

Behandlingen av kolorektal kreft har gjennomgått store endringer de siste to tiår som følge av endringer i kirurgisk teknikk

## Kirurgi ved kreft i tarmen

Kirurgi er eneste kurative behandlingsmåte for kreft i tykktarm og endetarm, og behandlingen har gjennomgått store endringer de siste to tiår som følge av endringer i kirurgisk teknikk. Tre artikler i dette nummeret av Tidsskriftet gir oversikt over viktige prinsipper ved kirurgisk behandling ved kolorektal kreft (1–3). Nesbakken & Gaard omtaler kirurgisk teknikk ved kolorektal kreft på et bredt grunnlag (1), mens Kuhry og medarbeidere gir en oversikt over resultater ved laparoskopisk teknikk ved slike tilstander (2). Røkke og medarbeidere omtaler transanal endoskopisk mikrokirurgi som alternativ til «stor reseksjon» for svulster i endetarmen (3). Disse artiklene gjenspeiler en utvikling over de siste tiår der hensikten har vært redusert behandlingsrelatert morbiditet ved å minimere det operative traumet.

For endetarmskreft har fokus på kirurgisk teknikk og innføringen av total mesorektal eksisjon ført til en dramatisk reduksjon i forekomst av lokalt tilbakefall og gitt økt overlevelse. Norge har vært et foregangsland med systematisk innføring av ny teknikk og overvåking av resultatene (4). På bakgrunn av suksessen med bedret kirurgi for endetarmskreft er det derfor fristende å tenke seg at man vil kunne få samme effekt ved økt oppmerksomhet mot kirurgisk teknikk ved tykktarmskreft. Utgangspunktene er imidlertid forskjellige: Ved tradisjonell kirurgi for endetarmskreft blir deler av endetarmens krøs (mesorectum) stående igjen med potensielt affiserte lymfeknuter. Tykktarmen med krøs er lettere tilgjengelig for «god» kirurgi med fjerning av krøs og medhørende lymfeknuter. Det er imidlertid fortsatt et åpent spørsmål om en mer aggressiv tilnærming til lymfeknutedisseksjonen vil kunne gi bedre resultat for enkelte grupper av pasienter. Konklusjonen står likevel fast: Kunnskap og bevissthet om spredningsveier og lymfeknuteestasjoner er viktig for alle kirurger som utfører denne typen inngrep.

Både laparoskopi og transanal endoskopisk mikrokirurgi er operasjonsmetoder der hovedhensikten er å redusere det intraoperative traumet sammenliknet med tradisjonell kirurgi med laparotomi. Laparoskopi fikk i løpet av kort tid stor utbredelse ved mange typer inngrep, men ved kolorektal kreft har laparoskopisk teknikk hatt en langsom start i Norge. Noe av bakgrunnen for dette er to rapporter i 1994 om portmetastaser hos foruroligende mange pasienter (noe som senere er blitt avkreftet). En annen årsak er at teknikken er vanskelig og med en lang læringskurve. De siste fem årene har teknikken bredt mer om seg og utføres nå både innenfor rammen av kliniske forsøk, blant annet med basis ved Sykehuset Østfold i Fredrikstad, og med lokal kvalitetssikring ved større sykehus. En gevinst i korttidsresultater er påvist, hovedsakelig i form av mindre blodtap, kortere innleggelse og mindre smerter. Langtidsgevinst, i form av bedret overlevelse eller mindre risiko for tilbakefall av sykdommen, har vært vanskelig å påvise (5). Ettersom antall inngrep utført med laparoskopisk teknikk øker, vil flere langtidsresultater komme. Det gjenstår å se hva den endelige konklusjonen på denne problemstillingen blir.

Reseksjoner av rectumtumorer har tradisjonelt medført en viss risiko for mortalitet og morbiditet, spesielt knyttet til risiko for lekkasje fra tarmskjøt etter reseksjon. Transanal endoskopisk mikrokirurgi kan spare pasienten for «stor kirurgi» og gi like gode resultater med langt mindre risiko for komplikasjoner, forutsatt riktig utvelgelse av egnede pasienter. Det er ingen uenighet om at benigne

svulster trygt kan fjernes med denne metoden. Spørsmålet om hvilken kirurgisk teknikk som skal velges, gjelder maligne svulster i tidlig stadium. Tradisjonell transanal lokal eksisjon er vist å gi uakseptabelt høy risiko for lokalt residiv, hovedsakelig knyttet til manglende radikalitet under primærinngrepet. Transanal endoskopisk mikrokirurgi gir bedre oversikt, mindre risiko for lokalt residiv og overlevelsestall på linje med «stor kirurgi», forutsatt seleksjon av «snille» T1-svulster, dvs. liten tumor, høy differensiering og overflattisk vekst. Dette er også anbefalingen fra Norsk Gastrointestinal Cancergruppe.

Utviklingen i kirurgisk behandling av kolorektal kreft går i retning av mer omfattende utredning og beslutningslogistikk med deltakelse fra mange spesialiteter. Også selve behandlingen er i økende grad multidisiplinær. I tillegg har den kirurgiske behandlingen blitt mer krevende. Sammenhengen mellom behandlingsresultater og spesialisering og volum (antall pasienter behandlet ved ett senter) er belyst i flere gode studier. En populasjonsbasert studie fra Wessex i Storbritannia gir sterke holdepunkter for at både høyt volum og spesialisering i kolorektal kirurgi gir bedre resultater, og at spesialisering har større innflytelse enn volum på flere viktige resultatparametere (6). Innen rectumkirurgi i Norge har dette ført til sentralisering til færre sykehus, mens colonkirurgi fortsatt anses som noe «alle» sykehus kan drive med.

Nye utfordringer med mer kompleks behandling gjør at pasientvolumet ved mange norske sykehus er for lavt til å kunne kvalitets sikre behandlingen av pasienter med kolorektal kreft. Fagmiljøene må nå tørre å stille krav til behandlingsstandard og behandlingsvolum, selv om dette kan innebære konsekvenser i strid med politiske føringer. Kreftbehandlingen må styres av faglige begrunnede retningslinjer og hensynet til pasientens beste.

**Morten Tandberg Eriksen**  
mteriksen@start.no

*Morten Tandberg Eriksen (f. 1961) er spesialist i gastroenterologisk kirurgi, Ph.D. og overlege ved Gastrokirurgisk avdeling, Ullevål universitetssykehus. Han har vært prosjektleder for rectumcancerregisteret og er nå med i referansegruppen for det nye kolorektalcancerregisteret. Han er leder av Norsk forening for gastroenterologisk kirurgi.*

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

### Litteratur

1. Nesbakken A, Gaard M. Kirurgisk behandling av tykktarmskreft. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2942–5.
2. Kuhry E, Sætнан E, Græsli H et al. Laparoskopi ved kolorektal kreft. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2946–9.
3. Røkke O, Færden AE, Øvrebo K. Transanal endoskopisk mikrokirurgi ved svulster i rectum. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2954–8.
4. Wibe A, Møller B, Norstein J et al. A national strategic change in treatment policy for rectal cancer-- implementation of total mesorectal excision as routine treatment in Norway. A national audit. Dis Colon Rectum 2002; 45: 857–66.
5. Kienle P, Weitz J, Koch M et al. Laparoscopic surgery for colorectal cancer. Colorectal Dis 2006; 8 (suppl 3): 33–6.
6. Smith JA, King PM, Lane RH et al. Evidence of the effect of 'specialization' on the management, surgical outcome and survival from colorectal cancer in Wessex. Br J Surg 2003; 90: 583–92.