

## Referat från EAES Turin 15-18 juni 2011

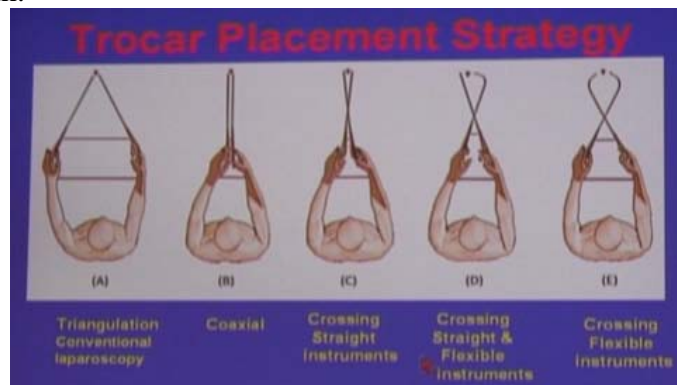
### “Where have all the Swedish surgeons gone”

Årets EAES möte (European association for endoscopic surgery) arrangerades i Turin Italien 15-18 juni med undertiteln *Times they are @ changing*. Det var ett välarrangerat möte med många möjligheter till att ta del av ny teknologi, operationsmetodik och även se hur utvecklingen inom NOTES o singelportkirurgin sker ur ett Europeisk perspektiv. Det var dock förvånansvärt dålig svensk representation detta år och förutom EAES kassör Gunnar Ahlberg deltog vi två kirurger från USÖ. För ett par år sedan delades det från SIKT ut 100 gratis EAES medlemskap samt ett EAES stipendie för finansiering av deltagande i kongressen, men trots detta så har mötet inte kunnat locka fler svenska deltagare vilket är rätt anmärkningsvärt.

Här följer några reflektioner från mötet:

### Singelportkirurgin

Industrin satsar fortsatt hårt på marknadsföringen av singelportinstrumenten och det var i år ett stort antal presentationer som avhandlade denna typ av kirurgi. Utvecklingen verkar nu stå mellan fortsatt SILS utveckling eller mikrolaparoskopi med 2,7 mm instrument o 3 mm portar. Flera instrumentföretag har parallellt med SILS utvecklat mikroinstrumenten. Mikrolaparoskopi är ju inget nytt. Redan Michael Gagner utförde detta för 10 år sedan, men det blev då inget som slog igenom brett på marknaden. Problemet med dåvarande instrument var att dom var för klena. Man utvecklar nu stabilare instrument med bättre kraft i ”käftarna”. Vi får se hur denna utveckling sker och om det är några direkta fördelar med mikrolaparoskopi jmf med traditionell laparoskopi. SILS som fortfarande är en dyr form av kirurgi brottas fortfarande med problemet med instrumentträngsel även om man genom kontinuerlig instrumentutveckling gör allt för att överkomma detta problem. Instrumenten görs enkel eller dubbelböjda det finns intraabdominella traktionsinstrument som ska underlätta kirurgin.



Film <mms://wwwv1.orebroll.se/kir/silsturin.wmv>

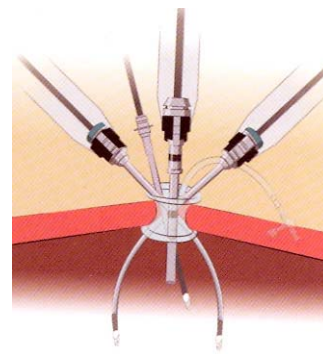
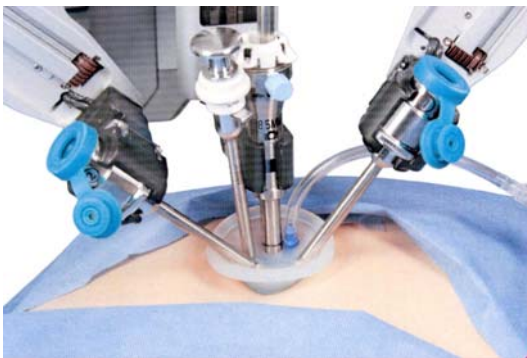
Man visade hur robotkirurgi (da Vinci) med SILS instrument kunde komma till rätta med instrumentträngseln. Konvertering vid SILS kirurgi är fortfarande så att man får sätta extra portar o konvertera till traditionell laparoskopi när det blir problem. Det är tveklöst så att många kirurgiska ingrepp kan göras med SILS tekniken men med en lägre grad av operativ säkerhet. Den enda fördelen torde vara kosmetisk men ingen har ännu visat att SILS tekniken leder till mindre smärtor, snabbare rehabilitering och lika säker kirurgi som traditionell laparoskopi. Många av de seniora laparoskopisterna var rätt tveksamma till SILS men supportade sina yngre kollegor för att driva utvecklingen för att inte ”missa något då tåget

går”. Det verkar vara viktigt för många kirurgiska enheter i Europa att kunna visa att man har SILS på repertoaren. I Sverige kommer ekonomin i kombination med att SILS inte ger några dramatiska vinster fortsatt begränsa dess spridning.

### **Traditionell laparoskopi**

Den traditionella basala laparoskopin har inte ändrats särskilt mycket senaste året men man kan fascineras över att det på många platser görs rätt mycket avancerad laparoskopi t.ex. esofagusresektioner, ventrikelresektioner, lever , pankreasresektioner, rena laparoskopiska kolonresektioner med intraabdominell anastomosering. För ÖGI kirurgin så verkar ju intrathorakal dissektion o anastomosering vid esofaguscancerkirurgin vara det mest attraktiva för att reducera morbiditeten efter de stora thorakotomierna. Denna utveckling bör ju givetvis drivas av ”centre of excellence” för att kunna jmf den öppna kontra laparoskopiska metodiken. För vår del i Örebro borde ÖAK Huddinge var motorn i denna metodutveckling.

### **Robotkirugin**



DaVinci roboten demonstrerades och nu men inriktning mot att lösa SILS teknikens instrumentträngselproblem. Med risk att framstå som en bakåtsträvande stofil så känns det som en onödigt dyr och komplicerad teknik när traditionell laparoskopi finns. Ett annat exempel på svärmotiverad teknik demonstreras på följande videosekvens. LGBP operationen utförs med traditionell laparoskopiteknik tills anastomoserna skall sys. Då apteras da Vinci roboten och två helt handsyddna anastomoser sys. Operationstiden torde vida överstiga den gängse vid traditionell laparoskopi.

### **Integrering av radiologi o operation Film <mms://wwwv1.orebroll.se/kir/image.wmv>**

En utveckling som är på gång men ännu inte nått klinisk praxis är försök att integrera röntgen (MR,PET/CT,Ultraljud) i operationsbilden. På en o samman skärm ska man när tekniken är färdigutvecklad kunna se t.ex. kärlförsörjningen till den tumör som skall opereras bort genom att skifta från opvy till rtgvy med en knapptryckning. Filmsekvens visar hur det är tänkt. Här kan man ju se uppenbara fördelar.

### **NOTES**

Notes kirurgin avhandlades inte särskilt mycket denna gång. Här finns speciella möten för denna typ av experimentalkirurgi. En tysk enhet presenterade sin operationsteknik vid modifierad NOTES vid transvaginal kolecystektomi . Film <mms://wwwv1.orebroll.se/kir/transvag.wmv> Här använde man sig av en 5 mm umbilikalport så att man med kameran i denna position kunde få en säker transvaginal portsättning i bakre fornix. Man använde också umbilikalporten för sitt arbetsinstrument vid

dissektion i Calot's triangel. Någon kolangiografi utfördes inte! NOTES kirurgin har inte etablerats i klinisk praxis ännu.

### **Kirurgisk säkerhet**

Flera föreläsningar poängterade vikten av videoinspelning av operationerna o framförallt utvärdering av inspelade filmer, checklistor, time out, "uppvärmning" inför kirurgin i t.ex. träningsbox. Gunnar Ahlberg föreläste i ämnet "Does simulation really help in enhancing OR safety?"

Film: <mms://www1.orebroll.se/kir/gunnarahl.wmv>

### **Gastric greater curvature duplication LGCP**

En relativt ny operationsteknik håller på att etablera sig bland obesitaskirurger nämligen duplicering av curvature major. Det blir en slags sleeve operation utan resektion och här demonstreras tekniken och 5 !! komplikationer.

Film: <mms://www1.orebroll.se/kir/lgcp.wmv>

### **Black videos**

En uppskattad programpunkt är "black videos" där kirurgiska komplikationer demonstreras och diskuteras. Här några sevärda videos:

1. Blödning från a mesenterica inferior vid laparoskopisk sigmoideumresektion  
<mms://www1.orebroll.se/kir/amesinf.wmv>
2. Blödning från aortagen vid operation av intrathorakal ventrikelherniering  
<mms://www1.orebroll.se/kir/fundobleaes.wmv>
3. Blödning från v.iliaca externa vid laparoskopisk bräckkirurgi  
<mms://www1.orebroll.se/kir/viliacaeaes.wmv>

### **Utställningen**

EAES industriutställning är fortsatt bra. Covidien hade ett "hemligt" informationsbås där det visades flera klart intressanta produkter som kommer att "röra om i stapel och ultraljudsdissektionsvärlden" inom närmsta året. Mer får jag inte säga.



*Ingemar Bolin testar 3 D kameran*



*Armavlastningsknenan*

Storz visade en intressant produkt som kan vara till nytta för kameraassistenten vid LGBP kirurgi. an visade också på nästa generation av 3D kameror. Man är övertygad om att utvecklingen av 3 D tekniken inom film o TV branschen kommer att driva på utvecklingen inom medicintekniken. Med speciella (lätta o bekväma) glasögon ser man på tv skärmen och får när den speciella kameran användes en 3 D vy. En laparoskopisk sigmoideumresektion utfördes live från Central Clinic Essen av Porf Dr Martin Walz där tekniken demonstrerades.

Det såg klart lovande ut. Man visade också sina mikroinstrument. Ett företag hade Inter- Tip system där man på ett 3 mm instrument monterade på en 5 mm tip.

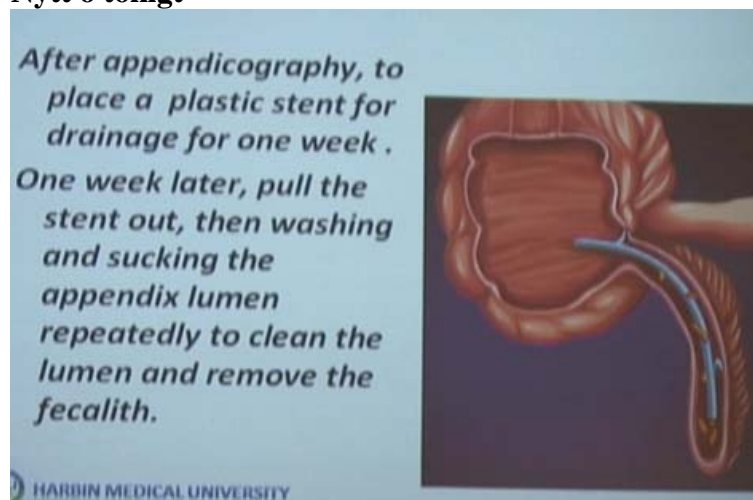
Film: <mms://www1.orebroll.se/kir/intertip.wmv>



*Storz mikroinstrument*

Laparoskopisimulatorerna demonstrerades och här är väl fortfarande inget nytt på marknaden. Surgical Science med LapSim står sig bra och lämpar sig fortfarande väl som en plattform för den kirurg som ska introduceras i laparoskopisk kirurgi och som behöver träning i precision vid laparoskopisk kirurgi. Det är fortfarande så att procedurspecifika övningsmoment inte tillför särskilt mycket till den kirurg som är bastränad inom laparoskopisk kirurgi eller till den laparoskopiske specialisten.

### Nytt o tokigt



**”Varför göra något enkelt när det kan göras omständigt o svårt”**

Från Kina demonstrerade man en ny endoskopisk metod att behandla appendicit. Genom koloskopi kanylerades appendixbasen o ett stent inlades. En vecka senare ny coloskopi , rtg

och avlägsnande av ev faekalit o stent. Allt under ab behandling. Presentatören var endoskopist!

### **Avslutande kommentar**

EAES mötet tillförde även denna gång en hel del som man har nytta av i sin kliniska vardag. Man kan konstatera att NOTES kirurgin fortsatt sker på experimentalbas och SILS kirurgin brottas med svårigheter att nå upp till samma säkerhet som traditionell laparoskopisk kirurgi. Instrument och metodutvecklingen drivs på hårt av industrin och metoden används och vidarutvecklas av våra kollegor i söder. Jag är övertygad att det för våra patients säkerhet är bäst att lugnt arbeta vidare med traditionell laparoskopisk kirurgi och fortsätta med säkerhetsarbetet kring denna typ av kirurgi med checklistor, videodokumentation, simulatorträning och fortsatt arbete för att förfina och förbättra kirurgin. SILS kommer att blir svårt att introducera i Sverige och möjligen kommer laparoskopisk kirurgi med mikroinstrument vara ett gott alternativ till SILS. Framtiden får visa vart utvecklingen är på väg.

Vid pennan och kameran



Lars-Göran Larsson  
Öl .kirklin USÖ