Tillämpning av Nationellt vårdprogram Tjock- och ändtarmscancer

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsdirektören (HS 2022-00128) februari 2022 giltig till februari 2024.
Utarbetad av Regional vårdprocessgrupp för tjock- och ändtarmscancer, RCC Väst

Bakgrund

Denna RMR (regional medicinsk riktlinje) baseras på NVP (Nationellt vårdprogram) Tjock- och ändtarmscancer 2020. Vårdprogrammet är kongruent med det Svenska Kolorektalcancerregistret.

Sammanfattning av NVP från 2020:

Screening för tjock- och ändtarmscancer
Screening görs i syfte att minska dödligheten i tjock- och ändtarmscancer, och Socialstyrelsen har beslutat att rekommendera införande av populationsbaserad screening för tjock- och ändtarmscancer. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen tog ett beslut i mars 2021 om införande av screening i VGR fr o m 1 januari 2022.

Multidisciplinär terapikonferens (MDK)
Alla individer med tjock- och ändtarmscancer ska diskuteras vid multidisciplinär terapikonferens innan, ibland under, och efter behandling samt vid recidiv.

Perioperativt omhändertagande; Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)
ERAS bör vara standard för all kirurgisk verksamhet för tjock- och ändtarmscancer enligt NVP.
ERAS är etablerad i regionen och används på flertalet enheter.

Öppen kirurgi och laparoskopisk kirurgi för tjock- och ändtarmscancer
Båda accessteknikerna har likvärdiga onkologiska resultat. Socialstyrelsens riktlinjer förespråkar att laparoskopisk operation skall kunna erbjudas patienter.
Robotassisterad kirurgi är numera en etablerad teknik vid laparoskopisk operation och användningen av operationsrobot ökar. Utvärdering av tekniken sker inom studier och via svenska kolorektalcancerregistret. Finns idag på SU/Östra.

Neoadjuvant behandling vid ändtarmscancer
Strålbehandling vid ändtarmscancer: Organbesparande behandling vid rektalcancer har visat att i vissa fall kan neoadjuvant behandling vara kurativt och det kirurgiska ingreppet skjutas upp. Nationellt protokoll (Watch and Wait) finns numera och används regionalt. Patienterna utreds på respektive hemortssjukhus och följs på SU/Östra.
Vid lokalt avancerad ändtarmscancer har vi bytt regim. Nu ges kort strålbehandling 5x5 Gy följt av cytostatika i 12 veckor, och därefter förnyad radiologisk utvärdering inför beslut om kirurgi.

Adjuvant cytostatikabehandling vid primär tjock- och ändtarmscancer
Vid beslut om adjuvant cytostatikabehandling tas hänsyn till relativ risk för recidiv efter radikal kirurgi och relativ vinst av adjuvant cytostatika, i relation till aktuellt tumörstadium.

Patologi, klinisk molekylär patologi
Införande av reflextestning mikrosatellit instabilitet (MSI) är numera rekommenderat i NVP och införs under 2020 i regionen.

Regional tillämpning

VGR följer NVP utom för nedanstående punkt:

- Vanligen deltar kolorektalkirurger, onkolog, radiolog, patolog samt kontaktsjuksköterskor på MDK för patienter med tarmcancer. För närvarande saknas patolog vid MDK på sjukhusen SU/Östra, Kungälv och Alingsås.

Vårdprocess – vårdnivå - vårdstruktur

SVF (standardiserat vårdförlopp) har inneburit en förbättring i ledtider.
Vid välgrundad misstanke om tjock- och ändtarmscancer i primärvården remitteras patient omgående till kirurgklinik, alternativt direkt till endoskopi, för utredning enligt SVF. Andra vägar in i vårdförloppet är när diagnosen ställs vid koloskopi utanför det standardiserade vårdförloppet eller vid överraskningsfynd på röntgen.

Koordinatorer/kontaktsjuksköterskor är mycket viktiga för att få processen att fungera, patienten kontaktas och erhåller tider för röntgen och besök på kirurgmottagningen, se processkarta.
I VGR opereras tjock- och ändtarmscancer på fyra sjukhus - SU/Östra, NU, SkaS/Skövde och SÄS - medan Kungälv, SkaS/Lidköping och Alingsås opererar enbart tjocktarmscancer.
I Region Halland opereras såväl tjock- som ändtarmscancer i Varberg och Halmstad.

Uppföljning

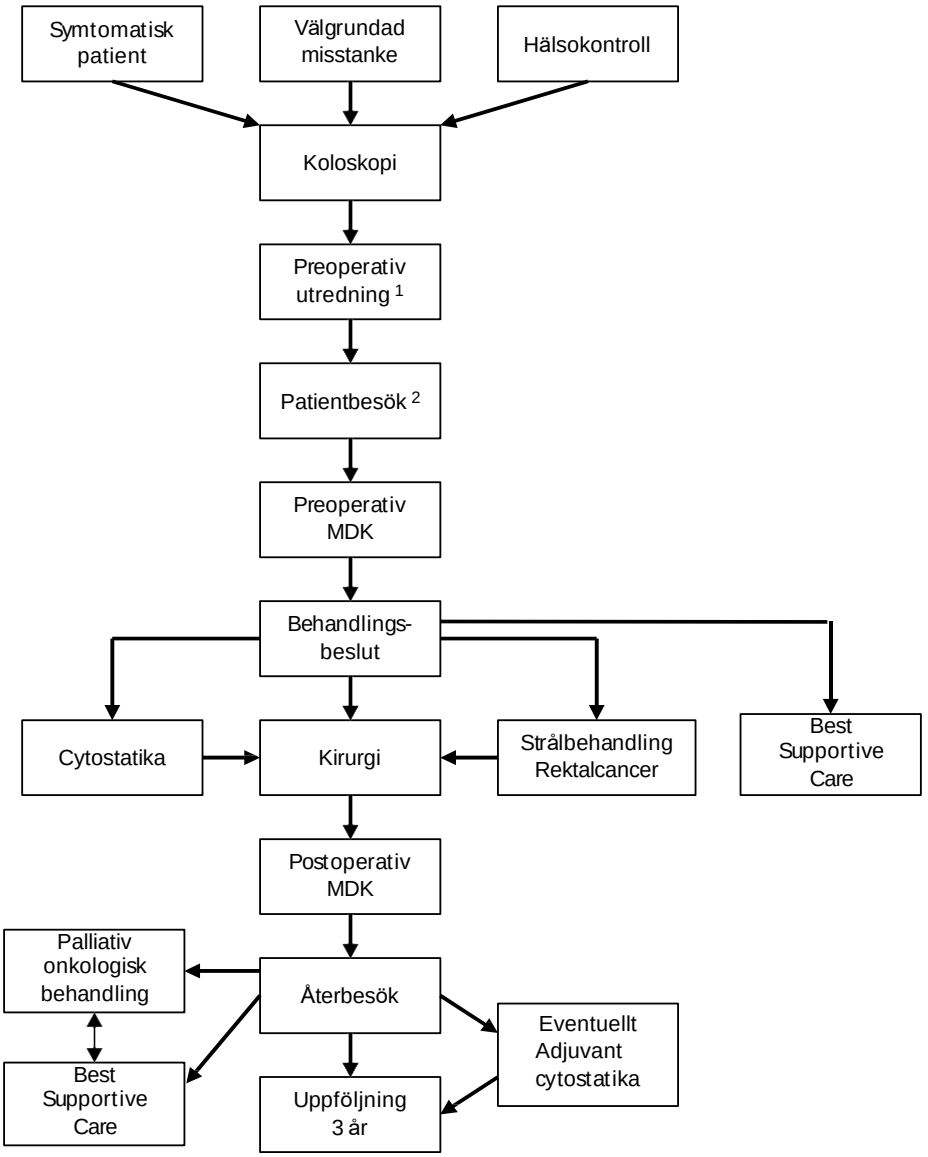
Det vetenskapliga underlaget är bristfälligt avseende hur uppföljning ska ske avseende tidsintervall och metoder. I väntan på definitiva studieresultat rekommenderas uppföljning med CEA + DT thorax och buk efter 12 och 36 månader som standard. Huvudsakligen sker uppföljningen på sjukhusnivå av både läkare och sjuksköterskor.

Innehållsansvarig:

Mattias Prytz, Regional Processägare, Kirurgkliniken NÄL
Dan Asplund, Regional Processägare, Kirurgkliniken Sahlgrenska U-sjukhuset/Östra
Sofia Heyman, Regional Processägare, Onkologiska kliniken Sahlgrenska U-sjukhuset
Anna Johansson, Omvårdnadsordförande/Kontaktsjuksköterska, Kirurgkliniken SkAS/Skövde

Flödesschema

Första behandling kan vara kirurgi, preoperativ strålbehandling, cytostatika eller primärt symtomlindrande behandling. För majoriteten av patienterna sker någon form av kirurgi, ibland efter förbehandling med strålbehandling och cytostatika. Återbesök sker cirka 4 v efter operation. Eventuellt tillägg av cytostatikabehandling startar inom 8 veckor efter operation.



[1] CTthorax buk, vid ändtarmscancer MR bäcken
[2] Allmäntillstånd, comorbiditet