



Dagsorden: DGCG-møde i arbejdsgruppen for cervix, vagina og vulvacancer

Tidspunkt: 8. marts 2012 kl. 11.00-15.00

Mødested: Rigshospitalet, Biblioteket i Radioterapien afsnit 3994.

Tilstede: Henrik Roed (HR), Gitte Bettina Nyvang (GBN), Connie Palle (COP), Ole Mathisen (OM), Lars Fokdal (LF), Erik Morre Pedersen (EMP), Vibeke Ravn Skovlund (VRS) og Pernille Jensen (PJ)

Afbud fra: Doris Schlederman

Referat: Pernille Jensen (1. halvdel), Lars Fokdal (2. halvdel)

Dagsorden:

1. Godkendelse af referat fra sidste møde 01.09.11
Godkendt

2. Arbejdsgruppens sammensætning

- Velkommen til Lotte Nedergaard, som indtræder som patolog.
Kommentar fra Vibeke Ravn. Hillerød patologisk afdeling nedlægges pr 1.1.2013 og Herlev og Hillerød Patologisk afdeling fungerer administrativt allerede nu som en afdeling. Vibeke Ravn vil derfor tale med Charlotte Winther om hun evt. alligevel på et senere tidspunkt er interesseret i at indtræde i cervixgruppen.

Connie Palle har meddelt, at hun ønsker at træde ud af cervixgruppen efter 11 år.

- Vi takker Connie for mange års stor indsats i cervixcancergruppen. Den ledige gynækolog plads skal slås op på DGCG's hjemmeside og endelig vælges af forretningsudvalget.
- *Hvem sørger for at dette sker?*
- Ny konstituering
- Connie Palle har foreslået afdelingslæge Lars Fokdal Århus Kommunehospital at tiltræde som formand af cervixcancergruppen. Lars vælges herefter enstemmigt som formand for cervixgruppen. Pernille Jensen vælges som næstformand og Pernille Jensen fortsætter også som referent.

3. Nyt fra forretningsudvalget – COP

- ny organisation i DGCG – tages op på Årsmødet
- Der er fra Danske Regioner kommet en henvendelse vedr. ny organisering i Bestyrelse og herunder et forretningsudvalg. COP anfører at det må være korrekt at alle centre er repræsenteret i en fremtidig DGCG bestyrelse.
- Vulvagrupperen bliver en selvstændig arbejdsgruppe
- Meddelt efter beslutning på Forretningsudvalgsmødet efter indstilling fra arbejdsgruppen selv.

4. Kort præsentation af Vulvaguidelines - Lars Fokdal

- Lars Fokdal informerer: 2 møder afholdt, mest talt om erfaringsudveksling og planlægning af revision af guidelines. Dette arbejde er påbegyndt.
- Største ændringer vedr. centralisering, TNM klassifikation, GROINSS5 resultater inkorporeret (sentinel node), akut og sen morbiditet efter kirurgi og strålebehandling, tillæg til stråleterapi-afsnittet vedr. IMRT, strategi vedr. pt med positiv sentinel node. HR foreslår et afsnit vedr. behandling af akutte strålebivirkninger.
- COP anbefaler at vulvagrupperen arbejder videre med at vulvacancer indberettes til DGCD
- Revideret guideline forventes færdig om ca. 2 mdr. der kan sættes til høring.

5. Revision af DGCD indikatorer for cervixcancer – Marie-Louise og Claus Høgdall deltager

- **Vibeke Ravn og Dorris Schledermann:** lymfeknuder og svartider for patologi
- Vurderes fortsat at skulle bruges som indikator med formuleringen ”Andel operationer for cervixcancer st. Ib med mere end 18 fjernede lymfeknuder”. Til trods for sparsom evidens var der enighed om et antal på 18 pelvine lymfeknuder.
-
- Svartider patologi. Svartider efter radikal hysterektomi og trakektomi. Der var enighed om at fastholde at 90% af alle præparater bør være besvaret efter 6 hele hverdage.
- **Connie Palle:** Ventetider. Der var enighed om at det definerede forslag til indikator ”Tid i hverdage fra henvisning modtaget på sygehuset til start på primærbehandling” er velegnet som indikator. Det diskuteres hvordan ”henvisning modtaget” skal registreres. Enighed om at det er forsvarligt at dette sker ved at finde henvisningsdato i LPR for de patienter der *har fået diagnosen*. Der kan dog forudses problemer for patienter der koniseres og får stillet diagnosen i forbindelse hermed. Disse patienter er typisk henvist til konisation med ventetid udenfor pakkeforløb. Der vil blive lavet forsøgsudtræk for databasen for at se om dette er et egentligt problem. *Arbejdet med denne indikator overgår til Marie-Louise som del af et landsdækkende projekt.*
- **Pernille Jensen:** per- og postop. komplikationer
- Vanskeligt område. Vi har dels et stort registreringsproblem i DGCD, idet der er stærk mistanke om at langt fra alle komplikationer indberettes på det nuværende komplikationsskema (ved fx genindlæggelse).

- *Der foreslås indført et obligatorisk komplikationsskema som skal udfyldes af operatøren.*
- Det diskuteres hvornår et sådant skema skulle udfyldes idet det rent administrativt kan blive vanskeligt at få folk til det. Endvidere foreslår OM at kun ”alvorlige” komplikationer, fx ”der kræver kirurgisk intervention” eller langvarig AK behandling anvendes som evt. indikatorer.
Vi har relativt få radikale hysterektomier om året. Hvis vi skal bruge en eller flere indikatorer må komplikationsfrekvenser opgøres på landsbasis, idet små tal kan fejlfortolkes i forhold til det enkelte center. Omvendt må det også være muligt at kunne trække både egne tal for komplikationer og på sigt opgøre komplikationsfrekvens for det enkelte center med henblik på læring.

Flere finder, det er væsentligt at adskille tilsigtet/utilsigtet blærelæsion/tarmlæsion. Hverken overfladisk tarmserosalæsion eller mindre blærelæsion der blot sutureres anses som specielt alvorlig mens fx postoperativ ureterovaginal eller vesicovaginal fistel som følge af overset/diatermiskade blære/ureterlæsion eller postoperativ ureterstenose anses som mere alvorlig.

PJ går videre med følgende 3 områder og melder til bage til gruppen.

Læsioner/stenose urinveje

Thromboser

Infektioner/fascieruptur - kirurgisk behandlingskrævende

PJ har også foreslået indikator ”andel med pelvint recidiv af cervixcancer efter radikal hysterektomi <15%. Kontrolskemaer udfyldes kun af gynækologerne. Recidivkoden bruges sjældent i LPR. Alle er enige i at dette er den optimale indikator. Onkologerne taster fortsat ikke i DGCD og det er derfor desværre ikke muligt at anvende denne indikator. Alle er enige i at dette bør gøres i fremtiden.
Claus Høgdaahl tænker videre over hvordan vi kan få denne registrering optimeret.

PJ har også foreslået indikator ”Andel af patienter med ikke frie rande efter radikal hysterektomi < 5%. Alle er også enige i at dette er en god indikator for kvaliteten af radikal hysterektomi. Dette kan hentes direkte i patologiskemaet.

Gitte Bettina Nyvang: 5 års overlevelse: Fortsat diskussion om 5 års overlevelse. Overlevelsesindekset skal defineres i form af 5 års overlevelsen hos patienter med FIGO stadie 1B behandlet med radikal hysterektomi analyseret på landsplan”

Ole Mathiesen: Liggetider, blodtab og operationstid. Der var enighed om at disse ikke er egnede til indikatorer.

Henrik Roed: Total behandlingstid for strålebehandling. Der var enighed om at kortere eller længere behandlingstid end 50 dage ikke giver basis for en indikator. Derudover er der aktuelt ingen ordentlig registrering patienter.

Derudover blev det diskuteret om der skal defineres svartid på konus. Det frafaldes idet mulighederne for registrering er særdeles besværlig.

Slutteligt blev det diskuteret om ”stadieinddeling af cervixcancer FIGO stadie IB i vs. mere avanceret stadie fordelt på center” skal anvendes som indikator. Det blev besluttet at en sådan indikator ikke kan stå alene og er ikke tydelig nok som mål for kvaliteten. Er dog fortsat interessant og vil blive registreret

Således ender vi på følgende indikatorer, som cervixgruppen indstiller til DGCG at arbejde videre med:

1. 5 års overlevelse \geq xx% for stadium 1B1 behandlet med radikal hysterektomi eller trachelektomi
 2. Andel af patienter med ikke frie rande efter radikal hysterektomi $< 5\%$.
 3. Andel med pelvint recidiv af cervixcancer efter radikal hysterektomi $< 15\%$.
 4. Lymfeknuder > 18 ved radikal hysterektomi/trachelektomi for stadium 1 cervixcancer
 5. Patolog svartid for histologi efter radikal hysterektomi/trachelektomi max 6 hverdage for $\geq 90\%$
 6. Alvorlige interventionskrævende komplikationer (fistler, stenose, lungeembolier, fascierupturer, intraabdominal abces) $\leq 3\%$ efter radikal hysterektomi/trachelektomi.
 7. Kongeindikator: Tid i hverdage fra henvisning modtaget på sygehuset til start på primærbehandling. Denne indikator skal være gældende for alle de gynækologiske kræftformer.
6. Eventuelt
Intet
7. Næste møde vil blive afholdt i Århus den 25 oktober 2012 klokken 11.00-15.00.