

Version 01.06.2007

Konsensus-Empfehlungen¹ zur Nachsorge nach kurativ operiertem kolorektalem Karzinom (vormals „FAGAS-Schema“)

Vorbemerkung

- Für ein Nachsorge-Programm qualifizieren Patienten/-innen im Stadium II-III (T_{3/4} oder N+, M₀), 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) 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 (FAP, HNPCC, Peutz-Jeghers), chron. entzündliche Darmerkrankung, Akromegalie etc. werden im vorliegenden Schema nicht abgehandelt und erfordern besondere Nachsorge-Massnahmen.

| | Monate p.op. | | | | | | |
|---|----------------------------|----|--------------------------------|----|----|----------------|----|
| | 6 | 12 | 18 | 24 | 36 | 48 | 60 |
| Klinische Untersuchung ² und CEA-Titer ³ | vierteljährlich im 1. Jahr | | halbjährlich im 2. und 3. Jahr | | | + | + |
| Koloskopie | | + | | | | + ⁴ | |
| CT Thorax-Abdomen ⁵ | | + | | + | + | + | + |
| <i>beim Rektum-Karzinom:</i> Rektosigmoidoskopie & Endosonographie | + | + | + | + | | | |

¹ Mitbeteiligte Fachgesellschaften und Organisationen vgl. Anhang

² Beim tiefsitzenden (extraperitonealen), mit totaler mesorektaler Exzision kontinuieritätserhaltend operierten Rektumkarzinom: 3-monatliche Rektalpalpation (durch den operierenden Chirurgen sicherzustellen).

³ Präoperative Bestimmung des CEA-Titers als Routine dringend empfohlen. Im Falle eines Titeranstiegs im postoperativen Verlauf: grosszügiger Einsatz bildgebender Untersuchungen.

⁴ falls bland, anschliessend 5-Jahres-Intervalle.

⁵ Triple-Kontrast-(orale-rektale-intravenöse Kontrastmittelgabe)-Multidetektor-Computertomographie von Thorax und Abdomen (plus kleines Becken beim Rektumkarzinom) als Standard. Leberesonographie plus Thorax-Röntgen (pa/seitl) als Alternative möglich, tadellose Schallqualität vorausgesetzt. Die CT-Thorax ist in erster Linie beim Rektumkarzinom vorteilhaft.

Anhang: Mitbeteiligte Fachgesellschaften und Organisationen

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