

Nieuwsbrief



NUMMER 35 | Mei 2014

Multiple sclerose overwinnen
door het onderzoek

HET WOORD VAN DE VOORZITTER

Pixams-onderzoek: positieve resultaten!



In de nieuwsbrief van november 2008 was het Woord van de Voorzitter gewijd aan de lancering door de Stichting van een klinische studie fase I/II met pixantrone (PIX) binnen de agressieve vormen van MS (PIXAMS-onderzoek). Het gaat om patiënten van wie de ziekte erg snel evolueert ondanks de behandelingen die momenteel beschikbaar zijn, en die enkel kan worden ge-

stabiliseerd met een immunosuppressor. Het doel is om de agressieve immuuncellen die in het bloed circuleren te vernietigen, in de hoop dat de nieuwe cellen die in de plaats komen, zich normaal zullen gedragen.

Mitoxantrone (MX), dat dankzij de Stichting ontwikkeld werd, is de enige immunosuppressor die sinds 2000 wordt erkend. Het biedt de mogelijkheid om de opflakkingen en de vordering van de handicap bij meer dan 80% van de patiënten te stoppen gedurende een periode van 2 of 3 jaar. Het zou ideaal zijn om deze behandeling te herhalen, maar in hoge dosissen veroorzaakt MX helaas hartletsels.

PIX is een molecule die analoog is aan MX en dezelfde immunosuppressieve eigenschappen heeft, maar een erg lage cardiotoxiciteit. Het zou dus een voordelig alternatief zijn voor MX. De resultaten van het PIXAMS-onderzoek werden pas voorgesteld tijdens de jaarlijkse bijeenkomst van de « American Academy of Neurology » in Philadelphia (29 april 2014). Het onderzoek had betrekking op 18 patiënten met een zeer actieve vorm van de ziekte. Voor 85% van hen had de voortgang van de handicap de bewegingsperimeter (die 2 jaar ervoor nog normaal was) beperkt tot maximaal 500 meter, en 60% van hen kreeg het afgelopen jaar af te rekenen met meer dan 2 opflakkingen. De behandeling bestond uit 4 intraveneuze injecties die werden toegediend met een tussenperiode van 3 weken. Er werden neurologische, hematologische, biochemische en immunologische

onderzoeken uitgevoerd op de dag van de injectie, na 3, 6, 9 weken en 3, 6, 9 en 12 maanden. Om een eventuele cardiotoxiciteit op te sporen, werden vóór elke injectie en in de maanden 3, 6 en 12 echocardiogrammen gemaakt. Om het effect van PIX op de actieve hersenletsels te onderzoeken, werden bij het begin van het onderzoek en in de maanden 6 en 12 MRI's uitgevoerd.

Wat zijn de conclusies van deze studie? Op het vlak van de efficiëntie daalde de jaarlijkse frequentie van de opflakkingen, die vóór de behandeling 1,67 bedroeg, tot 0,22 aan het einde van het onderzoek (afname met 86%). Het aantal MRI-actieve letsels, dat vóór de behandeling 3,23 bedroeg, daalde dan weer tot 0,38 (afname met 88%). Terwijl de ziekte bij 83% van de patiënten al 2 jaar snel evolueerde, was deze voortgang bij 85% aan het einde van het onderzoek gestopt. Bovendien daalde de gemiddelde handicap, die wordt uitgedrukt door een klinische maatstaf, Expanded Disability Status Scale (EDSS) genaamd, licht (van 3,92 naar 3,58). Wat de tolerantie betreft, werd bij 5,5% van de met PIX behandelde patiënten een lichte afname van de sterkte van de hartspier vastgesteld, zonder klinische symptomen en met een snelle recuperatie (bij 22% van de met MX behandelde patiënten).

Het PIXAMS-onderzoek vormt een investering van 853.000 € en kon worden gerealiseerd dankzij de gulheid van onze schenkers. De Stichting kon zodoende een van haar doelstellingen verder waarmaken, namelijk het financieren van klinische studies fase I/II waarvoor de farmaceutische bedrijven om diverse redenen geen interesse hebben. De opmerkelijke efficiëntie en de goede tolerantie van PIX tonen aan dat het MX zou kunnen vervangen binnen de agressieve vormen van MS. Het zou raadzaam zijn om een studie fase II uit te voeren waarin PIX wordt vergeleken met een andere immunosuppressor, om te bevestigen dat het betere resultaten oplevert. De Stichting onderzoekt daarom de haalbaarheid van deze volgende stap.

Prof. Richard E. Gonsette

Voorzitter

DIAGNOSTIEK

Belgische Studiegroep voor MS plant nieuwe MRI-studie

In België nemen 11 centra en ziekenhuizen met elk 18 MS-patiënten deel aan het project.

Het menselijke brein bestaat hoofdzakelijk uit twee weefseltypes: de grijze materie, die bestaat uit neuronen, en de witte materie, met de axonen die de neuronen verbinden. Multiple sclerose (MS) werd lange tijd beschouwd als een auto-immuunziekte van de witte materie in het centrale zenuwstelsel, die leidt tot ernstige stoornissen over tientallen jaren. Met de jaren werden echter heel wat bewijzen geleverd dat ook de grijze materie aanzienlijk degenereert. Vandaag wordt aangenomen dat bij MS neuronen en axonen worden beschadigd en verloren gaan en dat atrofie optreedt van zowel de grijze als de witte materie.

“ OBJECTIEVE INFORMATIE EN METINGEN VAN DE HERSENEN VAN MS-PATIËNTEN ZULLEN IN DE TOEKOMST ALLEEN MAAR AAN BELANG WINNEN.

Deze atrofie, ook neurodegeneratie genoemd, kan worden gezien als een onomkeerbaar verlies van hersenweefsel, waardoor het hersenvolume gaat afnemen. Het is bewezen dat de neurodegeneratieve component van MS verantwoordelijk is voor de onomkeerbare achteruitgang en een voorbode is van invaliditeit op korte en lange termijn en van cognitief verval. Opflakkingen kunnen klinisch worden vastgesteld, maar er bestaat geen meting van de neurodegeneratie die bruikbaar is in de klinische praktijk. Naarmate nieuwe geneesmiddelen met een neurobeschermende en neuroherstellende werking aan belang winnen, zal meting van de hersenatrofie een grotere rol spelen voor de opvolging van de patiënt en bij het nemen van therapeutische beslissingen.

EEN PROJECT UNIEK IN ZIJN SOORT

Magnetische resonantie beeldvorming (MRI) speelt een centrale rol in de diagnose en opvolging van MS-patiënten. Via MR-beelden kunnen radiologen en neurologen in het brein van MS-patiënten kijken en het aantal zichtbare letsels tellen. Momenteel steunt de beoordeling van de hersenletsels en de aanwezigheid van nieuwe letsels bij een individuele patiënt meestal op een visueel onderzoek van de MRI-beelden door de radioloog (en/of neuroloog). Zo'n visueel onderzoek is evenwel heel tijdrovend, vooral als de laesies talrijk zijn, en is afhankelijk van de waarnemer, alsook van de lighouding van de patiënt in de scanner. Daarbij komt dat als het aantal laesies visueel wordt geteld, het totale volume van de laesies niet wordt berekend. Studies hebben nochtans aangetoond dat dit laesievolume in de hersenen van MS-patiënten voorspellende waarde heeft voor hun toekomstige handicap.

De Belgische Studiegroep voor MS zal een uniek project opstarten om nieuwe metingen op basis van MRI-scans te beoordelen voor individuele MS-patiënten. Aan dit project zullen 11 Belgische centra en ziekenhuizen, met elk 18 MS-patiënten, deelnemen.

Aangezien veel MS-patiënten ten minste één keer per jaar een MRI-scan ondergaan in het kader van hun klinische routinezorg, zijn geen extra MRI-scans nodig voor dit project. Naast het radiologische verslag dat al een onderdeel van de klinische routine is, zal de computer ook de MRI-gegevens analyseren. Computerprogramma's zullen het volume grijze en witte hersenmaterie berekenen om de neurodegeneratie en de hersenatrofie te meten. Deze cijfers met betrekking tot het hersenvolume worden dan vergeleken met het hersenvolume van gezonde personen van hetzelfde geslacht en dezelfde leeftijd. Neurologen zullen op die manier de hersenvolumes van hun MS-patiënten kunnen beoordelen. Naast de volumes van de grijze en de witte materie in de hersenen zullen ook het volume en het aantal van de hersenlaesies worden berekend. Na de eerste MRI-scan en metingen zal ook een latere MRI-scan worden gebruikt om het hersenen en het laesievolume te bepalen. Deze cijfers zullen dan een aanwijzing zijn voor de evolutie van de aandoening. Deze metingen en berekeningen zullen gebeuren door de ingenieurs van icoMetrix, een spin-offbedrijf dat is verbonden aan de universiteiten van Leuven en Antwerpen.

GEPERSONALISEERDE GENEESKUNDE

De neurologen van de Belgische Studiegroep zullen deze metingen dan vergelijken met de klinische metingen van de cognitieve functies van de deelnemende patiënten. De cognitieve stelt vaak aanzienlijke problemen bij multiple sclerose, en de Belgische Studiegroep wil onderzoeken of de cognitieve achteruitgang bij MS specifiek verband houdt met de atrofie van grijze materie in de hersenen. Een tweede doelstelling van het project is de klinische haalbaarheid van deze MRI-metingen te beoordelen, zodat ze in de toekomst kunnen worden gebruikt bij de dagelijkse klinische follow-up van MS-patiënten. Objectieve informatie en metingen van de hersenen van MS-patiënten zullen in de toekomst alleen maar aan belang winnen. Ze zullen de neuroloog helpen bij het stellen van de diagnose, bij de opvolging van patiënten en bij het bepalen van de therapie. Dit project van de Belgische Studiegroep voor MS kadert in een almaar meer evidence-based en gepersonaliseerde geneeskunde voor MS-patiënten in de hele wereld.

Dr. Wim Van Hecke, *icoMetrix*

Prof. Dr. Guy Nagels, *Belgische Studiegroep voor MS*

KINDEREN

Multiple sclerose en kinderen

Een van de hoofddoelstellingen van de “Internationale Studiegroep voor Pediatriche MS” bestaat erin druk uit te oefenen op de farmaceutische bedrijven opdat zij klinische studies zouden organiseren in optimale veiligheidsomstandigheden en met PMS-specifieke efficiëntiecriteria.

Pediatriche multiple sclerose (PMS) gold lang als een curiositeit en werd pas bij het begin van de 21e eeuw ernstig genomen. Door de relatieve zeldzaamheid ervan bleef PMS zowel voor de neurologische gemeenschap als voor de farmaceutische industrie tot op vandaag een aspect van multiple sclerose (MS) waaraan nauwelijks aandacht werd besteed.

In 1922 leverde Wechsler een eerste bijdrage aan de bewustwording van het probleem. In zijn publicatie gaf hij een overzicht van 73 beschreven gevallen sinds het begin van de 20e eeuw en had hij het over 12 kennelijk onbetwistbare gevallen. Hij besloot dat PMS zeldzaam is en de diagnose ervan moeilijk te stellen is, maar dat de aandoening zonder twijfel bestaat. In 1946 stelde Carter 79 gevallen voor. Hij was van mening dat PMS zich voordoet bij bijna 10% van de MS-patiënten. Hij stelde vast dat PMS zelden optreedt tussen 10 en 15 jaar en veel vaker voorkomt tussen 16 en 17 jaar. Hij suggereerde dat jonge kinderen « beschermd » zijn tegen PMS, maar die bescherming verliezen door veranderingen van het immuunsysteem tijdens de puberteit.

DE PUBERTEIT, EEN SCHARNIERPERIODE

Sindsdien worden regelmatig anekdotische gevallen gepubliceerd, die ons doen inzien dat PMS een reëel probleem vormt. Deze observaties tonen aan dat de aandoening voorkomt in alle landen (zelfs bij Afro-Amerikanen), dat de eerste symptomen kunnen optreden vanaf het eerste levensjaar en dat de diagnose moeilijk te stellen is door het feit dat zowel de radiologische als klinische symptomen kunnen verschillen van degene die worden waargenomen bij volwassenen. Dit verklaart waarom de definitieve diagnose van PMS doorgaans pas na enkele jaren wordt gesteld, terwijl de diagnose van MS bij volwassenen geregeld wordt bevestigd in de maanden die volgen op de eerste raadpleging.

Per definitie uit PMS zich vóór de leeftijd van 18 jaar. Bij ons weten werd de jongste patiënt (eerste symptomen op de leeftijd van 13 maanden) ter sprake gebracht in een publicatie uit Japan. De prevalentie van PMS moet nog worden verduidelijkt, maar het lijkt erop dat ze ongeveer 5% van alle gevallen van MS vertegenwoordigt. Een interessante vaststelling is dat PMS heel zelden optreedt vóór de leeftijd van 10 jaar. In dat geval heeft ze zowel betrekking op jongens als meisjes. In de jaren die volgen



op de puberteit, stellen we echter een progressieve stijging vast van het aantal gevallen bij vrouwen, net zoals er een overwicht is bij volwassen vrouwen rond 18 jaar (V/M: 3/1). De puberteit is dus een scharnierperiode wat betreft het risico en het seksuele dimorfisme van PMS.

Sinds het midden van de 19e eeuw is de leeftijd van de puberteit geleidelijk en regelmatig afgenomen, vooral bij meisjes, bij wie de leeftijd van de eerste menstruatie (menarche) is gedaald van 16 jaar in 1850 tot 14 jaar in 1900 en 12,5 jaar vandaag. Deze daling van de leeftijd van de menarche zorgt ervoor dat meisjes nog meer worden blootgesteld aan het risico om MS te ontwikkelen, en ligt deels aan de basis van de stijging van het aantal gevallen van MS bij vrouwen sinds het einde van de 20e eeuw.

VROUWELIJKE PREDOMINANTIE

De oorzaken van dit verschijnsel zijn complex en hebben te maken met genetische en omgevingsfactoren, waaronder voedings- en toxische factoren. De meest voor de hand liggende genetische risicofactor is de jonge leeftijd van de moeder toen zij haar eerste menstruatie kreeg. De omgevingsrisicofactoren zijn dezelfde als bij volwassenen: zwaarlijvigheid, passief roken, klierkoorts, hypovitaminose D, enz. Op voedingsvlak werken onze huidige gewoonten duidelijk de zwaarlijvigheid bij jongeren in de hand. De vetweefsels produceren een hormoon, leptine genaamd, dat het begin van de puberteit bevordert. Dit hormoon heeft eveneens een stimulerende impact op het immuunsysteem en bevordert de ontwikkeling van MS. Bij meisjes neemt de productie van leptine niet af na de puberteit en blijft het risico bestaan, terwijl bij jongens de aanmaak van dit hormoon stopt zodra testosteron wordt afgescheiden. Dit verschil verklaart deels de vrouwelijke predominantie van MS. Op het vlak van hypovitaminose D werd aangetoond dat hoge vitamine D-waarden bij PMS de frequentie van de opflakkingen en het ontstaan van MRI-actieve letsels verminderen. Vitamine D zou een goedkope behandeling kunnen zijn die bovendien goed wordt verdragen. Wat de toxische omgevingsfactoren (ecotoxiciteit) betreft, worden vooral twee chemische stoffen met de vinger gewezen: bisfenol A en ftalaten. Ze zijn allebei verwerkt in talrijke voorwerpen die wij dagelijks gebruiken: van babyflesjes tot bierblikjes. Deze moleculen zijn remmers van de geslachtshormonen (endocrine-

disrupting chemicals: EDC), waarvan het nadelige effect op de ontwikkeling van het kind, en onder meer op het ontstaan van borstkanker, werd aangetoond.

PMS wordt opgesplitst in een juveniele (vóór 10 jaar) en een adolescentie vorm (van 11 tot 18 jaar). De tweede vorm vertoont verschillende gelijkenissen met de volwassen vorm, terwijl de diagnose van de juveniele vorm moeilijker te stellen is door het feit dat ze enkele symptomen deelt met « acute multifocale gedissemineerde encefalomyelitis », een neurologische aandoening die vooral optreedt na vaccinaties of infectieziekten. Meer dan 96% van de gevallen van PMS worden gekenmerkt door opflakkingen en remissies, gevolgd door een progressieve fase. De onmiddellijk progressieve vormen zijn veeleer uitzonderlijk. De opflakkingen zijn indrukwekkend, maar herstellen snel en vaak volledig. Bij een derde van de PMS-patiënten worden cognitieve stoornissen vastgesteld, die vaak aanleiding geven tot problemen op school. De progressieve verergering van de handicap treedt later en trager op dan bij volwassenen, maar helaas wegen deze gunstige kenmerken van de voortgang niet op tegen het feit dat ze vroeger begint. PMS-patiënten krijgen tot slot vroeger af te rekenen met een handicap dan volwassenen.

ORGANISATIE VAN KLINISCH ONDERZOEK

Er bestaat geen officiële behandeling voor PMS. De opflakkingen worden doorgaans behandeld met cortisone. Terwijl al ruim twintig jaar verschillende goedgekeurde behandelingen bestaan voor volwassenen, werd tot op heden nog geen enkele gecontroleerde en gerandomiseerde klinische studie uitgevoerd over PMS. Enkele recente, niet gecontroleerde onderzoeken laten uitschijnen dat deze behandelingen even doeltreffend zijn als bij volwassenen, namelijk dat ze de frequentie van de opflakkingen

met ongeveer 33% doen afnemen, maar nauwelijks een invloed hebben op de voortgang van de handicap.

Enkele klinische en radiologische criteria werden decennialang geleidelijk verfijnd om de diagnose van MS bij volwassenen te stellen, maar blijken weinig doeltreffend te zijn bij PMS. In 2006 richtte de « International Multiple Sclerosis Society » de « Internationale Studiegroep voor Pediatrische MS » op, die bestaat uit meer dan 150 onderzoekers en waarvan de databank reeds meer dan 2000 gevallen telt. De bedoeling is om een betere kennis te verwerven over zowel PMS als andere aandoeningen die de myeline in het centrale zenuwstelsel vernietigen en problemen kunnen stellen op het vlak van de differentiële diagnose, of kunnen leiden tot de ontwikkeling van specifieke behandelingen. Naast de uitwerking van specifieke klinische en radiologische diagnosecriteria voor PMS, is een van de hoofddoelstellingen van deze groep om druk uit te oefenen op de farmaceutische bedrijven, opdat zij klinische studies zouden organiseren in optimale veiligheidsomstandigheden en met PMS-specifieke efficiëntiecriteria. Ze zouden niet enkel betrekking moeten hebben op de goedgekeurde behandelingen, maar ook op nieuwe moleculen die worden onderzocht bij de volwassen vormen. Tot slot valt te hopen dat de klinische, radiologische en immunologische gegevens die zullen worden verzameld in een bijzonder vroeg stadium van de ziekte, een beter inzicht zullen verschaffen in de oorzaken van MS.

Prof. Richard E. Gonsette

De referenties van de bovengenoemde studies zijn op aanvraag beschikbaar.

U KUNT DE VORSERS HELPEN !

- door een **schenking** aan de Charcot Stichting : **BE34 6760 9000 9090**.
84€ = één dag fundamenteel onderzoek
250€ = één dag klinisch onderzoek
- via een **doorlopende opdracht**. Spreid uw bijdrage: download het permanenteopdrachtformulier op www.charcot-stichting.org.
- Door een **legaat** ten gunste van de Charcot Stichting te voorzien bij het opstellen van uw testament. Ook als u er niet meer bent, kan u nog meer betekenen dan u denkt. Ontvang gratis de praktische gids voor schenken en nalaten. Bestellen: 02/426 49 30 of info@charcot-stichting.org
- U organiseert een feest, een plechtigheid...: **vraag uw familie, uw gasten, uw vrienden, om hun sympathie te tonen** door een schenking aan de Charcot Stichting te doen. De lijst van de schenkers wordt u dan toegestuurd.
- Voor een schenking van **40€ of meer** krijgt u automatisch een **fiscaal attest**.

www.charcot-stichting.org
BE34 6760 9000 9090



BEHANDELINGEN

Het BELTRIMS-register

In 2012 besliste een werkgroep van de BSGMS, onder leiding van dr. Pierrette Seeldrayers en met de steun van dr. Barbara Willekens, om een Belgisch register aan te leggen van multiple sclerose-patiënten die met een nieuwe behandeling starten.

Zo'n register bestond vroeger niet: voor de opvolging van de bijwerkingen van nieuwe MS-behandelingen die op de markt kwamen, werd een beroep gedaan op farmaceutische bedrijven, waardoor het vrijwel onmogelijk was om de patiënten op lange termijn te volgen.

Het feit dat Gilenya® (fingolimod) enkel werd voorgeschreven door zogenaamde « MS-experts », bijna allemaal leden van de BSGMS, grepen wij aan om het BELFIMS-register te creëren, een register van Belgische patiënten die met dit geneesmiddel worden behandeld. Dit moest een eerste stap zijn in de samenstelling van een nationaal register van Belgische MS-patiënten. Het was in de eerste plaats bedoeld om onbekende of zeldzame bijwerkingen op te sporen, inzicht te krijgen in de gevolgen voor zwangere vrouwen (hoewel zwangerschap een contra-indicatie vormt voor de inname van dit geneesmiddel) en gegevens te verzamelen over de efficiëntie in reële situaties.

EEN UNIEK REGISTER

In 2013 kwam Aubagio® (teriflunomide) op de markt in de context van een programma rond medische behoeften, en in 2014 zal Tecfidera® (dimethylfumaraat) worden toegevoegd aan ons therapeutische arsenaal. Daarom werd beslist om het register uit te breiden met MS-patiënten die een behandeling met nieuwe geneesmiddelen starten. In januari 2014 kreeg het BELTRIMS-register (Belgian Treatment in Multiple Sclerosis) dan de goedkeuring van het centraal ethisch comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen.

Zoals reeds gezegd werd, is het grote voordeel van dit register dat gegevens, onafhankelijk van farmaceutische bedrijven, worden verzameld in een enkel register, terwijl tot nu toe verschillende registers moesten worden gebruikt voor elk nieuw geneesmiddel. Het zal dus mogelijk zijn om de gevolgen van de overstap van een

immunosuppressief of immunomodulerend geneesmiddel naar een andere behandeling, waarover tot dusver heel weinig geweten is, van nabij te volgen. We kunnen interacties tussen geneesmiddelen opsporen en gegevens verzamelen over bijwerkingen op korte en lange termijn, met speciale aandacht voor infecties en kwaadaardige aandoeningen. Het register zal doorlopend worden bijgewerkt, want na de eerste evaluatie volgt om de 6 maanden een follow-up, terwijl ernstige bijwerkingen eveneens geregistreerd zullen worden. We merken op dat we alleen gegevens registreren die voortkomen van de gewone klinische praktijk (bijvoorbeeld het aantal opflakkingen, het aantal T2 of contrastaanvullende MRI letsels, laboresultaten, EDSS, enz.). Voor dit register gebeuren er geen extra onderzoeken.

De werkgroep van de BSGMS bestaat uit dr. Pierrette Seeldrayers (nationaal coördinator), dr. Barbara Willekens (secretaris) en prof. dr. Bénédicte Dubois, dr. Marie D'Hooghe, dr. Daniel Guillaume, prof. dr. Guy Nagels, prof. dr. Christian Sindic en dr. Vincent Van Pesch (leden van de werkgroep). Deze groep zal geregeld samenkomen en bespreken hoe de gegevens geanalyseerd moeten worden. Zij zal ook de « ernstige ongewenste voorvallen » (belangrijke mogelijke bijwerkingen) bijhouden en ze aan de overheidsinstanties melden.

ELEKTRONISCHE DATABASE

Alle neurologen die lid zijn van de BSGMS, kunnen aan dit register meewerken. Alle neurologen die Gilenya® of Tysabri® (natalizumab) voorschrijven, zijn MS-specialisten en als dusdanig vermoedelijk leden van de BSGMS: als u een nieuwe behandeling voor multiple sclerose start en deel zou willen uitmaken van dit register, vraag dan aan uw neuroloog of hij of zij eraan meewerkt. U zult vooraf natuurlijk worden ingelicht en gevraagd om een op informatie gebaseerde toestemming te ondertekenen. Wij gebruiken alleen uw initialen, geboortemaand

www.charcot-stichting.org

.org

- > Het laatste nieuws op het gebied van onderzoek
- > De inhoud van de vorige nieuwsbrieven
- > Uitgebreide informatie over alle werken die het Charcot Fonds financieel steunt
- > Het boek "Multiple Sclerose, de ziekte, hoop en werkelijkheid"
De Nederlandse en Franse versie kunnen volledig worden gedownload via onze website
- > Algemene informatie over de Stichting en haar werking
- > Nuttige links

en –jaar, om uw anonimiteit te waarborgen. Alleen uw behandelende neuroloog zal u aan deze « code » kunnen koppelen.

Hoe meer patiëntengegevens er in dit register staan, des te meer kennis wij kunnen verzamelen. Dit is duidelijk in het belang van iedere MS-patiënt die met een van deze nieuwe geneesmiddelen behandeld wordt of zal worden. Momenteel hebben wij 13 deelnemende centra en zullen er 3 weldra via een amendement worden toegevoegd.

De Charcot Stichting verschaftte ons onlangs de noodzakelijke financiële middelen om een elektronische databank samen te stellen. Die zal de opslag van gegevens op lange termijn en de uitvoering van statistische analyses vergemakkelijken. Zodra wij voldoende gegevens hebben vergaard, zullen er natuurlijk publicaties volgen. Wij zullen u via de nieuwsbrieven van de Charcot Stichting op de hoogte houden. Wij hopen dat alle neurologen die aangesloten zijn bij de BSGMS, aan dit register zullen meewerken en dat zo veel mogelijk patiënten erin zullen worden opgenomen. Hiermee zullen wij immers heel wat nieuwe kennis verwerven over de behandeling van MS.

Dr. Barbara Willekens, Dr. Pierrette Seeldrayers
Belgische Studiegroep voor Multiple Sclerose

STEUN MS-ONDERZOEK MET EEN PERMANENTE OPDRACHT TEN GUNSTE VAN DE CHARCOT STICHTING

€ 7 per maand gedurende een jaar
= een dag onderzoek

FONDATION CHARCOT STICHTING

Steun het onderzoek en schenk een bijdrage op
IBAN BE34 6760 9000 9090 - BIC DEGRBEBB

Charcot Stichting, een stichting van openbaar nut

• Spreid uw bijdrage: download het permanente-opdrachtformulier op www.charcot-stichting.org
Fiscaal attest voor elke schenking vanaf € 40

Charcot Fonds 2014

De Charcot Stichting heeft besloten het Charcot Fonds dit jaar te verhogen en aan Belgische onderzoekers de kans te geven om vijf innoverende (*) projecten uit te voeren, hoofdzakelijk op immunologisch gebied, voor een bedrag van 197.000 €.

De officiële subsidie-uitreiking heeft op vrijdag 17 januari in de Universitaire Stichting te Brussel plaats gevonden. De laureaten van het Charcot Fonds 2014 zijn:

- Prof. Dr. Geert van Loo, VIB/Universiteit Gent - 52.000 €
- Prof. Dr. Jacques De Keyser, Dr. Stephanie Hostenbach, UZ Brussel- 50.000 € / 2 years
- Dr. Pierrette Seeldrayers, Belgische Studiegroep voor MS, vzw – 15.000 € / 2 years (zie artikel BELTRIMS Register)
- Dr. Vincent van Pesch, Cliniques Universitaires St-Luc, Dr. Catherine Uyttenhove, Prof. Thomas Michiels, Prof. Jacques Van Snick, U.C.L. - 45.000 €
- Prof. Dr. Zwi Berneman, Dr. Nathalie Cools, Universiteit Antwerpen - 35.000 €

(*) Uitleg over elk onderzoeksproject vindt u op www.charcot-stichting.org



Prof. Dr. Geert van Loo
Professor Richard E. Gonsette.



Dr. Stephanie Hostenbach en
Professor Richard E. Gonsette.



Dr. Pierrette Seeldrayers en
Professor Richard E. Gonsette.



Dr. Vincent van Pesch en Professor
Richard E. Gonsette.



Professor Richard E. Gonsette,
Dr. Barbara Willekens, Dr. Nathalie Cools
en Prof. Dr. Zwi Berneman.

CHARCOT STICHTING | Stichting van openbaar nut | NN 468 831 484 | Huart Hamoiriaan, 48 - 1030 Brussel
Tel.: 02/426.49.30 | Fax: 02/426.00.70 | info@charcot-stichting.org | www.charcot-stichting.org