

Vejledning til DCCG's KMS-skema 2018

Basisskema

Punkt 1. - 2. Cancertype

Patienter med tyk- og endetarmskræft skal registreres i databasen. Endetarmskræft defineres som en cancer med anale rand lokaliseret inden for 15 cm over ydre analåbning bedømt ved rektoskopi med stift skop.

Hvis patienter har flere tumorer i tyk- eller endetarmen, registreres den "væsentligste" cancertype. Typisk har rektumcancer "højere" prioritet end koloncancer, men ved vurderingen af hvilken tumor der er den væsentligste, skal man tage pT- og pN-stadium med i betragtning. En pT4 tumor i kolon, er således "mere" væsentlig end en pT1 tumor i rektum. Dog vægtes N+ højere end T-stadium.

Følgende patienter skal registreres i databasen:

- Patienter med 1. gangs tilfælde af tyk- eller endetarmskræft efter 1.1.2001
- Patienter behandlet på et offentligt sygehus
- Patienter behandlet på en kirurgisk afdeling
- Patienter med dansk personnummer
- Patienter \geq 18 år gamle
- Patienter med adenokarcinom:
 - Adenokarcinom af glandulær type
 - Lavt differentieret adenokarcinom
 - Medullært karcinom
 - Udifferentieret karcinom
 - Mucinøst adenokarcinom
 - Signetringscelle karcinom

Punkt 2. Diagnosedato

Definition af diagnosedatoen er som følger:

Ved biopsiverificeret cancer

Ved biopsiverificeret forstås verifikation af adenokarcinom ved biopsi af enten en tumor i tyk- eller endetarmen eller fra en metastase.:

- Diagnosedatoen = dato for 1. biopsisvar (tilgængelig i Patobank).

Ved polypektomi med cancer

Hvis cancerdiagnosen stilles ved undersøgelse af et lokalresektat (polypektomi, mukosektomi, TEM)

afhænger diagnosedatoen af hvorvidt, lokalresektionen følges op af en tarmresektion.

- Hvis polypektomien efterfølges af resektion af det relevante tarmsegment inden for 120 dage, er diagnosedatoen = dato for 1. patologisvar.
- Hvis polypektomien ikke efterfølges af en resektion inden for 120 dage er diagnosedatoen = dato for polypektomi (= operationsdato).

Ved ikkebiopsiverificeret cancer

Omfatter også situationer med ikke-diagnostiske biopsier.:

- Ved en ikkediagnostisk biopsi (f.eks. en biopsi med high grade neoplasi) er diagnosedato = dato hvor patienten informeres om sin sygdom.
- Hvis operation (elektiv eller akut) er diagnosedatoen = operationsdato.
- Hvis ikke operation er diagnosedatoen = datoen hvor patienten informeres om sin sygdom

Punkt 3. Behandlingsbesluttende MDT konference afholdt

En MDT konference er en behandlingsbesluttende multidisciplinær team konference på diagnosetidspunktet og før den første behandling, med deltagelse af speciallæger fra følgende specialer: Kirurgi, onkologi, radiologi og patologi. En MDT konference er kun beslutningsdygtig, hvis alle specialer er repræsenteret. Angiv 'Ja' hvis der har været afholdt en behandlingsbesluttende MDT konference før den første behandling (se dog undtagelser nedenfor).

Ved polypektomi med fund af adenokarcinom, hvor der først afholdes behandlingsbesluttende MDT efter at patologisvaret foreligger, registreres 'Ja' til punkt 3. **Det er ikke et krav, at onkologer deltager i denne konference.**

Ved tilfældigt fund af cancer i en akut eller elektiv tarmresektion, hvor der først afholdes behandlingsbesluttende MDT efter at patologisvaret foreligger, registreres 'Ja' til punkt 3. **Alle specialer skal være repræsenteret.**

Punkt 4. Operation

Angiv 'Ja' hvis man primært beslutter sig for operation evt. forud gået af metastasebehandling og/eller neoadjuverende behandling eller downsizing/-staging. Hvis den primære beslutning ikke omfatter operation, skal en eventuel senere operation ikke registreres i databasen. **Angiv også 'Ja' hvis der "kun" er udført en lokalresektion, som også tæller som operation.**

Hvis der ikke er udført operation, udfyldes kun basisskemaet (side 1 og 2).

Hvis der er planlagt en operation, kan med krydse af i 'Ja' og afslutte den primære registrering. Den øvrige registrering kan afsluttes senere, når patienten er opereret. Ender det med, at patienten ikke opereres, ændres den primære registrering til 'Nej'.

Punkt 5. Hvis 'Nej' til operation, angiv årsag

Hvis der ikke er udført en operation angives årsagen til ingen operation. Der er følgende valgmuligheder:

- Patient afslag
- Dissemineret sygdom
- Komorbiditet
- Død
- Henvist til lokal stråleterapi
- Beslutning om nej til operation efter lokal stråleterapi
- Anden

Patientoplysninger**Punkt 6. – 9.**

Angiv patientens tobaks- og alkoholforbrug. Patientens aktuelle vægt angives i kg uden decimal. Patientens højde angives i cm uden decimal. Kendes den aktuelle højde og/eller vægt ikke, anføres '99' i felterne.

Punkt 10. Arvelighed

Angiv 'Ja' hvis en eller flere af patientens 1. grads slægtninge har eller har haft tyk- eller endetarmskræft. En 1. grads slægtning er en forælder, søskende eller et barn.

Performance**Punkt 11. ASA score**

- **ASA 1** rask (men med tarmkræft!)
- **ASA 2** let systemisk sygdom som ikke er aktivitetsbegrænsende
- **ASA 3** Svær systemisk sygdom som er aktivitetsbegrænsende
- **ASA 4** Livstruende svær systemisk sygdom
- **ASA 5** Døende patient som ikke forventes at overleve 24 med eller uden operation

Punkt 12. WHO performance status

- **Performance status 0:** Fuldt aktiv, ingen indskrænkninger.
- **Performance status 1:** Begrænset i fysisk krævende aktiviteter, men oppegående og kan klare ambulatoriebesøg, let husarbejde og kontorarbejde.
- **Performance status 2:** Oppegående og kan klare sig selv, men er ude af stand til at udføre noget som helst arbejde. Oppe og aktiv > 50% af dagtiden.
- **Performance status 3:** I stand til at udføre den nødvendige selvpleje, behov for hvile i seng eller siddende > 50% af dagtiden.
- **Performance status 4:** Behov for døgndækkende pleje, kan intet klare.

13. -14. Billeddiagnostik inden 1. behandling**Punkt 13. Billeddiagnostiske undersøgelser**

Punktet udfyldes på baggrund af resultaterne af de billeddiagnostiske undersøgelser på diagnosetidspunktet. Røntgenoversigt over abdomen som den eneste undersøgelse, eller CT scanning af abdomen **uden** kontrast, angives som 'Ingen' diagnostik. MR fundene efter neoadjuvant behandling registreres ikke i databasen.

Fund ved c. recti**Punkt 15. Afstand i cm fra ydre analåbning (målt med stift rektoskop)**

Skal kun angives ved c. recti. Afstand fra ydre analåbning målt med stift rektoskop. Afstanden angives i cm uden decimal. Angiv '99' hvis afstanden er ukendt.

Punkt 16. TRUS T-kategori

Skal kun angives ved c. recti og hvis der er udført TRUS. Er der ingen synlig tumor, angives dette.

Punkt 17. MR af bækkenet/rektum udført (før behandling)

Skal altid udfyldes ved c. recti. Svar 'Ja' hvis der er udført MR scanning mhp. tumorstaging på diagnosetidspunktet, før evt. neoadjuverende behandling.

Punkt 18. Afstand til tumor fra analåbning ved MR.

Angives i cm. Kendes afstanden ikke, anføres '99' i feltet.

Punkt 19. MR T-kategori

Anfør T-kategorien. Hvis der ikke ved MR kan erkendes synligt tumorvæv, anføres 'Ingen synlig tumor'. Hvis T-kategorien ikke fremgår af MR beskrivelsen, anføres 'Uoplyst'.

Punkt 20. Tumors maksimale nedvækstdybde

Anfør nedvækstdybden i mm. Nedvækstdybden er afstanden fra ydersiden af muscularis propria til det den dybeste ydre/profunde afgrænsning af tumoren, hvis denne er vokset igennem muscularis propria. Målet skal ikke angives ved T0, T1 eller T2.

Punkt 21. Mindste afstand fra tumor til den mesorektale fascie

Afstanden angives i mm. Det er afstanden fra tumor, hvor den er vokset igennem muscularis propria, til den mesorektale fascie. Er tumor ikke vokset igennem muscularis propria (T0, T1, T2) angives den mindste afstand fra tumor til fascien.

Klinisk TNM-klassifikation

Der henvises til DCCG.dk's retningslinje om tumorklassifikation mhp en detaljeret gennemgang af TNM-klassifikationen, og til hjælpeteksterne i selve KMS-skemaet.

Der er tale om registrering af den kliniske TNM-klassifikation på diagnosetidspunktet, det vil sige før behandling/operation. Eventuelle per- og/eller postoperative fund af dissemineret sygdom registreres i henholdsvis operationsskemaet og komplikationsregistreringsskemaet.

Den kliniske TNM-klassifikation bør indgå i dokumentationen af MDT konferencen.**Punkt 22. Klinisk T-kategori**

Angiv den kliniske T-kategori på diagnosetidspunktet. Den baseres på en samlet vurdering af de kliniske, endoskopiske, radiologiske og eventuelle patologiske fund.

Hvis man er i tvivl om kategorien, siger reglerne i TNM klassifikationen, at man skal vælge den nærmeste underliggende kategori. Er man f.eks. i tvivl om der er indvækst i bugvæggen (T4), vælges T3.

Foreligger der en situation, hvor der er fjernet en polyp med cancer, uden synlige forandringer ved en efterfølgende endoskopisk og billeddiagnostisk undersøgelse, er kategorien givet ved den patoanatomiske undersøgelse præparatet.

Hvis man ikke har kunnet påvise tumor ved de billeddiagnostiske undersøgelser ved en biopsiverificeret cancer, vælges udfaldet T1.

T0 kan kun anvendes ved biopsiverificeret dissemineret sygdom med sandsynligt udgangspunkt i kolon/rektum, hvor der ikke er tegn på en primær tumor i kolon/rektum

Punkt 23. Nedvækstdybde ved T3/T4 ved koloncancer

Angiv hvor dybt tumors nedvækstdybde er i forhold til tunica muscularis underside. Se forklaring til punkt 24 mhp. definitionen af nedvækstdybde.

Punkt 24. Klinisk N-kategori

Hvis man er i tvivl om stadiet, siger reglerne i TNM klassifikationen, at man skal vælge den nærmeste underliggende kategori. Er man i tvivl om der foreligger lymfeknudemetastaser, vælger man N0 og ikke Nx, som er forbeholdt til situationer, hvor den kliniske N-kategori ikke er vurderet/undersøgt.

Punkt 25. Klinisk M-kategori

Angiv om der er fundet metastaser på diagnosetidspunktet. I givet fald skal man angive lokaliseringen. Der kan sættes flere flueben.

Hvis man er i tvivl om kategorien, siger reglerne i TNM klassifikationen, at man skal vælge det næste underliggende stadium. Er man i tvivl om der foreligger dissemineret sygdom eller ej, vælger man derfor M0 og ikke M1. Beslutter man at supplere undersøgelserne mhp at af- eller bekræfte en mistanke om metastase, er M-kategorien M0 indtil det modsatte er bekræftet. Man skal ikke angive 'M-kategori ikke vurderet' indtil de supplerende undersøgelser er udført. Ser man et uspecifikt lungeinfiltrat på diagnosetidspunktet, som man vælger at kontrollere efter 3 måneder, foreligger der M0.

OBS! Er der foretaget polypektomi med uventet fund af adenokarcinom, registreres M-kategorien på basis af den efterfølgende billeddiagnostiske undersøgelse med henblik på stadieinddeling. TNM-klassifikationen er i denne kontekst klinisk.

Udfaldet 'M-kategori er ikke vurderet' er forbeholdt den situation, hvor der ikke er foretaget billeddiagnostiske staging af patientens tumor på diagnosetidspunktet.

Operationssskema

Punkt 26. Operationsdato

Angiv datoen hvor den primære tarmresektion, lokalresektion eller aflastende procedure er udført. Hvis en lokalresektion eller en aflastende procedure følges op med en supplerende tarmresektion, er det datoen for tarmresektionen der anføres, hvis denne tarmresektion er udført <180 dage efter diagnosedatoen. Er resektionen udført senere end dette, er det lokalresektionen, som registreres som den definitive kirurgiske behandling.

Punkt 27. -28. Charge af operatør og assistent

En specialistoperation er en operation hvor enten operatør eller assistent er certificeret kolorektalkirurg.

Punkt 29. - 30. Operatør og assistent

Identifikationsdata for den kirurg og assistent, der har foretaget operationen. Det er ikke obligatorisk at udfylde feltet, som i øvrigt udfyldes efter lokal praksis. Disse oplysninger er udelukkende til internt brug på de enkelte afdelinger. **Databasen udleverer eller anvender ikke disse data.**

Punkt 31. Prioritering

Der findes ingen officiel definition på akut og elektiv, og heller ikke databasens styregruppe har kunnet fastlægge en universel hensigtsmæssig definition. Det er derfor besluttet, at databasen kun accepterer en registrering af "akut" operation hvis operationsindikationen er mistanke om enten ileus, perforation, blødning eller andet og samtidig angives intentionen om indenfor hvilket tidsinterval operation skal udføres, punkt 48.

Punkt 32. Årsag til akut operation

Hvis prioriteringen er 'Akut', angives operationsindikationen, som mistanke om en af følgende:

- Ileus
- Perforation
- Blødning

- Andet
- Uoplyst

Før operationen

Punkt 33. Neoadjuverende behandling

Angiv hvilken præoperativ onkologisk behandling der er givet uanset behandlingssigtet.

34. Forny et billeddiagnostik efter neoadjuverende behandling?

Angiv om der efter neoadjuverende behandling, er udført fornyet billeddiagnostik, og hvilken konsekvens dette har haft.

Punkt 35. Præoperativ metastasebehandling

Angiv 'Ja' hvis der er udført metastasekirurgi eller fore eksempel RFA behandling, før operationen for tarmkræft. Angiv om der foreligger behandling i lunger, lever eller i andre organer (flere krydser).

Punkt 36. Præoperativ endoskopisk lokalresektion af polyp med adenokarcinom.

Angiv "Ja" hvis der mindre end 120 dage før tarmresektion, er foretaget en endoskopisk lokalresektion af en polyp med cancer. Er polypektomien foretaget mere end 120 dage før en eventuel tarmresektion, er det den primære endoskopiske procedure, som skal registreres som proceduren i databasen.

Punkt 37. Procedure før definitiv operation

Angiv om der er foretaget en aflastende procedure før den endelige operation. 'Stent' er stentanlæggelse som bridge-to-surgery. Stent som definitiv behandling anføres under punkt 51 (Procedure). Ved 'Damage control' forstås tidlig afslutning af operation hos ustabil patient, med planlagt definitiv procedure indenfor halve døgn jf. DCCG guidelines.

Punkt 38. – 39. Stentanlæggelse/forsøg på stentanlæggelse

Angiv antal anlagte eller forsøgt anlagte stents, ved separate endoskopiske procedurer, ved akut prioritering. Hvis der ikke er anlagt eller forsøgt anlagt en stent, angives '0'. Hvis der blot er endoskoperet mhp. stent, men ikke forsøgt anlæggelse af stent, angives, angives '1'. Angiv datoen for seneste stentanlæggelse/forsøg på anlæggelse af stent.

Tumors lokalisation

Punkt 40. Primær tumor lokaliseret i?

Skal kun angives hvis cancertypen er 'kolon'. Bemærk, at man ikke kan vælge appendiks, idet databasen ikke inkluderer patienter med primær appendixcancer.

Punkt 41. Synkrone tumorer.

Hvis der ud over indekstumoren også findes en eller flere synkrone cancere, angives 'Ja'. Hvis ikke angives 'Nej'.

Operativt sigte og adgang

Punkt 42. Operativt sigte

Kurativt sigte er med intentionen om makro- og mikroskopisk lokal radikal operation, og der skal foretages resektion i overensstemmelse med DCCGs minimumskrav (resektion af mesokolon svarende til D2).

Palliativ sigte, hvis intentionen ikke er kurativ.

'Compromised resection' er en intenderet onkologisk ikke-optimal resektion, det vil sige en resektion, som f.eks. pga. svær komorbiditet ikke lever op til DCCGs minimumskrav (resektion af mesocolon svarende til D2). Resektionen betragtes som radikal, idet alt tumorvæv vurderes resekeret, men der er efterladt væv fx makroskopisk normale lymfeknuder med risiko for metastasering, som man under andre forhold ville medtage i resektatet.

Punkt 43. Operativ adgang

Angiv hvilken operativ adgang der var den primært intenderede adgang. Ved endoskopisk adgang forstås traditionel endoskopisk adgang, dvs. endoskopi indført i tarmlumen.

Punkt 44. Primært intenderet adgang konverteret til?

Hvis operationen kunne gennemføres med den intenderede adgang, angives 'Ingen'. Hvis der er

konverteret, angives til hvilken adgang der blev konverteret til (flere krydser). Ved konvertering forstås udvidelse af incisionen for at færdiggøre den intraabdominale dissektion med åben teknik.

Punkt 45. Definitiv procedure

Hvis kirurgen har foretaget mere end en procedure, må man registrere den "vigtigste" onkologiske procedure.

Punkt 46. Begrundelse for kun lokalresektion

Hvis der kun er udført en endoskopisk lokalresektion af tumor, angives årsagen til, at man ikke har foretaget supplerende resektion af det tumor bærende tarmsegment.

Punkt 47. Operativt princip ved c. recti

Angiv om der er anvendt partiel mesorektal excision (PME) eller total mesorektal excision (TME) ved resektion af rectum ved c. recti.

Punkt 48. Peroperativ metastasebehandling

Angiv om der er udført peroperativ metastasebehandling og angiv eventuelt hvilken.

Punkt 49. Præoperativ udrensning

Angiv om der er anvendt præoperativ udrensning og i givet fald typen af udrensning.

Punkt 50. Præ- og intraoperativ antibiotika-profylakse

Angiv, hvis der dagen før operation og/eller umiddelbart før operation, er givet antibiotikaproylakse. Registreringen omhandler KUN antibiotika givet præ- og intraoperativt – uafhængig af om det evt. fortsætter postoperativt eller ej.

Stomi

Punkt 51. Stomi

Angiv om intentionen med stomianlæggelse ved aktuelle operation er midlertidig eller permanent, eller om der ikke er anlagt stomi.

Anastomosen

Punkt 52. Anastomose

Angiv om der er anlagt anastomose.

Punkt 53. Anastomoseteknik

Håndsyet

Anastomosen foretaget håndsyet hvis selve anastomoselinjen er håndsyet uafhængigt af metode, suturmateriale og orientering.

Staplet anastomose

Selve anastomoselinjen foretages med cirkulær, lineær og/eller tværstapler. Ved fx Barcelona kan indgangshullet evt. være håndsyet.

Anden

F.eks. kompressionsanastomoser eller magnetiske anastomoser.

Punkt 54. Anastomoseorientering

End-to-end

Anastomose hvor tarmkontinuiteten reetableres i tarmens longitudinelle retning svarende til resektionskanterne.

Side-to-end

Herved forstås en kolorektal anastomose (Baker anastomose), hvor orale tarmben blindlukkes. Selve anastomoseringen foretages mellem tarmvæggen (side) på det orale tarmben og rektalstumpen (end).

End-to-side

Almindeligvis forstås en ileo-kolisk anastomose, hvor kolon blindlukkes og ileums resektionskant (end) anastomoseres til sidevæggen på kolon (side).

Side-to-side

Herved forstås en isoperistaltisk side-to-side anastomose, hvor de 2 resektionskanter blindlukkes, eller en side-to-side anastomose ved bypass procedurer.

Funktionel end-to-end

Almindeligvis en staplet anastomose, "Barcelona", hvor de 2 tarmben lægges side mod side med modsatrettet peristaltik. Med en inverterende lineær stapler anastomoseres sidevæggene på de 2 tarmben. Tværdelen lukkes sædvanligvis med en everterende lineær stapler, men kan også håndsyes.

Pouch

Tildannelsen af en pouch f.eks. S- J- eller W-konfiguration samt transversel koloplastik.

Anden

Øvrige anastomose konfigurationer.

Punkt 55. Anastomose foretaget?

Angiv om anastomosen er foretaget intra- eller ekstrakorporalt.

Ved intrakorporal anastomose forstås en metode hvor alle delprocedurer foretages laparoskopisk uden at tarmen eksterioriseres. Dvs., tarmen og krøset mobiliseres, tarmen deles oralt og analt og

alle delprocedurer i anastomoseringen foretages uden brug af laparotomi. Hyppigst kan denne metode anvendes ved højresidig hemikolektomi, men også ved venstresidig side-to-side anastomose. Ved TaTME, hvor tarmen ekstraheres transanalt og anastomosen syes eller staples analt fra, betegnes anastomosen som intrakorporal.

Ved ekstrakorporal anastomose forstås alle øvrige anastomoser hvor laparotomi eller mini-laparotomi anvendes, f.eks. ved montering af staplerhoved ved cirkulært staplet anastomoser.

Supplerende resektioner

Punkt 56. Supplerende resektion

Angiv om der er foretaget supplerende resektioner og angiv i givet fald hvilke organer eller strukturer som det drejer sig om. Ved angivelse 'Ja' til supplerende resektion af det gastrokoliske ligament kræves det, at resektionen omfatter vasa gastroepiploicae.

Peroperative fund

Punkt 57. - 59. Perforation

Angiv om der er perforation af colon eller rectum. Hvis der er perforation, angives om der er perforation i det tumorbærende segment (+/- 10 cm fra tumor) eller i et ikke-tumorbærende segment. Er der både perforation i det tumorbærende segment og i et ikke-tumorbærende segment, angives det, at perforationen er i det tumorbærende segment.

Angiv også hvornår perforationen er opstået, og hvis er tale om tumorperforation, om perforationen er afkapslet eller til fri peritoneum.

Punkt 60. Peroperativt fund af metastatisk sygdom

Angiv 'Ja' hvis der peroperativt er fundet karcinose, levermetastaser eller metastaser andetsteds (flere krydser). Peroperativ histologisk verifikation ("frys") er ikke nødvendig.

Punkt 61. Lokal makroradikal operation

Angiv om man ved operationen har opnået lokal makroradikalitet dvs. har kunnet fjerne det tumorbærende tarmsegment uden at efterlade makroskopisk tumorvæv.

Punkt 62. Peroperativt blodtab

Angiv blodtabet i ml.

Karligaturer

Punkt 63. Karligaturer

Angiv hvilke kar der er ligerede ifølge figuren.

Intraoperative læsioner

Punkt 64. Intraoperative læsioner

Angiv om der opstod intraoperative læsioner og angiv i givet fald hvilke organer eller strukturer der blev læderet.

Postoperative komplikationer

Punkt 65.- 69. Kirurgisk komplikation ≤ 30 dage postoperativt

Angiv om der har været en behandlingskrævende postoperativ kirurgisk komplikation inden for 30 dage postoperativt, herunder også sårspaltning 'bedside'. Angiv også hvis der har været foretaget re-operation (laparoskopi eller laparotomi), på mistanke om komplikation uden at dette er befundet. Eventuelle andre efterfølgende komplikationer skal angives. Komplikationerne skal graderes am. Clavien (se definitioner i skemaet). Se i øvrigt

<http://www.surgicalcomplication.info/index.html>

De enkelte komplikationer der skal angives er:

- Blødning
- Fascieruptur
- Ileus
- Sårabsces: Reoperation for sårabsces omfatter også mindre procedurer som sårspaltning henholdsvis ultralydsvejledt drænage.
- Intraabdominal absces: Reoperation for intraabdominal absces omfatter også mindre procedurer som ultralydsvejledt drænage. Anastomoserelaterede abscesser skal rubriceres som anastomoselækage.
- Stomikomplikation: Kirurgisk komplikation relateret til stomi, f.eks. nekrose, iskæmi, separation, striktur, hvis det foranlediger kirurgisk behandling. Således skal stort stomioutput ikke registreres som stomikomplikation.
- Anastomoselækage: Lækage defineres som kommunikation mellem det intra- og ekstraluminale rum, udgående fra en defekt i anastomoselinien. Dette inkluderer defekter i stapler eller suturlinier fra neorektale reservoirs. En anastomoserelateret ansamling eller abscess SKAL også rubriceres som

anastomoselækage selvom kommunikation ikke kan/bliver fremstillet.

- Anden kirurgisk komplikation

Punkt 67. Gradering af anastomoselækage

Hvis der har været anastomoselækage, skal graderingen af denne foretages:

Type A: Anastomoselæk, som ikke kræver aktiv terapeutisk behandling.

Type B: Anastomoselæk, som kræver aktiv terapeutisk behandling, men ikke re-laparotomi eller re-laparoskopi

Type C: Anastomoselæk, som kræver re-laparotomi/re-laparoskopi

Aktiv terapeutisk behandling er enhver medicinsk, antibiotisk, endoskopisk eller kirurgisk intervention udført på indikationen anastomoselækage.

Punkt 68. Dato for anatomoselækage

Datoen er lig diagnosedato ved Grad A lækager, men er behandlingsdatoen for Grad B og C lækager.

Punkt 69. Hvis anastomoselækage, angiv konsekvens

Hvis der har været anastomoselækage, angiv om anastomosen er bevaret eller nedbrudt.

Punkt 70. -71 Medicinsk komplikation ≤ 30 dage postoperativt

Angiv om der har været en behandlingskrævende postoperativ medicinsk komplikation, og i givet fald hvilke, inden for 30 dage postoperativt. Komplikationerne skal graderes am. Clavien (se definitioner i skemaet)

Punkt 72. Er der under operation og/eller postoperativt tilkommet oplysninger, som gør patienten er i UICC stadium IV

Angiv 'Ja' hvis der under operationen eller i det postoperative forløb er fundet dissemineret sygdom (= UICC stadium IV). Fund af dissemineret sygdom efter 120 dage efter diagnosedatoen skal **ikke** registreres i databasen.