



## Referat fra DAPROCA møde d. 29/10 og 30/10

Tilstede: Søren Høyer, Niels Harving, Mads Hvid Poulsen, Lise Bentzen, Ingegerd Balslev, Steinbjørn Hansen, Søren Friis, Henrik Jacobsen, Helle Hvarness, Peter Meidahl, Lars Jelstrup, Klaus Brasso, Michael Borre og Mette Moe

Afbud: Bodil Ginnerup, Karina Dalsgaard

Referent: Mette Moe

Indledningsvis blev der budt velkommen til 2 nye medlemmer af DAPROCA. Overlæge Niels Harving fra Urologisk Afdeling i Aalborg, som erstatter overlæge Niels Christian Langkilde. Afdelingslæge Mads Hvid Poulsen fra Urologisk Afdeling i Odense, som erstatter overlæge Steen Carlsson.

### 1. Kort referat af DMCGs repræsentantskabsmøde d. 11/9

a) Der er nedsat en dansk national TNM komite

Hver DMCG er repræsenteret med ét medlem. Af mangel på frivillig kandidat repræsenterer Michael Borre DAPROCA.

Der er tænkt en opstramning af TNM klassifikationen – der har været henvendelse til SSI med henblik på følgende:

- i. Tidstro registrering – altså efter endt udredning
- ii. Forslag til simplificeret kodning i LPR særlig af metastatisk sygdom. Fremadrettet er det den metastatiske sygdom der tæller – ikke sitet for metastasen – således 61.9M
- iii. Oprettelse af tillægskoder pr. 1/10 2015 for adjuverende, neoadjuverende, kurativ, metastatisk og ren palliativ behandling.  
I første omgang frivilligt, hvilket der undres over.  
Diskussion om adjuverende og kurativt intenderet behandling og kodningspraksis er for eksempelvis adjuverende strålebehandling efter prostatektomi, salvage strålebehandling ved PSA recidiv og kurativt intenderet strålebehandling up front.  
MB retter henvendelse til SSI.

b) MDT konference guidelines

Der er udarbejdet MDT konference guidelines. Man har støttet sig til et dokument fra NHS, som har udarbejdet ganske detaljerede retningslinjer. I det danske dokument er lavet beskrivelse af MDT om både praktiske forhold (lokaler, it etc.), planlægning af MDT og udførelse heraf, altså at det skal foregå inden for dagarbejdstid med tilstedeværelse af repræsentanter for alle relevante specialer, tid afsat til forberedelse og færdiggørelse, opførsel på MDT etc.

Man har ønsket en national IT platform, men dette har vist sig vanskeligt.



Retningslinjerne er sendt til Ministeriet, Danske Regioner, SST og patientforeningerne.

c) Klinisk Forskning

I en tiltagende presset klinisk hverdag er der færre muligheder for forskning. Et forslag kunne være at forsøge den translationelle forskningen indarbejdet som en del af Kræftplan IV.

Patobank er blevet en del af Dansk Biobank. Der opfordres til en øget og mere standardiseret vævsindsamling, hvilket pågår i fx Odense. Mads vil sende kopi af de dokumenter, som man anvender i Odense. På RH signerer samtlige patienter et samtykke til vævsindsamling, som dog ikke er en del af det nationale tiltag. Man kan som forskergruppe ansøge om at få udleveret indsamlet væv og tilhørende data.

## 2. Rebuildforliget

Fagudvalgsformand Inge Mejlholm og Michael Borre har diskuteret en modificering af fagudvalgets indstilling til RADS behandlingsalgoritmen for mCRPC. Baggrunden herfor er, at fagudvalgets indstilling 2 gange i aktuelle runde er blevet afvist.

RADS vil fortsat ikke anbefale Zytiga efter Enzalutamid eller omvendt som standardbehandling, men vil acceptere, at behandlingen anvendes i særlige tilfælde under forudsætning af, at patienten har været diskuteret på MDT, at der registreres effekt af behandling og at der halvårligt afrapporteres til RADS.

Det findes problematisk, at problemstillingen ikke var diskuteret i det samlede fagudvalg på et møde. Det er samtidigt uklart, i hvilken grad vi har lov til at gå i patientjournaler og registrere, og ikke mindst er det uklart, hvad RADS rent faktisk ønsker registreret.

Michael Borre sørger for kontakt til RADS med henblik på at indhente de relevante tilladelser og for at få en præcisering af, hvad der rent faktisk ønskes registreret.

## 3. Opfølgingsprogrammer

En del af opfølgningen for patienter med c. prostatae forventes uddelegeret til primærsektoren. I det væsentligste ikke anderledes end det sker i forvejen.

Primærsektoren er umiddelbart indstillede på opgaven vejledt af henvisninger og/eller epikriser.

Dele af opfølgningen kan også ske ved specialuddannede sygeplejersker.

Kommunerne har mange gode rehabiliteringstilbud.

Aktuelt er startet et arbejde under SST med henblik på udarbejdelse af nationale retningslinjer for rehabilitering af patienter med c. prostatae.

Aktuelt er startet et arbejde under SST med henblik på udarbejdelse af nationale retningslinjer for rehabilitering af patienter med c. prostatae. Fra urologisk side deltager Helle Hvarness og Mads Hvid Poulsen, og fra onkologisk side deltager Joen Sveistrup og Mette Moe.



#### **4. PROM og prostatacancer**

PROM registreringen har primært kørt i de urologiske afdelinger (Herlev, Odense Aalborg og Aarhus).

Det er et problem om PROM data kan køre sammen med de forskellige IT platforme i de forskellige regioner. Økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner har afsat ressourcer til national implementering af PROM indenfor prostatacancer. AMBO-flex bliver en vigtig partner. Skulle kunne køre med EPJ og med den nye sundhedsplatform i hovedstadsregionen.

Der arbejdes på fortsat fremskaffelse af evidens omkring PROM data

Da PROM udover i Aarhus og RH principielt ikke er vurderet i den onkologiske setting, skal det fremtidige PROM skemasæt (EPIC-26 vs. ICHOM) vurderes af onkologer og urologer i fællesskab inden det kan anvendes eksempelvis som kvalitets indikator.

Lise Bentzen, Peter Meidahl, Mads Hvid Poulsen og Michael Borre vil afklare hvilket toxicitets registrerings skema, der skal ligge til grund for PROM.

#### **5. MRI prostata – implementering og forskning**

Der mangler fortsat ressourcer til implementering af MRI til diagnosticering af c. prostatae Særligt mangles uddannede og interesserede radiologer.

Der kører protokol og skandinavisk regi og henholdsvis i Aarhus og på Herlev.

Der kan aktuelt kun udføres MR guidede prostata biopsier på få afdelinger, nemlig i Aarhus, i Odense og på Herlev. Aarhus og Herlev kan ikke længere tage patienter fra andre regioner på baggrund af manglende ressourcer i egne afdelinger. Dette har som konsekvens at udredningstilbuddet ikke er ens for patienter i forskellige regioner.

Et fremtidigt SPCG17 vedr. et randomiseret mMRI-studie ved active surveillance er på vej. I DK vil aktuelt maksimalt tre centre kunne deltage.

#### **6. DAPROCAdata – kodning mm**

Der opfordres igen til konsekvent kodning i egne afdelinger.

Vi mangler basale data, som vi er interesserede i.

Fejllisterne er mangelfulde og ukorrekte.

Dette tages op på det kommende DAPROCA databaseudvalgsmøde

#### **7. Rehabilitering retningslinjer**

Se pkt. 3 – opfølgning



## 8. Kræftplan IV

Bliver formentlig en opfølgning på Kræftplan I.  
Der ønskes herfra fokus på translational forskning  
Certificering af kræftkirurger  
Styrkelse af MDT-konferencerne

## 9. Eventuelt

### SPCG 15:

På RH er de første 2 patienter inkluderet. På denne baggrund blev det diskuteret, hvorledes vi forholder os til de patienter, som ikke inkluderes i SPCG15, særligt med hensyn til N-staging og endokrin behandling. Fremadrettet kan N-staging undlades og patienter stages med CT skanning. Konsekvensen heraf er, at patienterne i stedet skal have elektiv lymfeknudebestråling. (Kære onkologer – vi bør specificere dosis – kører vi med de 56 Gy som under PROPEL). Til gengæld fastholdes, at der skal gives fuld medicinsk kastration til patienter uden for protokol. Man ønsker desuden et amendment til SPCG15, således at dansk praksis med 3 års medicinsk kastrationsbehandling kan fortsætte.

Klaus Brasso og Peter Meidahl er medlemmer af SPCG15 styregruppen og vil bringe ønsket videre samt sørge for, at vi ser på evidensen for den SPCG15 foreslåede endokrine behandling (6 mdr. kastration og 18 mdr. antiandrogen).

### Kliniske retningslinjer:

Der linkes fortsat til EAU guidelines – senest udgave 15.

De enkelte kapitler afleveres direkte til Belinda. Deadline mandag d. 30/11.

I EAU guidelines er nu kun 8 kapitler. Vi opretholder egne kapitler i et kontinuum og linker i hvert enkelt kapitel til det relevante EAU kapitel.

Flere kapitler i vores egne guidelines slås sammen, eksempelvis kapitel 3+7, kapitel 14+15, kapitel 17+18.

Der blev opnået enighed om at anvende EAU risk score.

MM skriver om kemoterapi til hormonsensitiv sygdom med KB som medforfatter og læser.

## 10. Næste møde

D. 3/3 kl. 10:15-15:30 i København på RH