

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

er yderst varierende, og at de mange retningslinjer, som forefindes, absolut ikke udviser konsensus. I relation til forbedret overlevelse tyder den nyeste tilgængelige viden på, at det er hensigtsmæssigt at opstille programmer, som tager sigte på at påvise synkrone og metakrone metastaser og metakron cancer, men også – dog i mindre udtalt grad – at påvise lokalt recidiv. Det er endnu uafklaret, hvilke undersøgelsesmetoder og hvilke undersøgelsesintervaller der bør anvendes, men dette søges afklaret i en netop påbegyndt multinational undersøgelse (COLOFOL), som alle danske afdelinger, hvor man opererer disse patienter, opfordres til at tilslutte sig.

Korrespondance: Peer A. Wille-Jørgensen, Kirurgisk Afdeling K, H:S Bispebjerg Hospital, DK-2400 København NV. E-mail pwj01@bbh.hosp.dk

Antaget: 3. marts 2005

Interessekonflikter: Begge forfattere er med i arbejdsgruppen bag COLOFOL-projektet.

Litteratur

1. Madsen MR, Harling H. Kontrol af patienter efter radikal operation for kolorektal cancer. Ugeskr Læger 2005;167:503-5.

2. Figueredo A, Rumble RB, Maroun J et al. Follow-up of patients with curatively resected colorectal cancer: a practice guideline. BMC Cancer 2003; 3:26.
3. Jeffery GM, Hickey BE, Hider P. Follow-up strategies for patients treated for non-metastatic colorectal cancer. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 1. Art.No.: CD002200. DOI:10.1002/14651858.
4. Renehan AG, Egger M, Saunders MP et al. Impact on survival of intensive follow up after curative resection for colorectal cancer: systematic review and meta-analysis of randomised trials. BMJ 2002;324:813-21.
5. Kievit J. Follow-up of patients with colorectal cancer: numbers needed to test and treat. Eur J Cancer 2002;38:986-99.
6. Glimelius B. Expectancy or primary chemotherapy in patients with advanced asymptomatic colorectal cancer: a randomized trial. Eur J Cancer 1991;27 (suppl 2):S82.
7. Kjeldsen BJ. Evaluation of long-term follow-up in patients having had surgery for colorectal cancer with curative intent [ph.d.-afhandling]. Syddansk Universitet, Odense: Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, 1998.
8. Stiggelbout AM, de Haes J, Vree R et al. Follow-up of colorectal cancer patients: quality of life and attitudes towards follow-up. Br J Surg 1997;75: 914-20.
9. Kjeldsen BJ, Thorsen H, Whalley D et al. Influence of follow-up on health-related quality of life after radical surgery for colorectal cancer. Scand J Gastroenterol 1999;34:509-15.
10. Papagrigoriadis S, Koreli A. The needs of general practitioners in the follow-up of patients with colorectal cancer. EJSO 2001;27:541-44.

Fremtidig organisation af kolorektal cancer-kirurgi i Danmark

Overlæge Peter Chr. Rasmussen & overlæge Steffen Bülow

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Kirurgisk Afdeling L, og
H:S Hvidovre Hospital, Gastroenheden

Som led i speciallægereformen er grenspecialet kirurgisk gastroenterologi nedlagt, og funktionerne varetages fremover i grundspecialet kirurgi. Den kirurgiske uddannelse er lagt i faste rammer til og med afslutningen af hoveduddannelsen. Derved er der opstået et vakuum i uddannelsen frem til § 14-kvalifikation. Dansk Kirurgisk Selskab har derfor nedsat en række udvalg mhp. at beskrive de fagområder, som grundspecialet kirurgi indeholder, og fastlægge kriterier for videreuddannelse inden for fagområderne mamma-endokrinkirurgi, øvre gastroenterologi og kolorektal kirurgi.

Den kolorektale sektion under Dansk Kirurgisk Selskab har beskrevet fagområdet kolorektal kirurgi, der omfatter behandling af kolorektale neoplasmer, inflammatoriske tarmsygdomme og divertikelsygdomme, funktionelle tarmsygdomme, proktologi og analcancer. Behandlingen af kolorektal neoplasi udgør langt det største område.

Kolorektal cancer (KRC) er den næsthøypigste cancerform

i Danmark, og næsten halvdelen af patienterne dør inden for fem år efter at diagnosen er stillet. Resultaterne af behandlingen i Danmark er fortsat dårligere end i de øvrige nordiske lande.

Kræftstyregruppens kirurgiske medlemmer har siden Kræftplan 2000 påpeget nødvendigheden af at styrke kvaliteten af den kirurgiske kræftbehandling, og i 2003 blev der under Sundhedsstyrelsen nedsat en arbejdsgruppe, der skulle fremkomme med forslag til, hvordan kræftplanens intentioner inden for de kirurgiske kræftsygdomme kunne implementeres, i første omgang for patienter med tyk- og endetarmskræft. I 2004 forelå resultatet i form af »Tarmkræftreporten«, som indgår i udarbejdelsen af Kræftplan II i 2005.

Nuværende organisation af behandlingen

Ved udgangen af 2003 var der 42 afdelinger, der udførte operationer for tyktarmskræft, og 26 afdelinger udførte operationer for endetarmskræft. Den kolorektale cancerdatabase (KRC-databasen) viser, at i 2002 blev operationen for coloncancer hos godt 2.300 patienter udført af 220 kirurger på 25 afdelinger. De akutte operationer for coloncancer er de mest komplekse og medfører en dårligere prognose, og kun 30% af disse blev udført af en speciallæge i kirurgisk gastroenterologi. Hos godt 1.100 patienter med rectumcancer blev operationen

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

udført af 80 kirurger på 26 afdelinger, og på de 13 afdelinger med færrest operationer foretog kirurgerne i gennemsnit ti operationer pr. år [1]. På trods af anbefalingen i Kræftplan 2000 om, at operation for endetarmskræft kun bør foregå på en afdeling i hvert amt, er anbefalingen kun fulgt i syv amter. I fem amter udføres operationerne på to afdelinger og i tre amter på tre afdelinger [2].

Fremtidig organisation

Ud fra en systematisk litteraturgennemgang [2] synes den optimale kirurgvolumen for rectumkirurgi at være mindst 12 operationer pr. år, når målet er cancerfri overlevelse. Herudover fandt arbejdsgruppen, at colon- og rectumkirurgi ikke bør adskilles geografisk, og at akut og elektiv kirurgi for tarmkræft bør foregå på samme afdeling. Den mest komplekse del af colonkirurgien er den akutte kirurgi, og den bør kun foretages af en uddannet kolorektalkirurg. Den kolorektale sektion under Dansk Kirurgisk Selskab og Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe har derfor foreslået, at der bør være 10-15 kolorektale enheder i Danmark, der hver har et befolkningsunderlag på 350.000-500.000 indbyggere. De kolorektale enheder bør have forskningsforpligtigelse, og det bør tilstræbes, at hver enhed har tilknyttet mindst en læge med en formaliseret videnskabelig uddannelse. Der bør udføres løbende audit af behandlingsresultaterne, og der bør afsættes en halv overlægestilling og en halv sekretærstilling til varetagelse af indberetning af data til KRC-databasen og andre forsknings- og kvalitetssikringsdatabaser og til kontinuerlig kvalitetskontrol.

Fremtidig organisation af behandlingen af kolorektalcancer

Dansk Kirurgisk Selskab har foreslået, at fagområdet kolorektalkirurgi i fremtiden indføres som en overbygning på grundspecialet kirurgi, og kolorektalkirurger skal have en toårig efteruddannelse på en kolorektal enhed. Behovet vil være ca. syv stillinger årlig til denne efteruddannelse. For at sikre en optimal behandlingskvalitet anbefaler den kolorektale sektion under Dansk Kirurgisk Selskab, at alle operationer for KRC bør udføres af en kolorektalkirurg sammen med en uddannelsessøgende eller af to kolorektalkirurger sammen. Den uddannelsessøgende bør i højere grad end nu kunne deltage rutinemæssigt i undersøgelser forud for operationerne og i den daglige stuegang, og dette kan kun ske ved en øget tilstedeværelse i dagtiden. Det anbefales endvidere, at mindst tre fjerdedele af tyktarmsoperationerne udføres med deltagelse af en kirurg under uddannelse til speciallæge i kirurgi eller efteruddannelse til kolorektalkirurg, og mindst halvdelen af endetarmsoperationerne bør udføres med deltagelse af en kirurg under uddannelse til kolorektalkirurg [3].

Multidisciplinært samarbejde

Den kirurgiske behandlingseksperise kan ikke stå alene, og behandlingen af KRC er nutildags multidisciplinær. Følgende specialer og funktioner bør indgå i den kolorektale enhed:

billeddiagnostik, anæstesiologi, patoanatomisk, onkologi og stomiambulatorium.

I både England og Danmark er overlevelsen for patienter med tarmkræft under internationalt niveau. I England har man i 2003 iværksat en national efteruddannelse af de multidisciplinære tarmkræfteam for at forbedre prognosen. Efteruddannelsen består af et træningsprogram, hvor der fokuseres på at optimere den præoperative stadieinddeling, selektere patienter til strålebehandling og/eller kemoterapi, forbedre den kirurgiske teknik, sikre optimale patoanatomiske data og foretage løbende audit af resultaterne af udredning og behandling i de multidisciplinære team [2].

Resume af anbefalingerne i Tarmkræftreporten

Behandlingen af tarmkræft bør samles i 10-15 kolorektale enheder, hver i en geografisk lokalitet og med et befolkningsunderlag på 350.000-500.000 indbyggere. Enheden bør varetage akut og elektiv kirurgisk behandling af tarmkræft og andre tarmsygdomme. Der bør være en kolorektalkirurg i døgnberedskab og tilstrækkelig kapacitet til at sikre optimal diagnostik og tilstrækkelig operationskapacitet til at overholde de politiske behandlingsgarantier. Der bør være et stomiambulatorium. Enheden har forskningsforpligtigelse og er forpligtiget til at følge Danish Colorectal Cancer Groups retningslinjer for diagnostik, behandling og indrapportering af data. Den enkelte kirurg skal dokumentere relevant efteruddannelse.

Der bør iværksættes en national efteruddannelse af alle medlemmer af de tværfaglige behandlerteam efter engelsk mønster. Behandlingen af primær avanceret tumor og omfattende lokoregionalt recidiv bør kun foretages på 1-2 kolorektale enheder [2].

Korrespondance: Peter Chr. Rasmussen, Kirurgisk Afdeling L, Århus Sygehus, DK-8000 Århus C. E-mail: pcr@dadlnet.dk

Antaget: 1. juni 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Årsrapport 2003: Landsdækkende database for kræft i tyktarm og endetarm. Danish Colorectal Cancer Group, Dansk Kirurgisk Selskab. www.kirurgisk-selskab.dk/maj 2005
2. Behandling af tarmkræft i Danmark med fokus på den kirurgiske behandling. www.sst.dk. København: Sundhedsstyrelsen, 2004.
3. Uddannelseskraft til fagområdet kolorektal kirurgi. www.kirurgisk-selskab.dk/maj 2005.