

Referat fra møde i DGCG's trofoblastgruppe, 28/11-25, Gynækologisk afdeling, Rigshospitalet

Deltagere: Katja Dahl, gynækolog, AUH; Lisa Leth Maroun, patolog, RH; Mary Holten Bennetsen, patolog, AUH (video); Kristina Bak Kristoffersen, onkolog, AUH; Helle Lund, patolog, AAUH; Zohreh Ketabi, gynækolog, RH; Nicoline Raaschou-Jensen, onkolog, Herlev; Mette Karie Mandrup Kjær, gynækolog, SUH Roskilde; Lone Sunde, klinisk genetiker, AAUH (video, ref.)

Afbud: Julie Brask, patolog, RH

1. Referat fra sidst godkendt
2. Nyt fra DGCG

Takster for arbejde med guideline revision fremgår af DMCG's hjemmeside. Der har i årets løb været afholdt møder på initiativ fra Berit Moesgaard og udarbejdet fælles dokument med oversigt over forventet guideline revision og tilhørende honorering for alle arbejdsgrupper. KD deltager i dette arbejde. Arbejdet har bidraget til større indsigt i det samlede økonomiske træk. Hver guideline gruppe melder ind i starten af kalenderåret om forventet behov og der kan søges om ekstra-bevilling ved forventet behov herfor.

Vi skal således i starten af 2026 indmelde hvilke guidelines vi regner med at udforme/revidere i årets løb

Man ønsker at flere kommer til årsmødet. Dato endnu ikke fastlagt.

3. Databasegruppen

- a. Kodning af mola + maligne trofoblast sygdomme

I sjældne tilfælde er der usikkerhed om der foreligger mola, selv efter mikroskopirevision. Isf. må man bruge DZ0380+DO019. Katja tilføjer tekst der tilskynder til, at man klassificerer mere præcist, hvis muligt

Diskussion af, om man skal korrigere kodning, hvis der kan diagnosticeres mere korrekt (fx på baggrund af genetik) efter at der oprindeligt er kodet efter mikroskopi – Enighed om at det bør man.

Der skal kodes for metastasestatus, selvom der udelukkende er konstateret (og kodet for) mola

I DSOG-regi kunne vi lægge vores vejledning samme sted som hvor kodevejledningen for aborter ligger

Vejledningen skal også ligge på DGCG's hjemmeside

4. Central patologi revision (LM)

Lisa har ikke lavet en systematisk opgørelse, men indtrykket er, at ikke alt bliver sendt til central revision.

I Herlev funderede man på at undlade at sende CHM'er til revision, men gør det nu.

I Region Øst og i Randers og Viborg i Region Midt sendes kun til central revision, hvis klinikerne rekvirerer revisionen.

Man kunne overveje at undlade at lave central revision hvis lokal patolog har diagnosticeret komplet mola. Men inden vi evt. beslutter det, vil vi gerne have tal for at denne diagnose sjældent ændres.

Guideline om centraliseret præparatrevision udkom første gang 2022 og det kunne være godt at vide i hvilket omfang den centrale revision betyder at diagnosen ændres.

Forslag:

Pilotprojekt nu, hvor man forsøger at opgøre hvor hyppigt koden ændres efter central revision. Måske kommer dette projekt primært til at kortlægge kodningspraksis i forskellige dele af landet.

Man skal i denne sammenhæng være opmærksom på, at præparater sendt til second opinion kan være svaret foreløbigt ud uden endelige SNOMED-koder og at disse påsættes eller ændres efterfølgende i henhold til second opinion. Det vil i data være vanskeligt at afgøre, om der er udført second opinion eller revision, idet der ikke er retningslinjer for om man skal skelne mellem disse vha. SNOMED-koderne P30750 "Undersøgelse af præparat fra anden patologiafdeling" og P30761 "Central obligat revision". Man skal derudover være opmærksom på, at der i de foregående år på AUH ikke er anvendt P30761 "Obligat central revision", men konsekvent P30750 "Undersøgelse af præparat fra anden patologiafdeling". P30761 vil blive anvendt fremadrettet på AUH ved gestationelle trofoblastsygdomme.

”Rigtigt” projekt om et par år, med det formål at belyse hvilket kvalitetstab der vil være, hvis man undlod central revision på evakuerer, hvor lokal patolog har stillet diagnosen CHM.

Forslag:

”Pop-up-reminder” der minder patologen om at skrive i patologisvaret, at der skal rekvireres central revision

5. Dataopsamling/registrering GTN (LS). PhD-studerende Pernille Walbum er snart færdig med at kategorisere cases registreret som GTN i hhv. LPR, Cancerregisteret og på de behandlende afdelinger. Gruppen er meget heterogen. Det viser måske at GTN ikke betegner en biologisk veldefineret entitet. Vi ser på data på mødet i april.

6. Status på guideline

- a. Mola Guideline

Ikke behov for revision nu, netop gennemgående revideret

- b. Persisterende trofoblastsygdom

- c. Maligne trofoblastsygdomme

Begge planlagt revideret i 2025, der er imidlertid udkommet nye europæiske retningslinjer der indebærer et større revisionsarbejde og dette kan ikke nås i dette kalenderår. Katja søger 30.000 mhp. at revidere ”Persisterende trofoblastsygdom + Maligne trofoblastsygdomme til én samlet guideline. Skrivegruppe: Zohreh + Nicoline. Vi satte kommentarer ind i ”Maligne trofoblastsygdomme”, se vedhæftede.

- d. Patologiguideine

Lisa har revideret. Få kommentarer.

Spørgsmål: Hvad forstås ved ”ekspert” ift. hvem der kan foretage revision? Skal guideline indeholde navne på læger der kan foretage revision? Lisa og Mary ser på formuleringerne

Lisa gennemgår kommentarer og sender dokumentet til alle. Planen er at færdiggøre via e-mails.

- e. Onkologi Guideline

Katja søger 30.000 til revision. Skrivegruppe: Nicoline + Kristina

Skrivegrupperne laver udkast, alle i gruppen hjælper til sidst, fx v. internat i sensommeren.

7. Nyt fra kongresser

- Ved EOTTD-MDT-mødet 27.11.25 diskuterede man IHC for SALL4 til diskrimination mellem forskellige typer af GTD. [PMC11984545](#)

Kommende møder:

- EOTTD Antalya 7.-8. maj
- ISTTD Rio 10.-13. november 2026 [Welcome | ISSTD](#)

8. Forskning

Ide: Søg NSGO-penge til et kontrolleret studium hvor man sammenligner PO og IM MTX, sammen med Norge og Sverige. Måske kan vi også udnytte at der er afsat 160 Mio på finansloven til etablering af Nationalt Center for Forskning i Kvinders Sundhed.

Næste møde: Video, fredag 17.4. 8.30-12.00