

## Riktlinjer för handläggning av peritonealcarcinom

### Bakgrund

Cytoreduktiv kirurgi (excision av all makroskopisk tumörsjukdom, inklusive peritonealektomier) + intraperitoneal cytostatikabehandling har visats ge klara överlevnadsvinster vid peritoneal spridning av kolorektal cancer, appendixcancer, pseudomyxoma peritonei (PMP) och primär peritonealt mesotheliom och får idag anses som state of the art för dessa diagnoser. Detta förutsatt att tumörlast inte är alltför stor och

patienten är i fysiskt tillräckligt gott skick. Under dessa förutsättningar har samstämmiga rapporter redovisat 5-årsöverlevnad på 30–40% för kolorektal cancer; 60–80% för mesotheliom och 80–95 % för PMP. Även vid begränsad levermetastasering kan behandling vara kurativ men med något sämre prognos. Det kräver dock att metastaserna ska vara få och vara åtgärdbara med mindre lokala excisioner som kan göras simultant med den cytoreduktiva

kirurgin, eller eventuellt åtgärdas med percutan ablation innan hipec operation. Den intraperitoneala cytostatikabehandlingen ges i Sverige numera alltid som s.k. HIPEC (Hypertherm IntraPeritoneal Chemotherapy), vilket innebär att cytostatika ges regionalt i bukhålan i samband med operationen, efter att all tumörvävnad avlägsnats.

Dessa operationer utförs som nationellt uppdrag vid Akademiska sjukhuset Uppsala, SUS Malmö, Karolinska sjukhuset Solna och Östra Sjukhuset, Sahlgrenska Göteborg.

### Indikationer:

- Peritoneal spridning av: kolorektal cancer, appendixtumörer av oklar malignitetsgrad, appendixcancer, pseudomyxom och primärt peritonealt mesotheliom.

### Kontraindikationer:

- Peritoneal spridning av: ventrikelcancer, pancreascancer och sarkom
- Carcinom omfattande hela tunntarmen (tarmväggen, ej mesot). Vid PMP relativ kontraindikation).
- Annan samtidig fjärrmetastasering (undantaget begränsad levermetastasering – se ovan)
- Patient med biologisk ålder >75 år (relativ kontraindikation)

Behandling av peritonealcarcinom av ovarialcancer handläggs i första hand via KK NUS.

### Primär handläggning

Vanligen är peritonealcarcinom ett överraskningsfynd vid tänkt elektiv resektion av koloncancer eller akutoperation för ileus. Rekommendationen är då att:

- Gör en noggrann bedömning av tunntarmsengagemanget. Engagerad eller ej? Hur stor del är angripen respektive hur stor del är sparad? Obs, undersök noggrant runt Treitz ligament, där noduli ofta ses, liksom på höger diafragma bakom levern invid levervenerna och i omslagvecket samt i leverhilus.

- Gör en skattning av den totala utbredningen av carcinosen enl Sugerbakers Peritoneal Carcinosis Index (PCI), se figur!
- Gör INTE någon resektion. Det försvårar senare operation och försämrar avsevärt prognosen. Om manifest eller latent ileus – avlasta med loopileostomi.
- Kontakta någon av klinikerna i nedanstående lista.

I de fall misstanke om peritonealcarcinom väckts preoperativt genom röntgenfynd som ascites, förtjockning av oment eller bucklig leveryta (scalering), rekommenderas:

- Kontakta gärna redan primärt någon av klinikerna i nedanstående lista.
- Alternativt, gå vidare med en diagnostisk laparoscopi och gör samma bedömning som ovan. OBS!! Gå in med alla portar i medellinjen – eftersom dessa måste excideras som fullväggsresektioner vid ev senare operation.
- Om stark misstanke föreligger rekommenderas direkt kontakt med carcinoskirurg.

Den vanliga utredningsgången är en flerfas CT thorax-buk och om denna inte påvisar

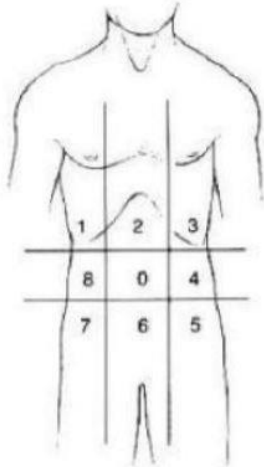
någon

metastasering också en kompletterande PET-CT för att utesluta metastasering till retroperitoneala lymfkörtlar eller annan fjärrmetastasering. Efter detta diagnostisk laparoscopi

– om det inte redan är utfört. Operationen är krävande och belastad med relativt hög morbiditet och en lång konvalescens. Räkna med en vårdtid på 3 veckor även vid okomplicerat förlopp. I en del fall kan det också vara indicerat att behandla med neoadjuvant kemoterapi. Av dessa skäl är det viktigt att noggrant gå igenom förutsättningarna och proceduren med patienten.

- Akademiska sjukhuset Uppsala; Wilhelm Graf 018-611 46 06, Helgi Birgisson 018 - 611 46 63 eller 018-611 0000 - personsökare
- Karolinska sjukhuset Solna; kolorektalcancerjour 0739-66 13 76, kssk 08-517 720 95
- Skånes universitetssjukhus, SUS, Malmö; dr Ingvar Syk 040-33 37 42 eller Jenny Brändstedt 040-33 65 77
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg; Kolorektalkonsulten via växeln 031-3421000

# Peritoneal Cancer Index



## Regions

- 0 Central
- 1 Right Upper
- 2 Epigastrium
- 3 Left Upper
- 4 Left Flank
- 5 Left Lower
- 6 Pelvis
- 7 Right Lower
- 8 Right Flank
- 9 Upper Jejunum
- 10 Lower Jejunum
- 11 Upper Ileum
- 12 Lower Ileum

## Lesion Size

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Lesion Size Score

- LS 0 No tumor seen
- LS 1 Tumor up to 0.5
- LS 2 Tumor up to 5.0
- LS 3 Tumor > 5.0 cm or confluence

**PCI**

