



SUNDHEDSSTYRELSEN

Pakkeforløb for tarmkræftmetastaser i leveren

2016

Pakkeforløb for tarmkræftmetastaser i leveren

© Sundhedsstyrelsen, 2016. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: Kræft, pakkeforløb, kræftbehandling, kræftplan III, cancer, tarmkræft, kolorektal kræft, tarmkræftmetastaser, levermetastaser

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 3.1

Versionsdato: 01.09.2016

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, september 2016.

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-403-4

For yderligere oplysninger om rapportens indhold henvendelse til:

Planlægning, Sundhedsstyrelsen – mail: plan@sst.dk

Forord

De første pakkeforløb på kræftområdet blev lavet på baggrund af en aftale mellem regeringen og regionerne om, at kræftpatienter skulle have forløb *uden unødigt ventetid med akut handling og klar besked*. Pakkeforløbene blev endeligt implementeret i januar 2009. Som led i Kræftplan III er alle pakkeforløbene efterfølgende blevet revideret, og der kommet enkelte nye pakkeforløb til.

Et pakkeforløb er et patientforløb, hvor de enkelte trin er tilrettelagt som tids- og indholdsmæssigt veldefinerede begivenheder, der som udgangspunkt er planlagt og booket på forhånd. Pakkeforløbene spænder fra den begrundede mistanke om kræft, over udredning, initial behandling og til efterforløbet. Med revisionen blev pakkeforløbsbeskrivelser udvidet til også at omfatte rehabilitering, palliation, den sygeplejefaglige indsats og håndtering af recidiver, ligesom der er kommet øget fokus på kommunikation og inddragelse af patienten samt de pårørende.

I 2015 udsendte Sundhedsstyrelsen en række opfølgingsprogrammer for kræft, hvor de tidligere kontrolforløb efter endt kræftbehandling er nytænkt. De 19 opfølgingsprogrammer kan betragtes som en udvidelse og supplement til pakkeforløbsbeskrivelserne. Begrebet opfølgning dækker over en bred vifte af mulige indsatser, herunder opsporing af recidiv og resttumor, behovsvurdering, rehabilitering og palliation, håndtering af senfølger, støtte til egenomsorg m.v. Et væsentligt hensyn med opfølgingsprogrammerne er at imødekomme patientens behov ud fra en faglig vurdering, og med fokus på psykosociale indsatser og senfølger. Opfølgingsprogrammerne vil være endeligt implementeret i løbet af 2016.

Ved indførelsen af pakkeforløbene var de helt unikke både i dansk og international sammenhæng, fordi fagprofessionelle, ledende klinikere på kræftområdet, administratorer og ledere i regionerne, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt Sundhedsstyrelsen gik sammen om at skabe et veltilrettelagt forløb med patienten i centrum. Siden er pakkeforløbstankegangen blevet udbredt til andre områder, ligesom flere lande har hentet inspiration i de danske erfaringer.

Sundhedsstyrelsen overvåger forløbstiderne for patienter i kræftpakkeforløb, og følger løbende op på pakkeforløbsbeskrivelserne, herunder vurderer behovet for eventuel opdatering eller udarbejdelse af supplerende pakkeforløb for kræft.

Kræftbehandlingen i Danmark har med pakkeforløbene fået et løft. Pakkeforløbene har vist sig effektive og været med til at skabe hurtigere og veltilrettelagte forløb for en række patienter. Men der er samtidig behov for et løbende ledelsesmæssigt fokus, for at sikre sammenhængende og rettidige forløb for mennesker med kræft og mistanke om kræft, og for at sikre hensigtsmæssig prioritering af ressourcerne på området.



Søren Brostrøm
Direktør
Sundhedsstyrelsen

Indhold

Forord 2

| | |
|--|-----------|
| Arbejdsgruppens sammensætning | 5 |
| 1 Introduktion til pakkeforløb for tarmkræftmetastaser i leveren | 6 |
| 1.1 Generelt om pakkeforløb | 6 |
| 1.2 Generelt om tarmkræftmetastaser i leveren | 6 |
| 1.3 Landsdækkende kliniske retningslinjer | 7 |
| 1.4 Forløbskoordination | 7 |
| 1.5 Det multidisciplinære team | 7 |
| 1.6 Flowchart | 9 |
| 2 Indgang til pakkeforløb for tarmkræftmetastaser i leveren | 10 |
| 2.1 Risikogrupper | 10 |
| 2.2 Begrundet mistanke– kriterier for henvisning til pakkeforløb | 10 |
| 2.3 Henvisning til pakkeforløb | 10 |
| 2.4 Beslutning om henvisning ved begrundet mistanke | 11 |
| 2.5 Kommunikation og inddragelse | 11 |
| 2.6 Ansvarlig for henvisning | 11 |
| 2.7 Registrering | 11 |
| 2.8 Forløbstid | 11 |
| 3 Udredning | 12 |
| 3.1 Undersøgelsesforløbet | 12 |
| 3.2 Fastlæggelse af diagnose og stadietinddeling | 13 |
| 3.3 Kommunikation og inddragelse | 13 |
| 3.4 Beslutning | 14 |
| 3.5 Ansvarlig | 14 |
| 3.6 Registrering | 14 |
| 3.7 Forløbstid | 16 |
| 4 Initial behandling af tarmkræftmetastaser i leveren | 17 |
| 4.1 Hovedgrupper af behandlingsforløb | 17 |
| 4.2 De hyppigst opståede komplikationer | 18 |
| 4.3 Sygdomsspecifikke indsatser ved rehabilitering, palliation, understøttende behandling og sygepleje | 19 |
| 4.4 Kommunikation og inddragelse | 19 |
| 4.5 Beslutning | 20 |
| 4.6 Ansvarlig | 20 |
| 4.7 Registrering | 20 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 4.8 | Forløbstid | 21 |
| 5 | Oversigtsskema for tarmkræftmetastaser i leveren | 23 |
| 6 | Forløbstider for tarmkræftmetastaser i leveren | 26 |
| 7 | Registrering | 27 |
| 7.1 | Pakkeforløb start | 27 |
| 7.2 | Udredning start | 27 |
| 7.3 | Beslutning vedrørende initial behandling | 28 |
| 7.4 | Behandling start | 28 |
| 7.5 | Pakkeforløb slut | 29 |

Arbejdsgruppens sammensætning

| Repræsentant | Kontakt detaljer |
|--|---|
| Overlæge Michael Bau Mortensen, Formand | Udpeget af Øvre Gastrointestinal Cancer og Dansk Pancreas Cancer Gruppe, Kirurgisk afd. - OUH |
| Overlæge, dr.med. Carsten Palnæs Hansen | Udpeget af Region Hovedstaden, Gastroenterologisk Klinik - RH |
| Specialansvarlig, Overlæge Michael Seiersen | Udpeget af Region Sjælland, Kirurgisk afd. – Roskilde og Køge Sygehus |
| Professor Claus Hovendal | Udpeget af Region Syddanmark + Dansk Esophagus- Cardia og Ventrikel Cancergruppe, Kirurgisk afdeling - OUH |
| Ledende overlæge, dr.med. Lone Susanne Jensen | Udpeget af Region Midtjylland, Kirurgisk Gastroenterologisk afd.L - Århus Universitetshospital |
| Overlæge Peter Brøndum Mortensen | Udpeget af Region Nordjylland + Dansk Esophagus- Cardia og Ventrikel Cancergruppe, Kir. Gastroenterologisk afd. – Aalborg Sygehus |
| Overlæge Mogens Sall | Udpeget af Region Nordjylland og Levergruppen, Kir. Gastroenterologisk afd. – Aalborg Sygehus |
| Praktiserende læge Gerner Fly | Udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin |
| Overlæge Eva Fallentin | Udpeget af Dansk Radiologisk Selskab Radiologisk Klinik – Rigshospitalet |
| Overlæge Birgitte Federspiel | Udpeget af Dansk Selskab for patologisk Anatomi og Cytologi, Patologiafdelingen – afs. 5441, RH |
| Overlæge, dr.med. Lars Bo Svendsen | Udpeget af Dansk Kirurgisk Selskab, Gastroenterologisk Klinik C – Tx - Rigshospitalet |
| Overlæge, ph.d. Per Pfeiffer | Udpeget af Øvre Gastrointestinal Cancer og Dansk Pancreas Cancer Gruppe, Onkologisk afd. - OUH |
| Overlæge, ph.d. Marianne Nordmark | Udpeget af Dansk Esophagus-, Cardia og Ventrikel Cancergruppe Onkologisk afd. – Århus Uni.hosp. |
| Overlæge Peter Nørgaard Larsen | Udpeget af Levergruppen under DMCG Kirurgisk klinik - Rigshospitalet |
| Overlæge, dr. med. Frank V. Mortensen | Udpeget af Levergruppen under DMCG, Afd L - Århus Universitetshospital |

1 Introduktion til pakkeforløb for tarmkræftmetastaser i leveren

1.1 Generelt om pakkeforløb

Formålet med pakkeforløb for kræftområdet er, at patienter skal opleve et veltilrettelagt, helhedsorienteret fagligt forløb uden unødigt ventetid i forbindelse med udredning, initial behandling og efterforløbet, rehabilitering og palliation, med det formål at forbedre prognosen og livskvaliteten for patienterne.

Et pakkeforløb er et standardpatientforløb, som beskriver organisation og sundhedsfagligt indhold, kommunikation med patient og pårørende, samt angiver entydig ansvarsplacering og forløbstider.

Hvis du vil vide mere om baggrunden og opbygning af pakkeforløb findes der på Sundhedsstyrelsens hjemmeside en læsevejledning www.sst.dk.

Efterforløbet for kræftpatienter efter den initiale behandling er beskrevet i opfølgingsprogrammet. Det tidligere kapitel vedr. efterforløbet i pakkeforløbene er slettet, da opfølgingsprogrammet erstatter dette kapitel. Det sygdomsspecifikke opfølgingsprogram er udgivet som en selvstændig publikation, men er en del af det respektive pakkeforløb.

1.2 Generelt om tarmkræftmetastaser i leveren

Dette pakkeforløb vedrører patienter med mistanke og begrundet mistanke om dattersvulster (metastaser) i leveren stammende fra primærkræft i tyk- og endetarm, herefter beskrevet som tarmkræft. Metastaser i leveren fra tarmkræft, egentligt: kolo-rektale levermetastaser, benævnes i dette pakkeforløb tarmkræft-metastaser i leveren. Disse metastaser beskrives i et selvstændigt pakkeforløb, da de udgør langt hovedparten af potentielt kurable levermetastaser (mindst 95 %), og fordi sammenkædningen med udredning og behandling af den primære kræft er helt grundlæggende for et godt behandlingsresultat. Hertil kommer andre metastaser i leveren oftest fra andre kræftformer, hvor metastasen er det primære fund, og hvor primærkræften er ukendt. Disse metastaseforløb bliver beskrevet i Pakkeforløb for metastaser uden organspecifik kræfttype

Pakkeforløbet beskriver ikke den specielle gruppe med få patienter med synkrone tarmkræft-metastaser i leveren, som skal have fjernet deres levermetastase før operation for kræft i ende- eller tyktarmen, såkaldt "liver first approach". Dette er et nyt koncept, som muligvis vil blive appliceret på en større fraktion af patienter med synkrone tarmkræft-metastaser i leveren i fremtiden.

Der diagnosticeres hvert år omkring 3.700 nye tilfælde af tarmkræft i Danmark. Ca. en tredjedel af disse (1300) har, eller vil senere udvikle tarmkræft-metastaser i leveren. Hvis levermetastasen er til stede, når tarmkræften konstateres eller senest 6 måneder herefter, taler man om *synkrone* metastaser. Metastaser som diagnosticeres mere end 6 måneder efter påvisningen af den primære tarmkræft kaldes *metakrone* tarmkræft-metastaser i leveren. Da fordelingen af patienter med

synkrone og metakrone levermetastaser er tæt på 1:1, vil der diagnosticeres ca. 650 patienter hvert år tilhørende hver kategori. Mange af disse patienter vil også have metastaser i andre organer (lunger, bughinde, lymfeknuder etc.).

25 % af alle patienter med tarmkræft-metastaser i leveren (325 per år) kan med eller uden forbehandling blive kandidater til kurativ kirurgisk behandling, medens de resterende 75 % (975 per år) vil kunne modtage livsforlængende palliativ kemoterapi. Fraktionen af operable patienter vil formentlig stige i de kommende år. Den primære vurdering på MDT-konference af tarmkræft-metastaser i leveren samt eventuel lever-kirurgisk behandling foregår på højt specialiserede afdelinger. Onkologisk behandling kan ud over på disse højt specialiserede afdelinger foregå på onkologiske afdelinger andetsteds i et tæt samarbejde.

1.3 Landsdækkende kliniske retningslinjer

Dansk Lever Galdevejs Cancer Gruppe (DLGCG) har 1. februar 2011 udgivet Nationale Kliniske Retningslinjer som omfatter diagnostik, udredning, behandling og opfølgning af patienter med metastaser i leveren stammende fra primær tarmkræft.

1.4 Forløbskoordination

Ved henvisning til pakkeforløb bliver patienten knyttet til en forløbskoordinerende funktion, som til enhver tid kan kontaktes. Den primære forløbskoordinerende funktion har patientens sag, indtil den har været forelagt ved MDT-konference. Afhængigt af beslutningen ved MDT-konferencen fortsætter den primære forløbskoordinerende funktion med patientens forløb eller overdrager sagen til en anden koordinerende funktion. På højt specialiserede enheder vil der typisk være forløbskoordinerende funktioner knyttet til den kirurgiske afdeling og andre koordinerende funktioner til den onkologiske afdeling. Patienten vil til hver en tid i hele pakkeforløbet være knyttet til en koordinatorfunktion.

1.5 Det multidisciplinære team

MDT for leveren (for at adskille det fra det MDT for tarmkræft) træffer endelig beslutning om udredning og behandlingstilbud.

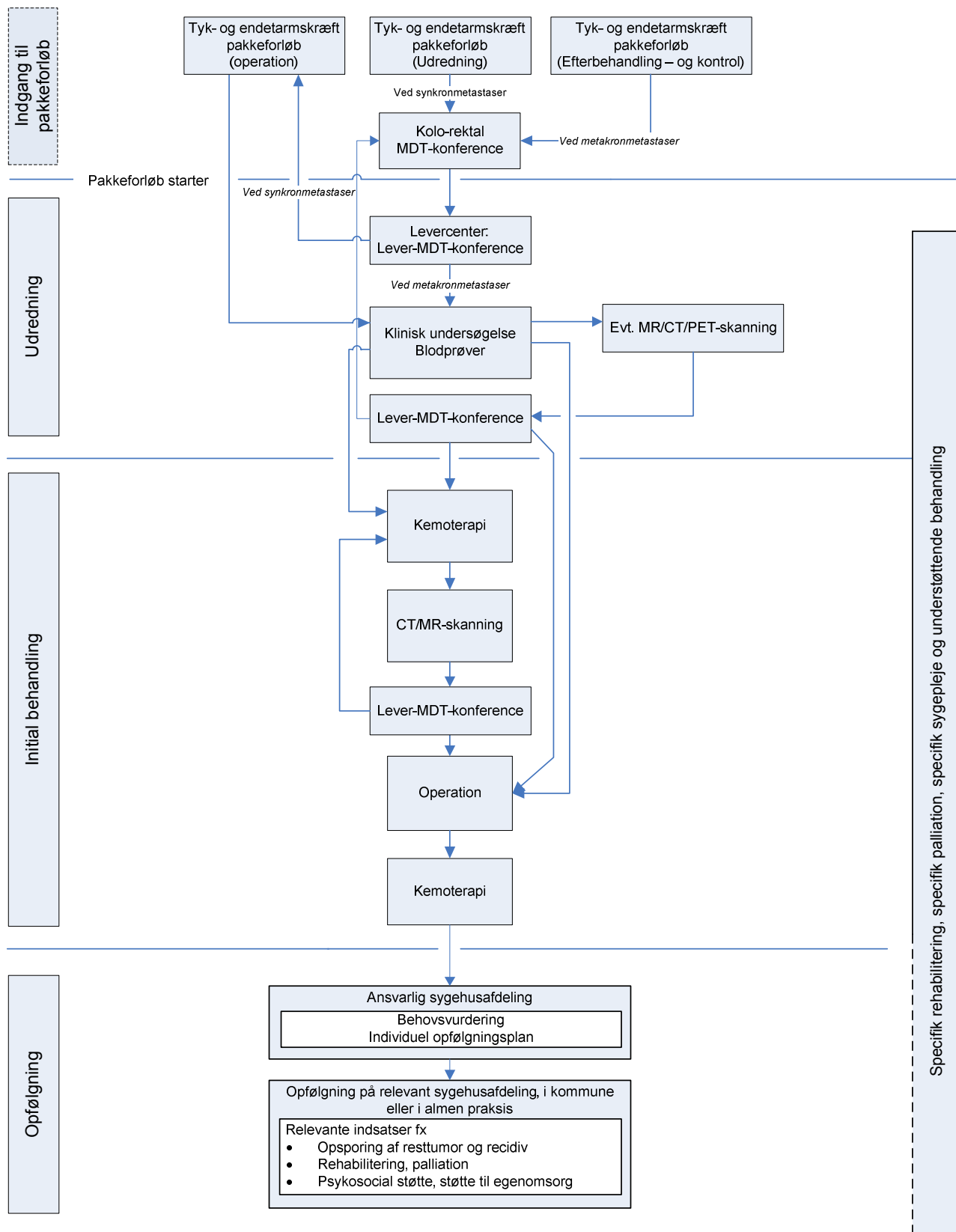
MDT på højt specialiseret afdeling, som evaluerer patienter med tarmkræft-metastaser i leveren, bør som minimum have repræsentation af leverkirurg, thoraxkirurg (ved ledsagende lungemetastaser), onkolog, radiolog, patolog, nuklearmediciner, interventionsspecialist (radiolog, kirurg etc., der varetager indgreb via karsystemet, galdeveje mm.), forløbskoordinationsfunktionen, kolo-rektal kirurg (ved synkrone tarmkræft metastaser i leveren).

Det fordres, at alle i MDT er involveret i den daglige udredning og behandling af patienter med metastaser i leveren. Hver konference afsluttes med, at der er en af de deltagende afdelinger, der påtager sig ansvaret for den videre information samt sikrer, at alle notater får konsekvens.

Ved behov inddrages tillige repræsentanter fra tilgrænsende specialer ad hoc (anæstesi, nuklearmedicin, hepatolog med flere).

MDT-konferencen mødes to gange ugentlig, evt. via telefonkonference, for at opretholde et kontinuerligt flow i patientevalueringen, overholdelse af aftalerne i pakkeforløbet og for at sikre, at alle patienter får tilbudt et optimalt forløb.

1.6 Flowchart



2 Indgang til pakkeforløb for tarmkræftmetastaser i leveren

2.1 Risikogrupper

Patienter med metakrone tarmkræft-metastaser i leveren (650 per år) vil typisk blive henvist til pakkeforløb for tarmkræft-metastaser fra pakkeforløbet for kræft i tyk- og endetarmen efter behandlingsfasen. Det vil sige enten i den initiale behandling eller i efterforløbet. De fleste vil blive henvist i efterforløbet/kontrolfasen. Det er derfor meget vigtigt, at patienter med tarmkræft indgår i et kontrolprogram efter endt behandling, så de metakrone tarmkræft-metastaser i leveren bliver erkendt så tidligt som muligt. Dette kontrolprogram fremgår af pakkeforløb for kræft i tyk- og endetarmen.

Tilstedeværelsen af synkron tarmkræft-metastaser i leveren erkendes i de fleste tilfælde ved den præoperative vurdering af stadiet af tarmkræft. Alle patienter med kræft i tyk- eller endetarmen og synkron tarmkræft-metastaser i leveren (650 per år) bør evalueres på MDT-konferencen.

Efter indtrædelse i pakkeforløb for tarmkræftmetastaser i leveren er forløbet i princippet ens for patienter med både synkron og metakrone metastaser.

2.2 Begrundet mistanke– kriterier for henvisning til pakkeforløb

Begrundet mistanke om tarmkræft-metastaser i leveren opstår hos en patient med aktuel eller tidligere kræft i tyk- eller endetarmen, hos hvem der under udredning eller kontrol ved billeddiagnostik findes mistanke om metastaser i leveren.

2.3 Henvisning til pakkeforløb

Tarmkræft-metastaser i leveren giver meget sjældent anledning til symptomer i sig selv undtagen i terminalstadiet af dissemineret tarmkræft. Metastaserne konstateres stort set altid i forbindelse med et pakkeforløb for tyk- og endetarmskræft.

Patienter med tarmkræft og synkron tarmkræft-metastaser i leveren vil påbegynde pakkeforløbet for tarmkræft-metastaser med udgangspunkt i pakkeforløbet for kræft i tyk- og endetarmen.

2.4 Beslutning om henvisning ved begrundet mistanke

Vurdering af tarmkræft-metastaser i leveren diskuteres på den første MDT-konference for tyk- og endetarmen, hvorefter der umiddelbart sendes henvisning til MDT for leveren per mail eller fax.

2.5 Kommunikation og inddragelse

Der afholdes en samtale med patienten om, at der er fundet metastaser i leveren, og at patienten derfor henvises til start på pakkeforløb for tarmkræftmetastaser i leveren. Der indhentes informeret samtykke fra patienten.

2.6 Ansvarlig for henvisning

Indtil henvisningen til lever-MDT-konferencen er modtaget, påtager en af de deltagende afdelinger i MDT-konferencen for kræft i tyk- og endetarm sig ansvaret for det videre forløb i pakkeforløbet (se afsnit 3.4)

2.7 Registrering

| | |
|---------------|--|
| AFB11A | <i>Tarmkræftmetastaser i leveren: henvisning til pakkeforløb start</i> |
|---------------|--|

Kode for henvisning til start af pakkeforløb for tarmkræftmetastaser i leveren skal registreres, når henvisning til pakkeforløb for tarmkræftmetastaser i leveren modtages i afdelingen, eller når det klinisk vurderes, at beskrivelsen på henvisningen svarer til målgruppebeskrivelsen jævnfør pakkeforløbsbeskrivelsen uanset henvisningsmåde. Koden skal registreres uanset type af henvisning; fra ekstern part, eget sygehus eller fra egen afdeling med eller uden fysisk henvisningsblanket.

2.8 Forløbstid

Forløbstid er 8 kalenderdage.

Patienten med begrundet mistanke om tarmkræft-metastaser i leveren henvises umiddelbart til en højt specialiseret afdeling med funktion i leverkirurgi. Der er afsat tid til at håndtere henvisningspapirerne og booke relevante undersøgelser.

Desuden afsættes yderligere tid til:

- Lever-MDT-konference

Patienten skal påbegynde udredning i pakkeforløb på 9. kalenderdag.

3 Udredning

3.1 Undersøgelserforløbet

Ved begrundet mistanke om tarmkræft-metastaser i leveren tilstræber udredningsprogrammet at fastlægge følgende parametre så nøjagtigt som muligt:

1. Operabilitet ("Kan patienten tåle kirurgisk/medicinsk behandling?").
2. Diagnose
3. Staging ("Prognosen")
4. Resektabilitet ("Kan tumor resecceres?")

Ad 1.

En vurdering af patientens operabilitet foretages ved første personlige kontakt mellem patienten og behandlende afdeling (tyk-, endetarm- eller leverkirurg).

Ved første kontakt mellem den behandlende afdeling i leverkirurgi og en patient i pakkeforløb for metastase i leveren vil der i de fleste tilfælde allerede foreligge en beslutning og behandlingsplan fra MDT-konferencen for leveren. I enkelte tilfælde skal der laves supplerende undersøgelser. Patientens almentilstand, medicinering og komorbiditet ("operabilitet") bedømmes.

Ad 2 og 3.

Påvisningen af typiske metastaser i leveren på en bi- eller monofasisk CT-skanning eller på MR udført med leverspecifik kontrast hos en patient med tarmkræft i anamnesen vil i de fleste tilfælde være tilstrækkeligt for diagnosen tarmkræft-metastaser i leveren og for korrekt staging heraf, når der suppleres med røntgen af thorax i 2 planer eller CT thorax. Biopsi er som hovedregel kontraindiceret på grund af risikoen for spredning af svulsten. CT- eller MR-scanningen vil som regel være udført i forbindelse med den primære udredning for tarmkræft eller som kontrolundersøgelse i efterforløbet. Kun hvis leverforandringerne afviger fra det klassiske radiologiske udseende for tarmkræft-metastaser i leveren, vil en biopsi være nødvendig. Dette er yderst sjældent (<10 %). Beslutningen om en biopsi tages på MDT konferencen for leveren. Hvis scanningerne ikke er optimalt udført, kan det være nødvendigt at gentage dem.

Ved mistanke om samtidig ekstrahepatisk tumorvækst på den primære CT eller MR bør der suppleres med en PET-CT undersøgelse. TNM staging kan ikke anvendes ved tarmkræft-metastaser i leveren. I stedet kan anvendes Clinical Risk Score (CRS) (Fong Y et al Ann Surg. 1999 Sep; 230(3):309-18). Bemærk at tilstedeværelse af sufficient billeddiagnostik til første MDT konference for leveren kan afkorte pakkeforløbet med 7 hverdage. En god kommunikation mellem røntgenafdelingerne ved de højt specialiserede afdelinger og røntgenafdelingerne ved enheder, der varetager udredning og behandling for tarmkræft vedrørende ensartede CT og MR protokoller, vil begrænse behovet for supplerende undersøgelser og derved give et hurtigere pakkeforløb for patienterne.

Ad 4.

Ingen patienter kan på forhånd udelukkes som potentielle fremtidige kandidater for intenderet kurativ lokalbehandling, så alle patienter med tarmkræftmetastaser i leveren uanset stadiet skal evalueres på MDT-konference for leveren, dog forudsat at de skønnes at kunne tåle et lokalt indgreb.

Beslutningen om resektabilitet kan ofte tages på baggrund af den primære CT- eller MR-scanning, såfremt disse scanninger er udført lege artis. For langt de fleste patienter vil der ikke være behov for yderligere undersøgelser, og patienten kan direkte henvises til enten leverresektion eller neoadjuvant kemoterapi for synkrone tarmkræft-metastaser i leveren straks efter operation for primær tumor.

Nogle få patienter (5-10 %) vil have behov for leverbolumenforøgning ved en portal embolisering med det formål at få den del af leveren, som skal blive tilbage efter fjernelse af metastaserne, til at vokse og derved reducere risikoen for leversvigt. Følgende blodprøver tages i forbindelse med udredningen (Hæmoglobin, leukocytter, trombocytter, natrium, kalium, creatinin, albumin, PP/INR, APTT, ALAT, basisk fosfatase, bilirubin, CRP og CEA).

3.2 Fastlæggelse af diagnose og stadietinddeling

På baggrund af udredningsprogrammet, inklusiv en vurdering af patientens aktuelle fysiske tilstand, drages en af nedenstående konklusioner med henblik på behandling. Patienten har:

1. Resektabel sygdom og kan tilbydes intenderet kurativ lokalbehandling med efterfølgende adjuverende kemoterapi
2. Resektabel sygdom og kan tilbydes intenderet kurativ lokalbehandling ledsaget af peroperativ kemoterapi
3. Ikke resektabel sygdom, men kan tilbydes neoadjuvant kemoterapi med potentiel mulighed for senere kurativ lokalbehandling
4. Dårlig almentilstand (performance status 3-4) og kan tilbydes symptomatisk behandling, best supportive care

For 1. og 2. gælder, i tilfælde af synkrone tarmkræft-metastaser i leveren, at den primære tumor i tyk- eller endetarm skal fjernes først.

3.3 Kommunikation og inddragelse

Ved første kontakt mellem den behandlende leverkirurgisk afdeling og en patient i pakkeforløb for tarmkræft-metastaser i leveren afholdes en samtale om det planlagte udredningsprogram og herunder eventuelt ubehag og risici.

Der indhentes informeret samtykke fra patienten forude for den endelige beslutning om udredningsforløbet.

Samtaler om resultaterne af udredningsprogrammet samt behandlingsplan afholdes af de læger, som er ansvarlige for patientudredningen og -behandlingen. Behandlingsmuligheder drøftes senest dagen efter MDT-konferencen for leveren.

3.4 Beslutning

Beslutningen om behandlingstilbud til den enkelte patient tages på MDT-konference for leveren. Hvis der er lavet supplerende undersøgelser eller levervolumenøgende procedurer, skal resultatet af samtlige undersøgelser drøftes på ny MDT-konference.

På MDT-konferencen for leveren tages stilling til om metastaserne kan opereres med eller uden neoadjuvant kemoterapi eller portal embolisering. Desuden stillingtagen til om der skal udføres yderligere billeddiagnostik. Beslutningen sendes videre til MDT-konference for tyk- og endetarm, som så fortsætter pakkeforløbet for tyk- og endetarmen, indtil behandlingen af tarmkræftmetastaserne i leveren påbegyndes, hvilket typisk finder sted efter resektion af primærtumor i tyk- eller endetarm.

3.5 Ansvarlig

Når en patient er henvist til MDT-konferencen for leveren, er den udredende afdeling ansvar for det videre forløb. MDT kan og bør i videst muligt omfang inddrage både primær- og sekundærsektoren for at udnytte ressourcer og kompetencer bedst muligt.

3.6 Registrering

| | |
|---------------|---|
| AFB11B | <i>Tarmkræftmetastaser i leveren: udredning start, første fremmøde</i> |
|---------------|---|

Registreres ved patientens første fremmøde til udredning i pakkeforløb for kræftområdet.

Første fremmøde kan omfatte:

- besøg på paraklinisk afdeling i henvisningsperioden, som assistance til stamafdeling
- besøg / indlæggelse på stamafdeling
- besøg på paraklinisk afdeling efter henvisning til pakkeforløb med start på paraklinisk afdeling

Paraklinisk afdeling defineres som radiologiske, fysiologiske og nuklearmedicinske afdelinger.

Hvis stamafdelingen har modtaget henvisning til pakkeforløb og bestiller undersøgelse i henvisningsperioden, vil første fremmøde til udredning start svare til dato for pågældende undersøgelse i paraklinisk afdeling.

Det er stamafdelingens ansvar, at der indberettes til Landspatientregisteret. Hvis den assisterende afdeling ikke har systemmæssig mulighed for at registrere start af udredning, skal stamafdelingen således foretage indberetningen.

Ved henvisning fra almen praktiserende læge og speciallæge direkte til paraklinisk afdeling til udredning i pakkeforløb for organspecifik kræfttype skal paraklinisk afdeling, som værende stamafdeling, registrere første fremmøde.

Når udredningen er afsluttet, og der tages klinisk beslutning vedrørende tilbud om initial behandling, registreres en af følgende koder:

| | |
|-----------------|---|
| AFB11C1 | <i>Tarmkræftmetastaser i leveren: beslutning: tilbud om initial behandling</i> |
| AFB11C1A | <i>Tarmkræftmetastaser i leveren: beslutning: tilbud om initial behandling i udlandet</i> |
| AFB11C2 | <i>Tarmkræftmetastaser i leveren: beslutning: initial behandling ikke relevant</i> |
| AFB11C2A | <i>Tarmkræftmetastaser i leveren: beslutning: initial behandling ikke relevant, overvågning uden behandling</i> |

Klinisk beslutning vedrørende initial behandling vil for de fleste forløb ske ved den multidisciplinære konference. Beslutningen kan dog også tages, og dermed registreres, ved beslutning om initial behandling uden multidisciplinær konference.

Når der tages klinisk beslutning om, at pakkeforløbet for kræftområdet slutter, registreres en af følgende koder:

Hvis det klinisk vurderes, at diagnosen kan afkræftes, registreres

| | |
|----------------|--|
| AFB11X1 | <i>Tarmkræftmetastaser i leveren: pakkeforløb slut, diagnose afkræftet</i> |
|----------------|--|

Hvis patienten ønsker at ophøre udredning eller behandling, registreres

| | |
|----------------|--|
| AFB11X2 | <i>Tarmkræftmetastaser i leveren: slut, pakkeforløb patientens ønske</i> |
|----------------|--|

Disse registreringer kan anvendes på et hvilket som helst tidspunkt i patientforløbet, når dette er relevant.

3.7 Forløbstid

Forløbstid for udredning er 10 kalenderdage

Udredning består af:

- Journaloptagelse og klinisk undersøgelse, blodprøver
- Supplerende billeddiagnostik
- Lever MDT
- Patienten informeres

Desuden afsættes tid til:

- Vurdering og eventuel stabilisering af komorbiditet
- Eventuel indlæggelse ved supplerende undersøgelser

Patienten kan enten opereres umiddelbart eller modtage præoperativ kemoterapi.

Forløbet er i øvrigt individuelt, således vil en eventuel operation for metastaser i leveren ofte først finde sted efter operation for den primære tarmkræft.

4 Initial behandling af tarmkræftmetastaser i leveren

4.1 Hovedgrupper af behandlingsforløb

Behandlingsmodaliteterne ved tarmkræftmetastaser i leveren er intenderet kurativ lokalbehandling, kemoterapi og palliation.

Eneste chance for kurativ behandling af tarmkræft-metastaser i leveren er radikal fjernelse af levermetastaser med fuldstændig fjernelse af alt synligt og mikroskopisk påviseligt tumorvæv og eventuelle metastaser uden for leveren (R0-resektion). Cirka 15 % af patienter med tarmkræftmetastaser i leveren (200) er resektable på diagnosetidspunktet for levermetastasen, og yderligere mindst 10 % (130) kan gøres resektable ved kemoterapi, portal embolisering eller andre behandlingsstrategier. I alt 330 patienter årligt med tarmkræft-metastaser i leveren har således chancen for kurativ behandling med en 5 års overlevelse på gennemsnitlig 40 %.

Patienterne inddeles i nedenstående hovedgrupper med hver deres behandlingsforløb:

1. Resektabel sygdom, hvor intenderet kurativ resektion med efterfølgende adjuverende kemoterapi kan tilbydes. Patienter, som skønnes operable og med en resektabel tarmkræftmetastase i leveren, henvises til intenderet kurativ lokalbehandling. Patienten har en resektabel tarmkræft-metastase i leveren, når det er muligt at foretage R0-resektion og samtidig bevare tilstrækkeligt med levervæv til at opretholde en normal leverfunktion. Hos personer med i øvrigt normal lever kan man fjerne op til 75-80 % af leveren. Hvis der tillige er ekstrahepatiske metastaser skal disse også kunne fjernes med R0-resektion, eventuelt i en anden seance, hvis det for eksempel drejer sig om metastaser i lungen. Hvis patienten ikke er operabel eller en eller flere metastaser ikke er resektable, kan thermoablation eller stereotaktisk strålebehandling være et alternativ, eventuelt som supplement til resektion. Postoperativt gives adjuverende kemoterapi. Ved synkrone tarmkræft-metastaser i leveren bør den primære kræft i tyk- og endetarmen som hovedregel resekeres først efterfulgt af leverresektion, typisk 4 uger senere. De kirurgiske procedurer fremgår af DLGCGs Nationale Kliniske Retninglinjer.
2. Resektabel sygdom, hvor intenderet kurativ lokalbehandling ledsaget af perioperativ kemoterapi kan tilbydes. Patienter på grænsen til resektabilitet skal henvises til perioperativ kemoterapi. Initialt gives 3 serier kemoterapi, og herefter foretages en ny evaluering af resektabiliteten på MDT-konferencen. Ved respons eller stationær sygdom henvises patienten til lokalbehandling med intenderet kurativt sigte. Postoperativt følges op med adjuverende kemoterapi. Ved synkrone tarmkræft-metastaser i leveren bør den primære tarmkræft som hovedregel resekeres før den neoadjuvante kemoterapi.
3. Ikke resektabel sygdom, hvor der kan tilbydes neoadjuvant kemoterapi med potentiel mulighed for senere kurativ lokalbehandling

Patienter med performancestatus 0-2, hvor man ikke kan opnå R0-resektion på grund af lokalavanceret sygdom eller dissemineret sygdom, kan henvises til kemoterapi med en efterfølgende ny operabilitetsvurdering på MDT-konference første gang efter 3 serier. Ved et godt respons, som gør patienten resektabel, henvises til intenderet kurativ behandling. Ved synkrone tarmkræft-metastaser i leveren vil man normalt undlade at resekere den primære tarmkræft inden kemoterapien. Ved stenosesymptomer kan aflastes med stent. Patienter, som ikke kan opnå lokalbehandling, kan tilbydes forsat onkologisk behandling.

4. Patienter, der pga. almentilstanden ikke er operable. Patienter med performancestatus 3-4, som hverken vil kunne tåle kirurgi eller kemoterapi, skal tilbydes lindrende behandling (smertebehandling, ernæringsterapi, stent ved galdevejsobstruktion etc.).

Sekundær/adjuverende behandling

Efter R0-resektion tilbydes rutinemæssigt adjuverende kemoterapi.

Selve forløbet må tilrettelægges individuelt for den enkelte patient, idet forløbet afhænger meget af, hvor i det samlede forløb patientens tarmkræft-metastaser i leveren diagnosticeres.

Forløbet skal koordineres med patientens samtidige forløb i pakkeforløb for kræft i tyk- og endetarmen. Efter afslutning af efterbehandlingen for tarmkræft-metastaser i leveren skal patienten henvises til kontrolforløb på den afdeling, som primært har behandlet patientens tarmkræft.

4.2 De hyppigst opståede komplikationer

Komplikationer til leverresektion og ablationsbehandling

- Blødning
- Galdevejsstenose
- Galdelækage
- Infektioner/absces
- Leverinsufficiens

Komplikationer til kemoterapi

Kan bl.a. være blødning, sensibiliseringsforstyrrelser, medikamentel leverskade, foruden de generelle bivirkninger ved kemoterapi.

4.3 Sygdomsspecifikke indsatser ved rehabilitering, palliation, understøttende behandling og sygepleje

Operationsforløbet ved leverresektion tilrettelægges med mindst mulig belastning af patientens almentilstand ud fra principperne om optimerede perioperative forløb, så patienten uden forsinkelse kan fortsætte i adjuverende kemoterapi uden påvirket performance status.

Patienterne udskrives med selvtræningsprogram efter kirurgisk behandling. Efter operation følges patienterne i læge/sygeplejeambulatorium /telefonisk konsultation.

Behov for rehabilitering vurderes løbende med henvisning til relevante lokale tilbud.

I forløbsprogramsdelen for rehabilitering og palliation beskrives de forhold, der gælder generelt for rehabilitering og den palliative omsorg for og behandling af kræftpatienter. Af tiltag som kunne være særlige for tarmkræft-metastaser i leveren kan nævnes Endoskopisk Retrograd Cho-leangiografi med anlæggelse af stent ved galdevejsobstruktion.

4.4 Kommunikation og inddragelse

Den behandlingsansvarlige afdeling, som er en del af MDT-konferencen, afholder en samtale med patienten om behandlingsmuligheder, herunder fremlæggelse af behandlingstilbud, når svar foreligger på samtlige gennemførte undersøgelser og disse er vurderet ved MDT-konference. Endvidere drøftes tidsperspektivet i behandlingstilbuddet, mulige bivirkninger og konsekvenser af at undlade behandling. Ved samtalen afklares patientens forventninger til forløbet og endvidere afdækkes patientens livssituation, frygt, ressourcer, behov og ønsker. Patienten opfordres til at tage en pårørende med til samtalen. Patienten modtager videre skriftlig information.

Samtale om operation, de dertil knyttede risici, den postoperative fase og rehabilitering afholdes af de læger, som udfører operationerne. Der udleveres skriftligt informationsmateriale, som understøtter informationen.

Bliver der tale om onkologisk behandlingstilbud, skal kirurgen drøfte baggrunden for dette med patienten, inden patienten henvises til onkologisk afdeling.

Samtale med patienten og evt. pårørende om kemoterapi, herunder varighed, virkning, bivirkninger, behandlingsmål, monitorering og de dertil knyttede risici afholdes af onkologisk afdeling, som varetager behandlingen. Behandlingstiltag i forbindelse med eventuelle bivirkninger drøftes ligeledes.

Informeret samtykke fra patienten indhentes i alle tilfælde inden start på behandling.

4.5 Beslutning

MDT-konferencen for leveren træffer beslutning om behandlingstilbud og eventuel viderevisitation.

Det skal besluttes, i et samarbejde mellem MDT for leveren og MDT for tyk- og endetarmen, hvordan det konkrete forløb skal tilrettelægges.

Efter afslutning af efterbehandlingen for tarmkræft-metastaser i leveren besluttes det, at patienten skal henvises til fortsat kontrolforløb for den primære tarmkræft der, hvor patienten primært er behandlet.

4.6 Ansvarlig

Teamleder for MDT uddelegerer ansvaret for det videre forløb og information til henholdsvis lever-kirurgen eller onkologen.

Onkolog er ansvarlig for efterbehandlingen.

4.7 Registrering

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

| | |
|----------------|---|
| AFB11F1 | <i>Tarmkræftmetastaser i leveren: initial behandling start, kirurgisk</i> |
| AFB11F2 | <i>Tarmkræftmetastaser i leveren: initial behandling start, medicinsk</i> |
| AFB11F3 | <i>Tarmkræftmetastaser i leveren: initial behandling start, strålebehandling</i> |

Initial behandling er defineret i pakkeforløbsbeskrivelsen som værende specifikke behandlingsforløb inklusiv eventuel efterbehandling. Registreringen skal foretages ved først forekommende behandlingstiltag.

Kirurgisk behandling defineres som al behandling fraset medicinsk behandling og strålebehandling.

Neoadjuverende og anden forberedende behandling regnes ligeledes for start på initial behandling, jævnfør beskrivelsen for tarmkræftmetastaser i leveren. Ved fx indledende strålebehandling forud for operation er start af initial behandling ved strålebehandlingens start.

Når der tages klinisk beslutning om, at pakkeforløbet for kræftområdet slutter, registreres en af følgende koder:

Hvis det klinisk vurderes, at diagnosen kan afkræftes, registreres

| | |
|----------------|--|
| AFB11X1 | Tarmkræftmetastaser i leveren: pakkeforløb slut, diagnose afkræftet |
|----------------|--|

Hvis patienten ønsker at ophøre udredning eller behandling, registreres

| | |
|----------------|--|
| AFB11X2 | Tarmkræftmetastaser i leveren: slut, pakkeforløb patientens ønske |
|----------------|--|

Disse registreringer kan anvendes på et hvilket som helst tidspunkt i patientforløbet, når dette er relevant.

4.8 Forløbstid

Kirurgi

Forløbstiden fra udredningen er afsluttet og patienten informeret, til patienten skal modtage behandling er 10 kalenderdage.

Tiden består af:

- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler og undersøgelser
- Indlæggelse, blodprøver og information, samtale med sygeplejerske, anæsthesitilsyn, blodprøve

Behandling

- Operation

Primær kemoterapi inden operation

Den fagligt begrundede forløbstid fra udredningen er afsluttet og patienten informeret, til patienten skal modtage primær kemoterapi er 11 kalenderdage.

Tiden består af:

- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler, undersøgelser og MDT konference
- Journaloptagelse og information incl. informeret samtykke
- Forberedelse af patienten til kemoterapi

Behandling

- Primær kemoterapi.

Postoperativ behandling

Når den primære behandling er afsluttet, skal der gå 21 – 28 kalenderdage, inden patienten kan påbegynde efterbehandling i form af stråleterapi, kemoterapi eller gennemgå en operation. Dette er afhængigt af sårheling, blodstatus er over det kritiske niveau og patientens almentilstand.

5 Oversigtsskema for tarmkræftmetastaser i leveren

| Sundhedsfaglig handling | Logistisk handling | Kommunikation med patienten | Ansvarlig instans/afdeling |
|---|---|---|-------------------------------|
| Indgang til pakkeforløb | | | |
| Beslutning: Kole-rektal kirurgisk afdeling finder levermetastaser | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Henvisning sendes til højtspecialiseret kirurgisk afdeling (Levercenter) ▪ Svar og billedmateriale fra kolo-rektal-MDT-konference medsendes ▪ | Videre forløb | Kolorektal kirurgisk afdeling |
| Udredning | | | |
| Visitation til pakkeforløb for kolorektale levermetastaser på afd. med højt specialiseret funktion | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Henvisning modtaget på kirurgisk afdeling (Levercenter) ▪ Booking: Lever-MDT-konference | | Kirurgisk afdeling |
| Beslutning: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eventuel supplerende billeddiagnostik ▪ Præoperativ kemoterapi ▪ Operation | Svar sendes til kolo-rektal MDT-konference på henvisende afdeling | | MDT-konference |
| <i>Primær kirurgisk behandling for kolorektal kræftsygdom afsluttes på kirurgisk afdeling</i> | Genhenvvisning sendes til højtspecialiseret kirurgisk afdeling (Levercenter) | | Kolorektal kirurgisk afdeling |
| På afd. med højt specialiseret funktion | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Genhenvisning modtaget på Levercenter ▪ Booking: Undersøgelserprogram ▪ Booking: supplerende billeddiagnostik/ kemoterapi/operation | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indkaldelse: undersøgelsesprogram ▪ Indkaldelse: supplerende billeddiagnostik /præoperativ kemoterapi /operation | Kolorektal kirurgisk afdeling |
| Undersøgelserprogram: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Klinisk undersøgelse ▪ Blodprøver | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Svartale ▪ Videre forløb ▪ Informeret samtykke | Leverkirurgisk afdeling |
| Eventuel supplerende billeddiagnostik: <ul style="list-style-type: none"> ▪ MR, bi- eller monofasisk CT-skanning eller PET-CT | | | Radiologisk afdeling |

| Sundhedsfaglig handling | Logistisk handling | Kommunikation med patienten | Ansvarlig instans/afdeling |
|---|---|---|----------------------------|
| scanning af thorax og abdomen | | | |
| Eventuel beslutning: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Præoperativ kemoterapi ▪ Operation ▪ Eventuel levervolumenforøgning | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Booking: Onkologisk forundersøgelse/operation ▪ Epikrise til: Almen praksis | Indkaldelse: onkologisk forundersøgelse /operation | MDT-konference |
| Behandling | | | |
| Forundersøgelse i onkologisk ambulatorium | Booking: kemoterapi, CT/MR scanning | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Svartale ▪ Informeret samtykke ▪ Videre forløb ▪ Indkaldelse: kemoterapi, CT/MR scanning | Onkologisk afdeling |
| Kemoterapi (3 serier) | | | Onkologisk afdeling |
| CT/MR scanning | | | Radiologisk afdeling |
| Beslutning: Operation | Booking: forundersøgelse, operation | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Svartale ▪ Informeret samtykke ▪ Videre forløb ▪ Indkaldelse: forundersøgelse, operation | MDT-konference |
| Forundersøgelse i kirurgisk ambulatorium | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Svartale ▪ Informeret samtykke ▪ Videre forløb | Leverkirurgisk afdeling |
| Indlæggelse | | | Leverkirurgisk afdeling |
| Operation | Operationsmateriale fremsendes til patologi afdeling | | Leverkirurgisk afdeling |
| Histologisvar | Svar sendes til rekvirerende afdeling | | Patologi afdeling |
| Beslutning: Kemoterapi | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Booking: Onkologisk forundersøgelse, efterbehandling ▪ Epikrise til: almen praksis | Indkaldelse: onkologiske forundersøgelse, efterbehandling | Leverkirurgisk afdeling |

| Sundhedsfaglig handling | Logistisk handling | Kommunikation med patienten | Ansvarlig instans/afdeling |
|--|---|---|---|
| Forundersøgelse i onkologisk ambulatorium | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Svartale ▪ Videre forløb | Onkologisk afdeling |
| Kemoterapi | | Videre forløb | Onkologisk afdeling |
| Beslutning: Kontrol | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Booking: konsultation, kontrol ▪ Epikrise til: almen praksis | Indkaldelse: konsultation | Onkologisk afdeling |
| Konsultation ved onkologisk afdeling | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Svartale ▪ Videre forløb ▪ Indkaldelse: kontrol | Onkologisk afdeling |
| Efterforløbet | | | |
| | | | |
| <p>Patienter opereret for tarmkræftmetastaser i leveren følges med CEA (tumormarkøren carcinoembryonalt antigen) præoperativt og 1, 3, 6, 12, 18, 24 og 36 måneder</p> <p>CT af thorax og abdomen postoperativt efter (1 efter Ablation), 3, 6, 12, 18, 24 og 36 måneder</p> | | | Kirurgisk afdeling/Onkologisk afdeling/Radiologisk afdeling |
| Beslutning: Kontrol afsluttes | Epikrise til: Almen praksis | | Kirurgisk afdeling /Onkologisk afdeling |

6 Forløbstider for tarmkræftmetastaser i leveren

Tabellen viser de samlede forløbstider i pakkeforløbet.

Det bemærkes, at forløbstiderne er en rettesnor, og at det fortsat er bekendtgørelsen om maksimale ventetider for livstruende sygdom, der er gældende (se endvidere kapitel 1.3.1).

Forløbstider (se også pkt. 1.3.1)

| | | |
|---|-----------------|-----------------|
| Fra henvisning modtaget til første fremmøde på udredende afdeling | 8 kalenderdage | |
| Fra første fremmøde på udredende afdeling til afslutning af udredning | 10 kalenderdage | |
| Fra afslutning af udredning til start på initial behandling | Operation | 10 kalenderdage |
| | Kemoterapi | 11 kalenderdage |
| Fra henvisning modtaget til start på initial behandling | Operation | 28 kalenderdage |
| | Kemoterapi | 29 kalenderdage |

7 Registrering

7.1 Pakkeforløb start

| | |
|---------------|--|
| AFB11A | Tarmkræftmetastaser i leveren: henvisning til pakkeforløb start |
|---------------|--|

Kode for henvisning til start af pakkeforløb for tarmkræftmetastaser i leveren skal registreres, når henvisning til pakkeforløb for tarmkræftmetastaser i leveren modtages i afdelingen, eller når det klinisk vurderes, at beskrivelsen på henvisningen svarer til målgruppebeskrivelsen jævnfør pakkeforløbsbeskrivelsen uanset henvisningsmåde. Koden skal registreres uanset type af henvisning; fra ekstern part, eget sygehus eller fra egen afdeling med eller uden fysisk henvisningsblanket.

7.2 Udredning start

| | |
|---------------|--|
| AFB11B | Tarmkræftmetastaser i leveren: udredning start, første fremmøde |
|---------------|--|

Registreres ved patientens første fremmøde til udredning i pakkeforløb for kræftområdet.

Første fremmøde kan omfatte:

- besøg på paraklinisk afdeling i henvisningsperioden, som assistance til stamafdeling
- besøg / indlæggelse på stamafdeling
- besøg på paraklinisk afdeling efter henvisning til pakkeforløb med start på paraklinisk afdeling

Paraklinisk afdeling defineres som radiologiske, fysiologiske og nuklearmedicinske afdelinger.

Hvis stamafdelingen har modtaget henvisning til pakkeforløb og bestiller undersøgelse i henvisningsperioden, vil første fremmøde til udredning start svare til dato for pågældende undersøgelse i paraklinisk afdeling.

Det er stamafdelingens ansvar, at der indberettes til Landspatientregisteret. Hvis den assisterende afdeling ikke har systemmæssig mulighed for at registrere start af udredning, skal stamafdelingen således foretage indberetningen.

Ved henvisning fra almen praktiserende læge og speciallæge direkte til paraklinisk afdeling til udredning i pakkeforløb for organspecifik kræfttype skal paraklinisk afdeling, som værende stamafdeling, registrere første fremmøde.

7.3 Beslutning vedrørende initial behandling

Når udredningen er afsluttet, og der tages klinisk beslutning vedrørende tilbud om initial behandling, registreres en af følgende koder:

| | |
|-----------------|--|
| AFB11C1 | <i>Tarmkræftmetastaser i leveren:</i> beslutning: tilbud om initial behandling |
| AFB11C1A | <i>Tarmkræftmetastaser i leveren:</i> beslutning: tilbud om initial behandling i udlandet |
| AFB11C2 | <i>Tarmkræftmetastaser i leveren:</i> beslutning: initial behandling ikke relevant |
| AFB11C2A | <i>Tarmkræftmetastaser i leveren:</i> beslutning: initial behandling ikke relevant, overvågning uden behandling |

Klinisk beslutning vedrørende initial behandling vil for de fleste forløb ske ved den multidisciplinære konference. Beslutningen kan dog også tages, og dermed registreres, ved beslutning om initial behandling uden multidisciplinær konference.

7.4 Behandling start

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

| | |
|----------------|---|
| AFB11F1 | <i>Tarmkræftmetastaser i leveren:</i> initial behandling start, kirurgisk |
| AFB11F2 | <i>Tarmkræftmetastaser i leveren:</i> initial behandling start, medicinsk |
| AFB11F3 | <i>Tarmkræftmetastaser i leveren:</i> initial behandling start, strålebehandling |

Initial behandling er defineret i pakkeforløbsbeskrivelsen som værende specifikke behandlingsforløb inklusiv eventuel efterbehandling. Registreringen skal foretages ved først forekommende behandlingstiltag.

Kirurgisk behandling defineres som al behandling fraset medicinsk behandling og strålebehandling.

Neoadjuverende og anden forberedende behandling regnes ligeledes for start på initial behandling, jævnfør beskrivelsen for tarmkræftmetastaser i leveren. Ved fx indledende strålebehandling forud for operation er start af initial behandling ved strålebehandlingens start.

7.5 Pakkeforløb slut

Når der tages klinisk beslutning om, at pakkeforløbet for kræftområdet slutter, registreres en af følgende koder:

Hvis det klinisk vurderes, at diagnosen kan afkræftes, registreres

| | |
|----------------|---|
| AFB11X1 | <i>Tarmkræftmetastaser i leveren: pakkeforløb slut, diagnose afkræftet</i> |
|----------------|---|

Hvis patienten ønsker at ophøre udredning eller behandling, registreres

| | |
|----------------|---|
| AFB11X2 | <i>Tarmkræftmetastaser i leveren: slut, pakkeforløb patientens ønske</i> |
|----------------|---|

Disse registreringer kan anvendes på et hvilket som helst tidspunkt i patientforløbet, når dette er relevant.