



## Referat fra DAPROCA møde d. 4-5/9-2014

**Tilstede:** Michael Borre, Henrik Jakobsen, Ingegerd Balslev, Peter Meidahl, Steinbjørn Hansen, Helle Hvarness, Steen Carlsson, Søren Friis, Bodil Ginnerup, Klaus Brasso, Søren Høyer, Kari Mikines, Henriette Lindberg, Lise Bentzen, Mette Moe.

### **Valg af referent:**

Mette Moe valgt til referent

### **RADS/KRIS:**

Der er nedsat et nyt RADS fagudvalg for metastatisk kastrationsresistent cancer prostata.

Ny formand er overlæge Inge Mejlholm fra onkologisk afdeling i Vejle.

Første møde i rækken bliver d. 7/10 og forventes afsluttet med internatmøde d. 7. og 8. januar.

Flere af medlemmerne i det nye RADS fagudvalg er identiske med medlemmerne fra det tidligere fagudvalg.

RADS har påpeget, at man havde lov til at nedsætte et nyt fagudvalg hermed også udskifte medlemmer.

Det undrer, at man har valgt to forskellige tilgange til udpegnings af fagudvalgsmedlemmerne. DUS har udpeget de 5 urologiske medlemmer. Initialt ønskede RADS kun 3 urologiske medlemmer, da det er opfattelsen herfra, at cytotoxisk behandling af metastatisk kastrationsresistent cancer prostatae primært er en onkologisk disciplin. Dette blev dog ændret således, at der er balance mellem antal urologiske og onkologiske medlemmer til nu 5 medlemmer af hver slags. De onkologiske medlemmer er udpeget af deres respektive regioner.

På mødet her blev diskuteret, om de nationale behandlingsretningslinjer skal være identiske med RADS retningslinjer. Ideelt set bør det være således, men set i lyset af den tidligere RADS proces kan dette ende med at være et vanskeligt opnåeligt mål.

### **Medicinsk behandling af prostatacancer patienter:**

MB orienterede om, at der i DUS regi ikke ses noget paradigmeskift i relation til behandlingen af mCRPC.

I SST's justering af specialeplanen har emnet ligeledes været diskuteret. mCRPC forventes således i fremtiden håndteret som en regions-funktion, mens behandlingen af hormonsensitiv prostatacancer forbliver en hovedfunktion.

MM orienterede om, at der som led i speciale gennemgangen i klinisk onkologi tilsvarende har været diskuteret højt specialiseret funktion for medicinsk behandling af mCRPC, og at den angivne incidens heraf synes betydeligt undervurderet.



## Referat fra DAPROCA møde d. 4-5/9-2014

Det undrer, at der ikke har været rettet henvendelse til fagspecialister (DAPROCA) for råd og vejledning i denne sammenhæng, og at der alene har været diskuteret med DSKOs udpegede repræsentanter.

Det er DAPROCA's holdning, at medicinsk behandling af mCRPC bedst foretages regionalt, og at man her på prioriterede skemalagte MDT-konferencer urologer og onkologer i fællesskab udstikker behandlingen for disse patienter.

Aktuelt fordeler tallene sig således:

1000 patienter får årligt foretaget radikal prostatektomi

500 patienter får årligt kurativt intenderet strålebehandling

250-300 patienter får recidiv efter prostatektomi og vurderes med henblik på salvage strålebehandling

1000 patienter går i active surveillance

2000 patienter undergår watchful waiting eller primær endokrin behandling

Incidensen af mCRPC skønnes ud fra sygdommens mortalitet at udgøre 1.200-1.500, som kræver medicinsk behandling udover basis kastrationsbehandling. Prævalensen vurderes at være ca. 5.000.

Antallet af patienter er i forvejen ganske stort og forventes at stige eksplosivt i de kommende år.

MB orienterede ligeledes fra DMCG repræsentantskabsmødet den 29/8, at der generelt er sat øget fokus på MDT-funktionen. Der vil blive udarbejdet forpligtende nationale kliniske retningslinjer for MDT afholdelse herunder, at MDT skal være skemalagt i arbejdstid, forberedelsestid i arbejdstid, suppleant ved sygdom etc.

### **DAPROCA data:**

Der efterlyses ENDNU en gang udarbejdet specifikke onkologiske behandlingskoder indenfor uro-onkologi. Dvs. at de generelle koder for fx strålebehandling udbygges med et suffix for hhv. primær kurativ, salvage og pallierende behandling.

Der er udarbejdet forslag til 9 nye kvalitetsindikatorer til databasen.

Alle 9 blev gennemgået og afslutningsvis godkendt.

### **1: 1 års mortalitet efter radikal prostatektomi (RP) <1 %**

Denne indikator blev samtidig udvalgt som kvalitetsindikator til monitorering af specialeplanen.

### **2: 30-dages morbiditet efter RP <5%**

Med stratificering efter hhv. begrænset og udvidet lymfeknudestaging.



## Referat fra DAPROCA møde d. 4-5/9-2014

Den endelige formulering af indikatoren vil blive diskuteret på det planlagte databasemøde, idet muligheden for indhentning af data, samt kvaliteten af disse ikke er klarlagt.

### **3: 1 års morbiditet alderskorrigeret efter RP.**

Antal indlæggelser pr. 100 opererede / antal indlæggelser pr. 100 personer i en aldersmatchet befolkning.

Resultatet opgives som en rate-ratio

### **4. Indlæggelseshyppighed efter TRUS med biopsi <5%**

### **5. 30 dages mortalitet efter TRUS med biopsi <1%**

### **6: Diagnostisk gevinst ved TRUS med biopsi**

Min 25 % positive fund og formentligt max 75 % - 1. gangs biopsier

### **7: Active surveillance forbliven på .....**

Indikatoren vil blive gjort færdig i forbindelse med det planlagte møde i styregruppen, idet der skal foretages en vurdering af muligheden for indhentning af valide data, formentligt vil et passende indikator niveau være >70 % skal være uden events efter 1 år, og >50 % efter 3 år.

### **8: Datakomplethed**

**8A. Beskrivelse:** antal diagnose-skemaer/antal patienter i patobank.

Opfyldelsesgrad: 90 %

**8B. Beskrivelse:** antal behandlingsskemaer med prostatektomi fra urologisk afdeling/antal prostatektomi fra LPR. Opfyldelsesgrad: 80 %

**8C. Beskrivelse:** antal behandlingsskemaer med kurativ strålebehandling fra onkologisk afdeling/antal strålebehandlinger > 30 strålebehandlinger fra LPR. Opfyldelsesgrad: 70 %

**8D. Beskrivelse:** antal PROMskemaer ved diagnose/antal patienter i patobank – Opfyldelsesgrad: 50 %

### **9: Iværksættelse af endokrin behandling af M+.**

> 75 % indenfor 6 måneder, behandlingen må anses for indiceret umiddelbart

Punkt 2 og 3 under indikator 9 gik ud.

KB laver endelig sammenfatning.

Vi vil ansøge SST om en specifik kode til mCRPC.



## Referat fra DAPROCA møde d. 4-5/9-2014

mCRPC defineres i denne sammenhæng som 2 på hinanden stigende PSA værdier over 2,0 ng/ml ved se-testosteron i kastrationsniveau.

### **PROMdata**

Databasen har i forbindelse med overgang til DNKK, som en af de få fået bevilliget en fortsat indsamling af PROM. Disse forventes at overgå fra papir til elektronisk format.

### **Form af kliniske retningslinjer:**

Baseret på de begrænsede ressourcer til opdatering af de kliniske retningslinjer er evidensvurdering am. GRADE ikke mulig.

Beslutning om at fremtidige retningslinjer:

1. Lægger sig op af EAU guidelines, men at de korrigeres via fakta boksene, der hvor der er særlige danske forhold og vurderinger.
2. Kort tekst /sammenfatning– ca. 1 side i retningslinje skabelon (tidligere udsendt af HJK) – et godt eksempel er KB's kapitel om active surveillance – fulgte af rekommandationer plus link til den konkrete EAU guideline
3. De reviderede kapitler tilsendes HH senest d. 5/10 2014.

### **Eventuelt**

1. Onkolog fra Næstved har forespurgt om muligheden for medlemskab af DAPROCA. MB har videresendt DSKO henvendelsen. DSKO beder DAPROCA selv vurdere det aktuelle behov for yderligere onkologisk arbejdskraft. Gruppen skønner ikke dette behov aktuelt, hvilket ansøger orienteres om.
2. Internatmødeformen opretholdes, da dette er en gevinst for gruppens samarbejde – da vi vil supplere DAPROCA dagsordenen med gruppens involvering i databasearbejdet og øget fokus på kliniske DAPROCA forskningsprojekter.
3. Ved manglende deltagelse i DAPROCA møde 3 på hinanden følgende gange sendes det pågældende medlem forespørgsel med henblik på fortsat intention om deltagelse og arbejde i DAPROCA, da DAPROCA i modsat fald ønsker at udpege et nyt medlem.

### **Næste møde:**

Næste møde finder sted i København d. 12. marts 2015 fra kl. 10-15.