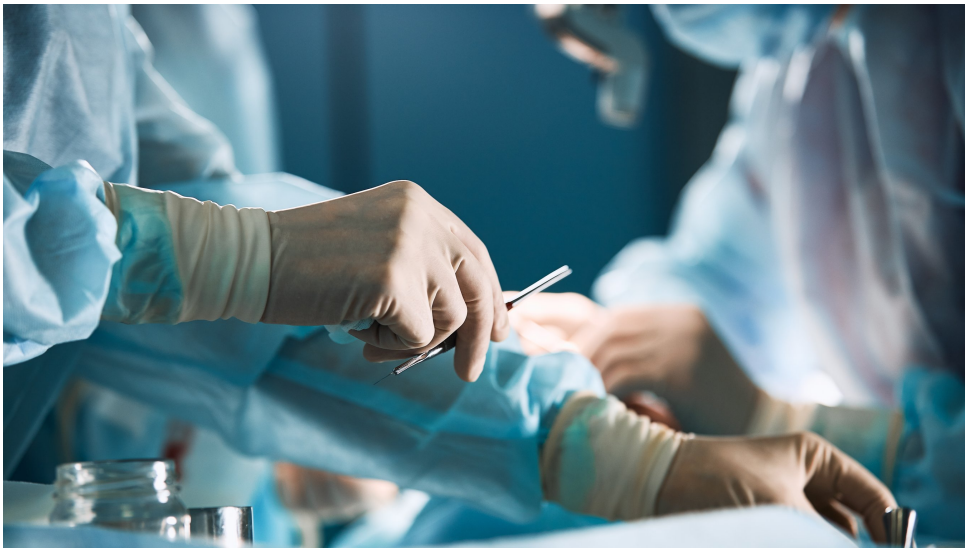
Behandling av endetarmskreft i Norge



Ukom



PASIENTSIKKERHET VED NYE KIRURGISKE OG INVASIVE METODER

Behandling av endetarmskreft i Norge

Publisert 8. februar 2022

ISBN 978-82-8465-021-0

Det diagnostiseres årlig omtrent 1100 tilfeller med endetarmskreft i Norge (2). Diagnosen stilles ved vevsprøver via skopi-undersøkelse av tarmen. Når diagnosen er stilt, vurderes grad av spredning, og om det er aktuelt med kirurgi for å prøve å fjerne kreften. I utgangspunktet skal alle pasienter med ny-diagnostisert endetarmskreft vurderes for kirurgi, enten i helbredende (kurativ) eller livsforlengende hensikt, med mindre pasienten ikke vil tåle dette eller sykdommen er svært langt fremskreden (3) Overlevelsen av endetarmskreft har bedret seg over de siste 50 årene. Fem-års relativ overlevelse har økt fra ca. 15 prosent til 70 prosent (4).

I Norge har vi en nasjonal strategi for kreftbehandling (2006-2009) der ulike medisinske faggrupper har bidratt til faglige anbefalinger for diagnostikk og behandling av ulike typer kreft. Disse anbefalingene er videreført og formalisert gjennom nasjonale handlingsprogrammer som Helsedirektoratet er ansvarlig for. Det første handlingsprogrammet med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft i tykktarm og endetarm, ble publisert i 2010. Så langt er det blitt publisert til sammen åtte utgaver, den siste i desember 2020. De nasjonale retningslinjene er "ikke direkte rettslig bindende, men er langt på vei styrende for de valg som tas" i helsetjenesten, blant annet for å sikre faglig forsvarlighet (3). Handlingsprogrammene for kreftbehandling skal bidra til at det offentlige tilbudet i kreftomsorgen blir av god kvalitet og likeverdig over hele landet.

Helsedirektoratet oppretter egne arbeidsgrupper for hvert handlingsprogram basert på innspill fra de fire regionale helseforetakene (RHF-ene). Det er helsedirektoratet som leder arbeidet og er ansvarlig utgiver. NGICG og NGICG-CR har bidratt i arbeidet med revidering av innholdet i handlingsprogrammet knyttet til tarmkreft (3).

TME-metoden

Metoden total mesorektal eksisjon (TME) ble først beskrevet i fagmiljøene internasjonalt i 1979.5 Metoden ble tatt inn som standard behandling internasjonalt utover på 1990-tallet (6). I Norge ble TME standard behandling for endetarmskreft fra 1993 (6). Teknikken har bidratt til redusert andel med lokalt tilbakefall av endetarmskreft fra godt over 20 prosent til rundt 4 prosent i dag (7, 8).

Hos enkelte pasienter med lave svulster ned mot endetarmsåpningen er ikke TME en fullstendig løsning. Her må det fremdeles gjennomføres en rektumamputasjon – altså fjerne hele området med endetarmen og bekkenbunn med god margin til svulsten. Denne operasjonen medfører imidlertid permanent utlagt tarm.

TME (total mesorektal eksisjon)

TME står for total mesorektal eksisjon. Dette innebærer fjerning av alt vev rundt endetarmen ("mesorektalt vev") sammen med svulst og endetarm (3). Mesorektum inneholder fett, nerver, blodårer, lymfebaner og lymfeknuter i et anatomisk definert organ rundt endetarmen (9). Fettputen mesorectum skaper avstand fra svulsten og sørger for at svulsten er best mulig pakket inn, og at kreftcellene ikke når overflater med fare for tilbakefall (lokalt recidiv) (10). Fjernes dette totalt reduseres risikoen for at det er gjenstående kreft etter kirurgi, og følgelig sjansen for lokalt tilbakefall (10, 11).

taTME-metoden

Da kikkhullskirurgien (laparoskopi) ble innført, ble vanlig TME vanskeligere å utføre hos enkelte pasienter på grunn av trange bekkenforhold og vanskelig tilgang nederst i bekkenet. Dette gjelder særlig menn, spesielt hvis de er overvektige. Som følge av dette, ble det presentert en ny metode med tilgang gjennom endetarmsåpningen, såkalt transanal total mesorektal eksisjon (taTME) av Sylla og Lacy i 2010 (12). Behandling med taTME-metoden kunne blant annet gi pasienter en svært lav skjøt av endetarmen, og dermed gi bedre mulighet til å unngå permanent utlagt tarm (stomi) (3, 6).

TaTME (transanal total mesorektal eksisjon)

TaTME står for transanal total mesorektal eksisjon. Metoden gjennomføres med kikkhullsteknikk gjennom endetarmsåpningen. Rett innenfor går man gjennom tarmveggen til det anatomiske planet utenfor mesorektum (6, 12, 13). Da får kirurgen med hele ("total") mesorektum. Samtidig gjøres vanlig laparaskopisk TME ovenfra. Det vevet som skal fjernes ("mesorektal eksisjon") blir helt frigjort når kirurgien nedenfra møter det ovenfra ("rendezvous"). Man kan så skjøte resten av tykktarmen ned på endetarmen. Alt fremdeles gjort med kikkhullskirurgi (6, 13). TaTME bryter med prinsippet for TME ved at man lager en felles hule mellom tarmens innside (lumen) der kreftsvulsten er, og disseksjonsplanet ovenfra gjennom bekkenet, med fare for spredning av kreftceller (6).

Metoden er imidlertid omdiskutert i det internasjonale gastrokirurgiske miljøet. Metoden ble, av deler av de internasjonale fagmiljøene, ansett som lovende basert på resultater fra tidlige studier (14-16). Deler av fagmiljøet hadde forventninger til at metoden skulle gi mindre postoperative komplikasjoner, og mente at metoden ga en sikrere skjøt (6, 17). Fra andre deler av fagmiljøet

kom det tidlig innvendinger mot metoden om at den bryter mot sikker TME-kirurgi, og at den ble brukt på svulster som ikke trenger en lav skjøt (6, 18). TaTME ble tatt i bruk blant annet i England, Nederland, Danmark, USA og Kina, mens andre land har vært avventende. I skrivende stund har National Institute for Health and Care Excellence (NICE) i Storbritannia satt metoden på vent (19), mens Nederland har begrenset taTME-kirurgi til ett enkelt senter (20).

Det detaljerte forløpet rundt innføringen av taTME i Norge er beskrevet i tidslinjen i neste kapittel. I korte trekk ble metoden tatt i bruk ved syv sykehus i Norge fra 2014 til 2018. Det første sykehuset startet opp med taTME allerede i oktober 2014, mens det siste sykehuset tok i bruk metoden først i januar 2018. All bruk av taTME ble stanset av det gastrokirurgiske fagmiljøet i Norge høsten 2018 på grunn av forhøyede komplikasjons- og tilbakefallsrater. Metoden ble senere også vurdert av system for Nye metoder, hvor det i Interregionalt fagdirektørmøte i april 2020 ble fattet vedtak om at metoden ikke kunne godkjennes på grunn av mangelfullt dokumentasjonsgrunnlag. Dette viser at dokumentasjonsgrunnlaget ikke var bedre da metoden ble tatt i bruk i Norge i 2014.

Statens undersøkelseskommisjon
for helse-og omsorgstjenesten

Postboks 225 Skøyen
0213 Oslo
E-post: post@ukom.no
Org nr: 921018924