

# Het beste van twee werelden

Editorial bij het artikel van F.P. Peters, D.E. Hilling, J.B. Tuynman, J. van der Kraan, G.L. Beets, J.H.W. de Wilt en C.A.M. Marijnen getiteld 'Orgaansparende behandeling van het rectumcarcinoom: (on)mogelijkheden'

dr. W.H. Schreurs

**(NED TIJDSCHR ONCOL 2018;15:260)**

Zoals door Peters et al. wordt beschreven is het rectumcarcinoom een veel voorkomende maligniteit waarbij de behandeling in toenemende mate geïndividualiseerd wordt. Grondig en systematisch beschrijven zij de verschillende behandelingsmogelijkheden voor de verschillende stadia van ziekte. Daarnaast worden de vele vragen die er nog zijn en de studies die nu lopen of in gang worden gezet besproken.

Bij iedere maligniteit is natuurlijk het eerste doel om een zo goed mogelijk oncologisch resultaat te behalen, echter, gelukkig, is er de laatste jaren een toenemend besef dat niet slechts het oncologische resultaat van belang is, maar ook, of misschien wel juist, de kwaliteit van leven tijdens en na de behandeling.

In toenemende mate zijn we ons bewust geworden van de impact van de behandeling van het rectumcarcinoom op de kwaliteit van leven van de patiënt. Zoals in het artikel benoemd, gaat behandeling vaak gepaard met complicaties, op korte termijn tot 20% in Nederland (DICA), en wat de lange termijn betreft, wordt in verschillende studies aangetoond dat bijvoorbeeld LAR-syndroomklachten bij wel 40 tot 52% van de patiënten voorkomt en drie maanden na de behandeling zelfs bij 58% van de patiënten.<sup>1-5</sup>

Het is buitengewoon belangrijk om ons dit te realiseren, want zoals het artikel van Peters et al. impliceert, is er een toenemende trend en wens om orgaansparend te behandelen bij het rectumcarcinoom. Uiteraard is de impact van een niet-orgaansparende behandeling op de kwaliteit van leven ook aanzienlijk en is dit geenszins een pleidooi om de zoektocht die is ingezet om orgaansparend te behandelen te stoppen, maar wel om even stil te staan bij wat de winst van verschillende behandelstrategieën zijn en wat het doel is.

Natuurlijk moet daarbij allereerst naar de oncologische uitkomst worden gekeken; deze zal zeker vergelijkbaar moeten zijn met de conventionele behandeling. Maar gelijktijdig moet de functionele uitkomst worden bekeken: orgaansparend is niet een doel op zich, goede oncologische uitkomst en een functionerend orgaan moet het doel zijn.

Daarnaast is mijns inziens een goede samenwerking tussen academische centra en perifere ziekenhuizen noodzakelijk voor verbetering van de behandeling van het rectumcarcinoom. De academische centra nemen hun verantwoordelijkheid door de in het artikel genoemde studies op te zetten en te initiëren. Veruit de meeste patiënten met een rectumcarcinoom worden echter in de perifere ziekenhuizen behandeld, dus als het gaat over behandelbaarheid, uitkomsten van zorg en kwaliteit van leven is waarschijnlijk de meeste expertise hierover in de periferie aanwezig. Deze expertise is weer noodzakelijk om de uitkomsten van de verschillende onderzoeken en behandelstrategieën te beoordelen, teneinde met patiënten op een goede manier te bespreken wat de mogelijkheden zijn en welke keuzes kunnen worden gemaakt. Een optimale samenwerking tussen academie en periferie is dus essentieel om op een goede manier onderzoek te kunnen doen naar klinische behandelingen en uitkomsten. Gelukkig zijn we hiermee in Nederland op de goede weg. De onderzoekers hebben, behoudens voor de STAR-TREC-studie, uitgebreid de samenwerking met de periferie gezocht. En zo ontstaat dan het beste van twee werelden; uitstekend opgezette studies met de expertise van academie en periferie gebundeld.

## REFERENTIES

1. Chen TY, Wiltink LM, Nout RA, et al. Bowel function 14 years after preoperative short-course radiotherapy and total mesorectal excision for rectal cancer: report of a multicenter randomized trial. *Clin Colorectal Cancer* 2015;14(2):106-14.
2. Digennaro R, Tondo M, Cuccia F, et al. Coloanal anastomosis or abdominoperineal resection for very low rectal cancer: what will benefit, the surgeon's pride or the patient's quality of life? *Int J Colorectal Dis* 2013;28(7):949-57.
3. Doeksen A, Bakx R, Vincent A, et al. J-pouch vs. side-to-end coloanal anastomosis after preoperative radiotherapy and total mesorectal excision for rectal cancer: a multicentre randomized trial. *Colorectal Dis* 2012;14:705-13.
4. Emmertsen KJ, Chen TY, Laurberg S. Functional results after treatment for rectal cancer. *J of Coloproctol* 2014;34(1):55-61.
5. Hoon-Ihn M, Kang SB, Kim DW, et al. Risk factors for bowel dysfunction after sphincter-preserving rectal cancer surgery: a prospective study using the Memorial Sloan Kettering Cancer Center Bowel Function Instrument. *Dis Colon Rectum* 2014;57(8):958-66.

Correspondentie graag richten aan mw. dr. W.H. Schreurs, chirurg, Noordwest Ziekenhuisgroep NWZ, Huisnummer 032, Wilhelminalaan 12, 1815 JD Alkmaar, tel.: 072 548 44 44, e-mailadres: w.h.schreur@nwz.nl