

MRI-FIRST

Prostatakræft udredning - National konsensusrapport

2024

Konsensusrapport fra det nationale prostatakraft "MR-first" seminar 2024

Seminaret blev afholdt i samarbejde med det tidligere behandlingsfællesskab for prostatakraft og arrangeret af Dansk Uroradiologisk Selskab (DURS).

Baggrund

Seminaret udsprang af implementeringen af MR-før-biopsi-konceptet (MR-first) til vurdering af mænd under mistanke for prostatakraft. Initiativet har til formål at standardisere anvendelsen af MR-skanning af prostata, som en central del af udredningen, inden der træffes beslutning om biopsi.

Deltagere

Seminaret samlede repræsentanter fra de fem danske regioners udredningsafdelinger, herunder urologer, radiologer og patologer med særlig ekspertise inden for MR-prostata og udredning af prostatakraft.

Formål

MR-first-strategien er blevet rullet ud i Danmark gennem de seneste år, delvist understøttet af kurser i skanningsteknik, billedtolkning og beskrivelse af MR-prostata-undersøgelser, samt nationale retningslinjer er udarbejdet af DURS og DaProCa [1,2].

Imidlertid har implementeringen varieret betydeligt på tværs af regioner og afdelinger, hvilket har udfordret det tværfaglige samarbejde.

Formålet med seminaret var derfor at:

1. **Standardisere udredningen** af mænd med mistanke om prostatakraft, fra patientselektion og MR-beskrivelser til biopsiteknik og patologisk rapportering.
 2. **Ensarte arbejdsgange og beskrivelser** for at muliggøre statistik og kvalitetskontrol samt sikre høj kvalitet i patientbehandlingen på tværs af afdelinger og regioner.
-

Metode

Seminaret blev afholdt som et to-dages internat d. 2-3. oktober 2024 med deltagelse af 31 fagpersoner, herunder 14 urologer, 11 radiologer og 6 patologer, samt 1 organisator (inklusive 4 tovholdere).

Forberedelse:

Deltagerne modtog forud for seminaret specialespecifikke opgaver, der reflekterede deres del af patientudredningen. Dette bidrog til at belyse forskelle på tværs af afdelinger og inspirere til konsensus om bedste praksis.

Seminarstruktur:

1. Indledende tværfaglig diskussion af arbejdsprocesser, med fokus på at sikre præcis og nyttig kommunikation mellem specialerne.
 2. Specialespecifikke workshops, hvor deltagere udarbejdede standardiserede svar og beskrivelser.
 3. Tværfagligt plenum, hvor forslagene blev præsenteret, diskuteret og godkendt.
-

Resultat:

Rapporten præsenterer en oversigt over de centrale konsensuspunkter og standarder udviklet under seminaret.

Konklusion

Rapportens specialespecifikke resultater er organiseret som følger:

- **Urologisk fokus:** Side 2
- **Radiologisk fokus:** Side 4
- **Patologisk fokus:** Side 7

Denne konsensusrapport repræsenterer et væsentligt skridt mod en mere ensartet og kvalitetsorienteret udredning af prostatakraft i Danmark.

(A) Urologisk del-fokus

1. Henvisning til urologisk afdeling mhp. udredning for prostatakkræft

a. Krav til henvisningen

- Patienten henvises fra egen læge (EL) ved mistanke om prostatakkræft, jf. national vejledning.
 - Ved PSA < 20 anbefales følgende udført af EL inden henvisning:
 1. Minimum **2 x PSA-målinger** med 3-4 ugers mellemrum.
 2. **Rektal eksploration** med beskrivelse af fund.
 3. Undersøgelse og behandling for anden **benign årsag til PSA-forhøjelse** (fx UVI, LUTS, retention).
 - *NB! ved suspect rektal eksploration er én PSA-måling tilstrækkelig.*
 - Henvisningen skal indeholde information om:
 - Komorbiditet
 - Medicinering (fx blodfortyndende eller 5-alfa-reduktasehæmmer)
 - Familiær/genetisk disposition for prostatakkræft

Konsensus: NÅET.

b. Visitering til MR-skanning

- Variationer:
 - Øst for Storebælt: Patienter ses ofte til forundersøgelse i urologisk ambulatorium før stillingtagen til MR-skanning.
 - Vest for Storebælt: Visiteres ofte direkte til MR-skanning ud fra henvisningskriterier.
- Direkte visitation til MRI-first kræver:
 - Grundig henvisning fra EL (inkl. anamnese, medicin, familiær historik).
 - Korrekt udfyldelse af metalskema for MR-kompatibilitet.
 - Effektiv lægelig visitering på hospitalet.

Konsensus: IKKE NÅET. Der er enighed om, at en gruppe patienter vil drage fordel af MRI-first uden behov for forundersøgelse i urologisk ambulatorium.

c. PET- og CT-bifund

- PET-/CT-skanninger, der påviser foci i prostata som bifund, er generelt ikke sensitive eller specifikke for behandlingskrævende prostatakkræft.
- Udredning anbefales primært med PSA og rektal eksploration. MR-skanning af prostata kan udføres efter individuel vurdering af patientens komorbiditet og behandlingsstatus.

Konsensus: IKKE NÅET vedrørende optimal løsning.

2. Patientselektion

a. Kandidater til kurativ behandling:

- Alle patienter med mistanke om prostatakkræft tilbydes MR-skanning før biopsi.
- MR kan udelades ved mistanke om udbredt ikke-operabel lokal avanceret sygdom, hvis det ikke har behandlingsmæssig konsekvens.

Konsensus: NÅET.

b. Ikke-kurative patienter:

- MR-skanning anbefales som udgangspunkt ikke, da det ofte ikke har behandlingsmæssig konsekvens.

Konsensus: NÅET.

3. Opfølgningsskema efter MR og/eller negativ biopsi

Generelle anbefalinger:

- Baseret på DaProCa og EAU-guidelines [2,3].
- Beslutninger bør tage hensyn til røde flag (fx familiær historik, genetisk disposition eller suspekt rektal fund) og faktorer, der kan forringe MR-diagnostik (fx metal-artefakter og ung alder).

a. MR-negative patienter (PI-RADS 1-2):

- **PSA-densitet < 0.20:**
 - Ingen biopsi som udgangspunkt. Afsluttes.
 - Patienter < 70 år: PSA-måling hvert 2. år hos EL; genhenvisning ved PSA-stigning til $\geq 0.20 \times$ prostatavolumen.
 - Patienter > 70 år: Ingen rutinemæssige PSA-målinger.
- **PSA-densitet ≥ 0.20 :**
 - Ny PSA-måling efter 3 måneder eller systematiske biopsier ved røde flag.
 - Ved MRI-first: Vurdering i ambulatorium før beslutning om biopsi/observation.
- *Patienter med negative biopsier afsluttes til EL. Kan genhenvises efter individuel vurdering (fx stigning i PSA-densitet + 0.1)*

b. MR PI-RADS 3 patienter:

- **PSA-densitet < 0.10-0.15:** Ingen biopsi som udgangspunkt. Kontrol PSA og ny MR-skanning efter 6-12 måneder.
- **PSA-densitet $\geq 0.10-0.15$:** Målrettede biopsier anbefales.
- *Lokal praksis afgør om PSA-densitet grænses sættes ved 0.10 eller 0.15.*
- *Patienter med negative biopsier afsluttes til EL. Kan genhenvises efter individuel vurdering (fx stigning i PSA-densitet + 0.1)*

c. MR PI-RADS 4-5 patienter:

- Måltrettede transperineale biopsier anbefales.
 - *Positive biopsier*: Behandling efter risikostratificering og lokal instruks
 - *Negative biopsier*: Re-vurdering af biopsi-indikation (MR suspicio/kvalitet?), -teknik (fusions-/biopsi udfordringer?) og -materiale (inflammation el lign?).
 - Overvej re-biopsi ved fortsat stor mistanke om overset sygdom
 - PSA-kontrol og evt. ny MR efter 6-12 mdr. ved lav-moderat mistanke; *Herefter individuel vurdering*
-

4. MR-vejledte biopsier

Konsensuspunkter:

- Biopsier udføres transperinealt under lokal anæstesi.
- Rutinemæssig profylaktisk antibiotika anbefales ikke, medmindre risikofaktorer er til stede.
- Minimum 3-5 måltrettede biopsier pr. target baseret på læsionens størrelse og placering. Der kan suppleres med yderligere peri-læsionelle biopsier ved behov
- Biopsi-lokalisation nummereres efter aftalt bogstav nomenklatur (*Bilag 1*), og læsionens PI-RADS-score og størrelse dokumenteres.
- Systematiske biopsier foretages ikke rutinemæssigt
- Ved systematiske biopsier anvendes standard template og nomenklatur (*Bilag 2*).
- Biopsier fra forskellige læsioner sendes i separate beholdere
- Biopsier fra samme læsion kan sendes i samme beholder mhp. gradering og opmåling. Lokal praksis afgør dette

(B) Radiologisk Del-fokus

Nedenstående beskrivelse opstiller minimumskravene til informationsstrukturen i radiologiske MR-prostata rapporter. Den er designet til at tilgodese både urologers og patologers behov samt fremme fællesforståelse og fungere som effektivt radiologisk arbejdsredskab. Den anbefalede standard for MR-beskrivelser bygger på retningslinjerne fra **DURS** og **PI-RADS v2.1** [4], og gælder specifikt for udredning af mænd mistænkt for prostatacancer (indikation "detekt"). Anbefalingerne er fx ikke gældende for patienter under aktiv overvågning, hvor **PRECISE-kriterierne** [5] anvendes.

1. Henvisning til MR-prostata på radiologisk afdeling

Henvisningen til MR-prostata skal opfylde standardkravene under emnet "Billeddiagnostik" i **DaProCa**-retningslinjen [2]. Yderligere oplysninger findes desuden på **DURS' hjemmeside** [1].

Henvisningen skal således indeholde følgende oplysninger:

- **PSA-værdi**
- **Rektal eksplorationsfund**, inkl. cT-stadie (ved suspekt palpation skal lokalisation – side og niveau angives).
- Anvendelse af **5-alfa-reduktasehæmmer** (ja/nej).
- Tidligere prostata interventioner, fx biopsier, prostatakirurgi (TUR-P), og blæreskylning.

MR-prostata kan udføres som enten biparametrisk (bp) eller multiparametrisk (mp) MR afhængigt af lokal instruks og erfaring. **Multiparametrisk MR** anbefales dog i følgende tilfælde:

1. Hos patienter med bækkennære proteser.
2. Ved tvivlstilfælde på biparametrisk MR.
3. Hos unge patienter eller patienter med familiær disposition for prostatacancer.
4. Efter negative biopsier, hvis der fortsat er mistanke om cancer.
5. Tidligere behandlet eller opereret prostata.

Konsensus: NÅET.

2. MR-prostata beskrivelse og rapportstruktur

Den radiologiske beskrivelse og rapport skal som minimum omfatte følgende elementer:

a. Undersøgelse

- Undersøgelsestype (bp/mp MR).
- Billedkvalitet, vurderet som **god**, **acceptabel**, eller **utilstrækkelig**. På sigt anbefales implementering af **PI-QUAL score 1-3** [6].
- Sammenligningsdato for tidligere MR-undersøgelser (hvis relevant).

b. Standardmål

- Prostatavolumen (målt ved ellipsoid metode eller softwarebaseret segmentering).
- Seneste PSA-niveau og udregnet PSA-densitet (PSAd).

c. Indekslesion (Læsion nr. 1)

Indekslesion beskrives med følgende parametre:

1. **Lokalisation** i henhold til sektorkort (dansk bogstavnomenklatur, *Bilag 1*).
2. **PI-RADS score**, inkl. evt. sekvensanalyse:
 - T2W (1-5),
 - DWI (1-5),
 - DCE (+/-), og
 - ADC-værdi (angives som værdi).
3. **Størrelse** (mm); baseret primært på største diameter på den dominerende sekvens (evt. i andet plan/sekvens). Link til fund i PACS eller angivelse af serie- og billednummer anbefales.

d. Flere læsioner

Op til fire læsioner beskrives som ved index-læsionen i prioriteret rækkefølge (værst til bedst).

e. Ekstraprostatisk extension (EPE)

- Ved kapselnære læsioner rapporteres EPE (ja/nej), inkl. evt. vesikel-involvering.
- EPE kan beskrives under den enkelte læsion eller samlet til sidst (afhængig af lokal praksis).

f. Andre fund

- Urethra, lymfeknuder, knogler, rektum, og blære beskrives (positive fund rapporteres altid; negative fund kun ved relevans).

g. Fritekst

- Supplerende kommentarer om fx prostatazoner (PZ/TZ) udseende og/eller generelle indtryk.

h. MRD/Konklusion

Beskriv værste læsion (Index) først, herefter i aftagende risikoskala:

1. **Læsion 1 (Index):** PI-RADS score, lokalisation (bogstavnomenklatur, *Bilag 1*), og størrelse.
 2. Yderligere læsioner i samme format.
- Det noteres hvis læsionerne indtegnes i relevant fusion-biopsi system (navn)
 - Hvis muligt inkluderes Z-kode for overordnet PI-RADS score i beskrivelsen mhp. kvalitetssikring ved LPR3 indberetning [7].
-

Eksempel på konsensusrapport

mpMR-skanning af prostata (3T), sammenlignet med MR-prostata fra 01.01.2024.

- **Kvalitet:** God (*PI-QUAL 3*).
- **Volumen:** 48 cm³
- **PSA:** 12
- **PSA-densitet:** 0,25.

Fund:

- **Læsion 1** (indeks):
 - PI-RADS 4 (T2W4, DWI4, DCE+, ADC 650).
 - Lokalisation: VBPZpl.
 - Størrelse: 11 mm (største diameter).
 - EPE: Nej.
- **Læsion 2:**
 - PI-RADS 4 (T2W4, DWI4, DCE+, ADC 830).
 - Lokalisation: HMPZpm.
 - Størrelse: 8 mm (største diameter).
 - EPE: Nej.
- **Urethra og vesikler:** Ingen involvering.
- **Lymfeknuder:** Ingen suspekter.

MRD/Konklusion:

- **Læsion 1:** PI-RADS 4, VBPZpl, 11 mm.
- **Læsion 2:** PI-RADS 4, HMPZpm, 8 mm.

Læsionerne er indtegnet i "Systemet". Z-kode: **ZRRF04**.

Kommentarer til konsensusbeskrivelsen:

Kvalitet: Det anbefales at beskrive kvaliteten som god, suboptimal (acceptabel), eller ikke-diagnostisk. På længere sigt bør **PI-QUAL v2** [6] implementeres.

Volumen: Måling via ellipsoid metode og segmentering er begge valide, men skal anvendes konsekvent.

Sektor-kort: En modificeret dansk udgave af sektor-kort i PI-RADS v2.1 er udarbejdet med dansk bogstav nomenklatur, og skal bruges fremadrettet af alle til præcis lokalisering af alle MR-positive læsioner (*Bilag 1*).

EPE: Optimal formulering af mulig ekstra prostatisk ekstension (EPE) blev diskuteret; herunder vesikulæe seminales involvering. Det understreges, at vurderingen af T-stadiet ved MR-skanning udgør en diagnostisk udfordring, da EPE ofte ikke entydigt kan kategoriseres som enten "tilstede" eller "ikke tilstede". Fund på MR, der indikerer EPE, er sjældent definitive, og vurderingen er yderligere præget af betydelig interobserver-variabilitet. Den konkrete håndtering af EPE bør derfor tilpasses lokale retningslinjer og baseres på en individuel klinisk vurdering. Det kan anbefales at angive kontaktholdningen til kapslen i millimeter og/eller følge PI-RADS' kategorier: Ingen tegn, indetermineret, eller definitiv EPE.

Konklusion: Læsionens nummer, PI-RADS score, lokalisering og størrelse skal fremgå tydeligt i konklusionen for direkte anvendelse i både biopsi- og patologirekvisitioner.

(C) Patologisk del-fokus

Landets patologifdelinger anvender forskellige skabeloner til besvarelse af biopsier. Disse variationer skyldes primært lokale forhold, herunder aftaler om antallet af biopsier, der indsendes pr. prøveglas. Overordnet set er indholdet dog ensartet og opfylder kravene i DaProCas aktuelle retningslinjer.

1. Krav til henvisningen/patologisk rekvisition:

Rekvisitionen til histopatologisk undersøgelse af grovnålsbiopsier fra prostata skal opfylde standardkravene under emnet "Patoanatomisk diagnostik af prostatacancer" i **DaProCa**-retningslinjen [2].

Rekvisitionen skal således indeholde følgende oplysninger:

- **Biopsilokalisation**
 - Ved MR-vejledt biopsi anvendes bogstavnomenklatur (*Bilag 1*).
 - Ved systematisk biopsi bruges standard template (*Bilag 2*)
- **Biopsiantal** fra hver lokalisation
- **Biopsimetode**, MR-vejledt eller systematisk biopsi
 - Ved **MR-vejledt biopsi** anføres læsionens nummer, lokalisation, PIRADS score, størrelse. Optimalt set kan konklusionen fra MR-rapporten direkte overføres til patologirekvisitionen.
- **Kliniske oplysninger**, PSA, cT stadie, evt. prostatavolumen og/eller 5-ARI

Konsensus: NÅET.

2. Krav til patologibesvarelsen:

Opnået konsensus vedrørende patologirapporten

I tværfagligt samarbejde er der opnået konsensus om nedenstående krav til patologibesvarelsen. Disse krav supplerer de eksisterende nationale retningslinjer i DaProCa-regi samt kodevejledningen på Patobank.dk.

a. Biopsier uden karcinom

For biopsisæt uden tegn på cancer skal følgende beskrives:

- **Inflammations grad:** Sværere grader af akut og/eller granulomatøs inflammation skal specificeres.
- **Særligt ved MR-guidede biopsier:** Beskriv eventuelle fund som udtalt atrofi, sklerosering eller stromal hyperplasi.
- **Kodning:** Biopsier uden cancer skal kodes som "*ingen tegn på malignitet.*"

b. Biopsier med karcinom

For biopsisæt med tegn på cancer skal følgende beskrives:

i. På rekvisionsniveau (samlet beskrivelse af biopsisæt med cancer):

1. Den globale Gleason score (GS) og global ISUP-grad.
2. Den samlede andel af vækstmønster 4 ved ISUP-grad 2.
3. Forekomst af kribriform vækst (ja/nej) ved Gleason vækstmønster 4.
4. Forekomst af intraduktalt karcinom eller ekstra prostatisk vækst.
5. Global Gleason score skal kodes i overensstemmelse med retningslinjerne i Patobank.

ii. På MR-læsions- eller standard (systematisk) lokalisationsniveau:

- Forekomsten af Gleason vækstmønstre angives i rækkefølge efter hyppighed. Nogle centre specificerer dette som en Gleason score, der dog ikke skal kodes.

iii. På biopsiniveau:

- Længden af cancer (i mm) og den totale biopsilængde (makro- eller mikroskopisk) angives for hver biopsi.

Overordnede krav:

- **Kodning:** Biopsierne skal kodes i henhold til retningslinjerne på Patobank. Dette inkluderer angivelse af, om biopsien stammer fra højre eller venstre prostatalap, samt kodning af MR-guidede biopsier som "*nålebiopsi, MR-vejledt.*" Den globale Gleason score og ISUP-grad skal ligeledes kodes.

Ikke opnået fuld konsensus:

1. Forsendelse af nålebiopsier:

Der blev ikke enighed om standardisering af biopsiforsendelse. Lokale forhold afgør, om flere biopsier sendes i ét prøveglas eller i separate glas. Fragmentering af biopsier kan vanskeliggøre vurdering af antallet og størrelsen af cancerfoci, når flere fragmenter ligger i samme prøveglas. Omvendt kan rapporteringen kompliceres, hvis biopsier fra samme læsion fordeles på flere glas.

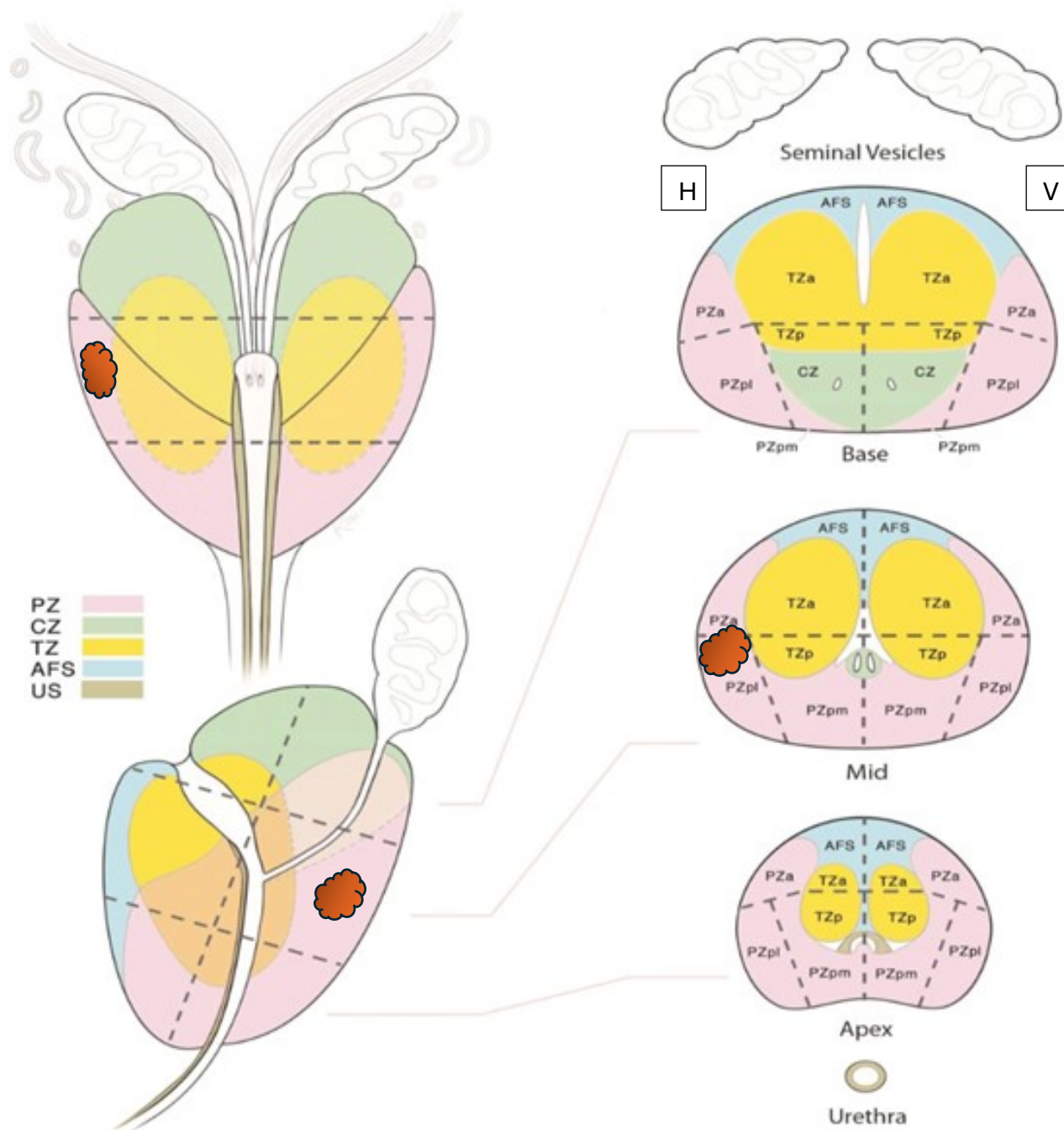
2. Ressourcemæssige hensyn ved MR-målede biopsier:

Indsendelse af MR-målede biopsier i separate prøveglas øger laboratoriets arbejdsbyrde og de økonomiske omkostninger. Dette bør vurderes i forhold til den kliniske relevans og de lokale ressourcer.

3. Udmåling af biopsilængde:

Fra urologisk side var der enighed om, at makroskopisk måling af biopsilængde er tilstrækkelig, og at supplerende mikroskopisk måling ikke er et krav.

Bilag 1: Sektor-kort med dansk bogstavnomenklatur



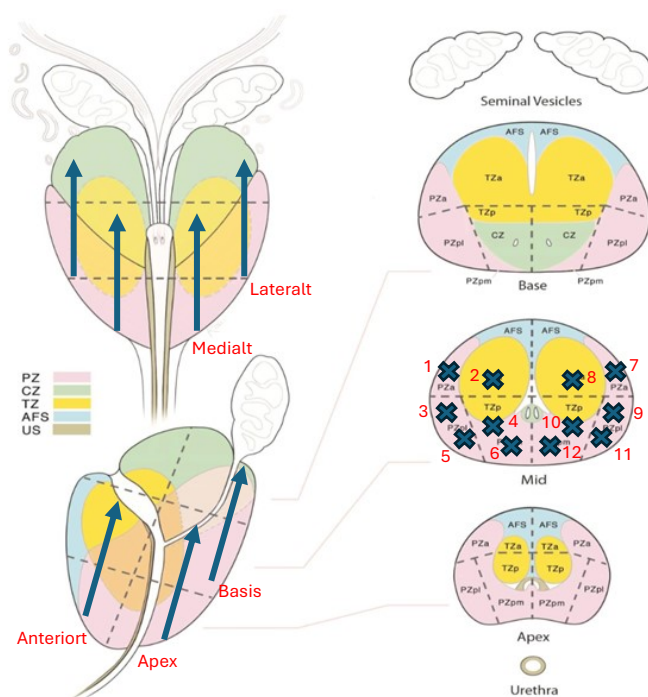
Lokalisation – Sektor map

1. Første bogstav (stort) angiver side (H/V)
2. Andet bogstav (stort) angiver niveau (Basis/Midt/Apex)
3. 3. og 4 bogstav (stort) angiver zone (PeriferiZone/TransitionsZone)
4. Små bogstaver angiver beliggenhed (anteriorit/posterio-lateralt/posterio-medialt/anterio-fibrøse-stroma).
5. Fylder læsionen flere lokalisationer noteres zonen med skønsmæssigt største tumor-byrde.

Eksempel: Læsion lokalisation = HMPZpl

Bilag 2: Biopsilokalisation for Transperineale systematiske biopsier

1	Højre-side	Højre Anteriot Lateralt
2		Højre Anteriot Medialt
3		Højre Apex Posteriort Lateralt
4		Højre Apex Posteriort Medialt
5		Højre Basis Posteriort Lateralt
6		Højre Basis Posteriort Medialt
7	Venstre-side	Venstre Anteriot Lateralt
8		Venstre Anteriot Medialt
9		Venstre Apex Posteriort Lateralt
10		Venstre Apex Posteriort Medialt
11		Venstre Basis Posteriort Lateralt
12		Venstre Basis Posteriort Medialt



Referencer:

1. <https://uroradiologi.dk/mr-prostata-guideline-2024/>
2. <https://www.dmcg.dk/kliniske-retningslinjer/kliniske-retningslinjer-opdelt-paa-dmcg/daproca/>
3. <https://uroweb.org/guidelines/prostate-cancer>
4. <https://www.acr.org/-/media/ACR/Files/RADS/Pi-RADS/PIRADS-v2-1.pdf>
5. PRECISE version 2: Updated recommendation for reporting magnetic resonance imaging in patients on active surveillance for prostate cancer: Englman et al. Eur Urol 2024; 86:240-255
<https://doi.org/10.1016/j.eururo.2024.03.014>
6. PI-QUAL version 2: an update of a standardized scoring system for the assessment of image quality of prostate MRI: de Rooij et al. Eur Radiol 2024. 34:7068-7079
<https://doi.org/10.1007/s00330-024-10795-4>
7. <https://rkkp-data.dk/aarsrapporter/daproca/>
8. ESUR/ESUI consensus statements on multi-parametric MRI for the detection of clinically significant prostate cancer: quality requirements for image acquisition, interpretation, and radiologists' training: Eur Radiol. 2020 Oct;30(10): 5404-5416. doi: 10.1007/s00330-020-06929-z.

Deltagere:

Urologi:

Anja Morratz Laursen, Aalborg Universitetshospital (Region Nord)
Anne Buchhave Olsen, Aalborg Universitetshospital (Region Nord)
Claudia Schröder, Sygehus Sønderjylland, Aabenraa (Region Syd)
Gergely Laczko, Sygehus Lillebælt, Vejle (Region Syd)
Lisa Lindeborg, Sjællands Universitetshospital, Roskilde (Region Sjælland)
Martin Mørck Mortensen, Regionshospitalet Gødstrup (Region Midt)
Michael Borre, Aarhus Universitetshospital (Region Midt)
Morten Heebøl Andersen, Aarhus Universitetshospital (Region Midt)
Nis Nørgaard, Herlev og Gentofte Universitetshospital (Region H)
Rasmus Bisbjerg, Herlev og Gentofte Universitetshospital (Region H)
Stefan Tiessen, Odense Universitetshospital (Region Syd)
Søren Sørensen Madsen, Sydvestjysk sygehus Esbjerg (Region Syd)
Torben Kjær Nielsen, Rigshospitalet (Region H)
Lars Boesen, Herlev og Gentofte Hospital (Region H)

Radiologi:

Anders Læssøe Amstrup, Sjællands Universitetshospital, Roskilde (Region Sjælland)
Harro Bitterling, Sygehus Sønderjylland, Aabenraa (Region Syd)
Jon Thor Asmussen, Odense Universitetshospital (Region Syd)
Kasper Nielsen, Aalborg Universitetshospital (Region Nord)
Katrine Thelle, Sydvestjysk sygehus Esbjerg (Region Syd)
Lise Medrud, Aarhus Universitetshospital (Region Midt)
Mohammad Yusuf Zohel, Sygehus Lillebælt, Vejle (Region Syd)
Tomas Frahm Nielsen, Aarhus Universitetshospital (Region Midt)
Ulla Germer, Rigshospitalet (Region H)
Veronica Basile Cvitanich, Sygehus Lillebælt, Vejle (Region Syd)
Vibeke Løgager, Herlev og Gentofte Hospital (Region H)

Patologi:

Astrid Petersen, Aalborg Universitetshospital (Region Nord)
Christina Stilling, Aarhus Universitetshospital (Region Midt)
Sanne Kjær Frifeldt, Sygehus Lillebælt (Region Syd)
Trine Hallager, Sjællands Universitetshospital (Region Sjælland)
Johanna Elversang, Rigshospitalet (Region H/ DaProCa)
Rikke Karlin Jepsen, Herlev og Gentofte Hospital (Region H)

Arrangører & Tovholdere:

Lars Boesen, Urolog, Herlev og Gentofte Hospital (Region H)
Vibeke Løgager, Radiolog, Herlev og Gentofte Hospital (Region H)
Rikke Karlin Jepsen, Patolog, Herlev og Gentofte Hospital (Region H)
Lone Friis, Organisator, Herlev og Gentofte Hospital (Region H)