

Richtlijnmodules Niercelcarcinoom**Voorgelegd aan d.b. sectie Abdominale en Interventieradiologie****Naam gemandateerd radioloog:** de heer dr. M.A.J. (Mark) Meier**Deadline voor autorisatie richting richtlijnwerkgroep:** 22 april 2025**Naam modules ter commentaar/ autorisatie*****Dit zijn de modules die relevant zijn voor de radiologie***

- Module 1
- Module 4

Korte toelichting waarin de belangrijkste punten/wijzigingen voor de radiologie beschreven staan**Module 1:**

- De keuze tussen partiële nefrectomie, de verschillende percutane ablatieve technieken zoals RFA, MWA, cryoablatie en SABR of radicale nefrectomie dient te worden gemaakt op basis van tumor karakteristieken (zoals tumorgrootte, lokalisatie van de tumor), patiënt karakteristieken (zoals leeftijd, levensverwachting, comorbiditeit, eerdere chirurgie), en voorkeur van de patiënt (zekerheid over aard van de tumor, sneller herstel) (p27)
- Dit stuk vat het goed samen; binnen de groep T1b tumoren (3-7 cm) is een deel nog geschikt. Voor percutane behandeling middels ablatie. SABR is in opkomst en heeft hierin mogelijk ook nog een rol, maar gezien het ontbreken van goede studies is geen harde voorkeur uit te spreken.
- De werkgroep roept daarom op tot een goede registratie en zo mogelijk studies, waarbij het vermelden van de RENAL score in verslagen behulpzaam kan zijn.

Module 4:

- De keuzes bij behandeling van oligometastasen zijn afhankelijk van locatie en aantal metastasen. Het ontbreekt aan voldoende studies om een duidelijke rol voor percutane ablaties te benoemen. Voor SABR zijn weliswaar meer studies maar geen goede vergelijkende studies en de evidence is laag.
- Het advies van de werkgroep is daarom om afhankelijk van tumor- en patientkarakteristieken chirurgie, SABR en percutane ablaties tegen elkaar af te wegen.

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

In het begin is gesproken over screening van patiënten met een T1b tumor op hersenmetastasen i.v.m. de dure systemische therapie en bijwerkingen ervan. Binnen de werkgroep is besproken dat screening voor hersenmetastasen met MRI zou moeten plaatsvinden en dat de opbrengst te laag zal zijn om het aantal extra MRI scans te rechtvaardigen. De screening op hersenmetastasen is daarom **niet** in de richtlijn opgenomen.

Impact van de richtlijn(modules) op het radiologisch werk

- Heeft deze richtlijn(module) 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?)

Deze richtlijn is een logisch vervolg op de richtlijn voor de T1a niercelcarcinomen. De voorkeur van de patiënt wordt naast tumor- en patiëntkarakteristieken mede bepalend voor de keuze van therapie, waarbij er geen duidelijke voorkeur is voor operatie vs ablatie vs SABR. Afhankelijk van de (actieve) participatie van de (interventie)radiologen in o.a. MDO's zal dit een beperkte toename van het aantal percutane ablaties betekenen.

- Heeft deze richtlijn (module) 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.

De richtlijn lijkt geen invloed te hebben op spreiding van zorg aangezien hier sprake is van een multidisciplinaire behandeling en de volumenormen van de urologie hierin op dit moment leidend zijn. De regionale MDO's/besprekingen veranderen niet en er zal binnen een centrum hooguit een (beperkte) verplaatsing van operatief naar ablatie/SABR plaatsvinden.

Autorisatiefase *pas invullen tijdens de autorisatiefase*

Hebben er nog relevant veranderingen plaatsgevonden aan de richtlijn(modules) op basis van de commentaarfase? Zo ja, toelichting:

Slechts beperkt.

Het grootste deel van de commentaren betrof verduidelijking van terminologie en is verwerkt. Het belangrijkste commentaar betrof echter de disbalans tussen de radiotherapie en de percutane ablaties als lokale behandelopties. Ook bij de verwerking van de commentaren bleek dit nauwelijks recht te trekken.

In mijn optiek is er in de overwegingen van een richtlijn geen plek voor het promoten van (nog) onvoldoende bewezen behandelopties, zeker als deze niet in de pico zijn opgenomen. Hierdoor ontstaat immers de indruk dat, zeker als er zoals hier gebruik gemaakt wordt van literatuurverwijzingen, er wel degelijk voldoende evidence bestaat om de behandeling te promoten. Enkele leden van de werkgroep vonden het noodzakelijk erin te houden omdat de lezer graag over deze mogelijkheden zou willen lezen.

De suggestie werd gedaan om ook voor percutane ablaties een vergelijkbaar (promotie-)stuk aan te leveren, terwijl aan de andere kant ook werd genoemd dat er je eigenlijk geen gebruik kan maken van afgeleide evidence voor lever-/longmetastasen in het algemeen, maar dat het over specifieke metastasen van RCC tumoren moet gaan.

Voor mij was dit niet acceptabel en er was eigenlijk geen enkele bijval om het stuk over de radiotherapie weg te laten of te volstaan met de opmerking dat zowel SABR als Percutane Ablatie relevante opties kunnen zijn bij de behandeling van oligometastasen, afhankelijk van de lokale expertise. Gezien het ontbreken van voldoende evidence en literatuur zien wij hier een kennis lacune die in de toekomst met nieuwe studies gevuld moet worden.