

## Rekommandationer

- Der er forskellige operationsmetoder ved lav rektumcancer, og den endelige metode hos den enkelte patient fastlægges ved MDT D
- Operationsmetode, kirurgisk kvalitet og negativ circumferentiell resektionsmargin er afgørende for at mindske risiko for lokalrecidiv B
- Rekonstruktion af bækkenbunden bør overvejes ved Ekstralevatorisk APE og er altid nødvendig ved ischioanal APE C

Abdominoperineal ekscision (APE) anvendes hos patienter, hvor sphincterbevarende kirurgi ikke er mulig, enten af onkologiske eller af funktionelle årsager. Det er derfor af største betydning præoperativt at fastlægge den egentlige beliggenhed af tumor i forhold til ydre analåbning både billeddiagnostisk og klinisk. Herudover skal tumors T-stadie, relationen til m. levator ani og sphincter fastlægges(1). Korrekt resektionsplan er af største betydning for at undgå tumorperforation og/eller positiv resektionsmargin, for at nedsætte risiko for senere udvikling af lokalrecidiv (2,3). Herudover bør der foreligge anamnesticke oplysninger om tidligere sphincternær kirurgi samt oplysninger om kontinensforhold. Planlægningen af det operative indgreb fastlægges ved MDT inden evt. præoperativ onkologisk behandling.

Alle patienter bør stomimarkeres inden operation.

Der skelnes i praksis mellem 1. Intersphincterisk APE, 2. Ekstralevatorisk APE, 3. Ischioanal APE, samt 4. konventionel APE (se figuren nedenfor):

1. Intersphincterisk APE kan anvendes, når indikationen for at fjerne hele rectum med analkanal er inkontinens, ved øget risiko for funktionelle forstyrrelser eller for ophelingsproblemer ved comorbiditet eller høj alder, samt ved T1 og T2 tumores hvor anastomose ikke er mulig. Metoden anbefales i stedet for lav Hartmann specielt ved lav afstapling af rectum/analkanal. Årsagen er en høj risiko for senere udvikling af bækkenabsces ved lav afstapling (4).
2. Ekstralevatorisk APE kan anvendes ved tumorer, som er uadskillelige fra puborectalis/levatormuskel eller den interne sphincter, eller hvor den cirkumferentielle margin er truet. Metoden anbefales, hvor konisering af præparatet bør undgås for at undgå positiv cirkumferentiell resektionsmargin (5).
3. Ischioanal APE kan anvendes, når der er ischioanal gennemvækst, enten på levator- eller sphincterniveau, samt i tilfælde med klinisk fistulering og/eller abscedering i det ischioanale rum.
4. Konventionel APE er den traditionelle metode til fjernelse af endetarmen, som fortsat anvendes i de tilfælde hvor intersphincterisk fjernelse ikke er onkologisk sufficient og hvor ekstralevatorisk APE ikke skønnes indiceret. Det vil i praksis være ved tumores, hvor MRI og/eller transanal ultralyd i kombination med klinisk undersøgelse kan T-klassificere en tumor som T1, T2 eller tidlig T3, men metoden bør kun anvendes hos selekterede patienter. Konisering af præparatet bør undgås.

DCCG'S NATIONALE RETNINGSLINIER FOR DIAGNOSTIK OG BEHANDLING AF KOLOREKTAL CANCER		
<b>Abdominoperineal ekscision (APE)</b>		
Forfattere: HKC	Gælder fra: 12. November 2014	Gælder til:

#### Operationsteknisk:

1. Ved intersphincterisk APE løsnes rectum som ved TME i det anatomiske plan langs den mesorektale fascie til øverste del af analkanalen, og den tilsnørede analkanal fjernes nedefra i planet mellem de to sfinctermuskler. Den externe sphincter kan efterfølgende primært sutureres uden rekonstruktion.
2. Ved den ekstralevatoriske APE er det vigtigt at stoppe den abdominale dissektion, når man møder levatormusklen, for at undgå konisering af præparatet, hvilket er vist at nedsætte risikoen for tumorinvolveret resectionsmargin (5,6). I praksis er det under afløbet af det hypogastriske plexus på bækkenvæggen, ved vesiculæ seminales fortil hos mænd samt ved portio hos kvinder. Den perineale del af operationen kan med fordel udføres med patienten i bugleje. Herved kan man følge det avaskulære plan ekstralevatorisk op under levatormusklen og dele denne på bækkenvæggen. Hvis tumor er lokaliseret ensidigt kan levatormusklen i den modsatte side skånes, hvis tumorstørrelse tillader dette. Os coccygis må oftest medreseceres enten på grund af tumornær præsentation eller af operationstekniske årsager for at kunne vende præparatet. En særlig udfordring er at identificere og hermed spare det neurovaskulære bundt, som løber lateralt på bækkenvæggen og ind under prostata hos mænd. Hermed nedsættes risikoen for impotens som følge af den kirurgiske behandling(7,8,9). Når hele bækkenbunden på denne måde fjernes som led i fjernelsen af tumor, er det oftest nødvendigt at rekonstruere bækkenbunden for at undgå senere udvikling af perinealhernie. Her kan anvendes en meche eller forskellige muskelsvinglapper i samarbejde med plastikkirurger, såsom VRAM-flap, IGAM-flap, eller glutealflap, evt. i kombination med en meche (10,11).
3. Ved ischioanal APE foretages den øvre dissektion som ved den ekstralevatoriske APE. Ved den nedre del af operationen medtages det ischioanale fedt sammen med sphincter og levatormuskulaturen. Her er rekonstruktion altid nødvendig for at undgå større ophelingsdefekter.
4. Teknikken ved den konventionelle APE er tidligere relativt ufuldstændigt beskrevet. Man fortsætter den øvre dissektion som ved TME indtil hele mesorektum er løsnet til overgangen mod analkanalen. Fjernelse af analkanalen foretages uden vending af patienten. Ved fjernelse af rectum medudtages fedt fra det ischioanale rum således at der er afstand fra den externe sfincter, og dissektionen fortsættes med gennembrud af levatormusklen tæt på tarmen med bevarelse af det meste af levatormuskulaturen. Herved fås en konisering af præparatet, som kan være risikabel set fra et onkologisk synspunkt, med risiko for kort afstand til en lavt beliggende tumor. Rekonstruktion er sjældent nødvendig.

