

Special UMC Utrecht

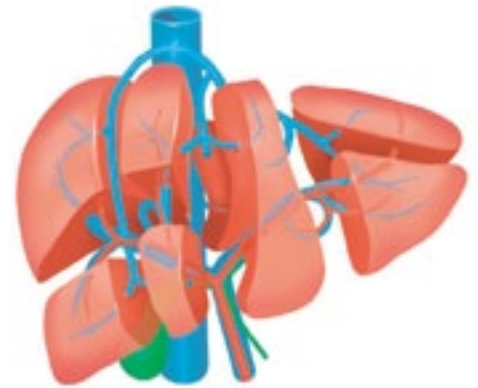
Cancer Center: Levertumoren



Universitair Medisch Centrum
Utrecht

Januari 2011

Kanker is een van de 6 speerpunten van het UMC Utrecht. In het UMC Utrecht Cancer Center wordt kennis over kanker ontwikkeld, getoetst, gedeeld en ingezet voor optimale patiëntenzorg. Het Cancer Center richt zich met name op borstkanker en MDL tumoren. In een zogenoemd oncologieoverleg beoordeelt een multidisciplinair team wekelijks alle patiënten met oncologische leverafwijkingen. Dit team bestaat uit verschillende specialisten: een MDL-arts, chirurg, medische oncoloog, radiotherapeut, radioloog en patholoog. Tijdens deze bespreking wordt per patiënt gezamenlijk bepaald welke behandeling de voorkeur heeft. Ook worden in de patiëntenbespreking foto's of casuïstiek uit andere ziekenhuizen besproken, zodat een advies gegeven kan worden aan de patiënt en verwijzer die een second opinion aanvragen.



Afdeling Maag-, darm- en leverziekten

Dr. Karel van Erpecum, MDL arts

Welke patiënten ziet u/kunnen naar u verwezen worden?

Ik zie met name veel patiënten met hepatitis B, hepatitis C, hemochromatose of een leverbeschadiging door overmatig alcoholgebruik.

Wat zijn de behandel- mogelijkheden?

Als bij patiënten met een dergelijke leverziekte geen behandeling ingesteld wordt, blijkt binnen twintig jaar toch ongeveer twintig procent een cirrose ontwikkeld te hebben. Zij hebben een kans van ongeveer drie procent per jaar op hepatocellulair carcinoom (HCC). Als dit in een vroeg stadium ontdekt wordt, kan met de huidige behandel- mogelijkheden een vijfjaarsoverleving van meer dan vijftig procent bereikt worden. Is het HCC echter al gevorderd en heeft de patiënt er klachten van, dan is de vijfjaarsoverleving minder dan tien procent. Daarom screenen wij patiënten met levercirrose elke zes tot twaalf

maanden met een echografie.

Een nadeel van screening bij cirrose is dat het vaak lastig is om vast te stellen of er sprake is van een HCC. In een cirrotische lever ontstaan immers vaak regeneratienoduli, soms moeilijk te onderscheiden van een HCC, zelfs met een aanvullende CT-scan of MRI. Tijdens het gemeenschappelijke oncologieoverleg beoordelen we wekelijks het röntgenonderzoek in samenhang met de klinische gegevens. Er wordt dan gezamenlijk een oordeel gevormd over eventueel verder onderzoek of behandeling. Als er inderdaad sprake is van een HCC, moet er een keuze gemaakt worden uit de verschillende behandelopties. Een belangrijke factor hierin is de resterende leverfunctie. Bij gedecompenseerde levercirrose is een levertransplantatie vaak de aangewezen methode; een resectie is dan meestal niet mogelijk omdat de resterende levercapaciteit te gering is. Helaas duurt het vaak een jaar of langer voor een transplantatie

kan plaatsvinden. Om tijd te winnen, krijgt de patiënt radiologische of chemotherapeutische behandelingen tot de transplantatie.

Afdeling Maag-, darm- en leverziekten



Dr. Karel van Erpecum, MDL arts

E-mail: k.j.vanerpecum@umcutrecht.nl

Telefonisch overleg MDL artsen

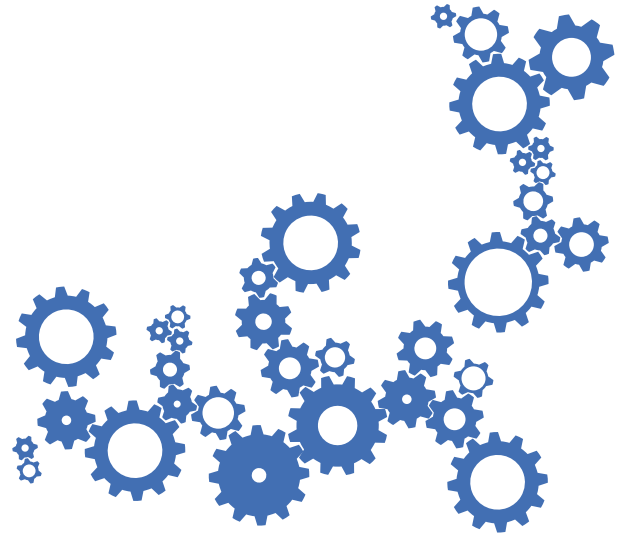
(nummer voor verwijzers): 088 75 570 04

Afdeling Chirurgie

Prof.dr. Richard van Hillegersberg, chirurg

Welke patiënten ziet u/kunnen naar u verwezen worden?

Ik vorm een chirurgisch team met Inne Borel Rinkes en Quintus Molenaar. Alle drie hebben we ons gespecialiseerd in de leverchirurgie. Met name bij colorectale metastasen is onze behandeling een belangrijk onderdeel van het totale behandelplan. Voor patiënten met primaire leverkanker kunnen we chirurgisch meestal weinig doen omdat zij een cirrotische lever hebben met erg weinig reserves.



Afdeling Chirurgie



*Prof.dr. Inne Borel Rinkes,
oncologisch chirurg
E-mail: i.h.m.borelrinkes@umcutrecht.nl*



*Prof.dr. Richard van Hillegersberg,
oncologisch chirurg
E-mail: r.vanhillegersberg@umcutrecht.nl*



*Dr. Quintus Molenaar,
oncologisch chirurg
E-mail: i.q.molenaar@umcutrecht.nl*

Telefonisch overleg chirurgen (nummer voor verwijzers):
088 75 580 74

Wat zijn de behandelmogelijkheden?

De chirurgie is volledig gericht op het tumorvrij maken van de lever. Tot zeventig procent van de lever kan worden weggehaald en het resterende deel regeneert zichzelf, wat veel mogelijkheden biedt. Soms kunnen mensen niet geopereerd worden – bijvoorbeeld omdat in beide helften een tumor zit, of omdat tumor weefsel te dicht bij vitale organen of belangrijke bloedvaten zit. We kunnen in zo'n geval verschillende strategieën volgen. Als de verwachting is dat de restlever te klein zal zijn na de operatie, kan eerst de poortader aan de te verwijderen kant worden afgesloten via zogenaamde vena porta embolisatie. De lever krimpt aan die kant, terwijl de andere leverhelft (zonder tumoren) juist groeit. Het is dan veelal wél mogelijk om de operatie met voldoende restfunctie uit te voeren. Een andere optie is om het in twee operaties te doen: eerst de ene helft behandelen, dan de lever weer laten aangroeien en vervolgens de andere helft opereren. De derde mogelijkheid is een combinatie van opereren met Radiofrequente Ablatie (RFA) in één sessie. Door onze grote ervaring op dit gebied kunnen we de operatie uitvoeren met minimaal bloedverlies, wat van groot belang is voor de uitkomst. Sinds twee jaar voeren we een aantal operaties uit via een kijkoperatie. Dit levert minder trauma op en daardoor minder kans op nieuwe aangroei van tumoren en potentieel sneller herstel van de patiënt.

Welke klinische studies lopen er waarvoor patiënten verwezen kunnen worden?

Klinisch zien we steeds meer patiënten vanwege verwijzingen uit het land, waardoor onze kennis over de problematiek en de behandelingen steeds groter wordt. Nieuwe bevindingen worden direct gebruikt.

Afdeling Medische Oncologie



Dr. Miriam Koopman, internist-oncoloog

Welke patiënten ziet u/kunnen naar u verwezen worden?

Ik vorm een team met Emile Voest en Martijn Lolkema en wij richten ons op de medicamenteuze behandeling van gastro-enterologische tumoren. Patiënten met lever tumoren, zowel primaire lever tumoren als metastasen van andere tumoren kunnen door ons worden behandeld. De medicamenteuze behandeling vormt een integraal onderdeel van het volledige behandel traject.

Wat zijn de behandelmogelijkheden?

De behandeling van levertumoren verschilt per patiënt.

Patiënten met een tot de lever beperkte metastase van colorectale tumoren komen in aanmerking voor een resectie en daarna adjuvante chemotherapie. Er zijn ook patiënten bij wie een resectie in eerste instantie niet mogelijk is, die behandelen wij met chemotherapie om de tumor kleiner te maken met als doel daarna alsnog een resectie te kunnen uitvoeren. De combinatie van chirurgie en chemotherapie hebben de laatste decennia voor een forse overlevingswinst gezorgd bij patiënten met gemetastaseerd colorectaal carcinoom en de zorg voor deze patiënten is een speerpunt binnen onze afdeling.

Als resectie niet mogelijk is omdat de lever te ziek is – dit zien we vaak bij patiënten met primaire leverkanker – of omdat ook metastasen zijn gevonden in andere organen, dan bieden we palliatieve therapie. De mogelijkheden voor patiënten met levertumoren is de laatste jaren sterk toegenomen en patiënten met zeldzame tumoren zoals hepatocellulair carcinoom en cholangiocarcinoom/ galblaascarcinoom komen nu ook in aanmerking voor medicamenteuze palliatieve therapie. Ons team is erop gericht om de nieuwste behandelopties zo snel mogelijk aan onze patiënten aan te bieden.

Welke klinische studies lopen er waarvoor patiënten verwezen kunnen worden?

De afdeling Medische Oncologie is nauw betrokken bij studies en doet ook zelf klinische trials. Een nieuw middel dat we hier aanbieden is sorafenib, een medicijn dat momenteel wordt ingezet voor behandeling van patiënten met primaire leverkanker. De bijwerkingen zijn een probleem bij dit soort middelen. Onze afdeling heeft onderzoeksprogramma's die erop gericht zijn de bijwerkingen te begrijpen en patiënten te helpen beter met de bijwerkingen om te gaan. Ook zijn we betrokken bij de grote studie Cairo 3 om te onderzoeken of je na zes behandelingen met chemotherapie voor metastasen van colorectale tumoren beter kunt stoppen om het pas weer op te pakken als er achteruitgang is, of dat het beter is om in een lage dosering

de behandeling te continueren. Daarnaast hebben we steeds meer ideeën over hoe om te gaan met patiënten, die chemotherapie krijgen om uiteindelijk een chirurgische resectie mogelijk te maken (het zogenaamde down-staging). We zijn als afdeling erg geïnteresseerd in therapie op maat. Alle tumoren hebben afwijkingen in het genetisch materiaal en we kunnen op dit moment een groot aantal DNA afwijkingen tegelijkertijd meten. In de nabije toekomst zullen we proberen om de behandeling met medicijnen meer af te stemmen op de specifieke afwijkingen die we in het tumor DNA vinden. Kortom, er zijn veel mogelijkheden om patiënten met levertumoren voor onderzoek te verwijzen.

Afdeling Medische Oncologie



*Dr. Miriam Koopman,
internist-oncoloog
E-mail: M.Koopman-6@umcutrecht.nl*



*Prof.dr. Emile Voest
internist-oncoloog
E-mail: e.e.voest@umcutrecht.nl*



*Dr. Martijn Lolkema,
internist-oncoloog
E-mail: m.p.j.lolkema@umcutrecht.nl*

*Telefonisch overleg medisch oncologen (nummer voor verwijzers):
088 75 517 61*

Afdeling Radiologie

Dr. Maurice van den Bosch, interventieradioloog

Welke patiënten ziet u/kunnen naar u verwezen worden?

Patiënten met primaire levertumoren zoals het hepatocellulair carcinoom, die niet meer geopereerd dan wel getransplanteerd kunnen worden, én patiënten met metastasen in de lever die niet (meer) met chemotherapie behandeld kunnen worden. Vaak gaat het om patiënten die in de laatste fase van hun ziekte verkeren, We bepalen of de conditie van de patient goed genoeg is voor behandeling en of de leverfuncties voldoende zijn. Als uit de CT scan blijkt dat de behandeling technisch mogelijk is, dan wordt de patiënt opgeroepen voor een poliklinische ingreep.

Wat zijn de behandelmogelijkheden?

Er zijn twee hoofdmogelijkheden voor radiologische behandeling van levertumoren. De eerste is een beeldgestuurde ablatietechniek: Radiofrequente ablatie (RFA), een methode waarmee de tumor lokaal kapot wordt gebrand. Dit is echter alleen mogelijk als de tumor maximaal vijf centimeter in doorsnede meet of als er drie kleinere tumoren zijn van maximaal drie centimeter per stuk. De tweede therapie die wij aanbieden is een intra-arteriële therapie. Transarteriële chemo-embolisatie (TACE) houdt in dat chemotherapie via de leverslagader

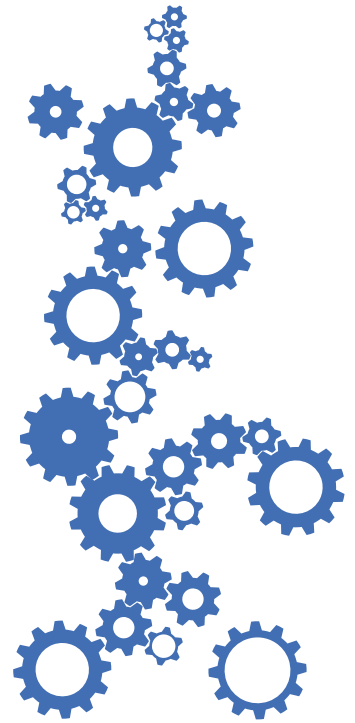
wordt ingespoten. Deze behandeling is vooral geschikt voor mensen met primaire levertumoren. Radio-embolisatie betekent dat we via de leverslagader radioactieve yttrium-90 microsferen inbrengen, wat juist geschikt is voor uitzaaiingen vanuit het colorectale gebied. We behandelen hiermee patiënten die niet meer reageren op chemotherapie of die geen chemotherapie kunnen krijgen omdat de bijwerkingen te groot zijn. Radio-embolisatie stagneert de ziektegroei en verbetert de kwaliteit van leven. Bovendien is het een procedure die plaatsvindt in dagbehandeling en die weinig bijwerkingen geeft. Dat maakt het een heel patiëntvriendelijke therapie. Momenteel is deze behandeling nog nergens anders in Nederland beschikbaar.

Wat voor klinische studies lopen er waarvoor patiënten verwezen kunnen worden?

Op dit moment doen we een studie naar radio-embolisatie met holmium-166 microsferen. Wij zijn het eerste ziekenhuis in de wereld met deze nieuwe therapie, die ontwikkeld is bij de afdeling Nucleaire Geneeskunde en de Technische Universiteit Delft. Momenteel behandelen we patiënten in een fase 1 studie.



Website UMC Utrecht
Cancer Center
www.umcutrechtcancercenter.nl



Afdeling Radiologie



Dr. Maurice van den Bosch,
interventie radioloog
E-mail: mbosch@umcutrecht.nl



Dr. Maarten van Leeuwen, radioloog
E-mail: mleeuwen@umcutrecht.nl

Telefonisch overleg radiologen
(nummer voor verwijzers): 088 75 566 87