

[richtlijn]

Modulaire revisie richtlijn colorectaal carcinoom

Pieter Tanis is voorzitter van de commissie die de omvangrijke richtlijn voor de behandeling van het colorectaalcarcinoom actualiseert. Onlangs is deel 1 gereed gekomen.

*Waarom moest de richtlijn geactualiseerd worden?*

Darmkanker is een oncologische aandoening met een hoge incidentie. Het betreft hier een groot onderzoeksveld met veel ontwikkelingen. Gezien de geldigheidsduur van vijf jaar van de richtlijn uit 2014 was het sowieso tijd voor revisie. Maar we hebben toen besloten om de richtlijn geheel opnieuw te maken, zodanig dat deze modulair geüpdatet kan worden. Daarmee kunnen we direct inspelen op nieuwe inzichten volgens het principe van modulair onderhoud, waarmee de richtlijn nauw blijft aansluiten bij de praktijk.

*Hoe zijn jullie te werk gegaan?*

De oude richtlijn had relatief weinig structuur, waarbij ook maar beperkt uitgangsvragen en PICO's waren opgesteld. We zijn begonnen met het volledig opnieuw indelen van de richtlijn in modules. Daarbij hebben we vooral geprobeerd om de onderwerpen op te nemen die relevant zijn voor de dagelijkse praktijk, ongeacht of er wel of niet literatuur over beschikbaar is. We hebben voor een nieuwe werkwijze gekozen, want modulair onderhoud van richtlijnen is iets wat momenteel in ontwikkeling is, en waarbij de meest optimale methode nog niet vaststaat. Zeker voor een grote multidisciplinaire oncologische richtlijn als die van darmkanker was de oude werkwijze niet meer te handhaven.

Het grote aantal onderwerpen vereiste een efficiëntere manier van uitwerken, waarbij optimaal gebruik gemaakt moet worden van aanwezige expertise en kennis, en we niet telkens blanco hoeven te starten met een nieuwe search. Nu wordt steeds door een lid van de commissie gestart met een introductie waarin kort de huidige stand van zaken en de nog openstaande vraagstukken worden beschreven. Vervolgens wordt een uitgangsvraag geformuleerd met eventuele deelvragen. Van daaruit worden eventueel PICO's gemaakt voor zover dit relevant is. In de volgende stap wordt gekeken of er relevante (inter)nationale richtlijnen en gepubliceerde systematische reviews beschikbaar zijn. Deze worden kort samengevat en de reviews worden door de methodoloog van het kennisinstituut uitgewerkt in evidencetabellen met gradering van het bewijs. Hiermee worden aanbevelingen geformuleerd, waarbij relevante losse studies en Nederlandse populatiedata worden meegenomen en beschreven in de overwegingen. Hierna is het proces zoals gebruikelijk, met plenaire bespreking en aanpassing in de commissie, waarna commentaarfase, en autorisatiefase.

*Was er discussie over bepaalde punten?*

Als je de modules en uitgangsvragen formuleert naar aanleiding van de dagelijkse praktijk, dan blijkt dat de literatuur voor een groot aantal onderwerpen toch beperkt is, ondanks het enorme aantal beschikbare publicaties op het gebied van darmkanker. Zeker de gerandomiseerde studies zijn schaars, en als ze al beschikbaar zijn, is er vaak een probleem met externe validiteit en toepasbaarheid voor de huidige Nederlandse praktijkvoering. Ook

speelt steeds meer de geïndividualiseerde behandeling een rol. Daarvoor kun je vaak alleen terugvallen op cohortstudies, omdat relevante subgroepen niet werden geïnccludeerd, of niet als subgroep konden worden geanalyseerd in de trials. Daarom is de discussie in de werkgroep van groot belang. Er waren zeker onderwerpen die lastig bleken, met name als het gaat om vraagstellingen die ook internationaal nog controversieel zijn. Dan denk ik bijvoorbeeld aan radiotherapie voor het vroege stadium rectumcarcinoom met de intentie tot orgaansparende behandeling. Soms waren meerdere vergaderingen nodig om tot consensus te komen. Maar uiteindelijk zijn we eigenlijk altijd op een hele inspirerende manier met elkaar tot een werkbaar richtlijn gekomen, waar iedereen zich in kon vinden.

*Wat zijn de belangrijkste adviezen voor de chirurgische praktijk?*

Voor de diagnostiek is het belangrijk te weten dat er nu een nauw omschreven definitie is van het rectum op basis van preoperatieve MRI (of CT). Daarbij is dus afstand tot de anus op basis van endoscopie komen te vervallen. Bij in opzet curatieve resectie van een coloncarcinoom wordt aanbevolen om volledige abdominale stadiëring uit te voeren. De mesenteriale dissectie dient uitgevoerd te worden volgens het CME-principe, maar dit betekent niet dat standaard een D3-klierdissectie moet worden gedaan. Er wordt aanbevolen een optimale D2-lymfklierdissectie uit te voeren met centrale ligatie van de segmentale vaten. Nieuw zijn aanbevelingen ten aanzien van therapeutische en profylactische adnexextirpatie en (procto)colectomie bij gelijktijdige aanwezigheid van erfelijke aanleg of inflammatoire darmziekten.

Hoewel laparoscopie als standaardbenadering wordt aanbevolen bij het coloncarcinoom, wordt aangegeven dat de meer complexe resecties voor cT4b-stadium en spoedresecties alleen bij voldoende expertise via laparoscopie dienen te worden uitgevoerd. De techniek is bij voorkeur multipoort en daarbij zoveel mogelijk gebruikmakend van een Pfannenstiel voor extractie.

Voor het lokaal gevorderde coloncarcinoom is nu de overweging opgenomen om inductiebehandeling te geven voor downsizing, om daarmee de kans op een radicale resectie te vergroten, en tevens ook de kans dat een patiënt aan chemotherapie toekomt. Voor wat betreft neoadjuvante behandeling van een rectumcarcinoom met een cT3c-dN0 of cT1-3N1-stadium en een niet-bedreigde mesorectale fascia, wordt aangegeven dat voor- en nadelen van een kort schema radiotherapie (5x5 Gy) met de patiënt besproken moeten worden alvorens tot een beslissing te komen. Mocht er voor radiotherapie worden gekozen, dan moet de optie van uitgestelde chirurgie (4-8 weken interval) aan de patiënt worden voorgelegd.

In een 'organisatie van zorg'-module wordt ingegaan op het principe van behandeling van de juiste patiënt in het juiste ziekenhuis. Daarbij moet de uitgebreidheid van de ziekte, specifieke beschikbaarheid van behandelingsmodaliteiten en expertise, en lopend wetenschappelijk onderzoek worden meegenomen in de besluitvorming. In het bijzonder geldt dit voor patiënten met een vroeg stadium colon- en rectumcarcinoom, lokaal uitgebreid colon- en rectumcarcinoom, distaal rectumcarcinoom, locoregionaal recidief colon- en rectumcarcinoom, en in opzet curatieve behandeling van lever-, long- en peritoneale metastasen.

Er komen verschillende delen van de richtlijn, waarom is dat?

Het volledig modulair maken van de richtlijn is een enorme klus. We zitten dus nu in een overgangperiode waarin de commissieleden hard werken aan deze éénmalige investering om de richtlijn toekomstbestendig te maken. Het heeft dus een puur praktische reden. Het is vervelend dat daarmee nu geen complete richtlijn darmkanker beschikbaar is in de richtlijndatabase. We hebben al vragen gekregen waarom de oude richtlijn ook niet meer online staat, maar dat is bewust gedaan, omdat sommige delen van de oude richtlijn niet meer juist waren, zoals beoordeeld door de commissie. Maar het is gelukkig een tijdelijk probleem, want het tweede deel is nu in de commentaarfase, en het derde deel wordt eind 2020 aangeboden ter commentaar. De verwachting is dat dan in 2021 de hele richtlijn klaar is. Dat de richtlijn nu in delen beschikbaar komt heeft wel het voordeel dat niet alle modules tegelijkertijd vervallen voor wat betreft geldigheid. Ook kan het zo zijn dat we al dit jaar een update gaan doen van een reeds gepubliceerde module omdat er een belangrijke studie beschikbaar komt. De commissie zal dus ook actief blijven met een verlengd mandaat. Dit is het grote verschil met de oude werkwijze waarbij slechts eens in de 5 jaar aan de richtlijn darmkanker gewerkt werd.

In de commissie zaten:

- Prof. Dr. P.J. (Pieter) Tanis, gastrointestinaal en oncologisch chirurg, Amsterdam UMC locatie AMC, Amsterdam, NVvH (voorzitter)
- Prof. dr. G.L. (Geerard) Beets, gastrointestinaal en oncologisch chirurg, Antoni van Leeuwenhoek, Amsterdam, NVvH
- Prof. dr. C. (Kees) Verhoef, oncologisch chirurg, Erasmus MC, Rotterdam, NVvH
- Dr. H.L. (Erik) van Westreenen, chirurg, Isala Zwolle/ Isala Diaconessenhuis, Zwolle/ Meppel, NVvH
- Prof. dr. C.J.A. (Kees) Punt, internist-oncoloog, Amsterdam UMC locatie AMC, Amsterdam, NIV
- Dr. D.J.A. (Derk Jan) de Groot, internist oncoloog, UMC Groningen, Groningen, NIV/NVMO (*vanaf december 2018*)
- Dr. L. (Leon) Moons, MDL-arts, UMC Utrecht, Utrecht, NVMDL
- Prof. dr. R.G.H. (Regina) Beets-Tan, radioloog, Nederlands Kanker Instituut, Amsterdam, NVvR
- Dr. M.P.W. (Martijn) Intven, radiotherapeut, UMC Utrecht, Utrecht, NVRO
- Prof. dr. C.A.M. (Corrie) Marijnen, radiotherapeut, Leids Universiteit Medisch Centrum, Leiden, NVRO
- Dr. M. (Martijn) Meijerink, interventieradioloog, Amsterdam UMC locatie VUmc, Amsterdam, NVvR (*vanaf november 2018*)
- Prof. dr. J. (Jaap) Stoker, abdominaal radioloog, Amsterdam UMC locatie AMC, Amsterdam, NVvR (*tot en met november 2018*)
- Dr. M. (Marianne) de Vries, abdominaal radioloog, Erasmus MC, Rotterdam, NVvR (*vanaf november 2018*)
- Prof. dr. I.D. (Iris) Nagtegaal, patholoog, Radboud UMC, Nijmegen, NVvP
- Dr. P. (Petur) Snaebjornsson, patholoog, Nederlands Kanker Instituut, Amsterdam, NVvP
- Dr. M.E. (Marije) Hamaker, klinisch geriater, Diaconessenhuis, Utrecht, NVKG
- Dr. C.J. (Corneline) Hoekstra, nucleair geneeskundige, Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch, NVNG
- C.M.J. (Christel) Gielen MSc., verpleegkundig specialist, Maastricht UMC+, Maastricht, V&VN
- L.L. (Lesly) Koet MSc., verpleegkundig specialist, Albert Schweitzer Ziekenhuis, Dordrecht, V&VN