



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ)
T.a.v.
Postbus 291
3700 AG ZEIST

Zorginstituut Nederland
Bedrijfsdiensten
Juridische Zaken
Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
vragen@zinl.nl
T +31 (0)20 797 82 27

2026007987

Datum 13 mei 2026
Betreft Advies als bedoeld in artikel 114 van de Zorgverzekeringswet
Geschil over vergoeding van medisch-specialistische zorg als bedoeld
in de zorgverzekering Zelf Bewust Polis
Verzekerde (verzoekster) en
zorgverzekeraar De Friesland N.V. te Leeuwarden (verweerder)

Zaaknummer
2025027581
Onze referentie
2026007987
Uw referentie
202500884
Uw brief van
9 april 2026

Geachte

Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en de aanvullende stukken ontvangen.

Uit het verslag komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

U verzoekt in uw brief van 9 april 2026 het Zorginstituut om in te gaan op de reactie van verweerder en de overige stukken. Het Zorginstituut zal zijn antwoord, conform zijn adviestaak, beperken tot de vraag of verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de zorg op grond van de basisverzekering.

Plegen te bieden

Uit de reactie van verweerder maakt het Zorginstituut op dat verweerder van mening is dat het Zorginstituut aan de hand van Nederlandse richtlijnen had moeten beoordelen of is voldaan aan het plegen te bieden criterium.

Het plegen te bieden criterium strekt tot de beoordeling of zorg tot het domein van een bepaalde beroepsgroep behoort, en of deze beroepsgroep de zorg rekent tot zijn deskundigheidsgebied. Daarbij gaat het om het soort zorg en niet om specifieke behandelmethoden. Het gaat om een algemene aanduiding van het zorgarsenaal.¹ Deze uitleg is door de Hoge Raad bevestigd.² Bij de beoordeling of een beroepsgroep een bepaalde medische behandeling pleegt te bieden is de Nederlandse beroepsgroep bepalend, maar de internationale praktijk speelt wel een rol.

¹ Zorginstituut Nederland, Rapport - Pakketbeheer in de praktijk 4, 20 maart 2023. Te raadplegen via:
<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2023/03/20/pip4>

² Zie de uitspraak van de Hoge Raad van 11 oktober 2024, ECLI:NL:HR:2024:1416.

Een medische behandeling die in Nederland niet of nog niet voorhanden is, kan gelden als een behandeling die door de Nederlandse beroepsgroep pleegt te worden geboden, mits zij door die beroepsgroep wordt gerekend tot het aanvaarde arsenaal van zorg.³

Zorginstituut Nederland
Bedrijfsdiensten
Juridische Zaken

Datum
13 mei 2026

Onze referentie
2026007987

Voor beantwoording van de vraag of een bepaalde medische behandeling behoort tot de zorg die de Nederlandse beroepsgroep pleegt te bieden, is dus bepalend of die medische behandeling behoort tot het door deze beroepsgroep aanvaarde zorgarsenaal, ongeacht of die behandeling feitelijk in Nederland of in het buitenland wordt uitgevoerd, aldus de Hoge Raad.⁴

Redelijkerwijs aangewezen op

Daarnaast is verweerder van mening dat verzoekster niet behoort tot de groep van geselecteerde patiënten dat in aanmerking komt voor het uitvoeren van een pancreatectomie na een kuur met een neo-adjuvante therapie, zoals FOLFIRINOX. Hierbij voert verweerder aan dat het MDO heeft geoordeeld dat resectie bij verzoekster niet mogelijk was vanwege uitgebreide vaatbetrokkenheid.

Het Zorginstituut heeft in het voorlopig advies van 26 januari 2026 toegelicht dat er, op basis van de beschikbare informatie uit het dossier, in oktober 2024 bij verzoekster alleen nog sprake was van veneuze betrokkenheid, niet meer van arteriële betrokkenheid. Ook blijkt uit de CT van oktober 2024 dat het direct contact van de tumor met de arteria mesenterica was afgenomen tot minder dan 90 graden. Nu na vier kuren met FOLFIRINOX er geen progressie was opgetreden, de tumormarker CA 19-9 fors was gedaald en er geen metastasen waren, was verzoekster dan ook redelijkerwijs aangewezen op de pancreatectomie.

Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

Manager Juridische Zaken

³ Hoge Raad 11 oktober 2024, ECLI:NL:HR:2024:1416, r.o. 3.1.3.

⁴ Hoge Raad 11 oktober 2024, ECLI:NL:HR:2024:1416, r.o. 3.1.5.



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

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) heeft op 25 november 2025 aan Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) advies gevraagd als bedoeld in artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Verzoekster en verweerder hebben een geschil over de vergoeding van een pancreatectomie vanwege een adenocarcinoom van de pancreaskop.

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 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 verzoekster 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 verzoekster op deze zorg is aangewezen. Dit laatste is een medische beoordeling. Er is een BIG-geregistreeerde 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 verzoekster

Verzoekster is sinds begin 2024 bekend met een pancreaskopcarcinoom (kanker in de kop van de alveesklier), waar zij initieel ook voor in behandeling was in Nederland. Zij is via een kennis terecht gekomen bij een internationaal gerenommeerde arts gespecialiseerd in alveesklierkanker. Op de CT scan van mei 2024 was een pancreaskopcarcinoom met een grootte van vijf centimeter zichtbaar. Daarnaast was er een occlusie van de vena mesenterica superior/vena portae over 2,5cm lengte. De arteria mesenterica superior had 90-180 graden contact met de tumor. Uit het verslag van 18 augustus 2024 blijkt dat deze arts nog mogelijkheden tot behandeling zag en een chirurgische exploratie en resectie van de pancreas en vaten voorstelde. Verzoekster was in Nederland al in juni met Folfirinox-chemotherapie gestart. De evaluatiescan in Nederland op 5 oktober 2024 (na vier kuren FOLFIRINOX) liet een partiële respons zien. De CA 19-9 (een biomarker van de tumor), was vanaf april gedaald van 416 naar 92 kE/L. Een operatie is niet overwogen door de artsen in Nederland, vanwege de persisterende vaatbetrokkenheid van de tumor.

Op 11 november 2024 is bij verzoekster in Portugal alsnog succesvol een pancreatectomie uitgevoerd. De Portugese arts geeft in het verslag van 17 december 2024 aan wat de behandeling is van borderline resectabel of lokaal uitgebreid pancreascarcinoom in zou moeten houden. Dit omvat systemische chemotherapie waarna een CT wordt herhaald. Indien de tumor kleiner is geworden of stabiel is gebleven, dient chirurgie overwogen te worden. Hij beschrijft daarbij dat het ziektevrije interval en de vijfjaars overleving statistisch



significant stijgen wanneer chemotherapie en tumorresectie gecombineerd worden. De behandelend chirurg heeft hierbij literatuur meegestuurd ter onderbouwing van zijn standpunt.

Uit het nader commentaar (ongedateerd) blijkt dat volgens verweerder verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding van de zorg. Verweerder geeft hierbij aan dat de door verzoekster ondergane zorg geen zorg is zoals medisch-specialisten plegen te bieden. Ook voldoet de zorg niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De stelplicht en bewijslast rust op de verzekerde die de zorg ten laste van de zorgverzekering vergoed wil zien. Verweerder geeft aan dat, zonder nadere toelichting van verzoekster, het voor hem niet mogelijk is om uit deze stukken te abstraheren waarom de door verzoekster ontvangen zorg tot de stand van de wetenschap en praktijk behoort. Ook wordt er niet aan het indicatievereiste voldaan. Volgens de chirurgen in Nederland was er geen indicatie voor een resectie, zodat daarmee de ingreep geen verzekerde zorg was volgens verweerder.

Hiernaast geeft verweerder aan dat verzoekster niet over een geldige verwijzing beschikte en verzoekster niet om voorafgaande toestemming heeft gevraagd voor de behandeling in Portugal.

Adviestaak Zorginstituut

De adviestaak van het Zorginstituut beperkt zich tot de vraag of verzoekster aanspraak kan maken op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering.¹ Het advies van het Zorginstituut kan alleen zien op de vragen of de zorg in geschil onderdeel is van het basispakket en of een verzekerde op de zorg is aangewezen. Het Zorginstituut gaat dan ook niet in op de vraag of er sprake is van een geldige verwijzing en of voorafgaande toestemming door verweerder nodig was.

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'.² 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.³ Dit betekent dat er een koppeling moet zijn tussen de zorgbehoefte (de medische indicatie) en de zorg die geleverd wordt. Het gaat 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.

¹ Art 114 lid 3 Zvw

² Art. 2.1 lid 2 Bzv

³ Art. 2.1 lid 3 Bzv



Beoordeling plegen te bieden

Het verrichten van een pancreatetectomie bij een adenocarcinoom van de pancreaskop is zorg zoals medisch-specialisten plegen te bieden.

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).⁴ 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.⁵ 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.

Definitie lokaal gevorderd pancreascarcinoom

In de Nederlandse specialistenrichtlijn⁶ 'Pancreascarcinoom' van de Dutch Pancreatic Cancer Group (DPCG) luidt in hoofdstuk 5.1 'Indicatie voor resectie' de definitie van lokaal gevorderd pancreascarcinoom: arteriële betrokkenheid > 90 graden of veneuze betrokkenheid > 270 graden of occlusie. In de literatuur houdt men meestal andere definities aan. De definitie van de National Comprehensive Cancer Network (NCCN, USA) luidt: arteriële betrokkenheid > 180 graden, en veneuze betrokkenheid moet niet-reconstrueerbaar zijn. Hierbij wordt aangegeven dat door de verschillen in definities de internationale literatuur lastig te extrapoleren is naar de Nederlandse setting. De T (tumor) bij lokaal gevorderd pancreascarcinoom is 1 tot maximaal 3 (<6cm). Verder zijn er geen para-aortale lymfklieren aanwezig (N is 0 of 1). Er zijn geen metastasen (M0).

Richtlijnen

Allereerst is door het Zorginstituut een search in databases verricht naar richtlijnen voor chirurgie van 'borderline resectable' or 'locally advanced' alveesklierkanker. De reden om beide zoektermen te gebruiken, is dat deze in onderzoek nogal eens samen worden genomen. Er werden geen richtlijnen gevonden (zie verder bij Literatuursearch). Daarnaast werden de door verzoekster

⁴ 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>

⁵ 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.

⁶ <https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/pancreascarcinoom/startpagina.html>



aangedragen richtlijnen beschouwd. Tot slot werd nog op internet gezocht met de zoekterm 'guideline surgery locally advanced or borderline resectable pancreatic cancer'. In totaal werden twee Nederlandse en zeven internationale richtlijnen gevonden.

Nederlandse richtlijnen (chronologische volgorde)

2019 Dit betreft allereerst de genoemde richtlijn Pancreascarcinoom van de federatie medisch specialisten (FMS).⁷ Daarbij werd gekeken naar de indicatie voor resectie van lokaal gevorderd pancreascarcinoom.⁸ Aanbevolen wordt om chemotherapie (FOLFIRINOX is het meest effectief) te geven aan patiënten met een lokaal gevorderd pancreascarcinoom, alvorens een resectie te overwegen. Bij metastasen wordt aanbevolen om geen resectie te verrichten.

Als ondersteuning van deze aanbeveling worden twee kleine (en oudere) gerandomiseerde studies vermeld, waarbij resectie van een lokaal gevorderd pancreascarcinoom werd vergeleken met palliatieve behandeling. Deze studies (Lygidakis 2004⁹ en Doi 2008¹⁰) worden ook besproken in een Cochrane meta-analyse van Gurusamy uit 2014.¹¹

Beide studies lieten zien dat zonder resectie iedereen overleden is binnen twee jaar, en met resectie vijfjaars overleving mogelijk is. De patiënten hadden op beeldvorming alleen veneuze, geen arteriële vaatbetrokkenheid. De gevorderdheid van veneuze vaatbetrokkenheid bleef onduidelijk in deze studies. De conclusie van Gurusamy was dat de kwaliteit van het bewijs, dat chirurgische resectie ten opzichte van palliatieve behandeling de overleving verbetert en de kosten verlaagt, zeer laag was. In geselecteerde patiënten zou pancreasresectie kunnen worden overwogen bij patiënten die het risico op met de operatie gepaard gaande complicaties willen accepteren, en bij voldoende aanwezige expertise. Toekomstige gerandomiseerde studies zouden volgens Gurusamy noodzakelijk zijn, om preciezere resultaten te verkrijgen, en de kwaliteit van leven na chirurgische resectie te meten ten opzichte van andere behandelingen.

In het hoofdstuk 'Behandeling van lokaal gevorderd pancreascarcinoom' worden de volgende aanbevelingen gedaan: Aanbeveling 1) bij WHO score 0 of 1 (actief resp. lichte beperkingen)¹² behandel met FOLFIRINOX. 2) overweeg aanvullende resectie bij geselecteerde patiënten. Professionals vinden dat aanvullende resectie overwogen kan worden op basis van beeldvorming, CA 19-9, performance status en wens patiënt. Deze specialistenrichtlijn is ook besproken door verweerder.

⁷ <https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/pancreascarcinoom/startpagina.html>

⁸

https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/pancreascarcinoom/chirurgische_behandeling_pancreascarcinoom/indicatie_resectie.html

⁹ Lygidakis NJ, Singh G, Bardaxoglou E, et al. Mono-bloc total spleno-pancreaticoduodenectomy for pancreatic head carcinoma with portal-mesenteric venous invasion. A prospective randomized study. *Hepatogastroenterology*. 2004 Mar-Apr;51(56):427-33. PMID: 15086174.

¹⁰ Doi R, Imamura M, Hosotani R, et al. Japan Pancreatic Cancer Study Group. Surgery versus radiochemotherapy for resectable locally invasive pancreatic cancer: final results of a randomized multi-institutional trial. *Surg Today*. 2008;38(11):1021-8. doi: 10.1007/s00595-007-3745-8. Epub 2008 Oct 29. PMID: 18958561.

¹¹ Gurusamy KS, Kumar S, Davidson BR, Fusai G. Resection versus other treatments for locally advanced pancreatic cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Feb 27;2014(2):CD010244. doi: 10.1002/14651858.CD010244.pub2. PMID: 24578248; PMCID: PMC11095847.

¹² World Health Organization (WHO) Performance status (prestatiescore) wordt gebruikt om het niveau van functioneren van een patiënt aan te duiden. Zie https://en.wikipedia.org/wiki/Performance_status

Advies Zorginstituut Nederland 29 januari 2026, zaaknummer: 2025027581

Dossiernummer Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen: 202500884



2025 De Oncoguide stroomschema's¹³ zijn een product van Integraal Kankercentrum Nederland (IKCN). De adviezen in het zorgpad pancreascarcinoom moeten nog gevalideerd worden door de DPCG. 'Indien irresectabel of lokaal gevorderd > obstructie > stenose > endoprothese > FOLFIRINOX bij WHO score 0-1 > overweeg aanvullende resectie bij geselecteerde patiënten.'

Internationale richtlijnen (chronologische volgorde)

2021 Een expert-based richtlijn van de College of Oncology van België.¹⁴ Zie Hoofdstuk 'Locally advanced unresectable non-metastatic pancreatic cancer'. FOLFIRINOX, en iedere twee maanden een CT om de respons hierop en de potentiële resectabiliteit te beoordelen. Als een tumor als resectabel wordt beoordeeld, dan kan chirurgie worden overwogen gevolgd door adjuvante systemische chemotherapie.

2022 Een richtlijn van de Korean Surgical Practice¹⁵. Ten aanzien van vene resectie en conversie chirurgie bij lokaal gevorderd pancreascarcinoom geldt (zie 'key question and recommendation' (KQ) 4-1 resp. KQ 12 in de Guideline): 'Strength of recommendation is conditional, Level of evidence low'. Het bewijs is dus van lage kwaliteit.

2023 Een richtlijn van de European Society for Medical Oncology (ESMO)¹⁶. In deze richtlijn staat een stroomschema ten aanzien van behandeling van het lokale en locoregionale pancreascarcinoom (figuur 2 in richtlijn). 'Locally advanced > FOLFIRINOX > decrease in CA 19-9, clinical improvement and tumour downstaging > discuss surgery at multidisciplinary tumour board'. Indien geen 'downstaging': overleg over het continueren van chemotherapie, pauzeer de chemotherapie of start met chemoradiotherapie. Deze richtlijn is ook door verzoekster aangedragen.

2023 Een standpunt ('Position paper') over conversiechirurgie¹⁷ voor lokaal gevorderd pancreascarcinoom van de studiegroep van de International Association of Pancreatology (IAP) en Japan Pancreas Society (JPS).¹⁸ Historisch gezien leek deze aandoening niet resectabel. Er was overeenstemming dat de biologie van pancreaskanker (lees: biomarkers) de anatomische resectabiliteit overstijgt. Behandeluitkomsten moeten verbeterd worden door continue inspanning van ieder instituut en internationale samenwerking.

¹³ <https://oncoguide.nl/#/projects/84/tree/11179/11175>

¹⁴ <https://collegeoncologie.be/wp-content/uploads/2021/12/Pancreatic-Adenocarcinoma-Guideline-V1.0-2021.pdf>

¹⁵ Lee SE, Han SS, Kang CM, Kwon W, Paik KY, Song KB, Yang JD, Chung JC, Jeong CY, Kim SW; Committee of the Korean Surgical Practice Guideline for Pancreatic Cancer. Korean Surgical Practice Guideline for Pancreatic Cancer 2022: A summary of evidence-based surgical approaches. Ann Hepatobiliary Pancreat Surg. 2022 Feb 28;26(1):1-16. doi: 10.14701/ahbps.22-009. PMID: 35220285; PMCID: PMC8901981.

¹⁶ Conroy T, Pfeiffer P, Vilgrain V, et al. ESMO Guidelines Committee. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org. Pancreatic cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2023 Nov;34(11):987-1002. doi: 10.1016/j.annonc.2023.08.009. Epub 2023 Sep 9. PMID: 37678671.

¹⁷ Definitie van conversiechirurgie is: een kankerbehandeling waarbij chirurgie, die aanvankelijk onmogelijk was vanwege de grootte of verspreiding van de tumor, haalbaar wordt nadat de tumor is gekrompen na initiële chemotherapie of bestraling. Zie ook Klaiber U, Hackert T. Conversion Surgery for Pancreatic Cancer-The Impact of Neoadjuvant Treatment. Front Oncol. 2020 Jan 14;9:1501. doi: 10.3389/fonc.2019.01501. PMID: 31993372; PMCID: PMC6971165.

¹⁸ Oba A, Del Chiaro M, Fujii T, et al. "Conversion surgery" for locally advanced pancreatic cancer: A position paper by the study group at the joint meeting of the International Association of Pancreatology (IAP) & Japan Pancreas Society (JPS) 2022. Pancreatol. 2023 Jun 7;S1424-3903(23)00182-5.



2024 Annals of Surgical Oncology (ASO, USA) Practice Guidelines.¹⁹ Op blz. 1890 bij het kopje Surgery: Morbiditeit blijft aanzienlijk na zo'n procedure. Er is een gebrek aan standaardisatie van de (Whipple) procedure bij een adenocarcinoom van de afvoergang van de pancreas. Op blz. 1892 van de richtlijn wordt aangegeven dat een agressieve vasculaire resectie is aanbevolen, zo lang een 'margin-negative' (het snijvlak moet dan tumorvrij zijn) resectie kan worden uitgevoerd. Hoewel gebaseerd op retrospectief bewijs, zijn de één- en vijfjaars overleving gelijk in een standaard operatie en een operatie met vene resectie in een meta-analyse van 19 vergelijkende studies uit 2012 van Zhou.²⁰ Het niveau van bewijs is weliswaar laag. Voor arteriële resectie zijn meer data nodig, hoewel de richtlijn van de National Comprehensive Cancer Network (NCCN) adviseert dat arteriële resectie mogelijk is bij zorgvuldige selectie. Zie ook verderop bij NCCN.

In 2024 De 'REDISCOVER guidelines'^{21,22} zijn nieuwe internationale aanbevelingen voor behandeling van borderline resectabel en lokaal gevorderd adenocarcinoom van de afvoergang van de pancreas opgenomen. De aanbevelingen, vastgesteld bij een consensusconferentie, wijken niet per se af van de NCCN (zie verderop) en ESMO richtlijn. Ze zijn gemaakt door een groep ervaren pancreas chirurgen mondiaal. Er is een focusverschuiving van alleen tumoranatomie naar tumorbiologie. Zo voorspelt een afname van CA 19-9 van meer dan 50% na neoadjuvante therapie een tumorreductie en overleving in pancreascarcinoom. Het algoritme in Figuur 3 van het tweede artikel van Boggi uit 2024 (Updates in Surgery)²³ geeft aan dat resectie het meest geïndiceerd is bij een afname van de CA 19-9 waarde na neoadjuvante therapie. Wel dient de indicatie voor chirurgie en de timing van de resectie in een multidisciplinair team te zijn besproken en plaats te vinden in centra met veel expertise in deze procedure. Uiteindelijk worden 34 aanbevelingen gedaan en wordt aangegeven dat toekomstig onderzoek moet blijven plaatsvinden. Er wordt ook een advies gegeven om de termen borderline resectabel en lokaal gevorderd samen te nemen. Deze aanbevelingen zijn ook door verzoekster aangedragen.

¹⁹ Turner KM, Wilson GC, Patel SH, Ahmad SA. ASO Practice Guidelines Series: Management of Resectable, Borderline Resectable, and Locally Advanced Pancreas Cancer. *Ann Surg Oncol*. 2024 Mar;31(3):1884-1897. doi: 10.1245/s10434-023-14585-y. Epub 2023 Nov 19. PMID: 37980709.

²⁰ Zhou Y, Zhang Z, Liu Y, Li B, Xu D. Pancreatectomy combined with superior mesenteric vein-portal vein resection for pancreatic cancer: a meta-analysis. *World J Surg*. 2012 Apr;36(4):884-91. doi: 10.1007/s00268-012-1461-z. PMID: 22350478.

²¹ Boggi U, Kauffmann E, Napoli N, et al. REDISCOVER International Guidelines on the Perioperative Care of Surgical Patients With Borderline-resectable and Locally Advanced Pancreatic Cancer. *Ann Surg*. 2024 Jul 1;280(1):56-65. doi: 10.1097/SLA.0000000000006248. Epub 2024 Feb 26. PMID: 38407228; PMCID: PMC11161250.

²² Boggi U, Kauffmann EF, Napoli N, et al. REDISCOVER guidelines group. REDISCOVER guidelines for borderline-resectable and locally advanced pancreatic cancer: management algorithm, unanswered questions, and future perspectives. *Updates Surg*. 2024 Sep;76(5):1573-1591. doi: 10.1007/s13304-024-01860-0. Epub 2024 Apr 29. PMID: 38684573; PMCID: PMC11455680.

²³ Boggi U, Kauffmann EF, Napoli N, et al. REDISCOVER guidelines group. REDISCOVER guidelines for borderline-resectable and locally advanced pancreatic cancer: management algorithm, unanswered questions, and future perspectives. *Updates Surg*. 2024 Sep;76(5):1573-1591. doi: 10.1007/s13304-024-01860-0. Epub 2024 Apr 29. PMID: 38684573; PMCID: PMC11455680.



2025 National Comprehensive Cancer Network (NCCN, USA) richtlijn versie 2.²⁴
Dit betreft een update van versie 3.2024 in de aangedragen literatuur. Zie stroomschema 'PANC-6': locally advanced disease > good or intermediate performance state > no disease progression dd: > If there is radiographic stability and marked clinical improvement **or** decline in CA 19-9, the patient should still be referred for evaluation> consider resection if 'feasible' (redelijk). Deze aanbevelingen zijn ook door verzoekster aangedragen.

Conclusie richtlijnen

Met betrekking tot de Nederlandse en internationale richtlijnen is de conclusie dat, ondanks de lage kwaliteit van bewijs, er bij geselecteerde patiënten met een lokaal gevorderd pancreascarcinoom mogelijkheden zijn tot resectie na een kuur met een neo-adjuvante therapie, zoals FOLFIRINOX. Voorwaarden voor chirurgie zijn een WHO prestatiescore van maximaal 1, geen ziekteprogressie, radiologisch geen verslechtering en een duidelijke afname van de CA 19-9. Een veneresectie lijkt kansrijker dan een arterieresectie.

Literatuur

Op 23 december 2025 werd aan de hand van de PICO gezocht naar RCT's, systematische reviews (SR's) en richtlijnen over de chirurgische resectie van 'borderline resectable' of 'locally advanced' pancreascarcinoom.

P: borderline resectabel of lokaal gevorderde pancreascarcinoom

I: chirurgische resectie

C: conservatieve of palliatieve behandeling

O: overleving

Hiervoor werd in de databases Embase, Medline en Cochrane Central gezocht.²⁵
Aangezien in de eerder genoemde Nederlandse specialistenrichtlijn de search, analyse en aanbevelingen plaatsvonden tot 2017, werden de databases vanaf 2017 tot 23 december 2025 onderzocht.

Na ontdebelling werden in genoemde databases 56 publicaties gevonden. Er werden vanaf 2017 geen richtlijnen (zie eerder) en geen RCT's gevonden die betrekking hadden op de PICO. Een aantal van de overige studies betrof weliswaar een borderline resectabel of lokaal gevorderd pancreascarcinoom. Echter, de

²⁴ https://www.nccn.org/login?ReturnURL=https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/pancreatic_bloc_ks.pdf, inloggen vereist

²⁵ Voorbeeld search string (Embase): pancrea*

AND (adenocarcinoma* OR ('adeno' NEAR/3 (cancer* OR carcinom* OR turno* OR neoplas* OR malignan*))
AND ('borderline resectable' OR 'locally advanced'))

AND (surg* OR operati* OR abscissi* OR dissecti* OR ectomy* OR excisi* OR extirpati* OR extracti* OR incisi*
OR invasive* OR procedure* OR removal* OR resecti* OR restorati*)

AND ('conservative treatment'/exp OR palliati* OR 'symptomatic treatment' OR (('conservative' OR 'nonoperative'
OR 'nonsurgical' OR 'organ sparing') NEAR/3 (therap* OR treatment* OR management*))) AND [2017-
2026]/py



behandeling bestond meestal uit chemotherapie of radiotherapie en niet uit resectie. Daarnaast werden vier bruikbare SR's gevonden.^{26,27,28,29} In deze SR's werden 21 unieke vergelijkende studies gevonden, waarvan er zes in meer dan een SR werden geanalyseerd. De verderop nog besproken positieve studie van Del Chiaro uit 2018³⁰, die door verzoekster is aangeleverd, was hier niet bij.

De algehele conclusie vanuit de gevonden SR's was dat resectie van lokaal gevorderd pancreascarcinoom na neoadjuvante therapie bij geselecteerde patiënten een verdubbeling van de overleving liet zien ten opzichte van palliatieve behandeling, gemiddeld van vijftien naar dertig maanden. Dit effect was consistent in de SR's. In de zeer recente umbrella review (2025) van Zhao³¹ wordt op basis van de gevonden resultaten resectie na neoadjuvante therapie zelfs reguliere zorg genoemd voor in aanmerking komende patiënten met lokaal gevorderd pancreascarcinoom.

Conclusie literatuur

De bevindingen vanuit de gevonden SR's en de al eerder in de Nederlandse specialistenrichtlijn Pancreascarcinoom uit 2019 aangehaalde twee kleinere RCT's ondersteunen de aanbevelingen uit de (inter)nationale richtlijnen.

Overige door verzoekster aangedragen richtlijnen en literatuur

2014 Borderline resectable pancreatic cancer. Dit is een consensus rapport van de International Study Group of Pancreatic Surgery.³² Dit betreft geen lokaal gevorderd pancreascarcinoom.

2019 De studie van Del Chiaro³³ is geen RCT, maar een retrospectieve analyse van een cohort van 73 geopereerde patiënten met een borderline of lokaal gevorderd pancreascarcinoom met een chirurgisch bevestigde arteriële betrokkenheid. 34 patiënten (T4M0) ondergingen pancreatectomie (groep één) met arteriële resectie, 39 patiënten palliatieve chirurgie (groep twee). De één-, drie- en vijfjaars overleving in groep één was superieur aan groep twee (63.7%, 23.4% en 23.4% vs 41.7%, 3.2% en 0%, $p = 0.003$). Ondanks deze

²⁶ Attard JA, Farrugia A, Pathanki A, et al. Treatment Strategies for the Optimal Management of Locally Advanced Pancreatic Adenocarcinoma With Curative Intent: A Systematic Review. *Pancreas*. 2020 Nov/Dec;49(10):1264-1275. doi: 10.1097/MPA.0000000000001694. PMID: 33122513.

²⁷ Zhou Y, Liao S, You J, Wu H. Conversion surgery for initially unresectable pancreatic ductal adenocarcinoma following induction therapy: a systematic review of the published literature. *Updates Surg*. 2022 Feb;74(1):43-53. doi: 10.1007/s13304-021-01089-1. Epub 2021 May 21. PMID: 34021484.

²⁸ Brown ZJ, Heh V, Labiner HE, et al. Surgical resection rates after neoadjuvant therapy for localized pancreatic ductal adenocarcinoma: meta-analysis. *Br J Surg*. 2022 Dec 13;110(1):34-42. doi: 10.1093/bjs/znac354. PMID: 36346716.

²⁹ Zhao Y, Tan HL, Chua DW, Goh BKP, Koh YX. Surgery and neoadjuvant therapy in locally advanced pancreatic cancer: an umbrella review of survival, resection outcomes, and cost-effectiveness. *Gland Surg*. 2025 Mar 31;14(3):529-542. doi: 10.21037/gs-24-421. Epub 2025 Mar 26. PMID: 40256480; PMCID: PMC12004333.

³⁰ Del Chiaro M, Rangelova E, Halimi A, et al. Pancreatectomy with arterial resection is superior to palliation in patients with borderline resectable or locally advanced pancreatic cancer. *HPB (Oxford)*. 2019 Feb;21(2):219-225. doi: 10.1016/j.hpb.2018.07.017. Epub 2018 Aug 6. PMID: 30093144.

³¹ Zhao Y, Tan HL, Chua DW, Goh BKP, Koh YX. Surgery and neoadjuvant therapy in locally advanced pancreatic cancer: an umbrella review of survival, resection outcomes, and cost-effectiveness. *Gland Surg*. 2025 Mar 31;14(3):529-542. doi: 10.21037/gs-24-421. Epub 2025 Mar 26. PMID: 40256480; PMCID: PMC12004333.

³² Bockhorn M, Uzunoglu FG, Adham M, et al. International Study Group of Pancreatic Surgery. Borderline resectable pancreatic cancer: a consensus statement by the International Study Group of Pancreatic Surgery (ISGPS). *Surgery*. 2014 Jun;155(6):977-88. doi: 10.1016/j.surg.2014.02.001. Epub 2014 Feb 7. PMID: 24856119.

³³ Del Chiaro M, Rangelova E, Halimi A, et al. Pancreatectomy with arterial resection is superior to palliation in patients with borderline resectable or locally advanced pancreatic cancer. *HPB (Oxford)*. 2019 Feb;21(2):219-225. doi: 10.1016/j.hpb.2018.07.017. Epub 2018 Aug 6. PMID: 30093144.



veelbelovende resultaten, kunnen hieruit geen goede conclusies getrokken worden vanwege de grote kans op vertekening van de resultaten door non-randomisatie, heterogeniteit en kleine groepen.

2020 Oba³⁴ publiceerde een overzicht van de meerwaarde van neoadjuvante therapie (zoals FOLFIRINOX) bij de behandeling van onder meer lokaal gevorderd adenocarcinoom van de afvoergang van de pancreas. Over de meerwaarde hiervan is geen discussie in dit geschil.

Beoordeling indicatie pancreatectomie

De definitie van lokaal gevorderd pancreascarcinoom is arteriële betrokkenheid > 90 graden of veneuze betrokkenheid > 270 graden of occlusie. Bij verzoekster was hiervan sprake. Op de controle CT na vier kuren FOLFIRINOX van oktober 2024 was alleen nog sprake van veneuze betrokkenheid, niet meer van arteriële betrokkenheid; het direct contact van de tumor met de arteria mesenterica superior was afgenomen van 90 tot 180 graden op de CT van mei 2024 tot minder dan 90 graden op de CT van oktober 2024. Daarnaast was er na vier kuren FOLFIRINOX geen progressie opgetreden op de CT en de CA 19-9 was met 75% gedaald. Er was dus sprake van een goede respons. Daarnaast waren er geen metastasen. Resectie was dus een optie bij de WHO score van 1 bij verzoekster. De volgende stap was dan ook een bespreking in een multidisciplinair team in een hoog-volume ziekenhuis. Dit is telefonisch gedaan. Het is uit de ontvangen bescheiden onduidelijk waarom de Nederlandse behandelaars niet besloten tot een resectie. Verzoekster voldeed immers aan de indicatievoorwaarden voor resectie.

Conclusie

Uit de geldende (inter)nationale richtlijnen blijkt dat bij geselecteerde patiënten met een lokaal gevorderd pancreascarcinoom het uitvoeren van een pancreatectomie bewezen effectief is, na een kuur met een neo-adjuvante therapie, zoals FOLFIRINOX. Dit wordt bevestigd in de wetenschappelijke literatuur.

Op basis van de beschikbare informatie kan worden geconcludeerd dat verzoekster redelijkerwijs aangewezen was op de pancreatectomie. Na vier kuren met FOLFIRINOX was er geen progressie opgetreden, de tumormarker CA 19-9 was fors gedaald en er waren geen metastasen.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

- Een pancreatectomie vanwege een adenocarcinoom van de pancreaskop maakt onderdeel uit van het basispakket
- Verzoekster was redelijkerwijs aangewezen op een pancreatectomie vanwege een adenocarcinoom van de pancreaskop.

³⁴ Oba A, Ho F, Bao QR, Al-Musawi MH, Schulick RD, Del Chiaro M. Neoadjuvant Treatment in Pancreatic Cancer. Front Oncol. 2020 Feb 28;10:245. doi: 10.3389/fonc.2020.00245. PMID: 32185128; PMCID: PMC7058791.