



Landelijke Palga Protocol:

Adnexen

(voorheen Ovariumcarcinoom)

Auteursrechten

Dit document bevat door auteursrechten beschermde informatie. Alle rechten zijn voorbehouden. Geen enkel onderdeel van dit document mag zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Stichting PALGA worden gekopieerd, gereproduceerd of vertaald in een andere taal.

Alle rechten voorbehouden. © 2019 Stichting PALGA.

Inhoudsopgave

Auteursrechten

Algemeen

Overzicht van aanpassingen per uitgebrachte versie

Handleiding

Scherf 1 Klinische gegevens en macroscopie

Scherf 2 Microscopie

Scherf 3 SWK

Scherf 4 Lymfklieren

Scherf 5 Consult revisie

Scherf 6 MMR/MSI

Scherf 7 Moleculaire diagnostiek

Scherf 8 Consult/revisie

Scherf 9 Protocolaire verslaglegging (PV)

Scherf 10 Conclusie, Diagnose en Aanvulling

Controle knop

Informatie (Blauwe Bolletjes)

Gecomprimeerd totaaloverzicht van gegevens en gebruikers opties

Overzicht van geparametriseerde rubrieken

Overzicht van controles

Overzicht van berekeningen

Gebruik toetsenbord

Contact gegevens

Algemeen

Dit protocol (vanaf versie 6) is gebaseerd op de richtlijn Epitheliaal Ovariumcarcinoom versie 2.0 (2012), en goedgekeurd augustus 2013 door het Commissie Kwaliteit Beroeps Uitoefening (CKBU) van de Nederlands Vereniging Van Pathologie (NVVP) en ontwikkeld door Pathologisch-Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief (PALGA). Vanaf versie 18 is het protocol in samenwerking met de expertise groep van de NVVP: Expertisegroep Gastro-Intestinale Pathologie (EGIP) samengesteld.

Het protocol is oproepbaar middels de volgende aardmaterialen:

- Ovarium
- Adnex
- Uterus met ovaria

Het protocol kent een aantal instelbare **laboratoriumparameters** : parameter geldt op laboratoriumniveau voor alle gebruikers van dit protocol. De laboratoriumparameters worden geadministreerd in een aparte file binnen de Protocolmodule en heeft een login.

Uitzetten van 1 of meer parameters in de bijbehorende parameterfile betekent dat evt. bijbehorende optionele rubrieken verdwijnen van het scherm en uit het Protocollair verslag en ook evt. bijbehorende teksten uit de conclusie.

Overzicht van aanpassingen per uitgebrachte versie

Versie 1-16

Alle functionele aanpassingen van de versies 1 t/m 16 zijn ingebouwd in versie 16 en worden hier niet meer apart vernoemd. Deze staan vermeld in het document "Ovariumcarcinoom documentatie versie 16". Dit opvraagbaar bij de adviseur & beheerder landelijke protocollen van Palga. Versie 17 is komen te vervallen is niet uitgerold.

Versie 18 (28-10-2024)

1. Protocol is van naam veranderd "Ovariumcarcinoom" protocol heet voortaan "Adnexen"

Versie 19 (06-11-2024)

2. Technische wijziging: Interne naam protocol gewijzigd van Adnexen 2.0 naar Adnexen.

Versie 20 (11-11-2024)

3. Extra waarde "sereus cystadenoom met focale epitheliale proliferatie" in de rubriek "Subtype benigne sereus"

Versie 21 (25-11-2024)

4. Extra rubrieken "Tumor aspect linker tuba" ; "Tumor aspect linker tuba (anders)" ; "Tumor aspect rechter tuba" ; "Tumor aspect rechter tuba (anders)"
5. Waarde "ruptuur (voor/tijdens/na chirurgie onbekend)" uit de rubrieken "Kapsel linker ovarium" ; "Kapsel rechter ovarium" aangepast
6. Voorwaarden aangepast bij rubrieken "STIC linker tuba" en "STIC rechter tuba", niet meer verplicht bij Benigne
7. Extra rubrieken "Overige bevinding linker ovarium" en "Overige bevinding rechter ovarium", niet verplicht met waarden "geen afwijkingen"; "borderline" en "benigne"
8. Voorwaarden aangepast bij "Moleculaire diagnostiek (tumor first analysis)", niet meer verplicht bij Benigne
9. In de conclusie opgenomen "Tumor aspect linker ovarium: + waarde"; "(Tumor aspect linker tuba: + waarde)" onder voorwaarden, uitgezonderd indien vermeld als "Macroscopische locatie grootste tumor" OF "Overige tumor locaties" is ongelijk aan linker ovarium.
10. In de conclusie opgenomen "Tumor aspect rechter ovarium: + waarde"; "(Tumor aspect rechter tuba: + waarde)" onder voorwaarden, uitgezonderd indien vermeld als "Macroscopische locatie grootste tumor" OF "Overige tumor locaties" is ongelijk aan rechter ovarium.

Versie 22 (20-12-2024)

11. Tab MMR/MSI aangepast voor 2 en 4 panel eiwit bepaling
12. Bugfix: Onterecht wordt bij waarde "geen macroscopisch zichtbare tumor" uit de rubriek "Macroscopische locatie grootste tumor" de tumor ook bij de tuba vermeld
13. Extra rubriek "diameter tumor linker ovarium" en "diameter tumor rechter ovarium" bij waarde "borderline" en "benigne" uit de rubriek "Overige bevindingen linker / rechter ovarium"

Versie 23 (28-01-2025)

- 14. Bugfix: Bij debulking werd de tumor niet getoond in de conclusie
- 15. Waarde “mucineus cystadenoom met focale epitheliale proliferatie” toegevoegd in de rubrieken “Subtype benigne mucineus” en “Gemengde epitheliale tumor benigne”

Versie 24 (05-02-2025)

- 16. Extra waarde “geen, niet van toepassing” in de rubriek “Grootte van de peritoneale lokalisaties buiten het bekken”
- 17. Diameter ovarium bij maligniteit wordt toegevoegd als Ovarium is vermeld bij de rubriek “Overige tumorlokalisaties”
- 18. Aanpassing conclusie, STIC wordt getoond aan zijde buiten groot “Macroscopische lokatie grootste tumor”

Versie 25 (20-02-2025)

- 19. Wijziging in vastlegging bij MMR bepaling bij 2 eiwitten, bij verlies van 1 eiwit

Versie 26 (10-03-2025)

- 20. Bugfix: waarde uit de rubriek “Rechter ovarium”, werd in de PV vermeld bij “linker ovarium”
- 21. Waarde bij de uit de rubriek “Afmetingen grootste tumor (cm)” werd niet in de conclusie getoond als waarde uit rubriek “Macroscopische lokatie grootste tumor” is gelijk aan “tuba”

Versie 27 (20-05-2025)

- 22. Bugfix: adviestekst bij MMR panel van 2 of 4 alles op nee, werd niet getoond

Versie 28 (19-06-2025)

- 23. Bugfix: bij debulking wordt geen (y)pT0 gegeneerd en er werd geen diagnoseregels getoond
- 24. Bugfix: overige afwijkingen vanuit benigne en borderline in combinatie komen niet in de diagnoseregels bij debulking

Versie 29 (25-08-2025)

- 25. Rubrieken “Subtype sereus borderline tumor” ; “Subtype mucineus borderline tumor”; “Subtype endometroid borderline tumor” ; “Subtype seromucineus borderline tumor” worden niet verplicht
- 26. Waarde “zonder CIS, micro-invasie of murale nodules” uit rubriek “Subtype mucineus borderline tumor” vervalt
- 27. Waarde “zonder CIS of micro-invasie” uit rubriek “Subtype endometroid borderline tumor” vervalt
- 28. Waarde “zonder CIS, micro-invasie of micropapillaire groei” uit rubriek “Subtype sereus borderline tumor” vervalt
- 29. Waarden “zonder CIS, micro-invasie of micropapillaire groei” en “seromucineuze borderline tumor” uit rubriek “Subtype seromucineus borderline tumor” vervallen
- 30. Rubrieken “Subtype brenner borderline” en “Subtype clear cell borderline” vervallen
- 31. Waarden uit rubriek “Tumor borderline” krijgen achteraan “tumor” toegevoegd

32. Bugfix: Conclusie onvolledig bij combinatie “geen macroscopisch zichtbare tumor” uit de rubriek “Macroscopische lokatie grootste tumor” en “anders” uit de rubriek “Overige tumorlokalisaties

Versie 30 (16-10-2025)

33. Extra keuze “extra regionale lymfklier” in de rubriek “Aardmateriaal”. Opmerking, een positieve “extra regionale lymfklier” geeft een pM1b (8^e TNM UICC) in tegenstelling tot de pT4 uit de richtlijn Epitheliaal Ovariumcarcinoom (2012). Besluit NWGP

Versie 31 (21-10-2025)

34. Waarde “gefragmenteerd” uit de rubrieken “Linker Ovarium”; “Linker Tuba”; “Rechter Ovarium”; “Rechter Tuba” geven een pT1c en IC (FIGO)

Versie 32 (01-01-2026)

35. Implementatie TNM Ovarium & Tuba, 9^e editie UICC 2025

Versie 33 (10-03-2026)

36. Vriescoupe resultaat toegevoegd aan diagnoseregels

Versie 34 (21-04-2026)

37. Rubrieken “Consult” en “Consult door” werden onbedoeld in de conclusie getoond

Versie 35 (23-06-2026)

38. Leeftijd check bij de bepaling MMR/MSI op basis van geboortedatum en systeemdatum (actuele datum). En wordt vastgesteld bij waarde “in uitvoering” ; “invullen (MLH1, PMS2, MSH2, MSH6)” en “invullen (PMS2, MSH6)”

Versie 36 (03-08-2026)

39. Nieuwe rubriek “Uterus”
40. Tijdelijke groene balk bij elke nieuwe versie, max 7 dagen in beeld

Handleiding

Scherf 1 Macroscopie

 Opslaan Annuleren Macroscopie T99-TEST TestTestTest

Kliniek en macroscopie

Soort onderzoek ☒ reguliere diagnostiek ☐ revisie extern ☐ consult op verzoek patholoog elders

Procedure ☒ stadiëring ☐ debulking ☐ diagnostisch

Aardmateriaal ☒ linker ovarium ☐ ovarium, zijdigheid onbekend ☒ peritoneum
☒ linker tuba ☐ tuba, zijdigheid onbekend ☐ schildwachtklier
☐ rechter ovarium ☐ uterus ☒ lymfklierdissectie
☐ rechter tuba ☐ omentum ☒ anders

Aardmateriaal (anders)

Eerdere therapie ☐ geen ☐ chemotherapie ☐ radiotherapie ☐ PARP-chemotherapie
☐ operatie ☐ radio-chemotherapie ☐ immunotherapie ☐ onbekend

Preventieve resectie ☐ nee ☐ ja ☐ onbekend

Vriescoupe tumor ☐ niet verricht ☐ disoordant (afwijking niet in de vriescoupe aanwezig)
☐ VC concordant ☐ disoordant (afwijking aanwezig in VC maar niet gezien)
☐ VC niet-conclusief, diagnose uitgesteld ☐ disoordant (afwijking aanwezig in VC maar anders geïnterpreteerd)

Macroscopische lokatie grootste tumor ☐ linker ovarium ☐ geen macroscopisch zichtbare tumor
☐ linker tuba
☐ linker ovarium / tuba

Kapsel linker ovarium ☐ intact ☐ ruptuur (voor/achter chirurgie onbekend) ☒ anders
☐ ruptuur (voor de chirurgie) ☐ tumordoorgroei door kapsel / oppervlak
☐ ruptuur (tijdens de chirurgie) ☐ gefragmenteerd

Kapsel linker ovarium (anders)

Linker tuba ☐ serosa intact ☐ tumordoorgroei op serosa oppervlak
☐ serosa ruptuur (voor de chirurgie) ☐ gefragmenteerd
☐ serosa ruptuur (tijdens de chirurgie) ☒ anders

Linker tuba (anders)

Tumor aspect linker ovarium ☐ cysteus uniloculair ☐ cysteus en solide ☐ geen afwijkingen
☐ cysteus multiloculair ☐ solide ☒ anders

Tumor aspect linker ovarium (anders)

Macroscopisch peritoneum metastase (buiten het bekken) ☐ nee ☒ ja

Almeting grootste metastase (cm)

Regionale lymfklierstations ☐ bekken links ☐ para-aortaal ☐ bekken rechts ☒ anders ☐ anders 2 ☐ overige (zie tab Lymfklieren)

Regionale lymfklierstations (anders)

Extra-regionale lymfklierstation

Toelichting

Rubriek **Soort onderzoek**: De rubriek is verplicht om in te vullen, keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Procedure**: De rubriek is verplicht om in te vullen, keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Aardmateriaal**: De rubriek is niet verplicht in te vullen, meerdere antwoordopties mogelijk.

Rubriek **Aardmateriaal (anders)**: Vrij tekst veld. De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Aardmateriaal “anders” bevat.

Rubriek **Eerdere therapie**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen, keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Preventieve resectie**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen, keuze uit één van de antwoordopties. Deze wordt getoond als Procedure “stadiëring” en/of “diagnostisch” bevat.

Rubriek **Betreft een recidief**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Procedure “stadiëring” en/of “debulking” bevat, keuze uit één antwoordoptie.

Rubriek **Vriescoupe tumor**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen, keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Macroscopische lokatie grootste tumor**: De rubriek is verplicht om in te vullen, tenzij Aardmateriaal enkel "*peritoneum*" bevat. Rubriek wordt onderdrukt als Aardmateriaal enkel of enkel een combinatie van "*lymfklierdissectie*", "*schildwachtlier*", "*omentum*" of "*uterus*" bevat. Getoonde antwoordopties zijn afhankelijk van ingevulde antwoorden bij Aardmateriaal. Keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Afmetingen grootste tumor (cm)**: Vrij tekst veld. De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Macroscopische lokatie grootste tumor is ingevuld én niet gelijk is aan "*geen macroscopisch zichtbare tumor*".

Rubriek **Kapsel linker ovarium**: De rubriek is verplicht om in te vullen als Macroscopische lokatie grootste tumor "*linker ovarium*" is en Procedure niet enkel "*debulking*" bevat, in andere gevallen niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Aardmateriaal "*linker ovarium*" bevat, keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Kapsel linker ovarium (anders)**: Vrij tekstveld. De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Kapsel linker ovarium "*anders*" is.

Rubriek **Linker tuba**: De rubriek is verplicht om in te vullen als Macroscopische lokatie grootste tumor "*linker tuba*" is, in andere gevallen niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Aardmateriaal "*linker tuba*" bevat, keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Kapsel rechter ovarium**: De rubriek is verplicht om in te vullen als Macroscopische locatie grootste tumor "*rechter ovarium*" bevat, in andere gevallen niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Aardmateriaal "*rechter ovarium*" bevat, keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Rechter tuba**: De rubriek is verplicht om in te vullen als Macroscopische locatie grootste tumor "*rechter tuba*" bevat, in andere gevallen niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Aardmateriaal "*rechter tuba*" bevat, keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Kapsel ovarium, zijdigheid onbekend**: De rubriek is verplicht om in te vullen als Macroscopische locatie grootste tumor "*ovarium, zijdigheid onbekend*" bevat, in andere gevallen niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Aardmateriaal "*ovarium, zijdigheid onbekend*" bevat, keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Tuba, zijdigheid onbekend**: De rubriek is verplicht om in te vullen als Macroscopische locatie grootste tumor "*tuba, zijdigheid onbekend*" bevat, in andere gevallen niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Aardmateriaal "*tuba, zijdigheid onbekend*" bevat, keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Tumor aspect linker ovarium**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Aardmateriaal "*linker ovarium*" bevat, keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek ***Tumor aspect linker ovarium (anders)***: Vrij tekstveld. De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Tumor aspect linker ovarium “*anders*” is.

Rubriek ***Tumor aspect rechter ovarium***: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Aardmateriaal “*rechter ovarium*” bevat, keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek ***Tumor aspect rechter ovarium (anders)***: Vrij tekstveld. De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Tumor aspect rechter ovarium “*anders*” is.

Rubriek ***Tumor aspect ovarium, zijdigheid onbekend***: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Aardmateriaal “*ovarium, zijdigheid onbekend*” bevat, keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek ***Tumor aspect ovarium, zijdigheid onbekend (anders)***: Vrij tekstveld. De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Tumor aspect ovarium, zijdigheid onbekend “*anders*” is.

Rubriek ***Tumor aspect linker tuba***: De rubriek niet is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Aardmateriaal “*linker tuba*” bevat, keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek ***Tumor aspect linker tuba (anders)***: Vrij tekstveld. De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Tumor aspect linker tuba “*anders*” is.

Rubriek ***Tumor aspect rechter tuba***: De rubriek niet is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Aardmateriaal “*rechter tuba*” bevat, keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek ***Tumor aspect rechter tuba (anders)***: Vrij tekstveld. De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Tumor aspect rechter tuba “*anders*” is.

Rubriek ***Tumor aspect tuba, zijdigheid onbekend***: De rubriek niet is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Aardmateriaal “*tuba, zijdigheid onbekend*” bevat, keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek ***Tumor aspect tuba, zijdigheid onbekend (anders)***: Vrij tekstveld. De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Tumor aspect tuba, zijdigheid onbekend “*anders*” is.

Rubriek ***Afmeting omentum (cm)***: Vrij tekst veld. De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Aardmateriaal “*omentum*” bevat.

Rubriek ***Macroscopisch omentale deposities***: De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Aardmateriaal “*omentum*” bevat, keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek ***Afmeting grootste omentumdepositie (xx,x cm)***: Numeriek veld met grenswaarden tussen de 0,1- 5,0 cm. De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Macroscopisch omentale deposities “*1*” of “*>1*” bevat.

Rubriek ***Macroscopisch peritoneum metastase (buiten het bekken)***: De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Aardmateriaal “*peritoneum*” bevat keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Afmeting grootste metastase (cm)**: Numeriek veld met grenswaarden tussen de 0,1 en 5,0 cm. De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Macroscopisch peritoneum metastase (buiten het bekken) “ja” is.

Rubriek **Regionale lymfklierstations**: De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Aardmateriaal “lymfklierdissectie” bevat, meerdere antwoordopties mogelijk.

Rubriek **Regionale lymfklierstations (anders)**: Vrij tekstveld. De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Regionale lymfklierstations “anders” bevat.

Rubriek **Regionale lymfklierstations (anders) 2**: Vrij tekstveld. De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Regionale lymfklierstations “anders 2” bevat.

Rubriek **Extra- regionale lymfklierstations**: Vrij tekstveld. De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Aardmateriaal “lymfklierdissectie” bevat.

Inzending I

Schildwachtklier ☐ bekken links ☐ para-aortaal ☐ bekken rechts ☒ anders ☐ anders 2

Schildwachtklier (anders)

[Kopieren](#)

Inzending II

Schildwachtklier ☐ bekken links ☐ para-aortaal ☐ bekken rechts ☐ anders ☒ anders 2

Schildwachtklier (anders) 2

[Kopieren](#) [Nieuw](#) [Verwijderen](#)

Regionale lymfklierstations ☐ bekken links ☐ para-aortaal ☐ bekken rechts ☒ anders ☒ anders 2 ☐ overige (zie [tab](#) [Lymfklieren](#))

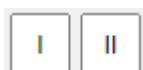
Regionale lymfklierstations (anders)

Regionale lymfklierstations (anders) 2

Extra- regionale lymfklierstation

Toelichting, beheer van inzendingen

Als **Aardmateriaal** “schildwachtklier” bevat is het mogelijk om maximaal 10 schildwachtklier inzendingen toe te voegen.



Indicatoren van aanwezige inzendingen en navigatie functie. In dit voorbeeld zijn er twee inzendingen. Bij het aanklikken van een indicator knop scrollt het invoerscherm naar de eerste rubriek die tot de betreffende inzending behoort zodat deze bovenaan het scherm gepositioneerd wordt.



Knoppen voor toevoegen en verwijderen van een inzending. “+” voegt een lege inzending onderaan toe met een eerstvolgend hoger nummer. “-”

verwijderd de onderste inzending met het hoogste nummer, ongeacht of hiervoor reeds rubrieken zijn ingevuld.

Kopieren

Knop voor het kopiëren van de voor de betreffende inzending ingevoerde rubrieken naar een nieuwe rubriek die onderaan met een eerstvolgend hoger nummer wordt toegevoegd.

Nieuw

Knop voor het toevoegen van een nieuwe lege inzending onderaan met het eerstvolgend hogere nummer. Deze knop is slechts zichtbaar voor de onderste inzending.

Verwijderen

Knop voor het verwijderen van de onderste inzending met het hoogste nummer. Deze knop is slechts zichtbaar voor de onderste inzending.

Toelichting

Rubriek **Schildwachtklier**: De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Aardmateriaal “schildwachtklier” bevat, keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Schildwachtklier (anders)**: Vrij tekstveld. De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Schildwachtklier “anders” bevat.

Rubriek **Schildwachtklier (anders) 2**: Vrij tekstveld. De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Schildwachtklier “anders 2” bevat.

Scher m 2 Microscopie

Opslaan

Annuleren

Feedback

Admin

Controle

Report Nummer

T99-TEST

Patient Naam

TestTestTest

1 Macro

2 Micro

3 Lymfklieren

4 Immuno

5 MMR/MSI

6 Moleculaire diagnostiek

7 Consult revisie

8 Aanvulling

Microscopie

benigne/borderline/maligne

☒ maligne

☐ borderline

☐ benigne

Type tumor (WHO)

☐ hooggradig sereus carcinoom

☐ laaggradig sereus carcinoom

☒ mucineus carcinoom

☐ endometrioid carcinoom

☒ clear cell carcinoom

☐ maligne Brenner tumor

☒ carcinosarcoom

☐ gedifferentieerd/ongedifferentieerd carcinoom

☐ mesonephric-like carcinoom

☒ gemengde epitheliale tumor

☒ anders

Carcinosarcoom (epitheliale component)

☐ hooggradig sereus carcinoom

☐ laaggradig sereus carcinoom

☐ mucineus carcinoom

☐ endometrioid carcinoom

☐ clear cell carcinoom

☐ maligne Brenner tumor

☐ gedifferentieerd/ongedifferentieerd carcinoom

☐ mesonephric-like carcinoom

Subtype carcinosarcoom mesenchymale component

☐ homolog

☐ heteroloog

Carcinosarcoom (sarcomateus component)

☐ rhabdomyosarcoom

☐ osteosarcoom

☐ angiosarcoom

☐ chondrosarcoom

☐ liposarcoom

Type gemengde epitheliale tumor

☐ hooggradig sereus carcinoom

☐ laaggradig sereus carcinoom

☐ mucineus carcinoom

☐ endometrioid carcinoom

☐ clear cell carcinoom

☐ maligne Brenner tumor

☐ carcinosarcoom

☐ gedifferentieerd/ongedifferentieerd carcinoom

☐ mesonephric-like carcinoom

☒ anders

Type gemengde epitheliale tumor (anders)

Type tumor (WHO) (anders)

Gradering

☐ graad 1

☐ graad 2

☐ graad 3

☐ niet beoordeelbaar

Invasiepatroon

☐ expansief

☐ infiltratief

☐ niet beoordeelbaar

Overige laesies

☐ Brenner tumor

☐ teratoom

☐ cystadenoom

Endometriose

☒ ja

☐ nee

Vaso-invasie

☐ ja

☐ nee

Overige tumorlokaties

☐ linker ovarium

☐ linker tuba

☐ rechter ovarium

☐ uterus

☐ geen

☐ anders

STIC linker tuba

☐ ja

☐ nee

Peritoneale cytologie

☐ geen maligne cellen

☐ maligne cellen

☐ dubieus

☐ niet verricht

Pleuravocht

☐ geen maligne cellen

☐ maligne cellen

☐ dubieus

☐ niet verricht

Toelichting

Rubriek **Tumor benigne/borderline/maligne**: De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Aardmateriaal niet enkel “schildwachtklier” en / of “lymfklierdissectie” bevat of enkel deze samen. Meerdere antwoordopties mogelijk.

Rubriek **Type Tumor (WHO)**: De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Tumor benigne/borderline/maligne “maligne”, meerdere antwoordopties mogelijk.

Rubriek **Carcinosarcoom (epitheliale component)**: De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Type tumor (WHO) “carcinosarcoom” bevat, meerdere antwoordopties mogelijk.

Rubriek **Subtype carcinosarcoom mesenchymale component**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Type tumor (WHO) “carcinosarcoom” bevat, keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Carcinosarcoom (sarcomateus component)**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Type tumor (WHO) “carcinosarcoom” bevat, keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Type gemengde epitheliale tumor**: De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Type tumor (WHO) “gemengde epitheliale tumor” bevat. Meerdere antwoordopties mogelijk.

Rubriek **Type gemengde epitheliale tumor (anders)**: Vrij tekstveld. De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Type gemengde epitheliale tumor “anders” bevat.

Rubriek **Type Tumor (WHO) (anders)**: Vrij tekstveld. De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Type tumor (WHO) “anders” bevat.

Rubriek **Gradering**: De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Type Tumor (WHO) “endometrioid carcinoom” en / of “mucineus carcinoom” bevat, keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Eerder vastgestelde type tumor**: De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Aardmateriaal enkel “schildwachtklier” of “lymfklierdissectie” of deze samen is keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Eerder vastgestelde type carcinosarcoom (epitheliale component)**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Eerder vastgestelde type tumor “carcinosarcoom” is, keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Eerder vastgestelde subtype carcinosarcoom mesenchymale component**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Eerder vastgestelde type tumor “carcinosarcoom” is, keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Eerder vastgestelde type carcinosarcoom (sarcomateus component)**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Eerder vastgestelde type tumor “carcinosarcoom” is, keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Eerder vastgestelde type gemengde epitheliale tumor**: De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Eerder vastgestelde type tumor “gemengde epitheliale tumor” is, meerdere antwoordopties mogelijk.

Rubriek **Eerder vastgestelde type gemengde epitheliale tumor (anders)**: Vrij tekstveld. De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Eerder vastgestelde type gemengde epitheliale tumor “anders” is.

Rubriek **Invasiepatroon**: De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Type Tumor (WHO) “mucineus carcinoom” bevat. Meerdere antwoordopties mogelijk, “niet beoordeelbaar” kan niet samen met andere keuzes.

Rubriek **Overige laesies**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Type Tumor (WHO) is “mucineus carcinoom”, keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Endometriose**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Type Tumor (WHO) “endometrioid carcinoom” en / of “clear cell carcinoom” bevat, keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Vaso-invasie**: De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Type Tumor (WHO) “clear cell carcinoom” bevat, keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Overige tumorlokaties**: De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Tumor benigne/borderline/maligne “maligne” is. De getoonde antwoordopties zijn de ingevulde antwoordopties bij **Aardmateriaal**. Het antwoord bij Macroscopische lokatie grootste tumor wordt niet getoond. “*Omentum*” wordt onderdrukt als Omentale deposities niet is “*geen*”. “*Peritoneum*” wordt onderdrukt als Macroscopisch peritoneum metastase (buiten het bekken) is “*ja*”. Meerdere antwoordopties mogelijk, waarde “*geen*” kan niet samen met andere keuzes.

Rubriek **Positieve tumor lokalisaties peritoneum**: De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Overige tumorlokaties “*peritoneum*” bevat. Meerdere antwoordopties mogelijk.

Rubriek **Peritoneum met metastasen in het kleine bekken**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Positieve tumor lokalisaties peritoneum “*in het kleine bekken*” bevat. Meerdere antwoordopties mogelijk.

Rubriek **Peritoneum met metastasen in het kleine bekken (anders)**: Vrij tekstveld. De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Peritoneum met metastasen in het kleine bekken “*anders*” bevat.

Rubriek **Peritoneum met metastasen buiten het kleine bekken**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Positieve tumor lokalisaties peritoneum “*buiten het kleine bekken*” bevat. Meerdere antwoordopties mogelijk.

Rubriek **Peritoneum met metastasen buiten het kleine bekken (anders)**: Vrij tekstveld. De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Peritoneum met metastasen buiten het kleine bekken “*anders*” bevat.

Rubriek **Overige tumorlokaties (anders)**: Vrij tekstveld. De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Overige tumorlokaties “*anders*” is.

Rubriek **STIC linker tuba**: De rubriek is verplicht om in te vullen, tenzij Macroscopische lokatie grootste tumor “*linker tuba*” of “*linker ovarium/ tuba*” is of **Overige tumorlokaties** “*linker tuba*” bevat. Deze wordt getoond als Aardmateriaal “*linker tuba*” bevat. Keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **STIC rechter tuba**: De rubriek is verplicht om in te vullen, tenzij Macroscopische lokatie grootste tumor “*rechter tuba*” of “*rechter ovarium/ tuba*” is of Overige tumorlokaties “*rechter tuba*” bevat. Deze wordt getoond als Aardmateriaal “*rechter tuba*” bevat. Keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **STIC tuba, zijdigheid onbekend**: De rubriek is verplicht om in te vullen, tenzij Macroscopische lokatie grootste tumor “*tuba, zijdigheid onbekend*” of “*ovarium/ tuba, zijdigheid onbekend*” is of Overige tumorlokaties “*tuba, zijdigheid onbekend*” bevat. Deze wordt getoond als Aardmateriaal “*tuba, zijdigheid onbekend*” bevat. Keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Peritoneale cytologie**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Tumor benigne/borderline/maligne “*maligne*” is. Rubriek wordt onderdrukt als Aardmateriaal niet

enkel “schildwachtklier” en / of “lymfklierdissectie” bevat of enkel deze samen. Keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **PA nummer cytologie**: Vrij tekstveld. De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Peritoneale cytologie ingevuld is én niet “niet verricht” is.

Rubriek **Pleuravocht**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Tumor benigne/borderline/maligne “maligne” is. Rubriek wordt onderdrukt als Aardmateriaal niet enkel “schildwachtklier” en / of “lymfklierdissectie” bevat of enkel deze samen. Keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **PA nummer cytologie**: Vrij tekstveld. De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Pleuravocht ingevuld is én niet “niet verricht” is.

Rubriek **Respons op neo-adjuvante therapie**: De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Eerdere therapie is ingevuld én niet “geen” of “onbekend of operatie” én Tumor benigne/borderline/maligne “maligne” is. Rubriek wordt onderdrukt als Aardmateriaal niet enkel “schildwachtklier” en / of “lymfklierdissectie” bevat of enkel deze samen. Keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Tumor benigne**: De rubriek is verplicht om in te vullen. Tumor benigne/borderline/maligne “benigne” is. Keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Subtype benigne sereus**: De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Tumor benigne “subtype benigne sereus” is. Keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Subtype benigne mucineus**: De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Tumor benigne “subtype benigne mucineus” is. Keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Subtype benigne endometrioid**: De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Tumor benigne “subtype benigne endometriod” is. Keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Subtype benigne brenner**: De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Tumor benigne “subtype benigne brenner” is. Keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Subtype benigne clearcell**: De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Tumor benigne “subtype benigne clearcell” is. Keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Gemengde epitheliale tumor benigne**: De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Tumor benigne “epitheliale tumor benigne” is. Meerdere antwoordopties mogelijk.

Rubriek **Tumor borderline**: De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Tumor benigne/borderline/maligne “borderline” is. Keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Subtype sereus borderline**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Tumor borderline “subtype sereus borderline” is. Meerdere antwoordopties mogelijk

Rubriek *Subtype mucineus borderline*: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Tumor borderline “subtype *mucineus borderline*” is. Meerdere antwoordopties mogelijk, keuze.

Rubriek *Subtype endometroid borderline*: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Tumor borderline “subtype *endometroid borderline*” is. Keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek *Subtype seromucineus borderline*: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Tumor borderline “subtype *seromucineus borderline*” is. Keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Gemengde epitheliale tumor borderline**: De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Tumor borderline “gemengde epitheliale tumor *borderline*” is. Meerdere antwoordopties mogelijk.

Rubriek **Peritoneum met invasieve implants**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Tumor borderline “subtype *sereus borderline*” is. Meerdere antwoordopties mogelijk.

Rubriek **Peritoneum met niet-invasieve implants**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Tumor borderline “subtype *sereus borderline*” is. Meerdere antwoordopties mogelijk.

Rubriek **Grootte van de peritoneale lokalisaties buiten het bekken**: De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Peritoneum met invasieve implant en/ of Peritoneum met niet-invasieve implants “*paracolisch rechts*” en/of “*paracolisch links*” en/ of “*diafragma rechts*” en/of “*diafragma links*” bevatten. Keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek *Overige bevinding linker ovarium*: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond Als aardmateriaal is linker ovarium en als macroscopisch locatie grootste tumor OF Overige tumor locaties is ongelijk aan linker ovarium

Rubriek *Overige bevinding rechter ovarium*: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond Als aardmateriaal is rechter ovarium en als macroscopisch locatie grootste tumor OF Overige tumor locaties is ongelijk aan rechter ovarium

Rubriek *Uterus*: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond Als aardmateriaal is Uterus OF Overige tumor locaties is ongelijk aan uterus

Scherm 3 SWK



Opslaan

Annuleren

Versturen

Feedback

Admin

Controle

#

Rapport Nummer
T99-TEST

Patient Naam
TestTestTest

I

II

III

Macro

Micro

SWK

Lymfklieren

Immuno

MMR/MSI

Moleculaire diagnostiek

Consult revisie

Aanvulling

Inzending I

Aantal lymfklieren bekken links SWK

1

Waarvan met metastase(n)

1

Diameter grootste metastase (xx,x mm)

Inzending II

Aantal lymfklieren para-aortaal SWK

1

Waarvan met metastase(n)

1

Diameter grootste metastase (xx,x mm)

Inzending III

Aantal lymfklieren anders SWK

1

Waarvan met metastase(n)

1

Diameter grootste metastase (xx,x mm)

Detectiemethode SWK

☐ niet verricht
 ☐ cytokeratine IHC
 ☐ in uitvoering

SWK

Toelichting

Rubriek **Aantal lymfklieren bekken links/bekken rechts/para-aortaal/anders(vrije tekst)/anders2(vrije tekst) SWK**: De lokalisatie wordt overgenomen uit *Schildwachtklier* in tabblad Macro. De rubriek is verplicht om in te vullen. Numeriek veld met grenswaarden tussen 0 en 100.

Rubriek **Waarvan met metastasen**: De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als *Aantal lymfklieren SWK* groter is dan 0. Numeriek veld, de ingevulde waarde kan niet groter zijn dan de waarde bij *Aantal lymfklieren SWK*.

Rubriek **Diameter grootste metastase (xx,xmm)**: De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als "*Waarvan met macrometastasen*" groter is dan 0. Numeriek veld met grenswaarden tussen 0,1 en 50 mm.

Rubriek **Respons op neo-adjuvante therapie**: De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Eerdere therapie is ingevuld en niet "*geen*", "*operatie*" of "*onbekend*" is en *Waarvan met metastasen* groter is dan 1. Keuze uit één van de antwoordopties.

Bovenstaande rubrieke worden voor elke aangemaakte inzending getoond.

Rubriek **Detectiemethode SWK** De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als *Aantal lymfklieren SWK* groter is dan 0.

Scherm 4 Lymfklieren



Opslaan

Annuleren

Verschuim

Feedback

Admin

Controle

Rapport Nummer

T99-TEST

Patient Naam

TestTestTest

✓ Macro

✓ Micro

✓ SWK

! Lymfklieren

✓ Immuno

✓ MMR/MSI

! Moleculaire diagnostiek

✓ Consult revisie

✓ Aanvulling

Aantal regionale lymfklieren bekken links

1

Waarvan met metastase(n)

1

Aantal regionale lymfklieren bekken rechts

1

Waarvan met metastase(n)

1

Aantal regionale lymfklieren para-aortaal

1

Waarvan met metastase(n)

1

Aantal regionale lymfklieren overige

1

Waarvan met metastase(n)

1

Lokalisatie overige tumorpositieve regionale lymfklierstation(s)

☐ obturatorius links
☐ obturatorius rechts

☐ iliaca links
☐ iliaca rechts

☐ iliaca interna links
☐ iliaca interna rechts

☐ iliaca externa links
☐ iliaca externa rechts

☐ iliaca communis links
☐ iliaca communis rechts

☐ lateraal sacraal links
☐ lateraal sacraal rechts

☐ para-aortaal laag
☐ para-aortaal hoog

☐ paracavaal
☐ parametrium

Aantal regionale lymfklieren anders

1

Waarvan met metastase(n)

Maximale diameter grootste metastase (xx,x mm)

Aantal extra-regionale extra regionaal lymfklieren

Toelichting

Rubriek **Aantal regionale lymfklieren bekken links/ bekken rechts/ para-aortaal/overige/anders(vrije tekst)**: De rubriek is verplicht om in te vullen. Lokalisatie word overgenomen uit Regionale lymfklierstations in tabblad Macro. Numeriek veld met grenswaarden tussen 0-100.

Rubriek **Waarvan met metastase(n)**: De rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Aantal regionale lymfklieren groter is dan 0. Numeriek veld, de waarde kan niet hoger zijn dan de waarde ingevuld bij Aantal regionale lymfklieren.

Bovenstaande rubrieken worden getoond voor elke bij Regionale lymfkliersations ingevulde waarde.

Rubriek **Lokalisatie overige tumorpositieve lymfklierstation(s)**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Regionale lymfklierstations “overige” bevat en Waarvan met metastase(n) groter is dan 0. Meerdere antwoordopties mogelijk, het aantal gekozen waarden kan niet hoger zijn dan de waarde ingevuld bij Waarvan met metastase(n).

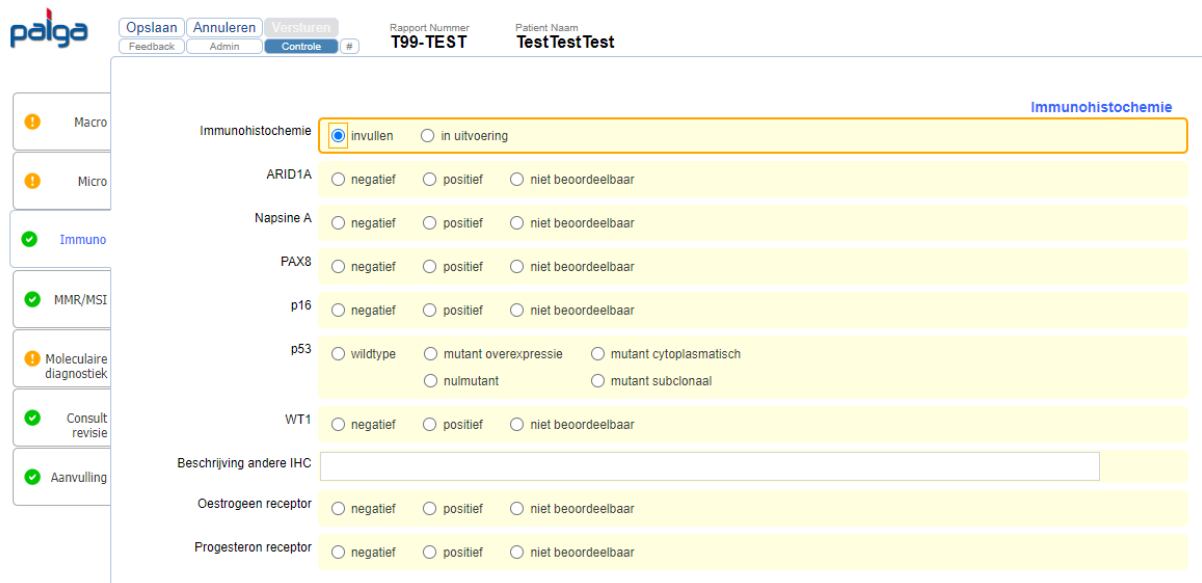
Rubriek **Maximale diameter grootste metastase (xx mm)**: Deze rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als minimaal één van de ingevulde rubrieken Waarvan met metastase(n) groter is dan 0. Numeriek veld met grenswaarden tussen 0,1 en 50 mm.

Rubriek **Aantal extra-regionale lymfklieren**: Rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Extra-regionale lymfklierstations ingevuld is. Numeriek veld met grenswaarden tussen 0 en 100.

Rubriek **Waarvan met metastase**: Rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Aantal extra-regionale lymfklieren groter is dan 0. Numeriek veld, ingevulde waarde kan niet groter zijn dan waarde ingevuld bij Aantal extra-regionale lymfklieren.

Rubriek **Respons op neo-adjuvante therapie**: Rubriek is verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Waarvan met metastase groter is dan 0 en Eerdere therapie niet gelijk is aan “geen”, “onbekend” of “operatie”.

Scherm 5 Immuno



palga Opslaan Annuleren Versturen Feedback Admin Controle # Rapport Nummer T99-TEST Patient Naam TestTestTest

Immunohistochemie Invullen In uitvoering

ARID1A ☐ negatief ☐ positief ☐ niet beoordeelbaar

Napsine A ☐ negatief ☐ positief ☐ niet beoordeelbaar

PAX8 ☐ negatief ☐ positief ☐ niet beoordeelbaar

p16 ☐ negatief ☐ positief ☐ niet beoordeelbaar

p53 ☐ wildtype ☐ mutant overexpressie ☐ mutant cytoplasmatisch ☐ nulmutant ☐ mutant subclonaal

WT1 ☐ negatief ☐ positief ☐ niet beoordeelbaar

Beschrijving andere IHC

Oestrogeen receptor ☐ negatief ☐ positief ☐ niet beoordeelbaar

Progesteron receptor ☐ negatief ☐ positief ☐ niet beoordeelbaar

Toelichting

Rubriek **Immunohistochemie**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **ARID1A**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Immunohistochemie “invullen” is. Keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Napsine A**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Immunohistochemie “invullen” is. Keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **PAX8**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Immunohistochemie “invullen” is. Keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **p16**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Immunohistochemie “invullen” is. Keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **p53**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Immunohistochemie “invullen” is. Keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **p53 mutant overexpressie**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als p53 “mutant overexpressie” is. Numeriek veld met grenswaarden tussen de 1 en 100%.

Rubriek **WT1**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Immunohistochemie “invullen” is. Keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Beschrijving andere IHC**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Immunohistochemie “invullen” is. Vrij tekstveld waarin maximaal 5 andere immuno's toegevoegd kunnen worden.

Rubriek **Andere IHC**: De rubriek is verplicht om in te vullen. Verschijnt voor elk bij Beschrijving andere IHC ingevulde immuno's, de titel wordt vervangen door de ingevoerde tekst. Keuze uit één van de antwoordopties.

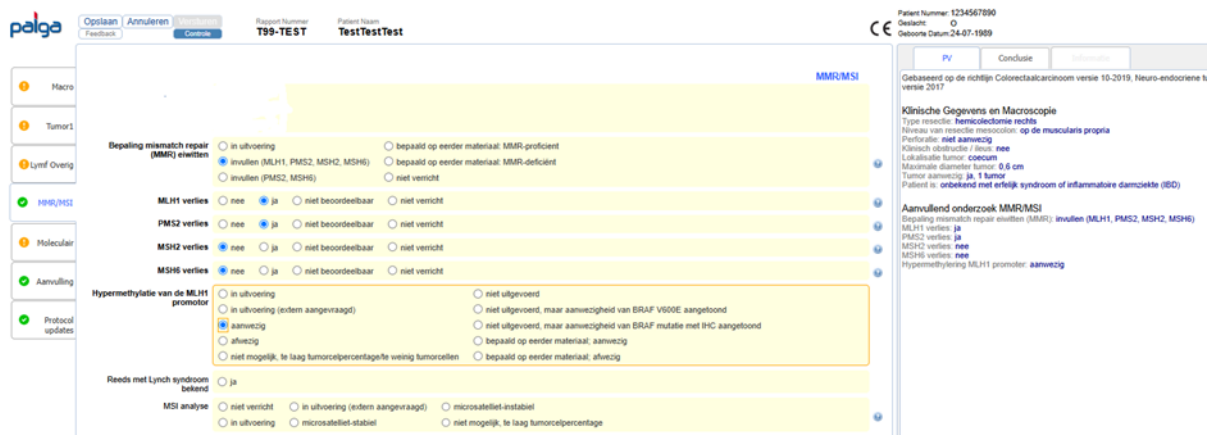
Rubriek **Oestrogeenreceptor**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Immunohistochemie "invullen" is. Keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Percentage oestrogeenreceptor positieve tumorcellen %**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Oestrogeenreceptor is "positief" of "hetrogeen". Numeriek veld met grenswaarden tussen 1 en 100%.

Rubriek **Progesteronreceptor**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Immunohistochemie "invullen" is. Keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Percentage progesteronreceptor positieve tumorcellen %**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Progesteronreceptor is "positief" of "hetrogeen".

Scherm 6 MMR/MSI



Toelichting

Rubriek Bepaling mismatch repair (MMR) eiwitten: De rubriek verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als de rubriek Tumor aanwezig is ja, 1, 2 of 3 tumoren. De rubriek is niet verplicht bij een leeftijd van ≥ 70 jaar

Rubriek Aardmateriaal: De rubriek niet verplicht om in te vullen. Wordt getoond als Bepaling mismatch repair (MMR) eiwitten gelijk is aan bepaald op eerder materiaal: MMR-proficient of bepaald op eerder materiaal: MMR-deficiënt

Rubriek Eerder T-nummer bepaling MMR-status: De rubriek niet verplicht om in te vullen. Wordt getoond als Bepaling mismatch repair (MMR) eiwitten gelijk is aan bepaald op eerder materiaal: MMR-proficient of bepaald op eerder materiaal: MMR-deficiënt

Rubriek MLH1 verlies: De rubriek verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Bepaling mismatch repair (MMR) eiwitten gelijk is aan invullen (MLH1, PMS2, MSH2, MSH6)

Rubriek PMS2 verlies: De rubriek verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Bepaling mismatch repair (MMR) eiwitten gelijk is aan invullen (MLH1, PMS2, MSH2, MSH6)

Rubriek MSH2 verlies: De rubriek verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Bepaling mismatch repair (MMR) eiwitten gelijk is aan invullen (MLH1, PMS2, MSH2, MSH6)

Rubriek MSH6 verlies: De rubriek verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Bepaling mismatch repair (MMR) eiwitten gelijk is aan invullen (MLH1, PMS2, MSH2, MSH6)

Rubriek MLH1 verlies: De rubriek niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Bepaling mismatch repair (MMR) eiwitten gelijk is aan invullen (PMS2, MSH6)

Rubriek PMS2 verlies: De rubriek verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Bepaling mismatch repair (MMR) eiwitten gelijk is aan invullen (PMS2, MSH6)

Rubriek MSH2 verlies: De rubriek niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Bepaling mismatch repair (MMR) eiwitten gelijk is aan invullen (PMS2, MSH6)

Rubriek MSH6 verlies: De rubriek verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Bepaling mismatch repair (MMR) eiwitten gelijk is aan invullen (PMS2, MSH6)

Rubriek Hypermethylering MLH1 promotor: de rubriek is verplicht om in te vullen als Mismatch repair (MMR) MLH1 verlies = ja OF MLH1 en PMS2 verlies = ja EN MLH1, PMS2, MSH2 en MSH6 ≠ niet beoordeelbaar, indien de leeftijd is tussen >40 en <70 jaar.

Rubriek Eerder T nummer onderzoek : De rubriek is niet verplicht om in te vullen.

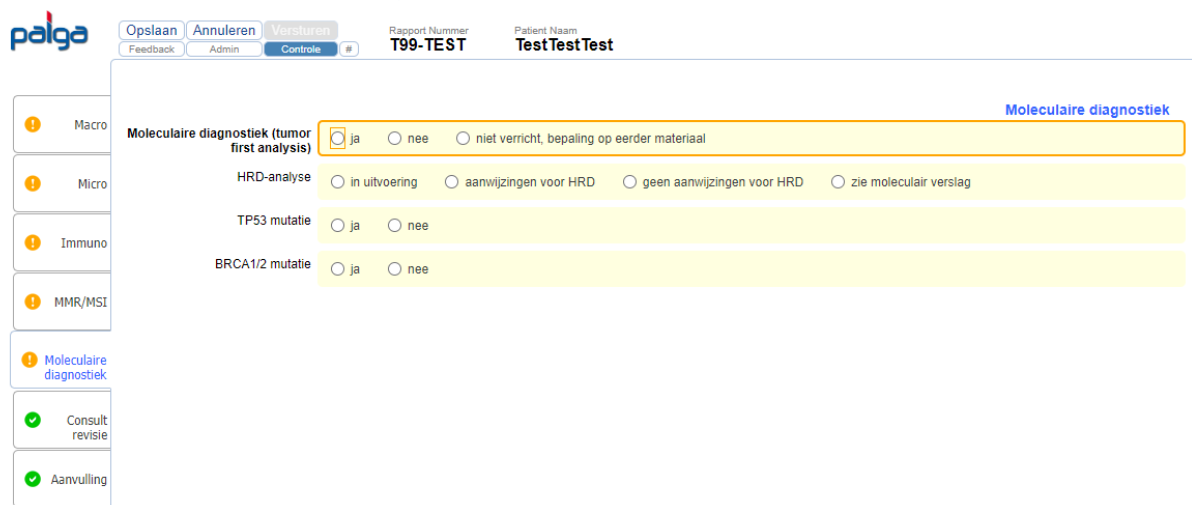
Rubriek Reeds met Lynch syndroom bekend: De rubriek is niet verplicht om in te vullen.

Rubriek Bepaald op eerder materiaal: De rubriek is niet verplicht om in te vullen

Rubriek MSI analyse: De rubriek is niet verplicht om in te vullen.

De adviezen voor verwijzing naar een klinisch geneticus wordt bepaald de aanwezigheid van een één of meerdere tumoren, leeftijd en de bepaling mismatch repair. Er zijn meer dan 50 verschillende adviezen.

Scherf 7 Moleculaire diagnostiek



palga

Opslaan Annuleren Versturen
Feedback Admin Controle

Rapport Nummer T99-TEST Patient Naam TestTestTest

Moleculaire diagnostiek

Moleculaire diagnostiek (tumor first analysis) ☒ ja ☐ nee ☐ niet verricht, bepaling op eerder materiaal

HRD-analyse ☐ in uitvoering ☐ aanwijzingen voor HRD ☐ geen aanwijzingen voor HRD ☐ zie moleculair verslag

TP53 mutatie ☐ ja ☐ nee

BRCA1/2 mutatie ☐ ja ☐ nee

Macro
Micro
Immuno
MMR/MSI
Moleculaire diagnostiek
Consult revisie
Aanvulling

Toelichting

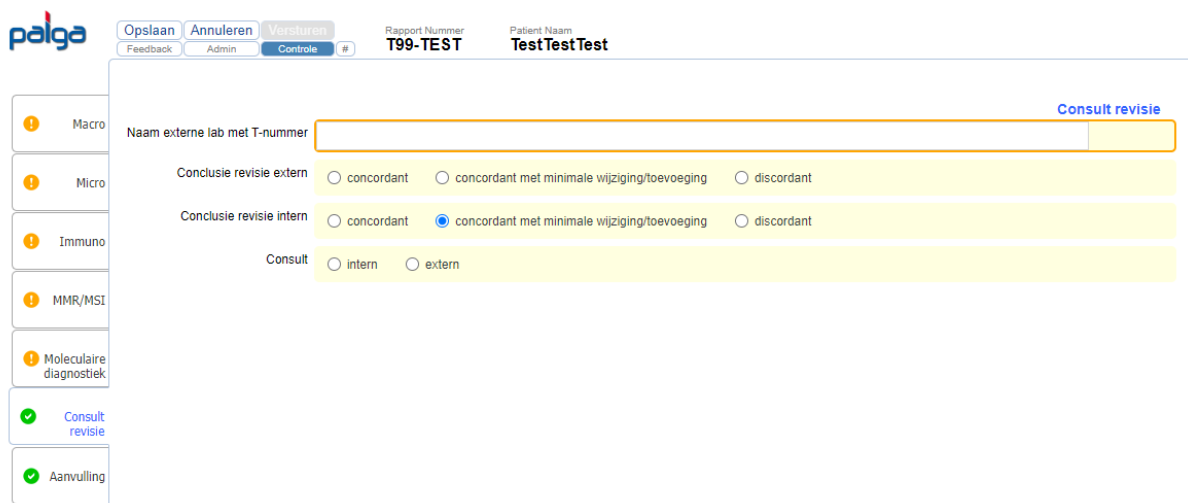
Rubriek **Moleculaire diagnostiek (tumor first analysis)**: De rubriek is verplicht om in te vullen. Keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **HRD-analyse**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **TP53 mutatie**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **BRCA 1/2 mutatie**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Keuze uit één van de antwoordopties.

Scherm 8 Consult revisie



Toelichting

Rubriek **Naam externe lab met T-nummer**: Vrij tekstveld. De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt -getoond als Soort onderzoek niet “*reguliere diagnostiek*” is.

Rubriek **Conclusie consult extern**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Soort onderzoek “*consult op verzoek patholoog elders*” is. Keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Conclusie revisie extern**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Soort onderzoek “*revisie extern*” is. Keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Conclusie revisie intern**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Consult**: De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Keuze uit één van de antwoordopties.

Rubriek **Consult door**: Vrij tekstveld. De rubriek is niet verplicht om in te vullen. Deze wordt getoond als Consult ingevuld is.

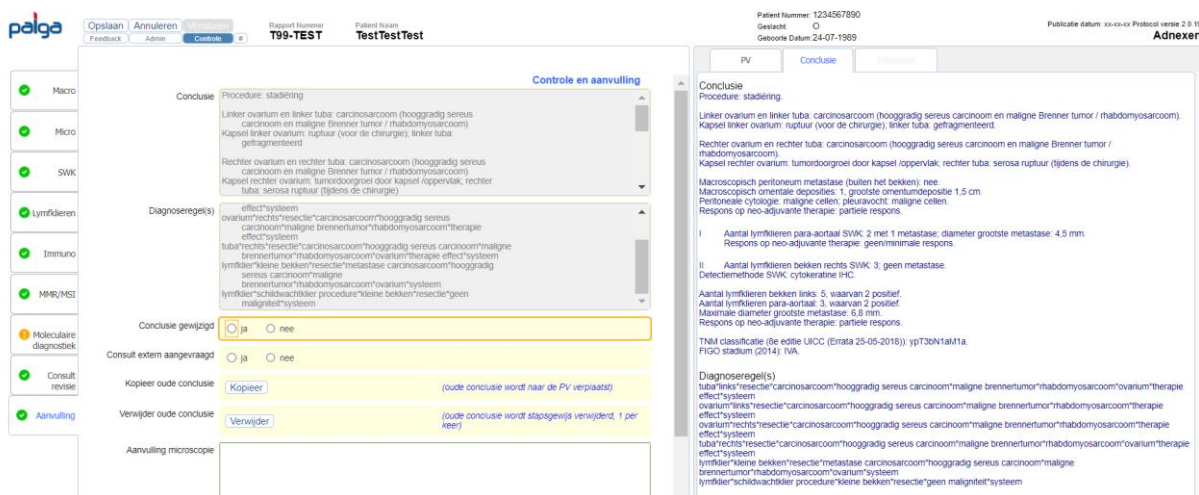
Scherf 9 Protocollaire verslaglegging (PV)

PV	Conclusie	Informatie
Gebaseerd op de richtlijnen Epitheliaal Ovariumcarcinoom versie 2.0 (2012)		
KLINISCHE GEGEVENS Procedure: stadiëring Aardmateriaal: linker ovarium, linker tuba, rechter ovarium, rechter tuba, uterus, omentum, peritoneum, schildwachtklier en lymfklierdissectie Eerdere therapie: radio-chemotherapie Preventieve resectie: nee Vriescoupe tumor: VC concordant		
MACROSCOPIE Macroscopische lokatie grootste tumor: linker tuba Afmetingen grootste tumor: 3,5 cm Kapsel linker ovarium: ruptuur (voor de chirurgie) Kapsel rechter ovarium: tumordoorgroei door kapsel /oppervlak Tumor aspect linker ovarium: geen afwijkingen Tumor aspect rechter ovarium: cysteus en solide Afmeting omentum (cm): 11 x 7 x 1,5 cm Macroscopisch omentale deposities: 1 Afmeting grootste omentumdepositie: 1,5 cm Macroscopisch peritoneum metastase (buiten het bekken): nee I Schildwachtklier: para-aortaal II Schildwachtklier: bekken rechts Regionale lymfklierstations: bekken links en para-aortaal		
MICROSCOPIE Type tumor (WHO): carcinosarcoom Carcinosarcoom (epitheliale component): hooggradig sereus carcinoom en maligne Brenner tumor Subtype carcinosarcoom mesenchymale component: homoloog Carcinosarcoom (sarcomateus component): rhabdomyosarcoom Overige tumorlokaties: rechter ovarium en rechter tuba Peritoneale cytologie: maligne cellen Pleuravocht: maligne cellen Respons op neo-adjuvante therapie: partiele respons		
SWK LYMFKLIEREN I Aantal lymfklieren para-aortaal SWK: 2 Waarvan met metastase(n): 1 Diameter grootste metastase (xx,x mm): 4,5 mm Respons op neo-adjuvante therapie: geen/minimale respons II Aantal lymfklieren bekken rechts SWK: 3 Waarvan met metastase(n): 0 Detectiemethode SWK: cytokeratine IHC		

Toelichting

In het **Protocollair verslag** worden alle ingevulde rubrieken weergegeven.

Scherm 10 Conclusie, Diagnose en Aanvulling



Toelichting

De **Conclusie** bevat een standaard tekst, die onderin het scherm kan worden aangevuld met een eigen tekst via de rubriek **Aanvulling conclusie**. Deze extra tekst wordt dan onderdeel van het protocol en gaat niet verloren. Er kan een waarschuwing worden aangevinkt (optioneel item) als het een gewijzigde conclusie betreft.

De **Diagnose** bevat de Palga diagnose codering, die onderin het scherm kan worden aangevuld met een eigen tekst via de rubriek **Extra diagnose regel**. Deze extra tekst wordt dan onderdeel van het protocol en gaat niet verloren. Indien dat noodzakelijk is worden hier tevens de **palga codes** (verplichte items) ingevoerd. De palga code *systeem is verplicht is deze regel.

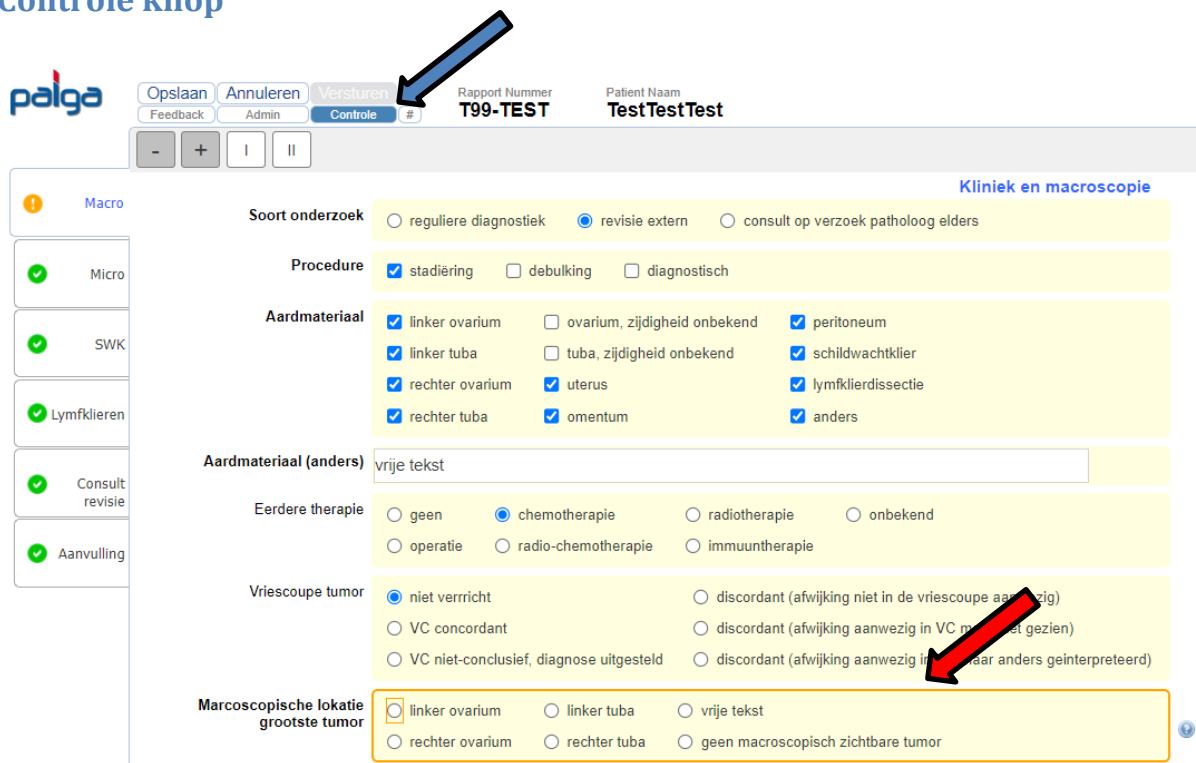
Rubriek **Conclusie gewijzigd**: Deze rubriek is niet verplicht om in te vullen. Hiermee geeft U aan of het een gewijzigde conclusie betreft. Dit wordt dan met een standaard tekst in de conclusie aangegeven. Deze wordt standaard getoond.

Rubriek **Consult extern aangevraagd**: Deze rubriek is niet verplicht om in te vullen. Hiermee geeft U aan of een extern consult is aangevraagd. Dit wordt dan middels een standaard tekst aan de conclusie toegevoegd. Deze wordt standaard getoond.

Rubriek **Kopieer oude conclusie**: Hiermee kan de oude conclusie gekopieerd worden, deze wordt in de PV geplaatst. Deze wordt standaard getoond.

Rubriek **Verwijder oude conclusie**: Hiermee kan de oude conclusie verwijderd worden. Deze wordt standaard getoond.

Controle knop



The screenshot shows the Palga Adnexen form interface. At the top, there are buttons for 'Opslaan', 'Annuleren', and 'Versturen'. Below these are 'Feedback', 'Admin', and 'Controle' buttons. A blue arrow points to the 'Controle' button. The form displays patient information: 'Rapport Nummer T99-TEST' and 'Patient Naam TestTestTest'. On the left, a sidebar lists various categories: Macro, Micro, SWK, Lymfklieren, Consult revisie, and Aanvulling. The main form area is titled 'Kliniek en macroscopie' and contains several sections: 'Soort onderzoek' (radio buttons for 'reguliere diagnostiek', 'revisie extern', and 'consult op verzoek patholoog elders'), 'Procedure' (checkboxes for 'stadiëring', 'debulking', and 'diagnostisch'), 'Aardmateriaal' (checkboxes for various anatomical locations like 'linker ovarium', 'linker tuba', 'rechter ovarium', 'rechter tuba', 'ovarium, zijdigheid onbekend', 'tuba, zijdigheid onbekend', 'uterus', 'omentum', 'peritoneum', 'schildwachtklier', 'lymfklierdissectie', and 'anders'), 'Aardmateriaal (anders)' (a text input field), 'Eerdere therapie' (radio buttons for 'geen', 'chemotherapie', 'radiotherapie', 'onbekend', 'operatie', 'radio-chemotherapie', and 'immunotherapie'), 'Vriescoupe tumor' (radio buttons for 'niet verricht', 'VC concordant', 'VC niet-conclusief, diagnose uitgesteld', 'discordant (afwijking niet in de vriescoupe aanwezig)', 'discordant (afwijking aanwezig in VC maar niet gezien)', and 'discordant (afwijking aanwezig in VC maar anders geïnterpreteerd)'), and 'Macroscopische lokatie grootste tumor' (radio buttons for 'linker ovarium', 'linker tuba', 'vrije tekst', 'rechter ovarium', 'rechter tuba', and 'geen macroscopisch zichtbare tumor'). A red arrow points to the 'Vriescoupe tumor' section.

Toelichting

De functie van de “Controle” knop (blauwe pijl) is het in focus brengen van de eerst volgende openstaande verplichte rubriek (rode pijl). Deze functie is handig op tabbladen met veel rubrieken om snel te navigeren naar de openstaande rubriek om een tabblad te kunnen valideren. De knop werkt per tabblad. De knop voert per keer een controle uit. Indien er meerdere verplichte rubrieken openstaan moet de knop telkens worden geactiveerd.

Informatie (BlauweBolletjes)

Kapsel linker ovarium, rechter ovarium, ovarium zijdigheid onbekend en linker tuba, rechter tuba, tuba, zijdigheid onbekend

Assessment of the integrity of the specimen (ovary or tube) is important, particularly for substaging of organ-confined disease (Stage I). Information should include whether the ovarian capsule or tubal serosa is intact or ruptured, and also if there is tumour on the surface, or whether the tumour was received fragmented or intact. In case of capsule rupture, it is recommended to try to ascertain if rupture occurred before or during surgery (this is important in substaging International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO) Stage IC disease), although obviously this information should be provided by the surgeon.

According to the 2014 FIGO Staging System for ovarian, tubal and primary peritoneal cancer,¹⁰ ovarian capsular or tubal serosal rupture before surgery is considered Stage IC2 while intraoperative rupture is IC1. There is some controversy as to whether rupture during surgery worsens the prognosis in the absence of surface excrescences, ascites or positive washings. Some studies showed a higher risk of recurrence in association with intraoperative ovarian capsular rupture, while others did not.

A 2014 meta-analysis assessed the impact of intraoperative rupture on prognosis, after analysing nine eligible studies which included 2,382 patients. 10 Patients with preoperative capsular rupture showed poorer progression-free survival (PFS) than those with no rupture or intraoperative rupture. In sub-analyses, preoperative rupture was associated with a worse prognosis, and intraoperative rupture had a poorer PFS than no rupture. However, no difference in PFS was found between intraoperative rupture and no rupture in patients who underwent a complete surgical staging operation, with or without adjuvant platinum-based chemotherapy. In a recent large study, the risk associated with intra-operative rupture/Stage IC1 ovarian carcinoma was histotype dependent and greatest for patients with clear cell carcinoma.

There is some evidence to suggest that clear cell carcinomas exhibit a higher risk of rupture, probably related to adhesions to the surrounding tissues, associated with tumour invasion or endometriosis. Capsular rupture has also been associated with pregnancy.

Bron ICCR

Macroscopische lokatie grootste tumor

Sites of tumour involvement should be recorded as this is necessary for tumour staging. Although site assignment (tube versus ovary versus peritoneum) for clear cell, endometrioid, low grade serous and mucinous carcinomas is generally not problematic since almost all arise in the ovary, except for occasional cases arising in extraovarian endometriosis, the same is not true for HGSCs.

It was first recognised in 2001, that a high percentage of so-called ovarian HGSC in women with germline BRCA1 mutations arise in the fimbrial end of the fallopian tube. This was first reported in risk reducing salpingo-oophorectomy specimens (RRSO) where early, pre-invasive, HGSCs were much more likely to be present in the fallopian tube than ovary. These STICs harbour identical p53 mutations to the extratubal tumour, establishing that they are clonal.²² Comparison of telomere length and centrosome amplification in matched STIC and ovarian HGSC suggests that the STICs develop before the ovarian tumours and are in fact a precursor and not a metastatic focus. Finally, although numbers are small, early, incidental non-BRCA1/2 associated (sporadic) HGSCs are

predominantly detected in the fallopian tube mucosa, especially the fimbria, rather than the ovary. In summary, there is compelling evidence that the precursors of HGSC originate in the fallopian tube in patients with germline BRCA1 mutations, and accumulating and convincing evidence that this is also true for sporadic HGSC. Assignment of primary site should therefore reflect our current understanding of where HGSCs originate, based on data from the study of early incidental or pre-invasive HGSC. However, some cases of ovarian and primary peritoneal HGSCs do not show STIC lesions or tubal mucosal HGSC despite entire submission of the grossly normal fallopian tubes for histological evaluation. In a consecutive series of non-uterine HGSCs classified as ovarian or peritoneal based on pre-FIGO 2014 criteria in which the fallopian tubes were examined in their entirety, STICs were identified in 59% of cases, and invasive HGSC of the mucosa of the fallopian tube in an additional 15% of cases. In other cases, the fimbrial end of the fallopian tube was obliterated by a tubo-ovarian mass.

According to the FIGO 2014 Staging System, the primary site of non-uterine HGSC is designated as ovarian, tubal or primary peritoneal.¹⁰ In some cases it may not be possible to ascertain the primary site of origin, and these should be categorised as 'undesignated' in the new staging system. The descriptor 'tubo-ovarian HGSC' can also be used in practice for those cases of advanced stage HGSC where there is uncertainty about primary site, e.g., pre-treatment biopsy from the omentum. The problems in ascertaining the primary site and the variation in practice amongst pathologists have significant implications for epidemiological studies, determination of tumour incidence and mortality, data collection by cancer registries and entry into clinical trials. Based on the 2020 WHO Classification, recommendations for assigning the site of origin of extra-uterine HGSC are provided in the following section.¹ Using these criteria, assignment of primary site is no longer based on the site of greatest volume/size of tumour but the presence of STIC or tubal mucosa involvement by HGSC indicates a fallopian tube origin, as does partial or total obliteration of one or both fallopian tubes by a tumour mass. Application of these criteria will be important in ensuring consistency between different pathologists in assigning the site of origin of HGSC with obvious important implications for cancer registration and other parameters.

"Suggestions for assigning site of origin"

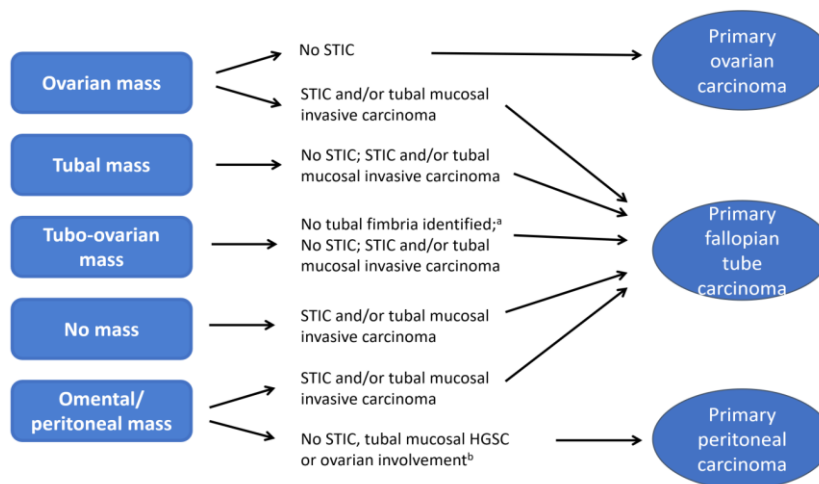
The following suggestions are not intended to be an exhaustive list nor are they intended to be binding, and assignment of origin in an individual case (Figure 1) is left to the discretion of the pathologist and the clinical team, ideally in the setting of a multidisciplinary team meeting.

Undoubtedly, there will be evolution over time in our ability to accurately assign the primary tumour site, but the following are intended as practical guidelines for handling cases at the present time.

1. The fallopian tubes, or at least their fimbrial ends, should be well sampled – whenever possible - in all cases of HGSC by a sectioning and extensively examining the fimbriated end (SEE-FIM)-like protocol to avoid missing this important site of disease, which probably represents the tumour origin in the large majority of cases.

2. The presence of STIC, in the absence of invasive HGSC involving the fallopian tube, should be considered as tubal primary for staging purposes, e.g., point 4 and 7.

3. The presence of STIC without invasion or extratubal spread should be staged as FIGO Stage IA tubal carcinoma (although these have a favourable prognosis, based on limited experience to date²⁸) but with an annotation that there is no 'invasive' carcinoma.
4. Cases with only STIC in the fallopian tube, ovarian surface involvement or parenchymal involvement not exceeding 5 millimetres (mm) and widespread peritoneal involvement, which would traditionally be categorised as primary peritoneal carcinoma, should be classified as tubal primary
5. Cases with HGSC located within the mucosa of the fallopian tube, including its fimbrial end, with or without STIC in any portion of the fallopian tube and with no, minimal or even substantial ovarian involvement should be categorised as tubal primaries. Note that the distinction between STIC and intramucosal HGSC of the fallopian tube is subjective, with the latter showing a greater degree of stratification and architectural complexity.
6. Cases in which the fallopian tube is not identifiable, having presumably been overgrown by the ipsilateral adnexal mass, or the distal end of the fallopian tube is incorporated into a large tubo-ovarian mass should also, based on current understanding, be diagnosed as tubal primaries. It is emphasised that a careful effort must be made to identify the tube in all cases.
7. Cases with a dominant ovarian mass(es) and identifiable fallopian tubes with STIC should be classified as tubal primaries.
8. Cases with a dominant ovarian mass(es) and identifiable fallopian tubes without STIC or mucosal involvement by HGSC, after SEE-FIM, should be classified as ovarian primaries.
9. Cases should be categorised as primary peritoneal carcinoma by the conventional criteria below¹ and only after complete histological examination of the fallopian tubes (including the non-fimbrial portions) has excluded the presence of STIC or a small tubal HGSC or ovarian involvement by HGSC.
10. All cases classified as 'undesignated' for FIGO staging purposes should be further described as 'tubo-ovarian' or 'tubal/ovarian' to distinguish them from serous carcinoma originating in the uterus. Using the suggestions presented here, these should represent a small proportion of HGSC.
11. Cases with unilateral or bilateral HGSC in the ovary and/or STIC or HGSC in the tube but with an endometrial serous intraepithelial or invasive carcinoma should be carefully evaluated for an endometrial versus a tubo-ovarian primary (WT1 may be of value in such cases - see ANCILLARY STUDIES, to distinguish between ovarian and uterine carcinoma). The majority of such cases will represent adnexal metastases from an endometrial serous carcinoma"



Afmetingen grootste tumor (cm)

"There is little or no published evidence to suggest that size of the primary tumour is of prognostic significance, and size is not important for staging or management. The principal reason for recording the tumour dimensions, especially the maximum diameter, is to provide evidence that the tumour has been adequately sampled for histology. There are no evidence-based guidelines as to the optimal sampling of solid or cystic ovarian tumours. By convention, however, most pathologists sample one block per 10 mm of maximum tumour diameter in solid tumours. These same recommendations appear in cancer datasets for tumours at a range of other anatomical sites.

Adequate sampling of ovarian tumours is important for a number of reasons; for example, to identify foci of microinvasion or invasion in borderline tumours, foci of sarcoma in an ovarian carcinoma (carcinosarcoma), or foci of undifferentiated carcinoma in an endometrioid carcinoma (dedifferentiated carcinoma).

It is recognised that ovarian mucinous neoplasms may exhibit considerable intratumoural heterogeneity with an admixture of benign, borderline and malignant areas. One study which assessed the 'adequacy' of sampling in epithelial ovarian neoplasms,³¹ confirmed mucinous carcinomas to display more histological variation than serous carcinomas. The authors concluded that more extensive sampling was required in borderline tumours to exclude foci of invasion. According to the recommendations of the 2004 Bethesda Workshop for borderline ovarian tumours, all borderline tumours should be well sampled – at least two sections per 10 mm (excluding smooth-walled cystic foci) with the exception that borderline tumours of less than 100 mm should be sampled with one block per 10 mm of maximum tumour diameter. The recommendation that there should be more extensive sampling of larger tumours, especially those of mucinous type, reflects their greater likelihood of harbouring foci of invasive carcinoma. Additional sampling of mucinous borderline tumours is also recommended when histological features such as intraepithelial carcinoma or microinvasion are identified in the original sections. Similarly, additional sampling in serous borderline tumours is recommended when micropapillary areas or microinvasion are present in initial sections since such neoplasms are more likely to harbour invasive foci.

Seidman et al (2003) suggested that in mucinous ovarian tumours, tumour size may be helpful in determining whether the ovarian neoplasm is primary or metastatic. The authors found that unilateral mucinous carcinomas ≥ 100 mm in diameter were more likely to be primary than metastatic. Similar findings have been reported by others."

Bron ICCR

Afmeting omentum (cm)

Three dimensions of the omentum should be provided in the pathology report to document the size of the specimen received for pathological examination. This may be useful in certain scenarios to direct the need for further surgery. For example, if initially only an omental biopsy was performed, further surgery may be undertaken to remove the remainder of the omentum. The size of the specimen is also helpful to determine the extent of sampling for histologic examination. No standardised guidelines have been developed for sampling omental specimens in cases of ovarian carcinoma or borderline tumours. However, in the setting of a grossly involved omentum, submitting one block for histologic examination is probably sufficient. In patients who have received neoadjuvant chemotherapy, where histological assessment of tumour response to therapy is

recommended (see Note 15 RESPONSE TO NEOADJUVANT THERAPY), examination of 4-6 blocks of omentum is suggested. For grossly negative omental specimens the sampling recommendations are variable – sampling of 3-5 blocks is recommended in one study,³⁶ other studies suggest one block for every 67 mm of maximal dimension of omentum, or at least one block for every 20 mm of maximum omental dimension. Taking this information into account, 4-6 blocks in cases where the omentum is grossly negative in patients with an ovarian carcinoma or borderline tumour is recommended.

Bron ICCR

Afmeting grootste omentumdepositie

The size of the largest omental tumour deposit should be recorded in the pathology report. This is critical for determining the pathological stage. Microscopic tumour which is not grossly evident, macroscopically evident tumour ≤ 20 mm, and macroscopically evident tumour >20 mm, correspond to FIGO Stages IIIA2, IIIB, and IIIC, respectively. Bron ICCR

Afmeting grootste metastase (cm)

Macroscopic peritoneal metastasis beyond the pelvis up to 2 cm in greatest dimension, with or without metastasis to the retroperitoneal lymph nodes IIIC Macroscopic peritoneal metastasis beyond the pelvis more than 2 cm in greatest dimension, with or without metastasis to the retroperitoneal lymph nodes (includes extension of tumor to capsule of liver and spleen without parenchymal involvement of either organ). Bron ICCR

Positieve tumor lokalisaties peritoneum

In het kleine bekken: (pT2b)

cavum Douglas
bekkenwand links
bekkenwand rechts
blaas

Buiten het kleine bekken (pT3a)

paracolis links
paracolis rechts
diafragma links
diafragma rechts
lever
maag
colon /rectum
pancreas

Type tumor (WHO)

All tubo-ovarian epithelial malignancies and borderline tumours should be typed according to the 2020 WHO Classification of Tumours, Female Genital Tumours, 5th edition. There are five major histotypes of primary ovarian carcinoma, low grade serous, high grade serous, clear cell, endometrioid and mucinous. There are also other uncommon minor types, those listed in the 2020 WHO Classification including malignant Brenner tumour, mesonephric-like and undifferentiated

carcinoma. Although seromucinous carcinoma has been considered a morphologic variant of endometrioid carcinoma, and thus removed from the updated 2020 WHO Classification. Carcinomas formerly diagnosed as seromucinous carcinoma are now included in the endometrioid category. Carcinosarcoma is a mixed epithelial and mesenchymal malignancy but is included in the category of epithelial malignancies in this dataset and in the 2020 WHO Classification since most are of epithelial origin and histogenesis (epithelial mesenchymal transition).

Although management of ovarian carcinoma is, at present, largely dependent on tumour stage and grade, accurate typing will almost certainly become more important in the future with the introduction of targeted therapies and specific treatments for different tumour types. This is in part because, although clinically often considered as one disease, there is an increasing realisation that the different histotypes of ovarian carcinoma have different origins, pathogenesis, are associated with distinct molecular alterations, and have a different natural history, response to traditional chemotherapy, and prognosis. Tumour typing may also be important in identifying or initiating testing for an underlying genetic predisposition. For example, HGSC may be associated with underlying BRCA1/2 mutation while endometrioid carcinomas can occur in patients with LS. The most common ovarian carcinoma is HGSC (approximately 70%) followed by clear cell and endometrioid. Mucinous and low grade serous are less common. Approximately 90% of advanced stage ovarian carcinomas (Stage III/IV) are high grade serous in type. Most primary tubal carcinomas are high grade serous type.

Mixed ovarian carcinomas are now considered to be uncommon. It is recommended that all distinct morphological types in an ovarian carcinoma are documented, even if they comprise less than 10% of the neoplasm. As stated, mixed carcinomas in the ovary are uncommon, the most prevalent combination being clear cell and endometrioid (both of these tumour types often arise in endometriosis). Most neoplasms which were previously classified as mixed serous and endometrioid, and mixed serous and clear cell, represent HGSCs with pseudoendometrioid areas and areas of cytoplasmic clearing respectively. In such cases, immunohistochemical markers, especially WT1, may be useful (see Note 18 ANCILLARY STUDIES).

Borderline tumours should also be typed according to 2020 WHO Classification criteria. The most common types are serous and mucinous. Seromucinous, endometrioid, and Brenner types also occur. Clear cell borderline tumour should only be diagnosed with the greatest caution, being certain to exclude carcinoma.

Bron ICCR

Grading

Histological grade is part of current European Society for Medical Oncology (ESMO)-European Society of Gynaecological Oncology (ESGO) management guidelines for endometrioid and mucinous carcinomas. Serous carcinomas are now classified as low grade serous or high grade serous, and despite the names including the term grade, these are two different histotypes rather than low grade and high grade variants of the same tumour type. Hence, grading does not apply to serous

carcinomas. Clear cell carcinomas, un-/dedifferentiated carcinomas, anaplastic carcinomas, carcinosarcomas and mesonephric-like carcinomas are aggressive tumours and grading does not apply. There is no grading system for malignant Brenner tumours. If chemotherapy has been administered, tumour grading (and typing) may need to be based on the pre-chemotherapy biopsy.

The independent prognostic significance of grade for ovarian endometrioid carcinomas has only recently been validated. The 1988 FIGO grading system is widely used for grading endometrioid carcinomas of ovarian and endometrial origin. The FIGO system is based on architecture; tumours with <5% non-squamous solid component are grade 1, those with 5-50% solid areas are grade 2, and tumours with >50% of solid architecture are classified as grade 3. When grade 1 and 2 tumours show severe nuclear atypia in the majority of the tumours cells (grade 3 nuclei), the histological grade is increased by one.

Dedifferentiation in endometrioid carcinoma, sometimes with Switch (SWI)/Sucrose non-fermenting (SNF) alterations, results in highly aggressive behaviour and such tumours are high grade by definition. A significant majority of ovarian endometrioid carcinomas is grade 1 and 2. However, there is a subset of grade 3 endometrioid carcinomas which should be diagnosed with caution, since a significant proportion of such tumours are in fact HGSC with so called SET features (solid, pseudoendometrioid, transitional cell). IHC is useful in this regard. The interobserver reproducibility of grading is limited and several studies have attempted to improve on it. There are shortcomings of a primarily architecturally based grading system. Certain growth patterns of endometrioid carcinoma such as spindled with bland nuclear features may be over-graded. On the contrary, tumours with non-solid architecture but high grade nuclear atypia may be under-graded. For example, in a recent study a number of p53 abnormal (p53abn) ovarian endometrioid carcinomas with aggressive course were graded as 1.

As compared to the FIGO grading, the Silverberg grading system was found to correlate better with survival in a multivariate analysis, although outcome in ovarian endometrioid carcinoma is mostly dictated by stage. The Silverberg system takes into account nuclear atypia and mitotic activity in addition to architecture. Thus, the scores for architecture (majority glandular=1, papillary=2, solid=3), nuclear atypia (mild=1, moderate=2, severe=3) mitotic activity in 10 high-power fields (0 to 9=1, 10 to 24=2, ≥25=3) are added to obtain a score for determining the final grade (G1: 3 to 5, G2: 6 to 7, G3: 8 to 9). The better performance of the Silverberg system was attributed to the better separation of grade 2 from the grade 3 tumours, which had a poor outcome.

The ICCR Ovary Carcinoma DAC panel agrees that there is insufficient evidence for change in the grading system of endometrioid carcinomas and continues to recommend the FIGO grading system.

In addition to grading, molecular subtype assignment may further improve outcome prediction in the same way as for endometrioid carcinoma of the uterus; this is done with IHC for MMR proteins and p53 and by sequencing for exonuclease domain mutations (EDMs) of Polymerase epsilon (POLE).

Some management guidelines for mucinous carcinomas require grading. The ICCR Ovary Carcinoma DAC previously suggested that if grading of mucinous carcinomas is undertaken (a recommended rather than required element), the same grading system for endometrioid carcinomas should be

used. However, a recent study showed no prognostic significance of the FIGO grading system and reemphasised that mucinous carcinomas only rarely show a solid growth pattern. In this study, the Silverberg grade was significantly associated with survival, although all mucinous carcinomas were graded as grade 1 or 2 by the Silverberg system, and none as grade 3. The ICCR Ovary Carcinoma DAC now recommends the Silverberg grading system for mucinous carcinomas as a non-core reporting element.

The same study also proposed a growth-based grading system based on the pattern of invasion. Expansile/confluent invasion or infiltrative invasion $\leq 10\%$ of the tumour is graded as 1 while infiltrative invasion $> 10\%$ is graded as 2. This was significantly associated with survival in univariable analysis in this relatively small study of 46 cases. This corroborates earlier studies showing that while infiltrative invasion is associated with higher stage, it also predicts higher risk of recurrence at Stage I. It is important to note, however, that an infiltrative pattern of invasion is a characteristic feature of metastatic mucinous carcinoma. In one study, infiltrative pattern of invasion lost its significant association with survival after metastatic carcinomas to the ovary were excluded. If an infiltrative/destructive pattern is present, metastatic carcinoma should carefully be ruled out. The quantification of the infiltrative component as focal ($\leq 10\%$) or diffuse ($> 10\%$) may be recorded to allow more data to be gathered for future studies.

Bron ICCR

Peritoneum met niet-invasieve implants

cavum Douglas (pT2a) (FIGO IIA)

bekkenwand links (pT2b)(FIGO IIB)

bekkenwand rechts (pT2b)(FIGO IIB)

blaas (pT2b)(FIGO IIB)

lever (pM1)(FIGO IVB)

maag (pM1)(FIGO IVB)

colon /rectum (pM1)(FIGO IVB)

pancreas (pM1)(FIGO IVB)

Grootte van de peritoneale lokalisaties buiten het bekken

alleen microscopisch (pT3a2) (FIGO IIIA2)

microscopisch en macroscopisch maar ≤ 2 cm (pT3b) (FIGO IIIB)

microscopisch en macroscopisch maar > 2 cm (pT3c) (FIGO IIC)

microscopisch en macroscopisch, totale grootte onbekend (pT3)(FIGO IIIA2)

Bepaling mismatch repair (MMR) eiwitten

Het testen van de tumor op DNA mismatch repair (MMR) deficiëntie met immunohistochemie voor MMR-eiwitten en/of MSI dient te worden uitgevoerd bij alle nieuwe patiënten met CRC jonger dan 70 jaar (tot en met 69 jaar oud), in principe op het eerste materiaal wat binnen komt (biopt, poliep, resectie, anders) Indien verlies van MLH1/PMS2 eiwit expressie wordt geconstateerd, dient analyse van methylatie van de MLH1-promotor in deze patiëntengroep uitgevoerd te worden voor uitsluiten van een sporadische casus, voordat deze patiënt wordt verwezen naar de klinisch geneticus. Het screenen naar MMR-deficiëntie kan met een 2 antilichaam panel (PMS2 en MSH6) worden

uitgevoerd. Als er met het 2 antilichaam panel verlies van PMS2 of MSH6 expressie wordt aangetoond, dient het complementaire antilichaam (respectievelijk MLH1 of MSH2) te worden getest. Bij MMR-deficiëntie is namelijk een compleet profiel van de MMR-eiwitten van belang, zowel m.b.t. eenduidigheid en uniformiteit van werkwijze, het eventueel inzetten van MLH1-methylatietest, voor passende verwijsadviezen naar klinisch geneticus en zo dat bij kiembaananalyse bekend is welke genen onderzocht moeten worden. Daarnaast is het raadzaam om de MLH1 en MSH2 kleuring toe te voegen wanneer PMS2 en/of MSH6 lastig te interpreteren zijn. De keuze, bepaald op eerder materiaal, is alleen van toepassing wanneer dit hetzelfde tumorproces betreft.

MLH1, PMS2, MSH2, MSH6

De kleuring is niet afwijkend wanneer de tumorcelkernen nucleair aankleuren. Wanneer de tumorcelkernen negatief zijn of cytoplasmatisch kleuren in de aanwezigheid van een positieve interne controle (ontstekingscellen of andere cellen in tumor micro-environment of normaal epitheel) is de kleuring afwijkend. Als de tumorcelkernen niet aankleuren en de interne controle ook niet is de kleuring niet te beoordelen. Voor het omgaan met 2 antilichamen panel, zie informatiebox onder Bepaling mismatch repair eiwitten (MMR)." Als er met het 2 antilichaam panel verlies van PMS2 of MSH6 expressie wordt aangetoond, dient het complementaire antilichaam (respectievelijk MLH1 of MSH2) te worden getest. Bij MMR-deficiëntie is namelijk een compleet profiel van de MMR-eiwitten van belang, zowel m.b.t. eenduidigheid en uniformiteit van werkwijze, het eventueel inzetten van MLH1-methylatietest, voor passende verwijsadviezen naar klinisch geneticus en zo dat bij kiembaananalyse bekend is welke genen onderzocht moeten worden.

MSI analyse

Als 2 of meer van de 5 microsatellieten instabiel zijn kan de tumor beschouwd worden als microsatelliet instabiel (MSI). Als alle 4 of 5 microsatellieten stabiel zijn kan de tumor beschouwd worden als microsatelliet stabiel (MSS) Vroeger werden tumoren MSI-low genoemd wanneer 1 van de 5 microsatellieten instabiel waren en MSI-high wanneer 2-5 microsatellieten waren instabiel. Deze onderverdeling in 3 categorieën (MSS, MSI-low en MSI-high) wordt als een uitslag van de Pentaplex test niet meer gehanteerd en nu is er alleen sprake van twee categorieën, d.w.z. MSS en MSI. In dit systeem valt de MSI-low categorie onder MSS. Er gelden andere afkappunten voor andere testen zoals NGS en WGS.

Tabel 1. Immunohistochemische bevindingen in colorectale carcinomen, die zijn ontstaan als gevolg van MLH1, MSH2, MSH6 en PMS2 kiembaanmutaties

MMR mutatie in het gen:	Immunohistochemische kleuring op het eiwit*:			
	MLH1	PMS2	MSH2	MSH6
MLH1	-	-	+	+
PMS2	+	-	+	+
MSH2	+	+	-	-
MSH6	+	+	+	-

* +: normale (aanwezige) aankleuring, -: abnormale (afwezigheid van kernkleuring) aankleuring

Hypermethylatie van de MLH1 promotor

CRC richtlijn: “Wanneer het laboratorium geen MLH1-hypermethyleringstest kan verrichten, kan overwogen worden BRAF-mutatieanalyse uit te voeren. Bij te weinig tumorweefsel voor moleculaire diagnostiek kan BRAF-immunohistochemie worden verricht. Als er BRAF-mutatieanalyse verricht is maar geen BRAF-V600E mutatie gevonden wordt, voer dan alsnog aanvullende MLH1-promotor hypermethyleringsanalyse uit.”

TNM Ovarium & Tuba 9e editie UICC 2025

pT0 no evidence for primary tumor

pT1a Tumour limited to one ovary (capsule intact) or fallopian tube; capsule intact, no tumor on ovarian surface or fallopian tube surface; no malignant cells in ascites or peritoneal washings (FIGO IA)

pT1b Tumour limited to both ovaries or fallopian tubes; capsule intact, no tumour on ovarian or fallopian tube surface; no malignant cells in ascites or peritoneal washings (FIGO IB)

pT1c Tumour limited to one or both ovaries or fallopian tubes with any of the following:

pT1c1 Surgical spill (FIGO IC1)

pT1c2 Capsule ruptured before surgery or tumour on ovarian or fallopian tube surface (FIGO IC)

pT1c3 Malignant cells in ascites or peritoneal washings (FIGO IC3)

pT2a Extension and/or implants on uterus and/or fallopian tube(s) and/or ovary(ies) (FIGO II)

pT2b Extension to other pelvic tissues, including bowel within the pelvis (FIGO IIB)

pT3a Microscopic extrapelvic (above the pelvic brim) peritoneal involvement with or without retroperitoneal lymph node, including bowel involvement (FIGO IIIA2)

pT3b Macroscopic peritoneal metastasis beyond pelvic brim 2 cm, or less in greatest dimension, including bowel involvement outside the pelvis with or without retroperitoneal nodes (FIGO IIIB)

pT3c Peritoneal metastasis beyond pelvic brim more than 2 cm in greatest dimension and/or retroperitoneal lymph node metastasis (includes extension of tumour to capsule of liver and spleen without parenchymal involvement of either organ) (FIGO IIIC)

Gecomprimeerd totaaloverzicht van gegevens en gebruikers opties

Interne naam	Externe naam	Veld definitie	scherm	MDS	Parameter	Conclusie	Diagnose
Kliniek en macroscopie							
Soortonderzoek	Soort onderzoek	tekenreeks	1	X			
Procedure	Procedure	tekenreeks	1	X		X	
Aardmateriaal	Aardmateriaal	tekenreeks	1	X		X	X
AardmateriaalAnd	Aardmateriaal (anders)	tekenreeks	1	X		X	X
Eerderetherapie	Eerderetherapie	tekenreeks	1				
PreventieveResectie	Preventieve resectie	tekenreeks	1				
Recidief	Betreft een recidief	tekenreeks	1				
MiVriesCoupe	Vriescoupe tumor	tekenreeks	1			X	
Lokalisatietumor	Marcoscopische lokatie grootste tumor	tekenreeks	1	x		X	
AfGrootsteTumor	Afmetingen grootste tumor (cm)	tekenreeks	1	X		X	
Kaplinova	Kapsel linker ovarium	tekenreeks	1	X		X	
KaplinovaAnd	Kapsel linker ovarium (anders)	tekenreeks	1	X		X	
Kaprecova	Kapsel rechter ovarium	tekenreeks	1	X		X	
KaprenovaAnd	Kapsel rechter ovarium (anders)	tekenreeks	1	X		X	
KapZijdeOnbOva	Kapsel ovarium, zijdigheid onbekend	tekenreeks	1	X		X	
KapZijdeOnbOvaAnd	Kapsel ovarium, zijdigheid onbekend (anders)	tekenreeks	1	X		X	
Linkertuba	Linker tuba	tekenreeks	1	X		X	
LinkertubaAnd	Linker tuba (anders)	tekenreeks	1	X		X	
Rechtertuba	Rechter tuba	tekenreeks	1	X		X	
RechtertubaAnd	Rechter tuba (anders)	tekenreeks	1	X		X	
TubaZijdeOnb	Tuba, zijdigheid onbekend	tekenreeks	1	X		X	
TubaZijdeOnbAnd	Tuba, zijdigheid onbekend (anders)	tekenreeks	1	X		X	
Aspecttumorlinkeradnex	Tumor aspect linker ovarium	tekenreeks	1				
Aspecttumorlinkeradnexanders	Tumor aspect linker ovarium (anders)	tekenreeks	1	X			
Aspecttumorrechteradnex	Tumor aspect rechter ovarium	tekenreeks	1				
Aspecttumorrechteradnexanders	Tumor aspect rechter ovarium (anders)	tekenreeks	1	X			
AspecttumorAdnex	Tumor aspect ovarium, zijdigheid onbekend	tekenreeks	1				
AspecttumorAdnexAnders	Tumor aspect ovarium, zijdigheid onbekend (anders)	tekenreeks	1	X			
AfmetingOmentum	Afmeting omentum (cm)	tekenreeks	1				
Omentum	Macroscopisch omentale deposities	tekenreeks	1	X		X	
OmentumGrootsteDepos	Afmeting grootste omentumdepositie	tekenreeks	1	X		X	
Peritoneum	Macroscopisch peritoneum metastase (buiten het bekken)	tekenreeks	1	X		X	
PeritoneumGrootMeta	Afmeting grootste metastase (cm)	tekenreeks	1	X		X	
SWK	Schildwachtklier	tekenreeks	1	X		X	
SWKRegAnders	Schildwachtklier (anders)	tekenreeks	1	X			
SWKRegAnders2	Schildwachtklier (anders) 2	tekenreeks	1	X			
RegionaleLymfklieren	Regionale lymfklierstations	tekenreeks	1	X			
RegionaleLymfklierenAnd	Regionale lymfklierstations (anders)	tekenreeks	1	X			
RegionaleLymfklieren2And	Regionale lymfklierstations (anders) 2	tekenreeks	1	X			
ExtraRegionaleLymfklieren	Extra- regionale lymfklierstation	tekenreeks	1				
Microscopie							
MiTumorBenigBordMalig	Tumor benigne/borderline/maligne	tekenreeks	2	X			
MiTypeTumor	Type tumor (WHO)	tekenreeks	2	X		X	X
MiCarcinosarcoom	Carcinosarcoom (epitheliale component)	tekenreeks	2	X		X	X
MiSubCarcinoMesenComp	Subtype carcinosarcoom mesenchymale component	tekenreeks	2			X	X
MiCarcinoSacoComp	Carcinosarcoom (sarcomateus component)	tekenreeks	2			X	X
MiTypeGemEpithe	Type gemengde epitheliale tumor	tekenreeks	2	X		X	X
MiTypeGemEpitheAnd	Type gemengde epitheliale tumor (anders)	tekenreeks	2	X		X	X

MiTypeTumorAnd	Type tumor (WHO) (anders)	tekenreeks	2	X		X	X
MiGraad	Gradering	tekenreeks	2	X		X	
MiEerderVastGesteldTumor	Eerder vastgestelde type tumor	tekenreeks	2	X		X	X
MiEerderCarcinoEpithelComp	Eerder vastgestelde type carcinosarcoom (epitheliale component)	tekenreeks	2			X	X
MiEerderVastMesenComp	Eerder vastgestelde type subtype carcinosarcoom mesenchymale component	tekenreeks	2			X	X
MiEerderCarcinoSacoComp	Eerder vastgestelde type carcinosarcoom (sarcomateus component)	tekenreeks	2			X	X
MiEerderTypeGemEpithe	Eerder vastgestelde type gemengde epitheliale tumor	tekenreeks	2	X		X	X
MiEerderTypeGemEpitheAnd	Eerder vastgestelde type gemengde epitheliale tumor (anders)	tekenreeks	2	X		X	X
MiEerderVastGesteldTumorAnd	Eerder vastgestelde type tumor (anders)	tekenreeks	2	X		X	X
MiInvasiePatroon	Invasiepatroon	tekenreeks	2	X		X	
MiPrecursorLaesie	Overige laesies	tekenreeks	2				
MiEndometriose	Endometriose	tekenreeks	2				
MiVasoInvasie	Vaso-invasie	tekenreeks	2	X		X	
AnderTumorLok	Overige tumorlokaties	tekenreeks	2	X		X	
PosTumLokPerit	Positieve tumor lokalises peritoneum	tekenreeks	2	X		X	
PosTumLokPeritInKleinBek	Peritoneum met metastasen in het kleine bekken	tekenreeks	2			X	
PosTumLokPeritInKleinBekAnd	Peritoneum met metastasen in het kleine bekken (anders)	tekenreeks	2			X	
PosTumLokPeritBuitKleinBek	Peritoneum met metastasen buiten het kleine bekken	tekenreeks	2			X	
PosTumLokPeritBuitKleinBekAnd	Peritoneum met metastasen buiten het kleine bekken (anders)	tekenreeks	2			X	
AnderTumorAnd	Overige tumorlokaties (anders)	tekenreeks	2	X		X	
MiLinkerTubaSTIC	STIC linker tuba	tekenreeks	2	X		X	
MiRechterTubaSTIC	STIC rechter tuba	tekenreeks	2	X		X	
MiTubaSTICZijdeOnb	STIC tuba, zijdigheid onbekend	tekenreeks	2	X		X	
Ascitesbuikspoeling	Peritoneale cytologie	tekenreeks	2			X	
PaNumAscites	PA nummer cytologie	tekenreeks	2				
Pleuravocht	Pleuravocht	tekenreeks	2			X	
PaNumPleura	PA nummer cytologie	tekenreeks	2				
MiResponsNeoAdjuvante	Respons op neo-adjuvante therapie	tekenreeks	2	X		X	X
MiTumorBenigne	Tumor benigne	tekenreeks	2	X		X	X
MiSubBenSereus	Subtype benigne sereus	tekenreeks	2	X		X	X
MiSubBenMucineus	Subtype benigne mucineus	tekenreeks	2	X		X	X
MiSubBenEndometrioid	Subtype benigne endometrioid	tekenreeks	2	X		X	X
MiGemEpithelialeTumorBenigne	Gemengde epitheliale tumor benigne	tekenreeks	2	X		X	X
MiTumorBorderline	Tumor borderline	tekenreeks	2	X		X	X
MiSubSereusBorderline	Subtype sereus borderline	tekenreeks	2	X		X	X
MiSubMucineusBorderline	Subtype mucineus borderline	tekenreeks	2	X		X	X
MiSubEndometrioidBorderline	Subtype endometrioid borderline	tekenreeks	2	X		X	X
MiSubSeromucineusBorderline	Subtype seromucineus borderline	tekenreeks	2	X		X	X
MiSubBrennerBorderline	Subtype brenner borderline	tekenreeks	2	X		X	X
MiSubClearCellBorderline	Subtype clear cell borderline	tekenreeks	2	X		X	X
MiGemEpithelialeTumorBorder	Gemengde epitheliale tumor borderline	tekenreeks	2	X		X	X
MiPeriInvasieImplants	Peritoneum met invasieve implants	tekenreeks	2			X	X
MiPeriNietInvasieImplants	Peritoneum met niet-invasieve implants	tekenreeks	2			X	X
Grootteperitimplok buiten bekken	Grootte van de peritoneale lokalities buiten het bekken	tekenreeks	2	X		X	X
MiTumorBenigneLi	Tumor benigne	tekenreeks	2	X		X	X
MiSubBenSereusLi	Subtype benigne sereus	tekenreeks	2	X		X	X
MiSubBenMucineusLi	Subtype benigne mucineus	tekenreeks	2	X		X	X
MiSubBenEndometrioidLi	Subtype benigne endometrioid	tekenreeks	2	X		X	X
MiSubBenBrennerLi	Subtype benigne brenner	tekenreeks	2	X		X	X
MiSubBenClearcellLi	Subtype benigne clearcell	tekenreeks	2	X		X	X
MiGemEpithelialeTumorBenigneLi	Gemengde epitheliale tumor benigne	tekenreeks	2	X		X	X
MiTumorBorderlineLi	Tumor borderline	tekenreeks	2	X		X	X
MiSubSereusBorderlineLi	Subtype sereus borderline	tekenreeks	2	X		X	X
MiSubMucineusBorderlineLi	Subtype mucineus borderline	tekenreeks	2	X		X	X
MiSubEndometrioidBorderlineLi	Subtype endometrioid borderline	tekenreeks	2	X		X	X
MiSubSeromucineusBorderlineLi	Subtype seromucineus borderline	tekenreeks	2	X		X	X
MiSubBrennerBorderlineLi	Subtype brenner borderline	tekenreeks	2	X		X	X
MiSubClearCellBorderlineLi	Subtype clear cell borderline	tekenreeks	2	X		X	X
MiGemEpithelialeTumorBorderLi	Gemengde epitheliale tumor borderline	tekenreeks	2	X		X	X
MiTumorBenigneRe	Tumor benigne	tekenreeks	2	X		X	X
MiSubBenSereusRe	Subtype benigne sereus	tekenreeks	2	X		X	X

MiSubBenMucineusRe	Subtype benigne mucineus	tekenreeks	2	X		X	X
MiSubBenEndometrioidRe	Subtype benigne endometrioid	tekenreeks	2	X		X	X
MiSubBenBrennerRe	Subtype benigne brenner	tekenreeks	2	X		X	X
MiSubBenClearcellRe	Subtype benigne clearcell	tekenreeks	2	X		X	X
MiGemEpithelialeTumorBenigneRe	Gemengde epitheliale tumor benigne	tekenreeks	2	X		X	X
MiTumorBorderlineRe	Tumor borderline	tekenreeks	2	X		X	X
MiSubSereusBorderlineRe	Subtype sereus borderline	tekenreeks	2	X		X	X
MiSubMucineusBorderlineRe	Subtype mucineus borderline	tekenreeks	2	X		X	X
MiSubEndometrioidBorderlineRe	Subtype endometrioid borderline	tekenreeks	2	X		X	X
MiSubSeromucineusBorderlineRe	Subtype seromucineus borderline	tekenreeks	2	X		X	X
MiSubBrennerBorderlineRe	Subtype brenner borderline	tekenreeks	2	X		X	X
MiSubClearCellBorderlineRe	Subtype clear cell borderline	tekenreeks	2	X		X	X
MiGemEpithelialeTumorBorderRe	Gemengde epitheliale tumor borderline	tekenreeks	2	X		X	X
MiDiameterTumorRe	diameter tumor (x,xx cm)	Getal	2	X		X	X
MiDiameterTumorLi	diameter tumor (x,xx cm)	Getal	2	X		X	x
MiUterus	Uterus	tekenreeks	2			X	
MiUterusAnd	Uterus (anders)	tekenreeks	2			x	
SWK (samples)							
SWKBekkenLi	Aantal lymfklieren bekken links SWK	number	3	X		X	
SWKBekkenLiMeta	Waarvan met metastase(n)	number	3	X		X	X
SWKBekkenLiDiaGrMeta	Diameter grootste metastase (xx,x mm)	number	3	X		X	
SWKBekkenLiResponsNeo	Response op neo-adjuvantie therapie:	tekenreeks	3	X		X	
SWKBekkenRe	Aantal lymfklieren bekken rechts SWK:	number	3	X		X	
SWKBekkenReMeta	Waarvan met metastase(n)	number	3	X		X	X
SWKBekkenReDiaGrMeta	Diameter grootste metastase (xx,x mm)	number	3	X		X	
SWKBekkenReResponsNeo	Response op neo-adjuvantie therapie:	tekenreeks	3	X		X	
SWKParaAortaal	Aantal lymfklieren Para-aortaal SWK:	number	3	X		X	
SWKParaAortaalMeta	Waarvan met metastase(n)	number	3	X		X	X
SWKParaAortaalDiaGrMeta	Diameter grootste metastase (xx,x mm)	number	3	X		X	
SWKParaAortaalResponsNeo	Response op neo-adjuvantie therapie	tekenreeks	3	X		X	
SWKAnders	Aantal lymfklieren (anders) SWK	number	3	X		X	
SWKAndersMeta	Waarvan met metastase(n)	number	3	X		X	X
SWKAndersDiaGrMeta	Diameter grootste metastase (xx,x mm)	number	3	X		X	
SWKAndersResponsNeo	Respons op neo-adjuvantie therapie	tekenreeks	3	X		X	
SWKAnders2	Aantal lymfklieren (anders)2 SWK	number	3	X		X	
SWKAndersMeta2	Waarvan met metastase(n)	number	3	X		X	X
SWKAndLiDiaGrMeta2	Diameter grootste metastase (xx,x mm)	number	3	X		X	
SWKAndersResponsNeo2	Respons op neo-adjuvante therapie	tekenreeks	3	X		X	
SWKDetectieMethode	Detectiemethode SWK	tekenreeks	3	X		X	
Lymfklieren							
AantalreglymklBekkenLi	Aantal regionale lymfklieren bekken links	number	4	X		X	
AantalreglymklmetaBekLi	Waarvan met metastase	number	4	X		X	X
AantalreglymklBekkenRe	Aantal regionale lymfklieren bekken rechts	number	4	X		X	
AantalreglymklmetaBekRe	Waarvan met metastase	number	4	X		X	X
AantalreglymklParaAortaal	Aantal regionale lymfklieren Para-aortaal	number	4	X		X	
AantalreglymklmetaParaAortaal	Waarvan met metastase	number	4	X		X	X
AantalreglymklOverige	Aantal regionale lymfklieren overige	number	4	X		X	
AantalreglymklmetaOverige	Waarvan met metastase	number	4	X		X	X
Loktumreglym	Lokalisatie overige tumorpositieve regionale lymfklierstation(s)	tekenreeks	4				
AantalreglymklAnders	Aantal regionale lymfklieren (anders)	number	4	X		X	
AantalreglymklmetaAnders	Waarvan met metastase	number	4	X		X	X
AantalreglymklAnders2	Aantal regionale lymfklieren (anders)2	number	4	X		X	
AantalreglymklmetaAnders2	Waarvan met metastase(n)	number	4	X		X	X
MaxDiamGrootsteMeta	Maximale diameter grootste metastase (xx mm)	number	4	X		X	
Aantalexreglym	Aantal extra-regionale (vrije tekst) lymfklieren	number	4			X	
Aantalexreglymmetastasen	Waarvan met metastase	number	4	X		X	x
LymfResponsNeo	Respons op neo-adjuvantie therapie	tekenreeks	4	X		X	
Immuno							
ImmHistoChem	Immunohistochemie	tekenreeks	5			X	
ARID1A	ARID1A	tekenreeks	5				
NapsineA	Napsine A	tekenreeks	5				
PAX8	PAX8	tekenreeks	5				

ImmP16Ov	p16	tekenreeks	5				
P53	P53	tekenreeks	5				
P53MutantOver	p53 mutant overexpressie	number	5				
WT1	WT1	tekenreeks	5				
ImmBeschrijvingOverig	Beschrijving andere IHC	tekenreeks	5				
ImmBeschrijvingOverigAnders	Andere IHC	tekenreeks	5	X			
OestoRec	Oestrogeen receptor	tekenreeks	5				
PercOestrogeenReceptNumPos	Percentage Oestrogeen receptor positieve tumorcellen %	number	5				
ProgesRec	Progesteron receptor	tekenreeks	5				
PercProgesterReceptNumPos	Percentage Progesteron receptor positieve tumorcellen %	number	5				
MMR MSI							
BepalingMmrEiwit	Bepaling mismatch repair eiwitten (MMR)	tekenreeks	6			X	
MmrEiwitMLH1verlies	MLH1 verlies	tekenreeks	6	X		X	
MmrEiwitPMS2verlies	PMS2 verlies	tekenreeks	6	X		X	
MmrEiwitMSH2verlies	MSH2 verlies	tekenreeks	6	X		X	
MmrEiwitMSH6verlies	MSH6 verlies	tekenreeks	6	X		X	
AardMatMmrEiwitEerderBep	Aard eerder materiaal	Tekenreeks	6				
HyperMethylMLH1Prom	Hypermethylatie van de MLH1 promotor	Tekenreeks	6	X		X	
EerderTBepalingMmrEiwit	Eerder T onderzoek Bepaling MMR-status	Tekenreeks	6				
EerderTBepHyperMethylMLH1Prom	Eerder T nummer onderzoek	Tekenreeks	6				
MsiAnalyse	MSI analyse	tekenreeks	6			X	
Moleculair							
Moldiag	Moleculaire diagnostiek (tumor first analysis)	tekenreeks	7			X	
HRDanalyse	HRD-analyse	tekenreeks	7			X	
TP53	TP53 mutatie	tekenreeks	7			X	
BRCA1_2	BRCA1/2 mutatie	tekenreeks	7			X	
Consult-revisie							
ExternTnrlab	naam extern lab met T-nummer	tekenreeks	8			X	
ConConExtern	Conclusie consult extern	tekenreeks	8			X	
ConRevExtern	Conclusie revisie extern	tekenreeks	8			X	
ConRevIntern	Conclusie revisie intern	tekenreeks	8			X	
Consult	Consult	tekenreeks	8			X	
ConsultDoor	Consult door	tekenreeks	8			X	
TNM9UICCAdnex	TNM Ovarium & Tuba 9 ^e editie UICC	Tekenreeks					

Overzicht van geparametriseerde rubrieken

Parameters

Export PV ☐ ja ☐ nee

Export Conclusie ☐ ja ☐ nee

Geëxporteerde conclusie is beschermd ☐ ja ☐ nee

Macro: Antwoord 'overige (lymfklieren)' weergeven in vraag 'Regionale lymfklierenstations' ☒ ja ☐ nee

Micro: Vraag 'Peritoneum met metastasen in het kleine bekken' weergeven ☒ ja ☐ nee

Micro: Vraag 'Peritoneum met metastasen buiten het kleine bekken' weergeven ☒ ja ☐ nee

Conclusie: Standaard zin in de conclusie over microsatelliet (in)stabiliteit weergeven? ☒ ja ☐ nee

Huidige settings opslaan

Overzicht van controles

Aardmateriaal: “ovarium, zijdigheid onbekend” kan niet samen met “links ovarium” of “rechts ovarium”.

Aardmateriaal: “tuba, zijdigheid onbekend” kan niet samen met “linker tuba” of “rechter tuba”.

Kapsel linker ovarium: tumordoorgroei door kapsel/oppervlak kan niet als **Overige tumorlokaties** niet is ingevuld (uitgezonderd als **Macroscopische locatie grootste tumor** = “linker ovarium”).

Kapsel rechter ovarium: tumordoorgroei door kapsel/oppervlak kan niet als **Overige tumorlokaties** niet is ingevuld (uitgezonderd als **Macroscopische locatie grootste tumor** = “rechter ovarium”).

Kapsel ovarium, zijdigheid onbekend : tumordoorgroei door kapsel/oppervlak kan niet als **Overige tumorlokaties** niet is ingevuld (uitgezonderd als **Macroscopische locatie grootste tumor** = “ovarium, zijdigheid onbekend”).

Linker tuba: tumordoorgroei op serosa oppervlak kan niet als **Overige tumorlokaties** niet is ingevuld (uitgezonderd als **Macroscopische locatie grootste tumor** = “linker tuba”).

Rechter tuba: tumordoorgroei op serosa oppervlak kan niet als **Overige tumorlokaties** niet is ingevuld (uitgezonderd als **Macroscopische locatie grootste tumor** = “rechter tuba”).

Tuba, zijdigheid onbekend: tumordoorgroei op serosa oppervlak kan niet als **Overige tumorlokaties** niet is ingevuld (uitgezonderd als **Macroscopische locatie grootste tumor** = “tuba, zijdigheid onbekend”).

Afmeting grootste omentumdepositie (cm): Deze waarde dient te liggen tussen de 0,1 en 5,0 cm.

Afmeting grootste metastase (cm): Deze waarde dient te liggen tussen de 0,1 en 5,0 cm.

Invasiepatroon: Waarde ‘niet beoordeelbaar’ kan niet samen met andere keuzes.

Andere tumorlokaties: waarde “geen” kan niet samen met andere keuzes.

Type Tumor (WHO): hooggradig sereus carcinoom EN laaggradig sereus carcinoom kunnen niet samen

Subtype mucineus borderline: Keuze ‘zonder CIS, micro-invasie of murale nodes’ kan niet samen met andere keuzes.

Subtype mucineus borderline: Keuze ‘met CIS’ kan niet samen met de keuze(s) ‘micro-invasief mucineus carcinoom’ en/of ‘met micro invasie’.

Gemengde epitheliale tumor borderline: Keuze ‘sereus subtype, zonder micro-invasie’ kan niet samen met andere keuzes die ‘sereus’ bevatten.

Gemengde epitheliale tumor borderline: Keuze ‘mucineus subtype zonder CIS, micro-invasie of murale nodes’ kan niet samen met andere keuzes die ‘mucineus’ bevatten.

Gemengde epitheliale tumor borderline: Keuze ‘endometrioïd subtype zonder CIS of micro-invasie’ kan niet samen met keuze ‘endometrioïd subtype met micro-invasie’.

Gemengde epitheliale tumor borderline: Keuze ‘seromucineus subtype’ kan niet samen met keuze ‘seromucineus subtype met micro-invasie’.

Gemengde epitheliale tumor borderline: Keuze ‘mucineus subtype met CIS’ kan niet samen met keuze(s) ‘micro-invasief mucineus carcinoom’ en/of ‘mucineus subtype met micro-invasie’.

Aantal lymfklieren bekken links/bekken rechts/ para-aortaal/anders SWK: Deze waarde dient tussen de 0 en de 100 te liggen.

Waarvan met metastase(n): Deze waarde mag niet hoger zijn dan de waarde ingevuld bij **Aantal lymfklieren bekken links/bekken rechts/ para-aortaal/anders SWK**.

Diameter grootste metastase (xx,x mm): Deze waarde dient tussen 2,1 en 50 te liggen.

Aantal regionale lymfklieren bekken links/ bekken rechts/ para-aortaal/ overige/ anders: Deze waarde dient tussen de 0 en 100 te liggen.

Waarvan met metastase: Deze waarde dient tussen de 0 en 100 te liggen. Deze waarde mag niet hoger zijn dan de waarde ingevuld bij **Aantal regionale lymfklieren bekken links/ bekken rechts/ para-aortaal/ overige/anders**.

Lokalisatie overige tumorpositieve regionale lymfklierstation(s): Aantal gekozen stations mag niet hoger zijn dan de waarde ingevuld bij **Waarvan met metastase**.

Maximale diameter grootste metastase (xx mm): Deze waarde dient tussen de 1 en 50 te liggen.

Aantal extra-regionale (vrije tekst) lymfklieren: Deze waarde dient tussen de 0 en 100 te liggen.

Waarvan met metastase: Deze waarde dient tussen de 0 en 100 te liggen.

p53 mutant overexpressie: Deze waarde dient tussen de 1 en 100% te liggen.

Percentage oestrogeen receptor positieve tumorcellen %: Deze waarde dient tussen de 1 en 100% te liggen.

Percentage progesteron receptor positieve tumorcellen %: Deze waarde dient tussen de 1 en 100% te liggen.

Overzicht van berekeningen

TNM classificatie (8e editie UICC (Errata 25-05-2018))

y	Eerdere therapie: chemotherapie, radio-chemotherapie, radiotherapie, immuuntherapie of PARP-chemotherapie
T1a	Kapsel linker ovarium: intact
T1a	Kapsel rechter ovarium: intact
T1a	Kapsel ovarium, zijdigheid onbekend: intact
T1a	Linker tuba: serosa intact
T1a	Rechter tuba: serosa intact
T1a	Tuba, zijdigheid onbekend: serosa intact
T1b	Andere tumorlokaties: linker ovarium
T1b	Andere tumorlokaties: rechter ovarium
T1b	Andere tumorlokaties: ovarium, zijdigheid onbekend
T1b	Andere tumorlokaties: linker tuba
T1b	Andere tumorlokaties: rechter tuba
T1b	Andere tumorlokaties: tuba, zijdigheid onbekend
T1c1	Kapsel linker ovarium: ruptuur (tijdens de chirurgie)
T1c1	Kapsel rechter ovarium: ruptuur (tijdens de chirurgie)
T1c1	Kapsel ovarium, zijdigheid onbekend: ruptuur (tijdens de chirurgie)
T1c1	Linker tuba: serosa ruptuur (tijdens de chirurgie)
T1c1	Rechter tuba: serosa ruptuur (tijdens de chirurgie)
T1c1	Tuba, zijdigheid onbekend: serosa ruptuur (tijdens de chirurgie)
T1c2	Kapsel linker ovarium: ruptuur (voor de chirurgie)
T1c2	Kapsel linker ovarium: tumordoorgroei door kapsel/oppervlak
T1c2	Kapsel rechter ovarium: ruptuur (voor de chirurgie)
T1c2	Kapsel rechter ovarium: tumordoorgroei door kapsel/oppervlak
T1c2	Kapsel ovarium, zijdigheid onbekend: ruptuur (voor de chirurgie)
T1c2	Kapsel ovarium, zijdigheid onbekend: tumordoorgroei door kapsel/oppervlak
T1c2	Linker tuba: serosa ruptuur (voor de chirurgie)
T1c2	Linker tuba: tumordoorgroei op serosa oppervlak

- T1c2 Rechter tuba: serosa ruptuur (voor de chirurgie)
T1c2 Rechter tuba: tumordoorgroei op serosa oppervlak
T1c2 Tuba, zijdigheid onbekend: serosa ruptuur (voor de chirurgie)
T1c2 Tuba, zijdigheid onbekend: tumordoorgroei op serosa oppervlak
T1c3 Peritoneale cytologie: maligne cellen
T2a Andere tumorlokaties: uterus
T2a Peritoneum met invasieve implants: cavum Douglas
T2a Peritoneum met niet-invasieve implants: cavum Douglas
T2b Positieve tumor lokalisaties peritoneum: in het kleine bekken
T2b Peritoneum met invasieve implants: bekkenwand links
T2b Peritoneum met invasieve implants: bekkenwand rechts
T2b Peritoneum met invasieve implants: blaas
T2b Peritoneum met niet-invasieve implants: bekkenwand links
T2b Peritoneum met niet-invasieve implants: bekkenwand rechts
T2b Peritoneum met niet-invasieve implants: blaas
T3 Andere tumorlokaties: omentum, microscopisch
T3 Grootte van de peritoneale lokalisaties buiten het bekken: microscopische en macroscopisch, totale grootte onbekend
T3a Positieve tumor lokalisaties peritoneum: buiten het kleine bekken
T3a2 Grootte van de peritoneale lokalisaties buiten het bekken: alleen microscopisch
T3b Afmeting grootste omentumdepositie: $\leq 2,0$ cm
T3b Afmeting grootstemetastase: $\leq 2,0$ cm
T3b Grootte van de peritoneale lokalisaties buiten het bekken: microscopische en macroscopisch maar ≤ 2 cm
T3c Afmeting grootste omentumdepositie: $> 2,0$ cm
T3c Afmeting grootste metastase: $> 2,0$ cm
T3c Grootte van de peritoneale lokalisaties buiten het bekken: microscopische en macroscopisch maar > 2 cm
- N0 Waarvan met metastase(n) (lymfklieren): 0
N0(sn) Waarvan met metastase(n) (SWK) : 0
N0(i+) Diameter grootste metastase (xx,x mm): > 0 en $\leq 0,2$ mm
N1a Diameter grootste metastase (xx,x mm): $> 0,1$ en ≤ 10 mm
N1b Maximale diameter grootste metastase: > 10 mm
- M0 Waarvan met metastase(n) (extra-regionale lymfklieren): 0
M1a Pleuravocht: maligne cellen
M1a Peritoneum met invasieve implants: lever
M1a Peritoneum met invasieve implants: maag
M1a Peritoneum met invasieve implants: colon /rectum
M1a Peritoneum met invasieve implants: pancreas
M1a Peritoneum met niet-invasieve implants: lever
M1a Peritoneum met niet-invasieve implants: maag
M1a Peritoneum met niet-invasieve implants: colon /rectum
M1a Peritoneum met niet-invasieve implants: pancreas
M1b Waarvan met metastase(n) (extra-regionale lymfklieren): > 0

Herleidtabel naar FIGO 2103

Herleid tabel TNM naar FIGO

FIGO	T	N	M
FIGO stadium IA	T1a		
FIGO stadium IB	T1b		
FIGO stadium IC	T1c of T1c1 of T1c2 of T1c3		
FIGO stadium II	T2		
FIGO stadium IIA	T2a		
FIGO stadium IIB	T2b		
FIGO stadium IIIA 1i	< T3	N1a	
FIGO stadium IIIA 1ii	< T3	N1b	
FIGO stadium IIIA 2	T3a	N1a of N1b	
FIGO stadium IIIB	T3b	N1a of N1b	
FIGO stadium IIIC	T3c	N1a of N1b	
FIGO stadium IV			M1
FIGO stadium IVA			M1a
FIGO stadium IVB			M1b

Gebruik toetsenbord

Intentie	Actie	Toetsen
Protocol		
naar eerstvolgend invoerveld of rubriek waarde (van boven naar beneden)	naar gewenste keuze	<Tab> <→>
naar eerstvolgende rubriek (van boven naar beneden)	naar gewenste keuze	<↓>
naar eerstvolgend invoerveld of rubriek waarde (van beneden naar boven)	naar gewenste keuze	shift<Tab> <←>
naar eerstvolgende rubriek (van beneden naar boven)	naar gewenste keuze	<↑>
Keuze maken in button of vinklijst	maak selectie	<Space-bar>
	ongedaan maken	<Space-bar>
scherm naar beneden	naar gewenste schermkeuze	alt <F10>
scherm omhoog	naar gewenste schermkeuze	shift-alt<F10>
Protocol data opslaan	Opslaan	alt<O> of ctrl-alt<O>
Protocol data versturen	Versturen	alt<S> of ctrl-alt<S>
Controle knop	Zoek verplicht veld	Alt <C>

Contact gegevens



Stichting PALGA

De Bouw 123

3991 SZ Houten

Nederland

www.palga.nl

Een papieren versie van deze gebruikershandleiding is op te vragen bij
bovenstaand adres.