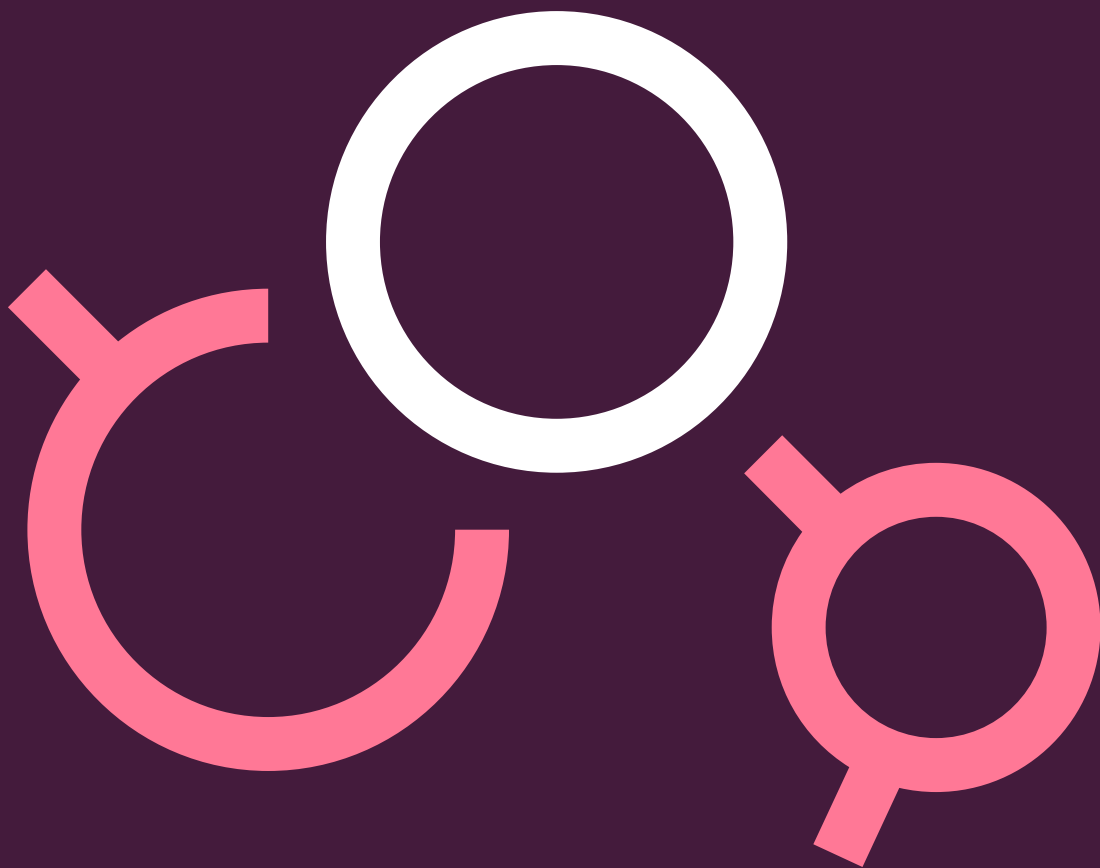




Pakkeforløb for kræft i tyk- og endetarm

For fagfolk



Pakkeforløb for kræft i tyk- og endetarm

For fagfolk

© Sundhedsstyrelsen, 2022.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-391-2

Sprog: Dansk
Version: 3.0
Versionsdato: 11.05.2022
Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
maj 2022

Link til andre publikation om kræft i tyk- og endetarm samt tarmkræftmetastaser:

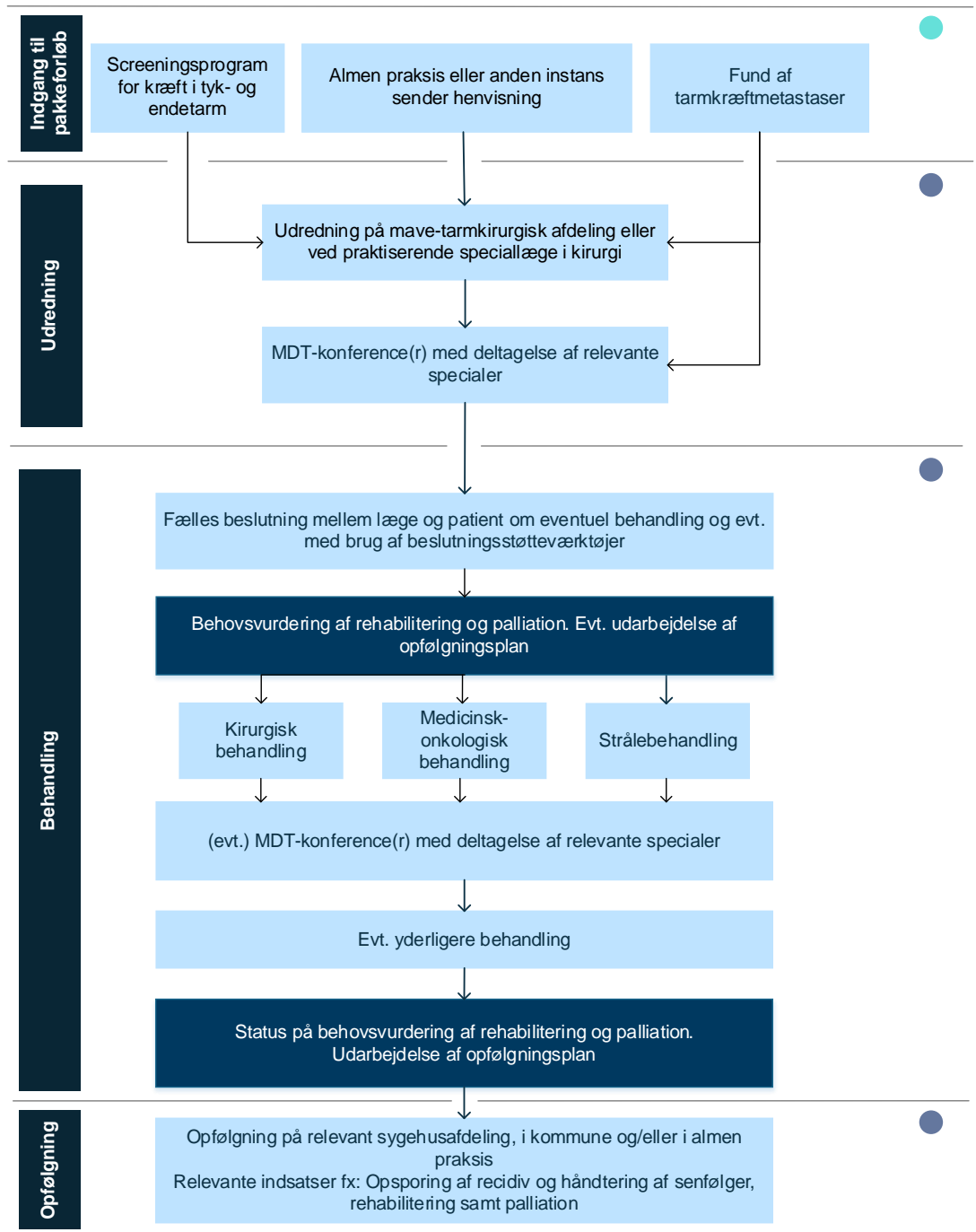
- [Indgang til pakkeforløb for kræft i tyk- og endetarm. Til brug i almen praksis](#)
- [Patientpjece om Pakkeforløb for kræft i tyk- og endetarm](#)
- [Læsevejledning: Pakkeforløb og opfølgingsprogrammer; begreber, forløbstider og monitorering](#)

[Se alle publikationer her](#)

Indholdsfortegnelse

1. Oversigt over pakkeforløb for kræft i tyk- og endetarm.....	4
2. Introduktion til pakkeforløbet.....	5
3. Forløbsbeskrivelse	6
3.1. Indgang til pakkeforløbet	6
3.2. Udredning.....	7
3.3. Behandling	9
3.4. Opfølgning.....	10
4. Rehabilitering, palliation og senfølger.....	12
4.1. Specifik rehabilitering og palliation ved kræft i tyk- og endetarm	12
4.2. Specifikke senfølger til kræft i tyk- og endetarm	13
5. Forløbstider	16
Referenceliste.....	17
Bilagsfortegnelse	19
Bilag 1: Registreringsvejledning	20
Bilag 2: Arbejdsgruppens sammensætning	25

1. Oversigt over pakkeforløb for kræft i tyk- og endetarm



- Forebyggelsesindsatser efter behov
- Rehabilitering og/eller palliation efter behov

2. Introduktion til pakkeforløbet

Pakkeforløbet er en sammenlægning og revision af de tidligere *'Pakkeforløb for kræft i tyk- og endetarm'* og *'Pakkeforløb for tarmkræftmetastaser i leveren'*. I denne udgivelse bruges begrebet 'kræft i tyk- og endetarm' generelt om kræft i tyk- og endetarm samt metastaser heraf. Det er fremhævet, når enkelte afsnit specifikt omhandler tarmkræftmetastaser.

Dette pakkeforløb omhandler patienter med kræft i tyk- og endetarm, som er en af de hyppigste kræftsygdomme i Danmark. Der diagnosticeres årligt ca. 4.000 nye tilfælde af kræft i tyk- og endetarm⁽¹⁾, og ca. 1.800 personer dør årligt af de to sygdomme. Livstidsrisikoen for udvikling af kræft i tyk- eller endetarm er 5 %, og der er ca. 35.000 mennesker, der lever med diagnosticeret sygdom.

Ca. en tredjedel af patienter med tarmkræft har eller vil senere udvikle metastaser i leveren, som i en del tilfælde kan behandles kurativt. Derudover kan kræft i tyk- og endetarm metastasere til andre organer som lunger og bughinde samt lymfeknuder.

I 2014 blev det nationale screeningsprogram for tyk- og endetarmskræft indført som led i Kræftplan III efter anbefaling fra Sundhedsstyrelsen. Tilbuddet om screening for tyk- og endetarmskræft gives hvert andet år til alle borgere i alderen 50-74 år. Screeningsprogrammet har medført, at en gruppe af asymptomatiske patienter med kræft i tyk- og endetarm diagnosticeres, og at behandling derfor kan iværksættes på et tidligere tidspunkt i sygdomsforløbet. I 2020 fik knap 750 patienter påvist kræft i tyk- eller endetarm på baggrund af screeningsprogrammet⁽²⁾.

Se også Sundhedsstyrelsens læsevejledning om de generelle principper for pakkeforløb for kræft *Pakkeforløb og opfølgingsprogrammer; begreber, forløbstiders og monitoring*⁽³⁾.

3. Forløbsbeskrivelse

Kapitlet indeholder standardbeskrivelser for patientens forløb fra henvisning til udredning, behandling og opfølgning. I Bilag 1 findes registreringsvejledningen for det samlede patientforløb.

3.1. Indgang til pakkeforløbet

Ved symptomer på kræft i tyk- og endetarm skal henvisende læge følge beskrivelsen nedenfor i afsnit 3.1.1. Såfremt patienten opfylder kriterierne for indgang til pakkeforløb, skal patienten tilbydes henvisning til dette.

3.1.1. Håndtering af symptomer på kræft i tyk- og endetarm

Et eller flere af nedenstående symptomer eller fund bør, særligt hos personer over 40 år, føre til undersøgelse med palpation af abdomen, rektaleksploration, eventuelt gynækologisk undersøgelse samt blodprøver mhp. anæmiudredning:

- Blødning fra tarmen uden anden oplagt årsag
- Ændring af et ellers stabilt afføringsmønster i over fire uger
- Uforklaret blødningsanæmi/jernmangelanæmi
- Nytilkomne mavesmerter, som persisterer over 4 uger

Ovenstående liste er vejledende og ikke udtømmende. Nogle patienter vil i tillæg til ovenstående have almentsymptomer i form af fx væggtab, træthed m.m., hvilket ligeledes kan give mistanke om kræft i tyk- og endetarm.

Mistanke om tarmkræftmetastaser opstår fx på baggrund af forhøjet carcinoembryonalt antigen (CEA) eller billeddiagnostik, hos en patient med aktuel eller tidligere kræft i tyk- og endetarm. Tarmkræftmetastaser i leveren giver meget sjældent anledning til symptomer i sig selv, undtagen i terminalstadiet af dissemineret tarmkræft (fx symptomer på leversvigt). Symptomer som følge af metastaser i andre organer afhænger af anatomisk lokalisation og omfanget af metastasering.

3.1.2. Kriterier for henvisning til pakkeforløb for kræft i tyk- og endetarm

Hvis mindst ét af nedenstående kriterier er opfyldt, skal patienten tilbydes henvisning til pakkeforløb for kræft i tyk- og endetarm:

- Symptomer og fund jf. 3.1.1 giver anledning til, at der mistænkes kræft i tyk- og endetarm.
- Mistanke om eller konstateret malignitet, makroskopisk eller mikroskopisk, ved koloskopi i screeningsprogrammet for kræft i tyk- og endetarm eller som uventet fund i kolorektal polyp.
- Fund af metastaser, der giver mistanke om, at disse udgår fra kræft i tyk- og endetarm.

- Mistanke om eller erkendt recidiv af tidligere kurativt behandlet kræft i tyk- og endetarm, herunder kurativt behandlede tarmkræftmetastaser.

Hvis patienten har tarmkræftmetastaser, vil dette ofte konstateres i forbindelse med, at patienten udredes for kræft i tyk- og endetarm eller i opfølgingsforløbet efter den primære behandling.

Såfremt der, på baggrund af andre symptomer og fund end beskrevet i 3.1.1., er mistanke om kræft i tyk- og endetarm, henvises ligeledes til pakkeforløb for kræft i tyk- og endetarm. Dette gælder også for patienter under 40 år og ved arvelig disposition.

Ved mistanke om alvorlig sygdom, der kan være kræft, uden at der er mistanke om organspecifik kræfttype, kan patienten henvises til Diagnostisk pakkeforløb⁽⁴⁾.

Nogle patienter vil også allerede være påbegyndt udredning i regi af Diagnostisk pakkeforløb, hvortil de typisk har været henvist grundet almensymptomer (fx gastrointestinale symptomer, vægttab, alm. sygdomsfølelse etc.). Endelig vil nogle være henvist til pakkeforløbet efter tilfældigt fund i forbindelse med anden udredning.

Ved behov skal henvisende læge overveje at henvise patienten til en afklarende samtale i kommunalt regi med henblik på forebyggende og sundhedsfremmende tilbud (se kapitel 4).

Akut manifestation af kræft i tyk- og endetarm

Omkring 10% af patienter, der diagnosticeres med kræft i tyk- og endetarm, præsenterer sig med en tilstand, som kræver akut intervention. Det er tilstande som ileus, perforation, større blødning m.m. I den akutte fase kan patientens tilstand medføre, at optimal udredning af tyk- og endetarmskræft ikke kan gennemføres.

Behandlingsstrategien ved akut manifestation af kræft i tyk- og endetarm afhænger blandt andet af den kliniske tilstand og lokalisation af tarmkræften. Afhængig af interventionens karakter og patientens tilstand efterfølgende henvises patienten efter den akutte intervention til pakkeforløb for kræft i tyk- og endetarm.

3.2. Udredning

Udredningen forløber i henhold til DCCG's kliniske retningslinjer⁽⁵⁾, og kan variere afhængig af patientens risikofaktorer, sygdomshistorik og eventuelle familiære dispositioner.

Den primære udredning består typisk af koloskopi af tyk- og endetarm med biopsi. Alternativt kan der foretages CT-kolografi, såfremt endoskopi ikke kan gennemføres. Den primære udredning kan foregå ved praktiserende speciallæge i kirurgi, på kirurgisk afdeling, eller endoskopisk afdeling/radiologisk afdeling med kirurgisk afdeling som ansvarlig afdeling for forløbet.

Kirurgisk afdeling/praktiserende speciallæge i kirurgi informerer patienten om biopsisvar og plan for det videre forløb. Patienter, der ikke får påvist kræft i tyk- og endetarm, afsluttes i dette pakkeforløb. Det er vigtigt, at henvisende læge får information herom for at kunne koordinere det videre forløb for de patienter, som skal videreudredes i andet regi.

Den videre udredning foregår på kirurgisk afdeling. Alle patienter, hvor der findes kræft i tyk- eller endetarm, får som udgangspunkt foretaget CT-skanning af thorax, abdomen og bækken, med henblik på stadietildeling og planlægning af relevant behandling. Hos patienter med kræft i endetarmen er der behov for yderligere billeddiagnostik. Der foretages endvidere molekylærbiologiske analyser af relevans for evt. videre behandling med kemoterapi og immunterapi.

Desuden vurderes patienternes almentilstand med særlig vægt på komorbiditet, performance status og eventuel behov for optimering af almentilstand forud for behandling (se afsnit 3.2.2.).

3.2.1. Fastlæggelse af diagnose, stadietildeling og beslutning om behandlingstilbud (MDT)

Fastlæggelse af diagnose, stadietildeling og beslutning om behandlingstilbud foregår på den Multidisciplinære Teamkonference (MDT)⁽⁶⁾ ved afslutningen af den diagnostiske udredning, og forløber i henhold til DCCG's kliniske retningslinjer⁽⁵⁾.

Følgende speciallæger bør være tilstede på MDT:

- Kirurg inden for fagområdet kolorektalkirurgi
- Klinisk onkolog
- Patolog
- Radiolog
- Leverkirurg og hepatolog (ved behov)
- Nuklearmediciner (ved behov)
- Thoraxkirurg (ved behov)
- Der kan med fordel medtages person med forløbskoordinatorfunktion

Hvorvidt patientens tilstand tillader operation eller anden behandling, er baseret på en samlet vurdering og afgøres med udgangspunkt i anbefalingerne i DCCG's kliniske retningslinjer⁽⁵⁾.

I tilfælde af metastasering til leveren skal patienten vurderes ved deltagelse af leverkirurger ved MDT-konference. Patienter med ekstrahepatisk metastasering (lunge, peritoneum mv.) skal drøftes på MDT-konference med relevante specialer. MDT-konference kan afholdes som en samlet konference eller flere separate konferencer (tarm-MDT, lever-MDT etc.) afhængig af lokale forhold.

Forslag til behandlingsplan fremlægges efterfølgende for patienten med den endelige anbefaling til håndtering og behandling, hvorefter der indhentes informeret samtykke fra patienten. Patientens præferencer i forhold til videre behandlingsforløb er afgørende for fastlæggelse af behandlingsplan. Hvis der foreligger relevante validerede beslutningsstøtteværktøjer, bør disse anvendes til at understøtte patientens behandlingsvalg. Læs

mere i Sundhedsstyrelsens læsevejledning om de generelle principper for pakkeforløb for kræft s. 8 og 10⁽⁷⁾.

3.3. Behandling

Dette afsnit beskriver overordnet behandlingen af kræft i tyk- og endetarm. Behandlingen forløber i henhold til DCCG's⁽⁵⁾ og DLGCG's⁽⁸⁾ gældende kliniske retningslinjer. For mere uddybende beskrivelse se disse.

3.3.1. Behandlingsmuligheder

Kræft i tyk- og endetarm inddeles i stadium I-IV afhængig af kræftens udbredelse, hvor der ved stadium IV er metastaser til andre organer. Overordnet kan behandlingsforløbet have kurativt, livsforlængende eller palliativt sigte. Valg af behandling beror på en individuel vurdering under hensyntagen til sygdomsstadium, komorbiditet, performance status samt patientens ønsker.

Ved stadium I-III er standardbehandlingen operation med kurativt sigte, evt. i kombination med kemoterapi. Ved kræft i endetarmen kan behandlingen også kombineres med stråleterapi.

Tarmkræftmetastaser kan behandles i forbindelse med behandling af primærtumor eller senere i patientforløbet ved recidiv med tarmkræftmetastaser. Ved tarmkræftmetastaser i leveren kan ca. 25% af patienterne tilbydes kurativ behandling med radikal resektion af levermetastaserne og eventuelt efterfølgende kemoterapi. Hos cirka 15 % af patienterne er tarmkræftmetastaserne i leveren resektable på diagnosetidspunktet, og hos yderligere mindst 10 % kan metastaserne blive resektable ved behandling med kemoterapi, portal embolisering eller andre behandlingsstrategier. Nogle patienter med metastaser i andre organer kan ligeledes tilbydes behandling med kurativt sigte.

Patienter med udbredt sygdom (stadium IV), hvor det ikke er muligt at fjerne metastaserne, kan tilbydes livsforlængende og/eller palliativ onkologisk behandling i form af kemoterapi, immunterapi og/eller stråleterapi. Der kan endvidere tilbydes palliativ kirurgisk behandling, fx stentanlæggelse eller aflastende stomi ved stenoserende tumor.

Den kirurgiske afdeling har behandlingsansvaret for patienter, der kan tilbydes kirurgisk behandling. Ved konstatering af metastaser (stadium IV sygdom) overgår ansvaret for patientens forløb til onkologisk afdeling, medmindre der foreligger et behandlingstilbud i kirurgisk afdeling. For at undgå unødigt ventetid er det vigtigt, at resultaterne af de nødvendige molekylærbiologiske analyser er tilgængelige for onkologisk afdeling, med henblik på udfærdigelse af den onkologiske behandlingsplan, den dag patienten møder til forundersøgelse på afdelingen.

3.3.2. Præhabilitering

Nogle patienter kan have gavn af præhabiliterende indsatser forud for, eller sideløbende med behandling af kræftsygdommen. Indsatserne har til formål at styrke patientens modstandskraft og reducere behandlingsrelaterede komplikationer. Præhabiliterende indsatser foretages sideløbende med andre indsatser og tilpasses den enkelte patients tilstand

og behov. Indsatser kan bl.a. være fysisk træning, ernæringsoptimering, rygestop, behandling af anæmi, geriatrisk vurdering m.v. Der henvises i øvrigt til DCCG's kliniske retningslinjer⁽⁵⁾, hvor præhabilitering er yderligere beskrevet.

Det er den udredende kirurgiske afdelings ansvar at vurdere den enkelte patients behov for præhabiliterende indsatser og koordinere disse. Ved betydelig komorbiditet med behov for vurdering i andet speciale forud for igangsættelse af behandling, henvises patienten til relevant speciale.

3.3.3. Genetisk rådgivning

Arvelige faktorer kan være medvirkende årsag til udvikling af kræft i tyk- og endetarm, men langt fra alle arvelige faktorer er identificeret på nuværende tidspunkt. Den hyppigste form for arvelig kræft i tyk- og endetarm er Lynch syndrom, tidligere kaldt Hereditær non-polyposis colorectal cancer (HNPCC), som er årsag til 2-3 % af alle tilfælde af kræft i tyk- og endetarm. Ved mistanke om arvelig kræft i tyk- og endetarm på baggrund af familieanamnese, påvist mutation i mismatch repair gener (MMR-gener) og/eller alder under 50 år, tilbydes patienten henvisning til klinisk genetisk udredning. Der henvises i øvrigt til DCCG's kliniske retningslinjer⁽⁵⁾.

3.3.4. Vurdering af behov

Der foretages systematisk vurdering af patientens behov for forebyggelse, rehabilitering og palliation i forbindelse med opstart og ved afslutning af behandlingsforløbet. Vurderingen bør desuden gentages ved ændringer i patientens tilstand og på andre relevante tidspunkter. Der skal ved vurderingen være fokus på såvel sygdomsspecifikke som generelle behov. Patientens behov for indsatser inden for rehabilitering og palliation beskrives i patientens individuelle plan for opfølgning (se afsnit 3.4.1).

3.4. Opfølgning

I opfølgningsperioden tilrettelægges og udarbejdes en individuel plan for opfølgning til patienten. Patienten skal til alle tider kunne tilgå sin opfølgningsplan. En mundtlig opfølgningsplan er ikke tilstrækkelig.

Efter endt behandling eller ved langvarig behandling, kan patienten tilbydes henvisning til en opfølgende samtale hos patientens praktiserende læge, med henblik på almenmedicinsk kræftopfølgning og støtte i forløbet. Læs yderligere i Dansk Selskab for Almen Medicins vejledning om kræftopfølgning og støtte i forløbet⁽⁹⁾.

3.4.1. Den individuelle plan for opfølgning

På baggrund af en individuel vurdering af patientens behov, skal der udformes en individuel plan for opfølgning baseret på patientens helbredstilstand, kompetencer, ressourcer, egenomsorgsevne og motivation. Opfølgningsplanen kan påbegyndes tidligt i forløbet, særligt ved langvarig behandling, og den skal udarbejdes af den behandlende afdeling senest ved afslutning af behandlingen.

Planen skal beskrive patientens opfølgningsforløb, herunder behov for indsatser og status på eventuelt igangværende indsatser i form af:

- Håndtering af komplikationer
- Fortsat behandling
- Opsporing af recidiv eller progression (afsnit 3.4.2.)
- Rehabilitering, senfølger og palliation (kapitel 4)

Patienten skal i forbindelse med udarbejdelsen af den individuelle plan for opfølgning informeres om sygdommen, så patienten kan varetage fornøden egenomsorg samt informeres om tegn på recidiv (tilbagefald) og senfølger, herunder hvor patienten skal henvende sig, hvis symptomer på disse fremkommer.

For opererede patienter, som udgør hovedparten af patientgruppen, udarbejdes opfølgningsplanen i forbindelse med udskrivelse, og der følges første gang op på planen ved det ambulante mikroskopisvar 10-14 dage efter udskrivelsen.

3.4.2. Opsporing af recidiv og progression

Risiko for recidiv efter intenderet kurativ operation for kræft i tyk- og endetarm afhænger blandt andet af sygdomsstadium. Indenfor 3 år efter radikal operation oplever ca. 15-25% recidiv, langt oftest i form af fjernmetastaser. Ved endetarmskræft opstår lokalrecidiv hos ca. 6-7 % indenfor 3 år, mens metastaser opstår hos ca. 13 %. En stor andel får såvel lokalrecidiv som metastaser.

Opfølgningen tilrettelægges individuelt og forløber i henhold til DCCG's⁽⁵⁾ og DLGCG's⁽⁸⁾ retningslinjer. Opfølgningen består af regelmæssig undersøgelse med en kombination af CT-skanning, CEA-måling og evt. koloskopi. Hyppigheden og sammensætningen af undersøgelser afhænger af sygdomsstadium og risiko for recidiv, således at patienter, der er behandlet for metastaser med kurativt sigte, skannes hyppigere end patienter uden metastaser.

Patienten eller dennes almen praktiserende læge kan selv kontakte den afdeling, der varetager opfølgningen, hvis der opstår mistanke om recidiv eller progressiv sygdom. Afdelingen er ansvarlig for, at patienten får udleveret relevante kontaktoplysninger i forbindelse med udlevering af patientens plan for opfølgning.

Efter endt opfølgning på afdelingen, skal patienten kontakte sin praktiserende læge ved mistanke om recidiv, med henblik på vurdering og eventuel henvisning til nyt pakkeforløb for kræft.

Patienter, der er i behandling med palliativt sigte, vil både under behandling og i evt. behandlingsfri perioder, blive tilbudt en individuelt tilpasset systematisk opfølgning med billeddiagnostik, blodprøver og klinisk vurdering, med henblik på behandlingseffekt og opsporing af sygdomsprogression.

4. Rehabilitering, palliation og senfølger

I dette kapitel beskrives de kræftspecifikke indsatser og forhold omkring rehabilitering, palliation og senfølger. De generelle indsatser for forebyggelse beskrives i Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom*⁽¹⁰⁾ eller i relevante forebyggelsespakker⁽¹¹⁾. De generelle rammer for vurdering af patientens behov for indsatser i forhold til rehabilitering og palliation af kræftpatienter, beskrives i Sundhedsstyrelsens *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*⁽¹²⁾, samt i Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for den palliative indsats*⁽¹³⁾.

Rehabilitering og palliation planlægges på baggrund af en individuel behovsvurdering (som beskrevet i afsnit 3.3.4) og justeres løbende. Ved behovsvurdering sættes også fokus på eventuelle senfølger. Patientens behov for indsatser beskrives i patientens individuelle plan for opfølgning (se afsnit 3.4.1).

Når der opstår behov for forebyggende eller rehabiliterende indsatser, skal patienten tilbydes henvisning til en afklarende samtale i kommunen⁽¹⁴⁾, med henblik på at få sammensat et tilbud på baggrund af patientens individuelle behov. Dette kan ske på ethvert tidspunkt i kræftpakkeforløbet, når dette er hensigtsmæssigt. Henvisning hertil kan også foretages, inden der er stillet en diagnose.

Ved lægefagligt begrundet behov, skal der udarbejdes en genoptræningsplan til enten 'almen genoptræning', 'genoptræning på specialiseret niveau' eller 'rehabilitering på specialiseret niveau'⁽¹⁵⁾. Der bør henvises til en specialiseret palliativ indsats, hvis en patient har symptomer, som er svære at lindre eller medfører komplekse palliative problemstillinger.

Aktiv behandling af kræft i tyk- og endetarm er ikke en hindring for at iværksætte relevante rehabiliterings- og/eller palliative indsatser eller indsatser rettet mod komplikationer og senfølger til sygdom og behandling. Patienter, der ikke ønsker eller har mulighed for at modtage behandling, skal også have foretaget en vurdering af deres behov.

Læs mere i Sundhedsstyrelsens *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*⁽¹²⁾ for hhv. regionens, kommunens og almen praksis' roller og opgaver i forbindelse med rehabilitering og palliation.

4.1. Specifik rehabilitering og palliation ved kræft i tyk- og endetarm

Den rehabiliterende indsats bør rette sig mod såvel kortsigtede som mere langsigtede følger af kræftsygdom og -behandling. Formålet med rehabilitering af patienter med kræft i tyk- og endetarm er at sikre patientens samlede livskvalitet efter behandlingen, samt sikre at hverdagslivet genetableres i videst muligt omfang.

Støtteforanstaltninger kan både være at understøtte de fysiske og psykosociale følger af kræft i tyk- og endetarm, og bør udgøre en del af opfølgningen, afhængig af behovet (se specifikke områder i afsnit 4.2.).

Palliativ behandling ved kræft i tyk- og endetarm

For patienter i palliativ behandling omfatter forebyggelse og lindring af lidelse særligt generende symptomer som smerter, træthed, ernæringsproblematikker, angst og depression, eksistentielle/åndelige problemstillinger samt afhjælpning af psykosociale problemer. Der kan også være behov for palliativ rehabilitering, der sigter mod opretholdelse af funktionsevne på prioriterede områder og af ønskede aktiviteter i hverdagen.

Den specialiserede palliative indsats kan foregå under indlæggelse på palliative afdelinger og hospicer, ambulat i patientens hjem/plejebolig eller på en sygehusafdeling via et palliativt team.

Der kan også være behov for lindrende behandling af følgesymptomer ved fremskreden kræftsygdom, herunder kirurgisk palliation som stentanlæggelse i stenoserende tumorer, intestinal bypass eller aflastende stomi samt lindring af følgevirkninger efter kemoterapi eller strålebehandling.

4.2. Specifikke senfølger til kræft i tyk- og endetarm

Op imod 40% af patienter behandlet for kræft i tyk- og endetarm får væsentlige senfølger til deres kræftbehandling. DCCG har udarbejdet kliniske retningslinjer⁽⁵⁾ for håndtering af senfølger til kræft i tyk og endetarm, med anbefalinger til opsporing, udredning og behandling af senfølgerne. For en mere uddybende beskrivelse se disse.

Senfølger til kræft i tyk- og endetarm er sjældent isoleret til enkelte organer, men er ofte et resultat af flere abnorme funktioner, som kan give symptomer i form af tarmproblemer, smerter, vandladningsproblemer, seksuelle problemer og psykosociale problemer. Senfølger kan i vidtgående grad påvirke patientens sociale aktiviteter og livskvalitet. Iværksættelse af de rette interventioner kan dog medføre markante forbedringer.

Senfølger kan opstå umiddelbart i tilknytning til behandling eller lang tid efter afsluttet behandling. Det er vanskeligt at opstille klare skillelinjer mellem komplikationer og senfølger til behandling, og ligeledes er det vanskeligt at adskille indsatser mod komplikationer og senfølger. Der vil ofte være tale om kombinationer af forskellige rehabiliterings- og/eller palliative indsatser sammen med mere direkte behandlinger af specifikke senfølger.

Det anbefales systematisk at undersøge for senfølger efter behandlingen, for at identificere patienter med behov for yderligere vurdering eller støtte, samt for at kunne skræddersy et optimalt behandlingstilbud. Dette kan fx gøres ved brug af udvalgte spørgeskemaer, der indsamler patientrapporterede oplysninger (PROMs).

Ved konstatering af senfølger, er det den afdeling, som på det givne tidspunkt har patienten i behandling eller i et opfølgingsforløb, som er ansvarlig for, at senfølgerne vurderes af de rette fagpersoner fra relevante specialer. I en del tilfælde konstateres senfølgerne i almen praksis, som derved er ansvarlige for at håndtere senfølgerne eller henvise til vurdering. Det kan være relevant med henvisning til en afklarende samtale i kommunen, og

hvis det er lægefagligt vurderet, kan der ved behov fremsendes en genoptræningsplan. Forefindes senfølgeklinikker eller lignende etablerede tilbud i regionen, bør der også overvejes henvisning til disse.

Læs mere i Sundhedsstyrelsens *Fysisk aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling*⁽¹⁶⁾, hvor evidens for fysisk aktivitet som forebyggelse og behandling til en lang række sygdomme, herunder bl.a. kræft i tyktarmen, er beskrevet.

Læs desuden yderligere i Sundhedsstyrelsens *Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne*⁽¹⁷⁾ samt i Sundhedsstyrelsens *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*⁽¹²⁾. For information om bivirkninger til medicinsk behandling, henvises der til produktresuméer for de enkelte lægemidler.

Nedenfor skitseres overordnet de hyppigste senfølger, der kan opstå hos patienter behandlet for kræft i tyk- og endetarm, og som der bør være opmærksomhed på og undersøges for.

Tarmproblemer

Operation for kræft i højre side af tyktarmen vil hos ca. 1 ud af 10 give kronisk diarré, mens operation for kræft i venstre side af tyktarmen kan medføre tarmtømningsbesvær og forstoppelse hos ca. 1 ud af 10 patienter.

Ved operation for kræft i endetarmen vil de fleste opleve væsentlige ændringer i tarmfunktionen, som bedres af sig selv inden for det første år. På lang sigt er ændringer i tarmfunktionen dog meget hyppige og ses hos 8 ud af 10 patienter, hvoraf op til 5 ud af 10 har svære tarmproblemer. Hvis der forud for operationen er givet strålebehandling, er der større risiko for at udvikle tarmproblemer.

De hyppigste tarmproblemer er stærk afføringstrang, vanskeligheder med at tømme tarmen helt i forbindelse med afføring (tømningsbesvær), hyppigere afføringer og lettere grader af inkontinens (luft eller tynd afføring).

Stomi

Ca. 380 patienter per år med kræft i tyk- og endetarm får anlagt permanent stomi, og ca. 300 patienter får anlagt en midlertidig stomi. Komplikationer til stomianlæggelse er kendte og relativt hyppige, og kan optræde i hele opfølgingsperioden.

Patienter med stomi skal have mulighed for kontakt til stomiambulatorier med specialuddannede sygeplejersker. En andel af patienterne vil få behov for kirurgisk behandling af brok omkring stomien. Der skal foreligge standardprogrammer for oplæring i stomivaretagelse med en klar ansvarsplacering for både afdeling og den plejeansvarlige sundhedsperson. Desuden skal patienten til enhver tid i forløbet vide hvor og til hvem, der kan rettes henvendelse ved problemer.

Seksuelle problemer

Seksuelle problemer efter behandling for kræft i endetarmen er hyppige, og ses hos op mod halvdelen af både mænd (i form af erektil dysfunktion og/eller ejakulationsproblemer) og kvinder (i form af problemer med libido og dyspareuni) med kirurgisk behandlet endetarmskræft. Der er ikke påvist øget frekvens af seksuelle problemer efter behandling

for tyktarmskræft, med mindre operationen har medført blivende stomi. Hos patienter, der har fået neoadjuverende strålebehandling, er seksuelle problemer hos begge køn betydeligt mere udtalt.

Vandladningsproblemer

Behandling for endetarmskræft kan være forbundet med mangelfuld blæretømning. Dette ses inden for de første måneder hos op mod 35 % af patienter opereret for kræft i endetarmen. Neoadjuverende strålebehandling kan derudover give anledning til strålebetiget cystitis med hæmaturi og overaktiv blære til følge. Der vil ske en bedring med tiden, men langtidsresultater er dårligt belyst.

Psykosociale senfølger

Psykosociale senfølger kan omfatte træthed (fatigue), søvnbesvær, angst, depression og kognitive problemer, som fx nedsat hukommelse/koncentrationsbesvær, og sociale følger af diagnose og behandling, fx nedsat arbejdsevne.

Det anbefales at være opmærksom på, om patienten har psykosociale problemer. Den psykosociale støtte kan bestå i at give anbefalinger til samtaler, rådgivning og vejledning rettet mod patienter og pårørende, fx orientering om mulighed for at deltage i relevante patientforeninger. Det kan også være relevant med henvisning til afklarende samtale i kommunen og vejledning om muligheden for at opsøge en socialrådgiver.

Patientens praktiserende læge kan give støtte ved en opfølgende samtale og evt. et samtaleforløb ved behov. Hvis der findes behandlingskrævende symptomer, bør patienten henvises til relevant instans, fx psykolog eller psykiater. Dette sker typisk via patientens praktiserende læge.

5. Forløbstider

I dette afsnit fremgår standardforløbstider for pakkeforløb for kræft i tyk- og endetarm. Det er vigtigt at understrege, at forløbstiderne ikke er udtryk for en patientrettighed, men en faglig rettesnor med anbefalede forløbstider. Der vil for en række patienter være grunde til, at forløbet bør være længere eller kortere end den her beskrevne tid, grundet faglige hensyn eller ønske fra patienten om fx yderligere betænkningstid.

Tabel 1 viser de samlede forløbstider til pakkeforløbet (for detaljer henvises til Bilag 1 Registreringsvejledning).

Tabel 1. Oversigt over forløbstider for kræft i tyk- og endetarm.

Henvising		
Fra henvising modtaget til første fremmøde på udredende afdeling		9 kalenderdage
Udredning		
Fra første fremmøde på udredende afdeling til afslutning af udredning		18 kalenderdage
Initial behandling		
Fra afslutning af udredning til start på initial behandling	Kirurgi	10 kalenderdage
	Strålebehandling	14 kalenderdage
	Medicinsk-onkologisk behandling	10 kalenderdage
Samlet forløbstid		
Fra henvising modtaget til start på initial behandling	Kirurgi	37 kalenderdage
	Strålebehandling	41 kalenderdage
	Medicinsk-onkologisk behandling	37 kalenderdage

Referenceliste

- (1) Danish Colorectal Cancer Group. National Årsrapport 2020. Opdateret: 2020. Senest hentet: 02/12.2021. Link: <https://dccg.dk/wp-content/uploads/2021/10/DCCG-Aarsrapport-2020-publiceret.pdf>.
- (2) Dansk tarmkræftscreeningsdatabase. Årsrapport 2020. Opdateret: 2021. Senest hentet: 4/5.2022. Link: https://www.sundhed.dk/content/cms/45/61245_dts_aarsrapport_2020_endelig-version_10122021.pdf.
- (3) Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb og opfølgingsprogrammer. Begreber, forløbstider og monitorering - for fagfolk Sundhedsstyrelsen, 2018.
- (4) Sundhedsstyrelsen. Diagnostisk pakkeforløb - til fagfolk. Opdateret: 2022. Senest hentet: 17/2.2022. Link: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Pakkeforloeb/Diagnostisk-Pakkeforloeb.ashx>.
- (5) Danish Colorectal Cancer Group. . DCCG's kliniske retningslinjer. Opdateret: 2020. Senest hentet: 01/14.2021. Link: <https://dccg.dk/retningslinjer/kolorektal-cancer/#1502738022359-dc11a40a-98a5>.
- (6) Dansk Multidisciplinære Cancergrupper. Multidisciplinær kræftbehandling – en vejledning til MDT-konferencen. Opdateret: 2016. Link: http://www.dmcg.dk/siteassets/dmcg-udvalg/multidisciplinaer_kraeftbehandling_-_en_vejledning_til_mdt-rev-15-02-2016.pdf.
- (7) Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb og opfølgingsprogrammer - Begreber, forløbstider og monitorering 2018 - For fagfolk. Opdateret: 2018. Senest hentet: 01/14.2021. Link: https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kraeft/~/_media/028409D2A0F94772B19868ABEF06B626.ashx.
- (8) Dansk Lever-Galdevejs Cancer Gruppe. Retningslinjer. Senest hentet: 17/2.2022. Link: <https://dlqcg.dk/index.php/research-protocols/>.
- (9) Dansk Selskab for Almen Medicin. Kræftopfølgning i almen praksis. Opdateret: 2018. Senest hentet: 22/1.2021. Link: <https://vejledninger.dsam.dk/cancer/>.
- (10) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Opdateret: 2016. Senest hentet: 6/4.2022. Link: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/anbefalinger-for-forebyggelsestilbud-til-borgere-med-kronisk-sygdom>.
- (11) Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. Opdateret: 2021. Senest hentet: 01/22.2021. Link: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/kommuner/forebyggelsespakker>.

(12) Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. Opdateret: 2018. Senest hentet: 01/22.2021. Link: <https://www.sst.dk/~media/B0FD5078B1654B33A9E744CCBAE89022.ashx>.

(13) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for den palliative indsats. Opdateret: 2017. Senest hentet: 02/12.2021. Link: <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/~media/79CB83AB4DF74C80837BAAAD55347D0D.ashx>.

(14) Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse af Sundhedsloven: LBK nr. 210 af 27/01/2022. Sundhedsministeriet, 2022 (2022).

(15) Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus: BEK nr 918 af 22/06/2018. Sundhedsministeriet, 2018.

(16) Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling. Opdateret: 2018. Senest hentet: 01/14.2021. Link: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/Fysisk-aktivitet-h%C3%A5ndbog-og-tr%C3%A6ning/Fysisk-aktivitet-%E2%80%93-h%C3%A5ndbog-om-forebyggelse-og-behandling.ashx>.

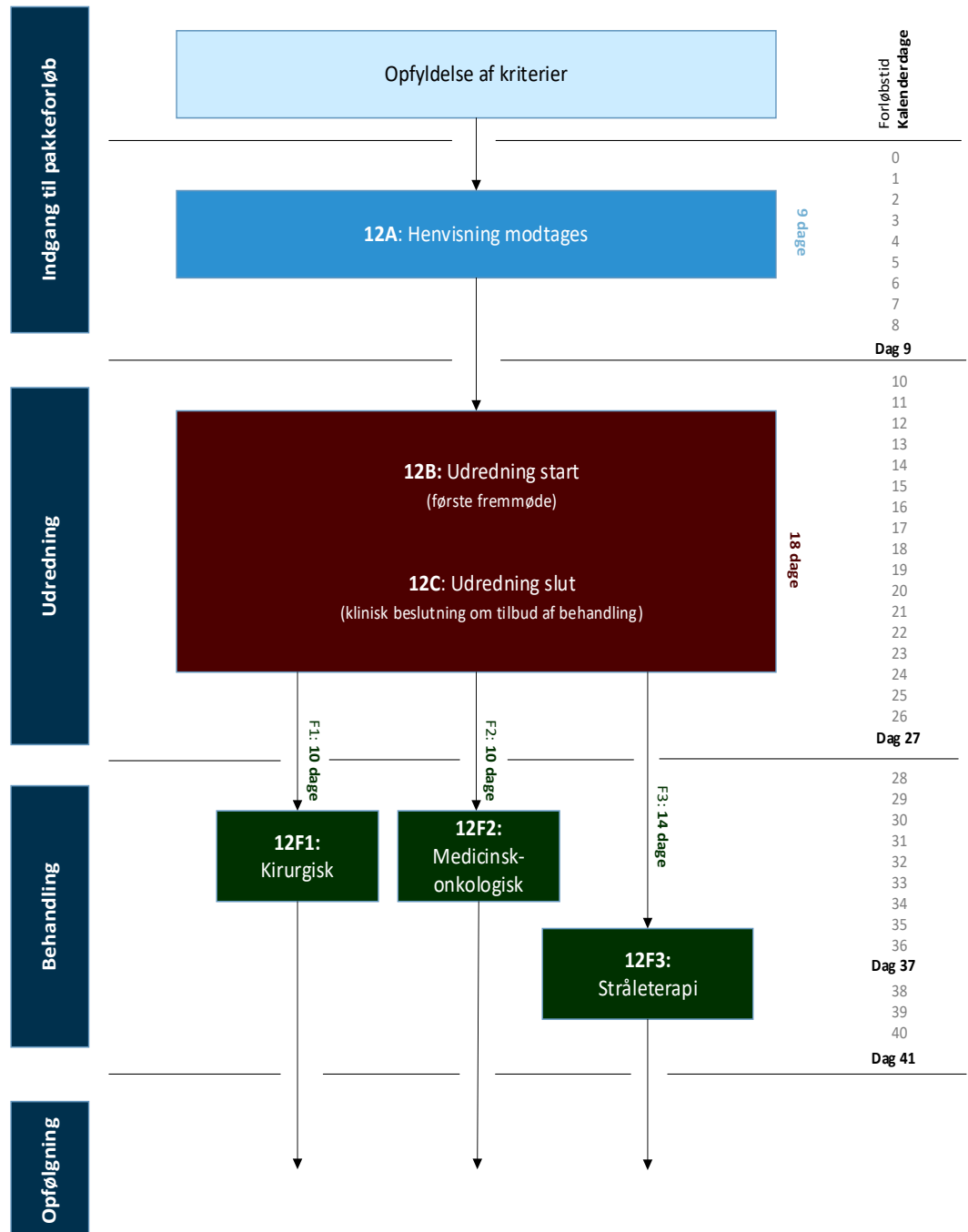
(17) Sundhedsstyrelsen. Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne. Opdateret: 2017. Senest hentet: 01/22.2021. Link: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/vidensopsamling-paa-senfoelger-efter-kraeft-hos-voksne>.

Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Registreringsvejledning

Bilag 2: Arbejdsgruppens sammensætning

Bilag 1: Registreringsvejledning



Registrering: Henvisning til pakkeforløb modtaget (A)

Koden for henvisning til start af pakkeforløb for kræft i tyk- og endetarm skal registreres, når:

- Henvisning til pakkeforløb for kræft i tyk- og endetarm er modtaget i afdeling/central visitationsenhed og opfylder kriterier for indgang i pakkeforløb
- Det klinisk vurderes, at beskrivelsen på henvisningen svarer til kriterier for indgang i pakkeforløb for kræft i tyk- og endetarm uanset henvisningsmåde.

Koden skal registreres uanset type af henvisning: fra eksternt part, eget sygehus eller fra egen afdeling med eller uden fysisk henvisningsblanket.

Der indberettes følgende kode:

[AFB12A] Tyk- og endetarmskræft: Henvisning til pakkeforløb start

Forløbstiden er 9 kalenderdage

Der må gå 9 kalenderdage, fra afdelingen/central visitationsenhed modtager henvisningen, til udredning starter. Patienten skal påbegynde udredning i pakkeforløb senest på 10. kalenderdag. Denne dag for første fremmøde indregnes ikke i henvisningsperioden, men er den første dag i udredningsperioden.

Tiden består af:

- At håndtere henvisningen
- At booke relevante undersøgelser og samtaler
- At der foranstalles nødvendige forberedelser forud for endoskopi

Registrering: Udredning start (B)

Koden for udredning start, første fremmøde skal registreres ved:

- Patientens første fremmøde til udredning i pakkeforløb for kræft i tyk- og endetarm.

Der registreres følgende kode:

[AFB12B] Tyk- og endetarmskræft: Udredning start, første fremmøde

Registrering: Udredning slut (C)

Koden for udredning slut skal registreres, når udredningen er afsluttet, og der ved MDT konference eller på tilsvarende vis tages klinisk beslutning vedrørende tilbud om initial behandling. (Dette er ikke svarende til fælles beslutning med patienten, men registreres ved MDT-konference eller i forbindelse med, at den kliniske beslutning om tilbud om initial behandling er truffet).

Der registreres én af følgende koder:

[AFB12C1] Tyk- og endetarmskræft: Beslutning, tilbud om initial behandling

[AFB12C1A] Tyk- og endetarmskræft: Beslutning, tilbud om initial behandling i udlandet

[AFB12C2] Tyk- og endetarmskræft: Beslutning, initial behandling ikke relevant

[AFB12C2A] Tyk- og endetarmskræft: Beslutning, initial behandling ikke relevant, overvågning uden behandling

Forløbstiden er 18 kalenderdage

Der må gå 18 kalenderdage, fra patientens første fremmøde til udredningen afsluttes.

Tiden består af en række af nedenstående undersøgelser. Disse er tilrettelagt efter den specifikke sygdomssituation samt resultatet af den forudgående undersøgelse:

- Journaloptagelse, klinisk undersøgelse og vurdering af eventuel komorbiditet
- Blodprøver
- Endoskopi
- Biopsitagning
- Billeddiagnostik
- Undersøgelser af relevans for videre behandling
- MDT-konference

Registrering: Afslutning af pakkeforløb (X)

Hvis det klinisk vurderes, at diagnosen kan afkræftes, registreres:

[AFB12X1] Tyk- og endetarmskræft: Pakkeforløb slut, diagnose afkræftet

Hvis patienten ønsker at ophøre udredning eller behandling, registreres:

[AFB12X2] Tyk- og endetarmskræft: Slut, pakkeforløb patientens ønske

Hvis patienten udebliver vedvarende, efter henvisning til pakkeforløb start er modtaget i afdeling, indberettes:

[AFB12X9] Tyk- og endetarmskræft: Slut, pakkeforløb anden årsag

Kode for 'Pakkeforløb slut, diagnose afkræftet' kan anvendes, efter udredningen er startet med indberetning af 'Udredning start, første fremmøde AFB12B'. For de to øvrige

gælder, at disse indberetninger kan anvendes på et hvilket som helst tidspunkt i patientforløbet, når dette er relevant.

Registrering: Initial behandling (F)

Koden for initial behandling start skal registreres:

- Ved først forekommende behandlingstiltag rettet mod kræftsygdommen.

Neoadjuverende og anden forberedende behandling regnes ligeledes for start på initial behandling. Ved fx indledende strålebehandling forud for operation, er start af initial behandling ved strålebehandlingens start. Aflastende operation, fx stentanlæggelse ved stenoserende tumor, regnes ikke som initial behandling rettet mod kræftsygdommen.

Ved start af initial behandling registreres én af følgende koder, alt efter behandlingsform:

[AFB12F1] Tyk- og endetarmskræft: Initial behandling start, kirurgisk

[AFB12F2] Tyk- og endetarmskræft: Initial behandling start, medicinsk

[AFB12F3] Tyk- og endetarmskræft: Initial behandling start, strålebehandling

Forløbstiden til kirurgisk behandling er 10 kalenderdage

Der må gå 10 kalenderdage fra udredningen er afsluttet, til patienten skal modtage kirurgisk behandling.

Tiden består af:

- Samtale med patienten, hvor diagnose og tilbud om behandling gives, herunder brug af eventuelle beslutningsstøtteværktøjer.
- Indhentning af informeret samtykke.
- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler og undersøgelser.
- Forundersøgelse med klinisk undersøgelse, patientinformation, samtale med sygeplejerske, anæstesitilsyn, eventuel supplerende billeddiagnostik eller anden undersøgelse.

Desuden afsættes tid til:

- Præoperativ optimering, herunder præhabilitering samt vurdering og eventuel stabilisering af komorbiditet.

Præhabilitering med fysisk træning og ernæringsoptimering af flere ugers varighed inden kirurgisk behandling, vil medføre et længere forløb end ovenstående standardforløbstid. Skønsmæssigt vil der i ca. 10-15 % af forløbene med kirurgisk behandling indgå præhabilitering med disse indsatser.

Forløbstiden til stråleterapi er 14 kalenderdage

Der må gå 14 kalenderdage fra udredningen er afsluttet, til patienten skal modtage strålebehandling.

Tiden består af:

- Samtale med patienten, hvor diagnose og tilbud om behandling gives
- Indhentning af informeret samtykke
- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler, undersøgelser
- Teknisk forberedelse

Forløbstiden til medicinsk-onkologisk behandling er 10 kalenderdage

Der må gå 10 kalenderdage fra udredningen er afsluttet, til patienten skal modtage medicinsk-onkologisk behandling.

Tiden består af:

- Samtale med patienten, hvor diagnose og tilbud om behandling gives
- Indhentning af informeret samtykke
- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler, undersøgelser
- Forberedelse af patienten til kemoterapi

Bilag 2: Arbejdsgruppens sammensætning

Repræsentant	Udpeget af
Chefkonsulent Karen Nørgaard	Sundhedsministeriet
Seniorkonsulent Mette Hvidberg	Danske Regioner
Overlæge Mette Møller Sørensen	Region Midtjylland
Ledende overlæge Jakob Lykke	Region Hovedstaden
Overlæge Henrik Kold-Petersen	Region Nordjylland
Ledende overlæge Hans B. Rahr	Region Syddanmark
Ledende overlæge Henrik Møller, suppleret af Professor Ismail Gögenur	Region Sjælland
Forløbskoordinator Marian Mejling	Region Sjælland
Ledende overlæge Hans Rahr	Region Syddanmark
Konsulent Nina Svendsen	KL
Læge Morten Ohrt	Dansk Selskab for Almen Medicin
Sygeplejerske Susanne Jensen	Dansk Sygepleje Selskab
Fysioterapeut Pernille Wallentin	Dansk Selskab for Fysioterapi
Ergoterapeut Anna Kristín Eyjólfsdóttir	Ergoterapeutforeningen
Læge Jacob Burcharth	Dansk Selskab for Klinisk Ernæring
Overlæge Mona Rosenkilde	Dansk Colorectal Cancer Gruppe

Overlæge Tine Plato Kuhlmann	Dansk Colorectal Cancer Gruppe
Overlæge Lone Nørgaard Petersen	Dansk Colorectal Cancer Gruppe
Professor/overlæge Lene Hjerrild Iversen	Dansk Colorectal Cancer Gruppe
Kirurg Peter Nørgaard Larsen	Dansk Lever- og Galdevejs Cancer Gruppe
Speciallæge Anders Peter Skovsen	Dansk Kirurgisk Selskab
Chefkonsulent Lisbeth Høeg-Jensen	Kræftens Bekæmpelse
Patientrepræsentant Jette Lyngholm	Udpeget af Kræftens Bekæmpelse
Professor, overlæge, dr.med. Peter Christensen	Nationalt forskningscenter for senfølger til kræft i bækkenorganerne

Sundhedsstyrelsen har sekretariatsbetjent arbejdsgruppen:

Lotte Klitfod	Formand
Nanna Cassandra Læssøe	Afdelingslæge
Kasper de Laurent Stenalt	Læge
Naja Vyberg	Fuldmægtig
Mathilde Vinding Overgaard	Fuldmægtig
Tina Birch	Sekretær

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk