

## REFERAT fra møde i Kirurgisk arbejdsgruppe under DCCG

Aalborg, 05.02.2024, kl. 10.00 – 15.00

<b>Deltagere:</b> Lene Iversen (LI) Mads Klein (MK), Jens Støvring (JS), Pernille Ø. Larsen (PL), Pauli Mortensen (PM), Kåre Andersson Gottschalk KAG), Ole Thorlacius-Ussing (OTU), Jakob Kleif (JK), Katrine Emmertsen (KE), Nis Schlesinger (NS), Issam Al-Najami (IAN), Mai-Britt Ørntoft (MBØ), Mindaugus Tiskus (MT), Laurids Østergaard Poulsen (gæst)	
<b>Afbud:</b> Ismail Gögenur (IG), Inge Bernstein (IB), Jesper D. Nielsen, Hans Rahr (HR), Michael Seiersen (MS), Thomas Harvald (TH), Bo Rud (BR), Steffen Brisling (SB), Mari Øines (Mari)	
Intet svar: Ken Ljungmann (KL), Sven Erik Baadsgaard (SEB), Peter Nerstrøm (PN), Anders Tøttrup (AT)	
1. Valg af ordstyrer og referent	- MK - MBØ
2. Orientering fra Formand/næstformand	1. LI er delvis aktiv igen i forskning og DCCG.  2. Der er "Kolorektale dager", Uppsala 10-12.04.24
3. Vedtægter a. Skal revideres til internat slut maj, primært mht. suppleanter og næstformand	Revideres på internat, gruppen skal gøres mere robust, med fast repræsentant og suppleant fra hver afd. samt en næstformand, så opgaven løftes af flere. Lene og Mads laver udkast.
4. Opfølgning fra seneste møde a. Retningslinje vedr. malign obstruktion og perforation godkendt og publiceret  b. Retningslinje vedr. minimal invasiv behandling af rectumcancer godkendt og publiceret  c. Retningslinje vedr. Endoskopiske procedurer/bioptering godkendt og publiceret  d. Retningslinje vedr. lokalavanceret og lokalrecidiverende coloncancer sendt til RKKP primo januar 2024  e. Retningslinje vedr. præhabilitering: Arbejdsgruppe vil revidere ultimo 2024, når nye data foreligger	a. Der har efterfølgende været kommentarer fra akut kirurger i specialet; de blev inviteret, men deltog ikke i proces. Inviteres til at deltage ved revision.  b. ingen kommentarer  c. Ved en fejl endnu ikke på hjemmesiden, den kommer på nu  d. ingen kommentarer.  e. forsinket, da der forventes at komme mange nye data ind i dette år, som gerne skal med; derfor udskydes til slutningen

<p>f. Vejledning vedr. Anastomoselækage færdiggøres af Erik Frostberg, herefter på hjemmesiden</p> <p>g. Anvendelse af FIT-test før eventuel c-pakke koloskopi?</p>	<p>af året, aftalt med tovholdere IG og Rasmus.</p> <p>f. ingen kommentarer</p> <p>g. Plan at tage det op i DCCC-regi. Der kan være en del cost-benefit i dette ift tidsgrænser for udredning; differentieret hastighed på udredning. Mangler en tovholder. Skal evt tages op i SST; kan risikere at involvere andre specialer, der følgelig kan blive presset på udredning (AP, Gastro-Medicinsk). Der ligger på skrift allerede noget der enkelt kunne gøres til retningslinie. Lene vil gerne have noget på skrift, og derefter stå for at kontakte SST og vende det. Rasmus Krøijer bedes sende det til LI, kontaktes af JS. Nuværende retningslinjer bygger på DCCG anbefalinger, så det burde være muligt for os at ændre indefra. Herefter diskuteres i DCCG's bestyrelse, hvor der også er en PLO-repræsentant. Næste møde i repræsentantskabet er 14. marts; muligt punkt på dagsordenen. Laboratorier er spurgt og der burde være ledig kapacitet da alle steder har buffer-maskiner stående der ikke bruges dagligt.</p>
<p>5. Guidelines</p> <p>a. <i>Info og drøftelse</i></p> <p>i. <i>Kurativ onkologisk behandling af patienter med rektum cancer - besøg af Laurids Østergaard Poulsen mhp. implementering/tvivlsspørgsmål</i></p>	<p>a.i. Laurids Østergaard gennemgår guideline, processen med udviklingen af guideline samt tanker og diskussionerne bag. Refererer nogle af de kommentarer de har fået i guideline arbejdet. Slides vedhæftet.</p> <p>Er publiceret i 02.01.24. Vigtigt for gruppen at guideline ikke kommer med anbefalinger til hvilken protokol hvornår, da</p>

	<p>der skal være plads til lokale forskelle.</p> <p>Guideline medfører implikationer især for radiologer, der skal lave anderledes MR-tolkninger og måske på sigt flere MR scanninger. De er ved at planlægge efteruddannelse med ekspert i Holland.</p> <p><b>Komplet klinisk respons efter neoadj. behandling:</b> Kodemulighed er givet og kan registreres i DCCG's database, så man kunne hente data ud til at lave studier på. Kodepraksis er dog en anden sag.</p> <p>MK spørger til hvordan en rektum cancer med komplet klinisk respons efter neoadj. behandling og senere genvækst skal registreres i DCCG. Forslag til at man ikke afslutter forløbet før efter 4-6 mdr. så operation kan blive registreret til tumor. MK vil spørge Jon (databasemanager) til det.</p> <p>WW3 protokol kører nu, giver erfaring med tidligere cancere. Er blevet forlænget indtil alle primært inkluderede patienter er færdige med follow-up. Flere centre skal inkludere hertil.</p> <p>Spm ud i plenum: Hvordan skal retningslinjer implementeres? Hvem skal inkluderes og hvordan skal det besluttes? Skal man se re-staging patienter inden ny MDT?</p> <p>Kommentarer fra bordet er at: 1) Organbevarende terapi kun kan foregå efter endoskopi, klinisk undersøgelse og MR. Burde gøres på alle pt. 2) Klinisk samtale inden MDT-mødet 3) MDT hvor re-staging bliver lavet og behandlingsplan lægges i plenum.</p>
--	--

<p style="text-align: center;"><i>L</i></p> <p>ii. <i>Tværfaglig retningslinje vedr. neoadjuverende kemo til lokalavanceret c. coli – høringsfrist 29/1! – drøftelse</i></p> <p><i>b. Gennemgang af reviderede</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>i. MDT (IG) – eftersendes</i></p> <p><i>c. Status på igangværende revisioner</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>i. Lokalavanceret og lokalrecidiverende c. recti (TH)</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>ii. Opfølgning efter kurativt intenderet resektion (LI)</i></p>	<p>Laurids opfordrer til at alle går hjem og diskuterer hvordan det går med at implementere retningslinjen og sender kommentarer tilbage, når de har fået erfaring fra den kliniske virkelighed.</p> <p>ii. MK præsenterer. I øjeblikket samler gruppen kommentarer, der skal med på næste møde. Formålet med guideline er at give grundlag for at tage en beslutning om NAC til lokal avanceret colon cancer til downstaging. Meget blød og pragmatisk. Afspejler fint den kliniske praksis på afdelingerne, hvor mulighed netop benyttes pragmatisk uden for protokol.</p> <p>b.i. Ikke modtaget trods gode intentioner, selvom revision er foretaget. Tages med på næste møde.</p> <p>c.i. Stået stille grundet ændring i ansættelsesforhold i gruppen. Vil andre tage over? Der er kun to centre der opererer denne type pt. LI spørger Anne Bodilsen (AUH)- om hun vil deltage. Mette Møller/Jonas Funder kunne også stadig bidrage, selvom de har skiftet arbejdsplads. LI spørger dem. Ligeså skal Herlev spørges; TH er ikke længere aktiv. MK rækker ud til Herlev.</p> <p>ii. Opfølgning efter kurativt intenderet resektion. Et enkelt møde. KAG er med i gruppen også. Derudover MBØ og LI. Der er ikke noget definitivt nyt om ctDNA endnu, kommer først de næste par år, så vi må indstille os på udkast nu og derefter og derefter hurtigt revision, når data begynder at tikke ind, da nuværende udgave er meget forældet.</p>
---	--

<p>iii. <i>pT1-sygdom, behandling, uventet fund og opfølgning (HR, KL)</i></p> <p>iv. <i>Udrensning inden resektion (Mari)</i></p>	<p>iii. pT1-sygdom, behandling, uventet fund og opfølgning. MK refererer fra HR: Startet godt ud, ligget lidt stille sidste halve år, forventer de igen vil arbejde hurtigt det næste halve år. Plenum håber at guideline kan samle trådene for alle de enkeltstående guidelines, der lige nu ligger på hjemmesiden, inden for dette emne.</p> <p>iv. Mari forventes at sende udkast inden næste møde og udtømmning. Litteratursøgning er gjort. Guideline om dekontaminering er til gengæld sat på pause; der mangler data.</p>
<p>6. Vejledninger</p> <p>a. -</p>	<p>Ingen til diskussion.</p>
<p>7. Orientering fra Fagområdebestyrelsen</p> <p>a. Status for nye medlemmer til DCCGs Bestyrelse samt til Fagområdebestyrelsen</p>	<p>a. Jan 24 blev slået 5 stillinger om medlemskab op. Der er ansat to nye kandidater i DCCG's bestyrelse og dermed også til fagområdebestyrelsen.</p> <p>Der mangler stadig 3 kandidater: Fra Syd, Nord, og Hovedstaden.</p> <p>Derudover mangler to til fagområdebestyrelsen for fistel og funktionelle lidelser (4 i alt, derudover 2 supplerende medlemmer for at sikre bredde). Ingen krav om region her.</p> <p>Alle går hjem og prikker deres gode kandidater.</p> <p>Opslag sendes primært til Gitte i sekretariatet, cc til Steffen.</p> <p>OBS! DKS hjemmeside ikke opdateret. MK vil kontakte Michael om dette.</p>
<p>8. Databasen</p> <p>a. Nyt vedr. KIP, fungerer det?</p>	<p>1. Der mangler markering af hvor fejlen er, hvis database udfyldning ikke vil accepteres. Så skal man starte forfra. Det lyser ikke altid rødt.</p>

	<p>2. Man kan risikere at taste samme patient flere gange, da der ikke bliver givet besked om hvis pt cpr allerede er indtastet idet KIP også har skemaer på samme pt for f.eks. hernier.</p> <p>3. Tidl. KMS database taler ikke sammen med KIP; dvs uafsluttede indtastninger inden skiftet kan ikke rettes, selvom det er tastet ind i det nye system. Fejl bliver ved at figurere i mangellisterne.</p> <p>4. Lang lack tid på branching, så man skal være meget tålmodig fra man taster til de næste felter åbner.</p> <p>5. 'Uerkendt' felt under flere items har ligesom fået sin egen kasse og sit eget afsnit, i stedet for at stå sammen med de andre muligheder, f.eks. ja/nej.</p> <p>6. 2023 og 2024: Frygter at det vil fremstå som fyldt med fejl grundet skiftet. Risikerer genindtastning.</p> <p>7. Savner mouse-over eller drop-down under items med forklaring på variable eller valgmuligheder.</p> <p>8. Alkohol-indtag feltet er ændret pga nye rekommandationer fra SST ift tidligere.</p> <p>9. Fremsøges gamle skemaer eller kladder får man <i>alle</i> kladder i KIP, også for andre sygdomme i databasen, f.eks. hernier. Kan kun identificeres på CPR nummer i liste, men der er ingen søgefunktion.</p> <p>10. Hvorfor skal man taste køn, når man taster CPRnummer?</p> <p>11. Tidl branching på anastomoser manglede hvis man valgte 'Ingen stomi'. Skulle være blevet rettet. Obs! at det ikke er alle der taster ind, der nødvendigvis opdager at nogle variable ikke er registrerede.</p> <p>Opfordring til at KIP skriver ud hvis der er større rettelser lavet efter launch, så hver afd. kan tjekke om man kunne have</p>
--	--

	<p>mangler der skal rettes, f.eks. pga manglende branching. 12. Fejl der har været rettet, kan godt blive til fejl igen.</p> <p>Besøg ved mødet fra Michael:</p> <p>Michael giver status på KIP;</p> <p>Det blev af test-kirurger aldrig godkendt til brug, da det ikke fungerer ret godt. Michael er i tvivl om det nogensinde kommer til at virke godt. Han anbefaler dog stadigvæk at vi taster ind som om systemet er i orden og diskuterer mangellisterne med RKKP.</p> <p>Han foreslår at vi indstiller os på at skulle taste ind direkte i LPR i stedet. Forventer at det måske kan være allerede for 2025. De forløb der ikke allerede går glat ind i LPR er forløb hvor der skiftes region ifm behandlingsforløb. Ca 97% af forløbene går godt på de overordnede koder. For at få vigtig information ind i LPR vil der skulle oprettes mange nye koder. Det vil database arbejdsgruppen forsøge at få gjort.</p> <p>Michael opfordrer til at alle skriver til Jon om fejl. Jon sender videre til RKKP. Der er planlagt at skifte til LPR på sigt, man har ikke tillid til at KIP kommer til at fungere på sigt.</p>
<p>9. Næste møde internat 30.-31. maj i Middelfart</p>	<p>Ideen er at møde op og få gjort stort indhug i retningslinje arbejde samt diskutere arbejdsformen i gruppen. Der må gerne være flere fra hver afd. f.eks. både repræsentanten og evt. suppleanten fra hver afd. Det vil vi gerne prioritere midler til.</p> <p>Suppleanten kunne være en yngre kollega, der kunne være på vej ind i kolo-rektal kirurgien og er sulten efter noget administrativ erfaring.</p>

	<p>Bliver Hotel Park i Middelfart, hotel er booket. Ca. 40.000 afsat til mødet.</p> <p>LI, MK og Camilla sender invitation ud med ramme for mødet.</p> <p>Diskuterer i plenum hvordan vi kan bruge dagene til at adressere retningslinje arbejde: Hvordan skal formen være?</p> <p>En effektiv måde kunne være at udnævne et par tovholdere for 2-3 emner, hvor de som forarbejde laver litteratursøgning, og vælger emner til diskussion. Der laves oplæg til hvad der skal diskuteres og alle deltagere forbereder sig på dette. Tovholder samler sammen og reviderer oplæg herfra til godkendelse på senere måde.</p> <p>Det foreslås at revision om guideline om opfølgning kommer på mødet, da den har mange modaliteter (fx skopi, biomarkører, imaging, QoL) som kunne være elementer i et anbefalet program follow-up program.</p> <p>Hvis vi arbejder med denne guideline, skal vi huske at invitere de som ikke er i Kir. arbejdsgruppe men i guidelinegruppen til mødet.</p>
10. Cases – alle kan byde ind	Ingen cases.
11. Evt.	<p>Svært at få kontakt til DKS's fagområdebestyrelse og få sat møder op i fagområdebestyrelsen.</p> <p>Retningslinjerne på den nye DCCG hjemmeside: Der er kritik af overskueligheden (en lang række i alfabetisk orden).</p> <p>Michael kommer på besøg ad hoc og forklarer: Der kan ikke ændres i opsætning på hjemmesiden.</p>



	<p>Alternativet er nemlig at give guidelines fortløbende numre.</p> <p>Venstresidige kolonne på siden vil være som nu, uændret. Og når man klikker på det emne man vil læse om, så kommer retningslinjerne som man kender fra tidligere. De har de samme navne som før. Søgefunktionen dur.</p> <p>Tak til OTU for et fornemt traktement!</p>
--	---