

Jaargang 27 | Nr.2 - 2024

**VAKBLAD VOOR DE OEDEEM &
ONCOLOGIE FYSIOTHERAPEUT**



Nationale Lymfoedeemdag

medi

Ook beschikbaar
voor de tenen



circaid® glove

Compressiehandschoen zonder vingertoppen voor de reductie van zwelling in de handrug en/of vingers.

De circaid® glove is geschikt wanneer TEK te zwaar is en heeft verschillende voordelen:

- Het naadloze & zachte materiaal biedt een comfortabel gevoel
- Kan zowel overdag als s'nachts worden gedragen
- De lengte is individueel instelbaar

medi
World of
Compression
since 1951

Het innovatieve WOND THERAPIE CONCEPT van medi

Inhoud

6

Een terugblik op de
nationale Lymfoedeemdag

10

van Ronald 1.0
naar Ronald 2.0



16

Angst na
kanker deel 2

22

Soms loont
even wachten

LESS > MORE

30

Training voor
prostaatanker-
patiënten

En verder

05 Voorwoord

08 Fysieke training bij
patiënten met longkanker
Een discipline in beweging

12 Congressagenda

13 Nieuws van NVFL-Onconet
Bijscholingsdag

14 Preoperatieve steep ramp
test

18 Lees & luisterhoek

21 Productnieuws
De Toupim eigen-haarband

25 De wereld rond met...
Heidi Dijkhoff

26 Ontwikkelingen in de zorg
De paramedische richtlijn
kwetsbare ouderen

29 Uitgelicht
Patiëntenorganisatie Hematon

32 The phase 2 PANDA Trial

33 Column Bert Verdonk

34 In de media



OP DE COVER

Op zaterdag 9 maart 2024 vond de eerste nationale lymfoedeemdag plaats, georganiseerd in Congrescentrum 1931 in Den Bosch. Op pagina 6 ziet u hiervan een beeldverslag.



CureTape®
houdt je in
balans



CureTape®,
al 25 jaar dé
beste keuze voor
LymfTaping



- ✓ Medisch goedgekeurd hulpmiddel
- ✓ Klantwaardering 9,2
- ✓ Ruim assortiment
- ✓ Bestel nu, morgen in huis!

FysioTape
www.fysiotape.nl



Colofon

O² is een kwartaaluitgave van de NVFL, Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie binnen de Lymfologie en Oncologie. Het wordt toegezonden aan de leden van de genoemde vereniging.

Bestuur NVFL

Voorzitter: Els Brouwer
Secretaris: Carolien van den Berg
Penningmeester: Natascha Plate
Voorzitter regiocommissie: Carolien van den Berg
Voorzitter PR-commissie: Vacant
Voorzitter Wetenschap Oedeem en Oncologie: Michelle Verseveld
Algemeen bestuursleden:
Geert Strik, Sonja de Vlaming

Verenigingsadres

p/a KNGF, Postbus 248, Amersfoort

Redactie

Silvia Boonman-de Vos, Bert Verdonk,
Corine Goossens, Conny Robbeson,
Adrie Nieuwenhuijsen, Anita Betten

Redactieadres

NVFL, p/a Stadsring 159b, 3817 BA Amersfoort,
Postbus 248, 3800 AE Amersfoort

Aanleveren kopij

Via het redactieadres of, bij voorkeur, per e-mail.
Wij maken voor het inleveren van kopij gebruik van: O2@nvfl.nl.

Richtlijnen

Richtlijnen voor het schrijven & aanleveren van een artikel of casus zijn te vinden op www.nvfl.nl onder het kopje O².

Advertenties

Natascha Plate

E: info@nvfl.nl

T: 06 - 42 23 22 76

Opmaak en realisatie

Reach Brand Storytellers
Bredaseweg 108A, 4902 NS Oosterhout

Drukwerk

Drukmeesters
Zoutverkoopersstraat 7, 3334 KJ Zwijndrecht

Abonnementen

Voor leden is het tijdschrift gratis. Voor niet-leden bedraagt het abonnementsstarief € 35,00 per hele jaargang bij verzending in Nederland. Losse nummers kosten € 9,00 per stuk. Abonnementen en losse nummers kunnen besteld worden op het verenigingsadres.

Abonnementvoorwaarden

Abonnementen kunnen op ieder gewenst moment worden aangegaan. Een abonnement wordt eenmaal per jaar bij voorfacturering voor het aankomende jaar berekend en belast. Beëindiging van het abonnement is mogelijk op elk moment in het jaar, met inachtneming van een maand opzegtermijn. Indien u uw abonnement wilt stopzetten, vindt verrekening plaats met eventueel reeds betaald abonnementsgeld. U betaalt dan alleen voor de maanden waarin u abonnee bent geweest en eventueel teveel betaald abonnementsgeld wordt aan u gecrediteerd. Het overnemen of vermenigvuldigen van artikelen, of gedeelten daarvan, uit O² is slechts geoorloofd na schriftelijke toestemming van de redactie. ISSN nummer: 2468-7359.

Voorwoord

Van tropisch avontuur tot powervrouwen

Afgelopen april interviewde ik Heidi Dijkhoff, een dappere Arubaanse die de pre-master oncologie revalidatiewetenschappen volgde ondanks het tijdsverschil tussen haar tropische eiland en ons soms koude kikkerlandje. Haar gezelligheid was aanstekelijk en bracht mijn herinneringen aan Aruba weer tot leven.

In 2008 vertrokken vrienden naar de Cariben voor drie jaar. Een keuze vol voor- en tegenargumenten, maar voor mij betekende het de kans om het tropische paradijs te ontdekken. Ik had eerst mijn bedenkingen bij het eiland met zijn huizenhoge cactussen, maar binnen drie weken werd ik betoverd door het onderwaterleven. Het avontuur eindigde voor mijn vrienden al na een jaar, maar mijn liefde voor de Cariben bleef. In het interview met Heidi lees je voor wie zij haar zwembad liet bouwen.

Op de cover staat nog een powervrouw, vastgelegd op de lymfoedeemdag door haar eigen schoonzoon, Guus Schouren. Hij verzekerde mij: "Els houdt wel van een verrassing". Ik hoop dat hij gelijk heeft, want ze is deze editie onze coverster zonder het te weten. Meer foto's van Guus zijn te vinden in het fotoverslag

van de eerste nationale lymfoedeemdag. Volgend jaar streeft het bestuur naar een even mooie locatie met nog meer capaciteit, zodat er voor iedereen een kaartje beschikbaar is.

Anita Betten



De afgelopen maanden heb ik als voorzitter mogen ervaren wat het is om de diagnose borstkanker te krijgen. Mijn borstsparende operatie is goed verlopen en ook het herstel ging snel. Dank voor alle kaarten, bloemen en berichtjes!

Ik ben inmiddels weer op de been en kan alleen maar zeggen dat ik zo blij ben dat wij een bevolkingsonderzoek naar borstkanker hebben in ons land! Vroegdiagnostiek is essentieel in de oncologie en daar dragen bevolkingsonderzoeken aan mee!



Als bestuur hebben we weer een heidag gehad en zijn de komende maanden met

verschillende onderwerpen bezig. Naar aanleiding van het ledenonderzoek kunnen we stellen dat men over het algemeen tevreden is over de O² en de evenementen die we hebben georganiseerd de afgelopen jaren. Maar het is ook duidelijk dat onze leden niet altijd inzicht hebben in de werkzaamheden van het bestuur. Daar willen we in de komende O²'s meer aandacht voor vragen. In dit nummer leest u al meer over de vernieuwde samenwerking met Onconet en ons. Ook is iedereen welkom om een bestuursvergadering bij te wonen om meer inzicht te krijgen in bestuursfuncties en werkzaamheden. Achter de schermen werken we als bestuur en redactie hard aan de toekomst van onze vereniging en delen we informatie/kennis rondom lymfoedeem en oncologie.

In de portefeuille van de WOO-commissie zijn we druk bezig met

verschillende activiteiten binnen de ontwikkeling van ons vakgebied. Zoals al eerder gecommuniceerd staan er verschillende projecten op de planning voor 2024. De afgelopen periode zijn we druk geweest met de afronding van de richtlijn 'Fysieke fitheid van mensen met en na kanker'. Marlieke van Kooten en Michelle Verseveld zijn namens NVFL-KNGF afgevaardigd in de werkgroep en hebben veel inspanning geleverd voor de positionering van de (oncologie)fysiotherapeut in deze richtlijn. Deze richtlijn bevindt zich nu in de commentaarfase en zal naar verwachting voor het einde van het jaar worden gepubliceerd. Daarnaast loopt er een mooi project in samenwerking met de Avans+, meer hierover in de volgende O².

Els Brouwer, voorzitter NVFL

Een terugblik Nationale Lymfoedeemdag

Op zaterdag 9 maart 2024 vond de eerste nationale lymfoedeemdag plaats, georganiseerd in Congrescentrum 1931 in Den Bosch. Voor het eerst in de geschiedenis werden de krachten van de verschillende partners en sponsors rondom lymfoedeem gebundeld en werd het een prachtige dag waarin lymfoedeem centraal stond. Met als doel: goede zorg op maat voor iedereen die met lymfoedeem te maken heeft!

De rode draad van de dag was samenwerken. Samenwerken was nodig om deze dag te realiseren, samenwerking is nodig om de beste zorg voor de patiënten te bieden maar samenwerking is ook nodig om het Dutch Lymphoedema Framework (DLF) op te gaan richten. De gezamenlijke opening van de dag door Els Brouwer, onze voorzitter, en dr. Dalibor Vasilic, plastisch chirurg bij het Erasmus MC onderstreepte meteen het thema. De vele goede sprekers kregen elk slechts 15 minuten om hun verhaal te delen, waardoor de dag een snel tempo en dynamisch karakter had. Het was een dag van inspiratie, verbinding en kennisdeling. Om jullie mee te nemen in deze sfeer presenteren we graag dit fotoverslag, met dank aan Guus Schouren.





Een discipline in beweging

Fysieke training bij patiënten met longkanker

Hoewel longkanker één van de meest voorkomende kankertypes wereldwijd is, is de wetenschappelijke aandacht voor fysiotherapie, fysieke training en revalidatie over de jaren heen eerder beperkt geweest, vergeleken met andere veelvoorkomende kankersoorten zoals borst- en prostaatcancer.

Door Chris Burtin, Docent - Assistant Professor, Hasselt University, Reval Rehabilitation Research, Biomedical Research institute, Faculty of Rehabilitation Sciences Hasselt

De minder goede prognose die samenhangt met longkanker is hier mogelijk een onderliggende reden van. Nochtans vertonen 60 tot 80% van de overlevers van longkanker kanker-gerelateerde vermoeidheid tot 5 jaar na de operatie. Deze vermoeidheid is vaak ernstig en moeilijk te behandelen. Tevens heeft longkanker en zijn behandeling een negatieve impact op het inspanningsvermogen, de perifere spierfunctie en participatie in en beleving van activiteiten van het dagelijkse leven. Recente gegevens van onze onderzoeksgroep tonen aan dat de helft van patiënten met longkanker gemiddeld minder dan 5000 stappen per dag zetten 3 maanden

na start van de behandeling. Patiënten met longkanker hebben ook veel comorbiditeiten die een impact hebben op het functioneren, zoals chronisch obstructief longlijden (COPD) en cardiale aandoeningen. De impact op levenskwaliteit en mentale gezondheidstoestand is dikwijls enorm. Er zijn dus zeker indicaties om deze patiënten te screenen voor deelname aan fysieke training (in de context van een beweegprogramma) of multidisciplinair revalidatieprogramma. In lijn hiermee hebben de twee grootste internationale longverenigingen in een officieel statement longkanker als één van de pathologieën opgenomen bij wie longrevalidatie deel van een geïntegreerd behandeltraject zou moeten zijn.

Fysieke training na longchirurgie

Bij patiënten die de diagnose longkanker krijgen in een vroegtijdig stadium (<20% van alle gevallen) bestaat de voorkeursbehandeling uit chirurgische longresectie, eventueel aangevuld met (neo-) adjuvante radiotherapie, chemotherapie en/of immunotherapie. Tijdens een longresectie wordt een of meerdere segmenten (segmentectomie), longkwabben (lobectomie) of zelfs een volledige long (pneumectomie) verwijderd. Waar deze ingreep vroeger via een open thoracotomie gebeurde, wordt tegenwoordig in de meeste gevallen gebruik gemaakt van minder invasieve video-geassisteerde thoracale chirurgie (VATS in het internationale jargon).

Een Cochrane review die inzoomt op het effect van fysieke training bij patiënten na operatieve longresectie vond positieve effecten op inspanningsvermogen, quadricepskracht en mogelijk op de fysieke component van levenskwaliteit en op symptomen van kortademigheid. De verschillende gepubliceerde studies zijn erg heterogeen wat betreft de aangeboden interventies. Waar alle studies een vorm van aerobe training aanboden werd dit gecombineerd met krachttraining, inspiratoire spiertraining, balanstreining, ademhalingsoefeningen en/of educatie, waardoor de relatieve bijdrage van deze interventies aan de geobserveerde effecten lastig te interpreteren is. Waar het wetenschappelijke bewijs haalbaarheid, veiligheid en effectiviteit van fysieke training bij deze patiëntengroep ondersteunt, is het nog niet mogelijk om hierop concrete richtlijnen te baseren met betrekking tot gewenste trainingsmodaliteiten, optimale duur, frequentie en intensiteit van de training en minimale duur van het programma. De intensiteit van de aerobe trainingscomponent in de positieve studies varieerde tussen 60 en 90% van de maximale capaciteit gemeten met een inspanningstest of tussen scores 11 en 15 voor zelfgerapporteerde uitputting op een 6-20 Borgschaal. Dit is in lijn met de algemene richtlijnen voor kankeroverlevers, wanneer het doel is om de fysieke capaciteit te verbeteren. De trainingsfrequentie varieerde van twee tot vijf keer per week, waar de duur van het programma vier tot 20 weken was. Een grote studie die de snelle start van een fysiek trainingsprogramma na de ope-

ratie vergeleek met een uitgestelde start (14 dagen vs 14 weken na chirurgie) vond geen verschil in inspanningsvermogen, maar wel een sterkere verbetering van vermoeidheidsklachten in de groep die snel was gestart.

Preoperatieve fysieke training

Naast de impact op fysieke fitheid, kan chirurgie mogelijk ook leiden tot postoperatieve cardiopulmonaire complicaties, zoals respiratoir falen, pneumonie, atelectases, myocardinfarct en aritmie. Deze complicaties komen minder frequent voor bij VATS (2%) in vergelijking met open chirurgie (4 tot 15%). Naast leeftijd ouder dan 75 jaar, actief roken, obesitas en COPD is het maximale inspanningsvermogen een belangrijke voorspeller van postoperatieve complicaties en zelfs mortaliteit. Een Cochrane review over dit topic concludeert op basis van het beschikbare wetenschappelijke bewijs dat fysieke training de kans op het ontwikkelen van postoperatieve pulmonale complicaties met 55% verlaagt. Mogelijk is er ook een positieve impact op duur van het postoperatieve ziekenhuisverblijf, inspanningsvermogen en longfunctie. Helaas focusten de gepubliceerde studies

zich niet op de high-riskpatiënten; de patiënten die volgens de risicofactoren (> 75 jaar, roken, obesitas, COPD en laag inspanningsvermogen) een grotere kans op complicaties hadden. De identificatie van patiënten die baat hebben bij een preoperatief trainingsprogramma en het bepalen van de meest optimale trainingsparameters zijn belangrijke uitdagingen voor de toekomst.

Fysieke training bij inoperabele longkanker

Er is momenteel nog beperkt bewijs voor de impact van fysieke training bij patiënten met longkanker die chemotherapie, radiotherapie, immunotherapie, doelgerichte therapie of palliatieve zorg ondergaan. Waar studies aantoonde dat fysieke training het inspanningsvermogen en de ziektespecifieke levenskwaliteit mogelijk kan verbeteren of achteruitgang kan voorkomen, werden geen significante effecten gevonden op kortademigheid en vermoeidheid. Een grote gerandomiseerde gecontroleerde studie van goede methodologische kwaliteit in een groep van 218 patiënten met gevorderde longkanker toonde aan dat een combinatie van hoog-intense intervaltraining met spierkrachttraining ge-

durende 12 weken tijdens chemotherapie een positieve impact had op spierkracht, sociaal welbevinden en symptomen van angst en depressie. Een real-life studie toont echter wel aan dat veel patiënten niet wensen deel te nemen aan een trainingsprogramma en dat er een grote drop-out is.

Fysieke training versus interdisciplinaire revalidatie

Opvallend is dat het leeuwendeel van de beschikbare wetenschappelijke evidentie focust op verschillende vormen van fysieke training, met name aerobe training en krachttraining. Er is zeer weinig evidentie rond beweegcoaching om het beweeggedrag in het dagelijks leven te stimuleren. Het is verder uiterst belangrijk dat de complexiteit van patiënten in kaart wordt gebracht en deelname aan een interdisciplinair revalidatieprogramma wordt overwogen waar nodig.

Scan de QR-code voor het volledige artikel met de referentie.



FYSIOTEK

Behandel uw oedeempatiënten nog effectiever door de inzet van het juiste compressiehulpmiddel. Zelf de regie hierin houden?

Kies dan voor de samenwerking met een **gespecialiseerde leverancier**. Al bijna 20 jaar verstrekt FysioTek in samenwerking met fysio-oedeemtherapeuten en huidtherapeuten compressiehulpmiddelen aan oedeempatiënten.

Wilt u alle voordelen weten van een samenwerking met FysioTek? Vraag ons informatiepakket aan via info@fysiotek.nl.



Van Ronald 1.0 naar Ronald 2.0

In gesprek met Ronald Sluiter over de transformatie naar een nieuwe identiteit, een nieuwe manier van (zinvol) leven en over zijn boek “Van carrière naar kanker”.

Door Adrie Nieuwenhuijsen, foto HoutensNieuws.nl/Irene van Valen

Ronald Sluiter (1974) top salesman en vader van zoon Jai (2007) kreeg in augustus 2020 de diagnose Pseudo Myxoma Peritonei (PMP), een zeldzame, chronische kanker. Slechts twee op de miljoenen mensen krijgen deze diagnose, slechts 30% hiervan is man en de gemiddelde leeftijd is 57 jaar. PMP ontstaat bijna altijd vanuit een tumor in de blindedarm. De tumor bestaat uit cellen die veel slijm maken. Als de blindedarm barst, komen de cellen en het slijm in de buikholte en op het buikvlies. Het groeit langzaam en uiteindelijk drukt het op de organen en maakt ze kapot. De enige behandelingsmethode is een operatie met hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC). Hiervan heeft Ronald er twee gehad in acht weken tijd. De blindedarm, milt, galblaas en 75% van het buikvlies zijn

verwijderd evenals delen van de dikke darm, dunne darm, endeldarm, twaalfvingerige darm, de lever, het blaasvlies, de alvleesklier en meer dan de helft van de maag. Bovendien werd er een stoma geplaatst. “Ik was de eerste in het UMCU bij wie ze deze twee ingrijpende operaties met HIPEC binnen zo’n korte tijd hebben gedaan. Normaal zit er minimaal een jaar tussen.” Anderhalf jaar later volgde er nog een hersteloperatie om de stoma op te heffen.

Ronald 1.0

Ronald heeft zijn ouders vroeg verloren en dat motiveerde hem om altijd goed voor zijn lichaam te zorgen: gezondheid is niet vanzelfsprekend. Drie keer in de week sporten en hardlopen, niet roken, alleen af en toe een biertje of wijntje

voor de gezelligheid en altijd gezond eten. Hij had een baan als topverkoper bij een Amerikaans beursgenoteerd ICT bedrijf. Een ‘swagger’ noemt hij zichzelf: positief arrogant zelfverzekerd. “Champions League sales! Ik gedijde goed in deze cultuur van performen en jezelf uitdagen. Het salaris en de bonussen waren erg goed. Ik ben een control freak en wil altijd blijven leren. In sales leer je omgaan met tegenslagen en verantwoordelijkheid nemen. Ik baalde soms echt als een deal uiteindelijk niet doorging. Maar even goed slapen, een nieuw plan maken en er morgen weer tegenaan. Tijdens mijn ziekteperiode heb ik hier veel aan gehad.”

Hoe kijk je terug op het eerste halfjaar na de twee operaties met HIPEC?

Het eerste halfjaar was heel zwaar met januari 2021 als absoluut dieptepunt. Normaal weeg ik 70 kilo, bij de diagnose was er ongemerkt al 5 kilo af en in januari woog ik nog maar 50 kilo. Ik mocht weinig bezoek ontvangen door de coronamaatregelen en voelde me zowel mentaal als fysiek als een krant. Het

herstel ging zo langzaam. In die periode heb ik veel ondersteuning gehad van de verpleegkundigen van het UMCU. Zij hebben mij er doorheen gesleept door steeds de kleine positieve dingen te benoemen: het waren nog geen echte lichtpuntjes maar schemerpuntjes. Ze bleven herhalen dat ik rust nodig had en dat het veel tijd zou kosten. Die herhaling had ik nodig. Ik moest mijn vooruitgang niet per dag bekijken, maar per week, en om de week hadden we telefonisch contact. Wow, wat hielp dat goed. Ik zag langzamerhand weer lichtpuntjes en kreeg weer wat energie.

Wanneer besloot je om een boek te schrijven over je ervaringen?

Er zijn veel boeken geschreven over kanker, maar ik kon er niet eentje vinden die geschreven is door een man, die zich kwetsbaar durft op te stellen en open is over zijn emoties. En dan nog een man die midden in het leven staat met een carrière, ambities, kind en grootse plannen. Dus besloot ik zelf mijn verhaal op te schrijven. Ik kwam zo beter bij mijn gevoelens en kon vrijuit mijn

Ik had veel bevestiging nodig dat ik goed bezig was, niet alleen van mijn omgeving maar vooral van alle professionals.



emoties beschrijven. Misschien kon ik het ook mijn zoon een keer laten lezen. Later realiseerde ik me dat het voor veel mensen interessant zou kunnen zijn om te lezen wat er echt gebeurt met je. Over onzekerheden, je toekomst, je lichaam, wie je bent als mens in de maatschappij, wie je bent als partner, wie je bent als vader, al die rollen.

Ronald 2.0

‘Werk is wie ik was en Ronald is wie ik moest worden.’ Dat is mijn hele zoektocht geweest. Ik was altijd met de toekomst bezig: plannen, doelen stellen, targets halen en ik moest gaan leren los te laten en meer te genieten van het nu. Maar ik had geen referentiekader, ik kende het proces, de stappen en het resultaat niet en dat maakte me heel onzeker. Dit proces heeft tweeënhalf jaar geduurd. Een transformatie naar een nieuwe identiteit. En dus ook een rouwproces door afscheid te nemen van mijn oude ‘ik’. Mijn hele leven heb ik moeten omgooien, zakelijk en privé. Ik heb mijn vader verloren toen ik 25 was. Mijn zoon heeft mij de oerkracht gegeven om hard aan mezelf te werken. Ik wil hem zien opgroeien en ik wil 50 worden op 9 november 2024. Stap voor stap heb ik hulp gezocht om mij fysiek en mentaal sterker te maken: fysiotherapie, bekkenfysiotherapie, psycholoog, stilte retraite, meditatie en de Amsterdam School voor Imaginatie. Ik had veel bevestiging nodig dat ik goed bezig was, niet alleen van mijn omgeving maar vooral van alle professionals.

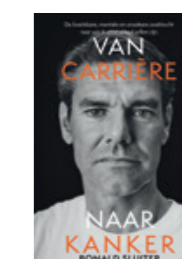
Hoe heeft kanker en de behandelingen je kijk op het leven veranderd?

Ik ben rustiger en relaxter geworden met meer aandacht voor anderen. Een kaartje sturen is zo belangrijk, dat heb ik

zelf ervaren. Als ik stress ervaar ga ik tegenwoordig mediteren en ademhalingsoefeningen doen. Ik leef meer in het nu en wil vooral wat teruggeven aan anderen. Mijn zoon Jai zegt tegen me dat ik minder controlerend ben en hem meer vertrouwen geef. Ik heb noodgedwongen een transitie, rouw- en acceptatieproces moeten doormaken, maar ben nu zoveel gelukkiger dan voorheen.

Hoe ziet je leven er nu uit?

Ik werk nog voor 20% bij mijn werkgever, zonder deadlines en targets. Ik coach nu (jonge) salesmensen. Door het UWV ben ik 100% afgekeurd, maar ik wilde mezelf nuttig voelen. Mijn inkomen is gehalveerd, ik leef veel eenvoudiger maar ik ben veel gelukkiger. Ik doe vrijwilligerswerk en word regelmatig uitgenodigd om over mijn ervaringen te spreken. Ik heb ideeën over een tweede boek dat zal gaan over het veranderen van je leven in 10 stappen, zonder dat je eerst een life changing event mee moet maken. Ik moet maandelijks naar het ziekenhuis voor een ijzerinfuus. Eens per jaar worden de tumormarkers in mijn bloed bekeken en krijg ik een CT-scan. Dit gebeurt de rest van mijn leven. September 2025 is het vijf jaar na de eerste operatie: dus duimen dat het goed blijft gaan, want dan is de kans dat de kanker terugkomt een stuk kleiner!”



Het boek ‘Van carrière naar kanker’ is online te bestellen op o.a. Bol.com.

Congresagenda 2024

Juni

Symposium "Oncologie in Perspectief"

Datum: 13 juni 2024
Locatie: Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis
<https://lerenbijavl.nl/symposia/oncologie-in-perspectief/>

Dutch Association of supportive care in cancer (Dasc)

Datum: 24 juni 2024
Locatie: Prinses Maxima Centrum Utrecht
Registratie deelnemer - Contactgegevens (eventsair.com)

Connecting Communities: Hét congres over de sociale benadering palliatieve zorg

Datum: 26 juni 2024
Locatie: Jaarbeurs Utrecht
www.carend.nl/congress-enroll/connecting-communities-het-congres-over-de-sociale-benadering-van-palliatieve-zorg

September

4e Nationaal Prehabilitatie Congres

Datum: 19 september
Locatie: Radboud UMC Nijmegen
<https://congresscare.eventsair.com/4e-nationale-prehabilitatie-congres-2024/regdeel2024deelprehab/Site/Register>

The 25th International Psycho-Oncology Society (IPOS) World Congress of Psycho-oncology

Thema: Cancer in Context
Datum: 24-27 september 2024
Locatie: Maastricht
www.ipos2024.org/registration

Oktober

Congres Lymfologie Manuele Lymfedrainage Vodder "Benevolution"

Datum: 5 oktober 2024
Locatie: Flanders Meeting & Convention Center Antwerpen
Benevolution 2024 - Congres MLDV: Benevolution 2024 (congreslymfologie.org)

Nationaal Congres Palliatieve Zorg

Datum: 10 en 11 oktober 2024
Locatie: Arnhem (Hotel en congrescentrum Papendal)
www.palliactief.nl/congressen-symposia

ILF webinars

Zie <https://lympho.org> (Geen fysiek congres dit jaar)

Nieuws van NVFL-Onconet

Bijscholingsdag

Op 13 april vond de jaarlijkse Onconet bijscholing plaats in het Amsterdam UMC. Een belangrijk punt op de agenda was de strategische samenwerking met de NVFL.

De verkenningen van vergaande integratie met KNGF zijn beëindigd, maar NVFL en Onconet zullen hun samenwerking verder intensiveren. Concreet betekent dit dat NVFL en Onconet uitvoering zullen geven aan een gezamenlijke kennis- en ontwikkelingsagenda. In het eerste jaar van deze nieuwe vorm van samenwerking maakt de NVFL het mogelijk voor haar leden om zonder kosten verbonden te blijven aan Onconet. Ook biedt de NVFL ondersteuning in de kennis- en ontwikkelagenda waarin we gezamenlijke doelen hebben gesteld. Door onze krachten te bundelen ontstaat er meer impact, niet alleen op de inhoudelijke ontwikkeling maar ook op het vlak van positionering richting de stakeholders.

Op de bijscholingsdag is ook geïnventariseerd hoe de aanwezige fysiotherapeuten dachten over de onderwerpen die op de kennis- en ontwikkelagenda

staan en welke andere zaken zij belangrijk vinden. Hier gaan Onconet en NVFL zich de komende tijd verder over buigen, jullie horen daar spoedig meer van!

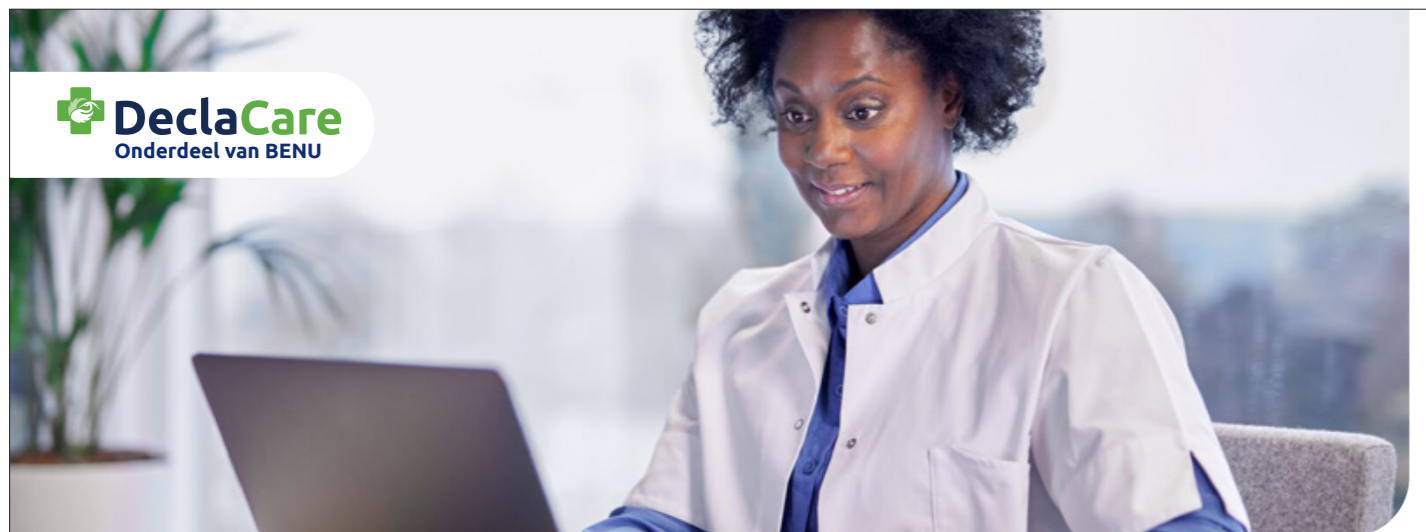
Ook inhoudelijk was er op de bijscholing voldoende verdiepingsstof. Dit betrof onder andere de resultaten van de EFFECT studie (trainen voor mensen met uitgezaaide borstkanker) en de PADOVA studie (trainen voor mensen met ovariumcarcinoom) - beide studies werden binnen Onconet uitgevoerd - met mooie positieve resultaten voor EFFECT, maar duidelijk minder succes voor PADOVA; de meerwaarde van een voedings- en beweeginterventie voor patiënten met ovariumcarcinoom bleek beperkt ten opzichte van het natuurlijk herstel. Verder was er aandacht voor eiwitmetabolisme en spieropbouw, deelden collega's hun ervaringen over meedoen aan onderzoek, spraken twee patiëntvertegenwoordigers van Olijf de aanwezigen toe, en werden de aanwezigen bijgepraat over wanneer doorverwijzing naar oedeemfysiotherapie of bekkenfysiotherapie op zijn plaats is bij

patiënten met gynaecologische kanker. Via het NPI is de bijscholing ook digitaal te bestellen en te maken.

Welke andere zaken zouden jullie graag zien dat Onconet oppakt?



Hoe belangrijk vinden jullie elk van de onderstaande onderwerpen?

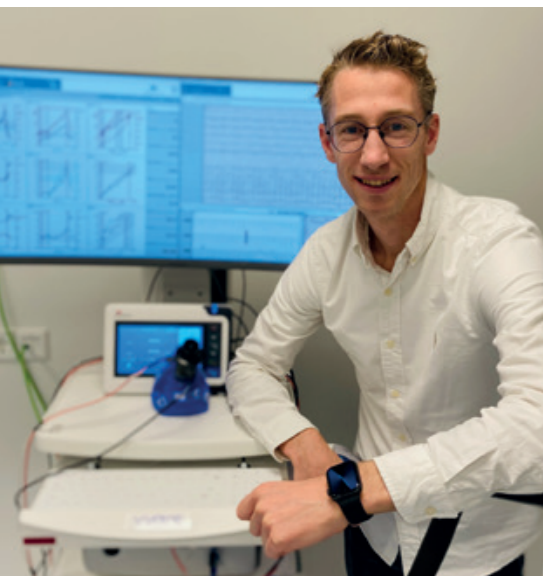


DeclaCare
Onderdeel van BENU

Hulpmiddelenzorg

BENU/DECLACARE LEVERT HET MEEST COMPLETE ASSORTIMENT COMPRESSIEMIDDELEN VAN NEDERLAND





Een aangepast steep ramp test protocol voor het verbeteren en monitoren van cardiorespiratoire fitheid binnen de oncologische chirurgie middels preoperatieve kortdurende hoog-intensieve intervaltraining.

Preoperatieve steep ramp test

deel 2

Door Bart C. Bongers, MSc, PhD^{1,2}

Preoperatieve fysieke training

Prevalidatie binnen de oncologie staat volop in de aandacht voor het verder verbeteren van patiënt- en behandelingsgerelateerde uitkomsten en wordt op steeds grotere schaal toegepast in de klinische praktijk bij patiënten die een electieve operatie ondergaan. Een lagere preoperatieve cardiorespiratoire fitheid is onafhankelijk geassocieerd met een hoger risico op postoperatieve complicaties, een langere opnameduur en een hoger risico op mortaliteit bij patiënten die een grote abdominale operatie ondergaan. Met preoperatieve inspanningsdiagnostiek kunnen patiënten met een lage cardiorespiratoire fitheid tijdig geïdentificeerd worden om in de preoperatieve periode preventieve interventies in te zetten voor risicoreductie. Het is bekend dat fysieke prevalidatie de preoperatieve cardiorespiratoire fitheid verbetert, maar de effecten hiervan op postoperatieve uitkomsten zoals beschreven in de wetenschappelijke literatuur zijn inconsistent. Recent gepubliceerde gerandomiseerde klinische studies tonen echter aan dat prevalidatie bij (hoog-risico)patiënten de uitkomsten na een grote abdominale operatie aanzienlijk verbetert.

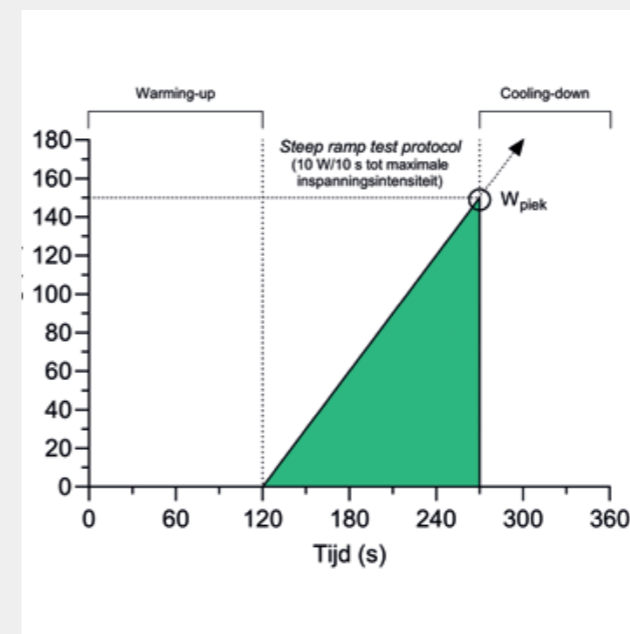
Aangepaste 'steep ramp test' voor preoperatieve risicobeoordeling en prevalidatie

In een eerder artikel gepubliceerd in *O²* (maart 2024) is een aangepast protocol

van de 'steep ramp test' (SRT) beschreven als een accurate, haalbare en praktische veldtest op een fietsergometer die de cardiorespiratoire fitheid kan meten van patiënten die een grote operatie ondergaan. Na het geven van een duidelijke uitleg aan de patiënt voorafgaand aan de SRT met betrekking tot het doel van de test, het testprotocol en het belang van maximale inspanning, begint de aangepaste SRT met een warming-up van 2 minuten onbelast fietsen. De belasting neemt daarna relatief snel toe met 10 W/10 seconden (1 W/seconde) tot maximale inspanningsintensiteit. Gedurende de test wordt de patiënt gevraagd een trapfrequentie van 70-80 omwentelingen/minuut aan te houden. De test eindigt wanneer de trapfrequentie daalt tot <60 omwentelingen/minuut, ondanks verbale aanmoedigingen om een maximale inspanning te garanderen. Hierna volgt onmiddellijk een cool-down van onbelast fietsen of fietsen op een lage belasting. Figuur 1 laat het aangepaste SRT-protocol zien. De primaire uitkomstmaat is de behaalde W_{piek} (W), welke moet worden genormaliseerd voor het lichaamsgewicht (W/kg) om te corrigeren voor verschillen in lichaamssomvang. Om de behaalde W_{piek} zo nauwkeurig mogelijk te beoordelen, wordt een rampversie van het protocol (toename in belasting van 1 W per seconde in plaats van 10 W elke 10 seconden) aanbevolen (Figuur 1).

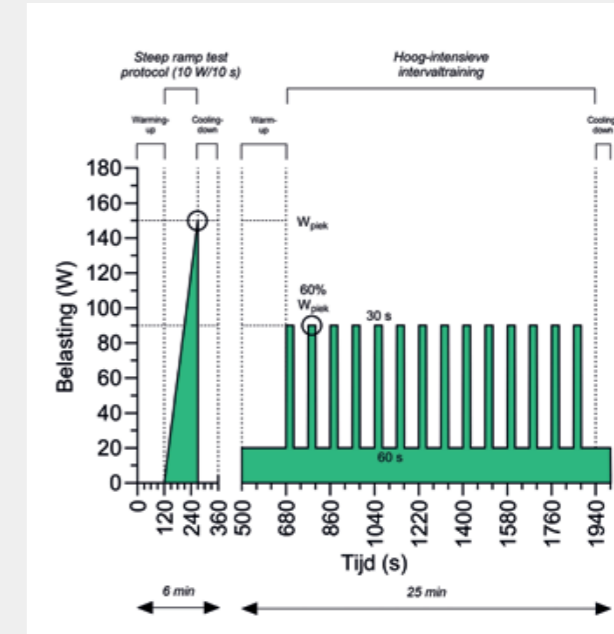
Voorlopige data bij patiënten met een colon- of rectumcarcinoom voorafgaand aan een operatie laten zien dat de behaalde SRT W_{piek} sterk gecorreleerd is met de hoogst gemeten zuurstofopname ($VO_{2\text{piek}}$) tijdens een cardiopulmonale inspanningstest, de gouden standaard voor het meten van de cardiorespiratoire fitheid. Hieruit blijkt dus dat de aangepaste SRT een test is die een indicatie geeft van iemands cardiorespiratoire fitheid. Daarnaast laten studies zien dat de testuitkomst geassocieerd is met chirurgische uitkomsten: een betere preoperatieve prestatie op de aangepaste SRT (W_{piek} in W/kg) is geassocieerd met betere postoperatieve uitkomsten. Naast het evalueren van de preoperatieve cardiorespiratoire fitheid kan de aangepaste SRT ook toegepast worden om hoog-intensieve intervaltraining (HIIT) te personaliseren met als doel om in korte tijd de preoperatieve cardiorespiratoire fitheid van patiënten te verbeteren.

Volgens behandelrichtlijnen bedraagt de periode tussen de kankerdiagnose en de operatie vaak slechts enkele weken. Wetenschappelijke studies hebben aangetoond dat gedurende deze korte periode HIIT tot verbeteringen in de preoperatieve cardiorespiratoire fitheid leidde die superieur zijn aan de verbeteringen die bereikt werden middels matig-intensieve duurtraining. Op basis van deze bevindingen hebben



Figuur 1. Het aangepaste SRT-protocol, bestaande uit een 2 minuten onbelaste warming-up welke wordt gevolgd door een ophop van de belasting met 10 W/10 seconden tot maximale inspanningsintensiteit en cooling-down.

SRT=steep ramp test; W_{piek} =belasting op maximale inspanning.



Figuur 2. Van prestatie op de aangepaste SRT naar gepersonaliseerde HIIT: schets van het preoperatieve SRT-protocol met een bereikte SRT W_{piek} van 150 W als voorbeeld en de vertaling van SRT-prestatie naar een geïndividualiseerde HIIT-sessie van 25 minuten, bestaande uit een warming-up van 3 minuten op 20 W, 14 sessies met hoog-intensieve arbeidsintervallen van 30 seconden op 60% van de SRT W_{piek} (in het voorbeeld komt dit overeen met 90 W), afgewisseld met laag-intensieve herstelperioden van 60 seconden op 20 W, en een cooling-down van 1 minuut op 20 W.

HIIT=hoog-intensieve intervaltraining;
SRT=steep ramp test; W_{piek} =belasting op maximale inspanning.

we een 4-weken durend SRT-gebaseerd HIIT-programma specifiek ontwikkeld om de preoperatieve cardiorespiratoire fitheid van (hoog-risico)patiënten te verhogen. Nadat de aangepaste SRT op baseline is uitgevoerd (Figuur 2), kan het (gedeeltelijk) gesuperviseerde trainingsprogramma, bestaande uit 3 HIIT-sessies van 25 minuten per week, worden uitgevoerd in de leefomgeving van de patiënt (in de eerste lijn of thuis). Elke HIIT-sessie bestaat uit een warming-up van 3 minuten op een belasting van 20 W, gevolgd door 14 arbeidsintervallen van 30 seconden op een hoge intensiteit van 60% van de SRT W_{piek} , afgewisseld met 14 herstelperioden van 60 seconden op een lage intensiteit van 20 W, waarna een cooling-down van 1 minuut volgt op een belasting van 20 W (Figuur 1). De trainingsintensiteit tijdens de arbeidsintervallen met hoge intensiteit komt overeen met ongeveer 90% van de CPET W_{piek} . De aangepaste SRT dient wekelijks of tweewekelijks herhaalt te worden om veranderingen in de cardio-

respiratoire fitheid te monitoren, terwijl het programma dienovereenkomstig kan worden aangepast om een adequate trainingsprikkel te behouden. Dit (gedeeltelijk) gesuperviseerde, preoperatieve SRT-gebaseerd HIIT-programma werd haalbaar geacht (82,5% therapietrouw, 57,6% volledige voltooiingspercentage, 11,5% uitvalpercentage, geen ernstige bijwerkingen, hoge patiënttevredenheid) en effectief bevonden (verbeteringen van respectievelijk 17,2% en 17,8% in $VO_{2\text{piek}}$ en zuurstofopname op de ventilatoire anaerobe drempel) voor het preoperatief verbeteren van de cardiorespiratoire fitheid van hoog-risicopatiënten voorafgaand aan een lever- of pancreasresectie (n=26). Dit trainingsprogramma wordt momenteel onderzocht bij andere chirurgische populaties.

Conclusie

De aangepaste SRT lijkt een accurate, haalbare en praktische veldtest die de cardiorespiratoire fitheid kan meten van patiënten die een grote operatie

ondergaan. De aangepaste SRT kan daarnaast worden uitgevoerd in de eerste lijn of thuisomgeving om de cardiorespiratoire fitheid longitudinaal te monitoren en (hoog-risico)patiënten kunnen op basis van de aangepaste SRT-prestatie een gepersonaliseerd kortdurend HIIT-programma uitvoeren om de preoperatieve cardiorespiratoire fitheid voorafgaand aan een grote operatie te verbeteren.

Dit artikel is een Nederlandse samenvatting van een deel van het artikel 'Bongers BC. Steep ramp test protocol for preoperative risk assessment and short-term high-intensity interval training to evaluate, improve, and monitor cardiorespiratory fitness in surgical oncology. *J Surg Oncol.* 2023;127:891-895.'

1: Afdeling Voeding en Bewegingswetenschappen, NUTRIM, Institute of Nutrition and Translational Research in Metabolism, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Universiteit Maastricht, Maastricht
2: Afdeling Chirurgie, NUTRIM, Institute of Nutrition and Translational Research in Metabolism, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Universiteit Maastricht, Maastricht

E-mail: bart.bongers@maastrichtuniversity.nl

Angst voor de terugkeer van kanker en angst voor progressie is een veelvoorkomend en een vaak onvervulde zorgbehoefte bij (voormalige) kankerpatiënten. Toch wordt deze angst vaak over het hoofd gezien door hulpverleners (Brennan et al., 2016; Luigjes-Huizer et al., 2022a Luigjes-Huizer, et al., 2022b; Lynch et al., 2020). Hoe herken je deze angst?

Angst na kanker

deel 2

Geschreven door Coen Völker, samengevat door Silvia Boonman

Herkennen

Angst kan zich psychologisch uiten, maar uit zich ook sociaal en lichamelijk. In milde vorm kun je angst voor terugkeer herkennen als slaapproblemen, prikkelbaarheid, (lichamelijke) spanningsklachten, ademhalingsproblemen, (bewegings-)onrust, overmatige zelfcontroles, concentratieproblemen, seksuele problemen, gedachten aan de dood en piekeren. Bij ernstige angstklachten zie je panieklachten, hoge arousal van het autonome zenuwstelsel, vijandigheid, verwerkingsproblemen en symptomen van post-traumatische stress zoals nachtmerries, flashbacks, verhoogde emotionaaliteit, intrusies (onvrijwillige gedachten over een recidive, over alleen-zijn en over de dood) en (milde) dissociaties of afwezigheid (Mutsaers et al., 2020a; Mutsaers et al., 2020b; Völker, 2021). Klachten van angst kunnen plotseling optreden of worden getriggerd door medisch onderzoek en onverklaarbare lichamelijke symptomen. Een kleine pijn kan al snel worden geïnterpreteerd als een teken van ernstige problemen. Berichten op TV, radio, social media, film en kranten kunnen ook angst aanwakkeren. Angst is een automatische reactie op gevaar en dreiging, waarbij je lichaam zich in luttele seconden voorbereidt op actie door cortisol en adrenaline aan te maken. Hierdoor ervaar je een opgefokt gevoel waardoor je harder kunt vechten en sneller kunt vluchten bij daadwerkelijk gevaar. Bij angst voor terugkeer komt het gevaar echter van binnenuit. Veel patiënten voelen zich minder veilig

in hun eigen lichaam. Hun lichaam heeft hen eerder in de steek gelaten en waarom zou dat niet nog eens gebeuren?

Veeleisende en vermijdende patiënten

Een deel van de oncologiepatiënten met angst zullen behoefte hebben aan extra geruststelling en onderzoek. Ze kunnen moeite hebben met langere tijd tussen de controles. Patiënten en naasten kunnen veeleisend zijn richting hulpverlener. Boosheid bij patiënten kan eigenlijk voortkomen uit angst en ongerustheid. Een tweede groep van angstige patiënten kunnen juist de confrontatie vermijden en pas laat hulp zoeken uit angst voor slecht nieuws. De verleiding tot vermindering kan groot zijn als in het verleden ook is aangeleerd om te ontwijken in moeilijke situaties. Voormalige borstkankerpatiënten die verhoogd scoren op angst voor recidive vertonen vaak beperkte coping vaardigheden en vermijdingsgedrag. Alternatieve strategieën kunnen zij leren middels begeleiding zodat ze meer opties krijgen hoe ze met angst en onzekerheid kunnen omgaan (Thewes et al., 2016).

Wat maakt herkenning van angstklachten lastig?

Het is echter niet gemakkelijk om deze angstklachten te herkennen. Dat kan te maken hebben met een tekort aan tijd bij artsen en verpleegkundigen maar er zijn meer redenen, zoals gebrek aan goede screening, missen van risicogroepen, beloopsverwarring en schaamte.

Gebrek aan goede screening

Veel hulpverleners zijn niet geschoold in het herkennen van angstklachten en ook algemene vragenlijsten maken de klachten niet altijd zichtbaar. Zo lijkt de Lastmeter niet specifiek genoeg en zijn specifieke vragenlijsten zoals de Fear of Cancer Recurrence Inventory (FCRI) – Short Form, de Cancer Worry Scale en de Fear of Progression – Short Form nog niet voldoende geïmplementeerd. Er zijn ook onderzoeken naar 1-item vragenlijsten zoals de Fear of Cancer Recurrence – 1 (FCR-1). Deze 1-item vragenlijst mist net als de Lastmeter enige specificiteit maar blijkt redelijk goed te correleren met de 42 items van de FCRI. Zo werden 89,5% van de borstkankerpatiënten met een verhoogde score op de FCRI-Short Form ook herkend met de FCR-1 (Rudy, Maheu, et al., 2020). Vragenlijsten kunnen behulpzaam zijn maar zeggen echter niet alles, laten niet alles zien en ook als iemand geen verhoogde score heeft kan er een behoefte zijn aan begeleiding. Er zijn dan ook meer manieren hoe je angst voor recidive kunt herkennen.

Gemis van risicogroepen

Angstklachten kun je over het hoofd zien omdat je de risicogroepen niet herkent. Angst voor terugkeer komt voor bij alle typen patiënten en alle typen kanker in alle stadia (dus ook in beginstadia). Toch zien we angst voor terugkeer vooral pieken bij jonge mensen, bij jonge vrouwen en vooral bij jonge alleenstaande vrouwen die regelmatig nog onverklaarbare lichamelijke klachten hebben. Bij deze groep AYA's



(Adolescents & Young Adults) kan ernstige angst voor terugkeer oplopen naar 54 tot 89% (Luigjes-Huizer et al., 2022). Vrouwen blijken gemiddeld iets meer last te hebben van angst voor recidive dan mannen (Pang & Humphris, 2021) maar ook andere factoren spelen een rol. Zo blijken bij borstkankerpatiënten hoge scores op perfectionisme en intolerantie voor onzekerheid, hoge angst voor recidive te voorspellen (Blom et al., 2023). Daarnaast kan gebrek aan sociale steun, onduidelijke medische informatie, hechtingsproblemen en eerdere traumatische ervaringen een voorspeller zijn voor angstklachten bij kanker (Völker, 2021; Zweers et al. 2019). Als je je eerder in je (vroege) leven onveilig hebt gevoeld of in gevaar bent geweest is de kans groot dat je in de nasleep van kanker opnieuw onveilig zult voelen.

Beloopsverwarring

Een derde reden waarom het lastig is angstklachten te herkennen is het grillige beloop. Het lijkt dat bij 80% van de kankerpatiënten de angstklachten

enigszins dalen in de loop van de tijd (Deuning-Smit et al., 2021), maar niet bij iedereen. Als je geconfronteerd wordt met interne triggers (zoals onbegrepen lichamelijke klachten) of externe triggers (lotgenoten die ziek worden, verhalen over kanker in de media) kan de angst periodiek weer opvlammen. Met gunstige uitslagen na controles zakt de angst voor terugkeer maar uit onderzoek bij 161 patiënten met borstkanker bleek ook dat binnen een maand na de laatste gunstige uitslag van een mammogram de angst weer stijgt (McGinty et al., 2016). Het geruststellend effect van een gunstige uitslag duurt dus kort. Uit onderzoek van Custers en collega's (2020) bleek dat 58% wisselende angstscores aangeeft als deze maandelijks werden afgenomen. Het advies bij dit onderzoek is om meerdere malen te screenen voordat je interventies aanbiedt.

Schaamte

Als vierde reden speelt schaamte bij (ex-) patiënten een rol waardoor her-

kenning lastig is. Veel (ex-) patiënten zijn zich bewust dat de prognose goed is en dat ze blij zouden moeten zijn. Ze willen hun naasten niet belasten met hun angsten en daardoor blijft de angst vaak verborgen. Toch blijken ook één op de drie naasten flink last te hebben van angst voor recidive. Angst maakt dus ook eenzaam. Soms zijn patiënten volgens hoogleraar Judith Prins (2022) ook bang om hun angsten te delen met hulpverleners. Dit komt mede omdat patiënten de behandelingen willen doorstaan en bang zijn dat als ze hun angsten delen, dit invloed zal hebben op de medische behandelingen. Als hulpverleners in de psychosociale oncologie kunnen we deze angst leren herkennen zodat eenzaamheid doorbroken wordt en interventies opgesteld kunnen worden.

Coen Völker, GZ-psycholoog bij het Helen Dowlings Instituut (GGZ voor de oncologie), Auteur van de boeken *Angst na Kanker* (Verhulst & Völker, 2018) en *Fear of Cancer* (Völker, 2021), Docent RINOGroep en het Cedric Hele Instituut over angst na kanker, Mindfulnesstrainer.

Dit artikel is een samenvatting van het drieluik 'Angst na kanker, geschreven door Coen Völker, gepubliceerd in *Oncologica*, jaargang 40, nummer 2,3 en 4. In deze tweede editie 'Zo herken je de klachten, screening en herkenningsproblemen' samengevat.

Door Silvia Boonman-de Vos



de Carend Podcast

In de podcast 'de Carend podcast', gemaakt door Nick Dekker en mogelijk gemaakt door het nationaal programma palliatieve zorg II (NPPZ II), wordt gesproken met alle betrokkenen bij de palliatieve zorg. Een kijkje in de keuken waar mensen vol overgave zorg bieden waar deze het allerbelangrijkste is.

Het eerste seizoen van de Carend podcast heet 'Van begin tot het einde'. De eerste aflevering is het slecht-nieuwsgesprek waarbij Nick met Sander de Hosson, longarts en oprichter van Carend, in gesprek gaat. De verschillende gesprekstechnieken in vervolggesprekken komen aan bod in aflevering twee met Sabine Netters. Verder is er een gesprek met Jannie Oskam, ervaringsdeskundige. In overige afleveringen, wordt er gesproken over Advance Care Planning (ACT), de stervensfase, het palliatieve team, medicatie rond het sterfbed (verschillende soorten sedatie), overleden en dan? en de laatste zorg (in gesprek met de uitvaartverzorger).

Het tweede seizoen heeft als thema 'Zingeving'. De zin van het bestaan raakt ons altijd en overall maar zeker in de palliatieve fase. Wat maakt de dag nog waard voor de patiënt? Dit seizoen gaat Nick in gesprek met vier ervaringsdeskundigen; Kasper Klaarenbeek (auteur van 'Écht de sjaak!'), Renee Dubois (gezicht van landelijke campagne 'Ongeneeselijk, niet uitbehandeld!'), Claar Bergmans en Claudia van Deudekom. Ook de mantelzorger, de geestelijk verzorger, hoe speelt cultuur een rol in de stervensfase, de palliatieve thuiszorg, de nieuwe richtlijn stervensfase, spiritualiteit en euthanasie komen aan bod in dit tweede seizoen.

Begin april ging seizoen drie van start met als thema 'lichamelijke klachten van palliatieve patiënten'.



Oncologie onderweg

In de podcast 'Oncologie onderweg', gemaakt door Bert Crevals en Kim Messelink (initiatief Servier Nederland) staan de ontwikkelingen binnen de oncologie en de oncologische zorg centraal. De podcast is gemaakt voor verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten om hun vakkenis up-to-date te houden. Deze podcast is ook interessant voor oedeem- en oncologiefysiotherapeuten.

Aflevering twee heeft als thema **ouders met kanker**, hierin komt aan bod hoe belangrijk het steunen en begeleiden van ouders is, die moeten leren omgaan met de ziekte maar ook de rol van ouder moeten behouden. Belangrijk is dat de kinderen gezien worden en dat hun vragen worden beantwoord. Vanaf het slecht-nieuwsgesprek eerlijk zijn tegen je kinderen en je voorbereiden op vragen van kinderen zoals bijvoorbeeld de vraag "ga je dood?" worden besproken.

Aflevering elf gaat over de **AYA-zorg**. Spoiler-alert; de diagnose kanker wordt bij een AYA later gesteld dan gemiddeld bij andere leeftijdsgroepen. AYA-zorg kenmerkt zich door leeftijdsspecifieke vragen.

In aflevering vijftien een gesprek met Manu Keirse over **rouw en verdriet**. Zij neemt je mee in hoe je als verpleegkundige (maar ook andere zorgverleners) beter kunt leren omgaan met de vorm van verdriet die patiënten hebben na het krijgen van de diagnose kanker. De belangrijkste hoeksteen hierin is luisteren naar wat de patiënt je écht vertelt.

In aflevering éénentwintig komt Martijn Stuiver aan het woord over **vermoedheid bij en na kanker**. Hij bespreekt de risicofactoren, de in standhoudende factoren en welke behandelingen er mogelijk zijn.



Overleven

Over leven, een diagnose die geen enkele vrouw wil krijgen: borstkanker. Een openhartig, krachtig en troostend verslag.

Het is een grote angst van veel vrouwen: een knobbelletje in je borst ontdekken. Dit gebeurt Isa Hoes.

Naast alle bezoeken aan het AVL gaat het leven door. Samen met haar dochter Vlinder zoekt ze een nieuw huis, ze ontdekt datingsites en verschijnt in het tv-programma 'The Masked Singer'. Maar in stilte vraagt ze zich af of haar grootste angst waarheid zal worden: zullen haar kinderen opnieuw een ouder verliezen? In haar boek schrijft ze openhartig over deze periode, met terugblikken op haar relatie met Antonie Kamerling en herinneringen uit haar jeugd. De tumor wordt weggehaald, maar het gevoel dat haar lichaam haar in de steek heeft gelaten blijft. En dan blijkt dat er opnieuw iets mis is wanneer ze na een jaar voor controle gaat.

Auteur: Isa Hoes
Uitgeverij: Boekerij
ISBN: 9789022595114



Alleen nog vandaag

Linda is 34 jaar als ze de diagnose borstkanker krijgt. Het 'doodvonnis' blijkt iets te doorbreken wat ze nooit voor mogelijk heeft gehouden.

De opeenstapeling van nare gebeurtenissen uit haar verleden schudt ze plotseling moeiteloos van zich af. En daarmee stopt ze een lange geschiedenis van doorgegeven pijn. Dit boek gaat over opgroeien in een onveilige omgeving en wat dat veroorzaakt. Over troost en hoe je trauma's te boven komt. Maar vooral over eindelijk kunnen zijn wie je bent.

Auteur: Linda Hakeboom
Uitgeverij: Thomas Rap
ISBN: 9789400409804



De dubbele marathon

positief leven met ongeneeslijke kanker

Tom van Beusekom is een getalenteerd langeafstandsloper. Hij gaat op hoogtestage naar Kenia en vestigt bij de marathon van Rotterdam zijn persoonlijk record van 2:45. Maar in het najaar van 2021 begint hij gewicht te verliezen en krijgt hij slokdarmkrampen voor de marathon van Amsterdam.

Ondanks dat voltooit hij de marathon in een goede tijd maar dan blijkt dat Tom een dubbele marathon heeft gelopen. Op 6 mei 2022 komt de afschuwelijke diagnose: ongeneeslijke slokdarmkanker, uitgezaaid in lymfe en lever.

Tom deelt zijn uitdagende jeugd, passie voor hardlopen, zijn ziekte en hoe hij met zijn grote liefde Paula het maximale uit het leven haalt. Hij zet zich in voor jonge kankerpatiënten, die met heel specifieke levensvragen en uitdagingen worden geconfronteerd.

Auteur: Tom van Beusekom
Uitgeverij: Triple Boeken
ISBN: 9789083351759



Écht de sjaak!

Écht de sjaak!, een boek voor ongeneeslijk zieke mannen en de mensen om hen heen. Wat maken ze mee? Wat houdt hen bezig?

Ongeneeslijke ziekte zet niet alleen jouw leven op zijn kop, maar ook dat van je dierbaren. Steeds vaker verlengen specialisten levens met palliatieve behandelingen, maar hoe verwerk je het feit dat genezing niet meer mogelijk is?

Hoe deal je met je emoties? En wat mag je van anderen verwachten? Je wordt geconfronteerd met levensvragen waar je nog nooit bij stilgestaan hebt.

Dit boek richt zich op mannen in deze situatie en hun omgeving. Veel mannen worstelen met emoties en onzekerheid. Het boek helpt ongeneeslijk zieke mannen en de mensen om hen heen om verbonden samen te leven. Kasper geeft veel handvatten, praktische tips en herkenbare ervaringsverhalen.

Auteur: Kasper Klaarenbeek
Uitgeverij: AnderZ
ISBN: 9789462962149

LYMF- OEDEEM

NA GYNAECOLOGISCHE
KANKER BIJ VROUWEN



NIETS HOUDT JE TEGEN
JOBST

In Nederland krijgen ruim 4.800 vrouwen per jaar gynaecologische kanker. Een van de late gevolgen kan lymfoedeem zijn. De ene vrouw krijgt hier meer last van dan de ander. Het stellen van reële doelen in de therapie en het kiezen van een passende voorziening is dan erg belangrijk.

Olijf, Webinar: Late gevolgen en nieuwe ontwikkelingen bij gynaecologische kanker



**WIL JE EEN AFSpraak MAKEN MET EEN VAN
ONZE SPECIALISTEN?**

Neem dan contact op via jobst.cs.nl@medical.essity.nl
of scan de QR-code.

Product Nieuws

De Toupim eigen-haarband



In de wereld van haarverlies en herstel komt Toupim met een innovatieve oplossing: de Toupim eigen-haarband. Als enige ter wereld gebruikt Toupim een speciaal gepatenteerd proces om een prachtige haarband te creëren, volledig vervaardigd van eigen of gedoneerd haar. In combinatie met een mutsje of hoed, ziet de drager zichzelf in de spiegel met haar eigen haar, dat vertrouwd ruikt en voelt. Dit maakt de haarband niet herkenbaar als pruik en de drager niet als patiënt.

Hoe werkt het?

Nadat een klant heeft besloten om een eigen-haarband te laten maken vanwege haarverlies door chemotherapie of alopecia, ontvangt ze duidelijke knipinstructies en -video's. Deze worden gebruikt door een vriend(in), familielid of kapper om het haar het liefst één week na de eerste chemobehandeling af te knippen, terwijl het nog in goede conditie is en niet uitvalt. Het haar wordt vervolgens naar Toupim gestuurd, waar het team na zorgvuldige selectie en sortering elk plukje en soms zelfs ieder haartje met de grootste precisie aan de haarband bevestigt. De eigen-haarband kan binnen 48 uur tot 21 dagen klaar zijn.

Het maakproces

Het maken van een eigen-haarband is een ambachtelijk proces, waarbij nauw contact met de klant essentieel is. Er is verrassend veel haar voor nodig. Met het haar van één hoofd, of het nu kort, lang, dun, dik, steil of krullend haar is, kan precies de rand haar worden gemaakt die nodig is. Het kan al van een kapsel van tenminste tien centimeter lang. Bij dun haar kan donorhaar worden toegevoegd ter aanvulling, waarbij uiteraard wordt gelet op structuur, kwaliteit, lengte, volume en hygiëne. Voor de beste resultaten is de volledige lengte van het huidige kapsel nodig, zelfs bij lang haar, omdat het volume zich dicht bij de hoofdhuid bevindt.

Onderhoud

Omdat het haar niet meer vet wordt vanaf de hoofdhuid en de drager er niet mee slaapt, hoeft de eigen-haarband maar eens in de twee à drie maanden te worden gewassen. Anders dan bij een pruik hoeft hij niet op een kop te worden bewaard. Bovendien kan het haar geföhnd, gestyled, en zelfs gedragen worden tijdens het sporten en zwemmen.

Tevredenheidsgarantie

Klanten hebben een volledige week om te bepalen of ze tevreden zijn met de haarband, welke kan worden teruggestuurd als iemand besluit deze niet te houden. Toupim maakt er graag een andere klant blij mee, die haar haar al verloren heeft. Op die manier wordt het haar aan een ander gedoneerd, terwijl de klant toch de kans heeft gehad om de eigen-haarband goed te beoordelen.

Betaalbare innovatie

Er is keuze uit een Toupim eigen-haarband basic, complete en fast & carefree pakket, waarvan in Nederland alle verzekeraars een deel vergoeden (tegen dezelfde voorwaarden als een pruik). Met een aanvullende verzekering kan dit bedrag hoger worden.

Doneren

Het doneren van haar is een prachtige en betekenisvolle actie. Scan de QR-code voor veel gestelde vragen en instructies als je haar wilt doneren aan iemand in nood.



Voor meer informatie en het aanvragen van brochures:

Mail: info@toupim.com

Internet: www.toupim.com

Instagram: [toupimnl](https://www.instagram.com/toupimnl)

Facebook: [Toupim](https://www.facebook.com/Toupim)

LinkedIn: www.linkedin.com/company/toupim

Telefoon: +31 20 2905097

Whatsapp: +31 621557763

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.

Soms loont even afwachten bij kanker

De Volkskrant - 16-03-2024 - Ellen de Visser

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.'

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.

Cultuurverandering

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' noe-

men: 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 immunotherapie 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.'

Niet voor iedereen

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.'

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 immunotherapie 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 immunotherapie, geen operatie

Jarenlang was het gebruikelijk om kankerpatiënten pas immunotherapie 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: immunotherapie 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 vochtophoping 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 immunotherapie 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 immunotherapie 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 niet meer goed slikken en praten, ze worden niet zo snel meer op bezoek gevraagd.' Het verklaart haar enthousiasme over de inzet van immunotherapie, waarmee ze acht jaar geleden een experimenteel onderzoek opzette. Als haar patiënten in de wachttijd voor de ope-



ratie 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 immunotherapie 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 immunotherapie. 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 kanker cel 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.

Lees het volledige artikel op onze website.



Heidi Dijkhoff

Door Anita Betten

Heidi Dijkhoff (Aruba) koestert de zee, maar bouwde in 2013 een zwembad in haar achtertuin om patiënten te begeleiden. Haar zwembad biedt een veilige omgeving voor patiënten die moeite hebben met het publieke zwembad na oncologische interventies, evenals voor patiënten die angstig zijn voor de zee of niet kunnen zwemmen. Heidi vertelt ons over studeren met een tijdsverschil en haar toewijding aan de zorg voor patiënten op Aruba.

officiële presentatie van het Cancer Care Center in november 2023 zien we een toename in doorverwijzingen en op kleine schaal al positieve resultaten in de vitaliteit en levenskwaliteit van de door ons begeleidde patiënten; een patiënt die tijdens medische behandelingen part-time is blijven werken, iemand die in de palliatieve fase weer is gaan werken en patiënten die door prehabilitatie sneller herstellen na chemoradiatie en operaties.

Kun je ons vertellen over je ervaringen en uitdagingen met de tweejarige premaster Oncologie Revalidatiewetenschappen aan de Berekuy!

Het was een enorme uitdaging om een baan van 40-50 uur per week te combineren met (het voorbereiden van) online lessen die duurden van drie uur 's nachts tot twaalf uur in de middag. Daarnaast werkte ik aan wetenschappelijk onderzoek en draaide ik het huishouden met hulp van mijn man. Nacht na nacht heb ik tussen de drie en vijf uur slaap gehad. Maar de opleiding was super interessant, leerzaam en een prachtige verbreding en verdieping van mijn kennis om oedeempatiënten, velen van hen met kanker, beter te kunnen behandelen.

Kun je ons iets vertellen over de cultuur op Aruba en hoe deze de zorg voor kankerpatiënten beïnvloedt?

Aruba heeft ongeveer 108.000 inwoners, een kleine samenleving waarvan veel mensen elkaar kennen. Er zijn nog steeds bewoners die niet (tijdig) naar de dokter gaan. Sommige heren doen niet graag prostaatonderzoek en borst- en baarmoederkanker leiden helaas nog wel eens tot echtscheidingen door mannen met een macho mentaliteit. Seksualiteit is best een taboe, artsen en hulpverleners raken het thema amper aan. Patiënten durven niets te vragen maar moeten wel met de situaties omgaan, terwijl er een groot tekort aan informatie is. Wij hopen snel een seksuoloog aan ons team toe te voegen.

Wat is de beschikbaarheid van medische technologie en behandelingen voor kankerpatiënten op Aruba?

Aruba heeft een oncoloog chirurg, oncoloog internisten, radiotherapie specialisten, een MRI-scan en een CT-scan. De radiotherapie-apparatuur behoort tot de modernste van het Caribisch gebied. Aruba kan niet alle specialismen en technologie herbergen. Verder onderzoek en gecompliceerde ingrepen/behandelingen gebeuren in goede samenwerking in het buitenland; Colombia, Nederland en de V.S.

Wat motiveerde je om deze studie te volgen, ondanks het tijdsverschil?

Ik zie veel oncologiepatiënten die vaak een gevoel van leegte ervaren na hun diagnose. Ze hebben veel vragen en grote behoefte aan begeleiding en advies.

Hoe ziet de interdisciplinaire samenwerking eruit binnen het Cancer Care Center? En hoe draagt deze bij aan de algehele zorg voor de patiënten?

Het team bestaat uit mijzelf; oncologie- en oedeemfysiotherapeut en care-manager, oncologie- en oedeemfysiotherapeut Marlon Thode, oncologiefysiotherapeut Marlon Maduro, een diëtiste/voedingsdeskundige, een klinisch psycholoog en een ergotherapeut die ook arbeidsreintegratie en stervensbegeleiding doet. Sinds de

Wat zijn de grootste uitdagingen en kansen voor de oncologie- en oedeemtherapie op Aruba in de komende jaren?

Aruba kent één Algemene Ziektekosten Verzekering die een maximaal aantal behandelingen vergoedt per jaar. Diëtisten, ergotherapeuten en psychologen worden niet vergoed. Veel mensen hebben een minimumloon wat niet toereikend is voor het betalen van behandelingen. Daarbij worden ze nog steeds laat of niet doorverwezen naar oedeemfysiotherapie door huisartsen. We werken samen met een team van jonge specialisten op de oncologie- en radiotherapieafdeling, evenals met huisartsen, om hierin verbetering te brengen.



VENOSAN® Soft, Pro en Strong maatwerk Micro Dot siliconenband. **NIEUW** confectie zwart en gesloten teenstuk. **NIEUW**

Maatwerk Micro Dot siliconenband

Beschikbaar op het hele VENOSAN® vlakbrei maatwerk assortiment: "De Micro Dot siliconenband".

Confectie zwart en gesloten teenstuk

Beschikbaar op het VENOSAN® Soft en Pro vlakbrei confectie assortiment in de uitvoering AD Ccl. 2.



Verkrijgbaar in zwart en beige

Verkrijgbaar in open en gesloten teenstuk

Voordelen Micro Dot siliconenband:

- Zorgt voor een verzekerde grip
- Comfortabel
- Huidvriendelijk
- Afdruk in de huid is nauwelijks zichtbaar



www.lohmann-rauscher.nl

Het optimaliseren van (oedeem) fysiotherapie voor kwetsbare ouderen

De paramedische richtlijn kwetsbare ouderen

Door: Corine Goossens

Tussen 2021 en 2050 zal het aantal tachtigplussers in Nederland aanzienlijk toenemen, van ruim 800 duizend naar 1,5 tot 2,6 miljoen. Deze vergrijzing brengt een groeiend aantal kwetsbare ouderen met zich mee die te maken krijgen met een complex samenspel van lichamelijke, psychische en sociale uitdagingen in hun dagelijks functioneren. Dit vergroot de kans op diverse negatieve gevolgen, waaronder functiebeperkingen, gezondheidscomplicaties, opname en overlijden.

Kwetsbaarheid is een dynamische toestand die kan verergeren door factoren zoals ziekte of eenzaamheid, maar ook verminderd kan worden door effectieve interventies. Onder kwetsbare ouderen komen vaak problemen voor zoals ondervoeding, afname van spierkracht en mobiliteit, verhoogd risico op vallen, gevoelens van eenzaamheid, depressie en cognitieve achteruitgang. Omdat er veelal een complexe zorgbehoefte is, met problematiek in verschillende domeinen die elkaar beïnvloeden, is verbetering van de zorg voor deze groep van belang waarbij de verschillende (paramedische) zorgverleners samenwerken.

Signalering en beoordeling kwetsbaarheid

De recent gepubliceerde paramedische richtlijn voor kwetsbare ouderen is

ontworpen om paramedici te ondersteunen bij het verlenen van zorg aan deze complexe doelgroep. De focus van deze richtlijn ligt op het herkennen van kwetsbaarheid, het verbeteren van de kwaliteit van leven en het verminderen van functionele beperkingen bij ouderen. De juiste begeleiding, zorg en een passende interventie kan iemands kwetsbaarheid verminderen. Door middel van de Groningen Frailty Index (GFI) kunnen (para)medici kwetsbaarheid signaleren. Deze wordt vastgesteld bij een score >4.

Door aanbevelingen te doen over verschillende aspecten van zorg, zoals mobiliteit, communicatie, voeding en psychosociale ondersteuning, beoogt de richtlijn een geïntegreerde aanpak te bevorderen. Hierbij werkt de paramedicus samen met andere paramedici en

zorgverleners om optimale resultaten voor de patiënt te behalen. Naast een overkoepelend deel over communicatie en organisatie van zorg bevat de richtlijn specifieke secties gericht op fysiotherapie/oefentherapie, ergotherapie, huidtherapie, diëtiëk en logopedie. Paramedici spelen een cruciale rol bij het verbeteren van mobiliteit en spierkracht, het verstrekken van advies over valpreventie, tips voor woningaanpassingen en het bieden van voedingsadviezen om ondervoeding te voorkomen. Voor de oedeem- en oncologiefysiotherapeut betekent dit dat twee delen van deze richtlijn kunnen dienen als leidraad voor het tijdig identificeren van kwetsbare ouderen en het initiëren van passende behandeling, namelijk de module fysiotherapie en de module huidtherapie.

Kwetsbaarheid in kaart

De juiste begeleiding, zorg en een passende interventie kan iemands kwetsbaarheid verminderen. De aanbeveling is om als fysiotherapeut de mate van kwetsbaarheid in kaart te brengen, waarbij de GFI als startpunt dient en bij een ernstig vermoeden de Evaluative Frailty Index for Physical Activity (EFIP) te gebruiken. In geval van cognitieve problemen wordt aanbevolen om een heteroanamnese uit te voeren en informatie over het cognitieve functioneren op te vragen bij de huisarts. Andere aspecten om uitgebreid te bevragen zijn auditieve/visuele beperkingen en sarcopenie en/of ondervoeding. Voor het uitvragen van het valrisico kan gebruik worden gemaakt van de valanalyse van veiligheid.nl. De richtlijn geeft een uitgebreid overzicht voor anamnese en onderzoek.

Gerichte interventie

Een persoonsgerichte interventie heeft bij (zeer) kwetsbare ouderen de voorkeur. Bespreek de doelen met de patiënt, de naasten en de andere betrokken zorgverleners, waarbij gezamenlijke multidisciplinaire doelen worden nagestreefd. Er wordt gebruik gemaakt van de FITT-trainingsprincipes om een op maat gemaakte interventie aan te bieden aan de hand van de doelstelling en de uitkomsten van de klinimetrie. Bij een verhoogd risico op kwetsbaarheid zorgt een training in een groep ervoor dat ouderen van elkaar kunnen leren en feedback kunnen geven en heeft de voorkeur. Daarnaast kan er gekozen worden voor balustraining, als er sprake is van een verhoogd valrisico. In de richtlijn worden aanbevelingen gedaan voor specifieke vormen van balustraining, zoals conventionele balustraining, tai chi en proactieve en reactieve parourstraining. Functionele training is een essentieel onderdeel bij de behandeling van de kwetsbare oudere. Het is van belang dat de oudere dit veilig en zelfstandig thuis kan uitvoeren. Overweeg daarom een huisbezoek voor verdere adviezen en voor controle of de oudere de oefeningen veilig en juist uitvoert. Gedurende het hele proces is het van belang dat gezond bewegingsgedrag wordt gestimuleerd om herwonnen functie en gezond bewegingsgedrag te behouden, dit is mogelijk bijvoorbeeld door middel van een beweegmaatje en

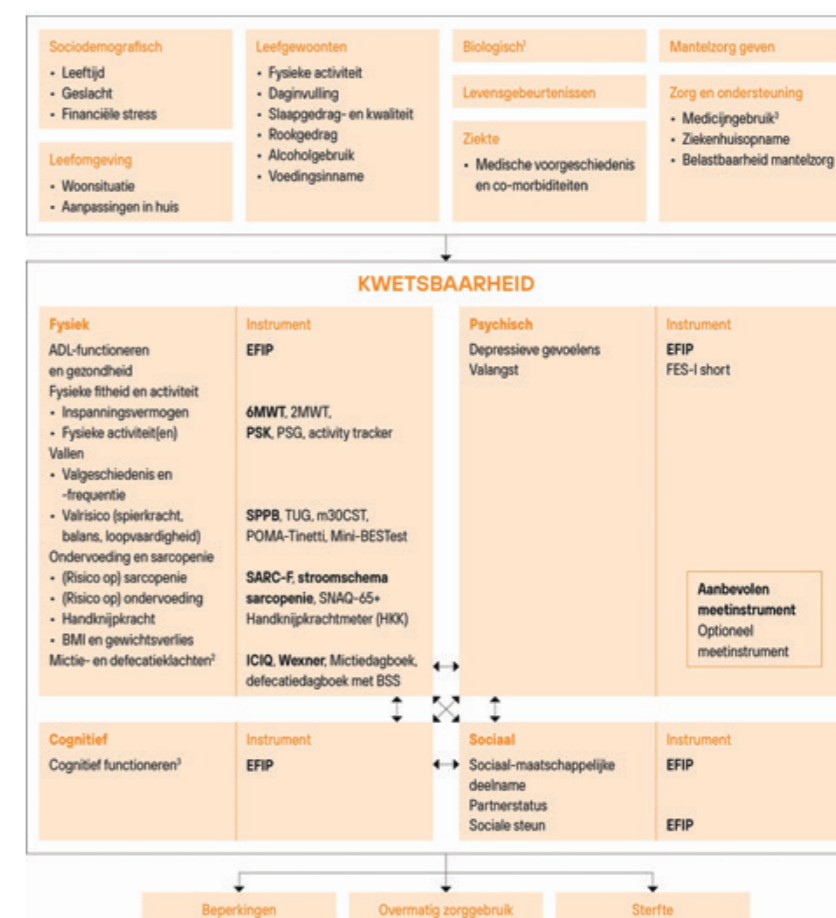
beschikbare beweegfaciliteiten in de buurt van ouderen.

De module huidtherapie biedt niet alleen waardevolle informatie voor huidtherapeuten om de behandeling te optimaliseren, maar is ook zeer relevant voor (oedeem-)fysiotherapeuten, met name op de twee laatste onderdelen. De module bevat de volgende hoofdstukken: 'signalering van skintears', 'zelfmanagementinterventie bij kwetsbare ouderen met chronisch oedeem' en 'lymfoedeem in aanwezigheid van complicerende factoren'.

Zelfmanagement bij kwetsbare ouderen

In 2022 is door de KNGF en VvOCM de richtlijn Zelfmanagement gepubliceerd (KNGF 2022). Uit de richtlijn komen verschillende zelfmanagementinterventies naar voren die effectief bevonden zijn in het vergroten van zelfmanagement bij

patiënten. Een aantal gedragsveranderingsinterventies blijken echter minder goed inzetbaar bij kwetsbare ouderen. Gezondheidsinstructies worden niet automatisch opgevolgd (French 2014, Sullivan 2017). Een mogelijke verklaring hiervoor is een vermindering van cognitief en lichamelijk functioneren, maar ook een verminderde motivatie voor gezondheidsverbetering op de langere termijn (McPhee 2016). Er bleek behoefte te bestaan aan evidence-based handvatten in de praktijkvoering om zelfmanagement bij kwetsbare ouderen te bevorderen. Bij kwetsbare ouderen is de aanbeveling om het toepassen van complexe zelfmanagementinterventies ten opzichte van opzichzelfstaande/enkele zelfmanagementinterventies of gebruikelijke zorg, te overwegen ter stimulering en/of vergroting van zelfmanagement bij kwetsbare ouderen die een indicatie hebben voor decongestieve therapie. Complexe zelfmanagement-



1. Met biologische factoren wordt bij: longfunctie, bloeddruk, totale en HDL cholesterol of bepaalde biomarkers bedoeld (deze worden niet door fysio- of oefentherapeut in kaart gebracht); 2. Deze meetinstrumenten worden alleen aanbevolen indien er uit de anamnese sprake blijkt te zijn van mictie- of defecatieklachten; 3. Vraag deze informatie op bij de huisarts of praktijkondersteuner huisarts (POH), of via een hetero-anamnese (naast mantelzorg, thuiszorg/wijkverpleging/verzorgende).
 EFIP = Evaluative Frailty Index for Physical Activity; 6MWT = Zes Minuten Wandeltest; PSK = Patient Specifieke Klachtenlijst; PSG = Patient Specific Goal-setting; SPPB = Short Physical Performance Battery; TUG = Timed-Up and Go; 30CST = 30-second Chair Stand Test; POMA-Tinetti = Performance Oriented Mobility Assessment volgens Tinetti; Mini-BESTest = Mini Balance Evaluation Systems Test; SARC-F = Strength, Assistance with walking, Rise from a chair, Climb stairs and Falls; SNAQ-65+ = Short Nutritional Assessment Questionnaire 65+; ICIQ = International Consultation on Incontinence Questionnaire; BSS = Bristol Stoelgangsschaal; FES-I = Falls Efficacy Scale International.

interventies worden gedefinieerd als een combinatie van ten minste twee of elkaar inwerkende kerncomponenten van zelfmanagement bestaande uit: uitvragen en in kaart brengen van persoon en context, ontwikkelen van zorg op maat en voorlichting en educatie.

Interventies

De uitgangsvraag: 'lymfoedeem in aanwezigheid van complicerende factoren' gaat in op behandeling van kwetsbare ouderen met een indicatie voor decongestieve therapie in combinatie met complicerende factoren zoals decompensatio cordis en arteriële insufficiëntie. CDT bestaat uit een patiëntgericht plan op basis van patiëntkarakteristieken en -voorkeuren, waarbij een combinatie van de volgende behandelingen kan plaatsvinden: decongestieve lymfatische therapie (DLT), compressie therapie (CT), intermitterende pneumatische compressie (IPC), manuele lymfdrainage (MLD), oefentherapie/beweging, mobiliserende weefsel- en fascia release-technieken, voorlichting

met ondersteunende zorg gericht op risicoreductie, huidzorg en psychosociale ondersteuning (NVDV 2023). Onderdelen van deze therapievormen kunnen door verschillende paramedici waaronder huidtherapeuten en oedeemfysiotherapeuten worden uitgevoerd. Bij kwetsbare ouderen met lymfoedeem, oftewel chronisch oedeem in combinatie met complicerende factoren, worden meerdere aanbevelingen gedaan. Behandel kwetsbare ouderen met chronisch veneuze insufficiëntie (CVI), immobiliteit en nierfalen volgens de gebruikelijke wijze van de multidisciplinaire richtlijn lymfoedeem (2024). Bij andere afwijkende factoren zoals decompensatio cordis en arteriële insufficiëntie moet de methode tot volumereductie zorgvuldig worden afgewogen van normale tot gemitigeerde compressie bij kwetsbare ouderen. Deze afweging wordt gemaakt in overleg met de behandelend specialist of de huisarts. Bij arteriële insufficiëntie kan dit leiden tot de keuze voor een klasse 1 kous met bij voorkeur een hoge stiffness.

Wees terughoudend in het aanbrengen van meerlaagse zwachtels bij kwetsbare ouderen met lymfoedeem en ernstig hartfalen (III-IV). Bouw de compressie rustig op door bijvoorbeeld te starten met enkelzijdig zwachtelen, het toepassen van één laag zwachtels of bandageer met een lagere mmhg-druk. In de richtlijn voor kwetsbare ouderen wordt MLD in de initiële fase bij lymfoedeem en decompensatio cordis in combinatie met andere aspecten van de DLT aanbevolen. Echter, volgens de nieuwe multidisciplinaire richtlijn lymfoedeem wordt MLD aan de bovenste/onderste extremiteiten niet langer beschouwd als standaard behandeling, en wordt terughoudendheid geadviseerd bij het gebruik ervan. Het gebruik van oefentherapie, conform de KNGF-richtlijn voor hartrevalidatie, wordt aanbevolen, waarbij de (oedeem)fysiotherapeut wordt erkend als expert in het behandelen van het bewegingsapparaat. Bij het kiezen uit verschillende interventies dient de kwaliteit van leven van de patiënt altijd voorop te staan.

Hematon

De patiëntenorganisatie voor mensen met bloedkanker of kanker van de lymfeklieren

Leukemie en lymfklierkanker zijn levensbedreigende vormen van kanker waarbij kwaadaardige cellen ongecontroleerd en in korte tijd gaan groeien. Er zijn veel verschillende soorten kanker, waarvan de meeste zeldzaam. Stichting Hematon geeft informatie over al deze soorten kanker, ook als die heel weinig patiënten per jaar treft.

De hematologische kankersoorten staan met circa 10 duizend nieuwe patiënten per jaar op nummer vijf van de meest voorkomende kankersoorten in Nederland bij zowel mannen als vrouwen. Hematon staat ervoor dat iedereen met bloed- of lymfklierkanker recht heeft op de best passende zorg, een goede kwaliteit van leven, betrouwbare informatie en relevant lotgenotencontact.

Wat zijn hematologische kankers?

Hematologische soorten kanker worden grofweg onderverdeeld in lymfeklierkanker, plasmaceltumoren (multipel myeloom) en leukemie. Het diffuus grootcelig B-cellymfoom (DLBCL) en het folliculair lymfoom (FL) zijn de meest voorkomende vormen van lymfeklierkanker. Multipel myeloom (M. Kahler) is de meest voorkomende vorm van plasmaceltumoren.

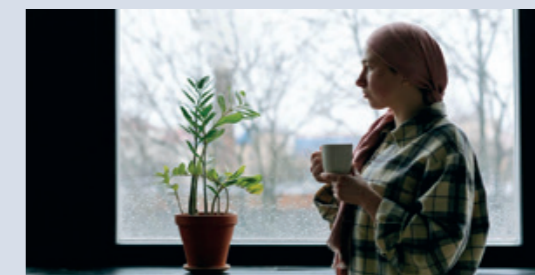
Positie en ondersteuning

Door informatie te geven, belangen te behartigen en contact tussen lotgenoten te leggen, versterkt Hematon de positie en de kwaliteit van leven van de patiënt met een hemato-oncologische aandoening. De stichting doet dat op concrete manieren. Zo organiseert zij gratis online webinars en bijeenkomsten in ziekenhuizen om patiënten beter te informeren. Dit is van levensbelang; een patiënt begrijpt de behandeling beter, weet wanneer hij of zij om een second opinion moet vragen en welke bijwerkingen er zijn te verwachten.

Hematon is vertegenwoordigd in de HOVON-werkgroepen, waar ze samen met hematologen discussieert over de zorgrichtlijnen in ziekenhuizen. Dit is belangrijk omdat het de stem van de patiënt vertegenwoordigt. Ook denkt Hematon mee over de toelating van dure geneesmiddelen. Een heet hangijzer want veel nieuwe geneesmiddelen zijn zo kostbaar dat ze niet in het basispakket worden toegelaten.

Overlevingskansen

De overlevingskansen voor hematologische kankers variëren sterk. Bij acute myeloïde leukemie (AML) is slechts 30% van de mensen vijf jaar na de diagnose nog in leven. Bij CLL (chronisch lymfatische leukemie) stijgt dat aantal naar 70% tien jaar na de diagnose. En



negen op de tien mensen die lymfklierkanker hebben, bijvoorbeeld een Hodgkinlymfoom, genezen zelfs na de behandelingen. De overlevingskansen zijn de afgelopen jaren sterk verbeterd door betere geneesmiddelen. Ze stijgen óók omdat patiënten voor hun behandeling door artsen er steeds actiever op worden gewezen dat zij zo fit mogelijk zijn als de behandeling start. Het advies 'rust' wordt door steeds meer artsen vervangen door 'beweeg'. Zo slaat chemotherapie beter aan als de conditie goed is en je op gewicht bent en blijft. Hiermee worden extra ziekenhuisopnames wegens infecties tijdens de behandeling voorkomen. Behandelingen als chemotherapie, stamceltransplantatie en immunotherapie belasten en beschadigen het lichaam en zijn de oorzaak van diverse late effecten zoals vermoeidheid, kracht- en conditieverlies.

Werk en kanker

Hematon richt zich ook op de impact van kanker op werk en inkomen. Zo blijkt dat mensen met multipel myeloom vier jaar na hun diagnose een inkomensdaling van gemiddeld 45 procent ervaren. Schokkend als je beseft dat deze vorm van kanker goed behandeld kan worden en veel mensen na hun behandeling weer terug zouden kunnen naar hun werk.

Lotgenotencontact en vragen

Vrijwilligers van Hematon geven lotgenoten direct en persoonlijk antwoord op vragen over hun ziekte, behandelingen en leven met kanker via de lotgenotentelefoon (030 - 760 38 90).

Kijk voor meer informatie op www.hematon.nl. Naast deze website is de organisatie ook te vinden op Instagram, Facebook en LinkedIn.



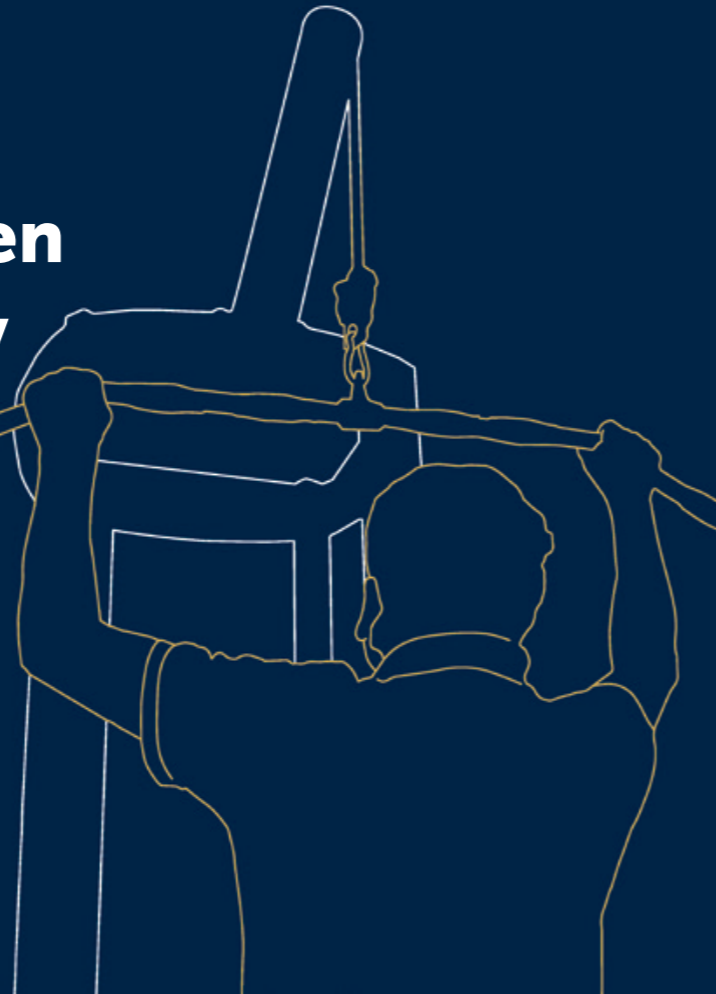
Is er nog een plaatsje bij de cursus valpreventie?



Exercise training in prostate cancer patients on androgen deprivation therapy

Op 11 januari 2024 verdedigde Lianne Houben haar proefschrift aan de Universiteit Maastricht. In haar promotieonderzoek is gekeken naar de effecten van krachttraining bij prostaat-kankerpatiënten die behandeld worden met androgeen deprivatie therapie.

Momenteel is Lianne revalidatiearts in opleiding binnen de Sint Maartenskliniek.



Hoe ben je bij deze studie betrokken geraakt?

Ik werkte destijds als arts-assistent en wilde ook graag onderzoek doen. Daarbij vond ik het belangrijk dat het een onderwerp betrof wat direct aansloot bij mijn interessegebied, en dat het meerwaarde zou hebben voor mijn verdere carrière als arts. Dit promotietraject sloot daar perfect bij aan.

Wil je eerst uitleggen wat het doel is van androgeen deprivatie therapie?

Androgeen deprivatie therapie (ADT) is een behandeling voor (lokaal) gevorderde prostaatkanker. Het werkingsmechanisme van ADT is gebaseerd op het verlagen van testosteron tot castratieniveau. We weten namelijk dat testosteron de groei van prostaattumoren stimuleert. Echter, testosteron is ook het mannelijke geslachtshormoon, en

heeft daarmee belangrijke fysiologische functies, waaronder het in stand houden van spiermassa.

Het promotietraject bevatte diverse onderzoeken. Wat waren de belangrijkste bevindingen van die onderzoeken?

We hebben laten zien dat ADT bij prostaatkankerpatiënten aanzienlijke bijwerkingen heeft, waaronder een toename van vetmassa, terwijl spiermassa, spierkracht en uithoudingsvermogen juist afnemen. Krachttraining bleek zeer effectief om deze bijwerkingen tegen te gaan.

Welke metingen zijn uitgevoerd?

We hebben gekeken naar lichaams-samenstelling, spiermassa, spierkracht, en uithoudingsvermogen.

Hoe was het onderzoek opgezet en wat waren de resultaten?

In deze multicenter, deels gerandomiseerde studie hebben we 96 prostaatkankerpatiënten geïncludeerd die behandeld werden met ADT en verdeeld over 3 groepen. De twee krachttrainingsgroepen kregen beide hetzelfde trainingsprogramma gedurende 20 weken aangeboden. Hiertegenover stond een apart geworven controlegroep, welke alleen de standaard urologische zorg ontving. Na 20 weken zagen we in de controlegroep een significante toename van vetmassa, terwijl spiermassa, spierkracht en uithoudingsvermogen afnamen. Het krachttrainingsprogramma daarentegen zorgde er voor dat patiënten minder aankwamen in vetmassa, dat spiermassa en spierkracht niet alleen behouden bleven maar zelfs toenamen, en dat het uithoudingsvermogen minder achteruitging.

Hoe zag het krachttrainingsprogramma eruit?

Het betrof een 20-weken durend programma, waarbij de patiënten twee keer per week gedurende 1 uur onder onze directe supervisie trainden. De trainingen waren progressief van aard, waarbij zowel het boven- als het onderlichaam werden getraind middels het gebruik van krachttrainingsapparatuur.

De inname van extra eiwit was ook een aspect in het onderzoek. Heeft eiwit-suppletie extra voordelen opgeleverd?

Er is ook gekeken naar het effect van extra eiwit-inname. Dit door één van de krachttrainingsgroepen een eiwit-supplement met 31 g wei-eiwit aan te bieden, dat na iedere trainingssessie en elke avond voor het slapen gaan ingenomen werd. De andere trainingsgroep kreeg een placebo-supplement, dat op dezelfde momenten ingenomen werd. We vonden geen meerwaarde van het eiwit-supplement. Mogelijk kwam dit doordat de patiënten met hun reguliere voeding al voldoende eiwit innamen (> 1.0 g per kg lichaamsgewicht per dag).

Een jaar na de start van het krachttrainingsprogramma, zo'n 7 maanden na beëindiging van het trainingsprogramma, vond een follow-up meting plaats. Wat waren de langetermijneffecten?

Na 1 jaar gaf 83% van de patiënten aan zelfstandig door te zijn gegaan met een vorm van krachttraining. Helaas bleken de eerder behaalde trainingseffecten niet effectief behouden te zijn. Het effect op vetmassa bleef behouden na 1 jaar, maar de initiële toename van spiermassa was verloren gegaan, evenals een deel van de spierkracht. Op de lange termijn blijkt het voor patiënten dus moeilijk om zelfstandig de positieve effecten van de krachttraining te behouden.

Het lijkt erop dat zelfstandige training niet voldoende is. Wat zou je aanbeveling zijn voor het toepassen van deze bevindingen in de praktijk, met name voor fysiotherapeuten?

Een gesuperviseerd en gestructureerd trainingsprogramma is effectief om de

bijwerkingen van ADT tegen te gaan. Daarom zou dit idealiter een integraal onderdeel worden van de standaardzorg voor prostaatkankerpatiënten met ADT. Verder is het van belang dat er meer aandacht komt voor effectieve strategieën om de positieve effecten ook op de lange termijn te behouden. Fysiotherapeuten kunnen een belangrijke rol spelen bij zowel de begeleiding van (een deel van) deze patiënten, als bij het ontwikkelen en implementeren van dergelijke programma's voor prostaatkankerpatiënten op ADT.

Waar kunnen we jouw proefschrift vinden?

Scan de QR-code om het proefschrift Exercise training in prostate cancer patients on androgen deprivation therapy – Maastricht University te lezen.



THUASNE

CICATREX CONTOUR

Confectie bij lipodeem

Feedback van onze klanten:

- Zacht op de huid
- Eenvoudig aan te trekken met de ritssluitingen
- Zelf in te korten (met een schaar)



PLAN EEN PASSESIE
BIJ JOU OP DE PRAKTIJK!

Cicatrex is CE-gemarkeerd volgens de Verordening 2017/745 betreffende medische hulpmiddelen. Dit is een klasse 1 medisch hulpmiddel. Lees de gebruiksaanwijzing, indicaties en contra-indicaties van het product.

Neoadjuvante atezolizumab plus chemotherapy in gastric and gastroesophageal junction adenocarcinoma

The phase 2 PANDA Trial

Onderzoek met chemotherapie en immuuntherapie voorafgaand aan een operatie bij maagkanker en kanker van de slokdarm-maagovergang – de panda studie.

Het doel van het onderzoek is om vast te stellen in hoeverre kanker in de slokdarm-maagovergang of maagkanker, op combinatiebehandeling van chemotherapie en immuuntherapie reageert. Het effect zal worden beoordeeld aan de hand van scans en met behulp van weefsel- en bloedonderzoek. In de studie kregen 20 patiënten met deze vorm van kanker de combinatie-therapie. Er werd gestart met één kuur immuuntherapie met het medicijn Atezolizumab, gevolgd door vier kuren Atezolizumab samen met chemotherapie (Docetaxel/ Oxaliplatin/ Capecitabine). Bij 14 van de 20 patiënten reageerde de tumor zeer goed op de behandeling. Bij 9 mensen was de tumor zelfs volledig verdwenen. Na bijna 4 jaar waren de meeste patiënten, 13 van de 14 patiënten, bij wie de tumor geslonken was nog steeds in leven en ziektevrij. 5 van de 6 patiënten die geen respons hadden waren helaas overleden aan de gevolgen van een recidief.

De romp Inleiding

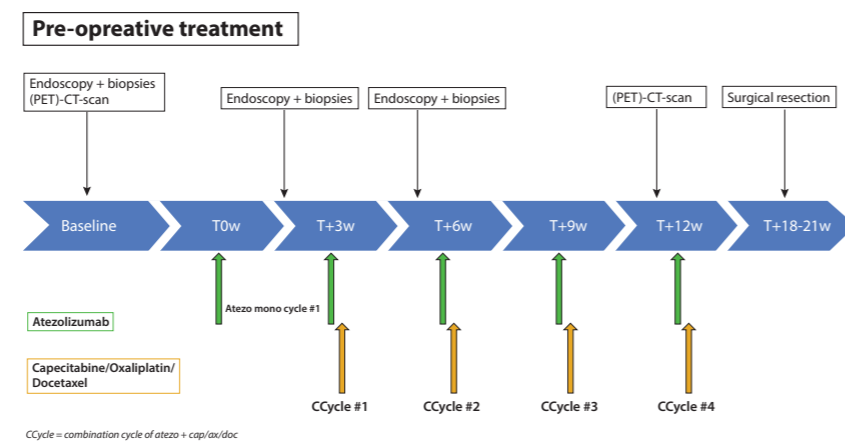
Doorgaans worden patiënten met maag- of slokdarm-maag overgang kanker zonder uitzaaingen behandeld met een combinatie van bestraling met chemotherapie voorafgaand aan de operatie, ofwel chemotherapie zo-

wel vóór als na de operatie. Ondanks vooruitgang in de behandeling, blijft de prognose van deze vormen van kanker somber. Het doel van de PANDA studie was; kunnen we door combinatietherapie van chemotherapie en immuuntherapie voorafgaand aan de operatie de prognose voor deze vormen van kanker verbeteren?

Methode

In dit kleinschalige onderzoek van het Antoni van Leeuwenhoek hebben we 20 patiënten met deze vorm van kanker geïncludeerd voor de combinatietherapie. Deze 20 patiënten waren allen ouder dan 18 jaar, verkeerden in voldoende lichamelijke conditie en hadden geen wens tot zwangerschap. Patiënten

werden behandeld met één cyclus Atezolizumab 1.200 mg monotherapie op dag 1. Na 3 weken (+/-2 dagen) en met intervallen van 3 weken tussen elke cyclus (week 3, 6, 9 en 12), kregen de patiënten in totaal vier combinatiecycli bestaande uit Atezolizumab 1.200 mg, Docetaxel 50 mg m² en Oxaliplatin 100 mg m² intraveneus aan het begin van elke cyclus, plus oraal Capecitabine 850 mg m² tweemaal daags op dag 1-14 (DOC-A) van elke cyclus. Vóór Docetaxel kregen patiënten de dag ervoor 8 mg Dexamethason oraal en op de dag van de infusie 4 mg intraveneus. Om hoge doses steroïden te vermijden, die de werkzaamheid van ICB kunnen beïnvloeden, werd de premedicatie Dexamethason verlaagd in vergelijking met de gewoonlijk voorgeschreven 16 mg gedurende 3 dagen. Alle behandelingscycli werden preoperatief gegeven en patiënten kregen geen standaard adjuvante behandeling. De operatie werd 6 tot 9 weken na het begin van de laatste behandelingscyclus gepland. Het



type chirurgische ingreep werd voornamelijk bepaald op basis van de tumorlocatie. Patiënten ondergingen een transiatale slokdarmreconstructie met maagsondereconstructie en cervicale anastomose of subtotaal gastrectomie met Billroth II-reconstructie of totale gastrectomie met Roux-en-Y-reconstructie. Bij alle patiënten werd een formele lymfadenectomie uitgevoerd. De chirurgische benadering was open of minimaal invasief. Het effect van de behandelingen werd beoordeeld aan de hand van scans en met behulp van weefsel- en bloedonderzoek op verschillende tijdstippen in de onderzoeksfase.

Resultaten

Een majeure pathologische respons ($\leq 10\%$ resterende levensvatbare tumor) werd waargenomen bij 14 van de 20 (70%, 95% betrouwbaarheidsinterval 46-88%) patiënten, waaronder 9 (45%, 95% betrouwbaarheidsinterval 23-68%) pathologische complete responsen. Bij een mediane follow-up van 47 maanden waren 13 van de 14 responders in leven en ziektevrij, en 5 van de

6 non-responders waren overleden als gevolg van recidief.

De behandeling werd goed verdragen. Er waren graad 3 immuun gerelateerde bijwerkingen bij 2 van de 20 patiënten (10%), maar geen graad 4 of 5 immuun gerelateerde bijwerkingen, en alle patiënten ondergingen resectie zonder behandeling gerelateerde vertragingen 6 tot 9 weken na de laatste cyclus van de combinatietherapie.

Discussie

Opvallend aan dit onderzoek is het geven van alleen immuuntherapie in de eerste cyclus van de therapie. Uit weefsel- en bloedonderzoek na deze eerste kuur blijkt dat bij patiënten die uiteindelijk een goede respons hadden al meer activiteit aanwezig was in het tumorgebied van bepaalde afweercellen. Dit wijst op een positieve link tussen de afweerreactie en de effectiviteit van de behandeling en zou een manier kunnen zijn om al heel vroeg tijdens de behandeling te weten of deze behandeling goed effect zal hebben. Daarnaast hebben we gevonden dat de aanwezig-

heid van bepaalde afweercellen voor de start van de behandeling mogelijk voorspellend kan zijn voor effectiviteit.

Conclusie

Een neoadjuvante behandeling van immuuntherapie gevolgd door immuuntherapie plus chemotherapie werd goed verdragen en leidde tot een significant pathologisch responspercentage van 70% bij patiënten met resectabel adenocarcinoom van de maag of slokdarm-maagovergang.

Fase Trial

Een fase-II onderzoek met een verkennend karakter

Maximaal aantal patiënten
20 patiënten

Auteur(s) en affiliatie

Mw. drs. M. Chalabi, internist-oncoloog, Antoni van Leeuwenhoek
Yara Verschoor, PhD candidate arts-onderzoeker, Antoni van Leeuwenhoek, Joris van de Haar, Antoni van Leeuwenhoek

Column Volgens Bert

Hartslag

Tijdens een concert in december 2023 werd een mevrouw onwel, waarop iemand fluisterend door de zaal liep met de vraag: "Is er een dokter in de zaal?" Een dokter bleek niet aanwezig. Bij de afwezigheid van een dokter kwam ik samen met een verpleegkundige in actie. De mevrouw, die onwel was geworden, vertoonde geen reactie op aanspreken; haar hartslag was zeer onregelmatig en ze voelde zeer klam aan. Na een minuut begon ze snurkende geluiden te maken en werd ze langzaam weer aanspreekbaar. Samen met de steun van de verpleegkundige werd de mevrouw naar buiten gebracht. Buiten de theaterzaal antwoordde ze op de vraag naar haar gezondheid: "Mijn gezondheid is prima. Nou ja, als ik pijn op de borst krijg, moet ik wel een pilletje onder mijn tong

brengen, maar die heb ik al een hele tijd niet meer bij me." De mensen van de ambulancedienst, die waren opgeroepen gingen naadloos verder. Bij een voorstelling, 2 weken later in hetzelfde theater, werd een man aan het eind van de voorstelling onwel. Er was nu ook geen dokter in de zaal. De man, die onwel werd, herstelde snel. Hij kon met hulp van 2 personen uit het theater gaan. Hij vertelde me nadat hij zichzelf weer onder controle had: "Ik ben net hersteld van de griep. Daarnaast ben ik bekend met hartritmestoornissen, waarvoor ik medicatie gebruik. Ik denk, dat ik morgen toch maar even langs de huisarts ga." Tegenover 2 gebeurtenissen in hele korte tijd staat een periode van 42 jaar, werkzaam in een groot ziekenhuis, waarin ik welgeteld één keer een mevrouw, die allergisch reageerde op toediening van chemotherapie, eenmalig een duw op

haar thorax heb gegeven. De allergische reactie, een ademstilstand, verdween direct door de medicatie die gericht was tegen de allergische reactie. Zo aan het begin van 2024 wordt het nut van het opnieuw volgen van een reanimatiecursus weer helder voor me. Gelijktijdig wordt me weer duidelijk, dat afspraken helder moeten zijn en dat soms niet zijn. Een aantal maanden geleden stelde ik een mevrouw, 1,70 lengte en 195 kilo, de vraag of ze afspraken met betrekking tot haar kwetsbare gezondheid met haar huisarts had gemaakt. Afspraken waren en zijn niet gemaakt. Ik hoop voor haar, dat een reanimatie nooit aan de orde komt, zeker niet bij een saturatie, die in ruglijk zakt tot 70.

Bert Verdonk



Geen vergoeding voor fitprogramma darmkankerpatiënten

Het prehabilitatie-programma voor darmkankerpatiënten wordt niet vergoed vanuit het basispakket van de zorgverzekering omdat onderzoek niet heeft aangetoond dat het leidt tot minder complicaties, sneller herstel of een betere kwaliteit van leven na de operatie. Dat concludeert Zorginstituut Nederland (ZiN) in het standpunt 'Multimodale prehabilitatie voorafgaand aan een operatie bij hoog risico patiënten met darmkanker'.

Hoewel het programma mogelijk effectief is, kan dit niet worden vastgesteld op basis van beschikbare onderzoeken. Alleen bewezen effectieve zorg wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Het prehabilitatie-programma richt zich op het verbeteren van de lichamelijke en

mentale conditie van patiënten voor de operatie.

Ondanks het ontbreken van bewijs voor effectiviteit, benadrukt ZiN het belang van programma's die de gezondheid en levensstijl van mensen verbeteren. Standaardzorg voor darmkankerpatiënten blijft vanuit de basisverzekering vergoed worden, inclusief behandeling van ondervoeding, stoppen met roken begeleiding, behandeling van andere aandoeningen en geriatrische begeleiding.

Scan de QR-code voor meer informatie



CZ blijft pre-habilitatie-programma Fit4Surgery steunen

Zorgverzekeraar CZ blijft prehabilitatie in ziekenhuizen vergoeden ondanks het standpunt van ZiN. Ze blijven betrokken bij het programma en ondersteunen ziekenhuizen, in afwachting van meer onderzoeksresultaten over effectiviteit en kosteneffectiviteit. Bestuursvoor-

zitter Joep de Groot benadrukt het belang van deze onderzoeksresultaten en is enthousiast over de toekomst van prehabilitatie.



Richtlijn lymfoedeem 2023

Eind december 2023 werd de nieuwe richtlijn voor lymfoedeem gepubliceerd. Deze richtlijn, in vergelijking met zijn voorganger uit 2014, brengt nieuwe inzichten met zich mee over lymfoedeem, evenals nieuwe overwegingen en vragen over de effectiviteit van zowel nieuwe als bestaande behandeltechnieken, zoals reconstructieve (micro) chirurgie en manuele lymfedrainage.

De benadering van diagnostiek en behandeling is nu meer holistisch, met de nadruk op het functioneren van de patiënt in al zijn aspecten binnen het ICF-framework. Hierbij worden niet

alleen functies en anatomische eigenschappen meegenomen, maar ook activiteiten, participatie, en persoonlijke en omgevingsfactoren. De benadering van de patiënt is nu meer een gezamenlijke activiteit, waarbij nadruk ligt op 'shared decision making' en coaching.

Binnen de diagnostiek van de nieuwe richtlijn is aandacht voor lymfoedeem als een van de mogelijke oorzaken van chronisch oedeem. Daarnaast worden aspecten zoals gewicht, beweging en huidverzorging, die van groot belang zijn bij de diagnose en behandeling van lymfoedeem, sterk belicht.

Prostaatkankerstichting vraagt aandacht voor impact van urineverlies

Uit de peiling 'Doneer Je Ervaring' van de Prostaatkankerstichting onder 974 mannen die een operatie of bestraling bij prostaatkanker hebben ondergaan blijkt dat één op de drie mannen negatieve impact ervaart van urineverlies op seksualiteit, intimiteit en mobiliteit.

Een kwart voelt zich onzeker en één op de vijf ervaart schaamte. 39 procent van de respondenten geeft aan dat hun urineverlies langer dan 2 jaar duurde. Respondenten met ernstig of een nog langduriger urineverlies ervaren vaker negatieve impact op hun dagelijks leven, vooral op gebieden zoals seksualiteit, mobiliteit en zelfbeeld.

Scan de QR-code voor meer uitkomsten



Ziekenhuizen moeten werken volgens Kwaliteitskader Palliatieve Zorg

Zilveren Kruis, de grootste zorgverzekeraar van Nederland, heeft een belangrijke stap gezet door te eisen dat ziekenhuizen werken volgens het 'Kwaliteitskader Palliatieve Zorg' om deze zorg te kunnen declareren. Dit besluit heeft verstrekende gevolgen voor ziekenhuizen, aangezien zij nu moeten voldoen aan de SON-COS-normen om oncologische behandelingen aan te bieden. Het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg is in 2017 opgesteld en ondertekend door relevante partijen, maar tot nu toe zijn er weinig ziekenhuizen die hieraan voldoen. Zilveren Kruis verplicht ziekenhuizen die met hen contracten afsluiten nu om zich in te zetten voor het verbeteren van palliatieve zorg volgens dit kwaliteitskader. Dit is goed nieuws voor patiënten en zorgverleners.

Scan de QR-code voor meer informatie



Let yourself grow Trend Colours 2024/25



endless green

wild red sunny yellow beautiful blue lovely rose powerful pink

Juzo compressieproducten zijn verkrijgbaar bij de medische vakhandel of bandagist.



juzo.nl/trend-colours



Freedom in Motion

De stille kracht van VaroCare.

VaroCare zwachtelsysteem met klittenband is de oplossing voor een comfortabele en efficiënte behandeling van oedeem. Ook tijdens de nacht!

VARODEM[®]



www.varodem.nl