

‘Hoe helpt dit de
patiënt, vraag
ik me af bij alles
wat ik doe’

Marleen Kok

Antoni

ONDERZOEK Medicijnen goedkoper maken **HOE WERKT DAT?** HIPEC-behandeling



COVER: Marleen Kok

Ze houdt van het werken in teams, en daartoe rekent ze ook de samenwerking met haar patiënten. 'Gelijkwaardigheid in onze relatie is erg belangrijk, ook al ben ik degene die adviezen geeft omdat ik toevallig meer weet over borstkanker.' De best mogelijke patiëntenzorg, dat is wat haar drijft als behandelaar in het borstkankerteam en onderzoeker op de afdeling immunologie.

'Hoe helpt dit de patiënt, nu of in de toekomst? Die vraag stel ik mezelf bij alles wat ik doe. Ik sta daarin niet alleen, die mentaliteit van 'Wat heeft de patiënt hieraan?' heerst overal in het ziekenhuis en het onderzoeksinstituut. Dat maakt werken in het Antoni van Leeuwenhoek voor mij zo bijzonder. Vijftig procent van mijn tijd besteed ik met mijn team aan onderzoek naar defecten in het afweersysteem en het optimaliseren van immuuntherapie bij borstkanker. Daarnaast begeleid en behandel ik borstkankerpatiënten, veelal met nieuwe behandelingen. Het helpen van de patiënt van vandaag motiveert mij weer om met goed onderzoek mogelijk duizenden mensen in de toekomst een betere behandeling te kunnen geven. Momenteel werken we aan de TONIC-studie, waarin we de werking van immuuntherapie onderzoeken en proberen te verbeteren voor vrouwen met

uitgezaaide triple negatieve borstkanker. Dit is een soms agressieve vorm van borstkanker die vooral jonge vrouwen treft en waarvoor geen doelgerichte of hormonale behandeling beschikbaar is. Welke vrouwen hebben baat bij immuuntherapie, waarom werkt de therapie soms niet, kunnen we de immuuntherapie combineren met bestraling en chemotherapie? De TONIC-studie is uniek in zijn soort en internationaal wordt er dan ook meegekeken. Ik ben altijd heel veel aan het uitleggen aan mijn patiënten. Als ze écht begrijpen wat er aan de hand is en wat de opties zijn, kunnen ze hun ziekte meestal beter verwerken. En kunnen we samen een behandelplan maken. Dat vind ik enorm belangrijk. Het grootste compliment dat een patiënt mij kan geven, is dat ze het gevoel heeft dat ze haar autonomie behoudt. Dat de communicatie fijn verloopt en dat we er samen voor gaan.'

COLOFON

Antoni is het kwartaalmagazine voor relaties en patiënten van het Antoni van Leeuwenhoek

Hoofdredactie: Saskia van de Meeberg

Eindredactie: Marloes Tervoort

Editorial consultant: Hanneke Savenije

Redactie: Edith Krab, Marloes Tervoort, Sasha Kartoidjo en Sanne Hijlkema

Fotografie: André Jagt, Malou | No Candy, Frank Ruiter

Illustraties: Mireille Schaap

Art director: Yke Bartels, Ykeswerk

Drukwerkbegeleiding: Tamara Vreeken

Drukwerk: Zwaan Printmedia

Oplage: 10.000

Contact: Antoni van Leeuwenhoek Afdeling Marketing, Communicatie & Fondsenwerving, Postbus 90203 1006 BE Amsterdam, 020 - 512 9111 communicatie@nki.nl, (ook voor adreswijzigingen)

Word Vriend en steun onderzoek in het Antoni van Leeuwenhoek.

Voor giften: AVL Foundation, IBAN: NL26 RABO 010 29 00000.

Voor informatie en vragen: fondsenwerving@nki.nl of 020-5122856. Voor bijzondere giften: Véronique Lecluse, 020-5129095, v.lecluse@nki.nl.



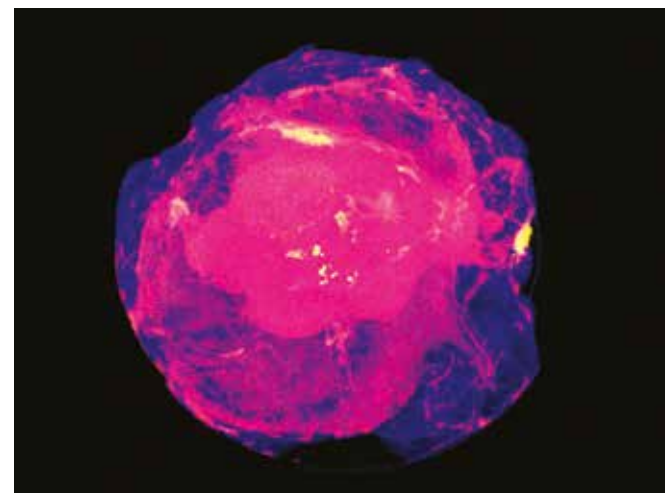
WIST JE...



dat je het Antoni van Leeuwenhoek ook kunt volgen op Facebook en Twitter? Daar zijn alle laatste nieuwtjes en ontwikkelingen te vinden. Zoek op Facebook naar @hetAntoniVanLeeuwenhoek en op Twitter naar @hetAVL.

**Onderzoek & Innovatie**

- 10 Hoe werkt dat, een HIPEC-behandeling bij dikkedarmkanker?
- 14 CT-scan van tumorweefsel tijdens borstsparende operatie voorkomt wellicht extra operatie of bestraling.
- 16 Honderdduizend euro per jaar? Waarom moeten kankermedicijnen zo duur zijn en wat is er aan te doen?

**Zorg**

- 20 Het onderzoeksteam celtherapie
- 22 Kwaliteit in cijfers: de darmkankerzorg in het Antoni van Leeuwenhoek
- 23 Goed idee: met hoofd-huidkoeling je haar behouden.

**Kort**

04, 05, 12

'Het mooie vind ik dat de patiënt hier echt iets aan heeft.'

Natasja Janssen,
Phd-student

Persoonlijk

- 02 Coververhaal: over onderzoek en zorg waarbij de patiënt altijd voorop staat.
- 06 Paulo de Jong had uitzaaiingen van prostaatkanker, maar met 3D-navigatietechniek werden die succesvol verwijderd.
- 13 Over hoe Danielle en Pauline hun zieke broer steunen.



Wereldwijde studie

DNA en borstkanker

Maar liefst 72 nieuwe genetische mutaties die tot de ontwikkeling van borstkanker kunnen leiden, zijn ontdekt door samenwerkende wetenschappers van 300 instituten van over de hele wereld.

Ook het Antoni van Leeuwenhoek was betrokken bij de studie. Van de nieuw geïdentificeerde genetische varianten blijken 65 algemeen voor te komen bij vrouwen met borstkanker. De zeven overige mutaties leiden tot een type borstkanker dat niet

reageert op hormoontherapieën. Samen met de al bekende genetische varianten, komt het totale aantal zo op bijna 180. Door het onderzoek denken de onderzoekers in de toekomst beter het persoonlijk risico op borstkanker in te kunnen schatten.

Lees meer op avl.nl onder 'nieuws'.

Online keuzehulp bij borstreconstructie

EEN AANZIENLIJK DEEL van vrouwen die een borstreconstructie ondergaat, krijgt later spijt van haar keuze. Om vrouwen beter te ondersteunen bij deze beslissing, heeft het Antoni van Leeuwenhoek samen met het ZorgKeuzeLab de 'Borstreconstructie Keuzehulp' ontwikkeld. De keuzehulp biedt objectieve en begrijpelijke voorlichting over de verschillende mogelijkheden bij borstreconstructie. Zo kunnen patiënten samen met hun plastisch chirurg weloverwogen besluiten wat het best bij hen past.

Lees meer op avl.nl onder 'nieuws'.

KIJKEN

Symposium Borstkanker gemist op 18 oktober 2017? De publiekslezing met sprekers over medische ontwikkelingen, zorg en persoonlijke ervaringen is terug te zien op het YouTube-kanaal van het Antoni van Leeuwenhoek. Zoek op 'Publiekslezing borstkanker 2017'.

LINTJES

Voor hun niet aflatende inzet voor mesotheliompatiënten en asbestslachtoffers zijn longartsen **Sjaak Burgers** en **Paul Baas** van het Antoni van Leeuwenhoek geridderd in de Orde van de Nederlandse Leeuw.



WINNAARS

Ons blad Antoni is bekroond tot beste magazine tijdens de uitreiking van de Grand Prix Content Marketing 2017 in Utrecht. Ook de campagne #nietzonderjullie, die meer oncologieverpleegkundigen wist aan te trekken, viel in de prijzen.



© Photo by Rui Ochoa

Wait-and-See

HOOGGEËRD BEZOEK

Prof. dr. Geerard Beets gaf de Koning en de Koningin tijdens hun staatsbezoek aan Portugal uitleg over zijn 'Wait-and-See' onderzoek bij rectumkanker, waarvoor hij nauw samenwerkt met een Portugese kliniek.

Volgens Beets, oncologisch chirurg van het Antoni van Leeuwenhoek, zorgt meer behandeling niet altijd voor meer resultaat. Wat hem betreft gaat de standaardbehandelingsroute – chemo en bestraling, en dan operatie – op de schop, want bij een kleine groep patiënten is er bij controle al vóór operatie geen tumor meer te zien. Waarom dan patiënten belasten met de mogelijke complicaties van een operatie, zoals een blijvend stoma, incontinentie en impotentie? Beter even afwachten of de tumor echt wegblijft en ondertussen regelmatig controleren.

Meer info op avl.nl onder 'Wait-and-See bij rectumkanker'.

Fondsenwerving

Team Westland

FIETSEND OF LOPEND, ieder jaar zet Team Westland zich in om geld in te zamelen voor kankeronderzoek. Dit jaar werd maar liefst € 756.000 opgehaald! Omdat veel deelnemers de gevolgen van borstkanker hebben meegemaakt, is een deel van de opbrengst aan borstkankeronderzoek in het Antoni van Leeuwenhoek gedoneerd. Prof. dr. Sabine Linn en Karin de



Visser ontvingen € 25.000 voor een safety cabinet. Hiermee kunnen afweercellen uit bloed van kankerpatiënten worden geïsoleerd. Dr. Gabe Sonke ontving € 200.000 om in tumorweefsel van borstkankerpatiënten te kunnen onderzoeken of zij gevoelig zijn voor het nieuwe medicijn Peruzumab. Prachtige donaties, bedankt!



Levenslied

IN HET NIEUWE CENTRUM VOOR KWALITEIT VAN LEVEN, waar alle ondersteunende zorg en behandeling voor patiënten van het Antoni van Leeuwenhoek is verzameld op een centrale plek, is alles erop gericht patiënten te helpen autonoom het leven aan te kunnen. Het uitbundig kleur-

rijke, 5x6 meter grote kunstwerk 'Levenslied' van Erik Mattijssen past daar precies bij. Het werd onthuld tijdens de officiële opening van het CKvL op 2 november en is een eerbetoon aan een familie die mede heeft bijgedragen aan de totstandkoming van het Centrum.

Fondsenwerving

WANDEL GELD BIJ ELKAAR!



'Het verdrietige verhaal van een jonge moeder heeft me geïnspireerd om door te zetten'

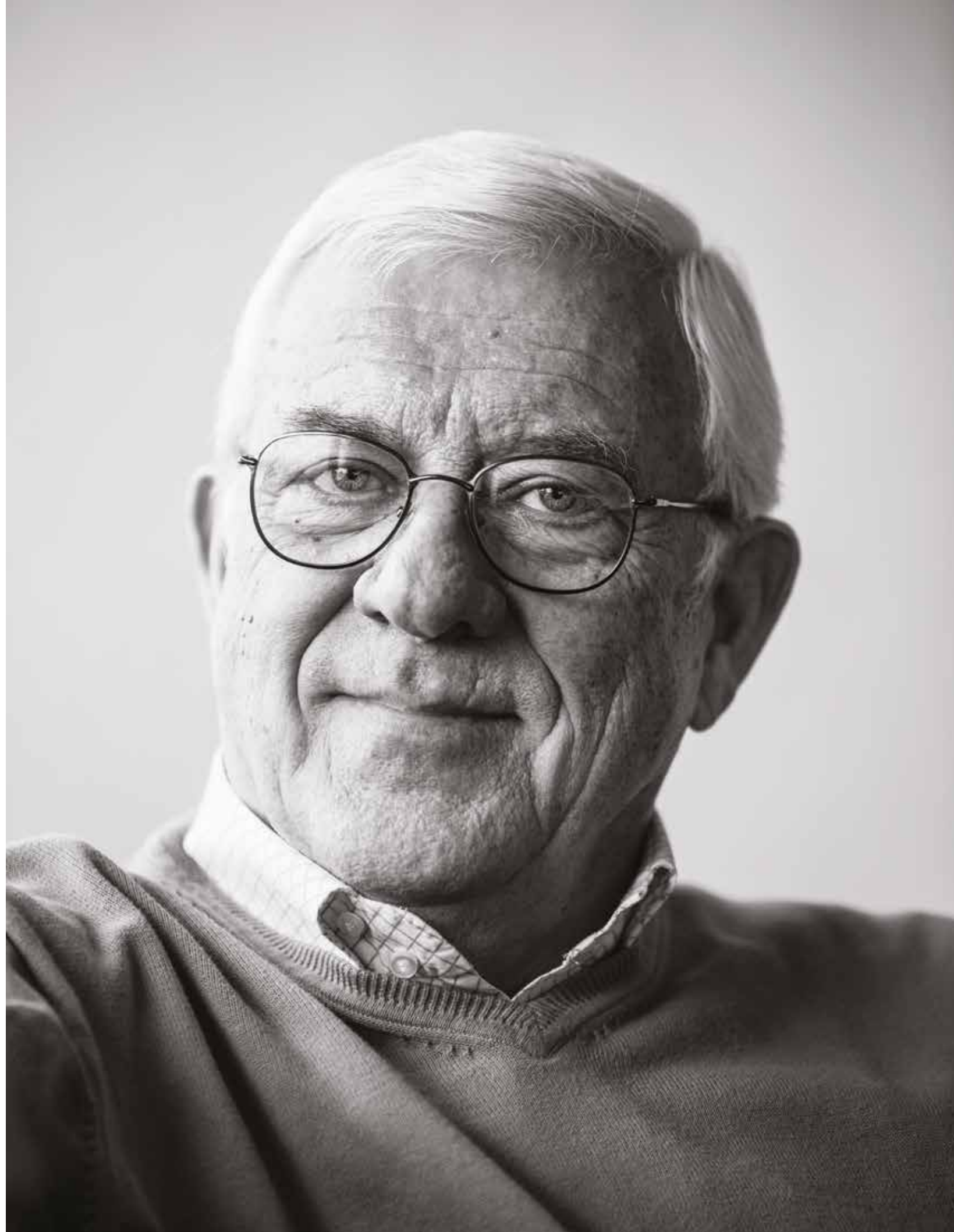
Internist-oncoloog prof. dr. Sabine Linn in de Volkskrant over de Subito-studie, naar een loodzware, maar beloftevolle behandeling van borstkanker.

Zie ook avl.nl onder 'nieuws'.

Ook meedoen aan het wandelevenement de '30 van Zandvoort' op 24 maart 2018? Deze wandeltocht heeft het meest afwisselende parcours van Nederland. Liever iets minder kilometers lopen? Kies dan voor de route van 18 km. Bij inschrijving kan er een donatie worden gedaan voor kankeronderzoek in het Antoni van Leeuwenhoek. Ook kun je als deelnemer van je wandeling een sponsorloop maken. De donaties komen ten goede aan het project 'Veerkracht', met als doel fysiotherapeutisch ondersteunde (beweeg) interventies te ontwikkelen voor patiënten met uitgezaaide borstkanker.

Meer weten over deze actie of aanmelden? Kijk op avlfoundation.nl.





‘Ik heb ontzettend veel geluk gehad’

Bij Paulo de Jong werden uitzaaiingen bij prostaatkanker succesvol verwijderd met 3D-navigatietechniek.

Wie: Paulo de Jong (71)

Had: prostaatkanker met uitzaaiingen.

Deed mee: aan een studie waarbij patiënten worden geopereerd met 3D-navigatietechniek, de Logi-Knife, ook wel de TomTom in de OK genoemd.

En nu: de behandeling is klaar, Paulo staat onder controle.

Als Paulo de Jong een agressieve vorm van prostaatkanker blijkt te hebben, wordt zijn prostaat operatief verwijderd in het Radboudumc. Maar al snel zijn er uitzaaiingen in de lymfeklieren. Het Antoni van Leeuwenhoek stelt voor hem – vóór bestraling - eerst te opereren met de nieuwste 3D-navigatietechnologie. ‘Ik had er meteen oren naar.’



Paulo: ‘Ik weet dat het gek klinkt, maar al sinds mijn 55e heb ik het gevoel gehad dat ik een keer prostaatkanker zou krijgen. Daarom liet ik al sinds die leeftijd jaarlijks mijn PSA-waarde controleren bij de huisarts. PSA staat voor prostaat-specifiek antigeen, dat is een eiwit dat in het bloed voorkomt en alleen door de prostaat wordt gemaakt. Tot 2013, ik was toen 67, was die PSA-waarde steeds passend bij mijn leeftijd. Ik maakte me geen zorgen. Tot ik eind 2013 extreem vermoeid raakte, toen vertrouwde ik het niet. Wanneer ik om één uur ‘s middags uit mijn werk kwam, sliep ik de rest van de middag. Ik was er niet gerust op, zeker niet toen bij extra controles bleek dat mijn PSA-waarde sterk begon te wisselen, en ik lichte potentieproblemen kreeg. Op aanraden van een goede vriend ben ik naar het Radboudumc gegaan voor nader onderzoek. De arts daar stelde al snel vast dat het om een ernstige vorm van prostaatkanker ging. Uitzaaiingen in mijn botten werden middels een scan gelukkig uitgesloten en snel na de diagnose werd ik geopereerd. Die operatie verliep goed, alleen werd me meteen na afloop verteld dat het snijvlak niet geheel tumorvrij was. Dit betekent dat er bij de snijranden van de weggehaalde tumor tumorweefsel was blijven zitten. Dat stelde me niet

‘Ik was de derde patiënt in de studie. Met de eerste twee was het goed gegaan, dat heb ik nog wel even gevraagd’

gerust, en mijn zorg bleek terecht. In mei was ik geopereerd, in september waren er uitzaaiingen in mijn lymfeklieren te zien. De arts adviseerde bestraling. In het bekken tegen het achtergebleven snijvlak 35 keer bestraling, en zeven bestralingen in de lymfeklieren om de uitzaaiingen tegen te gaan. Omdat ik niet in de buurt van Nijmegen woon, wilde ik de bestralingen dichterbij huis ondergaan. Mijn arts in het Radboudumc vond het een goed idee om naar het Antoni van Leeuwenhoek te gaan, ook om de situatie aan de artsen hier voor te leggen. Ik kwam terecht bij dokter Pos en die gaf aan dat het moeilijk was in te schatten waar nou precies wat zat. Zijn voorstel om deel te nemen in de studie van dokter Horenblas, en zo geopereerd te worden met de nieuwste 3D-navigatietechniek, sprak me meteen aan. In het bekken zitten zoveel kwetsbare vaten, daar bestralen, met kans op beschadiging, vond ik geen fijn idee. Ik was de derde patiënt in de studie. Met mijn twee voorgangers was het goed gegaan, dat heb ik nog wel even gevraagd.

De dag voor de operatie sliep ik in het Gasthuis, daar was het allemaal zeer goed geregeld. Dat gevoel had ik trouwens meteen toen ik in het Antoni van Leeuwenhoek kwam. Het is natuurlijk heftig dat alle patiënten hier kanker hebben, maar de sfeer is zo warm en de mensen zijn allemaal zo aardig. Het klinkt misschien gek, maar ik kom hier graag.

Toen ik 13 januari op de OK lag voor de operatie, leek het wel een nieuwjaarsreceptie, zoveel aanwezigen waren er. Ik heb geloof ik wel 13 handen geschud. Mijn eerste herinnering na de operatie is dat een zaalarts me vertelde dat de operatie was geslaagd. De uitzaaiingen waren weggehaald, eromheen was het schoon.

We zijn nu twee jaar verder, en ik voel me fantastisch. Ik genoot altijd al van het leven, nu zeker niet minder. Onlangs heb ik, na 50 jaar niet meer gereden te hebben, een mooie motor gekocht, waarmee ik ritjes maak door heel het land. Het leven lacht me toe!

Een half jaar na de operatie heb ik nog wel bestraling ondergaan, in een poging het achtergebleven positieve snijvlak te vernietigen. Dat lijkt gelukt: mijn PSA-waarde is teruggelopen tot nul. Ik realiseer me dat ik ontzettend veel geluk heb gehad met de manier waarop ik behandeld ben. Ik ben alle doctors ontzettend dankbaar voor wat ze voor me hebben gedaan.’

PROSTAATKANKER

is een woeking van klierzellen in de prostaat. Het hormoon testosteron speelt bij het ontstaan daarvan een belangrijke rol. Ons westerse eetpatroon (rood vlees, dierlijke vetten, weinig groente en fruit) waarschijnlijk ook. En erfelijke factoren, gezien het verhoogde risico bij kinderen van vaders en andere verwanten met een prostaatcarcinoom. Het is de meest voorkomende kanker bij mannen boven de 45 jaar.

11.064

mannen in Nederland kregen in 2016 prostaatkanker. 3682 patiënten zagen in 2016 de prostaatkankerspecialisten van het Antoni van Leeuwenhoek. Onder hen ook patiënten die kwamen voor nazorg, een follow-up of een second opinion. 233 patiënten werden geopereerd met de Da Vinci Robot.

AVL PROSTAATKANKERCENTRUM

Dit centrum voert in Nederland de meeste prostaatkankeroperaties uit. Het team is volledig gespecialiseerd in prostaatkanker en bestaat uit 6 urologen, 3 internisten, 4 radiotherapeuten, 7 verpleegkundig specialisten, 2 physian assistants, 2 pathologen, 3 radiologen en 2 nucleair geneeskundigen. Alle patiënten worden gezamenlijk besproken.

Het Antoni van Leeuwenhoek wil iedereen met kanker de best mogelijke behandeling op maat kunnen bieden. Maar om dat goed te kunnen doen, is veel onderzoek nodig. Financiële steun blijft daarom hard nodig.

Ook meehelpen? Ga naar avlfoundation.nl



Floris Pos, radiotherapeut

‘WE MOESTEN BUITEN DE RICHTLIJN OM DENKEN’

‘Ik zag meneer de Jong voor het eerst in het najaar van 2015, nadat zijn prostaat was verwijderd. Daarbij was tumorweefsel op het snijvlak achtergebleven. Op een PSMA PET-scan waren daarna verdachte klieren te zien in het bekken. Een lastige situatie, vonden we in ons multidisciplinair overleg. We kenden destijds de waarde van een PSMA PET-scan nog niet goed, hoe zeker waren we ervan dat er sprake was van uitzaaiingen in de lymfeklieren? Zouden we de lymfeklieren niet ten onrechte bestralen? In overleg met uroloog Simon Horenblas boden we meneer De Jong aan om de uitzaaiingen operatief te verwijderen in een net gestarte studie, waarbij we patiënten opereerden met de speciale 3D-navigatietechniek. Hij was er meteen voor in. Hij begreep dat het een redelijk unieke situatie was, waarbij we buiten de richtlijn om moesten

denken. Die operatie is heel goed gegaan, maar we zaten nog met het achtergebleven tumorweefsel rond het snijvlak. We weten dat dit bij ongeveer 40 procent van de patiënten geen gevolgen heeft en de kanker niet meer terugkeert, maar we weten dus ook dat dat bij 60 procent wel gebeurt. Na de klieroperatie daalde het PSA aanvankelijk, maar al snel begon het toch weer op te lopen. Maar een nieuwe PSMA PET-scan liet zien dat er geen uitzaaiingen waren. Na goed overleg besloten we om het gebied rond het snijvlak te bestralen, zeven weken lang. Het is fantastisch dat zijn PSA-waarde hierna is gedaald en tot op heden onmeetbaar laag is gebleven. Natuurlijk eindigt het niet bij alle patiënten zo goed, maar patiënten als meneer de Jong motiveren om altijd te blijven zoeken naar de beste behandeling op maat voor elke patiënt.’

Kijk voor meer info op avl/prostaatkanker.nl

HIPEC-BEHANDELING

Bij uitzaaiingen op het buikvlies van dikkedarmkanker kan Hypertherme Intra Peritoneale Chemotherapie (HIPEC), in combinatie met uitgebreide chirurgie, effectief zijn. Het is intensief, maar kan een genezende behandelmogelijkheid zijn voor patiënten met een sombere levensverwachting. Lees hier hoe de ingreep in zijn werk gaat.

1 INSPECTIE VAN DE BUIKHOLTE

De chirurg inspecteert de buikholte zorgvuldig op uitzaaiingen. Dit doet hij door een snede in de buik te maken van het borstbeen tot het schaambeent. De buik wordt ingedeeld in regio's om het onderzoek zo precies mogelijk te maken. De verspreiding van uitzaaiingen en de mogelijkheid om deze weg te halen bepaalt het succes van de ingreep. Mocht er teveel ziekte aanwezig zijn om deze succesvol weg te halen, kan de operatie niet door gaan. Gaat de behandeling door, dan verwijdert de chirurg de tumoren en het aangetast buikvlies zoveel mogelijk. Afhankelijk van de plek van de uitzaaiingen kan het nodig zijn om ook (delen van) organen in de buik weg te halen.



Uitbreiding naar andere tumorsoorten

De HIPEC-behandeling is al geruime tijd een optie voor darmkankerpatiënten met uitzaaiingen op het buikvlies en voor patiënten met een slijmboek (Pseudomyxoma peritonei). Uit studies blijkt dat HIPEC ook een effectieve behandeling kan zijn bij uitzaaiingen op het buikvlies van eierstokkanker en maagkanker. Bij vrouwen met in de buikholte uitgezaaide eierstokkanker, maar niet daarbuiten (stadium III), blijkt dat HIPEC overlevingswinst geeft. Op dit moment is het niet duidelijk wanneer de HIPEC-behandeling bij uitgezaaide eierstokkanker beschikbaar komt. In de PERISCOPE-studie wordt onderzocht of de HIPEC-behandeling veilig kan worden toegepast bij maagkankerpatiënten met buikvliesuitzaaiingen.

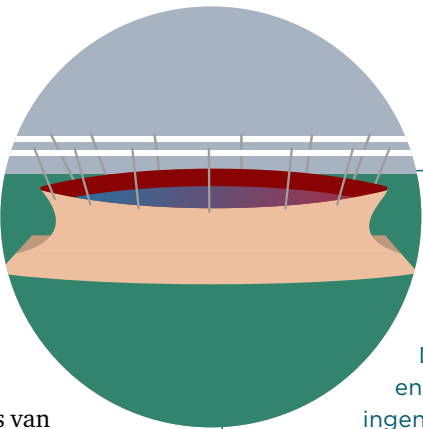
Kijk voor meer informatie op avl.nl onder 'HIPEC'.

Onderzoek naar nieuwe behandelingen steunen? Ga naar avlfoundation.nl.

2

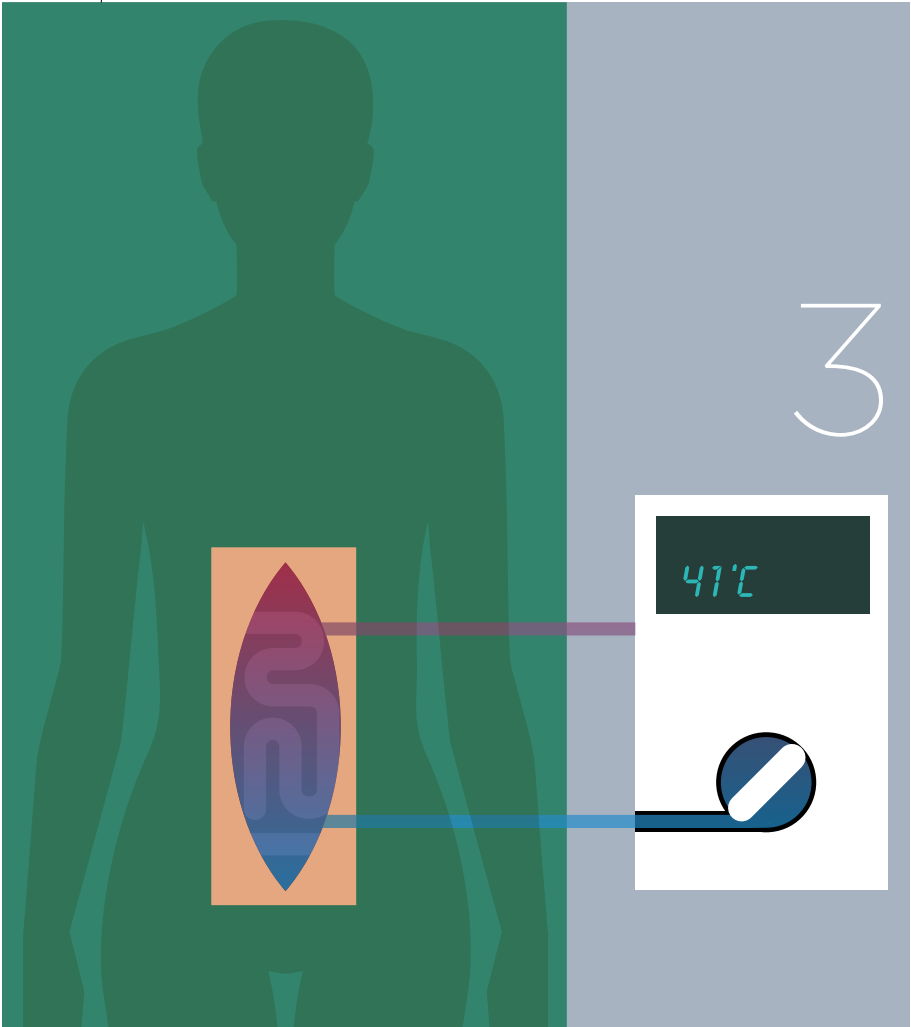
SPOELEN

Na deze ingreep worden de randen van de buikwand opgetrokken naar een ring die boven de buik is geplaatst. Zo kan de buikholte worden gevuld met vloeistof waarin verwarmde chemotherapie is opgelost. Hierdoor worden de microscopisch nog aanwezige kankercellen effectief aangepakt. Uit onderzoek is gebleken dat het effect van chemotherapie afhankelijk is van de concentratie van de middelen (cytostatica) waaraan de kankercellen worden blootgesteld. Ook het verwarmen van de chemotherapie tot boven de lichaamstemperatuur (40-41 graden Celcius) vergroot de effectiviteit. Doordat de chemotherapie lokaal wordt toegediend, komt het nauwelijks in de bloedbaan en daardoor treden er praktisch geen bijwerkingen van de chemotherapie op.



Levensverwachting na HIPEC

Darmkankerpatiënten met uitzaaiingen op het buikvlies hadden tot enkele jaren geleden weinig tot geen behandelopties en dus ook een zeer sombere levensverwachting. Door de HIPEC-behandeling kunnen zij nu toch worden behandeld. Voorwaarde is dat de ziekte niet te uitgebreid is uitgezaaid. Als de behandeling slaagt, kan de behandeling genezend zijn, meestal is er echter sprake van levensverlenging. Uit cijfers van het Antoni van Leeuwenhoek blijkt dat na vijf jaar nog ongeveer 50 procent van de darmkankerpatiënten met een geslaagde HIPEC-behandeling in leven is.



3

RECONSTRUCTIE EN HERSTEL

Als de spoeling klaar is, wordt de vloeistof weer uit buik gehaald. Indien er aan de darmen is geopereerd, worden deze zo nodig weer aan elkaar gezet. Bij de meeste patiënten wordt er een drain in de buik achtergelaten. Dit is een plastic slang die is bedoeld om de buikholte te legen in de eerste periode na de operatie. Deze drain wordt na enkele dagen weer verwijderd. Na een HIPEC-behandeling wordt een patiënt naar de Intensive Care overgebracht, waar de patiënt tenminste een dag wordt gemonitord. Na de operatie mag de patiënt weer gewoon eten. Als dit nog niet lukt, kan de patiënt via een sonde worden gevoed.

Kanker steeds minder vaak dodelijk

Mooi nieuws: de afgelopen 50 jaar zijn dankzij nieuwe behandel mogelijkheden de kansen op overleving van kanker sterk toegenomen, zo blijkt uit cijfers over de periode 1961-2015 van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL).

VAN WIE in de jaren '60 kanker kreeg, overleefde 36 procent de eerste vijf jaar. Nu is dat 64 procent. Ook de tienjaarsoverleving nam enorm toe: van 32 naar 54 procent. Er zijn wel verschillen in de sterftecijfers van de verschillende soorten kanker. Bij borstkanker bijvoorbeeld is de overlevingskans na 10 jaar gemiddeld naar bijna 80 procent gestegen, bij dikkedarm-

kanker naar ongeveer 60 procent. Maar zelfs bij kankersoorten die voorheen vrijwel altijd dodelijk waren, is veel vooruitgang geboekt. Zo is de vijfjaarsoverleving bij leverkanker van 0 naar 19 procent gegaan en bij alvleesklierkanker van 0 naar 9 procent.

Kijk voor alle cijfers op iknl.nl, en zoek naar 'overleving'.



Behandeling op maat

Landelijke DNA-bank voor betere kankerzorg

DNA-ANALYSE VAN TUMORWEEFSEL levert een schat aan informatie op, waardoor gepersonaliseerde kankerbehandeling steeds dichterbij komt. Belangrijk dus om zoveel mogelijk genetische en klinische gegevens van kankerpatiënten uit heel Nederland in één nationale databank te verzamelen. Het Antoni van Leeuwenhoek, het Erasmus MC en het UMC Utrecht, doen dat sinds 2010 in het Center for Personalized Cancer Treatment (CPCT). Meer dan 40 Nederlandse ziekenhuizen werken mee. Zo begrijpen onderzoekers steeds beter hoe kanker ontstaat en waarom behandelingen wel of niet werken.

Meer info op cpct.nl.



**MANNEN
KRIJGEN
OOK BORST-
KANKER**

*1 op de 150
borstkan-
kerpatiën-
ten is man.*

*En dat
weten veel te
weinig
mensen.*

**Lees meer
hierover op
[mannenmet-
borstkanker.nl](http://mannenmet-borstkanker.nl)**



Fondsenwerving

HELDEN- DINER

Na het overlijden van Aniek (30) richtte haar familie Stichting Aniek Hendriksz -Second to None op.

Aniek overleed aan een hersentumor. Met de stichting willen familie en vrienden 'hersenkanker' onder de aandacht brengen en geld ophalen voor onderzoek. Voor de vierde keer al organiseerde de stichting afgelopen jaar het 'Heldendiner', waarmee nu maar liefst € 125.250 werd ingezameld! Dr. Olaf van Tellingen van het Antoni van Leeuwenhoek kreeg de cheque. Samen met zijn team gaat hij de donatie gebruiken voor onderzoek naar doelgerichte middelen voor de behandeling van glioblastomen, het meest voorkomende type hersentumoren.

Ook onderzoek steunen?
Kijk op avlfoundation.nl.

Wie: Pauline de Wilde (44) en Danielle Woudstra-de Wilde (49).

Zussen van: Peter de Wilde, die begin 2017 de diagnose melanoom kreeg.

En nu: Peter is geopereerd en wordt elke vier maanden gecontroleerd.

P *Pauline:* 'Ik herinner me het moment dat ik hoorde dat de plek op Peters enkel melanoom was: ik zat in de auto op weg naar mijn werk. Ik kon niet meer stoppen met huilen.'

Danielle: 'Zo'n melanoom kan meevallen, maar ook heel snel heel heftig zijn. Die onzekerheid is er eigenlijk nog steeds, omdat er na de operatie een hele kleine uitzaaiing is gevonden in een verwijderde lymfeklier.'

Pauline: 'Daniëlle en ik hebben meteen voorgesteld om mee te gaan naar alle afspraken in het ziekenhuis, om mee te luisteren en vragen te stellen, wat Peter heel erg waardeerde. Daardoor kon hij zich volledig concentreren op het gesprek.'

Danielle: 'Het mooie aan Peter is dat hij enorm krachtig en positief is. Zo kennen we hem ook, maar nu hebben we zijn doorzettingsvermogen nog meer gezien.'

Pauline: 'Heel typerend: vlak na de operatie stelde Peter aan de arts voor om aan de Dam tot Damloop mee te doen. 'En mijn zus loopt ook mee!', zei hij terwijl ik ernaast zat. Oké, dacht ik meteen, dat gaan we doen. Iedereen had er een hard hoofd in of het wel haalbaar was, maar Peter ging ervoor en het lukte. Op 17 september haalden we de finish in Zaandam, met onze familie aan de kant. En we hebben maar liefst 2.200 euro voor de AVL Foundation opgehaald.'

Danielle: 'We hadden als familie altijd al een goede band met elkaar. Dit samen meemaken is verdrietig, maar ook mooi. Hoe we Peter kunnen steunen, maar ook elkaar, als het even moeilijk is. Het is fijn om te weten: wat er ook gebeurt, wij zijn er voor elkaar.'



**‘Dit samen
meemaken
is verdrietig,
maar ook
mooi’**

BRUKER SKYSCAN 1275

Onderzoek van tumorweefsel tijdens borstsparende operatie

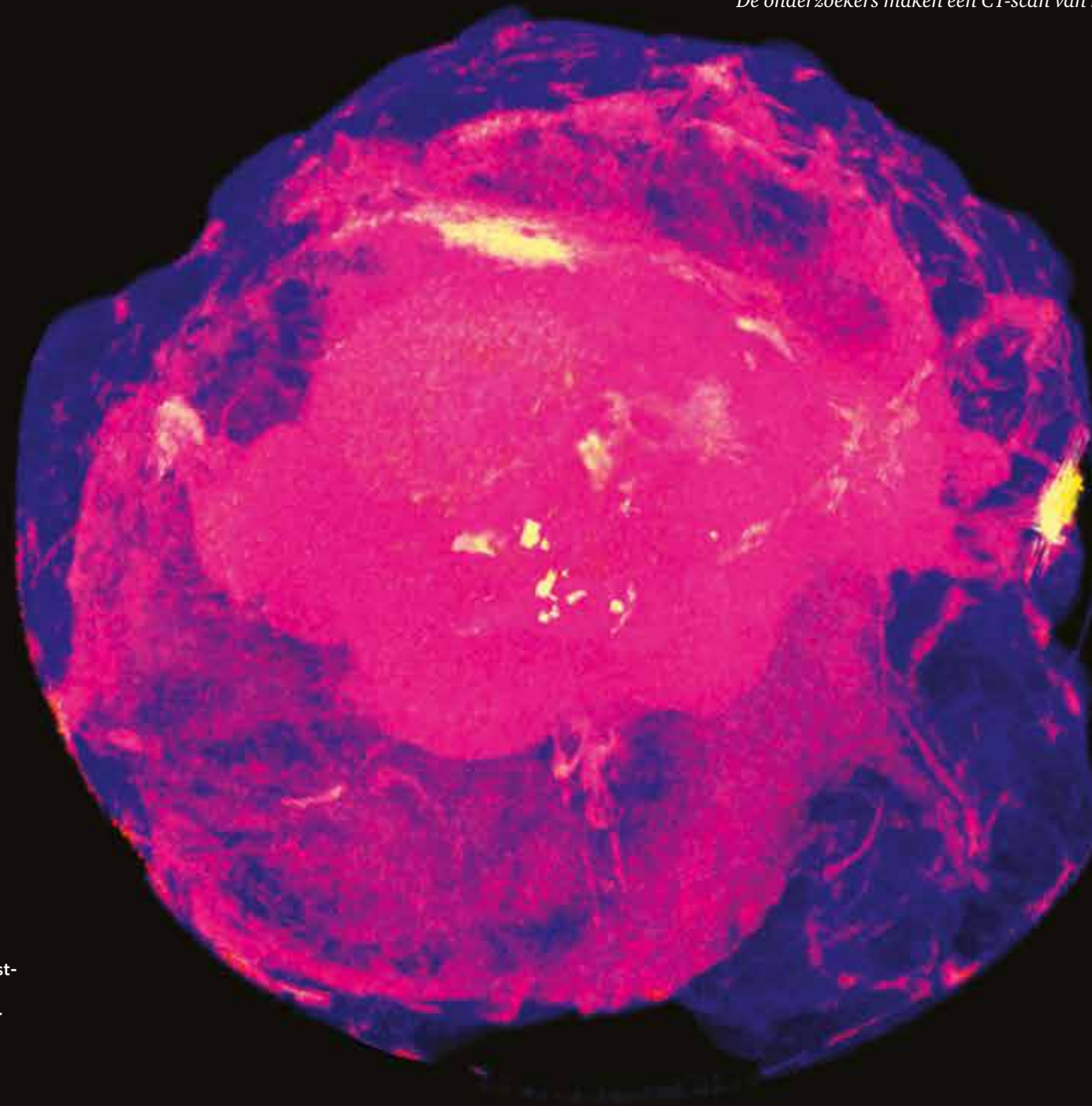
Wie bij verwijdering van een borsttumor een borstsparende operatie ondergaat, moet na deze operatie nog een week wachten op de uitslag van de patholoog over het weggehaalde weefsel. Is de tumor geheel verwijderd? Of is er een 'positieve marge' gevonden, dus is er nog wat tumorweefsel achtergebleven? Zo'n 10 tot 20 procent van de patiënten krijgt dat laatste te horen. Deze vrouwen hebben dan een tweede operatie nodig, of een extra hoge dosis bestraling. Dat is erg belastend. Onderzoekers van het Antoni van Leeuwenhoek testen nu of het mogelijk is om al tijdens de operatie via een CT-scan te beoordelen of al het tumorweefsel is weggehaald.

KLIEREN EN VETWEEFSEL

Hier zie je een uit een borst verwijderde tumor, het dichtgekleurde roze vlak, met daaromheen melkklieren en vetweefsel. Het vetweefsel is hier donkerblauw gekleurd, de melkklieren doorzichtig roze.

TUMOR EN KALKSPATJES

Deze tumor is ontstaan in de melkklieren. Dat is niet bij alle vormen van borstkanker het geval. De gele vlekjes zijn zogenaamde kalkspatjes. Het gaat hier om DCIS: Ductaal Carcinoom In Situ.



1 CENTIMETER

Idealiter verwijdert de chirurg de tumor met daaromheen de 'resectiemarge', een rand van een centimeter gezond weefsel. Die marge biedt genoeg veiligheid, terwijl er niet onnodig veel gezond weefsel wordt verwijderd. Bovendien is zo de borst cosmetisch mooi te reconstrueren.

MICRO CT-SCAN

Tijdens de operatie wordt het weggehaalde weefsel door de CT-scanner gehaald. De onderzoekers bekijken dit beeld nauwkeurig en beoordelen of de gehele tumor is ingesloten in het stukje weggehaalde weefsel. Hun voorspelling over het weggehaalde tumorweefsel wordt vergeleken met de uitslag van de patholoog, een week later.

400 PATIËNTEN ongeveer ondergingen in 2017 een borstsparende operatie in het Antoni van Leeuwenhoek. Een CT-scan van het weggenomen weefsel van deze patiënten is vergeleken met de uitslag van de patholoog. Dit heet retrospectief onderzoek. Vanaf begin 2018 gaan de onderzoekers prospectief kijken of zij met de scan de pathologie-uitslag kunnen voorspellen.



NATASJA JANSSEN verricht als Phd-student haar promotieonderzoek naar borstsparende therapieën en is nauw betrokken bij dit onderzoek. 'Het mooie vind ik dat de patiënt hier echt iets aan heeft. Als we die emotionele spanning kunnen wegnemen van een week wachten op de uitslag en een eventuele extra behandeling, zou dat echt een hele mooie uitkomst zijn.'

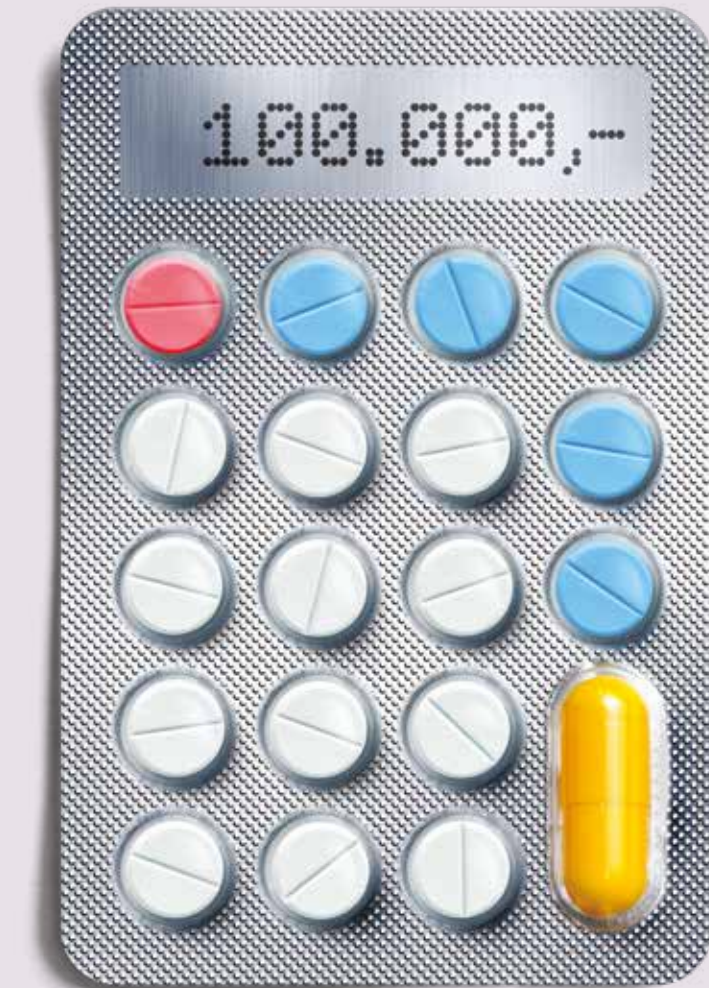
EEN INTERVENTIESTUDIE is de volgende stap, na het prospectief onderzoek. Daarmee wordt het effect onderzocht van een interventie, een 'bemoeienis'. Kan de chirurg, terwijl de patiënt nog op de OK-tafel ligt, met de CT-scan nog zichtbaar tumorweefsel gericht wegnemen?



'Het doel van dit onderzoek is dat we patiënten een extra operatie of radiotherapie kunnen besparen'

Jasper Nijkamp, hoofdonderzoeker

‘WAAROM ZOULDEN KANKER-MEDICIJNEN 100 DUIZEND EURO MOETEN KOSTEN?’



KANKERMEDICIJNEN WORDEN STEEDS BETER, MAAR OOK STEEDS DUURDER. PROF. DR. RENÉ BERNARDS EN PROF. DR. JAN SCHELLENS ZIEN EEN SITUATIE OPDOEMEN WAARIN KANKER GENEZEN KAN WORDEN, MAAR NIEMAND DE BEHANDELINGEN NOG KAN BETALEN. ‘WIJ MOETEN ANDERE MODELLEN ONTWIKKELEN OM TOT BETAALBARE MEDICIJNEN TE KOMEN.’

Z

e zijn zeer gedreven, René Bernards en Jan Schellens, om manieren te bedenken waarmee kankermedicijnen hopelijk voor een veel lagere prijs naar de markt gebracht kunnen worden. Bijvoorbeeld zelf een biotechnologisch bedrijf opzetten dat goedkopere kankermedicijnen kan ontwikkelen, door gebruik te maken van medicijnen waarvan het patent is verlopen of die niet verder worden onderzocht. René Bernards: ‘We willen ons niet afzetten tegen de farmaceutische industrie, we hebben elkaar ook nodig, maar de nu gangbare route van de grote

Wie: Prof. dr. René Bernards en prof. dr. Jan Schellens

Roepen op tot: het aangaan van een ander soort relaties tussen onderzoekscentra en commerciële partners, zodat kankermedicijnen tegen acceptabele prijzen op de markt kunnen worden gebracht.

Wapenfeit: Qameleon Therapeutics, een spin-off bedrijf van het Antoni van Leeuwenhoek, brengt de theorie in praktijk.

farmaconcerns voor de introductie van nieuwe geneesmiddelen leidt tot hele hoge kosten. En dus tot middelen die gewoonweg veel te duur zijn. Wat weer een enorme druk op ons zorgstelsel legt. Hoe hoger de medicijnkosten, hoe meer er moet worden bezuinigd op andere zorguitgaven, zoals verpleging of preventie.’

In februari 2017 publiceerden René Bernards en Jan Schellens, samen met een Amerikaanse en een Britse onderzoeker, een artikel in het gezaghebbende tijdschrift Cell, waarin de noodklok werd geluid over de uit de pan rijzende kosten van kankermedicijnen. De oplossing die in het artikel wordt aangedragen: houdt als universiteiten, waar het grootste deel van het kankeronderzoek plaatsvindt, de grote farmaceutische bedrijven buiten de ontwikkeling van kankermedicijnen en vertrouw het op de markt brengen ervan toe aan producenten van goedkope generieke pillen. Of produceer ze zelf. Tegen duurzame prijzen.

Jan Schellens: ‘We moeten toe naar een nieuw model. De huidige situatie is onhoudbaar. We geven alleen al in Nederland bijna een miljard euro per jaar uit aan dure kankergeneesmiddelen en dat bedrag stijgt elk jaar weer. Dat gaat dus mislopen. Dan kunnen we straks wel

kanker genezen, maar kan niemand de behandelingen nog betalen.’

GROTE DOORBRAGEN

De meeste nieuwe kankermedicijnen die op de markt komen, kosten meer dan 100 duizend euro per patiënt per jaar. Dat is al heel erg veel, maar meestal moeten middelen ook nog in combinatie worden gegeven en dan stijgt de prijs al snel naar zo’n 180 duizend euro of meer. René Bernards: ‘Ik ben enorm optimistisch over onze mogelijkheden om in de toekomst kanker te genezen, er wordt ontzettend veel vooruitgang gemaakt. En die zit vooral in twee doorbraken. De ene is de ontwikkeling van wat we ‘doelgerichte medicijnen’ noemen, medicijnen die zich specifiek richten op veranderingen in kankercellen en gewone cellen met rust laten. De andere grote doorbraak de laatste jaren is immuuntherapie, waarbij het eigen afweersysteem wordt aangezet kankercellen te herkennen en te verjagen. Zeer veelbelovend allemaal. Toch zijn er veel kankergeneesmiddelen ontwikkeld die onverwachts een teleurstellend resultaat gaven. Dat komt omdat de farmaceutische industrie altijd zoekt naar middelen die in hun eentje iets doen bij patiënten, dat is hun traditionele ontwikkelmodel.



Door samenwerking tussen klinici (Jan Schellens, links) en fundamentele onderzoekers (René Bernards, rechts) kunnen geneesmiddelen op duurzame wijze worden ontwikkeld.

Als zo'n middel echt goed werkt kunnen ze met twintig jaar patent hun investeringen ruim terugverdienen. Maar dat pakt in de praktijk soms verkeerd uit – kankercellen hebben vaak twee overlevingssignalen en als je er dan eentje blokkeert, groeit de kankercel dankzij dat andere signaal gewoon door. Je moet dus meer onderzoek doen naar de wisselwerking tussen de verschillende overlevingsroutes van kankercellen, combinaties van middelen maken die beide signalen remmen.'

WINNERS EN LOSERS

Het is één van de oorzaken van de enorm hoge prijzen van kankermedicijnen: van de tien middelen die worden ontwikkeld, komt uiteindelijk maar één op de markt. De andere negen halen de eindstreep niet. Ze worden vroeg in het ontwikkelingsproces getest bij patiënten, blijken dan weinig of niets te doen en worden terzijde geschoven. René Bernards: 'Voor elke winner heb je dus negen losers, die sterk op de ontwikkelingskosten van die ene winner drukken. Maar die andere negen kunnen in principe hele bruikbare middelen zijn, mits je hen in de juiste combinatie geeft. Dat is wat wij in onze onderzoeken goed

lens grootschalige klinische studies niet meer van deze tijd. Jan Schellens: 'Je moet geneesmiddelen ontwikkelen voor kleine groepen patiënten, aan de hand van biomarkers, biologische merkstoffen in de tumor, van tevoren proberen vast te stellen bij wie het medicijn zal aanslaan. Zo wordt de slaagkans van een nieuw geneesmiddel vele malen groter dan wanneer je, zoals de farmaceutische industrie nu vaak doet, op een brede patiëntenpopulatie mikt. Bovendien blijken de geneesmiddelenautoriteiten bij deze manier van ontwikkelen genoeg te nemen met kleinschalige klinische test. In plaats van duizenden patiënten te testen, is een paar honderd vaak al genoeg.'

MAATSCHAPPELIJK VERANTWOORDE ONTWIKKELING

Grootschalige, dure klinische testen zijn dus feitelijk minder nodig. En dat geeft universiteiten en onderzoekscentra de mogelijkheid te ontsnappen aan de geldslurpende route die de farmaceutische industrie nu volgt. René Bernards: 'Nu bedankt de industrie ons voor al het onderzoekswerk wat we doen, gefinancierd met overheidsgeld en publieke middelen, terwijl ze de maatschappij ook nog eens een hoge prijs laten betalen voor de nieuwe geneesmiddelen. Omdat we zelf niet de financiële middelen hebben om grootschalige klinische tests te doen. Maar nu dat niet meer nodig is, kunnen we het gehele ontwikkelproces mogelijk zelf in de hand houden.' Jan Schellens: 'Wij pleiten er nu voor om de medicijnontwikkeling voortaan helemaal binnen de universi-

teiten te houden en de bevindingen uit onze laboratoria wel te patenteren maar op een maatschappelijk verantwoorde wijze verder te ontwikkelen. Voor de productie kunnen we dan samenwerken met een ander soort bedrijven, die bijvoorbeeld worden gefinancierd door beleggers die een duurzame prijsontwikkeling belangrijk vinden. Of die hun verdienmodel baseren op patentvrije medicijnen en daarom genoeg nemen met lagere winstmarges. We kunnen zelfs eigen geneesmiddelenbedrijfjes oprichten die maatschappelijk verantwoord ondernemen, zoals René al heeft gedaan met Qameleon Therapeutics.'

EEN ANDERE MANIER VAN DENKEN

De handen ineenslaan, dat is wat de academische gemeenschap nu moet doen, stellen René Bernards en Jan Schellens. Kankerwetenschappers hebben immers een maatschappelijke rol: betere en goedkopere kankermedicatie ontdekken en op de markt brengen. Jan Schellens: 'Dat betekent dat we een heel andere manier van denken moeten ontwikkelen over het beschikbaar stellen van onze kennis. Dat we die niet meer verkopen aan de hoogste bidder om zo de eigen onderzoekkas te spekken, maar aan degene die er het meest verantwoord mee omgaat.' 'En we kunnen een aantal dingen makkelijk doen', zegt René Bernards. 'We kunnen combinaties testen van pillen die door de grote farmaconcerns aan de kant zijn geschoven. Die kunnen we namaken, dat is helemaal niet zo moeilijk. We kunnen nieuwe toepassingen zoeken voor de vele middelen waar het patent ondertussen van afgelopen is, die nog maar een fractie kosten van wat ze daarvoor kostten. Die middelen kunnen we zelfs in onze eigen apotheek maken. En dan gaat de prijs van een ton naar bijvoorbeeld 1.500 euro. Van de opbrengsten van die geneesmiddelen kunnen we weer onderzoek bekostigen en zo stukje bij beetje de nieuwe aanpak uitbouwen. En zo de zorg betaalbaar houden.'



Duurzame geneesmiddelenontwikkeling:

EEN VOORBEELD

1 HET GENEESMIDDEL
In de onderzoeksgroep van René Bernards is onlangs ontdekt dat het geneesmiddel vorinostat, dat gebruikt wordt bij de behandeling van bepaalde lymfomen, ook actief zou kunnen zijn bij bepaalde vormen van huidkanker (melanoom). Vorinostat valt in de categorie dure geneesmiddelen, maar het patent op dit middel is in 2015 verlopen. Daardoor werd het mogelijk het middel in de eigen farmacie van het Antoni van Leeuwenhoek te maken. Dat bracht de kosten met een factor 100 omlaag. De werkzaamheid van vorinostat werd door Jan Schellens bij een klein aantal huidkankerpatiënten getest, met veelbelovende resultaten.

2 KLINISCHE STUDIE
Maar hoe nu verder? Het middel moet nu in grotere aantallen patiënten worden getest en daar zijn aanzienlijke kosten mee gemoeid. Gelukkig hebben de overheid en KWF Kankerbestrijding onlangs de handen ineen geslagen om in dit soort situaties een helpende hand te bieden. Met hun financiële steun werd het Oncode Instituut opgericht, een samenwerkingsverband van Nederlandse kankeronderzoekers met hun teams. Ook veertien onderzoekers van het Antoni van Leeuwenhoek ne-

men hieraan deel. Een van de doelstellingen van dit nieuwe instituut is om die volgende stap in de ontwikkeling van veelbelovende geneesmiddelen te financieren. Met hulp van Oncode hopen Jan Schellens en René Bernards snel het vervolgtraject met vorinostat te starten.

3 REGISTRATIESTUDIE
Als ook die grotere studie positief is, zal uiteindelijk een registratiestudie moeten worden uitgevoerd. Daarmee zijn meerdere miljoenen gemoeid, en dat is ook voor Oncode een te grote investering. Deze laatste stap in het ontwikkelingsproces hopen Jan Schellens en René Bernards te maken via Qameleon Therapeutics. Dit door onder meer René Bernards opgezette bedrijfje heeft als doel maatschappelijk verantwoord geneesmiddelen te ontwikkelen. Om de registratiestudie mogelijk te maken, kunnen via dit bedrijf maatschappelijk betrokken investeerders worden gezocht.

4 PRODUCTIE
Dan volgt de laatste stap. Bij een succesvolle registratiestudie kan het middel in samenwerking met generieke geneesmiddelproducenten op de markt worden gebracht. Tegen een fractie van de huidige prijs.

'WE MOETEN ONZE KENNIS NIET MEER VERKOPEN AAN DE HOOGSTE BIEDER, MAAR AAN DEGENE DIE ER HET MEEST VERANTWOORD MEE OMGAAT'



ONDERZOEKSTEAM TRANSLATIONELE IMMUUNTHERAPIE

Bij immuuntherapie worden de eigen afweercellen van patiënten ingezet. Dit team is voor elke behandeling weken bezig die cellen te kweken of te bewerken. Ook wordt continu onderzoek gedaan naar hoe immuuntherapie te verbeteren.

TON SCHUMACHER, GROEPSLEIDER
‘Immuuntherapie is nu een veelbelovende behandeling voor sommige patiënten, maar het onderzoek naar de werking ervan gaat door. Ik praat met de groepsleden over hun onderzoek, en hoe we hieruit kunnen leren. En ik houd me bezig met het binnenhalen van de financiering van onderzoek en de presentatie van de resultaten aan de buitenwereld.’

NOOR BAKKER, ANALIST BIOTHERAPIE
‘Met het kweken van cellen voor een patiënt ben ik soms wel vier weken bezig. Dan zit die patiënt in mijn hoofd en hoop ik dat de cellen iets voor de patiënt kunnen betekenen. Ik krijg ultieme voldoening als een patiënt respons laat zien op de afweercellen die we hebben gemaakt.’

MAARTJE ROHAAN, ARTS-ONDERZOEKER
‘Als coördinator van twee klinische studies voor immuun-

therapie bij melanoom ben ik het eerste aanspreekpunt voor deelnemende patiënten. De kracht waarmee iedere patiënt onzekere tijden doorstaat en een nieuw, experimenteel behandeltraject ingaat, vind ik inspirerend en hoopgevend.’

RENATE DE BOER, ANALIST BIOTHERAPIE
‘Ik werk op de achtergrond, in de cleanroom, een zeer steriele ruimte waar we immuuncellen kweken of bewerken. Dat doen we heel zorgvuldig. Met zijn tweeën, waarbij de één alle handelingen verricht en de ander begeleidt en controleert. Het is altijd bijzonder als we de cellen aan kunnen bieden aan de patiënt.’

MAAIKE VAN ZON, ANALIST BIOTHERAPIE
‘Bijzonder aan mijn werk is dat onderzoek en ziekenhuis er heel mooi in samenkomen. Met het prepareren van de cellen helpen we de pati-

enten nu. Met het onderzoek zetten we ons in voor de patiënt in de toekomst.’

JOOST VAN DEN BERG, APOTHEKER
‘Ik let er bij het ontwikkelen van de kankertherapieën op dat deze geproduceerd worden volgens de vereisten van de Geneesmiddelenwet. Ik begeleid de analisten en heb nauw contact met de artsen en andere onderzoekers over de studies. Ik vind het fantastisch dat we bevindingen vanuit het lab kunnen vertalen in een nieuwe behandeling.’

DANIELA THOMMEN, ARTS-ONDERZOEKER
‘Ik ben oncoloog maar werk momenteel fulltime in het lab. Daar bestudeer ik tumormateriaal dat overblijft na operaties. Soms vinden we in onze experimenten nieuwe informatie die ons helpt therapieën voor de patiënten te verbeteren. Dat zijn mooie momenten.’

LISETTE ROZEMAN, ARTS-ONDERZOEKER
‘Ik coördineer twee immuuntherapiestudies, waarbij ik alle onderzoeken inplan en de patiënten informeer en begeleid. Ik wil patiënten een veilig gevoel geven tijdens hun behandelperiode, die voor hen zeer heftig en onzeker is. Helaas zijn er nog steeds patiënten bij wie immuuntherapie niet het gewenste effect heeft. Met onderzoek verbeteren we de behandeling voor nog meer patiënten.’

JOHN HAANEN, GROEPSLEIDER
‘Samen met Christian Blank ben ik verantwoordelijk

voor het vertalen van de bevindingen in het lab naar het ziekenhuis. We werken hier op het scherpst van de snede, we doen nog steeds nieuwe vindingen die de uitkomsten voor patiënten positief beïnvloeden. Dat is ontzettend mooi.’

RAQUEL GOMEZ, ONDERZOEKS-ANALIST
‘Ik heb aan de basis gestaan van het ontwikkelen van de celproducten voor patiënten. Nu doe ik onderzoek om te begrijpen hoe deze cellen in het lichaam functioneren. Hoewel we in het lab geen contact hebben met patiënten, zitten deze in ons hoofd. Het liefst zouden we natuurlijk alle patiënten willen genezen’

CHRISTIAN BLANK, ARTS-ONDERZOEKER
‘Ik behandel voornamelijk patiënten met melanoom. In de onderzoeksgroep bespreken we patiënten die we behandelen in studies. Door combinaties van immuuntherapie hopen we binnenkort zoveel mogelijk patiënten van hun melanoom te genezen.’

MARLEEN KOK, ARTS-ONDERZOEKER
‘Als medisch oncoloog en translationeel research fellow van het KWF combineer ik de zorg voor borstkankerpatiënten met onderzoek naar immuuntherapie. Het werk geeft veel voldoening, zeker als ik tijdens mijn spreekuren merk dat patiënten echt baat hebben bij nieuwe behandelingen die mede door ons onderzoek mogelijk worden gemaakt.’

2046

patiënten met darmkanker kwamen in 2016 in het Antoni van Leeuwenhoek.

DE BEHANDELING

bestaat meestal uit een operatie. Bij meer gevorderde stadia wordt chemotherapie en/of bestraling toegepast, al dan niet gecombineerd met een operatie.

15.000

Nederlanders gemiddeld per jaar krijgen darmkanker. Het staat in de top vier van meest voorkomende kankersoorten, samen met borstkanker, longkanker en prostaatkanker. De meeste patiënten zijn ouder dan 60 jaar.

WAIT-AND-SEE

Omdat bij patiënten met rectumkanker na chemoradiotherapie de tumor soms bij de controle volledig verdwenen lijkt te zijn, is er nu als alternatief voor een operatie ook de wait-and-see-aanpak: met regelmatige controles afwachten of de tumor echt wegblijft (zie ook pagina 5).

DA VINCI ROBOT

Deze bewijst goede diensten bij complexe darmkankeroperaties: tumoren kunnen met meer precisie worden verwijderd.

DARMKANKER

Wie kanker krijgt aan de dikke darm of endeldarm is in het Antoni van Leeuwenhoek verzekerd van top-oncologische zorg, met de nieuwste behandeltechnieken en medicatie. En veel aandacht voor de kwaliteit van leven.

Multidisciplinaire teams van chirurgen, internisten, maag-darm-leverartsen, radiotherapeuten en verpleegkundigen, allen gespecialiseerd in darmkanker, zorgen in het Antoni van Leeuwenhoek voor steeds het beste behandelplan voor elke individuele patiënt. Waarbij dankzij constante innovatie de nieuwste behandeltechnieken en medicatie kunnen worden ingezet. Maar ook persoonlijke aandacht, professionele betrokkenheid

en de tijd nemen voor patiënten vinden die artsen en verpleegkundigen erg belangrijk in hun patiëntenzorg. Er wordt uitgebreid verteld wat de mogelijke behandelingen zijn, eerlijk aangegeven hoe groot de slagingskansen daarvan zijn en welke eventuele bijwerkingen of gevolgen zich kunnen voordoen. Bovendien wordt er goed rekening gehouden met de persoonlijke wensen, behoeften en omstandigheden van iedere patiënt.



‘Wij bieden zorg aan iedere patiënt met darmkanker, ongeacht het stadium’

Dr. Monique van Leerdam,
maag-darm-leverarts

BEVOLKINGSONDERZOEK

Bij het jaarlijkse bevolkingsonderzoek darmkanker wordt bij 6,4% van de deelnemers bloed in de ontlasting gevonden. Bij 57% van hen worden poliepen of darmkanker geconstateerd.

PATIËNTEVREDENHEID

Patiëntervaringen worden continu gemeten. Dat biedt inzicht in hoe de zorg misschien nog beter kan. Hoe waarderen patiënten in het algemeen het Antoni van Leeuwenhoek?



Gemiddeld rapportcijfer: **8.5**

IN 1 DAG

kan voor wie dat wil de diagnose worden gesteld, door alle onderzoeken op dezelfde dag te doen.

2 WEKEN

is de maximale wachttijd voor een eerste afspraak.

Meer info over darmkanker, behandelmethodes, wachttijden en resultaten? Kijk op: avl.nl/kankersoorten/dikkedarmkanker

Wie: Brigit Kistemaker en Otto Dethmers

Zijn: Teamleider Dagbehandeling en oncologieverpleegkundige

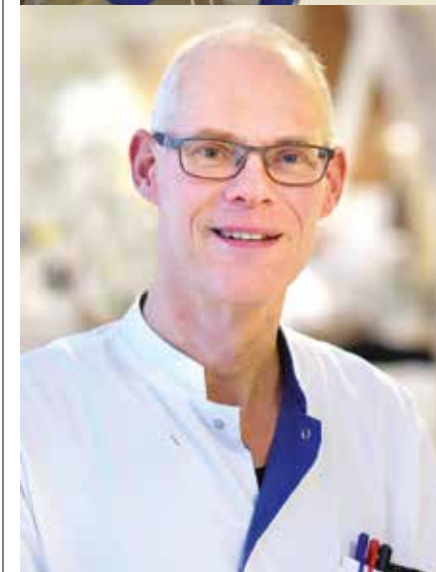
Hun nieuws: Hoofdhuidkoeling (HHK) is nu beschikbaar voor alle patiënten die daar behoefte aan hebben.

‘Behoud van haar vergroot de kwaliteit van leven’

Kaal worden door chemotherapie. Het is een grote angst van veel patiënten. Omdat ze het niet mooi vinden, en een pruik, hoofddoek of haarstukje niet altijd comfortabel zit, maar ook omdat een kaal hoofd de buitenwereld meteen duidelijk maakt dat je kanker hebt. ‘Ga er maar aanstaan’, zegt oncologieverpleegkundige Otto Dethmers. ‘Mensen hebben echt last van dat stigma. Het is bijvoorbeeld lastig om je werk te doen, als overduidelijk is dat je in een ziekteproces zit. Behoud van haar tijdens chemotherapie geeft mensen de kans om hun leven zoveel mogelijk te blijven leiden zoals voorheen. Het vergroot de kwaliteit van leven tijdens de ziekte.’

HAAR BREEKT AF

Bij chemotherapie wordt de chemische stof die de groei van kankercellen moet tegengaan door het hele lichaam verspreid. Ook in de hoofdhuid en de haarwortel. Hoofdhuidkoeling (HHK)



kan ervoor zorgen dat het haar behouden blijft. Otto: ‘Mensen denken vaak dat bij chemo het haar uitvalt, maar in feite breekt het af. Door het koelen van de hoofdhuid trekken de haarvaatjes in het hoofd samen, waardoor ze minder chemo doorlaten, met als gevolg minder schade aan de haarwortel en het haar.’ Overigens treedt bij lang niet alle soorten van chemotherapie haaruitval op. En waar wel sprake is van haaruitval verschillen de resultaten van de HHK per middel en per dosering. Of haaruitval zal optreden kunnen de arts of verpleegkundigen vaak redelijk nauwkeurig voorspellen.

HHK bestaat al langer en werd ook al aangeboden in het Antoni van Leeuwenhoek. Teamleider Brigit Kistemaker: ‘Er was echter maar een beperkt aantal plaatsen beschikbaar voor hoofdhuidkoeling. Patiënten moesten bij hoofdhuidkoeling een half uur vóór en anderhalf uur na hun chemotherapie plaatsnemen in een bed. Dus moeten er naast de koelmachines ook bedden en personeel beschikbaar zijn. Die capaciteit hadden we onvoldoende.’

ONTWIKKELINGEN

Verskillende ontwikkelingen maken het nu mogelijk om alle patiënten bij wie HHK zinvol is deze behandeling aan te bieden. Zo wordt er vaker immuuntherapie aangeboden, waardoor het aantal patiënten dat chemotherapie krijgt wat is afgenomen. Ook is het aantal borstkankerpatiënten dat chemo ondergaat afgenomen, nadat vorig jaar de resultaten van de Mindact Studie werden gepresenteerd. Deze studie toonde aan dat een deel van de vrouwen met hormoongevoelige borstkanker de zware aanvullende chemotherapie na hun operatie niet nodig heeft. Brigit: ‘Nu onderzoeken we of patiënten de nakoeltijd van anderhalf uur in een speciale ruimte op een stoel kunnen ondergaan. Dat scheelt in de bezetting van de bedden. Met het huidige aantal hoofdhuidkoelingsmachines en openingstijden tot acht uur ’s avonds kunnen we nu meer patiënten helpen.’

veel beter
schap
aan allen
mensen

Muur van Gedachten

Als je de diagnose kanker krijgt, zet dat je hele wereld op zijn kop. En ook die van familie en vrienden. Hoe ingrijpend de ziekte en behandeling zijn, vertellen de vele briefjes die worden achtergelaten op de Muur van Gedachten in de hal van het Antoni van Leeuwenhoek.