

DCCG'S NATIONALE RETNINGSLINIER FOR DIAGNOSTIK OG BEHANDLING AF KOLOREKTAL CANCER		
Transrektal ultralydsscanning (TRUS)		
Forfattere: SRR	Gælder fra: 1. oktober 2012	Gælder til:

Rekommandationer

- Ved tidligt tumorstadium bør der suppleres med TRUS, såfremt lokal tumorresektion overvejes B
- TRUS har en lang indlæringskurve, først efter 50 skanninger ligger nøjagtigheden på et stabilt niveau B

Præoperativ diagnostik

TRUS er en nøjagtig metode til at bedømme tumors udbredelse i og gennem rectumvæggen (85-90 % sikkerhed) ((1-3), **1b**, **4,1b**). TRUS kan anvendes til udvælgelse af patienter med T1 cancer til TEM((4), **2b**). "Overstaging" af tumorindvækst forekommer i 0-12 % af tilfældene. "Understaging" er sjældnere og skyldes ofte mikroskopisk indvækst i det perirektale væv. Der findes roterende, lineære og sektor-transducere. Ved stenoserende tumorer er sidstnævnte at foretrække, da det er muligt at visualisere den orale del af tumor ((5), **1b**). Tredimensionel ultralydskanning gør det muligt at opnå billeder i flere planer, og stadiendelingen ved stenoserenderectalcancer forbedres ((6,7), **3b,2b**). Konventionel TRUS har en lang indlæringskurve ((8,9), **3b**, **3b**). Efter 50 skanninger ligger nøjagtigheden på et stabilt niveau ((10), **1b**). Et nyt multicenter studie med 7096 patienter har vist, at kun institutioner der fortager over 30 TRUS om året har tilstrækkelig høj sensitivitet og specificitet ((11), **1b**).

En metaanalyse af studier fra 1985 til 2002 fandt, at TRUS var bedre til præoperativ T-stadieinddeling end CT og MR. Sensitiviteten var 90% for TRUS, 79% for CT og 82% for MR ((12), **1a**). I modsætning til MR giver TRUS alene dog ikke mulighed for at visualisere tumors relation til den mesorektalefascie((13), **2a**).

Ved mindre tumorer afgrænset til rectums væg er TRUS den bedst dokumenterede undersøgelse ((14-17), **1b**, **3b**, **2b**, **1b**). Det er vanskeligt at skelne mellem benigne og maligne lymfeknuder ved hjælp af TRUS ((18), **1b**). Selv for erfarne ultralydsdiagnostikere er nøjagtigheden sjældent over 70 %, da ikke alle lymfeknudemetastaser er synlige ved TRUS. TRUS giver mulighed for ultralydvejledt biopsi af suspekterede områder i adenomerog lymfeknuder. Biopsi af lymfeknuder udføres dog kun sjældent, da det ofte er nødvendigt at nålen skal passere primærtumor. TRUS er billigere end MR ((19), **2a**).

Konventionel TRUS er ikke anvendelig ved re-staging efter neoadjuverende radiokemoterapi ((20), **1b**).