

**drs. Stefan van Rooijen**  
arts-onderzoeker, afdeling  
Heelkunde, Máxima Medisch  
Centrum, Veldhoven

**drs. Johannes Wegdam**  
chirurg, afdeling Heelkunde,  
Elkerliek ziekenhuis, Helmond

**dr. Tammo de Vries Reilingh**  
chirurg, afdeling Heelkunde,  
Elkerliek ziekenhuis, Helmond

**dr. Gerrit Slooter**  
chirurg, afdeling Heelkunde,  
Máxima Medisch Centrum,  
Veldhoven

RISICO OP COMPLICATIES LAGER DOOR ACTIEVE VOORBEREIDING VAN DARMKANKERPATIËNT

# Fitte patiënt voor beter behandelresultaat

Ondanks veel verbeteringen blijft het aantal complicaties na darmchirurgie hoog. Er is nog winst te boeken door patiënten zo fit mogelijk in de ok te krijgen, door middel van prehabilitatie: een preventieprogramma voor colorectale complicaties.

**H**et was begonnen met een slechte uitslag bij het bevolkingsonderzoek voor darmkanker. Enkele maanden later, na zijn darmoperatie, zit meneer Van Vliet weer op de polikliniek chirurgie. ‘Dokter, was deze ellende te voorkomen?’ Hij wijst vertwijfeld naar zijn stomazakje en het grote uitpuilende litteken. Hij is zijn naadlekkage, ernstige longontsteking en een 35 dagen durende ziekenhuisopname net te boven en probeert voorzichtig de draad weer op te pakken. Maar een potje biljarten in het café lukt nog niet.

De meeste patiënten met dikkedarmkanker kunnen we succesvol opereren. De vijfjaarsoverleving van patiënten zonder metastasen is 60-95 procent. Maar deze operaties gaan gepaard met een hoge morbiditeit, waarbij vooral naadlekkage een ernstig probleem is. Daarnaast zijn de zorgkosten bij een patiënt met ernstige complicaties drie keer hoger dan bij een patiënt zonder complicaties.

Ondanks alle inspanningen komen bij 20 tot 60 procent van de colorectale operaties postoperatieve complicaties voor, en blijft het aantal naadlekkages steken bij 5,8 procent voor colon- en 9,4 procent voor

rectumcarcinoom. Niet alleen verslechteren naadlekkages de kwaliteit van leven, de behandeling ervan brengt ook zeer hoge kosten met zich mee. In Máxima MC kost het behandelen van een patiënt met een naadlekkage gemiddeld 36.000 euro, terwijl de kosten zonder naadlekkage beperkt blijven tot ongeveer 10.000 euro. Uitgaande van landelijk 2250 naadlekkages betekent dit ruim 58 miljoen euro onnodige zorgkosten per jaar. Er is dus veel te winnen. Hoewel het volledig voorkomen van naadlekkages misschien een utopie is, levert iedere procent reductie in ieder geval een verbetering van tussen 6 en 10 miljoen euro op. Dat maakt een investering in verbetering van de zorg de moeite waard.

Om deze reden wordt veel aandacht besteed aan de perioperatieve zorg en met name chirurgische technieken. Volgens ons is daarnaast nog winst te halen door al op de dag van de diagnosestelling (de coloscopie) te beginnen met complicatiepreventie.

### Prehabilitatie

De uitkomst van de behandeling hangt sterk samen met de conditie van de patiënt. Factoren als leeftijd, BMI, cardi-

ale status, voorgeschiedenis, rookgedrag, bewegingsgedrag, voeding en diabetes mellitus zijn hierop van invloed. Daarnaast verhogen ook comorbiditeit en medicatiegebruik (zoals corticosteroiden), het risico op complicaties. Een aantal van deze factoren is te beïnvloeden. Bij verrassend veel patiënten kan progressie worden geboekt als zij voorafgaand aan de operatie onder begeleiding een aantal weken actief trainen. Het is de bedoeling om een voorbereiding op maat te leveren, rekening houdend met de uitgangssituatie en de belastbaarheid. Voor en na fysieke training worden voedings-supplementen en calorieën beter opgeslagen. Daarom worden patiënten begeleid door een team van casemanagers, fysiotherapeuten, sportartsen, diëtisten, chirurgen en psychologen. Deze laatste groep helpt patiënten naast deze activiteiten om te stoppen met roken en biedt mentale ondersteuning in het totale traject.

Deze multidisciplinaire aanpak om preoperatieve risico's te minimaliseren

Factoren als BMI, rookgedrag en bewegingsgedrag zijn van invloed



Een multidisciplinaire aanpak om preoperatieve risico's te minimaliseren bestaat voor darmkankerpatiënten nog niet.

bestaat voor darmkankerpatiënten echter nog niet. Er zijn wel vergelijkbare initiatieven bij cardiothoracale of bariatrische chirurgie. Onder het motto *better in, better out* krijgen patiënten een intensief pre-operatief programma om in optimale conditie geopereerd te worden. Zo ook bij behandeling van patiënten met grote littekenbreuken in het Elkerliek ziekenhuis. In Máxima MC worden thans basisgegevens verzameld van colorectale patiënten om vanaf 2016 te starten met een dergelijk intensief programma. Ook het St. Antonius Ziekenhuis ontwikkelde een prehabilitatieprogramma voor deze patiënten. Resultaten van deze initiatieven zijn belangrijk, want tegenwoordig is er juist een druk om patiënten snel te opereren. De Treeknorm stelt dat binnen vijf weken na het stellen van de diagnose geopereerd zou moeten worden. Dat laat slechts vier weken over voor 'trainings-tijd' omdat er ook nog een paar dagen rust moet zijn voor de operatie. Mochten

## VERBETERINGEN IN COLORECTALE ZORG

In de afgelopen tien jaar is de behandeling van colonpatiënten aanmerkelijk verbeterd. Door toepassing van het *'enhanced recovery after surgery'*-protocol (ERAS) zijn oude dogma's verlaten. Neusmaagsondes en mechanische darmvoorbereiding bleken obsoleet. De anesthesietechnieken zijn aangepast en er wordt minder vocht gegeven. Patiënten worden eerder gestimuleerd om te mobiliseren en te eten. Hierdoor verblijven ongecompliceerde patiënten korter in het ziekenhuis en kunnen ze sneller hun activiteiten hervatten. Ook nieuwe, minimaal-invasieve operatietechnieken, zoals laparoscopie, hebben aan dit resultaat bijgedragen.

De darmkankerregistratie door de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA) in 2009 leverde vervolgens ook nieuwe inzichten in de kwaliteit van de zorg op. Verder is de toegenomen differentiatie binnen de heekunde – waardoor de electieve colorectale zorg de laatste jaren vrijwel alleen wordt uitgevoerd door gecertificeerde gastro-enterologische en/of oncologische chirurgen – gepaard gegaan met een afname in mortaliteit.

Maar wellicht belangrijker is de bevinding dat het naleven van protocollen lastig blijkt, en dat met name de mobilisatie en de uitbreiding van voeding op de verpleegafdeling minder wordt gestimuleerd dan wenselijk is. Onlangs toonden chirurgen uit Breda aan dat aandacht voor vier simpele maatregelen – het op het juiste tijdstip geven van preoperatieve antibiotica, het niet te vroeg ontharen van de huid, het beperken van het aantal deurbewegingen tijdens de operatie en een goed warmte-management – het aantal postoperatieve wondinfecties aanzienlijk vermindert.

wij in staat zijn om de winst van prehabilitatie aan te tonen, dan zou voor optimale colorectale zorg bij sommige patiënten juist meer tijd tussen diagnose en operatie nodig zijn.

### Patient empowerment

Bij de implementatie van een prehabilitatieprogramma wordt de patiënt gevraagd om invloed uit te oefenen op zijn/haar eigen gezondheid. Door inzicht te geven in risicofactoren die door de patiënt zelf zijn te beïnvloeden, zoals rook- en bewegingsgedrag, krijgt de patiënt zelf verantwoordelijkheid om zijn genezing te bevorderen. Dit wordt *patient empowerment* genoemd, en vergt een andere kijk van de arts op zijn patiënten. Door de patiënt meer te betrekken bij z'n eigen behandeling, beklijft de gegeven informatie beter, ondervindt hij meer steun gedurende het hele traject en blijft hij gemotiveerd om een actieve rol te spelen.

### Zero tolerance

Een heldere pre-, per- en postoperatieve aanpak, waarbij alle aspecten van de patiënt worden beschouwd, zou het aantal complicaties, bijkomende kosten, morbiditeit en mortaliteit kunnen verminderen. Wij willen een colorectaal traject maken waarbij alle verkregen kennis is verwerkt en gemakkelijk toepasbaar is voor heel Nederland. Lokale initiatieven zoals in het St. Antonius Ziekenhuis en de samenwerking tussen Máxima MC en het Elkerliek ziekenhuis in het te starten prehabilitatieproject zijn hiervan voorbeelden. Máxima MC, Gelre Ziekenhuizen Apeldoorn, Academisch Medisch Centrum Amsterdam én het Jeroen Bosch Ziekenhuis zijn recentelijk de stichting Fit4Surgery gestart om alle initiatieven rondom

Wij willen een colorectaal traject maken waarbij alle kennis is verwerkt

## PRAKTIJKPERIKEL

### MAAGONDERZOEK MET EEN ROESJE

Een patiënte van 50 jaar is in het afgelopen jaar behandeld voor een non-hodgkinlymfoom, en onlangs nog op controle geweest bij de internist-oncoloog. Zij heeft de internist toevertrouwd klachten van haar maag te hebben. Er werd gestart met een welbekende maagzuurremmers en de vraag of er een gastroscopie via de huisarts kan worden aangevraagd. Via het ziekenhuis is dit namelijk niet mogelijk, omdat dit niet in de dbc voor follow-up bij maligniteit past, had de internist haar vriendelijk uitgelegd. Na anamnese, lichamelijk onderzoek en overleg met patiënte zelf, kiezen we voor nog twee weken een afwachtend beleid, met daarbij ophogen van de medicatie.

Na twee weken komt zij terug met aanhoudende klachten, dus besluiten we voor de – al door de internist voorgestelde – gastroscopie te gaan.

Zeerprikkend vind ik het dat patiënte, na haar net afgeronde 'lymfoom-traject', het maagonderzoek wenst te ondergaan met een roesje.

In Zorgdomein.nl klik ik vlot en vrolijk verder. Om vervolgens de melding te krijgen dat voor een onderzoek met sedatie er eerst een poliafspraak bij de internist dient plaats te vinden ter goedkeuring.

Tijdens een telefoontje met de behulpzame secretaresse van de afdeling Interne Geneeskunde, kom ik erachter dat wegens het veelvuldige en te makkelijk aanvragen van scopieën onder sedatie (door de huisartsen), dit nieuwe beleid onlangs werd ingesteld.

Ik leg mijn dilemma voor, en ze gaat het nog eens navragen. Maar ze komt terug met de mededeling dat patiënte helaas toch echt opnieuw gezien moet worden door de internist. Ook al is zij hier reeds bekend en twee weken eerder nog uitgebreid op controle geweest.

Met een diepe zucht een verontschuldigende glimlach op mijn gezicht toverend, vertel ik de patiënte dat zij zich de week erna opnieuw bij de specialist mag melden, alwaar zij in drie minuten goedgekeurd zal worden om dan eindelijk de afspraak voor de gastroscopie te krijgen.

De onbegrijpelijke uitleg hierbij over dbc's, bureaucratie en discussies over geld in de gezondheidszorg heb ik haar maar bespaard.

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

prehabilitatie te identificeren en stimuleren.

Bovengenoemde klinieken en twintig andere ziekenhuizen vormen samen de landelijke 'Taskforce Naadlekkage'. Deze taskforce biedt een platform waar onderzoekers en klinici kennis en ervaring delen over het voorkomen van complicaties. In haar bestaan van nog geen twee jaar zijn al veel projecten tot stand gekomen. Uiteindelijk is samenwerking, het introduceren en strikt handhaven van regels voor zowel patiënt (i.e. prehabilita-

tie, shared decision making) als behandelaren, het antwoord om te komen tot een zero-tolerancebeleid voor complicaties in de colorectale zorg. ■

#### contact

[stefan.van.rooijen@mmc.nl](mailto:stefan.van.rooijen@mmc.nl)  
cc: [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

Geen belangenverstrengeling gemeld

#### web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).