

Rectumeksstirpation

Sfinkterbevarende operation bør generelt tilstræbes, og derfor bør abdominoperineal rectumeksstirpation (APR) kun komme på tale ved behandling af svulster i de nederste 5 cm af rectum, dvs. med nederste grænse < 5 cm over linea dentata. I de senere år er anvendelsen af APR aftaget til fordel for sfinkterbevarende kirurgi (*Engel (c) 2003 III, Harling (c) 2004 IIIb*), og i England er hyppigheden af APR fra midten af 1990'erne faldet fra 29% til 21%. I samme periode er den postoperative mortalitet efter anterior resektion faldet, medens det ikke gælder for APR. Uafhængige prediktorer for udførelse af APR er mandligt køn, lav socialgruppe (*Tilney 2008 III*), samt afstand fra tumor til anus, tumors størrelse og BMI. På specialiserede afdelinger udføres APR sjældnere end på mindre specialiserede (*Jestin 2004 III*).

En tumorinfiltreret CRM ses signifikant hyppigere efter APR sammenlignet med anterior resektion (*Radcliffe (a) 2006 III*) og hyppigst anteriort (*Nagtegaal (b) 2005 III, den Dulk 2007 III*), og både denne parameter og lokalrecidivraten er gode indikatorer for, om den kirurgiske ekscision har været komplet. Efter rectumeksstirpation er der beskrevet lokalrecidivrater helt op mod 40%, selv på en højt specialiseret enhed (*Heald (b) 1997 III*), og nyere serier viser 22-23% (*Law (c) 2004 III, Marr 2005 III*). Heald har postuleret, at nedbrydning af anatomiske planer som konsekvens af eksstirpation muliggør implantation af frie tumorceller - enten frigjort gennem en insufficient lukket anus eller løsrevet fra et beskadiget præparat (*Heald (c) 1997 III*). Andre har omvendt fremført, at en sådan nedbrydning også sker under intersfinkterisk dissektion, som ikke ledsages af tilsvarende høj lokalrecidiv rate (*Tytherleigh 2003 IV*). Der er således ikke nogen oplagt forklaring på eksstirpationens svaghed, men faktorer som accidentiel tumorperforation, anatomisk betinget høj forekomst af T4-tumor og tidlig lateral spredning med deraf følgende risiko for tumorinfiltration i resektionsfladen er teorier der diskuteres (*Heald (b) 1998 III, Wibe 2004 III*). Især må kegleformet dissektion ("coning") op gennem bækkenbunden undgås på grund af risikoen for insufficient fjernelse af evt. lateral tumorvækst. For at opnå en R0-resektion med så få komplikationer som muligt bør øget fokus lægges på radikaliteten af den perineale fase af operationen. De afgørende faktorer er et indgående anatomisk kendskab til nedre rectum, bækkenbunden, den pelvine fascie og levatorerne, en optimal præoperativ MR-skanning, samt kirurgisk erfaring og en omhyggelig teknik. (*Khatri 2003 IV, Radcliffe (b) 2006 IV*). I 2007 har den svenske kirurg Torbjörn Holm fremlagt de foreløbige resultater af APR udført med vending af patienten peroperativt og udvidet posterior perineal adgang i bugleje med en-bloc resektion af levatorerne for at undgå "coning". Langtidsresultater kendes endnu ikke (*Holm 2007 III*). Her i landet har DCCG iværksat et kontrolleret randomiseret multicenterstudie med sammenligning af konventionel APR med udvidet operation a.m. T. Holm.

Rectumeksstirpation bør kun udføres for tumor i de nederste 5 cm af rectum	B
Den perineale del af operationen kræver særlig erfaring for at sikre tumorfri resektion	C