
Moderne behandling av kolorektalcancer

REDAKSJONELT

ERIK CARLSEN

Erik Carlsen (f. 1946) er avdelingsoverlege ved gastrokirurgisk avdeling ved Ullevål sykehus. Han er medlem av styringsgruppene i Norsk Rectum Cancer Gruppe, Norsk Gastrointestinal Cancer Gruppe og NORCCAP-studien.

Email: erik.carlsen@ullevål.oslo.kommune.no

Gastroenterologisk/endokrin avdeling

Kirurgisk divisjon

0407 Ullevål sykehus

Kreft i tykktarm og rectum (kolorektalcancer) er en av de vanligste kreftformer i Norge og utgjorde ca. 14,7 % av alle nye krefttilfeller i 1997 (3 099 pasienter) (1). Insidensen har økt med 22 % de siste ti år.

I Norge har vi gjennom flere år satset bevisst på å bedre prognosen for disse kreftpasientene, ved å gå inn med prosjekter på de forskjellige nivåene i utrednings- og behandlingsprosessen. NORCCAP-prosjektet (Norwegian Colorectal Cancer Prevention) (2) er en randomisert screeningundersøkelse for kolorektalcancer og polypper, i hovedsak basert på sigmoideoskopi, og omfatter personer i alderen 50 – 64 år. Hittil er ca. 10 600 av ca. 22 000 personer undersøkt. Inklusjonsfasen er tenkt avsluttet i desember 2001.

Den viktigste behandlingen av kolorektalcancer er fremdeles kirurgi. Frem til begynnelsen av 1990-årene var frekvensen av lokalt residiv ved operasjon for kreft i rectum ca. 28 % her i landet (3), som i store deler av verden for øvrig. Etter et strategisk valg ble total mesorektal eksisjon innført som ny kirurgisk teknikk ved operasjon for rectumcancer. Denne operasjonsmetoden ble først beskrevet av engelskmannen R.J. Heald (4), og gav i hans hender mindre enn 5 % lokale residiv. Norske kirurger ble lært opp og metoden innført ved alle norske sykehus der man utførte slike operasjoner høsten 1993. Senere er operasjonene blitt registrert prospektivt, og data behandles i dag av Norsk Rectum Cancer Gruppe i Kreftregisteret (5).

Sett under ett er det nå lokalt residiv hos 5,9 % av pasientene etter kurativ reseksjon her i landet, og fireårsoverlevelsen er økt til 73 %. På det nåværende tidspunkt inneholder databasen 6 500 pasienter, og Norge har i dag sannsynligvis verdens største pasientmateriale på dette feltet. Dette gir oss enestående muligheter til å finne ut hvem som i fremtiden kan greie seg med bare kirurgi og hvem som trenger tilleggsbehandling med stråler og/eller cytostatika.

Vi har altså kommet langt ved å forbedre vår teknikk ved bortskjæring av tumor. På den annen side er det også viktig å utøve god kirurgisk teknikk under inngrepet for øvrig for å redusere morbiditeten så mye som mulig.

I dette nummer av Tidsskriftet presenterer Flatmark & Nilsen en prospektiv registrering av postoperative sårinfeksjoner i forbindelse med inngrep på colon og rectum etter bruk av antibiotikaproylakse og finner en forekomst på 8 % (6). Dette er på nivå med det som beskrives i internasjonal litteratur.

Ved kirurgisk behandling av coloncancer har man ikke oppnådd samme effekt ved å endre den kirurgiske teknikken, og adjuvant kjemoterapi tilbys i dag pasienter under 75 år med spredning til lymfeknuter (7). Når det gjelder metastasert og avansert kolorektalcancer, har man gjennom flere år behandlet disse tilstandene med 5-fluorouracil (5-FU) gitt intravenøst enten alene eller i kombinasjon med leucovorin. Denne behandlingen har gitt en objektiv respons med en viss livsforlengelse hos 10 – 25 %.

I en artikkel om fluorinerte pyrimidiner tar Todnem og medarbeidere for seg de nye perorale midlene (8). Disse medikamentene vil lette behandlingen for mange pasienter. I løpet av de siste årene er det også utviklet flere nye kjemoterapeutika som har økt responsrate og fører til lengre levetid sammenliknet med konvensjonell behandling. En oversikt over disse blir presentert av Harboe og medarbeidere (9). Blant de mest aktuelle er oxaliplatin og topoisomerasehemmere (Campto). Et alternativ til 5-FU og leucovorin er tymidylatsyntasehemmere (Tomudex). Oxaliplatin i kombinasjon med 5-FU og leucovorin har for eksempel i en fase III-studie vist en responsrate på 53 % hos pasienter med metastasert kolorektalcancer, mot 16 % i gruppen uten oxaliplatin. Det er også vist at kombinasjonen fører til økt antall pasienter med komplett remisjon av levermetastaser.

Disse medikamentene brukes allerede i dag i behandlingen av avansert kolorektalcancer i Norge og inngår i flere studier. De vil muligens også føre til at flere pasienter med metastasert kolorektalcancer i neste omgang får tilbud om enten kirurgi alene eller kirurgi i kombinasjon med kryo- eller varmebehandling.

LITTERATUR

1. Kreft i Norge 1996. Oslo: Kreftregisteret, Institutt for epidemiologisk kreftforskning, 1997: 46.
2. Hoff G, Solheim K. Screening for kolorektalcancer? Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2017 – 8.

3. Norstein J, Myrset AG, Langmark F, Bergan A. Lokale residiver av rektumcancer. Forekomst og overlevelse. De Norske Kirurgiske Foreninger. Vitenskapelige Forhandlinger 1992; 93.
 4. Heald RJ, Husband EM, Ryall RDH. The mesorectum in rectal cancer surgery – the clue to pelvic recurrence? Br J Surg 1982; 69: 613 – 6.
 5. Wibe A. For the Norwegian Rectal Cancer Group and the Norwegian Cancer Registry. Total Mesorectal Excision (TME) in Norway. National Rectal Cancer Project. Dis Colon Rectum 1999; 42 (suppl 4): A26.
 6. Flatmark K, Nilsen BH. Postoperative sårinfeksjoner ved elektiv kolorektalkirurgi Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2761 – 3.
 7. Kolorektalcancer og analcancer. En veiledning for leger. Oslo: Norsk Gastrointestinal Cancer Gruppe (NGICG), 1999: 41.
 8. Todnem K, Harboe K, Zotova L, Lind A, Øgreid D. Fluorinerte pyrimidiner i peroral behandling av avansert kolorektalcancer Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2781 – 5.
 9. Harboe K, Todnem K, Zotova L, Lind A, Øgreid D. Nye medikamenter i behandlingen av avansert kolorektalcancer Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2777 – 80.
-

Publisert: 30. september 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. februar 2026.