

doorgang

MAART 2015 | NR 50

maag
**Chirurgen:
meer centralisatie**

slokdarm
**KWF-werkgroep wil
snellere ontdekking**

alvleesklier
**Ontrafeling
alvleesklierkanker**

darm.
special

**Robotica heeft
de toekomst**

ALGEMEEN

- 3 Vol goede moed
- 4 Onze penningmeester
- 5 In memoriam Lydia Panman
- 5 Han van Krieken lid Academia Europaea
- 6 AvL-prijs voor onderzoeker immunotherapie
- 7 Weer werken na darmkanker
- 7 Doorgang 'in het nieuw'
- 8 Website Opereren Zonder Snijden
- 9 Inzet cannabis bij pijn
- 9 Te weinig vitamine D
- 10 Column Gerda
- 11 Koffie?
- 12 Robotica heeft de toekomst
- 15 Positief effect van trainingen bij revalidatie
- 36 'Het Oncokompas 2.0': een nuttige raadgever
- 38 Boekennieuws
- 43 In het kort

Door nieuwe technologische ontwikkelingen is er nu een overgang van kijkoperaties naar robotgestuurde operaties. We vragen prof. dr. èn chirurg Ivo Broeders, pionier en specialist van deze techniek, het naadje van de kous.

Voor niets

gevochten voor

vrouwenrechten?

ALVLEESKLIER

- 11 Verdere ontrafeling van familiale alvleesklierkanker

DARM

- 16 Erfelijke darmkankers onder één 'dak'
- 18 Klaas kwam voor zichzelf op
- 22 RAS-test
- 24 V&A panel
- 26 Nieuwe techniek voor verwijderen van endeldarmtumoren ontwikkeld
- 28 Speurtocht om darmkanker nog vroeger te ontdekken
- 29 Leveruitzaaiingen darmkanker in grootscheeps onderzoek
- 30 Extra aandacht nodig voor oudere patiënt
- 31 Behandeling slokdarmkanker wellicht met hulp curcumine
- 42 Kauwgom kan helpen tegen complicaties

SLOKDARM

- 32 Verdere concentratie moet tot betere resultaten leiden
- 34 KWF-werkgroep wil snellere ontdekking van slokdarmkanker

"Darmen zijn niet sexy, borsten wel."

lotgenotenverhaal

Bij Klaas Drost (61) werd in juni 2013 endeldarmkanker vastgesteld. Nu, ruim anderhalf jaar later, kijkt hij terug...

Foto omslag: **Waldo Aikema**



Van de redactie

Vol goede moed

COLOFON

Doorgang, Jaargang 19, nummer 50, maart 2015
Doorgang is het driemaandelijkse magazine van **SPKS** (Stichting voor Patiënten met Kanker aan het Spijsverteringskanaal).

Kopij

Kopij aanleveren op secretariaat@spks.nl.

SECRETARIAAT SPKS

Postbus 8152, 3503 RD Utrecht.
IBAN: NL47 INGB 0006842136 t.n.v. **SPKS**,
Amersfoort.

DAGELIJKS BESTUUR

Voorzitter: André Willems
Secretaris: Josephien Rosendal
Penningmeester: Henk de Roode

HET BELEIDSTEAM: Het DB vormt samen met de groepsvoorzitters het beleidsteam.

GROEPSVOORZITTERS

Alvleesklierkanker Thom Thiel
Darmkanker Jolien Pon
Maagkanker vacant
Slok darmkanker Marianne Jager

RAAD VAN ADVIES

Prof. Dr. C.H.J. van Eijck, *chirurg, Erasmus MC*
Prof. Dr. P. Fockens, *gastro-enteroloog, AMC*
Prof. Dr. E.J. Kuijpers, *MDL-arts, Erasmus MC*
Dr. M.H.M. van der Linden, *klinisch psycholoog, VUMC*
Dr. M.R. Meijerink, *interventieradioloog, VU MC*
Prof. Dr. C.J.A. Punt, *medisch oncoloog, AMC*
Prof. Dr. P.D. Siersema, *gastro-enteroloog UMCU*
Prof. Dr. M. Verheij, *radiotherapeut-oncoloog NKI-AvL*
Dr. B. P.L. Wijnhoven, *G.i.chirurg, Erasmus MC*
Prof. Dr. J.H.W. de Wilt, *chirurg oncoloog, Radboud UMCN*

REDACTIE

Peter Craghs (*hoofdredacteur*), Marie-Louise Brueren, Ab Hermans, Marianne Jager en Gerda Schapers
Met bijdragen van Jolien Pon
Cartoonist: Fred Boer, www.aabcartoons.nl

VORMGEVING

MDesign Lelystad, tel. 0320 226896
www.mdesign.nl

CONTACT

Voor lotgenotencontact is **SPKS** bereikbaar via:
• Secretariaat SPKS 0880 02 97 75
• E-mail lotgenotencontact@spks.nl
• www.spks.nl en www.DarmkankerNederland.nl

© 2015 **SPKS**. Niets uit deze uitgave mag op welke wijze dan ook worden overgenomen zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de redactie. Hoewel SPKS de grootst mogelijke zorgvuldigheid betracht inzake haar informatievoorziening, aanvaardt zij hiervoor geen aansprakelijkheid. Zie voor meer informatie onze websites.

ISSN 1879-7121

Darmkankermaand. In dit nummer extra veel aandacht voor darmkanker. We willen de lezers van ons magazine zo goed mogelijk op de hoogte houden van de ontwikkelingen in de medische wereld die onze kansen vergroten. Centraal in deze 50ste editie van Doorgang het prachtige verhaal van Klaas Drost die zijn eigen weg ging en dankzij zijn doortastende optreden een succesvol traject naar herstel volgde.

Wat er allemaal om ons heen gebeurt om ons een letterlijk betere toekomst te bieden, is bijna niet bij te houden. Een Dream Team van specialisten en onderzoekers is bezig met een speurtocht naar mogelijkheden om darmkanker in een nóg vroeger stadium te ontdekken. In de behandeling van darmkanker, en uitzaaingen daarvan, en de behandeling van endeldarmkanker, vinden nieuwe technieken hun weg. Over enkele jaren is de hulp van de robottechnologie niet meer weg te den-

voerd. Een grootscheeps onderzoek gaat van start om de mogelijkheden van overleving van patiënten met naar de lever uitgezaaide darmkanker te verbeteren. Er zijn steeds meer behandelingen met een minder invasief karakter. De immunotherapie is bezig aan een voorzichtige opmars. DNA-onderzoek en daarop gebaseerde toepassingen krijgen steeds meer vat op het totale behandelingsveld. Mis ook niet de boekenrubriek waarin vier lezenswaardige boeken worden besproken.

Een drietal vooraanstaande chirurgen pleit ervoor om de slokdarm- en maagchirurgie sterker te concentreren in een kleinere aantal zeer goed geoutilleerde centra. Artsen en verzorgend personeel moeten daar zeven dagen in de week en 24 uur per dag beschikbaar zijn. Dat verdient onze bijval. Er zijn goede redenen om vol goede moed naar de toekomst te kijken.

Peter Craghs

Gebeurt veel om
ons een betere toekomst te bieden...

ken, zo legt Ivo Broeders ons in een meeslepend interview uit. Beeldgestuurde behandeling is, naast opereren, chemotherapie en radiotherapie, sterk in opkomst. Een groep patiënten en artsen heeft daarvoor zelfs een heel informatieve en interactieve website opgericht. Bestraling tijdens een endeldarmoperatie wordt met succes uitge-



Henk de Roode

Onze penningmeester

Henk de Roode is sinds vorig jaar onze penningmeester. Een kennismaking via Doorgang was er nog niet van gekomen. Bij deze dus. Henk woont met zijn gezin in Kampen. “Een mooi stadje”, zegt hij zelf, “waar we graag wonen. Wij hebben vier dochters en een zoon. Twee dochters zijn overleden en wonen bij onze hemelse Vader. Wij hebben een christelijke achtergrond.”

“Mijn ervaring bij ziekenhuizen evenals mijn opleiding leken mij een goede inbreng voor SPKS.”

Begin vorig jaar vroeg André Willems aan Henk of hij het bestuur van SPKS wilde versterken. “Hij en ik kenden elkaar vanuit het ziekenhuis in Amersfoort waar we zeventien jaar collega’s waren. Ik moest er wel even over nadenken, maar liet hem na een week weten dat ik akkoord was.”

“Mijn ervaring bij ziekenhuizen evenals mijn opleiding leken mij een goede inbreng voor SPKS. Persoonlijke ervaring met kanker had ik niet, hoewel we met deze nare ziekte ook wel te maken hebben gehad elders in de familie. Ik vind dat het waardevol kan zijn om af en toe wat afstand te kunnen nemen van de problematiek rondom het leven met kanker. Emotionele betrokkenheid kan soms blokkerend werken.”

“Na mijn middelbare opleiding studeerde ik in de avonduren. SPD en accountancy. Daarna rondde ik een opleiding tot controller af. Er volgden nog een aantal management opleidingen.”

Henk werkte eerst een aantal jaren in het bedrijfsleven en vervolgens 38 jaar in de gezondheidszorg, waarvan 35 in een leidinggevende functie van een economisch administratieve dienst in een verpleeghuis en bij drie ziekenhuizen.

“Ik was vanuit mijn functie - veelal leidend - direct betrokken bij de contractonderhandelingen met de diverse zorgverzekeraars. In die 35 jaar zag ik de rol van de zorgverzekeraar sterk veranderen. Die was in het verleden meedenkend en sociaal bewogen. Dat is nu heel anders. Zorgverzekeraars die protocollair beoordelen of je als zorgaanbieder voldoende goede kwaliteit aflevert en vervolgens gewoon puur op de prijs onderhandelen. Van een tijd waarin dure geneesmiddelen volledig op nacalculatie vergoed werden naar een situatie waarbij een zorgaanbieder een vast totaalbedrag krijgt waarvoor alle patiënten geholpen moeten worden en dat bracht mij ertoe om nu juist aan de kant van patiëntbelangen te gaan staan.”

Henk vervulde een aantal jaren bestuursfuncties, zoals in de Raad van Toezicht van een Zelfstandig Behandel Centrum (deelspecialisme Dermatologie) en de Raad van Toezicht van een Stichting van Verstandelijk Gehandicapten Zorg. Voor die doelgroep was hij een aantal jaren bestuurslid van een landelijke vereniging van ouders. Ook vervulde hij functies binnen de kerk en was hij gastdocent aan de Hogeschool Utrecht en organiseerde hij seminars.

“Ik voel me een bevoorrecht man dat ik zoveel energie heb gekregen om me zelf persoonlijk te ontwikkelen maar ook voor anderen iets te mogen betekenen. Mijn vrouw en ik vonden onze ontspanning onder meer in reizen. Europa bereisden we met onze caravan. De laatste jaren bezochten we ook andere werelddelen. Toch gaat Nederland ons zeer aan het hart en we wonen graag in ons prachtige Kampen.”

Tekst **Peter Craghs**



In memoriam

Lydia Panman

Begin november is Lydia Panman aan darmkanker overleden. Lydia heeft zó geknokt om te leven. Ze was een van de meest enthousiaste vrijwilligers voor Darmkanker Nederland. Samen met Lydia heb ik een behoorlijk aantal keren stands bemand in diverse ziekenhuizen. Lydia vond het zó belangrijk dat patiënten van onze organisatie afwisten omdat wij de organisatie zijn die lotgenotencontact biedt aan darmkankerpatiënten.

Ze was actief op het Darmkankerforum van MLDS en vertelde enthousiast dat een patiëntencommunity een geweldig instrument is voor lotgenotencontact.

Toen Kanker.nl op haar pad verscheen, was zij meteen in om moderator te worden. Lydia had zich echt verdiept in haar ziekte.

Daarom kon zij ook zinnige antwoorden geven op al die vragen die daar op haar af kwamen. Lydia is ondanks haar voortschrijdende ziekte een bijzonder grote steun geweest voor heel veel anderen.

Ze was dol op wandelen. Geen om-

metje, nee echt wandelen. Trainde keihard om mee te doen aan de Alpe d'HuZes. Niet een keer, niet twee keer, maar drie keer de berg op en af lopen.

Dat was haar doel. Haar man Henk is daar een grote steun bij geweest. En ze heeft het gehaald. Ondanks dat ze zich de derde keer niet meer zo lekker voelde.

Maar voor Lydia was opgeven geen optie! Het 'een dagje niet zo lekker voelen' viel in het niet bij de enorme blijdschap die het bereiken van haar doel met zich mee bracht. Ze had immers een halfjaar lang extra getraind om ook die derde keer voor elkaar te krijgen.

Lydia had een rotsvast geloof en dat is haar zeker tot troost geweest in de laatste maanden van haar leven.

Wij wensen haar man en kinderen sterkte met het leven zonder Lydia.

Tekst **Jolien Pon**

Vrijwilligersdag Klokkemuseum Utrecht

Han van Krieken lid Academia Europaea

Han van Krieken, hoogleraar Tumorphologie en Algemene Pathologie, is lid geworden van het prestigieuze Academia Europaea, de Europese academie van wetenschappen.

Van Krieken is patholoog, met speciale expertise op het gebied van bloedziekten, vooral lymfeklierkanker, en ziekten van het spijsverteringskanaal. Zijn wetenschappelijk werk ligt op het raakvlak van fundamenteel onderzoek en de toepassing ervan in de geneeskunde. Zijn onderzoek heeft geleid tot betere diagnose van kanker en nieuwe inzichten in het proces van uitzaaiing.

AvL-prijs voor onderzoeker van immunotherapie

Kankeronderzoeker Carsten Linnemann heeft begin dit jaar de Antoni van Leeuwenhoek Prijs ontvangen. De prijs wordt jaarlijks uitgereikt aan een jonge, talentvolle onderzoeker van het Antoni van Leeuwenhoek, om zijn of haar carrière te stimuleren.

dat als je T-cellen zo'n nieuwe receptor geeft, dit ook problemen kan opleveren. En hij vond daarvoor een oplossing."

De onderzoeker publiceerde al drie keer in het vooraanstaande vakblad Nature Medicine. Afgelopen december nog omdat hij heeft helpen aantonen dat niet alleen afweercellen van een type genaamd CD8+ T-cellen, maar ook CD4+ T-cellen in staat zijn om kankercellen te herkennen als 'lichaamsvreemd' en 'gevaarlijk' als gevolg van de DNA mutaties die zij hebben vermeerderd. Dat maakt het stimuleren van de afweerreactie tegen de gevolgen van DNA schade een aantrekkelijk doel van immunotherapie.

Linnemann is met Schumacher bezig is een biotechnologie bedrijfje op te starten, waarin zij gaan proberen hun basale wetenschappelijke werk aan T-cellen en receptoren om te zetten in therapieën voor kankerpatiënten. Hij is "blij verrast om te horen dat ik deze prijs krijg, Ik werk nu zeven jaar in het Antoni van Leeuwenhoek, en heb gezien wie de prijs eerder kregen. Dat waren allemaal erg goede wetenschappers. Ik vind het een hele eer om nu ook bij dat rijtje te horen."

Het prijzengeld van 6.000 euro, te besteden aan onderzoek gerelateerde activiteiten, zal hij gebruiken voor cursussen.

Tekst **Gerda Schapers**

Carsten Linnemann ontving de Antoni van Leeuwenhoek prijs op maandagavond 12 januari uit handen van algemeen directeur René Medema.

Linnemann doet onderzoek aan de precieze werking van het immuunsysteem en hoe het kan worden gestimuleerd om kanker op te ruimen. Immunotherapie is sterk in opkomst als nieuwe manier om kanker te bestrijden. De van oorsprong Duitse Linnemann promoveerde in december 2013 cum laude bij prof. dr. Ton Schumacher.

Hij werkte onder meer aan een techniek om afweercellen, genaamd T-cellen, een handje te helpen bij het herkennen van kankercellen. Dit gaat via het inbouwen van receptoren, een soort voelspriet op het oppervlak van de T-cellen die heel specifiek onderdelen van kankercellen kunnen herkennen. Schumacher: "Hij toonde aan



algemeen

Tips van 'Crohn op je werk'

Weer werken na darmkanker

Mensen die na darmkanker weer aan het werk gaan, lopen tegen problemen aan als vermoeidheid. Bij het daarmee omgaan, zouden de adviezen en hulpmiddelen van 'Crohn op je werk' (voor mensen met chronische darmaandoeningen) ook bruikbaar kunnen zijn.

Vermoeidheid en cognitieve problemen zijn er vaak al tijdens de behandeling maar worden opeens echt actueel als je weer gaat werken. Toch is weer aan het werk gaan heel belangrijk. Het zorgt voor inkomen, geeft afleiding en draagt bovendien ook bij aan het herstelproces. Zowel de werknemer als de werkgever zit vaak met veel vragen. Wat kan de werknemer nog? Hoe kan de werknemer nuttig worden ingezet? Omdat beide partijen vaak niet precies weten hoe alles zou moeten verlopen is het belangrijk de problemen bespreekbaar te maken.

Daarvoor moet de werknemer open zijn over zijn of haar vragen, wensen en ziekte en de werkgever moet dit ook stimuleren. Mensen met chronische darmziekten, zoals Crohn of IBD, lopen tegen vergelijkbare problemen aan. Op de website 'Crohn op je werk' wordt hiervoor

aandacht gevraagd en worden handreikingen gedaan om tot oplossingen te komen. Zo zijn er bij-

hebben of hebben gehad profijt kunnen hebben. Zo wordt een open gesprek mogelijk. Werknemers en

"Werken draagt bij aan het herstelproces!"

voorbeeld handige checklists te downloaden voor werknemers en werkgevers. Hiervan zouden ook mensen die darmkanker

werkgevers kunnen er dan samen voor waken dat deze (oud)patiënten weer op de beste manier aan het werk kunnen.

Zie ook de website www.crohnopjewerk.nl

Doorgang 'in het nieuw'

Zoals je wel ziet, hebben wij Doorgang in het nieuw gestoken. Kenmerkend zijn andere lettertypen, een ruimere opmaak, gebruik van meer wit, wat de leesbaarheid verhoogt, en de kleurstellingen die goed aansluiten bij de kleuren van de Leven met kanker-beweging (voorheen NFK). De patiëntengroepen en de andere rubrieken hebben elk hun eigen

kleur. We werken er ook hard aan om de illustratieve momenten in ons magazine nog verder te verbeteren. We willen een kleurrijk, informatief en leesbaar product bieden.

Vragen of opmerkingen graag aan: secretariaat@spks.nl onder vermelding van t.a.v. redactie Doorgang.

Tekst **redactie**



Een mooi voorbeeld van patiëntenparticipatie

Website Opereren Zonder Snijden

We leven in een participatiesamenleving hoor je vanuit alle richtingen roepen. Dus wij, als patiënten, zullen ook moeten gaan participeren in ons eigen zorgproces. En dat is niet eenvoudig. Eén ding is duidelijk: patiëntenparticipatie kan zich alleen ontwikkelen als patiënten en behandelaars daar sámen de schouders onder zetten. De website Opereren Zonder Snijden die 19 maart is gelanceerd is een mooi voorbeeld van deze gezamenlijkheid.

Oorspronkelijk is de behandeling van kanker gebaseerd op drie pijlers: chirurgie, chemotherapie en radiotherapie. In volle ontwikkeling is de mogelijkheid om door middel van beeldgestuurde minimaal invasieve methoden bepaalde vormen van kanker te behandelen: Opereren Zonder Snijden. De kern van deze behandelingen is dat met beelden gekeken wordt waar de tumor in het lichaam precies zit, waarna met kleine instrumenten de tumor wordt behandeld, waarbij het gezonde weefsel rond-

om de tumor zoveel mogelijk bespaard blijft. Deze behandelingen zullen veelal uitgevoerd worden door interventieradiologen.

Niet voor iedereen?

De behandelingen leveren kwaliteit van leven op, zo is de ervaring van de laatste jaren. Korte ziekenhuisopnames, weinig bijverschijnselen. Vaak kunnen patiënten een paar dagen na de behandeling weer aan het werk. Toch bieden oncologen deze behandeling niet standaard aan. Mede omdat een aantal van

de behandelingen nog niet in het verzekerde pakket zijn opgenomen en vaak door de ziekenhuizen zelf bekostigd worden. Waardoor er nogal wat 'toegangseisen' worden gesteld. Een grote groep patiënten heeft dus geen toegang tot deze behandelingen en gaat daarvoor de grens over waar deze behandelingen wel in het verzekerde pakket zitten maar vaak zelf betaald moeten.

Wereld op zijn kop...

Dit is de wereld op zijn kop: patiënten verdienen de beste kankerzorg. Vijf patiënten uit twee patiëntenverenigingen (Stichting Beeldgestuurde Behandelingen van Kanker en Inspire2Live) en vijf ervaren interventieradiologen hebben daarom in juli 2014 onder de bezielende leiding van prof. Maurice van den Bosch (UMCU) de koppen maar eens bij elkaar gestoken. Met als doel daar verbetering in aan te brengen.

Participatie vraagt iets van beide partijen. Beide hebben hun verantwoordelijkheid. Beide hebben hun eigen inbreng en inzichten. En beide hebben hun hindernissen te overwinnen. Maar met een gezamenlijk doel kom je ver. En ons doel was: een patiëntenplatform ontwikkelen dat toegang geeft tot de beste kankerzorg. En dat is ons gelukt: daar zijn we trots op. De site Opereren Zonder Snijden is informatief voor kankerpatiënten en biedt toegang tot de beste artsen die binnen een week advies kunnen geven of u geschikt bent voor een behandeling zonder snijden.

Tekst **Gerda Schapers**

Stichting Beeldgestuurde Behandelingen van Kanker.

Inzet cannabis bij pijn en andere klachten

In tegenstelling tot de meeste medicatie wordt medicinale cannabis niet gebruikt om de aandoening te genezen, maar om pijn en klachten te verlichten. Bekend is dat cannabis effectief kan zijn bij vermindering van pijn en krampen, de bestijding van misselijkheid, het bevorderen van slaap en eetlust en het verminderen van bijwerkingen van medicatie.

Ook kan medicinale cannabis zorgen voor een ontspannen gevoel en een gevoel van algehele verbetering. Uit onderzoek bleek onder meer dat het bij kanker kan helpen bij misselijkheid, verminderde eetlust, vermagering en verzwak-

kingsverschijnselen. Ook bij misselijkheid en braken als gevolg van medicatie of bestraling bij kanker kan cannabis van nut zijn.

Bij het eventueel inzetten van cannabis moeten alle gebruikelijke medicijnen gebruikt zijn. Hebben deze

niet het gewenste resultaat of zijn er te veel bijwerkingen dan kan een arts bekijken of medische wiet mogelijk een geschikte oplossing is. Ondanks de medische indicatie wordt mediwiet niet standaard door de zorgverzekeraar vergoed.

Te weinig vitamine D

Vitamine D is een vitamine die met behulp van cholesterol en zonlicht in het lichaam aangemaakt wordt. Omdat vele Europeanen te weinig in contact komen met zonlicht, maken ze te weinig vitamine D aan. Voeding bevat zeer weinig vitamine D, vandaar dat de meeste Europeanen een tekort hebben aan vitamine D.

Van die tekorten merken we weinig, maar op lange termijn zijn ze wel gerelateerd aan een groot aantal ziekten en gebreken, zoals: botontkalking/osteoporose, infecties (m.n. tuberculose), prostaat-, borst- en darmkanker, non-Hodgkin's lymfoom, melanoom, diabetes type 1, artrose, reuma, multiple sclerose, ziekte van Crohn, hoge bloeddruk, hartfalen, schizofrenie, depressie,

astma, allergie, rokerslong, epilepsie, autisme, nieraandoeningen. Inname van vitamine D supplementen kan het beste plaatsvinden bij de belangrijkste maaltijd die men op een dag neemt. Door de vitamine D op het juiste moment te nemen, kan de concentratie ervan het bloed worden verhoogd met 56%. Onderzoekers van de Cleveland Clinic Foundation kwamen tot dat

resultaat door 17 personen dosissen van 1.000 à 50.000 eenheden vitamine D te geven.

De laatste jaren duiken vele studies op die aantonen dat grote groepen van de bevolking aan vitamine D-tekorten lijden en dat supplementen van 400 à 800 eenheden niet genoeg zijn om deze tekorten op te vangen. Bij bejaarden in een rusthuis zijn supplementen van minstens 2.000 eenheden nodig om het vitamine D-gehalte in het bloed te normaliseren. Alleen degenen die dagelijks in contact komen met de zon (behalve in de winter), maken nog voldoende vitamine D aan.

Vitamine D - www.abcgezondheid.nl/nl/news/neem_vitamine_d_bij_de_grootste_maaltijd/

Ochtendhumeur

Je hebt van die dagen...

Ik sta op, lichamelijk voel ik me goed. Iedere ochtend als ik wakker word sinds ik kanker heb is dat de eerste gedachte: 'hoe voel ik me?' En al ruim 3,5 jaar kan ik zeggen: 'goed'. De lokale behandelingen die ik onderging, hadden geen bijwerkingen. Het lijf blijft - ondanks de kanker - fit. Nou ja, er waren twee buikoperaties waarvan ik moest herstellen, maar dat verliep voorspoedig.

Gerda Schapers is docent op een Business School.

Zij is sinds juli 2010 darmkankerpatiënt.

Voor niets

gevochten voor

vrouwenrechten?

Het lichaam doet zijn stinkende best dus, maar af en toe stagneert de geest. Dan word ik wakker met een soort gitzwarte tekstwolk in mijn hoofd die zegt: je hebt KANKER. Je gaat DOOD. Koffie wil dan nog wel eens helpen. Lekker de verwarming aan, poes op schoot en krantje erbij. Eerst maar eens het nieuws. De Hongaarse politie waarschuwt jonge vrouwen om niet te gaan flirten als ze uitgaan, vooral geen sexy kleding aan te trekken en zich niet uitdagend op te maken. Daarmee lok je verkrachting uit. In welke tijd leven ze daar? Dat was waar wij als feministes in de jaren zestig al tegen tekeer gingen. Gaan we weer terug in de tijd?

Een pagina verder: Turkse premier zegt dat vrouwen niet geschikt zijn voor hetzelfde werk als mannen. Wat krijgen we nou? Terug naar de middeleeuwen? En dan schijnt er ook nog een idioot rond te lopen die mannen cursussen geeft in het

overweldigen van vrouwen:

als wij 'nee' zeggen, bedoelen we 'ja'. Het moet niet gekker worden. Hebben mijn vriendinnen en ik dan in de jaren zestig voor niks gevochten voor vrouwenrechten? Had

mijn leven überhaupt wel zin? Ik zak nog dieper weg in mijn zwarte wolk. Weg met het nieuws dan maar. Ik stort me op een essay, geschreven door mijn favoriete arts-columnist Bert Keizer die al jaren werkt als arts in verzorgingshuizen. 'Een nette aanloop naar het graf' heet het stuk. Daar word ik ook niet vrolijk van. Het gaat over het doorbehandelen. Over hoe goedwillende medisch veel te hoog opgeleide mannen en vrouwen zich vast bijten in een ziek lichaam zonder zich af te vragen wie de persoon in dit lichaam is. Wat die persoon zelf wil. Wat staat mij nog te wachten? Wat te doen?

"Als patiënt moet je de moed opvatten om zelf de onderhandelingen

over de inrichting van je levenseinde te openen en die onderhandelingen aan te gaan als je nog in goede conditie bent", schrijft Keizer. Kijk, daar knap ik dan toch opeens van op, daar houd ik van. Zelf de touwtjes in handen nemen. Vooruit, nog een vers kopje koffie en dan fluks doorlezen. Ik weet in ieder geval al hoe ik mijn leven niet wil beëindigen: chemo begin ik niet meer aan en doorbehandelen is voor mij geen optie.

Doorlezend ervaar ik dat ik al aardig wat goede stappen heb gezet.

Euthanasieverklaring is ingevuld.

Dochterlief en mijn buddy weten dat ik kwaliteit van leven voorop zet, die zullen heus ingrijpen als de geneeskunde mij dreigt te bespringen. Mijn oncoloog - denk ik - ook, maar ik zal het in een volgend gesprek nog eens benadrukken. O ja, ik heb een nieuwe huisarts, die moet ik nog inlichten. Direct een gesprek aanvragen met haar, gelijk bellen. Daar heb ik wel vertrouwen in. Keizer schrijft: "Zorg dat je niet in handen valt van gezondheidswerkers die de protocollen als robots uitvoeren, maar regel je eigen zaken."

Een gewaarschuwd mens telt voor twee. Chopchop, actie, Schapers.

Weg met die sombere gedachten. Ga je dood regelen.



Verdere ontrafeling van familiale alvleesklierkanker

Het weefsel van patiënten die lijden aan familiäre alvleesklierkanker bevat vaker cellen die een voorloper van kanker zijn. Deze patiënten hebben vaker familieleden met een kwaadaardige tumor op een andere plek dan de pancreas en rokers krijgen de diagnose van alvleesklierkanker op een jongere leeftijd, ongeacht of het om de familiäre vorm gaat.

Dit zijn de conclusies van een studie door Jeremy Humphris e.a. in het Amerikaanse blad Cancer. In deze studie volgden de onderzoekers 766 patiënten met een carcinoom in de alvleesklier. 68 Van hen (8,9%) hadden de familiäre vorm van de ziekte, gedefinieerd als ten-

minste één eerstegraads familielid met alvleesklierkanker. De patiënten in deze groep hadden vaker voorloperverschijnselen in andere weefsels dan het carcinoom zelf (36,8 versus 23,9% in de 698 patiënten met de sporadisch voorkomende vorm van alvleesklierkan-

ker) en verwanten van hen hadden vaker een vorm van kanker die buiten de alvleesklier voorkwam (1,52 versus 1,26). In de groep patiënten met sporadisch voorkomende alvleesklierkanker waren meer rokers (28,2 versus 8,8%).

Rokers in beide groepen kregen de diagnose gemiddeld 9,8 jaar eerder dan niet-rokers. Hoewel eerdere onderzoeken aantoonde dat patiënten met familiäre alvleesklierkanker de diagnose op jongere leeftijd zouden krijgen, bevestigde dit onderzoek dat niet.

Overeenkomend met andere studies, vonden ze ook geen verschillen in het vóórkomen van andere maligniteiten bij patiënten zelf en in andere risicofactoren zoals alcoholgebruik.

Bron: **Medisch Contact - Mariëlle van Aalst**

Koffie?

Japanse onderzoekers hebben zich grondig bezig gehouden met een groot aantal onderzoeken naar eventuele verbanden tussen koffieconsumptie en kanker van een van de spijsverteringsorganen.

Bij slokdarmkanker bleek er geen overtuigend bewijs te vinden. Datzelfde gold voor maagkanker. Dat bleek ook het geval bij alvleesklierkanker. Bij colorectale kanker

bleek er een bescheiden gunstig effect van matige koffieconsumptie op het risico van deze vorm van kanker. Opmerkelijk was dat zowel voor leverkanker als kanker in de

bovenste luchtwegen een licht omgekeerd effect werd ontdekt. Matige koffieconsumptie zou deze vormen van kanker min of meer afremmen.



In gesprek met specialist én pionier
prof. dr. Ivo Broeders

Robotica

in de heelkunde heeft
de toekomst

Chirurgie van met name de buik- en borstholte heeft zich de afgelopen jaren gestaag verplaatst van open chirurgie – die met een flinke jaap – naar kijkoperaties. Door nieuwe technologische ontwikkelingen is er nu een overgang van kijkoperaties naar robotgestuurde operaties. We vragen prof. dr. én chirurg Ivo Broeders, pionier en specialist van deze techniek, het naadje van de kous.

Hoe en wat?

Ivo Broeders: “Robotchirurgie is eigenlijk niet de juiste benaming. Het gaat om operaties die met behulp van robottechnologie uitgevoerd worden, met als resultaat kwalitatief steeds betere operaties.”

“Net als bij kijkoperaties wordt er een aantal heel kleine kijkgaatjes in de patiënt gemaakt, minimaal

vier om precies te zijn, want de robot heeft vier armen. De robot wordt via deze gaatjes aangesloten op de patiënt. Terwijl de patiënt in de OK ligt met de assistent aan zijn zij, verlaat de chirurg de operatietafel en neemt plaats in een soort cockpit: een besturingssysteem waar de chirurg zijn voorhoofd te ruste legt en met zijn handen de joysticks van de robot bedient. Hij



algemeen



ziet op een beeldscherm een haarscherpe 3D voorstelling van het gebied waarin hij gaat opereren: het is net alsof hij in de holte van de patiënt zit.

De 'polsbewegingen' van de robot zijn flexibeler dan de menselijke pols en trillen niet, waardoor zeer precieze handelingen kunnen worden uitgevoerd.'

"Als de chirurg zijn hoofd heft om contact te maken met de operatie-assistent om iets te vragen, dan zorgt een 'noodstop' ervoor dat de joysticks worden geblokkeerd. Dit om te voorkomen dat de chirurg, terwijl hij opkijkt, per ongeluk een ongecoördineerde beweging (lees: een lel) geeft aan de joysticks. Sowieso is de robot uitgerust met ontelbaar veel tools die te maken hebben met het waarborgen van de veiligheid."

Voordeel voor patiënt?

Broeders: "Met name operaties bij patiënten met endeldarmkanker zijn vaak complex. Met behulp van de robot kan uiterst nauwkeurig worden gewerkt, waardoor minder vitale weefsels of zenuwen beschadigd raken. Het voordeel voor de patiënt zit 'm vooral in de periode ná het herstel: de kwaliteit van leven blijft veel beter gegarandeerd. Denk aan problemen met de ontlasting, problemen met seksualiteit zoals impotentie bij de man of gevoelsverlies bij de vrouw, of incontinentie voor urine. Als je op deze belangrijke punten 'schadevrij' kunt opereren, is dat natuurlijk van enorm grote waarde voor de patiënt - en zijn partner."

In de OK een technologie op hoog niveau dus, die zich de komende jaren in vliegende vaart zal ontwikkelen. Je kunt je afvragen of we

straks te maken gaan krijgen met een technicus of een arts aan ons bed. Dit beroep is dan ook niet geschikt voor iedereen. Het vraagt in de spreekkamer om empathisch vermogen en het vermogen om alles begrijpelijk uit te leggen als de patiënt op consult komt, maar het vereist op de OK technisch inzicht en de vaardigheid de joysticks manueel correct te bedienen.

Zijn er nadelen?

Ivo Broeders: "Ten eerste is er natuurlijk de prijs. De robot is schreeuwend duur, en vereist ook nog eens een onderhoudscontract. Dan krijg je een ethische kwestie: wat mag de beste zorg voor de patiënt kosten? Maar gelukkig is innovatie in de zorg tegenwoordig niet meer tegen te houden. De concurrentie is enorm, doe jij het niet, dan gaan patiënten naar andere ziekenhuizen, heel simpel."

"Voor de patiënt zijn er geen nadelen, maar zoals bij traditionele operaties complicaties kunnen optreden, kan dat ook met de robot. Er zijn zeker verschillen, als je de vergelijking maakt met de traditionele ingreep via een snee in de buik. Zo is de tastzin en inschatting van krachten in de menselijke hand en arm zeer verfijnd; wij weten automatisch precies hoeveel kracht we moeten gebruiken om een kindwagen te duwen of een kopje koffie op te tillen. De robot ontbeert deze fijngevoeligheid. Dit betekent concreet dat je niet weet hoe hard je aan iets trekt. Dan kan het gebeuren dat je orgaankneuzingen veroorzaakt. Of je trekt te hard aan je hechtdraad waardoor de hechting knapt en je weer opnieuw kunt beginnen. Opereren met een robot vraagt dus om rust ervaring, en een degelijke opleiding!"

Wat vindt u persoonlijk?

"Ik vind het geweldig om met deze technologie te werken. In augustus 2000 ben ik hiermee gestart; het kwam op mijn pad en heeft me niet meer losgelaten. Inmiddels is het mijn specialiteit en geef ik er ook les in aan de universiteit Twente."

"Door het bevolkingsonderzoek sporen we veel vaker darmpoliepen op - het voorstadium van darmkanker. We hebben nu in Twente een robot ontwikkeld die via de anus met een flexibele endoscoop de darmen kan onderzoeken en de poliepen kan verwijderen zonder een stuk darm te hoeven wegnemen. We zijn hiermee in de testfase, maar dit is natuurlijk ook weer een fantastische ontwikkeling."

En de toekomst?

"In de toekomst zullen robots steeds meer gebruikt worden bij routineoperaties, en het zal de norm worden bij complexe operaties. Robots worden steeds verfijnder, straks is diagnostiek én behandeling tijdens de operatie gemeengoed geworden. De chirurg in de cockpit heeft de toekomst, dus 'minder handen aan het bed' is in deze context juist een positieve ontwikkeling!"

Tekst **Marie-Louise Brueren**

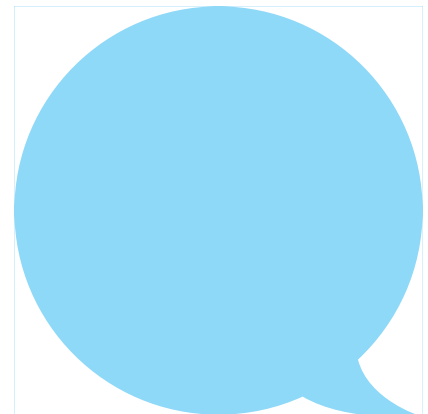
Overall waar 'hij' of 'zijn' staat, kan ook 'zij' of 'haar' gelezen worden.

Trainen tijdens en na kanker heeft een positief effect op de fysieke conditie en kwaliteit van leven. Dat blijkt uit de eerste voorlopige resultaten van het onderzoeksprogramma 'Alpe d'HuZes Cancer Rehabilitation' (A-CaRe) van verschillende instellingen, gecoördineerd door VUmc.

Door adequate behandeling zijn er gelukkig steeds meer mensen die kanker overleven. Helaas heeft de meerderheid van de (ex-) kankerpatiënten tijdens de behandeling, en zelfs jaren na de behandeling, klachten zoals vermoeidheid, een verminderd fysiek functioneren en een verminderde kwaliteit van leven. Om deze klachten te voorkomen of verminderen, ging in 2009 het onderzoeksprogramma A-CaRe van start om passende revalidatiepro-

gramma's voor verschillende groepen kankerpatiënten te ontwikkelen, in te voeren en te evalueren. Het onderzoeksprogramma omvat vier grootschalige onderdelen die de effecten van beweeg- en andere mogelijke trainingsprogramma's evalueren op vermoeidheid, fysiek functioneren en kwaliteit van leven:

- voor patiënten na chemotherapie,
- voor patiënten tijdens chemotherapie,
- bij kinderen met kanker.



- voor patiënten die een stamceltransplantatie hebben ondergaan, Het EMGO+-instituut van Vumc coördineert het programma. Daarnaast zijn het Antoni van Leeuwenhoek, het Academisch Medisch Centrum (AMC) en het Máxima Medisch Centrum betrokken. A-CaRe wordt gefinancierd door Stichting Alpe d'HuZes/KWF Kankerbestrijding.

Bron: **VUmc**



darm

Stichting Lynch Polyposis

Erfelijke darmkankers onder één 'dak'

De Vereniging HNPCC en de Polyposis Contactgroep vormen sinds 10 mei van dit jaar één nieuwe Stichting Lynch Polyposis. De nieuwe stichting is de grootste belangenorganisatie van mensen met erfelijke aanleg voor darmkanker. Voorzitter Jurgen Seppen: "We willen dat erfelijkheid wat hoger op het prioriteitenlijstje van oncologen komt te staan."

De oprichtende partijen vertegenwoordigen beide een groep mensen met een genetische afwijking waardoor de kans op kanker, vooral darmkanker, verhoogd is. Voor de donateurs is de belangrijkste taak van de stichting het ge-

ven van informatie. Maar ook belangenbehartiging en lotgenotencontact zijn belangrijk. Seppen: "Er zijn

veel overeenkomsten en het is goed om een grotere belangengroep te creëren." Weinig mensen

weten dat darmkanker erfelijk kan zijn. Seppen bepleit dan ook dat er meer familiair onderzoek wordt gedaan als bij iemand eenmaal een erfelijke darmkanker is geconstateerd.

"Er is veel onderdiagnose en dat willen wij als patiëntenorganisatie verbeteren", zegt hij. Dat Lynch vaak wordt gemist, heeft meerdere oorzaken. "Als iemand op jonge leeftijd kanker heeft zou een arts een familieanamnese moeten doen. Dat wordt vaak niet of niet goed gedaan, terwijl dit een erg low tech manier is om Lynch op te sporen." Seppen is blij dat er na

"Darmen zijn
niet sexy,
borsten wel."



Jurgen Seppen:

*“Er is veel
onderdiagnose en dat
willen wij als
patiëntenvereniging
verbeteren.”*

darmchirurgie door de chirurg gevraagd moet worden of er een familieanamnese is afgenomen en of er testen zijn uitgevoerd. Alleen al dat die vragen worden gesteld, zal dus enorm helpen.

“De onbekendheid van Lynch is het grootste probleem. Het komt bijna net zo vaak voor als erfelijke borstkanker, maar Lynch is veel minder bekend en er is veel minder aandacht en geld voor.” Dat is een algemeen probleem bij darmkanker. “Darmen zijn niet sexy, borsten wel.”

Bij kanker is de prognose voor mensen met Lynch iets beter dan bij andere mensen met darmkanker. “Dat is waarom ik het waarschijnlijk heb overleefd”, vertelt Seppen. Het kan komen omdat er in de tumoren bij Lynch veel mis gaat, wat ervoor kan zorgen dat de kankercellen minder goed delen, er

minder metastasen ontstaan of de tumor immunoreacties oproept. Op dit moment is er geen specifieke behandeling die beter werkt bij kankerpatiënten met Lynch mutaties. Het lijkt er echter op dat chemotherapie, vooral de standaardtherapie bij darmkanker 5FU, juist minder goed werkt bij patiënten met Lynch. “Alleen weet je meestal pas dat iemand Lynch heeft als de behandeling al grotendeels is afgerond. Die diagnostiek mag van mij wel sneller.”

Voorals als het gaat om deze andere kankers bij Lynch zou er meer naar patiënten moeten worden geluisterd. “We willen dat erfelijkheid wat hoger op het prioriteitenlijstje van oncologen komt te staan.”

Foto **Vincent Schiphorst** | Tekst **Suzanne de Graaf** | Dit artikel is een verkorte weergave van een interview van Suzanne de Graaf in *Beyondmagazine.nl*

“We willen dat erfelijkheid wat hoger op het prioriteitenlijstje van oncologen komt te staan.”



darm

**'Mensen moeten niet te snel berusten
in hun lot en scherp blijven'**

Klaas kwam voor zichzelf op en vond bijtijds de juiste weg...

Bij Klaas Drost (61) werd in juni 2013 endeldarmkanker vastgesteld. Nu, ruim anderhalf jaar later, kijkt hij terug. Het gaat goed met hem, maar om dat te kunnen bereiken, heeft hij zich wél in allerlei bochten moeten wringen. Met nogal wat teleurstellingen onderweg. Totdat hij eindelijk bij het juiste 'adres' terecht kwam; toen ging het snel en effectief. En dat wil hij graag laten weten.

Klaas Drost (61), endeldarmpatiënt, zocht én vond zijn eigen weg met succes!

Een verhaal dat soms ongelooflijk klinkt, maar dat door Klaas' eigen toedoen een veelbelovende wending krijgt. "Ik hoop mensen te motiveren om meer op te komen voor hun eigen belangen bij het vinden van de juiste behandeltrajecten."

Hoe begon het?

"Mijn broer Wim van 56 werd op 11 maart 2012 plotseling opgenomen met een ernstig bloedstolselprobleem. Hij overleed tien dagen

later. Voor mij vormde dat de aanleiding om in het Duitse Rheine bij Prescan een totale bodyscan te laten uitvoeren met een laboratoriumonderzoek." Dit gebeurde in april 2012. Klaas krijgt meteen uitslag: geen bijzonderheden geconstateerd, ook niet op de MRI "en ik was voor mijn leeftijd in een goede conditie, met een beetje overgewicht. Ik moest over twee jaar maar eens terug komen." Bij de uitslag van het laboratoriumonderzoek – een week later –



Nooduitgang

In het boek 'Nooduitgang' beschrijft Harrie Keusters zijn leven en ervaringen aan de hand van dagelijkse aantekeningen. "Endeldarmkanker is een nare ziekte," zegt Keusters "Maar steeds vaker mag je zelf keuzes maken. In mijn boek beschrijf ik mijn eigen zoektocht op weg naar herstel, andere patiënten kunnen daar wellicht houvast in vinden." Behandelend arts dr. Gerard Beets is zeer te spreken over het ervaringsverhaal van Keusters: "De heer Keusters is één van de lichtende voorbeelden, waarbij de 'wait and see' methode zijn vruchten heeft afgeworpen." De opbrengst van het boek komt ten goede aan KWF Kankerbestrijding. Het boek is te bestellen via: www.nooduitganghetboek.nl

"Irritatie bij de vraag om second opinion"

werd wél gemeld dat er wat bloeds-poortjes in de ontlasting waren gevonden. Maar ze hadden ondertussen toch wat over het hoofd gezien, zoals in het vervolg zal blijken. Klaas: "Dat van die bloeds-poortjes moest ik verder laten onderzoeken. Op mijn verzoek onderzocht mijn huisarts mij inwendig. Hij meende een aambeetje te voelen. Toen ik om nader onderzoek vroeg, noemde hij dat 'paniekzaaien', maar ik maakte toch een afspraak in het ziekenhuis voor een coloscopie. Dat kon vanwege vakanties pas eind juni. Vooraf kreeg ik te horen dat ik na het onderzoek meteen naar huis kon en later de uitslag zou horen." Maar Klaas moest toch blijven en hem werd gevraagd ook zijn echtgenote te laten komen. Dat maakte hem wel wat ongerust, maar aan kanker dacht hij niet. "Toen we bij de arts aan tafel zaten, vertelde hij dat ik een tumor van ruim tien centimeter circulair had, dicht tegen de anus aan. Ik vroeg meteen naar mijn kansen. Het antwoord was: 50% kans op een overleving van vijf jaar. Ik zou een endeldarmresectie krijgen en daarna een permanent stoma. Dan zakt de wereld onder je weg."

Hoe nu verder?

"Opnieuw onderzoek, weer een MRI en dan wijst de behandelend chirurg mij op de foto de tumor aan. Ik geef haar de MRI-scan die in Rheine was gemaakt en vraag of ze daarop iets ziet. Ze wijst de tumor aan en is verbaasd dat men die in Duitsland niet heeft gesignaleerd. Bij de verdere uitleg aan de hand van een tekening over de verwijdering van de endeldarm, een deel van de spieren in het zitvlak en een stukje dikke darm, vraag ik of een permanent stoma niet te voor-

komen is. Nee, zegt de arts, want 'de tumor zit te dicht op de anus en de kringspier'. Ze zal nog overleggen met het Antoni van Leeuwenhoek. Ik vraag om een second opinion in een ander ziekenhuis. Daarop wordt wat geïrriteerd en verbaasd gereageerd. Het AvL keek immers mee en dan was toch een second opinion niet nodig! Na een gesprek met de anesthesist over de eventuele operatie kon ik naar huis. Ik voelde me ondertussen behoorlijk ongemakkelijk."

Zelf op zoek

Eenmaal thuis gaat Klaas het internet op en hij stuurt een mail naar een chirurg in het UMC. Hij krijgt nog dezelfde avond antwoord. Een second opinion is na het weekeinde mogelijk en hij moet contact opnemen met de desbetreffende afdeling. Klaas zoekt nog verder op internet, krijgt van een kennis een berichtje over de 'wait and see' methode in Maastricht en mailt nog dezelfde avond dokter Beets. Ook die antwoordt meteen en geeft aan dat Klaas met de eerder gemaakte Utrechtse chirurg moet overleggen en dat hij bereid is mee te kijken. "Binnen twee uur kreeg ik op de late vrijdagavond een totaal ander gevoel, dankzij twee artsen uit twee verschillende universitaire ziekenhuizen, die zich meteen meer betrokken voelden dan de mensen in het eerste ziekenhuis waar men al snel op een endeldarmresectie uitkwam." Ook in Utrecht volgen er weer onderzoeken. Het bloed is in orde, Klaas voelt geen pijn en voelt zich gezond. Toch wordt hem verteld dat het zeer waarschijnlijk wel zal uitdraaien op een permanent stoma. Het traject van 'wait and see' wordt ingezet: vijf weken lang dagelijks radiotherapie in Utrecht, met uitzondering van de weekeinden, en ver-



darm

der chemo in tabletvorm. Daarna zes tot zeven weken wachten en beoordelen via de MRI. De eerste behandeling start op 29 juli en loopt tot en met 30 augustus. 's Woensdags een therapiecontrole.

Toen kwam de pijn

Klaas: "De eerste 2,5 week verliepen voorspoedig. Ik had totaal geen last van misselijkheid en gaf tijdens de controle aan dat ik weinig of geen last heb, dagelijks op de racefiets zit, zo'n zestig kilometer fiets, met dezelfde snelheid als anders." De arts geeft aan dat dit wel zal veranderen. "De volgende dag was het al raak. Ik begon pijn te krijgen rond mijn anus. Elke dag meer. Op het laatst onhoudbaar. Ik moest de laatste anderhalve week liggend achterin de auto naar Utrecht, kon niet meer zitten en sliep niet. Ik kreeg morfinetabletten tegen de pijn. Maar die hield nog aan tot 2,5 week na de laatste bestraling. Toen begon de pijn langzaam af te nemen. Verder liep alles zoals voor-

speld. Na ruim zes weken wachten werd op 11 oktober 2013 weer een MRI gemaakt. Een week later vertelde mijn Utrechtse arts me blij verrast te zijn. Er was weinig meer van de tumor overgebleven. Er was nog wel iets te zien en ook voelde ze nog een kleine verdikking dicht bij de anus."

In het bijzijn van Klaas en zijn echtgenote wordt een arts van een ander Utrechts ziekenhuis gebeld met het verzoek eens mee te kijken. "We konden direct komen. Hij maakte

een 'endo echo' en constateerde hetzelfde als zijn collega. De rest van de endeldarm

zag er goed uit. Het voorstel was om weer een week of zes te wachten en dan nog eens te kijken."

Bij een echografie op 27 november 2013 door deze tweede Utrechtse arts bleek dat de verdikking verder was geslonken. Hij nam een biopt en er bleken geen tumorcellen meer te vinden. In overleg met Klaas werd besloten om op 9 januari 2014 de kleine verdikking die er nog zat operatief te verwijderen. Ook toen werden er geen tumorcellen meer aangetroffen.

Weer aan het werk

Klaas: "Inmiddels heb ik enkele driemaandelijke controles achter de rug en alles ziet er geweldig uit. Geen medicatie, gewoon weer gewoon... Behalve de pijn gedurende

vijf weken tijdens en na de behandeling met bestraling en chemo heb ik weinig last gehad. In de tweede week van september 2013 had ik mijn werk alweer opgepakt. Kantoor aan huis, en het ging prima. Zo rond vijf uur s'middags ben ik wat moe, maar die moeheid is met anderhalf uur weer verdwenen. En verder zit ik vanaf april alweer drie keer per week op de racefiets of de mountainbike en ik tennis."

Boodschap

"Ik weet dat wij veel geluk hebben gehad. Doordat we zelf wat hebben ondernomen, ervaren we heel sterk de verschillende benaderingen van de artsen. De warme en meelevende reacties uit Utrecht en Maastricht deden ons veel goed.

Had ik berust in wat ze in dat eerste ziekenhuis met me wilden doen dan had ik geen endeldarm meer gehad en een permanente stoma. Op mij kwam het over alsof ze me dat 'door de strot' wilden duwen."

"Ik wilde mijn verhaal kwijt als een boodschap voor mensen die in hetzelfde schuitje zitten.

"Had ik berust dan had ik nu geen endeldarm meer gehad"

Laten ze toch vooral goed om zich heen kijken en informeren en vragen stellen. Kom op voor je zelf. De artsen in Nederland zijn zeker geen prutsers, maar er zijn wel degelijk verschillen in opvattingen en belevingen. En dat hebben wij aan den lijve ervaren. Iedereen moet voor zichzelf kiezen welk traject hij bewandelt. Er zijn zoveel nieuwe mogelijkheden. Die zijn helaas niet voor iedereen weggelegd, maar toch moeten mensen niet te snel berusten in hun lot en scherp blijven."

Foto Naam | Tekst Klaas Drost



darm

Vragen over de *RAS*-test en de antwoorden van prof. Kees Punt

RAS-test

In dit 'Vraag & Antwoord' artikel gaat prof. Kees Punt nader in op wat de *RAS*-test is, wie er voor in aanmerking komt, hoe men aan het benodigde weefsel voor de test komt, hoe de normale behandeling van darmkanker eruit ziet en welke behandelkeuzes er zijn er op basis van de *RAS*-test.

Professor Kees Punt

Wat is de RAS-test precies en wat is het verschil met de vroegere manier van testen?

De *RAS*-test is een DNA-test die bij darmkanker ingezet wordt als de kanker is uitgezaaid. De test onderzoekt of er specifieke DNA veranderingen van de *RAS*-genen in tumorcellen aanwezig zijn. Als er *RAS*-mutaties (veranderingen) gevonden worden in de tumor van mensen met uitgezaaide dikkedarmkanker, voorspelt de uitslag dat een behandeling met een remmer van de EGFR (epidermale groeifactor receptor) niet zal aanslaan. Als er geen mutaties gevonden wordt, kunnen EGFR-remmende medicijnen wel aanslaan. Deze medicijnen remmen de deling van kankercellen en worden gegeven als monotherapie of in combinatie met chemotherapie. Voorheen was er alleen een test die mutaties onderzocht op het *KRAS* gen, en met deze uitgebreidere test op zowel *KRAS* als *NRAS* genen kan nog beter worden voorspeld welke patiënten geen baat zullen hebben van deze medicijnen. Ongeveer de helft van patiënten met uitgezaaide

darmkanker heeft één of meerdere mutaties in *RAS* genen. Vroeger was 5% van de mensen met darmkanker na 5 jaar nog in leven, nu is dat ruim 20%. Dat is mede te danken aan de gerichte inzet van DNA tests, nieuwe medicijnen en betere operatietechnieken.

Wie komt in aanmerking voor een RAS-test?

Patiënten bij wie de diagnose uitgezaaide darmkanker is gesteld, komen in aanmerking voor een *RAS*-test. Het tijdstip van de test hangt af van het moment waarop de arts een behandeling met een EGFR-remmend medicijn wil starten. Dit kan onderdeel zijn van de eerste behandeling, maar hiermee kan ook gewacht worden tot een volgende behandeling. De opzet van een behandeling van uitgezaaide darmkanker is wel dat patiënten van wie de tumor geen *RAS*-mutatie heeft, ergens tijdens het beloop van hun ziekte een EGFR-remmend medicijn krijgen aangeboden. De arts kan deze test aanvragen bij het pathologie laboratorium.



Hoe verkrijgt men het tumorweefsel?

Bij elke patiënt met uitgezaaide darmkanker is de diagnose gesteld op grond van onderzoek op tumorweefsel. Meestal betreft dit weefsel uit de darmtumor, soms kan er weefsel zijn afgenomen uit een uitzaaiing. De RAS-test kan gedaan worden op dit reeds beschikbare weefsel. Het zal in principe dus niet nodig zijn om opnieuw weefsel te verkrijgen. Mocht dit toch wel nodig zijn, dan wordt meestal weefsel onder plaatselijke verdoving uit een uitzaaiing (meestal lever) afgenomen, dit kan poliklinisch.

Hoe wordt darmkanker normaliter behandeld in Nederland?

De meeste patiënten worden na de diagnose darmkanker geopereerd om de tumor te verwijderen. Als er sprake is van uitzaaiingen en deze niet met meer operatief verwijderd kunnen worden, volgt een behandeling met geneesmiddelen. Dit bestaat uit chemotherapie plus zogenaamde doelgerichte therapie. Deze laatste categorie betreft geneesmiddelen die specifieke groeignalen van tumorcellen remmen. Voor uitgezaaide darmkanker zijn er drie van dergelijke geneesmiddelen: bevacizumab (remt groeisignaal via remming van VEGF = vasculaire endotheliale groeifactor) en cetuximab en panitumumab (remmen beide groeisignaal via remming van de EGFR en hebben vergelijkbare effectiviteit). In Nederland wordt meestal een combinatie van chemotherapie plus bevacizumab als eerste behandeling toegepast, en behandeling met een EGFR-remmer in de 2e lijn in combinatie met andere chemotherapie, of als monotherapie in 3e lijn. Maar bij patiënten met een tumor waarin geen mutatie in het RAS gen aan-

wezig is kan in 1e lijn ook een combinatie met chemotherapie plus EGFR-remmer worden gegeven. Het belangrijkste is dat deze patiënten tijdens het beloop van hun ziekte een EGFR-remmer krijgen aangeboden. De plaats van behandeling met een EGFR-remmer wordt door de medisch oncoloog in overleg met de patiënt besloten.

Welke behandelkeuzes zijn er op basis van de RAS-test?

Bij een tumor die RAS-mutaties vertoont, zullen EGFR-remmende medicijnen niet aanslaan. Als eerste behandeling voor uitgezaaide darmkanker wordt een behandeling met chemotherapie plus een VEGF-remmer aanbevolen. Een VEGF-remmer remt de celgroei van de tumor door de aanmaak van bloedvaten te remmen.

Bij een tumor zonder RAS-mutaties, zal de patiënt zowel baat kunnen hebben bij een behandeling met chemotherapie plus VEGF-remmer als bij een behandeling met chemotherapie plus EGFR-remmer. Beide combinaties hebben in studies aangetoond dat ze de levensverwachting van patiënten in dezelfde mate verlengen, dus er is voor een eerste behandeling nog geen duidelijke voorkeur.

Wilt u meer weten?

Informatie en een brochure over de RAS-test is verkrijgbaar bij Darmkanker Nederland op www.darmkankernederland.nl

DNA en uw darmkanker **Tijdens het Europese multidisciplinaire darmkankercongres, vorige maand in Amsterdam, overhandigde voorzitter Jolien Pon van Darmkanker Nederland aan prof. dr. Kees Punt het eerste exemplaar van de nieuwe informatiebrochure over DNA-onderzoek: de RAS-test. De brochure was bijgesloten in de vorige uitgave van Doorgang.**

Prof. Punt is hoogleraar medische oncologie aan de UvA, werkt bij het AMC, en is lid van de Raad van Advies van SPKS. De RAS-test is nu standaard opgenomen in de behandelrichtlijn en kan door de arts worden aangevraagd als de kanker is uitgezaaid. Dit kan bij ruim 20 gecertificeerde ziekenhuislaboratoria in ons land. De uitslag ervan voorspelt hoe men op een behandeling zal reageren en helpt artsen en patiënten de juiste combinatie van medicijnen te kiezen met als doel het verbeteren van de levensverwachting.

Jolien Pon: "Een persoonlijke behandeling op basis van een DNA-analyse zal in de toekomst steeds belangrijker worden. Patiënten willen in begrijpelijke taal weten wat dit voor hen betekent en wat de gevolgen zijn voor de behandeling. Zo kun je weloverwogen een persoonlijke keuze maken in overleg met je oncoloog, transparant en duidelijk."

Kees Punt: "De RAS-test draagt bij aan therapie op maat. De uitslag van de test maakt duidelijk bij welke patiënten een behandeling met zogenoemde anti-EGFR therapie niet werkzaam zal zijn en bespaart dus onnodige behandelingen, bijwerkingen en kosten."

De brochure is ontwikkeld in samenwerking met EuropaColon, de Europese patiëntenorganisatie, en de medische adviesraad van SPKS Darmkanker Nederland.



& panel

Vragen over **platte poliepen**

In deze aflevering van onze rubriek Vraag & Antwoord geeft dr. Leon Moons, gastroenteroloog in het UMC Utrecht, antwoord op een paar vragen over de zogenoemde 'platte poliepen' die in de dikke darm bij onderzoek worden aangetroffen.

*dr. Leon Moons, gastroenteroloog
in het UMC Utrecht*

Een platte poliep in de dikke darm is niet geheel verwijderd tijdens de coloscopie. Klopt het dat je dan 20% kans hebt op darmkanker als dat reststukje niet binnen zes maanden wordt verwijderd?

Dr. Leon Moons: "De kans dat een poliep de potentie heeft verder te groeien naar kanker is afhankelijk van het type poliep, de grootte, de plek in de dikke darm, en of er cellen in de poliep aanwezig zijn die belangrijke genetische veranderingen hebben ondergaan (hooggradige dysplasie of ook wel eens onrustige cellen genoemd). Hoewel deze risicofactoren bekend zijn, is het niet goed mogelijk om per poliep in

te schatten wat de kans is dat juist deze poliep binnen zes maanden uit zal groeien tot darmkanker. Het is echter wel bekend dat het niet in zijn geheel verwijderen van een poliep kan leiden tot het ontstaan van kanker in het achtergebleven deel van de poliep binnen drie jaar. Naarmate er meer risicofactoren aanwezig zijn in de poliep, neemt de kans hierop toe. Om deze reden wordt het dan ook geadviseerd om een niet in zijn geheel verwijderde poliep dan ook altijd in tweede instantie alsnog te verwijderen en bij voorkeur binnen zes tot twaalf maanden. Endoscopische verwijdering van grote, vaak platte poliepen, kan gepaard gaan met het achter-



blijven van poliepweefsel in 10-20% van de gevallen. Daarom zal juist in die gevallen een darmonderzoek worden herhaald vier tot zes maanden na het eerste onderzoek om te controleren of er geen rest poliepweefsel aanwezig is. Pas als alle poliepen in zijn geheel zijn verwijderd is het risico op darmkanker volledig verlaagd.“

Tijdens mijn laatste coloscopie kon een platte poliep niet verwijderd worden. Nu zegt de MDL-arts dat deze met een operatie verwijderd moet worden. Is dat inderdaad gebruikelijk?

Dr. Leon Moons: “Of een poliep wel of niet tijdens een darmonderzoek kan worden verwijderd is afhankelijk van de kans dat er kanker in de poliep aanwezig is. Als een poliep geen kanker bevat kan eigenlijk in meer dan 95% van de gevallen de poliep tijdens een endoscopie worden verwijderd. Ook als de poliep groot is, een platte vorm heeft, of op een moeilijke plek ligt.

Het succespercentage van deze endoscopische verwijdering is hoger naarmate de behandelaar meer expertise heeft in het verwijderen van moeilijke of grote poliepen. Als een poliep een beginnende kanker bevat, kan deze soms ook nog steeds genezend worden behandeld met een endoscopische verwijdering alleen. Als de patholoog geen risicofactoren ziet in de poliep voor uitzaaing naar de lymfklieren, kan het bij een endoscopische behandeling worden gelaten. Een groot deel van deze patiënten zal echter toch een aanvullende operatie moeten ondergaan om de lymfklieren mee te nemen. Als de poliep dus geen kanker bevat, is in het merendeel van de gevallen een endoscopische behandeling mogelijk.

Het inschatten van de kans op kanker in een poliep ten tijde van het darmonderzoek blijkt lastig te zijn. Frequent wordt het risico op kanker te hoog ingeschat, waardoor niet kanker bevattende poliepen toch voor operatie worden aangeboden. Sommige centra vinden dan ook dat als een poliep kan worden verwijderd tijdens een darmonderzoek dit eerst dient te gebeuren, en dat pas na onderzoek van de poliep door de patholoog wordt besloten of er aanvullend een operatie nodig is.

Recent onderzoek laat ook zien dat deze benadering veilig is, en de patiënt geen nadeel oplevert. Het voorkomt wel dat patiënten worden geopereerd voor poliepen die geen kanker bevatten of voor poliepen met een beginnende kanker die met alleen een endoscopische behandeling af zouden kunnen.

Soms kan verlittekening van de wandlaag net onder de poliep de verwijdering ervan wel heel moeilijk maken. Dit gebeurt onder meer als er al een poging is ondernomen om de poliep te verwijderen maar dit niet in zijn geheel is gebeurd. Toch zijn er vaak ook in dit soort gevallen nog technische mogelijkheden om de poliep alsnog te verwijderen tijdens een darmonderzoek. Deze technische kennis en kunde is in Nederland wel aanwezig, maar met name in gespecialiseerde ziekenhuizen.

Kort samengevat

Bijna alle poliepen zonder verdenking op kanker of wanneer er twijfel is, kunnen tijdens een darmonderzoek worden behandeld. Ook restanten van een eerdere verwijdering kunnen in meer dan 80% alsnog worden verwijderd, hoewel dit soms een tijd kan duren.”

Heeft u een vraag aan het V&A-panel?

Laat het weten!

Stuur je vraag dan per e-mail naar: secretariaat@spks.nl met als onderwerp V&A-panel Doorgang.



darm

Colin Sietses over

'transanale totale mesorectale excisie'

Nieuwe techniek voor verwijderen van endeldarmtumoren ontwikkeld

Volgens chirurg Colin Sietses van het ziekenhuis Gelderse Vallei lijkt een mede door hem ontwikkelde techniek een hype te worden: de transanale totale mesorectale excisie. Hij organiseert er een conferentie over. Ik kwam onlangs een artikel in de krant over de techniek tegen en dacht meteen 'daar moet ik voor onze lezers meer over weten'. Ook bij mij is een endeldarmtumor verwijderd en daarom zocht ik dokter Sietses op.

*Chirurg Colin Sietses van het
ziekenhuis Gelderse Vallei*

Bij deze techniek wordt de tumor benaderd via de anus. Er wordt een soort poort geplaatst waardoor het laparoscopisch instrumentarium naar binnen gebracht wordt. Op aischannel.com zijn enige video's zien over de techniek. Normaal wordt de tumor via de buikzijde benaderd, laparoscopisch of klassiek maar deze techniek gaat via het anale kanaal. Eigenlijk logisch omdat de tumor in de endeldarm zit. De tumor wordt vervolgens losgesneden en met een deel van de darm en via de anus of de buik naar buiten gebracht. Dan worden de darmen weer aan elkaar gehecht (anastomose). De patiënt krijgt tenslotte een tijdelijk ileostoma (aangesloten op de dunne darm). Dat is het verhaal in het kort. Wie er meer van wil weten

kan kijken op het videokanaal. Je moet er wel tegen kunnen om operaties te zien.

De voordelen

Bij een gewone laparoscopische procedure komen er vaak conversies voor. Een conversie is het overschakelen van een laparoscopische procedure naar een open procedure. Bij conversies treden vaker complicaties op en is de hersteltijd langer.

Vooraf bij mannen komt dat voor omdat die vaak weinig ruimte in hun bekken hebben om te kunnen opereren. Hierdoor moet soms worden overgegaan op een open operatie. Bij grotere tumoren komt zo'n conversie vaak voor. Bij de nieuwe techniek is er maar zelden sprake van conversies. Wel wordt bij grote-



re tumoren nog een incisie in de buik gemaakt om de tumor te verwijderen. Ook kan de chirurg beter manoeuvreren met het nietapparaat (Stapler). Bij een gewone procedure kan door de nauwe werkruimte de tumor beschadigd worden en kunnen tumorcellen zich misschien eerder verspreiden.

Verder is het operatiegebied beter zichtbaar voor de chirurg. Daardoor kunnen zenuwen en vaten minder snel beschadigd worden als je het vergelijkt met de klassieke operatie. Kleine zenuwen zijn namelijk niet of bijna niet zichtbaar. Ook is het waarschijnlijk vaker mogelijk een eindstandig stoma te voorkomen. De techniek leidt tot minder complicaties en meer radicale resecties. Er hoeft dus niet zo vaak nog een keer geopereerd te worden. Na afloop van de operatie zijn er meestal minder pijnklachten omdat de wonden kleiner zijn. Dat leidt weer tot een kortere opnameduur, snellere revalidatie en tot een cosmetisch beter resultaat. Sietses benadrukt dat deze voordelen nog wel aangetoond moeten worden in studies.

De nadelen

Nadelen van de techniek zijn er niet zoveel. Uiteraard moeten chirurgen in de techniek opgeleid worden. Bij veel ervaring met de laparoscopische techniek gaat dat sneller. Colin Sietses heeft al verschillende collega's opgeleid in binnen- en buitenland. Gemiddeld zijn er zo'n 10 begeleide operaties nodig om de techniek goed te kunnen beheersen. Steeds meer chirurgen worden dus opgeleid en de techniek kan een standaardtechniek worden. Hij zegt zelf dat hij na 50 a 60 operaties de top van zijn leercurve heeft bereikt.

Vroeger dacht men dat operaties via het anale kanaal gevaarlijk waren vanwege de aanwezigheid van te veel bacteriën in het darmkanaal maar dat probleem lijkt toch minder groot dan verwacht.

Voor wie?

In principe komen alle patiënten met een endeldarmtumor in aanmerking. In de studie worden patiënten met een T1 tot en met T3 stadium behandeld. Vooral obese en mannelijke patiënten met een nauw bekken hebben er voordeel bij.

Volgens Sietses zal vaker afhankelijk van de patiënt een techniek gekozen worden. "Er zal dus meer toegesneden op de patiënt worden gewerkt." Meer chirurgen worden in de techniek opgeleid en zo kan deze wijze van werken een standaardtechniek worden.

Het is nog te vroeg om over lange termijnresultaten te spreken maar de voortekenen zijn veelbelovend. Zelf ben ik laparoscopisch behandeld en was een conversie naar de open techniek noodzakelijk. Toen had ik nog niet van Sietses' techniek gehoord.

Tekst **Ab Hermans**

Sietses:
**"Er zal dus
meer toegesneden
op de patiënt
worden gewerkt"**



Prof. Gerrit Meijer (VUmc) leidt internationaal 'Dream Team' KWF

Speurtocht om darmkanker nog vroeger te ontdekken

Prof. dr. Gerrit Meijer, patholoog bij VUmc (Cancer Center Amsterdam), leidt het nieuwe Dream Team van KWF Kankerbestrijding. Het team van toponderzoekers uit verschillende disciplines doet de komende vier jaar grensverleggend onderzoek naar tests die darmkanker in een vroeg stadium kunnen opsporen.

De onderzoekers krijgen voor hun werk 6 miljoen euro van KWF, in samenwerking met de American Association for Cancer Research en Stand Up to Cancer. Meijer leidt het team samen met prof. dr. Victor Velculescu van Johns Hopkins University.

Darmkanker is een van de meest voorkomende ziektes. Veel onderzoek richt zich op behandeling en de ontwikkeling van nieuwe medicijnen voor patiënten waarbij de darmkanker al uitgezaaid is. Het internationale Dream Team onder leiding van hoogleraar pathologie Gerrit Meijer (VUmc-afdeling pathologie en VUmc Cancer Center Amsterdam) richt zich juist op de mensen die nog geen uitzaaiingen of zelfs alleen nog maar voorlopers van darmkanker (poliepen) hebben.

Kans op overleven vergroten

Hoe eerder darmkanker ontdekt wordt, hoe groter de kans voor de patiënt op overleving. Het dit jaar

opgestarte Bevolkingsonderzoek Darmkanker gebruikt een test gebaseerd op bloed in ontlasting, mogelijk een teken van een verhoogd risico op darmkanker. Het Dream Team onderzoekt of DNA en eiwitten van de tumor, die in de ontlasting terecht kunnen komen, hiervoor te gebruiken zijn. Het verwacht namelijk dat deze moleculen geschikter zijn om darmkanker in een vroeg stadium mee aan te tonen. Ook verwachten ze met tumor-DNA, dat aanwezig kan zijn in het bloed, aan te tonen welke patiënten een agressieve vorm van darmkanker hebben, met een grote kans op terugkeer van de ziekte. Door die patiënten direct te herkennen kunnen ze een aanvullende behandeling krijgen na de operatie.

'Sta op tegen kanker'

Het team wordt gefinancierd door de jaarlijkse KWF-campagne 'Sta op tegen kanker'. Aan het project is fundamenteel (kanker)onderzoek

voorafgegaan, medegefinancierd door KWF Kankerbestrijding. Meijer en andere onderzoekers werken al jaren aan tests en beeldvormende technieken voor de vroege behandeling van darmkanker. Met dit project moet het onderzoek het beslissende zetje krijgen, waardoor concrete toepassingen voor de patiënt mogelijk worden.

Patiënt straks beter af

Meijer: "In de VS bestaat al een DNA-test, maar daar is veel ontlasting voor nodig. Dat is in het Nederlands bevolkingsonderzoek niet praktisch. Om de technologie toch in Nederland te kunnen gebruiken willen wij deze veel gevoeliger maken, zodat we met veel minder monsters toe kunnen. Het gaat hier echt over 'pushing the limits'. Uiteindelijk doen we dit zodat de patiënt van morgen beter af is dan die van vandaag."

Bron: **VUmc/KWF**



CHARISMA-trial: overleving verbeteren

Leveruitzaaiingen darmkanker in grootscheeps onderzoek

Zeven grote medische centra in ons land beginnen tezamen een studie – CHARISMA-trial genoemd – om de overleving van patiënten met hoog-risico leveruitzaaiingen van darmkanker te verbeteren. Het zijn patiënten die in aanmerking komen voor een operatie. In het onderzoek zijn de patiënten in twee groepen verdeeld: een die alleen een operatie krijgt en een die chemotherapie krijgt vóór de operatie. De onderzoekers willen in totaal 224 patiënten in het onderzoek betrekken.

‘Hoog-risico’ houdt in dat er bijvoorbeeld meerdere leveruitzaaiingen zijn, dat de uitzaaiingen binnen een jaar na de darmtumor zijn ontstaan of dat er sprake is van een leveruitzaaiing van meer dan vijf cm doorsnee. Bij deze patiënten wordt nagegaan of chemotherapie met de middelen Capecitabine (Xeloda®) en Oxaliplatin, voorafgaand aan de operatie van de leveruitzaaiingen, een gunstig effect heeft op de totale overleving. Deze middelen zijn goedgekeurd voor zowel de behandeling van darmkanker als leveruitzaaiingen van darmkanker.

Bekend is dat chemotherapie werkt en veilig is voor leveruitzaaiingen van darmkanker, maar we weten nog niet of er een gunstig effect is van deze chemotherapie als die voorafgaand aan een leveroperatie wordt gegeven.

Om nu te beoordelen of chemotherapie gevolgd door een operatie beter is dan een operatie alleen, worden de deelnemers aan het onderzoek dus in twee groepen ver-

deeld. Groep 1 krijgt alleen een operatie en groep 2 krijgt chemotherapie voorafgaand aan de operatie.

Centrale vraag: alleen opereren of opereren na chemotherapie?

Om de verdeling zo eerlijk mogelijk te houden, wordt deze bepaald door loting (randomisatie). Als iemand loot voor de groep die alleen een leveroperatie krijgt, dan worden de le-

veruitzaaiingen van darmkanker direct geopereerd. Dit is dezelfde behandeling die iemand zou krijgen die niet in het onderzoek zit.

Loot iemand voor de groep die chemotherapie krijgt, dan zal voorafgaand aan de leveroperatie met zes kuren chemotherapie worden gestart. Deze behandeling wordt gegeven door een internist-oncoloog in hetzelfde ziekenhuis. Tenminste 4 weken en ten hoogste 6 weken na beëindiging van de chemotherapie-behandeling wordt de operatie aan de lever uitgevoerd. Tijdens de studie, ook na de operatie, worden regelmatig bezoeken gepland in het ziekenhuis. Deze studiebezoeken vallen samen met de normale controlebezoeken. De studie zal ongeveer vijf jaar duren.

Aan het onderzoek nemen deel: Radboud UMC (Nijmegen), Maxima Medisch Centrum (Veldhoven), AMC (Amsterdam), Medisch Spectrum Twente (Enschede), Maastricht UMC, UMC Groningen, Erasmus MC Kanker Instituut.

Studiecoördinator is drs. E.P. van der Stok (Erasmus). Eventuele deelname aan het onderzoek moet altijd via de eigen behandelend arts worden geregeld.

Schematisch ziet de studie er als volgt uit:



Onderzoek bij bijna 2.000 patiënten

Extra aandacht nodig voor oudere patiënt na operatie aan een dikkedarmtumor

Oudere patiënten die binnen een jaar sterven na een darmkankeroperatie, overlijden voornamelijk aan de gevolgen van de dikkedarmtumor. Omdat de kans op recidieven gedurende dit tijdsbestek niet groot is, suggereert de verhoogde sterfte in het eerste jaar een langdurig effect ten gevolge van chirurgie. Dat geldt vooral voor oudere patiënten.

Chirurg dr. Jan Willem Dekker (LUMC) en collega's pleiten daarom voor extra aandacht voor het beperken van fysiologische effecten van de operatie bij oudere patiënten en betere nazorg na ontslag uit het ziekenhuis.

De 1-jaarssterfte na darmkankerchirurgie is hoog en verklaart de aanwezigheid van leeftijdsgerelateerde verschillen ten aanzien van de overleving van dikkedarmtumoren. Om beter inzicht te krijgen in de oorzaken hiervan is de doodsoorzaak van deze patiënten bestudeerd.

Hiervoor werden de gegevens gebruikt van alle patiënten (n = 1.924) die tussen 2006 - 2008 een resectie ondergingen vanwege stadium I-III dikkedarm- en endeldarmkanker in West-Nederland. Deze gegevens werden samengevoegd met de doodsoorzaak van patiënten aan de hand van gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek Nederland. Om de oversterfte binnen deze groep patiënten te berekenen, werd een vergelijking gemaakt met de Nederlandse bevolking.

Het blijkt dat 13,2 procent van de patiënten kwam te overlijden in het eerste postoperatieve jaar. De 1-jaarssterfte nam toe met het stijgen van de leeftijd van de patiënt en liep op tot 43 procent bij oudere patiënten die een spoedoperatie ondergingen.

Bij 75 procent van de patiënten werd de doodsoorzaak toegeschreven aan de kanker.

Bij 25 procent van alle geregistreerde patiënten werd de mortaliteit toegeschreven aan postoperatieve complicaties.

Oudere patiënten met een comorbiditeit (het gelijktijdig voorkomen van meerdere ziekten/verstoringen) stierven vaker ten gevolge van complicaties ($p < 0,01$).

Dekker en collega's concluderen dat de doodsoorzaak van deze patiënten voornamelijk toegeschreven moet worden aan de dikkedarmkanker. Omdat echter niet te verwachten valt dat binnen dit cohort (de onderzochte groep) het aantal sterfgevallen door recidieven zeer hoog is, is de overmaat aan 1-jaarsmortaliteit waarschijnlijk een langdurige effect van de chirurgie, vooral bij oudere patiënten.

Daarom moet de focus bij deze patiënten meer gericht zijn op het beperken van de fysiologische effecten van de operatie en betere nazorg na ontslag uit het ziekenhuis.

Auteurs: **J.W.T. Dekker, G.A. Gooiker, E. Bastiaannet, C.B.M. van den Broek, L.G.M. van der Geest, C.J. van de Velde, R.A.E.M. Tollenaar** en **G.J. Liefers** namens de stuurgroep

De focus moet onder meer gericht zijn op betere nazorg

Laboratoriumonderzoek met subsidie MLDS

Behandeling slokdarmkanker wellicht met hulp curcumine

Een combinatie van curcumine en dendritische cel immuuntherapie lijkt mogelijk een goede behandeling tegen slokdarmkanker. Dit blijkt uit laboratoriumonderzoek met een groepje kankercellen met dezelfde eigenschappen als slokdarmkankercellen.

Er zijn verschillende manieren om slokdarmkanker te behandelen. De laatste tijd is er steeds meer aandacht voor Dendritische Cell (DC) immuuntherapie. De dendritische cel is een specifiek soort cel van het afweersysteem. Bij deze behandeling wordt het afweersysteem van je eigen lichaam gebruikt om de kanker aan te pakken.

Verschillende onderzoeken laten zien dat DC immuuntherapie enigszins werkt, maar dat er nog veel verbeterd moet worden. De tumorcellen lijken niet gevoelig genoeg te zijn voor DC immuuntherapie alleen. In dit onderzoek is gekeken of deze therapie beter werkt samen met de natuurlijke stof curcumine. Curcumine is een gele kleurstof uit de wortel van de kurkumaplant en staat bekend om zijn werking tegen kanker.

Met dank aan...

Het onderzoek is mede mogelijk gemaakt door subsidie van de Maag Lever Darm Stichting. Lees hier meer informatie over andere onderzoeken die worden gefinancierd door de Maag Lever Darm Stichting. www.mlids.nl/wetenschappelijk-onderzoek-bij-de-mlids/63

Werkwijze

Bij DC immuuntherapie worden dendritische cellen van de patiënt met slokdarmkanker gebruikt. Deze worden 'gekenmerkt' met zogenaamde 'tumor specifieke antigenen'. Het afweersysteem in het lichaam van de patiënt kan de tumor specifieke antigenen herkennen. Dit zorgt ervoor dat er een afweerreactie op gang gebracht wordt tegen de tumor.

Onderzoekers weten nog niet zeker hoe DC immuuntherapie en curcumine samen in het lichaam werken. Daarom is deze behandeling eerst in het laboratorium getest op een groepje cellen die dezelfde eigenschappen hebben als cellen van een slokdarmtumor.

Resultaten

Uit de resultaten blijkt dat curcumine de celdeling van de kankercellen vermindert en de celdood verhoogt. Dit geeft aan dat de kanker in ieder geval niet zo snel meer groeit. Bovendien zorgt curcumine ervoor dat de kankercellen extra gevoelig zijn voor de DC immuuntherapie. Curcumine heeft verder

geen invloed op de normale slokdarmcellen. Hieruit concluderen de onderzoekers dat curcumine ervoor zorgt dat DC immuuntherapie beter werkt.

De resultaten tonen aan dat de combinatie van DC immuuntherapie met curcumine mogelijk een goede behandeling is voor slokdarmkanker. Hoewel deze resultaten veelbelovend zijn, moet eerst nog veel meer onderzoek gedaan worden. Dit onderzoek is namelijk alleen maar uitgevoerd met kanker cellen met dezelfde eigenschappen als slokdarmtumoren. Het is dus nog onduidelijk hoe DC immuuntherapie samen met curcumine werkt in een echte slokdarm.



slokdarm

Drie chirurgen over slokdarm- en maagkanker:

Verdere concentratie moet tot betere resultaten leiden

Grotere aantallen te behandelen patiënten leiden tot betere resultaten bij de behandeling van slokdarm- en maagkanker. Een gespecialiseerd centrum, waar multidisciplinaire teams beide soorten kanker kunnen behandelen, kan betere zorg leveren, zeggen drie chirurgen, respectievelijk verbonden aan het Utrechtse UMC, Erasmus MC (Rotterdam) en het LUMC (Leiden). Zij pleiten hiervoor in Medisch Contact.

Bas Wijnhoven

De behandeling van patiënten met slokdarm- of maagkanker is complex. Dergelijke ingewikkelde behandelingen worden beter uitgevoerd in centra waar veel patiënten met deze aandoening worden behandeld. Dat komt de keuze voor het soort behandeling, het aantal complicaties en uiteindelijk de overleving ten goede. Een belangrijke nieuwe uitkomstmaat is het percentage patiënten bij wie je kunt voorkomen dat een complicatie fataal wordt. Het blijkt dat hoog-volume centra veel beter in staat zijn complicaties adequaat te behandelen en zo een fatale afloop te voorkomen, aldus de artsen.

4.000 Patiënten per jaar

In Nederland worden jaarlijks zo'n vierduizend nieuwe gevallen van slokdarm- en maagkanker gediagnosticeerd. Minder dan de helft daarvan komt in aanmerking voor

een in opzet genezende behandeling. In 2012 werden in Nederland 739 slokdarmresecties verricht in 25 ziekenhuizen. In twaalf ziekenhuizen werden ongeveer twintig operaties per jaar uitgevoerd. Er werden in dat jaar 471 maagresecties verricht in 42 ziekenhuizen. Uit cijfers over 10.025 patiënten die in september vorig jaar werden gepubliceerd, bleek dat zowel de zes maanden mortaliteit als de tweejaarsoverleving substantieel beter was in een ziekenhuis dat vijftig à zestig slokdarmoperaties per jaar verricht dan in een centrum dat voldoet aan de huidige minimumnorm van twintig operaties per jaar.

Kennis en kunde

Op dit moment bieden nog zo'n veertig ziekenhuizen in Nederland de zorg voor slokdarm- en maagkanker aan. Dit is inefficiënt omdat

Richard van Hilgersberg

Cock Van de Velde

voor een relatief klein aantal patiënten in al die ziekenhuizen expertiseteams moeten worden ingesteld. Hoogcomplexere zorg vereist kennis en kunde van veel medische disciplines die in een multidisciplinair team samenwerken. Het behandelplan bij slokdarm- en maagkanker bestaat meestal uit radiotherapie en/of chemotherapie gevolgd door een operatie. Concentratie in centra die een zorgpad volledig inrichten op de diagnostiek en behandeling van slokdarm- en maagkankerpatiënten optimaliseert de kwaliteit van besluitvorming en versnelt de start van de behandeling.

Gezien de complexiteit van de behandeling is een vast team van chirurgen een vereiste. Dit team moet op elk moment van de dag en de gehele week de beste specialistische zorg voor deze patiënten garanderen. Het

vroegtijdig herkennen van de complicaties en het tijdig instellen van de juiste behandeling is op die manier het beste gegarandeerd en leidt tot de beste uitkomsten.

Ook een zeer gespecialiseerde IC verpleegafdeling is onontbeerlijk. Daarnaast is beschikbaarheid van radiotherapie en hoofd-halsoncologie essentieel. De hoofd-halsoncologie kent veel overeenkomsten met de slokdarm-maagoncologie, waar de behandeling vrijwel altijd uit een combinatie van bestraling en operatie bestaat. Bij veel patiënten bevindt de tumor zich in het overgangsgedrag van slokdarm en keelholte. Hiervoor is een gemeenschappelijke behandeling noodzakelijk in hetzelfde centrum. De hoofd-halsoncologie is in Nederland al geconcentreerd in acht gespecialiseerde centra.

Op dit moment neemt slechts een beperkt aantal patiënten deel aan

wetenschappelijk onderzoek. Als de zorg is geconcentreerd in enkele gespecialiseerde centra kunnen die gezamenlijk trials ontwerpen en uitvoeren en zal dit leiden tot betere uitkomsten door nieuwe behandelmethoden en innovatie in de zorg.

De volumennorm voor slokdarmchirurgie werd in 2011 verhoogd van tien naar twintig operaties per jaar. In verschillende regio's werden afspraken gemaakt om de hoogcomplexere laagvolumezorg 'uit te ruilen'. Lever-, pancreas-, maag- en slokdarmoperaties werden zo ver-

“Deze centra moeten de hoogcomplexere zorg kunnen bieden!”

deeld dat de minimumnorm van twintig per jaar werd gehaald. Er ontstonden hierdoor ook ongewenste situaties waarbij sommige klinieken alleen patiënten met maagkanker behandelden en geen patiënten met slokdarmkanker. Onlogisch omdat juist de kanker op de overgang van maag en slokdarm veel voorkomt en expertise vereist op beide gebieden.

Voor maagkankerchirurgie is de volumennorm pas ingesteld in juli 2012. Hier gold aanvankelijk een norm van minimaal tien operaties per jaar in 2012 en twintig operaties per jaar in 2013.

Andere landen

Een vergelijking met andere Europese landen liet zien dat de sterfte na een maagresectie in Nederland substantieel hoger was dan in Scandinavische landen. De vijfjaarsoverleving na een maagre-

sectie was in ons land ook significant lager dan in de rest van Europa. Nadat in Denemarken de zorg werd gecentraliseerd in vijf ziekenhuizen, daalde daar de sterfte aanzienlijk. In Engeland werden in 2001 afspraken gemaakt om de zorg te concentreren rond een slokdarm-maagcentrum dat een populatie van minimaal één à twee miljoen inwoners bestrijkt.

Verdere centralisatie

Steeds meer patiënten kiezen zelf hun behandelaar en zijn voor optimale zorg bereid ver te reizen, in veel gevallen zelfs naar het buitenland. Met het oog op kwaliteit en doelmatigheid zouden in Nederland een beperkt aantal gespecialiseerde slokdarm-maagkankercentra moeten worden aangewezen. Centrale regie door een gemandateerde commissie van

beroepsverenigingen, verzekeraars en overheid is voor snelle en adequate realisatie een vereiste. Er moeten ziekenhuisfaciliteiten en mankracht ter beschikking worden gesteld zodat deze centra de hoogcomplexere zorg kunnen bieden. Verplaatsen van zorg vereist de nodige flexibiliteit.

Tot slot zal verdere concentratie van zorg ook leiden tot minder variatie in de behandeling van kanker. Naast de genezende behandeling, zal ook de palliatieve behandeling aan kwaliteit winnen door toepassing van de laatste behandelinzichten door een multidisciplinair team van specialisten, bekwaam in de diagnostiek en behandeling van slokdarm- en maagkanker.

Het – hier iets ingekorte – artikel in Medisch Contact werd geschreven door **Richard van Hillegersberg** (Utrecht), **Bas Wijnhoven** (Rotterdam) en **Cock van de Velde** (Leiden)



slokdarm

Hoog-risicogroepen

moeten beter worden gevolgd

KWF-werkgroep wil snellere ontdekking van slokdarmkanker

Jaarlijks overlijden in Nederland 5.300 personen aan de gevolgen van slokdarm-, alvleesklier- en eierstokkanker. Deze tumoren hebben een heel slechte prognose, omdat ze in de regel pas laat worden ontdekt. In een rapport van KWF Kankerbestrijding is systematisch gekeken of en zo ja, hoe vroegere ontdekking voor deze tumoren te verbeteren is. Het beter volgen van mensen uit hoog-risicogroepen is één van de belangrijkste conclusies.

Hoewel de mogelijkheden om op korte termijn de situatie voor deze patiënten te verbeteren vrij beperkt zijn, komt een werkgroep van experts met een set aanbevelingen waarmee artsen en onderzoekers nu al aan de slag kunnen. Zo wordt er bij klinici op aangedrongen om meer aandacht te besteden aan personen met een hoog-risicoprofiel. Het is essentieel, met name bij slokdarm- en alvleesklierkanker, dat dergelijke personen met een verhoogd risico worden opgenomen in studies die ertoe leiden dat men meer te weten komt over het ontstaan van de ziekten. Daarbij hoort ook dat bepaald wordt hoe groot het risico is dat kleine, reeds zichtbare afwijkingen uitgroeien tot kanker.

“In zekere zin staan we bij deze drie kankersoorten op hetzelfde ni-

veau als dertig jaar geleden met betrekking tot dikkedarmkanker”, zegt professor De Koning van het Erasmus MC, die voorzitter was van de werkgroep. “Het is nu zaak van deze moeilijke tumoren geen ondergeschoven kindje te maken.”

Weinig vroegsignalen

Helaas blijken er geen duidelijk herkenbare vroegsignalen te zijn, die voldoende onderscheidend zijn om een patiënt vroegtijdig te ontdek-

ken. Dit maakt het lastig voor de huisarts om vroeg in te kunnen grijpen.

Een eventueel schuldgevoel bij patiënten die laat bij de dokter ko-

men is niet op zijn plaats.

Symptomen zijn meestal pas heel laat in het ziekteproces te herkennen en vroegere signalen, als buikpijn of opboeren, komen ook bij heel veel andere ziektes voor.

**Slokdarmkanker
kan met
50% afnemen!**

Er is dus behoefte aan ‘screening op maat’, met name door al geïdentificeerde risicogroepen voor het ontwikkelen van deze kankersoorten mee te nemen in het onderzoek. Dat ligt bij eierstokkanker anders.

Op het dossier ‘Vroege ontdekking’ ligt de focus van KWF bij het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek en de samenwerking daarbinnen. KWF roept betrokken partijen, in het bijzonder het onderzoeksveld, de medische beroepsverenigingen, zorgprofessionals, ziekenhuizen, financiers van onderzoek,

zorgverzekeraars en de overheid, op om de uitdagingen op te pakken om uiteindelijk gezamenlijk de prognose van patiënten met deze tumorsoorten te kunnen verbeteren.

Slokdarmkanker

Een Barrett-slokdarm is het enige bekende voorstadium van slokdarmkanker. Door onderzoek moet worden vastgesteld welke Barrett-slokdarmpatiënten een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van slokdarmkanker en om die reden opgenomen moeten worden in een surveillance programma (let-

terlijk: toezichhoudend), onder meer door analyse van risicofactoren en biomarkers bij kanker en voorloperstadia. Er zijn mogelijk alternatieven voor de huidige conventionele endoscopie bij screening op Barrett-slokdarm, zoals stringcapsule endoscopie (gevoeliger), ultrathin endoscopie (goedkoper) en de cytosponge (minder invasief). Experts verwachten dat door tijdige detectie en adequate behandeling het vóórkomen van het adenocarcinoom van de slokdarm met tenminste 50% kan dalen.

Bron: **KWF** | Foto **Levien Willemse**

Professor Harry de Koning van het Erasmus MC, voorzitter van de werkgroep

**De Koning:
Moeilijke
tumoren; geen
ondergeschoven
kindje!**



algemeen

Nieuw ontwikkelde vorm van zelfmanagement

‘Het Oncokompas 2.0’: een nuttige raadgever

Afgevaardigden van ziekenhuizen, vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen, patiënten, huisartsen, onderzoekers en (oncologisch) verpleegkundigen (135 deelnemers) lieten zich in december jl. in Zeist bijpraten over Oncokompas2.0 en de ondersteunende begeleiding bij de invoering daarvan. Oncokompas2.0 is een nieuw zelfmanagementsinstrument voor kankerpatiënten.

Aanleiding voor de ontwikkeling van deze zorgproducten is de constatering dat patiënten vaak niet, of in een te laat stadium, de juiste ondersteuning krijgen bij de gevolgen van de behandeling van kanker. Door de patiënt onmiddellijk na de diagnose te ondersteunen met informatie via een zelfmanagement instrument en een sleutelfunctie voor de oncologieverpleegkundige te realiseren kan dit tijdiger gebeuren.

Adviesfunctie

Het Oncokompas kan het advies geven op welk gebied je hulp nodig hebt en waar je die kunt vinden. Het Oncokompas maakt een totaalplaatje van je kwaliteit van leven door te kijken naar leefstijl, fysiek, psychisch en sociaal functioneren en je levensvragen. Zaken als gezonde voeding en zingeving komen aan de orde, maar ook klachten die veel voorkomen zoals vermoeidheid en angst. Van alleen maar het invullen van vragenlijsten is niemand gezonder geworden. Het Oncokompas koppelt het totaalplaatje aan concrete stappen die je kunt nemen om je kwaliteit van le-

ven te verbeteren. Op basis van je kwaliteit van leven, je gezondheidstoestand, persoonlijkheid en motivatie, selecteert het Oncokompas zorgaanbieders die voor jou het meest geschikt zijn. Dit zijn dan doorverwijzingen naar zelfhulpprogramma's of gespecialiseerde zorg.

Let wel: Oncokompas heeft geen commerciële relatie met deze zorgaanbieders.

Hoe werkt het?

Het Oncokompas volgt het principe van meten-weten-doen. Er wordt begonnen met het invullen van vragenlijsten. Die brengen zowel gezondheidsgedrag (leefstijl) in kaart als de psychische, lichamelijke en sociale gevolgen van de diagnose kanker. Ook komen levensvragen aan bod. Loop je Oncokompas2.0 in zijn geheel door, dan krijg je een compleet overzicht van je kwaliteit van leven waarbij je ook de samenhang tussen onderwerpen te zien krijgt. Er ontstaat een compleet beeld over je welzijn en het wordt duidelijk waar de probleemgebieden zitten. Je kunt dan in overleg met bijvoorbeeld de oncologisch specialist een keuze maken waarvan je gebruik wilt maken.

Oncokompas2.0

is veilig en

betrouwbaar



Er is toch al de lastmeter?

Lastmeter en Oncokompas zijn twee verschillende dingen. Het één is een kort screeningsinstrument en wordt in het ziekenhuis afgenomen door de zorgverlener. Het Oncokompas is een uitgebreider screenings- en signaleringsinstrument dat antwoorden vertaalt in een advies dat de patiënt te allen tijden zelfstandig kan gebruiken. Beide instrumenten zullen voor professionals voorlopig gewoon naast elkaar bestaan.

Het aanreiken van het zelfmanagementinstrument bij diagnose is als doelstelling opgenomen in de inkoopspecificaties en dat is een stimulans voor ziekenhuizen om daar aan te voldoen.

De arts en de patient werken samen, de arts geeft de patiënt op voor het Oncokompas.

Wie begeleidt de patient?

De oncologisch verpleegkundige is de meest geschikte hulpverlener voor de rol als ondersteuner. Zij is als aanspreekpunt voor patiënten laagdrempelig en toegankelijker dan de oncoloog en heeft relevante kennis die huisartsen vaak niet hebben. De huisarts heeft altijd zijn eigen medische rol in de begeleiding van zijn patiënten en moet wel meegenomen worden. Oncokompas2.0 is veilig en betrouwbaar. Het is met medische experts en met patiënten ontwikkeld. Mensen kunnen er snel mee aan de slag, elke dag in de week en elk uur van de dag. Op basis van het welzijnsprofiel worden concrete adviezen gegeven. IKNL, patiëntenverenigingen en Levenmetkanker-beweging staan achter het Oncokompas2.0.

Tekst **Gerda Schapers**

**Oncokompas
selecteert
zorgaanbieders
die voor jou het
meest geschikt zijn**

*Verdere informatie vind je op
www.oncokompas.nl*

Darmen als 'leesvoer'...

De darmen hebben tal van speciale vaardigheden die we te lang hebben onderschat. Daar gaan de volgende twee boeken over. 'Allemaal beestjes' van Jop de Vries en 'De mooie voedselmachine' van Giulia Enders.

Onze redacteur Gerda Schapers bespreekt regelmatig boeken die onze lezers van pas zouden kunnen komen. Deze keer zelfs vier.

**Geschreven
met gevoel voor
humor en
met geestige
tekeningetjes**

Een lekker boek om te lezen is de vertaling van 'Darm mit Charme' van de Duitse geneeskundestudente Giulia Enders zeker. Vlot geschreven, met gevoel voor humor en geestige tekeningetjes. In haar inleiding vertelt zij dat zij tijdens haar studie ontdekte hoe belangrijk de darm is, dat hij wel twee derde van ons immuunsysteem beslaat. Ons darmkanaal is een 'meesterwerk' ontdekt zij, en het wordt tijd dat we ons dat realiseren. Met vaart start zij haar eerste hoofdstuk: Hoe poep je eigenlijk? En mijn aandacht heeft ze! Wat mij het meest intrigeert en waar ik toch echt van opkeek is het hoofdstuk over de hersenen en onze darmen. Want, wat blijkt, niet alleen ons hoofd heeft hersenen, onze darmen ook. Die bevatten zoveel zenuwcellen dat je ze wel 'je tweede brein' zou kunnen noemen, schrijft Enders. Het brein in ons hoofd en het brein in onze buik communiceren met elkaar. Dat gaat via

de nervus vagus, een zenuw die vanuit de darmen naar de hersenen loopt. En dat verklaart, volgens Enders, waarom emoties zo sterk verbonden zijn met de spijsverte-

ring. Ons buikgevoel bepaalt voor een groot gedeelte hoe het met ons gaat: 'We schijten van angst', en 'we slikken teleurstellingen' weg. Krijgen 'vlinders in onze buik'. Als 'ouwe juf' vind ik dit ook het leukste leerboek wat ik in jaren heb gelezen, de informatie wordt zo simpel en vlot gebracht dat het een plezier is om te leren. En zeker van toegevoegde waarde zijn de geestige tekeningetjes, gemaakt door de zus van de schrijfster, bijna cartoons.

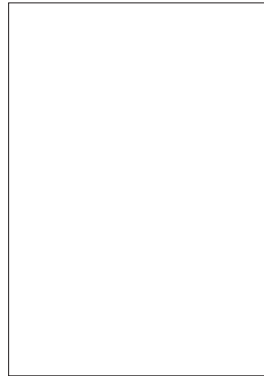


*De mooie voedselmachine,
Giulia Enders, Luitingh-
Sijthoff, 224 pagina's,
ISBN 978 90 24565863, € 17,95*



boeken

Jop de Vries richt zich in zijn boek *Allemaal beestjes* op onze bacteriënhuishouding en hoe die huishouding er voor zorgt dat we gezond blijven. Ook hij begint zijn boek met veel vaart en met een interessant experiment waardoor je direct zijn boek in wordt gezogen: hij gaat op safari door zijn eigen lichaam: doucht een poos niet, neemt dan monsters van zijn zweetbacteriën en laat de conditie van zijn uitwerpselen controleren. En daar gaan we, de wereld van de 'beestjes' in. Verrassende informatie. Wist u dat we zo'n 1,5 kilo beestjes met ons meedragen? Ze verteren een deel van het voedsel in onze darmen,



Allemaal beestjes, Job de Vrieze, Maven Publishing, ISBN 978 94 91845130, € 18,00

moet af en toe toch wel even terugbladeren: hoe zat het ook al weer? Zeer verhelderend zijn de ingevoegde kadertjes waar vaak

een gebruikt begrip even kort wordt toegelicht.

Een voorbeeld, net als je denkt: 'enzymen, wat zijn dat ook al weer precies?', dan komt een kadertje met de tekst: enzymen: robots van het lichaam.

Ook in dit boek hebben onze darmen een

belangrijke plaats want daar wonen toch de meeste beestjes. De Vries gebruikt de metafoor van de 'darm als stad' en beschrijft bijvoorbeeld wat er gebeurt in die 'stad' als je een antibioticakuur krijgt. Hoe lang blijven de effec-

ten van een antibioticakuur zichtbaar in de bacteriënwereld van onze darmen?

Hij vergelijkt het met een razzia, waardoor opeens een aantal belangrijke bewoners wordt weggehaald. Die moeten vervangen worden.

Hij laat zien hoe de samenwerking tussen bacteriën en virussen helpt om de bacteriënpopulatie stabiel te houden tijdens een antibioticumbehandeling.

En als je aan het begin van het boek denkt, net als hij: 'getver, wat moet ik met al die beestjes', dan weet je na het lezen van dit boek, dat we afhankelijk van ze zijn en ze niet kunnen missen.

ze produceren vitamines en ze zorgen voor een schone en gezonde huid. Ze assisteren en reguleren ons immuunsysteem en hebben zelfs invloed op ons gedrag. Als kankerpatiënt ben ik natuurlijk geïnteresseerd in hoe mijn immuunsystemen werkt en dat wordt óók in dit boek helder uitgelegd.

De Vries doet wel een beroep op mijn zeer verzonken biologiekennis van de middelbare school, dus ik

Darm als stad...

antibioticakuur

als razzia

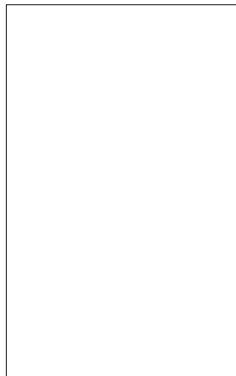
En nog tweemaal 'raak'

**Karliën Bongers en Astrid van Koppen:
'Integrative Medicine, zorg voor gezondheid en
geluk' en Henk Fransen: 'Handboek Kanker,
Hoe je reguliere en alternatieve behandelingen
optimaal kunt combineren'.**

Hoewel de auteurs van beide boeken een visie op de Nederlandse gezondheidszorg bieden die dicht bij elkaar ligt, zijn het toch verschillende boeken. Karliën Bongers en Astrid van Koppen hebben met hun boek *Integrative Medicine* een pleidooi gehouden voor de verbetering van de gezondheidszorg in Nederland. Henk Fransen richt zich heel specifiek op de patiënt zelf die de integratie van reguliere en alternatieve behandelingen nastreeft. Beide auteurs on-

zal meer aandacht moeten komen voor een actievere rol van patiënten bij het bevorderen van zijn eigen gezondheid, de kwaliteit van leven en de keuzes van behandelingen.

Bongers en Van Koppen beschrijven in hun boek kort de geschiedenis van Integrative Medicine, daarna verdiepen zij zich in de huidige stand van zaken in de gezondheidszorg. Vervolgens laten zij aan de hand van voorbeelden zien wat de mogelijkheden zijn van Integrative Medicine, zowel voor de patiënt als voor



Integrative Medicine, door Karliën Bongers & Astrid van Koppen, De Arbeiderspers, 312 pagina's, ISBN 978 90 29575904, € 29,95

derschrijven dat de gezondheidszorg in Nederland relatief goed is. Beide boeken pleiten ook voor het toevoegen van nieuwe kennis en een daarop gebaseerde manier van denken en handelen, voor verbetering van de kwaliteit van zorg door het vergroten van de tevredenheid van zorgvragers en zorgverleners. Er

de inrichting van onze gezondheidszorg. Voor ons als patiënten zijn de vier pijlers interessant om te lezen (hoofdstuk 7 t/m 10). Iedere patiënt onderschrijft de waarde van de eerste pijler: een gelijkwaardige relatie tussen de zorgverlener en de zorgvrager. We willen als patiënt immers serieus worden genomen, we willen dat er naar ons geluisterd wordt, we willen ook gekend worden en niet als een 'ziekte' behandeld worden. Een tweede pijler is

**Actievere rol van
patiënt bevorderd
kwaliteit van leven**



dat er meer aandacht moet komen voor preventie en leefstijlinterventies die gericht zijn op het aanleren van gezond gedrag. Dat pleidooi en ook de aandacht voor preventie komen we in het Handboek Kanker

van Henk Fransen ook tegen. Hij pleit voor een optimale combinatie van reguliere en alternatieve behandelingen. Zijn boek is in eerste instantie bedoeld om de individuele kankerpatiënt zijn weg te helpen vinden door bijvoorbeeld zijn leefstijl te willen veranderen. In tweede instantie hoopt hij op een vorm van samenwerking met de reguliere collega's.

De derde pijler van Integrative Medicine is dat er plek moet zijn voor bewezen effectieve en veilige complementaire behandelingen.

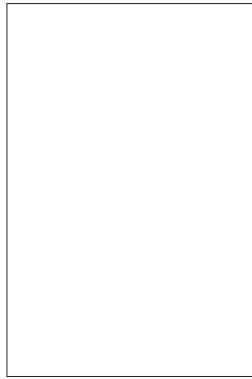
De auteurs van beide boeken geven de waarde aan van de innerlijke herstelkracht die ieder mens kan aansturen. Zij laten zien dat het mogelijk is je hersenen actief in te zetten om je gezondheid te bevorderen. In Integrative Medicine kun je lezen hoe ons aangeleerde gedrag is ontstaan en hoe je kunt oefenen met nieuw gedrag. Bongers en Van

Koppen geven de theoretische kennis waarop dat gebaseerd is weer. Steeds met mooie voorbeelden uit de praktijk. Henk Fransen vertelt de patiënten hoe zij dat kunnen doen.

De vierde pijler van Integrative Medicine is dat er wordt gewerkt in een gezonde omgeving. Bongers en Van Koppen geven aan dat dit zowel voor de patiënten als voor de zorgverleners van belang is. Een helende omgeving is erop gericht om stressfactoren zoveel mogelijk te beperken, zowel voor patiënten als voor zorgverleners. Ook Fransen heeft in zijn boek aandacht voor de omge-

ving, maar weer meer specifiek gericht op de kankerpatiënt zelf. Wat kun je doen om je eigen leefomgeving te optimaliseren?

Beide boeken heb ik met instemming en veel plezier gelezen. Wil je als kankerpatiënt weten hoe regulier en alternatief effectief te combineren, lees het Handboek Kanker. Wil je een meer overkoepelde blik op hoe wij de gezondheidszorg zouden kunnen optimaliseren? Lees dan Integrative Medicine. Of lees beide boeken, net als ik. De moeite waard!



*Handboek kanker,
door Henk Fransen, uitgeverij
AnkhHermes, 328 pagina's,
ISBN 978 90 20211269, € 19,99*

**Wat kun je
doen om je eigen
leefomgeving
te optimaliseren?**

*Meer weten over handboek kanker?
Er is op Internet een trailer te vinden:
www.bol.com/nl/p/handboek-kanker/9200000030321473/*



darm

Bij patiënten voor en na operatie

Kauwgom kan helpen tegen complicaties

Het kauwen van kauwgom tot vlak vóór en direct na een darmoperatie verlaagt de kans op complicaties, zoals een verminderde darmwerking. Dat blijkt uit een onderzoek dat is gepubliceerd in de British Journal of Surgery en dat is uitgevoerd in het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven.

Een complicatie zoals de verminderde darmwerking ontstaat na een operatie door een ontsteking. Die ontsteking kan geremd worden door het autonome zenuwstelsel van het lichaam al vóór de operatie te activeren. In Eindhoven werd dat gedaan door patiënten kauwgom te laten kauwen. Bij veel van de patiënten die een darmoperatie hebben gehad – in de meeste gevallen wegens darmkanker - zorgt de ontstekingsreactie er voor dat de darmen langer dan vijf dagen stil liggen. Onderzoeker Misha Luyer: “Dat voelt ontzettend vervelend, want je kunt niet meer naar het toilet, wordt misselijk en moet overgeven. Het herstel wordt hierdoor vertraagd en dat kan weer leiden tot een langer verblijf in het ziekenhuis.”

Uit de studie blijkt dat van de patiënten die vóór en na de operatie kauwgom kauwden ruim een kwart last had van verminderde darmwerking. In de controlegroep, waarbij patiënten een pleister opgeplakt kregen met het verhaal dat daar stoffen in zaten die het zenuwstelsel activeren, was dat bijna de helft. Ook de opnameduur werd korter en het aantal heroperaties was aanzienlijk minder. Het kauwen van kauwgom blijkt dus te werken, maar hoe en waarom het zo goed werkt moet nog worden uitgezocht. Er zijn inmiddels ook andere ziekenhuizen waar de proef met kauwgom loopt.

www.nu.nl/wetenschap/3957713/kauwgom-kauwen-kan-helpen-complicaties-darmoperatie.html



In het kort

Doe maar ijs - Amerikaanse chirurgen gaven patiënten na hun operatie voor dikkedarm-, lever- of alveesklierkanker, direct een icepack. Ze keken vervolgens hoeveel pijn deze patiënten hadden en hoeveel morfine ze gebruikten en vergeleken die cijfers met de gegevens van de patiënten die geen icepack hadden gekregen. De 'icepackers' scoorden lager op pijn en gebruikten een kwart minder morfine. Goed nieuws, want morfine kan obstipatie geven en dat is na een buikoperatie extra vervelend. - *Journal of the American College of Surgeons*

Muizennieuws - Promotieonderzoek van Caroline de Theije van de Universiteit Utrecht laat een overtuigend verband zien tussen darmproblemen en afwijkingen in de hersenen. Zo ontdekte zij dat bij muizen die autistisch gedrag vertonen, ook de werking van de darmen is verstoord. - Persbericht **Universiteit Utrecht**



E-Coli - 10.000.000.000 stuks van deze bacterie poepen we elke dag uit. Tien miljard! Het gaat om de Escherichia coli, die in je dikke darm leeft. We kennen de E. Coli vooral als ziekmaker. Maar in ons lijf doet hij veel goeds. Zo is de bacterie verantwoordelijk voor de productie van vitamine K. Die heb je nodig om te zorgen dat je bloed stolt. Heb je te weinig vitamine K, dan krijg je een bloedneus. Of nog erger: een darmbloeding. Eenmaal buiten de darmen vormt de E. Coli een gevaar voor de gezondheid. Krijg je hem binnen via andere kanalen dan kan hij vervelende ziektes veroorzaken. Als hij via je urinebuis binnenkomt kun je bijvoorbeeld een darmontsteking krijgen. Of als je de bacterie eet, kan dat in sommige gevallen leiden tot een dodelijke infectie. Daarom moet je dus je handen wassen na toiletbezoek. De bacterie werd in 1919 vernoemd naar ontdekker en microbioloog Theodor Escherich. De vernoeming vond acht jaar na zijn dood plaats.

Muziek! – Een lekker deuntje tijdens het opereren is doodnormaal in Nederlandse ziekenhuizen. Belangrijkste motivatie: ontspanning, concentratie en het krijgen van energie. Dat vond de NOS uit in een enquête onder 25 ziekenhuizen. 49 Chirurgen reageerden. Meer dan de helft gaf aan tijdens operaties naar muziek te luisteren; 15 procent doet dat altijd; 2 procent nooit. Popmuziek scoort het hoogst. Daarop volgen rock en soul en klassiek staat in de middenmoot. Volgens Brits onderzoek luisteren acht op de tien chirurgen tijdens operaties naar muziek.

