

Møde kir arbejdsgruppe d. 13-11-2024

Tilstede: Mads (Herlev), Rasmus (Esbjerg), Uffe (Aarhus), Lene (Aarhus), Mindaugas (Aabenraa), Anders (Aalborg), Katrine (Randers), Michael (Køge), Torben (Herlev), Henry (Bispebjerg), Saija (Horsens), Pernille (Vejle), Jens (Esbjerg), Issam (Odense), Mai-Britt (Gødstrup)

Afbud: Hans (Vejle), Ismail (Køge), Ole (Aalborg), Kåre (Horsens), Jesper (Aalborg), Peter (Randers), Mari (YDK), Steffen (Køge), Thomas (Odense), Inge (Aalborg, HNPPC), Lars (Hvidovre, HNPPC), Nis (Bispebjerg), Jakob (Hillerød)

1: Ordstyrer: Mads Klein, **referent:** Mai-Britt Ørntoft

2: Orientering fra formand – gennemgang af liste over medlemmer

Opdateret mail liste. Medlemmer af DCCG's bestyrelse er også automatisk medlemmer af kirurgisk arbejdsgruppe. Vil Anne Thyø, Erik Frostberg og Steffen Brisling være med på mailing listen? Vi aftaler at vi til en start sender mail til alle, men at repræsentanterne på de enkelte afdelinger diskuterer om listen skal reduceres og alle vil orienteres og deltage i møderne.

Der mangler en repræsentant fra Slagelse, Viborg og Hjørring. Mads skriver fælles mail til de tre afdelinger for at de kan udpege nogen.

Mangler suppleant: Aabenrå og Nordsjællands hospital.

3: Opfølgning sidste møde:

-Anvendelse af FIT-test før evt c.coli pakke fra AP:

Intet nyt efter videresendelse til DCCC og SST.

-Overvejelser efter Jons oplæg sidst:

Indikatoren vedr. kolorektal tilstedeværelse ved akut operation for CRC diskuteres – herunder dens brugbarhed organisatorisk og klinisk. For nu enighed om at bevare indikatoren.

Generel diskussion om indikatorerne:

Hele diskussion om indikatorer kunne måske være et emne for næste internat i forsommer? Generel diskussion om indikatorer skal være noget politisk eller noget fagligt og at man generelt skal overveje hvilke vi have i databasen. Internat emne kunne munde ud i oplæg til database-gruppen.

Vigtigt at vi husker hele tiden at tænke indikatorer (nuværende, fremtidige) ind i retningslinjearbejde.

Evt. skele til pancreascancer database, Claus Fristrup. Bede om oplæg og diskussion.

Hvor lav skal barren sættes for indikatorer? Andre selskaber sætter den så lavt at alle afdelinger kan opnå indikatorer.

- Opdatering ift. RKKP

RKKP vil i nærmeste fremtid ændre deres retningslinjer, så vores retningslinjer og vejledninger kun skal opdateres hvert 5. år. Og hvis ikke de er fornyet indenfor forventet tidsramme, så tages de af hjemmesiden.

Punkt 4:

MDT retningslinje:

Meget er tilrettet. Der gives yderligere kommentarer. Tages på nyt fysisk møde – Rasmus sender tilrettet/kommenteret version til tovholderne (IG+Karoline fra Køge).

Desuden spørges det ud i rummet, hvordan man tilrettelægger MDT ift patientflow.

Flere steder er der forundersøgelser inden MDT OG ambulante besøg efter MDT. Andre steder er det kræftkoordinator der ringer patienten op og indhenter yderligere oplysninger, eller det er skopøren der laver oplæg. Et enkelt sted ses pt af geriater til forundersøgelse. Alle er enige om at MDT rådgiver og kommer med behandlingsoplæg, men at det er op til den enkelte kirurg at, i samråd med pt, vælge den enkelte behandling.

Patientstyret opfølgning (Mads):

Supplement til retningslinje om opfølgning efter kolorektal kirurgi. Hvordan kan det foregå? Mangler beskrivelse af det økonomiske perspektiv ved at skifte til patientstyret forløb samt mere dokumentation.

Der spørges til: Er det noget vi kan og bør efterstræbe alle sammen? Eller er det beskrivelse af et område der er på vej ind til patienter med kolorektal cancer?

Skal skæres til og der skal komme med anbefalinger til *hvordan* man tilrettelægger pt styret opfølgning og *hvilke* patienter der er kandidater til at få en sådan opfølgning?

Definition på patientstyret opfølgning er i denne sammenhæng, trækkes op samt hvordan det skal indrammes.

Lader det ligge til den endelige retningslinje er på vej og det kan inkluderes.

-Oplæg om opfølgning efter kurativ behandling for colorektal kirurgi (Mai-Britt)

Oplæg om evidensen for opfølgning og diagnostik af metacron cancer. Kort kan det siges at der er god evidens for koloskopi efter 1 år, herefter mindre god evidens for hvor ofte der så skal gøres skopi. Oplæg var kontrol koloskopi et år efter operation, hvis denne clean så yderligere kontrol efter 3 år (4 år efter OP) og hvis denne blank, så yderligere 5 år efter (9 år efter OP).

Det diskuteres i gruppen at dette kunne blive rigtig dyrt i skopier og man foreslår at kontrollen reduceres til 1 år efter operation og herefter retur til CRC screening.

Tages med tilbage i arbejdsgruppen, evidens og PP sendes med referatet ud.

-Oplæg ift. guideline om adjuverende kemo til højrisiko stadie II CRC (Mai-Britt).

Guideline er i onkologisk regi under DCCG, men det kirurgiske element vil Mai-Britt og Anne Fogh Juvik vil gerne vende evidens for at både anastomoselækager og akut kirurgi, perforation og stentanlæggelse er faktorer der klassificerer patienten som high risk.

Oplæg om evidensen og hvordan vi har søgt den frem. Kort kan det siges at der moderat evidens for at obstruktion/akut kirurgi kan drage fordel af at få adjuverende kemo og dermed øge overlevelsen eller sænke risiko for recidiv. For anastomoselækager er evidensen mindre god, selvom lækager i udenlandske tal er associeret til nedsat OS og større recidiv frekvens.

Der er accept til at vi tager anastomoselækage ud som selvstændig high risk faktor, men beholder obstruktion/perforation.

-Diskussion af retningslinjer om Kirurgisk behandling af lav rectum cancer (Rasmus).

Forskellig ordlyd i 3 forskellige retningslinjer og vejledninger.

- 1) Anbefaling ordlyd "små unilaterale T3 tumores samt T1-2 tumores kan pt efter nøje planlægning tilbydes resektion af bækkenbunden".

Rasmus mangler brødtekst der kvalificerer hvad ovenstående betyder i praksis. Spørger ud i plenum om hvordan det tolkes og benyttes i praksis. Der diskuteres forskellige tilgange.

- 2) Hvordan skal man håndtere en patient med tumor shrinkage men ikke komplet respons?

Retningslinjen lige nu kan tolkes sådan, at man skal holde sig til oprindelige MDT operationstilbud (fra retningslinje vedr. lokalavanceret c. recti: "... foretages fornyet MR-skanning mhp. om de primære planer fortsat kan følges"), men alle opererer i praksis efter hvordan det ser ud på den nye scanning. Formulering kan med fordel ændres, når retningslinje revideres.

- 3) Nomenklatur for højden på rectum tumor. Vi bruger lav, mellem, høj, da det giver mening ved rektoskopi. Radiolog bruger omslagsfold. Vi diskuterer at det er uafvendeligt at forskellige nomenklaturer bruges; det skal jo vendes på MDT og der skal opnås konsensus.
- 4) Hvordan skal vi registrere resultat og forløb af kurativt intenderet behandling for rectum cancer med f.eks. regrowth? Der er tidl. opfordret til at onkologerne skal lave en database for patienter der får kurativt intenderet onkologisk behandling (både intenderet og opportunistisk).

Er blevet diskuteret med Jon, kan ikke integreres i den nuværende database, først når der skiftes til LPR. Onkologer under DCCG har tidligere angivet at de er ved at oprette en database til dette - principielt må patienter ikke behandles uden at være i protokol/registreringsregi ifølge retningslinjerne. Anders har indhentet status fra Laurids i Aalborg: Onkologerne har **ikke** planer om at oprette separat database alligevel, da vi

snart kan registrere i den nye LPR-baserede database. Håbet er at dette er muligt fra 1/1-2025.

Punkt 5:

- i. CRS guideline forventes færdig til foråret
- ii. Ultimo november pT1 færdig, kan fremlægges/godkendes på næste møde, alternativt til internatmøde
- iii. Intet nyt om præhabiliterings guideline; der burde være nye data klar i start 25. Rasmus hører IG+Rasmus Bojesen til status.
- iv. Retningslinje om aflastende stomi: Pernille er i gang med at arbejde. Kort status er at der ikke ny evidens, men skal kortes ned i tekst. Klart udkast til næste møde i Q1.

Punkt 6:

Orientering fra fagområdebestyrelsen:

Status på nye medlemmer: Erik Frostberg er blevet en del af DCCG's bestyrelse. Dermed automatisk også i fagområdebestyrelsen i DKS samt her i kir. arbejdsgruppe.

Punkt 7:

Nye møder: Mads foreslår 3 møder om året, da internatet er to dage. Dvs. 3 møder om året.

Diskuteres om det er for lidt ift. forsinkelse at retningslinjer. Vi taler om at man altid kan have en opsamling på internat, så det står klart hvad der skal være klar til november.

Fastlagte møder i 2025: februar, onsdag 26.02.25. Location: OUH.

Internatmøde i maj 22-23.05.25. Location: Trekantsområdet.

Efterårsmøde mandag den 20.10.25: Køge

Cases

Ingen

Evt.

-Anders foreslår at der f.eks. på internat undervises i brug af covidence og at hvis vi hele tiden vedlægger søgestrengte til retningslinjer, så det bliver lettere at opdatere retningslinjerne.

-Primær Koloskopi: Synkrone polypper. Gødstrup og Esbjerg fjerner konsekvent alle polypper. Viborg fjerner alt over 10 mm. Andre gør det ved udvalgte lejligheder efter skopørens skøn. I litteraturen er beskrevet risiko for tumorseeding, risiko for perforation. Hvad er evidensen egentlig? Og er risikoen større for at overse lille cancer i synkron polyp? Flere tilfælde hvor der har været tilblandet cancerceller fra biopsi ved cancer, til senere polypektomi med slynge. Der

er ikke noget entydigt svar på hvad der er bedst. Måske noget vi skulle kigge ind i, i retningslinjer?

-Ismail, Rasmus og Mads mødes i december for at diskutere strategi for fremtidige arbejde i gruppen og hvordan det kan struktureres.