

|                                                                                   |                              |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| DCCG'S NATIONALE RETNINGSLINIER FOR DIAGNOSTIK OG BEHANDLING AF KOLOREKTAL CANCER |                              |                               |
| <b>Avanceret og recidiverende coloncancer</b>                                     |                              |                               |
| Forfattere: HKC                                                                   | Gælder fra: 1. november 2012 | Gælder til: 30. November 2012 |

## Rekommandationer

- Operation for avanceret coloncancer bør kun udføres af erfarne kolorektalkirurger i et multidisciplinært samarbejde A
- Ved meget ekstensiv tumor kan down-sizing med kemoterapi overvejes B
- Ved fund af carcinose bør HIPEC overvejes B

### *Lokalt avanceret primærcancer*

Lokalt avanceret coloncancer defineres som T4-tumor med indvækst i naboorganer vurderet ved abdominal palpation og CT-skanning. Det er afgørende for prognosen at opnå en R0-resektion, hvorfor en bloc resektion af tumor med alt adhærent væv er essentiel (*Cook (c) 2005 III, McArdle (b) 1990 III, McArdle (c) 1991 III*). Præoperativt og peroperativt er det ikke muligt at skelne mellem inflammation og tumorindvækst, men hvis tumor er adhærent til organ, vil der være indvækst i ca. 50 %. I de fleste tilfælde drejer det sig om resektion af adhærent tyndtarm, mindre område af bugvæg eller oment, der kan håndteres af alle kolorektalkirurger.

Det er vigtigt at udelukke fjernmetastaser. Patienterne bør derfor have foretaget CT-skanning af thorax og abdomen. I tvivlstilfælde suppleres med PET-CT.

I enkelte tilfælde skal der foretages ekstensiv bugvægsresektion, resektion af ureter eller nefrektomi. Særlig komplicerede er tilfælde lokaliseret i colon transversum eller ved fleksurerne med involvering af duodenum, ventrikel, pancreas og milt, samt lokalt avanceret sigmoideumcancer med indvækst i ureter, iliacakarrene eller blæren. Disse avancerede tumorer udgør en lille og heterogen gruppe af tumorer, som er teknisk krævende at behandle, og operation bør kun udføres af erfarne kolorektalkirurger i et multidisciplinært samarbejde (*Luna-Pérez 2002 III*). Kemoterapi bør overvejes præoperativt ved ekstensivt tumorfund

### *Lokalrecidiv*

Hyppigheden af lokalrecidiv har formentligt tidligere været undervurderet, og et nyligt svensk populationsbaseret studie tyder på, at lokalrecidiv ved coloncancer nu er hyppigere end lokalrecidiv ved rectumcancer. Risikoen for lokalrecidiv er særlig høj ved behandling af tumor lokaliseret ved højre fleksur og i sigmoideum (*Thomson 2007 III*).

### *Behandling*

Den foreliggende litteratur er beskeden, men det er afgørende at opnå en R0-resektion, evt. med en-bloc resektion af alle organer adhærente til tumor. Såfremt det peroperativt viser sig, at tumor er mere avanceret end forventet, og den tilstrækkelige ekspertise til et avanceret indgreb ikke er til stede, tilrådes blot en aflastende stomi oralt for tumor, frem for forsøg på tumorresektion.

Ved peroperativt fund af carcinose bør primær tumor lades urørt. Der foretages biopsi fra carcinoseelementer, og pt. henvises til vurdering med

|                                                                                   |                              |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| DCCG'S NATIONALE RETNINGSLINIER FOR DIAGNOSTIK OG BEHANDLING AF KOLOREKTAL CANCER |                              |                               |
| <b>Avanceret og recidiverende coloncancer</b>                                     |                              |                               |
| Forfattere: HKC                                                                   | Gælder fra: 1. november 2012 | Gælder til: 30. November 2012 |

henblik på HIPEC. Ved truende ileus kan vælges at anlægge en aflastende stomi oralt for tumor.