

Odense Universitetshospital
Kirurgisk afdeling A

PATIENT: 231055-

Side 1

Mai Astrid Grøndahl Nielsen

AMBULANT NOTAT 22.05.08

Patient, der er mistænkt for hepatocellulært karcinom i højre leverlap. Der tages telefonisk kontakt til patienten, hvor hun informeres om Pelicanprojektet. Giver umiddelbart accept af at ville deltage. Patienten er blevet tilsendt den skriftlige patientinformation. Skal indkaldes i henhold til tidligere lagte plan, således hun møder fastende på afd. A6 d. 04.06.08 mhp. PET-CT og EUS samme dag og efterfølgende dag lap/LUS.

NOTAT 04.06.08

INDLÆGGELSE

52-årig kvinde indlægges mhp. PET/CT, EUS og lap./LUS.

Cavum oris: ikke undersøgt.
St.p: vesikulær respiration uden bilyde.
St.c: regelmæssig aktion = pp, ingen mislyde.
Abdomen: blødt og indolent.
Ekstremiteter: ingen ødemer. Normale fodpuls.

/hepatocellulært karcinom, obs./

OPERATIONSGANGEN - KL. 14.05

På indikationen Pelican-projekt gøres i

og

2,5 mg Stesolid

20 mg Petidin

UXUD50 EUS af leveren.

Suspekt HCC i højre leverlap.

Glat nedføring af ekkoendoskopet til 2. stykke af duodenum. Under re-traktion af skopet gennemskannes retroperitoneum og den mulige del af leveren samt det hepatoduodenale ligament, uden at jeg finder noget patologi. Tumor er ikke synlig.

Forsætter i Pelican-projekt mhp. endelig evaluering.

Informeres om lap./LUS i morgen

mhp. endelig resektabilitetsvurdering. Accepterer indgreb.

NOTAT 05.06.08

OPERATIONSGANGEN - KL.08.25-09.00

På indikationen central levertumor gøres i

generel anæstesi

JAH01 laparoskop

UXUD11 laparoskopisk ultralydskann.

JJA20 biopsi fra leveren.

Lille infraumbilikal incision til frit peritoneum. Peritonealkaviteten gennemgås uden peritoneal karcinose. Hjelpeport under venstre kurvatur. Herefter gennemskanner man øvre del af abdomen. Man finder i leveren en central tumorproces ca. 7 cm i største diameter inddragende segmenterne 4 og 5 med in-casement af intermediærvenen. Angående den højre hovedpedikel ligger forandringen helt klos ned på højre hovedpedikel med in-casement af grenen til segment 5 og 8, men fri af postolaterale sektorgren til 6 og 7. Der er dog ingen resektionsafstand mellem den postolaterale sektorgren og tumorprocessen.

Segmenterne 2, 3 og 1 er alle uden tumorproces, og segmenterne 6 og 7 er ligeledes uden tumorproces. Der er i retroperitoneum ingen patologiske lymfeknuder. Det hepatoduodenale ligament har nogle lymfeknuder, som er triangulære og normale af udseende uden mistanke om malignitet.

KONKLUSION

Centralt beliggende levertumor, hvor man kan overveje enten central fortsættes....

(NOTAT 05.06.08 fortsat)

hepatektomi eller udvidet højresidig hemihepatektomi, hvilket nok vil være det mest radikale, da forandringen ligger klos på hovedgrenen af højre hovedpedikel.

På baggrund af at ætiologien af tumor er ukendt aftaler vi, at foretage biopsi, der tages TRUCUT-biopsi gange to fra forandringen helt ukompliceret. Sendes til hastehistologi.

Efter afsluttet procedure grundig ekssufflering og begge Troicarsteder lukkes med Vikryl i fascie og

Monosyn interkutant i hud.

PLAN

Vi sigter mod resektion af tumor ved

udvidet højresidig hemihepatektomi,

det vil kræve at patienten skal have foretaget embolisering af det højresidige system mhp. kompensatorisk hypotrofi af venstre side, således at der kan foretages resektion af segmenterne 4, 5, 6, 7 og 8. Journal til ovl. ON mhp. planlægning af operationsdato og kemoembolisering mhp. at logistikken med operation ca. 4 uger efter er mulig.

NOTAT 10.06.08

INDLÆGGELSE

Genindlægges mhp. A-grafi og embolisering af hø. leverlap. Siden sidst velbefindende fraset, at hun har en fornemmelse af, at maven er lidt oppustet.

NOTAT 11.06.08

RØNTIGENAÆD.

I

LA, Lidocain 0,5% u.

er via hø. a. femoralis foretaget

abd. aortografi og coeliacografi og mesenterica sup. a-grafi

Derpå emboliseret a. hepatica dxt.

NOTAT 04.07.08

INDLÆGGELSE

Indlægges til planlagt udvidet højresidig hemihepatektomi 07.07.08.

TIDLIGERE

Sund og rask.

ORDINATIONER

Rp. væsketal, lever/galdetal, koagulationstal og CA19-9
 Rp. TED-strømper
 Rp. Fragmin 5000 IE subkutant
 Rp. narkosetilsyn

bj-elev

KL. 15.30

Informeres om operation inkl. højresidig hemihepatektomi. Accepterer. Er forberedt på evt. aflysning.

Ved anæstesiindl.
og

rp. TED
 - Fragmin 5000 IE x 1
 - 3 g Zinacef i.v.
 - 1,5 g Metronidazol

NOTAT 07.07.08
OPERATIONSGANGEN, KL. 09.30-11.45

I
gøres

generel anæstesi, se skema
JKA20 cholecystectomy
JKB00 choledochotomy

PATOLOGI

Central tumor involverende leverens segment 4 og 5 strækkende sig ud også i segment 3. Lymfeknuder fra ligamentum hepatoduodenale uden tegn på malignitet.

Der gøres peroperativ UL-skanning, choledochus åbnes, hvorefter det kan konstateres, at på venstre side strækker tumor sig helt ind til den intrahepatiske del. På højre side kan man ikke komme ud, der er ingen tegn på galdestase. Pt. er således non-resektabel.

PROCEDURE

Skråincision under højre kurvatur, forlænget i midtlinien op mod processus ensiformis. Ligamentum falsi forme deles, strukturerne i ligamentum hepatoduodenale identificeres, således vena porta og højre og venstre gren, venstre a. hepatica kommer direkte fra gastrica sin. For at afgøre endelig resektabilitet åbnes choledochus over et 2 cm langt område med instrument i venstre ductus hepaticus og ved UL-skanning kan det konstateres at det først er ude 2. til 3. deling af galdevejene at der er fri af tumor på venstre side. Choledochotomien lukkes med 4-0 Vicrylknuder. Galdeblæren fjernes. Ductus cysticus liggeres centralt.

Hæmostasen sikres, serviettallet afstemmes gennem særskilt indstiksåbning. Sugedræn nr. 18 bag choledochus. Der lukkes med fortløbende Vicryl i peritoneum, knuder i fascie,

stappler i huden

/cholangiokarcinom, non-resektabel/

Der skal ikke gives yderligere antibiotika.

jnr. til Onkokonf. den 11.07.

Oplæg til Onkokonf.:

Non-resektabel intrahepatisk cholangiokarcinom, mhp. pallierende kemoterapi.

MBN/ON.

Henning Overgaard Nielsen/

NOTAT 10.07.08

Jeg har haft samtale med patienten og manden. Det er aftalt, at vi henviser enten til onkologerne i Vejle eller her på OUH mhp. pallierende kemoterapi.

Patienten har været noget forkvalmet også med opkastninger, der er som om det går lidt bedre i dag. Der kommer en del serøst, men også galdefarvet i drænet, det bibeholdes, og der er aftalt

tilbageflytning til Kirurgisk Afd., Esbjerg d.d.

Hvis der forsat er galdefarvet i drænet, kan det blive nødvendig med ERC og stantanlæggelse. Årsagen er, at vi har haft åbnet choledochus.

Henning Overgaard Nielsen/

AMBULANT NOTAT 01.12.08

BREV TIL _____, SYGDONSKOORDINATOR, ESBJERG KOMMUNE

Pt. er forsøgt behandlet her for stor levertumor (intrahepatisk kolangiokarcinom). Tumor blev desværre fundet non-resektabel og således ikke kurabel. Pt. er derfor henvist til palliativ kemoterapi på Vejle Sygehus, da det er dem, der varetager onkologisk behandling af kolangiokarcinomer.

Således er pt. i palliativt behandlingstilbud og kan ikke forventes raskmeldt og har en terminalcancer sygdom. Der er vedlagt kopi af epikrise.

CHARITÉ · D-10098 BERLIN

Allgemeinchirurgie
Station 20
Charité - Campus Virchow
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

***** STATIONÄRER BEFUNDNACHDRUCK *****

CAMPUS CHARITÉ MITTE

Institut für Pathologie
Direktor: Prof. Dr. med. M. Dietel
"Rudolf-Virchow-Haus"
Schumannstr. 20-21, 10117 Berlin

J-Nr.: E27773-08

Pat.-Name: Nielsen
Vorname: Mai
geboren: 23.10.1955

SBAL

Vorbefunde: E25655-08

Eingang: 14.08.2008
Ausgang: 18.08.2008

Pathologisch-anatomische Begutachtung

Makroskopie

Hemihepatektomie rechts: Leberteilresektat, Gewicht 1258 g, 140x135x70 mm. Leberparenchym-AE 90x50 mm. Auf der SF ein weißer TM von 65x60x55 mm. Der Tumor reicht makroskopisch sehr dicht an die chir. AE heran. Im Randbereich des TM ein intravasaler Stent. Das Präparat ist bereits eingeschnitten.

Blockverteilung

A TM-Bezug Leberparenchym-AE, B TM-Bezug Kapsel, C TM zentral,
D TM fernes Leberparenchym, E TM mit Gefäßen, F TM-Bezug Leberparenchym-AE.

Mikroskopie

Innerhalb des Leberparenchyms Manifestation eines Tumors mit glandulärem Wachstumsmuster und ausgeprägter Stromadesmoplasie. Die Tumorzellen mit unscharfen Zellgrenzen und reichlich eosinophilem Zytoplasma. Die Tumorzellkerne mäßiggradig pleomorph, teilweise blasig aufgetrieben, mit randständigem Kernchromatin und prominenten Nukleolen. Der Tumor infiltriert einen größeren Gallengang (C) von außen und reicht herdförmig in die Leberparenchym-AE hinein. Das tumorferne Leberparenchym zeigt Zeichen einer akuten Blutstauung sowie eine neutrophil granulozytär dominierte Entzündungsreaktion.

Diagnose

Leberteilresektat mit einem max. 65 mm großen, mittelgradig differenzierten Adenokarzinom, herdförmig in die Leberparenchymabsetzungsebene hineinreichend.

Kommentar

Der histomorphologische Befund ist vereinbar mit einem cholangiozellulären Karzinom.

Prof. Dr. Dietel

Prof. Dr. Röcken

Dr. Rieger

Charité | Campus Virchow-Klinikum | 13344 Berlin

To whom it may concern

Klinik für Allgemein-, Visceral- und Transplantationschirurgie

Direktor: Prof. Dr. med. P. Neuhaus

Station: 20
 Aufnahme-Nr.: 0303558616
 Unser Zeichen: dr stockmann
 Tel.: +49 (0) 30-450552614
 Fax.: +49 (0) 30-450552924
 chirurgie@charite.de

Berlin, den 04.09.2008

Sprechstunden:

08.00 – 14.00 Uhr

Tel: 030 / 450 65 20 13
 030 / 450 65 20 23

Darmsprechstunde (Do)
 Tel: 030 / 450 65 20 04

PD Dr. Schumacher
 PD Dr. Neumann
 Prof. Dr. Neuhaus
 Prof. Dr. Weidemann

Ösop., Magen, Darm (Mo)
 Tel: 030 / 450 65 21 17

PD Dr. Schumacher
 Prof. Dr. Weidemann
 PD Dr. Pascher

Lap. Chirurgie (Mo + Do)
 Tel: 030 / 450 65 28 18

Dr. Schmidt
 PD Dr. Neumann
 Dr. Guckelberger

Leber, Galle (Mo + Do)
 Tel: 030 / 450 65 26 03

Prof. Dr. Neuhaus
 Prof. Dr. Seehofer
 Prof. Dr. Neumann

Pankreas (Do)
 Tel: 030 / 450 65 28 18

PD Dr. Glanemann
 Dr. Bahra

Schilddrüsenchirurgie (Mi)
 Tel: 030 / 450 65 21 28

PD Dr. Rayes
 PD Dr. Seehofer
 Dr. Ulrich

Gefäßchirurgie (Di)
 Tel: 030 / 450 65 23 93

PD Dr. Puhl
 Dr. Heidenhain

Lungenchirurgie (Di)
 Tel: 030 / 450 65 22 35

Dr. Heidenhain

Transplantation (tgl.)

PD Dr. Pratschke (Niere/Pankr.)
 Tel: 030 / 450 65 23 47

Fr. Dr. Neuhaus (Leber)
 Tel: 030 / 450 65 21 33

PD Dr. Pascher (Dünndarm)
 Tel: 030 / 450 65 22 53

Privatsprechstunde (Mi)
 Prof. Dr. Neuhaus

Tel: 030 / 450 55 20 01

N:/ 1. Chirurgische Poliklinik i.H.

Dear colleagues,

we kindly refer to our patient

Mrs Mai NIELSEN, born 10-23-1955,
 resident in Aadalsparken 29, 6710 Esbjerg,

who was inpatient from august 11th to september 5th 2008.

diagnoses: cholangiocellular carcinoma
 state after cholecystectomy (07-07-2008)
 heparin-induced thrombocytopenia type II
 postoperative bile leak

therapy: right trisectorectomy (08-12-2008)
 hepaticojejunostomy with implantation of a splint
 partial resection of the portal vein
 continous lavage and drainage of the postoperative bile leak

histology: mid-grade differentiated adenocarcinoma conformable to
 cholangiocellular carcinoma
 pT1 G2 R1 L0 V0

history and progress:

Mrs Nielsen was diagnosed a 6 cm large central liver process (segment 4 classified as adenocarcinoma (probably intrahepatic cholangiocarcinoma) in her home-country denmark. A PET-scan showed no further pathological foci in the abdomen. After surgery on july 7th 2008 the tumour was stated inoperable, the gall bladder was removed and Mrs Nielsen was planned for chemotherapeutical treatment only. She contacted us for second estimation.

We were able to perform a right hepatic trisectorectomy with biliodigestive anastomosis and implantation of a splint on august 14th 2008. The portal vein

was partially resected. The tumor was capsulated and resection was hardly on the margin of the tumor. Thus, formally the histology stated an R1 status. However, due to the CUSA resection technique and infrared coagulation additional 3-5 mm safety margin were reached and we postulate complete resection.

Mrs Nielsen developed well postoperatively. Control scans showed proper perfusion of the liver and no gall branch obstructions.

Thrombocytopenic decrease on day 11 after surgery and positive HIPA (heparin-induced platelet-activation test) let us change the antithrombotic therapy to Arixtra® (Fondaparinux).

An oncological consultation advises no adjuvant chemotherapeutical treatment at the actual situation, but determination of tumor markers Ca19-9, CEA, as well as subsequent treatment by an oncologist close to Mrs Nielsen's habitation. A postoperative ct scan should be performed at month 3 after the operation.

Mrs Nielsen is still under constant lavage and drainage treatment of a **biloma** over a foley catheter. We kindly ask for subsequent treatment and recommend further lavage over 1 week. Then bilirubin should be measured in the fluid without lavage and the foley catheter retracted step by step.

If there are any remaining questions or problems concerning her healing process, do not hesitate to contact us:

Ward 20 : +49 (0) 30-450652614

last meds:

| | |
|---|---------------|
| Spironolacton® 100mg | 1 - 0 - 0 |
| Lasix® (Furosemid) 20mg | 1 - 0 - 0 |
| Erythromycin® 250 mg | 1 - 1 - 1 - 1 |
| Ciprobay® (Ciprofloxacin) 500mg | 1 - 0 - 1 |
| Pantozol® (Pantoprazol) 40mg | 0 - 0 - 0 - 1 |
| Durogesic (fentanyl) transdermal 25 µg every 3 days | |
| Novalgin® (Metamizol Supp.) 40° | 1 - 1 - 1 - 1 |
| Arixtra® (Fondaparinux) 7,5mg s.c. | 0 - 0 - 1 |

CAVE: allergic to penicilline!

With best regards

Prof. P. Neuhaus MD
Head of department

Prof. H. Weidemann MD
Senior consultant


Dr. M. Stockmann MD
Resident

enclosed:



Operative report



Histology



Last Lab

| | | | |
|--|---|----------------------------------|--|
| Operationsbericht | | | Universitätsklinikum der Humboldt-Universität zu Berlin Klinik für Allgemein-, Viszeral und Transplantationschirurgie |
| Name: NIELSEN, Mai | | | |
| Geburtsdatum: 23.10.1955 | | | |
| Anschrift: Aadalsparken 29 6710 Esbjerg | | | |
| Station: WAC-S20 | | Fall-Nr.: 0303558616 (52.594) | OP-Datum: 13.08.2008 |
| Operateur: | Prof. Dr. Peter Neuhaus | Anästhesist: | Dr. Viktoria Martiny |
| Ass. I: | Prof. Dr. Henning Weidemann | Ass.: | |
| Ass. II: | Dr. Sven Kohler | Anästhesieart: | Intubation |
| Ass. III: | PJ | Instr. Schwester: | Katrin Meier Renata Knossalla |
| Diagnose: | Cholangiocelluläres Carcinom von ca. 6 cm Durchmesser, zentral gelegen, mit Beteiligung der Gallengänge, der Pfortadergabel und der übrigen Gefäße, Z.n. explorativer Laparotomie in Dänemark Jetzt: Indikation zur Re-Operation | | |
| Operation: | Trisektorektomie rechts (SI, SIV-VIII), komplette Resektion des extrahepatischen Gallengangsystems, Resektion der Pfortadergabel mit E/E-Anastomose, partielle Oberbauchlymphadenektomie, 2 x Roux-Y-Hepatico-Jejunostomie mit intern verlorenen Drainagen links-lateral | | |

OP-Indikation: Bei Frau Nielsen wurde ein relativ großer Tumor im zentralen Bereich der Segmente IV, V und VIII mit Angrenzen an die Gefäßstrukturen des Segmentes II und III diagnostiziert. Es erfolgte zunächst in Dänemark eine Probelaparotomie und der Versuch einer Präparation/Resektion, der abgebrochen wurde. Der Patientin wurde eine palliative Chemotherapie empfohlen. Sie stellte sich nun hier vor und wurde dahingehend beraten, dass eine erneute PL mit dem Ziel einer Trisektorektomie rechts möglicherweise erfolgversprechend sei.

In ITN und Rückenlage Eröffnen des Abdomens durch ausgedehnten Oberbauchquerschnitt mit aufgesetztem Längsschnitt zum Xiphoid hin. Zunächst werden im Oberbauch Verwachsungen zwischen dem großen Netz, der Leberunterfläche und der Konvexität der Leber gelöst, die von der Voroperation herrühren. Danach wird das Abdomen komplett exploriert, insbesondere sorgfältig der Unterbauch ausgetastet und, soweit möglich, angesehen, um eventuell hier befindliche peritoneale Metastasen auszuschließen. In der ganzen Bauchhöhle wird dabei kein weiterer pathologischer Befund gefunden. Gleichzeitig wird geringfügiger, leicht trüber Ascites aus dem Unterbauch, insbesondere im Douglas, abgesaugt und eine Spülung zur cytologischen Untersuchung des peritonealen Exsudats

vorgenommen. Die cytologische Untersuchung des Exsudats durch Herrn Dr. Abadi zeigt Tumorzellfreiheit. Nun Rückverlagerung des Darms in den Unterbauch und Abdrängen des Colon transversum nach caudal, das Colon wird hier mit einem feuchten Bauchtuch bedeckt. Es erfolgt die Revision der Leberumgebung, insbesondere des subhepatischen Raumes und des Leberhilus zur Feststellung der Resektabilität. Dazu wird zunächst das kleine Netz durchtrennt, hier findet sich eine sehr kräftige A. hepatica sinistra, abgehend aus der A. gastrica sinistra, die natürlich geschont wird. An üblicher Stelle am Ligament findet sich dagegen keine Leberarterie links und nur ein rudimentärer Gefäßstrang rechts. Die Bursa omentalis wird ausgetastet und inspiziert, hier ergibt sich kein Hinweis auf Tumordinfiltration, insbesondere nicht im Bereich der V. cava. Der linke laterale Leberanteil erscheint vollständig tumorfrei. Abstopfen dieses Präparationsgebietes und Präparation auf der rechten Seite. Das Duodenum wird komplett nach Kocher mobilisiert und die Lymphknotenstationen paraaortal und paracaval oberhalb des Nierenhilus exploriert. Es ergibt sich hier kein klinischer Hinweis auf Metastasierung. Incision der peritonealen Umschlagsfalte subhepatisch von der Leberkapsel zur Nierenkapsel hin und schrittweise Mobilisierung des rechten Leberlappens. Dabei werden kleine Gefäße mit dem Elektrocauter verschorft, größere umstochen. Es erfolgt damit die gesamte Mobilisierung des rechten Leberlappens vom Retroperitoneum und vom Zwerchfell her. Danach Blutstillung und zunächst Rückverlagerung der rechten Leber in die ursprüngliche Position.

Bei der Exploration des Lig. hepatoduodenale und des Hilus beginnt die Präparation am Pancreas-oberrand links. Hier sind von der Voroperation durch pancreatitische lokale Veränderungen die Arterien- und Pfortaderstrukturen nur sehr schwer bis kaum darstellbar, deshalb wird die Präparation von weiter cranial begonnen. Hier zweimal Verletzung der Pfortader, eine die mit 5x0 Prolene übernäht wird, eine linke Arterie oder eine nach rechts rüberreichende Arterie finden sich hier nicht. Die Präparation im Hilusbereich beschränkt sich auf die Darstellung der Fissura umbilicalis, die palpatorische Bestätigung der Tumorfreiheit in diesem Bereich und die Darstellung des linken Pfortaderastes in der Fissura umbilicalis. Dazu wird das Lig. umbilicale schrittweise aus der Fissur heraus präpariert, bis man an diesem Ligament auf die Pfortader kommt und die Aufzweigung in Segment II und III-Pfortaderast dargestellt ist. Erfreulicherweise wurde hier früher nicht präpariert, so dass man hier relativ gut vorankommt.

Zunächst weitere Lymphadenektomie am Pancreasoberrand rechts und links. Auf die weitere Lymphadenektomie wird verzichtet, da bereits frühere Lymphknotenpräparate alle tumorfrei gewesen sind.

Im nächsten Schritt dann Präparation der V. portae vom Pancreaskopf aus, also dem Bereich des Confluenz von V. mesenterica superior und V. lienalis bis zum geschätzten Abschnitt, etwa 1 cm unterhalb der Pfortadergabel. Die Pfortader kann hier in einem weichen Bereich ohne Narben dargestellt werden, was für die spätere Anastomosierung vorteilhaft ist. Dann folgt die weitere Präparation jenseits der Pfortadergabel links im Bereich der Incisura umbilicalis. Es wird angestrebt, die linke Pfortader auf ca. 10 mm Länge zu präparieren. Einstrahlende Äste zum Segment I und IV werden zwischen Ligaturen bzw. Umstechungen durchtrennt. Der D. choledochus ist zuvor bereits am Pancreaskopf abgesetzt und umstochen worden. Der Schnellschnitt vom D. choledochus zeigt Tumorfreiheit. Um eine bessere Übersicht zu bekommen, wird nun das Parenchym direkt im Bereich des Lig. falciforme und zulaufend auf die Incisura umbilicalis auf 3 – 4 cm Tiefe von der Oberfläche der Leber her incidiert, hierzu wird der Ultraschalldissektor benutzt. Kleinere Gefäße werden mit Koagulation bzw. Clips, die wenigen größeren Strukturen mit Ligaturen versorgt. Auf diese Weise kann dann die Pfortader noch besser visualisiert werden, sie wird im Stamm am Pancreaskopf und im Bereich der Fissura umbilicalis bereits nach ihrer Aufzweigung in die Segmentpfortaderäste jeweils mit Gefäßklemmen verschlossen und dann der Pfortaderstamm und der linke Pfortaderast durchtrennt. Der linke Pfortaderast wird dann in das Segment III

hinein incidiert, so dass eine anastomosierungsfähige Fläche der Pfortader von ca. 15 mm Länge entsteht. Der Pfortaderhauptstamm wird deshalb auf der linken Seite entsprechend nachincidiert, die Ecken getrimmt. Es erfolgt dann die E/E-Anastomose zwischen Pfortaderhauptstamm und linksseitigen Pfortaderästen mit fortlaufendem 6x0 Prolenefaden. Die Hinterwand wird überwendlich von innen, die Vorderwand von außen gestochen. Nach Freigabe des Blutstromes gute Lage der Pfortader, spannungsfreier Verlauf, weiche Pfortader ohne Stauung und guter Fluss in der Pfortader.

Nun Vorluxieren des rechten Leberlappens und schrittweises Freipräparieren der V. cava. Sämtliche einstrahlenden Venen vom Lobus caudatus und vom rechten Leberlappen werden abgesetzt, schließlich wird die rechte Lebervene zwischen zwei Gefäßklemmen durchtrennt und cavawärts übernäht, leberwärts grob umstochen. Danach Komplettierung der Resektion zwischen Segment II und IV, die mittlere Lebervene wird hier etwa 1 cm vor ihrer Einmündung bzw. dem Cofluenz mit der linken Lebervene durchtrennt und ligiert. Es werden damit entfernt Segment I, IV – VIII, und es bleiben Segment II und III über. Die Gallengänge, die zwischendurch ebenfalls durchtrennt wurden, finden sich im dorsalen Bereich hinter der Pfortader und ventral der Pfortader. Es werden jeweils zwei Ostien gefunden, ein größeres und ein kleineres, die nicht zusammengebracht werden können und deshalb getrennt voneinander anastomosiert werden müssen. Nach sorgfältiger Blutstillung an der Resektionsfläche wird eine 45 cm lange Roux-Y-Schlinge gebildet (Fußpunkts-anastomose als E/S-Jejuno-Jejunostomie mit fortlaufendem 4x0 PDS-Faden) und diese Schlinge endständig blind verschlossen durch einen Mesocolonschlitz rechts in den Oberbauch hinauf geleitet. Anlagern der Schlinge an die beiden Gallengänge, korrespondierende Incision des Dünndarms antimesenterial und Herstellen von je zwei Hepatico-Jejunostomien für die Segmente II und III der Leber. Nahtmaterial 5x0 PDS-Faden. In die größeren Gänge wird jeweils eine verlorene Silikon-Drainage eingelegt und mit einem feinen Stich gesichert. Abschließend dann nochmals Blutstillungskontrolle, Spülen der Bauchhöhle, Einlegen von zwei Easyflow-Drainagen, Hochrücken der rechten Colonflexur und danach auch Auffüllen des Totraums subphrenisch rechts mit Zwerchfell und übrigem Bauchinhalt. Der linke verbliebene Leberanteil wird durch Naht fixiert, so dass es nicht zu einer Torsion oder Abknicken der Gefäße kommen kann. Danach schichtweiser Wundverschluss durch fortlaufende Naht in der üblichen Technik

Die Patientin hat den Eingriff nach Rücksprache mit den Anästhesisten kreislaufmäßig und pulmonal sowie chirurgisch gut überstanden und kommt zur weiteren Betreuung zunächst auf die Intensivstation.

Prof. Dr. P. Neuhaus / ra.

17. juli 2008

BILAG 5A

Velbefindende. Plaster halveres.

rp. Åben indlæggelse ✓
Udskrives.

Patienten har fået kopi af journalen.

Vagn Juhl Jensen/je
Kontaktlæge Vagn Juhl Jensen

Indlæggelse 252 PK, 5. september 2008 kl. 09.00

Henvender sig på afd. Har haft kontakt til sygehuset i Berlin. De mener at det er meget vigtigt at det intraabdominale dræn genanlægges. Hvis ikke vi vil lægge det, foreslås patienten at drage mod Berlin igen.

Er upåvirket. Ingen abdominalsmerter.

Patienten har medbragt det tidligere dræn, som er et Foley kateter nr. 20, hvor ballonen er klippet af, således at der er indløb via ballonstudsens og udløb via kateterstudsens.

Patienten angiver at der er skyllet med ca. 50 ml/t op til udskrivelsen.

Objektivt

Abdomen: Cikatrice i øvre abdomen. Drænsted i højre side kaudalt for cikatricen.

Steril afdækning

Det indføres Foleykateter nr. 16 (ballonen afklippet) via drænhullet. Glider glat ind.

Der skylles med saltvand og der kommer tyndt blodigt tilbage.

Drænet fikseres med

nylon 3-0

Der påsættes stomipose og tilkobles saltvand.

Patienten er informeret om, at det ikke er vanlig dansk procedure at klippe i kateterballoner.

skyl med 40 - 50 ml saltvand/time.

Bliver på afd. natten over.

rp. væske- og inf.-tal samt levertal i morgen

Afd. læge Dorte Aude Andreasen/dl
Kontaktlæge Vagn Juhl Jensen

5. september 2008

Patient som har været gennem en større operation i Berlin (se vedlagte epikrise) møder op mhp. drænkontrol.

Patienten konf. med overlæge Vagn Juhl Jensen og det aftales, at patienten møder op her hver 2. dag til skylning af dræn, første gang i morgen.

Hun møder kl. 09.30.

Recept skrives på medicin til afhentning i morgen, dog er der ikke skrevet på Arixtra, idet adm. er s.c.

Aftale med hjemmesygepl. skal aftales, emn patienten er så hurtigt ude af døren, at det ikke nåes i dag.

I overensstemmelse med plan fra Berlin

rp. CT af abdomen 2 md. (henv. sendes i dag)

Mht. drænskyllning angiver patienten at hun indtil nu har haft kontinuerlig skyl med mellem 100 og 50 ml /time. Der er skyllet med NaCl.

Idet patienten har været på sygehus i Tyskland

rp. podning fra næse og svælg og perineum

6. september 2008

Abdominaldræn gledet ud. Vi må afvente hvad der sker, og evt. hvis der kommer gener lave UL-skanning mhp. UL-vejledt anlæggelse af bughuledrænage.

rp. lever/galdetal og inf.-tal mandag.

Kontaktlæge Vagn Juhl Jensen

6. september 2008

Der er i dag podet fra svælg, næse og peritoneum samt drænsted.

Patienten er mobiliseret og det aftales med bagvagten

sep. Arixtra inj.

Plan: Ellers som beskrevet ovenfor.

8. september 2008

Patienten får skyllevæske med hjem i ½ liters poser, da hun lettes kan håndtere dette derhjemme. Det skal løbe så langsomt som det kan, da skyllevæsken er meget klar. Hun har besluttet at tage til Berlin og fjernet drænet, når det er klaret helt op.

rp. dræntest

Vagn Juhl Jensen/dl

10. september 2008

Dyrkning ved drænsted viser Staph. aureus - følsomme for penicillin/Erythromycin
Mikrobiologerne har givet svar om antibiotika, dette er OK.

Vagn Juhl Jensen/dl

15. september 2008, Esbjerg

Patienten er afebril. Har lidt smerter ved drænstedet.

LKC er normale, men CRP 144.

Vægt 60,6 kg

Vi sender

Så podes vi drænstedet.

Hun må få

og så komme igen på onsdag.

sep. Furix.

drænskylllevæske til D og R

3 protein til hver dag

Ophører med antibiotika som aftalt i dag.

Vagn Juhl Jensen/dl

Kontaktlæge Vagn Juhl Jensen

17. september 2008, Esbjerg

Patienten har det egentlig rimeligt, men hun er lidt bekymret for drænet og de forhøjede tal.

Nu tjekker vi dem i dag.

Hun har faktisk lidt planer om at tage til Tyskland og få drænet fjernet.

Jeg har fortalt hende, at bliver der problemer kan det jo tage indtil flere døgn inden de opstår, så egentlig synes jeg ligeså godt vi kunne fjerne drænet her og nu.

Det tænker hun lige over, så får hun proteindrik i ventetiden.

Vagn Juhl Jensen/dl

17. september 2008, Esbjerg

Efter patienten's ønske

ndskrivelse.

Udskrivningsepikrise

Indlagt: 05.09.2008 09:00

Udskrevet: 17.09.2008 12:00

Aktionsdiagnose

DC229 Neopl mal hepatis uden specifikation

AZCA4

EPIKRISSE:

52-årig kvinde kendt med neoplasma malignum hepatis kommer til drænkontrol. Der foretages skylning hver 2. dag, og pt. udvikler i forløbet smerter ved drænstedet.

Der tages infektionstal visende normale leucocytter og CRP 144, hvorfor der podes fra drænstedet.

Pt. giver udtryk for bekymring herfor og anfører, at hun har planer om at tage til Tyskland og få drænet fjernet. Hun tilrådes at drænet kunne fjernes her, men udskrives efter eget ønske.

Lotte Poulsen, reservelæge/up

Med venlig hilsen

Vagn Juhl Jensen, overlæge

MINISTERIET FOR SUNDHED OG FOREBYGGELSE

Mai Nielsen
post@mai-nielsen.dk



Kære Mai Nielsen

Tak for din e-mail af 9. december 2008 om dit behandlingsforløb for kræft. Jeg er først og fremmest glad for at høre, at du har oplevet en så positiv udvikling i din sygdom.

I din e-mail beskriver du indledningsvis dit udredningsforløb, som resulterer i diagnosen kræft i leveren, men med gode udsigter for helbredelse. Ved operationen viser det sig imidlertid, at det ikke er muligt at foretage det kirurgiske indgreb som planlagt. Du henvises til strålebehandling og oplyses om, at strålebehandlingen i dit tilfælde kan have en livsforlængende men ikke helbredende effekt. Du skriver, at du på sygehuset møder en patient, som har haft samme kræftsygdom som dig, og som er blevet kureret på Berlins Universitetshospital. Du vælger at følge trop. Ifølge din e-mail overstås operationen på Berlins Universitetshospital med så vellykket et resultat, at du nu er kræftfri.

Du spørger til, hvorfor man i Danmark med sikkerhed kunne oplyse dig om, at helbredelse ikke var muligt, når det ikke var tilfældet. Det er min klare overbevisning, at de danske læger gør, hvad der står i deres magt for at give danske kræftpatienter den bedste behandling. Det er også mit generelle indtryk, at de danske læger løbende sørger for at holde sig opdateret om nye behandlinger i og uden for landets grænser, så de kan informere patienterne om mulige behandlingstilbud. Dit konkrete forløb og kommunikationen med lægerne kan jeg ikke vurdere, da jeg kun kender det fra din beskrivelse. Du sætter endvidere spørgsmålstegn ved, hvorfor Odense Universitetshospital ikke umiddelbart vil udlevere dine scanningsbilleder, mens Esbjerg Sygehus og Vejle Sygehus udleverede billederne uden problemer. Det er beklageligt, at du har oplevet Odense Universitetshospitals indstilling som beskrevet, men jeg kan igen ikke vurdere baggrunden herfor. For nærmere svar på spørgsmål om lægernes kendskab til behandlingstilbud i Tyskland og udlevering af scanningsbilleder, må du rette henvendelse til det pågældende sygehus.

I forhold til dit spørgsmål, om hvorfor man spreder sjældne kræftsygdomme på flere sygehuse i Danmark, kan jeg oplyse, at regeringen arbejder målrettet på at sikre sammenlægning af den specialiserede behandling på få enheder for at sikre, at patienterne altid bliver behandlet dér, hvor man har den rette ekspertise. For at sikre rammerne for samling af behandlingen, har regeringen som en del af kvalitetsreformen afsat 25 mia. kr. til investeringer og nybyggeri i det danske sygehusvæsen. I forlængelse heraf er nedsat et ekspertudvalg, som har vurderet regionernes forslag til konkrete større strukturelle anlægsprojekter. Den 27. november 2008 afgav ekspertudvalget sin indstilling til regeringen til videre behandling vedr. anvendelse af de første 15 mia. kr. Samtidig arbejder Sundhedsstyrelsen målrettet på, hvordan de fysiske rammer skal udfyldes for at sikre tilstrækkelig aktivitet til, at de pågældende speciallæger kan udvikle og vedligeholde en vis rutine og erfaring.

Slotsholmsgade 10-12
DK-1216 København K
Tlf. +45 7226 9000
Fax. +45 7226 9001
E-mail sum@sum.dk
Hjemmeside www.sum.dk

12 JAN. 2009

Dato:
J.nr.: 2008-12165-315

På kræftområdet har vi med indførelsen af pakkeforløb for alle kræftformer i 2008 gjort en ekstra indsats for at sikre alle kræftpatienter behandling på højeste niveau, uanset hvor de bor i landet. Udover at sikre kræftpatienter den anbefalede behandling, sikrer pakkeforløbene endvidere patienterne veltilrettelagte forløb uden unødigt ventetid og tryk i forløbet gennem tilbud om kontaktperson og god information undervejs i forløbet. Pakkeforløb er blevet indført gradvist i løbet af 2008, således at der er pakkeforløb for alle kræftformer inden årets udgang.

Du spørger til second opinion panelet, som yder rådgivning til de behandlende sygehuslæger om mulighederne for eksperimentel behandling, såfremt der ikke er mere at gøre gennem traditionel behandling. Sygehusafdelingerne får dermed adgang til at sikre, at alle behandlinger, der anses for at kunne kurere en sygdom eller forlænge livet, er overvejet i relation til patienter med livstruende sygdomme. Siden den 1. januar 2003 har kræftafdelinger kunne henvende sig til second opinion panelet med henblik på evt. henvisning af kræftpatienter til eksperimentel eller forskningsmæssig behandling i udlandet. Siden 2005 har det også været muligt at modtage eksperimentel behandling i Danmark. Jeg mener faktisk, at vi har en ordning, der sikrer danske kræftpatienter de bedst mulige behandlingsmuligheder. Jeg kan i øvrigt oplyse, at den gennemsnitlige sagsbehandlingstid er 9 dage.

I forhold til dit spørgsmål om refusion kan jeg oplyse, at EF-domstolen i en række domme afsagt siden 1998 har fastslået, at patientbehandling både i og uden for hospitalssektoren er tjenesteydelser i EF-traktatens forstand og derfor omfattet af traktatens regler om fri bevægelighed. Det er en grundlæggende betingelse for anvendelse af reglerne om det indre marked i denne sammenhæng, at behandlingen er dækket af hjemlandets sikringsordning. Domstolen har i de hidtidige sager fastslået, at selvom hospitalsbehandling er en tjenesteydelse og dermed undergivet den frie udveksling, så kan en række hensyn bl.a. til planlægning og økonomi i sygehussektoren berettige, at medlemsstater fastholder et system, hvor en person skal søge om forhåndsgodkendelse fra sit eget system – i Danmark fra bopælsregionen – for at kunne få dækket udgifter til hospitalsbehandling, der ønskes i en anden medlemsstat. Jeg vil opfordre dig til at tage kontakt til din bopælsregion vedr. en nærmere afklaring i din konkrete situation.

Med venlig hilsen

Jakob Axel Nielsen

Mai Nielsen
 Adalsparken 29
 6710 Esbjerg V



Sundhedsområdet
 Internt Ledelsessekretariat
 Kontaktperson: Conny Orloff
 Conny.Orloff@regionsyddanmark.dk
 sundhed@regionsyddanmark.dk
 Direkte tlf. 76631135

23. marts 2009
 Journal nr. 08/19268
 Side 1 / 2

Kære Mai Nielsen

Du har ved mails af 8. februar og 17. marts 2009 rettet henvendelse regionsrådsformand Carl Holst med anmodning om refusion af dine udgifter på ca. 300.000 kr. til operation i udlandet.

Efter oplysningerne i din mail af 9. december 2008 til Sundhedsministeriet, hvor du har redegjort for dit forløb, fandt Odense Universitetshospital det ikke muligt at tilbyde kirurgiske indgreb, derimod blev du tilbudt kemoterapi som kunne have livsforlængende effekt. Derefter har du selv truffet beslutningen om at blive behandlet på Berlins Universitetshospital.

Sundhedslovgivningen angiver udtømmende, hvornår der er hjemmel til at betale for behandling i udlandet.

Sundhedsstaben har derfor vurderet, om der i dit konkrete tilfælde er hjemmel til at dække dine udgifter til behandling i udlandet.

Efter reglerne skal regionsrådet refundere patienters udgifter til behandling på et sygehus i et andet EU- eller EØS-land, hvis regionsrådet ikke kan tilbyde patienten rettidig behandling på egne sygehuse, andre offentlige sygehuse, samarbejdssygehuse eller aftalesygehuse.

Det er en forudsætning for behandling i andet EU- eller EØS-land, at der ikke kan tilbydes *rettidig* behandling i Danmark.

Efter det oplyste fandt Odense Universitetshospital ikke at kunne tilbyde dig yderligere behandling.

Der er således ikke tale om, at der er tilbudt dig en behandling i Danmark, som ikke kunne gives rettidigt.

Region Syddanmark finder derfor ikke, at du var berettiget til behandling i et andet EU- eller EØS-land

I din mail til Sundhedsministeriet har du oplyst, at du har spurgt Onkologisk afdeling på Vejle Sygehus om muligheden for Second Opinion,



19. marts 2009
Journal nr. 08/19268
Side 2 / 2

"hvilket du fik et klart svar på: det er sidst behandlende sygehus (her Vejle) der skal indstille mig og der vil antageligt gå 4 – 6 uger og det er tilsvarende læger, der sidder i "udvalget", så svaret vil ganske givet ikke være anderledes end her, og hvis jeg ønsker dette, skal jeg bare vide, at jeg ryger helt ud af behandlingssystemet, så længe forespørgslen ikke er besvaret, og herefter er der ingen tidsmæssig behandling".

Videre fremgår af din mail, at den behandling, som du fik på Universitetshospitalet i Berlin, ikke tilbydes i Danmark, - derimod har Vejle Sygehus tilbudt dig kemoterapi, som du valgte ikke at tage imod.

Det er derfor Region Syddanmarks vurdering, at den behandling, som du fik på Universitetshospitalet i Berlin, er eksperimentel behandling.

Forudsætningen for at få tilbud om eksperimentel behandling i udlandet er, at sagen forelægges Sundhedsstyrelsens rådgivende panel ("second opinion panelet"), og at en indstilling fra den behandlende sygehusafdeling om eksperimentel behandling i udlandet skal forelægges Sundhedsstyrelsen til godkendelse. Godkendelsen skal foreligge, inden behandlingen foretages.

Dette er ikke sket i dit tilfælde, da du selv traf beslutningen om behandling i udlandet.

På dette grundlag finder Region Syddanmark ikke, at der er hjemmel til at yde dig refusion af dine udgifter til behandling på Berlins Universitetshospital.

Denne afgørelse kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed.

Venlig hilsen

Per Busk
Afdelingschef

Mai Nielsen
Ådalsparken 29
6710 Esbjerg V



Sundhedsområdet
Planlægning og Udvikling
Kontaktperson: Charlotte Metzmann
Charlotte.Metzmann@regionsyddanmark.dk
sundhed@regionsyddanmark.dk
Direkte tlf. 76631459

30. juni 2009
Journal nr. 08/19268
Side 1 / 1

Kære Mai Nielsen

Med henvisning til de sidste to dages medicintale af din sag samt 1. næstformand for regionsrådet Poul-Erik Svendsens udtalelser om, at din sag burde prøves ved klageinstans, vil jeg gerne orientere dig om dine muligheder for at klage over dit forløb på Odense Universitetshospital og Vejle Sygehus. Jeg vedlægger til din orientering pjecer og klageskema.

Hvis du ønsker hjælp til at skrive en klage, kan jeg henvise til patientvejleder Susanne Fritzen. Du kan kontakte Susanne Fritzen på telefon 7663 1447. Patientvejledernes telefontid er alle hverdage fra kl. 9.00 til 12.00 på telefon 7663 1490.

Jeg vil desuden meget beklage den lange svartid på din mail af 26. marts 2009. Vi vender tilbage, så snart vi har modtaget en faglig udtalelse, som skal bruges til svaret.

Venlig hilsen

Per Büsk

Afdelingschef

Sundhedsområdet, Planlægning og Udvikling

OUH
Odense
Universitetshospital
Svendborg Sygehus

Region Syddanmark
 Damhaven 12
 7100 Vejle

Att.: Bjarne Aaby

Direktionen

Kontakt: Charlotte Lykke Palmus
 charlotte.palmus@ouh.fyns-amt.dk
 Direkte tlf. 6541 3942

12. august 2009
 Journal nr. 2-16-12-11-00704-2009
 Side 1/2

Mai Astrid Grøndahl Nielsen

Region Syddanmark har ved mail af 25. juni 2009 anmodet om direktionens udtalelse til brug for stillingtagen til en betalingsanmodning fra ovennævnte patient.

Der er særligt anmodet om at få oplyst, om den operation patienten har gennemgået i Berlin er præcis den samme operation, som man forsøgte gennemført på Odense Universitetshospital.

Sagen har været til udtalelse hos afdelingsledelsen på Kirurgisk Afdeling A, som har oplyst følgende:

Den operation, som patienten har modtaget i Berlin består i en operativ fjernelse af knuden med 75% af leveren. Det svarer til det indgreb, der var planlagt gennemført på Odense Universitetshospital. Imidlertid fandt man ved operationen på Odense Universitetshospital spredning ud i 2. og 3. forgrening af galdegangen i den del af leveren, som ikke skulle fjernes.

Ved en sådan spredning er det den kliniske og videnskabelige erfaring, at patienten ikke bliver gavnet med en operativ fjernelse af knuden, og i de internationale rekommandationer anbefales, at der afstås fra forsøg på operation.

På baggrund af de operative fund og den videnskabelige evidens der foreligger, afstod man derfor fra at foretage indgrebet. Det er således ikke korrekt, når der i notatet fra Mai Nielsen anføres, at knuden ikke kunne fjernes. Årsagen til at man afstod fra indgrebet var de anbefalinger, der ligger til grund for at gennemføre denne type indgreb.

Direktionen tilslutter sig afdelingsledelsens udtalelse.

Venlig hilsen

Peter Frandsen
 Direktør, dr.med

Charlotte Lykke Palmus
 Fuldmægtig

HPB, 2008; 10: 171–173

informa
healthcare

REVIEW ARTICLE

Radical surgery for right-sided klatskin tumor

P. NEUHAUS & A. THELEN

*Department of General, Visceral and Transplant Surgery, Campus Virchow-Klinikum, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany***Abstract**

Local excision of hilar cholangiocarcinomas results in long-term survival in only very few cases. Therefore, the combination of right or left liver resection and bile duct resection has been the standard treatment since about 1990. Five-year survival rates after curative resection could be improved to 30–40%. Recurrence is frequently seen locally, therefore more extended resection with adherence to the surgical principals of tumor resection, such as the “no-touch technique”, appears useful. Excellent results with 5-year survival rates up to 60% after curative resection can be achieved with right trisectionectomy together with principle *en bloc* hilar resection. Perioperative mortality is still high because of the small remaining liver volume.

HPB, 2008; 10: 122–125

informa
healthcare

REVIEW ARTICLE

Criteria of unresectability and the decision-making process

R. D. SCHULICK

*Johns Hopkins Hospital, Baltimore, MD, USA***Abstract**

Determination of the exact criteria for resectability in patients with cholangiocarcinoma and how they are most efficiently evaluated has many limitations. Among many factors taken into account in this decision-making process are: the condition of the patient, the biology of the disease, and the technical expertise of the surgeon and hospital. An attempt is made here to organize recommendations for the work-up of patients and the main criteria for resectability as best possible, keeping in mind that there will always be some limited room for exceptions, especially if the biology is favorable. Work-up and determination of resectability for patients with distal cholangiocarcinoma are more straightforward than at the other two sites of the disease (perihilar and peripheral). In general, these follow the same principles as those for other periampullary carcinomas (pancreas, ampullary, and duodenal). The work-up and determination of resectability for patients with peripheral cholangiocarcinoma can be relatively straightforward if the lesion is away from the hilus of the liver and does not involve a significant proportion of parenchyma, but can be problematic if it is more central or very large. Patients with perihilar cholangiocarcinomas are perhaps the most challenging, as factors such as patient condition, biology of the disease, local involvement of the major vessels and bile ducts at the hilum, and the future liver remnant all have a bearing in the decision-making process.

Key Words: *Cholangiocarcinoma, resectability, staging*



Mai Nielsen
 Bjarne Aabys
 Bjarne Aabysvej 29
 6700 Svendborg V.

Kontaktperson:
 Bjarne Aabye
 Direkte tlf. 7663 1327

18 AUG. 2009

Journal nr. 08/19268
 Baa/8218

Kære Mai Nielsen.

Efter at have modtaget en udtalelse fra direktionen på Odense Universitetshospital (OUH) vender jeg hermed tilbage til dit brev af 25. marts 2009.

OUH's udtalelse af 12. august 2009 vedlægges.

Det fremgår, at det operative indgreb, som man havde planlagt at gennemføre på OUH, var det samme som det, du senere fik foretaget i Berlin.

På den baggrund kan operationen i Berlin ikke betragtes som eksperimentel behandling, således som vi gjorde i brev af 23. marts 2009.

Det fremgår endvidere, at man på OUH afstod fra at gennemføre operationen den 7. juli 2008 dels på grund af det operative fund ("spredning ud i 2. og 3. forgrening...") dels på grund af internationale rekommandationer (anbefalinger).

Regionen har intet grundlag for at anfægte disse faglige vurderinger.

Regionen finder derfor ikke, at man på det foreliggende grundlag kan affholde de udgifter, du er blevet påført ved operationen i Berlin. Regionen er imidlertid parat til at genoverveje afgørelsen, hvis Sundhedsvæsenets Patientklagenævn måtte finde grundlag for faglig kritik af de involverede læger enten for ikke at have fortsat og gennemført operationen den 7. juli 2008 eller for ikke at have henvist dig til et andet behandlingssted.

Hvis du ønsker at få bedømt de lægefaglige vurderinger, henviser jeg dig til at klage til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Hvis du ønsker hjælp hertil, er du, som tidligere nævnt, velkommen til at kontakte patientvejleder Susanne Fritzen på telefon 7663 1447.

Endelig beklager jeg meget, at du har måttet vente så længe på dette svar.

Venlig hilsen

Per Busk

Afdelingschef

Sundhedsområdet, Planlægning og Udvikling

Kopi t. o.:

Direktionen, OUH/Sygehus Svendborg (ad j.2-16-12-11-00704-2009)

OUH
Odense
Universitetshospital
Svendborg Sygehus

Mei Nielsen
 Adalsparken 29
 6710 Esbjerg V

Direktionen

Kontakt: Finn Thaarup/MVO
 finn.thaarup@ouh.regionsyddanmark.
 dk

Direkte tlf. 6541 2011

4. november 2009
 Journal nr. 2-16-12-11-00704-2009
 Side 1/4

Deres henvendelse af 8. oktober 2009 vedrørende kirurgisk behandling på Odense Universitetshospital i juli måned 2008

De fik i april måned 2008 konstateret en tumor på leveren.

Efter nærmere undersøgelse tilbød Odense Universitetshospital Dem operativ fjernelse af tumoren. Operationsindikationen blev ændret i forbindelse med selve operationens udførelse, idet der under operationen fandtes spredning ud i 2. og 3. forgrening af galdegangen i den del af leveren, som skulle efterlades.

Odense Universitetshospital kunne derefter ikke gennemføre en helbredende behandling af Dem. Operationen blev afsluttet, og De blev i stedet tilbudt lindrende behandling.

De blev selv opmærksom på, at et sygehus i Tyskland tilbød gennemførelse af operation af patienter med kræftsygdom tilsvarende Deres.

På egen foranledning kontaktede De det pågældende sygehus og aftalte en operation, som De selv betalte.

Efter gennemførelsen af operationen i Tyskland anser De Dem nu for fuldstændig rask i forhold til Deres kræftsygdom.

Ved brev af 8. oktober 2009 oplyser De, at Region Syddanmark har afvist at betale for Deres operation i Tyskland, og at afslaget er begrundet i Odense Universitetshospitals udtalelse til regionen af 12. august 2009.

På baggrund heraf rejser De nogle spørgsmål til Odense Universitetshospital. Deres henvendelse giver direktionen anledning til følgende bemærkninger.

Efter sundhedsloven må ingen behandling bringes til udførelse uden patientens informerede samtykke. Patienten skal således acceptere et givet tilbud om behandling, før behandling kan iværksættes.

37

Sdr. Boulevard 29
 5000 Odense C
 Tlf. 6611 3333
 www.ouh.dk

**OUH
Odense
Universitetshospital
Svendborg Sygehus**

4. november 2009

Journal nr. 2-16-12-11-00704-
2009

Side 2/4

Det tilbud, som gives patienten, fastlægges efter lægefaglige norm. Det er således ikke patienten, som kan fastlægge en undersøgelse og behandling eller stille krav om en undersøgelse og behandling, som patienten mener, tjener patienten bedst.

Sygehusbehandling på offentlige sygehuse i Danmark tilbydes på baggrund af såkaldt evidensbaseret praksis. D.v.s. at foreliggende oplysninger om dokumenteret behandlingseffekt lægges til grund for formuleringen af behandlingsforslag for den enkelte patient. Såfremt en given behandling gennemsnitligt forventes at medføre en positiv effekt for patienten i forhold til andre behandlinger eller ingen behandling, vil patienten få tilbudt en sådan behandling.

Behandlinger, som ikke lægefagligt sikkert vurderes at tilføre patienten en behandlingsfordel, bringes kun til udførelse som led i forsøg, og efter særlige procedurer som sikrer, at der kan drages konklusioner af forsøget, eller i enkeltstående situationer, hvor en ikke dokumenteret behandling er "et sidste forsøg" – hvor man tager en chance.

Undersøgelsen af Dem forud for operation på Odense Universitetshospital viste en afgrænset kræftsygdom i leveren, som man antog ville kunne fjernes ved operation.

Under operationen konstateredes spredning af kræftsygdommen ud i 2. og 3. forgrening af galdegangen. Derefter opgav man på Odense Universitetshospital at gennemføre operationen, idet en gennemførelse af operationen blev vurderet at medføre større ulemper for Dem, end hvis man afstod fra at gennemføre operationen.

Til grund for beslutningen om ikke at gennemføre operationen lå internationale anbefalinger. Der kan i den forbindelse henvises til konsensuskonference i 2008 publiceret i International Hepato Pancreato Biliary Journal: HPB volumen 10, no. 2 og 3. Det kan endvidere oplyses, at strategien blev bekræftet ved internationalt møde i Athen i juni 2009, som endnu ikke er publiceret.

Det er Odense Universitetshospitals opfattelse, at det var lægefagligt korrekt og i overensstemmelse med internationale anbefalinger, at operationen af Dem ikke blev gennemført.

Odense Universitetshospital vil ikke betvivle, at De har haft udbytte af at blive behandlet i Tyskland, men De udsatte Dem samtidigt for en risiko for, at operationen forværrede Deres tilstand i forhold til ikke at blive opereret. Og den risiko var i en sådan størrelsesorden, at gennemførelse af operationen var direkte kontraindiceret.

Det forhold, at De personligt har haft et positivt udbytte af operation, ændrer således ikke ved, at den gennemsnitlige patient med kræftsygdom tilsvarende Deres, vil opleve længere levetid ved ikke at blive opereret.

OUH
Odense
Universitetshospital
Svendborg Sygehus

4. november 2009

Journal nr. 2-16-12-11-00704-2009

Side 3/4

Den patient, som modtager en nedslående information om behandlingsmuligheder, kan have svært ved at acceptere en sådan information. Hvilket er umiddelbart forståeligt. Og det giver ofte mening for patienten at undersøge muligheden for behandling på sygehuse i udlandet. Og inden for kræftbehandlingen er det ikke svært at finde sygehuse og klinikker i udlandet, som tilbyder behandling.

Det forhold, at sygehuse og klinikker i udlandet tilbyder behandling i tilfælde, hvor danske sygehuse ikke tilbyder behandling, er imidlertid ikke nødvendigvis udtryk for en behandlingsvillighed, begrundet i en forventning om positiv effekt af en foreslået behandling på baggrund af dokumenterede data. Forskelle i organisationen af sygehusvæsenet i forskellige lande giver større rum i f. eks. Tyskland, for at individuelle patientønsker om behandling kan nyde fremme.

Beslutningen om ikke at gennemføre operationen af Dem på Odense Universitetshospital, kan indbringes for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

De har haft problemer med at få udleveret kopi af skanningsresultater fra Odense Universitetshospital. Det er ikke muligt at identificere de 3 sundhedspersoner, som efter Deres oplysninger afviste at udlevere skanningerne, og det er derfor ikke muligt at redigere nærmere for en sådan afvisning.

De har imidlertid efter Sundhedsloven ret til at få aktindsigt i skanninger, herunder aktindsigt ved udlevering af skanningerne på Cd-rom. Der kræves dog betaling for fremstilling af Cd-rom.

Direktionen beklager, at De først fik aktindsigt efter gentagne anmodninger herom.

De mener Dem helbredt for Deres kræftsygdom, og De er tilfreds med den behandling, de modtog i Tyskland. Direktionen deler Deres glæde over behandlingsresultaterne. Direktionen finder det imidlertid ikke rimeligt, at De stiller spørgsmål som *Er danske "specialister" virkelig uvidende om, hvad der sker udenfor Danmarks grænser?*

Kræftbehandlingen i Danmark har været præget af kapacitetsproblemer, men er karakteriseret ved det behandlede personales høje faglige standard. Kræftbehandling og -forskning i Danmark gør sig gældende internationalt, og behandlingen af Dem på Odense Universitetshospital har på ingen måde været negativt påvirket af manglende viden om, hvad der internationalt sker på leverkræftområdet.

De drager Deres konklusioner på baggrund af vurderingen af Deres egen oplevelse, hvilket f.s.v. er forståeligt, men direktionen håber på Deres anerkendelse af, at fastlæggelsen af komplicerede og indgribende behandlingsforslag ikke sker på baggrund af enkeltstående patientoplevelser, men derimod på baggrund af indsamlede data fra behandlingen af et større antal patienter – i indland og udland.

De sygehusafdelinger, som behandler for kræftsygdomme, kan søge faglig rådgivning hos et Second Opinion udvalg, herunder oplysninger om eventuelle forsøgsbehandlinger i Danmark eller i udlandet, som kunne være relevant for en dansk patient. Second Opinion Udvalget benyttes også af Odense Universitetshospital, såfremt man ønsker hjælp til belysning af en faglig problemstilling. Odense Universitetshospital har ikke i forbindelse med undersøgelse og behandling af Dem haft et behov for at søge eksternt hjælp.

**OUH
Odense
Universitetshospital
Svendborg Sygehus**

4. november 2009

Journal nr. 2-16-12-11-00704-

2009

Side 4/4

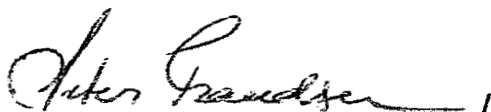
De beskriver forhold, som kan indbringes for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Direktionen orienterer altid om klageadgangen, når den foreligger.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn er en offentlig, administrativ myndighed, der er oprettet ved lov. Patientklagenævnet er ved sine afgørelser uafhængig af de myndigheder, der har ansvaret for sundhedsvæsenets drift, og er uafhængig af fagpolitiske interesser.

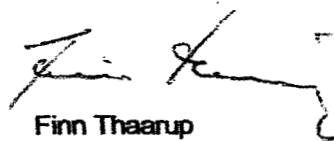
Patientklagenævnet har efter loven til opgave at behandle klager over sundhedspersoners faglige virksomhed. Ved faglig virksomhed forstås ikke blot undersøgelse, diagnose, behandling og pleje, men også sundhedspersoners øvrige pligter som journalføring, tavshedspligt, stillingtagen til aktindsigt, information og samtykke mv.

Klage skal indgives på et særligt skema, som kan rekvireres fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, Frederiksborggade 15, 1360 København K, tlf. 3338 9500. Klageskema kan også hentes på Internettet på adressen www.pkn.dk, hvor der også er nærmere oplysninger om nævnet og dets virksomhed.

Venlig hilsen



Peter A. Frandsen
Direktør, læge, dr. med.



Finn Thaarup
Vicekontorchef

Kopi til:

Kirurgisk Afdeling A (231055-1956)
Radiologisk Afdeling
Region Syddanmark

OUH
Odense
Universitetshospital
Svendborg Sygehus

Mai Nielsen
 Adalsparken 29
 6710 Esbjerg V

Direktionen

Kontakt: Finn Thaarup/MVO
 finn.thaarup@ouh.regionsyddanmark.
 dk

Direkte tlf. 6541 2011

27. november 2009
 Journal nr. 2-16-12-11-00704-2009
 Side 1/2

Deres brev til Odense Universitetshospital af 16. november 2009

Ved brev af 8. oktober 2009 rettede De henvendelse til Odense Universitetshospital med en række spørgsmål i forbindelse med undersøgelse og behandling af Dem på Odense Universitetshospital.

Odense Universitetshospital svarede Dem ved brev af 4. november 2009.

De har på ny henvendt Dem ved brev af 16. november 2009. De anfører, at Odense Universitetshospital ikke har besvaret de spørgsmål, De stillede i Deres brev af 8. oktober 2009, og De anmoder i Deres fomyede henvendelse om en besvarelse.

Det er Odense Universitetshospitals opfattelse, at man har relevant besvaret de grundlæggende spørgsmål, som Deres henvendelser vedrører.

De rejser alvorlig tvivl om Odense Universitetshospitals faglige kapacitet i forhold til operativ behandling for organkirurgiske kræftsygdomme, og de opstiller som et ønskværdigt alternativ hertil, at patienter tilbydes operation i Tyskland.

Det forhold, at De oplever bedre resultater af behandling i Tyskland, end stillet Dem i udsigt på Odense Universitetshospital er i sig selv glædeligt, men ændrer ikke ved, at en kræftsygdom som Deres, erfaringsmæssigt ikke bør opereres, idet risikoen for alvorlige bivirkninger er større end chancen for positivt udbytte af operation. Denne vurdering har sin baggrund i internationale rekommandationer.

Deres fomyede henvendelse ændrer ikke på denne vurdering. Odense Universitetshospital er ikke bekendt med, at der foreligger faglige rekommandationer f. eks. i et almindeligt anerkendt videnskabeligt tidsskrift, som kunne stille spørgsmålstejn ved valideringen af de videnskabelige resultater, som Odense Universitetshospital lægger til grund, og tidligere har henvist til.

Det afgørende er således ikke, om en behandlende læge selv anser sine resultater for overlegne i forhold til andre lægers behandling. Det afgørende er, om en sådan læge ved sin dokumentation for sine resultater kan overbevise andre speciallæger inden for området om rigtigheden af sine observationer.

OUH
Odense
Universitetshospital
Svendborg Sygehus

27. november 2009

Journal nr. 2-16-12-11-00704-
2009

Side 2/2

Problemstillingen illustreres ved Deres uforbeholdne anprisning af en kemoterapibehandling, som bringes til udførelse af Professor, dr. med. Thomas J. Vogl i Frankfurt. Sundhedsstyrelsen har den 29. oktober 2009 offentliggjort et notat, hvori styrelsen bemærker, at Dr. Vogl ikke har forsynet styrelsen med dokumentation som viser, at *intrahepatisk kemoterapi har vist sig at være mere effektiv end systemisk kemoterapi*. Styrelsen konkluderer på baggrund af (manglende) oplysninger fra Dr. Vogl, at *Styrelsen kan derfor ikke generelt anbefale henvisning af patienter til denne behandling*.

De anerkender ikke, at dansk sygehusbehandling grundlæggende tilbydes patienter på evidensbaseret grundlag.

Det er forståeligt, at patienter, som mødes med en nedslående besked om manglende mulighed for helbredende behandling har svært ved at anerkende en sådan besked. Alene beskrivelsen på f. eks. tyske behandlingssteders hjemmesider, giver utvivlsomt mange patienter et håb.

At patienten oplever et håb er værdifuldt for patienten, men efter praksis på danske sygehuse er et patientønske ikke i sig selv et grundlag for henvisning til behandling.

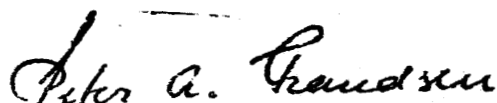
Danske offentlige sygehuses behandlingstilbud skal ses i lyset af, at sygehuse får stillet midler til rådighed, og inden for de til rådighed stillede midler, skal sygehuse levere mest mulig kvalificeret behandling.

Efter sundhedslovens § 16 har De en ret til at få information om Deres helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger.

De har refereret en omfattende telefonisk drøftelse med læger på Odense Universitetshospital. Efter Odense Universitetshospitals opfattelse, har De fået de informationer, som De efter lovgivningen har krav på.

Odense Universitetshospital kan konstatere, at De ønsker en videregående drøftelse af forhold, som vedrører selve det danske sygehusvæsenes organisering. Det danske sygehusvæsen er gennemorganiseret og med omfattende drøftelse af behandlinger i Danske Regioner, Specialeselskaberne og Sundhedsstyrelsen. Odense Universitetshospital deltager i faglige drøftelser i faglige sammenhænge.

De mener, at det danske sygehusvæsen er dårligt, og det tyske er godt. Der er forskelle på de forskellige landes organisering af hospitalsvæsenet, som også giver sig udslag i forskelle i de forskellige hospitalsvæseners villighed til at indlede behandling. Ved søgning på internettet er tilbuddene om behandling unægtelig mere synlige end danske sygehuses tilbud om behandling. Men det er ikke ensbetydende med, at patienten gennemsnitligt er bedre tjent ved behandling under et tysk sygehusvæsen end under et dansk.



Peter A. Frandsen
 Direktør, læge, dr. med.

Venlig hilsen



Finn Thaarup
 Vicekontorchef

Kopi til: Kirurgisk Afdeling A.

OUH
Odense
Universitetshospital
Svendborg Sygehus

Region Syddanmark
 Att.: Conny Orloff

Direktionen

Kontakt: Finn Thaarup/MVO
 finn.thaarup@ouh.regionssyddanmark.
 dk

Direkte tlf. 6541 2011

27. november 2009
 Journal nr. 2-16-12-11-00704-2009
 Side 1/1

Henvendelse fra Mai Nielsen om kræftbehandling på Kirurgisk Afdeling A, Odense Universitetshospital

Odense Universitetshospital svarede ved brev af 4. november 2009 på en henvendelse fra Mai Nielsen af 8. oktober 2009, hvori Mai Nielsen udtrykte en høj grad af mistillid til det faglige indhold i undersøgelse og behandling af hende på Kirurgisk Afdeling A, Odense Universitetshospital.

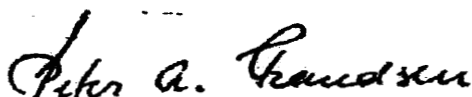
I anledning af svaret henvendte Mai Nielsen sig til Region Syddanmark med *kommentarer til OUH brev af 04.11.2009.*

Region Syddanmark fremsendte ved mail af 10. november 2009 henvendelsen fra Mai Nielsen med anmodning om bemærkningen.

Mellemtommende har Mai Nielsen henvendt sig til Odense Universitetshospital ved brev af 16. november 2009, hvori Mai Nielsen helt overvejende fremfører de samme synspunkter på Odense Universitetshospitals svarbrev, som Mai Nielsen tilkendegav overfor Region Syddanmark.

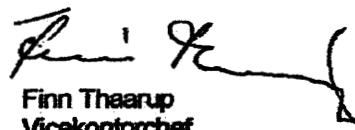
Mai Nielsens brev vedlægges til orientering.

Odense Universitetshospital har svaret Mai Nielsen ved brev af 27. november 2009, som vedlægges til orientering, og som udover at udgøre et svar til Mai Nielsen, også er bemærkninger til Region Syddanmark, jf. ovenfor.



Peter A. Frandsen
 Direktør, læge, dr. med.

Venlig hilsen



Finn Thaarup
 Vicekontorchef

Kopi til: Kirurgisk Afdeling A.

Bilag: Mai Nielsens brev af 16. november 2009.



Region Syddanmark

Regionssekretariatet
 Kontaktperson: Jenny Krogh
 Jenny.Krogh@regionsyddanmark.dk
 regionssekretariat@regionsyddanmark.dk
 Direkte tlf. 76631102

11. december 2009
 Journal nr. 09/12941
 Side 1 / 1

Mai Nielsen
 Adalsparken 29
 6710 Esbjerg V

Kære Mai Nielsen

Tak for din mail af 8. november 2009, hvori du blandt andet skriver, at Odense Universitetshospital ikke besvarer dine spørgsmål.

Som vi havde aftalt, har jeg videresendt det materiale, som du med din mail af 8. november 2009 har sendt til mig og til regionsrådets medlemmer.

Sundhedsstaben har forelagt din henvendelse for sygehusdirektionen på Odense Universitetshospital, som har orienteret om, at du i mellemtiden har rettet direkte henvendelse til Odense Universitetshospital og overvejende fremfører de samme synspunkter, som du har fremført over for mig.

- ./ Sygehusdirektionen har den 27. november 2009 videre orienteret om deres svar til dig af 27. november 2009 og har henvist til dette som svar på Sundhedsstabens henvendelse. Kopi af disse breve vedlægges til orientering.

Sundhedsstaben har gennemgået svarene fra Odense Universitetshospital og har vurderet, at Odense Universitetshospital relevant har besvaret de stillede spørgsmål.

Jeg kan fuldt ud tilslutte mig denne vurdering. Og jeg betragter herefter sagen som afsluttet for Regionens vedkommende.

Såfremt du ønsker en bedømmelse af de lægefaglige vurderinger, vil jeg fortsat henvise dig til at klage til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Og som du tidligere er oplyst om, er Regionen parat til at genoverveje sagen, såfremt Sundhedsvæsenets Patientklagenævn måtte finde grundlag for faglig kritik af de involverede læger.

Venlig hilsen

Carl Holst
 regionsrådsformand



Region Syddanmark

Fr. Mai Nielsen
Adalsparken 29
6710 Esbjerg V..

Kontaktperson:
Conny Orloff
Direkte tlf. 7663 1327

-1 MRS. 2010

Journal nr. 09/12941
Baa/8329
Side 1 / 1

Spørgsmål til Odense Universitetshospital (OUH).

I en mail af 9. februar 2010 til Jenny Krogh, Regionsrådssekretariatet, bad De om et møde med regionens Sundhedsstab for at få svar på flere spørgsmål, som De tidligere har stillet til OUH.

Som svar på Deres anmodning tilbyder jeg Dem et møde med

~~Direktør, læge, dr.med., Peter Frandsen, OUH, og
professor, overlæge, dr.med., Claus Hovendal, kirurgisk afdeling A, OUH.~~

med henblik på en gennemgang af Deres behandlingsforløb på OUH. I forbindelse med gennemgangen vil De sandsynligvis kunne få de svar, De efterlyser.

Mødet kan holdes efter Deres valg

10. marts 2010, kl. 13.30-14.30 i Regionshuset i Vejle eller
22. marts 2010, kl. 15.00-16.00 på OUH eller
26. marts 2010, kl. 09.00-10.00 på OUH eller i Regionshuset i Vejle

Hvis De ønsker det, kan der tillige deltage en patientvejleder som bisidder for Dem.

Jeg håber, De tager imod tilbuddet. I så fald bedes De **senest torsdag den 4. marts 2010** meddele min sekretær, Lone Dueholm (tlf. 7663 1341 eller lone.dueholm@regionsyddanmark.), hvornår og hvor De ønsker mødet, samt om De ønsker deltagelse af en patientvejleder.

Med venlig hilsen


Jens Ejler
direktør

Kopi t. o.:

Odense Universitetshospital, Direktionen, att. Gitte Østerkjærhuus (mail).
Patientkontoret i Region Syddanmark (mail).

Mai Nielsen

post@mai-nielsen.dk



Sundhedsområdet
Internt Ledelsessekretariat
Kontaktperson: Conny Orloff
Conny.Orloff@regionsyddanmark.dk
sundhed@regionsyddanmark.dk
Direkte tlf. 76631135

17. juni 2010
Journal nr. 09/12941
Side 1 / 1

Refusion af operationsudgifter

Jeg har modtaget din mail af 14. juni 2010, hvor du atter anmoder om refusion af dine udgifter i forbindelse med din operation i Berlin, da regionen har truffet sin afgørelse i din sag på grundlag af forkerte oplysninger.

Jeg har noteret mig dine bemærkninger, men må pointere at det efterfølgende forløb intet har med spørgsmålet om refusion at gøre.

- ./ Region Syddanmark finder fortsat ikke grundlag for at refundere dine udgifter til behandling i Berlin. Regionen henholder sig herved til regionens brev af 18. august 2009. (Kopi vedlagt).

Region Syddanmark beklager naturligvis, hvis der har været vanskeligheder/problemer i forbindelse med kommunikationen med Odense Universitetshospital.

Som meddelt i ovennævnte brev af 18. august 2009 er Regionen parat til at genoverveje afgørelsen, såfremt Sundhedsvæsenets Patientklagenævn måtte finde grundlag for faglig kritik af de involverede læger enten for ikke at have fortsat og gennemført operationen den 7. juli 2008 eller for ikke at have henvist dig til et andet behandlingssted.

Jeg vil dog gøre opmærksom på, at selve det forhold, at Regionen i givet fald genovervejer afgørelsen, ikke er en garanti for, at Regionen beslutter at refundere dine udgifter.

Såfremt du ønsker at forfølge sagen yderligere, vil jeg derfor - stadig - foreslå dig at overveje at klage til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Venlig hilsen



Jens Eikjær
Sundhedsdirektør