

# ‘Als je zoekt, zul je ook meer kankers vinden’

Yolande Lievens

Door **Han Renard**. Foto's: **Bas Bogaerts**

**‘In Europees kankeronderzoek krijgt preventie veel te weinig aandacht’, zegt professor radiotherapie-oncologie Yolande Lievens.**

Naar schatting één miljoen kankergevallen zijn in Europa als gevolg van de coronacrisis over het hoofd gezien. ‘Omdat de screening van sommige kankers was vertraagd of gewoon niet gebeurde. Of omdat mensen met klachten niet naar het ziekenhuis zijn gegaan’, vertelt Yolande Lievens, die als radiotherapeut tijdens de coronacrisis bijna 10 procent minder patiënten zag in haar bestralingsafdeling.

Het miljoen gemiste diagnoses is een van de bevindingen én waarschuwingen in een recent artikel van Europese kankeronderzoekers in *The Lancet Oncology*, een wetenschappelijk toptijdschrift, waaraan Lievens, gespecialiseerd in pneumologische radiotherapie-oncologie, meewerkte. In het artikel bespreken de onderzoekers de grote uitdagingen waarmee zij het Europese kankeronderzoek geconfronteerd zien.

‘De coronacrisis en de stijgende levensduurte hebben dramatische gevolgen voor

de kankerzorg en het onderzoek, waarvan de financiering ernstig onder druk staat’, staat er te lezen.

De Europese oncologen vragen daarom een nieuwe kankerstrategie en een verdubbeling van het Europese budget voor kankeronderzoek tegen 2030. Op dit moment besteden Europese overheden jaarlijks gemiddeld 25 euro per capita aan kankerresearch. In de VS is dat jaarlijks omgerekend 234 euro, of zo'n tien keer meer.

***Jullie waarschuwen voor een heuse Europese kankerepidemie als gevolg van corona.***

YOLANDE LIEVENS: Dat klopt. Want als je kanker niet in een vroeg stadium opspoort, komen de tumoren van die patiënten op een later tijdstip en in een waarschijnlijk meer gevorderd stadium aan de oppervlakte. Dat heeft negatieve gevolgen voor de overlevingskansen en maakt zwaardere therapieën, met meer nevenwerkingen, noodzakelijk. Wat dan weer leidt tot een grotere belasting van het zorgstelsel en de samenleving in haar geheel. Voeg daarbij dat niet alleen de screening en de zorg, maar ook het kankeronderzoek tijdens de coronacrisis is gestagneerd. Heel veel studies zijn toen on hold gezet. En dat de financiering van kankeronderzoek na de





pandemie door de oorlog in Oekraïne en de economische crisis in de knel komt.

***In België wordt, in normale omstandigheden, systematisch gescreend op borst-, darm- en baarmoederhalskanker. Moet er volgens u in de toekomst meer worden gescreend?***

LIEVENS: Op Europees niveau wordt nu ook sterk geijverd voor de screening van long-, prostaat- en maagkanker. Dat laatste verwonderde mij een beetje, maar maagkanker heeft een hoge sterfte, kan voorkomen worden door onderliggende bacteriële infecties te behandelen, en komt in Oost-Europa frequent voor. Natuurlijk, gezondheidszorg blijft een nationale aangelegenheid en de lidstaten moeten de Europese aanbevelingen voor de strijd tegen kanker lokaal willen omzetten. Er zijn ook heel grote verschillen tussen Europese landen. In sommige landen in Oost-Europa is er zelfs nauwelijks screening voor borstkanker.

***Maar bent u als specialist voorstander van longkankerscreening?***

LIEVENS: Ik ben voor elke vorm van screening die wetenschappelijk zijn nut heeft bewezen. Hoe vroeger je een tumor ontdekt, hoe meer kans om de patiënt te genezen. Longkanker is nog steeds veruit de belangrijkste oorzaak van kankersterfte. Andere tumoren zoals pancreaskanker zijn nog dodelijker, maar komen gelukkig veel minder voor. Longkanker is typisch een tumor waarvoor patiënten zich te laat aanbieden. Op het moment dat ze klachten hebben, is de tumor vaak al in een gevorderd stadium, ofwel lokaal in de longen en de borstkas, ofwel door metastasen of uitzaaiingen, en dan heb je sowieso slechtere vooruitzichten. De kans op overleving is veel groter als longkanker in een vroeg stadium wordt opgespoord. Er is heel wat klinisch bewijs dat de screening van rokers en ex-rokers het aantal longkankerdoden significant, volgens studies zelfs met 20 procent, kan verlagen.

Die screening met CT-scans komt er bij ons waarschijnlijk ook wel, maar zo'n bevolkingsbreed longkankerscreening-programma uitrollen wordt een gigantische onderneming. Hoe bereik je om te beginnen de juiste mensen? Andere screenings, zoals borstkanker, zijn gebaseerd op leeftijd. Maar rookgedrag staat niet in het bevolkingsregister. Collega Jan Van →

**'Om de kankerepidemie écht in te dijken, zullen we op verschillende fronten moeten werken.'**

← Meerbeeck van het UZ Antwerpen noemt in een recente paper een cijfer tussen 520.000 en 975.000 Belgen die voor zulke jaarlijkse CT-scans in aanmerking zouden komen. Geschat wordt dat de helft van die risicogroep zich daadwerkelijk zal aanbieden. Beschikken we daarvoor in België over genoeg CT-scancapaciteit? Momenteel niet. Daarnaast moeten we ook voldoende artsen hebben, vooral radiologen, pneumologen en thoraxchirurgen, net als verpleegkundigen en ander paramedisch personeel. Als we met andere woorden gaan screenen op longkanker, moet onze zorg meegroeien. Stel dat je jaarlijks 1000 patiënten meer vroegtijdig opspoort, dan moet je die daadwerkelijk en snel kunnen behandelen, anders verliest die screening veel van haar waarde. Los daarvan: longkankerscreening mogelijk maken is op dit moment in heel Europa wel echt een hot topic.

*Met enige regelmaat verschijnen er juichberichten over een doorbraak in kankeronderzoek. Maar nadien wordt het dan weer stil.*

LIEVENS: Dat is soms lastig, inderdaad. Want natuurlijk willen onderzoekers graag aandacht voor hun werk. Maar soms gaat het in zulke doorbraakberichten over nog heel preliminair en basiswetenschappelijk onderzoek. Ik hoorde een researcher eens zeggen: ik heb helemaal niet beweerd dat ik een goede behandeling voor kanker heb. Ik heb gewoon gezegd dat als je een muis bent en kanker hebt, ik je misschien beter kan helpen. Die had dus iets interessants bij muizen ontdekt. Of denk aan immunotherapie. De grondleggers daarvan hebben in 2018 de Nobelprijs gekregen, maar tussen de eerste wetenschappelijke suggestie en de echte klinische toepassing zat een periode van 20 jaar. Het vergt ook veel tijd om via klinisch onderzoek en tests bij patiënten de werkzaamheid van een nieuwe, experimentele therapie te bewijzen. En als je eenmaal resultaten hebt, moeten die worden vertaald in nieuwe richtlijnen die door zorgprofessionals als de standaard worden geaccepteerd, en vervolgens ook worden terugbetaald, zodat artsen die behandeling ook dagelijks kunnen toepassen.

*Naar sommige types kankeronderzoek gaan veel middelen, naar andere veel minder.*

LIEVENS: Dat klopt. In Europees kankeronderzoek gaan onevenredig veel aandacht en middelen naar zogenaamde *discovery research*, zoals onderzoek naar nieuwe medicijnen. Onderzoek naar

preventie vertegenwoordigt slechts 4 procent van de researchmiddelen. Daar wordt door overheden om de een of andere reden veel minder aandacht aan besteed.

*Terwijl daar de grote winst te halen valt. 40 procent van kankers kan worden voorkomen met goede preventie, schrijven jullie.*

LIEVENS: Dat betekent dus dat je juist veel meer moet werken op factoren die het risico op kanker verhogen: roken, alcoholgebruik, obesitas, ongezonde voeding, een gebrek aan beweging. Maar daar gebeurt veel minder onderzoek naar. Ook tussen behandelingstechnieken wordt onderzoeksgeld onevenwichtig verdeeld. Nu gaat héél veel aandacht naar al die nieuwe immunologische therapieën, die inderdaad ook een echte gamechanger in de kankerbehandeling zijn geweest, en zoals gezegd, naar nieuwe kankermedicijnen, waarvoor de interesse van big pharma uiteraard groot is. Maar andere aspecten van kankerzorg verdienen evenzeer aandacht en financiering. Zo gaat er proportioneel veel minder geld naar onderzoek naar de behandeling van kanker met heekunde of radiotherapie, twee therapieën die zich voornamelijk op de tumor zelf richten en nog steeds de grootste kans op genezing geven. Of denk aan onderzoek naar *survivorship*. Als wij patiënten beter kunnen genezen, is het belangrijk dat die mensen na hun behandeling nog goed door het leven kunnen gaan. Er is meer onderzoek nodig naar hoe we dat kunnen faciliteren. Verder is er ook het soort onderzoek waarmee ik me veel bezighoud, namelijk: hoe vertaal je de resultaten van klinische research naar het zorgstelsel en de maatschappij? Hoe zorg je ervoor dat een nieuwe behandeling wordt terugbetaald en ook echt tot bij de patiënt komt?

*Er is steeds meer bekend over wat een gezonde levensstijl inhoudt en toch neemt het aantal mensen met kanker in ons land nog elk jaar toe.*

LIEVENS: De positieve verklaring is: we worden allemaal ouder en kanker is deels toch ook een ouderdomsziekte. Hoe ouder je wordt, hoe groter het risico dat er iets ernstigs misgaat in je lichaam. Cellen delen continu en daarbij gebeuren af en toe foutjes. Die foutjes stapelen zich op in de loop der jaren. Op een bepaald moment is een cel zodanig gemuteerd dat ze kwaadaardig is. Vijftig jaar geleden gingen mensen nog dood aan infectieziektes. Die kunnen we vandaag behandelen, en ook cardiovasculaire ziektes kunnen we steeds beter aan. Daardoor begint kanker in



Bio  
Yolande  
Lievens

**1966**

geboren in Elsene

**Studeerde**

geneeskunde, specialisatie radiotherapie-oncologie, en ziekenhuisbeleid en -management aan de KU Leuven. Promoveerde op een scriptie over kostenberekening en economische evaluatie in de radiotherapie-oncologie

**1996-2012**

staflid radiotherapie-oncologie in het UZ Leuven

**Sinds 2002**

professor radiotherapie-oncologie aan de KU Leuven

**Sinds 2012**

diensthooft radiotherapie-oncologie UZ Gent en professor radiotherapie-oncologie aan de UGent

Europa stilaan cardiovasculaire ziektes als voornaamste doodsoorzaak naar de kroon te steken. Een andere verklaring voor het stijgende aantal kankergevallen is betere diagnostiek. Als je zoekt, zul je ook meer kankers vinden. Dat is soms een lastig evenwicht. Hoe zinvol is het en hoever moet je gaan om een kwaadaardige ziekte te bewijzen bij een oudere patiënt die vanwege allerhande onderliggende aandoeningen er toch al heel slecht aan toe is, en voor wie therapie of behandeling eigenlijk niet meer haalbaar is of niets te bieden heeft?

## ‘De screening van rokers en ex-rokers kan het aantal longkankerdoden met 20 procent verlagen.’



*In België krijgen jaarlijks een kleine 70.000 mensen te horen dat ze aan kanker lijden. Wel daalt het risico om te sterven aan kanker jaar na jaar. Jullie schuiven in jullie paper de ambitie van gemiddeld 70 procent overlevers in 2035 naar voren. Is dat een realistisch doel?*

LIEVENS: Vandaag heeft in Europa ruim 50 procent van de kankerpatiënten een lange overleving, waarmee wordt bedoeld: tien jaar overleven na de ziekte. Voor de meeste van de tumoren staat dat gelijk met genezen. Bij borstkanker, een tumor met een trager verloop, kun je soms nog een laat herval zien, maar bij iemand die bijvoorbeeld van longkanker is hersteld, gebeurt dat niet. De gedachte achter de zogenaamde 70/35-ambitie is: als we in Europa alle patiënten de beste behandelingen kunnen geven die we nu al hebben, kunnen we van die 50 procent overlevers 60 procent maken. We verliezen immers mensen omdat niet iedereen de meest optimale behandeling krijgt. Als we daar nog 10 procent bij willen doen, om dat doel van 70 procent te halen, hebben we echter research nodig naar nieuwe behandelingen, en nog betere vroegtijdige diagnostiek.

**Komt er ooit een cure for cancer?**

LIEVENS: Kanker is een uiterst complexe ziekte, die eigenlijk een verzamelterm is voor veel verschillende ziektes, in verschillende organen, met verschillende risicofactoren en een verschillend ziekteverloop. Ook binnen een tumortype zijn er nog veel subtypes, die elk een ander gedrag kunnen hebben. Onze kennis van onderliggende mutaties en genetische afwijkingen evolueert nog steeds, en ook de chirurgie en de radiotherapie staan niet stil. Op basis daarvan zullen almaar meer specifieke therapieën worden ontwikkeld. Maar zoals gezegd, naast levensstijl is ouderdom de belangrijkste risicofactor, en daaraan kun je helaas niets veranderen. Daarom denk ik dat we nooit écht een *cure for cancer* zullen hebben, maar wel dat we metertijd nog meer tumoren beter zullen kunnen behandelen. In de therapie voor longkanker bijvoorbeeld is de laatste jaren heel veel vooruitgang geboekt, met minder agressieve of invaliderende behandelingen, dankzij met name minimale invasieve chirurgie, zeer gerichte radiotherapie en immunotherapie. Maar om de kanker-epidemie écht in te dijken zullen we op verschillende fronten moeten werken: onze levensstijl aanpassen, meer screenen, en ervoor zorgen dat elke patiënt de beste therapie krijgt. ●