

Standard reporting of placenta

Dutch experience

Marieke Hogenes, MD PhD
Pathologist at LabPON (Laboratorium Pathologie Oost-Nederland), Hengelo

BIG-19063617601
m.hogenes@labpon.nl



Disclosure of interest speaker

(potential) conflict of interest	None
For course / meeting relevant relations with companies	None
<ul style="list-style-type: none">• Sponsoring or research finances• Honorarium or other (financial) compensation• Stockholder• Other relation, namely ...	None

Synoptic reporting definition

- Standardized method of reporting
- Using (electronic) templates with predefined fields
- Capture crucial information in a structured, consistent and easily retractable format
- To provide a complete and accurate report

Synoptic protocol for placenta's

- Transfer of the 'old protocols' to Logicnets (2018) in PALGA
- Update expected in 2026
- Amsterdam Placental Workshop Group Consensus statement (2015)

Sampling and Definitions of Placental Lesions

Amsterdam Placental Workshop Group Consensus Statement

T. Yee Khong, MD; Eoghan E. Mooney, MB, FRCPath; Ilana Ariel, MD, PhD; Nathalie C. M. Balmus, MD; Theonia K. Boyd, MD; Marie-Anne Brundler, MD; Hayley Derricott, BSc; Margaret J. Evans, FRCPath (Paeds); Ona M. Faye-Petersen, MD; John E. Gillan, MD; Alex E. P. Heazell, MBChB, PhD; Debra S. Heller, MD; Suzanne M. Jacques, MD; Sarah Keating, MD; Peter Kelehan, MD; Ann Maes, MD; Eileen M. McKay, MD; Terry K. Morgan, MD, PhD; Peter G. J. Nikkels, MD, PhD; W. Tony Parks, MD; Raymond W. Redline, MD; Irene Scheimberg, MD; Mirthe H. Schoots, MD; Neil J. Sebire, MD; Albert Timmer, MD, PhD; Gitta Turowski, MD; J. Patrick van der Voorn, MD; Ineke van Lijnschoten, MD; Sanne J. Gordijn, MD, PhD

• **Context.**—The value of placental examination in investigations of adverse pregnancy outcomes may be compromised by sampling and definition differences between laboratories.

Objective.—To establish an agreed-upon protocol for sampling the placenta, and for diagnostic criteria for placental lesions. Recommendations would cover reporting placentas in tertiary centers as well as in community hospitals and district general hospitals, and are also relevant to the scientific research community.

Data Sources.—Areas of controversy or uncertainty were explored prior to a 1-day meeting where placental and perinatal pathologists, and maternal-fetal medicine specialists discussed available evidence and subsequently reached consensus where possible.

Conclusions.—The group agreed on sets of uniform

sampling criteria, placental gross descriptors, pathologic terminologies, and diagnostic criteria. The terminology and microscopic descriptions for maternal vascular malperfusion, fetal vascular malperfusion, delayed villous maturation, patterns of ascending intrauterine infection, and villitis of unknown etiology were agreed upon. Topics requiring further discussion were highlighted. Ongoing developments in our understanding of the pathology of the placenta, scientific bases of the materno-fetoplacental triad, and evolution of the clinical significance of defined lesions may necessitate further refinements of these consensus guidelines. The proposed structure will assist in international comparability of clinicopathologic and scientific studies and assist in refining the significance of lesions associated with adverse pregnancy and later health outcomes.

(*Arch Pathol Lab Med.* doi: 10.5858/arpa.2015-0225-CC)

Introduction

The screenshot shows a web application interface for PALGA. The main window is titled 'Productie - Protocol module'. It features the PALGA logo and a CE mark. The header information includes 'Stichting PALGA', 'De Bouw 123, 3991 SZ Houten', and 'Versie 7.4.31699 / PPM 2.0' with a 'Disclaimer' link.

The main content area is divided into two sections:

- Ingevoerde protocollen (klik voor openen):**
 - Placenta, In bewerking, 06/01/2026 11:58:35 (Hoofdprotocol)
- Beschikbare protocollen (klik voor toevoegen):**
 - Moleculaire bepalingen
 - Blanco Module

An 'Afsluiten' button is located at the bottom left of the main content area.

The sidebar on the right is titled 'LmsWeb' and contains two main sections:

- Onderzoek**
 - Openen
 - Dicteren
 - Navragen
 - Protocol
 - Patholoog
 - Indelen declaraties
 - View afdrukken
 - Verversen
 - Onderzoek info
 - Volgende rapport
 - Vorige rapport
 - Sluiten
- Rapport**
 - Autoriseren
 - Autoriseren zonder uitslag
 - Deautoriseren
 - Opinie
 - Externe signalering
 - Interne signalering
 - Rapport wijzigingen
 - Versie verschillen
 - Lokale patiënt historie
- Versturen**
 - Consult
 - Revisie

At the bottom of the main window, the 'LogicNets' logo is on the left and the copyright notice '© LogicNets, Inc. 2026 - All Rights Reserved' is on the right.

Do we use it?

year	Placenta (N)	Sypotic reports (N)	
2024	10.030	6.940	69 %
2025	9.966	6.910	69 %

Source: PALGA 1-1-2026

Synoptic reporting benefits

Additional tool to support the pathologist in placenta reporting

- Prevention data omissions
- Automatic calculations
- Improve uniform terminology
- Standardization of reports (uniform format)

Synoptic reporting cons

- Placenta's are not 'TNM-classifiable tumors'
- Not everything *fits* in a box
- Conclusion is a list of features without interpretation on interactivity between the features and overall diagnosis

Current synoptic placenta protocol (1)

- **Macroscopy**

- Designed for use *during* grossing
- Automatic calculations of
 - P-values of weight versus gestational age
 - Coiling index
 - Cord length and diameter comparisons

- Macro
- Micro
- Aanvulling
- Protocol updates

Macroscopie

Beoordeling placenta vers formaline

Herkomst placenta eenling tweeling

Dodgeboren kinderen niet vermeld 0 1

AD bij partus; aantal weken: 37

AD bij partus; aantal dagen: 4

Placenta compleet aangeleverd ja nee

Vorm rond / ovaal placenta bilobata atrofie
 bijplacenta multi-lobulatie anders

Maximale diameter (xx,x cm) 17

Maximale dikte placenta (xxx,xx cm) 2,2

Navelstreng aanwezig

Totale lengte navelstreng (xxx,x cm) 8,5

Totaal aantal windingen 3

Coilingindex 0,35

Diameter navelstreng (x,xxx cm) 1

Insertie navelstreng (para-)centraal marginaal (< 1 cm) niet vast te stellen
 perifere (>= 1,0 en < 3,0 cm) velamenteus

Aantal vaten 3 2

Kleur navelstreng normaal groen bruin anders

Overige afwijkingen navelsteng ware knoop trombose anders

Insertie vliezen normaal volledig circumvallata partieel circumvallata niet vast te stellen

Kleur vliezen normaal groen bruin anders

Gewicht placenta (gram) 373

Percentiel <P10

Info percentielberekening P

Aspect foetale zijde / chorionplaat normaal amnion nodosum
 afwijkende kleur (bruin, groen) anders
 afwijkende choriale vaten

Aspect maternale zijde / deciduale zijde normaal fibrose retroplacentaire bloeding aan de rand anders

Gebaseerd op Amsterdam Placental workshop Group Consensus Statement 2016

Klinische gegevens
 Beoordeling placenta: formaline
 Herkomst placenta: eenling
 Dodgeboren kinderen: 0
 AD bij partus; aantal weken: 37
 AD bij partus; aantal dagen: 4

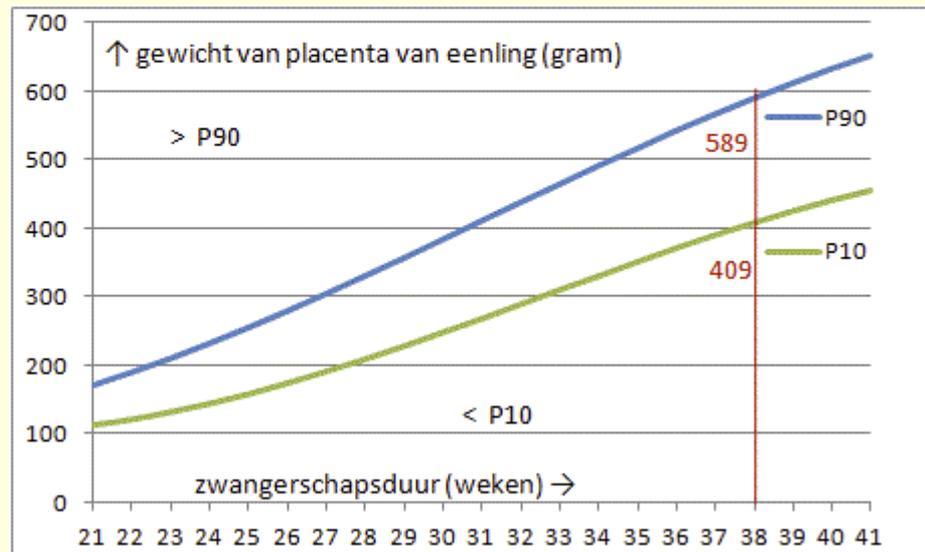
Macroscopie
 Placenta compleet aangeleverd: ja
 Vorm: rond / ovaal
 Maximale diameter: 17,0 cm
 Maximale dikte placenta: 2,2 cm
 Diameter navelstreng: 1,00 cm
 Totale lengte navelstreng: 8,5 cm
 Totaal aantal windingen: 3
 Coilingindex: 0,35
 Insertie navelstreng: (para-)centraal
 Aantal vaten: 3
 Kleur navelstreng: normaal
 Insertie vliezen: normaal
 Kleur vliezen: normaal
 Gewicht placenta: 373 gram
 Percentiel: <P10
 Aspect foetale zijde / chorionplaat: normaal
 Aspect maternale zijde / deciduale zijde: kalkspatten en Wat grijs van kleur
 Aspect parenchym: haarden en Aan foetale zijde donker bruin, aan maternale zijde licht bruin
 Haarden: wit
 Aantal haarden centraal: 0
 Aantal haarden perifere: 1
 Percentage uitval: 0%

Placental weight

Gewicht placenta (gram)

Percentiel <P10

Info percentielberekening P



- ✓ Macro
- ! Micro
- ✓ Aanvulling
- ✓ Protocol updates

Macroscopie

Beoordeling placenta vers formaline

Herkomst placenta eenling tweeling

Doodgeboren kinderen niet vermeld 0 1

AD bij partus; aantal weken

AD bij partus; aantal dagen

Placenta compleet aangeleverd ja nee

Vorm rond / ovaal placenta bilobata atrofie
 bijplacenta multi-lobulatie anders



- PV
- Conclusie
- Informatie

Bijplacenta: wanneer het placentaparenchym volledig apart ligt van de hoofd-placenta en gescheiden wordt van elkaar door vliezen, met overbruggende foetale bloedvaten.
Multilobulatie: membraneuze indentaties van de placentaschijf die meer dan 50 % van de schijfdiameter omvatten, met of zonder overbruggende foetale vaten.
Atrofie: meer dan 50% reductie in placentadikte, wat meer dan 10 procent van de totale disc oppervlak inneemt.

Coiling index

Navelstreng	aanwezig		
Totale lengte navelstreng (xxx,x cm)	<input type="text" value="8,5"/>		
Totaal aantal windingen	<input type="text" value="3"/>		
Coilingindex	0,35		
Diameter navelstreng (x,xx cm)	<input type="text" value="1"/>		
Insertie navelstreng	<input checked="" type="radio"/> (para-)centraal <input type="radio"/> marginaal (< 1 cm) <input type="radio"/> niet vast te stellen <input type="radio"/> perifeer (>= 1,0 en < 3,0 cm) <input type="radio"/> velamenteus		
Aantal vaten	<input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2		
Kleur navelstreng	<input checked="" type="radio"/> normaal <input type="radio"/> groen <input type="radio"/> bruin <input type="radio"/> anders		

PV

Conclusie

Informatie

De navelstreng windingen index wordt bepaald door het aantal volledige (360°) draaiingen van de arteriën te delen door de lengte van de navelstreng. Vanwege variatie in de aanwezigheid van windingen over de gehele lengte van de navelstreng (vaker iets meer windingen aan foetale zijde dan aan placenta zijde) is het beter om de lengte van de totaal ontvangen navelstreng en het totaal aantal windingen daarin te vermelden en op basis daarvan de coiling index te berekenen (index maat is coiling per cm).

Een te lage index (index < 0,1) is geassocieerd met IUVD, lage Apgar score, chorioamnionitis en hieraan gerelateerde vroeggeboorte.

Een te hoge index (index > 0,3) is geassocieerd met perinatale asfyxie, umbilicale arteriële pH < 7,05 en IUVD en foetale trombose.

Zie o.a. de Laat MW et al Obstet Gynecol. 2006, 107(5): 1049-55. en Machin GA et al. Pediatr Dev Pathol. 2000 Sep-Oct;3(5):462-71).

What you'll see is what you'll get:

PV	Conclusie	Informatie
----	-----------	------------

Gebaseerd op Amsterdam Placental workshop Group Consensus Statement 2016

Klinische gegevens
Beoordeling placenta: **formaline**
Herkomst placenta: **eenling**
Doodgeboren kinderen: **0**
AD bij partus; aantal weken: **37**
AD bij partus; aantal dagen: **4**

Macroscopie
Placenta compleet aangeleverd: **ja**
Vorm: **rond / ovaal**
Maximale diameter: **17,0 cm**
Maximale dikte placenta: **2,2 cm**
Diameter navelstreng: **1,00 cm**
Totale lengte navelstreng: **8,5 cm**
Totaal aantal windingen: **3**
Coilingindex: **0,35**
Insertie navelstreng: **(para-)centraal**
Aantal vaten: **3**
Kleur navelstreng: **normaal**
Insertie vliezen: **normaal**
Kleur vliezen: **normaal**
Gewicht placenta: **373 gram**
Percentiel: **<P10**
Aspect foetale zijde / chorionplaat: **normaal**
Aspect maternale zijde / deciduale zijde: **kalkspatten en Wat grijs van kleur**
Aspect parenchym: **haarden en Aan foetale zijde donker bruin, aan maternale zijde licht bruin**
Haarden: **wit**
Aantal haarden centraal: **0**
Aantal haarden perifeer: **1**
Percentage uitval: **0%**

Microscopy

- Umbilical cord
- Membranes
- Maturation of parenchym
- “-itis” of any kind (villitis, vasculitis etc)
- Ischemic changes
- Thrombi and avascular villi
- Other lesions
- Etc

Microscopy in the current synoptic protocol (1)

✓ Macro

1 Micro

✓ Aanvulling

✓ Protocol updates

Microscopie

Ontsteking in navelstreng nee ja

Ontsteking in vliezen
 nee
 neutrofiële granulocyten in chorion ((sub-)chorionitis)
 neutrofiële granulocyten in amnion (acute chorio-amnionitis)

Ontsteking in chorioonplaat
 nee
 alleen neutrofielen in fibrine onder de chorioonplaat ((sub-)chorionitis)
 neutrofiële granulocyten in chorioonplaat (acute chorio-amnionitis)

Ontsteking choriale (foetale) vaten afwezig aanwezig

Rijping parenchym
 normaal achtergebleven
 toegenomen niet beoordeelbaar

Deciduale vasculopathie nee in de vliezen in de decidua basalis

Infarcten niet aanwezig aanwezig

Tekenen van diffuse ischemie nee ja

Avasculaire vlokken
 geen avasculaire vlokken
 1 focus van avasculaire vlokken
 meer dan 1 focus van avasculaire vlokken

Trombi
 geen trombi in de foetale circulatie
 1 trombus in chorioonplaat vat of foetaal vat in grote stamvlokken
 > 1 trombus in chorioonplaat vat of foetaal vat in grote stamvlokken

Chronische villitis van onbekende etiologie geen multifocaal diffuus
 focaal patchy

Overige villitis geen villitis door specifieke verwekker acute villitis anders

Intervillositis geen massive chronic histiocytic intervillositis acute intervillositis

Perivilleus fibrine normaal toegenomen massive perivilleus fibrin deposition

Overige afwijkingen
 geen hydrops/oedeem intervillieuze bloeding
 meconiumhoudende macrofagen chronische deciduitis vasculaire malformaties
 hemosiderofagen eosinofiele/T-cel vasculitis subtroblastaire inclusies in de vlokken
 toename van kernhoudende erythrocyten chorangiome placenta accreta
 anders

Example:

- ✓ Macro
- ✓ Micro
- ✓ Aanvulling
- ✓ Protocol updates

Ontsteking in navelstreng	<input checked="" type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Ontsteking in vliezen	<input checked="" type="radio"/> nee <input type="radio"/> neutrofiële granulocyten in chorion ((sub-)chorionitis) <input type="radio"/> neutrofiële granulocyten in amnion (acute chorio-amnionitis)
Ontsteking in chorioonplaat	<input checked="" type="radio"/> nee <input type="radio"/> alleen neutrofielen in fibrine onder de chorioonplaat ((sub-)chorionitis) <input type="radio"/> neutrofiële granulocyten in chorioonplaat (acute chorio-amnionitis)
Ontsteking choriale (foetale) vaten	<input checked="" type="radio"/> afwezig <input type="radio"/> aanwezig
Rijping parenchym	<input checked="" type="radio"/> normaal <input type="radio"/> achtergebleven <input type="radio"/> toegenomen <input type="radio"/> niet beoordeelbaar
Deciduale vasculopathie	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> in de vliezen <input type="checkbox"/> in de decidua basalis
Infarcten	<input type="radio"/> niet aanwezig <input checked="" type="radio"/> aanwezig
Percentage uitval door infarcten	<input checked="" type="radio"/> <5% <input type="radio"/> 5-10% <input type="radio"/> >10-30% <input type="radio"/> >30%
Tekenen van diffuse ischemie	<input type="radio"/> nee <input checked="" type="radio"/> ja
Avasculaire vlokken	<input type="radio"/> geen avasculaire vlokken <input type="radio"/> 1 focus van avasculaire vlokken <input type="radio"/> meer dan 1 focus van avasculaire vlokken
Trombi	<input type="radio"/> geen trombi in de foetale circulatie <input type="radio"/> 1 trombus in chorioonplaat vat of foetaal vat in grote stamvlokken <input type="radio"/> > 1 trombus in chorioonplaat vat of foetaal vat in grote stamvlokken
Chronische villitis van onbekende etiologie	<input type="radio"/> geen <input type="radio"/> multifocaal <input type="radio"/> diffuus <input type="radio"/> focaal <input type="radio"/> patchy
Overige villitis	<input type="radio"/> geen <input type="radio"/> villitis door specifieke verwekker <input type="radio"/> acute villitis <input type="radio"/> anders
Intervillositis	<input type="radio"/> geen <input type="radio"/> massive chronic histiocytic intervillositis <input type="radio"/> acute intervillositis
Perivilleus fibrine	<input type="radio"/> normaal <input type="radio"/> toegenomen <input type="radio"/> massive perivillous fibrin deposition
Overige afwijkingen	<input type="checkbox"/> geen <input type="checkbox"/> hydrops/oedeem <input type="checkbox"/> intervillieuze bloeding <input type="checkbox"/> meconiumhoudende macrofagen <input type="checkbox"/> chronische deciduitis <input type="checkbox"/> vasculaire malformaties <input type="checkbox"/> hemosiderofagen <input type="checkbox"/> eosinofiele/T-cel vasculitis <input type="checkbox"/> subtrofoblastaire inclusies in de vlokken <input type="checkbox"/> toename van kernhoudende erythrocyten <input type="checkbox"/> chorangiose <input type="checkbox"/> placenta accreta <input type="checkbox"/> anders

PV

Conclusie

Informatie

Conclusie

Complete placenta aangeleverd. AD bij partus 37+4 weken.

Nettogewicht te laag 373 gram (<P10).

Coilingsindex navelstreng te hoog, 0,35; ; diameter navelstreng: 1,00 cm, diameter te dun bij zwangerschapsduur.

Aspect maternale zijde / deciduale zijde: kalkspatten en Wat grijs van kleur.

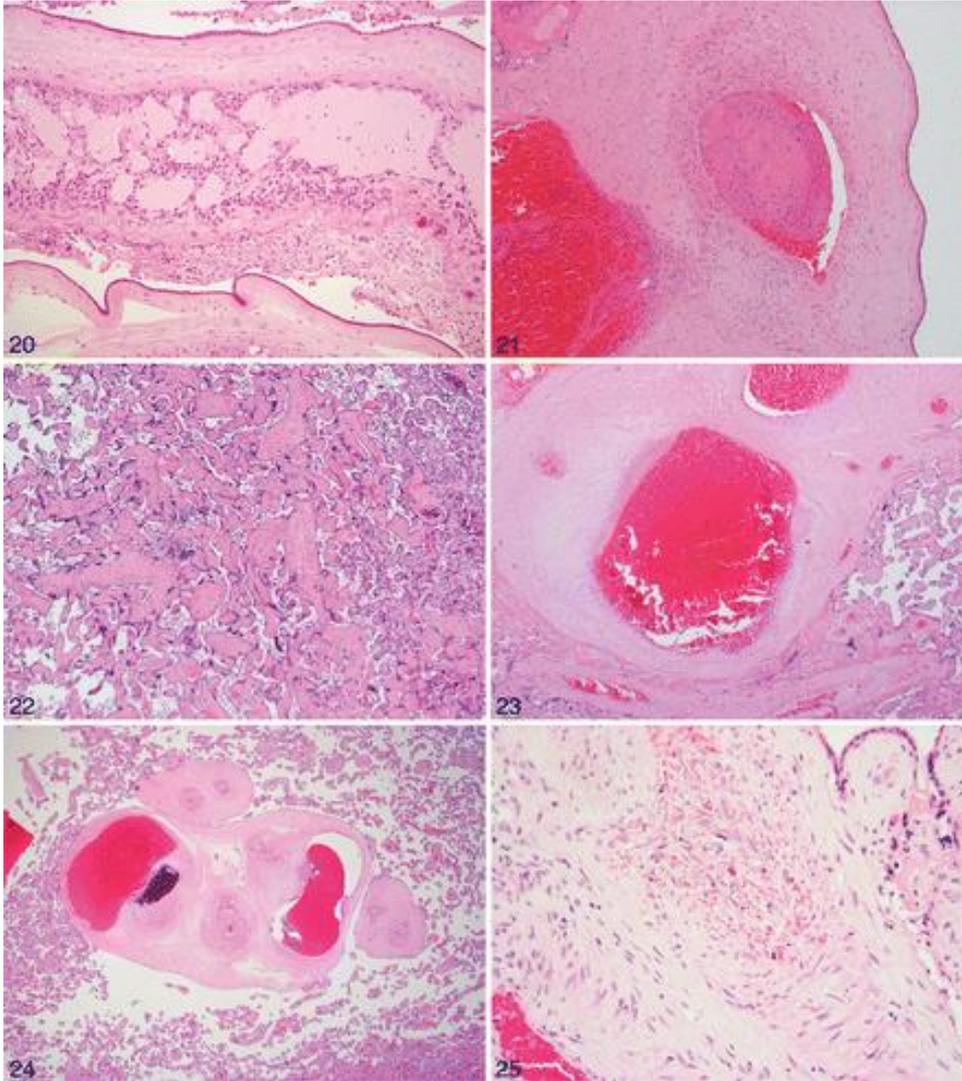
Er zijn tekenen van diffuse ischemie; infarcten <5% van het placenta volume innemend.

Diagnoseregels(s)

placenta*geboorte*systeem*hypoplasie*infarct*ischemie

Fetal Vascular Malperfusion (FVM)

- Preferred terminology instead of 'fetal thrombotic vasculopathy'
- Features are likely to be due to **obstruction in fetal blood flow** (umbilicalcord lesions, hypercoagulability, complications of fetal cardiac dysfunction, such as hypoxia, etc.)
- Graded as *Low grade* or *High Grade*



Findings consistent with FVM:

- Thrombosis
- Avascular villi
- Villous stromal-vascular karyorrhexis
- Vascular intramural fibrin deposition
- Stem vessel obliteration
- Vascular ectasia

Careful with post-mortem changes!

✓ Macro

✓ Micro

✓ Aanvulling

Microscopie

Ontsteking in navelstreng

 nee ja

Ontsteking in vliezen

 nee neutrofiële granulocyten in chorion ((sub-)chorionitis) neutrofiële granulocyten in amnion (acute chorio-amnionitis)

Ontsteking in chorionplaat

 nee alleen neutrofielen in fibrine onder de choriaalplaat ((sub-)chorionitis) neutrofiële granulocyten in choriaalplaat (acute chorio-amnionitis)

Ontsteking choriale (foetale) vaten

 aanwezig afwezig

Rijping parenchym

 normaal achtergebleven toegenomen niet beoordeelbaar

Deciduale vasculopathie

 nee in de vliezen in de decidua basalis

Infarcten

 niet aanwezig aanwezig

Percentage uitval door infarcten

 <5% 5-10% 10-30% >30%

Tekenen van diffuse ischemie

 nee ja

Avasculaire vlokken

 geen avasculaire vlokken 1 focus van avasculaire vlokken meer dan 1 focus van avasculaire vlokken

Trombi

 geen trombi in de foetale circulatie 1 trombus in choriaalplaat vat of foetaal vat in grote stamvlokken > 1 trombus in choriaalplaat vat of foetaal vat in grote stamvlokken

Chronische villitis van onbekende etiologie

 geen multifocaal diffuus focaal patchy

PV

Conclusie

Informatie

Avasculaire vlokken / foetale trombose.

Foetale trombose is herkenbaar als afsluitende of wandstandige trombi in foetale vaten in de navelstreng, choriaalplaat of in de stamvlokken.

Bij afsluitende trombi worden de door deze vaten doorbloede vlokken fibrotisch waarbij de vaten ook fibroseren en op den duur zelfs verdwijnen.

Deze groepen vlokken zijn macroscopisch herkenbaar als wigvormige bleke gebieden.

Histologisch zijn deze afwijkingen vergelijkbaar met de afwijkingen die bij een langer bestaande IUVD kunnen worden aangetroffen.

Meer dan 1 focus van avasculaire vlokken, hierbij moeten er >45 avasculaire vlokken aanwezig zijn in 3 glaasjes of gemiddeld >15 vlokken per glaasje. Trombi zijn niet noodzakelijk.





Opslaan Annuleren Versturen Feedback Controle

Rapport Nummer Patient Naam

Patient Nummer:

Geslacht:

Geboorte Datum:

protocolversie 7

Placenta

- Macro
- Micro
- Aanvulling

Microscopie

Ontsteking in navelstreng nee ja

Ontsteking in vliezen nee
 neutrofiële granulocyten in chorion ((sub-)chorionitis)
 neutrofiële granulocyten in amnion (acute chorio-amnionitis)

Ontsteking in chorionplaat nee
 alleen neutrofielen in fibrine onder de choriaalplaat ((sub-)chorionitis)
 neutrofiële granulocyten in choriaalplaat (acute chorio-amnionitis)

Ontsteking choriale (foetale) vaten aanwezig afwezig

Rijping parenchym normaal achtergebleven
 toegenomen niet beoordeelbaar

Deciduale vasculopathie nee in de vliezen in de decidua basalis

Infarcten niet aanwezig aanwezig

Percentage uitval door infarcten <5% 5-10% 10-30% >30%

Tekenen van diffuse ischemie nee ja

Avasculaire vlokken geen avasculaire vlokken
 1 focus van avasculaire vlokken
 meer dan 1 focus van avasculaire vlokken

Trombi geen trombi in de foetale circulatie
 1 trombus in choriaalplaat vat of foetaal vat in grote stamvlokken
 > 1 trombus in choriaalplaat vat of foetaal vat in grote stamvlokken

Chronische villitis van onbekende etiologie geen multifocaal diffuus
 focaal patchy

Overige villitis acute villitis villitis door specifieke verwekker geen anders

Intervillositis geen massive chronic histiocytic intervillositis acute intervillositis

Perivilleus fibrine normaal toegenomen massive perivillous fibrin deposition

PV Conclusie Informatie

Conclusie
 Placenta: AD 37+0.
 Gewicht te laag 320 gram; <P10.
 Collingsindex te hoog, 0.31; diameter navelstreng: 1,00 cm, diameter te dun bij zwangerschapsduur.
 Aspect maternale zijde / deciduale zijde normaal.
 Rijping parenchym toegenomen.
 Er zijn tekenen van diffuse ischemie/infarcten <5%.
 Er zijn tekenen van foetale vasculaire onderperfusie: geen trombi in de foetale circulatie **low grade fetal vascular malperfusion**

Diagnoseregels(s)
 placenta*geboorte*systeem*hypoplasie*placenta niet passend bij termijn*infarct*ischemie



Overige villitis acute villitis villitis door specifieke verwekker geen anders

Villitis door

Intervillositis geen massive chronic histiocytic intervillositis acute intervillositis

Perivilleus fibrine normaal toegenomen massive perivillous fibrin deposition

Overige afwijkingen

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> meconiumhoudende macrofagen | <input type="checkbox"/> hydrops/oedeem | <input type="checkbox"/> chorangiose |
| <input type="checkbox"/> hemosiderofagen | <input type="checkbox"/> chronische deciduitis | <input type="checkbox"/> intervillieuze bloeding |
| <input type="checkbox"/> toename van kernhoudende erythrocyten | <input type="checkbox"/> eosinofiele/T-cel vasculitis | <input type="checkbox"/> vasculaire malformaties |
| | | <input type="checkbox"/> subtrofoblastaire inclusies in de vlokken |

Microscopy in the synoptic placenta protocol (2)

- **Microscopy**

- Extra reminder to look at maturation of parenchyma (with extra information what to look for)
- Helps define the severity of fetal vascular malperfusion
- Helps grading villitis of unknown etiology
- Automatically formulation of type of chorioamnionitis based on entered features

- **Conclusion**

Conclusions in the synoptic placenta protocol

- What you see, is what you'll get:



The screenshot shows a digital report interface with three tabs: 'PV', 'Conclusie', and 'Informatie'. The 'Conclusie' tab is active. The text under this tab reads: 'Conclusie Complete placenta aangeleverd. AD bij partus 37+4 weken. Nettogewicht te laag 373 gram (<P10). Coilingindex navelstreng te hoog, 0,35; ; diameter navelstreng: 1,00 cm, diameter te dun bij zwangerschapsduur. Aspect maternale zijde / deciduale zijde: kalkspatten en Wat grijs van kleur. Er zijn tekenen van diffuse ischemie; infarcten <5% van het placenta volume innemend.' Below this, under the heading 'Diagnoseregel(s)', is the text 'placenta*geboorte*systeem*hypoplasie*infarct*ischemie'.

Conclusion

Complete placenta, GA 37+4 weeks

Netto weight too low 373 (<p10)

Coilingindex umbilical cord too high, 0,35; diameter umbilical cord: 1,00 cm, diameter too thin for gestational age

Maternal/decidual aspect: calcifications and Somewhat greyish.

There are signs of diffuse ischemia; infarctions <5% of placental volume

Maternal vascular malperfusion

Conclusions in the current synoptic protocol

- Conclusion
 - “All abnormalities are equal”
 - Combination of abnormalities are listed
- Be ware, it is:
 - a list of features and abnormalities
 - not complete in the interpretation of all features together
 - not complete in relating the macroscopic and histological features to the clinical information
- Therefore: **Additional information / interpretation might still be needed to finalize your synoptic report an transform in to an actual *usable* clinical report.**

What to expect from the synoptic placental report

- Extra information is given on individual items (how to interpretate , grade or recognize features) in the ‘info-dots’
- It is not a replacement of knowledge, it’s a helpful *tool*

In summary: the synoptic placenta protocol

- Keep on thinking. It is a tool, not a replacement of knowledge.
- What you see, is what you'll get
- Placenta \neq oncology
- Conclusion \neq summary of features
- Make an interpretation to complete your conclusion
- Create a feedback-loop with a Synoptic Reporting Committee.

Literature

- **The effects of implementing synoptic pathology reporting in cancer diagnosis: a systematic review.** – Sluijter CE, van Lonkhuijzen LR et al, *Virchows Arch.* 2016 Jun;468(6):639-49. doi: 10.1007/s00428-016-1935-8. Epub 2016 Apr 21.
- **Sampling and Definitions of Placental Lesions: Amsterdam Placental Workshop Group Consensus Statement.** – Khong TY, Mooney EE et al, *Arch Pathol Lab Med.* 2016 Jul;140(7):698-713. doi: 10.5858/arpa.2015-0225-CC. Epub 2016 May 25.



www.paedpath.org



soffoet.fr



www.wkpll.nl

