

## **Nachsorgeempfehlungen Projektgruppe Kolorektale Karzinome**

**Sprecher: Prof. Dr. W. Hohenberger, Erlangen**

**Referent: Dr. B. Reingruber, Erlangen**

### **Nachsorge beim kolorektalen Karzinom**

Die nach erfolgter kurativer Behandlung kolorektaler Karzinome allgemein empfohlenen Nachsorgeuntersuchungen zielen ab auf:

- Früherkennung (d.h. Erkennung im asymptomatischen Stadium) von Tumorrezidiven und Zweitkarzinom mit Prognoseverbesserung bei erneuter kurativer Therapieoption
- Kontrolle und Behandlung therapiebedürftiger physiologischer und funktioneller Operationsfolgen (z.B. Folgen des Organverlustes, Stoma, Narbenhernien, intraabdominelle Verwachsungen und Briden etc.)
- psychosoziale Betreuung des Patienten
- Beurteilung der Therapiequalität.

Die Nachsorge des kolorektalen Karzinoms wird unter der Prämisse einer potentiellen Heilbarkeit von Rezidiven durchgeführt, wobei eine frühzeitige Erkennung die Resektionsrate deutlich steigert. Diese Tatsache erklärt den innerhalb der vergangenen Jahrzehnte vollzogenen Wandel der Nachsorge von einem klinisch-administrativen und rehabilitativen zu einem diagnostischen Instrument mit dem Ziel der Rezidivfrüherkennung.

Die Nachsorge verlagert sich beim kolorektalen Karzinom zunehmend in den niedergelassenen Bereich. Durch diese Dezentralisierung tritt die Notwendigkeit von Leitlinien sowie einer Qualitätskontrolle in der Nachsorge in den Vordergrund. Auch nach der Trennung der Institutionen der Diagnostik von denen der Datenerfassung und -auswertung ist die Nachsorgeeinrichtung weiterhin der wichtigste Datenlieferant für die Tumorzentren und für die epidemiologischen Krebsregister der Bundesländer.

Die grundlegende Veränderung der Zielrichtung hat weitere Änderungen in der Durchführung der Nachsorge bewirkt. Während die anfänglichen Nachsorgeprogramme in unveränderten Intervallen bis zum Tode des Patienten durchgeführt wurden, weisen die modernen Programme einen definierten Anfangs- und Endpunkt auf, mit einer Gewichtung der Intensität der Nachsorge und engeren Intervallen im Zeitraum der erhöhten Rezidivwahrscheinlichkeit. Seit 1980 wird das Konzept der **‘individualisierten Nachsorge‘** umgesetzt. Hier schlägt sich das individuelle Rezidivrisiko in Abhängigkeit des Tumorstadiums, der durchgeführten Operation und einer eventuellen Zusatzbehandlung in Umfang und Intensität des jeweiligen Nachsorgeprogramms nieder.

### **Praktische Durchführung der Nachsorge:**

#### **Anamnese:**

Obligat sind Fragen nach körperlicher Verfassung, Gewichtsentwicklung, Appetit, Schmerzen, Stuhlverhalten, Blutungen.

#### **Körperliche Untersuchung:**

Die allgemeine klinische Untersuchung sollte neben Lunge, Abdomen, Lymphknotenstatus immer auch die digitale rektale Untersuchung des Rektums bzw. Inspektion und Austastung des Stomas beinhalten.

#### **Labor:**

Die Bestimmungen von Blutbild, Gerinnung, Elektrolyten, Nieren- und Leberwerten sind sinnvoll. Tumormarkeruntersuchungen (CEA) im Verlauf sind obligater Bestandteil des Nachsorgeplans, sollten zur besseren Vergleichbarkeit wenn möglich immer in demselben Labor durchgeführt werden.

#### **Abdomen-Sonografie:**

Sie ist obligater Bestandteil jeder Nachsorge und dient in erster Linie der Suche nach Lebermetastasen. Auch Lymphknotenvergrößerungen oder lokoregionäre Rezidive sowie indirekte Zeichen der Rezidivierung, wie Harnstau, Aszites, sollen sonografisch ausgeschlossen werden. Bei verdächtigen Sonografiebefunden müssen diese zunächst mittels CT weiter abgeklärt werden.

#### **Computertomografie des Abdomens und kleinen Beckens:**

Diese ist regelhaft nur beim Rektumkarzinom nach abgeschlossener Therapie (OP oder adjuvanter Radiochemotherapie) als posttherapeutischer Ausgangsbefund gefordert.

#### **Endoskopie:**

Eine fehlende oder unvollständige Koloskopie soll innerhalb von 3 Monaten postoperativ nachgeholt werden. Zum Ausschluß von Lokalrezidiven, Adenomen und Zweitkarzinomen erfolgt die Koloskopie zusätzlich nach 2 und 5 Jahren. Beim Rektumkarzinom wird eine Rektoskopie, falls möglich in Kombination mit einer Endosonografie, zunächst halbjährlich, ab dem 3. Jahr jährlich durchgeführt.

#### **Röntgen-Thorax:**

Diese Untersuchung erfolgt in den Stadien II und III beim Kolon- und Rektumkarzinom nach 1,2,3 und 5 Jahren zum Ausschluß von Lungenmetastasen.

Abbildungen: Nachsorgepläne Kolonkarzinom, Rektumkarzinom der Deutschen Krebsgesellschaft

### Nachsorgeempfehlung bei Patienten mit Kolonkarzinom UICC Stadium I [4]

| Untersuchung                       | Monate |    |    |    |    |    |    |
|------------------------------------|--------|----|----|----|----|----|----|
|                                    | 6      | 12 | 18 | 24 | 36 | 48 | 60 |
| Anamnese, körperliche Untersuchung | *      |    |    | +  |    |    | +  |
| Koloskopie <sup>a</sup>            | *      |    |    | +  |    |    | +  |

<sup>a</sup> 3 Monate postoperativ, wenn präoperative Abklärung des gesamten Kolons nicht möglich.

Nach dem 5. Jahr 2 - 3 jährliche Koloskopie

\* nach endoskopischer Abtragung

### Nachsorgeempfehlung bei Patienten mit Kolonkarzinom UICC Stadium II - III [4]

| Untersuchung                            | Monate |    |    |    |    |    |    |
|---|--------|----|----|----|----|----|----|
|   | 6      | 12 | 18 | 24 | 36 | 48 | 60 |
| Anamnese, körperliche Untersuchung, CEA | +      | +  | +  | +  | +  | +  | +  |
| Abdomen-Sonographie                     | +      | +  | +  | +  | +  | +  | +  |
| Röntgen-Thorax                          |        | +  |    | +  | +  |    | +  |
| Koloskopie <sup>a</sup>                 |        |    |    | +  |    |    | +  |

<sup>a</sup> 3 Monate postoperativ, wenn präoperativ Abklärung des gesamten Kolons nicht möglich.

Spiral-Computertomographie Abdomen befundorientiert (z.B. bei unklarem Sonographiebefund, CEA-Anstieg).

Nach dem 5. Jahr alle 3 Koloskopie.

HNPCC: ohne subtotale Kolektomie: 2 jährlich Koloskopie, wenn kein Adenom-Nachweis in der Voruntersuchung; nach subtotaler Kolektomie: alle 2 Jahre Rektoskopie.

### Nachsorgeempfehlung bei Patienten mit Rektumkarzinom UICC - Stadium I

| Untersuchung                       | Monate |    |    |    |    |    |    |
|------------------------------------|--------|----|----|----|----|----|----|
|                                    | 6      | 12 | 18 | 24 | 36 | 48 | 60 |
| Anamnese, körperliche Untersuchung |        |    |    | +  |    |    | +  |
| Koloskopie <sup>1</sup>            |        |    |    | +  |    |    | +  |

<sup>1</sup> 3 Monate postoperativ, wenn präoperativ Abklärung des gesamten Kolons nicht möglich.

Nach dem 5. Jahr alle 3 Jahre Koloskopie.

### Nachsorgeempfehlung bei Patienten mit Rektumkarzinom nach lokaler Excision

| Untersuchung   | Monate |    |    |    |    |    |    |
|--|--------|----|----|----|----|----|----|
|  | 6      | 12 | 18 | 24 | 36 | 48 | 60 |
| Anamnese, körperliche Untersuchung                   | +      | +  | +  | +  | +  | +  | +  |
| Rektoskopie o. Sigmoidoskopie, evtl. Endosonographie | +      | +  | +  |    |    |    |    |
| Koloskopie*  |        |    |    | +  |    |    | +  |

\* 3 Monate postoperativ, wenn präoperativ Abklärung des gesamten Kolons nicht möglich.

Nach dem 5. Jahr alle 3 Jahre Koloskopie.

Nach endoskopischer Abtragung eines gestielten Polypen mit T1-Karzinom low risk sind bei tumorfreier Polypenbasis die Nachuntersuchungen nach 12 und 18 Monaten entbehrlich.

### Nachsorgeempfehlung bei Patienten mit Rektumkarzinom<sup>a</sup> UICC - Stadium II + III

| Untersuchung   | Monate   |    |    |    |                |                |    |
|--|--|----|----|----|----------------|----------------|----|
|  | 6  | 12 | 18 | 24 | 36             | 48             | 60 |
| Anamnese, körperliche Untersuchung, CEA <sup>b</sup>                       | +  | +  | +  | +  | +              | +              | +  |
| Abdomen-Sonographie  | +  | +  | +  | +  | +              | +              | +  |
| Röntgen-Thorax (in 2 Ebenen)   |  | +  |    | +  | +              |                | +  |
| nach Rektumresektion: Rektoskopie o. Sigmoidoskopie, evtl. Endosonographie | +  | +  | +  |    | + <sup>c</sup> | + <sup>c</sup> |    |
| Koloskopie <sup>d</sup>  |  |    |    | +  |                |                | +  |
| Computertomographie (Axialverfahren) Becken                                | 3 Monate nach Abschluß der tumorspezifischen Therapie (Operation bzw. adjuvanter Strahlen/Chemotherapie) |    |    |    |                |                |    |

<sup>a</sup> Tumoren, die nicht eindeutig dem Rektum oder Sigma zuzuordnen sind (sog. Rektosigmoidkarzinome) werden in der Tumornachsorge wie Rektumkarzinome behandelt;

<sup>b</sup> Die American Society of Clinical Oncology (ASCO) hat 1996 und 1999 [1, 2] die CEA-Bestimmung bei Patienten mit kolorektalem Karzinom des Stadiums II und III alle 2-3 Monate für 2 Jahre empfohlen, allerdings nur für Patienten, die willens und in der Lage sind, sich bei Auftreten von Metastasen einer Leberresektion zu unterziehen.

<sup>c</sup> Nach adjuvanter Strahlen/Chemotherapie wegen verzögert auftretender Lokalrezidive;

<sup>d</sup> 3 Monate postoperativ, wenn präoperativ Abklärung des gesamten Kolons nicht möglich. Nach dem 5. Jahr alle 3 Jahre Koloskopie.