

Referat fra DAPROCA møde tirsdag d. 17. marts 2015

Tilstede: Søren Høyer, Lars Jelstrup Petersen, Peter Meidahl, Bodil Ginnerup, Henriette Lindberg, Helle Hvarness, Henrik Jakobsen, Steinbjørn Hansen, Lise Bentzen, Klaus Brasso, Michael Borre og Mette Moe.

Afbud: Ingegerd Balslev

1: Valg af referent:

Mette Moe valgt.

Mette Moe blev ligeledes valgt til faglig sekretær fremadrettet

2: DMCG vedtægter – udpegning af medlemmer og underudvalg

Foranlediget blandt andet af en henvendelse fra DSKO til Michael Borre i hans egenskab af formand for alle DMCGerne, vil samtlige DMCGere blive bedt fremsende deres vedtægter mhp at skabe overblik og evt. standardiserede regler for, hvorledes den enkelte DMCG er sammensat og udpeger eller får udpeget sine medlemmer. Det bør tilstræbes, at der er en repræsentant fra hver region i DMCGerne, men ikke nødvendigvis eksempelvis både et kirurgisk medlem og et medicinsk medlem indenfor samme diagnosegruppe.

DAPROCA vil på internatmødet i september arbejde med en præcisering af forholdene i denne DMCG.

DAPROCA vil bede Dansk Urologisk selskab om at udpege 1-2 nye medlemmer, da Steen Carlsson, Niels Christian Langkilde og Kari Mikines er udtrådt af DAPROCA. Karina Dalsgård er ligeledes udtrådt, men vil kunne indkaldes ad hoc.

3: Kort orientering vedrørende:

- a) Specialeplan (urologi/onkologi)
Behandlingen af mCRPC bliver regionsfunktion
- b) mCRPC i Region Midt
Ligger fortsat delt mellem urologer og onkologer om end samarbejdet intensiveres i forbindelse med, at man kommer til at arbejde på en matrikel
- c) DAPROCAdata – kodning
De nye kvalitetsindikatorer bliver anvendt i årsrapporten for 2014.
Datakomplethed er inkluderet som indikator.

Der diskuteres, at det kan være vanskeligt at få adgang til egne data. Såfremt der er tale om et konkret videnskabeligt projekt gælder fortsat, at der skal søges adgang via RKKP, med relevant ansøgning til datatilsyn og SST

SøH foreslår, at DAPROCA diskuterer standardiseret patologirapport for prostatektomi til anvendelse i DK på lige fod med USA, Australien etc.

Parallelt hermed blev ligeledes udpeget nye medlemmer til Databaseudvalget, da både Morten Høyer og Astrid Petersen er trådt ud. Søren Høyer og Mette Moe blev udpeget.

d) Radium223

Der er nu behandlet ca. 40 patienter på RH

RH kan ikke uddelegere dele af patientansvaret til de henvisende afdelinger, da man mener ikke at ville kunne styre behandlingen på kvalificeret vis i så tilfælde, da det er nødvendigt at se patienterne inden ordination af behandling.

70% af patienter til behandling kommer fra Østdanmark.

25 % af patienterne progredierede under pause, som opstod i efteråret pga leveringsproblemerne.

Det diskuteres fortsat hvorledes patienterne bedst monitoreres undervejs i behandlingen, da man eksempelvis kan se stærkt stigende PSA hos patienter som responderer klinisk på behandlingen.

e) Tour d'Europe – AUH d. 14.-16. april

Foreløbig 125 tilmeldinger. Tilmelding kan fortsat nås.

4: Multiparametrisk MRI – national implementeringsstrategi

mpMRI trænger sig i tiltagende grad på, som primær billeddiagnostisk undersøgelse i udredningen af cancer prostatae herunder både imageguidedede biopsier og som led i stadie inddeling. Der forventes et regelret paradigmeskift.

Aktuelt er kun 2 radiologiske afdelinger i DK muligheden for at levere denne modalitet. Aarhus og Herlev. Aarhus udfører ca. 15-16 ugentligt og forudsætningen er, at der er lavet TRUSP mindst gange 1, og at der er PSA udvikling. Der udføres 4 MR guidede biopsier ugentligt.

Kapacitetsproblemer udfordrer i tiltagende grad. Den næste ledige tid i Aarhus er i juni måned 2015.

Der er en vis bekymring for, at MRI i prostatadiagnostikken tages ukritisk i brug for bredt. Det er DAPROCA's holdning, at det er vigtigt at fremme specifikke kurser og uddannelse på særlige centre for at modaliteten kan anvendes fornuftigt. Der bør samtidig være en fuldt fungerende MDT på de centre, hvor man anvender MRI i udredning og staging.

Et eksempel på behovet for MRI er et projekt på Aarhus Universitetshospital, hvor man har set, at mellem 1/3 og 1/2 af patienterne i active surveillance omklassificeres efter mMRI.

- 1) I Herlev haves 3 standarder: Som led i staging ved \geq cT2c eller PSA >20 på henvisningstidspunktet (dvs. før biopsi)
- 2) I forbindelse med active surveillance henholdsvis 3 mdr. og 1 år efter primær biopsi
- 3) Før rebiopsi, såfremt der findes indikation herfor efter primær negativ biopsi

5: DUCG 6. årsmøde d. 2. oktober

Som DAPROCA-tema foreslås mpMRI som billeddiagnostisk modalitet i prostata cancer udredning

6: Næste møde

Næste møde finder sted d. 29. og 30. oktober som internatmøde.

Helle Hvarness finder konkret sted – enten Munkebo eller på Sjælland

7: Eventuelt

a) RADS

Behandlingsalgoritmen fremlægges for RADS d. 14. april. Diskussionen om krydsresistens kan forhåbentlig afklares her.

Mette Moe har gennemført litteratursøgning på krydsresistens i behandlingen af mCRPC, og vil udarbejde en artikel til indsendelse til relevant tidsskrift.

b) Henvendelse fra græsrodsgruppen af onkologer

På et møde i starten af marts var blandt onkologer blevet diskuteret det hensigtsmæssige i, at en urolog var/ville blive NCI på et forsøg, der indebærer behandling med docetaxel som iflg. Sundhedsstyrelsen alene kan gives af speciallæger i onkologi.

Med baggrund i, at det var efter forudgående aftale med den lokale onkologiske afdeling, der er helt indstillet på at give standardbehandlingen med docetaxel, mens urologen alene varetager den eksperimentelle behandling, var der enighed om at det ikke frembød en problemstilling i den aktuelle situation, og at fokus er på at trække videnskabelige forsøg til Danmark.

8: Kliniske retningslinjer

Der arbejdes fortsat med link til EAU guidelines og med supplement hvor danske forhold og retningslinjer afviger fra EAU

Fortsat ca 1 sides tekst.

Afviselser herfra er: Radiologi, Patologi, Palliation, Opfølgning