

Mijn rol als hoofdredacteur voor het tijdschrift EJNMMI Radiopharmacy and Chemistry

Interview met prof. dr. Philip Elsinga



Philip Elsinga (Groningen, 1961) heeft Scheikunde gestudeerd aan de Rijksuniversiteit Groningen. Daarna heeft hij zijn promotieonderzoek uitgevoerd getiteld "Positron Emission Tomography of beta-adrenoceptors and multidrug resistance" aan de afdeling Nucleaire Geneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen. Dit onderzoek vond voor het grootste deel plaats in het UMC Groningen. In 2011 werd Philip Elsinga benoemd tot hoogleraar PET radiochemie. Naast het leiden van wetenschappelijk onderzoek is hij ook editor in chief, oftewel hoofdredacteur, van het European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging Radiopharmacy and Chemistry.

Allereerst, wat is het doel van het European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging Radiopharmacy and Chemistry?

Het doel van het tijdschrift is om een

platform te creëren voor radiochemici en radiofarmaceuten. Naast het publiceren van wetenschappelijke artikelen en reviews biedt het tijdschrift ook de mogelijkheid om een platform te zijn voor positie en opinie papers, richtlijnen en GMP/farmacie gerelateerde onderwerpen. Tevens wil ik moleculaire beeldvorming erbij betrekken zoals ontwikkeling van optische of MRI tracers omdat deze in combinatie met nucleaire tracers waardevolle informatie kunnen verschaffen.

Wat is jouw taak als Editor in Chief? Heb je hierbij veel contact met Europese collega's in jouw vakgebied?

Mijn taak is om het tijdschrift te ontwikkelen tot een volwaardig tijdschrift met een goede Impact Factor. Ik was betrokken bij de geboorte van het tijdschrift en ik zag de groei in aantal publicaties en citaties in de afgelopen 5 jaren. Het tijdschrift is nu onder evaluatie om een Impact Factor te krijgen. Ik heb hierbij veel contact met collega's over de hele wereld. Een groot deel hiervan is opgenomen in de Editorial Board die nu bestaat uit 68 personen. Om de gender balans te verbeteren richt ik mij er op om meer vrouwelijke collega's uit te nodigen. Ook heb ik contact met mogelijke auteurs en EANM commissies voor beoogde review artikelen en richtlijnen die gaan over actuele onderwerpen.

Hoe en waarom ben je op deze functie terecht gekomen?

Op een bepaald moment is geconstateerd dat veel manuscripten moesten worden afgewezen bij

EJNMMI en EJNMMI Research vanwege prioriteit terwijl het waardevol zou zijn om deze te behouden binnen de EJNMMI journal familie. Omdat een belangrijk deel van deze manuscripten kwam uit het radiochemie en radiofarmacie veld, is besloten om EJNMMI Radiopharmacy and Chemistry op te starten. Ik ben benaderd door Arturo Chiti, destijds de president van het EANM en nu Editor-in-Chief van het EJNMMI moeder tijdschrift, of ik Editor-in-Chief van het nieuwe tijdschrift wilde worden. Ik was destijds nog Chair van het EANM Radiopharmacy Committee en goed ingevoerd in het reilen en zeilen binnen de wereld van radiochemie en radiofarmacie en had dientengevolge een goed netwerk.

Wat is de toegevoegde waarde van jouw werk als editor in chief voor je eigen wetenschappelijk onderzoek? En voor de nucleaire geneeskunde in Nederland?

De toegevoegde waarde van dit werk voor mijn eigen onderzoek ligt met name in het feit dat ik mijn eigen kennis binnen de radiochemie en radiofarmacie heb verbreed. Van huis uit ben ik gefocust op PET-radiochemie, maar door het werk als Editor-in-Chief heb ik meer kennis gekregen over bijvoorbeeld nieuwe radionucliden en radionuclidetherapie. Deze kennis heb ik gebruikt in projectaanvragen waarbij ik ook samenwerking heb gezocht met collega's van andere UMCs in Nederland en het bedrijfsleven.

Wat het is leukst aan deze functie? En wat is het meest uitdagend?

Het leukste van deze functie is het onderhouden en versterken en uitbreiden van contacten binnen het wereldje. Ook vind ik het uitdagend om na gesprekken met voor mij soms onbekende auteurs te komen tot het feit dat men bereid is om een interessant review artikel te schrijven en dat deze dan uiteindelijk ook wordt gepubliceerd. Leuk is dan ook om naderhand reacties op LinkedIn te lezen als ik het artikel gepost heb. Verder hoor je van collega's wereldwijd wat hun drijfveer is om wetenschap te doen en wat voor hen belangrijk is in hun carrière.

Hoe lang doe je dit werk al? En wat hoop je te bereiken voordat je stopt met deze functie?

Dit werk doe ik nu 5 jaar. Ik ben nog niet van plan om te stoppen, maar als dat eenmaal zo ver is hoop ik dat het tijdschrift een levend platform met hoge kwaliteit publicaties is voor de radiochemie/radiofarmacie gemeenschap. Belangrijk maar niet leidend is het verkrijgen van een Impact Factor omdat ik verwacht dat dit voor het tijdschrift een game-changer zal worden omdat er dan veel meer collega's zullen zijn die zullen willen bijdragen.

Wat is het belangrijkste dat je geleerd hebt tijdens deze functie? En wat kun je als editor de lezers van het TvNG blad meegeven?

Het belangrijkste dat ik geleerd heb is dat wereldwijd de collega's op veel verschillende manieren aankijken tegen publiceren, de waarde van de Impact Factor of juist totaal niet. Ook het overtuigen van mensen om iets bij te dragen aan een tijdschrift zonder Impact Factor waarbij ook nog een Open Access Fee moet worden betaald was een leerzame ervaring. Hierbij is geduld een schone zaak. Wat ik wil meegeven aan de lezers van het TvNG is om eens de tijd te nemen

om te kijken wat er zoal gepubliceerd wordt in EJMMPI RPC. Met name de review artikelen geven een goed beeld van de laatste ontwikkelingen. De Editorial Board van EJMMPI RPC publiceert tweemaal per jaar een highlight commentaar waarbij de nieuwste ontwikkelingen van de afgelopen zes maanden worden besproken. ♦

▼ Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring.

Verkorte Productinformatie Xofigo® 1100 kBq/ml oplossing voor injectie

Samenstelling: Werkzame stof: radium Ra-223 dichloride (radium-223 dichloride, 1100 kBq/ml, op de referentiedatum overeenkomend met 0,58 ng radium-223). Elke injectieflacon bevat 6 ml oplossing (op de referentiedatum 6,6 MBq radium-223 dichloride). **Hulpstoffen:** Water voor injecties, natriumcitraat, natriumchloride, zoutzuur verdund. **Indicatie:** Xofigo monotherapie of in combinatie met een luteïnizing hormone-releasing hormone (LHRH)-analoog is geïndiceerd voor de behandeling van volwassen patiënten met gemetastaseerd castratieresistent prostaatacarcinoom (mCRPC), symptomatische botmetastasen en geen bekende viscerale metastasen, progressief na ten minste twee voorafgaande systemische therapieën voor mCRPC (andere dan LHRH analogen), of die niet in aanmerking komen voor een beschikbare systemische mCRPC behandeling. Xofigo dient alleen te worden toegediend door personen die bevoegd zijn om met radioactieve geneesmiddelen te werken binnen een hiertoe aangewezen klinische setting. **Contra-indicaties:** Xofigo is gecontra-indiceerd in combinatie met abirateronacetaat en prednison/prednisolon.

Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik: De veiligheid en werkzaamheid van Xofigo in combinatie met systemische kankertherapieën, andere dan LHRH analogen, zijn niet vastgesteld; een verhoogd risico op mortaliteit en fracturen is mogelijk. De combinatie van radium-223 met andere systemische kankertherapieën, andere dan LHRH analogen, is dus niet aanbevolen. Het gebruik van Xofigo wordt niet aanbevolen voor de behandeling van volwassenen met CRPC en uitsluitend asymptomatische botmetastasen. Bij volwassenen met CRPC en mild-symptomatische botmetastasen moet het voordeel van behandeling zorgvuldig worden afgewogen tegen de risico's, waarbij er rekening mee dient te worden gehouden dat waarschijnlijk een hoge activiteit van osteoblasten noodzakelijk is om baat te hebben bij de behandeling. In klinische onderzoeken liepen patiënten met minder dan 6 botmetastasen een verhoogd risico op fracturen en hadden ze geen statistisch significant voordeel voor overleving. Een analyse van een vooraf gespecificeerde subgroep toonde ook aan dat totale overleving niet significant verbeterde bij patiënten met een totale AF < 220 Etl. Daarom wordt behandeling met radium-223 niet aanbevolen bij patiënten met een geringe mate van osteoblastische botmetastasen. Beenmergcompressie, met name trombo cytopenie, neutropenie, leukopenie en pancytopenie, is gemeld. Hematologische evaluatie van patiënten moet uitgevoerd worden bij aanvang van de behandeling en vóór elke volgende dosis. Indien er binnen 6 weken na de laatste toediening van Xofigo geen herstel van het absolute aantal neutrofielen (ANC) en de hemoglobine is opgetreden, ondanks het ontvangen van standaard zorg, mag de behandeling met Xofigo alleen worden voortgezet na een zorgvuldige afweging van de voordelen en risico's. Voorzichtigheid is geboden bij de behandeling van patiënten met tekens van verminderde beenmergreserve, bijv. na een eerdere cytotoxische chemotherapie en/of radiotherapie (EBRT, external beam radiation therapy) of patiënten met gevorderde diffuse infiltratie van het bot (EOD4: 'superscan'), aangezien er een verhoogde incidentie van hematologische bijwerkingen zoals neutropenie en trombo cytopenie is waargenomen. Aan patiënten met de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa dient Xofigo alleen te worden toegediend na zorgvuldige afweging van de voordelen en risico's. Bij patiënten met onbehandelde, dreigende of al aanwezige ruggenmergcompressie dient behandeling met standaardzorg volgens klinische indicatie te worden voltooid voordat de behandeling met Xofigo wordt gestart of hervat. Xofigo verhoogt het risico op botfracturen, met name bij patiënten met een medische voorgeschiedenis van osteoporose en bij patiënten met minder dan 6 botmetastasen. Voordat met radium-223 wordt gestart, moeten de botstatus en het risico op fracturen dat patiënten bij aanvang lopen (bijv. osteoporose, minder dan 6 botmetastasen, medicatie die het risico op fracturen doet toenemen, lage Body Mass Index) zorgvuldig worden beoordeeld en gedurende ten minste 24 maanden nauwgezet worden gevolgd. Preventieve maatregelen moeten overwogen worden alvorens behandeling met Xofigo te starten of te hervatten. Bij patiënten die bij aanvang een hoog risico op fracturen lopen, moet het voordeel van behandeling zorgvuldig worden afgewogen tegen het risico. Bij patiënten met botfracturen dienen de fracturen orthopedisch te worden gestabiliseerd voordat de behandeling met Xofigo wordt gestart of hervat. Bij patiënten die behandeld werden met bisfosfonaten en Xofigo kan een verhoogd risico op de ontwikkeling van osteonecrose van de kaak (ONJ) niet uitgesloten worden. Xofigo draagt bij aan de totale cumulatieve hoeveelheid straling waaraan patiënten op de lange termijn worden blootgesteld en kan dan ook gepaard gaan met een verhoogd risico op kanker en erfelijke defecten. Er zijn geen gevallen gemeld van Xofigo-geïndiceerde kanker in de klinische studies met een follow-upperiode tot en met drie jaar. Afhankelijk van het toegediende volume kan dit geneesmiddel tot maximaal 2,35 mmol (54 mg) natrium per dosis bevatten. **Bijwerkingen:** Zeer vaak: trombo cytopenie, diarree, braken, misselijkheid, botfractuur; Vaak: neutropenie, pancytopenie, leukopenie, injectieplaatsreacties; Soms: lymfopenie, osteoporose. **Handelsvorm:** Injectieflacon met 6 ml oplossing voor injectie. **Nummer van de vergunning:** EU/1/13/873/001. **Vergunninghouder:** Bayer AG, 51368 Leverkusen, Duitsland. **Verdere informatie beschikbaar bij:** Bayer B.V., Energieweg 1, 3641 RT Mijdrecht, tel. 0297 280 666. **Afleverstatus:** UR. **Datum goedkeuring/herziening van de SmPC:** 04/2020. **Versie:** augustus 2020. Uitgebreide informatie (SmPC) is op aanvraag beschikbaar.

MA-M_RAD-NL-0013-2

