

# Nachsorge: „ACO/ASSO Konsensus-Empfehlung“

## 1. Grundsätzliche Bemerkungen: *Ziel der Nachsorge*

Die Rationale für die Durchführung von regelmäßigen Nachsorgeuntersuchungen liegt darin, dass kolorektale Metastasen und lokoregionäre Rezidive - wenn R0 resektabel - heutzutage unter kurativem Ansatz therapiert werden. Dabei erhöht sich die Chance auf einen kurativen Re-Eingriff (oft im Rahmen einer multimodalen Therapie) durch entsprechende Früherkennung von oft asymptomatischen Rezidiven, was somit als zentrales Ziel der Nachsorge angesehen werden muss. Desweiteren ist es wichtig, metachrone kolorektale Zweittumore - sowohl Karzinome als auch Adenome oder sonstige Vorstufen - so früh wie möglich im Rahmen der Nachsorge zu detektieren. Frühes Einleiten von Palliativmaßnahmen, Fragen der Lebensqualität sowie Aspekte der Qualitätssicherung nach tumorspezifischen Therapien stellen zudem wichtige Nebeneffekte eines Nachsorgeprogrammes dar.

## 2. Grundsätzliche Bemerkungen: *Intensität der Nachsorge*

Bezüglich „Intensität“ einer Nachsorge zeigen mehrere Meta-Analysen sowie systematische Reviews einen prognostischen Vorteil für „intensive“ Nachsorgeprogramme, wenn man sie mit „weniger intensiven“ vergleicht (1-6). Basis dieser Meta-Analysen/Reviews sind inzwischen sechs randomisierte Studien, wovon zwei einen signifikanten und weitere vier einen nicht-signifikanten Überlebensvorteil für den intensiven Nachsorgearm erbrachten (7-12). Diese Evidenzlage drückt sich auch in den Nachsorge-Leitlinien diverser onkologischer Gesellschaften (ASCO, NCCN, ESMO) aus, welche allesamt eine intensive Nachsorge - allerdings in durchaus unterschiedlicher Art und Weise - empfehlen (13-15). Somit kann die intensive Nachsorge beim Kolorektalen Karzinom als Standardvorgehen angesehen werden. Dies gilt auch für die frühen Tumorstadien, da diese in gleichem Ausmaß von einer frühzeitigen Rezidivtherapie profitieren wie die fortgeschrittenen Stadien, was die Gruppe um Tsikitis in ihrer Analyse berichtet (16). Die oben genannten onkologischen Gesellschaften favorisieren zudem die Computertomographie als Bildgebung der Wahl im Rahmen eines Nachsorgeprogrammes beim Kolorektalen Karzinom (13-15).

### **3. Prinzip der „ACO/ASSO Konsensus-Empfehlung“**

Am Hintergrund der oben beschriebenen Evidenz empfehlen wir eine standardmäßige intensive Nachsorge, deren Schema in allen Stadien (Stadium I bis kurativ behandeltes Stadium IV) obligat einzuhalten ist.

Selbstverständlich kann dieses Schema bei Patienten mit begründeter Rezidiv-Hochrisikosituation weiter intensiviert werden. Eine weniger intensive Nachsorge für Patienten mit niedrigem Rezidivrisiko wird nicht empfohlen.

### **4. Dauer der „ACO/ASSO Nachsorge“ (*obligat für alle Stadien*)**

5 Jahre (länger wegen hohem Rezidivrisiko oder wegen Patientenwunsch)

### **5. Untersuchungen der ACO/ASSO Nachsorge“ (*obligat für alle Stadien*)**

#### **Anamnese - Klinische Untersuchung**

1. - 3. Jahr: *alle 3 - 6 Monate*

4. - 5. Jahr: *alle 6 Monate*

#### **CEA**

1. - 3. Jahr: *alle 3 bis 6 Monate*

4. - 5. Jahr: *alle 6 Monate*

#### **Koloskopie**

12 Monate postoperativ

*(bei fehlender präoperativer vollständiger Koloskopie nach 3 Monaten)*

dann alle drei bis fünf Jahre weiter

*(jeweils abhängig vom Befund)*

#### **Computertomographie des Körperstammes**

1. bis 3. Jahr: jährlich

danach: bei hohem Rezidivrisiko jährlich weiter

## 6. Literatur

1. Bruinvels DJ, Stiggelbout AM, Kievit J, et al. Follow-up of patients with colorectal cancer. A meta-analysis. In: *Annals of Surgery* 219(2), 1994, 174-82
2. Rosen M, Chan L, Beart RW Jr, Vukasin P, Anthone G. Follow-up of colorectal cancer: a meta-analysis. In: *Diseases of the Colon & Rectum* 41(9), 1998, 1116-26
3. Renehan AG, Egger M, Saunders, O'Dwyer S. Impact on survival of intensive follow up after curative resection for colorectal cancer: systematic review and meta-analysis of randomised trials. In: *British Medical Journal* 324, 2002, 813-6
4. Figueredo A, Rumble RB, Maroun J, et al. Follow-up of patients with curatively resected colorectal cancer: a practice guideline. In: *BMC Cancer* 3, 2003, 26
5. Tjandra JJ, Chan MKY. Follow-up after curative resection of colorectal cancer: a meta-analysis. In: *Diseases of the Colon & Rectum* 50(11), 2007, 1783–1799
6. Jeffery M, Hickey BE, Hider PN. Follow-up strategies for patients treated for non-metastatic colorectal cancer. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 1, 2007, CD002200
7. Secco GB, Fardelli R, Gianquinto D. Efficacy and cost of risk-adapted follow-up in patients after colorectal cancer surgery: a prospective, randomized and controlled trial. In: *European Journal of Surgical Oncology* 28, 2002, 418 – 23
8. Pietra N, Sarli L, Costi R et al. Role of follow-up in management of local recurrences of colorectal cancer: a prospective, randomized study. In: *Diseases of the Colon & Rectum* 41(9), 1998, 1127–33
9. Ohlsson B, Breland U, Ekberg H et al. Follow-up after curative surgery for colorectal carcinoma. Randomized comparison with no follow-up. In: *Diseases of the Colon & Rectum* 38(6), 1995, 619–26
10. Kjeldsen BJ, Kronborg O, Fenger C, Jørgensen OD. A prospective randomized study of follow-up after radical surgery for colorectal cancer. In: *British Journal of Surgery* 84(5), 1997, 666–9
11. Mäkelä JT, Laitinen SO, Kairaluoma MI. Five-year follow-up after radical surgery for colorectal cancer. Results of a prospective randomized trial. In: *Archives of Surgery* 130(10), 1995, 1062-7
12. Schoemaker D, Black R, Giles L, Toouli J. Yearly colonoscopy, liver CT, and chest radiography do not influence 5-year survival of colorectal cancer patients. In: *Gastroenterology* 114(1), 1998, 7–14
13. Desch CE, Benson AB, Somerfield MR, et al. Colorectal Cancer Surveillance: 2005 Update of an American Society of Clinical Oncology Practice Guideline. In: *Journal of Clinical Oncology* 23, 2005, 8512-8519
14. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Guidelines™ & Clinical Resources. [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/f\\_guidelines.asp](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp)
15. Labianca VR, Nordlinger B, Beretta GD, et al. Primary colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, adjuvant treatment and follow-up. In: *Annals of Oncology* 21 (Supplement 5), 2010, v70-7
16. Tsikitis VL, Malireddy K, Green EA, et al. Postoperative Surveillance Recommendations for Early Stage Colon Cancer Based on Results From the Clinical Outcomes of Surgical Therapy Trial. In: *Journal of Clinical Oncology* 27, 2009, 3671-3676