

Bilag 2:

Anbefalinger til vurdering af kompetence i diagnostisk og ikke-avanceret terapeutisk SIGMOIDEOSKOPI.

Formålet med disse anbefalinger er at give en ramme, som vil gøre det muligt for afdelinger/hospitaler/institutioner at vurdere uddannelse og kompetence af læger der skal udføre sigmoideoskopi.

Uddannelse

Det anbefales, at endoskopøren har gennemført en speciallæge uddannelse i intern medicin: gastroenterologi og hepatologi eller i kirurgi for at opfylde kravene til kompetence i sigmoideoskopi.

Dog, anbefales det, at kompetencen opnås inden hoveduddannelsesforløbet til speciallæge uddannelse i medicinsk gastroenterologi eller i kirurgi afsluttes. Kompetence i sigmoideoskopi bør være opnået inden oplæring i koloskopi påbegyndes.

Læger i andre specialer skal have mulighed for at tilegne sig specialiseret viden ud over den tekniske træning. Den nødvendige tid til uddannelse af non-gastroenterologer og non-kirurger er ikke klart defineret, men det skal være tilstrækkelige til at sikre en tilstrækkelig eksponering af de kliniske problemstillinger inklusiv den relevante litteratur.

Kognitive aspekter

Krav til demonstration af kompetence i sikker og effektiv sigmoideoskopi kræver en fuld forståelse af:

- Indikationerne for sigmoideoskopi
- Kontraindikationer til og begrænsninger af sigmoidoskopi
- Principperne for informeret samtykke
- Anatomien i analkanal, rektum, sigmoideum og colon descendens
- Principperne for lokalbedøvelse
- Indikationer for og kontraindikationer for biopsi
- Indikationer for og kontraindikationer for polypektomi
- Principperne for endoskopisk rapportering og dokumentation
- Den videre behandling af patienten efter proceduren
- Anerkendelse og håndtering af potentielle komplikationer
- Udføre korrekt henvisning
 - til behandling af komplikationer
 - efter en ufuldstændig procedure
 - ved unormale fund

Hyppige indikationer for sigmoideoskopi

- Mistanke venstresidig kolo-rektal sygdom, distalt for venstre flexur hos yngre patienter
- Vurdering af inflammatorisk tarmsygdom

- Overvågning af en anastomose efter resektion af en distal kolon cancer
- Overvågning af en anastomose efter resektion af en rektum cancer
- Overvågning af efterladt rektum efter subtotal kolektomi og efter reanastomosering for colitis
- Screening for tyktarmskræft hos lav risiko individer og personer med mistanke om familiær adenomatøs polypose
- Markering af en svulst for lokalisering under laparoskopisk operation

Tekniske aspekter

Da oplæring i sigmoideoskopi ofte er den indledende endoskopiske erfaring, kan korte instruktionskurser i endoskopihåndtering på simulatorer samt simuleret sigmoideoskopi tjene som udgangspunkt for oplæringen, men det kan ikke erstatte superviseret oplæring ved kompetent endoskopiinstruktør.

Teknisk kompetence ved sigmoideoskopi kan evalueres efter mindst 25 observerede/superviserede procedurer og 30 ikke-superviserede procedurer (udførelse af et bestemt antal procedurer er ikke ensbetydende med kompetence).

En kompetent sigmoidoskopør bør være i stand til at identificere venstre flexur (selvom venstre flexur ikke nås ved mange sigmoidoskopier) og i stand til at udføre retrofleksion i rektum.

Længden af indført skop vil variere afhængigt patientens anatomi, tidligere kirurgi, tilstedeværelse af eller fravær af sygdom og patientens tolerance. Generelt bør endetarm og sigmoideum være eftersat ved alle procedurer. Ikke sjældent kan en erfaren skopør efterse til midt på colon descendens/venstre fleksur. En kompetent sigmoidoskopør bør kunne foretage histologisk velegnede endoskopiske biopsier.

For at kunne praktisere sigmoidoskopi, skal påvisning af patologi med korrekt henvisning til behandling (og evt. koloskopi) være sammenlignelige med andre kompetente sigmoideoskopører i afdelingen. Da terapeutiske indgreb ofte gennemføres under en efterfølgende koloskopi, skal fund ved sigmoideoskopien være veldokumenteret. Polypektomi rater for små polypper (mindre end 1 cm), bør være sammenlignelige med dem, der indberettes af andre sigmoidoskopører.

De mest almindelige terapeutiske interventioner under sigmoidoskopi er biopsi og polypektomi. Alle endoskopører der udfører sigmoideoskopi bør være i stand til at udføre præcist målrettede biopsier. Fjernelse af mindre polypper (mindre end 1 cm) ved sigmoideoskopi kræver, at skopøren er uddannet i teknikker til kold biopsi eller kold slynge resektion. Polypektomi, med fjernelse af polypper større end 1 cm i diameter, udføres normalt ikke, idet tyktarmen alligevel bør undersøges for synkron neoplasi. Fjernelse af større polypper (større end 1 cm) kræver en endoskopør med passende uddannelse og udføres mest korrekt efter passende tarmforbehandling. Medmindre kuldioxid har været anvendt til insufflation, bør fuld tarmforberedelse overvejes, inden fjernelse af flere og/eller større polypper. Dette for at mindske den sjældne risiko for eksplosion og brand/termisk skade der kan ses i forbindelse med dårlig udrensning med klyx.

Komplikationer, såsom blødning og perforation, er meget sjældne (én ved 25.000 - 50.000 sigmoidoskopier). Risikoen for blødning efter polypektomi bør være mindre end 1%. Andre komplikationer (synkope, hypotension og arytmi) kan også forekomme, men er meget ualmindelige.

Da komplikationer til sigmoideoskopi er yderst sjældne, bør alle komplikationer efterfølges af en audit og forekomsten af to eller flere komplikationer af samme sigmoideoskopør bør udløse en revurdering af kompetencen (og supplerende uddannelse skal tilbydes).

Ikke tekniske aspekter

Ikke-tekniske komponenter af kompetence (viden om forventet patologi, evalueringer vedrørende biopsi og terapi, indikationer, kontraindikationer, informeret samtykke, sedation og umiddelbar post procedure håndtering) bør være erhvervet gennem et uddannelsesprogram af tre til seks måneders varighed.

Selv om endoskopiske simulatorer kan forkorte den tidlige fase af teknisk kompetence, er det ikke klart, hvordan den hurtige erhvervelse af synlige kompetencer ved hjælp af en simulator giver sig udslag i kompetence på sigmoideoskopi i klinisk praksis.

Institutioner, der udfører sigmoideoskopi bør tilskyndes til at udvikle et endoskopisk rapporteringssystem og/eller database, således at sigmoideoskopører selv kan overvåge kvaliteten af deres praksis og virkning af forbedringer, hvis de identificerer fejl og mangler, og således opretholde en sigmoideoskopisk proceduremæssig høj kompetence.