Kirurgisk og endoskopisk palliation af esophaguscancer

Version 1.3

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

REVISION
Planlagt: 28. januar 2027

INDEKSERING
Dissemineret, cancer, esophagus, DEGC.

Indholdsfortegnelse

Nyt siden sidst (ændringslog) 2
1. Anbefalinger (Quick guide) 3
    Endoskopisk / kirurgisk palliation af karcinom i esophagus 3
    Endoskopisk behandling af karcinom i esohpagus 3
2. Introduktion 4
3. Grundlag 5
    Endoskopisk / kirurgisk palliation af karcinom i esophagus 5
    Endoskopisk behandling af karcinom i esohpagus 5
4. Referencer 8
5. Metode 9
6. Monitorering 11
7. Bilag 12
8. Om denne kliniske retningslinje 13

Nyt siden sidst (ændringslog)

Nyt siden version 1.2

Retningslinjeafsnit	Beskrivelse af ændring
Referencer	Øget til 7

1. Anbefalinger (Quick guide)

Endoskopisk / kirurgisk palliation af karcinom i esophagus

1. **Palliativ resektion eller bypassprocedurer af esophagus anbefales ikke pga. høj morbiditet og mortalitet (D)**

Endoskopisk behandling af karcinom i esohpagus

2. **Covered stents bør anvendes som førstevalg ved malign stenose (A)**
3. **Covered stent er førstevalgsbehandling til esophago-trakeale/bronkiale fistler (B)**
4. **Stent bør anlægges uden eller med så beskeden dilatation som muligt (C)**
5. **Striktur efter stråleterapi kan behandles med forsigtig dilatation. Cancer højt i esophagus, hvor det ikke er muligt at lægge en stent, kan også dilateres med forsigtighed (C)**
6. **Ved anlæggelse af stent over den gastroesofageale overgang bør patienter pga. refluxtendens behandles med protonpumpehæmmer eller evt. anlæggelse af antirefluxstent (B)**
7. **Termal behandling kan skabe passage hos majoriteten af patienterne (B)**

2. Introduktion

Kræft i den gastro-esofageale overgang (GEJ) og esophagus er i Danmark en forholdsvis sjælden sygdom med knap 900 tilfælde årligt, hvoraf 75 % er mænd. Gennemsnitsalderen er 70 år. En betydelig del af patienterne bliver først diagnosticeret på et tidspunkt hvor sygdommen har spredt sig og patienterne ikke kan tilbydes kurativ behandling. Der bliver opereret knapt 300 patienter om året. Den samlede 5 års overlevelse 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.
De anvendte metoder er endoskopiske modaliter (tumor destruktion ved hjælp af stråleterapi, termiske metoder eller interne by-pass i form af stents). Desuden kan palliativ onkologisk behandling tilbydes et flertal af patienterne (Se afsnit under onkologisk behandling).

Patientgruppe

I dette afsnit behandles den undergruppe af patienter med kræft i esophagus, 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 kurabel behandling. Denne kategori udgør majoriteten af alle patienterne med esophagus cancer.
Mange patienter med kræft har symptomer af fysisk, psykisk, social og åndelig/eksistentiel karakter, og patienter med kræft i esophagus har flere problemstillinger end mange andre patientgrupper.
Kardinalsymptomerne er dysfagi, vægttab og manglende appetit og deraf følgende kakeksi. Specifik behandling retter sig derfor mod denne problemstilling, herunder at sikre tilstrækkelig og ubesværet fødeindtagelse. Da mange i denne patientgruppe også er i en socialt udsat situation, idet mange patienter kommer fra socialgruppe 4 og 5, er der meget ofte behov for koordinationsarbejde til primærsektoren, mhp støtte at patienten i både behandlingsforløbet og i den terminale fase.

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. Den specialiserede palliative indsats for esophagus cancerpatienten er afhængig af specialiserede afdelinger med særligt kendskab til de muligheder der i et team for at sikre kirurgisk og onkologisk behandling i den præterminale og terminale fase.

3. Grundlag

Endoskopisk / kirurgisk palliation af karcinom i esophagus

1. **Palliativ resektion eller bypassprocedurer af esophagus anbefales ikke pga. høj morbiditet og mortalitet (D)**

Litteratur og evidensgennemgang

Der foreligger ingen randomiserede undersøgelser af kirurgisk resektioner for dissemineret esophagus cancer. Der er ingen guidelines der anbefaler palliative resektioner. De eneste beretninger om denne behandlingsform ligger tilbage i begyndelsen af 90'erne. Det foretages ikke i Danmark i dag (1) [1a].

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.

Endoskopisk behandling af karcinom i esohpagus

2. **Covered stent bør anvendes som førstevalg ved malign stenose (A)**

3. **Covered stent er førstevalgsbehandling til esophago-trakeale/bronkiale fistler (B)**

4. **Stent bør anlægges uden eller med så beskeden dilatation som muligt (C)**

5. **Striktur efter stråleterapi kan behandles med forsigtig dilatation. Cancer højt i esophagus, hvor det ikke er muligt at lægge en stent, kan også dilateres med forsigtighed (B)**

6. **Ved anlæggelse af stent over den gastroesofageale overgang bør patienter pga. refluxtendens behandles med protonpumpehæmmer eller evt anlæggelse af antirefluxstent (B)**

7. **Termal behandling (APC) kan skabe passage hos majoriteten af patienter (B)**

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingerne baserer sig primært på Cochrane reviews samt Meta-analyser og systematiske reviews, samt en søgning på artikler omhandlende stent-behandling mv siden 2015.

Den primære endoskopiske behandling er i dag stentanlæggelse, med en selvekspanderende membrandækket metalstent (SEMS). Der findes mange forskellige stents med forskellige fysisk-mekaniske egenskaber. Fælles er dog at de alle sikrer en effektiv behandling af patienternes dysfagi.

Stents kan være covered (silikone-membran dækket) delvist covered med "bare-end" eller non-covered (uden silikone dække) og udstyret med en "klap" der hindrer reflux; antirefluxstent. Membrandækket er udviklet for at undgå indvækst af tumorvæv i stent lumen og i dag lægges ikke non-covered stents pga risikoen for indvækst og aflukning af stenten. I de studier der er fortaget var ingen forskel i bedring i dysfagirate og der skelnes ikke mellem de covered stents og delvist covered stents. Antireflux stents kan evt anvendes ved cardia overgangen, ved samtidig anvendelse af PPI er dette dog ikke nødvendigt (Ia). Alle undersøgelserne viser næsten 100 % teknisk succes med reetablering af passage til ventriklen, og klar dysfagi-forbedring. Der forekommer < 2 % tidlige komplikationer og 25 % sene komplikationer.
Patienter med esophagobronkiale/trakeale fistler behandles med covered stents, med en effektivitet på dysfagi og vejrtrækning hos 80-95 % af patienterne. I disse tilfælde lægges stenten fortrinsvis i esophagus, men det kan være nødvendigt også / eller at anlægge covered stent i trachea eller bronchier (1-6) [1a].

Der foreligger ingen randomiserede undersøgelser, der alene sammenligner effekten af APC med andre modaliteter inden for ablation af cancer. Ikke kontrollerede undersøgelser viser succesrig behandling hos 85 % af patienterne, hvor tumor gennemsnitlig bliver passabel efter 3 behandlinger. Behandlingen skal ofte gentages efter de initiale 3 behandlinger.

Patientværdier og – præferencer

Dysphagi i forbindelse med esophagus cancerer som oftest en af de mest livskvalitets forringende problemer ved sygdommen. Ikke at kunne spise og ultimativt ikke engang at kunne synke sit eget spyt er særdeles ødelæggende for livskvaliteten. Onkologisk behandling er oftest forsøgt forud for dette uden fornøden effekt på dysfagien og alternativet er derfor ofte ingen behandling.
Mange patienter oplever smerter i forbindelse med stentanlæggelse og det er derfor i nogle tilfælde nødvendigt at fjerne stenten igen. Denne problemstilling drøftes selvfølgelig med patienterne og netop muligheden for at fjerne stenten igen er en fordel ved denne behandlingsmetode (1, 6, 7).

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. Dai Y, Li C, Xie Y, Liu X, Zhang J, Zhou J, et al. Interventions for dysphagia in oesophageal cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2014;2014(10):Cd005048.
2. Kofoed SC, Lundsgaard M, Ellemann AC, Svendsen LB. Low morbidity after palliation of obstructing gastro-oesophageal adenocarcinoma to restore swallowing function. Dan Med J. 2012;59(6):A4434.
3. Pandit S, Samant H, Morris J, Alexander SJ. Efficacy and safety of standard and anti-reflux self-expanding metal stent: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. World J Gastrointest Endosc. 2019;11(4):271-80.
4. Sigounas DE, Krystallis C, Couper G, Paterson-Brown S, Tatsioni A, Plevris JN. Argon plasma coagulation compared with stent placement in the palliative treatment of inoperable oesophageal cancer. United European Gastroenterol J. 2017;5(1):21-31.
5. Spaander MCW, van der Bogt RD, Baron TH, Albers D, Blero D, de Ceglie A, et al. Esophageal stenting for benign and malignant disease: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2021. Endoscopy. 2021;53(7):751-62.
6. Kitagawa Y, Ishihara R, Ishikawa H, Ito Y, Oyama T, Oyama T, et al. Esophageal cancer practice guidelines 2022 edited by the Japan Esophageal Society: part 2. Esophagus. 2023;20(3):373-89.
7. Spaander MC, Baron TH, Siersema PD, Fuccio L, Schumacher B, Escorsell À, et al. Esophageal stenting for benign and malignant disease: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. Endoscopy. 2016;48(10):939-48.

5. Metode

Litteratursøgning

Anbefalingerne baserer sig primært på Cochrane reviews samt Meta-analyser og systematiske reviews, samt en søgning på engelsksprogede artikler omhandlende stent-behandling mv siden 2015 i bl.a. Pub Med, Cochrane biblioteket og Google Scholar. Søgeord: esophageal cancer palliation, Gastro- esophageal junction cancer palliation, stent, argon plasma beam coagulation (APC); endoscopical mm.

Litteraturgennemgang

Litteraturen er gennemgået af forfattergruppen og vurderet i henhold til Oxfordhierarkiet.

Formulering af anbefalinger

Disse retningslinjer angående behandling af ikke kurabel esophagus 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 og esophagus. En arbejdsgruppe nedsat af DEGC styregruppen under RKKP.

Interessentinvolvering

Der har ikke været patienter eller patientforeninger involveret i udarbejdelse af retningslinjen. De studier retningslinjen baseres på omhandler også patienttilfredshedsundersøgelser og arbejdsgruppens medlemmer er alle erfarne klinikere som daglig arbejde med denne patientgruppe. Netop denne patientgruppe er som udgangspunkt meget skrøbelige og gennemsnitslevetid efter stentanlæggelse er under ½ år

Høring

Denne retningslinje har ikke været i offentlig høring.

Godkendelse

Faglig godkendelse:
Disse retningslinjer angående behandling af ikke kurabel esophagus cancer er gennemgået i arbejdsgruppen vedrørende revision af retningslinjerne i ventrikel og esophagus. En arbejdsgruppe nedsat af DEGC styregruppen under RKKP.

Administrativ godkendelse:
19. maj 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 Thorsteinson, Ph.D, overlæge, Afdeling for transplantation & Sygdomme i Fordøjelsessystemet, Rigshospitalet. Ingen interessekonflikter.

Plan for opdatering

Opdateres i DEGC regi 28. 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 Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), idet indikatorerne i databasen skal belyse relevante kliniske retningslinjer.

Den kliniske kvalitetsdatabases styregruppe har mandatet til at beslutte databasens indikatorsæt, herunder hvilke specifikke processer og resultater der monitoreres i databasen.

Med baggrund i bedret livskvalitet vil det være optimalt at monitorere: indlæggelsestid i forbindelse med stents, APC, genindlæggelses perioder samt tid til død og endvidere monitoreres nye endoskopiske interventioner.

7. Bilag

Denne kliniske retningslinje har ingen bilag.

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.