

Kirurggen

TIL MEDLEMMER AV NORSK KIRURGISK FORENING

Nr. 1/2007



TEMA:

Brokk

SIDE 7

Helse Øst og Helse Sør:
Er sammenslåing
bra for pasientene?

SIDE 32

Ny operasjonsmetode
for traktbryst

SIDE 38





Unik kombinasjon – klar til bruk.

**TachoSil®- pålitelig hemostase og vevsforsegling.^{1,2}
Hemostase på 3-5 minutter.¹**

- Den eneste kombinasjon av kollagen, humant fibrinogen og trombin.³
- Ideel ved behov for rask og effektiv hemostase.²
- Kan klippes til ønsket fasong.²
- Enkelt å applisere rundt anatomiske strukturer.²
- Er elastisk og har en sterk limende evne.³

1) Czerny et al. Collagen patch coated with fibrin glue components. *Journ. of Cardiovasc. surg.* Vol 41, no 4, 553-557, 2000 2) Preparatomtale SPC 3) 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.

Kirurggen



UTGIVER
Norsk Kirurgisk Forening
Postboks 17 Kjelsås
0411 Oslo

REDAKSJON:
Bård I. Røsok (redaktør)
E-mail: bard.ingvald.rosok@rikshospitalet.no eller kir-edit@online.no

Tom B. Glomsaker
Stavanger Universitetssjukehus
E-mail: glto@sir.no / tom@glomsaker.no

Jon Helge Angelsen
Hålogalandssykehuset
E-mail: jon.h.angelsen@hhf.no / jangelse@frisurf.no

Ragni Skille Berger (sekretær)
Den norske lægeforening
E-mail: ragni.skille.berger@legeföreningen.no

LAYOUT, PRODUKSJON OG ANNONSEALG:
Degrafo AS • Pb 7002 Majorstuen • 0306 Oslo
Tlf.: 22 95 74 00 • Fax: 22 95 74 10 • E-mail: post@degrafa.no
Forsidebilde: Ringstind, Jotunheimen • Foto: Olaug Villanger

Gjennom **KIRURGEN** når du alle som jobber med kirurgi i Norge. Medlemmer og andre med interesse for faget leser **KIRURGEN** for å holde seg oppdatert på viktige foreningssaker, politiske vedtak, faglige spørsmål og bladet inneholder informasjon om det viktigste møtet i norsk kirurgi - HØSTMØTET. **KIRURGEN** distribueres i et opplag på 1.700 og leses av alle medlemmer i NKF. Det distribueres også til læresteder, forskningsmiljøer, sykehus etc.

Vitenskapelige forhandlinger – utgis ifm HØSTMØTET og inneholder komplett program og samtlige abstraks, foredrag etc. Publikasjonen er et helt nødvendige hjelpemiddel for alle deltakere på HØSTMØTET og har lang levetid. Det er et viktig oppslagsverk for alle kirurger. Vitenskapelige forhandlinger er i A5 format, har stiv rygg og er på ca. 500 sider. Har du et budskap som du ønsker å formidle til kirurger i Norge, er en kombinasjon av **KIRURGEN** og Vitenskapelige Forhandlinger trolig den rimligste og mest målrettede kanal du kan benytte.

- ▶ Norsk kirurgisk forening
- ▶ Norsk barnekirurgisk forening
- ▶ Norsk forening for gastroenterologisk kirurgi
- ▶ Norsk forening for maxillofacial kirurgi
- ▶ Norsk forening for reumakirurgi
- ▶ Norsk karkirurgisk forening
- ▶ Norsk forening for håndkirurgi
- ▶ Norsk nevrokirurgisk forening
- ▶ Norsk ortopedisk forening
- ▶ Norsk plastikkirurgisk forening
- ▶ Norsk thoraxkirurgisk forening
- ▶ Norsk urologisk forening

ANNONSEPRISER OG FORMATER 2007 KIRURGEN

STR.	BREDDE x HØYDE	PRIS 4-FARGER
1/1 side	210 mm x 297 mm, utfallende + 4 mm	12.000
Bakside	210 mm x 250 mm, utfallende + 4 mm	15.000
1/2 side liggende	180 mm x 130 mm, satsflate/ikke utfallende	7.000
1/2 side stående	90 mm x 272 mm, satsflate/ikke utfallende	7.000

VITENSKAPELIGE FORHANDLINGER

STR.	BREDDE x HØYDE	PRIS 4-FARGER
1/1 side	145 mm x 205 mm	15.000
1/2 side liggende	145 mm x 100 mm	9.000

ÅRSAVTALE: 20% rabatt på fire innrykk. Gjelder helsider, fire farger. 3 x Kirurgen og 1 x Vitenskapelige forhandlinger. Bilag etter avtale.

ANNONSEMATERIELL

Digitale EPS-filer eller PDF-filer. Alt materiell leveres på CD eller mail, høyoppløst CMYK. Print/kopi av annonsen må alltid sendes med.

UTGIVELSESPLAN 2007

NR		Bestillingsfrist/ Materiellfrist	Levering Posten
2	KIRURGEN	21/5	8/6
3	KIRURGEN	10/9	28/9
	Vitenskapelige Forhandlinger	10/9	28/9
4	KIRURGEN	19/11	7/12

innhold

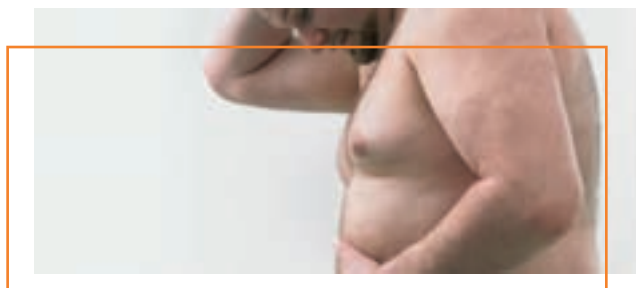
FASTE SPALTER

Redaktørens hjørne **4**

Leder **5**

TEMA

BROKK



Forum for brokkkirurgi **8**

Lår- og lyskebrokkkirurgi i Norge **9**

Gullstandard for lyskebrokkkirurgi **11**

Kombinasjon av operasjon for store arrbrokk og bukplastikk **15**

SPESIALISTFORENINGER

Ny forening: Mamma- og para-/Tyreoideakirurgi **20**

Norsk Ortopedisk Forening **21**

Norsk Plastiskkirurgisk Forening **21**

Norsk Barnekirurgisk Forening **22**

Norsk Urologisk Forening **22**

FAGNYTT / DEBATT



Ny spesialitet i bryst og endokrinkirurgi **24**

Nytt tilbud for pasienter med cancer prostata **26**

Innstilling om traumesystem i Norge **28**

Norsk kompetansesenter for Leddproteser **30**

Ny doktorgrad **31**

Sammenslåing og omstrukturering **32**

LEIFer du? **34**

MINI-INVASIV KIRURGI

Ny operasjonsmetode for traktbryst **38**

Vi besøker Antonio Lacy **42**

SADE-kurset 2007 **45**

Kjære leser

Vi er allerede et stykke inn i 2007, og for de som har gledet seg til årets første utgave av "Kirurgen" er ventetiden nå over. Inspirert av positive tilbakemeldinger på fjorårets utgivelser planlegges utgivelsen av 4 numre i år. Dette føler vi er mulig, takket være god tilgang på stoff. Som redaktør er det hyggelig å konstatere at folk synes å lese og bidra til at Norges største fagtidsskrift innen kirurgi kan utvikle seg videre.

Tema: Brokk

Tema i dette nummeret er "Brokk". Brokkoperasjoner er viktig både fordi inngrepene er blant de hyppigst utførte operasjoner i Norge i dag og fordi det utføres av operatører fra mange subspecialiteter. Utviklingen av brokk-kirurgi de senere år er også et eksempel på den generelle utviklingen av kirurgi som fag. Nye metoder med bruk av blant annet mini-invasive teknikker har innført både operasjonstekniske utfordringer samt økt utstyrstilbud og økte kostnader.

Som ved en rekke andre tilstander er kostnadsøkningen ved innføring av ny behandling større enn endringene i refusjonssatsene for inngrepet og fører til økonomiske diskusjoner som setter nye prioriteringsdebatter på dagsorden.

Howdan innføring av disse nye teknikker vil påvirke utdanningen av fremtidige brokk-kirurger, er også uavklart. Skal for eksempel relativt avanserte laparoskopiske teknikker forventes utført av alle med generell kirurgisk utdanning, eller bør inngrepene forbeholdes visse subspecialiserte kirurger?

Nyttig med interessegrupper

Økt behandlingskompleksitet krever naturlig nok mer av dem som til enhver tid ønsker å holde seg oppdatert om et emne. I en slik setting er det positivt å se at fagområdene selv oppretter interessegrupper med fokus på særlige problemstillinger. Den nyoppstartede interessegruppen "Forum for brokk-kirurgi" er et godt eksempel på en slik faggruppe.

Med tiden vil vi kanskje klare å etablere et nasjonalt kvalitetsregister for behandling av brokk slik man for eksempel har i våre naboland men i mellomtiden får vi håpe at interessegruppa kan medvirke til at brokk-kirurgien i økende grad systematiseres og at vi etter hvert kan få nasjonale kvalitetsindikatorer for brokk-behandling.

Vi er uansett glade for at de i denne utgaven av "Kirurgen" har påtatt seg rollen med å presentere bladets tema-seksjon om problemområdet "Brokk".

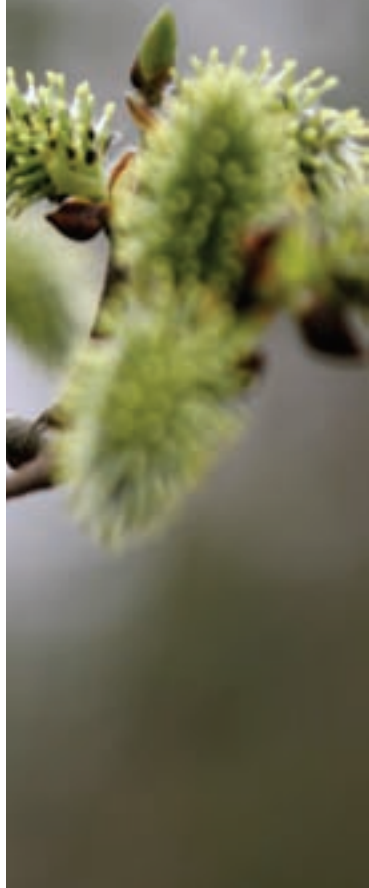
Innføring av nye behandlingsprinsipper

Ellers er denne utgaven av "Kirurgen" preget av en fyldig "Fagnytt"-seksjon. Kirurgen bør være en naturlig arena å presentere nye teknikker og resultater i, selv om bladet ikke rangerer blant de tunge internasjonale tidsskrifter. Det er derfor gledelig å se at det urologiske miljøet på Aker og Steinar Solberg fra Thoraxkirurgisk avdeling på Rikshospitalet bidrar med gode fagartikler om nyere behandlingsprinsipper fra sine spesialfelter.

Vi har også fått synspunkter fra høyeste politiske hold om grunnlaget for sammenslåingen av helseregioner både i nord og i sør, uten at vi nødvendigvis føler at man har klart for seg hvordan større enheter skal løse alle problemer.

Ny spesialforening

Vi håper derfor at også denne utgaven av kirurgen vil by på interessant lesning for våre medlemmer. Vi vil avslutningsvis gratulere mamma- og endokrinkirurgene med egen offisiell grenspesialitet og lar dem presentere seg selv, både i "Nytt fra Spesialforeningene" i "Fagnytt"-seksjonen. □



Bård Røsok
bard.ingvald.rosok@rikshospitalet.no
kir-edit@online.no

Et nytt år med nye utfordringer og muligheter har begynt. Norge har aldri hatt så bra økonomi som nå og bruker stadig mer penger på Helsevesenet, men det er allikevel et hav av uløste oppgaver. Det skremmende er at samme situasjon ser vi i skolen, kommunikasjonssektor, rettsvesen mm. Mange har forsøkt å finne forklaringer og bortforklaringer fordi vi ikke har lykkes å løse alle de oppgavene som vårt fellesskap forventer.

Storfusjon

En av de første beskjedene vår helseminister ga oss 2007, er at nå skal Helse Øst RHF og Helse Sør RHF slås i sammen, fordi det vil gi oss alle et bedre tilbud og vi vil bruke helsekronene mer effektivt. Ledelsen ved noen av de store Oslo-sykehusene applauderte vedtaket og sa at her er det minst en milliard å spare i synergieffekter. Hva betyr denne beslutningen og hvorfor ble den tatt??? Selvsagt kan det være mange gode rasjonelle argumenter for gjennomføringen, ikke minst for å få bort kunstige skiller som oppstår i Oslo-området. Ideen er ikke ny og har også blitt hevdet av tidligere ministre. Det som er bekymringsfullt er at denne politiske beslutningen mest sannsynlig bygger på tanken om at man skal kunne spare betydelige summer og mindre på løsning av organisatoriske utfordringer. En rekke tiltak i Oslo-området kunne ha vært gjort uten å involvere mesteparten av Helse-Norge, men enn så lenge er disse utfordringene like uløste.

Helsereform for fall?

En kan med rette spørre seg om de regionale helseforetakene har livets rett og hele helsereformen står for fall etter dette, når ulikheten i størrelse og innhold blir slik den blir. Skal noe fjernes i dagens helsevesen så ville det vel kanskje merkes minst om nettopp dette regionale mellomnivået forsvant?! Spørsmålet er i alle fall når Staten må gjøre opp konkursboene rundt omkring pga en økonomi, som ikke er forenlig med sunn drift. I dag sliter mange spesielt med

bygningssmasse som ikke lar seg reelt avskrive, og mye tyder bare på at det er begynnelsen vi har sett, fordi kravene til helsehjelp bare øker. Dette kan vi ikke organisere bort eller få bort med strutsepolitikk, der man lukker øynene for realitetene. Håpet er at vi i 2007 får øynene opp for de grep som virkelig må til. Her er det selvsagt mye å gjøre innenfor organisasjon og ledelse, men man må komme bort fra en økonomistyring som mer skaper inntrykk av at man leker butik, enn at det er en realistisk økonomistyring i forhold til å ivareta et fellesgode, en utgift.

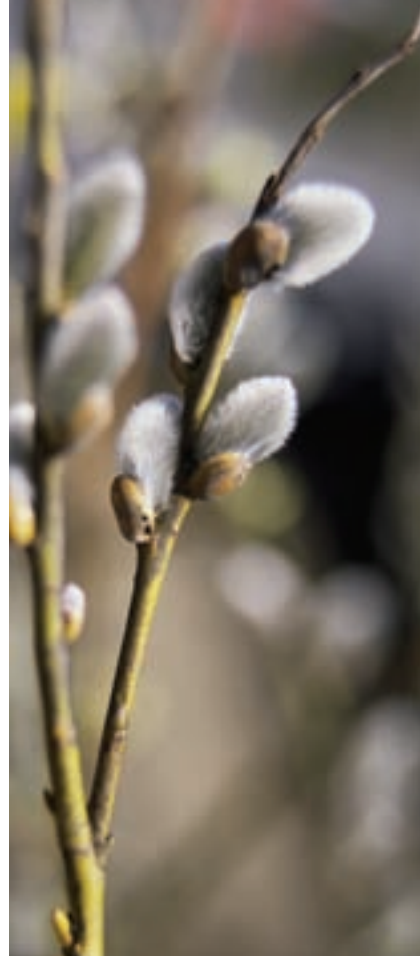
NKF

- en viktig aktør

For de kirurgiske fag er det viktig at vi har et innhold i sykehusstrukturen som sikrer en faglig forsvarlig logistikk, hensyn til moderne behandlingsprinsipper og ikke minst å sikre etterveksten med gode utdanningsopplegg. Her må kirurgene selv være på banen å ha klare argumenter når forslag dukker opp. Personlig synes jeg også at NKF kan være en viktig aktør med å komme med innspill om medlemmer, politikere og helseledere ber om det. Utredningen om traumebehandling er et godt eksempel på innspill fra det kirurgiske miljø. Disse faglige vurderingene må veie tungt når de skal veies opp mot politikk og økonomi.

Tema: Brokk

Dette nummer tar opp et viktig tema som berører mange, nemlig brokkbehandling. Vi



vet at brokk er en av de vanligste kirurgiske lidelsene vi har og i tillegg påfører vi kirurger et antall pasienter brokk som følgetilstand etter bukoperasjoner. Derfor ser jeg svært positivt på at vi nå henger på svenskene og systematiserer arbeidet for en bedre kvalitet i et hverdagslig problem. Faktisk utgjør dette også en stor belastning på helsebudsjettene og bør vekke alles interesse.

Mye positivt skjer i fagmiljøet for tiden, selv om at det ofte er det negative som får mest spalteplass. Stå på der du er og gi innspill til redaksjonen i Kirurgen, slik at vi kan få viktige budskap ut. □

Lykke til



Tom Glomsaker
tom@glomsaker.no

Du behandler ikke alle hernier på samme måte Det gjør heller ikke vi



■ **Bard® Ventralex® Patch** ■
Self-expanding polypropylene/ePTFE mesh for umbilical and small incisional hernia repair.



■ **Bard® CruraSoft® Patch** ■
PTFE Mesh/ePTFE patch uniquely designed for the repair of hiatal and paraesophageal hernias.



■ **Bard® Composix® LP Mesh** ■
Polypropylene/ePTFE composite for laparoscopic repair of ventral and incisional hernias.



■ **Bard® Composix® Kugel® Patch** ■
Self-expanding polypropylene/ePTFE mesh for an open approach to intra-abdominal ventral hernia repair.



■ **Bard® Flats and Pre-Shapes** ■
Tailorable polypropylene mesh to be used in ventral or inguinal hernia repair.



■ **Bard® Cx™ Parastomal Hernia Patch** ■
Polypropylene/ePTFE composite patch designed for parastomal hernia repair.

VENTRAL

INGUINAL



■ **Bard® 3DMax® Mesh** ■
Unique three-dimensional polypropylene mesh for laparoscopic inguinal hernia repair.



■ **Bard® Kugel® Patch** ■
Self-expanding polypropylene patch for open posterior approach to a preperitoneal repair covering entire inguinal region.



■ **Bard® PerFix® Plug** ■
Plug and patch for simple open anterior approach to a preperitoneal repair of the hernia defect.



■ **Bard® SoftMesh** ■
Lightweight polypropylene mesh with large pore knit structure for open and laparoscopic inguinal hernia repair.



■ **Bard® PolySoft® Hernia Patch** ■
Self-expanding polypropylene patch for an open anterior approach and posterior placement for inguinal hernia repair.



■ **Bard® Salute® Fixation System** ■
Suture-like fixation by Q-ring configuration for secure prosthetic fixation in laparoscopic and open hernia repair, vaginal prolapse ect.

BARD – Din leverandør av et komplett sortiment av produkter innenfor bukveggskirurgien

For mer utfyllende informasjon, kontakt Ingvild Reiten tlf 47 88 00 97,
E-mail: ingvild.reiten@crbard.com

BARD

TOGETHER IN CARE

TEMA: Brokk



Bare brokk...

Som vi har omtalt i innledning av denne utgaven av "Kirurgen" er brokk en hyppig forekommende kirurgisk lidelse. Hvilken behandling man anbefaler for et brokk er avhengig av lokalisasjon, størrelse, årsak og om det er et primært hernie eller et residiv. Vi har invitert den nylig opprettede interessegruppaa for brokk-kirurgi til å gi en redegjørelse for behandlingen av noen av de hyppigst forekommende brokktypene. Vi får i tillegg til en gjennomgang av omfanget av brokk-kirurgi i Norge en presentasjon av gjeldende "gullstandard" for behandling av lyskebrokk.

I tillegg gir Inge Glambek sine synspunkter på håndteringen av et betydelig problemområde, nemlig de store postoperative ventralhernier som i tillegg krever relativt omfattende bukveggplastikker. Vi kunne ha utvidet med en presentasjon av den raskt voksende lapaoskopiske virksomheten for behandling av ventralhernier, men av plasshensyn er dette utsatt til senere utgaver av bladet. Vi ønsker interessegruppaa for brokk-kirurgi velkommen som en viktig bidragsyter til "Kirurgen".

Bård Røsok

Forum for brokkirurgi

På initiativ fra Brynjulf Ystgaard vedtok generalforsamlingen i Norsk Forening for Gastroenterologisk Kirurgi i 2005 enstemmig å opprette en interessegruppe for behandling av bukvegsbrokk.

Styret i NFGK ble pålagt å oppnevne et interimstyre med mandat til å utforme forslag til vedtekter og til å initiere aktiviteter med basis i de foreslåtte vedtektene. Medlemmer av interimstyret var Tore Gauperaa, Inge Glambek, Odd Mjåland, Arne Refsum, Arne Seternes og Brynjulf Ystgaard. På generalforsamlingen i 2006 ble interimstyret enstemmig valgt til å fortsette og lede interessegruppa som vi har gitt navnet "Forum for brokkirurgi". På høstmøtet 2006 markerte vi oss ved å arrangere et halvdags symposium om lyske- og arrbrokk med forelesere fra England, Sverige, Danmark og Norge. Symposiet var vellykket med mange engasjerte tilhørere.

Åpent forum uten kontingent

Forum for brokkirurgi er et åpent forum der alle brokkinteresserte kirurger kan delta og bidra. Det er ingen kontingent. Vår oppgave er å arbeide for en økt interesse for og kunnskap om brokkirurgi

ved å arrangere symposier og kurs, planlegge og implementere studier hvor interesserte avdelinger kan delta, formidle informasjon om relevante kongresser og møter og referere fra disse samt fra artikler av betydning

Aktiviteter

I denne utgaven av Kirurgen bidrar vi med tre artikler. Vi vil fortsette å formidle vår informasjon gjennom faste faglige bidrag i Kirurgen og på vår hjemmeside, www.brokk.no, som regelmessig skal oppdateres. Vi planlegger nå å arrangere et halvdags brokkseminar på høstmøtet 2007 med forelesere fra inn- og utland, og vi vil også i løpet av året arbeide med en protokoll for en brokkstudie vi håper vi kan få oppslutning om. Vi vil komme tilbake til dette senere. For aktiviteter lenger fram ønsker vi sammen med samarbeidspartnere å arrangere et internasjonalt brokkseminar på hurtigruta. Vi ønsker å få et samarbeid med interesserte kirurger, så ta kontakt.



Av Tore Gauperaa,
leder Forum for Brokkirurgi
Kirurgisk avdeling
Sørlandet Sykehus HF – Arendal
tore.gauperaa@sshf.no

Kombinert plattform for diagnostisk og kirurgisk endoskopi. Kompatibel med mer enn 200 skop og kamerahoder.

EVIS
EXERA II



OLYMPUS
Your Vision, Our Future

Lår- og lyskebrokkirurgi i Norge

Operasjon for lyskebrokk er det hyppigste generellkirurgiske inngrepet utført i Norge. I 2003 ble 5937 inngrep utført på voksne pasienter (>14 år). I tillegg ble det utført 230 operasjoner for lårbrokk.

Et sykehus med opptaksområde på 100 000 pasienter vil således operere 140 pasienter årlig for lyske- og lårbrokk. Andel av residiv-operasjoner i dette tallet er ikke kjent, men er sannsynligvis noe fallende. Imidlertid har vi sett en økning av antallet av flere generellkirurgiske operasjoner de siste årene, men et operasjonstall opp mot 140 per 100 000 innbyggere, vil nok være et realistisk tall med tanke på planlegging av virksomhet og utdanning ved de fleste sykehus i årene fremover.

Lårbrokk

De siste 15 år har andel ø.hjelp operasjoner falt fra 56 til 43%. Fordelingen mellom kvinner (65%) og menn (35%) har vært konstant, men gjennomsnittsalderen har falt fra 66 til 63 år for menn og fra 66 til 62 år for kvinner. Laparoskopiske teknikker blir kun unntaksvis utført (<0,5% i 2003), mens åpne netttplastikker har økt fra 3% til 37% i løpet av perioden 1990-2003. Samtidig har liggetiden gått ned fra fem til fire dager, og mindre enn halvparten av pasientene hadde i 2003 en liggetid på mer enn to dager.

Lyskebrokk

Andelen ø.hjelp operasjoner falt fra 13% i 1990 til 6% i 2003. I samme periode sank gjennomsnittsalderen for menn og kvinner fra henholdsvis 63 til 59 år og 63 til 57 år. Forholdet mellom kvinner (8%) og menn (92%) var konstant. Man observerte en økning i antall prosedyrer gjennom hele tidsperioden frem til 2003. Insidensraten for operasjoner øker jevnt med alder for begge kjønn, for menn var den i 2003 ca 10 per 10 000 i aldersgruppen 20-29 år, ca 40 per 10 000 i aldersgruppen 50-59 år og drøye 80 per 10 000 i aldersgruppen over 70 år.

Gjennomsnittlig liggetid ble kontinuerlig redusert fra fire dager i 1990 til én dag i 2003. På landsbasis ble to av tre operasjoner utført dagkirurgisk i 2003, andelen var lavest i Helse Sør (56%) og høyest i Helse Vest (74%).

Konvensjonelle brokkplastikker utgjorde 98% av operasjonene i 1990 mot 19% i 2003. Parallelt økte andelen åpne netttplastikker fra 1% til 78% på landsbasis, men med en variasjon fra 65% i Helse vest til 86% i Helse Sør. Laparoskopiske inngrep ble i 2003 benyttet i 2% av inngrepene, med med variasjon fra 0% i Helse Vest til 5% i Helse Sør.

Siste 3 års utvikling ved lyskebrokkoperasjoner

Mens man fram til 2003 observerte en jevn økning i insidensratene for begge kjønn og alle aldersgrupper, ble denne tendensen snudd i 2004. Mens det årlige antall operasjoner i 2003 var 5 937, var tallene 5 897 i 2004 og 5 715 i 2005. Dette representerer en nedgang på drøye 4%. Kan vi endelig se en effekt av økt fokus på brokkirurgi de siste 10 årene, med derav følgende nedgang i antall reoperasjoner? Eller representerer disse tallene en endret indikasjonsstilling, eksempelvis i forhold til asymptomatiske brokk? Desverre tillater tallene fra Norsk Pasientregister ingen differensiering mellom 1.gangs operasjon og residivratene, men utviklingen blir uansett interessant å følge. Vi ser også en jevn økning i laparoskopiske prosedyrer de siste årene, men tallet 3% for 2005 er betydelig lavere enn tall fra både Danmark og Sverige. Netttplastikkene har fortsatt å øke, de utgjorde 83% av alle inngrepene i 2005. For Helse Øst var tallet hele 88%. Det har ikke vært noen endring i liggetid eller i andel dagkirurgi de siste 3 årene.

Av Odd Mjåland, overlege, Kirurgisk avdeling, Sørlandet Sykehus-Kristiansand
Inger Johanne Bakken, forsker, Sintef Helse, Trondheim

Registre

Mens man i Sverige og Danmark opprettet egne brokkregistre allerede i 1992 og i 1998, har vi i Norge ingen tilsvarende mulighet for å overvåke endringer og kvalitet ved brokkirurgien. Det foreligger heller ingen konkrete planer om opprettelse av et slikt register. Mens man i begge våre naboland har kunnet dokumentere nedgang i residivraten, har vi i Norge begrenset mulighet for å si noe om utviklingen på landsbasis. Dette er et tankekors ettersom omleggingene til netttplastikker har belastet sykehusbudsjettene med flere titalls millioner kroner de siste 15 årene.

For sykehus som nærmest utelukkende opererer alle primærbrokk med netttplastikk, og tilsvarende alle residivbrokk med laparoskopisk netttplastikk, vil man ved å studere det reallivt begrensede antallet med laparoskopiske inngrep kunne si noe om residivraten i eget opptaksområde. Dette forutsetter at pasientene holder seg til sitt eget sykehus. Ved Sørlandet sykehus-Kristiansand kan vi følge utviklingen gjennom vårt gastrokirurgiske komplikasjonsregister.

Private aktører

Tall fra Norsk Pasientregister over lyskebrokkoperasjoner utført i årene 2004 og 2005, viser at 10 privatklinikker utførte denne type kirurgi. Klinikkene var i hovedsak beliggende i Oslo, Trondheim, Bergen og Stavanger. Circa 500 pasienter (9%) ble operert ved de private klinikken både i 2004 og i 2005. Operasjonsmetoden skilte seg i liten grad ut fra landet som helhet, men laparoskopiske inngrep ble ikke utført. □

Tyco Healthcare

øker sitt meshsortiment

Framgangsrikt samarbeide med Sofradim

Tyco Healthcare overtok det franske selskapet Sofradim i 2006.

Sofradim har spesialisert seg på design, produksjon og distribusjon av kirurgiske forsterkningsimplantater.

Hernie er ett av Tyco Healthcares store fokusområder, og med Sofradim kan vi nå ytterligere utvikle vår produktportfølge innen bukveggskirurgi.

Tilsammen kan vi nå tilby et komplett sortiment av produkter til forsterkning og gjenoppbygging av bukveggen. Sortimentet er tilpasset for både åpen og laparoskopisk teknikk ved inguinal- og ventral hernie. Sofradim har også resorberbare clips for fixering av mesh, I-clip™.

**Kontakte din lokale representant
for mer informasjon.**

Gullstandard for lyskebrokkskirurgi

Av Odd Mjåland, overlege, Kirurgisk avdeling, Sørlandet Sykehus-Kristiansand

Kilder

Selv om vi i Norge ikke har noe nasjonalt register til å overvåke endringer i og kvaliteten ved vår egen brokkkirurgi, har våre naboland Sverige (1) og Danmark (2) utmerkede brokkregistre av henholdsvis 15 og 9 års varighet. Med enhetlig befolkningssammensetning, samt langt på vei enhetlig kirurgisk tradisjon, vil studier og anbefalinger utgått fra disse to registre langt på vei være retningsgivende for norsk behandlingspraksis. Den internasjonale Cochrane-databasen (3,4) vil være et tilsvarende viktig bidrag, og også retningslinjer utarbeidet av det engelske National Institute for Clinical Excellence (NICE) (5). Videre har ikke minst de klare retningslinjene definert av den nederlandske kirurgforening vært viktige (6). De siste årene har det vært økende fokus på selve indikasjonsstillingen for kirurgi, og to amerikanske studier (7,8) har gitt verdifulle data vedrørende en konservativ indikasjonsstilling-såkalt "watchful waiting". Lettsvektsnettene er nylig behandlet i en oversiktsartikkel i World Journal of Surgery (9).

Hvem skal opereres

Ved lyskebrokkskirurgi som ved all annen kirurgi, kan komplikasjoner i form av sårinfeksjoner, og hematomer forekomme. Ved god kirurgisk teknikk dreier det seg kun om få prosent. For lyskebrokk kommer i tillegg testisproblemer (ca 1%), langvarige postoperativt ubehag- smerter (ca 10%), vedvarende og dels invalidiserende smerte (ca 1%) og en ikke ubetydelig residivrate avhengig av operatørens ferdighet, brokktype og anvendt metode. Disse forhold må nøye veies opp mot pasientens plager. Korte ventelister og lett tilgang til sykehus, gjør at det kan være både trygt og klokt å avvente kirurgi ved brokk som gir ingen eller kun små plager. Om pasienten likevel ønsker kirurgi, er det også fornuftig å respektere dette valget, men grundig informasjon er og forblir legens ansvar.

Hvor skal pasienten opereres

Tilnærmet alle norske sykehus opererer i dag lyskebrokk. I tillegg utføres inngrepet på 10 private sykehus. Det er ikke tvil om at dedikerte kirurger med et visst volum oppnår bedre resultat også ved brokkkirurgi. Det er viktig at hver enhet som opererer lyskebrokk har minst én dedikert person som kan være ajour med den faglige utvikling. Det er videre en selvfølge at den enkelte institusjon til en hver tid bør kunne redegjøre for sine resultater. Vi ser en økning i antall pasienter som stiller velbegrunnede og presise spørsmål vedrørende kirurgens kvalifikasjoner og resultater. Fritt sykehusvalg er etablert for lengst.

Dagkirurgi-hotellpasient-inneliggende pasient

Nærmere 70% av alle lyskebrokksoperasjoner utføres i dag som dagkirurgi, om noen år er det ikke utenkelig at tallet nærmer seg 90%. Dermed er tilnærmet hele den helseøkonomiske gevinsten tatt ut. Det vil alltid være noen pasienter som ikke egner seg for dagkirurgi, men volumet av disse vil aldri utgjøre noen trussel for avdelingens belegg. Smidighet med tanke på å tilpasse tilbudet til pasientens behov vil være en god strategi.

Anestesiform

Fullgod anestesi er en forutsetning for vellykket kirurgi og tilfreds pasient. Mens regional anestesi tidligere ble brukt mye, er dette en anestesiform som i dag benyttes lite. Rask mobilisering og tidlig hjemsending av pasienten lar seg enklere oppnå ved lokalanestesi eller full narkose i form av eksempelvis TIVA. Selv om spinale komplikasjoner er sjeldne, er disse fryktede, og spesielt lokalanestesi kommer bedre ut når det gjelder postoperativ urinretensjon. Men selv om tilnærmet alle brokk lar seg operere i lokalanestesi, bør det være rom for generell anestesi hos engstelige pasienter og ikke minst der hvor kirurgien

er besværlig i form av tidligere inngrep eller overvekt. Å gjennomføre et inngrep i dårlig eller halvgod lokalanestesi, er en belastning for både pasient, pleiepersonale og kirurg. Det operative sluttresultatet må nødvendigvis lide, og det viktige samspillet mellom pasient og kirurgi i det postoperative forløpet har fått en dårlig start. Selv om lokalanestesi er enklest og sikrest, bør den enkelte operatør kjenne sine begrensninger og velge den anestesiform som gir høyest pasienttilfredshet og best mulig operativt resultat.

1. gangs brokk

Konvensjonelle plastikker er på vei ut i hele den vestlige verden. I Norge utføres i dag kun en av ti operasjoner uten bruk av kunststoffnett. Ferske tall fra Danmark viser at dette tallet nå nærmer seg 5% for 1.gangs brokk. Det er alt overveiende Lichtensteins plastikk som brukes. Tilvarende i Sverige. Årsaken til dette er at metoden gir utmerkede resultater med tanke på postoperative smerter og residiv. Utmerkede resultater er også oppnådd både med Bassinis operasjon og med Shouldice teknikk på spesialklinikker, men disse har ikke latt seg reproducere på et bredere plan. Både Svensk Bråckregister med mer enn 120 00 rapporterte operasjoner og Dansk Herniedatabase med 98 000 rapporterte operasjoner viser med all tydelighet Lichtensteins plastikkens overlegenhet i et nasjonalt perspektiv. Forutsetningen for å bruke noe annet må være at man selv kan dokumentere minst like gode resultater om man velger en annen teknikk, og at man også ivaretar opplæringsbiten slik at det ikke oppstår et vakuumbørneste kirurgengenerasjon slipper til.

Det vil være situasjoner hvor man på bakgrunn av lav pasientalder og eller ubetydelig vevsdefekt, ikke ønsker å implantere et kunststoffnett. I slike tilfeller er det absolutt rom for en pragmatisk holdning, og det er viktig at

fortsetter neste side ▶

- ▶ klinikken også har en konvensjonell plastikk på repertoiret. Lettveksnettene vil muligens gjøre denne valgsituasjonen mindre frustrerende.

Det foreligger ikke tilstrekkelige data for å konkludere i favør av TEP eller TAPP. Inntil det foreligger en randomisert studie av nødvendig styrke, er det ikke mulig å gjøre noen anbefaling mellom de to teknikkene. Imidlertid viser både det danske og svenske brokkregisteret at residivraten ved 1.gangs lyskebrokk ligger langt høyere ved laparoskopiske teknikker enn ved de åpne nettplastikker. Dette gjør selvfølgelig anbefalingene med tanke på de bilaterale brokkene (knappe 5% av alle 1.gangsbrokk), vanskelig. For at pasientene med bilaterale brokk skal profitere på laparoskopisk operasjon, må denne være av dokumentert høy kvalitet. Alternativet er å sende disse pasientene fra seg eller tå ilby pasienten et åpen nettplastikk i én eller to seanser.

2. eller flergangs brokk

Residivratene er på vei nedover i både Danmark og Sverige. Det kan se ut som ratene flater ut på mindre enn 4-5% i et 10-års perspektiv. Vi ligger i Norge sannsynligvis ikke så langt etter. Samtidig anvendes Lichtensteins operasjon nå som rutine (83% i 2005). Med andre ord vil man i fremtiden møte et langt mer begrenset antall pasienter med residivbrokk, og disse vil som regel ha et residiv etter en Lichtensteins operasjon.

Ved tidligere åpen nettplastikk er laparoskopisk teknikk mest hensiktsmessig, men det er også rapportert gode resultater med ny åpen mesh implantasjon. Er pasienten tidligere operert med Prolene Hernia System (PHS) er den laparoskopiske fridisekkeringen som

regel meget besværlig. Ved tidligere konvensjonell teknikk er åpen og laparoskopisk teknikk likeverdige. Ved tidligere laparoskopisk teknikk er åpen og laparoskopisk teknikk likeverdige.

Sutur og nettmateriale

Data fra både randomiserte og retrospektive studier peker i retning av enkelte fordeler ved lettveksnettene. Disse er først og fremst knyttet til redusert postoperativ smerte og

reduert fremmedfølelse-ubehag av nettet. Imidlertid må disse fordelene veies opp mot de per i dag dokumenterte høyere residivratene ved lettveksnettene. Det er heller ikke vist at lettveksnettene medfører reduksjon i den langavrigge alvorlige smerte. Imidlertid foregår det et betydelig utviklingsarbeide vedrørende materialvalg og struktur av nettene, og betydningen av dette vil vi først få svar på om noen år. □

Referanser

1. Nationellt register før bråckkirurgi www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/F9F418DC-B272-424F-A493-35C9B70FBDCB/5073/ÅrsredovisningSBR2004.pdf
2. Dansk Herniedatabase. www.herniedatabasen.dk
3. Laparoscopic techniques versus open techniques for inguinal hernia repair. McCormack K, Scott NW, Go PMNYH, Ross S, Grant AM on behalf of the EU Hernia Trialists Collaboration. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2003, Issue 1. Art. No.: CD001785. DOI: 10.1002/14651858.CD001785.
4. Open Mesh versus non-Mesh for groin hernia repair. Scott N, Go PMNYH, Graham P, McCormack K, Ross SJ, Grant AM. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 3. Art. No.: CD002197. DOI: 10.1002/14651858.CD002197
5. Laparoscopic surgery for inguinal hernia repair www.nice.org.uk/page.aspx?o=tao83guidance
6. The Inguinal Hernia Guideline of the Association of Surgeons of the Netherlands. Ned Tijdschr Geneeskd 2003; 147: 2111-7.
7. Watchful waiting vs repair of inguinal hernia in minimally symptomatic men: a randomized clinical trial. Fitzgibbons RJ jr, Giobbie-Hurder A, Gibbs JO, Dunlop DD, Reda DJ, Mc Carthy M jr et al. JAMA 2006; 295: 285-92.
8. Observation or operation for patients with an asymptomatic inguinal hernia. A randomized clinical trial. o' Dwyer P, Norrie J, Alani A, Walker A, Duffy F, Horgan P. Ann Surg 2006; 244: 167-73.
9. Weyhe D, Belyaev O, Muller C et al. Improving outcomes in hernia repair by the use of light meshes—a comparison of different implant constructions based on a critical appraisal of the literature. World Journal of Surgery 2007; 31: 234-44.

Complete disposable system designed to slowly infuse a local anesthetic directly to the surgical site over multiple days.

- Preset flow rate
- Disposable and Non-electronic system
- Soaker Catheter™ with wider infusion area versus 3-hole catheter.
- Hundreds of Catheter Placements guidelines.

SUPERIORITY OVER NARCOTICS PROVEN IN GROUNDBREAKING STUDY!

This meta-analysis is the first large scale, independent study that demonstrates the superiority of the pain relief therapy provided by ON-Q® as compared to narcotics (the current standard of care). Published in the highly-regarded and peer-reviewed *Journal of American College of Surgeons* (JACS), this review cites 44 studies and includes 2,141 patients across multiple surgical specialties. Only randomized controlled clinical trials (RCT) were included.

2,141 PATIENTS **44** RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS

SIGNIFICANC

Validation

This study confirms the superiority of ON-Q therapy over narcotics for post-op pain relief.

Large "N"

It's the largest study of its kind encompassing over 2000 patients across multiple surgical specialties.

Objectivity

Conducted by an independent third-party and published in a peer-reviewed prestigious journal.

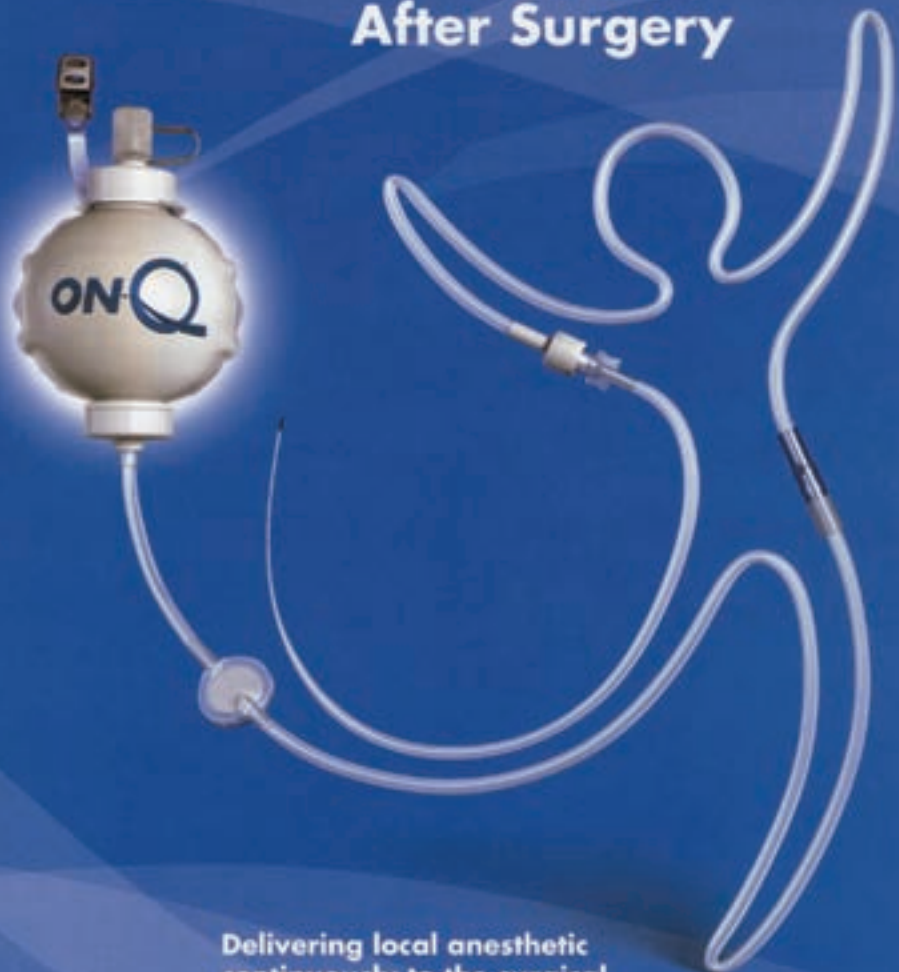
RESULTS

- Significantly less narcotic use!
- Reduction in length of stay!
- Significantly less pain!
- Higher patient satisfaction levels!
- Less PONV!
- Lower infection rates than the control group!
- No reported toxicity issues!

CONCLUSION

"BOTH THE EFFICACY AND TECHNICAL SIMPLICITY OF THIS TECHNIQUE ENCOURAGE ITS WIDESPREAD CLINICAL USE."

Your patients can
Recover Faster
with **Less Pain**
After Surgery



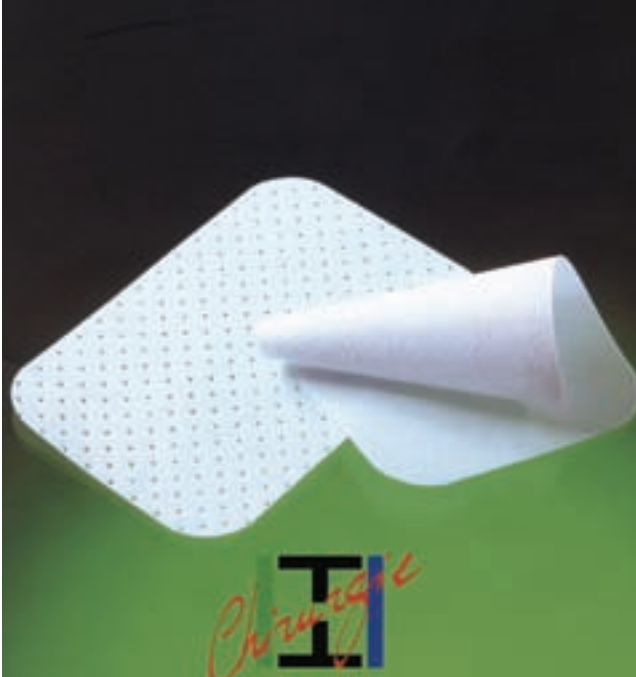
Delivering local anesthetic continuously to the surgical site for up to five days

BENOR MEDICAL
MEDICAL EQUIPMENT

HI-TEX®

PROTHÈSE DE RÉFÉCTION DE PAROI INTRAPÉRITONÉALE

INTRAPERITONEAL SITUATION PROSTHESIS FOR WALL REINFORCEMENT



CHARACTERISTICS

The HI-TEX® ENDO IP prosthesis is a composite structure 0.5 mm thick, characterised by its combination with a non-woven textile structure obtained from multi-filaments of polyester (polyethylene terephthalate) PET, and coated on one side with a thin membrane of polyurethane, poly(ether urethane) PEU. The HI-TEX® ENDO IP prosthesis is pre-cut and macro-perforated over its entire surface.

PROPERTIES

The HI-TEX® ENDO IP prosthesis consists of two sides, each with a separate function :

- A permeable side favouring very good establishment and rapid tissue fixation,
- A smooth, non adherent bluish side to enable fluid transfer.

The HI-TEX® ENDO IP prosthesis has excellent multidirectional mechanical properties and exceptional resistance to tearing.

The HI-TEX® ENDO IP prosthesis is totally inert and apyrogenic.

APPLICATIONS

The HI-TEX® ENDO IP prosthesis is designed for implantation in contact with the viscera in an intraperitoneal situation.

ADVANTAGES

- Available in three different thicknesses 0,5mm, 1mm and 1,5mm
- Available in different sizes
- Possible to cut into preferred shape
- Centre markings
- Different colour on each side
- Prefixed sutures
- Shape memory

BENOR MEDICAL
MEDICAL EQUIPMENT

PRODUCTS ARE DISTRIBUTED BY: WWW.BENOR-MEDICAL.NO
MEDICAL@BENOR-MEDICAL.NO

We target bacteria
like no other.

See For Yourself

To request a copy of the referenced paper, go to goremedical.com/mrsa or contact your local Gore sales associate.



Independent laboratory data demonstrate that GORE DUALMESH® PLUS Biomaterial inhibits MRSA adherence.¹

- ▶ GORE DUALMESH® PLUS Biomaterial is the **only** two-sided, prosthetic material with antimicrobial agents (chlorhexidine and silver) that act synergistically to inhibit bacterial colonization of the biomaterial for up to 10 days post implantation.
- ▶ Dual-sided: One side promotes rapid tissue ingrowth in the abdominal wall. The smooth visceral side discourages tissue attachment.



DUALMESH® PLUS

BIOMATERIAL

1. Harrell AG, Novitsky YW, Kercher KW, et al. In vitro infectability of prosthetic mesh by methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Hernia* 2006; 10(2):120-124.

CONTRAINDICATIONS: Patients with hypersensitivity to chlorhexidine or silver; reconstruction of cardiovascular defects; reconstruction of central nervous system or peripheral nervous system defects; pre-term and neonatal populations. **WARNINGS:** Use with caution in patients with methemoglobinopathy or related disorders. When used as a temporary external bridging device, use measures to avoid contamination; the entire device should be removed as early as clinically feasible, not to exceed 45 days after placement. When unintentional exposure occurs, treat to avoid contamination or device removal may be necessary. Improper positioning of the smooth non-textured surface adjacent to fascial or subcutaneous tissue will result in minimal tissue attachment. **POSSIBLE ADVERSE REACTIONS:** Contamination, infection, inflammation, adhesion, fistula formation, seroma formation, hematoma and recurrence.

Products listed may not be available in all markets pending regulatory clearance.

GORE, DUALMESH®, DUALMESH® PLUS, and designs are trademarks of W. L. Gore & Associates.
© 2005, 2006 W. L. Gore & Associates, Inc. AJ1806-EN4 APRIL 2006

800.437.8181 (US) • 928.779.2771 (US)
(00800) 6334.4673 (EU)
goremedical.com/mrsa

Kombinasjon av operasjon for Store arrbrokk og bukplastikk

I en tid der laparoskopiske operasjoner for alle typer brokk øker, kan det være grunn til å stoppe opp og se litt kritisk både på hensikten med dette, og på resultatene – og da ikke bare recidivfrekvensen. Denne artikkelen er et sammendrag av et innlegg på fjorårets høstmøte og hensikten er å belyse de kosmetiske resultatene av operasjoner for store ventralhernier.

Av Inge Glambek, overlege
Haraldsplass Diagonale sykehus

I seg selv kan de største herniene gi stor ekspansjon av huden over og hos kvinner vil i tillegg magehuden ofte være hypertrofisk og strukket etter graviditeter. Arret kan i seg selv være stygt, spesielt der arrbrokket kommer etter infeksjoner eller gjentatte laparotomier. En laparoskopisk operasjon vil ofte etterlate en hengende hypertrofisk hud, og den gir ingen kosmetisk tilleggsgevinster. En åpen brokkplastikk kan trygt og godt kombineres med en bukplastikk, vi får en god eksposisjon og som tilleggsgevinst et godt kosmetisk resultat.

Brokkplastikken

Insidensen av brokk etter laparotomier oppgis litt ulikt, varierende fra 10 til 20 % og høyere i noen materialer. Fremdeles presenteres arbeider der det er gjort direkte sutur, men det synes å



Figur 1: Brokk og arr – eksempel på situasjon der et kombinert inngrep kan være beste løsning

være god internasjonal konsensus at det skal brukes nettplastikker ved arrbrokk. Recidivfrekvensen etter slike operasjoner ligger mellom 11 og 17 % i de nyeste større materialene. Nettet kan legges i fire ulike posisjoner. (Fig. 2)

Uansett posisjon, skal nettet dekke minst 3 og helst 5 cm utenfor fasciekanten i alle retninger, og det bør festes med ikke-resorberbare suturer. Ifølge Stoppa - prinsippet bør mest mulig av nettet legges under muskulaturen slik at det intraperitoneelle trykket, fienden, brukes som venn ved at det presser nettet fast. Men det kan i mange tilfeller være vanskelig å fridissekere brokksekken uten å lage hull i den, og onlay posisjon brukes mer og mer i slike sammenhenger. Da kan brokksekken bare invagneres, og det er så vidt jeg vet, ikke beskrevet inkarerasjon i en

invaginert brokksekk, heller ikke problemer med adherent tarm i slike sekker.

Nettyper

Det finnes mange nettyper og materialer. Jeg har ikke noe fasitsvar på hva som er best, men har erfaring med ulike typer og har noen kommentarer til de ulike typene:

Polypropylen og kombinert polypropylen og polysakkarid. Disse nettene blir stadig lettere. Kombinert polypropylen og polysakkarid (for eksempel Ultrapro) er et lettvektnett der polysakkariddelen absorberes, og et tynt nett av polypropylen blir igjen. Disse lettvektnettene gir kanskje noe mer recidiv, men er definitivt det nettet som gir minst komplikasjoner og ubehag. De kan ikke legges i kontakt med tarm fordi det da kan dannes adherenser og etter hvert fistler. Disse nettene er definitivt de billigste, og jeg foretrekker dem der det er mulig.

Expanded Polytetrafluoretylen – ePTFE – nett (eksempelvis Gore-tex): Dette materiale kan legges i kontakt med tarm uten fare for adherenser. Flere muligheter her: S sammensatte nett (Composix Kugel Patch) har en stiv flate av PTFE inn mot tarmen, mens et nett av polypropylen syes fast til muskel/fascie. Disse nettene er stive og jeg har hatt to residiver med slike fordi festesuturene har løsnet langs den ene kanten. De finnes også som plater/nett der vevingen gjør at siden inn mot tarm er PTFE mens yttersiden er poly-

fortsetter side 17 ▶

Figur 2



a) Onlay

Nettet ligger på fascien som er helt eller delvis lukket under.

b) Sublay

Nettet ligger her preperitonealt på selve peritoneum eller helt eller delvis på bakre blad av rectusskjeden. Her er fascien lukket helt over nettet.

c) Intraperitonealt

Nettet ligger her i kontakt med tarm/oment, og kan da ikke være laget av polypropylen. Ulike materialer kan brukes, det vanligste er PTFE (Gore-tex)

d) Intermediær

Nettet ligger i prinsippet som et sublaynett, men bare delvis dekket av fascien.

PROCEED

SURGICAL MESH

LIGHTWEIGHT MONOFILAMENT CONSTRUCTION

- ◆ Less foreign mass
- ◆ Flexible scar tissue
- ◆ Strong tissue incorporation

EXCELLENT HANDLING

- ◆ Low profile
- ◆ Blue-striped surface distinguishes the parietal from the visceral side

RESISTS BACTERIAL COLONIZATION

- ◆ No ePTFE
- ◆ Lightweight, macroporous, monofilament mesh structure
- ◆ Allows fluid flow-through

RECOVERS TO ORIGINAL SHAPE ONCE PLACED

- ◆ Easily deployed and positioned once inside abdominal cavity
- ◆ Conforms to anatomy
- ◆ Readily customized



Johnson & Johnson AB
Nesbruveien 75
1375 Billingstad
Tlf: +47 66 98 10 30 Faks: +47 66 98 17 77
E-post kundeservice: cservno@jnjno.jnj.com

ETHICON
a Johnson & Johnson company



Figur 3: Eksempel på nedre plastikk

▶ propylen (Dualmesh). I skrivende stund er jeg fortsatt på leting etter det perfekte nettet med denne kombinasjonen.

Biologiske nett: Nett av svinehud (Permacol) er dyre men gode. De bør etter min mening reserveres for brokkplastikker i infisert vev. Jeg har liten erfaring med disse, men dokumentasjonen virker overbevisende.

Bukplastikken

Jeg bruker i prinsippet to hovedtyper bukplastikk:

Nedre plastikk med transposisjon av umbilicus

En tversgående båtformet eksisjon oftest mellom øvre kant av umbilicus og en linje like i overkant av lyskefuren og symfyen, gående fra flanke til flanke. (Fig. 3) Umbilicus beholdes på en bredbaset stilk, som regel er den godt sirkulert. Hele abdominalhuden mobiliseres i et lag minst 5-6 mm over fascien. Dette reduserer risikoen for seromdannelse fordi det kapillærbærende prefascielle vevet beholdes. I praksis er det enklest å dissekere like i underkant

av Scarpas fascie. Huden må mobiliseres helt opp til processus xiphoideus i midtlinjen, og til costalbuen ut til sidene. På dette stadiet er eksposisjonen for brokkplastikken optimal. Pass på å beskytte sårkantene mot uttørring med fuktige kompresser mens brokkplastikken gjøres.

Når brokkplastikken er gjort knekkes pasienten i hoftene og hudkantene adapteres med minst 5 tøyklyper. Det vanskeligste nå er å unngå eseløredannelse i flankene. Ekstra eksisjoner for å unngå dette må nødvendigvis gjøres oppover fordi arret i utgangspunktet er lagt langt nede, og det kan føre til at det i flankene kommer mer vertikale

arrlinjer som blir synlige over bukse-linningen. Det er likevel å foretrekke fremfor skjemmende eselører. Jeg legger nå to vakumdren – ett fra hver side gjennom suturlinjen uten å sy fast og uten at den intracutane suturen brytes. Deretter lukkes huden med 2-0 i Scarpas fascie, 3-0 subcutant for tilpassing og intracutan 4-0 sutur. Jeg foretrekker bare absorberbare suturer. Suturlinjen sikres med Steristrips, og jeg bruker vanlige bandasjer på den lange sår-linjen, salvekompres + tupfer i umbilicus og en god komprimerende bandasje som skiftes 3. postoperative dag.

Fleur-de-lis, eller ankersnitt:

Dette er en plastikk som vanligvis unngås fordi pasientene får et synlig arr i midtlinjen. (Fig. 4) Men for pasienter med arrbrokk etter laparotomier betyr dette mindre fordi de allerede har et slikt arr – som også ofte er skjemmende. Med en slik snittføring får man også trukket huden inn fra flankene og den abdominale konfigurasjonen blir mer innsvinget. Selve mobiliseringen av abdominalhuden gjøres i prinsippet som for den nedre plastikken, men vær forsiktig med for mye mobilisering og for spisse hjørner ned mot midtlinjen. Det er her nekrosene kommer og de kan være svært problematiske. Jeg har to ganger måttet transplantere hud etter slike nekroser.

fortsetter neste side ▶



Figur 4: Fleur-de-lis plastikk



Figur 5: Komplikasjon med nekrose ved for stram suturlinje.

Uansett type bukplastikk er etterbehandlingen den samme: Strengt sengeleie i 2 dager, med pute under knærne. Deretter mobilisering og som regel hjemreise 3. dag. Pasientene skal bruke magebind (brokkbind med borrelås er bra) dag og natt i tre uker, deretter om dagen i ytterligere tre uker. De sykmeldes som regel i 5 uker. Jeg bruker vanligvis ikke antibiotika selv ved kombinerte inngrep og har ikke hatt infeksjoner bortsett fra de nevnte nekrosene hos to pasienter. Pasientene får lavmolekylært heparin fra om ettermiddagen etter operasjonen og til de reiser, ikke lenger.

Komplikasjoner Hematom/serom

Dette er en vanlig komplikasjon og egentlig det store problemet internasjonalt p.g.a. den store mobiliseringen av abdominalhud. Forekomsten angis fra 10 til 53 % i ulike materialer. Det foreligger få kontrollerte studier av forebyggende tiltak og metoder, men det er i hvert fall presentert et materiale som antyder en fordel ved disseksjon i et lag 5-6 mm over selve fascien for å bevare det kapillærbærende prefascielle laget. Men om det hjelper med magebind og hvor lenge dette skal brukes vet egentlig ingen. Jeg bruker i hvert fall opplegget skissert over. Drenene lar jeg ligge til det er mindre enn 50 ml/døgn sekresjon.

Nekrose og infeksjon

Disse henger sammen. Jeg bruker ikke rutinemessig antibiotikaprofylakse, og har ikke hatt infeksjoner ved disse kombinerte inngrepene. Nekrose kommer i navlen eller i krysset i arret etter fleur-de-lis eksisjon. Navlen klarer seg som regel – ofte er det her bare en epidermolyse som tilheler ved konservativt regime. Jeg har hatt to transplantasjonskrevende nekroser, den ene etter langvarig respiratorbehandling fordi pasienten fikk en restriktiv respirasjonssvikt p.g.a. et stort brokk som ble reponert uten å dilatere bukveggen på forhånd.. Dette er i seg selv en risiko som bl.a. Brynjulf Ystgaard i Trondheim har unngått ved å etablere pneumoperitoneum en tid preoperativt. Den andre nekrosen kom hos en pasient der jeg feilberegnet hudens elastisitet p.g.a. en uklar hudlidelse (Figur 5). For stram suturlinje er farlig her. Hvis nekrose oppstår; bruk tid på behandlingen. Eksider nekroser og bruk saltvannskompresser til det har dannet seg en fin granulerende flate. Det er påfallende hvor mye som kan fylle seg ut før transplantasjonen gjøres. Dekk så med delhudstransplantat.

Tap av umbilicus

Dette må av og til aksepteres fordi navlen ligger midt i selve brokket. Den vil da nekrotisere fordi det ikke er mulig å beholde en sirkulert stilk. Man kan rekonstruere umbilicus senere, men mange pasienter aksepterer situasjonen uten å ønske ny kunstig navle.

Eselører

Hos pasienter som har tapt mye vekt og har mye løs hud, er eselører/hudfliker i flankene et problem. Det er interessant hvordan pasientens toleranse for dette flyttes. De får alltid beskjed om at dette mer eller mindre sannsynlig vil komme. Men fra å si at det bryr de seg ikke om, endrer de syn på dette når de ser hvor fint resten er blitt. Så vi ender ofte opp med å korrigere dette etter et år. Ikke før! Jeg gjør ofte dette i lokalanestesi dagkirurgisk.

Konklusjoner

Hensikten med denne artikkelen er ikke å anbefale en spesiell brokkplastikk ved arrbrokk. Og det er i hvert fall ikke å argumentere mot laparoskopiske operasjoner ved arrbrokk. Men som sagt innledningsvis: Det må være en bevisst hensikt i valg av operasjonsmetode. Og i noen tilfeller er det åpenbare kosmetiske gevinster ved de kombinerte inngrepene jeg har snakket om her. Da kan det jo være et poeng at dette lar seg gjøre uten tillegg i risiko eller komplikasjoner. Kosmetiske aspekter er etter min mening undervurdert ved nesten alle operasjonstyper. Jeg synes dette er et viktig aspekt. Når jeg hører pasienten som kommer til kontroll, si at "Nå tør jeg bade med barna mine" eller "Jeg har hatt lyst å reise til syden i 14 år – nå har jeg bestilt reise", da vet jeg at jeg har prioritert riktig. Av og til er stor kirurgi det som gir minst sekveler. □



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.

Ref. nr.: 0771-2006

SOMAC[®]
PANTOPRAZOL

Ny fagmedisinsk forening for MAMMA- OG PARA-/TYREOIDEAKIRURGI

Det var med stor glede fagmiljøet mottok beskjednen fra Helse- og omsorgsdepartementet i november 2006 om å opprette en ny grenspesialitet under generell kirurgi med betegnelsen "Mamma- og para-/tyreoideakirurgi".

Av Ellen Schlichting

Legeforeningen opprettet en spesialitetskomite og undertegnede tok initiativet til å lage et interimstyre for en ny fagmedisinsk forening da dette skulle gjøres av fagmiljøet selv. Medio januar 2007 hadde vi et konstituerende styremøte for interimstyret. Styret er satt sammen på basis av regional fordeling, erfaring og kjønn:

Kst. avd.leder Ellen Schlichting,

Ullevål universitetssykehus, leder

Seksjonsoverlege Turid Aas,

Haukeland universitetssykehus, sekretær

Seksjonsoverlege Ivar Guldvog,

Sykehuset Telemark, kasserer

Overlege Steinar Dahl,

Molde sykehus

Assistentlege Anne Marthe Foshaug Jensen,

Universitetssykehuset Nord-Norge

Interimstyret skal sitte fram til årsmøtet som vi planlegger å avholde i forbindelse med Kirurgisk høstmøte, i tråd med de andre kirurgiske fagmedisinske foreningene.

Til godkjenning

Styret har utformet et vedtektsforslag som er sendt til Sentralstyret i Legeforeningen sammen med en søknad om godkjenning som ny fagmedisinsk forening. For mer informasjon om etableringen av fagmedisinske foreninger vises til www.legeforeningen.no/fame. Når Sentralstyret forhåpentligvis har gitt sin godkjenning (møte 21. februar som er etter tidspunktet da dette skrives), kan de som ønsker denne foreningen som sin fagmedisinske

forening melde dette til Legeforeningen.

Melding om endring av medlemskap i fagmedisinsk forening bør gå direkte til Legeforeningen. De som får vår forening godkjent som sin fagmedisinske forening, vil ikke betale noen kontingent utover totalkontingenten til Legeforeningen. Foreningen er også åpen for de som ønsker å være assosierte medlemmer (medlemmer som har tilhørighet til foreningens fagområde).

Enklere navn

Styret har i sitt brev til Sentralstyret bedt om at foreningen får hete "Norsk forening for bryst- og endokrinkirurgi" og ikke "mamma- og para-/tyreoideakirurgi". Det sistnevnte navnet er tungt og lite forståelig for menigmann. Vårt navneønske er mer tilpasset den internasjonalt brukte betegnelsen "Breast- and Endocrine Surgery". Spesialistkravene vil være i tråd med departementets avgrensninger i forbindelse med opprettelsen av grenspesialiteten. Endokrinkirurgien omfatter ikke i noe land alle endokrine organer. Internasjonalt brukes "endokrinkirurgi" med noe ulikt innhold. Det er viktig for rekrutteringen til faget at både bryst og endokrin er med i navnet på foreningen og spesialiteten. Navneforslaget har støtte av spesialitetskomiteen i vårt fag og av styret i Norsk Kirurgisk Forening. Kortformen av navnet vil være NBE. I samarbeide med spesialitetskomiteen vil vi senere fremme et ønske om å endre navn også på spesialiteten slik at dette blir det samme som den fagmedisinske foreningen.

Samarbeid

NBE ønsker i samarbeide med spesialitetskomiteen å arbeide for bedre rekruttering til faget, lage gode utdanningskurs og ta kontakt med de andre nordiske foreningene om evt. samarbeide om slike kurs (nordiske kurs). Vi ønsker å bidra til at internundervisningsopplegg kan gjøres tilgjengelig for flere avdelinger rundt om i landet. Lønns- og arbeidsforhold (vaktordninger), organisering av drift, DRG-koding er eksempler på oppgaver hvor vi kan oppnå bedre kvalitet og resultater ved at vi nå står sammen i en ny fagmedisinsk forening. Vi vil sørge for et godt samarbeide med andre foreninger og spesialiteter som for eksempel Norsk Bryst Cancer Gruppe og plastikkirurgi.

Egen nettside

Vi vil i løpet av kort tid få vår egen nettside som du kan finne ved å gå inn på Legeforeningens hjemmesider under "spesialiteter". Vi har foreløpig ikke fått vår egen nettside, så bruk ovennevnte tilgang inntil videre eller kontakt en av styremedlemmene for nærmere informasjon. Vi vil benytte nettsidene til å legge ut aktuell informasjon om tilmelding i den nye fagmedisinske foreningen, referat fra styremøter, informasjon om møter, kurs og kongresser med mer. Vi ønsker gjerne innspill fra medlemmene om saker de ønsker at styret skal ta opp, utforming av nettsidene eller annet stoff som kan være av interesse. □

Tilbud på BJS til NKF's medlemmer

BJS – British Journal of Surgery tilbyr 20% rabatt på medlemskap. Listepriis er £146 – tilbudspriis £117. Innnebærer 12 nummere tilsendt i året samt tilgang til elektroniske utgaver fra 1998 og fram til i dag.

Interesserte bør ta kontakt snarest:

Bryony Erquhart PhD, managing editor

Tel: +44 (0) 1243 770 384 – Fax: +44 (0) 1243 770 460

E-mail: burquhar@wiley.co.uk



NORSK ORTOPEDISK FORENING

Konsensusgruppe for behandling av distale radiusfrakturer

Distale radiusfrakturer er den vanligst forekommende fraktur i Norge med ca. 15.000 tilfeller årlig. Dette representerer 20% av alle frakturer i Norge. Kvinner utgjør 80% av disse skadene (snittalder 63 år), mens menn rammes tidligere (snittalder 47 år).

Av Torstein Husby

Kvinner pådrar seg hyppigst radiusfrakturer under vanlig gange og ved hjemmeulykker, mens menn oftest rammes ved arbeids- eller sportsskader. Radiusfrakturer representerer uten tvil et stort problem både for samfunnet og den enkelte pasient. Denne skaden har tradisjonelt hatt lav status og behandlingen er ofte blitt overlatt til turnuslege eller yngste assistentlege. Tall fra Norsk Pasientskade-erstatning (NPE) viser at distale radiusfrakturer utgjør 6,4% av de ortopediske klagesakene, og tendensen er

en økende. Medholdsandelen i NPE for radiusfrakturer er 38%, sammenlignet med for eksempel 30% for gastrokirurgi og onkologi.

Uenige om behandlingsform

Radiusfrakturer har i de senere år fått en høyst fortjent øket oppmerksomhet, men fortsatt er det stor uenighet internasjonalt om hvilke behandlingsprosedyrer som bør gjelde. Tidligere ble nesten alle disse brudd behandlet med lukket reposisjon og gipsing. Fra ca. 1980 ble det økt bruk av ekstern fiksasjon og senere har forskjellige platteteknikker kommet på banen. Det er fortsatt uklarhet om pasienter med radiusfrakturer skal opereres og hvilke metoder som gir best resultat.

Konsensusgruppe

Dansk Ortopedisk Forening utarbeidet sitt referanseprogram for behandling av distale radiusfrakturer i 2001. Denne er allerede foreldet. Under NOF's Generalforsamling sist høst ble det vedtatt å nedsette en konsensusgruppe med mandat til å sette opp retningslinjer i for diagnostikk og behandling av distale radiusfrakturer.

Gruppen har følgende sammensetning:

Leder: **Hebe D. Kvernmo**
(Ullevål Universitetssykehus)
Medlem: **Torstein Husby**
(Ullevål Universitetssykehus)
Medlem: **Magne Røkkum (Rikshospitalet)**
Medlem: **Leiv Hove**
(Haukeland Universitetssykehus)
Medlem: **Vilhjalmur R. Finsen**
(St. Olavs Hospital)
Medlem: **Adalssteinn Odinson**
Medlem: **Knut Skoglund**
(Innlandet sykehus - Lillehammer)
Medlem: **Knut Melhuus**
(Skadelegevakten - Oslo)

Konsensusgruppen vil i sitt arbeide stå i nær kontakt med de øvrige nordiske foreninger med tanke på felles retningslinjer. Gruppen har hatt sitt første møte og oppgaver er fordelt. Det vil opprettes et nært samarbeide med Nasjonalt Kunnskapsenter for Helsetjenesten, grundige litteraturstudier vil bli gjennomført og gruppen tar sikte på en preliminær rapport på NOF's Generalforsamling i oktober 2007.

NORSK PLASTIKKIRURGISK FORENING

Vår møte i Stavanger 7. og 8. juni 2007

Foreningens vårmøte går av stabelen 7. og 8. juni i år. Det er lagt opp til et program som skulle interessere både kollegaer på offentlige sykehus og privatpraktiserende. Det er lagt opp til to store hovedtemaer.

Av Jan T. Röttingen

Perforator flaps med Dr. Jaime Masia fra Hospital Santa Creu y Sant Pau i Barcelona.

Han har lang fartstid i anvendelse av perforatorlapper og er en skattet foreleser på kongresser i Europa. Han har fått tildelt en halv dag, dette for at vi kan få maksimal utbytte av hans kunnskaper.

Neste halve dag er hovedtemaet Total Body Lift, fordelt på øvre og nedre. Invitert foreleser er Dr. Frederico Perez de la Romana fra Alicante. Han har i en årrekke arbeidet sammen med Dr. Baltazar fra samme region, og har massive kunnskaper om plastisk- og rekonstruktiv kirurgi mhp pasienter som har gjennomgått slankeopersasjoner.

Resten av disse to dagene blir viet til innsendte frie foredrag med påfølgende diskusjoner.

Bindende påmelding må være oss i hende innen 15. mars d. å. til sekretær Jarle Kjosen (kja@sus.no). Frie foredrag kan legges som vedlegg til påmeldingen. Ytterligere informasjon, ang overnatting og lignende, for de som ikke har mottatt innbydelse kan fås hos samme person.



NORSK BARNEKIRURGISK FORENING

Norsk barnekirurgisk forening (NBKF) har i likhet med de øvrige kirurgiske grenspesialiteter blitt fagmedisinsk forening. Av den grunn har vedtektene blitt revidert i henhold til de generelle anbefalinger fra DNLF.

Av Hans Skari

Foreningens formål er som tidligere:

- Å utvikle og sikre kvaliteten i norsk barnekirurgi
- Å bidra til godt samarbeid mellom de barnekirurgiske sentra
- Å bidra til godt samarbeid med kirurger som behandler barn på andre sykehus

Den viktigste endringen i vedtektene er at man må være medlem av DNLF for å kunne være medlem av NBKF. Videre har NBKF opprettet en valgkomite som består av de to foregående lederne av NBKF (Eilif Dahl og Borger Loe) samt Harald Langeeggen som ble valgt inn i komiteen etter elektronisk valg blant medlemmene i desember 2006. Vedtektene til NBKF ble godkjent av Sentralstyret i DNLF den 18.01.2007. Tidligere har NBKF hatt et lavt budsjett og kontingenten har vært lav og har blitt innkrevet av foreningens sekretær. Fra i år vil kontingenten innkreves via DNLF og foreningens økonomi vil bli styrket som en følge av overføringer fra DNLF til de fagmedisinske foreninger.

I Kirurgen nr.3, 2006 kan man lese om mange prisbelønte foredrag fra Høstmøtet 2006.

I motsetning til de fleste grenspesialiteter har ikke NBKF hatt noen tradisjon for å premiere beste foredrag. Styret i NBKF vil i nær framtid drøfte om vi skal opprette en pris for beste barnekirurgiske foredrag under høstmøtet 2007, for å stimulere den vitenskapelige aktivitet i en ellers travel klinisk hverdag. Nærmere informasjon om dette vil komme i neste nummer av Kirurgen. □

Barnekirurgisk innlegg til neste nummer av Kirurgen sendes som tidligere til: eilif.dahl@rikshospitalet.no med kopi til kir-edit@online.no

NORSK UROLOGISK FORENING

Styret har avholdt to møter etter generalforsamlingen i oktober. De nye vedtektene for Norsk Urologisk Forening (NUF) og Norsk Institutt for Urologi (NIU) som ble vedtatt på generalforsamlingen er nå godkjent av henholdsvis Legeforeningen og Stiftelsestilsynet.

Av Rolf Høgetveit Hagen

Internettssidene

Referat fra generalforsamlingen og de nye vedtektene er lagt ut på internettssidene til NUF. Sidene finnes raskest ved å gå på legeforeningen.no/nuf.

Nytt styremedlem

Som det ble redegjort for under generalforsamlingen, vil det være en stor fordel å ha felles medlemmer for styrene i NUF og NIU. Styret i NUF har nå vedtatt at styret i NIU består av de tre som for tiden er styremedlemmer i NUF. I følge de nye vedtektene skal det være fire styremedlemmer i NUF. Til høsten skal det derfor velges ett nytt styremedlem i Norsk Urologisk Forening. Det sittende styret har et ønske om at dette styremedlemmet skal gjenoppta noen av de arbeidsområdene som Instituttet hadde. Det kan dreie seg om undervisning, videreutdanning, forskning/utvikling, virksomhetsregistrering og/eller kvalitetssikring. NIU har god økonomi, og det er aktuelt å lønne denne personen for jobben. Vi håper at det er noen som kan tenke seg denne spennende oppgaven, og vi ber om at interesserte kontakter en i styret.

DRG-utvalg

Sintef Helse har gående et kvalitetsprosjekt angående bruk av kodeverk, og ønsker i den sammenheng samarbeid og møter med representanter for de fagmedisinske foreninger. Styret i NUF har nedsatt et utvalg bestående av Erik Haug og Rolf Høgetveit Hagen. Vi hadde første møte med Sintef i Legforeningens lokaler 19. desember 06. I løpet av møtet fremkom det at det var mangelfull logikk innenfor kodeverket i urologi, og NUF sitt utvalg ble bedt om å foreslå en revisjon av den nåværende DRG-løsningen. I den sammenheng vil den mer logiske danske DRG-løsningen kunne være et naturlig utgangspunkt.

Fra vår side ble det under møtet understreket at det er flere urologiske prosedyrer som kommer i DRG-er med for lav kostnadsvekt. Vi ble i den sammenheng oppfordret av Sintef Helse å komme med innspill med tanke på å justere refusjonene. Det er planlagt et nytt møte i april.

Nye spesialistregler?

Styret i NUF mener at tilrettelegging av spesialistutdanningen er et hovedpunkt i årene som kommer. I forhold til behovet for urologiske tjenester i Norge er det en stor mangel på spesialister. Spesialistreglene i urologi slik de er i dag fører til at det ikke er uvanlig med en utdanningstid som varer over ti år. Det vil således være et viktig mål å strømlinjeforme utdannelsen i urologi noe mer slik at utdannelses-tiden blir kortere, og mer konsentrert om de oppgaver kandidatene skal ha som ferdig spesialist. Styret har nylig satt ned et utvalg som skal se på spesialistreglene, og vil eventuelt legge frem forslag til endringer på generalforsamlingen til høsten. □



Kirurggen 2007

Instruksjon til forfattere

Alle innlegg:

Vi ønsker i hovedsak å motta følgende typer artikler:

- Tema-innlegg, på oppfordring fra redaksjonskomite-medlemmer eller fagredaktører
- Oversiktsartikler fra de kirurgiske spesialiteter
- Fag-/vitenskapelige artikler
- Møtereferater og konferanserapporter
- Nytt fra spesialforeningene.
- Debattinnlegg med replikker

Alle innlegg må leveres elektronisk (på tilsendt CD eller som vedlegg til e-post). Innleggene må skrives i uformateret tekst (MS-Word eller lignende). Redaktøren forbeholder seg retten til å korte ned innleggene av redaksjonelle hensyn.

Innlegg kan sendes redaktøren:

Som e-post til kir-edit@online.no eller

På CD til Bård Røsok, Kirurgisk klinikk 1, Gastroseksjonen, Rikshospitalet, 0027 Oslo.

Temainnlegg samt oversikts-/Reviewartikler:

Inntil 2500 ord. Maksimalt 5 illustrasjoner (bilder/figurer/tabeller). Inntil 20 referanser.

Fagartikler/møtereferater

Inntil 1250 ord. Maksimalt 2 illustrasjoner (bilder/figurer/tabeller). Inntil 10 referanser

Debattinnlegg m/replikker

Inntil 750 ord. Replikk inntil 300 ord.

Nytt fra spesialistforeningene

Inntil 750 ord. Det oppfordres til å legge ved minst en illustrasjon/bilde.

Forum for Mini-Invasiv Kirurgi (MIK-spalten)

Tar i mot innlegg innenfor fagområdene mini-invasiv kirurgi med samme spesifikasjoner som over. Illustrasjoner.

Bilder/illustrasjoner

Digitalt:

- minimum oppløsning 300 dpi
- størrelse ca 10x15 cm eller større
- format JPG, EPS eller TIFF
- fargebilder leveres i CMYK eller RGB (helst CMYK)
- NB! PowerPoint og Word filer aksepteres ikke

Originaler

- Papirkopier max A4-størrelse



Historien om

Bryst- og endokrinkirurgi som egen grenspesialitet

De opprinnelige initiativtagerne til å få opprettet en grenspesialitet i bryst- og endokrinkirurgi, var professor Jan Erik Varhaug og nå avdøde professor Sten Sander samt undertegnede. Vi la engang på slutten av 1990-tallet frem et forslag om en grenspesialitet som fikk støtte med stort flertall i generalforsamlingen i Norsk kirurgisk forening. Det skulle ta mange år før spesialiteten ble godkjent.

Av Sjeflege dr med Rolf Kåresen, UUS



I denne periode ble saken tatt opp to ganger til med samme resultat. 09.04.03 ble saken behandlet av sentralstyret i Den norske legeförening 09.04.03 som anbefalte at Landsstyret i slutten av mai samme år skulle gå inn for dette. Det var da i forkant lagt opp til en høring hvor alle andre spesialiteter hadde anledning til å gi uttalelse. Med en stemmes overvekt (58 mot 57), gjorde landstyret det motsatte, nemlig å vedta at man ikke ville støtte opprettelse av grenspesialiteten.

Treg saksbehandling

Til tross for dette gikk Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling i november 2004 med 14 mot 5 stemmer inn for at spesialiteten skulle opprettes. Etter dette gikk saken inn i en "bakevje" hvor den sirkulerte mellom Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD) Sosial- og helsedirektoratet (ShDir) og Legeföreningen. I november 2005 kom den så tilbake til Nasjonalt råd som med stort flertall (kun en stemme mot) pånytt anbefalte at grenspesialiteten ble opprettet. Norsk kirurgisk forening ved lederen Tom Glomsager støttet dette i brev til Legeföreningen datert 31.01.0: "Vi er derfor glade for at Nasjonalt råd 03.11.05 tilrådte opprettelse av en ny

grenspesialitet i mamma- og endokrinkirurgi og ba legeföreningen om å utarbeide et forslag til konkrete spesialistregler til den nye grenspesialiteten. NKF fremmer følgende forslag til medlemmer i en eventuell spesialistkomité: professor Jan Erik Varhaug og sjeflege dr med Rolf Kåresen begge seniorer i feltet. Overlege Else Marie Opsahl, Ålesund sykehus og Kristine Helset, St Olav, begge overleger i større mamma- og endokrinkirurgiske seksjoner. Som varamedlemmer foreslås seksjonsoverlege Roar Guleng sykehuset i Østfold og Ellen Schlichting Ullevål sykehus."

Ny utsettelse

Men det var ikke nok. I brev datert 10.04.2006 ber HOD ShDir om følgende: "Etter hva som fremkommer av opplysninger i sakens dokumenter, kan departementet ikke se at Sosial- og helsedirektoratet har vurdert departementets anførsler slik de fremkommer i vårt brev datert 9. september 2005. På bakgrunn av ovennevnte, ber departementet om at Sosial- og helsedirektoratet vurderer både Nasjonalt Råds tilråding om å etablere mamma- og endokrinkirurgi som egen grenspesialitet og departementets anførsler slik de fremkommer i vårt brev at 9. september 2005. Vi ber spesielt om at direktoratet vurderer

nærmere hvilke økonomiske og administrative konsekvenser en eventuell opprettelse av en ny grenspesialitet i mamma- og endokrinkirurgi vil innebærer." Hva som kom ut av dette, er ukjent for oss, men nå ble Brystkreftoperertes forening utålmodig fordi de kjente til den svake rekrutteringen til brystkirurgien. De henvendte seg til helseminister Sylvia Brustad i slutten av juni 2006 og slo fast: "Dette har tatt svært lang tid å avklare. Vi finner derfor grunnlag for å be deg se nærmere på dette slik at det kan bli tatt en avgjørelse i denne for oss så viktige saken." De fikk i august et hyggelig svar om at saken nå var under utredning og i november 2006 kom beslutningen fra HOD om at grenspesialiteten skulle opprettes og Legeföreningen fikk beskjed om å sette i gang prosessen med spesialistregler etc.

Det kan uten videre slås fast at forarbeidet og vurdering av om bryst- og endokrinkirurgi skulle bli egen grenspesialitet, har vært både grundig og langvarig, både i Legeföreningen og hos de sentrale myndigheter. Bryst- og endokrinkirurgi er vedtatt og det er nå opp til alle oss som blir involvert i etableringen, å sørge for at vi får en utdanning med høy kvalitetsstandard. □

Spesialitetskomiteen i Bryst- og endokrinkirurgi

Helse- og omsorgsdepartementet vedtok 1.11.2006 å etablere en ny grenspesialitet, og Sosial og helsedirektoratet har bedt Den norske lægeforening komme med forslag til spesialistregler i denne spesialiteten, samt forslag til utdanningsinstitusjoner.

Av Jan Erik Varhaug, seksj. overlege, Haukeland Universitetssykehus

Legeforeningen oppnevnte 14.12.06 en spesialitetskomite bestående av overlege, professor *Jan Erik Varhaug* (leder), overlege *Kristin Helset*, sjeflege dr.med. *Rolf Kåresen*, seksjonsoverlege *Else Marie Opsahl*, ass. lege *Eivind Bjerkaas*. Varamedlemmene seksjonsoverlege *Roald Guleng* og avdelingsoverlege *John Kufås* deltar også i arbeidet.

Definisjoner

Den nye grenspesialiteten dekker de eneste fagområdene innen kirurgi som ikke har hatt kvalifikasjonskrav på grenspesialitetsnivå.

Spesialitetskomiteen vil foreslå utdanningsregler som tar sikte på høyt faglig nivå og som er realistiske med hensyn til utdanningskapasitet og spesialistbehov.

Komiteen regner med å ha ferdig et forslag til legeforeningen om spesialitetsregler og gruppeføring av institusjoner i løpet av mars d.å. Vi foreslår "Bryst- og endokrinkirurgi" som navn på grenspesialiteten, etter dialog med interimsstyret for den fagmedisinske foreningen.

Den nye grenspesialiteten omfatter to områder, mammakirurgi og endokrinkirurgi. Mammadelen omfatter diagnostikk og behandling av både benigne og maligne sykdommer i bryst, hos kvinner og menn. Endokrindelen er av departementet avgrenset til thyreoidea og parathyreoidea. Neoplasmer og andre sykdommer i thyreoidea og parathyreoidea må imidlertid ved utredning,

behandling og oppfølging vurderes i en bred endokrinologisk sammenheng. Forslaget til spesialistregler tar hensyn til det ved at det defineres krav til kunnskap om endokrine sykdommer og neuroendokrine svulster også i andre organ, der ansvaret for den kirurgiske behandling er tillagt ulike organspesialister.

Utdanning

Spesialistgodkjenning i generell kirurgi vil være grunnlag for grenspesialiteten. Tjenestetid i grenspesialiteten blir 3 år, hvorav 1 år ved gruppe I avdeling. Inntil 2 år av tiden kan benyttes også til hovedspesialiteten.

Grenspesialisten i bryst- og endokrinkirurgi må ha tilstrekkelig kunnskaper om en del andre spesialiteter og grenspesialiteter for å kunne dra nytte av, og bidra til, et best mulig samarbeid om pasienten. De aktuelle pasientgruppene trenger ofte multidisiplinære utrednings- og behandlingsopplegg.

Spesialistreglene vil derfor inneholde læringsmål som skal gi grunnlag for rasjonelt samarbeid med andre spesialiteter (endokrinologi, bildediagnostikk, nucleærmedisin, cyto- og histopatologi, medisinsk genetikk, plastikkirurgi, hode-hals kirurgi, onkologi o.a.).

Omfang

Det diagnostiseres ca 2700 nye cancer mammae pr år i Norge. Det medfører over 3000 kirurgiske inngrep. I tillegg kommer diagnostiske og terapeutiske inngrep for benigne sykdommer. Det diagnostiseres ca 200 nye cancer thyreoidea pr år. Benigne lesjoner i thyreoidea er svært vanlige (30-50% av voksne befolkning har "knote(r)" i thyreoidea), men mange av disse trenger ikke kirurgisk behandling. Det vil være en viktig oppgave for grenspesialisten å gjennomføre diagnostiske utredninger for å avklare om det foreligger operasjonsindikasjon. Det gjøres nå ca 1300 thyreoidea- og ca 475 parathyreoidea-inngrep pr år i Norge; - antall parathyreoideaopeasjoner er økende.

Forslag til operasjonslister vil bli presentert senere, etter at kirurgisk forening og sentralstyret har vurdert forslaget.

Utdanning

Spesialitetskomiteen vil foreslå to obligatoriske kurs, et som skal dekke mammadelen og et som for endokrindelen. I tillegg vil vi godkjenne en del kurs som valgfrie.

Sykehusavdelinger som søker å bli godkjent for utdanningen, vil bli vurdert og foreslått med basis i de generelle "Krav til utdanningsinstitusjoner i spesialistutdanningen av leger" (Den norske lægeforening og Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling 2005). Det vil dessuten bli lagt til grunn at utdanningsinstitusjonen må ha et tilstrekkelig pasientgrunnlag og adekvat multidisiplinært miljø, inklusive et velfungerende Brystdiagnostisk senter.

Spesialitetskomiteen regner med at behovet for grenspesialister i Bryst- og endokrinkirurgi vil være 50-60. Det antas å bli 5-6 gruppe I og 12-14 gruppe II institusjoner. Det vil være ønskelig med både "gren-B" og fordypningsstilling (D) ved gruppe I institusjonene, bl.a med tanke på forskning og fagutvikling i feltet.

Det vil bli foreslått overgangsregler for kirurger med "lang praksis" i bryst- og endokrinkirurgi. Søknad kan sendes spesialitetskomiteen innen 6 måneder etter at spesialistreglene er fastlagt. Komiteen godkjenner ved individuelle vurderinger og vil, der det er aktuelt, gi tilbakemelding om de tilleggskrav som må fylles for å kunne bli godkjent i overgangsfasen. □

HIFU ved OUU,

Nytt tilbud for pasienter med cancer prostata

Av Viktor Berge, Eduard Baco,
Steinar Karlsen, OUU

Introduksjon

Ved Oslo Urologiske Universitetsklinikk (OUU) har vi som første sykehus i Norden installert High Intensity Focused Ultrasound (HIFU) i form av Ablatherm® til behandling av prostata cancer. Hittil har vi behandlet 14 pasienter. Vi håper at tilbudet ved OUU, Aker Universitets Sykehus, kan bli et tilbud ikke bare for hele Norge, men for hele Norden. HIFU teknologien er utviklet i Frankrike og har vært i bruk på kontinentet i mange år. Hittil er ca 11000 pasienter behandlet med HIFU for sin prostata cancer. Når det gjelder HIFU som primær behandling er foreløpig oppfølgingstiden for kort til at man kan sidestille HIFU med konvensjonell behandling som kirurgi og strålebehandling. Data for sykdomsfrihet etter 5 års oppfølging viser imidlertid resultater som er sammenlignbare med konvensjonell behandling for gruppen med lavrisiko- og intermedier risiko cancer.

Ultralyd proben sitter på en robot arm som styres via en datamaskin. Pasienten ligger i sideleie. Under behandlingen er proben omsluttet av en ballong som inneholder kjølevæske for å beskytte mucosa i rectum.

Hovedmålgruppen ved OUU er pasienter som har fått radikal strålebehandling med kurativt siktemål, men som får lokalt residiv av sin cancer, altså såkalt salvage behandling. I Norge får over 400 pasienter radikal strålebehandling hvert år. Vi vet at nesten halvparten av pasientene opplever at prostata spesifikt antigen (PSA) begynner å stige i løpet av 5 år etter avsluttet strålebehandling, som tegn på at canceren recidiverer. Hittil har denne gruppen enten bare blitt konservativt fulgt opp eller satt på

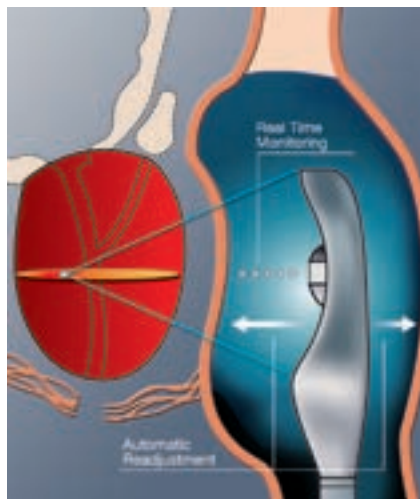
hormonbehandling, med de bivirkninger det medfører. Nå kan denne pasientgruppen ved OUU tilbys potensiell kurativ behandling i form av HIFU.

Prostata behandles bit for bit ved at kjertelen dekkes av såkalte elementærlesjoner som representerer ultralyd energi- utbredelse i en veldefinert ellipseformet område

Metoden

Behandlingen foregår ved at pasienten ligger i høyre sideleie i narkose, evt. i spinal anestesi. En rektal ultralyd probe sender ultralyd bølger fokusert inn mot prostata og varmer vevet opp til nesten 100°C slik at det oppstår koagulasjonsnekrose. Hele tiden kontrolleres avstanden til rectum og hittil er det ikke observert rectumfistler med den nye HIFU maskinen. Det opprettes også en sikkerhetsavstand mot urethra sfinkter slik at pasienten ikke påføres inkontinens.

Behandlingen varer i ca 2-3 timer. Vi begynner som oftest med å gjøre en incisjon i blærehalsen, evt. en TUR-P, for å korte ned på den postoperative katetertid. Pasienten reiser hjem dagen etterpå og har kateter i ca 3-5 dager.



Hvert ultralyd skudd varer i 5 sek, avbrutt av 5 sek pause.

Fokal volumet er 19-24 mm langt og 1.7 mm i diameter

Ultralyd proben beveger seg inntil hele målvolumet er behandlet



Resultater

Vi har hittil behandlet 14 pasienter, 9 har fått HIFU som primær behandling, 5 fikk salvage behandling. Ingen pasienter har utviklet rectumfistler. De fleste reiste hjem første postoperative dag. Kateter tid var 3-5 dager for 9 av pasientene. To pasienter har stressinkontinens grad 1, dvs dråpelekkasje ved hosting og lignende. En pasient fikk urethrastrictur som ble incidert.

Når det gjelder PSA verdier, har vi relativ kort oppfølgingstid på de fleste av våre pasienter, men av de 3 pasienter vi behandlet med salvage behandling for ca 4 måneder siden, har PSA falt til 0.2ng/ml eller lavere. Alle 3 er kontinente for urin.

Bensadoun og medarbeidere (EAU Paris 2006) har behandlet 55 pasienter med

salvage HIFU og 49.5% av pasientene var biokjemisk recidivfrie 2 år (PSA < 0.5 ng/ml) etter HIFU behandlingen.

Bivirkninger

I materialet til Bensadoun et al. var bivirkningsprofilen som følger:

- Forbigående bekkensmerter 10 pas (18.2%)
- Forbigående urinretensjon 9 pas (16.4%)
 - Dette ble redusert når pasientene fikk blærehalsincisjon i samme seanse
- UVI 7 pas (12.7%)
- Urininkontinens 6 pas (10.9%)
 - Grade I: 5 pas
 - Grad II: 0
 - Grad III: 1 pasient
- Erekttil dysfunksjon 28 pas (50.9%)
- Rectal fistel 0 pas

Aktuelle pasienter ved OUU:

- Salvage therapy:
 - Pasienter som har fått biopsiverifisert lokalt recidiv etter gjennomgått radikal strålebehandling
 - PSA bør være under 15 ng/ml
 - negativ skjelettscintigrafi
 - negativ CT abdomen
- Primær behandling
- Primær behandling med kurativ hensikt hos pasienter som bør få tilbud om radikal behandling, men hvor radikal prostatektomi eller strålebehandling ikke er indisert
- Primært T1-2 stadium
- Prostatavolum under 35cc
- Gleason score < 8
- Generelt gjelder
 - Pasienten må kunne ligge på høyre side med 90 graders fleksjon i hoft og kne
 - må tåle 2-3 timer i anestesi.
 - TUR-P/TUI-P i samme seanse
 - Antibiotika profylakse
 - Ingen rectum patologi
 - Ikke for mye kalk i prostata

Konklusjon:

HIFU representerer et potensielt kurativt behandlingstilbud til pasienter med lokalt recidiv etter forsøk på radikal strålebehandling av cancer prostata. Bivirkningene er akseptable. □

Innstilling om traumesystem i Norge

Etter et initiativ fra Traumeutvalget i NKF og Akuttutvalget i NAF opprettet de regionale helseforetakene og Sosialdepartementet et nasjonalt utvalg med oppdraget å foreslå et system for traumeorganiseringen i Norge.

Av Olav Røise, overlege ortoped. avd. UUS

Gruppens sammensetning

Gruppen har bestått av kirurger og anestesileger med mange års traumeerfaring i hele behandlingsskjeden fra prehospitale tjenester til og med rehabiliteringen. I arbeidet har gruppen tatt utgangspunkt i erfaringer fra andre land, gjort undersøkelser av både de prehospitale tjenestene og traume-håndteringen ved sykehusene i Norge i tillegg til gruppemedlemmenes egne erfaringer. Gruppen har fokusert på tiltak som skal forbedre hele kjeden, mens i dette innlegget fokuserer bare på sykehusbehandlingen.

Krav til traumekompetanse

Av undersøkelsen gruppen gjorde fremgår følgende fakta om hvordan det står til i dag; 83 % av sykehusene har traumeteam, 79 % har definerte prosedyrer og 63 % øremerket personell eller traumeutvalg. Bare 23 sykehus (48 %) stiller minimumskrav på 2 år til kirurgisk erfaring for kirurgen med ansvar for traumebehandlingen og ved bare tre av sykehusene stilles det krav om ATLS-kurs for teamleder. Ved 45 av sykehusene har det vært gjennomført teamtrening. Det finnes ikke data på hvor mye og hvor systematisk treningen er. To sykehus, Ullevål universitetssykehus og Haukeland universitetssykehus, har formelle krav til at teamleder skal være trent i nødkirurgiske prosedyrer. Gruppen mener det er grunn til å stille spørsmål ved om sykehusene har adekvat kompetanse i å håndtere akutte skader hele døgnet, 365 dager i året. Det foregår lite systematisk trening av teamene som driver den initiale behandlingen i forhold til behov. Det gjelder både grunntrening i form av individuelle ferdighetskurs, teamtrening og nødkirurgiske prosedyrer. Alle 3 moduler bør være obligatoriske for at et traumeteam skal fungere. Det er stor mangel på intensivplasser, spesielt ved regionssykehusene. Dette



medfører at pasienter flyttes for tidlig fra regionssykehus til lokale sykehus etter den initiale behandlingen eller at pasienter som burde ha blitt behandlet ved regionssykehusene behandles lokalt, for eksempel pasienter med moderate til alvorlige hodeskader. Det pekes også på at subspesialiseringen innenfor de kirurgiske fag med inn-snevring av alle fagfelt og der ortopeder etter hvert ikke lenger vil ha generell kirurgisk kompetanse, medfører at få kirurger utenom generelle kirurger og gastrokirurger får erfaring med å gjøre åpen bukkirurgi – dette representerer en trussel for den alvorlig skadde pasienten der blødninger i buk er en av de største utfordringene. Gruppen mener at traumatologien har lav status og drives i stor grad av entusiaster, hvilket medfører at traumeomsorgen er sårbar. Videre pekes det på at det som følge av mangelfull registrering ikke foreligger nasjonale data verken for antall alvorlig skadde pasienter, behandlingskvalitet eller hvor mange pasienter som flyttes mellom sykehus innad i eller mellom regioner.

Behov for systematisering

Publiserte internasjonale observasjons-

studier rapporterer entydig at innføring av et traumesystem som inkluderer bedre organisering på nasjonalt nivå, systematisk opplæring av helsepersonell og behandling etter evidensbaserte retningslinjer, øker overlevelsen etter alvorlige skader. På tiltaks siden mener gruppen derfor det er helt nødvendig å lage et nasjonalt traumesystem med klart definerte ansvarsforhold og ikke minst med minimumskrav til alle sykehus som skal motta hardt skadde pasienter. Traumesystemet innebærer en definert struktur med klar ansvarsfordeling på alle nivåer. Det skal i prinsippet være ett traumesenter i hver region med overordnet ansvar for koordinering av traumeomsorgen innen regionen. En regional traumekoordinator skal lede organiseringen av traumetilbudet og ha koordinerende ansvar. Kravene som stilles til de som skal motta skadde pasienter er faglige og har som siktemål å sikre korrekt behandling av de livstruende skadene, det vil si blødninger og pneumothoraks. Alle sykehus som tar i mot skadde skal til en hver tid som et minimum kunne avlaste pneumothorax, utføre blodstillende nødkirurgi i buken og bekkenet med pakking av blødninger. Man skal

kunne gjøre thorakotomi med avlastning av hjertetamponade, sutur av enkle stikkskader i hjertet, sutur av enkle lungeskader og primærstabilisere ekstremitetsfrakturer (ekstern fiksasjon). Det forventes at teamet som møter den skadde pasienten er organisert og opplært til dette ved alle sykehus med akuttfunksjon. Blant annet definerer utvalget krav til formell opplæring med kurs og praktisk trening. Dersom sykehuset har kompetanse og ressurser til også å sluttbehandle pasienten gjøres det lokalt, ellers skal pasienten overføres til traumesenteret i regionen. Traumesentrene har på sin side plikt til å ta mot pasienten og dersom de ikke har plass er det senteret – og ikke primærsykehuset – som må finne annet sykehus med adekvat kompetanse til pasienten.

To sykehusnivåer

Utvalget foreslår altså at det skal være to sykehusnivåer i håndteringen av skadde pasienter. Akuttisykehusene skal alle kunne utføre den initiale livreddende behandlingen og traumesentrene sluttbehandle alle typer skader med unntak av spesielle skader som bør sentraliseres. Brannskader og avrevne lemmer er to slike områder som allerede er sentralisert, men utvalget foreslår at man



også bør vurdere sentralisering av andre sjeldne skader. Det kreves derfor at traumesentrene har vaktfunksjoner innenfor alle kirurgiske spesialiteter og subspecialiteter.

Alle sykehus som behandler traumepasienter skal ha øremerkete personer/helst tverrfaglig traumekomité for kvalitetssikring av traumebehandlingen og holde regelmessige komplikasjonsmøter. Sykehusene skal også ha registrering av traumepasientene slik at man i framtida har mulighet via Nasjonalt traumeregister til å måle kvalitet og kvantitet. Det stilles større krav til traumesentrene når det gjelder kvalitetssikring – blant annet forventes det at de skal ha avsatte midler til og drive med forskning.

Sykehus som ikke oppfyller minimumskravene til å håndtere livstruende skader skal ikke motta pasienter. Utvalget har ikke gått inn på hvilke sykehus som skal ha traumefunksjon, men altså

kommet med forslag om hvor lista skal ligge for de som skal ha funksjonen. Fordelen med et slikt system er at prehospitalt personell som skal levere pasienter skal ha en trygghet på at sykehus med definert traumefunksjon til en hver tid er i stand til å behandle skadde pasienter. I dag kjører de forbi sykehus med pasienter som burde få rask livreddende kirurgi så snart som mulig, fordi de er utrygge på om det nærmeste lokale sykehus kan gi hjelp.

Subspesialisering, - en sikkerhetstrussel?

Et viktig område som ikke behandles i innstillingen er spesialistutdanningen. Siden subspecialiseringen representerer en trussel mot håndteringen av hardt skadde pasienter så ligger det store utfordringer i hvordan vi skal utdanne kirurger som er beredt til å ta seg av skadde pasienter i framtida. Dette er en problemstilling de kirurgiske foreningene er nødt til å fokusere på nå. I den diskusjonen må man ta utgangspunkt i de kravene som er stilt i innstillingen. Utdannelsen må ta utgangspunkt i behovet vi har for å sikre god initial skadebehandling i hele landet.

Innstillingen er omfattende med mange praktiske forslag til forbedringer i hele kjeden. For de som ønsker å lese mer henvises det til nettet der den finnes både på legeföreningens (<http://www.legeföreningen.no/index.gan?id=115030&subid=0>) og alle de regionale helseforetakenes nettsider. □



Alle foto er fra traumeavdelingen, UUS

Norsk kompetansesenter for Leddproteser

Dette senteret er for alle ortopeder først og fremst kjent for sitt Nasjonalt Register for Leddproteser, som fra 1987 har drevet kvalitetskontroll og forskning på leddproteser som settes inn ved alle offentlige og private sykehus i Norge. Fra starten i 1987 var det bare hofteproteser, men fra 1994 ble registeret for første gang utvidet til også å inkludere proteser i andre ledd.

Av Knut Fjeldsgaard
Overlege – Ortopedisk avdeling
Haukeland Universitetssykehus

Til og med 2005 er det registrert ca 115 000 hofteproteser, ca 25000 kneproteser og ca 7400 proteser i andre ledd. Inkludert i sistnevnte gruppe er det 177 proteser i rygg. Neste utvidelse kom i juni 2004 da man startet registrering av alle korsbåndoperasjoner i Norge. Alle skjemaene er samlet i Nasjonalt Korsbåndregister og pr 31.12.2005 er det registrert ca 2500 korsbåndoperasjoner. Den siste utvidelse kom i januar 2005 da Nasjonalt Hoftebruddregister offisielt ble startet. Første året ble det registrert 5700 hoftebrudd og ca 1100 reoperasjoner.

God dokumentasjon

Kompetansesenteret har egen nettside hvor referanselister og andre opplysninger kan hentes. <http://www.haukeland.no/nrl>. Her kan de fleste artiklene leses – og en engelsk versjon av årsrapporten ligger også her.

Når det gjelder Register for leddproteser er oppfølgingen så godt som 100% i Norge når det gjelder innsending av skjemaer. Den sykehusvise årsrapporten sendes ut i oktober til kontaktpersonene ved de enkelte sykehus.

Refusjonsordningen fungerer

Den økonomiske tankegangen styrer og dominerer sykehusenes drift mer enn noen gang. Interessant lesning i årsrapporten for 2005 er at i tillegg til oversikt over de forskjellige protesetyper, overlevelsestid osv, er at antall primære hofteproteser økte i 2005 med 6% og økningen for kneproteser i 2005 var 12%. DRG – refusjonen økte i 2005 fra 40% til 60%. Året før (2004) var det en nedgang sammenlignet med 2003. Da ble altså DRG-refusjonen redusert fra

60% til 40%. For 2006 er DRG-refusjonen igjen redusert til 40% og det blir interessant å se årsrapporten for 2006. Årlige endringer av DRG på en såpass sentral operasjon som kne- og hofteprotese gjør det vanskelig å planlegge en avdelings økonomi og dermed type drift.

God respons

Hoftebruddregisteret mottar skjemaer fra alle 55 sykehus i Norge som behandler pasienter med hoftebrudd. Innsendingen er svært bra etter så kort tid, og det er allerede mye forskning i gang med utgangspunkt i data fra registeret. 4 måneder og 1 år etter primæroperasjonen sendes ut oppfølgings-skjema som inneholder spørsmål om livskvalitet, smerter (VAS), tilfredshet med operasjonen (VAS). Svarprosenten på oppfølgings-skjemaet etter 4 måneder i 2005 var 58%, et tilfredsstillende tall når man vet hvor gamle og syke en del av disse pasientene er. En rekke forskningsprosjekter er satt i gang.

Når det gjelder Nasjonalt Korsbåndregister har rapporteringen steget jevnt og trutt siden oppstarten i juni 2004. Noen få forandringer er gjort på skjemaet etter starten, og kanskje blir det noen få til inntil skjemaet blir endelig. I følge overlege Ove Furnes tar det gjerne et par år med små endringer av slike skjemaer før man endelig har luket ut alle misforståelser. Av rapporten for 2005 viser tallene at svært mange har hatt tidligere skader i kneet, samt at mange av de som blir operert for korsbåndskade, er under 20 år. Fra juni 2006 ble de første oppfølgings-skjemaene sendt ut til pasienter, 2 år etter primæroperasjonen. Det er ønskelig at dataene blir brukt i den enkelte ortoped sin hverdag og det



oppfordres å sende forespørsler til Korsbåndregisteret ved Styringsgruppen og det loves rask tilbakemelding. Når det gjelder finansieringen av Korsbåndregisteret, skal det nevnes at Senter for Idrettsskade-forskning bidrar med kr 500 000.

Finansieringen av driften er Helse Bergen og Helse Vest sitt ansvar. Unntatt er Nasjonalt Korsbåndregister som finansieres via Senter for Idrettsskade-forskning som har sitt senter i Oslo.

Høsten 2007 er det 20 år siden oppstarten av Nasjonalt Register for Leddproteser og det planlegges et 2 dagers møte og en stilfull festaften i Bergen. □

Forbedret behandling ved endetarmskreft

“Kirurgen” er opptatt av å formidle resultater av norsk forskning. I denne sammenheng er det derfor helt naturlig å informere om nye norske kirurgiske doktorgrader. Dersom du selv (eller din stipendiat) nylig har disputert er det naturlig at dette formidles til våre lesere. Send inn et sammendrag med referanse-liste og illustrer gjerne hovedbudskapet i avhandlingen med utvalgte figurer.

Vi er stolte av å kunne presentere Morten Tandberg Eriksen som første person ut i denne sammenheng. Tandberg Eriksen er overlege ved gastrokirurgisk avdeling på Ullevål Universitetssykehus og disputerte i januar med avhandlingen ”Prognosis after surgery for rectal cancer - focus on complications and high-risk patients”.

Bård Røsok



Av Morten Tandberg Eriksen

Prognosen etter kirurgisk behandling av endetarmskreft i Norge har bedret seg dramatisk etter innføring av operasjonsmetoden “total mesorectal excisjon” på 1990-tallet. Alle pasienter med endetarmskreft i Norge har siden 1994 blitt fortløpende registrert i Rectum-cancerregisteret. Dette materialet har dannet grunnlag for en nylig avlagt doktorgradsavhandling med Universitetet i Oslo, hvor Morten Tandberg Eriksen har sett på forekomsten av komplikasjoner etter innføring av ny teknikk samt resultatene etter kirurgi for avanserte svulster.

De to første artiklene i doktorgradsarbeidet tar for seg komplikasjoner ved kirurgi for endetarmskreft - utilsiktet perforasjon av svulsten² og anastomoselekkasje³. Insidensen av intraoperativ perforasjon var 8 % i hele materialet og med en seks ganger høyere risiko under rectumaputasjon i forhold til lav fremre. Andre studier har vist at perforasjonen skjer under den perineale disseksjonen og man anbefaler nå en vid eksisjon. Perforasjon gir en signifikant høyere forekomst av lokalt recidiv og redusert overlevelse (Fig 1), postoperativ strålebehandling synes ikke å kunne bedre dette.

Klinisk anastomoselekkasje ble rapportert hos 12 % av pasientene med lav fremre reseksjon for rectumcancer. Forekomsten er fallende fra 1994 til 1999 og tidligere frykt for økt anastomoselekkasje med ME synes avkreftet. Studien har også vist at avlastende stomi reduserer risikoen for lekkasje og mortaliteten ved lekkasje ved lavsittende anastomoser. Avlastende stomi

Fig 1.

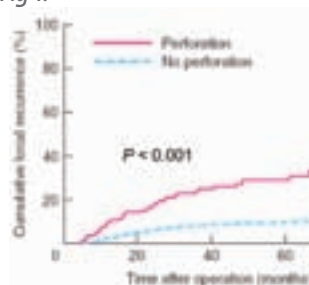
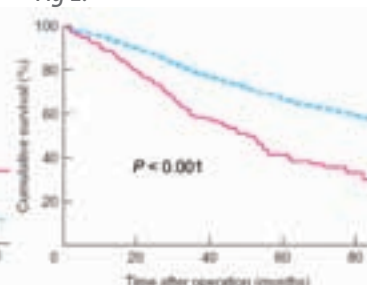


Fig 2.



Cumulative Five-Year Rates of Local Recurrence, Metastases, and Survival in 1,676 Patients with T3 Rectal Cancer

CRM (mm)	Local Recurrence			Metastases			Survival		
	N0	N1	N2	N0	N1	N2	N0	N1	N2
>3	11.1	16.8	29	18.5	33.8	58.7	68.6	57.6	40.5
2.1-3	9.7	17.8	24.6	17.6	26.6	56.8	60.6	53	43
1.1-2	16.8	26.7	33.3	20.7	42.2	54.1	51.2	44.3	41.6
≤1	19.4	33.4	36.5	24.7	53.5	77.7	59.4	27.3	25.7

CRM = circumferential resection margin.

Data are percentages; Cox regression analysis, adjusted for age, gender, and tumor level.

anbefales derfor når anastomosen ligger lavere enn 7 cm fra endetarmsåpningen.

En studie av alle pasienter med lokalt avanserte svulster i Norge er den første populasjonsbaserte studie av denne pasientgruppen. Den viktigste faktor for overlevelse er at alt svulstvev fjernes – Ro reseksjon. Resultatene i Norge for denne pasientgruppen synes å være i tråd med internasjonale resultater. Grunnet restriktiv strålepolitikk er de fleste pasienter med T3 svulster i Norge behandlet uten preoperativ bestråling. En studie av over 1600 pasienter med T3 viser stor variasjon i forekomst av lokalt tilbakefall, fjernspredning og overlevelse. De to faktorene med størst innflytelse på resultatet, er avstanden fra svulsten til ytre begrensning av reseksjonsflaten (CRM) og forekomst av svulstvev i lymfeknuter (N). Avhengig av disse to faktorene varierer forekomsten av lokalt recidiv fra 11 til 37%, metastaser

fra 19 til 78% og overlevelse fra 69 til 26%. (Fig2). På bakgrunn av disse funnene og andre resultater anbefales nå strålebehandling før operasjon til pasienter hvor magnettomografisk undersøkelse viser at avstanden til reseksjonsflaten (CRM) vil bli liten (ffi 3 mm). □

Referanser:

1. Eriksen MT. Prognosis after surgery for rectal cancer - focus on complications and high-risk patients (Thesis/Dissertation). Oslo: Faculty of Medicine, University of Oslo; 2007.
2. Eriksen MT, Wibe A, Syse A, Haffner J, Wiig JN. Inadvertent perforation during rectal cancer resection in Norway. Br J Surg 2004; 91(2):210-216.
3. Eriksen MT, Wibe A, Norstein J, Haffner J, Wiig JN. Anastomotic leakage following routine mesorectal excision for rectal cancer in a national cohort of patients. Colorectal Dis 2005; 7(1):51-57.
4. Eriksen MT, Wibe A, Hestvik UE, Haffner J, Wiig JN. Surgical treatment of primary locally advanced rectal cancer in Norway. Eur J Surg Oncol 2006; 32(2):174-180.
5. Eriksen MT, Wibe A, Haffner J, Wiig JN. Prognostic Groups in 1,676 Patients with T3 Rectal Cancer Treated without Preoperative Radiotherapy. Dis Colon Rectum 2007; 50(2):156-167.

En sammenslåing til det beste for pasientene?

Av Ragnar Madsen

Den foreslåtte sammenslåingen av Helse Øst og Helse Sør er mange av Kirurgens lesere opptatt av. Hovedgrunnene til sammenslåingen er ifølge div. pressemeldinger at det vil gi et bedre tilbud og helsekronene kan benyttes mer effektivt. Kirurgen fant det naturlig å be helsestatsråden om noen oppklarende kommentarer for om mulig å få klarhet i hvordan de kirurgiske fag vil berøres av den nye organisasjonsmodellen. Spørsmålene er besvart av statssekretær Arvid Libak, på vegne av Sylvia Brustad. Vi var så dristige å be om konkrete svar, men fikk vel ikke helt oppfylt dette ønsket..."



Arvid Libak svarer på spørsmål om Helse-Norges største sammenslåing

Forut for vedtaket var det mye fokus på en McKinsey-rapport fra 2004 som viste en mulig innsparing på ca. 900 millioner kroner. I hvor stor grad har denne økonomiske rapporten bidratt til regjeringens sammenslåingsvedtak? Dernest: Hvilke faglige rapporter støtter regjeringen seg på som viser at kvaliteten på pasientbehandlingen blir bedre ved en sammenslåing?

-Regjeringens beslutning om å slå sammen Helse Sør RHF og Helse Øst RHF er primært motivert av andre forhold og målsettinger enn økonomiske motiver, men bedre samordning av tjenestetilbudet vil gi bedre ressursutnyttelse på ulike områder – og komme pasientene til gode. Ulike alternative modeller for bedre samordning av spesialisthelsetjenesten i hovedstadsområdet, og mellom Helse Sør RHF og Helse Øst RHF, har blitt vurdert. Som ledd i vurderingene forut for beslutningen om sammenslåing har departementet naturlig nok sett hen til ulike relevante rapporter og anbefalinger.

Med fokus på de kirurgiske fag:

Hvilke konkrete fordeler vil en sammenslåing ha for pasientene innenfor den nye stor-regionen og hvilke konkrete fagområder er viktigst å få samlet? Statsråden har tidligere sagt at ingen sykehus skal legges ned. Ønsker departementet i stedet å påvirke hvilke tilstander de enkelte sykehus skal behandle?

-Gjennom Soria Moria-erklæringen har regjeringen lagt til grunn at ingen lokalsykehus skal legges ned. Dernest at arbeidet med bedre arbeidsdeling

mellom sykehusene skal videreføres. Dette styrker kvaliteten i pasientbehandlingen. Sammenslåingen av Helse Sør RHF og Helse Øst RHF antas å ha en rekke positive konsekvenser for tjenestetilbudet på sikt. Hvilke fagområder som på sikt kan samles, vil det nye regionale helseforetaket å vurdere. Statsråden ønsker ikke å kommentere enkeltområder.

Det har vært mye snakk om å rive ned "Berlinmuren" som går langs Ring-3 i Oslo (les: mellom Ullevål og Rikshospitalet/ Radiumhospitalet). Hvordan ser departementet at en sammenslåing av regionene vil påvirke samarbeidet mellom de store Oslo-sykehusene?

-Etableringen av Helse Sør-Øst RHF vil innebære at vi framover får et samlet "sørge for"-ansvar og eierskap til sykehusene i Oslo, og i dagens to regioner. Dette vil gi slutt på kunstige skillelinjer gjennom Oslo med hensyn til ulikt regionalt ansvar for nærliggende sykehus. Det vil blant annet gi bedre muligheter for samarbeid og faglig samordning på tvers, og bedre koordinering av de samlede ressursene.

Et forslag som tidligere har vært luftet er felles bakvaksordninger mellom sykehus for eksempel i Osloregionen. Hvordan stiller statsråden seg til at en person skal ha vakt ved flere sykehus samtidig?

-Dette er det naturlig å vurdere nærmere i lys av sammenslåingen og framtidige samordnings-muligheter. Ut over det ønsker ikke statsråden å kommentere dette nærmere.

Vil en sammenslåing merkes ved driften på lokal- og sentralsykehusnivå eller er det stort sett i hovedstaden at endringene (og innsparingene) skal finne sted?

Det nye regionale helseforetaket, til erstatning for dagens to helseregioner, skal skje innen 1. juli i år. Dette gir en ny samlet organisatorisk overbygning regionalt for sykehusene og helseforetakene i dagens Helse Sør RHF og Helse Øst RHF. Det blir ingen umiddelbare endringer på sykehusdriften lokalt. Senere endringer, samordnings- og forbedringsarbeid som vil kunne berøre ulike sykehus, vil bli vurdert etter at nye Helse Sør-Øst RHF er etablert.

Når 60% av pasientene i Helse-Norge skal samles under ett regionalt foretak som strekker seg fra sykehuset i Flekkefjord til sykehuset på Tynset; hvor lang er veien til at de resterende 40% av befolkningen også innlemmes og samles i ett nasjonalt helseforetak?

-Beslutning om sammenslåing og etablering av Helse Sør-Øst RHF skjer innenfor den regionaliserte foretaksmodellen som vi har for styring og organisering av norsk spesialisthelsetjeneste. Det er en kjensgjerning at det nye regionale helseforetaket blir stort med hensyn til samla befolkningsunderlag og budsjett. For øvrig vil vi få fire helseregioner til forskjell fra dagens fem, og det foreligger ikke planer om organisatoriske endringer ut over dette. Nylig gjennomførte evalueringer har vist at sykehusreformen har vært nødvendig og riktig og ført til en bedre helsetjeneste i Norge. □

Nye muligheter for kirurgien?

Fra 1. januar 2007 ble Hålogaland Helseforetak (HHF) bestående av sykehusene i Harstad, Narvik og Stokmarknes oppløst. Bakgrunnen for denne beslutningen var en årelang uenighet hvordan sykehusene skulle organiseres intern i foretaket og hvordan man skulle få orden på økonomien. Problemene lå hovedsakelig over foretaksnivå. På seks år måtte samme antall direktører gå. Sykehusene slet med store underskudd som ikke lot seg håndtere innenfor gitte økonomiske rammer. I fjor vår kulminerte det hele da styret i Helse-Nord skar i gjennom og erklærte HHF for oppløst fra og med årsskiftet. Sykehusene i Harstad og Narvik ble i foretak med Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) i Tromsø, mens Stokmarknes ble innlemmet med Nordlandssykehuset Bodø.

Av Jon-Helge Angelsen,
ass. lege, kir. avd. Harstad, NKF

Kirurgisk beredskap

Samtlige sykehus skal fortsatt ha kirurgisk akuttberedskap. Fra 1. Mai skal sykehuset i Narvik skal ikke lenger ha ortopedisk spesialistberedskap etter kl 20 på hverdager. Det har blant mange vakt harme i Harstad og Narvik at en mistet den lokale sykehusdirektøren, og at ledelsen for kirurgisk og medisinsk avdeling nå sitter i Tromsø. De tidligere avdelingsoverlegene er omgjort til seksjonsoverleger. Kirurgisk avdeling (inkl ortopedi) i Harstad og Narvik er nå f. eks underlagt avdelingsoverlegen ved Gastrokirurgisk avdeling ved UNN i Tromsø.

Fagmiljøet opprettholdes

Det er likevel grunn til å tro at samarbeidet mellom fagmiljøene ikke endres nevneverdig fra det som har vært



tidligere. Avdelingsoverlege Arthur Revhaug, ved gastrokirurgisk avdeling UNN Tromsø forteller at prosessen med sammenslåing, funksjonsfordeling og tanker rundt spesialistutdanningen, er godt i gang. En vil i framtiden være nødt til å fordele arbeidsoppgavene bedre mellom sykehusene, men han vil ikke foreløpig være konkret. Men i løpet av våren vil slike planer foreligge, sier Revhaug.

Rotasjonsordninger diskuteres

Videre må det videreutvikles planer for spesialistutdanningen i foretaket. Revhaug ønsker å utvikle rotasjonsordninger mellom sykehusene for leger i spesialisering. Problemene ved slike ordninger er reiseavstandene, og de utfordringene dette medfører med pendling. Tillitsvalgt for YLF Hanne Frøyshov i Harstad sier hun er skeptisk en slik rotasjonsordning med mindre den bygger på frivillighet. Det er vanskelig å lage rotasjonsstillinger over et så stort geografisk område. Hun er også bekymret for turnustjenesten med en for omfattende funksjonsfordeling. Frøyshov forventer at arbeidsgiver tar hensyn til gjeldende inngåtte avtaler i planleggingen av slike omstillinger.

Faglig forankring

Trond Ellingsen, tidligere avdelingsover-

lege og nå seksjonsoverlege kirurgisk avdeling, Harstad tror at på kort sikt vil ikke forandringene bli merkbare for avdelingen. Det viktige nå blir å konsentrere seg om faget og levere kvalitet. Dette er den beste måten vi kan overleve på. Foreløpig rammer ikke sparekniven avdelingen nevneverdig.

Ole-Edvard Gabrielsen, tidligere avdelingsoverlege, nå seksjonsoverlege ved kirurgisk avdeling, Narvik ser positivt på at sykehuset nå får en faglig forankring i en universitetsklinikk. Han anser ikke at en videre funksjonsfordeling er nødvendig eller mulig ut fra dagens tilgjengelige ressurser.

Hva med økonomien?

Det har angivelig ikke vært økonomiske incentiver for den nye omorganiseringen. Det har heller ikke å forkant vært gjort grundige utredninger om økonomiske konsekvenser og mulige besparelser i kjølvannet av det nye foretaket. Årets budsjett for de tre sykehusene inneholder store millionunderskudd. Så langt har en i omstillingsprosessen latt underskuddet blitt liggende inntil en revidert budsjettbehandling senere til våren. Styret i Helse-Nord innser at nedskjæringene som vil måtte komme, vil gå ut over både ansatte og pasienter. Det gjenstår derfor å se om den nye omstruktureringen vil roe gemyttene og gi et faglig løft i det nye foretaket. □

LEIFer du?

Alle leger mener at etterutdanning er viktig. Ved nyttår lanserte Legeforeningen LEIF – en nettbasert tjeneste for planlegging, dokumentasjon og evaluering av etterutdanning.

Av Christian Lycke Ellingsen, overlege avd. for patologi, SUS

Å vedlikeholde og utvikle seg faglig er en livslang rett og plikt for alle leger. Desto raskere kunnskapsutviklingen går, jo raskere blir legens kunnskaper foreldet og behovet for oppdatering større. Mens spesialistutdanningen har ganske tydelig definert målsetting og krav, har det til nå vært lite formalisering i etterutdanningen. Det holder på å endre seg. Både innen- og utenlands er det blitt stadig mer fokus på legenes faglige oppdatering, både fra egne organisasjoner og fra myndigheter, media og allmennheten for øvrig. I stortingsmelding 24 (1996-97) «Tilgjengelighet og faglighet» (1) ble det anbefalt at det skulle innføres obligatorisk etterutdanning for alle legespesialister, ikke bare i allmennmedisin. Departementet har til nå ikke ønsket å gå videre med dette. I 2001 kom UEMS (Den europeiske unionen av medisinske spesialister) med Basel-deklarasjon om CPD (Continuing Professional Development) (2) og året etter kom utredningen «Etterutdanning av legespesialister» fra Nasjonalt Råd (3). Innholdet i disse er i store trekk sammenfallende: Etterutdanningen skal formaliseres og være dokumenterbar, men ikke ha form av resertifisering. Innholdet skal være tilpasset den enkelte leges arbeidssituasjon og behov. Det skal ikke være et sett av standardiserte krav som skal gjelde for alle. Aktiv læring vektlegges, ikke bare deltakelse i kurs. Ansvar for etterutdanningen ligger i første rekke hos legen selv, men også hos arbeidsgiver, legenes organisasjoner og myndighetene. Kollegabasert veiledning anbefales som en egnet evalueringsform.

LEIF - Legers Etterutdanning i Fremtiden

I omtrent ti år har Legeforeningen hatt ulike prosjekter for å kartlegge legers etterutdanning og finne frem til egnede

metoder for å planlegge, dokumentere og evaluere etterutdanningen (Leif-97, Leif-Pilot og Leif-2004). Basert på erfaringene fra disse prosjektene ble LEIF lansert 1.1.07. Dette er både en tenkemåte og en nettbasert tjeneste for å gjennomføre denne tenkemåten. LEIF kan brukes både av sykehusansatte og privatpraktiserende spesialister. Legene må registrere seg som brukere og får da sin egen «utdanningsportefølje» der den planlagte og gjennomførte etterutdanningen kan registreres.

Mål og plan

Ved årets start skal legen analysere sin egen arbeidssituasjon og formulere ett eller flere mål med en horisont på 3–5 år. Basert på disse behovene skal det lages en plan for ett år av gangen. I planen bør det inngå aktiviteter fra minst 3 ulike kategorier. Disse hovedgruppene er: kurs og kongresser, praktiske ferdigheter, undervisning, gjensidig avdelingsbesøk, hospitering, forskning, kvalitetsforbedring og fagutvikling og andre aktiviteter (egenutvikling/lederutvikling, sensorvirksomhet etc). Omfanget av etterutdanningen bør være minst 8–15 arbeidsdager (60–120 timer) per år. Planen skal drøftes med en evaluerende kollega som kan komme med kommentarer og forslag omkring både målene for etterutdanning og valg av aktiviteter. Planen må også kunne aksepteres av arbeidsgiver (avdelingsleder). Etterutdanningsplanen registreres i den elektroniske porteføljen, og det avmerkes når en planlagt aktivitet er fullført. Noen aktiviteter kan komme til i løpet av året – de kan også tas med i registreringen. Det er et viktig poeng at planen skal være tilpasset den enkeltes behov og ønsker. Det er verken nødvendig eller ønskelig at alle skal videreutvikle seg langs de samme linjene. Et eksempel: på avdelinger der en har vakt på tvers av grenspesialiteter kan det være aktuelt å definere sine kompetansekrav slik at en dekker både kravene til generell kompetanse på vakt og fordypning i sin egen grenspesialitet eller spesialfelt. På avdelinger uten felles bakvakt er det mindre behov for generell kompetanse og større rom for «superspesialisering».

LEIF er altså ikke et spesifikt etterutdanningsprogram eller nettkurs, selv om ulike typer nettbasert etterutdan-



ning (som for eksempel LUPIN) selv sagt kan inngå som elementer i en etterutdanningsplan.

Kollegaevaluering

Noe av det viktigste og mest spennende ved LEIF er konseptet med kollegaevaluering. Hver bruker velger en kollega i samme spesialitet som skal være en hjelp både til å planlegge etterutdanningen ved årets start og til å evaluere gjennomføringen av planen ved neste årsskifte. Han eller hun kan (men trenger ikke) arbeide ved samme avdeling, men skal ikke være i samme private spesialistpraksis. Det skal være en person man kan ha tillit til, men en viss faglig distanse er nok nyttig for at vurderingen skal bli objektiv nok. Begrunnelsen for en slik kollegaevaluering er at den gjør vurderingen av etterutdanningen mindre subjektiv enn om legen skulle evaluere seg selv, uten at den blir for rigid, fjern og byråkratisk. En lege i samme spesialitet er nær nok til å kunne forstå arbeidssituasjonen og hvilke ønsker og behov legen har for faglig utvikling. Denne kollegaen skal i større grad være en samtalepartner enn en «sensor». Sammen skal man ta stilling til spørsmål som: «Var målene og planen relevante for mine behov? Greide jeg å gjennomføre planen? Hva var det som eventuelt kunne ha vært annerledes? Har etterutdanningen – samlet sett – bredde og



omfang nok til å bli godkjent i henhold til retningslinjene?» Legen som evaluerer og legen som evalueres forsøker å komme frem til en felles forståelse, slik at evalueringen får et vesentlig preg av egenrefleksjon. Å være evaluerende kollega er et tillitsvotum og en kollegatjeneste som en ikke skal ha noen økonomisk godtgjøring for. Det er viktig at den som skal være en slik samtalepartner har integritet nok til å komme med kritikk der det er nødvendig slik at muligheter for forbedring kan utnyttes.

Rapportering og arkivering

Oversikt over den gjennomførte etterutdanningen og evalueringen blir arkivert og kan hentes frem når det er behov for det. Avdelingsleder skal ha en oversikt over den gjennomførte etterutdanningen og en summarisk rapport sendes inn sammen med rapporten om avdelingens spesialistutdanning i SERUS. For privatpraktiserende spesialister sendes rapporten til spesialitetskomiteen. Komiteen kan ikke godkjenne eller forkaste den enkelte leges etterutdanning, men kan kommentere etterutdanningsaktiviteten på en avdeling eller i spesialiteten generelt.

Hvorfor lage et slikt system?

Utredninger har vist at de fleste leger

bruker ganske mye tid på faglig oppdatering. Det er derfor ikke nødvendigvis slik at LEIF vil innebære mer etterutdanning for den enkelte. Det å måtte definere mål og lage en plan kan gjøre at etterutdanningen blir mer systematisk og rettet inn på arbeidets behov. Ikke minst kan det være nyttig å se etterutdanningsaktivitetene gjennom flere år samlet. Kollegaevalueringen med kritiske kommentarer vil kunne påpeke svake og sterke sider og dermed finne potensialer for forbedring. Det at en har laget minimumsrammer for omfanget av etterutdanningen gjør det lettere å si når den er god nok, og vil også kunne legge større press på arbeidsgiver for å legge forholdene til rette. I både lov om spesialisthelsetjenester og lov om kommunehelsetjenesten lovfestes arbeidsgivers plikt til å legge forholdene til rette for videre- og etterutdanning, men det står ikke noe om det ønskede omfanget. Ikke minst er det gunstig å kunne dokumentere en fortløpende etterutdanning. Vi ser stadig økt fokus på dokumentasjon av kvalitetsarbeid, og det er ikke urimelig å anta at andelen leger som har gjennomført etterutdanning vil bli brukt som en kvalitetsindikator. Foreløpig er det ikke krav om formell resertifisering i Norge (unntatt i allmennmedisin), selv om temaet kommer opp fra tid til annen. Et fungerende

system som dokumenterer etterutdanningen vil kanskje tone spørsmålet om resertifisering noe ned. Hvis det senere skulle bli aktuelt vil vi da kunne vise til erfaringene med et system forvaltet av legene selv og tilpasset deres behov. Det kan også være gunstig for legen å kunne dokumentere sin etterutdanning for eksempel ved stillingssøknader eller lønnsforhandlinger.

Økonomiske forhold

Med den økonomiske situasjonen som er i helseforetakene i dag er det tydelig et press på legenes videre- og etterutdanning. Det kommer inn rapporter om vansker med å gjennomføre etterutdanning på grunn av manglende midler til reiser og vansker med å skaffe vikarer. LEIF kan dessverre ikke komme med nye, friske midler til legenes etterutdanning. Legene må bruke de samme kildene som tidligere, dvs arbeidsgiver, Legeforeningens fond osv. Det LEIF kan bidra med er å sette fokus på arbeidsgivers plikter. Ved å angi et ønsket minimumsomfang av etterutdanningen vil det legge et press på arbeidsgiver, selv om det ikke er juridisk bindende.

Hva med de som ikke deltar?

Deltakelse i LEIF er frivillig. Det ligger ingen sanksjonsmuligheter i systemet. Ingen kan miste spesialistgodkjenningen eller bli sagt opp fra jobben. Vi håper at legene selv vil oppleve det som nyttig å delta, at de ser fordelene både for selv å få en bedre etterutdanning og å kunne dokumentere den. Det er kanskje ikke urimelig å tro at det kan bli et visst gruppepress. Sett fra arbeidsgiversiden kan deltakelse i LEIF bli sett på som en kvalitetsindikator og kan kanskje være et fortrinn ved stillingssøknader. □

www.legeforeningen.no/leif

1. www.odin.no/hod/norsk/dok/regpubl/stmeld/030005-040007/dok-bn.html (29.12.2006)
2. <http://admin.uems.net/uploadedfiles/35.pdf> (29.12.2006)
3. www.nr.dep.no/utredning_print_2.htm (29.12.2006)



Bytt inn din nåværende skjerm og få en ny til en fantastisk pris

Alle priser er eks. mva. Tilbudet gjelder til 23.mars 2007. Kontakt Sony eller din forhandler ved bestilling av ny skjerm og retur avtales.

Skjerm	Veil.pris	Innbyttepris
LMD-1420	14.900	11.920
LMD-1950	36.900	27.675
LMD-2140	32.900	24.675



Telefon: 66 84 20 20
E-mail: sn.ordre.norway@smith-nephew.com

SONY

E-mail: vidar.liverod@sony.no
www.sonybiz.net



Mini-invasiv kirurgi

Norsk Thoracolaparoskopiforum har denne gang valgt å avstå fra å presentere sitt nyhetsbrev i "Kirurgen". Vi fortsetter likevel å fortsatt ha en fast spalte om mini-invasiv kirurgi da vi ønsker å ha et fokus på relevante nyheter fra dette viktige, tverrfaglige området. Denne gang presenterer Steinar Solberg fra Rikshospitalet resultater fra en ny mini-invasiv behandlingsmetode for traktbryst. Vi bringer også referat fra det siste SADE-møtet som er det kanskje viktigste skandinaviske forum for avansert endoskopi. Selv om mye av endoskopien etter hvert er overtatt av indremedisinere bør kirurgene fremdeles

være i stand til å skopere egne pasienter når dette er påkrevd.

Vi har også vært på besøk hos en av Europas ledende laparoskopiske colorectale kirurger og har forsøkt å formidle noen av de inntrykk vi fikk der. Antonio Lacy har i sterk grad bidratt til at laparoscopi ved maligne svulster i Colon og rectum nå er akseptert som et onkologisk likeverdig (og muligens bedre?) alternativ til den åpne kirurgien. Man kan ikke la være å bli imponert over Lacys virksomhet og det er få, om noen på verdensbasis som er i stand til å produsere tilsvarende singel-senter materialer. Med hans

internasjonale ry er det fremdeles verdt å merke seg hans synspunkter.

I tillegg har vi fanget opp en nylig utgitt publikasjon som gjør at vi kanskje ikke lenger behøver bekymre oss over våre barns avhengighet for TV- og videospill. Selv om det ikke øker deres sjans til å komme inn på medisinstudiet er det ingen direkte ulempe om de nå likevel skulle klare å komme inn, gjennomføre studiet og deretter velge en kirurgisk karriere...

Bård Røsok

Har du nyheter du ønsker å formidle i spalten for mini-invasiv kirurgi?
Send ditt bidrag til kir-edit@online.no

Ny operasjonsmetode for traktbryst

Traktbryst – pectus excavatum forekommer hos om lag en per tusen fødte barn. Det er en overhyppighet hos gutter. Dette betyr at det fødes om lag 50 barn med tilstanden årlig i Norge. Om vi anslår at drøyt halvparten vil ønske kirurgisk behandling dreier dette seg om 25 – 35 operasjoner per år.

Tilstanden er oftest til stede fra fødselen, men kan bli mer uttalt under vekstperioden. Operasjonsindikasjon er kosmetisk. Selv om billeddiagnostikk viser forskyvninger av hjerte og lunger, så er det lite objektive funksjonsforstyrrelser å finne. Det må bemerkes at de fleste undersøkelser og studier om hjerte- og lungefunksjon hos disse er gjort i hvile og ikke med belastning. En del pasienter kommer tilbake etter operasjonen og forteller at de har blitt "lettere i pusten" og at de orker mer i bakker eller trapper.

Tidligere operasjonsmetode

Operasjonsmetoden for dette har tradisjonelt fulgt hovedlinjene som ble beskrevet av Ravitch i 1949 (1). Metoden innebærer disseksjon og fjerning av brusken mellom benet del av costa og sternum på begge sider i det affiserte område. Bruskhinnen skulle stå igjen. Sternum ble så tverrdelt lengre cranialt og løftet frem for å bli stabilisert av en tilpasset metallspile. Spilen ble så fjernet etter 1-2 år. Denne metoden krevde omfattende disseksjon og flere kviet seg for å tilby dette. De fleste ønsket at pasientene var utvokst før en operasjon ad modum Ravitch skulle gjøres.

Ny metode utviklet

I de siste 15 årene er Ravitch metode benyttet på om lag 50 pasienter. Som en alternativ metode til behandling av traktbryst er det utviklet en metode som baserer seg på mini invasiv teknikk (2). På Thoraxkirurgisk avdeling, Rikshospitalet tok vi denne metoden opp i desember 2005.

I følge Nuss metode ligger pasienten i ryggeleie med begge armene 90 grader ut til siden. Pasienten er intubert med dobbeltlumen-tube som gjør det mulig å la en lunge falle sammen for thorakoskopi (bilde 1).

Det benyttes en, to, og en sjelden gang tre spiler. Disse kommer i forskjellige lengder – i hele tommer, og vi bruker mest 11, 12 og 13 tommers spiler. Her benyttes 2 maleable aluminiumsspiler for å utforme konfigurasjonen av den

endrete og korrigerede anatomien (bilde 2). En detalj på nederste spile er at den er litt overkompensert på høyre kant for sternum, på grunn av asymmetri med dypest sternalkant på høyre side.

De egentlige spilene bøyes så til riktig form i platebøyer (bilde3).

Det lages en incisjon på begge sider for hver bøyle. Det arbeides og thorakoskoperes alltid fra høyre side (bilde 4). Vi ser her at det lages lommer foran brystveggen. Bøylene skal ligge foran brystveggen svarende til disse lommene, og bak sternum for å løfte det frem.

Her er gjennomføringsinstrumentet ført gjennom for å bane vei for den øvre spilen, og vi ser at sternum er løftet frem (bilde 5).

Den øvre spilen kan nå settes inn ved hjelp av et thoraxdren (bilde 6).

Her er sluttresultatet (bilde 7). Begge spilene er satt inn og fiksert med stabilisator på venstre side og ligatur rundt spile og costa på høyre. Vi ser det er en mindre rest-inndragning nederst i costalbuen.

Operasjonstiden ligger oftest rundt 60 minutter men varierer mellom 30 og 90 minutter.

Preoperativt kan forholdene se ut som på bilde 8 hvor vi ser en svært redusert avstand mellom sternum og columna. Det er også en uttalt asymmetri her med dypest sternalkant på høyre side.

Av Steinar Solberg
Overlege
Thoraxkirurgisk avdeling
Rikshospitalet – Radiumhospitalet.



Vi ser også at høyre lunge har redusert plass samt at mediastinum er skjovet over mot venstre. Etter at det er besluttet operasjon tar vi CT-thorax av alle som preoperativ undersøkelse. Postoperativt bilde viser at to spiler står fint på plass (bilde 9) og her sees også stabilisatorne på venstre side.

Pasientmateriale

I løpet av det drøye året vi har gjort dette har vi utført 22 operasjoner på 21 pasienter. Av disse er 3 kvinner. Den yngste opererte er 10 år og den eldste er 34. Median alder er 16 år. Åtte pasienter har fått satt inn to spiler, mens 13 har fått en. Alle pasientene får epiduralkateter preoperativt, og beholder det i inntil en uke postoperativt.

Pasientene er godt fornøyd med det kosmetiske resultatet. Vi har ikke hatt alvorlige komplikasjoner. Vi har hatt mindre men plagsomme komplikasjoner hos tre pasienter. To har fått infeksjon svarende til stabilisatoren og venstre ende av spilen. Slike infeksjoner revideres og dreneres om så flere ganger om det blusser opp i gjen. Helt rent blir det ikke før spilen fjernes, men den kan stå på plass i nødvendig tid. En tredje pasient som fikk to spiler fikk forskyvning av den nederste spilen som gjorde at denne måtte fjernes tredje postoperative dag. Sternum falt da delvis tilbake. Han ble reoperert med samme metode et år senere med godt kosmetisk resultat. Denne samme pasient fikk ensidig pleuravæske og måtte thorakoskoperes etter ytterligere to måneder.

Gir smerter

Det er sterke postoperative smerter etter denne operasjonen. Dette vedvarer første uke, men blir bedre i løpet av den neste uken og er så å si helt borte etter tre til fire uker. Det er behov for epiduralanalgesi, samt at de får paracetamol, NSAID og oksykodon peroralt. Selv med et omfattende smerteregime har de mye vondt. A-preparater skal bort etter to uker og etter fire uker er analgetikabehovet helt borte. Vi beholder alle disse pasientene på vår avdeling i 3-5 dager postoperativt. Enkelte kan da dra hjem, men de fleste overføres til lokalsykehus og er der i noen dager.

Pasientene instrueres nøye preoperativt. Spesielt gjøres de oppmerksom på de postoperative smerter. Videre at de skal være forsiktige med rotasjonsbevegelser og kontaktidretter i de første tre månedene postoperativt. De påfølgende månedene kan de øke aktivitetene, og etter et halvt år er det ingen restriksjoner.

Vi tar alle pasientene tilbake til kontroll etter tre måneder med rtg. thorax og vurdering. Om alt da er i orden planlegges ikke noen ytterligere kontroll før spilene skal fjernes. Hovedregelen er at spilene skal sitte minst et år hos pasienter under 10 år, to år hos de som er 10 – 16 år og minst tre år hos de som er eldre. Fjerning krever narkose, åpning over stabilisator og venstre ende av spilen, og når dette er frigjort kan spilen trekkes ut.

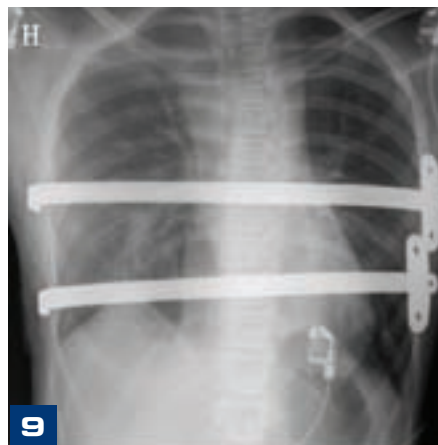
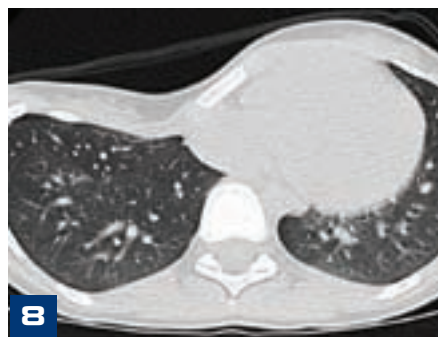
Hva er riktig alder for denne operasjonen?

Prinsipielt kan dette gjøres uten aldersgrense i noen ende. I diskusjoner på internasjonale møter er det flere som anbefaler 10 - 14 år som optimal alder, men andre ønsker å tilby dette i tidlig skolealder, altså godt under 10 år. Hos oss har vi 10 - 14 år som ønsket og optimal alder, og jeg synes det er flere forhold som taler for denne perioden. De er da så store at de selv kan delta i diskusjon og beslutning om operasjon. De har ikke blitt for preget av sin deformitet eller hatt nederlag eller opplevd for mye ubehageligheter. Brusken er enda så myk at den lett kan reformes.

Dette er en krevende pasientgruppe i den forstand at det må en del samtaler og veiledning til før de selv kan beslutte om de vil be om operasjon. Det er da heller ingen hasteoperasjon, og de kan med hell tenke seg om og samtale med familien om dette i noen måneder mellom to poliklinisk konsultasjoner. Så langt er vi tilfreds med metoden og resultatene. Vi vil fortsette å tilby dette, samt at vi har Ravitchs metode på repertoaret for dem med pectus carinatum. □

Litteratur:

- 1) Ravitch MM. The operative treatment of pectus excavatum. Ann Surg 1949;129:429-44
- 2) Nuss D, Kelly RE Jr, Croitoru DP, Katz ME. A 10-year review of a minimally invasive technique for the correction of pectus excavatum. J Pediatr Surg 1998;33:545-51



Ny PEG sonde

Av Hans Skari og Stein Erik Haugen



Gastrostomi uten laparotomi ble først beskrevet av Gauderer og medarbeidere i 1980. Teknikken betegnes PEG (perkutan endoskopisk gastrostomi)¹.

De fleste PEG-sonder som benyttes på barn i Norge har en stopp-plate som må fjernes med gastroskop når man etter 6 uker til 3 måneder skal måle gastrostomikanalens lengde og skifte til gastrostomisonde med ballong (for eksempel "knapp"). Dette betyr at barna tidligere har fått 2 narkoser for å få etablert gastrostomi med PEG-teknikk.

Relativt nylig har det kommet en ny PEG-sonde på markedet (Corflo[®]-Max PEG, Viasys Healthcare Med Systems) som har en stopp-plate "collapsible bumper", som holdes ekspandert ved

hjelp av lufttrykket i et lukket system. Det oppnås ved at sondens endestykke lukker en liten luftkanal som har forbindelse med stopp-platens luftkavitet. Sonden består av polyuretan og finnes i 2 størrelser for barn: 12 Fr. og 16 Fr. Sonden kan fjernes etter ca. 6 uker eller senere. Barnet premediseres med midazolam og paracetamol/kodein. Man fjerner endestykket, klipper av sonden nær enden, smører gastrostomikanalen og trekker sonden langsomt ut mens man gir mottrykk på hver side av gastrostomien. Stopp-platen kollaberer når luftkanalen er åpen (se foto). Det er viktig at barnet/pårørende ikke selv fjerner endestykket og ved et uhell fjerner sonden før kanalen er etablert.

Erfaringer fra St. Olavs Hospital etter ca. 2 års anvendelse av denne sondetypen på barn er positive. Ingen av barna har

selv fjernet sonden ved et uhell, og det har ikke vært nødvendig med narkose for å fjerne sonden hos noen av barna.

Konklusjon:

PEG-teknikk er vanligvis vårt førstevalg for å anlegge gastrostomi hos barn, og med en ny type PEG-sonde er det kun nødvendig med en narkose for å få etablert en gastrostomikanal med "knapp". □

Referanser:

(1) Gauderer MW, Ponsky JL, Izant RJ, Jr. Gastrostomy without laparotomy: a percutaneous endoscopic technique. *J Pediatr Surg* 1980 December;15(6):872-875.

The 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

Advancing Smooth Surgery

Harmonic WAVE™



 ETHICON ENDO-SURGERY
a Johnson & Johnson company

TRANSFORMING
PATIENT CARE
THROUGH
INNOVATION™

Oversiktelig om evidens-basert laparoskopisk kirurgi

Av Bård Røsok, Kir. klinikk, Rikshospitalet.

Det blir ofte en del synsing når man diskuterer hvorvidt laparoskopisk eller åpen teknikk er å foretrekke innenfor gastrokirurgien. Som en hjelp til å få frem fakta i denne diskusjonen har den europeiske laparoskopiske forening (European Association of Endoscopic Surgeons, EAES) nylig gitt ut en samlet oversikt over sine "Guidelines for endoscopic surgery" [1].

Boken gir en systematisk gjennomgang av de vanligste gastrokirurgiske prosedyrer og hvilket evidensnivå som er knyttet til dokumentasjon av en rekke påstander om fordeler og ulemper ved forskjellige laparoskopiske prosedyrer. Boken inneholder i alt 25 kapitler hvor noen er opptrykk av tidligere anbefalinger fra så lang tilbake som 1994 men disse er alle supplert med oppdateringer fra 2006. Boken inneholder alt fra generelle kapitler med studier av teknikker for etablering av pneumoperitoneum samt studier av livskvalitet etter laparoskopi og til resultater av spesifikk behandling for en lang rekke tilstander. I boken omtales blant annet behandling av GERD, divertikkelsykdom, coloncancer, overvekt, galleveissykdommer, brokk, akutt abdomen, appendicitt, ileus og traumer.

I kapittelet om laparoskopisk kirurgi ved coloncancer gis en særdeles grundig gjennomgang av en rekke påstander. Her gjengis at det på evidensnivå 1a/1b er dokumentert at laparoskopiske colonreseksjoner medfører mindre behov for smertestillende og gir kortere sykehusopphold og mindre lungekomplikasjoner og postoperativ stress-respons enn ved åpen kirurgi. På evidensnivå 2a/2b er det videre vist at laparoskopisk kirurgi har minst like lav morbiditet og mortalitet og minst like god (eller bedre) cancer relatert overlevelse enn ved åpen kirurgi selv om det de laparoskopiske inngrepene som regel medførte noe lengre operasjonstid.

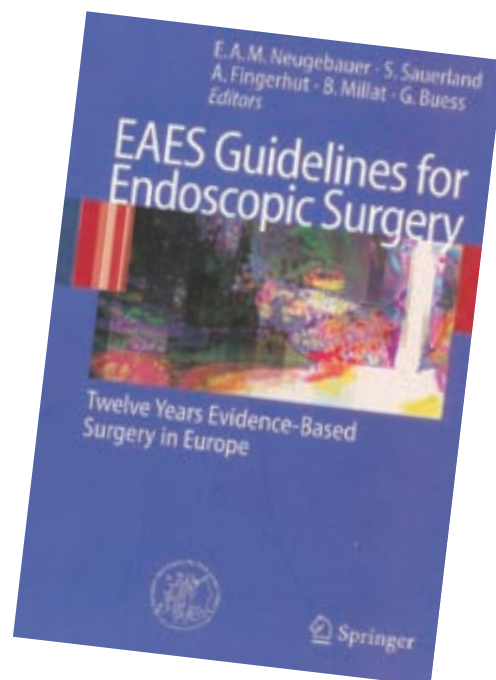
Foruten behandling av colorektal cancer har boken ingen omtale av øvrige maligne tilstander i gastrointestinaltractus hvilket nok avspeiler at det her ikke foreligger tilstrekkelig antall studier til å kunne utarbeide gjeldende retningslinjer.

Boken inneholder ingen store overraskelser men støtter de velkjente argumentene om at laparoskopisk kirurgi som regel har bedre eller minst like gode kliniske resultater som åpen kirurgi, men at prosedyrene er noe dyrere og i noen tilfeller tar lengre tid. Man finner i boken en systematisk gjennomgang av en rekke hypoteser og påstander med fastsettelse av evidensnivå for hver enkelt av disse. Således er boken et nyttig supplement og er et oversiktelig oppslagsverk med en god, systematisk og oppdatert referanseliste til nyere litteratur om laparoskopisk kirurgi. □

Av bidragsyttere med norsk tilknytning finner ved Roberto Bergamaschi, Helge Myrvold og H. Petersen.

Referanser:

- 1) Edmund A.M. Neugebauer, Stefan Sauerland, Abe Fingerhut, Bertrand Millat, Gerhard Buess (eds.) EAES Guidelines for Endoscopic Surgery. Springer Verlag 2006. ISBN-10 3-540-32783-5.



Vi besøker:

Antonio Lacy

Av Olaug Villanger
og Bård Røsok, Rikshospitalet

Selv om det finnes sterke laparoskopiske miljøer her hjemme, er det alltid nyttig å hente inspirasjon hos utenlandske kolleger. Tyco-Healthcare har utviklet et utdanningsprogram der en rekke norske kirurger har fått muligheten til å utvikle laparoskopiske ferdigheter i colorektal kirurgi og til å utveksle erfaringer med fremstående kolleger i utlandet. Trinn 1 i programmet kalles "Colo-rectal masterclass" og er en praktisk-teoretisk del med operativ trening på gris på treningssenter i Paris og har vært omtalt i en tidligere utgave av "Kirurgen" [1]. I trinn to, kalt "Clinical immersion course in colorectal surgery", får man mulighet til å besøke sentra i Europa som driver med avansert laparoskopi. Målet med dette er å få bredere kompetanse og innsikt i laparoskopisk colorektal tankegang, og få diskutert laparoskopiske "pitfalls" samt belyse potensielle funksjonelle langtids problemer og lage strategier for hvordan man unngår slike.

Barcelona - en reise verdt

I begynnelsen av februar fikk forfatterne anledning til å besøke et slikt senter og tilbringe to dager hos Antonio Lacy (uttales 'laθi' og ikke "lazy"...) i Barcelona. Navnet er kanskje ukjent for de som ikke er opptatt av laparoskopisk kirurgi, men Lacy publiserte i sin Lancet-artikkel i 2002 signifikant bedre overlevelse for pasienter med stadium-3 coloncancer for pasienter operert med laparoskopisk reseksjon, sammenlignet med de som gjennomgikk konvensjonell åpen kirurgi [2]. Artikkelen refereres ofte som den første tunge dokumentasjon på at laparoskopisk kirurgi kunne ha onkologiske fordeler i forhold til åpen kirurgi, og at portmetastaser kunne unngås ved adekvat kirurgisk teknikk. Ved hans avdeling ved "Clínica Barcelona Hospital Universitari" i Barcelona jobber 4 overleger i tillegg til 4 leger under spesialisering (fra inn- og utland) samt flere hospitanter.

Årlig utfører gruppen hans ca. 450-500 laparoskopiske colorektale reseksjons-inngrep, hvorav 350 – 400 av dem for cancer. De øvrige er reseksjoner for benigne lidelser med hovedvekt på IBD (Mb Crohn og Ulcerøs colitt) samt divertikulitt.



Antonio Lacy og Guy-Bernard Cadière

Konverteringsraten ved inngrepene er nå nede på 3% mot tidligere om lag 10%. Avdelingen utfører i tillegg alle andre typer gastrokirurgiske inngrep, unntatt lever- og pancreasinngrep. Det var noe vanskelig å få oversikt over avdelingens størrelse men Lacy anslo at han hadde ansvaret for om lag 35 senger (Sitat: "I dont care about beds, I care about patients").

Det skulle være nødvendig å opplyse at all kirurgi ved avdelingen primært utføres laparoskopisk. Begrunnelsen var i følge Lacys syn, at det stort sett bare er en kontraindikasjon mot laparoskopisk kirurgi: "Bad surgeons". Påstanden ble fremmet med et glimt i øyet, men likevel...

Lacy beklaget seg ellers noe over kirurgers konservatisme og generelt manglende vilje til forandring og vi fikk inntrykk at det heller ikke i Spania var lett å bli profet i eget land. I forbindelse med sin Lancet artikkel i 2002 nevnte Lacy at han umiddelbart fikk tallrike e-post meldinger med kommentarer fra kolleger fra hele verden. Ikke en tilbakemelding kom fra hans kolleger i Spania.

Imponerende operasjonsvolum

Det er lett å la seg imponere over aktiviteten ved Lacys avdeling, men det virker åpenbart at noe lignende ikke vil være mulig å få til om en ønsker å holde inngrepene samlet på få hender

og samtidig holde seg innenfor de varslede EU-normer for begrensninger i arbeidstid. På en vanlig dag var det satt opp en laparoskopisk høyresidig hemicolectomi, to laparoskopiske sigmoidumreseksjoner, en laparoskopisk rectumreseksjon med IPAA og en laparoskopisk coloproctectomi med IPAA før dagen ble rundet av med en laparoskopisk "gastric bypass". Ved to av inngrepene ble det operert på to stuer parallelt, men ellers var inngrepene satt opp etter hverandre på samme operasjonsstue. Dagens elektive program var da ferdig klokken 21:30. Neste dags program var tilsvarende. I tillegg kom forpliktelsen til å håndtere og eventuelt reoperere egne komplikasjoner, uavhengig om man hadde vakt eller ikke.

Teknikk

En annen av Europas ledende laparoskopiske kirurger, Dr. Guy-Bernard Cadière fra Brussel deltok som gjesteoperatør ved flere av inngrepene. Selv om det var forskjeller i teknikk og bruk av forskjellig utstyr mellom han og Lacy, var holdningen til laparoskopisk kirurgi den samme; "All abdominalkirurgi bør starte med at pasienten laparoskoperes".

Under reseksjonene ble det i hovedsak benyttet monopolar hook til disseksjonen og en 10mm "LigaSure" til deling av strukturer. Både 0° og 30° optikk ble benyttet men som vi kjenner godt fra før, krever 30° optikken en mer

erfaren assistent. Disseksjonen var alltid fra medialt i krøset til lateralt mot bukvegg, langsetter Toldts fascie etter sentral deling av karene. En sårbeskytter ble benyttet ved uttak av preparat og anastomosene ble lagt ekstrakorporalt unntatt ved anastomosering til rectum. Det ble også lagt vekt på å bruke samme teknikk også ved benigne lidelser, inklusive total mesorektal eksisjon også ved benign bekkenkirurgi. Mens Lacy praktiserte preoperativ peroral tarmtømming på sine pasienter, gav Cadière kun klyster kveld før samt samme morgenen før kirurgi på sine pasienter og hevdet at tømming ga tynntarmsødem som medførte vanskeligere peroperative forhold.

Fokusert personale

Hvordan er det så mulig å gjennomføre et slikt program med såpass få personer? For det første er det sterkt fokus på teamarbeid. Til hvert inngrep var det satt opp to overleger og en lege i spesialisering. Gruppen er svært samkjørt og mange av operasjonene foregår nærmest som om kirurgene er én operatør med fire hender (og inngrepet foregår nærmest uten en eneste ordveksling). For det andre er alt øvrig personale på operasjonsstua fokusert på laparoskopi, og virksomheten er organisert for å understøtte dette. Ingen artikler må hentes på lageret nederst i korridoren eller på nabostua, og alt utstyr og alle koblinger er testet på forhånd og fungerer. Personalet på operasjonsavdelingen utviste i tillegg en imponerende effektivitet på ryddig og klargjøring av operasjonsstuene, slik at pasientflyten gikk uhindret. Operasjonsstuen ble ikke rundvasket mellom inngrepene, og det tok ca 45 min fra pasienten var ferdig operert til neste pasient lå i narkose, ferdig vasket og klar til kirurgi. En medvirkende årsak til dette kan ha vært at en del av pasientene var rekruttert fra den private delen av sykehuset, noe som medførte en annen honorering av personalet på ettermiddag og kveld.

Utdanning

Både Lacy og Cadière praktiserte som nevnt at all kirurgi skal startes laparoskopisk, uansett hvilke inngrep man har planlagt. Med dette som utgangspunkt ble naturlig nok alle utdannings-

kandidater helt fra starten av trent i laparoskopi som hovedmetode. Cadière gikk så langt som å hevde at hans utdanningskandidater knapt visste hvordan de skulle operere åpent. Han mente at laparoskopi gav en langt bedre mulighet for utdanningskandidater til å tilegne seg kirurgisk teknikk gjennom laparoskopisens overlegenhet til å visualisere anatomiske detaljer man knapt kan se ved åpen kirurgi. På denne måten fikk kandidatene raskt tilegnet seg stor grad av selvstendighet. Etter å ha assistert på et gitt antall inngrep og deretter operert under veiledning, fikk kandidatene raskt anledning til å operere selvstendig, mens veileder satt på kontoret og fulgte inngrepene "live" på TV skjerm. Dette synet står i noe kontrast til tidligere enkeltutsagn (også i det norske miljøet) om at læringskurven ved laparoskopisk kirurgi er brattere enn ved åpen kirurgi, og at man må ha betydelig med kirurgisk erfaring før man kan utføre laparoskopiske tarmreseksjoner.

Hos Lacy fikk vi rett nok inntrykk av at utdanningskandidatene i stor grad var satt til å betjene kameraet i tillegg til å avslutte inngrepene etter at selve reseksjonen var foretatt. Vi tror også at kravet til produksjon gjorde at de ikke i særlig grad slapp til som hovedoperatører. Volumet og variasjonen i virksomheten gjorde likevel at de fleste kollegaer vil ha stort utbytte av et opphold ved klinikken. Vi la ellers merke til at Lacy hadde en overvekt av kvinnelige utdanningskandidater, og han mer enn antydte at han mente kvinner egnet seg særlig godt til laparoskopisk kirurgi og begrunnet det med at kvinner utviser høyere grad av utholdenhet, konsentrasjon og orienteringsevne. Hans "høyre hånd" dr. Salvadora Delgado som sammen med Lacy utførte de fleste av avdelingens inngrep var i så måte intet unntak...

"Take home message"

Hvilke inntrykk og holdningen kunne vi så ta med hjem? Det er liten tvil om at laparoskopi som metode har endret tankegangen om hvordan vi tilnærmer oss abdominal kirurgi. Cadière brukte begrepet "iterative surgery" hvor det brukes som et argument at man for eksempel ved colo-rectale cancere og

synkrone levermetastaser kan planlegge sekvensielle operasjoner og reoperasjoner. Det foregår flere steder, deriblant i Norge diskusjoner om hvorvidt man skal anbefale reseksjon av primærcancer og levermetastaser i én og samme seanse.

Vi fikk videre bekreftet at kvaliteten på den laparoskopiske colorectale kirurgien vi driver i Norge ikke står tilbake for det vi observerte og at de onkologiske prinsipper ivaretas på samme høye nivå. Den store forskjellen ligger i volumet. Ingen norske sykehus kan komme opp i et tilsvarende operasjonsvolum, men vi kan til tross for dette kanskje nærme oss noe operasjonstiden i Barcelona (38 minutter operasjonstid "skin-to-skin" på en laparoskopisk høyresidig hemicolectomi). I mellomtiden få en trøste seg med at operasjonstid ikke nødvendigvis er den viktigste parameter i kirurgi. Det spørs imidlertid om ikke tiden er inne til å på nytt diskutere hvilke inngrep som primært skal utføres laparoskopisk, samt hvordan dette skal tilpasses norsk kirurgisk virksomhet og ikke minst utdanning. Vi imøteser i denne sammenheng utfallet av de pågående laparoskopiske colorectale studier.

Veien videre for mini-invasiv kirugi

I mellomtiden kan vi også se frem til neste sannsynlige steg videre i utviklingen av den mini-invasive kirurgien. Under besøket ankom en amerikansk delegasjon for å diskutere den videre utvikling av metoder for transoral kirurgi (der terapetutiske inngrep i abdominalhulen utføres peroralt via fleksible endoskop). Siste ord om hvor veien går for mini-invasiv kirugi er således ikke sagt...

Interessekonflikter:

Begge forfatterne mottok reisestøtte av Tyco-Healthcare for gjennomføring av programmet. □

Referanser:

- 1) Villanger O. Kirurgen 2006;(3)
- 2) Lacy, A et al. Lancet. 2002 Jun 29;359(9325):2224-9

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

Referat fra SADE kurs 2007: Pankreas, Lever og Galleveier

Av Christoph Ansgore

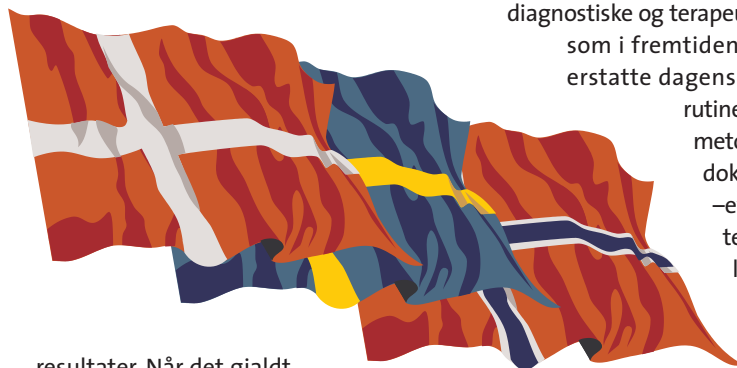
Gastrokirurgisk seksjon, Kirurgisk Avdeling, Stavanger Universitetssjukehus

Det 24. SADE-kurset ble avholdt i perioden 22. til 26. januar 2007. SADE står for Scandinavian Association for Digestive Endoskopi og er en felles non-profit organisasjon, underordnet de tre nasjonale gastroenterologiske foreningene (Danmark, Sverige og Norge). SADE's målsetning er å fremme interesse, kjennskap og forskning innen gastroenterologisk endoskopisk virksomhet. SADE-kurset arrangeres en gang i året og roterer mellom Norge, Sverige eller Danmark. Hos oss i Norge er SADE-kurset en del av kurskravet for spesialiteten gastroenterologisk kirurgi. Kurset består av en praktisk del som går over 3 dager der kursdeltakerne blir utplassert på forskjellige gastroenterologiske senter i Norden, og en teoretisk del som i år ble avholdt i Linköping i Sverige. De norske kursdeltakerne ble plassert henholdsvis på Ullevål sykehus og Rikshospitalet i Oslo eller på Karolinska Universitetssjukhus i Stockholm, og fikk følge med og aktivt delta i de respektive gastroenterologiske virksomhetene.

Tilbakemeldingene fra de norske B-gren kandidatene for de forskjellige plassene var varierende men stort sett meget positive. Vår gruppe bestående av 3 B-gren kandidater fra Norge og to overleger fra Sverige, var plassert på gastroenterologisk seksjon, Ullevål sykehus. Vi fikk demonstrert endoskopisk diagnostikk og terapi ved gastroskopi, coloskopi og ERCP. Dagsprogrammet var tilpasset til kurs- og utdannings situasjonen, hvor kursdeltakerne fikk begynne på de planlagte endoskopiske prosedyrene under permanent supervision og veiledning. Man fikk så være med på strikkbehandling av øsofagusvaricer, endoskopisk mucosareksjon av Baret-øsofagus, gjennomføre stenting og blokkering av øsofagus og duodenum. Vi fikk praktisk undervisning og opplæring skreddersydd til våre ønsker (jeg ønsket for eksempel focus på coloskopi og fikk gjennomføre sju coloskopier under detaljert veiledning). Det ble også gitt mulighet til å trene med endoskopisk

simulator GI-mentor etter dagens slutt. Denne praktiske delen på Ullevål var perfekt organisert og gjennomført på en meget inspirerende måte.

Den teoretiske delen av kurset gikk deretter over to dager og ble avholdt i Linköping i Sverige, arrangert av "Kirurgiska kliniken" på Linköping Universitetssjukhus. Her var det program både for leger og endoskopiassistenter. Det vitenskaplige programmet for leger var delt inn i en seksjon med generelle aspekter omkring endoskopi og en seksjon med fokus på temaer omkring galle, lever og pankreas. I den generelle delen ble det først diskutert sedering ved endoskopi og spesielt bruk av Propofol. Sedasjon med Propofol var veldokumentert med overveiende gode



resultater. Når det gjaldt administrering av Propofol fantes det en leir som ønsket opplæring av endoskopiassistenter i å bruk og dose-monitorering, og en annen som ønsket tett samarbeid med anestesivdelingen som skulle stå ansvarlig for administreringen. Deretter ble det presentert bruk av endoskopisimulatorer med beskrivelse av dagens simulator-situasjon med fordeler og begrensninger av denne treningsmodaliteten, og noen aspekter om fremtidig teknisk utvikling. Det viste seg at endoskopisimulatorer ble brukt flere steder til introduksjon og grunnleggende opplæring for uerfarne spesialistkandidater. Fordelen med denne metoden var veldokumentert og konklusjonen var entydig at endoskopisimulatorer hadde kommet for å bli. Deretter ble det diskutert hvilke spesialister som endoskoperte og hvem som

skulle gjennomføre endoskopier. Her kom det frem at endoskopiske prosedyrer i dagens medisin var en profesjons- og spesialitetsovergrepene prosedyrer som ble ulikt håndtert i de forskjellige land. Det ble gitt eksempler på at sykepleiere fikk spesialutdanning for å gjennomføre gastro- og coloskopier.

I den spesielle delen ble det presentert moderne instrumenter innen avansert galle-lever-pankreas-diagnostikk (diagnostiske og terapeutiske aspekter av EUS, MR og CT-PET). Deretter fikk vi høre om iatrogene gallegangsskader der tema om "critical view" versus intraoperativt cholangiografi ved laparoskopisk cholecystektomi ble utdypet. Til slutt var det avsatt en halv temadag til ERCP, terapeutiske aspekter ved malign gallegangsobstruksjon og strategiske forslag ved problemer med kanylering av papillen.

Den teoretiske delen av kurset brakte opp mange aktuelle aspekter innen endoskopi, og presenterte avansert gastroenterologisk endoskopi som en profesjons- og spesialitetsovergrepene prosedyrer som var i en permanent teknisk utvikling, der en kunne finne stadig nye diagnostiske og terapeutiske muligheter som i fremtiden eventuelt kunne erstatte dagens (kirurgiske) rutiner. Mange nye metoder er studie-dokumentert og -evaluert, men den teknologiske utviklingen skjer så fort og er så utålmodig at det mangler langtidsopp-

føling og prospektive randomiserte studier i mange sammenheng. Kurset inspirerte til diskusjon og ettertanke og motiverte til å fordype seg mer i emnet, noe som er viktig for oss fremtidige gastrokirurger som vil bli konfrontert med at endoskopiske prosedyrer erstatter kirurgiske rutiner, og som vil oppleve at andre kommer til å gjennomføre disse prosedyrene om ikke vi lære oss å gjøre dette selv. Dessuten hadde man under arrangementet unik mulighet til å bli kjent med Nordens fremste eksperter innen endoskopi og til å få nyheter og informasjon fra første hånd – SADE kurset anbefales sterkt for alle endoskopi-interesserte og er med rette obligatorisk for spesialistkandidater innen gastrokirurgi. □

Videospill forbedrer laparoskopiske ferdigheter?

Utbredt bruk av videospill hos barn og unge blir ofte forbundet med negative adferdskarakteristika som aggresjon, dårlig utvikling sosiale ferdigheter og med fysisk forfall. Innenfor våre egne fagrekker har enkelte påpekt at yngre kirurger, og tidligere spill freakere, har bedre øye-hånd koordinasjon og dermed lettere for å beherske laparoskopisk kirurgi. Dette som følge av oppvekst med video-spill der handlingen på TV skjermen styres via en håndkonsoll, ikke ulikt prisnippene man utøver på laparoskopiske operasjonsstuer.

Hypotesen ble nylig testet på 33 kirurger og kirurgiske utdanningskandidater innen generell kirurgi, urologi og gynekologi(!) ved Beth-Israel Hospitalet i New York [1]. Kirurgene i studien hadde i snitt 12,9 års erfaring mens utdanningskandidatene hadde i snitt 3,1 års erfaring. Deltagerne ble satt til å utføre ferdighetstester med programmet "the Top Gun Laparoscopic skills and Suturing Program". Analyser ble i etterkant utført med deltagerne inndelt i tre grupper; en gruppe helt uten tidligere videospillerfaring, en gruppe med noe

erfaring og en gruppe som regelmessig (gjennom år) hadde spilt videospill >3 timer/uke.

Kanskje ikke helt overraskende kom gruppene med videospillerfaring bedre ut og utførte testene både raskere og bedre enn de uten erfaring. Gruppen som hadde spilt >3 timer/uke hadde en "Top Gun" skår (som tok hensyn til både hurtighet og presisjon) som var hele 42% bedre i forhold til de helt uten spillerfaring. Gruppen med noe TV spillerfaring hadde tilsvarende 33% bedre skår enn de uerfarne.

Av Bård Røsok

I en invitert kritikk [2] til samme artikkel ble det påpekt at evnen til å skåre høyt i denne testen ikke sier noe om kommunikasjonsferdigheter eller klinisk skjønn for de enkelte kandidater. Man ser imidlertid heller ikke bort fra at videospill kan være nyttig i utdanningen av kirurger for å utvikle operative ferdigheter.

Godt utviklede evner for videospill er så langt heller ikke en del av opptakskriteriene for medisinstudiet... □

Referanser:

- 1) Rosser et al. The Impact of Video Games on Training Surgeon in the 21st Century. Arch Surg 2007, 142;(2):181-6.
- 2) Curet MJ. Invited Critique Arch Surg 2007, 142;(2): 186



Ferdighetstrening av morgendagens kirurger?

SOMAC®

PANTOPRAZOL

C Somac ALTANA Pharma AG

Syrepuhehemmer, saltsyreskresjonshemmer ende middel. ATC-NR.: A02B C02

T ENTEROTABLETTER 20 mg og 40 mg: Hver enterotablett inneholder: Pantoprazolnatriums-esquihydrat tilsv. pantoprazol 20 mg, resp. 40 mg, mannitol 21,3 mg, resp. 42,7 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 20 mg: Gult, rødt og sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171), 40 mg: Gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

PULVER TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 40 mg: Hvert hetteglass inneholder: Pantoprazolnatrium 42,3 mg tilsv. pantoprazol 40 mg, dinatriumedetaldihydrat, natriumhydroksid.

Indikasjon: 20 mg: Behandling av mild refluxsykdom og tilhørende symptomer (f.eks. sure oppstøt og halstrann). Langtidsbehandling av refluxsykdom inkl. tilbakefallsprofylakse. Forebygging av gastrooduodenalår induisert av ikke-selektive ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAIDs), hos risikopasienter som trenger kontinuerlig NSAID-behandling. 40 mg: Behandling av duodenalår, ventrikkelår og refluxsykdom. Zollinger-Ellisons syndrom og andre tilstander med patologisk høy syreskresjon. Kun enterotabletter: Tillegg til antimikrobiell behandling når eradikering av *Helicobacter pylori* hos voksne skal utføres ved ulcusykdom.

Dosering: Enterotablettene svelges hele med litt vann ca. 1 time før frokost. Tablettene må ikke knuses eller tygges. Mild refluxsykdom og tilhørende symptomer (f.eks. sure oppstøt og halstrann): anbefalt dose 20 mg daglig, vanligvis i 4 uker. Ytterligere 4 ukers behandling dersom bedring ikke sees. Langtidsbehandling av refluxsykdom inkl. tilbakefallsprofylakse: En vedlikeholdsdose på 20 mg daglig anbefales, med økning til 40 mg daglig ved tilbakefall. Etter bedring av tilbakefall kan dosen reduseres til 20 mg. Behandlingen bør ikke pågå i mer enn 1 år uten nøye vurdering av fordel/risiko, da sikkerhet ved bruk over flere år ikke er klarlagt. Refluxsykdom: 40 mg 1 gang daglig, vanligvis i 4 uker. I de tilfeller der lejonen ikke er tilhelst, anbefales ytterligere 4 ukers behandling. Forebygging av gastrooduodenalår induisert av NSAIDs hos risikopasienter som trenger kontinuerlig NSAID-behandling: Anbefalt dose 20 mg daglig.

Duodenalår: 40 mg 1 gang daglig, vanligvis i 2 uker. I de tilfeller der såret ikke er tilhelst, anbefales ytterligere 2 ukers behandling. **Ventrikkelår:** 40 mg 1 gang daglig, vanligvis i 4 uker. I de tilfeller der såret ikke er tilhelst, anbefales ytterligere 4 ukers behandling. **Trippelregimer ved eradikering av *Helicobacter pylori* ved ulcusykdom:** Anbefalt regime: Pantoprazol 40 mg + amoksisillin 1 g + metronidazol 500 mg, alle 2 ganger daglig i 1 uke. Ved tilbakefall eller manglende effekt av anbefalt regime, bør resistensbestemmelse finne sted for annenhåndsbehandling institueres. **Annenhåndsbehandling:** Pantoprazol 40 mg + amoksisillin 1 g + klaritromycin 500 mg, alle 2 ganger daglig i 1 uke eller pantoprazol 40 mg + metronidazol 500 mg + klaritromycin 500 mg, alle 2 ganger daglig i 1 uke. Langtidsbehandling av Zollinger-Ellisons syndrom og andre tilstander med patologisk høy syreskresjon: Behandlingen bør starte med en dosering på 80 mg. Deretter kan dosen justeres etter behov i.h.t. syreskresjonen. Ved doser >80 mg i døgnet deles dosen og gis 2 ganger daglig. En midlertidig økning av dosen til >160 mg i døgnet er mulig, men bør ikke brukes lenger enn nødvendig. Behandlingsvarighet bør tilpasses pasientens behov. Pulver til injeksjonsvæske: I de tilfeller der pasienten ikke kan behandles peroralt, anbefales 40 mg pr. dag gitt som i.v. injeksjon over en periode på 2-15 minutter. Dersom rask kontroll av syreskresjonen er påkrevd, er en startdose på 2 x 80 mg i.v. tilstrekkelig til å senke syreproduksjonen til <10 mekv/time innen en time. Så snart peroral behandling anses mulig, bør i.v. behandling seponeres, og peroral behandling begynne. Kinetikkforandringer hos eldre pasienter og pasienter med nedsatt nyrefunksjon anses ikke å være klinisk relevante, og dosejustering er derfor ikke nødvendig. **Pantoprazol dialyseres i svært liten utstrekning.**

Kontraindikasjoner: Overfømthet for innholdsstoffene. Ved moderat til alvorlig nedsatt lever- eller nyrefunksjon skal kombinasjonsbehandling ved eradikering av *Helicobacter pylori* ikke gis, da det foreligger ikke foreligger data på sikkerhet og effekt for bruk til disse pasientene.

Forsiktighetsregler: Før behandlingsstart må cancer sosafagi eller cancer ventriculi utelukkes da behandling med pantoprazol kan maskere symptomer på cancer og dermed forsinke diagnosen. Ulcusdiagnose skal første gang verifiseres ved røntgen eller endoskopi. Refluxsykdom skal påvises endoskopisk og/eller ved biopsi. Klinisk erfaring med barn mangler. Ved sterk nedsatt leverfunksjon bør leverenzym overvåkes jevnlig, spesielt ved langtidsbruk. Ved forhøyede leverenzymverdier skal behandlingen med preparatet avbrytes. Pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon bør ikke ta høyere doser enn 20 mg pantoprazol. Bruk av 20 mg for å forebygge gastrooduodenalår induisert av NSAIDs bør kun gis til pasienter som trenger kontinuerlig NSAID-behandling, og som har økt risiko for utvikling av gastrointestinale komplikasjoner. Den økte risikoen skal vurderes i.h.t. individuelle risikofaktorer, f.eks. høy alder (>65 år), tidligere tilfeller av gastro- eller duodenalår eller gastrointestinale blødning i øvre del. I langtidsstudier på rotte er det observert behandling med pantoprazol i doser som tildels gir fullstendig hemning av saltsyreskresjonen, sett for eksempel av ECL-celle hyperplasi og ECL-celle karsinoider. Disse forandringene er satt i sammenheng med de økte gastrinnivåer som oppstår sekundært til markant saltsyreskresjonshemming. Disse funn antas ikke ha klinisk betydning ved korttidsbehandling. I.v. administrering anbefales bare der peroral behandling ikke er egnet. Dosen på 40 mg/dag bør ikke overskrides hos eldre pasienter og hos pasienter med nyrsvikt. Ved Zollinger-Ellisons syndrom og andre tilstander med patologisk høy syreskresjon, kan pantoprazol redusere absorpsjonen av vitamin B12 (cyanokobalamin).

Interaksjoner: Pantoprazol synes å ha lavt potensiale for å påvirke farmakokinetikken til andre legemidler. Dersom absorpsjonen av et legemiddel er pH-avhengig (f.eks. ketokonazol), kan absorpsjonen endres ved samtidig administrering. Muligheten for interaksjoner med legemidler som metaboliseres via cytochrom P-450-systemet kan ikke utelukkes. Noen få isolerte tilfeller av forandringer i INR er rapportert ved samtidig bruk av fenokoumon og warfarin. Pasienter som behandles med kumarin antikoagulanter skal kontrolleres med protrombin tid/INR etter start av behandling, ved avsluttet behandling eller ved uregelmessig bruk av pantoprazol.

Graviditet/Amning: Pantoprazol har i dyreforsøk vist en svak embryotoksisk effekt, samt en postnatal effekt ved eksponering gjennom laktasjonen. Pantoprazol bør derfor ikke benyttes under graviditet og amning.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Abdominalsmerte, diaré, forstoppelse og gassdannelse. Hodepine. Mindre hyppige: Kvalme/brekninger. Svimmelhet, synsforstyrrelser (sløret syn). Allergiske reaksjoner som utslett og kloe. Sjeldne (<1/1000): Muntørhet. Artralgi. Leukopeni, trombocytopeni. Ødem, feber, depresjon og muskelsvake. Anafylaktiske reaksjoner inkl. anafylaktisk sjokk. Alvorlig hepatocellulær skade som fører til gulsott eller leversvikt. Økte leverenzym (transaminaser, -GT) og forhøyede triglyserider. Interstisiell nefritt. Urticaria, angioødem, alvorlige hudreaksjoner som Stevens-Johnsons syndrom, erythema multiforme, Lyells syndrom, fotosensitivitet.

Overdosering/Forgiftning: Opplysninger om overdose hos menneske foreligger ikke. Intravenøs enkeltdose på 240 mg, over en periode på 2 minutter, tolereres godt. Behandling: Symptomatisk.

Egenskaper: Klassifisering: Pantoprazol er et substituert benzimidazol som doseavhengig hemmer sekresjon av saltsyre i mavesekken gjennom sin spesifikke virkning på syrepumpen i parietalcellene. Pantoprazol er en kiral substans som foreligger som et racemat. Begge enantiomerene er ekvipotent in vitro. Virkningsmekanisme: Pantoprazol akkumuleres i parietalcellenes sure miljø. Her forandres det til en aktiv form, et syklisk sulfenamid, som spesifikt hemmer H⁺-K⁺-ATPasen (syrepumpen). Pantoprazol hemmer basal så vel som stimulert syreskresjon. Behandling med pantoprazol gir økt pH i ventrikkel og dermed økt gastrinproduksjon. Gastrinøkningen er proporsjonal med syreproduksjonen og er reversibel. Pantoprazol virker distalt til reseptornivået og kan påvirke saltsyreskresjonen uavhengig av type stimulus (acetylcholin, histamin, gastrin). Effekten er langvarig og reversibel ved at de nye enzymet dannes. Pantoprazol er stort sett inaktiv ved pH >3, og full farmakologisk og terapeutisk effekt kan derfor kun oppnås i aktive syresekretoriske parietalceller. Absorpsjon: Pantoprazol utviser lineær farmakokinetikk i doseområdet 10-80 mg. Enterotabletter: Raskt og fullstendig i tynntarmen. Biotilgjengelighet er ca. 77% og hverken AUC eller C_{max} påvirkes av samtidig fødeinntak. En forsinkelse av absorpsjonen kan derimot oppstå. Maks. plasmakonsentrasjon (1-1,5 g/ml og 2-3 g/ml) nås ca. 2½ time etter administrering av en enkeltdose på hhv. 20 mg og 40 mg. Nivået er det samme ved gjentatt dosering. Pantoprazol er ustabilt i surt miljø og administreres derfor i form av mavesyre resistente tabletter. Proteinbinding: Ca. 98%. Fordeling: Distribusjonsvolum: Ca. 0,15 liter/kg. Halveringstid: Ca. 1 time i plasma. Metabolisme: Fullstendig i lever via cytochrom P-450-systemet. Utskillelse: Clearance er ca. 0,1 liter/time/kg. Ca. 80% av metabolittene utskilles i urin, resten i feces.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppløsningen må brukes innen 12 timer etter tilberedning. Kjemisk og fysisk stabilitet er dokumentert for 12 timer ved 25°C. Fra et mikrobiologisk synspunkt bør produktet benyttes umiddelbart. Bruken er ansvarlig for lagringstid og lagringsforhold om preparatet ikke benyttes umiddelbart etter tilberedning. Denne lagringen bør normalt ikke overstige 12 timer ved 25°C dersom tilberedningen ikke har funnet sted under kontrollerte og validerte aseptiske betingelser.

Andre opplysninger: Pulver til injeksjonsvæske oppløses i 10 ml natriumklorid injeksjonsvæske 9 mg/ml. Oppløsningen kan administreres direkte eller blandes med 100 ml natriumklorid injeksjonsvæske 9 mg/ml eller glukose infusjonsvæske 50 mg/ml. Somac skal ikke blandes med andre væsker enn de som er nevnt.

Pakningsregler: Langtidsbehandling skal være instituert ved sykehus eller av spesialist i gastroenterologi.

Rekvisiter og priser: Enterotabletter: 20 mg: Enpac: 14 stk. kr 102,20, 56 stk. kr 327,10, 40 mg: Endose: 100 stk. kr 971,-, enpac: 14 stk. kr 161,80, 28 stk. kr 296,80, 56 stk. kr 558,90. Pulver til injeksjonsvæske: Hetteg1: 5 stk. kr 404,30.

T: 410.

Refusjon: Behandlingen skal være instituert av spesialist i indremedisin, kirurgi, øre-nese-halsykdommer eller pediatri, eller på tilsv. spesialavdeling eller spesialpoliklinikk i sykdom. Ved senere forskrivning av annen lege skal vedkommende lege føre opp på resepten hvilken institusjon/spesialist som primært har forskrevet legemidlet. Diagnosen refluxsykdom forutsettes verifisert ved øsofagoskopi.

Sist endret: 07.08.2006

Referanser:

- Gillesen et al, 40 mg Pantoprazole and 40 mg Esomeprazole Are Equivalent in the Healing of Esophageal Lesions and Relief From Gastroesophageal Reflux Disease-related Symptoms. J Clin Gastroenterol 2004; 38 (4) 332-340
- Richter J.E. et al. Prevention of erosive oesophagitis relapse with pantoprazole. Aliment Pharmacol Ther 2004; 20: 567-575.



C TachoSil «Nycomed Pharma» Lokalt hemostatikum. ATC-nr.: B02B C

MEDISINERT SVAMP: Hver medisiner svamp inneholder 24 mg Humant fibrinogen 5,5 mg, humant trombin 2,0 IE, equint kollagen, humant albumin, riboflavin (E 101), natriumklorid, natriumsitrat, L-argininhydroklorid.

Indikasjoner:

TachoSil er indisert som støttebehandling ved kirurgiske inngrep for å bedre hemostasen der standardteknikker ikke er tilstrekkelige. Effekt er bare vist ved leverkirurgi.

Dosering:

Kun til lokalt bruk. Skal bare brukes av erfarne kirurger. Det er utilstrekkelig informasjon om bruk til barn. Antall TachoSil som anvendes bør alltid være i samsvar med det underliggende kliniske behov, relatert til størrelsen på sårflaten og må vurderes individuelt av den behandelende kirurg. I kliniske studier har valg av dosering vanligvis variert mellom 1-3 svamper (9,5 cm x 4,8 cm), men bruk av opptil 7 er rapportert. For mindre sårflater, f.eks. ved minimal invasiv kirurgi, anbefales TachoSil av mindre størrelse (4,8 cm x 4,8 cm eller 3,0 cm x 2,5 cm).

Kontraindikasjoner:

Overfømthet overfor virkestoffene eller overfor et eller flere av hjelpestoffene.

Forsiktighetsregler:

Kun til lokalt bruk. Skal ikke brukes intravaskulært. Data for anvendelse ved nevrokirurgi, karkirurgi eller ved gastrointestinal anastomose foreligger ikke. Som for alle legemidler inneholdende proteiner, kan allergiske hypersensitivitetsreaksjoner oppstå. Tegn på hypersensitivitetsreaksjoner er utslett, generell urticaria, tetthetsfølelse i brystet, tungpustenhet, hypotensjon og anafylaksi. Dersom disse symptomer/tegn oppstår, skal administrasjonen avbrytes umiddelbart. Hvis sjokktilstand inntreffer, skal gjeldende prosedyre for sjokkbehandling følges.

Tiltak for å forebygge infeksjoner ved bruk av legemidler fremstilt fra humant blod eller plasma omfatter seleksjon av blodgivere, screening av hver enkelt tapping og plasmapooler for infeksjonsmarkører, og effektiv inaktivering/fjerning av virus som del av produksjonsprosessen. Til tross for dette kan man ikke fullstendig utelukke muligheten for overføring av smittsomme agens. Dette gjelder også virus eller patogener som hittil er ukjent. Tiltakene anses å være effektive mot kappede virus som HIV, HBV og HCV, og mot det ikke-kappede viruset HAV. Tiltakene har begrenset verdi mot ikke-kappede virus som parvovirus B19. Infeksjon med parvovirus B19 kan være alvorlig for gravide kvinner (fosterinfeksjon) og for personer med immundefekt eller økt erythropoiese (f.eks. hemolytisk anemi). Av hensyn til pasientene anbefales det meget innstendig å journalføre navn og batchnummer hver gang TachoSil benyttes, for å registrere forbindelsen mellom pasient og den anvendte batch av legemiddelet.

Interaksjoner:

Undersøkelse av interaksjon med andre legemidler foreligger ikke. Som for tilsvarende preparater eller trombinoppløsninger, kan det aktuelle legemiddelet denatureres ved kontakt med oppløsninger som inneholder alkohol, jod eller tungmetaller (f.eks. antiseptiske løsninger). Denne type substanser skal fjernes så godt som mulig før bruk av TachoSil.

Graviditet/Amning:

Sikkerheten ved bruk av TachoSil under graviditet eller amning er ikke klarlagt i kontrollerte kliniske studier. Eksperimentelle dyrestudier er utilstrekkelige til å vurdere reproduksjonstoksiske effekter, og/eller effekter på, embryo-/fosterutvikling, svangerskapsforløp, fødsel og/eller postnatal utvikling. Skal ikke administreres til gravide og ammende kvinner, hvis ikke strengt nødvendig.

Bivirkninger: Sirkulatoriske: Livstruende tromboemboliske komplikasjoner kan forekomme dersom legemiddelet utslakst administreres intravaskulært. Øvrige: Hypersensitivitet eller allergiske reaksjoner kan oppstå i sjeldne tilfeller hos pasienter behandlet med fibrin. I enkelte tilfelle har disse reaksjoner utviklet seg til alvorlig anafylaksi. Slike reaksjoner kan spesielt observeres ved gjentatt bruk av legemiddelet eller dersom det administreres til pasienter med kjent hypersensitivitet overfor noen av innholdstoffene i legemiddelet.

Undersøkelser: Antistoffer mot innholdsstoffer i fibrinpreparater til sårlukking kan forekomme i sjeldne tilfeller.

Overdosering/Forgiftning:

Det er ingen rapporterte tilfeller av overdosering.

Egenskaper:

Inneholder fibrinogen og trombin som et tørket belegg på overflaten av en kollagensvamp, den aktive siden er farget gul. Ved kontakt med fysiologiske væsker, f.eks. blod, lymfe eller fysiologisk saltvann, oppløses innholdstoffene i belegget og diffunderer delvis inn i såroverflaten. Dette etterfølges av fibrinogen-trombinreaksjonen som initierer det siste trinnet av den fysiologiske blodkoagulasjonsprosessen. Fibrinogen blir omdannet til fibrinmonomerer som spontant polymeriserer til et fibrinokogel, og som på denne måten holder kollagensvampen fast til såroverflaten. Fibrin blir deretter kryssbundet med endogen koagulasjonsfaktor XIII, og danner derved et tett, mekanisk stabilt nettverk med gode limende egenskaper som bidrar til å lukke såret. I 2 kliniske studier er hemostase vist hos 240 pasienter som gjennomgikk delvis leverreseksjon. Ytterligere en kontrollert klinisk studie (n = 189), som undersøkte sårlukking ved lungekirurgi, viste ikke bedre effekt enn standardbehandling, målt ved luftlekkasje. TachoSil er beregnet kun til lokalt bruk. I dyrestudier er det vist progressiv bionedbrytning av TachoSil. Fibrinokogellet metaboliseres på samme måte som endogent fibrin ved fibrinolyse og fagocytose. TachoSil degraderes ved resorpsjon til lev. Ca. 24 uker etter applikasjon er det kun små rester tilbake, uten noen tegn til lokal irritasjon.

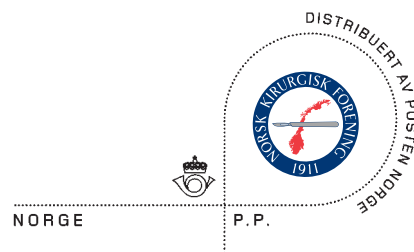
Andre opplysninger:

Leveres ferdig til bruk i sterile pakninger og må behandles deretter. For instruksjoner vedrørende bruk og håndtering, se pakningsvedlegg. **Pakninger og priser:** 9,5 cm x 4,8 cm: 1 stk. kr 3608,60. 4,8 cm x 4,8 cm: 2 stk. kr 3966,10. 3,0 cm x 2,5 cm: 1 stk. kr 713,20. 3,0 cm x 2,5 cm: 5 stk. kr 3429,80.

B ØKONOMI
ÉCONOMIQUE

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

Norsk Kirurgisk Forening
Postboks 17 Kjelsås
0411 Oslo



 **NOVARTIS**
ONCOLOGY

Vet dine brystkreftpasienter hvordan det føles når skjelettet begynner å svikte?

Sannsynligvis ikke!

ZOMETA er det mest effektive bisfosfonatet til å redusere risikoen for utvikling av skjelett-komplikasjoner. Sammenlignet med placebo reduserer ZOMETA risikoen med 41% hos pasienter med brystkreft og skjelettkomplikasjoner.

Pavlakis N et al. Bisphosphonates for breastcancer.
The Cochrane Database of systematic Reviews 2005. Issue 3.

ZOMETA[®]
zoledronsyre 