

DCCG'S NATIONALE RETNINGSLINIER FOR DIAGNOSTIK OG BEHANDLING AF KOLOREKTAL CANCER		
Palliativ kirurgi		
Forfattere: IG	Gælder fra: --	Gælder til:

Rekommandationer

- Palliativ behandling af stenoserende KRC kan udføres med stent, by-passprocedure, tarmresektion eller stomi C
- 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 betydelige lokalgener C

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).

DCCG'S NATIONALE RETNINGSLINIER FOR DIAGNOSTIK OG BEHANDLING AF KOLOREKTAL CANCER		
Palliativ kirurgi		
Forfattere: IG	Gælder fra: --	Gælder til:

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 preliminære 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 énløbet 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 resecerbar 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).