

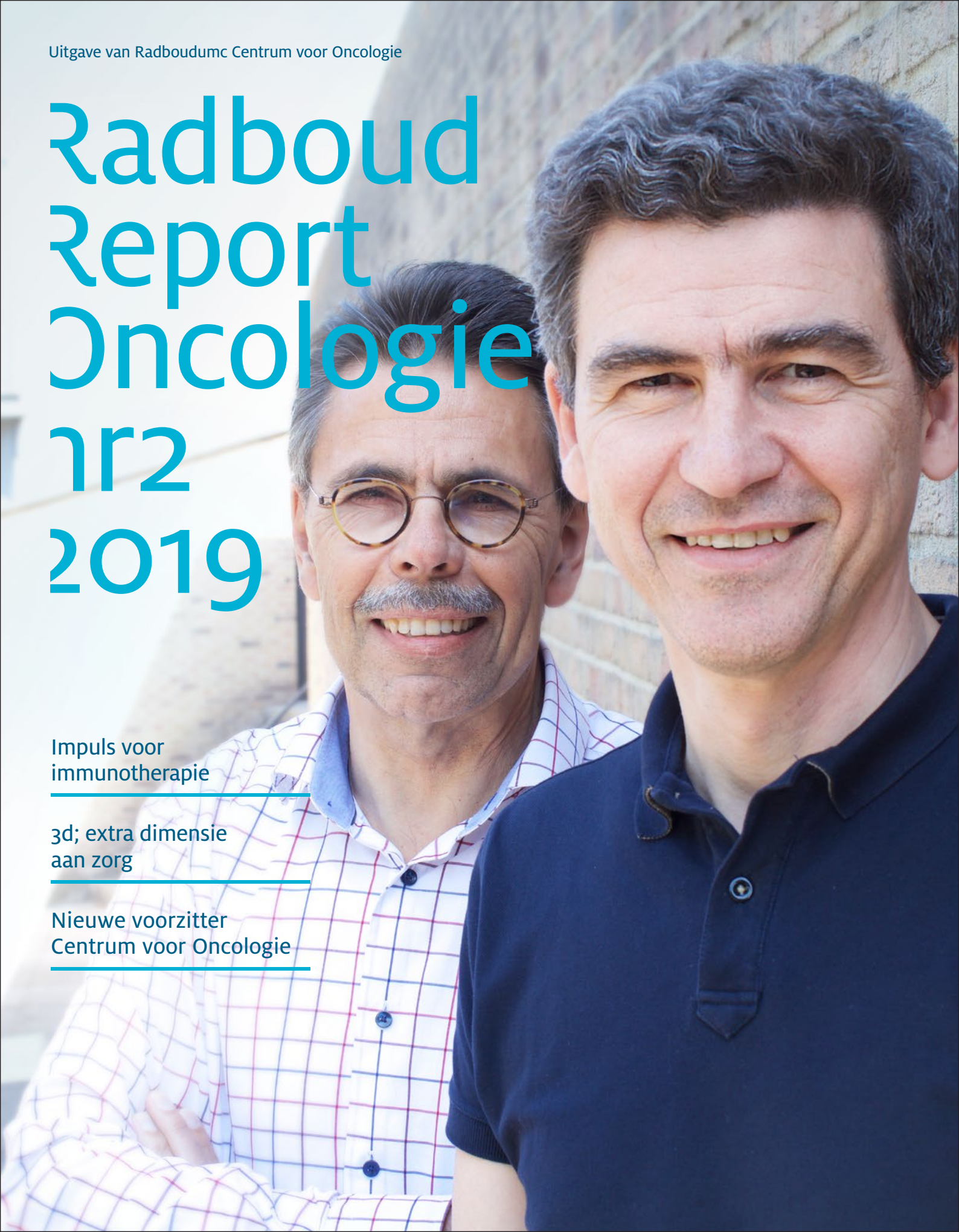
Uitgave van Radboudumc Centrum voor Oncologie

Radboud Report Oncologie nr2 2019

Impuls voor
immunotherapie

3d; extra dimensie
aan zorg

Nieuwe voorzitter
Centrum voor Oncologie





Voorwoord

Als kankerepidemioloog spreek ik slechts af en toe patiënten in het kader van mijn onderzoek. Afgelopen woensdag was dat iets anders. In een vlaag van verstandsverbijstering heb ik een aantal maanden geleden besloten de Tour de France te gaan fietsen, als actie voor het Radboud Oncologie Fonds (www.tourdefrancevanbart.nl). Een soort mislukte poging van een man met een te late mid-life crisis om de actie van superheld Maarten van der Weijden op zeer bescheiden wijze te imiteren. Om wat aandacht voor de actie te vragen fietste ik woensdag 200 km sur place in het Radboudumc. Het bleek een vermoeiende en zweterige maar fantastische dag te worden. Met veel belangstelling van collega's, vrienden, pers en, vooral indrukwekkend, patiënten. Dat meisje van 18 met een hersentumor die net een gesprek met haar neurochirurg had gehad over het behandelplan. Die vrouw met uitgezaaide kanker die 100 euro kwam doneren omdat ze het "zelf toch niet meer nodig" had. Dat jongetje dat even met me meefietste en antwoordde op mijn vraag waarom hij niet aan sport deed: "Heb je een paar uurtjes?". Die man met nierekanker die net geen dialysepatiënt werd omdat hij op tijd bedacht een second opinion te vragen in het Radboudumc. Al die verhalen die tastbaar maken waarvoor we het doen. Waarom we dagelijks bezig zijn de zorg te verbeteren. Te personaliseren. Behandelaars horen die verhalen dagelijks. Veel onderzoekers niet. Misschien moeten we een Tourploeg gaan vormen.

Bart Kiemeney

colofon

Voorzitter redactieraad:
prof. dr. Bart Kiemeney

Redactieraad:

dr. Ingrid Desar
prof. dr. Ad Geurts van Kessel
Carla Smits-Caris
Anneke Hulshoff MANP
prof. dr. Bart Kiemeney
prof. dr. Thijs Merckx
drs. Mark van der Wolf
dr. Robert Takes

Tekst:

drs. Joost van Sluijters,
Capital Advertising

Fotografie:

John Sluyter

Foto voorzijde:

Prof. dr. Carl Figdor en
prof. dr. Mihai Netea

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

Radboud Report Oncologie nr2 2019

inhoud

- 04 **Enorme impuls voor onderzoek immunotherapie**
Prof. dr. Carl Figdor en prof. dr. Mihai Netea bundelen krachten
- 07 **AYA zorg verlangt structureel geld**
Dr. Suzanne Kaal vraagt kamer geld voor jongvolwassenen met kanker
- 08 **Leven in onzekerheid**
Dr. José Custers onderzoekt dilemma's als ongeneeslijk patiënt langer leeft
- 10 **Virtual reality zorgt voor minder angst en pijn**
HBO-V-studenten brengen verlichting op afdeling Medische Oncologie
- 11 **Betere opsporing van borstkanker door bij de echo ook te 'voelen'**
Ir. Gijs Hendriks onderzoekt bij echo ook elasticiteit van knobbel
- 12 **Een extra dimensie aan zorg**
Prof. dr. Thomas Maal zet de allernieuwste 3D-technologieën in
- 14 **Oncologische topzorg voor de hele regio**
Toekomstperspectief voor Centrum voor Oncologie door nieuwe voorzitter dr. Haiko Bloemendaal
- 16 **Betere zorg door de context patiënt erbij te betrekken**
Betere zorg door aandacht voor context patiënt
- 17 **Column Vlieg angst**
Moet de patiënt aan de stuurknuppel?
- 18 **Fondsenwerving voor spraakmakend onderzoek**
Fondsenwerver Marieke Kokkeler en onderzoeker dr. Mangala Srinivas over euro's
- 20 **Kort actueel nieuws**
Prosper: Samenwerkende prostaatcancerklinieken
Drie Vidi-Grants voor kankeronderzoek Radboudumc
Zeven voor leven: €163.000 voor onderzoek

Carl Figdor en Mihai Netea combineren toegekende EU-miljoenen voor onderzoek

Enorme impuls voor onderzoek immunotherapie

Zowel prof. dr. Carl Figdor als prof. dr. Mihai Netea zagen hun subsidieaanvragen voor baanbrekend onderzoek gehonoreerd door de Europese Onderzoeksraad (zie kaders). Omdat de beide onderzoeken zich richten op het immuunsysteem, besloten zij de gelden samen te voegen.

Figdor: "Op die manier hopen we een werkelijke impuls aan het immunologie-onderzoek te geven en op relatief korte termijn resultaten te boeken die nieuw onderzoek mogelijk maken. Het moet een vliegwiel worden. Radboudumc zit in de voorhoede van de immunotherapie en kan hiermee weer grote stappen vooruitzetten. Ik wil dat doen met injecteerbare synthetische lymfeklieren, waarmee we op een veel directere manier immunotherapie bij de tumor kunnen brengen. Mihai Netea zal ondertussen onderzoeken of ook het aangeboren afweersysteem van de mens gestimuleerd kan worden om een rol te spelen bij het vernietigen van kankercellen."

Zeer lokaal

Carl Figdor voldoet volledig aan het criterium van de Europese Onderzoeksraad dat onderzoek 'beyond state-of-the-art' moet zijn. Spectaculair vernieuwend. Figdor wil immers onderzoeken of hij injecteerbare lymfeklieren kan creëren om zo tumoren meer direct aan te vallen. Figdor: "We zien dat immuuntherapie in de oncologie een steeds grotere populariteit kent, maar ook dat deze therapie nog belangrijke beperkingen kent zoals ernstige bijwerkingen. Immunotherapie wordt nu toegepast zoals we ook chemotherapie toepassen: in enorm hoge doses die het gehele lichaam bereiken. De behandelingen met T-cellen en checkpoint-remmers resulteren daardoor vaak in ernstige toxiciteit voor normale weefsels. Dat moet beter. Wij streven ernaar om een lymfeklier te ontwikkelen die we zeer dicht bij de tumor kunnen injecteren waardoor de T-cellen die de klier vrijgeeft zeer lokaal, namelijk direct bij de tumor, hun werk kunnen doen."

'Powerhouses'

Figdor schetst ons immuunsysteem als een zeer complex netwerk of zelfs als een orgaan dat, net als ons zenuwstelsel, gedistribueerd is over ons hele lichaam.

Miljarden losse cellen die elkaar af en toe ontmoeten en niettemin op een zeer coherente manier met elkaar samenwerken tegen bijvoorbeeld virussen en bacteriën. "Bij immunotherapie proberen we deze cellen ook tegen kankercellen in te zetten, maar dat is moeilijk. Met name omdat kankercellen enorm veel lijken op gewone cellen. Daarnaast zien we dat kankercellen mechanismen ontwikkelen om de immuuncellen op afstand te houden door ze inactief te maken. Met de injecteerbare synthetische lymfeklieren willen we daarom op zeer korte afstand van de tumor een soort 'powerhouses' gaan creëren, waar een geweldige productie van immuuncellen kan plaatsvinden die de tumor kunnen aanvallen. Om te voorkomen dat een patiënt daarvoor geopereerd moet worden, willen we deze klieren zo klein maken dat we ze met een injectienaald in kunnen brengen. We hopen daarbij dat de productie in de klieren zo hoog kan zijn, dat de cellen uit gaan zwermen en zo ook de uitzaaiingen van de tumor op iets grotere afstand aan gaan vallen. Het zijn allemaal vergezichten, maar ze zijn wel degelijk gefundeerd op eerste, hoopvol onderzoek. Nu is het nog zo dat immunotherapie rond de 20% van de gevallen effectief is bij bepaalde tumoren. Dat percentage moet omhoog, terwijl de toxiciteit omlaag moet."

Carl Figdor: "Ik schat de kans op succes op 50%, maar de complexiteit is hoog"

ERC Advanced Grants

ERC-Grants zijn ingesteld door de Europese Unie om de topkwaliteit van het onderzoek in Europa te bevorderen. Startende, ervaren en excellente onderzoekers kunnen subsidies ontvangen voor door hun zelf geïnitieerd grensverleggend dus vernieuwend onderzoek. Wetenschappers van de Radboud Universiteit ontvingen in de afgelopen 10 jaren een kleine 70 ERC-grants in diverse categorieën. In Nederland staat de Radboud Universiteit met deze score op de eerste plaats en in Europa behoort ze tot de top 5. ERC kent Starting Grants, Consolidator Grants en Advanced Grants. De laatste categorie wil gevestigde onderzoekers, die leidend zijn in hun veld, met 2,5 miljoen voor 5 jaar ondersteunen bij hun baanbrekende, risicovolle onderzoek. Voor Figdor was het al de tweede keer dat hij een Advanced Grant verwierf. Zowel Figdor als Netea kregen eerder ook al de Spinozaprijs, ook wel de 'Nederlandse Nobelprijs' genoemd.





Loterij

Er werden dit jaar 2052 aanvragen voor een Advanced Grant ingediend. De European Research Council honoreerde daarvan 222 (ongeveer 11%), waarvan er 2 bij het Radboudumc terecht kwamen. Mihai Netea is uiteraard zeer tevreden over de toekenning maar plaatst een kanttekening bij het systeem. "Uitstekende onderzoekers besteden 30 tot 50% van hun tijd aan het schrijven van dit soort subsidieaanvragen. Onderzoek heeft inmiddels aangetoond dat de balans inmiddels negatief doorslaat: er wordt meer geld gespendeerd aan het schrijven van de subsidies, dan dat er subsidies verdeeld worden. Ik denk dan ook dat we van dit systeem af zouden moeten en met veel compactere aanvragen zouden moeten werken en een gewogen loterij. Anders kan ik beter gaan pipeteren."

Vervolg van pagina 5

50% kans

Carl Figdor schat de kans op succes op 50%, maar de complexiteit is hoog. Ook al omdat hij te maken krijgt met veel regelgeving en ethische aspecten. Daarnaast is het kostbaar onderzoek doordat de productie van de lymfeklieren aan hoge eisen moet voldoen. Het project, dat 'ARTimmune' is gedoopt, is een direct uitvloeisel van het zwaartekracht-programma 'Institute of Chemical Immunology' waarvan Figdor een van de trekkers is en waarin chemici nauw samenwerken met immunologen. Figdor is ervan overtuigd dat juist de samenwerking van diverse disciplines essentieel is om in dit vakgebied stappen vooruit te maken. "Waar wij nu vanuit een medisch perspectief naar de injecteerbare lymfeklier kijken, kijkt ook direct een organisch chemicus mee omdat die nú al na moet denken over polymeren waaruit we de klier kunnen bouwen die straks niet door het lichaam verstoort moeten worden. Ik geloof in samenwerking en heb dus naast immunologen en chemici bijvoorbeeld ook celbiologen in mijn lab. Ik zoek ook de samenwerking met collega Mihai Netea die, waar ik het aangeleerd immuunsysteem bestudeer, juist het aangeboren immuunsysteem bestudeert en ook daar mogelijkheden ziet om cellen te trainen voor de aanval op kankercellen. Door disciplines te vlechten kunnen we verder komen."

Wezenlijk andere systemen

Mihai Netea duikt graag eerst even dieper in het immuunsysteem voor hij inzoomt op zijn onderzoek: "We kennen inderdaad adaptieve immuniteit en aangeboren immuniteit. Dat zijn wezenlijk andere systemen. De aangeboren immuniteit is een meer primitieve vorm van afweer die 95% van de infecties die we krijgen te lijf kan gaan. Waar dit systeem faalt, komt de adaptieve immuniteit in actie en die kunnen we bijvoorbeeld met vaccinaties ook stimuleren. Zoals Carl en ik samenwerken, werken deze systemen ook met elkaar en ze communiceren met elkaar. Ze laten elkaar beter werken. Mijn onderzoek richt zich op die wisselwerking. Want wat blijkt: niet alleen het adaptieve, aangeleerde immuunsysteem heeft een geheugen, maar we hebben ontdekt dat ook het aangeboren immuunsysteem een soort geheugen heeft. Daar willen we iets mee doen."

Een taak aanleren

Netea leert ons dat met name ouderen een steeds minder goed werkend aangeleerd immuunsysteem hebben. Het griepvaccin bijvoorbeeld zal bij het ouder worden steeds minder goed werken. Dat heeft een reden. We worden geboren met witte bloedcellen van twee soorten: myeloïde cellen (cellen van de aangeboren immuniteit) en lymfocyten (cellen van de aangeleerde immuniteit). Meestal proberen wij de lymfocyten te activeren om specifieke doelen in kanker en infecties aan te vallen.

Bij de geboorte zijn lymfocyten naïef, ongeprogrammeerd. Steeds meer van die lymfocyten krijgen in de loop van het leven een specifieke taak, zoals bijvoorbeeld het griepvirus aanvallen. Maar hebben ze een taak, dan zijn ze niet meer 'om te scholen'. Op hogere leeftijd hebben we daardoor een tekort aan naïeve lymfocyten. Netea: "Daarom onderzoeken wij binnen ons nieuwe onderzoek, hoe we ook de aangeboren myeloïde immuuncellen kunnen leren een specifieke taak uit te voeren."

Fake news

Binnen de strijd tegen kanker speelt de aangeleerde immuniteit een grote rol. Het aangeboren immuunsysteem nog niet. "We zien dat het aangeboren immuunsysteem zich vaak voor de gek laat houden door het 'fake news' dat de kankercel heel handig uitzendt en dat deze cellen daardoor in veel gevallen de kankercel zelfs ondersteunen", stelt Netea. "Wij willen binnen ons onderzoek de myeloïde cellen uit het aangeboren immuunsysteem weer in de pas krijgen. Ook zij moeten de kankercellen gaan herkennen, aanvallen en in stukjes presenteren aan de T-cellen waar Carl zich op richt. Op die manier werken de systemen samen en zijn onze onderzoeken uiterst complementair. We hebben bij andere ziektes die heel moeilijk te behandelen waren, zoals tuberculose en AIDS, gezien dat een combinatie van therapieën de oplossing bracht. Logisch dat we hier de aanpak van Carl en mij ook samenbrengen dus."

Mihai Netea: "Als alles loopt, zoals het moet lopen, kan onze therapie al binnen 5 jaar toegepast worden"

Dr. Suzanne Kaal breekt nog eens een lans voor de AYA

Jongvolwassenen met kanker verdienen aandacht én structureel gefinancierde zorg

Dr. Suzanne Kaal promoveerde recent op de zorg voor AYA's: jongvolwassenen tussen de 18 en 35 jaar die kanker krijgen. Zij stond aan de wieg van deze leeftijdsspecifieke zorg die binnen het Radboudumc een heel eigen plaats heeft gekregen. De laatste jaren is er grote vooruitgang geboekt op het gebied van AYA-zorg, -onderzoek en -onderwijs, onder andere door de oprichting van de Stichting Nationaal AYA 'Jong & Kanker' Platform. Dat klinkt als goed nieuws, maar Suzanne Kaal is nog zeker niet volledig tevreden.

Waarom niet?

In Nederland is de AYA-zorg in Nijmegen geïnitieerd en deze specifieke aandacht voor jongeren met kanker heeft navolging gekregen in heel veel andere ziekenhuizen. Terecht. Deze jongeren hebben hun eigen medische problematiek, maar met name ook hun eigen leeftijdsspecifieke problematiek met vragen over bijvoorbeeld studie, werk, seks, vruchtbaarheid of het verkrijgen van een hypotheek. We zien allemaal dat deze jongeren specifieke aandacht nodig hebben, we geven die aandacht ook, maar de financiering ervan is nog niet geregeld. Daarom is de Stichting naar Den Haag afgereisd en hebben we met het ministerie van VWS gesproken over dit specifieke probleem. Zij zien het probleem ook, maar gaven direct aan de zak met geld ook niet te hebben.

Wilde het ministerie jullie wel direct ontvangen?

Ze moesten wel. We hebben namelijk via Rens Ramaekers van D66, die zelf op 18-jarige leeftijd met kanker te maken heeft gehad, een motie in de kamer gekregen waarbij we aandacht hebben gevraagd voor leeftijdsspecifieke zorg. Die motie is uiteindelijk door de hele kamer gesteund. Daarmee dwongen we de aandacht van het ministerie af. Daarnaast blijven we in gesprek met de zorgverzekeraars. De politiek ziet ook wel dat aandacht voor de AYA zorgt voor snellere re-integratie in de studie en in werk en daarmee in lagere kosten bij het Ministerie van SZW. Dat is wel weer een ander potje dan van het Ministerie van VWS, maar daar moet de jongere niet de dupe van worden.

Is AYA-zorg dan duurder dan gewone zorg?

AYA-zorg is in de eerste plaats gewone zorg. Een jongere met botkanker wordt gewoon behandeld door een

orthopeed, maar die kan vervolgens geen antwoord geven over de vragen over seksualiteit of de hypotheek. Daarom is er een AYA-team en dat is inderdaad extra zorg. Daarin vind je een verpleegkundig specialist, een medisch maatschappelijk werker, een medisch psycholoog, een internist-oncoloog en ook een klinisch arbeidsgeneeskundige oncologie. Zij leveren zorg op maat voor de patiënt en ontzorgen de zorgprofessional.

En kunnen zij de jonge patiënt ook daadwerkelijk helpen?

Absoluut. Ons team, maar ook andere zorgverleners die zien dat AYA's andere vragen hebben, de online AYA community en de AYA zelf slagen erin heel veel van deze jongvolwassenen opnieuw in hun kracht te zetten. 80% van hen geneest en moeten we vooral niet zien als een groep die een risico is voor de maatschappij maar als een groep die een hele levenservaring rijker is. Dat is juist een enorme winst voor de samenleving.

En nu het geld nog.

Exact. Deze zorg is te belangrijk om afhankelijk te zijn van de vrijwillige extra inzet door zorgprofessionals.



Leven in onzekerheid

Het is bijzonder goed nieuws dat er nieuwe, vaak nog experimentele, behandelingen voor kanker zijn. Patiënten die tot voor kort niet meer behandeld konden worden en een zeer beperkte levensverwachting hadden, blijken soms door bijvoorbeeld immunotherapie veel langer te leven dan vooraf ooit was gedacht. Gedragswetenschapper-onderzoeker dr. José Custers: "We zien dat er steeds meer mensen zijn met een uitgezaaide kanker met daarbij een korte levensverwachting, die toch steeds langer leven. Daarmee omgaan blijkt lastig. Banen worden opgezegd, de reis die altijd nog gemaakt moest worden, wordt gemaakt, je neemt afscheid en leeft dan nog jaren door. Wij onderzoeken nu wat dit doet met de patiënt; wat de psychische gevolgen zijn. Maar ook hoe artsen hier mee omgaan om zo voor beide groepen tot nieuwe handvatten te komen."

Onduidelijkheid

Prof. dr. Judith Prins, die dit onderzoek mede begeleidt: "De psychische problemen beperken zich niet tot de patiënt, maar ook de hele omgeving van de patiënt moet op de een of andere manier 'dealen' met de situatie die ontstaat. Want ook voor partners is het lastig. Die denken aanvankelijk binnen een jaar weduwe of weduwnaar te worden en stellen zich daarop in, maar krijgen dan te maken met een partner die nog jaren voortleeft, terwijl je niet weet wat je nu wél te wachten staat. Je wilt van de jaren die je hebt samen genieten, maar hebt steeds het Zwaard van Damocles boven het hoofd hangen. Er heerst onduidelijkheid en daar weet eigenlijk nog niemand goed raad mee." José Custers: "Vaak kunnen mensen door de bijwerkingen van de medicijnen niet meer werken, geen kinderen krijgen en ze kunnen ook geen plannen maken voor de langere termijn. Mensen zijn vaak moe en soms ook somber en dat maakt het best lastig je dagelijks leven goed in te vullen." Prins: "Als je met die nieuwe medicijnen in staat bent om dagen aan het leven toe te voegen, dan zou je willen dat die dagen ook met goed leven gevuld worden."

Nieuwe invulling

Het lijkt haast of deze kankerpatiënten nu chronisch ziek zijn, maar Custers en Prins menen dat dit beeld niet klopt. De nieuwe therapieën blijken vaak maar een beperkte tijd werkzaam en als op dat moment geen nieuwe therapie voorhanden is, kan het plots afgelopen zijn. Dat maakt deze groep uniek. Custers: "We hebben eerder al veel onderzoek gedaan naar patiënten die op genezing gericht behandeld zijn en bij wie de kanker verdwenen is, maar die het gevoel hebben dat het altijd weer terug kan komen. De groeiende groep patiënten waar het nu over gaat, wordt echter niet op genezing behandeld omdat het uitgezaaide kankers betreft. Ze worden niet beter en gaan nog niet dood en de tijd daartussen is heel erg veel langer aan het worden. Tot voor kort was die tijd feitelijk zo kort dat dit de tijd kon zijn waarop je je voor kon bereiden op de dood. Maar nu moet je hiervoor een nieuwe invulling gaan zoeken. De periode tussen het moment waarop de ziekte ongeneeslijk verklaard wordt en het sterven was vroeger een periode van zekerheid; nu is dat een periode van grote onzekerheid geworden. Patiënten zien ook dat de ontwikkeling van medicijnen heel snel gaat en hopen met hun huidige medicijn het moment van beschikbaarheid van de volgende te halen."

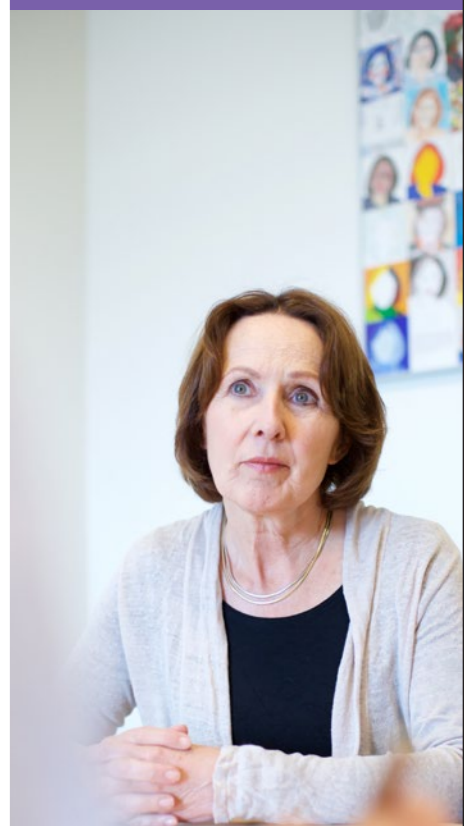
Geen eerlijk antwoord

Het gaat hier, zo schetst Prins, over het omgaan met onzekerheid. "De periode tussen het vermoeden van kanker en de diagnose, die vaak enkele weken duurt, wordt ook door veel patiënten als de allermoeilijkste ervaren. Daar lijkt dit op. Alleen is dat twee, drie weken en gaat het hier over twee, drie, vijf... zeven jaar waarin je elke drie maanden moet afwachten wat de scans uitwijzen." Custers: "Groeit het een beetje... wat is een beetje... en wat betekent dat?" Prins: "Wij merken dat we als psycholoog niet zo heel goed wisten wat we deze mensen aan moesten bieden. Is dit een te behandelen probleem? En hoe ziet dat probleem er nou exact uit? Het onderzoek dat José Custers gaat doen richt zich op deze laatste vraag, waarbij zij zich niet alleen richt op de patiënt, maar ook op de zorgverleners, die ineens een heel andere relatie met deze patiënten krijgen." José Custers: "Je ziet bijvoorbeeld, dat patiënten soms niet meer eerlijk antwoorden op de vraag naar bijwerkingen, omdat ze bang zijn van het medicijn afgehaald te worden."

Fulltime observeren

"Elke opmerking van een arts wordt door deze patiënten gewogen. Als de dokter zegt 'er zijn nauwelijks meer cellen' dan weet een patiënt niet wat dat betekent en ook dat geeft weer onzekerheid. Onzekerheid is hier het woord dat voor alle betrokkenen de boventoon voert. Ik ga nu samen met een promovendus en een onderzoeksteam dat bestaat uit artsen die deze patiënten zien, in de komende vier jaar zaken onderzoeken. Ik ga in eerste instantie bij de patiënten en de zorgprofessionals in kaart brengen wat deze onzekerheid in deze voor ons allen nieuwe situatie met ze doet. Dat doe ik niet alleen met vragenlijsten, maar ook door patiënten in de thuissituatie en bij hun bezoek aan de arts te schaduw. Dan doe ik fulltime observaties bij de patiënt door met ze mee te bewegen in de aanloop naar een afspraak in het ziekenhuis en bij de gesprekken die hier in huis plaatsvinden. Maar ook de week erna als men de uitslagen weer moet verwerken. Op die manier hopen we een beeld te krijgen van de problemen waar de patiënt en zorgprofessional tegenaan lopen. Op die manier wil ik de psycholoog, maar ook de arts handvatten aanbieden om hier mee om te gaan. In de gesprekken, maar wellicht ook in de behandeling. Want als je weet hoeveel onrust zo'n scan geeft, moet je dan wel zo regelmatig scannen?" Over vier jaar weten we meer. Wat we nu in ieder geval al weten, is dat de omvang van de groep voor wie dit relevant is ook in de komende jaren verder zal groeien. Daarvoor hoeven we enkel de andere artikelen in dit magazine te lezen.

Judith Prins:
"Onzekerheid wordt
als het allermoeilijkste
ervaren."





Onderzoek onder patiënten van de Medische Oncologie

Virtual reality zorgt voor minder angst en pijn

*Brandon Becker:
“Met 3D-bril hadden patiënten significant minder klachten.”*

Patiënten die tijdens therapie op de afdeling Medische Oncologie met een virtual reality-bril een tijdje vertoeven op de Afrikaanse savannes of zelfs diep onder zee, ervaren minder angst en minder pijn. Zelfs de vermoeidheidsklachten zijn minder. Dat is het resultaat van recent onderzoek op de afdeling. Het effect is duidelijk meetbaar, maar ebt wel in circa 24 uur weg.

HBO-V-studenten Brandon Becker (midden), Juul Pijnappels (rechts op de foto) en Stijn Weghorst (niet op de foto) hebben als onderdeel van hun studie onder begeleiding van Anne Boerboom (links) en collega's, een onderzoek onder 54 patiënten uitgevoerd. Brandon: "In dit onderzoek gaven praktisch alle patiënten een afname van hun klachten, zoals pijn, spanning, neerslachtigheid en vermoeidheid aan, na gebruik van de VR-bril. Daarbij scoorden de beelden van de Afrikaanse savanne beter dan de onderwaterbeelden."

Juul: "We zagen een groot enthousiasme bij patiënten om aan het onderzoek deel te nemen. Voor veel van hen was het een eerste kennismaking met virtual reality. Voor en na het dragen van de VR-bril vroegen we patiënten naar hun spanning, pijn, rusteloosheid, misselijkheid en angst. Na het gebruik van de VR-bril werd een significante verbetering gezien. Bijna alle patiënten, 94%, wil ook graag nogmaals de VR-bril gebruiken."

Anne Boerboom: "Het is duidelijk geworden dat de VR-bril bijdraagt aan het welbevinden van onze patiënten en daar willen we zeker iets mee doen. De drie onderzoekers hebben ook het gebruiksgemak onderzocht en daar aanbevelingen in gedaan. Met dat in de hand willen we gaan zoeken naar gelden om dit te implementeren in de zorg. Dit past mooi in ons beleid waarin we complementaire zorg aan willen bieden aan onze oncologiepatiënten. Eerder hebben we bijvoorbeeld ook handmassages geïntroduceerd."

Verslag door de specialist

Betere opsporing van borstkanker door bij de echo ook te 'voelen'

Artsen kunnen aan een knobbel in een borst soms al voelen of deze mogelijk kwaadaardig is of niet. Hoe stijver en vastzittend een knobbel in de borst is, hoe groter de kans dat deze kwaadaardig is. En omgekeerd: hoe mobieler en minder stijf een knobbel, hoe groter de kans dat dit een goedaardige tumor betreft. In de afgelopen jaren hebben we onderzocht of we met dat gegeven iets kunnen doen bij het maken van een 3D-echo. Op die manier kan de voorspellende betrouwbaarheid van de echo verhoogd worden en kunnen we het aantal bipten dat genomen moet worden verder terugdringen.

Deze eerste zin is toch te lang. Graag knippen: We zijn gaan werken aan een echokop die tweemaal een scan maakt, waarbij bij de tweede scan iets meer druk uitgeoefend wordt op het weefsel wanneer deze over de borst bewogen wordt. Daarbij werden we technisch ondersteund door Siemens Healthineers, dat het echoapparaat ter beschikking heeft gesteld. Op de echo zien we nu niet alleen een 3D-beeld van de knobbel, maar zien we ook de vervorming, de elasticiteit en de schuifrek, de vergroeiing met het omliggende weefsel hiervan. Daarbij hebben we ook de duur van de scan 10 keer kunnen verkorten, waardoor deze nieuwe manier van scannen ook past binnen de sneldiagnostiek zoals die binnen het Radboudumc wordt aangeboden.

Het versnellen van de scan was noodzakelijk omdat in de huidige scan van één minuut, door de ademhaling van de patiënt zelf, de vervorming van de tumor moeilijk meetbaar was. We krijgen nu binnen drie seconden een beeld en dat zouden we zelfs nog verder kunnen versnellen, maar dat is onaangenaam voor de patiënt. Dankzij deze 3D echografische palpatie, hopen we veel van de verdachte plekjes die een 3D-echo altijd oplevert, direct te kunnen kwalificeren als goedaardig. Het aantal vals-positieve meldingen hopen we zo ver terug te kunnen dringen en het aantal bipten drastisch te verminderen.

3D echografie wordt door vrouwen aanzienlijk minder pijnlijk ervaren dan mammografie. Tot nu toe werd de 3D echo echter met name aangeboden aan vrouwen met veel klierweefsel en zijn andere vrouwen primair aangewezen

op de mammografie. Nu we de betrouwbaarheid van de 3D-echo verder hebben kunnen vergroten door ook de stijfheid en mobiliteit van de knobbel in beeld te brengen, verwachten we dat meer vrouwen van deze methode gebruik kunnen maken. Verzekeraars en de politiek zullen het feit dat we minder bipten hoeven te nemen en doordoor een reductie in de zorgkosten realiseren, zeker omarmen.

Het onderzoek dat wij hier hebben gedaan is bekostigd door NWO-TTW en ondersteund door Siemens. Siemens zal de resultaten die hier binnen het Radboudumc bereikt zijn met deze nieuwe manier van 'voelend' 3D-echo's maken in de komende tijd implementeren in hun echografische apparatuur. Op die manier zal deze nieuwe techniek zijn weg gaan vinden naar de kliniek wereldwijd. En dat is wat je als onderzoeker uiteraard altijd wil bereiken.

Ir. Gijs Hendriks
Prof. dr. ir. Chris de Korte (promotor)



Gijs Hendriks: "Hoe stijver een bobbel in de borst, hoe groter de kans op kwaadaardigheid"

Thomas Maal eerste hoogleraar 3D-technologie in de zorg

Een extra dimensie aan zorg



Geen gips

Wat Thomas Maal betreft is de tijd van het gipshappen voorbij. Kaakoperaties werden tot voor kort voorbereid met 2D-röntgenfoto's en gipsmodellen die de stand van de tanden weergaven. Nu schiet Maal in recordtijd 30.000 3D-beelden van het gebit die tot een totaalbeeld van het gebit worden samengevoegd, wat een veel beter en accurater beeld van de situatie geeft. Dat beeld wordt gecombineerd met bijvoorbeeld röntgen en MRI-beelden, waardoor een driedimensionaal virtueel hoofd ontstaat op basis waarvan een chirurg zijn ingreep beter dan ooit kan voorbereiden. De operatie kan feitelijk eerst op de computer worden uitgevoerd. Dat biedt voordeel voor de chirurg. Maar ook de patiënt krijgt een beter beeld van wat gaat gebeuren.

Dr. Thomas Maal is gespecialiseerd in het toepassen van de allernieuwste 3D-technologieën in de gezondheidszorg. Zijn doel is helder: hij wil met zijn technologie de efficiency in de zorg verbeteren en tegelijkertijd betere zorg bieden. Dat dit mogelijk is, bewijst hij dagelijks. “We ontwikkelen hier 3D-geprinte modellen op basis waarvan artsen een betere diagnose kunnen stellen of een betere planning kunnen maken voor een ingreep. Maar we werken bijvoorbeeld ook aan augmented reality (AR)-brillen waarbij de arts bloedvaten en zelfs tumoren ziet in de patiënt, doordat digitale beelden in de bril gecombineerd worden met het werkelijke beeld. Het gaat om hoogwaardige techniek waar hier door een team van inmiddels 17 specialisten en 15 studenten aan gewerkt wordt. Techniek waarvan de impact alleen nog maar toe zal gaan nemen.”

Er zijn voor de patiënt

Thomas Maal begon al in 2005 met de toepassing van 3D-fotografie bij de afdeling Mond-, Kaak- en Aangezichts-chirurgie (MKA) in het Radboudumc en sinds 2012 is hij er staflid en coördinator van het 3D-lab. In november 2018 volgde zijn benoeming tot hoogleraar. Naast de afdeling MKA maken inmiddels nog 15 andere afdelingen in het Radboudumc gebruik van deze nieuwe technieken. Ook in de oncologie. Hoewel veel van het werk zeer technisch is, vindt hij het van wezenlijk belang dat zijn lab dicht bij de patiënt is geplaatst. “Want we zijn er voor de patiënt en alles wat we doen is er ook op gericht om deze patiënt een betere behandeling te geven. Veel van de mensen in ons 3D-lab zouden buiten deze muren in de ICT veel beter betaalde banen kunnen vinden, maar ze hebben een passie voor de zorg en willen daar hun bijdrage leveren.”

Virtueel

Maal betoogt dat de nieuwe mogelijkheden met behulp van 3D-printing, zoals patiëntspecifieke virtuele operatieplanning en 3D geprinte anatomische modellen, ertoe leiden dat de behandeling nog beter op de wensen en situatie van de patiënt kan worden toegespitst. “We zien dat behandelingen korter duren, dat vaak minder operaties nodig zijn en dat operaties kwalitatief beter kunnen worden uitgevoerd. Dat heeft een enorme impact op de individuele patiënt en leidt ook tot lagere zorgkosten. Maar ook in de communicatie met patiënten en tussen artsen onderling spelen onze 3D-modellen een rol. Wij maken modellen van de hersenen waarin we de tumor zichtbaar maken, maar ook van functionele gebieden, zoals de spraak. Dat maakt dat je betere beslissingen kan nemen.

Verstekbakje

Hoewel de 3D-geprinte modellen het meest in het oog springen (Thomas Maal heeft een geprint model van zijn eigen schedel staan) begint het werk van het lab aan de andere zijde: bij het verzamelen van data over de patiënt. Alle 2D- en 3D-gegevens van de patiënt, worden in de computer samengebracht. Op basis van de virtuele patiënt die zo ontstaat, kan Maal verschillende uitkomsten genereren: “We kunnen met de 3D-printer modellen maken, maar ook in 3D een operatieplanning maken. Daarnaast maken we op basis van het 3D-beeld ook de mallen die de chirurg gebruikt bij het zagen. Patiënten met een tumor

in de kaak krijgen een stuk nieuwe kaak dat vanuit het kuitbeen gehaald wordt. Voor het zagen in de kaak en het zagen in het kuitbeen produceren wij het ‘verstekbakje’.”

Augmented reality

Een stap verder gaat ‘augmented reality’. Daarbij projecteert een bril, of straks een lens, een beeld op de patiënt dat de arts met het blote oog niet kan zien. Dat kan de tumor zijn, maar dat kunnen bijvoorbeeld ook de bloedvaten zijn. “Bij een borstreconstructie wordt vaak weefsel uit de onderbuik gebruikt. Je wil dan ook graag bloedvaten meenemen. Met een AR-bril maken we deze bloedvaten voor de arts zichtbaar op de buik. Maar niet alleen in de chirurgie, ook in de pathologie en de radiotherapie kunnen onze 3D-modellen een belangrijke rol spelen. Wij kunnen iets toevoegen wat de arts of onderzoeker niet heeft en efficiency brengen die ervoor zorgt dat de arts meer tijd krijgt voor de patiënt.

Maal schets vergezichten. In de komende jaren hoopt hij in het 3D-lab ook tot bio-printing te kunnen komen, waarbij menselijke materialen geprint kunnen worden en een virtuele patiënt in 3D is uiteraard ook een voorportaal voor gerobotiseerde operaties. Wie ziet hoe snel de ontwikkelingen in dit vak in de afgelopen jaren zijn gegaan, zal niets meer uitsluiten. Thomas Maal is er klaar voor; zoveel is duidelijk.

Film

Wie voorbeelden wil zien en Thomas Maal aan het woord wil horen gaat naar YouTube. Zoek daarin op ‘chirurgen gaming’ of ‘nooit meer gips happen’ en zie wat we bedoelen.

Nieuwe voorzitter Radboudumc Centrum voor Oncologie Haiko Bloemendal

Oncologische topzorg voor de hele regio

Het Radboudumc Centrum voor Oncologie wil bereiken dat alle oncologische patiënten in de regio, als het even kan zo dicht mogelijk bij huis, de juiste zorg krijgen. Dat was de missie een half jaar geleden en dat blijft de missie nu dr. Haiko Bloemendal in mei 2019 de leiding van het Centrum heeft overgenomen van prof. dr. ir. Koos van der Hoeven en prof. dr. Peter Mulders. Hoe gaat hij dat realiseren? Welke accenten gaat hij leggen? Wat was zijn motivatie om deze stap te maken? En welke uitdagingen ziet hij? We leggen het hem voor en Haiko Bloemendal geeft, met als we hem spreken nog maar drie weken op de teller, de eerste voorzichtige antwoorden.



Radboudumc Centrum voor Oncologie

In cijfers:

2.000	medewerkers
7.700	patiënten per jaar
871	wetenschappelijke publicaties
8,8	als patiënttevredenheidscijfer

In trefwoorden:

- Persoonsgericht
- Innovatief
- Transparant

Veranderende scope

Bloemendal werkte als internist-oncoloog bij het Meander Medisch Centrum in Amersfoort waar hij stafvoorzitter was. Daarnaast is hij voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie (NVMO) en bestuurslid van Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS). Dat roept de vraag op waarom hij de stap naar het Radboudumc gemaakt heeft. “Ik was óók nog in dienst bij het UMC Utrecht en heb dus van twee kanten mee mogen maken wat regionalisatie van de oncologische zorg met zich meebrengt. Dat boeide me. Daarnaast bekleed ik een aantal bestuurlijke functies en dat maakt dat je scope ook wat verandert. Je ontdekt dat er meer boeiende zaken zijn dan alleen maar dokter zijn. Toen deze functie op mijn pad kwam voelde ik enerzijds raakvlakken en anderzijds ook uitdagingen. De visie van dit Centrum en mijn eigen visie komen erg overeen en er ligt hier een mooie kans om mede vorm te geven aan de oncologische zorg.”

Kennis van twee kanten

Bloemendal ziet die uitdaging met name in de transitie waarin de zorg zich bevindt. De vergaande regionalisatie en alle hobbels die daarin genomen moeten worden. “We willen mensen waar het kan de zorg in de buurt bieden. Maar daarnaast willen we de academie ook een grote verantwoordelijkheid geven om mee te denken en te kijken naar kwaliteit. Daarnaast moeten we de aansluiting op wetenschappelijk onderzoek en opleiding realiseren. Doordat ik zelf veertien jaar in een perifeer ziekenhuis gewerkt heb, hoop ik aan te kunnen voelen waar de gevoeligheden liggen. Ik weet hoe de kennis en kunde verdeeld is, maar ook welke emoties er spelen en ken de financieel economische belangen die er ook zijn. Dat pallet aan kennis is nodig om met elkaar verder te komen. En dat willen we, want we willen hier in de regio optimale patiëntenzorg bieden. Dat zal ik ook persoonlijk blijven doen, want ik blijf één dag in de week hier als arts actief.”

Prominente rol

In zijn functie als voorzitter van het Centrum voor Oncologie zal Bloemendal mede vormgeven aan de toekomst van het Centrum waarbij nog vele keuzes gemaakt moeten worden: “We kunnen toe naar een Centrum dat inhoudelijke én financiële verantwoordelijkheid draagt of een Centrum dat alleen inhoudelijk stuurt. Er moeten daarnaast nog keuzes gemaakt worden waarbij duidelijk wordt of zaken in het Centrum of in de afdelingen bepaald gaan worden. Als we daarin keuzes gemaakt hebben, moeten we daar naar handelen. Dat is een volgende stap. De kwaliteit van de patiëntenzorg zal sowieso in de ketens blijven liggen. Maar het Centrum heeft een belangrijke rol bij het toetsen op die kwaliteit. Daarbij hanteren we onder meer de SONCOS-normen die over volume en kwaliteit gaan, maar bijvoorbeeld ook de JCI-accreditatienormen rond kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg en onze eigen normen en waarden.” En Bloemendal ziet nog een belangrijke rol voor het Centrum weggelegd: die van

regisseur in het zorgaanbod. Ketens en afdelingen maken zelf keuzes in het zorgaanbod, maar het is aan het Centrum voor Oncologie om het totaalbeeld voor ogen te houden en daarin te sturen. Niet alleen op het gebied van patiëntenzorg, maar ook met oog voor de wetenschappelijke ontwikkeling binnen Radboudumc. “Het Centrum voor Oncologie moet daar een prominente rol in willen spelen.”

Topzorg

Haiko Bloemendal is vanuit zijn bestuurlijke functies nauw betrokken bij het landelijk beleid. Hij geeft het vanuit deze functies mede vorm. “Ik zie dat als een voordeel, omdat ik dit direct hier in mijn functie als voorzitter van het Centrum kan inbrengen. Maar Radboudumc heeft ook gewoon zijn eigen unieke kwaliteiten in de oncologie. Dan denk ik als eerste aan de sterke wetenschappelijke basis, met enorm veel goed onderzoek. Maar ook een zeer open cultuur, wat ons ook zeker gaat helpen bij het realiseren van onze regionalisatie ambities. We leveren hier landelijke top-expertisezorg op specifieke gebieden en realiseren die zorg ook in de regio, waarbij we nog wel moeten bewaken dat de regionalisatie ook aansluit op wetenschap en onderwijs. Maar patiënten in de regio kunnen elke deur binnenlopen en moeten daar topzorg ontvangen.”

“Ik hoop dat we over 10 jaar kunnen zeggen: er lag een stevig fundament en daarop is verder gebouwd, waarbij we allerlei emoties overwonnen hebben. Daarmee krijgen de patiënten in de regio de oncologische topzorg die ze verdienen met een fantastische wetenschappelijke basis daaronder. Ik denk dat voor de regionalisatie artsen in een team mobieler moeten worden in de regio en dat met name de ICT nog een enorme impuls moet krijgen. Een gezamenlijk elektronisch patiëntendossier is écht een must. Ook daar gaan we uiteraard energie in steken.”

*Haiko Bloemendal:
“Het is aan het Centrum voor Oncologie om het totaalbeeld voor ogen te houden en daarin te sturen.”*

Betere zorg door de context van de patiënt te betrekken bij besluiten

Het Radboudumc Centrum voor Oncologie ontving voor project CONtext in 2018 een subsidie van Zorginstituut Nederland. CONtext is een initiatief van het Radboudumc Centrum voor Oncologie, in samenwerking met Patiëntenorganisatie NFK, afdelingen van het Radboudumc, en Huisartsengroep Thermion. Beoogd wordt een landelijke impuls te geven tot verdere implementatie. Drie ziekenhuizen (Rijnstate, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis en Bernhoven) participeren inmiddels. Naast V&VN Oncologie hebben ook NFK, zorgverzekeraar VGZ, IKNL, NHG, PalHag, NVMO, NVALT, NVA, en Palliatief hun steun toegezegd.

Kijk op www.gruxx.com/context voor meer informatie.



Binnen het Radboudumc loopt sinds september 2018 het project CONtext dat zich richt op oncologische patiënten voor wie geen curatieve behandeling meer bestaat. Doel is dat de zorgprofessional juist ook bij deze patiënten aandacht geeft aan de waarden, doelen, wensen en leefsituatie van de patiënt en dat ook vastlegt. Drie direct betrokkenen over de inhoud én het belang van CONtext: projectleider dr. Maartje van Geel, centrummanager drs. ing. Erik Lambeck (Centrum voor Oncologie) en internist-oncoloog dr. Evelien Kuip, die ook werkzaam is binnen het Team Ondersteunende en Palliatieve Zorg.

Maartje van Geel: “We denken dat als we in de spreekkamer de context van patiënten, dus de wensen, doelen, waarden en leefsituatie van patiënten bewuster inventariseren en registreren, zij meer weloverwogen keuzes kunnen maken. Daarbij verwachten we meer tevredenheid van patiënten over de samengomen besluiten. Daarom trainen we de betrokken medisch specialisten én gespecialiseerde verpleegkundigen hierop en reiken hen middelen aan. Denk aan concrete feedback op basis van observaties in de spreekkamer en een kaartje met drie vragen aan de patiënt om zich bewust te worden van zijn of haar persoonlijke context. Maar ook aan het inbouwen van een time-out waarin de patiënt tijd krijgt om na te denken en de dilemma's ook met anderen zoals naasten of de huisarts te bespreken. Ook de verpleegkundige of casemanager en de huisarts spelen daarin een cruciale rol. We trainen de zorgverleners in de gesprekken met patiënten over het inventariseren van persoonlijke

context en begeleiding van patiënten in het besluitvormingsproces. En we benadrukken dat je dit ook vast moet leggen zodat je het over kunt dragen.”

Evelien Kuip: “Het is heel belangrijk om al vroeg in een behandelingstraject ook wensen, doelen en verwachtingen van patiënten te bespreken. Niet alleen medische zaken, maar juist de context van de patiënt. En het gesprek hierover gaande te houden. Dat mag je uiteraard ‘normale zorg’ noemen, maar in heel veel ketens is nog niet alles zo gestroomlijnd dat alles besproken wordt wat je zou willen bespreken. Het gaat er vooral om de wensen en waarden bewust

met patiënten te bespreken. We trainen nu zorgverleners om hier bij stil te staan. En dat het niet zorgverlenerafhankelijk is wat er besproken wordt in de spreekkamer. Zodat er in volgende gesprekken, zeker wanneer er besluiten genomen moeten worden, opnieuw gekeken wordt wat een eventuele nieuwe behandeling voor gevolgen heeft in de context van de patiënt. En ook hier vroegtijdig de huisarts bij betrekken. Zo wordt het een standaard onderwerp, in plaats van aan het eind van een behandelingstraject uitgebreid stil staan bij hoe de zorg over te dragen aan de huisarts.

Erik Lambeck: “De medisch specialist en de patiënt, die toch een specialist is over zijn eigen leven, moeten elkaar zien te vinden in de beslissingen die genomen moeten worden over het vervolg van de zorg. Daarbij is er altijd ook de druk van familie en van de media die elke dag wel een medische doorbraak melden. Vaak zijn er in het palliatieve traject wel degelijk nog behandelingen, maar deze zijn intensief en je mag je dus afvragen of je die wilt ondergaan. Daar gaat het hier vaak over en juist in die beslissingen speelt de context een belangrijke rol. En daarin spelen verpleegkundigen en de huisarts ook een essentiële rol. Want een arts kan nog zo toegankelijk zijn, patiënten hebben ook hun eigen barrières. Daarom zoeken we zelf ook contact met de huisarts die specialist is in context. Wij observeren momenteel ook spreekuren om te zien hoe de gesprekken verlopen, zodat we kunnen helpen om die context-vraag op tafel te krijgen.”

Vliegangst

Mijn buurman heeft vliegangst. Toen ik hem uitlegde dat rijden op de A2 statistisch gezien tientallen keren gevaarlijker is en wees op de leuke app ‘AmIGoingDown’ die voor elke vlucht uitrekent hoe extreem klein de kans op neerstorten is, bekende hij: ‘het is vooral het gevoel dat je het stuur uit handen geeft, wat het zo moeilijk maakt. Je legt je leven in de handen van een piloot.’ Hij zou het liefst meesturen in de cockpit denk ik. Zelf kan ik mij ondertussen de situatie niet voorstellen, dat de piloot na een aantal rondjes te hebben gevlogen boven Rome met onweer, via de intercom vraagt aan de reizigers, wat hij zal doen: snel landen op de korte baan of een extra bocht maken om op een langere landingsbaan uit te komen? Zelfs niet als hij ons een keuzehulp aanbiedt waarbij de risico's van een landing met rukwinden en een korte drijfmatte baan worden afgezet tegen het risico van langer vliegen door het onweer.

‘Shared decision making’ is momenteel een veel gehoord begrip binnen de muren van het ziekenhuis. Artsen en verpleegkundigen willen de patiënt vooral betrekken bij de keuzes die er gemaakt worden bij de behandeling. Daar kun je weinig op tegen hebben. Het past in het rijtje samenwerking, kwaliteitszorg en transparantie; ook van die zaken die horen bij goede en, wat mij betreft, vanzelfsprekende zorg. In de praktijk blijkt vervolgens dat de patiënt het knap lastig vindt om te kiezen. Daarom worden er tientallen keuzehulpen ontwikkeld, waarin de patiënt bij de hand genomen wordt. Dat helpt zeker. Maar terecht vragen velen zich af of een patiënt wel kán meebeslissen over zaken die simpelweg onder de professionele standaard vallen van de arts.

Nee; dat kunnen ze niet en sterker nog: dat wordt niet van ze gevraagd. De arts is de professional die op medisch gebied de meest verantwoorde beslissing neemt. De piloot die de stuurknuppel in handen heeft. En deze piloot zal in een privéjet het gesprek met de passagier aangaan. Niet over de wijze van aanvliegen, de stand van het hoogteroer of het trimmen van de vleugels. Maar wél over de bestemming en de route. Sceptici over shared decision making in de zorg benadrukken graag de afhankelijkheidsrelatie die er is tussen arts en patiënt. Die zou het onmogelijk maken om als gelijkwaardige partners over de behandeling te spreken. Daar mag een kern van waarheid in zitten voor waar het medisch handelen betreft. Maar zorg is zoveel meer dan medisch handelen.

Met wat hulp zijn patiënten in heel veel gevallen in staat om hun bestemming te kiezen en uitspraken te doen over de route die genomen moet worden. Korter vliegen met het risico op onweer, uitwijken naar een andere bestemming. Daarvoor hoeven zij niet in de cockpit te komen, maar bepalen ze wel voor een aanzienlijk deel de reis die ze gaan maken. Dat leidt vaak tot effectievere zorg en vaak ook tot een betere relatie tussen behandelaar en patiënt. Mijn buurman gaat met de auto naar Frankrijk.

Joost van Sluijters

Fondsenwerving voor spraakmakend onderzoek

Onderzoekster Mangala Srinivas van het Radboudumc heeft een missie: zij wil tumoren zeer exact laten opereren zonder scalpel en wil tegelijkertijd zien of zij met het combineren van verhitting van de tumor en toediening van medicijnen via nanodeeltjes tot effectievere behandelingen kan komen. Dat onderzoek is kostbaar en gaat, als het goed is, medegefinancierd worden vanuit het Radboud Oncologie Fonds. Daar zet hoofd fondsenwerving Marieke Kokkeler alles op alles om geldbronnen aan te boren. We spreken beide gedreven dames.

Marieke Kokkeler: “De onderzoeken waar wij als Oncologie Fonds gelden voor proberen te genereren zijn vaak bijzonder innovatief. Vaak is het een eerste belangrijke aanzet tot een groot vervolgonderzoek waar de behandeling van kanker mee geholpen is. We brengen een vliegwiel op gang en dat is enorm belangrijk. Het onderzoek van Mangala Srinivas is daar een heel goed voorbeeld van.”

Mangala Srinivas: “We kennen ultrageluid van de echo's die gemaakt worden. Als je de bundel niet breed houdt, zoals daar gebeurt, maar sterk bundelt, kun je warmte in het lichaam genereren. Deze High Intensity Focused Ultrasound-techniek maakt met hitte de eiwitten in de kankercellen kapot en daarmee de kankercellen dood. Het lichaam ruimt zelf de afgestorven cellen op. Deze techniek wordt in Nederland in Utrecht en het Radboudumc toegepast en mijn onderzoek richt zich erop om deze techniek te verbeteren door deze te combineren met zogenaamde nano-deeltjes.”

Marieke Kokkeler: “Voordat we een onderzoek opnemen in ons portfolio, wordt een dergelijk onderzoeksvorstel voorgelegd aan onze Scientific Review Board. Dat is een onafhankelijke raad waarin zowel wetenschappers als patiënten zijn vertegenwoordigd. Deze raad beoordeelt het project op kwaliteit, relevantie en haalbaarheid. Zodra deze groen licht geeft, gaan we aan de slag met de fondsenwerving. De onderzoeken waar wij voor werven zijn veelal projecten die een doorbraak kunnen betekenen en die een hoog innovatief karakter hebben.”

Mangala Srinivas: “Het innovatieve karakter van mijn onderzoek zit in het gebruik van nanodeeltjes. Een spin-off van het Radboudumc, 'Cenya Imaging', produceert deze deeltjes al als contrastmiddel voor patiënten met kanker. De eigenschappen van het nanodeeltje als contrastmiddel voor MRI en echografie zullen we in het Radboudumc ook gebruiken om de HIFU-therapie te verbeteren. Deze contrastdeeltjes verzamelen zich in de tumor. Daar zorgen ze ervoor dat de tumor als we HIFU toepassen 30% warmer wordt. Daardoor kan de behandeling, die nu vaak een half uur duurt, veel korter en veel preciezer worden, waardoor we ook minder omliggend weefsel verwarmen. Daarnaast kunnen we aan de nanodeeltjes ook 'medicijnen' meegeven die maken dat we een gecombineerde therapie aanbieden.”

Marieke Kokkeler: “Op dit moment wordt deze techniek nog op vlees van de slager getest, maar Mangala Srinivas hoopt, net als wij, dat we snel de €400.000 bij elkaar krijgen die nodig is om deze techniek ook in de praktijk te testen. Daarvoor inventariseren we het netwerk van de onderzoekers zelf, benaderen we vermogensfondsen en zoeken we aansluiting bij bedrijven die vanuit maatschappelijk verantwoord ondernemen (MVO) bij willen dragen. Ook mensen die met spontane acties aankloppen, en dat gaat van estafettes tot het bakken van cupcakes, koppelen we aan dit soort beloftevolle projecten. We initiëren meestal zelf geen acties, maar faciliteren die wel op alle manieren.”

Mangala Srinivas: €400.000 klinkt als een hoog bedrag, maar het dekt vier jaar intensief onderzoek. Als het binnen is, kunnen we direct aan de slag, want doordat de nanodeeltjes als contrastvloeistof al zijn toegelaten voor 'clinical trials' zijn er geen belemmeringen meer.”

Zelf iets doen?

Voor wie ideeën heeft voor fondsenwerving: kijk op radboudoncologiefonds.nl onder het kopje 'steun' naar het projectoverzicht. Daar vind je de pagina 'opereren zonder scalpel' en direct de mogelijkheid om een actie aan te maken of te doneren.

Samenwerkende prostaatkankerklinieken verder onder naam Prosper

Het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ), Catharina Ziekenhuis Eindhoven (CZE) en Radboudumc werken al sinds 2013 samen bij de behandeling van prostaatkanker. Sinds 13 juni gebeurt dat onder een nieuwe naam: Prosper Samenwerkende prostaatkankerklinieken. Door prostaatkankerzorg te concentreren binnen Prosper, krijgen patiënten toegang tot betere behandel-mogelijkheden. In het prostaatkankercentrum wordt zo veel mogelijk zenuwsparend geopereerd. "Door te opereren met de Da Vinci robot zijn er minder risico's. De chirurg heeft een vergroot driedimensionaal zicht en de instrumenten zijn beweeglijker. De operatie kan daardoor nauwkeuriger en zorgvuldiger worden uitgevoerd. Hierdoor sparen we nog beter de zenuwbundels, die belangrijk zijn voor erectiebehoud. Door goed zicht op de plasbuis kunnen we waterdichte verbindingen

maken met de blaas voor een optimaal continentieresultaat. Het bloedverlies is beduidend minder en de operatie is veel minder ingrijpend", aldus uroloog dr. Michiel Sedelaar van het Radboudumc. "Door de jarenlange samenwerking is de ervaring en de kennisniveau binnen het centrum hoog. De betrokken urologen hebben tot nu toe meer dan 2000 robotoperaties uitgevoerd waarmee het centrum tot de top drie van Nederland behoort. We streven naar oncologische en functionele uitkomstresultaten die vergelijkbaar zijn met andere topcentra in Europa."

Zeven voor Leven

De eerste editie van het fietsevenement Zeven voor Leven was een groot succes: ruim € 163.000 is opgehaald voor de Stichting Kanker Zien. Deelnemers en de vele aanwezigen waren erg te spreken over het evenement dat in het teken staat van méér geld voor onderzoek om kanker eerder in beeld te brengen. Dit jaar gaat de opbrengst naar kankeronderzoek in het Radboudumc. Na mooie en inspirerende verhalen en met vele (klim)kilometers vers in de benen werd het fietsevenement afgesloten met een fantastische cheque-uitreiking. Schrijf u in voor de tweede editie van Zeven voor Leven op zondag 24 mei 2020. Kijk op www.zevenvoorleven.nl.



Drie Vidi grants voor kanker-onderzoek bij Radboudumc

Drie onderzoekers van het Radboudumc hebben een Vidi-subsidie ontvangen voor het ontwikkelen van een innovatief onderzoeksthema en het opzetten van een eigen onderzoeksgroep. NWO verleent deze subsidies, met een waarde tot 800.000 euro, aan onderzoekers die al een aantal jaar succesvol onderzoek doen en tot de beste 10% tot 20% in hun vakgebied behoren. Met de Vidi kunnen ze vijf jaar lang onderzoek doen.

Ritse Mann kreeg de Vidi voor zijn project om de klinische zorg voor vrouwen met (vermoedelijke) borstkanker te verbeteren met behulp van een nieuwe methode om abnormaliteiten in de borst volledig in 3D en met hoge resolutie in kaart te brengen. Johannes Textor ontving de subsidie voor zijn project 'Hoe intelligent is ons immuunsysteem?' Hij gaat met zijn groep computermodellen ontwikkelen van het immuunsysteem en deze trainen om tekst en beelden te herkennen. Dit moet leiden tot meer begrip van hoe het immuunsysteem leert, vergeet en in de war raakt. Daniele Tauriello werd uitgekozen voor zijn project om uitzaaiingen van kanker te voorkomen of genezen met behulp van het immuunsysteem. Witte bloedcellen kunnen kankercellen vernietigen, maar worden vaak ontweken door de tumor. Daniele en zijn groep gaan nader onderzoeken hoe dit proces precies werkt bij darmkanker, in de hoop het vervolgens stop te kunnen zetten.

Samen tegen kanker