

# Vejledning til DCCG's kirurgiskema i KMS

## Basisskema

### Punkt 1. - 2. Cancertype

Patienter med tyk- og endtarmskræft 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.

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 > 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.

### Punkt 4. Diagnosedato

Ved biopsiverificeret cancer:

Diagnosedatoen = dato for biopsisvar (tilgængelig i Patobank).

Ved ikke biopsi verificeret cancer:

- Hvis operation (akut eller elektiv)
  - Diagnosedato = operationsdato
- Hvis ikke operation:
  - Diagnosedato = dato 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.

### Punkt 6. Operation

Angiv 'Ja' hvis der er udført en operativ procedure. Hvis der ikke er udført operation, udfyldes kun basisskemaet (side 1). Hvis der før henvisningen til den kolorektalcancer-ansvarlige afdeling er foretaget en lokalresektion med fund af cancer, skal patienten registreres som værende opereret, selvom man på den kolorektalcancer-ansvarlige afdeling beslutter, at der ikke skal foretages supplerende resektion af det tidligere tumorbærende tarmsegment.

### 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
- 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

### Punkt 9. Fund af fjernmetastaser på diagnosetidspunktet

Angiv om der på diagnosetidspunktet er fund af metastaser. Ved fund af uspecifikke forandringer, som blot foranlediger kontrol efter 2-3 måneder, angives "Nej"

### Punkt 10. - 13. Patientoplysninger

Angiv patientens tobaks- og alkoholforbrug. Patientens aktuelle vægt angives i kg uden decimal. Patientens højde angives i cm uden decimal.

### Punkt 14. 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.

### Punkt 15. 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 16. 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 nødvendigste selvpleje, behov for hvile i seng eller siddende > 50% af dagtiden.
- **Performance status 4:** Behov for døgndækkende pleje, kan intet klare.

### 17. Billeddiagnostik inden første behandling

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.

### Punkt 19. Er der foretaget T-staging af kolon tumor ved CT scanning

Hvis der er foretaget T-staging af kolontumoren med angivelse af et T-stadium, angives 'Ja'. Hvis ikke angives 'Nej'

### Punkt 20. TRUS T-stadium

Skal kun angives ved c. recti og hvis der er udført TRUS.

### Punkt 21. Mobilitet af tumor (ved c. recti)

Skal kun angives ved c. recti.

### Punkt 22. Afstand i cm fra ydre analåbning (ved c. recti)

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 23. - 30. Fund ved MR af bækkenet ved c. recti

Skal kun angives ved c. recti hvis der er udført MR af bækkenet på diagnosetidspunktet. Udfyldes på baggrund af det af radiologerne udfyldte MR skema.

## Operationssskema

### Punkt 31. 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.

### Punkt 32. -33. Charge af operatør og assistent

En specialistoperation er en operation hvor enten operatør eller assistent er enten en certificeret kolorektal kirurg eller en speciallæge i kirurgisk gastroenterologi. Hvis en lokalresektion er udført af en medicinsk endoskopør eller en endoskoperende sygeplejerske, angives dette i punkt 32 med angivelse af 'Ingen' i punkt 33.

### Punkt 34. - 35. Operatør og assistent

Identifikationsdata for den kirurg og assistent, der har foretaget operationen anføres. Udfyldes efter lokal praksis. Disse oplysninger er udelukkende til internt brug på de enkelte afdelinger. Det er ikke obligatorisk at registrere dette, det vil, at man kan indlevere skemaet uden, at der er angivet en operatør og assistent. **Databasen udleverer eller anvender ikke disse data.**

### Punkt 36 -37. Prioritetering

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.

Hvis 'Akut', angiv operationsindikationen som mistanke om en af følgende:

- Ileus
- Perforation
- Blødning
- Andet
- Uoplyst

### Punkt 38. Præoperativ onkologisk behandling

Angiv hvilken præoperativ onkologisk behandling der er givet uanset behandlingssigtet.

### Punkt 39. Præoperativ metastasebehandling

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

### Punkt 40. Radikalitet af 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 3 måneder før tarmresektion, er foretaget en endoskopisk lokalresektion af en polyp med cancer. Er polypektomien foretaget mere end 3 måneder før en eventuel tarmresektion, er det den primære endoskopiske procedure, som skal registreres 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 45. 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 endoskoperet mhp. stent, men ikke forsøgt anlæggelse af stent, angives, angives '1'. Angiv datoen for seneste stentanlæggelse/forsøg på anlæggelse af stent.

### 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'.

#### **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 mesocolon 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 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 operative 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. Procedure (ikke-endoskopisk/lokal)**

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

#### **Punkt 52. Endoskopisk/lokal procedure**

Angiv den endoskopisk procedure. Vises kun ved valg af endoskopisk adgang.

#### **Punkt 53. 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 54. Type af rekonstruktion ved ELAPE**

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

#### **Punkt 55. Peroperativ metastasebehandling**

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

#### **Punkt 56. Stomi**

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

#### **Punkt 57. Anastomose**

Angiv om der er anlagt anastomose.

#### **Punkt 58. Anastomoseteknik**

##### **Håndsyet**

Anastomosen foretaget håndsyet uafhængigt af metode, suturmateriale og orientering.

##### **Staplet anastomose**

Anastomosen foretages med cirkulær, lineær og/eller tværstapler.

##### **Anden**

F.eks. kompressionsanastomoser eller magnetiske anastomoser.

#### **Punkt 59. 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 60. Anastomose foretaget?**

Angiv om anastomosen er foretaget intra- eller ekstracorporalt.

#### **Punkt 61. 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.

#### **Punkt 62. 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.

#### **Punkt 63. - 65. Perforation**

Angiv om der er perforation af colon eller rectum. Hvis der er perforation, angives om der er perforation i det tumorbærende segment 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 66. Tumor fiksat**

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

#### **Punkt 67. 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 68. 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 69. - 70. Peroperativ blodtransfusion og blodtab**

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

#### **Punkt 71. Karligaturer**

Angiv hvilke kar der er ligerede ifølge figuren.

#### **Punkt 72. Intraoperative læsioner**

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

## Postoperative komplikationer

### Punkt 73.- 74. Behandlingskrævende 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 reoperation (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).

#### 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.
- 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 en klinisk anastomoserelateret tilstand inkl. fund af ansamling i tæt relation til anastomosen, som kræver medicinsk, kirurgisk eller radiologisk intervention. Fund af anastomoselækage hos en asymptomatisk patient f.eks. som led i et projekt, skal ikke registreres som anastomoselækage i databasen.
- Anden kirurgisk komplikation

### Punkt 75. 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

### Punkt 76. Dato for anastomoselækage

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

### Punkt 77. Hvis anastomoselækage, angiv konsekvens

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

### Punkt 78. -79. Behandlingskrævende 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 80. 81 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 82. 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).