

Kontrollskjema cancer coli

Kontroll for pasienter som er operert med kurativ intensjon for coloncancer stadium II-III og yngre enn 80¹ år ved operasjonstidspunkt. Kontrollene gjennomføres hos pasientens fastlege. Pasienter operert for stadium I kontrolleres ikke systematisk.

Operasjonsdato:

Preoperativ CEA:

Måneder postoperativt	1 ²	6	12	18	24	30	36	60
CEA	*	*	*	*	*	*	*	*
Informasjon om histologifunn Klinisk status/restituering Henvisning til adjuvant kjemo om aktuelt. Evt funksjonsforstyrrelse følges opp på individuelt nivå ² .	*							
CT lunge/lever/abdomen			*		*		*	
Coloscopi ³								*

¹Hvilke pasienter skal følges opp:

- Pasienter med kurative reseksjoner av kreft i tykk- og endetarm i alle stadier skal kontrolleres 1 måned etter avsluttet behandling, og følges opp på individuell basis og ved behov med hensyn til seneffekter/funksjonsforstyrrelser knyttet til kreftbehandlingen
- Screening for resektable metastaser i lever og lungene etter 1, 2 og 3 år skal tilbys pasienter med kurative reseksjoner av kreft i tykk- og endetarm i stadium II-III dersom helsetilstanden forøvrig tillater relevant onkologisk og kirurgisk behandling. Etter fylte 80 år anbefales ikke rutinemessig oppfølging.

² Pasienten skal gis anledning til å delta i og ta ansvar for gjennomføring av kontrollene, og skal som regel få utlevert skriftlig kontrollplan senest ved første kontroll etter en måned. Denne kontrollen skal foretas av kirurg, og tar sikte på å dokumentere behandlingsresultatet klinisk og histopatologisk, og å initiere eventuell adjuvant kjemoterapi. Kontrollen kan gjøres telefonisk, mens CEA da tas hos fastlegen.

³ Koloskopi kan erstattes av CT colografi. Om ikke pasienten er fullskopert før kirurgi gjøres dette inne 3 måneder postoperativt. Rutinemessig rektoskopi etter lav fremre reseksjon for rectumcancer anbefales ikke lenger

Pasienter med vedvarende symptomer knyttet til behandling/seneffekter skal i utgangspunkt ha god kontakt med fastlege, og kan på individuelt grunnlag få anledning til å ta direkte kontakt med behandlende kirurgisk avdeling.

Pasienter med symptomer tydende på intervall-residiv skal i utgangspunkt kontakte fastlege, men har også anledning å ta direkte kontakt med behandlende kirurgisk avdeling i løpet av de første tre år, forøvrig med fastlegen.

CEA-verdi sammenlignes med postoperativ verdi. En stigning med faktor 3 eller mer, også om verdien er innenfor normalområdet, gir mistanke om residiv eller metastaser. Ved stigende CEA gjøres ny kontroll etter 4-6 uker. Dersom fortsatt forhøyet verdi gjøres: CT thorax/abdomen, MR bekken, coloscopi, blodprøver og event. PET. Dersom residiv ikke påvises, gjøres ikke laparotomi.

For utfyllende informasjon om kontrollopplegg vises til nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft i tykktarm og endetarm:

www.ngicg.no eller direkte til dokumentet:

https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kreft-i-tykktarm-og-endetarm-handlingsprogram/Nasjonalt%20handlingsprogram%20kreft%20i%20tykktarm%20og%20endetarm%20-%20IS%202971.pdf/_attachment/inline/788ac06c-a310-469c-8acf-4bd1ec230e41:9438ca48a4c5bf9dbf5fa20b171dd7240ffa00db/Nasjonalt%20handlingsprogram%20kreft%20i%20tykktarm%20og%20endetarm%20-%20IS%202971.pdf

Tromsø, 14. april 2021

Gastrokirurgisk avdeling, UNN

Stig Norderval

Avdelingsoverlege/fagansvarlig for kolorektalkirurgi