

Reseberättelse SIKT-stipendium

Undertecknad hade förmånen att erhålla ett resestipendium av SIKT 2008 på 10.000 kr. Jag har nu utnyttjat dessa medel för att studera kolorektal robotkirurgi och jag vill med dessa rader berätta vad jag har sett och lärt. Jag har under hösten 2011 vid tre tillfällen auskulterat på den kolorektalkirurgiska enheten vid den kirurgiska kliniken, Herlev Hospital, Köpenhamn. Denna enhet har etablerat laparoskopisk kirurgi som standardmetod för resektioner av kolon och rektum. Sex kolorektalkirurger anförda av professor Jesper Olsen utför all kolorektal kirurgi i ett upptagningsområde på 450.000 invånare i norra stor-Köpenhamn.

Herlevs Hospital inköpte för några år sedan en robot, en DaVinci S, som till en början användes av urologer och sedan även av gynekologer. Härefter inköptes ytterligare en DaVinci S samt senare även en DaVinci Si, den senare en modernare version med tillhörande extrakonsoll för utbildningsändamål. Två av dessa robotar har finansierats med donerade medel och en har sjukhuset bekostat. Tidigare i år öppnades officiellt ett robotcenter på Herlev Hospital vars chef är den svenske urologen Magnus Annerstedt. För två år sedan började även kolorektalkirurgerna använda sig av roboten för kolorektala resektioner. Hittills är det tre av de sex kolorektalkirurgerna som utför robotkirurgi, och samtliga utför laparoskopisk kolorektal kirurgi. Vid månadsskiftet november-december hade 120 kolorektala resektionsoperationer utförts med robot.

Under mina besök i Herlev har jag haft möjlighet följa operationer både vid sidan av och i såret, samt vid några operationer som utfördes med DaVinci Si, i träningskonsollen. Då jag medverkade i såret har jag haft möjlighet att få viss träning i att sätta in portar samt att docka roboten till dessa. Jag har i Herlev sett högersidig hemikolektomi, sigmoideumresektion, total kolektomi samt resektion av rektum utföras med robot.

Verksamheten baseras på ett stort upptagningsområde (450.000) med ett begränsat antal kolorektalkirurger som följaktligen har en stor operationsvolym. Tre av sex kolorektalkirurger utsågs till att ingå i det initiala robotteamet men på sikt är målsättningen att samtliga sex kolorektalkirurger ska ingå i detta robotteam. Till skillnad från vid introduktionen av laparoskopisk kirurgi där resektion av rektum har ansetts vara en mer komplex procedur än resektion av kolon, började Jesper Olsens team med robotoperationer på rektum då dessa ansågs passa bättre som initial robotoperation. Efterhand har resektion av kolon introducerats och det har visat sig att dessa resektioner fungerar mycket väl med roboten. Inte minst demonstrerades detta då jag var med på en total kolektomi på indikation ulcerös kolit som utfördes på ett övertygande sätt. En av teamets erfarenheter är att portsättningen är av största betydelse och att denna påverkas av det ingrepp som planeras. Exempelvis spelar det stor roll om vänster flexur behöver tas ner eller inte. Detta gäller självfallet även vid konventionell laparoskopisk kolorektal kirurgi, men på grund av hur robotens armar är konstruerade blir portsättningen lite annorlunda med robot jämfört med konventionell laparoskopisk kirurgi. Denna portsättning påverkas även i någon mån av det kirurgiska teamets egna preferenser. Robotkirurgi, som är en variant av laparoskopisk kirurgi, innebär för patienterna minimalt bukväggstrauma, minskad risk för ärrbräck, mer komfortabel postoperativ mobilisering, kortare vårdtid, och kortare sjukskrivning.

Avslutningsvis vill jag bara nämna att jag också var med på en cystektomi med brickerdeviering inklusive intraabdominell suturering utförd med robot av den svenska urologen Magnus Annerstedt (tillika chef för Herlevs robotcentrum). Jag tyckte att det såg

såpass förtroendegivande ut att jag föreslog honom att överväga att sadla om till att bli kolorektalkirurg, och vilket jag underströk, han troligtvis skulle ha kapacitet att kunna bli.

Peter Matthiessen
Docent, överläkare
Kirurgiska kliniken
Universitetssjukhuset Örebro