
Kirurgisk behandling av kolorektalcancer

REDAKSJONELT

CARLSEN E

Står vi ved et veivalg?

Kolorektalcancer er den hyppigste kreftformen i Norge i dag. Forekomsten har i lengre tid vært økende, og forventes å øke også inn i neste århundre - spesielt når det gjelder rectumcancer.

Hovedbehandlingen av kolorektalcancer har vært, og er, kirurgisk behandling. Med denne behandlingen lever ca. 60% av pasientene i Dukes stadium B i mer enn fem år og ca. 35% av pasientene i Dukes stadium C i mer enn fem år. Disse togruppene utgjør ca. 65% av kolorektalcancerpasientene.

Pasienter med fjernmetastaser og lokalavansert cancer (Dukes stadium D) utgjør ca. 25%. Kun et fåtall (0-5%) av disse lever mer enn fem år. Gjennom flere tiår har man derfor forsøkt å bedre prognosen ved kolorektalcancer med strålebehandling og/eller cytostatika, og etter hvert har man kommet frem til regimer som synes å kunne gi entilleggsgevinst både når det gjelder å redusere antall lokale residiv og å gi økt overlevelse.

I dette nummer av Tidsskriftet gir Kjell Magne Tveit og medarbeidere på vegne av Norsk Gastrointestinal CancerGruppe (1) en meget god oversikt over de mest aktuelle regimene for tilleggsbehandling og når de bør anvendes.

Ca. 10-20% av primære rectumcancer er i utgangspunktet ikke radikalt resektable. Behandlingsopplegg for disse blir behandlet i en artikkel av Tormod Bjerkeset og medarbeidere (2), også denne på vegne av Norsk Gastrointestinal CancerGruppe.

Lokale residiv og fjernmetastaser

20-40% av pasienter med rectumcancer får lokale residiv, kun ca. 30% av disse lever etter fire år til tross for optimal behandling (3).

Lokale residiv fører til invalidiserende plager i form av analblødning, problemer med avføring, sliming, smerter og engstelse. Mange av pasientene tilbringer mesteparten av sin gjenværende levetid på sykehus borte fra familie

ogvenner. 30-50% av alle pasienter med kolorektalcancer har eller vil få metastaser til leveren. Bare 10-15% av disse kan behandles kirurgisk, og av disse lever ca. 30% (4) etter fem år.

Hvorfor får ikke alle adjuvant behandling med én gang?

To små og én større undersøkelse (5) har vist at kombinasjon med kirurgi og postoperativ adjuvant behandling med fluorouracil og levamisol gir økt overlevelse ved coloncancer i Dukes stadium C. Imidlertid er behandlingen beheftet med bivirkninger, og mange mener at den må dokumenteres bedre. Med dette som bakgrunn ble det i Norge i 1993 startet en undersøkelse på pasienter operert for kolorektalcancer i Dukes stadium B og C. Pasientene blir randomisert til enten kirurgi alene eller kirurgi og ett års behandling med fluorouracil og levamisol.

Det har lenge vært kjent at pre- eller postoperativ strålebehandling ved rectumcancer reduserer antall lokalesidiv til omtrent det halve, imidlertid uten å øke overlevelsen sammenliknet med kirurgi alene. Nyere kombinasjoner med postoperativ strålebehandling og kjemoterapi har vist seg å redusere antall lokale residiv og å øke overlevelsen ved rectumcancer.

Adjuvant terapi i form av strålebehandling og kjemoterapi er ikke uten bivirkninger. Håravfall, kvalme, brekninger og sykdomsfølelse er ikke uvanlig, og behandlingen kan også føre til skade på andre organsystemer. I tillegg til at pasientene må bruke mye av sin tid på sykehuset, blir de stadig minnet om sykdommen. Mine personlige erfaringer fra den adjuvante undersøkelsen med fluorouracil og levamisol viser at pasientene nettopp legger vekt på disse forholdene.

Hva er den optimale behandling av kolorektalcancer?

I dag er all effektiv behandling av kolorektalcancer avhengig av primær, radikal kirurgisk fjerning av tumor. Optimal kirurgisk behandling skal ha få hendelser, lav postoperativ mortalitet og gi få lokale residiv og høy femårsoverlevelse. Finnes slik kirurgisk behandling i dag? Siden 1970-årene har den engelske kirurgen R.J. Heald operert rectumcancer etter et prinsipp med total mesorektal eksisjon (TME) (6). Ved denne operasjonsmetoden oppnår hankun 4% lokale residiv ved både fem og ti års observasjon og fem års sykdomsfri overlevelse på 78% (både Dukes B og C).

Hvordan skal vi forholde oss i Norge?

Valget synes klart - radikal kirurgi av en slik kvalitet må være til beste for både pasient og samfunn.

Etter flere besøk av R.J. Heald i Norge, hvor han har lært norske kirurger TME-teknikk, har vi siden årsskiftet 1993/94 benyttet denne operasjonsmetoden ved rectumcancer. I løpet av 1-2 år bør vi kunne si om vi er på rett vei og om vi er i stand til å oppnå de samme gode resultatene med hensyn til redusert antall lokale residiv og bedret overlevelse. Innen den tid bør vi bare gi adjuvant behandling ved kolorektalcancer i forbindelse med kontrollerte undersøkelser.

Ved primært inoperabel cancer, lokalt residiv eller metastaser, er det imidlertid viktig å tilby pasientene den mest optimale kombinasjon av kirurgi, stråler og kjemoterapi.

Erik Carlsen

LITTERATUR

1. Tveit KM, Dahl O, Gerner T. Kjemoterapi ved kolorektalcancer. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 357-60.
2. Bjerkeset T, Dahl O, Gerner T, Tveit KM. Behandlingsopplegg ved fiksert, primært ikke-resektabel rectumcancer. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 379-81.
3. Wiig JN, Tveit KM, Olsen DR, Storaas A, Giercksky K-E. Behandling av primært inoperabel og residiverende rectumcancer med kombinert bestråling og kirurgi. Oslo: De Norske Kirurgiske Foreninger. Vitenskapelige forhandlinger, høstmøte 1995: 84.
4. Norstein J, Bergan A, Søreide O, Holtung A, Langmark F, Giercksky K-E et al. Prognostiske faktorer ved leverreseksjon for metastaser ved colorectal cancer. Oslo: De Norske Kirurgiske Foreninger. Vitenskapelige forhandlinger, høstmøte 1994: 66.
5. Moertel CG, Fleming TR, MacDonald JS, Haller DG, Laurie JA, Goodman PJ et al. Levamisole and fluorouracil for adjuvant therapy of resected colon carcinoma. N Engl J Med 1990; 322: 352-8.
6. MacFarlane JK, Ryall RDH, Heald RJ. Mesorectal excision for rectal cancer. Lancet 1993; 341: 457-60.

Publisert: 30. januar 1996. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.