Gäller för: Verksamhet Kirurgi Östra
Innehållsansvar: Eva Angenete, (evaan33), Överläkare/Professor
Granskad av: Eva Angenete, (evaan33), Överläkare/Professor
Godkänd av: Malin Ragnmark Ek, (malek3), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-01-10
Giltig till: 2027-01-10

Kolorektalcancer, uppföljning av patienter som opererats för kolorektalcancer

Revideringar i denna version

Tillagt syfte, samt mer detaljerad arbetsbeskrivning inklusive tillägg av detalj för ordination av uppföljande prover och radiologi. Även lite mer om rehabilitering. Tumörstadiemallen är borttagen.

Syfte

Denna rutin syftar till att skapa enhetlig uppföljning av patienter med kolorektalcancer. Uppföljningen har huvudsakligen följande syfte:

- 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.

Onkologisk uppföljning ska riktas till de individer där aktiv behandling är möjlig. Beakta ko-morbiditet och biologisk ålder (tumregel <75-80 avseende metastaser, OBS! HIPEC snarare 75 år) vid beslut om uppföljning. Patienten ska kunna klara av både cellgifter och metastaskirurgi.

Uppföljning avseende patientens behov av information och rehabilitering gäller alla patienter och ska anpassas efter https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/cancerrehabilitering/ som publicerades 2021-02-09.

Detta dokument bygger på vårdprogrammet för kolorektalcancer daterat 2020-03-25.

Arbetsbeskrivning

Samtliga patienter som opererats för kolorektalcancer ska erbjudas någon form av uppföljning enligt nedan.

Beslut om långsiktig uppföljningsregim ska delges patienten på postoperativt återbesök och dokumenteras i journalen så att det tydligt framkommer på vilket sätt patienten ska följas upp. Det finns möjlighet för avsteg med såväl mer intensiv eller mindre intensiv uppföljning, men detta måste dokumenteras och motiveras. Vetenskapligt stöd för mer intensiv uppföljning än den som rekommenderas här finns inte.

Säkerställ att patienten själv blir informerad om vilken uppföljning som planeras.

Planen för onkologisk uppföljning är avhängigt av tumörstadium. Alla patienter som har opererats ska bedömas på kolorektalsektionens PAD-konferens och det ska finnas ett diktat där det tydligt framgår om patienten ska rekommenderas adjuvant cytostatika.

Vid upptäckt av polyper under uppföljande koloskopier fattas beslut om uppföljning utifrån PAD svar av ansvarig endoskopist.

Rehabiliteringsbehovet för patienten måste utvärderas och patienten ska informeras om:

- Målet med rehabiliteringen
- Sitt eget ansvar för rehabiliteringen inklusive egenvårdsråd
- Vart patienten kan vända sig och när nästa avstämning planeras

Vid utskrivningen

Sekreterare:

- Bokar tid på mottagningen och skickar kallelse för återbesök om ca fyra veckor postoperativt (får anpassas till hemskrivning, om lång vårdtid kan detta vara ett annat tidsintervall), om möjligt till ansvarig eller assisterande operatör.

Utskrivande läkare:

- Ordinerar CEA för 3-4 veckor och ett år. Om läkaren inte kan ordinera i programvaran själv – ta hjälp av ansvarig sjuksköterska eller kontaktsjuksköterska på mottagningen.

Generellt vid det postoperativa besöket:

a) Klinisk kontroll inklusive värdering av sårläkning och eventuellt ärrbråck.
b) Försäkra dig om att patienten har förstått vad som har skett under vårdtiden och att patienten har fått alla sina frågor besvarade.
c) Kontrollera om patienten är med i någon studie och hur denna i sådana fall ska följas upp – se till att eventuella CRF etc. fylls i korrekt!
d) Ge besked om CEA värde – signera labvärdet.
e) Se över om patienten har genomgått en komplett kolonutredning preoperativt – om inte – skriv remiss för clean colon, antingen koloskopi eller CT-kolografi.
f) Patienter som har opererats med en främre resektion och som har en loopileostomi – tillse skopi och röntgen inför nedläggning av stomin. Om patienten rekommenderas adjuvant cystostatika postop blir nedläggningen ofta efter den adjuvanta behandlingen.
g) Om patienten har en loopileostomi – har patienten blivit informerad om risk för flöden? Finns Loperamid utskrivet? Var god se separat Barium-mall.
h) Se till att det finns en remiss för adjuvant behandling om tillämpligt.
i) Patienter som opererats för rektalcancer och som fått strålning eller opererats med resektion av flera organ – diskutera funktionsrubbningar och remittera vid behov till cancerrehabiliteringskliniken på JK.
j) Ska finnas rehabiliteringsplan upplagd i samråd med kontaktsjuksköterska
k) Gör klart för onkologisk uppföljning inför år ett – beställ röntgen, beställ CEA (i operatörens namn) och beställ koloskopi om det är indicerat.
l) Uppmana patienten att höra av sig vid symptom eller problem som kan tyda på recidiv (förändrade tarmvanor, blödningar, trötthet, ofrivillig viktnedgång eller smärtor etc.)

m) Remittera ut patienter mer rektalcancer från Varberg, Borås, NÄL och Skövde tillbaka till respektive enhet, övriga patienter med rektalcancer ska följas på Östra.

Uppföljning koloncancer stadium I-III

Patienter opererade för koloncancer följs till stor del på vår sjuksköterskemottagning. Vid varje återbesök: fråga efter tarm och urogenitala funktionsstörningar vid varje uppföljningsbesök och remittera vid behov patienten för hjälp.

1. Stadium I – efter radikal kirurgi ingen radiologisk uppföljning eller klinisk kontroll indicerat mer än koloskopi efter 3 år och sedan vart 5:e år fram till 80 års ålder. Kontaktsjuksköterska ringer patienten om funktionella besvär 1 år postoperativt. Om patienten är utan symptom som kan relateras till sjukdomen och inte behöver ytterligare stöd så avslutas kontakten då, remittera ut till vårdcentral.
   Vid lokal kirurgi/polypresektion kontrolleras patienterna utifrån risk för lokalrecidiv med koloskopi. Finns inget fastlagt schema, men ofta första kontroll efter 3-6 månader. Beslut om detta fattas av ansvarig endoskopist, se separat Barium-pm.

2. Stadium II-III – följs av kontaktsjuksköterska förutom första postoperativa besöket. Om patienten inte är i skick för åtgärd vid eventuellt recidiv (se ovan) består uppföljningen av ett telefonsamtal 1 år postoperativt och om patienten är utan symptom som kan relateras till sjukdomen och behöver ytterligare stöd så avslutas kontakten då. De patienter som bedöms aktuella för eventuell intervention/åtgärd vid recidiv följs enligt nedan:

   a. 12 månader postoperativt sköts av kontaktsjuksköterska med besök på mottagningen.
      i. DT thorax buk
      ii. S-CEA – OBS! Signeras av ansvarig läkare efter kontakt av kontaktsjuksköterska
      iii. Ordinerar CEA för 3 års återbesöket. Ordinera i operatörens namn.
   b. 36 månader postoperativt sköts av kontaktsjuksköterska med telefonkontakt
      i. S-CEA – OBS! Signeras av ansvarig läkare efter kontakt av kontaktsjuksköterska

ii. CT-thorax buk
iii. Koloskopi därefter koloskopi vart 5:e år fram till 80 års ålder, remittera ut patienten till ordinarie vårdcentral

Uppföljning rektalcancer stadium I-III

Patienter opererade för rektalcancer följs av kirurg. Vid varje återbesök: fråga efter tarm och urogenitala funktionsstörningar vid varje uppföljningsbesök och remittera vid behov patienten för hjälp.

1. Stadium I – efter radikal kirurgi ingen radiologisk uppföljning men klinisk kontroll indicerat ur funktionskontroll. Patienter som genomgått främre resektion får återkomma för rektoskopi enligt nedan. Patienter som genomgått rektumamputation (APE) kommer att följas via sin stomiterapeut. Vid lokal kirurgi såsom TEM/ESD kontrolleras patienterna utifrån risk för lokalrecidiv med endorektalt ultraljud och/eller MR. Finns inget fastlagt schema, men ofta kontroll efter 3-6 månader.
   Stadium I radikal kirurgi främre resektion:
   a. 12 månader – fråga efter funktion, tarmfunktion, urogenital funktion och i förekommande fall stomifunktion
      i. Rektoskopi
   b. 36 månader- fråga efter funktion, tarmfunktion, urogenital funktion och i förekommande fall stomifunktion.
      i. Rektoskopi
      ii. Koloskopi samt därefter koloskopi vart 5:e år fram till 80 års ålder. Remittera ut patienten till ordinarie vårdcentral
2. Stadium II-III
   a. 12 månader postoperativt:
      i. Kontrollera och signera S-CEA
      ii. Rektoskopi (inte APE)
      iii. DT thorax buk
      iv. Beställ S-CEA för år två (främre resektion) samt S-CEA och radiologi för år tre
   b. 24 månader postoperativt enbart för främre resektion:
      i. Kontrollera och signera S-CEA
      ii. Rektoskopi
   c. 36 månader postoperativt
      i. S-CEA
      ii. Rektoskopi (inte APE)
      iii. CT-thorax buk
      iv. Koloskopi och därefter koloskopi vart 5:e år fram till 80 års ålder, remittera ut patienten till ordinarie vårdcentral

Uppföljning av kolon- eller rektalcancer i stadium IV

Viktigt att fullständig behandlingsplan finns dokumenterad! Beställ CEA vid varje återbesök inför kommande återbesök beställ i operatörens namn alternativt diktera detta. Signera CEA vid varje återbesök.

Om patienten är behandlad med kurativ intention:

- Efter HIPEC (OBS! Detta gäller kolorektalcancer):
  Uppföljning på vår HIPEC klinik 1-2 månader och 3 år.
  På remitterande klinik (alltså bara aktuellt att skriva remisser på dessa patienter om de tillhör vårt upptagningsområde, annars ska de återremitteras och genomgå motsvarande uppföljning på sin hemma klinik):
  - CT thorax och buk samt CEA, CA19-9, CA125 var sjätte månad i två år
  - CT thorax och buk samt CEA, CA19-9, CA125 år tre
  - Stominedläggning aktuellt efter negativ 1 års kontroll
  - Koloskopi var 5:e år fram till 80 års ålder
- Efter leverkirurgi:
  CEA, CT thorax och buk var 6:e månad i två år och sedan en CT thorax och buk vid tre år. Koloskopi var 5:e år fram till 80 års ålder.
- Efter thoraxkirurgi:
  CEA, CT thorax var 6:e månad i två år och sedan en CT thorax och buk vid tre år. Koloskopi var 5:e år fram till 80 års ålder.

Om patienten inte ska genomgå kurativt syftande kirurgi: Remitteras till onkologmottagningen, vanligen ingen planerad uppföljning via kirurgmottagningen. Se behandlingskonferensanteckningen. Tillgodose kontakt med hemsjukvård, ASIH-teamet och vid behov kontakt med kontaktsjuksköterska.

OBS! Om onkologisk behandling inte är aktuell ska patienten remitteras ut med ordentliga instruktioner till vårdcentralen som sedan får aktivera kontakt med ASIH när/om det blir aktuellt.

Vid symptom som inger misstanke om recidiv

3. CT-thorax buk => vid oklar bild MR lever
4. S-CEA
5. MR buk bäcken om rektalcancer

6. PET-CT vid behov om det finns skäl att leta efter ytterligare recidiv eller om avancerad kirurgi planeras.

Patienter från regionen eller övriga landet

Patienter som tillhör övriga regionen/övriga delen av landet kan med fördel remitteras till respektive kirurgklinik för uppföljning (OBS! Rektalcancer bara till Varberg, Borås, NÄL och Skövde) men remissen bör innehålla vår rekommendation för uppföljning för att säkerställa att de som minimum uppföljs enligt samma rutiner som övriga patienter på SU.

Ansvar

Sektionschefen för kolorektalsektionen ansvarar för att tillse att samtlig personal som arbetar med uppföljning av kolorektalcancer följder denna rutin.

Uppföljning, utvärdering och revision

Sektionschef för kolorektalsektionen, verksamhetsområde kirurgi, område 2, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior

Dokumentation

Styrande dokument skall finnas åtkomligt för hela verksamheten på anvisad Sharepoint-yta.

Kunskapsöversikt

Uppföljningsrutinen följer rekommendationerna från det nationella vårdprogrammet för kolorektalcancer
https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/tjock-och-andtarmscancer/vardprogram/uppfoljning/ samt
https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/cancerrehabilitering/

Vi har valt att ha koloskopikontrollerna till 80 års ålder http://www.svenskgastroenterologi.se/sites/default/files/Riktlinjer_polypborttagning_SGF_Final_161107.pdf

Den förbättrade överlevanden vid uppföljning är ganska blygsam och man har inte kunnat visa en förbättrad överlevnad på grund av ökad överlevnad av opererade recidiv. Slutsatsen som dragits i det nationella vårdprogrammet från de studier som finns är att systematiserad uppföljning skall erbjudas till de patienter som är radikalt opererade för kolorektal cancer, har en biologisk ålder < 80 år och är i sådant allmäntillstånd att de kan ha nytta av tidig upptäckt av ett cancerrecidiv. Utformningen av ett kostnadseffektivt uppföljningsprogram är oklart och man rekommenderar en återhållsam inställning. Den högintensiva armen i COLOFOL studien som vi på Östra deltog i visade inte på någon överlevandsvinst vid intensivare uppföljning.

Risken för recidiv vid radikalt opererad stadium I cancer är så låg att uppföljning i syfte att detektera återfall inte är meningsfullt så all uppföljningsregim gäller stadium II-III. Vid lokalt exciderade tidiga tumörer i kolon och rektum ska uppföljning inriktas på lokalrecidiv, i första hand med endoskopiska kontroller. Vid T1sm2–3 och T2 tumörer stiger risken för lokalt lymfkörtelengagemang till 10 respektive 20–23 %, vilket bäst kontrolleras med rektalt ultraljud och eller MR. Båda metoderna har dock ganska dåligt prediktivt värde. Inget vetenskapligt grundat schema för detta finns att rekommendera men första endoskopiska kontroll brukar rekommenderas efter 3–6 månader. PET är inte tillräckligt utvärderat för att rekommenderas.

Granskare

Eva Angenete, överläkare, docent, verksamhet kirurgi, område 2, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Torbjörn Swartling, överläkare, Ackrediterad kolorektalkirurg och ansvarig för avancerad cancer vid verksamhet kirurgi, område 2, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Adiela Correa Marinez, sektionschef kolorektal, verksamhet kirurgi, område 2, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Kristina Danielsson, kontaktsjuksköterska och SVF koordinator, kirurgmottagningen, verksamhet kirurgi, område 2, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Kirurgi Östra

Innehållsansvar: Eva Angenete, (evaan33), Överläkare/Professor

Granskad av: Eva Angenete, (evaan33), Överläkare/Professor

Godkänd av: Malin Ragnmark Ek, (malek3), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9785-1904528390-186

Version: 9.0

Giltig från: 2025-01-10

Giltig till: 2027-01-10