

TEAMUTBILDNING – LAPAROSKOPISK KOLOREKTALKIRURGI

Skövde 5-7 April 2006

Klockan 12 anlände vi till Kärnsjukhuset i Skövde. Rikard försökte sätta ett personligt rekord på sträckan Örebro-Skövde men medresenärerna i bilen ville gärna komma fram helskinnade så försöket stoppades.

Vi hälsades välkomna av kursledningen som bestod av: Stefan Skullman, Gunnar Hendriksson, Camilla Jansson samt de övriga i kolorektalteamet på Kärnsjukhuset i Skövde.

Eva Haglind, verksam i Göteborg, höll en kort presentation av aktuell teoretisk kunskap. Hon berättade att förekomsten av portmetastater är lika mellan laparoskopisk kolon kirurgi och öppen kirurgi.

De pågår studier för att kunna utvärdera lapcolon kirurgin.

- Barcelona 250 pat
- COST amerikansk studie 850 pat
- COLOR 1200 pat
- CLASICC storbritannien 750 pat

Korttidsresultaten

- längre operationstid
- fortare få igång tarmen, ca 1 dygn
- mindre blodförlust
- kortare tid på sjukhus, ca 1 dygn
- mindre behov av smärtstillande

En metaanalys 1560 pat publiceras snart – en överlevnadsstudie med resultat från alla studierna. Man har också mätt Quality of life i COST o COLOR och då sett en förbättrad livskvalitet. Vad gäller Health Economy ser man en ökad kostnad på sjukhusnivå men ingen skillnad om man tar med alla kostnader.

Vid laparoskopisk kolonkirurgi ser man ingen skillnad onkologiskt och de korta resultaten är bättre. Den laproskopiska kolonkirurgin kan användas i kliniks praktik men det är viktigt med träning och uppföljning.

Tyvärr så fick vi också inte höra klart på Eva Haglinds presentation för plikten på operationsavdelningen kallade. Camilla tog oss med till operationsavdelningen där en patient förbereddes för en laparoskopisk sigmoideumresektion.

Apparatplaceringen för vänstersidig kolonkirurgi är den samma som hos oss.



Utrustning för koloskopi och rectoskopi fanns på salen. Det som var speciellt intressant och se var hur få instrument de använde under operationen. De hade också få suturmaskiner i lager, t ex hade de enbart böjda endoskopiska cirkulära staplers storlek 25 och 29. Fördelar med endoskopiska cirkulära stapler är att de är längre och de är gastäta. Det läcker alltså inte ut någon gas när anastomosen görs.

Upplägning

Patienten låg i benstöd av den typen med hydraulik som vi valde bort. Benstöden var fastsatta med klovar från Maquet.



Patienten låg i relativt höga benstöd detta för att minska risken för att patienten skulle glida ner på bordet vid tippning med huvudet nedåt. Axelstöd användes inte. Tempurmadrassen bidrar till att patienten låg kvar. Patienten tippades betydligt mer jämfört med när vi opererar. I övrigt såg det ut som hos oss med armarna efter sidan och svarta ormen.

Optiken fästes i en robotarm som kopplades till en robot, AESOP. Robotarmen var röststyrd. Rösten spelades in på en disk och roboten känner sedan igen rösten och de olika kommandon som styr den. Det kunde ibland falla då den vars röst styrde roboten av någon anledning ändrade röstläge t ex vid en stressig situation.



Robotarm



Robot, AESOP



Sterilklädd robotarm

Instrument

Grundgaller och Skopigaller. De hade lite fler peanger på sina galler, klohakar och kocherhakar annars var det inte så stora skillnader.

Vid operationen användes mest Ultracision, tarmfattningstänger, sax, spol o sug och suturmaskiner. Tarmfattningstänger av den modellen som ligger på våra GBP-galler. De använde alltid varm NaCl till spolvätska.

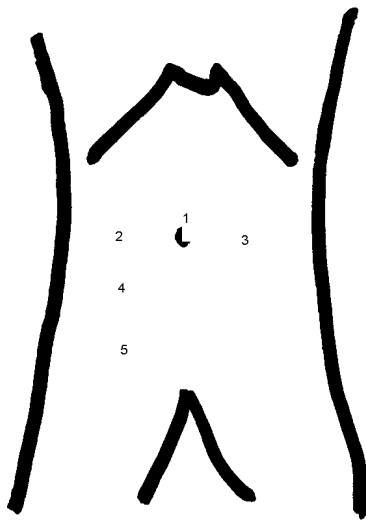


Instrumentgaller



Storz 5 mm troakar med skruv. Det är viktigt att backa troakaren så mycket som möjligt samt att de sitter stadigt. Skruvarna på troakaren gör att de sitter stadigt.

Troakarplacering



1. Excel 12 mm
2. Storz 5 mm
3. Storz 5 mm
4. Storz 5 mm
5. Excel 12 mm

Operationsteknik

Cystofix sattes under operationen. En loop användes för att efter koloskopin märka ut tumören. Efter dissektion och delning av kärl, rectalis superior, delas tarmen distalt med endoskopisk suturmaskin. Gasen stängs av och gasen evakueras via portarna. En minilaparotomi görs, pffannenstielsnitt, och tarmen tas ut. De använder som vi alltid ringduk. Den del av tarmen som utgörs av preparatet tas bort med endoskopisk suturmaskin. Stapelraden sys över med Biosyn. Stådet till cirkulär suturmaskin sys fast. Snittet sys ihop och gas insuffleras. En side to end anastomos görs med endoskopisk cirkulär suturmaskin 29. Fasciaförslutare användes alltid till porthålen.

Teambildningen på kvällen bestod av olika aktiviteter i Göstas Loge liknande Boda borg och fångarna på fortet. En rolig kväll som avslutades med en god middag på Knistad Herrgård där vi också bodde.



Peter i intensiva förhandlingar med Gösta

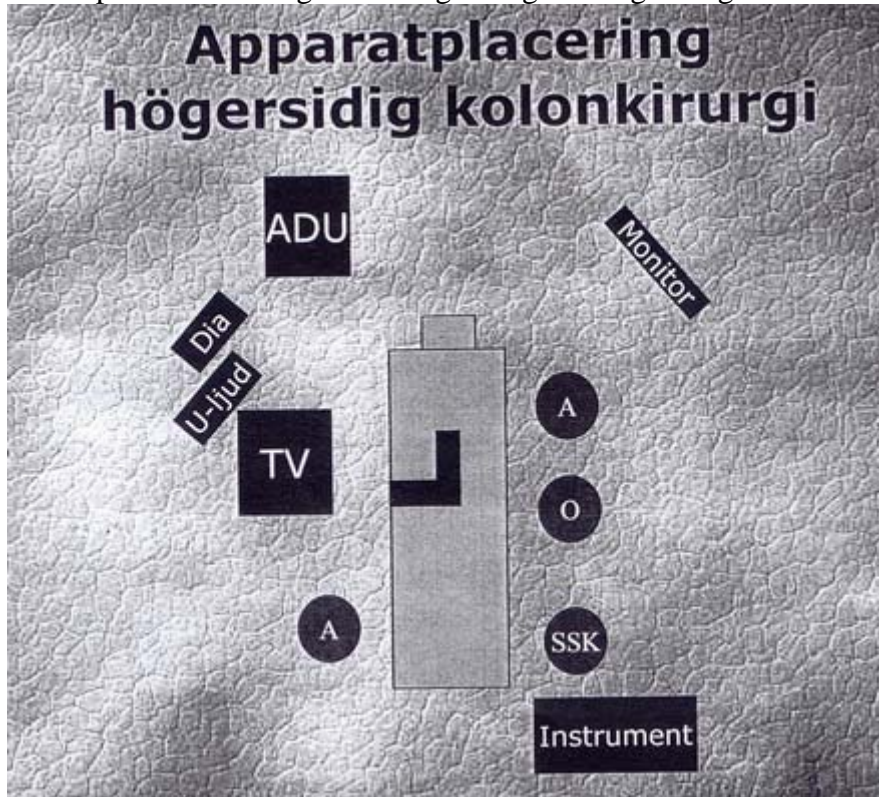




I Göstas loge gällde det verkligen att tänka team. Att tillsammans komma fram till bästa sätt att klara övningarna. Vissa klarade vi bättre vissa gick inte fullt så bra. Vi kom på tredje plats av fem lag. Några teamdeltagare hade mycket svårt att inse faktum att vi bara kom trea andra ryckte på axlarna och gick vidare i livet.

Torsdag morgon tvingades vi operationssköterskor iväg redan 07.30. Frukosten som var enormt fin fick ätas alltför snabbt.

Första patienten för dagen skulle genomgå en högersidig hemikolektomi.



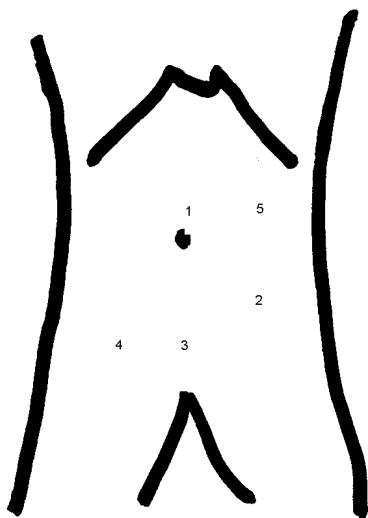
Upplägning

Ryggläge med armarna efter sidan. Patienten lätt tippat och operationsbord vinklat åt vänster.

Instrument

som vid sigmoideumresektionen

Troakarplacering



1. Excel 12 mm
2. Storz 5mm
3. Excel 12 mm
4. Storz 5 mm
5. Storz 5mm

Operationsteknik

Dissektionen börjar mediallyt och fortsätter uppåt mot duodenumoch upp mot/under transversum. Dissektionen och kärldelning upp mot transversum kan vara problematisk. Kameran flyttas till den nedre porten och den laterala dissektionen börjar vid ileocekalpolen och går upp mot höger flexuren. Patienten tippas vid behov mer mot vänster. Efter att dissektionen är klar stängs gasen av och via ett snitt till höger om naveln tas tarmen ut och såväl delningen av tarmen och anastomosen görs öppet med TLC 75 och några stygn med biosyn.. Kirurgerna i Skövde anser att det är att krångla till det för sig om man gör anastomosen intracorpalt. Det är också ett träningstillfälle för yngre kollegor att få handsy anastomosen.

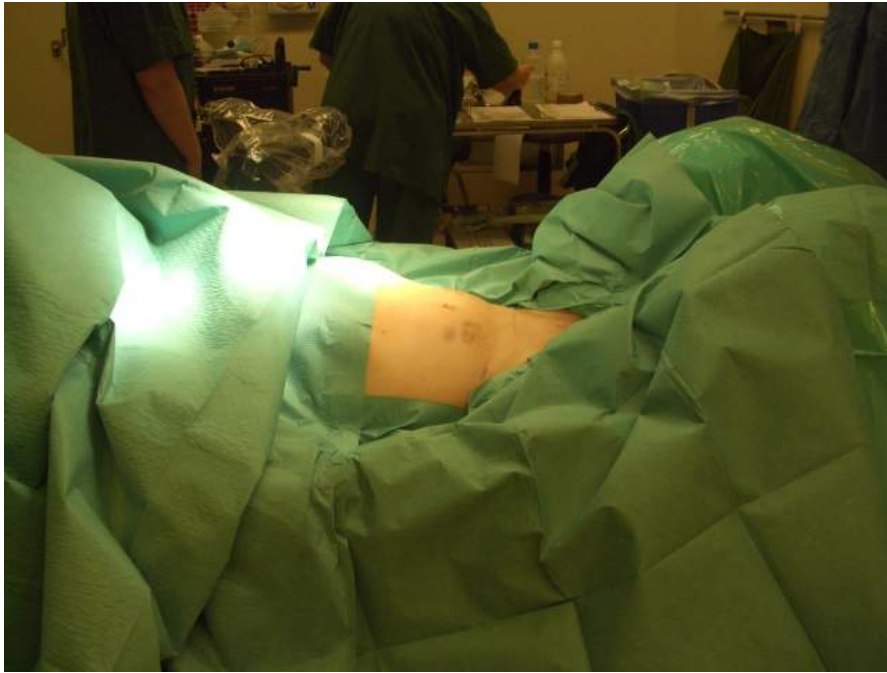
På eftermiddagen gjordes en främre resektion.

Uppläggning

Patienten ligger mycket tippad.

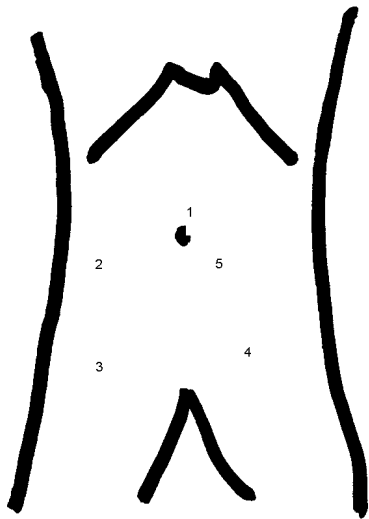


Sterildrapering



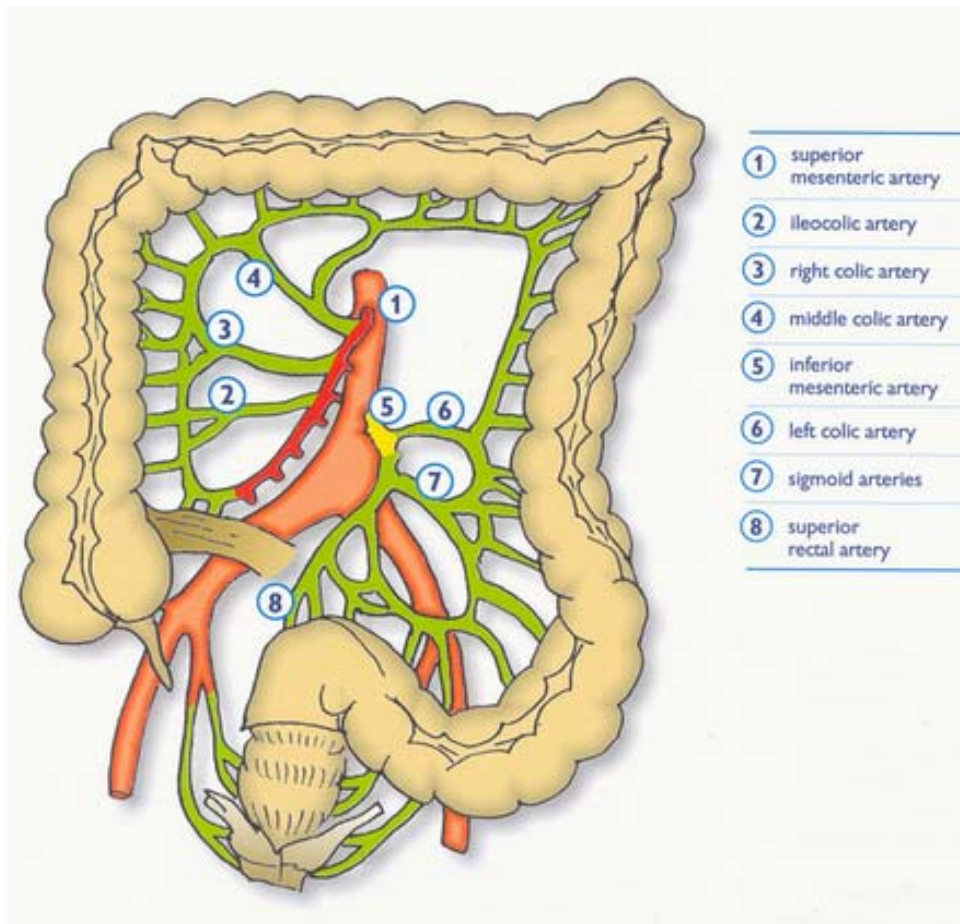
Apparatplacering, instrument
Instrument (en X-tra tarmfattningång togs upp) och uppläggning som vid sigmoideumresektion. Rectoskop används.

Troakarplacering



1. Naveln Excel 12 mm
2. Hö sida Stortz 5 mm
3. Hö fossa Excel 12 mm
4. Vä fossa Stortz 5mm
5. Vä om naveln Stortz 5mm

Dissektionen börjar mediallyt. Rectalis superior delas med vinklad stapler vitt magasin 45 mm. Om det fortfarande blöder kan en endoloop användas. 1 X-tra Stortz 5mm sattes för att nå ner i bäckenet. Sug för rökevakuering är viktigt ju längre ner man kommer. Det lilla utrymmet som är blir annars rökfyllt.



En rectoskopi görs innan stapling för att lokalisera tumören. Rektum delas med vinklad stapler blått magasin 45 mm. Det gick åt 5 magasin och kan bli upp till 7 magasin. Hur gör man för att spola rektum innan stapling???? Det hade kirurgerna i Skövde inget svar på. Omentet mellan ventrikel och transversum delas (in i bursa omentalis) inför mobilisering av vänster flexuren. Detta moment kan göras redan från börja om man vet att vänster flexuren ska lösas. Efter dissektion och delning av kärl delas tarmen distalt med endoskopisk suturmaskin. En låsbar tång sätts på preparatet för att lättare få tag på det efter tomin. Gasen stängs av och gasen evakueras via portarna. En minilaparotomi görs, pffannenstielsnitt, och tarmen tas ut. De använder som vi alltid ringduk. Tarmmesot delas med ultrasicion Den del av tarmen som utgörs av preparatet tas bort med endoskopisk suturmaskin. Stapelraden sys över med Biosyn. Städet till cirkulär suturmaskin sys fast. Snittet sys ihop och gas insuffleras. En side to end anastomos görs med endoskopisk cirkulär suturmaskin 29. Optiken sätts i port nr 3 och man får en enorm bra exponering när suturmaskinen skjuts av. Vatten spolats in och via rectoskopet blåses luft in för täthetskontroll av anastomosen.

Teambildningen på kvällen bestod av ett varmt utomhusbad i trätunnor. Av olika anledningar blev det så att killarna satt i en tunna och vi tjejer i en. Men det tyckte vi tjejer var riktigt bra för vi fick besök av 10 glada, snygga och välväxta säljare för Eksjöhus i vår tunna. Teambildningen kändes helt plötslig inte så viktigt. Nya team kan plötsligt bildas.





Säljarna från Eksjö.....

Fredagen tillbringade vi på Knista herrgård med föreläsningar av kirurger, operationssjuksköterska och avdelningssjuksköterska.

Viktiga saker vid uppstart av lapcolonkirurgi är att åka på studiebesök, kurser, det lönar sig att utbilda operationspersonalen och initialt samma personal på salen. Välj rätt patienter ej övervikt, stor tumör, många tidigare bukoperationer och börja inte med operationer som innefattar dissektion vid transversum.

EDA eller inte EDA: kan vara en nackdel med EDA vid tidig mobilisering. Patienten tappar tryck och det blir svårt att få upp patienten, PCA- pump var de inte heller så förtjusta i den är mest i vägen. Men EDA las på alla patienter.

Vi hade det jättetrevligt, en mycket givande kurs. Det var den allra första kursen som gick i Skövde det kunde man inte tro för allt var mycket proffsigt ordnat. Det bestående intrycket är framförallt att laparoskopisk kolonkirurgi går att utföra på ett mycket proffsigt sätt och vi ser med stor tillförsikt och spänning fram emot att få använda oss av den laparoskopiska tekniken vid kolorektalkirurgi.



Glada och nöjda deltagare efter kurs i teambildning-laparoskopisk kolonkirurgi.

Peter, Peter, Rikard, Lotta och Berit

