher langsam? Auf welche Medikation ist der Tumor sensibel?

Der Pathologe verfügt über eine Anzahl Techniken, die es ermög-

lichen, diese Fragen zu beantworten. Durch spezielle Färbungen können Zellen, die sensibel sind für eine bestimmte Behandlung, sichtbar gemacht werden.

Während der ersten multidisziplinären Besprechung wird diese Information zusammen gebracht mit den klinischen und radiologischen Befunden. Pathologe, Radiologe und Senologe besprechen alle Gegebenheiten und legen, die für diese Patientin beste, Behandlung fest.

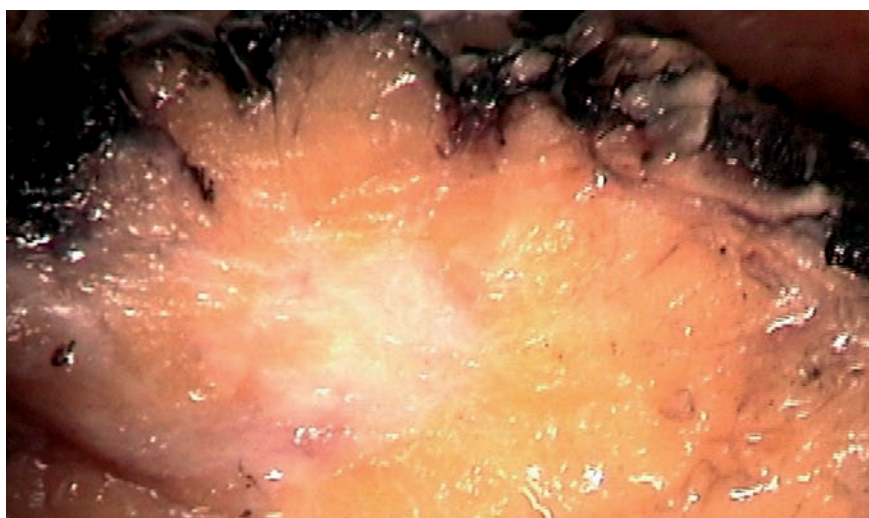
Auch während der Operation spielt der Pathologe eine wichtige Rolle. Er untersucht das Operationsstück während die Patientin noch in Narkose ist und kontrolliert, ob der Tumor sich weit genug von den Schnitträndern befindet. Da die Patientin noch in Narkose ist, kann der Chirurg bei Bedarf die Gewebeentnahme erweitern.



Bei kleineren Tumoren genügt es, einen Lymph-knoten, den sog. Wächterknoten, aus der Achselhöhle zu entfernen. Ist diese Drüse nicht von Tumorgewebe befallen, müssen die anderen Achseldrüsen nicht entfernt werden. Dadurch wird die Operation weniger belastend für die Patientin. Es ist Aufgabe des Pathologen, während des Eingriffs zu klären, ob die entnommene Drüse frei ist. Sollten jedoch Krebszellen in dieser Lymphdrüse gefunden werden, wird der Chirurg beschließen, alle Lymphdrüsen der Achselhöhle zu entfernen.

Nach der Operation wird das Gewebe ausführlicher untersucht. Im Schlussbericht des Pathologen wird auf folgende Gegebenheiten eingegangen: Art des Tumors, Größe, Abstand zu den Schnitt-rändern, Anzahl befallener Lymphdrüsen.

Wurde die Patientin schon vor der Operation behandelt (Che-



Fragment von Brustgewebe, entnommen wegen Krebs. Der weißlich zentrale Bereich entspricht dem Krebs, die gelbliche Zone ist normales Brustgewebe. Die Schnitttränder sind mittels chinesischer Tinte schwarz gefärbt und sind weit genug vom Tumorgewebe entfernt. Der Tumor wurde somit vollständig entfernt.

festgelegt.

Früher war der Pathologe der unsichtbare Arzt, der von seinem Labor aus (meist im Keller gelegen) die Diagnose durchgab. Nun ist er bei der multidisziplinären Besprechung anwesend und spielt auch eine wichtige Rolle bei der Evaluierung der Behandlung. ■

Dr Kaat VANDEN HOUTE
Anatomo-pathologe

Partielle Bestrahlung der Brust und intra-operative Radiotherapie

Belgien entrinnt nicht dem Meinungsstreit, der zu den Themen der partiellen Bestrahlung der Brust (Partial Breast Irradiation oder PBI) und im Besonderen der intra-operativen oder per-operativen Radiotherapie geführt wird. Die kürzlichen Veröffentlichungen in der Presse haben nur einen Teil der Informationen übermittelt, die ihnen von den Experten zur Verfügung gestellt wurden und haben dabei den sensationellen Aspekt betont.

Stellung der Bestrahlung bei der Behandlung von Brustkrebs

Die Bestrahlung füllt einen wichtigen Anteil bei der Behandlung von Brustkrebs aus. Klassischerweise post-operativ auf die Gesamtheit der Brust angewandt, während 3 - 5 Wochen, eine Behandlung (15 Minuten) pro Tag, 5 Tage die Woche. Ihr bedeutender Nutzen ist durch zahlreiche Studien bewiesen. Sie verringert das Risiko eines lokalen Rückfalls um 3 (das heißt 66% der relativen Reduzierung), verringert statistisch signifikant das Risiko für Metastasen und erhöht die Überlebenschancen. Das Prinzip ist, die eventuell zukünftig auftretenden Metastasen an ihrem Ursprung zu blockieren und zu eliminieren, indem man die Krebszelle zerstört, die eventuell während des Eingriffs am Tumorort zurückgelassen wurde... Studien und Rückverfolgung während mehr als 20 Jahren können diese Zahlen beweisen. Die Bestrahlung der gesamten Brust nach der konservativen Chirurgie ist folglich ein effizienter und anerkannter Behandlungsstandard.

Mehrere Studien haben ebenfalls bewiesen, dass es sinnvoll

ist, diese Radiotherapie der Brust mit einem « Boost » oder einer Zusatzbestrahlung (in 4 bis 8 zusätzlichen Sitzungen) auf das Bett des Tumors zu ergänzen; dies verringert noch zusätzlich das Risiko eines Rückfalls.

Dank dieser Behandlungen ist das Risiko eines lokalen Rückfalls der Krankheit sehr gering, es wird geschätzt auf 0,7% pro Jahr. Auch wenn sie sehr selten sind, rechtfertigen diese lokalen Rückfälle die Weiterverfolgung einer Überwachung durch die Senologie, was ebenfalls wichtig ist für die Früherkennung der zweiten Brust.

Dank der modernen Techniken und der Entwicklung der Informatik konnten die Sekundäreffekte dieser Radiotherapie nach und nach eingegrenzt werden (Schutz des Herzens und der Lunge, bessere Homogenität der Dosierung, die eine Verminderung der Rötungen und der vorübergehenden Hautschäden ermöglicht, usw.,...).

Bei sehr alten Patientinnen, besonders wenn die Lebenserwartung begrenzt ist, wenn die Krankheit nur wenig fortgeschritten ist und die hormonellen Rezeptoren eine Hor-



Dr Lorraine Donnay.

monotherapie zulassen, kann über das Auslassen dieser Radiotherapie diskutiert werden.

Partielle Bestrahlung der Brust

In den 1980er Jahren wurde die Methode der partiellen Bestrahlung ohne Erfolg angewandt, mit zu hoher Rückfallrate und inakzeptabler Toxizität; allerdings waren die Auswahl der Patienten und die genutzten Techniken unangemessen. Seit etwa zehn Jahren haben die Amerikaner und Italiener diese Methoden nach und nach wieder belebt, mit einer strengen Auswahl und modernen Techniken. Dies geschah aus logistischen Gründen: zu viele Frauen hatten keinen Zugang zu einem notwendigen Radiotherapiedienst und somit musste eine Mastektomie durchgeführt werden, die sie lieber vermieden hätten.

Mehrere Methoden der "partiellen Bestrahlung der Brust" wurden getestet. Sie verringern das bestrahlte Volumen auf einen Quadranten der Brust oder auf das Tumorbett und ermöglichen so eine schnellere Strahlentherapie. Die Behandlung wird beispielsweise angewandt während 5 Tagen mit jeweils 2 Sitzungen pro Tag oder einer einzigen Behandlung während der Operation.

Der Vorteil dieser verkürzten Bestrahlung liegt darin, die 3 bis 7 Wochen Radiotherapie zu ersetzen und so die Lebensqualität zu verbessern (weniger auferlegte Krankenhausbesuche für die Patientin). Neben diesem logistischen Vorteil gibt es noch einen theoretischen, da man diese Radiotherapie nicht aufschieben muss bis nach der Chemotherapie.

Allerdings ist die Laufzeitdauer der zu Verfügung stehenden Studien, um die Radiotherapie der gesamten Brust und die partielle Bestrahlung der Brust vergleichen zu können, zurzeit unzureichend. Man müsste 5 bis 10 Jahre warten, um aussagekräftige Resultate zu erhalten.

Die Mehrheit dieser Studien betrafen Patientinnen, die durch Curietherapie oder Brachytherapie (in die Brust eingeführte Nadeln oder Plastikrohre) behandelt werden. Viele amerikanische Studien betrafen ein System, bei dem ein aufgefüllter Ballon in die Wundhöhle eingeführt wurde, "Mammosite®" genannt, in dem sich eine radioaktive Quelle befand.



Dr Vincent Remouchamps.

Eine Radiotherapie durch Überschneidungen der Einstrahlungsrichtungen bei äußerer Anwendung ist ebenfalls möglich, jedoch weist diese eine höhere Toxizität auf. Eine weitere Herangehensweise ist die intra-operative Radiotherapie, die den doppelten Vorteil einer direkten Zentrierung und einer einmaligen Verabreichung während der Operation hat.

Per-operative Radiotherapie des Tumorbetts

In den 1960er Jahren kamen die ersten Veröffentlichungen zur intra-operativen Radiotherapie aus Japan, 10 Jahre später gefolgt von amerikanischen und europäischen Publikationen. Folglich handelt es sich nicht um eine neue Technik, jedoch war die historische Angewohnheit sehr mühevoll: der Patient war in Narkose, die Wunde offen, mit sterilen Tüchern abgedeckt und wurde so mit Respirator, Anästhesist usw. zur Radiotherapie gefahren um dort die Bestrahlung zu erhalten, mittels einem klassischen Beschleuniger, der mit speziellen Applikatoren versehen war. Die belgische Nomenklatur sieht noch einen Code für diese quasi aufgegebenen Methode vor.

Die ersten Anwendungen betrafen Situationen, bei denen ein hohes Rückfallrisiko vorlag bei einer relativ strahlenresistenten Pathologie. Die häufigsten Studien betrafen Tumore des Verdauungstraktes (z.B. Krebs der Bauchspeicheldrüse, des Magens, der Speiseröhre, lokale Rückfälle des Rektumkarzinoms,...). Außer für laufende Studien wurde die Anwendung in diesen Situationen in der allgemeinen Praxis aufgegeben wegen der Schwere der Durchführung und dem Ausbleiben des formellen Beweises ihres Nutzens.

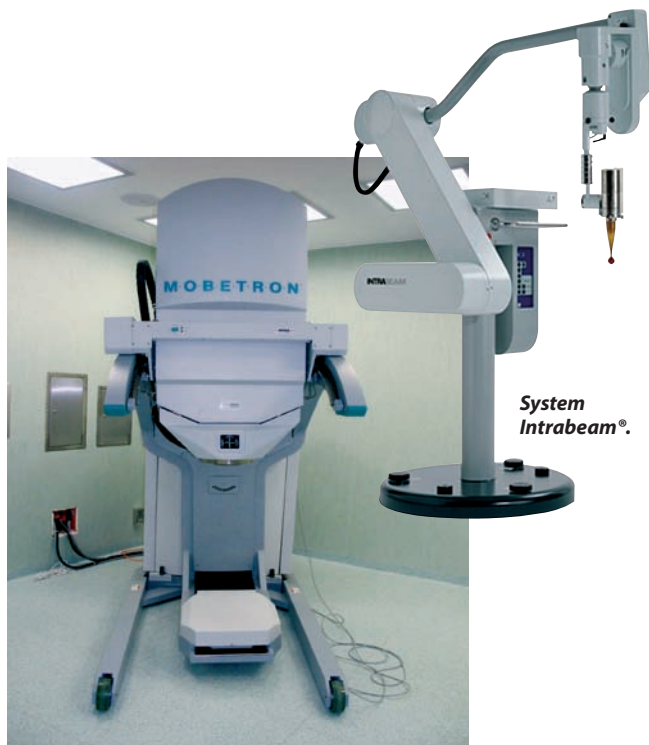
Anders verhält es sich für Sarkome, insbesondere des Abdomens und der Gliedmaße. Vielfache Veröffentlichungen wiesen entweder auf weniger Komplikationen oder auf eine verbesserte lokale Kontrolle, vor allem bei Rückfall oder incompletter Resektion des Tumors, hin. In diesen Situationen besteht die Alternative darin, per-operativ kleine Plastikröhrchen zu implantieren, in die dann eine "interne" Strahlenquelle eingeführt wird, "Curietherapie" oder „Brachytherapie“ genannt. Aktuelle technische Entwicklungen ermöglichen es, mobile Beschleuniger in den Operationssaal zu bringen, um das Tumorbett sofort nach der Resektion des Tumors zu bestrahlen.

Zwei Techniken wurden entwickelt, wobei jede eine oberflächliche Bestrahlung verschiedener Art nutzt: entweder eine Elektronenfeld von hoher Energie nach Entfernen des Tumors, Abplattung der Wundränder und Schutz der Lunge (ELIOT-Studie, zum Beispiel das System Mobetron[®] oder Novak[®]) oder einen sphärischen Applikator von Röntgenstrahlen niedriger Energie (TARGIT-Studie, zum Beispiel das System Intrabeam[®]).

Es ist wichtig, zwei verschiedene Anwendungen der intra-operativen Radiotherapie des Brustkrebses zu unterscheiden:

Entweder als Ergänzung der klassischen Radiotherapie der Gesamtheit der Brust (= „Boost“).

Oder als Ersatz der klassischen Radiotherapie der Gesamtheit der Brust.



System Mobetron[®].

Als Ergänzung der klassischen Radiotherapie der Gesamtheit der Brust kann die intra-operative Radiotherapie die 4 bis 8 "Boost" Sitzungen zur Ergänzung der Bestrahlung des Tumorbetts ersetzen. Diese Entwicklung ist logisch, schon bewiesen und unterscheidet sich prinzipiell nur wenig von der klassischen Bestrahlung, da weiterhin die Gesamtbreust bestrahlt wird und nur der „Boost“ intra-operativ verabreicht wird.

Es ist einfach zu verstehen, dass die Positionierung und die Dosierung dieses „Boost“, der direkt im Wundbett, nach Entfernen des Tumors, verabreicht wird, angepasst und wirksam sind. Dies erklärt wahrscheinlich auch die äußerst vorteilhaften Resultate der ersten Studien, die ungefähr zweimal weniger Rückfälle wiedergeben, da nur 1,7 % der 300 Patientinnen einen lokalen Rückfall nach 5 Jahren hatte (Targit B-Studie, veröffentlicht in 2009).

Die Toleranz dieser Prozedur scheint sehr akzeptabel: ein wenig mehr Patientinnen weisen eine Sammlung von Serum auf, aber die Haut ist besser geschützt. Aus diesen Gründen expandiert diese Technik in den angrenzenden Ländern, und auch in Belgien richtet sich das Interesse vieler Zentren auf diese Methode, die auch günstige Beurteilungen durch Experten erhält.

Gebremst werden Investitionsentscheidungen in unserem Land durch die Anwendung des alten Code zur Vergütung der „intra-operativen Radiotherapie“ zwecks Amortisierung der Kosten, die durch diese neue Technologie entstehen. Es ist zu hoffen, dass die LIKIV trotz des aktuellen politischen Kontextes Möglichkeiten findet, um der Anfrage der Mediziner und der Bevölkerung entgegen zu kommen.

Als Ersatz der klassischen Strahlentherapie der Gesamtheit der Brust (partielle Bestrahlung der Brust). Diese Angelegenweise ist sehr neu, sogar revolutionnär, und wird noch durch Studien validiert, deren Langzeitresultate erst gegen 2015-2020 bekannt sind.

Entsprechend dieser Studien findet die Ersatztherapie nur Anwendung in genau definierten Situationen, folglich nur bei einer begrenzten Zahl von Patientinnen:

- Im Rahmen von Studien (noch im experimentellen Stadium)
- Für kleine Läsionen, maximum 2 cm
- Ab einem gewissen Alters (40 oder 60 Jahre, je nach Studien)
- Bei Vorliegen gesunden Randgewebes im exzidierten Bereich
- Bei Vorhandensein von Hormonrezeptoren
- Bei Abwesenheit von Drüsenbefall
- Bei Abwesenheit eines lobulären Karzinoms (häufiger multifokal)
- Bei Abwesenheit eines Milchgangs- oder In-situ Karzinoms, sei es exklusiv, vorherrschend oder ausgebreitet
- Bei Abwesenheit einer neo-adjuvanten Chemotherapie (in der präoperativen Phase)
- Bei Abwesenheit von Mutationen BRCA 1/2, CHEK 2

Die intra-operative Radiotherapie ist eine viel versprechende Technik, wenn sie als Ergänzung der klassischen Bestrahlung der Brust in ihrer Gesamtheit, als sogenannter „Boost“, angewandt wird. Die ersten Resultate diesbezüglicher Studien sind sehr ermutigend, sowohl die Effizienz als auch die Verträglichkeit betreffend.

Die Teilbestrahlung anstelle der Bestrahlung der gesamten Brust bleibt experimentell und darf folglich nur im Rahmen von Studien und somit unter sehr strikten Bedingungen durchgeführt werden. Die Bestrahlung der gesamten Brust bleibt der „Gold Standard“. Diesen ohne einen ausreichenden Abstand zu verändern, wäre unvorsichtig. ■

Dr Lorraine DONNAY und Dr Vincent REMOUCHAMPS
Brustklinik und Dienst der Radiotherapie-Onkologie
Klinik und Entbindungsstation St. Elisabeth, Namur

Kongress

Belgium Breast Meeting

Am 15. und 16. Oktober 2010 fand eine neue Auflage des Belgian Breast Meeting statt. Dieser medizinische Kongress vereinigt alle Ärztekreise, die an der Behandlung von Brustkrebs beteiligt sind: Chirurgen, Radiologen, Radiotherapeuten, Onkologen, Anatomo-pathologen, Senologen, Gynäkologen und Obstetrikern. Wir sind stolz, dem Organisationskomitee anzugehören und die Patientinnen auf diesem Kongress zu vertreten.



Birgit Carly Head of BBM organizing Committee and President of BSBS - Belgian Breast Surgeon of the Royal Belgian society of Surgery, **Vanessa Cipollini**, President EDB Belgium.

Der Schwerpunkt des diesjährigen Kongresses lag auf dem Behandlungsweg. Heutzutage ist es nicht mehr zulässig, dass eine Patientin mit Brustkrebs isoliert behandelt wird ohne durch ein professionelles Team begleitet zu werden, wie es in den Brustkliniken besteht.

In ihren Vorträgen haben die Redner wichtige und komplexe Themen erörtert, wie die Standardisierung der Berichte bei der Diagnosestellung, die primäre Vorbeugung und die Kenntnisse der Frauen in Bezug auf Risiken und verfügbare klinische Versuche in Belgien.

Es war auch die Rede von Brustkrebs bei Minderheiten, zum Beispiel beim Manne, bei sehr jungen Frauen und während der Schwangerschaft.

Es war uns eine Freude Herrn Dirk Cuypers, Präsident des

Föderalen Öffentlichen Dienstes Gesundheit, zu empfangen. Er stellte den Bericht zu den Brustkrebsbehandlungen in Belgien vor.

Herr Brotchi, Präsident der interparlamentarischen Gruppe „Brustkrebs“, gab uns ebenfalls die Ehre und sprach von seinem persönlichen Engagement und dem der Gruppe, die Behandlung dieser Patientinnen zu verbessern.

Am zweiten Kongresstag hielt auch Europa Donna einen Vortrag über die Behandlungswege und die Vorteile der pluridisziplinären Teams.

Auch in diesem Jahr war der Kongress sehr interessant und intensiv. Mit Ungeduld erwarten wir die Vorbereitungen zum nächsten Belgian Breast Meeting, welches in 2012 stattfinden wird. ■

Vanessa CIPOLLINI



Ein sehr interessanter Tag!



EDB ist immer anwesend!

Am Freitag, dem 22. Oktober 2010 fand die zweijährliche „Aktion Brust“ statt. Ein Informationstag zum Thema: „vor, während und nach einem Brustkrebs“. Veranstalter war die „Stiftung gegen Krebs“ mit Teilnahme von „Europa Donna Belgium“, „Vivre comme Avant“, „Cancer et Psychologie“, in Zusammenarbeit mit dem Fonds Jean-Claude Heuson und der Unterstützung von Novartis Oncology, Le Vif-L'Express und Plus Magazine.

Auf dem Programm standen verschiedene Themen, welche durch die eingeladenen Redner ausführlich behandelt wurden.

„Vorbeugung vor, während und nach einem Brustkrebs: Auswirkung von Alkohol und körperlicher Betätigung auf den Brustkrebs.“ Dr. J. Lecomte (CHU Charleroi) hat dies gut erklärt: „Alkohol nicht, eisenhaltiges Wasser ja!“ (sic Bourvil). Er hat außerdem auf die Bedeutung körperlicher Betätigung (3 bis 4 Stunden pro Woche) hingewiesen. Sogar Hausarbeit zählt, meine Damen! Prof. F. Liebens (CHU Saint-Pierre und EDB) vermittelte viele Informationen zu dem sensiblen Thema „Brustkrebs und Schwangerschaft“: ja, es ist möglich ein Kind zu bekommen, wenn man Brustkrebs hat; so werden Hoffnung und Traum

Wirklichkeit für viele Frauen.

„Metastasierter Brustkrebs: Indikationen zur chirurgischen Behandlung“: ein sehr ansprechendes Thema. Dr. P. Cusumano (Clinique Saint-Joseph de Liège) hat die Möglichkeiten und Techniken der Krebsbehandlung und möglicher Metastasen unter bestimmten Bedingungen dargelegt. In einem multidisziplinären Team wird jeder Fall besprochen, um die bestmögliche Behandlung festzulegen. Mit dieser Vorgehensweise verfolgt man eine bessere Lebensqualität der Patientin, sowie eine Minderung ihrer Schmerzen.

Dr. V. Remouchamps (Clinique Sainte-Elisabeth de Namur) hat folgendes Thema entwickelt: „Eine neue therapeutische Ange-



hensweise: die intra-operative oder per operative Bestrahlung“. Alle Aspekte der verschiedenen technischen Möglichkeiten der Radiotherapie wurden angesprochen. Die klassische Radiotherapie ist eine Zusatzbehandlung. Als Ersatz der klassische Radiotherapie ist sie noch in einem experimentellen Stadium und darf somit nur im Rahmen von Studien durchgeführt werden.

Im Nachmittag wurde die Notwendigkeit erläutert, Brustkrebs mit den Kindern und der Umgebung zu besprechen. Zwei Mütter, Marie-Jeanne und Nathalie, haben Zeugnis ihres Erlebten mit den Kindern gegeben und dies mit vielen Emotionen, Realismus und manchmal Humor. Die Angehensweise ist von Kind zu Kind verschieden, jedoch spielt auch das Alter eine sehr große Rolle. Bei Jugendlichen oder Kleinkindern (weniger als 2 Jahre) ist die Kommunikation spezifisch zu gestalten. Frau Sophie Buyse (Cancer et Psychologie) ist ausführlich auf dieses sensible Thema eingegangen.

Frau R. Bosustow (Referenzpflegerin für Onkologie, CHU Huy) und Frau A. Debroux (Psychologin, CHR Huy) beendeten die

Veranstaltung durch ein Beispiel von ‚klassischem Dialog in Form von Fragen und Überlegungen‘, welche sie kommentierten und erklärten.

Wie üblich wurde dem zahlreichen und sehr interessierten Publikum die Möglichkeit gegeben, Fragen zu stellen. Die Redner nahmen sich die Zeit, auf jede dieser Fragen einzugehen und sie zu behandeln.

Europa Donna Belgium war selbstverständlich präsent und vertreten durch Fabienne Liebens (Vize-Präsidentin EDB), eine der Moderatorinnen dieses Tages, sowie durch die Ehrenamtlichen am Stand von EDB, die vielen Interessierten Auskunft geben konnten.

Kleine Anmerkung: wir freuen uns über weitere Kandidatinnen!

Wieder ein sehr interessanter Tag! Wir sind sicher, dass dies auch für ‚Action Sein‘ in 2012 der Fall sein wird. ■

Jacqueline CLAEYS und Christine NAPLES



Vincent Remouchamps, Didier Vander Steichel und Vanessa Cipollini.

Ehrlichkeit den Kindern gegenüber, auch den jüngsten

Bei Umfragen zu den Werten, die uns wichtig sind, steht Ehrlichkeit immer sehr hoch, meist sogar an erster Stelle. Wenn es jedoch darauf ankommt, unseren Kindern ehrlich zu sagen, dass ein sehr ernstes Problem besteht, wollen wir sie vor allem vor Kummer bewahren. Das ist das Dilemma, mit dem auch ich gerungen habe, als ich wegen Brustkrebs behandelt wurde. Dies hat zur Folge, dass ich denjenigen, die sich in der gleichen Lage befinden, heute ein Hilfsmittel anbieten möchte.



Das "Krebsmonster": eine Konstruktion aus Legosteinen.

Manchmal werde ich gefragt: "Hat Brustkrebs deine Lebensweise verändert?". Dann möchte ich eigentlich am liebsten antworten, dass dies nicht der Fall ist, dass ich auch schon vor der Diagnose bewusst lebte und bei wichtigen Entscheidungen auch meinem Gefühl folgte. Wenn ich jedoch ehrlich bin, muss ich zugeben, dass ich ohne die schmerzliche Episode von 2007 jetzt nicht das tun würde, was ich tue. Durch die Konfrontation mit Brustkrebs als Mama eines zweijährigen Jungen habe ich entdeckt, dass ich Menschen helfen kann, auch unter schwierigen Bedingungen glücklich zu sein. In 2010 gründete ich deshalb die VOG "Talismanneke" (kleiner Talisman), die neben meiner Rolle als Mutter meine wichtigste Beschäftigung ist.

Aber beginnen wir mit dem Anfang...

Am 6. April 2007 sagte man mir, dass die Geschwulst in meiner linken Brust ein bösartiger Tumor ist. Ein Donnerschlag bei blauem Himmel! Sowie bei vielen Müttern galt mein erster Gedanke meinem Sohn. Ich wollte keine kranke Mutter sein! Ich dachte vor allem; "Warum konnte das mir nicht vor seiner Geburt passieren, sodass ich ihm dieses Leid hätte ersparen können...". Ich suchte Unterstützung bei Leidensgenossen im Internet und besprach meine Sorgen mit Ärzten und Psychologen. Die erste und bedeutendste Schlussfolgerung war die, ehrlich zu sein und keine Angst zu haben, meine Gefühle zu zeigen. Obwohl mein kleiner Sohn erst einige Worte sprach, habe ich ihm doch erzählt was los war. Er reagierte wenig in diesem Moment, aber er hörte stets andächtig zu, wenn ich über meine Situation sprach. Und manchmal ließ er sich sehr deutlich anmerken, dass er die Lage erfasste. So hatte er ein Buch, in dem ein Krankenhaus abgebildet war. Er zeigte auf das Krankenhaus, legte seine Hand auf seine Brust und sagte "Au" während er mich anschaute. Viel deutlicher konnte er nicht sein.

Ich ging auf Suche nach Ideen, um mich auf seinem Niveau mit der Krankheit beschäftigen zu können, nach Büchern, die auf Ebene von Kleinkindern und Kindergartenkindern Richtlinien geben über den Umgang mit unserer Situation. Ich fand sehr wenig für Kinder seines Alters. Häufig wird angeraten, Kinder zeichnen zu lassen um ihnen zu helfen, mit starken Emotionen um zu gehen. Ein frustrierender Ratschlag, wenn ihr Kind nur einige Linien auf ein Papier kritzeln kann. Somit beschloss ich, meinen eigenen kreativen Geist zu nutzen und vor allem meinem Sohn zu folgen, der auch Möglichkeiten zu finden schien, um die Veränderungen zu verarbeiten. Ein Spielzeugmännchen, dessen Haarpracht er entfernen konnte, war Mama und sie konnte mit und ohne Haar herumlaufen. Eine Spritze und ein Pflaster machten ihn im Handumdrehen zu einem behutsamen Doktor für seinen Knuffel, der außerdem viel ruhen musste.



Um die Behandlungsdauer für ihn fassbar zu machen, erfanden wir das "Krebsmonster", eine Konstruktion aus Legosteinen, die ebenso viele Steine enthielt wie Tage Chemotherapie vorgesehen waren. Jeden Abend durfte er einen Stein abbrechen, der dann in der "OKIDOKI-Dose" landete. Wir führten somit einen wirklichen Kampf mit dem Krebsmonster und zerstörten es Stein nach Stein. Außerdem hatten wir verschiedene Farben pro Kur vorgesehen, sodass ihm auch der zyklische Rhythmus der Behandlung erkenntlich wurde. Wurde mit einer neuen Farbe begonnen, war Mama wieder sehr krank, aber nachdem wieder einige Steine dieser Farbe verschwunden waren, kam sie wieder zu Kräften.

Da er gerne bastelte, halfen wir ihm ab und zu ein kleines Geschenk für Mama herzustellen. Ganz einfache Dinge, wie z.B. einen Fotorahmen mit Stickers zu dekorieren oder eine Medaille für ein schnelles Gesundwerden aus Ton zu formen. Dies sind nun schöne Erinnerungsstücke. Da Freunde und Bekannte unserer Vorgehensweise gegenüber positiv reagierten, begann die Idee zu reifen, anderen Eltern diese Tipps zugänglich zu machen. Jedoch fehlte mir während der Behandlung die Energie dazu.

Ungefähr ein Jahr später, als ich zum ersten Mal wieder eine Scanneruntersuchung durchführen lassen musste, versuchte ich meine Ängste zu vertreiben, indem ich mich voll in die Arbeit am Kinderbuch stürzte. So entstand "Grote boom is ziek" (Großer Baum ist krank). Eine Erzählung über Snuiiter und seinen Freund Großer Baum. Der Doktor entdeckte Holzwürmer unter der Schale von Großer Baum und Snuiters Welt wurde auf den Kopf gestellt. Neben der Erzählung enthält das Buch auch Tipps, um jüngeren Kindern die Chance zu geben, im Lebensalltag mit schweren Erkrankungen umzugehen, nicht nur mit (Brust-) Krebs. Parallel dazu gibt es eine separate, ausführliche Gebrauchsanweisung, die als PDF-Datei via Internet zugänglich ist. Sowohl zu Hause als auch in der Klasse kann dies ein nützliches Instrument sein.

In den Hilfsmitteln habe ich versucht, folgende Aspekte zu berücksichtigen;

- Die Gefühle des Kindes
- Dauer und Nebenwirkungen der Behandlung
- Die onkologische Verbindung: krank machen um zu genesen
- Der Patient/Kranke ist nicht unbedingt die Mama des Kindes
- Aktive Betroffenheit des Kindes

Mittels Talismanneke kann ich die Erzählung von Snuiiter und Großer Baum lebendig gestalten. Ich führe Lesungen und Workshops für Kinder und Erwachsene durch. Ein Koffer, speziell für den Kindergarten ist in Bearbeitung. Seit Januar 2011 werden die ersten Snuiiter Spieltaschen verbreitet. Snuiters Spieltasche enthält außerdem eine Snuiiter-Puppe, ein Buch mit Spielanleitungen und eine Hör-CD. Es ist vorgesehen, Eltern mit jüngeren Kindern diese Tasche via Krankenhaus oder Selbsthilfegruppen zur Verfügung zu stellen. Es sind noch verschiedene Projekte angedacht in Zusammenarbeit mit anderen Organisationen. Diese auch zu anderen Themen, die nicht auf der Hand liegen, wie z.B. Selbsttötung eines Elternteils. Ich habe auf jeden Fall beide Hände voll zu tun!



Nathalie Slosse.

Meine wichtigste Botschaft lautet, Kinder möglichst schnell einzuweihen in das, was geschieht. Ich weiß selbst, dass man am liebsten nichts sagen würde, um das Kind vor Leid zu bewahren. Werden jedoch traurige Dinge miteinander geteilt, werden die glücklichen Momente um so wertvoller.



Snuiiter Spieltaschen.

Lernen, mit Leid und Rückschlägen gut umzugehen, ist eine wichtige Fähigkeit um das Glück zu finden. Diese Lebenslektion können Sie Ihren Kindern nicht früh genug mitgeben! ■

Nathalie SLOSSE
Präsidentin VOG Talismanneke

VOG Talismanneke

Das Ziel dieser Vereinigung ist, einen Beitrag zu leisten zur Stärkung der Fähigkeit, sein Glück zu gestalten, sowohl in guten als auch in schlechten Lebenslagen, zu den geringsten ökologischen und sozialen Kosten, durch Nutzung der individuellen, intergenerationellen und interkulturellen Vorstellungskraft. Die Vereinigung versucht, dieses Ziel mittels Projekten, Weiterbildungen, Vorbeugung, Animationen, Sensibilisierung, Veröffentlichungen, Ausarbeitung von Materialien, und jeder anderen zielorientierten Initiative zu erreichen.



Events

Ein wunderschöner Abend

In unserer vorherigen Ausgabe luden wir Sie zu einem Konzert ein. Dieses wurde organisiert auf Initiative der VOG „Cerf-Volant“* in Zusammenarbeit mit der VOE Carlo van Neste.



Photo © Luc Van Nerom

In unserer vorherigen Ausgabe luden wir Sie zu einem Konzert ein. Dieses wurde organisiert auf Initiative der VOG „Cerf-Volant“* in Zusammenarbeit mit der VOE Carlo van Neste.

Das Konzert fand am 4. Dezember statt und war ein voller Erfolg. Musikliebhaber und edle Spender hatten sich nicht vom Schneesturm, der im Programm nicht vorgesehen war,

abhalten lassen und waren zahlreich zum Königlichen Musikonservatorium gekommen.

Noé Inui, Violine, Sébastien Lienart, Klavier, und Alexandre Debrus, Violoncello, haben das Publikum durch ihre Vorträge von Werken von Schubert, Mendelssohn und Piazzola bezaubert. Begeisterter Applaus und verschiedene Zugaben beendeten das Konzert unter „standing ovation“ für dieses bemerkenswerte Trio. Unser Dank geht an die VOG Cerf-Volant und ihre Gründungsmitglieder, Frau Pascale Heller Vice-Präsidentin, Herrn Guy Ykman Präsident und Herrn Paul Groutars, Generalsekretär. Sie ermöglichten uns die Teilnahme an einem Abend, der geprägt war von Freude und von Emotionen.

Wir hoffen auf weitere Initiativen in 2011! ■

Jacqueline CLAEYS

* Cerf-Volant und seine Gründungsmitglieder tragen zum Wohlbefinden der Patienten, vor allem den an Krebs erkrankten, bei, indem sie kulturelle Ereignisse organisieren, wie Konzerte, Konferenzen,...

Vokabular*

Anatomo-Pathologie:

Die Anatomo-Pathologie ist eine medizinische Fachrichtung, die sich mit der Lehre von makroskopischen und mikroskopischen Schädigungen pathologischen Gewebes, das einer Person entnommen wurde, befasst.

Zytologie:

Die Zytologie besteht in der Analyse von Zellen, die mittels Feinnadelbiopsie entnommen wurden.

Makro-Biopsie:

Die Makro-Biopsie ist eine Methode der Gewebeentnahme mittels Hohlnadel, die dicker ist als diejenige, die zur Zytologie benutzt wird (3 bis 4mm).

* Wir öffnen diese neue Rubrik "Vokabular" mit medizinischen Begriffen, die sich auf die Anatomo-Pathologie beziehen. Wir werden diese Rubrik auch in den nächsten Newslettern fortführen.

Mikro-Biopsie:

Die Mikro-Biopsie ist eine Methode zur Gewebeentnahme, bei der mittels automatischer Pistole und Nadel Gewebefragmente von der Größe einer Spaghetti entnommen werden.

Ultraschall-gesteuert:

Die Gewebeentnahme wird unter echografischer (mittels Ultraschall) Steuerung durchgeführt.

Stereotaxisch:

Die Gewebeentnahme wird mammografisch gesteuert bei nicht tastbaren Tumoren, die nur auf der Mammografie sichtbar sind.

Note Book

.....

.....

.....

.....

.....



Partenaires dans la lutte contre le cancer du sein.

Partners in de strijd tegen borstkanker.

Partner imKampf gegen Brustkrebs

We need
your help!



Forum van Europa Donna. Europese Coalitie tegen borstkanker.

Lid worden van Europa Donna Belgium

Waarom?

- Om onze acties tegen borstkanker te steunen
- Om op de hoogte te zijn van de Europese en Belgische regelgeving in verband met de strijd tegen borstkanker
- Om uw stem te laten horen
- Om er mee voor te zorgen dat de volgende punten verwezenlijkt worden: kwaliteitsvolle borstkankeropsporing, verbetering van de psychosociale begeleiding van patiënten en hun familie, erkenning van de borstklinieken

Kortom:

Uit solidariteit voor de vrouw in haar strijd tegen borstkanker.

Hoe?

Schaart u zich achter onze doelstellingen? Wordt dan lid van onze vereniging! Schrijf 10 € over op rekening nr. 001-5043881-54 van Europa Donna Belgium vzw, Middaglijstraat, 10 - 1210 Brussel met mededeling: "lidmaatschap". Ook naam en adres duidelijk vermelden op de overschrijving.

Forum de Europa Donna. Coalition européenne contre le cancer du sein.

Devenir membre de Europa Donna Belgium

Pourquoi?

- Pour soutenir nos nombreuses actions
- Pour être informé de l'actualité politique européenne et belge concernant la lutte contre le cancer du sein
- Pour faire entendre votre voix
- Pour nous aider à obtenir la concrétisation des points suivants: un dépistage de qualité, un accompagnement psycho-social pour les patientes, leur famille et leur entourage, la reconnaissance des cliniques du sein

En bref:

Par solidarité pour la femme dans sa lutte contre le cancer du sein.

Comment?

Vous partagez nos objectifs ? Vous souhaitez soutenir nos actions pour atteindre ces objectifs ? Devenez membre de notre association !

Versez la somme de 10 € au compte n° 001-5043881-54 de Europa Donna Belgium asbl, Rue du Méridien, 10 - 1210 Bruxelles avec la mention: «cotisation membre» N'oubliez pas d'inscrire lisiblement votre nom et adresse sur le virement.

Forum von Europa Donna. Europäische Koalition gegen Brustkrebs.

Werden sie Mitglied bei Europa Donna Belgium

Warum?

- Zur Unterstützung unserer zahlreichen Aktionen
- Damit Sie stets über die neuesten Informationen zur Bekämpfung von Brustkrebs in Belgien und europaweit verfügen
- Um Ihre Meinung einbringen zu können
- Als Hilfe zur Konkretisierung folgender Anliegen: Ein qualitativ hochstehende, Früherkennung, eine psychosoziale Umrahmung für Patienten, ihre Familie und ihr Umfeld, Anerkennung von Brustkliniken

Kurz gefasst:

Aus Solidarität zu jeder Frau, die betroffen ist.

Wie?

Wenn Sie unsere Ziele teilen, und uns bei unseren Aktionen unterstützen möchten, dann werden Sie Mitglied unserer Vereinigung!

Überweisen Sie die Summe von 10 € auf unser Konto Nr. 001-5043881-54 von Europa Donna Belgium, rue du Méridien 10 - 1210 Brüssel mit dem Vermerk: Mitgliedsbeitrag Vergessen Sie nicht, Ihren Namen und Adresse leserlich auf der Überweisung anzugeben.

***Votre soutien est indispensable pour réaliser nos objectifs!
Wir rechnen mit Ihrer Unterstützung um unsere Ziel zu erreichen!
Uw steun is noodzakelijk om onze beweging sterker te maken!***

BULLETIN D'ADHÉSION - INSCHRIJVINGSFORMULIER - EINSCHREIBUNGSFORMULAR

Nom/Naam/Name: Prénom/Voornaam/Vorname:

Adresse/Adres:

Tel: E-mail:

Profession/Beroep/Beruf:

Membre adhérent/Aangesloten lid/Eingetragenes Mitglied: 10 EUR



A renvoyer à EUROPA DONNA BELGIUM - rue du Méridien 10, 1210 Bruxelles
Terugsturen naar EUROPA DONNA BELGIUM - Middaglijstraat 10, 1210 Brussel
Zurück zu senden an EUROPA DONNA BELGIUM, rue du Méridien 10, 1210 Bruxelles
N° compte/Rek n°: 001-5043881-54

