

Vejledning til DCCG's KMS-skema 2017

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.

Punkt 2. Årsag til ingen registrering

Hvis patienten ikke skal registreres i databasen, angives årsagen. Denne mulighed i skemaet er medtaget for at kunne ekskludere patienter, som er registreret med tarmkræft i Landspatient Registret.

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 3. Fundet ved screening i det nationale screeningsprogram

Angiv 'Ja' hvis patientens tarmkræft er fundet i forbindelse med det nationale screeningsprogram. Opportunistisk screening medregnes ikke. Definitionen på screeningsdetekteret tarmkræft er

ifølge Dansk Tarmkræftscreeningsdatabase (DTS) som følger:

- Borgeren skal have indsendt en afføringsprøve (positiv, negativ eller uegnet) inden for 3 måneder efter seneste invitation eller påmindelse
- Borgeren skal have en positiv afføringsprøve
- Borgeren skal være koloskoperet, sigmoideoskoperet eller ct-kolograferet (i LPR) inden for 2 måneder efter den positive prøve
- Cancer-diagnose-datoen (fra Patologi-registeret) skal være inden for 6 måneder efter positiv prøve.

Punkt 4. 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 5. Behandlingsbesluttende MDT konference afholdt

En MDT konference er en behandlingsbesluttende multidisciplinær 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 på diagnosetidspunktet og før den første behandling.

Ved polypektomi med cancer, hvor der først afholdes MDT efter biopsisvar foreligger, og hvor der på MDT besluttes, at polypektomi er definitiv behandling, registreres denne MDT, selvom den er foretaget efter behandling.

Punkt 6. Operation

Angiv 'Ja' hvis der er udført eller planlagt en operativ procedure jf. punkt 54. **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 7. 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

Punkt 8. Hvis 'Nej' til operation, henvist til onkologisk behandling?

Hvis patienten ikke er opereret, angives det om patienten er henvist til onkologisk afdeling.

Patientoplysninger

Punkt 9. – 12.

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 '999' i felterne.

Punkt 13. 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 14. 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 15. 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.

16. -17. Billeddiagnostik inden 1. behandling

Punkt 16. 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 18. Mobilitet af tumor (ved c. recti)

Skal kun angives ved c. recti. Er en klinisk vurdering af tumor.

Punkt 19. 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 20. TRUS T-stadium

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

Punkt 21. 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 22. Afstand til tumor fra analåbning ved MR.

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

Punkt 23. MR T-stadium

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

Punkt 24. 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 25. 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 behandlingsindikerende TNM-stadium

Der henvises til DCCG.dk's retningslinje om tumorklassifikation mhp en detaljeret gennemgang af TNM-klassifikationen.

Der er tale om registrering af det behandlingsindikerende kliniske TNM-stadium på diagnosetidspunktet. Ved akut operation med fund af cancer, er diagnosetidspunktet defineret ved operationsdatoen. Her kan det kliniske TNM ikke bestemmes. Eventuelle peroperative fund af dissemineret sygdom registreres i operationsskemaet, og tilsvarende registreres fund af dissemineret sygdom ved en efterfølgende billeddiagnostisk staging procedure, foretaget inden for 30 dage postoperativt, i punkt 83.

Ved sen registrering i KMS, det vil sige registrering > 30 dage postoperativt, skal eventuelle sene oplysninger om dissemineret sygdom, ikke registreres i basisskemaet. **Det kliniske TNM stadium må ikke ændres på baggrund af senere fund af dissemineret sygdom!**

Det kliniske TNM-stadium bør indgå i dokumentationen af MDT konferencen.

Punkt 26. Klinisk T-stadium

Angiv det kliniske T-stadium på diagnosetidspunktet. Det kliniske stadium baseres på en samlet vurdering af de kliniske, endoskopiske, radiologiske og eventuelt patologiske fund.

Hvis flere undersøgelser viser forskellige T-stadier, angives det "værste" stadium, som er det stadium, som den videre behandling baseres på.

Hvis man er i tvivl om stadiet, siger reglerne i TNM klassifikationen, at man skal vælge det nærmeste underliggende stadium. Er man f.eks. i tvivl om der er indvækst i bugvæggen (T4), vælges T-stadiet T3.

Foreligger der en situation, hvor der er fjernet en polyp med cancer, uden synlige forandringer ved en efterfølgende billeddiagnostisk undersøgelse, er stadiet givet ved den patoanatomiske undersøgelse af T-stadiet (pT-stadium). Hvis man ikke har kunnet

påvise tumor ved de billeddiagnostiske undersøgelser ved en biopsiverificeret cancer, vælges udfaldet T1.

Punkt 27. 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 28. Klinisk N-stadium

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

Punkt 29. Klinisk M-stadium

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 stadiet, 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 metastaser, er M-stadiet M0 indtil det modsatte er bekræftet. Man skal ikke angive Mx indtil de supplerende undersøgelser er udført. Ser man et uspecifikt lungeinfiltrat på diagnosetidspunktet, som man vælger at kontrollere efter 3 måneder, foreligger der M0.

Udfaldet 'Ukendt/uoplyst M-stadium' er forbeholdt den situation, hvor der ikke er foretaget billeddiagnostiske staging af patientens tumor på diagnosetidspunktet.

Operationsskema

Punkt 30. 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 <120 dage efter diagnosedatoen. Er resektionen udført senere end dette, er det lokalresektionen, som registreres som den definitive kirurgiske behandling.

Punkt 31. -32. Charge af operatør og assistent

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

Punkt 33. - 34. 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 35. 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 36. Årsag til akut operation

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

- Ileus
- Perforation
- Blødning
- Andet
- Uoplyst

Før operationen

Punkt 37. Neoadjuverende behandling

Angiv hvilken præoperativ onkologisk behandling der er givet uanset behandlingssigtet.

38. Fornyset billeddiagnostik efter neoadjuverende behandling?

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

Punkt 39. 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 40. Radikalitet af præoperativ metastasekirurgi

Hvis der er udført præoperativ metastasekirurgi, angiv radikaliteten af den samlede metastasekirurgi procedure. Hvis der er udført flere metastasektomier og ikke alle var mikro- eller makroradikale, er den samlede metastasekirurgi-procedure ikke radikal.

Punkt 41. 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 42. 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 43. - 44. 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

endoskopieret mhp. stent, men ikke forsøgt anlæggelse af stent, angives, angives '1'. Angiv datoen for seneste stentanlæggelse/forsøg på anlæggelse af stent.

Tumors lokalisation

Punkt 45. 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 46. 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 47. 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 reseceret, men der er efterladt væv fx makroskopisk normale lymfeknuder med risiko for metastasering, som man under andre forhold ville medtage i resektatet.

Punkt 48. Hvis 'Akut', angiv intention om operationen

Angiv intentionen af akut operation, dvs. operation ønsket udført:

- < 6 timer
- <36 timer
- Uoplyst

Punkt 49. 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 50. 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 51. Definitiv procedure

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

Punkt 52. Beslutning om lokalresektion som definitiv behandling

Angiv om en evt. beslutning om lokalbehandling som definitiv procedure, er baseret på en fælles MDT-konference eller ej.

Punkt 53. Begrundelse for lokalresektion som definitiv behandling

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

Punkt 54. 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 55. Type af rekonstruktion ved ELAPE

Angiv metoden ved rekonstruktion af perineum efter ischioanal- eller ekstralevatorisk APE.

Punkt 56. Peroperativ metastasebehandling

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

Stomi**Punkt 57. Stomi**

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

Anastomosen**Punkt 58. Anastomose**

Angiv om der er anlagt anastomose.

Punkt 59. AnastomoseteknikHåndsyet

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 60. AnastomoseorienteringEnd-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 61. 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 procedurer

Punkt 62. Peroperativ skylning af rectum (ved c. recti)

Er der ved c. recti og resektion af rectum foretaget peroperativ skylning af rectum efter afklemning af rectum analt for tumor (inden stapling analt for afklemning). Gælder ikke APE procedurerne.

Supplerende resektioner

Punkt 63. 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 64. - 66. 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 67. Tumor fiksatation

Angiv om der er tumorfiksatation og i givet fald om tumor kan fjernes eller ej.

Punkt 68. 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 69. Lokal makroradikal operation

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

Blodtab og blodtransfusion

Punkt 70. - 71. Peroperativ blodtransfusion og blodtab

Angiv om der er foretaget peroperativ blodtransfusion (under operationen), og angiv det peroperative blodtab.

Karligaturer

Punkt 72. Karligaturer

Angiv hvilke kar der er ligerede ifølge figuren.

Intraoperative læsioner

Punkt 73. Intraoperative læsioner

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

Postoperative komplikationer

Punkt 74.- 75. 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 76. 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 77. Dato for anatomoselækage

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

Punkt 78. Hvis anastomoselækage, angiv konsekvens

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

Punkt 79. -80 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 81. - 82. Henvist til postoperativ onkologisk behandling

Angiv om patienten efter operationen er henvist til en onkologisk afdeling mhp. supplerende behandling.

Hvis patienten ikke er henvist, angives årsagen. Med ingen klinisk indikation refereres til, at der er patienter som ifølge retningslinjerne ikke skal tilbydes onkologisk behandling postoperativt. Det drejer sig om patienter i UICC stadium I og stadium II uden højrisikofaktorer. Hvis patienter i UICC stadium II med højrisikofaktorer, UICC st. III eller IV ikke henvises, angives en af årsagerne: Død, patientafslag, komorbiditet eller anden årsag.

Punkt 83. 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 30 dage postoperativt skal ikke registreres i databasen.