

Referat

Møde i Kirurgisk arbejdsgruppe under DCCG

Den 26. februar 2018, kl. 10.00 – 15.30

Mødelokale: Kirurgisk konference¹

Herning Sygehus

Tilstede: Lene Iversen(LI), Svend Baadsgaard(SB), Jesper Nielsen(JN), Jens Støvring(JS), Søren Salomon(SS), Uffe Løve(UL), Randi Thyregaard(RT), Niels Hald(NH), Jesper Vilandt(JV), Thue Avlund(TA), Ole Roikjær(OR), Lars Bundgaard(LB)

Afbud: Tommie Mynster, Thomas Harvald, Peter-Martin Krarup, Ismail Gogenur, Peter Teglggaard, Inge Bernstein, Ole Thorlacius-Ussing, Hans Rahr, Sharaf Perdawood, Steffen Rosenstock, Tina Frandsgaard.

DAGSORDEN - kommentarer

1. Valg af ordstyrer og referent

Ordstyrer: LI, Referent: LB

2. Orientering fra Formand

Peter Ingeholm vil gerne deltage i kirurgisk arbejdsgruppemøde en gang per semester for at afklare evt. spørgsmål vedr. databasen.

Der drøftes, hvilke(t) emne(r), som skal drøftes til næste møde Kirurgisk arbejdsgruppemøde, som afholdes i forbindelse med DCCG.dk's årsmøde 30.4.18 i Roskilde. Flere forslag, men fuld opbakning til at invitere gruppen bag den reviderede retningslinje for neoadjuverende behandling af rectumcancer, se punkt 3a. LI går videre med dette.

DAMAN, som står for udarbejdelse af beslutningsværktøj (foranlediget af SST) vedr. stomi/anastomose i forbindelse med rectum resektion, vil gerne deltage i et arbejdsgruppemøde senere på året for at præsentere beslutningsstøtteværktøjet. Det er der tilslutning til.

Ismail Gögenur deltager i en nordisk arbejdsgruppe vedr. TaTME, som er ved at afklare behovet for systematisk oplæring af kirurger.

3. Guidelines

a. Revision af eksisterende

i. Neoadjuverende rektum cancer v/LI

LI gennemgår evidens fra det hollandske TME studie fra 2002 og de 2 MERCURY studier. Ifølge udkastet skal T3-midt-rectumcancer med nedvækst på mere end 5 mm tilbydes neoadjuverende behandling. Flere stiller spørgsmål ved, hvorfor den nuværende regel med afstand til mesorektale fascie på under 5 mm skal ændres til under 1 mm for T3-midt-rectumcancer med <5 mm nedvækst. Man er bekymret for om en ændring af dette, vil medføre flere R1-resektioner. LI pointerer, at neoadjuverende behandling også resulterer i ikke ubetydelig morbiditet. Det store spørgsmål er, hvor mange patienter med T3-midt-rectumcancer med nedvækst <5 mm, som har afstand til mesorektal fascie på

¹ Langtidsparkering på det grønne område mellem Møllegade og Danasvej, der er max 5 min gang. Man går op af Møllegade og ind ved indgang vest (V1). Gå til venstre og drej igen til venstre ind i akut sengeafsnit, umiddelbart efter sidste venstresving ligger kir konference

henholdsvis <1 og <5 mm. Der foreligger data fra 2016 kohorten i DCCG databasen vedr. disse mål. LI vil bede databaseformanden trække disse data. Der laves et program til årsmødet 30.4.2018 vedr. dette punkt. LI tager initiativ hertil.

ii. Minimal invasiv kirurgi, rectum - TaTME (IG, SP)

Udkast til instruksen ved TaTME fra SP gennemgås – enighed om at "begejstringen skal skrues ned" og tilgangen bør være mere neutral. Det skal reduceres i tekststørrelse og skal lægges ind som et delpunkt i et afsnit om minimal invasiv rektumkirurgi.

iii. Akut ileus (SP, UL, TA)

Der drøftes evidens for stent versus aflastende stomi ved colonileus. LI anfører, at der ikke foreligger evidens for langtidsoutcome for patienter, som aflastes med stomi. Dette taler for tilbageholdenhed med anbefaling af stomi. De hollandske randomiserede studier er farvet af, at akut opererede har langt lavere 30-dages mortalitet end hvad man ser i Danmark. De hollandske studier bærer præg af mange komplikationer ved stentanlæggelse. Retningslinien revideres, overordnet skal aflastning som bridge-to-surgery anbefales. Skal behandles igen.

iv. Tromboseprofylakse (LI, MSR)

I anbefaling 2 skal det fremgå, at evidensen er baseret på studier med åben kirurgi. Anbefaling 3 bør tilpasses RADS anbefaling og DSTH anbefaling (i RADS er anført 4 kriterier for at langtidsprofylakse kan udelades) (bl.a. alder <60 år). LI taler med Morten S. Rasmussen mhp. tilretning. Skal behandles igen.

v. Symptomer, klinisk mistanke og undersøgelsesstrategi –henvendelse fra

Morten Holt, Roskilde har spørgsmål om det stadig er indiceret at sigmoideoskopere på indikationen frisk blødning per rectum. Morten Rasmussen bedes inddraget vedr. dette. Tuschmarkering bør beskrives. LI går videre til forfatter Morten Holt.

b. Orientering

i. Primær avanceret rektum (LI)

Der er tilføjet en skrift om laterale lymfeknuder.

c. Påbegynde revision af eksisterende

4. Orientering fra Fagområdebestyrelsen(OR).

Der skal udpeges ny national repræsentant til ESCP. Ny repræsentant kan kun udpeges blandt ESCP medlemmer. Der skal nedsættes arbejdsgruppe vedr. kolorektal cancerkirurgi kompetencer. Næste møde i fagområdebestyrelsen Vejle 8.3.2018.

5. Orientering om ALASCCA trial.

Patientinklusion er startet i Aarhus/Randers. Der udsendes protokol igen. Andre afdelinger opfordres til at deltage.

6. Databasen

a. DCCG skema/registrering – er der problemer?

Det er nu muligt at registrere laparoskopi på mistanke læk – ej befundet, uden at man skal registrere kirurgisk komplikation. Besked fra Peter Ingeholm: Udfordringer med CELS procedurer – skal registreres som lokal resektion.

Drøftelse om, hvad der skal til for at karakterisere en operation som superviseret af kolorektal kirurg. Det pointeres, at operation kun må kodes i DCCG databasen som superviseret af kolorektal kirurg, hvis operationen har været superviseret under hele resektionen inkl. mobilisering af tarm, kardeling og udførelse af anastomose.

Vi har fået mangelliste fra Peter Ingeholm, der mangler fortsat mange registreringer, flere afdelinger er langt bag ud. Deadline 30.04.2018.

7. Validering af databasen.

Alle afdelinger er med. Katrine Emmertsen har sendt lister ud.

8. Cases (UL)

Cases drøftet.

9. Nye mødedatoer

Årsmøde 30/4 i Roskilde og ons 6/6 Esbjerg.

Efterår: man 17/9-18, tor 1/11-18 Odense og tir 4/12-18.

Datoerne fremgår af årshjulet på DCCG.dk's hjemmeside.

10. Evt.

Lars Bundgaard 26.02.2018 og Lene H. Iversen/01.03.2018