



Zorginstituut Nederland

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ)

Postbus 291
3700 AG ZEIST

Zorginstituut Nederland
Zorg

Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

Datum 21 mei 2026
Betreft Definitief advies als bedoeld in artikel 114 van de
Zorgverzekeringswet
Geschil over vergoeding van medisch-specialistische zorg als bedoeld
in de zorgverzekering ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering
Verzekerde (verzoeker) en
zorgverzekeraar ONVZ Zorgkostenverzekeraar (verweerder)

Zaaknummer
2026003383

Onze referentie
2026010942

Uw referentie
202501613

Uw brief van
10 februari 2026

Geachte

Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft de aanvullende stukken ontvangen. Het Zorginstituut ziet geen reden om het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

Verzoeker vraagt het Zorginstituut om te beoordelen of de aangevraagde systemische behandeling, gezien het specifieke en ongunstige risicoprofiel, kan worden aangemerkt als een medisch verdedigbare invulling van de professionele standaard, ook indien deze niet als standaardroute in richtlijnen is opgenomen.

Het Zorginstituut beoordeelt niet of een behandeling een medisch verdedigbare invulling is van de professionele standaard, maar of deze behandeling tot het basispakket behoort. Hierbij beoordeelt het Zorginstituut onder andere of de zorg aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoet.

Bij de beoordeling of zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk wordt, zoals aangegeven in het rapport 'Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk'¹, uitgegaan van de principes van evidence-based medicine. Hierbij wordt de klinische effectiviteit van de te beoordelen behandeling gemeten in wetenschappelijke studies. De toepassing in de praktijk blijkt uit (onderbouwde) richtlijnen, consensusdocumenten of zorgstandaarden.

Zoals in het voorlopig advies van 17 maart 2026 toegelicht, zijn er bij de uitgevoerde literatuursearch geen studies aangetroffen waarbij chemotherapie als monotherapie is onderzocht bij een lokaal (uitgebreid) rectumcarcinoom.

¹ Zorginstituut Nederland, Rapport 'Beoordeling van de stand van wetenschap en praktijk' (2023). Te raadplegen via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2023/04/11/beoordeling-swp-2023>

Ook in de gevonden richtlijnen is geen ondersteuning voor de door verzoeker gewenste behandeling met chemotherapie gevonden. In de situaties zoals beschreven in de ESMO-richtlijn,² waaraan verzoeker refereert, heeft al een chirurgische behandeling plaatsgevonden. Er is in deze situaties dan ook sprake van een aanvullende (adjuvante) behandeling. In dezelfde ESMO-richtlijn wordt bij 'cT1 N0'³ een totale mesorectale excisie (TME) of transanale endoscopische microchirurgie (TEM) als aanbevolen behandeling bij gelokaliseerd rectumcarcinoom in het middelste derde deel van het rectum genoemd. Hierbij is vermeld dat na TEM altijd chemoradiotherapie moet worden ondergaan, na TME kan zo nodig adjuvante chemotherapie worden ondergaan.

Zorginstituut Nederland
Zorg

Datum
21 mei 2026

Onze referentie
2026010942

Er kan dan ook niet worden geconcludeerd dat het ondergaan van enkel chemotherapie na lokale excisie van een lokaal uitgebreid rectumcarcinoom bewezen effectief is.

Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,

Manager Juridische Zaken

² Hoffheinz RD, Fokas E, Benhaim L, et al. ESMO Guidelines Committee. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org. Localised rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2025 Sep;36(9):1007-1024. doi: 10.1016/j.annonc.2025.05.528. Epub 2025 May 22. PMID: 40412553. ,

³ Te zien onder het linkerkopje in Figuur 3 van de ESMO-richtlijn.



Advies Zorginstituut Nederland in een geschil over de uitvoering van de zorgverzekering

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) heeft op 10 februari 2026 aan Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) advies gevraagd als bedoeld in artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Verzoeker en verweerder hebben een geschil over de vergoeding van chemotherapie na lokale excisie van een lokaal uitgebreid rectumcarcinoom.

Bij de adviesaanvraag heeft SKGZ een kopie van het dossier gestuurd. Het Zorginstituut brengt een voorlopig advies uit, dat nog aangepast kan worden als uit het verslag van de hoorzitting en/of aanvullende stukken nieuwe feiten of omstandigheden naar voren komen.

In de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering is de aanspraak op medisch-specialistische zorg omschreven. Dit komt overeen met de Zvw.

Vooraf merkt het Zorginstituut nog op dat zijn adviestaak beperkt is tot de vraag of verzoeker aanspraak heeft op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Dit betekent dat het Zorginstituut twee vragen beantwoordt. Namelijk, of de zorg in geschil onderdeel is van het basispakket en vervolgens of verzoeker op deze zorg is aangewezen. Dit laatste is een medische beoordeling. Er is een BIG-geregistreerde medisch adviseur betrokken bij de beoordeling van het geschil. Het Zorginstituut baseert het advies op de beschikbare informatie in het toegezonden dossier.

Het advies van het Zorginstituut kan geen betrekking hebben op een beslissing van verweerder op basis van de aanvullende verzekering of coulance.

Situatie van verzoeker

Verzoeker is sinds het voorjaar van 2025 bekend met een rectumcarcinoom in het middelste deel van het rectum, initieel geclassificeerd als cT1-2N0. Gezien zijn voorkeur voor orgaanpreservatie, heeft op 16 april 2025 in het Spaarnegasthuis een transanale endoscopische microchirurgie (TEM) plaatsgevonden.

Uit het pathologisch anatomisch revisieverslag van het AMC van 30 juni 2025 en de verwijzing van de specialist uit het Spaarnegasthuis van 9 juli 2025 blijkt dat er postoperatief sprake is van een pT2Nx rectumcarcinoom van 31 mm, lymfovasculaire invasie (LVI), R1-resectiemarge basaal (R1 = microscopisch positieve snijrand), cribriforme¹ groei met slechte differentiatie en infiltratie tot in de muscularis propria, MMR-proficient.² Ook is er veel ontstekingsinfiltraat, waardoor de bepaling van 'tumor budding'³ niet betrouwbaar is. Daarnaast tonen beeldvorming en endoscopie geen zichtbare resttumor. Er is sprake van een hoog risico, mede door de onduidelijkheid over het aantal positieve lymfeklieren (Nx), de LVI en de slechte differentiatie van de tumorcellen.

¹ Cribriforme groei van kankercellen betekent een specifiek histologisch groeipatroon waarbij kankercellen zich verbinden tot een structuur met vele kleine open ruimtes. Deze groei wordt geassocieerd met een verhoogd risico op metastasen.

² Mismatch repair proficient wil zeggen dat het DNA in staat is een mutatie te repareren. Ook wel MSS (microsatellite stable) genoemd. De patiënt is dan minder gevoelig voor immunotherapie.

³ Tumor budding is tumoruitgroei.



Verzoeker wil graag een orgaansparende behandeling, in de vorm van chemotherapie, zonder radiotherapie of aanvullende chirurgie. Het multidisciplinaire team adviseert op basis van de uitslag aanvullend totale mesorectale excisie (TME). Ook het geconsulteerde Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis geeft dezelfde aanbeveling. Dit betreft een chirurgische ingreep.

Verzoeker bezoekt daarom een arts in San Marino. Deze behandelend oncoloog stelt een behandelplan, gedateerd op 18 juli 2025, op dat zich richt op het verkleinen van het risico op systemische recidieven en micrometastasen. Dit bestaat uit een integratieve oncologische aanpak, gericht op het systemisch terugdringen van het recidiefrisico, en een systemische chemotherapie, gecombineerd met ondersteunende medische therapieën ter verlaging van toxiciteit en versterking van herstel en immuunrespons. De behandeling bestaat uit vier tot zes cycli chemotherapie, bestaande uit bevacizumab⁴ en FOLFOX⁵ of FUFA⁶.

Verzoeker vraagt vergoeding van de behandeling, omdat de voorgestelde behandeling een preventief oncologisch doel dient; voorkomen van systemische metastasering en vermijden van invaliderende chirurgie.

Verzoeker voert aan dat de Nederlandse specialistenrichtlijn een 'aanbeveling' doet voor aanvullende chirurgie, maar dit betekent niet dat een andere behandeling (chemotherapie in plaats van chirurgie) niet mogelijk is. In de specialistenrichtlijn, zo betoogt verzoeker, staat ook vermeld bij adjuvante systemische therapie dat standaard adjuvante chemotherapie na curatieve resectie niet wordt aanbevolen, ongeacht voorbehandeling, radicaliteit of klierstatus. Dit betekent volgens verzoeker niet dat een doordachte systemische combinatie-behandeling bij hoog-risicoprofiel verboden is; het betreft volgens verzoeker beleidstechnische terughoudendheid.

Daarnaast ondersteunen verschillende internationale richtlijnen volgens verzoeker de behandeling bij een lokaal gevorderd rectumcarcinoom, zoals ESMO, NCCN en AWMF. Als voorbeeld noemt verzoeker: "patients with high-risk T1 or T2 tumors, especially with LVI or poor differentiation, may benefit from adjuvant chemotherapy following local excision to reduce systemic relapse risk." Daarnaast draagt verzoeker twee studies aan om de mogelijkheid van monotherapie met chemotherapie te laten zien.

Verweerder heeft de aanvraag afgewezen, omdat de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Uit de geldende richtlijnen volgt volgens verweerder niet dat een systemisch adjuvante behandeling met FOLFOX+bevacizumab wordt aanbevolen bij een lokaal rectumcarcinoom met hoog-risicokenmerken na lokale excisie. Daarnaast wordt de behandeling niet ondersteund door de door verzoeker aangedragen internationale richtlijnen, en de studies beschrijven een andere patiëntengroep.

Verzoeker heeft in een aanvullend bericht op 2 maart 2026 toegelicht dat zijn verzoek ziet op de vraag of de aangevraagde zorg, gelet op de best beschikbare wetenschappelijke inzichten en professionele praktijk, kan worden aangemerkt als zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoeker vraagt het Zorginstituut te adviseren of de aangevraagde systemische behandeling in het licht van de best beschikbare wetenschappelijke inzichten, internationale richtlijnen en zijn individuele hoog-risico situatie, kan worden

⁴ Bevacizumab is een monokonaal antilichaam die de vorming van nieuwe bloedvaten naar tumoren remt.

⁵ FOLFOX is een combinatie chemotherapie van oxaliplatin, 5-fluorouracil en folinezuur.

⁶ FUFA is een combinatie chemotherapie van 5-fluorouracil en folinezuur.



aangemerkt als zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. In dat kader vraagt verzoeker ook te betrekken of de beoordeling terecht als één geheel is verricht, dan wel of binnen de aangevraagde behandeling een afzonderlijke inhoudelijke weging aangewezen is.

Juridisch kader

Op grond van artikel 2.4, eerste lid van het Besluit zorgverzekering (Bzv) omvat geneeskundige zorg, zorg zoals onder meer medisch specialisten die plegen te bieden. Verder geldt dat de zorg moet voldoen aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'.⁷ Dit criterium bepaalt of een specifieke behandeling behoort tot het verzekerde pakket.

Nadat is vastgesteld dat een behandeling als een verzekerde prestatie is aan te merken, dient te worden vastgesteld of een individuele verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen op de prestatie.⁸ Dit betekent dat er een koppeling moet zijn tussen de zorgbehoefte (de medische indicatie) en de zorg die geleverd wordt. Het gaat dus om de vraag of in het individuele geval de verlangde zorg het aangewezen middel is om in het gezondheidstekort van de verzekerde te voorzien.

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Beoordeling 'stand van wetenschap en praktijk'

Het in de Zvw gestelde criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk' betreft één geïntegreerde wettelijke maatstaf, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, verenigd zijn. Bij de beoordeling of zorg voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk' wordt, zoals aangegeven in het rapport Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk, uitgegaan van de principes van evidence-based medicine (EBM).⁹ Hierbij wordt op gestructureerde wijze een literatuuronderzoek gedaan naar wetenschappelijke studies naar de te beoordelen behandeling.

Een positieve ervaring van één of enkele patiënten en behandelaars met een bepaalde behandeling is niet voldoende om te kunnen vertrouwen op de effectiviteit van een behandeling. De relatieve effectiviteit (effect van de nieuwe behandeling vergeleken met de standaardbehandeling) moet namelijk ook zijn aangetoond in goed opgezette wetenschappelijke studies.¹⁰ Voor wat betreft toepassing in de praktijk blijkt dit veelal uit (onderbouwde) richtlijnen, consensusdocumenten of zorgstandaarden.

In eerste instantie is het aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of zorg voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Uit het dossier is op te maken dat verweerder dit heeft beoordeeld. Verweerder heeft uitvoerig gereageerd op de door verzoeker aangegeven richtlijnen en studies.

⁷ Art. 2.1 tweede lid Bzv

⁸ Art. 2.1 derde lid Bzv

⁹ Zie *Beoordeling van de stand van wetenschap en praktijk (2023)*. Te raadplegen via:

<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2023/04/11/beoordeling-swp-2023>

¹⁰ Een goed opgezette en uitgevoerde (prospectief, van voldoende grootte) gerandomiseerde vergelijkende klinische studie (RCT) geeft de minste kans op vertekening van het te onderzoeken effect en kan derhalve in principe de hoogste mate van zekerheid geven over de causale relatie tussen de interventie en het waargenomen effect.



Richtlijnen

Een oncoloog van het Zorginstituut heeft meegekeken met de aanbevelingen uit de (inter)nationale richtlijnen.

Search richtlijnen

Allereerst werd door het Zorginstituut op 20 februari 2026 een search vanaf 2000 verricht in de databases Embase, Medline en Cochrane Central. Hierbij werd gezocht naar richtlijnen voor de behandeling van (gelokaliseerd) rectumcarcinoom met chemotherapie versus totale (mesorectale) excisie. Er werden twee richtlijnen gevonden (van de NCCN en ESMO). Tot slot werd nog op internet gezocht met de zoekterm 'guideline treatment rectal cancer'. In totaal werden één Nederlandse en zes internationale richtlijnen gevonden.

Nederlandse richtlijn

2023:

De specialistenrichtlijn 'Colorectaal carcinoom (CRC)' van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) onder auspiciën van de Federatie Medisch Specialisten geeft in paragraaf 6.2 'Complementerende oncologische resectie vroegcarcinoom rectum' de volgende informatie.¹¹ Verricht complementerende chirurgie bij patiënten met een $\geq$ pT2 rectumcarcinoom na lokale excisie, vooral bij patiënten met een verhoogd risico op lokaal recidief of lymfekliermetastasen op basis van de gelijktijdige aanwezigheid van > 1 histologische risicofactoren (anders dan R1/Rx) bij patiënten met een laag tot matig verhoogd operatierisico. Monotherapie met chemotherapie is dan ook geen optie.

Internationale richtlijnen op chronologische volgorde

2023:

American Society of Colon & Rectal Surgeons (ASCRS) publiceerde de 'ASCRS Clinical Practice Guidelines for the Management of Rectal Cancer 2023 Supplement'.¹² In de samenvatting in Tabel 2 staat vermeld dat chemotherapie alleen wordt gegeven in relatie tot totale neoadjuvante therapie (TNT)¹³ in stadium II en III, dus níet in stadium I¹⁴ of als monotherapie. TNT is bij rectumcarcinoom een combinatie van chemotherapie en bestraling, voorafgaand aan de resectie. Alleen een behandeling met chemotherapie wordt niet als optie gegeven. Deze richtlijn is ook aangedragen door verzoeker.

2024:

De American Society of Clinical Oncology (ASCO) publiceerde de richtlijn 'Management of Locally Advanced Rectal Cancer: ASCO Guideline'.¹⁵ De auteurs gebruikten het beschikbare bewijs en consensus om 'evidence-based' richtlijn aanbevelingen te doen. Uit het artikel blijkt dat monotherapie met chemotherapie niet wordt aanbevolen. Naast chemotherapie wordt altijd ook radiotherapie en excisie aanbevolen.

¹¹ Nederlandse Vereniging voor Heelkunde e.a., *Complementerende oncologische resectie vroegcarcinoom rectum*, Richtlijndatabase. Te raadplegen via:
https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/colorectaal_carcinoom_crc/primaire_behandeling_rectumcarcinoom_bij_crc/complementerende_oncologische_resectie_vroegcarcinoom_rectum.html

¹² Langenfeld SJ, Davis BR, Vogel JD, et al; Clinical Practice Guidelines Committee of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Rectal Cancer 2023 Supplement. *Dis Colon Rectum*. 2024 Jan 1;67(1):18-31. doi: 10.1097/DCR.0000000000003057. Epub 2023 Aug 20. PMID: 37647138.

¹³ TNT omvat zowel chemotherapie als radiotherapie vóór de operatie.

¹⁴ De stadia van rectumcarcinoom variëren van I tot IV. Verzoeker heeft stadium I: de tumor is beperkt tot het slijmvlies of de binnenste laag spierweefsel van de dikke darm.

¹⁵ Scott AJ, Kennedy EB, Berlin J, et al. Management of Locally Advanced Rectal Cancer: ASCO Guideline. *J Clin Oncol*. 2024 Oct;42(28):3355-3375. doi: 10.1200/JCO.24.01160. Epub 2024 Aug 8. PMID: 39116386.



Daarnaast is er de richtlijn van het Amerikaanse National Comprehensive Cancer Network (NCCN) met de titel 'Rectal Cancer'.¹⁶ die verzoeker ook heeft genoemd. Hierin is het volgende vermeld: "Patients with pT1-2 rectal cancer who did not receive neoadjuvant therapy and who have high risk features (such as lymphovascular invasion, R1 margins, poor differentiation or tumor budding) may be offered adjuvant chemotherapy alone (without radiotherapy)." Deze exacte bewoordingen werden niet in de richtlijn teruggevonden door het Zorginstituut. Wel wordt er in deze richtlijn van uitgegaan dat in opzet curatieve resectie (TME) is verricht. Dan past ook het begrip 'adjuvante' (aanvullende) chemotherapie. Ook hier wordt niet geadviseerd om alleen chemotherapie te geven. Deze richtlijn is ook aangedragen door verzoeker.

2025:

In de Duitse richtlijn 'Kolorektales-Karzinom'¹⁷ worden aanbevelingen gedaan voor neoadjuvante systeemtherapie bij stadium II en III, en zoals het woord het zegt, in aanvulling ('adjuvant') op primaire resectie (of radiotherapie). Chemotherapie als monotherapie zonder primaire resectie wordt niet als optie genoemd.

De meest recente richtlijn over rectumkanker van de European Society for Medical Oncology (ESMO) betreft 'Localised rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up.' Figuur 3 in deze richtlijn betreft 'Management of localised rectal cancer located in the lower or middle third of the rectum when surgery is intended'. Bij cT1N0 is het advies TME of lokale excisie. Alleen na TME kan zo nodig adjuvant chemotherapie worden gegeven, na lokale excisie moet chemoradiotherapie volgen. Deze richtlijn is ook aangedragen door verzoeker.

Ook in de Onkopedia-richtlijn¹⁸, een initiatief van de medisch specialisten in de hematologie en medische oncologie in Duitssprekende landen, wordt TME aanbevolen al bij T1 met hoog risico op recidief.

Literatuur

Literatuursearch

Door het Zorginstituut werd in dezelfde databases als voor de richtlijnen gezocht naar gerandomiseerde onderzoeken (RCT's) en systematische reviews (SR)¹⁹ aan de hand van de volgende PICO:

-
- ¹⁶ Benson AB, Venook AP, Adam M, et al. NCCN Guidelines® Insights: Rectal Cancer, Version 3.2024. J Natl Compr Canc Netw. 2024 Aug;22(6):366-375. doi: 10.6004/jnccn.2024.0041. PMID: 39151454.
- ¹⁷ Leitlinienprogramm Onkologie (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Deutsche Krebsgesellschaft en Deutsche Krebshilfe), S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom. Langversion 3.0, AWMF-Registernummer 021-007OL, september 2025.
- ¹⁸ Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.a., Rectal Cancer, Onkopedia, augustus 2025. Te raadplegen via: <https://www.onkopedia.com/en/onkopedia/guidelines/rectal-cancer/@@guideline/html/index.html>
- ¹⁹ Voorbeeld search string in Embase: ('rectum carcinoma'/de OR (('rectal' OR 'recti' OR 'rectum') NEAR/4 (cancer* OR carcinom* OR tumo* OR neoplas* OR malignan*))) AND local* AND ((chemotherap* OR immunotherap*) NOT neoadjuvant*) AND ('total mesorectal excision'/de OR (('meso-rectal' OR 'mesorectal') NEAR/2 (excisi* OR resecti*))) AND (English OR dutch):la AND [2000-2026]/py



P: localized rectal carcinoma
I: chemotherapy (not neoadjuvant²⁰)
C: (total mesorectal) excision
O: recurrence, survival or side effects

Na ontdebelling werden 117 potentiële referenties gevonden. De meeste referenties bleken in ieder geval ook radiotherapie of chirurgie te onderzoeken als onderdeel van de interventie. Een aanvullende search waarbij ook specifiek de gebruikte chemotherapeutica werden genoemd in de search (bevacizumab en FOLFOX of FUFA) leverde nog vijf extra referenties op. Bij de in totaal 122 gevonden referenties was er geen enkele RCT of SR waarbij alleen chemotherapie als interventie werd onderzocht bij een lokaal (uitgebreid) rectumcarcinoom.

Door verzoeker aangedragen studies

De MOSAIC trial was een multicenter trial uit 2004 over adjuvante (postoperatieve) behandeling van stadium II en III coloncarcinoom.²¹ De ziekte (coloncarcinoom) en het stadium van de ziekte (stadium II en III, dus niet stadium I) kwamen dus niet overeen met de PICO van het Zorginstituut.

De E3200 trial uit 2007 betrof een groep patiënten met metastasen van een rectumcarcinoom.²² Ook deze patiëntengroep kwam niet overeen met de verrichte PICO.

Conclusie richtlijnen en literatuur

Concluderend wordt in geen enkele van de (inter)nationale richtlijnen geadviseerd of in de gevonden studies aangetoond dat enkel chemotherapie (zonder chirurgie of radiotherapie) de aanvullende behandeling is in het volgende geval: na lokale excisie van een lokaal uitgebreide rectumtumor T2NxM0 (stadium I) met klinisch relevante risicofactoren (zoals LVI, R1 en slechte differentiatie) voor een lokaal recidief of metastasering. Chemotherapie als adjuvante therapie kan wel een optie zijn bij ernstigere vormen van rectumcarcinoom, metastasering of als de patiënt een verhoogd operatierisico heeft. De door verzoeker gewenste behandeling voldoet dan ook niet aan de stand van wetenschap en praktijk. Dit geldt voor zowel het systemische component als het tumorbiologisch risico.

Tot slot

Verzoeker heeft een transanale excisie ondergaan van een lokaal uitgebreid rectumcarcinoom. Transanale endoscopische microchirurgie (TEM) is géén volledige chirurgische resectie van omliggend weefsel en lymfeklieren. Bij meerdere risicofactoren op lokaal recidief of metastasering, zoals bij verzoeker het geval is, is een radicale tumorresectie noodzakelijk. Alleen dan kan ook bepaald worden hoeveel regionale lymfeklieren positief zijn. Dit verklaart ook waarom bij de TNM classificering Nx is aangegeven.

²⁰ Neoadjuvant betekent voorafgaand aan de operatie. Dit was een exclusie criterium in de search, omdat we naar artikelen op zoek waren waarbij patiënten met chemotherapie werden behandeld zonder daaropvolgende operatie.

²¹ André T, Boni C, Mounedji-Boudiaf L, et al. Multicenter International Study of Oxaliplatin/5-Fluorouracil/Leucovorin in the Adjuvant Treatment of Colon Cancer (MOSAIC) Investigators. Oxaliplatin, fluorouracil, and leucovorin as adjuvant treatment for colon cancer. N Engl J Med. 2004 Jun 3;350(23):2343-51. doi: 10.1056/NEJMoa032709. PMID: 15175436.

²² Giantonio BJ, Catalano PJ, Meropol NJ, et al; Eastern Cooperative Oncology Group Study E3200. Bevacizumab in combination with oxaliplatin, fluorouracil, and leucovorin (FOLFOX4) for previously treated metastatic colorectal cancer: results from the Eastern Cooperative Oncology Group Study E3200. J Clin Oncol. 2007 Apr 20;25(12):1539-44. doi: 10.1200/JCO.2006.09.6305. PMID: 17442997.