

Afgiftekantoor: 3000 LEUVEN



PB-PP  
BELGIE(N) - BELGIQUE

# CMP *NIEUWSFLASH*

P 802044 11<sup>e</sup> Jaargang 2018, Nr.3, juli-augustus-september, Driemaandelijks



*Goede reis*

[WWW.CMPVLAANDEREN](http://WWW.CMPVLAANDEREN)



# REDACTIONEEL

## VOORWOORD

---

Onze wereld wordt al maar complexer, in lijn met de evolutie van onze gemeenschap, ten koste van de stijging van het energieverbruik en de productie van afval. De groei van het aantal mensen, de vlucht van technologie, informatica, internet en de sociale media zijn hierin belangrijke factoren. Vooral deze laatste twee zijn zowel een zegen als een mogelijke vloek. Massa's data worden elke seconde verzameld, verstuurd en bewaard. Data management begint meer en meer onze manier van leven te beïnvloeden. Sommigen worden slaven van de sociale media, anderen maken er verstandig gebruik van. Opportunistisch wordt ons gedrag opgevolgd en gestuurd door ingewikkelde algoritmen zodat we ons kunnen afvragen; kiezen we nog zelf?

We zijn toeschouwer bij het aanhoren van data hacking, data manipulatie en inbreuken op de privacy.

Recentelijk heeft de overheid GDPR (General Data Protection Regulation) opgelegd aan alle verenigingen, organisaties en bedrijven, met ingang van 25 mei 2018, om ervoor te zorgen dat de persoonlijke data van iedereen van ons, die bewaard worden in allerlei bestanden, alleen kan bewaard en gebruikt worden met de toestemming van de betrokkene, voor de doelstellingen die beschreven zijn.

Iedereen heeft inzagerecht om de opgeslagen data te bekijken en zich uit te schrijven.

Ook wij CMP-Vlaanderen, zijn bezig met ons in lijn te brengen met deze wetgeving met de bedoeling de belangen van onze leden te vrijwaren.

**'de Maretak' vzw**  
vereniging voor mensen met chronische pijn



# Dansen & bewegen

## ... op 'onze' maat



**Voor mensen met chronische pijn, een chronische ziekte of speciale noden**

**Elke 1ste dinsdag van de maand, 13u-14u**  
(behalve schoolvakanties en feestdagen)

**Danstuin**  
**Tiensestraat 47, 3000 Leuven**



Meer info & inschrijvingen:  
[www.demaretak.org/evenementen/danstuin](http://www.demaretak.org/evenementen/danstuin)



# Een andere kijk op eenzaamheid

---

## Ik dans wel met mezelf

Zielig, dat vinden we van eenzaamheid. En bovendien kan je er zelfs iets aan doen. Door meer buiten te komen en vrienden te maken. Maar zo eenvoudig is het niet. (Dit artikel verscheen in 2015 in Weliswaar.)

Eenzaamheid is een complex fenomeen. Met alleen zijn heeft het ten gronde niets te maken, het is eerder een gemis in je sociale relaties dat je als negatief, pijnlijk of ongewenst aanvoelt. Een universeel gemis, zo blijkt. Want iedereen maakt het mee als er een kloof zit tussen de sociale contacten die we hebben en de sociale contacten die we zouden willen. Eenzaamheid is fundamenteel subjectief, en het cruciale element is verbondenheid.

Emotionele eenzaamheid heeft met intensiteit te maken, je mist een hechte band met iemand waar je je diepe gevoelens mee kan delen. Bij sociale eenzaamheid mis je een bredere kring, familie, vrienden en kennissen, een groep mensen die je een gevoel van eigenwaarde en zelfvertrouwen geven, en je wereldbeeld delen. Je kan je eenzaam voelen door de omstandigheden, bijvoorbeeld als je partner wegvalt of als je naar de andere kant van de wereld verhuist. Maar je omgeving is niet allesbepalend. Twee mensen in exact dezelfde situatie zullen niet hetzelfde voelen. Je persoonlijkheid bepaalt hoe gevoelig je bent voor eenzaamheid. Uit tweelingenonderzoek van de Nederlandse psychologe Dorret Boomsma blijkt dat zelfs onze genen een rol spelen. Je kan er dus aanleg voor hebben. Eenzaamheid is meestal tijdelijk, maar als het te lang duurt, kan het chronisch worden. Armoede en een slechte gezondheid zijn risicofactoren, alsook cultuur.

## Eenzaamheid is een cliché

Leen Heylen, sociologe aan de Thomas More Hogeschool Geel: "Eenzaamheid hoort bij het leven. Iedereen kent het gevoel, zelfs als je een relatie hebt, of hechte vriendschappen. Meestal is het niet erg en gaat het over. Soms niet."

De feiten die Leen Heylen opsomt, zijn van een bedrieglijke eenvoud. Ze schreef een doctoraat over eenzaamheid bij ouderen. Vandaag werkt ze aan de Thomas More Hogeschool rond het onderwerp. "Eenzaamheid is ingewikkeld omdat het niet maatschappelijk aanvaard wordt, zeker als je jong bent. Omwille van dat stigma praten we er niet graag over. Bovendien handhaven we een aantal foute clichés."

Hoe bevooroordeeld we naar eenzaamheid kijken, merkt Heylen aan de interviewaanvragen die ze krijgt. "Als de Kerstperiode eraan komt, word ik elk jaar weer opgebeld. Alsof mensen alleen tijdens de feestdagen eenzaam

zijn.” En dat is niet het enige vooroordeel. “We denken dat een relatie en gezin ons tegen eenzaamheid beschermen. We denken dat het iets is wat je kan oplossen door zelf moeite te doen. We associëren het vooral met ouderen, terwijl het iets van alle leeftijden is. Ook de framing is belangrijk. We interpreteren cijfers. Als uit onderzoek blijkt dat 25% van de ouderen eenzaam is, dan focust men daar op. Terwijl het goede nieuws is: 75% van de ouderen is tevreden over zijn sociale netwerk. Ik probeer tijdens interviews te nuanceren en clichés te doorprikken, maar het blijft moeilijk.”

Als het over eenzaamheid gaat, dan valt wel eens het woord epidemie. Bijna iedereen gaat ervan uit dat we vandaag eenzamer zijn dan ooit. Iedereen, maar niet Heylen. “Het stoort me wel eens dat eenzaamheid gelinkt wordt aan de individualisering van de maatschappij of aan sociale media. De cijfers tonen een status quo aan over de laatste zestig jaar. Onze grootouders waren even eenzaam als wij. Hun sociale context was anders, maar daarom zeker niet beter. Wie 40 jaar geleden in een slecht huwelijk zat, zag geen uitweg. Alles heeft met context en maatschappelijke normen te maken. Als mijn klasgenoten 200 likes krijgen op hun Instagramfoto’s en ik maar zes, dan voel ik me niet goed, omdat ik niet aan de norm voldoe. Jammer genoeg blijven de structurele oorzaken van eenzaamheid, zoals armoede of een wankele gezondheid, een probleem. Kortom, eenzaamheid is er altijd al geweest en zal ook altijd bestaan, maar vandaag problematiseren we het op een selectieve manier.”

### **Emotionele versus sociale eenzaamheid**

“Voor mijn doctoraat heb ik vier jaar rond eenzaamheid gewerkt en in het begin botste ik constant op clichés. Er is weinig onderzoek naar eenzaamheid bij alle leeftijden. Maar al lezend en researchend werden de vooroordelen snel doorgepikt. Eenzaamheid bleek wel degelijk een boeiend onderwerp.” Als de clichés al ingebed zitten in het wetenschappelijk onderzoek, dan is het niet vreemd dat we ze allemaal koesteren. “Als je je partner verloren hebt, is het maatschappelijk aanvaard om je eenzaam te voelen. Maar omdat er voor alle andere mensen een taboe rust op eenzaamheid, zien we soms risicogroepen over het hoofd. Neem mantelzorgers. Als je voor je zieke partner zorgt, verandert je relatie. Vaak heb je ook geen tijd meer voor een sociaal leven. Emotionele en sociale eenzaamheid loeren dan om de hoek. Ook eenzaamheid in relaties is op dit moment amper bespreekbaar. Een gelukkig getrouwde man of vrouw met een gezin kan toch niet eenzaam zijn? Maar dat zijn ze uiteraard wel, soms. En neen, dat betekent niet dat je relatie slecht is, of dat je die best beëindigt. Het is gewoon normaal. Eenzaamheid is iets van alle leeftijden, en van alle tijden. Dat was voor mij een eyeopener toen ik aan dit onderzoek begon.”

Kennis is macht, ook in dit geval. Het zou helpen als we het taboe doorbreken, er openlijker over praten en bovendien meer weten over eenzaamheid,

denkt Heylen. “Het onderscheid tussen emotionele en sociale eenzaamheid biedt een uitstekend kader. Als je dat voor ogen houdt, dan vind je het niet vreemd als een weduwe die veel contact heeft met haar kinderen en vrienden, zich toch eenzaam voelt omdat ze dat hechte emotionele contact mist met een partner. En je zal ook niet verbaasd zijn dat een gehuwde man zonder veel vrienden last heeft van sociale eenzaamheid, ondanks zijn liefhebberende gezin. Dat begrijpen is belangrijk voor je aanpak.”

### **De ene eenzame is de andere niet**

De aanpak van eenzaamheid: daar wringt het schoentje. “We denken dat eenzaamheid makkelijk op te lossen is. Gewoon wat moeite doen. Kom eens wat meer buiten. Maar eenzaamheid gaat in essentie niet over fysiek alleen zijn, het gaat over je verbonden voelen. Wat als je wel contacten vindt, maar je eenzaamheid niet overgaat?”

“Weet je, alles hangt samen. De problematisering van eenzaamheid belemmert een goede aanpak, omdat we het koste wat kost willen oplossen. Als maatschappij, maar ook als individu. Dat het zo moeilijk bespreekbaar is, zorgt voor een vicieuze cirkel en maakt het nog erger. Stel: je voelt je eenzaam. Meteen krijg je de boodschap dat dit een probleem is. Eenzaam is synoniem met zielig. Om dat stigma te vermijden, praat je niet open over je eenzaamheid. Zo voel je je nog minder verbonden met de mensen om je heen. Eenzaamheid houdt zichzelf soms in stand.”

“Eenzaamheid is voor de politiek soms een aantrekkelijk thema. Een project rond eenzaamheid is sympathiek en toont dat politici het hart op de juiste plaats hebben. Ik begrijp dat. Maar als iemand chronisch eenzaam is, is een geruststellende campagne of iemand die een keer per maand langskomt om een praatje te maken, geen oplossing. Dan moeten de structurele problemen aangepakt worden, en is er goede begeleiding van een professionele hulpverlener nodig. Het optrekken van de minimumpensioenen doet waarschijnlijk meer om eenzaamheid bij ouderen te voorkomen dan hier en daar een project.”

### **Niet in oplossingen denken**

We moeten als maatschappij, en ook als hulpverlener, politicus of vriend met een andere bril naar eenzaamheid leren kijken, stelt Heylen. “Structurele problemen moet je aanpakken, dat is duidelijk. Daarnaast moeten we eenzaamheid meer aanvaarden. Als je een partner verliest, is het logisch dat je je eenzaam voelt. Dat kan je niet oplossen. Maar je kan wel luisteren naar wat de noden zijn van iemand wiens partner is weggefallen. Dat is een heel ander uitgangspunt.”

Niet meteen oplossingsgericht denken: dat is de boodschap. Maar dat blijkt ook voor onderzoekers als Heylen moeilijk. “We doen ons uiterste best om

zelf niet in de oplossingsval te trappen. Op de hogeschool krijgen we veel vragen van organisaties die iets willen doen rond het thema, vaak bij ouderen. Daarom hebben we met de steun van de Vlaamse overheid een gids gemaakt: Oud en eenzaam? Een gids door de mythe. De vraag is: voeden we daarmee niet het idee dat eenzaamheid oplosbaar is? Het blijft zoeken, ook voor ons. Soms maken we problemen waar er geen zijn. Niet iedereen heeft nood aan een druk sociaal leven. Tegelijkertijd erkennen we een intense eenzaamheid niet genoeg. Het is dubbel. Daarom moeten we ons zonder vooroordelen de vraag durven stellen: voor wie kunnen we iets betekenen en hoe.”

### **Goed gezelschap zijn voor jezelf**

Nuances zijn bij dit onderwerp ontzettend belangrijk, zeker in de zorg of hulpverlening. “We hebben zelf meegewerkt aan een klein project in Arendonk. Eenzaamheid bleek daar bij ouderen een probleem. Het project Hecht Arendonk richt zich op mensen aan die het moeilijk hebben. De focus ligt niet op hun problemen, maar op hun talenten. Waar zijn ze goed in, wat hebben ze te bieden en waar hebben ze zin in? Bedoeling is niet om oplossingen te bieden, maar om te luisteren naar iemands verhaal, uit te zoeken wat de behoeftes zijn en daar een mouw aan te passen. Zonder iets op te dringen. Zo kan je mensen op een positieve manier met elkaar in contact brengen. Sommige Arendonkenaren hebben elkaar gevonden in hun liefde voor musea, knutselen samen, of doen klusjes bij elkaar. Als het over eenzaamheid gaat, is het belangrijk dat we buiten de lijntjes durven te denken. Lus vzw in Gent neemt bijvoorbeeld initiatieven om netwerkgroepen rond kwetsbare mensen te verzamelen. Het is een uitstekend initiatief. En de campagne over eenzaamheid van Bond Zonder Naam was een geweldige manier om het debat open te trekken.”

Op persoonlijk vlak blijft investeren in je sociale netwerk cruciaal, weet Heylen. “De vraag is of we als maatschappij beseffen hoe belangrijk dat is. En neen, dat betekent niet hervallen in het klassieke denken over buurt- en verenigingsleven. Een sociaal netwerk kan op vele manieren ingevuld worden. Sommige mensen hebben behoefte aan veel contacten, anderen hebben aan minder enkele vrienden genoeg. Iedereen moet zijn sociale netwerk zo uitbouwen dat het aan zijn persoonlijke noden voldoet. We moeten volgens mij ook aan onze cultuur sleutelen. Verbondenheid met anderen maakt ons tot mens. Maar in een cultuur waar ‘tijd alleen’ ook zijn plaats heeft, zal er minder eenzaamheid zijn. We doen er goed aan om te leren goed gezelschap voor onszelf te zijn.”

### **De getuigenis van Melissa (25): “Ja, ik ben chronisch eenzaam”**

Chronisch eenzaam?” Melissa denkt even na. “Ik denk dat ik dat ben, ja. Ik heb al heel mijn leven het gevoel dat ik alleen op de wereld ben. Van een



warm nest was als kind geen sprake. Mijn vader verdween toen ik acht was, mijn moeder had een drankprobleem en een turbulent liefdesleven. Er was veel ruzie en echt gezorgd werd er niet voor ons. Toen ik zeventien was, ging mijn oudere broer met zijn vriendin samenwonen. Hij nam me mee. Maar als tiener bij zo'n jong koppel, dat werkte niet. Op 18 ging ik werken en huurde ik een studio, waar ik zonder meubels ging wonen. Ik was ongelukkig, zo alleen, en maakte me constant zorgen over geld. Maar als ik mijn voordeur dichttrok, waren er tenminste geen ruzies meer. Ik had een eigen plek. Toen ik verliefd werd, wilde ik snel gaan samenwonen. Eindelijk iemand die voor me zou zorgen. Dat viel tegen. Mijn vriend was niet lief en dat is nog zacht uitgedrukt. Ik wilde al na een jaar weg, moe van de ruzies en de vernederingen, maar had niet genoeg geld voor een huurwaarborg, dus bleef ik een jaar langer dan goed voor me was. Vandaag woon ik alleen. Ik werk nog altijd in een winkel, heb veel contact met mijn broer en zijn gezin, en ook met een paar vriendinnen en vrienden. Toch ben ik eenzaam. Bijna iedereen in mijn omgeving zit in dezelfde situatie als ik. Geldzorgen, moeilijke relaties, we hebben niet veel speelruimte om dingen te doen. Ik durf hen niet over alles in vertrouwen nemen, want hun leven is even moeilijk als dat van mij. Het is alsof ik op een eiland woon. Geen tropisch, maar een koude en kale rots."

"Eenzaamheid doet pijn. Soms letterlijk. Op andere momenten voel ik een intense, zwarte leegte. Ik probeer die vaak op te vullen met eten. Het opgeblazen gevoel na drie diepvriespizza's geeft troost. Maar dat duurt nooit lang. Soms is de eenzaamheid zo sterk, dat het me verlamt. Dan lig ik op de vloer van mijn studio, alsof iemand alle lucht uit mijn lichaam gelaten heeft. Toen ik op een dag toch aan een vriendin vertelde dat het soms zo moeilijk was alleen, zei ze meteen dat ik waarschijnlijk een depressie heb. Maar dat denk ik eigenlijk niet. Ik weet wat dat is, ik heb het bij mijn oma en bij een andere vriendin gezien. Ik ben niet levensmoe, en zie de wereld niet donker. Ik verlang gewoon naar iemand die me ziet. Het is niet voor niets dat ik de leegte opvul met eten, want het gevoel lijkt op honger.

Wat zou mijn eenzaamheid kunnen temperen? Ik weet het niet. De lotto winnen, misschien? Genoeg geld hebben om gewoon te leven zou mijn gepieker verminderen, en als ik beter voor mezelf kan zorgen, zal ook dat gevoel dat ik op niets of niemand kan terugvallen misschien verminderen. Een vriend die me echt graag ziet en me een beter gevoel geeft over mezelf, in plaats van me te kwetsen, dat zou ook helpen. Maar waar ga ik die vinden?"

(Dit artikel verscheen in 2015 in Weliswaar.)

# ACTIVITEITENKALENDER

## **Agenda:**

---

**zaterdag 15 september 2018: Boottocht**

Lotgenotencontact Gent

**maandag 17 september 2018: Is Cannabis een geneeskundig kruid?**

Wilgroei

**donderdag 18 oktober 2018 Hematologische nieuwigheden van het afgelopen jaar**

Wildgroei

**zaterdag 20 oktober 2018**

**Intimiteit en seksualiteit bij kanker**

Lotgenotencontact West-vlaanderen

**zaterdag 30 maart 2019:**

**Jaarlijks symposium**

AZA - Antwerpen

## PROGRAMMA WILDGROEI:

juni en juli	geen activiteiten in de vakantieperiode
maandag <b>17 september 2018</b>	Is cannabis een geneeskrachtig kruid? Kan cannabisolie de kankerbehandeling positief beïnvloeden? Dhr. Pieter Geens, MEDICAN vzw 19.30 - 21.30 uur ZOPP Limburg, Corda Campus Hasselt.
donderdag <b>18 oktober 2018</b>	Hematologische nieuwigheden van het afgelopen jaar. Dag Tegen Kanker ZOL Campus St. Jan te Genk. Dr. Natalie Put en Dr. Liesbeth Lammertijn 14.00 - 16.00 uur ZOL Campus ST. Jan te Genk



## OOST-VLAANDEREN :

**Lotgenotencontact Gent, zaterdag 15 sept. 2018**

samen met Lotgenoten van hematologische patiëntengroepen

Samenkomst aan **Portus Ganda, Veermanplein 2, Gent**, uiterlijk om **13u30**.  
Daarna worden de boten toegewezen waarmee jij meevaart.

**Locatie:** aan de ingang van het Van Eyck zwembad in Gent.



### **Afvaart stipt om 14u.**

Terug aan Portus Ganda om 16u à 16u30 met afsluiter.

Deelname is **gratis**, ons aangeboden door de **schippers** van **Portus Ganda** en stad Gent dienst Toerisme.

Vlug inschrijven is de boodschap!! Inschrijven via de website van [www.CMP Vlaanderen.be](http://www.CMPVlaanderen.be) onder de rubriek Evenementenkalender of per post aan Marijke Foucart, Kouteren 15, 9630 Zwalm met onderstaande inschrijvingsstrook.

Door **“Portus Ganda vzw”** wordt ons opnieuw de gelegenheid geboden om kennis te maken met hun vereniging en dit in samenwerking met de dienst **“Toerisme van de stad Gent”**. We worden verwelkomd door de eigenaars van de verschillende pleziervaartuigen die met ons gedurende een tweetal uur de binnenwateren van de Stad zullen bevaren. Er zijn 100 plaatsen voorzien die we evenredig verdeeld hebben met Hodgkin non- Hodgkin vzw, een lotgenotengroepering binnen de bloedkankers (Leukemie, Myeloom, ziekte van Waldenström, enz...). Met verschillende schepen varen we stoetsgewijs richting Dampoort om de handels- of oude houtdok in te varen, waar de Stad haar nieuw project “Oude Dokken” doorvoert, richting Muidebrug. Vervolgens keren we terug, maar varen we eerst verder door richting “Gentbrug-gesluis” en Franse vaart, om van daaruit terug te keren naar ons beginpunt waar we rond 16u – 16u30 aankomen en afsluiten met een drankje en hapje ons aangeboden door Portus Ganda vzw.

**Tijdens deze onvergetelijke dag kunnen we op een aangename manier nader kennis maken met alle aanwezige lotgenoten.**

# Inschrijvingsstrook:

**Lotgenotencontact boottocht te Gent, zaterdag 15 sept. 2018**

NAAM: .....

Lotgenoot: **M. Myeloom** ..... of **Waldenström** .....

Adres: .....

.....

E-mail: ..... Tel/GSM .....

***! wij vragen alle lotgenoten om, indien wij u via mail (eigen adres of familielid) kunnen bereiken, uw e-mailadres zeker te vermelden***

Deelname met ..... personen,

Inschrijven kan uiterlijk tot 10 september wegens organisatorische redenen



# **WEST-VLAANDEREN :**

---

Regio **West-Vlaanderen** organiseert op 20 oktober een lotgenotencontactdag onder de titel '**Intimiteit en seksualiteit bij kanker**' coördinator **Lien Decorte**; klinisch psychologe

Plaats van het gebeuren is dit jaar het gezondheidscentrum; De Koninklijke Villa, Koningsstraat 79 – te 8400 Oostende – Mariakerke

Het volledige programma kunt u terugvinden op onze website.

13u00: inschrijving en onthaal met koffie of drankje

13u30: inleiding en coördinatie door Lien Decorte  
(klinisch psychologe AZ St. Jan Brugge)

15u00: vragenstelling en bespreking in groep

15u30: nabespreking met lotgenoten en familie vergezeld van een drankje en een hapje.

*Voor diegenen onder jullie die er behoefte aan hebben om voordien al van gedachten te kunnen wisselen over de behandeling die je net achter de rug hebt of die je in de toekomst nog te wachten staat, met lotgenoten die hier al met af te rekenen hadden, willen wij de mogelijkheid geven om eventueel elkaar reeds te zien in de voormiddag met mogelijks een bezoek aan de Japanse tuin die gelegen is in het voormalig park van de Koninklijke Villa.*

*Dit wordt echter nog verder onderzocht in de komende weken en zullen jullie kunnen lezen op onze website en op de mail en/of folder die nog volgen.*

***Inschrijvingen kunnen gebeuren via mail voor 1 oktober 2018 naar ;***

Nicky De Boever: per mail: [nickydeboever@hotmail.com](mailto:nickydeboever@hotmail.com)  
of telefonisch: 0470 82 47 45

Luc Marivoet per mail: [l.marivoet@skynet.be](mailto:l.marivoet@skynet.be)

**Belangrijk:** deze lotgenotencontactdag is in de eerste plaats bedoeld voor mensen uit de regio maar ook **eenieder** die in dit onderwerp geïnteresseerd is willen wij uitnodigen en verwelkomen !!

# MEDISCH NIEUWS

In de vorige nieuwsflash nr. 2 staat onder MEDISCH NIEUWS op blz. 18 het artikel over Lenalidomide, op blz. 21 punt 8) Thrombosevorming.

Hier wordt verwezen naar onderstaand artikel.

Zo ook voor het artikel op blz. 22 over Pomalidomide op blz. 26 punt 8) Thrombosevorming.

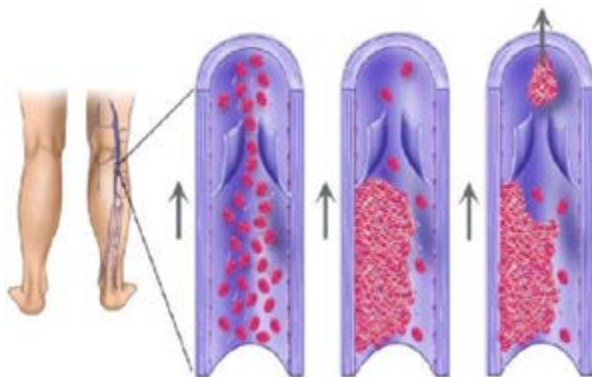
## Veneuze Trombo-embolie

### 1. Inleiding

Veneuze trombo-embolie manifesteert zich voornamelijk onder de vorm van een diep veneuze trombose van het been (DVT) en/of longembolie (LE). Het risico op het ontwikkelen van een trombo-embolie is verhoogd bij myeloompatiënten; zowel door het ziekteproces zelf, als door de behandelingen die men gebruikt.

### 2. Wat is een DVT en een LE ?

Een DVT van het been is de vorming van een bloedklonter in een diepe vene van het been (Figuur 1). Dit veroorzaakt ongemak onder de vorm van zwelling van het been, roodheid, warmte en pijn (Figuur 2). Een longembolie ontstaat meestal wanneer zo'n klonter uit één van de benen (of het bekken) loskomt (i.e. emboliseert) en met de bloedstroom terechtkomt in de bloedsomloop van de longen (Figuur 3). Dit kan zich uiten onder de vorm van pijn op de borst, kortademigheid, frequent hoesten (of ophoesten van bloed) of episodes van bewustzijnsverlies (Figuur 4). Waar een DVT een onaangename situatie met veel last is, is een LE een potentieel levensbedreigende aandoening.



**Figuur 1: Diep Veneuze Trombose (DVT)**



**Figuur 2: Rood, pijnlijk en gezwollen rechter been in het kader van een DVT.**





***Figuur 3 : Longembolie (LE)***



***Figuur 4: Thoracale pijn, kortademigheid en beklemming door longembolie***

### **3. Oorzaken**

Een veneuze trombo-embolie ontstaat door een wisselwerking tussen drie factoren (Figuur 5). Enerzijds kent men de veneuze stase van bloed. Deze situatie komt voor bij myeloom patiënten wanneer zij door pijn of ziekte langdurig aan hun bed gekluisterd zijn. Anderzijds speelt ook de overmatige stolling van bloed een belangrijke rol. Deze situatie is eigen aan het multipel myeloom, voornamelijk in de maanden onmiddellijk na diagnose of tijdens

combinatiebehandelingen met hoge dosissen corticoïden en thalidomide of lenalidomide. Tot slot leidt ook een beschadiging van de binnenbekleding (het zogenaamde endotheel) van bloedvaten tot een fors verhoogd risico op trombo-embolieën. Deze situatie ziet men na het gebruik van bepaalde irriterende chemotherapeutica of het gebruik van katheters. Deze drie risicofactoren werden voor het eerst beschreven in de 19e eeuw door de Duitse arts Virchow en zijn gekend als de triade van Virchow.



Figuur 5 : Triade van Virchow

#### 4. Risicofactoren

Multipel myeloom patiënten lopen een fors verhoogd risico op het ontwikkelen van een veneuze trombo-embolie. Men heeft een aantal onafhankelijke risicofactoren geïdentificeerd die uw hematoloog in staat stellen het risico individueel voor U in te schatten. Deze worden opgedeeld in patiënt gebonden risicofactoren, myeloom gebonden risicofactoren en risicofactoren verbonden aan de behandeling (Tabel 1).

Met patiënt gebonden risicofactoren bedoelt men een aantal risico's die aan U als patiënt zijn verbonden zoals de aanwezigheid van ernstig overgewicht (obesitas), suikerziekte (diabetes), een voorgeschiedenis van een VTE, het dragen van een (poort)katheter, etc.

Met myeloom gebonden risicofactoren bedoelt men een aantal risico's die zijn verbonden aan uw myeloom zelf, zoals de onmiddellijke fase na diagnose of bij herval wanneer de ziekte op haar hevigst is.

Risicofactoren verbonden aan behandeling omvatten het gebruik van combinatie-chemotherapieschema's, thalidomide, lenalidomide, pomalidomide, schema's met zeer hoge doses corticoïden of schema's met doxorubicine (bijvoorbeeld het VAD schema).

**Tabel 1 : Risicofactoren Veneuze Trombo-embolie in patiënten met Multipel Myeloom**

<p><b>Individuele risicofactoren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ <i>Obesitas ( BMI &gt; = 30 kg/m<sup>2</sup>)</i></li> <li>→ <i>Doorgemaakte VTE</i></li> <li>→ <i>Centrale katheter/poortkatheter /pacemaker</i></li> <li>→ <i>Onderliggende ziektes</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hartlijden (bypass, coronaire stent, hartfalen)</li> <li>- Chronische nierinsufficiëntie</li> <li>- Diabetes mellitus (suikerziekte)</li> <li>- Immobilisatie</li> </ul> </li> <li>→ <i>Heelkunde</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Algemene operaties</li> <li>- Anesthesie</li> <li>- Trauma (vb. verkeersongeval)</li> </ul> </li> <li>→ <i>Medicatie</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- EPO</li> </ul> </li> <li>→ <i>Bloedstollingsziektes</i></li> </ul>	<p><b>Myeloom-risicofactoren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ <i>Diagnose</i></li> <li>→ <i>Hyperviscositeit</i></li> </ul> <p><b>Myeloom-behandeling</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ <i>Behandeling met combinatie-chemotherapie</i></li> <li>→ <i>Gebruik van hoge dosis dexamethasone (&gt;480 mg/maand)</i></li> <li>→ <i>Gebruik van doxorubicine</i></li> <li>→ <i>Gebruik van thalidomide, lenalidomide, pomalidomide</i></li> </ul>
--	--

Op basis van de hierboven beschreven risicofactoren kan U ingedeeld worden in enerzijds een laag of hoog risicopatiënt en op adequate manier een preventieve behandeling krijgen.

## 5. Preventieve behandeling

Laag-risicopatiënten worden gedefinieerd als patiënten met géén of maximum één patiënt- of myeloom-gebonden risicofactor. Deze patiënten worden behandeld met een lage dosis aspirine (zoals Asaflow® 80 mg per dag).

Hoog-risicopatiënten zijn alle andere patiënten en worden behandeld met hetzij een dagelijkse onderhuidse injectie van een laag moleculair gewichtsheparine (zoals Clexane® of Fraxiparine®) of met een behandeling met een coumarine-derivaat (Sintrom®, Marevan® of Marcoumar®). Deze laatste zijn pilletjes. Hoewel op het eerste gezicht de coumarine derivaten minder belastend lijken voor de patiënt (pilletjes in tegenstelling tot de dagelijkse spuitjes) bestaat er een nauwe grens tussen een therapeutische dosering en over- of onderdosering. Overdosering kan leiden tot ernstige bloedingen en onderdosering beschermt de patiënt niet tegen VTE. Bovendien kan inname van andere geneesmiddelen en het eten van bijvoorbeeld broccoli of groene groentes interfereren met de spiegels van deze medicatie.

### *Wat het is ?*

*Het is onzin, zegt het verstand*

*Het is wat het is, zegt de liefde*

*Het is tegenslag, zegt de berekening*

*Het is alleen maar pijn, zegt het verstand*

*Het is uitzichtloos, zegt het inzicht*

*Het is wat het is, zegt de liefde*

*Het is belachelijk, zegt de trots*

*Het is lichtzinnig, zegt de voorzienigheid*

*Het is onmogelijk, zegt de ervaring*

*Het is wat het is, zegt de liefde*

# **CAR-T-cel-therapie voor myeloompatiënten – stand van zaken**

---

CAR-T-cel-therapie krijgt sinds enkele maanden onze bijzondere aandacht omdat ze heel beloftevol lijkt voor myeloompatiënten, in eerste instantie diegenen onder hen die al veel behandelingen ondergaan hebben.

De redactie speurt het internet af om de CMP-lotgenoten te kunnen berichten waar de farmaceutische bedrijven momenteel staan. Twee relevante klinische studies kwamen in ons vizier, één die al aan de gang is en waarvan al resultaten zijn bekendgemaakt, een andere die in de maand mei aangekondigd werd voor opstart in de tweede helft van 2018. Daarover verder meer, maar eerst even het geheugen opfrissen.

Ter inleiding verwijzen we:

1° naar het artikel in de CMP-NieuwsFlash van april-mei-juni over IMMUNOTHERAPIE ontleend aan maguza (het magazine van uza) van januari 2018; je vindt het op de pagina's 30-31, ook op onze website; we harnemen er enkele passages van:

## ***Afweercellen in de aanval***

*Bij immuuntherapie wordt het eigen afweersysteem gestimuleerd om kankercellen te overwinnen. Dat kan de kanker vaak lange tijd tegenhouden en soms zelfs doen verdwijnen.*

*... / ...*

## ***Witte bloedcellen herprogrammeren***

*Daarnaast bestaan er al langer behandelingen waarbij afweercellen van de patiënt in het laboratorium als het ware worden geprogrammeerd om de kanker te lijf te gaan.*

*Een vrij recente toepassing daarvan is de **CAR-T-cel behandeling**.*

*Daarbij worden T-lymfocyten afgenomen, een bepaald type witte bloedcellen, die vervolgens genetisch worden gemanipuleerd. Terug ingediend gaan ze de kankercellen opsporen en vernietigen.*

2° naar de uiteenzetting door prof. Tessa Kerre over “Immunotherapie van monoklonale antilichamen tot **CAR-T-cells**” tijdens het symposium op 24 maart in Gent. Het aansluitend tekenfilmpje, dat zij ons bereidwillig ter beschikking stelde, is nog steeds te bekijken op de CMP-website. Vind het onder “NIEUWS” en vervolgens onder “Wat is immunotherapie?”

Nu ter zake.

De twee relevante klinische studies in het domein van CAR-T-cel-therapie, die in ons vizier kwamen, hebben enkele gemeenschappelijke kenmerken:

- 1° de CAR-T-cellen worden getest bij **myeloompatiënten in een vergevorderd stadium** van hun ziekte, na reeds verschillende behandelingen te hebben ondergaan (“late stage relapsed/refractory multiple myeloom”) vertaalbaar als hervallen(de) myeloompatiënten en/of patiënten met resistent multipel myeloom;
- 2° de CAR-T-cellen (voluit “chimeric antigen receptor“-T cellen) zijn in beide studies gericht tegen BCMA (een eiwit op de myeloomcellen, in het vakjargon “B-cell maturation antigen”);
- 3° het betreft, minstens gedeeltelijk, **nog een fase 1 studie**, met een zeer beperkt aantal patiënten, waarin, zoals gebruikelijk, de klemtoon ligt op het evalueren van de werkzaamheid (doeltreffendheid), van de veiligheid en van de verdraagbaarheid van de substantie, alsook op het bepalen van de optimale dosis;
- 4° de studies worden uitgevoerd binnen een samenwerkingsakkoord tussen een **zeer groot farmaceutisch bedrijf** dat al jaren actief is in het domein van multipel myeloom en **een klein biotech-bedrijf**, met name respectievelijk: enerzijds Celgene met Bluebird bio Inc. anderzijds Janssen (Johnson & Johnson) met Legend Biotech USA Inc. en Legend Biotech Ireland Limited “Legend”, dochterondernemingen van GenScript Biotech Corporation;
- 5° het zijn “multi-center” studies die dus in verschillende ziekenhuizen worden uitgevoerd;

Lezers die meer details willen kennen van deze studies, onder andere de eerste reeds bekendgemaakte resultaten van de eerste studie, kunnen die op het internet gemakkelijk vinden door volgende combinaties van trefwoorden in te geven in een zoekmachine: enerzijds “Celgene Bluebird”, anderzijds “Janssen Legend”.

Op de jaarlijkse vergadering van de ASH (American Society of Hematology) in December 2017 verklaarde dr. Anderson over de Celgene/bluebird studie-resultaten: “Deze studie toont aan dat deze nieuwe behandeling een goede verdraagbaarheid heeft. Deze nieuwe therapie kan belangrijke resultaten bereiken bij patiënten met multipel myeloom die geen andere behandelingsopties meer hebben. Deze nieuwe CAR-T celtherapie heeft een veelbelovende werkzaamheid met een hanteerbaar veiligheidsprofiel. Dit kan een nieuwe behandelingsoptie worden voor recidiverend of resistente multipel myeloom, de behandeling moet echter nog wel worden geoptimaliseerd en heeft meer onderzoek nodig.”

Bij de andere farmabedrijven die antimyeloombeneesmiddelen produceren, zoals Bristol Myers Squibb, Takeda en Novartis, zien we op het internet momenteel (nog) geen meldingen van aan de gang zijnde of aangekondigde klinische studies rond CAR-T-cel-therapie voor myeloom. Wel zien we dat Amgen recent een klinische studie heeft opgestart met een verwant concept, dat van de BiTEs. Dit concept wordt ook uitgelegd in het filmpje waarnaar hierboven, in de inleiding, werd verwezen.

We zullen onze Medische Commissie uitnodigen om zo mogelijk aanvullende informatie en begeleidend commentaar te geven.

# Infecties bij CAR-T-celtherapie

---

Patiënten die een CAR-T-celtherapie ondergaan, hebben ongeveer evenveel kans op infecties als vergelijkbare patiënten die een chemo-immunotherapie krijgen.

Kort samengevat komt CAR-T-cel-therapie hierop neer:

- T-lymfocyten van de patiënt worden uit het lichaam gehaald en zodanig behandeld, dat ze kwaadaardige cellen met het CD19-kenmerk op hun oppervlak herkennen.
- Teruggebracht in het lichaam geven ze een aanzet tot vernietiging van deze CD19-cellen.

Omdat er een tekort aan alle afweercellen met het CD19-kenmerk ontstaat, kan de patiënt gevoeliger worden voor infecties.

In het tijdschrift Blood wordt verslag gedaan van een onderzoek waarin is uitgezocht of patiënten door deze therapie daadwerkelijk meer infecties oplopen.

- Bij 133 patiënten is gekeken naar infecties gedurende twee periodes: van dag 0 t/m 28 en van dag 29 t/m 90 na het teruggeven van de behandelde cellen aan de patiënt. De patiënten hadden acute lymfatische leukemie, chronische lymfatische leukemie of non-hodgkinlymfoom. Op dit ogenblik staat de behandeling van patiënten met multiple myeloom nog in een experimentele beginfase. Deze patiënten werden niet in dit onderzoek betrokken.
- In de eerste periode kregen 30 van de 133 patiënten in totaal 43 infecties (dus soms meer dan één per patiënt).
- In de tweede periode was de kans op infecties vrijwel gehalveerd.

**Het lijkt erop dat de kans op infecties vergelijkbaar is met de kans na chemo-immunotherapie bij vergelijkbare patiënten.**

Bron: Blood, 16 oktober 2017 en Stichting Hematon Nederland.



# Aspirine vermindert de kans op kanker met de helft

---

*Onlangs verscheen volgend artikel in de krant " the Daily Mail " door Victoria Allen – Wetenschappelijke correspondentente*

Een groot onderzoek heeft onlangs uitgewezen dat regelmatig aspirine nemen kan helpen bij de behandeling van verschillende soorten kanker.

Een proef waarbij meer dan een half miljoen mensen betrokken waren, vond dat langdurig gebruik van aspirine hun risico op lever- en slokdarmkanker met bijna de helft verminderde, terwijl hun kans om darmkanker te krijgen met een kwart afnam. Aspirine, waarvan al bekend is dat het beschermt tegen hartaanvallen en beroertes, wordt verondersteld om enzymen te blokkeren die tumoren van kankers helpen groeien.

Het goedkope medicijn bleek ook de kansen om leukemie, longkanker en prostaatkanker te verminderen, hoewel deskundigen waarschuwen dat het misschien minder goed werkt voor vrouwen en het kan zweren en bloedingen veroorzaken. De studie, die 14 jaar lang patiënten volgde, werd geleid door de Chinese Universiteit van Hong Kong. Hoofdauteur Professor Kelvin Tsoi zei: 'de bevindingen tonen aan dat door langdurig gebruik van aspirine het risico op het ontwikkelen van vele belangrijke kankers kan verminderd worden. Wat moet worden opgemerkt is de betekenis van de resultaten voor kankers binnen het spijsverteringskanaal, waar de verminderingen van de incidentie van kanker allemaal zeer substantieel waren, met name voor lever- en slokdarmkanker. Het onderzoek, dat moest worden gepresenteerd aan de United European Gastro-enterology-conferentie in Barcelona, vergeleek de incidentie van kanker bij meer dan 400.000 niet-aspirine gebruikers en meer dan 200.000 mensen die het medicijn voor ten minste zes maanden werd voorgeschreven. De aspirine-gebruikers hadden de tabletten gemiddeld al meer dan zeven en een half jaar gebruikt.

Bijna één op de zes patiënten kreeg kanker, maar degenen die aspirine innamen hadden 47 procent minder kans op de diagnose van kanker van de lever of slokdarm. Experts vonden ook significante verminderingen van maagkanker (38%) pancreaskanker (34%) en darmkanker (24%). Aspirine die als bijwerking heeft het verdunnen van het bloed, wordt verondersteld de banen

van 'COX2'-enzymen in het lichaam te blokkeren. De moleculen, die ook pijn en koorts veroorzaken, lijken het lichaam te helpen de bloedvaten te genereren om de snelle groei en verspreiding van tumoren te ondersteunen. Ze kunnen ook helpen de kankercellen die zich vermenigvuldigen en het natuurlijke afweermecanisme van het lichaam dat kanker bestrijdt te stoppen door kankercellen "zelfmoord te laten plegen". Uit de Hong Kong-studie bleek ook dat aspirine-gebruikers 14% minder kans hadden op het ontwikkelen van prostaatkanker, 24% minder kans op leukemie en meer dan een derde minder risico op longkanker. De auteurs vonden geen beschermend effect voor blaaskanker of nierkanker. Judith Brodie, van "Strijd tegen Darmkanker", zegt dat : "darmkanker op drie na de meest voorkomende kanker is in het Verenigd Koninkrijk en op één na de meest dodelijke kanker. Het is heel belangrijk om factoren te herkennen die een rol kunnen spelen bij de preventie en die het aantal gevallen van darmkanker kunnen verminderen.

Zoals altijd adviseren wij patiënten om hun arts te raadplegen voordat ze medicijnen gaan gebruiken.

---

The logo for Amgen, consisting of the word "AMGEN" in a bold, blue, sans-serif font.The logo for Janssen, featuring the word "Janssen" in a blue, sans-serif font next to a stylized blue graphic element resembling a bird or a wing.The logo for Celgene, featuring a stylized blue and white graphic element resembling a flame or a drop, with the word "Celgene" in a blue, sans-serif font.The logo for Roche, featuring the word "Roche" in a blue, sans-serif font inside a blue hexagonal border.The logo for Novartis, featuring a stylized blue and orange graphic element resembling a flame or a drop, with the word "NOVARTIS" in a blue, sans-serif font.The logo for Bristol-Myers Squibb, featuring the words "Bristol-Myers Squibb" in a blue, sans-serif font.

# *Je mag er zijn!*

*Je mag er zijn  
Dat weet je toch,  
Of zei ik het te weinig?*

*Je mag er zijn  
Dat merk je toch,  
Of toonde ik het te weinig?  
Je mag er zijn dat voel je toch,  
Aan heel veel kleine dingen.*

*Je mag er zijn  
Zoals je bent, zo mag je zijn,  
Je hoeft niet méér,  
Niet groter, niet beter  
En niet anders te zijn.*

*Je mag er zijn  
Op je eigen manier,  
Met je eigen mogelijkheden  
Of onmogelijkheden,*

*Je mag er zijn,  
Je mag helemaal 'jezelf' zijn.*

*Frans Weerts*

# DE STATISTIEK VAN WALDO EN KAHLÖ

ZEG WALDO DIT MOET JE EENS LEZEN!

DE ZIEKTE VAN KAHLER KOMT VOOR 3 OP DE 100.000 MENSEN  
EN WALDENSTRÖM 3 OP 1.000.000 MENSEN \*

WAT BEN JIJ  
ZELDZAAM!

NIET ZELDZAAM  
GENOEG OM NOOG  
TE RESTAUREREN.....



# VOOR U GELEZEN

## **Beschikbaarheid en betaalbaarheid van uw geneesmiddelen**

---

In de edities van De Standaard (hierna DS) van 2/6, 4/6 en 5/6 verscheen een artikelenreeks onder de titel **“MAGGIE DE BLOCK, MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID OF VAN FARMA?”** en, aansluitend, in de editie van 6/6, een opiniestuk van twee Geneesheren voor het Volk (GVHV). Lectuur van deze artikelen is ten eerste aanbevolen en kan op [www.standaard.be](http://www.standaard.be).

Het maatschappijmodel en, meer specifiek, het Toekomstpact overheid-farma (zie kader hieronder) waarin onze lotgenoten meer dan behoorlijk aan hun trekken komen, wordt er aangevallen van twee kanten. Voor sommigen is het niet liberaal genoeg, voor anderen is het niet marxistisch genoeg.

### **Toekomstpact voor de patiënt met de farmaceutische industrie**

We hernemen de eerste twee alinea's van het voorwoord:

In dit toekomstpact met de farmaceutische industrie gaat het over de patiënt. Geneesmiddelen zijn een levensnoodzakelijke schakel in het zorgproces, letterlijk dan. Ik (Maggie De Block is aan het woord, red) wil me ervan vergewissen dat patiënten toegang blijven hebben tot de beste medische zorgen en dat medicijnen aan de hoogste kwaliteitsstandaarden voldoen. Geneesmiddelen moeten zo doeltreffend mogelijk zijn en in België moeten we toegang blijven hebben tot de meest innovatieve therapieën.

Dat kan enkel dankzij een innoverende farmaceutische industrie die investeert in onderzoek en ontwikkeling, in veiligheid en in onbeantwoorde medi-



*de publieke leverancier. Octrooien en monopolies zouden geen reden van bestaan meer hebben, omdat geneesmiddelen en andere gezondheidstechnologieën als publieke goederen worden beschouwd”*

Het zal deze GVHV-artsen wellicht niet bekend zijn, maar in het laatste decennium zijn alle nieuwe grensverleggende en levensverlengende geneesmiddelen voor myeloom- en Waldenströmpatiënten precies ontwikkeld door ondernemingen in landen mét een vrije markteconomie: de Verenigde Staten (Celgene, Bristol-Myers Squibb, Amgen, Genentech, Genzyme/Sanofi...), Japan (Takeda), Zwitserland (Novartis, Roche), België (Janssen), en andere West-Europese landen... Geen enkele bijdrage kwam er uit landen waar het door hen voorgestelde systeem decennia lang werd gehanteerd. Dàt systeem zou pas “de vrije markt uitschakelen”!

Met deel 2 en deel 3 van de reeks heeft de CMP-NieuwsFlash-redactie geen problemen.

In deel 2 **“Een bloeiende Pharma Valley in de eigen achtertuin”** (met een knipoog naar “Silicon Valley”) wordt belicht dat de bestaande relatie tussen de overheid en de farma-industrie niet alleen in functie staat van het belang van de Belgische patiënt, maar bovendien nog eens zorgt voor meer interessante jobs, meer export en meer innovatie: mooi meegenomen!

In deel 3 **“De betaalbaarheid van onze medicijnen in de toekomst”**, tenslotte, komen KotK-voorzitter Jean-Jacques Cassiman en Sonja Willems, Managing Director van Janssen Benelux, aan het woord. Ze zijn het erover eens dat de aanpak van de dure geneesmiddelen op termijn anders moet en wisselen van gedachte hoe dat eventueel kan ingevuld worden. België, met zijn reputatie op het vlak van compromissen vinden, zou evenwel zichzelf niet zijn als we hier niet uit zouden raken.

Ondertussen meent de CMP-NieuwsFlash-redactie dat “Maggie en de farma” er samen het beste van (proberen te) maken en een goed evenwicht hebben gevonden, dat het huidige Belgische systeem/kader inzake terugbetaling van medicatie nog niet het slechtste is – integendeel! - en dat de CMP-lotgenoten dat grotendeels zullen kunnen/willen onderschrijven. Graag uw mening.



# **WAARSCHUWING voor inname van probiotische gist**

---

## **bij een verzwakt immuunsysteem**

Er komt een nieuwe contra-indicatie voor de **probiotische gist “Saccharomyces boulardii”**, die onder meer in het product Enterol zit. Deze gist wordt vaak genomen om diarree te voorkomen en te genezen.

Voortaan moet er op de bijsluiter een extra waarschuwing worden vermeld voor ernstig zieken of mensen met een **verzwakte afweer**. Die personen lopen het **risico op dodelijke “fungemie”**, wanneer de gist in het bloed terechtkomt.

In België en Nederland is Enterol het enige geregistreerde geneesmiddel op basis van *S. boulardii*. Maar er zijn ook – vrij verkrijgbare - **voedingssupplementen** die evenveel of zelfs meer *S. boulardii* bevatten dan Enterol. Die voedingssupplementen hebben geen verplichte bijsluiter. In dat geval kan het gebruik van deze producten ronduit gevaarlijk zijn.

BRON: Test-Aankoop (“testgezond”) februari-maart 2018

---

## **Injectie schakelt kankers uit bij muizen en wordt weldra getest bij mensen**

---

Een **inspuiting tegen kanker**, die bij muizen tumoren kan uitschakelen, zelfs als ze uitgezaaid zijn in het lichaam, wordt weldra getest bij een kleine groep mensen.

Onderzoekers van de Stanford University in Californië hebben ontdekt dat het rechtstreeks in een tumor inspuiten van minieme hoeveelheden van twee middelen die het immuunsysteem activeren, niet alleen die tumor doodt,



maar ook een “verbazingwekkende reactie in heel het lichaam” uitlokt die niet behandelde verafgelegen uitzaaiingen vernietigt.

Uit de nieuwe studie blijkt dat de behandeling toegepast kan worden op veel verschillende soorten kankers. De onderzoekers denken dat de plaatselijke toediening van zeer kleine hoeveelheden van de stoffen kan dienen als **een snelle en relatief goedkope therapie tegen kanker**, en dat het onwaarschijnlijk is dat de behandeling de kwalijke neveneffecten zal veroorzaken die vaak gezien worden bij een stimulatie van het immuunsysteem in heel het lichaam.

“Als we die twee stoffen samen gebruiken, zien we dat tumoren in heel het lichaam uitgeschakeld worden”, zei Ronald Levy op de website van Stanford. Levy is professor oncologie en een van de hoofdauteurs van de studie. “Deze aanpak vermijdt de noodzaak om tumor-specifieke doelwitten voor het immuunsysteem te identificeren, ze vereist geen algehele activering van het immuunsysteem en evenmin een aanpassing van de immuuncellen van de patiënt.”

## **“Verbazende effecten doorheen heel het lichaam”**

**Professor Levy is een pionier op het vlak van kanker-immunotherapie**, waarbij onderzoekers trachten het immuunsysteem in te schakelen in de strijd tegen kanker. Onderzoek in zijn laboratorium heeft geleid tot de ontwikkeling van rituximab, een van de eerste monoklonale antilichamen die goedgekeurd zijn als middel tegen bepaalde kankers bij mensen.

- Sommige benaderingen op het gebied van immunotherapie zijn gebaseerd op het **stimuleren van het immuunsysteem doorheen heel het lichaam**,
- Andere therapieën richten zich natuurlijk voorkomende “controleposten” die de **anti-kanker-activiteit van immuuncellen beperken**.
- Bij nog andere, zoals de **CAR-T-cel-therapie** die onlangs goedgekeurd is voor de behandeling van sommige soorten leukemie en lymfomen -bloed- en lymfe(klier)kankers -, worden de **immuuncellen van een patiënt uit het lichaam gehaald en genetisch behandeld om de tumoren aan te vallen**.

Veel van die benaderingen zijn succesvol gebleken, maar ze hebben ook nadelen, van moeilijk te behandelen neveneffecten tot hoge kosten en lange voorbereidings- of behandelingstijden.

“Al deze doorbraken op het vlak van immunotherapie veranderen volop de medische praktijk”, zo zegt Levy. **“Onze aanpak gebruikt een eenmalige toediening van zeer kleine hoeveelheden van twee actieve stoffen die**

**de immuuncellen enkel in de tumor zelf stimuleren.** Bij de muizen zagen we verbazingwekkende effecten doorheen heel het lichaam, waaronder de uitschakeling van tumoren overal in het dier.”

Kankers leven vaak in een raar soort van tweestrijd met het immuunsysteem. Immuuncellen zoals de T-cellen herkennen de abnormale proteïnen die vaak aanwezig zijn op kankercellen, en infiltreren dan de tumor om hem aan te vallen. Als de tumor groeit, “bedenkt” hij echter vaak manieren om de activiteit van de T-cellen te onderdrukken.

### **De methode van Levy en zijn team werkt door de kanker-specifieke T-cellen te reactiveren door rechtstreeks in de tumor enkele microgrammen te injecteren van twee actieve stoffen:**

- De ene stof werkt samen met andere immuuncellen in de buurt om de expressie - de werking - te versterken van de activeringsontvanger OX40 op het oppervlak van de T-cellen.
- De andere stof, een antilichaam dat zich bindt aan OX40, activeert de T-cellen om ten strijde te trekken tegen de kankercellen.
- Omdat de twee stoffen rechtstreeks in de tumor geïnjecteerd worden, worden alleen de T-cellen geactiveerd die de tumor al geïnfilteerd hebben. In feite zijn die T-cellen “voorgescreend” door het lichaam om enkel kanker-specifieke proteïnen te herkennen.
- Een aantal van deze tumor-specifieke, geactiveerde T-cellen, verlaten dan de originele tumor om op zoek te gaan naar identieke tumoren doorheen heel het lichaam, en die te vernietigen.

De aanpak werkte verrassend goed met laboratoriummuizen bij wie tumoren van muizen **lymfoom** getransplanteerd waren op twee plaatsen in hun lichaam. Het injecteren van één tumor met de twee middelen, veroorzaakte niet enkel de regressie van de behandelde tumor, maar ook van de tweede, niet behandelde tumor. Op die manier werden **87 van de 90 muizen genezen van kanker. Bij drie van de muizen kwam de kanker terug, maar die verdween opnieuw na een tweede behandeling.** De onderzoekers zagen gelijkaardige resultaten bij muizen met **borstkanker-, karteldarmkanker- en melanoomtumoren.**

Muizen die genetisch aangepast waren om spontaan borstkanker te krijgen aan alle tien hun tepels, reageerden eveneens gunstig op de behandeling. **Het behandelen van de eerste tumor die verscheen, verhinderde vaak het opduiken van latere tumoren en verlengde aanzienlijk de levensduur** van de dieren, zo ontdekten de onderzoekers.

**Volgens prof. Levy is er geen grens is aan het soort van tumoren dat we potentieel zouden kunnen behandelen, zo lang ze maar geïnfiltrerd zijn door het immuunsysteem.**

Ten laatste onderzocht mede-hoofdauteur **Idit Sagiv-Barfi** de specificiteit van de T-cellen door twee soorten van tumoren in de muizen te transplanteren. Ze transplanteerde dezelfde lymfoom-kankercellen in twee plaatsen en een karteldarmkanker in een derde plaats. De behandeling van een van de lymfoomtumoren veroorzaakte de regressie van de beide lymfoomtumoren, maar had geen effect op de groei van de karteldarmkankercellen.

“Dit is een zeer gerichte benadering”, zegt Levy. “Enkel de tumor die dezelfde proteïnedoelwitten heeft als de behandelde tumor, wordt getroffen. We vallen specifieke doelen aan zonder dat we precies moeten identificeren welke proteïnen de T-cellen herkennen.”

De onderzoekers zijn een **klinische proef begonnen, waarvan verwacht wordt dat er 15 patiënten met niet al te agressief lymfoom voor gerecruiteerd zullen worden.** Als die succesvol zijn, gelooft prof. Levy dat de behandeling nuttig zou kunnen zijn voor vele soorten van tumoren. **Hij ziet een toekomst waarin klinische medici de twee stoffen injecteren in vaste tumoren bij mensen,** voorafgaand aan de chirurgische verwijdering van de kanker. Op die manier zou men het terugkeren van de tumoren door niet geïdentificeerde uitzaaiingen kunnen verhinderen, of zelfs de ontwikkeling van toekomstige tumoren die voort zouden komen uit genetische mutaties zoals BRCA1 en 2, kunnen voorkomen.

De studie van het team van Stanford is gepubliceerd in “Science Translational Medicine”.

BRON: Luc De Roy VRT- 02.02.2018



# Contactadressen CMP Vlaanderen vzw

---

## Antwerpen

Wim Koolen (Myeloom)  
Bethaniëlei 8  
2970 Schilde  
Tel.: 03 384 38 93  
wim@cmpvlaanderen.be

Jeannot Poelman (Waldenström)  
Boordeken 4  
2980 Zoersel  
gsm: 0477 43 30 47  
jeannot@cmpvlaanderen.be

Etienne Govaerts (Waldenström)  
Boordeken 4  
2980 Zoersel  
gsm: 0475 30 31 62  
etienne@cmpvlaanderen.be

Jan Walschap  
Meikeverstraat 7  
2880 Bornem  
gsm: 0475 98 08 23  
jan@walschap.net

## Brabant

Chris De Ronne (Myeloom)  
Bergenstraat 72  
3053 Haasrode  
Tel.: 016 40 32 86  
info@derco-immo.be

Mia Villé (Myeloom)  
Korbeekoase 7  
3000 Leuven  
Tel.: 016 25 07 28  
miameville@gmail.com

Anne Aertssen (Myeloom)  
Broekstraat 7  
3990 Tielt-Winge  
Tel.: 016 63 52 79  
anneaertssen@yahoo.com

Erik Lenders (Myeloom)  
Veldonkstraat 17 bus 1.01  
3120 Tremelo  
Tel.: 016 53 16 35  
eriklenders@me.com

Sonja Goovaerts (Myeloom)  
Baron Eduard Empainlaan 107  
2800 Mechelen  
Tel.: 015 65 37 32  
sonja.goovaerts1@telenet.be

Roger Aertsens (Myeloom)  
Maleizenstraat 48  
3020 Herent  
Tel.: 016 20 14 68  
raertsens@telenet.be

## **Oost-Vlaanderen**

Marijke Foucart (Myeloom)  
Kouteren 15  
9630 Zwalm  
Tel.: 09 324 09 31  
foucartmarijke@hotmail.com

Raoul Van Gaever (Waldenström)  
Goedlevenstraat 199  
9041 Oostakker  
Tel.: 09 228 04 90  
raoul.van.gaever@telenet.be

Nicky De Boever (Waldenström)  
Bakkereel 30  
9600 Ronse  
Tel: 0470 82 47 45  
nickydeboever@hotmail.com

## **West-Vlaanderen**

Nicky De Boever (Waldenström)  
Bakkereel 30  
9600 Ronse  
Tel: 0470 82 47 45  
nickydeboever@hotmail.com

Luc Marivoet (Myeloom)  
Molenstraat 5  
8750 Wingene  
Tel.: 051 70 43 41  
l.marivoet@skynet.be

## **Limburg**

Willy Schepers (wildgroei vzw)  
Vandermarckestraat 30  
3560 Lummen  
Tel.: 013 52 30 92  
02willy.schepers@skynet.be

## **Webmaster**

webmaster@cmpvlaanderen.be



## GEZOCHT: MEDEWERKERS

U kent ze allemaal, de vrijwilligers van CMP-Vlaanderen. Wim, Chris, Jeannot, Erik, Luc, Raoul, Etienne, Nicky, Mia, Sonja, Roger, Jan, Marijke, Anne. Hun contactgegevens staan achteraan in elke Nieuwsflash.

Op een paar uitzonderingen na zijn al deze vrijwilligers lotgenoten zoals u. Patiënten met goede en slechte dagen, behandelingen in het verschiet, of aan de gang of net voorbij. En een tijdelijke onderbreking van hun activiteiten is dan ook niet onbestaanbaar. **Om de continuïteit van onze bloeiende patiëntenvereniging in stand te houden doen wij graag maar met aandrang beroep op uw medewerking.**

Neem contact met één van de bestuursleden (zie achteraan in de Nieuwsflash) of via [info@cmp.vlaanderen.be](mailto:info@cmp.vlaanderen.be).

Samen kunnen we dan overleggen welke taak u kunt opnemen. Enkele uren per week vrijmaken volstaat om CMP daadwerkelijk te steunen. Alvast heel veel dank voor uw positieve reactie.



Wij informeren graag belangstellenden, sympathisanten, vrienden, over onze activiteiten. Geef uw adres op per mail, per telefoon, per post aan Wim Koolen. U krijgt ons kwartaalschrift CMPNieuwsflash en alle uitnodigingen gratis toegestuurd.





**Informatie en verantwoordelijke uitgever:**

CMP Vlaanderen vzw  
Erik Lenders  
Veldonkstraat 17 bus 1.01  
3120 Tremelo  
Tel.: 016 53 16 35  
[eriklenders@me.com](mailto:eriklenders@me.com)

[www.cmpvlaanderen.be](http://www.cmpvlaanderen.be)

**Giften worden in dank aanvaard**

**CMP vzw**

Boordeken 4  
2980 Zoersel  
Ondernemingsnr.: 860 749 987

**Bankrekening ARGENTA**

IBAN: BE93 9790 7671 3867  
BIC: ARSPBE22