

‘Van iedere patiënt kun je iets leren’

Nieuwe kankertherapie moet systematisch onderzocht worden vindt Lenny Verkooijen. Ze pleit voor innovatiepoli's.

Door onze medewerker
Anne van Kessel

UTRECHT. Kankerpatiënten worden voortdurend blij gemaakt met een dode mus, vindt Lenny Verkooijen. ‘Nieuw medicijn voor kanker!’ klinkt het dan in de media. Zulke berichten geven hoop aan patiënten. Maar veel van de nieuwe kankerbehandelingen werken niet. Ze leiden niet tot een langer leven. Hoe kan dat?

Woensdag spreekt hoogleraar klinische evaluatie beeldgestuurde interventies Lenny Verkooijen in Utrecht haar oratie uit over het evalueren van doorbraken in kankeronderzoek. Ze pleit voor het landelijk invoeren van een innovatiepoli, waarbij innovaties structureel worden onderzocht.

Lenny Verkooijen (46) groeide op in een klein dorpje in Brabant en was lange tijd vast van plan chirurg te worden. „In de weekenden mocht ik vaak mee met mijn oom, die chirurg was. Dan werd hij opgepiept en kon ik mee naar operaties. Dat leek mij ook wel wat.”

Verkooijen vertrok op haar achttiende naar Utrecht om geneeskunde te studeren en rolde al tijdens haar studie in een promotieonderzoek naar een nieuwe methode om borstkanker vast te stellen. „Tot die tijd was het zo dat je een chirurgisch biopt moest nemen om de diagnose te stellen. Vaak was het goedaardig en had je voor niks geopereerd. Wij bekeken bij 1.000 patiënten of je met een dikke naald die door röntgen gestuurd werd, even goed diagnoses kon stellen.”

Dat bleek het geval. De nieuwe methode wordt nu gebruikt in de kliniek. „Toen zag ik voor het eerst dat je geen praktiserend arts hoeft te zijn om het verschil voor de patiënt te maken. Mijn interesse voor het onderzoek was gewekt.”

Tijdens haar promotieonderzoek deed ze de master epidemiology aan het UMC Utrecht en het Erasmus MC. Nadat ze binnen een half jaar zowel afstudeerde als arts, epidemioloog en promoveerde, vertrok ze met haar toenmalige vriend naar Genève voor een baan als epidemiologisch onderzoeker. In totaal woonde ze meer dan tien jaar in het buitenland.

Wat wilt u bereiken met uw onderzoek?

„Niet innoveren om het innoveren, maar kritisch kijken wat het oplevert voor de patiënt. Wij ontwikkelen hier momenteel beeldgestuurde behandelingen voor kanker. Een voorbeeld daarvan is de MR-Linac. De patiënt ligt in een MRI en wordt tegelijkertijd bestraald. Hierdoor kun je veel preciezer bestralen en beschadig je minder gezond weefsel.

„Dat is een ontzettend spannende ontwikkeling. Maar die moet je wel goed evalueren. Dingen kunnen op papier logisch zijn, maar kunnen in de praktijk heel anders uitpakken.”

Heeft u daar een voorbeeld van?

„Mijn wake-up call kwam in Genève



Lenny Verkooijen: „Het publiek heeft moeite om een medische doorbraak op waarde te schatten.”

door een jonge vrouw met borstkanker die al was uitgezaaid naar haar organen op het moment dat ze de diagnose kreeg. Destijds was het beleid dan niet meer te opereren. Door de operatie zouden de uitzaaiingen zelfs erger kunnen worden. Een jaar later stierf de vrouw en vlak voor haar dood vroeg ze ons uit te zoeken of een operatie niet toch beter was geweest. In een grootschalige studie zagen we toen dat de geopereerde patiënten een 40 procent lager sterfeterisico hadden.”

Het ultieme bewijs moest komen van gerandomiseerde studies. In zo'n studie worden patiënten door middel van loting over twee groepen verdeeld.

Na loting krijgt de ene groep de nieuwe behandeling, en de andere groep (de controlegroep) krijgt de bestaan-

CV Focus op het leven na kanker

Lenny Verkooijen werkte als onderzoeker aan de universiteit van Singapore, Genève en Kuala Lumpur, en keerde enkele jaren geleden terug naar Utrecht, de universiteit waar zij geneeskunde studeerde.

Verkooijen deed onderzoek naar **internationale verschillen in het risico op (borst-)kanker**. Haar speciale aandacht had het leven na de kankerdiagnose.

de behandeling. Het is de meest overtuigende manier om aan te tonen of een behandeling werkt.

Verkooijen: „Twee gerandomiseerde studies zijn nu net afgerond en wat blijkt? De geopereerde patiënten leven helemaal niet langer. Dat we dat eerder wel zagen, komt door de onderzochte groep. Vrouwen die sowieso al een betere prognose hebben worden vaker geopereerd. Daarom is randomisatie zo ontzettend belangrijk als je wil aantonen dat een behandeling werkt.”

Minder dan de helft van de nieuwe kankermedicijnen geeft een langere overleving of hogere kwaliteit van leven. Hoe kan dat?

„Mensen met kanker zijn wanhopig, die willen dat er iets gebeurt. Het kost ontzettend veel tijd om goed uit te zoeken of iets werkt, en veel pa-

tiënten hebben die tijd niet. Zowel de Amerikaanse als de Europese geneesmiddelen autoriteit, FDA en EMA, hebben hun regels versoepeld. Als er aanwijzingen zijn dat een medicijn werkt, kan het vervroegd de markt op. Maar zo kan het ook gebeuren dat we medicijnen de markt op hebben gebracht, die eigenlijk niks doen, maar die wel bijwerkingen geven.”

Patiënten vragen zelf naar experimentele behandelingen doordat ze erover lezen in de media. Hoe kunnen journalisten en wetenschappers valse hoop vermijden?

„Ik denk dat klinisch onderzoekers daar een belangrijke taak hebben, zij moeten benadrukken dat het om kleine stapjes gaat. Begrijp me niet verkeerd, er vindt een hoop prachtig labonderzoek plaats dat vaak veelbelovend is. En ik begrijp dat je als wetenschapper trots bent en je resultaten het liefst van de daken wil schreeuwen. Maar een kankerpatiënt zal niet veel van de bevindingen merken. Onderzoek heeft laten zien dat het publiek moeite heeft om een medische doorbraak op waarde te schatten. Bij gebruik van de term doorbraak verwacht het publiek een spectaculaire verbetering in overleving of kwaliteit van leven. Dat kunnen we mensen niet kwalijk nemen.”

Hoe zouden we het beter kunnen aanpakken?

„Innovaties moet je onderzoeken in een gerandomiseerde trial, maar dat gebeurt heel weinig. En 40 procent van de trials die wel starten, wordt voortijdig afgebroken. Daarom moeten we onze zorg anders inrichten: we moeten van iedere patiënt iets leren. Ik wil dat iedere patiënt na zijn of haar diagnose een gesprek krijgt op een innovatiepoli, met een onderzoeker. Daar vragen we toestemming om gegevens te mogen gebruiken voor onderzoeksdoeleinden, en om weefsel en bloed op te slaan.

„Op de innovatiepoli leggen we het begrip randomisatie uit en vragen we hier toestemming voor: ‘Het kan zijn dat u de komende tijd in aanmerking komt voor een innovatieve behandeling. Als u voor die groep loot, krijgt u alsnog de kans aan te geven of u die behandeling wilt. Maar het kan ook zijn dat u wordt ingedeeld in de controlegroep. Dan vallen we u verder niet lastig met informatie over het onderzoek en krijgt u gewoon de behandeling die u normaal ook zou hebben gekregen.’”

Hoe staan patiënten hier tegenover?

„We doen dit nu sinds 2012 op de afdeling radiotherapie van het UMCU voor drie soorten kanker en de bereidwilligheid is verbluffend hoog. Normaal gesproken komt 5 tot 10 procent van alle patiënten die geschikt zijn, in een onderzoek terecht. Als je dit zo gestructureerd aanpakt als wij nu doen, wil 80 tot 90 procent van de patiënten aan onderzoek meedoen. En 85 procent vindt het goed om gerandomiseerd te worden. Hierdoor komt uiteindelijk 60 tot 70 procent van de geschikte patiënten in gerandomiseerde studies terecht. Zo kunnen we innovaties die echt werken snel bij de patiënt krijgen en voorkom je dat je ze blootstelt aan innovaties die niet doen wat ze moeten doen.”