

**DCCG´s patologigruppe**  
**Tid: Møde onsdag d.4.november 2015**  
**Sted: Sygehus Lillebælt, Vejle, mødelokale**  
**”Underhuset” Bygn. H1 (Administrationen),**  
**kælderen**  
**kl. 10:00-16:00**

Dagsorden

1. Valg af ordstyrer og referent
2. Orientering fra
  - a. DCCG´s bestyrelse (RH)
  - b. Databasen/ Årsrapport 2014 (PI)
  - c. Status på automatisk overførsel til databasen per 2016 (PI)
  - d. status for anvendelsen af skemaet
3. Screening – hvordan går det ?
4. Indførsel af klinisk TNM (PI)
5. Revision af retningslinjer (GW)
  - a. Tumor budding (TP)
  - b. Perforation (GW)
  - c. Alle de andre skal tjekkes efter – opgavefordeling – tænk gerne over hvad I vil byde ind på.
6. Multidisciplinære retningslinjer i DCCG – hvordan griber patologigruppen dette an
  - a. Aktuelt: high risk faktorer
7. RAS-undersøgelser i Region H, (GW)
8. Uddannelsesiltag
  - a. Udd.udv. DPAS ? polypper, har nogen hørt noget ?
  - b. Analyseportal
9. Valg af Formand for gruppen (RH er nyt ordinært medlem af DCCG, og ønsker at opgaven går videre)
10. Næste møde: Ved DCCG's repræsentantskabsmøde fred. 18.3.16 i Vejle (gruppemøde formentlig fra kl. 9:30-10:30)
11. Evt.

**Referat:**

*Tilstede:*

*RegionSyddanmark: Jan Lindebjerg (Vejle), Rikke Hagemann-Madsen (Vejle), Raimundas Meskauskas (Sønderborg),*

*RegionMidtjylland: Bente Barstad (Holstebro), Katrine Stribolt (Aarhus), Søren Krag (Aarhus), Jens J Christiansen (Randers)*

*RegionSjælland: Mads Warnecke (Roskilde)*

*RegionHovedstaden: Marianne Bøgevang Jensen (Hvidovre), Tine Plato Hansen (Hvidovre), Jill L. Langhoff (Herlev), Peter Ingeholm (Herlev), Gro Willemoie (Riget)*

*RegionNordjylland: Lars Jørgensen (Vendsyssel)*

*Afbud: Sønke Detlefsen, Pia Clark, Peter Engel, Gunvor Madsen (Odense), Eleftheria Katsamagkou (Vendsyssel), Mikkel Eld (Ålborg). YL-repr. Sanne Kjær-Frifeldt (har muligvis ikke fået mail ?)*

## 1) Valg af ordstyrer og referent

- a) Ordstyrer Rikke Hagemann
- b) Referent Katrine Stribolt

## 2) Orientering fra

### a) DCCG's bestyrelse (RH)

- Rikke Hagemann-Madsen er blevet valgt af DPAS's bestyrelse som DPAS' repræsentant i DCCG.
- Der er et stort ønske i DCCG om at retningslinierne skal laves multidisciplinært. Der er dog ikke nogen klar måde beskrevet, hvordan dette tænkes gennemført rent praktisk.
- DCCG skal have ny web side, hvor de forskellige udvalg/undergrupper forhåbentlig får sine egne undersider. F.eks. skal mødereferater være tilgængelige her.
- DCCG er i gang med at nedsætte flere multidisciplinære arbejdsgrupper (minimum en repræsentant fra alle specialer), mhp at få lavet retningslinjer, bl.a. for de tidlige T1-cancere.
- Videnskabeligt udvalg (JL): Ismail Gögenur er formand. Patologer i udvalget: JL, PI, TP, Sanne Kjær Frifeldt og Louise Klarskov.
  - Ad projekter nævnes: NoRad projektet: Rectumcancere (kemo versus kemo-rad). Nationalt projekt som vil indeholde en del underprojekter, man vil kunne byde ind på.
  - StarTrek og watchfull waiting(ww2), begge for rektumcancere. StarTrek er ikke oppe at køre endnu.WW2 er i gang.

### b) Databasen/Årsrapport 2014 (PI)

- Årsrapporten 2014: Patologi-indikatoren er ekstramural veneinvasion, for ikke-screenede patienter - desværre fortsat stor spredning på graden af opfyldelse. Alle opfordres til at følge guidelinen.
- Ifølge RKKP's retningslinjer, skal indikatorer skiftes ud, hvis afdelingerne overholder/opfylder dem over længere tid (år), der er vi ikke endnu. I marts 2016 er der møde i databasens styregruppe (PI er formand og RH DPAS' medlem), hvor bl.a. indikatorerne tages op - meld gerne ind på mulige indikatorer. Vigtig at gøre sig klart hvad det er vi gerne vil måles på. Vi vil gerne have indikatorer, der er klinisk relevant/har en konsekvens og samtidig kan føre til optimering af kvaliteten.
- Mikroradikaliteten skal vurderes hver gang. Vigtigt at tydeliggøre om der er tale om en afstand målt fra primærtumor (indekstumor) eller tumordeposit. Der er aktuelt en stor spredning fra afdeling til afdeling og region til region. Hvis det elektroniske CGI-skema anvendes, vil man automatisk altid blive tvunget til at tage stilling hertil.

### c) Status på automatisk overførelse.(PI)

- Pr 1.1.16 skal vi efter planen ikke længere manuelt taste ind i KMS-databasen mere. NB: Alle diagnosticerede 2015-patienter skal fortsat testes ind manuelt (dvs. svardato på biopsi i Patobank til og med 31.12.15 eller akut operationsdato (uden biopsiverificeret cancer) før 1.1.16). Der skal laves et nyt patologidatasæt og nyt fejl og mangel registreringssystem.
- Der kommer en lille ændring til KMS: se nyhedsbrev - man kan nu angive at der er tale om en biopsi, så man senere kan undgå at udfylde et retteskema.

#### d) Status for anvendelse af det elektroniske CGI-skema (PI)

- PI er ved at lægge sidste hånd på en (minimums) kodevejledning. Kodevejledningen hænger sammen med revidering af skemaet, og de to skal matche hinanden, således at hvis man vælger ikke at gøre brug af det elektroniske CGI-skema, vil kravet til kodningen stadig være den samme og dermed ensartet landet over.

### 3. Screening.

- Styregruppen for Tarmkræftscreeningsdatabasen (heri er patologien repræsenteret ved ovl. Dorte Linnemann (Herlev)) er i gang med en at færdiggøre 1.årsrapport. Det forlyder, at der ikke SNOMED-kodes stringent efter de angivne retningslinjer, fx mht. polyp-/ adenomdiameter (hvis polyp-modulet ikke er indført i patologisystemet, kommer der ikke advarsel op om "glemte" koder).
- OBS: Der er IKKE patolog med i Den tværregionale følgegruppe for screening for tyk- og endetarmskræft (til trods for, at DL har gjort i hærdigt opmærksom herpå). Det er her de overordnede beslutninger træffes.
- P-koden (P01601) for screeningskoden er relevant for os selv (afdelingsvis) mht. søgning og økonomi! - Styregruppen for Tarmkræftscreeningsdatabasen trækker deltagerne ud, ud fra IAM (invitations- og administrationsmodulet).
- Det viser sig, at der er forskellig opfattelse og brug af P-koderne for procedure-relaterede kodning (f.eks. P306x5 polypektomi): Hvad er kravene for at en vævsdel er en biopsi vs polypektomi vs piecemeal? Definitionen af de enkelte metoder er ikke helt klare og tolkes forskelligt fra afdeling til afdeling. Der besluttet at oprette en mindre gruppe der skal se på dette og følgende revidere patologiretningslinjerne mhp korrekt procedure P-koder. Dorte Linnemann ønskes med i denne gruppe og PI og Søren Krag melder sig ligeledes.

### 4. Indførsel af klinisk TNM.

Vedhæftet til dagsorden

- TNM-retningslinje (multidisciplinær retn.linje fra DCCG) er nu i høring. Der er ikke ændret så meget i pTNM, men som noget nyt er cTNM med. Man ønsker en registrering af TNM på diagnosetidspunktet, altså den TNM der initierer behandlingen.
- cTNM bør skrives ind i et hvert MDT notat.

### 5. Revision af retningslinier (GW)

Se nedenstående .ppt kopier

- Retningslinierne skal være revideret pr 1/1-16 – allersenest 18.3.16.
- **Mikroradikalitet** og **perforation** er efter mødet nu endelig revideret. RH finder ud af, hvordan de kommer videre i DCCG's regi. [sendes til Jim, (webredaktør), som sætter dem på hjemmesiden mhp høring i DCCG's regi]

#### a) Tumorbudding (TP)

- Kort præsentation v TP og efterfølgende rettes vejledningen til i plenum.

- Rekommandationen bliver; at alle lokalresektater og alle resektater (stadium I og II) bør undersøges for tumor budding jf. metoden beskrevet af TP (se nedenfor), idet parameteren indgår som en selvstændig parameter ved vurderingen af indikationen for tarmresektion efter polypektomi (adenokarcinom i polyp) og ved vurdering af indikation for evt. adjuverende behandling. Mht. biopsier fra rectumcancere og resektater fra øvrige stadier kan man vælge at undersøge for tumor budding, idet parameteren endnu ikke indgår som en selvstændig parameter ved vurdering af indikation for evt. neoadjuverende behandling.
- Metode: Aktuelt udvælger man en tumorblok med den invasive front, til bredspektret cytokeratin farvning ud fra sine HE snit. (Herlev er ved at undersøge forskellen på at udvælge en blok i udskæringen og et snit valgt ved mikroskopi). På resektater tæller man 10 hot spot områder (i lokalresektater 1 hot spot område) det samlede eksakte antal af tumor buds (positiv IHC OG synlig kerne).
- Hvordan fundet rapporteres endeligt var der tvivl om, da der opstod tvivl om hvordan det skal refereres mht. enten Cut-off værdi/kontinuerlig skala, da tolkningen af den viste skala blev uklar. TP følger snarest op på dette.
- Hvidovre får besøg af artiklens forfatter sidst i november. Hvorvidt vi må/ skal bruge illustrationer afklarer TP også.

### c) Andre retningslinjer:

- Alle opgaver uddelegeres se nedenfor.

# DCCG Guidelines

## Patologi - revision

### Titel

- Indledning, stadieinddeling, klassifikation  
[http://www.dccg.dk/retningslinjer/2012\\_pat\\_indl.pdf](http://www.dccg.dk/retningslinjer/2012_pat_indl.pdf)
- Colon og rectumpræparater (Makroskopisk undersøgelse)
- [http://www.dccg.dk/retningslinjer/2012\\_pat\\_makro.pdf](http://www.dccg.dk/retningslinjer/2012_pat_makro.pdf)
- Faktorer som definerer high risk st.II (OBS multidisciplinær er på vej)
  - Differentieringsgrad  
[http://www.dccg.dk/retningslinjer/2012\\_pat\\_differeivering.pdf](http://www.dccg.dk/retningslinjer/2012_pat_differeivering.pdf)
  - Perineural invasion  
[http://www.dccg.dk/retningslinjer/2012\\_pat\\_perineural.pdf](http://www.dccg.dk/retningslinjer/2012_pat_perineural.pdf)
  - Veneinvasion  
[http://www.dccg.dk/retningslinjer/2012\\_pat\\_veneinvasion.pdf](http://www.dccg.dk/retningslinjer/2012_pat_veneinvasion.pdf)
  - Tumorperforation TJEK
  - Peritoneal gennemvækst  
[http://www.dccg.dk/retningslinjer/2012\\_pat\\_perit\\_gnvækst.pdf](http://www.dccg.dk/retningslinjer/2012_pat_perit_gnvækst.pdf)
  - Mikroskopisk radikalitet TJEK
  - Andre ?

### Hvem (var) /er ansvarlig

- (JLI) JLI og PI (hvad overlapper TNM-multidisc. GL)
- (PI og RH) PI og RH
- Faktorer som definerer high risk st.II [RH] (OBS multidisciplinær er på vej) – fjern over-overskrift
  - (JLI) JLI og GW–se TNMkapitel, resp. MMR /neuroendok.
  - (JLL) JLL
  - (JLI) JLI og PI
  - (BB) /GW FÆRDIG
  - (PI) PI
  - (KS) /KS FÆRDIG
  - Andre NEJ

# DCCG Guidelines

## Patologi - revision

### Titel

- Andre prognostiske faktorer
  - Tumorbudding **TJEK**
  - Mismatchrepair proteiner  
[http://www.dccg.dk/retningslinjer/2012\\_pat\\_MMR.pdf](http://www.dccg.dk/retningslinjer/2012_pat_MMR.pdf)
  - Invasionsdybde under t.m.  
[http://www.dccg.dk/retningslinjer/2012\\_pat\\_invasionsdybde.pdf](http://www.dccg.dk/retningslinjer/2012_pat_invasionsdybde.pdf)
  - Lymfeknuder og satellitter  
[http://www.dccg.dk/retningslinjer/2012\\_pat\\_lymfeknuder.pdf](http://www.dccg.dk/retningslinjer/2012_pat_lymfeknuder.pdf)
  - **K-RAS mutation (TJEK)**
  - Lokalresektater, adenokarcinom i polyp  
[http://www.dccg.dk/retningslinjer/2012\\_pat\\_lokalres.pdf](http://www.dccg.dk/retningslinjer/2012_pat_lokalres.pdf)

### Hvem er ansvarlig

- Andre prognostiske faktorer
  - **(BB) / TP (skala tolkning)**
  - (JLI) LK (inkl. MSI)
  - (KS) SK og KS (imaginær T3)
  - (PI) PI
  - **(JLL) / LK ? (udvælgelse af egnet væv anbef. %satser etc)**
  - (PI) PI og RH (obs multidisciplinær arb.gr. I DCCG)

## DCCG Guidelines

### Patologi - revision

#### Nye

- TNM (Multidisciplinær)/ stadie

#### Hvem er ansvarlig

- PI (RH OG LI)

- Revisionerne skal så vidt muligt være færdige til 1/12-15, hvor de sendes rundt i patologigruppen til høring.
- NB:
  - Differentieringsgrad forsøges lagt ind under TNM-klassifikationsafsnittet
  - MMR afsnittet skal kobles sammen med RAS (gerne ved Louise Klarskov, Herlev) PI spørger LK.
  - RAS-vejledningen skal med i de patologisk retningslinjer og ikke kun i de onkologiske retningslinier. Vigtig mht. udvælgelse af væv og % angivelse. LK har skrevet en vejledning i regi af UMP (udvalg for molekylærpatologi, DPAS).
  - Retningslinje for lokalresektater/ early cancers: Multidisciplinært samarbejde under DCCG, afventer udmelding herfra, jvf 2.b.

## 6. Multidisciplinære retningslinier i DCCG

- Retningslinier skal skrives på tværs af specialerne. Aktuelt arbejder DCCG også med at nedsætte en multidisciplinær arbejdsgruppe for high risk faktorer, og, som tidligere nævnt, bl.a. en arbejdsgruppe for tidlige/ (early) T1 cancere. Der er ikke kommet yderligere oplysninger herom og vi afventer nærmere info fra DCCG.
- Aftalte, at når 'buddet' kommer fra DCCG's bestyrelse, så sendes det, via patologigruppens formand (MBJ) rund til alle gruppens medlemmer, som kan byde ind, så opgaverne bliver mest muligt delt og baseret på højeste faglige kunnen.

## 7. RAS undersøgelse i region H

- I DCCG's bestyrelse er der tidligere nedsat et udvalg m onkologer, der skal se på relevansen af at lave RAS up front. Afventer fortsat udmelding herfra GW følger op på emnet – hun skulle være patolog-deltageren.
- Hvidovre, sammen med Rigshospitalet og Herlev sammenligner aktuelt resultaterne af RAS-analyse lavet på biopsimateriale og RAS på resektater fra samme patienter. Der er resultater som overrasker, f.eks. har der været patienter med Wildtype RAS, der efterfølgende bliver til muteret RAS og vice versa!

## 8. Uddannelsestiltag.

- Den tidligere planlagte workshop i DPAS-regi med Neil Shepherd (UK) bl.a. vedr. screeningspolypper bliver desværre ikke umiddelbart aktuelt, da N. Shepherd først har tid i kalenderen i 2020.
- Skal vi selv lave endnu en polyp workshop? Vi kan sende billederne (GW) ud igen? JJC (og Mikkel Eld, Ålborg) undersøger mulighederne for at få Mogens Vyberg og meget gerne Emilia Torlakovic til at holde en workshop – i forbindelse med/ forlængelse af efterårsmødet i denne gruppe 2016. Finansieringen kunne måske komme fra DPAS' uddannelsesudvalg. Udbydes som et generelt kursus for interesserede, men forventes dog primært at komme til at bestå af GIpatologer + YL'er.
- Workshop mht. vurdering af resektionsplaner er også en mulighed. Man kunne overveje et sommermøde med workshop om vurdering af resektionsplaner på resektater, evt. på Herlev? Målgruppe: speciallæger m interesse for kolorektal patologi. PI/ JLL vil se på mulighederne af at bruge sektionstuen på Herlev. Enedes om, at vi vil stille mod, at gøre det til en fælles dansk 'konsensus' undervisning.

## 9. Valg af formand for gruppen.

- Rikke er nyt ordinært medlem af DCCG og vil derfor nu gerne give kasketten videre. Som formand for grupper er man automatisk ad hoc medlem af DCCG's bestyrelse og kommer med til 2 møder om året (uden stemmeret).
- Marianne Bøgevang Jensen, Hvidovre, opfordres og vælges med applaus til ny formand for gruppen ☺. RH giver DCCG's formand Lene Iversen besked.

## **10. Næste møde (r):**

- Ved DCCG's repræsentantskabsmøde 18. marts 2016 (Vejle)
- Efterårsmødet bliver i Ålborg 2016, Mikkel Eld har accepteret at arrangere dette. Arbejdsgruppemødet kunne kombineres med workshoppen om polypper (se ovenstående).

## **11 Evt:**

- Analyseportalundervisning. Undervisning v PI – ca. 3 timer. Vil gerne undervise så mange som muligt på én gang. RH kigger på muligheden for en samlet undervisning for Jylland.

7. November 2015 /KSTR/RHHM 151109