

Invloed van volume op uitkomst maagresecties

Aanbevelingen:

Uitgangsvraag

Kan chirurgie overal plaatsvinden of zou chirurgie moeten worden geconcentreerd in gespecialiseerde centra?

Aanbevelingen

De werkgroep is van mening dat centralisatie van de behandeling van maagcarcinoom kan bijdragen aan een verbetering van de uitkomst van deze zorg.

Literatuurbespreking:

Er lijkt voor bepaalde ingrepen een relatie te bestaan tussen het volume van een ziekenhuis en de postoperatieve mortaliteit. Twee systematische reviews hebben dit onderzocht voor een scala van aandoeeningen ^{31 83}. In een systematische review van Burgers ³¹ werd de kwaliteit van zorg voor 52 operaties in verband gebracht met het volume per ziekenhuis en voor 23 operaties het volume per chirurg. Wat betreft oncologische ingrepen aan de maag waren er, drie studies op het niveau van de arts en zeven op het niveau van het ziekenhuis. Twee van de drie de studies op het niveau van de arts vonden dat een hoger volume in vergelijking tot een lager volume geassocieerd is met een lagere mortaliteit ^{86 32}. De derde studie rapporteerde een daling van de post-operatieve mortaliteit met 41% voor iedere toename van 10 patiënten in chirurgie-volume per jaar (OR 0,59 95%BI 0,32 - 1,07), maar dit verschil was niet significant ¹¹.

Vijf van de zeven studies op het niveau van het ziekenhuis vonden dat een hoog volume ziekenhuis geassocieerd is met een daling in de mortaliteit ^{11 161 86 32 18}. De twee overige studies ^{49 66} konden niet aantonen dat een hoger volume betere resultaten geeft, maar laten wel een trend in dezelfde richting zien. In een review van Halm worden 135 artikelen vergeleken die over de relatie tussen het volume van het ziekenhuis en de klinische uitkomsten gaan ⁸³. Volgens Halm worden grotere ziekenhuizen geassocieerd met betere uitkomsten. In deze review hebben slechts 3 artikelen betrekking op de behandeling van maagcarcinoom, waarvan 1 studie een significante relatie vond tussen volume en klinische uitkomsten ⁸⁵. In de studie van Hannan ⁸⁶ was de post-operatieve mortaliteit verhoudingsgewijs het laagst in de ziekenhuizen met het grootste volume.

De enige Nederlandse studie is gedaan door Damhuis ⁴⁹, welke ook is opgenomen in de systematische review van Burgers ³¹. Damhuis evalueerde de prognostische impact van ziekenhuisvolume op post-operatieve mortaliteit bij 1978 patiënten die een maagoperatie ondergingen. De post-operatieve mortaliteit varieerde tussen de ziekenhuizen van 3,1% tot 15,1%. Prognostische factoren voor mortaliteit waren leeftijd, geslacht en stadium van de ziekte. Het ziekenhuisvolume was in deze studie niet geassocieerd met post-operatieve mortaliteit.

Update versie 2.1 (2016)

De werkgroep voor revisie van de richtlijn maagcarcinoom heeft zich niet beziggehouden met het onderwerp volume. De werkgroep verwijst hiervoor naar de zogeheten SONCOS normen, een overzicht van zowel algemene voorwaarden voor oncologische zorg als voorwaarden voor oncologische zorg voor specifieke tumortypen (waaronder ook oesophagus-/maagcarcinoom). De op het moment van verschijnen van deze update van de richtlijn meest actuele (vierde) versie van het SONCOS normeringsrapport dateert van 14 maart 2016 (zie <http://www.soncos.org/>). Aan deze versie hebben - met uitzondering van NVD, NVZA - alle overige organisaties van ook bij deze richtlijn betrokken professionals (NVCO/NVGIC, NVMDL, NVMO, NVNG, NVRO, NVVP, NVvR, V&VN) meegewerkt.

Conclusies:

Het is aannemelijk dat het risico op overlijden na een maagresectie lager is als de operatie wordt uitgevoerd door een chirurg die veel van dit soort operaties uitvoert.

Niveau 2: B Hannan 2002⁸⁶; Callahan 2003³²

Het is aannemelijk dat het risico op overlijden na een maagresectie lager is als de operatie wordt uitgevoerd in een ziekenhuis waar veel van dit soort operaties worden uitgevoerd.

Niveau 2: B Bachmann 2002¹¹; Nomura 2003¹⁶¹; Hannan 2002⁸⁶; Callahan 2003³²; Birkmeyer 2002¹⁸

Overwegingen:

In 2006 werden bij de IKC's 1938 gevallen van maagcarcinoom geregistreerd (en 1614 oesofaguscarcinomen) waarvan ongeveer eenderde wordt gereserceerd ter curatie en palliatie. Gezien deze incidentie zou het maagcarcinoom ook tot de 'laag volume chirurgie' moeten horen. Uit vele studies is naar voren gekomen dat centralisatie van laagvolume chirurgie tot betere uitkomsten leidt. Uit deze studies kan geen exact minimum getal voor kliniek en chirurg worden afgeleid.

Bij het vroeg stadium maagcarcinoom is vastgesteld dat eradication van de Helicobacter Pylori bacterie de kans op een metachrone tumor verkleint ⁷³. Het is aannemelijk dat dit ook voor verdere curatief te behandelen stadia van het maagcarcinoom geldt. Derhalve is het zinvol om bij een partiële maagresectie vast te stellen of er sprake is van een Helicobacter Pylori infectie. Dit zou door de patholoog kunnen worden vastgesteld op het resectie preparaat.

