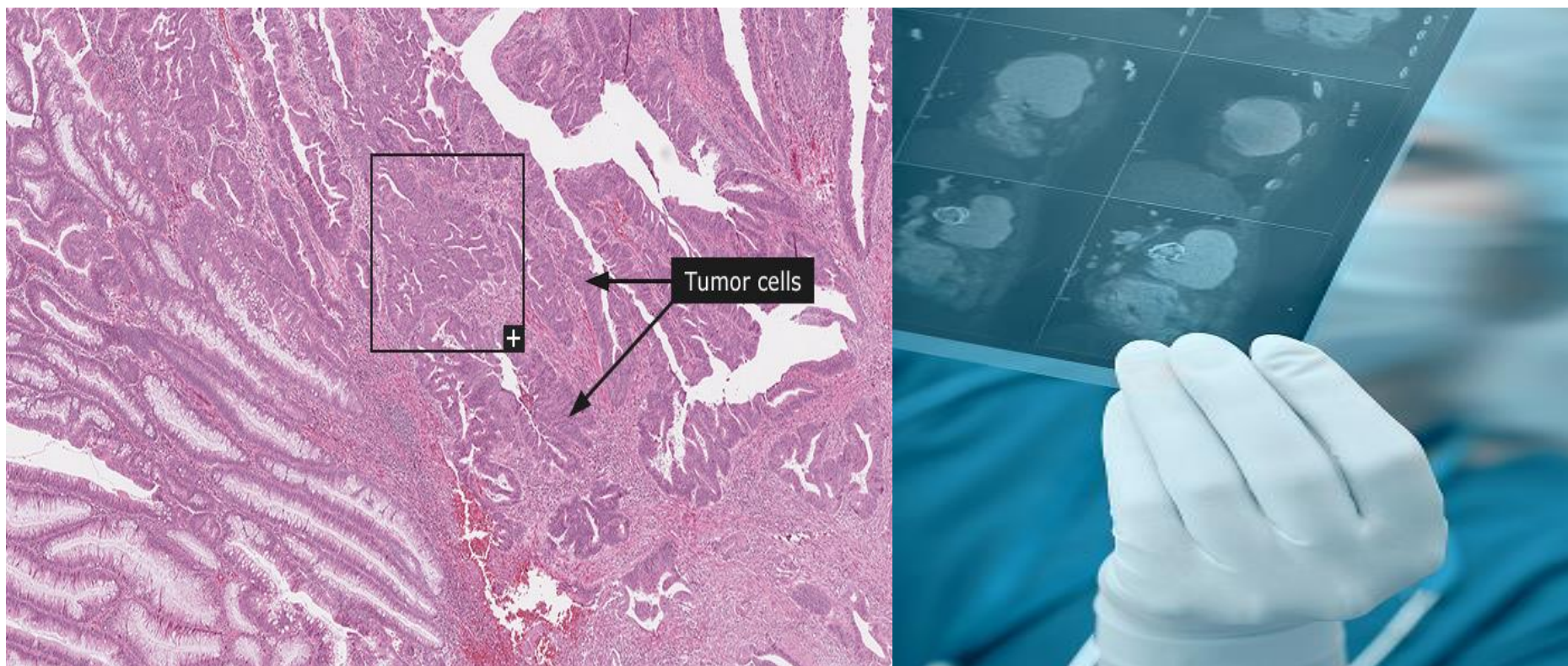


SAMENVATTING

AANPAK VAN RECTUMKANKER: EEN SELECTIEVE UPDATE



SAMENVATTING

AANPAK VAN RECTUMKANKER: EEN SELECTIEVE UPDATE

MARC PEETERS, ERIC VAN CUTSEM, DIDIER BIELEN, ALAIN BOLS, PIETER DEMETTER, ANDRÉ D'HOORE, KARIN HAUSTERMANS, ALAIN HENDLISZ, ARNAUD LEMMERS, DANIEL LEONARD, FREDDY PENNINGCKX, NICOLAS FAIRON, JO ROBAYS, KIRSTEN HOLDT HENNINGSSEN, JOAN VLAYEN, GENEVIÈVE VEEREMAN



■ VOORWOORD

De eerste praktijkrichtlijn van het KCE over rectumkanker dateert al van 2007. Zij werd ontwikkeld in samenwerking met, en ter ondersteuning van het PROCARE initiatief, opgezet door een dynamische groep klinische experts, om de kwaliteit van de zorg bij rectumkanker te verbeteren. In hun voorwoord schreven onze voorgangers: "De PROCARE oefening is uniek en de eerste in zijn aard in België. Het KCE is fier om samen met het Kankerregister en het RIZIV dit te mogen ondersteunen: uiteindelijk is het de patiënt wiens kansen erop vooruit zullen gaan. En dat is de essentie van goede kankerzorg. "

Inmiddels werden kwaliteitsindicatoren ontwikkeld en werd een registratie- en feedbacksysteem uitgebouwd. En uiteraard kwam de vraag naar een actualisering van de guideline van 2007. Een volledige update bleek met de beschikbare middelen momenteel niet haalbaar, hoewel hier duidelijk vraag naar was. Na overleg werd tenslotte beslist om te focussen op drie onderzoeksvragen waarvoor dringend geactualiseerde aanbevelingen nodig waren.

Zowel de eerste vraag, rond de optimale stadiëring, als de tweede vraag rond de mogelijkheden van lokale behandeling in een vroegtijdig stadium, zijn des te actueler nu de screening in alle landsgedeelten van de grond is gekomen. Dit betekent immers dat steeds meer vroege stadia zullen opgespoord worden, waarbij het zaak is om zo weinig mutilerend mogelijk in te grijpen, zonder nochtans de overlevingskansen van de patiënt nodeloos op het spel te zetten. De derde vraag, rond de zin of onzin van adjuvante therapie, kon jammer genoeg niet conclusief worden beantwoord, bij gebrek aan evidentie.

Doorheen het hele onderzoeksproject was de begeleidingsgroep van klinische experts van onschatbare waarde. Dank zij hun gedegen en realistische adviezen, hebben onze aanbevelingen ontegensprekelijk aan overtuigingskracht gewonnen voor de collega's klinici op het terrein. Daarom wensen wij onze oprechte dank en waardering uit te spreken voor hun rijke inbreng. Tenslotte wordt de waarde van een praktijkrichtlijn alleen dan geconcretiseerd als ze ook op het terrein wordt aanvaard en in de praktijk gebracht.

Christian LÉONARD
Adjunct algemeen directeur

Raf MERTENS
Algemeen directeur



■ **SAMENVATTING**

INHOUDSTAFEL

■	VOORWOORD	1
■	SAMENVATTING	2
1.	INLEIDING EN TOEPASSINGSGEBIED VAN DE RICHTLIJN	4
2.	BEOOGDE GEBRUIKERS	4
3.	METHODEN	5
3.1.	SYSTEMATISCH LITERATUURONDERZOEK	5
3.2.	PATIËNTVOORKEUREN.....	5
3.3.	FORMULERING VAN AANBEVELINGEN	5
4.	KLINISCHE AANBEVELINGEN	7
4.1.	WELKE MEDISCHE BEELDVORMINGSTECHNIEK MOET WORDEN GEBRUIKT VOOR EEN OPTIMALE STAGERING?	7
4.2.	KAN BIJ PATIËNTEN MET RECTUMKANKER EEN LOKALE RESECTIE OF TRANSANALE ENDOSCOPISCHE MICROCHIRURGISCHE RESECTIE WORDEN UITGEVOERD IN PLAATS VAN DE RADICALE RESECTIE ZONDER HET RESULTAAT NADELIG TE BEÏNVLOEDEN (T1, T2)?	8
4.3.	WANNEER MOET EEN ADJUVANTE CHEMOTHERAPIE WORDEN OVERWOGEN BIJ PATIËNTEN DIE EEN NEOADJUVANTE CHEMO(RADIO)THERAPIE ONTVINGEN?.....	9
5.	PATIËNTVOORKEUREN	10
6.	IMPLEMENTATIE EN UPDATE VAN DE RICHTLIJN	10
6.1.	IMPLEMENTATIE.....	10
6.1.1.	Multidisciplinaire aanpak en op de patiënt toegesneden zorg	10
6.1.2.	Factoren die de implementatie kunnen belemmeren of bevorderen	10
6.1.3.	Actoren van de implementatie van deze richtlijn	10
6.2.	CONTROLE VAN DE ZORGKWALITEIT	11
6.3.	UPDATE VAN DE RICHTLIJN	11
■	BELEIDSAANBEVELING	12
■	REFERENTIES	13



AFKORTINGEN

AFKORTING

CT
ERUS
GDG
GRADE
MRI
PROCARE
OV
RCT
TAE
TEM(S)

DEFINITIE

Computertomografie
EndoRectal UltraSound
Guideline Development Group
Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation
Magnetic Resonance Imaging
PRoject on CAncer of the REctum
OnderzoeksVraag
Randomized Controlled Trial
TransAnale Excisie
Transanale Endoscopische Microchirurgie



1. INLEIDING EN TOEPASSINGSGEBIED VAN DE RICHTLIJN

Hoewel screenings- en opsporingsprogramma's de incidentie hebben doen dalen, blijft colorectale kanker de op twee na meest voorkomende kanker bij mannen en de op één na meest voorkomende bij vrouwen.¹ De Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) databank meldt een incidentie van 42,4 per 100.000 mannen en vrouwen per jaar op basis van de naar leeftijd gecorrigeerde gevallen en overlijdens in de periode 2008-2012. Tijdens dezelfde periode waren er 15,5 overlijdens per 100.000 mannen en vrouwen per jaar.² Voor 2012 meldde het Belgisch Kankerregister 970 vrouwen en 1.494 mannen met rectumkanker.³ Het Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) publiceerde in 2007 een richtlijn inzake goede klinische praktijken voor rectumkanker,⁴ gevolgd door twee rapporten over kwaliteitsindicatoren in 2008⁵ en 2011.⁶ De KCE-richtlijn over rectumkanker uit 2007⁴ viel samen met een "Project on Cancer of the Rectum" (PROCARE) waarbij een register van gevallen en kwaliteitsindicatoren werd opgenomen in het Belgisch Kankerregister^a. Omdat 2006 het zoekjaar van de richtlijn was, moesten de aanbevelingen worden bijgewerkt. Om de richtlijn uit 2007 aan te passen,⁴ werd op 10 februari 2015 een scoping meeting gehouden met een grote groep deskundigen. Wegens de beperkte middelen werd beslist de update te beperken tot drie onderzoeksvragen (OV's). Deze OV's werden geselecteerd door de leden van de Guideline Development Group (GDG), vertegenwoordigers van beroepsorganisaties en vertegenwoordigers van de patiënten (de Scoping Group).

Zij kozen drie OV's.

1. OV 1: welke medische beeldvormingstechnieken moet worden gebruikt voor een optimale staging?
2. OV 2: kan bij patiënten met rectumkanker een lokale resectie of transanale endoscopische microchirurgische resectie worden uitgevoerd in plaats van de radicale resectie, en dit zonder het resultaat nadelig te beïnvloeden (T1, T2)?
3. OV 3: wanneer moet een adjuvante chemotherapie worden overwogen bij patiënten die een neoadjuvante chemo(radio)therapie ontvingen?

^a http://procare.kankerregister.be/procare.aspx?url=Procare_statistics

2. BEOOGDE GEBRUIKERS

Deze richtlijn is bestemd voor alle gezondheidswerkers die betrokken zijn bij de behandeling van patiënten met rectumkanker, waaronder huisartsen, oncologen, gastro-enterologen, chirurgen, radiologen, pathologen en verpleegkundigen. Ze zou ook nuttig moeten zijn voor patiënten en hun familie, ziekenhuisdirecties en beleidsmakers.



3. METHODEN

3.1. Systematisch literatuuronderzoek

Voor iedere OV werden systematische reviews (SR) gezocht in MEDLINE, Embase en The Cochrane Library (Cochrane Database of Systematic Reviews), DARE en de HTA-databank). Als een recente SR van hoge kwaliteit beschikbaar was, werden primaire studies die gepubliceerd werden na de zoekdatum van de review, opgezocht in MEDLINE, Embase en CENTRAL. Als geen SR beschikbaar was, werden primaire studies gezocht in de databanken. Leden van de GDG werden eveneens geraadpleegd om aanvullende relevante bewijzen aan te reiken die mogelijk gemist werden bij de opzoeking. Alleen artikels in het Engels, Duits, Nederlands en Frans werden opgenomen.

Voor de vraag over de diagnose werden SR's, studies over de diagnostische nauwkeurigheid en gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's) onderzocht. Voor de andere onderzoeksvragen zocht men SR's, RCT's of vergelijkende observatiestudies. De kwaliteit werd beoordeeld met de AMSTAR-checklist voor SR's, de tool van Cochrane Collaboration om het risico van afwijkingen te bepalen in RCT's en vergelijkende observatiestudies, en de QUADAS-2-checklist voor studies over de diagnostische nauwkeurigheid. De onderzoeksbeperkingen in observatiestudies werden beoordeeld met behulp van GRADE-criteria.

3.2. Patiëntvoorkeuren

In het evidence based handelen worden beslissingen niet alleen gebaseerd op doeltreffendheid en werkzaamheid, maar ook op de kenmerken en voorkeuren van de patiënten. Een patiënt met rectumkanker wordt geconfronteerd met moeilijke en complexe beslissingen die een cruciale impact hebben op de gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit en de overleving. Studies hebben aangetoond dat medisch deskundigen en patiënten vaak verschillende visies hebben op de eindpunten van de behandeling, inclusief bijwerkingen, en dat zij ook van mening verschillen over wat het belangrijkste is.⁷

Voor dit onderwerp werden systematisch SR's en meta-analyses over patiëntvoorkeuren gezocht voor alle colorectale kankers. Het thema is namelijk vrij nieuw en een onderzoek naar patiëntvoorkeuren voor rectumkanker alleen zou te beperkt zijn. De opzoeken werden op 27 maart 2015 uitgevoerd in de volgende databanken: Medline (via Ovid), Embase en The Cochrane Database of Systematic Reviews. Deze resultaten werden gebruikt om de eventuele GRADE-beoordeling voor elke OV aan te vullen.

3.3. Formulering van aanbevelingen

Op basis van de verzamelde evidence stelde het KCE-onderzoeksteam een eerste ontwerp van aanbevelingen op. Dit ontwerp werd samen met de evidence-tabellen aan de GDG doorgegeven vóór de gewone vergaderingen. Op basis van de besprekingen met de GDG werd een tweede ontwerp van de aanbevelingen opgesteld en opnieuw aan de GDG voorgelegd voor definitieve goedkeuring.

Om het niveau van bewijskracht en de sterkte van elke aanbeveling te bepalen, werd de GRADE-methode gevolgd (Tabellen 1 en 2). De sterkte van een aanbeveling wordt bepaald door het evenwicht tussen alle gewenste en ongewenste effecten van een ingreep (dus het netto klinische voordeel), de kwaliteit van de beschikbare evidence, waarden en voorkeuren en de geraamde kostprijs (benutting van de middelen). Voor deze richtlijn werd geen formele kosten-batenstudie uitgevoerd. Omwille van methodologische beperkingen van het GRADE-systeem voor diagnostetests werd GRADE niet toegepast op de aanbevelingen inzake diagnose (OV 1).

De door de GDG opgestelde aanbevelingen werden voorgelegd aan belangrijke vertegenwoordigers van de relevante belanghebbenden (zie colofon), die als externe beoordelaars van de ontwerprichtlijn fungeerden.

Tenslotte werd, als onderdeel van de standaardprocedures bij het KCE, de huidige richtlijn vóór zijn publicatie nagelezen door twee onafhankelijke valideurs (zie namen in het colofon).

Belangenverklaringen van leden van de GDG, valideurs en belanghebbenden werden formeel vastgelegd en opgenomen in het colofon.

**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	

[§] Balshem H, Helfand M, Schunemann 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 (de interventie moet in de praktijk gebracht worden), of de ongewenste effecten van een interventie wegen duidelijk op tegen de gewenste effecten (de interventie moet niet in de praktijk gebracht worden).
Zwak	De gewenste effecten van een interventie wegen waarschijnlijk op tegen de ongewenste effecten (de interventie moet waarschijnlijk in de praktijk gebracht worden), of de ongewenste effecten van een interventie wegen waarschijnlijk op tegen de gewenste effecten (de interventie moet waarschijnlijk niet in de praktijk gebracht worden).

[§] 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 de bewijzen die gebruikt worden om de aanbevelingen hieronder te formuleren, zijn beschikbaar in het wetenschappelijk rapport en zijn aanvullingen. De tabellen zijn gebaseerd op de volgorde van de hoofdstukken in het wetenschappelijk rapport.

4.1. Welke medische beeldvormingstechniek moet worden gebruikt voor een optimale staging?

Dit deel gaat over de rol van magnetische resonantie (MRI), computertomografie (CT) en endorectale echografie (ERUS) in de T- en N-staging van rectumkanker. M-staging werd niet geïncorporeerd omdat primaire studies doorgaans colon- en rectumkanker samenvoegen en een uitgebreid onderzoek over dit thema werd voorgesteld in het KCE-rapport over colonkanker.⁸

Omdat het belangrijk is dat een MRI correct wordt uitgevoerd, formuleerde de GDG ook op consensus gebaseerde normen voor de uitvoering van een MRI. Een kleinere groep van klinici, gespecialiseerd in MRI, stelde een protocol voor staging met MRI voor dat werd opgenomen in het wetenschappelijk rapport.

Aanbevelingen

- Een MRI uitvoeren om het risico van lokaal recidief, bepaald door onderzoek van het randgebied, de tumor en de lymfklieren en van de extramurale veneuze invasie, te beoordelen bij alle patiënten met rectumkanker, tenzij dit gecontra-indiceerd is.
- Een endorectale echografie voorstellen bij patiënten met rectumkanker in gevallen waarbij een MRI een aandoening toont die door lokale excisie kan worden behandeld, aanvullende klinische informatie nodig is of een MRI gecontra-indiceerd is.



4.2. Kan bij patiënten met rectumkanker een lokale resectie of transanale endoscopische microchirurgische resectie worden uitgevoerd in plaats van de radicale resectie zonder het resultaat nadelig te beïnvloeden (T1, T2)?

Stage I rectumtumoren hebben zich uitgebreid tot de submucosa (T1) of tot, maar niet voorbij de muscularis propria (T2), zonder aanwijzingen van klieraantasting (N0) of metastasen (M0). Radicale resectie, waarbij ook het mesorectum en dus het lymfweefsel worden weggesneden, wordt als curatief beschouwd aangezien een kankerspecifieke overleving > 95% wordt vastgesteld.⁹ Het is een controversieel onderwerp, maar recente richtlijnen bevelen niet aan een lokale resectie, transanale excisie (TAE) of transanale endoscopische microchirurgische resectie (TEMS) uit te voeren in plaats van een radicale resectie bij patiënten met Stage I rectumkanker. In de huidige praktijk is de indicatie voor lokale resectie echter gebaseerd op risicostratificatie. De sterkste onafhankelijke voorspellende factoren zijn lymfklierinvasie, submucosale invasie ≥ 1 mm, budding en slechte histologische differentiatie.¹⁰ Het globale risico voor nodale betrokkenheid bij pT1-rectumkanker is ongeveer 15%¹¹ en werd waargenomen bij 3% van pT1Sm, 1,8% van pT1Sm2 en 23% van pT1Sm3 letsels.¹²

Aan lokale resectie van welk type dan ook is uiteraard een inherent oncologisch risico verbonden aangezien de klieren niet worden verwijderd. Het is dan ook onduidelijk of meer invasieve, radicale resectie moet worden aangeraden in dergelijke gevallen. Om aan die onzekerheid een einde te maken, gingen wij over tot een SR van de klinische studies. We wilden zo de vraag beantwoorden of lokale resectie (om het even welk type, TAE of TEMS) in plaats van een radicale resectie kan worden uitgevoerd zonder het resultaat nadelig te beïnvloeden. Bepalende resultaten waren ziektevrije overleving, overleving zonder lokaal recidief, totale overleving en levenskwaliteit.

Aanbevelingen	Niveau van bewijskracht	Sterkte van aanbevelingen
Bij patiënten met T2-rectumkanker moet een radicale resectie worden uitgevoerd.	Zeer laag	Sterk
Bij patiënten met PT1 Sm1 rectumkanker, bevestigd door het pathologisch rapport en de stagering, wordt volledige lokale resectie "en bloc" als voldoende beschouwd. Een multidisciplinair consult en aangepaste monitoring zijn noodzakelijk.	Consensus bij deskundigen	Sterk
Bij patiënten met pT1 Sm2 Sm3 rectumkanker is een multidisciplinair consult noodzakelijk en wordt radicale chirurgie aanbevolen als er geen contra-indicatie is.	Consensus bij deskundigen	Sterk



4.3. Wanneer moet een adjuvante chemotherapie worden overwogen bij patiënten die een neoadjuvante chemo(radio)therapie ontvingen?

Deze onderzoeksvraag is erop gericht te bepalen welk effect adjuvante chemotherapie zal hebben bij patiënten met rectumkanker die voorheen met neoadjuvante chemoradiotherapie en chirurgie werden behandeld, ten opzichte van de behandeling zonder adjuvante chemotherapie. Vergelijkingspunten zijn de totale overleving, de ziektevrije overleving en de levenskwaliteit.

Aanbeveling

- Op basis van het huidige beschikbare bewijsmateriaal kunnen geen aanbevelingen worden gedaan vóór of tegen adjuvante chemotherapie bij patiënten met rectumkanker die chemo(radio)therapie ontvingen.



5. PATIËNTVOORKEUREN

Een recente studie kwam tot de volgende conclusie over adjuvante behandeling: "de meeste patiënten vinden een gematigd overlevingsvoordeel voldoende om adjuvante therapie de moeite waard te maken". De studie concludeert echter ook dat de patiënten "bereid zijn een potentiële vermindering van de levensverwachting en de overleving te aanvaarden als ze hierdoor ongewenste restverschijnselen na de operatie kunnen vermijden".¹³ Een andere studie besloot dat "patiënten met colorectale kanker wel voorkeuren hebben met betrekking tot behandelingsopties en beoogde resultaten, maar dat die niet homogeen zijn en bovendien afhankelijk lijken te zijn van persoonlijke factoren zoals leeftijd en geslacht". Dezelfde studie concludeert voorts: "hoewel er voorkeuren zijn, verkiezen de meeste patiënten een passieve rol te spelen bij de besluitvorming, wat misschien gedeeltelijk kan worden verklaard door de ernst van de ziekte".¹⁴ Bij de keuze van een behandeling moet niet alleen rekening worden gehouden met medische aspecten, maar ook met patiëntvoorkeuren. De patiënten moeten altijd tijdig volledige informatie ontvangen over behandelingsopties, voordelen en nadelen.

6. IMPLEMENTATIE EN UPDATE VAN DE RICHTLIJN

6.1. Implementatie

6.1.1. *Multidisciplinaire aanpak en op de patiënt toegesneden zorg*

In dit rapport concentreerden wij ons op de doeltreffendheid van specifieke medische ingrepen zonder rekening te houden met de organisatie van de gezondheidsdiensten. In de klinische praktijk moet een multidisciplinaire aanpak door diverse professionals uit de gezondheidszorg worden aangemoedigd. Deze benadering moet niet alleen gericht zijn op de medische behoeften van de patiënten, maar ook op hun psychosociale noden.

Bij de keuze van een behandeling moet niet alleen rekening worden gehouden met medische aspecten, maar ook met de voorkeuren van individuele patiënten. De patiënten dienen altijd tijdig volledige informatie te ontvangen over behandelingsopties, voordelen en nadelen.

6.1.2. *Factoren die de implementatie kunnen belemmeren of bevorderen*

Tijdens de vergadering van belanghebbenden werden de factoren besproken die het gebruik van deze richtlijn kunnen belemmeren of bevorderen. In dit specifieke geval is de beëindiging van het PROCARE-programma in december 2014 een belangrijke belemmerende factor. Het College voor Oncologie zal echter doorgaan met een nieuw PROCARE-plan en met de registratie in het Nationale Kankerregister. Bovendien zal de Belgische Vereniging voor Radiologie (<http://www.bsr-web.be/>) het MRI-protocol publiceren en opleidingen organiseren.

6.1.3. *Actoren van de implementatie van deze richtlijn*

De implementatie van deze richtlijn wordt bevorderd/uitgevoerd door het College voor Oncologie en de betrokken beroepsverenigingen. Het is de bedoeling dat deze richtlijn wordt verspreid door wetenschappelijke en beroepsorganisaties.



6.2. Controle van de zorgkwaliteit

Deze richtlijn moet worden beschouwd als een uitgangspunt voor het ontwikkelen van zorgverbeteringsprogramma's die bestemd zijn voor alle betrokken zorgverleners. Zij kan gebruikt worden als een hulpmiddel dat het gezondheidsbeleid ondersteunt met als doel de zorgkwaliteit te verbeteren, bv. door het steunen van acties om zorgverleners bewuster te maken en hun handelen te verbeteren, of door de ontwikkeling (of herziening) van kwaliteitsindicatoren voor proces en resultaat. Vroeger beval KCE aan een integratief kwaliteitssysteem op te zetten in de oncologie, met bijzondere aandacht voor de ontwikkeling en implementatie van klinische richtlijnen, het toezicht op de kwaliteit van de zorgverlening met kwaliteitsindicatoren, feedback voor de gezondheidswerkers en zorgorganisaties en gerichte acties om waar nodig de kwaliteit te verhogen. In dit geval werd een MRI-protocol ontwikkeld door de GDG.

6.3. Update van de richtlijn

Gezien het snel veranderende bewijsmateriaal zouden de richtlijnen om de vijf jaar moeten worden bijgewerkt. Mocht ondertussen belangrijk nieuw bewijsmateriaal beschikbaar worden, moet hier rekening mee worden gehouden. Dit proces dient ook oog te hebben voor elementen die interessant kunnen zijn voor bepaalde groepen van gezondheidswerkers. Deze beoordeling zou moeten leiden tot een beslissing over het al dan niet updaten van een richtlijn of bepaalde delen ervan teneinde ze aan te passen aan de nieuwste wetenschappelijke ontwikkelingen.



■ BELEIDSAANBEVELING^b

Aanbeveling aan het medisch korps:

- Een protocol voor een doelmatig gebruik van MRI bij de eerste beoordeling van patiënten met rectumkanker moet verder worden ontwikkeld.

^b Het KCE is als enige verantwoordelijk voor de aanbevelingen.



■ REFERENTIES

1. National Guideline Clearinghouse. SAGES evidence-based guidelines for the laparoscopic resection of curable colon and rectal cancer [Web page]. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) [cited 10/5/2015]. Available from: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=37690&search=rectal+cancer>
2. SEER Stat Fact Sheets: Colon and Rectum Cancer [Web page]. 2015. Available from: <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/colorect.html>
3. Belgian Cancer Registry [Web page]. 2015. Available from: http://www.kankerregister.org/default.aspx?url=Statistieken_tabellen_jaarbasis
4. Penninckx F, Roels S, Leonard D, Laurent S, Decaestecker J, De Vleeschouwer C, et al. Quality of care for rectal cancer – Phase 1: a clinical practice guideline for rectal cancer. Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2007. KCE Reports 69 Available from: <https://kce.fgov.be/publication/report/quality-of-care-for-rectal-cancer-%E2%80%93-phase-1-a-clinical-practice-guideline-for-rec>
5. Vlayen J, Verstreken M, Mertens C, Van Eycken E, Penninckx F. Quality insurance for rectal cancer - phase 2: development and testing of a set of quality indicators. Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2008. KCE Reports 81 Available from: <https://kce.fgov.be/publication/report/quality-insurance-for-rectal-cancer-phase-2-development-and-testing-of-a-set-of-q>
6. Goetghebeur E, Van Rossem R, Baert K, Vanhoutte K, Boterberg T, Demetter P, et al. Quality Insurance of rectal cancer – phase 3 : statistical methods to benchmark centers on a set of quality indicators. Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2011. KCE Reports 161C (D/2011/10.273/40) Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/kce_161c_rectal_cancer_phase%203.pdf
7. Pieterse AH, Baas-Thijssen MCM, Marijnen CAM, Stiggelbout AM. Clinician and cancer patient views on patient participation in treatment



- decision-making: A quantitative and qualitative exploration. *British Journal of Cancer*. 2008;99(6):875-82.
8. Peeters M, Leroy R, Robays J, Veereman G, Bielen D, Ceelen W, et al. Colon Cancer: Diagnosis, Treatment and Follow-Up. Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2014. KCE Reports 218 (D/2014/10.273/15) Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_218_Colon_cancer.pdf
 9. NICE. Colorectal cancer: The diagnosis and management of colorectal cancer. 2014.
 10. Bosch SL, Teerenstra S, de Wilt JH, Cunningham C, Nagtegaal ID. Predicting lymph node metastasis in pT1 colorectal cancer: a systematic review of risk factors providing rationale for therapy decisions. *Endoscopy*. 2013;45(10):827-34.
 11. Okabe S, Shia J, Nash G, Wong WD, Guillem JG, Weiser MR, et al. Lymph node metastasis in T1 adenocarcinoma of the colon and rectum. *J Gastrointest Surg*. 2004;8(8):1032-9; discussion 9-40.
 12. Nascimbeni R, Burgart LJ, Nivatvongs S, Larson DR. Risk of lymph node metastasis in T1 carcinoma of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum*. 2002;45(2):200-6.
 13. Currie A, Askari A, Nachiappan S, Sevdalis N, Faiz O, Kennedy R. A systematic review of patient preference elicitation methods in the treatment of colorectal cancer. *Colorectal Dis*. 2015;17(1):17-25.
 14. Damm K, Vogel A, Prenzler A. Preferences of colorectal cancer patients for treatment and decision-making: a systematic literature review. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2014;23(6):762-72.



COLOFON

- Titel:** Aanpak van rectumkanker: een selectieve update – Samenvatting
- Auteurs:** Marc Peeters (President GDG; UZA), Eric Van Cutsem (Vice-president GDG; UZ Leuven), Didier Bielen (UZ Leuven), Alain Bols (AZ Brugge), Pieter Demetter (Hôpital Erasme ULB), André D'Hoore (UZ Leuven), Karin Haustermans (UZ Leuven), Alain Hendlisz (Institut Jules Bordet), Arnaud Lemmers (Hôpital Erasme ULB), Daniel Leonard (UCL), Freddy Penninckx (UZ Leuven), Nicolas Fairon (KCE), Jo Robays (KCE), Kirsten Holdt Henningsen (KCE), Joan Vlayen (KCE), Geneviève Veereman (KCE)
- Project coordinator:** Marijke Eyssen (KCE)
- Senior supervisor:** Sabine Stordeur (KCE)
- Reviewers:** Frank Hulstaert (KCE), Pascale Jonckheer (KCE)
- Scoping groep:** Didier Bielen (UZ Leuven), Alain Bols (AZ Brugge), Wim Ceelen (Universiteit Gent), An Claes (Kom op tegen Kanker vzw), Donald Claeys (AZ Maria Middelaers), Jean-Charles Coche (Clinique St Pierre Ottignies), Carla Coimbra Marques (CHU de Liège), Joelle Collignon (CHU de Liège), Thierry De Grez (CHR de Namur), Pieter Demetter (Hôpital Erasme ULB), Christophe Deroose (UZ Leuven), André D'Hoore (UZ Leuven), Ann Driessen (UZA), Karin Haustermans (UZ Leuven), Alain Hendlisz (Institut Jules Bordet), Jos Janssens (AZ Turnhout), Jean-Luc Jourdan (The Belgian Group for Endoscopic Surgery), Bieke Lambert (Belgische Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde), Arnaud Lemmers (Hôpital Erasme ULB), Benoit Monami (Belgian Society of Surgical Oncology (BSSO)), Tom Moreels (Cliniques universitaires Saint-Luc), Anne Mourin (Cliniques universitaires Saint-Luc), Paul Pattyn (The Belgian Group for Endoscopic Surgery), Freddy Penninckx (KU Leuven), Brahim Ramdani (Belgian Group of Digestive Oncology), Pierre Scalliet (Association Belge de Radiothérapie-Oncologie), Daniel Vandaele (Société Royale Belge de Gastroentérologie), Elisabeth Van Eycken (Stichting Kankerregister), Yves Vannieuwenhove (The Belgian Group for Endoscopic Surgery), Peter Vuylsteke (The Belgian Society of Medical Oncology)
- Externe experts en Stakeholders:** Marc Brosens (Belgische Vereniging voor Radiotherapie-Oncologie), An Claes (Kom op tegen Kanker vzw), Donald Claeys (Royal Belgian Society of Surgery), Jean-Charles Coche (The Belgian Society of Gastrointestinal Endoscopy), Claude Cuvelier (Belgian Society of Pathology), Thierry De Grez (Société Royale Belge de Gastroentérologie), Ann Driessen (Belgian Society of Pathology), Jos Janssens (Belgian Group of Digestive Oncology), Jean-Luc Jourdan (The Belgian Group for Endoscopic Surgery), Bieke Lambert (Belgische Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde), Max Lonneux (Belgische Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde), Benoit Monami (Belgian Society of Surgical Oncology), Nathalie Nagy (Belgian Society of Pathology), Alberto Parada (SSMG), Brahim Ramdani (Belgian Group of Digestive Oncology), Katlijn Sanctorum (Stichting tegen Kanker), Pierre Scalliet (Association Belge de Radiothérapie-Oncologie), Pol Specenier (Belgian Society of Medical Oncology), Daniel Van Daele (Société Royale Belge de Gastroentérologie), Elisabeth Van Eycken (Stichting Kankerregister), Yves Van Nieuwenhove (The Belgian Group for Endoscopic Surgery), Peter Vuylsteke (Belgian Society of Medical



	Oncology), Joseph Weerts (Royal Belgian Society of Surgery), Paul Willemsen (Belgian Society of Surgical Oncology)
Externe validatoren:	Veerle Casneuf (Vlaamse Vereniging voor Gastro-Enterologie), Harm Rutten (Catharina Kanker Instituut, The Netherlands)
Andere gemelde belangen:	<p>Lidmaatschap van een belangengroep waarop de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Christophe Deroose (BELNUC – Belgisch Genootschap Nucleaire Geneeskunde), Jean-Charles Coche (BGDO member, BSGIE member), Elisabeth Van Eycken (BVRO-ABRO; VBS membership), Tom Moreels (Vlaamse Vereniging voor Gastro-enterologie), Alain Bols (BSMO)</p> <p>Eigenaar van maatschappelijk kapitaal, opties, aandelen of andere financiële instrumenten: Pierre Scalliet (IBA group), Marc Peeters (LF consult)</p> <p>Een beurs, honoraria of fondsen voor een personeelslid of een andere vorm van compensatie voor het uitvoeren van onderzoek: Pierre Scalliet (FRSM; Fondation contre le Cancer), Elisabeth Van Eycken (involved in Procare studies and analyses), Karin Haustermans (Kom op tegen Kanker; IWT, FWO, EU, Stichting tegen kanker), Alain Hendliz (National Cancer Plan funding of the PePiTA trial – adjuvant treatment colon cancer)</p> <p>Consultancy of tewerkstelling voor een bedrijf, vereniging of organisatie die financieel kan winnen of verliezen door de resultaten van dit rapport: Alain Bols (Advisory board meetings for Merck Amgen)</p> <p>Betalingen om te spreken, opleidingsvergoedingen, reisondersteuning of betaling voor deelname aan een symposium: Christophe Deroose (lectures about nuclear medicine), Karin Haustermans (ESTRO, WCGIC, ECCO), Peter Vuylsteke (travel payments from ESMO, ASCO), Alain Bols (Amgen, Merck)</p> <p>Voorzitterschap of verantwoordelijke functie in een instelling, vereniging, afdeling of andere entiteit waarop de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Christophe Deroose (secretary elect BELNUC), Jean-Luc Jourdan (BGES), Jean-Charles Coche (responsible of the multidisciplinary digestive oncology consult at Clinique St Pierre), Freddy Penninckx (chairman Procare)</p> <p>Deelname aan een experiment of wetenschappelijke studie in de hoedanigheid van opdrachtgever, hoofdonderzoeker ('principal investigator') of onderzoeker: Christophe Deroose (Academical clinical studies about rectum cancer and metastatic colorectal cancer), Brahim Ramdani (SULA study IPSEN; PANIB study AZ Antwerpen and AMGEN), Elisabeth Van Eycken (involved in Procare studies and analyses), Yves Van Nieuwenhove (Lifeseal study), Peter Vuylsteke (Non-rectal cancer studies), Freddy Penninckx (Procare study)</p>
Layout:	Ine Verhulst, Joyce Grijseels
Coverphoto:	Afbeelding afkomstig van de Human Protein Atlas, http://www.proteinatlas.org

**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 (zie <http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur>).
- Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.

Publicatiedatum:	18 januari 2016
Domein:	Good Clinical Practice (GCP)
MeSH:	Rectal Neoplasms; Practice Guideline; Magnetic resonance imaging; Natural Orifice Endoscopic Surgery; Chemotherapy, Adjuvant
NLM classificatie:	WI 610
Taal:	Nederlands
Formaat:	Adobe® PDF™ (A4)
Wettelijk depot:	D/2016/10.273/06
ISSN:	2466-6432
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?

Peeters M, Van Cutsem E, Bielen D, Bols A, Demetter P, D'Hoore A, Haustermans K, Hendlisz A, Lemmers A, Leonard D, Penninckx F, Fairon N, Robays J, Holdt Henningsen K, Vlayen J, Veereman G. Aanpak van rectumkanker: een selectieve update – Samenvatting. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2016. KCE Reports 260As. D/2016/10.273/06.

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

