Kwaliteitsnormen

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR UROLOGIE

Zaadbalkanker

Versie 4.1
September 2026

Achtergrond herziening 2026

De NVU heeft begin 2013 de eerste kwaliteitsnormen voor zaadbalkanker openbaar gemaakt en in 2015, 2017 en 2024 zijn deze herzien.

In deze **tekstuele** herziening van de kwaliteitsnormen voor zaadbalkanker, versie 4.1 zijn de normen niet inhoudelijk veranderd, maar wel op enkele punten verduidelijkt, waarbij o.a. wordt aangesloten bij de voorgenomen herziening van de SONCOS normering voor zaadbalkanker, die dezelfde tekstuele verduidelijking bevat.

Aangezien versie 4.1 van de zaadbalkanker kwaliteitsnormen geen inhoudelijke, maar tekstuele verduidelijking betreft zal deze versie 4.0 van de kwaliteitsnormen met terugwerkende kracht vervangen en gelden deze kwaliteitsnormen, net als die in versie 4.0, per 1 januari 2025.

Zaadbalkanker

Randvoorwaarden Kwaliteit Urologische Oncologische Zorg

De Werkgroep Oncologische Urologie (WOU) stelt voor zaadbalkanker de volgende criteria op.

Diagnostiek en Behandeling

- Ten aanzien van de diagnostiek, behandeling en follow-up heeft de uroloog de Nederlandse richtlijn Kiemceltumor van de testis (www.richtlijnendatabase.nl) en de EAU-Guidelines Testicular Cancer (http://uroweb.org/guideline/testicular-cancer) tot zijn beschikking. Indien de uroloog afwijkt van de meest recente richtlijn betreffende zaadbalkanker
  - Dient dit gemotiveerd te worden naar de patiënt;
  - Dient het afwijkende beleid en de bijbehorende motivatie in het dossier van de patiënt genoteerd te worden
- De inguinale orchidectomie wordt zo spoedig mogelijk, doch bij voorkeur binnen 72 uur uitgevoerd, tenzij er een indicatie bestaat om onmiddellijk met chemotherapie te beginnen of als er een indicatie bestaat voor oncoTESE, dan moet de orchidectomie ingepland worden zodra oncoTESE mogelijk is. **Gezien het frequent voorkomen van de orchidectomie in de algemene urologische praktijk en de noodzaak deze op korte termijn uit te voeren, is hier geen volumenorm aan verbonden.**
- Vóór een radicale orchidectomie dient semenpreservatie besproken te worden. Als een azoöspermie blijkt, wordt de patiënt een radicale orchidectomie en simultane oncoTESE ter fertiliteitpreservatie aangeboden in een centrum dat TESE verzorgt.
- Na de orchidectomie vindt een gestructureerd multidisciplinair overleg plaats, waar de weefseluitslag van de orchidectomie wordt besproken. Tijden het MDO zijn de volgende specialisten tenminste vertegenwoordigd : uroloog, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut-oncoloog, patholoog, case manager en/of oncologieverpleegkundige en/of verpleegkundig specialist oncologie en eventueel andere verpleegkundigen. De afspraken binnen dit overleg worden gedocumenteerd.
  - Er dient de mogelijkheid te zijn tot consultatie van een expert van het referentiecentrum bij dit overleg.
  - De afspraken binnen dit overleg worden gedocumenteerd in het patiëntendossier. Een verslag hiervan wordt naar de huisarts gestuurd.
- Bij follow-up dienen afwijkende uitslagen (bloedonderzoek, beeldvorming, bij stadium I ook tumormarkers) binnen een week besproken te worden.
- De uroloog verwijst de patiënt voor de retroperitoneale lymfeklierdissecties naar een referentiecentrum.
- Alle patiënten met intermediaire of slechte prognose gemetastaseerde ziekte worden doorverwezen naar en behandeld in een referentiecentrum.
- In geval van een patiënt met slechte prognose (poor risk) dient reeds direct bij het bekend worden van de status ‘slechte prognose’ overleg met het referentiecentrum plaats te vinden.
- Patiënten krijgen zowel mondeling als schriftelijk goede voorlichting voorafgaand aan de behandeling. Bij deze voorlichting wordt tenminste het volgende besproken:
  - verwachte resultaten
  - mogelijke complicaties
  - overweeg partiële orchidectomie bij monotestis
- Aanvullende mondelinge informatie kan door een gespecialiseerd verpleegkundige (bijv. oncologie verpleegkundige) worden gegeven.

Ziekenhuis c.q. specialisten-volume

- De follow up van patiënten met een na uitgevoerde initiële diagnostiek waaronder orchidectomie, CT en laboratoriumonderzoek vastgesteld stadium I testistumor dient verder plaats te vinden in een ziekenhuis die jaarlijks ten minste 10 nieuwe patiënten met dit stadium in follow-up opvolgt. Indien een zorginstelling patiënten met een stadium hoger dan stadium I, maar wel “good risk”, behandelt, moeten dit er tenminste 10 per jaar zijn.
- Een kliniek die retroperitoneale lymfeklierdissecties als behandeling aanbiedt, dient dat minstens 10x per jaar uit te voeren.

Specialisatie van instituten en personen

- De uroloog is de zorgcoördinator in de diagnosefase en schakelt de radiologieafdeling en laboratoria voor pathologie en klinische chemie in en regelt zo nodig semenpreservatie.
- De kliniek is in staat tot het uitvoeren van adequate, geprotocolleerde en strikte follow up conform het follow-up schema uit de EAU richtlijn Testiscular cancer.

Toetsingscriteria voor goede oncologische zorg

- De inguinale orchidectomie wordt zo spoedig mogelijk, doch bij voorkeur binnen 72 uur uitgevoerd, tenzij er een indicatie bestaat om onmiddellijk met chemotherapie te beginnen. **Gezien het frequent voorkomen van deze ingreep in de algemene urologische praktijk en de noodzaak deze op korte termijn uit te voeren, is hier geen volumenorm aan verbonden.**
- Voor bepaling van het verdere beleid vindt na de orchidectomie, pathologie uitslag en beeldvorming een gestructureerd multidisciplinair overleg plaats.
- Bij het wekelijkse MDO dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: uroloog, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut-oncoloog, case manager en/of oncologieverpleegkundige en/of verpleegkundige specialist oncologie en eventueel andere verpleegkundigen.
- De follow up van patiënten met een na uitgevoerde initiële diagnostiek waaronder orchidectomie, CT en laboratoriumonderzoek vastgesteld stadium I testistumor dient verder plaats te vinden in een ziekenhuis die jaarlijks ten minste 10 nieuwe patiënten met dit stadium in follow-up opvolgt. Indien een zorginstelling patiënten met een stadium hoger dan stadium I, maar wel “good risk” behandelt, moeten dit er tenminste 10 per jaar zijn.
- Een kliniek die retroperitoneale lymfeklierdissecties als behandeling aanbiedt, dient dat minstens 10x per jaar uit te voeren.