

Medisch technisch

Literatuurbespreking:

De meeste (90 - 95%) recidieven van een non-dysgerminoom treden op binnen twee jaar na de primaire behandeling [Murugaesu 2006¹⁷]. Bij het dysgerminoom zijn late recidieven tot tien jaar na diagnose mogelijk. Bij het dysgerminoom dient men ook bedacht te zijn op de mogelijkheid van het optreden van een tweede primaire tumor in het resterende ovarium. Het volgende follow-up schema wordt geadviseerd:

- het eerste jaar na chemotherapie maandelijks algemeen onderzoek en controle van tumormarkers (AFP, hCG)
- daarna tweemaandelijks gedurende het tweede jaar
- driemaandelijks gedurende het derde jaar
- halfjaarlijks gedurende het vierde en vijfde jaar
- daarna jaarlijks

Een CT-scan van thorax en abdomen en gynaecologisch onderzoek wordt het eerste jaar driemaandelijks en in het tweede jaar viermaandelijks verricht.

Een totale follow-up duur van vijf jaar lijkt voldoende. In geval van een dysgerminoom kan gekozen worden voor een langere follow-up tot tien jaar.

In het geval van een recidief kiemceltumor dient de behandeling volledig geïndividualiseerd te worden. Ook deze behandeling dient in een oncologisch centrum plaats te vinden.

Wanneer na twee jaar follow-up geen aanwijzingen voor recidief gevonden worden, kan het nastreven van een zwangerschap overwogen worden. Er zijn geen data over het beloop van de zwangerschap in deze specifieke patientengroep en eventuele verhoogde risico's in de zwangerschap na chemotherapie. Voor meer info: werkgroep kanker en zwangerschap (NVOG).

Cardiovasculair risico

Met het toenemen van het aantal succesvol behandelde patiënten zijn er verscheidene lange-termijn follow-up studies gepubliceerd waaruit blijkt dat mannelijke patiënten met een kiemceltumor die met cisplatin bevattende chemotherapie zijn behandeld een hoger risico hebben op cardiovasculaire toxiciteit. Het relatieve risico is ongeveer tweemaal hoger in vergelijking met de achtergrondpopulatie. Vergeleken met patiënten die alleen chirurgisch zijn behandeld hebben patiënten die tevens met chemotherapie zijn behandeld vaker hypertensie, vaker hypercholesterolemie, vaker microalbuminurie, een hogere BMI en vaker het metabole syndroom. Andere cardiovasculaire risicofactoren zoals een belaste familie anamnese en roken kan het overall risico verder verhogen.

Hoewel gerandomiseerde onderzoeken en evidence-based guidelines voor screening en preventieve maatregelen ontbreken, is het van belang om de follow-up van succesvol behandelde patiënten met kiemceltumoren niet alleen te richten op het vroegtijdig detecteren van een recidief, maar ook te richten op het eventueel ontstaan van cardiovasculaire risicofactoren. De medisch oncoloog dient de patient hierover te informeren en in samenwerking met de huisarts onderzoek te doen naar cardiovasculaire risicofactoren en deze te behandelen. De frequentie van deze controles op cardiovasculaire risicofactoren zijn jaarlijks voor wat betreft de bloeddruk en tweejaarlijks voor wat betreft metabole veranderingen (lipiden profiel, metabole syndroom, etc).

Aan eind van de follow-up (5 tot 10 jaar na voltooiën van de behandeling) dienen patiënten een "end-of-treatment summary" te krijgen waarin ze zelf geïnformeerd worden over hun ziektegeschiedenis, doorgemaakte behandeling en huidige situatie. Tevens zijn in deze "end-of-treatment summary" adviezen opgenomen over het herkennen van late effecten van de behandeling en een advies aan de huisarts, gericht op een eventueel recidief ziekte, een secundaire tumor en mogelijke ontwikkeling van cardiovasculaire risicofactoren. Zolang er voor succesvol behandelde patiënten met een kiemceltumor geen specifieke data zijn over de behandeling van cardiovasculaire risicofactoren, is het van belang om deze patiënten net als ieder ander te behandelen. Huidige cardiovasculaire risicofactoren en richtlijnen van CBO of NHG kunnen hiervoor worden gebruikt, inclusief lifestyle- en dieetadviezen, en zo nodig medicamenteuze interventie.