



DLGCG

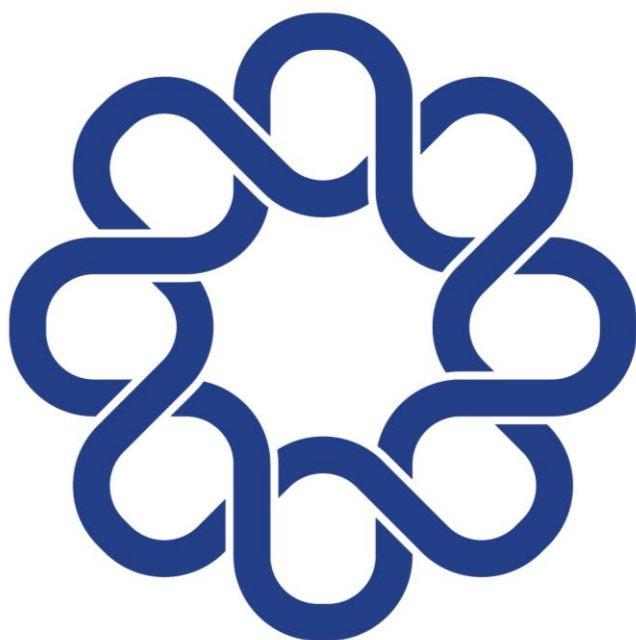
Årsberetning for 2024

Dansk lever-galdevejs cancer gruppe

Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG.dk)

Udgivelsesår: 2025

Udgiver: DMCG-sekretariatet
Hedeager 3
8000 Aarhus N



Indholdsfortegnelse

1.	Kort resumé.....	2
2.	Rapportudarbejdelse og bestyrelse	3
3.	DMCG'ens organisation	5
4.	Statusbeskrivelse	7
5.	Beskrivelse af aktiviteter iht. DMCG.dk's strategi & handlingsplan 2023-2025	9
6.	Forskningsaktiviteter mv. i 2024	13
7.	Plan for 2025: planlagte aktiviteter	15

1. Kort resumé

Der har i 2024 været formandsskifte i DLGCG og DLGCD.

Formand for både styregruppe og databasegruppen overlæge Peter Nørgaard Larsen, har efter mange års solid ledelse i lever-galdevejsgruppen valgt at give stafetten videre.

På vegne af hele gruppen takker vi Peter for hans store indsats. Peter har været en samlende figur for hele "lever Danmark"; vi vil gøre hvad der er muligt for at videreføre gruppen i samme positive stil.

Ny formand for DLGCG er overlæge Anders Riegels Knudsen, ny formand for DLGCD er afdelingslæge Hans Christian Pommergaard.

2023 var sidste år med indtastningsbaseret database og årsrapport. Data til den kommende årsrapport, dvs. perioden 1. Januar 2024 til 31. dec 2024 vil blive baseret på LPR data. Derfor har en del af aktiviteten i DLGCG/D det forgange drejet sig om denne overgang og især sikringen af datakompletheden fremadrettet. Der er i løbet af 2024 lavet flere testkørsler for indikatorer i både den nye og gamle database mhp. at sikre datakompletheden når vi overgår til den nye database. Testkørslerne har set lovende ud. De første nye data forventes gennemgået på DLGCD møde i maj 2025.

I retningslinjeudvalgene har vi i 2024 opdateret HCC guidelines. Aktuelt er der arbejde i gang med at opdatere CC (kolangiocarcinom) guidelines. I løbet af 2025 vil de nye opdaterede KRLM guidelines blive publiceret.

2. Rapportudarbejdelse og bestyrelse

Årsberetningen 2024 for den multidisciplinære cancergruppe er udarbejdet af:

Anders Riegels Knudsen, lektor, overlæge

Mave- og tarmkirurgi, Aarhus Universitetshospital

andeknud@rm.dk

DMCG'ens formand (hvis ikke angivet ovenfor):

Anders Riegels Knudsen

DMCG'ens op til tre medlemmer af DMCG.dk repræsentantskabet:

Anders Riegels Knudsen

DMCG'ens bestyrelse 2024 angives i tabellen herunder:

Navn	Titel	Arbejdssted	Fagligt tilhørsforhold*
Alice Markussen	Overlæge	Herlev Hospital	Onkologi
Anders Kindberg Boysen	Overlæge	Aarhus Universitetshospital	Onkologi
Anders Riegels Knudsen	Overlæge, formand	Aarhus Universitetshospital	Kirurgi
Anette Dam Fialla	Overlæge	Odense Universitetshospital	Hepatologi
Bo Nyhuus	Overlæge	Rigshospitalet	Interventionsradiologi
Britta Weber	Overlæge	Aarhus Universitetshospital	Onkologi
Claes Pietersen	Afdelingslæge	Odense Universitetshospital	Hepatologi
Eva Fallentin	Overlæge	Rigshospitalet	Radiologi
Frank Mortensen	Overlæge	Aarhus Universitetshospital	Kirurgi
Gerda Villadsen	Overlæge	Aarhus Universitetshospital	Hepatologi
Gro Willemoe	Overlæge	Rigshospitalet	Patologi
Hanna Rahbek Mortensen	Overlæge	Aarhus Universitetshospital	Onkologi
Hans Christian Pommergaard	Afdelingslæge	Rigshospitalet	Kirurgi
Henning Grønbæk	Overlæge	Aarhus Universitetshospital	Hepatologi
Ismail Gögenur	Overlæge	Køge Sygehus	Kirurgi
Jakob Fink Topsøe	Overlæge	Herlev Hospital	Radiologi
Kirsten Vistisen	Overlæge	Herlev Hospital	Onkologi
Lars Skovgaard Larsen	Overlæge	Aarhus Universitetshospital	Radiologi
Line S. Tarpgaard	Læge	Odense Universitetshospital	Onkologi
Lise B. J. Thorsen	Overlæge	Aarhus Universitetshospital	Onkologi
Lise Ventzel	Overlæge	Vejle Sygehus	Onkologi
Marianne F. Rønjom	Overlæge	Herlev Hospital	Onkologi
Merete Krogh	Overlæge	Odense Universitetshospital	Onkologi
Mette Bak Nielsen	Overlæge	Aarhus Universitetshospital	Patologi
Mogens Stender	Overlæge	Aalborg Universitetshospital	Kirurgi
Mohamed Metwally	Overlæge	Aarhus Universitetshospital	Onkolog

Morten Ladekarl	Overlæge	Aalborg Universitetshospital	Onkologi
Nicolai Schultz	Overlæge	Rigshospitalet	Kirurgi
Nikokal Schou	Overlæge	Aarhus Universitetshospital	Radiologi
Otto Clemmesen	Overlæge	Rigshospitalet	Hepatologi
Peter Nørgaard Larsen	Overlæge	Rigshospitalet	Kirurgi
Signe Risumlund	Overlæge	Rigshospitalet	Onkologi
Stine Kramer	Overlæge	Aarhus Universitetshospital	Nuklearmedicin
Torsten Pless	Overlæge	Odense Universitetshospital	Kirurgi
Yousef Jesper Niel- sen	Overlæge	Rigshospitalet	Radiologi

*(F.eks. kirurgi/onkologi/patologi/videnskabeligt selskab/ patientforening/region etc.)

3. DMCG'ens organisation

DLGCG dækker 3 vidt forskellige kræftlidelser hvad angår epidemiologi, symptomatologi, udredning og behandling. Hepatocellulær carcinom (HCC), Kolangiocarcinom (CC) og levermetastaserende kolorektal cancer (KRLM).

Behandling af de nævnte sygdomme foregår på de 3 HPB centre i DK (samt Aalborg for KRLM og intra hep CC). Der er i forvejen et tæt multidisciplinært samarbejde på tværs af landet (blandt andet ved nationale konferencer), og kender hinanden rigtigt godt, så har vi valgt at op-rette multidisciplinære grupper/udvalg for hver sygdomsenhed i stedet for opdeling efter behandlingsmodalitet.

Disse grupper varetager primært retningslinjearbejdet.

Alle specialer er forsøgt repræsenteret i hver gruppe for hvert af de 3 HPB centre, hvilket stort set er opnået. Vi har fået 10 nye medlemmer af styregruppen, markeret med rødt i skemaet ovenfor.

På grund af de mange styregruppemedlemmer har vi af logistiske årsager valgt at holde et enkelt styregruppeseminar om året. Det afholdes som internat over 2 dage i april.

Sammensætningen af grupperne er følgende:

HCC:

Gerda Villadsen GM(formand), Henning Grønbæk GM, Otto Clemmesen GM, Rozeta Abazi GM, Kirsten Vistisen O, Yousef Jesper Nielsen IR, Britta Weber SO, Hanna Rahbek Mortensen SO, Gro Willemoe P, Stephen Hamilton P, Eva Fallentin R, Bo Nyhuus U, Frank Viborg Mortensen K og Allan Rasmussen K

CC:

Peter Nørgaard Larsen K(formand), Finn Ole Larsen O, Alice Markussen O, Morten Ladekarl O, Britta Weber SO, Hanna Rahbek Mortensen SO, Gro Willemoe P, Stephen Hamilton P, Bo Nyhuus U, Eva Fallentin R

KRLM:

Nicolai Schultz K(formand), Anders Riegels Knudsen K, Claus Fristrup K, Mogens Stender K, Anders Kindberg Boysen O, Morten Mau-Sørensen O, Bo Nyhuus U, Eva Fallentin R 4

Database:

Hans Christian Pommersgaard K(formand), Peter Nørgaard Larsen K, Nicolai Schultz K, Anders Riegels Knudsen K, Gerda Villadsen GM, Britta Weber SO, Mogens Stender K, Torsten Pless K, Kirsten Vistisen O, Lene Skifter (forløbkoordinator), Mette Lise Lousdal (Epidemiolog, RKKP), Niklas Mølbak Christensen (datamanager, RKKP), Monika Madsen(chefkonsulent, RKKP), Lotte Schultz(forløbskoordinator, DLGCD sekretær), Tóra Dahl(patientrepræsentant).

PS. Vi har ikke fået placeret de nye medlemmer i arbejdsgrupperne endnu.

K = Kirurg

O = Onkolog

SO = Stråleonkolog

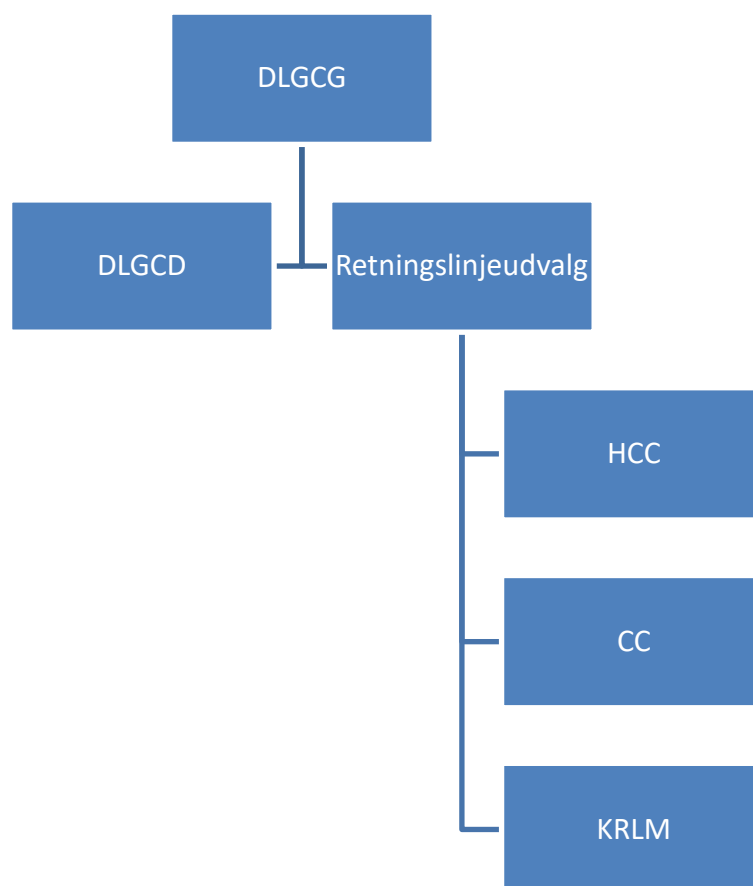
P = Patolog

R = Radiolog

IR = Interventionsradiolog

U = Ultralydsspecialist

GM = Gastro-mediciner/Hepatolog



4. Statusbeskrivelse

DMCG.dk og DMCG'erne arbejder aktuelt efter en samlet [strategi & handlingsplan for 2023-2025](#).

Årsrapporten 2023 er den sidste indtastningsbaserede årsrapport fra Dansk Lever-Galdevejscancer Database (DLGCD). Vores databaseplatform Topica er efter nytår blevet nedlagt, og vi overgår fra 2024 til registerbaseret database.

Indtil nu har databasen indeholdt oplysninger om patienter som bedømmes på Multi-Disciplinær Konference (MDT) mhp. mulighed for intenderet kurativ behandling samt udfaldet af behandlingen for den delgruppe, som undergår intenderet kurativ behandling. Indtil nu har databasen ikke indeholdt data om behandlingsresultat for de patienter, som har fået palliativ onkologisk behandling eller "best supportive care". Den nye registerbaserede database forventes at komme til at dække alle patienter på behandlingsdelen uanset behandlingsmodalitet.

Konklusion af DLGCD årsrapport 2023

DLGCD er en uhyre kompleks database, som dækker 5 cancerformer: Primær levercancer (hepatocellulært carcinom (HCC)), Galdevejscancer (cholangiocarcinom (CC)), hvor CC udgøres af tre vidt forskellige lidelser, hvad angår udredning, behandling og prognose (galdeblærecancer, hilært CC og intrahepatisk CC), og Levermetastaser fra tyk-og endetarmskræft (kolorektale levermetastaser (KRLM)).

Overordnet set lever overlevelsen efter intenderet kurativ behandling for HCC, CC og KRLM op til internationale standarder, både hvad angår 90-dages mortalitet samt 1-, 3- og 5- årsoverlevelse. Dækningsgraden kendes fortsat ikke for de enkelte cancerdiagnoser, eftersom den reelle incidens og prævalens er usikker. Vi har sammenholdt antal førstegangshenviste patienter med HCC eller CC med registreringer i Cancerregisteret for årene 2018-2022 (Tabel 38). Her kan man, forudsat at registreringen i Cancerregisteret er komplet, konkludere at ca. 90 % af patienterne bliver vurderet på MDT med henblik på mulighed for intenderet kurativ eller livsforlængende behandling.

Rapporten inkluderer igen i år en ventetids/udredningstidsindikator, som beskriver andelen af patienter, som venter mindre end 43 dage (svarende til pakkeforløb) fra henvisningen er modtaget til start på intenderet kurativ behandling. Indikatoren er opgjort særskilt for hver cancerform. For HCC ligger centrene over eller tæt på standarden på 90 %. Rigshospitalet (RH) ligger fortsat lavest og under standarden, men har forbedret deres andel betydeligt fra 68 % i 2022 til 81 % i 2023, hvilket har forbedret landsgennemsnittet fra 81 % i 2022 til 88 % i 2023, tæt på standarden på 90 %.

Det samme gælder for CC og KRLM hvor landsgennemsnittet ligger på hhv. 84 % og 88 % i 2023 mod 80 % og 83 % i 2022. Forbedringen skyldes fortrinsvis, at RH har forbedret deres andel for CC fra 73 % til 76 % og Århus (AUH) fra 79 % til 86 %. Desuden har RH forbedret deres andel for KRLM fra 67 % til 80 %. Forbedringerne på RH skyldes fortrinsvis forbedret kapacitet på operationsgang og sengeafdeling pga. rekruttering af flere sygeplejersker.

Vi vil dog igen i år understrege, at afkortning af ventetid fra endt udredning til operation for KRLM, HCC og særligt for CC ikke altid er hensigtsmæssig. Ofte skal komplicerede operationer koordineres

med parallelle behandlinger som f.eks. procedurer, der forøger levervolumen, hvilket gør at operationstidspunktet intenderet planlægges længere ude i fremtiden end 2 uger efter samtykke. RH har en stor andel af disse komplicerede patienter, da de behandler patienter fra hele landet, inden for kategorien hilært CC (Klatskin tumor) og andre større tumorer med indvækst i de abdominale blodkar. RH har desuden landsfunktion for levertransplantation, som er eneste potentielt kurative behandling for selekterede patienter med HCC, CC og KRLM. Dette gør at RH altid vil have en mindre andel patienter der opfylder ventetids/udredningstidsindikatoren end de andre centre.

Faglige og kliniske anbefalinger til forbedringer

Databasegruppen vil i forbindelse med overgang til registerbaseret database revidere indikatorsættet. Der overvejes indikatorer vedrørende behandlingskvalitet som komplikationer, andelen af minimalt invasive procedurer, indlæggelsestid mv. Desuden vil vi som tidligere anført redegøre for de patienter, som ikke kan tilbydes intenderet kurativ behandling (f.eks. pallierende onkologisk behandling og "best supportive care"). Indikatorerne har været drøftet på databasemøder i løbet af 2024. Når vi har de første data fra den "nye" database, vil vi testkøre flere af ovenstående indikatorer og vurdere anvendelsesmuligheder af disse. Fælles vil være en vurdering af om de kan anvendes til kvalitetsmonitorering.

5. Beskrivelse af aktiviteter iht. DMCG.dk's strategi & handlingsplan 2023-2025

I skemaet herunder gøres ultrakort status på de målsætninger, der er fastlagt i DMCG.dk's Strategi & handlingsplan 2023-2025.

Nummereringen afspejler numrene på de målsætninger, der er angivet i planen.

For uddybning af de enkelte målsætninger og baggrund se [Strategi & handlingsplan 2023-2025](#).

Sæt kryds ved ja eller nej, og tilføj eventuelt kommentar for at uddybe svaret.

DMCG'er uden databaseaktivitet bedes naturligvis se bort fra de spørgsmål, der vedrører dette.

De målsætninger, der omhandler DMCG.dk eller øvrige parter besvares i et separat dokument, der vil fremgå af den syntese, der udarbejdes over årsberetningerne.

Nummereringen følger strategien og kan derfor 'hoppe' i nedenstående.

Mål	Målsætning	Ja	Nej
1.	Kontinuerlig udvikling og opdatering af DMCG-retningslinjer efter bedste evidens		
1.2	Er alle DMCG'ens retningslinjer opdaterede sv.t. de revisionsdatoer, der er angivet på forsiden af retningslinjerne? <i>Kommentar:</i>		x
3.	De kliniske retningslinjer implementeres i klinikken, og relevante elementer af retningslinjerne monitoreres i de kliniske kvalitetsdatabaser		
3.1	Kommunikerer jeres DMCG information om nye eller opdaterede kliniske DMCG-retningslinjer til de faglige miljøer senest 1 uge efter administrativ godkendelse? <i>Kommentar:</i>	x	
3.2	Dagsordensætter I nye og/eller opdaterede retningslinjer ved databasens styregruppemøder mhp. drøftelse af monitoreringsforslag anført i retningslinjerne? <i>Kommentar:</i>	x	
4.	Retningslinjer skal dække relevante tværgående sygdomsområder med høj grad af samarbejde på tværs af sundhedsvæsenet		
4.2	Bidrager DMCG'en til at identificere og udarbejde tværgående kliniske retningslinjer? <i>Kommentar:</i>	x	
4.3	Arbejder DMCG'en for, at der afdækkes behov for udarbejdelse af kliniske retningslinjer inden for opfølgning samt rehabilitering og palliation med involvering af relevante faggrupper og de kommunale sundhedstilbud? <i>Kommentar:</i>	x	
5.	Høj datakvalitet ved rettidig og korrekt registrering, kodning og validering		
5.1	Er der i DMCG'en en vedvarende registrering af data, så disse kan indgå i tidstro kvalitetsmonitorering og kvalitetsudvikling? <i>Kommentar:</i>	x	
5.2	Har jeres DMCG en LPR3-kodevejledning svarende til eget sygdomsområde? <i>Kommentar:</i>		x

6.	Indikatorsættene i de kliniske kvalitetsdatabaser danner solidt grundlag for vidensbaseret kvalitetsudvikling af hele patientforløbet		
6.1	Sikrer DMCG'en og databasestyregruppen at datasættene i de kliniske kræftdatabaser afspejler hele patientforløbet og udvalgte anbefalinger i DMCG-retningslinjerne? <i>Kommentar:</i>	x	
6.2	Vurderer DMCG'en og databasestyregruppen årligt indikatorsættene mhp. eventuel opdatering? <i>Kommentar:</i>	x	
7.	Datastøttet kvalitetsudvikling i klinikken med nem adgang til tidstro data og udbredt kendskab til data		
7.2	Er det jeres vurdering, at alle medlemmer af databasens styregruppe er bekendte med adgangen til den løbende afrapportering fra databaserne i de regionale systemer ¹ ? <i>Kommentar:</i>	x	
8.	Afrapportering i årsrapporter har fokus på succeser og forbedringspotentialer		
8.1	Har I en kort sammenfatning (one-pager) i årsrapporten, der angiver de vigtigste succeser og udfordringer i det forgange år? <i>Kommentar:</i>	x	
9.	Data auditeres og der iværksættes forbedringsinitiativer på udvalgte områder		
9.3	Auditerer I jeres resultater i den kliniske database mindst én gang årligt i databasestyregruppen? <i>Kommentar:</i>	x	
9.4	Er der i databasestyregruppen i det forgangne år identificeret og iværksat relevante forbedringsinitiativer? <i>Hvis ja, hvilke?</i>		x
11.	Patienter tilbydes deltagelse i kliniske forsøg		
11.1	Gør jeres DMCG en aktiv indsats for, at der er protokoller til flest mulige patienter? <i>Kommentar:</i>	x	
11.2	Arbejder DMCG'en for national tilgængelighed af protokollerne? <i>Kommentar:</i>	x	
12.	Kvalitetsdata omsættes til forskning til gavn for patienterne		
12.1	Har DMCG'en i det forgangne år bidraget til at skaffe evidens fra real world/fase IV undersøgelser af dansk kræftbehandling via kræftdatabaserne? <i>Kommentar:</i>	x	
12.2	Har I i det forgangne år arbejdet for, at der skaffes evidens fra effekt af opfølgning? <i>Kommentar:</i>		x
15.	Patientinvolvering på organisatorisk niveau		
15.3	Er der patientrepræsentation i a. jeres databasestyregruppe?	x	
	b. i DMCG-bestyrelsen?		x
	<i>Kommentar:</i>		

¹ <https://www.rkkp.dk/daglige-data/>

15.4	Har DMCG'en i det forgangne år forholdt sig til systematisk, organisatorisk patientinvolvering? <i>Kommentar:</i>		x
16.	Vigtige behandlingsvalg træffes i samarbejde mellem sundhedspersonale og patienten		
16.3	Har I i jeres DMCG arbejdet på at identificere, udvikle og implementere beslutningsstøtteværktøjer i relevante beslutningssituationer? <i>Kommentar:</i>		x
17.	Aktiv anvendelse af Patient Reported Outcomes (PRO) i kræftforløbet og implementering i de kliniske kvalitetsdatabaser		
17.3	Har DMCG'en i det forgangne år arbejdet på udvikling af relevante, evidensbaserede PRO til anvendelse i kræftforløbet? <i>Kommentar:</i>		x
19.	De Multidisciplinære Team konferencer (MDT) videreudvikles		
19.2	Arbejder jeres DMCG gennem site-visits og gensidig læring for en ensartet konferenceform på nationalt niveau? <i>Kommentar:</i>	x	
20.	MDT-konferencer kvalitetssikres - lokalt og nationalt		
20.2	Har jeres DMCG udfærdiget en vejledning for kvalitetssikring af MDT-konferencerne? Vejledningerne skal bl.a. adressere deltagerkreds fra de nødvendige specialer, relevante patientgrupper og auditering. <i>Kommentar:</i>	x	
20.3	Arbejder jeres DMCG på, gennem de kliniske retningslinjer at sikre de nødvendige specialers/faggruppers deltagelse ved konferencerne? <i>Kommentar:</i>	x	
20.4	Arbejder jeres DMCG på, gennem de kliniske retningslinjer at definere hvilke patientgrupper, der altid bør fremlægges på MDT-konferencerne for behandlingsbeslutning? <i>Kommentar:</i>	x	
20.5	Arbejder jeres DMCG for regelmæssig stikprøvebaseret auditering af de lokale MDT-konferencer ifht. om behandlingsbeslutninger er i overensstemmelse med gældende retningslinjer? <i>Kommentar:</i>		x
20.6	Arbejder jeres DMCG for auditering ved de lokale MDT-konferencer ift. behandlingsbeslutning ved et uventet patientforløb, såsom uventet tidligt recidiv efter kurativt intenderet behandling? <i>Kommentar:</i>		x
20.7	Koder jeres lokale MDT-konference til LPR? <i>Kommentar:</i>	x	
20.9	Monitoreres det i kvalitetsdatabasen, hvorvidt DMCG'ens relevante patienter fremlægges på MDT-konference? <i>Kommentar:</i>	x	
23.	Konstruktive samarbejdsrelationer		
23.3	Arbejder I i jeres DMCG for styrkede samarbejdsrelationer med alle parter involveret i hele patientforløbet? <i>Kommentar:</i>	x	
24.	Relevant tværfagligt samarbejde		

24.1	Arbejder I i jeres DMCG for udbygning af organisationens tværfaglige kompetencer? <i>Kommentar:</i>	x	
24.2	Arbejder I i DMCG'en for en relevant tværfaglig repræsentation? <i>Kommentar:</i>	x	
24.3	Understøtter jeres DMCG etablering af relevante tværfaglige samarbejdsformer? <i>Kommentar:</i>		x
25.	Kvalitetssikring af hele kræftforløbet på tværs af sektorer		
25.1	Arbejder jeres DMCG for et relevant tværsektorielt fokus? <i>Kommentar:</i>		x
25.5	Understøtter jeres DMCG i samarbejde med DMCG.dk og primærsektoren opfølgning i forhold til:		
	a. sygdomstilbagefald	x	
	b. rehabilitering		x
	c. palliation	x	
	<i>Kommentar:</i>		
	<i>Kommentér gerne her, hvis der er konkrete emner I ønsker løftet i DMCG.dk forretningsudvalget.</i>		

6. Forskningsaktiviteter mv. i 2024

Karakteren af den indmeldte DMCG forskningsaktivitet har været yderst forskelligartet. I et forsøg på at opnå et reelt og retvisende billede heraf, er DMCG.dk FU enedes om, at forskningsaktiviteter for fremtiden defineres som aktiviteter initieret af DMCG'en, herunder protokoller, projekter og peer reviewede publikationer med tydelig angivelse af denne affiliering. Det vil for praktiske formål typisk betyde, at DMCG'ens navn skal indgå i projektets eller publikationens overskrift.

Indsæt antal i tabellen og angiv øvrige oplysninger under de relevante overskrifter. Den aktivitet der ønskes angivet, er kun igangværende aktivitet.

Igangværende aktiviteter i 2024	Antal
Protokoller	3
Projekter baseret på DMCG'en	
Projekter baseret på databasen. ²	3
Projekter med nordiske samarbejdspartnere	
Peer reviewede artikler med kobling til DMCG'en	4

Projekter baseret på DMCG'en

Projekter baseret på databasen

Prognostiske risikofaktorer og impact af ventetider og behandlingsbeslutninger ved MDT for KRLM, HCC, CC

Projekter med nordiske samarbejdspartnere

Peer reviewede artikler med kobling til DMCG'en

1: Al-Saffar HA, Larsen PN, Schultz N, Kristensen TS, Renteria DE, Knøfler LA, Pommergaard HC. Preoperative factors predicting outcomes in patients with suspected perihilar cholangiocarcinoma referred for curative resection- a single-center 10-year experience. *Langenbecks Arch Surg.* 2024 Dec 21;410(1):13. doi: 10.1007/s00423-024-03583-7. PMID: 39708095.

2: Ahmad Al-Saffar H, Schultz N, Larsen PN, Fallentin E, Willemoe GL, Renteria Ramirez DE, Knøfler LA, Pommergaard HC. Postoperative factors predicting outcomes in patients with Perihilar cholangiocarcinoma undergoing curative resection-a 10-year single-center experience. *Scand J Gastroenterol.* 2024 Dec 18:1-8. doi: 10.1080/00365521.2024.2443515. Epub ahead of print. PMID: 39692292.

3: Renteria Ramirez DE, Knøfler LA, Kirkegård J, Fristrup CW, Stender MT, Nielsen SD, Markussen A, Larsen PN, Akdag D, Al-Saffar HA, Pommergaard HC.

² Som ny procedure i 2024, er fra RKKP sendt oversigt til DMCG-formænd over de projekter, der er initieret i det forgangne år (Q4 2023 samt Q1-3 2024).

Prognosis related to treatment plan in patients with biliary tract cancer: A nationwide database study. *Cancer Epidemiol.* 2024 Dec;93:102688. doi: 10.1016/j.canep.2024.102688. Epub 2024 Oct 17. PMID: 39418943.

4: Klubien J, Knøfler LA, Poulsen AR, Larsen PN, Pless T, Knudsen AR, Nielsen SD, Pommergaard HC. Technique efficacy and complications after ablation as first surgical intervention for hepatocellular carcinoma: A nationwide database study. *Eur J Surg Oncol.* 2024 Jul;50(7):108366. doi: 10.1016/j.ejso.2024.108366. Epub 2024 Apr 24. PMID: 38692100.

Andet

7. Plan for 2025: planlagte aktiviteter

April 2025: årsmøde i DLGCG med gennemgang af retningslinjer for HCC og godkendelse af nye CC retningslinjer. Derudover plan for det sidste arbejde med nye retningslinjer for kolorektale levermetastaser.

Maj 2025: audit på resultater fra DLGCD 2024.

Første gang vi ser data efter overgangen til LPR-baseret database.