

## Besøk i Lund mars 2017

Med reisestipend fra NFBE reiste jeg til Professor Anders Bergenfelz på Skånes Universitetssjukhus i Lund. Hovedmålet med hospiteringen var å se deres organisering av binyrekirurgien og spesielt robotassistert adrenalectomi.



Det var begynnende vårlig i en svært sjarmerende by 😊



Jeg ble veldig godt mottatt av Bergenfelz og hans dyktige og hyggelige kolleger på kirurgisk avdeling, endokrin- og sarcomkirurgi.

DaVinci roboten gjorde sitt inntog i Lund i 2005 og i ca 2007 bestemte man seg for å bruke denne også på adrenalectomier. Det opereres ca 50 adrenalectomier per år i Lund. Pga volumet besluttet man å bruke den på alle operasjonene for at personalet skulle få nok rutine i inngrepet.

Roboten hadde ikke gitt gevinst i tidsbruken men de følte at den virkelige gevinsten hadde de ved de vanskelige operasjonene.

På operasjonssalen har de en robot med to konsoller, den ene er tilknyttet en treningssimulator, der de i starten hadde lagt ned mange timers trening. Denne operasjonssalen disponerer de 1 dag per uke.

De hadde planlagt både høyre- og venstresidig robotassistert adrenalectomi på relativt store (5-6cm), ikke hormonproduserende svulster.

Det viktigste steget er å få god portplassering slik at robotarmene kan arbeide uten konflikt med hverandre.



Erik Nordenstrøm og Pall Hallgrimsson i feltet på høyresidig adrenalectomi

Det er tre porter som kobles til roboten, en til kamera og to arbeidsporter. Den fjerde robotarmen er ikke i bruk. På høyre side er det armen lengst til høyre som ikke brukes og på venstre side den lengst til venstre.



Pasienten ligger i sideleie med nyreknekk som vi er vant til. Portene må plasseres helt opp mot costalbuen. Den første som er kameraporten ligger i fremre axillær linje. De to andre må stå på en rett linje 7 cm fra første port på hver side. I tillegg må man ha en ordinær port omtrent i nivå med umbilicus for sug og på høyre side en ordinær port for leverhaken som plasseres slik vi er vant med. Assistenten blir i feltet hele tiden og holder sug og evt leverhake og bytter evt instrumenter til roboten underveis.

Roboten kjøres så frem og stilles inn med et grønt kryss på kameraporten. Etter at dette er gjort må bordet ikke justeres, så de vipper gjerne pasienten med hodet litt opp før roboten ble plassert. I porten til venstre setter man inn en bipolar tang og i den til høyre en hook med monopolar strøm. Kamera og instrumenter «dokkes» i roboten.

Operatøren sitter i konsollen og styrer selv kamera. Det var fantastisk forstørrelse og sikt under operasjonen. Mesteparten av disseksjonen ble gjort med hook, de små arteriegreinene ble evt svidd med bipolar tang. Etter fridiseksjon av binyrevenen byttet man ut hooken med hemolock i robotporten langt til høyre og venen ble clipset.



Portplassering ved venstresidig adrenalectomi.

Det var kjente «toner» fra kirurgene i Lund. Pga lang overgangstid klarte man ikke å få igjennom mer enn to adrenalectomier på en dag.

### Organisering av binyrekirurgien:

Alle binyrepasientene kom henvist fra endokrinolog og kirurgene så alle poliklinisk for planlegging av kirurgi. Pasientene møtte dagen før operasjon til siste forberedelser, innskriving og samtale med operatør.

De hadde innført rutiner for å få registrert alle pasientene i det skandinaviske kvalitets-registeret. På operasjonsstuen lå et papirskjema. Her fylte operatøren ut alle opplysninger som skal registreres om pasienten. Dette var gjort på et par minutter når pasientens sykehistorie var friskt i minne og operasjonen akkurat avsluttet. Det var så en sekretær som fylte inn legens opplysninger i registeret. Fin måte å få registrert alt!

Jeg fikk også følge overlegene ved avdelingen og fikk være med på thyreoidea og parathyreoidea-inngrep. Fint å se hvordan andre har det/ gjør det.

Om kvelden hadde Anders reservert bord på Thai-restaurant, og vi hadde en «trevlig» stund over deilig mat sammen med noen av legene på avdelingen.

Det ble hyggelig og lærerik hospitering.



