

Nieuwsbrief Protocollen - 5

Inleiding 5e nieuwsbrief

Stefan Willems, voorzitter werkgroep protocollen



Save the date: 28 april 2014 is het zover!

Dan gaat de nieuwe PPM live! Een mooi moment en het fantastische resultaat van de inspanningen die we als PALGA met onze softwarepartners geleverd hebben.

Er is hiermee echt weer een verbeteringslag gemaakt met name qua werkzaamheid en gebruiksvriendelijkheid van de PPM. Zaten we vorig jaar al op 85% dekking voor het mamma-en colonprotocol: met deze slag verwachten we de gebruikersfrequentie nog verder te kunnen opstuwten. Met gepaste trots kunnen we melden dat momenteel 94% van de laboratoria reeds gebruik van het colonbiopt_TEM protocol, een fantastische prestatie dus. Tevens zal deze nieuwe PPM enkele extra mogelijkheden bevatten. In de eerste plaats is dat de verslaglegging van moleculaire data. Binnen een recent opgerichte commissie zijn we op volle kracht bezig met het ontwerp van de eerste versie van een moleculair protocol. Deze commissie bestaat uit vertegenwoordigers van PALGA en de commissies Kwaliteit en Moleculaire Pathologie van de NVVP. Totstandkoming van een dergelijk protocol is belangrijk in dit snel ontwikkelende veld en input van al deze partijen essentieel is. De eerste conceptversie hopen we rond de zomer te kunnen lanceren. Een goede ontwikkeling die laat zien dat wij als beroepsgroep zorgen dat we onze (protocollaire) moleculaire verslaglegging gewoon geregeld hebben: belangrijk voor onszelf en de patiënt, maar ook belangrijk voor ons als beroepsgroep naar extern toe. De PPM, en pathologie Nederland is zo voorbereid op de moleculaire revolutie! De tweede modaliteit die we in de nieuwe PPM willen inbouwen is de mogelijkheid om reeds in het verslag aan te geven of patiënten in aanmerking komen voor bepaalde trials. Deze signaleringsfunctie (die optioneel is), maakt onze rol als patholoog prominenter en explicieter als partner in het behandelproces van de individuele patiënt. Wij hopen dat u het toegenomen gebruikersgemak van de nieuwe PPM ook als dusdanig zal ervaren en dergelijke percentages als het colonbiopt_TEM protocol ook voor de andere protocollen snel gehaald zullen worden: goed voorbeeld doet goed volgen!

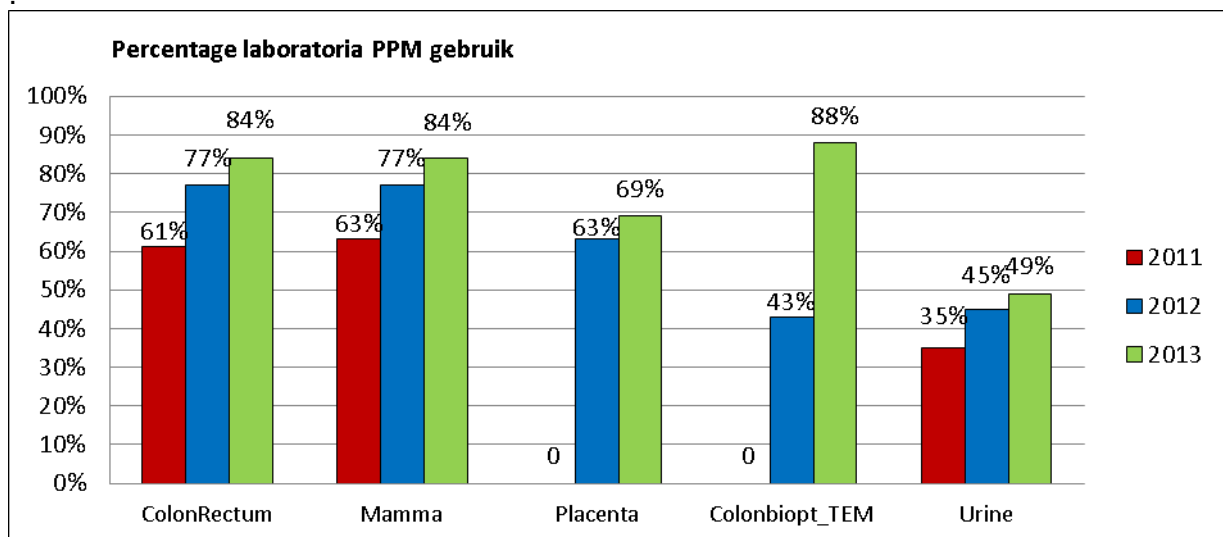
Nieuwsbrief Protocollen - 5

Deelname laboratoria en gebruik van protocollen

Paul Seegers

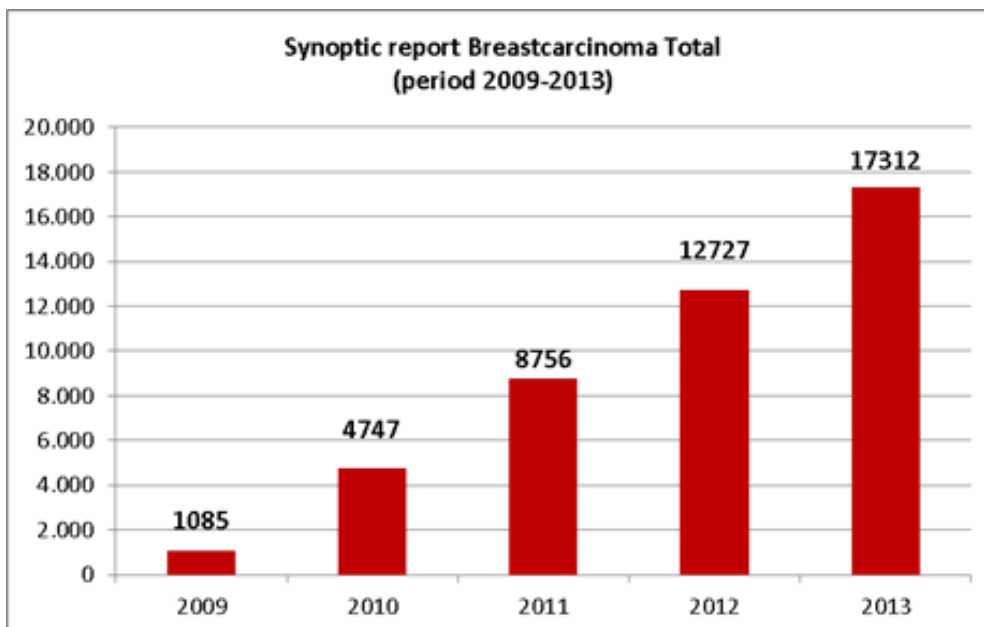
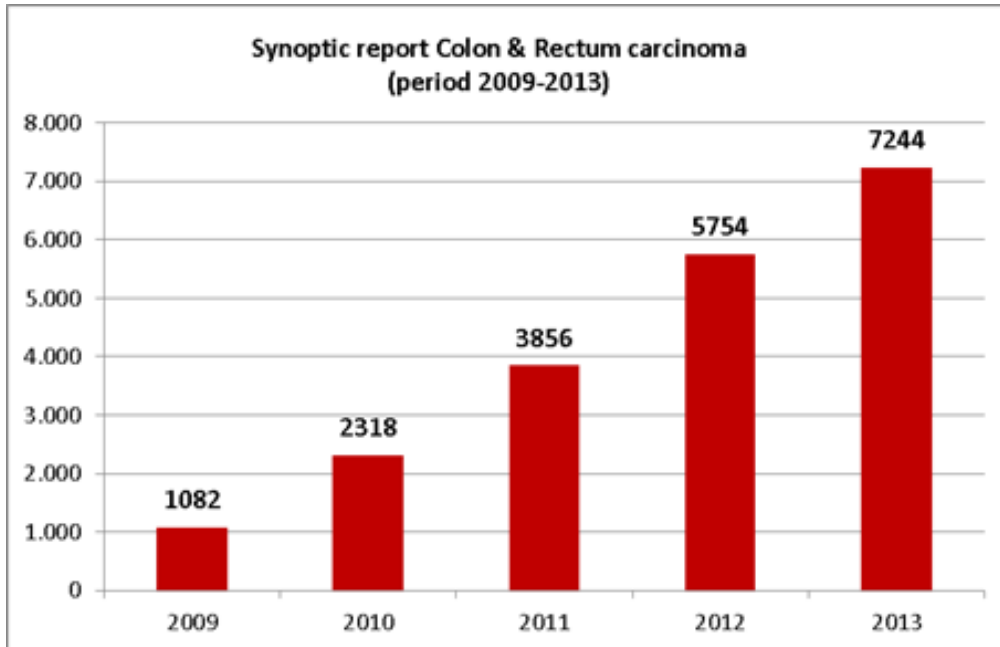
Adviseur Protocollen, PALGA

De landelijke protocollen, met name het ColonRectumcarcinoom en het Mammacarcinoom, draaien nu aan een aantal jaren. Het aantal deelnemende laboratoria voor deze genoemde protocollen is gestegen naar 84%. Het Colonbiopt_TEM laat een snelle stijging zien to.v. van eind 2012 (43%) naar 88% eind 2013. In februari 2014 ligt dit reeds op 94%. Ook de placenta en het urine protocol kennen een kleine stijging.



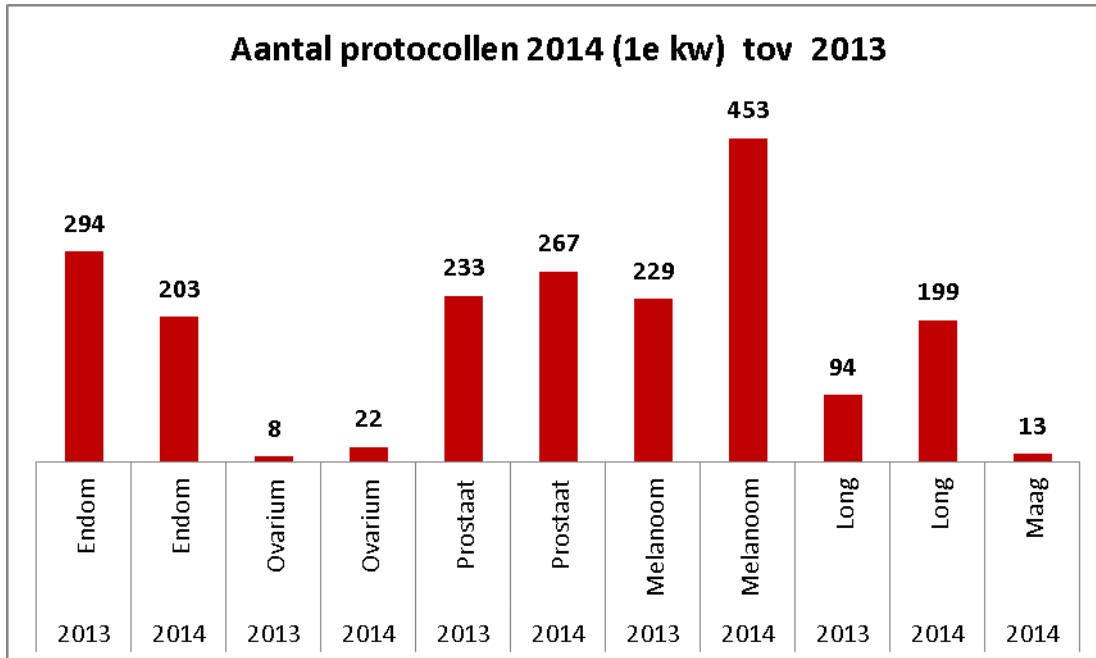
Kijken we naar het aantal maal dat een protocol wordt gebruikt, dan laat de onderstaande staafdiagrammen een substantiële stijging zien in de loop der jaren. De verwachting dat dit aantal nog verder zal stijgen met de nieuwe PPM, daar er nog enkele laboratoria zijn die nog geen aansluiting hebben met de huidige PPM en mogelijk pas aansluiten als de nieuwe PPM beschikbaar is.

Nieuwsbrief Protocollen - 5

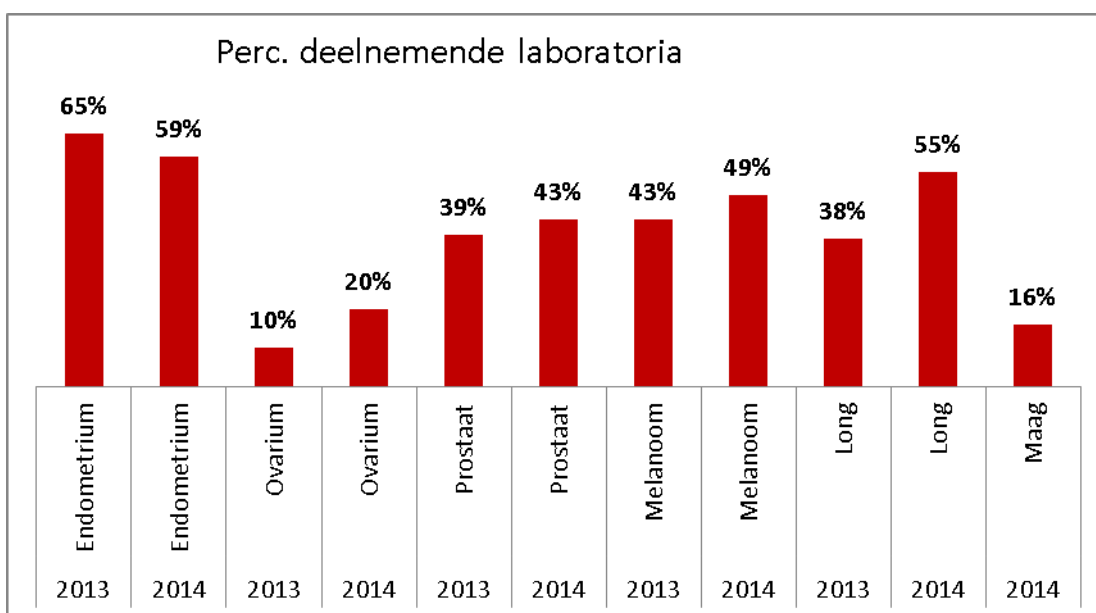


Als we kijken naar de nieuwere protocollen die in de loop van vorig jaar zijn geïntroduceerd zijn zien we dat het aantal ingevulde protocollen al behoorlijk aan het stijgen zijn en zullen de aantallen van 2013 fors overstijgen.

Nieuwsbrief Protocollen - 5



Kijken we naar het deelnemers percentage (1^e kwartaal) dat zien we een stijging bij bijna alle protocollen. De verwachting is dat het deelnemerspercentage eind 2014 wel wat hoger zal liggen, de toename in gebruik van de nieuwe protocollen gaat sneller dan in de beginjaren.



Nieuwsbrief Protocollen - 5

Gebruikerservaringen Melanoomprotocol

Elf de Jonge, patholoog

Groene Hart Ziekenhuis, Klinische Pathologie - Gouda

Sinds een poosje is het PALGA-protocol melanomen in gebruik in de PA-labs (per 2-1-2014 werd het al 222 keren gebruikt, verspreid over 21 laboratoria).

Ik heb het nu een aantal keren gebruikt en ben er redelijk enthousiast over. Het protocol leent zich prima voor primaire diagnostische excisies, en ook voor protocollaire re-excisies, maar ik mis een mogelijkheid voor een (re-)excisie in combinatie met schildwachtklieren, die in ons ziekenhuis regelmatig worden verricht. Ik dicteer deze nu separaat onder de micro en conclusie, maar dat is natuurlijk een beetje behelpen en geeft een lelijke lay-out van je verslag.

Voor de rest is het protocol handig in het gebruik. De gebruikelijke pagina's met tabbladen (scherm 1, scherm 2, etc) leiden je door de gebruikelijke onderdelen. Het is gemakkelijk om terug te gaan ter correctie. Er is een vrij grote detaillering in de precieze lokalisatie van de laesie mogelijk. Als je het protocol gebruikt, rolt er een verslag uit dat voldoet aan de criteria van de IKNL Richtlijn Melanoom en is het onmogelijk om iets te vergeten te benoemen. Er wordt op dit moment alleen gevraagd naar wel/geen dermale mitotische activiteit, niet naar > of < 1 per mm² (AJCC).

Wat ik plezierig vind is de mogelijkheid om het verslag naar keuze wel of niet te voorzien van een advies voor protocollaire re-excisie –in onze regio gebruikelijk bij huisartsen, niet nodig en/of gewenst bij dermatologen en chirurgen.

Ik wist eerst niet dat, naast de mogelijkheid tot invoeren van een (in situ of invasief) melanoom, het ook mogelijk was om het protocol te gebruiken voor dysplastische naevi. Dat kan, maar het leidt tot de vermelding van “dysplastisch of onzeker maligne potentieel” in het verslag. Ik voorzie de onrust bij huisartsen (en patiënten) al, dus dat ga ik zeker niet gebruiken.

De uiteindelijke lay-out blijft er m.i. toch een beetje te veel “geautomatiseerd” uitzien. Dit stoort mij – maar het stoort de uiteindelijke afnemers van het verslag, de clinici, helemaal niet, naar ik begrijp. De chirurgen zijn blij dat alles er zo overzichtelijk in staat, en dan kan de patholoog wel treuren om het verdwijnen van fraaie microscopische beschrijvingen en nuances van zijsnijvlakken- uiteindelijk draait het toch om de essentiële gegevens.

Voordelen protocollaire verslaglegging

Paul Seegers, adviseur protocollen PALGA

Het gebruik van protocollaire verslaglegging binnen de pathologie neemt toe. Kijken we binnen PubMed dan zijn we ook het aantal artikelen over synoptic reporting (protocollaire verslaglegging) toenemen.

Mooiste en simpelste artikel is onderstaande:

Nieuwsbrief Protocollen - 5

Pathological reporting of malignant colorectal polyps.

Gillespie C¹, Merrie A, Bissett I.

Author information

- ¹Auckland City Hospital, Private Bag 92024, Auckland, New Zealand.
i.bissett@auckland.ac.nz.

Abstract

AIM: The pathological reporting of malignant colorectal polyps plays an important role in determining whether definitive surgical resection is required following endoscopic polypectomy. This study aims to assess the adequacy of reporting on malignant polyp specimens at Auckland Hospital and whether synoptic reporting results in an improvement.

METHOD: The pathology database at Auckland Hospital was accessed using a search strategy to identify all malignant polyps diagnosed between 1999 and 2011. Pathology reports were reviewed retrospectively.

RESULTS: In total 121 malignant polyps were found. Of these, 73 were colonoscopic polypectomies, 41 were colectomy specimens, and seven transanal resections. Of the 41 colectomy specimens, 19 (46%) were reported in synoptic format compared with none of the colonoscopic polypectomies or transanal resections. **The status of the margin of excision, differentiation, and presence of lymphovascular invasion were given in 100% of synoptic reports compared with 51% of non-synoptic reports.**

CONCLUSION: Synoptic reporting does improve the completeness of pathological reporting in malignant colorectal polyps. Currently none of the colonoscopically excised malignant polyps are reported in this format at Auckland Hospital. The development and routine use of a synoptic system for reporting on malignant polyps would give clinicians more information on which to base decisions.

Dit onderzoekje geeft duidelijk aan dat protocollaire verslaglegging kwaliteit verhogend werkt. Door compleetheid, standaardisatie in vragen en antwoorden, volgens de richtlijnen, geschikt voor benchmarking enz. De protocollen waarin de verslaglegging gebeurd zijn deels laboratorium specifiek de maken en zijn zo gebouwd dat ruim 95% van de onderzoeken waarvoor een protocol dient ingevuld kan worden. Daarnaast kenen de protocollen de mogelijkheid om teksten in de microscopie en conclusie toe te voegen. Waardoor ook nuances, d.d. stellingen of andere beschrijvingen mogelijk zijn. Maar ook aanvullend dicteren is ook mogelijk.

Zo houd de patholoog alle vrijheid en kan een onderzoek toch protocollair worden vastgelegd.

Nieuwsbrief Protocollen - 5

PPM protocol prostatectomie

*Gerard Burger, Patholoog
Symbiant Expert Centre - Alkmaar*

1.1.1 Scherm 1: kliniek en macroscopie

Hier wordt gekozen tussen de verschillende typen resecties, waarbij bij de totale resectie (met of zonder vesiculae seminales) de afmeting van de prostaat in 3 dimensies moet worden aangegeven. Bij de andere opties vervallen deze metingen. In het onderstaande verslag ga ik uit van de aanwezigheid van een adenocarcinoom; de andere opties leveren kortere wegen door het protocol (en uitslagen) op.

Ook wordt hier de keuze bepaald ten aanzien van de aard van de aanvullende lymfklierdissectie (als die is verricht).

Ten overvloede zij nog eens opgemerkt dat met de knop 'Inzage rapport' het rapport (met de klinische gegevens en de macroscopie) via een webbrowserscherm in beeld gebracht kan worden.

1.1.2 Scherm 2: aantal tumoren

Hier wordt aangegeven wat er in het preparaat werd aangetroffen: er kan gekozen worden tussen 1, 2 of 3 tumoren (persoonlijk lijkt het mij lastig om met zekerheid vast te stellen of je met meer dan 1 invasief carcinoom te maken heeft, maar goed, de mogelijkheid is er in ieder geval).

Verder kan hier worden aangegeven dat er alleen PIN aanwezig is (hooggradig?), of dat er sprake is van een status na radio- en/of chemotherapie.

1.1.3 Scherm 3: tumor I (en II en III)

Verplichte items zijn hier het WHO type tumor (acinair adenocarcinoom of ductaal carcinoom) en de zijdigheid van de tumor. Ook andere aangetroffen afwijkingen kunnen hier worden ingevuld.

Als het type tumor is gekozen wordt aangeboden de Gleasonscore te berekenen. Dit kan voor elk type tumor. Ook kan worden aangegeven dat de Gleasonscore niet van toepassing is. Er is netjes de mogelijkheid om een primaire, secundaire en tertiaire component getalsmatig te benoemen, waarbij de primaire en secundaire component verplicht zijn. Als de combinatie onwaarschijnlijk is wordt de gebruiker daarvan op de hoogte gesteld, maar doorgaan met het protocol met de ingevulde gegevens is wel mogelijk.

Als de zijdigheid van de tumor links of rechts is, is het aangegeven van het volumepercentage tumor verplicht, bij aanwezigheid van de tumor in beide zijden is dit facultatief.

Een en ander moet (niet verbazingwekkend) voor het aantal gekozen tumoren worden ingevuld.

Nieuwsbrief Protocollen - 5

1.1.4 Scherm 4: tumoruitbreiding en snijvlakken

Hier wordt de uitbreiding van de tumor in kaart gebracht (ten opzichte van apex, blaashals, vesiculae seminales en ander periprostatisch weefsel). Bij extra-prostatische uitbreiding is er de gelegenheid om het traject hiervan in verband met de kans op (biochemisch) recidief worden aan te geven (niet verplicht).

Als de snijvlakken van de prostaat zelf niet vrij zijn is het wel verplicht om de zijdigheid, lokalisatie en de afmeting van het niet-vrije snijvlak aan te geven. Opmerkelijk genoeg maken de lokalisaties apex en blaashals hier een come-back (eerder al niet verplicht onder 'tumorlokalisatie' aan bod geweest, dan dus dubbel in te vullen...). Wel wordt netjes rekening gehouden met de aangegeven zijdigheid bij het presenteren van de lokalisaties.

1.1.5 Scherm 5: (extra-) regionale lymfklieren

Op dit scherm wordt de lymfklierstatus ingevuld zoals gebruikelijk in de protocolmodule: eerst het aantal lymfklieren in de betreffende regio, daarna het aantal met metastasen. Ook extranodale uitbreiding kan worden aangegeven.

1.1.6 Overzichten

Hierna worden op de gebruikelijke manier overzichten van de gegenereerde teksten (microscopie op 1 scherm, daarna, conclusie en diagnosecodes op het volgende) gepresenteerd, waarna deze door het beëindigen van het protocol in U-DPS worden gezet. Zoals ook gebruikelijk worden numerieke gegevens en classificaties gegenereerd door de module.

Mijn persoonlijke ervaring is dat dit protocol vrij uitgebreid is met op een enkele plaats doublures bij het invullen maar dat het op zich wel prettig werkt: bugs vallen niet op. Belangrijk is dat deze module de gegevens genereert waarmee de urologen uit de voeten kunnen: ik heb persoonlijk complimenten van 'mijn' urologen in ontvangst mogen nemen voor de fraai complete verslaglegging bij gebruik van de module!

En daar doen we het natuurlijk allemaal voor...

Longcarcinoom protocol
Jan von der Thüsen, Patholoog
MCH, lokatie Westeinde - Den Haag

De testfase van het longcarcinoom protocol is inmiddels afgerond en de uitrol heeft plaats gevonden op..... Deze module is uiteraard gebaseerd op de huidige richtlijn longcarcinoom. In afwachting van de nieuwe WHO classificatie is er door het veld aangegeven dat een hybride protocol wenselijk werd geacht, waarin naast de huidige TNM classificatie ook de [morfologische classificatie](#) van adenocarcinomen is opgenomen, zoals in 2011 gezamenlijk voorgesteld door de International Association for the Study of Lung Cancer (IASLC) / American Thoracic Society (ATS) / European Respiratory Society (ERS). Dit zal nog enige afstemming vergen om voor adenocarcinomen tot een uniforme, overzichtelijke conclusie te komen – hieraan wordt momenteel gewerkt. Het protocol is in januari 2014 al 72 keer gebruikt, versus 94 keer in heel 2013.

Nieuwsbrief Protocollen - 5

Voortgang protocollen/release

Paul Seegers

Adviseur protocollen, PALGA

De planning voor 2014 is het omzetten van de bestaande protocollen naar de nieuwe PPM. Daarnaast worden er nog 5 nieuwe protocollen uitgebracht. Dit zijn de Plaveiselcelcarcinoom vd Huid (nog in de oude PPM), de Nier-Pyelum-Uretercarcinoom, Cervixcarcinoom, de Blaascarcinoom en de Testiscarcinoom, deze allen worden gebouwd voor de nieuwe PPM. De Nier-Pyelum-Uretercarcinoom is gereed en is aangeboden aan de CKU.

Recent is het nieuwe protocol Maag-Oesofaguscarcinoom uitgerold voor de oude PPM.

Na maanden voorbereidingen is op 15 januari een themadag georganiseerd door PALGA om aan het veld de nieuwe PPM voor te stellen. De themadag "It's all about synoptic reporting" was met ruim 70 deelnemers een succesvolle dag.

Op dit moment wordt er hard gewerkt aan het framework (de software zelf) van de nieuwe PPM en de koppelingen met UDPS. Na uitgebreid testen op de laboratoria in Tilburg en Groningen (Martini) is de nieuwe PPM gereed om in productie te worden genomen.

De PCP'ers krijgen hieromtrent een instructieochtend in de periode 22-25 april. De uitrol van de nieuwe PPM zal op 28 april starten en zal bij iedereen met UDPS op 27 mei zijn uitgerold. Voor de laboratoria met kern-UDPS zullen een ander tijdsplan volgen.

Gelijk met deze uitrol zullen de onderstaande protocollen mee worden uitgerold.

- Endometriumcarcinoom versie 3.0.9
- Nier-Pyelum-Uretercarcinoom versie 2.0.1.1.1

Een wat andere weergave dan gewend, waarbij het laatste getal de versie van het protocol weergeeft en de getallen daarvoor de versie(s) van de betrokken richtlijn(en).

Verder is de verwachting dat in mei de volgende protocollen live gaan:



- Cervixcarcinoom versie 3.0.1.1.1
- ColonRectumcarcinoom versie 2.0.2.1.20
- Prostaatcarcinoom versie 1.0.1
- Plaveiselcelcarcinoom vd Huid versie 1 (oude PPM)

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