

PALLIATIV KIRURGI

Coloncancer

Den kirurgiske behandling af ikke-kurabel sygdom afhænger af patientens symptomer, og indikationen afhænger af en afvejning af sandsynligheden for god palliation opvejet mod risikoen for komplikationer og nedsat livskvalitet. Rent palliativ kirurgisk behandling er primært indiceret ved obstruktion, men kan også komme på tale ved blødning. Oftest anvendes anlæggelse af stent, men også by-pass operation, aflastende stomi og endoluminal Argon laserbehandling kan komme på tale (*Schulze 1994 III, Farouk 1997 III, Akle 1998 III*). To retrospektive studier viser tendens til bedre overlevelse efter fjernelse af primærtumor (*Kuo 2003 III, Ruo 2003 III*).

Rectumcancer

Der kan være flere årsager til, at en patient med cancer recti må behandles med palliativt sigte: Lokal avanceret tumor, fjernmetastaser, svær komorbiditet, uacceptabel risiko for læsion af pelvine strukturer, og endelig vil nogle patienter afvise operation hvad enten tumor er resektabel eller ej. Behandlingssigtet er forbedret livskvalitet. Symptomlindring vil forbedre livskvaliteten, mens komplikationer, funktionelle analproblemer eller stomianlæggelse kan trække i modsat retning. Palliativ behandling bør kun finde sted i et multidisciplinært samarbejde. Foruden regelret resektion kan kirurgisk palliation bestå af anlæggelse af stomi, transanal ekscision samt transanal stentanlæggelse.

Tarmresektion

Tarmresektion bør undgås ved ekstensiv tumor i bækkenet, underekstremitetsødem, invasion i iliaca-femoral karrene, bilateral ureterobstruktion og ekstensiv retroperitoneal lymfatisk invasion. Resektion bør heller ikke foretages, hvis der er intraktabel disseminering, få symptomer eller en forventet levetid på mindre end 3-6 måneder. Anterior resektion kan overvejes, hvis tumor kan fjernes fuldstændig, hvis der kan opnås 3-4 cm normal tarm distalt for tumor, og hvis sfinkter er sufficient. Dog må risikoen for anastomoselækage og tidsperspektivet før en god afføringsfunktion kan forventes, tages i betragtning. Hartmanns operation er ofte et bedre valg, hvis patienten kan acceptere en stomi. Efter rectumeksstirpation vil der ofte komme problemer med perinealsåret, men hvis tumor invaderer sfinkter eller sidder meget lavt i rectum er eksstirpation alligevel den bedste løsning. Nødvendigheden af resektion af bagre vaginalvæg og hysterektomi betyder ikke nødvendigvis, at en palliativ resektion bør opgives. Derimod er pelviseksenteration kun yderst sjældent indiceret pga. komplikationsrisiko og ringe livskvalitet (*Fazio 2004 IV, Stelzner 2004 IV*).

Sigmoideostomi

Er formentlig den hyppigste operative palliationsprocedure ved obstruktion, hvis stentanlæggelse ikke har vist sig mulig. En sigmoideostomi kan oftest anlægges enten

laparoskopisk eller endoskopisk assisteret: ved indføring af endoskop transanalt og cirkulær incision til stomi svarende til lyspletten i bugvæggen. Som hovedregel bør der uanset graden af stenose anlægges en en-løbet stomi, idet "blow-out" ses yderst sjældent, og en én-løbet stomi er betydeligt lettere at passe for patienten og evt. plejepersonale end en dobbeltløbet stomi (*Fazio 2004 IV, Stelzner 2004 IV*). *Stentanlæggelse* er en effektiv palliation af obstruktion, og stomianlæggelse kan undgås hos 90 % af sådanne patienter. Ved fisteludvikling kan en plastikforet stent anvendes. Derimod kan rektalblødning ikke pallieres med stent (*Baron 2004 III*). *TEM* kan komme på tale hos patienter med fjernmetastaser og lokalt resecerbar tumor.

Øvrige transanale metoder

Disse omfatter fotodynamisk behandling, argon plasma koagulation, elektrokoagulation, kryoterapi og injektionsbehandling har alle været anvendt som transanale palliationsmetoder. Argon beaming er nu den foretrukne metode, som især er effektiv til behandling af blødning og tenesmi og primært anvendes hos patienter med kort restlevetid eller som supplement til stentning eller strålebehandling (*Kimmey 2004 III*).

Palliativ behandling af stenoserende KRC kan udføres med stent, by-pass procedure, segmentær tarmresektion eller kolostomi	C
Palliativ rectumresektion bør ikke foretages ved avanceret tumorstadium eller hos patienter med ikke-resektable fjernmetastaser	C
Kolostomi for obstruktion bør så vidt muligt erstattes af stentanlæggelse	C