



Palliativ kirurgi til patienter med kolorektal kræft

Version 1.0

GODKENDT

Faglig godkendelse

21. maj 2014 (DCCG)

Administrativ godkendelse

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

REVISION

Planlagt: 1. juni 2020

INDEKSERING

Kolorektal kræft, operation, forløb

Indholdsfortegnelse

Om denne kliniske retningslinje.....	2
1. Anbefalinger (Quick guide).....	3
2. Introduktion	4
3. Grundlag	5
4. Referencer	7
5. Metode	8
6. Monitoreringsplan.....	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.

1. Anbefalinger (Quick guide)

1. **Palliativ behandling af stenoserende KRC kan udføres med stent, by-passprocedure, tarmresektion eller stomi (C).**
2. **Palliativ rectumresektion bør kun foretages ved avanceret tumorstadium eller hos patienter med ikke-resektable fjernmetastaser, såfremt der ikke på anden vis kan opnås lindring af betydende lokalgener (C).**

2. Introduktion

Formålet med palliativ kirurgi er primært at lindre symptomer og forbedre livskvaliteten for patienten. Denne retningslinje behandler palliativ kirurgi for patienter med kolorektal kræft.

Formål

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

Patientgruppe

Patienter der skal opereres palliativt for 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

1. **Palliativ behandling af stenoserende KRC kan udføres med stent, by-passprocedure, tarmresektion eller stomi (C).**
2. **Palliativ rectumresektion bør kun foretages ved avanceret tumorstadium eller hos patienter med ikke-resektable fjernmetastaser, såfremt der ikke på anden vis kan opnås lindring af betydende lokalgener (C).**

Litteratur og evidensgennemgang

Formålet med palliativ kirurgi er primært at lindre symptomer og forbedre livskvaliteten for patienten. Med dette mål for øje må kirurgen sammen med patienten nøje overveje mulighederne og holde de gener, patienten har, og de forbedringer i livskvalitet, et operativt indgreb vil kunne afstedkomme, op mod forventet morbiditet og mortalitet ved indgrebet.

Coloncancer

Rent palliativ kirurgisk behandling er primært indiceret ved obstruktion, fistulering pga. tumorperforation/abscesdannelse, ved blødning, ikke resektabel tumor pga indvækst i vitale strukturer eller svær komorbiditet. Palliativ behandling bør primært finde sted i et multidisciplinært samarbejde.

Det er ikke afklaret, om resektion af asymptomatiske tumorer kan forlænge overlevelse eller livskvalitet hos patienter med stadie IV sygdom der modtager kemoterapi. Et Cochrane review fra 2012 konkluderer, at der ikke foreligger sufficient evidens for, at resektion af primær tumor forlænger overlevelsen. Samtidig garanterer primær resektion ikke, at man undgår akut operation på et senere tidspunkt. Meta-analysen bygger på 7 ikke-randomiserede retrospektive studier af variabel kvalitet (1). Der er dog en anden metaanalyse, der konkluderer, at man, ud fra en vurdering af tumorbyrde og performancestatus snarere end tilstedeværelse eller fravær af symptomer alene, muligvis kan opnå en overlevelsesgevinst ved at fjerne primær tumor. En væsentlig begrænsning ved de fleste studier i denne metaanalyse er, at der ikke skelnes mellem symptomatiske og asymptomatiske tumorer (2). Hvorvidt der er bedre overlevelse efter fjernelse af primærtumor kombineret med systemisk kemoterapi versus systemisk kemoterapi alene hos patienter med stadium IV coloncancer, undersøges et internationalt multicenterstudie (CAIRO IV studiet).

Tumorobstruktion kan behandles med stent (SEMS), ”omkørsel”, stomi eller resektion og i enkelte tilfælde kan endoluminal Argon laser behandling komme på tale. Såfremt teknikken mestres, kan stentplacering foretages i hele colons forløb. Metaanalyser viser, at pallierende stents hos patienter med stadium IV CRC har en høj klinisk succesrate (ca. 90 %) og at under 10 % af patienterne får reobstruktion frem til deres død. Alvorlige komplikationer såsom perforation ligger på 4-9 % (3,4).

Rectumcancer

Der kan være flere årsager til, at en patient med cancer recti må behandles med palliativt sigte: Lokal avanceret tumor, ikke resektable fjernmetastaser, inkontinens, svær komorbiditet eller uacceptabel risiko for læsion af pelvine strukturer. Symptomlindring vil forbedre livskvaliteten, mens komplikationer, funktionelle

analproblemer eller stomianlæggelse kan trække i modsat retning. Palliativ behandling bør finde sted i et multidisciplinært samarbejde. Der foreligger solid dokumentation for livsforlængende effekt af kemoterapi. Hvis der planlægges kirurgisk intervention, skal der således være overvejelser vedrørende risikoen for at forsinke kemoterapi betydeligt p.g.a. indgrebet og/eller eventuelle komplikationer hertil. Behandlingen bør således primært være kemoterapi hos patienter med stadium IV rectum cancer (5). Der findes kun enkelte prelimære retrospektive studier, hvor man finder at resektion af primær tumor er forbundet med forlænget overlevelse (6). Dette mangler at blive belyst i prospektive kontrollerede undersøgelser.

Hvis det besluttes at foretage resektion, vil hensyntagen til risikoen for anastomoselækage og tidsperspektivet for en god afføringsfunktion oftest medføre at Hartmanns operation er første valg. Rectumeksstirpation kan medføre problemer med perinealsåret, men kan i sjældne tilfælde, såfremt der er udtalte lokale gener og tumor invaderer sfinkter eller sidder meget lavt i rectum, udføres.

Foruden regelret resektion kan kirurgisk palliation bestå af anlæggelse af stent, stomi samt transanal ekscision.

Distale stents vil kunne resultere i tenesmi, rektale smerter og inkontinens. Ved stentplacering med nedre grænse af stenten på 3 cm fra analåbningen bliver analfunktionen ikke påvirket betydeligt, men der kan være smertegener. Ved placering af stents over 3 cm fra analåbningen har der været rapporteret succesrater på 92 % og 78 % på henholdsvis kort og lang sigt (7,8).

Anlæggelse af transversostomi, sigmoideostomi eller loop-ileostomier er de hyppigste operative palliationsprocedurer, når stentanlæggelse ikke har vist sig mulig (9). Stomien bør, såfremt det er teknisk muligt, anlægges enten laparoskopisk eller endoskopisk assisteret. Som hovedregel bør der uanset graden af stenose anlægges en-løbet stomi. En én-løbet stomi er lettere at passe for patienten og evt. plejepersonale end en dobbeltløbet stomi, og blow-out læsioner ses kun sjældent sjældent.

TEM kan komme på tale hos patienter med fjernmetastasering og lokalt reseceerbar tumor, lokalsymptomer eller blødning. Ved blødningskomplikationer eller smerter kan lokal strålebehandling komme på tale.

Afhængig af lokal ekspertise kan der af øvrige transanale metoder foretages, argon plasma koagulation, elektrokoagulation, kryoterapi og injektionsbehandling som transanale palliationsmetoder. Argon beaming kan være effektiv til behandling af blødning og tenesmi hos patienter med kort restlevetid eller som supplement til stentning eller strålebehandling (8).

Patientværdier og –præferencer

Patientværdier og-præferencer mht palliativ kirurgi er ikke undersøgt i denne retningslinje.

Rationale

Anbefalingerne er resultatet af gennemgang af tilgængelig litteratur med høj evidensgrad..

Bemærkninger og overvejelser

Der er ingen særlige bemærkninger.

4. Referencer

1. Cirocchi R, Trastulli S, Abraha I et al. Non-resection versus resection for an asymptomatic primary tumour in patients with unresectable Stage IV colorectal cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;8:CD008997
2. Anwar S, Peter MB, Dent J et al. Palliative excisional surgery for primary colorectal cancer in patients with incurable metastatic disease. Is there a survival benefit? A systematic review. *Colorectal Dis.* 2012;14:920-30
3. Vemulapalli R, Lara LF, Sreenarasimhaiah J et al. A comparison of palliative stenting or emergent surgery for obstructing incurable colon cancer. *Dig Dis Sci.* 2010;55:1732-7
4. Bonin EA, Baron TH. Update on the Indications and Use of Colonic Stents. *Curr Gastroenterol Rep.* 2010;12:374–82
5. Ronnekleiv-Kelly SM, Kennedy GD. Management of stage IV rectal cancer: palliative options. *World J Gastroenterol.* 2011;17:835-47
6. Verberne CJ, de Bock GH, Pijl ME et al. Palliative resection of the primary tumour in stage IV rectal cancer. *Colorectal Dis.* 2012;14:314-9
7. Spinelli P, Mancini A. Use of self-expanding metal stents for palliation of rectosigmoid cancer. *Gastrointest Endosc.* 2001;53:203-6
8. Song HY, Kim JH, Kim KR et al. Malignant rectal obstruction within 5 cm of the anal verge: is there a role for expandable metallic stent placement? *Gastrointest Endosc.* 2008;68:713-20
9. Fazio VW. Indications and surgical alternatives for palliation of rectal cancer. *J Gastrointest Surg.* 2004;8:262-5
10. Kimmey MB. Endoscopic methods (other than stents) for palliation of rectal carcinoma. *J Gastrointest Surg.* 2004;8:270-3

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 og Cochrane Library.

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

- Ismail Gögenur, professor, overlæge, Kirurgisk Afdeling Sjællands Universitetshospital.

6. Monitoreringsplan

Standarder og indikatorer

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