

# Passende zorg begint bij goede diagnostiek

Moleculaire diagnostiek - het bepalen van de genetische eigenschappen van tumoren - helpt binnen de kankerzorg bij de selectie van patiënten die in aanmerking komen voor oncologische precisiegeneesmiddelen. De afgelopen twee jaar hebben pathologen, klinisch moleculair biologen in de pathologie (KMBP), oncologen en andere partijen in het 'uitvoeringstraject moleculaire diagnostiek' de kaders vastgesteld voor toepassing, kwaliteit en bekostiging hiervan.

**Tekst** Jos Leijen

**Beeld** De Beeldredactie | Siese Veenstra

Ed Schuuring, hoogleraar moleculaire oncologische pathologie en KMBP bij het Universitair Medisch Centrum Groningen, was nauw betrokken bij het traject. Hij is een man met een missie: door een goede toepassing van moleculaire diagnostiek komt iedere kankerpatiënt in Nederland in aanmerking voor dezelfde beschikbare optimale (doelgerichte) behandelingen. Daarom moet zowel patiënt als behandelaar goed geïnformeerd worden over deze behandelingen en de juiste bijbehorende moleculaire diagnostiek.

## Kijken op DNA-niveau

"Als een patiënt bij de dokter komt met klachten die op kanker kunnen duiden, wordt een stukje weefsel afgenomen", steekt hij van wal. "Een patholoog onderzoekt dat stukje weefsel om vast te stellen of het kanker is en welk type kanker. Van oudsher gebeurt dat onder de microscoop, maar de laatste jaren gebeurt dat steeds vaker ook op DNA-niveau. Veel tumoren hebben afwijkingen in het DNA. En veel nieuwe geneesmiddelen richten zich juist op kankercellen met dergelijke specifieke DNA-afwijkingen of 'targets'. Als je de DNA-afwijking weet, weet je welke behandeling je het beste kunt inzetten. Of welke juist niet."

Het doelgericht inzetten van geneesmiddelen op basis van specifieke moleculaire

eigenschappen van de tumor noemen we therapie op maat. De afgelopen tien jaar is het aantal (doelgerichte) geneesmiddelen sterk toegenomen en de verwachting is dat het aanbod blijft groeien. Daarmee zal de hoeveelheid, diversiteit en complexiteit van de moleculaire diagnostiek ook toenemen. Het gaat hierbij om kostbare therapieën. Opvallend is dat vergoeding van (moleculaire) diagnostiek die noodzakelijk is om te bepalen of de patiënt in aanmerking komt voor een doelgerichte behandeling, vaak nog niet geregeld is als de therapie ter beschikking komt.

Omdat het om een relatief nieuw fenomeen gaat, startte het Zorginstituut het uitvoeringstraject in opdracht van de minister van VWS. Binnen dit traject werden drie deelprojecten opgezet. Deelproject 1 was bedoeld

om tot een duurzame systematiek te komen voor de effectiviteit en plaatsbepaling van de moleculaire diagnostiek. Deelproject 2 moest een kwaliteitskader opleveren met afspraken over de kwaliteit en organisatie van de moleculaire diagnostiek. Deelproject 3 had tot doel om tot een passende structuur voor de bekostiging te komen.

## Adviescommissies

Schuuring was vooral betrokken bij deelproject 1. Binnen dit deelproject zijn onder meer twee adviescommissies opgezet. De Commissie klinisch noodzakelijke targets (CieKNT) adviseert, op basis van de beschikbaarheid van geneesmiddelen, per tumorsoort welke targets in de moleculaire diagnostiek getest moeten worden. Daarnaast heeft de Nederlandse Vereniging voor Pathologie de Commissie ter beoordeling diagnostiek (CieBOD) opgericht. Deze commissie geeft landelijk advies over de optimale teststrategie om de DNA-afwijkingen aan te tonen in de targets waar de doelgerichte geneesmiddelen op gericht zijn. "Met de CieKNT hebben we overzichten gemaakt voor verschillende soorten kanker", legt Schuuring uit. "Welke behandelopties zijn er voor patiënten met uitgezaaide kanker? Welke doelgerichte geneesmiddelen zijn beschikbaar en op welke targets

## Elke patiënt dezelfde kans

Ed Schuuring vertelt hoe een ontmoeting hem heeft gemotiveerd om zich ervoor in te zetten dat iedere kankerpatiënt dezelfde behandel mogelijkheden krijgt aangeboden. "Bij de verjaardag van een familielid in Den Haag sprak ik elk jaar de buurvrouw. Deze jonge vrouw bleek een tumor in haar hoofd te hebben. Ik vroeg of ze een moleculaire test heeft gehad, maar dat was niet het geval. Ik gaf haar een briefje met de naam van de moleculaire test mee voor haar behandelaar, maar die was niet bekend met moleculaire diagnostiek. En ondertussen was ze gestart met traditionele chemotherapie. Ik bracht haar in contact met een oncoloog in een academisch centrum voor een *second opinion*, en daar bleek dat ze een DNA-afwijking had waarvoor een doelgerichte behandeling beschikbaar was. Inmiddels is ze overleden, maar ze heeft wel langer en beter geleefd dan wanneer ze met chemo behandeld was."



moet dan getest worden? Dat was en is een behoorlijke klus met veel literatuuronderzoek. De eerste dertien lijsten met klinisch noodzakelijke targets (KNT) zijn gepubliceerd, er volgen er nog zes. Deze dynamische lijsten werken we steeds bij.”

#### Genetisch paspoort van de tumor

Er zijn verschillende manieren om tumoren te testen op DNA-afwijkingen. Je kunt specifiek op een klein aantal targets testen, of breed testen en een ‘genetisch paspoort’ van de tumor maken. Schuurin is voorstander van breed testen. “Dan heb je weliswaar meer

informatie dan je nu nodig hebt, maar daarvoor kun je alle mogelijke DNA-afwijkingen van alle targets van de tumor tegelijk in kaart brengen. Je kunt voor alle kankers dezelfde brede test gebruiken en wanneer er nieuwe doelgerichte geneesmiddelen beschikbaar komen, kun je de nieuwe targets ook met dezelfde brede test analyseren. Breed testen is dus veel doelmatiger en uiteindelijk ook kosteneffectiever.”

Moleculaire diagnostiek gaat meer geld kosten, maar het kostenaspect was de taak van deelproject 3, aldus Schuurin. “Er

**“Veel tumoren hebben afwijkingen in het DNA. Als je de DNA-afwijking weet, weet je welke behandeling je het beste kunt inzetten. Of welke juist niet”**

komen wel wat ingewikkelde afwegingen aan. De komende jaren zal het aantal kankerpatiënten toenemen door vergrijzing, net als het aantal (doelgerichte) geneesmiddelen, en daarmee ook het aantal targets. Dit zal tot hogere zorgkosten leiden. Gaan we dan alle kankers testen? Alle patiënten? En alle targets voor elke kanker? Dat zijn ethische vraagstukken.”

Schuurin zet overigens een kanttekening bij de constatering dat nieuwe (doelgerichte) geneesmiddelen de behandeling van kankerpatiënten alleen maar duurder maken. “Als je het hele zorgtraject bekijkt, valt het mee. Doelgerichte geneesmiddelen zijn effectiever en hebben een hogere kwaliteit van leven met veel minder bijwerkingen dan traditionele chemotherapie of immunotherapie. Daardoor leiden doelgerichte behandelingen tot veel minder ziekenhuisbezoek. Het is belangrijk om alle DNA-afwijkingen waarvoor doelgerichte behandelingen beschikbaar zijn te identificeren, zodat patiënten juist niet in aanmerking hoeven te komen voor een andere, vaak duurder combi van chemo- en immunotherapie. Passende zorg begint bij goede diagnostiek.”

#### Werk te doen

Inmiddels ligt het raamwerk er, zijn verschillende commissies geïnstalleerd, is de kwaliteitsstandaard opgenomen in het Kwaliteitsregister en worden er afspraken gemaakt over de bekostiging van moleculaire diagnostiek. De volgende stap is ervoor te zorgen dat alle plannen en afspraken in het hele land worden uitgevoerd. Schuurin: “Daar is nog wel werk te doen. 20 procent van de kankerpatiënten krijgt momenteel geen test of niet alle patiënten worden getest voor alle targets waarvoor een doelgerichte behandeling beschikbaar is. Daardoor krijgt nog steeds niet iedere kankerpatiënt in Nederland dezelfde behandelmogelijkheden aangeboden.” |