

Radboud Report Oncologie nr3 2014

Killercellen uit navelstreng
voor leukemiepatiënt

Sneldiagnose volledig
geïmplementeerd

Een genetische
dubbelfout





voorwoord

Vorig jaar rond deze tijd voorspelde ik u dat de 'zwart-groen-veeg-stroopwafel' discussie rondom Zwarte Piet dit jaar nog heviger zou terugkeren. En jawel, ik zat goed! Toch denk ik niet dat u onder de indruk bent van mijn voorspellend vermogen. Voorspellen dat het morgen woensdag is (vandaag is het overigens dinsdag) is ook geen kunst. Moeilijker wordt het wanneer het over ziekten zoals kanker gaat. Op groepsniveau valt dat wel mee. We kunnen met grote nauwkeurigheid voorspellen dat 5 jaar na de diagnose kanker, 62% van alle patiënten nog in leven is. Maar hoe zal het met mijnheer Hendriks vergaan? Ook weten we dat bijna 8% van alle 50-jarige vrouwen voor hun 75e met borstkanker gediagnosticeerd zal worden. Maar krijgt mevrouw Jansen het nu wel of niet? Om echte geïndividualiseerde geneeskunde te bedrijven moeten we nog veel leren over de factoren die de prognose bepalen. Jopie Huisman zei het al eens tegen Ivo Niehe: "Het leven wordt niet bepaald door wat we zien, maar door wat we over het hoofd zien". Gelukkig zien we steeds minder over het hoofd. Ik voorspel daarom dat de komende 10 jaar meer vooruitgang zal worden geboekt dan de afgelopen 10 jaar. Doordat we patiënten en tumoren steeds beter in kaart kunnen brengen zal therapie-op-maat en zelfs diagnostiek-op-maat de norm worden. U leest erover in deze Report. "Voorspellen is moeilijk, zeker waar het de toekomst betreft" zei de Deense fysicus Niels Bohr. Laten we afspreken over 10 jaar terug te kijken.

Bart Kiemeney

colofon

Voorzitter redactieraad:
prof. dr. Bart Kiemeney

Redactieraad:

dr. Ingrid Desar
prof. dr. Ad Geurts van Kessel
prof. dr. Nicoline Hoogerbrugge
Anneke Hulshoff MANP
prof. dr. Bart Kiemeney
prof. dr. Thijs Merkkx
Jacinta van Oosten

Tekst:

drs. Joost van Sluijters,
Capital Advertising

Fotografie:

John Sluyter

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 824)
6500 HB Nijmegen
Tel: +31 – 24 365 57 51
Email: oncologie@radboudumc.nl
www.radboudumc.nl/report

Centrum voor Oncologie

Radboudumc

Radboud Report Oncologie nr3 2014

inhoud

- 04 **"Killerzellen uit de navelstreng bieden hoop aan zwakke leukemiepatiënt"**
Michel Schaap bericht over 1^e fase onderzoek naar alternatief voor stamceltransplantatie
- 07 **Het hemd van het lijf**
Philip Poortmans, nieuwe hoogleraar en afdelingshoofd Radiotherapie in het Radboudumc
- 08 **"We moeten gewichtsverlies bij onze patiënten voorkomen"**
Diëtist Manon van den Berg pleit voor aandacht voor voeding vanaf diagnose
- 10 **Minder slapeloze nachten**
Een persoonlijk pleidooi voor sneldiagnose
- 13 **Het bevolkingsonderzoek borstkanker wordt 'screenen op maat'**
Epidemioloog Mireille Broeders zoekt betere discriminerende factoren dan leeftijd
- 14 **Nieuwe 3D-echo voor borstkankerscreening verdubbelt de pakkans**
Ritse Mann noemt het beter dan röntgen, betaalbaarder dan MRI
- 16 **Bewegen cruciaal voor kind met kanker**
Kinderfysiotherapeut Perijn Verheij wil het kind uit bed hebben
- 17 **Column**
Poppendokter
- 18 **"Een genetische dubbelfout"**
Moet je weten wat er genetisch mis is? En wil je dat ook? Een dubbelportret
- 20 **Kort en actueel nieuws**
Radboud Oncologie Fonds en honderdduizend tientjes
Meer voorlichting nodig over vruchtbaarheid



Enige ter wereld

Radboudumc is tot nu toe het enige ziekenhuis ter wereld dat in staat is de natural killercellen vanuit het navelstrengbloed 100% veilig op te kweken en dat toestemming heeft ze in de kliniek toe te passen. Daarvoor werd een samenwerking aangegaan met het biotechnologiebedrijf Glycostem Therapeutics uit 's-Hertogenbosch. Schaap: "We hebben het geluk dat we hier in het Radboudumc al langer navelstrengen verzamelen. Die zijn landelijk bewaard, maar met een deel is ook een eigen bank opgebouwd waaruit we nu voor ons onderzoek kunnen putten. Het stelt ons in staat om een zo goed mogelijke match tussen het witte bloedcelsysteem van het navelstrengbloed en dat van de patiënt te maken en dan de NK-cellen voor de patiënt vanuit de stamcel in grote hoeveelheden op te kweken."

dr. Michel Schaap bericht over 1^e fase onderzoek:

"Killerzellen uit de navelstreng bieden hoop aan zwakke leukemiepatiënt"

De vele honderden patiënten die jaarlijks acute myeloïde leukemie krijgen worden, als dat mogelijk is, behandeld met een uitgebreide chemotherapie gevolgd door een stamceltransplantatie. Voor patiënten met een slechte algemene conditie, of met andere aandoeningen zoals suikerziekte, longafwijkingen of hartziekten, is dat niet altijd een optie. Voor deze meestal wat oudere patiënten, die ook vaak een agressievere vorm van leukemie hebben, wordt in Nijmegen een nieuwe therapie ontwikkeld. Daarbij wordt geprobeerd na een lichtere chemotherapie de laatste leukemiecellen op te ruimen door speciaal geselecteerde 'natural killercellen' (NK-cellen), die de onderzoekers opkweken vanuit navelstrengbloed-stamcellen.

Eerste patiënten

Immunoloog Harry Dolstra en hematoloog Michel Schaap werken al zeker acht jaar aan deze unieke aanpak. Inmiddels is het onderzoek de 'buis en muis' ontstegen en zijn hiermee in Nijmegen voor het eerst ter wereld ook patiënten behandeld. Kleine patiëntengroepen krijgen binnen het 1^e fase onderzoek een oplopende dosering van de killercellen en reageren daar vooralsnog goed op. Michel Schaap: "In deze fase bekijken we eigenlijk alleen of onze aanpak geen ongewenste bijwerkingen geeft. Dat blijkt tot nu toe niet het geval. Verder bepalen we in deze fase wat de optimale dosering is. Daarvoor geven we iedere groep patiënten steeds een factor drie hogere dosering NK-cellen."

Werkzaam

De aanpak van Schaap en Dolstra blijkt tot op heden niet toxisch. Schaap: "Daarnaast zien we bij deze kleine groep, we spreken tot nu toe over zeven patiënten, dat we de

cellen terug kunnen vinden in de patiënt, wat hoopvol is voor het effect dat ze kunnen hebben. Een groot deel van de zeven behandelde patiënten is nog in leven. Dat is ook hoopgevend, maar wetenschappelijk gezien nog van geen enkele waarde. De volgende fases van het onderzoek, waarin grotere aantallen patiënten met de optimale dosis NK-cellen worden behandeld, kunnen daar uitsluitsel over geven. Als ook die fases goed worden afgerond kan deze therapie, die veel minder risicovol is dan de bestaande, zelfs in alle gevallen van leukemie en andere bloedziekten ingezet worden."



Anders

Schaap benadrukt dat zijn aanpak wezenlijk anders is dan een stamceltransplantatie. “Daar wordt een immuunsysteem vernietigd met chemotherapie en vervangen door een ander immuunsysteem. Wij verzwakken met chemotherapie het immuunsysteem alleen tijdelijk. Dat verzwakken we zo sterk, dat het de NK-cellen die we inbrengen niet kan uitschakelen. Hierdoor kunnen de NK-cellen zich nog verder vermeerderen en een tijd lang hun werk doen in de patiënt en de kankercellen doden. Dat kunnen we ook in beeld brengen. Vervolgens zien we ook hoe het eigen immuunsysteem van de patiënt zich weer herstelt. Dat ruimt op haar beurt de NK-cellen weer op die we hebben ingebracht, waardoor er een soort van veiligheidssysteem is ingebouwd.”

Perspectief

“We bieden met deze therapie een nieuw perspectief,” benadrukt Schaap. “Acute myeloïde leukemie treft over het algemeen ouderen. Tot voor kort kwamen 55-plussers überhaupt niet in aanmerking voor stamceltransplantatie. Tegenwoordig speelt leeftijd een minder belangrijke rol en wordt vooral naar hun conditie gekeken. Maar die is vaak niet goed genoeg om voor een stamceltransplantatie in aanmerking te komen. Bij het merendeel van de zestigplussers komt de ziekte na de chemotherapie terug en leidt deze binnen drie jaar tot de dood. Wij bieden deze mensen, maar straks hoop ik zelfs alle patiënten, met deze therapie een alternatief dat veel minder bijwerkingen kent en ook veel minder risico's met zich meebrengt.”

Andere kankers

De natural killer cellen uit de navelstreng hebben in de ‘buis en muis’ bewezen dat zij leukemiecellen uit de weg kunnen helpen. Dat maakt dat nu al wordt gekeken of deze cellen ook niet bij andere kwaadaardige hematologische ziekten en niet-hematologische vormen van kanker een rol kunnen spelen, al dan niet in combinatie met afweerbevorderende medicijnen. De focus is daarbij in het Radboudumc gericht op ovariumcarcinoom en op multiple myeloom.

Tumorcel Killers

De gedachte om killer cellen in te zetten bij de therapie is ontstaan vanuit de stamceltransplantatie met donorcellen. Daar zagen de onderzoekers dat er, los van de transplantatie, een anti-tumor effect uitging van de witte bloedcellen van de donor. Die braken restanten aan tumorcellen af. De actoren in dat proces bleken T-cellen én de natural killer (NK)-cellen. De T-cellen kunnen moeilijk therapeutisch gebruikt worden, omdat ze veel bijwerkingen kennen, zoals omgekeerde afstoting (Graft-versus Host ziekte). Natural killer cellen kennen die bijwerkingen niet, maar bleken tot voor kort maar moeilijk te scheiden van de T-cellen. Daarom maakt het Radboudumc nu in een bioreactor zeer zuivere killer cellen vanuit de stamcellen uit navelstrengen. Dat productieproces is volledig geoptimaliseerd, waardoor cellen met de juiste rijping en zonder enige T-cel-vervuiling geproduceerd kunnen worden. Deze aanpak is uniek. Elders in de wereld worden NK-cellen uit het bloed van familieleden gebruikt, maar dat levert minder cellen op en ook minder zuiverheid in die cellen. Tegelijkertijd zijn die NK-cellen ook minder actief dan de in Nijmegen uit navelstrengbloed opgekweekte cellen. Tevens is door het gebruik van opgeslagen navelstrengbloed altijd een geschikte ‘NK-cel-donor’ beschikbaar.

Het hemd van het lijf:

Philip Poortmans

Prof. dr. Philip Poortmans werd in augustus 2014 benoemd tot hoogleraar en afdelingshoofd Radiotherapie in het Radboudumc. Als we hem spreken moeten zijn visitekaartjes nog geleverd worden en ontvangen we zijn kaartje van ESTRO, the European Society for Radiotherapy & Oncology, waar hij momenteel president van is. Poortmans werkte eerder voor Instituut Verbeeten, een ziekenhuis voor radiotherapie en nucleaire geneeskunde in Tilburg. Zijn presidentschap en vorige werkplek rechtvaardigen de vraag:

Is uw benoeming tot hoogleraar nog wel een serieuze stap vooruit?

Er liggen hier voor mij wel degelijk uitstekende kansen en mogelijkheden. Het overdragen van kennis ligt mij aan het hart. Dat doe ik in het Nederlands, Frans, Engels en in het Spaans. Tijdens mijn eigen opleiding heb ik ervaren hoe een geweldige professor je kan sturen en enthousiasmeren in je studie. Ik was daardoor zelfs bijna neurologie gaan studeren. Die enthousiasmerende rol wil ik hier graag nog meer dan voorheen waarmaken. Daarvoor sla ik graag bruggen tussen de klinische praktijk, het onderzoek én het onderwijs. Met name het opleiden en het onderzoek, met de daarbij horende atmosfeer, miste ik in Tilburg.

Hoe ziet u de invloed van de radiotherapie op de behandeling in de toekomst?

De afgelopen dertig jaar heeft de radiotherapie zich enorm ontwikkeld en de komende dertig jaar zal die ontwikkeling minstens even stormachtig zijn. Het zullen de jaren zijn van verder individualiseren en nog gericht behandelen. Daarbij zal die behandeling steeds meer een combinatie worden die op basis van ‘shared decision making’ door de diverse specialisten én de patiënt tot stand komt. We hebben in de strijd tegen kanker jaren gehad van altijd maar meer en meer. De genezingskansen liepen wel op, maar de patiënt was achteraf vaak getekend voor het leven. Nu gaan we optimaliseren op de specifieke tumor en patiënt en een mix van therapieën aanbieden. We verwachten dat we met ‘minder van verscheidene behandelopties’ een minstens even goed resultaat op de korte termijn behalen als met de ‘veel van één optie’, maar een veel beter resultaat op de lange termijn.

Daar ligt de uitdaging?

Absoluut. We gaan van een tumorgebonden behandeling naar een patiënt-gebonden behandeling en daarbinnen zal de radiotherapie zeker een rol blijven spelen. Vergeet ook niet dat wij van oudsher, nog van voor er medisch oncologen waren, dé artsen zijn die 100% van hun tijd aan patiënten met kanker besteden.

Is het een gespreid bedje waarin u terecht komt?

Er is erg goed werk verricht met onder meer het opzetten van een regionaal netwerk. Maar er valt ook nog genoeg te doen. Dat moet ook. Ik ben een man die doelen stelt en de hieraan verbonden uitdagingen dan vervolgens ook met plezier aangaat. Ik wil mijn specifieke expertise op het gebied van met name mammacarcinomen en hematologie uiteraard inzetten en daarnaast, altijd samen met mijn collega's, werken aan de optimale mix van therapieën voor een patiënt. Want het draait natuurlijk niet om radiotherapie, maar om de patiënt.



Poortmans: Ik ben gewend om afstanden te overbruggen. Ik kreeg mijn opleiding Geneeskunde in Antwerpen, maar promoveerde in Maastricht. Eerst werkte ik in België, maar vanaf 1991 in Tilburg. Nederland was, durf ik rustig te zeggen, een verademing voor mij als arts. Dat heeft alles te maken met de open manier waarop hier met patiënten wordt omgegaan. In mijn begintijd als radiotherapeut maakte ik in België mee, dat ik maar één patiënt in de week zag die wist dat hij kanker had en waar ik een open en eerlijk gesprek mee kon voeren. De rest had dan bijvoorbeeld een stukje asfalt in de longen gekregen... Gelukkig is ook daar veel veranderd.

Dr. Manon van den Berg pleit voor aandacht voor voeding vanaf diagnose:

“We moeten gewichtsverlies bij onze patiënten voorkomen”

Gewichtsverlies en gezondheid hebben in de volksmond een positieve correlatie. Bij patiënten met kanker ligt dat echter volkomen anders. Hun gewichtsverlies bestaat voornamelijk uit het verlies van spiermassa. Dr. Manon van den Berg die met name de groep patiënten met hoofd-halskanker in beeld bracht: “Gewichtsverlies betekent dat bij deze patiënten de conditie sterk achteruit gaat. We zien dat zij minder goed door de behandeling komen. Ze hebben meer complicaties, een groter infectiegevaar en ook een slechtere kwaliteit van leven. Behandelingen moeten soms uitgesteld worden, omdat de conditie van de patiënten door het gewichtsverlies onvoldoende is. Daarom is dit gewichtsverlies een serieus probleem, dat om een serieuze aanpak vraagt. Die bieden we nu.”

Winst
Gewichtsverlies is voor veel kankerpatiënten een probleem en zeker voor de hoofd-hals-oncologische patiënt. Niet alleen de eetlust vermindert bij hen, maar zij hebben ook vaak een ontsteking in het mondslijmvlies, een veranderde geur en smaak, slijmvorming en slikklachten. Dat alles vermindert de voedselinname. Soms is het slikken van vast voedsel ook simpelweg onmogelijk. Van den Berg: “We zien binnen de keten hoofd-hals-oncologie deze mensen vanaf het eerste consult. Dus al vóór de feitelijke behandeling. Verder volgens zien we ze tijdens de behandeling en tot ongeveer twee maanden erna. We kunnen deze mensen zo ook ruim voordat de problemen rond gewichtsverlies zich voordoen, wijzen op het belang van volwaardige voeding; met name eiwit- en energie inname. Bovendien kunnen we ze adviseren over hoe ze gewicht monitoren en gewichtsverlies kunnen voorkomen. Dan gaat het ook over aanvullende voeding die vaak op enig moment tijdens de behandeling nodig is. Dat kan drink- en/of sondevoeding zijn.

Met wetenschappelijk onderzoek hebben we kunnen aantonen dat patiënten die we nu op deze intensieve manier bij hun voeding begeleiden minimaal gewichtsverlies laten zien. Dat is winst.

Dieetbegeleiding
Individuele dieetbegeleiding is een effectieve aanpak om gewichtsverlies en ondervoeding te beperken. Het Radboudumc erkent dat. Er wordt nu vooral ingezet op vroegtijdige dieetinterventie, de ‘screening op ondervoeding’ heeft hierbinnen een belangrijke rol. Maar bij sommige risicopatiënten zou je structureel preventief een interventie moeten starten, meent Van den Berg.

Ondervoeding

Eén op de vijf ziekenhuispatiënten en één op de vijf bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen is ondervoed. Het probleem is dat ziekte-gerelateerde ondervoeding vaak wordt onderschat door zorgprofessionals en de patiënten zelf. Aandacht hiervoor, zoals Manon van den Berg hier bepleit, is niet alleen in het belang van de patiënt, die sneller geneest en een betere kwaliteit van leven heeft, maar het kent ook een economisch belang. Minder complicaties en een kortere ligduur maken deze zorg ook economisch rendabel.

Let food be your medicine Hippocrates

“We hebben ook gekeken of een sliktraining door een logopedist een positief effect heeft op het weer sneller ‘normaal’ kunnen eten, maar dat hebben we niet hard kunnen maken. Wel zien we dat patiënten met sliktherapie sneller normaal kunnen slikken. In ons onderzoek zien we echter dat tot zes maanden na de behandeling nog steeds ongeveer 50% van de patiënten aangewezen is op voeding met een aangepaste consistentie en ongeveer 30% nog afhankelijk is van drink- of sondevoeding. Dat is voor veel mensen een sociaal probleem. Daarom zijn we nu aan het onderzoeken hoe we deze patiënten met gepast ingrijpen, stap voor stap, weer naar normale voeding kunnen krijgen. Zonder daarbij het risico te lopen dat ze weer afvallen. Dat is de toekomst. De dagelijkse realiteit is nu, dat we in ieder geval structureel en vroegtijdig alle patiënten met hoofd-halskanker zien en begeleiden. Die aandacht is gewichtig. Dit zou ook voor andere oncologische patiënten zinvol kunnen zijn.”



A photograph of a man with glasses and a striped shirt standing in a hospital hallway. In the background, a nurse in a white uniform is walking. The hallway is brightly lit with large windows.

Vincent Hunink: “Een diagnose komt eigenlijk nooit snel genoeg. Zeker omdat er verdachte tekenen waren, viel het wachten me heel zwaar.”

Veel sneller uit onzekerheid

Radboudumc helpt jaarlijks 4.000 patiënten sneller uit de onzekerheid dan voorheen. Dat is mogelijk door de wachttijd tot de eerste afspraak te minimaliseren en de planning van de onderzoeken die nodig zijn zo te standaardiseren dat deze goed op elkaar aansluiten. Patiënten hoeven daardoor niet onnodig vaak naar het ziekenhuis te komen. Iedere sneldiagnose eindigt met een multidisciplinaire patiënt-bespreking. Zo kan tegelijk met een uitslaggesprek met de patiënt ook al het behandeladvies worden besproken.

Sneldiagnose is nu breed geïmplementeerd. Mensen die vrezen voor blaaskanker, borstkanker, dikke-darmkanker, hersentumoren of prostaatkanker hebben binnen een dag uitsluitel. Voor huidkanker in het gelaat lukt dat vanaf 1 januari ook. Voor andere kankersoorten is de doorlooptijd zeer sterk bekort:

- Alvleesklierkanker**
(max 6 dagen; max 3 bezoeken)
- Dikkedarmkanker**
(3 dagen; 2 bezoeken)
- Gynaecologische tumoren**
(4 dagen; 2 bezoeken)
- Hoofd-halskanker**
(4 dagen; max. 4 bezoeken)
- Longkanker**
(2 dagen; 2 bezoeken)
- Lymfeklierkanker**
(5 dagen; max. 3 bezoeken)
- Schildklierkanker**
(2 dagen; 2 bezoeken)
- Slokdarmkanker**
(1 of 2 dagen; 1 of 2 bezoeken)
- Wekedelenkanker**
(4 dagen; 2 bezoeken)

Sneldiagnose volledig geïmplementeerd

Minder slapeloze nachten

Binnen het Radboudumc is de zogenaamde sneldiagnose sinds medio dit jaar volledig geïmplementeerd. Dat betekent concreet dat patiënten binnen één tot zes dagen de uitslag van hun onderzoek krijgen. In 80% van de gevallen kan dat zelfs binnen 24 uur. Sneldiagnose is daarmee een effectieve verbetering in de kankerzorg en zorgt voor een hoop minder slapeloze nachten voor de patiënt en zijn of haar omgeving. Eerder hebben we in Report beschreven hoe deze enorme versnelling tot stand is gebracht: een verhaal over nieuwe techniek en verbeterde logistieke processen. Nu iets anders. We horen (met name in de media) namelijk ook, dat er patiënten zijn die deze snelheid helemaal niet aan kunnen. Die liever willen wennen aan het gevoel dat ze kanker kunnen hebben of die liever tot ‘de ADV-dag van hun zoon’ wachten voor de uitslag, zodat ze het samen kunnen verwerken.

De praktijk binnen het Radboudumc laat echter zien dat met name de persoonlijke begeleiding door een verpleegkundige ervoor zorgt dat het proces en de patiëntwens goed op elkaar afgestemd worden. Wij tekenden dan ook louter enthousiaste verhalen op, zoals dat van de Nederlandse classicus en vertaler Vincent Hunink, die zegt: “Als je er eenmaal in zit, wil je alles zo gauw mogelijk weten.” De diagnose komt hém nooit snel genoeg, want met name op het moment dat er al verdachte tekenen zijn, is het wachten zwaar.

Als Vincent Hunink, ook na aanpassingen in zijn dieet, met regelmaat helder bloed bij zijn ontlasting ziet, laat hij zich doorverwijzen naar een Maag-Darm-Leverarts. Die doet een eerste onderzoek, maar met name omdat Hunink niet afvalt ziet de arts geen reden voor verder onderzoek. “Maar ik wilde gewoon weten wat er aan de hand was en heb toch aangedrongen op verder onderzoek.

De MDL-arts ging daar direct in mee en stelde een beperkte scopie voor. Alleen de endeldarm werd gecheckt. Ik heb zelf mee kunnen kijken en zag in de endeldarm een soort van witte onderwaterbloem; een poliep dus. Daar is een biopt van genomen waarvan ik op 9 mei de uitslag kreeg: het was kwaadaardig, het moest weggehaald worden én men wilde onderzoeken of er verdere uitzaaiingen waren.”

Hunink: “Als je eenmaal in die fase zit, duurt elke seconde die je moet wachten op verdere uitslagen een eeuwigheid. Dit was woensdag. Ik ben de daaropvolgende maandag, dinsdag en woensdag voor drie onderzoeken in het ziekenhuis geweest: een CT- en MRI-scan en een uitgebreid inwendig onderzoek. Bij dat inwendige onderzoek konden ze direct zeggen dat er geen verdere verdachte poliepen waren, maar van de scans hoor je nog niets. Daarvoor moet je wachten op het gesprek met de arts. Meestal heb ik mezelf goed onder controle, maar het wachten op deze uitslag vond ik extreem spannend en duurde voor mijn gevoel nog steeds eindeloos lang. Elk pijntje dat je voelt, zelfs in je schouderblad, interpreteer je dan als een uitzaaiing.”

Een warm pleidooi al met al van Vincent Hunink, voor snelle diagnostiek. De snelle diagnose die hij kreeg was, onder de gegeven omstandigheden, de meest gunstige. De tumor was operabel en er was geen enkele uitzaaiing gevonden. De operatie liet nog drie weken op zich wachten, maar die weken bleken vreemd genoeg minder zwaar om door te komen. Dat de operatie niet meteen volgt na de snelle diagnose is medisch gezien ook geen probleem. Net zo goed als de snelle diagnose wel veel psychische, maar geen puur medische winst oplevert. De operatie verliep goed en Vincent Hunink verliet vijf dagen na de operatie het Radboudumc.



De snelheid die in de diagnoses bereikt wordt, gaat zeker niet ten koste van de zorgvuldigheid. De feitelijke diagnose gebeurt nog steeds met dezelfde nauwkeurigheid door dezelfde mensen.

Het bevolkingsonderzoek borstkanker wordt:

‘Screenen op maat’

De preventieve keuring van auto's werkt volgens een systeem dat veel onderscheid maakt tussen typen auto's. Auto's van voor 1960 hoeven niet naar de APK, moderne diesels na drie jaar en auto's met een stekker pas na vier jaar. Bij het screeningsonderzoek naar borstkanker, wat toch van een heel andere orde is, kennen we dergelijke nuances wonderlijk genoeg niet. Nog niet, mag ik hopen. Iedere vrouw tussen de 50 en 75 wordt met eenzelfde frequentie uitgenodigd. Dat is niet optimaal. Met ons PRISMA-onderzoek gaan we de andere risicofactoren dan louter 'leeftijd' voor borstkanker goed in kaart brengen om maatwerk te leveren. Zo kunnen we de voor- en nadelen van het bevolkingsonderzoek beter in balans brengen. Dat is nodig én mogelijk.

Effectief

Begrijp me goed; het bevolkingsonderzoek naar borstkanker is effectief: ten opzichte van 25 jaar geleden weten we dankzij dit onderzoek bijna achthonderd sterfgevallen per jaar te voorkomen. Maar het kan beter. Het onderzoek heeft immers ook nadelen: niet elke tumor wordt op deze wijze opgespoord, het is voor vrouwen oncomfortabel en soms zelfs pijnlijk en vrouwen worden soms onnodig ongerust gemaakt door een fout-positieve uitslag. Wij willen nu met een grote studie: PRISMA (Personalized RISK-based MAMmascreening) de meerwaarde van 'screening op maat' onderzoeken. Zo hopen we een optimale balans te vinden tussen de voor- en de nadelen van screening.

Meer factoren

We kijken bij het uitnodigen van vrouwen voor het bevolkingsonderzoek nu louter naar leeftijd. Maar we weten dat er meer factoren de kans op het krijgen van borstkanker beïnvloeden. Denk aan de dichtheid van het borstweefsel, het aantal kinderen dat een vrouw heeft gebaard, of ze wel of geen borstvoeding heeft gegeven, de lengte van de vruchtbare periode, overgewicht, alcoholgebruik, het bestaan van borstkanker in de familie en sommige

variaties in het DNA. Die gegevens hebben we nu niet van de vrouwen die meedoen aan het bevolkingsonderzoek. We gaan 90.000 deelnemende vrouwen daarom vragen of zij een vragenlijst willen invullen en vragen 27.000 van hen of zij ook wat bloed willen afstaan. Dat onderzoek is nu gestart en breiden we, als de volledige financiering rond komt, uit naar deze aantallen. Zo verzamelen we waardevolle gegevens over mogelijke risicofactoren en kunnen we zien bij wie de ziekte zich ontwikkelt.

Risicogroepen

Ons doel is helder: we willen aan de hand van dit grote onderzoek trefzeker kunnen voorspellen wie veel en wie weinig kans heeft op het ontwikkelen van borstkanker. Dan kun je risicogroepen maken en voor elke groep een optimale balans vinden van de voor- en nadelen van het bevolkingsonderzoek. We kunnen vervolgens ook met computermodellen in beeld brengen wat er gebeurt als je naar die kennis gaat handelen en dus de groep met een hoger risico een uitgebreider en frequenter bevolkingsonderzoek aanbiedt, terwijl je de laagrisicogroep juist minder onderzoekt. Uiteindelijk willen we immers weten of het mogelijk én verantwoord is om dergelijk maatwerk te leveren aan vrouwen.

Dr. Mireille Broeders, epidemioloog

Natuurlijk brengen we ook in kaart hoe acceptabel screening 'op maat' is voor vrouwen en medisch specialisten. En welke rol ethische, psychologische, juridische, logistieke en financiële aspecten daarbij spelen.

Beter dan röntgen, betaalbaarder dan MRI

Nieuwe 3D-echo voor borstkankerscreening verdubbelt de pakkans

Bij de mammografie wordt ongeveer eenderde van de tumoren niet opgemerkt. Kijken we naar vrouwen met dense borsten, borsten met veel melkklieren, dan loopt dat percentage nog verder op. Daar wordt minder dan de helft van de tumoren gevonden. Dat is zorgwekkend. Vooral ook omdat de kans op borstkanker bij vrouwen met dense borsten aanzienlijk groter is en omdat liefst 40% van de vrouwen binnen deze categorie valt. Het Radboudumc biedt patiënten met dense borsten nu een alternatief aan: 3D-echo. Dr. Ritse Mann is als radioloog zeer nauw bij deze unieke screeningsmethode betrokken en geeft ons graag de details.

Mann: “Je zou alle vrouwen met dense borsten het best een MRI-scan aan kunnen bieden. Maar de capaciteit van MRI is beperkt, de belasting voor een vrouw is hoog, omdat er bijvoorbeeld ook contrastvloeistof ingespoten moet worden, en de kosten zijn enorm. Wat wij nu doen is patiënten in eerste instantie een mammografie aanbieden. Speciale hier in huis ontwikkelde software bepaalt vervolgens of er sprake is van dense borsten. Zo houden we die selectie puur objectief. Deze vrouwen krijgen direct een 3D-echo aangeboden. Ook die is grotendeels geautomatiseerd. We krijgen hiermee een volledig driedimensionaal beeld van de borsten.”

“Het kostte ons in het recente verleden nog tien minuten om dat beeld te beoordelen, maar inmiddels doen we dat in nog geen twee minuten,” vertelt Ritse Mann. “Dat betekent, dat we ook direct een uitslag kunnen geven of met een handheld-echo of biopt tot een gedetailleerd oordeel kunnen komen als we iets waarnemen. We halen ook met deze screening nog geen honderd procent, maar zetten hier wel een enorme stap mee vooruit. Er zijn in Nederland inmiddels zes 3D-echoscaners beschikbaar. Hier in Nijmegen zijn we de eerste die deze geavanceerde

screening, sinds afgelopen zomer, structureel inzetten bij een echte patiëntenpopulatie.”

Het vroeg detecteren van borstkanker is essentieel om de overlevingskansen te vergroten. De verwachting is uiteraard dat deze techniek op dat vlak tot verbetering zal leiden, maar harde cijfers daarover zijn er nog niet. Mann: “Gelukkig vinden we bij slechts vier van de 1000 vrouwen die we met de 3D-echo screenen daadwerkelijk een gemiste tumor. Dat betekent, dat we duizenden vrouwen moeten screenen om harde uitspraken over de overleving te doen. Vooralsnog zijn we blij met elke tumor die we op deze wijze extra ontdekken en met de extra zekerheid die we vrouwen kunnen geven als we aangeven dat we niets kunnen vinden.”

Dense

Vrouwen met dicht borstklierweefsel, dense borsten, hebben vier tot vijf keer meer kans om borstkanker te krijgen dan vrouwen met zeer weinig klierweefsel. Dicht borstklierweefsel is zelfs een grotere risicofactor voor het krijgen van borstkanker dan borstkanker in de familie. Op een mammogram zijn tumoren in deze borsten veel moeilijker te vinden. Tumoren en klierweefsel zien er namelijk allebei wit uit op een mammogram. In de VS krijgen vrouwen bij een mammografie dan ook zelf de BIRADS-densiteitscategorie (ACR 1 t/m 4) te horen, zodat ze weten hoe dense hun borsten zijn en hoe ze de uitslag moeten lezen. Radboudumc stelt de categorie geautomatiseerd vast en biedt vrouwen met categorie 3 en 4 een aanvullende 3D-echo aan.

“Juist omdat behandelingen vaak wel twee jaar duren, is het essentieel dat een kind blijft bewegen. Voor de behandeling én de periode daarna.”



Bewegen cruciaal voor kind met kanker

De eerste reactie van ouders, maar ook vriendjes, sportclubs en scholen als zij geconfronteerd worden met een kind met kanker is, dat ze het kind omzichtig en met grote zorg behandelen. Dat zorgt ervoor dat deze kinderen vaak veel te weinig uitgedaagd worden om ‘gewoon’ te blijven bewegen. Dat is een probleem, weet Perijn Verheij, kinderfysiotherapeut binnen het Radboudumc. Report spreekt haar in de gymzaal, waar ze deze kinderen vooral laat bewegen. Dat zorgt er niet alleen voor dat ze beter door de behandeling komen, maar ook dat de lichamelijke terugval na de behandeling aanzienlijk kleiner is. Verheij: “Lichamelijke passiviteit kan voor een langdurige achterstand zorgen. Dat willen wij met oefeningen hier in huis én met veel voorlichting zoveel mogelijk voorkomen. We betrekken daar de ouders bij, maar ook de leerkrachten en de kinderfysiotherapeuten in de eerstelijns.”

Impact

Perijn Verheij: “Kanker bij kinderen heeft soms directe gevolgen op het bewegen, zoals bij een hersen- of bottumor. Maar daarnaast is de invloed van chemotherapie op kinderen ook groot. We zien als gevolg daarvan perifere polyneuropathie, een aandoening van de uiteinden van de zenuwen in armen en benen, maar ook ernstige

spierzwakte en een beperkte belastbaarheid. Dat alles grijpt in op hun motorische ontwikkeling, conditie én kracht. We zijn daar binnen het Radboudumc alert op. Zelf begeleiden wij als kinderfysiotherapeuten de kinderen zo actief mogelijk. Dat begint met oefeningen in bed, maar als het even kan, proberen we ze uit bed te krijgen en bijvoorbeeld hier in de gymzaal oefeningen met ze te doen. Soms ook samen met vriendjes die op bezoek zijn. Daarnaast werken we er samen met de verpleging, educatieve voorziening en pedagogisch medewerkers aan, dat ‘actief blijven’ ook voor hen een gewoonte wordt. Juist doordat behandelingen soms wel twee jaar duren, is de impact van te weinig bewegen groot en heb je kans dat kinderen een achterstand oplopen waar ze in hun dagelijkse leven last van houden. Wij zetten daarom alles in: van een voorlichtingsfolder voor

ouders tot spelmateriaal, een home-trainer of Wii op de kamer en een basket of klimwand in de gymzaal.”

Openbaring

Perijn Verheij geeft aan, dat het voor ouders vaak een openbaring is wat de kinderen toch nog allemaal kunnen en voor de kinderen zelf soms ook: “Ik moet ze een enkele keer zelfs afremmen om ze niet over grenzen te laten gaan en oververmoeidheid en spierpijn te voorkomen. Maar bij de meeste kinderen zie je het omgekeerde: zij moeten juist het vertrouwen in hun eigen lichaam terugkrijgen. Zo zorgen we ervoor dat de kinderen met een betere conditie de behandelingen doorkomen en ze in het leven dat daarna komt, zo min mogelijk lichamelijke gevolgen overhouden aan hun ziekte.”

Poppendokter

Joost van Sluijters

Een vriendin van mij noemde de arts die haar behandelde ‘een lot uit de loterij’. Ik heb slecht nieuws voor haar: het lot verdwijnt. Minister Bussemaker stelt dat de loting voor populaire studies waarvoor een numerus fixus geldt, wordt afgeschaft. Geneeskunde is één van die studies. Afgelopen jaar nog hadden zich ruim 56.000 studenten aangemeld voor een lotingstudie. De minister wil nu graag dat we deze aankomende studenten objectief gaan wegen op persoonlijkheid, motivatie en onderwijsprestaties omdat in haar optiek de kans dan groter is dat de juiste student op de juiste plek terecht komt. Ik wil, met haar, best geloven dat we op die wijze gemotiveerde studenten binnenhalen, maar maak me daarbij ondertussen ernstig zorgen of we daarmee ook de beste artsen af gaan leveren.

De motivatie van studenten wordt binnen het Radboudumc al langer meegewogen en men mag zich verdiepen in een medisch onderwerp, waarop men vervolgens bevraagd wordt. Men doet daar erg enthousiast over: er zou minder uitval zijn en de resultaten zouden beter zijn. Maar krijgen we ook betere artsen? Studenten die zich hier aan de poort melden, hebben het VWO flitsend snel doorlopen en zijn dus 18 lentes jong. Ik vertel niets nieuws als ik stel dat meisjes op die leeftijd emotioneel en sociaal aanzienlijk verder ontwikkeld zijn dan jongens. Deze voormalige poppendokters zullen een gloedvol betoog kunnen houden waaruit mag blijken dat zij werkelijk voor dit vak in de wieg zijn gelegd en binnen de kortste keren zullen ook de laatste leden van het mannelijk geslacht uit de collegebanken zijn verdwenen. We wisten al dat het VWO eigenlijk te vroeg komt voor de heren, deze persoonlijkheids- en motivatiecheck doet nog een extra duit in het zakje. De feminisering van de geneeskunde slaat door. Nu al is 70% van de studenten vrouw. Is dat erg? Ja. Uit onderzoeken blijkt dat vrouwen in tal van zaken beter zijn. Ze zijn bijvoorbeeld communicatiever en socialer. Maar mannen blijken door de bank genomen ambitieuzer, avontuurlijk en innovatiever.

Oók die kwaliteiten hebben we heel hard nodig binnen de geneeskunde. Wisten Michel Schaap en Philip Poortmans, wier relaas we elders in dit nummer lezen, op hun achttiende feilloos te verwoorden waarom zij die spraakmakende hematoloog en radioloog zouden gaan worden? Ik vrees van niet. Wij dreigen de collegebanken te gaan vullen met ijverige, übergemotiveerde meiden. Dat is fijn, maar daarmee gaan we ook een grote groep van met name mannen uitsluiten die we voor onze patiëntenzorg en ons onderzoek ook keihard nodig hebben. Ik heb één troost: wie zich voorstelt dat commissies jaarlijks 56.000 studenten gaan beoordelen op persoonlijkheid en motivatie, begrijpt dat dit schier onmogelijk is. Dat wordt een loterij en geloof me, daar ben ik heel blij mee...

“Natuurlijk wilden we weten wat er genetisch mis was. We hadden het liever zelfs eerder geweten.”

“Een genetische dubbelfout”

Op ieder ziektebeeld, iedere behandelmethode en iedere innovatie heeft iedereen uiteraard zijn eigen perspectief. In deze rubriek brengen we die beide perspectieven bij elkaar. Dit keer met aan de ene zijde klinisch geneticus dr. Marjolijn Jongmans en aan de andere zijde de ouders van Anouk Weijers, die in 2011 op elfjarige leeftijd overleed. Een verhaal over erfelijke aanleg en de wenselijkheid om op dat gebied alles al dan niet te weten. Hoe erfelijkheidsonderzoek impact op de gehele familie kan hebben.

Linda Weijers: “Anouk kreeg op haar vierde een agressieve hersentumor en drie jaar later lymfeklierkanker. Dat is op zo’n moment allesbepalend in je gezin. Door alle ingrijpende behandelingen liep Anouk een groeiachterstand op. Daarom stelden de artsen van het Radboudumc voor om een behandeling met groeihormonen te geven. Toen ze voor de tweede keer klaar was met de behandeling wilden ze weer groeihormonen gaan toedienen.” Frank Weijers: “Ik ben storingsmonteur en leef van het analytisch denken... Ik dacht: groei is mooi, maar dan moet er geen volgende kanker zijn die mee gaat groeien. Ik heb toen zelf gevraagd of we niet eens moesten onderzoeken of er geen erfelijke aanleg bij haar in het spel was en daar stemde de oncoloog direct in toe.”

Marjolijn Jongmans: “Dat was de eerste keer dat ik Anouk zag. Ik ben gespecialiseerd in erfelijke kinderkanker. Syndromen die met kinderkanker gepaard gaan, kan je vaak herkennen aan uiterlijke kenmerken. Zo wilde ik Anouk graag controleren op pigmentvlekken, die typerend zijn voor bepaalde kinderkankersyndromen. Haar ouders zeiden direct dat

ik dan niet Anouk, maar haar zus Manon moest onderzoeken. Toen gingen alle alarmbellen bij me rinkelen en dat bleek helaas niet voor niets. Uiteindelijk is het erfelijk materiaal van Frank, Linda, Anouk én Manon onderzocht. In het lab zet men dan alles op alles om zo snel mogelijk met een uitslag te komen. Men snapt de urgentie. Uit hun DNA-onderzoek bleek dat beide ouders het Lynch syndroom hebben; een erfelijke afwijking die een verhoogde kans geeft op met name darm- en baarmoederkanker op volwassen leeftijd. Door het domme toeval dat ze dit beiden hebben, hebben de zussen dit in het kwadraat. Dat heet het constitutioneel mismatch repair deficiëntie syndroom. Dit syndroom gaat gepaard met een hele grote kans op kanker op de kinderleeftijd, met name hersentumoren, darmkanker en lymfeklierkanker. Dat heeft dus gezorgd voor de diverse tumoren die zich bij Anouk ontwikkelden.”

Frank Weijers: “We kregen met recht een slecht nieuws gesprek. Marjolijn heeft dat heel goed gedaan; maar dat neemt niet weg dat haar verhaal natuurlijk heel confronterend was. Je hoort in zo’n gesprek maar een fractie van wat ze zeggen, dus schrijf ik altijd mee om het later nog eens na te lezen. Marjolijn heeft het op een heel betrokken manier misschien wel honderd keer uitgelegd. Zo vaak als we wilden. Met tekeningen erbij. Dat was fijn, want dat hebben we bij andere artsen in een andere situatie wel eens anders meegemaakt.”

Marjolijn Jongmans: “Je gaat met een baksteen in je maag zo’n gesprek in en vraagt je ook af of mensen dit allemaal wel willen weten. Daar zit immers zeker ook een ethische kant aan. Belangrijk bij het beantwoorden van die vraag is, of de kennis over de DNA-fout ook medische winst oplevert. Dat was hier duidelijk het geval. Want met de kennis die we nu hebben, kunnen we Frank, Linda en Manon met grote regelmaat een darmonderzoek aanbieden en van Manon wordt halfjaarlijks een MRI-scan van de hersenen gemaakt, zodat we mogelijke tumoren in ieder geval vroegtijdig ontdekken.”

Linda Weijers: “Ook onze hele familie is genetisch onderzocht en 70% van hen bleek het Lynch syndroom te hebben. Gelukkig was dat bij geen van de partners het geval.”

Marjolijn Jongmans: “Ik heb Frank en Linda Weijers later gevraagd of zij het eigenlijk wel hadden willen weten, maar daar waren ze heel helder over. Ze hadden het liever zelfs nog eerder geweten.”

Frank Weijers: “Als wij eerder geweten hadden tegen welke genetische krachten Anouk aan het vechten was, hadden we misschien zelfs de tweede behandeling helemaal niet laten plaatsvinden. Bij de hersentumor was er geen keuze, maar daarna wel. Als we toen van dit syndroom hadden geweten, hadden we er waarschijnlijk voor gekozen om Anouk niet meer al die vreselijk zware behandelingen te geven. Dan hadden we haar laten genieten van de tijd die ze nog te leven had. Wat mij betreft maken ze van iedereen bij geboorte een genetisch profiel,

dan kun je daar heel veel ellende mee besparen. We hadden het graag aan willen zien komen. De andere kant van het verhaal is, dat deze genetische kennis voor ons en voor Manon waarschijnlijk gaat leiden tot hogere premies bij het afsluiten van een lening of hypotheek. Maar goed; waar hebben we het over...”

Marjolijn Jongmans: “Gelukkig is het genetisch defect van Manon en Anouk een zeldzaamheid. Het is stomme pech. Mede door Anouk en mijn promotieonderzoek is de alertheid op erfelijke kinderkanker binnen het Radboudumc nog verder toegenomen. Er wordt bijvoorbeeld veel vaker gecheckt op pigmentvlekken en er wordt vaker doorverwezen naar de geneticus. Ondertussen ben ik met steun van KiKa samen met mijn collega Esmé Waanders op zoek naar andere genen die kanker bij kinderen veroorzaken.”

Frank Weijers: “Het is fijn dat Anouk zo nog een bijdrage levert. We hebben ook toen ze ziek was altijd geprobeerd om de onderzoekers verder te helpen. Nadat ze de hersentumor en lymfeklierkanker overleefd had, kreeg ze in 2010 een vorm van leukemie. Daar is ze op haar elfde uiteindelijk aan overleden...”

Marjolijn Jongmans: “Als geneticus was ik toen al weer buiten beeld. Dat is de vreemde waarheid. Ik bel na een maand op of er nog vragen zijn en mensen mogen mij natuurlijk altijd opnieuw benaderen, maar daarna pakt de oncoloog het op. In dit geval Corry Gidding. Die gaat de hele weg.”

Frank Weijers: “En verder. Twee dagen nadat Anouk overleden was, stond dokter Corry, zoals de kinderoncoloog voor ons heet, hier aan de deur. Dat was mooi.”

Wie via Google zoekt naar Anouk Weijers uit Ottersum komt bij de blog die Frank bijhield om het verhaal van zich af te schrijven en niet steeds opnieuw te hoeven vertellen. Dat doet meer recht aan haar ingrijpende ziektegeschiedenis dan de paar woorden die wij hier kwijt kunnen.

“Dit is zeldzaam. Maar we kennen inmiddels vier andere gezinnen waarbinnen dit syndroom bij één of meerdere kinderen speelt.”



Samenwerking met Stichting HDKT

Fondsen werven vanuit oprecht gevoelde bevoegdheid gaat het allerbest. De Stichting Honderd-duizend-keer-een-tientje is daar een treffend voorbeeld van. De Stichting werd opgericht nadat het zoontje van een van de initiatiefnemers te maken kreeg met een sarcoom; een zeer agressieve kwaadaardige tumor. Er is weinig geld om onderzoek naar sarcomen te financieren, daarom besloten de initiatiefnemers zelf het heft in handen te nemen via stichting HDKT.

De stichting werft fondsen, verzorgt voorlichting en financiert ook onderzoek naar sarcomen. Bij dat laatste heeft de Stichting Honderd-duizend-keer-een-tientje nu de samenwerking gezocht met het Radboud Oncologie Fonds. Het Radboud Oncologie Fonds helpt stichting HDKT bij de specifieke besteding van de ingezamelde gelden binnen het Radboudumc. Het gaat inmiddels om een bedrag van € 50.000; de eerste 5000 tientjes.

De samenwerking tussen het Radboud Oncologie Fonds en de stichting HDKT heeft een aantal voordelen.

Het Radboud Oncologie Fonds is een ANBI-stichting en staat garant voor een correcte besteding. Voor de donateurs van stichting HDKT is daarmee vooraf duidelijk waar hun donatie exact naartoe gaat. Daarnaast kunnen beide stichtingen elkaar ondersteunen in communicatie-uitingen en zo meer mensen bereiken. Samen tegen kanker!

Bent u ook betrokken bij een stichting die geld inzamelt voor meer onderzoek naar kanker in het Radboudumc of wilt u een stichting voor hetzelfde doeleinde oprichten? Wellicht kan een samenwerking met of een fonds op naam via het Radboud Oncologie Fonds ook voor u interessant zijn. Kijk voor meer informatie op www.radboudoncologiefonds.nl.

Kankerpatiënte krijgt nauwelijks voorlichting over vruchtbaarheid

Jonge vrouwen met kanker krijgen nauwelijks voorlichting over het behoud van vruchtbaarheid, constateert Lobke Bastings in haar proefschrift dat eind september veel kranten haalde. De overlevingskansen van jonge kankerpatiënten nemen steeds verder toe. Dat rechtvaardigt aandacht voor de kwaliteit van leven na een behandeling. Vruchtbaarheid hoort daar zeker bij. Toch krijgt minder dan 10% van de jonge vrouwen voorlichting hierover. Terwijl er medisch tal van mogelijkheden zijn om een latere kinderwens alsnog in te vullen. Denk aan het invriezen van eicellen, eierstokweefsel of embryo's of het buiten het bestralingsgebied verplaatsen van de eierstokken. Bastings die promoveerde aan het Radboudumc, vermoedt dat de gevoeligheid van het onderwerp een rol speelt bij de slechte voorlichting, maar zeker ook de onwetendheid. Zonder valse verwachtingen te willen scheppen, pleit ze ervoor dat oncologen deze patiënten (circa 2400 per jaar) doorverwijzen. 70 tot 80% van hen heeft hier belang bij.



Over Bastings' bevindingen heeft kamerlid Pia Dijkstra vragen aan de minister gesteld. Scan voor de vragen en antwoorden de QR-code.



Oncologische nazorg meer naar 1^e lijn

Tijdens de door het Radboudumc georganiseerde conferentie 'Samen verder na kanker – transmurale oncologisch nazorg' op 14 oktober, werd onder meer een recent MedNet-onderzoek gepresenteerd. Uit dit onderzoek blijkt dat zowel de specialisten als de huisartsen vertrouwen hebben in het verplaatsen van een deel van de oncologische nazorg naar de eerste lijn. Bij circa 100 huisartsen en specialisten uit de regio Nijmegen, bleek een groot enthousiasme te bestaan voor deze verplaatsing van de nazorg. Tegelijkertijd bleek ook dat het gebrek aan adequate communicatie tussen de partijen nog een hindernis is bij deze verschuiving. Guido Adriaansens, voorzitter van de regionale Huisartsenkring Nijmegen en omstreken, gaf in zijn slotbetog aan dat die communicatie én de samenwerking verder moeten verbeteren. Dat gaat ook gebeuren, want ter plekke pakte Hans de Wilt, oncologisch chirurg in het Radboudumc, namens het ziekenhuis die handschoen al op. Het scharnierconsult (een soepele warme overdracht van de zorg van eerste naar tweede lijn waarbij de patiënt ook aanwezig is) zal in de oplossing, ongetwijfeld een grote rol gaan spelen.