

Oncologische revalidatie:

noodzaak of luxe?

Door: S. de Jonge en A. Joosse



de vraag of revalidatie de negatieve gevolgen van kanker kan verminderen. Dit is niet nieuw: al in 1980 toonde een eerste internationale studie een gunstig effect van oncologische revalidatie. In 1996 startte in Nederland het eerste oncologische revalidatieprogramma, inmiddels bekend als 'Herstel & Balans'. In 2004 werden de eerste gunstige effecten van dit programma in een studie gepresenteerd en in 2010 maakten 2500 patiënten gebruik van oncologische revalidatie.

Richtlijn

Op woensdag 15 oktober organiseerde Stichting Opleidingen in de Sportgezondheidszorg het symposium "Sports Medicine meets Oncology" in Maxima Medisch Centrum, Eindhoven. Het symposium werd bezocht door ongeveer 90 deelnemers, variërend van sportartsen, fysiotherapeuten, revalidatieartsen, bedrijfsartsen, chirurgen tot oncologen.

In 2012 leefden ruim 600.000 mensen met de fysieke, psychische of sociale gevolgen van kanker. 70-100% van de patiënten heeft tijdens chemotherapie of radiotherapie last van vermoeidheidsklachten. Bij 25% van deze patiënten bestaat er langer dan één jaar een invaliderende vorm van vermoeidheid. Het symposium focuste zich op de rol van oncologische revalidatie in de hele zorgketen rondom de oncologische patiënt, de rol van de sportarts hierin en op

richtlijn 'Oncologische Revalidatie' uit, die te vinden is op www.oncoline.nl, de richtlijnsite van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL). Momenteel wordt er gewerkt aan een revisie van deze richtlijn, die in 2015 gepubliceerd zal worden. Miranda Velthuis, adviseur richtlijnen van IKNL lichtte de opzet en het gebruik van de richtlijn toe. Belangrijk is de rol van de basisbehandelaar, oftewel de verwijzer naar de oncologische revalidatie: er is een 'lastmeter' ontwikkeld aan de hand waarvan de verwijzer kan signaleren of de patiënt kandidaat is voor revalidatie. Deze lastmeter komt uit de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg' en heeft naast lichamelijke klachten oog voor emotionele, sociale, spirituele en praktische problemen van de kankerpatiënt. Op basis van herhaaldelijke metingen met de lastmeter kan beoordeeld worden of een



patiënt oncologische revalidatie aangeboden moet krijgen en wordt de patiënt verwezen naar een sport- of revalidatiearts voor een intakegesprek. Tijdens de intake zal bepaald worden of iemand nog aanvullende modules van revalidatie nodig heeft, zoals psychosociale begeleiding, voeding en dieet, coaching en energieverdeling en arbeidsreïntegratie. In de vernieuwde richtlijn zal er meer aandacht besteed worden aan een programma op maat per patiënt en uitbreiding van het revalidatieaanbod tijdens curatieve behandeling en in de palliatieve fase. De implementatie van de richtlijn wordt ook onderzocht en dit is nodig: op dit moment volgt nog slechts 10-15% van de kankerpatiënten een oncologisch revalidatieprogramma. 82% deed dit na afloop van de curatieve behandeling, 15% volgde revalidatie tijdens behandeling en 0-3% in de palliatieve fase.

Chirurgische ingrepen

Chirurg Rudi Roumen gaf een overzicht van de belangrijkste chirurgische ingrepen bij oncologische patiënten en de gevolgen hiervan voor sporten en bewegen. Hoewel met vernieuwende technieken getracht wordt de chirurgische trauma's te beperken, worden nog steeds veel beperkingen gezien na de operaties. Hij gaf hier verschillende voorbeelden van, waarvan één van de meest bekende het lymfoedeem na een lies- of okselkliertoilet is. Maar er zijn ook minder bekende voorbeelden van beperkingen, die de oncologische revalidatie kunnen beïnvloeden. Zo resulteert een mamma amputatie regelmatig in rugklachten vanwege asymmetrische belasting en wordt 3-4 maanden na een okselkliertoilet vaak een pijnlijke fibreuse streng gevoeld die de beweging beperkt. Een ander specifiek voorbeeld is het onvrijwillig doornemen van de n. intercostobrachialis bij een borstoperatie, dit geeft vaak neuropatische klachten in de vorm van hyposensitiviteit of paresthesie van de binnenzijde van de arm en de rand van de thorax. Als gevolg hiervan wordt de arm vaak gefixeerd gehouden of wordt juist geprobeerd aanraking van de arm tegen de thorax te voorkomen, waardoor niet zelden een overbelasting van de bicepspees wordt gezien.

Revalidatie na de behandeling

Sportarts Goof Schep liet aan de hand van de Dallas bed rest studie (gepubliceerd in *Circulation* in 2011) zien dat 3 weken bedrust je conditie meer aantast dan 30 jaar veroudering. Een vergelijkbare situatie ontstaat bij oncologische patiënten: de combinatie van inactiviteit en spierafbrekende behandeling zorgt voor een groot verlies aan conditie en spiermassa. Als

een patiënt vervolgens weer aankomt blijkt dit hoofdzakelijk vetweefsel te zijn. Het doel van oncologische revalidatie na de behandeling is dan ook om de spiermassa weer op te bouwen tot het niveau waarbij de patiënt zelf verder kan sporten en bewegen. De oncologische revalidatie dient te beginnen met een grondige intake door een sportarts of revalidatiearts, vooral om andere onderliggende oorzaken van vermoeidheid uit te sluiten. Vervolgens moeten beperkingen, restmogelijkheden en trainbaarheid bepaald worden waarna een individueel (meestal gesuperviseerd) trainingsprogramma wordt opgesteld en de patiënt counseling krijgt ten aanzien van eigen sportactiviteiten en terugkeer op het werk.

Het wetenschappelijk bewijs dat een revalidatieprogramma na de curatieve oncologische behandeling effectief is neemt toe. Steeds meer studies tonen overtuigend aan dat trainen na de behandeling resulteert in een verbeterde conditie, verbeterde kwaliteit van leven en zelfs een reductie in mortaliteit. Oncoloog Art Vreugdenhil besprak als voorbeeld een grote meta-analyse waaruit blijkt dat, gecorrigeerd voor lichaamsgewicht, sporten vóór de diagnose kanker al resulteert in een 14% lagere mortaliteit, maar dat sporten na de diagnose nog eens 24% mortaliteitsreductie geeft. Waarschijnlijk zullen de resultaten van de studies iets vertekend zijn vanwege selectiebias: patiënten met heftige toxiciteit of handicaps doen niet mee met de studies. Echter de studie geeft een goede indicatie dat er niet alleen kwaliteit van leven maar ook een duidelijk overlevingsvoordeel te winnen is met sporten na de diagnose en behandeling van kanker.

Onderzoeker Laurien Buffart gaf een overzicht van de studies van A-CaRe (Alpe d'HuZes Cancer Rehabilitation Program), een organisatie die onderzoek doet naar de effectiviteit van oncologische revalidatie. Zo keek de REACT studie naar de effecten van training na chemotherapie in 278 patiënten die gerandomiseerd werden in een hoog-intensief of een laag-matig intensief revalidatie programma of in een controlegroep. Na 12 weken trainen toonde de hoog-intensieve groep de meeste verbetering in cardiorespiratoire fitheid, gevolgd door de laag-matige intensieve groep die het weer beter deed dan de controles. De sportprogramma's hadden een positief effect op vermoeidheid en

Het doel van oncologische revalidatie na de behandeling is dan ook om de spiermassa weer op te bouwen tot het niveau waarbij de patiënt zelf verder kan sporten en bewegen



kwaliteit van leven, al was er geen verschil tussen laagmatig of hoog intensieve training.

Thomas Rejda is bedrijfsarts en besprak de effecten van oncologische revalidatie op arbeidsreïntegratie. De gemiddelde kankerpatiënt verzuimt meer dan een jaar van werk en 70% van deze patiënten heeft na 2 jaar nog beperkingen op de werkvloer. Rejda liet zien dat patiënten die een vroegtijdig revalidatieprogramma volgden 2 maanden eerder aan het werk waren, 8 uur per week meer werkten en minder zorg nodig hadden. Hij rekende voor dat dit programma al kosteneffectief is bij één week snellere werkhervatting bij de huidige kosten van het programma van 2000 euro per patiënt. Ook sportarts Goof Schep liet zien dat het door hem gebruikte individueel gerichte programma na één jaar resulteerde in 40% verschil in spierkracht en 5 uur per week verschil in werkhervatting ten opzichte van een vergelijkbare groep die niet getraind had. Schep benadrukte verder dat de positieve effecten van de revalidatie veelal reversibel zijn en dat na de aanvankelijke verbetering van de conditie ook de lichaamsamenstelling verbeterd moet worden met meer zelfstandig trainen. Vooral de nacontrole met counseling van de patiënt is hierin een belangrijke factor die het succes bepaalt op de lange termijn.

Trainen tijdens chemotherapie

Een recente ontwikkeling is dat steeds meer artsen en patiënten besluiten om het sporten al tijdens de behandeling te beginnen. Dit is nog een relatief nieuw concept: Sportsarts Goof Schep liet zien dat een uitgebreide literatuurslechts 13 artikelen opleverde met nog onvoldoende handvatten. Een inmiddels gestarte pilot in het Máxima Medisch Centrum met een goed gestructureerd kracht- en intervalprogramma leverde wel bemoedigende resultaten: gemiddeld genomen lukt het zelfs om tijdens behandeling met chemotherapie de spierkracht te verbeteren.

Onderzoeker bij A-CaRe Martijn Stuijver presenteerde zijn studie naar deze vorm van revalidatie. Hij randomiseerde borst- en darmkankerpatiënten tijdens adjuvante chemotherapie in een groep met een hoog-intensief gesuperviseerd oefenprogramma, een groep die een matig-intensief home-based programma deden en een controlegroep. 587 patiënten werden benaderd waarvan 43% meedeed met het onderzoek. Aan het eind van de chemotherapie was er een dropout van 9%. Beide trainingsprogramma hielden patiënten aantoonbaar fitter tijdens de chemokuren. Patiënten in beide sportprogramma's waren ook significant minder misselijk dan in de controlegroep. In de hoog-intensieve trainingsgroep kon 84% de volledige chemokuren voltooien (zonder dosisreductie of vermindering van het aantal kuren), in de matig-intensieve groep 61% en in de controlegroep 62%. Beide trainingsgroepen waren eerder aan het werk dan de controlegroep. Omdat deze studie laat zien dat revalidatie de bijwerkingen vermindert en patiënten de kuren beter laat doorstaan, kan deze vorm van revalidatie beschreven worden als 'bewegen op recept' en zou dit 'medicijn' wellicht een plaats verdienen tussen de ondersteunende behandelingen van de oncoloog tijdens de chemokuren, naast bijvoorbeeld anti-emetica.

Trainen in de palliatieve fase

De volgende stap in de ontwikkeling van de oncologische revalidatie zou zijn om ook patiënten in de palliatieve fase te laten trainen om hun conditie en kwaliteit van leven zo lang mogelijk te behouden. In de discussie gaven veel sprekers van het symposium aan dat dit al gedaan wordt en dat zij hiervan een gunstig effect zien. Echter de studies hiernaar moeten nog gedaan worden en zijn vooralsnog lastig gezien de kleine aantallen en de grote diversiteit tussen patiënten.

Sportspecifieke revalidatie na kanker

Sporters die kanker hebben, hebben vaak de wens om hun eigen sport (weer) uit te gaan oefenen tijdens of na hun



behandeling. Zij zullen voor een deel met de bestaande programma's uitkomen, maar vaak is specifiekere begeleiding gewenst. Stichting Tegenkracht biedt deze mogelijkheid en is een mooi voorbeeld van hoe oncologische revalidatie een transitie aan het doormaken is van de one-size-fits-all benadering van Herstel & Balans naar een meer individueel toegesneden programma per patiënt. Thomas Zijlma, coördinator van Stichting Tegenkracht én zelf (ex)kankerpatiënt vertelde over deze organisatie waar (ex)kankerpatiënten terecht kunnen voor een individueel sportplan gericht op de sport die ze weer willen beoefenen. Na het intakegesprek volgt een sportmedisch onderzoek bij een aangesloten sportarts. Aan de hand van het sportmedisch advies en de persoonlijke doelstellingen zoekt Stichting Tegenkracht de juiste begeleiding, bijvoorbeeld een gespecialiseerde fysiotherapeut in de regio. Aansluitend aan Zijlstra sprak sporter en patiënt Victor van der Storm over zijn ervaringen met Tegenkracht, die hem hielp om tijdens zijn behandeling voor Non-Hodgkin Lymfoom zijn fitness weer op te pakken. Hiermee won hij niet alleen zijn conditie, maar ook het gevoel van de eigen regie in zijn leven terug.

Wetenschappelijk onderzoek

De resultaten van reeds verschenen studies naar doelmatige programma's, zijn dermate substantieel dat het niet meer ter discussie staat dat oncologische revalidatie (kosten)effectief is. Vervolgens is onderzoek nodig dat zich richt op optimaliseren/verbeteren van de programma's. Gerandomiseerde klinische studies lijken hier niet het meest geschikt voor. Olga Husson pleitte in plaats hiervan voor de praktijkgerichte clinical comparative research. Bij deze onderzoeksmethode wordt implementatie gekoppeld aan registratie van effecten. In grotere patiëntaantallen kunnen karakteristieken en wensen van patiënten nauwkeurig gerapporteerd worden en is uiteindelijk eerder een conclusie te trekken welke behandeling het meest effectief is bij welke patiënt. Op basis hiervan kan een verbetering ook weer sneller doorgevoerd worden. Bij een RCT duurt dit jaren en tijdens deze periode zijn geen veranderingen mogelijk.

Bij de afsluitende discussie waren de deelnemers en sprekers op het congres het eens dat de oncologische revalidatie een goed gestructureerde plek verdient in de basiszorg voor oncologische patiënten. Hiervoor is een betere samenwerking nodig met de verwijzer (vaak de oncoloog of chirurg en hun verpleegkundig specialisten) en zal er steeds meer gewerkt moeten worden met op maat gesneden pro-

gramma's per patiënt. Uiteraard moeten er afspraken worden gemaakt over de vergoeding met de zorgverzekeraars. De oncologische revalidatie kan zowel door een revalidatiearts of een sportarts worden aangestuurd en begeleid. Daarnaast zijn er meer gespecialiseerde fysiotherapeuten nodig om de patiënten bij het trainen te ondersteunen. Tenslotte is er een duidelijke ontwikkeling gaande dat patiënten niet alleen ná de behandeling, maar zeker ook tijdens de behandeling en zelfs in de palliatieve fase gebruik gaan maken van revalidatie. De specialistische kennis van de sportarts op het gebied van fysieke belasting en belastbaarheid en vertaling naar gerichte training geeft een essentiële meerwaarde bij deze complexe patiënten. Het meest doelmatig lijkt het wanneer een oncologisch behandelteam patiënten zal signaleren bij wie simpel beweegadvies niet volstaat en bij wie meer gerichte training nodig is, zoals bij patiënten met overmatige moeheid, spierzwakte, zware behandelingen en/of hoge belastingseisen (werk of ADL). De sportarts/revalidatiearts zal vervolgens na de intake gericht begeleidingsmodules inzetten en de patiënt counsellen in zijn eigen activiteiten. Na afloop van deze begeleidingsmodules is het essentieel dat een vertaalslag gemaakt wordt op welke manier zelfstandig verder getraind gaat worden en ook hier is een belangrijke rol voor sportarts/revalidatiearts weggelegd om dit te coachen.

Suzan de Jonge, sportarts in opleiding

(Medisch Centrum Haaglanden, Leidschendam)

Arjen Joosse, internist-oncoloog in opleiding

(Reinier de Graaf Groep, Delft)