

# Gjennomgang journal/dataskjema for pasienter operert for tykktarmskreft ved Helgelandssykehuset HF (HSYS)

## Innhold

Habilitet og kompetanse for ekstern ekspert .....	2
Metode/datagrunnlag. Beskrivelse av pasientgrunnet/damaterialet .....	2
Kvalitetsparametere.....	3
1. Volum per avdeling/år.....	3
2. Andel pasienter operert laparoskopisk .....	4
3. Mortalitet .....	5
4. Reseksjonsomfang.....	8
5. Patologi.....	11
6. Komplikasjoner etter elektiv operasjon for tykktarmskreft.....	12
7. Andre kilder om kvalitet i tykktarmkirurgi: .....	13
Konklusjoner.....	14
Vedlegg.....	15

## Habilitet og kompetanse for ekstern ekspert

**Ekstern spesialist i gastrokirurgi/colorectalkirurgi:** Rolv-Ole Lindsetmo

Undertegnede er spesialist i Gastroenterologisk kirurgi siden 2001 og professor i kirurgi ved UiT siden 2009. Jeg har vært klinikkisjef ved klinikk for Kirurgi, kreft og kvinnehelse ved UNN siden 01.01.2018. Jeg var avdelingsleder/avdelingsoverlege ved Gastrokirurgisk avd., UNN siden 01.09.2009. Jeg har vært leder for Norsk Gastrokirurgisk forening 2010-2012. Jeg har vært medlem av Norsk Gastrointestinal Cancer Gruppe (NGICG) i perioden 2014-2018, NCICG-CR i perioden 2012-2014.

Undertegnede har ikke hatt samtaler med noen av kirurgene i Sandnessjøen eller i Mo i Rana om metoden som er valgt i gjennomgangen av journalene. Jeg har heller ikke nære forbindelser med de to kirurgiske miljøene i Mo i Rana eller Sandnessjøen som jeg opplever som problematisk i forhold til min habilitet.

Som leder ved landsdelens eneste universitetsavdeling i gastrokirurgi tok jeg initiativet til å standardisere laparoskopisk kolonkirurgi i Helse Nord (HN) rundt 2015. Alle sykehus i HN ble invitert til å komme til UNN med sine team (kirurger, anestesilege- og sykepleier, operasjonssykepleiere). Alle sykehus som opererer ca coli i HN deltok. UNN-colorectalkirurg opererte sammen med lokalt team over to dager. Teoretisk undervisning ble utført og eget hefte med beskrivelse av den trinnvise teknikken ble utdelt. Kirurger fra UNN har så fulgt opp og operert med lokalt team ved de fleste lokalsykehusene i HN. Da jeg ble klinikkisjef 01.01.18, overlot jeg ansvaret for dette arbeidet til overlege Trond Dehli.

Jeg oppfatter ikke at dette regionale, faglige engasjementet er å betrakte som et habilitetsproblem.

## Metode/datagrunnlag. Beskrivelse av pasientgrunlaget/datamaterialet

Det foreligger intet skriftlig mandat med metodebeskrivelse. Basert på telefonsamtale og e-mail med fagsjef HSYK, Ida Bukholdt, har jeg sagt ja til å gå gjennom tilsendt Excel-fil og gå gjennom DIPS journal på de pasientene som det er anført kritiske kommentarer til i Excel-datafilen.

*Tilsendt Excel filer er fra hhv Sandnessjøen (SSJ) (49 ca coli op for perioden 2016-2019) og Mo i Rana (MIR) (106 ca coli op for perioden 2016-2019). Dataskjemaet er fylt ut av to kirurger fra SSJ for operasjonene i MIR, og av to kirurger fra MIR for operasjonene ved SSJ. Skjemaet inneholder standardiserte opplysninger om pasientkarakteristika og viktige forhold/kvalitetsparametere pre-, per- og postoperativt.*

Det er påfallende forskjell i kommentarene som er gitt i vurderingene av coloncanceroperasjonene ved de to sykehusene. Kommentarene fra de to kirurgene fra MIR om inngrep foretatt i SSJ, er preget av strikt/slavisk forståelse av retningslinjene. Kommentarene fra kirurgene fra SSJ om inngrep foretatt ved MIR (bare 4 kommentarer på 106 journaler som medfører gjennomgang i DIPS), er mildere i formen og kommenterer mer deskriptivt hva som er utført. Det er kommentarer ved 35 av 49 journaler fra SSJ hvorav 19 med kritiske kommentarer til kirurgien.

For å danne meg en mening om kvaliteten i den kirurgiske utøvelsen av operasjoner for ca coli, har jeg vært nødt til å regne statistikk (frekvenser/andeler) på kvalitetsindikatorer på de elektive ca coli operasjonene. Jeg har derfor utelukket palliative inngrep og ø-hjelp inngrep fra frekvensanalysene.

## Kvalitetsparametere

### 1. Volum per avdeling/år

#### Antall planlagt (elektivt) opererte ca coli pasienter per avdeling/år

Sted	Totalt	Pasienter per år	Antall opererte ø-hjelp med kurativ intensjon:
Mo i Rana	81	20	9/90 (10%)
Sandnessjøen	42	11	4/46 (10%)

Andelen av elektivt opererte ø-hjelp med kurativ intensjon er lavere enn andelen av ca coli pasienter som vanligvis opereres akutt, som er mellom 15-20%. Dette er et av hovedargumentene for at ca coli operasjoner ikke har gjennomgått samme sentralisering som den øvrige kreftkirurgien.

Det er forskjeller mellom registrene i Norge på hvordan akutt operasjon defineres; fra operasjoner utenfor normal arbeidstid (8-16), til innen 24 timer etter akutt innleggelse til enhver operasjon som skjer uten forutgående pakkeforløpsbestemt diagnostisering/utredning. Hvis det heller ikke er nevnt i innledningen i operasjonsbeskrivelsen, eller kodet som øyeblikkelig hjelp-inngrep, og pasienten har vært innlagt flere dager, så er det fare for at inngrepet blir feilklassifisert som elektivt inngrep.

Andelen opererte som ø-hjelp, uavhengig av kurativt eller ikke, er på hhv 14% og 13% ved SSJ og MIR. Med denne korreksjonen, så er ikke andelen ø-hjelp opererte tykktarmskreftpasienter urovekkende lav ved HSYK.

#### Antall elektive inngrep, øyeblikkelig hjelp og palliative inngrep per avdeling/år

Sted	Elektive	Ø-hjelp	Palliative	Palliative
Mo i Rana	81/106(76%)	14/106(13%)	16 (15%)	106
Sandnessjøen	42/49(86%)	7/49 (14%)	3 (6%)	49

Det er overlappende tall i tabellen fordi enkelte palliative inngrep er utført som ø-hjelp.

Materialet inneholder 3 pasienter fra SSJ og 16 pas fra MIR som er operert palliativt, noen av de som akutte operasjoner. De palliative inngrepene har jeg valgt å ekskludere fra materialet fordi i palliative situasjoner er det helt andre vurderinger som gjøres enn for elektiv kirurgi.

## Sammenligning med tall fra Kreftregisteret og fra Norsk Kvalitetsregister for Gastrokirurgi (NorGast)

For å kvalitetssikre datagrunnlaget har jeg gått gjennom tilsvarende volumtall som sykehusene rapporterer inn til Kreftregisteret og til NorGast.

Ved gjennomgang av årsrapport fra Kreftregisteret for årene 2016-2018 (2019 rapporten er ferdig høsten 2020), så er det registrert følgende antall operasjoner for ca coli ved MIR og SSJ sykehus (elektive og akutte):

Sted	2016	2017	2018
Mo i Rana	24	17 (15,88%)	21 (15,71%)
Sandnessjøen	16	ikke rapportert inn	16 (10,63%)

Tall fra NorGast 2016-2018:

Sted	2016	2017	2018
Mo i Rana	25	21	26
Sandnessjøen	ikke rapportert eller innrapportert <60%		

Dette viser at datamaterialet inneholder data som er dekkende for kirurgien for tykktarmskreft ved de to sykehusene.

Sted	Gjennomsnittsalder
Mo i Rana	74,5
Sandnessjøen	73

Gjennomsnittsalder på pasientene viser at pasientmaterialet er sammenlignbart mellom de to sykehusene angående alder.

Risikoprofil på pasientene bedømt med ASA (grad av komorbiditet):

Sted	Gjennomsnitt ASA:
Mo i Rana	2,57
Sandnessjøen	2,5

Det vil si at det ikke er vesentlige forskjeller mellom de to sykehusene i komorbiditet i pasientgruppen.

### Resultater fra enkel frekvensanalyse av datafilene fra MIR og SSJ.

#### 2. Andel pasienter operert laparoskopisk

Andel av inngrepene utført laparoskopisk (inkludert konverterte) i 2018 var hhv 87 og 86% for MIR og SSJ. Det er meget bra og bedre enn de fleste andre sykehus i Norge.

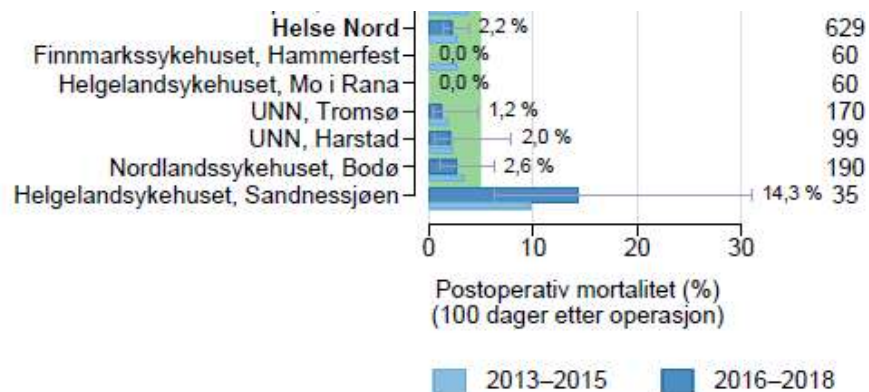
NGICG-CR har som mål at andelen inngrep operert laparoskopisk skal være >30%, men NorGast har som mål minst 60%. Både SSJ og MIR innfrir dette kvalitetskravet i begge registrene.

### 3. Mortalitet

Basert på tallene fra tilsendte Excel-fil, så har SSJ 30 dagers mortalitet på 7% av sine elektive coloncancerinngrep. 100 dagers postop mortalitet er 12% (5 pasienter) i perioden 2016-2019. De tre pasientene som døde postoperativt innen 30 dager var hhv [redacted] [redacted] og alle ASA 3. MIR har en pasient med postop død innen 30 dager (1%).

Jeg har også hentet inn tall på 100 dagers postoperativ mortalitet fra årsrapport 2018 fra Kreftregisteret. Den inneholder tallene fra 2013-2018. Tallene for 2019 blir publisert ila høsten 2020.

Det viktigste her er teksten (i kursiv) som tilhører tabellen.



Figur 3.9: Postoperativ dødelighet innen 100 dager etter operasjon – tykktarmskreft

*Figuren viser at et stort flertall av sykehusene har en 100-dagers dødelighet på 5 % eller lavere. Spesielt for tykktarmskreft vil andel pasienter som opereres akutt være en viktig underliggende faktor for dødsrisiko. Andre er sykehus som opererer < 10 pasienter årlig. Her vil andelen pasienter som opereres akutt være spesielt stor, og dette er mest sannsynlig årsaken til den høye postoperative dødeligheten. Figuren sier ikke noe om hvorvidt resultatene for det enkelte sykehus skyldes kvaliteten på behandlingen eller tilfeldige variasjoner hos pasientene (sykdomsutbredelse for eksempel), men bør brukes til intern gjennomgang og kvalitetssikring av egne resultater der disse er avvikende.*

7% postoperativ 30 dagers mortalitet ved elektiv coloncancerkirurgi ved SSJ er dog høyere enn det nasjonale måltallet på <5%. Tallene må tolkes og brukes med stor forsiktighet, som poengtert i teksten som følger tabellen i rapporten fra Kreftregisteret.

Den økte postoperative mortalitet i SSJ i perioden lar seg forklare ut i fra risikoprofilen for de tre(fem) pasientene og lavt totalvolum som medfører relativ høy prosentandel.

Journalgjennomgang av postoperativ dødelighet ved SSJ, inkludert ø-hjelp (fem død etter elektiv kirurgi, en pasient død etter ø-hjelp kirurgi).

Pas 1:

[redacted]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Pas 2:

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Pas 3:

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Pas 4 (ø-hjelp):

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Pas 5:

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Pas 6:

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Alvorlige hendelser som postoperative dødsfall etter elektiv kirurgi skal i utgangspunktet meldes som 3.3a melding til Helsetilsynet. Det bør følges opp med forenklet eller full hendelsesgjennomgang/analyse i egen rapport som sendes Fylkeslegen hvis saken overføres til oppfølging derfra. Jeg finner ikke at det er journalført at slik gjennomgang er utført ved noen av de postoperative dødsfallene. Men, i tilfellene over har pasientene vært høyrisiko pasienter for postoperative komplikasjoner og død. Det vil nok derfor være uenighet i fagmiljøene om hvorvidt slike hendelser skal meldes til Helsetilsynet eller ikke.



Jeg finner ikke at det foreligger systematisk svikt i utøvelsen av kirurgi eller oppfølging av de pasientene som har dødd postoperativt etter elektiv tykktarmkreftkirurgi ved SSJ eller MIR. [REDACTED] burde sannsynligvis vært reoperert tidlig 1. postoperative dag.

#### 4. Reseksjonsomfang.

I de nasjonale retningslinjene, utgitt av HOD i 2019 og basert på NGICG-CR sine retningslinjer fra 2010, foreligger det gode illustrasjoner på hvor reseksjonsgrensene for tykktarmskreft anbefales. Det foreligger dog ingen solid evidens bak anbefalingene. Det står også forklart i retningslinjene.

Det er flere hensyn som må ivaretas:

- 1) Trygg onkologisk kirurgi med minst mulig risiko for lokalt residiv eller metastasering.
- 2) Kirurgi som gir minst mulig risiko for komplikasjoner og best mulig livskvalitet for pasienten.
- 3) Alder, tilleggs-sykdommer, leveutsikter, pasientens mening skal være med i endelig vurdering av reseksjonsomfanget.

Bedømmelse av reseksjonsomfang basert på patologipreparatet alene, er vanskelig. I fikseringsvæsken krymper preparatet opptil 30-40%. Reseksjonsavstander er derfor vanskelig å fastslå nøyaktig, men kirurgen skal der det er vurdert radikal, kurativ kirurgi (uten at det foreligger grunner for modifisering), sørge for minst 10 cm lateral reseksjonsmargin, komplett mesokolisk eksisjon og D3/D2+ sentral avsetning av kar/lymfeknutestasjoner.

Hvordan dette gjøres skal beskrives i operasjonsbeskrivelsen.

Der det foreligger kommentarer fra de to kirurgene fra MIR om reseksjonsavstander på inngrepene utført ved SSJ, har jeg gått gjennom pasientopplysningene for de elektive inngrepene i DIPS. Det er i kommentarfeltet reist spørsmål om avvik fra retningslinjer for 7 av inngrepene når det gjelder reseksjonsomfang ved inngrep utført ved SSJ. 3 pasienter med tumor beskrevet i høyre fleksur er alle operert med høyresidig hemicolectomi og ikke utvidet høyresidig colectomi.

For den ene av de tre pasientene [REDACTED] er det korrekt å avvike fra anbefalte reseksjonsomfang. Her er det viktigst å unngå komplikasjoner, ikke å få noen få prosent mulig økt 5 års overlevelse. Det samme kan sies om pasient nr to [REDACTED] Pas nr 3 er [REDACTED] og ASA 3. Da kan det også være riktig å tenke mer på optimale forhold for en anastomose, og ikke på radikaliteten av kirurgien.

Dessuten er det ikke evidensbasert at D2 vs D3 reseksjon eller utvidet vs standard hemicolectomi gir bedre overlevelse. Retningslinjene er basert på anatomiske studier av lymfeknutespredning ved de forskjellige lokalisasjonene i colon.

3 pasienter hadde tumor lokalisert i tverrcolon. To av disse fikk utført utvidet høyresidig hemicolectomi. Det er ihht retningslinjer. Den tredje pasienten fikk utført venstresidig hemicolectomi [REDACTED] (ASA 3), hvilket også er helt korrekt ut i fra risiko for komplikasjoner.

De øvrige reseksjonene er i henhold til anbefalte retningslinjer. Det er ikke reist kritiske kommentarer fra de to kirurgene fra Sandnessjøen på reseksjonsomfang ved operasjonene utført i Mo i Rana.



Det er angitt i flere av kommentarene til kirurgien i SSJ at det mangler beskrivelse av avsetninger av sentrale kar. Det kan tyde på manglende standardisering av operasjonsbeskrivelsene, som like gjerne er et nasjonalt problem som et lokalt. Det er ikke anført det samme i gjennomgangen av kirurgien ved MIR.

Pasient med uttalt ulcerøs colitt og coloncancer, så er retningslinjene colectomi og endeileostomi. Hvis rectum også er affisert, bør det utføres proctocolectomi. Men, pasienten er [REDACTED], ASA 3, ECOG 1. Da er det helt korrekt å gjøre mindre omfattende kirurgi, selv om pasienten har ulcerøs colitt.

De 7 operasjonene med kritikk for manglende etterlevelse av retningslinjer for reseksjonsomfang er i detalj gjennomgått under:

#### Kritikk 1: Ikke utført utvidet høyresidig hemicolectomi

[REDACTED] Standard reseksjon ihht de norske retningslinjene er utvidet hø.sidig colonreseksjon. Det er utført standard høyresidig hemicolectomi. Operasjonsbeskrivelsen avviker ikke vesentlig fra det som forventes beskrevet i en canceroperasjon. Det foreligger ingen norsk standard eller retningslinjer for hvordan operasjonsbeskrivelser skal utformes eller inneholde. Denne operasjonsbeskrivelsen inneholder dog det som jeg oppfatter som en anatomisk feilbenevning. Arteria iliocolica er feilbenevnt som arteria colica dexter. Det er arteria iliocolica som settes på strekk for å komme inn i det Toldske plan under coloncrøset. Det er arteria dextra som har varierende forløp og kan mangle/ikke identifiseres. A colica media er skrellet for lymfeknuter og hø gren er tatt. Ihht de norske retningslinjene, anbefales a colica satt av sentralt for å få med N3 lymfestasjonen der (D3 reseksjon). Da er colon transversum avhengig av sirkulasjon fra a. mesentrea inferior og Drummond's arkadesystem. Derfor må det utføres utvidet hø sidig reseksjon for å redusere risikoen for ischemisk anastomose. Det er mao utført en D2 reseksjon på denne pasienten. De norske retningslinjene er basert på Prof. Arild Nesbakkens og NGICG-CR sin gjennomgang av litteraturen på temaet for ca 10 år siden. Anbefalingene bygger på praksis fra større internasjonale sentra og en anatomisk studie fra Japan som viste ca 8% forekomst av positive lymfeknuter ved N3 stasjon ved avgangen av arteria colica media. Dog, foreligger det ingen god vitenskapelig evidens (RCT) for at D3 reseksjon gir bedre overlevelse enn D2 reseksjon, men flere singel-senter studier antyder bedre 5 års overlevelse ved D3 reseksjon. At det i samme studie fra Japan også påvises 8 % lymfeknutemetastaser (4/53 pas) i lymfeknuter subpylort, har ikke blitt omsatt til de norske retningslinjene (se vedlegg 2).

Konklusjon: D3 reseksjon med utvidet hø s hemicolectomi burde vært utført. Det er ikke vitenskapelig godt dokumentert at det vi ha betydning for prognose.

#### Kritikk 2: Ikke utført utvidet venstresidig hemicolectomi

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED] At det i denne situasjonen ikke gjøres utvidet ve sidig hemicolectomi med D3 reseksjon, er faglig helt korrekt. Det burde kanskje til og med vært vurdert D1 reseksjon for å minimalisere inngrepet. Nivå på karavsetningene og reseksjonsavstand til tumor mangler i operasjonsbeskrivelsen, men det kodes utførelse av ve sidig hemicolectomi. Pas døde postop dag 2.

Konklusjon: Faglig korrekt utført inngrep.

### Kritikk 3: Ikke adekvat reseksjonsområde (sigmoidreseksjon)

[redacted] Påvist tumor i proximale sigmoid. Lap sigmoidreseksjon konvertert til åpen pga ischemisk anastomose og vanskelige disseksjonsforhold pga tidligere gjennomgått bukinfeksjon. D2 reseksjon beskrives siden kardelingen skjer i nivå på arteria colica sinistra. Anastomosen skutt side til side med 60 mm Endo-GIA. Anastomosesegmentet fjernet og ny side til side anastomose laget med Endo-GIA etter at ve fleksur er hentet ned for å få lengde/tensjonsfri anastomose. Side til side anastomose er funksjonelt likeverdig med transanal anastomose med EEA, sirkulær stapler. Patologipreparatet viser 7 cm fri proksimal reseksjonsavstand. Nasjonale retningslinjer er minst 10 cm når tarmsegmentet settes av. Tatt i betraktning skrumpningen av preparatet og at anastomosen er skutt to ganger, så er adekvat reseksjonsavstand oppnådd.

Konklusjon: Faglig korrekt utført inngrep.

### Kritikk 4: Ikke utført utvidet høyresidig hemicolectomi

[redacted] Tumor er ved coloskopi beskrevet til øvre del av colon ascendens mot høyre fleksur. God operasjonsbeskrivelse. Patologirapporten viser 33 lymfeknuter undersøkt i preparatet, 13 cm proksimal reseksjonsavstand. Sentral avsetning av a. iliocolica, men bevart a. colica media hovedstamme. Dette er korrekt onkologisk med denne tumorlokalisasjonen. Hadde tumor vært i høyre fleksur, så er de nasjonale retningslinjene utvidet høyresidig hemicolectomi med D3 reseksjon hvor hovedstammen av colica media settes av for å få med sentrale lymfeknutestasjonen der (stasjon 223). Da bør større del av colon transversum tas med i reseksjonspreparatet av sirkulasjonsmessige årsaker, ikke fordi man trenger ekstra lang avstand til tumor lateralt. Men, dette må være en del av en totalvurdering av resultatene fra utredningen, behov for onkologisk radikalitet, komplikasjonsfare, langtidsoverlevelse og pasientmedvirkning.

Konklusjon: Faglig korrekt utført inngrep.

### Kritikk 5: Reseksjonsområdet for en kurativ operasjon er ikke adekvat

Etter å ha lest journalen, så undres jeg over "aggressiviteten" i kommentarene på denne operasjonen. [redacted]. Da skal man tenke seg grundig om og det må være et ønske fra pasienten å få utført colectomi. Permanent endeileostomi hos eldre pasienter utgjør en stor risiko for dehydrering, elektrolyttforstyrrelser og nyresvikt og påfølgende institusjonalisering/omsorg/pleiebehov. Det er ikke riktig at MDT anbefaler colectomi. MDT:" [redacted]

[redacted] " Inngrepet utføres av erfarne kirurger. Intraoperative forhold med adheranser og vanskelig anatomi etter tidligere Billroth-II inngrep, bedømmes som for risikofylt til å fullføre colectomi. Det beskrives at hele høyre colon er løsnet og at tverrcolon settes av og trekkes ut som kolostomifistel oppad i iliostomien. Jeg vurderer det som en god beslutning å ikke utføre colectomi. Også, fordi pasienten har fått utført tidl Billroth II ventrikkel reseksjon og vil da være svært utsatt for ukontrollerbar stomiproduksjon/væsketap. "Arteria og vena ileocolica settes av tilsvarende en D2 reseksjon". Dette er korrekt utført og vurdert. Å ikke anlegge primær anastomose på en pasient med

høydose/langvarig prednisolonbehandling, finner jeg også korrekt vurdert. Det er ikke nødvendig og vil heller bidra til økt risiko for komplikasjoner å gjøre en D3 reseksjon hos [REDACTED] pasient. Mulig bedret 5 års overlevelser er heller ingen argument i denne situasjonen. At anestesi har forbigående problem med Co2 retensjon og subcutant emfysem, er ingen absolutt indikasjon for konvertering. Hvorfor patologen har et preparat på kun 9 cm colon, er uforståelig. Patologene finner heller ingen cancer i preparatet. De bekrefter adenocarcinom i de opprinnelige biopsiene. Kirurgen som klipper opp preparatet etter operasjonen bekrefter å ha sett en "2 cm stor forandring i hø første del av colon". Ved stomitilbakeleggingen 4 mnd senere, så påvises det ikke malignitet i resektatet som sendes inn til histologi, men colonfistelbiten finnes ikke/undersøkes ikke. Coloskopi utført før tilbakeleggingen påviser ingen patologi utover "irritasjon av slimhinner".

Konklusjon: Faglig korrekt utført inngrep.

#### Kritikk 6: ikke begrunnet hvorfor utvidet høyresidige hemicolectomi ikke utført

[REDACTED]. Nå ca i hø flexur, mulig gjennomvekst med tynntarmslynge fastvokst i tumorområdet. Konvertert til åpen kirurgi. Adekvat kirurgi. Pas er [REDACTED], diskutert i TFM og er ikke kandidat for restcolectomi (2. gang colonca), men heller skånsom/begrenset reseksjon for å unngå komplikasjoner. Kunne vært bedre presisert i operasjonsbeskrivelsen.

Konklusjon: Faglig korrekt utført inngrep.

#### Kritikk 7: Tumor til distal reseksjonslinje 4,5 cm.

[REDACTED]. Nå anemiserende coecumcancer. Operasjonsbeskrivelsen angir standard hø s hemicolectomi med avsetning av colon transversum på hø side av a colica mediastammen. Patologirapporten beskriver et 13 cm langt preparat med distal reseksjonsavstand på 4,5 cm. Diskrepansen mellom det kirurgen og det patologen beskriver skyldes sannsynligvis skrumpning av preparatet i fikseringsvæsken.

Konklusjon: Faglig korrekt utført inngrep.

Jeg har også gått gjennom påstandene om inadequate reseksjonsreder på ø-hjelp coloncancerinngrep ved SSJ. Det gjelder to pasienter. Begge er adekvat håndtert kirurgisk pga høy alder og comorbiditet. Da skal man i hovedregel ikke utføre D3 reseksjoner. I det ene tilfellet er det også uklart om tumor var i colon ascendens (CT) eller i hø flexur (patolog).

## 5. Patologi.

Jeg har ikke funnet at operasjonspreparatene fra Sandnessjøen eller Mo i Rana har påfallende få lymfeknuter i preparatene. Det forekommer dog enkelte patologisvar med færre en 12 lymfeknuter i beskrivelsen. Det er ikke mulig å angi om det skyldes inadekvat reseksjon (inkomplett mesocolisk eksisjon) eller at patologen ikke har funnet flere/ikke lett godt nok. Ved SSJ er det i gjennomsnitt funnet 18 lymfeknuter i colonpreparatet. Det bør være minst 12 for å med størst mulig sikkerhet kunne fastslå om det foreligger lymfeknutemetastaser eller ikke.

## 6. Komplikasjoner etter elektiv operasjon for tykktarmskreft.

Jeg har ikke funnet påfallende avvik fra nasjonale tall når det gjelder de øvrige variablene i datamaterialet, verken for SSJ eller MIR (preop data, intraop data, postop data). Forekomst av komplikasjoner og reoperasjoner er for begge sykehusene innenfor det som rapporteres nasjonalt og internasjonalt. Henholdsvis 83 og 82% av pasientene ved SSJ og MIR er registrert uten noen form for komplikasjoner.

Kort oppsummert de viktigste komplikasjonsdataene:

### **Anastomoselekkasje:**

SSJ hadde i perioden 1 av 42 (39 pas med data utfylt i datafilen) med anastomoselekkasje (<3%) 1/39 eller 1/42 er uansett ihht internasjonale kvalitetsmål.

MIR: 11/80 (14%) har registrert «ikke intakt anastomose» etter 30 dager. 8% hadde anastomoselekkasje innen 7 dager postoperativt. Dette er noe i overkant av landsgjennomsnittet på 5% (Kilde: NorGast).

Over tid vil høy rate av anastomoselekkasje medføre økt risiko for redusert kreftspesifikk overlevelse (kjent risikofaktor for lokalt residiv/metastaser). Det er ingen tall fra Kreftregisteret som tyder på at HSYS har lavere kreftoverlevelse for tykktarmskreft enn resten av landet.

### **Reoperasjoner:**

SSJ: 5/42 (12%) av de elektive pasientene ble reoperert i perioden.

MIR: 15/80 (19%) elektive pasienter har registrert en eller annen reoperasjon

Reoperasjoner etter elektiv coloncancerkirurgi bør ligge under 10%. Det svenske måltallet for reoperasjoner etter elektiv coloncancerkirurgi er <5 %.

### **Infeksjoner:**

89% av pasientene ved SSJ og 82% ved MIR hadde ikke postoperative infeksjoner.

### **Andre forhold:**

Operasjonsbeskrivelsene i de pasientcasus som er gjennomgått i DIPS, beskriver den laparoskopiske kirurgien rimelig godt. Det utføres standardmessig medial til lateral tilgang med disseksjon i det toldske plan. Det gjøres rutinemessig sentral avsetning av karstammene for å få med sentrale lymfeknutestasjoner. Da oppnås også komplett mesokolisk eksisjon. Det er totalt sett relativt lav forekomst av komplikasjoner. Det er dog et potensiale for å redusere forekomsten av komplikasjoner. Men, verken SSJ eller MIR skiller seg ut negativt sammenlignet med andre sykehus i Norge siden komplikasjonsraten etter tykktarmkirurgi også er en nasjonalt utfordring basert på komplikasjonstillene i 2019-rapporten fra NorGast.

Pasientene inngår i ERAS regime ved både SSJ og MIR. Det bidrar til færre komplikasjoner og kortere sykehusopphold.

Coloncancerkirurgien er samlet på få hender, dvs at to-tre av kirurgene ved begge sykehusene deltar på de fleste av coloncancerinngrepene. Det er et viktig kvalitetsforbedrende tiltak.

## 7. Andre kilder om kvalitet i tykktarmkirurgi:

### **NorGast rapport 2019**

I 2019 ble det utført colonreseksjoner hos hhv 45 og 27 pasienter ved MIR og SSJ (benigne og maligne tilstander)

Andel av inngrepene utført laparoskopisk (innkl konverterte) i 2019 var hhv 87 og 86% for MIR og SSJ. Det er meget bra og bedre enn de fleste andre sykehus i Norge.

Andel reoperasjoner var i 2019 8% i SSJ og 15% i MIR for pasienter med ECOG 0 og 1, dvs sammenlignbare pasienter. Det er overlappende konfidensintervall og ikke signifikant forskjell.

Konverteringsrate var hhv 21% og 36% for MIR og SSJ. Det er høyere enn for landsgjennomsnittet, men det er små tall og tallene anbefales brukt til gjennomgang for å se om det kan gjøres tiltak for å redusere konverteringsraten.

Andel anastomoselekkasjer er på hhv 7% og 8% ved MIR og SSJ i 2019. Det er for høyt og det anbefales gjennomgang for å finne mulige tiltak.

Andel pasienter reoperert for sårruptur i forbindelse med åpne eller konverterte inngrep var for SSJ 0%, for MIR 8% i 2019.

I NorGast 2019 rapporten fremkommer også gjennomsnittet for årene 2017-2019 som sammenligningsgrunnlag for tallene for 2019. SSJ har lav innrapportering til NorGast for årene 2016-2018.

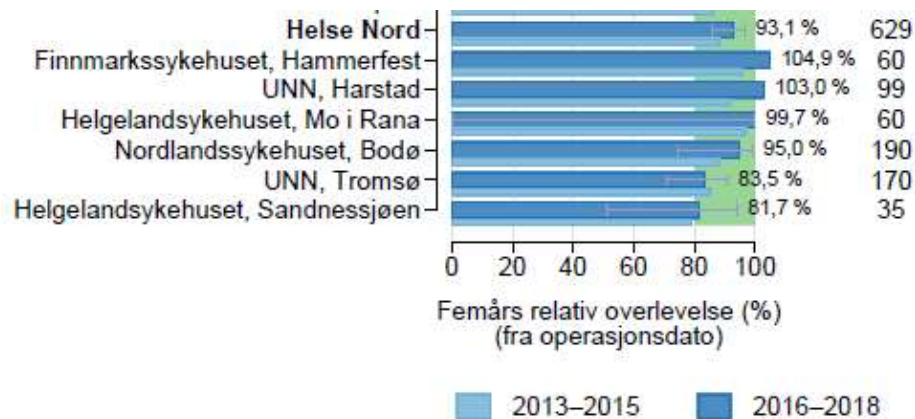
Basert på det norske kvalitetsregisteret for gastrokirurgi (NorGast) for 2019, så finner jeg ingen grunn til bekymringer om kvaliteten for kirurgien i hhv Mo i Rana eller Sandnessjøen.

### **Kreftregisteret**

Systematisk lav kvalitet på kirurgisk behandling over tid vil man også kunne påvise ved lavere 5 års relativ overlevelse for pasienter operert ved sykehuset. Årsrapportene fra Kreftregisteret viser at 5 års overlevelse for HSYS er på nivå med landsgjennomsnittet. Det nasjonale måltallet er >80%, noe som begge sykehusene innfrir. Resultatene fra MIR er særdeles gode.

Kreftregistrets årsrapport for årene 2016-2019 viser heller ingen systematiske avvik i overlevelse etter kirurgi for tykktarmskreft ved SSJ eller MIR.

## Utklipp fra Årsrapport Kreftregisteret 2018, 5 års relativ overlevelse



Figur 3.16: Relativ overlevelse for pasienter i stadium I-III per sykehus – tykktarmskreft.

På landsbasis er 5-års relativ overlevelse på 89 % i perioden 2016-18, og dette er litt bedre enn foregående periode. Tallene for siste periode er estimerte siden man ikke har 5 års oppfølging for denne pasientgruppen. Noen få sykehus har en relativ overlevelse som er lavere enn kvalitetsmålet på 80 %. Konfidensintervallene (usikkerhetsmarginene) er imidlertid brede, og når disse tas med i vurderingen, ligger alle sykehusene innenfor målet som er satt.

### Konklusjoner:

1. Journalgjennomgangen har ikke avdekket holdepunkter for at coloncancerkirurgien ved Sandnessjøen sykehus er uforsvarlig eller avviker vesentlig fra kvalitetskrav for coloncancerkirurgien nasjonalt.
2. Det er få pasienter med kreft i tykktarmen som opereres ved både Sandnessjøen og Mo i Rana. Dette skaper store konfidensintervall for resultatene ved begge enheter og gjør det vanskelig å vurdere både gode og dårlige resultater.
3. Moderne kreftkirurgi kan ikke vurderes alene utfra behandlingsresultater eller journaler. Helsedirektoratet anbefaler at moderne kreftkirurgi skal drives av fagmiljø som består av tre eller flere spesialister for å sikre kontinuitet, et faglig kollegium, samt tilstrekkelig robusthet i forbindelse med ferie og annet fravær. Videre anbefaler Helsedirektoratet at kreftkirurgien skal være organisert slik at den sikrer spesialistutdanning, faglig fordypning og kvalitetsarbeid, samt at alle avdelinger som utfører kreftkirurgi registrerer i nasjonale komplikasjonsregistre, samt monitorere og dokumentere egne resultater som grunnlag for forbedring.

Vennlig hilsen

Rolv-Ole Lindsetmo  
Klinikkjef K3K, UNN  
Professor, UiT



# Vedlegg

## Vedlegg 1

Indikatorer för god vård

### Indikatorer för tjock- och ändtarmscancervård

Förteckning över indikatorernas nummer, namn och målnivå samt vilka rekommendationer som de avser att spegla (hänvisning till rad i tillstånds- och åtgärdslistan, bilaga 1)

Nr	Namn	Mål	Rekom- mendation
4.1	Omoperation p.g.a. komplikation	Akut operation: < 7 % Elektiv operation: <5 %	–
4.2	Avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation	<b>30 dagar:</b> Akut operation: < 4 % Elektiv operation: <1 % <b>90 dagar:</b> Akut operation: < 10 % Elektiv operation: < 3 %	–
4.3	Minst 12 undersökta lymfkörtlar i operationspreparat	> 95 %	–
4.4	Avlidna inom 60 dagar efter start av cytostatikabehandling	Adjuvant: < 1 % Palliativ: 1–4 %	–
4.5	Återfall av cancer i bäckenet inom 5 år efter operation av ändtarmscancer	< 5 %	–
4.6	Läkemedelsbehandling efter operation vid stadium II och III	60–90 %	K082a– K083b
4.7	Start av läkemedelsbehandling efter operation vid stadium II och III	Inom 8 veckor: > 94 %. Inom 9-12 veckor: < 6 %	K082a– K083b, K078, K080, K091–K093
4.8	Röntgenundersökning inför operation vid nydiagnostiserad tjock- eller ändtarmscancer	> 98 %	K019, K020, K022
4.9*	Multidisciplinär konferens vid begränsad metastasering av tjock- eller ändtarmscancer	–	K099
4.10*	PET-DT-undersökning vid lokalt återfall eller lever- eller andra metastaser	–	K098

\* = Utvecklingsindikator

Vedlegg 2

Illustrasjoner som viser eksempel på lymfeknutespredning og reseksjonsomfang.

### Cancer coli transversi : Lymfeknutemetastaser i N1, N2, N3

n= 53

Infrapyloric lymph nodes: 4

obs

Toyota S. Dis Col Rect  
1995;38:705-11

Cancer i høyre flexur: Utvidet høyresidig hemicolectomi

