

DCCG'S NATIONALE RETNINGSLINIER FOR DIAGNOSTIK OG BEHANDLING AF KOLOREKTAL CANCER		
Anterior resektion		
Forfattere: FSJ, KLj	Gælder fra: 15. juni 2015	Gælder til:

Resumé:

Til anterior resektion enten som partiel mesorektal eller total mesorektal resektion med anastomose knytter sig flere væsentlige aspekter: anastomoselækage, anlæggelse af aflastende stomi og det funktionelle resultat og følgevirkninger. Patienten skal i detaljer præoperativt informeres om disse forhold og også om alternativerne

Herudover er der andre aspekter som udrensning før operation, udskylning af rektum før den mest anale afstapling, anastomosetype, lækagetest, drænage og undersøgelse før tilbagelægning af eventuel stomi.

Rekommandationer

- Ved planlagt anterior resektion bør patienten præoperativt informeres i detaljer om risikoen for anastomoselækage inkl. midlertidig stomi, samt om muligheden af Hartmanns operation eller APE med intersphinkterisk dissektion som alternativ B
- Ved planlagt rektumresektion bør patienten præoperativt informeres i detaljer om mulige ændringer i tarmfunktion, vandladning og seksualfunktion B
- Anterior resektion bør tilbydes patienter med skønnet resektabel cancer i øverste 2/3 af rectum (og evt. hos udvalgte med cancer i nederste 1/3), som ikke har væsentlige risikofaktorer for anastomoselækage C
- Der bør anlægges en aflastende stomi ved anastomose under 5 cm fra anus B
- Rektal skylning før definitiv afstapling kan udføres B
- En koloanal anastomose kan enten udføres med et ca. 6 cm langt J-reservoir eller anlægges som side-til-ende anastomose for at opnå bedre funktionelle resultat indenfor det første år B
- Der bør udføres en peroperativ test for tæthed af anastomosen B

Anastomosetype

De suprasphinkteriske anastomoser (kolorektale eller koloanale) omfatter direkte ende-til-ende anastomose, colon J-pouch, side-til-ende anastomose og transversel koloplastik. Sidstnævnte anlagt som en 8 cm lang incision antimesenterielt mellem to taeniae 2 til maksimalt 3 cm over den i forvejen anbragte ambolt i colon. Incisionen lukkes transverselt i 2 lag.

DCCG'S NATIONALE RETNINGSLINIER FOR DIAGNOSTIK OG BEHANDLING AF KOLOREKTAL CANCER		
Anterior resektion		
Forfattere: FSJ, KLj	Gælder fra: 15. juni 2015	Gælder til:

Colon J-pouch giver bedre funktionelle resultater sammenlignet med ende-til-ende anastomose (1, 2) (1b, 1a), specielt inden for det første år. Såvel et Cochrane review (2) (1a) som randomiserede undersøgelser har vist, at side-til-ende anastomose både hvad angår komplikationer og funktionelt udkomme er sammenlignelig med colon J-pouch (3) (1b), (4) (1b). I tillæg hertil er side-til-ende anastomosen mindre teknisk udfordrende. Rekonstruktion med transversel koloplastik giver næsten samme resultater som colon J-pouch (5) (1a), (6) (1b), (7) (1b), (2) (1a) og kunne være et alternativ hos patienter med kort colon, snævre bækkenforhold og adipositas.

Skylning af rektum før afstapling

Peroperativt kan der påvises et stort antal levende tumorceller i tarmlumen (8) (2b) og på den cirkulære stapler efter anastomosekonstruktion (9) (2b). På dette teoretiske grundlag anbefales skylning af rectum med okkluderet lumen analt for tumor før afstapling og anlæggelse af anastomose. Der foreligger nu to nylige reviews omhandlende effekten af rektal skylning på primært lokalrecidivraten (10, 11) (3a). I analysen indgår et nyere svensk register-baseret studie (12) (3b) med stor vægt, og reduktionen i lokalrecidivraten synes at være i en størrelsesorden sammenlignelig med effekten af strålebehandling. Der foreligger ingen randomiserede studier, og hvad der skal skylles med, hvor længe og hvor store volumina er fortsat uafklaret. Ved en Hartmann's procedure vil der også være et potentiale for tumorcelleimplantation og skylning før anale afstapling kan derfor udføres. Forud for den mest anale afstapling er det essentielt at sikre sufficient afstand [\[LINK til Anatomi og mesorektal excision\]](#) til tumor enten hvor muligt ved intraabdominal palpation ellers ved digital eller endoskopisk vurdering.

Dræn

Dræn mod en lav rektumanastomose har ingen betydning for risikoen for lækage (13) (1a), (14) (1a), (15) (1a), men kan måske nedsætte konsekvenserne af en lækage (16) (3a). Der er således ikke indikation for rutinemæssig drænanlæggelse, men hvis man vælger at anlægge et dræn bør det for at undgå erosion af tarmen lægges ned mod anastomosen, men ikke i kontakt med denne.

Aflastende stomi

Nogle randomiserede studier viser, at en aflastende stomi nedsætter risikoen for lækage (17) (2b), (18) (2b), mens andre studier ikke kan påvise nogen effekt (19) (1b), (20) (3a), (21) (3a). Der er derimod ingen tvivl om, at en aflastende stomi reducerer lækagens konsekvenser i form af fækal peritonitis, reoperation, langvarig morbiditet, permanent stomi og død (19) (1b), (22) (3a), (20) (3a), (21) (3a). Det anbefales derfor at anlægge en beskyttende stomi efter en total mesorektal ekscision, dvs. ved anastomoser mindre end 5 cm fra anus (22) (3a), (23) (3a), (24) (3a). Efter partiel mesorektal ekscision må det i hvert enkelt tilfælde vurderes, om der findes indikation for stomi. Der er muligvis mindre risiko for senere tyndtarmsileus efter loop transversostomi sammenlignet med loop ileostomi (25) (3a).

Anastomoselækage

DCCG'S NATIONALE RETNINGSLINIER FOR DIAGNOSTIK OG BEHANDLING AF KOLOREKTAL CANCER		
Anterior resektion		
Forfattere: FSJ, KLj	Gælder fra: 15. juni 2015	Gælder til:

I TME-publikationer optræder lækage af rectumanastomoser med en hyppighed på 3-17%, hvoraf formentlig kun halvdelen er symptomgivende (26) (2a), (25) (3a), (27) (3a), (28) (3a), (29) (2a), (18) (2b), (30) (3a). I de skandinaviske lande er lækageraten 10-15 % (27) (3a), (31), (32) (2b). En del af forklaringen på denne varierende incidens, skyldes formentlig en manglende standardiseret definition af komplikationen. Et panel af internationale eksperter har forslået en konsensus definition, der vil gøre det lettere at sammenligne lækagerater i fremtidige studier (type A: kræver ikke aktiv terapeutisk behandling; type B: kræver aktiv terapeutisk behandling, men re-laparotomi/-skopi ikke nødvendig; type C: re-laparotomi/-skopi nødvendig) (33) (V).

Lækageraten er højere efter total mesorektal ekscision end efter partiel mesorektal ekscision (25) (3a). I en litteraturoversigt (34) (3a) anføres en række uafhængige risikofaktorer: mandligt køn, BMI > 30, rygning, stort alkoholforbrug, stort væggtab, hypoalbuminæmi, lav anastomose, avanceret tumorstadium, hospitalsvolumen, kirurgspecialisering, få uddannede rectumkirurger på en afdeling, pågående oplæring i TME-teknikken, total (versus partiel) mesorektal ekscision, intraoperative komplikationer samt blødning > 500 ml (27) (3a), (18) (2b), (25) (3a), (35) (3a), (36) (3a), (28) (3a), (23) (3a), (37) (3a), (38) (3a), (39) (1a), (40) (3a), (41) (2b), (32) (2b) (42) (2b). I et nationalt case-kontrolstudie fra Sverige er præoperativ strålebehandling en vigtig risikofaktor for udvikling af lækage (32) (3b). At multiple stapler affyringer under tildannelsen af anastomosen bør undgås, synes intuitivt indlysende, men der er studier der både taler for (43) (2b), (44) (2b), (45) (2b), og imod (46) (2b), (47) (2b), multiple stapler affyringer, som en selvstændig risikofaktor for anastomoselækage. Hyppigheden af lækage kan nedsættes ved udførelse af en peroperativ læktest (48) (2a), (24) (3b), mens brugen af omentoplastik viser divergerende resultater (49, 50) (1b).

Peroperativ endoskopi har den fordel, at anastomosens integritet, vaskularisering og evt. blødning umiddelbart kan visualiseres, samtidig med at en læktest udføres. Ydermere sikres der tumorfrie margener, og at der ikke overses distal patologi (51) (3a), (52) (3b).

Anastomoselækage øger den postoperative mortalitet, risikoen for lokalrecidiv, forværrer det funktionelle resultat og forringer langtids-overlevelsen (53) (3b), (54) (3b), (55) (2b). Halvdelen af patienter, som må reopereres med nedtagning af anastomosen, ender med en permanent stomi (30) (3b). Den postoperative mortalitet (efter 30 dage) var 2 % i et svensk studie af 6833 patienter, og lækage, høj alder, mandligt køn, fjernmetastaser og intraoperative komplikationer var uafhængige risikofaktorer (18) (2b).

Tilbagelægning af aflastende stomi

Tilbagelægning af den aflastende stomi har traditionelt været efter et tidsinterval på ca. 3 måneder i ukomplicerede tilfælde, dog bør tilbagelægning af ileostomi ikke interferere med eventuel adjuverende kemoterapibehandling og derfor afvente dennes afslutning.

Forud for tilbagelægningen er der ingen grund til radiologisk undersøgelse, hvis der er foretaget rektaleksploration og der foreligger en endoskopisk undersøgelse uden tegn til lækage eller stenose (56, 57) (2b).

DCCG'S NATIONALE RETNINGSLINIER FOR DIAGNOSTIK OG BEHANDLING AF KOLOREKTAL CANCER		
Anterior resektion		
Forfattere: FSJ, KLj	Gælder fra: 15. juni 2015	Gælder til:

Et enkelt randomiseret studie har vist, at tidlig (8.-10. dag) tilbagelægning af ileostomi i udvalgte ukomplicerede tilfælde er en mulighed (58) (1b). Fordelene synes at være færre medicinske komplikationer, færre tilfælde med tarmobstruktion og kortere indlæggelsesforløb. Til gengæld var der flere sårkomplikationer. Tidlig tilbagelægning fordrer også undersøgelse af anastomosens integritet

Funktionelle senfølger

Efter anterior resektion er det langsigtede funktionelle resultat dårligt hos ca. halvdelen af patienterne med hyppig afføring og inkontinens (59) (3a), (60) (2c), og man har beskrevet et "low anterior resection syndrome (LARS) [[LINK til Funktionelle forstyrrelser efter rektumresektion](#)] med øget afføringshyppighed, urgency, fragmenteret afføring og inkontinens (61) (3a). Der foreligger et dansk udviklet og valideret symptomscorings system til vurderingen af sværhedsgraden af LARS (62) (2c). Livskvaliteten forbedres i løbet af nogle år, hvorimod livskvaliteten efter eksstirpation i reglen forbliver uændret (63) (2a). En grundig præoperativ rådgivning med understregning af de forventelige postoperative afføringsændringer og muligheden for bedring med tiden sætter patienten i stand til bedre at medvirke ved valg af operationsmetode og til bedre at tilpasse sig situationen. [[LINK til Funktionelle forstyrrelser efter rektumresektion](#)]