



Avanceret og recidiverende coloncancer

Version 1.0

GODKENDT

Faglig godkendelse

1. december 2012 (DCCG)

Administrativ godkendelse

15. januar 2020 (Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet)

REVISION

Planlagt: 31. december 2020

INDEKSERING

coloncancer, recidiv, kræftpatienter

Indholdsfortegnelse

Om denne kliniske retningslinje.....	2
1. Anbefalinger (Quick guide).....	3
2. Introduktion	4
3. Grundlag	5
4. Referencer	6
5. Metode	7
6. Monitoreringsplan.....	7

Om denne kliniske retningslinje

Denne kliniske retningslinje er udarbejdet i et samarbejde mellem Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG.dk) og Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Indsatsen med retningslinjer er forstærket i forbindelse med Kræftplan IV og har til formål at understøtte en evidensbaseret kræftindsats af høj og ensartet kvalitet i Danmark. Det faglige indhold er udformet og godkendt af den for sygdommen relevante DMCG. Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet har foretaget en administrativ godkendelse af indholdet. Yderligere information om kliniske retningslinjer på kræftområdet kan findes på:

www.dmcg.dk/kliniske-retningslinjer

Retningslinjen er målrettet klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen og indeholder systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges som beslutningsstøtte af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer.

De kliniske retningslinjer på kræftområdet har karakter af faglig rådgivning. Retningslinjerne er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse. Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til patientens situation.

Retningslinjen indeholder, udover de centrale anbefalinger (kapitel 1), en beskrivelse af grundlaget for anbefalingerne – herunder den tilgrundliggende evidens (kapitel 3+4). Anbefalinger mærket A er stærkest, anbefalinger mærket D er svagest. Yderligere information om styrke- og evidensvurderingen, der er udarbejdet efter "Oxford Centre for Evidence-Based Medicine Levels of Evidence and Grades of Recommendations", findes her: http://www.dmcg.dk/siteassets/kliniske-retningslinjer--skabeloner-og-vejledninger/oxford-levels-of-evidence-2009_dansk.pdf

Generelle oplysninger om bl.a. patientpopulationen (kapitel 2) og retningslinjens tilblivelse (kapitel 5) er også beskrevet i retningslinjen. Se indholdsfortegnelsen for sidehenvisning til de ønskede kapitler.

For information om Sundhedsstyrelsens kræftpakker – beskrivelse af hele standardpatientforløbet med angivelse af krav til tidspunkter og indhold – se for det relevante sygdomsområde: <https://www.sst.dk/>

Denne retningslinje er udarbejdet med økonomisk støtte fra Sundhedsstyrelsen (Kræftplan IV) og RKKP.

1. Anbefalinger (Quick guide)

1. **Operation for avanceret coloncancer bør kun udføres af erfarne kolorektalkirurger i et multidisciplinært samarbejde (B).**
2. **Operation for de mest avancerede coloncancer bør kun foregå på få afdelinger i landet (B).**
3. **Ved store tumorer og hvis CT indikerer truede marginer kan downsizing med kemoterapi overvejes (C).**
4. **Ved fund af carcinose bør HIPEC overvejes (C).**

2. Introduktion

Denne retningslinje behandler anbefalinger vedrørende behandling af avanceret og recidiverende coloncancer.

Formål

Det overordnede formål med retningslinjen er at understøtte en evidensbaseret kræftindsats af høj og ensartet kvalitet på tværs af Danmark.

Patientgruppe

Patienter med avanceret og/eller recidiverende coloncancer.

Målgruppe for brug af retningslinjen

Denne retningslinje skal primært understøtte det kliniske arbejde og udviklingen af den kliniske kvalitet, hvorfor den primære målgruppe er klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen.

3. Grundlag

1. **Operation for avanceret coloncancer bør kun udføres af erfarne kolorektalkirurger i et multidisciplinært samarbejde (B).**
2. **Operation for de mest avancerede coloncancer bør kun foregå på få afdelinger i landet (B).**
3. **Ved store tumorer og hvis CT indikerer truede marginer kan downsizing med kemoterapi overvejes (C).**
4. **Ved fund af carcinose bør HIPEC overvejes (C).**

Litteratur og evidensgennemgang for alle anbefalinger

Lokalt avanceret primærcancer

Lokalt avanceret coloncancer defineres som T4-tumor med indvækst i naboorganer vurderet ved abdominal palpation og CT-skanning. Det er afgørende for prognosen at opnå en R0-resektion, hvorfor en bloc resektion af tumor med alt adhærent væv er essentiel (1-3)[III]. Præoperativt og peroperativt er det ikke muligt at skelne mellem inflammation og tumorindvækst, men hvis tumor er adhærent til organ, vil der være indvækst i ca. 50 %. I de fleste tilfælde drejer det sig om resektion af adhærent tyndtarm, mindre område af bugvæg eller oment, der kan håndteres af alle kolorektalkirurger.

Det er vigtigt at udelukke fjernmetastaser. Patienterne bør derfor have foretaget CT-skanning af thorax og abdomen. I tvivlstilfælde suppleres med PET-CT (der henvises i øvrigt til afsnittet om primær billeddiagnostisk udredning).

I enkelte tilfælde skal der foretages ekstensiv bugvægsresektion, resektion af ureter eller nefrektomi. Særlig komplicerede er tilfælde lokaliseret i colon transversum eller ved fleksurerne med involvering af duodenum, ventrikel, pancreas og milt, samt lokalt avanceret sigmoideumcancer med indvækst i ureter, iliacakarrene eller blæren. Disse avancerede tumorer udgør en lille og heterogen gruppe af tumorer, som er teknisk krævende at behandle, og operation bør kun udføres af erfarne kolorektalkirurger i et multidisciplinært samarbejde (4)[III]. Kemoterapi bør overvejes præoperativt ved ekstensivt tumorfund.

Lokalrecidiv

Hyppigheden af lokalrecidiv har formentlig tidligere været undervurderet, og et nyligt svensk populationsbaseret studie tyder på, at lokalrecidiv ved coloncancer nu er hyppigere end lokalrecidiv ved rectumcancer. Risikoen for lokalrecidiv er særlig høj ved behandling af tumor lokaliseret ved højre fleksur og i sigmoideum (5)[III].

Behandling

Den foreliggende litteratur er beskeden, men det er afgørende at opnå en R0- resektion, evt. med en-bloc resektion af alle organer adhærente til tumor.

Såfremt det peroperativt viser sig, at tumor er mere avanceret end forventet, og den tilstrækkelige ekspertise til et avanceret indgreb ikke er til stede, tilrådes blot en aflastende stomi oralt for tumor, frem for forsøg på tumorresektion.

Ved peroperativt fund af carcinose bør primærtumor lades urørt, der foretages biopsi fra carcinoseelementer, og pt henvises til vurdering med henblik på HIPEC. Ved truende ileus kan man vælge at anlægge en aflastende stomi oralt for tumor.

Patientværdier og –præferencer

Patientværdier og-præferencer mht. behandling af lokal og avanceret coloncancer er ikke undersøgt i denne retningslinje.

Rationale

Anbefalingerne er resultatet af gennemgang af tilgængelig litteratur, men den foreliggende litteratur er beskeden.

Bemærkninger og overvejelser

Der er ingen særlige bemærkninger.

4. Referencer

- (1) Cook AD, Single R, McCahill LE. Surgical resection of primary tumors in patients who present with stage IV colorectal cancer: an analysis of surveillance, epidemiology, and end results data, 1988 to 2000. *Ann Surg Oncol* 2005 Aug;12(8):637-645.
- (2) McArdle CS, Hole D, Hansell D, Blumgart LH, Wood CB. Prospective study of colorectal cancer in the west of Scotland: 10-year follow-up. *Br J Surg* 1990 Mar;77(3):280-282.
- (3) McArdle CS, Hole D. Impact of variability among surgeons on postoperative morbidity and mortality and ultimate survival. *BMJ* 1991 06/22;302(6791):1501-1505.
- (4) Luna-Perez P, Rodriguez-Ramirez SE, De la Barrera MG, Zeferino M, Labastida S. Multivisceral resection for colon cancer. *J Surg Oncol* 2002 Jun;80(2):100-104.
- (5) Thomson WHF, Foy CJW, Longman RJ. The nature of local recurrence after colorectal cancer resection. *Colorectal Disease* 2008;10(1):69-74.

5. Metode

Denne version af retningslinjen har haft fokus på omlægning til den nye fælles DMCG-skabelon. Der er i denne forbindelse ikke foretaget opdaterende søgning eller ændring i indhold af retningslinjen i øvrigt.

Litteratursøgning

I denne omgang er der søgt ad hoc efter litteratur i PubMed.

Litteraturgennemgang

Litteraturen er gennemgået af forfatteren

Formulering af anbefalinger

Anbefalingerne er formuleret af forfatteren og godkendt af kirurgisk arbejdsgruppe (se nedenstående).

Interessentinvolvering

Patienter og andre ikke lægefaglige personer har ikke været involveret i udarbejdelsen af denne retningslinje.

Høring og godkendelse

Retningslinjen er godkendt af DCCG's kirurgiske arbejdsgruppe som er en lægefaglig, videnskabeligt understøttende arbejdsgruppe med reference til DCCG's bestyrelse i henhold til DCCG's vedtægter.

Forfattere

- Henrik Kidmose Christensen, overlæge, dr.med., Kirurgisk Afd P, Aarhus Universitetshospital

6. Monitoreringsplan

Standarder og indikatorer

Alle patienter med kolorektal kræft, bliver registreret i DCCGs database og monitorering kan foregå ved udtræk fra databasen.