

Nachsorge

Wann ?

Wie lange ?

Cui bono ?

Peter Wamser

Chirurgische Abteilung, Thermenklinikum Baden - Mödling

Rezidivraten

“Peritoneal and local“ Colon 20% Rectum 5 - 10% *

*Sugarbaker, WorldJGastroenterol, 2014, 20(28), 9286-91

Rezidivraten

Liver 20 – 70%**

Lung 10 – 20%**

Rezidivraten

“Rezidiv“ 25 – 40% ***

Rezidivraten

Lokal 3 – 24%, Metastasen 25% ****

**** AWMF S3 Leitlinie

Rezidivraten

“Peritoneal and local“ Colon 20% Rectum 5 - 10% *

Liver 20 – 70%**

Lung 10 – 20%**

“Rezidiv“ 25 – 40% ***

Lokal 3 – 24%, Metastasen 25% ****

*Sugarbaker, WorldJGastroenterol, 2014, 20(28), 9286-91

**Van der Meij, DisColonRectum, 2016 Feb;59(2):148-56

***ASCRS; Dis Colon Rectum 2015; 58: 713–725

**** AWMF S3 Leitlinie

Therapie des Rezidivs

A complete resection is the most important prognostic factor and should be the goal of treatment in locally recurrent rectal carcinoma.

Therapie des Rezidivs

A complete resection is the most important prognostic factor and should be the goal of treatment in locally recurrent rectal carcinoma.

Reirradiation seems safe and of additional value in reaching a complete resection.

ACO / ASSO

ACO / ASSO

„Konsensusbericht CRC“

1995

Fritsch, Jatzko, Margreiter

AWMF S3 Leitlinie Kolorektales Karzinom

Keine Nachsorge bei Stadium I außer:

Risiko: Tumoreröffnung, Gefäßinfiltration

dann nur CEA

Colo 12 Mo postOP

AWMF S3 Leitlinie Kolorektales Karzinom

Stadium II und III: regelmäßige Nachsorge,

Wenn therapeutische Konsequenz

AWMF S3 Leitlinie Kolorektales Karzinom

Anamnese und Untersuchung “sind Bestandteil“ der NS

AWMF S3 Leitlinie Kolorektales Karzinom

Anamnese und Untersuchung “sind Bestandteil“ der NS

CEA sinnvoll, andere Laborparameter nicht

AWMF S3 Leitlinie Kolorektales Karzinom

Anamnese und Untersuchung “sind Bestandteil“ der NS

CEA sinnvoll, andere Laborparameter nicht

Sono ist schlechter als CT aber billiger
 (“Routineeinsatz nicht empfohlen“)

AWMF S3 Leitlinie Kolorektales Karzinom

Anamnese und Untersuchung “sind Bestandteil“ der NS

CEA sinnvoll, andere Laborparameter nicht

Sono ist schlechter als CT aber billiger

C/P nur bei Rektum (“ ... Kann durchgeführt werden ...“)

AWMF S3 Leitlinie Kolorektales Karzinom

Anamnese und Untersuchung “sind Bestandteil“ der NS

CEA sinnvoll, andere Laborparameter nicht

Sono ist schlechter als CT aber billiger

C/P nur bei Rektum (“ ... Kann durchgeführt werden ...“)

Sigmoideoskopie nur bei Recti II, III ohne neoadj. Th.

ASCRS: Practice Guideline for the Surveillance of Patients After Curative Treatment of Colon and Rectal Cancer

Factors to consider:

Comorbidity, activity level, age, patient preference, and compliance

ASCRS: Practice Guideline for the Surveillance of Patients After Curative Treatment of Colon and Rectal Cancer

Factors to consider:

Comorbidity, activity level, age, patient preference, and compliance

Patients who are unable to tolerate surgical or adjuvant therapy owing to comorbidities

should not undergo surveillance !

ASCRS: Practice Guideline for the Surveillance of Patients After Curative Treatment of Colon and Rectal Cancer

	0	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36	42	48	54	60
Colon																	
KlinKO + DRU		x	(x)	x	(x)	x	(x)	x	(x)		x		x		x		x
CEA		x	(x)	x	(x)	x	(x)	x	(x)		x		x		x		x
CT					x				x				x		x		x
Colo 1 - 2 x / 5a					x												
Rektum																	
KlinKO + DRU		x	(x)	x	(x)	x	(x)	x	(x)		x		x		x		x
CEA		x	(x)	x	(x)	x	(x)	x	(x)		x		x		x		x
CT					x				x				x		x		x
Colo 1 - 2 x / 5a					x												
Sigmoideoskopie ± EUS			(x)		x		(x)		x								
Sigmoideoskopie ± EUS			x		x		x		x								

3 - 5a bei Anastomose

3 - 5a bei lokaler Exzision

ESMO

Consensus Guidelines

Follow up depends on

Stage

Perioperative treatment

Amendability to Resection (of Recurrence)

Intensity of Follow up

... Is subject to great controversy

Intensity of Follow up

... Is subject to great controversy

Patients should be motivated ...

for optimization of life style ...

Accepted are ...

3 mtl. Kontrollen 3a, dann 2a lang 6 mtl.

Evaluierung der Chemotoxizität

CEA (wenn Pat. fit für Resektion)

Colo alle 5 Jahre

Nur bei High Risk ...

CT alle 6 – 12 Mo. (ersatzweise Sono)

could be considered ...

Nach multimodaler Therapie

Follow up länger als 5a,

Möglicherweise Rezidive verzögert.

Table 20. Surveillance schedule for colorectal cancer (months after surgery/adjuvant treatment)

	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36	42	48	54	60
CEA	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Colonoscopy				x								x				
High risk Abdominal/chest CT scan		(x)		x		(x)		x		(x)		x				

CEA, carcinoembryonic antigen.

Adherence to national guidelines for surveillance after curative resection of nonmetastatic colon and rectum cancer: a survey among Norwegian gastrointestinal surgeons

Modality:	Post-operative surveillance:												
	Year:		1		2		3		4		5		
	Month:	3	6	9	12	18	24	30	36	42	48	54	60
CEA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
US of liver		⓪		⓪	⓪	⓪	⓪	⓪	⓪	⓪	⓪	⓪	⓪
Chest X-ray		×		×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
Colonoscopy				@									@

Figure 1 Norwegian guidelines for follow up (stage I–III, age < 75 years).

Adherence to national guidelines

41 Chirurgische Abteilungen

61% FoUp im KH

10% im KH + beim Praktiker

29% nur beim Niedergelassenen

Adherence to national guidelines

41 Chirurgische Abteilungen

61% FoUp im KH

10% im KH + beim Praktiker

29% nur beim Niedergelassenen

60% nach Norwegischer Empfehlung

37% modifiziert (zusätzliche Bildgebung)

Treatment of Locally Recurrent Rectal Carcinoma in Previously (Chemo)Irradiated Patients: A Review.

Nachsorge verbessert Überleben um 1%

Treatment of Locally Recurrent Rectal Carcinoma in Previously (Chemo)Irradiated Patients: A Review.

Nachsorge verbessert Überleben um 1%

360 Nachsorgeuntersuchungen und 11 Re-OPs
für ein Langzeitüberleben.

Watch-and-wait approach versus surgical resection after CRT

A substantial proportion of patients with rectal cancer managed by watch and wait avoided major surgery and averted permanent colostomy without loss of oncological safety at 3 years.

Der Österreichische Weg ?

Danke !