

## Nachsorge nach und Therapie des kolorektalen Karzinoms

Alle in Rahmen des Ärztenetzwerks Interdigest behandelten Patienten mit einem kolorektalen Karzinom werden interdisziplinär an unserem Tumorboard besprochen.

Das unten erwähnte standardisierte Vorgehen wird bedarfsweise adaptiert.

Die detaillierten Empfehlungen finden Sie in der SGSSG-Publikation von 2022

([https://sggsg.ch/fileadmin/user\\_upload/Empfehlungen/smf\\_09114\\_de.pdf](https://sggsg.ch/fileadmin/user_upload/Empfehlungen/smf_09114_de.pdf))

Diese Übersicht fasst die wichtigsten Punkte tabellarisch zusammen:

### Konsensus-Empfehlungen zur Nachsorge nach kurativer Therapie des Kolonkarzinoms

A) Kolonkarzinom T1-2N0M0	Monate nach Operation							
	3	6	12	18	24	36	48	60
Anamnese, klinische Untersuchung, CEA-Titer <sup>1</sup>			X		X	X		
Endoskopie: Koloskopie			X				X <sup>2</sup>	
Bei Vorliegen eines Risikofaktors für ein Tumorrezidiv (z.B. G3-Histologie, vaskuläre Invasion, Budding >1) soll eine ergänzende Bildung gemäss (B) grosszügig indiziert werden.								
B) Kolonkarzinom T3N0M0 oder T1-3N1M0	Monate nach Operation							
	3	6	12	18	24	36	48	60
Anamnese, klinische Untersuchung, CEA-Titer <sup>1</sup>		X	X	X	X	X	X	X
Endoskopie: Koloskopie			X				X <sup>2</sup>	
Bildgebung: CT Thorax-Abdomen-Becken			X			X		
C) Kolonkarzinom T4NXM0 oder TXN2M0	Monate nach Operation							
	3	6	12	18	24	36	48	60
Anamnese, klinische Untersuchung, CEA-Titer <sup>1</sup>		X	X	X	X	X	X	X
Endoskopie: Koloskopie			X				X <sup>2</sup>	
Bildgebung: CT Thorax-Abdomen-Becken		X <sup>3</sup>	X		X	X	X	X

### Konsensus-Empfehlungen zur Nachsorge nach kurativer Therapie des Rektumkarzinoms

Rektumkarzinom T1-4N0-2M0 (nach Operation mit totaler/partieller mesorektaler Resektion)*	Monate nach Operation							
	3	6	12	18	24	36	48	60
Anamnese, klinische Untersuchung, CEA-Titer <sup>1</sup>	X	X	X	X	X	X	X	X
Endoskopie: flexible Rektosigmoidoskopie		X		X	X			
Koloskopie			X				X <sup>2</sup>	
Bildgebung: CT Thorax-Abdomen-Becken			X		X	X	X	X
MRT-Becken u/o EUS <sup>4</sup>		X		X				

\* Gilt nicht für Polyp mit low-risk pT1-Karzinom.

Rektumkarzinom mit (nahezu) kompletter Remission nach (Radio)Chemotherapie (ohne geplante Operation) <sup>5</sup>	Monate nach Operation														
	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36	42	48	60
Anamnese, klinische Untersuchung <sup>6</sup> , CEA-Titer <sup>1</sup>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Endoskopie: Flexible Rektosigmoidoskopie <sup>5</sup>	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Koloskopie				X										X <sup>2</sup>	
Bildgebung: CT Thorax-Abdomen-Becken		X	X	X				X				X	X	X	X
MRT-Becken u/o untere EUS <sup>5</sup>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X <sup>4</sup>	X <sup>4</sup>	X <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Präoperative Bestimmung des CEA-Titers als Routine dringend empfohlen. Im Falle eines Titeranstiegs im postoperativen Verlauf grosszügiger Einsatz bildgebender Untersuchungen.

<sup>2</sup> Anschliessend Koloskopie alle 5 Jahre, wenn keine Polypen respektive bei Nachweis von Polypen Nachsorge entsprechend Tabelle 2.

<sup>3</sup> Bei pT4 oder unklarem peritonealem CT-Befund diagnostische Laparoskopie evaluieren.

<sup>4</sup> Bei hoher lokaler Expertise untere Endosonographie als Alternative zu MRT Becken, vor allem bei Karzinomen im unteren Rektum

<sup>5</sup> Untersuchung in spezialisierten Zentren mit Erfahrung in dieser Therapieoption.

<sup>6</sup> Umfasst eine gründliche digitale-rektale Untersuchung bevorzugt durch den gleichen Untersucher.

CEA: carcinoembryonales Antigen; CT: Computertomographie; EUS: Endosonographie; MRT: Magnetresonanztomographie.

Spezielsituation: für die Nachsorgeempfehlungen nach einer kompletten Metastasen-Entfernung in kurativer Absicht verweisen wir auf Tabelle 5 in der Originalpublikation.