

Oncologische longchirurgie wordt steeds minder invasief en meer longweefselsparend



Dr. Sanne Verbeek (anatomopathologie), dr. Karen Darquenne (pneumologie), dr. Emilie Dubaere (radiotherapie), dr. Stijn Van Hecke (nucleaire geneeskunde), prof. dr. Herbert Decaluwé (thoraxheilkunde), dr. Maarten Criel (pneumologie), dr. Geert Lauwers (thoraxheilkunde).

De dienst Vaat- en Thoraxchirurgie kiest voor een model van verregaande specialisatie waardoor de chirurgen hoge aantallen in hun expertisedomein halen. Binnen de dienst is thoraxchirurg prof. dr. Herbert Decaluwé, die in 2023 de overstap van UZ Leuven naar ZOL maakte, gespecialiseerd in het minimaal invasief opereren van longkanker. Voor patiënten met een lager stadium van longkanker biedt chirurgie op dit moment nog altijd de beste kans tot genezing.

Longkanker (11%) is samen met borstkanker (14%), colorectale kanker (13%) en prostaatkanker (12%) één van de meest voorkomende kankers in de Europese unie.*

Ondanks die vergelijkbare cijfers, is longkanker veruit de grootste oorzaak van aan kanker gerelateerde mortaliteit (19% voor longkanker t.o.v. 12 % colorectaal, 7% zowel voor borstkanker als pancreaskanker).

Waarom heeft longkanker zo'n hoge mortaliteit in vergelijking met andere kankers?

Prof. dr. Herbert Decaluwé: "De symptomen van longkanker treden meestal pas op in een gevorderd stadium. Wanneer de tumor ingroeit in de luchtweg of de borstkaswand ontstaat pijn of hoesten met eventueel wat bloedbijmenging. Een derde van de longkankers wordt op die manier ontdekt. Meer dan de helft van de longkankers wordt gevonden door metastasen, bijvoorbeeld in de hersenen of in het bot, die neurologische klachten of pijnklachten geven. Een ingreep is op dat moment niet meer mogelijk of zinvol."

"De overige longkankers worden eerder toevallig vastgesteld bij patiënten zonder symptomen die om andere redenen een onderzoek kregen. Hierbij is de kans groter dat het om een vroegtijdig letsel gaat en kan de tumor meestal chirurgisch verwijderd worden met betere overlevingskansen."

Slechts een minderheid van de patiënten met longkanker ondergaat chirurgie?

"Tijdens de MOC-vergaderingen, waar we samenzitten met de longartsen, radiotherapeuten en de collega's van radiologie, nucleaire geneeskunde, anatomopathologie en de oncocoaches, bespreken we al onze nieuwe patiënten. Slechts 18% van de patiënten die op de MOC worden voorgesteld, komen inderdaad in aanmerking voor chirurgie. De anderen krijgen radiotherapie, chemotherapie, systeemtherapie, targeted therapie, immunotherapie of een combinatie."

Jullie zetten sterk in op longchirurgie op de dienst Vaat- en Thoraxheelkunde?

"We zijn daarmee ook voorbereid op

een te verwachten centralisatie van longkankerchirurgie door de overheid, waarbij we qua aantallen de strenge normen halen die ook in het buitenland gangbaar zijn."

"Hoge aantallen per chirurg in combinatie met dataregistratie, audits en publieke rapportering geeft de beste kans op een kwaliteitsvolle behandeling voor de patiënt. Multidisciplinair samenwerken en goede patiëntselectie zijn hierbij essentieel. Specifiek voor longchirurgie zijn vier fundamenteën extra belangrijk: gebruik van immuuntherapie voor de ingreep, de kwaliteit van de oncologische resectie, het gebruik van minimaal invasieve technieken en tot slot longweefselsparende chirurgie."

Hoe heeft u uw ervaring opgebouwd?

"Ik leg me al 15 jaar hoofdzakelijk toe op thoraxchirurgie. Toen ik startte was open longchirurgie de norm. Hierbij werd een grote incisie gemaakt tussen de ribben en met een ribspreider werd de borstkas geopend zodat de chirurg met beide handen tussen de ribben kon. Een jaar na een thoracotomie

MOC-vergadering met thorax-chirurgen, longartsen, radiologen, artsen nucleaire geneeskunde, anatomopathologen, radiotherapeuten en oncocoaches.



* <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/>



Infrarood geleide resectie van longweefsel

hebben tot 50% van de patiënten er nog steeds last van en bij 5% van deze patiënten is dit zeer uitgesproken."

"Als beginnend stafid in UZ Leuven had ik in 2008 de mogelijkheid om onder andere naar het Memorial Sloan Kettering Cancer Center in New York te gaan voor opleiding. Daar gebeurden de meeste longingrepen reeds via een kijkoperatie. Samen met jonge collega's van andere universiteiten (ULB Brussel, UZ Gent) kon ik na mijn terugkeer de kijkoperaties in België mee opstarten. Naast het oncologische aspect was de veiligheid van de ingreep onze grote bekommernis. Samen met acht Europese centra onderzochten we bij meer dan 3.000 patiënten wat de complicaties van een kijkoperatie zijn en hoe we die konden vermijden. Die pionierstijd was heel erg boeiend, met veel voordrachten op congressen en opleiding van Belgische en Europese longchirurgen."

"Zowat tien jaar later, is de kijkoperatie de norm geworden voor longchirurgie. In 2020 kwam plots Covid eraan en viel het hele congresgebeuren stil. In de twee jaar dat we niets anders mochten doen dan opereren, heb ik gemerkt dat

dat net is wat ik echt graag doe. En toen kwam dat telefoontje van dr. Lauwers om naar ZOL te komen. De focus op de patiënt, veel operatietijd en dus wat minder academische opdrachten, heeft me mee over de streep getrokken."

"Hier in ZOL wakkeren mijn collega's ook mijn oude liefde voor de vaatchirurgie opnieuw aan. Oncologie behelst de 90 percent van mijn werk, maar ik deed ook de zeldzame kindlongchirurgie en een 250-tal longtransplantaties, wat het dichtste aanleunt bij de chirurgie van de grote vaten."

Waarom excelleert de thoraxchirurgie in ZOL?

"Mijn collega dr. Geert Lauwers staat bekend als een technisch zeer goede vaatchirurg die ook al jaren kijkoperaties doet. Ikzelf heb me in mijn carrière volledig op thoraxchirurgie toegelegd, waardoor ik in de mogelijkheid was hoge aantallen in dit expertisedomein te halen. Hierbij heb ik me altijd gefocust op kwaliteit, techniciteit en veiligheid."

"Dit maakt dat we de patiënt met longkanker in ZOL meestal een minimaal invasieve ingreep kunnen aanbieden met minder pijn en nadien een sneller

herstel, zonder dat we inboeten op de kwaliteit van de resectie. Twee technieken zijn hier gangbaar. De klassieke kijkoperatie techniek, vaak via één enkele kleine incisie (uniportal VATS of video assisted thoracoscopic surgery) en de robotische techniek."

"De uniportale techniek heeft de minst invasieve toegang met vaak weinig nood aan postoperatieve pijntherapie. De robotische techniek gebeurt met één van beide Intuitive Xi toestellen in ZOL, dit zijn de toestellen waar wereldwijd de meeste ervaring mee is opgebouwd en waarover het meeste is gepubliceerd. We zijn lesgever voor de firma Intuitive en leiden andere chirurgen mee op in deze techniek. Complexe ingrepen waarbij de luchtwegen dienen hersteld te worden, resectie bij patiënten met aangetaste lymfeklieren of longvolume sparende technieken (segmentaire resecties, ...) gaan we bij voorkeur met de robot uitvoeren. Bovendien beschikken we over een fantastisch verpleegkundig team dat deze technieken uitstekend beheerst."

Jullie leggen zich ook toe op longweefsel sparende technieken?

"Onze beide longen bestaan uit kwab-



“

"We beschikken over een fantastisch verpleegkundig team dat de robotische technieken uitstekend beheerst."

Prof. dr. Herbert Decaluwé,
Thoraxchirurg

ben, drie rechts en twee links, maar de echte anatomische eenheid zijn de segmenten, 2 tot 5 anatomische segmenten per kwab. Tot recent was de standaardoperatie voor longkanker het verwijderen van een kwab (lobectomie). Twee recente gerandomiseerde studies hebben aangetoond dat voor letsels kleiner dan 2 cm segmentaire resecties even goede of betere resultaten konden bereiken. Een anatomische resectie met individuele onderbinding van de slagader en luchtweg naar het betrokken segment, is chirurgisch-technisch een grotere uitdaging dan een klassieke lobectomie. Met de Europese vereniging hebben we daarom een consensus gepubliceerd over de technische standaard van deze resectie."

U blijft erg betrokken bij de verdere evolutie van de longchirurgie?

"Longchirurgie is technisch uitdagender geworden door de trend naar minimaal invasieve en longweefsel sparende technieken bij tumoren in vroegstijdige stadia. In de lokaal uitgebreidere stadia van een tumor wordt

eventuele chirurgie gecombineerd met een multimodale behandeling samen met radiotherapie en/of systeemtherapie. De systeemtherapie bestond vroeger enkel uit chemotherapie. Recent zijn spectaculaire resultaten bekomen met doelgerichte therapie (targeted therapy) en immunotherapie. Waar chemotherapie effecten heeft op het hele lichaam en dus ook op gezonde cellen, gaat doelgerichte therapie effect hebben op specifieke kankercellen zolang ze een bepaalde molecuule op hun wand hebben. Immunotherapie zorgt ervoor dat het immuunsysteem van de patiënt de kankercellen aanvalt."

"Beide therapieën zorgen ervoor dat patiënten met hogere stadia tumoren een betere kans maken, maar we zien ook dat zij opnieuw in aanmerking komen voor chirurgie. Deze trend verhoogt de techniciteit van longchirurgie en tevens de noodzaak tot een goed multidisciplinair overleg. Wekelijks bespreken we alle nieuwe en geoperreerde patiënten op onze multidisciplinaire kranen."

"Onze aanpak is zeer patiëntgericht. We kijken naar het stadium van de tumor, de behandelingsopties en wat de patiënt fysiek aankan en wenst. En dan nemen we een besluit op maat."

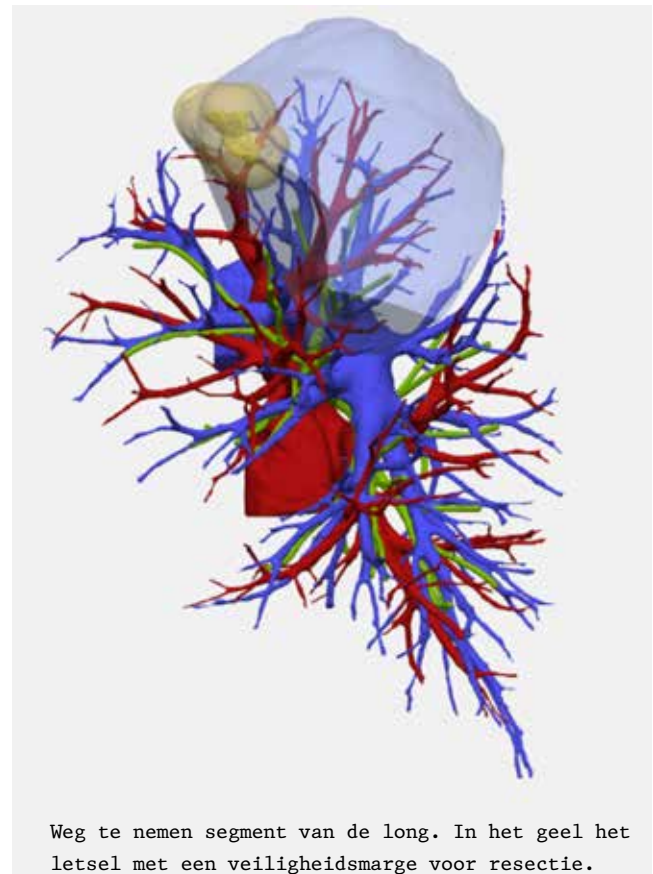
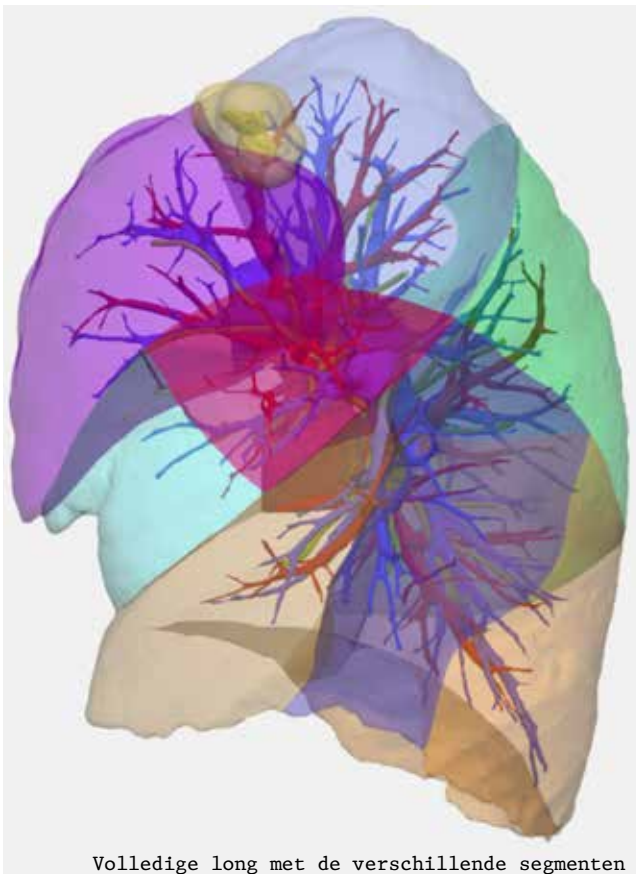
Wanneer kunnen jullie nog een toegevoegde waarde bieden bij metastasechirurgie?

"Een deel van de longresecties die we uitvoeren zijn voor tumoren van andere organen, vooral colorectale en urologische, die verspreid zijn naar de long."

"Het is niet altijd eenvoudig om de patiënten te selecteren voor wie dit een meerwaarde is. We doen dit vooral bij patiënten die al een tijd geleden hun primaire kanker gehad hebben en die niet te veel metastasen hebben. Ook voor deze patiënten is het erg belangrijk zoveel mogelijk minimaal invasief en longweefsel sparend te werken."

Wat zijn de overlevingskansen na een behandeling voor longkanker?

"Bij longkanker in het algemeen en bij alle patiënten samen, is de relatieve





Thoraxchirurgen dr. Geert Lauwers
en prof. dr. Herbert Decaluwé

overlevingskans 25 tot 30% na 5 jaar, dit cijfer gaat wellicht verbeteren door nieuwe ontwikkelingen zoals immunotherapie. Vooral de grote groep met diagnose in de hoogste stadia is verantwoordelijk voor dit lage percentage. Wanneer de diagnose in het vroegste stadium (1A) gesteld wordt dan stijgt dit percentage tot boven 80% op 5 jaar. Bij hogere stadia, bijvoorbeeld bij aantasting van lymfeklieren of grotere tumoren, kan chirurgie ook een deel van de behandeling zijn, naast systemische therapie zoals chemotherapie, immunotherapie of targeted therapie en radiotherapie."

Waarom wordt er geen screeningsprogramma opgezet voor longkanker in Vlaanderen?

"Ik pleit ervoor om risicogroepen, voornamelijk zware rokers, te screenen vanaf een bepaalde leeftijd. Gerandomiseerde studies zoals de Nederlands-Leuvense NELSON studie hebben immers aangetoond dat longkankerscreening met een lage dosis CT-scan bij een hoogrisicogroep leidt tot meer diagnoses in een vroeg stadium en een lagere longkanker-gerelateerde mortaliteit. De studie toonde

daarbij aan dat deze vorm van screening bij vrouwen een groter voordeel in overlevingskans geeft."

"De belangrijkste nadelen van longkankerscreening zijn de bijkomende straling met CT-scans, potentiële overdiagnose van laaggradige tumoren die niet moeten behandeld worden en vals-positieve bevindingen waardoor patiënten onnodige onderzoeken of behandelingen ondergaan."

"In landen waar longkankerscreening reeds wordt georganiseerd, nl. de VS en de UK, zien we ook dat het moeilijk is om de risicogroep te bereiken. Ze gaan vaak niet in op de uitnodiging omdat ze het niet willen of niet nodig vinden. En dan mis je een deel van het effect."

"Sowieso zal elke vorm van longkankerscreening dienen te gebeuren in combinatie met een rookstopprogramma en centraal aangestuurd worden om overdiagnose te vermijden en toevallige bevindingen aan te pakken. Een multidisciplinaire taskforce is hierover in overleg met de Vlaamse overheid."

Hoe ziet u de toekomst wat betreft longkanker?

"We moeten blijven inzetten op preventie. De industrie rond het vaperen, dat zich met allerlei kleurtjes en smaken richt op de jeugd, zorgt ervoor dat zij nicotine afhankelijk worden en ze later de stap naar het roken maken. We zijn de inspanningen om naar een rookvrije generatie te gaan aan het verliezen door het vaperen."

Nieuw is dat 20% van de patiënten die wij nu zien op de raadpleging niet gerookt heeft. Omgevingsverontreiniging zou hier de oorzaak van zijn, zo leren we o.a. uit onderzoek in Azië. Deze mensen kunnen er met een screening bij rokers niet uitgehaald worden. De helft van de vrouwen die longkanker krijgt, heeft nooit gerookt. Er wordt naarstig gezocht naar een nieuwe test voor screening, een bloedtest of zelfs een ademtest. De combinatie van vroegere diagnose en nog betere resultaten door systeemtherapie zou de overlevingscijfers drastisch kunnen verbeteren." ■