

Referat fra møde i Lungemedicinsk Forum under Dansk Diagnostisk Lungecancer Gruppe

Odense Universitetshospital, Tirsdag 7/12 2010, kl. 10-14

Deltagere

Valentina Minddal (Gentofte, RH), Eric Kindt (Viborg-Skive, RM), Romy Djurhuus (Vejle, RSyd), Henrik Kirstein Jensen (Aalborg, RN), Asbjørn Høegholm (Næstved, RSj), Jost Wessels (Holstebro, RM), Michael Hansen (Sønderborg, RSyd), Klaus Richter Larsen (Bispebjerg, RH), Niels Chr. Hansen (Odense, RSyd) og Torben Riis Rasmussen (Århus, RM). Erik Jakobsen (DLCR) deltog i mødet fra kl. 13.

Emner behandlet:

Postterapikontrol

Klaus Richter berettede fra møde i Region Hovedstad, hvori lungemedicinere, thoraxkirurger og onkologer havde deltaget, og hvor man havde diskuteret bl.a. forslag om postterapikontrol. Ved mødet havde lungemedicinere og thoraxkirurger ment, at der var insufficient evidens for foreslåede postterapikontrolstrategi og ville gerne for de radikalt opererede patienter, som ikke skulle have adj. kemoterapi, opsætte en randomiseret sammenligning af det foreslåede kontrolregime med et mindre kontrolintens regime.

Ved dagens møde blev konklusionen, at man fra LF i DDLCG kan tilslutte sig foreslåede postterapikontrolstrategi, men med anmærkning om mulighed for at man protokoleret/kontrolleret kunne afvige. I forlængelse heraf blev Erik Jakobsen anmodet om at indføje en ekstra indberetningsmulighed i DLCR's Udredningsmodul for indberetning af, om en påvist ny tumor eller recidiv/metakron cancer blev påvist ved klinisk symptomer, ved systematisk CT-kontrol eller tilfældigt (f.eks. på et rutinemæssigt præ-operativt rtg thorax) og for angivelse også af TNM-stadie for et evt. påviste recidiv.

I dette lungemedicinske forum blev desuden anbefalet, at den postterapeutiske kontrol af de opererede patienter burde omfatte mindst én lungemedicinsk post-operativ kontrol af lungefunktion – mhp. evt. bedring af spirometrisk lungefunktion ved optimering af en lungemedicinske behandling. Det blev skønnet, at et passende tidspunkt kunne være ca. 3 mdr. efter OP. Man kunne så ved denne lejlighed vurdere, om der på alm. klinisk indikation var behov for yderligere lungemedicinsk follow-up af patienten.

Pre-operativ lungefunktionsvurdering

Klaus oplyste at man i Hovedstaden har ønsket en tærskel på < 60% af forventede værdier for FEV₁ og D_Lco (mod referenceprogrammets 80%) før man fik foretaget regional lungeperfusionsscintigrafi, når man var overbevist om, at der alene ville blive tale om at foretage lobektomi.

Det blev aftalt, at undertegnede skulle prøve at indskrive denne option i udrednings Referenceprogrammet og derefter rundsende til kommentering/godkendelse.

EBUS/EUS for præoperativ mediastinal stadieafklaring

På baggrund af resultater i just publicerede artikler i CHEST var det efter mødedeltagernes mening nu veldokumenteret at kombi-endoskopi med EBUS + EUS i øvede hænder var mindst lige så sensitivt som kirurgisk mediastinoskopi for mediastinal staging.

Vi diskuterede også mulige måder, hvorpå man kunne formalisere en "certificering" som kvalificeret endoskopist – dog uden at vi nåede frem til et konkret forslag.

DLCG's deltagelse i europæisk kvalitetsudviklingsarbejde i regi af ERS

Niels-Chr. Hansen fortalte om status mht. hans/DLCG's engagement i den nyoprettede Taskforce under European Respiratory Society for kvalitetssikring og –udvikling i diagnostik og behandling af lungecancer.

Nyt møde

Ny mødedato blev ikke aftalt. Vil blive valgt i afhængighed af processen for udarbejdelse af næste årsrapport.

Med venlig hilsen,

Torben Riis Rasmussen