

Referat fra møde i DCCG arbejdsgruppe Århus 24.3.2014

Tilstede: OR, FSJ, SP, IG, OTU, LI, GB, KT, LBU, SAU

1. Ordstyrer: LI, Referent: LBU.
2. Gennemgang af reviderede guidelines:

- **Rektumcancer:**

APE(HC/PCR):

Ikke re-revideret siden sidst. Udskydes til næste gang.

SILS(SRO, TM):

LI ønsker opdeling i colon og rektum, ligesom de øvrige retningslinjer. Dvs. skal ændres til to separate retningslinjer. Der ønskes udspecificeret, hvad er "små tumores" (f.eks. < 4 cm ikke avanceret, max T3?). Der bør også stå i anbefalingerne, at SILS altid bør udføres i protokollert regi. Godkendt når ovennævnte er rettet.

LAR(FSJ):

Der er diskussion omkring effekt af skylning og det viser sig, der er flere måder at skylle på – ikke alle trippelstapler – skal der skylles ved Hartmanns resektion?. Data om skylnings betydning for risiko for lokalrecidiv er primært fra et svensk databasestudie. FSJ rundsender den svenske artikel inden stillingtagen til anbefaling. Det om LARS score slettes - står allerede i relevant selvstændigt afsnit. Desuden diskuteres, hvordan man skal sikre, at man er sikkert distalt for tumor inden afstapling, der er forskellige måder at gøre det på (rektaleksploration, rektoskopi, sigmoideoskopi). Man undlader anbefaling om metoden. Vedrørende skylning fremlægger FSJ, at det formentlig er den mekaniske udskylning mere end cytotoxisk effekt af skyllevand, der er årsag til effekten. Der kan derfor skylles med f.eks. med sterilt vand, klorhexidin, saltvand – FSJ reviderer hele afsnittet. Skal diskuteres næste gang igen.

- **Lokalbehandling(GB):**

Nomenklatur rettes flere steder. F.eks. brug: bredbaset/non-polypoid adenom, lav, middel og høj differentiering for cancer vs. low-grade, high grade for polypper. GB taler med Peter Ingeholm om de korrekte betegnelser og retter til. Anbefaling om at ESD i colon bør foregå i protokollert regi på få afdelinger – er en anbefaling baseret på ekspertudsagn, derfor evidens D. Der bør i både colon og rektum afsnit anføres: Patient bør når EMR/TEM/ESD patologibeskrivelse foreligger drøftes igen på MDT, mhp. om der skal ske yderligere kirurgi eller onkologisk behandling. Definitioner omkring resektionsrand rettes til (2 mm profund, 1 mm lateralt). GB laver ændringer. Godkendt når ovennævnte og små-rettelser er foretaget.

- **Behandling af synkron metastaser(FSJ):**

Levermetastaser:

Små rettelser. Short course strålebehandling skal tilføjes som en mulighed ved rektumcancer og synkron levermetastaser, da det rent praktisk kan være lettere at koordinere end long course RCT og evt. anden kemobehandling. FSJ vil søge litteratur vedr. evidens for simultan kirurgi af både lever og tarm. Skal drøftes igen næste gang.

Andre isolerede metastaser (FSJ):

LI har ny viden: Der bør tilføjes at ovariemetastaser formentlig skal opfattes som peritoneal sygdom. LI har lavet tekst med anbefaling om (neo)adj. kemo og henvisning til Århus 3 mdr. efter primær resektion mhp. diagnostisk laparoskopi og evt. HIPEC ved fund af karcinose. Godkendt efter ovennævnte rettelser.

- **Palliativ kirurgi (JS,IG):**

Er der evidens for at stomi skal være enløbet og at blow-out er sjældent?, IG undersøger dette. Desuden diskuteres om man kan konkludere at man skal anlægge stent fremfor stomi. Evidens er svag, og dette punkt udelades, således at der er overensstemmelse med afsnittet om akut kirurgi. Vi gennemgår emnet igen næste gang.

- **Akut kirurgi**

Obstruktion (SP, LI):

Der skal specificeres, at det er VENSTRESIDIGE colontumorer, der bør aflastes med stomi/stent i den akutte fase inden definitiv kirurgi. Ved hørsidig obstruktion er resektion stadig en mulighed. Afsnittet er herefter godkendt.

Akut blødning (OTU):

Afventer revideret afsnit om blødning ved OTU, som modtages primo april 2014.

3. Kampvalg om at deltage i databasens Styregruppe, der skal bruges 1-2 kirurger. Ole Roikjær 9 stemmer, Peter Martin Krarup 6, Anders Bertelsen 3. Ole og Peter Martin valgt.
4. Opfølgning af KRC (KT): Man undres over hvor lidt aggressiv kontrolprogram der foreslås, specielt så tæt på at resultat COLOFOL studiet foreligger. Desuden fremlægges synspunkter for mere differentieret kontrolopfølgning afhængigt af patienten og sygdomsstadiet. LI sammenfatter et svar til formanden for DCCG Mette Yilmaz, herunder manglende omtale af opfølgning efter lokalbehandling, manglende omtale af givtig behandling af lokal recidiv efter rektumcancer baseret på danske resultater, stor vægt lagt på bløde værdier trods yderst sparsom evidens m.m.. FSJ aldrig blevet indkaldt til mødet vedr. Øvre GI – derfor ikke diskuteret.
5. Status vedr. nye DCCG skemaer: Der er påvist et problem vedr. dato for diagnose ved fund af cancer i polyp. Ved polypektomi som definitiv behandling er det denne dato der skal anføres (både som diagnosedato og operationsdato). Ved polypektomi af cancerpolyp og efterfølgende tarmresektion, er diagnosedato dato for histologisvar af polyp. Case vedr. anastomoselæk fra Vejle fremlægges ved LBU og diskuteres mhp. korrekt registrering.
6. Nationalt DCCG-projekt med MR 3 år efter operation for rectumcancer: Der er fra flere afdelinger endnu tvivl om man kan deltage pga. kapacitetsproblemer i rgt.afd. og mangelfuld finansiering. LI vil kontakte Bodil Ginnerup mhp. om hun vil kontakte de implicerede rgt.afdelinger. LI er indstillet på at projektet starter pr. 1.april for de afdelinger der har meldt klar.
7. Næste møde onsdag 21.maj kl. 10-16 i Vejle. LBU står for arrangementet.
8. Evt. :
 - a. LI foreslog at Kirurgisk arbejdsgruppe skal definere kirurgiske indikatorer og standarder til databasen og nogle af disse skal indgå i retningslinjerne. Den generelle holdning var, at kirurgisk arbejdsgruppe fortrinsvis skal lave retningslinier ud fra videnskabelige fakta – da der

kan være politiske motiver bag indikatorerne. Der var ikke stemning for at standarder for nærværende skal indgå i retningslinjerne. Fremadrettet vil Kirurgisk arbejdsgruppe dog gerne bidrage med forslag til relevante faglige indikatorer og fastsættelse af standarder til databasen – drøftes efterår 2014 mhp. iværksættelse fra 1.januar 2015.

b. Tommie Mynster havde fremsendt forespørgsel om der er enighed om kardeling til ven. hemikolektomi (a. mes. inf.) jf. nye retningslinjer (Colonresektioner). Anders Bertelsen har foreslået at ved ex. deling af a col sin kan kodes og afkrydses som 'anden colonresektion' og alligevel D2 resektion. Enighed om at det var en acceptabel løsning. Nye tegninger vist, som der var stor tilfredshed med.

25.marts 2014 referent Lars Bundgaard / 27. marts 2014 LI