

Gäller för: Kirurgi

Innehållsansvar: Maria Normann, (marno75), Specialistläkare

Godkänd av: Andreas Samuelsson, (andsa4), Enhetschef

Giltig från: 2026-04-02

Giltig till: 2026-05-31

Uppföljning av kolorektalcancer-opererade patienter i NU-sjukvården

Mål med uppföljningen

Uppföljningen har fyra huvudsakliga syften:

- att upptäcka tidiga och botbara återfall av sjukdomen som lokalrecidiv och metastaser när kurativ behandling fortfarande är möjlig.
- att upptäcka metakrona tumörer (se polypuppföljningsprogrammet).
- att tillfredsställa patientens behov av information, stöd samt inte minst upptäcka och följa patientens behov av rehabilitering.
- att bedöma kvaliteten på den primära behandlingen.

Utöver detta kan uppföljningen användas för att samla underlag för forskning och förbättringsarbete.

Övergången från aktiv behandling till uppföljning ska vara väl definierad och markeras med ett eller flera samtal där patienten får en individuellt anpassad uppföljningsplan.

Uppföljningsplanen ska dokumenteras i Min vårdplan och består av flera delar:

- en uppdaterad behovsbedömning för rehabilitering.
- en översikt över de kommande årens kontroller inkl. datum för den första kontrollen alternativt ett tydliggörande av när och hur patienten kommer att få tid till den.
- en tydlig ansvarsfördelning som tydliggör vem som ansvarar för t.ex. sjukskrivning, förskrivning av hjälpmedel och liknande och där även patientens eget ansvar framgår.

Uppföljningsintervall

Systematiserad uppföljning enligt ovan skall erbjudas patienter som är radikalt opererade och som har en god funktionsförmåga och allmäntillstånd med en skattad biologisk ålder på upp till 80 år. Patienterna måste självklart inför start av systematiserad uppföljning vara bedömda att kunna klara av kirurgisk eller onkologisk behandling. Viktigt att påpeka är att alla patienter ska utredas noga perioperativt för att utesluta synkron metastasering eller synkrona kolorektala primärtumörer.

För stadium I-patienter som är radikalopererade finns inget vetenskapligt provat uppföljningsschema men risken för recidiv och metastaser är mycket låg, varför uppföljning har ifrågasatts.

För lokalt exciderade tidiga tumörer skall uppföljning inriktas på lokalrecidiv samt lokal körtelmetastasering. För lokalt exciderade T1 Sm1-3 bör uppföljning ske med endoskopi under 3–5 år samt DT buk eller för rektalcancer med MRT bäcken.

MR lever rekommenderas i princip alltid vid DT-fynd inför MDK lever. Patienter med små nyupptäckta lungnoduli kan kontrolleras med ny DT thorax om 3–6 månader och om tillväxt, diskussion på MDK thorax. PET-DT rekommenderas inte i den primära uppföljningen utan som ett komplement inför eventuell metastaskirurgi.

Självrapportering av symtom

Patienten bör uppmanas att höra av sig till kontaktsjuksköterskan vid nytillkomna rehabiliteringsbehov eller om insatta rehabiliteringsåtgärder eller egenvårdsråd inte är tillräckliga.

Patienten bör också uppmanas att höra av sig vid nytillkommen trötthet, ofrivillig viktning eller blod från tarmen eftersom det kan vara tecken på återfall.

Uppföljning

Urval	Uppföljningstid	Kommentar
Alla opererade patienter	30 dagar efter operation	Klinisk kontroll av läkningsförloppet, endoskopi av anastomos(rektalcancer) ev. blodprover– en första behovsbedömning
Patienter utvalda för systematiserad uppföljning	Ev. 6 månader	Besök efter avslutad adjuvans, planera nedläggning av ev avlastande stomi, värdering rehabiliteringsbehov
	1 år	Besök efter DT thorax/buk, CEA; PR+ endoskopi anastomos (op. rektalcancer), värdering rehabiliteringsbehov
	3 år	Besök efter DT thorax/buk, CEA; koloskopi*, värdering rehabiliteringsbehov
	5 år	Inrapportering av uppföljningsdata till Svenska kolorektalcancerregistret, enligt manual till uppföljningsformuläret .

*Koloskopi efter 3-årskontrollen utföres vart 5:e år eller oftare, allt enligt [nationella riktlinjerna för polypuppföljning](#).

Efter behandling av levermetastaser

Uppföljning var 6:e månad i 2 år och därefter minst en kontroll 3 år efter ingrepp för att upptäcka lokalrecidiv samt ny metastas. Detta endast om ytterligare behandling kan bli aktuell.

Efter ablation, R1-resektion samt försvunna icke behandlade metastaser: Tätare uppföljning första året, pga. högre recidivrisk.

Efter behandling av lungmetastaser

Uppföljning var 6:e månad i 2 år och därefter minst en kontroll 3 år efter ingrepp för att upptäcka lokalrecidiv samt ny metastas.

Bedömning av CEA

Baseline är CEA 1 månad postop.

För patient med CEA < 5 räknas baseline som 5.

Om ökning av CEA mer än 30% men mindre än 100% nytt prov efter 1 månad. Om detta visar ytterligare ökning betraktas detta som positivt. Annars nytt test igen efter 1 månad. Om inte positivt få tas inget mer förrän nästa år.

Om ökning av CEA är 100% är detta positivt.

Vid positivt test extra CT samt rektoskopi vid rektalcancer. Eventuell MR rektum beställs vid rektoskopi.

Postop uppföljning av patienter med peritoneal carcinos

Postop MDK-diskussion för individuell bedömning om postop kemoterapi.

ÅB 6v postop, baseline CEA, CA 125, CA 19.9

Ev stominedläggning efter 1-årskontroll.

Riktlinjer vidare uppföljning:

Pseudomyxoma peritonei (PMP)

DPAM (Ronnet); MUC-L (Bradley); LAMN (Low grade Appendiceal Mucinous Neoplasm):

PMCA-I, PMCA (Ronnet); MUC-H (Bradley)

Carcinos orsakat av kolorektal cancer (CRC)

CT thorax/buk och tumörmarkörer var 6:e månad i 2 år samt om 3, 4, 5, 7 och 9 år.

CT thorax/buk och tumörmarkörer var 6:e månad i 2 år samt om 3, 4 och 5 år.

CT thorax/buk och tumörmarkörer var 6:e månad i 2 år samt om 3, 4 och 5 år.

Mesotheliom

CT thorax/buk och tumörmarkörer var 6:e månad i 2 år samt om 3, 4 och 5 år.

Tumörmarkörer: CEA, CA125, CA19.9, CA15-3, CA 72-4

Mucocele appendix följs inte upp om radikalt opererad och ej tecken till slem i buken.

Second look: Ej som standard.

Ansvar

Patientens kontaktsjuksköterska ansvarar för att hålla samman och följa upp rehabiliteringen. När patienter får adjuvant behandling bör alla överlämningar mellan kontaktsjuksköterskor vara aktiva så att patienterna alltid vet vem de ska kontakta vid rehabiliteringsbehov.

Sjukskrivningsansvaret bör vara tydliggjort under hela uppföljningstiden. Överlämningar av sjukskrivningsansvar mellan onkologisk enhet och kirurgenhet bör vara aktiva.

Rehabiliteringsplanen ska tydliggöra vilka delar av rehabiliteringen som ska handläggas av primärvården, till exempel av dietist, fysioterapeut, kurator eller lymfterapeut.

Avslut av uppföljning

När uppföljningen avslutas ska den behandlande enheten ha ett avslutande samtal med patienten. Samtalet bör följa rekommendationerna i det [nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering](#) och dokumenteras i Min vårdplan. Patienten bör också få en skriftlig sammanfattning av sin diagnos och behandling inkl. livslånga behov eller risker. I denna sammanfattning bör eventuella råd till primärvården framgå. Det bör framgå vart patienten ska vända sig med nya behov.

Livslång symtomkontroll efter avslutad uppföljning

Patienterna bör följas avseende metakrona tarmtumörer enligt rekommendationerna för högriskpolyper, dvs vart 5:e år.

Överlämning av kvarvarande rehabiliteringsbehov till primärvården bör vara aktiv.

Patienten bör uppmanas att berätta om sin sjukhistoria och sin behandling vid kontakter med primärvården eftersom symtom kan bero på återfall.

D-vitaminbrist kan uppstå hos patienter som fått strålbehandling mot bäckenet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kirurgi

Innehållsansvar: Maria Normann, (marno75), Specialistläkare

Godkänd av: Andreas Samuelsson, (andsa4), Enhetschef

Dokument-ID: NU10087-1448824057-188

Version: 4.0

Giltig från: 2026-04-02

Giltig till: 2026-05-31