Kirurgisk og endoskopisk palliation af ventrikelcancer

Version 2.1

GODKENDT
Faglig godkendelse
28. januar 2025 (DEGC)
Administrativ godkendelse
18. februar 2025 (Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet)

REVISION
Planlagt: 28. januar 2027

INDEKSERING
Dissemineret ventrikel cancer

Nyt siden sidst (ændringslog)

Retningslinjen er kritisk gennemlæst af arbejdsgruppen og anbefalinger og indhold fraset enkelte mindre ændringer er vurderet gældende. Ændringerne består i mulighed for brugen af endoskopisk ultralydsvejledt gastrojejunostomi. Der er derudover foretaget ændring af versionsnummer, administrativ godkendelsesdato samt dato for revision.

Der henvises til bilag 1 for tidligere versioners ændringslog.

Indholdsfortegnelse

1. Anbefalinger (Quick guide) 3
Kirurgisk og endoskopisk palliation af karcinom i ventrikel 3
2. Introduktion 4
3. Grundlag 5
Kirurgisk og endoskopisk palliation af karcinom i ventrikel 5
4. Referencer 7
5. Metode 8
6. Monitorering 10
7. Bilag 11
8. Om denne kliniske retningslinje 12

1. Anbefalinger (Quick guide)

Kirurgisk og endoskopisk palliation af karcinom i ventrikel

1. **Bypassprocedurer af ventriklens udløbsdel kan foretages som gastroenteroanastomose, anlæggelse af stent eller endoskopisk ultralydsvejledt gastroenterostomi (A)**

2. **Man bør anvende stents til patienter med kort forventet levetid (< 2 mdr) (A)**

3. **Både covered og non-covered metalstents kan anvendes til aflastning (A)**

4. **Gastrektomi med palliativt sigte (dvs R2 resektion med synligt efterladt tumovæv), kan i udvalgte tilfælde anvendes, hvis anden behandling ikke kan bedre patientens spiseproblemer (B), eller ved komplikationer som blødning eller perforation.**

2. Introduktion

Kræft i ventriklen er i Danmark en forholdsvis sjælden sygdom med 250 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 60 patienter om året med enten kurativt eller palliativt sigte og den samlede 5 års overlevelse for patienter med kræft i ventriklen 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.

Patientgruppe

I dette afsnit behandles den undergruppe af patienter med kræft i ventriklen, der ikke kan tilbydes kurativ behandling. Dette omfatter dels patienter med dissemineret sygdom, patienter som ikke tåler eller ønsker kurabel behandling og patienter med recidiv efter intenderet kurativ behandling. Denne kategori udgør majoriteten af alle patienterne med kræft i ventriklen.
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 for patienter med kræft i ventriklen er besvær med fødeindtag, opkastninger, manglende appetit og deraf følgende vægttab og kakeksi. Den specifikke behandling retter sig derfor mod at ophæve eller bypasse tumor obstruktion i ventriklen for derved at sikre tilstrækkelig og ubesværet fødeindtagelse.

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.

3. Grundlag

Kirurgisk og endoskopisk palliation af karcinom i ventrikel

1. **Bypassprocedurer af ventriklens udløbsdel kan foretages som gastroenteroanastomose, anlæggelse af stent eller endoskopisk ultralydsvejledt gastroenterostomi (A)**

2. **Man bør anvende stents til patienter med kort forventet levetid (< 2 mdr) (A)**

3. **Både covered og non-covered metalstents kan anvendes til aflastning (A)**

4. **Gastrektomi med palliativt sigte (dvs R2 resektion med synligt efterladt tumovæv), kan i udvalgte tilfælde anvendes, hvis anden behandling ikke kan bedre patientens spiseproblemer (B), eller ved komplikationer som blødning eller perforation.**

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen baseres på de relevante engelsksprogede internationale guidelines, Cochrane reviews og metaanalyser. Malign obstruktion af ventriklens udløbsdel, er et af de hyppigste problemer ved dissemineret ventrikel cancer. Dette kan afhjælpes enten endoskopisk eller kirurgisk. 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 (2, 3) [1a]. Der er større recidiv rate af obstruktive symptomer ved stents ligesom disse patienter har en kortere levetid (4) [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.) (4)[1b]. Som konklusion på Cochrane analysen har anvendelsen af 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 (1, 5).

I en metaanalyse fra 2024, inkluderende 3617 patienter, sammenligner man den kliniske succesrate, reinterventionsraten og sikkerheden af forskellige palliative procedure for malign obstruktion i ventriklen. Forfatterne kommer frem til samme resultat som ovenstående; gastrojejunostomi har en højere klinisk succesrate end stent, men har en øget risiko for komplikationer. Anlæggelse af stent har en øget reinterventionsrate. Studiet inkluderer også endoskopisk ultralydsvejledt gastrojejunostomi, som har samme succesrate, men lavere risiko for komplikationer i forhold til gastrojejunostomi (6) [B], Denne metode kan anbefales på centrer, der har erfaring med dette.

Der kan anvendes såvel covered som uncovered SEMS. Covered SEMS har større migrations risiko, men lavere obstruktionsfølger (1, 7) [1a].

Patientværdier og – præferencer

Ej anført.

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. Upchurch E, Ragusa M, Cirocchi R. Stent placement versus surgical palliation for adults with malignant gastric outlet obstruction. Cochrane Database Syst Rev. 2018;5(5):CD012506.
2. 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.
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. Lordick F, Carneiro F, Cascinu S, Fleitas T, Haustermans K, Piessen G, et al. Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2022;33(10):1005-20.
6. Tran KV, Vo NP, Nguyen HS, Vo NT, Thai TBT, Pham VA, et al. Palliative procedures for malignant gastric outlet obstruction: a network meta-analysis. Endoscopy. 2024;56(10):780-9.
7. 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.

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.

Litteraturgennemgang

Litteratur gennemgået af Mette Siemsen og Morten Thorsteinsson.

Formulering af anbefalinger

Disse retningslinjer angående behandling af ikke kurabel 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. En arbejdsgruppe nedsat af DEGC styregruppen under Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut.

Interessentinvolvering

Patienter har ikke været direkte involveret i udarbejdelsen af denne kliniske retningslinje.

Høring

Denne retningslinje har ikke været i offentlig høring.

Godkendelse

Faglig godkendelse:
Denne retningslinje angående behandling af ikke kurabel ventrikel cancer er gennemgået i arbejdsgruppen vedrørende revision af retningslinjerne i ventrikel, GEJ og esophagus. En arbejdsgruppe nedsat af DEGC styregruppen under Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut.

Administrativ godkendelse:
18. februar 2025.

Anbefalinger, der udløser betydelig merudgift

Ingen anbefalinger vurderes at udløse en betydelig merudgift.

Behov for yderligere forskning

Ej anført.

Forfattere og habilitet

- Mette Siemsen, Klinisk lektor, Ph.d, Overlæge, Thoraxkirurgisk Klinik Rigshospitalet. Ingen interessekonflikter.
- Alan Ainsworth, Klinisk lektor, Ph.d, Overlæge, Kirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital. Ingen interessekonflikter.
- Morten Thorsteinsson, Overlæge, ph.d., FEBS, Afdeling for Transplantation og sygdomme i fordøjelsessystemet, Rigshospitalet. Ingen Interessekonflikter.

Jf. Habilitetspolitikken henvises til deklaration via Lægemiddelstyrelsens hjemmeside for detaljerede samarbejdsrelationer: https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/godkendelse/sundhedspersoners-tilknytning-til-virksomheder/lister-over-tilknytning-til-virksomheder/apotekere,-laeger,-sygeplejersker-og-tandlaeger

Plan for opdatering

Opdateres i DEGC regi i januar 2027

Version af retningslinjeskabelon

Retningslinjen er udarbejdet i version 10 af skabelonen.

6. Monitorering

Udvikling af kvaliteten på dette område understøttes af viden fra DEGC i regi af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, idet indikatorerne i databasen skal belyse relevante kliniske retningslinjer.

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

Bilag 1 – Ændringslog fra tidligere versioner

Ændringslog fra version 2.0 - ″Nyt siden version 1.1″

"Retningslinjen er kritisk gennemlæst af arbejdsgruppen og anbefalinger og indhold fraset enkelte mindre ændringer er vurderet gældende. Ændringerne består i præcision omkring brugen af covered og uncovered stents, samt fjernelse af afsnit om HIPEC og PIPAC idet det fortsat kun foregår i protokolleret eksperimentelt regi. Der er endvidere under anbefalinger tilføjet mulighed for gatrektomi med palliativt sigte, hvilket ikke var anført som anbefaling i foregående version. Der er derudover foretaget ændring af versionsnummer, administrativ godkendelsesdato samt dato for revision."

Ændringslog fra version 1.1 - ″Nyt siden version 1.0″

"Retningslinjen er kritisk gennemlæst af arbejdsgruppen og anbefalinger og indhold er vurderet gældende. Der er udelukkende foretaget ændring af versionsnummer, administrativ godkendelsesdato samt dato for revision."

8. Om denne kliniske retningslinje

Denne kliniske retningslinje er udarbejdet i et samarbejde mellem Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG.dk) og Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. 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, ud over de centrale anbefalinger (kapitel 1 – quick guide), en beskrivelse af grundlaget for anbefalingerne – herunder den tilgrundliggende evidens (kapitel 3), referencer (kapitel 4) og anvendte metoder (kapitel 5).

Anbefalinger mærket A baserer sig på stærkeste evidens og anbefalinger mærket D baserer sig på svageste evidens. 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:

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.

Retningslinjeskabelonen er udarbejdet på baggrund af internationale kvalitetskrav til udvikling af kliniske retningslinjer som beskrevet af både AGREE II, GRADE og RIGHT.

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 Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut.