

DR. ROBIN CORNELISSEN



Even voorstellen

En toen was een longarts hoofdredacteur van het NTvO! Met de huidige ontwikkeling binnen de longoncologie is dit een logisch gevolg. Waarbij een (niet nader te noemen) medisch oncoloog tijdens mijn assistententijd zich openlijk afvroeg waarom ik ervoor koos gezien het gebrek in vooruitgang, verklaarde een (ook niet nader te noemen) hoogleraar medische oncologie dat hij tegenwoordig met een jaloerse blik kijkt naar de snelle ontwikkelingen binnen de longoncologie. En snel gaat het zeker. Zo zal bijvoorbeeld de eerste bispecifieke T-cel-‘engager’ (BiTE) snel zijn intrede doen binnen de behandeling van longkanker. Aldus neem ik met plezier het stokje over van Esther van Meerten. Allereerst natuurlijk dank aan Esther voor haar voorzitterschap de afgelopen jaren!

Dan nu: even kort voorstellen, want ik neem aan dat ik uiteraard voor de meesten onbekend ben. Ik ben Robin Cornelissen, inmiddels 15 jaar longarts in het Erasmus MC in Rotterdam. De academie biedt mij een mooie combinatie van oncologische zorg, klinisch onderzoek en specialistische endobronchiale onderzoeken en -interventies. Om deels een beeld te geven over welke endobronchiale interventies het gaat: juist in dit blad wordt door collega Beyaz en anderen het intreden van de navigatiebronchoscopie in Nederland beschreven. Sinds ruim twee jaar doen wij in het Erasmus MC ook deze ingreep. De mogelijkheid om op een veilige manier bij vaak kleine, perifere laesies te kunnen komen en materiaal te verkrijgen voor pathologie heeft op onze praktijk, maar ook op de praktijk van de verwijzende ziekenhuizen, een duidelijke impact gehad.

Verder in dit nummer vindt u onder andere de herziene richtlijn voor galweg- en galblaascarcinoom die een belangrijke stap maakt richting meer gestroomlijnde, evidencebased zorg. Met nadruk op centralisatie, verfijnde beeldvorming en selectie voor chirurgie of systemische behandeling, wordt de patiëntenzorg bij deze vaak laat gediagnosticeerde tumoren aanzienlijk verbeterd. Ook locoregionale en doelgerichte therapieën krijgen een plaats binnen de behandeling van gevorderde ziekte.

In de borstkankertzorg wordt afscheid genomen van een generiek follow-up-schema. De nieuwe richtlijn introduceert een gepersonaliseerde aanpak waarin genetische en tumorkenmerken leidend zijn. Patiënten volgen geen vast traject meer, maar krijgen nacontrole op maat. MRI-onderzoek krijgt een prominentere rol bij jonge vrouwen en routinematig lichamelijk onderzoek wordt losgelaten. De NABOR-studie onderzoekt of deze benadering ook (kosten)effectief is. Een interessante casus beschrijft de presentatie van een gemetastaseerd mammacarcinoom via dyspepsieklachten, wederom een illustratie van hoe divers en onverwacht de klinische praktijk kan zijn.

Bij colorectaal carcinoom staat een overzicht van de behandeling van het onderste deel van het maag-darmkanaal centraal. De integratie van chirurgie, radiotherapie en systemische therapie vraagt om zorgvuldige afstemming per patiënt. Verder wordt in de PETN0-studie de waarde van FDG-PET/CT bij vroegstadium-mondholtekanker onderzocht als hulpmiddel bij de selectie voor schildwachtklierprocedures. En in de context van prostaatkanker wordt stilgestaan bij de rol van radiotherapie op de primaire tumor bij synchroon gemetastaseerde, hormoonsensitieve ziekte, een onderwerp waarover nog volop wordt gediscussieerd.

Veel leesplezier!

Dr. Robin Cornelissen, longarts
Hoofdredacteur