



## SECOND OPINION RAPPORT

M. Delcour



## Second Opinion Service

Geachte heer Delcour,

Graag wil ik u persoonlijk bedanken voor het vertrouwen dat u stelt in Royal Doctors.

Een tijdje geleden schakelde u Royal Doctors in voor een Second Opinion.

**Wij hebben het genoegen u het geschreven Second Opinion Rapport te bezorgen.**

Dit rapport werd opgesteld op basis van het beschikbare medisch dossier en de door u ingevulde vragenlijst.

**Wij adviseren u ten sterkste om dit Second Opinion Rapport te bespreken met uw eigen huisarts en/of specialist.**

Wij wensen u het beste voor het verdere verloop van uw behandeling en hopen u hiermee van dienst te zijn geweest.

Met vriendelijke groeten,

  
Royal Doctors



Second Opinion Service

## Second Opinion Rapport

### PATIËNTGEGEVENS

NAAM: M. Delcour

GESLACHT: M

GEBOORTEDATUM: 28/04/1975

BSN/ID NUMMER: [REDACTED]

DOSSIERNUMMER: [REDACTED]

## 1. Samenvatting origineel medisch dossier

### 1.1 Wat is de momenteel gestelde diagnose?

De gestelde diagnose is pT3N1 duodenum adenocarcinoom.

### 1.2 Wat is het huidige behandelplan?

CAPEOX.

### 1.3 Welke onderzoeken zijn reeds gebeurd?

03-07-2021: eerste keer net even iets te slap en flauw (was al even gaande)

21-07-2021: bezoek huisarts [REDACTED]

06-07-2021: bloedonderzoek --> ijzer tekort van meer dan 1/2

28-07-2021: ijzerinfuus (Langeland Ziekenhuis Zoetermeer)

09-08-2021: bezoek internist [REDACTED] (Langeland Ziekenhuis Zoetermeer)

30-08-2021: endoscopisch onderzoek --> super schone dikke darm (Langeland Ziekenhuis Zoetermeer)

- Bipten duodenum pars horizontale: plaatselijk gering chronische ontsteking, niet specifiek. Geen vlokatrofie.
- Bipten maagantrum en corpus: matige chronische, focaal actieve ontsteking. Helicobacter negatief.

20-09-2021: nieuw bloedonderzoek --> ziet er goed uit



## Second Opinion Service

20-10-2021: MRI (Langeland Ziekenhuis Zoetermeer): beeld van invaginatie (jejunum) linkerbovenbuik waarbij beeld verdacht voor onderliggende pathologische lead point (tumor) mede gezien tweetal vergrote lymfeklieren locoregionaal.

01-11-2021: uitslag bloed goed, maar op MRI een klein stipje te zien

16-11-2021: DUOENT90 Dubbelballon enteroscopisch onderzoek (Hagaziekenhuis Den Haag, ██████████ --> op het oog 98% zeker dunne darmkanker – Stenoserende tumor in proximale jejunum dd. Primair lymfoom, primair adenocarcinoom, metastase? Cytologie afgenomen.

19-11-2021: CT-scan (Langeland Ziekenhuis Zoetermeer) - Bekende afwijking in jejunum verdacht voor tumor (met huidig onderzoek minder goed zichtbaar, beter zichtbaar op eerdere MRI; zie ook MRI verslag) - 4-tal vergrote lymfeklieren locoregionaal.

24-11-2021: Officiële uitslag (Langeland Ziekenhuis Zoetermeer, ██████████ met doorverwijzing naar Oncoloog ██████████ Langeland Ziekenhuis Zoetermeer) **pT3N1 duodenum adenocarcinoom.**

29-11-2021: Intake Oncoloog ██████████ (Langeland Ziekenhuis Zoetermeer)

02-12-2021: Start 4 x 3 weken chemo (Langeland Ziekenhuis Zoetermeer) – Inductie chemotherapie met CAPEOX – DPD deficiëntie

21-02-2022: CT-scan (Langeland Ziekenhuis Zoetermeer): Mooie respons op inductie chemotherapie; Afname para-aortale en mesenteriale lymfadenopathie. De primaire tumor niet goed te zien, lijkt in ieder geval niet toegenomen. Geen nieuwe laesies.

25-02-2022: Controle Oncologie: Uitslag CT-scan (Langeland Ziekenhuis Zoetermeer) --> tumor kleiner geworden, doorverwijzing naar chirurg ██████████ (Langeland Ziekenhuis Zoetermeer).

01-03-2022: Gesprek chirurg ██████████ (Langeland Ziekenhuis Zoetermeer), planning operatie.

17-03-2022: Operatie (Langeland Ziekenhuis Zoetermeer, ██████████).

- Laparoscopische resectie dunne darmcarcinoom
- Resectie lymfeklier naast AMS: pN1/2 maximale diameter 1.5 mm
- Resectie Jejunum:
  - o Adenocarcinoma gr II
  - o Doorgroei tot serosaal
  - o Geen perivasculaire noch perineurale invasie
  - o pN0/13



Second Opinion Service

dMMR	Geen mutatie	MSS
...		

22-03-2022: Ogenschijnlijk gezond weer naar huis

31-03-2022: MDO oncologie: Voorstel PET-CT scan ter beoordeling van uitgebreidheid met oog op stereotactische radiotherapie. Quid moleculair profiel?

05-04-2022: Uitslag operatie (Langeland Ziekenhuis Zoetermeer), goed gelukt, 13 lymfeklieren verwijderd, 12 schoon, 1 nog actief, maar niet uit de direct omgeving. Ziet er goed uit, nu in het na-traject.

14-06-2022: PET-CT-Scan ter controle (Reinier de Graaf Ziekenhuis, Delft) als check na de operatie.

→ uitslag ziet er goed uit

07-12-2022: Echografie lever: nacontrole echo (Langeland Ziekenhuis Zoetermeer): geen aanwijzingen voor metastasen

12-12-2022: Bloedname: CEA 0.9 µg/L

13-12-2022: uitslag echo (Langeland Ziekenhuis Zoetermeer), ziet er goed uit!

09-02-2023: Genetische analyses: zijn. Een erfelijke vorm van darmkanker (Lynch syndroom) werd niet aangetoond in tumorweefsel. Ook werd er **geen genetisch defect** gevonden passend bij een erfelijk vorm van darmkanker of poliepen (MLH1, MSH2, MSH6, APC, MUTYH, PMS2, STK11, PTEN, AXIN2, MLH3, POLE/D (polymerase domein) en NTHL1 (founder mutatie)). Op grond van de familiegeschiedenis wordt voor uw broer een eenmalig darmonderzoek geadviseerd. Uw kinderen kunnen een eenmalig darmonderzoek rond 40-45 jarige leeftijd overwegen.

10-03-2023: Bloedname: CEA 0.9 µg/L

13-03-2023: CT thorax + Abdomen: nacontrole scan (Langeland Ziekenhuis Zoetermeer) – beeld van een lokaal recidief ter plaatse van de naad en meerdere lymfekliertjes in het mesenterium. Beeld van lokaal recidief ter plaatse van de naad en meerdere lymfekliertjes in het mesenterium.

22-03-2023: uitslag scan (Langeland Ziekenhuis Zoetermeer), --> een plekje te zien

28-03-2023: PET-CT scan: extra PET-CT-Scan (Reinier de Graaf, Delft): lokaal recidief met betrokkenheid van de AMS en VMS.



## Second Opinion Service

- 30-03-2023: Controle oncologie: de uitslag PET-CT-Scan (Langeland Ziekenhuis Zoetermeer, [REDACTED]) met doorverwijzing naar Antoni van Leeuwenhoek
- 04-04-2023: CT thorax – Abdomen: lokaal recidief met betrokkenheid van AMS en VMS. MSI? Quid NGS, WGS?
- 17-04-2023: Controle Oncologie: gesprek Antoni van Leeuwenhoek ([REDACTED]): voorstel: starten met inductie systeemtherapie ovv. CAPEOX of FOLFIRI (Cave! DYPD deficiëntie)
- 25-04-2023: aanvraag hulp bij Royal Doctors Europe
- 26-04-2023: Controle oncologie: recidief duodenumcarcinoom – verwijzing inductie-chemotherapie waarna mogelijk nog resectie.
- 26-04-2023: Bloedname CEA 1.4 µg/L
- 03-05-2023: Start CAPEOX
- Alles is na te lezen (met uitslagen foto's en scans) op [www.fucancer.nl](http://www.fucancer.nl)

## 2. Aanvullende onderzoeken en motivatie

---

### Onderzoeken dewelke **noodzakelijk** zijn:

In de diagnostiek van dun darm adenocarcinoma wordt, buiten de reeds uitgevoerde onderzoeken, ook aanbevolen om te bepalen:

- CA 19.9 tumor merker
- Moleculair profiel: NGS of WGS (KRAS?)
- Gezien het belang van dMMR en MSI-H in de behandelingskeuze is een herhaling van de test op nieuw (biopt?) weefsel nuttig
- Immunohistochemie met analyse van NTRK en RET fusies, PDL1.



Second Opinion Service

### 3. Uw vragen aan Royal Doctors

---

Vraag 1: Is het mogelijk om als mijn tumor na de chemo niet (goed) vrij komt te liggen deze toch te verwijderen?

Antwoord 1: Hierover kan er best advies gevraagd worden aan een gespecialiseerde chirurg. In de meeste grote ziekenhuizen is er een abdominale chirurg die dat samen met een vaatchirurg kan beoordelen. Zelfs indien het recidief niet volledig kan verwijderd worden is cytoreductieve chirurgie toch nuttig gezien het letsel nog steeds lokaal is (niet uitgezaaid). De cytoreductieve chirurgie kan gevolgd worden door een IMRT radiotherapie onder radio-sensibiliserende chemotherapie. Omdat dunne darm adenocarcinomen vrij zeldzaam zijn, bestaan er geen standaard protocols. Daarom zal het behandelend centrum inventief moeten zijn om de gepaste behandeling aan te raden.

Vraag 2: Waar kan ik naar toe als vraag 1 'ja' is?

Antwoord 2: Er zijn zeker centra in Nederland die dit technisch aan kunnen. Wellicht kan de behandelende oncoloog deze centra/diensten aanbevelen om minstens advies te vragen. In het buitenland zijn er natuurlijk ook deze centra. Uit het antwoord op vraag 1 mag blijken dat het een multidisciplinaire aanpak vraagt met flexibiliteit naar zeldzame tumoren.



## Second Opinion Service

Vraag 3: Wat kan ik nog doen als vraag 1 'nee' is?

Antwoord 3: Dan zijn er verschillende systemische behandelingen.

Indien chirurgie en/of radiotherapie niet zouden mogelijk zijn (redenen voorlopig niet gekend of gedocumenteerd) is systemische therapie aangewezen. Hierin zijn er verschillende mogelijkheden:

- Additie van Bevacizumab aan chemotherapie (FOLFOX, CAPEOX, FOLFIRINOX,...
- Nivolumab met of zonder Ipilimumab in geval de dMMR/MSI-H toch aanwezig is
- Dostarlimab-gxly in geval de dMMR/MSI-H toch aanwezig is
- Chemotherapie op basis van taxanen (bv. Carbotaxol)
- Larotrectinib of Entrectinib indien er een NTRK gen fusie aanwezig is
- Selpercatinib indien er een RET gen fusie aanwezig is

Buiten de standaard protocols zijn er ook een 50 tal studies lopende over adenocarcinoma van de dundarm. Jammer genoeg niet in Nederland op dit ogenblik. Producten die in testfase zijn:

- Pembrolizumab (onafhankelijk van MSI status)
- Surufatinib met Sintilimab in combinatie met Capecitabine
- Abraxane
- Ramucirumab
- Avelumab
- Panitumumab (in KRAS wild-type)
- Vaccin met Ad5.F35-hGCC-PADRE
- Enz.

Omdat dundarm carcinomen zo zeldzaam zijn (maar recent met stijgende incidentie), zijn er ook weinig klinische studies, bv. met doelgerichte behandelingen op basis van NGS en WGS. Daarom is het openstellen van deze behandelingen zeer nuttig en kunnen onverwacht goede resultaten bekomen worden met producten die voor gelijkaardige tumoren in andere organen bewezen nut hebben. In Nederland loopt de DRUP studie (bv. AVL) waarin niet-standaard producten worden toegewezen aan zeldzame tumoren op basis van het moleculair profiel, soms met verrassend goed resultaat.

Tenslotte zijn er de verschillende ablatieve technieken buiten de locoregionale radiotherapie. Meestal zijn zij nog experimenteel gezien de zeldzaamheid van het gezwel en zijn deze behandelingen in gespecialiseerde centra. Wij denken aan locoregionale arteriele chemotherapie, microwave, cryotherapie, electric treating fields (Novocure), hyperthermie (ElmediX), en SIRT. Over de technische haalbaarheid van deze behandelingen wordt best advies gevraagd aan de gespecialiseerde centra.





## Second Opinion Service

Vraag 4: Waar kan ik het best heen om mij (toch) te laten fixen?

Antwoord 4: Best is via gespecialiseerde centra om advies te vragen. Er zijn verschillende centra in Nederland en daarbuiten die dit aankunnen als de lokale protocollen dit toelaten. U kan deze centra en artsen bereiken via internet: Abdominale oncologische chirurgie en vragen naar de artsen die zich bezighouden met heelkunde van de bovenbuik. Meestal zijn het de specialisten die pancreascarcinomen opereren.

Vraag 5: Zijn er alternatieven als hij niet goed komt te liggen?

Antwoord 5: Zie antwoord op vraag 3.



Second Opinion Service

## 4. SECOND OPINION ADVIES

---

In de behandeling geniet heekunde de voorkeur, indien technisch mogelijk. Alternatieven zijn FOLFOX, CAPEOX, 5FU/LV, Capecitabine, of FOLFIRINOX. Voor heel lokale tumoren is er dan weer de chemoradiatie, een combinatie van radiotherapie met Capecitabine of Infusie met 5FU. In een tweede tijd kan dan chirurgie worden overwogen.

Voor de patiënt werd geopteerd voor CAPEOX en nadien chirurgie. Bij deze chirurgie werd op 17 maart 2022 een regionale pathologische klier vastgesteld. Toch werd er geen aanvullende radiotherapie ingesteld.

In maart 2023 werd een lokaal recidief aangetoond. En werd terug geopteerd voor CAPEOX. Deze behandeling werd recent opgestart omdat de patiënt terug als inoperabel werd beschouwd. Gezien het grote belang van de inschatting van technische operabiliteit lijkt mij een grondige chirurgische evaluatie nodig. Er is evenwel geen verslag van een oncologisch chirurg op dit ogenblik zodat het logisch lijkt hierop dieper in te gaan.

Zelfs wanneer de chirurg niet alles zou kunnen verwijderen (regionale ziekte al aanwezig in maart 2017) is cytoreductieve chirurgie nuttig met oog op consoliderende locoregionale radiotherapie onder capecitabine of 5-FU chemo sensibilisatie. De IMRT kan een dosis tot 45 – 54 Gray bereiken in een omschreven veld.

Indien chirurgie en/of radiotherapie niet zouden mogelijk zijn (redenen voorlopig niet gekend of gedocumenteerd) is systemische therapie aangewezen. Hierin zijn er verschillende mogelijkheden:

- Additie van Bevacizumab aan chemotherapie (FOLFOX, CAPEOX, FOLFIRINOX,...
- Nivolumab met of zonder Ipilimumab in geval de dMMR/MSI-H toch aanwezig is
- Dostarlimab-gxly in geval de dMMR/MSI-H toch aanwezig is
- Chemotherapie op basis van taxanen (bv. Carbotaxol)
- Larotrectinib of Entrectinib indien er een NTRK gen fusie aanwezig is
- Selpercatinib indien er een RET gen fusie aanwezig is

Buiten de standaard protocols zijn er ook een 50 tal studies lopende over adenocarcinoma van de dundarm. Jammer genoeg niet in Nederland op dit ogenblik. Producten die in testfase zijn:

- Pembrolizumab (onafhankelijk van MSI status)
- Surufatinib met Sintilimab in combinatie met Capcitabine
- Abraxane
- Ramucirumab
- Avelumab
- Panitumumab (in KRAS wild-type)
- Vaccin met Ad5.F35-hGCC-PADRE
- Enz.



## Second Opinion Service

Omdat dundarm carcinomen zo zeldzaam zijn (maar recent met stijgende incidentie) zijn er ook weinig klinisch studies bv. met doelgerichte behandelingen op basis van NGS en WGS. Daarom is het openstellen van deze behandelingen zeer nuttig en kunnen onverwacht goede resultaten bekomen worden met producten die voor gelijkaardige tumoren in andere organen bewezen nut hebben. In Nederland loopt de DRUP studie (bv. AVL) waarin niet-standaard producten worden toegewezen aan zeldzame tumoren op basis van het moleculair profiel, soms met verrassend goed resultaat.

Tenslotte zijn er de verschillende ablatieve technieken buiten de locoregionale radiotherapie. Meestal zijn zij nog experimenteel gezien de zeldzaamheid van het gezwel en zijn deze behandelingen in gespecialiseerde centra. Wij denken aan locoregionale arteriele chemotherapie, microwave, cryotherapie, electric threating fields (Novocure), hyperthermie (ElmediX), en SIRT. Over de technische haalbaarheid van deze behandelingen wordt best advies gevraagd aan de gespecialiseerde centra.

### **Conclusie:**

Uiterste inspanning dient geleverd te worden om het lokale recidief geheel of gedeeltelijk te verwijderen en nadien de zone te behandelen met chemoradiatie. Indien de ziekte niet meer locoregionaal is, zijn er verschillende therapeutische opties (zie hoger).

### **Concrete acties:**

1. Bespreek dit advies met uw huisarts/specialist.



## Second Opinion Service

Het Second Opinion Rapport werd opgesteld op basis van de beschikbare gegevens.

Dit Second Opinion Rapport is géén medisch voorschrift.

We adviseren u om dit Second Opinion Rapport te bespreken met uw eigen arts.

Wijzigingen met betrekking tot uw behandeling dienen steeds te gebeuren in overleg met uw eigen huisarts en/of specialist.

Dit document is opgesteld aan de hand van de beschikbare gegevens door:

NAAM ARTS: [REDACTED]

SPECIALISME: Oncologie

DATUM: 10/05/2023

### ALGEMENE DISCLAIMER:

De inhoud van dit Second Opinion Rapport is bedoeld als aanvullende informatie voor de behandelende arts en de patiënt. Het Second Opinion Rapport is geen vervanging voor een klinisch gestelde medische diagnose of medische behandeling voor specifieke medische aandoeningen; het is een tweede opinie. De patiënt wordt expliciet aanbevolen om het Second Opinion Rapport te bespreken met zijn/haar behandelende arts. De behandelende arts van de patiënt is de enige die op basis van het Second Opinion Rapport de diagnose en behandeltraject kan aanpassen.

Royal Doctors en de Royal Doctors Expert onthouden zich bijgevolg uitdrukkelijk van alle medische aansprakelijkheid die direct of indirect voortvloeit uit het Second Opinion Rapport.



Second Opinion Service