

tendrapport  
darmkanker

dikkedarm- en endeldarmkanker  
in Nederland

# voorwoord

Tien jaar geleden werd de eerste uitnodiging van het landelijke bevolkingsonderzoek naar darmkanker verstuurd. Sindsdien is er ontzettend veel gebeurd. Waar de totale kankerincidentie het afgelopen decennium toenam, zien we bij darmkanker een andere trend. Wie de cijfers van dit rapport tot zich neemt, ziet een duidelijk effect van het screeningsprogramma en meer inzet van passende zorg: de incidentie neemt af en behandelingen de-escaleren.

Het bevolkingsonderzoek werd in 2014 landelijk ingevoerd, en dat is ook zichtbaar bij de darmkankerincidentie. Na een toename in de eerste jaren, zien we het aantal darmkankerdiagnoses nu gestaag afnemen. Ook bij de stadiumverdeling van de tumor is een duidelijke trend te zien: als darmkanker wordt ontdekt, is dat vaker in een lager en beter behandelbaar stadium.

In de ziekenhuizen merken we dat ook. Het aantal chirurgische ingre-

pen neemt af, terwijl endoscopische resecties juist toenemen. In dat opzicht krijgt de chirurg dus minder te doen en de MDL-arts het drukker. Die trend zal naar verwachting doorzetten met ook minder operaties voor patiënten met bijvoorbeeld uitzaaiingen aan de lever en buikvlies. Daarbij verwacht ik dat de zorg voor het rectumcarcinoom verder zal concentreren. Het volume van deze veelal hoogcomplexe chirurgische ingrepen neemt af, waardoor er centra zullen ontstaan die zich specifiek op deze zorg zullen richten.

De afname van chirurgie is overigens niet alleen een gevolg van het bevolkingsonderzoek. Wetenschappelijke studies laten zien dat we steeds vaker bij endeldarmkanker orgaansparend kunnen behandelen. In overleg met de patiënt kunnen we dan vaker afzien van een chirurgische behandeling die een forse impact kan hebben op de kwaliteit van leven.

Een ander opvallend element in dit rapport is de kwaliteit van leven. Bij

patiënten die behandeld zijn aan darmkanker in een gevorderd stadium zien we vanzelfsprekend een minder goede kwaliteit van leven ten opzichte van mensen die zonder kanker leven. Maar bij patiënten waarbij de tumor in een vroeg stadium is behandeld, zien we dat de kwaliteit van leven zelfs iets beter is dan bij een gezonde normpopulatie. Door een kankerbehandeling gaan mensen blijkbaar anders in het leven staan, dankbaarder en bewuster. Iets dat ik bij patiënten vaak terugzie.

Zo hoop ik dat de trends in dit rapport verder zullen gaan: meer tumoren die in een vroeg stadium worden opgespoord en, als darmkanker toch in een later stadium wordt ontdekt, een zo passend mogelijke, minimaal invasieve behandeling. Dat is hard nodig om de oncologische zorg toegankelijk en toekomstbestendig te houden.

**Prof. dr. Hans de Wilt** - voorzitter DCCG, Chirurgisch oncoloog, Radboudumc



Voorwoord

Samenvatting

Gebruikte data

Kerncijfers

Incidentie

Behandeling  
T1 en stadium II-III  
darmkanker

Behandeling  
uitgezaaide  
darmkanker

Kwaliteit van leven

Overleving

Nawoord

Begrippenlijst

# samenvatting

Van alle kankerdiagnoses die in Nederland worden gesteld, is bijna één op de tien een tumor in de dikke darm of endeldarm. Darmkanker is daarmee een veel voorkomende kankersoort in Nederland. Waar de meeste kankersoorten juist toenemen, zien we bij darmkanker een dalende trend. Dit zijn de belangrijkste trends en ontwikkelingen bij darmkanker:

- 1 De incidentie van darmkanker neemt af over de periode 2016-2022.** De daling is voornamelijk toe te schrijven aan de invoering van het bevolkingsonderzoek naar darmkanker in 2014. Toch wordt de diagnose dikkedarm- of endeldarmkanker jaarlijks nog circa 12.000 keer gesteld.
- 2 Naar verwachting neemt de komende tien jaar het risico op het ontwikkelen van darmkanker verder af.** Ondanks de daling in het risico, **stijgt door de vergrijzing het absolute aantal darmkankerdiagnoses licht in de komende 10 jaar.**

- 3** Sinds de **introductie van het bevolkingsonderzoek** wordt darmkanker vaker in een **vroeg stadium** gediagnosticeerd. Er is een sterke stijging in het aandeel stadium I tumoren, en een afname van het aandeel patiënten met uitzaaiingen op het moment van de primaire diagnose.
- 4** Patiënten met een **T1 tumor** ondergaan steeds vaker een **primaire endoscopische resectie**.



---

Voorwoord

---

Samenvatting

---

Gebruikte data

---

Kerncijfers

---

Incidentie

---

Behandeling  
T1 en stadium II-III  
darmkanker

---

Behandeling  
uitgezaaide  
darmkanker

---

Kwaliteit van leven

---

Overleving

---

Nawoord

---

Begrippenlijst

---

**5** **Klinisch stadium II-III endeldarmkanker** lijkt in toenemende mate **orgaansparend** behandeld te worden. Het aandeel patiënten waarbij (chemo)radiatie niet gevolgd wordt door chirurgie is sterk toegenomen, wat duidt op een toename in een **wait and see** beleid.

**6** Sinds de **vermindering in de duur van adjuvante chemotherapie** bij hoogrisico stadium II en stadium III dikkedarmkanker worden meer patiënten met een **combinatietherapie** behandeld.

**7** De **systemische behandelopties** voor patiënten met **uitgezaaide darmkanker** zijn voor bepaalde subgroepen (bijvoorbeeld op basis van **locatie van de tumor** en **moleculaire eigenschappen**) toegenomen.

**8** Patiënten met darmkanker, en in het bijzonder uitgezaaide darmkanker, ervaren achttien maanden na diagnose **belemmeringen in het functioneren**, daarnaast ook klachten zoals **vermoeidheid** en **neuropathie**.

**9** De overleving van de gehele populatie van patiënten met darmkanker is toegenomen over de tijd. Gesplitst naar stadium, is de overleving **stabiel gebleven voor patiënten met uitzaaiingen en toegenomen voor patiënten zonder uitzaaiingen bij primaire diagnose**.

*‘Sinds de introductie van het bevolkingsonderzoek wordt darmkanker vaker in een vroeg stadium gediagnosticeerd.’*



---

Voorwoord

---

Samenvatting

---

Gebruikte data

---

Kerncijfers

---

Incidentie

---

Behandeling  
T1 en stadium II-III  
darmkanker

---

Behandeling  
uitgezaaide  
darmkanker

---

Kwaliteit van leven

---

Overleving

---

Nawoord

---

Begrippenlijst

---

# gebruikte data

Dit rapport geeft een overzicht van het voorkomen, de behandeling en de overleving van darmkanker in Nederland, gebaseerd op cijfers uit de Nederlandse Kankerregistratie. Dit rapport belicht de meest recente cijfers, waarbij we ons met name richten op data tussen 2010 en 2022\*. Dit rapport richt zich op patiënten met een invasief carcinoom van de darm (dikke darm en endeldarm oftewel colon en rectum). Neuro-endocriene tumoren, in situ tumoren en hooggradige dysplasie zijn niet meegenomen in de analyses.

In dit rapport focussen we op specifieke subgroepen, daarbij horen de volgende **definities**:

## **T1**

Pathologisch T1 of klinisch T1 en pathologisch TX, zonder voorbehandeling, zonder uitzaaiingen in de regionale lymfeklieren (N0) of andere organen (M0).

## **STADIUM II-III**

Pathologisch stadium II-III dikkedarmkanker en klinisch stadium II-III endeldarmkanker.

## **UITGEZAAIDE DARMKANKER**

Uitgezaaide darmkanker: Stadium IV darmkanker, pathologisch of klinisch M1, waarbij de uitzaaiingen bij diagnose al aanwezig waren.

---

[Voorwoord](#)


---

[Samenvatting](#)


---


[Gebruikte data](#)


---

[Kerncijfers](#)


---

[Incidentie](#)


---

[Behandeling  
T1 en stadium II-III  
darmkanker](#)


---

[Behandeling  
uitgezaaide  
darmkanker](#)


---

[Kwaliteit van leven](#)


---

[Overleving](#)


---

[Nawoord](#)


---

[Begrippenlijst](#)


---

\* De data van 2022 waren op het moment van analyseren nog niet compleet: 91% van alle diagnoses in 2022 was volledig geregistreerd en kon worden meegenomen in dit rapport.

## NKR

Dit rapport maakt gebruik van gegevens uit de Nederlandse Kankerregistratie (NKR). De NKR wordt beheerd door Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) en bevat informatie over alle patiënten met kanker in Nederland vanaf 1989. De belangrijkste bron is Palga met nieuwe kankerdiagnoses op basis van onderzocht lichaamsmateriaal (histologie en cytologie). Palga is de

landelijke infrastructuur van alle pathologiediagnoses in Nederland en stelt (gestructureerde) pathologiedata beschikbaar voor zorg en wetenschappelijk onderzoek. Aanvullende signalering vindt plaats vanuit de Landelijke Basisadministratie Ziekenhuiszorg (LBZ; ontslag diagnoses na ziekenhuisopname en ambulante diagnoses via polikliniek) via Dutch Hospital Data (DHD). Deze voorlopige gegevens worden door

datamanagers van de NKR geverifieerd in (elektronische) patiëntendossiers in de ziekenhuizen en aangevuld met gegevens over stadium en behandeling. De data uit de NKR wordt ingezet voor analyse en onderzoek. Daarmee ontstaat inzicht in de zorg voor patiënten met kanker. Deze analyses dragen bij aan betere diagnostiek, effectievere behandeling en verbetering van de zorg.

## PLCRC EN PROFIEL

Dit rapport maakt ook gebruik van patiëntgerapporteerde uitkomsten op het gebied van kwaliteit van leven uit het Prospectief Landelijk CRC cohort (PLCRC). PLCRC biedt een infrastructuur voor het verzamelen van klinische gegevens, patiënt gerapporteerde uitkomsten en het opslaan van lichaamsmateriaal zoals bloed en tumorweefsel van patiënten met dunne-darm-, dikkedarm-, endeldarm- en anus kanker (gezamenlijk darmkanker). Dit gebeurt na het verkrijgen van toestemming van de patiënt.

Het doel van het cohort is het faciliteren van wetenschappelijk onderzoek om de prognose en de kwaliteit van leven van (toekomstige) patiënten te verbeteren.

Kwaliteit van leven wordt binnen PLCRC gemeten met de gevalideerde algemene kwaliteit van leven vragenlijst (EORTC QLQ-C30) en een darmkanker specifieke kwaliteit van leven en symptomen vragenlijst (EORTC QLQ-CR29). Daarnaast vullen deelnemers onder andere een vragenlijst over neuropathie in (EORTC QLQ-CIPN20). De vragenlijsten worden door de deelnemers ingevuld

op de volgende momenten: ten tijde van inclusie, na 3, 6, 12, 18 en 24 maanden en vervolgens jaarlijks. De vragenlijsten kunnen zowel online als op papier worden ingevuld. De kwaliteit van leven data worden verzameld in PROFIEL (PROFILES: Patient-Reported Outcomes Following Initial treatment and Long term Evaluation of Survivorship). PROFIEL is een databank van wetenschappelijke onderzoeken naar de kwaliteit van leven bij mensen die kanker hebben of hebben gehad. Tevens beschikt PROFIEL over normdata voor kwaliteit van leven.

Voorwoord

Samenvatting

Gebruikte data

Kerncijfers

Incidentie

Behandeling T1 en stadium II-III darmkanker

Behandeling uitgezaaide darmkanker

Kwaliteit van leven

Overleving

Nawoord

Begrippenlijst

### **Palga**

Palga verzorgt en beheert de data-uitwisselingsinfrastructuur voor de gehele pathologie in Nederland. Dit betekent dat de diagnosegegevens van patiënten die bijvoorbeeld een biopsie hebben moeten laten afnemen, een moedervlek laten verwijderen of van wie de blindedarm verwijderd is, voor behandelend artsen in elk ziekenhuis in Nederland

real time (direct) beschikbaar zijn. Er staan meer dan 14 miljoen unieke patiënten in het systeem sinds de oprichting van de stichting in 1971. Voor de diagnose en de behandeling van kanker is dit van groot belang. Patiënten worden over meerdere jaren in verschillende ziekenhuizen gediagnosticeerd en behandeld. Palga zorgt dat dubbele diagnostiek en de kosten die daarmee gemoeid zijn

kunnen worden voorkomen. Daarnaast kan ook voorkomen worden dat patiënten meerdere keren dezelfde, soms invasieve afname van weefsel en cellen moeten ondergaan. Bovendien kan er met lang geleden afgenomen weefsel gekeken worden of een bepaalde genmutatie die kanker veroorzaakt in de familie zit.

---

Voorwoord

---

Samenvatting

---

Gebruikte data

---

Kerncijfers

---

Incidentie

---

Behandeling  
T1 en stadium II-III  
darmkanker

---

Behandeling  
uitgezaaide  
darmkanker

---

Kwaliteit van leven

---

Overleving

---

Nawoord

---

Begrippenlijst

---

# kerncijfers

In dit hoofdstuk zijn de cijfers gebaseerd op diagnosejaar 2022, tenzij anders vermeld.

Voorwoord

Samenvatting

Gebruikte data

Kerncijfers

Incidentie

Behandeling  
T1 en stadium II-III  
darmkanker

Behandeling  
uitgezaaide  
darmkanker

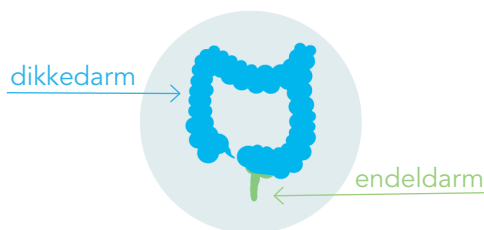
Kwaliteit van leven

Overleving

Nawoord

Begrippenlijst

incidentie



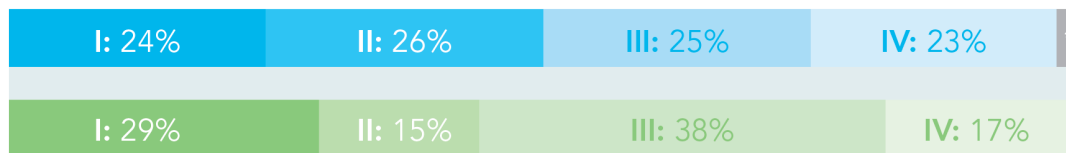
In 2023 kregen **12.015** mensen de diagnose **darmkanker**.



Bij **9.001 (74%)** personen werd de tumor gevonden in de **dikke darm** (dikke darmkanker) en bij **3.014 (26%)** in de **endeldarm** (endeldarmkanker).

stadiumverdeling

Bij **dikke darmkanker** wordt er een **gelijkwaardige verdeling over alle stadia** waargenomen.

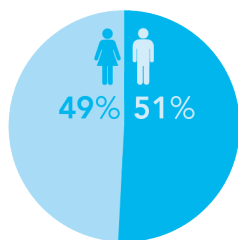


In de stadiumverdeling bij **endeldarmkanker**, komt **stadium III het vaakst voor** en komt **stadium II het minste voor**.

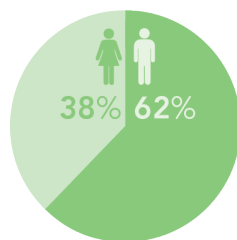
\* stadium onbekend



geslacht



Van de patiënten met **dikkedarmkanker** was **51% man** en **49% vrouw**.

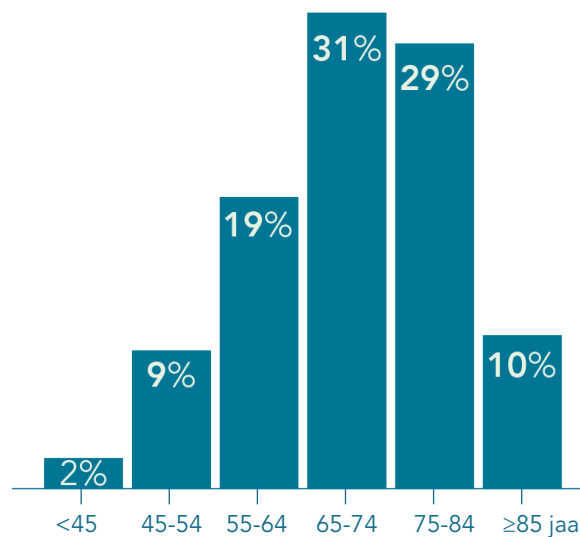


Bij **endeldarmkanker** was **62% man** en **38% vrouw**.

leeftijd

Van alle darmkankerpatiënten is **11% jonger dan 55 jaar**, waarvan 2% jonger dan 45 jaar. Ongeveer **20% is tussen de 55 en 64 jaar** oud, **30% tussen de 65 en 74 jaar** oud en **30% is tussen de 75 en 84 jaar** oud. **10%** van de patiënten is ouder of gelijk aan 85 jaar op het moment van diagnose.

**55% van de patiënten met darmkanker waren tussen de 55-75 jaar oud.** Dit is ook de leeftijdsgroep waarin mensen worden uitgenodigd om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek darmkanker (zie kader over het bevolkingsonderzoek).

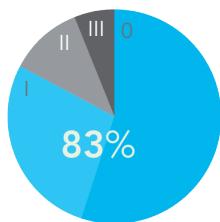


- Voorwoord
- Samenvatting
- Gebruikte data
- Kerncijfers
- Incidentie
- Behandeling T1 en stadium II-III darmkanker
- Behandeling uitgezaaide darmkanker
- Kwaliteit van leven
- Overleving
- Nawoord
- Begrippenlijst

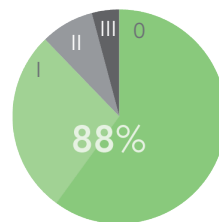
performance status

De **fitheid van een patiënt** wordt bepaald aan de hand van de **performance status**.

Bij een score van 0 of 1 spreken we van een goede performance status. Wanneer de performance status 'onbekend' is, staat het niet duidelijk vermeld in het patiëntendossier. Dit was van toepassing bij 51% van de patiënten met dikkedarmkanker en bij 38% van de patiënten met endeldarmkanker.



Van de patiënten met **dikkedarmkanker** werd bij **83%** van de patiënten een **goede performance status** geregistreerd (WHO 0-1).



Bij patiënten met **endeldarmkanker** was dit **88%**.

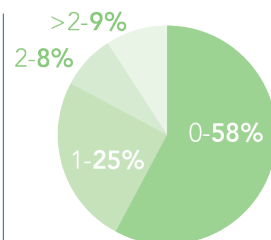
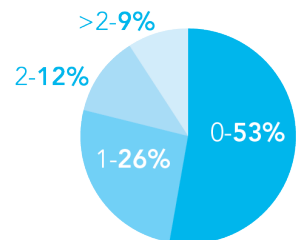


comorbiditeiten

**Bijna de helft** van de patiënten met **dikkedarmkanker** heeft **één of meerdere bijkomende ziektes**.

Bij **endeldarmkanker** gaat dit om **42%**. De comorbiditeiten worden vastgelegd aan de hand van de Charlson Comorbidity Index.

Aantal bijkomende ziekten:



Meest voorkomende bijkomende ziekten\*:

dikkedarmkanker	
diabetes mellitus	14%
copd	10%
cva	10%
andere maligniteit	8%
perifeer arterieel vaatlijden	7%

endeldarmkanker	
diabetes mellitus	12%
copd	10%
cva	9%
hartinfarct	7%
perifeer arterieel vaatlijden	7%

\* gegevens op basis van regio zuid

Voorwoord

Samenvatting

Gebruikte data

Kerncijfers

Incidentie

Behandeling T1 en stadium II-III darmkanker

Behandeling uitgezaaide darmkanker

Kwaliteit van leven

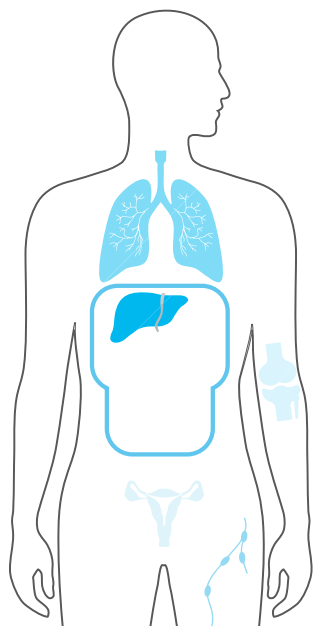
Overleving

Nawoord

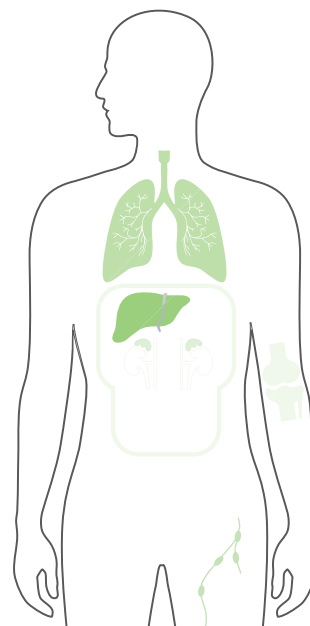
Begrippenlijst

Ongeveer **20%** van alle patiënten met **darmkanker** heeft **uitzaaiingen op afstand bij de initiële diagnose**. Dikkedarmkanker zaait het meest frequent uit naar de lever (70%), gevolgd door het buikvlies (33%). Endeldarmkanker zaait ook het meest frequent uit naar de lever (72%) maar dan gevolgd door de longen (35%).

De percentages verschillen per leeftijdscategorie. Bij jonge patiënten met dikkedarmkanker komen uitzaaiingen naar het ovarium vaker voor, terwijl patiënten met een hogere leeftijd vaker uitzaaiingen hebben naar de longen. Onder de patiënten met endeldarmkanker komen uitzaaiingen naar het ovarium en de bijniere vaker voor bij de jongste leeftijdsgroepen en bij patiënten met een hogere leeftijd worden vaker uitzaaiingen naar de botten gevonden.



← dikkedarmkanker	
1 lever	70%
2 buikvlies	33%
3 longen	26%
4 extra regionale lymfeklieren	25%
5 bot	5%
6 ovarium	2%
endeldarmkanker →	
1 lever	72%
2 longen	35%
3 extra regionale lymfeklieren	27%
4 buikvlies	7%
5 bot	7%
6 bijnier	2%



- Voorwoord
- Samenvatting
- Gebruikte data
- Kerncijfers
- Incidentie
- Behandeling T1 en stadium II-III darmkanker
- Behandeling uitgezaaide darmkanker
- Kwaliteit van leven
- Overleving
- Nawoord
- Begrippenlijst

## ERFELIJKHEID

Bij ongeveer vijf procent van de darmkankerdiagnoses is er sprake van een erfelijke oorzaak.

De meest voorkomende erfelijke aanleg voor darmkanker heet Lynch syndroom. Bij deze aanleg is er behalve een verhoogd risico op darmkanker ook een verhoogd risico op andere tumoren. Dit syndroom zorgt bij vrouwen met deze aanleg met name voor een verhoogd risico op baarmoederkanker.

Het Lynch syndroom is een autosomaal dominant erfelijke aandoening. Dit betekent dat zowel mannen als vrouwen de erfelijke aanleg kunnen dragen en dat ieder kind van een persoon die de erfelijke aanleg draagt, 50% kans heeft om de aanleg te erven.

Voor het opsporen van patiënten met het Lynch-syndroom worden bij alle nieuw gediagnosticeerde darmkankerpatiënten onder de leeftijd van 70 jaar mismatch repair (MMR) / microsatelliet instabiliteit (MSI) onderzoek verricht.

DNA onderzoek naar erfelijkheid wordt aangeraden als:

- Iemand darmkanker heeft voor de leeftijd van 50 jaar
- Iemand darmkanker heeft voor de leeftijd van 70 jaar, en een afwijkende MSI uitslag van het tumorweefsel
- Iemand darmkanker heeft, maar ook een andere tumorsoort die past bij een erfelijke aanleg
- Iemand meerdere familieleden heeft met darmkanker en/of bepaalde andere soorten tumoren

BRONNEN: [Kanker.nl](http://Kanker.nl) | [richtlijndatabase.nl](http://richtlijndatabase.nl) | [www.erfelijkheid.nl](http://www.erfelijkheid.nl)

---

Voorwoord

---

Samenvatting

---

Gebruikte data

---

Kerncijfers

---

Incidentie

---

Behandeling  
T1 en stadium II-III  
darmkanker

---

Behandeling  
uitgezaaide  
darmkanker

---

Kwaliteit van leven

---

Overleving

---

Nawoord

---

Begrippenlijst

---

## RISICOFACTOREN VOOR DARMKANKER

Er zijn verschillende factoren die het risico op darmkanker vergroten. Hierbij kan er onderscheid gemaakt worden in beïnvloedbare factoren en niet-beïnvloedbare factoren. Enkele voorbeelden van niet-beïnvloedbare factoren zijn: leeftijd (darmkanker komt vooral voor bij mensen die

ouder zijn dan 50 jaar); erfelijkheid (zie ook kader: Erfelijkheid) en bepaalde chronische darmontstekingsziekten zoals colitis ulcerosa of de ziekte van Crohn.

Andere factoren die het risico op darmkanker verhogen zijn wel beïnvloedbaar en zijn voornamelijk gerelateerd aan leefstijl, zoals een Westers eetpatroon (met name het

eten van rood en bewerkt vlees), alcoholconsumptie, roken, overgewicht en weinig lichaamsbeweging.

Preventie door vroegtijdige detectie (bijvoorbeeld door het bevolkingsonderzoek) en een gezonde levensstijl zijn belangrijke aspecten voor het verminderen van het risico op darmkanker.

*BRON: Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO)*

---

Voorwoord

---

Samenvatting

---

Gebruikte data

---

Kerncijfers

---

Incidentie

---

Behandeling  
T1 en stadium II-III  
darmkanker

---

Behandeling  
uitgezaaide  
darmkanker

---

Kwaliteit van leven

---

Overleving

---

Nawoord

---

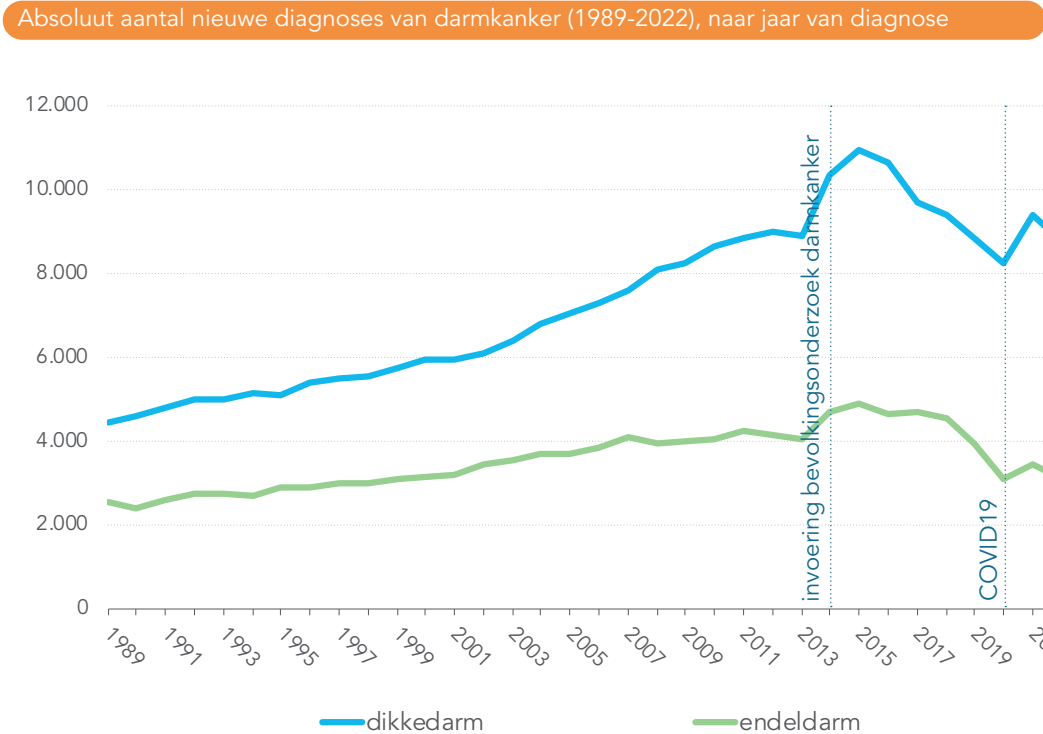
Begrippenlijst

---

# incidentie

## Trend in incidentie over de tijd

Over de periode 1989-2015 is de incidentie van dikkedarm- en endeldarmkanker toegenomen. Vanaf de start van het bevolkingsonderzoek (2014) steeg de incidentie sterk, maar sinds 2016 is een dalende trend ingezet. Deze daling van het aantal nieuwe patiënten is dus toe te schrijven aan de invoering van het bevolkingsonderzoek naar darmkanker. In 2020 daalde het aantal diagnoses door de COVID-19 pandemie, het bevolkingsonderzoek darmkanker lag toen tijdelijk stil en mensen met klachten gingen minder snel naar de huisarts.



Voorwoord

Samenvatting

Gebruikte data

Kerncijfers

Incidentie

Behandeling T1 en stadium II-III darmkanker

Behandeling uitgezaaide darmkanker

Kwaliteit van leven

Overleving

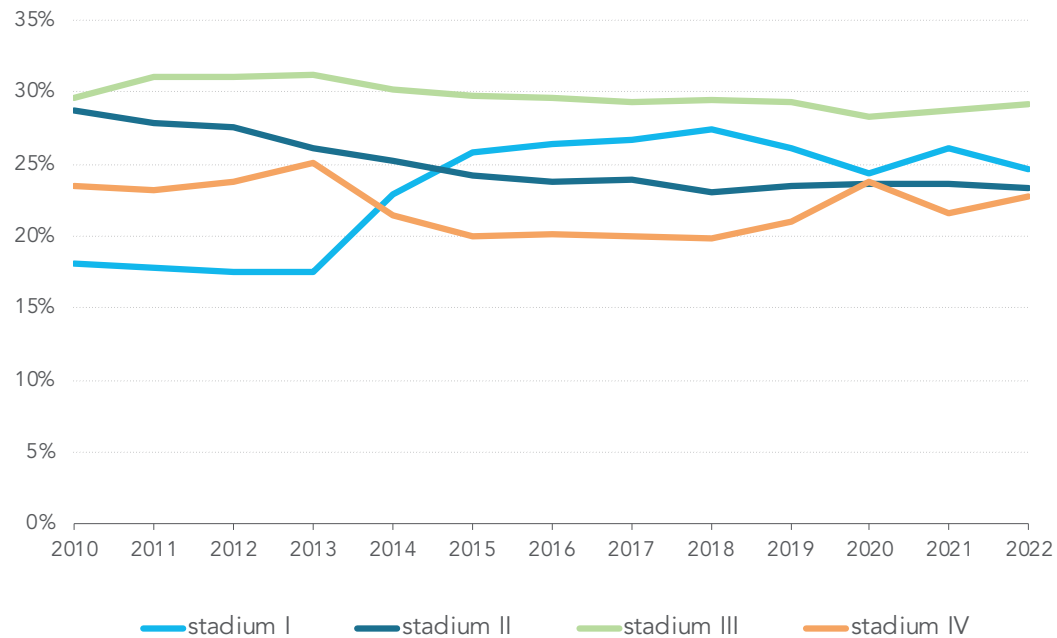
Nawoord

Begrippenlijst

Sinds de invoering van het bevolkingsonderzoek is er een toename te zien in het aandeel stadium I tumoren. Deze toename gaat gepaard met een afname van met name het aandeel stadium IV

tumoren. Opvallend is dat het aandeel stadium IV tumoren in 2020 weer toenam, dit valt samen met de COVID-19 pandemie. Het bevolkingsonderzoek lag toen tijdelijk stil.

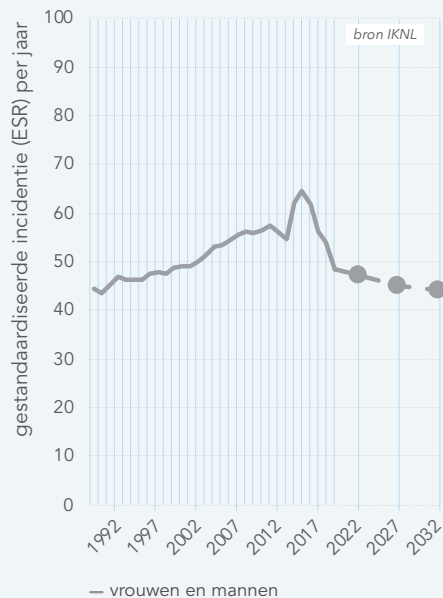
Trend in stadiumverdeling (2010-2022), naar jaar van diagnose

[Voorwoord](#)[Samenvatting](#)[Gebruikte data](#)[Kerncijfers](#)[Incidentie](#)[Behandeling  
T1 en stadium II-III  
darmkanker](#)[Behandeling  
uitgezaaide  
darmkanker](#)[Kwaliteit van leven](#)[Overleving](#)[Nawoord](#)[Begrippenlijst](#)

## PROGNOSES VOOR DARMKANKER TOT 2032

De incidentie van darmkanker daalt sinds 2016. Deze daling is toe te schrijven aan het bevolkingsonderzoek waarbij tumoren vaker in een voorstadium worden opgespoord en darmkanker wordt voorkomen. Het trendrapport 'Kanker in 2032' beschrijft dat het risico op het ontwikkelen van darmkanker de komende tien jaar naar verwachting verder afneemt (gestandaardiseerde incidentie).

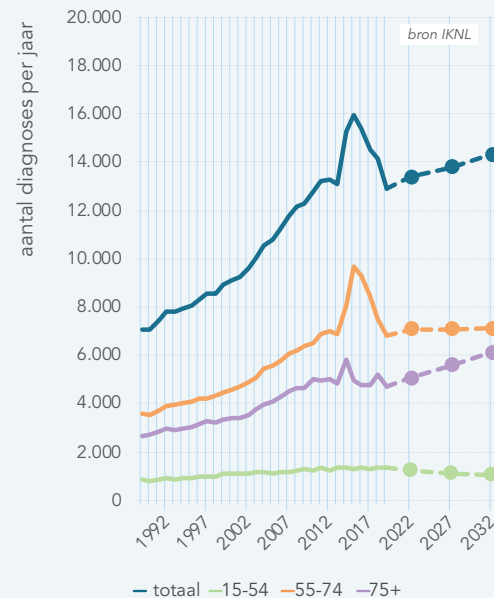
Gestandaardiseerde incidentie



Deze daling is waarschijnlijk minder groot dan in de voorgaande jaren omdat het screeningeffect stabiliseert.

Hoewel de gestandaardiseerde incidentie afneemt, is er toch een lichte stijging van het absolute aantal darmkankerpatiënten. Dit komt door de vergrijzing, en dan vooral de toename van 75-plussers. Dit is de leeftijdsgroep die in omvang het sterkst toeneemt en het grootste risico heeft op darmkanker. Omdat de screening van invloed is op de in-

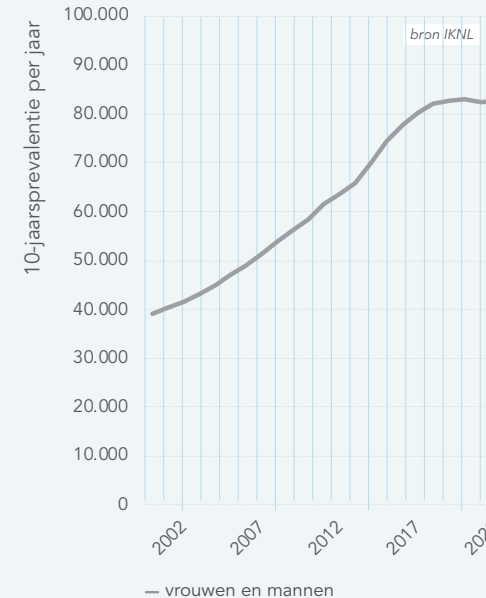
Incidentie naar leeftijdsgroep



cidentiecijfers zijn deze voorspellingen gebaseerd op resultaten van een simulatiemodel (MISCAN), waarin deze screeningeffecten meegenomen worden.

De prevalentie is de afgelopen 30 jaar flink gestegen, dit komt door het stijgende aantal mensen dat darmkanker krijgt en overleeft. In 2022 waren er 82.384 personen die in de tien jaar daarvoor de diagnose darmkanker hadden gekregen.

10-jaarsprevalentie





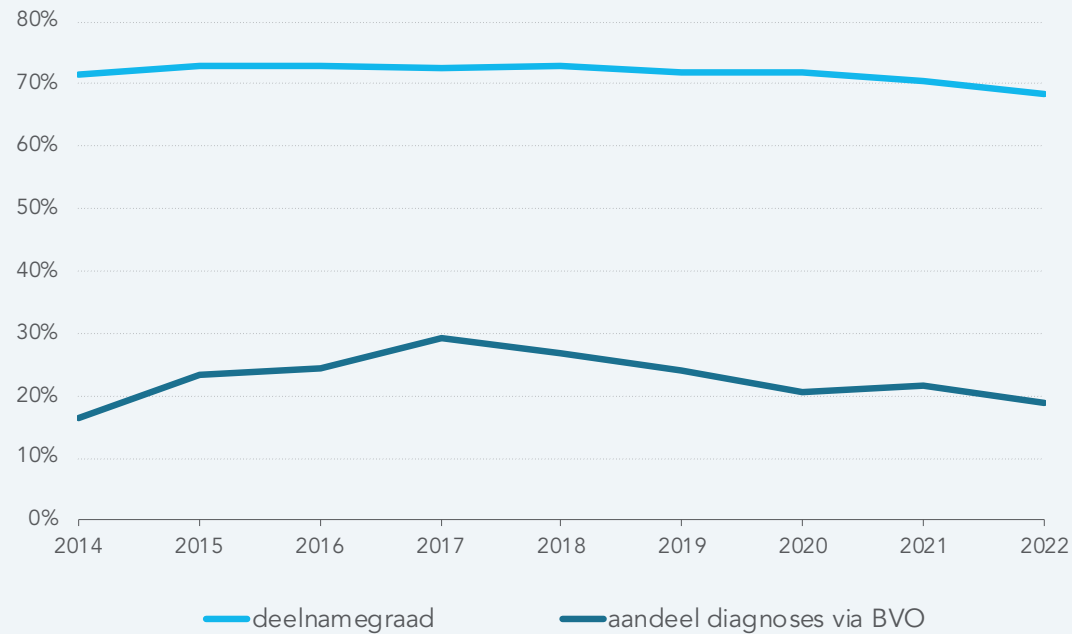
## TRENDS IN HET BEVOLKINGSONDERZOEK NAAR DARMKANKER

In 2014 is in Nederland het bevolkingsonderzoek naar darmkanker gefaseerd ingevoerd. Alle Nederlanders tussen de 55 en 75 jaar worden iedere 2 jaar uitgenodigd voor deelname.

Sinds 2019, het jaar waarin het bevolkingsonderzoek volledig was ingevoerd, wordt gemiddeld 21% van alle nieuwe darmkankerdiagnoses via het bevolkingsonderzoek opgespoord.

De deelnamegraad neemt de laatste jaren licht af.

**figuur**  
deelnamegraad en aandeel diagnoses via bevolkingsonderzoek (2014-2022),  
naar jaar van diagnose



BRON: [monitors bevolkingsonderzoek darmkanker 2014-2022](#)

Voorwoord

Samenvatting

Gebruikte data

Kerncijfers

Incidentie

Behandeling  
T1 en stadium II-III  
darmkanker

Behandeling  
uitgezaaide  
darmkanker

Kwaliteit van leven

Overleving

Nawoord

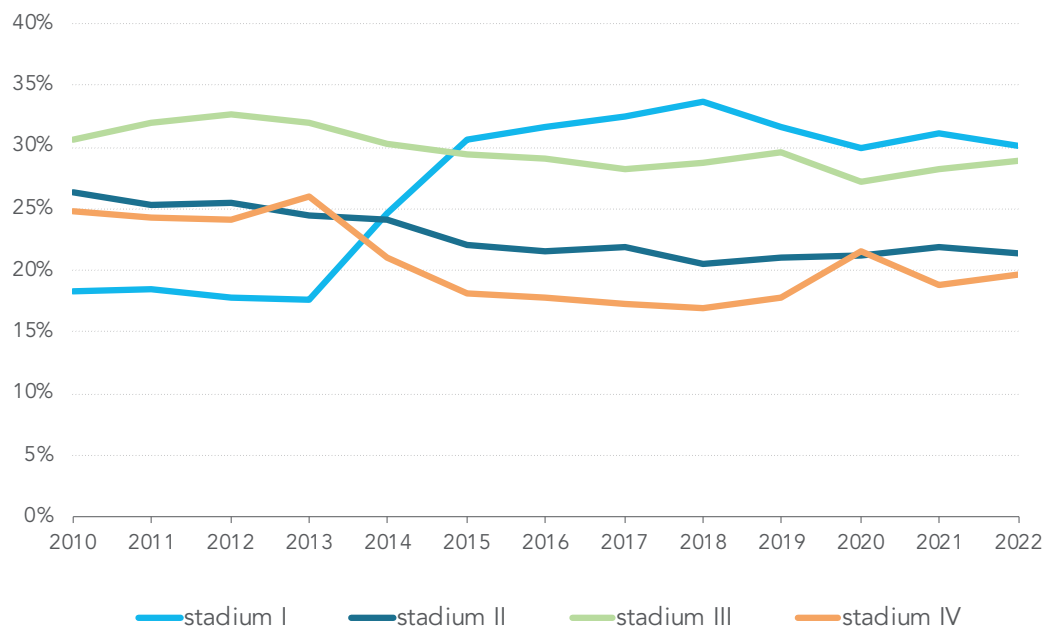
Begrippenlijst

### Trend in stadiumverdeling binnen de screeningsleeftijd

In de leeftijdsgroep die wordt uitgenodigd voor het bevolkingsonderzoek (55-75 jaar) vond een verschuiving in de stadiumverdeling plaats. In

2013 betrof 18% van de darmkankerdiagnoses een stadium I tumor ten opzichte van 30% in 2022. Het aandeel stadium IV tumoren nam af van 26% in 2013 tot 20% in 2022.

Trend in stadiumverdeling binnen de screeningsleeftijd (55-75), naar jaar van diagnose



- Voorwoord
- Samenvatting
- Gebruikte data
- Kerncijfers
- Incidentie
- Behandeling T1 en stadium II-III darmkanker
- Behandeling uitgezaaide darmkanker
- Kwaliteit van leven
- Overleving
- Nawoord
- Begrippenlijst

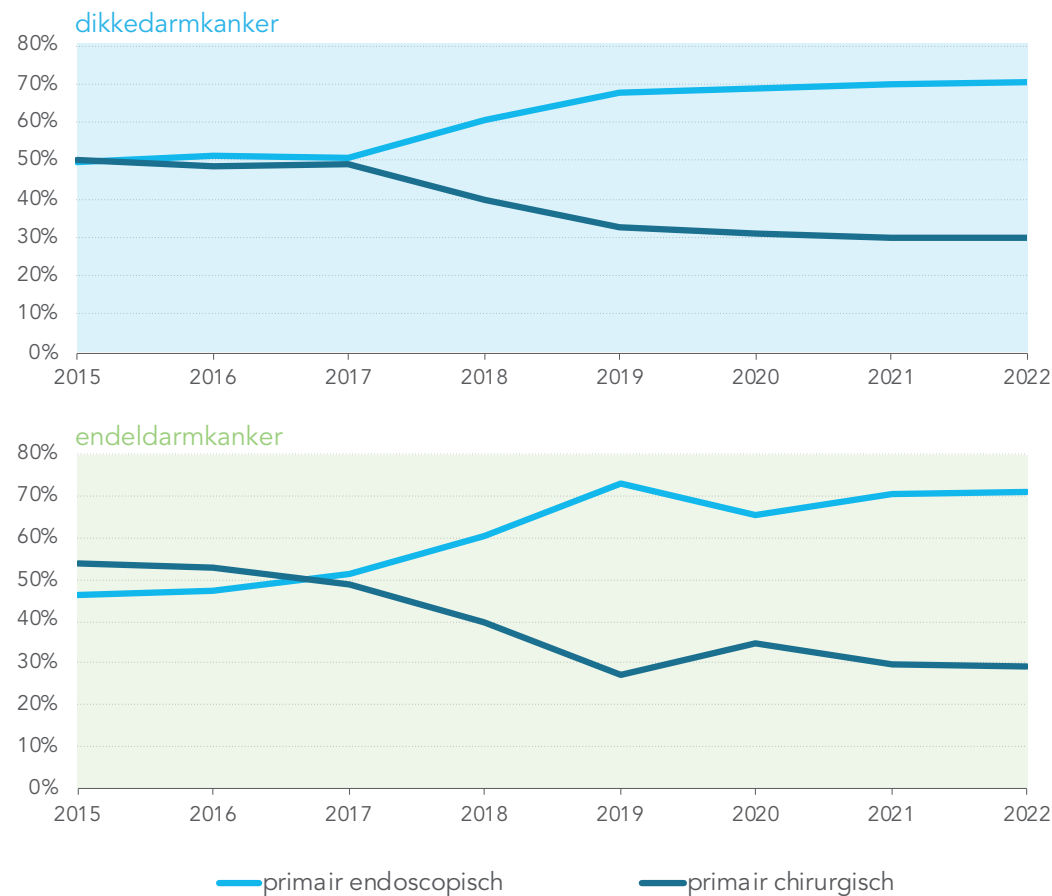
# behandeling

## T1 en stadium II-III darmkanker

### Trend in primaire benadering resectie T1 darmkanker over de tijd

Een T1 tumor kan via een endoscopische of chirurgische resectie verwijderd worden. Sinds 2018 is er een duidelijke trend zichtbaar waarin het aandeel T1 tumoren dat primair via een endoscopische resectie verwijderd wordt, toeneemt. Het aandeel patiënten dat primair een endoscopische resectie onderging, nam voor patiënten met dikkedarmkanker toe van 51% in 2017 tot 70% in 2022. Voor patiënten met endeldarmkanker was dit 51% in 2017 en 71% in 2022.

Behandeling primaire resectie T1, naar jaar van diagnose



Voorwoord

Samenvatting

Gebruikte data

Kerncijfers

Incidentie

Behandeling T1 en stadium II-III darmkanker

Behandeling uitgezaaide darmkanker

Kwaliteit van leven

Overleving

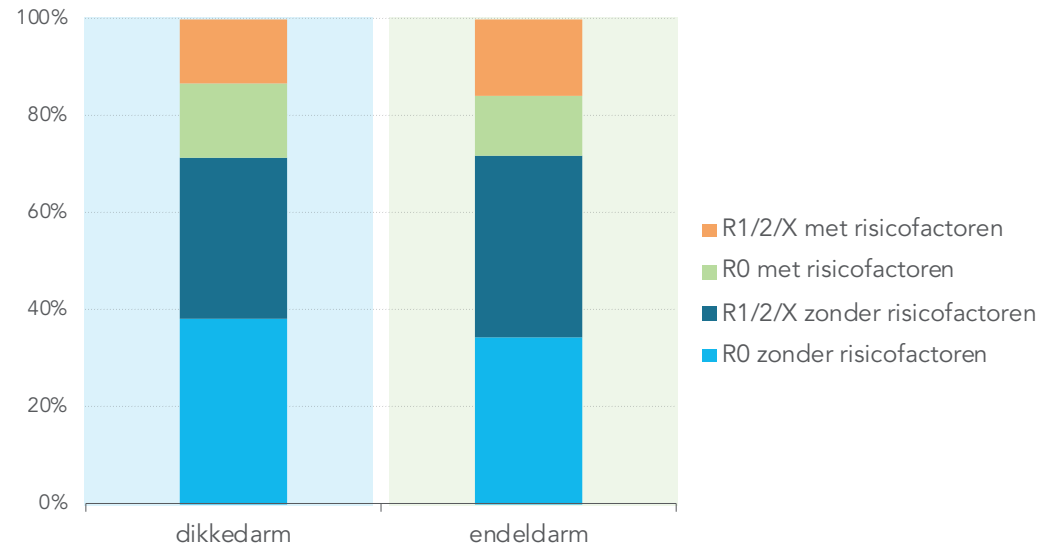
Nawoord

Begrippenlijst

## Aanvullende chirurgie subgroepen pT1 darmkanker

Als na endoscopische resectie het tumorstadium T1 pathologisch is bevestigd (pT1), wordt nog onderzoek gedaan naar risicofactoren voor terugkeer van ziekte (recidief). Dit zijn onder andere een positief of onbeoordeelbaar resectievlak, de aanwezigheid van (lymf)angioinvasie en slechte (hooggradige) differentiatie. Voor 87% van de pT1 dikkedarm tumoren kon op basis van deze factoren een subgroep worden bepaald, voor de pT1 endeldarm tumoren was dit 90%. Zowel voor pT1 dikkedarmkanker als voor pT1 endeldarmkanker was er in 28% sprake van (lymf)angioinvasie en/of een hooggradige differentiatie. Een radicale endoscopische resectie (gedefinieerd als een resectiemarge >1 millimeter) werd bereikt in 53% van de pT1 dikkedarmtumoren en in 47% van de pT1 endeldarmtumoren.

Verdeling subgroepen binnen pT1 met primair endoscopische resectie over de periode 2019-2022



**R** = radicaliteit endoscopische resectie  
**Risicofactoren** = (lymf)angioinvasie en/of slechte differentiatiegraad



Voorwoord

Samenvatting

Gebruikte data

Kerncijfers

Incidentie

Behandeling T1 en stadium II-III darmkanker

Behandeling uitgezaaide darmkanker

Kwaliteit van leven

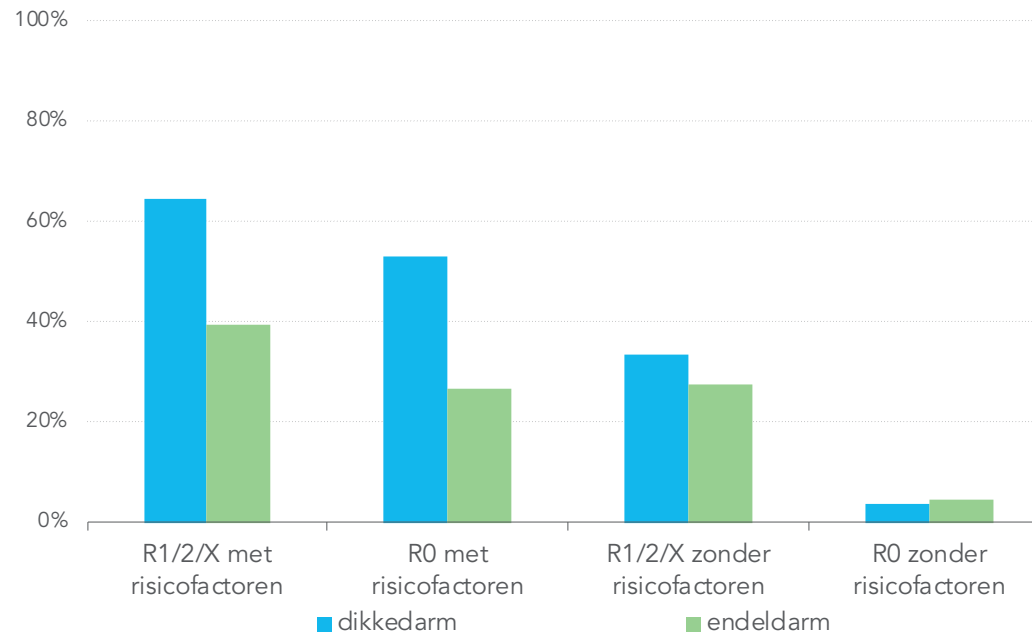
Overleving

Nawoord

Begrippenlijst

Het aandeel aanvullende chirurgie voor pT1 darmkanker behandeld met een primair endoscopische resectie verschilt per subgroep en locatie in de dikke darm of endeldarm. Voor patiënten met een pT1 dikkedarmtumor met risicofactoren wordt meer dan de helft van de patiënten behandeld met aanvullende chirurgie, voor pT1 endeldarmtumoren is dat een op de drie patiënten. Bij patiënten met een pT1 darmkanker zonder risicofactoren en R0 (resectiemarge >1 millimeter) resectie, wordt slechts sporadisch een complementerende chirurgische resectie uitgevoerd. Dit wordt ook niet aanbevolen in de richtlijn.

Aanvullende chirurgie voor pT1 darmkanker met primair endoscopische resectie 2019-2022



R = radicaliteit endoscopische resectie

Risicofactoren = (lymf)angioinvasie en/of slechte differentiatiegraad



Voorwoord

Samenvatting

Gebruikte data

Kerncijfers

Incidentie

Behandeling T1 en stadium II-III darmkanker

Behandeling uitgezaaide darmkanker

Kwaliteit van leven

Overleving

Nawoord

Begrippenlijst

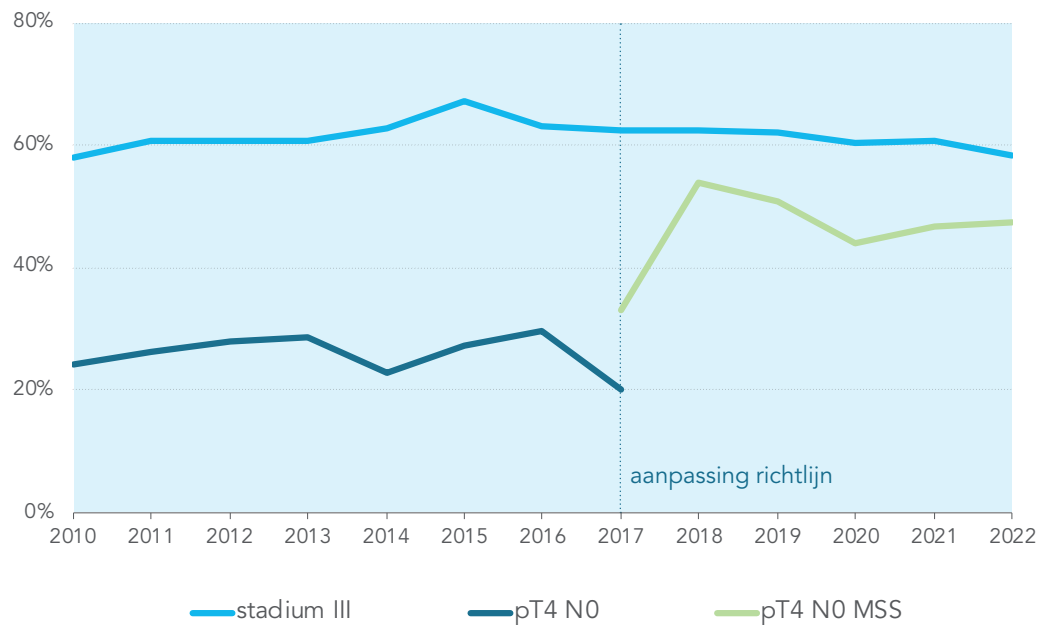
### Trends in adjuvante behandeling voor stadium II-III dikkedarmkanker

De selectie van patiënten met een hoog risico stadium II tumor voor wie adjuvante chemotherapie wordt aanbevolen is veranderd over de tijd. In eerdere versies van de Nederlandse richtlijn werd voor alle patiënten zonder uitzaaïngen in de lymfeklieren met één of meer van de risicofactoren (een slecht gedifferentieerde of

ongedifferentieerde tumor, pathologisch T4 stadium, vasculaire invasie, obstruerende of geperforeerde tumors en minder dan tien lymfeklieren geëvalueerd) adjuvante chemotherapie geadviseerd. Sinds 2017 wordt adjuvante chemotherapie alleen nog geadviseerd bij pathologisch T4 stadium in combinatie met een microsatelliet stabiele (MSS) tumor.

Voor patiënten met een pT4 N0 MSS tumor ligt het percentage adjuvante chemotherapie rond de 50%. Leef-tijd, comorbiditeit en wens van de patiënt kunnen redenen zijn om van de aanbeveling voor adjuvante chemotherapie af te wijken.

Trend in adjuvante chemotherapie voor dikkedarmkanker, naar jaar van diagnose



Voorwoord

Samenvatting

Gebruikte data

Kerncijfers

Incidentie

Behandeling T1 en stadium II-III darmkanker

Behandeling uitgezaaide darmkanker

Kwaliteit van leven

Overleving

Nawoord

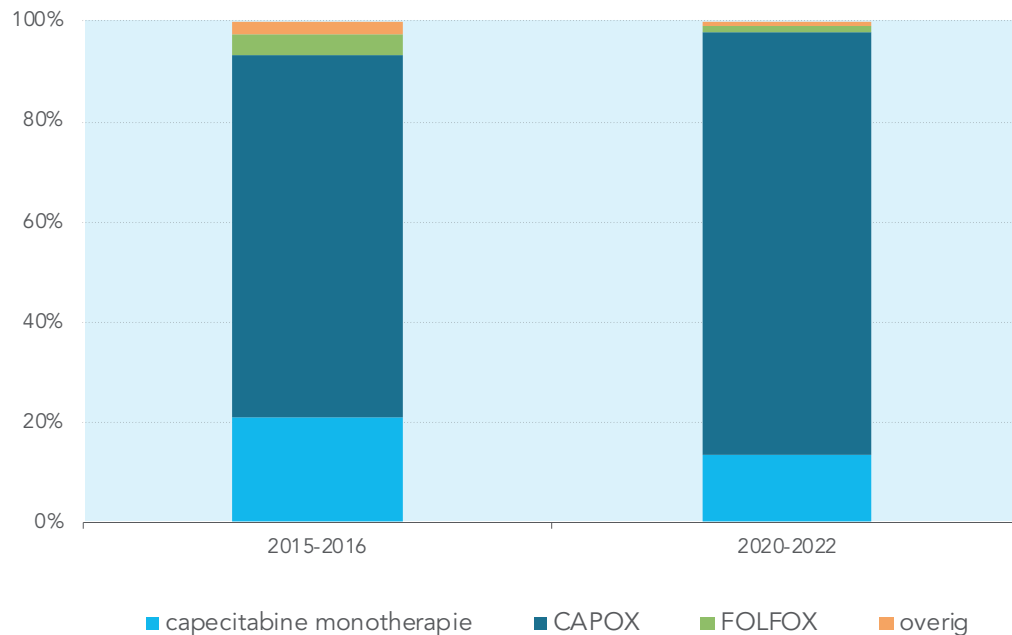
Begrippenlijst

Van de patiënten met een stadium III tumor ligt het percentage patiënten dat met adjuvante chemotherapie wordt behandeld al jaren rond de 60%. Het percentage hangt sterk samen met de leeftijd van de patiënt: 84% van de patiënten jonger dan 70 jaar, 70% van de patiënten van 70-74 jaar, 48% van de patiënten van 75-79 jaar en 12% van de patiënten van 80 jaar en ouder worden behandeld met adjuvante chemotherapie.

Naast de wijziging in hoog risico factoren bij stadium II, is in 2017 in de richtlijn de duur van adjuvante chemotherapie met CAPOX teruggebracht van zes maanden naar drie maanden. Hiermee wordt een zelfde effectiviteit behaald maar met minder bijwerkingen. Hierdoor is er een verschuiving opgetreden in het type adjuvante chemotherapie: sinds 2018 worden patiënten vaker met een oxaliplatin-bevattend combinatie schema behandeld (voornamelijk

capecitabine en oxaliplatin, CAPOX) in plaats van met een fluoropyrimidine monotherapie (voornamelijk capecitabine). Patiënten jonger dan 70 jaar ontvingen al vaker een oxaliplatin-bevattend combinatieschema dan oudere patiënten. Bij patiënten jonger dan 70 nam het aandeel toe van 90% naar 95%. Voor patiënten van 70-74, 75-79 en 80 jaar en ouder nam het aandeel oxaliplatin-bevattend combinatie schema toe van respectievelijk 62% naar 83%, 33% naar 64% en 14% naar 32%.

Type adjuvante chemotherapie, voor pT4 N0 en stadium III dikkedarmkanker



Voorwoord

Samenvatting

Gebruikte data

Kerncijfers

Incidentie

Behandeling T1 en stadium II-III darmkanker

Behandeling uitgezaaide darmkanker

Kwaliteit van leven

Overleving

Nawoord

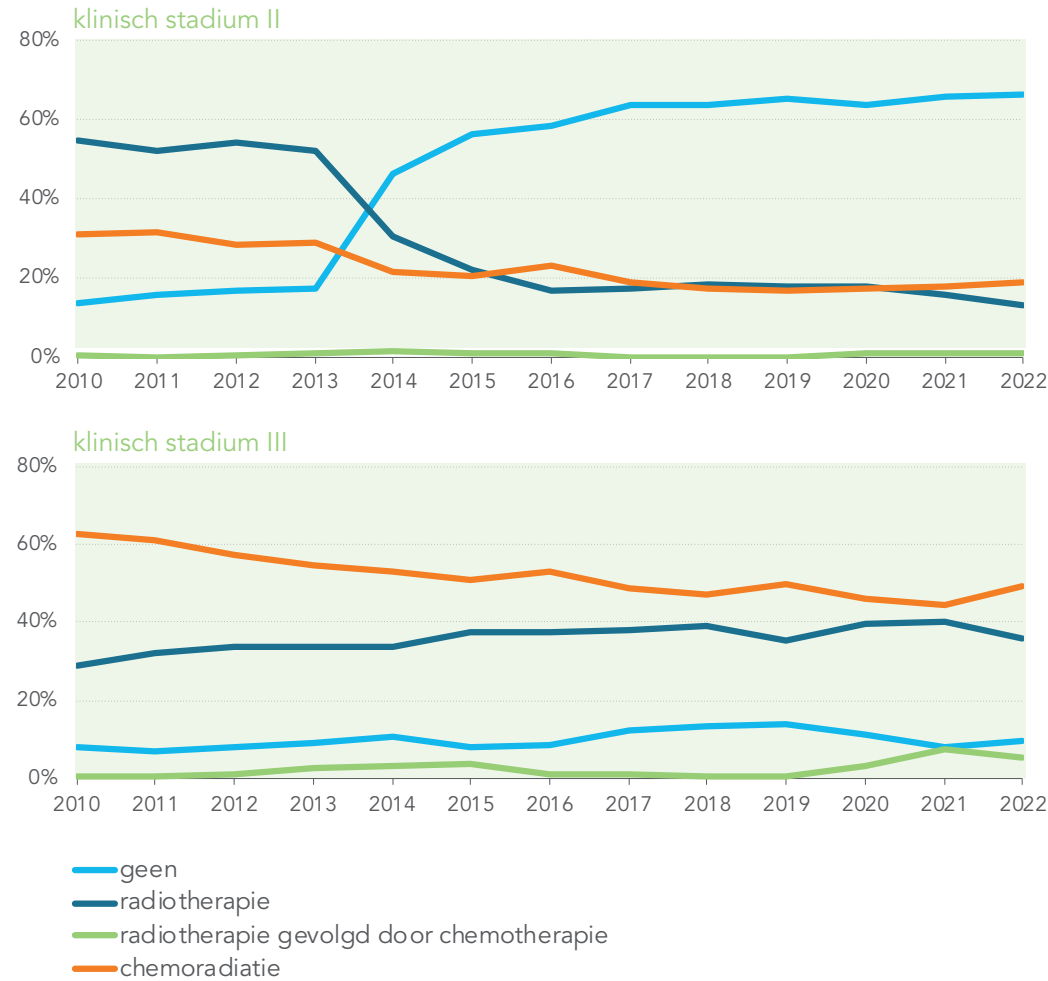
Begrippenlijst

## Trends in behandeling voor stadium II-III endeldarmkanker

### Neo-adjuvante behandeling

Het aandeel patiënten met een klinisch stadium II endeldarmkanker dat neo-adjuvant is behandeld nam de afgelopen jaren sterk af, van 86% in 2010 naar 33% in 2022. Voor patiënten met een klinisch stadium III endeldarmkanker is het aandeel patiënten dat neo-adjuvante behandeling ondergaat min of meer stabiel gebleven, maar is er wel een verschuiving opgetreden van chemoradiatie naar radiotherapie al dan niet gevolgd door chemotherapie. Ook bij klinisch stadium II-III endeldarmkanker hangen de trends over de tijd samen met veranderingen in de richtlijn omtrent selectie van patiënten waarvoor neo-adjuvante behandeling geïndiceerd is.

Trend in neo-adjuvante behandeling klinisch stadium II en III endeldarmkanker



Voorwoord

Samenvatting

Gebruikte data

Kerncijfers

Incidentie

Behandeling T1 en stadium II-III darmkanker

Behandeling uitgezaaide darmkanker

Kwaliteit van leven

Overleving

Nawoord

Begrippenlijst

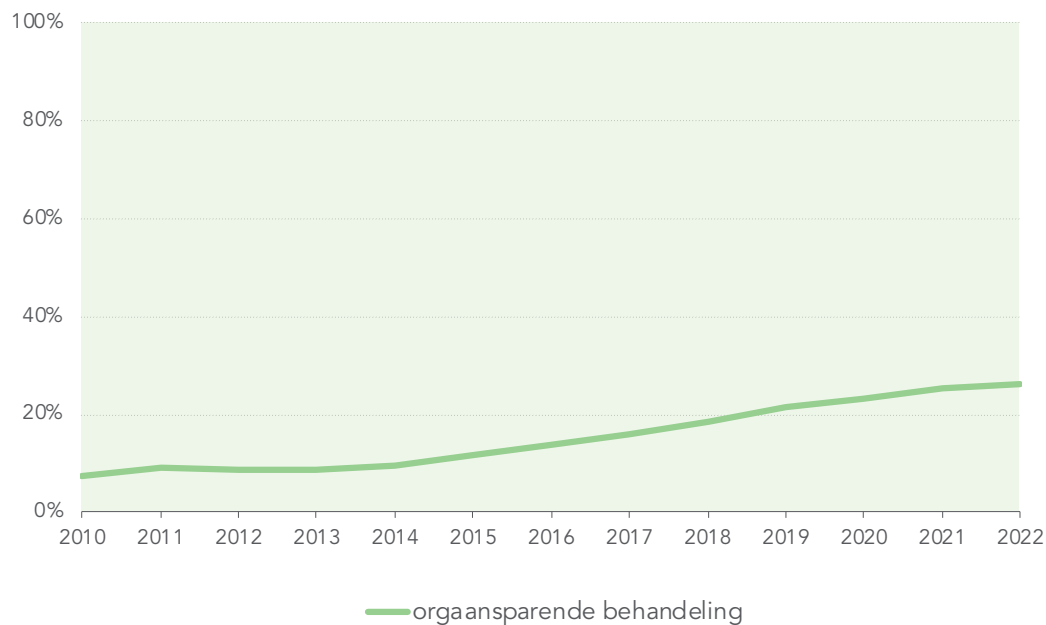


### Orgaansparende behandeling

Het aandeel patiënten met klinisch stadium II-III endeldarmkanker waarbij orgaansparend behandeld wordt nam toe. In 2010 bedroeg dit slechts 7% tegenover 26% in 2022. Een orgaansparende behandeling kan in overleg in verschillende situa-

ties worden toegepast. Bij een complete respons na neo-adjuvante behandeling start een zogenaamd 'wait and see' beleid. Ook bij een kleine tumorrest na (chemo)radiatie kan er besloten worden tot een aanvullende lokale behandeling in plaats van chirurgie.

Trend in orgaansparende behandeling klinisch stadium II-III endeldarmkanker



### KWALITEITSREGISTRATIE

Voor darmkanker is er een kwaliteitsregistratie: de Dutch Colorectal Audit vanuit [DICA](#). De DCRA registreert sinds 2009 verschillende structuur-, proces- en uitkomstindicatoren en geeft inzicht in de ontwikkelingen en kwaliteit van darmkankerchirurgie in Nederland.

De DCRA is opgericht door de Nederlandse vereniging voor Chirurgische Oncologie, de Nederlandse Vereniging voor GastroIntestinale Chirurgie en de Dutch Colorectal Cancer Group.

In de Codman omgeving krijgen deelnemers aan de DCRA wekelijks een geüpdate terugkoppeling van hun eigen resultaten, afgezet tegen het landelijk gemiddelde (benchmarkinformatie).

Voorwoord

Samenvatting

Gebruikte data

Kerncijfers

Incidentie

Behandeling T1 en stadium II-III darmkanker

Behandeling uitgezaaide darmkanker

Kwaliteit van leven

Overleving

Nawoord

Begrippenlijst

# behandeling

## uitgezaaide darmkanker

Het percentage patiënten met uitgezaaide darmkanker dat geen tumorgerichte behandeling ondergaat is de afgelopen jaren toegenomen. Het percentage patiënten dat behandeld wordt met systemische therapie (ST) en het percentage patiënten dat een primaire tumor resectie (PTR) ondergaat, nam af.

Een klein deel van de patiënten met uitgezaaide darmkanker komt in aanmerking voor een lokale behandeling van de uitzaaiing (resectie, ablatie, cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie (CRS-HIPEC)). Het aandeel patiënten met uitgezaaide darmkanker dat een lokale behandeling onderging (al dan niet in combinatie met systemische therapie) is licht toegenomen van 16% in 2010 tot

21% in 2022. Van alle patiënten met alleen uitzaaiingen in de lever onderging in 2022 34% een leverresectie of -ablatie. Van alle patiënten met alleen uitzaaiingen in het buikvlies onderging in 2022 29% een CRS-HIPEC-behandeling.

De behandeling van patiënten met uitgezaaide darmkanker is sterk afhankelijk van de leeftijd van de patiënt. In 2022 onderging 15% van de patiënten jonger dan 70 jaar geen tumorgerichte behandeling. Dit percentage liep op tot 60% voor patiënten van 80 jaar of ouder. Daarentegen nam het percentage patiënten dat behandeld werd met systemische therapie af van 69% bij patiënten jonger dan 70 jaar tot 22% bij patiënten van 80 jaar en ouder. >>

---

Voorwoord

---

Samenvatting

---

Gebruikte data

---

Kerncijfers

---

Incidentie

---

Behandeling  
T1 en stadium II-III  
darmkanker

---

→  
Behandeling  
uitgezaaide  
darmkanker

---

Kwaliteit van leven

---

Overleving

---

Nawoord

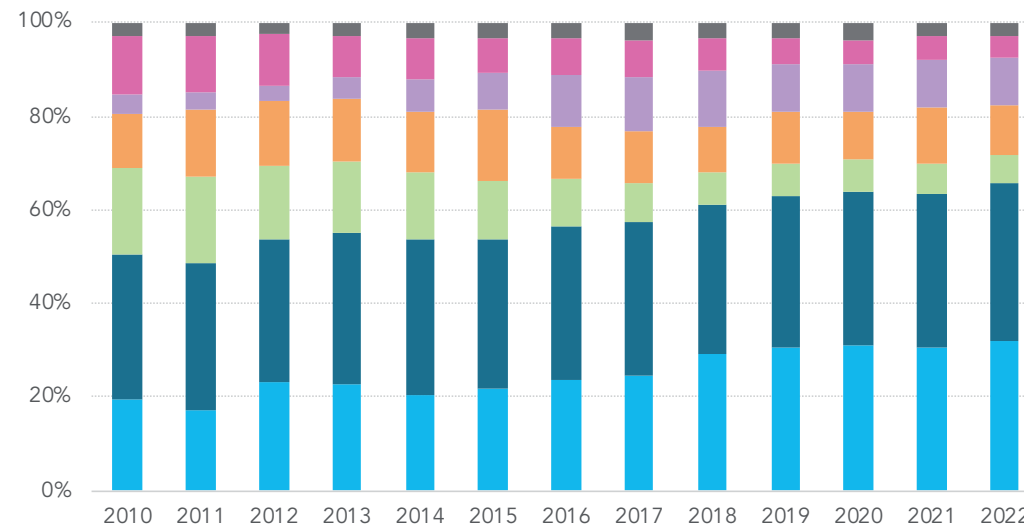
---

Begrippenlijst

---

Ook onderging 31% van de patiënten jonger dan 70 jaar een lokale behandeling (al dan niet in combinatie met systemische therapie) en daalde dit percentage tot 4% van de patiënten van 80 jaar en ouder.

Behandeling van patiënten met uitgezaaide darmkanker, naar jaar van diagnose



- geen tumorgerichte behandeling
- ST en PTR
- alleen lokale behandeling (+/- PTR)
- overig
- alleen ST
- ST met lokale behandeling (+/- PTR)
- alleen PTR

**ST** = systemische therapie | **PTR** = primaire tumor resectie



Voorwoord

Samenvatting

Gebruikte data

Kerncijfers

Incidentie

Behandeling T1 en stadium II-III darmkanker

Behandeling uitgezaaide darmkanker

Kwaliteit van leven

Overleving

Nawoord

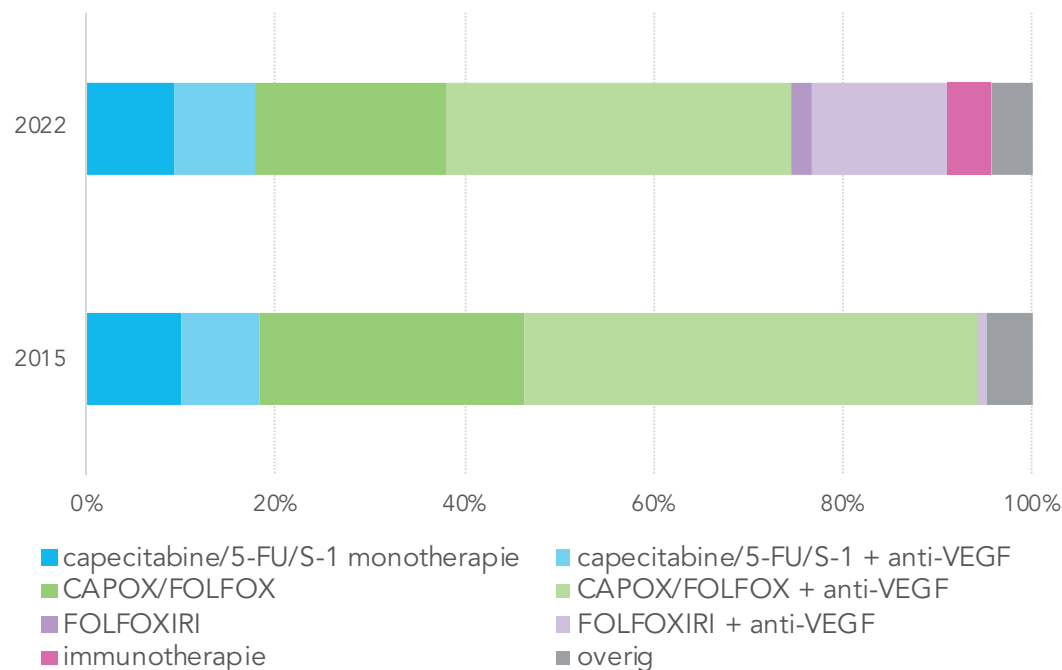
Begrippenlijst

De systemische behandeling van uitgezaaide darmkanker is steeds meer gericht op subtypes. Daarbij wordt gekeken naar de locatie van de primaire tumor (links- of rechtszijdig) en de moleculaire eigenschappen (RAS en BRAF mutatiestatus, mismatch-repair-deficiëntie). De meest toegepaste eerstelijnsbehandeling is CAPOX of FOLFOX, eventueel in combinatie met een anti-VEGF middel. In 2015 kreeg 76% van de pa-

tiënten met uitgezaaide darmkanker die behandeld werden met systemische therapie deze behandeling. Dit percentage daalde naar 57% in 2022. Dit komt onder andere door de opkomst van FOLFOXIRI plus een anti-VEGF middel als eerstelijnsbehandeling voor patiënten met een rechtszijdige primaire tumor en/of een RAS gemuteerde tumor. In 2022 werd 14% van de patiënten met uitgezaaide darmkanker behandeld

met FOLFOXIRI in combinatie met een anti-VEGF middel in de 1e lijn. Een andere belangrijke ontwikkeling is de introductie van immunotherapie voor patiënten met een mismatch-repair-deficiëntie. In 2022 werd vijf procent van alle patiënten met uitgezaaide darmkanker behandeld met immunotherapie. Van de patiënten met uitgezaaide darmkanker met een mismatch-repair-deficiëntie is dit percentage 45% in 2022.

Type eerstelijns systemische behandeling bij patiënten met uitgezaaide darmkanker



Voorwoord

Samenvatting

Gebruikte data

Kerncijfers

Incidentie

Behandeling T1 en stadium II-III darmkanker

Behandeling uitgezaaide darmkanker

Kwaliteit van leven

Overleving

Nawoord

Begrippenlijst

# kwaliteit van leven

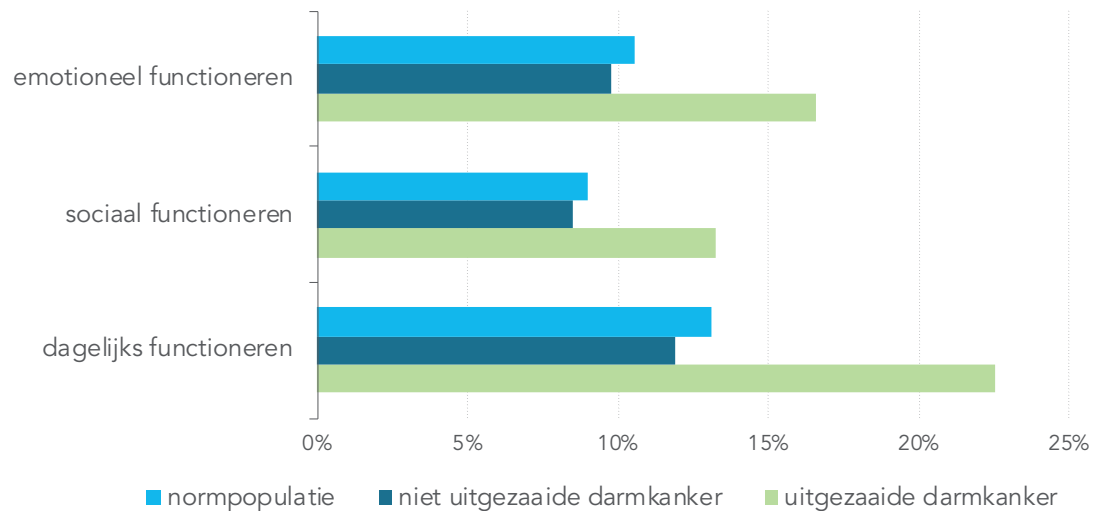
In dit hoofdstuk worden uitkomsten met betrekking tot kwaliteit van leven gepresenteerd die door de patiënten achttien maanden na diagnose zijn ingevuld. Patiënten met niet-uitgezaaide darmkanker hebben bij diagnose van de primaire tumor geen uitzaaiingen, het kan zijn dat deze patiënten op een later moment wel uitzaaiingen hebben ontwikkeld. De normpopulatie omvat personen die nooit kanker hebben gehad uit de algemene bevolking en is een op leeftijd en geslacht afgestemde afspiegeling van de patiënten met darmkanker.

## Functioneren

Respectievelijk 17%, 13% en 23% van de patiënten met uitgezaaide darmkanker ervaart belemmeringen in het emotioneel, sociaal en dagelijks functioneren. Dergelijke problemen

worden minder ervaren door patiënten met niet-uitgezaaide darmkanker. Daarbij is het opvallend dat de klachten zelfs iets minder zijn in vergelijking met een populatie van mensen die nooit kanker hebben gehad.

### Belemmeringen in het functioneren\*



\* gerapporteerd 18 maanden na diagnose door patiënten met niet uitgezaaide of uitgezaaide darmkanker en de normpopulatie

[Voorwoord](#)
[Samenvatting](#)
[Gebruikte data](#)
[Kerncijfers](#)
[Incidentie](#)
[Behandeling T1 en stadium II-III darmkanker](#)
[Behandeling uitgezaaide darmkanker](#)
[Kwaliteit van leven](#)
[Overleving](#)
[Nawoord](#)
[Begrippenlijst](#)

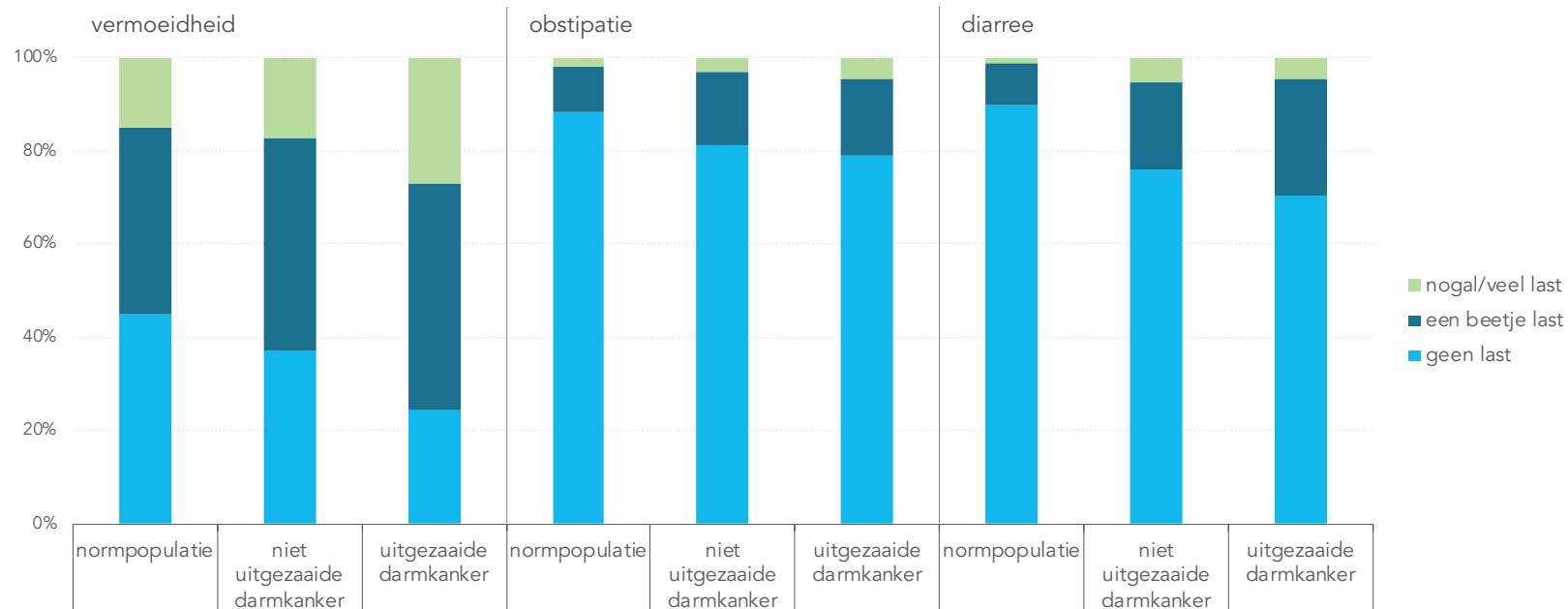
## Gevolgen

Zowel patiënten met niet-uitgezaaide darmkanker als patiënten met uitgezaaide darmkanker ervaren vaker klachten zoals vermoeidheid, obstipatie en diarree dan de normpopulatie. Het percentage patiënten met

niet-uitgezaaide darmkanker dat deze drie klachten achttien maanden na diagnose ervaart, bedraagt respectievelijk 63%, 19% en 24%. Voor patiënten met uitgezaaide darmkanker liggen deze percentages nog iets hoger, namelijk 75%, 21% en 30%.

Mensen die geen kanker hebben gehad hebben minder vaak last van deze klachten, met percentages van 55%, 12% en 10%.

### Klachten\*



\* gerapporteerd 18 maanden na diagnose door patiënten met niet uitgezaaide of uitgezaaide darmkanker en de normpopulatie

Voorwoord

Samenvatting

Gebruikte data

Kerncijfers

Incidentie

Behandeling T1 en stadium II-III darmkanker

Behandeling uitgezaaide darmkanker

Kwaliteit van leven

Overleving

Nawoord

Begrippenlijst

## Neuropathie

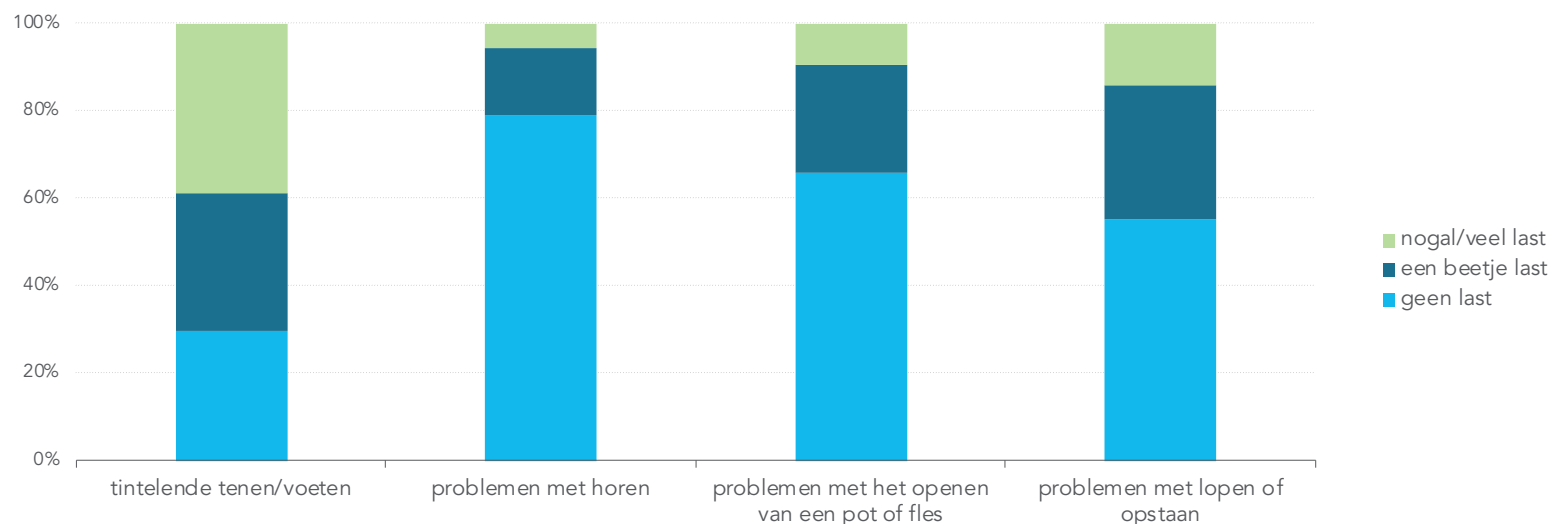
Het merendeel van de patiënten met uitgezaaide darmkanker dat een systemische behandeling ontvangt, wordt behandeld met een oxaliplatin-bevattend schema. Een bekende bijwerking van oxaliplatin is dat het neuropathie (zenuwschade) kan geven. Hoewel bij een deel van de

patiënten de klachten weer overgaan, is dit niet altijd het geval. Met name tintelingen in handen of voeten is een veelgehoorde klacht.

Achttien maanden na diagnose rapporteert bijna 40% van de patiënten met uitgezaaide darmkanker en behandeld met systemische therapie

nogal/veel last van tintelende tenen/voeten en nog eens 31% heeft een beetje last van deze klacht. Ernstige of matige problemen met horen, het openen van een pot of fles, en problemen met lopen of opstaan worden door respectievelijk 21%, 34% en 45% van de patiënten ervaren.

Neuropathie gerelateerde klachten van patiënten met uitgezaaide darmkanker behandeld met systemisch therapie\*



\* gerapporteerd 18 maanden na diagnose

Voorwoord

Samenvatting

Gebruikte data

Kerncijfers

Incidentie

Behandeling T1 en stadium II-III darmkanker

Behandeling uitgezaaide darmkanker

Kwaliteit van leven

Overleving

Nawoord

Begrippenlijst

## KEUZEHULP

De Dikkedarmkanker keuzehulp is voor patiënten met uitgezaaide dikkedarm- en endeldarmkanker bij het bespreken van:

- Start eerstelijns behandeling (ook bij inductie behandeling)
- Switch van behandeling vanwege progressie of toxiciteit.

De keuzehulp ondersteunt de patiënt en de arts bij het kiezen van de beste behandeling. De keuzehulp bestaat uit een uitreikvel waarop de behandelopties overzichtelijk bij elkaar staan. Vervolgens kan er ingelogd worden in de online keuzehulp. In de online keuzehulp staat algemene informatie over onder andere uitzaaiingen, het behandeltraject, en levensverwachting. De keuzehulp stelt vragen om te achterhalen wat voor de patiënt belangrijk is en maakt een samenvatting van de antwoorden en afwegingen. De patiënt kan dit vervolgens bespreken met de zorgverlener en de best passende behandeling kiezen.

De medische inhoud van de keuzehulp is gebaseerd op actuele wetenschappelijke kennis en de Nederlandse richtlijn voor behandeling van dikkedarmkanker, opgesteld door de landelijke werkgroep Gastro Intestinale Tumoren. Inmiddels wordt deze keuzehulp in een groot aantal ziekenhuizen in Nederland ingezet als vast onderdeel van het zorgtraject.



BRON: *Maag Lever Darm Stichting*

Voorwoord

Samenvatting

Gebruikte data

Kerncijfers

Incidentie

Behandeling  
T1 en stadium II-III  
darmkanker

Behandeling  
uitgezaaide  
darmkanker

Kwaliteit van leven

Overleving

Nawoord

Begrippenlijst



# overleving

## Trends in 1- en 5-jaars relatieve overleving

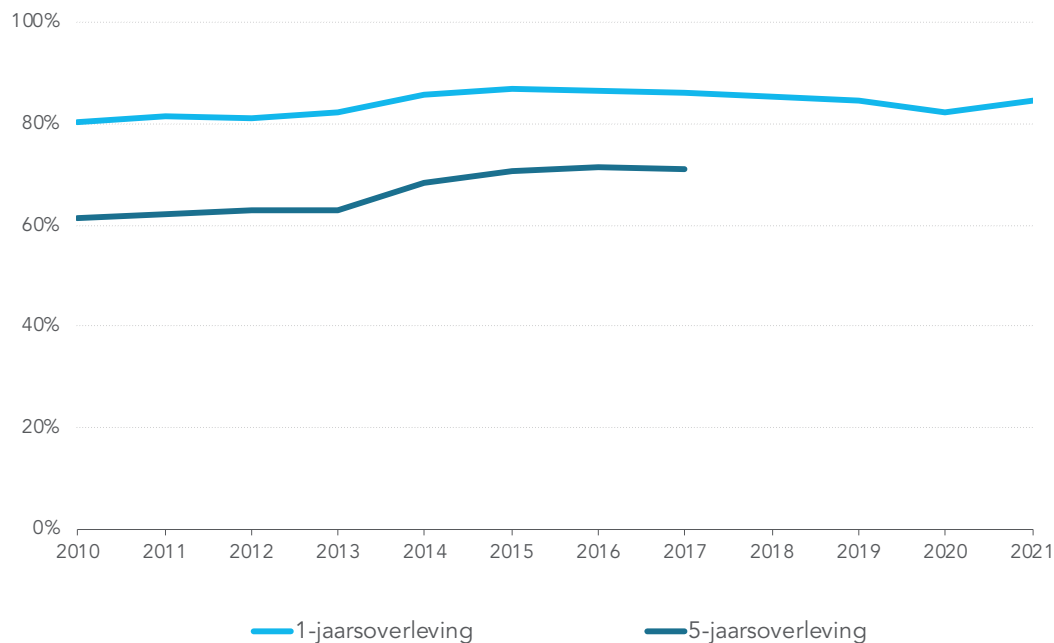
De overlevingscijfers in dit rapport zijn uitgedrukt als relatieve overleving. Hierbij is de waargenomen

overleving van patiënten gecorrigeerd voor de verwachte sterfte in de algemene Nederlandse bevolking, rekening houdend met geslacht, leeftijd en kalenderjaar.

### Overleving van gehele populatie

De overleving van patiënten met darmkanker is gestegen. De 5-jaars relatieve overleving nam met tien procent toe: van 61% in diagnosejaar 2010 tot 71% in diagnosejaar 2017. Dit heeft voornamelijk te maken met de invoering van het landelijke bevolkingsonderzoek in 2014 waardoor er vaker tumoren in een vroeg stadium gediagnosticeerd worden en de prognose beter is.

Overleving van patiënten met darmkanker, naar jaar van diagnose



Voorwoord

Samenvatting

Gebruikte data

Kerncijfers

Incidentie

Behandeling T1 en stadium II-III darmkanker

Behandeling uitgezaaide darmkanker

Kwaliteit van leven

Overleving

Nawoord

Begrippenlijst

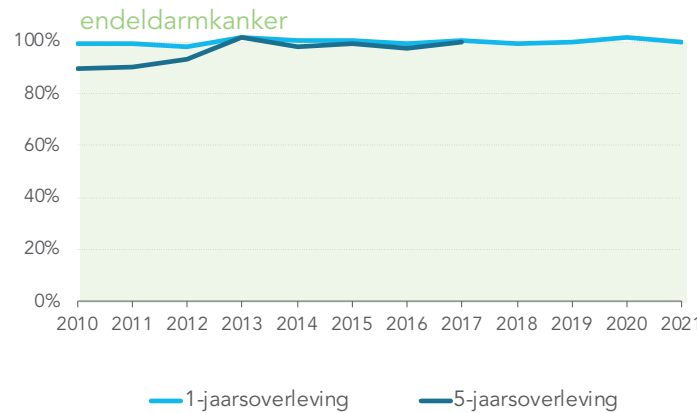
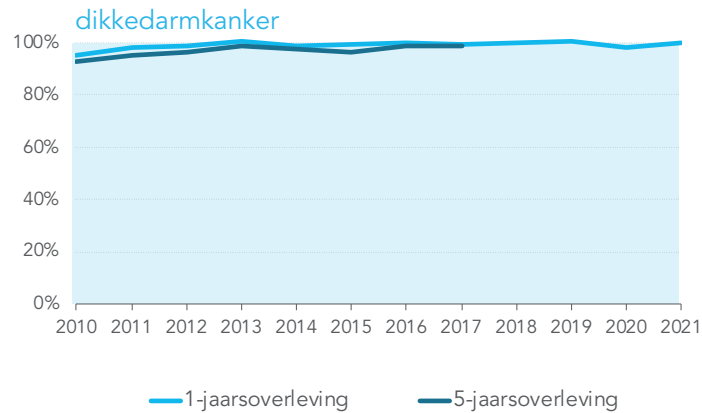
### Overleving per stadium

De kans op overleving is sterk afhankelijk van het stadium waarin darmkanker gediagnosticeerd wordt. De 5-jaarsoverleving van patiënten met

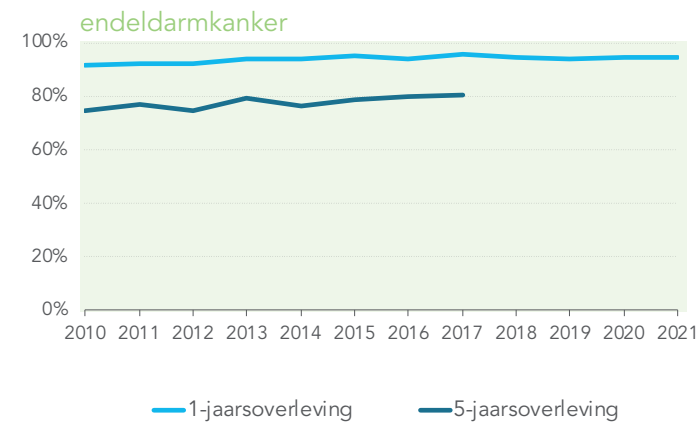
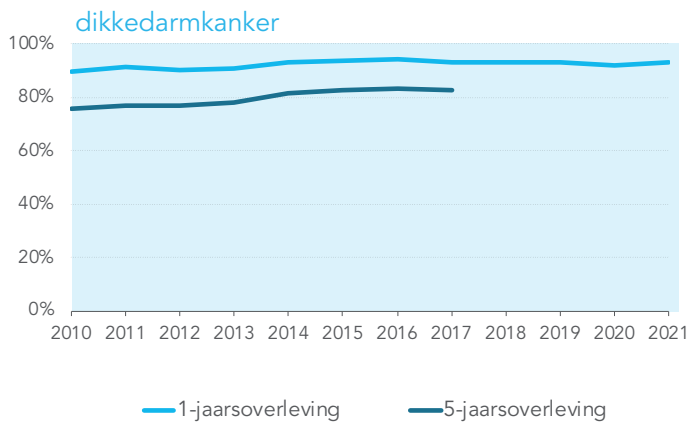
T1 dikkedarm- of endeldarmkanker ligt boven de 95%. De 5-jaars relatieve overleving van patiënten met dikkedarm- of endeldarmkanker stadium II en III is licht toegenomen over de jaren van 75% in 2010 naar

rond de 80% in 2017. De overleving van patiënten met uitgezaaide darmkanker is nauwelijks veranderd over de afgelopen jaren.

Overleving van patiënten met **T1 kanker**, naar jaar van diagnose



Overleving van patiënten met **stadium II en III kanker**, naar jaar van diagnose



Voorwoord

Samenvatting

Gebruikte data

Kerncijfers

Incidentie

Behandeling T1 en stadium II-III darmkanker

Behandeling uitgezaaide darmkanker

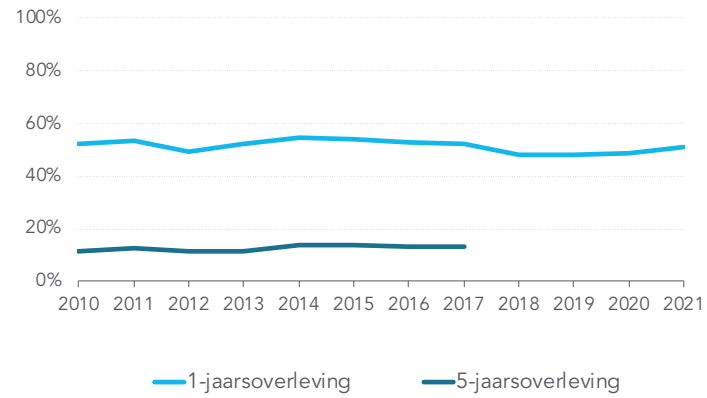
Kwaliteit van leven

Overleving

Nawoord

Begrippenlijst

Overleving van patiënten met uitgezaaide darmkanker, naar jaar van diagnose



Voorwoord

Samenvatting

Gebruikte data

Kerncijfers

Incidentie

Behandeling  
T1 en stadium II-III  
darmkanker

Behandeling  
uitgezaaide  
darmkanker

Kwaliteit van leven

→ Overleving

Nawoord

Begrippenlijst

# nawoord

Vroege opsporing en de-escalatie van behandeling zijn goede ontwikkelingen. Toch krijgen jaarlijks nog steeds 12.000 mensen te horen dat ze darmkanker hebben. De patiëntenorganisatie voor deze mensen, Stichting Darmkanker, ziet meerdere terreinen waar de zorg nog kan verbeteren. In verdere verbetering van het bevolkingsonderzoek, een kwalitatief beter gesprek in de spreekkamer en door extra aandacht voor kwaliteit van leven.

De cijfers uit dit rapport laten duidelijk zien dat er een dalende tendens is in het aantal mensen dat getroffen wordt door darmkanker. Ook zien we, door invoering van het bevolkingsonderzoek, een duidelijke verschuiving naar stadium I-tumoren. Die zijn over het algemeen beter te behandelen. Daardoor neemt de kans op overleving aanzienlijk toe, maar is de kans ook kleiner dat je geconfronteerd wordt met late gevolgen van kanker.

We hopen dat in de toekomst nog meer mensen kunnen profiteren van het bevolkingsonderzoek, door de deelnameleeftijd te verlagen naar 50 jaar, conform Europese richtlijn. Met nieuwe technieken, bijvoorbeeld de inzet van artificial intelligence, kunnen we het bevolkingsonderzoek in de toekomst nog gericht en patiëntvriendelijker uitvoeren. We zien daarnaast een toename van jongere patiënten (onder de 50 jaar) met darmkanker in Westerse landen. Dat maakt het gericht opsporen van darmkanker met laagdrempelige screeningsmethoden nog belangrijker.

We zien de ontwikkeling van passende zorg terug bij de behandeling van darmkanker, bijvoorbeeld in de-escalatie van behandeling. We moeten ernaar blijven streven om alleen die zorg aan te bieden die je als individu nodig hebt. Wat onnodig of niet effectief is, moeten we vooral niet

doen, maar als zorg voor een individu wel degelijk meerwaarde heeft, moeten we die zorg wel blijven aanbieden. Passende zorg betekent ook goede voorlichting en een goed gesprek tussen patiënt en zorgprofessional. De uitkomst leidt niet altijd tot dezelfde behandeling, maar tot maatwerk. Voor de één betekent dat een 'wait and see' beleid, voor de ander toch een intensievere behandeling en een ingreep. Individuele patiëntvoorkeuren spelen hierin een belangrijke rol. Voor de voorlichting is onderzoek naar uitkomst van behandelingen dan ook belangrijk, zodat je op basis van solide data een keuze kan maken.

Voor het leveren van die passende zorg hebben we recent het platform [mijnzorgvideo.nl](https://mijnzorgvideo.nl) gemaakt, waar eenvoudig video's te delen zijn met een patiënt. De video's kunnen op maat ingezet worden: passend bij de handelkeuzes die voor de patiënt relevant zijn. >>

---

Voorwoord

---

Samenvatting

---

Gebruikte data

---

Kerncijfers

---

Incidentie

---

Behandeling  
T1 en stadium II-III  
darmkanker

---

Behandeling  
uitgezaaide  
darmkanker

---

Kwaliteit van leven

---

Overleving

---

Nawoord

---

Begrippenlijst

---



De video's helpen bij het maken van een goede behandelkeuze, maar ook bij het accepteren van de gevolgen daarvan. Dat is hard nodig: op basis van uitvragen weten we dat bijna 80 procent van onze achterban worstelt met de gevolgen van kanker of met de acceptatie van een stoma (mocht dat noodzakelijk zijn in de behandeling). Goede voorlichting, betrouwbare informatie die op het juiste moment beschikbaar komt en één aanspreekpunt of casemanager tijdens de ziekenhuisbehandeling is belangrijk voor patiënten. Maar ook voor kankeroverlevenden. Als stichting pleiten we daarom ook voor goede begeleiding en coaching na de kankerbehandeling. Bijvoorbeeld

om te leren omgaan met vermoeidheid, mentale weerbaarheid, leefstijlfactoren, impact op seksualiteit en intimiteit en verwerking en acceptatie. De zorg voor darmkanker laat dus goede ontwikkelingen zien, maar op het gebied van preventie, goede voorlichting en begeleiding tijdens en na de behandeling kunnen we nog stappen ter verbetering zetten.

**Jan Hobbelen** - Directeur stichting Darmkanker

---

Voorwoord

---

Samenvatting

---

Gebruikte data

---

Kerncijfers

---

Incidentie

---

Behandeling  
T1 en stadium II-III  
darmkanker

---

Behandeling  
uitgezaaide  
darmkanker

---

Kwaliteit van leven

---

Overleving

---

Nawoord

---

Begrippenlijst

---



# begrippenlijst

<b>5-FU</b>	5-fluoroucil, een chemotherapiemiddel.
<b>Adjuvante therapie</b>	Aanvullende kankerbehandeling (chemotherapie, radiotherapie) na verwijdering van de darmkanker.
<b>Anti-VEGF</b>	Anti-Vascular Endothelial Growth Factor, vorm van doelgerichte therapie, vermindert de vorming van nieuwe bloedvaten in de kankercellen.
<b>BRAF mutatie</b>	Een afwijking in het BRAF-gen.
<b>Comorbiditeit</b>	Comorbiditeiten zijn andere aandoeningen die aanwezig zijn bij een patiënt op het moment van de kankerdiagnose, bijvoorbeeld diabetes of COPD.
<b>CRS HIPEC</b>	Cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie, het toedienen van een verwarmde chemospoeling in de buikholte na chirurgische verwijdering van alle zichtbare tumor.
<b>CAPOX</b>	Chemotherapieschema bestaande uit een combinatie van capecitabine en oxaliplatin.
<b>DCCG</b>	Dutch Colorectal Cancer Group, een multidisciplinair samenwerkingsverband tussen medische oncologie, heelkunde, radiotherapie, pathologie, radiologie, klinische genetica en maagdarmlieverziekten. Het doel van de DCCG is het onderzoek naar colorectaal carcinoom in Nederland te stimuleren, te faciliteren en te structureren.
<b>FOLFOX</b>	Chemotherapieschema bestaande uit een combinatie van 5-fluoroucil (5FU) en oxaliplatin.
<b>FOLFOXIRI</b>	Chemotherapieschema bestaande uit een combinatie van 5-fluoroucil (5FU), irinotecan en oxaliplatin.
<b>Hoog-risico stadium II</b>	Pathologisch T4, zonder uitzaaiingen in de lymfeklieren of andere organen.

Voorwoord

Samenvatting

Gebruikte data

Kerncijfers

Incidentie

Behandeling  
T1 en stadium II-III  
darmkanker

Behandeling  
uitgezaaide  
darmkanker

Kwaliteit van leven

Overleving

Nawoord

Begrippenlijst



<b>Neo-adjuvante therapie</b>	Aanvullende kankerbehandeling (chemotherapie, radiotherapie) voorafgaand aan geplande operatie van de darmkanker.
<b>Neuropathie</b>	Zenuw schade, waarbij klachten als een doof gevoel, pijn of tintelingen in de handen en/of voeten kan ontstaan.
<b>Orgaansparende behandeling</b>	Behandeling bij patiënten met endeldarmkanker waarbij de endeldarm gespaard blijft.
<b>R0 resectie</b>	Microscopisch radicale resectie, snijranden zijn vrij. Resectiemarge >1 millimeter.
<b>R1/2/X resectie</b>	R1 microscopisch irradicale resectie. Resectiemarge 0-1 millimeter. R2 macroscopisch irradicale resectie. RX radicaliteit onbekend/niet te beoordelen.
<b>RAS mutatie</b>	Een afwijking in het RAS-gen.
<b>Relatieve overleving</b>	Een benadering voor de kanker specifieke overleving. Hierbij is de waargenomen overleving van patiënten gecorrigeerd voor de verwachte sterfte in de algemene Nederlandse bevolking, rekening houdend met geslacht, leeftijd en kalenderjaar. Relatieve overleving wordt vermeld als percentage ten tijde van bijvoorbeeld een of vijf jaar na de diagnose darmkanker.
<b>S-1</b>	Teysuno, een chemotherapiemiddel.
<b>Stadium</b>	Het stadium is een maat voor de uitgebreidheid van ziekte. In het algemeen geldt dat hoe minder uitgebreid de ziekte is op het moment van diagnose, hoe gunstiger het verloop van de ziekte.
<b>Stadium II-III</b>	Pathologisch stadium II-III dikkedarmkanker en klinisch stadium II-III endeldarmkanker.
<b>T1</b>	Pathologisch T1 of klinisch T1 en pathologisch TX, zonder voorbehandeling, zonder uitzaaiingen in de regionale lymfeklieren (N0) of andere organen (M0).
<b>Uitgezaaide darmkanker</b>	Dit betreft synchroon uitgezaaide darmkanker, dat wil zeggen dat de uitzaaiingen bij diagnose al aanwezig waren.

Voorwoord

Samenvatting

Gebruikte data

Kerncijfers

Incidentie

Behandeling  
T1 en stadium II-III  
darmkanker

Behandeling  
uitgezaaide  
darmkanker

Kwaliteit van leven

Overleving

Nawoord

Begrippenlijst



## COLOFON

### Redactie

Dr. Marloes Elferink, onderzoeker  
Dr. Felice van Erning, onderzoeker  
Drs. Laskarina Galanos, onderzoeker  
Dr. Femke Sijtsma, onderzoeker

### Eindredactie

Werner Tolsma

### Vormgeving

Marja van Vliet

### Met medewerking van:

DCCG, PLCRC en Stichting Darmkanker

### Stuurgroep (alfabetisch):

Dr. Maaïke Berbée, radiotherapeut, MAASTRO, bestuurslid DCCG  
Prof. Dr. Ignace de Hingh, oncologisch chirurg, Catharina ziekenhuis Eindhoven, adviseur IKNL  
Jan Hobbelen, Stichting Darmkanker  
Prof. Dr. Miriam Koopman, internist-oncoloog, UMC Utrecht, secretaris DCCG  
Anne de Korte, adviseur, IKNL  
Dr. Wendy Koster, adviseur monitoring, evaluatie & innovatie, RIVM  
Dr. Leon Moons, maag-, darm- en leverarts, UMC Utrecht, bestuurslid DCCG  
Prof. Dr. Pieter Tanis, oncologisch en gastrointestinaal chirurg, ErasmusMC  
Dr. Geraldine Vink, programmamanager "Prospectief Landelijk CRC Cohort", UMC Utrecht en IKNL, bestuurslid DCCG  
Lisette de Vries, Stichting Darmkanker  
Prof. Dr. Hans de Wilt, oncologisch chirurg, Radboudumc, voorzitter DCCG