

# Møde i Lungemedicinsk Forum under Dansk Diagnostisk Lunge Cancer Gruppe

**På Odense Universitetshospital  
13. Nov. 2013, kl. 10-15**

## **Deltagere:**

Ahmed Al-Ghallai (Vejle, RSyd), Asbjørn Høegholm (Næstved, RSj), Sven Nielsen (Silkeborg, RM), Zofia Grzywacz (Sønderborg, RSyd), Valentina Minddal (Gentofte, RH), Eric Kindt (Viborg, RM), Niels Maltbæk (Roskilde, RSj), Klaus Richter Larsen (Bispebjerg, RH), Niels Chr. Hansen (Odense, RSyd), Jost Wessels (Holstebro, RM), Torben Riis Rasmussen (Århus, RM) og (i en del af mødet) Erik Jakobsen (DLCR).

**Afbud/Fraværende:** Jens Frandsen (Randers, RM) og Henrik Kirstein Jensen (Aalborg, RN).

1. **Status for PROLUC-projekt:** Erik Jakobsen orienterede ganske kort om status for projekt om måling af patientrelaterede outcome for lungekræft-patienter i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse (PROLUC). Der er som ønsket truffet aftale om samarbejde med 2 lungemedicinske afdelinger, og derudover skulle det kun blive behandlende afdelinger, som bliver involveret i projektet.
2. **Registrering af Start på Lungekræft Pakkeforløb (= AFB26A):** Der viste der sig ved gennemgang af, hvorledes man gør i de forskellige regioner og hospitaler, at være store forskelle. I RH, RSj, RM (fraset Holstebro) og Vejle er det den lungemedicinske afd., som ved modtagelse og visitering af henvisning starter Pakkeforløbsregistreringen med kode AFB26A. For RSyd (fraset Vejle), RN og Holstebro er det i princippet radiologisk afd., som starter pakkeforløbet. Nogle steder registrerer radiologisk afdeling også start af Pakkeforløb med AFB26A, men dog lunge-mediscinsk afd., hvis patienten henvises 'udenom' den radiologiske afd.. Denne praksis har nogle steder vist sig at kunne resultere i lange fejllister, fordi radiologisk afd. ikke får afsluttet en række startede forløb. I Holstebro starter radiologisk afd. pakkeforløbet, men selve registreringen og afslutningen af pakkeforløbet foretages af lungemedicinsk afsnit, hidtil med røntgenydelsen (CT) som startdato på forløbet.

*Aftalt at vi (**ved undertegnede**) vil forespørge SST/SSI om den 'rigtige' registreringsprocedure. Et forslag kunne også være, at man havde en AFB26A1 for radiologisk afd. og en AFB26A2 for lungemedicinsk afd., hvilket kunne gøre opsporing af fejl efter fejllister lettere.*

3. **Registrering af 'Andre Biopsier' ved indberetning til DLCR-DNKK:** Der var enighed om, at der på listen over valgmuligheder i indberetningsmodulet til DLCR-DNKK også som minimum skal være mulighed for valg af 'Andre Biopsier' eller 'Biopsi fra Fjernemetastase', eventuelt med specifikke valgmuligheder som 'Knoglebiopsi', 'Biopsi fra Hjernemetastase' og 'Kutan Biopsi'. Der var også ønske om at kunne specificere om en transthoracal biopsi var taget i gennemlysning, CT-vejledt eller UL-vejledt. Disse ønsker videregives til Erik Jakobsen til en fremtidig opgradering af DLCR-DNKK brugerfladen.

Valentina gjorde opmærksom på, at DRG-afregningen er meget forskellig, om der er registreret foretaget bronkoskopi eller EBUS alene eller EUS.

*Aftalt at **Valentina** vil finde ud af, hvor vi kan henvende os mhp at gøre DRG-afregningen for de forskellige endoskopiformer mere rationel og ens.*

*Det blev også aftalt, at **Klaus** vil forespørge i SSI/Cancerregisteret, om supplerende registreringer af, hvorledes biopsier er taget, eventuelt kan fjernes fra cancerregistreringen.*

4. **Klassifikation af neuroendokrine tumores (NET) i lungerne:** NET fundet i lungerne og uden tegn på oprindelse udenfor lungerne registreres som lungecancer (DC34.x).  
*Mht den almindelige praksis med årlige kontrolbronkoskopier hos patienter, som er radikal-opereret for en typisk karcinoidtumor, blev aftalt, at **Valentina** vil undersøge, hvad der foreligger af evidens for behov og effekt heraf.*
5. **Opdatering af lungemedicinsk afsnit af DLCGs reference-program** for udredning af lungecancer: Undertegnede har modtaget forslag til revision fra Klaus. Andre/flere tilbagemeldinger er fortsat meget velkomne. Det blev aftalt, at Klaus vil deltage i revisionsarbejdet, som er planlagt tilendebragt i løbet af december 2013. Revisionen vil i høj grad blive baseret på en ajourføring i forhold til nye guidelines fra store amerikanske og europæiske lungemedicinske og thorax-kirurgiske selskaber.  
  
Blandt emner, som ønskes opdateret, er bl.a. om der fra onkologisk side (gennem DOLG) er enighed om indikation for MR cerebrum før kurativt intenderet onkologisk behandling af N2-sygdom. Strategien for udredning af potentielt kurable hjernemetastaser ønskes også opdateret og specificeret.  
  
Endvidere om der er reel indikation for rutinemæssig bronkoskopi af patienter, som har haft ganske lille hæmoptyse, og som har 'blank' CT thorax.  
  
Der forventes indført rutinemæssig lungemedicinsk opfølgning omkring postoperativ lungefunktion.
6. **Fælles landsdækkende instruks for pause i AK-behandling og trombose-profylakse før indgreb:** De lungemedicinske afdelinger på Bispebjerg og Gentofte har lavet en ny og meget detaljeret fælles instruks og patientinformation for pause i AK-behandling og trombose-profylakse før indgreb. Men det daglige praktiske problem er ofte, at man i samarbejdet med f.eks. lokal radiologisk afdeling er nødt til at efterleve deres instrukser for klargøring af patienter til biop-tering. Der arbejdes aktuelt på, at den fælles instruks og patientinformation fra Bispebjerg/Gentofte gennem aftaler med andre 'invasive' afdelinger kan blive fælles gældende for hele RH. Hvis/når det er opnået, vil vi arbejde videre på at få den gjort landsdækkende.
7. **Status for Uddata fra DLCR-DNKK:** Genetablering af tidligere rapport fra DLCR4 + en komplet rådata-rapport på egne patienter er ifølge Erik Jakobsen lige på trapperne.
8. **Forberedelse af næste Årsrapport fra DLCR baseret på DLCR-DNKK:**  
Det blev ikke fundet ønskeligt helt at udelade forløbstidsregistreringer fra Årsrapporten, hvis DLCGs bestyrelse beslutter at fjerne forløbstidsregistreringer som indikator. Ønskes da bibeholdt i DLCR-registreringerne og som bilagstabeller i Årsrapporten.  
  
Der var heller ikke flertal for at fjerne nogle af de tabeller, som nu indgår i de udredende afdelingers afsnit i Årsrapporten.
9. **Andre problemstillinger:** Der er uens praksis i regionerne for, hvornår udredningen registreres afsluttet (sv.t. AFB26Cx på MDT-lungekonference) i forhold til endeligt svar på f.eks. supplerende immunhistokemi og EGFR-mutationsstatus. Klaus har tidligere forespurgt på SST/SSI og i E-mail fået svar som siger, at udredningen kan registreres afsluttet, når der på MDT-konf. er truffet principbeslutning om primærbehandling med kirurgi, stråleterapi eller medicinsk kræftbehandling - forudsat at man ikke derefter foretager yderligere undersøgelser af patienten, såsom tager ny biopsi, fordi der var insufficient materiale i tidligere biopsi. I RH registreres nu udrednings-afslutning (AFB26Cx) i henhold til dette.

**Formand & Referent**  
Torben Riis Rasmussen