Tarmudrensning før elektiv kolorektal kirurgi

Version 1.0

GODKENDT
Faglig godkendelse
1. april 2017 (DCCG)
Administrativ godkendelse
5. november (Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet)

REVISION
Planlagt: 1. december 2020

INDEKSERING
Kolorektal kræft, udrensning, kirurgi

Indholdsfortegnelse

Om denne kliniske retningslinje 2
1. Anbefalinger (Quick guide) 3
2. Introduktion 4
3. Grundlag 5
4. Referencer 6
5. Metode 7
6. Monitoreringsplan 7

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/da/sygdom-og-behandling/kraeft/pakkeforloeb/beskrivelser

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

1. Anbefalinger (Quick guide)

1. **Ved kolonkirurgi kan tarmudrensning udelades (A).**
2. **Ved rektumkirurgi med planlagt anastomose bør udrensning udføres (B).**

2. Introduktion

Denne retningslinje behandler tarmudrensning før elektiv kolorektal kirurgi.

Formål

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

Patientgruppe

Patienter der skal opereres for kolorektal kræft.

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

1. Ved kolonkirurgi kan tarmudrensning udelades (A).

Litteratur og evidensgennemgang

Nyere reviews og metaanalyser (1, 2) [1a] omhandlende tarmudrensning ved elektiv kolorektal kirurgi konkluderer samstemmende, at der overordnet ikke er signifikant forskel på komplikationer såsom mortalitet, sårinfektioner og anastomoselækagerater ved forskellige regimer, herunder også undladelse af præoperativ udrensning ved kolonkirurgi. Dog er der betydelig usikkerhed i estimaterne, ikke mindst pga. den relativt sjældne forekomst af disse komplikationer, og der er i de forskellige studier ofte inkluderet for få patienter. Endvidere er det vanskeligt at udtale sig om forskelle på baggrund af typen af kirurgi (venstresidig vs. højresidig, laparoskopisk vs. åben kirurgi).
Det synes umiddelbart intuitivt, at udrensning kan undlades, hvis rektumeksstirpation og Hartmanns operation planlægges, men subgruppeanalyser i Greccar III studiet (3) [1b] peger dog mod en reduktion af infektiøse komplikationer i denne gruppe af patienter. En nylig metaanalyse har dog ikke kunnet demonstrere positiv effekt af udrensning før proktektomi (4) [1a]. Ved venstresidig kolonkirurgi kan der argumenteres for tarmudrensning (lavement eller udrensning) afhængig af eventuel indføring af cirkulær stapler og mulighed for peroperativ endoskopi, men som anført er der ikke vist forskelle i komplikationsrater med og uden udrensning (2, 5) [1a].

2. Ved rektumkirurgi med planlagt anastomose bør udrensning udføres (B).

Litteratur og evidensgennemgang

For rektumkirurgi, hvor aflastende stomi ofte anvendes, har et af hovedargumenterne for udrensning været, at aflastningen ikke giver mening, medmindre der er foretaget udrensning (6) [1b]. I det ovenfor nævnte Greccar III studie (3) [1b] har man kunnet påvise signifikant færre infektiøse komplikationer i den udrensede gruppe. Anastomoselækage forekom også sjældnere (7% vs. 16%), men statistisk signifikans kunne ikke opnås - formentlig pga. for lille sample size (89 pt i hver gruppe).

Patientværdier og – præferencer

Patientværdier og-præferencer mht preoperativ udrensning er ikke undersøgt.

Rationale

Anbefalingerne er resultatet af gennemgang af tilgængelig litterautur med høj evidensgrad..

Bemærkninger og overvejelser

Der er ingen særlige bemærkninger.

4. Referencer

1. Dahabreh IJ, Steele DW, Shah N, Trikalinos TA. Oral Mechanical Bowel Preparation for Colorectal Surgery: Systematic Review and Meta-Analysis. Dis Colon Rectum. 2015;58(7):698-707.

2. Guenaga KF, Matos D, Wille-Jorgensen P. Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery. Cochrane Database Syst Rev. 2011(9):CD001544

3. Bretagnol F, Panis Y, Rullier E, Rouanet P, Berdah S, Dousset B, et al. Rectal cancer surgery with or without bowel preparation: The French GRECCAR III multicenter single-blinded randomized trial. Ann Surg. 2010;252(5):863-8.

4. Courtney DE, Kelly ME, Burke JP, Winter DC. Postoperative outcomes following mechanical bowel preparation before proctectomy: a meta-analysis. Colorectal Dis. 2015;17(10):862-9.

5. Bucher P, Gervaz P, Soravia C, Mermillod B, Erne M, Morel P. Randomized clinical trial of mechanical bowel preparation versus no preparation before elective left-sided colorectal surgery. Br J Surg. 2005;92(4):409-14.

6. Matthiessen P, Hallbook O, Rutegard J, Simert G, Sjodahl R. Defunctioning stoma reduces symptomatic anastomotic leakage after low anterior resection of the rectum for cancer: a randomized multicenter trial. Ann Surg. 2007;246(2):207-14.

7. Morris MS, Graham LA, Chu DI, Cannon JA, Hawn MT. Oral Antibiotic Bowel Preparation Significantly Reduces Surgical Site Infection Rates and Readmission Rates in Elective Colorectal Surgery. Ann Surg. 2015;261(6):1034-40.

8. Kiran RP, Murray AC, Chiuzan C, Estrada D, Forde K. Combined preoperative mechanical bowel preparation with oral antibiotics significantly reduces surgical site infection, anastomotic leak, and ileus after colorectal surgery. Ann Surg. 2015;262(3):416-25; discussion 23-5.

9. Scarborough JE, Mantyh CR, Sun Z, Migaly J. Combined Mechanical and Oral Antibiotic Bowel Preparation Reduces Incisional Surgical Site Infection and Anastomotic Leak Rates After Elective Colorectal Resection: An Analysis of Colectomy-Targeted ACS NSQIP. Ann Surg. 2015;262(2):331-7.

10. Kim EK, Sheetz KH, Bonn J, DeRoo S, Lee C, Stein I, et al. A statewide colectomy experience: the role of full bowel preparation in preventing surgical site infection. Ann Surg. 2014;259(2):310-4.

11. Goto S, Hasegawa S, Hata H, Yamaguchi T, Hida K, Nishitai R, et al. Differences in surgical site infection between laparoscopic colon and rectal surgeries: sub-analysis of a multicenter randomized controlled trial (Japan-Multinational Trial Organization PREV 07-01). Int J Colorectal Dis. 2016;31(11):1775-84.

12. Roos D, Dijksman LM, Oudemans-van Straaten HM, de Wit LT, Gouma DJ, Gerhards MF. Randomized clinical trial of perioperative selective decontamination of the digestive tract versus placebo in elective gastrointestinal surgery. Br J Surg. 2011;98(10):1365-72.

13. Abis GS, Oosterling SJ, Stockmann HB, van der Bij GJ, van Egmond M, VandenbrouckeGrauls CM, et al. Perioperative selective decontamination of the digestive tract and standard antibiotic prophylaxis versus standard antibiotic prophylaxis alone in elective colorectal cancer patients. Dan Med J. 2014;61(4):A4695.

5. Metode

Denne version af retningslinjen har haft fokus på omlægning til den nye fælles DMCG-skabelon. Der er i denne forbindelse ikke foretaget opdaterende søgning eller ændring i indhold af retningslinjen i øvrigt.

Litteratursøgning

I denne omgang er der søgt ad hoc efter litteratur i PubMed og Cochrane Library.

Litteraturgennemgang

Litteraturen er gennemgået af forfatteren.

Formulering af anbefalinger

Anbefalingerne er formuleret af forfatteren og godkendt af kirurgisk arbejdsgruppe (se nedenstående).

Interessentinvolvering

Patienter og andre ikke lægefaglige personer har ikke været været involveret i udarbejdelsen af denne retningslinje.

Høring og godkendelse

Retningslinjen er godkendt af DCCG's kirurgiske arbejdsgruppe som er en lægefaglig, videnskabeligt understøttende arbejdsgruppe med reference til DCCG's bestyrelse i henhold til DCCG's vedtægter.

Forfattere

- Ken Ljungmann, overlæge, Mave- og Tarmkirurgi, Aarhus Universitetshospital

6. Monitoreringsplan

Standarder og indikatorer

Alle patienter med kolorektal kræft, bliver registreret i DCCGs database og monitorering kan foregå ved udtræk fra databasen.