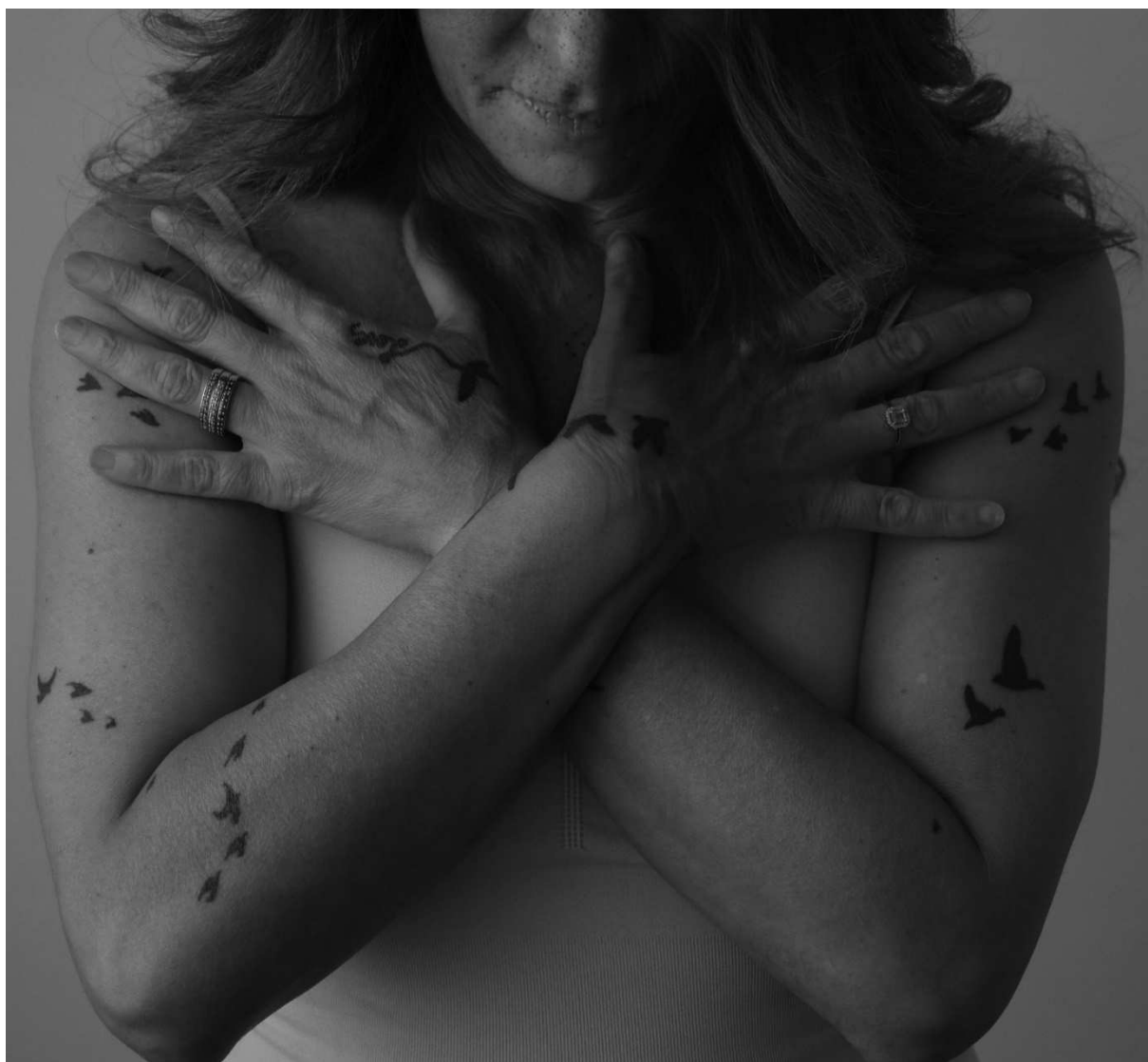


Eerste Hulp Bij Borstkanker

(E.H.B.Bk)

Waarom krijgt de één borstkanker en de ander niet?



Oorzaken, preventie en wat je zelf kan doen
THIERRY MARÉCHAL

Eerste Hulp Bij **Borstkanker**

(E.H.B.Bk)

Waarom krijgt de één borstkanker en de ander niet?

THIERRY MARÉCHAL

Oorzaken, preventie en wat je zelf kan doen

Auteur: Thierry Maréchal
Redactie: Dimi Van den Heuvel
Illustratie p. 5: Raf Moens
Foto's: Thierry Maréchal, Anna Dovie Photography en Vincent Van Reusel
Uitgeverij: Brave New Books
ISBN: 9789464928204
Copyright: Thierry Maréchal
Niets uit deze uitgave mag openbaar worden gemaakt door middel van druk, fotokopie, internet of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.
Zelfs de titel is wereldwijd geregistreerd en beschermd.

Een goede kijk op borstkanker



Preventief en curatief

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord en dankwoord

1. Inleiding	12
2. Wat is (borst)kanker?	13
2.1 Algemeen	13
2.2 Verschillende soorten borstkankers en cijfers	15
2.3 TNMG / Gradaties	22
2.4 Borstkanker bij mannen	25
3. Eerste Hulp Bij BorstKanker / Wat kan ik zelf doen om te GENEZEN (curatief)	26 27
4. Oorzaken en PREVENTIE	39
4.1 Oorzaken waar men geen invloed op heeft	39
4.2 Oorzaken waar men meer invloed op heeft	42
4.2 A) Wat men zelf PREVENTIEF kan doen. Algemeen	42
4.2 B) Wat men zelf PREVENTIEF kan doen. Specifiek	60
4.3 Huisdieren en emotioneel welzijn	68
5. Opsporing	71
5.1 Mammografie en thermografie	72
5.2 Echografie	75
5.3 MRI	75
5.4 Andere	76
6. Behandelingen	77
6.1 Basisbehandelingen	79
6.2 Lopende onderzoeken en minder gekende behandelingen	99
6.3 Voeding tegen kanker	107
6.4 Suppletie bij borstkanker	116
6.5 Natuurlijke behandelingen	117
7. Waar vind ik hulp/nuttige adressen	182
8. Nawoord	187
9. Verklarende woordenlijst	190
10. Index	192
11. Bronnen algemeen	194

DISCLAIMER

Dit boek heeft de bedoeling uitgebreide informatie te geven over kanker en de huidige, meest voorkomende behandelingen, maar ook om je wegwijs te maken in het ruime aanbod van alternatieve/ aanvullende behandelingen die minder gekend zijn.

Het is niet de bedoeling een arts of andere medische specialisten te vervangen. Bespreek dus altijd je persoonlijke situatie met een arts.

Veel van de beschreven behandelingen of tips met betrekking tot voeding en natuurlijke behandelwijzen bij kanker zijn door klassieke artsen niet gekend, omdat daar in de opleiding van arts geen tijd/plek voor voorzien is. Experimenteer desondanks niet op eigen houtje, aangezien bepaalde alternatieve of natuurlijke behandelingen de klassieke behandelingen (negatief) zouden kunnen beïnvloeden. Je gaat best op zoek naar een alternatieve behandelaar met voldoende kennis en ervaring, die ook de klassieke methoden respecteert. Zoek iemand die je vertrouwt, zowel voor klassieke behandelingen als voor natuurlijke/alternatieve behandelingen, en houd je behandelaars op de hoogte van wat je wilt en van wat je toepast/volgt.

Ikzelf streef naar een samenwerking tussen ‘klassieke’ en ‘alternatieve’ specialisten.

Dit boek heeft niet de intentie een zelfhulpboek te zijn. Medische diagnose en behandeling blijven nodig. **Eerste Hulp Bij Borstkanker** is gebaseerd op kennis uit mijn gevolgde opleidingen, het uitwisselen van ervaringen en informatie tussen klassiek en alternatief ingestelde specialisten, studies en onderzoeken wereldwijd.

Wat ik aanraad is om met gezond verstand te oordelen en niet in het wilde weg iets te doen of te volgen. Kanker is levensbedreigend en verandert je levenswijze.

Vraag eventueel een tweede of derde mening.

Belangrijk:

Dit boek samenstellen heeft veel “bloed, zweet en tranen” gekost. Er zijn héél veel werkuren aan besteed, en de opbrengst van dit boek zal die werkuren niet kunnen compenseren.

Vind je dit boek goed en vind je dat anderen dit ook mogen lezen, vertel het dan verder en maak dan geen kopies om verder uit te delen. Anderen die dit boek willen lezen mogen een vergoeding/steun bezorgen voor het lezen van de leerrijke informatie die ze krijgen i.p.v. kopies of passages te lezen die men op een onrechtmatige manier verkregen heeft. De schrijver is trouwens auteursrechtelijk beschermd en elke vorm van misbruik is strafbaar en zal vervolgd worden.

Een deel van de inkomsten van dit boek gaat bovendien naar vzw “**De Brug H**”. Deze vzw wil een brug slaan tussen klassieke geneeskunde en natuurgeneeskunde. De vzw streeft naar een optimale samenwerking, zodat ze elkaars therapieën kunnen versterken. De vzw informeert ook over beide stromingen, door enerzijds o.a. de verschillende immuuntherapieën in de klassieke geneeskunde kenbaar te maken en anderzijds de aanvullende/natuurlijke therapieën meer in een helder daglicht te stellen. Ook is het de bedoeling van die vzw om mensen die het financieel, administratief of emotioneel moeilijk hebben te kunnen steunen.

Veel leesplezier!

VOORWOORD

Eén op de drie mensen krijgt, volgens de huidige prognoses, ooit kanker. Van alle kankers komt borstkanker bij vrouwen in Nederland en België het meest voor. In België en Nederland is dat al één op acht. Borstkanker is de belangrijkste doodsoorzaak bij vrouwen wereldwijd, goed voor 23% van de totale gevallen van kanker en 14% van de totale sterfgevallen in 2008.

Vrijwel iedereen kent dan ook wel iemand die deze ziekte heeft (gehad) of er al zelf mee heeft kennis gemaakt. Kanker is daarom een beladen woord, ook vanwege de vaak fatale afloop. Zowel de getroffen persoon als zijn nabije omgeving lijden onder deze ziekte, door zowel het verloop als de gevolgen ervan.

Met dit boek wens ik informatie te geven over verschillende manieren om kanker te (helpen) bestrijden. Je krijgt uitleg over enkele klassieke behandelingen en vooral ook vele natuurlijke middelen of behandelingen die minder gekend zijn, maar soms erg krachtig kunnen werken.

Natuurlijke middelen zoals planten kunnen in principe niet gepatenteerd worden en zijn hierdoor commercieel gezien meestal niet interessant genoeg. Omdat wetenschappelijk onderzoek heel duur is, worden natuurlijke middelen en hun mogelijke toepassingen dan ook vaak niet grondig onderzocht. Uiteraard ‘bewijst’ dat niet dat natuurlijke middelen of alternatieve therapieën al dan niet (zouden kunnen) werken.

De informatie die ik in dit boek deel is zowel nuttig voor het grote publiek als voor de wetenschapper met speciale interesse in kanker. Onderwerpen die dieper ingaan op de materie zijn te vinden in duidelijke zijkaders. Het doel is om nieuwe inzichten en keuzeopties te creëren, door een brede waaier aan reguliere en ‘alternatieve’ behandelingstechnieken aan te reiken die allen reeds bestaan, maar wellicht (nog) niet gekend zijn.

Dit boek is echter niet bedoeld om zelf voor dokter te spelen. Advies van een arts is altijd aan te raden. Persoonlijk lijkt het mij het meest zinvol wanneer er een synergie gevonden wordt tussen een klassiek geschoolde arts en een **goed geschoolde** natuurgeneeskundige of gezondheidstherapeut. Ik hoop met dit boek zoveel mogelijk mensen te bereiken met nuttige, wetenschappelijk onderbouwde informatie, die tot nadenken, hoop, inspiratie en actie aanzet.

Goed om weten:

Soms zijn delen *cursief* geschreven. Het cursief gedeelte is voor wie meer wetenschappelijke achtergrond wenst, zoals bijvoorbeeld artsen of therapeuten.

DANKWOORD

Zeer dankbaar ben ik de professoren, oncologen, dokters in de wetenschappen en therapeuten, die mij relevante informatie bezorgd hebben om dit boek te kunnen schrijven. Speciale dank gaat uit naar **professor Dan Burcke en zijn collega professor Gerry Potter**. Beiden zijn actief bezig met zowel klassieke als natuurgeneeskundige behandelingen. Zij gaven me veel inzicht in de oncologie en diverse behandelingen wereldwijd.

Ook **Evelien Smits, die professor immunologische oncologie is** aan de UA en het UZA, gaf me in de vele persoonlijke gesprekken zeer interessante informatie over immunologie en kanker. **Professor Wim Vanden Berghe**, die ook docent is bij de UA en gespecialiseerd is in epigenetica en kanker gaf me eveneens waardevolle informatie. Professoren Evelien Smits en Wim VandenBerghe zijn zeer gerenommeerde kankerspecialisten die tevens veel media-aandacht krijgen. **Deze professoren hebben aan dit boek meegewerkt.**

Eén van mijn eerste docenten, **Jacqueline Lannoye**, gaf mij als **natuurgeneeskundig therapeute** heel duidelijke inzichten in de kracht van natuurlijke behandelingen. Later inspireerde Louis De Vrij mij om me te verdiepen in de natuurgeneeskunde. Hij hielp heel veel mensen op natuurlijke wijze. Ook **dokter Michel Tersago** en mijn **kinderarts Mia Uytterhoeven** (beiden zowel klassiek als natuurgeneeskundig geschoold) hebben mijn ogen geopend. Deze twee artsen, die vooral natuurgeneeskundige methoden toepassen, verrichtten echt wonderen in de geneeskunde.

Mensen aan wie ik emotioneel, energetisch of praktisch veel steun had, zijn **Peter Franck en Karl Van Orschagen**.

Tenslotte ook **Jorinde Janssens**, die voor de emotionele én praktische steun gezorgd heeft.

En tenslotte ook dank aan “**Eggo keukens**” voor het vrij gebruik mogen maken van hun showroom voor een aantal foto’s.

(Foto’s op p.61, 62, 69 onder, 70, 93, 107, 175, 188 boven, 218 zijn van Thierry Maréchal, foto p.189 van Anna Dovie Photography en foto’s van de cover, p.39, p.63 onder en p.188 beneden zijn Vincent Van Reusel)

Meer informatie vind je terug op de website www.alexiswellness.be en in het boek “Kankerwijzer 2020” en “Kankerwijzer 2024”)

1) INLEIDING

Wie van deze drie, denk je ...



... krijgt later kanker?

Ja, dat klinkt hard. Maar in de westerse wereld, waaronder Nederland en België, krijgt tegenwoordig gemiddeld één op de drie mensen kanker (vooral mannen). Daardoor wordt vrijwel iedereen er vroeg of laat mee geconfronteerd, omdat de kans dat je partner, kind, ouders, vrienden, burens of andere dierbaren kanker krijgen, groot is.

In gans de westerse wereld blijft de kankerincidentie stijgen. In België is kanker bij mannen sinds 2014 doodsoorzaak nummer één en bij vrouwen sinds 2020. In Nederland is kanker al langer doodsoorzaak nummer één. België heeft ook het wereldrecord in meest voorkomende borstkankers per aantal inwoners. In Vlaanderen alleen al worden elk jaar ca. 10.000 vrouwen gediagnostiseerd met borstkanker of 30 per dag en jaarlijks ca. 100 mannen. In Nederland zijn dit ca. 15.000 vrouwen per jaar en 130 mannen.

Eén op de acht vrouwen krijgt borstkanker. Men verwacht zelfs dat de stijgende lijn die al van de jaren 1960 in opmars is, nog zal blijven stijgen

Cijfers om van te duizelen, of hopelijk om meer bij stil te staan. **Hoe komt het dat er zo veel mensen kanker krijgen, hoe komt het dat het er alsmaar meer worden en wat kan men zelf doen?**

2) WAT IS (BORST)KANKER?

2.1. Algemeen

“De term ‘kanker’ verwijst naar een groep ziektes waarin abnormale cellen zich op een chaotische manier delen en verspreiden. Meestal vormen die abnormale (opstapeling van) cellen een massa, ook wel tumor genoemd. Behalve kwaadaardige tumoren (kanker) zijn er echter ook goedaardige tumoren (geen kanker). Goedaardige tumoren zijn overigens ook niet altijd onschuldig: ze kunnen bijvoorbeeld druk uitoefenen op organen of gezond weefsel. Maar in tegenstelling tot kwaadaardige tumoren zullen goedaardige tumoren niet binnendringen in omringend weefsel. Kanker ontstaat wanneer het erfelijke materiaal van de cel (DNA) wordt beschadigd zonder te worden hersteld. Die beschadigingen heten mutaties. Wanneer genoeg mutaties zich hebben opgehoopt in één cel is de eerste kankercel ontstaan. Meestal zitten er vele jaren tussen de eerste mutaties en het ontstaan van die eerste kankercel. Die eerste kankercel gaat zich op een chaotische manier delen.”

Eén van de mogelijke redenen dat men er maar niet in slaagt de strijd tegen kanker te winnen is de manier waarop kanker beschouwd wordt. Veel behandelingen zijn gericht op het **vernietigen** van tumoren. De tumor wordt als ziekteverwekker gezien en niet als een fysieke manifestatie of vervolg van een meer algemeen proces. Er wordt dus aan **symptoombestrijding** gedaan. **Het volledig ziekteproces dat de tumor als gevolg heeft wordt over het hoofd gezien. Hierdoor komt kanker vaak terug, en dan meestal op een dodelijkere manier dan de oorspronkelijke keer.**

Meermaals wordt kanker gelinkt aan allerlei stoffen die ons genetisch systeem verstoren. Onderzoekers aan o.a. de Universiteit van Californië hebben ontdekt dat kanker geen genetische ziekte is, maar een ziekte waarbij de normale celdeling verstoord is geraakt door externe factoren zoals chemicaliën, straling, stress en ons moderne voedingspatroon (1). Mauris Emeka, die onderzoeker is op het gebied van kanker en auteur van de boeken “Fear Cancer No More” en “Cancer’s Best Medicine” (2), beschrijft kanker als een verkeerd functionerend proces dat leidt tot een kwaadaardige tumor.

“Zie de kwaadaardige tumor aan voor wat hij is: een indicatie dat er een proces verkeerd loopt. De tumor is dus een fysiek symptoom dat aangeeft dat de stofwisseling in het lichaam niet correct werkt”.

Mauris Emeka

Volgens Lothar Hirneise, oprichter en voorzitter van People Against Cancer in Duitsland, is de cruciale fout in de reguliere geneeskunde de aanname dat de oorzaak van kanker is dat cellen zich aanpassen:

“Dat is alsof je bij het domino spelen volhoudt dat de zevende domino gevallen is doordat de zesde omviel”.

Lothar Hirneise

In werkelijkheid viel die steen doordat de eerste steen viel. In de reguliere geneeskunde wordt de oorzaak meermaals toegeschreven aan de zesde dominosteen, en worden zaken als genen of toxinen als enige aangewezen als de oorzaak van kanker. Dat is een kleine, maar cruciale, fout die dagelijks duizenden mensen het leven kost.

De vele gevallen waarin kanker onverwacht verdwijnt kunnen een sleutel zijn tot kanker en een holistische behandeling ervan.

“Het fenomeen van remissie van kanker, waarbij de patiënt spontaan van zijn kanker geneest, moet veel grondiger worden onderzocht. Remissies kunnen na vele soorten prikkels in het hele lichaam ontstaan, zoals verandering van voeding, verandering van leefstijl en vele andere niet-specifieke invloeden.”
Brian Goodwin, hoogleraar biologie

Er zijn al heel wat kankerpatiënten genezen zonder medicatie. Medisch onderzoeker Brendan O'Regan van het Institute of Noetic Sciences in Sausalito in Californië heeft hierover meer dan duizendcasusbeschrijvingen verzameld.

Samenvatting

Waarom lijkt kanker tot nu toe zo moeilijk te overwinnen?

- De tumor wordt vaak als **ziekteverwekker** gezien, en niet als een fysieke manifestatie of consequentie van een meer algemeen ziekteproces.
- **Genen of toxinen** worden nog te vaak als enig mogelijke veroorzakers van kanker gezien, maar blijken ook de consequentie van een verstoring door externe factoren (zoals chemicaliën, straling, stress ...) te kunnen zijn, waarbij de normale celdeling verstoord is geraakt.

2.2. Verschillende soorten borstkankers, cijfers en gradaties

2.2a. Cijfers / Overlevingskansen in werkelijkheid

Men kan vele conclusies trekken uit de statistieken over kanker.

Eén daarvan is dat de kwaliteit van de behandelingen stijgt, maar dat de sterftcijfers nauwelijks dalen. De kans om aan een bepaalde vorm van kanker te overlijden wordt de mortaliteit-incidentieratio genoemd. Deze wordt berekend door de jaarlijks gevonden aantallen tumoren (de incidentie) te delen door het aantal overleden kankerpatiënten.

Met de cijfers uit de Kankerregistratie en de CBS-statistiek (Centraal Bureau voor de Statistiek) kan dan ook ongeveer - met weinig garantie - de kans geschat worden om van kanker te genezen. Wanneer bijvoorbeeld in een jaar twee patiënten op vijf kanker overleefd (lijken te) hebben, dan is dat omdat men berekend heeft hoeveel er in hetzelfde jaar zijn overleden. De werkelijkheid is echter triester. In realiteit geneest slechts één op de drie patiënten. Ongeveer twee op de drie kankerpatiënten overlijden aan hun tumor.

En dan dit ... Wanneer men het aantal overleden kankerpatiënten deelt door het aantal bij wie hetzelfde jaar kanker is ontdekt, gaat het natuurlijk over verschillende personen. Zeker als men weet dat het aantal kankerpatiënten steeds blijft stijgen. Als men nagaat hoeveel kankerpatiënten na vijf jaar nog in leven zijn, blijkt dit nog maar één op de twee te zijn. Hervalt men na die vijf jaar en overlijdt men alsnog, dan wordt dit geregistreerd in een andere tabel, terwijl het toch over dezelfde persoon gaat. Bij de ene tabel is de kanker “overleefd”, bij de andere niet. Een voorbeeld: stel dat tien mensen kanker hebben en de helft overleeft gedurende vijf jaar, dan lijkt het of er sprake is van 50% overleving. Als echter diezelfde vijf mensen hervallen, en na enkele maanden of jaren sterven er uiteindelijk vier, dan is er dus feitelijk slechts sprake van 10% overleving.

Er is nog een reden waarom er sprake is van een vertekend beeld van de overlevingskansen. Wanneer iemand mét kanker ‘ondertussen’ overlijdt aan een hartstilstand, een beroerte of iets anders, dan zal die in de desbetreffende tabel geregistreerd worden en niet als kankerpatiënt. Je kunt namelijk maar in één tabel tegelijk staan. Een heleboel kankerpatiënten worden op deze manier niet meegeteld in de kankerregistratie, wat onterecht de indruk zou kunnen wekken dat ze de kanker overleefd hebben.

En ... Om de overlevingskansen te berekenen na vijf jaar, moet men een afzonderlijke studie doen, die specifiek gericht is. Niet alle patiënten voldoen

aan de toelatingseisen om aan een dergelijk onderzoek mee te doen en kunnen dus worden uitgesloten. Patiënten waarbij de kanker zo sterk is geëvolueerd dat het vrijwel uitgesloten is dat men nog vijf jaar zal leven, worden soms niet in een dergelijke studie opgenomen. Ook dit vertekent het beeld.

Met dergelijke vijfjaarsoverlevingslijsten kan men zeggen dat de kankerbehandelingen verbeteren, omdat de vijfjaarsoverlevingen toenemen. Dit geeft echter nog geen idee over het aantal kankerpatiënten. Er zijn namelijk meer mensen die langer **overleven**, maar niet langer **leven**. Mensen die langer sukkelen met andere woorden. Ook belangrijk om te weten is dat het aantal kankerpatiënten drastisch blijft toenemen. Met een grotere overlevingskans, kan men bijgevolg wel een grotere kans hebben om aan kanker te overlijden.

Een vroegere overlevingskans van 20% op 10.000 patiënten ten opzichte van 50% op 50.000 patiënten is niet bepaald beter. Dit wil namelijk zeggen dat als er vroeger 20% overleed, dit neerkwam op een sterfte van 2.000 patiënten, terwijl dat “dankzij de overleving” nu van 50% er wel degelijk 25.000 patiënten sterven.

De statistici dr. John C. Bailar III en dr. Heather Gornik, beiden verbonden aan het Department of Health Studies van de universiteit van Chicago, zijn van mening dat de behandelingen tegen kanker de laatste twee decennia nauwelijks effect gehad hebben op de verhoging van de overlevingskansen. Wat hun betreft mag (onderzoek naar) preventie een veel hogere prioriteit krijgen. De sterfte door kanker is namelijk wel degelijk lichtjes gedaald sinds 1991 en dit - volgens hen - met name dankzij preventieve (overheids)acties met betrekking tot het rookbeleid, alcoholgebruik, het belang van gezonde voeding, meer bewegen en dergelijke.

Wat kan men hieruit leren? / Bedenkingen

Overleven en genezen is niet hetzelfde. Iemand kan prostaatkanker vijf jaar overleven, wat vaak voorkomt, en tevens door de medische behandelingen incontinent en/of impotent worden. Of als chirurgisch de borsten zijn weggenomen en de patiënt overleeft, dan is het leven van die patiënt desalniettemin erg veranderd.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) bracht in 2014 een 600 pagina's tellend rapport uit, waar meer dan 250 wetenschappers uit 14 landen aan meewerkten. Daarin werd voorspeld dat de komende 20 jaar het aantal kankergevallen nog met 70% zal toenemen.

Voorkomen is beter dan genezen. Enerzijds kunnen we bewust (zoveel mogelijk) kankerverwekkers in ons leven proberen te vermijden, zoals pesticiden, PCB's, PAKS, zware metalen, enzovoort. Anderzijds kunnen we veel aandacht schenken aan ons lichaam, door het sterk(er) te maken met gezonde voeding (veel fruit en groenten, weinig rood vlees, vetten beperken en zeker overgewicht vermijden ...), matig alcohol drinken, niet roken, beweging, streven naar een emotioneel welzijn ...

2.2.b) Soorten borstkankers

De ernst van de kanker hangt af van de grootte van de tumor, of er al dan niet een hervaal is, of er uitzaaiingen zijn alsook van de soort borstkanker. Er zijn standaard behandelingen, maar ook specifieke behandelingen naargelang de borstkankersoort.

2.2.1) Het “Ductaal (1) Carcinoma In Situ(2) (DCIS)”

Deze vorm wordt niet echt als kanker aanzien, maar wel zo behandeld omdat moeilijk kan voorspeld worden of het zal uitgroeien tot borstkanker of niet. DCIS wordt namelijk eerder gezien als voorstadium van borstkanker en komt bij ca. 2,5% van de (borstkanker)patiënten voor. Bij deze soort hebben de cellen al wel de vorm van borstkankercellen, maar groeien niet door. Zelfs mogelijk kwaadaardige cellen blijven meestal in de grenzen van de melkgangen. Meestal breekt deze soort niet uit. De tumor blijft op zijn oorspronkelijke plaats (klierweefsel van de borst) en zaait dus niet uit. Hierdoor is deze borstkankersoort niet levensbedreigend. Toch wordt dikwijls aangeraden de tumor operatief weg te nemen, omdat het anders de kans vergroot op andere vormen van borstkanker.

2.2.2) Het “Invasief (3) Carcinoom (NST)” of vroeger genoemde

“Invasief* ductaal carcinoma” is de meest voorkomende van alle borsttumoren. Deze borstkankertumor maakt 70 tot 85% van alle borstkankers uit. NST staat voor “Niet-specifieke Type”.

Deze kanker groeit in de melkgangen door naar de rest van het borstweefsel en maak veel kans om door te groeien naar de lymfevaten en zelfs naar de rest van het lichaam (uitzaaiingen of metastases).

Bij deze kanker kan men een harde knobbel voelen, maar dikwijls is deze knobbel nauwelijks voelbaar.

**Men spreekt van invasief als de tumor naar buiten groeit (buiten de plek van ontstaan), door de wand van een melkklier of melkgang.*

2.2.3) Het “**Lobulair (4) carcinoma in situ**” (LCIS) komt bij bijna 2,5% van alle borstkankertumoren voor. Als kanker in een melkklier ontstaat, spreekt men van een lobulair carcinoma.

2.2.4) Het “**Invasief lobulair carcinoma**” is de tweede meest voorkomende borsttumor (ca 10% van alle borsttumoren). Deze tumor ontstaat in de melkproducerende lobben en dringt net als het invasief ductaal carcinoom door de wand naar het omliggend borstweefsel via de lymfeklieren. Deze kankersoort komt vooral voor bij vrouwen boven de 55jaar, maar kan ook bij jongere vrouwen voorkomen.

2.2.5) Het “**Mastitis carcinomatosa**” of inflammatoir (mama)carcinoom of Inflammatoir Carcinoom van de Borst (ICB), is de kwaadaardigste van alle borsttumoren. Gelukkig is dit een meer zeldzame vorm die bij 1 tot 4% van alle borstkankersoorten voorkomt.

Bij deze borstkanker voel je minder snel een knobbel in de borst dan bij de andere borstkankersoorten, omdat de kwaadaardige cellen meer verspreid in de borst voorkomen. Deze tumorsoort geeft in de beginfase een ontstekingsreactie van de borst en zal eerder roodheid en een zwelling geven, dan de vorming van een knobbel. De reden van die zwelling en roodheid (ook peau d’orange genoemd door de roodheid en het uitzicht van de huid zoals een sinaasappelschil) is omdat de kankercellen de lymfevaten in de huid van de borst blokkeren. Er ontstaat een toename van vocht (oedeem) in de borst. Door die ontstekingen en zwelling, kan een (soms zeer snelle) toename in borstvolume ontstaan. Andere symptomen die kunnen optreden zijn jeuk of ingetrokken tepels.

Vaak wordt ook aan een borstontsteking gedacht (mastitis) in plaats van aan kanker, waardoor de diagnose in geval van een tumor nog later plaatsvindt. Helaas kan deze tumor uiterst snel groeien. Na enkele dagen kan deze tumor al enorm evolueren en uitzaaien.

De leeftijd bij de diagnose van deze kankersoort ligt gemiddeld lager.

Opgelet: verwar “mastitis” (borstontsteking) niet met “mastitis carcinomatosa” (een borstkankersoort met ontstekingen).

Subsoorten

(1) Ductaal: kanker ontstaan of gelokaliseerd in de melkgang (is ook bij ca. 85% van alle kankers).

(2) In situ: kanker zit in weefsellaag waar het is ontstaan en groeit dus niet naar buiten toe.

(3) Invasief: kankercellen gaan door het weefsel heen, waardoor kans op verspreiding via de lymfeklieren of via de bloedbaan groot is. Invasieve

borstkanker komt in Nederland bij ca 1.900 van de jaarlijkse 15.000 voor.

(4) Lobulair: kanker ontstaan in de melkklier.

Opmerking: er kunnen verschillende vormen tegelijk voorkomen.

Andere borstkankersoorten, die eerder zeldzaam zijn:

2.2.6) **Ziekte van Paget**

Deze soort is goed voor ca. 1 tot 3% van alle borsttumoren en is genoemd naar de ontdekker (James Paget, 1814-1899) die twee ziektes naar zijn naam genoemd heeft. Dit is enerzijds de borstkanker en anderzijds een chronische botaandoening.

Aanvankelijk lijkt deze borstkanker eerder op eczeem aan de tepel, waardoor ook hier de kanker niet altijd snel herkend wordt en kostbare tijd verloren gaat tot men uiteindelijk de diagnose “kanker” heeft erkend. Patiënten worden in eerste instantie doorverwezen naar een dermatoloog, die een behandeling start voor het behandelen van eczeem of psoriasis, in plaats van dat de patiënt naar een oncoloog door te sturen voor de behandeling van kanker.

Bij deze kankersoort ontstaat er een schilferige, rode uitslag op de tepel en soms op de donkergekleurde huid rond de tepel (het zogenoemde areola of tepelhof). Deze uitslag geneest niet en kan zelfs gaan zweren. Uiteindelijk kan de tepel naar binnen trekken en kunnen er op de borst “knobbeltjes” ontstaan.

Meestal ontstaat deze borstkankersoort tussen de leeftijd van 50 en 60 jaar.

Vaststelling van deze kanker gebeurt door:

- een biopsie (microscopisch onderzoek na het nemen van een stukje weefsel);
- een cytologie (microscopisch onderzoek na het schrapen van cellen op aan de schilferige oppervlakte);
- een mammogram (borstsonderzoek met röntgenstralen).

De behandeling hangt af van de ernst. Als het niet kwaadaardig is kan enkel een operatie volstaan, door het weghalen van tepel, tepelhof en eventueel omliggend borstweefsel. Als de kanker daarentegen verder verspreid is, wordt gans de borst verwijderd.

2.2.7) Het “**Mucineus infiltrerend carcinoom**” of “colloid carcinoom” komt bij 1 tot 2% van alle borstkankers voor.

Het is een variant op het bovengenoemde “Invasief ductaal carcinoom”, maar is een gezwel dat traag groeit en meestal een goede prognose heeft. Dit gezwel is gelatineus en slijmachtig, maar kan wel zeer groot worden.

2.2.8) Het “**Tubulair carcinoom**” komt bij ca. 1,2% van alle borstkankers voor. Deze tumor is een vorm van het bovengenoemde (invasief) ductaal carcinoom. Dit type bestaat uit veel kleine klieren en buisjes die erg lijken op normale

melklieren en melkbuisjes. Een Tubulair carcinoom is meestal niet groter dan 1 cm en voelt hard aan.

2.2.9) De “**Phyllodes**” is een tumor die in minder dan 1% van alle borstkankers voorkomt. Er is een goedaardige en kwaadaardige vorm. De kwaadaardige vorm komt nog minder voor, maar in beide gevallen is de prognose uiterst gunstig.

Wat is BRCA 1&2?

Een algemene misvatting is dat als men deze genen heeft, men meer kans maakt op het krijgen van borstkanker.

Ieder mens (vrouw of man) heeft zo'n genen. Je erft zo'n gen van je moeder en één van je vader en zodoende heeft iedereen twee BRCA1-genen (op chromosoom 17) en twee BRCA2-genen (op chromosoom 13).

Deze genen zorgen juist voor herstel van DNA-schade. Als genen of ons DNA-beschadigd geraken, heeft men meer kans op het krijgen van kanker. Bij deze bepaalde genen (BRCA-genen) is de kans op het krijgen van kanker (hier borstkanker en eierstokkanker) bovendien nog veel groter dan op de meeste andere genen. De BRCA-genen zorgen er met andere woorden juist voor om kanker te helpen voorkomen. Het is een defect op die genen dat ervoor zorgt dat de kans op het krijgen van kanker vergroot wordt.

Zo één BRCA1-gen heeft ca 6000 bouwstenen. Als er bouwstenen te weinig zijn, maar ook als er te veel zijn of de volgorde gewoon niet klopt, dan kan dit de kans op het krijgen van borstkanker vergroten. Het is niet zo dat er bij elk foutje kanker kan ontstaan. Bepaalde fouten zijn niet zo doorslaggevend als andere fouten. Men is nog onderzoek aan het doen om te weten bij welke bouwsteen en welke bouwstoffen het ontstaan van borstkanker het meest vergroot, om zodoende meer specifiek te kunnen behandelen.

Zo'n fouten kunnen doorgaans ontstaan in de loop van je leven, maar zijn zeer uitzonderlijk. Als je zo'n defecte BRCA-genen hebt, is dit vrijwel altijd overgeërfd van één van je ouders of van beide ouders.

Men zou dan 60 tot 80% kans krijgen op het ontwikkelen van borstkanker (i.p.v. 13%) en 20 tot 40% kans op het ontwikkelen van eierstokkanker (i.p.v. 1,5%).

Bij de BRCA2-genmutatie is er ook een lichte verhoging in de kans op het krijgen van pancreaskanker.

Om preciezer te zijn:

Bij zowel een defect aan het BRCA1-gen als het BRCA2-gen is de kans op het ontwikkelen van borstkanker 60 tot 80%.

Bij BRCA-1 is het voor eierstokkanker 40%.

Bij BRCA-2 voor eierstokkanker 11%.

Naast de gekende BRCA-genmutaties zijn er ook nog minder bekende ander mutaties die een verhoogde kans op borstkanker blijken te hebben, maar deze mutaties zijn zeer uitzonderlijk. Dit zijn de mutaties op P53 (Li-Fraumeni-syndroom), STK11 (Syndroom van Peutz-Jeghers), PTEN (Cowdensyndroom) en mutaties op de genen ATM, CHEK2, BRIP1, PALB2 en NBS1.

Bij mannen:

Bij defecte BRCA-1: verhoogde kans op borstkanker van 1%.

Bij defecte BRCA-2: verhoogde kans op borstkanker van 7%.

Ook verhoogde kans op prostaatkanker van 15% en lichte verhoogde kans op pancreaskanker.

Hormoongevoeligheid / ER en PgR

Men kan van kankercellen onderzoeken met welke vorm van agressiviteit men te maken heeft en of er uitzaaiingen zijn (zie ook later “TNMG-classificatie”).

Wat bij borstkanker de cellen ook verschillend maakt qua ernst en behandelingen, is de hormoongevoeligheid. Bepaalde borstkankercellen kunnen namelijk gevoelig zijn aan bepaalde vrouwelijke hormonen.

Men spreekt van “**ER+**” voor oestrogeengevoelige kanker en van **PgR+** voor ProgesteronReceptor of progesterongevoelige kanker.

ER- betekent dat er geen gevoeligheid is voor oestrogeen en PgR- betekent dat er geen gevoeligheid is voor progesteron.

Bij een hormoongevoelige kanker is dit in veel gevallen goed nieuws want dit wil zeggen dat de kankercellen receptoren hebben voor deze hormonen. Men kan dan ook een bijkomende behandeling toepassen: men kan dan namelijk deze hormonen onderdrukken en hierdoor de groei van de kankercel met medicijnen tegenwerken.

Andere receptoren waarop getest kan worden is het HER2/neu of de ErbB-2 receptor.

Wat is “HER2neu”?

Her2neu is ook bekend als ERB2 of ErB-2 en is de afkorting voor “Humaan Epidermal growth factor Receptor 2”. Het werd in de jaren 1980 ontdekt, en bevindt zich aan de oppervlakte van de kankercel (celmembraan).

Als er veel van deze receptoren aanwezig zijn is dit minder goed nieuws voor de prognose, want hoe meer van deze receptoren aanwezig zijn, hoe meer kankercellen kunnen groeien.

Men kan een HER2-neu positieve of een HER2-neu-negatieve borstkanker hebben.

HER2-positief wilt zeggen dat er een overexpressie van het HER2-gen gevonden is; bij HER2-negatief is dit niet het geval.

Bij HER2-negatief kan er nog wel altijd een overexpressie zijn van de hormonen progesteron (**PgR**) of oestrogeen (**ER**). Dit is goed om weten, want in dit geval kan men een bijkomende hormoonbehandeling opstarten.

Bij 15 tot 20% van de borstkankers ziet men een amplificatie van dit gen of een overexpressie van het geassocieerd eiwit (en vooral bij jonge vrouwen)

Het is enzym-receptor voor een epidermale groeifactor of simpelweg een eiwit dat borstkanker agressiever maakt. Het doet de kankercel groeien en langer overleven.

Het enzym heeft een tyrosinekinase-activiteit, wat ervoor zorgt dat substraten geforforyleerd worden. Doordat er een fosfaatgroep aan het substraat toegevoegd wordt, wordt uiteindelijk de celgroei bevorderd. Het HER2-gen wordt gelokaliseerd op chromosoom 17.

Zowel HER2-positief als negatief worden behandeld met Trastuzumab (of Herceptin), en soms bijkomend ook met Pertuzumab.

Ook bij eierstokkanker en maagkanker kan men een overexpressie van HER2-neu ontdekken.

Men heeft ook nog een HER1 (of EFR), HER3 (of erb2) en HER4 (of erb4), maar die zijn eerder geassocieerd met longkanker.

Triple negatief wil zeggen dat er geen gevoeligheid is van alle drie de receptoren (ER of oestrogeengevoelig, PgR of progesteronreceptoren en evenmin van HER2)

2.3 Gradaties / TNMG

De ernst van de kanker hangt van verschillende factoren af. Allereerst is de soort kanker van belang. De ene soort kanker is veel moeilijker te genezen dan de andere. Naargelang de soort ligt de 5-jaarsoverleving tussen de 6 en 98%; een groot verschil dus.

In de oncologie wordt ook het TNMG-systeem gebruikt om het stadium en de ernst weer te geven. Dit systeem wordt in gans Europa gebruikt. (De G wordt veel minder gebruikt, maar de TNM-code wordt veel gebruikt)