

Referat fra Møde i Kirurgisk arbejdsgruppe under DCCG 10. juni 2013, Forskningens hus, Aalborg

Tilstede : Lene Iversen(LI), Anders Bertelsen(AB), Ole Roikjær(OR), Tommie Mynster(TM), Frank Svendsen Jensen(FSJ), Peter Teglgaard(PT), Eskild Lundhus(EL), Vagn Ove Bendtsen(VOB), Arnas Ugianskis(AU), Sharaf Perdawood(SP), Jens Støvring(JS), Lars Bundgaard(LB), Ismail Gögenur(IG), Ole Thorlacius-Ussing(OTU), Peter Christian Rasmussen(PCR), Knud Thygesen(KT)

Ordstyrer: Ole Roikjær

Referent: Lars Bundgaard

1. Referat fra 11.marts 2013 godkendt.
2. Program og udpegning af chairmen til DKS mødet
Frie foredrag : Ole Thorlacius-Ussing, Ole Roikjær
Øvrige to sessioner: Knud Thygesen, Tommie Mynster
3. Status for den kolorektale uddannelse
PCR: Anfører at det er et problem at uddannelsen kun findes i uddannelsesregion Syd og Nord. Der er ikke så vidt vides aktuelt aktiviteter i Region Øst der arbejder mod et struktureret uddannelsesforløb her. Der er enighed om at det er utilfredsstillende.
Uddannelses og certificeringsgruppe udpeges:
Man vurderer at 2 repræsentanter fra hver uddannelsesregion vil være passende.
Følgende blev udpeget:
Peter Rasmussen (Nord), Ole Thorlacius-Ussing (Nord), Hans Rahr (Syd), Ole Roikjær(Øst), Tommie Mynster(Øst), Per V. Andersen(Syd). PCR kontakter Per V. Andersen
4. Gennemgang af de indkomne forslag til Guidelines

Arvelig tarmkræft (OTU):

Afventer reviderede guidelines fra HNPCC registeret vedrørende moderat risiko.

Vedr. HNPCC:

- Det nye er at kun Lynch patienter skal gynækologisk screenes
- Resektionstyperne (subtotal kolektomi, proktokolektomi) ved påvist cancer skal også anføres i anbefalingerne (og ikke kun i teksten)
- Der ønskes en algoritme over hvem der skal henvises til genetisk udredning

Vedr. FAP:

- IB reviderer dette afsnit sammen Steffen Bülow, som IB selv kontakter.

Screening (KT):

Afsnittet om det tidligere gennemførlighedsstudie og resultaterne heraf medtages.

KT: Problem at der stilles kvalitetskrav til endoskopisygeplejersker men ikke til lægerne.

Der mangler systematisk uddannelse af yngre læger i koloskopi.

Gruppen er enig i at anbefale systematisk uddannelse af læger, der skal skopere screeningspatienter.

IG: foreslår prospektiv registrering af kvalitet.

OTU: foreslår certificering.

PCR kontakter endoskopiudvalget under DKS og informerer om Kirurgisk arbejdsgruppes anbefaling (jf. ovenfor).

Kirurgisk behandling af coloncancer (ved AB)

Generelt afsnit og anatomi (AB+LB):

Generel enighed om at afsnit om anatomi er godt.

Det foreslås at indføre D1-D2-D3 begrebet til lymfeknudestations inddeling for at udbrede begrebet til dagligt brug i klinikken.

Der er flere der mener at vi skal bruge begrebet højre og venstre flexur i stedet for flexura splenica, flexura hepatica mm.

LB: Hvis tumor inddrager flexuren bør man benævne det en flexurcancer. Enighed herom.

Der er en længere diskussion omkring hvor man deler karrene (høj/lav).

Der er enighed om at evidensen indtil videre ikke er stærk nok til en generel anbefaling af CME, men at dette skal være en legal option.

Begrebet "compromised" resektion diskuteres. Der er lidt forvirring om forskellen på compromised og palliativ resektion. Enighed om at begreberne skal beskrive resektionen og ikke patienten som helhed. Compromised vil blive bedre defineret i næste udkast – formentlig 'operation, hvor man går på kompromis med minimumskravene for kurativ resektion'.

Man er enige om, at definere et minimumskrav til kurativ resektion.

Begreberne palliativ, kurativ og compromised resektioner accepteres.

Der ønskes anført på tegningerne hvor karrene skal deles.

Anders Bertelsen udarbejder forslag til standardresektioner.

Anastomoseteknik (SP)

Intet nyt. Emnet skal kortes ned og inddrages i et mere generelt afsnit.

Laparoskopisk colonkirurgi (TM,IG)

Anbefalingerne er meget positive, skal modificeres lidt, da evidensen hviler på selekterede patienter (hvad med T4 og transversum? Er evidensen også gældende her?), men ellers godt afsnit. IG laver rettelser.

SILS (TM)

SILS udføres ikke som standard resektionsmetode i DK. SILS bør indtil videre gøres i protokolleret studiet når det drejer sig om cancerkirurgi. TM retter til.

Akut kirurgi (AB+LI+OTU)

SEMS – Søren Meisner er spurgt, har ikke tid før efter sommerferien. Søren Meisner og LI skriver noget.

Damage control (AB) – Der er stemning for at få damage control bedre defineret, afkorte afsnittet og inddrage det i et mere generelt afsnit.

Blødning – OTU har undersøgt evidensen, der er intet specifikt for akut blødning ved colorektal cancer. Enkelte principper skal dog anføres.

Kirurgisk behandling af cancer recti (ved TM)

Generelt afsnit (OR)

LI påpeger at der kun er medtaget positive studier vedr. volumen-outcome association, der anbefales at referere til reviews i stedet, hvor både positive og negative studier medtages.

Det diskuteres om man skal anbefale 1 eller 2 cm anal resektionsrand ved TME. PCR anfører at der er sammenhæng mellem afstand og risiko for recidiv. OR undersøger evidens bl.a. fra Wibe i Norge – konkluderer herefter og laver nyt forslag.

Et generelt anatomi afsnit skal inkluderes ligesom ved koloncancer, herunder også figurer.

Funktionelle forstyrrelser (Katrine Emmertsen)

Godt afsnit – der skal tilføjer et skema med definitionen på LARS score, minor LARS, major LARS, fragmentering skal defineres. LI taler med Katrine Emmertsen.

13.06.2013: Afsnittet er allerede revideret.

Hartmanns operation (Anders Tøttrup)

Der bør anbefales intersphinkterisk APE i stedet for at fraråde Hartmann. Anbefaling 2 kan udelades. Evidensen hviler formentlig på et blandet materiale og ikke kun cancerpatienter. LI taler med Anders Tøttrup. 13.06.2013: IBD pt. ikke inkluderet, kun få diverticulit pt., AT vil checke om der var forskel i frekvensen af pelvin abscess blandt cancer pt og de relativt få diverticulit pt.

Laparoskopisk behandling af cancer recti (TM)

Ikke længere problemer omkring laparoskopisk resektion af tumor i midt rektum, afsnit om egnede pt. skal revideres.

MDT beslutning om egnethed til åben eller laparoskopisk resektion foretrækkes.

SILS ved rectum (TM)

Angivelse om flere eller færre porte er mindre relevant, bør fjernes. Diskussion om et sådant afsnit skal med, enighed om at kort afsnit kan medtages. TM reviderer.

Lav anterior resektion (FSJ)

Arbejdet er forsinket. Vi venter på svar.

Ekstralevatorisk APE - ELAPE (Henrik Christensen)

Ikke modtaget noget endnu. Afventer HC. LI tager kontakt.

13.06.2013: Udkast under udarbejdelse. Figurer over ELAPE og konventionel APE og intersphinterisk APE vil blive medtaget.

Robot rektum (LI + IG)

Afsnittet kan kortes ned, idet fordele og ulemper kan udelades. IG reviderer.

Lokal behandling (GB)

Det skal præciseres nærmere, hvem der skal tilbydes resektion, mangler for colon. S. Bülow's arbejde vedr. TME efter TEM bør medtages som reference. LI kontakter GB.

Palliativ kirurgi (JS+EL)

Afsnittet skal gøres mindre prosa-agtigt. Der bør refereres til det hollandske RCT om kirurgi af primær tumor vs. palliativ kemo, som DK skal med i (kontakt person M. Yilmaz). Bridge-to-surgery skal ikke beskrives i dette afsnit. 'Død' skal præciseres nærmere i afsnittet om SEMS ved symptomatisk coloncancer. Det bør anbefales i anbefalingerne at valg af behandling afhænger af patientens performance og den samlede tumorbyrde, så længe der ikke er nogen sikker evidens for det ene frem for det andet. Der er ikke generel enighed om SEMS ved høj sidig obstruktion frem for resektion.

Behandling af synkrone metastaser (FSJ)

FSJ fremlagde flere modeller for hvorledes afsnittet kan laves med reference til levermetastase gruppen. Der var enighed om at vælge en kortere model.

5. Opfølgning af KRC patienter. Udsat til næste møde.
6. Opdatering om arbejdet i de af Sundhedsstyrelsen udpegede grupper vedr. opfølgning af øvre GI og KRC.
Udsat til næste møde.
7. Ny mødedato: Mandag den 16. september 2013, kl. 10-16. Vejle forespørges, hvis ikke muligt så i Roskilde. LI spørger HR.

13.06.2013/LB+LI