

Concept richtlijnmodule Colorectaal carcinoom – 4 herziene modules

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 commentaar richting richtlijnwerkgroep: 23 mei 2025

Naam modules ter commentaar – welke modules zijn relevant voor de radiologie?

2. Diagnostiek

2.4 Locoregionale stadiering rectumcarcinoom

6. Primaire behandeling rectumcarcinoom

6.3 Behandelstrategie niet lokaal gevorderd rectumcarcinoom

6.4 Neoadjuvante therapie bij het lokaal gevorderd rectumcarcinoom

6.6 Restadiëring na neoadjuvante therapie voor rectumcarcinoom

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

MRI Rectum primaire stadiering:

De belangrijkste verandering is dat er vooral duidelijke ziekte verslagen moet worden. EMVI en tumordepositie zijn prognostisch belangrijker dan de locoregionale mesorectale pathologische klieren. Daarom vervalt N1 of N2 en is er alleen N+. Dus versla lymfeklieren als cN0 of cN+ en geef hierbij de mate van zekerheid aan (zeker cN+, twijfelachtig cN+, zeker cN0).

Alleen duidelijke EMVI (graad 3 of graad 4) is EMVI+. Beschrijf tumor deposities, definitie voor tumordeposities is gegeven.

Het criterium voor pathologische klieren lateraal is ≥ 7 mm, korte as diameter.

Er is een tweedeling van het rectum: distaal 0-5 cm afstand van de anorectale hoek en hoog is vanaf 5 cm tot de sigmoid take off.

Daarnaast meer specificaties mbt definities van MRF invasie en cT4b (alsmede sphincterbetrokkenheid).

De verslagchecklist is geupdatet en er zijn figuren toegevoegd ter verduidelijking.

MRI Rectum restadiëring:

Verricht voor het vaststellen van een klinisch complete respons na (chemo)radiotherapie naast een DWI-MRI ook rectaal toucher en endoscopische inspectie. Er zijn handvaten gegeven hoe dit te rapporteren, waaronder het weglaten van ycT-stadium in geval van (bijna) complete respons.

Locoregionale klieren zijn niet meer pathologisch: korte-as diameter in acht (cut-off 5 mm), (wees echter beducht op de beperkingen van dit relatief arbitraire cut-off en de kans op overstadiëring)

Beschrijf alleen de verandering in korte-as diameter van initieel verdachte laterale lymfeklieren (klieren thv a. iliaca interna of obturatorloge). De oude cut-off van < 4 en 6 mm voor respons laterale klieren vervalt (dit is namelijk niet betrouwbaar gebleken).

Er zijn overwegingen toegevoegd over de restadiëring van EMVI en tumordeposities.

Behandel strategie niet lokaal gevorderd rectumcarcinoom:

De groepen vroeg en intermediair risico rectumcarcinoom zijn samengevoegd als niet lokaal gevorderd rectumcarcinoom.

Resectie blijft voorkeursbehandeling, maar in sommige gevallen kan ook neoadjuvante behandeling worden overwogen als er een sterke voorkeur is voor wait en see.

Neoadjuvante therapie bij het lokaal gevorderd rectumcarcinoom

Beschouw een tumor met ten minste één van de volgende kenmerken als een lokaal gevorderd rectumcarcinoom: cT4b, MRF+, pathologische laterale klier(en), EMVI en tumor deposities. Deze hebben voorbehandeling nodig.

Beschouw cT4a zonder andere risicofactoren **niet** als lokaal gevorderd rectumcarcinoom (deze hebben geen voorbehandeling nodig).

Er zijn overwegingen toegevoegd over het gebruik van chemoradiatie vs. totale neoadjuvante therapie.

Discussiepunten of knelpunten bij deze modules tijdens de richtlijnontwikkeling: Nee / ja, toelichting:

De klieren bij rectumcarcinoom blijven lastig betrouwbaar te beoordelen.

Er is gediscussieerd over een praktische aanpak van de klierstadiering en klierrestadiering, waarbij er een versimpelde aanpak is gekozen. Prognostisch zijn de pathologische klieren lateraal belangrijk, mede omdat eventuele resectie van deze klieren hoge postoperatieve complicaties hebben. Daarom is het ook niet eenduidig of ze altijd geresceerd moeten worden, maar het is wel een indicatie voor voorbehandeling. Over de morfologie van laterale klieren is ook gediscussieerd maar deze criteria zijn niet opgenomen in de aanbevelingen ivm zeer beperkt bewijs.

Na voorbehandeling is er geen betrouwbare cut-off wanneer deze laterale klieren nog steeds pathologisch zijn of niet. Daarom is er in de richtlijn gezegd beschrijf al dan niet afname van de laterale klieren.

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?)

Nee

. 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.

Nee

Autorisatiefase *pas invullen tijdens de autorisatiefase*

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