

Videnskabelig Leder

Ugeskr Læger 2021;183:V205068

Lokal resektion af tidlige kolorektale cancere – og hvad gør vi så?

Gunnar Baatrup

Ugeskr Læger 2021;183:V205068

Asheer et al publicerede for nylig »Scandinavian surveillance follow-up programmes in patients with malignant colorectal polyps« i Danish Medical Journal [1]. Artiklen demonstrerer en stor variation i praksis og manglende evidens på området. Den henleder opmærksomheden på et problem, der i virkeligheden er meget større end de få hundrede polypcancere, vi årligt ser i Danmark. Problemstillingen med ikkeevidensbårne kontrolprogrammer kan tvangsfrit udvides til at omfatte benigne tarmpolypper fundet ved screening, symptomudredning og kontrolprogrammer. Udfordringen er derfor gigantisk, for både patienter, kirurgiske afdelinger og samfundet. I det nationale tarmscreeningsprogram overhaler antallet af kontrolkoloskopier snart antallet af de diagnostiske koloskopier. Værdi og ulemper for patienterne er usikre [2] og number needed to harm for at forhindre ét cancerdødsfald er i nogle af disse kontrolprogrammer formentlig meget højt. Antallet af koloskopier i Danmark er 4-5-doblet gennem de seneste 10-15 år til nu ca. 120.000 årligt, mens antallet af cancere er steget med 30%. Balancen imellem patientfordele og patientulemper er således alvorligt forrykket. Antallet af komplikationer er betydelige og ofte undervurderet af klinikere sammenlignet med patientrapporterede vurderinger [3, 4]. Alvorlige komplikationer som tarmperforation/-læsion og svær blødning forekommer i 5/1.000 procedurer [3]. Procedurerelaterede dødsfald er sjældne og rapporteres ofte til < 1/10.000. Vores forskningsenhed arbejder på at teste kamerakapselteknologien, bl.a. med henblik på at reducere komplikationsrate og bivirkningerne for dermed at øge acceptabilitet og deltagelse i udredning og screening. Metoden er allerede etableret i rutinen til patienter, hvor der kræves anæstesi til en koloskopi, eller hvor koloskopien ikke kan gennemføres.

En originalartikel som den publicerede er velegnet til at sætte fokus på en udfordring, men kan ikke eksplorere i hverken årsagssammenhænge eller effekt.

Polypcancer er en betegnelse, der dækker over forskellige tumorer med meget forskelligt potentiale for primær spredning og recidiv. Håndtering af maligne polypper med kliniske eller histologiske højrisikofaktorer bør være helt forskellig fra den, man tilbyder til patienter med cancere uden højrisiko. I artiklen nævnes da også, at der er tendens til, at højrisikocancere bliver kontrolleret tættere. Langt den hyppigste risikofaktor er suboptimal primær resektionsmetode

eller -kvalitet. Det kan derfor være lidt svært at forholde sig til artiklens konklusioner, da ikke-radikalt opererede patienter ikke er inkluderet i undersøgelsen. Et øget fokus på kvaliteten af polypektomierne er sandsynligvis det mest profitable angrebepunkt.

Ud fra et strategisk synspunkt er der meget, der taler for, at man bør tilbyde samme kontrolprogram for benigne højrisikopolypper og tidlige lavrisikocancere. Undergrupper af benigne højrisikopolypper har også en høj recidiv- og malignitetsrisiko. Det kunne bane vejen for en senere resect and discharge-strategi, der vil bidrage til at genvinde optimal fokus f.eks. i screeningsprogrammet. Patienter, der har polypcancere med betydelige histologiske risikofaktorer eller med ikke-radikal primærresektion bør derimod tilbydes tidlig supplerende tarmresektion. Risikoen for spredning og recidiv er op imod 30%. Tilbage er der så ingen, der skal inkluderes i et »polypcancerkontrolprogram«.

Der forskes internationalt intensivt i polypcancere, risikofaktorer og den potentielle risiko. Det tager meget lang tid at adoptere denne udvikling i nationale retningslinjer. Langtidsoverlevelse efter tidlige polypcancere er på godt 97%. Derfor vil fremskaffelse af evidens på hårde endepunkter blive tæt på umulig. For det andet går udviklingen i den teknologiske og kliniske forskning meget hurtigt nu. Vi risikerer let, at problemstilling, metode og fokuspunkt er uaktuelle, når resultaterne foreligger. Det svarer til at købe en ny smartphone på grundlag af ti år gamle produktbeskrivelser. Flere steder i udlandet har man nedsat multidisciplinære polyteam, som fastlægger individualiserede behandlingsprogrammer baseret på nyeste viden. Det kunne være et alternativ til rigoristiske, ofte forældede nationale retningslinjer.

Korrespondance Gunnar Baatrup, Klinisk Institut, Syddansk Universitet og Kirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital. E-mail: gunnar.baatrup@rsyd.dk

Interessekonflikter ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med lederen på ugeskriftet.dk

REFERENCER

1. Asheer ZE, Bisgaard T, Mjålnad O et al. Scandinavian surveillance follow-up programmes in patients with malignant colorectal polyps. *Dan Med J* 2021;68(2):A07200559
2. Krøijer R, Baatrup G. Effekten ved primær koloskopi versus kontrol koloskopi i kolorectal cancer-screening. *Ugeskr Læger* 2019;181:V07180521
3. Mikkelsen E, Thomsen MK, Tybjerg J et al. Colonoscopy-related complications in a nation-wide immunochemical fecal occult blood test-based colorectal cancer screening program. *Clin Epidemiol* 2018;10:1649-55.
4. Thygesen M, Baatrup G, Petersen C et al. Screening individuals' experience of colonoscopy and colon capsule endoscopy; a mixed methods study. *Acta Oncol* 2019;58:71-6.