

# Koos van der Hoeven schetst de contouren van oncologie 3.0

DRS. FRANK VAN WIJCK, WETENSCHAPSJOURNALIST

**Prof. dr. ir. Koos van der Hoeven is per 1 januari 2017 hoogleraar Medische Oncologie aan de Radboud Universiteit/Radboudumc te Nijmegen en sprak op 11 mei jl. zijn oratie uit. Hij is bij het Radboudumc hoofd van de afdeling Medische Oncologie, opleider, medevoorzitter van het Centrum voor Oncologie en hoofd a.i. Kinderoncologie. Als hoogleraar zet hij zich in voor de introductie van nieuwe behandelingen tegen kanker, het stimuleren van onderzoek naar voorspellende tests voor effectiviteit van kostbare behandelingen, en het moderniseren van onderwijs en opleiding in de oncologie. Ook wil hij de regionale samenwerking op het gebied van de oncologie proberen te optimaliseren.**

Op basis van een recent artikel in *Science* van Tomasetti, Li en Vogelstein concludeerden sommige media dat kanker krijgen een vorm van pech is. Het artikel stelde juist dat omgevingsfactoren een belangrijke rol spelen, vooral roken. In uw oratie schrijft u: "Het zou het nieuwe kabinet sieren als het nog krachtiger maatregelen aankondigt om het roken, vooral van jongeren, te ontmoedigen". Wat vindt u in dit verband van de zojuist afgekondigde maatregel dat sigarettenautomaten in de horeca verboden worden en dat supermarkten en tankstations rookwaren uit het zicht van de klanten moeten leggen. Is het genoeg?

"Het is pas genoeg als niemand meer rookt, want roken speelt een grote rol in het ontstaan van vele soorten kanker. Met ontmoedigen moet vroeg in het leven worden begonnen. Wie tot zijn dertigste niet heeft gerookt zal er niet meer aan beginnen, maar voor wie er op zijn veertiende aan begint is het moeilijk om er ooit nog vanaf te komen. Helaas waren er mensen die in het artikel een alibi zagen om niets aan leefstijl te veranderen, omdat kanker krijgen toch gewoon pech is. En ik vond het nodig om daar wat van te zeggen, omdat ik wil voorkomen dat dit soort fatalisme het beeld in de media gaat overheersen. Mijn standpunt is dat je altijd moet uitgaan van de bijdrage die je zelf kunt leveren om iets te verbeteren. Dit geldt voor patiënten in de zin van niet roken om het risico op

het ontstaan van kanker te verkleinen, en stoppen met roken en een gezondere leefstijl aannemen na kankerbehandeling om de kans op recidief te verkleinen. Voor mij als oncoloog geldt dit standpunt in de zin van patiënten wijzen op het belang van een leefstijlverandering na kankerbehandeling. Hoewel ik weet hoe moeilijk het is je leefstijl te veranderen, vind ik toch dat ik dit moet benadrukken. Het is constructiever dan tegen iemand in mijn behandelkamer te zeggen: 'Had je maar niet zo dom moeten zijn'. Daar bereik je niets mee."

Een meta-analyse van Schwedhelm uit 2016 toonde aan dat een dieet dat rijk is aan plantaardige producten en vis een lagere kans op recidief geeft en dat een hoge alcoholconsumptie juist een verhoogd risico hierop met zich meebrengt. De aanpassing van leefstijl waarover u het hebt is dus essentieel. Welke rol kan de arts hierin buiten de spreekkamer spelen? "Zelf ben ik wel betrokken geweest bij voorlichtingsavonden voor collega's en patiënten over dit onderwerp en dat doe ik nog steeds. Het Nationaal AYA 'Jong & Kanker' Platform, waarvan ik voorzitter ben, verzorgt ook bijeenkomsten waarin het onderwerp leefstijl veel aandacht krijgt. Ik vind zulke voorlichting belangrijk, ook op scholen en in de media trouwens. Probleem is alleen wel dat het een moeilijk onderwerp is om over te communiceren. Je

ziet het effect niet in één of twee jaar en ook niet bij het individu. Je kunt alleen ontwikkelingen in de bevolking over een langere periode in kaart brengen. Gelukkig zijn er onder collega's wel mensen die een voorbeeldfunctie vervullen, zoals longartsen Wanda de Kanter en Pauline Dekker, die de media heel goed weten te bereiken."

Elders in deze editie spreekt diabetoloog prof. dr. Hanno Pijl over de relatie tussen diabetes en kanker. Het ontbreekt aan multidisciplinaire samenwerking op het gebied van onderzoek en patiëntenzorg, stelde hij. Bent u het daarmee eens?

"Oncologie is juist bij uitstek een multidisciplinair vak geworden. Sterker nog: Stefanie de Groot verricht promotieonderzoek waarbij prof. dr. Hanno Pijl, dr. Judith Kroep en ikzelf de begeleiders zijn. Ze onderzoekt de rol

**"Hoewel ik weet hoe moeilijk het is je leefstijl te veranderen, vind ik toch dat ik dit moet benadrukken"**

van een caloriebeperkend dieet voorafgaand aan chemotherapie als voorbereiding op een borstbesparende operatie. Hiermee hoopt ze de claim te onderbouwen dat kankercellen die ondervoed zijn, gevoeliger zijn voor chemotherapie."

In relatie tot borstkanker merkt u in uw oratie op dat Nicolaes Tulp in de zeventiende eeuw met zijn oproep tot zorgvuldigheid in chirurgisch ingrijpen eigenlijk al pleitte voor centralisatie van behandeling van borstkanker. Die centralisatie is nu volop aan de gang en niet alleen voor borstkanker. Als voorzitter van SONCOS hebt u hierin een belangrijke rol gespeeld. Hoe kijkt u aan tegen wat er nu op dit punt gebeurt? Worden de goede dingen gedaan?

"Met de invoering van de SONCOS-normen is de grootste winst in concentratie van oncologische zorg al geboekt. Nu moeten we onszelf de



Koos van der Hoeven (foto: © Theo Hafmans Fotografie Nijmegen)

vraag stellen hoe we verder gaan. Vooral als het om chronische behandeling gaat, willen patiënten die dichtbij huis ondergaan? Misschien moeten we dus afspreken bepaalde onderdelen van de behandeling te centraliseren, maar via netwerken te bewerkstelligen dat die chronische behandeling inderdaad

voor beter op de patiënt afgestemde behandelbeslissingen. Wat is de status van die ontwikkeling?

"We koesteren al jaren de wens een stukje weefsel uit te nemen waaruit op basis van targets een individueel behandeladvies kan worden gegeven. Hierin is veel vooruitgang geboekt, maar er is nog heel veel te doen. Vooraf kunnen voorspellen bij welke patiënt een behandeling wel of niet zal helpen klinkt toch eenvoudiger dan het praktisch blijkt te zijn. Samenwerking tussen wetenschap en kliniek is essentieel om hierin de noodzakelijke vervolgstappen te zetten."

dichtbij huis kan plaatsvinden, waarbij goede continuïteit van het totale behandelproces gewaarborgd wordt. De concentratie is mede in de hand gewerkt door de komst van nieuwe geneesmiddelen waarmee ervaring moest worden opgedaan. Maar immunotherapie bijvoorbeeld wordt nu voor zoveel vormen van kanker toegepast dat we weer een tegengestelde beweging moeten overwegen, in goede samenwerking met de centra die er de kennis over hebben opgebouwd. In andere gevallen kan verdere concentratie juist helpen om beter te worden in een behandeling. Dat is in het voordeel van de patiënt en kan bovendien behandelkosten besparen. Dat geld kan dan weer worden geïnvesteerd in nieuwe kankerbehandelingen."

Met betrekking tot borst- en prostaatkanker bespreekt u in uw oratie de mogelijkheden van gerichte screening als basis

Tot slot herhaalt u in uw oratie de oproep die KWF Kankerbestrijding eerder deed aan het ministerie van VWS om een apart fonds in het leven te roepen voor dure medicatie tegen kanker. Wat is daarvan de meerwaarde?

"We moeten niet willen dat tachtig ziekenhuizen individueel over de prijzen van dure geneesmiddelen moeten onderhandelen, want dan zijn prijsverschillen tussen ziekenhuizen een logisch gevolg. Dus als het ministerie van VWS op landelijk niveau de prijsonderhandelingen met de farmaceutische industrie kan voeren, graag. Het is niet uitgesloten dat het ministerie in de prijsonderhandelingen die het tot nu toe heeft gevoerd grote kortingen heeft weten te bedingen. En dan vind ik het helemaal niet zo nodig om de exacte hoogte van die kortingen te kennen. Als de uitkomst maar is dat alle ziekenhuizen patiënten de beste behandeling kunnen garanderen"

(foto: © Theo Hafmans Fotografie Nijmegen)

