



# ØVRE GASTROINTESTINAL CANCER SEMINAR 2014

**Torsdag den 6. november 2014 kl. 10.30 -21.30**

Ingeniørforeningens mødecenter  
Kalvebod Brygge 31-33,  
1780 København V

**RESUMÉ**



# RESUMÉ

## Session I

### Tema-emne om ernæring i relation til cancerbehandling

(Jens Kondrup, Lise Munk Plum)

Sygeplejeambulatorium

Ny viden om vægttab, træthed, dysphagi, kvalme ([fokuspunkter](#))

Negative betydning af vægttab (diverse daglige aktiviteter, komplikationer)

Betydning af inflammation og manglende fødeindtag

Meta-analyser (med begrænsninger)

Ingen effekt af perioperativ parenteral ernæring ([inf.komplik.](#))

Sondeernæring > parenteral ernæring

Effekt af oral ernæringstilskud

Ernæringstilskud øger QoL



# RESUMÉ

## Session II DECV

### Forløbskoordination - i nationalt perspektiv

(Anni Ravnsbæk Jensen)

Baggrund for forløbskoordination

Dårlige resultater → Kræftplan I og II → Patientforløb, MDT

Optimering af arbejdsrutiner har hjulpet

Monitorering af kræftpakker er vanskelig

Effekt på udkomme (ud over tilfredse læger)(?)



# RESUMÉ

## Session II DECV

**Minimering af komplikationer i relation til esophagus/ventrikel  
cancerkirurgi**

(George Hanna)

### **"High reliability organisations"**

Ingen simplificering

Tæt opfølgning/observation/tidlig detektion

Multifaktoriel tilgang

Fælles kultur (kirurgisk teamwork) før/under/efter

**Præoperativt:** Ernæring/fysisk status/psykisk status

Individuelle programmer



# RESUMÉ

## Session II    DECV

### Minimering af komplikationer i relation til esophagus/ventrikel cancerkirurgi

(George Hanna)

#### Kirurgisk tilgang

Morbiditet er et dårlig (post-festum) mål!

”Hvis er skylden/hvor er problemet”?

Hjælper ikke fremadrettet

Fejl snarere end komplikationer

(tidstro identificeret)

#### Postoperativt

Peri-operative pathways

Aktiv håndtering af komplikationer afgørende



# RESUMÉ

## **Session II    DECV**

**Ventrikelcancer - status for targeteret behandling**  
(Per Pfeiffer)

### **Hovedvægt på avancerede GE adenocarcinomer**

Fokus på targeteret behandling (EGFR, HER-2, MET, VEGFR)

Pac + Ram som andenlinje behandling



# RESUMÉ

## **Session III DPCG**

**Neoadjuverende behandling til resektabel pancreascancer**  
(Bengt Glimelius)

**Fase II study, resectable PC:** No difference (gem+cis)

### **Routine neo-adjuvant therapy**

Resectable: No

Borderline: Yes

### **RCT**

Resectable: Yes vs surgery only

Borderline: Yes to find optimal therapy (Phase II)



# RESUMÉ

## Session III DPCG

**Neoadjuverende behandling til resektabel pancreascancer**  
(Bengt Glimelius)

**LAPC: CT followed by CRT** (nodes)

(despite LAP-07 and meta-analyses...)

**Better trials**

**Better CRT** (IMRT/SBRT/....)





# RESUMÉ

## **Session III DPCG**

**Præmaligne forandringer i pancreas belyst ved radiolog, patolog og kirurg**

(Eva Fallentin, Sönke Detlefsen, Michael Bau Mortensen)

**Mikroskopiske forandringer: panIN**

**Makroskopiske forandringer: MCN, PPMN**

**MR/EUS/EUS-FNA/CT**

**MCN/MD-IPMN/Mixed-IPMN: Resektion**

**BD-IPMN: Udvalgte**

Tidlige forandringer bør detekteres!

.....men man skal vide, hvad man skal kigge efter



# RESUMÉ

## Session IV DLGCG

- 1) Leverfunktion og volumen,
  - 2) Hvordan gør man den ikke resektable patient resektabel?
    - Emnet vedrører såvel HCC som CRC metastaser
- (Eva Fallentin, Peter Nørgaard Larsen, Peter Ott)

### Leverfunktion og volumen

Størrelsen betyder noget (normal lever)

Bevarer 30% fungerende levervæv (FLR)

Cirrotisk lever vokser ikke ud

Portal hypertension betyder noget

Cirrotisk lever medfører større operativ mortalitet (CP el. MELD Score)

FDGal PET-CT til udvælgelse af fungerende/ikke-fungerende områder



# RESUMÉ

## Session IV DLGCG

- 1) Leverfunktion og volumen,
  - 2) Hvordan gør man den ikke resektable patient resektabel?
    - Emnet vedrører såvel HCC som CRC metastaser
- (Eva Fallentin, Peter Nørgaard Larsen, Peter Ott)

### Leverfunktion og volumen

CT måling af volumen baseret på 3D data



# RESUMÉ

## Session IV DLGCG

- 1) Leverfunktion og volumen,
  - 2) Hvordan gør man den ikke resektable patient resektabel?
    - Emnet vedrører såvel HCC som CRC metastaser
- (Eva Fallentin, Peter Nørgaard Larsen, Peter Ott)

### Onkologisk behandling af mCRC

Forhøjet CEA har gavn af forbehandling

Ingen biologisk behandling ved resektabel sygdom

Ved optimal præoperativ kemoterapi vil flere kunne reseceres/bedre ovl.



# RESUMÉ

## Session IV DLGCG

- 1) Leverfunktion og volumen,
- 2) Hvordan gør man den ikke resektable patient resektabel?  
- Emnet vedrører såvel HCC som CRC metastaser  
(Eva Fallentin, Peter Nørgaard Larsen, Peter Ott)

### Kirurgisk behandling af mCRC

Portalvene embolisering (op til 30% vækst på modsatte side, 4-6 uger)  
(Kemoterapi påvirker leverfunktionen)

2-stage operationer ("Rense ve.side + portalvene ligering")(hø.hemi-hepat.)

Emboliserer a.hepatica

In situ split (ALPPS)



Tak!

HUSK EVALUERINGSSKEMA

Vi ses til Årsmødet 2015