

Referat

Møde i Kirurgisk arbejdsgruppe under DCCG

Bispebjerg Hospital, den 30. januar 2013

Deltagere: Lene Hjerrild Iversen (formand), Steffen Rosenstock, Peter Rasmussen, Tommie Mynster, Sharaf Perdawood, Claus Anders Berthelsen, Lars Bundgaard, Jens Støvring, Ole Thorlacius-Ussing, Vagn Ove Bendtsen, Ole Roikjær, Frank Svendsen Jensen, Anna Lykke, Arnas Ugianski og Knud Thygesen.

1. Lene Hjerrild Iversen påtog sig ordstyrerhvervet. Steffen Rosenstock påtog sig referenthvervet.
2. Anna Lykke blev budt velkommen som repræsentant for yngre læger.. Referatet fra mødet den 04.11.2013 tidligere er godkendt. Det blev præciseret at referater fra møderne offentliggøres på DCCGs hjemmeside, og derfor skal godkendes af arbejdsgruppen forud herfor og senest 14 dg efter fremsendelse.
3. KT redegjorde for status i den af SST nedsatte, gruppe som skal komme med anbefalinger om opfølgning efter CRC. Der har været 3 møder, gruppen er relativt stor og bredt sammensat. Man afventer fortsat Colofol resultaterne, som forventes klar i april 2014. Fokus er skiftet fra mere hårde end-points til emner som rehabilitering og senfølger efter kirurgi, hvorom der foreligger ganske sparsom evidens. Målgruppen ligeledes lidt uklar: fagfolk, beslutningstagere, eller patienter. Anbefalinger vil blive revideret årligt og lagt ud på SSTs hjemmeside uden forudgående høring. Der vil formentlig være et vist overlap med DCCGs retningslinjer. De hyppige recidiver efter metastase kirurgi blev diskuteret, og også om det med tiden, på baggrund af kommende resultater, vil være muligt at stratificere patienterne i en intensiv vrs. mindre intensiv kontrol procedure. Opfølgning efter øvre kirurgi blev ikke diskuteret da FSJ var forsinket.
4. Den nedsatte gruppe består bl.a. af LI og HR, eksperter i endoskopi, samt eksperter i trombose. Der er udarbejdet et foreløbigt skema, hvor der ud fra tromboserisiko er muligt at stratificere hvilke patienter hvor der kan iværksættes regimer forud for diagnostisk og terapeutisk skopi og hvilke hvor kun diagnostisk skopi kan udføres og endelig hvilke, hvor skopi skal udsættes. Dvs. nogle patienter vil kun få lavet diagnostisk skopi og ved fund med behov for terapi må screeningscentret iværksætte/foranledige individualiseret plan for den antitrombotiske behandling. De enkelte screeningscentre skal selv varetage information af screeningspatienterne, og det vil af invitationerne til screening fremgå, at patienterne skal kontakte screeningscentret, såfremt de er i antitrombotisk behandling mhp. nærmere forholdsregler. Det anslås at mindst 10 % af patienterne vil modtage en sådan behandling og at ca. 60 % vil have behov for endoskopisk terapi. Det blev ikke endeligt besluttet om der skulle være et link til disse retningslinjer på DCCGs hjemmeside.
5. DCCGs nye kirurgskema er taget i brug for patienter med diagnosedato efter 1. januar 2014, og skal tages op som fast punkt på dagsordenen ved de fremtidige møder. HR havde forud for mødet påpeget et par uklarheder i den del af skemaet som omhandler postoperative komplikationer og Clavien score. Uklarhederne vil blive rettet. Enkelte afdelinger deltager i et projekt hvori der rutinemæssigt foretages indhældning eller sigmoideoskopi kort tid efter resektion, uanset om

patienten har symptomer. Evt. fundne lækager ved disse procedurer skal ikke rapporteres som lækage, idet der kun registreres kliniske lækager, dvs. lækager diagnosticeret på patienter med symptomer. Der kan blive nødvendigt at tilføje en note i årsopgørelsen om denne problematik, hvis der skulle vise sig at være diagnosticeret flere lækager på de involverede afdelinger. Det blev igen diskuteret hvorvidt en perirektal ansamling altid bør kategoriseres som en lækage. Man blev enige om at fastholde den nuværende nomenklatur. KT foreslog at man medtog 2-3 cases fra egen afdeling til de kommende møder mhp. at auditere egne resultater, og opnå enighed om hvad der bør klassificeres som lækage. Endvidere, at man ved det kommende DCCG repræsentantskabsmøde vil henlede opmærksomheden på ovennævnte problematik. Der er på flere afdelinger problemer med at opnå tilstrækkelig information fra de parakliniske afdelinger (røntgen- og patologiafdelingerne) til en sufficient udfyldelse af skemaet. Der blev understreget, at de parakliniske afdelinger har forpligtet sig til at levere fyldestgørende oplysninger til brug for skemaudfyldelsen. Det blev præciseret at pkt. 43 omhandler det operative sigte lokalt omkring primær tumor. Man kan således godt lave et kurativt indgreb på en pt. med levermetastaser. TM påpegede at det med tiden næppe vil være nødvendigt at indberette blodtransfusion (pkt 62), idet disse data vil kunne hentes i transfusionsdatabaserne. Desuden er det uklart hvad der præcist forstås ved peroperativ blodtransfusion (opvågning, operationsgang, sengeafdeling) og også at det kan være svært at finde disse oplysninger. Definitionen i det nye skema er dog transfusion under operationen.

6. Mette Yilmaz fratræder som formand for DCCG til det kommende bestyrelsesmøde i april og LI forventes at tiltræde som DCCGs nye formand. Lone Nørgård, onkologisk afdeling RH, har tilkendegivet at hun i givet fald vil opstille som kandidat til næstformandsposten.
7. Reviderede retningslinjer. Generelt efterlyses at retningslinjerne overholder det format der tidligere er godkendt. TM gjorde opmærksom på at mange anvender engelsk sprogbrug fx colon cancer i stedet for coloncancer osv. SRO og TM blev bedt om at være sproglig bagstopper på de forskellige retningslinjer, når de af forfatterne betragtes som færdige. PR efterspurgte om det var muligt at betale sig fra en sproglig gennemgang ved sproglyndig fagperson. Dette er næppe muligt. I den nedenstående gennemgang er der kun anvist detaljerede rettelselser til retningslinjer hvor forfatterne var fraværende til mødet. Øvrige rettelselser forventes indført af de tilstedeværende forfattere.
 - a. Arvelig tarmkræft. På side 3 bør Aalborg tilføjes som HNPCC center. Nederst side 3: HNPCC registreret' skal ændres til 'Hvidovre'. Det var et ønske om at alle patologiafdelinger tilbyder at lave metyleringsanalyser. Retningslinjen godkendt med ovenstående rettelse.
 - b. Colons anatomi og resektioner. Godkendt med enkelte sproglige rettelselser og at R1 resektioner er ikke palliativ behandling.
 - c. SILS, godkendt, TM og SRO vil sammen udarbejde et supplerende afsnit om SILS rektum på baggrund af et oplæg fra Ida Lolle.
 - d. Damage control surgery er godkendt
 - e. APE. Har været omkring Herlev som ikke havde væsentlige tilføjelser. Evidensniveauet for anbefaling 2 bør nedgraderes. TM rundersender nyere metaanalyse om emnet. Det blev bemærket at hyppigheden af ELAPE bedømt ud fra årsrapporten er meget varierende, hvilket antyder at der er betydelig forskel på valg af operativ tilgang imellem afdelingerne. Det bør tilføjes at det endelige valg af operationsmetode bør afgøres på MDT konference og

at indikationerne for ELAPE bør specificeres nærmere. HKC og PR vil gennemgå retningslinjen igen, og den er ikke godkendt i dens nuværende form. Fascie recti skal ændres til mesorektale fascie. Ref. 2 og 3 er ikke evidens for det, der er anført i den pågældende sætning.

- f. Robot assisteret kirurgi. Anbefaling 2 fjernes, det bør præciseres at de tilgrundliggende studier er præget af selektionsbias. Der er angivet evd 2b ved case series hvilket ikke er korrekt. Godkendt med ovenstående rettelser. LI 04.02.2014: Ref. 11 er en prospektiv kohorte-serie, hvorfor det er evd 2b.
 - g. Lokal behandling. EMR er kun en hovedfunktion i colon men ikke rektum. Skal præciseres. Nederste linje side 2, "—hos patienter med normal operativ risiko" ændres til "patienter som skønnes egnet til resektion". 3. Anbefaling: EMR kan overvejes som definitiv behandling --- til patienter som ikke skønnes at kunne tåle resektion. Anbefaling 4: der skal tilføjes : " supplerende onkologisk eller kirurgisk behandling. Evidensniveauet virker for højt, er det korrekt? Under rectum afsnittet bør tilføjes at rektal EMR ikke er en hovedfunktion. Rektumfsnittet er fattigt på referencer. Sidste side, 2. Afsnit, 4 linje. "5" tumors ?? Ikke godkendt i dens nuværende form, skal revurderes ved næste møde, når GB er til stede.
8. KB har sponsoreret to projekter under DCCG. Betingelsen for den ene bevilling er at projektet, som fordrer MR af rektum, bliver landsdækkende. Der var generelt en meget positiv holdning til projektet, men der blev, som ved tidligere lejligheder, udtrykt bekymring om røntgenafdelingernes kapacitet. Det blev foreslået, at man kobede MR resultaterne med de primære patologi beskrivelser. Man diskuterede timingen af MR i forhold til operationsdato, herunder om man evt, skulle scanne lige efter operationen, samt betydningen af lækage for MR tolkningen. VU har godkendt projektet med amendment om at det skal gennemføres nationalt, tentativ opstart 1. April 2014. Enkelte MR sekvenser fra Bondevens artikel blev fremvist og det blev diskuteret om det efterladte mesorektum i virkeligheden blot skyldtes den kraniele træk i rektum som udøves ved operationen og som medfører at rektum "falder tilbage" i bækkenet.
9. Gennemgang af reviderede retningslinjer.
- a. Akut kirurgi og stent. Lang diskussion. Antallet af anbefalinger bør reduceres, og retningslinjen forenkles. Ikke godkendt i dens nuværende form. Skal tages op ved næste møde. Der bør være en henvisning til Damage Control Surgery afsnittet. Termen "segment resektion" skal erstattes af resektion.
 - b. Blødning. Der mangler anbefalinger som er svære idet der ikke er nogen evidens på området. I anbefalingerne bør også henvises til pakkeforløbene. Ikke godkendt i dens nuværende form. Diskuteres til næste møde.
 - c. Rektum cancer. Alle var enige om at det var et særdeles velskrevet afsnit. Man diskuterede betydningen af de forskellige histologiske diagnoser, og man blev enige om at beholde den nuværende formulering. Anbefalingerne omkring TME og PME skal gøres klarere specielt hvad angår længden af hhv. tarmrør og mesorektum i forhold til tumors lokalisation. Retningslinjen godkendt med ovenstående rettelser.
 - d. Resterende reviderede retningslinjer blev ikke gennemgået pga. tidsnød, og vil blive taget op ved næste møde.

10. Næste møde foregår den 24. marts 2014 i Aarhus.
11. Evt.: PCR anførte at Sektionen for Kolorektal Kirurgi bør medvirke ved rådgivning af Sundhedsstyrelsen i forbindelse med udarbejdelsen af den næste specialevejledning for kirurgi. Enighed om at PCR kontakter formanden for DKS desangående.

2. februar 2014 Steffen Rosenstock/5. februar Lene H. Iversen