

Referat

Møde i Kirurgisk arbejdsgruppe under DCCG

Roskilde Sygehus, den 4. november 2013

Deltagere: Lene Hjerrild Iversen (formand), Gunnar Baatrup, Tommie Mynster, Sharaf Perdawood, Claus Anders Berthelsen, Lars Bundgaard, Jens Støvring, Ole Thorlacius-Ussing, Vagn Ove Bendtsen, Ole Roikjær, Frank Svendsen Jensen.

1. Lene Hjerrild Iversen påtog sig ordstyrerhvervet. Frank Svendsen Jensen påtog sig referenthvervet.
2. Referatet fra mødet den 16.09.2013 blev godkendt.
3. Der var en kort diskussion om offentliggørelse af referaterne fra møderne i kirurgisk arbejdsgruppe og der var enighed om, at referaterne skal sættes på hjemmesiden efter godkendelse. Dette skal aftales mellem formanden og webmaster (Hans Bjarke Rahr). Referaterne vil blive rundsendt efter udfærdigelsen og efterfølgende har mødedeltagerne 14 dage til indsigelse. Hvis der ikke er indsigelser i denne periode betragtes referatet efterfølgende som godkendt.
4. Indholdet på de forskellige sessioner til DKS årsmøde blev gennemgået og klarificeret. I forbindelse hermed blev der fra flere sider udtrykt forundring over og sat spørgsmålstegn ved udvælgelsesproceduren af henholdsvis frie foredrag og posters. Der blev efterspurgt retningslinier for proceduren, ligesom der blev efterspurgt gennemsigtighed i den eksekutive proces. Der var bred enighed om, at fagområderne efter bestemte retningslinier bør stå for udvælgelsen. Lene Hjerrild Iversen tager en drøftelse med generalsekretæren for DKS vedrørende emnet og vender tilbage med en afklaring.
5. De fremkomne forslag til retningslinier blev drøftet:

Generelt for alle retningslinjer:

Det blev vedtaget, at Ugeskriftets nomenklatur skal anvendes, herunder også at tal fra 1 til 10 skrives i ord. AB vil udsende vejledning.

Ad arvelig tarmkræft:

Der udspandt sig en diskussion af hvad suspekt familieanamnese for HNPCC dækker og hvad definitionen er. Det vil blive søgt afklaret. I tabel om familie definition anbefales tal ændres til tal skrevet med i ord (ex. '3' ændres til 'tre').

Ifølge OTU afventes der en endelig afklaring af udredningen ved moderat øget risiko – dette bør indføres i retningslinjen. Der blev anbefalet anden formulering i sætning på s. 3 'det er ventileret at tumor er resistent ..' (ordet ventileret). Spurgte til s. 4, hvorfor 'ventrikel

cancer diagnosticeret efter 1960') – hvorfor 1960? S. 5, sætningen 'Risiko for recidiv og død af KRC reduceres ...' er modsætningsfyldt, bedes rettet.

Der blev spurgt til risikoen for cancerudvikling hos person med et forældrepar, der begge har haft KRC. Om muligt vil dette også skulle integreres i teksten.

Anbefalingerne vedr. FAP bør også kunne findes i teksten, gælder ikke anbefaling 1 og 2.

Ad screening:

Anbefalingerne fastholdes og godkendes.

Ad colons anatomi:

Lymfeknudeafsnittet blev vurderet for langt og for knudret og vil blive omskrevet og reduceret til få linjer, mens resten enten skal i en tabel eller i et appendix. TM vil gerne være behjælpelig med dette.

Billede, s. 7: Titlen ændres til '.... Lokalisation af kolons lymfedrænage' og D1, D2 og D3 ændres til 'D1 område' etc.

Ad resektion ved cancer coli:

I resumeet: Anbefaling 4 og 5 ændres til 'Dissektion ved ikke-adhærent coloncancer er i det mesokoliske plan' og 'Ved adhærent coloncancer foretages en-bloc resektion for at tilstræbe R0 resektion, hvilket er den vigtigste forudsætning for langtidsoverlevelse.'

Rekommandationsniveauet for 4. anbefaling nedjusteres til C.

Man enedes om at fjerne de tre sidste anbefalinger i afsnittet.

I teksten var der enighed om anbefaling af resektion af mindst 10 cm af colon oralt og analt for canceren, idet det for rektosigmoideum var nok med fjernelse af 5 cm analt for canceren. Længden af ileumresektion vil blive omformuleret.

S. 2 nederst: 'dissektionsplan' ændres til 'resektionsplan'.

S. 4: 'Et mindre dansk studie, viser man kan efterlade LN..' skal omformuleres.

Sidste tabel: Parenteserne skal forklares.

Anastomoseafsnittet udelades.

Ad SILS:

Sidste sætning ændres til 'Operationen bør foregå i protokolleret regi'.

Det blev aftalt, at der for såvel colon som rectum bliver forfattet minimale invasive afsnit; dog undtaget transluminale indgreb, således at der vil komme et afsnit for hhv. colon og rektum omfattende: laparoskopi, enkeltportsindgreb og robotassisteret kirurgi.

Ad akut kirurgi – Damage Control Surgery:

Skal tilføjes at metoden vil blive løbende evalueret i DCCG regi (databasen). Der skal tilføjes, at behandlingen altid bør konfereres med kolorektal kirurg.

Enighed om at AB udsender revideret udgave inden DKS, som Kirurgisk arbejdsgruppe skal tage stilling til mhp. godkendelse inden ABs indlæg på DKS mødet.

Ad lokalrecidiv efter coloncancerbehandling:

Der var fremkommet 3 forslag på definitioner af lokalrecidiv efter coloncanceroperation. Man enedes om en omformulering af LI's forslag, således at carcinose er en selvstændig metastaserings-/recidiv form. Der vil blive rundsendt et fornyet forslag.

Ad rektum – APE – konventionel og afsnittet med ELAPE:

Enighed om at de to retningslinjer skal flettes sammen. Henrik Christensens udkast om konventionel APE skal til gennemsyn/revision/godkendelse af Herlev kirurgerne.

Ad rektum – laparoskopisk:

Godkendt.

Ad rektum – robot:

GB spurgte, hvorfor der ikke var reference til Wexners konsensusrapport og europæisk konsensusrapport. GB vil fremsende rapporterne til LI og IG, som taler stilling til dette.

Ad lokalbehandling:

Retningslinjen fortsat under udarbejdelse, da gruppen er suppleret med patologer.

6. Næede ikke præsentation af det nye kirurgi-skema til databasen. LI vil fremsende det i den foreløbige form som findes aktuelt.
7. Fra de af Sundhedsstyrelsens grupper vedrørende follow-up forlyder det, at der for kolorektalcancer er et forslag undervejs. I gruppen for øvre cancer herunder levermetastaser har FSJ ikke været indkaldt. FSJ rettede henvendelse til sekretariatet i forbindelse med gruppens første møde, som skulle forgå i Aalborg, idet der ikke var fremsendt nogen indkaldelse. Mødet blev aflyst. Siden har der ikke været nogen indkaldelse. Det er meddelt formanden for DCCG. Af efterretninger fra andre kanaler forlyder det at der er nedsat en to-mands gruppe til at komme med forslag til opfølgning. Der er dog ingen kolorektalkirurg med. Vi må jo så afvente forslaget og gå ud fra, at vi får indflydelse på det endelige program. LI vil dog rette henvendelse til formanden for DCCG vedr. de manglende indkaldelser.
8. Ny mødedato: Den 30.januar 2014. Tommie Mynster vil være vært på Bispebjerg. Nærmere om lokalitet i indkaldelsen.
9. Evt.: Peter Ingeholm har spurgt til gruppens holdning af, hvorledes patologer skal klassificere præparater med hul i tumorbærende del/skiver, hvor kirurgerne oplyser at hullet er opstået i forbindelse med udtagning/efter udtagning. Der var enighed om, at patologer skal klassificere det præparat, de modtager.

10.11.2013 FSJ/LI