

Regionale Netwerkstandaard Maagkanker EMBRAZE kankernetwerk

Status : versie 3.3
Datum : voorjaar 2026

Inhoudsopgave

1. Algemeen

- 1.1 EMBRAZE kankernetwerk
- 1.2 Netwerktumorgroep UGI
- 1.3 Netwerkstandaard Maagkanker
- 1.4 Organisatie en kwaliteit van maagkankerzorg

2. Maagkankerzorg EMBRAZE

- 2.1 Verdenking en verwijzing
- 2.2 Diagnostiek
 - Poli-bezoek: diagnostiek patiënt
 - Regionaal MDO UGI: vaststellen diagnose en opstellen behandeladvies
 - Bespreking behandeladvies en overdracht patiënt
- 2.3 Behandeling
 - Poli-bezoek: individueel zorgpad en voorlichting behandeltraject
 - Endoscopische behandeling
 - Neo-adjuvante chemotherapie + resectie
 - Primaire resectie / Palliatieve resectie
 - Regionaal MDO UGI: resultaat behandeling (PA)
 - Poli-bezoek: resultaat behandeling en follow-up (persoonlijk nazorgplan)
- 2.4 Nazorg en follow-up (FU)
 - Nazorg en FU na endoscopische behandeling
 - Nazorg en FU na primaire resectie
 - Nazorg en FU na (neo-)adjuvante perioperatieve therapie en resectie
- 2.5 Palliatieve Zorg
 - Palliatieve zorg bij geen curatieve opties
 - Palliatieve zorg bij gebleken inoperabiliteit / irresectabiliteit
 - Palliatieve zorg bij recidief / metastasen

3. Overige informatie

- 3.1 Studies
- 3.2 Gebruikte documenten en afkortingen

4. Bijlagen

1. Algemeen

1.1 EMBRAZE kankernetwerk

EMBRAZE is een regionaal netwerk voor kankerzorg, waarin 6 ziekenhuizen en 2 radiotherapie-instituten in de regio Zeeland en Midden- en West-Brabant samenwerken met Erasmus MC. De kern van EMBRAZE kankernetwerk wordt gevormd door Netwerktumorgroepen. De Netwerktumorgroep UGI richt zich op de zorg voor patiënten met maligne maag- en slokdarmaandoeningen in de regio.

1.2 Netwerktumorgroep UGI

Vanwege de complexiteit van diagnostiek en behandeling van maag- en slokdarmkanker zijn regionale samenwerking en centralisatie noodzakelijk. In de Netwerktumorgroep UGI participeren professionals uit de ziekenhuizen en radiotherapie-instituten in de regio en uit Erasmus MC.

In de Netwerktumorgroep worden studies besproken, behandelresultaten vergeleken middels uitkomstbesprekingen, verbeteracties geformuleerd bij ongewenste variatie en 'best practices' gedeeld. Werkafspraken betreffende het zorgproces worden vastgelegd in een Netwerkstandaard. Voor maagkanker is dat de Netwerkstandaard Maagkanker.

1.3 Netwerkstandaard Maagkanker

De Netwerkstandaard Maagkanker beschrijft alle stappen in het zorgproces en volgt de patient vanaf het moment van verwijzing wegens verdenking van maagkanker tot en met nazorg en follow-up of palliatieve behandeling. De netwerkstandaard is aanvullend op landelijke richtlijnen, kwaliteitseisen en normeringen voor oncologische zorg in het algemeen en voor patiënten met een maagcarcinoom in het bijzonder.

De Netwerkstandaard bevat samenwerkings- en verwijsafspraken en afspraken gericht op continue regionale kwaliteitsverbetering. Het betreft een 'levend' document met werkafspraken waaraan geen rechten kunnen worden ontleend. Kennisuitwisseling, uitkomstbesprekingen en best practices geven aanleiding om de standaard voortdurend te evalueren en te updaten. Dat geldt ook voor aanpassingen in landelijke richtlijnen en kwaliteits- en volumecriteria.

1.4 Organisatie en kwaliteit van maagkankerzorg

Binnen EMBRAZE kankernetwerk wordt state-of-the-art zorg geboden aan de patiënt met maagkanker: integrale zorg met gestandaardiseerde kwaliteit en gestructureerde kwaliteitsverbetering, dichtbij in het ziekenhuis als dat kan en wat verder weg in een meer gespecialiseerd (behandel)centrum als het moet. De Netwerkstandaard Maagkanker bevordert samenwerking, draagt bij aan een (steeds meer) uniforme werkwijze binnen de gehele zorgketen en stimuleert continue kwaliteitsverbetering van zorg voor patiënten met maagkanker in de regio.

De volgende uitgangspunten m.b.t. organisatie en kwaliteit van zorg zijn richtinggevend:

- Ieder EMBRAZE-centrum beschikt over een adequate oncologische infrastructuur, conform o.a. de normen genoemd in het 'Kwaliteitskader oncologische zorg van IKNL' (2012) en het 'SONCOS-Normeringsrapport' (versie 10, 2022).

- De medische zorg geschiedt in alle betrokken EMBRAZE-centra conform de landelijke Richtlijn Maagcarcinoom (2017).
- Diagnostiek geschiedt in beginsel in alle EMBRAZE-centra. Systemische behandeling voor patiënten met maagkanker vindt plaats in alle ziekenhuizen, indien mogelijk en logistiek haalbaar. De chirurgische behandeling is geconcentreerd in Erasmus MC en Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis. Nazorg en follow-up vinden zoveel mogelijk plaats in het verwijzend ziekenhuis. Elk EMBRAZE-centrum heeft een Zorgpad Maagkanker, waarin het lokale zorgproces is omschreven. De hierin vastgelegde medische zorg voldoet aan de landelijke richtlijn en volgt de afspraken in de regionale Netwerkstandaard Maagkanker.
- Iedere patiënt heeft een individueel zorgplan. Hiertoe wordt binnen de regio bij voorkeur hetzelfde (digitaal) format gebruikt, dat bij verwijzing naar een ander centrum wordt voortgezet.
- Alle EMBRAZE-centra nemen deel aan de landelijke (kwaliteits)registraties NKR en DUCA. Jaarlijks vindt o.b.v. geregistreerde data een regionale uitkomstbespreking plaats, gericht op vermindering van ongewenste behandelvariatie en regionale kwaliteitsverbetering.
- Er wordt (zoveel mogelijk) deelgenomen aan patiëntervaringsonderzoek (PROMs en PREMs), waarvan de resultaten jaarlijks regionaal kunnen worden besproken. Zo wordt het patiëntenperspectief meegenomen bij de regionale kwaliteitsverbetering.

2. Maagkankerzorg EMBRAZE

2.1 Verdenking en verwijzing

Bij een vermoeden van maagkanker verwijst de huisarts de patiënt naar de MDL-arts, bij voorkeur via Zorgdomein.n of voor een endoscopie in een ZBC. Verwijzing door een collega-specialist naar de MDL-arts verloopt volgens lokale afspraken. Uitwisseling van relevante gegevens tussen huisarts en behandelaar geschiedt digitaal. Onder relevante gegevens vallen i.i.g.:

- o gegevens patiënt (naam, geboortedatum, contactgegevens, medicatie, ziektegeschiedenis, comorbiditeit);
- o reden verdenking maagcarcinoom (dysfagie, passageklachten, gewichtsverlies, pijn in epigastrio, haematemesis en/of melaena, anemie).

De huisarts verstrekt de patiënt informatie over de procedure bij verwijzing naar de MDL-arts. Bij verwijzing door een collega-specialist verzorgt deze de informatievoorziening. Patiënt wordt altijd geadviseerd een naaste mee te nemen naar de polikliniek.

2.2 Diagnostiek

Diagnostiek geschiedt in alle EMBRAZE-centra, mits van voldoende kwaliteit en tenzij anders is aangegeven. Het vaststellen van de definitieve diagnose en het opstellen van het behandelplan gebeurt binnen een multidisciplinaire samenwerking. De doorlooptijd staat beschreven in het lokale zorgpad.

2.2.1 Poli-bezoek en diagnostiek patiënt

1^e bezoek poli MDL: endoscopie en afname bipten

Bij verdenking op een maagcarcinoom vindt lichamelijk onderzoek plaats en wordt een gastroscopie met bipten verricht conform protocol (bijlage 1). Na de scopie bespreekt de MDL-arts of internist-oncoloog (afhankelijk van lokale afspraken) het vermoeden van maagkanker met de patiënt en meldt

de patiënt aan bij de casemanager. De patiënt ontvangt uitleg over het verdere traject en schriftelijke informatie over maagkanker (patiëntenfolders m.b.t. onderzoeken en behandeling maagkanker). De huisarts wordt geïnformeerd over de uitslag en een 2^e poli-bezoek (of verwijzing) wordt voor de patiënt gepland.

2^e bezoek poli MDL: diagnostische onderzoeken (stadiëringsonderzoek)

- Lab (Nf, Lf, VBB)
- CT thorax/abdomen

De MDL-arts en/of casemanager bespreken met de patient de voorlopige uitslag en het vervolgtraject. Daarbij komt aan de orde:

- Bepaling performance status (WHO, ASA)
- Screening op ondervoeding (SNAQ-score) en verwijzing naar de diëtist
- Geriatrische screening (G8, CIT6) en zonodig verwijzing naar de geriater (bijlage 2)
- Mogelijk aanvullend onderzoek op indicatie (ter bepaling in regionaal MDO UGI):
 - EUS: indien suspecte laesies aanwezig
 - Diagnostische laparoscopie: indien patient pre-operatieve chemotherapie ondergaat
- Benaderen voor inclusie POCOP

De patiënt wordt aangemeld voor bespreking in het regionale MDO, conform het format (bijlage 3). Een vervolgspraak met de MDL-arts wordt gepland en de huisarts/verwijzer wordt geïnformeerd.

2.2.2 Regionaal MDO UGI: vaststellen diagnose en opstellen behandeladvies

Het regionale MDO vindt eenmaal per week plaats op dinsdag om 17:00 uur via videoconference. In dit MDO participeren (conform de SONCOS-normering) in ieder geval de volgende professionals: chirurg, MDL-arts, internist-oncoloog, radioloog/nucleair geneeskundige, radiotherapeut-oncoloog, patholoog, casemanager en/of oncologieverpleegkundige en/of verpleegkundig specialist oncologie en eventueel andere verpleegkundigen of paramedici. De huisarts van de patiënt wordt geïnformeerd.

Middels bespreking van de gastroscopie, PA, beeldvorming en patiëntkenmerken wordt tijdens het MDO de diagnose gesteld en wordt getoetst of en zo ja er studies zijn, waarin patient mogelijk geïnccludeerd kan worden. Vervolgens wordt een behandeladvies opgesteld en wordt bepaald of en zo ja welke aanvullende diagnostiek nodig is:

- EUS: op indicatie ter vaststelling van de proximale grens.
- Diagnostische laparoscopie: voor alle patiënten die pre-operatieve chemotherapie ondergaan. De laparoscopie wordt in het chirurgisch centrum uitgevoerd vóór de start van de behandeling. De patiënt wordt dan simultaan naar internist-oncoloog en chirurg verwezen en de laparoscopie wordt zo gepland dat het tijdvak tussen biopt en start preoperatieve chemotherapie de 5 weken niet overschrijdt.

Er wordt een digitaal MDO-verslag opgemaakt volgens format (bijlage 3) evenals een brief voor de huisarts/verwijzer.

2.2.3 Bespreking behandelplan en overdracht patiënt

De MDL-arts (of internist-oncoloog) bespreekt de uitslagen van de onderzoeken en PA en de diagnose maagkanker met de patiënt. Het behandeladvies van het regionaal MDO UGI wordt aan de patiënt voorgelegd en toegelicht. Daarbij wordt aangegeven of sprake is van een curatief of palliatief behandeldoel. Eventuele keuzes betreffende behandelbeleid worden besproken. Als het behandelplan is besproken, rondt de MDL-arts de behandelrelatie met de patiënt af en draagt deze over aan de chirurg en/of internist-oncoloog.

2.3 Behandeling

Het advies van het regionaal MDO UGI bestaat uit verschillende curatieve of palliatieve behandelopties. In overleg met de patiënt wordt het best passende behandeltraject bepaald.

2.3.1 Poli-bezoek: individueel zorgpad en voorlichting behandeltraject

In een gesprek met de patient (en diens naaste) wordt, uitgaande van de behandelopties en de wensen van de patient, een individueel zorgpad ingericht. Daarbij komen aan de orde:

- de uitslag van het regionaal MDO UGI en de voorgestelde therapie;
- eventuele alternatieve behandelingen;
- voor- en nadelen van de behandeling;
- bereikbaarheid van de casemanager;
- optimaliseren van de pre-operatieve conditie van de patient (prehabilitatie).

Aan de patiënt wordt ook voorlichting / patienteninformatie verstrekt:

- Patiënteninformatie (behandeling) maag- of slokdarmkanker;
- Informatie over de NKR (Registreren van kanker);
- Informatie over NFK, Kanker.nl, SPKS, MLDS (informatie over lotgenotencontact, psychosociale en paramedische zorg tijdens het zorgtraject).

Wanneer het individuele zorgpad afwijkt van het oorspronkelijke behandeladvies, wordt de patient opnieuw aangemeld voor en besproken in het regionaal MDO UGI.

2.3.2 Endoscopische behandeling

Endoscopische resectie geschiedt in Erasmus MC (MDL-arts) en ETZ en wordt gevolgd door bespreking van de patiënt in het regionaal MDO UGI. Hier wordt bepaald of eventueel vervolgbehandeling nodig is. Wanneer sprake is van ongunstige criteria (zie 2.3.5) of wanneer de resectie niet radicaal is, volgt alsnog chirurgische resectie, al dan niet met chemotherapie.

2.3.3 Neo-adjuvante chemotherapie plus resectie

Wanneer de behandeling bestaat uit neo-adjuvante chemotherapie gevolgd door resectie, werkt de internist-oncoloog uit het ziekenhuis van de patient samen met de chirurg uit het opererend ziekenhuis:

- Vóór de start van neo-adjuvante chemotherapie beoordeelt de chirurg de operabiliteit, o.b.v. o.a. de stadierende laparoscopie en de performancestatus van de patient.

- De internist-oncoloog plant na de laatste kuur een CT thorax/abdomen ter restadiëring, gevolgd door bespreking in het regionaal MDO UGI.
- Resectie vindt plaats in Erasmus MC of ETZ.
- Afhankelijk van het lokale gebruik wordt de toegang voor de chemotherapie toegepast (PICC-lijn danwel Port-a-cath. Indien dit een interventie met narcose is verdient de voorkeur dit te combineren met de diagnostische laparoscopie.

2.3.4 Primaire resectie / Palliatieve resectie

Primaire resectie vindt plaats in Erasmus MC of ETZ. Na de resectie wordt de PA in het regionaal MDO UGI besproken.

Palliatieve resectie wordt alleen uitgevoerd wanneer klachten niet op andere wijze (bijvoorbeeld via radiotherapie) te palliëren zijn. Palliatieve resectie is maatwerk en vindt plaats in Erasmus MC of ETZ.

2.3.5 Regionaal MDO UGI: resultaat behandeling (PA)

Na de behandeling wordt het resultaat besproken in het regionaal MDO UGI. Wanneer bij endoscopische behandeling gebleken is van evidente ingroei in de submucosa, slechte differentiatiegraad, vaso-invasieve groei of geen remissie van hooggradige neoplasie, volgt in principe alsnog chirurgische resectie, al dan niet met chemotherapie.

2.3.6 Poli-bezoek: resultaat behandeling en follow-up (persoonlijk nazorgplan)

Na bespreking in het MDO vindt een gesprek met de patiënt plaats over het resultaat van de behandeling en de follow-up. De patiënt wordt geïnformeerd over:

- doel nazorg, mogelijkheden en onmogelijkheden;
- symptomen en optreden recidief / metastase;
- gevolgen kanker(behandeling);
- ondersteuning paramedici;
- mogelijkheden monitoring via EORTC QLQ-C30 (PROMs).

In samenspraak met de patiënt wordt een persoonlijk nazorgplan opgesteld, op basis van het format Nazorgplan Oncologie (Richtlijn herstel na kanker) en rekening houdend met hetgeen hierna volgt in 2.4. Ook wordt de huisarts geïnformeerd over het resultaat behandeling en de follow-up.

2.4 Nazorg en follow-up (FU)

Na een operatie vind nazorg in eerste instantie plaats door de chirurg of MDL-arts, in het centrum van behandeling. Bij chemotherapie vindt primaire nazorg plaats door de internist-oncoloog in het behandelend centrum. FU na een in opzet curatieve behandeling vindt in principe plaats in het verwijzend centrum.

De FU dient gericht te zijn op kwaliteit van leven. Er is slechts plaats voor aanvullend onderzoek op geleide van klachten. Het standaard screenen op klachten en op risicofactoren voor een verstoorde verwerking van het ziekteproces op diverse momenten in het zorgtraject en dus ook tijdens de nazorg en FU is zinvol. Screening dient gevolgd te worden door bespreking in het behandelteam en waar nodig verwijzing. Artsen, casemanagers, verpleegkundigen dienen daarom op de hoogte te zijn

van de verwijzingsmogelijkheden naar gespecialiseerde psychosociale nazorg, multidisciplinaire revalidatie en lotgenotencontact (SPKS).

Het signaleren van Distress geschiedt m.b.t. de Lastmeter. Voedingsgerelateerde problemen na resectie, zoals (dreigende) ondervoeding, dumping, dysfagie en/of het ontstaan van deficiënties worden begeleid door de diëtist.

2.4.1 Nazorg en FU na endoscopische behandeling

Endoscopische behandeling van het maagcarcinoom vindt plaats door de MDL-arts in Erasmus MC en ETZ. Wanneer geen vervolgbehandeling noodzakelijk was of plaatsvond, start de MDL-arts in Erasmus MC endoscopische FU volgens schema:

- in het eerste jaar elke 3 maanden;
- in het tweede jaar elke 6 maanden;
- daarna jaarlijks, tot en met het vijfde jaar

De MDL-arts informeert de verwijzer en de huisarts over de bevindingen tijdens de follow-up.

2.4.2 Nazorg en FU na primaire resectie

Bij een primaire resectie start de behandelend chirurg de FU volgens schema:

- in het eerste jaar na twee weken, na zes weken en daarna iedere drie maanden
- In het eerste jaar moet gestart worden met vit B12 suppletie sc, eenmalig laboratoriumonderzoek op vitamine deficiënties is te overwegen
- in het tweede jaar iedere zes maanden;
- daarna jaarlijks t/m het vijfde jaar (daarna is er geen indicatie meer voor routinematige FU).

De chirurg informeert de huisarts jaarlijks over de bevindingen bij controle. Bij verdenking van een recidief of metastasen is aanvullend onderzoek geïndiceerd en wordt de patiënt aangemeld voor bespreking in het MDO UGI. Ingeval van een recidief of metastasen informeert de chirurg de huisarts. Dan volgt in principe chemotherapie.

2.4.3 Nazorg en FU na (neo-)adjuvante perioperatieve therapie plus resectie

Bij (neo-)adjuvante perioperatieve therapie plus resectie vindt FU plaats bij de medisch oncoloog, in centrum van diagnose volgens schema:

- in het eerste jaar na drie weken, na zes weken en daarna iedere drie maanden;
- In het eerste jaar moet gestart worden met vit B12 suppletie sc, eenmalig laboratoriumonderzoek op vitamine deficiënties is te overwegen
- in het tweede jaar iedere zes maanden;
- daarna jaarlijks t/m het vijfde jaar (daarna is er geen indicatie meer voor routinematige FU).

De medisch oncoloog informeert de huisarts jaarlijks over de bevindingen bij controle. Bij verdenking van een recidief of metastasen is aanvullend onderzoek geïndiceerd en wordt de patiënt aangemeld voor bespreking in het MDO UGI. Ingeval van een recidief of metastasen informeert de medisch oncoloog direct de huisarts. Dan volgt in principe weer chemotherapie.

2.5 Palliatieve Zorg

Bij palliatieve zorg is de behandeling gericht op de kwaliteit van leven. Voor de best mogelijk zorg wordt bij voorkeur het Palliatief Team ingeschakeld.

2.5.1 Palliatieve zorg bij geen curatieve behandelopties / gebleken in-operabiliteit

Wanneer geen in opzet curatieve behandeling mogelijk is of wanneer sprake is van gebleken irresectabiliteit, kan palliatieve behandeling gestart worden.

- Palliatieve chemotherapie kan worden ingezet, gericht op verbetering van kwaliteit van leven en verlenging van de mediane overleving.
- Palliatieve radiotherapie kan worden ingezet voor het behandelen van bloedingscomplicaties.
- Stentplaatsing (endoscopisch) of gastrojejunostomie (chirurgisch of endoscopisch) kan in voorkomende gevallen ter palliatie worden overwogen.

De huisarts wordt geïnformeerd over bevindingen, behandeling en prognose.

2.5.2 Palliatieve zorg bij recidief / metastasen

Wanneer sprake is van een recidief en/of metastasen wordt de patiënt besproken in het MDO UGI en vindt verwijzing plaats van de patient naar de medisch oncoloog (chemotherapie), de radiotherapeut (radiotherapie) en/of de MDL-arts (stentplaatsing). De casemanager blijft in contact met de patiënt. De huisarts wordt geïnformeerd over de behandelingen en de prognose.

Voor een overzicht van de huidige afspraken aangaande systemische behandelingen binnen EMBRAZE verwijzen we naar het overzicht 'systemische behandeling upper GI tumoren' (zie bijlage). Bij het opstellen van dit overzicht zijn de targets genoemd in de lijst Klinisch Noodzakelijke targets maagcarcinoom meegewogen. (<https://www.nvmo.org/zorg/moleculaire-diagnostiek/knt-lijsten/>)

3. Overige informatie

3.1 Studies

Deze worden onderling besproken en verspreid binnen de NTG UGI

3.2 Gebruikte afkortingen

- CBO: Centraal Begeleidings Orgaan
- EMR: Endoscopische Mucosale Resectie
- ESD: Endoscopische Submucosale Resectie
- EUS: Endoscopische Echografie
- EMBRAZE kankernetwerk : oncologische samenwerking in Zuidwest Nederland tussen Admiraal de Ruijter Ziekenhuis, Amphia Ziekenhuis, Bravis Ziekenhuis, Erasmus MC, Elisabeth Tweesteden Ziekenhuis, Jeroen Bosch Ziekenhuis, Zorgsaam Zeeuws-Vlaanderen, Instituut Verbeeten en Zuidwest Radiotherapie Instituut
- IGJ: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

- IKNL: Integraal Kankercentrum Nederland
- MDO: Multidisciplinair Overleg
- MLDS: Maag Lever Darm Stichting
- NHG: Nederlands Huisartsen Genootschap
- NFU: Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
- NKR: Nederlandse Kanker Registratie
- NTG: Netwerk Tumorgroep
- NVZ: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- SONCOS: Stichting Oncologische Samenwerking
- SPKS: Stichting voor Patienten met Kanker aan het Spijsverteringskanaal