

Referat af møde i Kirurgisk arbejdsgruppe under DCCG

Den 10. september 2014, kl. 10.00 – 16.00

Hvidovre Hospital

Deltagere: Lene Iversen, Knud Thygesen, Tommie Mynster, Anders Bertelsen, Thomas Harvald, Anna Lykke, Ole Roikjær, Inge Bernstein, Sharaf Perdawood, Arnas Ugianski, Ismail Gogenur, Jens Støvring, Gunnar Baatrup, Steffen Rosenstock

DAGSORDEN

1: Valg af ordstyrer og referent: ordstyrer LI, referent SRO. Thomas Harvald, Herlev Hospital blev budt velkommen i arbejdsgruppen

2: Gennemgang af reviderede guidelines

Kirurgisk behandling af rektum cancer: Anterior resektion (FSJ). Man var enige om at guidelinen var svær at læse dels pga. manglende overskrifter, og fordi rækkefølgen af de enkelte afsnit ikke var helt logisk. Endelig var afsnittet om livskvalitet for langt. Der udspandt sig en længere diskussion omkring 1) skylning af rektumstumpen samt 2) hvad der kunne betragtes som sufficient afstand til tumor. Ad 1) Ikke alle afdelinger skyller før tarmdeling, der er uklarhed om hvilken og hvor meget væske der kan/skal anvendes hertil, det refererede studie er et ældre registerstudie behæftet med bias. Sidstnævnte skal anføres. Anbefalingen blev nedgraderet og på baggrund af ovenstående omformuleret til 'Rektal skyldning før definitiv afstapling kan udføres (B)'. Ad 2) Den aktuelle formulering blev kritiseret for at være upræcis og ikke helt i overensstemmelse med ORs guideline omkring anatomiske forhold og rektumcancer. Det blev diskuteret om "1-2 cm" er en tilstrækkelig præcis angivelse, om der er tale om frisk eller fixeret præparat-mål, og om doughnuts betydning. Man besluttede, at OR ville tydeliggøre teksten i sin anbefaling til "mindst 1 cm vurderet peroperativt" (LI 17.09.2014: Er rettet), og at den nuværende formulering i aktuelle retningslinje blev bibeholdt. Derudover at der skulle linkes til ORs guideline om samme emne. Gradering af anastomoselækage skal specificeres jf. den anvendte klassifikation i DCCG databasen. Ken Ljungman vil foretage de sidste rettelser i hht. ovenstående, og guidelinen er, såfremt disse indføres som anvist, at betragte som godkendt.

Behandling af synkrone metastaser(FSJ): Det skal fremgå mere tydeligt at nærværende guideline kun er at opfatte som en kort gennemgang af behandlingen af synkrone CRC levermetastaser med henvisning til Dansk Lever-galdevejscancers hjemmeside, hvor diverse referencer også er angivet Det blev diskuteret, hvad ordet "lokalbehandling" omfatter, anvendelsen af ordet hypertrofi i relation til portaembolisering og afficerede leverlap, samt en del sproglige uklarheder. Man bemærkede den meget intensive opfølgning efter levermetastase kirurgi, som er svær at forene med retningslinjerne for follow-up efter CRC cancer generelt. Det udvalgte anbefalinger er ikke nødvendigvis understøttet af den forudgående tekst, hvilket hænger sammen med at det er et resumé af en meget omfattende retningslinje. Igen betragtes guidelinen som godkendt hvis den tilrettes i hht ovenstående.

3: Opfølgning på høringsfasen af nye kirurgiske retningslinjer (LI)

Der resterer retningslinjer, som ikke har været i høringsfase. Der er indkommet to kommentarer, hvoraf den ene blot var en forespørgsel. Henrik Nørgard har på vegne af radiologerne gjort opmærksom på at indhældning af vandig kontrast på patienter med CT-verificeret colonileus, stort set ikke udføres, og anses for unødvendig, hvorfor guidelinen vil blive revideret i overensstemmelse hermed (LI 17.09.2014: Er gjort).

4: Plan for fremtidig opdatering af retningslinjerne (LI). Punktet blev sprunget over, LI laver plan herfor. Birgitte Brandstrup og Henrik Kehlet er kontaktet mhp. udarbejdelse af guideline for hhv. perioperativ væskebehandling og fast-track kirurgi

LI 17.07.2014: Birgitte Brandstrup har accepteret, Henrik Kehlet har anbefalet Ismail Gögenur, som har accepteret.

5: DKS 13.-14. november 2014 (LI og OR). Meget interessant program. Henrik Christensen og IG afholder indlæg om APE. Onkologerne og patologerne fremlægger også hver en ny guideline. Der er udvalgt tre videnskabelige projekter af medlemmerne af VU, som vil blive fremlagt. Der er desværre et tidsmæssigt overlap imellem de frie foredrag og andre relevante indlæg. AB foreslog at man forsøger at placere indlæg om CRC om formiddagen, således at det er muligt at overhøre både DCCG indlæg og frie foredrag om CRC. Dion Morton og Joep Knoll præsenterer indlæg om T3 TEM studiet, og om TAMIS. Diverse sessionsledere anmodes om at rykke deres foredragsholdere, så vi sikrer, at programmet er på plads, ligesom der også opfordres til, at man på de enkelte afdelinger får indsendt abstracts inden deadline. Det blev diskuteret, om det var rimeligt, at man kunne trække sit abstract tilbage, hvis ikke det var udvalgt til foredrag - der kom ingen afklaring herpå.

6: Udpegning af YL som ad hoc medlem i Videnskabeligt Udvalg under DCCG (LI). Der er fremsat forslag om, at de enkelte arbejdsgrupper indenfor DCCG (kirurger, radiologer, onkologer, patologer) rekrutterer yngre medlemmer som ad hoc medlemmer af VU uden stemmeret, dels for at stimulerer forskningen, men også for at forberede et fremtidigt generationsskifte. Det blev besluttet, at arbejdsgrupperne hver især foreslår 1-2 yngre medlemmer, som herefter officielt kan ansøge om ovenstående position. Der vil blive annonceret i relevante medier, og IG vil gøre opmærksom på opslaget til DKS årsmøde. Man diskuterede kort den manglende transparens i udvælgelsen af medlemmer både til DCCG og DKS' arbejdsgrupper, og var enige om, at der ved dette og fremtidige opslag bør være fuld åbenhed i udvælgelsen. IG sender mail til arbejdsgrupperne under DCCG. Efter DKS vil ansøgningerne blive vurderet og udvælgelse foretaget.

7: Status fra DTS (GB): der har været et møde i maj 2014 med meget kort indkaldelse frist, og tilsvarende begrænset fremmøde, hvilket ikke er optimalt. Referat herfra foreligger endnu ikke. Der er planlagt et møde i september.

8: Status fra grupperne vedr. opfølgning af øvre GI blev ikke diskuteret, da FSJ ikke var til stede. FSJ har aldrig været indkaldt til møder i SST. KRC (KT): Der er intet nyt kommet, man afventer fortsat Colofol resultater, disse resultater blev efterspurgt, men er endnu ikke tilgængelig. Gruppen er opmærksom på at Colofol resultater kan medføre, at nuværende guidelines skal tilrettes herefter. LI vil sørge for, at de endnu ikke officielle guidelines herfor rundsendes til resten af gruppen (LI 17.09.2014: Er gjort). IB påpegede, at det var problematisk at lægge postoperative kontroller ud til de praktiserende læger, da man risikerer, at data ikke bliver valide nok til forskningsanvendelse. OR spurgte, hvordan vi sikrer overensstemmelse imellem de mange guidelines. Blev ikke kommenteret nærmere.

9: Status af det nye DCCG skema. Skemaet er blevet godt modtaget, mange afdelinger har meldt tilbage, at de synes, at det er lettere at anvende. Der har ikke været væsentlige problemer. TM påpegede fordelene ved den standardjournal man anvender på BBH, hvor de nødvendige informationer nemt kan udhentes. IB beklagede at arvelig disposition ikke længere indgår i DCCG skemaet, bl.a. fordi emnet mister bevågenhed blandt de yngre kolleger. Hvis ikke der bliver spurgt, bliver der ikke viderehenvist til HNPCC registre. LI påpegede at skemaet havde været i høring. OR foreslog, at man på afdelingerne opfordrede til mere fokus på DCCG dataindsamling, KT foreslog et afkrydsnings-skema, TM mente at det nye skema stimulerer til bedre kirurgi og mere opmærksomhed på kardeling. Herefter diskuteredes Analyseportalen. Nogle har gode erfaringer, andre finder det vanskeligt at anvende. Data kan downloades i et CSV format, som er SPSS eller Excel kompatibelt. Det burde være muligt at udhente kvartalsvise opdaterede data, hvilket efterlyses på nogle hospitaler (Hvh/SR). RKKP bør kunne levere disse data. IB/LI foreslår kursus i brugen af Analyseportalen evt. ved Peter Ingeholm. Afslutningsvist spurgte SP, hvordan man kunne tage højde for, at nogle afdelinger tilsyneladende har høje anastomoselækage rater diagnosticeret i forbindelse med projektdeltagelse. Denne problematik er specifikt adresseret i årsrapporten 2013, og der er mulighed for yderligere kommentering i høringsfasen. Man kan ikke korrigere 2013 data nu, men en evt. korrektion af 2013 data vil komme til udtryk, når 2014 data senere hen skal sammenlignes med 2013 data.

10+ 11: STARTREC/ WW projektet. Karen Lise Spindler havde meldt afbud, hvorfor IG kort gennemgik WW projektet: Et forslag om et nationalt studie med watchfull waiting regime. GB gennemgik STARTREC projektet som udgår fra England, og som er planlagt at inkludere danske og hollandske patienter også. Det engelske center er særdeles velorganiseret med et større forskningssekretariat. Der er et overlap imellem de to protokoller mht. mulige patienter til inklusion. De grundlæggende forskelle er T stadier (T1-T2 vrs. T1-T3), højden på tumor (alle vrs. lav rektumtumor), og stråledosis, men samlet set omhandler begge protokoller organ-besparende behandling af ikke avanceret rektum cancer i en kombination af stråleterapi og lokalresektion. Svendborg sygehus er formentlig allerede klar til at rekruttere patienter 1/11 2014, og har modtaget midler hertil. Der er beskrevet lokalrecidiv rater efter TEM på 4-6 %, afdelinger som ikke laver TEM må henvise til centre der gør, GB har modtaget positive tilbagemeldinger fra de fleste TEM centre på nuværende tidspunkt, TRUS anbefales, men er

ikke et krav. Kvalitet og kapacitet af MR blev diskuteret, og der blev foreslået træningssessioner ved Gina Brown, evt. ifa præop. MR vurdering. LI påpegede at der manglede variable om LARS syndrom, samt seksuel dysfunktion og urininkontinens, GB ville tage det op i styregruppen. AB var betænkelig ved stråling af T2 tumores, og derudover blev der generelt udtrykt bekymring for om den i Vejle anvendte stråledosis er for høj. Der er planlagte hyppige MR kontroller, og det bør undersøges om alle landets radiologiske afdelinger har kapacitet hertil. Der blev diskuteret om man kan kombinere de to protokoller evt. således at de meget lave tumores indgik i WW protokollen og de øvrige evt. i STARTREC. Alternativt at påbegynde STARTREK først og sidenhen fortsætte med WW protokollen. Det blev foreløbigt besluttet at man afventer tilbagemelding fra de forskellige fagområder, samt Vejlegruppens præsentation til DKS' årsmøde, før endelig stillingtagen til Watchful Waiting protokollen. Sideløbende vil GB arbejde videre på at få STARTREC opstartet på de forskellige centre samt på et spin-off projekt af STARTREC omhandlende biomarkører og funktionelt outcome.

12. Fastsættelse af ny mødedato: næste møde er 18/11 kl 10-16 i Odense

13. Evt: IB bad - på vegne af DKSs bestyrelse - om en holdningsdrøftelse til, at KRC kirurgi løftes til Regionsfunktion, da Region Sjælland er fremkommet med dette forslag til DKS. Der udspandt sig en længere diskussion omkring fordele og ulemper ved centralisering af colorectal cancerkirurgien, herunder den akutte colorectal kirurgi, betydningen af høj-volumen produktions afdelinger, samt geografiske forskelle imellem øst og vest. Tarmkræfttrapporten anslår, at et befolkningsgrundlag på 350.000 -500.000 personer er passende, hvilket må være udgangspunktet for diskussionen. GB foreslog, at der sattes en nedre grænse for, hvad der er et rimeligt antal indgreb per kirurg/enhed, og rejste i øvrigt tvivl om, hvorvidt centralisering medfører forbedret patientbehandling, hvilket blev støttet af SP. KT påpegede, at man i Århus netop har etableret et integreret samarbejde (fælles retningslinjer, forløbsplaner, MDT, læger etc.) med regionssygehus og flyttet colonkirurgien ud på regionssygehus som led i centralisering og derved har formået at bevare større og interessante indgreb på de mindre afdelinger. IB vil med udgangspunkt i diskussionen gå videre med sagen.

OR oplyste om et igangsat arbejde gennem DKS sådan, at der via LPR kan udføres en bedre komplikationsregistrering end via de nuværende koder. Målet er at udvalgte indgreb fordrer en tillægskode som tilkendegiver at der IKKE er komplikation og i modsat fald at disse komplikationer kodes med tillægskoder, så der kommer en Clavien gradering. Systemet skal automatisk gå 30 dage tilbage ved genindlæggelser og således, at komplikationsregistrering også udføres ved genindlæggelser. DKS og fagområdernes formænd går videre med dette.

Steffen Rosenstock 15/9 2014/Lene Iversen 17/9 2014