



Behandling af inkurabel sygdom i ventrikel

Version 1.0

GODKENDT

Faglig godkendelse

24. marts 2020 (DMCG)

Administrativ godkendelse

5. oktober 2020 (Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet)

REVISION

Planlagt: 30. juni 2021

INDEKSERING

Dissemineret, cancer, ventrikel

Indholdsfortegnelse

1. Anbefalinger (Quick guide).....	2
Kirurgisk og endoskopisk palliation af karcinom i ventrikel	2
2. Introduktion	3
3. Grundlag	4
Kirurgisk og endoskopisk palliation af karcinom i ventrikel	4
4. Referencer	5
5. Metode	6
6. Monitorering	6
7. Bilag	6
8. Om denne kliniske retningslinje.....	7

1. Anbefalinger (Quick guide)

Kirurgisk og endoskopisk palliation af karcinom i ventrikel

1. **Bypassprocedurer af ventriklens udløbsdel kan foretages med stents eller som gastroenteroanastomose (A).**
2. **Man bør anvende stents til patienter med kort forventet levetid (< 2 mdr) (A).**
3. **Covered metal stent bør anvendes frem for non-covered stent (A).**
4. **HIPEC og PIPAC er nye metoder til palliation af patienter med peritoneal carcinomatose. Metoderne bør kun foregå i protokollert regi (D).**

2. Introduktion

Kræft i mavesækken er i Danmark en forholdsvis sjælden sygdom med 270 tilfælde årligt, hvoraf 2/3 er mænd. Mange af patienterne bliver først diagnosticeret på et tidspunkt hvor sygdommen har spredt sig og patienterne således ikke er i kurabel tilstand. Der bliver opereret knapt 90 patienter om året med enten kurativt eller palliativt sigte og den samlede 5 års overlevelse for patienter med kræft i mavesækken er ca 20 %.

Formål

Det overordnede formål med retningslinjen er at understøtte en evidensbaseret kræftindsats af høj og ensartet kvalitet på tværs af Danmark.

Formålet med palliativ behandling er gennem klinisk intervention at forbedre patienternes almentilstand, øge livskvaliteten og forlænge restlevetiden.

De anvendte metoder er kirurgisk bypass, palliative resektioner eller endoskopiske modaliteter (interne bypass i form af stents). Endvidere kan palliativ onkologisk behandling tilbydes et flertal af patienterne.

Patientgruppe

I dette afsnit behandles en undergruppe af patienter med ventrikelkræft med inkurabel sygdom. Dette omfatter dels patienter med dissemineret sygdom, patienter som ikke tåler eller ønsker kurabel behandling og patienter med recidiv efter intenderet kurabel behandling. Denne kategori udgør majoriteten af alle patienterne med ventrikelkræft.

Mange patienter med kræft har symptomer af fysisk, psykisk, social og åndelig/eksistentiel karakter, og patienter med kræft i ventriklen har flere problemstillinger end mange andre patientgrupper.

Kardinalsymptomerne er dysfagi, opkastninger, vægttab og manglende appetit og deraf følgende kakeksi. Specifik behandling retter sig derfor mod denne problemstilling med at sikre tilstrækkelig og ubesværet fødeindtagelse. Da mange i denne patientgruppe også er i en socialt udsat situation, idet mange patienter kommer fra socialgruppe 4 og 5, er der et stort arbejde med koordination til primærsektoren, mhp støtte at patienten i både behandlingsforløbet og i den terminale fase.

Målgruppe for brug af retningslinjen

Denne retningslinje skal primært understøtte det kliniske arbejde og udviklingen af den kliniske kvalitet, hvorfor den primære målgruppe er klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen.

Det understreges gennem nærværende kliniske retningslinje, at det er vigtigt, at sundhedspersonale fra flere professioner og fra såvel sekundær- som primærsektoren og den kommunale primærsektor arbejder koordineret sammen om opgaven. Den specialiserede palliative indsats for ventrikelcancerpatienten er afhængig af specialiserede afdelinger med særligt kendskab til de muligheder der i et team for at sikre kirurgisk og onkologisk behandling i den præterminale og terminale fase.

3. Grundlag

Kirurgisk og endoskopisk palliation af karcinom i ventrikel

1. **Bypassprocedurer af ventriklens udløbsdel kan foretages med stents eller som gastroenteroanastomose (A).**
2. **Man bør anvende stents til patienter med kort forventet levetid (< 2 mdr) (A).**
3. **Covered metal stent bør anvendes frem for non-covered stent (A).**
4. **HIPEC og PIPAC er nye metoder til palliation af patienter med peritoneal carcinomatose. Metoderne bør kun foregå i protokolleret regi (D).**

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen baseres på de relevante engelsksprogede internationale guidelines, Cochrane reviews og metaanalyser.

Der foreligger et Cochrane review fra 2018, indeholdende 3 randomiserede undersøgelser med 84 patienter. Der beskrives stent behandling versus gastroenteroanastomose (1)[1a]. Bypass af ventriklens udløbsdel udføres ved transposition af jejunum (GEA, gastroenteroanastomose). Den initiale tekniske succes er den samme for stents som for GEA (96 %), med færre indlæggelsesdage for initiale stent behandling og hurtigere fødeindtagelse (1,2)[1a]. Der er større recidiv rate af obstruktive symptomer ved stents ligesom disse patienter har en kortere levetid (3)[1b]. I det lange løb er det vist, at gastrointestinal by-pass har færre komplikationer og en bedre effekt på obstruktionen. Man anbefaler derfor kun stent til patienter med kort forventet levetid (mindre end 2 mdr.) (3)[1b]. Som konklusion på Cochrane analysen har anvendelsen af duodenale stents i malign gastrisk obstruktion en hurtigere genoptagelse af oralt fødeindtag og kortere hospitalsindlæggelse, balanceret af en højere recidiv rate af obstruktive symptomer med yderligere interventioner. Man anfører at konklusionerne er low level evidence.

Der kan anvendes såvel covered som uncovered SEMs. Covered SEMs har større migrations risiko, men lavere obstruktionsfølger (4,5)[1a].

Cytoreduktiv kirurgi kombineret med hypertermisk intraperitoneal kemoterapi og overtryks intraperitoneal kemoterapi ved dissemineret ventrikelcancer er metoder under udvikling, hvor behandling med dette skal foregå i protokolleret regi (6)[2b].

Rationale

Retningslinjerne tager udgangspunkt i den virkelighed der er i Danmark i dag. Behandling af denne patientgruppe er en specialist opgave i et systematiseret tværfagligt samarbejde der har omdrejningspunkt i det Multi-Disciplinære-Team der står bag MDT konferencerne.

Bemærkninger og overvejelser

Den specialiserede behandling, der skal individuelt tilpasses den enkelte patient, stiller store krav til den enkelte behandler og fordrer specialiseret efteruddannelse og tæt samarbejde med de andre involverede afdelinger.

4. Referencer

1. Allum WH, Blazeby JM, Griffin SM, Cunningham D, Jankowski JA, Wong R, et al. Guidelines for the management of oesophageal and gastric cancer. *Gut*. 2011;60(11):1449-72.
2. Gamboa AC, Winer JH. Cytoreductive Surgery and Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy for Gastric Cancer. *Cancers (Basel)*. 2019;11(11).
3. Hamada T, Hakuta R, Takahara N, Sasaki T, Nakai Y, Isayama H, et al. Covered versus uncovered metal stents for malignant gastric outlet obstruction: Systematic review and meta-analysis. *Dig Endosc*. 2017;29(3):259-71.
4. Jeurnink SM, Steyerberg EW, van Hooft JE, van Eijck CH, Schwartz MP, Vleggaar FP, et al. Surgical gastrojejunostomy or endoscopic stent placement for the palliation of malignant gastric outlet obstruction (SUSTENT study): a multicenter randomized trial. *Gastrointest Endosc*. 2010;71(3):490-9.
5. Jeurnink SM, van Eijck CH, Steyerberg EW, Kuipers EJ, Siersema PD. Stent versus gastrojejunostomy for the palliation of gastric outlet obstruction: a systematic review. *BMC Gastroenterol*. 2007;7:18.
6. Upchurch E, Ragusa M, Cirocchi R. Stent placement versus surgical palliation for adults with malignant gastric outlet obstruction. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;5:CD012506.

5. Metode

Litteratursøgning

Anbefalingerne baserer sig primært på Cochrane reviews samt Meta-analyser og systematiske reviews, samt en søgning på engelsksprogede artikler omhandlende palliering af ventrikelcancer mv siden 2016 i bl.a. Pub Med, Cochrane biblioteket og Google Scholar. Søgeord: Gastric outlet obstruction, gastrig cancer palliation, stent mm.

Formulering af anbefalinger

Disse retningslinjer angående behandling af inkurabel ventrikel cancer er formuleret ved formel og uformel ekspertkonsensus i en undergruppe under hensyntagen til den virkelighed og de muligheder der er i Danmark i dag. Retningslinjerne er formuleret i en undergruppe nedsat af arbejdsgruppen vedrørende revision af retningslinjerne i ventrikel, GEJ og Esophagus.

Høring og godkendelse

Disse retningslinjer angående behandling af inkurabel ventrikel cancer er gennemgået i arbejdsgruppen vedrørende revision af retningslinjerne i ventrikel, GEJ og Esophagus. En arbejdsgruppe nedsat af ECV styregruppen under RKKP.

Anbefalinger, der udløser betydelig merudgift

Ingen anbefalinger vurderes at udløse en betydelig merudgift.

Forfattere

- Lars Bo Svendsen, Professor, dr.med Overlæge, Kirurgisk Gastroenterologisk Klinik Rigshospitalet. Ingen interessekonflikter.
- Mette Siemsen, Klinisk lektor, Ph.d, Overlæge, Thoraxkirurgisk Klinik Rigshospitalet. Ingen interessekonflikter.

6. Monitorering

Med baggrund i bedret livskvalitet vil det være optimalt at monitorere: indlæggelsestid i forbindelse med operativ anlagt gastroenterostomi, genindlæggelses perioder samt tid til død og det samme for stent anlæggelse. Her bør endvidere monitoreres nye endoskopiske interventioner

7. Bilag

Denne kliniske retningslinje har ingen bilag.

8. Om denne kliniske retningslinje

Denne kliniske retningslinje er udarbejdet i et samarbejde mellem Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG.dk) og Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Indsatsen med retningslinjer er forstærket i forbindelse med Kræftplan IV og har til formål at understøtte en evidensbaseret kræftindsats af høj og ensartet kvalitet i Danmark. Det faglige indhold er udformet og godkendt af den for sygdommen relevante DMCG. Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet har foretaget en administrativ godkendelse af indholdet. Yderligere information om kliniske retningslinjer på kræftområdet kan findes på:

www.dmcg.dk/kliniske-retningslinjer

Retningslinjen er målrettet klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen og indeholder systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges som beslutningsstøtte af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer.

De kliniske retningslinjer på kræftområdet har karakter af faglig rådgivning. Retningslinjerne er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse. Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til patientens situation.

Retningslinjen indeholder, udover de centrale anbefalinger (kapitel 1), en beskrivelse af grundlaget for anbefalingerne – herunder den tilgrundliggende evidens (kapitel 3+4). Anbefalinger mærket A er stærkest, Anbefalinger mærket D er svagest. Yderligere information om styrke- og evidensvurderingen, der er udarbejdet efter "Oxford Centre for Evidence-Based Medicine, Levels of Evidence and Grades of Recommendations", findes her: http://www.dmcg.dk/siteassets/kliniske-retningslinjer---skabeloner-og-vejledninger/oxford-levels-of-evidence-2009_dansk.pdf

Generelle oplysninger om bl.a. patientpopulationen (kapitel 2) og retningslinjens tilblivelse (kapitel 5) er også beskrevet i retningslinjen. Se indholdsfortegnelsen for sidehenvvisning til de ønskede kapitler.

For information om Sundhedsstyrelsens kræftpakker – beskrivelse af hele standardpatientforløbet med angivelse af krav til tidspunkter og indhold – se for det relevante sygdomsområde: <https://www.sst.dk>

Denne retningslinje er udarbejdet med økonomisk støtte fra Sundhedsstyrelsen (Kræftplan IV) og RKKP.