

## VOLUMENORM BEHANDELING VAN SLOKDARM- EN MAAGKANKER NOG TE LAAG

# Complexe slokdarm-maagkanker-zorg verder centraliseren

Grotere aantallen leiden tot betere resultaten bij de behandeling van slokdarm- en maagkanker. Een gespecialiseerd centrum, waar multidisciplinaire teams beide soorten kanker kunnen behandelen, kan betere zorg leveren, zeggen drie chirurgen.

**E**r zijn veel initiatieven genomen om de kwaliteit van hoog-complexe kankeroperaties te verbeteren. Het instellen van een volumenorm was de eerste stap om de uitkomsten van deze operaties te verbeteren. Maar er is meer nodig om betere en betaalbare zorg te kunnen leveren. De behandeling van patiënten met slokdarm- of maagkanker is complex. Dergelijke ingewikkelde behandelingen worden beter uitgevoerd in centra waar veel patiënten met deze aandoening worden behandeld. Dat komt de selectie voor behandeling, het aantal complicaties en uiteindelijk de overleving ten goede.<sup>1</sup> Een belangrijke nieuwe uitkomstmaat is het percentage patiënten voor wie je kunt voorkomen dat een complicatie fataal wordt. Het blijkt dat hoogvolume-centra veel beter in staat zijn complicaties adequaat te behandelen en zo een fatale afloop te voorkomen.<sup>2</sup> In Nederland worden jaarlijks zo'n vierduizend nieuwe gevallen van slokdarm- en maagkanker gediagnosticeerd; minder dan de helft daarvan komt in aanmerking voor een in opzet curatieve behandeling. In 2012 werden in Nederland 739 slokdarmresecties verricht in 25 ziekenhuizen.

In twaalf ziekenhuizen werden ongeveer twintig operaties per jaar uitgevoerd. Er werden in hetzelfde jaar 471 maag-resecties verricht in 42 ziekenhuizen).<sup>3</sup> Deze maand werden de Nederlandse data gepubliceerd van 10.025 patiënten die in de periode 1989-2009 een slokdarmresectie ondergingen voor stadium I-III slokdarmkanker.<sup>4</sup> Uit deze analyse bleek dat zowel de zes maanden mortaliteit als de tweejaarsoverleving substantieel beter was in een ziekenhuis dat vijftig à zestig slokdarmoperaties per jaar verricht dan in een centrum dat voldoet aan de huidige minimumnorm van twintig operaties per jaar. Verdere centralisatie van slokdarmkankeroperaties in Nederland is dus zinvol om de uitkomsten van de behandeling te verbeteren.

### Expertiseteams

Op dit moment bieden nog zo'n veertig ziekenhuizen in Nederland de zorg voor slokdarm- en maagkanker aan. Dit is inefficiënt omdat voor een relatief klein aantal patiënten in al die ziekenhuizen expertiseteams moeten worden ingesteld. Hoogcomplex zorg vereist expertise van veel medische disciplines die in een multidisciplinair team samenwerken. Het curatieve behandelplan bij slokdarm-

en maagkanker bestaat meestal uit radiotherapie en/of chemotherapie gevolgd door operatie. Concentratie in centra die een zorgpad volledig inrichten op de diagnostiek en behandeling van slokdarm- en maagkankerpatiënten optimaliseert de kwaliteit van besluitvorming en versnelt de start van de behandeling.<sup>5</sup> Gezien de complexiteit van de behandeling is een vast team van chirurgen (gespecialiseerd in ingrepen van de bovenste tractus digestivus) en (thorax) anesthesiologen een vereiste. Dit team moet uit meerdere leden bestaan zodat op elk moment van de dag (24/7) de beste specialistische zorg voor deze patiënten kan worden gegarandeerd. Het vroegtijdig herkennen van de complicaties en het tijdig instellen van de juiste behandeling is op die manier het beste gegarandeerd en leidt tot de beste uitkomsten. Voor het postoperatief traject zijn een level-3-ic en een gespecialiseerde verpleegafdeling onontbeerlijk. Daarnaast is beschikbaarheid van radiotherapie en hoofd-halsoncologie essentieel. De hoofd-halsoncologie kent veel overeenkomsten met de slokdarm-maagoncologie, waar de behandeling vrijwel altijd uit een combinatie van bestraling en operatie bestaat.

Concentratie versnelt de start van de behandeling

Bij veel patiënten bevindt de tumor zich in het overgangsgebied van slokdarm en keelholte. Hiervoor is een gemeenschappelijke behandeling noodzakelijk in hetzelfde centrum. De hoofd-halsoncologie is in Nederland reeds geconcentreerd in acht gespecialiseerde centra.<sup>6</sup>

Op dit moment neemt slechts een beperkt aantal patiënten deel aan wetenschappelijk onderzoek. Als de zorg is geconcentreerd in enkele gespecialiseerde centra kunnen die gezamenlijk trials ontwerpen en uitvoeren, en zal dit leiden tot betere uitkomsten door nieuwe behandelmethoden en innovatie in de zorg.

#### Ongewenste situatie

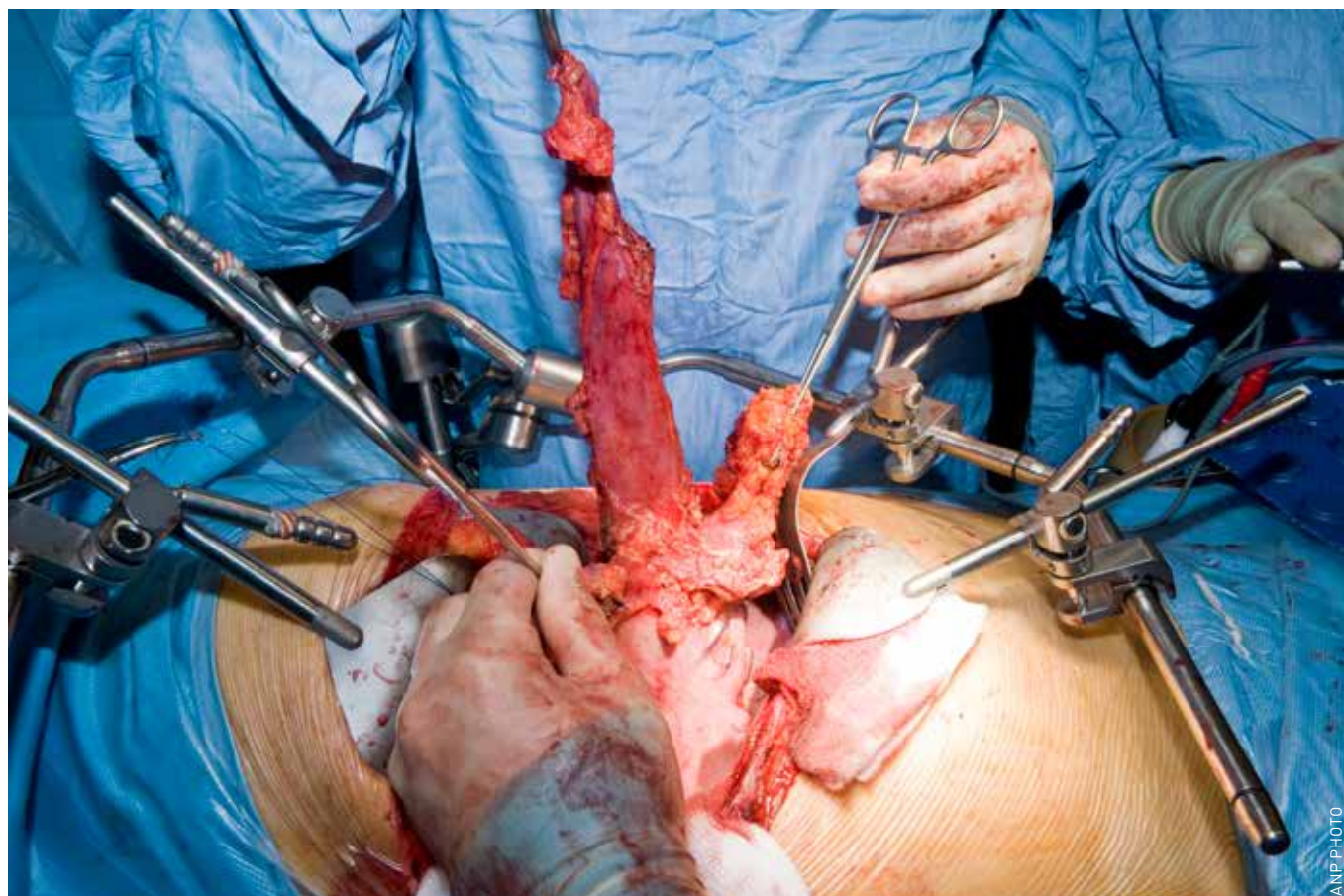
Concentratie van de hoogcomplexe-laagvolumezorg is in Nederland op gang gekomen door het instellen van een volumenorm door de Inspectie van de Ge-

## Juist de kanker op de overgang van maag en slokdarm komt veel voor

zondheidszorg. Voor slokdarmchirurgie werd in 2006 de norm van minimaal tien kankeroperaties per jaar ingesteld. Het aantal van rond de zestig ziekenhuizen die slokdarmchirurgie verrichtten, werd hierdoor gehalveerd.

In 2011 werd de norm verhoogd naar twintig operaties per jaar. In verschillende regio's werden afspraken gemaakt

om de hoogcomplexe-laagvolumezorg 'uit te ruilen'. Lever-, pancreas-, maag- en slokdarmoperaties werden zo verdeeld dat de minimumnorm van twintig per jaar werd gehaald. Er ontstonden hierdoor ook ongewenste situaties waarbij sommige klinieken alleen patiënten met maagkanker behandelen en geen patiënten met slokdarmkanker. Dit is onlogisch omdat juist de kanker op de overgang van maag en slokdarm veel voorkomt en expertise vereist op beide gebieden. Voor maagkankerchirurgie is de volumenorm pas ingesteld in 2012.<sup>7</sup> Hier gold aanvankelijk een norm van minimaal tien operaties per jaar in 2012 en twintig operaties per jaar in 2013. Het effect hiervan is nog niet goed te meten. Drie jaar geleden werd de nationale registratie van slokdarm-maagkankeroperaties opgezet (Dutch Upper GI



## Ook de palliatieve behandeling zal aan kwaliteit winnen

Cancer Audit, DUCA). Uit de rapportages van deze registratie blijkt dat het bijzonder moeilijk, zo niet onmogelijk is om op basis van deze getallen te sturen op kwaliteit. Aangezien de meeste centra rond de twintig operaties per jaar verrichten zijn de getallen namelijk veel te klein om conclusies te kunnen trekken en enige vorm van statistische toetsing toe te passen. Bovendien blijkt het moeilijk om de ingevoerde gegevens te valideren op ziekenhuis- en patiëntniveau. Daarnaast worden per ziekenhuis verschillende definities gebruikt voor bijvoorbeeld postoperatieve complicaties, die door de behandelaars zelf worden ingevoerd in de nationale database.

### Andere landen

Vergelijking met andere Europese landen liet zien dat de mortaliteit na een maagresectie in Nederland substantieel hoger was dan in Scandinavische landen.<sup>8</sup> De vijfjaarsoverleving na een maagresectie was in ons land ook significant lager dan in de rest van Europa.<sup>9</sup> In Denemarken vond tot 2003 de maagkankerchirurgie plaats in 37 ziekenhuizen. Nadat de zorg werd gecentraliseerd in vijf ziekenhuizen, daalde de mortaliteit aanzienlijk. Niet alleen de sterfte daalde maar ook de kwaliteit van de operatie nam toe. Dit bleek uit een verdrievoudiging van het percentage geopereerde patiënten met meer dan vijftien lymfeklieren in het resectiepreparaat.<sup>10</sup> In Engeland werden in 2001 afspraken gemaakt om de zorg te concentreren rond een slokdarm-maagcentrum dat een populatie van minimaal één à twee miljoen inwoners voorziet. Daarnaast moest dit centrum minimaal vier tot zes

gespecialiseerde chirurgen hebben die ieder minimaal twintig resecties per jaar verrichten en continue zorg voor hun patiënten bieden.<sup>11</sup> In de periode 2004-2008 daalde de dertigdagenmortaliteit van 7,3 naar 4,1 procent.<sup>12</sup> In 2013 werd een verdere reductie bereikt tot 1,7 procent voor slokdarmresecties en 1,1 procent voor maagresecties.<sup>13</sup>

### Verdere centralisatie

Steeds meer patiënten kiezen zelf hun behandelaar en zijn bereid ver te reizen om optimale zorg te krijgen, in veel gevallen zelfs naar het buitenland.<sup>14</sup> Met het oog op kwaliteit en doelmatigheid zouden in Nederland een beperkt aantal gespecialiseerde slokdarm-maagkankercentra moeten worden aangewezen. Centrale regie door een gemandateerde commissie van beroepsverenigingen, verzekeraars en overheid is voor snelle en adequate realisatie een vereiste. Er moeten ziekenhuisfaciliteiten en mankracht ter beschikking worden gesteld zodat deze centra de hoogcomplexiteit zorg kunnen bieden. Verplaatsen van zorg naar expertisecentra kan gevolgen hebben voor specialisten en andere betrokkenen rond de zorg voor deze patiëntengroep en vereist de nodige flexibiliteit.<sup>15</sup> Tot slot zal verdere concentratie van zorg ook leiden tot minder variatie in de behandeling van kanker.<sup>16</sup> Naast de curatieve behandeling, zal ook de palliatieve behandeling aan kwaliteit winnen door toepassing van de laatste behandelinzichten door een multidisciplinair team van specialisten bekwaam in de diagnostiek en behandeling van slokdarm- en maagkanker. ■

### contact

r.vanhillegersberg@umcutrecht.nl  
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

### web

De voetnoten vindt u onder het artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).

De status van e-sigaretten in ons land is nog steeds niet duidelijk. Hoewel het ministerie van VWS de verkrijgbaarheid van dit bedrieglijke instrument wijselijk aan banden wil leggen, is de rechter het daar niet mee eens. Dat laatste is zorgelijk en kortzichtig. Want niet alleen zijn e-sigaretten een slinkse manier om mensen verslaafd te houden aan nicotine (zie ook MC 16/2014: 811). Psychiater en nobelprijswinnaar Eric Kandel wees onlangs op een relatief onbekend risico van nicotinegebruik (NEJM 2014; 371: 932-43). Nicotine blijkt ook de weg te bereiden naar andere verslavingen.

Uit epidemiologisch onderzoek weten we dat mensen die afhankelijk zijn van een bepaald middel ook vaak een andere verslavende stof overmatig gebruiken. Een bekend voorbeeld is roken en alcoholmisbruik. Maar ook is bekend, mede door het onderzoek van de epidemiologe Denise Kandel, echtgenote van Eric en de coauteur van het voornoemde artikel, dat nicotinegebruik de weg effent naar gebruik van verslavende middelen als marihuana en cocaïne. De vraag die echter onbeantwoord bleef, is of de verslaving aan verschillende middelen een gevolg is van een algemene tendens om verslaafd te raken, of dat de ene verslaving de stap naar een volgende verslaving vergemakkelijkt. Het artikel uit NEJM suggereert het laatste. Kort gezegd leidt nicotinegebruik tot een moleculaire verandering in het beloningssysteem in de hersenen waardoor de drempel tot het verslaafd raken aan andere middelen wordt verlaagd. De implicaties voor e-sigaretten zijn, zoals de Kandels ook expliciteren, evident.

Nicotinegebruik, in welke vorm dan ook, moet worden ontmoedigd, zeker bij adolescenten. Dat sigaretten vrij verkrijgbaar zijn, draaien we niet meer terug. Voor de e-sigaret is het nog niet te laat: die moet verboden worden.

René Kahn