



NGF-nytt

Årgang 13

Informasjon fra Norsk Gastroenterologisk Forening

Nr. 4 - desember 2006

Tema:

Kreft i tykktarm og endetarm

side 11

Portrett:

Per Brandtzæg

side 36

Årsmøtet på Lillehammer 2007

side 41

God jul og godt nyttår



Velg TachoSil® – for rask hemostase og vevsforsegling

- Stanser blødninger og forsegler vev raskt og effektivt.²
- TachoSil® er den eneste ferdige kombinasjon av kollagen, fibrinogen og trombin som er klar til bruk.¹ Med en gang den er applisert vil koaguleringen starte og blødningen stanser på 3-5 minutter.²
- TachoSil® er meget elastisk og har en sterk limende evne¹ – gir luft og væsketett forsegling raskt.^{1, 3}
- TachoSil® er et reseptbelagt legemiddel.⁴

1) Carbon RT: Evaluation of biodegradable fleece-bound sealing: History, material science, and clinical application. Tissue engineering and biodegradable equivalents. Scientific and clinical applications. Edited by Lewandrowski K-U, Wise DL, Trantolo DJ, Gresser JD, Yaszemski MJ, Altobelli DE. Marcel Dekker, 2002. 2) Czerny et al. Collagen patch coated with fibrin glue components. Journ. of Cardiovasc. surg. Vol 41, no 4, 553-557 2000. 3) Carbon RT, Schmidt A, Baar S, Kriegelstein S. Tissue management with fleece-bound sealing. 6th World Congress on Trauma, Shock, Inflammation and Sepsis, March 2nd-6th, 2004. 4) Preparatomtale (SPC) FK-tekst annet sted i bladet



Leder

Bjørn Moum
Med. avd.
Aker Universitetssykehus HF
0514 Oslo
T: 22 89 45 02
M: 45 06 52 75
bjmoum@broadpark.no

Sekretær

Aud K. Svendsen
Kirurgisk avdeling
Nordlandssykehuset, Bodø
8092 Bodø
T: 75 53 40 00
audkg.svendsen@trollnet.no
au1@nish.no

Kasserer

Astrid Rydning
Kirurgisk avdeling
St. Olavs Hospital
7006 Trondheim
T: 73 92 04 20
M: 90 08 71 07
astrid.rydning@stolav.no

Styremedlemmer:

Jørgen Jahnsen
Medisinsk avdeling
Aker Universitetssykehus
0514 Oslo
T: 22 89 48 87
jorgen.jahnsen@medisin.uio.no

Esben Riise
Medisinsk avdeling
Molde sykehus
6407 Molde
T: 71 12 00 00
esben.riise@helsen.no

Roald Torp
Medisinsk avdeling
Sykehuset Innlandet, Hamar
2326 Hamar
T: 62 53 75 82
roald.torp@sykehuset-innlandet.no

Tom Glomsaker
Eiganesveien 70
4009 Stavanger
T: 48 25 02 64, 51 53 30 09
tom@glomsaker.no

Webmaster:

Øivind Irtun
www.legeforeningen.no/gastro
Avd. for Gastroent. Kirurgi
Universitetssykehuset i Nord-Norge
9038 Tromsø
T: 77 62 60 00
F: 77 62 66 05
ovindi@fagmed.uit.no

INNHOOLD



- 4 Redaktørens hjørne
- 5 Leder
- 6 **Nytt fra fagmiljøene**
Nøytropen enteroklitt – 2 kasuistikker
- 9 Presentasjon av LMF
- 10 Hvorfor så få pasienter i studier?
- 12 **Tema: Krefte i tykktarm og endetarm**
Behandling av rektumcancer ved universitetssykehuset Nord-Norge – endringsprosesser og forsøk på lokal nyttenkning
- 16 Kirurgisk behandling av kolorektale levermetastaser
- 18 Laparoskopisk behandling av colorectal cancer.
Status i dag. Utfordringer til strukturert opplæring.
- 20 Rectumcancerprosjektet – nasjonal betydning for utvikling av fagkompetanse og samarbeid innen norsk kreftbehandling
- 22 Transanal endoskopisk mikrokirurgi (TEM) – et nyttig supplement i behandlingen av svulster i endetarmen
- 26 Skal den kirurgiske behandling av rektum cancer ytterligere differensieres? Transanal Endoskopisk Mikrokirurgi.
- 28 Når kolorektal cancer ikke kan kureres
- 30 Tverrfaglige team i behandling av rektumcancer
- 32 Premaligne polypper og tidlig cancer i rektum – anbefalinger for behandlingen
- Foreningsnytt**
- 34 Union of European Medical Specialists, European Board of Gastroenterology, UEMS – EBG.
- 36 Stor mann med sans for de små detaljer
- 39 Ny redaktør Thomas de Lange: NGF Nytt's positive utvikling bør fortsette
- 40 Debatt
- 41 **Årsmøte 2007**
- 46 **Stipender og priser**
- 49 **Kurs**

Innlegg til NGF-nytt

NGF-nytt skal formidle relevant informasjon til medlemmene. Bladet skal også være bindeledd mellom industrien og brukeren. Dette skal ikke være noe vitenskapelig tidsskrift. "Takhøyden" skal være stor, og vi ønsker oss et levende og leseverdig NGF-nytt.

Materiell som leveres

For å skape et bedre blad og forenkle arbeidet til redaksjonen (frivillig arbeid) ber vi om at man tar hensyn til følgende:

1. Vi ønsker artikler/innlegg med forenklet språkbruk og hvor følgende er tatt hensyn til:

- Heading som vekker interesse
- Ingress som gir innblikk i artikkelen
- Subheadinger som underletter lesing og framhever avsnitt

2. Krav til tekstdokumentet:

- Word-filer
- Uten linjeskift, tekst skrives løpende inn i manuset
- Nye avsnitt med 2. linjeskift (Dvs 1. blanklinje mellom)
- Aldri versaler
- Utthevet tekst markeres i menylinjen med fetere eller større bokstaver
- Saves as, vanligt word-dokument eller ren tekst

3. Bilder/illustrasjoner

- Digitalt:**
- Minimum oppløsning 300 dpi
- Størrelse ca 10x15 cm eller større
- Format JPG, EPS eller TIFF
- Fargebilder leveres i RGB eller CMYK

Originaler:

- Papirkopier max A4-størrelse

Annonser i NGF-nytt

Gjennom NGF-nytt når du eksklusivt norske gastrointresserte leger. Foreningen har ca. 470 leger som medlemmer. NGF-Nytt distribueres også til alle avdelingsoverlegene på medisinske og kirurgiske avd. ved norske sykehus. Annonser i NGF-nytt legges også ut på NGF's hjemmeside og formidles til medlemmene pr. e-mail.

1. Annonsepriser:

- Helseide, 4-farge – 10.000,-
- Halvside stående, 4-farge – 6.000,-
- Halvside liggende, 4-farge – 6.000,-
- Kvartside, 4-farge – 4.000,-

Årsavtale: 20% rabatt på innrykk av 4 helsider pr. år. Prisene er eks. mva.

2. Annonseformat:

- A4 (helside) format 210 x 297 mm + 3 mm
- Halvside liggende format 210 x 148 mm + 3 mm
- Halvside stående format 105 x 297 mm + 3 mm
- Kvartside (satsflate), format 91 x 138 mm, ikke utfallende
- Høyoppløste PDF-filer, der fonter + høyoppløste bilder er inkludert, 300dpi.

Utgivelsesplan 2007

	Materiellfrist	Utgivelse
Nr. 1/2007	1. mars	20. mars
Nr. 2/2007	1. juni	20. juni
Nr. 3/2007	1. september	20. september
Nr. 4/2007	1. desember	20. desember

Design og grafisk produksjon:

Degrafo AS, Postboks 7002 Majorstuen, 0306 Oslo
Telefon: 22 95 74 00, Fax: 22 95 74 10, e-mail: post@degraf.no

Omslagsbilde: Gettyimages

Kjære NGF-medlem

I dette nummeret av NGF-nytt har vi som tema kreft i tykk- og endetarm. Temaet er stort og det er ikke mulig å få fram alle aspektene innen fagfeltet. Det er utrolig gledelig at så mange har bidratt med gode innspill og det viser at det skjer mye spennende rundt på de forskjellige sykehusene. I senere utgaver kan det også være aktuelt med et økt fokus på genetik, screening, onkologisk behandling, endoskopi med mer.

Undertegnede har nå vært i NGF-styret i 8 år og redaktør for NGF-nytt de siste 4 årene. Tiden er inne til å la nye krefter overta stafettspinnen. Det er med stor tilfredsstillelse at Thomas de Lange har påtatt seg rollen som ny redaktør for NGF-nytt fra og med neste nummer.

Jeg håper at alle fagmiljøer og industri vil fortsette å støtte bladet som de har gjort hittil. Min mening er at det blir viktigere og viktigere å ha en informasjonskanal for fagmiljøet, nettopp som NGF-nytt. Denne publikasjonen kan bl.a. speile fagmiljøets virkelighetsoppfattelse i enkeltsaker, som på mange måter kan stå i kontrast til andre aktørers meninger. Bladet kan faktisk være med å styre utviklingen i en retning pasienter og fag er tjent med. Dessuten er det et svært godt medium for å få informasjon ut til de som arbeider med samme problemstillinger til daglig. Jeg vil derfor oppfordre alle NGF-medlemmer til å komme med leserinnlegg, artikler og holde en levende debatt om de forhold den enkelte mener er viktig og utfordrende. Bruk bladet for hva det er verdt!

Som siste innlegg som redaktør, vil jeg få takke for all støtte i oppturer og nedturer og ønske alle en god jul og et spennende nytt år!



Tom Glomsaker
Avtroppende redaktør



Besøksadr: Arctandersgt. 1 N-0192 Oslo Tel: 23 30 49 20 Fax: 23 30 49 21
Postadr: Postboks 1502 Vika 0179
E-post: endotech@endo-tech.no Web: www.endo-tech.no

Leverandør av:

**Endoskopisk og laparoskopisk
utstyr og instrumentering**

NGF - et samlende, faglig forum for kirurger og medisinerere



Fagmedisinsk forening for fordøyelsessykdommer står snart foran å dannes, og medlemmene skal ta stilling til vedtekter på årsmøtet. Medisinske gastroenterologer blir obligatoriske medlemmer og jeg håper at alle medlemmer i Norsk Forening for Gastroenterologisk Kirurgi melder seg inn som frivillige medlemmer. Dermed forblir NGF hva den har vært og hva jeg ønsker den skal være i fremtiden: et samlende forum for kirurger og medisinerere som ønsker å utvikle faget sammen.

Klar definering av oppgaver

Iflg legeföreningens intensjoner vil ikke NGF få noen ny rolle som fagmedisinsk forening eller påta seg nye oppgaver. Derimot har vi nå fått en avklaring og definert våre oppgaver klart og tydelig - vi skal utøve fagmedisinsk arbeid. Det vil bestå i å fremme norsk gastroenterologi faglig og vitenskapelig og ivareta at det fag- og helsepolitiske arbeide baseres på oppdatert medisinsk kunnskap og på størst mulig konsensus om faglige prioriteringer. Sluttlig er vi også som tidligere tillagt å bidra til at legeutdanning, spesialist- og etterutdanning er av høy kvalitet og i tråd med nasjonal og internasjonal praksis

Jeg er derfor overbevist om at eventuelle skeptikere hurtig vil oppdage at en ny organisering ikke endrer forutsetningene for samholdet blant kirurgiske og medisinske gastroenterologer. De fleste av oss ser nytten av og forstår betydningen av nært samarbeide. NGF har opparbeidet tradisjoner som skal videreføres av kirurger så vel som av medisinerere innenfor gastroenterologien. Vi har vært unike og blitt lagt merke til i så måte innad i legeföreningen - la oss sammen sørge for at gode tradisjoner videreføres.

Medisinsk og kirurgisk samarbeid

Jeg har gjennom samarbeidet og kommunikasjonen med legeföreningen sentralt i løpet av året som har gått, blitt overbevist om at intensjonene er gode. Legeföreningens satsning på ny struktur har vært ment som ønske om å støtte det arbeid som blant andre NGF har utført. Denne satsningen vil dermed også styrke NGF som organisasjon.

Det arbeid som skal slutføre den nye organisasjonsmodellen gjenstår.

De gamle lovene for föreningen er uten spesifikk omtale av medisin og kirurgi innad i föreningen. Våre nåværende lover er tuftet på gjensidighet - noe som skal videreføres. Vi kommer i stor grad til å fortsette som før og kun mindre lovendringer er derfor nødvendige.

Samarbeidet skal holdes i "god gammel ånd" - gjensidighet og respekt til beste for alle. Dette er også en nødvendighet i den utviklingen vi ser i faget fordøyelsessykdommer - medisinsk og kirurgisk gastroenterologi. Grensene mellom spesialitetene utviskes og nødvendigheten av samarbeid og å dele erfaringer, står sentralt i arbeidet for å tilby best mulig diagnostikk og behandling. Dette vil styrke faget så vel som organspesialiteten fordøyelsessykdommer. Dette vil også sette de avdelinger og sykehus i fokus som evner å utvikle dette i praktisk og vitenskapelig samarbeid. Jeg tror at våre helsepolitikere og bevilgende myndigheter er svært bevist på at fagmiljøer som selv vil, kan og tror på samarbeid er de man vil satse på. NGF har forutsetningene for å være stedet dette utvikles.

NGF som samlende forening

Jeg er overbevist om NGFs betydning og tror på föreningens sentrale rolle i den fremtidige utvikling og samarbeid innen fordøyelsessykdommer. Jeg tror på NGFs fremtidige rolle som en felles og samlende forening. Jeg har opp gjennom årene i mitt praktiske arbeide sett nytten av et utstrakt samarbeid nettopp innenfor gastroenterologi mellom kirurger og medisinerere. Jeg har en usvikelig tro på å "samløkaliseres" med kirurgene, og mine erfaringer er at det kun har gitt positive ringvirkninger. Som styremedlem og senere leder i NGF har jeg ikke blitt svekket i min overbevisning. NGF er en unik plattform og ultimativt sted for å samarbeide!



Bjørn Moum
Leder NGF

Nøytropen enterokolitt – 2 kasuistikker

Av: Vemund Paulsen, Truls Hauge, Idar Lygren.
Gastromedisinsk avdeling, Ullevål Universitetssykehus

Bakgrunn

Nøytropen enterokolitt (synonymt med nekrotiserende kolitt eller tyflitt) er et velkjent klinisk syndrom med akutte magesmerter, diare og feber hos nøytropene pasienter, oftest i forbindelse med kjemoterapi for akutte leukemier. Typisk oppstår symptomene 1-2 uker etter igangsatt induksjonsbehandling. Tilstanden er også rapportert etter kjemoterapi for solide svulster og hos transplanterte. Diagnosen støttes av UL/CT funn med fortykket tarmvegg, væskefylt og dilatert cøcum. Koloskopi og rgt tarmserie har vært ansett som relativt kontraindisert grunnet perforasjonsfaren. Patogenesen er ikke fullstendig klarlagt, men barrieresvikt i slimhinnen etterfulgt av bakteriell invasjon i tarmveggen står sentralt. Cøcum er predileksjonsstedet, men øvrige kolon- og tynntarmsavsnitt kan også involveres. Mortaliteten er høy, og tarmveggtykkelse over 1 cm er et alvorlig prognostisk tegn. Vi presenterer 2 pasienter med denne tilstanden. Begge med svært komplekse og lange sykehusopphold.

Kasuistikk 1

En 15 år gammel gutt som fikk påvist akutt lymfatisk leukemi i oktober 2005. 2 uker etter igangsatt induksjonsbehandling var han i aplasi og fikk da magesmerter. Han hadde blodig oppkast, var septisk og krevde respirator.



□ **CT dag 33 viser betydelig veggfortykkelse i tynntarmen (8-9 mm).**

Han hadde i det følgende et betydelig transfusjonsbehov, og øvre endoskopi ble utført flere ganger med funn av erosjoner og ulcerasjoner i øsofagus, ventrikkel og duodenum.

Etter 7 uker ble det påvist fri luft i buken. Det ble påvist flere perforasjoner i overgangen jejunum-ileum. 80 cm tynntarm ble fjernet med anleggelse av ileostomi. Etter dette vedvarende tarmløst og det ble utført kapselendoskopi i uke 8 som viste ødematøs tarmslimhinne og multiple erosjoner.



□ **Kapselendoskopi med ødem og erosjoner**

Fra uke 8 har han vært i remisjon, og tarmløst og tarmblødningene avtok raskt de første dagene deretter. Han ble benmargstransplantert i juni. Det er nå planlagt tilbakelegning av ileostomien, og i den forbindelse

er det utført gastroskopi, koloskopi og ileoskopi via stomien med normale funn utover at det foreligger en øsofagusstriktur. Det har ikke vært holdepunkt for residiv av grunn sykdommen. Han har behov for TPN og væske iv, og står på opiater pga abdominale smerter.

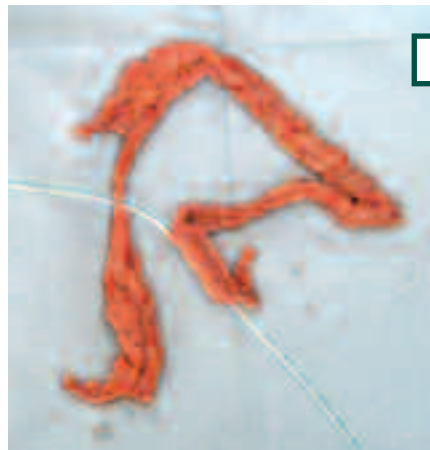
Kasuistikk 2

En 45 år gammel ble innlagt ultimo juli 2006 med akutt myelogen leukemi (M4/5). Induksjonsbehandling startet samme dag med cytosar og cerubidin. Aplasi dag 5, samme dag fikk pasienten feber. Dag 12 septisk bilde med magesmerter, diare, utspilt og øm buk. CT abdomen tatt samme dag viste funn forenlig med en enterokolitt. Etter ytterligere 2 dager fikk hun en profus og vedvarende rektalblødning.

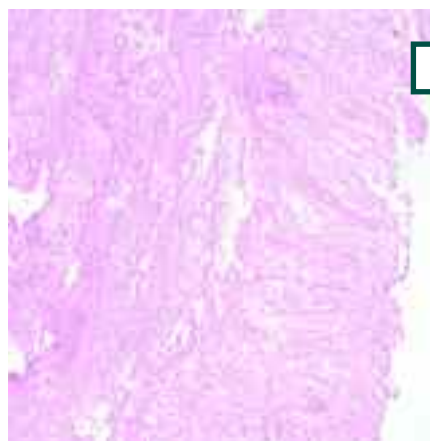


□ **CT abdomen dag 12 viser lett dilaterte væskefylte tynntarmsløyper, veggfortykkelse i colon på 8-9 mm. Dilatert cøcum.**

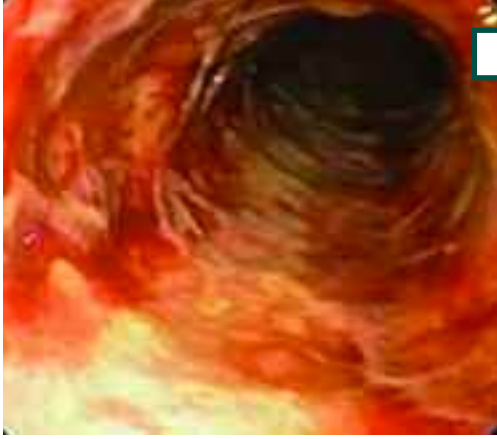
Tilstanden ble oppfattet som en nøytropen enterokolitt. Hun ble lagt på intensivavdelingen, intubert, dekket bredt med antibiotika, og det ble også gitt antimykotisk behandling. Dag 28 kvitterte hun pr rektum et ca 50 cm langt elastisk "preparat", tunnellerbart i hele lengden.



□ **Spontan avgang av 50 cm langt tunnellerbart preparat. Makroskopisk oppfattet som nekrotisk/fortykket mucosa.**



□ **Mikroskopisk ses nekrotisk vev. Man gjenkjenner skyggen av mucosa til høyre i bildet, men det er ikke mulig å vurdere hvor stor del av tarmveggen som ellers er med.**



Endoskopisk bilde fra colon descendens. Lettblødende slimhinne med omfattende ulcerasjoner.

Pasienten hadde langvarig behov for intensivbehandling (på respirator i 59 døgn). Forløpet ble

komplisert av lunge-aspergillose og critical illness polyneuropati. På grunn av manglende bedring av tilstanden og vedvarende, blodig diare ble det på dag 47 utført en varsom, utømt koloskopi opp til descendens. Rektum og nedre del av sigmoid var upåfallende, proximalt for dette fant man omfattende sårddannelser. Gradvis avtagende tarmlødnings.

Etter et opphold på fysikalsk medisinsk avdeling var tilstanden stabil slik at konsolideringsbehandlingen kunne fortsette. Pasienten er nå på nytt i aplasi og intensivtrengende på grunn av sepsis, kramper og en mulig cytostatika-indusert leukoencefalopati.

Diskusjon

Nøytropen enterocolitt er en alvorlig komplikasjon til cytostatikabehandling ved akutte leukemier hos barn og voksne. Man må være oppmerksom på tilstanden hos pasienter som i aplasifasen av behandlingen får magesmerter, feber og diare. CT undersøkelse av abdomen (evt.UL) gir støtte for diagnosen. Mortaliteten er høy, og rask intensiv medisinsk behandling er nødvendig. Bredspektret antibiotika inklusive behandling mot sopp bør gis. Kirurgi må overveies fortløpende ved tegn til peritonitt, perforasjon eller ved intraktable blødninger.

Referanser:

1. Neutropenic enterocolitis, Marta L, Curr Opin Gastroenterol 2006; 22:44-47
2. Neutropenic enterocolitis in patients with acute leukemia: prognostic significance of bowel wall thickening detected by US. Cartoni C. J Clin Oncol 2001;19(3):756-61
3. Gorschlüter M et al. Neutropenic enterocolitis in adults: systematic analysis of evidence quality. Eur J Haematol 2005;75:1-19

tyco
Healthcare

DST Series™ GIA™ Staplers

Directional Stapling
Technology:
Designed for reliability



Directional Staple

DST SERIES™ rectangular staple
design bends predictable

DST
series™

Complete range available:
60, 80 & 100 mm

autosuture 

Nexium®

esomeprazol



AstraZeneca 

AstraZeneca AS
Hoffsveien 70 B
Boks 200 Vinderen N-0319 OSLO
Tlf 21 00 64 00 Faks 21 00 64 01
www.astrazeneca.no

En presentasjon av Landsforeningen mot Fordøyelsessykdommer (LMF)



Av: Arne Schatten
Leder av landsstyret.

LMF er en landsdekkende pasientorganisasjon for pasienter med diagnosene Crohn's sykdom, ulcerøs kolitt, irritable tarm syndrom, Reflux sofagitt og andre diagnoser i fordøyelsen. LMF har i dag ca 3000 medlemmer hvorav de fleste har IBD. Organisering av Reflux-pasienter i LMF er et satsingsområde for foreningen da det i dag ikke finnes tilbud til denne diagnosen. LMF er en pådriver for å få våre europeiske søsterorganisasjoner til også å inkludere Reflux-pasienter til de europeiske foreningene.

Utover diagnoser har vi egne tilbud til stomi- og IAA-opererte.

LMF jobber innenfor en rekke områder for å være det beste og mest oppdaterte tilbudet til våre medlemmer. Vi har egne samlinger for ungdommer to ganger årlig, konferanse for foreldre til barn med IBD, seminarer og konferanser for likemannskoordinatorer, IAA-opererte m.m. Våre 18 lokalavdelinger arrangerer medlemsmøter 4 ganger årlig med faglige foredrag, samtalegrupper og skravlekvalder.

Foreningen utgir et eget medlemsblad, Fordøyelsen, som kommer ut 4 ganger årlig til våre medlemmer, sykehus og øvrig helsepersonell. Vi har flere brosjyrer som er informative både for pasienter og pårørende, og disse revideres jevnlig av faglig ekspertise. Vår nettside, www.lmf norge.no har mer enn 5100 besøkende pr. uke. Sidene redigeres ofte for å være oppdaterte til enhver tid. Vi har òg en vakttelefon som er kontinuerlig bemannet.

Som pasientorganisasjon er vi medlem av FFO og FFOU. Vi har etablert et godt samarbeide med våre nordiske søsterorganisasjoner i Finland, Sverige, Danmark og Island som vi har møte med en gang årlig. I tillegg er vi medlem av den europeiske paraplyorganisasjonen Efcca (European federation of Crohn and Colitis Assosiations) som gjør LMF til en del av det europeiske samarbeidet. LMF deltar aktivt i dette arbeidet både ved generalforsamlinger og fagmøter. LMF deltok ved konferansen i Brussel 20-21.11.06 arrangert av European Patient Forum i samarbeide med Efpia. Her fikk vi et møte med EU-politiker,

medlem av EU-parlamentet og i komiteen for public health. Tok opp spørsmålet om "foretrukket medisin" og hva som er EU's holdning til denne ordningen.



□ **LMF-leder holder foredrag for et globalt refluxforum**



□ **Fra LMF's landsmøte**

Brukte Reflux-pasientene (GØRS) som eksempel. Dessverre er dette en ordning hele EU går inn for slik Norge også gjør. LMF er svært betenkte over denne ordningen som er et helsemessig tilbakeskritt for pasientene.

Utdannelse av IBD-sykepleiere er en av foreningens grunnpillarer. Dette er et samarbeid mellom Astra Zeneca og LMF, og utdannelsen gir sykepleierne en spesialkompetanse som er svært verdifull for pasientene.

Samarbeide med europeiske IBD-organisasjoner, norske myndigheter, helsevesen, legemiddelindustrien og andre pasientorganisasjoner er med på å bringe LMF fremover slik at vi stadig kan være et oppdatert og sikkert tilbud til våre medlemmer. I tillegg er vi avhengige av samarbeide skal vi kunne nå frem til nye pasienter som ikke kjenner til LMF og den positive betydning som vi kan være også for dem.

Driften av LMF baserer seg på nær 120 tillitsvalgte som bruker en stor del av sin fritid til drift av foreningen lokalt og sentralt. Vi har 18 lokalstyrer i tillegg til landsstyret med arbeidsutvalget. Vårt øverste organ, landsmøtet, holdes tradisjonelt første helg i juni. ■

Se www.lmf norge.no, eller ta kontakt pr mail: lmfnorge@online.no. for nærmere informasjon om foreningen

Hvorfor så få pasienter i studier?

Det er mange meninger om såkalte “kliniske studier”. De fleste av oss kjenner disse som legemiddelindustriens utprøvinger i klinisk praksis. De fleste av oss har deltatt i større eller mindre grad. Flere har reist kritiske røster; man har sett at slike studier tar lang tid, at de tar bort fokus fra den frie forskningen og at de fører til uheldige bindinger til industri.

**Av: Knut E. A. Lundin,
Medisinsk avdeling,
Gastro undersøkelse,
Rikshospitalet-
Radiumhospitalet HF**



Det oppleves ofte som et problem at protokollen for studien er skrevet av andre, og at protokollene ofte er preget veldig av amerikansk tankegang. Det kan være vanskelig å nå frem med kritikk av protokollene. Et kjent hovedproblem er at studiene ofte retter seg inn mot pasienter med kun en enkel lidelse og der bruk av andre medikamenter ikke er tillatt. Dette gjør at overføringsverdien til mange av våre vanlige pasienter ofte kan være redusert.

Multisenter studier

Kliniske multisenter studier i regi av industri har selvfølgelig ikke bare negative sider. Fase II og III studier er nødvendige for å fremskaffe kunnskap som det er umulig for et enkelt senter å generere. Legemiddelindustriens nøyaktighet med sine protokoller og sin monitorering kan være eksempler til etterlevelse for oss alle. Multisenter studier er ofte ekstremt ressurskrevende – og midler til slike studier finnes ikke noen andre steder enn i industrien selv. Slik sett kan man si at vi alle har et kollektivt ansvar for å delta i utprøvende behandling. Hvis ikke vi gjør det, hvor skal det da gjøres? Tidligere Østblokkland? USA? Vi skal vel heller ikke være blinde for at den økonomiske kompensasjon har vært en viktig motivator, men dette utgjør ofte viktige bidrag til annen, fri forskning. Tiden da denne type kompensasjon gikk til den enkelte lege er heldigvis forbi.

Vanskelig rekruttering

Ut fra en tanke om at de fleste egentlig er positive er det oftest rart at det er så vanskelig å rekruttere pasienter til våre gastroprosjekter. Innen onkologien sies det ofte at en stor andel av den løpende pasientstrøm inkluderes i prosjekter. Slik burde det også være innen gastroenterologien. En mulig forklaring på hvorfor det er vanskelig å rekruttere pasienter til studier, er at de ofte ikke er godt nok kjent. Det er en opplagt oppgave for studielegene å gjøre kollegaene kjent med hva som skjer. Internett er en opplagt kanal for slik informasjon.

Jeg vil derfor foreslå at NGF oppretter på sin hjemmeside en egen oversikt over aktuelle studier. Jeg tenker meg en enkel løsning med kun detaljer som hvilken sykdom, hva slags type intervensjon, hva slags pasienter og hvem som kan kontaktes. En lenke til nettstedet www.clinicaltrials.gov er naturlig, siden alle våre forsøk med intervensjon skal listes der uansett hvis man tenker seg å publisere sitt arbeid. Det vil selvfølgelig kreve innsats både fra NGFs styre og fra oss som melder inn, men den innsatsen bør vi legge i dette viktige arbeidet. ■



□ Tema: Kreft i tykktarm og endetarm



Gettyimages

Tema for dette NGF-Nytt er colorectal kreft. Flere sentra i Norge ble utfordret på å komme med innspill og det ble lagt få føringer for hva som skulle tas opp. Det har derfor blitt et litt tilfeldig utvalg, men det har samtidig vist at det foregår svært mye spennende i norske fagmiljøer.

Colorectal kreft er etterhvert blitt en folkesykdom som rammer mange. Mye forskning pågår for å både kunne forebygge, behandle og ikke minst gi god lindrende behandling. Temaet er spesielt interessant ut fra et tverrfaglig ståsted. Få sykdomstilstander involverer flere aktører med ulik bakgrunn som denne kreftformen. Vi ser at nettopp fokus på sykdommen fører de forskjellige spesialitetene sammen og dette har blitt en suksessfaktor som er forbilledlig. Uten de tverrfaglige vurderingene og samarbeidsløsningene hadde mange pasienter fått et atskillig dårligere tilbud.

De artiklene som her er presentert, er som sagt kun et tilfeldig utvalg innenfor tema og ikke noe forsøk på systematisk gjennomgang. Når leserne av NGF-nytt får dette, håper jeg at det vil inspirere til å komme med artikler og innlegg til kommende nummere. Her er det svært mye spennende stoff. Redaksjonen vil få rette en stor takk til alle de bidragsyterne som har gjort dette NGF-nytt mulig!

Tom Glomsaker

Behandling av rektumcancer ved universitetssykehuset Nord-Norge – endringsprosesser og forsøk på lokal nytenkning

Av: Barthold Vonen, UNN

I januar 1998 ble Kirurgisk Avdeling ved UNN erstattet av tre nye selvstendige avdelinger, deriblant Avdeling for Gastroenterologisk kirurgi. Blant argumentene for dette var at utviklingen innen subspecialitetene medførte nye rutiner og nye samarbeidspartnere.

Det kirurgiske fagfelleskap hadde ikke lenger et tilstrekkelig innhold til å begrunne en felles avdeling. Mange opplevde en felles avdeling som en hemsko for faglig utvikling. Endringen ble gjenstand for omfattende debatt, men det har senere ikke vært sterke røster for å gjenopprette en kirurgisk avdeling.

Nye endringer

Nå er det varslet nye endringer i form av større organavdelinger. Som ved tidligere endringer er det bekymring og skepsis, tiden vil vise hvordan det går. Stadige endringsprosesser må imidlertid ikke få oss som har pasientbehandling som hovedoppgave til å miste fokus. Vår pasientbehandling må ha et moderne perspektiv faglig, driftsmessig og ikke minst i forhold til pasienten. Dette krever vilje og mot til også å kritisere egen virksomhet og til å gjennomføre endringer.

Gradvis sentralisering

Bill Healds signingsferd med TME opplæring over hele landet i 1993-94 og etablering av rektumcancerregisteret startet en utvikling som også har ført til at vi nå har et samlet nasjonalt fagmiljø innen kolorektalkirurgi. Samtidig har vi sett en gradvis sentralisering av behandlingen av rektumcancer. I 1995 ble rektumcancer operert ved 10 av 11 sykehus i Nord-Norge. I 2003 hadde 6 kirurgiske avdelinger sluttet å operere rektumcancer. I dag behandles rektumcancer i Nord-Norge ved tre sykehus, de fleste ved UNN. En lignende, men ikke så omfattende sentralisering, er sett i resten av landet. Det er rimelig å anta at etablering av rektumcancerregisteret har hatt betydning for denne utviklingen. Det nye koloncancerregisteret settes i drift våren 2007. Hva dette vil bety for behandling av pasienter med koloncancer gjenstår å se.

Oppmuntrende oversikt

Etter innledende rapportering i 1999 fikk vi i 2002/2003 den første store oversikten over våre egne resultater fra rektumcancerregisteret. Resultatene var alt i alt oppmuntrende, best illustrert med at forekomsten av lokale residiv var tydelig fallende, overlevelsen var bra. En stor økning i antall pasienter med rektumcancer, og en faglig bekymring for at våre resultater ikke raskt nok utviklet seg i riktig retning førte imidlertid til et behov for en langsiktig og målrettet satsing for denne pasientgruppen i vår avdeling.

Våre satsingsområder

I august 2003 ble kolorektalkirurgi etablert som eget faglig ansvarsområde med en fast stab. Andre norske sykehus hadde allerede gjort dette. Vi var sent ute. Vår begrunnelse var blant annet et ønske om en organisering i tråd med inter-

nasjonal faglighet. I mange land er kolorektalkirurgi et etablert fagfelt og en formell spesialitet i motsetning til spesialiteten gastroenterologisk kirurgi som knapt fins andre steder enn i Norge. Denne organiseringen medførte at vi etablerte mer eller mindre faste team for rektumcancerkirurgi.

Vårt første faglige fokus var vår lokale residivrate. Vi kunne ikke fortsette å følge den nasjonale strategi hvor forbedret kirurgisk teknikk over tid skulle gi gode nok resultater. Eksisterende nasjonale retningslinjer anbefalte da adjuvant bestråling og kjemoterapi ved fikserte (T4) svulster og etter intraoperativ perforasjon av tumor. I 2003 valgte vi en annen tilnærming. I samarbeid med vår Kreftavdeling laget vi nye retningslinjer for neo-adjuvant stråling og kjemoterapi til de pasienter hvor vi preoperativt hadde holdepunkt (MR bekken) for at svulstvev var mindre enn 4 millimeter fra antatt operativ reseksjonskant. Dette krevde stor innsats fra våre MR radiologer som imidlertid entusiastisk støttet tilnærmingen. Tiltaket var ikke evidensbasert, men vi hadde en viss støtte i internasjonal litteratur. Vi mer enn doblet vår strålerate over natten og vi nærmet oss en internasjonal praksis. Til å begynne med var reaksjonene i det nasjonale fagmiljø blandet, men i dag er denne prinsipielle tilnærming anbefalt som nasjonal standard.

Samarbeid

Våre patologer har i mange år lojalt brukt den nasjonale malen for beskrivelse av rektumcancerpreparater. Dette har vært til stor nytte for utviklingen av våre kirurgiske ferdigheter. Også når det gjelder bedret diagnostikk av cancer i polypper har vi i Tromsø opplevd et konstruktivt samarbeid med våre patologer. I 2004 så vi et behov for en bedret histopatologisk diagnostikk av disse tidlige kreftstadiene. Sammen med våre patologer utviklet vi da en standardisert beskrivelse av cancer i flate og stilkete polypper som blant annet inneholder Haggit-, sm- og WHO-klassifisering. Denne klassifiseringen er basis for beslutning om lokal eksisjon eller åpen kirurgi for cancer ved vår avdeling. Det pågår nå et arbeid for å gjøre dette til en nasjonal standard.

Tverrfaglige møter

Vårt neste tiltak var etablering av en tverrfaglig arena for diagnostikk og beslutning om valg av behandlingsmetoder, såkalt MDT (multidisiplinært team) møte. I en alminnelig travel opererende avdeling er det vanskelig å lage nye møteplasser. Vi har nå i knapt to år forsøkt å gjennomføre en ukentlig gjennomgang av neste ukes elektive pasienter sammen med onkolog, anestesilege, radiolog og operasjonssykepleier. Møtet avholdes i vår avdeling og digitalt røntgensystem gjør at vi får radiologens demonstrasjon her i samme seanse. Alle relevante



pasienter for neste uke diskuteres, men diskusjonen om rektumcancerpasientene har blitt en "modell" for diskusjonen. Dette fordi vi altså i flere år har hatt preoperative radiologiske kriterier for valg av behandlingsstrategi. Det har vært, og er en utfordring, å få dette tverrfaglige møtet til å fungere. Alle må være til stede hvis det skal bli en god faglig diskusjon. Det tar tid å gi dette arbeidsmøtet den samme status som andre prioriterte driftsmøter. Vi trenger også stadig øvelse i den tverrfaglige samarbeidsformen. De fleste av oss er jo opplært i en tradisjon hvor vi selv fatter beslutninger, til nød etter samråd med en nær kollega i egen spesialitet. Vi håper at i løpet 2007 skal våre patologer også delta på disse MDT møtene. Det vil gi ytterligere gevinst.

Hensyn til store avstander

Lange avstander hos oss har gjort det vanlig å legge pasienter inn for preoperative utredning. På grunn av MDT møtet måtte vi endre denne praksis, i første



"Radiolog Derk Avenarius i intens tverrfaglig debatt om avstand fra antatt reseksjonskant til tumor"

"Tverrfaglig møte med radiolog, gastrokirurger, anestesilege, onkolog og operasjonssykepleier"

omgang for rektumcancerpasientene. Løsningen ble å gjennomføre alle utredninger og preoperativ klargjøring poliklinisk i én seanse. Vanlig tilnærming med timebestilling til undersøkelser gjennom etablerte kanaler fungerte ikke fordi koordineringsproblemene ble for store. Vi etablerte en ny poliklinisk funksjon på onsdager hvor pasienter med nyoppdaget eller mistenkt rektumcancer fikk komplett utredning med inntil 1-2 ukers ventetid etter mottatt henvisning. I løpet av denne dagen får inntil tre pasienter gjennomført alle blodprøver, røntgenundersøkelser, møte med overlege i kolorektalkirurgi som skriver innkomstjournal og gjør rektoskopi med ultralyd og gir informasjon om behandlingsoverveiene. I tillegg får hver pasient møte anestesilege som gjør preoperativ vurdering og eventuelt bestiller nødvendige tilleggsutredninger av hjerte og lunger. Disse undersøkelsene får vi senest neste dag, som er torsdag. Ved vårt MDT møte fredag morgen er alle utredninger gjort. Langveisfarende pasienter har overnattet på pasienthotell, gjerne til fredag hvis vi undervegs har funn som tyder på at det skal gjøres preoperativ stråling. Når beslutning om behandling er tatt blir pasienten informert. Hvis beslutningen er primær kirurgi, er det avsatt plass for operasjon uken etterpå. Hvis det skal stråles vil det vanligvis være mulig å gjennomføre doseplanlegging samme fredag slik at behandlingen kan starte i løpet av en drøy uke.

Vi har ikke gjennomført formelle brukerundersøkelser av denne ordningen, men vårt inntrykk er at pasientene er fornøyde. De påpeker at de møter kompetent personell, får grundig og forståelig informasjon, at tidsbruken oppleves som effektiv og at ordningen inngir trygghet og tillit. Vi har lyktes med denne omleggingen først og fremst ved at én sykepleier på vår poliklinikk fikk

□ Tema: Kreft i tykktarm og endetarm



“Trange forhold på poliklinikken hvor sykepleier Torunn Pedersen koordinerer komplett utredning og preoperativ klargjøring av rektumcancerpasientene i løpet av en dag. Her sammen med gastrokirurg Rolv-Ole Lindsetmo”

oppdraget med å organisere utredningen, i første omgang på prosjektbasis. Etablerte bestillingsrutiner måtte omgås og endres, det ble laget en rekke personlige relasjoner med de avdelinger som skulle levere tjenester til utredningen og hele prosjektet stod og falt med en person i starten. Etter mer enn 18 måneders drift er ordningen godt etablert med formelle strukturer der dette er nødvendig. For avdelingen betyr dette kortere liggetid men først og fremst større faglig trygghet og ro rundt beslutning om behandlingsstrategi. Ca 80 % av våre pasienter med rektumcancer utredes på denne måten. Vi forsøker nå å utvide ordningen til å omfatte flere pasientgrupper.

Tverrfaglig rehabilitering

Mens pasienter som gjennomgår hjertekirurgi i mange år har hatt omfattende rehabiliteringsstilbud, har kreftpasienter langt på vei manglet et slikt tilbud. Det finnes god dokumentasjon på at slik rehabilitering oppleves som nyttig for hjertepasientene. Vi har lenge ønsket å bidra til en bedret omsorg for våre kreftpasienter, også etter endt kirurgisk behandling. I november 2006 startet vi derfor et forprosjekt som skal utvikle et tverrfaglig rehabiliterings og mestringsstilbud for pasienter som er operert for rektumcancer. Prosjektet ledes av Elisabethsenteret i Tromsø, en institusjon eid av LHL, i samarbeid med den regionale kreftforeningsrepresentant og vår avdeling. I februar 2007 håper vi å ha planer og finansiering klare for et slikt tilbud.

Kvalitetssikring

De fleste av oss har gjennom utdanning, spesialisering og senere klinisk arbeid vært opptatt av at vår virksomhet skal være kvalitativt god. Tidvis hører vi fyndord som “vi har verdens beste helsevesen”, uten at dette er enkelt å dokumentere. Kanskje er det heller ikke helt sant. Et relativt nytt fenomen er imidlertid at det både gjennom styringsdokumenter fra departement og RHF og via nasjonale utredninger uttrykkes krav til kvaliteten på våre tjenester og til dokumentasjon av slik kvalitet. Dette arbeides det med på mange nivå og etter

mange modeller. Innen den kolorektalkirurgiske virksomheten på UNN ser vi på denne utviklingen som en utfordring. For å møte kravet om kvalitetsdokumentasjon og –forbedring vil vi fra januar 2007 gjøre et forsøk med systematisk klinisk revisjon (Clinical Audit). Dette er inspirert av tilsvarende prosesser etablert av National Health Service i England. I første omgang vil denne revisjonen gjelde pasienter med kolorektal cancer. I samarbeid med kontortjenesten vil de ansvarlige kolorektalkirurgene gjennomføre en ukentlig gjennomgang av aktuelle pasienter. Ved å gjøre denne prosessen legestyrt håper vi å få et datagrunnlag som har høy kvalitet og allmenn aksept innad i staben. Aggregerte data vil bli analysert med jevne intervall. Vårt håp er å få til en ordning som kan “ta pulsen” på vår pasientbehandling. Selv om vi er i en nesten papirløs verden opplever vi på UNN det samme som alle andre, nemlig at våre elektroniske pasientsystemer ikke har den funksjonalitet som trengs for moderne klinisk virksomhet. Vi har derfor laget et enkelt, men skreddersydd IT-system, som plattform for vårt forsøk med klinisk revisjon.

Stadig nye utfordringer

Vi har en doktorgradsstipendiat under Rektumcancerregisteret i vår avdeling. Selv om dette forskningsprosjektet er basert på registerdata og ikke på direkte pasientprosjekter, opplever vi et slikt forskningsprosjekt som inspirerende og nyttig i forhold til faglig utvikling. Vår første publikasjon i dette prosjektet har dokumentert både for lav strålerate nasjonalt i forhold til faglige retningslinjer og en skjevfordeling av stråletilbud til landets rektumcancerpasienter. Gjennom forsøk på å modernisere rektumcancerbehandlingen har vi innført en del nye strategier og ordninger som totalt sett oppleves vellykket hos oss. Det meste er gjort uten tilførsel av ekstra ressurser mens enkelte ting, som vår polikliniske utredning, har vært avhengig av ekstra personell. Vår viktigste erfaring er at det stadig kommer nye utfordringer som vi må møte, det går ikke an å slå seg til ro med at alt er godt nok. ■



Pegasys
er verdens mest brukte
pegylerte interferon til behandling av
hepatitt C¹⁾

En av de viktigste faktorene for vellykket behandling av hepatitt C, genotype 1, er pasientens alder.

Jo yngre pasienten, dess større er sjansen for å oppnå varig virusrespons (=SVR)²⁾:

- for en 20 åring: 85 % SVR
- for en 60 åring: 53 % SVR

Ref 1 IMS health. 2 Foster et al. Treatment of chronic hepatitis C with peginterferon alpha-2a (40 KD) (PEGASYS (R)) and ribavirin (COPEGUS(R)): Patient age has a marked influence on the individual estimated probability of achieving sustained virological response. Hepatology, 2003, vol.38, no.4 Suppl.1, p.246A.

Se preparatomtale side 51

Kirurgisk behandling av kolorektale levermetastaser

Seksjonsoverlege Øystein Mathisen, gastrokirurgisk seksjon, Kirurgisk Klinik, Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF.

I Norge registreres stadig økende antall tilfeller av kolorektal cancer. I 2004 ble det meldt ca. 3500 nye tilfeller. Omtrent 25% har synkron metastaser og senere vil i tillegg 25-35% få metastaser i lever. I Norge betyr dette en årlig tilvekst på 1700-1800 nye pasienter med levermetastaser.

Noe eldre data konkluderte med at kun 10-15% av disse kunne leveropereres. Nye kirurgiske teknikker og effektiv kjemoterapi har ført til at flere pasienter kan opereres. Andel pasienter som kan leverreiseres ligger i dag sannsynligvis på 20-30%. Nye studier har også vist at de tradisjonelle inoperabilitetskriterier ikke gjelder lenger. Det totale antall leverreseksjoner i Norge er på snau 200 per år. Det kan derfor tyde på at alt for få pasienter blir vurdert for operasjon.

Inntil nylig var de klassiske inoperabilitetstegn:

1. > 4 metastaser
2. Spredning utenfor lever
3. Glandelmetastase i lig hepatoduodenale
4. Reseksjonsrand < 1 cm

Leverreseksjon var også eneste eneste behandlingsmodalitet. Det er viktig å være klar over at de nevnte kriterier ikke gjelder lenger. Metastasering til begge leverlapper, størrelse eller lokalisasjon av metastasene er nå vanligvis ikke kontraindikasjon for leverreseksjon. Til og med ekstrahepatisk vekst er ingen absolutt kontraindikasjon og akseptabel langtidsoverlevelse (> 5år) er rapportert i flere serier. Det er også mulig å oppnå langtidsoverlevelse selv om samtlige leversegmenter er tumor angrepet. Hvis det er mulig å fjerne alt tumorvev, selv om det ligger utenfor leveren, kan det være indikasjon for operasjon. Det som begrenser muligheten for leverreseksjon er størrelsen og kvaliteten på den gjenværende delen av leveren.

Multimodalt behandlingsopplegg for pasienter med levermetastaser etter kolorektalcancer

I løpet av få år har behandling av levermetastaser blitt multimodal. Ved Rikshospitalet har vi mange år fulgt prinsipper for utvelgelse av kandidater til leverreseksjon basert på publikasjoner fra Bismuth og Adams gruppe i Paris. Disse prinsippene er nylig publisert i Eur. J. Cancer (2006) som et forslag til europeisk konsensus. Antall levermetastaser, om de foreligger i begge lapper og ekstrahepatisk vekst er altså ingen kontraindikasjon. Det viktige er at den resterende leverresten er fri for tumor og at den har tilstrekkelig funksjon slik at pasienten overlever. Ved ekstrahepatisk vekst skal all tumor kunne fjernes makroskopisk. Vurdering av de pasienter som kan profitere på leverkirurgi er derfor komplisert og etter vår mening kun en oppgave for regionssykehus med leverkirurgisk ekspertise. I 2005 er det registrert at 12 sykehus utfører leverreseksjon i Norge (data fra Sintef).

Følgende behandlingsprinsipper har blitt vanlige:

1. Leverreseksjon, åpen eller laparoskopisk
2. Neoadjuvant kjemoterapi (NKT)
3. Adjuvant kjemoterapi (AKT)
4. Portvene embolisering (PVE)
5. To stage operasjon
6. Komplekse kirurgiske prosedyrer som innebærer teknikker anvendt ved levertransplantasjon
7. Radiofrekvens ablasjon (RF)
8. Re-reseksjon
9. Levertransplantasjon

I mange tilfeller og i økende grad kan mange pasienter nå opereres med laparoskopisk tilgang. Leverreseksjon kan kombineres med NKT, AKT; PVE og RF. I spesielle tilfeller kan det være aktuelt med mer komplekse prosedyrer som innebærer total vaskulær eksklusjon av leverens blodforsyning (TVE) med evt. nedkjøling av leverparenkymet. Autotransplantasjon av lever (autotx) innebærer at leveren taes ut av bukhulen og tumor fjernes ekstrakorporealt før innsyng med teknikk som benyttes ved levertransplantasjon. Re-reseksjon både en, to og tre ganger er rapportert til å gi forlenget levetid. Endelig foreligger ved Rikshospitalet tilbud om levertransplantasjon etter nærmere godkjent protokoll, som er tilgjengelig på Rikshospitalet-Radiumhospitalets nettside under Kirurgisk Avdeling. RF er som regel kun aktuelt når metastasene er bedømt inoperable.

NKT brukes ofte for å "downsize/downgrade" store tumores eller mange tumores. Hvis pasienten responderer på NKT har pasienten gode muligheter for langtids-overlevelse. AKT kan være indusert postoperativt for å hindre residiv. Den endelig plass for AKT avventes pga pågående studier (EORTC). PVE anvendes for å øke størrelsen på den planlagte restlever slik at større reseksjoner kan utføres. PVE kombineres ofte med to-stage operasjon, spesielt hvis det foreligger uttalt metastasering til begge leverlapper. I første seanse fjernes det noe svulstvev. Så utføres PVE før endelig reseksjon foretaes 4-6 uker senere.

Rikshospitalets behandlingsformer

Ved Rikshospitalet har leverreseksjon fra 1970-tallet vært et tilbud for pasienter med maligne leversykdommer. Aktiviteten har i de senere år tiltatt betraktelig. Bortimot halvparten av det totale antall leverreseksjoner som gjøres i Norge, utføres ved Rikshospitalet (Fig. 1). Bare siden år 2000 da sykehuset flyttet fra Oslo Sentrum, har mer enn 400 pasienter fått utført leverreseksjon. De fleste av disse (mer enn 80%) er operert for metastaser fra kolorektal cancer. I Norge er Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF det eneste sykehus som har ekspertise og tilbud innen alle de modaliteter pasienter med kolorektale metastaser kan behandles med.



□ Figur 1.

Laparoskopisk leverreseksjon ble startet allerede i 1997 ved Rikshospitalet. I 2005 ble ca. 10% av leverreseksjonene utført laparoskopisk. Dette har økt til omkring 20% i 2006. Resultatene viser at laparoskopisk leverreseksjon medfører samme overlevelse som åpen kirurgi. Pasientene får et lettere postoperativt forløp som ved annen laparoskopisk kirurgi. Metoden er stadig under utvikling og reseksjonene foretaes av spesielt trenete laparoskopiske kirurger med interesse for og kompetanse innen leverkirurgi. Spesielt egnet for laparoskopisk utført leverreseksjon er segment 2/3 reseksjon. Det er også utført laparoskopisk formell venstresidig leverreseksjon ved vår avdeling. Lokale reseksjoner av metastaser i segment 4, 5 og 6 er også som regel gode indikasjoner for bruk av laparoskopisk teknikk. Fig 2 viser metastase i segment 2/3 som ble fjernet laparoskopisk.

Portvene embolisering (PVE) ble tatt opp ved Rikshospitalet i 2001. Metoden er helt nødvendig for å drive moderne leverkirurgi. Det er nevnt at det som begrenser den kirurgiske behandling av levermetastaser er størrelsen på leverresten. For å fjerne større mengder av metastatisk levervev kan størrelsen på den resterende lever økes ved PVE. Ved å utføre PVE kontralateralt for den planlagte leverresten vil denne hypertrofieri i løpet av få uker og leverreseksjon kan utføres (Fig 3a og 3b). Figuren viser CT bilde av lever før og etter PVE og utvidet høyresidig leverreseksjon. Før PVE kan også tumores i den planlagte leverresten fjernes slik at selv ved uttalt metastasering, kanskje samtlige segmenter, så kan i selekterte tilfeller pasienter tilbys leverkirurgi (to stage prosedyre).



Figur 2.



Figur 3a.



Figur 3b.



Figur 4.

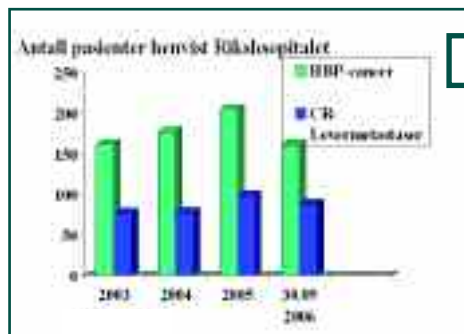
Ved vanskelig tilgjengelige svulster kan det være aktuelt med komplekse prosedyrer. Dette gjelder særlig karnære svulster, der TVE, evt, nedkjøling av lever-parenkymet eller autotransplantasjon kan være aktuelt. Fig. 4 viser et tilfelle der det tidligere var utført formell venstresidig leverreseksjon. Det er tilkommet en metastase med affeksjon av hovedvenene på høyre side. Hos

denne pasienten ble det benyttet full autotransplantasjons teknikk. Tumor ble fjernet ex situ og deretter ble leverresten innsydd som ved levertransplantasjon.

Levertransplantasjon for metastaser er foreløpig utført på to pasienter. Dette er utprøvende virksomhet og skjer etter spesiell protokoll som er utsendt til alle aktuelle enheter i Norge. Det er for tidlig å trekke konklusjoner ut fra de erfaringer som hittil er gjort.

Søknadsvurdering

Tross den antakelse at for få pasienter får tilbud om leverreseksjon i Norge, er henvisning av slike pasienter til Rikshospitalet, økende (Fig. 5). Søknad til gastrokirurgisk seksjon for vurdering av pasienter til leverkirurgi stiles til pasientkoordinator ved avdelingen. Majoriteten av søknadene kommer fra Helse Sør og Helse Øst. Vi får også noen søknader fra de andre helseregionene (ca.3- 5%). Det er viktig at bildediagnostiske undersøkelser blir vedlagt. Påfølgende dag, blir disse demonstrert sammen med radiolog. Her blir det avgjort om tilleggsundersøkelser er nødvendige for endelig å avgjøre behandlingsopplegget. Standardkrav før operasjon er tilfredstillende utført MDCT, vanligvis utført med portovenøs fase. Ikke sjeldent må undersøkelsene suppleres med annen modalitet som f. eks. kontrast ultralyd. Tilleggsundersøkelser blir bestilt samme dag via pasientkoordinator. Samtidig kan det være aktuelt å innhente tilleggsopplysninger fra henvisende intans. Samme dag vil pasienten få beskjed om innleggelse for samtale og videre undersøkelse.



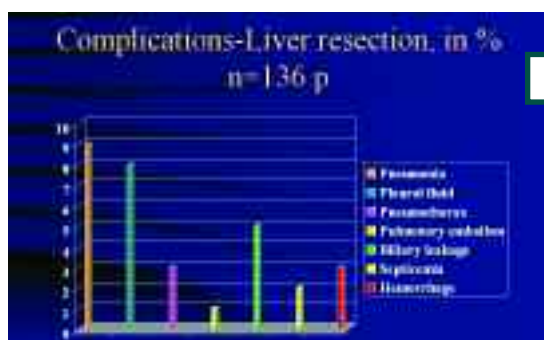
Figur 5.

Pasienten blir pånytt diskutert i møte med radiolog, evt onkolog og gastro-medisiner. I spesielle tilfeller taes det også kontakt med karkirurgisk ekspertise. Dette betyr ved vår avdelingen transplantasjonskirurg. Etter at alle tilleggsundersøkelser og opplysninger er samlet gæes røntgenbildene pånytt over. Spesielt taes det stilling til om pasienten er operabel og den kirurgisk tilgang planlegges. Hvis pasienten ikke er operabel, må det avgjøres om det er mulig senere å få pasienten operabel med noen av de teknikker som er nevnt.

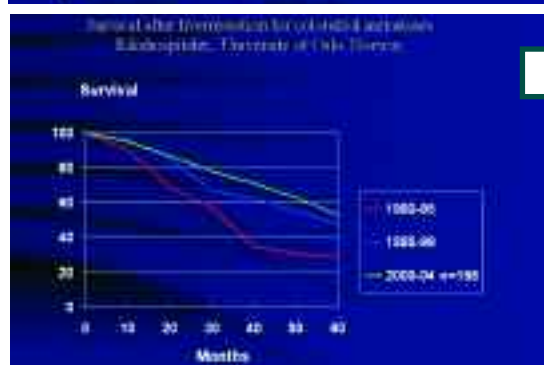
Hver pasient blir således vurdert flere ganger av flere leger. Dette mener vi sikrer at pasienten blir meget grundig gjennomgått. Behandlingsopplegg som man umiddelbart forestilte seg kan senere vise seg ikke å være det optimale. Ofte er det endelige tilbud pasienten får mer resultat av en prosess der de forskjellige alternativene til slutt veies mot hverandre før pasienten endelig kan tilbyes det vi mener er det beste. De forskjellige behandlingsopplegg som er aktuelle blir tilslutt drøftet med pasienten. Tid fra søknaden blir behandlet og pasienten er klar for operasjon ligger på omkring 2 uker med range fra noen dager til 4 uker.

Konklusjon:

Ved vår avdeling ligger nå postoperativ mortalitet etter leverreseksjon på mindre enn 1-2%. Morbiditet er også lav (Fig. 6). Langtidsoverlevelse hos pasienter operert de siste år er 40-50% (Fig. 7). Radikal kirurgisk fjernelse av levermetastaser er fremdeles den eneste metode som kan føre til varig helbredelse. Vår erfaring er at bruk av et multimodalt behandlingsopplegg vil kunne øke andelen av pasienter som kan radikal opereres. Overlevelsen kan da bli relativt lang for mange pasienter som tidligere ble bedømt til å være inoperable. Sannsynligvis et det for få pasienter som henvises til vurdering for leverkirurgi. ■



Figur 6.



Figur 7.

Laparoskopisk behandling av colorectal cancer. Status i dag. Utfordringer til strukturert opplæring

Av: Ragnhild Størkson, Overlege og stipendiat, gastrokir. avd. Sykehuset Østfold HF og Ole Christian Olsen, Overlege, gastrokir. avd. Sykehuset Buskerud HF

Colorectal cancer (CRC) i Norge og i den Vestlige verden er et økende problem. Det er i Norge i 2001 3278 nyoppdagede tilfeller av denne type kreft (kreftregisteret.no). Siden den første publikasjonen på laparoskopisk tilgang ved CRC i 1991(1), har man inntil 2005 vært tilbakeholden med laparoskopisk tilnærming. Dette etter at det ble rapportert urovekkende høye frekvenser av portmetastaser (n=14) (2).

Det har imidlertid vært gjennomført tre store randomiserte multisenterstudier mellom åpen og laparoskopisk tilgang med til sammen cirka 2700 pasienter (COST(3), COLOR I og CLASICC(4)) tilbake fra 1993 som nå er publisert. I tillegg var Lacy i Barcelona tidlig ute med observasjon av 219 pasienter i sin studie (1993-1998) (5). Da langtidsresultatene kom i 2003-5 var konklusjonen at laparoskopisk tilgang var like trygt som åpen tilgang ved høyre-, venstre- og sigmoideal colon cancer. I tillegg fant Lacy et al at det var signifikant bedre cancerfri overlevelse ved laparoskopisk tilgang enn åpen tilgang. Resultatene ved rectumcancer er enda ikke konklusive men disse følges opp i COLOR II studien(6).

Viktige punkter ved laparoskopisk cancer kirurgi(7,18):

- Optimal tilting av pasienten/ skulderstøtter og beholdere
- Planlegge optimal troikarplassering
- Planlegge operativ strategi
- Finne og følge riktig disseksjonsplan (Tolds's facie/ det mesorectale plan)
- Non-touch teknikk av tumor. Unngå hematogen og lokal spredning av tumorceller
- Tidlig vaskulær avsetning
- Sentral kardeling
- Adekvat reseksjonspreparat
- Unngå perforasjon av hulorgan og tumorområde
- En-block reseksjon
- Unngå kontaminering i sår direkte/beskytte sårkant ved uttak
- Unngå gasslekkasje gjennom sårene/eksuffler CO2 gjennom trokarer

Hvorfor gjør vi dette laproskopisk?

Antall høstede lymfeknuter og den frie circumferensielle og longitudinale reseksjonskanten er av prognostisk betydning for pasienten. Det er ikke vist forskjeller ved åpen og laparoskopisk kirurgi når det gjelder disse parametrene. Man har vist fordeler ved bruk av laparoskopisk assistert CRC kirurgi hos adipøse (BMI > 30)(8,9) samt eldre pasienter (alder > 80 år)(10). Begge grupper ble raskere mobilisert og en større andel eldre forble selvhjulpne postoperativt. Resultatene kommer fra høyspesialiserte sykehus med stor aktivitet innen laparoskopisk colorectal kirurgi.

Lacy et al og Bulut et al(5,11,12) har funnet at T3 tumores sjeldnere metastaserer postoperativt ved laparoskopisk kirurgi i forhold til åpen kirurgi. Dette

er foreløpig ikke blitt reproduisert andre steder og gevinsten av redusert immunpåvirkning er ennå ikke kjent. Vi vet at laparoskopi er et mindre traume for pasienten(13) og at immunsuppressjonen er redusert i LS gruppe(14). Dette kan teoretisk ha sammenheng med resultatene.

Etter at langtidsresultatene ble offentliggjort fra de store studiene har mange sykehus i Norge kommet i gang med laparoskopisk colonkirurgi ved maligne tilstander.

Den eneste Norske randomiserte multisenter studien (CRC-studien) startet inkludering av pasienter i januar 2004. Både Helse Øst og Helse Sør er involvert. Resultatene etter ett års oppfølging viser at laparoskopi gir færre postoperative infeksjoner, kortere liggetid, redusert opiatbehov postoperativt, tidligere mobilisering, raskere normalisering av tarmaktivitet og høyere livskvalitets scoring. Dette støtter tidligere beskrevne funn i litteraturen (4,15,16). Korttidsresultatene våre viser også en lav komplikasjonsprosent og konverteringsgrad i forhold til litteraturen generelt. Vi må fremdeles avvente våre langtidsresultater.

Konsensus

Studiene som er publisert belyser betydningen av laparoskopiske ferdigheter i forhold til det endelige resultatet. Laparoskopisk colorectal kirurgi har en lang læringskurve. Mellom 30 og 70 inngrep er antydnet før man er kvalifisert til å drive selvstendig. Det er hevdet at kvaliteten blir redusert når teknikken blir utført av sykehus med lavt volum(17). Vi mener at laparoskopisk CRC-kirurgi må utføres av kirurger med god nok erfaring i metoden. Dette stiller store krav til organisering og utdanning av gastrokirurger som skal utføre inngrepet. Det er både et vedlikeholdsbehov for den kvalifiserte og et opplæringsbehov for neste kirurg som skal læres opp. Det bør diskuteres tallfesting av minstekrav for utførelse av avansert teknikk og det er viktig at kvalitetskravene kommer fra fagmiljøet, selv. Vi er i gang med å utrede hvorvidt blindet, sjekklisterbasert videoscoring kan gi en objektiv vurdering av ferdigheter. Målet er å finne validerte, objektive kriterier for hva som er godt nok innen laparoskopisk CRC kirurgi.

Flere punkter bør i denne sammenheng diskuteres:

- Strukturert utdanning. Utdannelsen må være en del av faget/arbeidsdagen
- Skissering av veien frem mot å integrere dette i arbeidstiden?
- Strukturert arbeid for å involvere og informere
 - Hvert enkelt HF og regionsforetak
 - Lægeforeningen/spesialistforening
 - Kreftregisteret

Målet er å sikre pasienten

- Kvalifisert operatør
- Godt koordinert operasjonsteam. Det bør minst bestå av 2-3 faste laparoskopører, 2 operasjonssykepleiere samt dedikert anestesi team
- At ethvert sykehus følger opp sine egne resultater
- Sikring av godt kirurgisk-onkologisk resultat med registrering nasjonalt via kreftregisteret. Dette er nå på trappene

Struktur, utdanning og utfordring på sykehusene

Pga stadig økende krav til kvalitet på kirurgi fra første operasjon, økende antall assistentleger og færre operative inngrep per operatør fokuseres det stadig mer på objektiv opplæring av assistentleger.

Kirurgisk kompetanse er en komplisert variabel og består av flere faktorer.

Faktorene er av både kognitiv og psykomotorisk art og som en enkel summativ variabel er den vanskelig å måle objektivt. Det er tidligere vist at opplæring med fortløpende objektivisering av ferdigheter og konstruktiv tilbakemelding øker effekten av opplæring og forkorter læringskurven for en gitt ferdighet. Objektivisering av ferdigheter gir i tillegg ytterligere gevinster. Man vil kunne bruke resultatene til å skreddersy opplæringen for den enkelte og også kunne bestemme nivåer for hva som er "godt nok". I de kirurgiske miljøene internasjonalt er det et økende fokus på nettopp på objektivisering av ferdigheter. Laparoskopisk kirurgi er i så måte en attraktiv metode da den med enkle midler gir tilgang til vurdering på bakgrunn av peroperativt videoopptak.



Ass. lege Catrine Wold Knudsen i dyp konsentrasjon

Simulatortrening og viktigheten av opplæring

Det er mange sykehus som har sett behovet for tilrettelegging av trening av basale og mer avanserte laparoskopiske ferdigheter. Ved Sykehuset Buskerud har kirurgene i samarbeid med gynekologisk avdeling utviklet en egen analog treningsboks for laparoskopi. Boksen har ulike utskiftbare enheter med øvelser av ulik vanskelighetsgrad inklusiv egen suturenhet. Man er uavhengig av utstyr fra operasjonsstuen og kan øve alene fordi det er plassert et Videokamera inne i boksen som kan kobles til en vanlig TV-monitor.

Boksen brukes primært til å øve basale laparoskopiske ferdigheter som taktill respons, dybdefølelse, tempo og høyre/ venstrehåndskoordinasjon som forberedelse til laparoskopisk appendektomi for assistentleger samt suturtrening for de viderekomne. Det er utviklet et læringsprogram som assistentlegene skal gjennomføre med bla. krav til øvingstid i boksen, assistanser ved laparoskopier, etablering av pneumoperitoneum, gjennomgang av teknisk utstyr med mer. Det er også utviklet en elektronisk metodebok (HTML) med videodemonstrasjoner og operasjonsmanualer som er tilgjengelig på sykehusets intranett. Dette gir en viktig start i laparoskopi utdannelsen og gir tryggere og sikrere resultater i en operativ situasjon. Ass. legene får med seg en betydelig laparoskopisk erfaring som gjør veien til mer avanserte laparoskopiske prosedyrer kortere. Det er ingen tvil om at øvelse i simulator gir bedre kirurgiske ferdigheter fra første operasjon ("the pretrained novice"). Det har kommet et bredt utvalg av simulatorer på markedet i de siste 5 år med ulike fortrinn. Alle har det til felles at det er en klar sammenheng mellom treningstid og prestasjon.

De sykehus som har begynt med laparoskopisk colonkirurgi har erfart at dette er krevende kirurgi. Dels kan man trekke på erfaringer fra åpen kirurgi, men den anatomiske tilnærmingen er dels svært ulik og det krever meget gode laparoskopiske ferdigheter. "I resten av verden" seiler laparoskopisk kirurgi opp som en klar utfordrer til den tradisjonelle åpne kirurgien. Ved enkelte av de store sentraene gjøres inntil 85 % av all colorectal kirurgi laparoskopisk og det er ikke til å undres over at størrelser som Bill Heald bifaller utviklingen. Dette er kirurgi i anatomiske plan med høy ligatur og non touch teknikk, med operasjonstider som konkurrerer med åpen kirurgi. Det er på høy tid at det norske miljøet følger utviklingen og begynner å bygge opp egen kompetanse etter vår mening. Dokumentasjonen er god nok til å si at laparoskopisk kirurgi er like

trygg som åpen for colorectal cancer. Utfordringen blir opplæring fordi dette er en ny teknikk som de fleste må lære fra bunnen av og suksessraten avhenger av god forberedelse. Det finnes mange gode internasjonale kurs, mange av de store sentraene kan ta i mot hospitanter og det begynner å bli en del som har fått akseptabel erfaring her hjemme. Tiden begynner muligens å bli moden for å etablere nasjonale kurs? ■



Ass. lege Hans Christian Platou

Referanser:

- (1) Jacobs M, Verdeja JC, Goldstein HS. Minimally invasive colon resection (laparoscopic colectomy). *Surg.Laparosc.Endosc.* 1991 Sep;1(3):144-150.
- (2) Berends FJ, Kazemier G, Bonjer HJ, Lange JF. Subcutaneous metastases after laparoscopic colectomy. *Lancet* 1994 Jul 2;344(8914):58.
- (3) Chang GJ, Nelson H. Laparoscopic colectomy. *Curr.Gastroenterol.Rep.* 2005 Oct;7(5):396-403.
- (4) Bemelman WA, Gouma DJ. Laparoscopic-assisted resection of colorectal tumours. *Ned.Tijdschr.Geneesk.* 2005 Sep 24;149(39):2148-2152.
- (5) Lacy AM, Garcia-Valdecasas JC, Delgado S, Castells A, Taura P, Pique JM, et al. Laparoscopy-assisted colectomy versus open colectomy for treatment of non-metastatic colon cancer: a randomised trial. *Lancet* 2002 Jun 29;359(9325):2224-2229.
- (6) Bjoholt I, Janson M, Jonsson B, Haglund E. Principles for the design of the economic evaluation of COLOR II: an international clinical trial in surgery comparing laparoscopy and open surgery in rectal cancer. *Int.J.Technol.Assess.Health Care* 2006 Winter;22(1):130-135.
- (7) Balli JE, Franklin ME, Almeida JA, Glass JL, Diaz JA, Raymond M. How to prevent port-site metastases in laparoscopic colorectal surgery. *Surg.Endosc.* 2000 Nov;14(11):1034-1036.
- (8) Leroy J, Ananian P, Rubino F, Claudon B, Mutter D, Marescaux J. The impact of obesity on technical feasibility and postoperative outcomes of laparoscopic left colectomy. *Ann.Surg.* 2005 Jan;241(1):69-76.
- (9) Schwandner O, Farke S, Schiedeck TH, Bruch HP. Laparoscopic colorectal surgery in obese and nonobese patients: do differences in body mass indices lead to different outcomes? *Surg.Endosc.* 2004 Oct;18(10):1452-1456.
- (10) Vignali A, Di Palo S, Tamburini A, Radaelli G, Orsenigo E, Staudacher C. Laparoscopic vs. open colectomies in octogenarians: a case-matched control study. *Dis.Colon Rectum* 2005 Nov;48(11):2070-2075.
- (11) Lacy A. Colon cancer: laparoscopic resection. *Ann.Oncol.* 2005 Jun;16 Suppl 2:ii88-ii92.
- (12) Bulut O, Brink L, Jess P. Laparoscopy-assisted colon resection. A prospective study with short-term results and 12-38 months' follow-up. *Ugeskr.Laeger* 2005 Aug 8;167(32):2882-2886.
- (13) Delgado S, Lacy AM, Filella X, Castells A, Garcia-Valdecasas JC, Pique JM, et al. Acute phase response in laparoscopic and open colectomy in colon cancer: randomized study. *Dis.Colon Rectum* 2001 May;44(5):638-646.
- (14) Whelan RL, Franklin M, Holubar SD, Donahue J, Fowler R, Munger C, et al. Postoperative cell mediated immune response is better preserved after laparoscopic vs open colorectal resection in humans. *Surg.Endosc.* 2003 Jun;17(6):972-978.
- (15) Veldkamp R, Kuhry E, Hop WC, Jeekel J, Kazemier G, Bonjer HJ, et al. Laparoscopic surgery versus open surgery for colon cancer: short-term outcomes of a randomised trial. *Lancet Oncol.* 2005 Jul;6(7):477-484.
- (16) Weeks JC, Nelson H, Gelber S, Sargent D, Schroeder G, Clinical Outcomes of Surgical Therapy (COST) Study Group. Short-term quality-of-life outcomes following laparoscopic-assisted colectomy vs open colectomy for colon cancer: a randomized trial. *JAMA* 2002 Jan 16;287(3):321-328.
- (17) Kuhry E, Bonjer HJ, Haglund E, Hop WC, Veldkamp R, Cuesta MA, et al. Impact of hospital case volume on short-term outcome after laparoscopic operation for colonic cancer. *Surg.Endosc.* 2005 May;19(5):687-692.
- (18) Edwin B. Advanced Laparoscopy-from the Research and Development -Department to Day Care Surgery. Thesis for the degree of Ph.D. Faculty of Medicine, University of Oslo 2005 No. 339

Rectumcancerprosjektet – nasjonal betydning for utvikling av fagkompetanse og samarbeid innen norsk kreftbehandling



Av: Arne Wibe,
St Olavs hospital

Bakgrunn

Det norske rectumcancerprosjektet startet høsten 1993. Formålet med prosjektet var å bedre prognosen for pasienter med cancer recti.

Bakgrunnen var at resultatene etter operasjon for cancer recti hadde vært preget av høy frekvens av lokalt residiv og derav lav overlevelse. Resultater blant kurativt opererte i Norge i perioden 1986-88 viste at

28% utviklet lokalt residiv og bare 55% overlevde fem år. Det var grunn til å tro at 1) bedre organisering av behandlingen, 2) bedre preoperativ kartlegging, 3) bedre kirurgisk teknikk og 4) bedre vurdering av operasjonspreparatene ville heve kvaliteten av behandlingen.

Tiltak

Prosjektet har fokusert på å optimalisere kirurgisk behandling ved å innføre operasjonsmetoden "Total Mesorectal Excision" (TME). I tillegg har en lagt vekt på å standardisere de patologisk anatomiske undersøkelsene. En rekke kurs er blitt arrangert for å lære kirurgene den nye operasjonsteknikken, mens patologer har gjennomgått kurs for å sikre kvaliteten i vurderingen av operasjonspreparatene. Radiologene er kurset for å kartlegge sykdommen bedre. Dette har gitt et bedre grunnlag for å velge strategi for behandlingen, men også kirurgene et langt bedre utgangspunkt for både å kunne fjerne hele primærsvulsten og spredningsveien fra denne.

Register

Et nasjonalt register for cancer recti, etablert og drevet av fagmiljøene, ble opprettet ved Kreftregisteret. Alle kirurgiske avdelinger rapporterer alle tilfeller av cancer recti til dette registeret, i tillegg mottar registeret kopi av alle histologi-besvarelser fra avdelinger for patologi hva gjelder maligne svulster i rectum. Oppfølgingsdata hentes inn via purrerutiner. Informasjon om (neo-) adjuvant behandling hentes inn fra kreftavdelingene.

Den sentrale staben i prosjektet er meget sparsom med en prosjektleder, en til to prosjektmedarbeidere og noe statistisk støtte fra statistikere i Kreftregisteret.

Ledelse

Prosjektet ledes av en referansegruppe og en styringsgruppe bestående av fagpersoner innen colorektal kirurgi, oncologi, radiologi, patologi og epidemiologi. Disse er rekruttert fra alle de fem regionale helseforetakene, noe som har vært viktig for å oppnå et nasjonalt samarbeid hva gjelder den betydelige innsatsen med innsamling av data og forskning utgående fra en svær nasjonal database. Referansegruppen har utarbeidet statutter som retningslinjer for planlegging og drift av prosjektet, noe som har vært helt nødvendig for å gjennomføre et nasjonalt samarbeid mellom spesialister fra hele landet.

Økonomi

Prosjektet er meget billig i drift. Budsjettet har i mange år vært i størrelsesorden ca. 1 million kroner. Det har dekket lønn til den sentrale staben og litt til møteutgifter for referansegruppen. De fleste møtene har vært lagt i forkant av nasjonale møter eller kongresser slik at deltakerne har fått dekket reiseutgiftene via andre kanaler.

Kreftforeningens betydning

Uten Kreftforeningens betydelige økonomiske støtte gjennom de første årene av prosjektet ville vi ikke klart å utvikle dette fagområdet på nasjonalt plan. I Kreftforeningen så de tidlig betydningen av å bedre kompetansen for de fagpersoner som har ansvar for behandling av cancer recti. Kreftforeningens motivasjon har selvfølgelig vært å bedre situasjonen for den store gruppen av pasienter med denne sykdommen, men de har nok også sett betydelig overføringsverdi av prosjektet.

Kreftregisteret har hatt avgjørende betydning for den praktiske gjennomføringen med bearbeiding og analyse av datamaterialet. I tillegg til dette har det vært viktig med den registerkompetansen og den statistiske og epidemiologiske kunnskapen medarbeidere ved Kreftregisteret har bidratt med.

Den norske lægeforening bidro med midler til gjennomføring av de første nasjonale kursene for kirurger og patologer. I tillegg har Helse og Rehabilitering bidratt med lønnsmidler til en stipendiat.

Etter årtusenskiftet har Rectumcancerprosjektet utviklet seg fra å være et tidsbegrenset forskningsprosjekt til å bli en kontinuerlig kvalitetssikring av behandlingen for cancer recti på nasjonalt plan. Dette hadde sammenheng med at prosjektet kunne vise til en betydelig gevinst på mange plan, men at det fortsatt var mye å hente på de fleste områder. Kreftforeningen fant det da naturlig å trekke seg ut, og ansvaret for videre drift ble ansett naturlig lagt til sentrale helsemyndigheter. Dette har ført til at Helse Øst har tatt på seg det økonomiske ansvaret fra og med høsten 2006.

Drift

Fra Rectumcancerregisteret får alle kirurgiske avdelinger regelmessige tilbakemeldinger om sine egne resultater. I tillegg får de nasjonale gjennomsnitt til sammenligning. Jeg tror dette er første gang i norsk kirurgi at alle avdelinger har kunnet få en oppfatning av egen standard for kvalitet innen kreftbehandling. Dette har vært noe av det mest spennende tema i hele prosjektet, og en betydelig utfordring for ledelsen av prosjektet. Samtidig har det gitt alle avdelinger viktig informasjon og vært til uvurderlig hjelp til å heve kvaliteten av behandlingen.

Anonymitet

Prosjektledelsen har hele tiden vært klar over sitt ansvar hva gjelder håndtering av følsomme resultater for hvert enkelt sykehus. Vi har hatt som strategi at alle data som de enkelte sykehusene sender til registeret er deres egen eiendom. Derfor har alle sykehusdata vært behandlet anonymt. Vi har hatt som utgangspunkt at alle kirurger skal føle seg trygge på registerets diskresjon. Dette har vært nødvendig for at registeret skal kunne få inn korrekte data. Når det er



sagt, har staben i prosjektet også tatt på seg et ansvar om å treffe tiltak ved påvisning av sviktende kvalitet. Dette har vi utført på ulike måter. De aller fleste sykehus med mulig sviktende kvalitet har tatt kontakt med prosjektleder og fått tilsendt detaljanalyser av eget pasientmateriale. Dette har blitt gjennomgått lokalt og ulike tiltak er blitt truffet. Mange sykehus har etter egen vurdering valgt å legge ned sin virksomhet for cancer recti, og henviser disse pasientene til andre sykehus. Ved andre avdelinger hvor virksomheten har fortsatt, har vi observert at kvaliteten har bedret seg markant.

De regionale medisinske direktørene har mottatt en oversikt over variasjonen av resultatene ved de ulike sykehusene i egen region, dog uten de absolutte tallene, og dette har medført at det er innført krav om etablering av kompetente team for behandling av cancer recti. Slik sett har noen kirurger ved lokal-sykehus som egentlig kunne tenkt seg å fortsette å behandle cancer recti måttet slutte med denne virksomheten. Som tidligere prosjektleder har jeg personlig opplevd et par mindre behagelige reaksjoner fra kolleger som arbeider ved disse sykehusene, selv om jeg fra prosjektets side hele tiden har vært klar på at Rectumcancerprosjektet ikke gir noen direktiver, men bare har en opplysende, rådgivende funksjon. Ansvar for kvalitet ved den enkelte avdeling må ligge hos avdelingsledelsen, og innenfor hvert regionale foretak hos ledelsen ved foretaket.

Prosjektet har medført sentralisering av behandlingen for cancer recti. I starten var det 55 sykehus som behandlet disse pasientene, nå er det ca. 25 sykehus som fortsatt har ansvar for slik behandling. Resultatene fra prosjektet har stått bak denne utviklingen, det har vært en selvgående prosess som kanskje også har hatt betydning for annen cancerbehandling.

Gevinstene

Først og fremst har prognosen for pasienter med cancer recti blitt betydelig bedre. I løpet av de første seks årene av prosjektet økte 5-års overlevelse fra 55% (før prosjektet) til 71% for pasienter under 75 år. Lokalt residiv ble redusert fra 28% før prosjektet, til 18% i løpet av det første året med TME (1994) til 9% i 1999. Langt færre får nå permanent stomi. Det er redusert fra 45% før prosjektet til 30% under de første årene i prosjektet. Risikoen for komplikasjoner er redusert, for eksempel ble frekvensen av anastomossvikt redusert fra 18% til 9% i løpet av de første seks årene. Dessuten har nok de funksjonelle resultatene også bedret seg, med langt større fokus på nervebevarende disseksjon. I det hele tatt, det er hel rekke gevinster for pasientene. Det vanlige nå er at pasientene vurderes i multidisiplinære team. Dermed er ikke behandlingen lenger så sårbar som når kvaliteten av behandlingen avhenger av en bestemt kirurg. Det er slutt på den tiden da en overlege opererte cancer recti sammen med en turnuskandidat.

Behandlingen har blitt mer skreddersydd, tilpasset pasientens tilstand og behov. Dette gjelder også bruken av strålebehandling og kjemoterapi, og optimal utredning med forbedret teknikk med CT og MR har her vært av uvurderlig betydning.

Samfunnsøkonomisk er det trolig betydelig beløp som er spart ved at langt færre får tilbakefall, det er mindre komplikasjoner, færre stomier, bedre tilpasset (neo-) adjuvant behandling og bedre funksjonelle resultater.

Forskning

Prosjektet har hatt og vil fortsatt ha stor betydning for utvikling av vitenskapelig kompetanse innen norsk kirurgi, onkologi, patologi og radiologi. I løpet av de siste tre årene er det ferdigstilt fire doktorgrader fra prosjektet, og mange flere er underveis. Datamaterialet representerer en unik mulighet for vitenskapelig fremgang innen dette feltet, noe som vil komme hele verdens pasienter med rectumcancer til gode.

Strategien med å rekruttere doktorgradsstipendiater fra alle regionale helseforetak har vært meget vellykket. Den inkluderende holdningen fra representasjonen i ledelsen av prosjektet har blitt ført videre ved å designe prosjekter med ulike temaområder for stipendiater fra hele landet. Disse har stort sett lokale veiledere. Samtidig er stipendiatene lønnet med lokale midler. Et slikt system gir muligheter for de som kan ta ansvar for lokal vitenskapelig utvikling. I tillegg styrker det følelsen av samhold i prosjektet, man samarbeider ikke bare om nasjonale resultater, men også mellom regionene hva gjelder forskning.

Internasjonalisering

Det norske Rectumcancerprosjektet har blitt verdenskjent. Siste år mottok en av våre stipendiater, Birger Endreseth, den prestisjetunge prisen for "Impact paper of the year" i "Diseases of The Colon & Rectum". Dette er verdens mest leste tidsskrift innen colorectal kirurgi. Det møtte flere tusen representanter fra ca. 50 land da han mottok prisen under den amerikanske colorectal foreningens kongress i Seattle.

Det er også startet forskningssamarbeid med Sverige, Danmark, Finland, Island og Skottland. I tillegg har en representant fra det norske prosjektet vært "fødselshjelper" for et nasjonalt prosjekt for cancer recti i Belgia og også startet et nasjonalt prosjekt i Spania. I tillegg til faglig og vitenskapelig kompetanse har prosjektet gitt miljøet et løft innen prosjektutvikling og drift av en organisasjon.

Hvorfor har prosjektet lyktes?

Det hele startet i fagmiljøet som en trang til å utvikle miljøets kompetanse. Ingen i prosjektet har blitt pålagt noe arbeid av en overordnet myndighet. Alle sykehus har deltatt av egen fri vilje, de har blitt invitert inn i et samarbeid. Etter hvert som hele miljøet har mottatt informasjon om nasjonens standard har det blitt klart at man er nødt for å kvalitetssikre slik behandling. Det er også meget sannsynlig at andre områder innen avansert medisin trenger samme overvåkning.

De deltakende aktører har selv merket at egen kompetanse har blitt utviklet, ikke bare for cancer recti, men det er svært sannsynlig at den nye kunnskapen har overføringsverdi til andre pasientgrupper.

Hvor går veien videre?

Det er uten tvil mange utfordringer vi står foran i årene som kommer. Først fremst vil det dreie seg om enda bedre skreddersydd behandling, avhengig av pasientens alder og tilstand og sykdommens utbredelse. Vi vil ha fokus på bedre funksjonelle resultater, færre komplikasjoner og stomier, og bedre strålebehandling og kjemoterapi. Utvikling innen radiologi, molekylærbiologi og patologi vil åpne for bedre treffsikkerhet for valg av riktig behandling.

Alt i alt handler det hele om strukturert organisering av virksomhet. Vi er godt i gang! ■

Transanal endoskopisk mikrokirurgi (TEM) – et nyttig supplement i behandlingen av svulster i endetarmen

Endetarmskreft rammer mer enn 1000 personer pr. år i Norge og vel 50 av disse har tidlig cancer (pT1) ved diagnose-tidspunktet. Langt flere kommer til behandling med forstadier til kreft - stilkede eller flate / bredbasede polypper. Bredbasede polypper kan være vanskelige å sanere med slyngereseksjon og tidlig cancer recidiverer ofte etter konvensjonell lokal reseksjon. Stor operasjon (formell reseksjon) er beheftet med komplikasjoner både på kort og lang sikt, og hos en tredjedel av pasientene medfører det permanent stomi.

Transanal endoskopisk mikrokirurgi er en presis og sikker metode for å fjerne slike tumores med få komplikasjoner og lav recidiv-frekvens.



Av: Arild Nesbakken, Aker Universitetssykehus.



Bredbasede polypper i rektum kan være vanskelig å sanere med vanlige endoskopiske teknikker. Ved piecemeal slyngereseksjon er det alltid en viss risiko for å overse malign utvikling i deler av

□ **Bredbasert, sannsynlig premalign tumor i midtre rektum**

polyppen. Kirurgisk eksisjon med konvensjonell transanal teknikk er mulig ved lesjoner i midtre og nedre del av rektum, men er også teknisk vanskelig fordi man har begrenset oversikt over operasjonsfeltet. Det er derfor høy recidiv-frekvens etter endoskopisk og transanal konvensjonell excisjon av bredbasede polypper, spesielt dersom det foreligger grov dysplasi / carcinoma in situ.

Ved kjent tidlig cancer (pT1) i bredbasert tumor rektum er ikke slyngereseksjon aktuelt. Konvensjonell transanal excisjon har vært brukt hos eldre/skrøpelige pasienter, men komplett fjernelse av tumor er vanskelig; i et norsk materiale oppnådde man frie reseksjonsrender hos mindre enn 60 % av pasientene.

For mer enn 20 år siden utviklet den tyske kirurgen Günther Buess i Tübingen et nytt operasjons-rektoskop med tilhørende kirurgiske instrumenter. Hans hovedide var å utvikle utstyr som gjorde den kirurgisk eksisjon mer presis og som også tillot reseksjon av lesjoner i øvre del av rektum. Han utviklet operasjonsmetoden som han kalte transanal endoskopisk mikrokirurgi (TEM), og presenterte resultatene fra dyrekspesimentelle studier i 1983, og resultatene fra sin første pasient-serie i 1984. Senere er det kommet en rekke publikasjoner fra hans gruppe. Buess bygde også opp et treningssenter ved sykehuset i Tübingen og det avholdes 1 ukes kurs flere ganger pr. år.

Den store fordelen med TEM framfor andre endoskopiske eller konvensjonelle transanale teknikker er altså at man kan fjerne tumores med langt større presisjon og oversikt, og dette gir større sikkerhet for at lesjonen blir komplett fjernet og lav recidivfrekvens. Komplette eksisjon gir også sikker biopsi. Det er mulig å fjerne svært store tumores og også øvre rektum kan nås. Ulempen med

TEM er at prosedyren vanligvis forutsetter narkose og derfor er mer belastende enn andre endoskopiske teknikker, utstyret er dyrt og teknisk krevende for kirurg og annet personell.

Utstyr ogteknikk

Operasjonsrektoskopet har diameter 4 cm og lengde 15 eller 25 cm, og føres inn i endetarmen nedenfor tumor og festes til en bevegelig holder som er montert på operasjonsbordet. Gjennom rektoskopet plasseres binokulær optikk som forstørrer 6 ganger og gir et stereoskopisk bilde med svært god oversikt. Til optikken kan det også kobles kamera for visning på skjerm. Videre settes inn et sug som fjerner røyk etter bruk av diatermi, væske og eventuelt blod. I tillegg er det plass for to operasjonsinstrumenter; vanligvis fetttang i venstre hånd og i høyre hånd et disseksjonsinstrument eller nåleholder mens man henholdsvis gjør reseksjon og deretter sutur av defekten i tarmveggen. Det er koblet insufflator til rektoskopet og via et toveis kanalsystem kan man opprette et intralumi-



nalt trykk på ca. 10 mm Hg. Såfremt pasienten er fullt relaxert med lavt intraabdominalt trykk, er da rektum utspilt slik at man får god oversikt. Til sist er det koblet til rektoskopet et skyllesystem slik at man kan fjerne smuss på optikken og skylle ut av rektum.

□ **Pasient med polypp i høyre side midtre rektum, opereres i høyre sideleie**

Det er viktig å leire pasienten optimalt på operasjonsbordet. For lesjoner som ikke går rundt hele circumferensen legges pasienten vanligvis slik at sentrum av lesjonen ligger ned mot gulvet. Man må påse at det er tilstrekkelig bevegelsesfrihet for operasjonsrektoskopet og for kirurgens hode/armer.

TEM er teknisk vanskelig fordi det er trangt med alle instrumentene inne i rektoskopet, og disse vil kolliderer med hverandre, spesielt i det lengste rektoskopet. Dette må kompenseres ved å flytte rektoskopet inne i lumen. Det er også en lærecurve for å beherske det tekniske utstyret og finne feilen når tarmlumen (ofte) klapper sammen. Når alt fungerer optimalt, får man en utrolig god oversikt og man kan definere rektum-veggen forskjellige lag og dissekere i submukosa eller mellom muskellagene i muskularis propria eller i perirektalt fettvev (fullveggs eksisjon). Det er raskest og enklest å gjøre fullveggs eksisjon, og dette foretrekkes i områder av rektum der hele veggen kan fjernes. Helt distalt vil man skade sfinkter eksternus, og kranialt fortil vil man komme inn i fri bukhole ved fullveggs reseksjon, og i disse to områder bør man derfor kun gjøre mukosa-reseksjon.



Operasjonsrektoskop med instrumenter

Med TEM kan man fjerne tumores fra linea dentata og opp til 15-20 cm ovenfor dette nivå. Noen mener TEM ikke er egnet for lesjoner helt distalt, og det kan være vanskelig fordi rektoskopet må plasseres helt nede ved analåpningen. Likevel finner vi at disseksjonen med TEM-utstyret inkludert spesialinstrumenter blir mer presis enn konvensjonell transanal disseksjon, og man kan sy defekten med konvensjonell teknikk etter at TEM-utstyret er fjernet.

I Norge ble TEM-kirurgi først etablert ved Regionsykehuset i Trondheim for vel 10 år siden, og de første resultater ble publisert i 1996. I løpet av de siste årene er tilbudet gjort tilgjengelig ved sykehus i alle helseregioner.

Erfaringer ved Aker Universitetssykehus

Utstyr ble innkjøpt og to kirurger lærte teknikken i 1998, men av ulike grunner var det først fra år 2003 at metoden ble tatt i bruk for fullt. Vi har behandlet pasienter fra hele Helse-Øst og Helse-Sør (unntatt Agder-fylkene), og behandler 20-30 pasienter pr. år. Alle pasienter blir forundersøkt hos oss med rektal eksplorasjon, kort skopi med coloskop og transanal ultralyd. Biopsisvar (biopsi tatt med tang eller slynge) innhentes fra henvisende sykehus. Våre resultater er publisert ved NGF vintermøte på Lillehammer i 2006 og ved Kirurgisk høstmøte 2006. I alt 113 pasienter er operert, herav 3 med carcinoid tumor. Alle er fulgt opp med tette kontroller ved vår poliklinikk. Hos pasienter med premaligne lesjoner er det gjort rektal eksplorasjon og kort skopi med coloskop, hos pasienter med cancer er det i tillegg utført transanal ultralyd.

Av 74 pasienter med premalign polypp, median 3 (1-10) cm i diameter og flesteparten med grov dysplasi som endelig diagnose, har 5 (7 %) fått lokalt recidiv i løpet av en observasjonstid på median 10 måneder. Alle recidivene har



Pent tilhelet arr etter TEM-reseksjon av stor polypp i midtre rektum

vært små (grynstore) og har vært enkle å behandle med laser-koagulasjon, og ingen har fått recidiv etter rebehandling (median observasjonstid 12 måneder).

Vi har akseptert T1 adenocarcinom for TEM-reseksjon med kurativ intensjon dersom følgende kriterier har vært oppfylt ("snill" T1-cancer)

- tumors diameter er mindre enn 2.5 - 3 cm
- tumor er høyt eller middels differensiert
- tumor ikke infiltrerer dypere enn til øvre / midtre del av submukosa det ikke er tegn til infiltrasjon i kar / lymfebaner
- tumor er teknisk enkel å resesere med fri margin 1 cm til siden
- tumor ligger i et avsnitt av rektum der fullveggs eksisjon kan gjøres

Det endelige svaret på om alle disse kriterier er oppfylt får man ikke før etter operasjonen, og hvis så ikke er tilfelle gjør vi reoperasjon med formell reseksjon etter noen uker. Pasienten må være godt informert om dette og behandlingsalternativene grundig diskutert før operasjonen.

Tyve pasienter med pT1 adenocarcinom er operert. To av disse fylte ikke alle kriterier for "snill" T1-cancer, og ble reoperert uten funn av resttumor eller lymfeknutemetastaser. De 18 andre pasienter er observert median 24 (3-80) måneder uten at det er observert lokalt recidiv eller metastaser, heller ikke har de 2 reopererte fått recidiv.

Seksten pasienter med pT2 adenocarcinom er operert, og hos 13 var T2-situasjonen kjent på forhånd og TEM reseksjon ble utført i palliativ hensikt hos skrøpelig pasient med stor risiko for komplikasjoner / død ved formell reseksjon. To pasienter (15 %) har fått lokalt recidiv i løpet av en observasjonstid på median 19 (9-89) måneder.

Hos tre av pasientene med pT2 cancer mente vi på forhånd at det forelå T1-cancer og de ble primært operert med kurativ intensjon. Disse pasientene ble derfor reoperert med formell reseksjon, og ingen av pasientene fikk påvist resttumor eller lymfeknutemetastaser etter reoperasjon. Ingen har fått lokalt recidiv, men hos en av pasientene er det påvist fjernmetastaser.

Konklusjon

TEM er et veletablert behandlingstilbud ved flere norske sykehus. Alle som behandler premaligne polypper og tidlig cancer i rektum må være klar over dette tilbudet. Etablering av TEM kommer til å forandre behandlingen av lesjoner i rektum, og er et velegnet supplement i behandlingen av store premaligne polypper med stor recidivrisiko etter tradisjonelle metoder, og er velegnet for et utvalg av pasienter med tidlig cancer. TEM-reseksjon kan også være et godt palliativt tilbud til skrøpelige pasienter med T2 cancer i rektum. ■



Partner for bedre helse

PROTONPUMPEHEMMEREN **SOMAC**[®] (PANTOPRAZOL) **GIR**

- ▶ rask og effektiv tilheling av GERD -lesjoner¹
- ▶ rask lindring av symptomer ved reflukssykdom¹
 - 65% av pasientene var kvitt alle symptomene etter 10 uker med Somac 40 mg¹)

Somac[®] 40 mg er effektiv ved erosiv GERD¹.

- ▶ Ved bruk av Somac[®] 20 mg eller 40 mg opprettholdes tilhelingsraten ved langtidsbehandling².

SOMAC[®]
PANTOPRAZOL

Skal den kirurgiske behandling av rektum cancer ytterligere differensieres? Transanal Endoskopisk Mikrokirurgi

Av: Gunnar Baatrup, Gastrokirurgisk seksjon, Kirurgisk Klinik, Haukeland Universitetssykehus.

Vi har i de siste 20 år opplevd store framskritt innen anestesiologi, perioperativ behandling, onkologisk og kirurgisk teknikk. Vi har opplevd en omorganisering av rectumcancer- behandlingen med stadig større grad av sentralisering. Utviklingen i den kirurgiske behandling av rektumcancer kulminerte i Norge omkring 1993 da TME teknikken ble implementert. Den totale mesorectale eksisjon medførte et dramatisk fall i lokalresidivfrekvensen fra 30% til bare 5%. Resultatene av den kombinerte neoadjuvante onkologiske og kirurgiske behandling har medført store framskritt i behandlingen av resektable, primære rektumcancer. Mer enn 90 % av de residiver vi ser etter intendert kurativ kirurgisk behandling er nå fjernetastaser, som vi mener har liten relasjon til den kirurgiske kvalitet eller teknikk.

Det er derfor naturlig at vi inviterer stadig eldre og dårligere pasienter til kurativ kirurgisk behandling. Selv om morbiditet og operativ mortalitet er høy hos gamle pasienter med komorbiditet, er resultatene etter kirurgi likevel mye bedre enn etter ikke-kirurgisk behandling, og andelen av pasienter med høy alder og komorbiditet stiger fortsatt.

Vi har meget detaljerte, evidensbaserte planer for pasientbehandlingen basert på tumor- stadium, tumors plassering, lymfeknutestatus, fjernetastaser osv. Vi håper at kunne redusere antallet av lokalresidiver ytterligere med sylindrisk reseksjon av rektum ved store, lave cancer. Også behandling av lokalresidiver er i ferd med å bli satt i system. Vi vet at disse relativt omkostningstunge tiltak ikke vil avspeile seg i den generelle 5-års overlevelse for rektumcancer-pasienter, da det er en meget liten gruppe pasienter som behandles, og effekten av behandlingen er begrenset med 5-års overlevelse på 25-30%.

Hvordan kommer vi videre?

Er vi nå kommet så langt kirurgisk-teknisk, at vi må tenke nytt for å forbedre våre resultater innenfor en rimelig økonomi?

Den tid kommer snart hvor vi må begynne å vurdere prisen i NOK per vunnet leveår ved de forskjellige utviklingstiltak vi kan velge. Men vi må også begynne

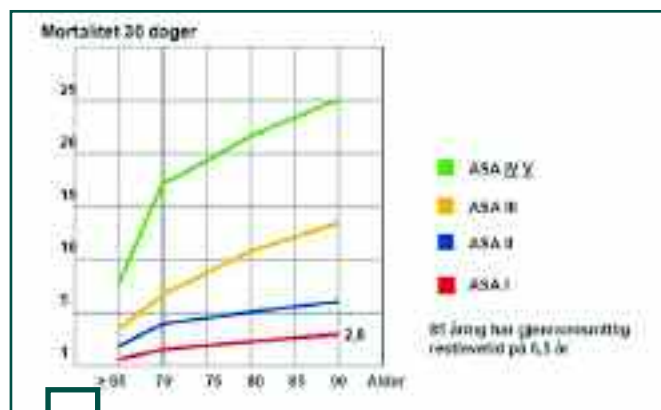


Fig. 1 - 30dagers mortalitet etter kolorektal kirurgi

å vurdere om vi kan redusere den prisen som pasientene betaler med operativ mortalitet og morbiditet som følge av disse store kirurgiske inngrep. Over 30 % av alle opererte opplever større eller mindre komplikasjoner til behandlingen, og 30-dagers-mortaliteten hos de eldste og dårligste pasienter vi opererer er betydelig. Følgetilstander som kolostomi, blæreparese, avføringsinkontinens, impotens osv. er ikke ualminnelige.

Differensiert behandling basert på pasientens alder og helsetilstand.

Nye undersøkelser har vist at pasienters livsstilsfaktorer som fedme, røyking, alkoholforbruk og selvrappert fysisk form er ansvarlige for 23 % av alle komplikasjoner og 64 % av all mortalitet etter kolorektal kirurgi (1). Vi vet også at fysiologiske parametre som beregnet i ASA- eller POSSUM score er avgjørende for utfallet av store operasjoner. Vi kan med meget stor sikkerhet preoperativt beregne den enkelte pasients 30-dagers mortalitetsrisiko (<http://www.riskprediction.org.uk>)

Alder er i seg selv ikke noen risikofaktor, men er allikevel viktig idet pasienter må ha en statistisk forventet restlevetid av en viss lengde for å få overlevelsesfordel av et stort kirurgisk inngrep med høy 30-dages-mortalitet sammenlignet med et mindre risikabelt, mindre radikalt inngrep, eller en ikke-kirurgisk behandling. Da den gjennomsnittlige levetid for pasienter med residiv etter rectumcancer øker, takket være utviklingen i den onkologiske behandling, vil flere og flere eldre pasienter med komorbiditet dø av andre årsaker innen de innhentes av sin cancersykdom.

Alder (år)	Forventet restlevetid (år)
50	32
60	23
70	15
80	8
85	6
90	4

Fig. 2 - Forventet restlevetid i befolkningen

Transanal

Endoskopisk Mikrokirurgi (TEM)

TEM er nå gullstandard for reseksjon av store adenomer i rektum. Metoden har internasjonalt vært anvendt til reseksjon av små cancer på høyrisikopasienter i mer enn 10 år. Det finnes nå over 15 enkeltcenter-rapporter om overlevelsesresultater etter TEM for små cancer (2), og de første nasjonale database-oppgjørelser kommer også etterhvert (3,4). Vi er med andre ord snart der hvor vi kan allokere pasientene til rektumreseksjon eller lokalreseksjon basert på indirekte evidens.



Fig. 4 - Oppstilling til TEM



Fig. 5 - TEM preparat - uT1 cancer. Pilen angir oral retning

Først å fremst er forskjellen mellom tradisjonell kirurgi og TEM at lokalresidiver opptrer hyppigere ved TEM (ca. 10 % (0-20 %) for T1 cancer, mot 5 % ved tradisjonell operasjon). Den operative mortaliteten er lav ved TEM (ca. 1 % for pasienter over 85 år, ASA >1, mot 7-15 % ved åpen kirurgi). Videre er morbiditeten lav og man unngår følgetilstander ofte sett ved åpen kirurgi. De lokalresidiver som kommer etter TEM kommer senere enn den operative mortalitet ved åpen kirurgi, og en stor del av disse kan radikalbehandles. Publiserte serier tyder på at mer enn halvdel av lokalresidiver etter TEM kan kureres hvis pasientene inkluderes i et intensivt kontrollprogram (5). En del av de pasienter som får lokalresidiv, dør av andre årsaker før de får kliniske symptomer fra residivet.

De pasienter som inntil nå er behandlet med TEM har en kort forventet restlevetid og høy operativ mortalitetsrisiko. I Norge er kun 35 pasienter operert for cancer recti med TEM teknikk i løpet av en 5 års periode (3). Man må derfor mistenke at kun de aller dårligste operasjonskandidater har vært operert med TEM. Man kan derfor ikke sammenligne mortalitetsresultater for TEM-opererte pasienter med overlevelsen i en gruppe ikke randomiserte, åpent opererte pasienter. Dette har vært gjort, og ført til anbefalinger om tilbakeholdenhet med teknikken (3). Man må sammenligne overlevelsen for TEM-opererte pasienter med den som sammenlignbare pasienter oppnår ved ikke-kirurgisk behandling, eller åpen kirurgi. Det har ført til en anbefaling av mer utbredt bruk av TEM til rektumcancer (4).

Med den viten som foreligger på aldersspesifikk forventet restlevetid, lokalresidivrate, 30-dages postoperativ mortalitet og ASA- eller POSSUM-relatert mortalitet bør man kunne utvelge en gruppe på ca. 15 % som vil få en bedre eller lik langtidsoverlevelse ved TEM. For de minste T1 cancer (sm 1 og sm2) vil TEM sannsynligvis være best uansett alder og allmenntilstand. For de store T1 cancer vil nesten alle pasienter over 85 år kunne tilbys TEM uten forringelse av langtidsoverlevelsen. For pasienter over 85 år som har en ASA>2 vil TEM sannsynligvis være likeverdig eller bedre, også for T2 cancer. Dette forutsetter at tumor er mindre enn 3 cm i diameter og at den er tilgjengelig for TEM reseksjon.

Der er nå i Italia og USA prospektive undersøkelser for TEM på T2-cancer etter neoadjuvant onkologisk behandling, og en tilsvarende undersøkelse planlegges i England og Nederland. Hvis neoadjuvant onkologisk behandling kan nedsette lokalresidivrate for T1 og T2 cancer kan man forutse en betydelig utvidelse av indikasjonsområdet for TEM.

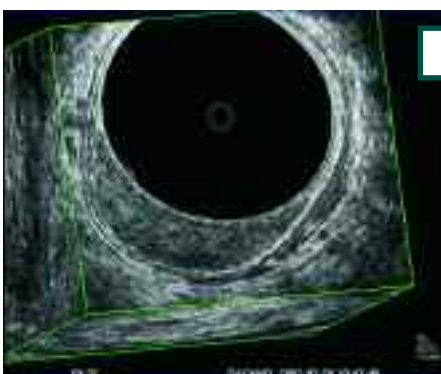


Fig. 6 - Rektal ulyd av T1 rektum cancer

(gjennnitt med tillatelse av B&K Medical)

Preoperativ stadielinndeling.

Som det fremgår er det viktig at man preoperativt kjenner tumors T-stadium for å kunne allokere pasienter til TEM. MRI kan ikke differensiere mellom de små cancer. Rektal ultralyd er nødvendig for en noenlunde sikker staging, men heller ikke denne undersøkelse er optimal. I større serier som den engelske nasjonale database er accuracy dårlig for rektal ultralyd. Spesifisitet og sensitivitet for de enkelte T-stadier ligger ikke over 65 % (personlig kommunikasjon). Dette er den største begrensning for en mer utbredt anvendelse av TEM i cancerkirurgi.



Fig. 3 - TEM rektoskop med arbeidsinstrumenter.

Der er et stort behov for å utvikle en mer sikker staging enten ved at undersøkelsen utføres av færre, dedikerte personer, eller om de nye 15 MHz rektalscannere kan føre til bedre resultater.

I mellomtiden har italienske kirurger utviklet et konsept hvor TEM-preparatet undersøkes histologisk innen 1 døgn. I de tilfeller hvor tumor har vært understaged reopereres pasienten med åpen kirurgi på 3. postoperative dag. Dette konsept har gitt gode resultater i små pasientserier.

Nettopp i disse dager arbeider styringsgruppen for kolorectal-databasen på retningslinjer for anvendelse av TEM i behandlingen av rektum cancer. Det vil bety en mer systematisk og sikker allokering av pasienter til denne type behandling. I de andre skandinaviske land finnes interessegrupper for TEM, og nasjonale databaser eksisterer i Danmark, er under utvikling i Sverige og bør også innføres her i Norge. Som omtalt er en detaljert case mix control nødvendig for at kunne vurdere resultatene etter TEM. Kun på denne måten kan vi utvikle sikrere anbefalinger og undersøke om det kan utvikles kombinasjonsbehandling som kan sikre gode resultater av TEM i en større pasientgruppe. I mai måned avholdes i Bergen en internasjonal konferanse om TEM (<http://www.tem-scandinavia.org>). Muligheter for en felles skandinavisk database for TEM vil bli diskutert og norske TEM sentre vil bli invitert til å delta i et engelsk-nederlandsk multisenter studie av TEM og strålebehandling på T2 cancer. ■

Referanser:

1. Nickelsen, T, Jørgensen, T, Kronborg, O: Lifestyle and 30-day complications to surgery for colorectal cancer. Acta Oncologica, 2005; 44, 3, 218-23.
2. Maslekar, S, Pillinger, SH. and Monson, JRT: Transanal endoscopic microsurgery for carcinoma of the rectum. Surgical Endoscopy, Online publ. 16.11.2006. 10.1007/s00464-005-0832-z.
3. Endreseth, BH., Myrvold, HE, Romundstad, P. et al. Transanal Excision vs. Major Surgery for T1 Rectal Cancer. Dis. Colon Rectum. Online publ. 5.5.2005. 10.1007/s10350-005-0044-6.
4. Bach, S, Mortensen, N., the TEM users Group: An analysis of national data
5. Friel, CM., Cromwell, JW, Marra, C, et al: Salvage surgery after failed local excision for early rectal cancer. Dis. Colon Rectum. 2002, 45, (7): 875-9.

Når kolorektal cancer ikke kan kureres

Prognosen ved kolorektal cancer er direkte relatert til sykdommens stadium ved diagnosetidspunkt. Med dagens diagnostikk, der de fleste pasienter får diagnosen stilt på grunn av symptomer, har omtrent en tredel av pasientene inkurabel sykdom når svulsten blir påvist. Når man ikke kan tilby helbredende behandling for en dødelig sykdom, er det knyttet en rekke utfordringer til denne pasientgruppen, spesielt når diagnosen ble stilt ved tilfeldighet uten at det forelå tegn til alvorlig sykdom.



Av: Hartwig Kørner
Gastrokirurgisk seksjon,
Stavanger Universitetssjukehus
Kompetansesenteret for
lindrende behandling HR Vest,
Haukeland Universitetssykehus

Hva er palliativ behandling?

Begrepet palliativ behandling brukes på forskjellige måter. I mange sammenhenger brukes ordet synonymt med "ikke kurativ" behandling. En annen og mer treffende definisjon er imidlertid behandling som retter seg mot den individuelle pasientens symptomer, og fokuserer på best mulig livskvalitet. Ulik bruk av begrepet palliativ medisin har ført til at det er svært vanskelig å trekke tydelige konklusjoner fra litteraturen. Ser man tilbake på medisins historie, var medisinsk handling i lange tider rettet mot behandling av symptomer fremfor årsaken, alt etter hvilke sykdomsmodeller og kunnskap man hadde. Da den moderne medisinen slik vi kjenner den i dag ble etablert på slutten av 1800-tallet, skiftet fokus i stor grad på kurasjon av sykdommer. Den moderne medisins sterke fokus på kurasjon gjenspeiler seg i de resultatmål som brukes for å evaluere behandling: overlevelse, sykdomsfri overlevelse og kurasjonsrate. Palliativ medisin som eget felt innen kreftbehandling fikk først på 1970-tallet en større oppmerksomhet, parallelt med økende muligheter som moderne onkologisk og kirurgisk behandling gir. Når palliativ behandling retter seg mot å forbedre den individuelle pasientens livskvalitet, sier det seg selv at de tradisjonelle resultatmål som overlevelse ikke er adekvat. Det er behov for individuelle resultatmål som kan brukes til evaluering av symptomrettet behandling. I løpet av de siste 20-30 år ble en rekke verktøy etablert og validert til bruk i klinisk anvendelse og forskning.

Palliativ behandling innen kolorektal cancer

Ser man på palliativ behandling innen kolorektal cancer i løpet av de siste 10-15 år, må man være klar over en rekke forhold:

- Insidensen av kolorektal cancer har vært stigende i Norge, i motsetning til andre europeiske land.
- Spektrum av palliative problemstillinger har endret seg betydelig når det gjelder cancer recti, etter at forekomst av lokale residiv ble drastisk redusert etter innføring av total mesorektal eksisjon (TME) som standard teknikk for kirurgisk behandling.
- Moderne onkologisk behandling har ført til at pasienter med avansert kreftsykdom lever betydelig lengre enn for bare noen år siden. På denne måten fortøner avansert kansersykdom seg mer og mer som en kronisk enn en dødelig sykdom. Samtidig står vi i økende grad ovenfor nye og hittil ukjente kliniske problemstillinger som krever nye behandlingstilbud for å oppnå symptomkontroll, ofte i form av intervensjoner.

Palliativ behandling ved kolorektal cancer kan være symptomforebyggende, når man fjerner en asymptomatisk svulst ved ellers metastasert og uhelbredelig sykdom. En operasjon er symptomlindrende, når tumor gir plager. Andre former for palliativ behandling sikter mer på å forlenge livet.

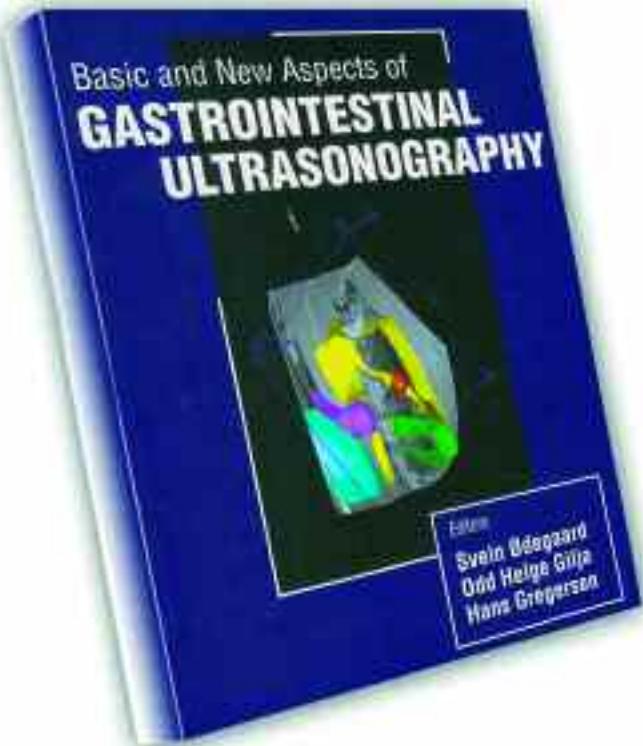
Moderne palliativ behandling har fått et langt større armamentarium enn konvensjonell kirurgi eller onkologisk behandling. Vi har fått et stort antall nye helseteknologier til rådighet. Mange palliative problemstillinger knytter seg til okklusjon av hulorganer (tarmlumen, galleveier og urinveier). I mange tilfeller kan pasienter unngå tradisjonell kirurgi ved tarmobstruksjon ved hjelp av colonstenter, og samtidig unngå en stomi. Oppstart av effektiv onkologisk behandling kan skje kort etter en minimal-invasiv prosedyre, og mye raskere enn etter en lengre rekonvalesensperiode etter en åpen operasjon. Obstruksjon av galle- og urinveier er andre hyppige problemstillinger som kan ofte løses både ved hjelp av endoskopiske og intervensjonsradiologiske teknikker. Det finnes i dag langt flere muligheter for effektiv palliasjon enn det er mulig å nevne i denne sammenheng.

Skal vi kunne gi god og effektiv palliativ behandling er det viktig å være klar over noen forutsetninger:

1. Palliativ behandling bygger på respekt for pasientens verdighet og autonomi. Pasientens verdighet og autonomi settes i fare hvis det gjøres noe etter behandlernes og pårørendes premisser framfor pasientens, fordi alle mener at det burde gjøres noe. Det er først og fremst pasienten som må ønske behandlingen.
2. For å oppnå dette, stilles det spesielt høye krav til åpen kommunikasjon mellom pasient og behandler. Det er viktig å skissere det som er mulig og umulig med en eventuell behandling. Palliative behandlingstilbud kan lett misoppfattes av pasienten som kurativ "fordi det gjøres noe". Man må forsikre seg på best mulig måte at pasienten forstår at et palliativ tiltak har lindring som mål og ikke helbredelse.
3. Når symptomlindring og bevaring av livskvalitet står i fokus, har vi et særdeles stort ansvar for at den planlagte behandlingen ender opp med en helsegevinst for pasienten og ikke fører til ekstra plager. Det må unngås mest mulig at en uønsket hendelse eller komplikasjon som avgjør livs kvaliteten på slutten av livet.
4. Nye helseteknologier kan komme til anvendelse uten at det foreligger adekvate studier vedrørende indikasjoner og bruk. Her har vi et spesielt ansvar, både for veloverveid bruk og klinisk forskning.

Moderne palliativ behandling er ikke lenger noe som én person kan gjøre alene, men skal skje i en tverrfaglig setting. For gastro-intestinale svulster betyr dette at samarbeid mellom gastroenterologer, gastrokirurger, radiologer og onkologer kan føre til svært god palliasjon av uhelbredelig kreftsykdom. Et godt tverrfaglig samarbeid er til det beste for pasienten, og har samtidig positiv innvirkning på det kollegiale samarbeidet mellom de ulike spesialitetene. ■

□ Nye bøker



Key Features

- Covers both basic and advanced ultrasonography as well as state-of-the-art research topics in gastroenterology
- Has a wide range of authors with expertise in medicine, physiology, GI motility, engineering, computer graphics, imaging, and ultrasound technology
- Highlights very original methods in GI ultrasound scanning using many different ultrasound modalities
- Uses a unique, combined approach of ultrasonography and biomechanics to GI physiology and pathophysiology
- Contains a variety of ultrasound images and illustrations, in color

Some of the Content:

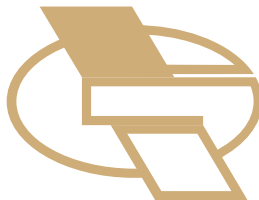
- Basic Technologies in Ultrasound (K Matre & P H Dahl);
- Ultrasonographic Assessment of Esophageal Morphology and Function (S Ødegaard & H Gregersen);
- The Use of Ultrasound in Biomechanics (H Gregersen & K Matre);
- Three-Dimensional Ultrasonography in Gastroenterology (O H Gilja & R W Martin);
- Hydrosonography (G Folvik & T Hausken);
- Clinical Applications of Ultrasonography (O M Pedersen & S Ødegaard);
- Ultrasonographic Alterations in Functional Dyspepsia (A Berstad & O H Gilja);
- Ultrasound in Patients with Reflux Esophagitis (S Tefera & J Hatlebakk);

Readership: Practitioners in gastroenterology, internal medicine, surgery and radiology; sonographers and engineers.

Ordering:

World Scientific Publishing (UK) Ltd.
57 Shelton Street, Covent Garden, London WC2H 9HE, UK
Fax: +44 (0)20 7836 2020 - Tel: +44 (0)20 7836 0888
E-mail: sales@wspc.co.uk

Or Studia, Bergen, Norway, e-mail: ellinor.arntzen@sib.uib.no



GLYPRESSIN®

terlipressin

NYHET!

- Kontrollerer blødninger hurtig¹
- Enkel å bruke i akuttmottak
- Få bivirkninger³

GLYPRESSIN – Redder liv ved akutt variceblødning²

© GLYPRESSIN «Ferring Legemidler AS»
Vasopressinprekursor. ATC-nr.: H01B A04

PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 1 mg: Hvert sett inneholder: I) Hetteglass: Terlipressinacetat 1 mg tilsv. terlipressin 0,86 mg, mannitol 10 mg, saltsyre. II) Ampulle: Natriumklorid 45 mg, saltsyre, vann til injeksjonsvæsker til 5 ml. **Indikasjoner:** Blødende øsofagusvaricer. **Dosering:** Voksne: Innledende i.v. injeksjon å 2 mg hver 4. time. Behandling bør opprettholdes inntil blødningen har vært under kontroll i 24 timer, dog maks. 48 timer. Hos pasienter med kroppsvekt <50 kg eller ved forekomst av bivirkninger kan påfølgende doser reduseres til 1 mg i.v. hver 4. time. **Kontraindikasjoner:** Graviditet. Septisk sjokk. Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Blodtrykk, hjertefrekvens og væskebalanse skal kontrolleres under behandling. Injeksjonen settes i.v. for å unngå lokal nekrose på injeksjonsstedet. Barn og eldre og pasienter med hypertensjon eller kjent hjertesykdom bør behandles med forsiktighet. **Interaksjoner:** Terlipressin øker den hypotensive effekten av ikke-selektive betablokkere på portvenen. Samtidig behandling med legemidler som er kjent for å indusere bradykardi (f.eks. propofol, sufentanil), kan nedsette hjertefrekvens og minuttvolum. **Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Se Kontraindikasjoner. Overgang i morsmelk: Ufullstendig informasjon. Bør ikke brukes under amming. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Abdominale smerter, kvalme, diaré. Neurologiske: Hodepine. Sirkulatoriske: Økt blodtrykk, vasokonstriktive effekter som blekhet, cyanose og perifer ischæmi. Mindre hyppige: Sirkulatoriske: Bradykardi. Sjeldne (<1/1000): Luftveier: Dyspné. Sirkulatoriske: Myokardischæmi og -infarkt, venstre ventrikkelvikt. Øvrige: Nekrose på injeksjonsstedet. Terlipressins antiidiuretiske effekt kan føre til hyponatremi dersom væskebalansen ikke kontrolleres. **Overdosering/Forgiftning:** Anbefalt dose bør ikke overskrides da risikoen for alvorlige sirkulatoriske bivirkninger er doseavhengig. Forøyet blodtrykk hos pasienter med kjent hypertensjon kan kontrolleres med 150 µg klonidin i.v. Behandlingskrevende bradykardi bør behandles med atropin. **Egenskaper:** Klassifisering: Vasopressinprekursor. **Virkningsmekanisme:** Doser å 1 mg og 2 mg reduserer effektivt det venose trykket i portvenen og gir uttalt vasokonstriksjon. Senkningen av portatrykket og blodgjennomstrømningen i vena azygos er doseavhengig. Effekten av 1 mg begynner å avta etter 3 timer, og 2 mg er vist å være mer effektivt da denne dosen gir en mer pålitelig effekt under hele behandlingstiden. **Fordeling:** Farmakokinetikken følger 2-kompartimentmodell. Distribusjonsvolum er ca. 0,5 liter/kg. **Halveringstid:** Ca. 40 minutter. **Terapeutisk serumkonsentrasjon:** Ønsket plasmakonsentrasjon av lysinvasopressin nås initialt etter ca. 30 minutter og maks. verdi nås etter 60-120 minutter. **Metabolisme:** Terlipressin har initialt en egen effekt, men konverteres via enzymatisk spaltning til lysinvasopressin. **Utskillelse:** Metabolsk clearance er ca. 9 ml/kg/minutt. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares beskyttet mot lys. Brukes umiddelbart etter rekonstitusjon. **Andre opplysninger:** Oppløsningen tilberedes ved å tilsette den medfølgende oppløsningsvæsken (II) til pulveret (I). Brukes umiddelbart. Klar oppløsning skal kun injiseres i.v. **Pakninger og priser per 09.01.2006:** 5 sett, kr 1958,20.

Ref.: 1) Söderlund C et al, Scand J Gastroenterology, 1990; 25:622-630. 2) Ioannou G, Doust J, Rockey DC, The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2003;(1):CD002147. 3) Feu F et al, Treatments in Hepatology, Eds Arroyo V, Bosch J and Rodés J, Masson SA, 1995; 9-22.

FERRING

PHARMACEUTICALS

MEDICINE ON THE BODY'S OWN TERMS

Ferring Legemidler AS, Postboks 4445 Nydalen, 0403 Oslo. Tlf: 22 02 08 80, faks: 22 02 08 81, mail@oslo.ferring.com, www.ferring.no

Tverrfaglige team i behandling av rektumcancer

Organisering av rektumcancerbehandlingen ved norske sykehus har gjennomgått en drastisk endring siste tiår. Fra å være en del av generell kirurgisk arbeid, er det nå en høyspesialisert funksjon med bidrag fra flere spesialiteter. Denne endringen i behandlingsopplegg har gitt en dramatisk bedring i prognose, men stiller store krav til ressurser og samarbeid.

Av: Morten Tandberg Eriksen & Gro Wiedswang, overleger, gastrokirurgisk avdeling, Ullevål Universitetssykehus

Dramatisk bedring med total mesorectal excisjon

Prognosen ved rektumcancer var inntil slutten av 80-tallet dårlig og preget av en høy forekomst av lokale residiv. Rapporter fra England (Heald) og USA (Enker) tydet på at tidlig disseksjon med fjerning av en intakt mesorectal fettpute førte til en betydelig reduksjon i lokale residiv. Metoden ble innført i Norge fra begynnelsen av 90-tallet og alle pasienter med rektumcancer ble registrert i Rektumcancerregisteret fra slutten av 1993. Fra 1994 til 1999 er det vist en 50% reduksjon i lokale residiv og en 20% bedring i total overlevelse. Forbedringen fortsetter og er muliggjort ved kontinuerlig utdanning, oppfølging og tilbakemelding til behandlende sykehus.

Sentralisering av behandling

På begynnelsen av 90-tallet ble rektumcancer behandlet ved så å si alle landets 55 sykehus. Fagmiljøet har siden 1995 anbefalt at kirurgisk behandling skal sentraliseres til færre og større enheter. Bakgrunnen var innføring av ny operasjonsmetode med større krav til kirurgisk kompetanse og behov for et bredt faglig miljø. I tillegg til spesialiserte kirurger er nå både patologer, radiologer og onkologer involvert i behandlingen.

Adjuvant og neo-adjuvant behandling

Bruk av adjuvant kjemoterapi til alle stadium II og III rektumcancer, har vært rutine i USA siden 1990. Sverige har markert seg ved utstrakt bruk av preoperativ korttids strålebehandling. Norge har hatt en svært restriktiv holdning til bruk av neo-adjuvant og adjuvant behandling. Inntil 2005 ble preoperativ strålebehandling bare gitt til pasienter med lokalavansert tumor, dvs. der tumor var fiksert grunnet innvekst i bekkenvegg eller naboorganer. I senere år er kjemoterapi gitt i tilknytning som strålesensitiviserende behandling. Postoperativ radiokjemoterapi gis ved ufri endereseksjonskant eller lateral reseksjonskant < 1 mm, og etter intraoperativ perforasjon.

Fra 2005 har retningslinjene for preoperativ behandling blitt endret. Flere studier har vist at pasienter med liten lateral reseksjonskant har betydelig høyere risiko for lokalt residiv. Det er ingen sikker terskelverdi, men den tidligere grense på 1 mm er for snau. Det anbefales derfor nå preoperativ radio(kjemo)terapi til pasienter hvor avstand fra tumor til den mesorectale fascie er mindre enn 3 mm.

Fokus på preoperativ utredning

Preoperativ staging med angivelse av avstand fra tumor til lateral kant stiller store krav til billeddiagnostikk. Tidligere utredning var basert på rektal eksplorasjon og bedømmelse av hvorvidt tumor var fiksert i bekkenet. Ved tumores over ca 10 cm fra analåpningen var dette ikke mulig og vurderingen måtte gjøres ved laparotomi. Moderne utredning innebærer MR bekken av alle pasienter med rektumcancer hvor det planlegges reseksjon. MR gir gode bilder av bløtvevet i

bekkenet og gjør det mulig med stor grad av sikkerhet å beregne tumors avstand til den mesorectale fascie. Lymfeknutediagnostikk har vist seg langt vanskeligere og per i dag er det ingen undersøkelser som med sikkerhet kan avgjøre om lymfeknuter er affisert eller ikke. Det forventes imidlertid at bedret MR-teknologi skal gjøre dette mulig i nær fremtid. MR er heller ikke den beste undersøkelse til å vurdere tumors dybdevekst i tarmveggen, dvs T1 vs. T2 vs. tidlig T3. Her er rektal ultralyd fortsatt den beste modalitet. Utredning for fjernmetaster gjøres med ultralyd eller CT av lever og konvensjonell røntgen eller CT av lunger. Med moderne CT maskiner har mange sykehus, deriblant Ullevål, gått over til å gjøre en kombindert spiralCT av abdomen og thorax.



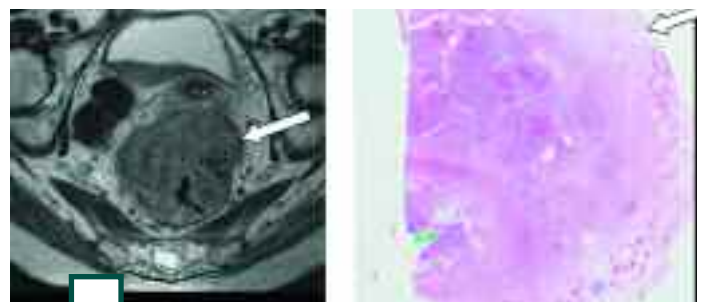
□ **Sagittal MR-prosjeksjon som viser eksisjonsplan ved total mesorectal excisjon**

MR bekken stiller krav til både ressurser og kompetanse i radiologi-miljøet. Undersøkelsen er tidkrevende og fordrer tilstedeværelse av en radiolog. Videre er det en betydelig læringskurve både i gjennomføring av undersøkelsen og tolkning av bildene.

Tverrfaglige team

En samlet vurdering av pasienten og funn ved preoperativ utredning gjøres så i et felles møte mellom kirurg, radiolog, onkolog og patolog. Både kirurgene og onkologene "melder på" pasienter til det felles tverrfaglige møtet som holdes på et fast tidspunkt en gang per uke. Vi vurderer både alle nyhenviste pasienter og pasientene etter den neoadjuvante behandlingen samt liberalt andre pasienter med onkologiske problemstillinger/tumores relatert til bekkenet. Møtet ledes av samme dedikerte radiolog som også har ansvar for å sende ut liste over de påmeldte pasientene dagen før møtet. Det føres journalnotat på alle gjennomgåtte pasienter, og henvisning mellom onkologer og kirurger skjer ofte direkte på møtet. Ved at patolog også trekkes med, oppnås en kontinuerlig kvalitetssikring med tilbakemelding på "fasit". Ved Ullevål arbeides det fortsatt med å få med patolog på møtene.

Den økte kvalitet i pasientbehandlingen har gitt betydelige gevinster i form av redusert recidiv og økt overlevelse. Kostnaden er økt ressursbruk i forbindelse med inngrepet. Det er viktig at administrasjon og politikere forstår at den totale gevinst er positiv. Selvfølgelig for pasienten, men også samfunnsøkonomisk i form av færre pasienter som behandles for recidiv.



□ **MR-snitt og histologisk snitt som viser hvordan tumor involverer både serosa og den mesorectale fascie.**

Cancer recti pasienter behandlet ved Ullevål Universitets sykehus 2003-2005
 På Ullevål har pasienter med rektumcancer blitt utredet med MR bekken i de siste årene. Ved en gjennomgang av den elektive rectumkirurgien i avdelingen i årene 2003 til og med 2005 har vi retrospektivt registrert sykdomsforløp, utredning, kirurgisk behandling og komplikasjoner hos 107 pasienter, hvorav 64 menn. Denne studien ble presentert på kirurgisk høstmøte i oktober (Vitenskapelige forhandlinger 2006, abstract nr 132). Vi registrerte en markant økning av pasienter som er utredet med MR bekken preoperativt, fra 65% i 2003 til 83 % av pasientene i 2005 (se diagram). I den samme perioden var det også signifikant økning av pasienter behandlet neoadjuvant, fra kun 6% av pasientene i 2003 til 22% i 2004 og i 2005 var det en andel på 34% som fikk onkologisk behandling før kirurgi (se diagram). Pasientene som fikk neoadjuvant behandling var yngre, median 62 versus 69 år, 56% hadde tumor lokalisert < 5 cm fra analåpningen mot 17 % av de som ble operert direkte, oftere lymfeknute metastaser eller fjernmetastaser og lavere histologisk grad enn de ikke forbehandlede pasientene. I tråd med dette ble det utført rectumamputasjon hos halvparten av de neoadjuvant behandlede pasientene mot 17 % amputasjonsrate hos de som ble operert direkte.

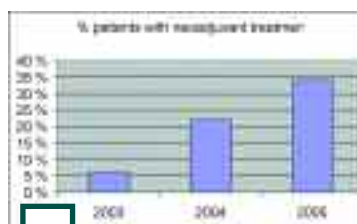
Komplikasjonsraten var ikke signifikant høyere hos de adjuvant behandlede pasientene. I perioden registrerte vi 4 peroperative perforasjoner, alle i 2003 hos pasienter operert uten forbehandling. En anastomoselekkasje ble registrert, dette var hos en pasient som tidligere var strålebehandlet mot bekkenet for annen cancer og som derfor kun fikk kjemoterapi neoadjuvant. Mindre alvorlige komplikasjoner som cystitt, pneumoni og sårinfeksjon fordelte seg rimelig likt mellom de to gruppene.

Frem til sommeren 2005 var det ifølge de nasjonale retningslinjene til Norsk Gastrointestinal Cancer Gruppe kun T4 tumores som skulle forbehandles. I andre halvdel av 2005 ble også pasienter med antatt circumferent reseksjons-

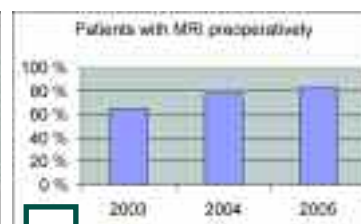
rand (cm)< 3mm forbehandlet. Totalt fikk 18 pasienter neoadjuvant behandling i registreringsperioden, ti med indikasjon T4 tumor og åtte med crm<3 mm, alle disse 8 pasienter høsten 2005.

Vi sammenlignet også samsvar mellom MR beskrivelsen med histologi sk undersøkelse hos pasientene som ble operert direkte. MR beskrivelsene ble svært mye mer detaljrike og presise i registreringsperioden, forenlig med læringskurve og det økede fokus som er blitt på preoperativ MR i perioden. Litt overraskende var det til dels stor diskrepans mellom histologisk- og MR beskrivelse av tumor der MR gjennomgående beskriver knappere crm og "over-stager" lymfeknute affeksjon.

Observasjonstiden postoperativt har vært for kort til å kunne si noe om overlevelse og recidiv utvikling i denne perioden. ■



Andel av pasientene fra Ullevål studien som fikk neoadjuvant behandling



Andel av pasientene fra Ullevål studien som fikk neoadjuvant behandling

Olympus EndoCapsule



Overlegen bildekvalitet, automatisk lysintensitetskontroll (irisfunksjon), Real Time Viewer, 8 timers funksjonstid, overfører 2 bilder pr. sekund, automatisk strukturforbedring av bildet, kort avspillingstid og Red Button.



Format:
11x26mm

Lysfølsom, høyoppløslig CCD teknologi gir klare, skarpe og naturtro bilder selv under de mest krevende forhold. 6 LED gir klart synsfelt og stor dybdeskarphet.

For ytterligere informasjoner, vennligst kontakt
 OLYMPUS NORGE AS. Tlf.: 23 00 50 50. E-post: adm@olympus.no

Premaligne polypper og tidlig cancer i rektum – anbefalinger for behandlingen

Endoskopører og kirurger med behandlingsansvar for premaligne polypper og tidlig cancer i rektum trenger spesialkunnskap om patologisk anatomi, klassifisering og malignitetspotensialet ved ulike stadier.

Patologene trenger også spesialkompetanse innen feltet fordi korrekt vurdering er vanskelig. Det må etableres et nært samarbeid mellom kliniker og patolog. Preoperative biopsier underestimerer ofte malignitetspotensialet i polypper. Preoperativ stadietvurdering er vanskelig. I denne artikkelen skisseres kort noen anbefalinger for behandlingen.

Av: Arild Nesbakken. arild.nesbakken@aker-sykehus.no

Polypper og cancer i rektum klassifiseres i henhold til WHO og TNM-systemet. For de som behandler polypper i rektum er det først og fremst viktig å skille mellom følgende tre prognostiske grupper:

1. Adenom med lett/moderat dysplasi

Noen prøver fortsatt å skille lett og moderat dysplasi, i henhold til WHO skal de inkluderes i samme klasse, lavgradig intraepitelial neoplasia. Disse polyppene kan også en sjelden gang utvikle seg videre til premalign polypp / infiltrerende cancer, men er allikevel på dette stadium prognostisk langt mindre alvorlig enn gruppene nevnt nedenfor.

2. "Premalign polypp"

Vokser kun i epitelet:

Grov dysplasi (tradisjonell klassifisering) = Høygradig intraepitelial neoplasia (WHO)

Carcinoma in situ (WHO), Tis (TNM)

Vokser ned i lamina propria, evt. muscularis mucosa, men ikke ned i submucosa:

Intramucosalt carcinom (tradisjonell kl.) = Intramucosal neoplasia (WHO)

Carcinoma in situ (WHO), Tis (TNM)

Det er ytterst viktig å forstå at dette ikke er infiltrerende cancer, men premaligne tilstander. De er vanskelige å skille fra hverandre for patologen. Prognostisk kan de oppfattes som like. Det forekommer aldri lymfeknute-metastaser ved dette stadium.

3. Infiltrerende adenocarcinom - T1 - cancer

Infiltrerende adenocarcinom betyr at det er infiltrasjon ned i submukosa (T1 iht TNM).

T1-cancer i stilkede polypper bør helst subklassifiseres i henhold til Haggitt's nivågradering, og man må skille mellom infiltrasjon til submucosa i henholdsvis *toppen/hodet* (Haggitt 1), *overgang hode/stilk* (Haggitt 2), *stilk* (Haggitt 3), og rectumvegg under stilk av *polyppen* (Haggitt 4).

Bredbase tumores subklassifiseres i henhold til dybdevekst i submukosa etter Kikuchi. Man skiller mellom infiltrasjon til øvre, midtre og nedre tredjedel av submukosa, hhv sm1, sm2 og sm3.

Preoperativ stadietvurdering

Preoperativ stadietvurdering er vanskelig og krever stor kompetanse. Den er basert på endoskopisk utseende, palpasjon, rektal ultralyd og biopsi.

Ved stilkede polypper er det klar korrelasjon mellom polypp-diameter og forekomst av infiltrerende cancer. I ett materiale fant man ingen cancer i polypper < 5mm, i 2 % av polypper med diameter 6-15 mm og i 19 % av polypper med diameter 15-25 mm. I flate polypper er perifer voldannelse og sentral depresjon cancersuspekt, dessuten non-lifting tegn ved submukøs injeksjon av saltvann.

Ved palpasjon vil fast konsistens være cancersuspekt. Alle tidlige cancer vil være fritt mobile i forhold til omgivende organer.

Transrektal ultralyd er den desidert beste undersøkelse for å skille premaligne polypper fra infiltrerende cancer, og også for å skille T1-T2-T3 cancer fra hverandre. Undersøkelsen krever imidlertid stor erfaring og godt utstyr. MR med ekstern spole er ubrukelig for å skille premalign tilstand fra T1-cancer, og kan heller ikke skille godt mellom T1, T2 og tidlig T3 cancer.

Ved biopsi vil påvist villøst adenom (evt komponenter av villøse forandringer) indikere større malignitetspotensiale enn ved påvist tubulært adenom. Biopsier – enten de er tatt med tang eller slynge, underestimerer situasjonen ganske ofte; endelig histologi av resektat vil i 20-50 % av tilfellene vise mer avansert situasjon enn det preoperativ biopsi har vist.

Behandling av stilket polypp, premalign ved endelig histologi

Alle stilkede polypper vil primært bli behandlet med slyngereseksjon. Hvis polyppen er over 5 mm i diameter, er det viktig å være klar over at den en sjelden gang kan inneholde cancer. Det er derfor viktig at endoskopøren dokumenterer om slynge er lagt på fri stilk og om det er makroskopisk sikker fri rand. Det er også viktig å montere litt større polypper på korkplate slik at det blir enklere for patologene å orientere seg i preparatet.

Pasienten er ferdigbehandlet dersom det er makroskopisk og mikroskopisk sikker fri rand ved slyngereseksjon. Dersom det er ufri rand, eller det er usikkert om randen er fri, og hele polyppstilk er fjernet, kan det anbefales å gjøre fullveggs-reseksjon av arrtomten ved bruk av TEM (transanal endoskopisk mikrokirurgi).

Behandling av T1 – cancer i stilket polypp

Dersom det er infiltrasjon til Haggitt's nivå 1 og 2 med makro- og mikroskopisk fri rand, er pasienten ferdigbehandlet med slyngereseksjon alene. Ingen av disse pasientene har lymfeknute-metastaser.

Dersom tumor infiltrerer til Haggitt's nivå 3, vil ofte reseksjonsmarginen være usikker eller ufri. Det kan da anbefales å



□ Fjernet polypp er korrekt montert på korkplate

gjøre supplerende fullveggs reseksjon av polytpotmen med TEM. Arrtomten bør fjernes med minst 1 cm fri margin til alle sider. Dersom det foreligger Haggitt's nivå 4, skal disse behandles iht retningslinjene for bredbaset cancer, jmfir nedenfor.

Behandling av bredbaset, sannsynlig premalign tumor (Tis)



Bredbaset, sannsynlig premalign polypp i midtre rektum

Som hovedregel gjelder at **Tis i rektum** ikke skal behandles med stor reseksjon. Slyngereksjon alene av store polypper gir imidlertid høy recidivfrekvens, og noen ganger er det cancer i recidivet.

Hos **gamle, skrøpelige** pasienter kan slyngereksjon (evt. repeterte), supplert med en ablasjonsmetode være et godt behandlingsalternativ. Reseksjon kan gjerne gjøres slik EMR-teknikk (endoskopisk mukosa reseksjon) blir presentert - med

saltvannsinjeksjon i underliggende submukosa slik at polyppen løfter seg fra veggen – fulgt av slyngereksjon. Supplerende ablasjon bør virke ned til og med submukosa, og argon plasma koagulasjon og laser er eksempler på velegnede metoder. Slyngereksjon + ablasjon kan gjennomføres uten narkose og er derfor svært skånsom for pasienten. Recidiv-ratene er akseptable, men ikke så lave som ved eksisjon. Metoden bør ikke brukes dersom det er minste mistanke om infiltrerende cancer hos pasient der man har kurativt siktemål.

Hos pasienter i **god almentilstand** bør det gjøres fullveggs eksisjon av polyppen med gode marginer sideveis på rektumveggen. TEM gir langt bedre mulighet enn konvensjonell transanal teknikk for en nøyaktig disseksjon med god oversikt over reseksjonsmarginer til sidene og disseksjonsplan i dypet, og er derfor den anbefalte medode. I de fleste studier er lokal recidivrate etter TEM for store, premaligne adenomer rundt 5-6 %.

Behandling av bredbaset T1 cancer

Det er ikke konsensus om hvordan disse pasientene skal behandles. Lokal reseksjon med konvensjonell, transanal teknikk bør ikke utføres, da lokal recidivrate er høy. Alternativene er derfor formell reseksjon eller lokal reseksjon med TEM-teknikk. Formell reseksjon har en betydelig morbiditet og mortaliteten er 2-3 %, høyere i visse risikogrupper, og medfører rektumamputasjon med permanent stomi hos 40 % av de opererte. I Norge var lokal recidiv-rate 6 % ved formell reseksjon av T1-cancer hos pasienter operert i perioden 1993-1999.



Bredbaset, polyppøs tumor, kan være premalign eller T1 cancer

Lokal reseksjon med TEM er sfinkterbevarende, har lite komplikasjoner og er aktuelt hos noen pasienter. Man kan nemlig skille T1-cancer ut fra malignitetspotensialet i en prognostisk ugunstig ("slem") T1-cancer og en prognostisk

gunstig ("snill") T1-cancer, jmfir. TEM-artikkelen i dette nummer av NGF-nytt. Ved "snill" T1-cancer er forekomsten av lymfeknutemetastaser mindre enn 5 %. I en randomisert kontrollert studie og i en sammenlignende studie ble det funnet like lav lokal recidivrate og like høy 5-års overlevelse etter TEM-reseksjon som etter formell reseksjon av "snill" T1-cancer, og betydelig lavere komplikasjonsfrekvens. I flere serier er lokal recidiv rate etter TEM 5-10 %, og dette alternativet anbefales nå av mange.

Det er en forutsetning at tumor ligger i et område av rektum der det enkelt kan gjøres fullveggs reseksjon av rektumveggen med minst 1 cm fri margin til sidene. Oppad fortil i rektum vil man komme inn i fri bukhule ved fullveggs reseksjon, og cancer med øvre begrensning ovenfor peritoneale omslagsfold bør derfor ikke behandles med TEM. Likeledes er det vanskelig å oppnå frie marginer helt distalt i rektum, og tidlig cancer i denne lokalisasjon er muligens mer aggressiv. Man bør derfor være tilbakeholden med lokal reseksjon av tidlig cancer i denne lokalisasjon dersom man har kurativt behandlingsintensjon.

Behandling av pasient med kjent cancer bør utføres av kirurg med stor erfaring i TEM-operasjoner, og utredning bør foretas i senter med høy kompetanse i preoperativ stadievurdering. Det er få pasienter pr år og dette tilsier sentralisering av behandlingen.

Dersom histologi på uttatt preparat viser at minst ett av kriteriene for "snill" T1-cancer ikke er oppfylt, eller at reseksjonsmarginer er snauere enn 5 - 10 mm, bør pasienter i god almentilstand og hvor siktemålet er kurativt, reopereres med formell reseksjon. Det er naturligvis viktig at pasienten har vært informert om denne mulighet på forhånd, og har samtykket til behandlingsopplegget. Tidlig reoperasjon medfører godt onkologisk resultat. Som kompromiss kan man vurdere postoperativ strålebehandling til pasienter med ett eller flere kriterier som indikerer risiko for recidiv. ■



Sikker infiltrerende cancer, sannsynlig T2, uegnet for TEM-reseksjon

Forfatteren har utarbeidet mer fylldige retningslinjer for utredning og behandling av premaligne polypper og tidlig cancer i rectum, inkludert litteratur-referanser. Disse retningslinjene vil med det første bli endelig anbefalt av Referansegruppen til Norsk Colorektal Cancer Register (NCCR) og av Styringsgruppen til Norsk Gastrointestinal Cancer Gruppe (NGICG), og deretter bli publisert på www.ngicg.no. Interesserte kan også få tilsendt dette ved henvendelse til forfatteren pr mail.

Union of European Medical Specialists, European Board of Gastroenterology, UEMS – EBG

Undertegnede har vært Norges representant i dette for mange relativt ukjente organ, siden 1994. Etter som funksjonstiden er begrenset til tre perioder a fire år trekker jeg meg nå tilbake, og det passer å gi et lite blick på hva som foregår.

Av: Tom B. Schulz, SSA – SSHF, Arendal

UEMS ble dannet i 1958 og er en del av EU systemet og har et permanent sekretariat i Brussel. Målsetningen er å arbeide for at spesialist helsetilbudet i Europa gis med "high standard of clinical practis" gjennom å påvirke utdanning og etterutdanning. Dessuten legge til rette for utveksling av spesialistkandidater, og se på de betydelige forskjeller i antall spesialister i de forskjellige land. Hvert land i EU/EØS området utpeker to representanter gjennom sine nasjonale foreninger.

UEMS opprettet i 1962 "Specialist Sections" for de forskjellige spesialiteter. Hvert land kan ha to representanter, mange mindre har nøyd seg med en. Land utenfor EU/EØS området kan bli assosierte medlemmer.

En av dagens 37 seksjoner er Section for Gastroenterology med European Board of Gastroenterology. Norge kom med her litt tilfeldig. Olav Fausa og undertegnede var i anledning UEGW i Oslo 1994 på et møte i ANSMENGE og ble invitert til å delta på et UEMS møte i Padua desember 1993. Vel hjemme ba vi om å bli offisielt utpekt som Norges representanter.

Representantene er delvis fra det akademiske miljø, delvis er det også representanter fra de privatpraktiserende spesialister som i mange land er en vesentlig del av spesialisthelsetjenesten. Det holdes to møter i året, ett lørdag i forkant av UEGW og ett på våren på rundgang blant deltagerlandene. I noen år arrangerte



□ *Jeg ønsker min etterfølger Dag Malm lykke til og håper han får en like givende tid som jeg har opplevd.*

EBG også workshops under UEGW med tema omkring utdanning og etterutdanning.

EBG opprettet i 1992 "European Board of Gastroenterology, som hadde følgende arbeidsgrupper; Subcommittee for Training Recognition, for Continuing Medical Education, for Manpower og for Exchange of trainees. Den siste er senere nedlagt på grunn av problemer med å finansiere utveksling av spesialistkandidater. Selv hadde jeg gleden av å få lede komitéen for CME i noen år. "Section of UEMS" ble derved et mer overordnet og besluttende organ, mens EBG det praktisk arbeidende som utførte selve jobben. De to er imidlertid tett sammenvevd og de fleste er med i begge deler, så det er ikke alltid lett å skille dem.

De første årene ble det brukt mye tid og krefter til å få nord og sydeuropeere til å bli enige om kriteriene for å få "The European Diploma of Gastroenterology". Innen noen spesialiteter valgte man eksamensmodellen, mens EBG valgte et system likt det vi har. Der er det utdanningsavdelingene som blir kvalitets sikret ved besøk fra komitéen, mens den enkelte kandidat har krav om prosedyrelister tjeneste tid, type tjeneste etc. Det foreligger ingen formelle krav til kurs.. Kravene både til utdanningsinstitusjonen med hensyn på pasientgrunnlag, stab, utstyr og fasiliteter er mye likt det vi har for gruppe I avdelinger. Noe av bakgrunn for ønsket om å ha et "European Diploma" er å gjøre fri flyt av

tjenester letter ved at arbeidsgivere da kan vite noe om kvaliteten på utdanningen av den enkelte spesialist.

Implisitt i arbeidsoppgavene ligger at man skal forsøke å harmonisere utdannelsen. UEMS / EU har imidlertid ingen annen påvirkningsmulighet enn gjennom sine nasjonale foreninger og gjennom EUs politiske apparat, så noen reell makt har man ikke. Der hvor jeg tror EBG har hatt mest innflytelse har vært ovenfor de nye EU land som i mange tilfelle ønsker å få utdannelsesavdelinger godkjente som sådanne.

Det området det nå strides om er CME (continous medical education). Stadig flere land i Europa innfører frivillig eller obligatorisk CME, noe som kanskje er forståelig i land der en større del av spesialisttjenesten dekkes av private klinikker/spesialister. EBG har vært den institusjon som har akkreditert internasjonale møter i relasjon til CME poeng. Nå ønsker UEGF medinnflytelse. Med fare for å bli kalt paranoid ønsker noen av oss å beholde en posisjon absolutt fri for enhver forbindelse med biomedisinsk industri.

Jeg vil gjerne få takke NGF / DnI som har latt meg få representere Norge i disse årene. For en som har vært litt interessert i organisatorisk arbeid har det vært nyttig å kunne oppleve de kulturforskjeller det tross alt er mellom nord og sydeuropa. Det var ikke alltid like lett å få alle til å gå i samme retning. Helt frem til for et par år siden var alle møter tospråklige, dvs. et engelsk innlegg ble oversatt til fransk vice versa. Fortsatt produseres alle offisielle dokumenter tospråklig. ■

■ For ytterligere fordypning:

Specialist training in gastroenterology in the European Community: the case for European Boards. Special Report, GUT Jan 1994, Vol 35, No 1, 135-138.

Beatttie AD et al. The Erupean Diploma of Gastroenterology: progress towards harmonization of standards. European J of Gastroenterology and Hepatology.

Hjemmeside

<http://www.gastrohep.com/eums/>
<http://www.uems.net>

Creon®

pankreatin



Pankreon® har i mange år vært solgt med merkenavnet **Creon®** utenfor Norden. Siden mars 2004 har vi også i Norge tatt i bruk merkenavnet **Creon®**.

Creon® og **Creon® Forte** blir fortsatt levert i brukervennlige bokser.



**SOLVAY
PHARMA**

Postboks 248, 1301 Sandvika.
Tlf. 67 52 12 20

Stor mann med sans for små detaljer

Av: Ragnar Madsen, Degrafo

Som et lite land og med små midler til medisinsk forskning, er det stort når en nordmann "kan dokumentere langvarig, omfattende og enestående internasjonal kvalitet" på sin forskning. Når man i tillegg, i de to siste tiårene, har vært landets mest siterte forsker internasjonalt og publisert i de mest prestisjetunge internasjonale tidsskrifter, er det oppsikt-svekkende. Det var derfor et klokt valg da professor, dr. philos. Per Brandtzæg ble dekorert med Kommandør av Den Konglige Norske St. Olavs Orden 3. november. Men Per, som de fleste kaller han, har faktisk mer å by på...

Han er 192 på strøpelesten, mager og nevenyttig, har en fremragende kone, 4 barn og 8 barnebarn. Han har kapret en haug med norske og internasjonale forskerpriser og er i dag kanskje Norges mest aktive debattant og lobbyist inne forskningspolitikk - i en alder av 70 år.

Trives med det enkle

-Hvordan fant du på å bli forsker?

-Mye er tilfeldig. En evne til nysgjerrighet, utholdenhet og ryddighet er noen grunner. Dessuten må jo faget drive deg, med et ønske om å bli god.

..men for å lykkes som forsker?

-Da må du i tillegg ha flaks, dyktige medarbeidere, et lojalt støtteapparat og evne til å skaffe penger

Et beskjedent svar fra en forsker i verdensklasse.

Per Brandtzæg er opprinnelig fra Fredrikstad, men flyttet til Sunnmøre med sin mor etter at faren døde. Bakgrunn som slåttemann og snekker, etter hvert skole og utdannet som tannlege, der han traff sin kjære kone Ragna-Marie, kalt Tulla. Som nyutdannede tannleger dro de begge til USA på begynnelsen av 60-tallet og det var der han la det første grunnlaget for sin karriere. Med Pers mastergrad i immunologi, mikrobiologi og patologi, dro de tilbake til Norge høsten 1964.

Forskning i kjelleren

- Og da lå det norske forskningsmiljøet for dine føtter?

- Også her, tilfeldigheter. Med kunnskap om immunhistokjemi og immunopatologi fra USA begynte jeg på obduksjonsavdelingen på Rikshospitalet under professor Olav Torgersen. Han ble fascinert av det jeg hadde lært og så muligheten for å etablere et gastroenterologisk forskningsfelt basert på immunhistokjemi. Jeg fikk etablert mitt eget laboratorium i en nedstøvet kjellerleilighet i den gamle Patologibygningen.

Her startet LIIPAT, Laboratorium for immunhistokjemi og immunopatologi. Uten noen seniorveileder var vi 3 unge personer som holdt på der nede i kjelleren endel år. Torgersen var sjef, men han var klassisk patolog og manglet kompetanse i immunologi.

-Det ble jo jobbet bra. Arbeidet ført fram til en doktorgrad?

-Det skjedde i 1971 på en avhandling med tittelen «Human secretory immunoglobulin». Den dannet grunnlaget for videre forskning innen immunsystemer og sykdommer i slimhinnene. Etter hvert fikk vi større lokaler i den nye Patologibygningen på det gamle Rikshospitalet og kunne dermed jobbe videre med nye prosjekter.



Per Brandtzæg

f: 09.06.36

Utdannelse

1956-1960	Odontologisk fak., UiO Cand. odont.
1962-1964	Univ. of Alabama at Birmingham, ALA, USA, MSc. (1964) Immunologi, patologi og mikrobiologi
1964-1967	Universitetsstip., UiO Immunologi
1967-1971	Stip., Den norske Kreftforening, Dr. philos. (1971), Immunologi
1971-1974	Forsker, Den norske Kreftforening, Immunpatologi

Yrkeskarriere

1974-1976	Odontologisk fak., UiO Mikrobiologisk avd. Prosektor
1974-1976	Rikshospitalet, Oslo Avdeling for patologi, Konsulent, immunhisto.
1977-1983	Med. fak., UiO, Institutt for patologi, 1. amanuensis, patologi
1977-2006	Rikshospitalet, Oslo, Avdeling for patologi, Laboratorieleder, LIIPAT
1984-1987	Med. fak., UiO, Institutt for patologi, Personlig dosentur, patologi
1987-2002	Med. fak., UiO, Institutt for patologi, Professor, patologi
2002-2004	Med. fak., UiO, Senter for vaksinologi og immunterapi (CEVI), Leder for tematisk forskningsområde
2004-2006	Fakultetsdivisjon Rikshospitalet, Med. fak., UiO, Divisjonsleder

Utmerkelser

Personlige forskningspriser: 13 priser inkludert Robert-Feulgen Prize (Göttingen, 1980); Besredka Prize in Mucosal Immunity (Paris, 1984); AMICON Med. Res. Prize (Antwerp, 1987); Anders Jahre's store medisinske forskningspris (Oslo, 1988); Acta Otolaryngol. Prize for Outstanding Res. (Salzburg, 1995); Norges forskningsråds pris for fremragende forskning (Oslo, 1998); Fridtjof Nansens pris for fremragende forskning (Oslo, 2003); Swedish Dental Society's Internat. Prize (Stockholm, 2003); Rikshospitalets seniorpris for fremragende forskning (Oslo, 2004); Garnet Immunoglobulin Prize of the Czech Immunologic Society (Prague, 2006).

Pristildeling til forskning: 10 priser inkludert Norges allmenvitenskapelige forskningsråds utmerkelse for fremragende forskning, 1992 (NOK 2.5 mill) og 1998 (NOK 2.4 mill); Medinnovas Idépris, 1997; Universitetets forskningspris, UiO, 1998 (NOK 1.5 mill); Forskningsgruppetildeling fra Rikshospitalets forskningsutvalg, 2002 (NOK 600 000), 2004 (NOK 1.0 mill), og Helse Sør/Rikshospitalet, 2005 (NOK 910 000).

Andre æresbevisninger: 24 internasjonale æresforelesninger. Æresprofessor, Old Univ. of Herborn, Tyskland, 1984; Æresdoktor, Univ. of Århus, Danmark, 1991; Audiens hos Kong Harald V, 1996; Fakultetsmedalje, Det medisinske fakultet., Univ. i Oslo, 1998; Æresgjest, 4th Internat. Symp. Tonsils and Adenoids, Ghent, Belgia, 1999; Æresdoktor, Univ. i Bergen, Norge, 2000; Æresdoktor i medisin, Freie Universität Berlin, Tyskland, 2000.

Innvalgt medlemskap (elect) eller æresmedlemskap (hon.): Svensk Gastroenterologisk Selskap (hon.); Den norske patologforening (hon.); Den norske tannlegeforening (hon.); Norsk Videnskaps-Akademi (elect); Det Kongelige Norske Videnskabers Selskab (elect); Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina (elect).

Gjennombruddet

-Og i 1974 kom det du lenge hadde håpet på?

-Ja, det var det året jeg publiserte modellen for pumpemekansimen som aktivt transporterer antistoffer - såkalt sekretorisk immunglobulin A og M - til slimhinnens overflate og ut i sekretene. Den molekylære forklaringen bekreftet jeg 10 år senere. Hele historien bygget først og fremst på en artikkel i Science og fire i Nature. Kroppens slimhinner med deres immunceller og antistoffer har vært Pers verden i mer enn 40 år.

Slimhinner fascinerer

-Hva går dette ut på - forklart til en ikke lege?

-Slimhinnene fungerer som den første forsvarslinje mot mikroorganismer og fremmede proteiner som forsøker å trenge inn i kroppen. Her produseres de spesialiserte sekretoriske antistoffene. Men hos noen individer fungerer ikke immunforsvaret godt nok. Bakterier, virus og allergener blir ikke stoppet på overflaten. Det er her vaksiner og immunterapi kan komme inn i bildet.

Fortsetter på neste side ►

Per Brantdzægs oppsummering av de viktigste bidrag fra LIIPAT til gastroenterologien

1. Modellen for transport av IgA- og IgM-antistoffer til sekreter slik som tarm-saft, ble først foreslått av meg på begynnelsen av 1970-tallet med flere artikler i Nature og Science. Det sekretoriske antistoffsystem utgjør kroppens største adaptive forsvarsmekanisme og er essensiell for slimhinnenes homeostase ved å hindre invasjon av de normale tarmbakteriene og dessuten beskytte mot patogene mikroorganismer. Det var denne internasjonalt anerkjente transportmodellen som var hovedbegrunnelsen for å tildele meg Anders Jahres store medisinske pris i 1988. Modellen er videreutviklet og bekreftet ved molekylærbiologiske arbeider i vårt eget laboratorium (LIIPAT) og også med bidrag fra flere andre laboratorier. Her må særlig fremheves bidragene fra førsteamanuensis Finn-Eirik Johansen, som nå har overtatt ledelsen av LIIPAT. Ved hans hjelp lyktes det i 1999 å lage en knockoutmus som mangler sekretoriske antistoffer. Denne musestammen har lært oss mye om hvordan tarmslimhinnen beskytter mot infeksjoner og allergi.
2. Vårt laboratorium har også arbeidet mye med de mekanismene som styrer utvandringen av immunceller til tarmslimhinnen og luftveiene. Vi har påvist at det foreligger en betydelig regionalisering. Et viktig grunnlag for utvikling av lokale vaksiner applisert på slimhinnen, noe WHO og GAVI er veldig opptatt av i forbindelse med massevaksinering. Denne forskningsaktiviteten var en del av grunnelsen for å opprette CEVI (Centre for Vaccinology and Immunotherapy) som jeg tok initiativet til i 2001 i et samarbeid mellom 4 andre universitetslaboratorier og LIIPAT. CEVI er nå en av de prioriterte tematiske forskningsgruppene under Det medisinske fakultet og har nettopp lykkes i konkurransen om å bli Senter for Fremragende Forskning (SFF).
3. Allerede med vår første kliniske stipendiat fra Medisinsk avdeling tidlig på 1970-tallet (Kåre Baklien), startet et utstrakt samarbeid med Olav Fausa som ledet Gastroenterologisk seksjon. I Bakliens doktorgradsarbeid fra 1977 inn-gikk studier både av inflammatorisk tarmsykdom (IBD) og cøliaki. Kåre fulgte opp det arbeidet jeg hadde startet for å klarlegge i hvilken grad produksjonen av antistoffproteiner (IgA, IgG og IgM) var endret i IBD-lesjonen i tarmen. Vi var de første som viste at det ble en dreining bort fra det ikke-inflammatoriske IgA til det pro-inflammatoriske IgG. Disse arbeidene ble fulgt opp bl.a. av Kjell Kett og Trond S. Halstensen. Vi viste i samarbeid med den amerikanske gastroenterologen Kiron Das overproduksjon av subklassen IgG1 med auto-antistoffaktivitet mot tarmepitelet i ulcerøs kolitt. Dette gir en plausibel forklaring på at ulcerøs kolitt (i motsetning til Crohns sykdom) viser diffuse og relativt overfladiske lesjoner.
4. Den kliniske stipendiaten som fulgte etter Baklien fra Gastroenterologisk seksjon, het Rolv Stave. Han disputerte i 1978 på en avhandling om magesår. Denne problemstillingen ble senere fulgt opp med studier av kronisk gastritt ved stipendiatene Kolbjørn Valnes og Audun Berstad. De undersøkte den lokale produksjonen av IgG og IgA i betent mageslimhinne og betydningen av pro inflammatorisk komplement-aktivering. Et særdeles viktig funn var at slik aktivering kunne forårsakes direkte av den sykdomsfremkallende bakterien *Helicobacter pylori*.
5. Vi har arbeidet videre med hvordan innvandringsmekanismene for immunceller er endret ved IBD. Dette er blitt videreutviklet i et samarbeid med Kirurgisk avdeling B, og de siste prosjektene er blitt utført av Hege S. Carlsen som er gastrokirurg. Etter å ha gjort sitt doktorgradsarbeid på LIIPAT, er hun nå i deltid som postdoktor her. Hennes arbeid har vært fokusert på kjemokiner som tiltrekker immunceller, og på ko-stimulatoriske molekyler som styrer interaksjonen mellom disse cellene. Dette er målrettet forskning som et ledd i fremtidig utvikling av nye prinsipper for blokkerende biologisk terapi ved IBD.
6. Vår forskning på cøliaki ble også startet av Baklien og fortsatt av Kett fra Gastroenterologisk seksjon. Senere kom patologen Helge Scott inn i bildet og tok sin doktorgrad ved LIIPAT i 1985. Hans arbeid la grunnen for en diagnostisk serologisk test for cøliaki som i samarbeid med Allergenlaboratoriet, Nycomed A/S, ble initiert i 1986 og viste en eksponentiell brukerinteresse. I mange år var testen nærmest landsdekkende i cøliakidiagnostikken.
7. Forståelsen av sykdomsmekanismene i cøliaki har endret seg. Ludvig M. Sollid gjorde sitt doktorgradsarbeid ved LIIPAT i et samarbeid med professor Erik Thorsby ved Institutt for transplantasjonsimmunologi (ITI), nå Immunologisk institutt (IMMI). Han forsvarte sine banebrytende funn innen sykdommens immungenetikk ved disputasen i 1992, og har nå sin egen forskergruppe på IMMI. Han regnes som en av verdens fremste eksperter på betydningen av reaktive T-celler i cøliaki, og gruppens målsetting er å kunne blokkere deres gluten-induserte overstimulering som et alternativ til gluten-fri diett.
8. Imidlertid er det nå stor internasjonal interesse for å finne sykdomsutløsende mekanismer som skjer før T-celleaktivering i Cøli. I samarbeid med Inger Nina Farstad ved vår avdeling, har stipendiat Richard W. Olausson gjort interessante funn som tyder på at aktivering av selve tarmepitelet er av sentral patogenetisk betydning. Han disputerte på dette temaet våren 2006 som stipendiat nr. 40 ved LIIPAT. Hans forskning kan lede opp til en fremtidig ny innfallsvinkel for oppfølging og behandling av cøliaki. Arbeider fra flere andre laboratorier går nå i samme retning.
9. LIIPAT har også bidratt med forskning på matvareallergi, og her må spesielt postdoktorene Malin Karlsson og Unni Haddeland nevnes. De har begge gjort viktige funn på betydningen av regulatoriske T-celler som en kontrollmekanisme for å hindre uønskede reaksjoner mot matproteiner. Internasjonalt er regulatoriske T-celler meget aktuelt da kunnskap om denne celletypen gir løfte om nye behandlingsprinsipper når det er ubalanse i immunsystemet slik som ved allergi, cøliaki, IBD og autoimmunitet. Våre pionerarbeider på kumelk-allergiske barn, i samarbeid med barnelege Jarle Rugtveit, er derfor blitt lagt godt merke til internasjonalt.

Portrett

Vaksiner vil stimulere immunforsvaret til å produsere flere og bedre antistoffer. Nye mukosale vaksinasjonsmåter ligger i fremtiden, man ønsker bl.a. å unngå smitte via gjenbruk av sprøytespisser i utviklingslandene. Hva med vaksiner som nesenspray? Da er vi inne på ny, spennende forskning.

En arbeidsdag på både 12 og 14 timer er ikke uvanlig kost for Per Brandtæg. Med familie, stort nøkkelknippe til to hytter, Tullas odelsgård og villa på Tåsen kan man lure på hvordan alt dette er mulig å gjennomføre.

-Å finne en kombinasjon med avslapning og hardt arbeid, er nødvendig. Jeg har den egenskap at jeg kopler helt av når jeg har fri. Grunnen til at dagene har vært lange skyldes iallfall delvis at det på dagtid er blitt mye administrasjon, møter o.l. Forskerarbeidet har ofte foregått etter vanlig stengetid.

Det er sikkert ikke slik det skal være, men ganske vanlig for alle som driver med en stor forskningsaktivitet. Jeg må innrømme at det til tider har vært tungt, Særlig fordi det er så vanskelig i dette landet å skaffe nok penger til rekruttering av dyktige medarbeidere.

Forskerens lodd

Her må nevnes at LIIPAT var på konkursens rand i 2001. En lovet bevilgning gikk ikke i boks.

-Som leder var dette tøft. Jeg hadde lagt planer, lovet folk jobb og en fremtid. Plutselig var vi en million i minus. Det sier noe om rammevilkår og mangel på forutsigbarhet i norsk forskning. Heldigvis løste problemet seg gjennom en senere bevilgning.

Da er vi med en gang over på en av Pers kampsaker - bedre kår for norsk forskning.

-Det er en skandale at Norge setter nesten alle oljeinntekter på bok framfor å satse på det som skal bli vår fremtid, kunnskapen!. Oljenasjoner vi kan sammenlikne oss med satser mye mer enn oss. Jeg har foreslått overføring til

forskningsfondet på fem prosent av oljefondet som ville gi ca. 80 milliarder. Da kunne avkastningen bidra godt til den foreslåtte andel på tre prosent av BNP, målet for 2010 i forskningsmeldingen som Regjeringen har bundet seg til.

-Det virker ikke som du har tenkt å trappe ned på mange år enda?

-Jeg er ikke lenger leder for fakultetdivisjonen på Rikshospitalet, men nå bare tilknyttet mitt faglige miljø ved den nye Patologiklinikken vi fikk ved fusjonen med Radiumhospitalet. Jeg kan derfor videreføre min faglige og forskningspolitiske aktivitet på full tid, siden jeg er fritatt helt fra administrative oppgaver. Det trives jeg veldig bra med, og er stadig ute for å gi etterutdanning og holde foredrag. Dessuten har jeg fortsatt ett og annet å melde om norsk forskning, rammebetingelser, etikk, sakkyndighetsarbeid, etc. Her må noen fortelle om det som skjer og hva som skal til for å lykkes bedre. ■



Tett oppfølging i Laboratoriet (1985)

© Pentasa® "Ferring A/S"

© Pentasa® Sachet "Ferring A/S"

Antiinflammatorisk middel. ATC-nr.: A07E C02

T DEPOTTABLETTER 500 mg: Pentasa: Hver depottablett inneholder: Mesalazin, 500 mg, const. q.s.

T REKTALVÆSKE, suspensjon 1 g: Pentasa: 100 ml inneholder: Mesalazin, 1 g, natr. metabisulfid (E 223), natr. acet. trihydr. (E 262), dinatr. edet. q.s., acid. hydrochloric. ad pH 4,8 et aqua purif.

T STIKKPILLER 1 g: Pentasa: Hver stikkpille inneholder: Mesalazin, 1 g, magn. stear., talc., povidon. et macrogol. 6000 q.s.

T DEPOTGRANULAT 1 g: Pentasa Sachet: Hver dosepose inneholder: Mesalazin, 1 g, const. q.s.

Indikasjoner: Depottabletter og depotgranulat: Ulceros kolitt og Morbus Crohn hos pasienter som ikke tåler eller av andre grunner ikke kan bruke sulfasalazin. **Rektalvæske:** Ulceros proktosigmoiditt hos pasienter som ikke tåler eller av andre grunner ikke kan bruke sulfasalazin. **Stikkpiller:** Aktiv ulceros proktitt. **Dosering:** Depottabletter og depotgranulat: Individuell dosering. **Voksne:** Opptil 4 g daglig fordelt på flere doser. **Barn:** Forsøksvis 20-30 mg/kg kroppsvekt daglig fordelt på flere doser. Bør ikke gis til barn <2 år. **Depotgranulatet må ikke tygges. Depottablettene bør svelges hele. De kan deles, men må ikke tygges. Rektalvæske:** Voksne: Normaldosering: 1 klyster hver kveld for sengetid i 2-4 uker. **Stikkpiller:** Voksne: 1 stikkpille 1 gang daglig. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene og salisylater. Alvorlig nedsatt nyre- eller leverfunksjon. **Forsiktighetsregler:** Forsiktighet bør utvises hos pasienter med nedsatt leverfunksjon. Nyrefunksjonen bør kontrolleres regelmessig, spesielt i starten av behandlingen. Preparatet må gis med forsiktighet til pasienter som er overfølsomme for sulfasalazin. Ved mistanke om eller påviste tilfeller av mesalazin-indusert myo- og perikarditt eller alvorlig blodtrykkssjokk bør behandlingen avbrytes. **Interaksjoner:** Samtidig bruk av andre nefrotoksiske legemidler kan øke risikoen for nyrekomplikasjoner. Hos pasienter som får azatioprin eller 6-merkaptopurin, kan samtidig behandling med mesalazin øke risikoen for blodtrykkssjokk. **Graviditet/Amning:** Forsiktighet bør utvises. Bør kun brukes i samråd med lege etter nøye vurdering av fordeler/ulemp. **Overgang i placenta:** Passerer. Teratogen effekt er ikke observert i dyrestudier. **Blodsykdommer (leukopeni, trombocytopeni, anemi)** er sett hos nyfødte barn av mødre som har brukt mesalazin. **Overgang i morsmelk:** Går over. Mesalazin-konsentrasjonen i morsmelk er lavere enn i morens plasma, mens konsentrasjonen av metabolitten acetylmisalazin forekommer i samme eller høyere konsentrasjon. Begrenset erfaring. **Overfølsomhetsreaksjoner** som diaré hos spedbarn, er rapportert og kan ikke utelukkes. **Bivirkninger:** Mest vanlig er gastrointestinale forstyrrelser, hodepine og hudreaksjoner. **Overfølsomhetsreaksjoner** og legemiddelindusert feber sees av og til. Etter rektal administrering kan lokale reaksjoner som pruritus, rektalt ubehag og avføringstrang forekomme. **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Diaré, kvalme, oppkast og abdominale smerter. Hud: Utslett (inkl. urticaria, eksantem). Neurologiske: Hodepine. **Sjeldne (<1/1000):** Blod: Leukopeni, trombocytopeni, anemi, aplastisk anemi, eosinofili, agranulocytose, pancytopeni. Gastrointestinale: Forhøyet amylasenivå, pankreatitt. Hud: Reversibel alopeci, lupus erythematosuslignende reaksjoner. Lever: Forhøyet leverenzym- og bilirubinivåer, hepatotoksitet (inkl. hepatitt, cirrhose, leversvikt). Luftveier: Allergiske lungereaksjoner (inkl. dyspné, hoste, allergisk alveolitt, pulmonær eosinofili, pulmonær infiltrasjon, pneumonitt). Muskel-skjelettsystemet: Myalgia, artralgi. Neurologiske: Perifer neuropati. Sirkulatoriske: Myokarditt, perikarditt. Urogenitale: Unormal nyrefunksjon (inkl. interstitiell nefritt, nefrotisk syndrom), mistarget urin. Flere av disse bivirkningene kan også være et ledd i den inflammatoriske tarmsykdommen. **Egenskaper: Klassifisering:** Mesalazin (5-aminosalisylsyre) til behandling av inflammatorisk tarmsykdom. **Virkningsmekanisme:** Ikke fullstendig klarlagt, men mesalazin antas å virke lokalt på tarmmucosa. Substansen hemmer leukocytte-motakse og nedsetter dannelsen av cytokiner, leukotriener og frie radikaler. **Absorpsjon:** Depottabletter og depotgranulat: Ca. 30-50%. Absorberes hovedsakelig i tyntarmen. Reduseres ved samtidig matinntak. **Rektalvæske:** Ca. 15-20%. **Stikkpiller:** Ca. 10%. **Proteinbinding:** Mesalazin: Ca. 50%. Acetyllert metabolitt: Ca. 80%. **Fordeling:** Depottabletter og depotgranulat frigjør virkestoffet kontinuerlig i løpet av passasjen gjennom tarmkanalen, uavhengig av pH-forhold og matinntak. **Rektalvæske** frigjør virkestoff i distale deler av tarmen, til og med colon descendens. **Stikk-pillene** frigjør virkestoff i rektum. **Halveringstid:** Depottabletter og depotgranulat: Mesalazin: Ca. 40 minutter. Acetyllert metabolitt: Ca. 70 minutter. «Steady state» nås etter 5 dager. **Terapeutisk serumkonsentrasjon:** Depottabletter og depotgranulat: Maks. plasmakonsentrasjon nås etter 1-4 timer. Ikke detekterbar etter 12 timer. Acetyllert metabolitt har tilsvarende kurve, men høyere konsentrasjon og langsommere eliminasjon. **Metabolisme:** Acetyllering i tarmslimhinnen og lever samt til en viss grad via tarmbakterier. **Utskillelse:** I urin og fæces. I urin hovedsakelig som acetylmisalazin. **Pakninger og priser pr. 01.07.2006:** **Pentasa: Depottabletter:** Empac: 100 stk. kr 374,50, 3 x 100 stk. kr 1054,60, **Rektalvæske:** 7 x 100 ml kr 298,30, **Stikkpiller:** 28 stk. kr 536,40, **Pentasa Sachet: Depotgranulat:** 3 x 50 doser kr 1297,90. T. 4b).

For fullstendig informasjon, se godkjent preparatomtale.

PENTASA-sortimentet tilbyr ulike kombinasjonsmuligheter for individualisert behandling.



Ved mild til moderat UC

Pentasa®
mesalazin
Partners in remission

FERRING
PHARMACEUTICALS

MEDICINE ON THE BODY'S OWN TERMS

Ferring Legemidler AS • Nydalsveien 36 B • Postboks 4445 Nydalen • 0403 Oslo
Telefon: 22 02 08 80 • Telefaks: 22 02 08 81 • www.ferring.com

Ny redaktør Thomas de Lange: NGF-nytt's positive utvikling bør fortsette

Av: Thomas de Lange, Bærum Sykehus

Jeg har vært så heldig å få overta oppgaven som redaktør for NGF nytt fra 1. januar, 2007. Jeg har lenge gledet med over bladets positive utvikling og nye lay-out. Min umiddelbare tanke er å videreføre Toms utmerkede arbeid. Først noen linjer om meg selv. Jeg tok utdannelsen i Strasbourg, Frankrike på 80-tallet, og ble spesialist i indremedisin ved Norra Älvsborgs länsjukhus i Trollhättan, Sverige. Fra Trollhättan gikk veien til gastromedisinsk avdeling ved Ullevål universitetssykehus der jeg gjennomførte spesialistutdannelsen i fordøyelsessykdommer og var konstituert overlege i et par år. Mine interesser har vært fokusert på endoskopi, dokumentasjon, systematikk og IT løsninger. Denne interessen førte til stipendiatstilling på Ullevål fra 2001 til 2006. I april 2006 disputerte jeg på avhandlingen: "Endoscopy reports: Development and evaluation of digital documentation". Jeg begynte i en overlegestilling i fordøyelsessykdommer på Sykehuset Asker og Bærum HF 1/9 2006. Her skal jeg i tillegg til vanlig klinikk drive helsetjenesteforskning for å se om man kan finne modeller for bedre pasientflyt og utredningsprosess. Jeg tror at mye av myndighetenes fokus i tiden fremover vil være på utviklingen



og organiseringen av helsetjenesten. Opprettelsen av Helse-Øst senter for helsetjenesteforskning er et viktig signal. Retningslinjer for prioritering av pasientgrupper vil også være viktig. Det er viktig at vi deltar aktivt i dette arbeidet. Disse sakene vil nok bli omhandlet i noen av de kommende numrene.

Jeg er veldig opptatt av at NGF-nytt skal være et interessant forum for dere og oppfordrer dere på det sterkeste til å komme med innlegg og forslag til temaer for kommende utgaver.

Da høres vi? ■



Etter forrige NGF-Nytt har det blitt korrespondert på mail som refereres her

Fra Hans-Petter Næss, Avdelingsoverlege, Kirurgisk avdeling Sykehuset i Vestfold HF, Tønsberg

Har med interesse lest deres artikkel i NGF-nytt nr. 3, 2006. Som avdelingsoverlege arbeider jeg for tiden med å forsøke å legge om rutinene slik at de skal samsvare bedre med lov og forskrift, noe som jeg mener også pasientene vil være tjent med. Feilen hos oss, og åpenbart flere andre steder, er at pasientenes rettighet blir vurdert på utilstrekkelig grunnlag. Dette gjør at et galt antall pasienter får rett til helsehjelp (og behandlingsfrist/garanti). Dette har loven bestemmelser som skal sikre, men det ser ikke ut til at det blir gjort i praksis. Deres 10 punkter med symptomer og tegn som grunnlag for prioritering viser nettopp dette.

For å kunne beslutte hvorvidt pasienten har rett til helsehjelp eller ikke, må man som prioriteringsforskriften sier ha vurdert pasientens helsetilstand tilstrekkelig grundig til å fastslå om det foreligger fare for prognosetap eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet (som er nærmere beskrevet) dersom behandling utsettes utover den frist man mener er medisinsk forsvarlig. Det vil si at man må ha en diagnose og vite en del om livskvalitet (plager, symptomer, smerte osv).

Og da kommer mitt poeng:

Dette skal vurderes innen 30 (virke-)dager. 15 virkedager dersom det er grunn til å mistenke at det foreligger en alvorlig eller livstruende tilstand (og det er forsvarlig å vente så lenge). Det står i Pasientrettighetslovens §2-2. I deres artikkel er kun lovens § 2-1 med tilhørende forskrift (prioriteringsforskriften) anvendt, og ikke §2-2. I noen tilfeller kan man kanskje si hva pasienten feiler og hvilken behandling som skal gis på grunnlag av henvisningen alene, men ofte trenger man betydelig flere opplysninger. Da skal man undersøke pasienten før man beslutter om pasienten har rett til helsehjelp.

Ved riktig lovanvendelse vil pasientene i deres eksempel 1, først bli skopert, deretter prioritert. Dersom man finner en tumor (innen 15 virkedager helst) skal hun ha rett til helsehjelp innen en ganske kort frist. Ved neg. funn eller divertikkelblødning skal hun ha en annen prioritering, kanskje ikke rett til helsehjelp. Først da kan man si noe om hvilken andel med rettighet som er sammenliknbar om nærmere noe som er "riktig". ■



**Kommentar til Hans-Petters innlegg Olav Sandstad
Medical department, Ullevål University hospital**

Sett fra en ikke-operativ spesialitet ser verden noe annerledes ut. Pasientene henvises ofte uten diagnose, men med et symptom. Bak dette symptomet kan det skjule seg et vidt spekter av diagnoser både med og uten rett til helsehjelp. På grunnlag av disse opplysningene må det vurderes om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp og settes en frist for denne. Det er såvidt jeg forstår frist for gjennomføring av undersøkelsen som skal settes. Illustrert med asymptomatisk colonoskopiscreening, ville pasienten kunne forlange slik undersøkelse i løpet av to uker, ettersom det jo kan være kreft. Dette er ikke lovens intensjon slik jeg har hørt tolkninger av forarbeidene. ALLE pasienter må ikke ha gjort ALLE undersøkelser innen 30 dager. ■

Olav Sandstad, Gastromedisinsk avdeling, Ullevål universitetssykehus.

NGF Vintermøte



Tiden er igjen inne til årets største begivenhet i NGF, Vintermøtet på Lillehammer. Det er kommet mange gode innlegg og det holdes flere spennende symposier. Også flere av medlemmene samles for å diskutere spesial-emner i tilknytning til møtet, blant annet Norsk ERCP-register. På Generalforsamlingen skal viktige temaer opp i forhold til organisering som fagmedisinsk forening. Håper derfor at både gamle og unge NGF'ere stiller opp også i år.

Aldri før har vi hatt et behov for en sterk tverrfaglig forening som nå!

Norsk ERCP-register

Fra nyttår starter et nytt nasjonalt ERCP-register som tidligere kunngjort. Registeret organiseres og driftes av Gastronett og forhåpentligvis vil alle sentra som gjør ERCP delta. Registeret er et viktig virkemiddel i NGF sitt kvalitets-sikringsarbeid. Vi oppfordrer alle som kan, til å delta på ERCP-møte i forbindelse med Vintermøtet på Lillehammer.

Møtet avholdes før Torsdagssymposiet 14.30-16.00

For videre informasjon ber vi at dere kontakter undertegnede, Michael Bretthauer, Geir Hoff, Lars Aabakken eller Tom Glomsaker.

hfg@online.no, tom@glomsaker.no, larsaa@medisin.uio.no,
Michael.Bretthauer@rikshospitalet.no



NGF's Torsdagssymposium Lillehammer 8. februar 2007

Arrangeres i samarbeid med
"Norsk Selskap for Klinisk Ernæring"



Underernæring på sykehus

- 16.00 – 16.15** Presentasjon av Norsk Selskap for Klinisk Ernæring
(www.nske.no) Øivind Irtun, UNN
- 16.15 - 16.55** Forekomst av underernæring på sykehus
Skandinaviske leger og sykepleieres kunnskap og holdninger til klinisk ernæring. Resultater fra skandinavisk undersøkelse.
Morten Mowe, Aker Universitetssykehus
- 16.55 – 17.35** Hvordan stille diagnosen
Randi Tangvik, Haukeland Universitetssykehus
"Screening-skole"
Lene Huus, Haukeland Universitetssykehus
- 17.35 – 18.00** Kaffepause
- 18.00 - 18.30** Underernæring / ernæring av kirurgiske pasienter
Øivind Irtun, UNN
- 18.30 - 19.00** Underernæring / ernæring av medisinske pasienter
Jan Magnus Kvamme, UNN
- 19.00 – 19.10** Oppsummering og "Hva gjør vi nu?"
Øivind Irtun, UNN

NFGK's Fredagssymposium Behandling av akutt blødende ulcus – har intervensjonsradiologien endret behandlingsrutinene?

Lillehammer SAS Radisson hotell.
Fredag 9. februar 2007 kl 9-13

Dagens retningslinjer for behandling av akutt blødende ulcus ventriculi/duodeni

- Hvordan behandler vi blødende ulcus i dag – ved lokalsykehus og ved universitetssykehus
- Endoskopi ved øvre GI-blødning – begrensninger og nye muligheter
- Kirurgi ved blødende ulcus – når og hvordan?
- Intervensjonsradiologi i blødningsdiagnostikk og –behandling
- Resultater ved embolisering av blødende ulcus ved UJS
- Forslag til ny behandlingsalgoritme ved blødende ulcus



Generalforsamling i Norsk Gastroenterologisk Forening

Tid: Fredag 9. februar 2007 kl 17.30 – 19.30

Sted: Weidemannsalen, Radisson SAS Lillehammer Hotel

Dagsorden:

1. Valg av referent og dirigent
2. Konstituering, godkjenning av innkalling
3. Styrets årsrapport for 2006
4. Regnskap, budsjett, revisjon
5. Rapport fra spesialitetskomiteene
6. Rapport fra interessegruppene
7. Rapport om Scandinavian Journal of Gastroenterology
8. NGF's forskningsfond, stipendtildeling
9. Informasjon om Fagmedisinske foreninger under Dnlf.
10. Vedtektsendringer for Fagmedisinsk forening; NGFs Nye Lover
11. NGF styrets arbeide videre.
12. Årsmøtet 2008, 2009 og 2010 samt organisering.
13. Valg av styre
14. Valg av valgkomitee og revisor

Til pkt 10: Styret i NGF ønsker årsmøtets støtte til foreningens nye statutter som fagmedisinsk forening (Forslag til nye lover i NGF-Nytt 2006; 4 Desember og på NGFs Hjemmeside).

Til pkt 11: Styret ønsker årsmøtets støtte til å styrke NGF-styrets arbeide fremover som fagmedisinsk forening, ved bl.a innleie for å avlaste styre i dets arbeide, evt.frikjøp av styremedlemmer og gi IT ansvarlig møterett til styremøter samt økonomisk kompensasjon til NGF Nytt's redaktør og møterett til styremøter dersom vedkommende ikke er styremedlem.

Til pkt 12: Styret har for 2008 bestemt at Årsmøtet skal avvikles på Hafjell, og vi ønsker å diskutere hvor de kommende årsmøter skal avvikles. Vi ønsker videre at årsmøtet støtter styrets forslag til fortsatt å tilby industrien i å delta på årsmøtene med utstilling.

Forslag til nye vedtekter for NGF

Foreningen er av sentralstyret i Dnlf den godkjent som fagmedisinsk forening for spesialiteten fordøyelsessykdommer.

Vedtektene er fastsatt av årsmøtet den Godkjent av sentralstyret

§ 1 Navn

Foreningens navn er Norsk Gastroenterologisk Forening.

Initialene NGF kan benyttes.

§ 2 Forholdet til Den norske lægeforening

Foreningen er som fagmedisinsk forening en avdeling i Den norske legeforening og omfattet av foreningens lover. Vedtektene gjelder i tillegg til Dnlfs lover.

§ 3 Formål og oppgaver

I tillegg til formålsbestemmelsene i Dnlfs lover, § 1-2 og § 3-6-3, er foreningens formål:

- å fremme norsk gastroenterologi faglig og vitenskapelig
- å ivareta at det fag- og helsepolitiske arbeidet innenfor fagområdet baseres på oppdatert medisinsk kunnskap og på størst mulig konsensus om faglige prioriteringer
- bidra til legeutdanning, spesialist- og etterutdanning av høy kvalitet og i tråd med nasjonal og internasjonal praksis

§ 4 Medlemskap

Foreningens medlemmer er medlemmer av Dnlf som blir tilmeldt foreningen eller som velger denne som fagmedisinsk forening.

Leger som er frivillige medlemmer skal ha de samme rettigheter og plikter som de obligatoriske medlemmer.

Foreningen kan etter søknad oppta som medlemmer enhver som har tilhørighet til foreningens fagområde. Leger som søker medlemskap må være medlem i Dnlf. Medlemmer som ikke er leger har ikke stemmerett.

Årsmøtet fastsetter kontingent for assosierte medlemmer. Assosierte medlemmer som etter varsel ikke har betalt kontingent blir utmeldt av foreningen.

§ 5 Æresmedlemmer

Æresmedlemmer kan innvelges av årsmøtet etter innstilling fra styret.

§ 6 Foreningens organer

Foreningens organer er:

- Årsmøtet

- Styret

- Valgkomité

Ev andre faste utvalg/komiteer opprettet av årsmøtet.

§ 7 Årsmøtet

Årsmøtet er foreningens høyeste organ og er åpent for alle medlemmer. Media har adgang unntatt ved særskilte saker som årsmøtet måtte bestemme.

Årsmøtet skal behandle

- styrets beretning
- revidert regnskap
- kontingent for assosierte medlemmer
- budsjett
- vedtektsendringer
- valg av styre og leder av foreningen
- revisor
- valgkomité
- ev. andre faste utvalg/komiteer opprettet av årsmøtet

Årsmøtet fastsetter ev. honorarer, møtegodtgjørelse og kompensasjon for tap inntekt og andre saker som på forhånd blir tatt opp av styret og/eller medlemmene.

Forslag om saker som skal behandles på årsmøtet må være innkommet til styret senest 6 uker før årsmøtet.

Årsmøtet skal kunngjøres for medlemmene senest 4 uker på forhånd.

Årsmøtet avholdes innen utgangen av februar

Årsmøtet ledes av foreningens leder eller en valgt dirigent.

Vedtak i årsmøtet fattes med simpelt flertall blant de fremmøtte stemmeberettigede medlemmer. Ved stemmelikhet har foreningens leder dobbelstemme.

Valg skal skje i henhold til Dnlfs lover § 3-3-3.

Fortsetter på neste side ►

Bestemmelsene i forretningsorden for Dnlfs landsstyremøter gis anvendelse så langt denne passer.

Det utarbeides protokoll fra årsmøtet.

§ 8 Ekstraordinært årsmøte

Ekstraordinært årsmøte kan innkalles av styret med minst 14 dagers frist. Slikt møte skal også avholdes dersom 1/3 av medlemmene krever dette. Bestemmelsene i § 7 gjelder så langt de passer. Saker som skal behandles skal fremgå av innkallingen

§ 9 Styret

Styret består av leder og 6 styremedlemmer. Av de 6 styremedlemmene skal 3 være fra fagområdet gastroenterologisk kirurgi og 3 fra fagområdet gastroenterologisk indremedisin.

Styrets funksjonsperiode er 2 år fra valg ved årsmøtet.

Styret innkalles etter beslutning av leder eller hvis minst 2 styremedlemmer krever det.

Styret er beslutningsdyktig når minst halvparten av styrets medlemmer er til

stede. Leder har ved stemmelikhet dobbeltstemme.

Det utarbeides protokoll fra styremøtene.

§ 10 Valgkomiteen

Valgkomiteen består av leder og to medlemmer, hvorav én er gastroenterologisk kirurg og én er spesialist i fordøyelsessykdommer.

Valgkomiteen velges av årsmøtet for kommende styres funksjonsperiode for fire år ad gangen

Valg av valgkomité skjer ved simpelt/relativt flertall. Leder velges særskilt.

Valgkomiteen forbereder valg av styre og spesialitetskomiteen i fordøyelsessykdommer og revisorer. Valgkomiteens innstilling skal fremlegges på årsmøte.

§ 11 Vedtektsendringer

Forslag om endringer i vedtektene må være innsendt til styret minst seks uker før årsmøtet og utsendt til medlemmene minst fire uker før møtet.

Til gyldig vedtak kreves 2/3 flertall av de fremmøtte stemmeberettigede i årsmøtet. Minst 20 stemmeberettigede medlemmer må være tilstede.

Abstrakts på vintermøtet 2007

Titler og forfattere av abstrakts til de frie foredragene som holdes på Vintermøtet 2007. Det vil bli muntlig presentasjon av alle innsendte arbeider.

Fredag 9. februar kl 14.00 – 17.15

ØVD

Corpus/fundus-polypper induisert av protonpumpehemmere er ikke relatert til graden av hypergastrinemi og serum chromogranin a påvirkes av matinntak
Reidar Fossmark, Constantin S Jianu, Tom C. Martinsen, Gunnar Qvigstad, Unni Syversen, Helge L Waldum

Transkateter arteriell embolisering(tae) av blødende duodenalsår.
En retrospektiv gjennomgang av resultatene i perioden juni 2000-2005
Lene Larssen, Thomas Moger, Nils-Einar Kløw, Bjørn Atle Bjørnbeth, Idar Lygren

Premaligne forandringer i oksyntisk mukosa etter to måneder med hypergastrinemi hos bomullsrøtter stoppes av antrektomi.
Bakkelund Karin, Fossmark Reidar, Martinsen Tom Chr., Kawase Shiro, Waldum HL

Distensjonsutløyst smerte i øsofagus hjå friske korrelerer med vegg-stress og -strain, men ikkje med mucosa perfusjon.
DAL Hoff, H. Gregersen, S. Ødegaard, OH Gilja, JG Hatlebakk

Eosinofil øsofagitt.
Ragnhild Eiken, Kenneth Undhjem, Hedda Lerdal, Øyvind Holme, Morgan Stokkeland, Asbjørn Stallemo, Rolf Bruun Bie, Christian Fredrik Lindboe

Har h. Pylori status og bmi betydning for reflux-symptomer i en nord-norsk normalbefolkning?
Breckan Ragnar K, Asfeldt Anne Mette, Paulssen Eyvind J, Straume Bjørn, Mortensen Liisa, Florholmen Jon

Luftveissymptomer ved nerd.
Paul Juul-Hansen, Andreas Rydning

Strain estimering i antrale kontraksjoner med ultralyd strain rate imaging.
Effekt av erythromycin.
Ayman Bushra Ahmed, Odd Helge Gilja, Trygve Hausken, Hans Gregersen, Knut Matre

Lever og Pancreas

Ubalanse i activin-follistatin-aksen ved nonalkoholisk fettlever.
JW Haukeland, JK Damås, A Yndestad, K Bjørø, I Gladhaug, EM Løberg, T Haaland, T Hausken, H von Volkman, Z Konopski, KI Birkeland, P Aukrust

Genetisk variasjon i reseptorer og ligander involvert i aktiveringen av natural killer (nk) celler påvirker sykdomsrisko og gallegangskreftutvikling ved primær skleroserende kolangitt.
Tom H Karlsen, Espen Melum, Marita Olsson, Ji-Yao Sun, David Senitzer, Annika Bergquist, Erik Thorsby, Erik Schrupf, Benedicte A Lie, Kirsten Muri Boberg

Isometric tension recordings in isolated renal arteries from pigs with acute liver failure.
Rune Gangsøy Kristiansen, Sveinung Ekse, Christopher Rose, Arthur Revhaug, Lars Marius Ytrebø

L-ornithine phenylacetate attenuates elevated arterial ammonia and increased intracranial pressure in pigs with acute liver failure: a novel treatment for hepatic encephalopathy.
Lars Marius Ytrebø, Rune Gangsøy Kristiansen, Rajiv Jalan, Arthur Revhaug, Christopher Rose

Systemic and regional haemodynamics in pigs with acute liver failure and the effect of albumin dialysis.
Lars M Ytrebø, Sambit Sen, Christopher Rose, Nathan A Davies, Geir I Nedredal, Ole-Martin Fuskevaag, Gabriele AM Ten Have, Frits W Prinzen, Roger Williams, Nicolaas EP Deutz, Rajiv Jalan, Arthur Revhaug

Attenuation of increased intracranial pressure associated with decreased extracellular brain lactate but not improved mitochondrial dysfunction.
Lars M Ytrebø, Christopher Rose, Nathan A Davies, Sambit Sen, Roger Williams, Roger Butterworth, Arthur Revhaug, Rajiv Jalan

Laparoskopisk kirurgi ved adenocarcinomer i cauda og corpus pancreatis.
Bård I Røsok, Arne R Rosseland, Tom Mala, Trond Buanes, Øystein Mathisen, Bjørn Edwin

Histologisk type er en uavhengig prognostisk faktor etter pankreatikoduode-nektomi for periampullært adenokarsinom.
Arne Westgaard, Svetlana Tafjord, Inger Nina Farstad, Milada Cvancarova, Tor J Eide, Øystein Mathisen, Ole Petter F Clausen, Ivar P. Gladhaug

Lørdag 10 februar kl 14.00 – 18.45

Endoskopi

Endoskopisk fjerning av erodert gastric band.
Øistein Hovde

Stentbehandling av maligne obstruksjoner i duodenum.
Øistein Hovde

Register over stentbehandling ved gi-cancer.
Lene Larssen, Asle W. Medhus, Seyom Weyessa, Jan Tholfsen, Arild Nesbakken, Truls Hauge

Forekomst av tynntarmstumores hos pasienter med indikasjon for kapselendoskopi.
Erik Skogestad

Miniendoskopi av galleveier og pankreas.
Kim V. Ånonsen, Anne Waage, Truls Hauge

Sonoelastografi in vitro og endoskopisk - en metode for å skille malignitet fra godartede tilstander?
Roald Flesland Havre, Erlend Elde, Svein Ødegaard, Odd Helge Gilja, Lars Birger Nesje

Abdominal ultrasonografi etter koloskopi med innsufflering av luft versus kullsyregass. En randomisert dobbeltblind undersøkelse.
F Erchinger, OH Gilja, G Dimcevski, S Ødegaard, M Bretthauer, T Hausken

Tynntarm / diverse

Infliximab behandling av refraktær cøliaki type I.
KEA Lundin, J Jahnsen, J Paulsen, A Yndestad, IN Farstad

Personlegdom og psykopatologi ved sjølvrapportert matoverfølsomhet.
Kristine Lillestøl, Tone Tangen

Functional gastrointestinal disorders and functional polymorphisms in a norwegian population based study.
Carl GP Platou, Frank Skorpen, Pål R Romundstad, Kristian Hveem

Oppblåst mage uten luft.
Trygve Hausken

Visceral hypersensitivitet hos pasienter med giardia induisert irriterbar tarm syndrom (pi-ibs). Effekt av 5ht3 antagonist ondasetron.
Vernesa Dizdar, Odd Helge Gilja, Trygve Hausken

Hla-tetramerar i diagnostikk av cøliaki.
M Brottveit, PO Vandvik, M Ráki, B Boye, O Sandstad, T de Lange, S Larsen, L Sollid, KEA Lundin

Gastrointestinale bivirkninger av legemidler – et problem?
En befolkningsbasert tverrsnittsstudie.
Gunvor S Fosnes, Per G Farup

IBD

Har helse relatert livskvalitet endret seg fra 5 til 10 år etter diagnose hos pasienter med ulcerøs kolitt og crohn's sykdom?
Marte Lie Høivik, Camilla Solberg, Jørgen Jahnsen, Tomm Bernklev, Bjørn Moum, IBSEN-gruppen

Helse relatert livskvalitet (hrqol) hos pasienter med diabetes mellitus sammenlignet med pasienter med inflammatorisk tarmsykdom og generell bakgrunnsbefolkning.
Jørgensen LP, Bernklev T, Jahnsen J, Lygren I, Vatn M, Sauar J, Moum B

Kan c-reaktivt protein målt ved diagnosetidspunkt predikere forløpet av kronisk inflammatorisk tarmsykdom? Resultater fra ibsen studien.
Magne Henriksen, Jørgen Jahnsen, Idar Lygren, Njål Stray, Morten H Vatn, Bjørn Moum

C-reaktivt protein som markør for inflammasjon ved kronisk inflammatorisk tarmsykdom. Resultater fra ibsen studien.
Magne Henriksen, Jørgen Jahnsen, Idar Lygren, Jostein Sauar, Morten H Vatn, Bjørn Moum, IBSEN gruppen

A new "calprotectin poc device" correlates with elisa and separates between endoscopic assessed mucosal healing and active ulcerative colitis.
A Roseth, J Wasiluk, I Dale, M K Fagerhol

Ulcerøs kolitt: tilbakefall av symptomer i en populasjonsbasert europeisk kohort oppfulgt i 10 år.
O Høie, F L Wolters, G Aamodt, C Solberg, T Bernklev, S Odes, I A Mouzas, M Beltrami, E Langholz, R W Stockbrügger, M Vatn, B Moum

Spatial clustering of inflammatory bowel disease in south-eastern norway during 1990-93.
Geir Aamodt, Jørgen Jahnsen, Bjørn Moum, Morten H. Vatn, the IBSEN Study Group

Database for barn og ungdom med inflammatorisk tarmsykdom – bits.
Ketil Størdal, Anette Lunde, Gøri Perminow, Rune Rose Tronstad, Hans Kristian Holm

Plasminogen aktivering systemet er forskjellig oppregulert i neuroner og nerver ved chrons sykdom, ulcerøs kolitt og carinom i gi-traktus.
Arne Skarstein, Ole Didrik Lærum, Martin Illemann, Lars Helgeland, Kjell Øvrebø, Keld Danø, Boye Schnack Nielsen

Ibd relatert colorectal cancer. Overlevelse i forhold til cancer screening.
Stephan Brackmann, Solveig Norheim Andersen, Geir Aamodt, Frøydis Langmark, Ole Petter Fraas Clausen, Erling Aadland, Olav Fausa, Andreas Rydning, Morten Vatn

Rectum / kolon

Sammenligning av gen ekspresjon i adenocarcinomer, colon duker c kontra rectum duker c.
Ragnhild Størkson, Kristin Jonsdottir, Hilde Vollan, Jan Godøy, Bent Johnny Nergaard, Ole Christian Olsen, Ida Bukholm, Morten Jacobsen

Rektumcancerkirurgi ved et lavvolum sykehus – en kvalitetsvurdering.
Anders J Debes, Ragnhild H Størkson, Morten B Jacobsen

Et års erfaring med presakral nervestimulering for analinkontinens.
Morten B Jacobsen, Arvid Stordahl, Ellisabet Engh, Anne Gro Hjørnegård

☐ Stipender og priser

Helge Bells forskningspris for god klinisk hepatologisk forskning

Helge Bells pris for god klinisk hepatologisk forskning for 2006 utlyses. Den beste artikkel innen fagområdet hepatologi publisert i 2006 (kliniske arbeider eller basale arbeider med klinisk vinkling) vil bli belønnet med en pris på kr 25.000.- som vil bli utdelt ved det Nasjonale levermøtet i mars 2007. Innsendte søknader (kopi av publisert artikkel med vedlagte personopplysninger - maks 1 side) vil bli vurdert av en bedømmelseskomite.

Søknader sendes Kristian Bjøro, Medisinsk Avdeling, Rikshospitalet innen 1. februar 2007 (evt elektronisk til kristian.bjoro@rikshospitalet.no), ytterligere opplysninger fås ved henvendelse samme sted.



The WAVE

Advancing Smooth Surgery

Harmonic
WAVE™

Harmonic™ - Proven leader in
advanced energy with more than
5 million surgical procedures worldwide

Harmonic WAVE™ coagulating shears
designer for open colorectal surgery:

- 18 mm active blade length
- 18 cm shaft length
- Hand-activation
- Scissor handle with spring assist



 ETHICON ENDO-SURGERY
a Johnson & Johnson company

TRANSFORMING
PATIENT CARE
THROUGH
INNOVATION™

□ Stipender og priser

Norsk forskningsstipend innen gastroenterologi 2007 Schering-Plough

VEDTEKTER

§ 1

Stipendet stilles til disposisjon av Schering-Plough.
For 2007 utgjør stipendiet kr. 35 000 som fordeles på en eller flere søkere.

§ 2

Norsk gastroenterologisk forening foretar utlysning og tildeling av stipendet. Komiteens beslutning kan ikke påankes. Det skal føres møteprotokoll ved møtene.

§ 3

Stipendet er tiltenkt spesialister i gastroenterologi eller leger som er i ferd med å spesialisere seg og har til hensikt å arbeide innenfor klinisk gastroenterologi.

Stipendet skal brukes til å finansiere et forskningsprosjekt innen klinisk inflammatorisk tarmsykdom.

Skriftlig søknad skal inneholde curriculum vitae, beskrivelse av prosjektet, finansieringsplan, fremdriftsplan og anbefaling fra søkers overordnede.

§ 4

Stipendmidlene må være brukt innen ett år etter tildelingen ellers går beløpet tilbake til giveren.

§ 5

Etter at prosjektet er gjennomført skal skriftlig redegjørelse sendes stipendkomitéen og Schering-Plough innen et år. Det henstilles til søkeren om å arbeide for å presentere prosjektet og resultater som foreligger i egnede media, det være seg nasjonale/internasjonale møter eller tidsskrifter.

§ 6

Kunngjøring av hvem som er tildelt stipend finner sted under årsmøtet for NGF, i NGF-Nytt og på NGF sin hjemmeside..

§ 7

Disse vedtektene kan endres etter godkjenning fra Schering-Plough.

Søknadsfrist for stipendsøknadene er 15.januar

Informasjon om hva som skal være med i søknaden og søknadsskjema finnes på hjemmesiden til NGF. Søknader sendes elektronisk til Astrid Rydning, Kasserer NGF, Overlege Kir Avd, St. Olavs Hospital, 7006 Trondheim astrid.rydning@stolav.no

Norsk forskningsstipend innen gastroenterologi 2006 Ucb Pharma

VEDTEKTER

§ 1

Stipendet stilles til disposisjon av Ucb Pharma.
For 2006 utgjør stipendiet kr. 20.000 som fordeles på en eller flere søkere.

§ 2

Norsk gastroenterologisk forening foretar utlysning og tildeling av stipendet. Komiteens beslutning kan ikke påankes. Det skal føres møteprotokoll ved møtene.

§ 3

Stipendet er tiltenkt spesialister i gastroenterologi eller leger som er i ferd med å spesialisere seg og har til hensikt å arbeide innenfor klinisk gastroenterologi.

Stipendet skal brukes til å finansiere et forskningsprosjekt innen inflammatorisk tarmsykdom, klinisk eller basalt.

Skriftlig søknad skal inneholde curriculum vitae, beskrivelse av prosjektet, finansieringsplan, fremdriftsplan og anbefaling fra søkers overordnede.

§ 4

Stipendmidlene må være brukt innen ett år etter tildelingen ellers går beløpet tilbake til giveren.

§ 5

Etter at prosjektet er gjennomført skal skriftlig redegjørelse sendes stipendkomitéen og Ucb Pharma innen et år. Det henstilles til søkeren om å arbeide for å presentere prosjektet og resultater som foreligger i egnede media, det være seg nasjonale/internasjonale møter eller tidsskrifter.

§ 6

Kunngjøring av hvem som er tildelt stipend finner sted under årsmøtet for NGF, i NGF-Nytt og på NGF sin hjemmeside..

§ 7

Disse vedtektene kan endres etter godkjenning fra Ucb Pharma.

Søknadsfrist for stipendsøknadene er 15.januar

Informasjon om hva som skal være med i søknaden og søknadsskjema finnes på hjemmesiden til NGF. Søknader sendes elektronisk til Astrid Rydning, Kasserer NGF, Overlege Kir Avd, St. Olavs Hospital, 7006 Trondheim astrid.rydning@stolav.no



□ Stipender og priser

Utlysning av midler fra Norsk Gastroenterologisk Forenings forskningsfond

Til utdeling for 2007 står 100.000,- til rådighet.
Søker må være medlem av NGF.
Det kan søkes om støtte til drift, utstyr, lønnsmidler osv.

Søknadsskjema kan lastes ned fra NGFs hjemmeside. Søknaden m/vedlegg sendes elektronisk som pdf fil (evt Word-vedlegg) til fondets styreleder dr. Knut E. A. Lundin knut.lundin@rikshospitalet.no / k.e.a.lundin@medisin.uio.no. Søknader som er ufullstendige, mangler angitte vedlegg eller innsendt etter fristen behandles ikke.

Søknadsfrist 15. januar 2007;
avgjørelse offentliggjøres på NGFs vintermøte 2007

www.legeforeningen.no/gastro

Vårt ønske er:

Utdeling av kr 100.000 fra Fondet. Årets avkastning utgjør ca kr 45.000, mens resten tas fra kapitalen i fondet. En slik fremgangsmåte er forenlig med Fondets statutter. Fondets styre og NGF styret i samråd bestemmer størrelsen på utdelingen.



Access has always been critical to a successful LAR. With this in mind, we developed CONTOUR Curved Cutter Stapler, designed with a unique curved head to help you get lower even in a narrow pelvis. CONTOUR combines stapling and cutting into one device, delivering four rows of staples with a single cut between, eliminating the need for a bowel clamp and scalpel. CONTOUR, another innovative solution with straightforward benefits for you and your patients from Ethicon Endo-Surgery, the leader in staplers and surgical instruments for colorectal surgery.

contour™
Curved Cutter Stapler
CURVED TO FIT

SADE möte Linköping 25-26 januari 2007



Scandinavian Association of Digestive Endoscopy

Torsdag 25 januari

09.00-10.00 Registrering/utställning/kaffe
10.00-10.05 Välkomsthälsning

Sedering vid endoskopi

Moderator: Lars Aabakken Per Gullstrand

10.05-10.45 Propofol vid ERCP - vad krävs för att bli rutinmetod?
Claes Rudberg, Piotr Tracz, Mats Enlund, Lena Schultz,
Västerås

10.45-11.05 Finns hinder för rutinmässigt användande av propofol?
Claes Lennmarken, Linköping

11.05-11.30 Skandinaviska erfarenheter
Truls Hauge, Oslo

11.30-12.00 Diskussion med förslag till gemensamt skandinaviskt
protokoll och utbildning
Mats Enlund, Truls Hauge, Claes Lennmarken, Claes
Rudberg, Lena Schultz, Piotr Tracz

12.00-13.30 Lunch/Utställning

Vem ska skopera vad?

Moderator: Tom Glomsaker
Kurt Borch

13.30-14.30 (15 min. var)
För och emot - enskilda diskussionsinlägg
Gunilla Strand endoskopisköterska Stockholm, Lars
Aabakken gastroenterolog Oslo, Sören Meisner kirurg
Köpenhamn, Aksel Kruse röntgenolog Aarhus

14.30-15.00 Diskussion

15.00-15.30 Utställning/Kaffe

Endoskopisimulatorer - behövs det?

Moderator: Ingmar Ihse, Lund

15.30-15.50 Simulatorer i klinisk undervisning och träning
Ann Kjellin, Stockholm

15.50-16.10 Obligatorisk simulatorträning för framtidens
GI-endoskopist?
Gunnar Ahlberg, Stockholm

16.10-16.30 Endoskopisk och laparoskopisk simulatorträning - vad
tycker de som tränat?
Dan Sevonijs, Lund

16.30-16.50 Den tekniska utvecklingen går fort - what's next?
Anders Hyltander, Göteborg

16.50-17.00 Diskussion

Anmälan och ytterligare
information finns på www.sade.no

Fredag 26 januari

Avancerad endoskopisk diagnostik och terapi av sjukdomar i gallvägar/lever/pankreas I

Moderator: Peter Bytzer, Thomas Gasslander

08.30-09.00 Endoskopisk ultrasound - diagnostic challenges.
Stefan Kahl, Magdeburg

09.10-09.40 Endoskopisk ultrasound - therapeutic options.
Colin McKay, Glasgow

09.50-10.20 Utställning/kaffe

10.20-10.50 MRI in liver, biliary and pancreatic disease.
Hans-Jörgen Schmidt, Oslo

11.00-11.30 CT-PET in liver, biliary and pancreatic disease.
A Loft, Köpenhamn

11.40-13.00 Lunch/Utställning

Avancerad endoskopisk diagnostik och terapi av sjukdomar i gallvägar/lever/pankreas II

Moderator: Sören Meisner

Eric Kullman

13.00-13.30 Iatrogena gallgångsskador - prevention och behandling.
Claes Söderlund, Stockholm

13.40-14.10 ERCP - dess betydelse vid diagnostik och terapi inom
gallvägar/pankreas.
Urban Arnelo, Stockholm

14.20-14.50 Den svåra kanyleringen.
Arne Rosseland, Oslo

14.50-15.20 Malign gallvägsobstruktion - är stent det enda
endoskopiska alternativet?
Sören Meisner, Köpenhamn

Fredag 26 januari, 8.30 -12.30

Separat endoskopiass./sköterske- program

Moderator: Ingalill Andersson

8.30-09.15 Virtuell endoskopi
med demonstration i VR-teater (på Universitetssjukhuset)
Anders Persson, Linköping

09.15-09.30 Busstransport till Collegium

09.30-10.00 Utställning/kaffe

10.00-10.30 Endoskopisk behandling av esofagusvaricer
Claes Söderlund, Stockholm

10.30-11.00 Stentning av esofagus
E Jonsson, Göteborg

11.00-11.40 Högupplösningendoskopi/Chromoendoskopi
A Edebo, Göteborg

11.40-13.00 Lunch/Utställning

□ Kurs

Tradisjonens tro arrangerer AstraZeneca
Nasjonalt møte om thoracolaparoskopi onsdag
7. mars, nasjonalt gastromøte 8. mars og
nasjonalt levermøte fredag 9. mars.

Program for levermøtet 9. mars 2007:

Sted: Clarion Hotel Royal Christiania, Oslo
Program ved Interessegruppen for leversykdommer,
Norsk gastroenterologisk forening

09.30-09.35 Velkommen Kirsten Muri Boberg

Ordstyrer: Per Sandvei

09.35-10.00 Medikamentindusert akutt leversvikt -
indikasjon for levertransplantasjon Kristian Bjøro,
Rikshospitalet

10.00-10.20 MARS-behandling Tor Inge Tønnesen,
Rikshospitalet

10.20-10.40 NK-cellers rolle ved kronisk
leversykdom Tom H. Karlsen,
Rikshospitalet

10.40-11.00 Pause

Ordstyrer: Kirsten Muri Boberg

11.00-11.40 Hepatic and portal vein thrombosis –
clinical features, prognosis, and
treatment options Dominique-Charles
Valla, Cligny,
Frankrike

Ordstyrer: Magnhild Gangs øy Kristiansen

11.40-12.00 Individualisert behandling av kronisk
hepatitt C genotype 2/3 Olav Dalgard,
Rikshospitalet

12.00-12.20 Naturlig forløp av hepatitt C i Nord-
Norge: estimater for 2010 - 2040 Jon Florholmen,
UNN

12.20-13.20 Lunsj

Ordstyrer: Arild Horn

13.20-13.40 Helge Bells pris for hepatologisk
forskning Kristian Bjøro,
Rikshospitalet

13.40-14.05 Kirurgisk behandling av kolorektale
levermetastaser Øystein Mathisen,
Rikshospitalet

14.05-14.35 Klinisk konferanse: Maligne lesjoner
i lever: reseksjon/transplantasjon Erik Schrupf, Ivar
Gladhaug, Aksel Foss,
Rikshospitalet

14.35-14.55 Pause

Ordstyrer: Kristian Hveem

14.55-15.20 Insidens av levercirrhose i en norsk
populasjon – et materiale fra Aker
universitetssykehus John Willy Haukeland,
Aker universitetssykehus

15.20-15.40 Kasuistikk Bård Haugnes,
St. Olavs hospital

15.40-16.00 PBC-UDCA-studien. Hvordan gikk det? Kirsten Muri Boberg,
Rikshospitalet



Dear Colleagues

After the great success of the first two meetings in 2004 and 2005 we have been overwhelmed by more than hundred applications for the 3rd Summer School of Gastroenterology 2006! Therefore it is with great pleasure that we announce on behalf of ASNEGE and EAGE the 4th Summer School of Gastroenterology. Next year's forum will take place in Prague from June 21 to June 24, 2007. Please enter www.asnemge.org to receive more information on the past schools in Dubrovnik/2004, Como/2005 and Prague/2006. The course is aimed at trainees in gastroenterology across Europe and is an ideal opportunity to receive an update on the latest clinical research ideas by some of the top Gastroenterologists in Europe! The program of this weekend intense course will be clinically orientated. In the morning, cases will be presented for discussion, accompanied by related lectures. In the afternoon there will be small group hands-on training activities. Delegates will be able to attend up to 4 of these, according to their own choice. We are happy to announce that we will cover travel and lodging expenses, and provide meals during the meeting for all applicants who have been selected to participate. This conference is designed to be educational and also to promote socialization among young European gastroenterologist. To participate, please submit your application. Additional information can be obtained by contacting the ASNEGE Executive Secretariat info@asnemge.org

We look forward to seeing you there!

Franco Bazzoli, Course Director ASNEGE

Peter Malfertheiner, Course Director EAGE

How to apply

Please fax the completed form to:
ASNEGE Executive Secretariat, Hollandstraße 14/Mezzanine, A-1020 Vienna,
Austria

Fax: +43-(1)-219 91 80-29

Phone: +43-(1)-219 91 80

Email: info@asnemge.org

Application form can also be downloaded from: www.asnemge.org

Deadline of submission: January 31, 2007

Congress language English

Who should apply:

- Trainees wishing to become gastroenterologists are welcome to apply
- Participation in this workshop is limited to 100 participants/early application is encouraged

Course will provide:

- Outstanding programme designed to further young careers
- Opportunity to interact with top experts in the field
- Participants will receive economy-class ticket to Prague, three nights hotel and group meals (breakfast, lunch, dinner) for the duration of the meeting

www.asnemge.org

A PRIORITERT
PRIORITAIRE

*Eftersendes ikke ved varig adresseendring, men sendes
tilbake til senderen med opplysninger om den nye adressaten.*

Norsk Gastroenterologisk Forening
V/Tom Glomsaker
Eiganesveien 70
4009 Stavanger

NORGE

P.P.



TAZOCIN

(piperacillin/tazobactam)

FOREBYGG uønskede problemer...

PIPERACILLIN KOMBINERT MED β -LAKTAMASE
INHIBITOREN TAZOBACTAM

Indikasjon

- Intraabdominale infeksjoner
- Nosokomial pneumoni hos voksne



Wyeth

Wyeth, Drammensveien 145b, 0277 Oslo, Telefon: 4000 2340, Telefax: 4000 23 41