

## pT1 kolorektal cancer

### Opfølgning efter kurativ lokalbehandling af pT1 kolorektal cancer i colon

Forfattere: ANC, MR, SRR

Version: 1.0

Gælder fra: 28. oktober 2018

Gælder til:

#### Anbefalinger

- Efter mikroradikal lokalresektion af pT1-tumor og med fravær af histologiske risikofaktorer anbefales opfølgning med koloskopi som ved højrisiko polyp, dog
  - første endoskopi 3 måneder efter indeksskopian
  - næste koloskopi 1 år efter lokalbehandling
  - koloskopikontrol fortsætter hvert 5. år, indtil patientens fyldte 75 år
- Polypresektionsstedet skal blækmarkeres så tidligt i forløbet som muligt C
- CT-skanning er ikke egnet til primær tumorstaging pga. den lave opløselighed og er heller ikke brugbar til lokal vurdering efter polypresektion C
- CT-skanning anbefales som opfølgning til påvisning af fjernecidiv i samme kontrolregime som efter radikal operation for tarmkræft C
- Efter mikroradikal resektion af stillet polyp med pT1-tumor og med fravær af histologiske risikofaktorer kan CT-skanningsbaseret overvågning undlades D

#### Ansvarlige

Andreas Nordholm-Carstensen, læge, Kirurgisk Afdeling, Bispebjerg Hospital.

Mona Rosenkilde, overlæge, Røntgen og Skanning, Aarhus Universitetshospital.

Søren Rafael Rafaelsen, overlæge, Radiologisk Afdeling, Sygehus Lillebælt.

Rationalet bag intensiv opfølgning af patienter behandlet for pT1-coloncancer skal være tidligere påvisning af recidiv og deraf følgende højere andel af operationer med kurativt sigte samt bedret overlevelsesprognose. Der eksisterer i skrivende stund ingen studier af høj metodologisk kvalitet omhandlende den bedste endoskopiske eller radiologiske opfølgingsstrategi hos disse patienter. Tillige er der ingen data til afklaring af, om visse patienter med polypper med specifikke risikofaktorer skal følges mere intensivt. Herværende retningslinje baseres derfor på en ekstrapolering af data vedr. UICC stadium II og III kolorektal cancer og højrisiko polypper i colon.

## pT1 kolorektal cancer

### Opfølgning efter kurativ lokalbehandling af pT1 kolorektal cancer i colon

Forfattere: ANC, MR, SRR

Version: 1.0

Gælder fra: 28. oktober 2018

Gælder til:

#### Endoskopisk kontrol

Den optimale timing og det mest hensigtsmæssige interval mellem endoskopiske opfølgninger efter resektion af pT1-tumorer i colon er uklar og varierer mellem internationale guidelines (1-5) fra ingen rutineopfølgning til opfølgning som for UICC stadium II og III patienter. Ofte specificerer disse guidelines kun opfølgningen for patienter med UICC stadium II og III. Det endoskopiske opfølgningsprogram vil i længden selvsagt afhænge af de fund, der gøres ved den enkelte opfølgningsskoloskopi. Formålet med undersøgelserne er påvisning af lokalrecidiv og metakrone læsioner. Selvom hyppige opfølgningsskoloskopier hos patienter behandlet for kolorektal cancer er vist associeret med lavere *overall mortality*, er nogen betydning for den cancerspecifikke dødelighed aldrig fundet. (4, 6, 7). The American Society of Colorectal Surgeons (ASCRS) anbefaler, at den første skopi udføres efter 3 til 6 måneder, og at polypresektionsstedet blækmarkeres hurtigst muligt, hvis det ikke allerede er gjort ved selve resektionen. Fordelen ved at effektuere første koloskopi allerede tre måneder fra indeksskopian/resektionen vil være at detektere synkrone cancere og præmaligne læsioner, som så kan behandles. Dette er relevant, da synkrone cancere optræder hos 0,7-10 pct., og synkrone adenomer kan findes hos 15-50 pct. (4, 8). Det er velkendt, at patienter med kolorektal cancer og synkrone adenomer har højere risiko for udvikling af metakrone læsioner, herunder cancere (4).

Få patienter vil opleve recidiv af canceren ekstramuralt (9), og hos disse patienter vil det endoskopiske opfølgningsprogram ikke være sufficient. Er der derfor klinisk mistanke om recidiv uden endoskopiske fund, må man overveje at supplere med CT-skanning eller evt. PET/CT (10). Værdien af denne strategi er ikke klarlagt for patienter med pT1-tumorer.

I mangel af bedre data foreslås, at nationale guidelines vedr. adenom- og polypkontrol kan ekstrapoleres til den aktuelle patientpopulation, som det også anbefales af ASCRS (1). Således anbefales, at den første endoskopi efter indeksskopian effektueres efter 3 måneder jf. ovenstående, og at den videre kontrol følger det nationale "Screenings- og adenomkontrol program for tyk- og endetarmskræft", <http://danskpatologi.org/wp-content/uploads/2016/02/Screenings-og-adenomkontrol-program-tyk-og-endetarmskr%C3%A6ft.pdf>, for patienter stratificeret som værende "højrisikopatienter", hvormed den næste skopi gennemføres efter 1 år.

Derudover anbefales iht. Sundhedsstyrelsen opfølgningsprogram for tyk- og endetarmskræftpatienter koloskopikontrol hvert femte år indtil patientens fyldte 75. år mhp. diagnosticering af metakrone læsioner. Der findes et særskilt koloskopiprogram for HNPCC-

## pT1 kolorektal cancer

### Opfølgning efter kurativ lokalbehandling af pT1 kolorektal cancer i colon

Forfattere: ANC, MR, SRR

Version: 1.0

Gælder fra: 28. oktober 2018

Gælder til:

patienter.

#### CT-skanning og pT1-tumorer

Flere internationale guidelines anbefaler generelt begrænset radiologisk opfølgning af patienter med pT1-tumorer, men det skal have in mente, at fjerne metastaser er beskrevet også 5 år efter behandling af selve pT1-tumoren (11). Derudover har op til 27 pct. af alle pT1-tumorer lymfeknudemetastaser afhængigt af Haggitt eller Kikuchi level (12, 13). CT-skanning anbefales brugt til vurdering af spredning og som opfølgning, idet vurdering af spredning og de forandringer man leder efter som tegn på spredning, må betragtes som værende ens for pT1-tumorer, som for øvrige og mere avancerede kolorektal cancer. Hyppigheden af opfølgning må derfor også ensrettes, hvorfor den anbefales udført iht. Sundhedsstyrelsens guidelines for opfølgning af patienter med kolorektal cancer.

CT-skanningsbaseret overvågning vurderes dog ikke indiceret efter mikroradikal resektion af stillet polyp med pT1-tumor med fravær af histologiske risikofaktorer.

De begrænsninger, den endoskopiske og radiologiske opfølgning i dag præges af, kan potentielt i fremtiden afhjælpes vha. endoskopisk UL. Om end teknikken ikke er standard i klinisk praksis, har den vist lovende resultater i den præoperative staging af coloncancer hvad angår T-kategori (14) og kunne tænkes at være gavnlige i påvisning af ekstramurale recidivtilfælde. For nuværende er dette dog spekulativt.

**Tabel 1:** Skematisk oversigt over opfølgning efter kurativ lokalbehandling af pT1-tumorer i colon

UNDERSØGELSE	MÅNEDER EFTER LOKALRESEKTION				
	3 mdr.	12 mdr.	36 mdr.	60 mdr.	Hvert 5. år
Koloskopi	X	X		X	X
CT thorax/abdomen		X	X		

## Litteraturliste - pT1 kolorektal cancer

### Opfølgning efter kurativ lokalbehandling af pT1 kolorektal cancer i colon

Forfattere: ANC, MR, SRR

Version: 1.0

Gælder fra: 25. oktober 2018

Gælder til:

1. Steele SR, Chang GJ, Hendren S, Weiser M, Irani J, Buie WD, et al. Practice Guideline for the Surveillance of Patients After Curative Treatment of Colon and Rectal Cancer. *Diseases of the colon and rectum*. 2015;58(8):713-25.
2. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology Colon Cancer 2015 [2.2015]:[Available from: [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/colon.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/colon.pdf).
3. Williams JG, Pullan RD, Hill J, Horgan PG, Salmo E, Buchanan GN, et al. Management of the malignant colorectal polyp: ACPGBI position statement. *Colorectal Dis*. 2013;15 Suppl 2:1-38.
4. Kahi CJ, Boland CR, Dominitz JA, Giardiello FM, Johnson DA, Kaltenbach T, et al. Colonoscopy surveillance after colorectal cancer resection: recommendations of the US multi-society task force on colorectal cancer. *Gastrointestinal endoscopy*. 2016;83(3):489-98 e10.
5. Labianca R, Nordlinger B, Beretta GD, Mosconi S, Mandala M, Cervantes A, et al. Early colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO*. 2013;24 Suppl 6:vi64-72.
6. Ramsey SD, Howlader N, Etzioni R, Brown ML, Warren JL, Newcomb P. Surveillance endoscopy does not improve survival for patients with local and regional stage colorectal cancer. *Cancer*. 2007;109(11):2222-8.
7. Pita-Fernandez S, Alhayek-Ai M, Gonzalez-Martin C, Lopez-Calvino B, Seoane-Pillado T, Pertega-Diaz S. Intensive follow-up strategies improve outcomes in nonmetastatic colorectal cancer patients after curative surgery: a systematic review and meta-analysis. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO*. 2015;26(4):644-56.
8. Agnew JL, Abbadessa B, Leitman IM. Strategies to evaluate synchronous carcinomas of the colon and rectum in patients that present for emergent surgery. *Int J Surg Oncol*. 2013;2013:309439.

**Litteraturliste - pT1 kolorektal cancer**  
**Opfølgning efter kurativ lokalbehandling af pT1 kolorektal cancer i colon**

Forfattere: ANC, MR, SRR

Version: 1.0

Gælder fra: 25. oktober 2018

Gælder til:

9. Ueno H, Mochizuki H, Hashiguchi Y, Shimazaki H, Aida S, Hase K, et al. Risk factors for an adverse outcome in early invasive colorectal carcinoma. *Gastroenterology*. 2004;127(2):385-94.
10. Whiteford MH, Whiteford HM, Yee LF, Ogunbiyi OA, Dehdashti F, Siegel BA, et al. Usefulness of FDG-PET scan in the assessment of suspected metastatic or recurrent adenocarcinoma of the colon and rectum. *Diseases of the colon and rectum*. 2000;43(6):759-67; discussion 67-70.
11. Volk EE, Goldblum JR, Petras RE, Carey WD, Fazio VW. Management and outcome of patients with invasive carcinoma arising in colorectal polyps. *Gastroenterology*. 1995;109(6):1801-7.
12. Nivatvongs S, Rojanasakul A, Reiman HM, Dozois RR, Wolff BG, Pemberton JH, et al. The risk of lymph node metastasis in colorectal polyps with invasive adenocarcinoma. *Diseases of the colon and rectum*. 1991;34(4):323-8.
13. Bujanda L, Cosme A, Gil I, Arenas-Mirave JI. Malignant colorectal polyps. *World journal of gastroenterology : WJG*. 2010;16(25):3103-11
14. Malmstrom ML, Gogenur I, Riis LB, Hassan H, Klausen TW, Perner T, et al. Endoscopic ultrasonography and computed tomography scanning for preoperative staging of colonic cancer. *International journal of colorectal disease*. 2017;32(6):813-20