

**Jaarverslag 2021,
Focusgroep blaas,
Nederlands Kanker Instituut, Amsterdam**

Z. Afzali, verpleegkundig specialist i.o., urologie
J. Bloos, verpleegkundig specialist, urologie
T. Boellaard, radioloog
H. van Boven, patholoog
A. Bruining, radioloog
M. Donswijk, nucleair geneeskundige
J. de Feijter, medisch oncoloog
M. van der Heijden, medisch oncoloog
M. van de Kamp, uroloog
K. Hendricksen, uroloog
S. van der Kolk, verpleegkundig specialist, interne geneeskunde
S. Kordes, medisch oncoloog
E. van der Laan, verpleegkundig specialist, interne geneeskunde
A. Lechner, verpleegkundig specialist, interne geneeskunde
L. Mertens, uroloog
L. Moonen, radiotherapeut
E. Offringa, verpleegkundig specialist, urologie
M. van Montfoort, patholoog
F. Pos, radiotherapeut
B. van Rhijn, uroloog
E. Rijkmans, radiotherapeut
E. Schaake, radiotherapeut
S. van Staalduinen, verpleegkundig specialist, urologie
J. Visser, verpleegkundig specialist, urologie
W. Vogel, radiotherapeut
A. Willems, stafadviseur
E. Wit, uroloog
T. Witteveen, radiotherapeut
M. Wondergem, nucleair geneeskundige
K. Wortel, radiotherapeut

Extern:

E. van Gennep, uroloog LUMC
J. Nieuwenhuizen, uroloog AUMC
J. Oddens, uroloog AUMC

Organisatie

De focusgroep blaas valt organisatorisch onder de overkoepelende tumorwerkgroep urologie. Onder de focusgroep blaas vallen patiënten met tumoren uitgaande van:

- blaas
- hoge urinewegen (pyelum of nierbekken, en ureter of urineleider)
- urethra (plasbuis)
- urachus

Blaaspad

Dit is de sneldiagnostiek poli waar patiënten veelal binnen 1 week terecht kunnen en, waar mogelijk, binnen 1 week een behandelplan wordt opgesteld.

Hier worden patiënten gezien met verdenking hoog-risico niet-spierinvasief en spierinvasief blaascarcinoom, en tumoren uitgaande van de hoge urinewegen, urethra en urachus.

Patiënten die komen voor analyse hematurie of een laag- of intermediair-risico niet-spieerinvasief blaascarcinoom worden veelal gezien op een regulier cystoscopieprogramma, zonder voorafgaand bezoek aan de verpleegkundig specialist (VS) urologie. Bij vrijkomende plekken op het blaaspad worden ook deze patiënten gezien op het blaaspad.

Woensdag:

Er zijn 3 gereserveerde FDG-PET-CT plekken bij de nucleaire geneeskunde voor patiënten van het blaaspad.

Donderdag:

Er zijn 6 plekken gereserveerd voor sneldiagnostiek, en 2 plekken voor responseevaluatie. Bij iedere patiënt wordt tevoren bloed geprikt.

-Patiënten zien eerst een VS urologie. Roulerend zijn dit J. Bloos, S. van Staalduinen, E. Offringa en J. Visser. De VS doet het intakegesprek met de patiënt en is in het vervolgtraject de vaste contactpersoon.

-Vervolgens zien patiënten een uroloog op het Onderzoek- en Behandel Centrum (OBC). Roulerend zijn dit B. van Rhijn, M. van de Kamp, K. Hendricksen, E. Wit en L. Mertens. Alhier wordt aanvullende informatie verkregen middels (vaak het herhalen van) een cystoscopie en bimanueel toucher. Nadien wordt reeds “op rode draad” gesproken over de behandelopties. De uroloog wordt hoofdbehandelaar. Hoofdbehandelaar schap gaat over naar een andere uroloog indien deze een behandeling verricht heeft (bijvoorbeeld cystectomie).

-Zo nodig heeft patiënt na afloop nog contact met de VS-urologie of hoofdbehandelaar.

Dinsdag:

Multidisciplinair overleg (MDO). In ieder geval worden alle patiënten met spier-invasief urotheelcarcinoom besproken in het MDO waarbij urologen, radiotherapeuten, internist-oncologen, een nucleair geneeskundige, een radioloog, een patholoog, verpleegkundig specialisten, AIOS en fellow urologie aanwezig zijn. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de eerdere diagnostiek zoals elders uitgevoerd, aangevuld met de diagnostiek die in het AVL werd verricht. Sinds 2021 doen er externe urologen mee aan ons AvL-MDO via een Teams-link.

Woensdag:

-Terugkoppeling van het definitieve behandelplan door VS-urologie of op de poli van de hoofdbehandelaar.

-Er zijn 2 plekken gereserveerd voor een afspraak bij de internist-oncoloog.

De populatie

-Op het blaaspad werden 326 patiënten gezien in 2021.

-Dit waren 302 patiënten voor sneldiagnostiek, en 24 bekende patiënten voor responseevaluatie. Dit is exclusief het merendeel van de patiënten die kwamen voor analyse hematurie of een laag- of intermediair-risico niet-spierinvasief blaascarcinoom; zij werden bij voorkeur gezien op een regulier cystoscopieprogramma.

-De meeste patiënten kwamen wegens blaaskanker, met name spierinvasieve blaaskanker.

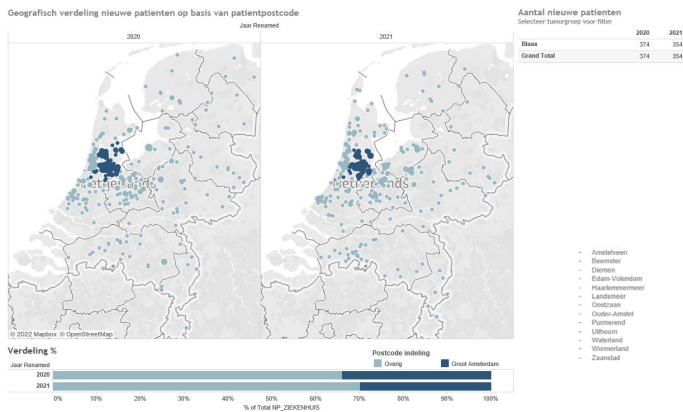
-Er waren geen noemenswaardige verschuivingen in aantallen patiënten ten opzichte van 2020.

-De gemiddelde bezetting, uitgaande van 52 (weken per jaar) volledig beschikbare programma's, was 6,3 patiënten per week. Met de huidige planning kunnen de meeste patiënten gezien worden binnen 1 week na verwijzing. Lege plekken op het blaaspad werden op het laatste moment benut voor reguliere cystoscopieën.

Reden van komst		Aantal	
		2020	2021
Hematurie		15	12
Blaas	Niet-spieerinvasief	89	87
	Spierinvasief	150	133
Hoge urinewegen		35	42
Urachus	Carcinoom	9	6
	Rest	5	9
Urethra		7	2
Overig		7	11
Responseevaluatie		25	24
Totaal		342	326

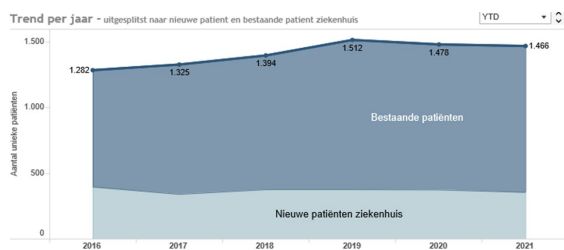
236 (72%) patiënten bleven voor behandeling in het AvL, 90 (28%) patiënten zijn gezien voor second opinion en gingen voor verdere controle en/of behandeling terug naar verwijzer.

Dashboard gegevens nieuwe patiënten en woonplaatsen



Realisatie patiënten aantallen per tumorgroep - de prognose is opgenomen in de rechtertabel

FOCUSGRO..		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Totaal	Bestaande patient	886	985	1.018	1.136	1.104	1.112
	Alle patienten (uniek)	1.282	1.325	1.394	1.512	1.478	1.466
	Nieuwe patient ziekenhuis	396	340	376	376	374	354
Blaas	Bestaande patient	886	985	1.018	1.136	1.104	1.112
	Alle patienten (uniek)	1.282	1.325	1.394	1.512	1.478	1.466
	Nieuwe patient ziekenhuis	396	340	376	376	374	354



Tumorspecifieke diagnostiek en behandeling

Blaaskanker

Diagnostiek

-Bij patiënten met een hoogste-risico niet-spierinvasief en spierinvasief blaascarcinoom wordt standaard een FDG-PET-CT scan vervaardigd, bovenop de diagnostische CT-thorax/abdomen (veelal elders) vervaardigd. Steeds meer patiënten hebben reeds een FDG-PET-CT gehad vanuit het verwijzend ziekenhuis. Beelden van elders worden standaard gereviseerd door radioloog en nucleair geneeskundige ten behoeve van het MDO.

-Histologie wordt alleen op indicatie gereviseerd, bijvoorbeeld bij een gededifferentieerd of (deels) variant urotheelcarcinoom, of andere type tumor dan urotheelcarcinoom. Tevens wordt er in de regel een revisie gedaan bij twijfel aan spierinvasie.

Op het blaaspad werden 220 patiënten gezien met de volgende histologische diagnose:

Type tumor	Aantal patiënten
Urotheelcarcinoom	174
Urotheelcarcinoom met variant histologie	37
Plaveiselcelcarcinoom	4
Kleincellig carcinoom	3
Adenocarcinoom	1

De meeste patiënten hadden een 'puur' urotheelcarcinoom (79,0%), gevolgd door urotheelcarcinoom met variant histologie (16,8%).

Niet-spieerinvasief

Iedere transurethrale resectie van een blaastumor (TUR-blaas) is in opzet diagnostisch. In het geval van een histologisch bewezen niet-spieerinvasief blaascarcinoom is de TUR-blaas ook therapeutisch. Onze jaaranalyse maakt geen onderscheid tussen een TUR-blaas/afname blaasbiopten omwille van diagnostiek, behandeling, debulking (als start van tri-modality chemoradiatie) of responseevaluatie (bij carcinoma in situ, CIS).

Er was een lichte toename van het aantal verrichte TUR-blaas.

Behandeling

Verrichting	Jaar					
	2016	2017	2018	2019	2020	2021
TUR-blaas en blaasbiopten	146	124	136	146	132	156

-Voor patiënten met een niet-spieerinvasief urotheelcarcinoom van de blaas (90-95% van de patiënten) wordt profylactisch intravesicale instillatietherapie gestart met chemotherapie (mitomycine-C, epirubicine of gemcitabine), of immunotherapie (BCG) op het Onderzoek- en Behandel Centrum (OBC).

Laag risico

-Patiënten met een laag risico krijgen (op indicatie) een eenmalige intravesicale instillatie chemotherapie binnen 24 uur na TUR-blaas op de afdeling.

Intermediair risico

-Patiënten met een intermediair risico krijgen tevens een serie intravesicale instillaties inductie chemotherapie (4x wekelijks), gevolgd door onderhoud (5x maandelijks). Alternatief is BCG gedurende 1 jaar (6x wekelijks), gevolgd door onderhoud (3x wekelijks bij maand 3, 6 en 12).

-Vanwege het wereldwijde tekort aan BCG, geven wij standaard de voorkeur aan intravesicale chemotherapie.

-Waar mogelijke geven wij in principe geen 'koude' chemotherapie, maar wordt behandeld met hypertherme intravesicale chemotherapie (HIVEC) in combinatie met mitomycine-C of epirubicine.

Hoog risico

-Patiënten met een hoog risico krijgen BCG gedurende 1 jaar (6x wekelijks), gevolgd door onderhoud (3x wekelijks bij maand 3, 6 en 12).

-Vanwege het wereldwijde tekort aan BCG, geven wij standaard de voorkeur aan een schema voor 1 jaar in plaats van 3 jaar (scheelt 12 behandelingen per patiënt).

-Patiënten met een solitair cTaHG/G3 urotheelcarcinoom (formeel hoog risico) worden behandeld met HIVEC in combinatie met mitomycine-C of epirubicine, ook vanwege het BCG-tekort.

-Vanwege het BCG-tekort wordt er tot november behandeld met halve doseringen BCG, zodat gestarte patiënten ook daadwerkelijk de onderhoudsbehandelingen konden krijgen. Nadien kwam het bericht van de leverancier dat er weer meer BCG leverbaar was en zijn we teruggegaan naar volledige doseringen.

Verrichting	Jaar					
	2016	2017	2018	2019	2020	2021
BCG	-	-	-	-	-	230
Blaasspoeling	526	454	407	474	417	265
HIVEC	69	119	86	103	194	200
Totaal	595	573	493	577	611	695

-Tot en met 2020 werd een BCG-behandeling gecodeerd als 'Blaasspoeling', sinds 2021 wordt deze apart gecodeerd. Vandaar dat BCG voor het eerst zichtbaar is in de tabel, en het aantal blaasspoelingen onder 'Blaasspoeling' lijkt af te nemen.

-Er is een toename van het totaal aantal intravesicale behandelingen.

-Er is een geleidelijke toename van het aantal HIVEC-behandelingen.

-Het aantal BCG-behandelingen kon niet stijgen, vanwege het wereldwijde tekort, waarbij tot november 2021 niet meer potjes werden geleverd dan 85% van het aantal potjes 1 jaar eerder afgenomen.

-In 2020 en 2021 wordt vanwege het tekort aan BCG niet langer in onderhoud behandeld dan 1 jaar, i.p.v. 3 jaar (bij geselecteerde patiënten, dit scheelt 12 behandelingen).

Desondanks was er in die jaren een toename van het totaal aantal intravesicale behandelingen.

Spierinvasief

Op het blaaspad en in het MDO wordt de inschatting gemaakt of een patiënt in aanmerking komt voor blaassparende behandeling of cystectomie.

-Bij blaassparende behandeling wordt gekeken of een debulking TUR-blaas nodig is, alvorens wordt gestart met chemoradiatie. Is een patiënt in minder goede conditie, kan eventueel externe radiotherapie als mono-therapie overwogen worden. In selecte gevallen wordt ook brachytherapie van de blaas geadviseerd.

-Bij een advies voor radicale cystectomie wordt besproken of een patiënt in aanmerking komt voor seksualiteit-preserverende cystectomie met neoblaas, sparen van aangrenzende organen (ovaria, uterus, vagina voorwand, prostaat, urethra), afnemen van vriescoupe-onderzoek van ureteren en/of urethra peroperatief en type urinedeviatie (urostoma volgens Bricker, neoblaas, Indiana Pouch of ureterocutaneostomie). En er wordt gekozen tussen robot-geassisteerde laparoscopische of open opereren procedure.

Ook wordt besproken of neo-adjuvante/inductie systeemtherapie geïndiceerd is. Wij adviseren dit bij urotheelcarcinoom patiënten met stadium cT3-4 N0M0, cTa-4N1-3M0, en cT2N0M0 met lymfangio-invasie. Volgens richtlijnen is dit met cisplatin-bevattende chemotherapie. Er zijn meerdere lopende studies met systeemtherapie (veelal immuuntherapie) die in het MDO besproken worden.

Behandeling

Neo-adjuvant/inductie systeemtherapie

-Bij 36 patiënten met een spierinvasieve blaaskanker, die in het AvL bleven voor definitieve behandeling, werd regulier neo-adjuvant/inductie chemotherapie geadviseerd. Vaak was dit behandeling voorafgaande aan cystectomie. Soms was dit behandeling voorafgaande aan chemoradiatie (+/- aanvullende lymfklierdissectie).

-30 (83,3%) patiënten ondergingen deze behandeling in het verwijzend ziekenhuis, 6 (16,7%) in het AvL.

-Daarenboven ontvingen 19 patiënten neo-adjuvant/inductie systeemtherapie in studieverband.

-55 patiënten werden dus met neo-adjuvant/inductie systeemtherapie behandeld. Dat is meer dan 41,4% (55/133) van de patiënten.

Behandeling	Aantal kuren		Behandellocatie		Totaal
	4	6	Verwijzer	AvL	
Gemcitabine/cisplatin	15	10	23	2	25
MVAC	7		5	2	7
AccMVAC	1			1	1
Carboplatin/gemcitabine	2	1	2	1	3
Studie				19	19

Voor 23 (17,3%) patiënten werd op de sneldiagnostiek geconcludeerd dat verdere behandeling palliatief zou zijn.

Chirurgisch

De meest uitgevoerde chirurgische behandeling was de radicale cystectomie, 133 in 2021.

-Hiervan werden er 55 (41%) open verricht en 75 (59%) robot-geassisteerd laparoscopisch; in 2020 waren dit er 62 (45%) en 75 (55%), respectievelijk. De verhouding tussen open en robot-geassisteerd laparoscopisch opereren is ongeveer gelijk gebleven.

-Het institutionele streven is tenminste 20 cystectomieën per jaar per operateur. Met een laagste minimum van 10 per operateur is dit streven dit jaar niet gehaald.

-Radical cystectomieën werden door AVL-operateurs verricht op 4 locaties.

2021	Techniek		Locatie				Totaal
Operateur	Open	Robot	AVL	AUMC	LUMC	UMCU	
Hendricksen*	12		12				12
Van de Kamp	8	39	35	12			47
Van Rhijn	28		18	9	1		28
Van der Poel	5	31	25	8		3	36
Wit	2	8	10				10
Totaal	55	78	100	29	1	3	133

*van januari tot en met mei

Het aantal cystectomieën nam jaarlijks gestaag toe. In 2020 was er een forse toename, wat in 2021 ongeveer gelijk is gebleven.

Locatie	Jaar							
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
AVL	58	69	76	88	89	91	112	100
UMCU					11	13	9	3
AUMC						1	14	29
LUMC							2	1
Totaal	58	69	76	88	89	105	137	133

Vier typen urinedeviaties worden aangeboden: urostoma volgens Bricker, neoblaas, Indiana Pouch en ureterocutaneostomie. De geautomatiseerd verkregen aantallen (onder) zijn niet volledig kloppend met handmatig bijgehouden getallen (boven).

Twee patiënten stonden gepland voor neoblaas, waarbij het peroperatief niet lukte het terminale ileum naar de urethrastomp te brengen, waarna een Bricker werd aangelegd.

Voor de ureterocutaneostomie is vooralsnog geen verrichtingencode; deze wordt als Bricker gecodeerd (het aantal van 3 hieronder is handmatig uitgezocht).

In enkele gevallen werd tijdens de cystectomie ook een urethrectomie verricht.

Verrichting		Jaar					
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Cystectomie	Bricker	59	77	76	77	113	128
	Neoblaas	14	4	9	9	8	2
	Indiana Pouch	2	2	3	1	1	0
	Ureterocutaneostomie					3	3

	Seksualiteit preserverend	2	5	3	2	0	0
	Partieel	3	1	2	5	4	5
Brachytherapie blaas*#		4	18	10	5	7	3

* Hier zitten ook urachuscarcinoom patiënten bij.

Brachytherapie is een blaassparende behandeling, waarbij de brachyloops ten behoeve van de inwendige radiotherapie (veelal robot-geassisteerd laparoscopisch) chirurgisch geplaatst worden, al dan niet gecombineerd met een partiële cystectomie.

Blaassparende behandeling en radiotherapie

Voor de radiotherapie werden in totaal 68 nieuwe patiënten (125 in 2020) gezien met een blaascarcinoom, waarvan 68 werden bestraald (114 in 2020). Dit is een bijna halvering ten opzichte van 2020. Een mogelijke verklaring kan zijn dat blaassparende behandelingen in toenemende mate aangeboden worden in andere ziekenhuizen, en patiënten dus ook meer mogelijkheden hebben om in de eigen regio behandeld te worden.

De bestralingen waren zowel curatief als palliatief.

Chemoradiatie werd zowel in het AvL uitgevoerd als in het Spaarne gasthuis, waarbij patiënten op de AvL-satelliet afdeling in het Spaarne Gasthuis Hoofddorp bestraald werden.

De volgende blaassparende behandelingen werden uitgevoerd, voor patiënten die in het AvL bleven:

Behandeling	Aantal
Brachytherapie	1
Chemoradiatie	26
Neo-adjuvant chemotherapie en externe radiotherapie	3
M20CRP-studie	4

Controle

Wij controleren patiënten gedurende het eerste jaar na cystectomie of blaassparende behandeling. De grootste kans op een recidief of complicatie is in die periode. Na 1 jaar verwijzen wij patiënten in principe weer terug.

-Na cystectomie zijn de controles alternerend bij uroloog (hoofdbehandelaar) en VS-urologie (vast contactpersoon) volgens vastgesteld schema (o.b.v. risico op recidief). Er zijn ook standaard afspraken in de eerste weken tot enkele maanden na de cystectomie bij de VS-urologie en de wond-/stomaverpleegkundige om eventuele complicaties en problemen vroegtijdig te kunnen signaleren en bij te sturen.

-Na blaassparende behandeling zijn de controles bij de uroloog, op het Onderzoek- en Behandel Centrum, waar cystoscopie onderdeel is van de reguliere controles.

Hoge urinewegkanker

Diagnostiek

-Bij patiënten met verdenking op een invasieve tumor van ureter en/of pyelum wordt standaard een FDG-PET-CT scan vervaardigd, bovenop de diagnostische CT-thorax/abdomen/urinewegen (veelal elders vervaardigd).

- Urinecytologie wordt afgenomen indien er nog geen sluitende diagnose is.
- Diagnostische ureterorenoscopie indien er nog geen sluitende diagnose is, en/of negatieve urinecytologie, en/of er twijfel bestaat over de aard van een afwijking veelal gezien op beeldvormend onderzoek en/of er mogelijk een niersparende indicatie is.

Wij zagen 42 nieuwe patiënten met een tumor van de hoge urinewegen: 14 patiënten met een pyelumtumor, 25 met een uretertumor en 3 met een multifocale tumor (pyelum en ureter).

Behandeling

De volgende behandelingen werden verricht bij patiënten met een tumor van de hoge urinewegen:

Verrichting		Jaar					
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ureterorenoscopie (URS)		31	14	12	10	20	40
Nefro-ureterectomie	Open	7	14	14	6	8	8
	Robot			2	5	10	18
Distale ureterectomie	Open	3		3	1	1	
	Robot			1			2

Er werden duidelijk meer ureterorenoscopieën verricht (40), in vergelijking met 2020 (20). Ook blijft het aantal nefro-ureterectomieën gestaag toenemen, met een duidelijke verschuiving van de open naar robot-geassisteerde laparoscopische techniek.

Voor 8 (19%) patiënten werd op de sneldiagnostiek geconcludeerd dat verdere behandeling palliatief zou zijn.

Urethrakanker

Diagnostiek

- Bij patiënten met een urethracarcinoom wordt standaard een FDG-PET-CT scan vervaardigd, bovenop de diagnostische CT-thorax/abdomen (veelal elders vervaardigd).
- Daarenboven een echo-liezen +/- cytologische punctie.
- Tijdens operatieve behandeling wordt bij vrouwen, en bij mannen met een peniele urethra afwijking, vaak een sentinel node procedure van de liezen uitgevoerd (conform peroperatieve diagnostiek bij het peniscarcinoom).

Behandeling

Er werden 8 urethrectomieën verricht. We kunnen geen onderscheid maken tussen behandeling voor primair urethracarcinoom, of recidiverend of concurrent (veelal) urotheelcarcinoom in de urethra.

Urachusanker

Diagnostiek

-Bovenop het standaard oriënterende lab van het blaaspad worden CEA, CA15.3, CA19.9 en CA125 bepaald.

-Bij patiënten met verdenking op een urachuscarcinoom wordt standaard een FDG-PET-CT scan vervaardigd, bovenop de diagnostische CT-thorax/abdomen veelal elders vervaardigd.

-Indien geen aanwijzingen voor metastasen op afstand (cM0) op deze beeldvormende technieken, wordt aanvullend een MRI-peritoneaal metastasen verricht, en een diagnostische laparoscopie met afname van cytologie intra-peritoneaal, hetgeen het plan bepaalt richting neo-adjuvant radiotherapie, urachusresectie, partiële cystectomie en brachytherapie blaas, eventueel aangevuld met hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC).

Behandeling

De volgende behandelingen werden verricht bij patiënten met een urachuscarcinoom:

Verrichting	Jaar					
	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Diagnostische laparoscopie	4	3	5	4	9	5
Radicale cystectomie	1	1	1	0	1	2
Partiële cystectomie met* urachusresectie	5	4	5	4	6	5
Brachytherapie blaas*	4	3	4	2	5	3
HIPEC	1	0	0	1	2	0

*Eventueel gecombineerd

-Bij de 6 patiënten met een urachusrest werd een afwachtend (niet-chirurgisch) beleid afgesproken.

-Voor geen (0%) van de patiënten werd op de sneldiagnostiek geconcludeerd dat verdere behandeling palliatief zou zijn.

Kwaliteit van Leven

De vragenlijsten EORTC QLQ-C30 (algemene kwaliteit van leven vragenlijst) en BLM30 (specifiek voor spierinvasief blaascarcinoom) worden standaard afgenomen bij het eerste bezoek aan het blaaspad, en 3, 6, 9 en 12 maanden, en vervolgens jaarlijks tot 10 jaar na behandeling. Deze vragenlijsten zijn dit jaar in Hix geïntegreerd.

Studies

In 2021 konden patiënten deelnemen aan de volgende wetenschappelijke studies:

Studiecode	Titel
M14HSN	Sentinel node biopsy for bladder cancer using the hybrid tracer
M17NIU	A Phase 3, Open-label, Randomized Study of Nivolumab Combined with Ipilimumab versus Standard of Care Chemotherapy in Participants with Previously Untreated Unresectable or Metastatic Urothelial Cancer
N17NAB	Phase 1B Study to assess safety and efficacy of Neo-Adjuvant Bladder Urothelial Carcinoma COmbination-immunotherapy (NABUCCO/CA209-9Y4).
B18UBC	Longitudinal tumor, urine and blood sampling in patients with urinary tract cancer treated with chemotherapy.

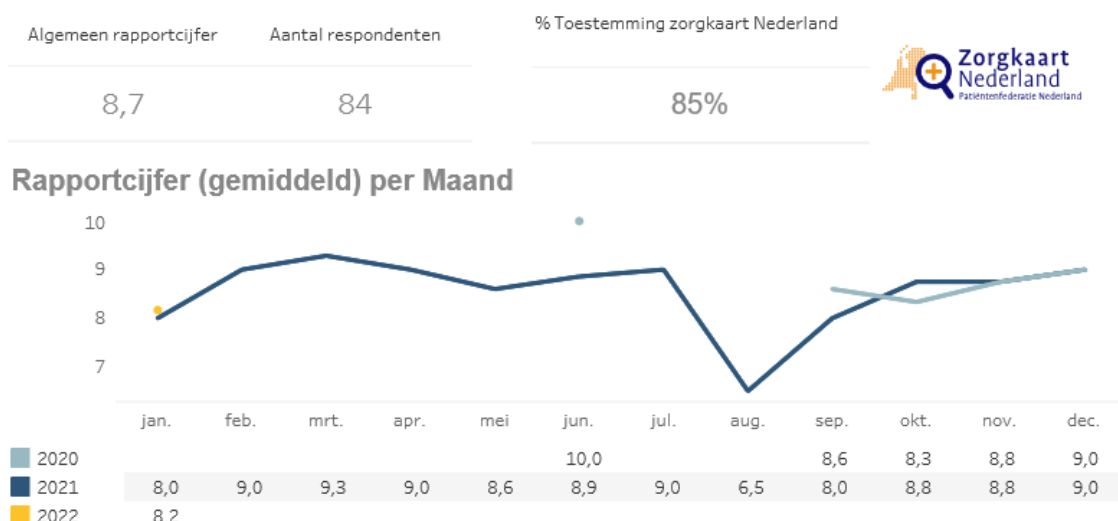
M18BMS	A Phase 3, Randomized, Study of Neoadjuvant Chemotherapy alone versus Neoadjuvant Chemotherapy plus Nivolumab or Nivolumab and BMS-986205, Followed by Continued Post-Surgery Therapy with Nivolumab or Nivolumab and BMS-986205 in Participants with Muscle-Invasive Bladder Cancer.
M18ICR	ICRA (Improve Checkpoint-blockade Response in Advanced urothelial cancer), an adaptive clinical study to determine efficacy of combining weekly paclitaxel with tremelimumab +/- durvalumab (MEDI4736).
M18NBB	A Phase 2, Randomized, Open-label Study of Nivolumab or Nivolumab/BMS-986205 Alone or Combined with Intravesical BCG in Participants with BCG-Unresponsive, High-Risk, Non-Muscle Invasive Bladder Cancer.
M18NIA	A phase III, randomized, open-label, multi-center, global study to determine the efficacy and safety of Durvalumab in combination with Gemcitabine+Cisplatin for neoadjuvant treatment followed by Durvalumab alone for adjuvant treatment in patients with muscle-invasive bladder cancer (NIAGARA).
M19NEK	A Phase 2, randomized, non-comparative, open-label study of NKTR-214 in combination with nivolumab and of chemotherapy in cisplatin ineligible, locally advanced or metastatic urothelial cancer patients with low PD-L1 expression (Nektar studie).
M19NKT	A Phase 3, randomized, study of neoadjuvant and adjuvant nivolumab plus NKTR-214, versus nivolumab alone versus standard of care (SOC) in participants with muscle-invasive bladder cancer who are cisplatin ineligible.
M20BIN	A Phase Ib Trial to Evaluate the Efficacy and Safety of Bintrafusp Alfa Monotherapy in Metastatic or Locally Advanced/Unresectable Urothelial Cancer with Disease Progression or Recurrence Following Treatment with a Platinum Agent.
M20CRP	A Phase 3, Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Clinical Trial to Study the Efficacy and Safety of Pembrolizumab (MK-3475) in Combination With Chemoradiotherapy (CRT) versus CRT Alone in Participants with Muscle-invasive Bladder Cancer (MIBC) (KEYNOTE-992).
M20PRE	The accuracy of detecting residual disease following neo-adjuvant chemotherapy in patients with muscle-invasive bladder cancer
M20PRF	Phase 3, Multicenter, Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Trial of Infigratinib for the Adjuvant Treatment of Subjects with Invasive Urothelial Carcinoma with Susceptible FGFR3 Genetic Alterations (PROOF 302).
M20SGN	An open-label, randomized, controlled phase 3 study of enfortumab vedotin in combination with pembrolizumab with or without chemotherapy, versus chemotherapy alone in previously untreated locally advanced or metastatic urothelial cancer.
M20THR	A phase 3 study of Erdafitinib compared with Vinflunine or Docetaxel or Pembrolizumab in subjects with advanced urothelial cancer and selected FGFR gene aberrations.
P20QBL	Phase I/II development of EORTC Quality of Life Modules to Assess Issues Relating to Bladder.
M21TAR	Phase 2b Clinical Study Evaluating Efficacy and Safety of TAR-200 in Combination with Cetrelimab, TAR-200 Alone, or Cetrelimab Alone in Participants with High-Risk Non-Muscle Invasive Bladder Cancer (NMIBC) Unresponsive to Intravesical Bacillus Calmette-Guerin (BCG) who are Ineligible for or Elected Not to Undergo Radical Cystectomy.

M21TUR	A Phase 1b Trial in Stage II-III UROthelial cANcer to explore pre-operative DOmaTinostat, nivolumab and ipilimumab – TURANDOT.
--------	--

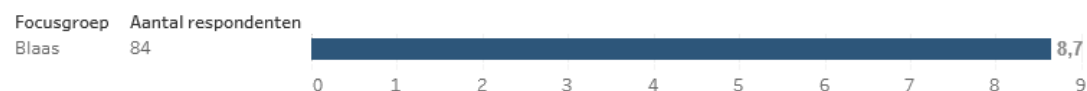
Studiecode startende met	Type studie	Aantal patiënten geïncludeerd
B	Biobank	44
C	Compassionate use	-
E	EORTC	-
M	Multicenter	47
N	NKI, monocenter	3
P	Psychosociaal	6
X	Registratie	-

Patiënttevredenheid

Algemeen



Rapportcijfer per focusgroep



Zorg en dienstverlening

Rapportcijfer zorgverlener & aantal respondenten

Begrijpelijkheid uitleg	8,7	84
Mate van luisteren	8,8	84
Mate van samenwerking	8,7	83
Vetrouwen deskundigheid	8,9	83

Was de uitleg van de zorgverlener(s) begrijpelijk?
Luisterde(n) de zorgverlener(s) goed naar u?
Was er een goede samenwerking tussen de zorgverleners in het ziekenhuis?
Had u vertrouwen in de deskundigheid van de zorgverlener(s)?

Rapportcijfer contact & aantal respondenten

Bereikbaarheid telefonisch en e-mail	8,3	58
Informatie over hulp	7,4	74
Informeren over behandeling	8,0	61
Informeren over uitkomsten		0

Was / waren uw contactperso(n)en telefonisch of via e-mail goed bereikbaar?
Kreeg u informatie over hulp en andere begeleidingsmogelijkheden bij het
verwerken van de gevolgen van kanker?
Werden belangrijke zorgverleners en instellingen (bijvoorbeeld huisarts)
geinformeerd over de (afronding van de) behandeling?
Werden belangrijke zorgverleners en instellingen (bijvoorbeeld huisarts)
geinformeerd over de uitkomsten van de onderzoeken die gedaan zijn in AVIC?

Rapportcijfer behandeling & aantal respondenten

Effect van behandeling	8,2	69
Mate van samen bepalen	8,5	81
Uitleg voor- en nadelen	8,6	82
Wensen bij keuze behandeling	8,4	68
Bespreken behandelopties	8,6	58

Hoe beoordeelt u het (voorlopige) effect van uw behandeling?
Bepaalde u samen met de zorgverlener(s) welke zorg of behandeling u krijgt?
Zijn de voor- en nadelen van de behandeling of operatie aan verteld?
Zijn uw wensen meegenomen in de keuze van de behandeling?
Zijn alle behandelopties met u besproken?

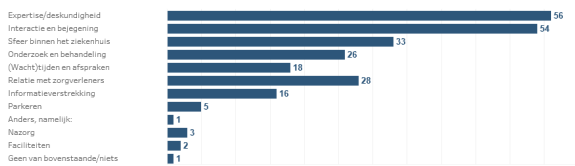
Rapportcijfer afspraak & aantal respondenten

Tijd tussen eerste consult en behandeling	8,3	84
Wachttijd tot de afspraak	8,6	83
Tevredenheid inplannen afspraken	8,7	84

De tijd tussen eerste consult en de behandeling
De wachttijd tot de afspraak (vanaf eerste contact tot eerste afspraak)
Was u tevreden over hoe uw afspraken werden gepland?

Tevreden

Tevreden items



Klik op een maand in de grafiek om de items van die maand weer te geven



Tevreden toelichting

Aandacht, gemoeidelijkheid, geduld
De interactie met Dr. Kordes is heel erg goed. Wij zijn ontzettend blij met deze top specialist en hadden geen betere arts kunnen
Een heel fijn ziekenhuis en ook de mensen.
Er wordt snel gehandeld
Eten mee eten
Goed al mijn vragen werden duidelijk voor mij uitgelecht
Goede sfeer in het gebouw en de begeleiding van medewerkers is goed. Fijn om te weten dat je met het systeem altijd te traceren
Heb vertrouwen in het ziekenhuis en de mensen die daar werken.
Het AVIC ademt een sfeer van vertrouwen en deskundigheid uit, het personeel is patiëntgericht en bereidt om service te verlenen
Iedereen is zo aardig en betrokken en nemen alle tijd voor je
Ik ben heel erg tevreden over de empathische benadering van iedereen. Van schoonmaker tot specialist fijne mensen. Er werd g
Ik kan niet anders zeggen dat ik warm ben ontvangen en ontzettend goed behandeld en begeleid ben echt TOP

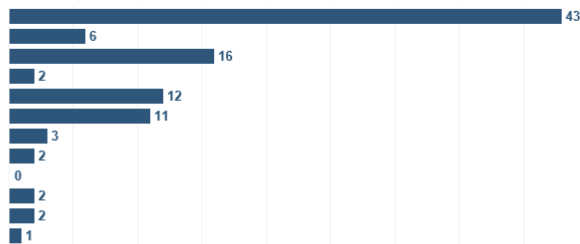
Tevreden anders namelijk:

Alles werd goed duidelijk gemaakt

Verbeteren

Verbetering items

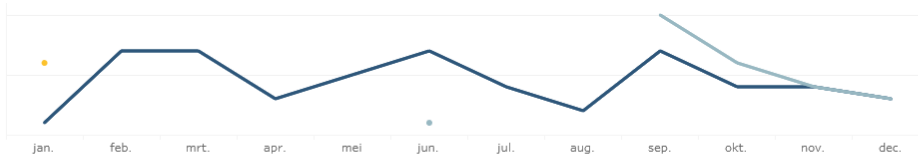
Geen van bovenstaande/niets
Anders, namelijk
(Wacht)tijden en afspraken
Nazorg
Informatieverstrekking
Parkeren
Interactie en bejegening
Relatie met zorgverleners
Sfeer binnen het ziekenhuis
Onderzoek en behandeling
Faciliteiten
Expertise/deskundigheid



Aantal respondenten per focusgroep

Blaas 84

Klik op een maand in de grafiek om de items van die maand weer te geven



Verbeteren toelichting

2 dagen na de TURT ontwikkelde ik koorts en waren er forse afwijkingen in de urine... contact met het AvL leverde een onduidelijk en... Ben zeer te spreken over het avl maar wat handiger zou kunnen voor de patiënt zijn de telefonische belafspraken. Dit kan soms erger... De eerste dag bij de eerste afspraak dat wij aankwamen bij het Antoni van Leeuwenhoek, wisten wij niet waar we moesten parkeren... Gedreven mensen. Diep respect om in tijden van managers en bestuurskunde de menselijkheid nog terug te zien in hoe 'het personeel... Het contact met de contactpersoon heeft alleen plaatsgevonden bij de intake - informatieverstrekking mbt de ingreep. Daarna niets... ik ben zeer tevreden over alle aspecten die ik als persoon ondervind en de interactie met het personeel... Ik zocht informatie over hoe een probleem in de privé@sfeer op te lossen dat invloed heeft op mijn herstel. Begon bij poli 4, deze verv... lange wacht tijden... Parkeergeld vragen aan zieke mensen, pffff, minimaal 8,-/2,20 per bezoek(je). Ik vind het een schande dat over de rug van deze mense... Wachtijd tot opname duurde langer dan verwacht, oorzaak mogelijk drukte door corona. Parkeren gaat goed maar is best kostbaar.

Verbeteren anders namelijk:

Communicatie tussen de verschillende afdelingen
Communicatie: mijn contactpersoon heeft een andere baan gekregen, dit had ik graag ge...
Geen
maaltijden op de verpleegafdeling
Patiënten contact onderling tijdens opname
telefonische afspraak, vaak de hele dag wachten op een belletje

In 2021

- Is op 5 januari gestart met het regio-MDO. De samenstelling bestond uit het AVL-MDO team, met urologen Nieuwenhuijzen en Oddens van het AUMC en kort daarna ook uroloog van Gennep van het LUMC. Communicatie tussen de centra vindt plaats middels video-verbinding (Teams-link).
- Is het visiedocument blaaskankerzorg in de regio uitgewerkt.
- Is het zorgpad spierinvasief blaascarcinoom volledig uitgewerkt.
- Is het zorgpad spierinvasief blaascarcinoom deels gedigitaliseerd en geïntegreerd in HiX.
- Zijn kwaliteit van leven vragenlijsten gedigitaliseerd in HIX, en is het dashboard voor PROMs gereed.
- Is gestart met het opzetten van een kwaliteitscyclus, om de uitkomsten van de cystectomie en bijbehorende urinedeviaties zichtbaar te verbeteren.
- Is toegewerkt naar integratie van de sneldiagnostiekpoli en het regio-MDO op één dag.

Plannen 2022

- Verder digitaliseren en integreren van het zorgpad niet-spieerinvasief en spierinvasief blaascarcinoom, hoge urinewegtumoren en urachuscarcinoom in HIX.
- Uitbreiden van het MDO met meerdere specialismen van het AUMC en LUMC en het bespreken van de nieuwe patiënten uit de deelnemende centra.
- Aantrekken promovendus ter ondersteuning en uitwerking van de kwaliteitscyclus (AvL/AUMC).
- Blijft het streven tenminste 20 cystectomieën per operateur per jaar.

- Inventarisatie deelname perifere ziekenhuizen uit de regio, in eerste instantie de ziekenhuizen waarmee ook al een uro-onco MDO mee gedaan wordt.
- Formaliseren en stichten van Blaaskankernetwerk Nederland