

2. Møde i den Nationale TNM komite

Dato: 21.11.2017 kl. 12:00-15:00

Sted: Konferencerummet 54L3, Patologiafdelingen, Herlev Hospital

Deltagere: Anne-Vibeke Lænkholm (DBCG), Michael Borre (DMCG.dk, DaProCa), Lene Lundvall (DGCG), Margit C. Raasted (SDS, CAR), Thomas Hasselager (DaBlaCa), Jørgen Johansen (DAHANCA), Peter Ingeholm (DCCG.dk, formand), Gerda Engholm (KB), Marianne Nordsmark (DECV), Bjarne Kromann-Andersen (DaRenCa), Peter Holmberg Sørensen (DSG), Lisbet Rosenkrantz Hölmich (DMG), Henrik Mulvad Hansen (SDS, CAR).

Afbud: Jørgen Bjerggaard Pedersen, Rene Johannes Laursen, Jakob Kristian Jakobsen, Michael Bau Mortensen, Sönke Detlefsen, Henrik Schrøder, Torben Riis Rasmussen.

Referent: Peter Ingeholm

Referat

1. Velkomst og præsentation

2. Gensidig orientering og meddelelser

- a. *Den Danske TNM-Komite var ikke inviteret til UICC's årsmøde i maj 2017, men vi har modtaget referat fra mødet, som ligger på www.dmcq.dk, hvor man også kan læse beretningen fra den danske komite. Peter Ingeholm (PI) vil kontakte UICC for at høre, om den manglende invitation var en forglemmelse.*
- b. *Vi har fra UICC modtaget rettelser til TNM8, som er tilgængelige på www.dmcq.dk.*
- c. *PI deltog i februar 2017 i en workshop i UICC i London 2017 med titlen "UICC TNM Prognostic Factors Workshop - Global Consultation on Cancer Staging". Der blev talt en del om diverse definitioner indenfor TNM-klassifikationer, og der blev udleveret et skrift med definitioner af de "officielle" termer, som er indbygget i TNM-komiteens retningslinje om TNM-klassifikation. Det aftaltes, at en kopi af det udleverede dokument fremsendes til komiteen.*
- d. *PI har præsenteret DCCG.dk's erfaringer med implementering af TNM8 til en patologi workshop om TNM8 og tumor deposits i Leeds i forbindelse med Yorkshire Cancer Research Bowel Cancer Improvement Programme.*
- e. *PI har deltaget i et møde i SDS om Kræftpatientoverblikket på vegne af TNM-komiteen. Henrik Mulvad Hansen (HMH) briefede komiteen om, hvad dette projekt omhandler. Det er et projekt primært rettet mod forskningsudtræk, hvor data fra forskellige centrale registre samkøres og samles et fælles datasæt, som forskere så kan få udtræk fra.*

3. Orientering fra NORDCAN (Gerda Engholm)

Gerda Engholm (GE) fremlagde foreløbige resultater fra NORDCAN, som viser eksempler på hvordan TNM-data i Landspatientregisteret (LPR) og Cancerregisteret (CAR) kan anvendes til sammenligning af overlevelse i de Nordiske lande. De forskellige landes praksis vedrørende registrering af TNM i centrale registre blev fremhævet. GE har givet tilladelse til, at hendes præsentation bliver distribueret i komiteen. Præsentationen gav anledning til en god diskussion, ikke mindst af betydningen af manglende registrering af TNM-kategorierne.

4. TNM8 – status for implementering i de forskellige grupper

- a. DMG: Vil indføre 8. udgave af AJCC's TNM-klassifikation 1.1.2018.
Der er ingen forskel mellem UICC og AJCC indenfor klassifikation af malignt melanom efter

udgivelsen af rettelser til UICC's klassifikation, hvorfor TNM-komiteen opfordrer DMG til officielt at anvende UICC's klassifikation.

- b. DBCG: DBCG har ikke tidligere anvendt TNM i en klinisk sammenhæng, men har iværksat tiltag mhp. at sikre en ensartet registrering af TNM i LPR.
- c. DECV: Anvender TNM8 (per maj måned 2017), registrerer klinisk og patologisk TNM i databasen.
- d. DAHANCA: Anvender TNM8, registrerer klinisk TNM i databasen.
- e. DaRenCa: Anvender TNM7
- f. Dansk Sarkom Gruppe: Anvender TNM7, skal drøfte TNM8 ved et kommende årsmøde.
- g. DGCG: Anvender TNM8
- h. DaProCa: Anvender TNM8. Michael Borre (MB) fremlagde for komiteen, hvordan TNM-klassifikation håndteres, og berørte et issue, som er fælles for alle grupper – anvendelsen af kategorien Mx, som ikke findes i hverken TNM7 eller TNM8. Man bør kunne registrere M-kategori ikke vurderet, men kodeteksten/-label til relevante koder må ikke indeholde teksten "Mx". Dette bør rettes i SKS-klassifikationen. Indenfor DaProCa får ikke alle patienter foretaget billeddiagnostiske undersøgelser for dissemineret sygdom. Disse lavrisikopatienter, defineret ud fra ikkebilleddiagnostiske kriterier, "antages" klinisk ikke at have dissemineret sygdom, hvorfor man kan argumentere for, at det er korrekt at kategorisere disse patienter som 'klinisk M0'. MB vil tage denne pointe med tilbage til DaProCa, men alle grupper med lignende problemstilling, anbefales at gøre det samme. Billeddiagnostik er ikke nødvendigvis påkrævet for at udelukke dissemineret sygdom, og derfor kan man godt kategorisere som M0 uden billeddiagnostik, ikke mindst hvis dette lægges til grund for behandlingen.
- i. DaBlaCa: Anvender UICC TNM8.

5. Cancermeldelsen og TNM-klassifikation i LPR/LPR3/CAR

TNM Komiteen fremsendte i juni måned et skrift til SDS med input til forbedring af registrering af kræftsygdom i LPR og Cancermeldelsen. HVH har fremsendt SDS responsum til komiteen, som blev gennemgået af HMMH.

- a. Registrering af klinisk og patologisk TNM i LPR: Det er komiteens anbefaling, at man skal kunne registrere klinisk og patologisk TNM-klassifikation i LPR, og dermed deklarere om en given registreret kategori er klinisk eller patologisk, og evt. forud gået af neoadjuverende behandling. Vi kan oprette relevante koder i SKS-klassifikation, således at databaser vil kunne registrere TNM mere præcist i LPR. Det besluttes, at PI udarbejder forslag til nye SKS-koder, som fremsendes til SDS. Koderne vil blive rundsendt til godkendelse i komiteen inden fremsendelse til SDS.
- b. Tillægskodning af morfologi: CAR har adgang til Landsregisteret for Patologi (LRP) og dermed til data om tumormorfologi. Det er vigtigt, at information om morfologi er knyttet til hver canceranmeldelse, fordi vi allerede nu ser, at TNM-klassifikationen ikke kun er defineret af tumors lokalisation, men også af andre faktorer som f.eks. tumorhistologi og alder. Det gælder således klassifikation af oropharynx cancer, hvor klassifikationen er forskellig for P16-positive og -negative tumorer. Denne information er ikke indeholdt i SNOMED-klassifikationen morfologikoder, men er indeholdt i patologernes tillægskodning, som f.eks. F29413 (p16 overekspression). Denne information bør CAR's cancerlogik kunne håndtere. Det er givet, at dette kun er starten på, at flere og flere cancertyper får indbygget lignende underinddelinger af TNM-klassifikationen baseret på diverse molekylærpatologiske eller andre specialanalyser. Man kan forestille sig p16-ekspression ved analcancer og MMR/MSI status ved tarmkræft.
- c. Registrering af makroskopisk og mikroskopisk diagnosegrundlag: Problemstillingen blev "parkeret" på grund af tidsnød, men komiteens holdning er, at denne registrering ikke er

anvendelig. Komiteen vil gå i dialog med SDS om problemstillingen, men der var ikke tid nok til mødet, og vi prioriterede at springe denne diskussion over.

- d. Versionering af TNM: blev ikke drøftet yderligere.
- e. Anmeldelsespligtige sygdomme: Man må skelne mellem registrering (udføres maelt af sundhedsfagligt personale) og indberetning, som foretages fra regionernes EPJ'er til de centrale registre, og som skal rumme de i Fællesindholdet specificerede SKS-koder. Det er komiteens holdning, at centrale registerdata bør genbruges i videst muligt omfang for at minimere registrering. Vi har konkret opfordret til, at ændre på anmeldelsespligten af ikkeinvasive uroteliale tumorer (pTa), hvor data er fuldt tilgængelige fra LRP. Hvis cancerlogikken opsættes til at høste data fra LRP, vil indberetningen kunne ske helt automatisk. Disse tumorer vil altid være pTaNOM0, og det makroskopiske og mikroskopiske diagnosegrundlag kan tvangsfrit registreres automatisk som henholdsvis AZCK1 og AZCL0. Så komiteen anbefaler ikke, at CAR går bort fra registrering af denne tumor, men blot, at den får data fra LRP, hvor data er tilgængelige.

6. Diagnoseregistrering af kræftsygdomme i LPR3

Vi drøftede den med indførelsen af LPR3 betingede udfasning af X- og M-specificeret diagnosekodning, som nyder opbakning klinisk. Kodningen er simpel og anvendelig. Hvordan LPR3 indberetningen af kræftsygdom i de regionale EPJ'er implementeres, og dermed hvor besværlig registreringsprocessen bliver, findes der ikke eksempler på aktuelt. Indberetningen i LPR3 lægger op til en mere detaljeret registrering af metastaselokalisationer, men vi må overveje behovet for detaljeringsgraden, i forhold til registreringsbyrden. Her virker M- og X-specificeret kodning som en anvendelig løsning. HMM mener ikke, at løbet er kørt med hensyn til udfasning af M- og X-specificeret kodning, og det besluttes, at Komiteen retter henvendelse til LPR-sektionen i SDS om dette.

7. Plan for TNM Komiteens videre arbejde

Det blev under mødet evident, at komiteen har opgaver at løse, nu hvor TNM8 er indført mere eller mindre i alle grupper.

8. Eventuelt

- a. Under mødet drøftede vi et emne som "diagnosedato" som defineres vidt forskelligt i de forskellige grupper. Der er givet vis ikke en universel definition af en diagnosedato, som alle kan tilslutte sig. Men vi aftalte, at PI indhenter de forskellige gruppers (inkl. CAR) definition af diagnosedatoen. De er givetvist forskellige af helt legitime årsager, men det er vigtigt at der er kendskab til forskellene.
- b. Det blev også besluttet, i forlængelsen af diskussionen af definitionen af diagnosedatoen, at komiteen opfordrer alle grupper til at fremsende ideer til emner til PI, som komiteen også bør fokusere på.

9. Næste møde

PI vil Doodle et møde til maj måned.

Peter Ingeholm/23.11.2017