



Aflastende stomi

– Indikation for anlæggelse af aflastende stomi ved operation for rektumcancer

Version 1.0

GODKENDT

Faglig godkendelse

8. december 2020 (DCCG)

Administrativ godkendelse

8. april 2021 (Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet)

REVISION

Planlagt: 8. december 2023

INDEKSERING

Aflastende stomi, loopstomi, loopileostomi, transversostomi, looptransversostomi, tidlig tilbagelægning, timing, rektum, cancer, operation, TME, LAR, DCCG.

Indholdsfortegnelse

1. Anbefalinger (Quick guide).....	2
Aflastende stomi ved operation for rektum cancer.....	2
Type af aflastning	2
Tidlig tilbagelægning af aflastende stomi.....	2
2. Introduktion	3
3. Grundlag	4
Aflastende stomi ved operation for rektum cancer.....	4
Type af aflastning	7
Tidlig tilbagelægning af aflastende stomi.....	7
4. Referencer	9
5. Metode	10
6. Monitorering	11
7. Bilag	12
8. Om denne kliniske retningslinje.....	13

1. Anbefalinger (Quick guide)

Aflastende stomi ved operation for rektum cancer

1. **Anlæggelse af aflastende stomi reducerer risikoen for klinisk anastomoselækage og reoperation på grund af anastomoselækage efter TME-resektion og bør som hovedregel benyttes (A)**
2. **Anlæggelse af aflastende stomi øger den samlede morbiditet, men ikke mortalitet, og kan udelades hos især kvinder i god almentilstand, hvis der ikke samtidigt er risikofaktorer i form af neoadjuvant strålebehandling eller vanskelig operation (B)**

Type af aflastning

3. **Aflastende loopileostomi og looptransversostomi er ligeværdige med hensyn til over-all morbiditet inklusive lækagefrekvens (B)**

Tidlig tilbagelægning af aflastende stomi

4. **Tidlig tilbagelægning af loopileostomi (< 14 dage) kan foretages hos selekterede patienter med upåfaldende perioperativt forløb og med radiologisk og/eller endoskopisk intakt anastomose (B)**

2. Introduktion

Denne retningslinje behandler indikationer for anlæggelse af aflastende stomi ved operation for rektumcancer

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.

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

Aflastende stomi ved operation for rektum cancer

- 1. Anlæggelse af aflastende stomi reducerer risikoen for klinisk anastomoselækage og reoperation på grund af anastomoselækage efter TME-resektion og bør som hovedregel benyttes (A)**
- 2. Anlæggelse af aflastende stomi øger den samlede morbiditet, men ikke mortalitet, og kan udelades hos især kvinder i god almentilstand, hvis der ikke samtidigt er risikofaktorer i form af neoadjuvant strålebehandling eller vanskelig operation (B)**

Litteratur og evidensgennemgang

Anastomoselækage efter rektumcancerresektion var i Danmark 9 % på landsplan i henhold til DCCG's årsrapport fra 2018. Anastomoselækage øger væsentligt den postoperative morbiditet og mortalitet. Der foreligger en omfattende litteratur, som har undersøgt, om anlæggelse af aflastende stomi kan reducere frekvensen af anastomoselækage. Aflastning er foretaget med enten loopileostomi eller looptransversostomi. Undersøgelserne viser generelt et samstemmende billede af, at anastomoselækageraten kan reduceres ved anlæggelse af aflastende stomi.

I en nylig metaanalyse fra 2019 har Phan et al. inkluderet 892 patienter fra 8 randomiserede undersøgelser publiceret i perioden 1983-2016 (1) [1a]. Patienterne blev randomiseret til aflastning eller ingen aflastning. Primære effektmål var anastomoselækage, frekvens af reoperation på grund af anastomoselækage og mortalitet. Sekundære effektmål var generelle komplikationer i øvrigt inklusive stomi-relaterede komplikationer og risiko for permanent stomi. Man fandt en signifikant lavere anastomoselækagefrekvens blandt patienter som havde fået anlagt en aflastende stomi i sammenligning med patienter som ikke havde fået dette (6,3% versus 18,3%) med en relativ risiko for lækage på 0,36 hos patienter med aflastende stomi. Tilsvarende var frekvensen af reoperation 5,9% versus 16,7% med en relativ risiko på 0,40; CI = 0,26-0,60, P = 0,00001. Man fandt ingen forskel på mortaliteten mellem grupperne (0,47% versus 1%; p = 0,51) og ingen forskel på generelle komplikationer i øvrigt.

GU et al. har i 2015 publiceret en metaanalyse af 13 studier publiceret fra 2004 til 2014, inkluderende 8.002 patienter og omfattende både randomiserede og ikke-randomiserede studier (2) [2a]. Tilsvarende har Pisarska et al. i 2018 publiceret en metaanalyse inkluderende 13 randomiserede og ikke-randomiserede studier fra perioden 2008-2016 omfattende 2.366 patienter (3) [2a]. Man finder i begge studier en nedsat frekvens af anastomoselækage og reoperation hos patienter som har fået anlagt aflastende stomi. Pisarska et al. finder derudover en signifikant højere samlede morbiditet i stomigruppen (44% versus 33%), med en relativ risiko på 1,32; P = 0,02. Patienter med aflastende stomi risikerede således i større omfang postoperativ ileus, high out-

put med ledsagende elektrolytforstyrrelser og nyrefunktionspåvirkning, prolaps, hernier og peristomal dermatitis.

I den nyeste publicerede kliniske randomiserede undersøgelse af Mrak et al. fra 2016 advokerer man, i overensstemmelse med ovenstående metaanalyser, også for anvendelsen af aflastende stomi (4) [1b]. Lækageraten på aflastede patienter var således 5,8% versus 16,3% hos ikke-aflastede patienter ($p = 0.04$). Undersøgelse blev lukket efter tredje interimanalyse. Undersøgelsen var tilrettelagt som en intention-to-treat analyse med præoperativ randomisering. Der blev i alt inkluderet 166 patienter over en 10-årig periode fra tre centre. Undersøgelse er, ud over den lange inklusionsperiode, yderligere belastet af betydelig "protocol violation"; 15% af patienter som primært blev allokeret til stomi fik ikke anlagt denne (patientbeslutning) og 26% af primært allokeret til operation uden anlæggelse af stomi fik aflastning alligevel (kirurgbeslutning). En as-treated-analyse viste ved logistisk regression, at kvindeligt køn og tilstedeværelse af aflastende stomi var beskyttende faktorer. En tidligere klinisk randomiseret undersøgelse fra 2009 af Ulrich et al måtte tilsvarende lukkes efter interimanalyse af 34 inkluderede patienter på grund af en meget høj lækagefrekvens hos patienter uden aflastning, 5,5% versus 37,5%; $p = 0,02$ (5) [1b].

Matthiessen et al har i 2007 publiceret en velbeskrevet klinisk randomiseret undersøgelse, hvor man finder signifikant færre anastomoselækager hos patienter med aflastende stomi, 10,3% versus 28% (OR = 3,4; $p = 0,001$), og tilsvarende signifikant lavere frekvens af akut reoperation (6) [1a]. Den relativt høje lækagefrekvens forklares delvist med en meget bred definition på lækage. Risikoen for permanent stomi efter mediant 42 måneders follow-up var 13,8% hos primært aflastede patienter og 16,9% uden primær aflastning. Den samlede indlæggelsestid hos patienter uden lækage var mediant 17 dage og 9 dage for henholdsvis aflastede og ikke-aflastede patienter, inklusiv planlagte (lukning af stomi) og ikke-planlagte genindlæggelser. Hos patienter med lækage var indlæggelsestiden ens mellem de to grupper. Undersøgelsen inkluderede 234 patienter over 5 år. Enogtyve hospitaler bidrog til undersøgelsen. Der blev foretaget peroperativ randomisering efter anlæggelse af anastomosen. For at vurdere omfanget af selektionsbias, er der gjort rede for screeningspopulationen på 821 patienter; den hyppigste årsag til ikke at blive inkluderet i undersøgelse var manglende accept (25%), intraoperative vanskeligheder (28%) og anastomose højere end forventet (< 7 cm; 18%). I den endelige undersøgte population findes der signifikant flere patienter, som har modtaget neoadjuvant strålebehandling i den aflastede gruppe, 81% versus 77% ($p = 0,001$).

Et stort antal prospektive kohorteanalyser og retrospektive studier konkluderer, at aflastende stomi kan undlades hos egnede patienter. Disse studier er dog generelt præget af selektions- og formentlig også publikationsbias men indikerer dog, at aflastning kan undlades hos selekterede patienter og at disse patienters samlede morbiditet vil reduceres herved. Nogle patienter oplever stomirelaterede komplikationer i et omfang, som vil forsinke eller forhindre adjuvant kemoterapi, og lukning af en midlertidig stomi kræver fornyet hospitalsindlæggelse og operation med dertil relaterede fornyede risici. Det er derfor rimligt, at forsøge at vurdere patientens samlede risiko, inklusiv patient-, tumor- og kirurgirelaterede faktorer. I et systematisk review fra 2015 af 451 studier påpeger McDermott et al således, at mandligt køn, ASA >2 , tidligere eller aktuelt strålebehandling, DM, hjerte-lungesygdom, nyresygdom, rygning og højt BMI som patientrelaterede risikofaktorer (7)[3a]. Lavt beliggende tumor, tumor >3 cm i diameter og avanceret tumorstadium inklusiv metastaserende sygdom kunne identificeres som tumorrelaterede risikofaktorer. Wang et al. har i en

metaanalyse fra 2020 specifikt undersøgt risikofaktorer relateret til det kirurgiske indgreb (8)[2a]. Seksogtyve studier omfattende 34238 patienter blev inkluderet. Bortset fra fravær af aflastende stomi, var peroperativ blodtransfusion eneste signifikante risikofaktor for anastomoselækage, OR 3.18; $p = 0,02$. Der kunne ikke påvises øget risiko afhængig af anastomosesteknik, niveau af arterieligatur, mobilisering af venstre flexur eller operationstid. Undladelse af stomi efter TME kan således overvejes hos især kvindelige patienter i god almentilstand efter en i øvrigt ukompliceret resektion af en primært resektabel rektumcancer.

Patientværdier og – præferencer

Patientens værdier og præferencer er ikke undersøgt nærmere i denne retningslinje, men ud fra klinisk erfaring og ovenstående litteraturgennemgang vurderes det at der vil være stor variation i patienternes valg af behandling, når de informeres om de gavnlige og skadelige effekter ved aflastende stomi.

Rationale

Risikoen for en midlertidig aflastende stomi forbliver permanent angives til op imod 30%, afhængig af hvorledes "permanent stomi" er defineret og længden af follow-up perioden. I et prospektivt kohortestudie fra 2017 af Mak et al. finder man, at 23.7% (46/194) af patienter initialt tiltænkt midlertidig stomi ender med at have en permanent stomi. Risikoen for permanent stomi var signifikant associeret til klinisk anastomoselækage (HR 5,72; $p = 0,001$) (9)[2c]. I et 15 års follow-up studie af en klinisk randomiserede kohorte af patienter allokeret til aflastning eller ikke-aflastning i forbindelse med operation for rectumcancer fandt man, at risikoen for permanent stomi var større i den initialt ikke-aflastede gruppe. Således var risikoen for permanent stomi af alle årsager 27,4% i den ikke-aflastede gruppe, mens den var 21,7% i den initialt aflastede gruppe. Fundet var ikke signifikant, men indikerer dog, at midlertidig aflastning ikke er en selvstændig risikofaktor for permanent stomi (10)[2b]. I overensstemmelse hermed finder Schlesinger et al. i et retrospektivt kohortestudium inkluderende 581 patienter med anastomoselækage efter LAR, at primær anlæggelse af aflastende stomi var signifikant associeret til permanent stomi med en hazard ratio på 0,5; CI: 0,26-0,97, og altså reducerede risikoen for permanent stomi (11)[2c].

En netop publiceret dansk undersøgelse af Jørgensen et al finder tilsvarende at 25% af patienter med intenderet midlertidig aflastende stomi aldrig for denne lagt tilbage. Mulige risikofaktorer var neoadjuvant behandling, peroperativt blodtab over 300 ml, anastomoselækage, T3/T4 tumorer og UICC stadium IV (12)[2c]

På baggrund af ovenstående overvejelser vurderes det at de positive effekter opvejer skadevirkninger, hvorfor der udarbejdes en anbefaling for anlæggelse af aflastende stomi ved TME resektion efter vurdering af patientens samlede risiko, inklusiv patient-, tumor- og kirurgirelaterede faktorer.

Type af aflastning

3. Aflastende loopileostomi og looptransversostomi er ligeværdige med hensyn til over-all morbiditet inklusive lækagefrekvens (B)

Litteratur og evidensgennemgang

Aflastende stomi kan anlægges både som loopileostomi og looptransversostomi. I to metaanalyser publiceret i 2018 findes de to metoder generelt ligeværdige. Man finder dog i ileostomigrupperne en øget frekvens af high out-put og ileus, mens man i kolostomigrupperne finder en øget frekvens af prolaps, hernie og sårinfektioner. Begge metoder er ligeværdige med hensyn til over-all morbiditet inklusive anastomoselækagefrekvens (13, 14) [2a; 2a].

Tidlig tilbagelægning af aflastende stomi

4. Tidlig tilbagelægning af loopileostomi (< 14 dage) kan foretages hos selekterede patienter med upåfaldende perioperativt forløb og med radiologisk og/eller endoskopisk intakt anastomose (B)

Litteratur og evidensgennemgang

For at nedsætte omfanget af stomirelaterede komplikationer med ledsagende ubehag for patienterne og øget omkostninger til behandling og pleje er det foreslået at tilbagelægge en aflastende stomi tidligt i forløbet. I en metaanalyse fra 2018 finder man, at tidlig lukning (< 14 dage) kan foretages uden risiko for at øge den samlede perioperative morbiditet. Studiet inkluderede to retrospektive, en prospektiv og tre kliniske randomiserede undersøgelser med samlet 570 patienter. Primære effektmål var samlede kirurgiske komplikationsrate, inklusiv reoperation, ileus, anastomoselækage, sårinfektion, og stomirelaterede komplikationer i form af parastomal infektion, dermatitis, elektrolytforstyrrelser, high out-put, nyreinsufficiens, stenose, retraktion og prolaps. Undersøgelsen kunne ikke påvise en signifikant forskel på den samlede komplikationsfrekvens, men fandt dog en signifikant nedsat frekvens af tyndtamsobstruktion (OR 0,46; p = 0,02) og stomirelaterede komplikationer (OR 0,11; P = 0,00001) ved tidlig lukning, mens man omvendt fandt signifikant flere sårinfektioner ved sen lukning (OR 3,83; p = 0,00001) (15)[2a]. I en dansk klinisk randomiseret undersøgelse fra 2017 med 127 patienter finder man tilsvarende en reduktion i antallet af komplikationer i gruppen med en tidligt tilbagelagt stomi. Man finder dog ikke forskel på antallet af alvorlige komplikationer, inklusiv anastomoselækage og pelvin absces, mellem grupperne (16)[1b]. I alle undersøgelser er der kun foretaget tidlig tilbagelægning hvis anastomosen radiologisk og/eller endoskopisk blev vurderet intakt og velvaskulariseret, og patienten i øvrigt udviste et perioperativt upåfaldende forløb.

Patientværdier og – præferencer

Patientværdier- og præferencer i henhold til type af aflastende stomi er ikke undersøgt nærmere i denne retningslinje men ud fra klinisk erfaring og ovenstående litteraturgennemgang vurderes det at der vil være stor variation i patienternes valg af behandling, når de informeres om de gavnlige og skadelige effekter ved tidlig tilbagelægning af aflastende stomi.

Rationale

Det er uafklaret i hvilket omfang en aflastende stomi påvirker et indiceret adjuvant onkologisk forløb. En dysfunktionel aflastende stomi kan således forhindre eller interferere med adjuvant behandling, men komplikationer i forbindelse med tilbagelægning på den anden side kompromitterer forløbet. Sandra-Petrescu et al. undersøger dette i en klinisk randomiseret undersøgelse, som er påbegyndt i 2013. Ifølge German Clinical Trials Register, er inklusionen afsluttet, men der foreligger til dato ingen publicerede data (17).

På baggrund af ovenstående overvejelser og litteraturgennemgang vurderes det at tidlig tilbagelægning af loopileostomi kan foretages hos selekterede patienter med upåfaldende perioperativt forløb og med radiologisk og/eller endoskopisk intakt anastomose.

4. Referencer

1. Phan K, Oh L, Ctercteko G, Pathma-Nathan N, El Khoury T, Azam H, et al. Does a stoma reduce the risk of anastomotic leak and need for re-operation following low anterior resection for rectal cancer: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gastrointest Oncol*. 2019;10(2):179-87.
2. Gu WL, Wu SW. Meta-analysis of defunctioning stoma in low anterior resection with total mesorectal excision for rectal cancer: evidence based on thirteen studies. *World J Surg Oncol*. 2015;13:9.
3. Pisarska M, Gajewska N, Malczak P, Wysocki M, Witowski J, Torbicz G, et al. Defunctioning ileostomy reduces leakage rate in rectal cancer surgery - systematic review and meta-analysis. *Oncotarget*. 2018;9(29):20816-25.
4. Mrak K, Uranitsch S, Pedross F, Heuberger A, Klingler A, Jagoditsch M, et al. Diverting ileostomy versus no diversion after low anterior resection for rectal cancer: A prospective, randomized, multicenter trial. *Surgery*. 2016;159(4):1129-39.
5. Ulrich AB, Seiler C, Rahbari N, Weitz J, Buchler MW. Diverting stoma after low anterior resection: more arguments in favor. *Dis Colon Rectum*. 2009;52(3):412-8.
6. Matthiessen P, Hallbook O, Rutegard J, Simert G, Sjodahl R. Defunctioning stoma reduces symptomatic anastomotic leakage after low anterior resection of the rectum for cancer: a randomized multicenter trial. *Annals of surgery*. 2007;246(2):207-14.
7. McDermott FD, Heeney A, Kelly ME, Steele RJ, Carlson GL, Winter DC. Systematic review of preoperative, intraoperative and postoperative risk factors for colorectal anastomotic leaks. *Br J Surg*. 2015;102(5):462-79.
8. Wang XT, Li L, Kong FB, Zhong XG, Mai W. Surgical-related risk factors associated with anastomotic leakage after resection for rectal cancer: a meta-analysis. *Jpn J Clin Oncol*. 2020;50(1):20-8.
9. Mak JCK, Foo DCC, Wei R, Law WL. Sphincter-Preserving Surgery for Low Rectal Cancers: Incidence and Risk Factors for Permanent Stoma. *World J Surg*. 2017;41(11):2912-22.
10. Gadan S, Floodeen H, Lindgren R, Rutegard M, Matthiessen P. What is the risk of permanent stoma beyond 5 years after low anterior resection for rectal cancer? A 15-year follow-up of a randomized trial. *Colorectal Dis*. 2020.
11. Schlesinger NH, Smith H. The effect of a diverting stoma on morbidity and risk of permanent stoma following anastomotic leakage after low anterior resection for rectal cancer: a nationwide cohort study. *Int J Colorectal Dis*. 2020;35(10):1903-10.
12. Jorgensen JB, Erichsen R, Pedersen BG, Laurberg S, Iversen LH. Stoma reversal after intended restorative rectal cancer resection in Denmark: nationwide population-based study. *BJS Open*. 2020.
13. Chudner A, Gachabayov M, Dyatlov A, Lee H, Essani R, Bergamaschi R. The influence of diverting loop ileostomy vs. colostomy on postoperative morbidity in restorative anterior resection for rectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *Langenbecks Arch Surg*. 2019;404(2):129-39.
14. Gavriilidis P, Azoulay D, Taflampas P. Loop transverse colostomy versus loop ileostomy for defunctioning of colorectal anastomosis: a systematic review, updated conventional meta-analysis, and cumulative meta-analysis. *Surgery today*. 2019;49(2):108-17.
15. Menahem B, Lubrano J, Vallois A, Alves A. Early Closure of Defunctioning Loop Ileostomy: Is It Beneficial for the Patient? A Meta-analysis. *World J Surg*. 2018;42(10):3171-8.
16. Danielsen AK, Park J, Jansen JE, Bock D, Skullman S, Wedin A, et al. Early Closure of a Temporary Ileostomy in Patients With Rectal Cancer: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Annals of surgery*. 2017;265(2):284-90.
17. Sandra-Petrescu F, Herrle F, Hinke A, Rossion I, Suelberg H, Post S, et al. CoCStom trial: study protocol for a randomised trial comparing completeness of adjuvant chemotherapy after early versus late diverting stoma closure in low anterior resection for rectal cancer. *BMC Cancer*. 2015;15:923.

5. Metode

Litteratursøgning

(((((((rectum) OR (rectal[Title/Abstract])) OR (rectum[Title/Abstract])) AND (((Diverting[Title/Abstract]) OR (defunctioning[Title/Abstract])) OR (Protective[Title/Abstract])) OR (diversion[Title/Abstract]))) AND (((ileostomy[Title/Abstract]) OR (stoma[Title/Abstract])) OR (loop-ileostomy[Title/Abstract]))) AND ("english"[Language])) NOT (("case reports"[Publication Type]) OR ("review"[Publication Type])) AND ("2000/01/01"[Date - Publication] : "3000"[Date - Publication]))

Litteraturgennemgang

Det er valgt at foretage en søgning efter primær og sekundær litteratur alene for at identificere alle originale studier med relation til emnet. Det blev søgt efter primær og sekundær litteratur i PubMed (Medline). Søgningen er foretaget i maj 2020. Litteratortype som blev inkluderet var originale studier, systematiske reviews, meta-analyser, randomiserede kontrollerede forsøg. Inklusion af litteratur blev afgrænset til engelsk litteratur publiceret fra 2000 og frem. Case reports og studieprotokoller blev ekskluderet. Resultat af søgningen gav 826 artikler. Disse blev sorteret på abstract niveau for identifikation af 128 abstracts til fuld nærmere gennemlæsning. Endelig resultat af litteraturgennemgangen gav 23 artikler som blev brugt som grund til denne retningslinje.

Formulering af anbefalinger

Anbefalingerne er formuleret af forfatterne (se nedenstående) og godkendt af kirurgisk arbejdsgruppe i december 2020.

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.

Anbefalinger, der udløser betydelig merudgift

Anbefalingerne er ikke forbundet med betydelige merudgifter.

Forfattere

- Søren Salomon, Kolorektalkirurgi, Overlæge, Odense Universitetshospital. Ingen interessekonflikter.
- Thomas Harvald, Kolorektalkirurgi, Overlæge, Herlev Hospital. Ingen interessekonflikter.

6. Monitorering

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

7. Bilag

Bilag 1 – Søgestrategi

Se kapitel 5 – litteratursøgning – for søgestrategi.

8. 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.