

Behandeling ovariumcarcinoom in Nederland onder de maat

# Concentratie loont

prof. dr. Peter Heintz,  
emeritus hoogleraar gynaecologische oncologie, UMC Utrecht

dr. Floor Vernooij,  
arts-onderzoeker, UMC Utrecht

dr. Els Witteveen, internist-oncoloog, UMC Utrecht

prof. dr. Yolanda van der Graaf,  
hoogleraar Klinische Epidemiologie, UMC Utrecht

Correspondentieadres:  
peterheintz@xs4all.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstremming gemeld.

In Nederland krijgen jaarlijks 1100 vrouwen ovariumcarcinoom.

beeld: ANP

De kwaliteit van de behandeling van ovariumcarcinoom is veel beter in gespecialiseerde centra door gespecialiseerde gynaecologen. Toch kunnen ook de beste Nederlandse centra internationaal nog niet meekomen. Dat is onaanvaardbaar. Het roer moet om.

**I**n de jaren zeventig onderging de behandeling van het ovariumcarcinoom een drastische wijziging. Bij het vroege stadium werd de stadiëringsoperatie geïntroduceerd en bij het gevorderde stadium de zogeheten debulkingoperatie. Tegelijkertijd vonden met de introductie van cisplatine, later carboplatine en paclitaxel (Taxol) belangrijke medicamenteuze doorbraken plaats. Deze ontwikkelingen leidden ertoe dat de vijfjaarsoverleving verbeterde van rond de 5 procent in de jaren zestig naar 50 procent in het huidige decennium.<sup>1,2</sup>

In de literatuur worden de beste resultaten gerapporteerd door gespecialiseerde centra waar speciaal opgeleide gynaecologen in multidisciplinair verband patiënten met ovariumcarcinoom behandelen (zie *kader*).<sup>2,3</sup> Voor de behandeling van gynaecologische tumoren is voldoende kennis van de oncologie en het beheersen van een

aantal algemeen chirurgische en gynaecologische technieken noodzakelijk.

Oncologie en algemene heelkunde zijn geen onderdeel van het opleidingspakket van de algemene gynaecoloog. Eind jaren zestig kwam in de VS het subspecialisme gynaecologische oncologie tot ontwikkeling, waarin deze vaardigheden zijn verenigd. In Nederland heeft het tot het begin van deze eeuw geduurd voordat de inhoud van dit subspecialisme werd vastgelegd, maar algemene heelkunde is daarvan nog steeds geen onderdeel.

In Nederland wordt al jaren gediscussieerd over de (on)wenselijkheid om de behandeling van het ovariumcarcinoom te centraliseren. In deze discussie ontbraken tot voor kort cijfers over de kwaliteit van de behandeling in verschillende soorten ziekenhuizen. Tot voor kort, want nu is door een groot landelijk onderzoek bekend



## Langere overleving

Uit een systematische review van de literatuur blijkt dat gynaecologen-oncologen stadiërings- en debulkingoperaties significant beter uitvoeren dan algemeen gynaecologen. Hetzelfde is het geval in gespecialiseerde ziekenhuizen. Ook de langetermijnoverleving van patiënten is beter na behandeling in een gespecialiseerd ziekenhuis. Operaties door een gynaecoloog-oncoloog resulteerden bij subgroepen van patiënten in een langere overleving. Voor patiënten met een gevorderd stadium van de ziekte leidde dit tot een levensverlenging van vijf tot acht maanden. De conclusie: het resultaat van de behandeling van ovariumcarcinoom is beter als de patiënte wordt behandeld door een gynaecoloog-oncoloog in een gespecialiseerd centrum.<sup>3</sup> In de Eurocare-4-studie werd in 2007 over de periode 1995-1999 een gestandaardiseerde vijfjaarsoverleving van de Europese ovariumcarcinoompatiënten berekend. Nederland kwam met 35,7 procent op de negende plaats, 2 tot 6,5 procentpunten lager dan landen als Noorwegen, Zweden en Finland.<sup>5</sup> In deze landen wordt een hoger percentage patiënten gecentraliseerd behandeld dan in Nederland. De SEER-database in de VS rapporteert een relatieve overleving van 45 procent.<sup>6</sup> In de VS kent men al jaren een erkende subspecialisatie in de gynaecologische oncologie.

wat het effect is van de specialisatiegraad van ziekenhuis en gynaecoloog op operatieresultaten en overleving.

### Veel ervaring

Jaarlijks krijgen 1100 vrouwen in Nederland ovariumcarcinoom. Zij worden in vrijwel alle 105 Nederlandse ziekenhuizen behandeld. Voor de analyse werden de ziekenhuizen ingedeeld in gespecialiseerde, semigespecialiseerde en algemene ziekenhuizen. Gespecialiseerde ziekenhuizen zijn centra die in hun IKC-regio functioneren als centrum voor gynaecologische oncologie. Hier werken gynaecologen-oncologen, die extra scholing hebben gevolgd in de gynaecologische oncologie. De tweede categorie, de semigespecialiseerde ziekenhuizen, zijn de grotere (opleidings) ziekenhuizen waar algemeen gynaecologen werken met veel ervaring in de operatieve behandeling van

ovarium- en endometriumcarcinoom. Algemene ziekenhuizen tot slot, zijn ziekenhuizen zonder (semi)gespecialiseerde oncologische zorg in de gynaecologie. Het specialisatieniveau van de ziekenhuizen werd in het onderzoek geaccordeerd door een panel van algemeen gynaecologen en gynaecologen-oncologen.

Van 1996 tot en met 2003 werd in Nederland bij 9932 vrouwen ovariumcarcinoom vastgesteld. Van hen hadden 8915 patiënten een epitheliale tumor. Van 8621 patiënten (96,7%)

waren de data compleet. De gemiddelde follow-up was drie jaar (spreiding 0-10 jaar). Ongeveer een derde deel had een laagstadiumcarcinoom (FIGO 1-2), 40 procent werd behandeld in een algemeen ziekenhuis, 41 procent in een semigespecialiseerd ziekenhuis en 18 procent in een gespecialiseerd ziekenhuis. De relatieve vijfjaarsoverleving van de hele populatie was 38,9 procent en de mediane overleving was 37 maanden. De relatieve vijfjaarsoverleving en de mediane overleving namen toe met toenemend specialisatieniveau van het ziekenhuis: van 38 procent en 36 maanden in algemene ziekenhuizen tot 40,3 procent en 38 maanden in gespecialiseerde ziekenhuizen.

De analyse van subgroepen toonde aan dat patiënten met een vroeg stadium van de ziekte een 30 tot 42 procent lager sterfterisico hadden als zij waren behandeld in een semigespecialiseerd of gespecialiseerd ziekenhuis in plaats van in een algemene kliniek. Dit verschil is waarschijnlijk toe te schrijven aan betere stadiëring en dus minder onderbehandeling. Bij patiënten met een gevorderd ziektestadium was het sterfterisico na behandeling in een semigespecialiseerde of gespecialiseerde kliniek slechts 10 procent lager dan na behandeling in een algemene kliniek.<sup>2</sup>

### Steekproef

Om meer inzicht te krijgen in de invloed van het type ziekenhuis en het specialisatieniveau van de gynaecoloog op de overleving, zijn de gegevens van 1077 patiënten verzameld uit een random steekproef van achttien ziekenhuizen. Hieruit bleek dat vrouwen met een vroeg stadium ovariumcarcinoom vaker een juist uitgevoerde stadiëringsoperatie ondergingen in semigespecialiseerde (58%) en gespecialiseerde ziekenhuizen (60%) dan in algemene ziekenhuizen (24%). De debulkingoperaties bij patiënten met een gevorderd stadium van de ziekte (FIGO 3-4) werden vaker goed uitgevoerd in gespecialiseerde centra (48%) dan in algemene (37%) en semigespecialiseerde (39%) klinieken.

Gynaecologen die meer dan twaalf operaties per jaar uitvoerden, bereikten significant vaker een optimaal resultaat dan gynaecologen die de operatie weinig deden. Ook ondergingen patiënten vaker optimaal een debulkingoperatie als ze werden geopereerd door een gynaecoloog samen met een chirurg. Het specialisatieniveau van de gynaecoloog en van het ziekenhuis had hierop geen invloed.

De totale overleving was het gunstigst bij patiënten die in een gespecialiseerd ziekenhuis waren behandeld en bij patiënten die door een gynaecoloog waren geopereerd die de operatie vaak uitvoerde. De respons op chemotherapie verschilde niet per type ziekenhuis. De totale

## *Gynaecologen met meer dan twaalf operaties per jaar bereikten betere resultaten*

Veruit de meeste vrouwen bij wie tussen 1996 en 2003 ovariumcarcinoom werd vastgesteld, hadden een epitheliale tumor.

beeld: Sydney Cancer Centre



overleving was beter in ziekenhuizen waar twee of meer medisch oncologen werkten en in ziekenhuizen die een groot volume ovariumcarcinoompatiënten behandelden.

Uit de studie blijkt verder dat de behandeling in de semigespecialiseerde klinieken het meest kosteneffectief is. Als de behandeling echter zou worden gecentraliseerd in academische gespecialiseerde centra en de kwaliteit van de chirurgische behandeling zou verbeteren (90% optimaal gestadiëerd en 70% optimaal gedebulkt) dan zou de behandeling in deze klinieken het meest kosteneffectief zijn. Dit is het gevolg van een gunstig effect op de mediane overleving van zeven maanden.

#### **Slechter**

Deze retrospectieve cohortstudie is de grootste studie die ooit is verricht naar de kwaliteit en de resultaten van de behandeling van het ovariumcarcinoom. Net als in kleinere studies uit het buitenland blijkt ook in Nederland het resultaat van de behandeling beduidend beter in gespecialiseerde handen en in gespecialiseerde ziekenhuizen.

Wat opvalt is dat de behandelresultaten van dit cohort aanzienlijk slechter zijn dan de resultaten die vanuit verschillende goede buitenlandse centra worden gerapporteerd. Vooral de percentages optimaal gestadiëerde patiënten en optimaal gedebulkte patiënten blijken laag in Nederland, ook in de gespecialiseerde settings. In ervaren handen en in ervaren centra moet ten minste 90 procent

van de patiënten adequaat zijn gestadiëerd en ten minste 70 procent optimaal gedebulkt.<sup>7-9</sup> Een juiste stadiëring uitvoeren, is een kwestie van de techniek beheersen en het protocol uitvoeren.

Dat deze cijfers in Nederland zo veel lager liggen, duidt erop dat ook in de centra het specialisatieniveau van de gynaecologen-oncologen onvoldoende is. In tegenstelling tot in Nederland is gynaecologische oncologie in veel landen een subspecialisatie met duidelijke eindtermen waarin abdominale chirurgie een prominente plaats inneemt. De resultaten van de behandeling van het ovariumcarcinoom zijn de afgelopen veertig jaar verbeterd van 5 procent vijfjaarsoverleving naar 50 procent in de beste buitenlandse centra. Als wij patiënten deze kans willen bieden, dan moet de organisatie van de zorg drastisch veranderen.

Het staat als een paal boven water dat de zorg het beste is in ziekenhuizen met een groot volume. Daarnaast is een gedegen training tot gespecialiseerd gynaecologisch oncoloog voor de overleving van patiënten in veel buitenlandse studies eveneens van groot belang. Om het chirurgische niveau van de behandeling op korte termijn te verbeteren, zullen gynaecologen-oncologen die de noodzakelijke abdominale chirurgische technieken niet beheersen, moeten samenwerken met collega's van de algemene of oncologische heelkunde. In een hoogvolume-situatie kunnen zij op deze wijze de noodzakelijke technieken leren en op den duur op eigen benen staan. Tegelijkertijd moeten de fellows gynaecologische oncologie een substantieel deel van hun opleidingstijd besteden aan abdominale chirurgie.

### *Het specialisatieniveau in de Nederlandse centra is onvoldoende*

## Uitglijder

Bedrijfsartsen zijn werkzaam in alle sectoren van de samenleving. Bedrijfsartsen kunnen daarom meer invloed uitoefenen dan u denkt. De bedrijfsarts van de Tweede Kamerfractie van de Partij van de Arbeid is mijn held.

De fractievoorzitter van de PvdA (J.T.) viel eind januari uit met hartklachten. Hij onderging een bypassoperatie. Begin april verscheen hij alweer op zijn werk in Den Haag in het kader van een werkhervattingsplan. T. legt zijn oude werk neer. Vanaf 1 juni zal hij volledig hervatten in aangepast werk als gewoon Tweede Kamerlid.

Dit móet het advies zijn van een bedrijfsarts. Geheel volgens de richtlijn Ischemische hartziekten van de NVAB is rekening gehouden met de mentale werkbelasting van een fractievoorzitter. Bovendien is gesignaleerd dat er sprake is van 'boosheid door conflicten op het werk'. Het gaat tenslotte om de PvdA en de kranten meldden 'uitglijders van T. tijdens de algemene beschouwingen'. Aangepast werk is dus de logische bedrijfsgeneeskundige conclusie.

De bedrijfsarts van de eenvrouwsfractie van Trots op Nederland (TON) is een sufferd.

De populaire volksvertegenwoordiger van TON (R.V.) gleed op 24 maart letterlijk uit in haar woning en 'scheurde een spiertje'. Zij noemde deze kwetsuur als reden voor haar afwezigheid tijdens het Fitna-debat op 1 april. Op 3 april was zij wél in staat om stilstaand haar 'beweging' te presenteren.

Aangezien debatten - volgens mij - ook zittend kunnen worden bijgewoond, lag ook hier aangepast werk voor de hand. Haar afwezigheid op 1 april was daarom bepaald niet om trots op te zijn. Het is duidelijk dat mevrouw V. de verkeerde adviseurs heeft. Een daadkrachtige bedrijfsarts had haar voor déze uitglijder weten te behoeden.

Jan Maasen,  
bedrijfsarts

Uiteraard hebben de ontwikkelingen in Nederland niet stilgestaan. In verscheidene regio's wordt gepoogd om een vorm van concentratie van zorg te realiseren. Men doet dit door een gynaecoloog-oncoloog uit het centrum naar alle perifere ziekenhuizen in de regio te sturen als daar een patiënt vanwege een mogelijk ovariumcarcinoom wordt geopereerd of door de zorg te concentreren in enkele ziekenhuizen in de regio. Medewerking is echter vrijblijvend en een landelijk beleid ontbreekt. Het is merkwaardig te moeten constateren dat het verwijsbeleid voor cervix-, vagina- en vulvacarcinoom niet bij ovariumcarcinoom wordt toegepast, terwijl de behandeling veel gecompliceerder is. Vanwege de sterk tegenvallende resultaten is de afgelopen jaren, vaak onder druk van de overheid, de behandeling van vrouwen met een ovariumcarcinoom gecentraliseerd in Schotland, Engeland, Finland en Noorwegen.<sup>2,3</sup> In Noorwegen wordt de behandeling nu in drie klinieken uitgevoerd, in Denemarken in vier. Noorwegen rapporteerde in 2008 een verbetering van de relatieve overleving tot 50 procent.<sup>10</sup> Patiënten willen graag zo lang mogelijk leven, zeker nu de kwaliteit van leven met de huidige middelen zeer acceptabel is. Als er een nieuw cytostaticum op de markt komt met een mediane verbetering van de overleving van zeven maanden, dan worden de resultaten in de beste medische tijdschriften gepubliceerd. Nederland kan eenzelfde verbetering bereiken door patiënten met een gynaecologische maligniteit, en ovariumcarcinoom in het bijzonder, te behandelen in een beperkt aantal ziekenhuizen door gynaecologen-oncologen. Daarnaast zouden de fellows gynaecologische oncologie een stage abdominale heelkunde moeten doorlopen en zou de samenwerking tussen gynaecologen en algemeen/oncologisch chirurgen moeten verbeteren. 



De literatuurlijst vindt u onder de digitale versie van dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl). Hier vindt u ook een verwijzing naar een eerder MC-artikel over gynaecologische oncologie van deze auteur.

### SAMENVATTING

- Net als in het buitenland is in Nederland het resultaat van de behandeling van ovariumcarcinoom beduidend beter als die wordt uitgevoerd door specialisten in gespecialiseerde ziekenhuizen.
- Toch scoren deze gespecialiseerde centra minder goed dan gespecialiseerde centra in het buitenland: het specialisatieniveau van de Nederlandse gynaecoloog-oncologen is onvoldoende.
- Gynaecologen-oncologen die de noodzakelijke abdominale chirurgische technieken niet beheersen, moeten samenwerken met collega's van de algemene of oncologische heelkunde.
- Fellows gynaecologische oncologie zouden een substantieel deel van hun opleidingstijd moeten besteden aan abdominale chirurgie.

Literatuur:

1. Heintz AP, Odicino F, Maisonneuve P e.a. Carcinoma of the ovary. FIGO Annual Report on Gynaecological Cancer. *Int J Gynaecol Obstet* 2006;95 suppl 1: S161-92.
2. Vernooij F. Ovarian Cancer Treatment in the Netherlands 1996-2003. Academisch Proefschrift. Universiteit Utrecht, 2008.
3. Vernooij F, Heintz APM, Witteveen PO, van der Graaf Y. The outcomes of ovarian cancer treatment are better when provided by gynecologic oncologists and in specialized hospitals: a systematic review. *Gynecol Oncol* 2007; 105: 801-12.
4. Vernooij F, Heintz APM, Witteveen PO, van der Heijden M, Coebergh JW, van der Graaf Y. Specialized Care and Survival of Ovarian Cancer Patients in the Netherlands: a Nationwide Cohort Study. *J Natl Cancer Inst* 2008; 19; 100(6) 399-406.
5. Berrino F, De Angelis R, Sant M, Rosso S, Bielska-Lasota M, Coebergh JW, Santaquilani M. EURO CARE Working Group. Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995-99: results of the EURO CARE-4 study. *Lancet Oncol* 2007; 8; 773-83.
6. National Cancer Institute. Cancer of the ovary. <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/ovary.html>.
7. Ovary. In: American Joint Committee on Cancer. *AJCC Cancer Staging Manual*. 5th ed. Philadelphia 1997. Lippincot-Raven Publishers. pp 201-6.
8. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. Staging Classifications and Clinical Practice Guidelines for Gynaecological Cancers. *Int J Gynaecol Obstet* 2000; 7: 207-312.
8. Heintz AP, Hacker NF, Berek JS, Rose TP, Munoz AK, Lagasse LD. Cytoreductive surgery in ovarian carcinoma: feasibility and morbidity. *Obstet Gynecol* 1986; 67: 783-8.
9. The Norwegian Cancer Registry report 2006.