

‘Ik vind het heel
bijzonder dat mensen
over de hele wereld beter
worden van ons werk’

Myriam Chalabi

Antoni

ONDERZOEK **Minder behandelen is soms beter** INNOVATIE **Nauwkeurig navigeren**



COVER: Myriam Chalabi (39)

Als 5-jarige kwam ze als vluchteling met haar familie uit Libanon naar Curaçao. Twaalf jaar later ging ze in Nederland studeren. Ondertussen doet Myriam Chalabi baanbrekend onderzoek, dat over de hele wereld tot nieuwe behandelingen leidt. ‘De impact van ons werk is groot.’

‘Toen ik op mijn vijfde werd gevraagd wat ik wilde worden, zei ik: dokter. Al snel wist ik ook wat voor dokter: internist-oncoloog. Er is meer aan oncoloog zijn dan de behandeling die je geeft, wetende dat je helaas niet iedereen kunt genezen. Het gaat juist ook om de band die je opbouwt met je patiënten en hun naasten en de begeleiding die je kan geven op een zeer kwetsbaar moment in hun leven. Naast oncoloog ben ik ook onderzoeker, vooral op het gebied van neo-adjuvante immuuntherapie. Dit houdt in: immuuntherapie vóór het operatief weghalen van de tumor. In onze NICHE studies hebben we patiënten met een specifieke vorm van darmkanker behandeld met neo-adjuvante immuuntherapie. We zagen dat bij vrijwel alle patiënten de tumor bijna of geheel verdwenen was ten tijde van de operatie, en na drie jaar bleek zelfs dat de kanker bij niemand terugkwam; patiënten zijn genezen. Dat zijn echt ongekende

resultaten. Het gaat om een zeer kortdurende en extreem effectieve behandeling, en waarmee we in de toekomst mogelijk ook de operatie achterwege kunnen laten. Het zou prachtig zijn als we kunnen aantonen dat neo-adjuvante immuuntherapie bij meer kanker-soorten kan werken, en dat onderzoeken we nu in de NEOASIS studie. Dit is een unieke studie in samenwerking met verschillende groepen in het Antoni van Leeuwenhoek, waarin we patiënten met diverse soorten niet-uitgezaaide kanker met neo-adjuvante immuuntherapie kunnen behandelen. Wij moeten hier nog stappen zetten om neo-adjuvante immuuntherapie voor darmkanker standaardzorg te maken en daar zet ik me maximaal voor in. Maar er zijn ook landen waar het al wel standaard wordt aangeboden. Het is heel bijzonder dat de impact van ons werk zo groot is, dat mensen over de hele wereld er beter van worden.’



COLOFON
Antoni is het magazine voor relaties en patiënten van het Antoni van Leeuwenhoek en wordt drie keer per jaar uitgegeven onder verantwoordelijkheid van het Hoofd Marketing, Communicatie en Fondsenwerving.

Hoofdredactie: Sietse Bruggeling
Eindredactie & editorial consultancy: Hanneke Savenije
Art director: Ykeswerk
Redactie & teksten: Afdeling Marketing, Communicatie & Fondsenwerving, Kim van der Meulen, Hanneke Savenije, Diana de Veld.
Fotografie: Sietse Bruggeling, Ernie Enkelaar, André Jagt, Ayla Maagdenberg, Manon van der Zwaal
Illustraties: Sjoerd van Heumen, Vijselaar en Sixma
Drukwerk: Rijser
Oplage: 10.000
Contact: Antoni van Leeuwenhoek
Afdeling Marketing, Communicatie & Fondsenwerving, Postbus 90203
1006 BE Amsterdam, 020 – 512 9111
communicatie@nki.nl (ook voor adreswijzigingen)

Word Vriend en steun onderzoek in het Antoni van Leeuwenhoek.
Voor giften: AVL Foundation, IBAN: NL26 RABO 010 29 00000.
Voor informatie en vragen: Team fondsenwerving, bereikbaar via fondsenwerving@nki.nl of 020-5122856. Onze relatiemanagers staan u graag te woord.

 **WIST JE... dat je het Antoni van Leeuwenhoek ook kunt volgen op Facebook, LinkedIn en Instagram?**
 **Daar zijn alle laatste nieuwtjes en ontwikkelingen te vinden. Zoek op Facebook naar @hetAntoni-vanLeeuwenhoek antonivanleeuwenhoek.**


Persoonlijk

- 06 *Met een zeldzaam sarcoom leek Norinda Isberta niet meer te genezen. Maar na deelname aan een studie is ze nu kankervrij.*
- 17 *Het verlies van je kind, dat laat je echt nooit meer los, weet Richard van den Brink.*
- 22 *Marc Wiewel, zelf kankerpatiënt, loopt met halve marathons geld bij elkaar voor onderzoek van dr. Wouter Vogel naar een nieuwe behandeling voor uitgezaaide prostaatkanker.*



Onderzoek & Innovatie

- 10 Navigeren in de operatiekamer: nieuwe echotechniek helpt om de tumor nauwkeurig te benaderen en weg te snijden.
- 12 Meer is niet altijd beter. Over de-escaleren: het streven om patiënten minder lang of minder intensief te behandelen, zodat hun levenskwaliteit omhoog gaat zonder dat hun overlevingskansen dalen.

Zorg

- 18 Teamwerk: de stemmen van het Antoni van Leeuwenhoek proberen iedereen die belt zo goed mogelijk te helpen.
- 20 Hoe werkt dat, chemotherapie op de Dagbehandeling?

Kort

04, 05

- 10 *‘Een echo gebruiken in de operatiekamer blijkt nog nauwkeuriger dan een CT-scan.’*



‘Wij maken ons grote zorgen over het kortetermijndenken van dit kabinet met betrekking tot de zorg voor kankerpatiënten in Nederland. Er zijn juist extra investeringen nodig in onderwijs en onderzoek om getalenteerde onderzoekers en medisch specialisten op te kunnen blijven leiden en te behouden voor de patiënt van morgen.’

Maurice van den Bosch, Raad van Bestuur van het Antoni van Leeuwenhoek, doet samen met KWF een oproep aan het kabinet om kankerpatiënten niet de dupe te laten worden van hun krappe portemonnee.



AVL Foundation

MAAIKE OP DE CLIPPER

ONLANGS WAS MAAIKE DE BOER te zien in het programma ‘Over m’n lijk’. Zij werd getroffen door melanoom met uitzaaiingen in beide longen. Bijna tegelijkertijd kreeg haar jonge nichtje Alexa neuroblastoom met uitzaaiingen naar de botten. Dankzij immuuntherapie gaat het goed met Maaïke. Nu zamelt zij alweer jaren geld in voor onderzoek naar kanker. Afgelopen zomer door mee te doen aan de Clipper Race. Het werd een onvergetelijke zeiltocht rond de wereld en de teller staat ondertussen op meer dan € 81.000, voor het Antoni van Leeuwenhoek en het Prinses Maxima Centrum voor kinderoncologie.

Volg Maaïke en haar acties op actievooravlfoundation.nl en op instagram, zoek naar ‘te jong tegen kanker’.



Game Tilly

Spelen om AI te trainen

Hoe meer immuuncellen een kankerpatiënt heeft, hoe groter de kans dat immuuntherapie aanslaat. Maar hoe kom je erachter hoeveel immuuncellen in een tumor zitten?

Voor pathologen is het een ondoenlijke klus om de miljoenen cellen die een stukje weefsel bevatten handmatig te tellen en onder te verdelen in soorten cellen. Maar met behulp van kunstmatige intelligentie, AI, kan dat wel. Mits de AI goed

wordt getraind door het te voeden met data. Daarvoor is nu met financiële ondersteuning van de AVL Foundation een game ontwikkeld: Tilly. Iedereen kan het spel spelen en zo bijdragen aan een betere inschatting over de kans dat immuuntherapie gaat helpen. Spelers wordt na wat uitleg gevraagd cellen in verschillende categorieën cellen onder te brengen door ze naar het juiste vakje te slepen. Daarmee kan de AI snel worden verbeterd en verfijnd.

Meespelen? Meld je aan op changegamers.nl.

Onderwijs

Kennis delen in Malawi

Het Antoni van Leeuwenhoek zoekt altijd naar mogelijkheden om kennis te delen en samen te werken. Zo ook oncologisch gynaecologen Freek van Slooten en Marcus Rijken, die onlangs een 5-daagse cursus gaven aan zo’n 30 chirurgen in Malawi. Het was de derde editie van de Surgical Oncology Summer-school en de focus lag dit jaar op het voorbereiden van chirurgen en gynaecologen op het groeiende probleem van kanker in Afrika. De Nederlandse specialisten helpen ook met het opzetten en uitvoeren van wetenschappelijke studies. Marcus Rijken: ‘We bouwen echt aan iets moois!’



BOEK

In *Ik had je graag verteld hoe mijn dag was* beschrijft Jeannot Peijen (28) hoe het is om jong je partner aan kanker te verliezen. Over hoe hij hoop vond, en hoe geluk en verdriet naast elkaar kunnen bestaan. Zijn boodschap: blijf dromen. De opbrengst van het boek komt deels ten goede aan onderzoek in het Centrum voor Kwaliteit van Leven. **Lees meer op avlfoundation.nl, zoek naar Jeannot Peijen.**

PODCAST

Anuskanker, peniskanker, vulvakanker en baarmoederhalskanker zijn zeldzame kankersoorten waar een taboe op rust. Maar juist erover praten kan je leven redden, maakt de podcastserie ‘Kan’ker over praten?’ duidelijk. Hierin vertellen dappere ervaringsdeskundigen en specialisten uit het Antoni van Leeuwenhoek over de ziektes, behandelingen en de impact daarvan. **Luister op geenrolmeer.nl of op [Spotify.jaarbericht.avl.nl](https://spotify.jaarbericht.avl.nl).**



AVL Foundation

DICHTER BIJ HET DOEL

DIT JAAR deden er maar liefst 54 hardlopers mee aan de Damloop by Night en de Dam tot Damloop. Er werd zo samen met de Stichting Ziek Gelukkig ruim € 49.000 opgehaald voor kankeronderzoek in het Antoni van Leeuwenhoek. Indrukwekkend hoe iedereen zich inzet voor de missie van het Antoni van Leeuwenhoek: *a cure for every cancer and excellent care for every patient.*



AVL Foundation

Trappen tegen kanker

Ed verloor zijn grote liefde aan de gevolgen van borstkanker en zelf kreeg hij een paar jaar later endeldarmkanker. Vader Ed en zoon Sem weten daardoor als geen ander hoe ontzettend veel impact de diagnose kanker heeft, op zowel de patiënt als de naasten. En dus kwamen ze in actie voor de AVL Foundation. Samen fietsten zij 1500 kilometer naar Italië en dankzij bijna 500 donateurs haalden ze daarmee maar liefst € 20.000 voor onderzoek op.

Ook een actie organiseren? Kijk op avlfoundation.nl/kom-in-actie.

‘Ineens was er weer hoop’

Het zeldzame sarcoom van Norinda Isberta leek niet te behandelen, maar na deelname aan een studie is ze nu kankervrij.

Wie: Norinda Isberta (57), leerkracht taalklas primair onderwijs en ambulante begeleider NT2.

Had: leiomyosarcoom, een zeldzame wekedelentumor.

Werd behandeld met: chemotherapie en vervolgens een operatie waarbij de tumor werd verwijderd. Deze behandeling maakte deel uit van de STRASS 2-studie.

En nu: de uitslag van de eerste nacontrole was goed, de komende tien jaar volgen verdere nacontroles.

Pas maanden nadat Norinda Isberta met hevige buikkrampen naar de huisarts ging, werd de oorzaak van haar klachten gevonden. Ze had een zeldzaam leiomyosarcoom, kanker in de weke delen. De overlevingskans was klein, wist ze. In het Antoni van Leeuwenhoek deed ze mee aan een studie en kon de tumor worden verwijderd.

‘Meestal gaat buikpijn na het eten vanzelf over, maar de krampen die ik in mei 2023 kreeg na een etentje voelden anders. Ik had heel lang naweeën van de pijn. Ik kreeg buikpijn zodra ik iets dronk of at, soms al na twee hapjes. En naar de wc gaan was pijnlijk. Na een maand ging ik toch eens langs de huisarts. Die dacht aan een prikkelbare darm, maar een voedingsschema hielp niks. Ook bij een gynaecologische echo werd niks gevonden. Intussen zwol mijn rechterbeen op en voelde ik





‘Ik durf voorzichtig weer plannen te maken’

aan de buitenkant van mijn buik iets hards, wat me ongerust maakte. Het was inmiddels december toen een andere huisarts me doorverwees naar een maag-darm-leverarts in het Flevoziekenhuis. Een reis naar Curaçao rond de feestdagen moest ik afzeggen, want de volgende ochtend kreeg ik meteen een echo.

Na een zenuwslopende dag kreeg ik een telefoontje: er was een forse tumor in mijn buik te zien, tien bij elf centimeter. De grond zakte onder mijn voeten vandaan. Ik had mijn klachten op internet opgezocht en gelezen over een sarcoom, een zeldzame kankersoort in de weke delen. De behandeling stond in de kinderschoenen en de overlevingskans was klein, las ik. Ik heb alleen maar gehuild. Ik ga dood, dacht ik. Mijn zoon, die bij mij woont, was ook in paniek: hoe moet dat nou als jij er niet meer bent? Ik begon mijn begrafenis te regelen en zocht uit hoe hij in ons huurhuis kon blijven wonen. Een internist bevestigde na een biopsie dat ik een zeldzame vorm van een sarcoom had, die niet geopereerd kon worden. Hij verwees me door naar dokter Van Houdt in het Antoni van Leeuwenhoek. Een chirurg. Dat verbaasde me: het was toch niet operabel?

Dokter Van Houdt sprak feitelijk, maar empathisch. Ik vertrouwde hem meteen. Een van de eerste dingen die hij zei: ‘We gaan de tumor weghalen.’ Ineens was er weer hoop.

Hij vertelde over een studie waarvoor ik mogelijk in aanmerking kwam. Daarbij wordt onderzocht of uitzaaiingen beperkt kunnen worden als je voorafgaand aan de operatie chemo krijgt toegediend. Ik zag enorm op tegen chemo: chemische stoffen in je lichaam, misselijkheid. En ik ben heel bang voor naalden. Maar ik moest mijn grenzen verleggen als ik wilde overleven. Ik kreeg veel CT-scans en andere onderzoeken, want je moet gezond genoeg zijn om aan een studie mee te doen. Dat was ik gelukkig. Ik was heel blij om te horen dat mee kon doen aan de studie, maar tegelijkertijd bang: wat zou de chirurg na de chemo aantreffen tijdens de operatie? De scans lieten zien dat de tumor tegen organen aan gedrukt zat, die mogelijk deels verwijderd moesten worden. Heel spannend.

Ik kreeg drie sessies chemo via oncoloog dr. Heimans, om de drie weken één. Die periode vond ik het moeilijkst: waarom moest ik dit allemaal meemaken? Maar ik heb het doorstaan. Van bijwerkingen kreeg ik pas last na de laatste chemo. Ik was moe, zwak en misselijk. Haaruitval vond ik minder erg: liever even kaal dan leven met kanker. Voor mijn zoon was het confronterend mij zonder haar te zien, dus heb ik een pruik gekocht. Al heb ik die maar drie keer gedragen.

Drie weken na de laatste chemo werd ik geopereerd. Ik leek kalm – ik wenste de dokter zelfs nog succes – maar was doodsbang. Gelukkig vingen de artsen en OK-medewerkers me goed en professioneel op. Ze wisten me af te leiden. De operatie duurde zes uur en verliep goed. De tumor is verwijderd, en alles waar hij tegenaan drukte: mijn appendix, een eierstok, een eileider, een stukje blaas. Ook werd een slagader van mijn buik naar mijn been omgelegd. De zenuwen, bloedvaten en spieren konden daarbij niet gespaard blijven, waardoor ik moeilijk loop en oedeem heb. Daar kan ik mee leven. Dokter Van Houdt zei na afloop dat hij tevreden was. Dan ben ik dat ook, zei ik. Dankzij hem heb ik het gered.

Vanaf het moment dat ik de diagnose kreeg, stond alles in het teken van overleven. Ik probeerde me flink te houden om mijn naasten niet te laten zien dat ik verdriet had. Nu heb ik last van stemmingswisselingen. Psychisch heb ik nog niet alles verwerkt. Daar krijg ik hulp bij vanuit het Antoni van Leeuwenhoek. De eerste scan na de operatie zag er goed uit, maar kanker kan terugkomen. Als ik nadenk over mijn pensioen, zegt een stemmetje: misschien haal je dat niet. Ik hoop dat er een moment komt waarop ik weer zorgeloos kan genieten. Toch durf ik voorzichtig plannen te maken. Ik ben net naar Curaçao geweest en ga weer aan het werk. Het enige positieve aan de ziekte: kanker heeft me laten zien dat ik omringd ben door mensen die veel om me geven. Mijn familie in Nederland en op Curaçao, mijn vrienden, burencollega's: ze waren er voor me als het nodig was.’

WEKE DELEN

Sarcomen zijn kwaadaardige tumoren in de weke delen van het lichaam, zoals spieren. Een leiomyosarcoom is een agressieve vorm, die vaak in de buik voorkomt. Omdat sarcomen vaak pas laat druk op organen, bloedvaten of zenuwen geven, ontstaan klachten niet meteen.

COMPLEX

Vorig jaar kregen ruim 1200 mensen te horen dat ze een sarcoom hebben. Deze kankersoort komt voor op alle leeftijden, ook bij kinderen, en het meest bij mensen boven de 60 jaar. Er zijn ruim zeventig soorten sarcomen, die allemaal anders zijn en zich vaak ook anders gedragen. De diagnostiek en behandeling zijn daardoor vaak complex. De vooruitzichten verschillen ook per persoon. De grootte en agressiviteit spelen een rol. Ook maakt uit of er uitzaaiingen zijn.

AANPAK

De behandeling van een sarcoom hangt onder meer af van het type tumor. Vaak is naast een operatie ook bestraling nodig, meestal voorafgaand aan de operatie. Sommige agressieve typen zijn gevoelig voor chemotherapie. Bij leiomyosarcomen en liposarcomen in de buik wordt momenteel de effectiviteit van neo-adjuvante chemotherapie, een behandeling met chemotherapie voorafgaand aan een operatie, onderzocht met de internationale studie STRASS 2.

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

Ook meehelpen? Ga naar avlfoundation.nl.



Winan van Houdt, chirurg-oncoloog

‘WE HOPEN MEER PATIËNTEN EEN LANGER LEVEN TE KUNNEN GEVEN’

‘Een sarcoom is een zeldzame kankersoort. Omdat we een expertisecentrum zijn, worden patiënten meestal naar ons doorverwezen. Een enkele keer hebben ze dan eerder te horen gekregen dat er geen behandeling mogelijk is. Soms is dat helaas ook zo, maar vaak ziet ons team wel mogelijkheden. Dat was ook het geval bij mevrouw Isberta. Zij had een leiomyosarcoom, een type sarcoom dat vaak uitzaait. We willen graag patiënten met deze vorm voorafgaand aan de operatie chemo geven. Neo-adjuvante chemotherapie heet dat. Garanties zijn er niet, maar we vermoeden dat dit de kans op uitzaaiingen kleiner maakt. Piepkleine kankercellen kunnen hiermee namelijk al vroegtijdig worden vernietigd. Dit is nog geen standaardbehandeling bij sarcomen; de toegevoegde waarde van neo-adjuvante chemotherapie wordt nu onderzocht in de grote internationale studie STRASS 2. Ik ben onderzoeksleider van die hele studie. Als ik een mogelijkheid zie, bied ik patiënten deelname aan deze studie aan. Niet iedereen is daar geschikt voor: je moet het lichamelijk en psychisch aankunnen. Mevrouw

Isberta voldeed aan de voorwaarden en was er enthousiast over. Ook omdat ze er toekomstige patiënten mee zou kunnen helpen, zei ze. Ik vind het altijd mooi als patiënten dat zeggen. Tijdens de operatie hebben we de tumor volledig kunnen verwijderen. Mevrouw Isberta is daarmee kanker-vrij. De komende tien jaar blijft ze onder controle. De kans dat de kanker terugkomt, is namelijk zo’n vijftig procent. Dat is best veel. En als het terugkomt, vaak na zo’n twee tot drie jaar, herkennen patiënten de symptomen pas laat. Daarom volgen we ze lang. Overigens kunnen we soms wel behandelen als de kanker terugkeert. Bijna een kwart van alle kankersoorten is een zeldzame kanker. Er zijn weinig studies naar zeldzame kankersoorten, omdat het aantal benodigde patiënten lastig te vinden is en farmaceutische bedrijven er weinig in investeren. Daarom is dit onderzoek wereldwijd opgezet, van Amerika tot Europa en Japan. Het zou mooi zijn als we in de toekomst meer patiënten hoop en een langer leven kunnen geven.’

Deze navigatietechniek leent zich goed voor implementatie in andere ziekenhuizen.

CONTROLECENTRUM

Naast de chirurgen zijn ook technisch geneeskundigen in de operatiekamer aanwezig. Zij zorgen ervoor dat het navigatiesysteem werkt en controleren het beeld dat de chirurgen op de monitor zien.

MET EEN ECHO OP WEG NAAR DE TUMOR

Nauwkeurig navigeren

In het Antoni van Leeuwenhoek wordt voortdurend gewerkt aan nieuwe beeldtechnieken voor in de operatiekamer, om tumoren nog nauwkeuriger te kunnen lokaliseren en verwijderen. Voorafgaand aan de operatie wordt op basis van een MRI en CT-scans een 3D-model vervaardigd, met daarop duidelijk zichtbaar de tumor of tumoren. Op de operatiekamer wordt dat model vervolgens met beeldtechniek gekoppeld aan de patiënt die op de operatietafel ligt: met een speciaal apparaat wordt een 'live' beeld van het operatiegebied over het 3D-model gelegd en zichtbaar gemaakt voor de chirurg op een beeldscherm. Zo ontstaat een routekaart waarmee de chirurg met grote precisie naar de tumor kan navigeren en de randen van de tumor kan bepalen. Ook als de tumor met het blote oog slecht zichtbaar is. Omdat ook belangrijke structuren zoals bloedvaten en zenuwbanen duidelijk zijn te zien in het navigatiesysteem, kan de tumor met zo min mogelijk schade aan omliggend weefsel worden verwijderd. Tot nu toe werd het beeld in de operatiekamer gemaakt met een CT-scan, maar de nieuwste ontwikkeling is navigeren met behulp van een echo. Nog nauwkeuriger, en ook sneller en gebruiksvriendelijker. En veiliger voor patiënt en chirurg, omdat er geen straling bij komt kijken.

ROUTEKAART

De monitor laat tijdens de operatie het gecombineerde beeld zien van een 3D-model en een ter plekke gemaakte echo van het operatiegebied. Daarmee kan het team chirurgen heel precies naar de tumor navigeren.

INGRIJPEND

Operaties waarbij deze navigatietechniek wordt gebruikt zijn vaak heel ingrijpend. In dit geval gaat het om een patiënt met een zeer agressieve recidief rectumkanker. Niet alleen de tumor, maar ook onder meer de prostaat, een stuk darm en de blaas worden weggesneden.

Een **3D-model** van het operatiegebied. Het groen is de tumor. De urinewegen, die van de nieren naar de blaas lopen, zijn geel. De rode aderen vervoeren zuurstofrijk bloed, de blauwe zuurstofarm.



Premium. De Universiteit Twente heeft onlangs de radiologie afdeling van het Antoni van Leeuwenhoek geclassificeerd als 'Premium' voor de opleiding Technische Geneeskunde. De opleiding behoort



daarmee tot de beste tien procent van Nederland. Aantrekkelijk voor stages en promoveren.



'In mijn onderzoek heb ik aangetoond dat een echo gebruiken nog nauwkeuriger is dan een CT-scan, omdat je makkelijk kunt corrigeren voor bewegingen van de patiënt tijdens de operatie. Nu gebruiken we dus standaard de echo.'

Marijn Hiep, technisch geneeskundige

HOE LEEF JE BETER MET EN NA KANKER?

MINDER
=
(SOMS) MEER



Steeds meer kankerpatiënten overleven de ziekte. Maar hoe, en tegen welke kosten? Veel onderzoek, ook bij het Antoni van Leeuwenhoek, richt zich nu op ‘de-escalatie’: patiënten minder lang of minder intensief behandelen, zodat hun levenskwaliteit omhoog gaat zonder dat hun overlevingskansen dalen.

Van oudsher proberen artsen om patiënten te genezen of zo lang mogelijk te laten leven, op een zo goed mogelijke manier. Voor kanker zijn daarvoor steeds meer behandelingen ontwikkeld, zoals opereren, chemotherapie, bestraling en immuuntherapie. En met groot succes: de overlevingskansen bij veel soorten kanker zijn sterk gestegen en nemen nog steeds toe. Inmiddels snappen wetenschappers steeds beter hoe kanker werkt en hoe de behandelingen op de ziekte ingrijpen. Ook begrijpen ze meer en meer hoe de ziekte tussen mensen onderling en per tumor kan verschillen. Elke tumor is anders. Die kennis maakt het mogelijk om beter in te schatten welke therapieën voor een bepaalde patiënt nuttig zijn – en welke behandelingen niet. Want waarom zou je iemand een behandeling met allerlei nare bijwerkingen geven als dat voor die persoon niets toevoegt, terwijl zo’n behandeling vaak ook nog eens heel veel geld kost?

VEILIG WEGLATEN

Doordat er dankzij de toegenomen kennis steeds meer op maat kan worden behandeld, hoeven niet langer alle mogelijke behandelingen voor elke patiënt uit de kast te worden getrokken. Die ontwikkeling noemt men ook wel ‘de-escalatie’. Kortere chemokuren, korter bestralen, niet opereren, terughoudend zijn in het voorschrijven van medicijnen waarvan bekend is dat de kans dat ze een positief effect gaan hebben heel klein is, of een afwachtend behandelbeleid (‘wait and see’): voor sommige kankerpatiënten blijkt minder behandelen de beste aanpak te zijn. Patiënten kunnen hier in eerste instantie misschien van schrikken: waarom krijg ik die behandeling niet? Of: moet ik niet juist extra lang chemotherapie om mijn overlevingskansen te vergroten? Maar artsen nemen uiteraard geen risico’s: zij zullen een behandeling alleen verkorten, verminderen of weglaten als dat de beste optie is voor de patiënt. Want ook aan behandelen kleven vaak risico’s.

Het is dus belangrijk om te weten of patiënten door een minder lange of minder intensieve behandeling minder bijwerkingen en een hogere kwaliteit van leven ervaren, zonder dat het hun overlevingskansen vermindert. Het scheelt hen bovendien bezoeken aan het ziekenhuis, extra

Over: onderzoek naar de-escalatie.

Hoe: meer behandelen op maat, minder behandelen waar dat kan.

Doel: patiënten een beter leven geven met en na kanker, zonder hun overlevingskansen te schaden.

Ook: de-escalatie kan veel geld, tijd en energie besparen.

onderzoeken en spanning over de behandeling, en in sommige gevallen voorkomt het ook valse hoop.

SUCCESVOL ONDERZOEK

Wereldwijd loopt veel onderzoek naar de-escalatie. Wetenschappers zoeken uit hoe je het best kunt voorspellen of een behandeling bij iemand gaat aanslaan, en of een patiënt die behandeling eigenlijk wel nodig heeft. Voor het Antoni van Leeuwenhoek is onderzoek naar de-escalatie een van de speerpunten. Niet alleen om patiënten onnodige belastende behandelingen te besparen, maar ook om de gezondheidszorg in de toekomst betaalbaar en dus voor iedereen toegankelijk te houden. Een succesvol voorbeeld is het onderzoek van internist-oncoloog prof. dr. Christian Blank. Door patiënten met melanoom niet ná, maar vóór de operatie immuuntherapie te geven (neo- adjuvante immuuntherapie), maakt hij de operatie bij een groot deel van de mensen overbodig. Blank berekende dat deze aanpak wereldwijd jaarlijks

14 duizend mensenlevens én 1 miljard euro aan behandelkosten kan besparen. Hoofd-halschirurg prof. dr. Lotje Zuur onderzoekt de-escalatie bij de behandeling van patiënten met een tumor in het hoofd-halsgebied die een verminkende operatie moeten ondergaan. Bij een deel van de patiënten blijkt neo-adjuvante immuuntherapie de tumor te laten verdwijnen, waardoor de operatie niet meer nodig is. Ook internist-oncoloog dr. Myriam Chalabi (zie cover) doet onderzoek naar neo-adjuvante immuuntherapie. Andere wetenschappers aan het Antoni van Leeuwenhoek doen onder meer onderzoek naar het veilig weglaten van een operatie bij endeldarmkanker als de tumor door chemotherapie en bestraling al is verdwenen, en naar het niet behandelen van een mogelijk voorstadium van borstkanker (DCIS) als er een laag risico is op de ontwikkeling van kanker. Hier laten we nog drie onderzoekers aan het woord die zich met veelbelovende resultaten bezighouden met de-escalatie.



Beperktere operatie bij baarmoederhalskanker

Hoe kan de behandeling van baarmoederhalskanker worden verbeterd? Met als inzet: minder bijwerkingen van de operatie én meer mensen met een kinderwens de kans geven nog een kind te krijgen.

Dr. Nienke van Trommel, gynaecoloog, is een van de onderzoekers die meewerkt aan de internationale SHAPE-studie, onder leiding van dr. Willemien van Driel. Bij 700 vrouwen met baarmoederhalskanker die meedoen aan de studie bepaalde het lot of ze de standaardoperatie kregen of een beperktere operatie. Bij die laatste variant verwijdert de gynaecoloog wel de baarmoeder en baarmoedermond met lymfeklieren, maar niet het steunweefsel

naast de baarmoeder. ‘Daardoorheen lopen namelijk belangrijke zenuwen’, legt Van Trommel uit. ‘Als je die doorsnijdt, voelen vrouwen onder andere minder aandrang om te plassen.’ Die aanpak bleek veilig: na drie jaar kwam de ziekte in het bekken na de beperkte operatie niet vaker terug dan bij vrouwen die de standaardoperatie hadden ondergaan. ‘En vrouwen hadden minder bijwerkingen, zoals problemen met plassen.’

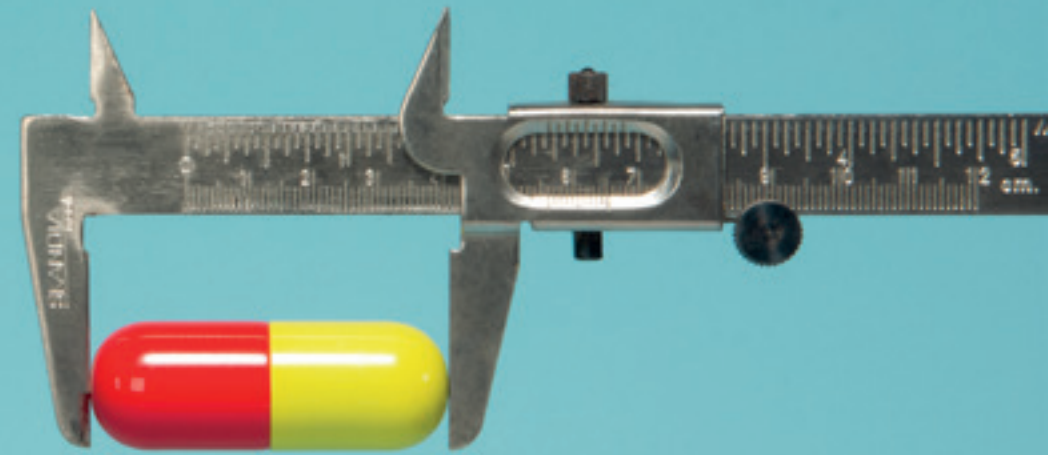
De behandeling van baarmoederhalskanker bepaalt ook de mogelijkheid van jongere vrouwen om een kind te krijgen. Van Trommel: ‘In Nederland krijgen jaarlijks zo’n 300 vrouwen onder de veertig baarmoederhalskanker. Vrouwen van die leeftijd kunnen een kinderwens hebben of nog ontwikkelen. Als een vrouw een kinderwens

heeft en er sprake is van een kleine tumor, dan halen we alleen een stuk van de baarmoedermond weg. Dat staat een zwangerschap niet erg in de weg. Maar bij vrouwen met een tumor tussen de twee en vier centimeter is het lastiger om vruchtbaarheid-sparend te behandelen. Dan moeten we de gehele baarmoedermond, het steunweefsel naast de baarmoedermond en de lymfeklieren in het bekken verwijderen. En helaas blijkt dat na deze behandeling het nog minder dan 10 procent van de vrouwen lukt om een baby te krijgen. Zwanger worden en blijven na de ingreep is toch moeilijk.’

De laatste jaren zijn enkele patiënten op een nieuwe manier behandeld. Zij kregen eerst chemotherapie om de tumor te verkleinen. Daarna volgde een beperkte ingreep aan de baarmoeder-

mond. ‘Deze minder uitgebreide vruchtbaarheid-sparende operatie lijkt een grotere kans op zwangerschap te geven en tegelijk de kans op vroeggeboorte te verkleinen’, zegt Van Trommel. Met de sinds vier jaar lopende internationale CONTESSA/NEOCON-F-studie, vanuit het Antoni van Leeuwenhoek geïnitieerd, wordt verder uitgezocht

of deze nieuwe behandeling veilig en effectief is. Van Trommel: ‘Van tevoren spraken we af dat we het alleen effectief noemen als ruim twee derde van de vrouwen de mogelijkheid tot zwangerschap behoudt. Verder letten we heel goed op of de behandeling veilig is: als blijkt dat de kanker toch vaker terugkomt, dan stopt de studie direct.’



Geen chemotherapie als dat niet nodig is

Vrouwen met triple-negatieve borstkanker krijgen standaard chemotherapie vóór de operatie. Bij een deel van de vrouwen blijkt dat onnodig: ook zonder chemotherapie is de kans op terugkeer van de ziekte al heel klein.

Zo’n 10 tot 15 procent van de vrouwen met borstkanker heeft triple-negatieve borstkanker. En dan gaat het vaak om jongere vrouwen. ‘Het is een verzamelterm voor borsttumoren die bepaalde kenmerken missen: ze zijn niet gevoelig

voor oestrogeen, niet voor progesteron en ze zijn niet HER2-positief’, vertelt internist-oncoloog dr. Marleen Kok. ‘Maar qua biologie verschillen triple-negatieve borsttumoren onderling enorm veel van elkaar. We willen er graag meer onderscheid in aanbrenge: welke kenmerken zeggen iets over de prognose? Daarvoor kijken we naar immuuncellen die in de tumor zijn gedrongen: tumor-infiltrerende lymfocyten, oftewel TILs. Hoe meer TILs er in een tumor zitten, hoe beter de prognose is voor de patiënt. Het immuunsysteem houdt de kanker zichtbaar al redelijk goed onder controle.’

Er kan steeds meer op maat worden behandeld

Tot nu toe krijgen vrouwen met triple-negatieve borstkanker vóór de operatie meestal vijf maanden chemotherapie met vier soorten chemo, ongeacht het stadium van de ziekte. De meeste vrouwen zijn dan zeker een jaar uit de running, ze ervaren veel bijwerkingen en bovendien worden jongere vrouwen door de behandeling minder vruchtbaar. Dit intensieve traject is waarschijnlijk voor een deel van de vrouwen onnodig. ‘We keken terug naar de tijd waarin we nog geen chemotherapie voor de operatie gaven en telden TILs in destijds opgeslagen blokjes tumorweefsel. Daaruit bleek

dat vrouwen met stadium 1 triple-negatieve borstkanker met veel TIL's sowieso al een spectaculair kleine kans op terugkeer van de ziekte hebben, ook zonder chemotherapie. Vijftien jaar na de operatie had maar twee procent de ziekte teruggekregen. Voor deze groep is chemotherapie voor de operatie dus een vorm van enorme overbehandeling. Chemotherapie vermindert de kans op terugkeer maar een heel klein beetje en heeft bovendien veel bijwer-

kingen, waaronder op lange termijn meer kans op leukemie en hartziekten.' Met de OPTimaL-studie, die dit jaar nog van start gaat, willen Kok en haar team bevestigen dat chemotherapie veilig kan worden weggelaten bij vrouwen met dit type stadium I kanker en veel TIL's. Kok: 'In zes Europese landen, waaronder Nederland, zullen bij elkaar bijna 500 patiënten deelnemen aan de studie, die acht jaar zal duren. Vrouwen mogen zelf kiezen of ze chemothe-

rapie willen of niet. Als we aantonen dat vrouwen inderdaad beter af zijn zonder chemotherapie, dan streven we ernaar om de internationale richtlijn te veranderen. Wereldwijd kan dat zo'n 15.000 jonge vrouwen per jaar een belastende behandeling besparen.'

Helpen bij dit onderzoek?
Speel game Tilly (zie pagina 4 en 5)!

opleveren. Van de Haar: 'Maar het belangrijkste is dat je met genetische kenmerken blijkbaar kunt aanwijzen welke patiënten niet zullen reageren op een bepaalde chemotherapie. Bij doelgerichte therapieën is het slim inzetten van DNA-diagnostiek al gebruikelijk, maar voor chemotherapie niet. Wij hebben nu aangetoond dat het in ieder geval voor sommige chemotherapieën mogelijk is. Nu proberen we met vervolgonderzoek te begrijpen waarom patiënten met een G12-mutatie niet reageren op FTD/TPI, zodat we beter snappen hoe we deze patiënten wél zouden moeten behandelen. Uiteindelijk hopen we van elke behandeling precies te begrijpen bij welke patiënt die effect zal hebben, om te voorkomen dat patiënten kostbare tijd verliezen aan niet werkende behandelingen met vaak nare bijwerkingen. Daarvoor is het van groot belang om op grote schaal DNA-profielen in kaart te brengen en die te linken aan het effect van behandelingen.'



Voorspellen of chemotherapie gaat helpen

Bij uitgezaaide darmkanker kan chemotherapie het leven verlengen, maar de behandeling geeft ook veel bijwerkingen. Het zou daarom mooi zijn als te voorspellen valt welke patiënten er baat bij hebben en welke niet.

Onderzoeker dr. Joris van de Haar en zijn collega's wisten te achterhalen welke mensen met uitgezaaide darmkanker baat hebben bij een bepaald type chemotherapie: trifluridine/tipiracil (FTD/TPI). 'Als eerste doken we in de data van veertig patiënten die behandeld waren met FTD/TPI. Bij deze patiënten was het gehele tumor-DNA uitgelezen door de Hartwig Medical Foundation', vertelt hij. 'We combineerden die gegevens met de uitkomsten van de behandeling. Zo ontdekten we dat patiënten met één bepaalde DNA-afwijking, KRAS G12 genaamd, allemaal niet goed hadden gereageerd op die behandeling. Interessant, maar bij een groep van veertig patiënten zegt

dat niet genoeg.' De onderzoekers verzamelden daarom met hulp van internationale collega's data van bijna 1000 patiënten uit Engeland en Italië. Daaruit volgden precies dezelfde conclusies. Maar de belangrijkste bevestiging kwam uit een nieuwe analyse van een eerder verschenen internationale studie met 800 patiënten. Dit was een studie waarbij de helft van de patiënten FTD/TPI had gekregen en de andere helft een placebo-behandeling. 'We zagen dat mensen met de G12-mutatie even lang leefden met een placebo als met de echte chemotherapie. Met andere woorden: de chemotherapie bleek niets te doen.' Overtuigend bewijs dus dat mensen met een G12-mutatie écht niets hebben aan deze chemotherapie. Ongeveer een kwart van de patiënten met darmkanker heeft zo'n G12-mutatie. In Nederland wordt FTD/TPI maar weinig gegeven, omdat de overlevingswinst van gemiddeld 1,5 tot 2 maanden naar Nederlandse maatstaven niet opweegt tegen de nadelen. De studie zal hier dus niet veel de-escalatie

'Ik ben een ander mens geworden'



Wie: Richard van den Brink (73).
Is: Gepensioneerd uitgever van boeken. Vader van Jerin die vlak voor zijn 18e verjaardag overleed aan leiomyosarcoom.
Weet: dat het verlies van Jerin hem en zijn vrouw nooit meer zal loslaten.

Jerin was een beer van een vent. Dus toen hij op een dag thuis kwam van een rugbytraining met spierpijn maakte ik me geen zorgen. Maar hij had ook een bobbeltje op zijn rug. Het bleek foute boel. Hij had een leiomyosarcoom, een hele zeldzame kanker. Na bestralingen en een operatie leek hij ervan af te zijn, maar het kwam terug met onder andere uitzaaiingen in zijn longen. Tot zijn 11e woonde Jerin bij zijn moeder in Albanië, we hebben samen een uitgeverij en zij is schrijfster. Hij kwam bij mij wonen toen hij naar de middelbare school ging. En ging enorm puberen. Hij was bijvoorbeeld helemaal verslaafd aan cannabis en dat leverde veel strijd op. Maar toen hij mij – net nadat hij had gehoord dat hij zou komen te overlijden – vroeg of ik met hem naar de coffeeshop wilde om nog een laatste keer wat joints te halen, dacht ik: "Waarom ook niet?" Op het balkon heeft hij, heel relaxed, zitten blowen om het te verwerken. Voor het afscheid hadden we niet veel woorden nodig. Uiteindelijk koos hij voor euthanasie. Bijzonder, want de huisarts had ook uitgelegd wat palliatieve sedatie was. Maar dat wilde hij beslist niet, die onzekerheid. Op de dag van overlijden was Jerin erg benauwd en vroeg me de dokter te bellen. En hij zei: "Babi, I love you." Meer was niet nodig. We hebben heel goed afscheid genomen, terwijl hij toch veel met zijn vader te stellen had gehad. Het is voor mij niet dat het voorbij gaat, of dat je weer de oude wordt. Hij is weg en ik ben een ander mens geworden. Mijn vrouw heeft er een boek over geschreven: *Mijn Jongen*. Ze wilde dat eerst niet, maar Jerin moedigde het aan. Zei: "Jij bent schrijfster, dat is jouw talent." Ze hebben samen aantekeningen gemaakt en daar is een prachtig boek uit voortgekomen.'



HILLEKE ULLINGS

MARLEEN GODEFROOIJ

MILTON WILLIAMS

BRIGITTE VAN BALVEREN

LISANNE VERKOOIJ

ILONA BRAAMS-HENNEKE

DE STEMMEN VAN HET ZIEKENHUIS

Het eerste contact met het Antoni van Leeuwenhoek is vaak telefonisch. De medewerkers die de bellers te woord staan, vormen de onmisbare schakel tussen patiënten en zorgverleners. Ze vormen geen ‘officieel’ team, maar werken wel nauw met elkaar samen voor hetzelfde doel: mensen zo goed mogelijk helpen.

BRIGITTE VAN BALVEREN, TELEFONISTE

‘Als patiënten het algemene telefoonnummer bellen, komen ze bij ons terecht. Mensen denken vaak dat wij achter de receptie zitten, maar dat is niet zo. Per dag krijgen we gemiddeld 1.500 telefoontjes. Het is mijn taak om mensen zo goed mogelijk door te verbinden naar de juiste afdelingen, bijvoorbeeld het Centrum Patiënteninformatie. Je hebt vaak te maken met zieke mensen of mensen die net slecht nieuws hebben gekregen. Dan moet je weten hoe je hen zo goed mogelijk te woord staat. Serieus, soms met een grapje, maar altijd met respect en empathie.’

HILLEKE ULLINGS, CENTRUM PATIËNTENINFORMATIE

‘Het eerste contact dat mensen hebben met het

ziekenhuis is vaak via ons. Het gaat dan vaak om complexe vragen, maar soms ook om een luisterend oor. Regelmatig horen we dat patiënten blij zijn met het gesprek. We zijn een belangrijke schakel tussen patiënten en zorgverleners en helpen met het bieden van de juiste informatie en ondersteuning. Wanneer we aanvullende hulp nodig hebben, schakelen we die in en bellen we later terug met de juiste informatie. Ik ken niet altijd de gezichten, maar soms wel de stemmen van collega’s. Dan besef je pas hoe belangrijk het is om een vriendelijke stem aan de andere kant van de telefoon te hebben.’

ILONA BRAAMS-HENNEKE, PLANNER RADIOTHERAPIE

‘Veel patiënten zitten in een rollercoaster. Toch geven ze

vaak aan dat ze het Antoni van Leeuwenhoek als een warm bad ervaren. Het is fijn om te horen dat ons werk, hoe klein het soms ook lijkt, toch een groot verschil kan maken. Het is altijd een puzzel om iedereen zo goed mogelijk te helpen. Je maakt regelmatig aangrijpende situaties mee. Ik wil dan graag de afspraken zo fijn mogelijk inplannen voor de patiënt, maar dat lukt helaas niet altijd.’

LISANNE VERKOOIJ, MEDISCH OFFICE MANAGER MAMMA INTERNE GENEESKUNDE

‘We hebben veel contact met huisartsen en artsen van andere ziekenhuizen, maar ook met familieleden. Ik heb eerder in de advocatuur gewerkt, maar de zorg bleef me altijd trekken. Omdat je echt iets voor iemand kunt betekenen. Ons doel is om alles zo goed mogelijk voor de patiënt en de arts te regelen. Een gesprek met een patiënt uit Oekraïne blijft me voor altijd bij. Ze was tijdelijk met haar man in Nederland toen de oorlog uitbrak en kon niet terug. Ze gebruikte een hele specifieke, moeilijk te regelen medicatie, maar met hulp van de thuiszorg kon ik het voor haar oplossen. Toen ik haar belde, was ze zo geëmotioneerd en dankbaar. Later hebben zij en haar man zelfs een fles wijn gebracht als dank. Zulke momenten maken dit werk bijzonder.’

MILTON WILLIAMS, RECEPTIONIST

‘De receptie is dag en nacht

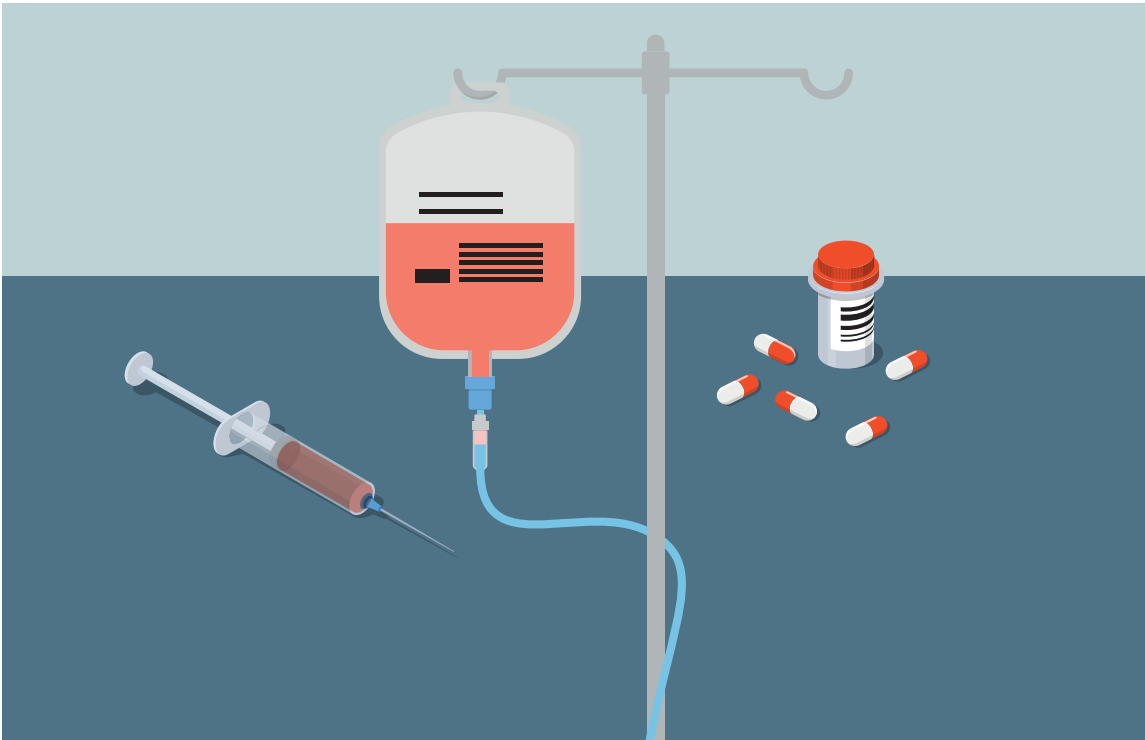
bezet. Mensen realiseren zich soms niet dat veel andere afdelingen na 17:00 uur en in het weekend dicht zijn en wij dan de telefoon opnemen. Ik herinner me een vrouw die midden in de nacht belde omdat ze heel ongerust was. Omdat ze niet wist wanneer haar afspraken precies waren. Ik heb haar toen gerustgesteld door de afspraken te bevestigen. Het was zo’n klein gebaar, maar het gaf haar rust en dat gaf mij weer een goed gevoel. Je kunt natuurlijk niet altijd alle problemen oplossen, maar soms kan je door simpelweg te luisteren al veel betekenen. Het is belangrijk om geduldig en vriendelijk te blijven. Mensen voelen dat, zelfs aan de telefoon. Een glimlach hoor je echt.’

MARLEEN GODEFROOIJ, APOTHEKERSASSISTENT

‘Als je iemand tegenover je hebt, kun je laten zien dat je meeleeft. Aan de telefoon moet dat allemaal via je stem. Het is dus heel belangrijk om de juiste toon te hebben. Vaak krijg ik vragen over wanneer patiënten moeten beginnen met hun medicatie en of we medicatie kunnen bezorgen. Of mensen zijn onzeker of bepaalde medicijnen of supplementen die ze nemen samen mogen worden gebruikt. Soms voelen mensen zich bezwaard om te bellen, maar het is zo belangrijk om zeker te zijn over hoe je je medicatie inneemt. Er zijn geen domme vragen als het om medicatie gaat.’

CHEMOTHERAPIE OP DE DAGBEHANDELING

Veel patiënten krijgen chemotherapie. De toediening gebeurt vaak via een infuus op de afdeling Dagbehandeling. Hoe verloopt dat precies? En waarom duurt zo'n dag vaak zo lang? Stap voor stap laten we hier zien wat er allemaal bij komt kijken.



CHEMOTHERAPIE

Vaak wordt na de diagnose gekozen voor chemotherapie, een behandeling waarbij medicijnen worden toegediend die kankercellen doden of hun groei remmen. Deze cytostatica, zoals de medicijnen heten, verspreiden zich via het bloed door het hele lichaam. Meestal wordt chemotherapie via een infuus toegediend, maar er zijn ook tabletten en injecties. Zelfs plaatsing van een pomp die chemotherapie afgeeft in het lichaam

is mogelijk. Een behandeling per infuus bestaat uit een aantal kuren volgens een vast schema (bijvoorbeeld drie weken lang eens per week), al of niet afgewisseld met rustperiodes. Eén chemokuur kan een halfuur tot een hele dag duren. Dat hangt onder meer af van de dosering en het soort medicijn. Een nadeel van chemotherapie: de behandeling heeft ook effect op gezonde cellen, met mogelijke bijwerkingen als vermoeidheid, misselijkheid en haaruitval tot gevolg.



VÓÓR DE TOEDIENING

De dag van de kuur begint met een bloedonderzoek op Poli 3, zo'n drieënhalf uur voorafgaand aan de behandeling. Een arts controleert de bloedwaarden om vast te stellen of het lichaam sterk genoeg is om de kuur aan te kunnen – de lever en nieren moeten goed genoeg werken om de medicatie te kunnen uitscheiden. Het bloedonderzoek duurt één tot anderhalf uur. Is de uitslag bekend, dan volgt een afspraak op de polikliniek. De arts of verpleegkundig specialist bespreekt de uitslag en de vervolgstappen met de patiënt. Verder wordt de bloeddruk gemeten en wordt de patiënt gewogen.

Hoofdhuidkoeling

De chemische stof die door het lichaam wordt verspreid bij chemotherapie, wordt door het hele lichaam verspreid. Het heeft ook invloed op de hoofdhuid en haarwortel, waardoor – bij sommige vormen van chemotherapie – haaruitval optreedt. Met hoofdhuidkoeling kan dat worden voorkomen of verminderd. Hierbij wordt de hoofdhuid van patiënten tijdens de chemotherapie gekoeld met behulp van een hoofdhuidkoeler, een speciale koude kap op het hoofd. De haarvatjes trekken hierdoor samen, waardoor ze minder chemo doorlaten. Het resultaat verschilt per persoon. Oncologieverpleegkundigen Hanne Waarts en Roos Enzlin doen op dit moment binnen het Antoni van Leeuwenhoek onderzoek naar de meest effectieve toepassing van hoofdhuidkoeling.



3 MEDICATIE IN DE MAAK

Is de behandeling goedgekeurd, dan krijgt de apotheek direct een seintje dat de benodigde kuur gemaakt kan worden. Dat is een secuur proces, dat één tot twee uur in beslag neemt. Elke kuur wordt namelijk volledig op maat gemaakt. Alle cytostatica werken anders; het ene medicijn beïnvloedt een specifieke kankercel eerder dan het andere. De medicijnen worden volgens protocol in zogeheten 'clean rooms' geprepareerd en veelvuldig gecontroleerd. Gaat het om medicatie die wordt gebruikt in een studie, dan duurt dit proces vaak wat langer.

4 TOEDIENING IN DE DAGBEHANDELING

De patiënt meldt zich op de afdeling Dagbehandeling. Hier worden behandelingen gegeven waarvoor een opname van maximaal één dag nodig is. Terwijl de patiënt op bed ligt brengt een gespecialiseerde oncologieverpleegkundige een infuusnaald in en sluit het infuus aan. Soms gaat het om een PICC-lijn (een perifeer ingebrachte centraal veneuze katheter) of armpoort. Zo hoeven de bloedvaten niet steeds opnieuw aangeprikt te worden en wordt voorkomen dat de bloedvaten door de chemotherapie gaan ontsteken of worden beschadigd. De patiënten zitten in een behandelstoel of op een bed en kunnen gedurende de behandeling lezen, televisiekijken of radio luisteren. Ook kunnen ze gebruik maken van de WIFI met een eigen tablet of telefoon en een naaste meenemen. Na afloop van de kuur wordt het infuus verwijderd en zit de chemotherapie erop voor die dag.

Meer weten?

Kijk op avl.nl en zoek naar 'chemotherapie' en avl.nl/dagbehandeling.

Voor nieuwe kankerbehandelingen is veel onderzoek nodig. Veel daarvan wordt mogelijk gemaakt door donaties. Zelfs bescheiden bedragen kunnen al zorgen voor doorbraken. Marc Wiewel, zelf kankerpatiënt, loopt geld bij elkaar voor onderzoek van dr. Wouter Vogel naar een nieuwe behandeling voor uitgezaaide prostaatkanker.

‘Fantastisch om anderen te kunnen helpen’

De donateur: Marc Wiewel (62)
Relatie tot Antoni van Leeuwenhoek: Marc heeft uitgezaaide prostaatkanker en werd bestraald door Wouter Vogel.

‘Ik heb een uitgebreid bestralingstraject gehad in het Antoni van Leeuwenhoek. Mijn arts, dokter Vogel, is een heel bekwame, aimabele man. Hij vertelde me op een gegeven moment over zijn studie naar een nieuwe behandeling voor prostaatkanker met uitzaaiingen naar de lymfeklieren. De verwachting van de studie is dat er aanzienlijke levensverlenging en mogelijk vaker genezing in zit. Ik had nog nooit gehoord dat mensen met naar de lymfeklieren uitgezaaide prostaatkanker überhaupt kunnen genezen. Helaas kwam ik niet in aanmerking voor deelname aan de studie omdat ik ook uitzaaiingen in m’n botten heb. Maar ik ben toch in actie gekomen om geld op te halen voor het onderzoek van dokter Vogel. Omdat ik wel iets wil doen voor toekomstige

patiënten. Ik vind het heel fijn om ergens aan bij te dragen dat mijzelf overstijgt. Ik zamelde al 10 jaar geld in voor kankeronderzoek bij een andere stichting. En ja, nu heb ik zelf kanker. Het is wat het is en hier moet ik het mee doen. Voor onder meer het onderzoek van Dokter Vogel loop ik nu hard: 18 halve marathons in 18 maanden. Want lopen kan ik gelukkig nog steeds. Dokter Vogel heeft goed met me meegedacht waardoor ik m’n conditie weer heb kunnen opbouwen. Bewegen is altijd goed, maar we hebben wel moeten kijken naar wat ik kon. Ik ben eerst heel veel gaan wandelen. Nu lever ik dus een halve-marathonprestatie. Dat is mooi maar valt natuurlijk volledig in het niet bij het afzien en de ongemakken van een kankerpatiënt. Dat weet ik uit ervaring. Maar hardlopen is een goede afleiding voor me en het is heel meditatief. Dat ik daarmee ook andere mensen kan helpen is fantastisch.’

Bijdragen aan Marc’s actie?
Lees meer op 18marcssuperhalves.nl.

‘Je kunt soms met een relatief klein bedrag heel veel teweegbrengen’



Dr. Wouter Vogel en Marc Wiewel bij de Wholebody PET/CT Scanner in het Antoni van Leeuwenhoek.

Ook bijdragen aan onderzoek?
Ga naar avlfoundation.nl.

De arts-onderzoeker: nucleair geneeskundige en radiotherapeut dr. Wouter Vogel.

Onderzoeksgebied: een nieuwe behandeling voor prostaatkanker met uitzaaiingen naar de lymfeklieren.

‘Ik ben Marc’s radiotherapeut. Toen hij me vertelde dat hij sponsorlopen deed, heb ik zijn behandeling zo ingevuld dat hij dat zo veel mogelijk kon blijven doen. Dat hij zich ook wil inzetten voor het Antoni van Leeuwenhoek, vind ik heel erg mooi. Daar heb ik veel respect voor. Dus ik zet me ook in om het voor hem mogelijk te maken. Samen met technisch geneeskundige Denise Hoogenkamp en arts-onderzoeker Lotte Zuur onderzoek ik een nieuwe behandelmethode voor naar de lymfeklieren uitgezaaide prostaatkanker. Wanneer patiënten deze uitzaaiingen hebben, kiezen we meestal niet meer voor opereren. We behandelen dan met bestraling in combinatie met hormoontherapie. Dat is best een stevige behandeling, waarmee na 5 jaar ongeveer de helft van de patiënten nog ziektevrij is. Er is dus zeker nog ruimte voor verbetering. Door het nieuwe geneesmiddel Lutetium-PSMA tegelijk met de bestralingen te geven, hopen we dat de ziekte vaker goed wordt opgeruimd. De combinatie van deze medicatie en bestraling is een nieuwe behandeling en dat is spannend. De eerste resultaten zijn erg veelbelovend. Gaandeweg merkten we dat de patiënten zo weinig last hadden van de medicatie dat de dosis omhoog kon. Daarom wilden we de studie uitbreiden, maar dat gaf wel extra kosten. Al is het uitbreiden van een lopende studie gelukkig minder kostbaar dan een hele nieuwe studie opstarten. Met een relatief beperkt bedrag kun je dan eigenlijk heel veel teweegbrengen. Daarbij helpt Marc’s bijdrage enorm. Nu krijgt een extra groep patiënten een hogere dosis medicatie. We hopen de studie in de komende maanden af te ronden.’

... voor alle steun
en bijdragen:

Alle deelnemers aan de 4Daagse,
MudMasters, Damloop en Damloop by Night
die geld ophaalden voor de AVL Foundation –
Team Vi dat blijft fietsen op karakter - Team
MVKANE - Onze **AVL Ambassadeurs:**
Paralax, Infradax, Jansens & Dieperink, Pfizer,
Recharge360 en Waterland Real Estate - **Familie**
Traa voor het veilen van de laatste klompen uit
hun fabriek – **Anke Hogenkamp** voor haar
sponsortocht langs het Pieterpad – **Brain & Co**
Foundation voor het organiseren van een
art gallery – en alle **andere** donateurs.

Jullie maken ons
kankeronderzoek
mogelijk!

Ook bijdragen aan kankeronderzoek en graag
een gesprek over de mogelijkheden?
Neem contact op met een van onze relatiemanagers:
avlfoundation.nl/team.