

Paradigmskifte i behandling av rektalcancer

Men skräddarsydd, funktionsparande terapi måste utvärderas systematiskt



INGVAR SYK, docent, överläkare, kirurgiska kliniken, Skånes universitetssjukhus, Malmö
Ingvar.K.Syk@Skane.se

I detta nummer av Läkartidningen skriver Bengt Glimelius et al om strålbehandling av rektalcancer. Trots ökande kunskap och diskussion om de negativa konsekvenserna av strålning, har andelen patienter som strålbehandlas ökat och uppgår nu till 60 procent i landet [1]. Att vi borde kunna minska andelen som genomgår preoperativ strålning bland patienter med tidiga och intermediära tumörer i mellersta och övre rektum är nog rätt klart.

Konceptet att inte operera utan behandla mindre tumörer med enbart kemoradioterapi är mycket intressant, även om det kan förefalla paradoxalt att ge intensivare behandling vid tidiga tumörer med mycket god prognos. Att tillämpa expektans vid mer avancerade tumörer som svarar bra på neoadjuvant behandling med komplett klinisk remission är egentligen mindre tveksamt rent etiskt, eftersom dessa patienter ändå skulle ha fått kemoradioterapi. Men detta är ett paradigmskifte som reser nya frågeställningar.

En nyckelfråga är hur det går för de patienter som reciderar efter enbart kemoradioterapi efter till synes komplett remission. Är resultaten lika goda som efter primär operation? Detta är dåligt känt, även om de studier som finns visar tillfredsställande resultat [2, 3].

Att inte behöva tillgripa kirurgi är förstås ett lockande alternativ, även om vi vet att enbart kirurgi botar de allra flesta patienter med tumörer utan spridning (stadium 1 och 2). Problemet med att ge kemoradioterapi vid tidiga tumörer är att majoriteten av patienterna inte kommer att uppnå komplett klinisk remission utan ändå måste opereras (eftersom vi inte kan förutse vilka tumörer som svarar bra på behandlingen). De kommer då att få endast de negativa

konsekvenserna av behandlingen, tex försämrad analfunktion, viss ökning av sekundära maligniteter, strålskador på tarmen, neuropati osv. Hur många patienter är det rimligt att behandla för att få önskad effekt hos en patient? Hos hur många patienter är det rimligt att åsamka en behandlingsskada för att få positiv effekt hos en patient?

Detta är svåra frågor utan enkla svar. Ännu svårare är det sannolikt för en patient som nyligen fått en cancerdiagnos att ta ställning till dessa alternativ. Det är nog även så att vi inom professionen varit lite enkelriktade och koncentrerat oss på »tunga onkologiska resultat« som 5-årsöverlevnad och lokalrecidivfrekvens och mindre på sequelae och livskvalitet.

Kirurgi medför uppenbara risker – men vid tidig rektalcancer är prognosen så god efter enbart kirurgi att vidare uppföljning inte är befogad. Efter onkologisk behandling krävs upprepade undersökningar under lång tid. Sannolikt är det stor skillnad för patienten att bli friskförklarad efter operation jämfört med att behöva gå i uppföljningsprogram under flera år. Hur länge ska vi förresten följa patienterna? Hur ska vi följa dem? Med DT, PET? Det blir resurskrävande i vilken form det än sker.

En aspekt som inte belyses i artikeln av Glimelius et al är multimodal organsparande behandling av tidiga tumörer, i form av lokal excision med TEM (transanal endoskopisk mikrokirurgi) kombinerad med adjuvant onkologisk behandling i syfte att slå ut tumörceller i de lokoregionala lymfbanorna. Teoretiskt sett borde fler patienter kunna behandlas organsparande med denna metod, eftersom lokal tumörkontroll uppnås i nästan alla fall och onkologisk behandling har bäst effekt på små tumörhärdar (tex mikrometastaser i lokoregionala lymfbanor).

De resultat som finns redovisade pekar på en högre andel lokalrecidiv än vid resektionskirurgi [4, 5], men den adjuvanta onkologiska behandlingen har inte alltid varit optimal. Rimligen är preoperativ strålbehandling mer effek-

tiv än postoperativ strålning även i denna situation [5].

Att sträva efter en individuellt skräddarsydd, funktionsparande behandling är helt riktigt, men det är mycket viktigt att det görs systematiskt och utvärderas på ett vetenskapligt korrekt sätt. Fler aspekter än enbart 5-årsöverlevnad måste analyseras så att vi inte »glider in« i en ny behandlingsstrategi. Precis som författarna påpekar krävs att centra med tillräcklig volym och kompetens byggs upp.

Önskvärt vore också att vi i Sverige kunde genomföra randomiserade populationsbaserade multicenterstudier i ämnet. Vi har mycket goda förutsättningar för det.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Nationellt kvalitetsregister för kolorektal cancer. www.cancercentrum.se/sv/INCA/kvalitetsregister/kolorektalcancer/rapporter
2. Habr-Gama AI, Perez RO, Nadalin W, et al. Operative versus nonoperative treatment for stage 0 distal rectal cancer following chemoradiation therapy: long-term results. *Ann Surg.* 2004;240(4):711-7; discussion 717-8.
3. Maas M, Beets-Tan RG, Lambregts DM, et al. Wait-and-see policy for clinical complete responders after chemoradiation for rectal cancer. *J Clin Oncol.* 2011;29(35):4633-40.
4. Saraste D, Gunnarsson U, Janson M. Local excision in early rectal cancer – outcome worse than expected: a population based study. *Eur J Surg Oncol.* 2013;39(6):634-9.
5. Bujko K, Richter P, Smith FM, et al. Preoperative radiotherapy and local excision of rectal cancer with immediate radical re-operation for poor responders: a prospective multicentre study. *Radiother Oncol.* 2013;106(2):198-205.

■ SAMMANFATTAT

Vi bör gå mot organsparande behandling vid rektalcancer, vilket dock medför ökad frekvens strålbehandling och intensiv, lång uppföljning.

Hur sådana uppföljningsprogram bäst ska utformas är oklart.

Specialiserade centra behövs där metoderna utprovats vetenskapligt och där även funktionsrelaterade och livskvalitetsrelaterade mått utvärderas.