



Kirurgisk behandling af cancer recti

Laparoskopisk rectumkirurgi

Version 1.1

GODKENDT

Faglig godkendelse

4. november 2013 (DCCG)

Administrativ godkendelse

18. december 2019 (Sekretariatet for
Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet)

REVISION

Planlagt: 31. december 2020

INDEKSERING

Kolorektal kræft, operation, laparaskopi

Indholdsfortegnelse

Om denne kliniske retningslinje.....	2
1. Anbefalinger (Quick guide).....	3
2. Introduktion	4
3. Grundlag	5
4. Referencer	7
5. Metode	8
6. Monitoreringsplan.....	8

Om denne kliniske retningslinje

Denne kliniske retningslinje er udarbejdet i et samarbejde mellem Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG.dk) og Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Indsatsen med retningslinjer er forstærket i forbindelse med Kræftplan IV og har til formål at understøtte en evidensbaseret kræftindsats af høj og ensartet kvalitet i Danmark. Det faglige indhold er udformet og godkendt af den for sygdommen relevante DMCG. Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet har foretaget en administrativ godkendelse af indholdet. Yderligere information om kliniske retningslinjer på kræftområdet kan findes på:

www.dmcg.dk/kliniske-retningslinjer

Retningslinjen er målrettet klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen og indeholder systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges som beslutningsstøtte af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer.

De kliniske retningslinjer på kræftområdet har karakter af faglig rådgivning. Retningslinjerne er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse. Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til patientens situation.

Retningslinjen indeholder, udover de centrale anbefalinger (kapitel 1), en beskrivelse af grundlaget for anbefalingerne – herunder den tilgrundliggende evidens (kapitel 3+4). Anbefalinger mærket A er stærkest, anbefalinger mærket D er svagest. Yderligere information om styrke- og evidensvurderingen, der er udarbejdet efter "Oxford Centre for Evidence-Based Medicine Levels of Evidence and Grades of Recommendations", findes her: http://www.dmcg.dk/siteassets/kliniske-retningslinjer--skabeloner-og-vejledninger/oxford-levels-of-evidence-2009_dansk.pdf

Generelle oplysninger om bl.a. patientpopulationen (kapitel 2) og retningslinjens tilblivelse (kapitel 5) er også beskrevet i retningslinjen. Se indholdsfortegnelsen for sidehenvvisning til de ønskede kapitler.

For information om Sundhedsstyrelsens kræftpakker – beskrivelse af hele standardpatientforløbet med angivelse af krav til tidspunkter og indhold – se for det relevante sygdomsområde: <https://www.sst.dk/>

Denne retningslinje er udarbejdet med økonomisk støtte fra Sundhedsstyrelsen (Kræftplan IV) og RKKP.

1. Anbefalinger (Quick guide)

1. Laparoskopisk procedure er onkologisk ligeværdigt med åben kirurgi på patienter med < T4 tumorer (A).
2. Laparoskopisk procedure reducerer blodtabet, blodtransfusion, tid til tarmfunktion, tid til fast fødeindtag og indlæggelsestid (A).
3. Laparoskopisk procedure kan anbefales til ikke-avancerede tumorer (A).

2. Introduktion

I denne retningslinje gennemgås litteraturen og evidensen for laparoskopisk kirurgi for rectumcancer.

Formål

Det overordnede formål med retningslinjen er at understøtte en evidensbaseret kræftindsats af høj og ensartet kvalitet på tværs af Danmark.

Patientgruppe

Patienter der skal opereres for rectumcancer.

Målgruppe for brug af retningslinjen

Denne retningslinje skal primært understøtte det kliniske arbejde og udviklingen af den kliniske kvalitet, hvorfor den primære målgruppe er klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen.

3. Grundlag

1. **Laparoskopisk procedure er onkologisk ligeværdigt med åben kirurgi på patienter med < T4 tumorer (A).**
2. **Laparoskopisk procedure reducerer blodtabet, blodtransfusion, tid til tarmfunktion, tid til fast fødeindtag og indlæggelsestid (A).**
3. **Laparoskopisk procedure kan anbefales til ikke-avancerede tumorer (A).**

Litteratur og evidensgennemgang

I studier af laparoskopisk vs. åben procedure for rektum-tumorer er inklusionerne forskellige med hensyn til patienter med avanceret stadium. Det gælder for otte randomiserede studier – 1544 patienter samlet i (1, 2) [Ia], samt et nyere randomiseret studie med 1044 patienter (3) [Ib]. Enkelte studier afgrænses til <T4 tumorer (3,4) [Ib] og tumorer uden indvækst bedømt præoperativt på CT. De to studier, som havde de højeste konverteringsrater; CLASICC-studiet (5): 34 pct og (6): 30 pct, er også de studier som inkluderede mest bredt – inklusiv hhv. T4-tumores og stadium-IVpatienter.

Ved meta-analyse (1, 2) er der fundet mindre blodtab, mindre behov for postoperativ blodtransfusion, kortere tid til tarmfunktion og fast fødeindtag, mindre postoperativ blødningstendens, mindre samlet "sen" morbiditet (dog ikke sår-infektion isoleret), kortere indlæggelsestid, samt, baseret på to af studierne (6, 7) [Ib], færre tilfælde af sen adhæsions-ileus (1) [Ia]. Mht. ileus skal det bemærkes, at der ikke er set denne effekt ved randomiseret opgørelse af noget større antal patienter undergående laparoskopisk coloncancer-kirurgi i COLOR- og CLASICC-studierne (8, 9) [Ib].

Baseret på seks af de randomiserede studier (ca. 1000 pt.) er der ikke set forskel i lokalrecidiv eller fjernrecidiv mellem laparoskopisk og åben opererede rektum-cancer-pt. (1) [Ia]. Med de ovennævnte fordele synes den dokumenterede længere operationstid ved laparoskopisk rektum-cancerkirurgi derfor at kunne accepteres og kun et større antal patienter i randomiserede studier er ønskeligt til verifikation. Derfor afventes langtidsresultater af igangværende studier (3) til forbehold.

SILS

SILS Single-incision laparoskopisk kirurgi udført for rektumcancer er beskrevet som enkelte serier med få inkluderede patienter uden sammenlignende grupper (10-12) [IV]. Metoden bør dog påkalde sig opmærksomhed, idet den åbner mulighed for en reduktion i behov for hjælpeporte (13) [IV] og porten/teknikken kan bruges til NOTES-teknik med fjernelse af tumor gennem anus (14) [IV]. Bør kun udføres i protokolleret regi.

Patientværdier og – præferencer

Patientværdier og-præferencer ikke undersøgt i denne retningslinje.

Rationale

Anbefalingerne er resultatet af gennemgang af tilgængelig litteratur med høj evidensgrad.

Bemærkninger og overvejelser

Der er ingen særlige bemærkninger.

4. Referencer

1. Trastulli S, Cirocchi R, Listorti C, Cavaliere D, Avenia N, Gulla N, et al. Laparoscopic vs open resection for rectal cancer: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Colorectal Dis.* 2012;14(6):e277-96.
2. Krane MK, Fichera A. Laparoscopic rectal cancer surgery: where do we stand? *World J Gastroenterol.* 2012;18(46):6747-55.
3. van der Pas MH, Haglind E, Cuesta MA, Furst A, Lacy AM, Hop WC, et al. Laparoscopic versus open surgery for rectal cancer (COLOR II): short-term outcomes of a randomised, phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2013;14(3):210-8.
4. Lujan J, Valero G, Hernandez Q, Sanchez A, Frutos MD, Parrilla P. Randomized clinical trial comparing laparoscopic and open surgery in patients with rectal cancer. *Br J Surg.* 2009;96(9):982-9.
5. Guillou PJ, Quirke P, Thorpe H, Walker J, Jayne DG, Smith AM, et al. Short-term endpoints of conventional versus laparoscopic-assisted surgery in patients with colorectal cancer (MRC CLASICC trial): multicentre, randomised controlled trial. *Lancet.* 2005;365(9472):1718- 26.
6. Ng SS, Leung KL, Lee JF, Yiu RY, Li JC, Hon SS. Long-term morbidity and oncologic outcomes of laparoscopic-assisted anterior resection for upper rectal cancer: ten-year results of a prospective, randomized trial. *Dis Colon Rectum.* 2009;52(4):558-66.
7. Braga M, Frasson M, Vignali A, Zuliani W, Capretti G, Di Carlo V. Laparoscopic resection in rectal cancer patients: outcome and costbenefit analysis. *Dis Colon Rectum.* 2007;50(4):464-71.
8. Scholin J, Buunen M, Hop W, Bonjer J, Anderberg B, Cuesta M, et al. Bowel obstruction after laparoscopic and open colon resection for cancer: results of 5 years of follow-up in a randomized trial. *Surg Endosc.* 2011;25(12):3755-60.
9. Taylor GW, Jayne DG, Brown SR, Thorpe H, Brown JM, Dewberry SC, et al. Adhesions and incisional hernias following laparoscopic versus open surgery for colorectal cancer in the CLASICC trial. *Br J Surg.* 2010;97(1):70-8.
10. Bulut O, Nielsen CB. Single-incision laparoscopic low anterior resection for rectal cancer. *Int J Colorectal Dis.* 2010;25(10):1261-3.
11. Sirikumpiboon S, Jivapaisarnpong P. Single-access laparoscopic rectal surgery is technically feasible. *Minim Invasive Surg.* 2013;2013:687134.
12. Bulut O, Aslak KK, Rosenstock S. Technique and Short-Term Outcomes of Single-Port Surgery for Rectal Cancer: A Feasibility Study of 25 Patients. *Scand J Surg.* 2013.
13. Hirano Y, Hattori M, Douden K, Shimizu S, Sato Y, Maeda K, et al. Single-incision plus one port laparoscopic anterior resection for rectal cancer as a reduced port surgery. *Scand J Surg.* 2012;101(4):283-6.
14. de Lacy AM, Rattner DW, Adelsdorfer C, Tasende MM, Fernandez M, Delgado S, et al. Transanal natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES) rectal resection: "down-to-up" total mesorectal excision (TME)-short-term outcomes in the first 20 cases. *Surg Endosc.* 2013.

5. Metode

Denne version af retningslinjen har haft fokus på omlægning til den nye fælles DMCG-skabelon. Der er i denne forbindelse ikke foretaget opdaterende søgning eller ændring i indhold af retningslinjen i øvrigt.

Litteratursøgning

I denne omgang er der søgt ad hoc efter litteratur i PubMed.

Litteraturgennemgang

Litteraturen er gennemgået af forfatteren.

Formulering af anbefalinger

Anbefalingerne er formuleret af forfatteren og godkendt af kirurgisk arbejdsgruppe (se nedenstående).

Interessentinvolvering

Patienter og andre ikke lægefaglige personer har ikke været involveret i udarbejdelsen af denne retningslinje.

Høring og godkendelse

Retningslinjen er godkendt af DCCG's kirurgiske arbejdsgruppe som er en lægefaglig, videnskabeligt understøttende arbejdsgruppe med reference til DCCG's bestyrelse i henhold til DCCG's vedtægter.

Forfattere

- Tommie Mynster, ovl. dr.med., Kirurgisk afdeling K, Bispebjerg Hospital, København

6. Monitoreringsplan

Standarder og indikatorer

Alle patienter med kolorektal kræft, bliver registreret i DCCGs database og monitorering kan foregå ved udtræk fra databasen.