

Referat fra DGCG arbejdsgruppe

Møde i endometrie-gruppen d. 07/12 - 2015

Handlings/beslutningsdelen står med **fed**

Tilstede: Mansoor Mirza/RH, Lian Ulrich/RH, Marianne Lidang/Herlev, Doris Schledermann/OUH, Kirsten Marie Jochumsen/OUH, Else Mejlgaard/Århus, Morten Jørgensen/RH, Gitte Ørtoft/Århus, Charlotte Søgaard/Ålborg og Trine Juhler-Nøttrup/Herlev

1. Referat godkendt med enkelte ændringer
2. Præsentation af data DEMCA og DGCG databaserne v GØ
 - 4700 patienter med epitheliale cancere (frasortet sarkomer og karcinosarkomer) er blevet opgjort.
 - 64 patienter er blevet 'op-stadieret' til fra st I til st IIIC ved stadietinddelingsoperation (lymfeknuderesektion).
 - Der ser ikke ud til at være øget totaloverlevelse efter indførelse LK fjernelse i Danmark, men måske er der en bedre cancerspecifik overlevelse.
 - Der ser ud til at være en god overlevelse for de patienter, der er i formodet st I 'high-risk', men som gennem stadietinddelingsoperation med LK fjernelse får diagnosticeret st. IIIC sygdom.
 - Derfor er det vigtigt at foretage LK fjernelse for patienter med high risk faktorer (anaplasigrad 3, >50% nedvækst i myometriet eller type II histologi)
 - GØ vil også kigge på LVSI, ved at gennemgå alle patologidata og supplere med beskrivelserne

Diskussion havde en frugtbar debat om fordele og ulemper ved SN. **Der ville være et stort potentiale ved en national valideringsundersøgelse om værdien af SN.**

- **På næste møde bruger vi 30-60 min på at udarbejde en synopsis for et studie, som kan præsenteres på DGCGs årsmøde i marts**
3. Guidelines
 - Skabelon med sendes ud med referatet
 - Mansoor spørger i DGCGs bestyrelse om vi kan udgive guideline og opdatere guidelines i enkelte afsnit/kapitler på hjemmesiden. På denne måde kan vores guidelines blive mere fleksible og enkelte afsnit kan opdateres uden at vente på resten af gruppen. I denne opdatering har vi f.eks. vent ca 12 måneder på publiceringen af de europæiske konsensusguidelines. Det har været u hensigtsmæssigt for kirurgerne at vente så længe på nye guidelines om bl.a. laparaskopist og robotkirurgi. For inspiration kan I kigge på www.dbcg.dk under punktet 'Retningslinjer / Vejledninger'
 - Arbejde i fag-grupper med guidelines i 60 min

- Skrivearbejdet gøres færdig i hhv. patolog-gruppen, gynækolog-gruppen og onkolog-gruppen. Alle afsnit skal sendes til trine.juhler-noettrup@regionh.dk senest **31. januar 2016 kl. 08:00.**
- Trine samler teksten og sætter det ind i skabelonen – og sender det retur til gruppen medlemmer **31. januar senest 23:59.** På dette tidspunkt vil alle 'rettelser' og kommentarer være slettet fra dokumenterne, så læsbarheden øges.
- Alle er fritstillede til at beslutte hvordan referencer skal fremgå. Mansoor aftaler med formanden for DGCG hvordan vi kan få finansieret og planlagt opdatering af en Reference database og sproglig korrektion. Det vil formentlig være gennem Pernille Dehn
- **Alle må bestræbe sig på at læse de samlede guidelines inden næste møde 5. februar 2016**
- På næste møde i februar 2016 skal vi gennemgå konsistensen mellem de forskellige afsnit (passer anbefalingerne sammen?)
 - der kan derfor blive behov for enkelte korrektioner efter mødet
 - I fællesskab laver vi tabeller med evidens niveau.

4. Indikatorer/databasen

- KMJ har lavet faglige kommentarer til årsrapporten, alle har godkendt dem
- Fremtidige indikatorer
 - Indikator med MDT konference diskuteres meget. Det er enighed om at det ikke er tvingende nødvendigt at klare lav-risikopatienter kommer på postoperativ, vis de har været på præoperativ MDT. Ikke alle afdelinger har dog præoperativ MDT og der er også afdelinger der ikke har alle patiner på MDT.
En løsning kunne være: **Alle patienter, undtaget, st I lavrisiko, skal fremlægges på postoperativ MDT.** (der skal indføres punkter på patologi-skemaet)
Målopfyldelse på 95%
 - LK antal er ikke en god indikator for patienter med intermediær risiko. Vi har tidligere aftalt at fjerne indikatoren, men da det er svært at finde erstatninger diskuteres den stadig. Der fremføres evidens for at antallet af LK er vigtigt og der rejses tvivl om reproducerbarheden af metoderne til at tælle LK i operationspræparater forskellige sygehuse imellem. Patologer har en fælles procedure for, hvordan LK findes/tælles
En nu formulering kunne være: **Hvis der er foretaget LK exiarse skal LK antallet være >12 (min. 6 på ve. side og min. 6 på hø. side).** Der er ikke enstemmighed om dette i gruppen.
 - Indikatoren om patologi: Postoperativ histologi sammenholdes med den præoperative patologi hvad angår type og grad. Der stiles mod overensstemmelse i 90% at ptt.
GØ anførte at dette ikke er en god indikator, da hendes databasegennemgang har vist, at der ikke findes mere end ca. 50% overensstemmelse mellem præ- og postoperativ histologi. GØ mener, at det skyldes, at vabra-materiale ikke er særlig velegnet til graderings diagnostik

- Indikatoren om kirurgisk kvalitet: Indlæggelses tid for patienter behandlet or st. I og II sygdom skal være < 2 døgn for min. 80% af patienterne.
Det er velkendt at dette er en drilsk indikator. Man kan forestille sig, at patienter udskrives hurtigt, for at overholde indikatoren, men at det fører til mange genindlæggelser. CS havde arbejdet med at måle bl.a. genindlæggelser og komplikationer gennem LPR data, men havde fundet at det gav meget forvirrende data. Patienter bliver indlagt af mange årsager, der ikke skyldes kirurgisk kvalitet eller komplikationer. Det kan særlig gælde denne patientgruppe med flere ko-morbiditeter.
- Vores visioner om en god brugbar database er:
 - Måling af kirurgisk kvalitet
(80% af alle patienter behandles og HELDBREDES alene kirurgisk)
 - Kontinuerlig monitorering af stadiespecifik kumuleret 5-års overlevelse
(GØ anfører, at den er på international standard og uændret gennem mange år)
 - Opgørelse af recidivtidspunkt
(hvad tæller? Billeddiagnostik? Biopsi?)
 - Opgørelse af recidiv lokalisation
(vaginalt, pelvint eller dissimineret udenfor pelvis)
 - Opgørelse af 1. recidiv behandling
(med fokus på om der startes kurativt intenderet behandling af lokoregionale recidiver)
 - Overlevelse efter kurativt behandlede recidiver
- Kirsten og Trine går til databasemøde 16. december og gruppen har givet mandat til, at de tager beslutninger om indikatorer på gruppens vegne. Alle kan leve med at indikatorerne ikke er perfekte. I hvert fald et år endnu

