

Gäller för: VE Kir Uro Pall Onkologi

Innehållsansvar: David Wallin, (davwa5), Specialistläkare

Granskad av: Bengt Orrenius, (benor), Processchef

Godkänd av: Jenny Berg, (jenbe), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-05-16

Giltig till: 2027-05-12

# Kolorektal cancer - uppföljning

## Förändringar sedan föregående version

Omstrukturering av texten. Inga ändringar i själva innehållet.

## Syfte

Att standardisera rutiner för uppföljning av patienter med kolorektal cancer.

## Förutsättningar

Rekommendationer finns i det nationella vårdprogrammet för kolorektal cancer.

## Ansvar

Gemensamt ansvar för kolorektalkirurger, endoskopister, onkologer och kontaktsjuksköterskor som handhar patienter med kolorektal cancer.

## Avgränsningar

Målgruppen är personal som handlägger patienter som diagnostiserats och/eller behandlats för kolorektal cancer.

## Arbetsbeskrivning

Rutinen ger en rekommendation hur vi ska följa en patient som behandlats för kolorektal cancer. Individuella avsteg är tillåtna.

## Uppföljning efter canceroperation

### Inledning

Alla patienter som opererats för kolorektal cancer erbjuds någon form av uppföljning. När den histopatologiska analysen av operationspreparatet är klar diskuteras patienten på en MDK där kirurg och kontaktsjuksköterska nedre gastro, onkolog och tidsbokare onkologen, patolog och radiolog närvarar. Där beslutas om eventuell

adjuvant behandling samt vilken ytterligare onkologisk utredning och uppföljning som är aktuell. Efter MDK:n kallas alla patienter för ett postoperativt återbesök, vilket brukar bli cirka 3-4 veckor efter operationen.

### **Postoperativt återbesök**

Besöket syftar till att svara på frågor om vårdtiden, upptäcka eventuella komplikationer, identifiera eventuella nytillkomna funktionella besvär samt informera om planen för den fortsatta onkologiska uppföljningen. Läkare ska i samband med återbesöket remittera patienten för den uppföljning man beslutade om på MDK:n.

Läkaren ska dessutom kontrollera och vid behov ordna så att patienten är remitterad för eventuella ytterligare undersökningar som MDK:n beslutade om, t. ex. ny koloskopi om patienten inte hade clean colon preoperativt, ny radiologi av eventuella misstänkta förändringar i andra organ eller remisser till andra kliniker.

### **Onkologisk uppföljning**

Den onkologiska uppföljningen sker med endoskopi, radiologi och blodprovstagning. Den syftar till att upptäcka tidiga och botbara tumörrecidiv och metastaser.

Onkologisk uppföljning enligt nedan ska erbjudas patienter som är radikalt opererade och är i sådant allmäntillstånd att de bedöms kunna tåla en aktiv behandling. I praktiken följs de flesta patienterna till de fyllt 80 år, varefter kontrollerna avslutas. Individuella avsteg både uppåt och nedåt i åldrarna, tagna utifrån vad som bäst bedöms gagna patienterna, är dock tillåtna. Beslutet baseras på en bedömning av patientens samsjuklighet och funktionsstatus.

Den onkologiska uppföljningens intensitet baseras på stadiindelningen av cancersjukdomen (I-V). Den indelningen baseras i sin tur på tumörens histopatologiska stadium, lymfkörtelstadium och förekomst av fjärrmetastasering. (Observera att det rör sig om stadiindelning för cancersjukdomen som helhet och inte bara T-stadium, se vårdprogrammet Kap 10:8 Tabell 9).

Ett viktigt observandum är patienter som erhållit neoadjuvant tumörkrympande behandling. Hos dem baseras uppföljningsintensiteten på det högst noterade stadiet, vare sig det är den preoperativa radiologiska klassificeringen eller den postoperativa histopatologin.

### **Stadium I (T1-2 N0 M0)**

- Koloskopi 3 år postoperativt. Därefter var 5:e år (om inte nya polyper föranleder tätare kontroller, se polypschemata). Koloskopikontrollerna pågår så länge patienten bedöms vara aktuell för onkologisk uppföljning (se ovan).
- Ingen ytterligare radiologi

### **Stadium II – III**

- Koloskopi 3 år postoperativt. Därefter var 5:e år (om inte nya polyper föranleder tätare kontroller, se polypschemata). Koloskopikontrollerna pågår så länge patienten bedöms vara aktuell för onkologisk uppföljning (se ovan).
- DT thorax och buk 1 år postoperativt. Därefter DT thorax och buk 3 år postoperativt.
- CEA tas halvårsvis under de första 2 åren postoperativt. Därefter en gång ytterligare efter 3 år postoperativt.

### **Stadium IV**

Patienter som utöver tarmkirurgi genomgått kurativt syftande metastaskirurgi följs oftast upp med ännu tätare radiologiska kontroller. Beslut om frekvens av radiologisk uppföljning fattas av de kirurger som utfört metastaskirurgin. Oftast följs patienterna upp med utökade kontroller enligt nedan:

- Koloskopi 3 år postoperativt. Därefter var 5:e år (om inte nya polyper föranleder tätare kontroller, se polypschemata). Koloskopikontrollerna pågår så länge patienten bedöms vara aktuell för onkologisk uppföljning (se ovan).
- DT thorax och buk halvårsvis under de första 2 åren postoperativt. Därefter årligen till och med 5 år postoperativt.
- CEA tas halvårsvis under de första 2 åren postoperativt. Därefter en gång ytterligare efter 3 år postoperativt.

## **Uppföljning efter stominedläggning**

Patienter som lagt ner en tunntarmsstomi ska i samband med utskrivning remitteras för återbesök på kirurgmottagningen, då många av dessa patienter får funktionella bekymmer efteråt, så kallat Low Anterior Resection Syndrome (LARS).

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** VE Kir Uro Pall Onkologi

**Innehållsansvar:** David Wallin, (davwa5), Specialistläkare

**Granskad av:** Bengt Orrenius, (benor), Processchef

**Godkänd av:** Jenny Berg, (jenbe), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SKAS9710-1396384072-63

**Version:** 10.0

**Giltig från:** 2025-05-16

**Giltig till:** 2027-05-12