

‘Laten we bij beperkte uitzaaiingen afscheid nemen van de termen curatief en palliatief’

Bij beperkt uitgezaaide kanker vervaagt de grens tussen genezen en verzachten. Radiotherapeut-oncoloog Max Peters: ‘Niet alleen de behandeling verandert hierdoor, maar ook het gesprek in de spreekkamer.’

TEKST MALOU VAN HINTUM BEELD MONIQUE WIJBRANDS



‘Oorspronkelijk waren er twee smaken in de behandeling van mensen met kanker: curatief of palliatief. We gaan u genezen, of we bestrijden uw symptomen en/of rekken uw leven. In mijn werk als radiotherapeut-oncoloog is dat onderscheid voor een groeiende groep patiënten met beperkte uitzaaiingen steeds minder duidelijk.

Ik zie veel mensen met uitzaaiingen van prostaatkanker, vaak nadat ze jaren eerder curatief waren behandeld met bestraling of een operatie. Doordat de diagnostiek is verbeterd, vinden we nieuwe uitzaaiingen sneller. Deze vaak kleine tumoren kunnen we met een hoge dosis snel, precies en daardoor uiterst effectief bestralen. Dankzij deze stereotactische bestralingen, die we periodiek kunnen herhalen, houden we de ziekte beter onder controle. En dat betekent dat zwaardere vervolgbehandelingen, zoals hormoontherapie, kunnen worden

uitgesteld. Daarnaast neemt de effectiviteit van systeembehandelingen toe. Als de respons hierop goed is, kunnen de tumoren van sommige patiënten met een initieel te uitgebreide ziekte om een lokale behandeling mogelijk te maken, teruggebracht worden tot beperkte uitzaaiingen. Daardoor kunnen ze alsnog in aanmerking komen voor een lokale behandeling, waardoor we andere (belastende) behandelingen kunnen uitstellen. Niet alleen iemands behandeling verandert hierdoor, maar ook het gesprek erover in de spreekkamer. We slagen er soms in de ziekte met lokale behandelingen onder controle te houden, maar lang niet altijd. Ik spreek daarom met patiënten meer over onzekerheden.

‘Ik spreek met patiënten meer dan voorheen over onzekerheden’

Woorden als ‘genezend’ vervang ik in zo’n gesprek door uitleg over het remmen van de ziekte en over uitstel van vervolgbehandelingen met bijwerkingen.

Inmiddels zie ik op mijn spreekuur regelmatig met tussenpozen van enkele jaren mensen terugkomen voor één of enkele uitzaaiingen. Die bestralen we één tot enkele malen, en dan kunnen ze weer voor een paar jaar klaar zijn. Zo stellen we belastende behandelingen zoals hormoontherapie zo lang mogelijk uit. Ik hoop dat we steeds vaker van uitstel ook tot afstel kunnen komen.

Het is begrijpelijk dat lokale behandeling van beperkt uitgezaaide kanker sommige mensen veel onzekerheid kan geven. Toch kiezen verreweg de meeste mensen voor deze optie, die we steeds vaker kunnen bieden. Ook als dit soms maar voor een periode van bijvoorbeeld een half jaar is. Stereotactische bestraling heeft op veel plekken in het lichaam bijna geen bijwerkingen. Ondertussen werken we hard aan een scherpere

selectie van patiënten op basis van kenmerken die samenhangen met een grotere of juist kleinere kans van slagen van deze lokale behandeling. We kunnen ze daardoor ook steeds beter inlichten over het te verwachten effect ervan.

De grenzen van lokale behandeling voor beperkt uitgezaaide kanker zijn nog lang niet bereikt. Ook bij andere soorten kanker nemen de indicaties toe: longkanker, nierkanker, borstkanker en gastro-intestinale kankers. Beperkt uitgezaaide kanker is een proces met verschillende scenario’s, afhankelijk van het ziekteverloop, de effecten van behandelingen en de doelen en wensen van de patiënt. Ik pleit er daarom voor in deze context afscheid te nemen van de termen curatief en palliatief. Ze doen geen recht aan de mogelijkheden en onzekerheden die we tegenkomen.’



Max Peters

werkt als radiotherapeut-oncoloog bij Radiotherapiegroep Deventer.