

## Konsensus-Empfehlungen<sup>1</sup> zur Nachsorge nach kurativ operiertem kolorektalem Karzinom Version 02.10.2014

### Voraussetzungen

- Für ein Nachsorge-Programm qualifizieren Patienten/-innen mit kolorektalem Karzinom ohne Fernmetastasen, bei denen aufgrund von Alter und Allgemeinzustand grundsätzlich eine Rezidiv- bzw. Metastasentherapie in Frage kommt.
- Die Nachsorge ist eine interdisziplinäre Aufgabe, die von einer Stelle aus unter Einbezug und laufender Orientierung der beteiligten Ärzte (operierender Chirurg, Hausarzt, Gastroenterologe, Radio-/Onkologe, Radiologe, etc.) koordiniert wird.
- Vorausgesetzt wird eine vollständige Koloskopie präoperativ oder baldmöglichst postoperativ (vorzugsweise innert 3 Monaten).
- Situationen mit erhöhtem Karzinomrisiko, wie hereditäre Syndrome (HNPCC, FAP, attenuierte FAP, MUTYH-assoziierte Polyposis, Peutz-Jeghers, juvenile Polyposis Syndrome, serratiertes Polyposis Syndrom, etc.) oder anderweitige Risikoerhöhung für kolorektales Karzinom (chronisch entzündliche Darmerkrankung, Akromegalie, etc) werden im vorliegenden Schema nicht abgehandelt und erfordern besondere Nachsorgemassnahmen.

KOLON KARZINOM	Monate post Operation						
<b>T3/4 oder N+, M0</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>18</b>	<b>24</b>	<b>36</b>	<b>48</b>	<b>60</b>
<b>Klinische Untersuchung CEA-Titer<sup>2</sup></b>	Vierteljährlich im 1. Jahr		Halbjährlich im 2. und 3. Jahr			+	+
<b>Koloskopie</b>		+				+ <sup>8</sup>	
<b>CT Thorax-Abdomen<sup>3</sup></b>		+		+	+	+	+

KOLON KARZINOM	Monate post Operation						
<b>T1/ T2 N0</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>18</b>	<b>24</b>	<b>36</b>	<b>48</b>	<b>60</b>
<b>CEA-Titer<sup>4</sup></b>		+		+		+	+
<b>Koloskopie</b>		+				+ <sup>8</sup>	

REKTUM KARZINOM	Monate post Operation						
<b>T1 - 4, N+/-, M0<sup>5</sup></b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>18</b>	<b>24</b>	<b>36</b>	<b>48</b>	<b>60</b>
<b>Klinische Untersuchung<sup>6</sup> CEA-Titer<sup>4</sup></b>	Vierteljährlich im 1. Jahr		Halbjährlich im 2. und 3. Jahr			+	+
<b>Koloskopie</b>		+				+ <sup>8</sup>	
<b>Untere flexible Endoskopie</b>	+		+	+			
<b>Endosonographie<sup>4,7</sup> oder Becken MRI<sup>4,7</sup></b>	+	+	+	+			
<b>CT Thorax-Abdomen-Becken<sup>3,4,7</sup></b>		+		+	+	+	+

<sup>1</sup> Mitbeteiligte Fachgesellschaften und Organisation vgl. Seite 2

<sup>2</sup> Präoperative Bestimmung des CEA-Titers als Routine dringend empfohlen. Im Falle eines Titeranstiegs im postoperativen Verlauf grosszügiger Einsatz bildgebender Untersuchungen.

<sup>3</sup> Mindestens Dual-Kontrast-(orale-intravenöse Kontrastmittelgabe)-Multidetektor Computertomographie als Standard.

Nach multimodal behandeltem kolorektalem Karzinom können Kontrollen auch nach 5 Jahren erfolgen. Eine längere Kontrolle sollte aber individuell festgelegt werden.

<sup>4</sup> Nicht indiziert für T1N0 Karzinome nach radikaler Resektion (TME)

<sup>5</sup> Ausnahme: pT1 Karzinom in Polyp Risikokategorie III vgl. Konsensus-Empfehlungen zur Nachsorge kolorektaler Polypen nach endoskopischer Abtragung: Nachsorge gemäss Schema

<sup>6</sup> Bei tiefsitzender Rektumanastomose regelmässige Rektalpalpation empfohlen

<sup>7</sup> Bei verdächtigem Befund FNP

<sup>8</sup> Anschliessend Koloskopie alle 5 Jahre

## **Mitbeteiligte Fachgesellschaften**

- Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für klinische Krebsforschung (SAKK)
- Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Medizin (SGAM)
- Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine und Unfallchirurgie (SGAUC)
- Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGIM)
- Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Onkologie (SGMO)
- Schweizerische Gesellschaft für Pathologie (SGPath)
- Schweizerische Gesellschaft für Radiologie (SGR)
- Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie (SGVC)