

Referat af møde i Kirurgisk arbejdsgruppe under DCCG den 11. marts 2013

Til stede: Lene H. Iversen (LI), Eskild Lundhus (EL), Knud Thygesen (KT), Jens Støvring (JS), Ole Roikjær (OR), Steffen Rosenstock (SR), Gunnar Baatrup (GB), Arnas Ugianskis (AU), Ole Thorlacius-Ussing (OTU), Frank Svendsen Jensen (FSJ), Hans Christian Madsen (HM), Peter Rasmussen (PCR), Anders Bertelsen (AB), Tommie Mynster (TM)

Ikke til stede: Anders Fischer (AF), Lars Bundgaard (LB), Peter Teglgård (PT), Inge Bernstein (IB), Michael Sørensen (MS), Ismail Gögenur (IG), Vagn Ove Bendtsen (VB), Hans Rahr (HR)

Ad 1 Introduktion til mødet. LI opsummerede formålet med Kirurgisk arbejdsgruppe. Vedtægter de samme som for Sektion for Kolorektal Kirurgi. Gruppen sammensat af medlemmer fra Sektion for Kolorektal Kirurgi samt medlemmer fra de enkelte afdelinger (alle afdelinger har modtaget invitation til udpegning af medlem). Yngre Læger er repræsenteret ved AU.

Ad 2 AU udpeget til referent

Ad 3 LI udpeget til formand for Kirurgisk arbejdsgruppe

Ad 4 FSJ udpeget som medlem til arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen vedr. opfølgning af øvre GI cancer inkl. levermetastaser fra KRC

Ad 5 De eksisterende DCCG retningslinjer gennemgået kort. Retningslinjerne er ikke revideret i flere år. Der er brug for nationale retningslinjer som afdelingerne ville kunne bruge som basis ved udarbejdelse af egne instrukser. Behandling skal standardiseres bedst muligt.

Der skal fortsættes med samme modalitet som nu suppleret med evidensgrad om muligt. Retningslinjerne skal være nemme at læse.

Der skal udvikles grupper mhp revision af de eksisterende og evt. skabes nye retningslinjer.

Retningslinjer som ændres væsentligt skal gennemgås til Dansk Kirurgisk Selskabs (DKS) årsmøde til november. Udkast til de reviderede retningslinjer skal foreligge 1. juni 2013 og gennemgås i gruppen til næste møde 10. juni 2013.

De udpegede personer i nedennævnte grupper aftaler selv indbyrdes arbejdsfordeling og kontakter selv de personer, som ikke var til stede under mødet.

Retningslinjerne gennemgået af de enkelte medlemmer.

1. Arvelig tarmkræft. OTU og IB vil gennemse indikationer for kontrol af HNPCC patienter (kontrolhyppighed, ændringer vedr. GU kontrol, etc.) samt indikationer til og type af operativ behandling.

2. Screening gennemgået kort v. KT. Der blev diskuteret "læge vs sygeplejerske" som skopør (evidens?). KT, AF og HR udpeget til at revidere screeningsafsnittet.

LI foreslog at nedsatte to store grupper til et colonsafnit og et rectumsafnit. Bred enighed om det i arbejdsgruppen. Enighed om at disse skal gennemgås til DKS årsmødet.

Cancer coli

AB, TM, SR, Allan Gorm Pedersen, IG og LB udpeget til colongruppen.

3. Elektiv åben kirurgi gennemgået v. AB. Der er brug for overordnet afsnit med beskrivelse af de kirurgiske teknikker (åben, lap, SILS, notes, robot etc.). Det basale og det tekniske skal defineres. Indikationer til åben kirurgi bør være evidensbaseret.

4. Laparoskopisk kirurgi gennemgået v. SR. Retningslinjerne bør berøre bl.a. selektion af patienter, anæstesi inkl. epi, spotmarkering, porte, præparatfjernelse og andet teknisk. Der er evidens for at onkologisk set er laparoskopi lige så godt som åben kirurgi til ikke-avanceret KRC.

5. Lokal tumorresektion gennemgået v. GB og KT. Både rectum og colon bør være inkluderet. Retningslinjerne trænger til revision pga nytilkommen evidens. De skal fastlægges inden screeningsstart, hvor der forventes flere patienter i tidlige stadier.

Niels Thomassen, Henrik Elbrønd, Jesper Nielsen, Henrik Ovesen, Peter Hesselfeldt, Søren Meisner, Peter Vilmann var nævnt som evt. kandidater til denne gruppe. GB kontakter disse og sammensætter gruppen.

6. Akut kirurgi gennemgået v. LI. Der skal fastlægges definition af 'akut behandling'. Det aktuelle afsnit omtaler ileus og stent. Der er intet om de perforerede tumorer. Der enes om at det er vigtigt at få defineret, hvad der skal laves af kolorektal kirurg og akut kirurg (evidens?), idet fagområdet akut kirurgi er ved at blive beskrevet.

AB, LI, OTU, JS, OR og Søren Meisner blev udpeget til akut kirurgi-gruppen.

Cancer recti

7. Cancer recti generel, mesorektal excision, m.m. gennemgået v. OR. Enighed om, at de funktionelle resultater skal uddybes yderligere. Komplikationer skal defineres. Teknik (high tie vs low tie). Der foreslås, at afsnit om overlevelsen slettes. MDT er allerede beskrevet i 'pakkeforløb'.

8. LAR gennemgået v. FSJ. Der skal bl.a. defineres teknikker, udrensning, wash out, intraperitoneal skylning, håndsyet vs staplet anastomose, dræn, leak test, ileostomi (inkl. tidspunkt for tilbagelægning), information af patienter. Flere i arbejdsgruppen enige i, at komplikationer skal beskrives.

9. Hartmanns operation gennemgået ved LI i PTs fravær. Det kom frem, at der er registreringsforskel blandt afdelingerne.

10. Rektumektirpation gennemgået v. PCR. Der skal skelnes mellem de avancerede/ikke avancerede tumorer. Henrik Christensen foreslået til at beskrive intersphinkterisk og extralevatorisk APE, inkl. indikationer. LI kontakter Henrik.

11. Laparoskopisk rektumkirurgi gennemgået v. TM. Retningslinjerne skal justeres op med nye tal, suppleres med robot rektumkirurgi. Fordele ved laparoskopisk kirurgi bør berøres. Selektion af patienter.

Der blev nedsat rectumcancer gruppe (TM, FSJ, OR, IG (robot), LI (robot), Henrik Christensen (APE)).

12. Palliativ kirurgi gennemgået v. JS. Rekommandationer skal struktureres, men behandling vil være individuel og skal designes ved hver patient i MDT. JS foreslog at onkolog deltager i udarbejdelse af instruks.

Gruppe nedsat: JS, Tilo Stolzenburg, evt Michael Seiersen (OR vil spørge).

13. FSJ foreslog nyt afsnit 'kurativ og palliativ behandling af kolorektal cancer'. Synkron kirurgi af metastaser blev drøftet. LI foreslog, at FSJ udarbejder retningslinje om synkron metastaser ved KRC, evt sammen med leverkirurg.

Ad 6 Ang. opfølgning af KRC patienter foreslog OTU at vente på COLOFOL resultater. Lokalt recidiv vil COLOFOL dog ikke fange, heller ikke ved rectumcancer. Alle enige i, at der bør være systematisk opfølgning af KRC patienter, at der bør være ens opfølgning i landet og at vi bør kende de onkologiske og funktionelle resultater. Såvel lokalt recidiv, fjernmetastaser og funktionelt outcome bør registreres i DCCG. Der skal fastlægges definition for lokalt recidiv/fjernmetastase. Opfølgningsprogram bør være evidensbaseret (CT, MR, TRUS?)

OTU, TM og GB påpegede de store økonomiske og tidsmæssige udgifter.

Prioritering og intensitet er svært at fastlægge, der er behov for evidens mhp beslutning af hyppighed og metoder af kontrol.

Gruppe bestående af OR, LI, PCR, KT, GB, Peer Wille-Jørgensen udpeget til at komme med oplæg. OR vil se på evidens og tal.

Ad 7 Næste møde planlagt til den 10. juni 2013 i Aalborg (OTU arrangerer mødet).

Ad 8 DCCG kirurgiskema. De nye punkter gennemgået kort. Skemaet kan diskuteres i afdelingerne mhp evt. kommentarer til databasens styregruppe. Dato for hvornår det reviderede skema skal tages i brug endnu uafklaret pga. bl.a. databaseproblemer i Kompetencecenter Øst.

AU+LI / 17. marts 2013/Rev 18.marts 2013