

**Synkron og metakron, sporadisk, ikke-Lynch CRC**

Forfattere: IB, RT

Ver 1.1

Gælder fra: 1. april 2017

Gælder til:

**Anbefalinger**

- Der er ikke evidens for bedre onkologisk resultat ved subtotal/total kolektomi, frem for segmentær resektion, ved synkron eller metakron CRC

D

**Ansvarlige**

Inge Bernstein, overlæge, Mave- og Tarmkirurgi, Aalborg Universitetshospital.

Randi Thyregaard Nielsen, overlæge, Kirurgisk Afdeling, Hospitalsenheden Vest, Herning.

**Baggrund**

Risikoen for synkron og metakron colorectal cancer (CRC) angives i tidligere studier til mellem 0,5 pct og 9 pct, men studierne er generelt meget heterogene, omfattende ikke sammenlignelige kohorter, og ofte indgår patienter med forskellige risikofaktorer, herunder arvelig disposition, i studierne (Mulder et al 2011 IIa, Bülow et al 1990 IIa, Jayasekara et al 2016 Ia).

I store populationsbaserede studier fra Utah (Samadder et al 2014 IIa), Holland (Mulder et al 2011 IIa), Frankrig (Latournerie et al 2008 IIa) og Sverige (Kodeda et al 2013 IIa) med mellem 13.000 og 18.000 patienter i hvert studie varierer risikoen for synkron CRC mellem 0,7-3,9 pct og risikoen for metakron CRC mellem 1,3-9 pct (Mulder et al 2012 IIa, Samadder et al 2014 IIa, Bülow et al 1990 IIa). Det danske studie med incidens på 9 pct for metakron CRC er en selektiv kohorte af patienter, der var < 40 år på diagnosetidspunktet (Bülow et al 1990 IIa).

**Synkron CRC:**

I et hollandsk populationsbaseret observationsstudie med en incidens af synkron CRC på 3,5 pct var risikoen for svære postoperative komplikationer med en OR: 1,40; 95 pct CI, 1,20-1,63, og en højere risiko for reoperation med OR: 1,37; 95 pct CI, 1,14-1,65 hos patienter med synkron CRC sammenlignet med patienter med solitær CRC. Der var ikke forskel på 30-dages mortalitet mellem de to grupper. Over halvdelen af de synkron CRC var lokaliseret i ikke kontinuerlige tarmsegmenter, og der var en tendens til mere ekstensiv kirurgi og flere åbne operationer inklusiv brug af stomi. Den øgede risiko for komplikationer tilskrives den mere ekstensive kirurgi ved synkron CRC (Leersum et al 2014 IIa).

**Synkron og metakron, sporadisk, ikke-Lynch CRC**

Forfattere: IB, RT

Ver 1.1

Gælder fra: 1. april 2017

Gælder til:

Flere studier tyder på, at synkron CRC er hyppigst blandt ældre mænd (Leersum et al 2014 IIa, Yang et al 2011 Ia).

I planlægning af den kirurgiske behandlingsstrategi hos patienter med kurabel synkron cancer i colon/rektum bør der ved MDT-konferencen overvejes følgende:

*1) Postoperativ morbiditet og mortalitet ved flere segmentære resektioner med to eller flere anastomoser*

Flere kolonanastomoser ser ikke ud til at øge risikoen for komplikationer (Takatsy et al 2015 IV, Holubar et al 2010 IV).

Begge studier omhandler et mindre antal patienter (hhv. 42 og 69), som er opereret åbent eller laparoskopisk med segmentære resektioner og to eller flere anastomoser. Det første studie omhandler synkron cancer, mens det andet er en heterogen gruppe af patienter med malign og benign diagnose. Der synes ikke at være øget risiko for lækage ved flere anastomoser i en selekteret patientgruppe.

I et andet retrospektivt studie på 25 patienter med synkron CRC, alle behandlet med to anastomoser, fandt man, at laparoskopisk teknik var et godt alternativ til åben kirurgi i forhold til onkologisk resektion (R0 resektion), antal fjernede lymfeknuder og postoperative komplikationer. Operationstiden var dog længere ved laparoskopisk teknik (Nozawa et al 2016 IV).

*2) Onkologisk sikkerhed*

Der er ikke evidens for, at det onkologiske resultat er bedre, hvis der foretages kolektomi eller proktokolektomi frem for to segmentære resektioner. Risikoen for metakron cancer er formentlig mindre i dag end tidligere estimeret pga. bedre kvalitet af koloskopier (ny teknik og udstyr) og etablering af faste kontroller gennem guidelines (DCCG). Risiko for metakron CRC hos patienter med sporadisk CRC er i nyere studier som anført mellem 1,3-1,6 pct (Mulder 2012 IIa, Samadder 2014 IIa), hvilket ikke umiddelbart indikerer behov for ekstensiv resektion. Lynch patienter (MMR-defekt) har derimod signifikant øget risiko for metakron CRC sammenlignet med CRC-patienter fra andre familier med arvelig disposition til CRC (Jayasekara 2016 Ia, Lindberg 2015 IIa). Risikoen for metakron CRC for sidstnævnte patienter er på niveau med patienter med sporadisk CRC. Der henvises i øvrigt til guidelines om arvelig CRC.

## Synkron og metakron, sporadisk, ikke-Lynch CRC

Forfattere: IB, RT

Ver 1.1

Gælder fra: 1. april 2017

Gælder til:

### 3) Lokalisationen af de synkrone tumorer

Beliggenheden af de synkrone tumorer har betydning for, hvilken operation der kan vælges. Ved flere CRC i samme eller tilstødende segment vil der af tekniske årsager ofte blive tale om én resektion. Hos patienter med tumorer i coecum/ascendens og samtidig tumor i sigmoideum/rektum er overvejelserne større. Det funktionelle outcome er forskelligt afhængigt af, om der laves højresidig hemikolektomi og sigmoideumresektion eller total kolektomi med ileorektal anastomose. Er anale tumor beliggende i rektum, vil operationen ofte være proktokolektomi og permanent ileostomi. Vægtning af det funktionelle resultat versus udfordringer i forbindelse med regelmæssige koloskopikontroller må diskuteres med patienten præoperativt.

Nedenstående figur viser valg af operationstype til 884 patienter med synkron CRC i det hollandske studie (Leersum et al 2014 IIa).

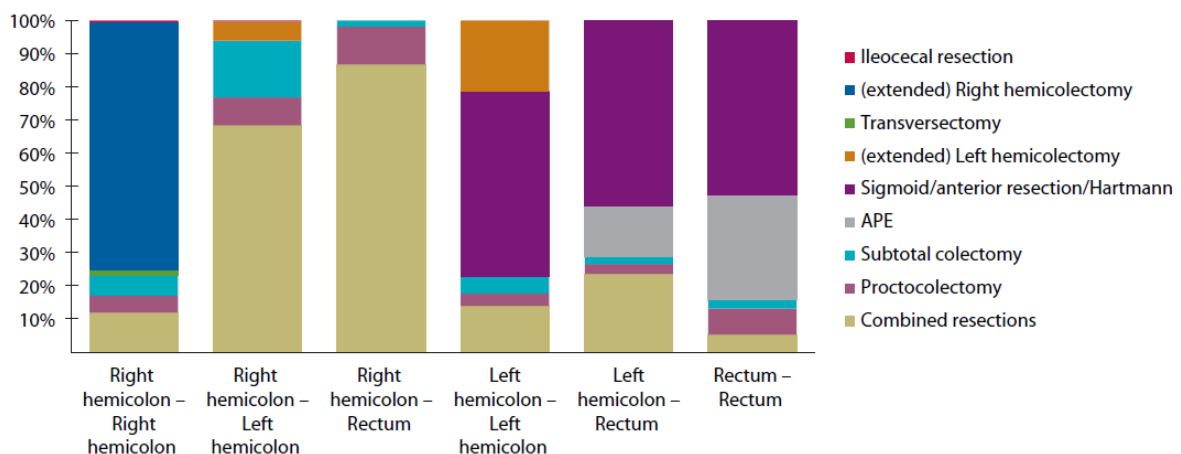


FIGURE 1. Type of surgical resection for the different distributions of the synchronous tumors. APE = abdominal perineal excision.

### Metakron CRC

Der er ikke evidens for, at det onkologiske resultat er bedre, hvis der foretages kolektomi eller proktokolektomi frem for segmentær resektion ved metakron CRC.

**Litteraturliste - Synkron og metakron, sporadisk, ikke-Lynch CRC**

Forfattere: IB, RT

Gælder fra: 1. april 2017

Gælder til:

1. Mulder SA et al. Prevalence and prognosis of synchronous colorectal cancer: A Dutch population-based study. *Cancer Epidemiology* 35 (2011) 442-447
2. Bülow et al. Metachronous colorectal carcinoma. *British Journal of Surgery* 1990;70:502-505
3. Jayasekara H et al. Risk factors for metachronous colorectal cancer following a primary colorectal cancer: A prospective cohort study. *Int J Cancer* 2016 Sep 1;139(5):1081-90.
4. Samadder NJ et al. Epidemiology and Familial Risk of Synchronous and Metachronous Colorectal Cancer: A Population-Based Study in Utah. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2014;12:2078-2084
5. Latourerie M et al. Epidemiology and prognosis of synchronous colorectal cancers. *British Journal of Surgery* 2008; 95:1528-1533
6. Kodeda et al. Population-based data from the Swedish Colon Cancer Registry. *British Journal of Surgery* 2013;100:1100-1107
7. Mulder SA et al. The incidence and risk factors of metachronous colorectal cancer: an indication for follow-up. *Dis Colon Rectum* 2012;55(5):522-31
8. Leersum NJ et al. Synchronous Colorectal Carcinoma: A Risk Factor In Colorectal Cancer Surgery. *Diseases of the Colon & Rectum* 2014;57:460-64
9. Yang J et al. Synchronous Colorectal Cancers: A Review of Clinical Features, Diagnosis, Treatment and Prognosis. *Dig Surg* 2011;28:379-385
10. Takatsu Y et al. Surgery for synchronous colorectal cancers with double colonic anastomoses: A comparison of laparoscopic and open approaches. *Asian J Endosc Surg* 2015; 8:429-433
11. Holubar SD et al. Multiple synchronous colonic anastomoses: are they safe? *Colorectal Dis* 2010;12:135-140)
12. Nozawa h et al. Laparoscopy-assisted versus open surgery for multiple colorectal cancers with two anastomoses: a cohort study. *SpringerPlus* (2016) 5:287
13. Lindberg LJ, Ladelund S, Smidth-Hansen L, Bernstein I. Metachronous colorectal cancer in general national cohorts from 1943–2012 and its relevance as indicator of hereditary colorectal cancer. *Fam Cancer. suppl* 2015