

# Følg de nationale retningslinjer ved mistanke om kolorektal cancer

Læge Lone Serup-Branda, læge Jacob M. Laurberg,  
læge Niels Christian Bjerregaard & overkirurg Søren Laurberg

Århus Universitetshospital, Kirurgisk Center, Kirurgisk Afdeling P

## Resume

De nationale retningslinjer for diagnostik af patienter med symptomer på kolorektal cancer er udarbejdet for at sikre hurtig og specifik diagnostisk undersøgelse og hermed nedsætte tiden fra symptomdebut til evt. behandling. Ifølge de nationale retningslinjer skal de alment praktiserende læger henvise patienterne, første gang de henvender sig med symptomer på kolorektal cancer. Desværre oplever ca. 60% af patienterne, at de nationale retningslinjer ikke følges. Dette resulterer i en forsinkelse af henvisning og dermed behandling, som vist i vores to eksempler.

Med ca. 3.700 tilfælde pr. år er kolorektal cancer (CRC) den tredjehyppigste cancerform i Danmark [1], og femårsoverlevelsen er ca. 50% [2]. En praktiserende læge i Danmark vil årligt se en ny patient med CRC. Bl.a. fordi Danmark indtil for få år siden havde den dårligste CRC-overlevelse i Europa [3], blev de nationale retningslinjer (NR) for udredning af symptomer, der er forenelige med CRC, opdateret i 2002 [4]. Målet med retningslinjerne er at minimere tiden fra første lægekontakt til behandling.

## Sygehistorier

I. Anæmi. En 54-årig mand henvendte sig til sin praktiserende læge med mavesmerter og træthed. Patienten var kendt i praksis med colon irritabile-lignende symptomer. En objektiv undersøgelse viste normale forhold, blodprøver viste B-hæmoglobin på 7,8 mmol/l (8,4-10,8 mmol/l) og P-jern 6 mikromol/l (13-36 mikromol/l). Han blev sat i jernbehandling. Fæcesprøver blev indsendt til undersøgelse for blod, og resultatet var positivt.

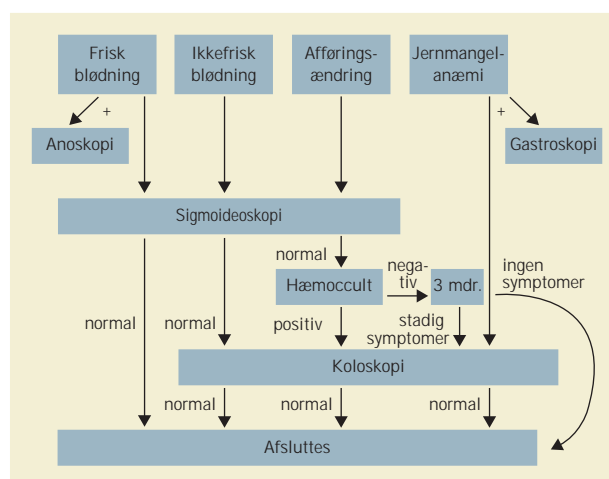
Præcis tre måneder efter at han havde fået diagnosticeret jernmangelanæmi, blev patienten henvist til koloskopi af sin praktiserende læge. Man fandt et adenokarcinom i colon ascendens. Røntgen af thorax og computertomografi af leveren viste begge ingen tegn til spredning.

II. Blødning per rectum. En 45-årig kvindelig motionsløber henvendte sig til sin praktiserende læge. Hun havde efter deltagelse i et femkilometersløb bemærket ændret afføringsmønster med pludselig afføringsstrang og frisk blødning per rectum. Den praktiserende læge vurderede, at det kunne være

motionsudløst slimhindeirritation, og patienten forlod konsultationen uden yderligere undersøgelser. Da hun fortsat havde blødning per rectum og nyttilkomne smerter ved afføringsstrang, blev hun 11 måneder senere henvist til en specialafdeling. Man fandt en lav rectumcancer, som kunne nås ved rektaleksploration. Tumoren var fikseret til bækkenet, og der var fjernmetastaser til leveren. Hun fik foretaget et palliativt kirurgisk indgreb. Patienten døde seks måneder senere af sin cancersygdom.

## Diskussion

De to sygehistorier er eksempler på, at NR ikke bliver fulgt, hvilket gælder for ca. 60% af de henviste patienter [5]. Da prognosen for specielt rectumcancer er afhængig af hurtig behandling [4, 5], er det vigtigt, at patienter med faresymptomer på CRC henvises ved første kontakt. Faresymptomerne er frisk og ikkefrisk blødning, afføringsændring i over fire uger og jernmangelanæmi [4]. Findes et eller flere af disse symptomer, skal patienter  $\geq 40$  år altid henvises (Figur 1). Der foreligger ikke retningslinjer for patienter, der er under 40 år og uden for højriskgruppen. Hos disse og hos patienter, der har mere ukarakteristiske symptomer, må henvisning bero på et



Figur 1. Flowchart for udredning i henhold til de nationale retningslinjer.

De nationale retningslinjer er som følger: Alle patienter  $\geq 40$  år med faresymptomer skal udredes for kolorektal cancer (CRC). Patienter med jernmangelanæmi uden oplagt årsag skal have foretaget gastro- og koloskopi. Patienter med frisk blødning per rectum skal have lavet ano- og sigmoidoskopi, uanset anoskopi-fund. Patienter med ikkefrisk blødning per rectum skal have foretaget sigmoidoskopi. Viser denne normale forhold, skal patienterne videre til koloskopi. Patienter med afføringsændring  $> 4$  uger skal også have foretaget sigmoidoskopi. Ved normal sigmoidoskopi undersøges afføringen med hæmocult. Er denne negativ, ser man an i tre måneder, eller er der stadig symptomer efter tre måneder, skal patienten til koloskopi. Den eneste plads for hæmocult i udredning af patienter med CRC-faresymptomer er denne og kun efter sigmoidoskopi.

lægeligt skøn. Den diagnostiske strategi for patienter med faresymptomer er i henhold til NR følgende: Patienter, der er i højrisikogruppe (en førstegradsslægtning med CRC < 50 år, to førstegradsslægtninge med CRC uanset alder, familiær adenomatøs polypose, arvelig nonpolypøs CRC, inflammatorisk tarmsygdom, tidligere kolorektal neoplasi eller endometriecancer), skal henvises direkte til koloskopi. Patienter, der er  $\geq 40$  år og uden for højrisikogruppen, skal ifølge NR henvises afhængigt af symptomerne (**Figur 1**), retningslinjerne kan være let modificerede på de enkelte sygehuse.

Tiden fra symptomdebut til behandling afhænger af tre faktorer: 1) tiden fra symptomdebut til lægekontakt, 2) tiden fra patienten søger praktiserende læge, til denne henviser til undersøgelse, og 3) tiden fra speciallægen/specialafdelingen modtager henvisningen til evt. behandling. Oplysning til befolkningen kan sandsynligvis nedbringe punkt 1), og i de senere år er punkt 3) blevet nedbragt. Også punkt 2) er forbedret, men vi oplever stadig, at retningslinjerne ikke følges. Symptomerne på CRC kan være diskrete og vanskelige at adskille fra benigne tilstande som hæmoroider, colon irritabile etc. Det er derfor vigtigt, at patienter, som har symptomer, henvises, selv hvis man langt fra er sikker på, at symptomerne skyldes cancer. At praktiserende læger i nogle tilfælde prøver at udrede patienterne for at undgå unødvendige henvisninger er forståeligt og sympatisk, men det medfører uheldigvis forsinkelse af henvisninger. Særlige forhold kan gøre umiddelbar henvisning vanskelig, især modvilje mod undersøgelse fra patienten, og dette må naturligvis respekteres. Ifølge NR har praktiserende læger ingen rolle i selve udredningen af disse patienter, og heller ingen *gatekeeper*-funktion. Det er forventeligt og helt i overensstemmelse med NR, at der vil blive henvist og undersøgt mange patienter uden CRC, for tidligt at finde de få, der har denne alvorlige sygdom.

Det er selvfølgelig obligatorisk forud for henvisningen at lave en generel klinisk undersøgelse inkl. abdominal palpation, rektaleksploration, hæmoglobinmåling og gynækologisk undersøgelse hos kvinder [4]. Dette har imidlertid alene til formål at optimere visitationen internt på sygehuset og har ingen betydning for, om patienten skal henvises.

Rektoskopi, røntgen af colon og undersøgelse for okkult blod i fæces hos patienter med faresymptomer på CRC hører ikke hjemme hos den praktiserende læge og er kun med til at forsinke henvisning til speciallæge/specialafdeling [4].

Man skal hos patienter, der har faresymptomer på CRC, ikke overveje og vurdere, men simpelthen lægge hjernen på hylden og følge de nationale retningslinjer.

## Summary

Lone Serup-Branda, Jacob M. Laurberg,  
Niels Christian Bjerregaard & Søren Laurberg:  
**Danish National Guidelines for diagnostic strategy of patients with colorectal cancer symptoms**  
Ugeskr Læger 2008;170(49):4058

Danish National Guidelines (DNG) for diagnostic strategy of patients with colorectal cancer (CRC) symptoms are structured to ensure prompt and specific diagnostic testing, thus minimizing treatment delay. DNG state that the function of the general practitioner is to refer patients to a specialist as soon as the patient presents with CRC symptoms. Unfortunately, 60% of CRC patients experience a delay in referrals due to the fact that the guidelines are not followed as exemplified in our two cases.

Korrespondance: Lone Serup-Branda, Kantorparken 6, 1. tv, DK-8240 Risskov.  
E-mail: lonebranda@hotmail.com

Antaget: 1. oktober 2007  
Interessekonflikter: Ingen

## Litteratur

1. Danmarks statistik, 2005. <http://www.dst.dk> (marts 2007).
2. Iversen LH, Pedersen L, Riis A et al. Population-based study of short-and long-term survival from colorectal cancer in Denmark, 1977-1999. *BJJ Surg* 2005;92:873-80.
3. Gatta G, Faivre J, Capocaccia R et al. Survival of colorectal cancer patients in Europe during the period 1978-1989. *EUROCORE Working Group. Eur J Cancer* 1998;34:2176-83.
4. Nationale retningslinier for diagnostik af colorectal cancer. <http://www.kirurgisk-selskab.dk/dks/krc.htm> (marts 2007).
5. Marianne Korsgaard. Diagnostic delay, symptoms, and stage of colorectal cancer: population-based observational studies in Denmark [ph.d.-afhandl]. Århus: Aarhus Universitet, 2005.