



## **Regionale Netwerkstandaard Anuscarcinoom EMBRAZE kankernetwerk**

Status : versie 3.0  
Datum : 16-1-2026

De Embraze Netwerktumorgroep Anuscarcinoom, onderdeel van het netwerk Colorectaal Carcinoom (NTG CRC), streeft ernaar om door middel van samenwerking tussen zorgprofessionals uit de betrokken ziekenhuizen en in samenspraak met de patiënt, de zorg voor patiënten met anuscarcinoom (inclusief patiënten met metastasen) te optimaliseren. Door diagnostiek, besluitvorming en behandeltrajecten op elkaar af te stemmen en het beleid binnen EMBRAZE te uniformeren, wordt bijgedragen aan een hogere kwaliteit van zorg. Dit document vormt de vertaling van deze ambitie naar concrete afspraken.

### **Inhoudsopgave**

1. Algemeen
  - 1.1 Visie op zorg
  - 1.2 Monitoring en evaluatie
2. Tumorspecifiek
  - 2.1 Netwerktumorgroep en Netwerkstandaard
  - 2.2 Zorgtraject
  - 2.3 Preventie, screening en verwijzing
  - 2.4 Diagnostiek en behandelplan (inclusief MDO)
  - 2.5 Behandeling
  - 2.6 Follow up en responsbepaling
  - 2.7 Palliatieve zorg



## 1. Algemeen

### 1.1 Visie op zorg

De Netwerkstandaard Anuscarcinoom, onderdeel van het CRC-netwerk, bevat afspraken gericht op regionale kwaliteitsverbetering, samenwerking en verwijzingen. Deze netwerkstandaard vormt een aanvulling op landelijke medische richtlijnen en kwaliteitseisen, zoals de SONCOS-normen. Samen bieden zij een kader voor de kwaliteit van zorg voor patiënten met colorectale maligniteiten binnen de EMBRAZE-centra.

#### Visie op zorg

- Ieder ziekenhuis beschikt over een adequate oncologische infrastructuur, conform o.a. de normen genoemd in het (tumorspecifieke) 'Kwaliteitskader oncologische zorg van IKNL' en de SONCOS-normen, waarbinnen de oncologische zorg is ingebed.
- Diagnostiek van het anuscarcinoom vindt in alle EMBRAZE-ziekenhuizen plaats.
- Uitgangspunt bij behandeling is dat deze zoveel mogelijk dichtbij huis wordt aangeboden en alleen waar nodig in een meer gespecialiseerd behandelcentrum, ook dan bij voorkeur in de regio. EMBRAZE wil door netwerkvorming expertise in de regio behouden, om gespecialiseerde zorg dichtbij huis te kunnen blijven leveren. Dit betekent dat patiënten in principe ook binnen het netwerk kunnen worden verwezen, tenzij patiënten anders wensen.
- De behandeling van anuscarcinoom kan plaatsvinden in alle ziekenhuizen die aangesloten zijn bij het EMBRAZE-netwerk, waarbij er rekening wordt gehouden met onderstaande punten per specialisme;
- **Radiotherapeutische** behandeling wordt uitgevoerd in het Verbeeten Instituut (BVI), het Zuidwest Radiotherapeutisch Instituut (ZRTI) en het Erasmus MC (EMC). De behandelprotocollen zijn op elkaar afgestemd.
- Betreffende de **systemische behandelingen** gelden de landelijke volumennormen en kwaliteitseisen zoals beschreven in het soncos normeringsrapport en het shared care document. Systemische behandeling kan plaatsvinden in de ziekenhuizen binnen EMBRAZE waarbij aan deze volumennormen en kwaliteitseisen wordt voldaan.
- **Chirurgische** behandeling dient te worden uitgevoerd in een centrum met ruime ervaring in de behandeling van het rectumcarcinoom.

#### Samengevat

- Ieder ziekenhuis, waar een behandeling plaatsvindt, heeft een zorgpad waarin het lokale zorgproces is omschreven. Deze zorgpaden kunnen per betrokken instelling verschillend zijn, maar dienen aan te sluiten op de afspraken in deze netwerkstandaard.
- Iedere patiënt heeft een individueel zorgplan.

### 1.2 Monitoring en evaluatie

- Ieder ziekenhuis neemt deel aan de landelijke registraties (NKR, DCRA).
- Binnen EMBRAZE zullen regionale outcomebesprekingen worden georganiseerd, conform de landelijke eis.

## 2. Tumorspecifiek

### 2.1 Netwerktumorgroep en Netwerkstandaard

De Netwerktumorgroep anuscarcinoom is een onderdeel van de Netwerktumorgroep colorectaal carcinoom en bestaat uit vertegenwoordigers van elk ziekenhuis in het EMBRAZE-kankernetwerk.

Richtinggevend voor de inhoud van de netwerkstandaard zijn o.a.:

- De 'Zorgstandaard Kanker' (juli 2014), waarin door zorgprofessionals en patiënten de gewenste inhoud en organisatie van zorg is beschreven;



- Het 'Koersboek Oncologische Netwerkvorming' waarin door belanghebbende gremia 21 criteria zijn opgesteld die leidend zijn bij de regionale netwerkvorming;
- De landelijke Richtlijn anuscarcinoom, momenteel onder revisie, beschikbaar via [Startpagina - Anuscarcinoom - Richtlijn - Richtlijndatabase](#)

De netwerkstandaard bevat afspraken die betrekking hebben op:

- Standaardisatie op inhoud (o.a. in verslaglegging, uitvoering van diagnostiek en behandeling, en nazorgfollow-up);
- Organisatie en continuïteit van zorg over de gehele keten (casemanagement, MDO's, verwijzing inclusief maximaal toegestane wachttijden, overdracht van gegevens, communicatie tussen instellingen, regiebehandelaarschap etc.);
- Patiëntenparticipatie (zelfmanagement, gedeelde besluitvorming);
- Transparantie van zorg (benchmarking/ outcomebespreking);
- Samenwerking met de eerstelijnszorg (nazorg, palliatieve zorg);
- Stimuleren van (gezamenlijke) deelname aan wetenschappelijke studies.

De informatie in deze Netwerkstandaard anuscarcinoom is met de grootst mogelijke zorgvuldigheid samengesteld. Het document wordt tweejaarlijks geëvalueerd en waar nodig of mogelijk tussentijds geactualiseerd.

Toepassing van de standaard in de praktijk is de verantwoordelijkheid van de behandelend specialist. Er kunnen zich feiten of omstandigheden voordoen, waarin beargumenteerd wordt afgeweken van de standaard.

## **2.2 Zorgtraject**

De belangrijkste fasen en overdrachtmomenten in het zorgtraject anuscarcinoom bestaan na verwijzing vanuit de 1<sup>e</sup> lijn achtereenvolgens uit een diagnostische fase, MDO, behandeling en follow up. Het doel van de follow up is om recidief ziekte met al dan niet met metastase op te sporen.

### *2.2.1 Doorlooptijden*

Ieder individueel ziekenhuis houdt zich aan de vigerende SONCOS-normen.

### *2.2.2 Informatievoorziening en voorlichting*

Informatievoorziening wordt per ziekenhuis zelf verzorgd met aandacht voor de in dit document afgesproken onderdelen. De informatie is afgestemd op de situatie per patiënt. Hij/zij krijgt de informatie specifiek toegespitst op zijn/haar situatie en ook afgestemd op de behandelopties.

### *2.2.3 Regiebehandelaarschap*

Het Regiebehandelaarschap bij regionale verwijzing gaat over naar het ontvangend ziekenhuis gedurende de behandelduur in het ontvangend centrum. Indien de nazorg in het verwijzend centrum plaatsvindt gaat op dat moment het regiebehandelaarschap terug naar het verwijzend centrum.

### *2.2.4 Casemanagers*

Casemanagers zijn de spil binnen en tussen de ziekenhuizen. Binnen EMBRAZE zijn in elk ziekenhuis casemanagers betrokken bij patiëntenstromen tussen de ziekenhuizen.

## **2.3 Preventie, screening en verwijzing**

### *2.3.1 Screening en verwijzing*

Bij patiënten met Anal Intra-epitheliale Neoplasie (AIN) graad 2-3, met verhoogd risico op progressie naar carcinoom (bijvoorbeeld hiv-positieve mannen die seks hebben met mannen), dient verwijzing



naar een proctologisch gespecialiseerd centrum overwogen te worden voor verdere beoordeling en beleid.

### 2.3.2 Verslaglegging naar de huisarts

De huisarts wordt na afronding van de diagnostiek en voorstel behandelplan, de primaire behandeling en iedere vervolgbehandeling op de hoogte gebracht. Verslaglegging naar de huisarts vindt plaats binnen 2 werkdagen na het MDO en binnen 2 weken na starten en/of afronding van een behandeling/opname (mits het voorlopig verslag binnen 24 uur bij de huisarts is).

## 2.4 Diagnostiek en behandelplan (inclusief multidisciplinair overleg)

Diagnostiek vindt plaats conform de landelijke richtlijn Colorectaal Carcinoom. De actuele versie van de richtlijn staat in de richtlijndatabase van FMS,

### Diagnostiek

- Histopathologisch bewijs
- Beeldvorming: MRI en FDG PET-CT (>cT1), aangevuld met echografie van de liezen indien geïndiceerd.
- Laboratoriumonderzoek: Hiv-test en aanvullend oriënterend laboratoriumonderzoek in geval van behandeling met chemoradiatie (tenminste bestaande uit bloedbeeld, nierfunctie en DPYD bepaling).

## 2.5 Behandeling

### 2.5.1 Chirurgische lokale resectie

Type primaire resectie bij een beperkt anuscarcinoom wordt op het MDO besproken. Bij complexe (secundaire) chirurgie volgt er overleg met het EMC.

### 2.5.2 Lokale radiotherapie bij kleine tumoren

Individueel te bepalen aan de hand van de tumorkarakteristieken.

### 2.5.3 (Chemo)radiotherapie;

#### 2.5.3.1 Radiotherapie:

- VMAT SIB-techniek,  $33 \times 1,5$  Gy op de electieve kliergebieden in het kleine bekken en/of liezen beiderzijds, met een simultane geïntegreerde boost van  $33 \times 1,8$  Gy op de primaire tumor en, indien aanwezig, op de pathologische lymfeklieren.

Of

- VMAT,  $25 \times 1,5$  Gy op de electieve kliergebieden in het kleine bekken en/of liezen beiderzijds, met een sequentiële boost van  $8 \times 1,8$  Gy op de primaire tumor en, indien aanwezig, op de pathologische lymfeklieren.

#### 2.5.3.2 Chemotherapie:

Bij chemoradiotherapie:

- Capecitabine 2dd  $825 \text{ mg/m}^2$  op dagen van radiotherapie (niet in weekend, totaal 33 fracties), met mitomycine C  $12 \text{ mg/m}^2$  i.v. op dag 1 (max 20 mg). Bij optreden van coronairspasmen staken capecitabine en wissel naar S1. (2dd  $30 \text{ mg/m}^2$  op de bestralingsdagen)
- Alternatief bij contra-indicatie voor capecitabine (klaring eGFR  $< 30 \text{ mL/min/1.73m}^2$ ): 5-FU  $750 \text{ mg/m}^2$  dag 1–5 en dag 29–33 continu i.v., bij voorkeur via centrale lijn, met mitomycine C  $15 \text{ mg/m}^2$  dag 1.



Als Eerste lijn:

- Carboplatin (AUC 5) dag 1 intraveneus plus paclitaxel (80 mg/m<sup>2</sup>) op dag 1, 8 en 15 intraveneus in vierwekelijks schema, maximaal 6 cycli. Responseevaluatie na elke 3 kuren.
- Alternatief: cisplatin 60 mg/m<sup>2</sup> op dag 1 intraveneus plus 5-FU 1000 mg/m<sup>2</sup> op dag 1–4, intraveneus, 3-wekelijkse cycli, maximaal 8 cycli.
- Alternatief: CAPOX.

#### 2.5.4 *Bij recidieven en/of residu:*

Voor advies door te verwijzen naar het Erasmus MC: [ucrc@erasmusmc.nl](mailto:ucrc@erasmusmc.nl). Het Erasmus MC bespreekt deze patiënten in het eigen MDO en geeft de regiebehandelaar een advies/ voorstel voor een behandelplan.

#### 2.5.5 *(Oligo)metastatische ziekte*

In afwachting op het advies van de nationale richtlijnen.

## 2.6 **Follow up en responsbepaling**

### 2.6.1 *Algemeen*

De responsbepaling vindt plaats middels rectaal toucher en palpatie van de liezen. Op dit moment bestaat er geen gestandaardiseerd beleid met betrekking tot het type en de timing van beeldvormend onderzoek.

Ter overweging: Responsbepaling primaire tumor met MRI na 3–6 maanden. Bij twijfel over de klinische respons: scopie met biopt via MDL/of chirurgie. Onderzoek onder narcose behoort ook tot de mogelijkheden.

### 2.6.2 *Verantwoordelijke arts*

- Bij chemoradiotherapie is de radiotherapeut-oncoloog verantwoordelijk voor de responsbepaling en de reguliere follow up. Doel controles: tumorcontrole, monitoring en begeleiding lange termijn bijwerkingen chemoradiotherapie.

Ter overweging: Controles altemnerend met de chirurg om de 3 maanden gedurende de eerste twee jaar na afronding van de behandeling.

- Na chirurgie is de chirurg verantwoordelijk voor de responsbepaling en de reguliere follow up.

### 2.6.3 *Timing Follow up*

- Vanaf einde behandeling: elke 6-8 weken tot complete respons. Op T=6 maanden duidelijke uitspraak wel of geen complete respons vanwege mogelijke noodzaak tot salvage chirurgie.
- In de eerste twee jaar controles: à 3 maanden.
- In het derde jaar controles: à 6 maanden.
- Vanaf vierde jaar controles: à 12 maanden.
- Verdere follow-up na 5 jaar is niet meer noodzakelijk.

## 2.7 **Best supportive care**

Palliatieve zorg is bij uitstek zorg die vanuit het lokale ziekenhuis in samenspraak met de eerstelijns is georganiseerd. Binnen EMBRAZE is daarom aangegeven dat dit geen regionaal aandachtspunt is vanuit de NTG anuscarcinoom, maar uniform vanuit het consortium palliatieve zorg opgepakt zal worden.



Auteur NTG Anuscarcinoom EMBRAZE:  
G. Mulder, radiotherapeut-oncoloog BVI  
Meelezers  
E. Verdaasdonk, oncologisch chirurg JBZ  
M. Wumkes, internist-oncoloog JBZ  
M. Streppel, internist-oncoloog Amphia