

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

Version 1.7.2014

### Vorbemerkungen

- Für ein Nachsorge-Programm qualifizieren Patienten/-innen mit kolo-rektalem Karzinom ohne Fernmetastasen bei denen aufgrund von Alter und Allgemeinzustand grundsätzlich eine Rezidiv- bzw. Metastasentherapie in Frage kommt.  
Prinzipiell, sollen die Karzinome einem Tumorboard vorgestellt werden.
- 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) sowie präoperative bildgebende Staging-Untersuchungen, in der Regel mit CT-Thorax-Abdomen (ergänzt durch CT-Becken beim Rektumkarzinom).
- Situationen mit erhöhtem Karzinomrisiko, wie hereditäre Syndrome (HNPCC, FAP, attenuierte FAP, MUTYH-assoziierte Polyposis, Peutz-Jeghers, juvenile Polyposis Syndrome, serratiertes Polyposis Syndrom<sup>2</sup> 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						
	6	12	18	24	36	48	60
<b>T3/4 oder N+, M0</b>							
<b>Klinische Untersuchung CEA-Titer<sup>3</sup></b>	Vierteljährlich im 1. Jahr		Halbjährlich im 2. und 3. Jahr			+	+
<b>Koloskopie</b>		+				+	
<b>CT Thorax-Abdomen<sup>4</sup></b>		+		+	+	+	+

KOLON KARZINOM	Monate post Operation						
	6	12	18	24	36	48	60
<b>T1/ T2 N0</b>							
<b>CEA-Titer<sup>5</sup></b>		+		+		+	+
<b>Koloskopie</b>		+				+	

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

---

<sup>1</sup> Mitbeteiligte Fachgesellschaften und Organisation vgl. Anhang

<sup>2</sup> The World Health Organization criteria for serrated polyposis syndrome require the presence of one or more of the following:

- . at least five serrated polyps proximal to the sigmoid colon, of which two or more are  $\geq 10$  mm
- . Any number of serrated polyps proximal to the sigmoid colon in an individual who has a first degree relative with serrated polyposis syndrome
- . Greater than 20 serrated polyps of any size, distributed throughout the colon

<sup>3</sup> Präoperative Bestimmung des CEA-Titers als Routine dringend empfohlen. Im Falle eines Titeranstiegs im postoperativen Verlauf: Grosszügiger Einsatz bildgebender Untersuchungen.

<sup>4</sup> Mindestens Dual-Kontrast-(orale-intravenöse Kontrastmittelgabe)-Multidetektor Computertomographie als Standard.  
Nach multimodal behandeltem Kolon Karzinom können Kontrollen auch nach 5 Jahren erfolgen, sollten aber individuell bestimmt werden.

<sup>5</sup> Nicht indiziert für T1N0 Karzinome

<sup>6</sup> Bei verdächtigem Befund FNP

<sup>7</sup> bei tiefsitzendem Rektumkarzinom regelmässige Rektalpalpation empfohlen