

# Modulaire revisie richtlijn colorectaal carcinoom

**Pieter Tanis is voorzitter van de commissie die de omvangrijke richtlijn voor de behandeling van het colorectaal carcinoom 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.



Pieter Tanis

“De richtlijn kan modulair geüpdatet worden. Daarmee kunnen we direct inspelen op nieuwe inzichten, waarmee de richtlijn nauw blijft aansluiten bij de praktijk”

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.

“Het belangrijk te weten dat er nu een nauw omschreven definitie is van het rectum op basis van preoperatieve MRI (of CT)”

Daarvoor kun je vaak alleen terugvallen op cohortstudies, omdat relevante subgroepen niet werden geïncludeerd, 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 segmentele vaten. Nieuw zijn aanbevelingen ten aanzien van therapeutische en profylactische adnexextirpatie en (procto) colectomie bij gelijktijdige aanwezigheid van erfelijke aanleg of inflammatoire darmziekten.

#### 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