

KIRUB DAGARNA I ESKILSTUNA 2010



KIRUB-dagarna, Eskilstuna, 5–7 maj 2010

”Tusen och en app”

Åttonde gången gilt

Årets begivelse för ST-läkare inom kirurgi gick som vanligt av stapeln under en av de första veckorna i maj 2010. De åttonde KIRUB-dagarna i ordningen var i år förlagd till Eskilstuna, ”staden mellan sjöarna” eller den ”stolta Fristaden” som stadens officiella slogan numera lyder.

Under dagarna tre bjöds dryga hundratalet ST-läkare på matnyttiga och intressanta föreläsningar, trevlig samvaro, kulinariska och kulturella upplevelser och inte minst en strålande vårsol. Nytt för i år var att samtliga föreläsningar filmades och kommer att finnas utlagda på KIRUBs hemsida framöver.

Onsdag 5:e maj

Munken Eskil

Efter att ha välkomnats till Eskilstuna i de vackra lokalerna i Munktelstaden fick vi av ST-läkaren David Södergren ett historiskt perspektiv på den sörmländska sjukvårdens utveckling ända från vikingatiden till dagens datum. Eskilstuna har ju som kanske bekant fått sitt namn uppkallat efter munken Eskil som slutade sina dagar som det första kända sörmländska traumaoffret (trubbigt våld i form av repetitiva salvor av stenar riktade mot hans kropp). Begreppet ”the Golden Hour” var troligtvis ej särskilt känt vid denna tidpunkt men frågan om huruvida Eskil skulle klarat sig bättre

om han haft tillgång till dagens sjuktransporter och intensivvård lämnades obesvarad.

Appendicit

Temat för årets KIRUB-dagar var ”Tusen och en app – baskirurgi” och kom att presenteras i form av *state of the art*- och evidensbaserade föreläsningar. Först ut av föreläsarna var dr Roland Andersson, Jönköping, som passande nog guidade oss igenom temat akut appendicit. På ett medelstort svenskt sjukhus utförs cirka 200 appendektomier/år varav cirka tio procent visar sig vara ”oskyldiga”. Med andra ord finns möjlighet till förbättringar vilket kan ske genom förfinade diagnostiska hjälpmedel, till exempel

med hjälp av en så kallad *Appendicitis Inflammatory Response Score*. Denna skattningsskala kan fungera som ett verktyg att selektera ut de fall med låg sannolikhet för akut appendicit och därigenom undvika onödiga operationer. Vi fick även lära oss att exploration på vida indikationer inte minskar förekomsten av perforationer, men man upptäcker fler icke perforerade appendiciter. Tolkningen av detta var att spontanläkning av akut appendicit är vanligt förekommande. Andersson var noggrann att poängtera att DT ej ska användas för *screening* vid misstänkt appendicit eller att för den delen bekräfta en redan ”klar” klinisk diagnos. Inte heller ultraljud buk var något som



Roland Andersson inledde passande nog KIRUB-dagarna ”Tusen och en app” med att prata om appendicit.



Förväntansfulla KIRUB:er i föreläsningssalen.

kunde rekommenderas då randomiserade studier ej kunnat påvisa någon fördel med denna undersökning. Avseende behandling vid klinisk stark misstanke om appendicit rekommenderades operation i första hand. Hos patienter där det kirurgiska ingreppet i sig innebär stora risker kan man dock överväga antibiotikabehandling i stället för operation. När det kommer till valet mellan laparoskopisk respektive öppen kirurgi gavs inga starka rekommendationer då det fanns för- och nackdelar med bägge ingreppen. Som avslutning fick vi åhörare tre konkreta råd att reflektera över:

- Odling från bukvätska vid perforerad appendicit leder ytterst sällan till antibiotikabyte.
- Buksköljning har inget bevisat värde och kan eventuellt även leda till negativa effekter.
- McBurneys punkt är belägen på samma plats hos gravida.

Akut urologi

Dagen fortsatte därefter med en mycket uppskattad och orienterande föreläsning i akut urologi av dr Lars Henningsohn, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge. I rask takt avhandlades allt från diagnostik, utredning och behandling av LUTS, hematuri, UVI, njursten, priapism och testistorsion. För den intresserade kan jag starkt rekommendera att surfa in på KIRUBs hemsida där hela föreläsningen kommer att finnas utlagd.

Stadstur med ciceron

Framåt kvällen återsamlades vi till en guidad stadstur av en för dagen uniformerad dr Södergren. Med fältskärsågen i ena handen tog han oss med på en promenad längs Eskilstunaån och dess omgivningar. Vi hade nöjet att beskåda Eskilstuna Skarpskyttekår som sköt salut med mynningsladdade bössor och åtnjöt sedan deras eskort till restaurant Nybron där vi tillbringade en trevlig kväll med god mat, dryck och musikunderhållning.

Torsdag 6:e maj

Brännskador

Fredrik Huss, Uppsala, inledde dagen med en engagerad och utförlig genomgång inom ämnesområdet brännskador. Vi blev upplysta om att det i Sverige finns två rikskliniker (Linköping och Uppsala) för brännskadepatienter. Årligen inträffar 36 000 brännskadefall som leder till 1100 inläggningar varav 150 är av svårare art. Det framkom att rekommendationen är att åtminstone telefonkontakt ska tas med någon av dessa kliniker vid alla brännskador som uppfyller bland annat något av nedanstående kriterier:

- Delhudsbrännskada >10 procent av kroppsytan.
- Brännskador omfattande händer, ansikte, fötter, genitalia, perineum, större leder.
- Fullhudsbrännskada oavsett åldersgräns.

För ytterligare kriterier/information rekommenderades internetsidan

www.brannskador.se

Handläggningen av större brännskador bör ske på samma sätt som vid ATLS (enligt principen ABCDE) men med tillägget av faktorn F, vilket står för vätskor (fluids). Det krävs ofta stora mängder vätskor vid utbredda brännskador och som vägledning för första dygnets infusionsmängd rekommenderades Parklandformeln. Avseende behandlingen av brännskador ställdes frågan av auditoriet om huruvida intakta blåsor bör klippas bort. Det entydiga svaret var att blåsor ska avlägsnas, oavsett storlek. Enligt Huss är detta helt i linje med sedvanliga kirurgiska principer att rensa bort nekrotiskt material. Vi blev även påmind om att ej missa att utföra escharotomi på lämplig indikation och att snittet ska penetrera ned till fettet och gå från ”frisk till frisk” vävnad. Vid osäkerhet kring skadedjup kan man överväga konservativ behandling och låta skada demarkera sig inom cirka två veckor. Täckning med grishud kan fungera som ett utmärkt tillfälligt skyddsförband.

Pankreatit

Efter kaffepaus och mingel fick vi lära oss mer om den akuta pankreatiten. Professor Åke Andrén-Sandberg från Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge hade som mål med sin föreläsning att ge oss vissa pekpinor och belysa fördomar kring denna diagnos. Med facit i hand lyckades han väl i sitt förvärv. Några av de handfasta råd

som gavs var att man oftast redan på akutmottagningen kan skilja en mild från en svår pankreatit och att det därefter sällan sker en övergång till det sämre. Hypotension är ett mycket viktigt observandum som bör leda misstankarna mot den svårare formen som i Åkes egna ord lätt kan utvecklas till en "julafton för en intresserad IVA-läkare".

En betryggande kunskap att bära med sig är att patienter med den absolut största risken för att hamna på IVA eller avlida på grund av akut pankreatit är de som insjuknar för första gången. Efter två pankreatitepisoder är risken att utveckla den svårare formen av pankreatit sannolikt minimal. För att ställa diagnosen bör amylasvärdet vara minst tre gånger högre än normalvärdet och CRP ger ingen större vägledning avseende pankreatitens svårighetsgrad.

Slutligen presenterade Åke Andrén-Sandberg sin syn på kunskapsläget gällande debatten kring tidig enteral nutrition, endoskopisk sfinkterotomi vid gallstenspankreatit samt profylaktisk antibiotika. Kring de två förstnämnda frågorna råder fortsatt oklarhet medan vi avråddes från rutinemässig insättning av profylaktisk antibiotika.

Eftermiddagen ägnades åt en ledarskapsdebatt baserad på filmatiserade patientfall och om detta går att läsa på annan plats i tidningen.

Antibiotika hos kirurgpatienter

Dagens sista föreläsning presenterades

av dr Abbas Chabok, Västerås, och belyste antibiotikaterapi inom kirurgin. Det framkom med all önskvärd tydlighet vikten att i vår dagliga gärning reflektera över de antibiotikaval vi gör. Generella antibiotikaregimer är vanskliga att uttala sig om varför man bör anpassa terapin till det lokala resistensmönstret. Helt säkert är dock att man vid kolorektalkirurgiska ingrepp bör ge profylaktisk antibiotika med täckning av både aerob och anaerob bakterieflora. Singeldos är tillräcklig och generellt kan sägas att dosen ska vara lika stor som normal behandlingsdos. Även vid pankreas-, esofagus- och ventrikelkirurgi rekommenderades antibiotikaprofylax medan dr Chabok avrådde från profylax vid gall- och bräckkirurgi. Vid okomplicerad divertikulit (dvs utan tecken till fri gas eller abscess vid DT) har man i AVOD-studien inte kunnat finna någon fördel med antibiotikabehandling vilket säkerligen skulle kunna leda till terapiskifte på många av landets kirurgkliniker.

Orientalisk afton knyter band

Torsdagens schemalagda aktiviteter avslutades med det första webcast-symposiet av sitt slag någonsin. Mer om detta finns att läsa på annan plats i tidningen. På kvällen hade vi nöjet att delta i en genuin orientalisk afton som innefattade både magdans, musik och väl tilltagna portioner av meze-rätter. KIRUB-styrelsens ordförande Ninos Oussi skötte uppgiften som värd för kvällen med all heder.



På onsdagkvällen sjöng, i Kirurgveckosammanhang välkände, Stig "inte Uggla" Engelhardt. På bild även KIRUB:s ordförande Ninos Oussi.

Fredag 7:e maj

Neurotrauma

Under den avslutande dagen avhandlades som första punkt neurokirurgi av dr Michael Fagerlund, Karolinska Universitetssjukhuset Solna. Rekommendationen var att DT skulle bör utföras på samtliga patienter som ådragit sig våld mot huvudet och där GCS (*Glasgow Coma Scale*) understiger 15. Dessutom bör även patienter med GCS 15 i kombination med medvetslöshet och/eller amnesi genomgå DT. Alternativet till detta är minst tolv timmars inläggande observation. Tiden mellan traumat och DT-undersökningen är av mindre vikt och endast 1/25000 av dem med en initialt blank DT kommer trots allt att utveckla en intrakraniell blödning. Vidare framhölls att DT är obligat hos bland annat patienter med pågående antikoagulantibehandling eller blödningsrubbnings OAVSETT GCS-nivå.

Ämnet väckte en hel del debatt i auditoriet. Detta gällde framför allt diskussionen kring patienter med antikoagulantibehandling. Debatten fick extra mycket liv då dr Fagerlund dessutom uppmanade församlingen till att kvarhålla antikoagulantibehandlade patienter för observation i 24 timmar, även i FRÅNVARO av blödningsfynd på DT. Detta resonemang fick många av oss åhörare att uttrycka stor tveksamhet till hur riktlinjerna skulle kunna implementeras i klinisk praxis där man ofta tampsas med vårdplatsbrist och underbemannning på vårdavdelningarna. Debatten lär gå vidare.

Akut barnkirurgi

Dr Johan Danielsson, Uppsala, fortsatta dagen med en uppskattad genomgång av ämnet akut barn-



"Fältskären" David Södergren leder KIRUB:erna till taffeln. Skarpskyttarna står i givakt.



Hotell Munktel Bolinder där KIRUB-dagarna hölls.

kirurgi. Fokus var framför allt att belysa tillstånd som bör remitteras akut till barnkirurgisk klinik, exempelvis omphalocel och neonatal ileus (grönfärgade kräkningar är patologiska!). Det senare bör föranleda misstanke om malrotation med volvulus, tarmatresi etc. Vid akut appendicit förespråkades i första hand öppen operation men fördelarna med laparoskopik ansågs överväga hos flickor från cirka tolv års ålder. Ljumsckbräck hos barn ska alltid opereras och det är tillgången till barnanestesiologer som avgör var operationen ska utföras. Vid akut inklämning av Ljumsckbräck går det allt som oftast att reponera bräcket manuellt men det kan kräva tålamod och god smärtlindring. Operation bör utföras subakut efter inklämning då det är ovanligt med förnyad inklämning under de närmaste dygnet efter en inklämnings-episod. Detta beror sannolikt på den inguinala svullnaden som uppstår. Slutligen avhandlades även invagination hos barn. Ur diagnostiskt perspektiv framkom att buköversikt ej kan utesluta diagnosen. Ultraljud buk är däremot att föredra och denna modalitet kan även påvisa ileoileal invagination. Om coloningjutning utförs bör detta ske med vattenlöslig kontrast och under adekvat övervakning gärna i form av narkospersonal. Det finns i samband med undersökningen risk för kräkning och aspiration och sug bör finnas redo för användning.

Förslutning av buksnitt

KIRUB-dagarna i Eskilstuna gick därefter mot sitt slut och kvar på föreläsarlistan var docent Leif Israelsson (Sundsvall). Föreläsningen kom att avhandla det optimala sättet att försluta ett medellinjensnitt. De av oss blivande kirurger som redan har haft förmånen att delta i BKT-kursen (Basal Kirurgisk Teknik) är redan förtrogna med konceptet att försluta buken med en kvot på minst fyra (sutturtrådens längd/hudincisionens längd). Detta minskar dramatiskt risken för utveckling av ärrbräck. Israelsson presenterade även den i november 2009 publicerade studien av dr Millbourn,

Sundsvall, som visat att man ytterligare drastiskt kan sänka frekvensen av ärrbräck och sårinfektion om kvoten uppnås genom kortare suturtag (5–8 mm från sårkanten) och intervaller om 4–5 mm. Sutturtagen ska endast innefatta aponeurosen. I studien har man ej heller funnit belägg för att en ökad kvot leder till försämrade resultat utan snarare motsatsen. Vid en kvot på mellan 7–12 fann man endast två procent ärrbräck.

Tack Eskilstuna!

Detta fick avsluta programmet i Eskilstuna och jag får å alla deltagares vägnar tacka kliniken för kirurgi och urologi i Eskilstuna för tre mycket professionellt genomförda, hjärtliga och givande KIRUB-dagar!



FREDRIK TEMPÉ
Sundsvall
fredrik.tempe@lvn.se