

DANSKE KRÆFTFORSKNINGSDAGE 2024

Er differentierede ventetider en løsning i ressourceudfordringen

Jens Hillingsø, Formand, Cheflæge, Dansk Kirurgisk Selskab

#DKD2024

#SamarbejdeOmKræft

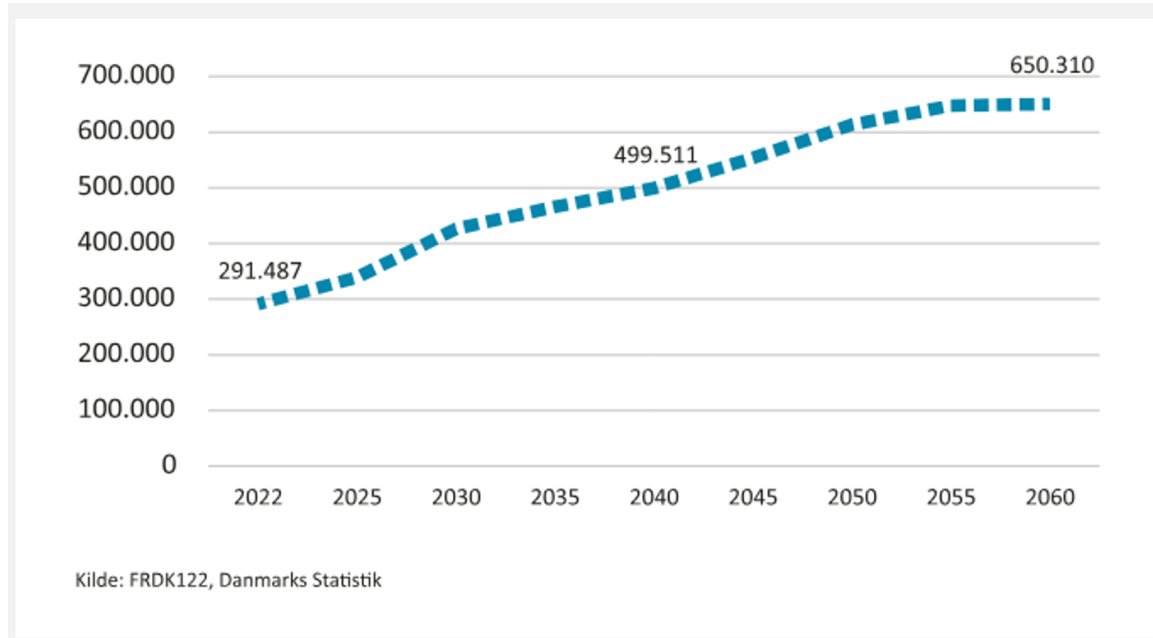
Sli.do

#131525

Oversigt

- **Hvad er ressourceudfordringen?**
 - Nationalt
 - Lokalt/Regionalt
- **Hvad er differentierede ventetider**
- **Andre løsninger til ressourceudfordringen**

80+ årige

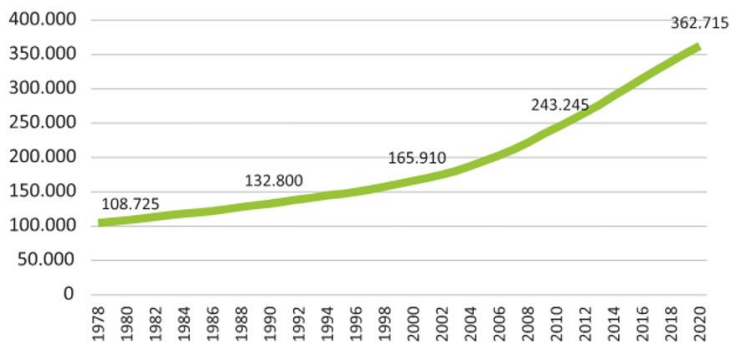


#DKD2024
#SamarbejdeOmKræft

Sli.do
#131525

Kræft tilfælde

Antal levende, der har eller har haft kræft



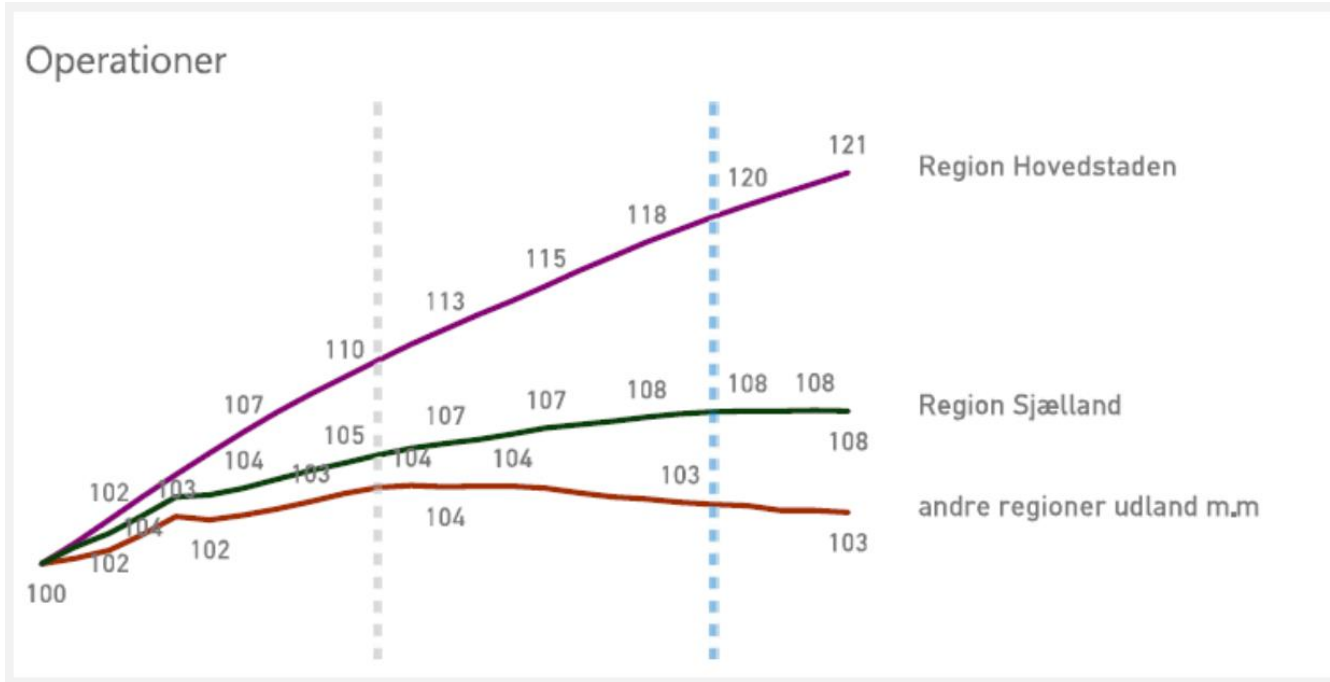
Note: Stigningen kan skyldes, at den ældre del af befolkningen er vokset, og at flere bliver diagnosticeret samtidig med, at kræftbehandlingen er forbedret. Figuren angiver antallet af personer, der er i live pr. 1. januar det givne år.
Kilde: Cancerregisteret, Sundhedsdatastyrelsen, eSundhed. Nye kræfttilfælde (esundhed.dk)

Antal nydiagnosticerede kræfttilfælde



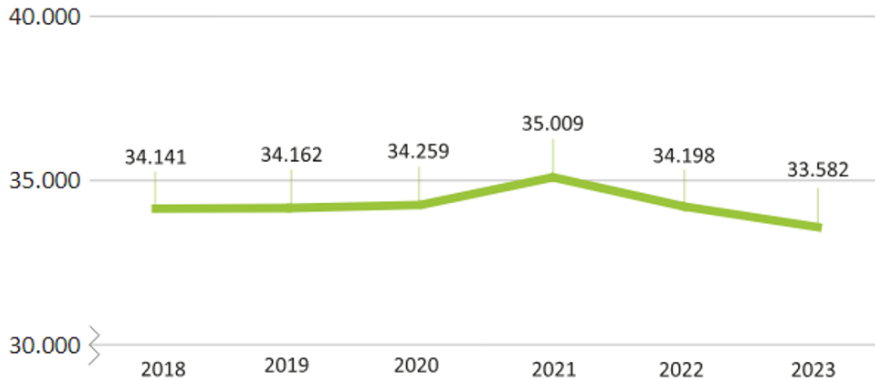
Note: Opgørelsen viser antal nye kræfttilfælde i året og ikke antal personer, som har fået kræft. Den samme person kan således optræde flere gange med forskellige kræftdiagnoser.
Kilde: Cancerregisteret, Sundhedsdatastyrelsen, eSundhed. Nye kræfttilfælde (esundhed.dk)

Operationer



Personale

Antal årsværk - sygeplejersker



Note: Antallet af sygeplejersker er opgjort i fuldtidsstillinger. Opgørelsen er inklusiv elever, fleksjobbere, ekstraordinært ansatte og timelønnede. Data er trukket for antal sygeplejersker i HELE den regionale sektor, så ansættelsesstedet kan være på hospitaler eller udenfor hospitalernes regie. Figuren viser antal basissygeplejersker (stillingskode 30001 i KRL). Det vil sige at ledende sygeplejersker eller sygeplejevikarer ikke indgår i opgørelsen.
Kilde: KRL. Referencemåned: februar

#DKD2024

#SamarbejdeOmKræft

Sli.do

#131525

Regionale/lokale ressourcer

Statusliste Uge 34

Ventetider på operation antal uger

Dato: 19.08.24

	Rigshospitalet	Odense	Skejby	Aalborg
	Tlf. 35 45 32 77 Tlf. 35 45 22 19 FAX: 35 45 21 83	Tlf. 51 42 76 61 Tlf. 65 41 51 65 FAX: 65 41 30 01	<u>O</u> sofagus/cardia Tlf. 78 45 30 66 <u>V</u> entrikel Tlf: 78 45 32 13 Pancreas/Lever Ring til 40255679 (forløbskoordinater) minus mandag Tlf. 78 45 32 43 (til afd.)	Tlf. 97 66 11 61
<u>O</u> esofagus/Cardia	2	2	2	2
Ventrikel	2	2	2	2
Lever	3	2	3	2
Pancreas	2	2	4	2

Patientrettigheder

- **Udredningsretten**
 - Udvidet frit sygehusvalg
- **Behandlingsretten**
- **Maksimale ventetider (livstruende sygdom)**
- **Kræftpakker (hensigtserklæring)**

De andre sygdomme?

Fremtrædende læger kræver et opgør med »skævvridning« af sundhedsvæsenet, hvor kræftområdet fylder alt for meget. Det rammer blandt andet patienter som Henrik Pilgaard, der oplever ikke at få nok hjælp mod smertefuld nyrelidelse. »Det er bestemt ikke let,« erkender sundhedsminister.

Henrik Pilgaard er ramt af nyresten, en stærkt ubehagelig lidelse, som har plaget ham i årevis og dukker op med hyppige mensesrum.

Igen og igen bliver han indlagt på hospitalet, når smerterne bliver helt uafholdelige, og hver gang sker det det samme. En aftenning behøver det, at der er tale om nyresten, og så bliver han pumpet med morfin for at tage smerterne, indtil det glee over - typisk seks til 24 timer efter indlæggelsen.

»Og så sker der ikke rigtig mere. Jeg får sjældent egentlig behandling mod lidelsen, og det er lange ventetider på de relevante undersøgelser og det indgreb, der måske kan forbedre min tilstand. Det er helt tydeligt, at den type lidelser er stærkt nedprioriteret,« siger Henrik Pilgaard.

Den oplevelse er han ikke alene om at have. Tusinder af patienter med såkaldt beragte tilstande - det vil sige godartede, ikkekræftende, men ofte stærkt generende og smertefulde sygdomme - bliver i øjeblikket nedprioriteret i så stor udstrækning, at det får fremtrædende læger til at slå alarm.

Patienter med forskellige tarmlidelser, galdesten, nyresten samt andre urologiske lidelser som førsnævring i urinvejene får i store tal aflyst og udskudt deres operationer og behandlinger.

Det samme sker inden for en række andre specialer.

Årsagen er, at kapaciteten i det danske sund-



Han fremhæver, at nogle patienter med »beragte tilstande vil kunne sendes ud til behandling hos private hospitaler. Men dem vil der findes indledt ikke for et meget stort antal patienter, som lider af flere forskellige sygdomme og vil have behov for længere indlæggelser.

Nu kommer ambulancen igen

Henrik Pilgaard kender alt til indlæggelser. Så sent som i sidste uge var han indlagt to dage, fordi han havde udviklet endnu en stor nyresten.

Smerterne, der opstår uden varsel, var simpelthen så voldsomme, at han ikke selv kunne håndtere dem med de smertestoffer, som han ellers hele tiden selv hører rundt på for at kunne indtage, når et anfald er under opsejling.

Den første sten oplevede han i 2003, og siden har han været indlagt fem-syv gange om året for at få akut hjælp.

For hans børn er det nærmest blevet hverdag, at ambulancen kommer og henter far - også når de er på ferie i udlandet, hvor han har været indlagt i ganske mange byer.

»Jeg er virkelig ramt af min sygdom,« siger Henrik Pilgaard, der er kok og også har oplevet jobmæssige konsekvenser af sin sygdom.

De hyppige anfald og indlæggelser har også medført et stort sygefravær: bare hos sin seneste arbejdsgiver har han rundet 30 sygefraværsdage, siden han startede sidste efterår.

Manglen på medarbejdere på sygehusene, de lange ventetider og store konsekvenser for patienter med andre sygdomme var også fremtrædende emner i valgkampen i efteråret og de første måneder af SVM-regeringens levetid.

Hier blev de dog ikke i særlig stor udstrækning knædt sammen med kræftområdets dominerende placering i sundhedsvæsenet og en diskussion af fordelingen af ressourcerne på forskellige sygdomsområder.

Men også blandt fremtrædende eksperter i lægeorganisationer på kræftområdet lyder der nu kritik af den nedprioritering, der sker af de tusindvis af patienter med »beragte lidelser.

Kræft er i en helt anden liga

Formanden for lægerne i Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG), Michael Borre, understreger, at blandt andet kræftpakkerne har været en stor succes i bestrebelserne på at få udredt og behandlet kræft rettidigt.

Men han peger også på, at kræft dækker over en række vidt forskellige tilstande og sygdomme, hvoraf nogle kræver langt hurtigere ind-

FAKTA

Maksimal ventetid

Der er særlige regler i sundhedsloven for patienter, der lider af livstruende kræft- eller hjertesygdom.

Reglerne betyder, at et hospital skal sikre, at der tilbydes behandling på et andet dansk eller udenlandsk sygehus, hvis hospitalet ikke kan overholde følgende maksimale ventetider:

Forundersøgelse: to uger.

Operation: to uger.

Medicinsk behandling: to uger.

Strålebehandling: fire uger.

Der er også opstillet mere detaljerede tidsfrister i de såkaldte forløbspakker for hver enkelt kræftsygdom, og disse er endnu kortere. Her er der tale om servicemål og ikke lovkraft, som det er tilfældet med reglerne for maksimale ventetider.

hedsminister Sophie Løhde (V), at der er betydelige udfordringer i sundhedsvæsenet, men vil ikke umiddelbart forholde sig til, om det er acceptabelt, at der sker en så markant nedprioritering af patienter med andre sygdomme end kræft.

»Vi skal sikre, at både kræftpatienter, hvor tid ofte spiller en afgørende faktor for deres overlevelseschancer, og patienter med andre lidelser kan komme hurtigt til. Det er bestemt ikke let,« siger vores sundhedsrådgiver i presset, skriver hun i en mail til Berlingske.

Han nævner flere initiativer, som regeringen har taget for at styrke økonomien og kapaciteten i sundhedsvæsenet.

Blandt andet er der kommet en akutplan til milliarder kroner, som skal være med til at sikre bedre udnyttelse af kapaciteten på tværs af de offentlige og private sygehuse og med-

Sli.do

#131525

De andre sygdomme?

Læger: Rigide kræftregler skader andre patienter

Drop 14 dages behandlingsgaranti til kræftbehandling, lyder opkræbet fra lægerne. Det går ud over alle dem, der venter på operation, men som ikke har kræft. Minister svarer:

OPDROET

AF DEN RIGTIGT RIGTIGT



Når det er kræft, er det vigtigt at få behandling så hurtigt som muligt. Men for mange andre patienter er ventetiden på operation eller anden behandling en belastning, der kan påvirke deres livskvalitet og helbred.

Det danske patientforening har derfor krævet, at den danske regering skal droppe 14 dages behandlingsgaranti til kræftbehandling, og i stedet sikre, at alle patienter får en garanti på operation eller anden behandling inden for 14 dage.

Men lægerne er ikke enige i dette krav. De mener, at det vil være en belastning for sundhedsvæsenet og for patienterne, der allerede venter på operation.

Men lægerne er ikke enige i dette krav. De mener, at det vil være en belastning for sundhedsvæsenet og for patienterne, der allerede venter på operation.

Men lægerne er ikke enige i dette krav. De mener, at det vil være en belastning for sundhedsvæsenet og for patienterne, der allerede venter på operation.

Men lægerne er ikke enige i dette krav. De mener, at det vil være en belastning for sundhedsvæsenet og for patienterne, der allerede venter på operation.

Men lægerne er ikke enige i dette krav. De mener, at det vil være en belastning for sundhedsvæsenet og for patienterne, der allerede venter på operation.

Men lægerne er ikke enige i dette krav. De mener, at det vil være en belastning for sundhedsvæsenet og for patienterne, der allerede venter på operation.

Men lægerne er ikke enige i dette krav. De mener, at det vil være en belastning for sundhedsvæsenet og for patienterne, der allerede venter på operation.

Men lægerne er ikke enige i dette krav. De mener, at det vil være en belastning for sundhedsvæsenet og for patienterne, der allerede venter på operation.

Men lægerne er ikke enige i dette krav. De mener, at det vil være en belastning for sundhedsvæsenet og for patienterne, der allerede venter på operation.

Men lægerne er ikke enige i dette krav. De mener, at det vil være en belastning for sundhedsvæsenet og for patienterne, der allerede venter på operation.

Men lægerne er ikke enige i dette krav. De mener, at det vil være en belastning for sundhedsvæsenet og for patienterne, der allerede venter på operation.

Men lægerne er ikke enige i dette krav. De mener, at det vil være en belastning for sundhedsvæsenet og for patienterne, der allerede venter på operation.

FAKTA

Forstå sagen på 1 minut

Præcis kræftstatistik: Hvis ældre med mange sygdomme får en kræftdiagnose, er de mere tilbøjelige til at dø end yngre patienter.

De 14 dages behandlingsgaranti: En garanti på, at patienter med kræft får operation eller anden behandling inden for 14 dage.

De andre sygdomme: Mange ældre patienter har flere sygdomme end yngre patienter, hvilket kan påvirke deres helbred og livskvalitet.

Ministerens svar: Regeringen vil ikke droppe 14 dages behandlingsgaranti, men vil sikre, at alle patienter får en garanti på operation eller anden behandling inden for 14 dage.

Men lægerne er ikke enige i dette krav. De mener, at det vil være en belastning for sundhedsvæsenet og for patienterne, der allerede venter på operation.

Men lægerne er ikke enige i dette krav. De mener, at det vil være en belastning for sundhedsvæsenet og for patienterne, der allerede venter på operation.

Men lægerne er ikke enige i dette krav. De mener, at det vil være en belastning for sundhedsvæsenet og for patienterne, der allerede venter på operation.

Men lægerne er ikke enige i dette krav. De mener, at det vil være en belastning for sundhedsvæsenet og for patienterne, der allerede venter på operation.

Men lægerne er ikke enige i dette krav. De mener, at det vil være en belastning for sundhedsvæsenet og for patienterne, der allerede venter på operation.

Men lægerne er ikke enige i dette krav. De mener, at det vil være en belastning for sundhedsvæsenet og for patienterne, der allerede venter på operation.



Kræftlyntoget under afsporing

MICHAEL BORRE Det er frustrerende, at forløbstiderne ikke tillader skelen til 'lidt' og 'meget' syge.

Under tilsidesættelse af klinisk relevans og almindelig sund fornuft udfordres såvel behandlingskvalitet som patientsikkerhed dagligt af politisk udstukne garantier for overholdelse af arbitrære tidsfrister i kræftpakkeforløbene.

Og NEJ – jeg taler IKKE imod kræftpakkernes eksistens – tværtimod. Ingen ønsker fortidens slendrian og organisatoriske ragnarok tilbage.



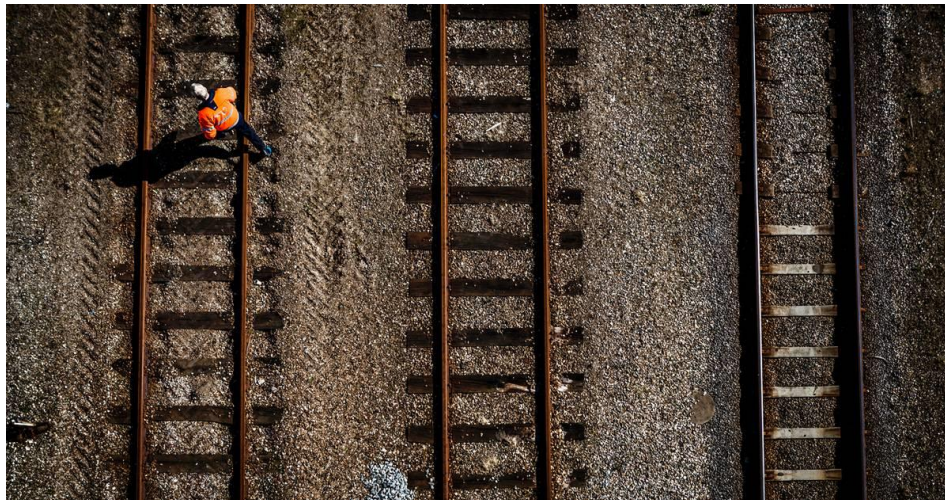
Michael

Borre ønsker, at kræftpakkerne bør organiseres som en 'motorvej' med tre spor: en ekspressbane, et normalt pakkeforløbspor og en slæbebane til de knap så akutte.

**Kræftlæger
ønsker
pakkeforløb i flere
spor** Formand for de Danske
Multidisciplinære Cancer Grupper mener,
at der skal ligge en lægelig vurdering til
grund for den rækkefølge, patienterne skal
tages i.

Steffen Bang Nielsen
24/08/2017

Differentierede tidsspor



#DKD2024

#SamarbejdeOmKræft

Sli.do

#131525

Gastrokirurgi

2 uger	2-4 uger	4-6 uger	> 6 uger
Pancreas	CRC	NET	IPMN sidegangs
Perifert CC	CRLM	GIST < 2cm i ventrikel	
HCC	Centralt CC	IPMN hovedgangs	
Sarkom	GIST		
Cardia/ventrikel/ duodenum	IPMN worrisome features		

#DKD2024

#SamarbejdeOmKræft

Sli.do

#131525

Mammakirurgi

2 uger	4 uger	6 uger	> 6 uger
Inflamatorisk	Duktale carcinomer	DCIS	
Sarkom	Lobulære carcinomer		

#DKD2024

#SamarbejdeOmKræft

Sli.do

#131525

Uro-onkologi

2 uger	4 uger	6 uger	> 6 uger
Prostatakræft			
UDREDNING (Suspekt DRE eller PSA>10)	(PI-RADS 4-5)	(PSA densitet > 0,15)	(PI-RADS 1-2)
BEHANDLING (Højrisiko/lokalavanceret)	(Høj-intermediær risiko)		(Lav-intermediær risiko)
Nyrekraft			
Udredning og behandling af tumorer over 4 cm	Udredning og behandling af tumorer 3-4 cm		Udredning og behandling af små tumorer < 2 cm
Blæretumorer			
Udredning og behandling af primære tumorer	Behandling af recidiv af overfladisk udseende tumor		
Testikelkræft			
Peniskræft			

#DKD2024

#SamarbejdeOmKræft

Sli.do

#131525

Uro-onkologi

PROSTATACANCER:

Jævnfør DaProCa retningslinjen for radikal prostatektomi 2023/24:

Anbefaling 8:

Tidsintervallet fra biopsi til operation synes at have betydning for post-bioptisk inflammation og dermed risiko for komplikationer, herunder blødning og vanskeligere nervebevarelse. Observationerne hviler på en retrospektiv opgørelse (23) [2b]. Et systematisk review fandt ikke en øget risiko for mere aggressiv patologi, biokemisk recidiv, behov for supplerende onkologisk behandling eller forværret overlevelse, hvis tid til operation blev udskudt i op til 3 måneder hos patienter med både EAU høj- og mellemrisiko cancer. Det systematiske review inkluderede 19 primært retrospektive studier (24) [2b]

24. Laukhtina E, Sari Motlagh R, Mori K, Quhal F, Schuettfort VM, Mostafaei H, et al. Oncologic impact of delaying radical prostatectomy in men with intermediate- and high-risk prostate cancer: a systematic review. World J Urol. 2021;39(11):4085-99.

Således må lokaliseret prostatacancer (lav, mellem og høj-risiko) kunne afvente behandling i minimum 6 uger (hvis man ikke vil gå efter 3 måneder).

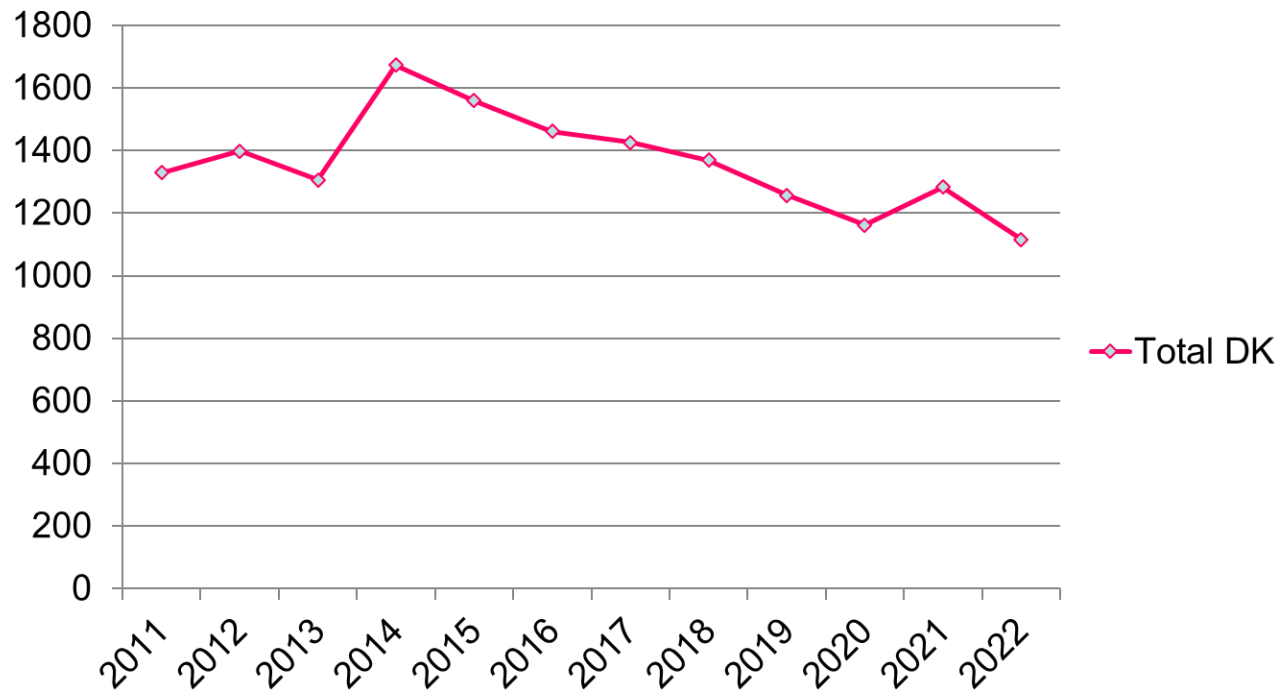
#DKD2024

#SamarbejdeOmKræft

Sli.do

#131525

Rectumcancer per year



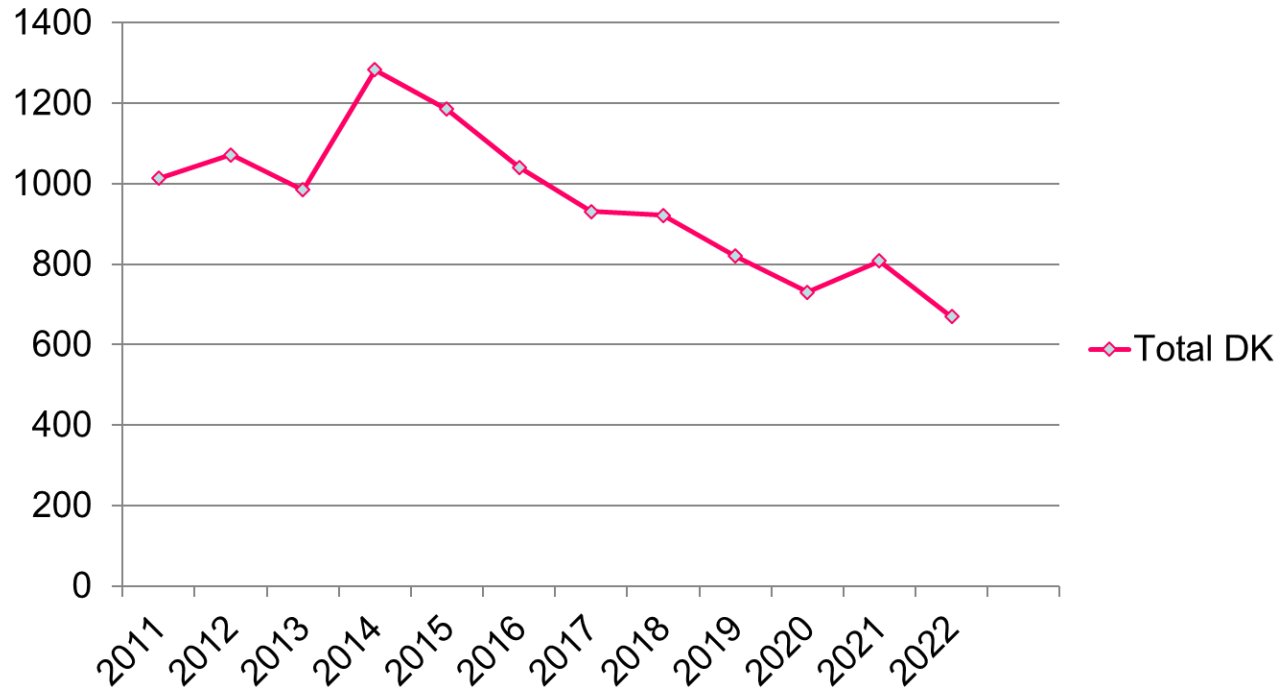
#DKD2024

#SamarbejdeOmKræft

Sli.do

#131525

Rectum resection/excision per year



#DKD2024

#SamarbejdeOmKræft

Sli.do

#131525

Spørgsmål

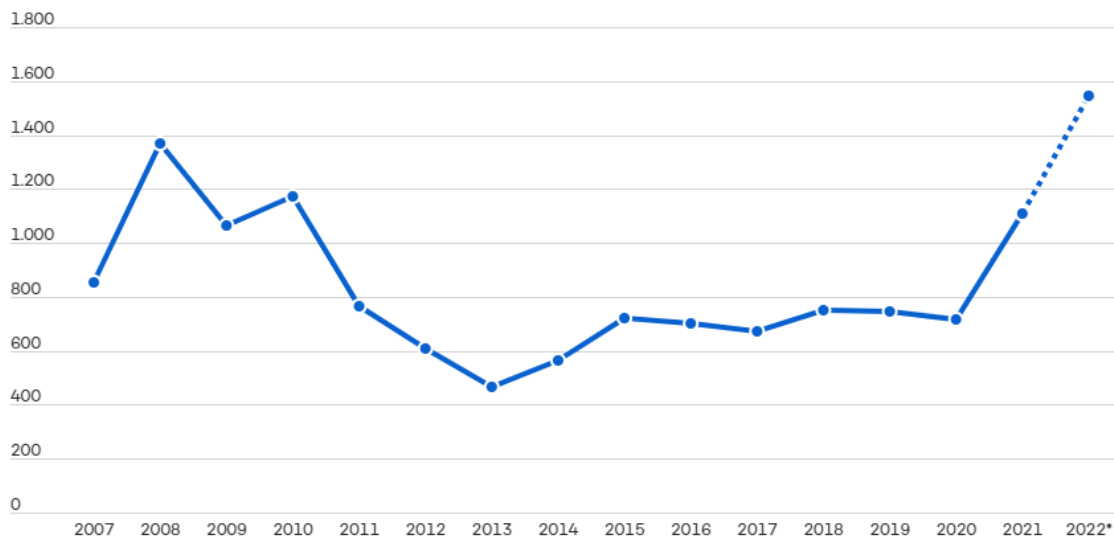
- **Kan maksimale ventetider differentieres efter cancertype?**

Spørgsmål

Bilag til evt spm.

Regional brug af privathospitaler

Regionernes køb hos privathospitaler (mio. kr.)



*2022: Samlede udgifter fra regionerne til de private sygehuse skønnes at være 1,544 mia. kr., oplyser Danske Regioner.

Kilde: - Danske Regioner

Undersøgelser af ventetider på canceroperationer

Waiting time to surgery and pancreatic cancer survival: A nationwide population-based cohort study

Jakob Kirkegård¹, Frank Viborg Mortensen², Carsten Palnæs Hansen³, Michael Bau Mortensen⁴, Mogens Sall⁵, Claus Fristrup⁶

Affiliations + expand

PMID: 31160135 DOI: 10.1016/j.ejso.2019.05.029

Abstract

Introduction: The effect of waiting time to surgery on survival in pancreatic cancer patients is unclear. We examined this association in a nationwide population-based cohort study.

Materials and methods: A nationwide population-based cohort study of all patients undergoing surgery for pancreatic cancer (resection or a palliative procedure) registered in the Danish Pancreatic Cancer Database from May 2011 to May 2016. We defined waiting time to surgery in two ways: 1) from the date of entry into the National Cancer Pathway to the date of surgery and 2) from the date of the last preoperative computed tomography (CT) or positron emission tomography (PET-CT) scan to the date of surgery. Waiting time was grouped into three groups: <28 days (<4 weeks), 28-55 days (4-8 weeks), and ≥56 days (≥8 weeks). We calculated median survival with associated 95% confidence intervals (CIs) for patients undergoing resection and for patients undergoing a palliative procedure.

Results: We included 873 patients. Mean age was 67 years (range: 35-86 years). Resection was performed in 701 patients (80%); the remaining 172 patients (20%) underwent an explorative laparotomy or palliative surgery. 652 patients (75%) had a registration in the National Cancer Pathway (median waiting time: 31 days, and 818 patients (94%) had registration of a preoperative CT or PET-CT scan (median waiting time: 32 days). We saw similar resection rates (~80%) and median survival (~22 months) in all three groups.

Conclusion: In this study, waiting time to surgery did not affect survival in patients undergoing surgery for pancreatic cancer.

Conclusion: In this study, waiting time to surgery did not affect survival in patients undergoing surgery for pancreatic cancer.



OPEN

Time to surgery is not an oncological risk factor in patients with cholangiocarcinoma undergoing curative-intent liver surgery

Anna Mantas^{1,2,5}, Dong Liu^{1,5}, Carlos Constantin Otto^{1,2}, Lara Rosaline Heij^{1,2,3}, Daniel Heise^{1,2}, Philipp Bruners⁴, Sven Arke Lang^{1,2}, Tom Florian Ulmer^{1,2}, Ulf Peter Neumann^{1,2,5} & Jan Bednarsch^{1,2,5}

Surgical resection is the only option to achieve long-term survival in cholangiocellular carcinoma (CCA). Due to limitations of health care systems and unforeseeable events, e.g., the COVID pandemic, the time from diagnosis to surgery (time-to-surgery (TTS)) has gained great interest in malignancies. Thus, we investigated whether TTS is associated with the oncological outcome in patients who underwent surgery for CCA. A cohort of 276 patients undergoing curative-intent surgery for intrahepatic and perihilar CCA excluding individuals with neoadjuvant therapy and perioperative mortality between 2010 and 2021 were eligible for analysis. Patients were grouped according to TTS (≤30; 31-60; 61-90; >90 days) and compared by Kruskal-Wallis-analysis. Survival was compared using Kaplan-Meier analysis and characteristics associated with cancer-specific survival (CSS), recurrence-free survival (RFS) and overall survival (OS) using Cox regressions. The median CSS was 39 months (3-year-CSS = 52%, 5-year-CSS = 42%) and the median RFS 20 months (3-year-CSS = 38%, 5-year-CSS = 33%). In univariable Cox regressions, TTS was not associated with CSS ($p = 0.971$) or RFS ($p = 0.855$), respectively. A grouped analysis with respect to TTS (≤30 days, $n = 106$; 31-60 days, $n = 134$; 61-90 days, $n = 44$; >90 days, $n = 29$) displayed a median CSS of 38, 33, 51 and 41 months and median RFS of 17, 22, 28 and 20 months ($p = 0.971$ log rank; $p = 0.520$ log rank). No statistical difference regarding oncological risk factors were observed between the groups. This study is the first comprehensive analysis of TTS in CCA patients. Within a representative European cohort, TTS was not associated with earlier tumor recurrence or reduced CSS.

and median RFS of 17, 22, 28 and 20 months ($p = 0.971$ log rank; $p = 0.520$ log rank). No statistical difference regarding oncological risk factors were observed between the groups. This study is the first comprehensive analysis of TTS in CCA patients. Within a representative European cohort, TTS was not associated with earlier tumor recurrence or reduced CSS.



Is time from diagnosis to radical prostatectomy associated with oncological outcomes?

Kirsti Aas¹ · Sophie Dorothea Fossa^{2,3,4} · Rune Kvåle^{2,5,10} · Bjørn Møller² · Tor Åge Myklebust^{2,6} · Ljiljana Vlatkovic⁷ · Stig Müller^{4,8} · Viktor Berge⁹

Received: 17 September 2018 / Accepted: 15 November 2018 / Published online: 27 November 2018
© Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature 2018

Abstract

Purpose To study the association between time from diagnosis to radical prostatectomy (RP-interval) and prostate cancer-specific mortality (PCSM), histological findings in the RP-specimen and failure after RP (RP-failure).

Methods Patients diagnosed with non-metastatic prostate cancer (PCa) in 2001–2010 and prostatectomized within 180 days of biopsy were identified in the Cancer Registry of Norway and the Norwegian Prostate Cancer Registry. Patients were stratified according to risk groups and RP-intervals of 0–60, 61–90, 91–120 and 121–180 days. Aalen-Johansen and Kaplan–Meier methods estimated curves for PCSM, RP-failure and overall mortality. Multivariable Cox regressions and Chi-square tests were used to evaluate the impact of RP-interval on outcomes.

Results In 5163 eligible patients, the median time from diagnosis to RP was 93 days (range 1–180). Risk group distribution was similar in all RP-interval groups. With almost eight years of observation, no association was found between RP-interval and PCSM in the intermediate-or high-risk groups. Increasing RP-interval did not increase the rate of adverse histological

Conclusions Increasing RP-interval up to 180 days was not associated with adverse oncological outcomes at eight years follow-up. These findings should be considered when planning for prostatectomy.

Does time from diagnosis to treatment of high- or very-high-risk prostate cancer affect outcome?

Chad A Reichard¹, Yaw A Nyame², Debasish Sundi³, Jeffrey Tosoian⁴, Lamont Wilkins², Ridwan Alam⁴, Mary F Achim¹, Xuemei Wang¹, Andrew J Stephenson², Eric A Klein², Ashley E Ross⁵, John W Davis¹, Brian F Chapin¹

Affiliations + expand

PMID: 30653804 DOI: 10.1111/bju.14671

Abstract

Objective: To determine whether time from diagnosis to treatment impacted outcomes in a multicentre cohort of high- and very-high-risk (VHR) patients with prostate cancer undergoing radical prostatectomy (RP).

Patients and methods: In all, 1392 patients from three tertiary centres who underwent RP for either high-risk or VHR disease, from 2005 to 2015, were identified. The cohort was divided into tertiles based on time from diagnostic biopsy to RP. Cumulative incidence of biochemical recurrence (BCR), metastasis, and prostate cancer-specific mortality (PCSM) were calculated for each tertile. The Kaplan-Meier method was used to evaluate for differences in all-cause mortality (ACM) amongst tertiles. Competing risks regression models, as well as Cox proportional hazards regression models, were fitted to assess the association between time-to-event outcomes and patient characteristics.

Results: The median (interquartile range [IQR]) time from biopsy to RP was 68 (50-94) days. The median (IQR) follow-up was 31 (12.1-55.7) months. The cumulative incidence of BCR (P = 0.14), metastasis (P = 0.15), and PCSM (P = 0.69) did not differ amongst time-to-treatment tertiles of VHR patients. Also, Kaplan-Meier estimates of ACM (P = 0.53) did not differ amongst time-to-treatment tertiles. Similarly, BCR, metastasis, PCSM, and ACM did not significantly differ amongst time-to-treatment tertiles in multivariable modelling.

Conclusion: In this pooled meta-dataset of patients with high-risk or VHR prostate cancer, time from diagnosis to RP did not appear to significantly contribute to differences in clinical outcomes. This finding supports the safety of enrollment of such patients into neoadjuvant clinical trials.

Evaluating the impact of length of time from diagnosis to surgery in patients with unfavourable intermediate-risk to very-high-risk clinically localised prostate cancer

Natasha Gupta¹, Trinity J Bivalacqua¹, Misop Han¹, Michael A Gorin¹, Ben J Challacombe², Alan W Partin¹, Mufaddal K Mamawala¹

Conclusions: Waiting for RP up to 6 months after diagnosis is not associated with adverse outcomes amongst patients with unfavourable intermediate- to very-high-risk prostate cancer.

Abstract

Objective: To evaluate the impact of length of time from diagnostic biopsy to radical prostatectomy (RP) on oncological outcomes amongst men diagnosed with unfavourable intermediate- to very-high-risk clinically localised prostate cancer.

Patients and methods: We performed a retrospective review of men with a diagnosis of grade group (GG) ≥ 3 prostate cancer on biopsy, who underwent RP within 6 months of diagnosis, at our institution between 2005

and 3-6 months receipt of neoadjuvant and 3-6 months (positive surgical lymph node in and 2-, 5-, and 6 months after RP. **Results:** Amongst 2303 men who met the study inclusion criteria, 1244 (54%) had GG 3, 608 (26%) had GG 4, and 451 (20%) had GG 5 disease. In all, 72% underwent RP at <3 months after diagnosis. For each diagnostic GG, there was no significant difference in rates of adjuvant therapy, PSM, EPE, SVI, or LNI in men who had RP at <3 vs 3-6 months after diagnosis. In all, 1568 men had follow-up after RP of >1 year. For each diagnostic GG, there was no significant difference in 2- and 5-year BCRFS between patients who had RP at <3 vs 3-6 months after diagnosis (GG 3: 78% vs 83% and 69% vs 66%, respectively, P = 0.6; GG 4: 68% vs 74% and 51% vs 57%, respectively, P = 0.4; GG 5: 58% vs 74% and 48% vs 54%, respectively, P = 0.2). Similarly, for each diagnostic GG, there was no significant difference in 2-, 5-, and 10-year MFS between patients who had RP at <3 vs 3-6 months after diagnosis, although we were not able to calculate 10-year MFS for patients with GG 5 disease due to limited follow-up in that group (GG 3: 98%, 92%, and 84% vs 97%, 95%, and 91%, respectively, P = 0.4; GG 4: 97%, 90%, and 72% vs 94%, 91%, and 81%, respectively, P = 0.8; GG 5: 89% and 81% vs 91% and 71%, respectively, P = 0.9).

Conclusions: Waiting for RP up to 6 months after diagnosis is not associated with adverse outcomes amongst patients with unfavourable intermediate- to very-high-risk prostate cancer.