

Lokal tumorresektion

Lokal resektion af en rectumcancer er et attraktivt alternativ til transabdominal rectumresektion, fordi denne fortsat er behæftet med høj morbiditet, mortalitet og mange senfølger som midlertidig eller permanent stomi, forstyrrelser i blære- og seksualfunktion og varierende grader af anal inkontinens. Dog kan kurativ transanal tumorfjernelse være teknisk vanskelig ved større tumorer, og de regionale lymfeknuder fjernes ikke ved indgrebet. Lokal resektion forbeholdes derfor mindre tumorer, hvor risikoen for spredning til de regionale lymfeknuder er ringe. Generelt er risikoen for lymfeknudespredning ved T1-tumorer 10-15 %, men der er undergrupper af T1-tumorer med en risiko på under 5 % (*Nascimbeni (a) 2002 Ib*). For eksempel har T1-tumorer, der begrænser sig til de inderste 2/3 af submukosa, en meget lav risiko for synkrone lymfeknudemetastaser. Tidligere udførtes lokal tumorfjernelse enten transanalt ved hjælp af analspekel, transsfinkterisk eller trans-sakralt, men disse procedurer er nu helt erstattet af transanal endoskopisk mikrokirurgisk procedure (TEM) og endoskopisk fjernelse.

T1-cancer kan klassificeres i 3 stadier svarende til dybden af invasiv vækst i submucosa (*Kikuchi (b) 1995 III*) - se det patoanatomiske afsnit. Uafhængige prædiktorer for lymfeknude-metastasering er stadium sm3, lymfovaskulær vækst og tumor i nederste 1/3 af rectum. I sådanne tilfælde samt ved en flad eller "depressed" sm2 bør der foretages TME, medens sm1 og øvrige sm2 kan behandles lokalt med ringe risiko for lokalrecidiv (*Nivatvongs 2000 III, Nascimbeni (b) 2002 III, Schäfer 2005 III*).

Transanal rectumcancerkirurgi med kurativt sigte bør kun udføres efter præoperativ vurdering med palpation, biopsi og stadiebestemmelse af tumor med transrektal ultralydskanning (TRUS). Sidstnævnte giver i erfarne hænder en mere præcis T-stadiebestemmelse af små rectumtumorer end MR-skanning, medens påvisning af lymfeknudemetastaser er usikker ved begge metoder (se billeddiagnostisk afsnit). Hos patienter behandlet med transanal endoskopisk mikrokirurgi (TEM) for formodet adenom viser histologien af og til mod forventning et karcinom (*Baatrup 2007 III*).

Lavt differentierede tumorer og tumorer med indvækst i kar eller nerver er ensbetydende med en forhøjet risiko for lymfeknudemetastaser (*Nascimbeni (c) 2002 Ib*). På det grundlag bør lokal tumorresektion kun overvejes ved en cancer med en tværdiameter på højst omkring 3 cm, histologisk højt eller middelhøjt differentieret karcinom uden kar- eller nerveinvasion og ved TRUS vurderet som stadium T1 (*Cook (a) 2000 III, Mentges 1997 IIa, Lloyd (a) 2002, IIb*). Denne gruppe udgør under 5% af alle rectumcancer. Der findes ingen prospektive randomiserede studier af langtidsresultaterne efter lokal ekscision for cancer recti. Lokalrecidivraten angives til 14%, men raten stiger med T-stadiet: 7-26 % efter T1, 22-43 % efter T2 og op til 67 % efter T3 (*Cook (b) 2000 III, Winde 1996 Ib, Demartines 2001 IIa, Maslekar 2007 III*). Risikoen for lokalrecidiv er 3-5 gange større efter lokal resektion sammenlignet med TME (*Bentrem (a) 2005 III*), mens et nyligt prospektivt randomiseret studie med sammenligning af lokal resektion med TEM og laparoskopisk resektion med præoperativ radiokemoterapi har vist samme risiko for lokalrecidiv, fjernmetastaser og overlevelse (*Lezoche 2008 Ib*). I flere arbejder angives langtidsresultater af TEM og adjuverende kemoradioterapi at være på højde med resultaterne

efter radikal rectumresektion (*Kim (a) 2001 IIb, Lezoche (a) 2002 IIb, Lee 2003 IIb*), og lokal tumorresektion efter onkologisk forbehandling ved lavtdifferentieret T1-tumor og T2-tumor har også givet lovende resultater (*Lezoche (b) 2002 IIb, Kim (b) 2001 IIb, Lloyd (b) 2002 IIb, Hershman 2003 IIb*). Det er således muligt, at kombinationen af lokal tumorresektion og onkologisk behandling vil vinde indpas i fremtiden. Men indtil mere evidens foreligger bør kurativt intenderet lokal resektion ved T2-tumor og aggressiv T1-tumor hos patienter uden svær komorbiditet kun foregå i protokolleret regi (*Bentrem (b) 2005 III, Zacharakis 2007 III, Whitehouse 2008 III*).

Transanal Endoskopisk Mikrokirurgi (TEM)

TEM blev indført til behandling af sessile rektale polypper (*Buess 1984 III*). Der opereres igennem et 40 mm tykt rektoskop i et lukket system med anvendelse af stereomikroskop og specielt udformede instrumenter inkl. ultralydskirurgi. Der er nu udviklet TEM-udstyr, som muliggør resektion af helt distale tumorer (*Kanehira 2002 IIb*). Ved cancer tilstræbes (modsat ved adenom) en fuld-vægsekscision, som ikke medfører øget komplikationsrisiko. Hos kvinder kan der fortil være risiko for utilsigtet perforation af en lavtliggende peritoneal omslagsfold, men perforationen kan som regel lukkes via rektoskopet (*Gavagan 2004 III*). Komplikationer til TEM er sjældne og mortaliteten er meget ringe, selvom indgrebet ofte anvendes til højrisikopatienter.

Et TEM præparat fremsendes opspændt til patologen. Såfremt den histologiske undersøgelse viser tumorrest svarende til resektionsranden må der foretages sekundær TME. Fibrosedannelse til den præsakrale fascie efter TEM kan dog gøre en evt. senere operation besværlig. Kirurgisk behandling af recidiv efter lokal tumorresektion (TEM) giver formentlig bedre resultater end recidivkirurgi generelt (*Stipa 2004 IIa*).

TEM kan være et rimeligt behandlingstilbud til patienter med T2-tumor og en forhøjet operativ mortalitetsrisiko eller en kort forventet restlevetid, og TEM kan desuden anvendes i rent palliativt øjemed ved små tumorer med fjernmetastaser, men anden palliativ behandling er formentlig lige så god.

Endoskopisk mukosaresektion (EMR)

EMR (se colonkirurgi) kan evt. være et alternativ til TEM ved en cancer begrænset til submucosa, men forudsætter en præoperativ TRUS. *Endoskopisk submukøs dissektion (ESD)* er en videreudvikling af EMR, som muliggør en-bloc resektion og korrekt stadietildeling, men stiller høje tekniske krav til operatøren og har lang indlæringskurve, lang proceduretids og højere blødningsrisiko i forhold til piece-meal EMR.

Endoskopisk posterior mesorektal ekscision

Er en ny interessant metode, som dog foreløbig er eksperimentel. Den indebærer incision bag anus, ballondilatation af det retrorektale rum, anlæggelse af pneumoekstra-peritoneum, indføring af en trokar og endoskopisk fjernelse af den posteriore del af mesorectum op til promontoriet med ultralydskniv (*Zerz 2006 III*). Metoden er anvendt efter forudgående kurativt intenderet TEM for T1-cancer, og der blev fjernet mediant 7 lymfeknuder. 2/25 patienter havde lymfeknudemetastaser, men ingen udviklede recidiv efter to år (*Tarantino 2008 III*).

TEM for cancer med kurativt sigte forudsætter en præoperativ transrektal ultralydskanning (TRUS) mhp. T-stadium og om muligt sm-stadium

B

TEM med kurativt sigte bør kun anvendes hos udvalgte ældre patienter med T1-cancer stadium sm1 og betydende komorbiditet, og forudsætter patientens accept af en øget risiko for lokalrecidiv

B