

**Concept richtlijnmodule Colorectaal carcinoom - Coloncarcinoom**

**Voorgelegd aan d.b. sectie: Abdominale radiologie**

**Gemandateerde radiologen: mevr. dr. M. Maas, mevr. dr. M. de Vries en dhr. dr. M.L.J. Smits**

**Deadline voor autorisatie richting richtlijnwerkgroep: 18 maart 2025**

**Naam module ter commentaar - Is de module relevant voor de radiologie?**

5. Primaire behandeling coloncarcinoom:

- 5.2 Complementerende oncologische resectie na lokale excisie van pT1-2 coloncarcinoom

**Korte toelichting waarin de belangrijkste punten/wijzigingen voor de radiologie beschreven staan**

Er is een toenemende tendens naar orgaan sparende behandeling, omdat de oncologische winst van complementerende chirurgie kleiner lijkt dan voorheen gedacht, en ook duidelijke nadelen heeft. De PA van de T1/T2 tumor met risicocalculator zal bepalen of het een hoog of laag risico is. Indien het een laag risico tumor is zal de voorkeur zijn om dus af te wachten en follow up te doen middels CT thoraxabdomen en scapie.

De histologische uitslag van de lokale excisie moet in een multidisciplinair overleg (MDO) worden besproken met tenminste een patholoog, maag-darm-leverarts en een chirurg. Formuleer in dit MDO een voorkeursbehandeling en ook eventuele alternatieven.

Verricht een complete stadiering (CT-thorax/abdomen) na lokale excisie van een pT1 coloncarcinoom met een of meer histologische risicofactoren of een pT2 coloncarcinoom.

Voer actieve follow-up uit met een combinatie van CEA, CT- Thorax/Abdomen en endoscopie (module 9.2).

**Discussiepunten of knelpunten bij deze modules tijdens de richtlijnontwikkeling:**

**Nee / ja, toelichting:**

Een beleidsverandering om minder te opereren moet geïmplementeerd worden, wat misschien even wennen zal zijn in Nederland. Uiteindelijk wordt dit zorgvuldig besloten aan de hand van het risicoprofiel dat na met name van de PA etc kan worden berekend. Natuurlijk wordt er ook gekeken naar leeftijd patiënt, comorbiditeit etc.

**Korte toelichting op de impact van de richtlijnmodule op het radiologisch werk**

*. Heeft deze richtlijnmodule invloed op de radiologische capaciteit?*

*Zo ja, maak hiervan een inschatting (hoeveel meer of minder onderzoeken, met een specificering van het soort onderzoek, zullen er gaan plaatsvinden?)*

Gezien de spreiding van deze relatief kleine patiëntengroep over de verschillende ziekenhuizen door Nederland zal de extra workload (paar extra CT thorax-abdomen scans ) voor de radioloog laag zijn. De resultaten van eventuele extra scans/ al dan niet opereren worden landelijk in een studie bijgehouden om te kijken hoe dit in de praktijk uitpakt.

*. Heeft deze richtlijnmodule invloed op de verdeling van radiologisch werk in Nederland (concentratie en spreiding van zorg) Zo ja, geef aan welke invloed dit naar verwachting zal zijn.*

Zie boven.

**Autorisatiefase \*pas invullen tijdens de autorisatiefase\***

*Hebben er nog relevante veranderingen plaatsgevonden aan de richtlijn(modules) op basis van de commentaarfase? Toelichting:*

Er zijn geen belangrijke inhoudelijke wijzigingen aangebracht, wel zijn er na de commentaarfase enkele zaken iets duidelijker vermeld.

**Timing van een aanvullende CT Th/Abd net na resectie?**

In de regel termijn van 6 weken gehanteerd indien wordt gekozen voor actieve follow up na lokale excisie van een pT1 met een of meer histologische risicofactoren of een pT2 coloncarcinoom.

Bij complementerende chirurgie maakt het niet uit, omdat de operatie strategie hier niet op wordt aangepast en alleen wordt gekeken naar synchrone afstandsmetastasen. Er zijn onvoldoende argumenten om hierover een aanbeveling te formuleren.

(Daarna follow up beeldvorming volgens module 9.2.)

**Het onderscheidt zich hiermee van follow-up na verwijdering van een laag risico T1 coloncarcinoom waarvoor alleen herhaalde endoscopie wordt aanbevolen.** (Dus geen CT, aangezien een laag risico T1 colontumor met R0 resectie zonder risicofactoren namelijk heel weinig kans op lymfekliermetastasen (<5 %) heeft).