Hartmanns operation eller intersphinkterisk abdominoperineal ekscision

Version 1.0

GODKENDT
Faglig godkendelse
9. december 2021 (DCCG)

Administrativ godkendelse
13. januar 2022 (Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet)

REVISION
Planlagt: 9. december 2023

INDEKSERING
Hartmanns, intersphinkterisk, abdominoperineal, ekscision

Indholdsfortegnelse

1. Anbefalinger (Quick guide) 3
Behandling 3
2. Introduktion 4
3. Grundlag 5
Behandling 5
4. Referencer 7
5. Metode 8
6. Monitorering 9
7. Bilag 9

1. Anbefalinger (Quick guide)

Behandling

1. **Intersphinkterisk abdominoperineal rektumexcision anbefales fremfor Hartmanns operation i situationer, hvor rektum skal afstaples mindre end 2 cm fra bækkenbunden (B)**

2. **Ved afstapling mere end 2 cm over bækkenbunden, kan intersphinkterisk abdominoperineal rektumexcision frem for Hartmanns operation overvejes, speciel hos mænd (C)**

2. Introduktion

Ved rektumcancer kan komorbiditet, høj alder, øget lækagerisiko, svag anal sphinkter og/eller ønsket om at bringe patienten så sikkert som muligt frem til videre behandling være årsager til at vælge Hartmanns operation(HO) eller intersphinkterisk abdominoperineal rektumexcision(IAPE) frem for anlæggelse af anastomose, hvor dette ellers rent teknisk er muligt.

Bækkenabsces grundet stumplækage er en velkendt komplikation ved HO og kræver ofte langvarig behandling og undertiden re-operation med excision af rektumstumpen. Mange vælger derfor at udføre IAPE frem for HO. IAPE er et mere omfattende indgreb, der øger operationstiden og kan være behæftet med perinealsårsproblemer, der dog ikke er så hyppige som ved APE/ELAPE, hvor hele eller dele af bækkenbunden medtages i præparatet.

Formål

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

Formålet med denne retningslinje er at give læseren en evidensbaseret anbefaling i valget af operationsmetode ved kræft i rektum til sikring af høj og ensartet kvalitet i kræftindsatsen på tværs af Danmark.

Patientgruppe

Patienter, der skal opereres for kræft i rektum, hvor anlæggelse af anastomose rent teknisk er mulig, men er behæftet med øget risiko eller hvor patienten ikke ønsker anastomose

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.

3. Grundlag

Behandling

1. **Intersphinkterisk abdomineal rektumexcision anbefales fremfor Hartmanns operation i situationer, hvor rektum skal afstaples mindre end 2 cm fra bækkenbunden (B)**

2. **Ved afstapling mere end 2 cm over bækkenbunden, kan intersphinkterisk abdominoperineal excision frem for Hartmanns operation overvejes, speciel hos mænd (C)**

Litteratur og evidensgennemgang

Hartmanns operation (HO) sammenlignet med intersphinkterisk abdominoperineal rektumexcision (IAPE).

Ved litteraturgennemgangen er der ikke fundet randomiserede studier, der sammenligner HO med IAPE og litteraturen omkring emnet er i det hele taget sparsom (1-9).

Tøttrup et al fandt i et retrospektivt studie, at 18,6% blandt 163 patienter opereret med HO udviklede bækkenabsces. Blev rektum afstaplet mindre end 2 cm fra bækkenbunden var incidensen 32,9 % og var patienten tillige mand steg incidensen til 45%. Claudicatio intermittens/manglende fodpulse var en selvstændig risikofaktor for stumplækage (1).

I et multicenter prospektivt kohortestudie med 90 dages observationstid omfattende i alt 179 patienter fandt Fowler et al (2) incidensen af bækkenabsces til 15% (11/71) ved HO, hvor staperlinjen kunne nås ved exploration mod 1,5% (1/67) ved IAPE. I IAPE gruppen udviklede 12% perinealsårskomplikationer (infektion, protaheret heling). Den samlede morbiditet i de 2 grupper var ens, med en overvægt af alvorlige (Clavien-Dindo 3+) medicinske komplikationer i IAPE gruppen og en overvægt af alvorlige kirurgiske i HO gruppen (2).

Popiolek et al fandt i et retrospektivt studie, at 21% (7/34) fik bækkenabsces efter lav HO mod 10% (3/30) i IAPE gruppen (p 0,313). I denne fik 13% perinealsårsinfektion (3).

I et multicenter tværsnitstudie fandt Westerduin et al bækkenabsces hos 17% (23/139) opereret med lav HO mod 11% (5/46) ved IAPE (p 0.382). Alle abscesser i IAPE gruppen blev diagnosticeret >30 dage postoperativt. Signifikant flere i IAPE gruppen fik udført multivisceral resektion og samme gruppe havde signifikant flere intraoperative komplikationer. 11% af patienterne i IAPEgruppen udviklede perinealt hernie i en observationsperiode på mediant 39 måneder (4).

I en meta-analyse omhandlende HO versus konventionel APE findes i en subgruppe, hvor HO sammenlignes med IAPE, at den samlede komplikationsrate ikke afveg signifikant operationstyperne imellem. Der var en ikke signifikant tendens til flere bækkenabscesser i HO gruppen (OR 1,8, 95% CI 0,89- 3,73, p = 0,10) (5).

Patientværdier og- præferencer

Patientværdier og -referencer er ikke undersøgt i denne retningslinje

Rationale

Anbefalingen er resultatet af gennemgang af den tilgængelige litteratur

Bemærkninger og overvejelser

Litteraturen der ligger til grund for nærværende anbefalinger er yderst sparsom og den foreliggende litteratur er ikke entydig. Der er dog ikke tvivl om, at stumplækage/bækkenabsces efter HO forekommer relativt hyppigt og er belastende for patienten og ofte ressourcekrævende. IAPE bør altid haves med i overvejelserne om operationsmetode hos den patientkategori, hvor man ønsker at undgå en anastomose, i særdelshed hvis patienten er mand.

4. Referencer

1. Tottrup A, Frost L. Pelvic sepsis after extended Hartmann's procedure. Dis Colon Rectum. 2005;48(2):251-5.
2. Fowler H, Clifford R, Sutton P, Watson A, Fearnhead N, Bach S, et al. Hartmann's procedure versus intersphincteric abdominoperineal excision (HiP Study): a multicentre prospective cohort study. Colorectal Dis. 2020;22(12):2114-22.
3. Popiolek M, Dehlaghi K, Gadan S, Baban B, Matthiessen P. Total Mesorectal Excision for Mid-Rectal Cancer Without Anastomosis: Low Hartmann's Operation or Intersphincteric Abdomino-Perineal Excision? Scand J Surg. 2019;108(3):233-40.
4. Westerduin E, Musters GD, van Geloven AAW, Westerterp M, van der Harst E, Bemelman WA, et al. Low Hartmann's procedure or intersphincteric proctectomy for distal rectal cancer: a retrospective comparative cohort study. Int J Colorectal Dis. 2017;32(11):1583-9.
5. Ahmad NZ, Azam M, Coffey JC. A meta-analysis of low Hartmann's procedure versus abdominoperineal resection for non-restorative treatment of rectal cancer. Int J Colorectal Dis. 2021;36(12):2585-98.
6. Frye JNR et al: Abdominoperineal resection or low Hartmann’s procedure. ANJ J Surg 2004 Jul; 74(7) 537-40
7. Rodriguez JLM et al: Low Rectal Cancer: Abdominoperineal Resection or Low Hartmann Resection? A Postoperative Outcome Analysis. Dis Colon Rectum; 54(8): 958-962
8. Sverrisson I et al: Hartmann’s procedure in rectal cancer: a population-based study of postoperative complications. Int J Colerectal Dis (2015) 30: 181-186
9. Westerduin E et al: Low Hartmann’s procedure or intersphinceric proctectomy for distal rectal cancer: a retrospective comparative cohort study. Int J Colorectal Dis (2017) 32: 1583-1589

5. Metode

Litteratursøgning

Der er valgt at foretage en søgning efter primær og sekundær litteratur alene for at identificere alle originale studier med relation til emnet.

Der blev søgt efter primær og sekundær litteratur i PubMed (Medline). Søgningen er foretaget i oktober 2021 af stud.med. Josefine Secher. Litteraturtype, som blev inkluderet, var originale studier, systematiske rewiews, meta-analyser, randomiserede kontrollerede forsøg, på engelsk eller dansk. Case reports og studieprotokoller blev ekskluderet. Resultatet af søgningen gav 65 artikler. Disse blev gennemlæst på abstract niveau for identifikation af artikler til fuld gennemlæsning.

Endelig resultat af litteraturgennemgangen gav 6 artikler, som blev brugt som grund til denne retningslinje.

Søgestreng:
Hartmann's procedure OR Hartmanns operation AND (abdomen-perineal excision OR abdominoperineal excision OR abdomino-perineal resection OR abdominoperineal resection OR APE OR intersphincteric excision OR intersphincteric abdomino-perineal excision OR IS APE) AND (Rectal cancer OR rectal neoplasm OR rectum neoplasm OR rectum cancer OR mid-rectal)

Litteraturengennemgang

Litteraturen er gennemgået af forfatterne. Kun engelsk- og dansksproget litteratur er gennemgået.

Formulering af anbefalinger

Anbefalingerne er formuleret af forfatterne og godkendt af DCCGs Kirurgiske arbejdsgruppe.

Interesseinvolvering

DCCGs Kirurgiske arbejdsgruppe har været involveret i udformningen af retningslinjerne.

Høring og godkendelse

Retningslinjen er godkendt af DCCGs Kirurgiske arbejdsgruppe.

Anbefalinger, der udløser betydelig merudgift

Ingen anbefalinger vurderes at udløse en betydelig merudgift.

Forfattere og habilitet

- Thomas Bent Harvald, overlæge Gastroenheden, Herlev og Gentofte Hospital
- Søren Salomon, overlæge, Kirurgisk afdeling A, Odense Universitetshospital

Ovenstående har ingen interessekonflikter.

6. Monitorering

Der er ingen forslag til monitorering ud over den eksisterende

7. Bilag

Søgestreng:
Hartmann's procedure OR Hartmanns operation AND (abdomen-perineal excision OR abdominoperineal excision OR abdomino-perineal resection OR abdominoperineal resection OR APE OR intersphincteric excision OR intersphincteric abdomino-perineal excision OR IS APE) AND (Rectal cancer OR rectal neoplasm OR rectum neoplasm OR rectum cancer OR mid-rectal)

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 sidehenvisning 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.