KCE REPORT 253As

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SAMENVATTING

NIERKANKER BIJ VOLWASSENEN: DIAGNOSE, BEHANDELING EN OPVOLGING





KCE REPORT 253As
GOOD CLINICAL PRACTICE

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SAMENVATTING

NIERKANKER BIJ VOLWASSENEN: DIAGNOSE, BEHANDELING EN OPVOLGING

NADIA BENAHMED, JO ROBAYS, SABINE STORDEUR, THIERRY GIL, STEVEN JONIAU, NICOLAAS LUMEN, LAURETTE RENARD, SANDRINE RORIVE, DIRK SCHRIJVERS, BERTRAND TOMBAL, BART VAN DEN EYNDEN, GEERT VILLEIRS, SYLVIE ROTTEY

VOORWOORD

Ziehier een discrete kanker. Het is niet de meest frequente, maar evenmin de meest zeldzame: 1 660 nieuwe gevallen in België in 2012, met daarbij een voorkeur voor het mannelijke geslacht. Hij is niet de meest vriendelijke, maar ook niet de meest kwaadaardige: met een overlevingskans van meer dan 70% na 5 jaar hoort hij nog net bij de top 10 van de kankers met de beste prognose. Ook op gebied van symptomen is hij discreet: omdat hij meestal pijnloos is, wordt hij vaak toevallig ontdekt, op een echo- of radiografie die om een heel andere reden werd uitgevoerd.

Onze klinische richtlijn zet de vandaag beschikbare kennis op een rijtje, van het nauwkeurig stellen van de diagnose tot het kiezen van de meest optimale behandeling. Nieuwe, minder invasieve en meer conserverende chirurgische technieken deden hun intrede. Zij maakten de ingreep minder zwaar en de pijn na de operatie minder belastend. Voor de patiënt is het wel belangrijk dat zijn behandelend chirurg deze bijzondere technieken goed in de vingers heeft.

Patiënten waarbij de tumor reeds is uitgezaaid, komen jammer genoeg niet meer voor deze curatieve chirurgie in aanmerking. Toch is er ook voor hen een steeds groter wordend gamma van mogelijke behandelingen beschikbaar, met ondermeer veelbelovende ontwikkelingen op het vlak van de gepersonaliseerde behandelingen (doelwit-gericht). Voorwaarde is wel dat deze behandelingen ook effectief doelgericht worden gegeven… want door hun lange lijst van neveneffecten en hun hoge kostprijs moet een onoordeelkundig gebruik absoluut vermeden worden.

Voor patiënten aan wie toch palliatieve zorg moet worden verleend, leverde de systematische zoektocht in de wetenschappelijke literatuur een aantal betrouwbare, specifieke interventies op die duidelijk zorgen voor een verbetering van de levenskwaliteit, in tegenstelling tot een therapeutische hardnekkigheid die in zulke gevallen vaak meer kwaad dan goed doet.

Bij dit alles mag men nooit vergeten dat, in elk stadium van de ziekte, het geven van informatie aan de patiënt en het in aanmerking nemen van zijn voorkeuren cruciaal zijn bij het nemen van zware beslissingen. Alleen dan is een optimale behandeling die strookt met zijn levenskeuze mogelijk… ook en vooral op een moment dat elk van de nog resterende dagen telt.

Christian LÉONARD
Adjunct Algemeen Directeur

Raf MERTENS
Algemeen Directeur

SAMENVATTING

INHOUDSTAFEL

■ **VOORWOORD** **1**
■ **SAMENVATTING** **2**
1. INLEIDING **4**
2. DOELSTELLING EN SCOPE VAN DEZE RICHTLIJN **4**
3. METHODES **5**
3.1. SYSTEMATISCHE LITERATUURSTUDIE 5
3.2. FORMULERING EN VALIDERING VAN DE AANBEVELINGEN 5
4. KLINISCHE AANBEVELINGEN **7**
4.1. DIAGNOSE 7
4.1.1. CT met contrastwerking 7
4.1.2. Botscan 7
4.1.3. Beeldvorming van de hersenen 8
4.1.4. PET/CT 8
4.1.5. Biopsie 8
4.2. PROGNOSE EN VOORSPELLING VAN BEHANDELINGSEFFICIËNTIE 8
4.3. BEHANDELING VAN GELOKALISEERDE NIERKANKER 9
4.3.1. Chirurgie 9
4.3.2. Management van niercelkanker met complicaties van vena thrombus 10
4.3.3. Alternatief voor chirurgie 10
4.3.4. Ablatieve therapie 10
4.3.5. Adjuvante behandeling 10
4.4. BEHANDELING VAN LOKALE HERVAL/UITZAAIINGEN 11
4.4.1. Chirurgie 11
4.4.2. Systemische behandelingen 11
4.5. PALLIATIEVE ZORGEN 12
4.6. OPVOLGING 12

5. IMPLEMENTATIE EN ACTUALISERING VAN DE RICHTLIJN 13
5.1. IMPLEMENTATIE 13
5.2. MONITORING VAN DE ZORGKWALITEIT 13
5.3. ACTUALISERING RICHTLIJN 13

1. INLEIDING

Niercelkanker vertegenwoordigt 2-3% van alle gevallen van kanker, met de hoogste incidentie in westerse landen. Tijdens de voorbij twee decennia steeg het aantal gevallen jaarlijks met ongeveer 2% in Europa, hoewel er in Denemarken en Zweden sprake was van een constante daling.'[1]

In 2012 werden er 1 060 gevallen van nierkanker bij mannen geregistreerd in het Belgische Kankerregister, wat neerkomt op een ruw percentage van 19.6 per 100 000 mannen per jaar en een leeftijdsgestandaardiseerd incidentiecijfer van 15.8 per 100 000 mannen per jaar (Europese standaardpopulatie). Onder de vrouwelijke bevolking werden 600 gevallen geregistreerd, wat neerkomt op een ruwe incidentie van 10.7 per 100 000 vrouwen per jaar en een leeftijdsgestandaardiseerd incidentiecijfer van 7.5 per 100 000 per jaar (Europese standaardpopulatie). Incidentie stijgt met de leeftijd, met een piekincidentie op 80.3 per 100 000 mannen per jaar tussen 75 en 80 jaar oud en van 45.2 per 100 000 vrouwen per jaar tussen 80 en 85 jaar oud (Bron: http://www.kankerregister.org).

Niercelkanker is het meest voorkomende solide nierletsel en vertegenwoordigt ongeveer 90% van alle kwaadaardige nierkankergevallen. Er bestaan verschillende types met specifieke histopathologische en genetische kenmerken. Risicofactoren zijn o.a. aan leefstijl gerelateerd, zoals roken, obesitas en hypertensie. Een eerstegraadsfamilielid met nierkanker wordt ook geassocieerd met een verhoogd risico op niercelkanker. Door de betere screening van tumoren dankzij beeldvormingstechnieken zoals echografie (US) en computed tomography (CT) is het aantal toevallig gediagnosticeerde gevallen van niercelkanker gestegen. Deze tumoren zijn vaak kleiner en bevinden zich in een vroeger stadium.

2. DOELSTELLING EN SCOPE VAN DEZE RICHTLIJN

De bedoeling van deze richtlijn is het formuleren van aanbevelingen voor gezondheidszorgverstrekkers op basis van het bestaande bewijs rond diagnose, behandeling en opvolging van volwassen patiënten met nierkanker.

Deze richtlijn richt zich op de diagnose, stadiumbepaling, behandeling en opvolging van patiënten met bevestigde nierkanker. Het gaat hier niet om kostenefficiëntie. Screening en preventie van nierkanker worden hier niet behandeld.

3. METHODES

3.1. Systematische literatuurstudie

Er werd een zoekopdracht uitgevoerd naar klinische richtlijnen in verschillende databanken en institutionele websites (OVID Medline, de National Guideline Clearinghouse en de GIN database). De zoekopdracht naar systematische reviews, meta-analyses en primaire studies werd uitgevoerd in OVID MEDLINE, Embase en de Cochrane Library (Cochrane Database of Systematic Reviews, DARE en HTA database). Twee onafhankelijke onderzoekers hebben de selectie, kwaliteitsbepaling en data-extractie van de onderzoeken uitgevoerd. De analyse werd hiërarchisch aangepakt op de volgende manier:

1. Extractie van de data uit systematische reviews en meta-analyses; indien er geen kwaliteitsvolle systematische reviews en meta-analyses voorhanden waren, werden kwaliteitsvolle klinische richtlijnen als uitgangspunt genomen.
2. Zoektocht naar de recentste primaire studies om het bewijs dat werd gevonden in de vorige stap aan te vullen (gerandomiseerde en prospectieve gecontroleerde trials).

De zoekopdracht besloeg de periode van 2009 tot 2015.

3.2. Formulering en validering van de aanbevelingen

Op basis van het gevonden bewijs, werd de eerste versie van de aanbevelingen opgesteld door een kleine werkgroep (KCE experts en leden van de Guideline Development Group (GDG)). Deze eerste versie werd, samen met de bewijstabellen, doorgegeven aan de Guideline Development Group, 2 weken voor de face-to-face gesprekken (10 oktober 2014; 27 maart 2015; 28 april 2015). Aanbevelingen werden gewijzigd indien belangrijk nieuw bewijs deze wijziging staafde. Op basis van de Verklaringen over mogelijk belangenconflict werden officieel geregistreerd.

discussiegesprekken werd een tweede versie van de aanbevelingen opgesteld en opnieuw doorgegeven aan de Guideline Development Group voor eindgoedkeuring.

Om het bewijsniveau en de sterkte van de aanbeveling te bepalen werd de GRADE-methodologie gevolgd (Tabel 1 & 2). De sterkte van de aanbeveling hangt af van de balans tussen alle gewenste en ongewenste effecten van een ingreep (met name netto klinisch voordeel, kwaliteit van het beschikbare bewijs, waarden en voorkeuren en geschatte kost (gebruik). Er werd geen formeel kostefficiëntie-onderzoek gevoerd voor deze richtlijn. We hebben GRADE niet gebruikt voor diagnostische klinische vragen omdat de aanpak niet op punt staat en er geen consensus bestaat over hoe de methodologie te gebruiken voor diagnose-gerelateerde kwesties.

Globaal gezien waren 15 experts van de GDG betrokken bij de evaluatie van de klinische aanbevelingen. Alle uitgenodigde panelleden kregen de wetenschappelijke rapporten van alle onderzoeksvragen en duidden aan of ze al dan niet akkoord gingen met de aanbeveling (de panelleden konden ook ‘niet van toepassing’ aangeven wanneer ze niet vertrouwd waren met de onderliggende materie). Dit gebeurde via een online bevraging. De wetenschappelijke argumenten van deze experts werden gebruikt om de formulering of sterkte van de klinische aanbevelingen aan te passen. Ook patiëntvertegenwoordigers speelden een sleutelrol in het informeren van de groep over het gezichtspunt en ervaringen van de patiënt.

De aanbevelingen van de GDG werden bezorgd aan professionele verenigingen. Elke vereniging werd gevraagd om een of twee hoofdvertegenwoordigers aan te duiden als externe reviewers van de richtlijnversie. Alle expert referees legden verklaringen af over mogelijk belangenconflict.

Ten slotte werd de huidige richtlijn nagekeken door 3 onafhankelijke validatoren (cf. colofon) voorafgaand aan de publicatie.

Tabel 1 – Niveaus van bewijskracht volgens het GRADE-systeem[a]

Kwaliteitsniveau	Definitie	Methodologische kwaliteit van het ondersteunend bewijsmateriaal
Hoog	We betrouwen er sterk op dat het werkelijke effect dicht bij het geschatte effect ligt.	RCT's zonder ernstige beperkingen of overweldigend bewijs uit observationele studies.
Matig	We hebben een matig vertrouwen in het geschatte effect: het werkelijke effect zal waarschijnlijk dicht bij het geschatte effect liggen, maar de mogelijkheid bestaat dat er een aanzienlijk verschil is.	RCT's met ernstige beperkingen (inconsistente resultaten, methodologische beperkingen, indirect of onnauwkeurig bewijs) of uitzonderlijk sterk bewijs uit observationele studies.
Laag	Ons vertrouwen in het geschatte effect is beperkt: het werkelijke effect kan aanzienlijk verschillen van het geschatte effect.	RCT's met zeer ernstige beperkingen of observationele studies of patiëntenreeksen.
Zeer laag	We hebben erg weinig vertrouwen in het geschatte effect: het werkelijke effect zal waarschijnlijk aanzienlijk verschillen van het geschatte effect.	

Tabel 2 – Sterkte van aanbevelingen volgens het GRADE-systeem[b]

Niveau van bewijskracht	Definitie
Sterk	De gewenste effecten van een interventie wegen duidelijk op tegen de ongewenste effecten *(de interventie moet in de praktijk gebracht worden)*, of de ongewenste effecten van een interventie wegen duidelijk op tegen de gewenste effecten *(de interventie moet niet in de praktijk gebracht worden).*
Zwak	De gewenste effecten van een interventie wegen waarschijnlijk op tegen de ongewenste effecten *(de interventie moet waarschijnlijk in de praktijk gebracht worden)*, of de ongewenste effecten van een interventie wegen waarschijnlijk op tegen de gewenste effecten *(de interventie moet waarschijnlijk niet in de praktijk gebracht worden).*

[a] Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. J Clin Epidemiol. 2011;64(4):401-6.

[b] Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A, et al. Going from evidence to recommendations.[Erratum appears in BMJ. 2008 Jun 21;336(7658): doi:10.1136/bmj.a402]. BMJ. 2008;336(7652):1049-51.

4. KLINISCHE AANBEVELINGEN

De details van het bewijs dat werd gebruikt om de aanbevelingen en goede praktijken te formuleren zijn beschikbaar in het wetenschappelijke rapport en bijlagen. De tabellen volgen de opeenvolging van de hoofdstukken van het wetenschappelijke rapport.

4.1. Diagnose

Goede praktijken
Het gebruik van het huidige TNM-classificatiesysteem is aanbevolen.
Het gebruik van systemen voor stadiëring en classificatie van niercelkanker subtype is aanbevolen.
De patiënt heeft het recht volledig te worden ingelicht over zijn toestand, de behandelingsmogelijkheden en gevolgen. Informatie moet correct zijn, gecommuniceerd worden in een heldere en ondubbelzinnige taal en aangepast aan de individuele patiënt. Men moet rekening houden met de patiëntvoorkeuren wanneer wordt gekozen voor een bepaalde behandeling. Men moet extra aandacht geven aan slecht nieuws gesprekken en hoe om te gaan met bijwerkingen.
Elke patiënt, vanaf de diagnose, moet psychosociale steun aangeboden krijgen.

4.1.1. CT met contrastwerking

Aanbevelingen
• Multifasische abdominale CT met contrastvloeistof is aangeraden voor de diagnose en karakterisering van patiënten met nierletsel. Bij tegenindicatie voor injectie met contrastvloeistof die jodium bevat kan een MRI gebruikt worden als alternatief.
• Multifasische abdominale CT met contrastvloeistof of MRI zijn de meest aangewezen beeldvormingstechnieken voor de stadiëring van een nierletsel voor een chirurgische ingreep.
• Voor een tumor ≥ T2 of ≥ N1 of M1 is een CT met contrastvloeistof van de thorax aanbevolen.

4.1.2. Botscan

Aanbeveling
• Een botscan wordt niet standaard aangeraden wanneer er geen sprake is van skeletsymptomen of verhoogde alkalische fosfatasen.

4.1.3. Beeldvorming van de hersenen

Aanbeveling
• Beeldvorming van de hersenen wordt niet standaard aangeraden wanneer er geen sprake is van symptomen.

4.1.4. PET/CT

Aanbeveling
• PET/CT wordt niet standaard aangeraden bij de diagnose, stadiëring en opvolging van niercelkanker.

4.1.5. Biopsie

Aanbeveling
• Een niertumorbiopsie (bij voorkeur met coaxiale techniek) wordt aangeraden voor ablatieve therapie en systematische therapie wanneer er geen eerder pathologisch onderzoek gebeurde.

4.2. Prognose en voorspelling van behandelingsefficiëntie

Aanbevelingen
• Prognosesystemen zijn aangeraden bij een metastatische ziekte om de overlevingskansen in te schatten.
• Bij een gelokaliseerde ziekte kan het gebruik van geïntegreerde prognosesystemen of nomogrammen overwogen worden voor prognose, bovenop TNM.
• Er wordt vandaag geen moleculaire prognosemarker aangeraden voor routine klinisch gebruik.

4.3. Behandeling van gelokaliseerde nierkanker

4.3.1. Chirurgie

Aanbevelingen	Aanbevelingswaarde	Bewijsniveau
• Chirurgie met curatieve intentie wordt aangeraden bij patiënten met gelokaliseerde nierkanker.	Sterk	Zeer laag
• Indien technisch haalbaar, is een laparoscopische techniek te verkiezen boven open chirurgie wanneer een radicale nefrectomie vereist is.	Zwak	Matig
• Gedeeltelijke nefrectomie kan worden uitgevoerd met een open of laparoscopische aanpak, waarbij de tweede bij voorkeur worden uitgevoerd in centra met laparoscopische expertise.	Sterk	Zeer laag
• Een radicale laparoscopische nefrectomie mag niet worden uitgevoerd bij patiënten met T1-tumoren bij wie gedeeltelijke nefrectomie is aangewezen.	Sterk	Zeer laag
• Gedeeltelijke nefrectomie is aangewezen bij patiënten met T1a-niertumoren.	Sterk	Zeer laag
• Gedeeltelijke nefrectomie zou de voorkeur moeten krijgen boven radicale nefrectomie bij patiënten met T1b-niertumor, wanneer technisch haalbaar.	Sterk	Zeer laag
• Wanneer gedeeltelijke nefrectomie geen optie is voor T1- en T2-nierkanker, moet een radicale nefrectomie worden uitgevoerd.	Sterk	Laag
• Een radicale laparoscopische nefrectomie is aangewezen bij patiënten met T2-tumoren en gelokaliseerde nierletsels die niet behandelbaar zijn door nefronsparende chirurgie.	Sterk	Laag
• Routine verwijdering van de bijnier tijdens (gedeeltelijke of radicale) nefrectomie is niet aanbevolen wanneer er geen klinisch bewijs is van de aantasting van de bijnier.	Sterk	Zeer laag
• Lymfeklierdissectie (lymfadenectomie) mag niet standaard worden uitgevoerd bij patiënten met een gelokaliseerde niertumor zonder klinisch bewijs van aantasting van de lymfeklier.	Sterk	Laag
• Bij patiënten met klinisch vergrootte lymfeklieren kan een lymfeklierdissectie worden uitgevoerd voor stadiëring of lokale controle.	Zwak	Laag
• Embolisatie voor een nefrectomie wordt niet standaard aangeraden.	Sterk	Laag

4.3.2. Management van niercelkanker met complicaties van vena thrombus

Aanbevelingen	Aanbevelingswaarde	Bewijsniveau
• Verwijdering van de niertumor en cava thrombus is aanbevolen bij patiënten met niet-metastatische nierkanker.	Sterk	Zeer laag
• Om hen optimaal te kunnen verzorgen, moeten patiënten met een tumorthrombus boven het middenrif behandeld worden in een behandelingscentrum met expertise in cardiopulmonaire chirurgisch-technische protocollen.	Sterk	Zeer laag

4.3.3. Alternatief voor chirurgie

Aanbeveling	Aanbevelingswaarde	Bewijsniveau
• Actieve opvolging van kleine nierletsels kan worden aangeboden in selecte patiëntengroepen: fragiele oudere en/of patiënten met comorbiditeit.	Zwak	Laag

4.3.4. Ablatieve therapie

Aanbeveling	Aanbevelingswaarde	Bewijsniveau
• Radiofrequente ablatie of cryoablatie kan een behandelingsoptie zijn voor een selecte patiëntengroep: fragiele oudere en/of comorbide patiënten met kleine nierletsels. Voor andere patiëntengroepen is gedeeltelijke nefrectomie aangeraden.	Zwak	Zeer laag

4.3.5. Adjuvante behandeling

Aanbeveling	Aanbevelingswaarde	Bewijsniveau
• Adjuvante therapie is niet aanbevolen buiten klinische trials.	Sterk	Zeer laag

4.4. Behandeling van lokale herval/uitzaaiingen

4.4.1. Chirurgie

Aanbeveling	Aanbevelingswaarde	Bewijsniveau
• Cytoreductieve nefrectomie kan worden overwogen voor patiënten met metastatische niercelkanker.	Zwak	Laag

4.4.2. Systemische behandelingen

Aanbevelingen	Aanbevelingswaarde	Bewijsniveau
• Cytotoxische stoffen zijn niet aanbevolen bij patiënten met clear cell metastatische niercelkanker.	Sterk	Hoog
• Monotherapie met IFN-α of hoog gedoseerde bolus IL-2 is niet standaard aanbevolen als eerstelijns therapie bij metastatische niercelkanker maar kan worden gebruikt bij een select aantal patiënten.	Sterk	Hoog
• Sunitinib of Pazopanib is aanbevolen als eerstelijns therapie voor clear cell metastatische niercelkanker.	Sterk	Laag
• Bevacizumab + IFN-α is aanbevolen als eerstelijns therapie voor metastatische niercelkanker met gunstig of matig risico. *Opmerking: de voorwaarden voor terugbetaling door de ziekteverzekering zijn:* *1) tenminste een graad 3 of 4 ongewenste bijwerking door sunitinib;* *2) de behandeling met sunitinib werd minstens 4 weken stopgezet;* *3) patiënt heeft geen voorgeschiedenis van arteriële trombo-embolische aandoening of van ongecontroleerde hypertensie met standaard behandeling.* *Daarbij moet voor terugbetaling de behandeling worden gestopt in geval van tumorprogressie, vastgesteld door CT-Scan of MRI na 8 weken van behandeling.*	Sterk	Matig
• Temsirolimus is aanbevolen als eerstelijns behandeling van laagrisico niercelkankerpatiënten.	Sterk	Matig
• Sorafenib kan worden overwogen als tweedelijns behandeling van clear cell metastatische niercelkanker.	Sterk	Hoog
• Pazopanib, sunitinib of sorafenib kan worden overwogen voor metastatische niercelkankerpatiënten die voordien werden behandeld met cytokines (*IFN-α, IL-2*).	Sterk	Laag
• Everolimus kan worden overwogen voor metastatische niercelkankerpatiënten die voordien werden behandeld met Vascular endothelial growth factor (VEGF)-pathway targeted therapy *(met name bevacizumab, sunitib, sorafenib,…)* of met cytokines (*IFN-α, IL-2*).	Sterk	Laag

• Axitinib is aanbevolen voor metastatische niercelkankerpatiënten die voordien werden behandeld met VEGF-pathway targeted therapy of met cytokines. *Opmerking: Axitinib wordt enkel terugbetaald na het mislukken van eerstelijns behandeling met TKI of cytokine*.	Sterk	Laag
• Everolimus of sorafenib kunnen worden overwogen als derdelijns therapie.	Zwak	Zeer laag

4.5. Palliatieve zorgen

U vindt bijkomende informatie over palliatieve zorgen voor de volledige kankerpopulatie in het KCE-rapport 211 (GCP voor behandeling van pijn bij kanker) en 115 (organisatie van palliatieve zorg).

Aanbeveling	Aanbevelingswaarde	Bewijsniveau
• Embolisatie kan worden overwogen als palliatieve zorg voor inoperabele patiënten of patiënten met metastatische niercelkanker die lijden aan ernstige lokale pijn of massieve hematurie.	Zwak	Laag

4.6. Opvolging

Aanbevelingen
• Voor laagrisico aandoening (pT1, N0, Nx, M0; R0) wordt er standaard geen opvolging met beeldvorming aanbevolen.
• Patiënten met matig tot hoog risico moeten baseline borstkas- en buikscans (CT of MRI) ondergaan binnen de drie tot zes maanden na de operatie met opvolgingsbeeldvorming (CT of MRI) om de zes maanden voor tenminste drie jaar en daarna elk jaar tot jaar vijf.
• Patiënten die actief worden opgevolgd moeten buikscans (CT of MRI) ondergaan binnen de zes maanden van actieve opvolging om een groei-evolutie te kunnen opstellen. Opvolgingsbeeldvorming (US, CT of MRI) wordt aanbevolen, ten minste elk jaar daarna.
• Na ablatieve therapie moeten patiënten scans (CT of MRI) laten nemen met en zonder intraveneuze contrastvloeistof tenzij tegenindicatie en op drie en zes maanden om het welslagen van de behandeling vast te stellen. Dit moet worden gevolgd door buikscans (CT of MRI) gedurende vijf jaar.

Goede praktijken
Patiënten met een voorgeschiedenis van nierneoplasma met acute neurologische tekenen of symptomen moeten **onmiddellijk** een MRI- (bij voorkeur) of CT-scan krijgen van hoofd of ruggengraat, afhankelijk van de plaats van de symptomen.

5. IMPLEMENTATIE EN ACTUALISERING VAN DE RICHTLIJN

5.1. Implementatie

Klinische richtlijnen vormen voor zorgverleners een instrument voor elke specifieke stap in de patiëntenzorg: screening, diagnose, behandeling en follow-up. KCE formuleert aanbevelingen voor specifieke doelgroepen (medici, beleidsmakers, ziekenfondsen, het RIZIV, beroepsorganisaties, ziekenhuisbeheerders...). KCE is niet betrokken bij het besluitvormingsproces zelf, noch bij de uitvoering van de beslissingen.

De implementatie van deze richtlijn zal worden bevorderd door het College voor Oncologie en de beroepsverenigingen die betrokken zijn bij deze richtlijn. Er zal een online implementatie-instrument worden ontwikkeld, vergelijkbaar met de instrumenten die de vorige richtlijnen begeleidden (www.collegeoncologie.be). Het wetenschappelijke materiaal van deze richtlijn is bedoeld om te worden verspreid door wetenschappelijke en professionele organisaties. Zij kunnen dit materiaal omzetten in aantrekkelijke en gebruiksvriendelijke tools op maat van zorgverlenergroepen. Zij zullen ook een belangrijke rol spelen door een verspreiding via diverse kanalen, zoals websites of permanente vorming.

5.2. Monitoring van de zorgkwaliteit

Deze richtlijn kan worden beschouwd als een startpunt voor de ontwikkeling van programma's ter verbetering van de kwaliteit, gericht op alle betrokken zorgverleners.

Ze kan worden gebruikt als een instrument om het gezondheidsbeleid te ondersteunen bij het verbeteren van de zorgkwaliteit, bv. door de ondersteuning van acties die zorgverleners bewuster maken en hun praktijk verbeteren, of door de ontwikkeling (of herziening) van proces- en uitkomstindicatoren.

Het KCE heeft eerder aanbevolen om een integratief kwaliteitssysteem op te zetten in de oncologie, inclusief de ontwikkeling en implementatie van klinische praktijkrichtlijnen, de bewaking van de zorgkwaliteit met kwaliteitsindicatoren, feedback aan zorgverleners en organisaties, en gerichte maatregelen om de kwaliteit te verbeteren als dat nodig is.

Het aanvullen van de richtlijnen met een gepaste set van kwaliteitsindicatoren zou een buitenkans vormen om de Belgische zorgkwaliteit voor patiënten met nierkanker te beoordelen. Echter, daar waar sets van kwaliteitsindicatoren waren ontwikkeld voor andere vormen van kanker, die zowel de diagnostische als therapeutische opties omvatten, is dit nog niet het geval voor nierkanker.

5.3. Actualisering richtlijn

Gezien het snel evoluerende bewijsmateriaal dient deze richtlijn elke 5 jaar te worden geactualiseerd. Indien in de tussentijd belangrijk nieuw bewijsmateriaal beschikbaar zou komen, moet dat in aanmerking worden genomen.

COLOFON

Titel:	Nierkanker bij volwassenen: diagnose, behandeling en opvolging – Samenvatting
Auteurs:	Nadia Benahmed (KCE), Jo Robays (KCE), Sabine Stordeur (KCE), Thierry Gil (Institut Jules Bordet), Steven Joniau (UZ Leuven), Nicolaas Lumen (UZ Gent), Laurette Renard (Cliniques Universitaires Saint-Luc), Sandrine Rorive (Hôpital Erasme ULB), Dirk Schrijvers (ZNA Middelheim), Bertrand Tombal (Cliniques Universitaires Saint-Luc), Bart Van Den Eynden (Domus Medica), Geert Villeirs (UZ Gent), Sylvie Rottey (UZ Gent)
Project coordinator en senior supervisor:	Sabine Stordeur (KCE)
Reviewers:	Raf Mertens (KCE), Joan Vlayen (KCE), Hans Van Brabant (KCE)
Stakeholders:	An Claes (Kom op tegen Kanker vzw), Axel Feyaerts (Société Belge d'Urologie), Ward Rommel (Kom op Tegen Kanker vzw), Thierry Roumeguere (Société Belge d'Urologie), Didier Vander Steichel (Fondation Contre le Cancer), Elisabeth Van Eycken (Stichting Kankerregister)
Externe validatoren:	Axel Bex (Netherlands Cancer Institute), Sebastien Hotte (Juravinski Cancer Center, Hamilton), Rob Scholten (Universitair Medisch Centrum)
Acknowledgements:	Nicolas Fairon (KCE): information specialist
Andere gemelde belangen:	Lidmaatschap van een belangengroep op wie de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Ward Rommel (Kom op tegen Kanker), Elisabeth Van Eycken (BVRO-VBS), Axel Feyaerts (Société Belge d'Urologie) Deelname aan een experiment of wetenschappelijke studie in de hoedanigheid van opdrachtgever, hoofdonderzoeker ('principal investigator') of onderzoeker: Axel Bex (EORTC 30073 studie Surtime, gedeeltelijk gesponsord door Pfizer), Sebastien Hotte (staatssubsidie voor Novartis voor het testgebruik van dovitinib voor hals- en nekkanker), Bertrand Tombal (Amgen, Astellas Pharma, Bayer, Sanofi, Ferring Pharmaceuticals), Dirk Schrijvers (studies omtrent renal cell carcinoma) Consultancy of tewerkstelling voor een bedrijf, vereniging of organisatie die financieel kan winnen of verliezen door de resultaten van dit rapport: Axel Bex (raadgevend comité Pfizer), Bertrand Tombal (Amgen, Astellas Pharma, Bayer, Sanofi, Ferring Pharmaceuticals) Betalingen om te spreken, opleidingsvergoedingen, reisondersteuning of betaling voor deelname aan een symposium: Axel Bex (Pfizer symposium oktober 2014), Nicolaas Lumen (consultancy voor Ipsen, Janssen, Lilly en Bayer), Bertrand Tombal (Amgen, Astellas Pharma, Bayer, Sanofi, Ferring Pharmaceuticals), Sylvie Rottey (GSK, Pfizer, Bayer, Novartis), Dirk Schrijvers (post ESMO) Voorzitterschap of verantwoordelijke functie in een instelling, vereniging, afdeling of andere entiteit waarop de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Elisabeth Van Eycken (Kankerregister), Nicolaas Lumen (directielid BAU werkgroep oncologie), Geert Villeirs (voorzitter Belgische Vereniging voor Radiologie)

Layout:	Ine Verhulst, Joyce Grijseels
Disclaimer:	• **De externe experten werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.** • **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.** • **Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur).** • **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**
Publicatiedatum:	5 oktober 2015
Domein:	Good Clinical Practice (GCP)
MeSH:	Kidney Neoplasms, Practice guidelines
NLM classificatie:	WJ 358
Taal:	Nederlands
Formaat:	Adobe® PDF™ (A4)
Wettelijk depot:	D/2015/10.273/83
Copyright:	De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-rapporten.
Hoe refereren naar dit document?	Benahmed N, Robays J, Stordeur S, Gil T, Joniau S, Lumen N, Renard L, Rorive S, Schrijvers D, Tombal B, Van den Eynden B, Villeirs G, Rottey S. Nierkanker bij volwassenen: diagnose, behandeling en opvolging – Samenvatting. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2015. KCE Reports 253As. D/2015/10.273/83. Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.