

Evaluatie gebruik richtlijn endometriumcarcinoom

Landelijke evidence-based richtlijn versie 3.0

September 2014

Evaluatie gebruik richtlijn endometriumcarcinoom Landelijke evidence-based richtlijn versie 3.0

Auteurs

Mw. dr. M.A. van der Aa

Evaluatiecommissie

Mw. dr. W.J. van Driel, gynaecoloog oncoloog, NKI-AVL, Amsterdam en voorzitter van de WOG

Mw. dr. C.L. Creutzberg, radiotherapeut, Klinische Oncologie, LUMC

Mw. dr. D. Boll, gynaecologisch oncoloog, Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis, Eindhoven

Mw. dr. M.A. van der Aa, senior onderzoeker IKNL

Mw. dr. L. Veerbeek, procesbegeleider IKNL

September 2014

Inhoudsopgave

1	Samenvatting	6
2	Achtergrond	7
3	Indicatorontwikkeling en dataverzameling	8
3.1	Indicatorenset	8
3.1.1	Definitie indicator	8
3.1.2	Keuze en operationalisatie indicatoren	8
3.2	Selectie van patiënten	8
3.3	Dataverzameling	9
3.3.1	Opzet dataverzameling	9
3.3.2	Dataverzameling Nederlands Kankerregistratie (NKR): basisregistratie	10
3.3.3	Extra dataverzameling NKR	11
3.3.4	Beschikbaarheid van MDO gegevens in medische dossiers	11
3.4	Beschrijving patiëntengroep	11
4	Resultaten indicatorenset	13
4.1	Indicator 1. Adjuvante radiotherapie	13
4.2	Indicator 2. Patiënte besproken in MDO	14
4.3	Indicator 3. Compleetheid pathologieverslag	16
5	Conclusies en aanbevelingen	18
5.1	Indicator 1: Adjuvante radiotherapie	18
5.2	Indicator 2. Besproken in een MDO	18
5.3	Indicator 3. Compleetheid pathologieverslag	18
5.4	Beperkingen van de evaluatie	18
5.5	Algemene conclusie	19
5.6	Aanbevelingen	19
	Bijlagen	20
B1	Besproken en afgewezen indicatoren	21
B2	Beschikbaarheid informatie MDO	22
B3	Instructie t.a.v. extra te verzamelen items	23

1 Samenvatting

In Nederland wordt jaarlijks bij circa 1900 vrouwen een endometriumcarcinoom gediagnosticeerd. Per jaar overlijden circa 400 vrouwen aan de gevolgen van een endometriumcarcinoom. Het heeft daarmee de laagste mortaliteit van de belangrijkste gynaecologische kwaadaardige tumoren. De relatief goede overleving is vooral te danken aan de vroege presentatie van de ziekte in de vorm van postmenopauzaal bloedverlies.

Eind 2011 is de nieuwe multidisciplinaire evidence-based richtlijn endometriumcarcinoom verschenen. Nadat de richtlijn endometriumcarcinoom (landelijke evidence-based richtlijn, versie 3.0) was ontwikkeld, is een start gemaakt met de evaluatie van de implementatie van deze richtlijn door middel van indicatoren. Er zijn 3 indicatoren geselecteerd voor de richtlijnevaluatie, op basis van relevantie, meetbaarheid en implementeerbaarheid.

- 1a) % patiënten met laag stadium endometriumcarcinoom met laag of laag-intermediair risicoprofiel dat brachytherapie krijgt.
- 1b) % patiënten met laag stadium endometriumcarcinoom met hoog-intermediair risicoprofiel, dat brachytherapie of uitwendige radiotherapie krijgt.
- 2a) % patiënten besproken in multidisciplinair overleg (MDO)
- 2b) overleg was mono- of multidisciplinair
- 3 % patiënten waarvan het PA-verslag compleet is.

Deze richtlijnevaluatie is opgezet om inzichtelijk te krijgen of de nieuwe richtlijn in de dagelijkse klinische praktijk ook daadwerkelijk wordt toegepast. Ten behoeve van deze indicatoren heeft extra dataverzameling plaatsgevonden en uit de analyse van deze data is gebleken dat:

- de aanbevelingen ten aanzien van adjuvante radiotherapie goed worden opgevolgd in de groep patiënten met laag/laag-intermediair risico. Patiënten die niet in aanmerking komen voor adjuvante brachytherapie krijgen dit ook bijna nooit. In de groep met hoog-intermediair risico wordt de richtlijn minder goed opgevolgd: 26% van de geopereerde patiënten krijgt uitwendige radiotherapie waar brachytherapie geadviseerd wordt.
- lang niet alle patiënten na operatie worden besproken, slechts 65%. Als patiënten besproken worden is dat in 75% van de gevallen in een MDO waarin inderdaad meerdere disciplines aanwezig waren.
- de pathologieverslagen in veel gevallen niet compleet zijn, waarbij het item LVSI (lymphovascular space invasion) het vaakst ontbreekt.

Aanbevolen wordt om:

- in regionale tumorwerkgroepen te bespreken waarom sommige patiënten met hoog-intermediair risico uitwendige radiotherapie krijgen.
- in regionale tumorwerkgroepen onder de aandacht te brengen dat elke patiënte na een operatie besproken moet worden in een MDO dat ook echt multidisciplinair is samengesteld.
- pathologielaboratoria te bewegen de Palga protocollen te gaan gebruiken.

2 Achtergrond

In Nederland wordt jaarlijks bij circa 1900 vrouwen een endometriumcarcinoom gediagnosticeerd. Per jaar overlijden circa 400 vrouwen aan de gevolgen van een endometriumcarcinoom. Het heeft daarmee de laagste mortaliteit van de belangrijkste gynaecologische kwaadaardige tumoren. De relatief goede overleving is vooral te danken aan de vroege presentatie van de ziekte in de vorm van postmenopauzaal bloedverlies.

De behandeling van patiënten met kanker vereist op elkaar afgestemde deskundigheid vanuit verscheidene disciplines. Door het beschikbaar komen van verbeterde behandelingen die gebruik maken van zowel chirurgische, radiotherapeutische als medicamenteuze interventies, is overleg al direct na de diagnostische fase in steeds meer situaties gewenst. Een bespreking in multidisciplinair verband (MDO) kan daarbij bijdragen aan optimale behandeling van oncologische patiënten volgens de landelijke richtlijnen. De uitkomst van het MDO moet worden vastgelegd in een behandelplan en aan alle betrokkenen worden gecommuniceerd.

Voor patiënten met laag stadium (FIGO 2009 stadium I) endometriumcarcinoom (EC) met hoog-intermediair risicoprofiel wordt adjuvante radiotherapie geadviseerd om de kans op locoregionaal recidief te minimaliseren. Hierbij heeft vaginale brachytherapie de voorkeur boven uitwendige radiotherapie. Voor patiënten met stadium I (FIGO 2009 stadium I) met hoog risicoprofiel, stadium II (FIGO 2009 stadium II) en stadium III wordt adjuvante uitwendige radiotherapie geadviseerd om de kans op locoregionaal recidief te minimaliseren. Hierbij kan adjuvante chemotherapie worden overwogen.

Tabel 2.1 Risicoprofielen endometriumcarcinoom

Risico	FIGO	Graad	Myometrium	Histologie	Leeftijd
Laag	I	1-2	geen / <50%	endometrioid	
Laag-intermediair	I	1-2	>50	endometrioid	<60
	I	3	geen	endometrioid	
Hoog-intermediair	I	3	<50%	endometrioid, LVSI -	<60
	I	1-2	>50%	endometrioid	≥60
	I	3	<50%	endometrioid, LVSI+	
Hoog	I	3	<50%	endometrioid	≥60
	I-III	1-3		endometrioid	
	I-III			sereus of clearcell	

Eind 2011 is de vernieuwde multidisciplinaire evidence-based richtlijn endometriumcarcinoom verschenen. Deze richtlijnevaluatie is opgezet om inzichtelijk te krijgen of de nieuwe richtlijn in de dagelijkse klinische praktijk ook daadwerkelijk wordt toegepast. Doelstellingen van de richtlijnevaluatie:

- Bevorderen van de implementatie van de richtlijn endometriumcarcinoom.
- Verkrijgen van inzicht in de naleving van de richtlijn endometriumcarcinoom.
- Zichtbaar maken van knelpunten bij de toepassing van de richtlijn endometriumcarcinoom in de dagelijkse praktijk, en hiermee een eventuele bijdrage leveren aan een volgende revisie van de richtlijn.

Richtlijnevaluatie vindt doorgaans plaats op basis van 3 tot 5 indicatoren o.b.v. dataverzameling door de NKR van IKNL.

3 Indicatorontwikkeling en dataverzameling

3.1 Indicatorenset

3.1.1 Definitie indicator

Een indicator is een meetbaar fenomeen dat een signalerende functie heeft met betrekking tot de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van organisatie (definitie Colsen en Casparie 1995).

Achtergrond indicator

Een indicator moet relatie hebben met wat onder kwaliteit van zorg wordt verstaan, en gebaseerd zijn op wetenschappelijk bewijs of consensus bij experts uit het veld. Verder moet een indicator geschikt zijn om veranderingen in kwaliteit te meten. Een indicator moet ook betrouwbaar geregistreerd kunnen worden, zodat bij een bepaald kwaliteitsniveau de indicator steeds dezelfde waarde aangeeft.

Indicatoren kunnen inzicht geven in het gebruik van de richtlijn in de dagelijkse praktijk, maar kunnen ook wijzen op mogelijke knelpunten bij de toepassing ervan. Dit inzicht kan worden gebruikt bij eventuele revisies van de richtlijn of kan richting geven aan specifieke implementatieprojecten.

3.1.2 Keuze en operationalisatie indicatoren

Nadat de richtlijn endometriumcarcinoom (landelijke evidence-based richtlijn, versie 3.0) was ontwikkeld, is een start gemaakt met de evaluatie van de implementatie van deze richtlijn door middel van indicatoren. Er zijn 3 indicatoren geselecteerd voor de richtlijnevaluatie, op basis van relevantie, meetbaarheid en implementeerbaarheid. De lijst met besproken en afgewezen indicatoren is te vinden in bijlage 1.

Tabel 3.1

Indicatoren richtlijnevaluatie endometriumcarcinoom

Indicator	
1	a) % patiënten met laag stadium endometriumcarcinoom met laag of laag-intermediair risicoprofiel dat brachytherapie krijgt. b) % patiënten met laag stadium endometriumcarcinoom met hoog-intermediair risicoprofiel, dat brachytherapie of uitwendige radiotherapie krijgt.
2	a) % patiënten besproken in multidisciplinair overleg (MDO) b) overleg was mono- of multidisciplinair
3	% patiënten waarvan het PA-verslag compleet is.

Ten behoeve van deze indicatoren heeft extra dataverzameling plaatsgevonden (zie paragraaf 3.3 Dataverzameling).

3.2 Selectie van patiënten

Bij deze richtlijnevaluatie zijn patiënten geïnccludeerd die in 2012 in Nederland zijn gediagnosticeerd met een invasief endometriumcarcinoom en zijn geregistreerd in de NKR. Indicator-specifieke criteria staan in hoofdstuk 4 bij de betreffende indicator genoemd.

Inclusiecriteria

- Patiënten met een primair endometriumcarcinoom: carcinomen (ICD-O: M8010-8576).
- Patiënten die gediagnosticeerd zijn in de ziekenhuizen:
 - o Admiraal de Ruyter ziekenhuis
 - o ASZ
 - o Beatrix Ziekenhuis
 - o Bronovo ziekenhuis
 - o Canisius Wilhelmina ziekenhuis

- o Diaconessenhuis
- o Diakonessenhuis
- o EMC
- o Franciscus ziekenhuis
- o Gelderse Vallei
- o Groene Hart ziekenhuis
- o Haga ziekenhuis
- o Haven ziekenhuis
- o Hofpoort ziekenhuis
- o IJsselland ziekenhuis
- o Ikazia
- o Lange Land
- o Lievensberg
- o LUMC.
- o Maas ziekenhuis
- o Maasstad ziekenhuis
- o MCH Westeinde
- o Meander Medisch Centrum
- o Reinier de Graaf
- o Rijnland
- o Rijnstate
- o Rivierenland Tiel
- o Ruwaard van Putten
- o SFG
- o Slingeland
- o St. Antonius ziekenhuis
- o UMC St. Radboud
- o UMCU
- o Van Weel Bethesda
- o Vlietland
- o ZorgSaam

Exclusiecriteria

- Tumoren die cytologisch of histologisch bewezen géén carcinoom zijn, zoals sarcomen en lymfomen.
- Carcinosarcomen.
- Patiënten waarbij de tumor tijdens obductie is vastgesteld.
- Patiënten jonger dan 18 jaar bij diagnose.
- Patiënten met niet-invasieve tumoren.
- Patiënten gediagnosticeerd en/of behandeld in het buitenland. De zorg die zij ontvangen valt niet binnen de Nederlandse richtlijn.

3.3 Dataverzameling

3.3.1 Opzet dataverzameling

Indien gegevens standaard aanwezig zijn in de NKR kunnen twee meetmomenten worden vergeleken, een 'status quo meting' voor en een 'nameting' na autorisatie en implementatie van de richtlijn. Met behulp van een kleine pilotstudie heeft operationalisatie en beoordeling van de registreerbaarheid plaatsgevonden van de indicatoren die niet standaard in de NKR beschikbaar waren. De inhoud van de definitieve

indicatorenset voor de richtlijnevaluatie is mede bepaald aan de hand van de resultaten van de status quo meting en de pilotregistratie.

Status quo meting

Met de status quo meting wordt de zorg voor de patiënten voorafgaand aan de invoering van de richtlijn zichtbaar gemaakt en wordt inzicht verkregen in hoe groot de onderzoekspopulatie is voor de richtlijnevaluatie. Hiermee wordt ook een inschatting gemaakt van de werklast die de extra dataverzameling in de NKR met zich mee brengt. De status quo meting vond plaats over de incidentiejaren 2007- 2010. Omdat in de status quo meting andere zaken zijn gemeten dan in de richtlijnevaluatie zijn de gegevens van de status quo meting en de richtlijnevaluatie niet met elkaar te vergelijken.

Pilotregistratie

De pilotregistratie is verricht in april 2013 in de regio Amsterdam. De digitale dossiers van totaal 43 patiënten zijn bekeken.

Registratieperiode nameting

De extra gegevens zijn verzameld voor patiënten gediagnosticeerd in de periode 01-01-2012 t/m 31-12-2012 in de (voormalige IKC-) regio's Rotterdam, Leiden, Utrecht en Nijmegen. De additionele dataverzameling ten behoeve van deze richtlijnevaluatie heeft plaatsgevonden in de periode mei-december 2013.

3.3.2 Dataverzameling Nederlands Kankerregistratie (NKR): basisregistratie

De Nederlandse Kankerregistratie (NKR) verzamelt gegevens over alle nieuw gediagnosticeerde gevallen van kanker in Nederland. Gegevens worden geregistreerd volgens internationale classificaties en een codeerhandleiding NKR.

De volgende informatie is relevant voor deze evaluatie:

- Primaire maligne tumoren worden geregistreerd, recidieven niet. De belangrijkste signaleringsbronnen zijn PALGA, voor alle PA-bevestigde tumoren, en de Landelijke Medische Registratie (LMR) van ontslagdiagnoses na klinische opnames, voor niet-PA-bevestigde tumoren.
- Stadium: codering van het stadium van PA-bevestigde tumoren vindt plaats volgens de UICC - TNM stadiëring. Het TNM stadium is omgezet naar het FIGO stadium.
- Behandeling: alle therapieën, gericht op de primaire tumor en/of metastasen, zoals vastgesteld in het initiële behandelplan en daadwerkelijk gegeven, worden vastgelegd.
 - Algemeen geldt voor de gegevens in de NKR dat van patiënten bij wie een geplande behandeling lang wordt uitgesteld, behandelgegevens incompleet zijn. Bij endometriumcarcinoom is dit probleem verwaarloosbaar.
 - Behandelingen naar aanleiding van het optreden van een recidief of progressie van de ziekte worden niet geregistreerd.
 - Indien in eerste instantie een afwachtend beleid is gevoerd, worden ook behandelingen die pas na enkele maanden worden gestart, niet geregistreerd (patiënt valt dan onder 'geen behandeling').
- Datum en ziekenhuis van behandeling: van alle behandelingen wordt het ziekenhuis van behandeling geregistreerd, bij chirurgische behandelingen tevens standaard de datum van behandeling.

De volgende gegevens uit de basisregistratie NKR zijn gebruikt voor de richtlijnevaluatie:

- Patiëntgegevens: geslacht, leeftijd bij diagnose;
- Tumorgegevens: diagnosedatum, morfologie, topografie, stadium;

- Behandelingsgegevens: (type) chirurgie, in- of uitwendige radiotherapie, chemotherapie;
- Brongegevens (geanonimiseerd): ziekenhuis van diagnose, type ziekenhuis, ziekenhuis van behandeling, ziekenhuisvolume.

3.3.3 Extra dataverzameling NKR

Voor de richtlijnevaluatie is zowel gebruik gemaakt van bestaande items in de NKR (basisregistratie) als items die voor deze richtlijnevaluatie extra zijn verzameld:

- myometriuminvasie
- MDO postoperatief ja/nee
- MDO multi- of monodisciplinair
- ingroei cervicaal stroma
- status resectievlakken
- aantal lymfklieren met metastase met de anatomische locatie van de klieren

Besproken in MDO

Gegevens over het multidisciplinair overleg (MDO) worden niet standaard geregistreerd door de NKR. MDO is slechts betrouwbaar te registreren indien dit in het digitaal patiëntdossier is terug te vinden. Mogelijk is niet in alle ziekenhuizen een verslag respectievelijk datum van een MDO terug te vinden in het digitale patiëntdossier terwijl de patiënt wel is besproken (potentiële onderregistratie). Daarom is tevens eenmalig de beschikbaarheid van (digitale) MDO-gegevens geïnventariseerd (zie sub paragraaf 3.3.4 en bijlage 2).

3.3.4 Beschikbaarheid van MDO gegevens in medische dossiers

Uit de eenmalige inventarisatie betreffende de beschikbaarheid van MDO-gegevens blijkt dat informatie over het MDO in overgrote meerderheid beschikbaar is in het digitale patiëntdossier (71%). Doorgaans is de (digitale) informatie beschikbaar in de vorm van een datum en een verslag (58%) op een vaste plek in het digitale medisch dossier (76%) (bijlage 2).

3.4 Beschrijving patiëntengroep

In onderstaande tabel (tabel 3.2) zijn de patiënt en tumor karakteristieken weergegeven van alle patiënten met endometriumcarcinoom gediagnosticeerd in de genoemde regio's van Nederland in 2012. Selecties zoals beschreven in paragraaf 3.2 zijn al toegepast. Hieruit worden per indicator verschillende selecties gemaakt, die de noemers van de indicatoren vormen:

- Indicator 1: geopereerde patiënten met stadium I.
- Indicator 2: alle geopereerde patiënten.
- Indicator 3: alle geopereerde patiënten.

Tabel 3.2

Patiënt- en tumorkenmerken.

	N=688 (%)
Leeftijd	
< 60 jaar	163 (24)
60-74 jaar	334 (49)
≥75 jaar	191 (28)
Histologisch subtype	
Endometrioid	613 (89)
Clearcell	18 (3)
Sereus	49 (7)
Anders	8 (1)
FIGO stadium	
1A	364 (53)
1B	174 (25)
2	39 (6)
3A	18 (3)
3B	16 (2)
3C	17 (2)
4A	10 (1)
4B	27 (4)
X	23 (3)
Eerste behandeling	
Resectie	403 (59)
Resectie + adj brachytherapie	103 (15)
Resectie + adj uitwendige radiotherapie	78 (11)
Resectie + adj radiotherapie + adj chemo	15 (2)
Resectie + adj chemotherapie	11 (2)
Anders	78 (11)

4 Resultaten indicatorenset

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van drie geselecteerde indicatoren weergegeven. Van elke indicator zijn een definitie en specifieke in- en exclusiecriteria beschreven, naast de algemene in- en exclusiecriteria die voor de gehele indicatorenset gelden. Daaronder staat de uiteindelijke waarde van de indicator weergegeven als een percentage van alle patiënten die binnen die indicator vallen, plus de waarde van de indicator in verschillende subgroepen van patiënten. Achtergrondinformatie over de gegevensverzameling en de voor alle indicatoren geldende in- en exclusiecriteria is te vinden in hoofdstuk 3.

4.1 Indicator 1. Adjuvante radiotherapie

Indicator 1a. Adjuvante brachytherapie bij laag stadium en laag/laag-intermediair risico

Tabel 4.1

Definitie indicator 1a.

Adjuvante brachytherapie bij laag stadium en laag/laag-intermediair risico	
Relatie tot kwaliteit	Adjuvante radiotherapie (brachytherapie) bij patiënten met laag stadium endometriumcarcinoom en laag/laag-intermediair risico is niet van invloed op de overleving en wordt daarom niet aanbevolen.
Teller	Alle geopereerde patiënten met laag stadium en laag of laag-intermediair risico endometriumcarcinoom die brachytherapie kregen.
Noemer	Alle geopereerde patiënten met laag stadium en laag of laag-intermediair risico endometriumcarcinoom.
In- /exclusiecriteria	Inclusie: Geopereerde patiënten met FIGO stadium 1 en laag/laag-intermediair risico.
Beperkingen / aandachtspunten bij gebruik en interpretatie	Het risicoprofiel van de patiënte wordt mede bepaald door of er sprake is van vaatinvase. Dit blijkt niet altijd in het pathologieverslag te staan. Daardoor wordt indeling van patiënten in risicoprofielen lastig. In de analyses is gekozen om vaatinvase op 'nee' te zetten als het onbekend is.

Tabel 4.2

Indicatorwaarden van indicator 1a. Adjuvante brachytherapie bij laag stadium en laag/laag-intermediair risico

Indicator 1a: Percentage patiënten met laag stadium en laag/laag-intermediair risico dat adjuvante brachytherapie krijgt.

	<i>Teller/ noemer</i>	<i>Indicator waarde</i>
Alle patiënten	2 / 322	0,6%

In de totale groep van 322 geopereerde patiënten met laag stadium en laag/laag-intermediair risicoprofiel kregen 2 patiënten adjuvante brachytherapie. Verder kregen nog eens twee patiënten ook een andere behandeling dan alleen een hysterectomie, waarmee ze ook niet behandeld zijn volgens de richtlijn:

- 1 patiënte kreeg uitwendige radiotherapie na hysterectomie.
- 1 patiënte kreeg eerst twee keer radiotherapie en vervolgens een hysterectomie.

Indicator 1b. Adjuvante radiotherapie bij laag stadium en hoog-intermediair risico

Tabel 4.3

Definitie indicator 1b.

Adjuvante radiotherapie bij laag stadium en hoog-intermediair risico	
Relatie tot kwaliteit	Voor patiënten met laag stadium endometriumcarcinoom en hoog-intermediair risicoprofiel wordt adjuvante radiotherapie geadviseerd om de kans op locoregionaal recidief te minimaliseren. Hierbij heeft vaginale brachytherapie de voorkeur boven uitwendige radiotherapie.

Teller	Alle geopereerde patiënten met laag stadium en hoog-intermediair risico endometriumcarcinoom die adjuvante radiotherapie kregen.
Noemer	Alle geopereerde patiënten met laag stadium en hoog-intermediair risico endometrium carcinoom.
In- /exclusiecriteria	Inclusie: Geopereerde patiënten met FIGO stadium 1 en laag-intermediair risico.
Beperkingen / aandachtspunten bij gebruik en interpretatie	Het risicoprofiel van de patiënte wordt mede bepaald door of er sprake is van vaatinvase. Dit blijkt niet altijd in het pathologieverslag te staan. Daardoor wordt indeling van patiënten in risicoprofielen lastig. In de analyses is gekozen om vaatinvase op 'nee' te zetten als het onbekend is. Vanaf 1 september 2012 is de Portec 4 studie gaan lopen. Hierin wordt gerandomiseerd tussen wel of geen adjuvante radiotherapie. Dit kan gevolgen hebben voor deze indicator.

Tabel 4.4

Indicatorwaarden van indicator 1b. Adjuvante radiotherapie bij laag stadium en hoog-intermediair risico

Indicator 1b: Percentage patiënten met laag stadium en hoog-intermediair risico dat adjuvante radiotherapie krijgt.

	Teller / noemer	Indicator waarde
Alle patiënten	127/168	76%
Eerste behandeling		
Uterusexstirpatie + brachy	94/127	74%
Uterusexstirpatie + uitwendige radiotherapie	33/127	26%
<i>Naar patiënt- en tumorkenmerken</i>		
Leeftijd		
< 60 jaar	1/10	10%
60-74 jaar	83/100	83%
≥75 jaar	43/58	74%
<i>Naar structuurkenmerken</i>		
Type ziekenhuis van chirurgie		
Academisch	11/15	73%
STZ	59/79	74%
Algemeen	57/74	77%

In de totale groep van 168 geopereerde patiënten met hoog-intermediair risicoprofiel kreeg 76% adjuvante radiotherapie. 74% kreeg de aanbevolen brachytherapie, 26% uitwendige radiotherapie. Van de patiënten die geen adjuvante radiotherapie kregen, kregen 2 patiënten adjuvante chemotherapie. De rest kreeg geen adjuvante therapie, alleen een hysterectomie.

4.2 Indicator 2. Patiënte besproken in MDO

Indicator 2a. Patiënte na operatie besproken ja/nee

Tabel 4.5

Definitie indicator 2a.

Patiënte besproken in MDO

Relatie tot kwaliteit	De behandeling van patiënten met kanker vereist op elkaar afgestemde deskundigheid vanuit verscheidene disciplines. Een bespreking in multidisciplinair verband (MDO) kan daarbij bijdragen aan optimale behandeling van oncologische patiënten volgens de landelijke richtlijnen. De uitkomst van het MDO moet worden vastgelegd in een behandelplan en aan alle betrokkenen worden
-----------------------	--

	gecommuniceerd.
Teller	Alle geopereerde patiënten met endometriumcarcinoom die zijn besproken, voordat wordt gestart met adjuvante behandeling.
Noemer	Alle geopereerde patiënten met endometriumcarcinoom.
In- /exclusiecriteria	Inclusie: Geopereerde patiënten.
Beperkingen / aandachtspunten bij gebruik en interpretatie	Het gaat om het bespreken van het behandelplan voor de patiënt voordat al dan niet wordt gestart met adjuvante behandeling. Of het overleg waarin de patiënten worden besproken werkelijk een MDO is waarin meerdere disciplines zitten blijkt uit indicator 2b.

Tabel 4.6

Indicatorwaarden van indicator 2a. Patiënten voor adjuvante behandeling in een multidisciplinair overleg (MDO) besproken

Indicator 2a: Percentage geopereerde patiënten met endometriumcarcinoom dat voor adjuvante behandeling in een MDO is besproken

	Teller / noemer	Indicator waarde
Alle geopereerde patiënten	397/609	65%
Eerste behandeling		
Resectie	242/400	61%
Resectie +adj brachytherapie	80/102	78%
Resectie + adj uitwendige radiotherapie	51/76	67%
Resectie + adj radiotherapie + adj chemotherapie	11/14	79%
Resectie + adjuvante chemotherapie	6/10	60%
Anders	7/7	100%
<i>Naar patiënt- en tumorkenmerken</i>		
Leeftijd		
< 60 jaar	90/149	60%
60-74 jaar	200/306	65%
≥75 jaar	107/154	69%
Morfologie		
Endometrioid	354/552	64%
Clearcell	11/14	79%
Sereus	28/39	72%
Anders	4/4	100%
<i>Naar structuurkenmerken</i>		
Type ziekenhuis van chirurgie		
Academisch	75/78	96%
STZ	204/241	85%
Algemeen	118/290	41%

Indicator 2b. Was bespreking multidisciplinair ja/nee

Tabel 4.7

Definitie indicator 2b.

Overleg was mono- of multidisciplinair

Relatie tot kwaliteit	De behandeling van patiënten met kanker vereist op elkaar afgestemde deskundigheid vanuit verscheidene disciplines. Een bespreking in multidisciplinair verband (MDO) kan daarbij bijdragen aan optimale behandeling van oncologische patiënten volgens de landelijke richtlijnen. De uitkomst van het MDO moet worden vastgelegd in een behandelplan en aan alle betrokkenen worden gecommuniceerd.
-----------------------	--

Teller	Alle geopereerde patiënten met endometriumcarcinoom besproken in een multidisciplinair overleg (MDO) met multidisciplinaire samenstelling, voordat wordt gestart met adjuvante behandeling.
Noemer	Alle geopereerde patiënten met endometriumcarcinoom besproken in een MDO.
In- /exclusiecriteria	Inclusie: Geopereerde patiënten.
Beperkingen / aandachtspunten bij gebruik en interpretatie	Het gaat om een MDO waarin het behandelplan voor de patiënte is besproken voordat al of niet wordt gestart met adjuvante behandeling. Er is monodisciplinair gecodeerd indien het overleg bijv. met een gynaecoloog oncoloog in een centrum. Als er geen lijst met aanwezigen was heeft men niet in kunnen schatten of het overleg multi- of monodisciplinair was.

Tabel 4.6

Indicatorwaarden van indicator 2b. Patiënten werkelijk multidisciplinair besproken

Indicator 2b: Percentage geopereerde patiënten met endometriumcarcinoom dat voor adjuvante behandeling in een echt MDO is besproken

	Teller / noemer	Indicator waarde
Alle patiënten	299/397	75%
Eerste behandeling		
Resectie	180/242	74%
Resectie +adj brachytherapie	59/80	74%
Resectie + adj uitwendige radiotherapie	38/51	75%
Resectie + adj radiotherapie + adj chemotherapie	9/11	82%
Resectie + adjuvante chemotherapie	6/6	100%
Anders	7/7	100%
<i>Naar structuurkenmerken</i>		
Type ziekenhuis van chirurgie		
Academisch	66/75	88%
STZ	160/204	78%
Algemeen	73/118	62%

4.3 Indicator 3. Compleetheid pathologieverslag

Tabel 4.7

Definitie indicator 3.

Compleetheid pathologieverslag

Relatie tot kwaliteit	<p>Het doel van een pathologieverslag is drieledig:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Het verschaffen van voldoende informatie voor een goede besluitvorming betreffende het beleid voor de individuele patiënt. 2. Het verschaffen van voldoende prognostische informatie. 3. Het verschaffen van voldoende informatie voor een eventuele audit van medisch handelen. <p>Uit diverse studies is gebleken dat een standaardformulier de verslaglegging van de pathologie verbetert. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een minimale dataset, die nodig is voor bovengenoemde 3 punten. In december 2013 is het protocol voor endometriumcarcinoom beschikbaar gekomen.</p>
Teller	Alle patiënten waarvan het pathologieverslag compleet was (conform eisen zoals omschreven op oncoline).
Noemer	Alle geopereerde patiënten met endometriumcarcinoom.
In- /exclusiecriteria	Inclusie: Geopereerde patiënten.
Beperkingen /	Resectievlak werd relatief vaak gescoord als onbekend. Het is de vraag hoe

aandachtspunten bij gebruik en interpretatie	relevant resectievlak is bij endometriumcarcinoom met uterusextirpatie, zeker in de lagere stadia waarin de tumor beperkt blijft tot de baarmoeder en met het verwijderen van de baarmoeder de resectievlakken gewoonlijk 'per definitie' schoon zijn.
--	--

Tabel 4.8 Indicatorwaarden van indicator 3. Compleetheid pathologieverslag

<i>Indicator 3: Percentage patiënten waarvan het pathologieverslag compleet is</i>		
	Teller / noemer	Indicator waarde
Alle patiënten – stadium I	70/517	14%
Alle patiënten – stadium II	7/35	20%
Alle patiënten – stadium III en IV	14/61	23%
Patiënten met lymfklierdissectie	14/88	16%
<i>Zonder resectievlak</i>		
Alle patiënten – stadium I	225/517	44%
Alle patiënten – stadium II	21/35	60%
Alle patiënten – stadium III en IV	30/61	50%
Patiënten met lymfklierdissectie	41/88	47%
<i>Naar structuurkenmerken</i>		
Type ziekenhuis van chirurgie (stadium I, zonder resectievlak)		
Academisch	35/54	65%
STZ	84/207	41%
Algemeen	106/256	41%

Tabel 4.9 Compleetheid pathologieverslag – onderdelen die niet vermeld staan (zonder vermelding van resectievlak).

Stadium	Onderdeel PA-verslag	Percentage niet vermeld
Stadium I	Histologie	0%
	Differentiatiegraad	10%
	Myometriuminvasie	3%
	Ingroei cervix stroma	1%
	LVSI	80%
Stadium II	Histologie	0%
	Differentiatiegraad	20%
	Myometriuminvasie	0%
	Ingroei cervix stroma	0%
	LVSI	64%
Stadium III en IV	Histologie	0%
	Differentiatiegraad	45%
	LVSI	61%

5 Conclusies en aanbevelingen

5.1 Indicator 1: Adjuvante radiotherapie

Indicator 1a. Adjuvante brachytherapie bij laag stadium en laag/laag-intermediair risico

- Van alle patiënten met laag stadium en laag/laag-intermediair risico kregen 2 patiënten adjuvante brachytherapie (0,6%).
- Verder kreeg 1 patiënte adjuvante uitwendige radiotherapie en 1 patiënte kreeg eerst twee keer radiotherapie en vervolgens chirurgie.

Indicator 1b. Adjuvante radiotherapie bij laag stadium en hoog-intermediair risico

- 76% van de geopereerde patiënten met laag stadium en hoog-intermediair risico kreeg adjuvante radiotherapie.
- 74% hiervan kreeg brachytherapie en 26% kreeg uitwendige radiotherapie, waar de richtlijn brachytherapie adviseert.

5.2 Indicator 2. Besproken in een MDO

Indicator 2a. Patiënte na operatie besproken in MDO ja/nee

65% van alle geopereerde patiënten is na de operatie besproken. 78% van de patiënten die adjuvante brachytherapie kregen en 67% van de patiënten die adjuvante uitwendige radiotherapie kregen werden besproken. Vooral patiënten die geen adjuvante radiotherapie kregen werden niet besproken.

- Patiënten die geopereerd worden in een academisch ziekenhuis worden bijna allemaal besproken: 96%. In een Samenwerkend Topklinisch Opleidings STZ ziekenhuis wordt 85% van de patiënten besproken en in de algemene ziekenhuizen slechts 41%.

Als er geen informatie beschikbaar is over MDO, is dit gecodeerd als 'geen MDO'. Mogelijk zorgt dit voor enige onderregistratie.

Indicator 2b. Was MDO echt multidisciplinair ja/nee

- 75% van alle patiënten die werden besproken werd ook daadwerkelijk multidisciplinair besproken.
- In de academische ziekenhuizen was de bespreking het vaakst ook echt multidisciplinair: 88%.
- In de algemene ziekenhuizen was slechts 62% van de besprekingen ook echt multidisciplinair.
- Er was nauwelijks variëteit in de verschillende behandelingen. De patiënten die adjuvante chemotherapie kregen na operatie werden allemaal echt multidisciplinair besproken.

5.3 Indicator 3. Compleetheid pathologieverslag

- Het pathologieverslag is het vaakst compleet voor patiënten met FIGO stadium 2, namelijk 60%. Voor de overige stadia is minder dan 50% van de pathologieverslagen compleet.
- Lymphovascular space involvement (LVSI) is het vaakst niet vermeld, gevolgd door de differentiatiegraad.
- In de academische ziekenhuizen zijn de pathologieverslagen vaker compleet dan in de STZ en algemene ziekenhuizen.

5.4 Beperkingen van de evaluatie

- Het indelen van de patiënten in risicoprofielen is lastig als veel gegevens ontbreken. LVSI is relatief vaak onbekend. Voor deze patiënten is de aanname gedaan dat er geen sprake was van LVSI.

- Voor de registratie van de (extra) items zijn de registratiemedewerkers van IKNL afhankelijk van de volledigheid van de medische dossiers. Als informatie over bijv. MDO niet in het dossier is vermeld is de informatie niet beschikbaar en wordt dit gecodeerd als 'geen MDO'.

5.5 Algemene conclusie

- De aanbevelingen ten aanzien van adjuvante radiotherapie worden goed opgevolgd in de groep patiënten met laag/laag-intermediair risico. Patiënten die niet in aanmerking komen voor adjuvante brachytherapie krijgen dit ook bijna nooit. In de groep met hoog-intermediair risico wordt de richtlijn minder goed opgevolgd: 26% van de geopereerde patiënten krijgt uitwendige radiotherapie waar brachytherapie geadviseerd wordt.
- Lang niet alle patiënten worden na de operatie besproken, slechts 65%. Als patiënten besproken worden is dat in 75% van de gevallen in een MDO waarin inderdaad meerdere disciplines aanwezig waren.
- De pathologieverslagen zijn in veel gevallen niet compleet. LVSI ontbreekt het vaakst.

5.6 Aanbevelingen

- Bespreek in de regionale tumorwerkgroepen waarom bij sommige patiënten met hoog-intermediair risico afgeweken wordt van de richtlijn en uitwendige radiotherapie geadviseerd wordt.
- Breng in de regionale tumorwerkgroepen onder de aandacht dat elke patiënte na een operatie besproken moet worden in een MDO dat ook echt multidisciplinair is samengesteld.
- Beweeg pathologielaboratoria er toe de PALGA protocollen te gaan gebruiken met standaard verslaglegging en met aandacht voor de vermelding van LVSI.

Bijlagen

B1 Besproken en afgewezen indicatoren

Potentiële indicator	Reden voor afwijzing
Klinisch vroeg-stadium sereus e/o clearcell carcinoom De commissie adviseert om bij patiënten bij wie preoperatief een klinisch vroeg-stadium sereus en/of clearcell endometriumcarcinoom wordt gediagnosticeerd, een complete stadiëring te verrichten, zoals gebruikelijk bij het klinisch vroeg-stadium ovariumcarcinoom	Te weinig patiënten per jaar.
Klinisch vroeg-stadium sereus e/o clearcell carcinoom Indien primair incompleet gestadieerd, luidt het advies restadiëren. (Bij een percentage van minimaal 25% sereus carcinoomcomponent wordt behandeld als zijnde een sereus endometriucarcinoom)	Te weinig patiënten per jaar.
Klinisch vroeg-stadium sereus e/o clearcell carcinoom Echter indien restadiëring niet kan worden verricht, of niet wenselijk wordt geacht, kan worden overwogen om, gezien de aanzienlijke kans op (micro)metastasen, patiënten aanvullend te behandelen als een FIGO-stadium 3 tumor.	Te weinig patiënten per jaar.
Palliatieve chemotherapie met doxorubicine en cisplatin, eventueel aangevuld met paclitaxel, verdient aanbeveling bij patiënten in goede conditie met een indicatie voor systemische therapie, na falen of geen indicatie hormonale therapie.	Lastig te meten.
Bij patiënten in minder goede conditie is palliatieve chemotherapie met carboplatin-paclitaxel te overwegen.	Lastig te meten.
Het heeft de voorkeur om patiënten met een sereus (papillair) endometriumcarcinoom met een indicatie voor systemische therapie te behandelen met voor het ovariumcarcinoom vigerende chemotherapie	Te weinig patiënten per jaar.
Screening van psychosociale behoeften dient plaats te vinden. Zie richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg'.	Lastig te meten.
Indien lokale en/of regionale recidief behandeling met bestraling en/of chirurgie niet (meer) mogelijk zijn, kan systemische endocriene- of chemotherapie overwogen worden.	Lastig te meten.
Het is van belang duidelijk aan te geven wie het aanspreekpunt is, en wie hoofdbehandelaar in de trajecten van behandeling en palliatieve zorg.	Lastig te meten.
Bij moeilijk te behandelen symptomen is het gewenst dat dit makkelijk en vlot overlegd kan worden met een specialist op het gebied van palliatieve zorg, en dat eventueel kortdurend opname in een instelling voor palliatieve zorg mogelijk is.	Lastig te meten.
Voor intensieve zorg thuis moeten gespecialiseerde zorgverleners ingeschakeld kunnen worden.	Lastig te meten.
Bij de overige metastasen op afstand is systemische therapie een optie.	Lastig te meten.
Met de huisarts worden afspraken gemaakt over de benodigde zorg.	Lastig te meten.
Inschakelen van psychosociale hulpverlener (zoals oncologisch of sociaal verpleegkundige, maatschappelijk werker, geestelijk verzorger, en op indicatie psycholoog, psychiater of seksuoloog) kan aangewezen zijn.	Lastig te meten.

B2 Beschikbaarheid informatie MDO

Vraag 1

Over welk ziekenhuis levert u de informatie?

Instellingscode (bron): ...

Team: ...

Vraag 2

Is er in uw ziekenhuis documentatie beschikbaar over het MDO?

- Nee, er vindt in dit ziekenhuis geen MDO plaats voor de gynaecologie.
- Nee, er is geen documentatie over MDO beschikbaar in de bronnen die ik gebruik voor de reguliere registratie.
- Ja, documentatie over het MDO is beschikbaar in het papieren patiëntdossier, maar niet digitaal.
- Ja, documentatie over het MDO is digitaal beschikbaar.
- Ja, documentatie over het MDO is beschikbaar, (wisselend) in het papieren dossier en digitaal.

Vraag 3

Welke documentatie over het MDO is beschikbaar in dit ziekenhuis?

- Nvt, geen documentatie beschikbaar, sla vraag 4 over.
- Alleen een datum MDO.
- Volledig verslag zonder datum.
- Zowel een datum MDO als een volledig verslag.
- Zowel een datum MDO als een volledig verslag als een lijst met aanwezigen bij de betreffende bespreking

Vraag 4

Is de documentatie over het MDO in uw ziekenhuis consistent/betrouwbaar?

- Nee, soms is de documentatie wel te vinden in het digitale patiëntdossier, soms niet (terwijl ik weet dat een MDO wel heeft plaatsgevonden).
- Nee, de documentatie over het MDO heeft niet een vaste plek in het (digitale of papieren) patiëntdossier.
- Nee, soms is alleen een datum te vinden, soms een datum plus een verslag.
- Ja, documentatie over het MDO heeft een vaste plek in het digitale dossier.

B3 Instructie t.a.v. extra te verzamelen items

Item-tabel

Item behandeling	Invalcodes	Uitleg
myometriuminvasie	0 = nee (pT1a) 1 = ja, minder dan de helft van het myometrium (pT1a) 2 = ja, de helft of meer dan de helft van het myometrium (pT1b) 8 = niet van toepassing (pT2-4, pTX, M1, niet geopereerd) 9 = onbekend (pT1)	<ul style="list-style-type: none"> - In tumorspecifiek item 'myometriuminvasie'. - Coderen voor patiënten die geopereerd zijn voor endometriumcarcinoom. - Vul '8' in als de patiënte niet geopereerd is. - Coderen voor stadium I (pT1).
Item diagnostiek	Invalcodes	Uitleg
besproken postoperatief ja/nee	0 = nee, er is hierover geen documentatie terug te vinden in ZIS of EPD 1 = ja, er is hierover documentatie terug te vinden in ZIS of EPD 8 = niet van toepassing, want niet geopereerd	<ul style="list-style-type: none"> - In tumorspecifiek item 'MDO postoperatief'. - Coderen voor patiënten die geopereerd zijn voor endometriumcarcinoom. - Vul '8' in als de patiënte niet geopereerd is.
bespreking monodisciplinair of multidisciplinair	1 = multidisciplinair (MDO) 2 = monodisciplinair 3 = anders 8 = niet van toepassing, want niet geopereerd of geen (documentatie over) MDO 9 = onbekend, er is hierover geen documentatie terug te vinden in ZIS of EPD	<ul style="list-style-type: none"> - In tumorspecifiek item 'MDO samenstelling'. - Coderen voor patiënten die geopereerd zijn voor endometriumcarcinoom. - Vul '8' in als de patiënte niet geopereerd is.
Item pathologie	Invalcodes	Uitleg
compleetheid pathologieverslag	Staat ingroei in cervicaal stroma vermeld in het PA-verslag? 0=niet vermeld 1=ja, geen ingroei in cervicaal stroma (T1) 2=ja, ingroei in cervicaal stroma (T2) 8=niet van toepassing, want niet geopereerd	<ul style="list-style-type: none"> - Het gaat erom of dit in het PA-verslag staat (en dus niet elders). - Coderen voor patiënten die geopereerd zijn voor endometriumcarcinoom.
compleetheid pathologieverslag	Staat de status van de resectievlakken vermeld in het PA-verslag? 0=niet vermeld 1=ja, resectievlak vrij 2=ja, ingroei in resectievlak 8=niet van toepassing, want niet geopereerd	<ul style="list-style-type: none"> - Het gaat erom of dit in het PA-verslag staat (en dus niet elders). - Coderen voor patiënten die geopereerd zijn voor endometriumcarcinoom

Item pathologie	Invulcodes	Uitleg
<p>compleetheid pathologieverslag</p>	<p>Staat het aantal lymfklieren met metastase met de anatomische locatie van de klieren vermeld in het PA-verslag?</p> <p>0=niet vermeld 1=wel vermeld 8=niet van toepassing, want niet geopereerd 9=geen lymfklierdissectie verricht</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Het gaat erom of dit in het PA-verslag staat (en dus niet elders). - Coderen voor patiënten die geopereerd zijn voor endometriumcarcinoom <p>Bijvoorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pelvien (diep:obturatorius/ oppervlakkig: iliacaal) -Communis -Para-aortaal <p>Als er een aantal wordt genoemd en een anatomische locatie gaan we er vanuit dat de lymfklieren per station worden benoemd.</p>