

DCCG'S NATIONALE RETNINGSLINIER FOR DIAGNOSTIK OG BEHANDLING AF KOLOREKTAL CANCER		
Lokal tumorresektion i rectum		
Forfattere: GB	Gælder fra: --	Gælder til:

Rekommandationer

- TEM for cancer med kurativt sigte forudsætter TRUS og MR mht. stadieinddeling C
- TEM kan tilbydes patienter med T1 cancer. Tidlig re-resektion med TME tilbydes patienter med høj-risiko T1- og mere avancerede cancer, eller hvis der demonstreres maligne lymfeknuder i resektatet B
- TEM som eneste behandling, evt kombineret med neoadjuvant onkologisk behandling, kan overvejes til patienter med svær komorbiditet og T2 eller høj-risiko T1 cancer B
- EMR og ESD er ikke indiceret til behandling af rectum cancer B

Lokal resektion af tidlige rectum cancer er et attraktivt alternativ til TME i tilfælde, hvor der ikke er mistanke om lymfeknudespredning eller fjernmetastaser.

De fleste stilkede polypper og små non-polypoide og bredbaserede polypper (under 1 cm) kan fjernes med simpel slyngeteknik efter retningslinjer som angivet i afsnittet om colon. Anden lokal resektion foretages med dedikeret udstyr i form af TEM/TEMS (transanal endoskopisk mikrokirurgi), TAMIS (transanal minimally invasive surgery), SILS (single incision port) eller lignende, hvor man kan vælge en resektionsdybde efter forholdene. Kun TEM teknikken er veldokumenteret. Den ældre Parks procedure er forladt (Middleton PF et al. 2005). Ved erkendt eller mistænkt cancer gøres fuld vægs-resektion. Der medtages 1/3 til 1/2 af det perirectale fedt for at undgå fibrosedannelse mod den præsakrale fascie og dermed facilitere en evt. efterfølgende TME. Der kræves mindst 2 mm fri lateral resektionsrand og 1 mm fri profund resektionsrand på det fikserede præparat for at resektionen kan betragtes som radikal. Store adenomer indeholder ofte ikke-erkendte maligne foci (Baatrup et al 2007; Arezzo A. et al. 2014). Man bør derfor foretrække TEM frem for EMR/ESD ved større, lave rectum adenomer, da indgrebet er mere radikalt og recidivfrekvensen efter mucøse/submucøse resektioner er specielt høj her (Naschimbeni et al 2002, Kikuchi R et al 1995). Der er ikke indikation for at anvende mucosa- eller submucosa resektionsteknikker som EMR og ESD til maligne tumores eller tumores med benigne biopsier, hvor størrelse og udseende signalerer risiko for malignitet. Lifting teknikken til at udelukke malignitet ved EMR/ESD er upålidelig (Arezzo et al 2013). TEM proceduren medfører flere komplikationer (13 %) end EMR (4 %) i rectum. Alvorlige komplikationer til TEM forekommer i under 5 % af tilfældene. EMR proceduren medfører en fordobling af antallet af lokal recidiver (benigne og maligne tumores) fra 5 % til 12 %, men efter 3 måneders EMR/ESD re-resektion er forskellen elimineret (Barendse 2011). Patienterne kan ofte behandles ambulant i sedation med EMR/ESD i rectum, hvilket ikke praktiseres ved TEM. EMR i rectum er af Sundhedsstyrelsen klassificeret som en regionsfunktion.

Der er international konsensus om, at TEM kan anvendes til lav-risiko T1N0M0 cancer. Disse tumorer er karakteriseret ved at: 1. De ikke infiltrerer

DCCG'S NATIONALE RETNINGSLINIER FOR DIAGNOSTIK OG BEHANDLING AF KOLOREKTAL CANCER		
Lokal tumorresektion i rectum		
Forfattere: GB	Gælder fra: --	Gælder til:

den nederste 1/3 af submucosa (sm grade 1 og 2). 2 Canceren er ikke lavt differentieret. 3. I udenlandsk litteratur indgår også tumorbudding (Bach et al 2009, Arezzo 2014), men det opgives ikke af danske patologer (se patologi afsnittet). 4. Der er ikke indvækst i kar eller nerver. 5. Tumors diameter er ikke større end 3 - 4 cm. (Tytherleigh 2008, Bach 2009, Baatrup 2008). Disse cancere har lokal-recidiv rater på mindre end 5 %, og da mortaliteten er under 1 % er langtidsresultaterne mindst på niveau med rectum resektion.

I praksis tilbydes lokal resektion til patienter med cancere, der ved endoskopi, biopsi, palpation (hvor muligt) vurderes som tidlige cancere, og hvor transanal ultralyd ikke tyder på infiltration i muscularis propria. Tumores som ved efterfølgende histologisk undersøgelse ikke kan defineres som lav-risiko T1 tilbydes resektion med TME indenfor 4-6 uger (Borchitz 2006). Resultaterne efter TEM efterfulgt af TME synes ikke dårligere end efter primær TME (Borshitz 2006, Levic 2012).

Ved lokal resektion af høj-risiko T1 samt T2 cancere er lokalrecidiv risikoen omkring 20-25 %. Da mere end halvdelen kan helbredes for lokalrecidiv ved TME, kan det være et alternativ til patienter med ko-morbiditet (Bach et al 2009). Der er rapporteret lokal-recidiv rater på omkring 5 – 10 % for høj-risiko T1 samt T2, hvis resektionen kombineres med neoadjuvant behandling (Lezoche 2012). Det er dog eksperimentel behandling, der må foregå i protokol. Bivirkninger i form af smerter og dårlig sårheling kan være problemer ved denne kombination (Marks 2008)).

Der er ikke dokumentation for at palliative resektioner med TEM frembyder fordele forhold til anden palliativ behandling.