



Lungemetastaser hos patienter med kolorektal kræft

Version 1.0

GODKENDT

Faglig godkendelse

15. november 2012 (DCCG)

Administrativ godkendelse

16. december 2019 (Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet)

REVISION

Planlagt: 10. december 2020

INDEKSERING

Kolorektal kræft, metastaser, kræftpatient

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 sidehenvielse 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. **Patienter med resektable lungemetastaser bør tilbydes operation herfor og alternativt RFA, hvis operation ikke er mulig (B).**
2. **Patienter med få synkrone lever og lungemetastaser bør, hvis teknisk muligt, tilbydes lokalbehandling på samtlige manifestationer (B).**

2. Introduktion

Mellem 5 og 18 % af patienter med KRC udvikler lungemetastaser, flere synkront end metakront (1). Lungemetastaser ses hyppigere ved primær rectumcancer end ved primær coloncancer. Der er ikke sikre data på, hvor mange procent, der har lungemetastaser som eneste metastaselokalisation, ej heller, hvor mange, der har solitære lungemetastaser (2). Denne retningslinje behandler patienter med kolorektal kræft og lungemetastaser.

Formål

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

Patientgruppe

Patienter med kolorektal kræft og lungemetastaser.

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. **Patienter med resektable lungemetastaser bør tilbydes operation herfor og alternativt RFA, hvis operation ikke er mulig (B).**
2. **Patienter med få synkrone lever og lungemetastaser bør, hvis teknisk muligt, tilbydes lokalbehandling på samtlige manifestationer (B).**

Litteratur og evidensgennemgang

Generelt er prognosen dårlig for patienter med lungemetastaser fra CRC, men for en mindre del af patienterne er der mulighed for langtidsoverlevelse efter metastektomi (3-7). Der foreligger hverken randomiserede eller egentlige prospektive undersøgelser af effekten af lokalbehandling af lungemetastaser, men der foreligger adskillige retrospektive opgørelser samt et større review fra 2010 (4). Heri præsenteres 5 års overall overlevelse på 40-68 pct. for patienter med lungemetastaser only. For patienter med synkrone lever og lungemetastaser, velegnede til resektion, rapporteres 5 års overlevelse på 30- 60 pct., men med lav sygdomsfri overlevelse (8 pct.). Der er ikke sammenligninger ml. operationstyper, nogle er kilereseceerede, nogle lobektomerede og et fåtal pneumonektomerede.

For nogle patienter, der er medicinsk inoperable eller hvor metastasektomi ikke er mulig, kan Radio Frekvens Ablation (RFA) være en mulighed for ikke karnært beliggende metastaser under 3 cm i max diameter (8;9). Der er således rapporteret 5 års overlevelse på 35-45 pct. Der er ingen sammenligninger ml. RFA og kirurgisk resektion, men for nuværende må resektion være førstevalget. Endelig kan der, for patienter, der ikke er velegnede til kirurgi eller RFA, være mulighed for stereotaktisk strålebehandling (10).

Enkelte studier har set på prognostiske faktorer og fundet, at kort tid fra primær diagnose, højt CEA niveau, stigende antal lungemetastaser samt tidligere lokalbehandling for levermetastaser var forbundet med dårligere overlevelse (11-13).

Der foreligger ingen data for effekten af adjuverende kemoterapi efter lokalbehandling af lungemetastaser.

Patientværdier og – præferencer

Patientværdier og-præferencer er ikke undersøgt i denne retningslinje.

Rationale

Anbefalingerne er resultatet af gennemgang af tilgængelig litteratur.

Bemærkninger og overvejelser

Der er ingen særlige bemærkninger.

4. Referencer

- (1) Mityr E, Guiu B, Coscinea S, Jooste V, Faivre J, Bouvier AM. Epidemiology, management and prognosis of colorectal cancer with lung metastases: a 30-year population-based study. *Gut* 2010 Oct;59(10):1383-8.
- (2) Tan KK, Lopes GL, Jr., Sim R. How uncommon are isolated lung metastases in colorectal cancer? A review from database of 754 patients over 4 years. *J Gastrointest Surg* 2009 Apr;13(4):642-8.
- (3) Vidarsdottir H, Moller PH, Jonasson JG, Pfannschmidt J, Gudbjartsson T. Indications and Surgical Outcome Following Pulmonary Metastasectomy: A Nationwide Study. *Thorac Cardiovasc Surg* 2012 Jan 3.
- (4) Pfannschmidt J, Hoffmann H, Dienemann H. Reported outcome factors for pulmonary resection in metastatic colorectal cancer. *J Thorac Oncol* 2010 Jun;5(6 Suppl 2):S172-S178.
- (5) Pfannschmidt J, Dienemann H, Hoffmann H. Surgical resection of pulmonary metastases from colorectal cancer: a systematic review of published series. *Ann Thorac Surg* 2007 Jul;84(1):324-38.
- (6) Suemitsu R, Takeo S, Kusumoto E, Hamatake M, Ikejiri K, Saitsu H. Results of a pulmonary metastasectomy in patients with colorectal cancer. *Surg Today* 2011 Jan;41(1):54-9.
- (7) Gonzalez M, Robert JH, Halkic N, Mentha G, Roth A, Perneger T, et al. Survival after lung metastasectomy in colorectal cancer patients with previously resected liver metastases. *World J Surg* 2012 Feb;36(2):386-91.
- (8) Bargellini I, Bozzi E, Cioni R, Parentini B, Bartolozzi C. Radiofrequency ablation of lung tumours. *Insights Imaging* 2011 Oct;2(5):567-76.
- (9) Chua TC, Thornbury K, Saxena A, Liauw W, Glenn D, Zhao J, et al. Radiofrequency ablation as an adjunct to systemic chemotherapy for colorectal pulmonary metastases. *Cancer* 2010 May 1;116(9):2106-14.
- (10) Hoyer M, Roed H, Traberg HA, Ohlhuis L, Petersen J, Nellesmann H, et al. Phase II study on stereotactic body radiotherapy of colorectal metastases. *Acta Oncol* 2006;45(7):823-30.
- (11) Landes U, Robert J, Perneger T, Mentha G, Ott V, Morel P, et al. Predicting survival after pulmonary metastasectomy for colorectal cancer: previous liver metastases matter. *BMC Surg* 2010;10:17.
- (12) Lin BR, Chang TC, Lee YC, Lee PH, Chang KJ, Liang JT. Pulmonary resection for colorectal cancer metastases: duration between cancer onset and lung metastasis as an important prognostic factor. *Ann Surg Oncol* 2009 Apr;16(4):1026-32.
- (13) Pfannschmidt J, Muley T, Hoffmann H, Dienemann H. Prognostic factors and survival after complete resection of pulmonary metastases from colorectal carcinoma: experiences in 167 patients. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2003 Sep;126(3):732-9.

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

- Anni Ravnsbæk Jensen, Ledende overlæge, Ph.D, Onkologisk Afd. D, 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.