

‘Mijn eerste reactie
was: zeg maar wat ik
moet doen om beter
te worden’

Margreet

Antoni

INNOVATIE Revolutionaire bestralingstechniek **HOE WERKT DAT?** Second opinion



COVER: Margreet (35)

Ze was 33 jaar toen zij de diagnose triple negatieve borstkanker kreeg. Haar eerste reactie: 'Zeg maar wat ik moet doen om beter te worden.' Margreet is nu anderhalf jaar verder en klaar met de behandelingen. 'Ik pak de draad weer op.'

'Er zat een knobbeltje in mijn borst, die pijn deed als een blauwe plek. Later bleek dat het een grote knikker was, van bijna 3 centimeter. Toen de arts vertelde dat het borstkanker was, barstte ik niet meteen in huilen uit. "Wat gaan we doen? Je krijgt al mijn medewerking", was wat ik zei. Ik stond in de overlevingsstand. Natuurlijk was ik erg verdrietig, maar die actiehouding heb ik altijd geprobeerd vast te houden. Via een second opinion (zie pagina 18) ben ik in het Antoni van Leeuwenhoek gekomen. Ik voelde dat er veel kennis was over mijn type borstkanker. Hier werd het stadium borstkanker een graad teruggezet en werd mij een korter chemotherapie-traject voorgeschreven in een andere combinatie. Van de ene op de andere dag belandde ik in een intensief medisch traject. IVF om eitjes in te vriezen, want je weet niet wat de gevolgen zijn van chemotherapie voor je vruchtbaarheid. Afspraken met artsen, scans, jodium-markeringen, chemo; zoveel in korte tijd. Samen met mijn vriend doorliep ik het behan-

delproces stap voor stap. Ik ontwikkelde een modus. Ik probeerde zelf nog te doen wat ik kon in huis, ter afleiding en om het normale leven zoveel mogelijk door te laten gaan, vooral voor mijn vriend. Fysiotherapie en yoga hebben mij enorm geholpen om de klappen van de chemo fysiek en mentaal op te vangen. Er volgde een borstsparende operatie, die heel mooi resultaat heeft gegeven. Maar wat tegenviel was dat er toch nog actieve kankercellen werden gevonden in het weggehaalde weefsel. Er werd me sterk aangeraden nog een chemokuur in pilvorm en bestraling te ondergaan. Ik heb het gedaan, maar dat was wel het moeilijkste moment uit de hele periode. Ik had zo uitgekeken naar het einde van het traject. De dag na mijn 35e verjaardag hoorde ik dat de MRI en mammografie niks meer lieten zien. Een enorme opluchting. Nu pak ik de draad weer op. Natuurlijk kijk ik anders tegen het leven aan en relativeer ik meer. Ik heb geaccepteerd dat dit mij is overkomen. En ik heb er ook veel van geleerd.'

**COLOFON**

Antoni is het kwartaalmagazine voor relaties en patiënten van het Antoni van Leeuwenhoek en wordt uitgegeven onder verantwoordelijkheid van het Hoofd Marketing, Communicatie en Fondsenwerving.

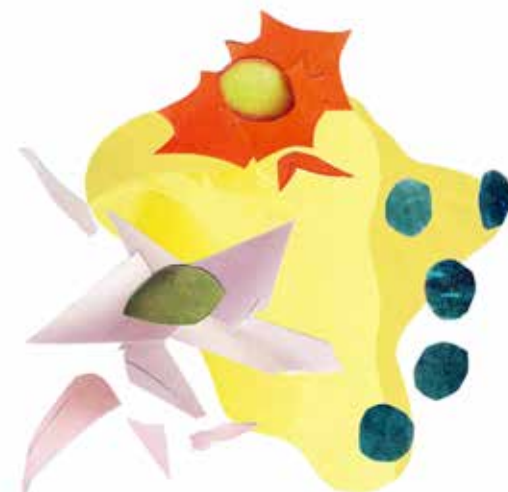
Hoofdredactie: Marloes Tervoort
Eindredactie & editorial consultancy: Hanneke Savenije
Redactie & teksten: Afdeling Marketing, Communicatie & Fondsenwerving
Afdeling Marketing, Diana de Veld
Fotografie: André Jagt, Manon van der Zwaal, Frank Ruiter
Illustraties: Sjoerd van Heumen, Shootmedia
Art director: Yke Bartels, Ykeswerk
Drukwerkbegeleiding: Tamara Vreeken
Drukwerk: Zwaan Printmedia
Oplage: 11.000
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.

Persoonlijk

- 02 Coververhaal: na de behandeling van borstkanker pakt Margreet nu de draad weer op.
- 06 Inge heeft longkanker, veroorzaakt door een unieke DNA-fout, die bovendien steeds mu-teert. Dat zorgt voor een kat-en-muis-spel tussen tumor en arts.
- 17 Hoe Raoul samen met zijn vrouw Tamara manieren vindt om met de ziekte van Tamara om te gaan.

**Onderzoek & Innovatie**

- 10 De MR-Linac is een diagnostische MR-scanner en geavanceerd bestralingsapparaat in één. Revolutionair en veelbelovend.
- 12 Immunotherapie vóór de operatie. Wordt daardoor de immunoreactie sterker en de uitkomst van de operatie beter?

**Zorg**

- 18 Hoe werkt dat, een second opinion?
- 20 Ons team op de OK.
- 22 Kwaliteit in cijfers: hoe wordt de zorg bij baarmoederhalskanker beoordeeld?
- 23 Goed idee: een podcastserie over seksualiteit na borstkanker.

Kort

04, 05



'De behandelingen ontwikkelen zich razendsnel'

Joop de Langen,
longarts

Betere voorlichting

Meer directe borst-reconstructies

Slechts 25 procent van de vrouwen in Nederland van wie een borst wordt geamputeerd vanwege borstkanker, kiest voor een directe borstreconstructie met een implantaat.

In het Antoni van Leeuwenhoek gebeurt dat maar liefst in 77 procent van de gevallen. Specialist van het Antoni van Leeuwenhoek pleiten voor een betere en transparere voorlichting in Nederland over de mogelijkheid van een directe borstreconstructie. Want de voordelen van een

directe borstreconstructie zijn enorm. Het litteken is aanzienlijk kleiner en de eigen huidenvelop en tepel kunnen worden behouden, wat weer heel goed is voor het psychisch welbevinden van patiënten. Bovendien is een directe reconstructie niet nadelig voor de behandeling en overlevingskansen.



Fondsenwerving

Nieuw leven na Hodgkin

In 2010 werd bij Alex de ziekte van Hodgkin (lymfeklierkanker) geconstateerd. Inmiddels is Alex schoon verklaard. En nu wil hij genieten van zijn leven en veel reizen. Maar ook iets teruggeven.

En dat blijkt prima samen te gaan. In september 2017 maakten Alex en zijn vriendin Julia een avontuurlijke reis van New York naar het zuidelijkste puntje van Argentinië. Onderweg zamelden ze geld in voor het project 'BETER na Hodgkin', dat de informatievoorziening en de zorg rondom de late effecten na de behandeling van hodgkinlymfoom wil verbeteren. Bij thuiskomst kwamen Alex en Julia de cheque van € 1.150,60 persoonlijk in het Antoni van Leeuwenhoek overhandigen. Dank!

Fondsenwerving

MAARTEN, BEDANKT!

RUIM
4.7 MILJOEN
EURO!

Het zal weinig mensen zijn ontgaan: in augustus deed zwemmer Maarten van der Weijden een heroïsche poging om in 3 dagen een Elfstedenzwemtocht af te leggen.

Het einde haalde hij net niet, maar wel wist hij ruim 4,7 miljoen euro voor kankeronderzoek bij elkaar te zwemmen. Een superactie met een superresultaat! Een deel van het geld gaat naar nucleair geneeskundige en radiotherapeut Wouter Vogel, die onderzoekt hoe speekselklieren zoveel mogelijk gespaard kunnen worden bij patiënten die bestraling ondergaan in het hoofd-halsgebied, of die een behandeling krijgen met radioactieve stoffen. Vogel hoopt te ontdekken welke hoeveelheid straling of radioactiviteit de verschillende speekselklieren aankunnen, om klachten als een droge mond en moeite met eten, slikken en praten te voorkomen.



Fondsenwerving

HOLLAND CASINO SPONSORT KANKER-ONDERZOEK

IN 2013 WERD HIJ GEDIAGNOSTICEERD MET PROSTAATKANKER en onderging hij zijn behandeling in het Antoni van Leeuwenhoek. Dat heeft een diepe indruk achtergelaten bij Peter Voolstra, directeur van Holland Casino Amsterdam. Dus wil hij nu graag bijdragen aan kankeronderzoek. 'Als we kanker de wereld uit willen helpen, dan begint dat bij het onderzoek, dat voor een groot deel moet worden gefinancierd uit donaties. Daarin kunnen we als Holland Casino wel wat betekenen.' Peter Voolstra merkt dat zowel collega's als bezoekers zich aangesproken voelen door de ambitie van Holland Casino om kankeronderzoek te ondersteunen. 'Bij de ingang van het casino zijn twee inzamelpunten aangebracht, waar gasten hun overgebleven kleingeld in kunnen doneren. Die bakken zitten heel goed vol! De komende tijd willen we kijken hoe we de samenwerking kunnen uitbreiden. Ik hoop dat andere ondernemers ons voorbeeld volgen!'

Als bedrijven kankeronderzoek willen steunen, helpt de Antoni van Leeuwenhoek Foundation graag om een samenwerking te vinden die goed past. Geïnteresseerd? Stuur een mailtje naar fondsenwerving@nki.nl.

Strijd tegen baarmoederhalskanker

Ook jongens vaccineren tegen HPV?

DE BRITSE OVERHEID vindt dat ook jongens moeten worden gevaccineerd tegen HPV, het virus dat bij vrouwen baarmoederhalskanker kan veroorzaken. Gynaecoloog Gemma Kenter vindt het een goed idee. 'Aan de ene kant bescherm je er de jongens en mannen mee, aan de andere kant zorg je dat de verspreiding van het virus moeilijker wordt en er dus minder vrouwen ziek worden.' Daarnaast zou het vaccineren van jongens ertoe kunnen leiden dat de opkomst voor de HPV-vaccinatie bij meisjes hoger wordt, denkt Kenter. In Nederland ligt het percentage meisjes dat zich laat vaccineren tegen HPV nu op slechts 45 procent.



Fondsenwerving

ELKE DAG OP PAD

ZE IS 82 JAAR en gaat dag in dag uit de straat op om te collecteren voor borstkankeronderzoek. Mevrouw Durlinger wordt al sinds 2002 begeleid door prof. dr. Emiel Rutgers en is daarover zó tevreden dat ze graag iets terug wilde doen. Dus stelde ze zich ten doel € 20.000 in te zamelen en dat is haar gelukt. Een fantastische donatie!

Ook bijdragen aan kankeronderzoek? Word Vriend van de AVL Foundation. Kijk op avlfoundation.nl voor meer informatie.



Fondsenwerving

BAKKEN VOOR HET GOEDE DOEL

Roomboterappeltaartjes, ananastaartjes, bosvruchten-taartjes – de oven van Marian Kamphuis uit Dalfsen draait uren. Als 'De BakSTER' bereidt zij de heerlijkste taarten op bestelling en ze vliegen de deur uit.

En ze smaken extra lekker omdat Marian een deel van de opbrengst van ieder besteld taartje rechtstreeks naar de AVL Foundation overmaakt. Nadat iemand uit haar naaste omgeving op 37-jarige leeftijd aan borstkanker overleed, besloot Marian deze actie op te zetten en zo bij te dragen aan meer kankeronderzoek. Een actie waar iedereen blij van wordt.

Ook een actie opzetten voor de Antoni van Leeuwenhoek Foundation? Kijk voor inspiratie op avlfoundation.nl.

Operatie niet altijd nodig bij endeldarmkanker

Een operatie waarbij een deel van de endeldarm wordt verwijderd, blijkt bij behandeling van endeldarmkanker niet altijd nodig.

Bij 20 procent van de patiënten is de tumor na preoperatieve bestraling niet meer zichtbaar. Als de tumor wegblijft, hoeven patiënten niet noodzakelijk geopereerd te worden. Dit blijkt uit cijfers die artsen uit het LUMC en het Antoni van Leeuwenhoek onlangs presenteerden in het wetenschappelijke tijdschrift The Lancet. In Nederland worden er jaarlijks zo'n 13.000 patiënten met darmkanker gediagnosticeerd. Bij ongeveer een derde van deze patiënten is er sprake van een tumor in de endeldarm.

‘Ik benader mijn ziekteproces als een avontuur’

Inge Trijssenaar heeft longkanker, veroorzaakt door een DNA-fout

Wie: Inge Trijssenaar (43), researcher TNO.

Heeft: longkanker met uitzaaiingen naar de hersenen. Wordt behandeld met: doelgerichte (gepersonaliseerde) medicatie.

En nu: genezen kan niet meer, maar zij leeft nu al vier jaar met de ziekte.

Ze was 39 toen bij haar longkanker werd ontdekt – uitgezaaid en niet te genezen. Met doelgerichte behandeling op maat wordt de kanker tot nu toe wel geremd. En Inge zelf pakte na de eerste schok haar leven weer op. ‘Ik heb de knop omgezet naar volop genieten van wat ik heb. Plannen maak ik voor maximaal drie maanden vooruit, ik leef in het hier en nu.’

‘Ik was tikkertje aan het spelen met mijn nichtje, toen ik merkte dat ik weinig lucht had. ’s Nachts werd ik kortademig als ik op mijn rechterzij ging liggen. Na een wandelvakantie in de Alpen deed de aanhoudende kortademigheid me realiseren dat er echt iets moest gebeuren. Een week nadat er op een longfoto vocht achter de longen was geconstateerd, hoorde ik dat het longkanker was. Die eerste nacht, na het horen van

dat nieuws, was ik enorm geschrokken en bang. Tot dat moment was ik fit en gezond en helemaal niet bezig met ziek worden. Nu had ik het gevoel dat ik elk moment kon overlijden.

Ik bleek een DNA-fout in de Epidermale Groei Factor Receptor (EGFR) te hebben, waarvoor gerichte, remmende medicatie in tabletvorm bestaat. Het is even afwachten of die medicatie aanslaat en voor hoe lang, maar bij mij werkte het. Het klassieke beeld dat ik had van kanker, met chemotherapie, misselijkheid en een kaal hoofd, bleef me bespaard. Al vrij snel kon ik de knop omzetten van angst naar volop genieten van wat ik

heb. Ik vind mijn werk heel erg leuk, wilde drie weken na de diagnose weer aan de slag. Mijn werkgever reageerde fantastisch. “Zeg maar wat je nodig hebt om te kunnen blijven werken”, zei hij. Binnen een week stond er een bed op kantoor, zodat ik kan rusten als dat nodig is. Ik ben een dag minder gaan werken, zo houd ik genoeg tijd over voor vrienden en familie. Een bucket-list heb ik niet. Plannen maak ik voor maximaal drie maanden vooruit, ik leef in het hier en nu. Een jaar heb ik het op die eerste medicatie goed gedaan. Eens in de drie maanden kreeg ik een scan, waarop je de tumoren zag

‘Je weet dat de kanker op een bepaald moment weer gaat groeien.’

slinken. Op een bepaald moment was er niks meer te zien. Misleidend, want de kanker zit er nog en je weet dat het op een bepaald moment weer gaat groeien. En ja, een jaar later liet een nieuw biopt zien dat de tumor het groeisignaal had verlegd van EGFR naar een zusje van EGFR, HER2. Een agressieve, maar behandelbare variant omdat er op dat moment een studie open was met combinatiebehandeling van trastuzumab met een lichte dosis chemotherapie. Een dag per week moest ik voor de toediening naar het ziekenhuis. Dan was ik heel slaperig, maar de rest van de week had ik genoeg energie. De behandeling sloeg weer goed aan.

Twee jaar geleden liet een nieuw biopt zien dat de tumor het groeisignaal weer had verlegd naar EGFR en dat er daarin een tweede mutatie was ontstaan. Sindsdien slik ik weer een nieuw medicijn, net twee maanden op de markt toen ik het kreeg. Maar toen kreeg ik neklachten. De MRI-scan toonde dat mijn kleine hersenen vol met uitzaaiingen zaten. Het heeft wat overtuigingskracht van dokter De Langen gekost, ik hoopte dat hersenbestraling niet nodig was als de nieuwe medicijnen snel zouden aanslaan, maar uiteindelijk heb ik die bestraling toch ondergaan. Ik was daar heel bang voor, maar heb er goed over kunnen praten. Ik werk zelf als onderzoeker, daardoor weet ik dat er niet altijd één antwoord is, maar dat er overwegingen zijn om een bepaalde behandeling te prefereren boven een andere. Doordat dokter De Langen zijn afwegingen met mij besprak, me even de tijd gaf, maar ook duidelijk zei: het is belangrijk om het op deze manier te doen, dacht ik: hij heeft gelijk, ik moet dit doen. Het heeft goed uitgekapt. Na de bestraling had ik een paar weken last van vermoeidheid, maar al snel was dat over en veel uitzaaiingen in mijn hersenen zijn verdwenen.

Ik voel me nu heel goed, wat natuurlijk gek is, want ik weet dat ‘het’ er altijd is. In mijn hoofd zitten nog uitzaaiingen, daarvan wordt binnenkort operatief een biopt genomen. Dat is ontzettend spannend, maar ik heb een manier gevonden om ermee om te gaan. Ik zie het als een avontuur. Vroeger deed ik aan sportklimmen. Daar bleek een gekozen route halverwege wel eens moeilijk. Je weet niet of je bij de volgende greep blijft hangen of valt. Zit mijn knoop wel goed, heeft dege ne beneden me goed vast? Die twijfel en onzekerheid helpen je niets verder. Als je de route bent begonnen met het doel ‘m af te maken, zul je je angst moeten wegschuiven en door moeten klimmen. Zo begeef ik me nu door mijn ziekteproces. Soms lopen avonturen verkeerd af en zijn ze pijnlijk. Maar elk avontuur is ook een kans. Ik focus op de kans, niet op wat er mis zou kunnen gaan.’

LONGKANKER

is een kwaadaardige vorm van kanker van de longen en/of luchtwegen en geeft vaak pas in een laat stadium symptomen. Veel voorkomende klachten: (kriebel) hoest, bloedspoortjes op hoesten, kortademigheid en pijn op de borst. Ook pijn in de botten, hoofdpijn, verlamingsverschijnselen, verminderde eetlust en gewichtsverlies kunnen optreden.

15%

van de mensen met longkanker heeft een vorm die wordt gekenmerkt door een specifieke DNA-fout in een groei-antenne. Deze patiënten hebben veel baat bij doelgerichte behandelingen, die juist weer niet goed werken bij de meer gangbare vormen. Daarom wordt er bij de diagnosestelling een volledige DNA-analyse op een tumorbiopt gedaan, zodat iedere patiënt de juiste behandeling krijgt. De zeldzame vormen van longkanker worden in Nederland in vijf gespecialiseerde ziekenhuizen behandeld: het Antoni van Leeuwenhoek, Erasmus MC, UMCG, Amsterdam UMC= en het Maastricht UMC.

IN 2017

werd bij 12.564 mensen longkanker vastgesteld, bij ongeveer de helft al uitgezaaid. In het Antoni van Leeuwenhoek werden dat jaar 2.938 longkankerpatiënten gezien.

Financiële steun voor onderzoek blijft hard nodig.

Ook meehelpen?
Ga naar
avlfoundation.nl.



Joop de Langen, longarts

‘DE BEHANDELINGEN ONTWIKKELEN ZICH WAAR INGE NAAST STAAT’

‘Zo’n 15 procent van de longkankerpatiënten heeft een vorm die wordt veroorzaakt door een unieke DNA-fout, behandelbaar met doelgerichte, gepersonaliseerde medicatie. Acht procent heeft de variant die Inge heeft, een mutatie in de Epidermale Groei Factor Receptor. EGFR is een groeiantenne die op veel cellen in ons lichaam zit en celdeling kan stimuleren. Dat hebben we nodig als er iets stukgaat in ons lichaam dat gemaakt moet worden. Een wond bijvoorbeeld. Bij een mutatie gaat de groeiantenne stuk. Vergelijk het met een lichtschakelaar: gaat deze stuk in de uit-stand, dan is er niks aan de hand. De cel zal dood gaan en we hebben miljarden cellen in ons lichaam. Maar gaat de groeiantenne stuk in de aan-stand, dan blijft die cel maar delen, en zo kan er een tumor groeien. Met medicijnen kunnen we de groeiantenne weer uitzetten en zo het proces van celdeling stoppen. Maar na verloop van tijd verandert de tumor iets, vaak een tweede

mutatie in EGFR, om toch weer te kunnen groeien. Dan kan het medicijn zich niet meer goed aan de antenne binden. Daar zijn gelukkig nieuwe tabletten voor ontwikkeld. Deze gebruikt Inge momenteel. Soms vindt de tumor een ontsnappingsroute via een zusje of broertje van de EGFR-groeiantenne. Dit gebeurde bij Inge drie jaar geleden. Elke keer als een medicijn is uitgewerkt, nemen we een biopt en kijken we waar de tumor nu zijn groeisignaal vandaan haalt, zodat we daar weer gericht het juiste medicijn op kunnen inzetten. Het is een kat-en-muis-spel tussen tumor en arts, waarbij ik constant met de patiënt bespreek wat we kunnen doen en waarom ik denk dat een bepaalde stap zinvol is. Dat is elke keer kijken: wat heeft het je te bieden, wat kost het je, wat is voor jou belangrijk? Samen neem je de beslissing. Toen Inge vier jaar geleden ziek werd, waren deze medicijnen nog niet beschikbaar. De behandelingen ontwikkelen zich waar zij naast staat.’

MR-LINAC:

Hogere stralingsdosis, minder schade

Exact bepalen waar de tumor zich in de patiënt bevindt tijdens de bestraling van deze tumor. De MR-linac is een combinatie van een geavanceerd bestralingstoestel en een diagnostische MR-scanner, die zeer precieze en gedetailleerde beeldinformatie geeft. Daardoor kunnen artsen tumoren nog gericht bestralen. In de toekomst kunnen we hierdoor het te bestralen gebied kleiner maken en indien nodig een hogere dosis geven. Door een kleiner gebied te bestralen, treedt er minder schade op aan het omliggende gezonde weefsel.

HAARSCHERPE BEELDEN

Een geavanceerd diagnostisch systeem maakt haarscherpe beelden, waarmee behandelplannen op maat zijn aan te passen terwijl de patiënt op de behandelafel ligt.

ZICHTBAARHEID

De gedetailleerdheid van de MRI-beelden maakt het mogelijk om tumoren, die voorheen niet goed werden onderscheiden van het omliggende weefsel, of die veel bewegen, preciezer te bestralen.

De MR-Linac is een is een bestralingstoestel en diagnostische MR-scanner in één.

SAMENWERKING

De MRI-scanner werkt met een groot magnetisch veld, terwijl bestralingsapparaten veel metaal bevatten. Normaal bijten deze twee elkaar – de krachtige MRI-magneten kunnen de bestraling verstoren – maar in de MR-Linac werken ze samen. Een revolutionaire ontwikkeling.

ROTERENDE BESTRALING

De bestralingstechnologie is geplaatst op een portaal dat continu kan draaien. Het roteert in een ring rond de MRI-scanner, en de behandelstraal passeert de binnenste MRI-ring.

HOGE PRECISIE

Het bestralingsapparaat is uitgerust met 'multileaf collimator-technologie': meerdere staafjes ('multileaf') kunnen iedere willekeurige vorm maken en zich heel precies richten op het te bestralen gebied.

In eerste instantie wordt de MR-Linac alleen ingezet voor mannen met prostaatkanker. Daarna wordt de techniek ook gebruikt bij endeldarmkanker, hoofd-halstumoren, longkanker, slokdarmkanker,



gynaecologische tumoren en borstkanker. Ook voor uitzaaiingen in de lever en voor het behandelen van een beperkt aantal klieren in het bekken of de buik is dit apparaat een uitkomst.

Het Antoni van Leeuwenhoek is het derde ziekenhuis in Nederland dat bestraling met een MR-Linac aanbiedt. Ook in het UMC Utrecht en Amsterdam UMC wordt een MR-Linac gebruikt.



Van 20 naar 5 bestralingen

In de toekomst hoeven patiënten met prostaatkanker met de MR-Linac slechts 5 keer te worden bestraald in plaats van de 20 of 35 keer die nu gebruikelijk is.



‘Deze veelbelovende techniek wordt de komende jaren verder ontwikkeld, zodat zoveel mogelijk patiënten er baat bij hebben.’

Marlies Nowee, radiotherapeut-oncoloog

IMMUUN- THERAPIE VÓÓR DE OPERATIE

Onderzoek naar:

Neoadjuvante
immuuntherapie

Door wie: Prof. dr Christian Blank, medisch oncoloog, en onder anderen prof. dr Ton Schumacher, immunoloog.

Doel: Aantonen dat immuuntherapie voorafgaand aan een operatie de immuunreactie sterker en breder maakt, en veilig is.

Veel patiënten hebben baat bij immuuntherapie. Maar waarschijnlijk valt er nog meer winst te behalen bij een nieuwe strategie die nu in studieverband wordt toegepast bij verschillende soorten kanker: immuuntherapie al voorafgaand aan de operatie. Daardoor lijkt de immuunreactie sterker en de uitkomst van de operatie beter.



De meeste kankerbehandelingen, zoals chirurgie, bestraling en chemotherapie, richten zich rechtstreeks op de tumor. Maar het is ook mogelijk om het afweersysteem van de patiënt aan te sporen om de tumorcellen te bestrijden. Deze relatief nieuwe vorm van kankertherapie heet immuuntherapie. Artsen boeken er steeds betere, soms zelfs spectaculaire resultaten mee. Bijvoorbeeld bij longkanker en melanoom, waarvoor immuuntherapie al een reguliere behandeling is. Soms blijven patiënten voor wie normaal gesproken geen hoop meer was door immuuntherapie nog vele jaren leven. De behandeling werkt helaas niet bij iedereen, maar als het werkt, dan werkt het vaak heel goed.

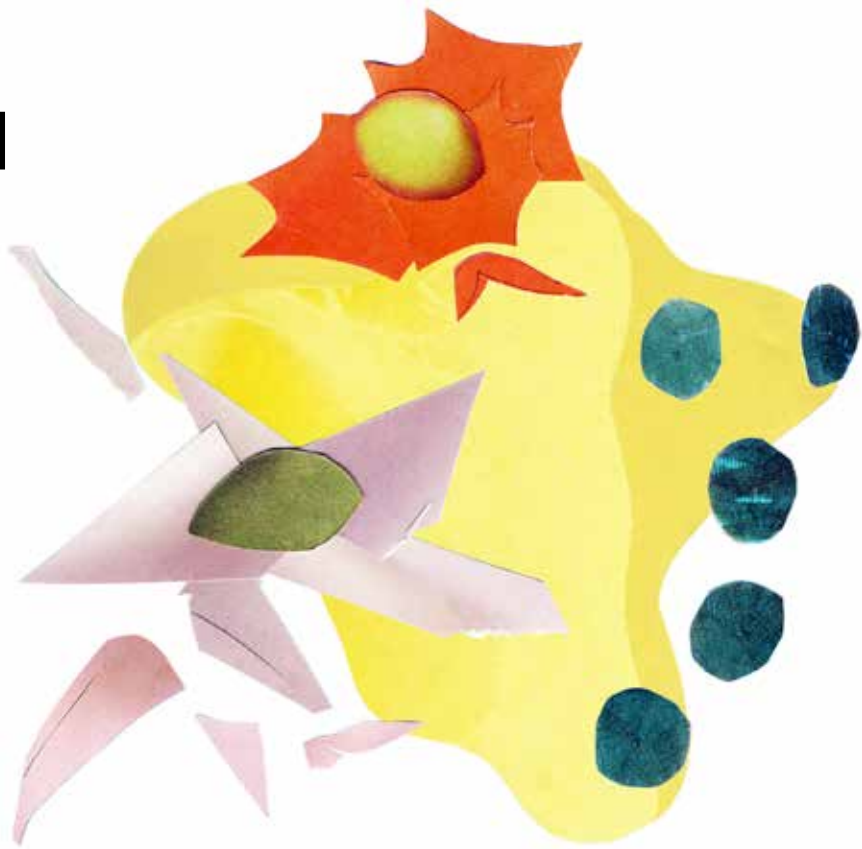
TERUGKEER VOORKOMEN

Bij melanoom is immuuntherapie een reguliere optie voor patiënten met uitgezaaid melanoom (stadium 4) voor wie opereren geen zin meer heeft. Inmiddels ook patiënten met melanoom bij wie alleen de lymfeklieren zijn aangedaan (stadium 3) na de operatie immuuntherapie krijgen. Zo wordt

‘IS DE AANPAK VEILIG? ZIJN DE BIJWERKINGEN ACCEPTABEL?’

de kans kleiner dat de kanker weer terugkeert. Het idee is dat het afweersysteem met behulp van immuuntherapie eventueel achtergebleven tumorcellen opruimt zodat die niet opnieuw kunnen uitgroeien. Patiënten zullen hiervoor na de operatie nog een jaar lang elke drie of vier weken een infuus met medicijnen krijgen. Medisch oncoloog prof. dr. Christian Blank denkt dat patiënten nog meer baat kunnen hebben bij immuuntherapie als ze die al vóór de operatie krijgen: neoadjuvante immuuntherapie. ‘Een tumor bestaat niet uit één type kankercel’, legt Blank uit. ‘Er zitten heel veel verschillende tumorcellen in. Als je het melanoom wegsnijdt en pas daarna immuuntherapie geeft, kan het afweersysteem zich alleen nog maar richten op de enkele achtergebleven, niet goed zichtbare kankercellen. Die zullen ook niet de hele variatie aan tumorcellen laten zien die de oorspronkelijke tumor in zich had. We verwachten daarom dat er een sterkere én bredere afweerreactie ontstaat als patiënten al vóór de operatie immuuntherapie krijgen.’

EERSTE STUDIE BIJ PATIËNTEN
Blank toetste zijn veronderstelling binnen de OpACIN-studie die hij ontwikkelde met immunoloog prof. dr Ton Schumacher. Het is wereldwijd de eerste melanoomstudie die een vergelijking maakt tussen immuuntherapie voorafgaand aan de operatie en immuuntherapie ná de operatie. ‘Ons doel was om te kijken of die aanpak veilig is. Zijn de bijwerkingen acceptabel? Verder wilden we aantonen dat neoadjuvante immuuntherapie de immuunreactie inderdaad sterker en breder maakt.’ Aan deze eerste studie deden twintig melanoompatiënten mee. Tien van hen ontvingen immuun-



Marieke Hut (47):

‘IK HEB GEEN SECONDE GETWIJFELD’

‘Ik kreeg in oktober 2015 de diagnose melanoom. De ziekte bleek te zijn uitgezaaid naar de lymfeklieren. Ik ben toen verwezen naar het Antoni van Leeuwenhoek. Professor Blank vroeg of ik wilde deelnemen aan de OpACIN-studie. Daar heb ik geen seconde over getwijfeld. Melanoom met uitzaaiingen in de lymfeklieren heeft een slechte prognose en dit kon mijn kans op terugkeer van de ziekte misschien sterk

verkleinen. De kans op ernstige bijwerkingen nam ik voor lief. Ik had mazzel, ik had heel weinig bijwerkingen. Ik was alleen moe. Wel heeft de immuuntherapie mijn schildklier verwoest. Daarom slik ik nu elke dag een pilletje met schildklierhormonen. Maar dat is het me waard geweest, het gaat nu goed met me. Ik ben wat littekens rijker, maar daar valt uitstekend mee te leven.’

therapie voorafgaand aan de operatie. ‘Er bestaan meerdere vormen van immuuntherapie. In dit onderzoek gebruiken we checkpointremmers. Dat zijn medicijnen die als het ware de rem van het afweersysteem afhalen, waardoor er een sterke immuunreactie ontstaat.’ De patiënten kregen in totaal vier keer een infuus, twee keer met medicijnen, en twee keer met immuuntherapie.

DUIDELIJK BETERE OVERLEVING
Hoe waren de bevindingen? Blank: ‘De patiënten die eerst immuuntherapie kregen, ontwikkelden inderdaad een veel sterkere immuunreactie in het bloed, met meer verschillende afweercellen. Ook het ziekteverloop leek gunstiger in deze groep, hoewel we nog te weinig patiënten hadden om dat statistisch hard te maken.’ De patiënten werden na de operatie ruim twee jaar lang gevolgd. ‘In die periode keerde de ziekte terug bij vier van de tien patiënten die alleen immuuntherapie kregen na de operatie, en bij slechts twee van de tien patiënten die ook voorafgaand aan de operatie immuuntherapie kregen.’ Terugkeer van de ziekte maakt de vooruitzichten helaas erg somber. Vier van de zes patiënten bij wie de ziekte terugkwam, zijn inmiddels overleden. ‘Maar zonder immuuntherapie overlijdt meer dan de helft van deze hoogrisico patiënten binnen vijf jaar, de resultaten met immuuntherapie zijn dus duidelijk beter.’

LANGER VOLGEN
Bij acht van de tien patiënten die neoadjuvante immuuntherapie kregen, was de afweerrespons zo goed dat er bij de operatie weinig of geen tumorcellen meer waren te vinden. Van hen kreeg tot nu toe niemand de ziekte terug. ‘Dat stemt hoopvol, want bij melanoom volgt een terugval meestal binnen een tot twee jaar na de operatie. Waarschijnlijk zijn deze mensen dus uit de gevarenszone. Maar we moeten ze natuurlijk langer volgen om dat zeker te weten.’

ERNSTIGE BIJWERKINGEN
De bijwerkingen van de neoadjuvante immuuntherapie zijn helaas vaak ernstig. 90% van de patiënten ervaarde ernstige klachten. ‘Het probleem is dat het immuunsysteem ook gezond weefsel kan aanvallen’, legt Blank uit.

WERKT HET OOK BIJ BIJ ANDERE SOORTEN KANKER?

BLAASKANKER
In de **NABUCCO-studie** onderzoekt internist-oncoloog dr. Michiel van der Heijden de waarde van immuuntherapie voor de operatie bij blaaskanker. ‘Na de operatie komt de kanker relatief vaak terug. We hopen die kans met immuuntherapie te verkleinen.’

‘In de **BELLINI-studie** krijgen patiënten eerst alleen immuuntherapie. Als dat niet aanslaat krijgen ze alsnog (neo)adjuvante chemotherapie, wat nu de standaard is.’ Deelnemers aan de studie zijn patiënten met triple negatieve borstkanker of hormoongevoelige borstkanker met immuuncellen in de tumor. De tweede studie zal onderzoeken of patiënten bij wie de reguliere neoadjuvante chemotherapie niet aanslaat, baat kunnen hebben bij immuuntherapie.

DARMKANKER
De **NICHE-studie**, geleid door internist-oncoloog Myriam Chalabi, zal voor het eerst neoadjuvante immuuntherapie bij patiënten met darmkanker onderzoeken. ‘We willen onderzoeken of immuuntherapie bij niet-uitgezaaide darmkanker bij een groter deel van de patiënten werkt dan wat bekend is bij uitgezaaide darmkanker.’

MAAGKANKER
Internist-oncoloog Myriam Chalabi coördineert ook de **PANDA-studie** voor patiënten met maagkanker of kanker aan de overgang tussen slokdarm en maag (GE-junctionkanker). ‘Patiënten krijgen nu standaard chemotherapie voorafgaand aan de operatie. Wij willen die chemotherapie combineren met immuuntherapie. Er zijn sterke aanwijzingen dat die behandelingen elkaar kunnen versterken.’

BORSTKANKER
Dr. Marleen Kok bereidt twee studies voor naar neoadjuvante immuuntherapie bij borstkanker.

LONGKANKER
Voor longkanker coördineert longarts Willemijn Theelen de **INDUCTION-1-studie**. De neoadjuvante immuuntherapie gaat hier vooraf aan de standaardbehandeling van niet-kleincellige longkanker met alleen lokale uitzaaiingen, namelijk met chemotherapie en bestraling. ‘We onderzoeken de veiligheid en hopen met immuuntherapie de tumor te verkleinen. Als dat lukt, hopen we in vervolgstudies te bereiken dat patiënten alsnog in aanmerking komen voor chirurgie.’

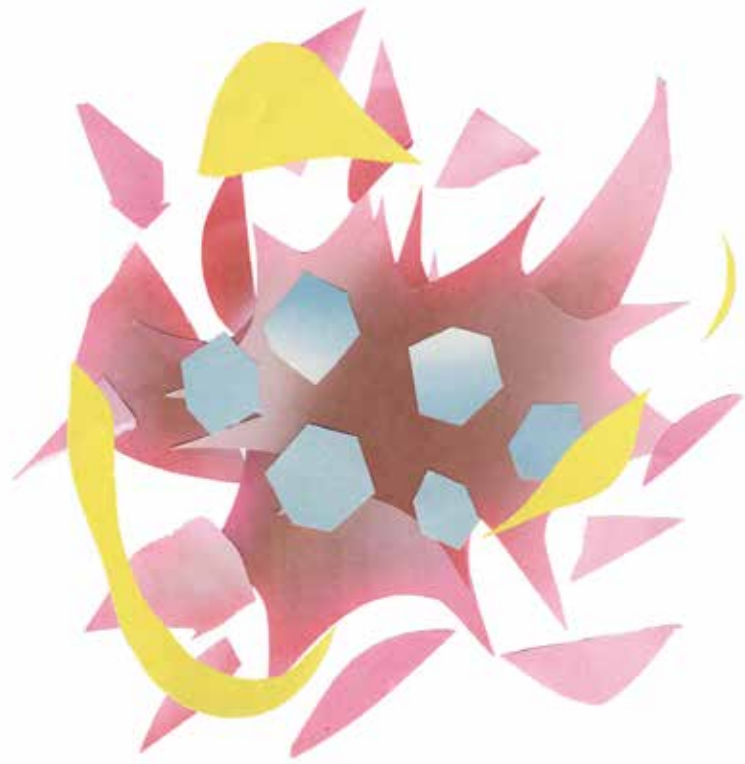
HOOFD-HALS TUMOREN
In de **IMCISON-studie** onderzoekt hoofd-halschirurg dr. Lotje Zuur voorbehandeling met immuuntherapie bij hoofd-halstumoren. ‘Het gaat om patiënten met relatief grote tumoren in de mond of keel die geopereerd zullen worden. Ons belangrijkste doel is om hun prognose te verbeteren.’

‘HET MOOIE IS DAT WE HIER ALLE EXPERTISE BIJ ELKAAR HEBBEN’

‘Daar kun je huidontsteking of diarree van krijgen, maar ook uitval van de schildklier of bijniere. Die klachten kunnen bovendien blijvend zijn. In onze eerste studie ontwikkelde één patiënt diabetes type 1. Hij moet helaas de rest van zijn leven insuline spuiten. Verder ontwikkelden 7 van de 20 patiënten schildklierproblemen waarvoor ze schildklierhormonen moeten slikken.’ Een kleine troost voor de patiënten met veel bijwerkingen: in tegenstelling tot bij chemotherapie zeggen bijwerkingen bij immuuntherapie wél iets over de werkzaamheid. Bij meer bijwerkingen werkt de immuuntherapie over het algemeen beter.

VERVOLGSTUDIES

Blank en zijn collega’s ronden onlangs een vervolgstudie (OpACIN-neo) af met 86 patiënten. In deze studie stond het verminderen van de bijwerkingen en tegelijkertijd behouden van de effectiviteit centraal. De resultaten hiervan worden in de loop van dit jaar bekendgemaakt. En er staan alweer nieuwe vervolgstudies op het programma. De medisch oncoloog zou ook graag alternatieven vinden voor patiënten bij wie geen sterke afweerrespons ontstaat. ‘Er zijn nog heel veel andere manieren om de afweer te activeren. We willen biomarkers vinden die kunnen voorspellen welke patiënt op welke behandeling zal reageren. Het mooie van het Antoni van Leeuwenhoek is dat we hier alle expertise bij elkaar hebben. Voor deze studies werk ik nauw samen met prof. dr Ton Schumacher voor het fundamentele onderzoek en met chirurg Alexander van Akkooi. Die samenwerking maakt ons onderzoek zo sterk, en dat komt uiteindelijk de patiënten ten goede.’



Joris Duin (40):

‘IK WILDE MIJN OVERLEVINGSKANSEN VERGROTEN’

‘Anderhalf jaar nadat een melanoom op mijn rug was verwijderd, kreeg ik een pijnlijke zwelling in mijn oksel. Het bleek een uitzaaiing. Ik werd verwezen naar het Antoni van Leeuwenhoek, waar ik kon deelnemen aan de OPaCIN-studie. Ik wilde mijn overlevingskansen vergroten en deed mee. Het eerste infuus gaf weinig klachten, maar bij het tweede infuus ging het goed mis. Ik kreeg de therapie op vrijdag; zaterdag lag ik in het ziekenhuis en zondag op de Intensive Care. De

immuuntherapie bleek bij mij de eilandjes van Langerhans aan te vallen, waardoor ik geen insuline meer aanmaakte. Mijn suiker was torenhoog. Ik kreeg ook problemen met mijn huid, mijn schildklier, mijn longen en mijn lever. En nu heb ik blijvend diabetes type 1. Ook slik ik schildkliermedicijnen. Toch heb ik absoluut geen spijt. Door de immuuntherapie voelde ik gewoon de zwelling van mijn klieren afnemen. Ik heb mijn leven moeten aanpassen, maar ik leef tenminste nog.’

‘Het is moeilijk om rustmomenten voor mezelf te vinden’



Wie: Raoul Tjon (54)
Partner van: Tamara Bernasco (43), die wordt behandeld voor triple negatieve borstkanker.
En nu: Na chemotherapie en een operatie, wordt Tamara nu nabehandeld met chemopillen, om de kans op terugkeer van de ziekte te verkleinen.

Vijf dagen nadat Tamara een knobbeltje had gevoeld in haar borst, hoorden we dat het een kwaadaardige tumor was. Juli 2017 was het. Vanaf dat moment is alles anders. Meteen na het stellen van de diagnose gebeurde er veel. Het behandeltraject wordt geschetst en daar begon Tamara ook snel aan. Ik ben op mijn werk gaan praten. Tamara en ik zijn collega’s in een verpleeghuis. Onze teamleider had meteen veel begrip voor de situatie en gaf me de mogelijkheid om mijn werkschema zo aan te passen dat ik er kan zijn voor Tamara. Dat is fijn. Soms is het moeilijk om naast mijn werk, waar ik zorg voor anderen, en thuis, waar ik er ben voor Tamara, rustmomenten voor mezelf te vinden. Het is niet anders. Na een tijdje was de eerste schok voorbij en creëerden we een nieuwe manier van leven. Voor de behandeling met chemotherapie moesten we iedere maandag in het ziekenhuis zijn. Daarna haalden we een lekkere koffie met een saucijzenbroodje en een kaasbroodje bij Vermaat. Dat was echt een ritueel voor ons geworden. Zo vind je manieren om met de situatie om te gaan. We zijn het leven echt anders gaan waarderen. Bij ons is dat heel erg: genieten van de kleine dingen. Een cliché, maar zo waar.

In januari is Tamara geopereerd en nu zit ze in het natraject met chemopillen, waarmee de kans op overleving hopelijk wordt vergroot. Het hele proces is zwaar, maar ik probeer optimistisch te blijven. Daarbij helpt de positieve aard van Tamara me.’

SECOND OPINION

Bij kanker is de behandeling vaak intensief. Daarom is het belangrijk dat een patiënt achter het gekozen behandelplan staat. Sommige patiënten die in andere ziekenhuizen zijn gediagnosticeerd, willen graag een 'tweede mening' horen of advies krijgen van een specialist in het Antoni van Leeuwenhoek. Hoe gaat dat precies?

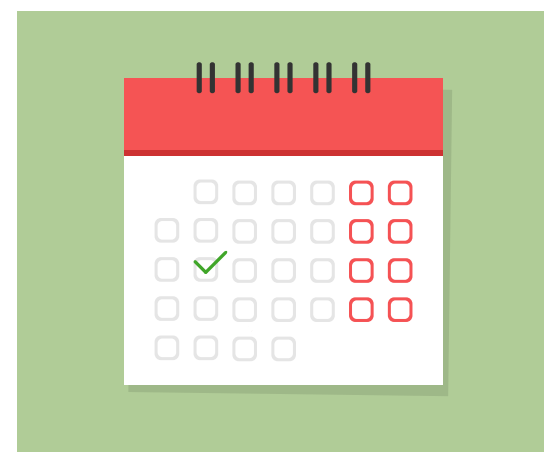
1

AANVRAGEN VAN EEN SECOND OPINION

Voor een second opinion heeft een patiënt een verwijfsbrief nodig van zijn huidige behandelend specialist. Deze beschikt namelijk over alle benodigde gegevens die de arts in het Antoni van Leeuwenhoek nodig heeft om een diagnose en behandelplan te kunnen beoordelen. In de verwijfsbrief omschrijft de specialist zo duidelijk mogelijk waarom en waarover de patiënt een second opinion wil hebben.

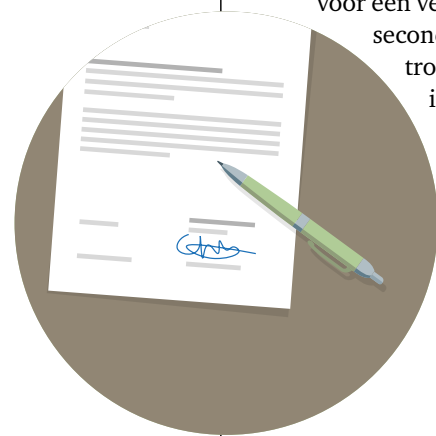
Soms vinden patiënten het lastig om zo'n verwijfsbrief te vragen aan hun specialist, zijn ze bang voor een vertrouwensbreuk. Maar een

second opinion is geen blijk van wantrouwen, het geeft extra vertrouwen in het ondergaan van een bepaald behandeltraject. Overigens kan ook de huisarts een second opinion aanvragen. Dit kan wel vertraging geven, omdat de huisarts niet altijd over alle relevante gegevens beschikt.



Wanneer?

Het meest 'ideale' moment voor een second opinion is als alle onderzoeken zijn verricht, de uitslagen binnen zijn en het behandelplan is besproken, maar er op het moment van het second-opinion-gesprek nog niet is gestart met de behandeling. Soms is de tijd tussen het behandelplan en de start van een behandeling krap. Het is belangrijk om dan met de behandelend arts te bespreken of het medisch gezien verantwoord is te wachten met de behandeling totdat de afspraak voor een second opinion in het Antoni van Leeuwenhoek heeft plaatsgevonden. Als de behandeling al is gestart, kan na afronding hiervan een second opinion worden aangevraagd.



3

PERSOONLIJK GESPREK EN ADVIES

Aan de hand van de medische gegevens en de verwijzing bespreekt de arts de aandoening en voert hij eventueel lichamelijk onderzoek uit. Onderzoeken, zoals scans en bloedonderzoek, die in het behandelend ziekenhuis zijn uitgevoerd, worden niet opnieuw gedaan. Meestal geeft de arts aan het einde van het second opinion-gesprek een advies voor behandeling. Soms wordt een aanvullende afspraak gemaakt, als er meer onderzoek of gegevens nodig zijn, of wanneer de arts de situatie wil bespreken in het multidisciplinair overleg met andere specialisten. Dan kan het wat langer duren voordat er een uitslag is. Zowel bij een bevestigende second opinion, als een afwijkende, is het advies om met de behandelend arts te bespreken wat het behandeladvies inhoudt en in welk ziekenhuis dit uitgevoerd kan worden. Een second opinion in het Antoni van Leeuwenhoek betekent niet automatisch dat de behandeling hier wordt overgenomen.



2

VERWERKEN VAN GEGEVENS

De specialist stuurt de verwijfsbrief naar het Antoni van Leeuwenhoek, bij voorkeur digitaal via de verwijzerspagina (avl.nl/verwijzers). Ook stuurt de behandelend specialist alle relevante medische gegevens door, zoals onderzoeksgegevens, beeldmateriaal en de pathologisch-anatomische verslagen. Wanneer alle gegevens zijn ontvangen, worden deze verwerkt en wordt het dossier door de specialisten van het Antoni van Leeuwenhoek beoordeeld. Dit duurt ongeveer vijf werkdagen. Wanneer de beoordeling aanleiding geeft tot een second opinion, wordt de patiënt uitgenodigd voor een persoonlijk gesprek. Daarvoor neemt de afdeling planning van de polikliniek contact op met de patiënt om een afspraak te maken. De wachttijden tussen dit contact en de afspraak wisselen per tumorsoort. Het is ook mogelijk dat de artsen van het Antoni van Leeuwenhoek het eens zijn met het voorgestelde behandelplan van het ziekenhuis waar de patiënt onder behandeling is. Ook in dat geval wordt contact opgenomen met de verwijzer.



Verzekerde zorg?

De kosten voor een second opinion zijn ongeveer € 500. Voor patiënten die hiervoor verzekerd zijn, loopt de financiële afwikkeling rechtstreeks met de zorgverzekeraar.



TEAM OK

Verspreid over 9 operatiekamers worden er in het Antoni van Leeuwenhoek gemiddeld per maand 450 operaties uitgevoerd. Wie zitten er allemaal in een operatieteam, hoe zijn de rollen verdeeld en hoe werken ze met elkaar samen?

GERRIT BOERSTRA, ANESTHESIEMEDEWERKER EN SEDATIEPRAKTIJSPECIALIST
‘Patiënten die onder narcose gaan of sedatie krijgen – een vorm van anesthesie waarbij het bewustzijn wordt verlaagd – zijn erg kwetsbaar. Meestal vraag ik ze iets over zichzelf te vertellen. Iedereen heeft een verhaal, en mensen vinden het vaak prettig om te laten zien wie ze zijn buiten de operatiekamer. Samenwerken is in een operatieteam noodzakelijk. Zeker als iets tegenzit, of als het spannend is. Dan gaat het erom dat je nooit uit het oog verliest wat ons gezamenlijke doel is: de patiënt beter maken.’

BART SCHIEVELD, ANESTHESIOLOOG
‘Naast anesthesie op maat, is het mijn doel om een patiënt veilig en met vertrouwen door een ingreep heen te loodsen. Tijdens de operatie ben ik bezig met de narcose, het bewaken van de vitale parameters en pijnbestrij-

ding. Als een patiënt opgelucht op de uitslaapkamer ligt, zonder veel pijn, ga ik met een goed gevoel naar huis.’

IRIS VAN DER PLOEG, ONCOLOGISCH CHIRURG
‘Samen met patiënten tot een op maat gemaakt behandelplan komen, vind ik de mooiste uitdaging van mijn vak. Als een operatie dan vervolgens slaagt, maakt mij dat heel blij, vooral natuurlijk als patiënten zelf tevreden zijn met het resultaat. Een goede sfeer in het operatieteam is enorm belangrijk om de beste zorg te kunnen leveren. Als team zijn we open, laagdrempelig en respectvol naar elkaar, binnen en buiten de operatiekamer. We zijn in elkaar geïnteresseerd en hebben allemaal dezelfde drijfveer: we willen de beste zorg leveren.’

BOUCHRA HAUSMANN, SCHOONMAAKMEDEWERKER
‘Hygiëne is in de operatiekamer enorm belangrijk, om

de kans op besmetting en eventuele daaruit voortvloeiende infecties te voorkomen. Het is mijn functie om zo effectief en professioneel mogelijk schoon te maken volgens de protocollen. Ik ben een perfectionist en doe dit elke keer weer met de volle overgave. Een schouderklopje van collega’s doet me altijd goed!’

ANUSHKA STOLWIJK, SECRETARESSE
‘Ik ondersteun al mijn collega’s op de OK waar het kan. Ik vul de roosters in voor het operatieteam, doe de bestellingen van materialen, vang gasten op en heb een luisterend oor voor iedereen. De leuke collega’s en afwisseling maken het tot een hele leuke baan.’

HARALD GROEN, ONDERZOEKER
‘Ik doe onderzoek naar het gebruik van navigatie tijdens operaties, door middel van nieuwe inzichten en technologische snufjes. Ik vind het heel mooi als ik zie dat de chirurg door het gebruik van navigatie een beter zicht heeft op de locatie van een tumor en de weg ernaartoe. Een belangrijke taak voor mij is zorgen voor duidelijke communicatie over wat er nodig is bij navigatiestudies. Welke extra handelingen er worden uitgevoerd bijvoorbeeld, zodat iedereen weet wat er gaat gebeuren.’

KAREN VORK, OK-COÖRDINATOR
‘Het is mijn taak ervoor te zorgen dat een dag op de OK soepel verloopt. Met een goede planning en in

samenwerking met de specialisten en andere collega’s. Zo worden patiënten op tijd geopereerd en is iedereen tevreden.’

OSLY HENRIETTE, MEDEWERKER STERILISATIE
‘Ik zorg ervoor dat de instrumenten die worden gebruikt bij de operatie op het juiste moment steriel en aanwezig zijn. Mijn werk is uitdagend en afwisselend. Ik ben het gaan doen omdat ik graag patiënten wilde helpen, op een indirecte manier. Zo draag ik mijn steentje bij.’

INGEBORG KOEMAN, OPERATIEASSISTENT
‘Aanvullend zijn voor de chirurg zonder dat dat deze ergens om hoeft te vragen, dat is hoe ik mijn werk wil doen. Het is dus belangrijk dat ik weet wat de volgende stap is voor een chirurg, zodat ik klaarsta met de benodigde instrumenten. Als de operatie goed is verlopen en de chirurg met een goed gevoel de laatste hechting zet, ben ik tevreden.’

IRMA SCHOTS, RECOVERY-VERPLEEGKUNDIGE
‘De meeste mensen in ons ziekenhuis bevinden zich in een angstige en kwetsbare periode in hun leven. In de korte tijd dat een patiënt bij ons op de OK is, zie ik het als mijn uitdaging om iemand ontspannen de operatiekamer in te laten gaan en patiënten zich veilig te laten voelen, want ik geloof dat je daarmee pijn en angst kunt reduceren.’

HPV-VACCINATIE

Meisjes krijgen in het jaar dat ze 13 worden een vaccinatie tegen HPV aangeboden. De inenting voorkomt infectie van HPV-types 16 en 18: de kans op baarmoederhalskanker neemt af met 70 tot 80 procent. De opkomst voor de vaccinatie lag in de beginjaren op zo'n 60 procent, in 2017 was dat 45 procent.

200

vrouwen ongeveer overlijden per jaar aan baarmoederhalskanker.

817 VROUWEN

kregen in 2017 de diagnose baarmoederhalskanker.

200

patiënten werden behandeld in het CGO Amsterdam.

DE BEHANDELING

bestaat uit chirurgie, radiotherapie en chemotherapie.

ROBOTCHIRURGIE

Kleinere tumoren in de baarmoederhals worden in het Antoni van Leeuwenhoek met de Da Vinci robot verwijderd. Dat is minder ingrijpend dan een klassieke operatie en het herstel is sneller.

BAARMOEDERHALSKANKER

Het Antoni van Leeuwenhoek en het Amsterdam UMC werken samen in het Centrum Gynaecologische Oncologie Amsterdam (CGO Amsterdam), het grootste centrum voor gynaecologische oncologie in Nederland.

Baarmoederhalskanker is een kwaadaardige vorm van kanker van de baarmoederhals en komt vooral voor bij vrouwen vanaf 30 jaar. Het wordt veroorzaakt door het Humane Papilloma Virus (HPV) dat tijdens geslachtsgemeenschap overgedragen kan worden. Er zijn veel verschillende HPV-varianten. De typen 16 en 18 zijn het gevaarlijkst en veroorzaken 70 procent van de gevallen van baarmoederhalskanker. HPV is heel

besmettelijk en komt heel veel voor. Ongeveer 80 procent van de vrouwen die seks hebben, krijgt ooit een HPV-infectie. Maar niet elke vrouw die met dit virus is besmet, krijgt baarmoederhalskanker. Roken speelt hierbij een negatieve rol: het beïnvloedt het afweersysteem, dat daardoor meer moeite kan hebben om een HPV-infectie op te ruimen. Baarmoederhalskanker komt dan ook vaker voor bij vrouwen die roken.



‘Door de centralisatie van gynaecologische zorg zijn alle vrouwen met baarmoederhalskanker verzekerd van de beste behandeling’

Frederic Amant, gynaecoloog

SENTIX-TRIAL

In deze studie worden bij baarmoederhalskanker enkel de poortwachtersklieren verwijderd, in plaats van alle lymfeklieren uit het bekken. Voordelen: een kortere operatieduur, minder bloedverlies en minder neveneffecten op lange termijn, zoals lymfoedeem, zonder concessies te doen aan de overleving.

PATIËNTEVREDENHEID

Hoe waarderen patiënten met baarmoederhalskanker de zorg van het Antoni van Leeuwenhoek?



Gemiddeld rapportcijfer: 8.5

EERSTE AFSPRAAK

Die kan binnen 7 werkdagen worden gemaakt. De start van een eventuele behandeling volgt na 2 tot 5 weken. Voor sneldiagnostiek is de wachttijd ongeveer 4 dagen. Voor een second opinion ongeveer 5 dagen.

Meer info over baarmoederhalskanker, behandelmethoden, wachttijden en resultaten? Kijk op: avl.nl/kankersoorten/baarmoederhalskanker

‘Ik wilde dat er iets was om deze vrouwen te helpen’

Zo'n 60 procent van de vrouwen die borstkanker heeft gehad, ervaart seks tijdens en na de behandeling niet als vanzelfsprekend. Vrouwen voelen zich minder aantrekkelijk, hebben minder zin of ervaren pijn tijdens het vrijen. Toch worden patiënten niet standaard begeleid in deze problemen, durven patiënten hun seksuele problemen niet altijd aan te kaarten bij hun arts en wordt de behandeling bij een seksuoloog niet standaard vergoed. Reden voor arts-onderzoeker Tessa Steenbruggen en psycholoog-onderzoeker Lisanne Hummel om samen met journalist Gian van Grunsven een podcastserie over seksualiteit na borstkanker te maken:

Wie: Tessa Steenbruggen, arts-onderzoeker.
Is: mede-initiatiefnemer van de podcast ‘De herontdekking van haarzelf’, over seksualiteit na borstkanker.
Daardoor: krijgen borstkankerpatiënten en hun naasten informatie en voorlichting over hoe zij hiermee om kunnen gaan.



‘De herontdekking van haarzelf’, te beluisteren via deherontdekkingvan-haarzelf.nl.

HET PERFECTE MEDIUM

‘Ik zie op de polikliniek vrouwen die kampen met seksuele problemen na de behandeling van borstkanker, en het ging me aan het hart dat er zo weinig is voor deze vrouwen. Het heeft een enorme impact op hun leven en toch wordt er weinig over gesproken. Tijdens de behandeling willen vrouwen vaak ook nog niks horen over hun veranderende seksualiteit, zeggen: ‘dat komt later wel’. Eenmaal thuis, als ze hun normale leven weer willen oppakken, ontdekken ze dat het allemaal niet meer zo vanzelfsprekend is. Maar dan is het een lastig onderwerp om over te hebben met dokters en huisartsen, vaak geven die ook hoogstens het advies glijmiddel te gebruiken als je moeilijk opgewonden raakt. Dus wilde ik dat er iets was om hen echt te helpen.’ Een podcast bleek het perfecte medium. ‘Het voldoet aan alle eisen van wat in onze ogen nodig was. We wilden dat vrouwen en naasten de podcast anoniem kunnen luisteren, het moest persoonlijk en educatief zijn, erkenning geven aan het probleem en een deur openzetten om problemen te bespreken als dat nodig is.’

PATIËNTEN EN SPECIALISTEN AAN HET WOORD

In de podcastserie vertellen ervaringsdeskundigen en partners openhartig over de uitdagingen waarmee (ex) borstkankerpatiënten te maken krijgen op het gebied van seksualiteit, aan de hand van verschillende thema's, zoals lichaamsbeeld en zelfvertrouwen, intimiteit, relaties en fysieke factoren, zoals hormonale veranderingen en vermoeidheid. Ook borstkankerspecialisten uit het Antoni van Leeuwenhoek, zoals Hester Oldenburg en Jacqueline Stouthard, delen hun ervaring en kennis. Tessa: ‘Als de podcast ook maar een paar vrouwen en partners helpt, ben ik tevreden.’

lieve
verpleegkundigen,
bedankt voor jullie
goede zers en.
Jullie zijn
onmisbaar!



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.