

# Kinderwens en borstkanker

Dr. Chloë De Roo



# Inhoud

- ▶ **Fertiliteitspreservatie**
- ▶ **Kinderwens**



# Fertiliteitspreservatie

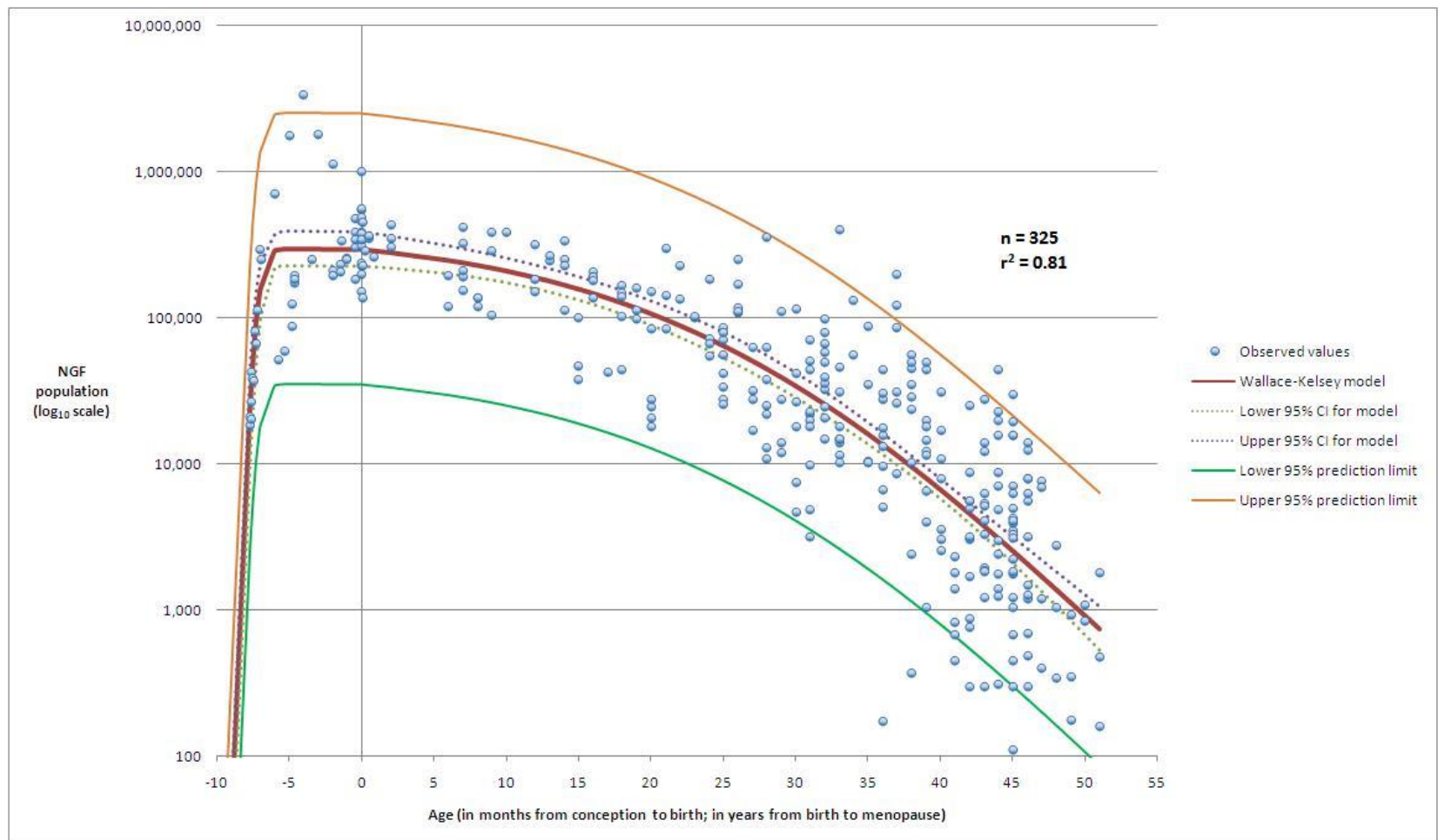
# Impact op vruchtbaarheid



- ▶ Maligne aandoening
- ▶ Benigne condities
- ▶ Leeftijd

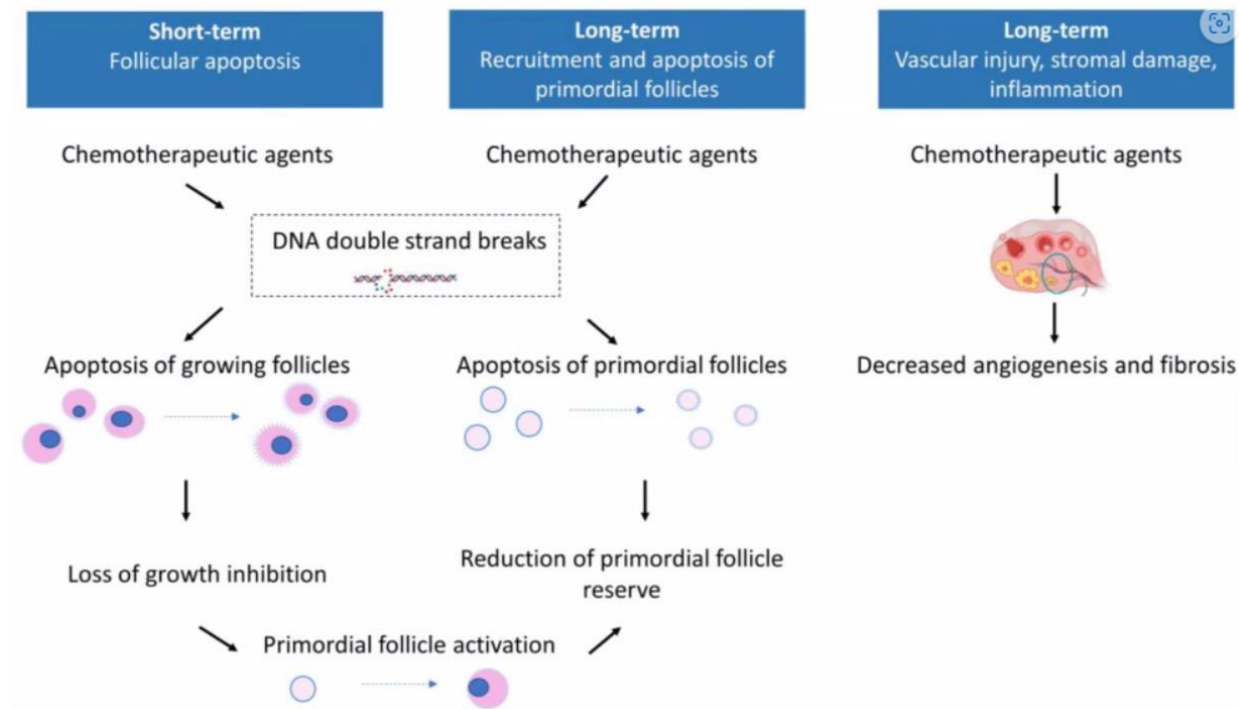
- ▶ Systemische behandeling  
(Chemotherapie, doelgerichte therapie, immunotherapie)
- ▶ Radiotherapie
- ▶ Heelkunde

# Leeftijd - eicelreserve



# Systemisch oncologische behandelingen

## Impact bij vrouwen



# Systemisch oncologische behandelingen

## Impact bij vrouwen

|                   | High Risk (>80%) | Intermediate Risk (20-80%) | Low/Very Low Risk (<20%) | Unknown Risk |
|-------------------|------------------|----------------------------|--------------------------|--------------|
| Alkylating Agents |                  |                            |                          |              |
| Cyclophosphamide  | ✓                |                            |                          |              |

| Combinations                 |                    |                      |                    |
|------------------------------|--------------------|----------------------|--------------------|
| CMF (6 cycles) *             | ✓<br>>40 years old | ✓<br>30-39 years old | ✓<br><30 years old |
| CEF (6 cycles) *             | ✓<br>>40 years old | ✓<br>30-39 years old | ✓<br><30 years old |
| CAF (6 cycles) *             | ✓<br>>40 years old | ✓<br>30-39 years old | ✓<br><30 years old |
| AC (4 cycles) *              |                    | ✓<br>>40 years old   | ✓<br><40 years old |
| EC (4 cycles) *              |                    | ✓<br>>40 years old   | ✓<br><40 years old |
| ABVD *                       |                    |                      | ✓                  |
| CHOP (4-6 cycles) *          |                    |                      | ✓                  |
| TAC *                        |                    | ✓                    |                    |
| BEACOPP *                    |                    | ✓                    |                    |
| FOLFOLX *                    |                    | ✓                    |                    |
| Anthracycline/<br>cytarabine |                    |                      | ✓                  |
| EURAMOS *                    | ✓                  | ✓                    |                    |
| EuroEwing 12 *               | ✓                  |                      |                    |

| Platinum-based regimens |                             |                             |   |
|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|
| Cisplatin               | ✓<br>>800 mg/m <sup>2</sup> | ✓<br><800 mg/m <sup>2</sup> |   |
| Carboplatin             |                             | ✓                           | ✓ |
| Oxaliplatin             |                             | ✓                           | ✓ |



### Targeted therapy

#### Monoclonal antibodies

Trastuzumab (breast cancer)  
Bevacizumab (cervix and colon)  
Rituximab (hematological)

#### Target

Her2 (ErbB2)  
VEGF  
CD20

#### Gonadotoxicity

low risk  
transient amenorrhea, ovarian failure  
Uncertain

#### Tyrosine kinase inhibitors

Imatinib (CML)  
Pazopanib (renal cell and soft tissue sarcoma)  
Gefitinib/non-small cell lung cancer)

BCR-ABM tyrosine kinase inhibitor  
TKI with anti-angiogenic activity  
EGFR TKI

case reports of POI and low ovarian response  
uncertain,  
transient androgen suppression

### Immunotherapy

Ipilimumab (melanoma)  
Nivolumab (melanoma)  
Pembrolizumab (melanoma, non-small cell lung cancer)

Hypophysitis rate of 5.6%  
Hypophysitis rate of 0.5%  
Hypophysitis rate of 1.1%

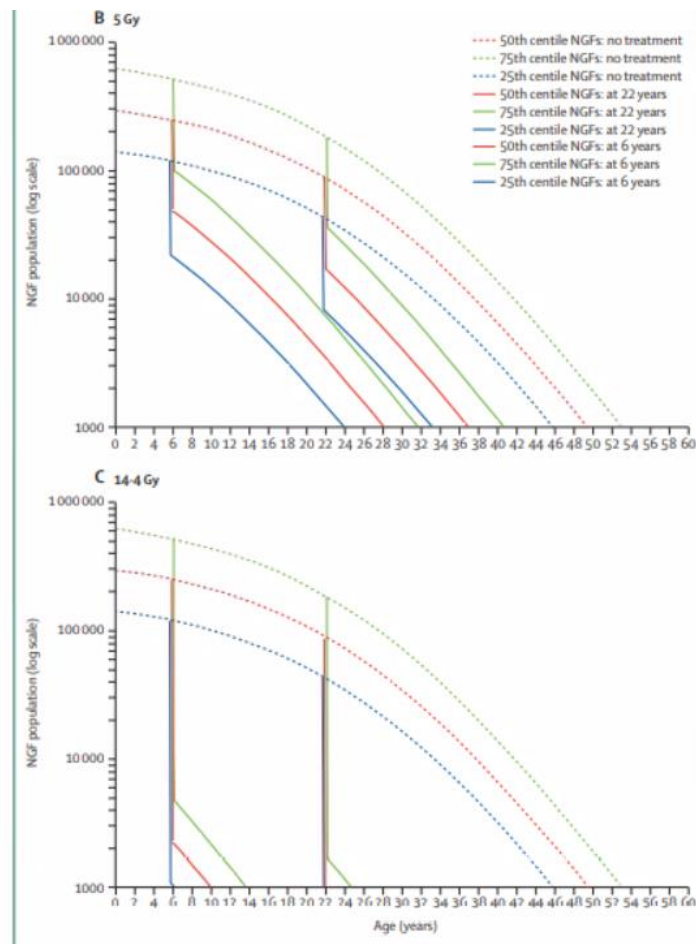
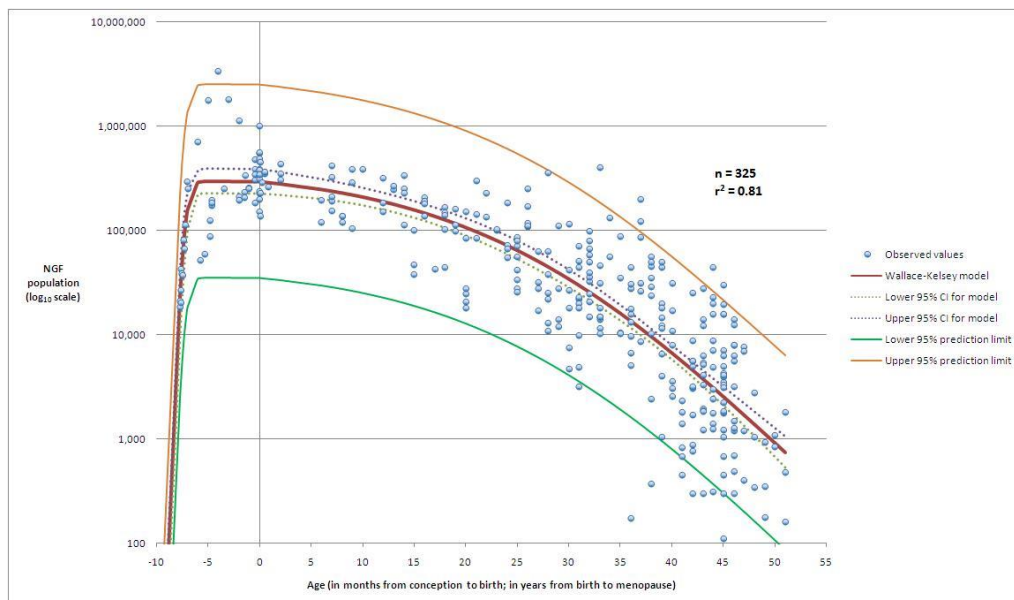


**Cause of secondary hypogonadism**

Himpe J, Lammerant S, Van den Bergh L, Lapeire L, De Roo C. The Impact of Systemic Oncological Treatments on the Fertility of Adolescents and Young Adults-A Systematic Review. Life (Basel). 2023 May 18;13(5):1209. doi: 10.3390/life13051209. PMID: 37240854; PMCID: PMC10223569.

# Radiotherapie

- ▶ Follikelreserve
- ▶ Leeftijd





# Chirurgie

- ▶ Complete of partiële ovariectomie
- ▶ (Uni- of bilaterale tubectomie)
- ▶ Hysterectomie



# RISICOBEPALING EN COUNSELING: maatwerk

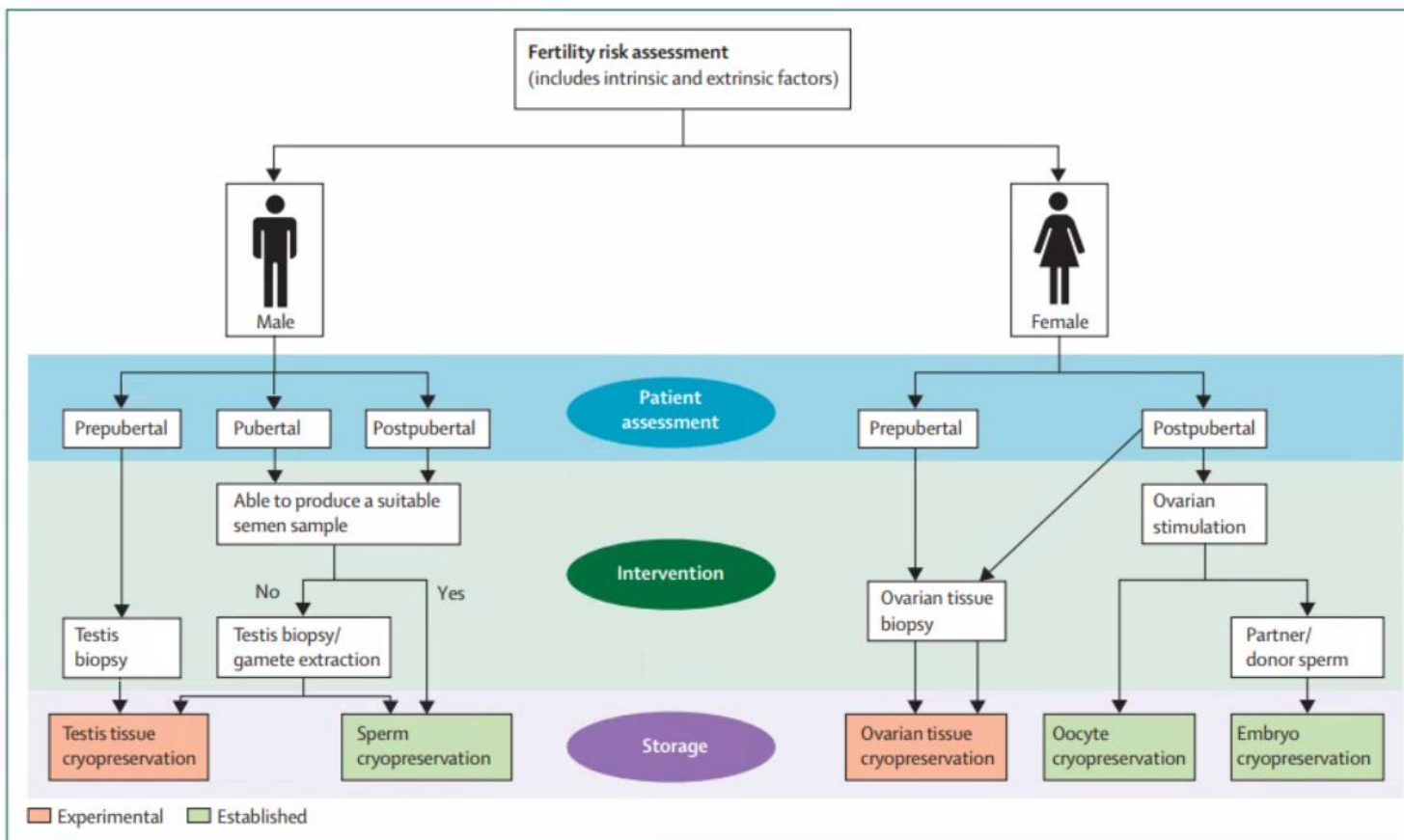
# Individualisatie

- ▶ Baseline reserve
- ▶ **Type gonadotoxische therapie**
- ▶ **Type tumor**
- ▶ **Leeftijd** van de patiënt: ziektevrije periode voor kinderwens
- ▶ Beschikbare **tijd**
- ▶ Met/zonder **partner/kinderen**
- ▶ **Lange termijn “issues”** (opslag en gebruik van materiaal)
- ▶ **Individueel risico** gelinkt aan ovariële stimulatie met eicelpick-up / laparoscopie



# FERTILITEITSPRESERVATIE

# Strategieën



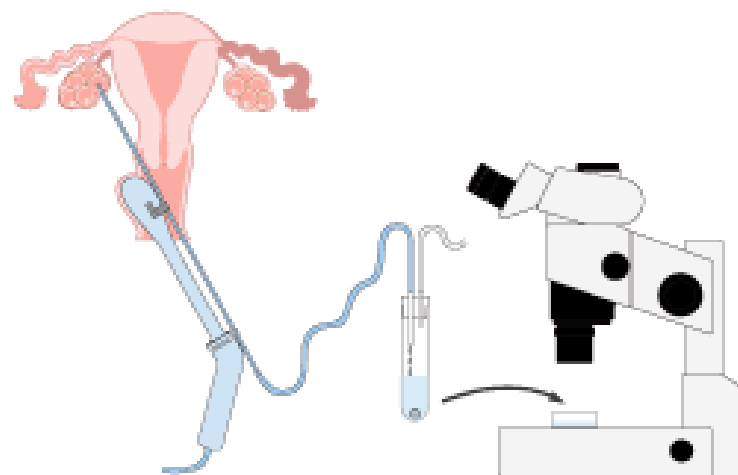
# Verschillende technieken beschikbaar

- ▶ **Bewezen effectief**
  - ▶ Invriezen embryo's
  - ▶ Invriezen mature eicellen
  - ▶ Invriezen ovarieel weefsel postpubertair
  - ▶ (Invriezen zaadcellen)
  - ▶ (Invriezen postpubertair testiculair weefsel)
- ▶ **Experimenteel**
  - ▶ Invriezen immature eicellen
  - ▶ Invriezen ovarieel weefsel prepubertair
  - ▶ (Invriezen prepubertair testiculair weefsel)
- ▶ **Opgelet: welke techniek ook gekozen wordt → géén garantie op zwangerschap in de toekomst**

# Eicelvitricificatie

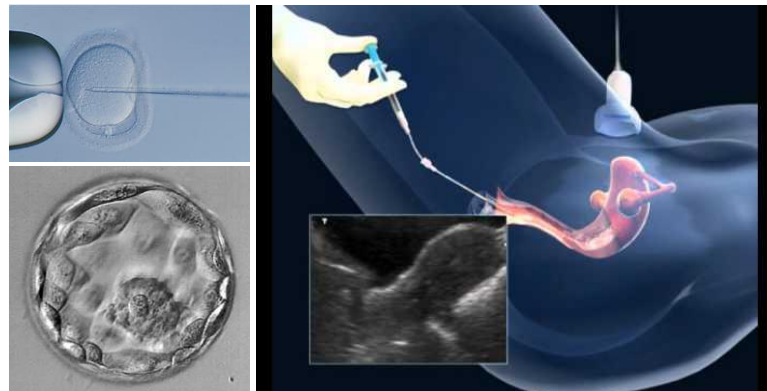


- ▶ **Intensieve procedure**
  - ▶ 2 weken *hormonale stimulatie*,
  - ▶ multiple *transvaginale echo's* ( $\pm 4x$ ),
  - ▶ *Transvaginale eicelaspiratie*
- ▶ **“Random” start**, cycle **onafhankelijke** stimulatieschema: bewezen succesvol
- ▶ Zeer goede resultaten met de huidige “vitrificatie” techniek: 70-90% overleving
- ▶ Gemiddeld 5% kans op een levend geboorte per eicel



# Eicelvitricificatie

- ▶ **Later gebruik: dooi + ICSI**
- ▶ **Embryoterugplaatsing**
  - ▶ Natuurlijke of artificiële cyclus
  - ▶ Voorkeur SET (single embryo transfer)
  - ▶ blastocyst (day 5 embryo)
- ▶ **Leeftijdsgrenzen (bij wet bepaald)**
- ▶ ICSI procedure → tot 46 jaar
- ▶ ICSI terugbetaling → tot 43 years
- ▶ Embryo transfer met ingevoren/gedooide embryo's (als de aanvraag voor de leeftijd van 46 jaar valt → tot 48 jaar



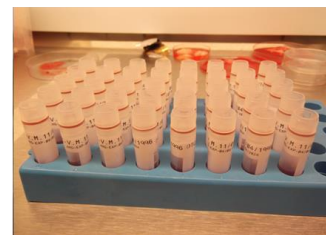
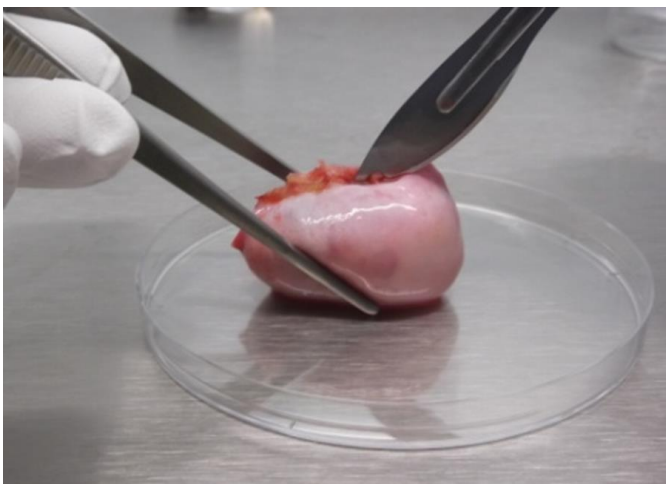


# Cryopreservatie of immature eicellen

- ▶ Afkomstig uit ovarieel weefsel of recuperatie *in situ*
- ▶ In vitro maturatie (**IVM**)
- ▶ IVM preferentieel voor vitrificatie
  - ▶ Hoewel, immature eicellen zijn meer resistent aan cryoschade (geen spoelfiguur)
- ▶ **Voordeel:** geen/minimale stimulatie, goedkoper, lagere oestrogeenspiegels
- ▶ **Nadeel:** weinig zwangerschappen beschreven, gelimiteerde informatie over kinderen

# Cryopreservatie van ovarieel weefsel

- ▶ Invriezen van strips/fragmenten van cortex / “greffes” (**immature** oocytes)
- ▶ **Voor wie?**
  - ▶ Beperkte tijd
  - ▶ Prepubertaire meisjes (in de praktijk <18 jaar)
- ▶ **Later gebruik**
  - ▶ **Orthotope** transplantatie (pelvis)
    - Herstel van de ovariële functie tot 4-5 jaar
    - > 200 levend geboortes, live birth rate  $\pm 30\%$
  - ▶ **Heterotope** transplantatie (buikwand)
  - ▶ **In Vitro Maturatie:** Zeer lage efficiëntie





# Oncoconventie

# Oncoconventie: terugbetaling van fertiliteitspreservatie – wijzigingen sinds 1 juni 2023

► (Belgische) patiënten die in aanmerking komen, zijn:

a) patiënten die een **therapeutisch schema** moeten ondergaan dat potentieel **gonadotoxisch** is voor één van volgende indicaties:

- een neoplastische aandoening van een orgaan (**solide tumor**)
- een **hematopoëtische of ganglionaire aandoening** (leukemie, lymfoom, multipel myeloom ...)

b) patiënten die een **therapeutisch schema** ondergaan dat potentieel **gonadotoxisch** is voor dezelfde indicaties

c) patiënten die een **therapeutisch schema** hebben ondergaan dat potentieel **gonadotoxisch** is voor dezelfde indicaties

d) patiënten met **testiskanker** die geen radio-of chemotherapeutische behandeling krijgen

e) patiënten met een of meer **borderline ovariumtumor(en)**

# Oncoconventie: terugbetaling van fertiliteitspreservatie – wijzigingen sinds 1 juni 2023

- f) patiënten draagsters van een **genetische mutatie** die een **preventieve ovariëctomie** moeten ondergaan wegens een hoog risico op borst- en /of eierstokkanker
- g) Een **hematopoëtische** aandoening die een **stamceltransplantatie** noodzakelijk maken
- h) Patiënten die een bilaterale orchidectomie moeten ondergaan of een unilaterale orchidectomie wanneer zij slechts één resterend testikel hebben (voorgeschiedenis van contralaterale unilaterale orchidectomie, unilaterale agenese van een testikel, ...)
- i) Patiënten met een bilaterale ovariële endometriose of bilaterale goedaardige ovariële dermoïdcysten die een vruchtbaarheidsbeperkende operatie vereisen

# Oncoconventie: Verzorgingsinstellingen die zijn toegetreden tot de overeenkomst

- ▶ **U.Z. Gent, GENT (Oost-Vlaanderen)**
- ▶ A.Z. Jan Palfijn, GENT (Oost-Vlaanderen)
- ▶ **UZ Brussel, BRUSSEL (Brussel)**
- ▶ **Hôpital Universitaire Saint- Pierre - U.L.B., BRUSSEL (Brussel)**
- ▶ **Cliniques Universitaires Saint-Luc - U.C.L., BRUSSEL (Brussel)**
- ▶ Hôpital Erasme, BRUSSEL (Brussel)
- ▶ **Universitaire Ziekenhuizen K.U.Leuven Gasthuisberg, LEUVEN (Vlaams Brabant)**
- ▶ Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart, LEUVEN (Vlaams Brabant)
- ▶ **Universitair Ziekenhuis Antwerpen, EDEGEM (Antwerpen)**
- ▶ ZNA Middelheim, ANTWERPEN (Antwerpen)
- ▶ AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV, BRUGGE (West-Vlaanderen)
- ▶ Ziekenhuis Oost-Limburg - St. Jan, GENK (Limburg)
- ▶ C.H. Interregional Edith Cavell (CHIREC), BRAINE L'ALLEUD (Waals-Brabant)
- ▶ **Clinique CHC MontLégia, LUIK (Luik)**
- ▶ **Centre Hospitalier Regional de la Citadelle, LUIK (Luik)**
- ▶ GHdC, Clinique Notre Dame, CHARLEROI (Henegouwen)
- ▶ Centre Hospitalier de l'Ardenne, LIBRAMONT (Luxemburg)
- ▶ Centre Hospitalier Régional de Namur, NAMEN (Namen)

De centra die vet gemarkeerd staan, hebben ook een **zorgprogramma voor pediatrische hemato-oncologie** en mogen dus ook instaan voor fertiliteitspreservatie bij patiënten jonger dan 16 jaar



# Nazorg en actieve kindwens

# Nazorg

- ▶ Contact 1 maand na consult op ARG
- ▶ AMH bepaling 1x/jaar: bij AMH-daling: nieuwe stimulatiecycclus overwegen
- ▶ Contraceptie indien geen actieve kinderwens
- ▶ Hormonale substitutie bij POI



# Actieve kinderwens

- ▶ Akkoord oncoloog
- ▶ Recente mammo/echo
- ▶ Halfwaardetijd medicatie
  - chemotherapie: 12 maand
  - Keytruda (pembrolizumab): 4 maand
  - Lynparza (olaparib): 1-3 maand
- ▶ Obstetrisch risico
- ▶ Eicelreserve
- ▶ Uterus: endometriumopbouw

# Actieve kinderwens

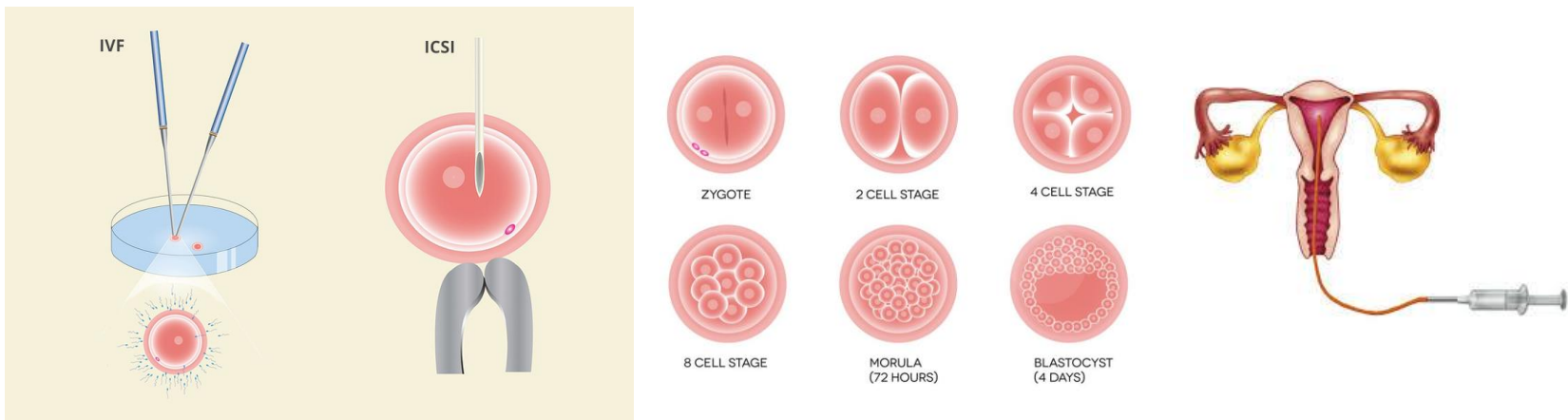
- ▶ **Spontane conceptie**
- ▶ **Medisch begeleide voortplanting**
  - ▶ Bevruchting in het vrouwelijk lichaam: Intrauteriene inseminatie (**IUI**)



# Actieve kinderwens

## ▶ Medisch begeleide voortplanting

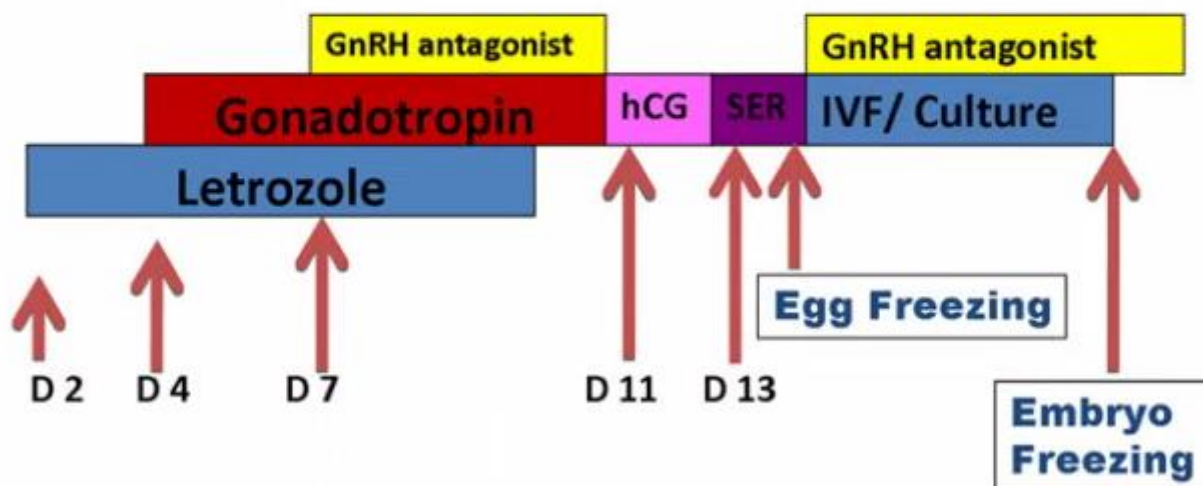
- ▶ Bevruchting in het lab: In vitro fertilisatie (**IVF**) en Intracytoplasmatische sperma injectie (**ICSI**)
- ▶ **Embryo cultuur:** Follow-up van de embryo-ontwikkeling gedurende **5 dagen**
- ▶ **Embryo transfer:** Transfer van **1 embryo (SET)** in de baarmoederholte



## Actieve kinderwens

**FIGURE 2**

Protocol for COS for embryo/oocyte cryopreservation in breast cancer patients (d: cycle day; SER: ultrasound-guided egg retrieval).



*Kim. Breast cancer and fertility preservation. Fertil Steril 2011.*

RESEARCH SUMMARY

# Interrupting Endocrine Therapy to Attempt Pregnancy after Breast Cancer

Partridge AH et al. DOI: 10.1056/NEJMoa2212856

## Positive trial

### CLINICAL PROBLEM

In women with hormone receptor–positive early breast cancer, adjuvant endocrine therapy for 5 to 10 years substantially reduces recurrence risk, but pregnancy is contraindicated during treatment. Prospective data on recurrence risk among women who temporarily discontinue endocrine therapy to attempt pregnancy are lacking.

### CLINICAL TRIAL

**Design:** A single-group trial was conducted to assess the safety of interrupting endocrine therapy to attempt pregnancy in women with stage I, II, or III breast cancer.

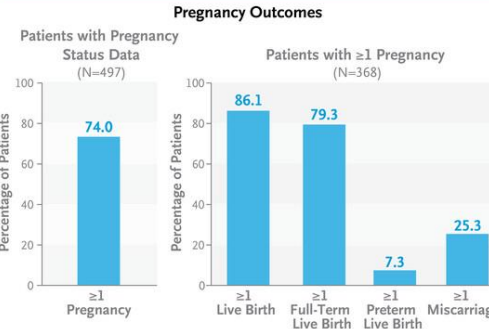
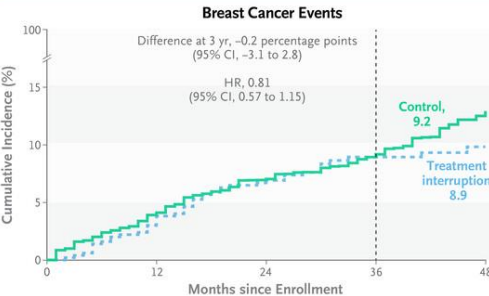
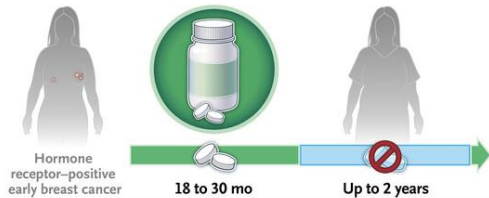
**Intervention:** 516 patients ≤42 years of age who had been receiving adjuvant endocrine therapy for 18 to 30 months paused treatment to attempt pregnancy after a 3-month washout period; therapy could be interrupted for up to 2 years. The primary end point was breast cancer events during follow-up.

### RESULTS

During 1638 patient-years of follow-up (median, 3.4 years), 44 breast cancer events occurred, which was below the prespecified safety threshold of 46 events. The 3-year incidence of breast cancer was similar to that in an external control cohort of women who would have met the entry criteria for this trial. More than 70% of patients became pregnant at least once; most of those patients had at least one live birth.

### LIMITATIONS AND REMAINING QUESTIONS

- Longer-term follow-up is necessary to determine the safety of interrupting endocrine therapy.
- The findings may be biased by the “healthy mother” effect: healthier women with cancer who had a lower risk of recurrence may have been more likely to participate in the trial and to become pregnant than less healthy women at higher risk.
- The trial population was not broadly representative of premenopausal women with breast cancer with respect to age and race or ethnic group.

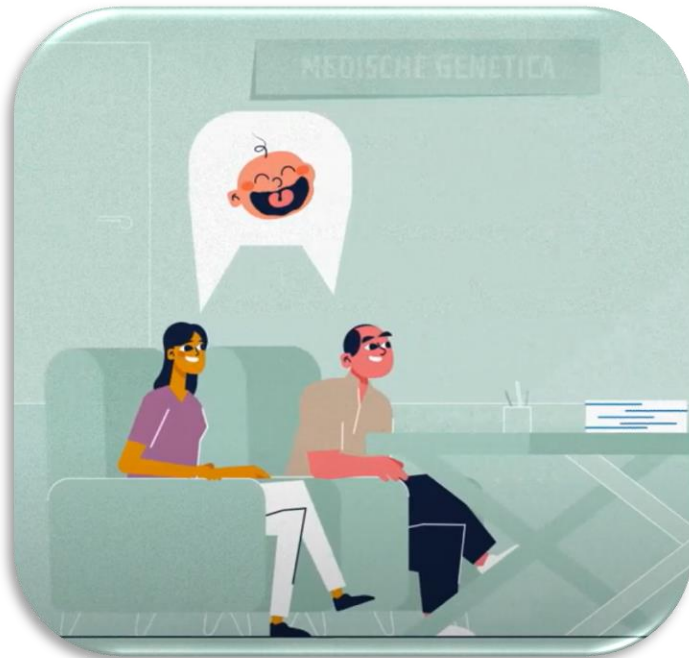


### CONCLUSIONS

Among women with hormone receptor–positive early breast cancer who wished to attempt pregnancy, interruption of adjuvant endocrine therapy for up to 2 years appeared to be safe with respect to breast cancer recurrence during a median of 3.4 years of follow-up.

Links: Full Article | NEJM Quick Take | Editorial

## Genetische belasting (BRCA1 en 2): reproductieve opties



- ▶ Geen medische interventie
- ▶ Prenatale diagnostiek (PND)
- ▶ Pre-implantatie genetische testing (PGT)
- ▶ Donorconceptie of adoptie
- ▶ Afzien van ouderschap

Pre-implantatie genetische testing - PGT

## What's in a name...

- ▶ Verouderde termen
  - ▶ Preimplantation genetic diagnosis (PGD)
  - ▶ Preimplantation genetic screening (PGS)
  
- ▶ Vervangen in 2017 door
  - ▶ **Preimplantation genetic testing (PGT)**
    - **for aneuploidy (PGT-A)**
    - **for chromosomal structural rearrangements (PGT-SR)**
    - **for monogenic/single gene defects (PGT-M)**



*"You have a condition whose name is very hard to remember."*

# Wanneer PGT overwegen?



## Criteria

- **pathogene** mutatie
- **relevantie** vr toekomstige kinderen
- bewezen **penetrantie**
- **technische haalbaarheid**
- grote **betrouwbaarheid resultaat** (aanvaardbare foutenmarge: 1 – 3%)

## Multidisciplinair overleg

**Contra-indicaties** voor IVF (leeftijd vrouw, onmogelijkheid om mannelijke/vrouwelijke gameten te verkrijgen, BMI, co-morbiditeiten)

## Fysieke of psychologische impact

- verbonden aan de geteste aandoening
- veroorzaakt door andere (chronische) aandoeningen

## Voor- en nadelen

- het vermijden van het doorgeven van erfelijke mutaties en psychologische geruststelling
- kosten, tijdsintensieve procedure en de noodzaak van IVF ondanks mogelijk verminderde ovariële reserve

ESHRE PGT Consortium good practice recommendations. 2020.



# België: legale aspecten van PGT

- ▶ PGT moet plaatsvinden in een **fertiliteitscentrum** en een **centrum voor medisch-genetica** onder een **samenwerkingsakkoord** voor dit doel.
- ▶ De toekomstige ouders moeten op een eerlijke manier worden **begeleid en geïnformeerd**.
- ▶ Er moet een overeenkomst worden gesloten tussen de toekomstige ouders en het fertiliteitscentrum (**geïnformeerde toestemming, zonder enige vorm van druk**).

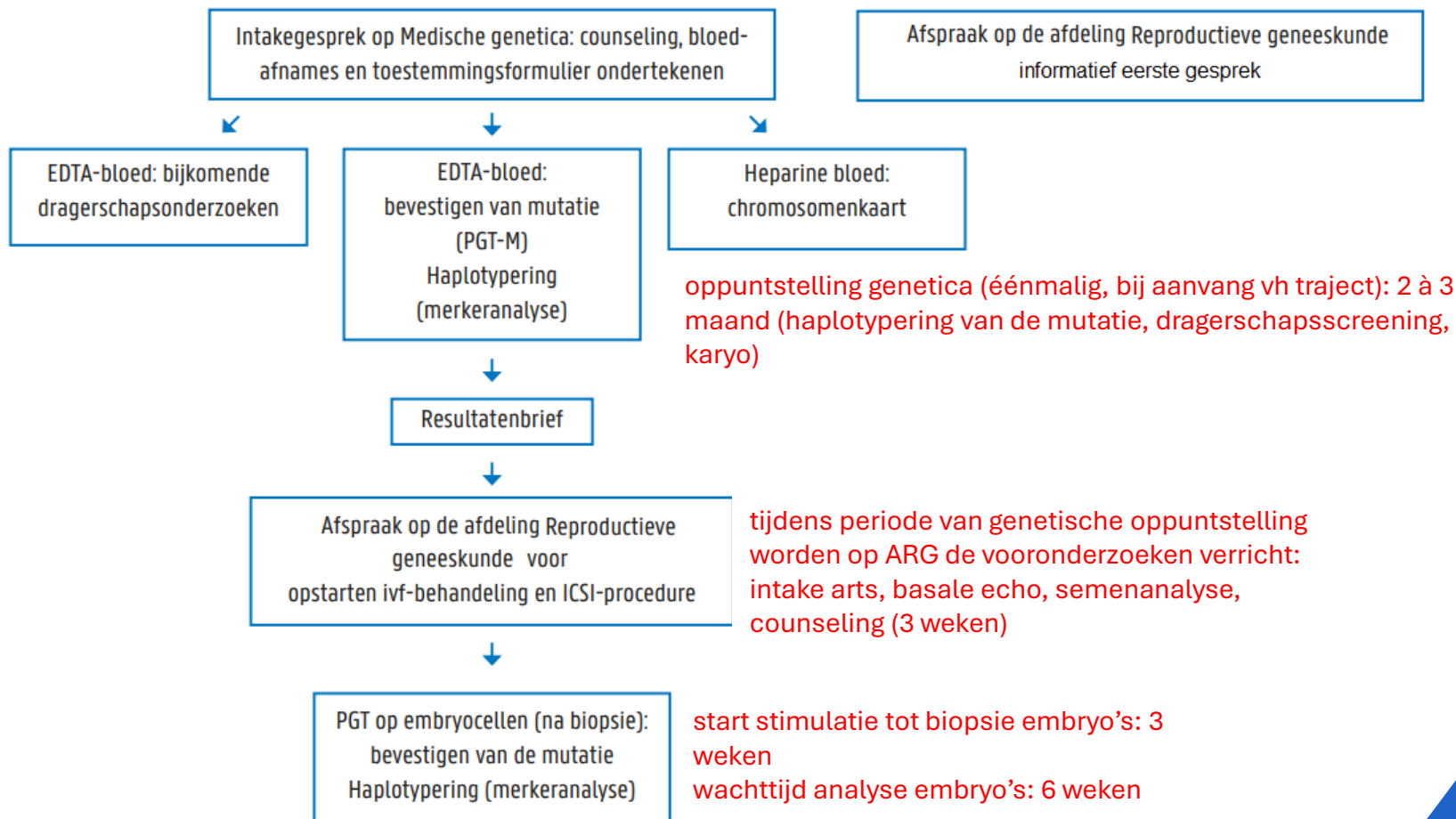


## VERBODEN

- ▶ Eugenetische selectie (behalve in het geval van een "savior baby").
- ▶ Geslachtsselectie (behalve om geslachtsgebonden aandoeningen te voorkomen)

Wet van 6 juli 2007 betreffende de medisch begeleide voortplanting en de bestemming van de overtallige embryo's.

## Patient flow UZ Gent

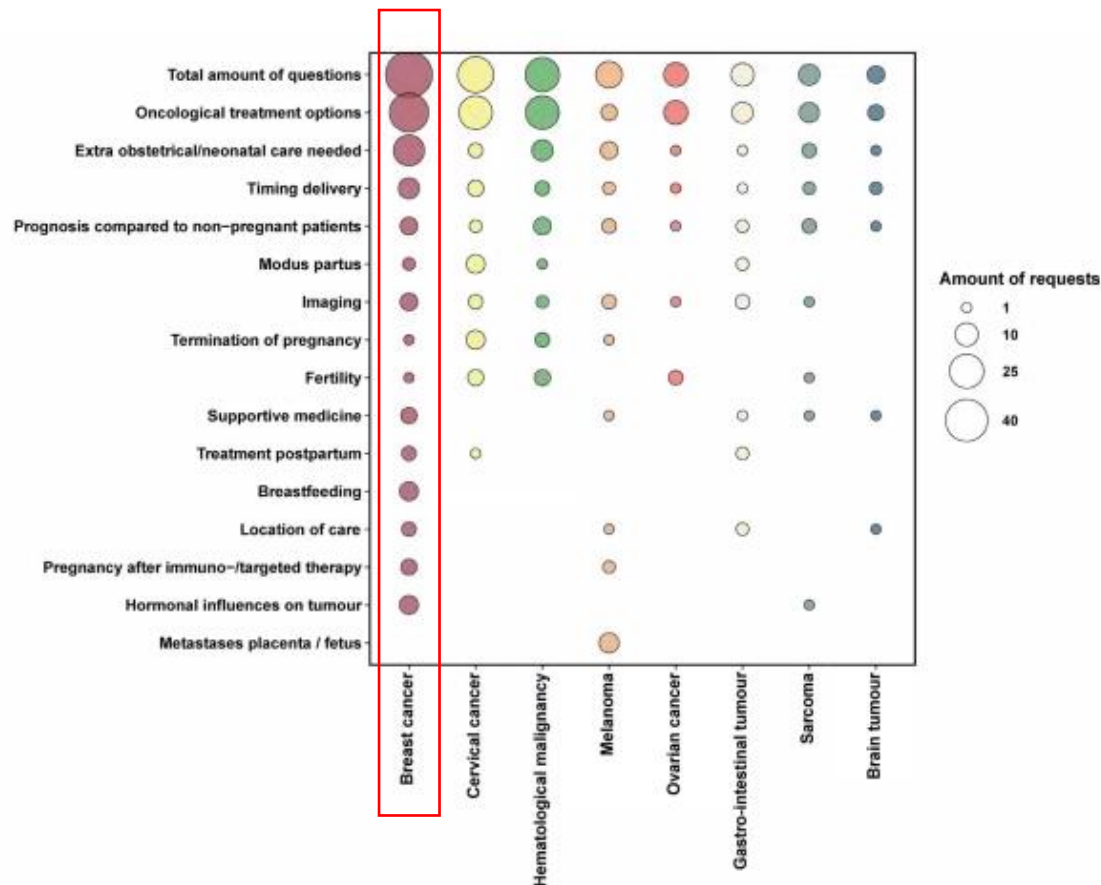
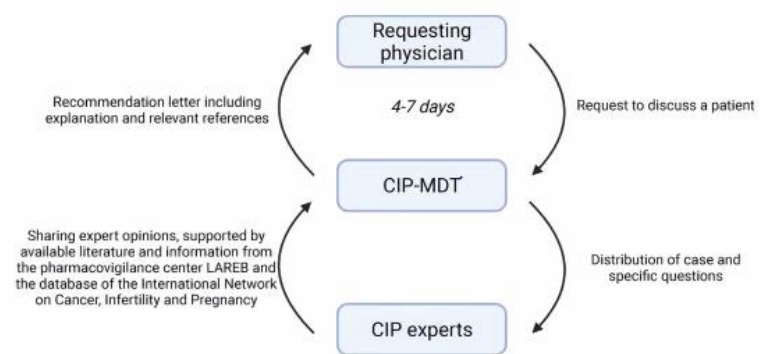




# Borstkanker en zwangerschap

# Ten-year experience of a national multidisciplinary tumour board for cancer and pregnancy in the Netherlands

Joosje H. Heimovaara<sup>a,b,\*</sup>, Ingrid A. Boere<sup>c</sup>, Jorine de Haan<sup>d</sup>, Kristel van Calsteren<sup>e</sup>, Frédéric Amant<sup>a,b,f</sup>, Lia van Zuylen<sup>g</sup>, Christine A.R. Lok<sup>b,f</sup> on behalf of the Dutch Advisory Board for Cancer during Pregnancy<sup>1</sup>



# Ten-year experience of a national multidisciplinary tumour board for cancer and pregnancy in the Netherlands



Joosje H. Heimovaara<sup>a,b,\*</sup>, Ingrid A. Boere<sup>c</sup>, Jorine de Haan<sup>d</sup>, Kristel van Calsteren<sup>e</sup>, Frédéric Amant<sup>a,b,f</sup>, Lia van Zuylen<sup>g</sup>, Christine A.R. Lok<sup>b,f</sup> on behalf of the Dutch Advisory Board for Cancer during Pregnancy<sup>l</sup>

Table 3  
Types of requests asked per time frame.

|                                             | Timeframe           |                      | Difference | p-values |
|---------------------------------------------|---------------------|----------------------|------------|----------|
|                                             | 2012–2016<br>n = 33 | 2017–2020<br>n = 134 |            |          |
| Oncological treatment options               | 69.7                | 79.1                 | +9.4%      | 0.251    |
| Extra obstetrical/neonatal care needed      | 54.5                | 20.1                 | –34.4      | <0.001   |
| Timing delivery                             | 9.1                 | 14.9                 | +5.8%      | 0.387    |
| Prognosis compared to non-pregnant patients | 21.2                | 5.2                  | –16.0%     | 0.003    |
| Modus partus                                | 6.1                 | 7.5                  | +1.4%      | 0.782    |
| Imaging                                     | 18.2                | 9.7                  | –8.5%      | 0.171    |
| Termination of pregnancy                    | 12                  | 5.2                  | –6.8%      | 0.154    |
| Fertility related questions                 | 9.1                 | 4.5                  | –4.6%      | 0.296    |
| Supportive medicine                         | 0                   | 5.2                  | +5.2%      | 0.182    |
| Treatment postpartum                        | 6.1                 | 3                    | –3.1%      | 0.398    |
| Breastfeeding                               | 12.1                | 1.5                  | –10.6%     | 0.003    |
| Location of care                            | 6.1                 | 3.7                  | –2.4%      | 0.553    |
| Pregnancy after immuno/targeted therapy     | 6.1                 | 3                    | –3.1%      | 0.398    |
| Hormonal influences on tumour               | 27.3                | 4.5                  | –22.8%     | <0.001   |
| Metastases placenta/fetus                   | 6.1                 | 3.7                  | –2.4%      | 0.553    |

Percentage of times types of requests were asked during the first five years of existence of the advisory board (2012–2016, n = 33) and the second (2017–2020, n = 134).

# Outcome of breast cancer patients treated with chemotherapy during pregnancy compared with non-pregnant controls

Frédéric Amant <sup>a,b,c,\*</sup>, Valentina Nekljudova <sup>d</sup>, Charlotte Maggen <sup>a,e</sup>,  
Fenja Seither <sup>d</sup>, Patrick Neven <sup>f</sup>, Elyce H. Cardonick <sup>g</sup>,  
Sabine Schmatloch <sup>h</sup>, Kristel Van Calsteren <sup>i</sup>, Tatjana Cordes <sup>j</sup>,  
Jorine de Haan <sup>k</sup>, Christianne A.R. Lok <sup>c</sup>, Felix Flock <sup>l</sup>, Ingrid A. Boere <sup>m</sup>,  
Mina M. Gziri <sup>n</sup>, Christine Solbach <sup>o</sup>, Hanne Lefrère <sup>a</sup>,  
Andreas Schneeweiss <sup>p</sup>, Isabell Witzel <sup>q</sup>, Sabine Seiler <sup>d</sup>, Sibylle Loibl <sup>d</sup>

**Abstract Background:** A diagnosis of breast cancer during pregnancy (PrBC) does not impact prognosis if standard treatment is offered. However, caution is warranted as gestational changes in pharmacokinetics may lead to reduced chemotherapy concentration.

**Methods:** Survival of PrBC patients treated with chemotherapy during pregnancy was compared to non-pregnant breast cancer patients treated with chemotherapy, diagnosed after 2000, excluding patients older than 45 years or with a postpartum diagnosis. The data was registered in two multicenter registries (the International Network of Cancer, Infertility and Pregnancy and the German Breast Group). Cox proportional hazards regression was used to compare disease-free (DFS) and overall survival (OS) between both groups, adjusting for age, stage, grade, hormone receptor status, human epidermal growth factor 2 status and histology, weighted by propensity scoring to account for the differences in baseline characteristics between pregnant patients and controls.

**Results:** In total, 662 pregnant and 2081 non-pregnant patients were selected. Pregnant patients were more likely to have stage II breast cancer (60.1% vs 56.1%,  $p = 0.035$ ), grade 3 tumors (74.0% vs 62.2%,  $p < 0.001$ ), hormone receptor-negative tumors (48.4% vs 34.0%,  $p < 0.001$ ) or triple-negative breast cancer (38.9% vs 26.9%,  $p < 0.001$ ). Median follow-up was 66 months. In multivariable analysis, DFS and OS were comparable for pregnant and non-pregnant patients (DFS: HR 1.02, 95% CI 0.82–1.27,  $p = 0.83$ ; OS: HR 1.08, 95% CI 0.81–1.45,  $p = 0.59$ ).

**Conclusion:** Outcome of women with breast cancer treated with chemotherapy during pregnancy is comparable to young non-pregnant women. These results support chemotherapy for PrBC when indicated.

© 2022 Elsevier Ltd. All rights reserved.

# Conclusie: Impact van borstkanker op fertiliteit

**Fysieke impact** (chemotherapie – hormonale therapie – radiotherapie – chirurgie)

**Psychosociale aspecten**

- uitdagingen en angsten
- impact van genetische belasting speelt een rol bij de besluitvorming
- multidisciplinaire begeleiding is essentieel



CHLOË DE ROO

Staflid

Afdeling Reproductieve Geneeskunde – Vrouwenkliniek

---

Universitair Ziekenhuis Gent  
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent  
T +32 (0)9 332 21 11  
E [info@uzgent.be](mailto:info@uzgent.be)

[www.uzgent.be](http://www.uzgent.be)  
Volg ons op

