

MDK-rutin för Övre gastrointestinala tumörer

Omfattning

Denna rutin omfattar all vårdpersonal i norra sjukvårdsregionen som medverkar i regionala multidisciplinära konferenser för patienter med aktuella diagnoser.

Kriterier för patienter som ska tas upp på konferensen

Alla patienter med övre gastrointestinala tumörer ska bedömas vid MDK.

Kolorektala levermetastaser, GIST, och NET ska inte anmälas till denna rond, utan handläggas i enlighet med dessa diagnosers rutiner.

Återremiss till förnyad MDK efter neoadjuvant behandling av esofagus-ventrikelcancer skall endast ske vid misstanke om progress.

Tid och plats

Tid: Tisdagar 15.00-16.30

Plats: NUS: Rondrum 2 Röntgen Röd, NUS.

Sundsvall: Rondrum 3, Röntgenavdelningen

Östersund: Demorum 3, Röntgenavdelningen

Sunderbyn: Svarta rondrummet, Röntgenavdelningen

Uppkoppling vid konferensen sker mot RÖNTGENKONFERENS/ REGIONROND 2.

Deltagare

Kirurger, onkologer, radiologer, och kontaktsjuksköterskor i Norra regionen som handlägger aktuella diagnoser. Vid HCC och vid tumörmisstänkta förändringar hos patienter med scleroserande cholangit även gastroenterolog.

Anmälan till MDK

Anmälan görs till kontaktsjuksköterska, Kirurgcentrum, NUS, senast fredag kl. 11.00, veckan före MDK. Om möjligt är det att föredra att alla fall från samma del av regionen anmäls tillsammans.

Remisser

På samtliga remisser ska det framgå att fallet ska skyltas på ÖGI-konferensen, vilket konferensdatum som är aktuellt, samt anges adekvat frågeställning. Samtliga remisser ska även innehålla relevanta kliniska uppgifter enligt Bilaga 2.

Röntgenremiss för skyltning av kirurgfall från Region Västerbotten skrivs av remissbedömare, ÖGI, NUS, och onkologfall från Region Västerbotten, skrivs av ansvarig onkolog.

Dessa skickas som elektronisk remiss till Röntgen NUS. Fall från SVF-mottagning för esofagus-ventrikelcancer skrivs av den kirurg, NUS, som har mottagningen.

Fall från övriga regionen faxas till Röntgen NUS på faxnummer **090-785 20 10**. Samma remiss faxas även till Kir NUS **090-13 57 94**.

Stopptid för skyltningsremiss är fredag kl.11.00, veckan före rond.

Gatekeeping rond är måndag klockan 13.15 vid MR-lab. Om remissen bedöms inkomplett meddelas vad som behöver kompletteras till rondsamordnare Kirurgen NUS, som vidarebefordrar informationen till respektive rondsamordnare.

MDK-listan ska efter Gatekeeping rond vara uppdaterad senast 15:00.

Inför rondan delas remisserna upp mellan medverkande kirurger vid NUS, vilket dokumenteras av rondsamordnaren.

Genomförande av konferensen

Postop fall från Region Västerbotten handläggs före övriga fall, 14:45 i kirurgbiblioteket, 9 tr. Övriga postop fall handläggs under respektive uppkoppling.

Organansvariga onkologer och kirurger sitter framför kameran, på de första raderna.

Turordning på rondan enligt följande:

Sundsvall kl. 15.00
Östersund kl. 15.10
Sunderbyn kl. 15.20
Skellefteå kl. 15.30

Relevanta patientdata och funktionsstatus presenteras av ansvarig klinik.

Presenterande radiolog inleder med information om huruvida det rör sig om lokaliserad eller spridd sjukdom. Därefter ges en mer detaljerad förevisning av aktuell radiologi.

Efterföljande diskussion syftar till att fastställa:

1. Diagnos
2. TNM-klassifikation
3. Funktionsstatus
4. Rekommendation fortsatt handläggning
5. Vem som ansvarar för fortsatt handläggning

Efter diskussion sammanfattar inremitterande fallet i enlighet med punkterna ovan.

Nationell rond

Fall som vid R-MDK bedöms aktuella för Nationell MDK remitteras vidare av läkare vid NUS.

Dokumentation

Respektive kirurg vid NUS dikterar MDK-anteckningar på de remisser de fått tilldelade, vilka sedan faxas till regionen dagen efter MDK. Vid beslut om flera olika behandlingsmodaliteter sker kommunikation mellan de olika vårdgivarna som ansvarar för behandlingarna, så att planeringen kan ske på ett så optimalt sätt som möjligt. Oftast är det fråga om att neoadjuvant onkologisk behandling ges inför kirurgi. I dessa fall är det önskvärt att kirurgens kontaktsjuksköterska meddelas vid start av, och vid avbrott, av onkologisk behandling. Vid postoperativ MDK skall det framgå vem som informerar patienten om PAD-svar och ev. fortsatt behandling, samt om återremiss sker.

Vid beslut om behandling på NUS skickar inremitterande specialistvårdsremiss till aktuell klinik snarast.

Återkoppling till patienten

Den som presenterar patienten vid MDK ansvarar för att återkoppling till patienten sker.

Kontaktuppgifter

Se Bilaga 3.

Uppföljning

Rondsamordnaren NUS/Kirurgen och processledaren för övre gastrointestinala tumörer följer kontinuerligt upp hur de utarbetade rutinerna fungerar och gör vb justeringar i samarbete med arbetsgruppen för övre gastrointestinala tumörer, Norra region.

Utarbetat av

Arbetsgruppen för övre gastrointestinala tumörer, Norra region.

Dokumentets giltighetstid

Dokumentet är giltigt fr.o.m. 2019-02-18 och tillsvidare.

Rondansvarig: Petter Sellberg, Kirurgcentrum, NUS

Bilaga 1. Ansvar för deltagare vid MDK för övre gastrointestinala tumörer.

	Förberedelser	Genomförande	Efterarbete
Läkare på hemorten	Skriva kompletta remisser. Kontrollera att alla kriterier enligt Bilaga 2 är uppfyllda.	Delta på MDK:n via länk. Föredra inremitterade fall. Delta i diskussionen kring behandlingsrekommendation.	Återkoppla till patienten, ev. effektuera MDK-beslut. Dokumentera sitt arbete.
Kontaktsjuksköterska/SVF-koordinator på hemorten	Anmäla till MDK. Kontrollera att remisser är kompletta.	Medverkar vid MDK.	I förekommande fall återkoppla till patienten. Bokar uppföljning/ komplettera i enlighet med MDK-rekommendation.
Kontaktsjuksköterska/Rondsamordnare Nus	Kontrollera att remisser är kompletta. Skriva skyltningsremisser.		
Remissbedömande kirurg, NUS	Kontrollera att remisser är kompletta. Skriva skyltningsremisser.		
Organansvarig kirurg, NUS		Leda, och delta i, diskussionen kring behandlingsrekommendation.	
Ansvarig onkolog, NUS	Ha kännedom om inremitterande fall.	Delta i diskussionen kring behandlingsrekommendation.	I förekommande fall återkoppla till patienten. Ev. effektuera MDK-beslut Dokumentera sitt arbete.
Dikterande kirurg, NUS	Ha kännedom om inremitterande fall.		I förekommande fall återkoppla till patienten. Ev. effektuera MDK-beslut Dokumentera sitt arbete
Radiolog	Kontrollera att remisser är kompletta. Gå igenom aktuell radiologi.	Föredra aktuell radiologi. Delta i diskussionen kring behandlingsrekommendation.	Dokumentera sitt arbete.

Bilaga 2. Kriterier för att patienten ska diskuteras på MDK för övre gastrointestinala tumörer

(Misstänkt) cancerform	Klinisk information	Blodprover	Radiologiska undersökningar
Gemensam för alla	Funktionsstatus Anamnes Kontaktuppgift Direktnummer till remittent Uppgift om SVF och om pat är informerad om detta. Datum för välgrundad misstanke. Misstanke om spridd sjukdom?		
Esofagus/cardia	Längd/Vikt Tidigare operationer som påverkar aktuell anatomi Aktuell anamnes, inklusive infektion, fraktur, och annat med ökad metabolism. Skopidatum Diabetes? Kontrastallergi? Aktuell medicin (Främst Diabetes, Kortison, Metotrexat)	Krea, samt datum taget.	CT-thorax/buk (Om Region Västerbotten-patient görs ej först CT, utan PET-CT direkt)
Ventrikel	Skopidatum		CT-thorax/buk
HCC och intrahepatisk gallgång	Child-Pugh status och missbruksbedömning	AFP* CEA* Hepatitprover PK Bilirubin Albumin	MR lever med leverspecifik kontrast CT-thorax/buk
Gallblåsan och perihilär gallgång	Uppgift om ev. ikterus/gallvägsavlastning	Bilirubin	MR lever med leverspecifik kontrast MRCP vid perihilär tumör CT-thorax/buk
Bukspottkörteln och periampullärt	Uppgift om ev. ikterus/gallvägsavlastning Vid pankreascystor: anamnes avseende symtom och pankreatit. Nyupptäckt sidogångs- <u>IPMN ska</u> skyltas på R-MDK om > 20 mm, om bilderna granskats av specialist i gastroradiologi, därefter endast vid förekomst av något av <u>vårdprogrammets kriterier för oroväckande tecken</u> : <ul style="list-style-type: none"> • lesion > 30 mm, tjock vägg med kontrastuppladdning och/eller septering • huvudgång >5 mm • en icke-kontrastuppladdande knöl i lesionens vägg (s.k. "mural nodule") • förändring i kaliber av pankreasgången • atrofi av distala pankreas 	CEA* CA19-9*	CT-pankreas med pankreasfas och venös och senvenös fas CT-thorax Vid pankreascystor: MR-pankreas

* Tumörmarkörer ska beställas. Svar behöver dock ej inväntas för diskussion på MDK.

Bilaga 3. Kontaktlista R-MDK övre gastrointestinala tumörer

Rondsamordnare	Kontaktperson	Tel nummer	Fax nummer
NUS/Kirurg	Annelie Magnusson	090-786 49 23	090-13 57 94
	Viveka Granberg	090-785 09 34	
	Elisabeth Altin	090-786 49 22	
NUS/Onkolog	Frida Edelbro Jakobsson	090-785 05 14	090-77 48 17
	Carina Jacobson	090-785 05 22	
NUS/Röntgen	Sekreterare	090-785 16 04	090-785 20 10
Sunderbyn/Kirurg	Ida Nygren-Westerberg	0920-28 00 25	
Sundsvall/ Kirurg	Bengt Liden	073-271 36 83	
Sundsvall/ Onkolog	Anna Astergren	072-504 37 46	060-18 22 34
Östersund/ Kirurg	Elisabeth Löfskog-Södergren	063-15 33 34	063-15 44 03

Bilaga 4. Mall för sammanfattning av MDK-rekommendation

Efter varje fall vid MDK sammanfattar inremitterande enligt nedan:

1. Diagnos
2. TNM-klassifikation
3. Funktionsstatus
4. Rekommendation fortsatt handläggning
5. Vem som ansvarar för fortsatt handläggning

HCC och intrahepatisk gallgångscancer

T1	Singulär oavsett storlek, inget kärl- eller gallvägsengagemang
T2	Singulär med kärlinvasion eller multipla <5cm
T3a	Multipla >5cm
T3b	Singulär eller multipla som engagerar större porta- eller leverven
T4	Tumör med invasion av närliggande organ (ej gallblåsa) eller perforation
N1	Regionala lymfkörtlar involverade

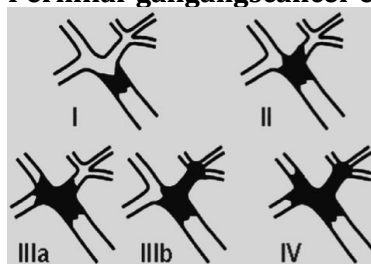
Pankreas

Tis	Höggradig dysplasi, carcinoma in situ
T1	<2cm, begränsad till pankreas
T2	>2cm begränsad till pankreas
T3	Växt utanför pankreas, inget artärensengagemang
T4	Engagemang av artär, magsäck, mjälte, colon
N1	Regionala lymfkörtelmetastaser.

Gallblåsa

Tis	Carcinoma in situ
T1	Tumör invaderar lamina propria (T1a) eller muskellager (T1b)
T2	Tumör i perimuskulär bindväv, ej genom serosa eller lever
T3	Tumör genom visceral peritoneum eller in i kringliggande organ inkl. lever.
T4	Invasion i portal huvudstam, leverartär eller två extrahepatiska strukturer
N1	Regionala lymfkörtelmetastaser.

Perihilär gallgångscancer enligt Bismuth



Esofagus/ Ventrikel

Tis	Intraepitelial tumör som ej penetrerar lamina propria
T1	Tumör invaderar lamina propria (T1a) eller submucosa(T1b)
T2	Tumören invaderar muscularis propria
T3	Tumören invaderar subserosan/adventitia
T4	Tumör med invasion av närliggande organ
N1	1-2 Regionala lymfkörtelmetastaser
N2	3-6 Regionala lymfkörtelmetastaser
N3	≥7 Regionala lymfkörtelmetastaser

Funktionsstatus

0	Klarar all normal aktivitet utan begränsning
1	Uppegående och klarar lättare arbete
2	Kan sköta sig själv men klarar inte att arbeta. Uppe i rörelse >50%
3	Kan endast delvis sköta sig själv. Bunden till säng eller stol >50%
4	Kan inte sköta sig själv. Bunden till säng eller stol