



# Richtlijn Colorectaal Carcinoom 2014

## Knelpuntenanalyse

### Respons en respondenten

In totaal hebben 213 professionals de enquête ingevuld.

Professional	Respons%	Aantal
MDL arts	19	40
Internist	10	22
Radioloog	1	2
Radiotherapeut	9	19
Chirurg	20	43
Patholoog	3	6
Psycholoog	1	2
Verpleegkundige	16	35
Overig	21	44

Werkgebied	Respons%	Aantal
Academisch	26	56
Perifeer	65	139
Anders	9	18

### Knelpunten uit de analyse

1. Het bepalen van de kwaliteitseisen waaraan colonscopie in de diagnostische fase dient te voldoen.
2. Het diagnosticeren van Pseudomyxoma Peritonei (PMP)
3. Het gebruik van TNM 6 of 7.
4. De kwaliteit van moleculaire analyses als K-RAS en MSI bepalingen.
5. Het indiceren van neoadjuvante (chemo)radiotherapie bij het niet gemetastaseerd rectumcarcinoom.
6. Het bepalen van de meerwaarde van adjuvante chemotherapie bij het stadium II-III rectumcarcinoom.
7. Het inzetten van (anti-EGFR ) targeted therapie bij de eerstelijns behandeling van het gemetastaseerd colorectaalcarcinoom.
8. Het inzetten van de juiste diagnostiek voor het vroege rectumcarcinoom.
9. Het inzetten van de beste behandeling voor het vroege rectumcarcinoom.
10. Het bepalen van het juiste moment van doorverwijzen.
11. De communicatie tussen hulpverlener en patiënt/naaste op het gebied van inhoud en organisatie van zorg.



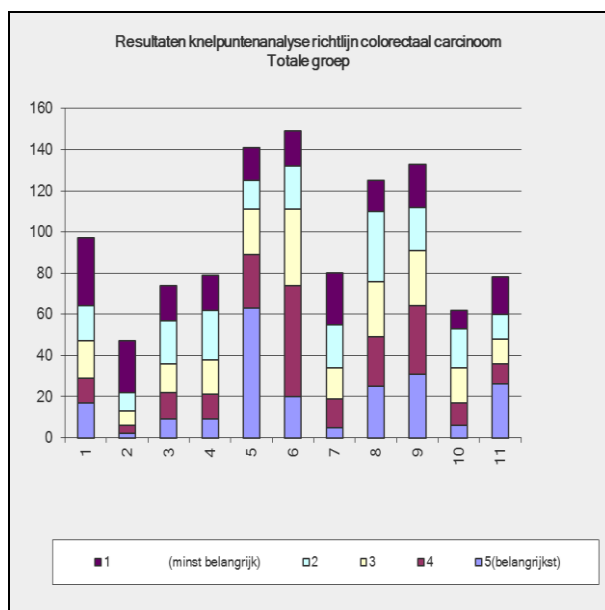
## Verdeling van de resultaten

Knel punt	Totaal		Internist		Chirurg		Radioloog		Radio therapeut		Patholoog		MDL arts		Verpleeg kundige		Overig	
	%	score	%	score	%	score	%	score	%	score	%	score	%	score	%	score	%	score
1	45,5	2,62	18,2	2,5	37,2	2,36	<b>100</b>	1	10,5	2	33,3	1,5	<b>75</b>	3	48,6	2,59	50	2,68
2	22	1,91	36,4	1,5	13,9	1,33	<b>50</b>	<b>2,5</b>	26,3	1	<b>83,3</b>	2,4	17,5	1,71	17,1	3	20,5	1,66
3	34,7	2,68	31,2	2,71	34,9	2,6	<b>50</b>	1,5	57,9	1,64	<b>100</b>	<b>4,5</b>	35	2,93	17,1	2,83	31,8	2,86
4	37,1	2,65	63,6	<b>2,86</b>	27,9	2,17	0	0	26,3	2,2	<b>83,3</b>	<b>3,6</b>	37,5	2,6	25,7	2,56	43,2	2,74
5	<b>66,2</b>	<b>3,75</b>	<b>86,4</b>	<b>4</b>	<b>72,1</b>	<b>4,29</b>	<b>50</b>	<b>2,5</b>	<b>89,5</b>	<b>4,41</b>	16,6	2	<b>65</b>	<b>3,46</b>	<b>65,7</b>	<b>3,48</b>	<b>52,3</b>	3,04
6	<b>70</b>	<b>3,26</b>	<b>90,1</b>	<b>4,15</b>	<b>83,7</b>	<b>3,53</b>	<b>50</b>	2	<b>73,7</b>	<b>3,29</b>	0	0	<b>67,5</b>	2,96	<b>74,3</b>	2,77	<b>54,5</b>	3
7	37,6	2,41	<b>72,7</b>	2,75	18,6	2	0	0	26,3	2,2	50	2,66	30	2,08	34,3	2,25	<b>52,3</b>	2,74
8	58,7	3,08	27,2	1,33	65,1	2,86	0	0	<b>73,7</b>	<b>2,86</b>	<b>83,3</b>	<b>3</b>	62,5	<b>3,2</b>	40	3,08	<b>72,7</b>	<b>3,63</b>
9	<b>62,4</b>	<b>3,24</b>	50	2,45	<b>86,0</b>	<b>3,41</b>	<b>100</b>	<b>3,5</b>	63,2	<b>4,33</b>	33,3	1	<b>65</b>	<b>3,62</b>	60	2,66	47,7	3,10
10	29,1	2,77	13,6	2,33	37,2	2,25	50	1	31,6	2,33	16,6	1	15	2,33	37,1	<b>3,15</b>	31,9	<b>3,43</b>
11	36,6	3,18	9,1	2	23,3	2,2	50	1	21,1	2,25	0	0	30	3,08	<b>80</b>	<b>3,82</b>	43,2	<b>3,16</b>

% Bij elk knelpunt is per doelgroep aangegeven welk percentage van de professionals dit knelpunt hebben aangevinkt als zijnde belangrijk. (Dus in zijn top 5 heeft gezet)

Score Bij elk knelpunt is per doelgroep aangegeven welke gemiddelde score is toegekend (1: minst belangrijk – 5 heel belangrijk)

Vet Top 3 van hoogste% en hoogste scores





## Extra knelpunten bij colorectaal carcinoom

### Chirurgen

- 1 indicaties voor HIPEC
- 2 registratie per discipline (binnen DSCA)
- 3 de centralisering van locally advanced rectumcarcinomen in een centrum met beschikbaarheid van intra-operatieve radiotherapie
- 4 logistiek , snelheid van inplannen , aantallen , samen opereren
- 5 na neoadjuvante therapie niks doen en wachten ( trial maastricht!)
- 6 duidelijke richtlijn voor welk stagingonderzoek noodzakelijk is bv; echo lever, of altijd 4-fase CT of altijd MRI etc etc
- 7 relevantie van uitgebreide klierdissectie bij coloncarcinoom, welke vorm van preoperatieve beeldvorming, welke follow-up etc.
- 8 Welke pre-operatieve beeldvorming voor stadiëring op afstand CRC?
- 9 Plaats van extralevatoire benadering voor APR bij distaal rectumcarcinoom.
- 10 Standaardisatie pathologieverslag.
- 11 Aard en frequentie van follow-up en eventuele rol van de huisarts hierin.
- 12 welke elementen moeten deel uitmaken van de follow-up (Rect toucher, echo, thorax, CT, CEA...) met welke frequentie en dat voor de verschillende stadia
- 13 follow up. hoe vaak en waarmee.
- 14 waarde follow-up. geeft hoge belasting vd de beschikbare middelen terwijl bijv lichamelijk weinig bijdraagt
- 15 proximale rectumcarcinomen cf internationale literatuur zeker niet meer bestralen
- 16 Hoe om te gaan met de organisatie van zorg rond de individuele patiënt. Een case-manager (bij voorkeur een p.a. of np) zou de afstemming sterk kunnen verbeteren. Een verplichting tot aanstellen van een dergelijke functie zou bestuurders van diverse ziekenhuizen over de streep kunne trekken dit ook financieel mogelijk te maken.

### MDL-artsen

- 1 Follow up na verwijderen maligne poliep
- 2 rol endo-echo in diagnostiek
- 3 De waarde van preoperatieve screening voor longmetastasen m.b.v. CT-scan bij het rectumcarcinoom.. Volgorde behandeling synchroon solitair levermeta bij rectumcarcinoom en evt ook coloncarcinoom;liver first?
- 4 Standaard bepalen tumormarkers. Aanpassen chemo keuze
- 5 Rare vraag: nog nooit last gehad van alle genoemde zaken.
- 6 Ook endoscopische behandelmogelijkheden benoemen, incl welke criteria er zijn om endoscopisch verwijderde colonmaligniteit als definitieve behandeling te beschouwen, en onder welke omstandigheden aanvullende behandeling/chirurgie geïndiceerd is.
- 7 radiologische diagnostiek; Cthorax/abdomen, wel/niet 4 fasen CT lever.
- 8 wanneer patiënt verwijzen naar klinisch genetica( als patiënten niet voldoen aan Amsterdamcriteria, maar wel sterk belaste familieanamnese hebben.
- 9 surveillance colonoscopie nadat colon.rectumcarcinoom is behandeld (2 jaar /3 jaar ??)
- 10 Het beleid bij een naar de lever gemetastaseerde colo-rectale maligniteit
- 11 De surveillance na CRC zou ik graag eenduidig geprotocolleerd zien.



- 12 toezien op uitvoeren ván en juiste timing van follow up colonoscopieën ná behandeling van colorectaal carcinoom. Wie ziet erop toe dat de juiste patiënt op het juiste moment onderzocht wordt. Loopt in ons ziekenhuis niet geheel optimaal (veelal overdiagnostiek)
- 13 Onderscheid lage en hoge rectumtumor: duidelijke eenduidige criteria, zodat ook minder onduidelijkheid over soort neo-adjuvant behandeling dat geïndiceerd is. Wanneer kort en wanneer lang ? Boven welke leeftijd is adjuvant behandeling niet meer zinvol, danwel duidelijke criteria tav vitaliteit aan de hand waarvan bij een patiënt besloten kan worden om af te zien van aanvullende behandeling omdat de winst te beperkt is of niet opweegt tegen belasting/ kosten.
- 14 niet alle genoemde punten kunnen worden gescoord! Het laatste punt is uiteraard ook belangrijk. Voor de optiek van de patiënt is de voortgang van het traject erg belangrijk

### **Internisten**

- 1 onvoldoende kwaliteit radiologen bij beoordeling MRI, gestandariseerd verslag voor patholoog en radioloog bij rectumca, terugkoppeling beoordeling radioloog en uiteindelijke PA
- 2 adjuvant chemotherapie bij
  - na levermetastasectomie (RFA?)
  - na longmetastasectomie
  - na LAR met IORT
- 3 De afweging van welke therapie eerst gaat bij diagnose gemetastaseerd rectumcarcinoom. Dit blijft zo individueel bepaald, dat het misschien goed is dit expliciet te vermelden?!

### **Radiologen**

- 1 Consensus over welke radiologie standaard zou moeten worden uitgevoerd, wanneer een coloncarcinoom is gediagnosticeerd. Ondanks aanbevelingen toch vaak niet uniforme diagnostiek. als CT abdomen dan ook CT thorax.
- 2 financiering van multi-disciplinaire besprekingen (vormen een steeds toenemende tijdsinpanning), zowel academisch als perifeer.
- 3 standarisering, bijv mbv een afvinklijstje
- 4 trainingen efficiënt vergaderen stimuleren

### **Radiotherapeuten**

- 1 Kwantitatieve criteria voor het vastleggen van klinische en pathologische respons na (chemo)radiatie.
- 2 Wanneer kan chirurgie na preoperatieve (chemo)radiatie eventueel achterwege gelaten worden?
- 3 interval tussen RT en chir
- 4 Beleid bij medisch inoperabele patiënten, niet gemetastaseerd
- 5 Beleid bij beperkt gemetastaseerde patiënten bij div subgroepen en sequentie van behandeling:
  - tzt levermetastasen operabel, lokaal beperkte ziekte
  - tzt levermetastasen operabel, lokaal uitgebreide ziekte
  - tzt levermetastase inoperabel, lokaal beperkte ziekte
  - tzt levermetastase inoperabel, lokaal uitgebreide ziekte
- 6 Andere behandeling indien ingroei in anus? Dit heeft nl geen invloed op TNM stadiëring, maar mogelijk wel op de indicatie voor radiotherapie, chemoradiatie en bepaling van je bestralingsgebied en operatieve ingreep.
- 7 Wat maakt dat lymfeklieren als pathologisch beschouwd dienen te worden. Naast grootte ook aspect?



### **Verpleegkundigen**

- 1 Case - management voor de patiënt met CRC. Wijze waarop continuïteit binnen zorgverlening aan de patiënt kan worden gewaarborgd (betrokkenheid verpleegkundig specialisten of consultants bv als contactpersoon voor die patiënt)
- 2 hoe moet de follow up er uit zien?
- 3 Ik vind het moeilijk deze vragen te beantwoorden. Ik krijg vooral cliënten in mijn onco-begeleiding, die al behandeld zijn, in behandeling zijn of uitbehandeld zijn.

### **Nucleair geneeskundigen**

- 1 De impact van een juiste implementatie van diagnostische technieken (zoals multimodality Imaging) op het therapiebeleid / management van colorectaalcarcinoom.
- 2 De (meer)waarde van het gebruik van FDG-PET/CT (huidige generatie) bij het (a) recidief colorectaal carcinoom (b) diagnose, (c) follow-up in het algemeen of na ingestelde therapie (als response meting).
- 3 Veel verschil van het gebruik van FDG-PET/CT in de verschillende academische centra (bv NKI/AVL en Erasmus MC; wel versus niet).
- 4 methode en implementatie van respons monitoring/evaluatie op systemische en multimodality therapie: RECIST 1.1?
- 5 Als nucleair geneeskundige heb ik weinig met bovenstaande knelpunten te maken en kan ik dus moeilijk aangeven welke het meest belangrijk is.
- 6 knelpunt kan zijn dat de patiënt door meerdere dokters wordt gezien uit verschillende ziekenhuizen. In het Deventer ziekenhuis zijn wij voorstander van een one stop shop mbt de workup van het colorectaalca.
- 7 waarde van pet/ct bij staging en follow-up
- 8 Adequaat positioneren van FDG-PET/CT bij de diagnostiek (primair, voor metastasectomie, bij verdenking recidief en bij monitoren van behandeling)
- 9 inzet van PET/CT in diagnostiek en follow up

### **Klinisch genetici**

- 1 Welke adviezen voor controle te geven voor patiënten en familieleden bij MSI high en uitval van MMR genen, maar geen mutatie in het bloed?
- 2 Wel of geen urologische screening voor Lynch syndroom patiënten?
- 3 Wel of geen DNA-diagnostiek bij patiënten met mixed of serrated polyposis? Advies familieleden?
- 4 klinisch-genetische aspecten van diagnostiek en behandeling
- 5 Het afnemen van de familie anamnese

### **Overig**

- 1 Het op gezette tijden met zorg evalueren met de patiënt of de behandelingen en de consequenties van de behandelingen overeenstemmen met wat hij van de behandelingen en van zijn leven verwacht.
- 2 Aandacht voor de existentiële en spirituele vragen van de patiënt. (zie ook richtlijn spirituele zorg)
- 3 Het formuleren van de spankracht en de mogelijke krachtbronnen van betrokkene en diens context.
- 4 op verschillende momenten dmv lastmeter toetsen in hoeverre patiënt gespecialiseerde psychosociale hulpverlening nodig heeft
- 5 Aandacht voor specifieke patiëntengroepen zoals geriatrische, slechte performance etc
- 6 Lange termijn visie over integreren van nieuwe moleculen in de huidige behandelalgoritme