



Stadia van rectumkanker en verschillende behandelopties - studieresultaten en huidige richtlijnen

Of hoe we van iets simpels iets complex hebben gemaakt...

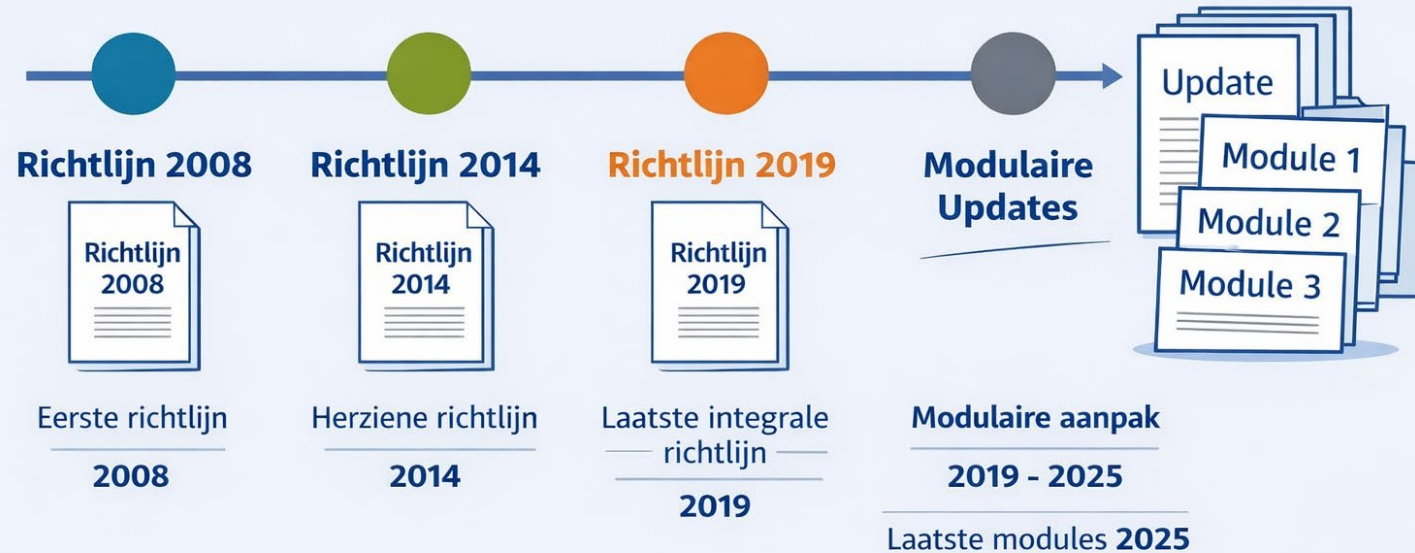
Martijn Intven

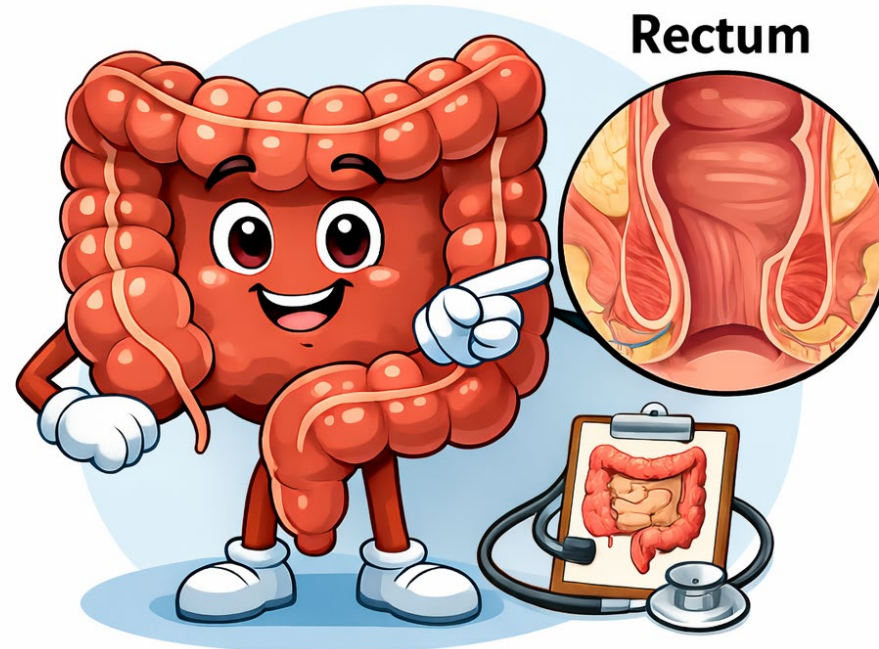


UMC Utrecht
Cancer Center

Richtlijnen

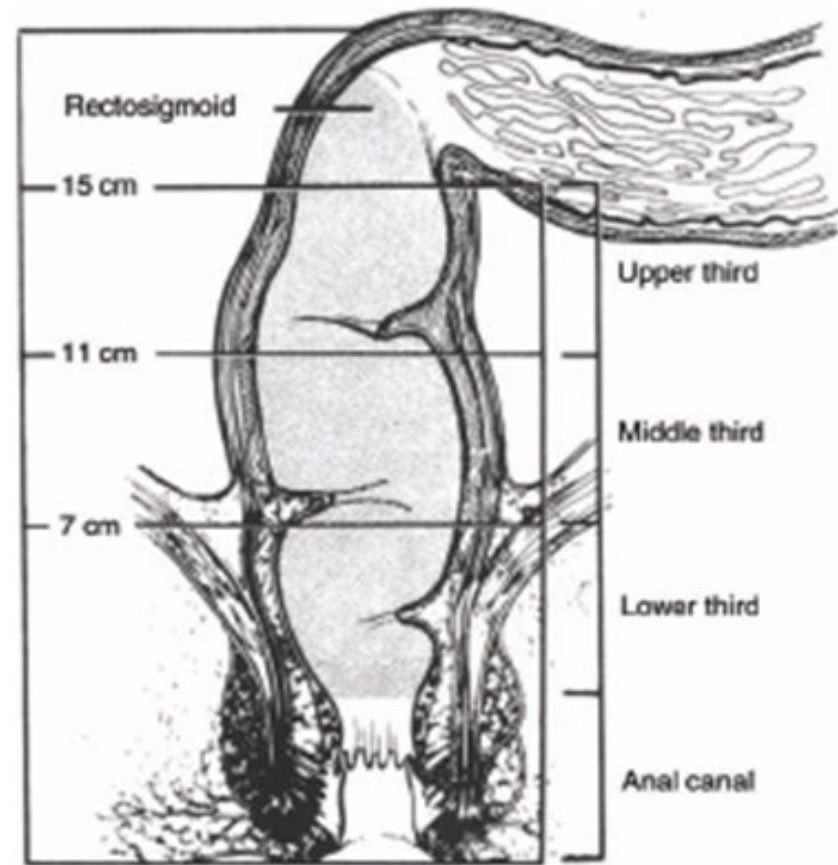
Richtlijnen Colorectaalcarcinoom in Nederland





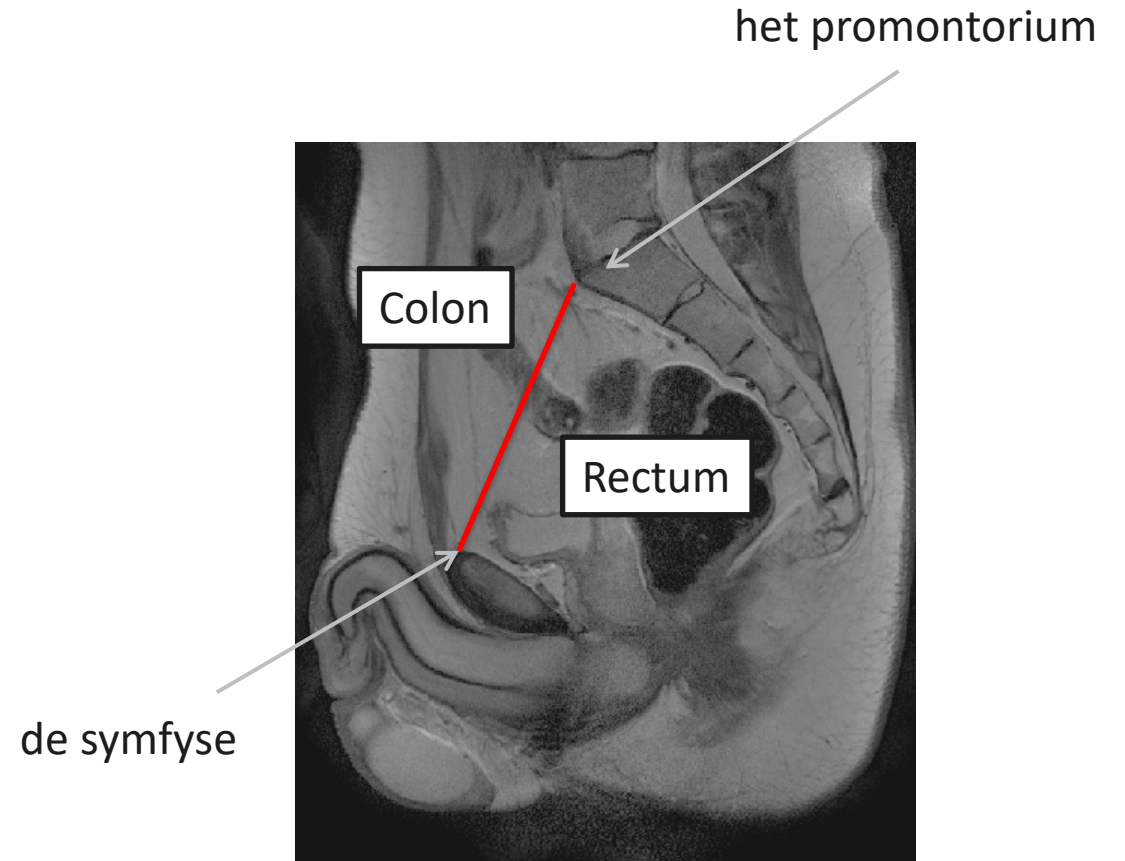
Het Rectum

- Anatomie:
ca. 15 cm lang deel van de darm tussen sigmoid en anus
- Functie:
opvangplaats voor stoelgang



Het Rectum

- Anatomie:
ca. 15 cm lang deel van de darm tussen sigmoid en anus
- Functie:
opvangplaats voor stoelgang



Het Rectum

- Anatomie: **ca. 10 cm** lang deel van de darm tussen **sigmoïd take-off** en anus
 - Het punt waar het (boven)rectum met mesorectum niet langer tegen het sacrum “vastligt” en de sigmoid ventraal/naar voren wegdraait en mobieler wordt.
 - Sagittaal: waar de sigmoid horizontaal van het sacrum wegbuigt
 - Axiaal: waar de sigmoid ventraal begint te projecteren
 - Indeling in proximaal / distaal op basis van 5 cm grens van anorectale overgang
- Functie:
opvangplaats voor stoelgang

Richtlijn 2019

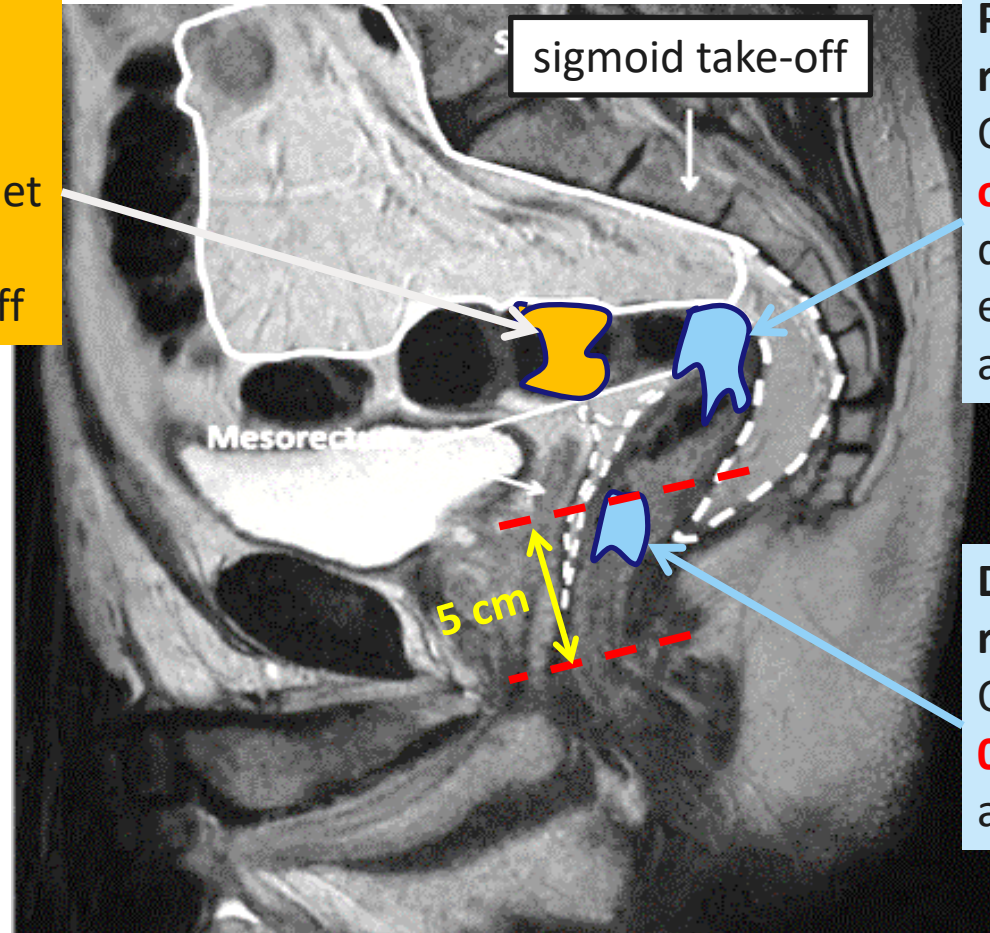
Richtlijn 2025



UMC Utrecht
Cancer Center

Het Rectum

**Sigmoid
carcinoom=**
Onderrand
tumor **boven** het
niveau van de
sigmoid take-off



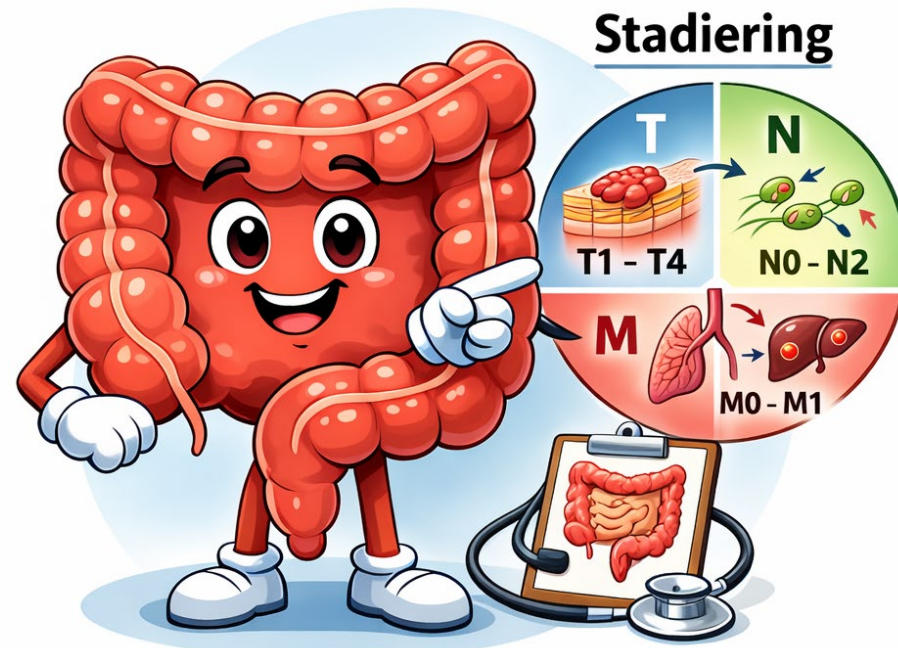
**Proximaal
rectumcarcinoom =**
Onderrand tumor
onder het niveau van
de sigmoid take-off,
en **>5 cm** van de
anorectale overgang

**Distaal
rectumcarcinoom=**
Onderrand tumor
0-5 cm van de
anorectale overgang

D'Souza, Ann Surg 2019

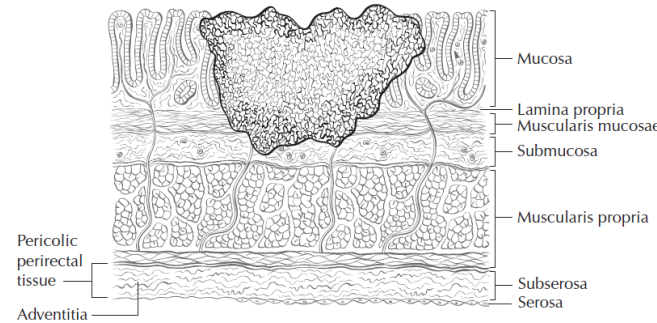


UMC Utrecht
Cancer Center

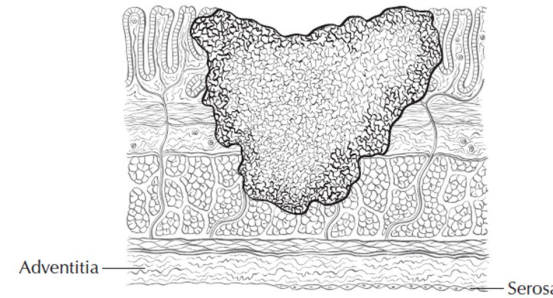


Stadiering

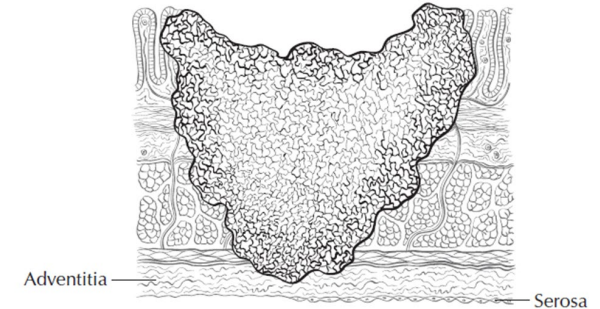
- T-stadium: lokale tumor
 - T1: ingroei submucosa
 - T2: ingroei muscularis propria
 - T3: ingroei in mesorectaal vet
 - T4: Ingroei in andere organen
- N-stadium: regionale lymfeklieren
 - N0: geen pathologische lymfeklieren
 - N1: 1-3 pathologische lymfeklieren
 - N2: 4 of meer pathologische lymfeklieren
- M-stadium: metastasen op afstand
 - M0: geen metastasen
 - M1: wel metastasen



T1



T2



T3



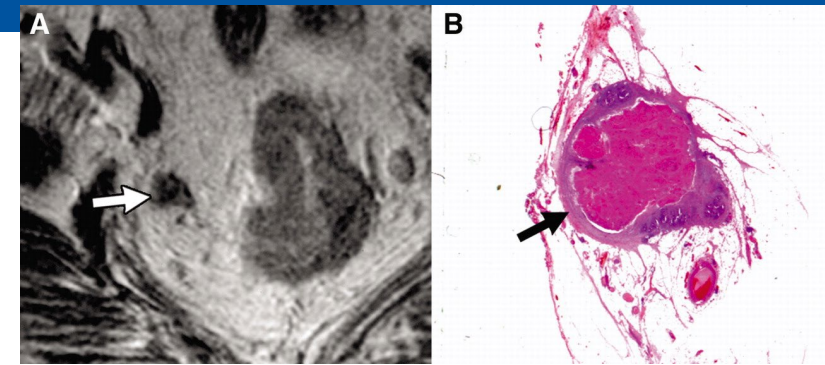
T4



Stadiering

- Pathologische lymfeklier

- < 2014: > 5mm in doorsnede
- 2014 (ESGAR criteria 2016 en Kim et al, Eur J Radiol 2004):
 - Lymfeklieren < 5 mm met alle drie maligne morfologische kenmerken (irregulaire begrenzing, heterogene textuur, rond);
 - Lymfeklieren met een diameter van 5–9 mm met minimaal twee maligne morfologische kenmerken;
 - Lymfeklieren met een diameter ≥ 9 mm.
 - Mucineuze klieren
- 2025:
 - Benoem mucineuze klieren en klieren met korte-as diameter >9mm altijd als verdacht. Benoem klieren <5mm korte-as als niet verdacht.
 - Vanwege beperkte MRI-accuratesse en het risico op overstadiëring wordt geadviseerd alleen cN0 vs cN+ te rapporteren (zonder cN1/cN2), met een zekerheidsinschatting, en bij twijfel het laagste stadium te kiezen.



Brown et al. Radiology 2003

Stadiering

Item	Score	Definitie / aandachtspunt (compact)
cT	cT1–2*	—
	cT3a–d	Mesorectale invasiediepte voorbij muscularis propria: a <1 mm; b 1–5; c 5–15; d >15
	cT4a	Invasie peritoneum (niet automatisch MRF+)
	cT4b	Doorgroei voorbij MRF in orgaan/structuur (incl. externe sfincter/levator/bekkenzijwand)
MRF	MRF–	>1 mm
	MRF+	≤1 mm ; specificeer oorzaak (tumor/EMVI/TD) + lokalisatie
cN	Zeker cN0	Klieren <5 mm korte-as : benigne (<i>tenzij mucineus</i>)
	Twijfelachtig cN+	—
	Zeker cN+	Mucineus of korte-as >9 mm : verdacht
TD	TD– / TD+	Bij TD+ : aantal + lokalisatie; ook cN+ scoren
EMVI	EMVI– / EMVI+	0–2 / 3–4
Laterale klieren	Niet verdacht / niet zichtbaar	—
	Verdacht	≥7 mm korte-as (of mucineus): aantal + zijde + locatie + korte-as

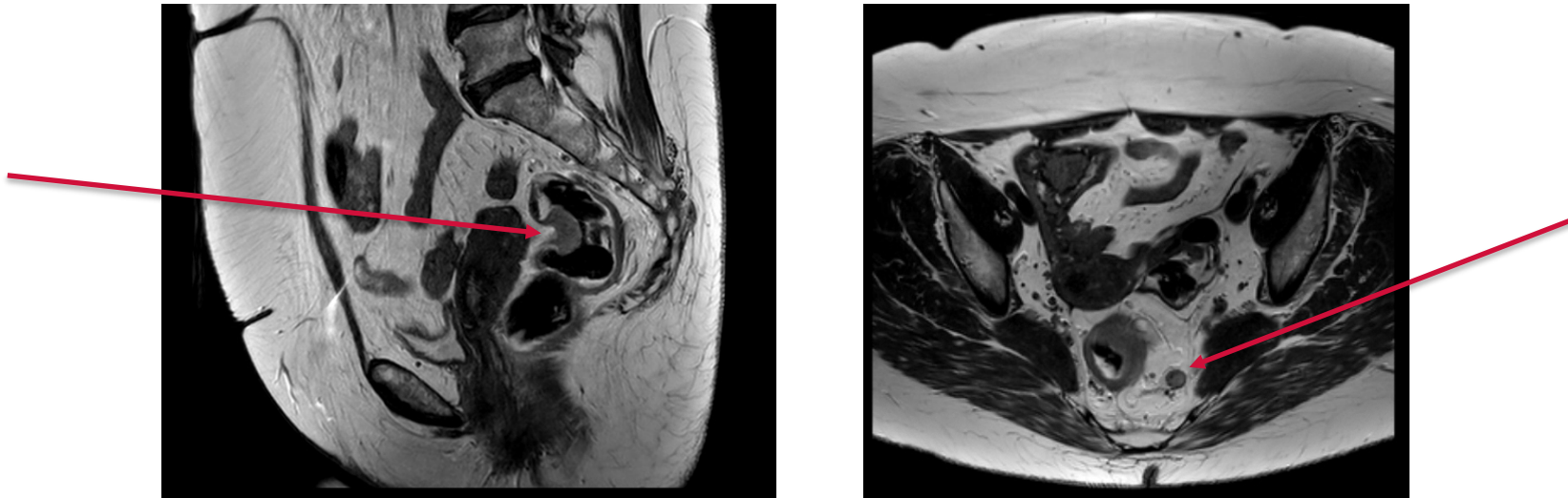
Richtlijn 2025

Richtlijn 2022

Richtlijn 2022

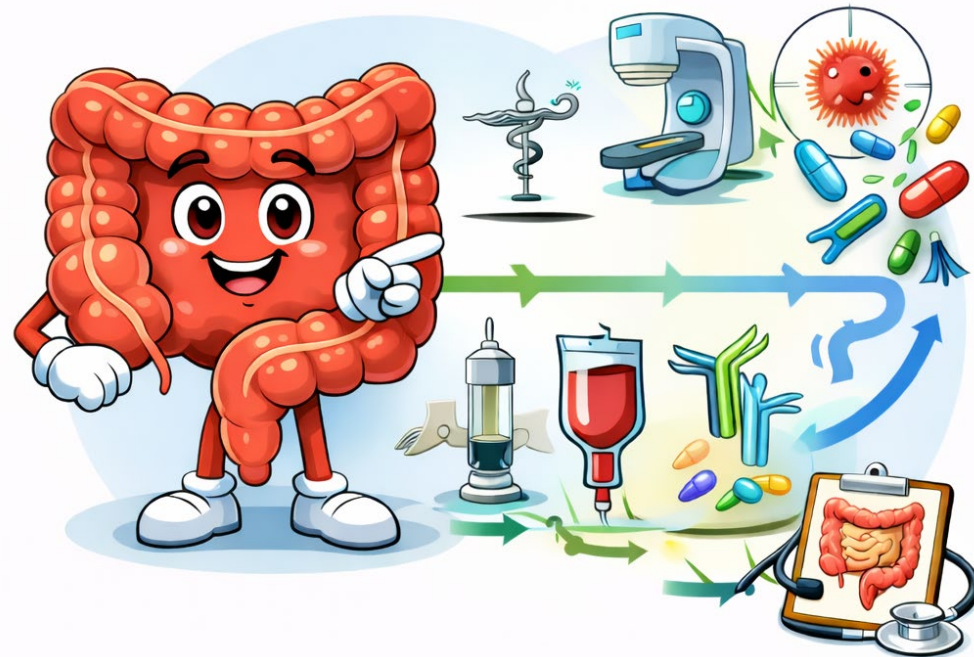
Stadiering

2010: cT3 (CRM-) N1 M0 rectumcarcinoom



2026: cT3a (MRF-, EMVI-) N+ (TD-, LLN-) proximaal rectumcarcinoom

Behandeling door de jaren heen



Behandeling

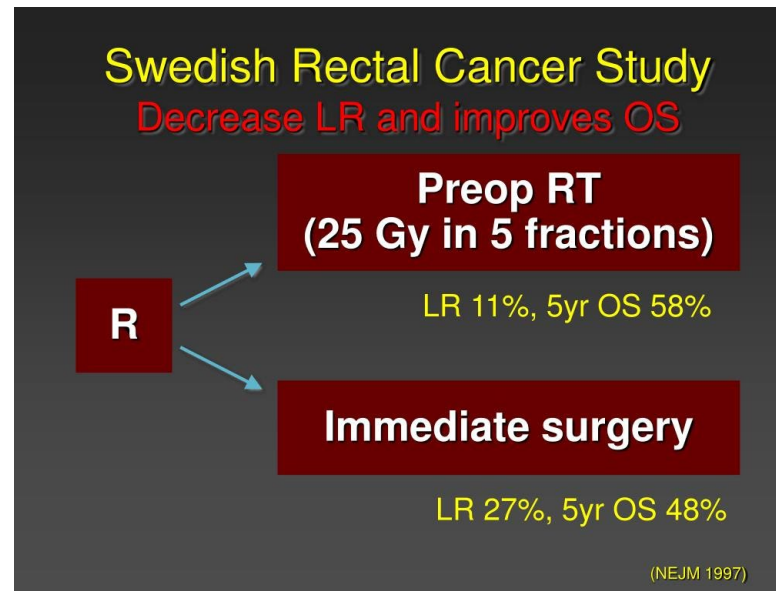


Richtlijn 2008

Stadium	Groep
cT1N0	Laag Risico
cT2-4, MRF- N0-N1	Intermediair Risico
MRF+ tumoren cT4 tumoren cN2 status	Lokaal Gevorderd

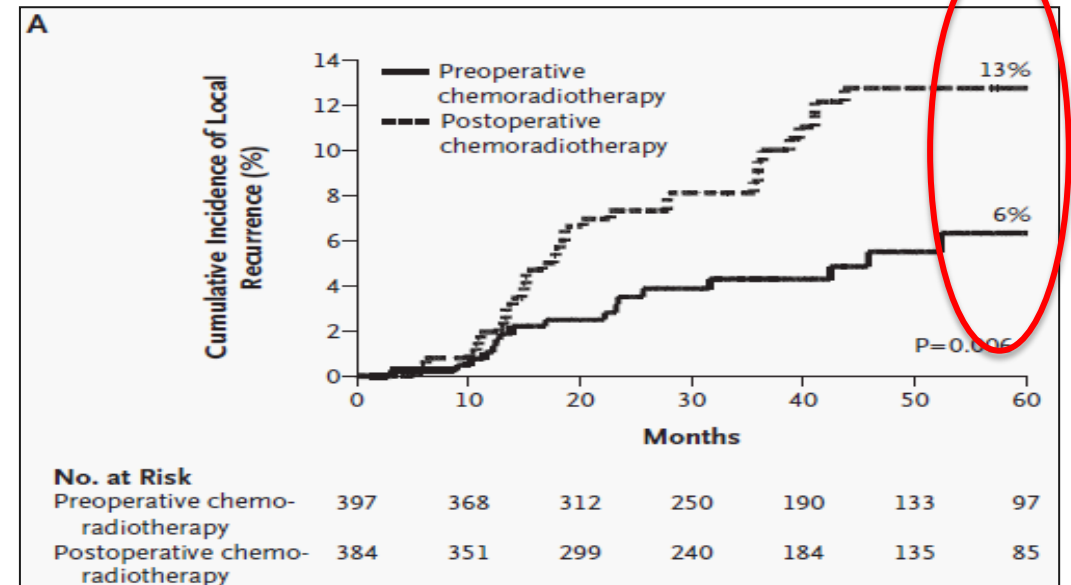
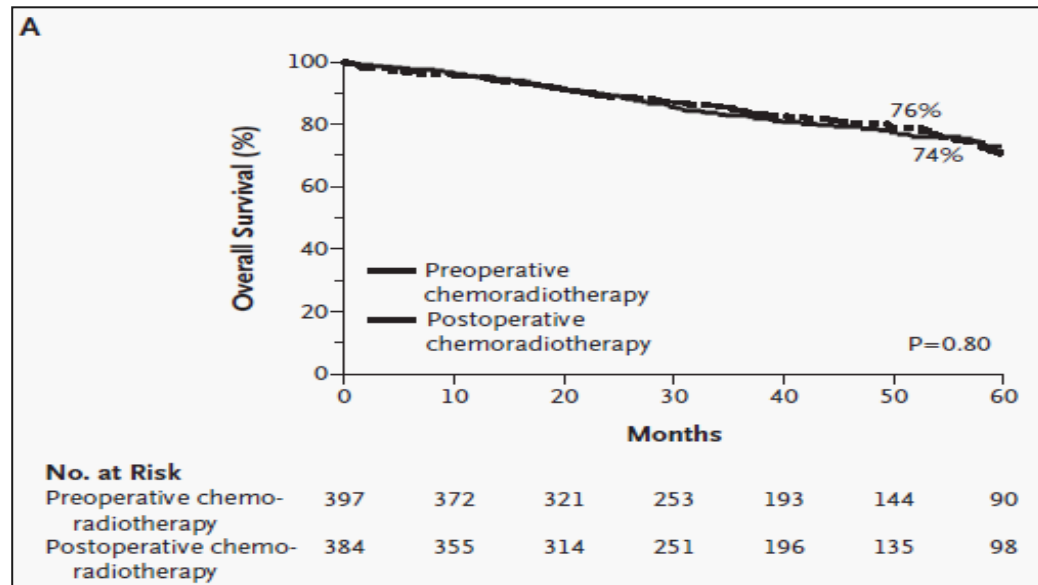
Behandeling

- 1997: the Swedish Rectal Cancer Trial (1987-1990)
 - 5x5 Gy + Chirurgie vs Chirurgie in resectabel rectumcarcinoom (n=1168)
 - Geen TME-chirurgie

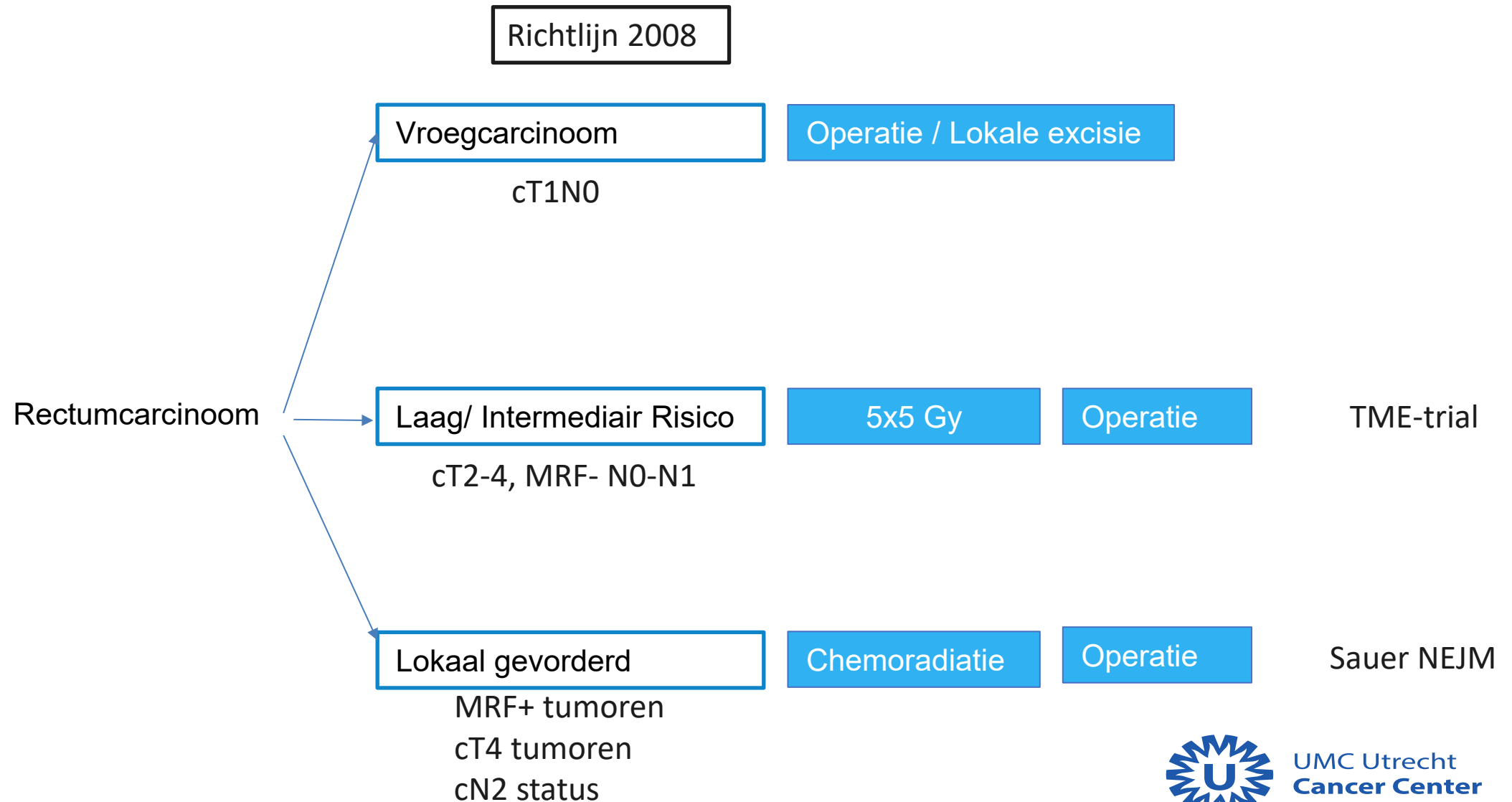


Behandeling

- 2004: Neo-adjuvante chemoradiatie vs Adjuvante chemoradiatie (n=823)
 - 28x1.8 Gy + continu 5-FU in 1^{ste} en 5^{de} week

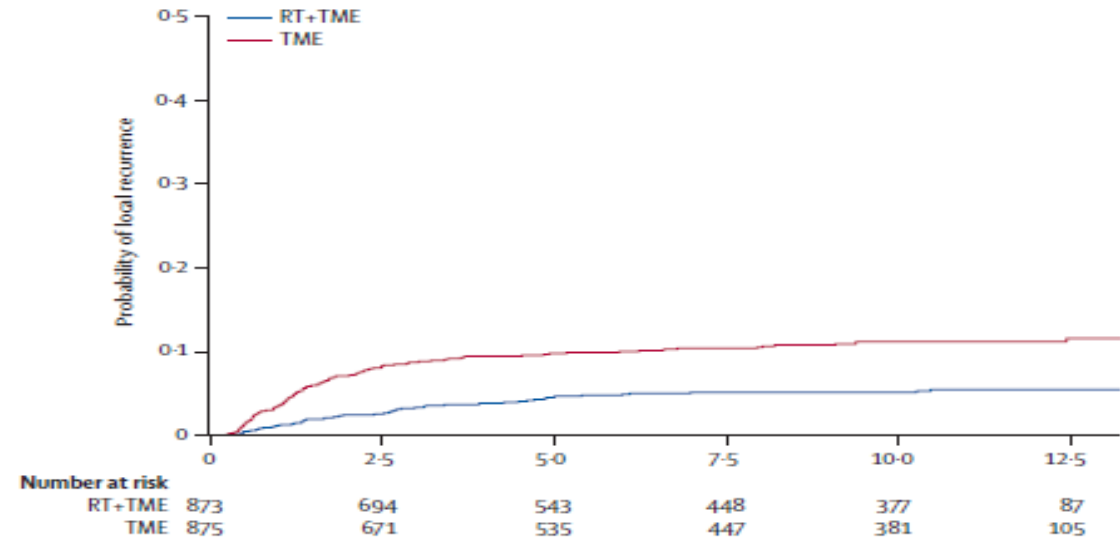


Behandeling



Behandeling

- 2011
 - Dutch TME trial
 - Lancet Oncol 2011, n=1861
 - 12 year follow-up



Local Recurrence	TME	RT + TME	
TME trial (10 year)	9%	3%	p<0.0001

Behandeling

Number Needed to Treat

TNM 1 (T1-2N0)	38
TNM 2 (T3 MRF- N)	33
TNM 3 (N+ MRF-)	8

– Dutch TME trial

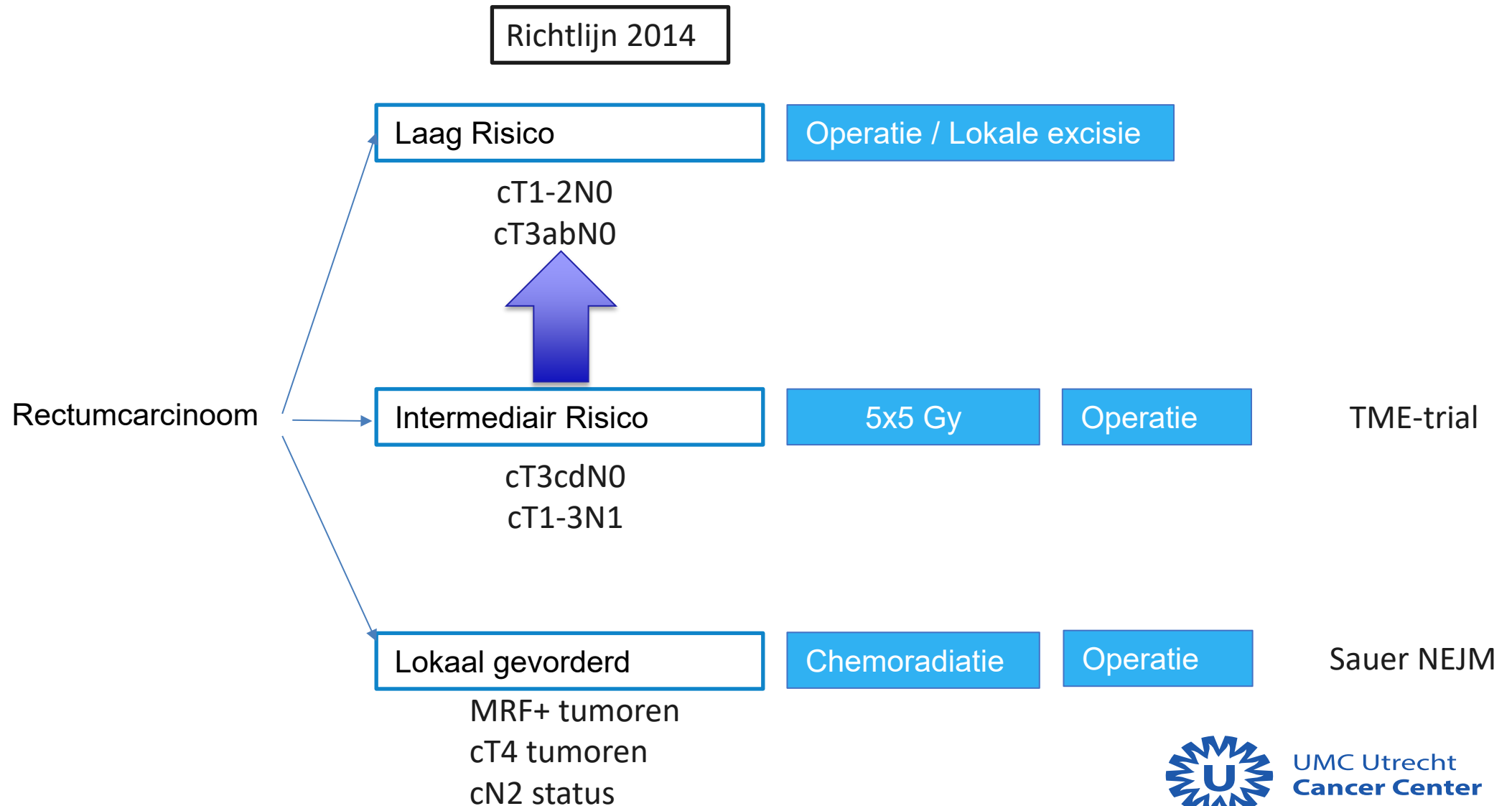
- 1861 pts randomized between TME vs 25 Gy / 5fx + TME

	10-year local recurrence					10-year overall survival				
	n	RT+TME (%)	TME (%)	p	Interaction	n	RT+TME (%)	TME (%)	p	Interaction
Patients with a negative CRM					p=0.15					p=0.027
TNM I	497	<1%	3%	0.027	..	497	65%	72%	0.293	..
TNM II	421	4%	7%	0.355	..	421	51%	57%	0.213	..
TNM III	435	5%	17%	<0.0001	..	435	50%	40%	0.032	..

Data are shown for patients for whom the TNM stage was known. RT=radiotherapy. TME=total mesorectal excision. CRM= circumferential resection margin.

Table 3: Local recurrence and survival in patients specified per TNM stage and treatment group

Behandeling

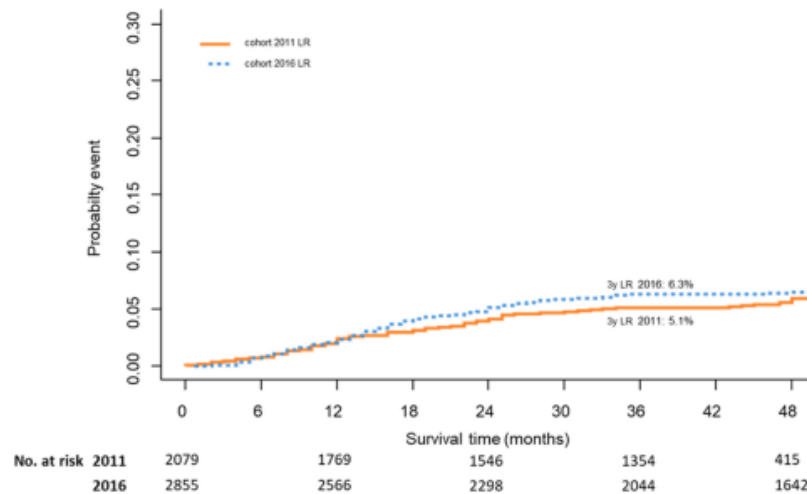


Behandeling

- Snapshot: 2011 (2094) / 2016 (2855): alle resectie ptn
 - Radiotherapie 2011: 88.5% -> 5.1% 3-jaar LRRC
 - Radiotherapie 2016: 60.0% -> 6.3% 3-jaar LRRC



Minder kort schema radiotherapie.



Behandeling



- International Watch and Wait database
 - Lange termijn follow-up
 - N=880, cCR na neoadjuvante therapie, gevolgd door een Watchful Waiting strategie
 - 2-jaar lokale groei: 25.2%
 - 97% in de darmwand
 - 3% in regionale lymfeklieren
 - 5-jaar ziektevrije overleving 94%
 - 5-year algehele overleving 85%
 - 88% na blijvende cCR
 - 75% na hergroei

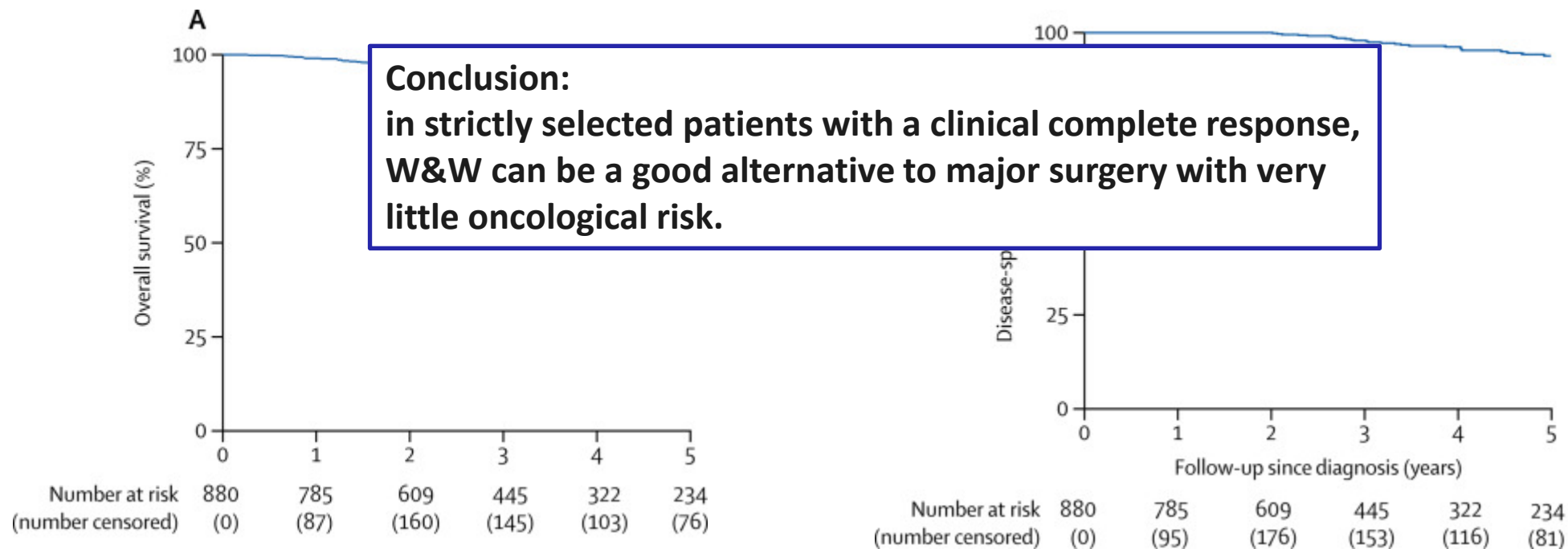
Belang van
Selectie



UMC Utrecht
Cancer Center

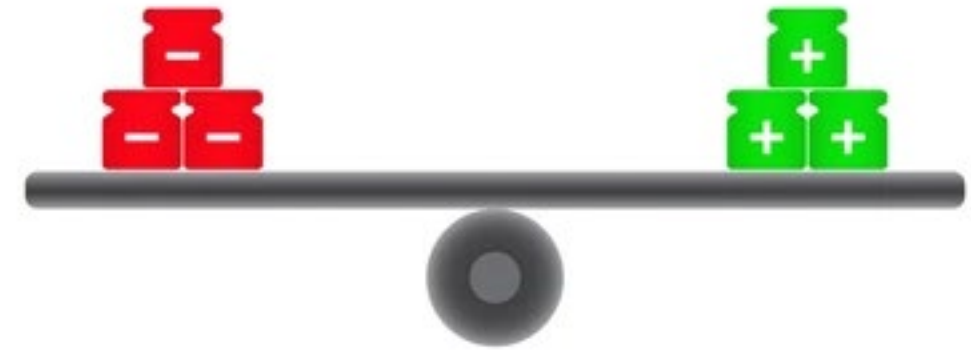
Behandeling

Long-term outcomes of clinical complete responders after neoadjuvant treatment for rectal cancer in the International Watch & Wait Database (IWWD): an international multicentre registry study. *Van der Valk et al., Lancet 2018*



Behandeling

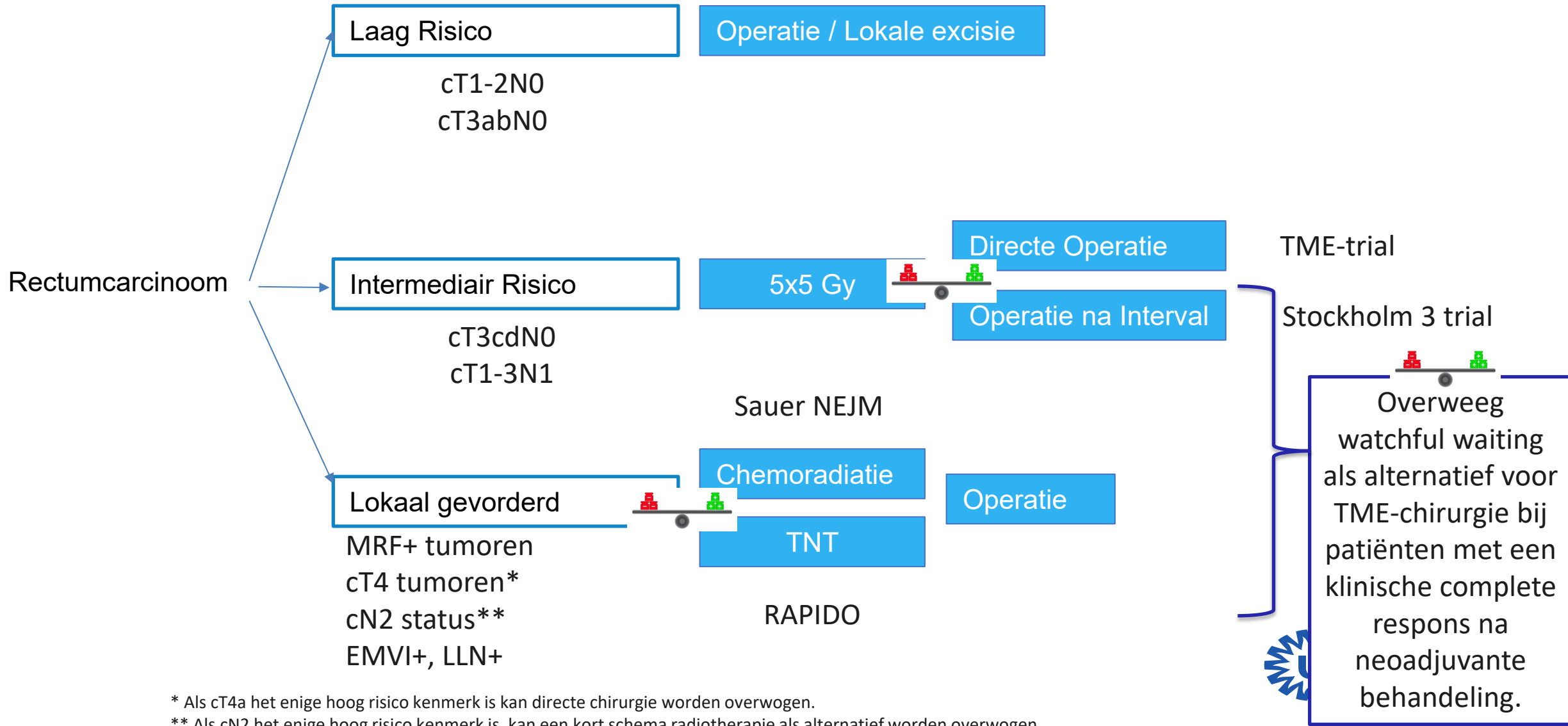
- Gedeelde besluitvorming



Behandeling

Richtlijn 2022

 Gedeelde Besluitvorming



* Als cT4a het enige hoog risico kenmerk is kan directe chirurgie worden overwogen.

** Als cN2 het enige hoog risico kenmerk is, kan een kort schema radiotherapie als alternatief worden overwogen.

Behandeling

Richtlijn 2022

Gedeelde besluitvorming

cT1-2N0 cT3abN0 (MRF-)	Geen neoadjuvante therapie
cT1-3N1 (MRF-) cT3cdN0 (MRF-)	Neoadjuvant kort schema radiotherapie met directe of verlate chirurgie
MRF+ tumoren cT4 tumoren* cN2 status** EMVI+ Extramesorectale lymfeklier	Neoadjuvante chemoradiatie of RAPIDO schema

* Als cT4a het enige hoog risico kenmerk is kan directe chirurgie worden overwogen.

** Als cN2 het enige hoog risico kenmerk is, kan een kort schema radiotherapie als alternatief worden overwogen.

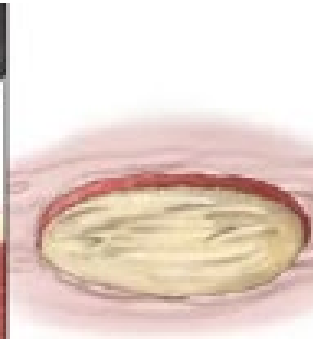
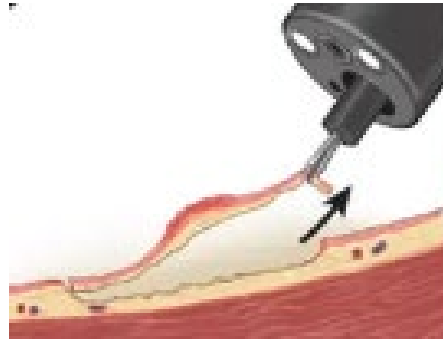
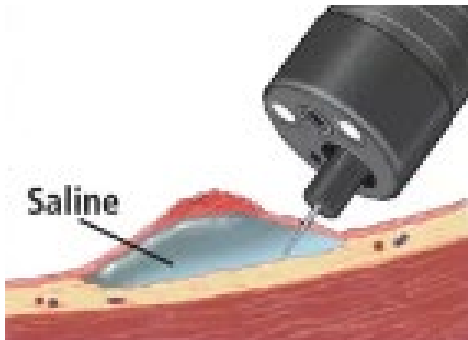
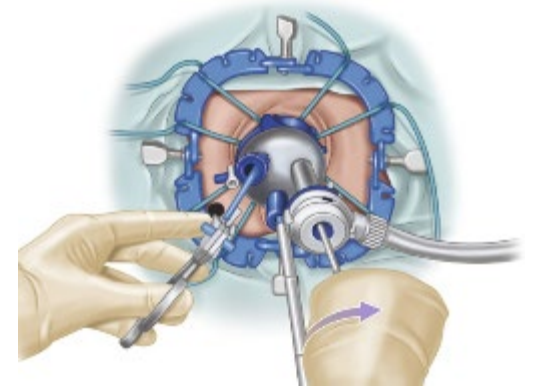


Meest recente richtlijn



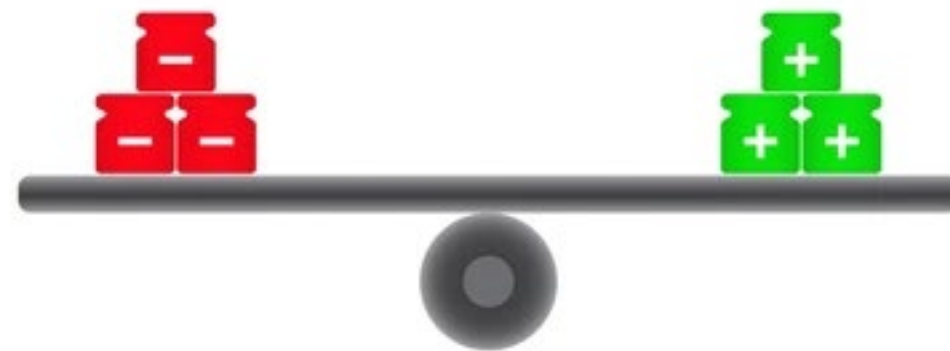
Lokaal Verwijderbaar

- Bij cT1 rectumcarcinoom is lokale excisie eerste keus indien dit mogelijk wordt geacht
 - MDL-arts: ESD/EID
 - Chirurg: TAMIS/TEM



Lokaal Verwijderbaar

- Vervolgbeleid



Histologische risicofactoren

- (Lymf)-angioinvasie
- Slechte differentiatie
- Hooggradige tumor budding (Bd2-3)

Radicaliteit (R1/Rx)

Inschatten risico op
lymfkliermetastasen

Fitheid patiënt
Concurrerende
doodsoorzaken

Morbiditeit operatie
Functionele problemen
Kans op stoma

Aanvullende rectumresectie

Intensieve follow-up

Adjuvante
chemoradiotherapie (TESAR)

Meest recente richtlijn

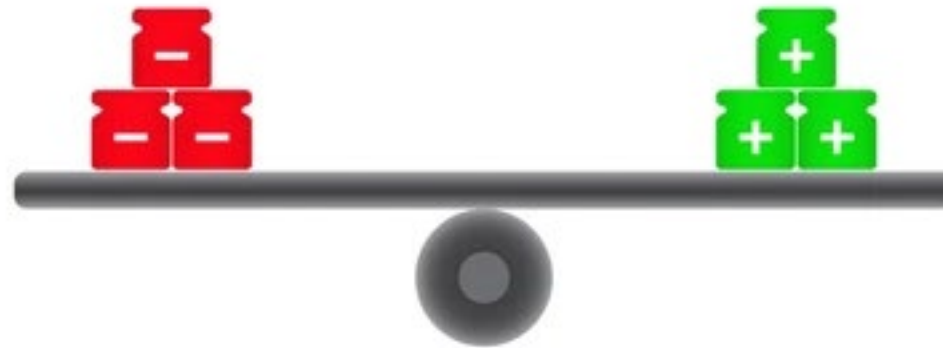


Stadium	Groep
cT1N0	Lokaal Verwijderbaar
Overige stadia	Niet-lokaal Gevorderd
MRF+ tumoren cT4b tumoren EMVI gr 3-4+ TD+ LLN+	Lokaal Gevorderd

Niet-Lokaal Gevorderd

Richtlijn
2025

- Gedeelde besluitvorming - Wens tot orgaansparing?



Kans op rectumbehoud
Behandelintensiteit & toxiciteit
Functionele resultaten bij orgaansparing
Impact op latere chirurgie bij niet-complete respons

Geen wens tot orgaansparing

Richtlijn 2025:

Beschouw rectumresectie volgens PME als voorkeursbehandeling bij een proximale lokalisatie op basis van afstand $>5\text{cm}$ tussen de onderrand van de tumor en de anorectale overgang op MRI.

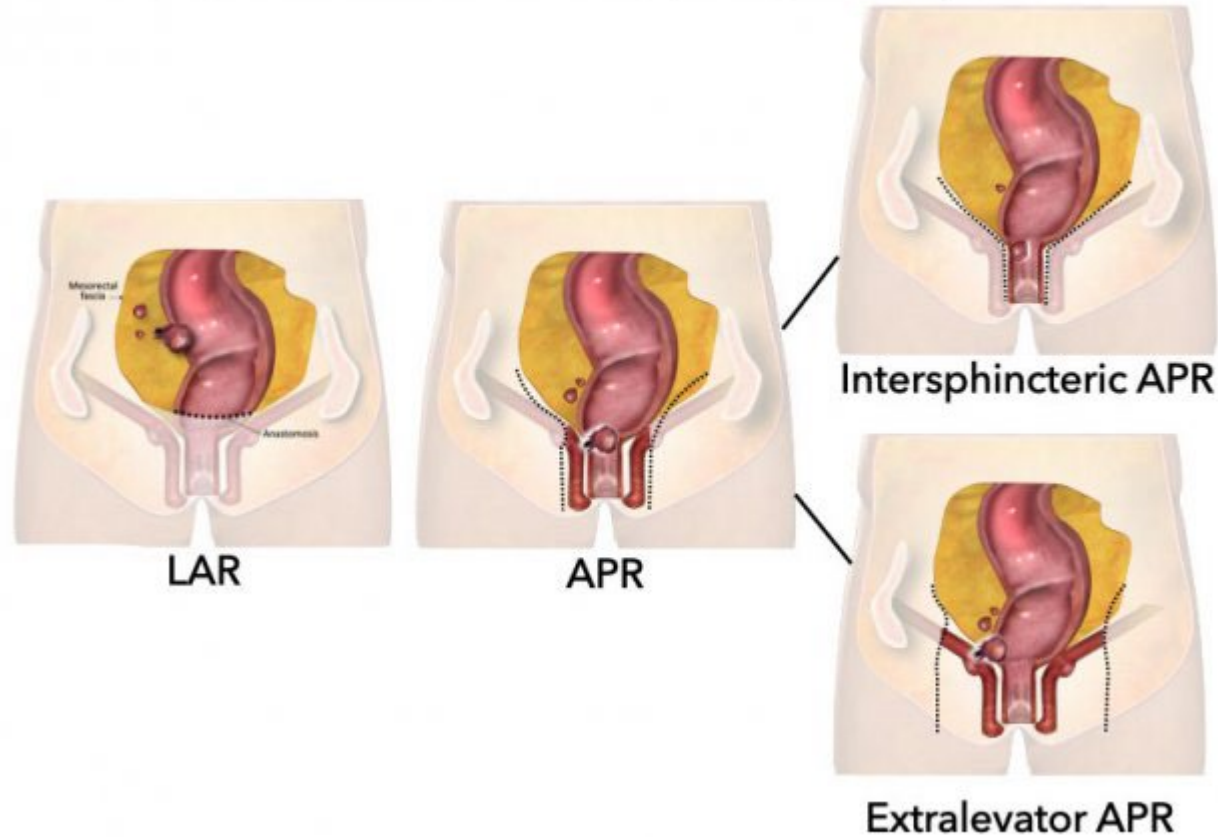
Beschouw bij een distale lokalisatie (afstand $\leq 5\text{cm}$ tussen de onderrand van de tumor en de anorectale overgang op MRI), *zonder wens tot orgaansparende behandeling*, een rectumresectie volgens TME als voorkeursbehandeling.

Geen wens tot orgaansparing

- Chirurgie (PME/TME)

Total mesorectal excision (TME) techniques

Proximaal



Distaal

Wens tot orgaansparing

Behandelschema	Variant
Chemoradiatie	Alleen chemoradiatie
	Met lokale excisie
	Met inwendige radiotherapie boost
	Met uitwendige radiotherapie boost
	In combinatie met systeemtherapie
Kort Schema Radiotherapie	Alleen kort schema
	Met lokale excisie
	Met inwendige radiotherapie boost
	Met uitwendige radiotherapie boost
	In combinatie met systeemtherapie

Wens tot orgaansparing.

Minder behandelen, meer behouden.

Wens tot orgaansparing

- (C)RT icm Lokale Excisie

Trial	Published In	N	Stage	Design	Arm(s)	Preservation Rate	>G3 tox / SAE
URBINO	BJS, 2012	100	cT2N0	Randomized	CRT + TEM CRT + TME	92 %	2% major postsurg comp 6% major postsurg comp
ACOSOG Z6041	Lancet, 2015	79	cT2N0	Single arm	CRT + LE	91 %	39% CRT
POLISH	R&O, 2018	51	cT1-3N0	Randomized	SCRT + LE CRT + LE	66 % 86 %	2% SCRT 19% post LE 8% CRT 32% post LE
CARTS	JAMA surg, 2019	55	cT1-3N0	Single arm	CRT + LE	71 %	42% CRT, 28% post LE, 42% post salvage TME
TREC	Lancet Gastro- Hepa, 2021	55	cT1-2N0	Randomized	RT + LE TME	70 %	15% 39%
GRECCAR 2	Lancet Gastro- Hepa, 2020	145	cT2-3N0	Randomized	CRT + LE CRT + TME	64 %	10% CRT, 12% post LE, 46% post TME after LE 10% CRT, 22% post TME (III-V)
TAU-TEM	Ann. Oncol, 2023	173	cT2- 3abN0	Randomized	CRT+TEM TME	83%	3.7% CRT, 8.5% (III-V) 13.6% (III-V)

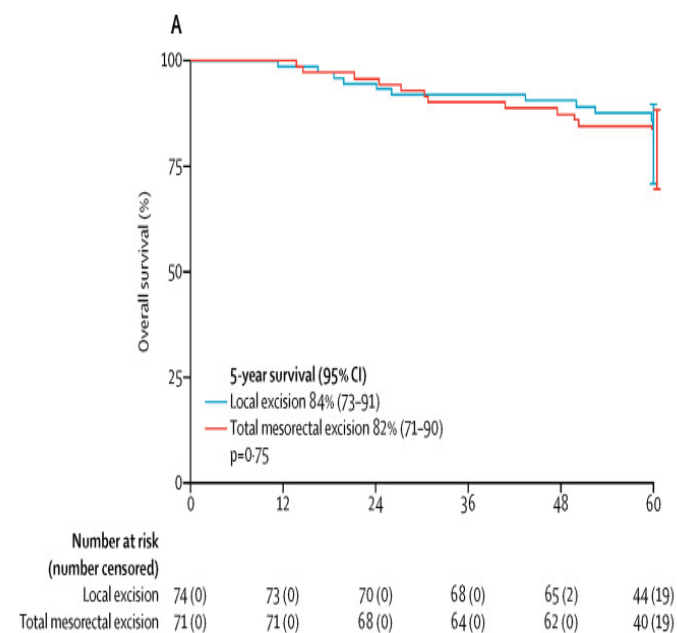
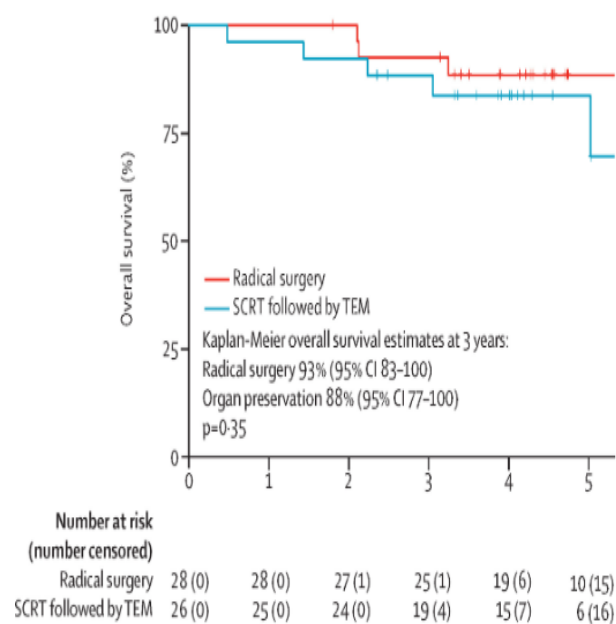
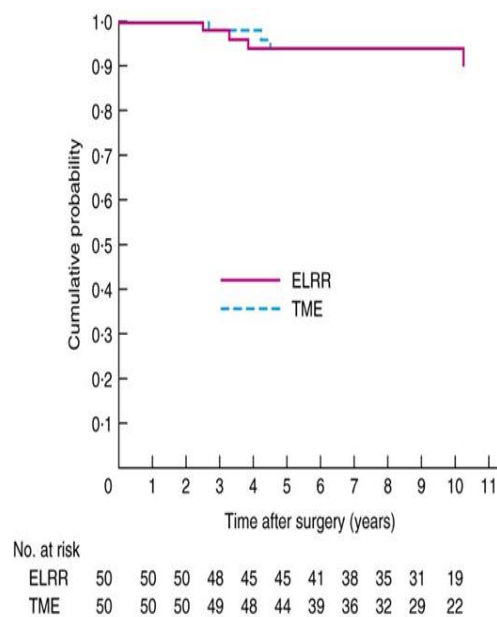


Wens tot orgaansparing

- (C)RT icm Local Excisie
 - Kans op orgaansparing tussen **65–90%**; meer kans met CRT vergeleken met RT.
 - Toxiciteit komt uit **drie bronnen**:
 - » **(C)RT**
 - » **lokale chirurgie (LE/TEM)**
 - » **salvage TME** bij lokale incomplete respons
 - Vooral **salvage TME** kent **hoge morbiditeit (30–50%)**.

Wens tot orgaansparing

- (C)RT icm lokale excisie

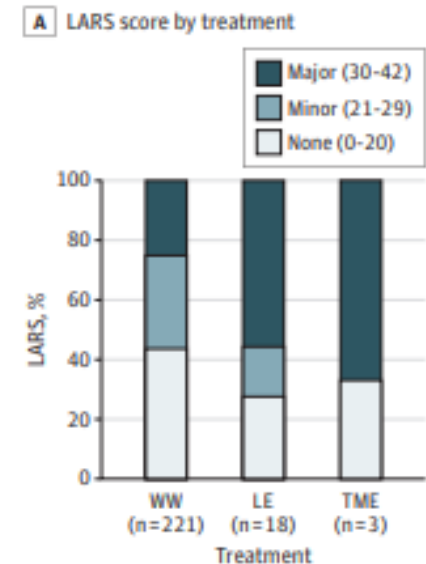


Wens tot orgaansparing

- (C)RT icm lokale excisie
- Functionele resultaten
 - CARTS, long term outcome. JAMA Surgery 2018
 - **Orgaansparing (CRT + TEM)**
 - **Rectumpreservatie in 64%** van de patiënten -> 1/3 dus nog TME
 - **Darmfunctie na orgaanpreservatie:**
 - » **50%:** *major LARS* -> *ivm +/- 60% bij lage anastomose bij LAR*
 - » **28%:** *minor LARS*
 - » **22%:** *geen LARS*
 - **HRQL:**
 - » Weinig verschillen tussen orgaansparing en TME
 - » Emotionele kwaliteit van leven verbeterd bij orgaanpreservatie
 - » Verhoogde angst bij orgaanpreservatie

Wens tot orgaansparing

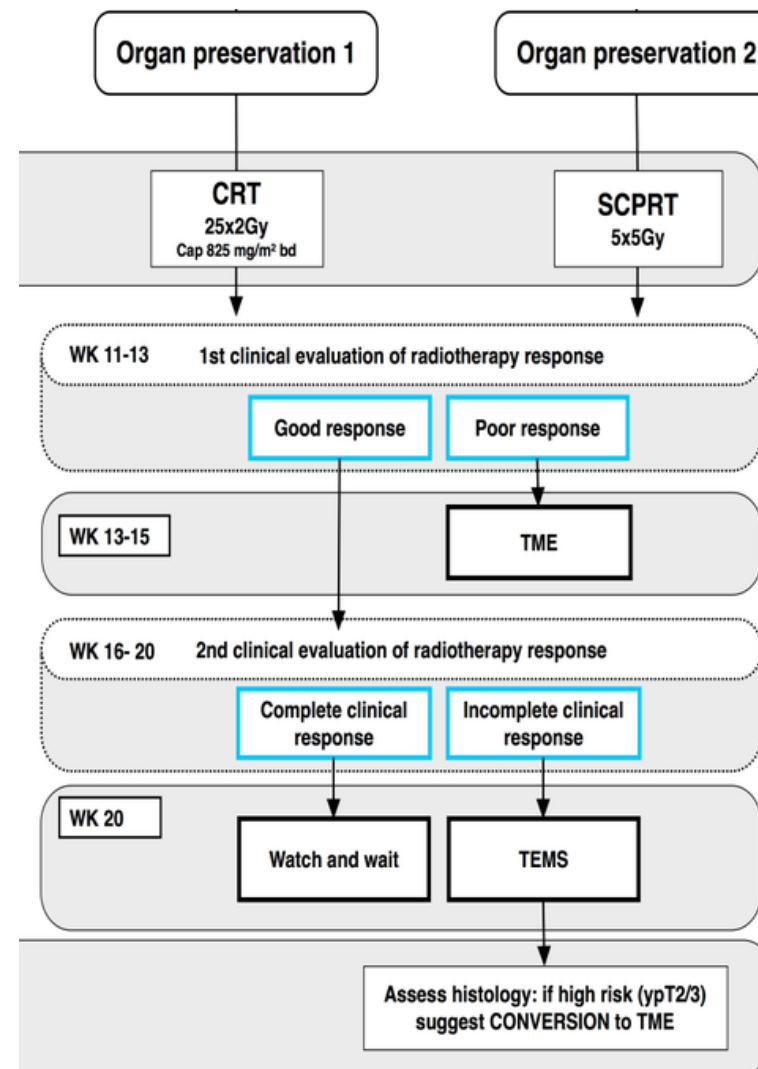
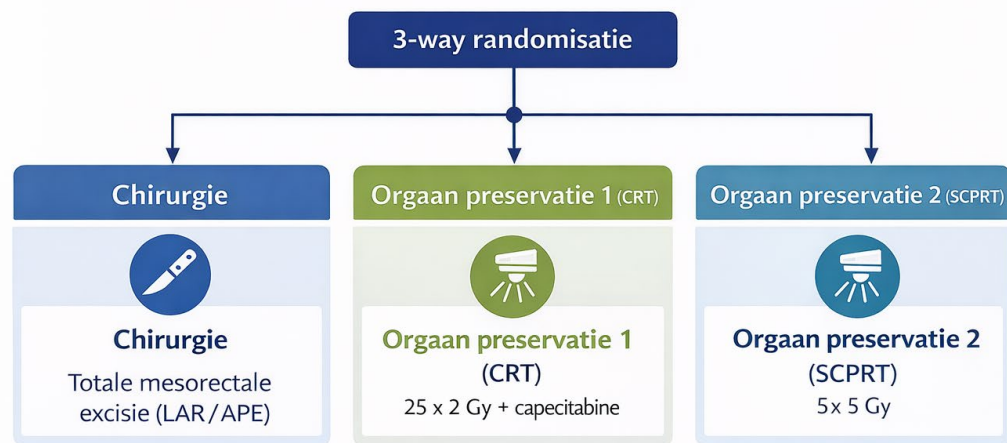
- (C)RT icm lokale excisie
- Functionele resultaten
 - Long-term Quality of Life and Functional Outcome of Patients With Rectal Cancer Following a Watch-and-Wait Approach. JAMA Surgery 2023.
 - **278 patiënten**, waarvan **80%** 2 jaar WW zonder operatie.
 - **Darmfunctie**
 - **Major LARS bij ~25%** op 3, 12 en 24 maanden (stabiel).
 - Lokale excisie leidt tot **meer major LARS (56%)** dan pure WW (25%).
 - **Urinaire functie**
 - **17–19%** van de mannen matige urineproblemen op 24 maanden.
 - Geen klinisch relevante verslechtering over tijd.
 - **Seksuele functie**
 - Mannen:
 - » Ernstige erectiele dysfunctie bij 43% → 32% (3 → 24 maanden).
 - » Meer dan de helft houdt matige tot ernstige ED.
 - Vrouwen:
 - » Daling in totale FSFI-score over de tijd.



Wens tot orgaansparing

- (C)RT +/- Lokale Excisie
 - StarTrec Trial

Behandelopties voor **rectumcarcinoom** < 40mm
(stadium T1-T3b NO MO)



Wens tot orgaansparing

– (C)RT +/- Lokale Excisie

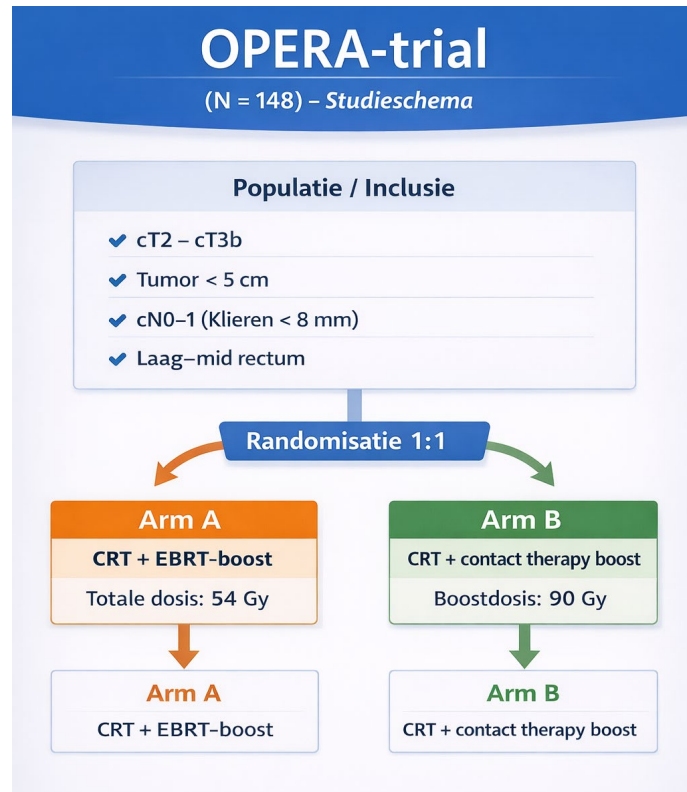
Trial	Published In	N	Stage	Design	Arm(s)	Preservation Rate	>G3 tox / SAE
STAR-TREC	ESTRO 2025	172	mrT1– T3b, N0, M0	Randomized	SCRT	SCRT alone 27% SCRT + LE 34%	Tot 4 weken na RT: 7.7%
		172			CRT	CRT 57% CRT + LE 21%	Tot 4 weken na CRT 6.2%

Langere follow-up is nodig voor lokale regrowth-percentages en lange-termijnuitskomsten.

Chemoradiatie geeft meer kans op orgaanpreservatie dan kort schema radiotherapie.

Wens tot orgaansparing

- Chemoradiatie icm radiotherapie boost



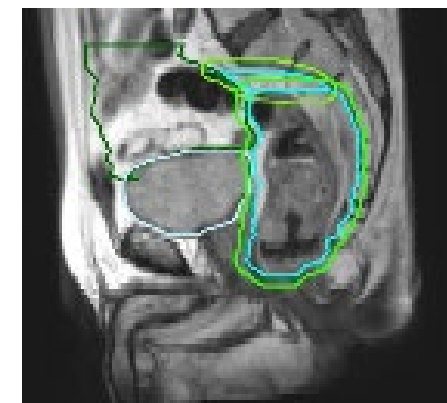
- 3-year orgaan preservatie
 - Arm A: 59%,
 - tumoren < 3 cm 63%
 - tumoren > 3 cm 55%
 - Arm B: 81%
 - tumoren < 3 cm 97%
 - tumoren > 3 cm 68%
- Bijwerkingen:
 - Graad 2-3 30% vs 42%
 - Late graad 1-2 bloeding: 12% vs 63%



Wens tot orgaansparing

- Kort schema radiotherapie + uitwendige radiotherapie boost
 - PreRADAR trial
 - **Fase I/II-studie 'dose finding' studie** met MR-geleide dosis-escalatie bij **intermediair risico rectumcarcinoom**
 - Doel: veiligheid, haalbaarheid én kans op orgaanbehoud
 - Standaard kort schema radiotherapie met oplopende boostniveaus op de tumor

	Week 1						Week 2				
Standard treatment	Mon	Tue	Wed	Thu	Fri	Weekend					
Dose level 0	Mon	Tue	Wed	Thu	Fri		Mon	Tue			
Dose level 1	Mon	Tue	Wed	Thu	Fri		Mon	Tue	Wed		
Dose level 2	Mon	Tue	Wed	Thu	Fri		Mon	Tue	Wed	Thu	



Kort Schema Radiotherapie

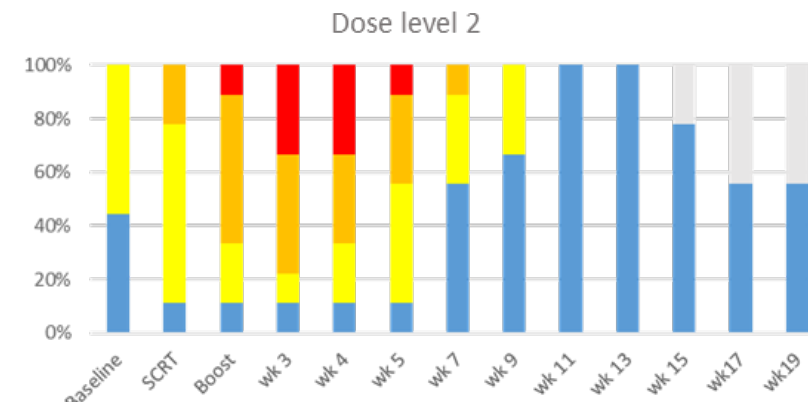


Boost

Wens tot orgaansparing

– Kort schema radiotherapie + uitwendige radiotherapie boost

- PreRADAR trial
 - Acute toxiciteit
 - Zelflimiterende proctitis
 - Geen andere graad ≥ 3 toxiciteit
 - Peri-operatieve toxiciteit
 - 1 perineale wondsepsis (Clavien-Dindo Graad 4a)
 - 2 naadlekkages (Clavien-Dindo 3b) na sfincter-sparende chirurgie zonder tijdelijk colostoma
 - Alle toxiciteit binnen de vooraf gedefinieerde drempel → Maximale getolereerde dosis niet bereikt; **dose level 2 als veilig beschouwd.**



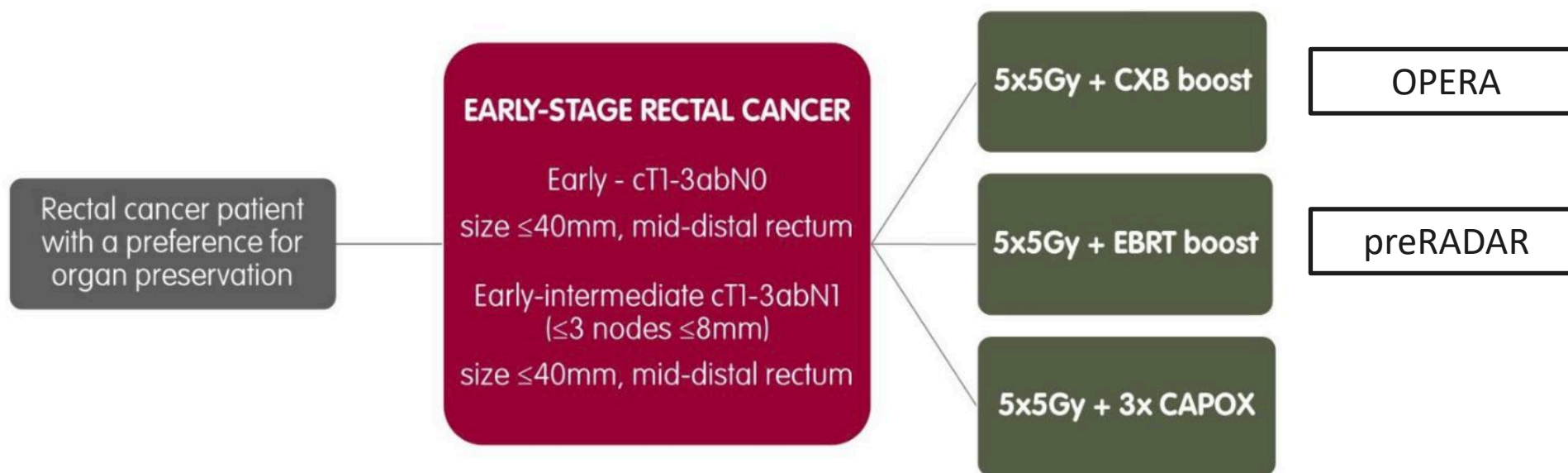


Wens tot orgaansparing

- Kort schema radiotherapie + uitwendige radiotherapie boost
 - PreRADAR trial
 - Orgaan Preservatie @ 6 maanden
 - Dose Level 1 (3 fracties boost):
 - » 1/6 wait and see (17%)
 - » 5/6 resectie waarvan 0 ypT0N0
 - Dose Level 2 (4 fracties boost):
 - » 5/9 wait and see (56%)
 - » 4/9 resectie, waarvan 2 ypT0N0

Wens tot orgaansparing

- Kort schema radiotherapie + ...

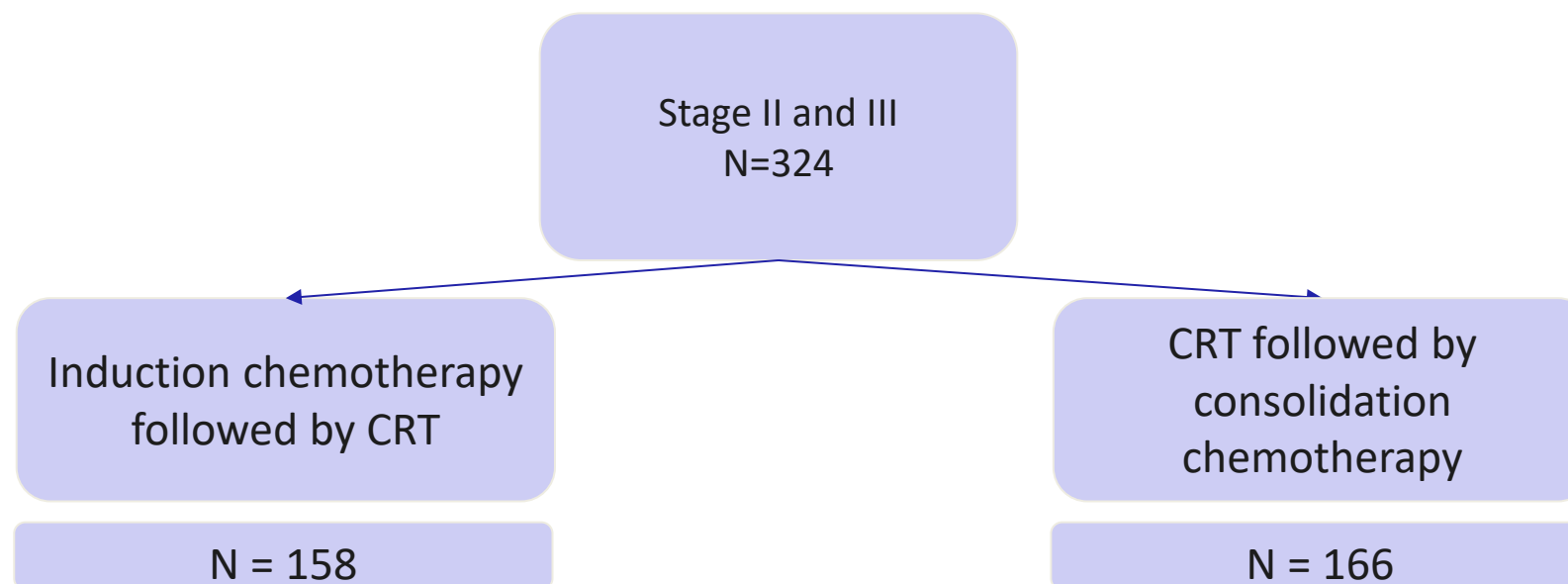


STAR-TREC 3 Trial

Wens tot orgaansparing

- Chemoradiatie icm systeemtherapie
 - OPRA trial, JCO 2022
 - Prospectieve gerandomiseerde fase II trial
 - CRT en 8 cycli (16 weken) FOLFOX of 5 cycli (15 weken) CAPOX

~15% cT4, 70% N+ (merendeel niet lokaal gevorderd!)



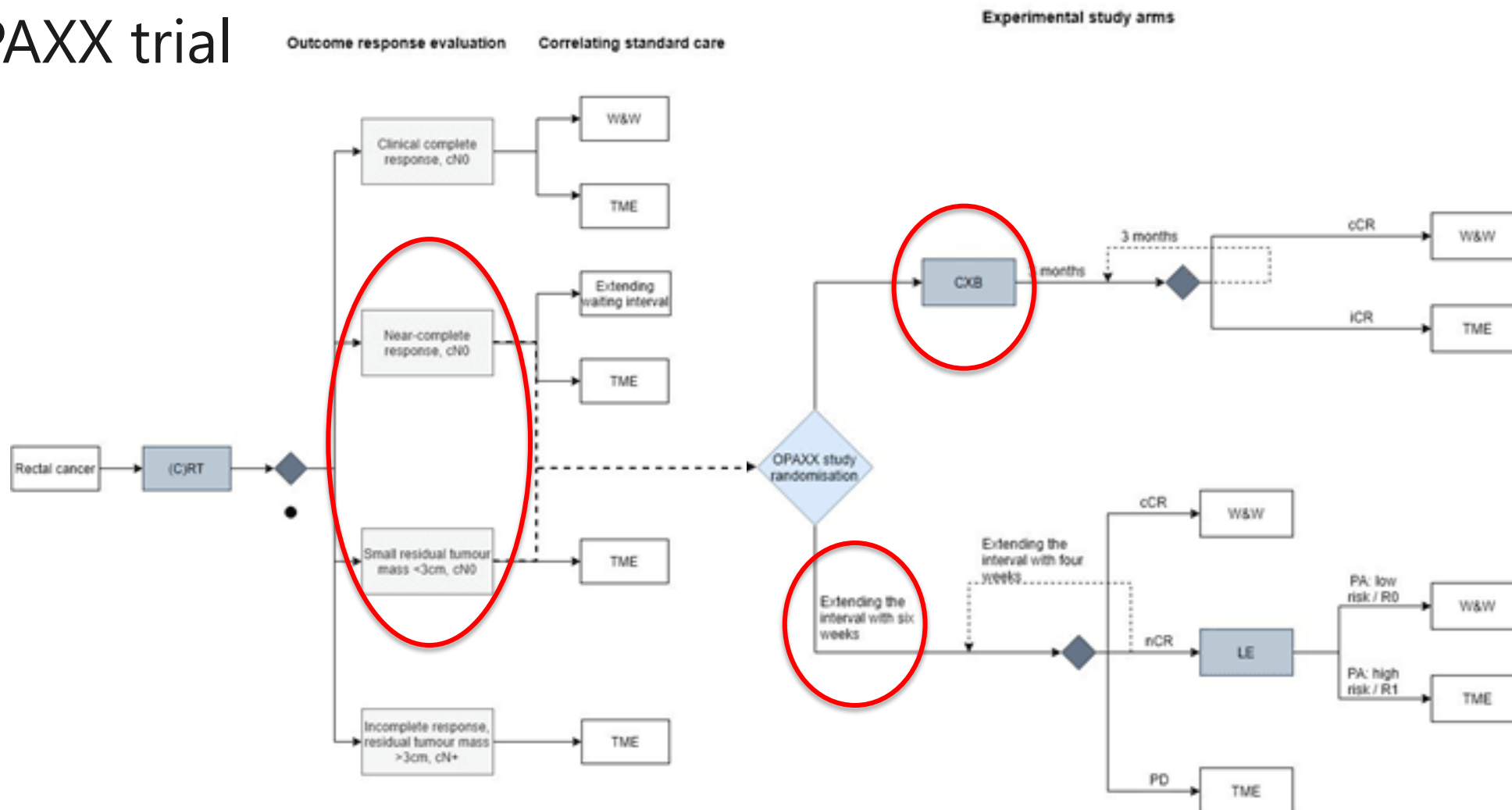
Wens tot orgaansparing

- Chemoradiatie icm systeemtherapie
 - OPRA trial, JCO 2022
 - Prospectieve gerandomiseerde fase II trial
 - CRT en 8 cycli (16 weken) FOLFOX of 5 cycli (15 weken) CAPOX

	CT -> CRT	CRT -> CT	
	N=158	N=166	
Disease Free Survival (5Y)	71%	69%	NS
TME free survival (5Y)	39%	54%	
Overall Survival (5Y)	88%	85%	NS
Toxicity Grade ≥ 3	41%	34%	NS

Wens tot orgaansparing

- OPAXX trial



Wens tot orgaansparing

Behandelschema	Variant	Studies
Chemoradiatie	Alleen chemoradiatie	STAR-TREC
	Met lokale excisie	CARTS / STAR-TREC / OPAXX
	Met inwendige radiotherapie boost	OPERA / OPAXX
	Met uitwendige radiotherapie boost	(OPERA) / MARS
	In combinatie met systeemtherapie	OPRA
Kort Schema Radiotherapie	Alleen kort schema	STAR-TREC
	Met lokale excisie	TREC / STAR-TREC / OPAXX
	Met inwendige radiotherapie boost	STAR-TREC 3 / OPAXX
	Met uitwendige radiotherapie boost	STAR-TREC 3
	In combinatie met systeemtherapie	STAR-TREC 3

Wens tot orgaansparing

Richtlijn
2025

Richtlijn 2025:

Kies bij een wens tot orgaansparende behandeling voor **kortdurende radiotherapie of een chemoradiatie schema**, bij voorkeur in studieverband.

Betrek bij deze keuze:

Kans op rectumbehoud

Behandelintensiteit & toxiciteit

Functionele resultaten bij orgaansparing

Impact op latere chirurgie bij niet-complete respons

Behandeling



Stadium	Groep
cT1N0	Lokaal Verwijderbaar
Rest...	Niet-lokaal Gevorderd
MRF+ tumoren cT4b tumoren EMVI gr 3-4+ TD+ LLN+	Lokaal Gevorderd

- Standaard is chemoradiatie
- Gedeelde besluitvorming – Totale Neoadjuvante Therapie?

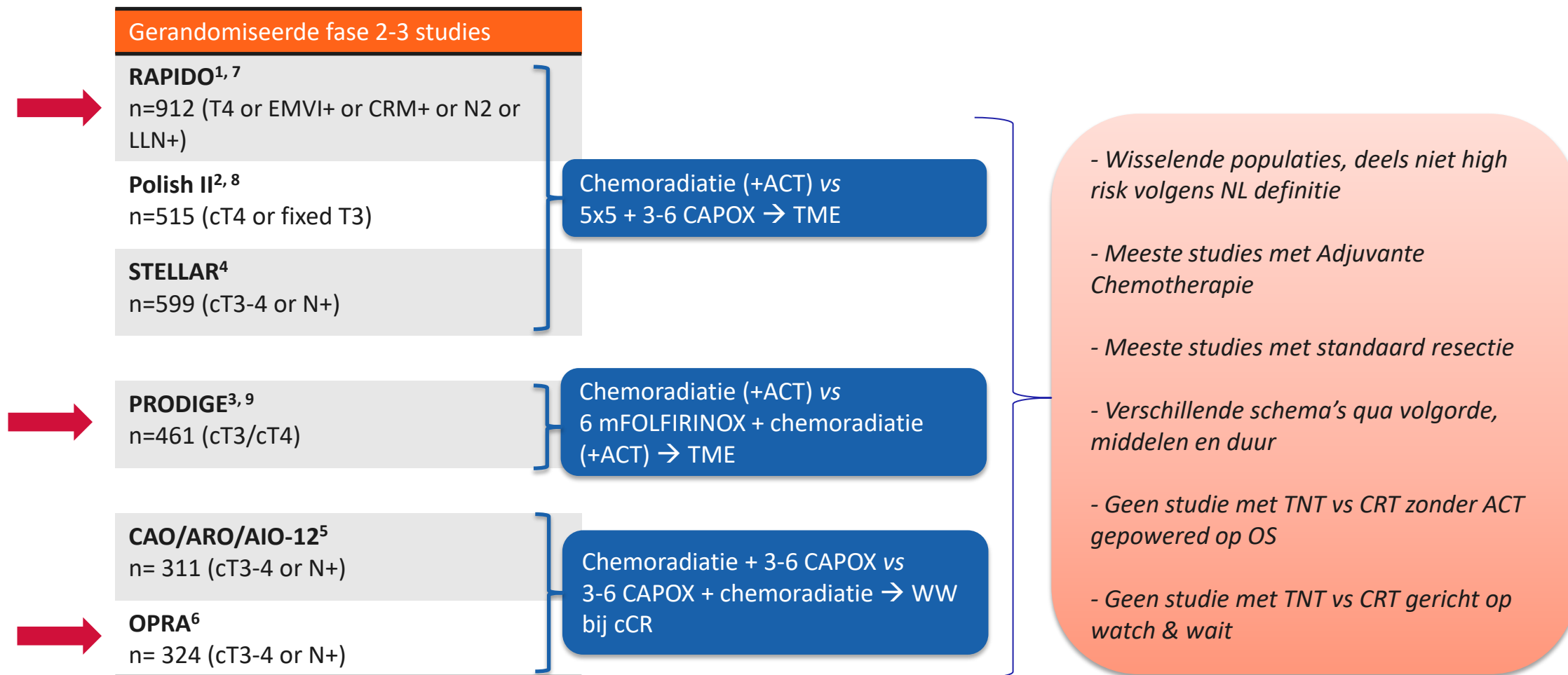


Effect op ziektevrije (winst) en algehele overleving (geen bewezen winst)

Kans op rectumbehoud

Behandelintensiteit, -duur & -toxiciteit

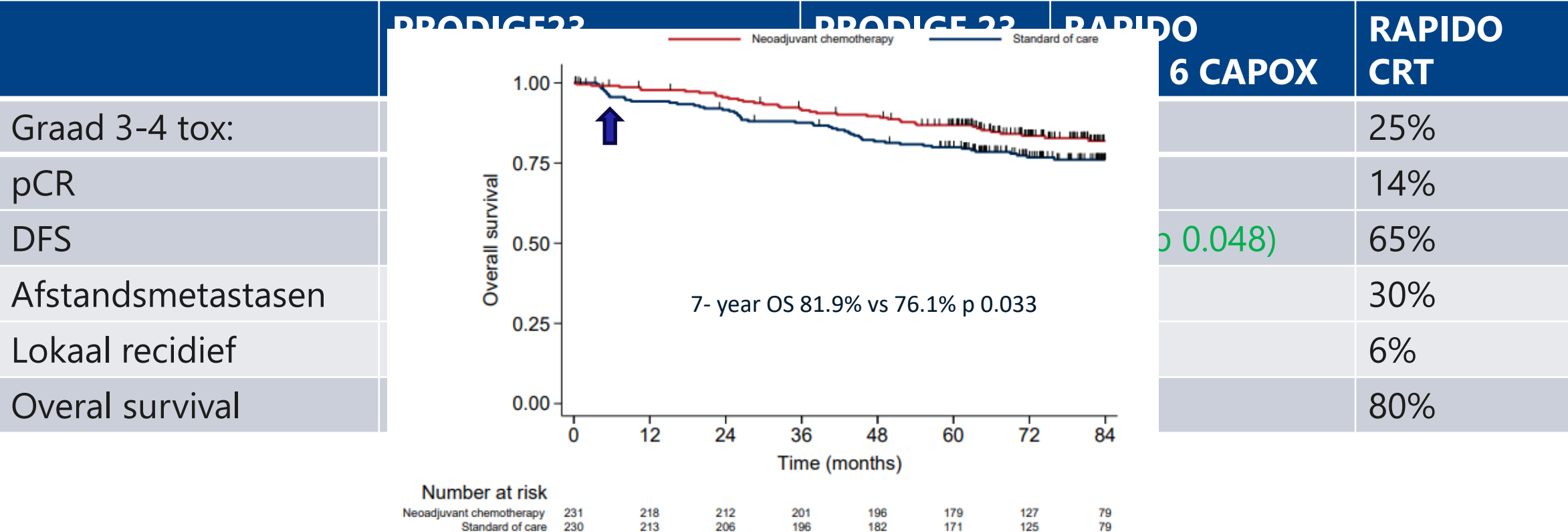
TNT voor Lokaal Gevorderd



Lange termijn uitkomsten

7 jaar

5 jaar



Standaard: chemoradiatie, overweeg toevoeging systeemtherapie (TNT)

- » **Betere DFS**
- » **Geen overtuigend aangetoonde OS winst**
- » **Mogelijk hogere kans op orgaansparen met TNT (onduidelijk of er winst is tov CRT met lang wachten)**
- » **Meer toxiciteit**

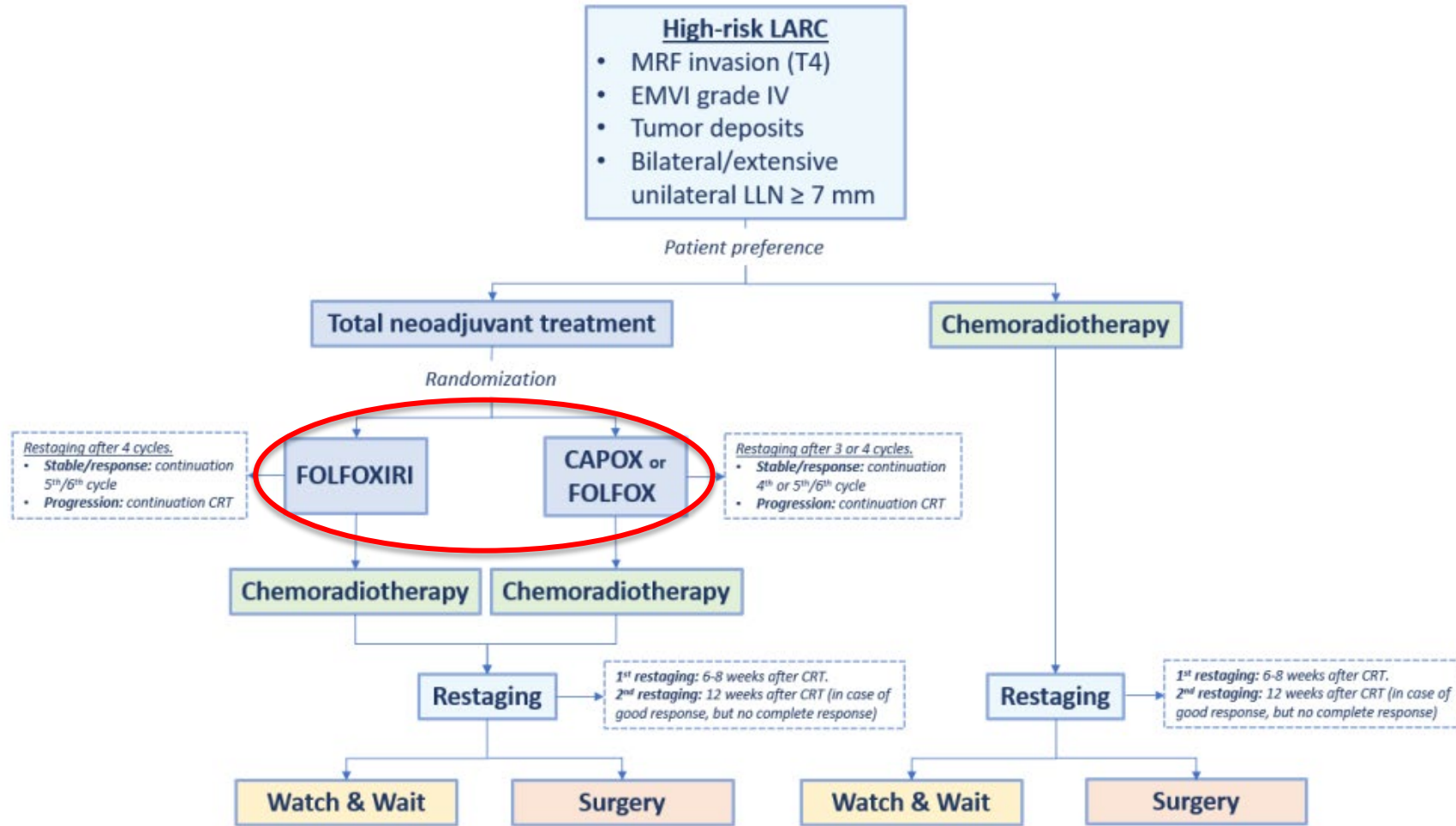
Indien TNT:

- » **Afwegen doublet vs triplet chemotherapie**
- » **Totaal 3 maanden systeemtherapie**
- » **Volgorde CRT + systeemtherapie of systeemtherapie + CRT**
- » **TNT is altijd een combinatie met CRT, niet met 5x5 Gy**

- **Overweeg orgaansparende benadering bij cCR**



MEND-IT-II studie

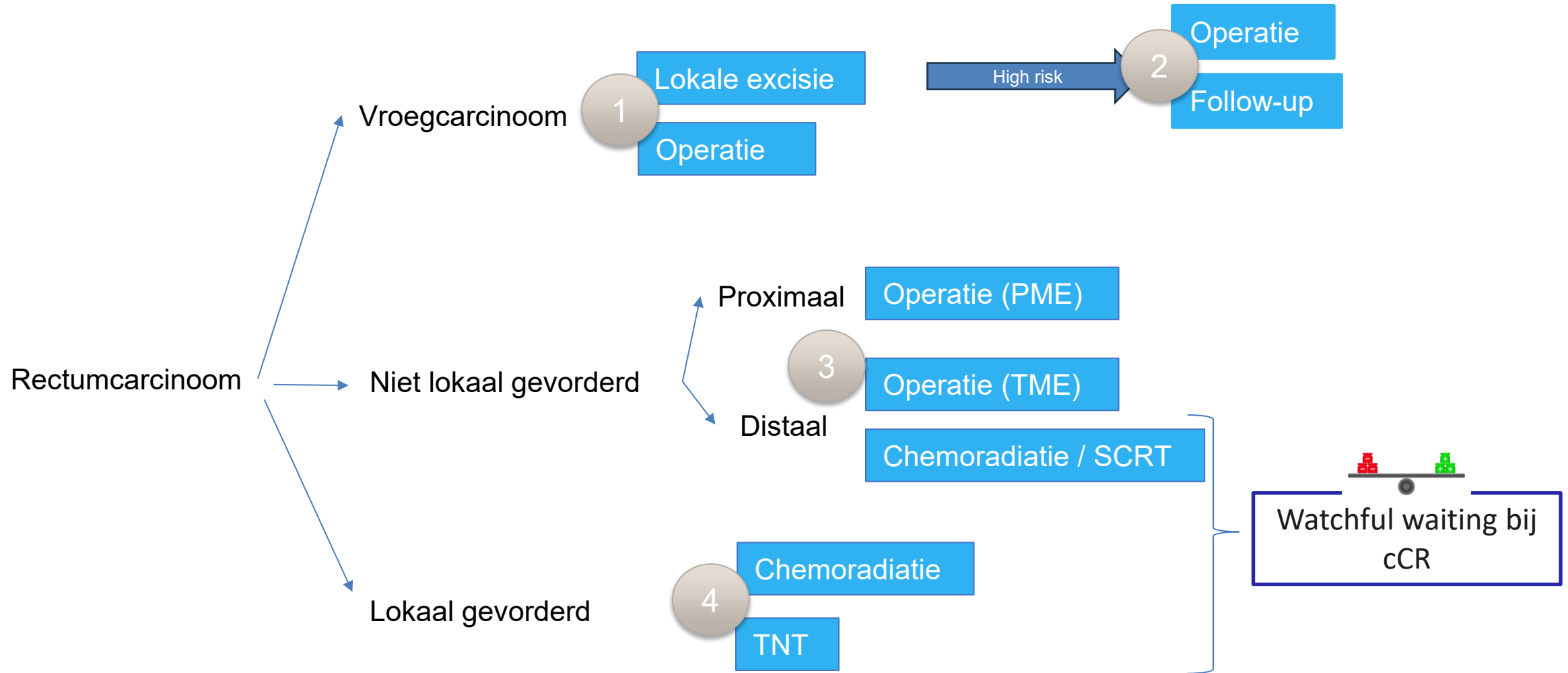


Stadia van rectumkanker en verschillende behandelopties - studieresultaten en huidige richtlijnen

Of hoe we van iets simpels iets complex hebben gemaakt...



Keuzehulp



Keuzehulp

- Endeldarmkanker Keuzehulp
 - Werkgroep met gemandateerden namens:
 - NVMDL
 - NIV/NVMO
 - NVVH
 - NVRO
 - V&VN
 - Online keuzehulp
 - Gereed najaar 2026



Nierkanker keuzehulp

Uw samenvatting
Dit is de samenvatting van uw situatie en voorkeur. Neem deze mee naar het volgende gesprek met uw uroloog. Samen maakt u de keuze die het beste bij u past.

Over u wijzig

Wat vindt u belangrijk voor uw kwaliteit van leven?
Lekker sporten, ben fanatiek wielrenner, aan het werk blijven (32 uur per week). Ik kan meer dan 30 minuten wandelen **Ja**

Wie spelen er een belangrijke rol bij het maken van uw keuze?
Mijn man Ik kan zonder hulp aan- en uitkleden **Ja**

Van welke klachten heeft u nu het meeste last?
Conditie gaat achteruit Ik kan boodschappen doen **Ja**

Uw keuze
Operatie of ablatie?

Operatie of ablatie? wijzig

Operatie **Ablatie**

Ik vind het belangrijk dat ik zeker weet of de tumor helemaal uit mijn lichaam verwijderd is Ik accepteer dat ik niet zeker weet of de tumor helemaal uit mijn lichaam verwijderd is

Ik accepteer iets meer risico op complicaties Ik wil zo min mogelijk risico op complicaties

Ik accepteer dat ik enkele dagen word opgenomen in het ziekenhuis Ik wil zo kort mogelijk opgenomen worden in het ziekenhuis

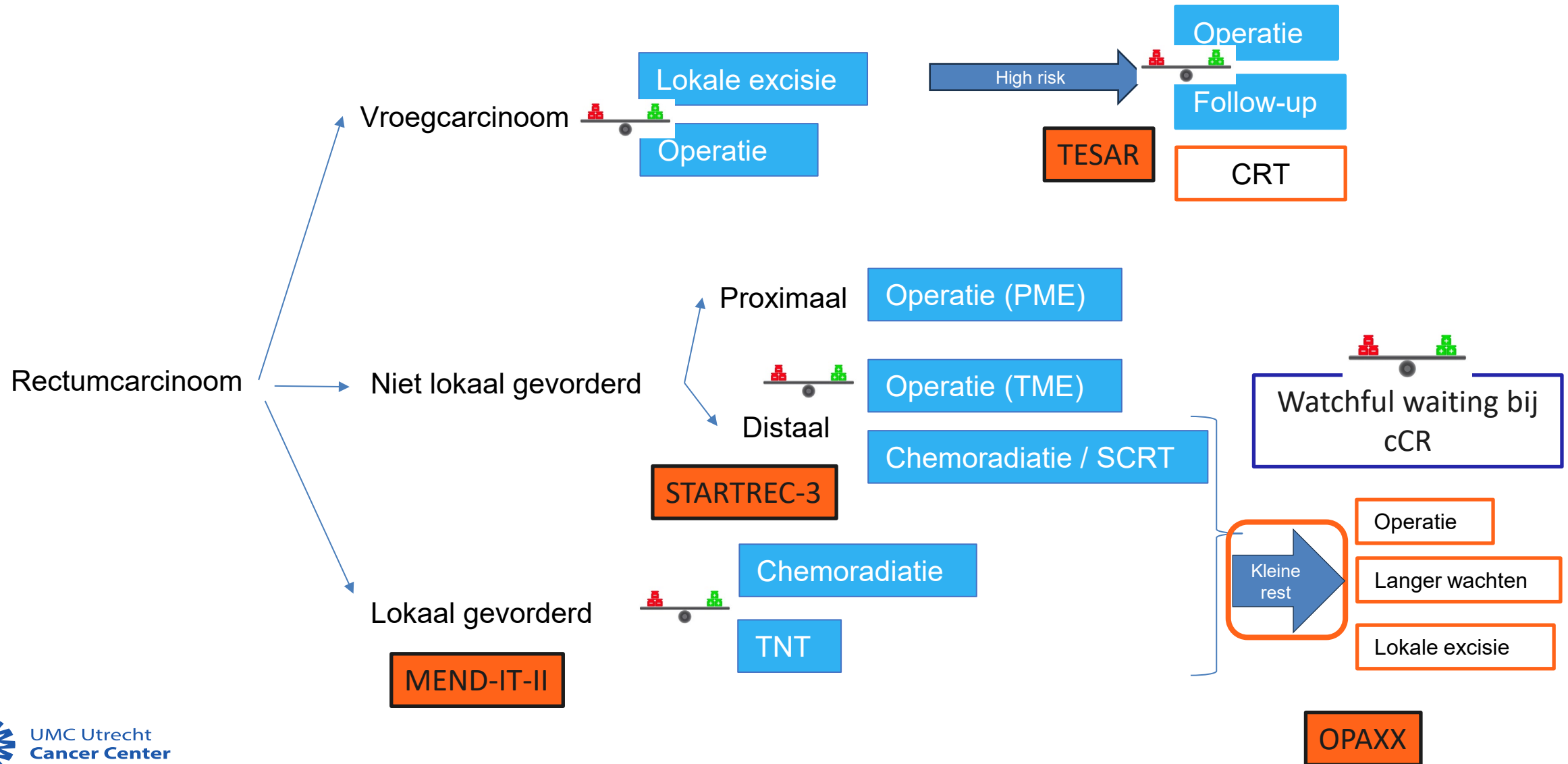
Ik vind het niet erg om een aantal weken te herstellen van een operatie Ik wil het liefst zo snel mogelijk alles weer kunnen doen na de ingreep

Toelichting **Liever eruit halen dan is het uit mijn lichaam.**

Vragen **Wanneer kan ik starten?**

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR RADIOtherapie en Oncologie SKMS Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten ZorgKeuzeLab

Samenvatting



Samenvatting

Endoscopische/lokale resectie waar het kan

Bij niet-lokaal gevorderd:

- Chirurgie is standaard
- Orgaansparing is mogelijk

Bij lokaal gevorderd:

- Chemoradiatie is standaard
- TNT geeft
 - betere DFS
 - OS niet overtuigend beter
 - meer toxiciteit



Gedeelde besluitvorming cruciaal

Behandeling in studieverband
wordt aanbevolen

Dank voor de aandacht!



M.intven@umcutrecht.nl