



# Kirurgisk behandling af cancer coli

Synkron og metakron, sporadisk, ikke-Lynch CRC

## Version 1.0

### **GODKENDT**

#### **Faglig godkendelse**

1. april 2017 (DCCG)

#### **Administrativ godkendelse**

5. november 2019 (Sekretariatet for  
Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet)

### **REVISION**

Planlagt: 1. juni 2021

### **INDEKSERING**

Kolorektal kræft, kirurgi, operation

# Indholdsfortegnelse

Om denne kliniske retningslinje.....	2
1. Anbefalinger (Quick guide).....	3
2. Introduktion .....	4
3. Grundlag .....	4
4. Referencer .....	7
5. Metode .....	7
6. Monitoreringsplan.....	8

## Om denne kliniske retningslinje

Denne kliniske retningslinje er udarbejdet i et samarbejde mellem Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG.dk) og Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Indsatsen med retningslinjer er forstærket i forbindelse med Kræftplan IV og har til formål at understøtte en evidensbaseret kræftindsats af høj og ensartet kvalitet i Danmark. Det faglige indhold er udformet og godkendt af den for sygdommen relevante DMCG. Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet har foretaget en administrativ godkendelse af indholdet. Yderligere information om kliniske retningslinjer på kræftområdet kan findes på:

[www.dmcg.dk/kliniske-retningslinjer](http://www.dmcg.dk/kliniske-retningslinjer)

Retningslinjen er målrettet klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen og indeholder systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges som beslutningsstøtte af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer.

De kliniske retningslinjer på kræftområdet har karakter af faglig rådgivning. Retningslinjerne er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse. Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til patientens situation.

Retningslinjen indeholder, udover de centrale anbefalinger (kapitel 1), en beskrivelse af grundlaget for anbefalingerne – herunder den tilgrundliggende evidens (kapitel 3+4). Anbefalinger mærket A er stærkest, anbefalinger mærket D er svagest. Yderligere information om styrke- og evidensvurderingen, der er udarbejdet efter "Oxford Centre for Evidence-Based Medicine Levels of Evidence and Grades of Recommendations", findes her: [http://www.dmcg.dk/siteassets/kliniske-retningslinjer--skabeloner-og-vejledninger/oxford-levels-of-evidence-2009\\_dansk.pdf](http://www.dmcg.dk/siteassets/kliniske-retningslinjer--skabeloner-og-vejledninger/oxford-levels-of-evidence-2009_dansk.pdf)

Generelle oplysninger om bl.a. patientpopulationen (kapitel 2) og retningslinjens tilblivelse (kapitel 5) er også beskrevet i retningslinjen. Se indholdsfortegnelsen for sidehenvisning til de ønskede kapitler.

For information om Sundhedsstyrelsens kræftpakker – beskrivelse af hele standardpatientforløbet med angivelse af krav til tidspunkter og indhold – se for det relevante sygdomsområde:

<https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kraeft/pakkeforloeb/beskrivelser>

Denne retningslinje er udarbejdet med økonomisk støtte fra Sundhedsstyrelsen (Kræftplan IV) og RKKP.

## 1. Anbefalinger (Quick guide)

1. **Der er ikke evidens for bedre onkologisk resultat ved subtotal/total kolektomi, frem for segmentær resektion, ved synkron eller metakron CRC (D).**

## 2. Introduktion

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 (1-3) [IIa, IIa, Ia].

I store populationsbaserede studier fra Utah (4) [IIa], Holland (1) [IIa], Frankrig (5) [IIa] og Sverige (6) [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 (1;4;2) [IIa, IIa, IIa]. Det danske studie med incidens på 9 pct for metakron CRC er en selektiv kohorte af patienter, der var < 40 år på diagnosetidspunktet (2) [IIa].

Denne retningslinje behandler kirurgisk behandling af synkron og metakron, sporadisk, ikke-Lynch kolorektal kræft.

### Formål

Det overordnede formål med retningslinjen er at understøtte en evidensbaseret kræftindsats af høj og ensartet kvalitet på tværs af Danmark.

### Patientgruppe

Patienter med synkron og metakron, sporadisk, ikke-Lynch kolorektal kræft.

### Målgruppe for brug af retningslinjen

Denne retningslinje skal primært understøtte det kliniske arbejde og udviklingen af den kliniske kvalitet, hvorfor den primære målgruppe er klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen.

## 3. Grundlag

### 1. Der er ikke evidens for bedre onkologisk resultat ved subtotal/total kolektomi, frem for segmentær resektion, ved synkron eller metakron CRC (D).

#### Litteratur og evidensgennemgang

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 synkrone 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 (8) [IIa].

Flere studier tyder på, at synkron CRC er hyppigst blandt ældre mænd (8;9) [IIa, 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 (10;11) [IV, 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 synkrone 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 (12) [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 (1;4) [IIa, IIa], hvilket ikke umiddelbart indikerer behov for ekstensiv resektion. Lynch patienter (MMRdefekt) har derimod signifikant øget risiko for metakron CRC sammenlignet med CRC-patienter fra andre familier med arvelig disposition til CRC (3;13) [Ia, 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.

#### 3) Lokalisationen af de synkrone tumorer

Skabelon v. 8.2

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 afhængig 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 synkon CRC i det hollandske studie (8) [1a].

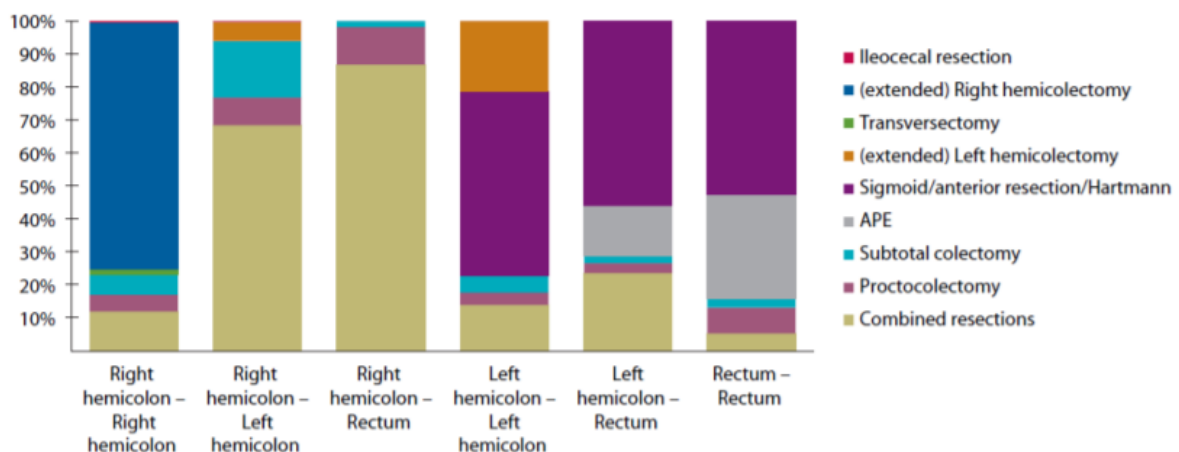


FIGURE 1. Type of surgical resection for the different distributions of the synchronous tumors. APE = abdominal perineal excision.

## 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.

## Patientværdier og – præferencer

Patientværdier og-præferencer mht subtotal/total kolektomi frem for segmentær resektion ved synkron eller metakron kolorektal cancer er ikke undersøgt.

## Rationale

Anbefalingerne er resultatet af gennemgang af tilgængelig litteratur med angivelse af evidensgrad.

## Bemærkninger og overvejelser

Der er ingen særlige bemærkninger.

## 4. Referencer

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



## 5. Metode

Denne version af retningslinjen har haft fokus på omlægning til den nye fælles DMCG-skabelon. Der er i denne forbindelse ikke foretaget opdaterende søgning eller ændring i indhold af retningslinjen i øvrigt.

### Litteratursøgning

I denne omgang er der søgt ad hoc efter litteratur i PubMed.

### Litteraturgennemgang

Litteraturen er gennemgået af forfatterne.

### Formulering af anbefalinger

Anbefalingerne er formuleret af forfatterne og godkendt af kirurgisk arbejdsgruppe (se nedenstående).

### Interessentinvolvering

Patienter og andre ikke lægefaglige personer har ikke været involveret i udarbejdelsen af denne retningslinje.

### Høring og godkendelse

Retningslinjen er godkendt af DCCG's kirurgiske arbejdsgruppe som er en lægefaglig, videnskabeligt understøttende arbejdsgruppe med reference til DCCG's bestyrelse i henhold til DCCG's vedtægter.

### Forfattere

- Inge Bernstein, overlæge, Mave- og Tarmkirurgi, Aalborg Universitetshospital.
- Randi Thyregaard Nielsen, overlæge, Kirurgisk Afdeling, Hospitalsenheden Vest, Herning.

## 6. Monitoreringsplan

### Standarder og indikatorer

Alle patienter med kolorektal kræft, bliver registreret i DCCGs database og monitorering kan foregå ved udtræk fra databasen.