

# Evaluatie gebruik richtlijn schildkliercarcinoom

Landelijke evidence-based richtlijn versie 2.0



---

# Evaluatie gebruik richtlijn schildkliercarcinoom

## Landelijke evidence-based richtlijn versie 2.0

### Evaluatiecommissie

Prof. dr. T.P. Links, endocrinoloog, UMCG

Prof. dr. M.R. Vriens, chirurg, UMCU

Dr. F.H. van Nederveen, patholoog, Erasmus MC

Prof. dr. A. van der Lugt, radioloog, Erasmus MC

Dr. ir. A.B.G. Kwast, adviseur, IKNL

2018

Versie 1.0



# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Samenvatting</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Achtergrond</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Indicatorontwikkeling en dataverzameling</b>	<b>9</b>
3.1	Indicatorenset	9
3.1.1	Definitie van een indicator	9
3.1.2	Keuze indicatoren	9
3.2	Selectie van patiënten	10
3.3	Dataverzameling	10
3.3.1	Basisregistratie: Nederlands Kankerregistratie:	10
3.3.2	Extra dataverzameling NKR	11
3.4	Beschrijving patiëntengroep	11
<b>4</b>	<b>Resultaten indicatorenset</b>	<b>14</b>
4.1	Indicator 1. Cytologie verslaglegging volgens Bethesda classificatie.	14
4.2	Indicator 2. Fine Needle Aspiration Cytology echogeleid	16
4.3	Indicator 3. Verslaglegging van schildklierresecties	18
4.4	Indicator 4. Lymph node picking	22
4.5	Indicator 5. Dosis 131I na totale thyreoïdectomie	24
4.6	Indicator 6. Classificatie patiënten in laag/niet- laag risico groep	26
4.7	Overzicht indicatie en behandeling metastasen	28
<b>5</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>33</b>
5.1	Bekendheid van de richtlijn en richtlijnevaluatie	33
5.2	Indicator 1: Bethesda classificatie	33
5.3	Indicator 2: Echogeleide punctie	33
5.4	Indicator 3: Compleet resectieverslag	33
5.5	Indicator 4: Node picking	33
5.6	Indicator 5: Lage jodiumdosering	33
5.7	Indicator 6: Risicostratificatie	34
5.8	Overzicht ziekenhuizen indicatie en behandeling metastasen	34
5.9	Aanbevelingen	34

# 1 Samenvatting

In 2015 is de richtlijn schildkliercarcinoom gereviseerd. Deze multidisciplinair evidence-based richtlijn bevat aanbevelingen en instructies voor de diagnostiek en behandeling van schildkliercarcinomen. In deze evaluatie is door middel van indicatoren bekeken in hoeverre een zestal in de gereviseerde richtlijn genoemde aanbevelingen in de klinische praktijk zijn nageleefd.

De benodigde gegevens zijn verzameld door datamanagers van de Nederlandse Kankerregistratie (NKR), waarvan Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) de houder is. In de evaluatie is gebruik gemaakt van (extra verzamelde) gegevens over incidentiejaar 2016.

Uit de richtlijnevaluatie blijkt dat de implementatie van cytologische verslaglegging volgens het Bethesda systeem (97% volgde het Bethesda systeem) en het echogeleid uitvoeren van de cytologische puncties (96%) goed is verlopen.

Daarnaast adviseert de richtlijn om voor de verslaglegging van schildklierresecties gebruik te maken van een standaardverslag/minimum dataset met criteria die van belang zijn voor de prognose en behandeling van schildkliercarcinoompatiënten. Uit de evaluatie blijkt dat in 80% van de verslagen tenminste 1 criteria ontbreekt. Met name de items multifocaliteit, lymfeklieren onderzocht en kapselinvasie ontbreken vaak, respectievelijk in 57%, 45% en 30% van de beoordeelde verslagen. Geadviseerd wordt het PALGA protocol voor een gestandaardiseerde verslaglegging van het schildkliercarcinoom te hanteren.

Bij 9% van de patiënten waarbij klieren werden verwijderd (cN+) gebeurde dit in eerste instantie middels node picking i.p.v. een halsklierdissectie. Bij jonge patiënten (18 – 44 jaar) kwam node picking het meest voor (14%). In opleidingsziekenhuizen kwam dit iets vaker voor dan in academische centra (12% vs 7%).

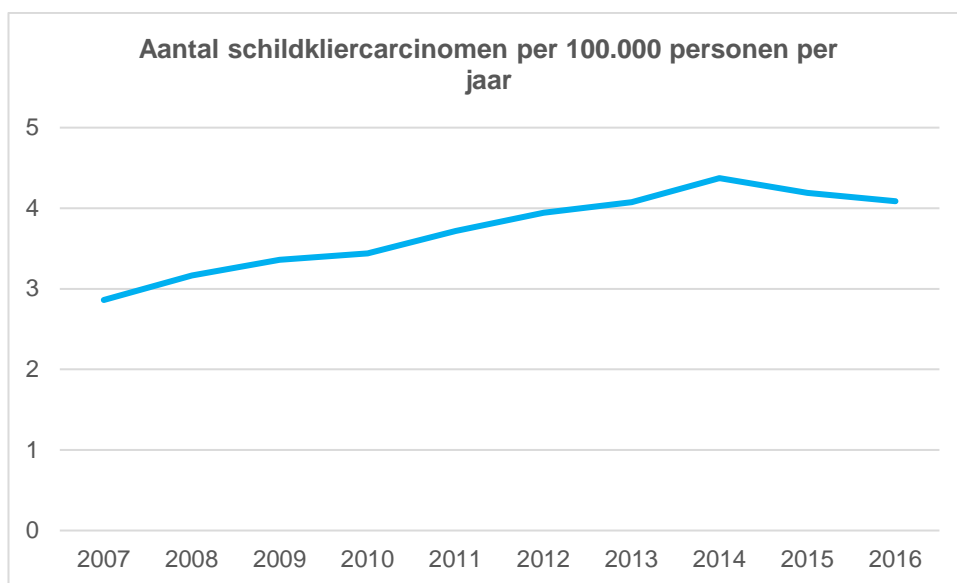
Ruim een meerderheid (63%) van de laag risico patiënten wordt behandeld met een lage dosis Jodium-131 (1.1 GBq) zoals geadviseerd in de richtlijn. Er bestaat echter wel een variatie tussen ziekenhuizen, met name de academische centra volgen deze aanbevelingen op. Het inzetten van regionaal overleg om de lage dosering van I-131 behandeling voor laag-risico patiënten te bespreken kan leiden tot meer uniformiteit en toepassing.

Bij slechts 25% van de geopereerde patiënten was de risicostratificatie terug te vinden in het post MDO verslag. Betere implementatie van het stratificeren van patiënten in laag en niet laag risicogroepen is gewenst.

Negen procent van de patiënten met een schildkliercarcinoom presenteert zich met primaire afstandsmetastasen. Van deze groep werd 63% behandeld (N=40) verdeeld over 20 ziekenhuizen. Gezien de lage aantallen lijkt concentratie van de besluitvorming en behandeling van de groep patiënten aan te bevelen.

## 2 Achtergrond

Schildklier carcinoom is een zeldzame aandoening. In 2016 werden in Nederland 680 nieuwe patiënten met een schildklier carcinoom gediagnosticeerd. De incidentie is de afgelopen 10 jaar toegenomen van 2.9 per 100.000 personen in 2007 naar 4.1 per 100.000 personen in 2016. Deze toename zien we niet alleen in Nederland maar ook in de landen om ons heen ([www.rarecarenet.eu](http://www.rarecarenet.eu)).



In 2007 werd de eerste Nederlandse richtlijn gedifferentieerd (niet-medullair) schildklier carcinoom gepubliceerd, gebaseerd op de principes van 'Evidence Based Medicine'. De richtlijn werd ontwikkeld op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde en de Nederlandse Vereniging voor Endocrinologie in samenwerking met het Kwaliteitsinstituut voor Gezondheidszorg, CBO en de Vereniging van Integrale Kankercentra.

In 2012 werd, zoals vastgelegd in de richtlijn, een nieuwe multidisciplinaire werkgroep geïnstalleerd voor een volledige herziening van de eerste versie van de richtlijn op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Endocrinologie en in samenwerking met Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL).<sup>1</sup> In deze werkgroep zijn zorgverleners vanuit verschillende (para)medische disciplines betrokken.

De richtlijn is, waar mogelijk, gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Waar er geen wetenschappelijke informatie beschikbaar was is er consensus bereikt tussen de werkgroepleden. De richtlijn Schildklier carcinoom geeft aanbevelingen over diagnostiek, behandeling, nacontrole, nazorg en organisatie van zorg bij patiënten met (een mogelijk) schildklier carcinoom. De richtlijn beoogt hiermee de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren, het klinisch handelen meer te baseren op wetenschappelijk bewijs dan op ervaringen en meningen, de transparantie te vergroten en de diversiteit van handelen door professionals te verminderen.

<sup>1</sup> <https://www.oncoline.nl/schildklier carcinoom>

---

Gezien de complexiteit van zowel de diagnosestelling, de behandeling, en de follow-up van schildkliercarcinoom, worden organisatorische aanbevelingen gedaan om de kwaliteit van zorg voor deze patiënt verder te verbeteren.

*Doelstellingen richtlijnevaluatie*

- Bevordering van de implementatie van de richtlijn schildkliercarcinoom.
- Verkrijging van inzicht in de naleving van de richtlijn schildkliercarcinoom.
- Zichtbaar maken van knelpunten bij de toepassing van de richtlijn schildkliercarcinoom in de dagelijkse praktijk, en hiermee een bijdrage aan een volgende revisie van de richtlijn.

Richtlijnevaluatie vindt doorgaans plaats op basis van 3 tot 6 indicatoren o.b.v. dataverzameling door de NKR van IKNL.



## 3 Indicatorontwikkeling en dataverzameling

### 3.1 Indicatorenset

#### 3.1.1 Definitie van een indicator

Een indicator is een meetbaar fenomeen dat een signalerende functie heeft met betrekking tot de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van de organisatie.<sup>2</sup>

Een indicator moet een 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.

Een indicator wordt meestal uitgedrukt in een breuk. Een breuk bestaat uit een teller (boven de streep) en een noemer (onder de streep). Als de teller en noemer worden gedeeld en de uitkomst hiervan wordt vermenigvuldigt met 100, komt er een percentage uit.

#### 3.1.2 Keuze indicatoren

Nadat de richtlijn schildkliercarcinoom (landelijke evidence-based richtlijn, versie 2.0) was ontwikkeld, is een start gemaakt met de evaluatie van de implementatie van deze richtlijn. Hier zijn indicatoren voor opgesteld.

Leden van de richtlijnwerkgroep selecteerden aanbevelingen die zij bruikbaar vonden als indicator voor de richtlijnevaluatie (geleverde kwaliteit van zorg). Zij scoorden de aanbevelingen volgens de RAND Modified Delphi procedure. De potentiële indicatoren werden vervolgens besproken in de evaluatiecommissie (zie bijlage 1 en 2).

Er zijn zes indicatoren geselecteerd voor de richtlijnevaluatie, op basis van relevantie, meetbaarheid, te behalen winstpunten, implementeerbaarheid en aansluiting met bestaande indicatoren (SONCOS) (zie tabel 3.1). Daarnaast wordt meer inzage gevraagd in de behandeling van gemetastaseerde ziekte. Een gedetailleerder beschrijving is opgenomen in bijlage 1. Voorts is de lijst met besproken en afgewezen indicatoren terug te vinden in bijlage 2.

Tabel 3.1

Indicatoren richtlijnevaluatie schildkliercarcinoom

Indicator	
1	% Bethesda classificatie vermeld in verslag
2	% Echogeleide puncties
3	% Compleet resectieverslag
4	% Node picking
5	% Lage jodiumdosering bij laag risico patiënten
6	% Risicostatificatie
Extra	Inzicht behandeling gemetastaseerde ziekte

<sup>2</sup> definitie Colsen en Casparie 1995

Voor de gegevens ten behoeve van de indicatoren heeft extra dataverzameling plaatsgevonden (zie 3.3 Dataverzameling).

### 3.2 Selectie van patiënten

Bij deze richtlijnevaluatie zijn patiënten geïnccludeerd die in 2016 in Nederland zijn gediagnosticeerd met een schildklier carcinoom en zijn geregistreerd in de NKR. Indicator-specifieke criteria staan in hoofdstuk 4 bij de betreffende indicator genoemd.

#### *Inclusiecriteria*

- Patiënten met primair schildklier carcinoom (ICD-O 3 code C73) in 2016 n=695

#### *Exclusiecriteria*

- Geen PA-bevestigde diagnose n=4
- Jonger dan 18 jaar n=10
- Niet-invasieve schildkliernodus n=0
- Woonachtig in het buitenland n=1

Totaal geïnccludeerd voor de analyses n=680

### 3.3 Dataverzameling

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

#### 3.3.1 Basisregistratie: Nederlands Kankerregistratie:

De Nederlandse Kankerregistratie (NKR) verzamelt gegevens over alle incidente 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 Basisregistratie Ziekenhuiscare (LBZ), voor niet-PA-bevestigde tumoren.
- Stadium: codering van het stadium van tumoren vindt plaats volgens de UICC - TNM stadiëring. Voor incidentiejaar 2016 is editie 7 van toepassing.
- Behandeling: alle therapieën, gericht op de primaire tumor en/of metastasen, zoals vastgesteld in het initiële behandelplan en daadwerkelijk gegeven, worden vastgelegd.
  - Van patiënten bij wie een geplande behandeling lang wordt uitgesteld, kunnen behandelgegevens incompleet zijn.
  - 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 en 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;

- Brongegevens (geanonimiseerd): ziekenhuis van diagnose, type ziekenhuis, ziekenhuis van behandeling), en;
- Behandelingsgegevens: chirurgie en ablatie

### 3.3.2 Extra dataverzameling NKR

De additionele dataverzameling ten behoeve van deze richtlijnevaluatie heeft plaatsgevonden in de periode 1-1-2016 tot en met 31-12-2016, tezamen met de dataverzameling voor de basisregistratie NKR.

#### *Bethesda classificatie en echogelegeide punctie*

Gegevens over puncties (FNA) worden niet standaard geregistreerd door de NKR. Daarom zijn alle puncties 1 jaar voorafgaand aan de definitieve diagnoses vastgelegd. Hierbij zijn de volgende details per punctie vastgelegd: datum, ziekenhuis, echogeleid (ja of nee), Bethesda uitslag.

#### *Compleet resectieverslag*

De aspecten die vastgelegd dienen te zijn in het resectieverslag zijn additioneel vastgelegd: aard ingreep (totaal, subtotaal, hemithyreoidectomie), plaats tumor, grootste diameter tumor/nodus, kapselinvasie; indien ja uitgebreidheid (minimaal/focaal of uitgebreid), radicaliteit, multifocaliteit, aanwezigheid lymfeklieren en het aantal verwijderde en positieve lymfeklieren per zijde. De compleetheid is vastgelegd voor het verslag van de eerste resectie (ongeacht type resectie).

#### *Node picking*

Het item node picking wordt additioneel vastgelegd naast de uitgevoerde resectie. Klierextirpatie (node picking) wordt geregistreerd wanneer uitsluitend de macroscopisch aangedane lymfeklieren verwijderd zijn. Wanneer 1 of meerder klierstations volledig zijn verwijderd wordt dit vastgelegd als een halsklierdissectie.

#### *Lage jodiumdosering*

Standaard wordt vastgelegd in de NKR of ablatie heeft plaats gevonden, wanneer en in welk ziekenhuis. Additioneel is de dosering vastgelegd.

#### *Risicostratificatie*

De risicostratificatie is slechts betrouwbaar te registreren indien dit in het digitaal patiëntdossier op een structurele plek is terug te vinden. Met de evaluatiecommissie is afgestemd dat risicostratificatie geregistreerd dient te staan in het post-MDO verslag.

## 3.4 Beschrijving patiëntengroep

In onderstaande tabel (tabel 3.2) zijn de patiënt en tumor karakteristieken weergegeven van alle volwassen patiënten gediagnosticeerd met een schildklier carcinoom in Nederland in 2016 .

Tabel 3.2 Patiënt- en tumorkenmerken van alle patiënten gediagnosticeerd in 2016 in heel Nederland met een schildklier carcinoom

	Totaal		papillair ca		folliculair ca		slecht gediff ca		ongediff (anaplastisch) ca		plaveiselcelca		medullair ca		overig	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Totaal</b>	<b>680</b>	<b>100</b>	<b>494</b>	<b>73</b>	<b>86</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>39</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>39</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>1</b>
<b>Geslacht</b>																
Man	214	31	141	29	33	38	7	64	17	44	1	25	13	33	2	29
Vrouw	466	69	353	71	53	62	4	36	22	56	3	75	26	67	5	71
<b>Leeftijd (jaren)</b>																
18-44	197	29	176	36	13	15	0	0	0	0	0	0	7	18	1	14
45-59	208	31	156	32	25	29	2	18	7	18	0	0	17	44	1	14
60-74	190	28	122	25	27	31	6	55	20	51	1	25	12	31	2	29
>=75	85	13	40	8	21	24	3	27	12	31	3	75	3	8	3	43
<b>Stadium<sup>a</sup></b>																
TNM – I	334	49	300	61	21	24	0	0	0	0	0	0	11	28	2	29
TNM – II	73	11	45	9	19	22	0	0	0	0	0	0	8	21	1	14
TNM – III	116	17	74	15	29	34	3	27	0	0	0	0	10	26	0	0
TNM – IV A	65	10	48	10	5	6	2	18	6	15	1	25	2	5	1	14
TNM – IV B	14	2	0	0	1	1	0	0	13	33	0	0	0	0	0	0
TNM – IV C	62	9	16	3	10	12	6	55	20	51	3	75	6	15	1	14
TNM - X	13	2	10	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5	1	14
Geen TNM-info	2	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NVT	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14
<b>Tumorgrootte (cm)</b>																
0	4	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14
<=1	120	18	111	22	4	5	1	9	0	0	0	0	4	10	0	0
>1-2	130	19	114	23	6	7	0	0	0	0	0	0	9	23	1	14
>2-4	142	21	106	21	24	28	0	0	0	0	0	0	11	28	1	14
>4	182	27	126	26	40	47	5	45	0	0	1	25	10	26	0	0
T4	75	11	18	4	7	8	5	45	39	100	3	75	2	5	1	14
onbekend	27	4	16	3	5	6	0	0	0	0	0	0	3	8	3	43
<b>Multifocaliteit vermeld</b>																
ja	172	25	146	30	8	9	1	9	3	8	0	0	12	31	2	29
nee	467	69	324	66	73	85	9	82	32	82	3	75	23	59	3	43
onbekend	41	6	24	5	5	6	1	9	4	10	1	25	4	10	2	29

Vervolg tabel 3.3 Patiënt- en tumorkenmerken van alle patiënten gediagnosticeerd in 2016 in heel Nederland met een schildklier carcinoom

	Totaal		papillair ca		folliculair ca		slecht gediff ca		ongediff (anaplastisch) ca		plaveiselcelca		medullair ca		overig	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Hoogste Bethesda uitslag<sup>b</sup></b>																
1 (niet diagnostisch)	25	4	16	3	7	8	0	0	2	5	0	0	0	0	0	0
2 (benigne)	41	6	34	7	4	5	1	9	1	3	0	0	1	3	0	0
3 (onzekere betekenis)	64	9	43	9	17	20	0	0	0	0	0	0	3	8	1	14
4 (verdacht voor folliculaire neoplasie)	90	13	45	9	36	42	4	36	1	3	0	0	2	5	2	29
5 (verdacht voor maligniteit)	134	20	116	23	5	6	1	9	5	13	1	25	6	15	0	0
6 (maligne)	190	28	150	30	3	3	1	9	19	49	1	25	14	36	2	29
Onbekend	14	2	6	1	0	0	1	9	4	10	2	50	1	3	0	0
Niet uitgevoerd / onbekend	122	18	84	17	14	16	3	27	7	18	0	0	12	31	2	29
<b>Ziekenhuis van 1<sup>e</sup> contact<sup>c</sup></b>																
Academisch / AvL	112	16	82	17	13	15	2	18	3	8	1	25	11	28	0	0
STZ	355	52	264	53	43	50	5	45	24	62	1	25	14	36	4	57
Algemeen	213	31	148	30	30	35	4	36	12	31	2	50	14	36	3	43
<b>Behandeling<sup>d</sup></b>																
Hemithyreoidectomie	102	15	83	17	10	12	0	0	5	13	0	0	4	10	0	0
Totale thyreoidectomie	271	40	228	46	12	14	2	18	6	15	0	0	23	59	0	0
Hemi gevolgd door totale thyreoidectomie	215	32	145	29	55	64	6	55	1	3	0	0	6	15	2	29
Halsklierdissectie	171	25	132	27	5	6	5	45	6	15	0	0	23	59	0	0
I-131	413	61	340	69	61	71	6	55	0	0	0	0	4	10	2	29

a) Gebaseerd op pTNM, aangevuld met cTNM indien X of geen resectie. NX en MX zijn geclassificeerd als N0 en M0 (TNM 7<sup>e</sup> editie).

b) Alle cytologische puncties tot 1 jaar voor het vaststellen van de definitieve diagnose zijn geregistreerd, de hoogste uitslag per patiënt staat weergegeven.

c) Ziekenhuis van PA-diagnose = ziekenhuis waar PA-diagnose is gesteld. Indien geen PA-diagnose is verricht, dan ziekenhuis van klinische diagnose (o.b.v. klinische opname gedurende ziektebeloop).

d) De kolom % kunnen meer dan 100%, omdat patiënten meerdere behandelingen kunnen ondergaan.

## 4 Resultaten indicatorenset

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van de geselecteerde indicatoren weergegeven. Van elke indicator is 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. Cytologie verslaglegging volgens Bethesda classificatie.

Tabel 4.1

Definitie indicator 1.

<b>Indicator</b>	Cytologie verslaglegging volgens Bethesda classificatie.
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Het is aangetoond dat het Bethesda-systeem een betrouwbaar en valide systeem is voor verslaglegging van schildklier cytologie (Bongiovanni 2012, Theoharis 2012, Crowe 2011)
<b>Operationalisatie</b>	Het aandeel van cytologische puncties waarbij de Bethesda classificatie is benoemd in het verslag
<b>Teller</b>	Aantal puncties waarvoor de Bethesda classificatie is vastgelegd
<b>Noemer</b>	Aantal cytologische puncties
<b>In- en exclusiecriteria</b>	Patiënten met schildklierkanker met een cytologische punctie tijdens de diagnostische workup van schildklierkanker (1 jaar voorafgaand aan incidentiedatum).
<b>Beperkingen / aandachtspunten bij gebruik en interpretatie</b>	558 van de 680 patiënten ontvingen een FNA. Range 1 - 4 puncties 1 jaar voorafgaand aan de incidentiedatum. Totaal gegevens van 748 puncties

Tabel 4.2

Indicatorwaarden van indicator 1. Percentage van cytologische puncties waarbij de Bethesda classificatie is benoemd in het verslag

	Status quo meting (2016)		
	Teller	Noemer	Indicator waarde (%)
<b>Alle cytologische puncties</b>	<b>722</b>	<b>748</b>	<b>97</b>
<i>Naar patiënt- en tumorkenmerken</i>			
<b>Geslacht</b>			
Man	228	237	96
Vrouw	494	511	97
<b>Leeftijd</b>			
18 - 44 jaar	223	227	
45-59 jaar	224	230	
60-74 jaar	201	210	
≥75 jaar	74	81	
<b>Morfologie</b>			
papillair ca	536	547	
folliculair ca	100	101	
slecht gedifferentieerd ca	9	11	
ongedifferentieerd (anaplastisch) ca	33	40	
plaveiselcel ca	3	5	
medullair ca	33	36	
overig	8	8	
<b>Klinisch Stadium*</b>			
TNM – I	344	351	98
TNM – II	123	126	98
TNM – III	89	91	98
TNM – IV A	41	45	91
TNM – IV B	10	11	91
TNM – IV C	47	54	87
TNM - X	65	67	97
Geen TNM-info	1	1	100
NVT	2	2	100
<i>Naar structuurkenmerken</i>			
<b>Type ziekenhuis</b>			
Academisch +AVL	121	129	94
STZ	352	365	96
Algemeen	225	230	98
Anders (vrij gevestigd/zkh buitenland)	7	7	100
Onbekend	17	17	100

\* TNM 7<sup>e</sup> editie

## 4.2 Indicator 2. Fine Needle Aspiration Cytology echogeleid

Tabel 4.3

Definitie indicator 2.

Indicator	Fine Needle Aspiration Cytology echogeleid
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	<p>Cytologisch onderzoek (Fine Needle Aspiration Cytology, FNAC) neemt een centrale plaats in bij de diagnostiek van palpabele schildklierafwijkingen, waarbij cytologie een van de factoren is bij de indicatiestelling van een (diagnostische) hemithyreoidectomie en therapeutische totale hemithyreoidectomie. Echogeleide FNAC bevordert de opbrengst van de cytologische puncties en faciliteert een optimale correlatie tussen enerzijds de echografische kenmerken van een nodus en anderzijds de cytologische diagnose [Yoon 2011, Kwak, 2008]. Daarnaast kan met echografie aanvullende informatie geven betreffende het risico op maligniteit [Gulcelik, 2008, Yoon 2011].</p> <p>FNAC levert in 8 tot 20% van de gevallen onvoldoende materiaal op om een diagnose te stellen [Alexander 2002, Al Maqbali, 2012, Chow, 2001 Choi, 2012]. Het aantal niet-diagnostische puncties blijkt bij palpatoir geleid prikken twee maal zo hoog als bij echogeleid [Danese, 1998, Al Maqbali, 2012, Koike, 2001]</p>
<b>Operationalisatie</b>	Het aandeel van cytologische puncties tijdens de diagnostische workup van schildklier carcinoom die echogeleid worden uitgevoerd.
<b>Teller</b>	Aantal puncties die echogeleid zijn uitgevoerd
<b>Noemer</b>	Aantal cytologische puncties
<b>In- en exclusiecriteria</b>	Patiënten met schildklierkanker met een cytologische punctie tijdens de diagnostische workup van schildklierkanker (1 jaar voorafgaand aan incidentiedatum).
<b>Beperkingen / aandachtspunten bij gebruik en interpretatie</b>	<p>558 van de 680 patiënten ontvingen een FNA.. Range 1 - 4 puncties 1 jaar voorafgaand aan de incidentiedatum. Totaal gegevens van 748 puncties</p> <p>Bij 46 (6%) uitgevoerde FNA's was in het EPD niet terug te vinden of het een echogeleide punctie betrof. Deze zijn daarom geëxcludeerd voor het berekenen van deze indicator.</p>



Tabel 4.4

Indicatorwaarden van indicator 2. Percentage van cytologische puncties tijdens de diagnostische work-up van schildklier carcinoom die echogeleid worden uitgevoerd.

<b>Status quo meting (2016)</b>			
	<i>Teller</i>	<i>Noemer</i>	<i>Indicator waarde (%)</i>
<b>Alle cytologische puncties</b>	<b>673</b>	<b>702</b>	<b>96</b>
<i>Naar patiënt- en tumorkenmerken</i>			
<b>Geslacht</b>			
Man	214	225	
Vrouw	459	477	
<b>Leeftijd</b>			
18 - 44 jaar	210	215	
45-59 jaar	207	217	
60-74 jaar	187	194	
≥75 jaar	69	76	
<b>Morfologie</b>			
papillair ca	494	509	97
folliculair ca	92	97	95
slecht gedifferentieerd ca	10	11	91
ongedifferentieerd (anaplastisch) ca	31	38	82
plaveiselcel ca	4	4	100
medullair ca	34	35	97
overig	8	8	100
<b>Klinisch Stadium*</b>			
TNM – I	322	330	98
TNM – II	114	118	97
TNM – III	80	85	94
TNM – IV A	36	41	88
TNM – IV B	6	10	60
TNM – IV C	52	53	98
TNM - X	60	62	97
Geen TNM-info	1	1	100
NVT	2	2	100
<i>Naar structuurkenmerken</i>			
<b>Type ziekenhuis</b>			
Academisch + AVL	122	127	96
STZ	317	339	94
Algemeen	214	218	98
Anders (vrij gevestigd/zkh buitenland)	0	2	0
Onbekend	0	16	0

\* TNM 7<sup>e</sup> editie

### 4.3 Indicator 3. Verslaglegging van schildklierresecties

Tabel 4.5

Definitie indicator 3.

<b>Indicator</b>	Verslaglegging van schildklierresecties
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	De compleetheid van verslaglegging van schildklierresecties wordt bevorderd door het gebruik van een minimumdataset. Een gestandaardiseerde wijze van verslagleggen van een minimum dataset voor schildklierresecties is van belang om inzicht te krijgen in specifieke aspecten van de tumor op basis waarvan eventueel bijzondere groepen te onderscheiden zijn en de uitwisselbaarheid te vergroten.
<b>Operationalisatie</b>	Het aandeel eerste schildklierresecties waarbij in het pathologieverslag (PA-verslag) de volgende aspecten vastgelegd zijn: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Aard ingreep</li> <li>b. Sublokalisatie tumor</li> <li>c. Grootste diameter tumor</li> <li>d. Lymfeklieren vermeld</li> <li>e. Kapselinvasie</li> <li>f. Multifocaliteit</li> <li>g. Radicaliteit</li> </ul>
<b>Teller</b>	Aantal eerste resecties waarvoor in PA-verslag alle bovenstaande genoemde aspecten zijn vastgelegd (a t/m g)
<b>Noemer</b>	Alle eerste resecties voor schildklierkanker
<b>In- en exclusiecriteria</b>	Patiënten met schildklierkanker die een resectie hebben ondergaan
<b>Beperkingen / aandachtspunten bij gebruik en interpretatie</b>	Gegevens van 2 ziekenhuizen (N=32) zijn niet meegenomen in de uitwerking aangezien de benodigde extra items m.b.t. het PA verslag niet zijn vastgelegd. Bovenstaande aspecten zijn een selectie van de belangrijkste aspecten uit de richtlijn. Gezien PA verslagen bekeken zijn van de eerste resecties (totaal, sub totaal, hemithyreoidectomie) is het aspect lymfeklieren beperkt tot vermeld ja of nee (vermelding afmeting en extranodale groei zijn niet meegenomen) idem voor kapselinvasie (uitgebreidheid is niet meegenomen). De klinische relevantie van kapsel-vermelding is in het geval van een folliculair en slecht gedifferentieerd carcinoom. Met het oog op de nieuwe WHO NIFTP classificatie-verschuiving is het wel interessant om de overige vermeldingen van kapselinvasie inzichtelijk te hebben in de papillair schildklier carcinoom groep. Voor medullair en anaplastisch zijn er geen klinische consequenties.

Tabel 4.6

Indicatorwaarden van indicator 3. Percentage compleetheid eerste schildkliersectie pathologieverslag.

	Status quo meting (2016)		
	Teller	Noemer	Indicator waarde (%)
<b>Alle eerste schildkliersecties</b>	<b>109</b>	<b>556</b>	<b>20</b>
<i>Naar patiënt- en tumorkenmerken</i>			
<b>Geslacht</b>			
Man	38	172	
Vrouw	71	384	
<b>Leeftijd</b>			
18 - 44 jaar	39	180	
45-59 jaar	39	184	
60-74 jaar	23	147	
≥75 jaar	8	45	
<b>Morfologie</b>			
papillair ca	91	434	21
folliculair ca	7	73	10
slecht gedifferentieerd ca	1	8	13
ongedifferentieerd (anaplastisch) ca	1	12	8
plaveiselcel ca	0	0	
medullair ca	8	27	30
overig	1	2	50
<b>Klinisch Stadium*</b>			
TNM – I	47	257	18
TNM – II	19	96	20
TNM – III	9	61	15
TNM – IV A	12	43	28
TNM – IV B	0	2	0
TNM – IV C	2	22	9
TNM - X	19	74	26
Geen TNM-info	1	1	100
<i>Naar structuurkenmerken</i>			
<b>Type ziekenhuis</b>			
Academisch + AVL	46	161	29
STZ	47	274	17
Algemeen	16	121	13

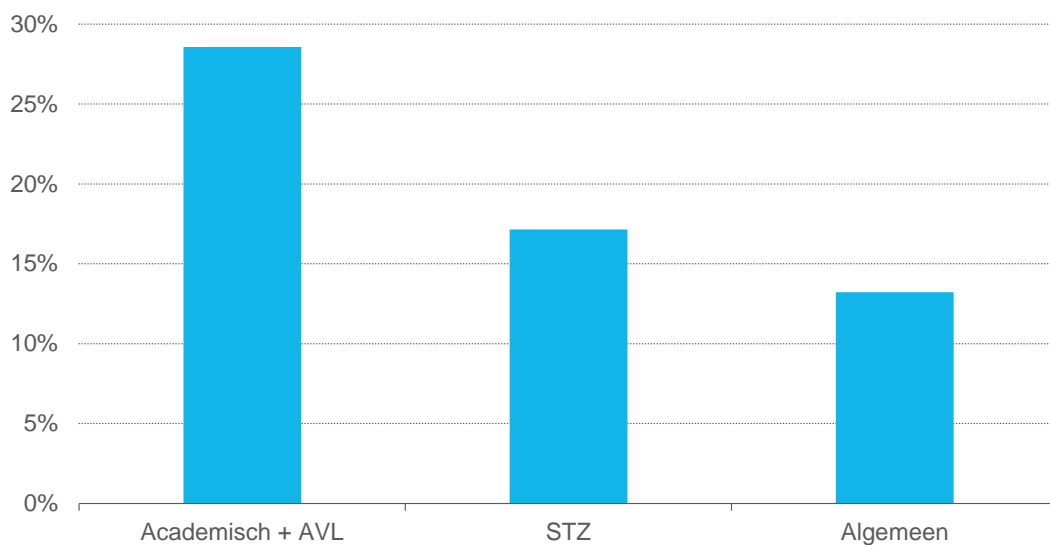
\* TNM 7<sup>e</sup> editie

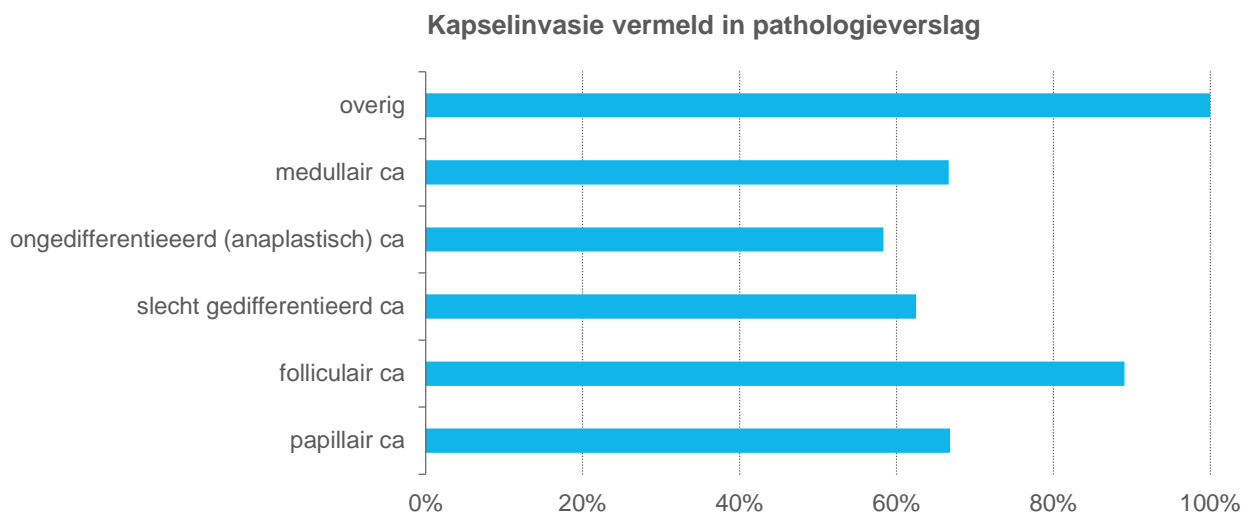
Vervolg tabel 4.6

Status quo meting (2016) complete verslaglegging schildklierresecties

	Teller	Noemer	Indicator waarde (%)
<b>Items PA-verslag vermeld</b>			
<b>Aantal items</b>			
1	2	556	0
2	1	556	0
3	7	556	1
4	63	556	11
5	196	556	35
6	178	556	32
7	109	556	20
<b>Type item</b>			
Aard ingreep	550	556	99
Sublokalisatie tumor	541	556	97
Grootste diameter tumor	537	556	97
Lymfeklieren vermeld	307	556	55
Kapselinvasie	387	556	70
Multifocaliteit	239	556	43
Radicaliteit	527	556	95

Percentage complete verslaglegging per type ziekenhuis





## 4.4 Indicator 4. Lymph node picking

Tabel 4.7

Definitie indicator 4.

<b>Indicator</b>	Lymph node picking
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Bij 'lymph node picking' worden uitsluitend de macroscopisch aangedane lymfeklieren verwijderd en treden frequenter recidieven op. Hoewel deze vaak goed behandelbaar zijn, betekent het een grotere belasting voor de patiënt en heeft een operatie in een eerder geopereerd gebied een hoger risico op beschadiging van andere structuren [Balazs 1998]. Dit geldt zeker voor de paratracheale klieren. In de literatuur zijn er in de meeste retrospectieve studies aanwijzingen dat een halsklierdissectie effectiever is dan 'lymph node picking', [Hamming 1988, Musacchio 2003, Davidson 2008] doch een enkele auteur bevestigt dit niet [Bhattacharyya 2003].
<b>Operationalisatie</b>	Het aandeel van operaties waarbij lymfeklieren worden verwijderd waarbij lymph node picking uitgevoerd wordt.
<b>Teller</b>	Aantal patiënten waarbij tijdens een operatie alleen macroscopisch aangedane klieren zijn verwijderd (ongeacht of er daarna nog een selectieve HKD heeft plaatsgevonden)
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten met klinisch positieve lymfeklieren die een operatie hebben ondergaan waarbij lymfeklieren zijn verwijderd
<b>In- en exclusiecriteria</b>	Patiënten met schildklierkanker en klinisch positieve lymfeklier, die geopereerd zijn.
<b>Beperkingen / aandachtspunten bij gebruik en interpretatie</b>	

Tabel 4.8

Indicatorwaarden van indicator 4. Percentage van operaties waarbij lymfeklieren worden verwijderd waarbij lymph node picking uitgevoerd wordt

	Status quo meting (2016) lymph node picking		
	Teller	Noemer	Indicator waarde (%)
<b>Aantal resecties waarbij lymfeklieren zijn verwijderd</b>	<b>8</b>	<b>94</b>	<b>9</b>
<i>Naar patiënt- en tumorkenmerken</i>			
<b>Geslacht</b>			
Man	3	35	9
Vrouw	5	59	8
<b>Leeftijd</b>			
18 - 44 jaar	5	36	14
45-59 jaar	2	25	8
60-74 jaar	1	24	4
≥75 jaar	0	9	0
<b>Morfologie</b>			
papillair ca	7	82	9
folliculair ca	0	2	0
slecht gedifferentieerd ca	0	4	0
ongedifferentieerd (anaplastisch) ca	1	3	33
plaveiselcel ca	0	0	
medullair ca	0	3	0
overig	0	0	
<b>Klinisch N-stadium*</b>			
1	1	11	9
1A	2	9	22
1B	2	66	3
X	3	8	38
<b>Pathologisch N-stadium*</b>			
0	2	4	50
1	0	1	0
1A	3	9	33
1B	1	78	1
X	2	2	100

\* TNM 7<sup>e</sup> editie

## 4.5 Indicator 5. Dosis 131I na totale thyreoïdectomie

Tabel 4.9

Definitie indicator 5.

Indicator	Dosis 131I na totale thyreoïdectomie															
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	<p>Het is aangetoond dat een lage (1,1 of 1,85 GBq) of een hoge ablatiedosis 131I (3,7 GBq) niet leidt tot een verschil in adequate schildklierrestablatie bij patiënten met een T1-2 folliculair of klassiek papillair schildklier carcinoom, mits het schildklier carcinoom volledig is verwijderd, en er geen lymfekliermetastasen in situ zijn na de operatie, en de eventueel verwijderde lymfekliermetastasen geen extranodale groei vertoonden én er geen afstandmetastasen zijn. [Niveau 2: A2 Fallahi 2012; B Mallick 2012, Maenpaa 2008, Schlumberger 2012, Johansen 1991, Caglar 2012, Pilli 2007, Zaman 2006, Bal 2012, Bal 1996]. Of dit toepasbaar is op de Nederlandse situatie en op de lange termijn ook niet tot verschillen leidt, moet nog duidelijk worden.</p> <p>Er zijn echter ook voordelen aan het behandelen met een lagere dosis 131I: Door met een lagere dosis 131I te behandelen kan de opnameduur worden verkort, hetgeen prettiger is voor de patiënt en kosten reduceert. Behandeling met een lagere dosis 131I leidt tot een lagere stralingsbelasting voor het lichaam: 1,1 GBq 131I geeft een effectieve dosis van 80 mSv en 3,7 GBq een effectieve dosis van 270 mSv. Door verlaging van de lichaamsdosis, wordt het (toch al lage) risico op het ontwikkelen van een secundaire maligniteit ten gevolge van de stralingsexpositie nog lager. De frequentie en de ernst van acute bijwerkingen (bijv. sialoadenitis, misselijkheid, smaakstoornissen) zijn dosisafhankelijk en worden lager bij behandeling met een kleinere hoeveelheid radioactief jodium. Ook het effect van 131I therapie op de semenkwaliteit bij mannen is dosisafhankelijk en duidelijk waarneembaar als een voorbijgaande stijging van het FSH, en is kleiner bij een lagere dosering 131I, hoewel hiervoor geldt dat ook na eenmalig 3,7 GBq 131I zelden een persisterend verhoogde FSH-spiegel ontstaat.</p>															
<b>Operationalisatie</b>	Het aandeel patiënten behandeld met een lage dosis 131I															
<b>Teller</b>	Aantal patiënten behandeld met lage dosis 131I (1.1 GBq)															
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten behandeld met 131I															
<b>In- en exclusiecriteria</b>	Patiënten met unifocaal T1-2 folliculair of klassiek papillair schildklier carcinoom, bij wie het schildklier carcinoom volledig verwijderd is, zonder lymfekliermetastasen in situ na de operatie, zonder extranodale groei in eventueel verwijderde lymfekliermetastasen die geen afstandsmetastasen hebben.															
<b>Beperkingen / aandachtspunten bij gebruik en interpretatie</b>	<p>140 patiënten voldoen aan de inclusie criteria, waarvan 112 een I131-behandeling (80%) hebben ondergaan.</p> <p>Overzicht dosering patiënten behandeld met 131I</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>1.1 GBq (range 1.1-1.5)</td> <td>(lage dosis)</td> <td>71</td> </tr> <tr> <td>1.8 GBq (range 1.8-2.1)</td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.8 GBq (range 2.7-3)</td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3.7 GBq (range 3.6-4.2)</td> <td></td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>5.55 GBq (range 5.3-5.8)</td> <td></td> <td>11</td> </tr> </tbody> </table> <p>Near total verwijderde schildklieren zijn geëxcludeerd.</p>	1.1 GBq (range 1.1-1.5)	(lage dosis)	71	1.8 GBq (range 1.8-2.1)		5	2.8 GBq (range 2.7-3)		1	3.7 GBq (range 3.6-4.2)		24	5.55 GBq (range 5.3-5.8)		11
1.1 GBq (range 1.1-1.5)	(lage dosis)	71														
1.8 GBq (range 1.8-2.1)		5														
2.8 GBq (range 2.7-3)		1														
3.7 GBq (range 3.6-4.2)		24														
5.55 GBq (range 5.3-5.8)		11														



Tabel 4.10 Indicatorwaarden van indicator 5. Percentage van laag risico patiënten met een lage dosis I131 na totale thyreoïdectomie

<b>Status quo meting (2016)</b>			
	<i>Teller</i>	<i>Noemer</i>	<i>Indicator waarde (%)</i>
<b>Alle I131 behandelingen</b>	<b>71</b>	<b>112</b>	<b>63</b>
<i>Naar patiënt- en tumorkenmerken</i>			
<b>Geslacht</b>			
Man	18	27	
Vrouw	53	85	
<b>Leeftijd</b>			
18 - 44 jaar	30	49	61
45-59 jaar	25	32	78
60-74 jaar	14	25	56
≥75 jaar	2	6	33
<b>Morfologie</b>			
papillair ca	59	90	66
folliculair ca	12	22	55
<b>Pathologisch stadium*</b>			
TNM – I	52	80	65
TNM – II	19	32	59
<i>Naar structuurkenmerken</i>			
<b>Type ziekenhuis</b>			
Academisch +AVL	35	47	74
STZ	36	63	57
RT-instelling	0	1	0

\* TNM 7e editie

#### 4.6 Indicator 6. Classificatie patiënten in laag/niet- laag risico groep

Tabel 4.11

Definitie indicator 6.

<b>Indicator</b>	Classificatie patiënten in laag/niet- laag risico groep
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Alle patiënten dienen geclassificeerd te worden in een laag/niet-laag risico groep. Dit is van belang om vast te stellen hoe de follow-up uitgevoerd zou moeten worden. Voor laag-risico patiënten is deze minder uitgebreid/langdurig als voor niet-laag risico patiënten (richtlijn 2015)
<b>Operationalisatie</b>	Het aandeel patiënten waarvoor is vastgelegd of ze tot de laag of niet-laag risico groep behoren .
<b>Teller</b>	Aantal patiënten waarvoor is vastgelegd of ze tot de laag of niet-laag risico groep behoren
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten met een resectie voor schildkliercarcinoom
<b>In- en exclusiecriteria</b>	Patiënten met schildklierkanker
<b>Beperkingen / aandachtspunten bij gebruik en interpretatie</b>	In principe moet de risicostratificatie terug te vinden zijn in het post MDO verslag. Bij 17% (n=99) van de geopereerde patiënten was geen post-MDO verslag terug te vinden in het EPD. Mogelijk onderrapportage doordat het ook elders in het EPD vermeld kan staan.

Tabel 4.12 Indicatorwaarden van indicator 6. Percentage patiënten waarvoor is vastgelegd of ze tot de laag of niet-laag risico groep behoren

	<b>Status quo meting (2016) Risicostratificatie</b>		
	<i>Teller</i>	<i>Noemer</i>	<i>Indicator waarde (%)</i>
<b>Alle resecties</b>	<b>147</b>	<b>586</b>	<b>25</b>
<i>Naar patiënt- en tumorkenmerken</i>			
<b>Geslacht</b>			
Man	47	178	
Vrouw	100	408	
<b>Leeftijd</b>			
18 - 44 jaar	62	190	
45-59 jaar	36	196	
60-74 jaar	39	152	
≥75 jaar	10	48	
<b>Morfologie</b>			
papillair ca	92	454	20
folliculair ca	7	77	9
slecht gedifferentieerd ca	1	8	13
ongedifferentieerd (anaplastisch) ca	1	12	8
plaveiselcel ca	0	0	
medullair ca	8	33	24
overig	1	2	50
<b>Pathologisch stadium*</b>			
TNM – I	83	313	27
TNM – II	18	69	26
TNM – III	27	111	24
TNM – IV A	13	58	22
TNM – IV B	0	6	0
TNM – IV C	3	26	12
TNM - X	3	3	100
<i>Naar structuurkenmerken</i>			
<b>Type ziekenhuis</b>			
Academisch +AVL	61	190	32
STZ	73	237	31
Algemeen	8	73	11
<b>Patiënt besproken in post-operatief MDO</b>			
ja	139	487	29
nee	8	99	8
<b>Indien besproken, type MDO</b>			
schildklier/endocrien	131	442	30
anders	5	28	18
onbekend	3	17	18

\* TNM 7e editie

## 4.7 Overzicht indicatie en behandeling metastasen

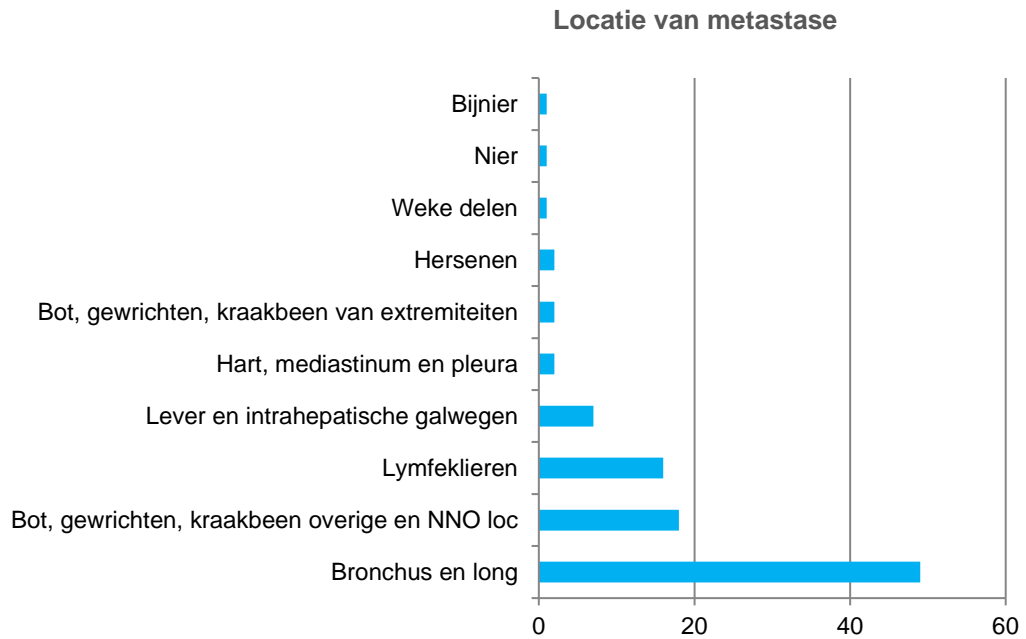
Tabel 4.13

Overzicht indicatie en behandeling metastasen

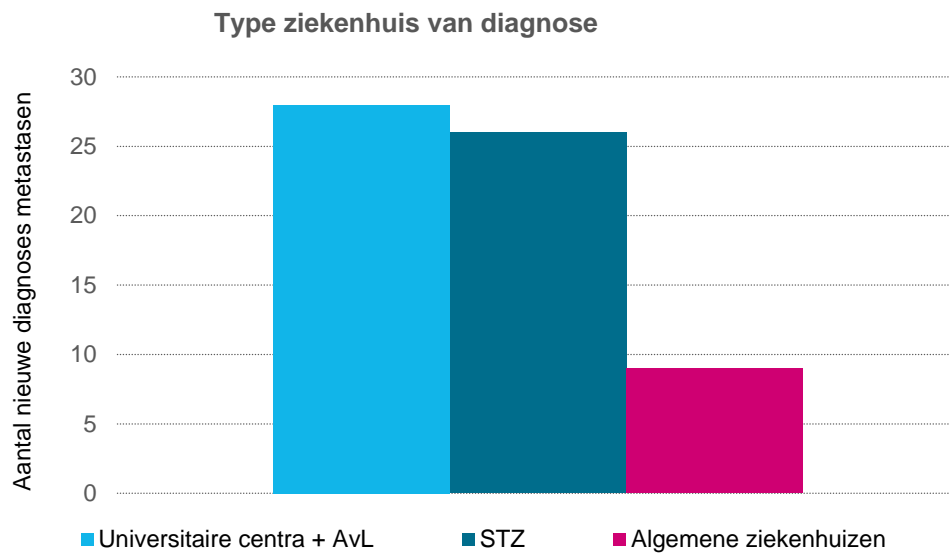
Onderwerp	Overzicht indicatie en behandeling metastasen
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	De indicatiestelling voor systeemtherapie bij gedifferentieerd schildkliercarcinoom is nog niet goed uitgekristalliseerd. De anti-tumor effecten van behandelingen zullen moeten worden afgewogen tegen de bijwerkingen bij deze groep patiënten, waarbij er over het algemeen sprake is van langzaam voortschrijdende ziekte en lang aanhoudende goede kwaliteit van leven. Gezien de nog steeds vorderende inzichten in de moleculaire basis van gedifferentieerd schildkliercarcinoom is het ook goed te verdedigen om patiënten te includeren in studies met nieuwe targeted agents. Deze doelgerichte therapie dient daarom in een referentiecentrum te worden gegeven, in overleg met de endocrinoloog/internist-oncoloog. Gezien het kleine aantal patiënten dat per jaar in Nederland geïncludeerd zal worden, wordt geadviseerd de indicatiestelling en de initiële start van deze behandeling te beperken tot 2 à 3 centra. Hiermee kan ook goede landelijke registratie worden gewaarborgd (richtlijn 2015).
<b>Operationalisatie</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Het aantal ziekenhuizen waarin de diagnose is gesteld</li> <li>2. Het aantal ziekenhuizen waarin behandeld is</li> </ol> <p>In dit geval is er geen breuk, en dus geen teller/noemer.</p> <p>We willen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. het aantal patiënten met afstandsmetastasen in Nederland rapporteren,</li> <li>b. rapporteren in hoeveel ziekenhuizen zij zijn gediagnosticeerd,</li> <li>c. vastleggen of ze zijn behandeld of niet, en</li> <li>d. het aantal ziekenhuizen waarin deze patiënten behandeld zijn rapporteren.</li> </ol>
<b>In- en exclusiecriteria</b>	Patiënten met gemetastaseerd schildkliercarcinoom
<b>Beperkingen / aandachtspunten bij gebruik en interpretatie</b>	Momenteel is deze informatie alleen voor patiënten met afstandsmetastasen bij diagnose in de NKR beschikbaar.

### a Het aantal patiënten met primair afstandsmetastasen

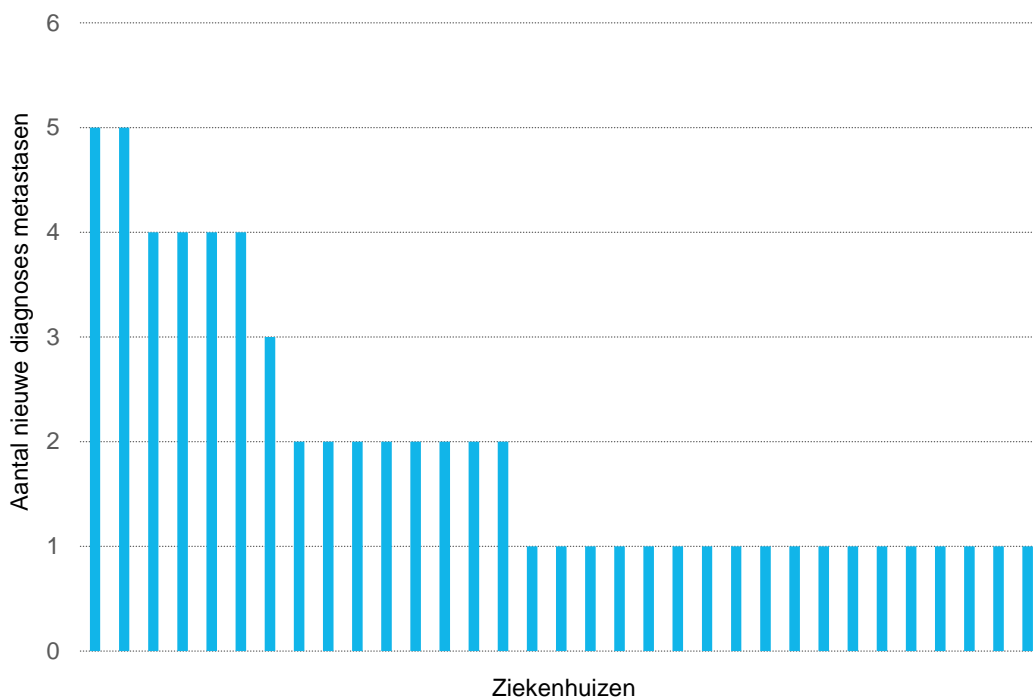
63 (9%) van de 680 schildklierkankerpatiënten



### b Ziekenhuis van diagnose



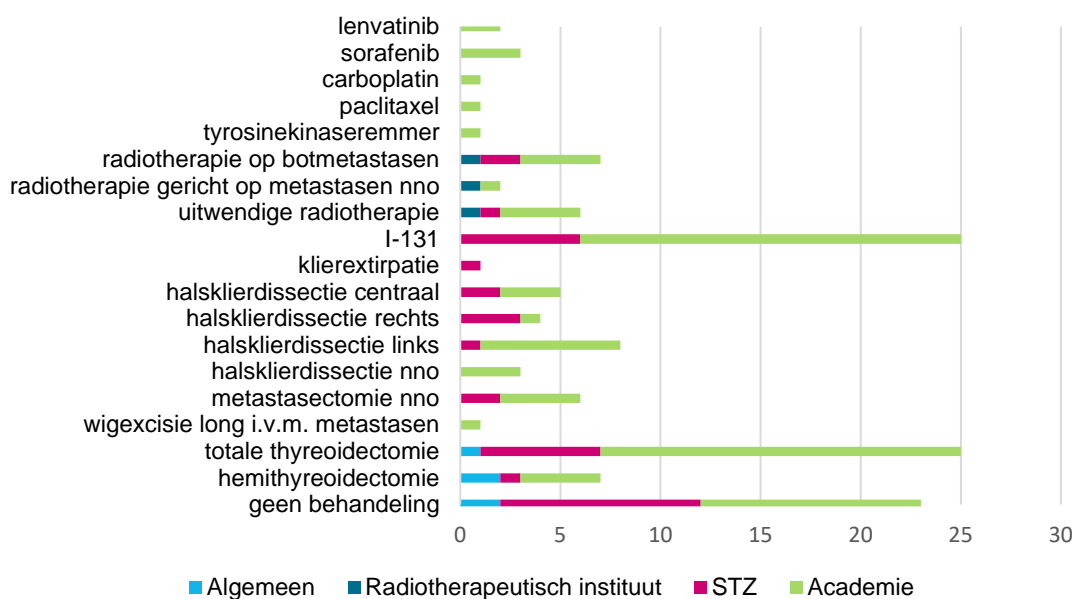
### Aantal gediagnostiseerde patiënten met primair gemetastaseerde ziekte per ziekenhuis



### c Behandeling

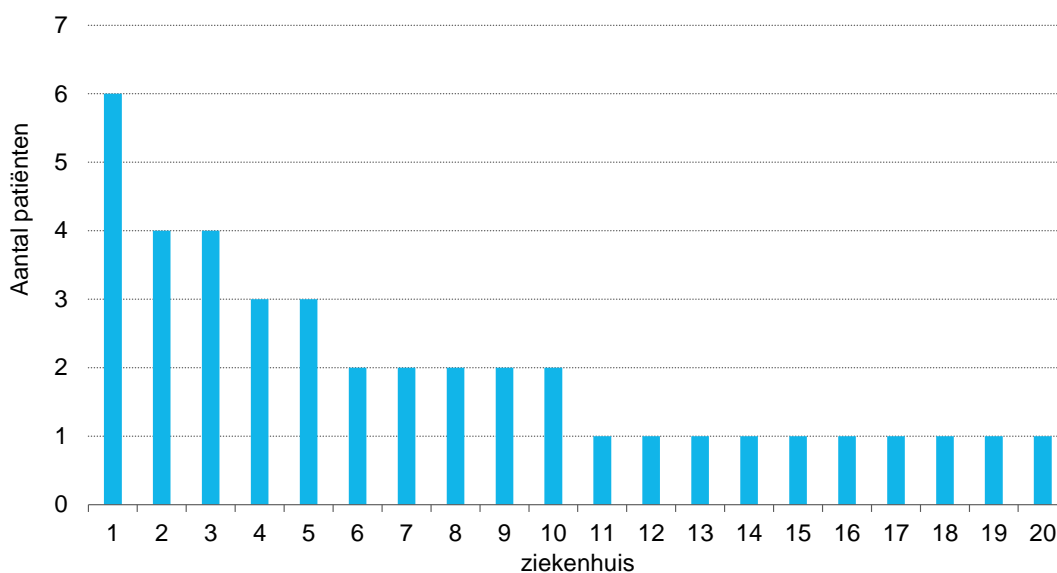
Van de 63 patiënten met primaire metastasen kregen 23 geen behandeling (37%)

### Behandelingen per type ziekenhuis

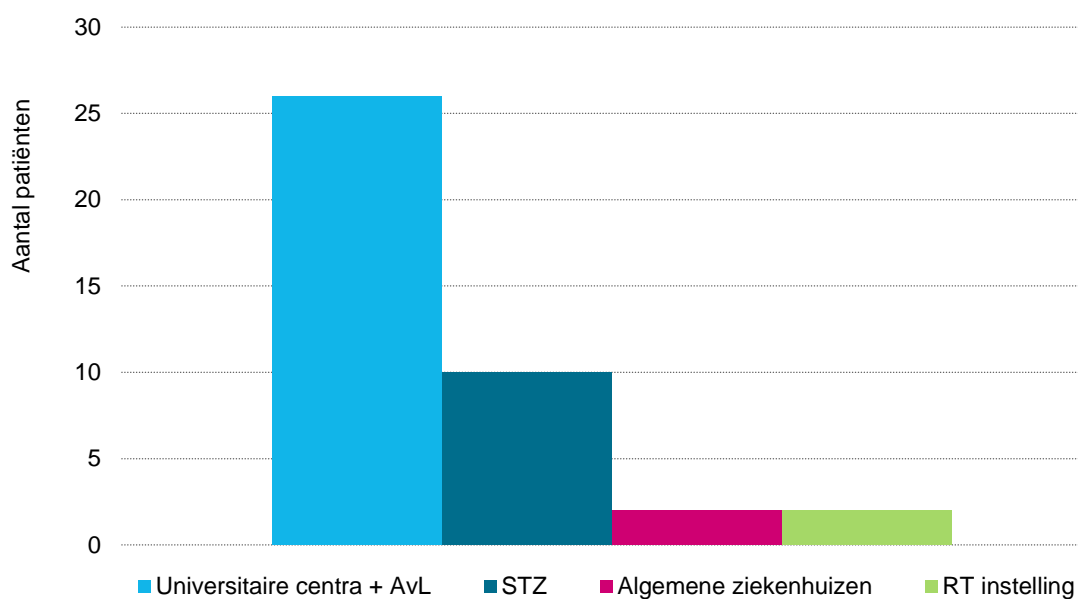


d het aantal ziekenhuizen waarin deze patiënten behandeld zijn of niet behandeld zijn

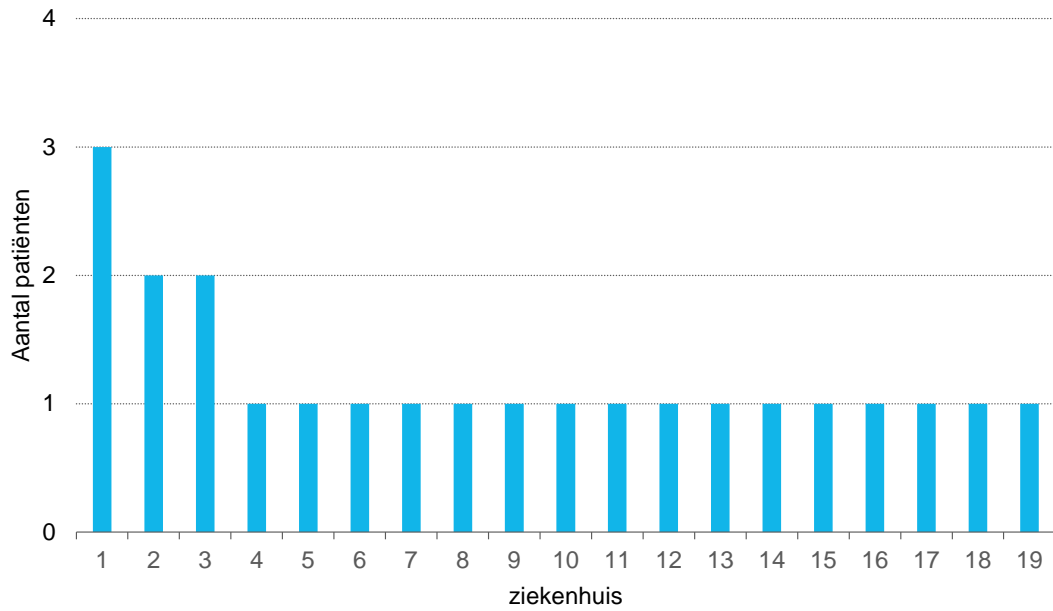
Patiënten gediagnosticeerd met primaire metastasen naar ziekenhuis van 1e behandeling



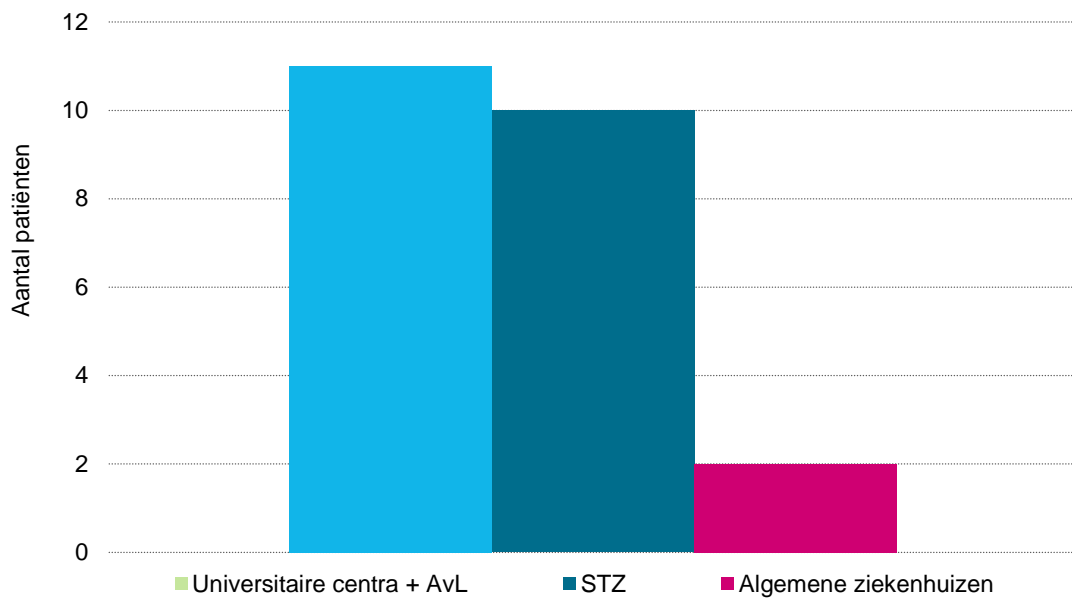
Type ziekenhuis van eerste behandeling bij patiënten met primaire metastasen



**Patiënten gediagnosticeerd met primaire metastasen zonder behandeling naar ziekenhuis**



**Type ziekenhuis van patiënten met primaire metastasen die NIET behandeld zijn**





## 5 Conclusies en aanbevelingen

### 5.1 Bekendheid van de richtlijn en richtlijnevaluatie

- In 2015 is na revisie door middel van regionale symposia bekendheid gegeven aan het bestaan en de inhoud van de richtlijn Schildkliercarcinoom.
- In 2018 zijn de resultaten van de richtlijnevaluatie ter informatie aangeboden aan de Dutch Thyroid Cancer Group (DTCCG), de regionale tumorwerkgroepen Schildkliercarcinoom en verschillende beroepsverenigingen.
- Om aandacht te vestigen op gewenste verbeteringen, wordt een publicatie in een Nederlandstalig tijdschrift voorbereid (bijv. NTvG of NTvO).

### 5.2 Indicator 1: Bethesda classificatie

De Bethesda classificatie wordt nagenoeg altijd vastgelegd na een punctie (97%). Waar de richtlijn zich richt op het gedifferentieerd schildkliercarcinoom zien we dat de Bethesda classificatie minder consequent wordt gevolgd na een slecht, ongedifferentieerd of plaveiselcel carcinoom (respectievelijk 82%, 83% en 60%). De implementatie van deze indicator is succesvol verlopen.

### 5.3 Indicator 2: Echogeleide punctie

De puncties worden nagenoeg altijd echogeleid verricht (96%). Bij een hoger klinisch stadium IV-A of IV-B werd er minder vaak echogeleid gepuncteerd. De implementatie van deze indicator is succesvol verlopen.

### 5.4 Indicator 3: Compleet resectieverslag

Slechts in 20% van resectieverslagen werden alle aspecten opgenomen aanbevolen in de richtlijn. Multifocaliteit werd het vaakst niet vermeld, slechts in 43% van de verslagen was dit terug te lezen. Gevolgd door vermeldingen van lymfeklieren (55%) en kapselinvasie (70%).

Verslaglegging na chirurgie in academische centra was vaker compleet ten opzichte van opleidingsziekenhuizen of algemene ziekenhuizen. De volledigheid van de verschillende aspecten kan afhankelijk zijn van het materiaal wat is aangeleverd en het type operatie. Wat er niet is, wordt niet benoemd. Echter moet de behandelaar dan voldoende vertrouwen hebben in de expertise van de patholoog of daadwerkelijk alles gesignaleerd is.

De compleetheid van de verslaglegging wordt bevorderd door gestandaardiseerde wijze van verslaglegging. Recent is het landelijk PALGA Protocol: Schildkliercarcinoom beschikbaar gekomen (d.d. april 2018)<sup>3</sup>. De implementatie van het PALGA protocol voor colon heeft een significante verbetering van de verslaglegging laten zien. De verwachting is dat dit effect ook zichtbaar wordt voor het schildkliercarcinoom.

### 5.5 Indicator 4: Node picking

Bij 9% van de patiënten waarbij klieren werden verwijderd (cN+) gebeurde dit in eerste instantie middels node picking i.p.v. een halsklierdissectie. Bij jonge patiënten (18 – 44 jaar) kwam node picking het meest voor (14%). In opleidingsziekenhuizen kwam dit iets vaker voor dan in academische centra (12% vs 7%). Node picking als initiële behandeloptie is niet gewenst. Bij verdenking op positieve klieren dient pre operatief een adequaat behandelplan opgesteld te worden.

### 5.6 Indicator 5: Lage jodiumdosering

Bijna 2/3 van de laag risico patiënten werd behandeld met lage jodiumdosering. Hier is het verschil tussen type academische centra en opleidingsziekenhuizen aanzienlijk (74% vs 57%). Bewuste overdosering brengt ook risico's met zich mee, met name bij de jong volwassenen. Middels regionaal overleg kan meer uniformiteit over de dosering bereikt worden.

<sup>3</sup> <https://www.palga.nl/en/assets/uploads/Protocollen/Schildkliercarcinoom.pdf>

### **5.7 Indicator 6: Risicostratificatie**

Alle patiënten dienen gestratificeerd te worden in een laag of niet-laag risicogroep. Dit is van belang om vast te stellen hoe de follow-up uitgevoerd zou moeten worden. De risicostratificatie werd slechts in 25% van de geopereerde patiënten teruggevonden in het post-MDO verslag. Mogelijk is er sprake van een onderrapportage doordat het ook elders in het EPD vermeld kan staan. Het is wenselijk om de implementatie en documentatie van de risicostratificatie te verbeteren.

### **5.8 Overzicht ziekenhuizen indicatie en behandeling metastasen**

Negen procent van de patiënten met een schildkliercarcinoom presenteert zich met primaire afstandsmetastasen. Van deze groep werd 63% behandeld (N=40) verdeeld over 20 ziekenhuizen. Gezien de lage aantallen lijkt concentratie van de besluitvorming en behandeling van de groep patiënten aan te bevelen.

### **5.9 Aanbevelingen**

Dit rapport geeft inzage in de toepassing van de richtlijn Schildkliercarcinoom in de dagelijkse praktijk voor 6 aandachtsgebieden. Voor een aantal indicatoren is de implementatie nog niet afgerond en zal verdere aandacht nodig zijn. Daarom doet de evaluatiecommissie de volgende aanbevelingen voor verder implementatie:

- Stimuleren van ziekenhuizen / PA laboratoria om te werken volgens PALGA protocol voor een gestandaardiseerde verslaglegging van het schildkliercarcinoom met een minimale dataset.
- Inzetten van regionaal overleg om de dosering van I-131 behandeling voor laag-risico patiënten te bespreken en daardoor te streven naar meer uniformiteit en toepassing.
- Stimuleren van het stratificeren van patiënten in laag en niet laag risicogroep. Bijvoorbeeld door de risicostratificatie standaard te bespreken en documenteren tijdens het postoperatief MDO.
- Het is wenselijk om de besluitvorming en behandeling van de groep patiënten met metastasen te concentreren in een beperkt aantal ziekenhuizen (2 a 3).