



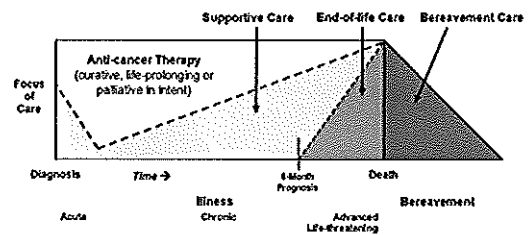
## Moet alles wat kan en kan alles wat "moet"

Opvattingen, ervaringen en standpunten van een medisch oncoloog

Sylvia Luykx-de Bakker  
Internist-oncoloog Tergooi

Tergooi zorgt vooruit.

## Palliatieve zorg door oncoloog



Palliatieve zorg begint als de diagnose 'niet te cureren maligniteit' wordt gesteld

## Palliatieve zorg door oncoloog



Belangrijkste palliatieve opties:

- Radiotherapie
- Palliatieve OK, MDL- interventies
- Palliatieve systemische therapie
  - Chemotherapie, hormonale therapie, targeted therapie
- Pijnbestrijding
- Hulp/adviezen tav verwerking

## Symptoomprevalentie in palliatieve fase



- |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| • Vermoeidheid 74%    | • Sombereheid 39%     |
| • Pijn 71%            | • Obstipatie 37%      |
| • Energiegebrek 69%   | • Zorgen maken 36%    |
| • Zwakte 60%          | • Slapeloosheid 36%   |
| • Anorexie 53%        | • Dyspnoe 35%         |
| • Gespannenheid 48%   | • Misselijkheid 31%   |
| • Gewichtsverlies 46% | • Angst 30%           |
| • Droge mond 40%      | • Prikkelbaarheid 30% |

Teunissen 2006

## Casus 1 79 jarige heer



- > 15 kg gewichtsverlies
- > moe
- > icterisch, hinderlijke jeuk

Echo abd: uitgezette galwegen, beeld pancreaskopproces

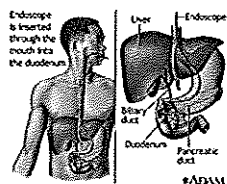
Verwezen naar MDL arts.

Plan: ter palliatie stent plaatsing

ERCP niet gelukt,

PTC wel

Brush galwegen: geen tumorcellen



## Casus 1



CT-abd: RIP thv pancreaskop en path lymfeklieren

MDO: vraag: wel of geen palliatieve chemotherapie aanbieden o/v pancreaskopcarcinoom

Advies: wel PA, v/w atypische beeld

## Casus 1



Bezoek aan oncoloog

Komt in rolstoel, is moe, icterisch en grauw

Belangrijkste vraag van patiënt:

Kan ik nog terug naar Spanje om daar te overlijden?

## Casus 1



- > met moeite overtuigd van nut bloptie
- > een beetje hoop gegeven

→ Diagnose Diffuus grootcellig CD20+ NHL

- > opname
- > start met deel chemotherapie ivm icterus
- > uiteindelijk behandeld met 6 x R-CHOP, 2x R
- > na 7 mnd in goede conditie en CR terug naar Spanje
- > Nu al > 2 jaar ziektevrije en superconditie

## Wat hebben we hiervan geleerd?



Taak van de oncoloog en het oncologisch team.  
Geen patiënt is hetzelfde in de palliatieve fase

Gebruik je inzicht en kennis om die ene patiënt er tussenuit te pikken, die anders is en mogelijk wel een betere cq goede prognose heeft.

Blijf bij een gunstig beloop nadenken, streef bijv naar een lokale aanvullende behandeling om de ziekte langer onder controle te houden

## Casus 2 Mevr B 47 jaar



- > ziektegeschiedenis ong 8 maanden
  - > 5 opnames, 59 dagen in het ziekenhuis
  - > 4 x chemotherapie
  - > 2 x operatie
  - > 1 x abscesdrainage
  - > tenminste 40 familiegesprekken
- > einde van de casus:
- > Ontevreden familie
  - > Onvrede bij verpleging en behandelteam, casus nabesproken

## Casus 2



**Mrt:** buikpijn echo: cyste adnex re 3 cm, verder gb  
**April:** MDL: CT-abd: beeld teratoom re adnex 12 cm  
gyn: adnexextirpatie. PA: plaveiselcelcarcinoom uit teratoom  
**Plan:** Stadiëring en reOK in AVL  
**Mel:** Uitgebr tumor buiten uterus + deposities in omentum, mesenterium, buikwand



## Casus 2



Palliatieve fase, infauste prognose, zeer snel groeiend weinig voorkomend carcinoom

Uitleg van Gynaecologen in AVL

Uitleg van Medisch oncologen in AVL

Advies: geen bekende 1<sup>e</sup> lijns behandeling bij dit ziektebeeld

Overweeg palliatieve chemotherapie: carboplatin/capecitabine in Tergooi

## Wat hebben we hiervan geleerd?



Taak van de oncoloog en het oncologisch team.  
Geen patiënt is hetzelfde in de palliatieve fase

Gebruik je inzicht en kennis om die ene patiënt er tussenuit te pikken, die anders is en mogelijk wel een betere cq goede prognose heeft.

Blijf bij een gunstig beloop nadenken, streef bijv naar een lokale aanvullende behandeling om de ziekte langer onder controle te houden

## Casus 2 Mevr B 47 jaar



- › ziektegeschiedenis ong 8 maanden
- › 5 opnames, 59 dagen in het ziekenhuis
- › 4 x chemotherapie
- › 2 x operatie
- › 1 x abcesdrainage
- › tenminste 40 familiegesprekken

› einde van de casus:

- › Ontevreden familie
- › Onvrede bij verpleging en behandelteam, casus nabesproken

## Casus 2



**Mrt:** buikpijn echo: cyste adnex re 3 cm, verder gb  
**April:** MDL: CT-abd: beeld teratoom re adnex 12 cm gyn: adnexectomie. PA: plaveiselcelcarcinoom uit teratoom  
**Plan:** Stadiëring en reOK in AVL  
**Mei:** Uitgebr tumor buiten uterus + deposities in omentum, mesenterium, buikwand



## Casus 2



Palliatieve fase, infauste prognose, zeer snel groeiend weinig voorkomend carcinoom

Uitleg van Gynaccologen in AVL

Uitleg van Medisch oncologen in AVL

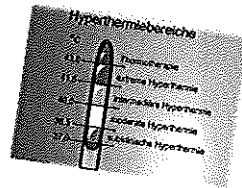
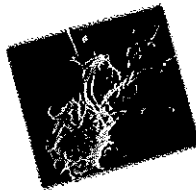
Advies: geen bekende 1<sup>e</sup> lijns behandeling bij dit ziektebeeld

Overweeg palliatieve chemotherapie: carboplatin/capecitabine in Tergool

## Niet reguliere antikanker 'behandelingen'



- › behandelingen in USA/ Duitsland (oa hyperthermie, dendritische celtherapie)
  - › Moeten we ons daarin verdiepen?
  - › Advies geven?
  - › Controles hier uitvoeren en complicaties behandelen?



## Niet reguliere antikanker 'behandelingen'



- › Vitamines/ supplementen/ kruiden
  - › > 50% gebruiken supplementen
  - › Gevoel van controle
  - › Denken dat het altijd veilig is
  - › Ontevredenheid reguliere geneeskunde
  - › Advies familie, aanbevelingen reclames
- › Gevaar:
  - › Interacties met reguliere middelen bij absorptie of metabolisme
  - › Veel onbekend
  - › Bijv valeriaan en tamoxifen: afh van CYP2D6, 3A4 metabolisme → werking tamoxifen minder
  - › Vit C, E co-enzym10 beïnvloeden werking chemotherapie
  - › Foliumzuur: toename diarree bij capecitabine

Advies kijk op : [www.aboutherb.com](http://www.aboutherb.com)

## Hoever gaan we met palliatieve chemotherapie?

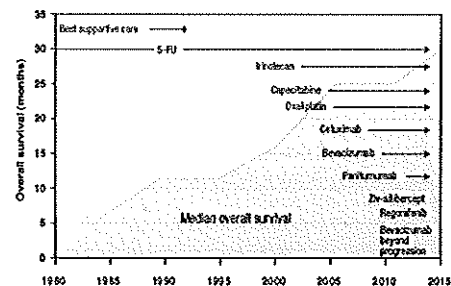


Onze grootste vijand: de media en het internet

Uitgangspunten bij palliatieve chemotherapie:

- › performancestatus moet goed genoeg zijn
- › 1<sup>e</sup> lijns behandeling
  - › Keuze afhankelijk van beste bewezen effectiviteit en/of
  - › Minste toxiciteit
- › Altijd 'shared decision making'

## Palliatieve chemotherapie gemetastaseerde coloncarcinoom



Mediane OS van 6 maanden in 1980, naar 30 maanden in 2014  
 Dankzij chemotherapie met acceptabele toxiciteit

## Casus 2 laatste opname en laatste fase



- 1 maand thuis geweest
- advies laatste keer naar geboorteland te gaan niet opgevolgd

Opname vw: koorts, ileus, hypercalciemie

CT-scan: progressie van metastasen

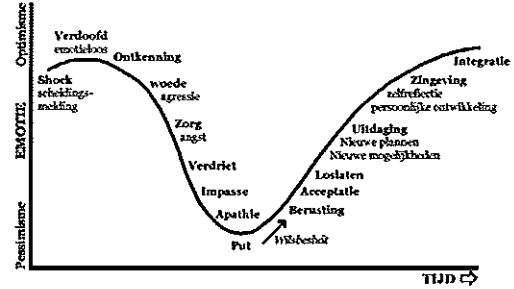
Oncologiebespreking: geen mogelijkheden fase 1

Familie eist behandeling, willen dit middels een advocaat afdwingen

## Casus 2 verstoorde rouwverwerking



### De Kübler-Ross rouwverwerkingscurve



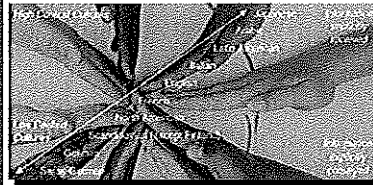
## Casus 2



- › familie gaat niet akkoord met stoppen chemotherapie
- › weigeren te spreken over het naderende einde, onder het mom van culturele verschillen
- › willen parenterale voeding
- › eisen immunotherapie, eventueel in Duitsland
- › patiënte gaat nu mee met de gedachten vd familie
- › " waarom krijg ik geen behandeling? Ik wil nog niet sterven?"

- › Na start palliatieve sedatie in aanwezigheid familie overleden

## Alles draait om communicatie



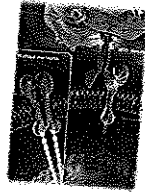
Verbetering overleving bij het gemetastaseerde HER2+ mammacarcinoom



Mediane overleving van patiënten met een gemetastaseerd HER2+ mammacarcinoom

Voor HER2-targeted therapie ruim een jaar

HER2 targeted agent	overlevingswinst
Trastuzumab	Ong 10 maanden
Lapatinib	
TDM1	> 4 maanden
Pertuzumab	> 8 maanden



Dure middelen bijv bij HER2+ mammacarcinoom



Moet alles wat kan?

1<sup>e</sup> lijn: docetaxel-trastuzumab-pertuzumab  
2<sup>e</sup> lijn: TDM1

- Huidig advies commissie BOM (NVMO)  
- ASCO guideline

→ ja het moet

Kan alles wat moet?

- Klinisch farmaceutische commissie formuleert advies

Raad van bestuur beslist



All-round borstkankerzorg

- BVN Roze lintje  
- Zorgverzekeraars

→ hopelijk kan het

Palliatie in de medische oncologie

