

Lille cancer – stort dilemma

Al-Najami & Baatrup gennemgår i dette nummer af Ugeskrift for Læger [1] en problemstilling, som de kolorektale multidisciplinære team tiltagende ofte konfronteres med: mikroskopi af en formodet benign, endoskopisk behandlet tarmpolyp afslører et karcinom-fokus – så hvad nu?

At situationen forekommer hyppigere efter indførelsen af den nationale tarmkræftscreening i 2014, understøttes af Dansk Kolorektal Cancer Gruppe (DCCG)'s årsrapporter, der viser, at andelen af såvel lokalresektioner som pT1-cancere er mere end fordoblet siden 2012 [2].

Spørgsmålet er så, om vi er tilstrækkeligt rustet til at vælge den rette håndtering af disse tidlige cancere og dermed høste den fulde gevinst af screeningsprogrammet. *Al-Najami & Baatrup* påpeger, at problemstillingen er et klinisk dilemma, hvor man må afveje risikoen for recidiv ved observation mod risikoen for morbiditet og mortalitet ved tarmresektion. Denne afvejning kræver indsigt i begge alternativer og deres præmisser.

Udfordringen er at udpege de rigtige patienter til tarmresektion. Nok er der enighed om en række risikofaktorer, men hvis man efter endoskopisk fjernelse af en malign polyp med disse risikofaktorer skrider til operation, vil ca. tre ud af fire resektater alligevel være uden resttumor eller lymfeknudemetastaser, og selv uden operation vil patienter med risikofaktorer have en sygdomsfri femårsoverlevelse på 70-80% og en samlet overlevelse > 95% [3]. Desværre muliggør den eksisterende evidens endnu ikke en mere træfsikker risikovurdering, så hvordan kan vi gøre det bedre for patienterne?

Først og fremmest er det helt afgørende, at patienterne inddrages i behandlingsvalget. Et klinisk dilemma som det her beskrevet er et klassisk tableau for »fælles beslutningstagning« [4], hvor lægens faglige viden og vurdering sammenholdes med patientens situation, ønsker og præferencer, og der træffes et valg i fællesskab. Der kan anvendes strukturerede beslutningsstøtteværktøjer i processen, og netop nu har Sundhedsstyrelsen sendt udviklingen af tre sådanne værktøjer i udbud på kræftområdet. Vi foreslår, at der snarest udvikles værktøjer til brug i den aktuelle problemstilling, og at landets kirurger uddannes til at bruge dem. Det skal bemærkes, at man ved beslutningsstøtteværktøjer ikke forstår kliniske algoritmer eller retningslinjer, men derimod formidlingsredskaber til brug i dialogen med pa-

tienten om netop præferencesensitive beslutninger. Det er naturligvis en forudsætning, at behandlingstilbuddet forinden er drøftet i et multidisciplinært team, og at alle i teamet har tilstrækkelig viden og indsigt til at bidrage kvalificeret. DCCG's kirurgiske retningslinje er under revision, og det kan vi kun bifalde, så landets kirurger får det bedst mulige grundlag for deres rådgivning af patienterne.

Dernæst er der behov for at skaffe den bedst mulige evidens for den gældende praksis. Der er kommet adskillige opgørelser fra ind- og udland i de senere år, men de er alle retrospektive og ofte små. Den høje kvalitet af danske registre i almindelighed og de nationale kræftdatabaser i særdeleshed skaber optimale vilkår for nationale protokoller, og det kunne være en fornem opgave for f.eks. DCCG's videnskabelige udvalg at gå i spidsen for dette. Vi vil i den sammenhæng opfordre til en bredere opgørelse af *outcomes* end blot recidivrater og mortalitet – der bør også evalueres på *patient reported outcome measures*, livskvalitet og patienternes tilfredshed med behandlingsvalget.

Endelig er der behov for at udvikle bedre metoder til at risikovurdere såvel patienten som læsionen. *Al-Najami & Baatrup* omtaler tumor-*budding*. Der er evidens for, at tumor-*budding* er prædiktiv mht. lymfeknudemetastasering [5]. Retningslinjer for rapportering af tumor-*budding* er i øjeblikket i høring i DCCG [2], og det forventes, at det bliver obligatorisk at rapportere denne parameter iht. principper vedtaget på International Tumor Budding Conference 2016.

Det ultimative mål er at hjælpe patienten til det rigtige behandlingsvalg, alle forhold taget i betragtning.

The good surgeon knows how to operate

The better surgeon knows when to operate

The best surgeon knows when not to operate.

LITTERATUR

1. Al-Najami I, Baatrup G. Håndtering af uventet cancer i lokalresecerede kolorektale polypper. Ugeskr Læger 2017;179:V01170029.
2. DCCG retningslinjer og årsrapporter. www.dccg.dk (8. sep 2017).
3. Ikematsu H, Yoda Y, Matsuda T et al. Long-term outcomes after resection for submucosal invasive colorectal cancers. Gastroenterol 2013; 144:551-9.
4. Center for Fælles Beslutningstagning. www.cffb.dk (8. sep 2017).
5. Bosch SL, Teerenstra S, de Wilt JH et al. Predicting lymph node metastasis in pT1 colorectal cancer: a systematic review of risk factors providing rationale for therapy decisions. Endoscopy 2013;45:827-34.

LEDER

Jan Lindebjerg &
Hans B. Rahr

Ugeskr Læger
2017;179:V69316

KORRESPONDANCE:

Jan Lindebjerg, Klinisk Patologi, Sygehus Lillebælt. E-mail: Jan.Lindebjerg@rsyd.dk

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med lederen på Ugeskriftet.dk