

## Kontrollskjema cancer recti

Kontroll for pasienter operert med kurativ intensjon for rectumcancer, yngre enn 80<sup>1</sup> år ved operasjonstidspunkt. Kontrollene gjennomføres hos kirurg ved pasientens lokalsykehus.

Operasjonsdato:

Preoperativ CEA:

Måneder postoperativt	1 <sup>2</sup>	6	12	18	24	30	36	60
CEA	*	*	*	*	*	*	*	*
Informasjon om histologi og eventuell etterbehandling <sup>2</sup> .	*							
Klinisk evaluering av blære- og seksualfunksjon/LARS. Oppfølging på individuelt nivå		*						
CT lunge/lever/abdomen/bekken			*		*		*	
Coloscopi <sup>3</sup>								*

<sup>1</sup>Hvilke 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.

<sup>2</sup> Pasienten skal gis anledning til å delta i og ta ansvar for gjennomføring av kontrollene, og skal få utlevert skriftlig kontrollplan ved utskrivelsen fra sykehuset, senest ved første kontroll etter en måned. Denne kontrollen kan gjøres telefonisk, mens CEA da tas hos fastlegen.

<sup>3</sup> 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](http://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](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