

RECTUM

1. Tumor:

1.1. TNM classificatie:

T: primaire tumor

Tx	niet evalueerbaar
T0	geen tumor
Tis	carcinoma in situ: intra-epitheliaal of invasie lamina propria (niet doorheen muscularis mucosa)
T1	submucosa
T2	muscularis propria
T3	doorheen muscularis propria tot perirectaal
T4	omliggende organen, structuren of perforatie visceraal peritoneum
T4a	perforatie visceraal peritoneum
T4b	directe invasie omliggende organen of structuren

Opmerking 1: T4b omvat invasie van andere organen of segmenten van het colorectum langsheen de serosa, OF voor retroperitoneale of subperitoneale tumoren directe invasie van andere organen of structuren door tumorale uitbreiding buiten de muscularis propria.

Opmerking 2: cT4b (tumor macroscopisch adherent aan andere organen of structuren) kan na microscopisch onderzoek T1-3 zijn afhankelijk van de anatomische diepte van invasie.

N: regionale lymfeklieren

Regionale lymfeklieren:

Mesenterica inferior, iliaca interna.

Rectaal boven, midden, onder (hemorrhoidaal).

Sacraal lateraal, presacraal, promontorisch.

Mesorectaal (paraproctaal).

Nx	niet evalueerbaar
N0	geen*
N1	aanwezig in 1-3 lymfeklieren
N1a	aanwezig in 1 lymfeklier
N1b	aanwezig in 2-3 lymfeklieren
N1c	indien aanwezigheid van tumor deposit(s), i.e. satellietletseltjes in de subserosa of in het niet-geperitonealiseerd perirectaal vet als er geen regionale lymfekliermetastasen zijn
N2	aanwezig in 4 of meer lymfeklieren
N2a	in 4-6 lymfeklieren
N2b	in 7 of meer lymfeklieren

*opmerking: adequate pN: histologisch onderzoek van het resectiespecimen zou minstens 12 lymfeklieren moeten omvatten. Indien er minder werden onderzocht doch ze zijn allen negatief, wordt toch pN0 gebruikt.

M: metastasen

Mx	niet evalueerbaar
M0	geen
M1	aanwezig
M1a	beperkt tot 1 orgaan (lever, long, ovarium, niet regionale lymfeklieren)
M1b	in meer dan 1 orgaan of het peritoneum

1.2. Stadiumindeling:

Stadium 0	Tis	N0	M0
Stadium I	T1, T2	N0	M0
Stadium II	T3, T4	N0	M0
Stadium IIA	T3	N0	M0
Stadium IIB	T4a	N0	M0
Stadium IIC	T4b	N0	M0
Stadium III	elke T	N1, N2	M0
Stadium IIIA	T1, T2 T1	N1 N2a	M0
Stadium IIIB	T3, T4a T2, T3 T1, T2	N1 N2a N2b	M0
Stadium IIIC	T4a T3, T4a T4b	N2a N2b N1, N2	M0
Stadium IVA	elke T	elke N	M1a
Stadium IVB	elke T	elke N	M1b

Opmerking: voor staging en beleid wordt in principe altijd rekening gehouden met de [PROCARE guidelines](#).

2. Staging:

- labo, inclusief CEA
- CT abdomen + bekken
- CT thorax
- rectoscopie + biopsie
- totale coloscopie

- PPA door chirurg en radiotherapeut
- MRI (vooral belangrijk naar eventueel TME) (volgens Procure guidelines) voor stenoserende tumoren, tumoren >10 cm, cT3 en N+ tumoren
- echo-endoscopie: (volgens Procure guidelines) voor niet stenoserende tumoren <10 cm van margo
- onco-PET (bij twijfel omtrent eventueel metastasen)

3. Opvolging:

CEA 1x/3 maanden (volgens Procure guidelines) gedurende 3 jaar, nadien 1x/6 maand

Coloscopie 1 jaar postoperatief en 3 jaar postoperatief, vervolgens om de 5 jaar, vroeger zo aanwezigheid van poliepen

Echo lever of CT abdomen 1x/6 maanden gedurende 3 jaar, nadien 1x/jaar

RX of CT thorax minstens 1x/jaar

4. Therapeutisch beleid:

Het beleid wordt op basis van de volledige oppuntstelling op het MOC beslist. Het MOC verslag wordt opgesteld en het registratieformulier wordt ingevuld.

4.1. Preoperatieve neo-adjuverende behandeling:

T1-T2 en N0: geen preoperatieve therapie.

T3N0 of/en TxN+: in principe RT (45 Gy/25 fracties) in combinatie met 5FU in continu infuus 225 mg/m²/dag.

T3N0 of N1 met vrije CRM: eventueel 5x 5 Gy.

Chirurgie volgt 6-8 weken na einde radiochemotherapie.

T4: lange reeks + vaak nog een extra boost op het tumorbed

Bij potentieel resecabele metastasen: beleid strikt te bepalen op MOC.

4.1.1. Chirurgie en pathologie:

Een totale mesorectale excisie wordt uitgevoerd.

In het specimen dienen idealiter minstens 6 klieren (liever 12 = PROCARE) gevonden worden.

Er wordt vooral aandacht geschonken aan de circumferentiële marge.

4.1.2. Postoperatieve chemotherapie:

4 tot 6 cycli chemotherapie te starten 4-6 weken na de chirurgie:

- stadium II: De Gramont (cfr. supra) (modified)

- stadium III: Folfox, Xelox of Xeloda (cfr. supra)

Indicaties:

- na bespreking op het MOC

- in principe rekening houden met de initiële klinische stadiëring

4.2 Postoperatieve adjuverende behandeling:

Zo nodig adjuvante chemotherapie binnen 3 maanden postoperatief te starten.

Zo nodig radiotherapie (50.4 Gy/28 fracties) samen met een continu infuus 5FU (225 mg/m²/dag), eventueel gevolgd door chemotherapie, te starten enkele weken na einde radiochemotherapie bij patiënten met pT3-4 en/of pN+ die geen preoperatieve (neo-adjuverende) therapie kregen.