

# DCCG 's patologigruppe

Tid: Møde onsdag d.27.maj 2015

Sted: Rigshospitalet, Teilumbygningen 4.sal, store konferencerum kl 10:30-16:00

## Dagsorden

1. Valg af ordstyrer og referent
2. Orientering fra
  - a. Bestyrelsen (PI, RH, GW)
  - b. Databasen (PI)
3. Status på CGI-elektronisk CRCskema (PI)
  - a. Hvilke koder skal skjules – se bilag
  - b. Erfaring med anvendelse af skemaet
  - c. Status på automatisk overførsel til databasen
4. Screening – hvordan går det ?
5. TNM – se bilag (PI)
6. Indkomne udkast til revision af retningslinjer, se bilag (GW, KS)
7. RAS-undersøgelser (i Region H), (GW)
8. Evt.

## Referat

### Tilstede:

#### *RegionSyddanmark:*

Filomena Barreto de Faria (Sønderborg), Katrine Urth (Esbjerg), Gunvor Madsen (Odense), Jan Lindebjerg (Vejle), Rikke Hagemann-Madsen (Vejle)

#### *RegionMidtjylland:*

Bente Barstad (Holstebro), Ida Holm (Randers), Katrine Stribolt (Århus), Mie Kristensen (Århus)

#### *RegionSjælland:*

Mads Warnicke (Roskilde),

#### *RegionHovedstaden:*

Birgitte Bols (Herlev), Louise Klarskov (Herlev), Anders Toksværd (Herlev), Peter Ingeholm (Herlev), Tine Plato (Hvidovre), Marianne Jensen (Hvidovre), Gro Willemoe (Rigshospitalet) og Anders Glenthøj (Rigshospitalet).

#### *RegionNordjylland:*

Ingen

Afbud: Mikkel Eld (Ålborg), Lars Jørgensen (Hjørring), Peter Rágó (Viborg)

- 1) Valg af ordstyrer og referent
  - a) Ordstyrer Rikke Hagemann
  - b) Referent Peter Ingeholm (backup Rikke Hagemann)
- 2) Orientering fra
  - a) Bestyrelsen (PI,RH,GW)
    - i) DCCG's bestyrelse vil genoplive og -aktivere forretningsudvalget (FU) – til at være mere proaktiv og retningsbestemmende. Peter Ingeholm sidder som Databasemanager og Gro Willemoe som patologrepræsentant.
    - ii) Videnskabeligt udvalgt (VU) har fået ny Formand – Ismail Gögenur (Roskilde) og der er kommet nye yngre kræfter ind, heriblandt patolog Louise Klarskov. VU skal fremadrettet gerne være mere

forskningsgenererende, frem for –kontrollerende. Der er stigende aktivitet i udleveringen af forskningstræk således at vi p.t. for 2015 har lavet ca.18 udtræk mod 2014's samlede ca. 20 udtræk. (Vi har overhalet DBCG's aktivitet).

- iii) Det årlige repræsentantskabsmøde, tidligere afholdt sammen med/som en session under Dansk Kirurgisk Selskabs Årsmøde fravælges, for fremover at styrke DCCG's egne profil. **Næste repræsentantskabsmøde bliver 18.3.16 i Vejle.** En multidisciplinær funderet arb.gr. er nedsat (heriblandt Rikke Hagemann) mhp form og indhold. Dette meddeles senere på året.
- b) Status fra Databasen (PI).
  - i) Atter har PI udført et kæmpe stykke arbejde for at få datakompletheden højest muligt op – En KÆMPE STOR TAK lyder fra gruppen. KMS-setup med fejl- og mangelrapporter er tungt. Flere forandringer i selve databasens indhold/ dokumentation etc (kirurgdatasættet) er på trapperne.
  - ii) Databasen har skiftet epidemiologisk støttefunktion til Competence Center Nord (placeret i Århus). Mens driften af databasen og herunder programmeringen hører under Competence Center Øst. Begge dele fungerer rigtig godt. Sammenfald af personer og Competence center for DCCG og Dansk Tarmkræftscreeningsdatabase (DTS) gør 'livet lettere'.
  - iii) **Offentliggørelsen af Årsrapporten for 2014** er blevet skubbet pga ovenstående udfordringer, og derfor klar til høring medio sept.2015 og endelig til offentliggørelse senere på **efteråret ca.1.10.15.**
  - iv) Nært forestående krav om afrapportering tidstro og med minimal forsinkelse til LedelsesInformationsSystemerne (LIS) i Regionerne, fordrer kontinuerlig indtastning i databasen.
  - v) Data for 2015 skal fortsat indtastes manuelt i KMS-databasen. Data fra 2016 kan forhåbentlig trækkes over fra Patobankens database automatiseret (se nedenstående pkt 5)

### 3) Status på CGI-elektronisk CRCskema (PI)

- a) Hvilke koder skal skjules – se bilag  
Diskussion af nødvendigheden og betimeligheden af at skjule nogle data på papirsvar, når de fulde svar ses ved elektronisk tilgang. Blandt de fremmødte er der flertal for, at koder som ønskes skjult, skal ske lokalt i eget CGI-system, og det opfordres til at det sker på basis af en drøftelse på den lokale MDT-konference. **OBS:** Vær opmærksom på, at undertrykkelse af koder, som andre organgrupper bruger, f.eks. tumordiameter som anvendes af mammapatologer, så heller ikke kommer med ud på svaret.

**Beslutning:** Undertrykkelse af koder på svar aftales lokalt.

- b) Erfaring med anvendelse af det elektroniske CGI-skema
  - i) Bordet rundt, var der tilfredshed med den hjælp til effektivisering og sikring af koder, som skemaet giver.
    - (1) I Århus har der været opstartsproblemer, som udsatte anvendelsen. (OPLYST senere: opstartet per 28.5.15).
    - (2) I Region Sjælland er der ligeledes IT-udfordringer, men der arbejdes på at løse det.
    - (3) En enkelt anke, som flere var stødt på, og som minimerede brugen af skemaet (Esbjerg), er manglende operationalitet ift skift mellem skærbillederne, når man er inde i hhv. CGI respektiv TGK respektiv elektronisk CGI-Skema. Forskellige arbejdsgange blev præsenteret, og muligheden af at have flere Patologisystemer (flere log in's) åbne på PC'en, var en af dem. Papirnotater og print af makro var andre.
  - ii) Det anbefales, at Peter – i denne implementeringsfase – fortsat samler erfaringerne mhp en revision/ opgradering. Til fremtidig brug/ udvikling af

skemaet ønskes muligheden af, at kunne registrere synkrone respektive metakrone cancere. (Og også gerne recidiver og biopsi-only). Patobankens repræsentantskab (v/ Rikke Hagemann) vil blive kontakte mhp muligheden heraf, dvs. videreudvikling og vedligeholdelse.

c) Status på automatisk overførsel af data til databasen

- i) PI har fået økonomi fra RKKP til at udvikle den del af systemet, som skal hente vores Patobank-koder direkte over i DCCG's database. Competence Center Øst skal stå for programmeringen og PI for 'hjerne-indholdet bagved'. Beskrivelsen af forhold hhv. programmeringen vil indledes hhv. efteråret 2015 respektivt primo 2016.
- ii) Overgang til anvendelse af centrale registerdata fra Patologiregistret, nødvendiggør en nyudvikling af databasens fejl- og mangelrapportering, som er en del af den programmering, som skal foregå primo 2016

4) Screening – hvordan går det.

a) Positive historier – vi har nok af polypper.

- i) Pilotrapporten udkommet i dag, sent ud til høring i midten af marts viste på 150 cases fra første 3 mnd. Viste bl.a. at hvor man brugte Rekvireringsmodulet med prompt'ede oplysninger fik patologerne de mest komplette rekvitioner. Der blev ikke søgt data i Patobanken, så indikatorer hvori dette indeholdes, er ikke udregnet. Deltagelsesprocenten var 58%, Positivraten 7% og 84% fik foretaget koloskopi/ CTKolografi. (Af de positive blev der udløst patologi i ca. 50% af tilfældene).
- ii) Fund af ca. 700 screeningscancere for 2014, og Ca 300 ekstra pga reklamer/ oplysningskampagner.
- iii) I alt for 2014 er der påvist ca. 5200 cancere mod 2014's ca. 4100.

b) Auditering af polypcancere – det foregår på 'god tone-basis', men er hæmmet de steder, hvor patologerne sidder alene. Auditering og konferering af diagnoser hæmmes desuden af svartids-krav, som er lige så stramme som for kræftpakker. Der opfordres til, men der er ikke stemning for at pålægge os selv krav om, konferering af pT1-tumorer, hvorimod det anbefales bordet rundt, at pseudoinvasion søges konfereret i videst muligt omfang. Aftaler om 'diagnostiske fællesskaber' kan befordre dette. Afrapportering af, om eller ej der er foretaget konferering blev løst vendt, men uden beslutning eller anbefaling. Vi afventer Styregruppen for Tarmkræftscreenings årsrapport ultimo 2015 og deres evt. anbefalinger (jf. EU-guidelines).

c) Spørgsmål vedr. rapportering af adenomrest i kant, hvis sværeste læsion er HGN mens adenomresten er LGN. Det skal rapporteres når der et sted i polyppen er påvist HGN uanset hvilken neoplasigrad adenomresten i kanten har.

d) Spørgsmål vedr. P-kode for tarmkræftscreeningspatient skal følge for evig tid, eller om det er nok på 'første patologikontakt'. De fleste ville kode første serie (f.eks. flere re-skopier). Det er kraftigt ønskeligt, at alle resektater og lokalresektater kodes med P-koden P01610, hvis det vides at de er screeningsfund af hensyn til datafangst.

5) TNM – se bilag

a) Diskussion af veneinvasions indflydelse på T-stadium

- i) **Deltagerne enedes om, at bibeholde nuværende tolkning af, at V-stadiet IKKE ændrer på T-stadiet**, og dermed bibeholdes muligheden af f.eks. pT2V1.
- ii) Onkologerne skal gøres opmærksom på den onkologiske konsekvens heraf jf. litteratur (JLI fremdrog artikel fra Cancer 2012 – rundsendes med referat-hvori det fremgår, at kun den ekstramurale veneinvasion er signifikant

relateret til både DFS og CSO (RR 2,??) mens LNpos har en tilsvarende RR på (3,??). Intramural og lymfekarspredning var ikke relateret.

- iii) Perivenøs vækst (igennem og/eller udenfor venevæggen) udløser som minimum (y)pT3.
- iv) **Peter vil ændre algoritmen bag skemaet, men indtil videre må man om nødvendigt justere kodningen manuelt.**
- v) Rikke opretter SNOMED-koder for 'ekstramural veneinvasion' (og reserverer en nabo-kode til 'Intramural veneinvasion' i tilfælde af at vi vil lave en opgørelse e.lign.) Den nye kode for ekstramural veneinvasion bliver herefter erstatningen for den eksisterende 'M09421 karinvasion påvist'. Ca. Tidshorisont; efteråret 2015.

b) Tumors dybdevækst

- i) For at tumor kan siges at vokse profund for tunica muscularis, skal den dybest liggende tumorcelle ligge profund for en imaginær linje (som hvis man lagde en elastik omkring tarmvæggen) langs tunica muscularis yderste begrænsning.
- ii) Er afstanden under muscularis 0 mm eller <1 mm, kan man p.t. ikke angive dette i kolorektalcancer skemaet. PI vil søge at få ændret dette, men indtil videre kan man justere kodningen manuelt og anvende koden ÆDM000.
- iii) Rikke Hagemann opretter SNOMED-kode for 'mindre end 1 mm dybdevækst', men indtil da, skal vi selv rette i beskrivelse og 'automatiske SNOMED-koder'.

6) Indkomne udkast til revision af retningslinjer, se bilag (GW, KS)

a) Tumorperforation (GW):

- i) Efter en grundig og til tider forvirrende diskussion blev, det af Gro udsendte skrift, vedtaget med rettelser. En del af forvirringen er formentlig baseret i (igen) over/-undersættelser af den engelsksprogede litteratur og unuanceret def. af tumorperforation i div. tidl. studier. Vi er med tiden siden dette spørgsmål først dukkede op i f.m. guidelineskrivning i 2011, blevet lidt klogere på, at der er forskel på det, som vi alle kender og rapporterer, som 'gennemvækst af peritoneum' (pT4b) versus perforation forstået, som 'et hul med kommunikation mellem lumen og overfladen'. Da det af de tilstedeværende opfattes som værende meget sjældent forekommende (kun ved traumatisk kirurgi), at der er andet end tumorceller i hullets væg frem til perforationens åbning på den peritoneale overflade, bibeholdes kodningen som værende pT4b, vel vidende, at vi går på kompromis med tanken om, at en parameter i TNM-systemet ikke kan 'tælle dobbelt' (jf. veneinvasion og T-stadiet). Således følges de engelske guidelines i denne sammenhæng. Derimod fastholdes den hidtidige kodning og opfattelse af, at en perforation via den ikke-peritonealiserede resektionsflade har det 'aktuelt påviste T-stadie', og samtidig opfattes som ikke-mikroradikal dvs. R1. Vi skelner således ikke mellem traumatisk vs. spontan perforation.
- ii) **Definitionen af tumorperforation** bliver fremover: Makroskopisk synligt/erkendbart hul med kommunikation mellem lumen og overfladen sv.t. selve indekstumor. Således *ændres* 'lokaliteten' fra tumorbærende skiver til kun at omfatte selve tumorområdet.
- iii) Opgørelse over tumorperforationer og de T-stadier der ville blive anført, såfremt tumorperforationen ikke er til stede, ville være ønskelig. Opgørelsen egner sig ikke til databaseundersøgelse, men ville evt. kunne gennemføres som et nationalt patoanatomisk projekt (Jan Lindebjerg, tovholder?). Peter kender til en snarlig publiceret dansk undersøgelse af data fra DCCG vedr. lokalisering af perforationer, som vi afventer før videre stillingtagen.

**iv) Det besluttes derfor at fastholde følgende grundprincipper:**

- (1) Tumorperforation gennem peritoneum angiver pT-stadium pT4b (TNM version 5)
- (2) Tumorperforation gennem en kirurgisk ikke-peritonealiseret resektionsflade påvirker ikke pT-stadium, men medfører per definition, at der ikke er mikroradikalitet/fri resektionsflade.

b) Mikroradikalitet (KS):

- i) Alle mål skal tages på det fikserede præparat. Mål, som makroskopisk er over en vis grænse, kan/ skal ikke verificeres mikroskopisk.
- ii) Vi adapterer UK2014 guidelines mhp. flere risikofund, som kan udløse revurdering og genudskæring af resektionsrande, hvis disse er mindre end 2 cm fra tumor. Dette fremgår af medsendte bilag.
- iii) Det specificeres, at det er afstanden mellem indekstumor og den ikke-peritonealiserede resektionsflade som rapporteres i DCCG, mens mikroradikaliteten samlet set er afhængig af, hvilken som helst tumorcelles afstand. Således kan man have 35 mm fra til den ikke-peritonealiserede resektionsflade (aht sammenligningen med MR-staging og valg af behandlingsstrategi) og samtidig være ikke-mikroradikal pga et tumordeposit med mindre end 1 mm's afstand.
- iv) **Beslutning:** Katrine Stribolt (KS) indfører rettelserne og sender til GW mhp ordinær høringsfase på DCCG's hjemmeside.

c) Tumorbudding (Tine Plato):

- i) Powerpoint præsentation (rundsendes?) et kort resume: Efter nyeste litteratur med metaanalyser og besøg hos A. Lugli i Bern er der nu evidens for, at reproducerbarheden af de kendte kriterier (1-4 celler ved x 200 forstørrelse) er god på HE og endda rigtig god (kappa 0.8) ved brug af IHC (pancytokeratin) til vurdering. Det er signifikant prognostika (mere end LNpos) for dødeligheden og prognosen for pT1-tumorer og UICC's Stage II, samt for biopsier mht præ-op beh.respons). På et HE-snit udvalgt efter 'største mistanke om positiv fund' farves med pancytokeratin og tælles (= rapporteres) antal af tumorbuds (cellerne skal have blå kerne førend positiv cytoplasmareaktion skal tælles som positiv) i den invasive fronts selvvalgte 10 HPF af hot-spot områder. Således uden cut off værdi.

**Beslutning:** Der var enighed bordet rundt om, at vi genoptager tumorbudding og anbefaler det konsekvent rapporteret for pT1 og UICC stage II. For de øvrige stadier er rapporteringen valgfri.

**ii) Definitioner og endelig guidelinetekst udfærdiges af TP. Deadline ?**

iii) Igangværende Ph.D skal yderligere belyse dette.

iv) A. Lugli kommer til Hvidovre i efteråret 2015.

d) Resektionskvalitetsvurderinger (RH):

- i) Gentagne forsøg på kontakt til Phil Quirke og Nick West har været frugtesløse. Der er endnu ikke 'styr på anatomien' i sphinkterregionen.
- ii) Nyt graderingssystem (opdateret for colon) er del af et Ph.D forløb i Århus, men har været vist i korte træk på mødet i Erlangen (maj 2015). Tavsheden fra UK, tolkes som, at vi endnu ikke må slippe de arbejdsplaner, der bruges til ph.D'en, ud. Men det forventes at ske snarest.
- iii) **Fremdrift:** Forhåbentlig mere om emnet til næste møde (RH).

7) RAS-analyser (IH, for Jens J Christiansen (Randers)) og GW:

- i) På projektbasis laves der p.t. up-front RAS-analyse på alle biopsier i Region Hovedstaden. TP evaluerer mængden af fund kontra ressourceforbrug. Har allerede påvist forskellige udfald biopsi vs resektat. Det følges tæt. Odense laver ligeledes projektbaseret up front analyse. Århus laver KRAS/NRAS/BRAF på alle colon- og rectumcancer resektater i Region Midt. Holstebro, Viborg og Randers sender glas+blok til Århus fra deres

resektater. Der laves KRAS/NRAS/BRAF på biopsi materiale på onkologisk indikation/rekvisition. Den øvrige del af landet foretager RAS-analyser på onkologisk indikation/ rekvisition.

- ii) Dansk Molekylærgruppe under DPAS arbejder p.t. på vejledning mht hvad/hvordan opnået data ved NGS-analyser kan/skal vs kan ikke/ skal ikke rapporteres mht det juridisk/ etisk aspekter.
- iii) Kodning i Patobank af supplerende (f.eks. RAS-) undersøgelser skal tilføjes P-kode (P30755) for 'Supplerende undersøgelse på tidligere materiale' for at undgå misforståelser om "verificeret recidiv" pga M-kode for adenokarcinom". Derved kan de også nemmere renses ud af datasættet for nydiagnosticerede
- iv) **Beslutning:** RAS-afsnit tilrettes den indhentede virkelighed –**JJC/ JLI/ GW ?**

#### 8) Eventuelt

- i) DPAS uddannelsesudvalg arrangerer en workshop med Neil Shepherd UK, bl.a. vedr. screeningspolypper. Det menes at være i **midt nov 2015**. Søg mere info på DPAS' hjemmeside.
- ii) **Næste møde i Vejle onsdag 4.11.15** – vi skal fasthold ½-årskadancen og guidelineopdateringen skal principielt være afsluttet inden årets udgang (3års levetid).

/10.6.15 RHHM