

# **NOTA ORGANISATIE VAN DE GYNAECOLOGISCH ONCOLOGISCHE ZORG, DEEL II**

**Versie 2.0**

Discipline  
Verantwoording

Monodisciplinair  
NVOG

# Behandeling van het ovariumcarcinoom

Het rapport "Kwaliteit van kankerzorg in Nederland" door de Signaleringscommissie Kanker van het KWF Kankerbestrijding onderschrijft dat er een concentratie van zorg moet komen voor de patiënten met een maligniteit. Dit wordt ingegeven door de toegenomen complexiteit van de oncologische behandelingen en de multidisciplinaire manier van werken die hiervoor noodzakelijk is. Het rapport noemt daarbij dat er vier sturende facetten zijn: volume, ziekenhuisstructuur, specialisatiegraad van het ziekenhuis en aantoonbaar goede uitkomsten van zorg. Vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) wordt ook aangedrongen op het creëren van helderheid van en het maken van afspraken tot concentratie van zorg als het gaat om laag volume - hoog complexe zorg. Een en ander is onder anderen vastgelegd in het rapport 'Zorgketen voor kankerpatiënten moet verbeteren'.

Mede in het licht van de rapporten van het KWF en de IGZ zijn heldere afspraken wie welke zorg op welke locatie mag/moet geven essentieel zodat de zorg voor patiënten met gynaecologische maligniteit optimaal kan worden geborgd. Deze helderheid is van belang voor patiënt, zorgverleners in de eerste lijn en zorgverleners in de tweede lijn. De gynaecoloog in de algemene ziekenhuizen en de subspecialist in de centrumziekenhuizen hebben de verantwoordelijkheid om deze zorg te coördineren, uit te voeren en te bewaken, met voorkeur in regionale netwerken, op basis van wederzijds respect en waardering voor elkaars vaardigheden en inbreng. Criteria waar een oncologisch centrumziekenhuis aan moet voldoen staan beschreven in nota stijfbeugel.

In de nota "organisatie van de gynaecologisch oncologische zorg" van 17 september 2008 wordt al gesteld dat voor 2013 de regionale zorgorganisatie voor patiënten met een ovariumcarcinoom verbeterd moet zijn. In het licht van bovenstaande, en mede gebaseerd op recente literatuur en de recent gepubliceerde NVOG richtlijn ovarium carcinoom, is deze nota tot stand gekomen. Een nota waarin de kaders worden vastgesteld waaraan een ziekenhuis, de gynaecologische afdeling en operateur(s) moet(en) voldoen om de meest optimale en adequate zorg te kunnen verlenen aan de patiënten met een (sterke verdenking op) ovariumcarcinoom. De diagnostiek en behandeling van adnexpathologie met lage kans op maligniteit valt onder de competentie van de algemeen gynaecoloog.

## Definities

**Complete debulking:** macroscopisch geen resttumor achtergebleven

**Incomplete debulking**

**Optimaal:** resttumor bestaat uit 1 of meerdere tumordeposities waarvan de maximale afzonderlijke diameter < 1 cm in doorsnede is.

**Suboptimaal:** resten, waarvan de afzonderlijke diameter groter is dan 1 cm. (meeste internationaal gebruikte definitie)

**Bewezen ovariumcarcinoom:** cytologisch en / of histologisch bewezen ovariumcarcinoom

**Sterke verdenking ovariumcarcinoom:** sterke verdenking op ovarium carcinoom op basis van klinisch beeld en/of serum tumormaker profiel en/of beeldvorming (RMI > 200).

## Doel van deze nota

Vaststellen van de voorwaarden waaraan een ziekenhuis, de gynaecologische afdeling en operateur(s) moet(en) voldoen om de meest optimale en adequate zorg te kunnen verlenen aan de patiënten met een ovariumcarcinoom.

## Doelstellingen

- Naar aanleiding van de bespreking in de tumorwerkgroep wordt besloten waar patiënten met een sterke verdenking op ovariumcarcinoom of bewezen ovariumcarcinoom geopereerd zullen worden.
- Elke vrouw met een sterke verdenking op ovariumcarcinoom of bewezen ovariumcarcinoom wordt geopereerd door een gynaecologisch oncoloog (conform de richtlijn behandeling ovariumcarcinoom)
- Operaties voor patiënten met bewezen ovariumcarcinoom worden verricht in ziekenhuizen die voldoen aan de daarvoor gestelde eisen.
- Ieder oncologisch centrum ziekenhuis maakt regionale afspraken in welke algemene ziekenhuizen patiënten met ovariumcarcinoom worden geopereerd, met in acht nemen van de gynaecologisch

oncologische expertise en patiëntenaantal

- Bij 80% van alle debulking operaties bij stadium IIB of hoger wordt een minstens optimaal resultaat bereikt bij chirurgie (geen macroscopische resttumor of hoogstens tumordeposities waarvan de maximale afzonderlijke diameter < 1 cm in doorsnede is).
- Volledige staging van alle lage stadia ovarium carcinoom
- Start van de behandeling binnen 4 weken na 1<sup>e</sup> polikliniek bezoek.
- Optimale planning chemotherapie
- Eenduidig regionaal beleid t.a.v. ovariumcarcinoom behandeling
- De organisatie van de gynaecologisch oncologische zorg wordt binnen een regionaal netwerk geregeld
- Er is een regionaal registratiesysteem.
- Registreren van patiënttevredenheid.

## Samenwerking met andere specialisten

De behandeling van ovariumcarcinoom vereist een multidisciplinair team met o.a. actieve participatie van gynaecoloog oncoloog, internist oncoloog, radiotherapeut, radioloog, patholoog, en ondersteuning door oncologisch verpleegkundige, psychosociale ondersteuning, en beschikbaarheid van een gastro-intestinaal chirurg, uroloog en een palliatief team. Het beleid wordt in de Tumorwerkgroep bespreking vastgelegd.

## Voorwaarden

**Voorwaarden waaraan het ziekenhuis moet voldoen waar patiënten met een (sterke verdenking op) ovariumcarcinoom worden geopereerd.**

- Multidisciplinaire oncologie bespreking (de Tumorwerkgroep), samen met het centrum, waar patiënten prospectief besproken worden in aanwezigheid van een gynaecologisch oncoloog voorafgaande aan de start van de behandeling (eventueel via video-conferencing)
- Er zijn tenminste twee gynaecologen met aandachtsgebied gynaecologische oncologie (GOA) (of gynaecoloog oncologen), die zorgen voor continuïteit van zorg.
- De gynaecoloog oncoloog participeert bij elke staging of debulking operatie
- De hoofdbehandelaar is degene die het grootste deel van de totale begeleiding van de patiënt verzorgt (conform eis IGZ).
- Er is een gastro-intestinaal chirurg aanwezig / beschikbaar
- Er worden minimaal 20 debulkingoperaties per jaar verricht.
- De gynaecoloog oncoloog, betrokken bij staging / debulkingoperaties, moet minimaal 20 van deze ingrepen per jaar verrichten.
- Aanwezigheid Intensive Care minimaal niveau 1c
- Beschikbaarheid van vriescoupe op locatie
- Patiënten met sterke verdenking op ovariumcarcinoom en patiënten met ovariumcarcinoom waarvoor een stagingoperatie moet worden verricht worden geopereerd in die ziekenhuizen waar ook al minimaal 20 debulkingsoperaties per jaar worden verricht. Voor deze patiëntengroepen gelden geen aanvullende volumenormenten
- De kliniek vormt een integraal onderdeel van het regionaal samenwerkingsverband.
- Er is een regionaal digitaal registratiesysteem
- Er is een digitaal complicatie registratie
- Er is een jaarverslag

**De voorwaarden waaraan het ziekenhuis moet voldoen waar patiënten met een ovariumcarcinoom systemisch worden behandeld staan beschreven in het SONCOS document. Minimale eisen staan hieronder weergegeven:**

- Er zijn minimaal twee internisten met aantekening oncologie
- Beschikbaarheid van psychosociale zorg

- Expertise in palliatieve behandeling
- De kliniek vormt een integraal onderdeel van het regionaal samenwerkingsverband.
- Er is een regionaal digitaal registratiesysteem
- Er is een digitaal complicatie registratie
- Er is een jaarverslag

## Referenties

Vernooij F. Ovarian cancer treatments in the Netherlands. Academisch proefschrift. 4 maart 2008, Utrecht.

CBO richtlijn. Organisatie en werkwijze op intensive care-afdelingen voor volwassenen in Nederland. 2006 Ned Ver voor Anesthesiologie.

Nota "gynaecoloog met aandachtsgebied gynaecologische oncologie (GOA)" NVOG 17 september 2007 ([www.nvog.nl](http://www.nvog.nl)).

Nota "organisatie van de gynaecologisch oncologische zorg" . NVOG 17 september 2008 ([www.nvog.nl](http://www.nvog.nl)).

Giede KC, Who should operate on patients with ovarian cancer? An evidence-based review. *Gynecol Oncol.* 2005 Nov;99(2):447-61.

Vernooij F (1), The outcomes of ovarian cancer treatment are better when provided by gynecologic oncologists and in specialized hospitals: a systematic review. *Gynecol Oncol.* 2007 Jun;105(3):801-12.

Carney ME, A population-based study of patterns of care for ovarian cancer: who is seen by a gynecologic oncologist and who is not? *Gynecol Oncol.* 2002 Jan;84(1):36-42.

Chan JK, Influence of the gynecologic oncologist on the survival of ovarian cancer patients. *Obstet Gynecol.* 2007 Jun;109(6):1342-50.

Earle CC, Effect of surgeon specialty on processes of care and outcomes for ovarian cancer patients. *J Natl Cancer Inst.* 2006 Feb 1;98(3):172-80.

Elit L, Outcomes in surgery for ovarian cancer. *Gynecol Oncol.* 2002 Dec;87(3):260-7.

Engelen MJA, Surgery by consultant gynecologic oncologists improves survival in patients with ovarian carcinoma. *Cancer.* 2006 Feb 1;106(3):589-98.

Grossi M, Ovarian cancer: patterns of care in Victoria during 1993-1995. *Med J Aust.* 2002 Jul 1;177(1):11-6.

Junor EJ, Specialist gynaecologists and survival outcome in ovarian cancer: a Scottish national study of 1866 patients. *Br J Obstet Gynaecol.* 1999 Nov;106(11):1130-6.

Oberaigner W, Influence of department volume on cancer survival for gynaecological cancers--a population-based study in Tyrol, Austria. *Gynecol Oncol.* 2006 Nov;103(2):527-34.

Paulsen T, Improved short-term survival for advanced ovarian, tubal, and peritoneal cancer patients operated at teaching hospitals. *Int J Gynecol Cancer.* 2006 Jan-Feb;16 Suppl 1:11-7.

Schrag D, Associations between hospital and surgeon procedure volumes and patient outcomes after ovarian cancer resection. *J Natl Cancer Inst.* 2006 Feb 1;98(3):163-71.

Shylasree TS, Survival in ovarian cancer in Wales: Prior to introduction of all Wales guidelines. *Int J Gynecol Cancer.* 2006 Sep-Oct;16(5):1770-6.

Stockton D, Multiple cancer site comparison of adjusted survival by hospital of treatment: an East Anglian study. *Br J Cancer.* 2000 Jan;82(1):208-12.

Tingulstad S, Survival and prognostic factors in patients with ovarian cancer. *Obstet Gynecol.* 2003 May;101(5)

Pt 1):885-91.

Vernooij F, Witteveen PO, Verweij E, van der Graaf Y, Heintz AP. The impact of hospital type on the efficacy of chemotherapy treatment in ovarian cancer patients. *Gynecol Oncol*. 2009 Dec;115(3):343-8.

Vernooij F (4), Impact of hospital type on chemotherapy results and on survival of ovarian cancer patients[v1] Specialized and high-volume care leads to better outcomes of ovarian cancer treatment in the Netherlands.

Wolfe CDA, Management and survival of ovarian cancer patients in south east England. *Eur J Cancer*. 1997 Oct;33(11):1835-40.

Woodman C, What changes in the organisation of cancer services will improve the outcome for women with ovarian cancer? *Br J Obstet Gynaecol*. 1997 Feb;104(2):135-9.

Vergote I, de Wever I, Tjalma W, van, Gramberen M, Decloedt J, and van Dam P. Neoadjuvant chemotherapy or primary debulking surgery in advanced ovarian carcinoma: a retrospective analysis of 285 patients. *Gynaecol Oncol* 1998; 71: 431-436.

Diaphragmatic surgery during primary debulking in 89 patients with stage IIIB-IV epithelial ovarian cancer. Tsolakidis D, Amant F, Van Gorp T, Leunen K, Neven P, Vergote I. *Gynecol Oncol*. 2009 Nov 30. [Epub ahead of print]PMID: 19954825

Verleye L, Ottevanger PB, van der Graaf W, Reed NS, Vergote I; Gynaecological Cancer Group (GCG) of European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC). EORTC-GCG process quality indicators for ovarian cancer surgery. *Eur J Cancer*. 2009 Mar;45(4):517-26

Timing of debulking surgery in advanced ovarian cancer. Vergote I, van Gorp T, Amant F, Leunen K, Neven P, Berteloot P. *Int J Gynecol Cancer*. 2008 Mar-Apr;18 Suppl 1:11-9. Review.

## Commissieleden

Algemene ziekenhuizen:

Dr. J.J. van Beek	regio Limburg
Dr. M. van Haaften	regio Utrecht
Dr. M.J. Duk	regio Utrecht
Mw. Dr. E. Davelaar	regio Zuid Holland
Mw. Dr. M. Kagie	regio Zuid Holland
Mw. Dr. G.S. Kooi	regio Brabant
mw. S.A. ter Haar	regio Brabant
Dr. H. Oosterhof	regio Friesland

Oncologisch Centrum:

Dr. J. van der Velden	regio Noord Holland
Prof. dr. H.W. Nijman	regio Groningen
Prof. dr. L. Massuger	regio Gelderland
Prof. dr. C.W. Burger (vz)	regio Zuid Holland
Prof. dr. R.H.M. Verheijen	regio Utrecht
Mw. Dr. B. Slangen	regio Limburg

## Colofon

© 2012 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

*Deze nota is al eerder vastgesteld in de 608<sup>e</sup> ledenvergadering d.d. 21 september 2011 te Utrecht.*

*NVOG-nota's zijn beleidssturende documenten over de organisatie van (een deel van) het vak.*

*De versie 2.0 incl. **het amendement** is vastgesteld in de 611<sup>e</sup> ledenvergadering d.d. 11 mei 2012 te Utrecht.*

*Dagtekening, mei 2012*

NVOG

Postbus 20075

3502 LB Utrecht

<http://www.nvog.nl/>

## Disclaimer

De NVOG sluit iedere aansprakelijkheid uit voor de opmaak en de inhoud van de voorlichtingsfolders of richtlijnen, alsmede voor de gevolgen die de toepassing hiervan in de patiëntenzorg mocht hebben. De NVOG stelt zich daarentegen wel open voor attentering op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van deze voorlichtingsfolders of richtlijnen. Neemt u dan contact op met het Bureau van de NVOG (e-mail:

[info@nvog.nl](mailto:info@nvog.nl)).