

DALUPA årsmøde 2017

Onsdag d. 11. januar 2017 kl. 10 – 15

Afdeling for Klinisk Patologi, JB Winsløwvej 15, 3 sal, konferencerummet

Deltagere: Karen Ege Olsen, Birgit Gulddammer Skov, Jes Pilgaard, Kathina Sørensen, Matteo Biagini, Rikke Kølby Christensen, Inger Stamp, Stine Rosenkilde Larsen, Tina Green og Jacob Bjerg Hansen

Referat fra sidst og referent af dagens møde. Referat godkendt og referent blev Jacob Bjerg Hansen

1. PD-L1 test og immunbehandling. Kodning. – BGS

Kort gennemgang af PD-L1 som prædiktiv markør.

2. linie immunterapi

NIVOLUMAB: ved fremskreden eller metastatisk ikke-småcellet lungecancer (NSCLC) efter tidligere behandling med kemoterapi: Nivolumab er godkendt uafhængig af PD-L1 status til planocellulært karcinom. Til behandling af adenocarcinomer skal der foreligge PD-L1 positivitet i mere end 1 % af de maligne tumorceller

PEMBROLIZUMAB: lokalt fremskreden eller metastatisk ikke-småcellet lungekarcinom (NSCLC), hvis tumorer har en positiv PD-L1 ekspresion > 1 %, og som har fået mindst ét forudgående kemoterapiregime

1. linie immunterapi er endnu ikke godkendt i Danmark, men forventes at blive det i Q1 2017. Vi kender endnu ikke retningslinierne. Følgende studie blev nævnt:

KEYNOTE-024 undersøgte effekten af pembrolizumab overfor standard behandling ved NSCLC og højt PD-L1 expression (>50 %), hvor der fandtes forlænget overlevelse. Det forventes, at behandlingen bliver indført i Danmark som anført ovenfor. Dette vil udløse behov for refleks test af PD-L1 expression i forbindelse med primære udredning, når/hvis pembrolizumab bliver godkendt som 1 linie.

Ved reflekstest vil vi teste alle patienter. Dvs. de patienter, der kan opereres vil blive testet "overflødigt". Da ca. 1/2 vil få recidiv kan test resultatet (formentligt) kunne anvendes til senere behandling.

BGS fremlagde herefter studie fra RH, der sammenligner PD-L1 ekspresion på histologi (nuværende gold standard) imod cytologi.

Konklusionen i dette studium er, at **PD-L1 kan bestemmes på cytologisk materiale.**

Der var samme overensstemmelse ved både 22C3 og 28-8 PD-L1 klon.

Angående klonvalg og platforme, så tyder litteraturen nu på, at klonerne 22C3, 28-8 og SP263 er analytisk ligeværdige og sandsynlig kan alle bruges, uafhængigt af hvilken PD-L1 hæmmer onkologerne vælger.

I dag findes SNOMED koder fra 0 % til 100 % og nedenstående:

ÆKPA00	PD-L1 positivitet <1 %
ÆKPA01	PD-L1 positivitet >= 1 % og <5 %
ÆKPA05	PD-L1 positivitet >= 5 % og <10 %
ÆKPA10	PD-L1 positivitet >= 10 % og <50 %
ÆKPA50	PD-L1 positivitet >= 50 %

ÆKPXXX	PD-L1 positivitet, intet materiale til test
--------	---

Der er vedtaget yderligere koder, som skulle være tilgængelig pr. 1. januar 2017, men er forsinkede af tekniske årsager.

F29311	PD-L1 positiv	ny
ÆKP000	PD-L1 positivitet, 0 %	lukkes med hist
F29315	PD-L1 negativ (alt PD-L1 ikke påvist) F-kode	ny
ÆKPXXX	PD-L1, intet materiale til test	txæ

Angivelse af kodetekst med PD-L1 positiv/negativ er ikke meningsfuld, da behandlingsregimerne har forskellig grænse PD-L1 niveau.

På nuværende tidspunkt er der behov for en kode: PD-L1 positivitet > 1 % og <50 %.

Man kan evt. i teksten anføre en omtrentlig angivelse af positiviteten inden for de forskellige intervaller.

KEO vil anmode Informatikudvalget om dette. Vi vil også foreslå at alle de specifikke % angivelser fjernes.

2. Ny TNM er på trapperne – KEO

Der er nedsat en dansk TNM komite, Den Nationale TNM komite, som generelt anbefaler, at TNM8 først bruges i DK fra 2018. Det er dog op til de enkelte DMCG'er at bestemme tidspunkt for overgangen. DLCC forventes at tage TNM 8 i brug jan 2018. Eksakt tidspunkt udmeldes senere.

Der er kun små ændringer: inden for tumordiametergrænserne (T1, T2 og T3)

Der er kommet et nyt M1b: Single ekstrathorakal metastase i et organ.

Det bemærkes, at ved lungeresektater er antallet af lymfeknuder ikke afgørende. Derimod skal der høstes fra 6 stationer/områder. Fra 3 områder med N1 nodes og fra 3 områder med N2 nodes.

Ved LN METS skal perinodal vækst angives

I TNM indgår inden for lungecancer indgår karinvasion ikke.

3. Test af prædiktive markører: hvilke, hvordan, hvornår? - BGS

BGS gennemgik et prospektivt studie fra RH mhp. fastlæggelse af ALK forekomst i en konsekutiv kohorte af pulmonale adenokarcinomer med korrelation til alder, køn, tobak og TTF1 status.

760 patienter indgik. ALK IHC (5A4) positiv udløste FISH (Konfirmatorisk FISH).

Der var materiale til ALK undersøgelse på 740 patienter.

14 patienter havde positiv IHC (alle 3+); 1,9 % (1,1 – 3 %); 13 ud af de 14 havde positiv FISH

TTF1: Alle patienter med positiv ALK var TTF1+

Ved TTF1 positiv tumor er the number needed to test 41 patienter for at få en positiv ALK

Rygerstatus: Sandsynligheden for positiv ALK er mindre ved mange pakkeår. Number needed to test hos storygere (>15 pakkeår) er 293 patienter, 22 ved light smoker (< 15 pakkeår) og 11 ved never smoker.

På denne baggrund anser gruppen det for uhensigtsmæssigt at der laves ALK som reflekttest på alle adenokarcinomer med primær udgangspunkt i lunge. Det foreslås, at ALK laves som reflekttest hos "aldrig rygere" og "light smokers". Storrygere med adenokarcinom kan få lavet ALK status på forespørgsel.

Forslaget bringes videre af BGS og KEO til onkologi gruppen (DOLG) på deres møde i februar 2017.

ROS1 bruges ingen steder i Danmark som reflekttest, da prævalensen er ekstrem lav (mindre end for ALK) og kan i udvalgte tilfælde overvejes ved yngre ikke-rygerende patienter.

4. Adenokarcinom – subtypning og biopsier:

Den dominerende arkitektur skal angives/kodes på resektater.

Subtypen kan ikke definitivt angives på biopsimateriale og skal ikke kodes for subtype. Vækstmåden kan evt. nævnes i teksten.

Særligt henledes opmærksomheden på lepidic og AIS; disse diagnoser kan ikke stilles på biopsier.

STAS: Muligvis et artefakt. Tumorer med STAS har dog dårligere prognose og kan skyldes dårlig tumorcelle kohæsion.

5. Nyt fra DLCCG – inkl. udnævnelse af Nille Behrendt som DPAS' repræsentant i bestyrelsen:

Registeret skal sandsynligvis efter central beslutning overgå til RKKP (Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram).

Der afholdes visionskonference på Nyborg Strand den 28.-29. april 2017. BGS og KEO deltager. Hvis andre har lyst, kan man henvende til KEO, som har mulighed for at forhåndstilmede indenfor 1 uge. Læs mere

<http://lungecancer.dk/documents/26FA652D-249A-41B8-9BDD-EA4DDDDA8462.pdf>

6. Retningslinier og koder

Afsnit om PD-L1: BGS skriver dette.

STAS afsnit opdateres

Afsnit om markørundersøgelse skrives sandsynligvis om efter mødet med onkologerne (ALK og ROS1)

At ALK IHC+ altid skal konfirmeres af FISH: dette udsagn modereres, idet FISH ikke altid skønnes nødvendigt. ALK er erfaringsmæssigt med 3+ reaktion og praktisk talt altid FISH positiv.

Antallet af stationer der skal undersøges ved resektater præciseres (6 stationer; tre N1 og tre N2 områder).

Kodevejledningen opretholdes og angiver minimumskoder.

7. Kommende møder og kongresser

Kursus i Graz (ved H. Popper) 22. – 28. juni 2017.

Popper har lige udgivet bogen "Pathology of Lung Disease: Morphology – Pathogenesis – Etiology" 1st ed. 2017.

BEST OF WORLD CONFERENCE ON LUNG CANCER 2017 20th – 21st January 2017, KBH

IASLC WCLC 2017, Japan, uge 42

European Lung Cancer Conference. 5-8 May 2017, Geneva, Switzerland.

ASCO, primo juni

ESMO, Madrid, Spain - 08 Sep - 12 Sep 2017

DPAS årsmøde, Marts

USCAP, 4-10 marts. San Antonio, Texas

ESP 2-6 sept. Amsterdam

ESCoP Course Lung Padova -February 2017

DLCG årsmøde 21 sept.

8. Næste møde: Torsdag 11. jan. 2018 i Odense. 10.15 til 15.00. **SKRIV DET I DIN KALENDER.**

9. Evt.