

ELLEN VAN VLIET

Internist-oncoloog Adrz

Ik ben Ellen van Vliet, één van de drie internist-oncologen bij Adrz. Samen met de drie hematologen vormen we een team binnen de maatschap Interne Geneeskunde

Binnen de Interne Geneeskunde (de ziekte van inwendige organen) is Oncologie een subspecialisatie.

Ik doe de medicamenteuze behandeling van alle solide tumoren, bijvoorbeeld borstkanker, blaaskanker, darmkanker en nierkanker. Kort gezegd, kwaadaardige ziektes van de organen. Longkanker daarentegen wordt dan weer behandeld door een longarts.



#DEMAANDVAN

Het diepgaande contact met de patiënt is bijzonder

Voor #demaandvan Oncologie en Hematologie gingen we in gesprek met Adrz internist oncoloog Ellen van Vliet. Zij vertelt ons meer over haar werk en haar ervaringen.

W

at maakt jouw werk zo bijzonder?

Oncologie is een vak waarbij je met veel verschillende artsen in aanraking komt. Je hebt contact met gynaecologen, chirurgen, urologen, radiologen en pathologen. Het is een multidisciplinair vak en dat maakt het erg interessant.

Ook het diepgaande contact dat je hebt met een patiënt is bijzonder. Wanneer patiënten aan het kuren zijn, zie ik ze iedere twee à drie weken voor kuurcontroles. Je maakt samen goede tijden mee als er goede uitslagen zijn, maar ook minder goede tijden. Bijvoorbeeld als er ziekteprogressie is en er een andere behandeling gestart moet worden, of wanneer er geen behandelmogelijkheden meer zijn en we qua tumortherapie niets meer kunnen betekenen. We kunnen een patiënt dan wel nog behandelingen bieden om symptomen te verlichten, palliatie. Zo een heel proces doorloop je met elkaar en dat zorgt vaak voor een hechte band.

Hoe ga je om met een patiënt die is uitbehandeld?

Als arts is het erg belangrijk om altijd eerlijk te zijn richting de patiënt als er geen behandelingen meer bestaan om de ziekte af te remmen, en dat de behandelingen gericht gaan zijn op symptoombestrijding.

Ik zeg niet graag "je bent uitbehandeld", dat klinkt alsof de deur dicht gaat en we niets meer voor de patiënt kunnen betekenen. We kunnen misschien de tumorgroei niet meer afremmen, maar we kunnen wel streven naar zoveel mogelijk comfort door de patiënt door klachten als pijn, kortademigheid, misselijkheid en verwardheid met medicatie te bestrijden.

Het blijft heel verdrietig natuurlijk. Soms heb ik jaren contact met een patiënt en zijn/haar familie, goede tijden gekend en dan kan het heel lastig zijn om slecht nieuws te moeten brengen.

Heb jij ook te maken met Hematologie?

Nee, in principe niet. De hematologen behandelen goedaardige bloedziektes, zoals bepaalde vormen van

bloedarmoede of lage bloedplaatjes en ze behandelen de kwaadaardige bloed- en lymfeklierziektes, zoals de verschillende vormen van leukemie, lymfeklierkankers en de ziekte van Kahler. Zij behandelen dus een ander spectrum binnen de maligniteiten.



Mijn aandachtgebieden zijn de borstkanker en de palliatieve zorg. Dus eigenlijk de zorg in het laatste stuk van het leven als er geen genezing meer mogelijk is.

Een bijzonder moment dat mij is bijgebleven...

... is dat we vorig jaar juni met ons oncologieteam mee hebben gedaan met de Alpe d'Huez.

Met een team van artsen en verpleegkundigen zijn we naar Frankrijk gegaan. In de twee jaar voorafgaand aan het evenement hebben we € 70.000 aan sponsorgeld opgehaald.

Met onze patiënten in onze gedachten zijn we die berg opgelopen. Dat was een heel bijzondere ervaring. Mooi om dat met elkaar voor onze patiënten te kunnen doen. Deze teambuilding verandert de band met je collega's ook alleen maar ten goede. Deze ervaring heeft veel indruk op mij gemaakt.

Wat is de rol van genetica en het risico op kanker? Wordt dit meegenomen in de behandeling?

Ja, genetica kan bij sommige tumortypes een rol spelen. Bepaalde typen borstkanker kunnen erfelijk zijn. We kijken dan niet alleen naar het type kanker, maar ook naar of er in de familie kanker voor komt. Er zijn steeds meer middelen ontwikkeld die effect hebben als er bijvoorbeeld een bepaalde gen mutatie speelt.

Is de kans op erfelijkheid bij bepaalde vormen van kanker groter?

Jazeker, bijvoorbeeld triple-negatieve borstkanker kan erfelijk zijn, ook bij mannen met borstkanker moet je erfelijkheid uitsluiten. Eierstofkanker, prostaatkanker en darmkanker kunnen ook erfelijk zijn.

Wordt er dan al preventief gescreend of gebeurt dat pas bij bepaalde klachten?

Wij doen de screening van de genetica niet zelf, maar wij verwijzen naar de klinische genetica in Rotterdam. Als blijkt dat er inderdaad een mutatie aan het licht komt, dan ontvangt deze persoon een brief met daarin ook screeningsadviezen voor de hele familie.

Welke nieuwe ontwikkelingen zijn er op het gebied van Oncologie?

Bij Oncologie zijn er veel nieuwe ontwikkelingen op het gebied van immunotherapie. Vaak wordt het gecombineerd met chemotherapie. Het zet als het ware je eigen immuunsysteem aan tot het aanvallen van de tumorcellen.

Deze behandelingen zijn op meerdere vlakken in te zetten. Soms geven we het aanvullend, bijvoorbeeld als mensen geopereerd zijn en er zijn mogelijk nog microscopisch kleine achtergebleven tumorcelletjes. Maar we geven het met name ook bij patiënten die niet meer kunnen genezen, die uitzaaiingen hebben, om de ziekte in zijn geheel af te remmen.

hebben, om de ziekte in zijn geheel af te remmen.

Met welke uitdagingen krijg je te maken bij het behandelen van patiënten met kanker?

Het is nog wel eens een uitdaging om samen met de patiënt tot een goed behandelplan te komen, waar beide partijen zich in kunnen vinden. Soms zien wij oncologen nog kansen in een bepaalde behandeling, maar is de patiënt ervan overtuigd dat ze dat niet willen. En soms wil de patiënt nog een hele hoop, terwijl ik mezelf als oncoloog dan afvraag of dat nog wel medisch verantwoord is.

Wat zijn hierin de uitdagingen op emotioneel vlak?

Iedere patiënt is anders. Het is de kunst om de manier waarop je nieuws overbrengt goed af te stemmen op de patiënt. We proberen dit zo goed mogelijk te kunnen aanvoelen. Het is ook wel een uitdaging om het verdriet en leed wat je op de afdeling ziet, in het ziekenhuis te laten en het niet mee naar huis te nemen.

Hoe schud je een heftig gesprek of een lastige dag van jezelf af?

Ik wandel graag met de hond om mijn gedachten te verzetten. Ook hebben we een heel fijn team met collega's. Als ik dan heftige, zware dingen meemaak kan ik hier heel goed met collega's over praten. Ze begrijpen het goed, omdat ze in hetzelfde werk doen.

Hoe belangrijk is vroege detectie bij kanker?

Dat is een lastige vraag. Hoe vroeger het stadium waarin je een ziekte detecteert, hoe groter de kans op genezing. Mijn advies is altijd, voel of zie je iets vreemds aan je borst (bobbeltje, ingetrokken tepel, deukje, verandering van de huid) en vertrouw je het niet, ga even langs bij de huisarts. Hetzelfde geldt bij een verandering van het ontlastingspatroon. Heb je bloed in de ontlasting of buikklachten, wacht niet te lang en maak die klachten kenbaar bij de huisarts.

"Verwijt jezelf niks, dit overkomt je en je had het beloop niet kunnen veranderen."

Trekken mensen over het algemeen tijdig aan de bel?

Dat verschilt per persoon. Maar het is achteraf natuurlijk altijd makkelijk praten als er kanker geconstateerd wordt. Dan zijn de klachten ineens heel duidelijk. Maar we hebben allemaal weleens buikpijn. Ik zeg altijd tegen mensen: verwijt jezelf niks, dit overkomt je en daar heb je zelf niet voor gekozen en je had het beloop niet kunnen veranderen.

Wat is je advies voor mensen die hun risico op kanker willen verminderen?

Niet roken en alcohol met mate. Het liefst minimaal drie alcoholvrije dagen in de week. Als je alcohol drinkt maximaal twee glazen per dag. Goed bewegen en gezonde voeding, meer kun je denk ik niet doen. En voel je vooral niet schuldig als je toch kanker krijgt. Vaak is het een combinatie van factoren. Pech, invloeden van buitenaf, erfelijkheid en, ja, je leeftijd is een onderdeel hiervan.

Hoe biedt je na het brengen van slecht nieuws nog ondersteuning?

Ik ben verantwoordelijk voor de medische beslissingen. Men komt bij mij voor de keurcontroles en als er ziekteprogressie is om te bekijken wat de vervolgbehandeling gaat zijn. We hebben verpleegkundige specialisten die patiënten begeleiden tijdens het hele behandeltraject. Daarnaast zijn er twee casemanagers palliatieve zorg. Zij komen in beeld wanneer we verwachten dat de levensverwachting minder dan een jaar gaat zijn. Zij bieden dan extra ondersteuning bij klachten, maar ook op emotioneel vlak. Omdat ik maar een kwartier per patiënt heb, om voornamelijk het medische deel te behandelen, zijn de verpleegkundig specialisten en de casemanagers palliatieve zorg echt onmisbaar in dit traject. Zij begeleiden het deel dat ikzelf niet kan doen.

