

# Oncologie

MAGAZINE



Jaargang 5, nummer 1, april 2009



**Juridische implicaties van medische richtlijnen**  
**Nieuwe ontwikkelingen rondom de behandeling van slokdarmkanker**  
**Themajaar Multidisciplinary battles in GI Surgery**



### 3 Voorwoord - Colofon

#### 4 Artikel

- Nieuwe ontwikkelingen rondom de behandeling van slokdarmkanker

#### 7 Patiëntenvereniging

- Stichting DOORGANG

#### 8 Interview

- Juridische implicaties van medische richtlijnen

#### 11 Promoties

- Nacontrole schildklierkanker nauwkeuriger
- Herstel van T-cellen na chemotherapie

#### 12 Nieuws

- Betere herkenning van het Lynch-syndroom
- Personalia

### 13 Nieuws

- Themajaar Multidisciplinary battles in GI Surgery

#### 14 Websitebespreking

- [www.kankeronderzoek.info](http://www.kankeronderzoek.info)

#### 15 Agenda

- NABON/BOOG symposium: Post-San Antonio & Post St. Gallen
- Chirurgendagen 2009
- 15<sup>e</sup> NKI-AVL Symposium 'Oncologie in perspectief, geen vooruitblik zonder terugblik'
- VII<sup>e</sup> Bossche Mamma Congres
- Themabijeenkomst Galwegen, lever en pancreas
- Grote Manifestatie 'Kanker in Beeld'
- Multidisciplinary Battles in GI-surgery - congres

### Colofon

**Uitgever**  
Van Zuiden Communications B.V.  
Postbus 2122  
2400 CC Alphen aan den Rijn  
Tel. 0172 - 476 191  
Fax 0172 - 471 882

**Hoofredactie**  
Dr. W.M. Smit, internist-hematoloog  
**Redactieadviesraad**  
Prof. dr. R. van Hillegeersberg, oncologisch-chirurg  
Dr. R.J.A. van Moorselaar, uroloog  
Dr. J.J.M.E. Nuyttens, radiotherapeut  
Prof. dr. E.F. Smit, longarts

**Bureau- en eindredactie**  
Van Zuiden Communications B.V.  
Mw. drs. Floortje Zijm, projectmedewerker  
Postbus 2122  
2400 CC Alphen aan den Rijn  
Tel. 0172 - 476 191  
Fax. 0172 - 471 882  
E-mail: [zjm@zuidencom.nl](mailto:zjm@zuidencom.nl)

**Oplage:** 2.000 exemplaren

**Doelgroep**  
Medisch-oncologen, radiotherapeuten,  
oncologisch-chirurgen, longartsen, urologen en  
ziekenhuisapothekers in Nederland.  
Frequentie 3 x per jaar

**Vormgeving** Villaro Visuele Communicatie BV

ISSN 1874-1827

*Alle rechten voorbehouden. Geen enkel bestanddeel van deze uitgave noch de gehele uitgave mag worden vervoelvoudigd, openbaar gemaakt of bewaard in een documentatiesysteem door middel van druk, fotokopie, microfilm of enige andere techniek dan na schriftelijke toestemming van de uitgever.*

*Meningen en beweringen, geuit in de artikelen en in de mededelingen in deze uitgave zijn die van de auteur(s) en behoeven niet noodzakelijkerwijs overeen te komen met die van de redactie, de uitgever of sanofi-aventis.*

*De uitgave wordt met de grootst mogelijke zorgvuldigheid samengesteld. Fouten (in de gegevensverwerking) kunnen echter niet altijd worden voorkomen. Met het oog hierop en omdat de ontwikkelingen in de medische wetenschap snel voortschrijden, wordt de lezer aangeraden onafhankelijk inlichtingen in te winnen en/of onderzoek te verrichten wat betreft de vermelde diagnostische methoden, doseringen van medicijnen enzovoort. Aan deze uitgave kunnen geen rechten worden ontleend. De redactie en de uitgever wijzen elke verantwoordelijkheid of aansprakelijkheid voor de juistheid van de gegevens af en garanderen noch ondersteunen enig product of enige dienst geadvertiseerd in deze uitgave, noch staan garant voor enige door de vervaardiger van dergelijke producten of diensten gemaakte beweringen.*

© 2009, Van Zuiden Communications B.V., Alphen aan den Rijn

*Deze publicatie is mede mogelijk gemaakt met een 'unrestricted grant' van sanofi-aventis Netherlands B.V.*

NL.DOC.05.04.09

### Voorwoord

## Geachte lezer,

Geachte lezer,

In de week van het schrijven van het voorwoord van dit nummer van Oncologie Magazine staan de kranten bol van de reacties op het rapport van de Inspectie van de Gezondheidszorg over de kwaliteit van zorg in de keten rondom de oncologische patiënt. In dit rapport wordt vastgesteld dat er regelmatig sprake is van onvoldoende coördinatie bij patiënten met een maligniteit waarbij meerdere hulpverleners bij de behandeling zijn betrokken. Er zou sprake zijn van 'onvoldoende regie' en in de verbeterpunten wordt dan ook genoemd dat patiënten moeten kunnen rekenen op één aanspreekpunt in de keten, één geactualiseerd behandelplan en één geïntegreerd dossier. In het rapport wordt uitgesproken dat voor 1 januari 2010 volgens deze aanpak moet worden gewerkt en dat dit door de Inspectie steekproefsgewijs zal worden getoetst.

In een reactie van verschillende wetenschappelijke verenigingen en van de NVZ vereniging van ziekenhuizen wordt de toegenomen complexiteit van de oncologische zorg herkend en de vraag naar regie en overzicht onderschreven. Gezien de complexiteit van de materie worden wel door alle partijen vraagtekens gesteld bij de in het rapport genoemde tijdseisen. Eén van de tumortypen waarbij verschillende disciplines een rol spelen in de behandeling, is het oesofaguscarcinoom. In dit nummer staan collega's Wijnhoven en Acosta uit het Erasmus

MC stil bij de ontwikkeling en plaats van nieuwe chirurgische technieken, (neo)adjuvante chemotherapie en radiochemotherapie bij dit ziektebeeld. Gezien het scala aan mogelijkheden kan ook hier de vraag worden gesteld of nu de maag-darm-leverarts, radiotherapeut, oncologisch chirurg, medisch oncoloog of een nurse practitioner als regisseur moet worden aangewezen.

Los van het rapport van de Inspectie is er de afgelopen jaren al een toenemende protocollering van de zorg, worden zorgpaden ontwikkeld en verschenen er veel richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van diverse aandoeningen. In een interview met mw. prof. mr. W.R. Kastelein wordt ingegaan op de juridische implicaties van deze medische richtlijnen. De rol van het medisch tuchtrecht, het civiel recht en de letselschadeadvocaat komen hierin aan bod.

Tevens was er in verschillende media veel aandacht voor een website van KWF Kankerbestrijding, waarop patiënten kunnen zoeken naar de mogelijkheden van de behandeling in studies in diverse oncologische centra. Daarom bevat dit nummer geen boekbespreking, maar een bespreking van deze website.

Naast bovenstaande onderwerpen vindt u in dit nummer de nodige nieuwsfeiten en wordt aandacht besteed aan het 'Multidisciplinaire' themajaar van de Nederlandse Vereniging voor Gastro-intestinale Chirurgie.

Namens de multidisciplinaire redactie-raad wens ik u veel leesplezier.

Wim Smit

# Nieuwe ontwikkelingen rondom de behandeling van slokdarmkanker

Dr. B.P.L. Wijnhoven, chirurg, R.M.M. Acosta, verpleegkundige en nurse practitioner i.o., afdeling Heelkunde, Erasmus MC, Rotterdam

De overleving voor patiënten met slokdarmkanker is sterk afhankelijk van het tumorstadium. Vaak is behandeling na het stellen van de diagnose gericht op palliatie van symptomen, aangezien er bij deze patiënten sprake is van lokale, niet-resectabele ziekte of afstandsmetastasen. Minder dan de helft van de patiënten met slokdarmkanker komt in aanmerking voor een curatieve behandeling. Bovendien treedt zelfs na een slokdarmresectie bij ongeveer de helft binnen twee tot drie jaar een locoregionaal recidief op of is sprake van metastasen op afstand. De laatste jaren zijn er diverse onderzoeken gepubliceerd over de chirurgische en gecombineerde chemo-radiotherapeutische behandeling van slokdarmkanker. In dit artikel wordt hiervan een beknopt overzicht gegeven.

## Inleiding

Volgens de gegevens van de Nederlandse kankerregistratie (www.ikcnet.nl) is er de laatste decennia een dramatische stijging te zien van het aantal nieuwe gevallen van slokdarmkanker in Nederland (tabel 1). Deze toename geldt voor het adenocarcinoom; de incidentie van het plaveiselcelcarcinoom blijft min of meer constant. In 2005 werd bij ruim 1500 patiënten de ziekte gediagnosticeerd, met name bij mannen in de leeftijdscategorie van 60-80 jaar (tabel 2). Slokdarmkanker kent een hoog sterftecijfer: in 2005 overleden 1443 patiënten aan deze aandoening. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de vijfjaarsoverleving slechts 10-15% bedraagt (bron: Integraal kankercentrum Amsterdam en Noordoost Nederland; www.ikcnet.nl).

## In opzet curatieve behandeling

### Chirurgie

De hoeksteen van de behandeling van een niet tot de mucosa beperkt carcinoom (T1 submucosaal-T3) van de slokdarm is in

het algemeen chirurgie. Onlangs werden de langetermijnresultaten gepubliceerd van een Nederlandse studie, de zogenoemde *Transhiatal versus extended oesophagectomy* (HIVEX)-studie. Deze vergeleek de oncologische uitkomsten van de transhiatale slokdarmresectie (laparotomie met een beperkte klierdissectie) met de transthoracale resectie (tweevelds klierdissectie via thoracotomie en laparotomie) bij 220 gerandomiseerde patiënten. De vijfjaarsoverleving bedroeg respectievelijk 34 en 36%. Van de geanalyseerde patiënten na minimaal vijf jaar follow-up waren er 139 overleden (68%). Drie procent overleed in het ziekenhuis ten gevolge van chirurgische complicaties en 118 patiënten (58%) overleden ten gevolge van recidiefkanker.<sup>1</sup> De resultaten van de HIVEX-studie komen overeen met de internationale literatuur en geven aan dat een vijfjaarsoverleving van ruim 30% en een operatiesterfte van 5% of minder haalbaar is.

Sinds de jaren 90 is de minimaal invasieve slokdarmchirurgie (slokdarmresectie via een laparoscopie/thoracoscopie)



Dr. B. Wijnhoven



Mw. R. Acosta

Tabel 1. Voor leeftijd gestandaardiseerde incidentie van slokdarmkanker in Nederland (per 100.000 personen; volgens European Standardized Rate)

	Totaal	Mannen	Vrouwen	Trend sinds 1989
Slokdarmkanker	8,2	12,7	3,8	Sterke stijging

	Totaal	Mannen	Vrouwen
Slokdarmkanker	1546	1126	420

Tabel 2. Absolute aantallen nieuwgediagnosticeerde personen met slokdarmkanker in Nederland in 2005

ontwikkeld. Dit heeft een plaats gekregen bij de behandeling van slokdarmkanker. De eerste analyses laten een vergelijkbare mortaliteit en morbiditeit zien ten opzichte van de open, klassieke benadering. Ook de klieropbrengst en het percentage radicale resecties (R0; ongeveer 75%) lijken gelijk te zijn. De meeste studies betreffen echter een selectieve groep patiënten die geschikt werden geacht voor een dergelijke benadering (kleine tumoren, vroeg tumorstadium). Het ontbreekt momenteel aan gerandomiseerde studies die minimaal invasieve technieken vergelijken met de open techniek. Wat betreft de oncologische uitkomsten is de follow-up nog niet lang genoeg. Ook zal verder onderzoek naar de kwaliteit van leven moeten plaatsvinden om een vermeend voordeel van de laparoscopische en thoracoscopische benadering (sneller herstel, minder pijn, cosmetiek) te bewijzen.

Bij ongeveer een kwart van de patiënten is bij microscopisch onderzoek van het preparaat het circumferentiële snijvlak geïnfilteerd met tumor. Daarom is deze groep *at risk* voor een recidief. Zoals hierboven reeds vermeld krijgt ongeveer twee derde van de patiënten na een chirurgische behandeling een locoregionaal recidief en/of metastasen op afstand. Er is dan ook geprobeerd de uitkomsten van de chirurgische behandeling te verbeteren met adjuvante chemotherapie of radiotherapie. De beperkte studies die zijn gedaan, laten geen duidelijk voordeel zien van adjuvante radiotherapie en/of chemotherapie; het accent van onderzoek is dan ook verschoven naar het bepalen van de waarde van neoadjuvante therapie.

### Neoadjuvante chemotherapie

Het doel van het geven van preoperatieve chemotherapie is het verkleinen van het tumorvolume om de kans op een microscopisch radicale resectie (R0) te vergroten. Daarnaast is chemotherapie wellicht in staat micrometastasen in een vroeg stadium te elimineren. Tussen 1983 en 2006 zijn er acht gerandomiseerde studies verschenen die neoadjuvante chemotherapie hebben vergeleken met chirurgie alleen (1724 patiënten). De *Australian Gastro-Intestinal Trials Group* onder leiding van GebSKI heeft een meta-analyse verricht van deze studies.<sup>2</sup> Ondanks het feit dat slechts één Britse studie een significant

voordeel liet zien van neoadjuvante chemotherapie wat betreft overleving, was er bij gepoolde analyse van de studies een significant voordeel in tweejaarsoverleving van preoperatieve chemotherapie ten opzichte van chirurgie alleen (hazardratio 0,90; 95%-BI 0,81-1,00). Dit gaat gepaard met een tweejaars absolute ovelevingswinst van slechts 7%. Een subgroepanalyse laat zien dat dit voordeel slechts geldt voor de adenocarcinomen van de slokdarm en niet voor de plaveiselcelcarcinomen. Onlangs verschenen de resultaten van een andere Britse studie, waarin de waarde van perioperatieve chemotherapie bij 503 patiënten met een maagcarcinoom of carcinoom van de distale slokdarm is onderzocht.<sup>3</sup> Hoewel de studie in eerste instantie niet was opgezet voor het slokdarmcarcinoom, is na start besloten deze groep toch te laten participeren. Het aantal patiënten met een slokdarmcarcinoom bedroeg slechts 15% van de gehele groep. Nog eens 10% van de patiënten had een adenocarcinoom van de slokdarm-maagovergang. Chemotherapie voor en na de operatie liet een significante verbetering zien van de vijfjaarsoverleving: 36% versus 23% voor chirurgie alleen. Ook de progressievrije overleving was gunstiger. De vraag is natuurlijk of deze resultaten gelden voor de subgroep van slokdarmcarcinomen. Maar in het Verenigd Koninkrijk en in een aantal centra in Nederland heeft deze studie samen met de meta-analyse van GebSKI et al. ertoe geleid dat pre- en/of perioperatieve chemotherapie met chirurgie tot standaardbehandeling is verheven.

### Neoadjuvante chemo-radiotherapie

Het toevoegen van radiotherapie aan preoperatieve chemotherapie heeft mogelijk een extra voordeel. Het doel van het gecombineerd geven van chemo- en radiotherapie is gebruik te maken van de radiosensitiserende werking van chemotherapie en zo een reductie van tumorgrootte te bereiken met een maximale lokale controle. Ook voor de studies die de waarde van neoadjuvante chemo-radiotherapie hebben onderzocht, geldt dat deze vaak een te lage *power* hebben om een eventueel kleine maar klinisch relevante verbetering in overleving te kunnen aantonen. Tien gerandomiseerde studies, gepubliceerd tussen 1983 en 2006 (in totaal ruim 1200 patiënten) hebben onderzocht of neoadjuvante chemo-radiotherapie een verbetering geeft van de overleving. Ook hier lieten de gepoolde gegevens een significante overlevingswinst zien voor preoperatieve chemo-radiotherapie ten opzichte van chirurgie alleen (hazardratio 0,81; 95%-BI 0,70-0,93)<sup>2</sup>. Dit komt overeen met een absolute winst in tweejaarsoverleving van 13%.

### Kritiek op studies

Bovengenoemde meta-analyse naar de waarde van preoperatieve chemotherapie en chemo-radiotherapie als aanvulling op radicale chirurgie is waarschijnlijk het beste 'bewijs' dat momenteel voorhanden is. Betekent dit nu dat elke patiënt met slokdarmkanker die in aanmerking komt voor een in opzet curatieve resectie, moet worden voorbehandeld? Mijns inziens is het antwoord nog steeds 'nee'. Er is kritiek te leveren op de individuele studies die deel uitmaken van de meta-analyse en op de meta-analyses zelf. Allereerst zijn de meeste studies opgezet in de jaren 80 en 90. Dat betekent dat goede staging middels CT-scan, endosonografie en PET-scan niet altijd beschikbaar was en het dus de vraag is of resultaten van toepassing zijn op de huidige patiëntenpopulatie bij wie nauwkeurigere en uitgebreidere staging heeft plaatsgevonden. Ook is de methodologische kwaliteit van de geïncludeerde studies in de analyse volgens de huidige criteria in veel gevallen matig of zelfs zwak. Een meta-analyse van methodologisch zwakke studies zal nog steeds resulteren in een zwakke uitkomst. Ook is sprake van klinische heterogeniteit. Dat wil zeggen dat de studies verschillen met betrekking tot de dosis en tijdstip van toediening van radiotherapie, de chemotherapieën (dosis en middelen) en chirurgische technieken. Daarom is de vraag gerechtvaardigd of bij een dergelijke klinische heterogeniteit van de studies, statistische *pooling* van gegevens wel opportuun is. Naast de analyse van Gebski et al. zijn er nog vier meta-analyses verricht. Twee van deze studies zijn negatief ten aanzien van de waarde van neoadjuvante chemo-radiotherapie. Verschillen in gegevensextractie en statistische analyse kunnen dit wellicht verklaren. We moeten ons daarnaast goed realiseren dat het eindpunt van de meta-analyses vaak tweejaaroverleving is in plaats van vijfjaaroverleving. Bij tweejaaroverleving kan er een verschil zijn dat na drie, vier of vijf jaar is verdwenen. De uitkomstmaten van meta-analyses zijn vaak gebaseerd op gepoolde data van de uitkomstmaten van de geïncludeerde studies. In het meest ideale geval worden de individuele patiëntgegevens opgevraagd bij de onderzoekers van elke geïncludeerde studie en samengevoegd in een database.

### Toekomst

Mede gezien het ontbreken van kwalitatief goede gerandomiseerde onderzoeken naar de waarde van neoadjuvante therapie bij het slokdarmcarcinoom, zijn in Nederland vanuit diverse centra patiënten geïncludeerd in een fase-III-studie.

Deze zogenoemde *CROSS-trial* onderzoekt of neoadjuvante chemo-radiotherapie gevolgd door chirurgie leidt tot een betere overleving in vergelijking met chirurgie alleen bij patiënten met slokdarmkanker.<sup>4</sup> Hoewel de inclusie is voltooid en het beoogde aantal van 350 patiënten is gehaald, zullen de eerste uitkomsten nog twee jaar op zich laten wachten. Tot die tijd zal dus een afweging moeten worden gemaakt tussen het geven van preoperatieve chemotherapie of chemo-radiotherapie gevolgd door chirurgie. Dat wil niet zeggen dat chirurgie alleen niet meer de standaardbehandeling is. Mede gezien bovenstaande kritiek op de studies vormt goed uitgevoerde, radicale slokdarmchirurgie nog steeds de hoeksteen van de behandeling van de patiënt met slokdarmkanker. Uiteraard moet rekening worden gehouden met de toxische effecten van chemo-radiotherapie en daardoor met een mogelijk hogere postoperatieve mortaliteit en morbiditeit. Ongetwijfeld zullen er in de tussentijd nieuwe studies worden geïnitieerd. De aandacht zal waarschijnlijk uitgaan naar de zogenoemde *targeted therapy*. Aan een standaard chemo-radiotherapie regime worden monoklonale antilichamen gericht tegen bijvoorbeeld groeireceptoren die op de cel aanwezig zijn toegevoegd, met als doel de respons te vergroten. Dit is een mogelijkheid die momenteel intensief wordt onderzocht. Het minimaliseren van de bijwerkingen van de chemo-radiotherapie en het inzicht verschaffen in de kwaliteit van leven bij deze patiëntengroep verdient daarnaast meer aandacht en verder onderzoek. Ook zal de aandacht de komende jaren uitgaan naar nieuwe methoden om de respons op chemo-radiotherapie te voorspellen voor of tijdens de vroege fase van de behandeling, zoals bijvoorbeeld met de PET-scan of moleculaire markers. De geclaimde overlevingswinst van neoadjuvante therapie is vrijwel alleen van toepassing op de groep patiënten die een complete of bijna complete (*near complete*, bijvoorbeeld < 10% vitale cellen) respons laten zien in het resectiepreparaat. In de non-responders heeft deze potentieel toxische therapie waarschijnlijk geen additionele waarde en zou spoedige chirurgische behandeling meer winst kunnen opleveren. Daarentegen kan bij een voorspelde complete respons op chemo(radio)therapie wellicht worden overwogen geen slokdarmresectie uit te voeren.<sup>5</sup> Onderzoek laat zien dat een slokdarmsparende behandeling voor een zorgvuldig geselecteerde groep een acceptabele overleving biedt met een goede kwaliteit van leven.

#### Literatuur

Literatuurgegevens zijn opvraagbaar bij de uitgever via [zuiden@zuidencom.nl](mailto:zuiden@zuidencom.nl).

### Patiëntenvereniging

# Stichting DOORGANG, organisatie voor patiënten met kanker aan het spijsverteringsstelsel

De patiëntenorganisatie DOORGANG is in 1995 opgericht, voor mensen met een vorm van kanker aan het spijsverteringsstelsel: slokdarmkanker, maagkanker, alveesklieerkanker, darmkanker en GEP/NET (waaronder carcinoïd). Momenteel heeft de stichting ongeveer 260 leden.



De Stichting DOORGANG richt zich onder meer op:

- het bevorderen van telefonisch lotgenotencontact;
- belangenbehartiging op alle terreinen in de gezondheidszorg;
- het onderhouden van goede contacten met organisaties waarmee deze specifieke groepen patiënten te maken kunnen krijgen;
- het verstrekken van informatie aan patiënten over ontwikkelingen op oncologisch gebied;
- het inventariseren van ervaringen van patiënten, om daarmee een bijdrage te leveren aan onderzoeken in alle sectoren, die met deze ziektes te maken hebben;
- patiënten, hun partners, kinderen en familieleden met lotgenoten in contact te brengen, zodat zij van elkaars ervaringen kunnen leren, in positieve en in negatieve zin.

De Stichting DOORGANG is aangesloten bij de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK), hetgeen veel mogelijkheden biedt op het gebied van belangenbehartiging en het informeren van patiënten. Via de NFK worden cursussen

aangeboden voor patiënten die als actieve vrijwilliger binnen het lotgenotencontact willen meewerken.

Op de website van de stichting ([www.kankerpatiënt.nl/door-gang](http://www.kankerpatiënt.nl/door-gang)) is voor patiënten veel informatie te vinden, zoals besprekingen van diverse boeken over darmkanker, nieuwsberichten en een uitgebreid overzicht van relevante websites. Onder de kop 'Ervaringsverhalen' staan interviews met patiënten en ervaringen die patiënten zelf hebben beschreven. Lotgenoten hebben de mogelijkheid hierop te reageren, wat in veel gevallen ook wordt gedaan.

Stichting DOORGANG geeft ieder kwartaal voor haar leden/donateurs een Nieuwsbrief uit en organiseert ieder najaar een landelijke contactdag.

*N.B.: Vanaf begin 2009 zijn er binnen de stichting drie vacatures, voor de functie van voorzitter, penningmeester en bestuurslid marketing en communicatie. Meer informatie hierover is te vinden op de website.*

# Juridische implicaties van medische richtlijnen

Interview met mw. mr. W.R. Kastelein, advocate, KBS Advocaten, Utrecht

Specialisten krijgen in hun dagelijks werk steeds vaker te maken met richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van bepaalde aandoeningen. Artsen worden geacht de geldende richtlijnen te volgen. Moet een richtlijn worden beschouwd als wettelijk vastgestelde norm of als een aanwijzing voor behandeling? Aan de andere kant staat de patiënt, die vanzelfsprekend recht heeft op de beste behandeling. Mw. prof. mr. W.R. Kastelein is advocate, gespecialiseerd in gezondheidsrecht en tevens bijzonder hoogleraar Gezondheidsrecht aan de Radboud Universiteit in Nijmegen. Zij benadrukt dat de richtlijnen niet zijn ontworpen als juridisch instrument, maar als leidraad voor het geven van de best mogelijke zorg.

## Toename 'claimbewustheid'

In Nederland zijn er jaarlijks miljoenen patiëntencontacten en het overgrote deel van de patiënten wordt adequaat en naar tevredenheid behandeld, ook al kan niet iedereen worden genezen. Een trend naar een toename van het aantal patiënten dat een klacht indient, is volgens Kastelein nog maar nauwelijks waar te nemen: "Het aantal tuchtzaken per jaar is maar een fractie van het totaal aantal patiëntencontacten: slechts 1500. Dit is de laatste jaren wel iets gestegen, maar in verhouding tot het aantal patiëntencontacten en het aantal artsen dat werkzaam is (plus fysiotherapeuten, psychotherapeuten, GGZ-psychologen, verpleegkundigen, apothekers, verloskundigen en tandartsen die ook allemaal onder het tuchtrecht vallen) is het toch nog heel beperkt. Patiënten verschillen hierin overigens niet van de 'gewone' consument. Het is een trend die in de hele samenleving zichtbaar is: mensen zijn assertiever dan 50 jaar geleden."

*Het aantal tuchtzaken per jaar is maar een fractie van het totaal aantal patiëntencontacten: slechts 1500*



## Informatie van internet

De beschikbaarheid van onder meer medische informatie via internet, zou kunnen bijdragen aan de toegenomen assertiviteit van mensen. Artsen kunnen dit vervelend vinden, maar voor patiënten kan aanvullende informatie ook heel zinvol zijn. Kastelein: "Soms meent iemand op basis van informatie via internet ten onrechte dat hij niet de juiste behandeling heeft gekregen; het kost de arts tijd om dit dan uit te leggen. Aan de andere kant halen mensen soms ook nuttige dingen van internet, waarvan artsen onvoldoende op de hoogte zijn gebleven. Internet is dus niet altijd alleen maar negatief." Kastelein is bovendien van mening dat behandelaars soms meer

## Mensen zijn assertiever

### dan 50 jaar geleden

met de patiënt moeten overleggen. De patiënt is immers degene die beslist welke behandeling hij wil. "In de meeste beroepsgroepen valt hier nog wel iets te verbeteren", aldus Kastelein. "De arts stelt iets voor; de patiënt die veel tijd heeft en zoekt op internet ziet dat op andere plaatsen een andere behandeling wordt gegeven. Dat roept dan vragen op. Soms zijn deze vragen onterecht: de patiënt heeft bijvoorbeeld niet in de gaten dat hij een andere afwijking heeft dan wordt beschreven, of een speciale afwijking waarvoor alleen die behandeling zinvol is. Maar soms zijn de vragen ook heel terecht. Er zitten dus meerdere kanten aan."

## Geen extreme claims

Een veelgehoorde opmerking betreft de angst voor zogenoemde 'Amerikaanse toestanden' in Nederland: een extreme toename van het aantal claims en daarbij astronomische schadevergoedingseisen. Kastelein ziet dit in Nederland nog niet snel gebeuren, waarvoor diverse argumenten zijn. Kastelein: "Het aantal claims en de bedragen die ermee gemoeid zijn stijgen wel enigszins, maar dit blijft beperkt. In Nederland hebben wij in elk geval een veel beter sociaal verzekeringsstelsel dan in de Verenigde Staten. Mensen zijn voor hun welstandsniveau dus minder afhankelijk van het indienen van claims. Omdat het sociaal verzekeringsstelsel hier heel behoorlijk is, is de hoogte van de claims hier bovendien meestal een stuk lager. Ook het feit dat wij geen juryrecht-spraak kennen, drukt de hoogte van de claims. Beroepsrechters kijken meer naar wat in andere zaken is toegewezen en wat ze redelijk vinden. Ze worden wellicht minder gedreven door puur medelijden en meer door zakelijke afwegingen."

## Richtlijn als wet?

"In principe is een richtlijn geen wettelijk vastgelegde norm", legt Kastelein uit. "Richtlijnen worden wel geacht onderdeel te zijn van wat wij de 'professionele standaard' noemen. En dat je in beginsel conform de professionele standaard moet handelen is wél in de wet vastgelegd. Ook in de jurisprudentie wordt aangenomen dat een arts protocollen en richtlijnen in beginsel moet opvolgen, maar dat is niet hetzelfde als wat wettelijk is vastgelegd."

## Richtlijn, standaard of protocol

Volgens Kastelein is de juridische waarde van richtlijnen, standaarden en protocollen onderling niet verschillend, al hangt het af van de omstandigheden. Er wordt gekeken naar wat in het betreffende ziekenhuis de gehanteerde standaard is. Kastelein: "Hierover bestaat ook concrete jurisprudentie. Als er een ziekenhuisprotocol is, dan is het de bedoeling dat dit in het ziekenhuis wordt gehanteerd. Dat is vastgesteld door de betrokken specialisten. De arts dient dit protocol na te leven tenzij er specifieke omstandigheden zijn, samenhangend met de individuele patiënt, waardoor het niet juist zou zijn om het protocol op te volgen. Dit is in een arrest van de Hoge Raad van 2 maart 2001 zeer uitdrukkelijk gezegd. Naar dit arrest wordt in vervolgzaken verwezen."

*In een medische tuchtzaak gaat het nooit om geld; een tuchtrechter kan geen schadevergoeding toekennen*

## Tuchtrecht en aansprakelijkheid

Een patiënt die ontevreden is over de behandeling die hij kreeg, kan diverse wegen bewandelen. Meestal betreft het een medische tuchtzaak of een medische aansprakelijkheidszaak. Kastelein legt uit: "Bij een medische aansprakelijkheidszaak gaat het om een patiënt die stelt dat er een fout is gemaakt waardoor hij schade heeft geleden die hij vergoed wil zien. Heel banaal gezegd gaat het hier altijd om geld. Deze zaken worden behandeld door een civiele rechter. In een medische tuchtzaak gaat het daarentegen nooit om geld; een tuchtrechter kan namelijk geen schadevergoeding toekennen. Bij een medisch tuchtrechter gaat het om een patiënt die zegt 'er is tekortgeschoten in zorg en ik wil dat de tuchtrechter daarvoor een maatregel oplegt'. Er zijn verschillende maatregelen die kunnen worden opgelegd, zoals een waarschuwing, een geldboete, schorsing uit het register of doorhaling uit het register." De mate waarin een behandelaar persoonlijk betrokken is bij de afwikkeling wisselt ook. Kastelein: "Als het gaat om een medische aansprakelijkheidszaak wordt een verzekeraar ingeschakeld, die de verdere discussie afhandelt. Er wordt nog

wel eens informatie of commentaar op de claim gevraagd, maar de schadeafwikkeling ligt in handen van de verzekeraar. Het komt wel voor dat een arts mee moet naar de rechtbank, maar het staat meestal verder van de behandelaar af dan een tuchtzaak, waarin hij zichzelf moet verweren."

Het kan overigens ook gebeuren dat een medische tuchtzaak en een aansprakelijkheidszaak parallel lopen. "In tuchtzaken en zelfs in strafzaken kunnen tekortkomingen van behandelaars een rol spelen. Op allerlei rechtsgebieden kan de juridische betekenis van richtlijnen en protocollen dus van belang zijn," aldus Kastelein.

*Richtlijnen zijn opgesteld ter verbetering van de kwaliteit van zorg, niet om er juridische consequenties aan te verbinden*

### Weten we genoeg?

Niet alleen in de juridische literatuur wordt over gezondheidsrecht geschreven, ook in bijvoorbeeld *Medisch Contact* is hierover gepubliceerd (onder meer *Medisch Contact 2005;60(15):614-7*). Men is het erover eens dat protocollering niet mag leiden tot de zogenoemde 'kookboekgeneeskunde' waarin de behandelaar geen eigen afweging meer mag maken. Zorgverleners hoeven zich volgens Kastelein ook niet elk moment van de dag bewust te zijn van hun juridische positie. "Het is vooral belangrijk dat ze goede en adequate zorg verlenen", zegt zij. "In het algemeen is men van mening dat protocollering en standaardisering de kwaliteit van de zorg verbetert. Daarvoor zijn de richtlijnen ook opgesteld, niet in eerste instantie om er juridische consequenties aan te verbinden. Ik vind dat een specialist altijd moet proberen de patiënt zo goed mogelijke zorg te geven, door (met name bij ingewikkeldere behandelingen) een nationaal of internationaal vastgesteld

protocol te volgen. Daarbij is hij deskundig genoeg om te beslissen wanneer het nodig is om ervan af te wijken."

### Gezondheidsrecht in de opleiding

Zouden aankomende artsen al tijdens hun opleiding meer moeten leren over de juridische implicaties van richtlijnen en protocollen? Voor het vak Gezondheidsrecht is er in het geneeskundig onderwijs momenteel (nog) niet zo veel aandacht. Zelf werkt Kastelein mee aan de artsenopleiding aan de medische faculteit in Nijmegen, waar Gezondheidsrecht een keuzevak is in het derde studiejaar. Ze vertelt hierover: "Dit keuzevak wordt per keer door ongeveer 25 (van een paar honderd) studenten gevolgd. Dat is natuurlijk wel erg weinig, maar er zijn erg veel keuzevakken waaruit de studenten moeten kiezen. Binnen het keuzevak Gezondheidsrecht wordt overigens ook een blok besteed aan het onderwerp 'protocollen en richtlijnen'. Op sommige faculteiten in Nederland is het wel een verplicht vak; dit juich ik vanzelfsprekend toe."

### Aansprakelijkheidssysteem op de schop?

Over de vraag of het huidige aansprakelijkheidssysteem in het gezondheidsrecht zou moeten worden herzien, lopen de meningen uiteen. Kastelein verwacht echter niet dat het huidige systeem op korte termijn op de helling gaat. "Sommigen willen helemaal af van het aansprakelijkheidsrecht zoals het er nu uitziet en de verwijtbaarheid waartegen de arts zich moet verdedigen. Zij willen een systeem waarin ook vermijdbare schade wordt vergoed. Dit systeem is er bijvoorbeeld in Denemarken en werkt heel anders: meer mensen krijgen schade vergoed, maar een lager bedrag, omdat het geld over meer slachtoffers moet worden verdeeld. Je kunt je afvragen of dat wel redelijk is." Vooralsnog hebben de discussies niet geleid tot daadwerkelijke veranderingen in het systeem. Kastelein vult aan: "Er wordt wel geprobeerd om de procedure bij de medische aansprakelijkheidszaken te stroomlijnen en tot snellere schadeafwikkeling te komen, onder meer door het opstellen van een gedragscode waaraan beide partijen zijn gebonden. Hiermee voorkomen we dat mensen vijf jaar moeten wachten op een schadevergoeding omdat de partijen alsmaar discussiëren."

## Promoties

### Nacontrole schildklierkanker nauwkeuriger

Gedifferentieerd schildkliercarcinoom is een zeldzame en meestal goed behandelbare vorm van kanker. Na behandeling keert de ziekte echter vaak terug. Patiënten moeten daarom hun hele leven onder controle blijven. De tumormerkstof thyroglobuline (Tg) in het bloed speelt een belangrijke rol bij de nacontrole. Uit onderzoek van promovendus Adrienne Persoon blijkt dat Tg met een nieuwe test beter kan worden aangetoond dan met de gebruikelijke testmethode. De nieuwe methode lijkt bruikbaar om terugkerend schildkliercarcinoom

in een vroeger stadium vast te stellen. De precieze betekenis van lage concentraties Tg is overigens nog onduidelijk. Wanneer de patiënt een verhoogde TSH-waarde heeft, kan de hoeveelheid Tg nauwkeuriger worden gemeten. Met injecties recombinant humaan TSH (rhTSH) kan de hoeveelheid TSH kunstmatig worden verhoogd. Uit onderzoek van Persoon blijkt echter dat dit de diagnostische opbrengst van Tg meting amper verbetert. Omdat de methode bovendien duur is en bij de patiënten angst en zorgen over kanker oproept, ver-

betert deze methode de nacontrole niet. Persoon promoveerde op 4 maart 2009 aan de Universiteit Groningen op het proefschrift *New insights in the follow-up of differentiated thyroid carcinoma*. Ze richtte haar onderzoek aan de afdeling Endocrinologie van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). Persoon werkte de afgelopen drie jaar in het Martini Ziekenhuis, nu vervolgt zij haar opleiding tot internist in het UMCG.

### Herstel van T-cellen na chemotherapie

T-cellen vormen een belangrijke component van het afweersysteem. Als gevolg van bijvoorbeeld chemotherapie of een hiv-infectie kan het afweersysteem een klap krijgen. Herstel van het afweersysteem dient zich snel te voltrekken om de kans op schadelijke of levensbedreigende infecties te beperken. Met name T-celaantallen herstellen traag en de snelheid van herstel neemt af met de leeftijd. In zijn proefschrift *Lymphocyte dynamics in*

*health and disease* beschrijft Rogier van Gent welke factoren belangrijk zijn voor de opbouw en het behoud van T-celaantallen in gezonde individuen. Vervolgens beschrijft hij welke factoren belangrijk zijn voor het herstel van T-celaantallen na immuundeficiëntie veroorzaakt door chemotherapie, behandelde hiv-infectie of na het verwijderen van de thymus (zwezerik), het orgaan verantwoordelijk voor de productie van T-cellen. Gezamenlijk bieden deze

gegevens inzicht in de T-celdynamica in het lichaam, zowel in gezondheid als in ziekte, en is het nu mogelijk om strategieën te ontwikkelen om het herstel van T-celaantallen te versnellen.

Rogier van Gent promoveerde op 3 maart 2009 aan het UMC Utrecht.

*Persbericht*

*Universitair Medisch Centrum Utrecht*

## Nieuws

### Betere herkenning van het Lynch-syndroom

Het Lynch-syndroom is de meest voorkomende vorm van erfelijke dikkedarmkanker. Herkenning van dit syndroom is essentieel, omdat tweemaaljaarlijkse darmonderzoeken de kans op het ontstaan van dikkedarmkanker aanzienlijk verlagen. Maar nog lang niet alle patiënten met het Lynch-syndroom worden als zodanig herkend. Lucy Overbeek onderzocht een nieuwe methode om de herkenning van het Lynch-

syndroom te verbeteren. Hierbij wordt een DNA-test gebruikt op de tumor van patiënten met dikkedarmkanker. Het blijkt dat door deze nieuwe methode meer patiënten met het Lynch-syndroom worden herkend. Bovendien blijkt implementatie van de nieuwe methode kosteneffectief. Door implementatie van de nieuwe methode zal het ontstaan van dikkedarmkanker als gevolg van het Lynch-syndroom afnemen.

Overbeek promoveerde op 20 maart 2009 op het proefschrift *Improvement of identification of lynch syndrome by changing clinical practice roles*. Ze verrichtte bovenstaand onderzoek op de afdelingen Antropogenetica en IQ Healthcare van het UMC St Radboud te Nijmegen.

*Persbericht Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen*

### Rectificatie

In *Oncologie Magazine nr. 3 2008* stond in het bericht 'Minder sterfte aan borstkanker in 2007' de volgende zin vermeld: "Ondanks de afname van borstkanker in het afgelopen decennium behoort ons land nog steeds tot de Europese landen met de hoogste sterftcijfers." De

zinnen had als volgt moeten worden geschreven: "Ondanks de afname van borstkankersterfte in het afgelopen decennium behoort ons land nog steeds tot de Europese landen met de hoogste incidentiecijfers." De redactie hoopt hiermee eventuele onduidelijkheden te hebben verholpen.

### Personalia



Prof. dr. van Hillegersberg

Prof. dr. R. (Richard) van Hillegersberg is aan de Universiteit Utrecht benoemd tot hoogleraar gastro-intestinale chirurgie. Van Hillegersberg blijft als chirurg werkzaam in het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Zijn inauguratierede houdt hij in maart 2010.

## Nieuws

### Themajaar Multidisciplinary battles in GI Surgery

De Nederlandse Vereniging voor Gastro-Intestinale Chirurgie (NVGIC) organiseert dit jaar het themajaar 'Multidisciplinary battles in GI Surgery'. Prof. dr. Richard van Hillegersberg, chirurg in het Universitair Medisch Centrum Utrecht, is voorzitter van het organiserend comité. "Een bezoek aan de themadagen of het congres is meer dan een gezellige dag op een mooie locatie", legt hij uit. "Als chirurg, MDL-arts, medisch oncoloog of radioloog ben je weer helemaal up-to-date op diverse controversiële gebieden binnen de multidisciplinaire behandeling."

#### Multidisciplinaire debatten

In toenemende mate werken chirurgen samen met andere disciplines, met name bij de behandeling van gastro-intestinale tumoren. Hierbij zijn de maag-darm-lever (MDL)-artsen, medisch oncologen en radiologen betrokken. Er is steeds meer interactie, de disciplines zijn samen bezig met het bepalen van de optimale behandeling voor een patiënt. Van Hillegersberg: "Een voorbeeld is een patiënt met colorectale levermetastasen, die in eerste instantie niet voor chirurgie in aanmerking kwam. Na behandeling met chemotherapie kan de tumor alsnog worden verwijderd met behulp van operatie in combinatie met radiofrequente ablatie. In sommige gevallen doet de radioloog de ablatie via percutane route."

#### Spanningsveld

Door de multidisciplinaire benadering kan een spanningsveld ontstaan, als de vraag zich voordoet welk specialisme een bepaalde behandeling het best kan uitvoeren. "Van logistieke aard is bijvoorbeeld de vraag wie de colonoscopie moet uitvoeren", licht Van Hillegersberg toe, "maar deze vraag geldt ook de behandeling met nieuwe technieken. Het is niet altijd even duidelijk wat de beste keus is; dit moet bij elke patiënt opnieuw worden bekeken."

#### Het programma

In het themajaar worden twee themabijeenkomsten en een afsluitend congres

georganiseerd. De eerste themabijeenkomst heeft op 24 maart plaatsgevonden, de tweede is op 11 september en gaat over maligniteiten in galwegen, lever en pancreas. In de vorm van pro-con-debatten behandelen nationale en internationale sprekers diverse stellingen. Van Hillegersberg: "Tijdens de eerste themadag gaf B. Dalamagne uit het IRCAD-centrum in Straatsburg voor minimaal-invasieve chirurgie een overzicht van alle nieuwe ontwikkelingen op dit gebied. Op 11 september spreken onder meer J. Cerqui uit Parijs, een topper op het gebied van laparoscopische leverchirurgie, en G. Costamagna, een gastroenteroloog uit Rome."

#### Afsluitend congres

Het afsluitend congres vindt plaats op 10 en 11 december in Rotterdam. Van Hillegersberg: "De eerste dag staan de maag en de gastro-oesofagale overgang centraal, regio's waarin we veel problemen zien. Op de tweede dag richten we ons op de colorectale tumoren. We hebben een aantal grote sprekers, zoals op donderdag S. DeMeester, chirurg in de Verenigde Staten, H. Stein uit Nurnberg en M. Griffin uit Newcastle. Dit zijn allemaal toppers op upper-GI-gebied. Op vrijdag spreken onder meer A. d'Hoore uit Leuven en de Franse T. Ponchon, een MDL-arts met veel ervaring in het verwijderen van colontumoren."

De opzet van het congres is gelijk aan de twee themadagen: de onderwerpen worden groten-deels in de vorm van pro-con-debatten behandeld. Op beide dagen vindt daarnaast een

satellietsymposium plaats, waarvan de eerste over NOTES, minimaal-invasieve transorale chirurgische techniek die erg in opkomst is. "Pro-con-debatten zijn altijd spannend en onverwacht", vindt Van Hillegersberg. "Bovendien is het interactief, want het publiek kan door middel van stemkastjes zijn mening geven. Zo kunnen we als het ware peilen of een van beide sprekers het publiek voor zich heeft weten te winnen."

#### Meer informatie

Op [www.congresscare.nl](http://www.congresscare.nl) en de website van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde ([www.heelkunde.nl](http://www.heelkunde.nl)) is in de congressagenda het programma van het themajaar te vinden.



#### Themajaar Multidisciplinary Battles in GI Surgery

Vrijdag 11 september:  
Themabijeenkomst Galwegen, lever en pancreas, Congrescentrum Figi, Zeist.

Donderdag 10 december:  
Congresdag Maag en gastro-oesofagale junctie, Beurs-World Trade Center, Rotterdam.

Vrijdag 11 december:  
Congresdag Colorectaal, Beurs-World Trade Center, Rotterdam

## www.kankeronderzoek.info

De website [www.kankeronderzoek.info](http://www.kankeronderzoek.info) wil patiënten en hun naasten betrouwbare informatie geven over allerlei zaken rondom onderzoek naar kanker en over specifieke onderzoeken. Als een lezer geïnteresseerd is in een bepaalde studie en/of daaraan wenst deel te nemen, wordt hij verzocht alles uit te printen en dit te bespreken met zijn behandelend arts. De website is een mooi initiatief en een waardige tegenhanger van de vele websites over alternatieve geneeskunde. Hij is tot stand gekomen door samenwerking van KWF Kankerbestrijding, de Nederlandse Federatie voor Kankerpatiënten (NFK) en het Integraal Kankercentrum Oost en Zuid (IKO en IKZ).

De site is goed opgebouwd en nodigt al snel uit om een van vier hoofdonderwerpen aan te klikken. Deze blikvangers zijn: 1) een kankeronderzoek zoeken, 2) uitleg over de site, 3) betere vooruitzichten door deelname? en 4) aanmelden om nieuws te ontvangen over nieuwe trials. Daarnaast bevindt zich bovenaan de pagina een balk die de lezer kan aanklikken en die hem leidt naar: 'Trial zoeken', 'Over onderzoek', '(meest gestelde) Vragen', 'Feiten en fabels', 'Begrippenlijst', 'Aan het woord (patiënten, zorgverleners, beleid en bestuur)' en 'Links'. Ten slotte is er ook een zoekfunctie waarin een trefwoord kan worden ingevuld.

Bij het aanklikken van 'Trials zoeken' opent zich een duidelijk keuzemenu waardoor de lezer specifiek en vlot naar een trial kan zoeken. De gevonden trials worden als een lijst getoond en onder elke trial staat een bondige uitleg. Bij het aanklikken van de trial opent zich een nieuwe pagina waarop de trial in het kort wordt uitgelegd. Daarna kan de pagina verder worden uitgevouwen door te klikken op 'Voorwaarden', 'Behandeling', 'Ziekenhuizen', 'Onderzoeksgegevens' of 'Meer informatie'.

Op de site is bij aanvang (19 maart 2009) al veel informatie te vinden over diverse trials. Op het moment van schrijven staan er 19 trials uitgebreid uitgelegd. Het is de bedoeling dat de informatie over specifieke trials de komende tijd wordt aangevuld. Als arts/onderzoeker kun je een trial toevoegen, mits deze voldoet aan een aantal specifieke voorwaarden. Eind 2009 verwachten de organisatoren dat er gedetailleerde informatie van 80 trials is te vinden. De uitgebreide informatie over die specifieke trials vormt uiteindelijk de kern van de site.

Het is nu alleen maar afwachten totdat een patiënt met een uitgeprinte trial op de polikliniek verschijnt en horen wat hij er van begrepen heeft.

*Dr. J.J. Nuytens, Erasmus MC*



### NABON/BOOG symposium: Post-San Antonio & Post St. Gallen

23 april 2009

Locatie: Het Educatorium, Universiteitscentrum De Uithof, Utrecht

Website: [www.nvvd.nl](http://www.nvvd.nl)

### Chirurgendagen 2009

14 en 15 mei 2009

Locatie: NH Koningshof, Veldhoven

E-mail: [info@congresscare.nl](mailto:info@congresscare.nl)

### 15<sup>e</sup> NKI-AVL Symposium 'Oncologie in perspectief, geen vooruitblik zonder terugblik'

4 juni 2009

Locatie: De Meervaart, Amsterdam

Website: [www.nki.nl](http://www.nki.nl)

### VII<sup>e</sup> Bossche Mamma Congres

16 en 17 juni 2009

Locatie: Kasteel Maurick, Vught

E-mail: [info@congresscare.nl](mailto:info@congresscare.nl)

### Themabijeenkomst Galwegen, lever en pancreas

11 september 2009

Locatie: Congrescentrum Figi, Zeist

E-mail: [info@congresscare.nl](mailto:info@congresscare.nl)

### Grote Manifestatie 'Kanker in Beeld'

11 september t/m 2 oktober 2009

Locatie: Grote Kerk, Den Haag

Website: [www.kankerinbeeld.nl](http://www.kankerinbeeld.nl)

### Multidisciplinary Battles in GI-surgery - congres

10 en 11 december 2009

Locatie: Beurs-World Trade Center, Rotterdam

E-mail: [info@congresscare.nl](mailto:info@congresscare.nl)

