



**User Name:** =

**Date and Time:** = 2025-06-24

**Job Number:** = 256099078

## **Documents (1)**

**Client/Matter:** -None-

**Search Terms:** Soms loont even afwachten bij kanker

**Search Type:** NaturalAnd

**Content Type**

news

**Narrowed by**

-None-

1. Soms loont even afwachten bij kanker

## Soms loont even afwachten bij kanker

de Volkskrant

16 maart 2024 zaterdag

Copyright 2024 DPG Media B.V. All Rights Reserved

# de Volkskrant

**Section:** Boeken en Wetenschap; Blz. 14, 15, 16, 17

**Length:** 2738 words

**Byline:** ELLEN DE VISSER

**Highlight:** Kortere chemokuren, geen bestraling, niet opereren: voor sommige kankerpatiënten blijkt minder behandelen de beste aanpak te zijn. Het vergroot hun levenskwaliteit terwijl hun overlevingskans niet daalt - en het bespaart de maatschappij mogelijk veel geld.

## Body

---

### Oncologie De-escalatie

Na 227 chemopillen en 28 bestralingen was de tumor van Harrie Keusters zoek. In het voorjaar van 2013 was bij hem endeldarmkanker vastgesteld. Op een 'rotplek', had de chirurg er meteen maar bij gezegd: vlak bij de prostaat, in de buurt van centrale zenuwbanen. Hij moest worden geopereerd, er zat niks anders op. Maar eerst zou met chemoradiatie de tumor kleiner worden gemaakt zodat die beter kon worden weggehaald.

Keusters herinnert zich zijn angst en zijn wanhoop, vertelt hij via een videoverbinding vanuit zijn woonplaats Tilburg. Hij was 52, hij liep marathons, hij zou een stoma krijgen en liep bovendien een groot risico op impotentie en urine-incontinentie. Daar zag hij behoorlijk tegenop.

Maar toen, op een ochtend in juli, draaide de chirurg in de spreekkamer haar beeldscherm naar hem toe: op de MRI-beelden was niets meer te zien, de chemo en de bestraling hadden de tumor vernietigd. Toch zou zijn endeldarm er alsnog uit worden gehaald, want de artsen wilden geen risico nemen. 'Als we geen kanker zien, wil dat nog niet zeggen dat het er niet meer is', waarschuwden ze.

Maar Keusters was eigengereid, dat ging niet gebeuren. Er was een alternatief: in Maastricht was een chirurg aan het experimenteren met een wait-and-see-aanpak. Met regelmatige controles zou in de gaten worden gehouden of de tumor wegbleef. Keusters besloot die 'nooduitgang' te nemen.

Nu, elf jaar later, zijn de controles niet meer nodig, hij heeft net zoveel kans op kanker als ieder ander. Via de videoverbinding laat hij chemopil nummer 228 zien, de allerlaatste pil die hij als daad van verzet niet innam en die hij in een plexiglas kubus heeft laten zetten, als een monumentje. 'Die pil staat nu voor mijn geluk.'

## Soms loont even afwachten bij kanker

Keusters was proefpersoon nummer 70. Inmiddels is in Nederland de duizendste wait-and-see-patiënt behandeld, vertelt Geerard Beets, de chirurg die de aanpak in Nederland introduceerde. Harrie Keusters schreef een boek over zijn behandeling en gaf er samen met Beets presentaties over. Steeds had hij op het podium de kubus met de pil naast zich staan.

Minder is beter, dat klinkt eigenaardig als het om de behandeling van **kanker** gaat, maar toch kan dat voor een deel van de patiënten het allerbeste zijn. Decennialang draaide het in de oncologie om nóg meer, nóg betere, en dus duurdere behandelingen, met als enige doel: meer patiënten laten overleven. Nu dat steeds vaker lukt, denken artsen na over een vervolgvraag: hoe overleef je beter?

Zo is de afgelopen jaren een nieuwe trend ontstaan, die artsen 'de-escalatie' noemen: patiënten minder lang of minder intens behandelen, zodat ze minder bijwerkingen hebben en hun levenskwaliteit vooruitgaat zonder dat het hun overlevingskansen schaadt.

Wereldwijd lopen tientallen medische studies, met **soms** verbluffende resultaten. Chemokuren blijken korter te kunnen, bestraling kan **bij** sommige patiënten achterwege blijven, van een zwaar kankermedicijn is een halve kuur ook afdoende en als vóór een operatie eerst immunotherapie wordt gegeven of chemoradiatie, dan zijn operaties niet altijd meer nodig.

Die trend wordt aangezwengeld door de wetenschappelijke vooruitgang, zegt Jacqueline Stouthard, medisch directeur van het Antoni van Leeuwenhoek-ziekenhuis. 'We weten veel beter hoe kankercellen zich gedragen, wat de **kanker** in het lichaam van een patiënt van plan is. Dat geeft ruimte voor nuance, in plaats van **bij** iedereen alles te doen.'

Stouthard heeft in haar ziekenhuis een cultuurverandering zien ontstaan, vertelt ze, waarbij chirurgen, oncologen en radiologen veel meer zijn gaan samenwerken. Toen internist-oncoloog Christian Blank patiënten met een melanoom niet ná de operatie maar ervoor immuuntherapie begon te geven en de operatie daarmee vaak overbodig maakte, wekte hij enthousiasme **bij** zijn collega's. Nu wordt die aanpak **bij** veel andere typen **kanker** beproefd.

Blank heeft becijferd wat zijn aanpak jaarlijks wereldwijd kan opleveren: 14 duizend mensenlevens en 1 miljard euro aan behandelkosten. Zo is de-escalatie niet alleen waardevol voor de patiënt maar ook voor de maatschappij, zegt Stouthard. 'We hebben niet langer de capaciteit, het personeel en het geld om alle patiënten alle behandelingen te blijven geven. We zullen echt moeten bekijken of we met minder toekunnen. Als dat kan zonder de patiënt te benadelen, winnen we op alle fronten.'

Harrie Keusters zat op de tribune van voetbalclub Willem II toen hij zich realiseerde dat hij nóg een boek moest schrijven. De supporters rolden een spandoek uit voor een overleden clubbestuurder. Keusters had de man een jaar eerder aan de telefoon gehad omdat die zijn boek had gelezen. De clubbestuurder had ook endeldarmkanker en had gekozen voor dezelfde behandeling als Keusters. Hij had het alleen niet gered. 'Toen pas realiseerde ik me hoeveel geluk ik heb gehad', zegt Keusters. '**Kanker** is een onvoorspelbare ziekte.' Voor zijn tweede boek sprak hij met patiënten die 'een andere afslag namen'.

Zo ontstond een realistischer beeld van een behandeling die weliswaar beloftevol is maar die lang niet voor iedereen geschikt is en ook niet altijd aanslaat. Bovendien kunnen niet alle patiënten omgaan met onzekerheid, weet de Nijmeegse chirurg-oncoloog Hans de Wilt uit ervaring. 'Als de endeldarm wordt weggehaald, biedt dat de zekerheid dat de tumor weg is. **Afwachten** kan zeer belastend zijn, elke nieuwe controle kan uitwijzen dat de **kanker** toch terug is.'

## Soms loont even afwachten bij kanker

Lotje Zuur, hoofd-halschirurg in het Antoni van Leeuwenhoek-ziekenhuis, heeft bewondering voor de patiënten die zo'n onzeker traject in durven te stappen. De afgelopen jaren deed ze onderzoek bij patiënten met een tumor in het hoofd-halsgebied die een uitgebreide en verminkende operatie moeten ondergaan. Als ze voor de operatie immuuntherapie krijgen, verdwijnt soms de tumor. Van de ethische commissie moest Zuur die patiënten uit haar onderzoeksgroep alsnog opereren, anders zou ze hun de standaardbehandeling onthouden. Negen van haar patiënten weigerden dat. 'Ik heb er weleens wakker van gelegen, deed ik het juiste?' Maar twee jaar later is bij geen van hen de kanker teruggekomen.

Die ochtend heeft ze een van die patiënten op controle gehad, een man van 94. 'Hij zei: ik zeg weleens, maar dat hoort u natuurlijk niet: dankjewel. Dat ontroerde me zo.' Ze is blij, zegt ze, met iedere patiënt die ze niet hoeft te opereren. 'Langzaam hoop ik mezelf overbodig te maken.'

### Melanoom

#### Minder immuuntherapie, geen operatie

Jarenlang was het gebruikelijk om kankerpatiënten pas immuuntherapie te geven nadat de tumor was verwijderd. Medicijnen moesten het immuunsysteem helpen om de nog aanwezige kankercellen op te ruimen, maar de resultaten waren niet al te overtuigend. Tien jaar geleden kwam internist-oncoloog Christian Blank na een gesprek met collega-wetenschappers bij de koffieautomaat van het Antoni van Leeuwenhoek tot de conclusie dat de volgorde onlogisch is: immuuntherapie zou weleens meer effect kunnen hebben vóór de operatie.

Kankercellen hebben aan de buitenkant vreemde eiwitten, waarop het immuunsysteem reageert. Zit de tumor nog in het lichaam, dan zijn er veel en verschillende typen immuuncellen in de buurt te vinden. Het lukt ze alleen niet om op eigen kracht alle kankercellen op te ruimen. Juist dan kan het effectief zijn om ze te helpen. Is de tumor weg, dan heeft het immuunsysteem zich al teruggetrokken en is het lastiger om het weer te activeren.

Twee jaar geleden publiceerde Blank met zijn onderzoeksgroep de resultaten bij 99 patiënten met een uitgezaaid melanoom: 60 patiënten reageerden zo goed op de immuunversterkers dat de kankercellen bijna of helemaal verdwenen; 59 van hen zagen af van een grote operatie waarbij de lymfeklieren verwijderd zouden worden. Dat scheelde veel bijwerkingen, vertelt Blank: 'We halen soms wel dertig lymfeklieren weg. Dat geeft een grote kans op vochtophopingen en ontstekingen.' Van alle patiënten die de grote operatie hadden geweigerd, was bijna 95 procent na twee jaar nog kankervrij. Daarvoor waren maar twee kuren met immuuntherapie nodig, terwijl de standaardbehandeling na de operatie uit acht tot twaalf kuren bestaat.

Deze zomer maakt Blank de resultaten bekend van een wereldwijd onderzoek onder ruim vierhonderd melanoompatiënten. De helft kreeg immuuntherapie na de operatie, de helft ervoor. Als de resultaten gunstig zijn, dan zal wereldwijd de richtlijn worden aangepast. Vakblad Nature Medicine riep het onderzoek eind vorig jaar uit tot een van de elf studies die dit jaar bepalend zullen zijn voor de geneeskunde.

### Hoofd-halskanker

#### Geen verminkende operatie

Veel van haar patiënten nemen 'een hypotheek op de toekomst', zegt hoofd-halschirurg Lotje Zuur. 'We moeten soms hun oog eruit halen of een deel van de tong, daarna krijgen ze bestraling, soms ook een hoge dosis chemo. Als patiënten overleven, worden ze door hun omgeving vaak anders bejegend. Ze kunnen vaak niet meer goed slikken en praten, ze worden niet zo snel meer op bezoek gevraagd.'

## Soms loont even afwachten bij kanker

Het verklaart haar enthousiasme over de inzet van immuuntherapie, waarmee ze acht jaar geleden een experimenteel onderzoek opzette. Als haar patiënten in de wachttijd voor de operatie twee kuren met afweerversterkers kregen, werd **bij** een groot deel van hen de tumor kleiner. **Soms** verdween de tumor zelfs helemaal, dan stond Zuur zich in de operatiekamer af te vragen waarom ze eigenlijk nog aan het opereren was.

Binnenkort hoopt ze aan een vervolgonderzoek te beginnen: zo'n veertig patiënten met huidkanker die eigenlijk een uitgebreide operatie nodig hebben, krijgen immunotherapie, en alleen de patiënten die daar niet op reageren worden geopereerd. De rest wordt goed in de gaten gehouden en alsnog geopereerd als de **kanker** weer gaat groeien. Na een paar jaar worden de twee groepen vergeleken.

Als haar onderzoek uitwijst dat kortdurende immuuntherapie inderdaad tot genezing kan leiden, ontstaat een dilemma. Voordat de medische richtlijn kan worden aangepast, is een groot onderzoek nodig waarbij onder patiënten wordt geloot: de helft wordt meteen geopereerd, de andere helft krijgt immuuntherapie. Zuur noemt dat onethisch: 'Als we weten dat we een belangrijk deel van de patiënten een verminkende operatie kunnen besparen, dan kunnen we ze die kans niet onthouden.'

## Endeldarmkanker

### Geen stoma

Het idee komt uit Brazilië, het verhaal gaat dat patiënten hun chirurg vroegen of een stoma te voorkomen was omdat ze anders niet meer naar het strand konden. Of dat klopt, valt niet meer te achterhalen, zegt chirurg Geerard Beets (Antoni van Leeuwenhoek-ziekenhuis), maar feit is wel dat de behandeling die eruit is voortgekomen succesvol is. Beets begon twintig jaar geleden, toen nog in Maastricht, met een onderzoek waarbij patiënten met een grote tumor in hun endeldarm voor de operatie chemoradiatie kregen, een combinatie van chemokuren en bestraling. **Bij** een vijfde van hen verdween de tumor waarna ze er vaak voor kozen om de operatie achterwege te laten en zich regelmatig te laten controleren.

In het begin was er huiver **bij** artsen, zegt chirurg-oncoloog Hans de Wilt (Radboudumc). Er is maar één achtergebleven kankercel nodig om uit te groeien tot een nieuw gezwel. Maar de huiver is weg. Van de eerste duizend patiënten die het afwachtende beleid hebben gevolgd, is na vijf jaar nog 85 procent in leven, zegt Beets. 'Als we die patiënten allemaal hadden geopereerd, was de groep overlevenden misschien een paar procent groter geweest, maar wel met een veel mindere kwaliteit van leven.'

30 procent van de patiënten met gevorderde endeldarmkanker wordt al 'orgaansparend' geopereerd, zo bleek deze week uit cijfers van de Kankerregistratie. Vanuit Nijmegen geeft De Wilt leiding aan een landelijk onderzoek waarin wordt uitgezocht of meer patiënten daarvoor in aanmerking komen. In dat onderzoek wordt bekeken of chemoradiatie voor de operatie ook effectief is **bij** patiënten met een kleine tumor én of het zinvol is om de voorbehandeling intensiever te maken, met extra chemo en bestraling.

## Baarmoederhalskanker

### Minder ingrijpend opereren

**Bij** vrouwen met baarmoederhalskanker wordt naast de baarmoeder voor de zekerheid ook veel omringend weefsel verwijderd, zoals ophangbanden en zelfs een stukje van de vagina. Dat kan leiden tot urine-incontinentie en seksuele klachten. Die radicale aanpak is voor vrouwen met een beginstadium van de ziekte helemaal niet nodig, zo blijkt uit de resultaten van een internationale studie die vorige maand in vakblad the NEJM is gepubliceerd: **bij** vrouwen die minder ingrijpend waren geopereerd, kwam de **kanker** niet vaker terug en ze hadden veel minder last van urine-incontinentie.

## Soms loont even afwachten bij kanker

'De bijwerkingen ontstaan juist vaak door het weghalen van dat omringende weefsel', zegt gynaecoloog-oncoloog Cor de Kroon (LUMC), die meewerkte aan het onderzoek. In Nederland krijgen jaarlijks achthonderd vrouwen baarmoederhalskanker, van wie iets minder dan de helft een beginstadium heeft. 'Die vrouwen zijn meestal begin 40, als we bij hen bijwerkingen kunnen voorkomen, is dat heel waardevol.'

Belangrijk ethisch uitgangspunt in het werk van artsen is dat zij hun patiënten niet schaden, benadrukt De Kroon. 'Als er geen reden is om gezond weefsel weg te halen, dan moeten we dat niet doen.'

## DCIS

### Niet opereren maar afwachten

'Je wilt mensen niet ziek verklaren als ze niet ziek zijn', zegt Jelle Wesseling, hoogleraar pathologie in het Antoni van Leeuwenhoek-ziekenhuis, maar toch gebeurt dat nog geregeld. Wesseling heeft zich gespecialiseerd in DCIS, een woekering van cellen in de melkgangen van de borst, die kan uitgroeien tot kanker. Dat gebeurt meestal niet: van de 2.300 vrouwen bij wie jaarlijks DCIS wordt vastgesteld, krijgt slechts een kwart borstkanker. Omdat onduidelijk is bij wie, worden alle vrouwen geopereerd en vaak bestraald.

'Onderschat niet hoeveel reserves je daardoor inlevert, die je later misschien hard nodig hebt', zegt Wesseling. Mochten vrouwen later in die (mogelijk onnodig) behandelde borst werkelijk kanker krijgen, dan kunnen ze bovendien niet nogmaals worden bestraald.

Kan bij vrouwen met een laagrisicovariant van DCIS de operatie misschien veilig worden weggelaten? Dat is Wesseling aan het onderzoeken, in een landelijke studie waaraan tweeduizend vrouwen uit 56 ziekenhuizen meedoen. Zij krijgen de keuze: de standaardbehandeling of afwachten. Alle vrouwen worden in de gaten gehouden met een jaarlijks mammogram en vijf jaar lang gevolgd. Het duurt nog een paar jaar voordat de resultaten er zijn, zegt Wesseling, maar tot nu toe klinken er geen alarmsignalen dat er in de groep die afwacht meer borstkanker voorkomt.

## Uitgezaaide borstkanker

### De helft minder medicijnen

Er zijn dure medicijnen die bij vrouwen met uitgezaaide, hormoongevoelige borstkanker de groei van kankercellen remmen, maar het is helemaal niet nodig dat ze daar meteen mee beginnen. Gabe Sonke, internist-oncoloog in het Antoni van Leeuwenhoek, ontdekte met twee collega's dat artsen net zo goed kunnen wachten totdat bij vrouwen de hormoontherapie, die ze sowieso krijgen, is uitgewerkt. Voor hun overleving maakt het niets uit, maar het scheelt wel bijna anderhalf jaar onnodig medicijnen slikken, een heleboel bijwerkingen en, alleen al in Nederland, 56 miljoen euro per jaar.

Makkelijk zijn dat soort onderzoeken niet, zegt Sonke, hoogleraar klinische oncologie. 'Als je wilt aantonen dat een minder intensieve behandeling niet slechter is dan een bestaande, uitgebreide behandeling, zijn de eisen strenger. We hebben veel meer proefpersonen nodig en het verschil tussen de twee onderzoeksgroepen mag niet groot zijn. We zijn zo bang om patiënten tekort te doen. Als we patiënten meer behandelingen willen geven, wordt het bewijs sneller geaccepteerd dan wanneer we minder willen doen.'

Sonke verwacht veel heil van die zogeheten de-escalatieonderzoeken, maar daarvoor is de medewerking van het Zorginstituut essentieel, zegt hij. Het Zorginstituut adviseert de minister nu vaak om een duur medicijn pas in het basispakket op te nemen als de prijs omlaaggaat, waardoor het soms lang duurt voordat een middel beschikbaar komt. Sonke pleit voor een andere strategie: nieuwe medicijnen onmiddellijk maar wel voorwaardelijk vergoeden,

## Soms loont even afwachten bij kanker

op voorwaarde dat de patiënt meedoet aan een de-escalatieonderzoek. 'Zo leren we wat de beste behandeling is en we besparen er veel geld mee.'

Als er geen reden is om gezond weefsel weg te halen, dan moeten we dat niet doen

Bekijk de oorspronkelijke pagina: pagina 14, pagina 15, pagina 16, pagina 17

## Graphic

---

Harrie Keusters koos voor een wait-and-seebehandeling van zijn endeldarmkanker.

Op verzoek van Harrie Keusters verwerkte Djenné Fila zijn laatste chemopil in een kunstobject.

Hoofd-halschirurg Lotje Zuur is blij met iedere patiënt die ze niet hoeft te opereren.

## Classification

---

**Language:** DUTCH; NEDERLANDS

**Publication-Type:** Krant

**Subject:** Women (100%); Cancer (99%); Health Care Professionals (99%); Surgery + Transplantation (95%); Drug Safety (93%); Chemotherapy + Radiation (90%); Women's Health (82%)

**Industry:** Pharmaceuticals Agents + Products (82%)

**Load-Date:** March 15, 2024