

Referat fra møde i Videnskabelig Udvalg, DCCG

Tid: Torsdag d. 6. juni kl. 13-15

Sted: Online

Til stede: Ismail Gögenur (IG), Lene Iversen (LI), Hans Rahr (HR), Katrine Emmertsen (KE), Jon Bjerregaard (JB), Laurids Østergaard Poulsen (LØP), Torben Hansen (TH), Anders Christian Larsen (ACL), Rikke Karlin Jepsen (RJ), Stine Brændegaard Winther (SBW), Mads Klein (MK), Kåre Andersen Gotschalk (KAG), Mai-Britt Worm Ørntoft (MØ), Issam Al-Najami (IA), Lise Venzel (LV), Jan Lindebjerg (JL), Tove Kirkegaard Clausen (TKC)

Afbud: Claus L Andersen (CLA), Henrik Jensen (HJ), Niclas Dohrn (ND), Camilla Qvortrup (CQ), Søren Rafaelsen (SR)

1. Valg af ordstyrer

IGO

2. Valg af referent

TKC

3. OLIGO protokol som DCCG-protokol (LØP) – OLIGO-DK, prospektiv protokol med lokal ablativ behandling af oligometastatisk sygdom. Protokollen er tidligere gennemlæst og kommenteret af MØ og LV, og sendt ud til hele VU til kommentering. Efter ønske fra VU præsenterede PI Michael Ruben Teindl Laursen protokollen. Protokollen rekrutterer lige pt. patienter i Region H og der forventes udrulning af protokollen til andre regioner hurtigst muligt, samt initiering af andre sub-protokoller under OLIGO protokollen f.eks. om handlende knoglemetastaser og andre skanningsteknikker. Protokollen blev diskuteret og endelig godkendt som en DCCG-protokol. Ismail sender besked om at protokollen er godkendt som en DCCG-protokol til PI.

4. Formål og status på DCCG protokoller

NEOLAR (LH, IG): 114 patienter er inkluderet, men inklusion går meget langsom, med kun en patient inkluderet i 2024. Planen er stadig at afslutte studiet med udgangen af juni. Der er planlagt 2 publikationer: en om effekten af behandlingen og en om overlevelse.

Der er planlagt at undersøge prädiktive markører på pre-treatment biopsier, bl.a. se på immuncelle-infiltrater i tumoren (CD8/CD3 T-celler) og respons på stråleterapi, kemoterapi, residiv og overlevelse. Der laves Nanostring analyser (Pan Cancer IO360 panel) og andre eksplorative analyser på hele populationen og på den delte kohorte for at se sandsynlighed for cPR. Endelig vil vi se på kerne- og cellemarkører, FOXP3, Cox2, oncoføtal condroitin sulfat (C9 og F8), der regulerer tumor/stromal environment. Data vil blive delt med VU.

WW3 (TH): 148 patienter er inkluderet – oprindeligt var det 110 men der er nu tilladelse til yderligere inklusion. Inklusionen kører fint. Inklusionskriterierne: Organbevarende tilgang for rektal cancer (op til T3). Patienterne randomiseres mellem standard kemo/stråleterapi og standard kemoterapi/høj dosis stråleterapi.

ALASCCA (LI): Patienter med mutation i PI3K signal vejen randomiseret til magnyl vs. Placebo. Alle patienter er inkluderet afventer 3 års outcome.

5. Fremlæggelse af RESPONSE protokol som DCCG-protokol (MK): Spin-of protokol til DANISH-MRD. Der måles ct-dna på alle stadie 1 og 2 sygdom kan følges op i Region midt og Nord med ctDNA. Kontrol-gruppen er patienter i de øvrige regioner. Primær effekt mål er om individualiseret overvågning med ctDNA kan forbedre QoL uden at kompromittere overlevelse og tilbagefald.

6. Præliminære resultater fra RESET C (IG): Alle 85 patienter er inkluderet og de 84 patienter er opereret, 1 patient valgte ikke at blive opereret. Der er en responserate på 46% af patienterne patologisk komplet respons (cPR). Pt er der et udkast til interim-analyse i review i protokolgruppen. Studiet vil blive beriget med translationelle data på blod- og vævsprøver og med analyser af scanninger. Der arbejdes på en ny protokol; RESET C2 hvor patienter, med cPR på behandling med immunterapi vil blive anbefalet en organbevarende/watchfull waiting strategi

7. Endelig godkendelse af forretningsordenen (IG og TKC): Sendt ud til alle medlemmer til endelig godkendelse inden den sættes på hjemmesiden

8. Udvikling af DCCG databasen med LPR integration (JB)

JB fremlagde planerne med en ny database-struktur hvor LPR (og andre databaser så som patobank) integreres i den nuværende database. LPR-koder skal være tilgængelig og grupperede. Der forventes, at databasen udvides med data om recidiv, metastasebehandling (ud over kemoterapi) og scanninger. Databasen skal baseres på "aktiv" kodning af kirurger og onkologer og ikke på gæt. SKS-koder vil dog kunne anvendes ved specifikke koder.

Der arbejder på at gøre det nemt at taste i databasen. I tilfælde af mangler vil det være muligt at kode retrospektivt op til 4 måneder bagud. Det forventes bedre datakomplethed hvis brugerne af databasen kan se at den kan anvendes.

9. Evt.

Valg af ny formand. I forhold til vedtægterne skal bestyrelsen vælge formanden. Der bliver opslag på DCCGs hjemmeside og så er det op til bestyrelsen at vælge ny formand.