

Radboud Report Oncologie nr1 2022

“IKNL legt steeds meer details vast, wat veel nieuwe inzichten oplevert”

KATJA ABEN

**Nieuwe Japanse
operatietechniek voor
slokdarmkanker**

**Multidisciplinaire
behandeling
botmetastasen**

**Versneld zorgpad voor
Merkelcelcarcinoom**



Centrum voor Oncologie
Radboudumc

colofon

Redactieraad:

prof. dr. Bart Kiemeneij
Carla Smits-Caris
Anneke Hulshoff MANP
dr. Ingrid Desar
prof. dr. Robert Takes
prof. dr. Camiel Rosman
prof. dr. Jan Bussink
prof. dr. Haiko Bloemendaal
dr. Anniek van der Waart
drs. Marlies van der Meij
drs. Joost van Sluijters

Vormgeving en realisatie:

Capital Advertising
Tel: +31 - 73 613 30 30

Overname gegevens alleen toegestaan
met bronvermelding:
Radboud Report Oncologie

Correspondentieadres:

Radboudumc
Centrum voor Oncologie
Postbus 9101 (huispost 547)
6500 HB Nijmegen
Tel: +31 - 24 365 57 51
Email: oncologie@radboudumc.nl
www.radboudumc.nl/report

ISSN:

2468-3353

Een duurzaam magazine

Report bestaat enkel uit volledig
herbruikbare grondstoffen (het papier,
de inkt en hechtingsmateriaal), die
stuk voor stuk onderzocht zijn door
milieu-onderzoeksinstituut EPEA. De
materialen zijn herbruikbaar in nieuwe
producten of als voeding voor de
natuur.



Radboud Report Oncologie nr1 2022

voorwoord

*Sed ut milit verspic iaspis quodit audae nim exces et et ut volecep
tatessequam, ulla perovita dest, sed moditate nonectem aut as inihil
endel ium doloratur? Abore, quiscilit, sam et, soles quiberrum quo et
facessim fuga. Tem quoditatur, sunt.*

*Us, quid et et iliquam et quiam, odit odio inihili aectem sequi aciet
velesti beatent inullesciis alit prae nimenis molupta idelit facient re verro
dolescide qui dolor autem sit voluptas numque vento cullessiti nonsedi
officte et dolupid utate lab imporia eostibus et enecerspel estinvenim il
evelic tempell aborrum quiam as cuptinveris unt.*

*Pudist int volupta turibus in consern atiore et mod moluptam, ommodis
ciduciiscias ipsus sinullaut oditatumqui corpore elit dis poriassedit velia
num fuga. Nam faccum vendae nulluptat asperchiciet ad earuptaectia
pla quis enem volendes quam ipsandi blantiat.*

*Occaepa des as ut faccum aut ra si nimusam, iur, aut qui venihicimus ad
elescip icipitium iur sum repe corehen denimi, solupiet, omni apisqui te
volores tiuntur remporr orporro rporeperum quas reium resequi ssusand
itiumquisin et, que nost, coreped maxim faccae officita il et la asperch
itaquibusa que vendi derunt officatur sam aut unt ut et re, odit modit,
ullorum faceritae. Ita prepedisque dolorrum quia et dolor mo tem es
evero ello ipsunt omnia que que consequo molore quam harcips aesequia
qui omni odis modit expelitae recto cum eaquiat ibusam.*

Bart Kiemeneij





“Deep learning algoritme moet kwaadaardig uitgroeien van longnodule gaan voorspellen”

COLIN JACOBS

Kort Report

In elke Report berichten we breeduit over grote onderzoeken, grote doorbraken en grote inzichten. Maar er is altijd ook kort, laatste nieuws. Dat vindt u hier. Boeiende berichten, vers van de pers.

Vaak geen info over behoud vruchtbaarheid voor vrouwen met kanker

Van de jonge vrouwen met kanker krijgt slechts de helft een doorverwijzing naar een gynaecoloog voor een gesprek over het behoud van haar vruchtbaarheid, bijvoorbeeld door het invriezen van eicellen. Dat concludeert onderzoekster en promovenda Michelle van den Berg van het Radboudumc. Aandacht hiervoor leidt tot betere kwaliteit van leven en minder keuzestress en spijt, zo blijkt uit haar onderzoek. Verbetering van de situatie is mogelijk door een keuzehulp voor patiënten, een opleiding voor zorgverleners, meer bewustzijn en heldere afspraken.

Het onderzoeksteam van het Radboudumc doet concrete aanbevelingen voor verbetering van de zorg rondom vruchtbaarheid bij jonge vrouwen met kanker. Zo ontwikkelden ze een online keuzehulp, die vrouwen ondersteunt bij hun beslissing. Een tweede aanbeveling is de inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen bij de afdeling voortplantingsgeneeskunde. Zij vormen een vast aanspreekpunt tijdens het vruchtbaarheidstraject bij kanker, zodat een patiënt minder verschillende gezichten ziet.

Prijs voor studie naar bestralingsboost prostaatkanker

Tijdens het ESTRO-congres in Kopenhagen ontving dr. Linda Kerkmeijer van het Radboudumc de Donal Hollywood award voor de wetenschappelijke samenvatting over de toegevoegde waarde van een bestralings-boost bij prostaatkanker in de FLAME studie. Het artikel won van 1900 inzendingen op basis van duidelijkheid, wetenschappelijke nauwkeurigheid en innovatie.

Uit de studie blijkt dat een extra dosis bestraling op de tumor de vooruitzichten verbetert bij niet uitgezaaide prostaatkanker, zonder extra bijwerkingen. De kans dat de ziekte binnen vijf jaar terugkomt, is veel kleiner dan voor hen die deze boost niet krijgen. Ook is de kans op uitzaaiingen in de lymfeklieren en organen op afstand kleiner.

Kunstmatige intelligentie voor het vroeg opsporen van longkanker

Al eerder slaagde de Diagnostic Image Analysis Groep van Radboudumc erin om software te ontwikkelen die feilloos vlekjes op de long, zogenaamde longnodules, in CT-scans van de borstkast aan kon wijzen en kon karakteriseren. Deze software wordt inmiddels in meer dan 100 ziekenhuizen in met name Europa, de VS en Canada gebruikt om zo mogelijk vroege stadia van longkanker op te sporen. Dr. Ir. Colin Jacobs, onderzoeker bij de afdeling Medische Beeldvorming: “We gaan nu een stap verder. We hebben een deep learning algoritme ontwikkeld, dat het risico kan voorspellen of een longnodule zicht gaat ontwikkelen tot een kwaadaardige tumor. Veel van de longnodules die we met een CT-scan vinden zijn gelukkig goedaardig. Je wil de kwaadaardige eruit filteren.”

Jacobs: “We hebben via deep learning het algoritme getraind met 16.000 longnodules uit een Amerikaanse screeningsstudie. Daarvan ontwikkelden zich ruim 1200 kwaadaardig. Het getrainde algoritme hebben we vervolgens kunnen testen op longnodules uit een Deense screeningsstudie. Daarbij bleek dat het algoritme het echt uitstekend doet. Beter dan het statistische model dat momenteel veel gebruikt wordt en net zo goed als de vier longradiologen, vijf radiologen en twee longartsen die we de longnodules ook lieten beoordelen.”

De onderzoekers willen het algoritme verder valideren door het toe te passen op de data uit het Nederlands/Belgische longscreenings-proefonderzoek NELSON, waarbinnen meer dan 20.000 CT-scans beschikbaar zijn van ruim 7000 deelnemers. KWF subsidieert deze vervolgstudie. “We gaan daarbij met name onderzoeken hoe we deze kunstmatige intelligentie in kunnen gaan zetten in een mogelijk toekomstig bevolkingsonderzoek. Daarbij verwachten we dat het algoritme zal ondersteunen bij het nauwkeurig inschatten van de kans op kwaadaardige longnodules. Op deze manier kunnen we het beleid rond longnodules verbeteren. Uiteindelijk hopen we dat dit leidt tot een snellere herkenning van kwaadaardige longnodules en zo min mogelijk extra onderzoek bij goedaardige longnodules.”

In 50% van de gevallen wordt longkanker pas ontdekt als deze al is uitgezaaid. Helaas is de kans op genezing dan verspeeld. Met longkankerscreening zou longkanker vaker in eerdere stadia gevonden worden, zodat er nog wel een goede kans op genezing is. Een mogelijk toekomstig bevolkingsonderzoek naar longkanker zou erg geholpen worden als radiologen krachtig ondersteund worden. Dit algoritme lijkt hier een belangrijke troef te kunnen gaan worden. Over vier jaar zijn de onderzoeksresultaten beschikbaar en kunnen de voor- en nadelen van screening opnieuw gewogen worden.

Radboudumc introduceert innovatie voor hoge tumoren in de slokdarm

Nieuwe Japanse operatietechniek

In 2016 introduceerden Prof. dr. Peter Siersema en Prof. dr. Camiel Rosman in Nederland een innovatieve nieuwe operatietechniek voor mensen die geopereerd worden aan slokdarmkanker. Men verwijderde bij tumoren laag in de slokdarm niet langer de gehele slokdarm om vervolgens de zogenaamde buismaag in de hals aan te sluiten. Die aansluiting verliep door de slechte doorbloeding vaak lastig, waardoor er in 30% van de gevallen lekkages optraden. De heren kwamen met een minimaal invasieve ingreep waarbij de aansluiting halverwege de slokdarm wordt gemaakt. Na een groot gerandomiseerd onderzoek bij 200 patiënten bleek deze techniek evident beter en werd deze de standaardaanpak binnen Radboudumc. "Maar de innovatie stopt hier niet," stelt dr. Bastiaan Klarenbeek. "We introduceren nu een nieuwe Japanse techniek, MICE, waarbij de aansluiting opvallend genoeg weer in de hals wordt gemaakt." Dat vraagt om uitleg en die krijgen we uiteraard.

DR. BASTIAAN KLARENBEEK

Bastiaan Klarenbeek is Gastrointestinaal en oncologisch chirurg binnen Radboudumc en richt zich daarbij met name op minimaal invasieve slokdarmresecties. Hij volgde daartoe onder meer trainingen in Pittsburgh en Kyoto. Op zijn LinkedIn-account vindt u filmbeelden van een MICE-ingreep.



"De minimaal invasieve ingreep met een aansluiting in de borstkast is binnen Radboudumc de meest gebruikte techniek. Deze zorgt inderdaad voor veel minder lekkages. Maar ondanks het feit dat de ingreep minimaal invasief is, ontstaan er wel beschadigingen in de borstkast en open je het longvlies. Dit zorgt bij 30 tot 40% van de patiënten voor longcomplicaties. Denk aan longontsteking, longbeschadiging of vocht achter de longen. Alle reden om te blijven zoeken naar een nóg betere aanpak." Deze aanpak diende zich aan op een congres, waar Bastiaan Klarenbeek en Camiel Rosman de Japanner dr. Hitoshi Fujiwara de MICE-techniek zagen presenteren. Een operatietechniek die hij al sinds 2015 toepast en waarbij vanuit de hals geopereerd wordt. Klarenbeek: "Er is traditioneel vreemd genoeg heel weinig kruisbestuiving tussen medici in het Oosten en het Westen, maar dit wekte onze nieuwsgierigheid."

"We kunnen de slokdarm losmaken zonder het longvlies te beschadigen"

De MICE-techniek heeft op papier grote voordelen. Gezonde organen en weefsel worden immers minder beschadigd, omdat de Japanners alleen het deel verwijderen wat echt nodig is om te genezen van slokdarmkanker. Het weefsel eromheen kan heel blijven, nu ze veel subtieler opereren. Doordat het longvlies heel blijft, zullen er veel minder longcomplicaties optreden en als er naadlekkages optreden, zijn de gevolgen daarvan veel minder ingrijpend, doordat er niet naar de longen gelekt wordt. Bovendien biedt de techniek meer mogelijkheden om alle lymfeklieren rondom de tumor te verwijderen. "Alle reden dus voor een nadere kennismaking," stelt Bastiaan Klarenbeek. "We zijn naar Japan gegaan en we hebben daar meerdere van deze operaties meegemaakt. Het idee was dat de Japanners vervolgens naar Nijmegen zouden komen om ons te monitoren tijdens operaties hier, maar dat bleek vanwege corona helaas niet mogelijk." Dat weerhield Rosman en Klarenbeek niet om door te zetten.

"25% van de patiënten heeft de tumor hoger zitten," vertelt Klarenbeek. "Voor die patiënten moeten we de aansluiting sowieso in de hals maken. Juist voor deze groep zouden we deze nieuwe techniek graag als eerste toepassen. Om hen een betere behandeling te geven, maar ook om meer bewijs van de effectiviteit te verzamelen, want dat is in Japan niet volgens onze standaarden gebeurd." Om zover te komen, werden in Nijmegen eerst een drietal MICE-operaties uitgevoerd op mensen die hun lichaam ter beschikking van de wetenschap hadden gesteld. Daarbij keken de leermeesters vanuit Japan via een vaste videoverbinding mee. "De Japanners zagen ons niet alleen aan het werk, wij zagen hen ook. Dat is belangrijk, want vanuit de cultuur zegt een Japanner niet gauw dat je iets fout doet. Dat moet je echt uit de verschrikte oogopslag halen. Na de drie operaties hadden we niet het gevoel dat we er klaar voor waren en hebben we nog drie operaties gedaan. Toen wij daarna meenden er klaar voor te zijn, hebben we patiënten en collega's expliciet gevraagd: wat vinden jullie van de voorbereiding? Kunnen we? Vinden jullie dat we genoeg voorbereid zijn? Ook zij zetten het sein op groen."

Klarenbeek geeft aan dat er een zeer open contact met de patiënten was: "We hebben ze verteld dat we weinig ervaring hadden en ook gevraagd of ze desalniettemin de eerste patiënten wilden zijn. Dat was een eye-opener. Patiënten bleken heel erg bereid om in te stappen en we hebben heel veel aan de informatie die we van ze krijgen. Zij geloofden erin en wij geloofden er ook in. Bij de normale procedure moeten we door heel veel lagen en weefsel heen om bij de slokdarm te komen. Moeten we heel veel kapot maken om de slokdarm te kunnen verwijderen. Dit is beter en genuanceerder."



We brengen via de hals drie instrumenten in, waarvan één een camera is. We kunnen de slokdarm en lymfeklieren keurig losmaken: tussen de longen door en achter het hart langs. Je laat alles intact en neemt alleen mee wat je voor de kanker mee wilt nemen. De Japanners hebben ook bij de eerste vijf echte patiënten meegekeken. We begonnen dan om acht uur in de ochtend zodat men in Japan einde werkdag aan kon haken.”

Inmiddels zijn in Nijmegen ruim 20 patiënten geopereerd met de nieuwe techniek en worden voorzichtig eerste conclusies getrokken. Klarenbeek: “We kunnen veilig opereren, maar het is zeker niet zonder complicaties gegaan. Dat is niet gek. Bij de oude technieken krijgt 50% van de patiënten complicaties. We merken ondertussen dat we iedere operatie nog weer beter worden. Op basis van onze ervaring nu, denken we dat we met deze techniek beter en uitgebreider de lymfeklieren kunnen verwijderen en dat we daarmee bijdragen aan een betere overleving. We hebben op een aantal congressen video's van onze operaties laten zien. Dat wekt enthousiasme op. De ervaring leert dat dit ook een valkuil is, want als we dit allemaal oppakken gaan we ook allemaal dezelfde fouten maken. En allemaal feitelijk te kleine aantallen halen. Daarom wil ik niet alleen uitdragen hoe goed en mooi deze techniek is, maar óók dat dit een zeer complexe techniek is die potentieel veel meerwaarde heeft, maar waar we niet allemaal tegelijk aan moeten beginnen.”

“We moeten dit niet allemaal op gaan pakken en dan allemaal dezelfde fouten gaan maken”

BASTIAAN KLARENBEEK



Bij ingrepen zoals een nieuwe knie als gevolg van sarcomen, kan niet vroeg genoeg begonnen worden met fysiotherapie. Zo krijgen we patiënten eerder weer mobiel.

Drie vragen aan Fysiotherapeut Jorinde Denissen

Vroege en intensieve fysiotherapie bij botsarcomen

Botsarcomen komen relatief weinig voor en vragen eigenlijk altijd om een ingrijpende operatie met veel gevolgen voor het dagelijkse bewegen van de patiënt. Om het herstel zo optimaal mogelijk te laten verlopen bespreekt fysiotherapeut Jorinde Denissen al voor de operatie het revalidatietraject met patiënten. Zij oefent voor de operatie ook al de vaardigheden met de patiënt zoals het lopen met krukken. Bovendien stemt ze de zorg af met de fysiotherapeut in de eerste lijn. Met dit 'Betaalbaar Beter'-project verwacht ze patiënten met een bottumor sneller mobiel te krijgen na de operatie.

Wanneer begin je met jouw begeleiding?

Ik zie de patiënt vanaf het moment dat er een behandelplan wordt gemaakt op de polikliniek. Hier werk ik samen met de orthopedisch oncologisch chirurg en de gespecialiseerd verpleegkundige. Wanneer het behandelplan wordt besproken met de patiënt, sluit ik aan. Zo kan ik de patiënt informeren over de revalidatie en eventuele vragen beantwoorden. Daarnaast oefen ik vaardigheden met de patiënt en probeer ik zo goed mogelijk uit te leggen wat de revalidatie inhoudt. Direct na de operatie vervolg ik patiënten gedurende hun opname in het ziekenhuis. Patiënten waarderen het om dan een bekend gezicht aan hun bed te zien. Door een goede voorbereiding proberen we patiënten meer vertrouwen te geven, waardoor ze sneller weer zelfstandig mobiel zijn.

Hoe begeleid je de revalidatie vervolgens?

Dat is erg afhankelijk van de medische vervolgbehandeling. Veel patiënten worden nog aanvullend behandeld met chemotherapie en/of radiotherapie. Deze patiënten zie ik ook gedurende deze opnames of behandelingen en anders tijdens de controle-afspraken op de polikliniek. De vragen van patiënten na ontslag uit het ziekenhuis gaan vaak over de revalidatie en hoe ze dagelijkse

activiteiten, sport of werk weer kunnen uitbreiden of oppakken. Een belangrijk stuk van mijn werk ligt hier ook bij de samenwerking met de fysiotherapeuten die de patiënt in de thuissituatie verder begeleiden.

Kunnen die dat?

Dat kunnen ze uiteraard, maar zij hebben over het algemeen weinig ervaring met deze patiëntengroep. Wij zien, als één van de vier centra in Nederland, regelmatig patiënten met botsarcomen. De gemiddelde fysiotherapeut ziet ze zelden of nooit en is daarom soms onzeker over de behandeling. Daarom doe ik de overdracht bij voorkeur zowel mondeling als schriftelijk. Daarbij geef ik uitleg over de aandoening en over de operatie met daarbij ook aanvullende patiënt specifieke informatie en adviezen. Mijn ervaring is dat de fysiotherapeuten in de eerste lijn de samenwerking als prettig ervaren en zo ergaaf ik dat ook. Hierdoor kan er later ook laagdrempelig contact plaatsvinden. We streven op deze manier naar een optimale en passende behandeling.

JORINDE DENISSEN

Jorinde Denissen studeerde fysiotherapie op de HAN, waarbij ze onder meer vier maanden stage heeft gelopen in Oeganda. Op dit moment volgt ze de studie Fysiotherapiewetenschap aan de Universiteit Utrecht. Sinds begin 2016 werkt ze op de afdelingen orthopedie, traumatologie en medische oncologie. Daarnaast is zij werkzaam op de sarcomenpolikliniek en maakt zij deel uit van het amputatie revalidatieteam.

Dr. Edwin Dierselhuis en dr. Paulien Westhoff:

“Multidisciplinair behandelen van botmetastasen verhoogt kwaliteit van leven”

Borstkanker, prostaatkanker en longkanker zaaien regelmatig uit naar de botten. Maar ook bij nierkanker, melanomen en schildklierkanker zien we frequent botuitzaaiingen. Bij tweederde van de patiënten met uitgezaaide kanker, vinden we uiteindelijk uitzaaiingen in het skelet. Vroeger werd dit vaak als een laatste fase van de ziekte gezien en was de overleving van deze patiënten kort, waardoor van specifieke behandeling van deze uitzaaiingen werd afgezien. Dr. Edwin Dierselhuis, oncologisch orthopedisch chirurg binnen Radboudumc: “We zien echter dat de overleving van deze patiënten de laatste 20 jaar steeds beter wordt en ook dat het aantal patiënten, door de vergrijzing in Nederland, nog steeds toeneemt. Dat maakt dat deze patiënten meer aandacht verdienen. Met een multidisciplinaire en persoonsgerichte aanpak kunnen we de kwaliteit van leven voor deze patiënten aanzienlijk verbeteren. Om die reden hebben we een multidisciplinair spreekuur opgericht, waar we die patiënt gezamenlijk kunnen beoordelen. Zo kunnen we snel tot een behandeling komen, die het best aansluit bij de situatie en de wensen van de patiënt.”

Betere conditie

Dr. Paulien Westhoff, radiotherapeut-oncoloog en mede-initiatiefnemer van het project: “We willen ook voor deze patiënten een goede kwaliteit van leven en hen in een betere conditie houden. Je ziet dat botmetastasen en met name ook de breuken die door de uitzaaiingen kunnen ontstaan, de kwaliteit van leven erg negatief beïnvloeden. Mensen hebben pijn, worden immobiel of hebben neurologische uitval. Dat is in veel gevallen te voorkomen, maar de zorg voor de patiënten op het gebied van botmetastasen is vaak erg ad hoc en ook afhankelijk van de specialist die de primaire tumor behandelt. Bovendien zijn er voor alle type primaire tumoren MDO's, maar is er geen tumortype-overstijgend MDO specifiek voor botmetastasen. Dat maakt ook, dat niet elke patiënt voor de botuitzaaiingen direct de meest passende behandeling krijgt. We zien overbehandeling, maar ook onderbehandeling.” Dierselhuis: “We willen daarom een awareness creëren bij behandelaars dat het anders kan en hen daarnaast een loket bieden waar vragen rond botmetastasen kunnen worden neergelegd. We moeten er ons steeds meer van bewust zijn dat, gezien de toegenomen overleving van patiënten met uitgezaaide kanker, de gekozen behandeling een duurzaam resultaat geeft. Soms betekent dat ook een grote operatie, één waarvan we 10 jaar geleden gezien de levensverwachting misschien vonden dat dit niet in verhouding stond tot de aandoening.”

Gezamenlijk

De afdelingen orthopedie en radiotherapie van Radboudumc hebben het initiatief genomen om de zorg voor patiënten met botmetastasen beter te stroomlijnen en deze patiënten waar nodig ook multidisciplinair te benaderen. “Ons doel is dat

we deze patiënten gezamenlijk gaan bespreken en dan in één keer het juiste beleid voor hen uitstippelen. We willen dat de doorlooptijd kort is en patiënten snel duidelijkheid krijgen over hun situatie en de behandeling. Daarvoor hebben we dit multidisciplinair spreekuur ingesteld. Dat is één plek voor een zeer diverse groep. We kunnen er bijvoorbeeld met computermodellen de risico's op botbreuken in kaart brengen en bekijken hoe we met bestraling en/of een operatie de kwaliteit van leven in de laatste levensfase aanzienlijk kunnen verbeteren of juist behouden,” aldus Westhoff. “Veel patiënten met uitgezaaide kanker krijgen ook chemotherapie, immunotherapie of andere medicatie, waarbij we nu in de gelegenheid zijn direct met de patiënt en de behandelend oncoloog af te stemmen wat het effect van onze behandelingen hierop is, en of het gewenst is om bijvoorbeeld de chemotherapie een paar weken uit te stellen.”

Sparringpartner

Radboudumc is niet het eerste ziekenhuis met een multidisciplinair spreekuur voor patiënten met uitzaaiingen in het bot. In Utrecht bestaat een dergelijk spreekuur al, maar dat richt zich louter op wervelmetastasen, waarbij bijvoorbeeld gekeken wordt naar het voorkomen van dwarslaesies door tijdig ingrijpen. Dierselhuis: “Wij gaan verder en kijken óók naar uitzaaiingen in de ledematen. Onderzoek laat zien dat zorgverleners die patiënten met botmetastasen behandelen, sterk behoefte hebben aan georganiseerd overleg. Ze willen

Contact

De afdelingen radiotherapie en orthopedie van het Radboudumc zijn per 1 maart begonnen met een multidisciplinair spreekuur. Het is ook mogelijk om alleen digitaal een advies te krijgen, zonder dat de patiënt daarbij gezien wordt. Beide consultvragen kunnen via een verwijzorder Orthopedie Oncologie (en dan botmetastase aanvinken) worden aangevraagd. Dit is uiteraard alleen op deze manier mogelijk voor interne verwijzingen. Voor vragen of verwijzingen uit de 1e en 2e lijn kunt u contact opnemen met Mw. Veldman – Goossen, verpleegkundig specialist orthopedische oncologie. Zij is procescoördinator van het stroomlijnen van deze zorg en te bereiken via petra.veldman-goossen@radboudumc.nl of 024-3092264.

ook selectiecriteria aangereikt krijgen waarmee ze patiënten met botmetastasen kunnen beoordelen voor een verwijzing naar onze multidisciplinaire behandeling. En ook voor de 1e en 2e lijnszorg in de regio en zelfs de zorgverzekeraars kunnen en willen we de sparringpartner zijn op dit gebied. Dit willen we vormgeven binnen een netwerk, al daniet opgenomen binnen het bestaande oncologisch netwerk in onze regio. Vanuit de zorg die we bieden zullen er onherroepelijk onderzoeksvragen naar voren komen die we willen beantwoorden om deze zorg te verbeteren. De vergaarde kennis van deze zorg willen we ook graag delen met onze collega's in andere ziekenhuizen en de 1e lijn, zodat toegang tot deze kennis voor de patiënt laagdrempelig en binnen handbereik is.

Dierselhuis en Westhoff willen boven alles vooral bewustzijn creëren bij alle disciplines die betrokken zijn bij (palliatieve) oncologische zorg. Patiënten met botmetastasen moeten inhoudelijk anders benaderd worden. Het loont voor hun kwaliteit van leven in veel gevallen de moeite om ze door te verwijzen naar het multidisciplinair spreekuur. “Daar willen we met een zeer korte doorlooptijd de zorg gaan bieden die past bij de wensen en noden van de patiënt op dit gebied. Ons ultieme doel is, dat er uit dit alles een landelijke richtlijn rolt voor de behandeling van deze patiënten. Want voor hen valt nog veel te winnen.”

Dr. Katja Aben van IKNL laat zien dat meer data leidt tot betere zorg

Zorgverbetering en onderzoek steeds vaker gestuurd door data Nederlandse Kankerregistratie

Vette koppen uit de krant: 'Relatief veel huidkanker door lichte huidtypes in Nederland'... 'Negatief effect vertraagde kankerdiagnoses lijkt mee te vallen'... 'Arts faalt bij stervensbegeleiding' ... 'Mensen met ongeneeslijke vorm van kanker leven steeds langer'. Allemaal redactionele verhalen gebaseerd op onderzoek door het IKNL. En allemaal artikelen die IKNL neerzetten als een onafhankelijke partij die met haar Nederlandse Kankerregistratie toch vooral retrospectief naar kanker kijkt. Haast als het CBS dat ons kan vertellen dat 38% van de verkeersdoden een fietser is. Maar IKNL gaat veel verder dan de statistiek en de grafiekjes in de krant. Bij haar onderzoeken, haar kwaliteitstoetsing en de klinische zorg leunt Radboudumc, als alle ziekenhuizen, sterk op IKNL. Steeds vaker is de Nederlandse Kankerregistratie in de praktijk ook sturend voor kankeronderzoek en behandelingen. Ja, IKNL heeft de ziekenhuizen nodig als belangrijkste bron voor haar data, maar omgekeerd leunen de ziekenhuizen ook sterk op IKNL bij kwaliteitsverbetering, het initiëren van onderzoeken en zelf het realiseren van onderzoeken.

De verzameldrift van IKNL dient, zo blijkt, maar één doel: hiermee wil IKNL het wetenschappelijk onderzoek faciliteren om de prognose en de kwaliteit van leven van patiënten te verbeteren. Daarin vindt het Radboudumc aan haar zijde. De intensieve samenwerking tussen beiden brengt IKNL de data die zo wezenlijk zijn in en het brengt Radboudumc inzichten en mogelijkheden die essentieel zijn voor de stappen die het nog wil maken in oncologische zorg.

DR. KATJA ABEN

Dr. Katja Aben werkt als senior onderzoeker bij de afdeling Research & Development van IKNL en als senior onderzoeker bij de afdeling Health Evidence van het Radboudumc. Na de studie Biomedische Wetenschappen aan de Radboud universiteit, promoveerde zij in 2001 op het gebied van blaaskanker. Daarna kwam zij in dienst bij IKNL. Ze houdt zich voornamelijk bezig met onderzoek op gebied van kwaliteit van zorg omtrent blaaskanker, prostaatcancer en niercancer.



Activiteiten

Dr. Katja Aben leidt binnen IKNL een onderzoeksgroep die zich bezighoudt met urologische tumoren en is parttime gedetacheerd bij Radboudumc. Zij kent vanuit haar positie alle rollen die IKNL speelt. Aben licht graag nog eens toe waarom registratie van klinische gegevens door één centrale partij essentieel is en hoe die registratie daadwerkelijk bij kan dragen tot het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Daarnaast beschrijft zij andere activiteiten van IKNL, waarbij niet alleen klinische gegevens en gegevens over de kwaliteit van leven van patiënten worden verzameld, maar ook biomateriaal. Daarmee ontstaan databases waarbinnen efficiënt klinische trials kunnen worden uitgevoerd.

Wisselwerking

“Er bestaat een enorme wisselwerking tussen de ziekenhuizen als Radboudumc en IKNL,” stelt Katja Aben. “IKNL is voor de data in de Nederlandse Kankerregistratie afhankelijk van wat in de ziekenhuizen in de patiëntendossiers wordt vastgelegd en wat onze 250 datamanagers daar dagelijks uit weten te halen. Maar omgekeerd zijn de ziekenhuizen ook afhankelijk van ons. Wij kunnen bijvoorbeeld hun eigen resultaten benchmarken met die van ziekenhuizen in de regio of in het land. Daar gaat vaak een enorme kwaliteitsimpuls vanuit. Wij brengen immers met harde cijfers de verbeterpunten in de zorg aan het licht. We doen erg veel onderzoeken naar de kwaliteit van de zorg en gebruiken daarvoor soms ook data die niet direct uit de patiëntendossiers komt.”

Incontinent

Aben geeft een helder voorbeeld. Een aantal jaar geleden schetsten veel artsen een te rooskleurig beeld waar het gaat om impotentie en incontinentie na een operatie bij prostaatkanker. De omvang van dat probleem was eigenlijk niet duidelijk, maar er werden in de spreekkamer wel uitspraken over gedaan. IKNL heeft mensen die geopereerd zijn een aantal jaren expliciet hierop bevraagd en hebben daarmee aangetoond dat het probleem veel groter was, dan wat door de behandelend arts geschetst werd. Een ander onderzoek, wat min of meer gelijktijdig is uitgevoerd, was gebaseerd op data van de verzekeraars. Daaruit bleek dat de hoeveelheid incontinentiemateriaal die gedeclareerd werd, de omvang van het probleem onderstreepte. Aben: “Deze onderzoeken én de vergelijking met onder meer een privékliniek in Hamburg, die zich volledig heeft toegelegd op het uitvoeren van deze operaties en waar betere resultaten worden behaald, hebben ertoe geleid dat de volume-eisen voor deze operaties in Nederland zijn verhoogd. Oefening en routine zorgen voor minder klachten, is de gedachte achter de centralisatie van deze zorg. Maar we zien ook dat in hoog-volume centra de procedure verder te optimaliseren is. Wij gaan nu weer met behulp van data uit de Nederlandse Kankerregistratie en de data van de declaraties bij de zorgverzekeraar onderzoeken of het verhogen van de volumenorm het gewenste effect heeft gehad.”



“Er bestaat een enorme wisselwerking tussen de ziekenhuizen als Radboudumc en IKNL”

Steeds meer

Vroeger, de Nederlandse Kankerregistratie is al sinds 1989 landelijk dekkend, was de kankerregistratie een epidemiologische database, waarin beschreven werd welke kanker er voor kwam, welke trends te zien waren over de tijd, hoe kanker behandeld werd en wat de overleving was. “Detailinformatie ontbrak vaak. Als er een chirurgische ingreep was geweest, werd niet vastgelegd wat er exact was gedaan en of bijvoorbeeld de snijranden bij de operatie negatief waren,” vertelt Aben. “We leggen inmiddels jaar na jaar steeds meer details vast en dat levert veel nieuwe inzichten op. Daarnaast zijn we, in samenwerking met dokters, ook steeds gericht onderzoeken gaan initiëren. Zoals het BlaZIB-onderzoek dat ik samen met mijn collega’s binnen Radboudumc vormgeef en dat gefinancierd wordt door KWF Kankerbestrijding. BlaZIB staat voor Blaaskanker Zorg In Beeld. Doel van dit onderzoek is inzicht geven in de stand van zaken van de blaaskankerzorg in Nederland met behulp van data uit de dagelijkse, klinische praktijk en knelpunten en verbeterpunten opsporen die kunnen bijdragen aan het verbeteren van de blaaskankerzorg. Van ruim 5600 patiënten die de diagnose blaaskanker kregen tussen november 2017 en november 2019, hebben we gedetailleerde klinische informatie verzameld. Van diagnose tot behandeling en uitkomsten. Bij een deel van de patiënten is ook de ‘kwaliteit van leven’ in beeld gebracht via vragenlijsten.”

Volume

Ook hier zien we weer, dat op basis van de data serieuze kwaliteitsimpuls aan de blaaskankerzorg gegeven kunnen worden. De BlaZIB studiegroep bracht namelijk in beeld dat de postoperatieve sterfte na een blaasverwijdering lager is, bij ziekenhuizen die deze operatie vaker dan 30 keer per jaar uitvoeren. Terwijl de richtlijnen nú stellen dat men jaarlijks minimaal 20 van deze operaties uit moet voeren. Dat zou op basis van deze cijfers heroverwogen moeten worden. Op eenzelfde manier kunnen uit ProZIB (Prostaatkanker Zorg In Beeld), een uitgebreide studie van IKNL onder bijna 6000 mannen met prostaatkanker, ook conclusies voor de klinische praktijk getrokken worden. Zo zien we of een patiënt met matig-risico prostaatcarcinoom in Nederland hormoontherapie krijgt naast de externe bestraling. Uit de ProZIB data blijkt dat dit vooral bepaald wordt door het ziekenhuis waar hij behandeld wordt. De percentages tussen ziekenhuizen variëren van 3 tot 73%. Het is onwaarschijnlijk dat patiënten in al deze ziekenhuizen dezelfde voorlichting en behandelkeuzes hebben gekregen. Mogelijke oorzaken: aanbevelingen in

richtlijnen zijn niet eenduidig en gebaseerd op oude studies en er is inmiddels een hoop veranderd qua behandeling en beeldvorming. Aben: “Inmiddels is er een consensusbijeenkomst gepland om tot een eenduidig beleid te komen.

Biomateriaal

IKNL volgt standaard alle patiënten over ziekenhuisgrenzen heen vanaf de diagnose tot en met de initiële behandeling. Aanvullend wordt voor patiënten met blaaskanker sinds 2020 prospectief data verzameld over het ziekteverloop tot aan de dood. Hoe ver die ook ligt. Ook worden antwoorden op vragenlijsten en biomateriaal zoals bloedmonsters verzameld en wordt patiënten gevraagd om toestemming te geven voor toegang tot ‘rest-materiaal’. Deze infrastructuur (Prospective Bladder Cancer Infrastructure) voor het verzamelen van up-to-date klinische gegevens, patiëntgerapporteerde uitkomsten en het opslaan van lichaamsmateriaal zoals bloed en tumorweefsel van patiënten met blaaskanker, is het resultaat van een intensieve samenwerking tussen onderzoekers bij IKNL en dokters betrokken bij behandeling van blaaskanker in het Radboudumc en elders in het land. Aben: “Dit hadden we niet eerder en deze infrastructuur biedt nu veel nieuwe mogelijkheden. We kunnen met dit cohort bijvoorbeeld resultaten uit trials, die doorgaans gebaseerd zijn op een streng geselecteerde patiëntenpopulatie, gaan valideren. Maar ook zien of het overlevingsvoordeel dat in een studie wordt aangetoond, overeind blijft als we kijken naar de dagelijkse ziekenhuispraktijk. Ook kunnen klinisch vergelijkende studies efficiënter uitgevoerd worden via het ‘Trial within Cohort (Twic) design’. Daarmee kunnen resultaten eerder in de klinische praktijk terecht komen.”

Facts & Figures: 177 Lutetium PSMA-radioligand

‘Zoeken naar wetenschappelijk bewijs voor nieuwe prostaatkankertherapie’

PSMA (Prostate-Specific Membrane Antigen) is een eiwit in het membraan van prostaatkankercellen dat in meer dan 90% van de gevallen te vinden is bij een uitgezaaide hormoon-ongevoelige prostaatkanker. Al langer wordt met een peptide radioactiviteit aan PSMA gekoppeld, om zo met een PET-scan de verspreiding van de kanker in beeld te brengen. Maar men gaat ook verder. Experimenteel werd in onder meer Heidelberg lutetium-177, dat beta-straling afgeeft, aan PSMA gekoppeld. Dat wordt in een ader ingespoten waarna het 177 Lutetium PSMA wordt opgenomen in prostaatkankercellen om daar zijn straling zeer gericht af te geven.

Doorverwezen

Internist-oncoloog dr. Harm Westdorp: “Op die manier wordt de tumor van binnenuit kapot gestraald. Dat klinkt goed. Vandaar ook dat we in het verleden al patiënten voor deze behandeling doorverwezen naar commerciële klinieken in Duitsland. Maar een stevig wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit was er nog niet. Op initiatief van Novartis Oncology worden daar nu wereldwijd twee grote klinische studies naar uitgevoerd. Onder meer gerenommeerde instituten in de VS, Frankrijk en Spanje participeren in dit onderzoek en sinds september 2021 doet ook, als eerste Nederlandse ziekenhuis, het Radboudumc mee. Er lopen hier drie studies, waarmee we ervaring opdoen met het Novartis 617-antilichaam. Deze medicatie passen we vervolgens toe op twee specifieke groepen patiënten die prostaatkanker hebben. Dat doe ik samen met nucleair geneeskundigen dr. Willemijn van Gemert en Prof. dr. James Nagarajah.”

Ethisch onwenselijk

Duitse wetgeving is duidelijk anders dan de Nederlandse: als er geen opties meer zijn voor levensverlengende therapie, dan mag je in Duitsland experimentele therapie toepassen. Westdorp: “In Nederland moeten dit soort experimentele behandelingen altijd binnen een klinische studie uitgevoerd worden. Daar ben ik ook voorstander van, want dan werk je toe naar bewezen resultaten, binnen gecontroleerde studie-omstandigheden en kunnen na registratie behandelingen ook regulier vergoed worden. Ik snap dat mensen voor wie geen behandeling meer mogelijk was, de commerciële 177Lutetium PSMA-therapie met twee handen aangrepen. Echter, hierdoor ontstaan behandelverschillen op basis van financiële middelen. En dat vind ik ethisch onwenselijk. Daarom ben ik dus echt blij met deze studies. We kunnen nu in gecontroleerde omstandigheden wereldwijd ervaring opdoen en resultaten in beeld brengen.”

Twee groepen

Harm Westdorp zal in Nijmegen twee groepen patiënten gaan behandelen: het gaat allereerst om patiënten met hormoon-ongevoelige uitgezaaide prostaatkanker. “Dat zijn patiënten bij wie ondanks de hormoonbehandeling de groei van de tumoren

doorgaat. Wereldwijd gaan we 450 van deze patiënten behandelen. Ze mogen nog geen chemotherapie gehad hebben. Deze 450 worden verdeeld in een groep die we direct met 177 Lutetium PSMA-radioligand behandelen en een controlegroep die eerst behandeld zal worden met een ander soort hormoon en pas bij verdere groei van de uitzaaiingen overstapt naar de behandeling met 177 Lutetium PSMA-therapie. Doel van de behandeling met 177 Lutetium PSMA-radioligand therapie is primair om de tijd tot progressie van de uitzaaiing te verlengen. We hopen zo uiteindelijk ook de algemene overleving te verbeteren.”

Veel eerder

Hiernaast loopt nog een studie, vertelt Westdorp: de PMSA Addition studie. Hierbij wordt al veel eerder in de ziekte behandeld en richt men zich op hormoongevoelig uitgezaaide prostaatkanker. Westdorp: “Deze patiënten krijgen vaak hormonale therapie met injecties plus anti-hormonale tabletten en/of 6 kuren chemotherapie. In de studie krijgen deze patiënten geen chemotherapie. Ze krijgen injecties met hormonale therapie, tablethormonen en de 177 Lutetium PSMA-therapie daar bovenop. Hierbij moeten we vooral de bijwerkingen goed monitoren. Zeker de jongere prostaatkankerpatiënt heeft bij hormoontherapie vaak al veel last. Ik hoop dus dat ze deze triple therapie goed verdragen, want ons doel is ambitieus: we hopen de ziekte hiermee heel lang rustig te houden.” De controle groep in deze studie zal standaard therapie krijgen met injecties met hormonale therapie plus tablethormonen. Ook in deze studie is het mogelijk voor patiënten die in de controlegroep zitten om, in het geval van groei van de uitzaaiingen, over te gaan naar de behandeling met 177 Lutetium PSMA-therapie. Wereldwijd zullen 1126 patiënten aan dit onderzoek deelnemen, waarbij de helft deze specifieke therapie krijgt. Radboudumc verwacht een twintigtal patiënten hiermee te kunnen helpen.

De verwachtingen van Harm Westdorp zijn hooggespannen: “Eerder werd deze therapie toegepast als een laatste behandeling. Als mensen al lang een hormonale behandeling en meestal twee vormen van chemotherapie gehad hadden en we feitelijk niet heel veel meer voor ze konden doen. Zelfs in dit ziektestadium werkte de 177Lutetium PSMA-therapie. Daarom heb ik goede hoop dat het nu ook in eerdere ziektestadia toegevoegde waarde zal hebben voor patiënten.”

Column

Tita Tovenaar

Voor de mensen onder ons die tussen 1972 en 1974 niet, zoals ik, aan de buis gekluisterd zaten: Tita Tovenaar was een Nederlandse kindertelevisieserie waarin Tika, dochter van een tovenaar, de wereld even volledig stil kon zetten door in haar handen te klappen. ‘Dan doe ik dit en alles staat stil’. Een tweede keer klappen maakte dat alles weer in beweging kwam.

Er was een crisis in Nederland; door de pandemie. De ziekenhuizen raakten overvol en de economie kwam erg abrupt tot stilstand. Bedrijven gingen failliet, IC's waren overbevolkt en files verdwenen als sneeuw voor de zon. Ik noemde de economische crisis die ontstond een Tita Tovenaar-crisis. Ja, de productiviteit daalde dramatisch, maar omdat er verder geen andere onderliggende oorzaak was, leek het logisch dat alles zich tegen het einde van de pandemie, weer gewoon zou herstellen. Een Tita Tovenaar-crisis dus. Inmiddels heeft Rutte in zijn handen geklapt en zien we dat de economie in recordtijd weer op stoom is gekomen. Dat is mooi. Maar het laatste wat moet gebeuren is dat de wereld voor niets heeft stil gestaan. Dat was bij mijn favoriete kinderserie ook nooit zo. Dochter Tika gebruikte de tijd waarin alles stil stond om iets recht te zetten.

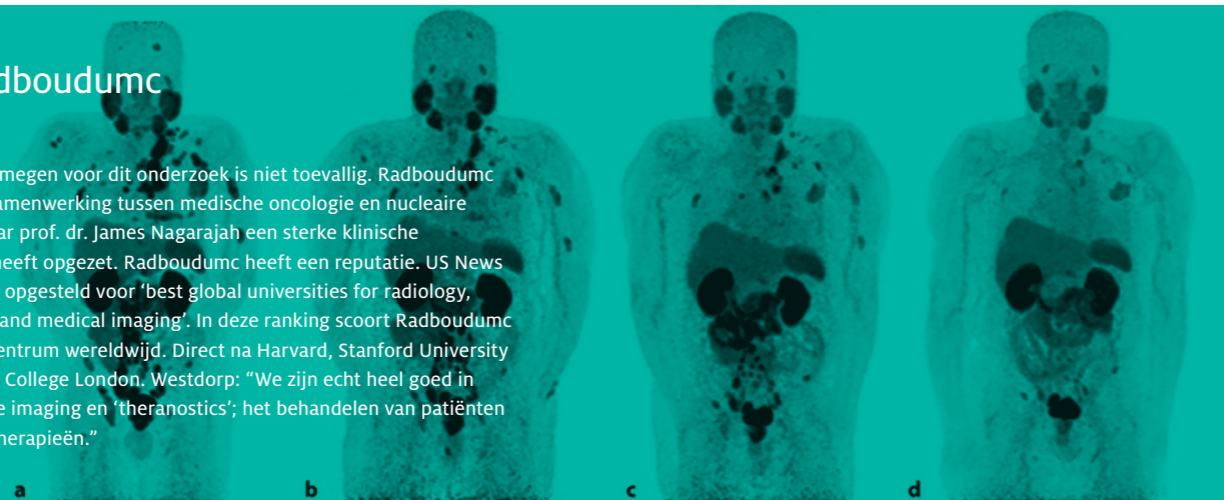
Tijdens de paniek die Covid in het voorjaar van 2020 veroorzaakte werden de bevolkingsonderzoeken borst- en darmkanker stopgezet. Dat zorgde ervoor dat er, haaks op de trend van de afgelopen jaren, een daling te zien was van het aantal nieuwe kankergevallen in Nederland (- 3,5%). Inmiddels lijkt het negatief effect van de vertraagde kankerdiagnoses mee te vallen. Er zijn geen aanwijzingen dat meer mensen uitzaaiingen hebben ontwikkeld door uitstel. Maar in individuele gevallen is er wel degelijk een negatief effect ontstaan door de latere diagnose én in sommige gevallen is nu een zwaardere behandeling nodig is, wat op termijn ook tot extra sterfgevallen kan leiden.

Laten we het Tika-moment gebruiken om de conclusie te trekken dat bevolkingsonderzoek kennelijk heel wezenlijk is, omdat anders veel diagnoses gemist worden. Maar ook dat we de frequentie van bevolkingsonderzoeken wellicht wat kunnen verlagen, nu blijkt dat iets later ontdekken niet zo schadelijk is. Laten we de conclusie trekken dat met geld en samenwerking in de medische wereld werkelijk wonderen verricht kunnen worden. Nu was dat het razendsnel ontwikkelde vaccin tegen corona, als antwoord op de 21 duizend coronadoden in Nederland. Als we die effort en het geld dat daarin is gestoken in onderzoek naar longkanker investeren (20.000 doden tijdens de pandemie), mogen we daar wellicht vergelijkbare wonderen verwachten. Doe iets met deze Tita Tovenaar-crisis. Ontwikkel nú het zorgbeleid dat ervoor zorgt dat we een volgende pandemie niet hoeven de toveren.

Joost van Sluijters

Keuze Radboudumc

De keuze voor Nijmegen voor dit onderzoek is niet toevallig. Radboudumc kent een sterke samenwerking tussen medische oncologie en nucleaire geneeskunde, waar prof. dr. James Nagarajah een sterke klinische onderzoekspoot heeft opgezet. Radboudumc heeft een reputatie. US News heeft een ranking opgesteld voor ‘best global universities for radiology, nuclear medicine and medical imaging’. In deze ranking scoort Radboudumc als vierde beste centrum wereldwijd. Direct na Harvard, Stanford University in de VS en King's College London. Westdorp: “We zijn echt heel goed in imaging, nucleaire imaging en ‘theranostics’; het behandelen van patiënten met radioligand-therapieën.”





Radboudumc aangewezen als
expertisecentrum Merkelcelcarcinoom

Nieuw zorgpad zorgt voor enorme versnelling in behandeling

Bij veel soorten kanker, kan een behandeling enkele weken later starten zonder dat dit een groot effect heeft op de uitkomst van die behandeling. Bij het Merkelcelcarcinoom kan dat niet, leren we van dermatoloog dr. Satish Lubeek: “Merkelcelcarcinoom is een zeldzame vorm van huidkanker die in de meeste gevallen snel groeit en daarbij ook nog eens erg snel uitzaait. We kennen in Nederland ongeveer 200 gevallen per jaar. Maar dat aantal neemt toe. Te vaak zagen we deze patiënten te laat. Daarom zijn we onder leiding van Prof. dr. Hans Kaanders ons zorgpad gaan evalueren en herinrichten. Doel daarbij was dat we patiënten zo spoedig mogelijk zien en behandelen in een ervaren en multidisciplinair team. Dat gebeurt nu en heeft er mede toe geleid dat het ministerie van VWS het Radboudumc onlangs heeft aangemerkt als expertisecentrum voor patiënten met Merkelcelcarcinoom.

SATISH LUBEK

Dr. Satish Lubeek is dermatoloog en als keteneigenaar verantwoordelijk voor de keten dermato-oncologie (excl. melanoom) die zich richt op de behandeling van non-melanoma huidkanker. Lubeek volgde zijn opleiding in Utrecht, maar werkt al bijna tien jaar binnen Radboudumc.



Weten de weg

Radiotherapeut drs. Ellen Zwijnenburg, actief in dit multidisciplinaire team: “Wellicht de belangrijkste stap is dat Satish Lubeek de collega-dermatologen in de periferie er op gewezen heeft hoe wij in het Radboudumc de zorg voor patiënten met Merkelcelcarcinoom hebben georganiseerd en hoe en wanneer ze patiënten het best naar ons kunnen verwijzen. Daar was men blij mee. Merkelcelcarcinoom is dusdanig zeldzaam dat menig medicus het maar eenmaal in zijn of haar carrière tegenkomt. Wij konden aangeven dat men, zodra de diagnose is gesteld door weefselonderzoek, direct door kan verwijzen. Ook binnen het Radboudumc weten collega's de weg naar ons. Dat maakt dat we hier inmiddels tussen de 30 en 40 patiënten op jaarbasis zien.” Satish Lubeek: “Wij hebben er ondertussen voor gezorgd dat het diagnostisch- en het behandeltraject hier in huis enorm versneld is. Patiënten die verwezen worden, zien we binnen 48 uur binnen ons sneltraject en mensen die geopereerd moeten worden, liggen binnen twee weken op de operatietafel. Voor mensen die louter bestraald worden, start de behandeling vaak nog eerder.”

Besproken

In principe worden patiënten geopereerd waarbij de tumor ruim verwijderd wordt en vaak ook de dichtstbijzijnde lymfeklier (schildwachtklier) wordt verwijderd. Daarna volgt een bestralingsbehandeling die een ruimer gebied bestrijkt, omdat deze kankersoort de neiging heeft satelliethaarden rond de tumor te vormen. Regelmatig zit de tumor in het aangezicht bij oudere, kwetsbare patiënten. Dan wordt vaak alleen voor bestralen gekozen omdat een operatie te ingrijpend is en cosmetische bezwaren heeft. Wijst de PET-scan uit dat er uitzaaiingen op afstand zijn, dan adviseert het multidisciplinaire team, waarin elke patiënt besproken wordt, immunotherapie. Ellen Zwijnenburg: “Dat wordt dan soms aangevuld met chirurgie en/of bestraling als de patiënt veel last heeft van de tumor zelf of uitzaaiingen. Het multidisciplinaire team met onder andere dermatologen, (hoofdhals)chirurgen, radiotherapeuten, medisch oncologen, pathologen en radiologen, kan op zeer korte termijn voor iedere patiënt het optimale traject bepalen en dat kunnen we nu sneller dan ooit ook in gaan.”

ELLEN ZWIJNENBURG

Ellen Zwijnenburg is al meer dan tien jaar radiotherapeut binnen Radboudumc na een opleiding op de Erasmus Universiteit.

Merkelcelcarcinoom

Het Merkelcelcarcinoom presenteert zich als een niet-pijnlijke rode of roodpaarse, glanzende ronde tumor op de huid of soms op de slijmvliezen. De tumor kan overal op het lichaam voorkomen, maar zit meestal in het hoofdhalsgedebied of op de extremiteiten. Deze vorm van huidkanker komt steeds vaker voor. Dat heeft te maken met de toegenomen blootstelling aan UV-straling, meer gebruik van immunosuppressiva (o.a. bij reumapatiënten en mensen met een transplantaatorgaan) en, zoals bij veel kankersoorten, de vergrijzing van de samenleving. Daarnaast zien we dat pathologen de tumor beter herkennen. Merkelcelcarcinoom is agressief in zijn groei en kan makkelijk uitzaaien. Momenteel heeft deze kankersoort een 5-jaarsoverleving van 67%, maar dit cijfer is sterk afhankelijk van het stadium.

Scan de code en lees meer over merkelcelcarcinoom op de site van Radboudumc.





Radboudumc aangewezen als
expertisecentrum Merkelcelcarcinoom

Nieuw zorgpad zorgt voor enorme versnelling in behandeling

Bij veel soorten kanker, kan een behandeling enkele weken later starten zonder dat dit een groot effect heeft op de uitkomst van die behandeling. Bij het Merkelcelcarcinoom kan dat niet, leren we van dermatoloog dr. Satish Lubeek: “Merkelcelcarcinoom is een zeldzame vorm van huidkanker die in de meeste gevallen snel groeit en daarbij ook nog eens erg snel uitzaait. We kennen in Nederland ongeveer 200 gevallen per jaar. Maar dat aantal neemt toe. Te vaak zagen we deze patiënten te laat. Daarom zijn we onder leiding van Prof. dr. Hans Kaanders ons zorgpad gaan evalueren en herinrichten. Doel daarbij was dat we patiënten zo spoedig mogelijk zien en behandelen in een ervaren en multidisciplinair team. Dat gebeurt nu en heeft er mede toe geleid dat het ministerie van VWS het Radboudumc onlangs heeft aangemerkt als expertisecentrum voor patiënten met Merkelcelcarcinoom.

SATISH LUBEK

Dr. Satish Lubeek is dermatoloog en als keteneigenaar verantwoordelijk voor de keten dermato-oncologie (excl. melanoom) die zich richt op de behandeling van non-melanoma huidkanker. Lubeek volgde zijn opleiding in Utrecht, maar werkt al bijna tien jaar binnen Radboudumc.



ELLEN ZWIJENBURG

Ellen Zwijnenburg is al meer dan tien jaar radiotherapeut binnen Radboudumc na een opleiding op de Erasmus Universiteit.

Weten de weg

Radiotherapeut drs. Ellen Zwijnenburg, actief in dit multidisciplinaire team: “Wellicht de belangrijkste stap is dat Satish Lubeek de collega-dermatologen in de periferie er op gewezen heeft hoe wij in het Radboudumc de zorg voor patiënten met Merkelcelcarcinoom hebben georganiseerd en hoe en wanneer ze patiënten het best naar ons kunnen verwijzen. Daar was men blij mee. Merkelcelcarcinoom is dusdanig zeldzaam dat menig medicus het maar eenmaal in zijn of haar carrière tegenkomt. Wij konden aangeven dat men, zodra de diagnose is gesteld door weefselonderzoek, direct door kan verwijzen. Ook binnen het Radboudumc weten collega's de weg naar ons. Dat maakt dat we hier inmiddels tussen de 30 en 40 patiënten op jaarbasis zien.” Satish Lubeek: “Wij hebben er ondertussen voor gezorgd dat het diagnostisch- en het behandeltraject hier in huis enorm versneld is. Patiënten die verwezen worden, zien we binnen 48 uur binnen ons sneltraject en mensen die geopereerd moeten worden, liggen binnen twee weken op de operatietafel. Voor mensen die louter bestraald worden, start de behandeling vaak nog eerder.”

Besproken

In principe worden patiënten geopereerd waarbij de tumor ruim verwijderd wordt en vaak ook de dichtstbijzijnde lymfeklier (schildwachtklier) wordt verwijderd. Daarna volgt een bestralingsbehandeling die een ruimer gebied bestrijkt, omdat deze kankersoort de neiging heeft satelliethaarden rond de tumor te vormen. Regelmatig zit de tumor in het aangezicht bij oudere, kwetsbare patiënten. Dan wordt vaak alleen voor bestralen gekozen omdat een operatie te ingrijpend is en cosmetische bezwaren heeft. Wijst de PET-scan uit dat er uitzaaiingen op afstand zijn, dan adviseert het multidisciplinaire team, waarin elke patiënt besproken wordt, immunotherapie. Ellen Zwijnenburg: “Dat wordt dan soms aangevuld met chirurgie en/of bestraling als de patiënt veel last heeft van de tumor zelf of uitzaaiingen. Het multidisciplinaire team met onder andere dermatologen, (hoofdhals)chirurgen, radiotherapeuten, medisch oncologen, pathologen en radiologen, kan op zeer korte termijn voor iedere patiënt het optimale traject bepalen en dat kunnen we nu sneller dan ooit ook in gaan.”

Merkelcelcarcinoom

Het Merkelcelcarcinoom presenteert zich als een niet-pijnlijke rode of roodpaarse, glanzende ronde tumor op de huid of soms op de slijmvliezen. De tumor kan overal op het lichaam voorkomen, maar zit meestal in het hoofdhalsgebied of op de extremiteiten. Deze vorm van huidkanker komt steeds vaker voor. Dat heeft te maken met de toegenomen blootstelling aan UV-straling, meer gebruik van immunosuppressiva (o.a. bij reumapatiënten en mensen met een transplantaatorgaan) en, zoals bij veel kankersoorten, de vergrijzing van de samenleving. Daarnaast zien we dat pathologen de tumor beter herkennen. Merkelcelcarcinoom is agressief in zijn groei en kan makkelijk uitzaaien. Momenteel heeft deze kankersoort een 5-jaarsoverleving van 67%, maar dit cijfer is sterk afhankelijk van het stadium.

Scan de code en lees meer over merkelcelcarcinoom op de site van Radboudumc.



Met geld van Radboud Oncologie Fonds

Borstkanker eerder opsporen met DNA-onderzoek plasma

Borstkanker is wereldwijd de meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen. In Nederland wordt elke dag bij 45 vrouwen de diagnose borstkanker gesteld. Bevolkingsonderzoek is dus belangrijk, maar het is de vraag of dit niet effectiever en doelmatiger uitgevoerd kan worden door rekening te houden met de individuele kans op borstkanker voor vrouwen. Prof.dr Mireille Broeders van het Radboudumc wil bloed van vrouwen bij wie nog geen borstkanker is vastgesteld, onderzoeken om te zien of daarin een specifieke biomarker wordt aangetroffen. Vervolgens wil het team bekijken of deze marker een goede indicator is voor het risico op het ontwikkelen van borstkanker of de aanwezigheid daarvan.

Mireille Broeders: "Het in de praktijk toepassen van biomarkers is nog niet mogelijk omdat ze vaak alleen onderzocht zijn in kleinere studies met patiënten. Wij willen voor het bevolkingsonderzoek borstkanker nu een studie gaan opzetten met een veelbelovende biomarker. In tumorcellen vinden we vaak een marker die ervoor zorgt dat een tumorcel zich ongeremd kan blijven delen. Wij zoeken deze specifieke marker voor borstkanker nu al vaak in het bloed bij mensen met een uitgezaaide borstkanker, maar verwachten dat deze marker, in vaktomen: een afwijkende DNA methylering van de tumor-suppressorgenen, heel vroeg in de ontwikkeling van borstkanker aantoonbaar is. Het is de eerste afwijking die zichtbaar is."

Met steun van het Radboud Oncologie Fonds wil het onderzoeksteam van Broeders nu een pilotstudie uitvoeren bij 50 vrouwen die borstkanker hebben gekregen en 50 vrouwen die gezond zijn. Deze vrouwen hebben allen deelgenomen aan het bevolkingsonderzoek borstkanker. Broeders: "We kunnen de waarde van deze biomarkers voor screening alleen testen en valideren in groepen die nog geen symptomen van de ziekte hebben. Alleen dan wordt duidelijk of een biomarker in staat is om de kans op ziekte goed te voorspellen of om borstkanker in een zeer vroege fase te vinden. We hopen op die manier erachter te komen of screening op biomarkers onderdeel kan worden van het bevolkingsonderzoek. Vroege ontdekking van borstkanker kan er immers voor zorgen dat er minder invasieve behandeling nodig is bij toekomstige patiënten. Het zal bijdragen aan zowel een betere kwaliteit van leven als een langere levensduur voor deze patiënten. Dat is het onderzoeken waard."

Dankbaar

In mei 2009 kreeg ik een oproep voor het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Hieruit kwam naar voren dat ik in mijn linkerborst een langzaam groeiende tumor van 6,5 cm en een zeer kwaadaardig snelgroeiende tumor van 0,9 cm had. Ik kreeg bestralingen, chemotherapie én een operatie waarbij mijn linkerborst is geamputeerd. Ik ben de chirurg, de oncoloog en de verpleegkundigen zeer erkentelijk voor de beste behandelingen in het Radboudumc. Ik ben blij dat ik 24.000 euro mag doneren voor het vroegtijdig opsporen van borstkanker en wens prof. dr. Mireille Broeders veel succes.

Mevr. M.H.A.A. (Ria) Derksen

Samen tegen kanker

