

Nieuwsbrief Protocollen - 4

Beste collega's,

Sinds begin 2013 ben ik nieuwkomer binnen Palga, even voorstellen dus. Na mijn registratie als patholoog en aansluitende promotie in Leiden, ben ik sinds 2010 werkzaam als stafid pathologie in het UMC Utrecht. Hiernaast ben ik sinds 2011 ook als KWF fellow verbonden geweest aan de afdeling celbiologie van Harvard Medical School en momenteel 2 dagen/week werkzaam in de groep van Rene Bernards in het NKI. Zo combineer ik mijn taken als klinisch patholoog en onderzoeker waarbij ik mijn interesse in de hoofdhals- en moleculaire pathologie zoveel mogelijk tracht te verweven. Daarnaast wil ik ook in bredere zin inhoudelijk bijdragen aan ons vakgebied. Sinds begin dit jaar maak ik deel uit van het Bestuur van PALGA, oa verantwoordelijk voor de protocollen. PALGA wil de Nederlandse pathologie diagnostiek laten behoren tot de beste ter wereld. Dat is een ambitie die ons allen aanspreekt, een doel ook waaraan we allen ons steentje bij dragen. Wij geloven dat de beste behandeling begint bij de beste diagnose. Daarom werken wij aan optimale verslaglegging dwz gebaseerd op protocollen geformuleerd en gedragen door het veld zelf. En we zijn goed op weg.

Enkele cijfers: meer dan 80% van de laboratoria gebruikt het ColonRectum protocol; idem voor het MammacarcinoomTotaal protocol. De Palgadatabase bevat reeds > 14.000 ingezonden colonbiopt protocollen! Maar we zijn er nog niet : (1) niet alle uitgerolde protocollen halen deze dekking (bv "slechts" 49% van de labs gebruikt het endometriumCarcinoomprotocol); (2) nog niet alle protocollen zijn uitgerold. Aan dat laatste punt werken we hard met de protocollencommissie; aan het eerste punt kunt u zelf als patholoog bijdragen. Uiteindelijk streven we als commissie naar een vrijwel volledig geprotocolleerde verslaglegging voor de meest voorkomende diagnoses. Dat leidt tot de beste verslaglegging en dus diagnose. Dat is waar wij voor staan, als commissie, als Palga en met u allen als beroepsgroep.



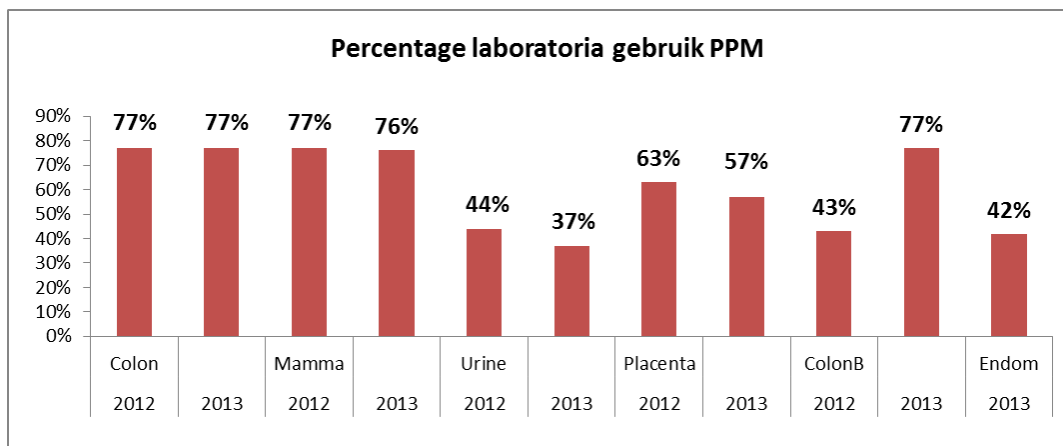
Namens de Werkgroep Protocollen,
Stefan Willems

Nieuwsbrief Protocollen - 4

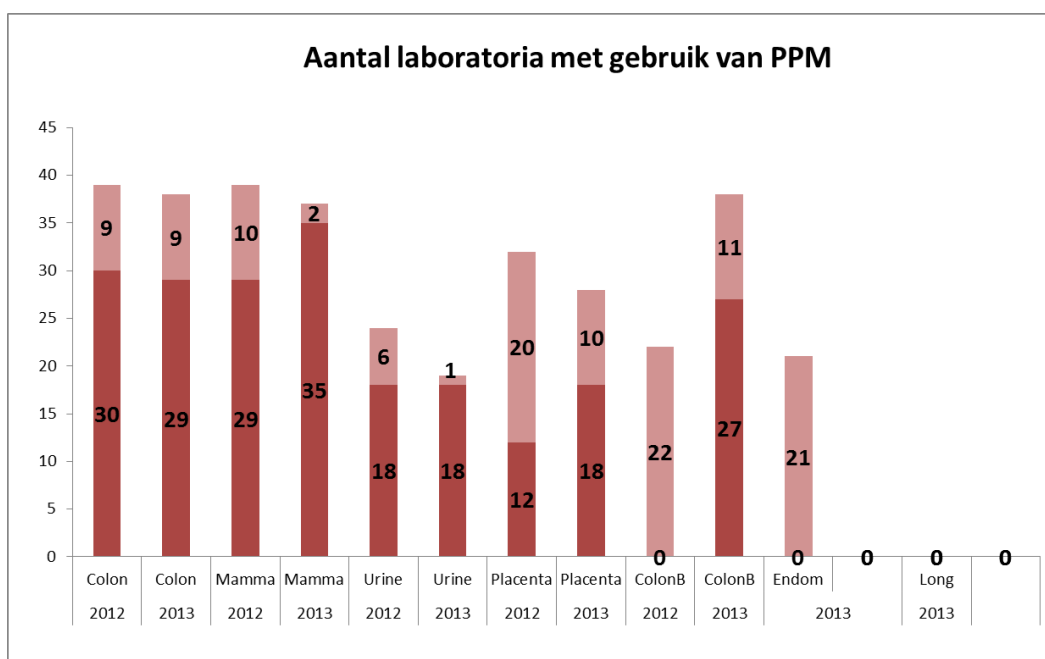
Deelname laboratoria en gebruik van protocollen

Paul Seegers

De landelijke protocollen, met name het ColonRectumcarcinoom en het Mammacarcinoom, draaien nu aan een klein aantal jaren. Het aantal deelnemende laboratoria voor deze genoemde protocollen voor 2012 en 1^e halfjaar 2013 is nagenoeg stabiel. Het Colonbiopt_TEM laat een snelle stijging zien to.v. van eind 2012 (43%) naar 77% deelname. De verwachting is dat voor het laatste protocol de gestelde streefnorm van 80% nog dit jaar zal overtreffen.

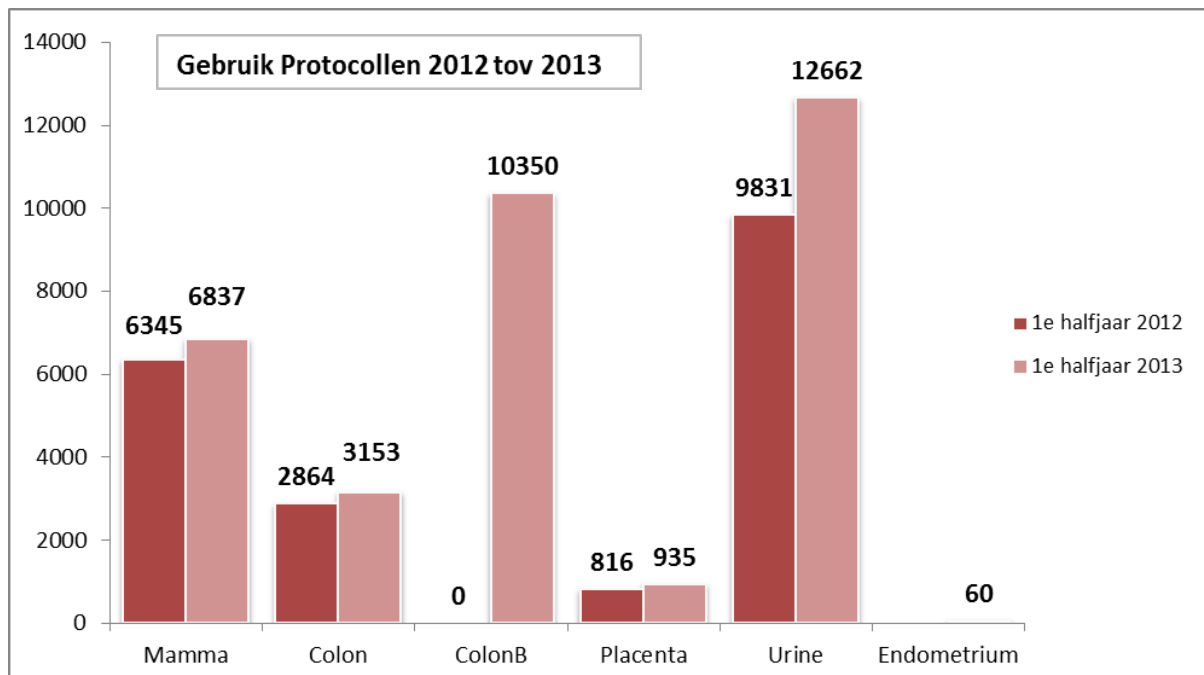


Nu is het helaas nog niet zo dat het gebruik van deze protocollen laboratorium breed worden gedragen. Het percentage van de deelnemende laboratoria die de protocollen labbreed gebruiken ligt momenteel op 59 % voor het ColonRectum en op 65% voor het Mamma protocol. Eind vorig jaar lagen deze percentages op 58% en 56%. Hier is ook nog een stijging waarneembaar. Het absolute aantal (tabel hieronder) ligt lager t.g.v. samengevoegde laboratoria.

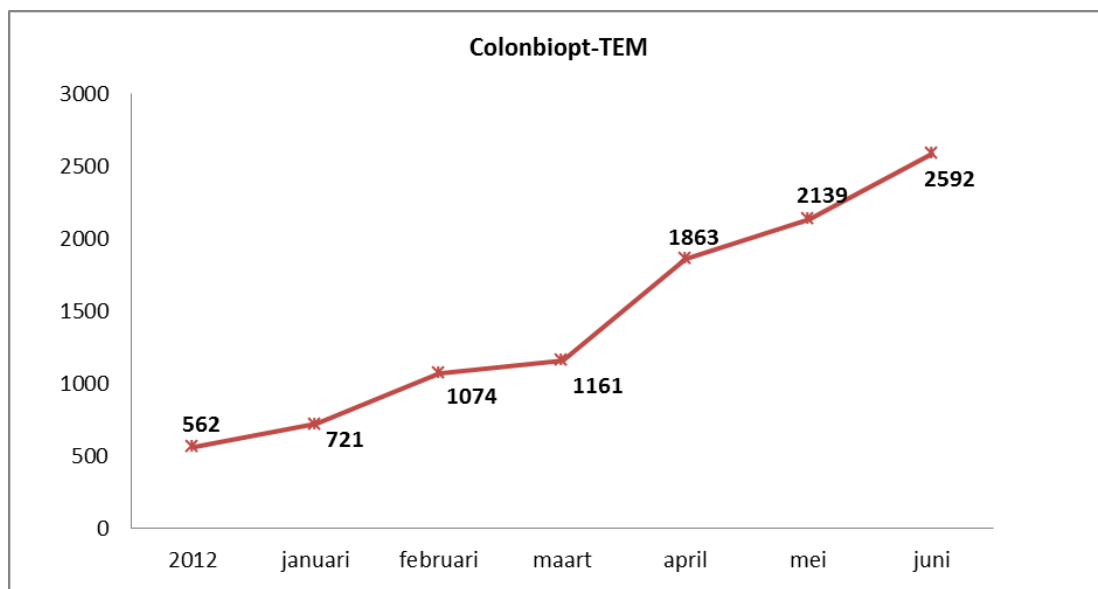


Nieuwsbrief Protocollen - 4

Kijken we naar het aantal keer dat een protocol wordt gebruikt, dan laat de onderstaande tabel een stijging zien in 2013 t.o.v. dezelfde periode in 2012. Na de forse stijging van 2012 t.o.v. 2011, bedraagt deze stijging 7,7% voor het Mammacarcinoom en 10% voor het ColonRectumcarcinoom. Ook de Placenta laat een mooie stijging van 14% zien. Dit jaar zijn er enkele labs die ook het urineprotocol omarmen maar dit begin vorig jaar nog niet gebruikten. Hierdoor is een 40% stijging in het 1^e kwartaal 2013 zichtbaar t.o.v. begin 2012.



Onderstaande grafiek laat de groei zien van de aantal ingezonden Colonbiopt_TEM(1) protocollen naar de landelijke databank, per maand in 2013.



Nieuwsbrief Protocollen - 4

Ovariumcarcinoom protocol, aanloop naar productie

*Adrienne van Marion, patholoog, en Natascha van der Sterren, PCP
VieCuri Medisch Centrum voor Noord-Limburg, Venlo*

Na alle voorbereidingen te hebben getroffen en de casus te hebben geselecteerd, gingen we in februari aan de slag met de eerste testronde van het ovarium protocol. Op de test server van PALGA zijn oude casus opnieuw in te voeren zonder risico's voor de bestaande uitslag. Verschillende casus werden getest, van sereuze en mucineuze cystadenomen tot enkelzijdige en dubbelzijdige maligniteiten, met en zonder peritoneale biopten.

Over de basis van het protocol van het ovarium was duidelijk al goed nagedacht, maar gaandeweg het testen kwamen we een aantal zaken tegen die zeker verbetering behoeften of aangepast dienden te worden. Nadat we deze bevindingen doorgegeven hadden, volgde er in mei een tweede testronde. Onze bevindingen waren ter harte genomen en tijdens de tweede testronde functioneerde het protocol veel beter, en sloot het meer aan onze wensen en was in onze ogen bruikbaar geworden in de praktijk. Ook hier kwamen uiteraard nog een paar zaken aan de orde, maar ook dit zul je niet kunnen voorkomen en zal straks na het uitrollen van het protocol zeker nog diverse malen gebeuren.

We waren gezond kritisch maar na deze tweede testronde, ziet het protocol er dusdanig uit, dat pathologen er zeker wel gebruik van kunnen gaan maken. Verdere aanpassingen zullen in de loop van het gebruik nog worden aangepast, zoals dat ook voor de al bestaande protocollen wordt gedaan. Hoewel door protocollering de persoonlijke charme uit het verslag verdwijnt, zijn de klinici ons er meestal juist dankbaar voor en wordt een duidelijk protocol juist gezien als kwaliteitsverbetering. Dus; aan de slag met weer een mooi protocol.

Beoordeling gebruik protocol colonbiopt_TEM v3

Katrien Schelfout, patholoog

Het indiceren van een colonverslag betreffende een tubulair adenoom of hyperplastische poliep kan vrij snel gaan. Ik was in het begin dan ook niet helemaal enthousiast over het gebruik v/h protocol. Ondertussen is het een dagelijks gebruik geworden met de volgende voordelen/pluspunten;

- Het is een gestandaardiseerd protocol waarover nagedacht is, alles wat in je verslag moet staan staat er dan ook klaar en duidelijk en reproduceerbaar in.
- Sinds de klinische gegevens al op voorhand in het protocol staan, dient het verslag maar 1x geopend te worden. Na een laatste check kan het onmiddellijk geautoriseerd worden.
- Het protocol is voor mij zeer handig voor alle poliepen/biopten uit poliepen +/- maligniteit alsook (niet **polipoide**) biopten uit een maligniteit
- Hoe vaker je het protocol gebruikt, hoe sneller het aanklikken verloopt. Het protocol is duidelijk en gebruiksvriendelijk.

Ik gebruik in de praktijk echter het protocol (vooralsnog) niet in geval van;

- Een poliep (of biopten uit) + biopten met een andere pathologie (ischemie, IBD, microscopische colitis,...) omdat ik het verslag dan sneller gedicteerd heb dan eerst het protocol in te vullen, te sluiten en vervolgens deel II erbij te dicteren.

Nieuwsbrief Protocollen - 4

Minpunten/verbeterpunten/opmerkingen m.b.t. het protocol zijn voor mij;

- Extra (tijd)winst valt nog te halen wanneer de macroscopist de klinische gegevens dicteert en de macroscopische bevindingen onmiddellijk invult in het protocol.
- In geval van een (tubulair, tubulovillus, serrated) adenoom met gebieden van hooggradige/laaggradige dysplasie, wordt de hoogste graad aangeklikt. Bij een poliepectomie wordt eveneens naar het snijvlak gevraagd. Indien de laaggradige dysplasie hierbij tot in het snijvlak reikt is dit laatste strikt genomen NIET VRIJ. In het protocol lijkt het dan alsof het om een niet radicaal verwijderde poliep gaat met hooggradige dysplasie tot in de snijrand, wat niet helemaal klopt. Ik typ dan een opmerking onder de conclusie bij ter verduidelijking. (*reeds een aanpassing in versie 4*)
- In geval van # biopten uit # poliepen met # kenmerken (vb deels uit een adenoom, deels uit een hyperplastische poliep) Hierbij scoor ik het adenoom + vermelding graad van dysplasie + ik typ een opmerking onder de conclusie ter verduidelijking met vermelding v/d extra bevindingen.

M.i. zal dit laatste probleem zich in de toekomst niet meer voordoen rekening houdend met de richtlijnen v/h BVO colon.

Sommige clinici zijn geïnteresseerd in extra karakteristieken, m.n. vooral bij hooggradige poliepen, zoals tumor budding, lymfevat invasie. Hiervan wordt niets in het protocol vermeld.

Kleincellig & niet-kleincellig Longcarcinoom protocol

Hannie Sietsma, patholoog

De protocolcommissie is aardig op dreef en na enkele protocollen aangepast te hebben is het de hoogste tijd om weer een nieuwe protocolmodule uit te rollen namelijk het longcarcinoom.

Hierin zijn zowel de protocollen voor biopten als ook voor resectiepreparaten in opgenomen.

Met de introductie van deze nieuwe protocollen introduceren we ook meteen een nieuwe indeling met betrekking tot de classificatie van de adenocarcinomen. Dit heeft implicaties in zowel de verslaglegging van biopten als in resectiepreparaten.

Een en ander is goed uitgelegd in de zogenaamde blauwe bolletjes, die je desgewenst kan aanklikken voor "direct on the site information", maar in deze nieuwsbrief willen we graag kort ingaan op de achtergrond van deze veranderingen en de implicaties voor de dagelijkse praktijk.

In 2011 hebben verschillende organisaties te weten de IASLC (International Association for the



Study of Lung Cancer), de ATS (American Thoracic Society) en de ERS (European Respiratory Society) een voorstel gedaan voor een nieuwe indeling van de adenocarcinomen (*Travis et al; Journal of Thoracic Oncology, Feb, 2011*); hierin is meer aandacht voor de noodzakelijke multidisciplinaire aanpak waarin zowel de bevindingen van de radiologie

Nieuwsbrief Protocollen - 4

(groeipatronen), medische oncologie (therapeutische opties) en pathologie (histologie en moleculaire biologie) bij elkaar worden gebracht. Het is belangrijk dat de meest accurate diagnose wordt gesteld, maar nog belangrijker is die informatie te leveren die van strategisch belang is in het behandelen van longkankerpatiënten.

Het gaat te ver om de hele nieuwe indeling van de longcarcinomen hier te beschrijven, het bovengenoemde artikel is heel overzichtelijk, maar de belangrijkste veranderingen treden op in de pre/ micro- invasieve laesies, waarin de term BAC (bronchiolo-alveolair carcinoom) niet meer wordt gebruikt. Met de nieuwe diagnosegroepen als AIS (adenocarcinoma in situ) en MIA (micro-invasieve carcinoma) wordt recht gedaan aan de patiënten met een excellente goede prognose. Daarnaast worden de verschillende groeipatronen binnen 1 tumor beschreven in percentages van voorkomen.

Deze nieuwe diagnostische categorieën gelden voor resectiepreparaten, waarin de noodzakelijke groeipatronen en invasieve groei adequaat kan worden beoordeeld.

Belangrijk is dat we in plusminus 70% van de longkankerpatiënten de diagnose stellen op biopten en/of cytologische puncties. Door het weinige aanwezige tumorweefsel stellen we in \pm 30% de diagnose NSCLC NOS of grootcellig carcinoom; onwenselijk omdat dit een entiteit (WHO) betreft die geen differentiatiekenmerken laat zien (na beoordeling van de gehele tumor (in resecties)) en dat is niet het geval in het beoordelen van biopten/ puncties. De klinicus wil graag weten of het om een adeno, danwel plaveiselcelcarcinoom gaat. Dit blijft een lastig issue; m.b.v. aanvullende immuunhistochemische kleuringen (IHC) kan hierin meer zekerheid worden gegeven, waarin een positieve TTF-1 richting adeno wijst en een positieve p40 in de richting van plaveiselceldifferentiatie. Dit komt nu ook terug in de verslaglegging van biopten; na aanvullende IHC luidt de conclusietekst dan ook NSCLC met voorkeur adenodifferentiatie dan wel NSCLC met voorkeur plaveiselceldifferentiatie, danwel NSCLC zonder voorkeursdifferentiatie.

Hoewel de huidige TNM stadiering nog wel is geënt op de "oude" indeling; hebben de pathologen, die zitting hebben in de longclub NL en de leden van de CKBU, de nieuwe indeling, die alwel in de kliniek zijn toepassing vindt, opgenomen in deze nieuwe protocolmodule naast die van de TNM.

Een nieuwe protocolmodule is natuurlijk altijd wenselijk, zeker als erin ook vakinhoudelijke wijzigingen zijn opgenomen, maar we denken dat uniformiteit in deze extra gewenst is.

Nieuwsbrief Protocollen - 4

Voortgang protocollen/release

Paul Seegers

Eind 2011 was er een projectplan opgesteld met betrekking tot het opstellen van de landelijke protocollen uitgaande van Onco richtlijnen. De planning beslaat 2 jaar en er zouden ruim 25 protocollen gerealiseerd gaan worden.

Op moment van schrijven is het protocol Endometriumcarcinoom protocol via de landelijke distributie uitgezet. Dit vraagde eveneens een aanpassing in de Diagnose Controle Regel Module (DCRM) die gelijk met dit protocol is uitgerold.

De laatste hand wordt gelegd aan het Ovariumcarcinoom en het Prostaatcarcinoom, beide zijn reeds in de 2^e testfase is beland. Maar ook het Longcarcinoom protocol is gebouwd en de resultaten van de 2^e testfase worden momenteel verwerkt.

Qua planning zullen de bovenstaande protocollen rond de zomer beschikbaar zijn in de laboratoria.

In aanbouw zijn het Melanoom en het Oesofagus-Maagcarcinoom. De planning is dat beide protocollen dit jaar nog operationeel zullen zijn.

Verder voor dit jaar staan ook het Nier & Pyelum uretercarcinoom, Plaveiselcelcarcinoom vd Huid nog op de rol. De CKBU heeft van deze protocollen de minimale dataset reeds goedgekeurd.

Ook het Cervixcarcinoom protocol is heeft zijn goedkeuring ontvangen van de CKBU.

De volgende protocollen staan op de rol voor ontwikkeling Blaascarcinoom, Testiscarcinoom, Schildkliercarcinoom, Larynxcarcinoom & Mondholte- en Orofarynxcarcinoom, en Pancreas. Daarnaast nog het protocol moleculaire bepalingen, longbiopt en prostaatbiopt.

Naast de nieuwe protocollen wordt er ook onderhoud gepleegd aan de bestaande protocollen. Het Mammacarcinoomtotaal protocol heeft sinds de grote update (versie 4) een 4 tal kleine updates gehad. Rond de zomer staat er weer grotere update versies (9 t/m 11) op de rol. Het ColonRectumcarcinoom protocol heeft update, versie 16 en 17. Ook versie 16 zal wat groter zijn.

Verder kent het Colonbiopt_TEM(1) ook haar updates, waarvan versie 6 recent is opgeleverd.



Ook de protocol module zelf krijgt een update, versie 15. Belangrijkste verandering hierin is speelt op de achtergrond en heeft voor de gebruiker geen zichtbare gevolgen.

Alle documentatie van de laatste versies staan op de website van PALGA : <http://www.palga.nl/protocollen.htm>