

# **NOTA ORGANISATIE VAN DE GYNAECOLOGISCH ONCOLOGISCHE ZORG DEEL I**

**Versie 1.0**

Discipline  
Verantwoording

Monodisciplinair  
NVOG

# Inleiding

De Werkgroep Oncologische Gynaecologie (WOG) van de NVOG heeft de commissie GOA de opdracht gegeven om aanbevelingen te doen aangaande de zorg die in de algemene ziekenhuizen geleverd wordt door de gynaecoloog met oncologie als aandachtsgebied, voor de patiënte met een gynaecologische maligniteit.

## 1. Inleiding

In tegenstelling tot bijvoorbeeld patiënten met een cervixcarcinoom, die in aanmerking komen voor radicale chirurgie, kunnen vrouwen met (het vermoeden) op een ovariumcarcinoom in elk ziekenhuis geopereerd worden en hetzelfde geldt voor vrouwen met een endometriumcarcinoom. In deze ziekenhuizen zijn algemeen gynaecologen werkzaam, waaronder o.a. gynaecologen met oncologie als aandachtsgebied.

Zoals in de [Nota aandachtsgebieden en subspecialisaties 2003](#) en de [Nota ontwikkeling aandachtsgebieden 2003](#) wordt aangegeven, zullen in samenwerking met de werkgroepen toetsbare criteria worden ontwikkeld voor de verschillende aandachtsgebieden. Deze toetsbare criteria zijn beschreven in de [Nota Gynaecoloog met Oncologie als Aandachtsgebied](#) (deze nota is aangenomen tijdens de ledenvergadering van de NVOG op 19 september 2007). De kaders zijn echter niet eerder in detail beschreven.

In huidige nota wordt de organisatie van de oncologische gynaecologische zorg door de GOA nader omschreven.

## Aandachtsgebied Gynaecologische Oncologie en subspecialisatie

Het *aandachtsgebied Gynaecologische Oncologie* is in de [Nota Kwaliteit](#) van de NVOG (2003) beschreven. De NVOG erkent aandachtsgebieden om de kwaliteit van zorg te kunnen blijven waarborgen. Het aandachtsgebied behoort niet tot het basispakket van de gynaecoloog. Aandachtsgebieden kunnen worden ontwikkeld aan het eind of na het voltooien van de opleiding tot gynaecoloog. De toetsing van het aandachtsgebied Oncologie wordt vijfjaarlijks uitgevoerd door de Commissie Kwaliteit van de NVOG.

## Specifieke criteria GOA per tumorsoort

In onderstaande paragraaf worden de taken van de GOA samengevat per tumorsoort. Hierbij is enerzijds sprake van een weergave van de huidige situatie in Nederland, maar anderzijds wordt met het beschrijven van de bevoegdheden ook een visie gegeven over hoe de organisatie van de zorg voor de patiënte met een gynaecologische maligniteit zou moeten zijn. Wanneer dit laatste het geval is, wordt dit ook in de tekst aangegeven.

Uitgangspunten hierbij zijn:

1. De zorg voor patiënten met (verdenking op) een gynaecologische maligniteit is regionaal georganiseerd, waarbij in elke regio een centrum aanwezig is met, naar het centrum, verwijzende kleinere en grotere ziekenhuizen.
2. In principe is in elke maatschap waar zorg aan patiënten met een gynaecologische maligniteit wordt verleend een GOA aanwezig.

## Endometriumcarcinoom

### Taken GOA

1. Diagnostiek en coördinatie, chirurgische behandeling van Stadium I en het klinisch niet-manifeste Stadium II. Follow-up, diagnostiek recidief, chemotherapeutische en hormonale behandeling van het recidief in overleg met het centrum.
2. Het klinisch manifeste Stadium IIB wordt behandeld in het centrum
3. Chirurgische behandeling van het clear cell of sereus papillair endometriumcarcinoom en Stadium IIA samen / in nauw overleg met de gynaecoloog-oncoloog, ter plaatse of in centrum (nieuw).

4. Palliatieve behandeling van Stadium III en IV en radiotherapeutische behandeling van recidief in overleg met het centrum (nieuw).

---

In opzet curatieve behandeling Stadium IIB, III en IV en chirurgische behandeling van een recidief in het centrum

---

## **Cervixcarcinoom**

### **Taken GOA**

1. Diagnostiek, behandeling Stadium IA-1, follow-up, recidief diagnostiek
2. Palliatieve behandeling, indien palliatieve unit beschikbaar, in samenspraak met het centrum

---

Alle chirurgische behandelingen van Stadia IA-2 en hoger in het centrum (IA-2 kan evt. ook in niet-centrum worden behandeld, na overleg met centrum. Alle recidief behandeling van cervixcarcinoom in centrum.

---

## **Ovariumcarcinoom**

### **Huidige situatie:**

In veel regio's - maar niet alle - is bij een operatie van een patiënte met (verdenking op) een ovariumcarcinoom een gynaecoloog oncoloog uit het centrum ziekenhuis aanwezig. Daarnaast worden in een aantal regio's vrouwen met verdenking op een ovariumcarcinoom zelfstandig geopereerd door GOA's, die, door hun opleiding een bijzondere kennis en vaardigheid hebben verkregen. Er zijn echter ook regio's / ziekenhuizen, waar deze patiënten zonder een gynaecoloog oncoloog of een GOA worden geopereerd.

Er zijn een aantal argumenten om vooral de organisatie van de zorg voor de patiënte met verdenking op een ovariumcarcinoom in Nederland opnieuw ter discussie te stellen.

1. De behandeling van de patiënte met een ovariumcarcinoom is in toenemende mate complex, multidisciplinair en langdurig. Bovendien stelt de aandoening speciale eisen aan de begeleiding en continuïteit van de multidisciplinaire zorg. Ook oncologische logistiek en organisatiegraad van het ziekenhuis waar de behandeling plaatsvindt, spelen een belangrijke rol. Recent onderzoek, zowel nationaal als internationaal, laat steeds meer zien dat patiënten met een ovariumcarcinoom langer overleven als zij worden behandeld door gynaecologen met specifieke kennis en vaardigheden op het gebied van de gynaecologische oncologie. Daarmee is het ovariumcarcinoom bij uitstek een aandoening die alle aspecten van moderne oncologische zorg in zich verenigt.
2. Ook buiten het vakgebied van de gynaecologie blijkt steeds meer het belang van patiëntenaantallen en concentratie van zorg, zoals dat bijvoorbeeld het geval is bij de behandeling van patiënten met pancreascarcinoom (high volume).
3. De overheid en zorgverzekeraars stellen in toenemende mate eisen aan de zorg voor patiënten met een tumor met relatief lage incidentie.

---

### **Statement**

Bij de behandeling van elke patiënte met een verdenking ovariumcarcinoom moet een gynaecoloog oncoloog betrokken zijn. (Cie Oncologie Module 2005)

---

### **Taken GOA**

1. Diagnostiek en follow-up patiënten met primair ovariumcarcinoom. Diagnostiek van recidieven.
2. Bij de debulking en stagering van primair ovariumcarcinoom is altijd de gynaecoloog oncoloog betrokken \*
3. Interventie chirurgie in principe in centrum vanwege complexiteit ingreep \*

Indien op basis van risico-inschatting het vermoeden op ovariumcarcinoom bestaat, is bij de operatie (debulking of stagering) altijd een gynaecoloog oncoloog betrokken, dan wel een gynaecoloog die door het centrum bevoegd is verklaard deze patiëntencategorie te opereren. Dit geldt mutatis mutandis ook voor de interventiechirurgie. De verschillende IK-regio's zijn vooralsnog vrij de zorg voor de patiënte met een ovariumcarcinoom d.m.v. werkafspraken regionaal te organiseren.

Een mogelijke praktische uitwerking van het bovenstaande kan zijn: alle patiënten met verdenking op een ovariumcarcinoom worden in eerste instantie geselecteerd op basis van de Risk of Malignancy Index (<http://www.hutchon.net/RMIcalc.htm>) (RMI). Voor patiënten met een "lage RMI" kunnen regionaal afspraken worden gemaakt waar en door wie zij worden geopereerd. Wanneer de RMI hoog is en op basis van bijvoorbeeld CT onderzoek, CA125 of laparoscopie en daarom complexe zorg in de lijn van de verwachting ligt, dient behandeling in een centrumziekenhuis plaats te vinden.

## Vulvacarcinoom

### Taken GOA

1. Diagnostiek en behandeling premaligne afwijkingen van de vulva
2. Diagnostiek, follow-up en recidief diagnostiek
3. Chirurgische behandeling Stadium IA

---

Chirurgische behandeling macro-invasief vulvacarcinoom en recidief vulvacarcinoom: in oncologisch centrum  
Follow-up na sentinel node: in centrum

---

## Toetsing

Bij de kwaliteitsvisitaties wordt nagegaan of voldaan wordt aan de organisatie van de oncologische gynaecologische zorg door de GOA zoals in deze nota worden beschreven. Bij het ontbreken hiervan worden aanbevelingen dienaangaande opgenomen in het visitatierapport. Bij de eerstvolgende kwaliteitsvisitatie zal de voortgang van de aandachtsgebiedvorming worden nagegaan.

## Conclusie en toekomstvisie

In de NVOG [nota GOA](#) worden de criteria beschreven waar een GOA aan moet voldoen. In de huidige nota wordt beschreven hoe de organisatie van de zorg door de GOA eruit ziet of zou kunnen zien. Voor de kwaliteit van de zorg van de oncologisch gynaecologische patiënte is het belangrijk dat *binnen een periode van vijf jaar* de regionale zorgorganisatie voor de patiënten met verdenking op een gynaecologische maligniteit, en in het bijzonder het ovariumcarcinoom is verbeterd.

Tot slot is het belangrijk om goede regionale en landelijke registratiesystemen te ontwikkelen. Na elke 5 jaar zal dan een evaluatie plaats kunnen vinden van de resultaten van de behandelingen, zowel regionaal als landelijk.

De ledenvergadering van de WOG heeft de nota 2 april 2008 geaccordeerd. Het WOG bestuur is in samenwerking met de commissie kwaliteit verantwoordelijk voor de verdere implementatie van de hier beschreven nota.

# Colofon

© 2008 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie Deze nota is vastgesteld in de 596<sup>e</sup> ledenvergadering d.d. 18 september 2008 te Utrecht. Deze nota is opgesteld door prof.dr. Curt W. Burger, gynaecoloog, Erasmus MC, Rotterdam, namens de commissie GOA en de Werkgroep Oncologische Gynaecologie van de NVOG. NVOG-nota's zijn beleidssturende documenten over de organisatie van (een deel van) het vak.

NVOG  
Postbus 20075  
3502 LB Utrecht  
<http://www.nvog.nl/>

# Referenties

## 1 - Nota Gynaecoloog met Oncologie als Aandachtsgebied

Nota Gynaecoloog met Oncologie als Aandachtsgebied (GOA). Geaccordeerd tijdens de NVOG ledenvergadering van 19 september 2007.

## 2 - Junor EJ

Junor EJ, Hole DJ, Gillis CR. Management of ovarian cancer: referral to a multidisciplinary team matters. Br J Cancer. 1994 Aug;70(2):363-70

## 3 - Junor EJ

Junor EJ, Hole DJ, McNulty L, Mason M, Young J. 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

## 4 - Junor E

Junor E. The impact of specialist training for surgery in ovarian cancer. Int J Gynecol Cancer. 2000 an;10(S1):16-18

## 5 - Asif N

Asif N, Sattar A, Dawood MM, Rafi T, Aamir M, Anwar M. Pre-operative evaluation of ovarian mass: risk of malignancy index. J Coll Physicians Surg Pak. 2004 Mar;14(3):128-31

## 6 - WOG

WOG notitie commissie 2005

## 7 - Burger MPA

Burger MPA. Het belang van patiëntenaantallen voor de kwaliteit van zorg: een blik op de oncologische gynaecologie. Ned Tijdschr voor Obstetrie en Gynaecologie 2005;118:161-164

## 8 - Kaern J

Kaern J, Aghmesheh M, Nesland JM, Danielsen HE, Sandstad B, Friedlander M, Trope C. Prognostic factors in ovarian carcinoma stage III patients. Can biomarkers improve the prediction of short- and long-term survivors? Int J Gynecol Cancer. 2005 Nov-Dec;15(6):1014-22

## 9 - Bristow Robert E

Bristow Robert E, Berek Jonathan S. Surgery for ovarian cancer: how to improve survival. The Lancet. 2006 May 13;367(9522):1558-60

## 10 - Engelen MJ

Engelen MJ, Kos HE, Willemse PH, Aalders JG, de Vries EG, Schaapveld M, Otter R, van der Zee AG. Surgery by consultant gynecologic oncologists improves survival in patients with ovarian carcinoma. Cancer. 2006 Feb 1;106(3):589-98

## 11 - Yazbek J

Yazbek J, Aslam N, Tailor A, Hillaby K, Raju KS, Jurkovic D. A comparative study of the risk of malignancy index and the ovarian crescent sign for the diagnosis of invasive ovarian cancer. Ultrasound Obstet Gynecol.

2006 Sep;28(3):320-4.

12 - Bensaid C

Bensaid C, Le Frere Belda MA, Metzger U, Larousserie F, Clement D, Chatellier G, Lecuru F. Performance of laparoscopy in identifying malignant ovarian cysts. Surg Endosc. 2006 Sep;20(9):1410-4. Epub 2006 Jun 26.

13 - Bailey J

Bailey J, Tailor A, Naik R, Lopes A, Godfrey K, Hatem HM, Monaghan J. Risk of malignancy index for referral of ovarian cancer cases to a tertiary center: does it identify the correct cases? Int J Gynecol Cancer. 2006 Jan-Feb;16 Suppl 1:30-4.

14 - Vernooij F

Vernooij F, Heintz P, Witteveen E, van der Graaf Y. 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. Epub 2007 Apr 12. Review

## 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 attendering 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)).