

# Vejledning til DCCG's kirurgiskema i KMS

## 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.

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 eller polypektomi (akut eller elektiv)
  - Diagnosedato = operationsdato/dato for polypektomi
- 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 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. 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. Det skal ikke registreres om der er udført MR efter 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 tumorbvæv, anføres 'Ingen synlig tumor'. Hvis T-stadium ikke fremgår af MR beskrivelsen, anføres 'Uoplyst'.

**Punkt 24. – 29.**

Udfyldes på baggrund af det af radiologerne udfyldte MR skema.

**Klinisk behandlingsindikerende TNM-stadium**

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

Der er tale om registrering af det behandlingsindikerende TNM-stadium på diagnosetidspunktet. Ved sen registrering i KMS, det vil sige > 30 dage postoperativt, skal eventuelle oplysninger om dissemineret sygdom, ikke registreres i basisskemaet. Det gælder fx uspecifikke lungeforandringer, som efter 3 måneders kontrol, diagnosticeres som metastaser. Sådanne tilfælde skal registreres i Landspatientregistret.

**Punkt 30. 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 ikke har kunnet påvise tumor ved de billeddiagnostiske undersøgelser, vælges udfaldet 'Tx (T-stadium ukendt) med mindre, at undersøgelsen er foretaget efter polypektomi af en polypcancer. I dette tilfælde angives det T-stadium der er anført i patologisvaret.

**Punkt 31. Nedvækstdybde ved T3/T4 ved koloncancer**

Angiv hvor dybt tumors nedvækstdybde er i forhold til tunica muscularis underside.

**Punkt 32. Klinisk N-stadium**

(på diagnosetidspunktet)

**Punkt 33. Klinisk M-stadium**

Angiv om der er fundet metastaser på diagnosetidspunktet. I givet fald skal man angive lokaliseringen. Der kan sættes flere flueben. Ved fund af uspecifikke forandringer, som blot foranlediger kontrol efter 2-3 måneder, angives "Nej". Hvis denne kontrol viser lungemetastaser, skal registreringen i basisskemaet ikke ændres (se ovenfor).

---

## Operationsskema

---

**Punkt 34. 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 35. -36. 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.

**Punkt 37. - 38. 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 39. 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 40. Årsag til akut operation**

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

- Ileus
- Perforation
- Blødning
- Andet
- Uoplyst

**Før operationen****Punkt 41. Neoadjuverende behandling**

Angiv hvilken præoperativ onkologisk behandling der er givet uanset behandlingsstet.

#### **Punkt 42. 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 43. 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 44. 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 som proceduren i databasen.

#### **Punkt 45. 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 54 (Procedure). Ved 'Damage control' forstås tidlig afslutning af operation hos ustabil patient, med planlagt definitiv procedure indenfor halve døgn jf. DCCG guidelines.

#### **Punkt 46. - 47. 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 lokalisering**

#### **Punkt 48. 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 49. 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 50. 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 reseceret, men der er efterladt væv fx makroskopisk normale lymfeknuder med risiko for metastasering, som man under andre forhold ville medtage i resektatet.

#### **Punkt 51. Hvis 'Akut', angiv intention om operationen**

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

- < 6 timer
- <36 timer
- Uoplyst

#### **Punkt 52. 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 53. 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 54. Definitiv procedure**

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

### **Punkt 55. Beslutning om lokalresektion som definitiv behandling**

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

### **Punkt 56. 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 57. 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 58. Type af rekonstruktion ved ELAPE**

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

### **Punkt 59. Peroperativ metastasebehandling**

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

## **Stomi**

---

### **Punkt 60. Stomi**

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

## **Anastomosen**

---

### **Punkt 61. Anastomose**

Angiv om der er anlagt anastomose.

### **Punkt 62. 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 63. 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 64. Anastomose foretaget?**

Angiv om anastomosen er foretaget intra- eller ekstracorporalt.

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 65. 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 66. 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 67. - 69. 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 70. Tumor fikstion**

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

#### **Punkt 71. 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 72. Lokal makroradikal operation**

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

### **Blodtab og blodtransfusion**

---

#### **Punkt 73. - 74. Peroperativ blodtransfusion og blodtab**

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

### **Karligaturer**

---

#### **Punkt 75. Karligaturer**

Angiv hvilke kar der er ligerede ifølge figuren.

### **Intraoperative læsioner**

---

#### **Punkt 76. Intraoperative læsioner**

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

## Postoperative komplikationer

### Punkt 77.- 78. 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 79. 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 80. Dato for anastomoselækage

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

### Punkt 81. Hvis anastomoselækage, angiv konsekvens

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

### Punkt 82. -83 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 84. - 85. 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).