

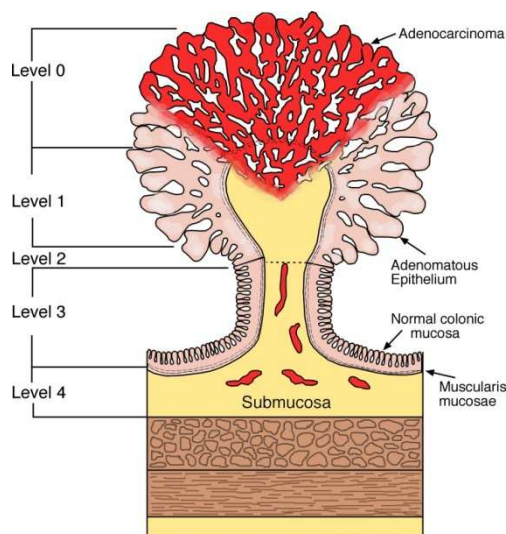
DCCG'S NATIONALE RETNINGSLINIER FOR DIAGNOSTIK OG BEHANDLING AF KOLOREKTAL CANCER		
Lokal tumorresektion i colon		
Forfattere: GB	Gælder fra: --	Gælder til:

Rekommandationer

- Simpel slyngeresektion kan anvendes som definitiv behandling af stilkede polypper med cancer i Haggits level 1 – 3 med frie resektionsrande og definitiv behandling af bredbaserede og non-polypoide adenomer på 1 cm eller mindre i største diameter i colon B
- EMR anvendes ved non-polypoide og bredbaserede adenomer på mere end 1 cm der skønnes benigne ved endoskopian B
- EMR kan overvejes som definitiv behandling hos patienter med low risk T1 cancer og svær ko-morbiditet C
- Uanset anvendt teknik og tumors udseende skal tumorer, der ikke er radikalt fjernet ved endoskopisk teknik, tilbydes supplerende kirurgisk eller onkologisk behandling, med mindre patient-relaterede faktorer taler imod dette B
- ESD teknikkerne bør videreudvikles i kontrolleret regi på et begrænset antal afdelinger D

Kolonoskopisk polypektomi

Cancer i stilkede polypper og enkelte små bredbaserede polypper kan fjernes kurativt ved endoskopisk polypektomi. Ved resektion af T1 cancere i Haggits niveau 1 – 3 kan man forvente lymfeknudespredning på operationstidspunktet i mindre end 5 % af tilfældene. Resektionen kan betragtes som radikal såfremt der er mindst 1 mm fri resektionsrand (Baatrup, Endreseth et al 2009, Schafer 2006)). Såfremt resektionsranden ikke kan vurderes, eller ikke er fri, må patienter med normal operations risiko tilbydes individualiseret supplerende behandling. Radikalt fjernede maligne polypper med lav differentieringsgrad eller med invasion i kar eller nerver eller med tumor budding har formentlig højere recidiv risiko, men evidensen er, når det drejer sig om re-resektion af stilkede polypper i kolon, sparsom. Pålidelig N – staging er ikke mulig. Såfremt canceren penetrerer til nederste 1/3 af submucosa i Haggits level 4 (sm stadium 3), er risikoen for synkron lymfeknudespredning op imod 23 % (Naschimbeni 2002). Sm stadietinddeling er sjældent muligt efter polypektomi, da muscularis propria ikke er til stede i præparatet. Penetration til Haggits niveau 4 må derfor betragtes som indikation for supplerende behandling. Recidivrisikoen er, efter fjernelse af stilkede polypper, lille (Kronborg 1991).



Haggitts Klassifikation: Baatrup, Endreseth et al. 2009.

Endoskopisk mukosaresektion (EMR) og endoskopisk submucosa dissektion (ESD)

EMR i colon er en accepteret behandling af adenomer med bred tilhæftning til tarmvæggen (bredbaserede eller non-polypoide adenomer).

Lidt større adenomer resekeres som regel i fragmenter og radikalitetsbestemmelse er derfor ikke muligt. Cancer er demonstreret i 32 – 55 % af adenomer over 2 cm afhængig af arkitekturen og cancer i op til 79 % af adenomer over 4.2 cm (Tytherleigh 2008). Præoperative biopsier er upålidelige til at udelukke cancer i større adenomer (Baatrup 2007)). Desuden er lifting teknikken upålidelig som metode til at udelukke maligne forandringer i polypen. Op til 16 % af store adenomer, der vurderes benigne efter lifting teknikken, indeholder cancer (Ho Jang 2012). Der skal derfor være aftalt en "rescue – strategy" med patienten inden proceduren gennemføres. Nyere data antyder, at resultatet efter EMR af low risk T1 cancere i risikopatienter kan give acceptable resultater (Netzer 1998, Santos 2011), men det er kontroversielt (Ho Jang 2012, Kim 2011, Buchner 2012). Low risk T1 cancere defineres som radikalt fjernede (mindst 1 mm fri resektionsrand) sm1-2 uden indvækst i kar og nerver, med middelhøj eller høj differentieringsgrad og uden tumor budding. Der er ikke evidens for, at et EMR forsøg negativt påvirker resultatet ved en hurtig efterfølgende colonresektion sammenlignet med primær colonresektion.

EMR i colon er af Sundhedsstyrelsen klassificeret som hovedfunktion, men teknikken er vanskelig og kræver et stort patientvolumen. Perforations- og blødningsrisikoen er lille i øvede hænder, og proceduren udføres ofte ambulant. Lokal-recidiv frekvenser på 0 - 40 % er rapporteret fra dedikerede centre (Barendse 2011). EMR bør ikke tilbydes til cancere hos patienter som skønnes at kunne tåle en resektion.

ESD er under udvikling og er teknisk krævende. Teknikken kan benyttes til meget store læsioner og fordelen frem for EMR er, at man tilstræber at få tumor ud i ét stykke. Resektionsranden kan derfor bedre bedømmes, men dissektionen foregår i submucosa og hverken T eller T1 subklassifikation er mulig. Komplikationsrisikoen er høj. I øvede hænder er perforationsraten 4 –

DCCG'S NATIONALE RETNINGSLINIER FOR DIAGNOSTIK OG BEHANDLING AF KOLOREKTAL CANCER		
Lokal tumorresektion i colon		
Forfattere: GB	Gælder fra: --	Gælder til:

12 % % og blødningsrisikoen 11 – 12 % (Tseng 2013, Sagawa 2012). ESD bør kun foregå i protokol i dedikerede centre.