

## DARMKREBSZENTRUM BASELLAND KSBL LIESTAL

### Modifizierte Nachsorgeschemata Kolorektaler Karzinome

Stand Dezember 2022

Übereinstimmende Empfehlung SGG 2022 und Darmkrebszentrum Baselland
Zusätzliche Empfehlung Darmkrebszentrum Baselland

Modifiziertes Nachsorgeschema KOLON KARZINOM T1-2 N0 M0							
Stand 2022							
	Monate nach OP						
	6	12	18	24	36	48	60
Anamnese, CEA Titer * Klinische Untersuchung		+		+	+		+
Koloskopie		+				***	
Bei vorliegenden Risiko- faktoren G3, V1, Bd>1, L1: CT Thorax Abdomen		+		+	+	+	+

Vorausgesetzt wird eine vollständige Koloskopie präoperativ oder baldmöglichst postoperativ (vorzugsweise innert 3 Monaten).

- \* Präoperative Bestimmung des CEA Titers als Routine dringend empfohlen.  
Im Falle eines Titeranstiegs im postoperativen Verlauf grosszügiger Einsatz bildgebender Untersuchungen.
- \*\* Anschliessend Koloskopie alle 5 Jahre.  
Bei Nachweis von Polypen -> Nachsorge entsprechend Nachsorgeschema Polypektomie.

Modifiziertes Nachsorgeschema KOLON KARZINOM T3 N0 M0 oder T1-3 N1 M0									
Stand 2022									
	Monate nach OP								
	3	6	9	12	18	24	36	48	60
Anamnese, CEA Titer * Klinische Untersuchung	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Koloskopie				+				***	
CT Thorax Abdomen				+		+	+	+	+

Vorausgesetzt wird eine vollständige Koloskopie präoperativ oder baldmöglichst postoperativ (vorzugsweise innert 3 Monaten).

- \* Präoperative Bestimmung des CEA Titers als Routine dringend empfohlen.  
Im Falle eines Titeranstiegs im postoperativen Verlauf grosszügiger Einsatz bildgebender Untersuchungen.
- \*\* Anschliessend Koloskopie alle 5 Jahre.  
Bei Nachweis von Polypen -> Nachsorge entsprechend Nachsorgeschema Polypektomie.

Modifiziertes Nachsorgeschema KOLON KARZINOM T4 NX M0 oder TX N2 M0									
Stand 2022									
	Monate nach OP								
	3	6	9	12	18	24	36	48	60
Anamnese, CEA Titer * Klinische Untersuchung	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Koloskopie				+				***	
CT Thorax Abdomen		***		+		+	+	+	+

Vorausgesetzt wird eine vollständige Koloskopie präoperativ oder baldmöglichst postoperativ (vorzugsweise innert 3 Monaten).

- \* Präoperative Bestimmung des CEA Titers als Routine dringend empfohlen. Im Falle eines Titeranstiegs im postoperativen Verlauf grosszügiger Einsatz bildgebender Untersuchungen.
- \*\* Anschliessend Koloskopie alle 5 Jahre.  
Bei Nachweis von Polypen -> Nachsorge entsprechend Nachsorgeschema Polypektomie.
- \*\*\* Bei pT4 oder unklarem peritonealen CT Befund diagnostische Laparoskopie evaluieren.

<b>Modifiziertes Nachsorgeschema REKTUM KARZINOM T1-4 N0-2 M0</b>								
Stand 2022								
Nach Operation mit totaler / partieller mesorektaler Resektion. Gilt nicht für Polyp mit low-risk pT1-Karzinom								
	Monate nach OP							
	3	6	12	18	24	36	48	60
Anamnese, CEA Titer *	+	+	+	+	+	+	+	+
Klinische Untersuchung								
Flex. Rektosigmoidoskopie		+		+	+			
Koloskopie			+				***	
CT Thorax Abdomen			+		+	+	+	+
MRT Becken u/o EUS***		+		+				

Vorausgesetzt wird eine vollständige Koloskopie präoperativ oder baldmöglichst postoperativ (vorzugsweise innert 3 Monaten).

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

\*\* Anschliessend Koloskopie alle 5 Jahre.  
Bei Nachweis von Polypen -> Nachsorge entsprechend Nachsorgeschema Polypektomie.

\*\*\* Bei hoher lokaler Expertise untere Endosonographie als Alternative zu MRT Becken, v.a. bei Karzinomen im unt. Rektum.

<b>Modifiziertes Nachsorgeschema REKTUM KARZINOM mit (nahezu) kompletter Remission nach (Radio)Chemotherapie (ohne geplante Operation)</b>															
Stand 2022															
	Monate nach OP														
	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36	42	48	60
Anamnese, CEA Titer <sup>1</sup>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Klinische Untersuchung <sup>5</sup>															
Flexible Rektosigmoidoskopie <sup>4</sup>	+	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+	+		+
Koloskopie				+										+ <sup>2</sup>	
CT Thorax Abdomen		+		+				+				+		+	+
MRT Becken u/o EUS <sup>4</sup>	+	+	+	+	+	+	+	+		+		+	+ <sup>3</sup>	+ <sup>3</sup>	+ <sup>3</sup>

Vorausgesetzt wird eine vollständige Koloskopie präoperativ oder baldmöglichst postoperativ (vorzugsweise innert 3 Monaten).

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

2 Anschliessend Koloskopie alle 5 Jahre.  
Bei Nachweis von Polypen -> Nachsorge entsprechend Nachsorgeschema Polypektomie.

3 Bei hoher lokaler Expertise untere Endosonographie als Alternative zu MRT Becken, v.a. bei Karzinomen im unt. Rektum.

4 Untersuchung in spezialisierten Zentren mit Erfahrung in dieser Therapieoption.

5 Umfasst eine gründliche digital-rektale Untersuchung bevorzugt durch den gleichen Untersucher.

Quelle: Swiss Medical Forum 2022;22(21-22):349-355

### T (Tumor)

T0= Keine Anzeichen Primärtumor

T1, T2, T3, T4 = zunehmende Grösse Primärtumor

T X = keine Aussage über Lymphknotenbefall möglich

### N (Nodes = Lymphknoten)

N0 = kein Lymphknotenbefall

N1, N2, N3 = zunehmender Lymphknotenbefall

NX = keine Aussage über Lymphknotenbefall möglich

### M (Metastasen)

M0= keine Anzeichen für Fernmetastasen

M = Fernmetastasen vorhanden