

SAMENVATTING

KANKER VAN DE MONDHOLTE: DIAGNOSE, BEHANDELING EN FOLLOW-UP





Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg is een parastatale, opgericht door de programmawet (1) van 24 december 2002 (artikelen 259 tot 281) die onder de bevoegdheid valt van de Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken. Het Centrum is belast met het realiseren van beleidsondersteunende studies binnen de sector van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering.

Raad van Bestuur

	Effectieve Leden	Plaatsvervangende Leden
Voorzitter	Pierre Gillet	
Leidend ambtenaar RIZIV (vice-voorzitter)	Jo De Cock	Benoît Collin
Voorzitter FOD Volksgezondheid (vice-voorzitter)	Dirk Cuypers	Christiaan Decoster
Voorzitter FOD Sociale Zekerheid (vice-voorzitter)	Frank Van Massenhove	Jan Bertels
Administrateur-generaal FAGG	Xavier De Cuyper	Greet Musch
Vertegenwoordigers Minister van Volksgezondheid	Bernard Lange	Brieuc Van Damme
	Bernard Vercruysse	Annick Poncé
Vertegenwoordigers Minister van Sociale Zaken	Lambert Stamatakis	Claudio Colantoni
	Ri De Ridder	Koen Vandewoude
Vertegenwoordigers Ministerraad	Jean-Noël Godin	Philippe Henry de Generet
	Daniel Devos	Wilfried Den Tandt
Intermutualistisch Agentschap	Michiel Callens	Frank De Smet
	Patrick Verertbruggen	Yolande Husden
	Xavier Brenez	Geert Messiaen
Beroepsverenigingen van de artsen	Marc Moens	Roland Lemye
	Jean-Pierre Baeyens	Rita Cuypers
Beroepsverenigingen van de verpleegkundigen	Michel Foulon	Ludo Meyers
	Myriam Hubinon	Olivier Thonon
Ziekenhuisfederaties	Johan Pauwels	Katrien Kesteloot
	Jean-Claude Praet	Pierre Smiets
Sociale partners	Rita Thys	Catherine Rutten
	Paul Palsterman	Celien Van Moerkerke
Kamer van Volksvertegenwoordigers	Lieve Wierinck	



Controle

Regeringscommissaris

Steven Sterckx

Directie

Algemeen Directeur
Adjunct Algemeen Directeur
Programmadirectie

Raf Mertens
Christian Léonard
Kristel De Gauquier
Dominique Paulus

Contact

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)
Doorbuilding (10^e verdieping)
Kruidtuinlaan 55
B-1000 Brussel
België

T +32 [0]2 287 33 88

F +32 [0]2 287 33 85

info@kce.fgov.be

<http://www.kce.fgov.be>

SAMENVATTING

KANKER VAN DE MONDHOLTE: DIAGNOSE, BEHANDELING EN FOLLOW-UP

VINCENT GRÉGOIRE, ROOS LEROY, PAULINE HEUS, FLEUR VAN DE WETERING, LOTTY HOOFT, ROB J.P.M. SCHOLTEN, LEEN VERLEYE, LAURENS CARP, PAUL CLEMENT, PHILIPPE DERON, KAROLIEN GOFFIN, MARC HAMOIR, ESTHER HAUBEN, KRISTOF HENDRICKX, ROBERT HERMANS, SIDNEY KUNZ, OLIVIER LENSSEN, SANDRA NUYTS, CARL VAN LAER, JAN VERMORKEN, ELINE APPERMONT, ANNELIES DE PRINS, ELINE HEBBELINCK, GEERT HOMMEZ, CAROLINE VANDENBRUAENE, EVELINE VANHALEWYCK, JOAN VLAYEN



COLOFON

Titel:	Kanker van de mondholte: diagnose, behandeling en follow-up – Samenvatting
Auteurs:	Vincent Grégoire (UCL), Roos Leroy (KCE), Pauline Heus (Dutch Cochrane Center), Fleur van de Wetering (Dutch Cochrane Center), Lotty Hooft (Dutch Cochrane Center), Rob J.P.M. Scholten (Dutch Cochrane Center), Leen Verleye (KCE), Laurens Carp (UZA), Paul Clement (UZ Leuven), Philippe Deron (UZ Gent), Karolien Goffin (UZ Leuven), Marc Hamoir (UCL), Esther Hauben (UZ Leuven), Kristof Hendrickx (AZ Nikolaas), Robert Hermans (UZ Leuven), Sidney Kunz (AZ Groeninge), Olivier Lenssen (ZNA), Sandra Nuyts (UZ Leuven), Carl Van Laer (UZA), Jan Vermorken (UZA), Eline Appermont (UZ Leuven), Annelies De Prins (UZ Gent), Eline Hebbelinck (UZ Gent), Geert Hommez (UZ Gent), Caroline Vandenbruaene (AZ Sint Jan Brugge), Eveline Vanhalewyck (UZ Leuven), Joan Vlayen (KCE)
Project coordinator en senior supervisor:	Sabine Stordeur (KCE)
Reviewers:	Anja Desomer (KCE), Sabine Stordeur (KCE), Raf Mertens (KCE)
Stakeholders:	Jean-François Daisne (Association Belge de Radiothérapie-Oncologie), François-Xavier Hanin (Société Belge de Médecine Nucléaire), Peter Lemkens (Koninklijke Belgische Vereniging voor Oto-Rhino-Laryngologie, Gelaat- en Halschirurgie), Marc Lemort (Belgian Society of Radiology), Max Lonneux (Société Belge de Médecine Nucléaire), Pierre Mahy (Koninklijke Belgische Vereniging voor Stomatologie en Maxillo-Faciale Heelkunde), Myriam Remmelink (Société Belge d'Anatomopathologie), Ward Rommel (Vlaamse Liga tegen kanker), Joseph Schoenaers (Koninklijke Belgische Vereniging voor Stomatologie en Maxillo-Faciale Heelkunde), Pol Specenier (Belgische Vereniging voor Medische Oncologie), Geert Van Hemelen (Koninklijke Belgische Vereniging voor Stomatologie en Maxillo-Faciale Heelkunde), Pieter Van de Putte (Stichting Kankerregister), Vincent Vander Poorten (Domus Medica), Dirk Vangestel (Belgische Vereniging voor Radiotherapie-Oncologie), Tom Vauterin (Koninklijke Belgische Vereniging voor Oto-Rhino-Laryngologie, Gelaat- en Halschirurgie), Birgit Weynand (Société Belge d'Anatomopathologie), Karin Rondia (Fondation contre le Cancer), Elisabeth Van Eycken (Stichting Kankerregister)
Externe beoordelaars:	Elisabeth Junor (NHS Scotland UK), Pierre Castadot (CHU Charleroi)
Externe validatoren:	Dirk Ramaekers, Martine Goossens, Michel Martens
Andere gemelde belangen:	Lidmaatschap van een belangengroep op wie de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Paul Clement (BSMO, VWHHT, ASCO, ESMO), Sandra Nuyts (Vlaamse werkgroep Hoofd-en halstumoren), Elisabeth Van Eycken (BVRO) Houder van intellectuele eigendomsrechten (patent, ontwikkelaar van een product, copyrights, trademarks, etc.): Paul Clement (methods of inhibiting vascular proliferation)



Deelname aan een experiment of wetenschappelijke studie in de hoedanigheid van opdrachtgever, hoofdonderzoeker ('principal investigator') of onderzoeker: Paul Clement, Jean-François Daisne (Boehringer Head and Neck Lux 2), Karolien Goffin (wetenschappelijk onderzoek hals- en hoofd tumoren), Vincent Grégoire, Marc Hamoir (recherche clinique et transfert dans les cancers de la tête et du cou, PI d'une étude académique internationale sur la valeur du bilan postradiochimiothérapie dans les cancers avancés), François-Xavier Hanin (Noichi EORTC study, GETTEC study), Dirk Van Gestel (PI 2 dose-painting studies: NKO recidieven en bot metastasen), Pol Specenier (Rage studie Merck), Geert Van Hemelen (3D surgery planning protocol), Vincent Vander Poorten (IKV), Sandra Nuyts (wetenschappelijk onderzoek FVVO, VLK, STK; PI klinische studie hoofd- en halsoncologie)

Een beurs, honoraria of fondsen voor een personeelslid of een andere vorm van compensatie voor het uitvoeren van onderzoek: Karolien Goffin (Klinisch Onderzoeksfonds UZ Leuven), Sandra Nuyts

Consultancy of tewerkstelling voor een bedrijf, vereniging of organisatie die financieel kan winnen of verliezen door de resultaten van dit rapport: Paul Clement (consultancy Merck Serono), Joseph Schoenaers (Hoogleraar KUL, UZ Leuven), Jan Baptist Vermorken (Advisory Board Meeting Merck Serono)

Betalingen om te spreken, opleidingsvergoedingen, reisondersteuning of betaling voor deelname aan een symposium: Paul Clement (Merck Serono), Jean-François Daisne (Merck Serono), Karolien Goffin (cursus radiotherapie), François-Xavier Hanin (Forum Nucléaire), Dirk Van Gestel (Accuray), Sandra Nuyts

Voorzitterschap of verantwoordelijke functie in een instelling, vereniging, afdeling of andere entiteit waarop de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Paul Clement (VWHHT), Jean-François Daisne (radiotherapie CMSE Namur), Vincent Grégoire (lid van ESTRO EORTC), Peter Lemkens (Koninklijke Belgische Vereniging voor NKO Hoofd en Hals), Vincent Vander Poorten (secretaris VWHHT), Joseph Schoenaers (voorzitter KBVSMFH, lid International Board certification exam OMFP, secretaris generaal European Board Assessment)

Layout:

Ine Verhulst

Disclaimer:

- **De externe experts werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.**
- **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.**
- **Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur.**
- **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**

Publicatiedatum:

26 augustus 2014 (2nd print; 1st print: 8 juli 2014)



Domein: Good Clinical Practice (GCP)
MeSH: Mouth Neoplasms; Head and Neck Neoplasms; Practice Guideline
NLM classificatie: WE 707
Taal: Nederlands
Formaat: Adobe® PDF™ (A4)
Wettelijk depot: D/2014/10.273/55
Copyright: De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » <http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-rapporten>.



Hoe refereren naar dit document?

Grégoire V, Leroy R, Heus P, van de Wetering F, Hooft L, Scholten R, Verleye L, Carp L, Clement P, Deron P, Goffin K, Hamoir M, Hauben E, Hendrickx K, Hermans R, Kunz S, Lenssen O, Nuyts S, Van Laer C, Vermorken J, Appermont E, De Prins A, Hebbelinck E, Hommeze G, Vandenbruaene C, Vanhalewyck E, Vlayen J. Kanker van de mondholte: diagnose, behandeling en follow-up – Samenvatting. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2014. KCE Reports 227As. D/2014/10.273/55.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.



■ VOORWOORD

De diagnose van een kwaadaardige tumor is iets wat mensen aangrijpt en angst inboezemt. We kennen allen teveel verhalen van familieleden, vrienden, kennissen, voor wie het op min of meer korte termijn een fatale afloop kende. En ook al kunnen we vandaag een substantieel aantal mensen definitief van hun kanker genezen, toch blijven er ook kankertypes met een beduidend minder gunstige prognose. De tumoren van aangezicht en hals mogen we, wat dat betreft, tot deze minder gunstige groep rekenen. Niet alleen is de overleving na vijf jaar slechts 50%, ook de behandelingen zijn zwaar, vaak mutilerend, en ook psychisch erg belastend. Het treft ons in het aangezicht, ontnemt ons de spraak, grijpt ons bij de keel... de uitdrukkingen zijn ingebakken in onze taal en vertolken hoezeer dit ons in onze identiteit zelf raakt.

Sommige van deze tumoren zijn zeldzaam, vaak behoeven zij een complexe aanpak, en altijd moet die aanpak multidisciplinair zijn. En minstens even belangrijk als voor de behandeling zelf, is dat deze multidisciplinariteit zich doorzet in de fase van nazorg en revalidatie: logopedie, nutritionele begeleiding en psychosociale ondersteuning zijn slechts enkele van de disciplines die significant kunnen bijdragen tot de globale kwaliteit zoals ze door de patiënt wordt ervaren.

Onze bijzondere dank gaat uit naar de patiënten en patiëntenverenigingen die ons doorheen heel het proces van de ontwikkeling van deze richtlijn begeleid en geholpen hebben. Er is één patiënt tot wiens nagedachtenis we dit werk speciaal willen opdragen: professor Peter Donceel, die niet alleen voor ons beiden gedurende vele jaren een geapprecieerd collega was, maar die zelf tijdens zijn hele carrière heeft geijverd voor een ziekte- en invaliditeitsverzekering die mensen letterlijk terug op de been helpt. Hijzelf heeft jammer genoeg vorig jaar de strijd tegen zijn kanker verloren, maar hopelijk kan deze richtlijn bijdragen om anderen te helpen alle kansen langs hun kant te zetten om terug in het actieve leven te kunnen stappen. Peter zou hier ongetwijfeld 100% achter gestaan hebben.

Christian LÉONARD
Adjunct Algemeen Directeur

Raf MERTENS
Algemeen Directeur



■ **SAMENVATTING**

INHOUDSTAFEL

■	VOORWOORD	1
■	SAMENVATTING	2
1.	INLEIDING	5
2.	DOELSTELLINGEN EN SCOPE VAN DEZE RICHTLIJN	5
3.	METHODEN	6
3.1.	SYSTEMATISCH OVERZICHT VAN DE LITERATUUR.....	6
3.2.	FORMULEREN VAN AANBEVELINGEN.....	7
4.	KLINISCHE AANBEVELINGEN	9
4.1.	DIAGNOSE EN STADIËRING.....	9
4.1.1.	Patiënteninformatie.....	9
4.1.2.	Biopsie.....	9
4.1.3.	Conventionele beeldvormingstechnieken.....	10
4.1.4.	PET-scan.....	10
4.1.5.	Andere stadiëringsinterventies.....	10
4.1.6.	HPV-testen.....	11
4.2.	BEHANDELING VAN PRIMAIRE NIET-METASTATISCHE MONDKANKER.....	11
4.2.1.	Multidisciplinaire behandeling.....	11
4.2.2.	Chirurgische behandeling.....	11
4.2.3.	Radiotherapie.....	12
4.2.4.	Inductiechemotherapie.....	13
4.2.5.	Reconstructieve chirurgie.....	13
4.2.6.	Behandeling van de halslymfeklieren.....	14
4.2.7.	Halsklierdissectie na chemoradiotherapie.....	14
4.3.	HISTOPATHOLOGIE.....	15
4.4.	BEHANDELING VAN GEMETASTASEERDE OF RECIDIVERENDE ZIEKTE DIE NIET IN AANMERKING KOMT VOOR EEN CURATIEVE BEHANDELING.....	15
4.5.	LOCOREGIONAAL RECIDIEF.....	16



4.6.	FOLLOW-UP	16
4.7.	REVALIDATIE EN ONDERSTEUNENDE BEHANDELING	17
4.7.1.	Gebitsrevalidatie	17
4.7.2.	Revalidatie van de spraak- en slikfunctie.....	17
4.7.3.	Voedingstherapie	18
4.7.4.	Psychosociale begeleiding en ondersteuning.....	18
5.	IMPLEMENTATIE EN ACTUALISERING VAN DE RICHTLIJN.....	19
5.1.	IMPLEMENTATIE.....	19
5.2.	MONITORING VAN DE ZORGKWALITEIT	19
5.3.	ACTUALISERING RICHTLIJN	19
■	BELEIDS-AANBEVELINGEN.....	20



LIJST VAN AFKORTINGEN

AFKORTING

BCR
CEBAM
CPG
CRT
CT
DCC
DKG
EGFR
FDG-PET/CT
GDG
GRADE
Gy
HNSCC
HPV
IMRT
KCE
M0
MRI
NIHDI (RIZIV/INAMI)
PET
PET-CT
PICO
RCT
SCC

DEFINITIE

Stichting Kankerregister
Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine
Clinical practice guideline
Chemoradiotherapie
Computertomografie
Dutch Cochrane Centre
Deutsche Krebsgesellschaft
Epidermal growth factor receptor
Fluorodeoxyglucose Positron emission tomography - computed tomography
Guideline Development Group
Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
Grijs, Internationaal Stelsel van Eenheden (SI) eenheid van geabsorbeerde straling
Head & neck squamous cell carcinoma
Humaan papillomavirus
Intensiteitsgemoduleerde radiotherapie
Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Vrij van metastasen
Magnetic resonance imaging
National Institute for Health and Disability Insurance
Positron emission tomography
Positron emission tomography - computed tomography
Participants–Interventions–Comparator–Outcomes
Randomised controlled trial
Plaveiselcelcarcinoom



1. INLEIDING

Hoofd- en halskanker verwijst naar een groep zeldzame kankers in de bovenste aerodigestieve tractus, met name de mondholte, het strottenhoofd, de orofarynx, de hypofarynx, en zeer zeldzame tumoren in de neusholte en paranasale sinus, nasofarynx, middenoor, speekselklieren en schedelbasis. De meeste van deze kankers zijn plaveiselcelcarcinomen (SCC) en zijn geassocieerd met een geschiedenis van roken en alcoholgebruik.

Volgens de gegevens van de Stichting Kankerregister (BCR) schommelde de incidentie van hoofd- en halskanker tussen 2.460 in 2008 en 2.580 in 2011. In 2011 was het de 4de meest voorkomende vorm van kanker bij mannen. In de periode 2004-2008 bedroeg de 5-jaarsoverleving 44,6% bij mannen en 52,0% bij vrouwen, terwijl de relatieve 5-jaarsoverleving respectievelijk 50% en 57% bedroeg (www.kankerregister.org).

2. DOELSTELLINGEN EN SCOPE VAN DEZE RICHTLIJN

Onlangs heeft het KCE een rapport gepubliceerd over de organisatie van de zorg voor volwassenen met een zeldzame of complexe kanker. Een concreet voorstel voor de organisatie van de zorg voor patiënten met hoofd- en halskanker is beschikbaar op de website van het KCE (http://www.kcenet.be/files/KCE_219_proposal_cancer_head_and_neck.pdf). Het doel van de huidige praktijkrichtlijn (CPG) is om de variabiliteit te verminderen in de klinische praktijk en de communicatie tussen zorgverleners en patiënten te verbeteren.

Tijdens een initiële vergadering om de scope te bepalen werd besloten om de CPG voor hoofd- en halskanker op te stellen in 2 fasen. Dit eerste deel heeft betrekking op de behandeling van mondkanker, het tweede deel betreft orofaryngeale, hypofaryngeale en laryngeale kanker en zal in 2015 worden gepubliceerd.

De huidige richtlijn richt zich op de stadiëring, behandeling, follow-up en ondersteunende zorg voor patiënten met bevestigde mondkanker. Screening en preventie liggen buiten de doelstellingen.

Deze richtlijn is bedoeld om te worden gebruikt door alle zorgverleners die betrokken zijn bij de behandeling van patiënten met plaveiselcelcarcinoom in de mondholte, waaronder mond- en kaakchirurgen, oor-, neus- en keelchirurgen, radiotherapeuten, medisch oncologen, pathologen, radiologen, specialisten in de nucleaire geneeskunde, tandartsen, logopedisten, voedingstherapeuten, enz. Ze is ook van belang voor patiënten en hun families, huisartsen, ziekenhuismanagers en beleidsmakers.



3. METHODEN

3.1. Systematisch overzicht van de literatuur

We voerden eerst een zoekopdracht uit in OVID Medline, de National Guideline Clearinghouse en de GIN database om recente (d.w.z. gepubliceerd na 2010), kwaliteitsvolle richtlijnen te vinden over het onderwerp. Twee onderzoekers beoordeelden onafhankelijk van elkaar achttien potentieel relevante richtlijnen met het AGREE II-instrument. Voor dit eerste deel van de richtlijn over mondkanker kon alleen de Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) 2012^a richtlijn als basis dienen voor adaptatie, omdat ze voldoende kwaliteitsvol, actueel en volledig was.

In aanvulling op de klinische vragen in de DKG 2012 richtlijn selecteerde de richtlijnwerkgroep (GDG) de volgende elf klinische vragen. Ze werden aan een systematisch literatuuroverzicht onderworpen omdat ze verouderd waren of onvoldoende uitgewerkt in de DKG-richtlijn:

1. Wat is de klinische doeltreffendheid van PET / CT in de stadiëring van plaveiselcelcarcinoom van hoofd en hals (HNSCC)?
2. Wat is de klinische doeltreffendheid van HPV-testen bij patiënten met HNSCC?
3. Wat is de klinische doeltreffendheid van electieve lymfeklierdissectie bij patiënten met cN0 mondkanker?
4. Wat is de klinische doeltreffendheid van electieve lymfeklierdissectie bij patiënten met cN+ mondkanker?
5. Wat is de klinische doeltreffendheid van electieve lymfeklierdissectie van de contralaterale hals bij patiënten met cN+ mondkanker?
6. Wat is de klinische effectiviteit van PET of MRI in de detectie van lymfekliermetastasen na chemoradiotherapie?
7. Wat is de klinische doeltreffendheid van halsdissectie na chemoradiotherapie bij patiënten met HNSCC?
8. Wat is de klinische effectiviteit van IMRT bij patiënten met lokaal gevorderde HNSCC?
9. Wat is de klinische doeltreffendheid van inductiechemotherapie bij patiënten met HNSCC?
10. Wat is de klinische doeltreffendheid van primaire chemoradiotherapie bij patiënten met niet-reseceerbare M0 HNSCC?
11. Wat is de klinische doeltreffendheid van behandelingsinterventies voor gemetastaseerde ziekte of terugkerende ziekte die niet in aanmerking komt voor curatieve behandeling?

Sommige klinische vragen werden bewust algemeen geformuleerd, d.w.z. niet gericht op mondkanker alleen om het bewijsmateriaal ook te kunnen gebruiken voor deel twee. Voor zes vragen (vragen 3, 4, 8, 9, 10 en 11) werd een literatuuronderzoek uitgevoerd door het Dutch Cochrane Centre (DCC). Voor de overige vijf vragen werden de zoekopdrachten uitgevoerd door het KCE-team.

Studies werden gezocht in Medline, Embase en de Cochrane Library. Voor de diagnostische vragen werden systematische reviews, diagnostische accuratesse studies en RCT's gezocht. Voor de andere onderzoeksvragen werd gezocht naar systematische reviews, RCT's of vergelijkende observationele studies. Enkel artikels gepubliceerd in het Nederlands, Engels of Frans werden geïnccludeerd. De kwaliteitsbeoordeling werd uitgevoerd met de AMSTAR-checklist voor systematische reviews, het Risk of Bias instrument van de Cochrane Collaboration voor RCT's en vergelijkende observationele studies, en de QUADAS-2-checklist voor diagnostische accuratesse studies.

Voor de onderwerpen waarvoor geen literatuurupdate werd uitgevoerd, werden de oorspronkelijke aanbevelingen besproken met de GDG met behulp van het bewijsmateriaal dat door de DKG 2012 richtlijn werd aangereikt. Drie opties waren mogelijk: adaptatie zonder wijzigingen, acceptatie met wijzigingen of schrapping. Wanneer wijzigingen werden voorgesteld aan de oorspronkelijke formulering waren deze niet gebaseerd op een systematisch literatuuronderzoek, maar eerder op consensus.

^a Wolff K-D. Mundhöhlenkarzinom – Diagnostik und Therapie des Mundhöhlenkarzinoms. 2012.



3.2. Formuleren van aanbevelingen

Op basis van het gevonden bewijsmateriaal werd het eerste ontwerp van de aanbevelingen voorbereid door een kleine werkgroep (onderzoekers van KCE en het Dutch Cochrane Centre). Dat eerste ontwerp werd samen met de bewijstabellen verspreid in de GDG vóór de werkvergaderingen. Op basis van de besprekingen in de GDG werd een tweede ontwerp van de aanbevelingen voorbereid en opnieuw verspreid in de GDG voor definitieve goedkeuring.

Om het bewijsniveau en de kracht van elke aanbeveling te bepalen, werd de GRADE-methode gevolgd (Tabellen 1 en 2). De kracht van een aanbeveling is afhankelijk van het evenwicht tussen alle gewenste en ongewenste effecten van een interventie (d.w.z. netto klinisch voordeel), de kwaliteit van het beschikbare bewijsmateriaal, waarden en voorkeuren, en de geraamde kosten (gebruik van hulpmiddelen). Voor deze richtlijn werd geen formele kosteffectiviteitsanalyse uitgevoerd. GRADE niet werd toegepast op prognostische vragen.

De door de GDG voorbereide aanbevelingen werden voorgelegd aan de belangrijkste vertegenwoordigers van de relevante belanghebbenden (zie colofon), die handelden als externe beoordelaars van de ontwerprichtlijn. Ze beoordeelden alle aanbevelingen met een score tussen 1 ('helemaal mee oneens') en 5 ('helemaal mee eens') en bespraken ze tijdens een vergadering.

Als onderdeel van de standaard KCE-procedures werd het rapport vóór de publicatie in twee stappen gevalideerd. Het eerste deel van de validatie werd uitgevoerd door twee internationaal gerenommeerde wetenschappelijke experts die de inhoud van het rapport kritisch beoordeelden (zie colofon). Het tweede deel van de validatie, voorgezeten door het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine (CEBAM), is gericht op de methodologie; hiervoor werd de AGREE II-checklist gebruikt. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren.

Belangenverklaringen werden formeel vastgelegd.

**Tabel 1 – Niveaus van bewijskracht volgens het GRADE-systeem**

Kwaliteitsniveau	Definitie	Methodologische kwaliteit van het ondersteunend bewijsmateriaal
Hoog	We betrouwen er sterk op dat het werkelijke effect dicht bij het geschatte effect ligt	RCT's zonder ernstige beperkingen of overweldigend bewijs uit observationele studies
Matig	We hebben een matig vertrouwen in het geschatte effect: het werkelijke effect zal waarschijnlijk dicht bij het geschatte effect liggen, maar de mogelijkheid bestaat dat er een aanzienlijk verschil is	RCT's met ernstige beperkingen (inconsistente resultaten, methodologische beperkingen, indirect of onnauwkeurig bewijs) of uitzonderlijk sterk bewijs uit observationele studies
Laag	Ons vertrouwen in het geschatte effect is beperkt: het werkelijke effect kan aanzienlijk verschillen van het geschatte effect	RCT's met zeer ernstige beperkingen of observationele studies of patiëntenreeksen
Zeer laag	We hebben erg weinig vertrouwen in het geschatte effect: het werkelijke effect zal waarschijnlijk aanzienlijk verschillen van het geschatte effect	

Source: Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol.* 2011;64(4):401-6

Tabel 2 – Sterkte van aanbevelingen volgens het GRADE-systeem

Niveau van bewijskracht	Definitie
Sterk	De gewenste effecten van een interventie wegen duidelijk op tegen de ongewenste effecten (<i>de interventie moet in de praktijk gebracht worden</i>), of de ongewenste effecten van een interventie wegen duidelijk op tegen de gewenste effecten (<i>de interventie moet niet in de praktijk gebracht worden</i>)
Zwak	De gewenste effecten van een interventie wegen waarschijnlijk op tegen de ongewenste effecten (<i>de interventie moet waarschijnlijk in de praktijk gebracht worden</i>), of de ongewenste effecten van een interventie wegen waarschijnlijk op tegen de gewenste effecten (<i>de interventie moet waarschijnlijk niet in de praktijk gebracht worden</i>)

Source: Andrews JC, Schunemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello PA, et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation-determinants of a recommendation's direction and strength. *J Clin Epidemiol.* 2013;66(7):726-35.



4. KLINISCHE AANBEVELINGEN

De details van het bewijsmateriaal dat is gebruikt om de onderstaande aanbevelingen te formuleren, zijn beschikbaar zijn in het wetenschappelijk rapport en de supplementen. De tabellen hieronder volgen de volgorde van de hoofdstukken van het wetenschappelijk rapport.

4.1. Diagnose en stadiëring

4.1.1. Patiënteninformatie

Aanbeveling	Kracht van de aanbeveling	Niveau van bewijsmateriaal
De patiënt moet volledig op de hoogte worden gehouden van zijn toestand, de behandelingsmogelijkheden en de gevolgen. De informatie moet volledig zijn en gecommuniceerd worden op een duidelijke en ondubbelzinnige manier. Er moet rekening gehouden worden met de voorkeuren van de patiënt bij de behandelingsbeslissing.	Sterk	Zeer laag

4.1.2. Biopsie

Aanbevelingen	Kracht van de aanbeveling	Niveau van bewijsmateriaal
Een biopsie moet genomen worden van het meest verdachte deel van de tumor. De patholoog moet alle klinisch relevante gegevens krijgen. Als het resultaat twijfelachtig of negatief is, maar de tumor verdacht is, moet de biopsie herhaald worden.	Sterk	Zeer laag
Wanneer een patiënt met de diagnose van een oraal plaveiselcelcarcinoom wordt doorverwezen naar een ander centrum voor voltooiing van de work-up en behandeling, en wanneer geen extra biopsieën moeten worden genomen in het referentiecentrum, worden op verzoek van het referentiecentrum pathologiestalen (schijfjes en/of blokjes) voor herziening verzonden naar het referentielaboratorium voor de bevestiging van de diagnose. Elke ongewone tumordiagnose naast klassiek plaveiselcelcarcinoom moet worden beoordeeld door een deskundige van een referentielaboratorium.	Sterk	Zeer laag
Het biopsieverslag moet de volgende informatie bevatten: tumorlokalisatie, tumorhistologie, tumorgraad, diepte van invasie (indien beoordeelbaar), lymfatische, vasculaire en perineurale invasie. Sommige andere prognostische factoren, zoals groeipatroon (infiltratieve vs. <i>pushing</i> tumorrand), kunnen overwogen worden.	Sterk	Zeer laag



4.1.3. Conventionele beeldvormingstechnieken

Aanbevelingen	Kracht van de aanbeveling	Niveau van bewijsmateriaal
Voer een MRI uit voor de primaire T- en N-stadiëring (i.e. vóór de behandeling) bij patiënten met nieuw gediagnosticeerde kanker van de mondholte.	Zwak	Zeer laag
Wanneer een MRI technisch onmogelijk is (bv. pacemaker, cochleair implantaat, enz.), waarschijnlijk verstoord wordt (bv. verwachte bewegingsartefacten, enz.) of niet tijdig beschikbaar is, voer dan een contrastversterkte CT voor primaire T- en N-stadiëring uit bij patiënten met kanker van de mondholte.	Zwak	Zeer laag

4.1.4. PET-scan

Aanbevelingen	Kracht van de aanbeveling	Niveau van bewijsmateriaal
Voer een whole-body FDG-PET/CT uit voor de evaluatie van metastatische verspreiding en/of de detectie van tweede primaire tumoren bij patiënten met stadium III en IV kanker van de mondholte, en bij patiënten met hoog-risico kenmerken ongeacht de locoregionale stadiëring (bv. zware rokers),.	Zwak	Laag

4.1.5. Andere stadiëringsinterventies

Aanbevelingen	Kracht van de aanbeveling	Niveau van bewijsmateriaal
Om synchrone secundaire tumoren in het hoofd- en halsgebied uit te sluiten, moeten alle patiënten met kanker van de mondholte een klinisch onderzoek ondergaan (inclusief fiberoptisch onderzoek) van de bovenste aerodigestieve tractus. Voor een betere lokale stadiëring van grote tumoren moet endoscopie onder algemene verdoving worden overwogen.	Sterk	Zeer laag
Patiënten met een carcinoom in de mondholte moeten vóór de aanvang van een oncologische behandeling worden onderzocht door een ervaren tandarts. De tandarts moet preventief advies geven en het nodige herstellende werk verrichten.	Sterk	Zeer laag



4.1.6. HPV-testen

Aanbevelingen	Kracht van de aanbeveling	Niveau van bewijsmateriaal
Vanwege onvoldoende wetenschappelijk bewijs wordt routinematig testen van p16 niet aanbevolen bij patiënten met kanker van de mondholte. Bij patiënten zonder één van de gebruikelijke risicofactoren (bv. roken, alcoholmisbruik) voor kanker van de mondholte kan testen op p16 worden overwogen, hoewel er op dit moment geen bewijs is dat deze test de behandelingsbeslissingen bij deze patiënten wijzigt.	Zwak	Geen GRADE

4.2. Behandeling van primaire niet-metastatische mondkanker

4.2.1. Multidisciplinaire behandeling

Aanbevelingen	Kracht van de aanbeveling	Niveau van bewijsmateriaal
Mondholtecarcinoom moet interdisciplinair behandeld worden na voorafgaande bespreking van de casus in kwestie binnen het multidisciplinair oncologisch consult (MOC), bestaande uit de vakdisciplines van de mond- en kaakchirurgie, KNO, radiotherapie, medische oncologie, pathologie, radiologie en nucleaire geneeskunde. De aanwezigheid van een huisarts, tandarts en paramedische disciplines (bv. logopedist, voedingstherapeut en psychosociale werker) is aangeraden. De zorgcontinuïteit moet worden gegarandeerd door middel van een samenwerking tussen het ziekenhuis en het thuiszorgteam.	Sterk	Zeer laag

4.2.2. Chirurgische behandeling

Aanbevelingen	Kracht van de aanbeveling	Niveau van bewijsmateriaal
Als de algemene toestand van de patiënt het toelaat en het mondholtecarcinoom curatief kan worden verwijderd, moet chirurgische resectie van de tumor worden uitgevoerd en worden gevolgd door onmiddellijke reconstructie indien nodig.	Sterk	Zeer laag
Bij de behandeling van mondholtecarcinoom moet rekening worden gehouden met de individuele situatie van de patiënt. De beslissing om een operatie uit te voeren wordt genomen op basis van de kansen op tumorvrije snijvlakken en postoperatieve levenskwaliteit. Bij lokaal gevorderde tumoren moeten de postoperatieve functionele gevolgen prospectief en zorgvuldig beoordeeld worden. Wanneer bijvoorbeeld	Sterk	Zeer laag



Aanbevelingen	Kracht van de aanbeveling	Niveau van bewijsmateriaal
een totale glossectomie (+/- laryngectomie) de enige oncologisch geschikte chirurgische optie is, moet niet-chirurgische behandeling met orgaanpreservatie ernstig overwogen worden.		
Bij een microscopisch residuele tumor (R1-resectie) moet, indien mogelijk, gerichte follow-up resectie volgen teneinde de prognose van de patiënt te verbeteren.	Zwak	Zeer laag
De continuïteit van de onderkaak moet worden bewaard bij tumorresectie of worden hersteld na resectie, op voorwaarde dat er geen radiologische of intraoperatieve bewijzen zijn van tumorinvasie van het bot.	Sterk	Zeer laag

4.2.3. Radiotherapie

Aanbevelingen	Kracht van de aanbeveling	Niveau van bewijsmateriaal
Vanwege het toegenomen risico op cariës door bestraling van het hoofd- en halsgebied moet levenslang extra fluorideapplicatie worden overwogen, en dit minstens na de voltooiing van de radiotherapie.	Zwak	Zeer laag
Patiënten met kleine maar toegankelijke tumoren (T1/T2) in de mondholte (bv. lippen) kunnen in bepaalde gevallen met interstitiële brachytherapie worden behandeld.	Zwak	Zeer laag
Patiënten met een gevorderd en niet-gemetastaseerd mondholtecarcinoom die niet in aanmerking komen voor curatieve chirurgie (T4b, N3, onaanvaardbare functionele gevolgen, excessieve comorbiditeit) krijgen bij voorkeur primaire radiochemotherapie in plaats van radiotherapie alleen.	Zwak	Zeer laag
Postoperatieve radiotherapie moet worden uitgevoerd voor gevorderde T-categorieën (T3/T4), uitbreiding tot aan het snijvlak (< 4 mm) of positieve snijvlakken, tumordikte > 10 mm, aantasting van de lymfeklieren (> pN1) en extracapsulaire doorbraak / infiltratie in weke delen. Het moet worden overwogen bij perineurale verspreiding of infiltratie in lymfevaten. Voor hoogrisicopatiënten (bv. uitbreiding tot aan het snijvlak of positieve snijvlakken, extracapsulaire doorbraak) kan postoperatieve radiochemotherapie overwogen worden.	Sterk	Hoog
Postoperatieve radiotherapie moet conventioneel gefractioneerd worden (bv. 60-66 Gy in 6 tot 6,5 weken, 2 Gy per dag, 5 maal per week).	Zwak	Hoog
Postoperatieve radiotherapie moet zo vroeg mogelijk worden opgestart, d.w.z. binnen 6 weken na de operatie, en moet binnen 12-13 weken na de operatie worden voltooid.	Sterk	Laag



Aanbevelingen	Kracht van de aanbeveling	Niveau van bewijsmateriaal
Bij gelijktijdige (primaire of postoperatieve) radiochemotherapie moet radiotherapie conventioneel worden gefractioneerd (d.w.z. 2 fracties per dag, 5 dagen per week) en moet chemotherapie platinum-gebaseerd zijn (100 mg/m ² driemaal per week in geval van postoperatieve radiochemotherapie).	Sterk	Zeer laag
Gezien de gunstige baten/risicoverhouding wordt IMRT aanbevolen bij patiënten met gevorderde mondholtekanker.	Sterk	Zeer laag
Onderbreking van radiotherapie is schadelijk voor de tumorcontrole en moet vermeden worden.	Sterk	Laag
Radiochemotherapie mag alleen worden uitgevoerd in centra waar acute toxiciteit veroorzaakt door radiotherapie of chemotherapie adequaat kan worden behandeld.	Sterk	Zeer laag
Vanwege onvoldoende wetenschappelijk bewijs wordt de combinatie van radiotherapie met EGFR-inhibitoren niet aanbevolen bij patiënten met mondholtekanker.	Sterk	Zeer laag

4.2.4. Inductiechemotherapie

Aanbevelingen	Kracht van de aanbeveling	Niveau van bewijsmateriaal
Bij patiënten met mondholtekanker wordt inductiechemotherapie niet aanbevolen.	Sterk	Zeer laag

4.2.5. Reconstructieve chirurgie

Aanbevelingen	Kracht van de aanbeveling	Niveau van bewijsmateriaal
Reconstructieve maatregelen moeten vanaf het begin worden geïntegreerd in de chirurgische aanpak. Bij het plannen van de reconstructie moet rekening worden gehouden met het gehele oncologische scenario. De verwachte functionele of cosmetische verbetering moet de inspanningen voor de reconstructie rechtvaardigen.	Sterk	Zeer laag



4.2.6. Behandeling van de halslymfeklieren

Aanbevelingen	Kracht van de aanbeveling	Niveau van bewijsmateriaal
De behandeling van de lymfeklieren in de hals moet volgens dezelfde behandelingsprincipes gebeuren als die voor de primaire tumor (bv. als de primaire tumor operatief wordt behandeld, moet een halsklierdissectie worden uitgevoerd).	Sterk	Zeer laag
Voer een selectieve halsklierdissectie uit van minstens niveau I, II en III bij alle patiënten met een cN ₀ M ₀ plaveiselcelcarcinoom van de mondholte dat operatief wordt behandeld.	Sterk	Zeer laag
Een halsklierdissectie kan uitzonderlijk worden weggelaten bij sommige patiënten met een cT1N ₀ M ₀ plaveiselcelcarcinoom van de mondholte, afhankelijk van de lokalisatie en de dikte van de tumor.	Zwak	Zeer laag
Voer een selectieve ipsilaterale halsklierdissectie uit op minstens niveau I, II, III en IV met – indien oncologisch mogelijk – behoud van de m. sternocleidomastoideus, halsader en spinale accessoire zenuw bij alle patiënten met een cN ⁺ M ₀ plaveiselcelcarcinoom van de mondholte dat operatief wordt behandeld.	Sterk	Zeer laag
Overweeg een contralaterale halsklierdissectie bij patiënten met een niet-metastatisch plaveiselcelcarcinoom van de mondholte dat op of over de middellijn ligt of niet duidelijk lateraal is gelokaliseerd.	Zwak	Zeer laag

4.2.7. Halsklierdissectie na chemoradiotherapie

Aanbevelingen	Kracht van de aanbeveling	Niveau van bewijsmateriaal
Overweeg een diagnostische evaluatie van de hals met conventionele beeldvormingstechnieken (CT of MRI) of PET/CT drie maanden na de voltooiing van de primaire (chemo)radiotherapie.	Zwak	Zeer laag
Bij patiënten met mondholtekanker (N1-3) en volledige respons op chemoradiotherapie (beoordeeld door FDG-PET/CT, CT of MRI) zijn er geen gegevens om een extra lymfeklierdissectie te verrechtvaardigen.	Zwak	Zeer laag



4.3. Histopathologie

Aanbevelingen	Kracht van de aanbeveling	Niveau van bewijsmateriaal
Om een positief snijvlak te voorkomen (hetgeen geassocieerd is met een slechtere prognose), kan intraoperatieve vriescoupe nuttig zijn.	Zwak	Zeer laag
Een afstand van minimaal 10 mm vanaf de palpabele tumormarge, indien technisch of anatomisch mogelijk, moet als leidraad worden genomen voor resectie, om een minimale afstand te verkrijgen van 3-5 mm vanaf de rand van het verwijderde weefsel tot aan de primaire tumor in het formalinegefixeerd staal.	Zwak	Zeer laag
Voor de bespreking met de behandelende arts moeten de histopathologische bevindingen de exacte lokalisatie van de bestaande R+-status beschrijven. De anatomische topografie moet duidelijk zijn aangegeven wanneer het tumorspecimen naar de patholoog wordt verzonden. Dat kan gebeuren met hechtdraadmarkeringen of kleurcodering. Het histopathologische verslag moet de volgende informatie bevatten: tumorlokalisatie, macroscopische tumorgrootte, histologisch tumortype, histologische tumorgraad, diepte van invasie, lymfatische, vasculaire en perineurale invasie, lokaal geïnfilteerde structuren, pT-classificatie, details van de getroffen gebieden en geïnfilteerde structuren, R-status en p16 (indien niet uitgevoerd op biopsie).	Sterk	Laag
De histopathologische bevindingen van een halsklierdissectiespecimen moet de anatomische topografie, de kant van de hals, het type halsklierdissectie, verwijderde niveaus, totaal aantal lymfeklieren plus aantal aangetaste lymfeklieren, aantal lymfeklieren per niveau, niveau van aangetaste lymfeklieren, diameter van de grootste tumorafzetting, extra verwijderde structuren en, indien aanwezig, extracapsulaire verspreiding beschrijven.	Sterk	Laag

4.4. Behandeling van gemetastaseerde of recidiverende ziekte die niet in aanmerking komt voor een curatieve behandeling

Aanbeveling	Kracht van de aanbeveling	Niveau van bewijsmateriaal
Bij patiënten met uitgezaaide mondholtekanker of recidiverende ziekte die niet in aanmerking komt voor curatieve behandeling, kan palliatieve chemotherapie of doelgerichte behandeling (<i>targeted treatment</i>) worden overwogen na overleg met de patiënt.	Sterk	Zeer laag



4.5. Locoregionaal recidief

Aanbevelingen	Kracht van de aanbeveling	Niveau van bewijsmateriaal
Bij patiënten met het vermoeden van een recidief in het hoofd- en halsgebied dat niet kon worden bevestigd of uitgesloten door CT en/of MRI, kan FDG-PET/CT worden uitgevoerd.	Zwak	Zeer laag
Salvage chirurgie dient te worden overwogen bij elke patiënt met een resecabel locoregionaal recidief na eerdere radiotherapie of chirurgie. De procedure mag alleen worden uitgevoerd door een chirurgisch team met voldoende ervaring met reconstructieve technieken, en in een ziekenhuis met de geschikte intensive care-ondersteuning.	Zwak	Zeer laag
Herbestraling, eventueel met curatieve intentie, moet worden overwogen bij elke patiënt met een inoperabel locoregionaal recidief die al bestraling heeft ondergaan. Bestraling mag slechts plaatsvinden in ziekenhuizen met voldoende expertise en idealiter als onderdeel van een klinische studie.	Zwak	Zeer laag

4.6. Follow-up

Aanbevelingen	Kracht van de aanbeveling	Niveau van bewijsmateriaal
Voor elke patiënt moet een individueel gestructureerd follow-up schema worden opgesteld. Levenskwaliteit, bijwerkingen van de behandeling, voedingstoestand, spraak, tandheelkundige toestand, schildklierfunctie, rookgedrag en alcoholgebruik, enz. moeten regelmatig worden gecontroleerd. Er is geen bewijsmateriaal dat routinematig gebruik van beeldvormingstechnieken voor de detectie van locoregionaal recidief of recidief op afstand tijdens de follow-up ondersteunt. De frequentie van follow-up, zelfs bij symptomvrije personen, is minstens elke 3 maanden in het eerste en tweede jaar, elke 6 maanden in het derde tot en met het vijfde jaar, en daarna jaarlijks.	Zwak	Zeer laag



4.7. Revalidatie en ondersteunende behandeling

4.7.1. Gebitsrevalidatie

Aanbevelingen	Kracht van de aanbeveling	Niveau van bewijsmateriaal
Bij patiënten die een chirurgische ingreep en/of radiotherapie voor een carcinoom van de mondholte hebben ondergaan, moet de kauwfunctie worden hersteld aan de hand van functionele kauwrevalidatie met behulp van conventionele protheses en/of implantaten. Chirurgische ingrepen (bv. extracties) moeten worden uitgevoerd door professionals met ervaring in het behandelen van patiënten met hoofd- en halskanker. De patiënten moeten routinematig tandheelkundige controles ondergaan aan een frequentie die afhangt van de individuele patiënt (meestal om de 4 tot 6 maanden).	Sterk	Zeer laag
Geïnfecteerde osteoradionecrose van de kaak is een ernstige complicatie die in gespecialiseerde centra moet worden behandeld.	Sterk	Zeer laag

4.7.2. Revalidatie van de spraak- en slikfunctie

Aanbevelingen	Kracht van de aanbeveling	Niveau van bewijsmateriaal
Patiënten met kauw-, spraak- en slikproblemen moeten tijdig de gepaste functionele behandeling krijgen. Wanneer de geplande chirurgische of conservatieve procedures (bv. radiotherapie) problemen kunnen veroorzaken met kauwen, slikken en/of spraak, moeten patiënten worden doorverwezen naar voldoende gekwalificeerde therapeuten vooraleer de behandeling wordt gestart.	Sterk	Laag
Patiënten met dysfagie moeten geschikte diagnostische procedures ondergaan, bv. klinisch onderzoek door een logopedist, videofluoroscopie of fiberoptische endoscopie.	Sterk	Laag
Patiënten met eet- en spraakproblemen als gevolg van een carcinoom van de mondholte en/of de behandeling ervan, moeten vóór, tijdens en na de behandeling toegang hebben tot logopedisten en voedingstherapeuten die ervaring hebben met dergelijke pathologieën.	Sterk	Laag



4.7.3. Voedingstherapie

Aanbevelingen	Kracht van de aanbeveling	Niveau van bewijsmateriaal
Patiënten moeten regelmatig worden gescreend op ondervoeding als gevolg van mondholtekanker of de behandeling ervan. Patiënten met een risico op ondervoeding moeten tijdig en blijvend professioneel dieetadvies en voedingstherapie krijgen.	Sterk	Laag

4.7.4. Psychosociale begeleiding en ondersteuning

Aanbevelingen	Kracht van de aanbeveling	Niveau van bewijsmateriaal
Patiënten met mondholtekanker (en hun familie, verzorgers) moeten op een continue basis ervaren psychosociale ondersteuning krijgen binnen de context van een multidisciplinair team.	Sterk	Zeer laag



5. IMPLEMENTATIE EN ACTUALISERING VAN DE RICHTLIJN

5.1. Implementatie

De implementatie van deze richtlijn zal worden bevorderd door het College voor Oncologie en de beroepsverenigingen die betrokken zijn bij deze richtlijn. Er zal een online implementatie-instrument worden ontwikkeld, vergelijkbaar met de instrumenten die de vorige richtlijnen begeleidden (www.collegeoncologie.be). Het wetenschappelijke materiaal van deze richtlijn is bedoeld om te worden verspreid door wetenschappelijke en professionele organisaties. Zij kunnen dit materiaal omzetten in aantrekkelijke en gebruiksvriendelijke tools op maat van zorgverlenergroepen. Zij zullen ook een belangrijke rol spelen door een verspreiding via diverse kanalen, zoals websites of permanente vorming.

De volgende hindernissen voor implementatie werden vastgesteld:

- De meeste aanbevelingen zijn gebaseerd op bewijsmateriaal van lage tot zeer lage kwaliteit. Artsen zouden kunnen aarzelen om deze aanbevelingen uit te voeren.
- In sommige centra die patiënten met hoofd- en halskanker behandelen, zijn er mogelijk geen ervaren tandartsen, voedingsdeskundigen, logopedisten, enz. beschikbaar.
- Behandeling met IMRT is niet beschikbaar in alle radiotherapiecentra in België.
- Enkele aanbevelingen wijzen op de noodzaak tot behandeling in ziekenhuizen met voldoende expertise. Op dit moment is de zorg voor patiënten met hoofd- en halskanker echter niet gecentraliseerd. Een formele evaluatie van de zorgkwaliteit van deze patiënten is ook niet georganiseerd.

5.2. Monitoring van de zorgkwaliteit

Deze richtlijn kan worden beschouwd als een startpunt voor de ontwikkeling van programma's ter verbetering van de kwaliteit, gericht op alle betrokken zorgverleners.

Ze kan worden gebruikt als een instrument om het gezondheidsbeleid te ondersteunen bij het verbeteren van de zorgkwaliteit, bv. door de ondersteuning van acties die zorgverleners bewuster maken en hun praktijk verbeteren, of door de ontwikkeling (of herziening) van proces- en uitkomstindicatoren. De ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren is gepland na de voltooiing van het tweede deel van de richtlijn over hoofd- en halskanker.

Het KCE heeft eerder aanbevolen om een integratief kwaliteitssysteem op te zetten in de oncologie, inclusief de ontwikkeling en implementatie van klinische praktijkrichtlijnen, de bewaking van de zorgkwaliteit met kwaliteitsindicatoren, feedback aan zorgverleners en organisaties, en gerichte maatregelen om de kwaliteit te verbeteren als dat nodig is.

5.3. Actualisering richtlijn

Gezien het snel evoluerende bewijsmateriaal dient deze richtlijn elke 5 jaar te worden geactualiseerd. Indien in de tussentijd belangrijk nieuw bewijsmateriaal beschikbaar zou komen, moet dat in aanmerking worden genomen.

De KCE-procedures voorzien voor elke gepubliceerde richtlijn een jaarlijkse evaluatie van de relevantie van een actualisering door de auteurs. Beslissingen worden genomen op basis van nieuwe wetenschappelijke publicaties over een bepaald onderwerp (bv. Cochrane reviews, RCT's over geneesmiddelen of ingrepen). In dit proces wordt ook rekening gehouden met het mogelijke belang voor groepen van gezondheidswerkers.

Deze beoordeling leidt tot een beslissing over de vraag of een richtlijn of specifieke delen ervan al dan niet moeten worden bijgewerkt, om er voor te zorgen dat de aanbevelingen in lijn blijven met de nieuwste wetenschappelijke ontwikkelingen.



■ BELEIDS- AANBEVELINGEN^b

Aan het College voor Oncologie, de wetenschappelijke en beroepsverenigingen en EBMPacticeNet:

- Deze richtlijn moet worden omgezet en verspreid in procedures, protocollen, educatieve programma's, enz., in een gebruiksvriendelijk formaat voor dagelijks gebruik. Dat dient te gebeuren door het College voor Oncologie in nauwe samenwerking met de beroepsorganisaties.
- De verspreiding van deze richtlijn moet worden bevorderd door een publicatie op de website van EBMPacticeNet.

Aan de Minister van Volksgezondheid:

- Om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de versnippering van deskundigheid en ervaring te verminderen moeten referentiecentra worden opgericht en erkend die over een multidisciplinair team met een aangetoonde klinische en technische deskundigheid op het gebied van hoofd- en halskanker beschikken^c. Door het creëren van netwerken of functionele relaties tussen referentiecentra en perifere centra ("model van gedeelde zorg" of "shared care model") kan bij de zorgverlening gezorgd worden voor een combinatie van deskundigheid en zorgen dicht bij huis.

In de perifere centra kunnen alleen minder complexe, welomschreven behandelingen plaatsvinden; ze moeten onder supervisie van het referentiecentrum worden uitgevoerd. Perifere centra moeten richtlijnen krijgen over wanneer ze met een referentiecentrum overleg moeten plegen over een patiënt met hoofd- en halskanker.

^b Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de aanbevelingen.

^c Zie: http://www.kcenet.be/files/KCE_219_proposal_cancer_head_and_neck.pdf

