

REFERAT fra møde i Kirurgisk arbejdsgruppe under DCCG

Aarhus, 08.05.2023, kl. 10.00 – 15.00

Deltagere: Lene Iversen(LI), Pernille Ø. Larsen(PL), Issam Al-Najami (IAN), Nis Schlesinger(NS), Mari Øines (Mari), Mette Møller (MØ), Jonas Worsøe (JW), Katrine Emmertsen(KE), Thomas Harvald, Michael Seiersen (MS), Uffe Schou (US), Pauli Mortensen (PM), Jesper D. Nielsen, Rasmus Krøijer, Per V Andersen, Gunnar Madsen	
Afbud: Ismail Gögenur (IG), Mads Klein (MK), Steffen Brisling (SB), Inge Bernstein (IB), Bo Rud (BR), Jesper Vilandt, Kåre Andersson Gotschalk, Ken Ljungmann (KL), Mindaugus Tiskus (MT), Ole Thorlacius-Ussing (OTU), Jens Støvring (JS), Hans Rahr, Helle Abildgaard (HA),	
1. Valg af ordstyrer og referent	- Lene Iversen - Mari Øines
2. Orientering fra Formand	- Kåre Andersson Gotschalck ny repræsentant fra Horsens (Gunnar mødte op som erstatning). - Oprettet MDT efteruddannelseskursus for specialister i Region Midt- og Nordjylland. Midler fra Kræftplan IV til kompetenceudvikling. Internat planlagt til 18.-19. januar 2024.
3. Opfølgning fra seneste møde	Ingen
4. Guidelines	Vi har mulighed for at få økonomiske midler (afledt af Kræftplan IV) til revision af kliniske retningslinjer, til f.eks. forplejning eller internat.
a. <i>Økonomi</i> -Midler til forplejning eller internat	
b. <i>Gennemgang af reviderede</i>	Kan afføringsprøven bruges? Sensitivitet for CRC ved 100 ng/ml som detektionsgrænse (som vi anvender i Danmark) er ca 75%
i. <i>Symptomer og undersøgelser</i> <i>(Per V Andersen, JV, Rasmus Krøijer)</i>	Systematisk review og metaanalyse i Lancet publiceret i 2022 (Booth et al.) "Role of FIT in pt. with risk stratified suspected colorectal cancer symptoms." Studiet er lavet med henblik på at komme med anbefalinger til en revision af retningslinjerne fra ACPGIB og BSG. FIT sensitivitet 95%, specificitet 66,5% ved 20 ng/ml. Ændres til hhv 91% og 75% ved 50 ng/ml FIT kan reducere antal koloskopier til 2/3 ved FIT tærskelværdi 20 ng/ml, og antal koloskopier reduceres yderligere til 1/3 ved FIT tærskelværdi 50 ng/ml. Misser hhv 0,3% og 0,4% af cancere (falsk neg) Efter indførsel af screening falder forekomst af CRC i befolkningen til 0,28% Ergo: Afføringsprøve med tærskelværdi 20 ng/ml; samme risiko for at have en uopdaget

	<p>cancer som den asymptomatiske baggrundsbefolkning på 50-75 år.</p> <p>Problemstillinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvornår starter pakkeforløbet? - Hvem rekvirerer og svarer på afføringsprøven? EL? - Kan regionernes screeningsapparater håndtere det antal ekstra afføringsprøver som en ændring af praksis kræver? - Audit hvis det indføres? - Flytning af opgaver til andre afdelinger; nødvendig med en opnormering af f.eks diagnostisk enhed, gastromedicinsk afdeling o.l. <p>Plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rasmus kontakt til biokemisk afd. i alle 5 regioner - Lene taler med DCCC om hvad vi foretager os videre - Drøftes igen på møde 06. september 2023 - Drøftes CRC grupper på alle afdelinger - Drøftes med ansvarlige for tarmkræfscreeningen.
<p><i>Endoskopisk biopsi ved udredning for colorectal cancer:</i></p> <p>(Per V Andersen)</p>	<p>Er 6 biopsier nødvendig? Sidste ref. fra 2012. Relevant grundet behov for mutationsanalyser og MMR status mm.</p> <p>Plan:</p> <p>Godkendes. Per retter småkommentarer og lægger dokumentet ind i ny skabelon.</p>
<p><i>Endoskopisk tumormarkering ved colorectal cancer:</i></p> <p>(Per V Andersen)</p>	<p>Plan:</p> <p>Godkendes. Per retter småkommentarer og lægger dokumentet ind i ny skabelon. Skrives evt. sammen med retningslinje for endoskopisk biopsi.</p>
<p>ii. <i>Kurativ onkologisk behandling af patienter med rektum cancer (alle)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diskuteres hvorvidt MR er sufficient som indgangskriterie til watchful waiting. - Afsnit om TNT ikke nemt at forstå. Mange forkortelser, kan man bedre læsbarhed? - Er der brug for dobbelt radiologisk vurdering af hvorvidt det er veneindvækst? - Dokumentet er ikke drøftet på de fleste kirurgiske afdelinger endnu. <p>Plan: Skal drøftes igen i forbindelse med næste møde i arbejdsgruppen 06.09.2023. Gerne med repræsentanter for retningslinjen.</p>

<p>iii. <i>Minimal invasive rektumkirurgi</i> (<i>JW, PL, MS</i>)</p>	<p>Primært tilbagemeldinger på læsbarhed og layout. taTME er ligeværdig med lap. Og robot. Skal specificeres at det drejer sig om kirurgi i øvede hænder? Plan: Jonas indsætter teksten i ny skabelon. Tilføjer evidensniveau. Anbefalinger vedrørende minimal kirurgi til dissemineret(?) sygdom eller recidiv(?) medtages i separate retningslinjer for colon og rectum.</p>
<p>iv. <i>Peroral dekontaminering</i> (<i>NH, KL, Helle A, Mari</i>) <i>drøfte konklusioner</i></p>	<p>Kan reducere SSI med peroral dekontaminering. Men er det evidens for dekontaminering for at reducere AL? - Afventer resultater fra flere internationale studier, bl.a. MOBILE fra Finland. - Tale med mikrobiologisk afdeling AHH; er der påvirkning af resistensen i BBH/AHH området efter start af peroral dekontaminering? - Klinisk Farmakologi kunne se på det samlede AB forbrug hos de patienter, der udvikler AL fra AHH og BBH. Er det bedre eller værre end forbruget ved peroral dekontaminering? - Nis: Er der interesse for at der bliver lavet en retningslinje? - Optimalt scenario: peroral dekontaminering til alle pt. på landsplan som skal have udført rektumkirurgi med anastomose. Before/after studie. - Køge og Aabenrå giver IV AB 2-3 dage postop til alle rectum Plan: Nis holder øje med litteraturen. Afventer med retningslinje.</p>
<p>v. <i>Behandling af colonileus og - obstruktion - inkl. colonperforation</i> (<i>US, Tue A, Kristian Aagaard</i>) - <i>AFVENTER</i></p>	<p>- Ikke mange randomiserede studier. - Punkt 2 vedrørende "deltagelse af kolorektalkirurg" diskuteres. Ændres til resektion med deltagelse af colorectalkirurg. Stentning ved læge med specifikke kompetencer i proceduren. - Varighed af stent som bridge til surgery skal ikke overgå 18 dage grundet dårligere onkologisk outcome (Studie fra Køge). - Knytte en kommentar til risikoen ved at få/have en stomi? Plan: Der skal tilføjes et afsnit om perforation. Lene tager kontakt til akutkirurger for at høre om de vil med/har kommentarer. Drøftes igen ved næste møde 06.09.2023</p>
<p>c. <i>Info og drøftelse</i></p>	<p>Plan:</p>

i. <i>Præhabilitering – opdatering april 2023 ?</i>	Kontakter Rasmus Bojesen og Ismael mhp opdatering.
d. <i>Status på igangværende revisioner</i>	- Lokalavanceret og recidiv coloncancer - Lokalavanceret og recidiv rectumcancer - Program for opfølgning
5. Vejledninger	Erik Frostberg vejledning om diagnosticering og behandling af anastomoselækage efter coloncancer kirurgi afventer.
6. Orientering fra Fagområdebestyrelsen (MØ)	Forslag til emner til DKS årsmøde modtages.
7. Databasen a. Nyt vedr. KIP ? b. Er der problemer?	Ny epidemiolog. Ny datamanager. Nyt modul (tager over for KMS) er ved at blive testet. Jon mener det er nok data fra 2022 til en relevant årsrapport.
8. Næste møde 6. september 2023, Herlev	Bekræftet. Flere retningslinjer til revision.
9. Cases – alle kan byde ind	Ingen

Mari Øines 08.05.2023/Lene H. Iversen 09.10.2023