



Interdisziplinäres Tumorboard Kolon- und Rektum malignome

Konsens der Experten für bestmögliche evidenzbasierte Behandlung

Um die Behandlungskonzepte aller Patienten mit Kolon- und Rektumtumoren – Metastasen inklusive – festzulegen, hat unsere Klinik ein interdisziplinäres Tumorboard etabliert. Darin finden die Fachbereichsspezialisten des Insel- und Tiefenauspihals in fokussierten Diskussionen, basierend auf der in Studien verfügbaren Evidenzen und Daten, den Konsens für die bestmöglich Behandlung.

Einer der klinischen Schwerpunkte der Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin (UVCM) sind Behandlungen von Tumoren aus dem Gastrointestinaltrakt und der endokrinen Organe Nebenniere, Schilddrüse und Nebenschilddrüse. Ein spezielles Tumorboard wurde etabliert, um die Festlegung der Behandlungskonzepte sämtlicher Patienten mit Kolon- und Rektumtumoren inklusive Patienten mit Metastasen dieser Tumore zu besprechen. In Anbetracht der grossen Zahl an Patienten mit malignen Tumoren erlaubt das Board klar fokussierte Diskussionen zu führen. Voraussetzung dazu ist eine nach herkömmlichen Standards abgeschlossene Diagnostik, welche eine histologische Beurteilung einschliesst. Tabelle 1 zeigt die minimal geforderten Abklärungen für Kolon- und Rektumtumore.

wird zusätzlich eine Bestimmung von CEA empfohlen, um für den weiteren Verlauf einen Basiswert zu haben. Gelegentlich kann es schwierig sein, ein vermutetes Rezidiv, beispielsweise im kleinen Becken, bioptisch zu bestätigen. Dann ist es sinnvoll, auch die in solchen Fällen meist aufwändigen diagnostischen Schritte am Tumorboard zu besprechen. Heute gibt es für die Behandlung von Kolon- und Rektumtumoren eine Vielzahl von Möglichkeiten und Konzepten, bei denen sequenziell verschiedene Therapiemodalitäten zum Einsatz kommen. Es geht im Rahmen dieser zahlreichen Möglichkeiten darum, für den einzelnen Patienten den am besten geeigneten Behandlungsplan herauszufiltern. Aufgrund der vielen Möglichkeiten gilt es im Tumorboard, interdisziplinär die Vor- und Nachteile der verschiedenen Optionen abzuwägen. Dies kann man nur erreichen, wenn die Vertreter der verschiedenen Disziplinen kompetent sind, aber auch kritisch die Möglichkeiten ihres Faches beurteilen und nicht primär als Interessensvertreter ihrer Disziplin auftreten.

Tabelle 2 listet die Fachrichtungen auf, welche bei jedem Tumorboard der UVCM vertreten sind. Zusätzlich wird bei Patienten, für die eine pulmonale Metastasenresektion in Betracht gezogen wird, ein Kollege der Klinik für Thorax-Chirurgie zur Besprechung eingeladen. Analog wird bei lokal fortgeschrittenem Rektumkarzinom und zur Diskussion stehender Blasenresektion ein Vertreter der Urologie eingeladen. Es ist die Aufgabe des Moderators des Tumorboards, die Diskussion zu leiten und die teilweise kontroversen Standpunkte zu gewichten, damit am Ende ein Konsens zustande kommt. Grundlagen für Diskussion und Entscheid sind immer die aufgrund publizierter Studien verfügbaren Evidenzen und Daten. Wenn solche fehlen oder es spezielle Gründe gibt, von Standards abzuweichen, wird dies detailliert erörtert. Tabelle 3 zeigt eine Auswahl von Fragen, die häufig am Tumorboard diskutiert werden. Des



Liveübertragung des Tumorboards: Simultan im Inselspital ...

Bei Rektumkarzinomen im distalen Drittel kommen ergänzend die mit Endosonographie und MRI erhobenen Befunde hinzu, weshalb oft beide Untersuchungen durchgeführt werden. Insbesondere für die Beurteilung einer Sphinkterinfiltration oder für die Unterscheidung zwischen cT2 und cT3 ist die Endosonographie hilfreich. Für alle Patienten

Tabelle 2: Zusammensetzung des Tumorboards

Am Tumorboard für Kolon- und Rektumtumore regelmässig engagierte Fachrichtungen (in alphabetischer Reihenfolge)

- Gastroenterologie
- Medizinische Onkologie
- Nuklearmedizin
- Pathologie
- Radiologie
- Radio-Onkologie
- Viszeralchirurgie

Tabelle 3: Primäre Diskussionspunkte im Tumorboard

Häufige Fragen am Tumorboard

- a) Betreffend Rektumkarzinom
 - Bis zu welcher Tumorlokalisierung (Höhe ab Ano-Kutanlinie) ist eine neoadjuvante Strahlentherapie indiziert?
 - Bei welchen Stadien ist eine neo-adjuvante Radio-Chemotherapie sinnvoll?
- b) Betreffend stenosierendes Rektumkarzinom
 - Primär Resektion oder Stoma oder Stent'?
- c) Betreffend synchrone Lebermetastasen (Kolon- oder Rektumkarzinom)
 - Zuerst Chemotherapie oder zuerst Chirurgie?
 - Falls zuerst Chirurgie, zuerst Leberresektion oder Darmresektion oder gar kombiniert?
 - Beim Rektumkarzinom: Neo-adjuvante Radio-Chemotherapie oder (aggressivere) Chemotherapie ohne Bestrahlung?
- d) Betreffend Chemotherapie bei Lebermetastasen?
 - Wie lange behandeln: Dilemma von chemotherapeutischer Wirksamkeit und Chemotherapie induzierter Leberschädigung?
- e) Betreffend multiplen Lebermetastasen
 - Welche Resektions-/ Destruktionsstrategie (Mikrowellenablation Ultraschallgesteuert, 3D-navigiert, atypische Resektion)?
 - Umgang mit nicht mehr erkennbaren Läsionen?

(* neue Daten sprechen gegen den Stent)



... mit Ärztekolleg/innen im Tiefenauspital

Weiteren muss mindestens eine der anwesenden Personen den Patienten klinisch gesehen und beurteilt haben. Nur so kann gewährleistet werden, dass nicht ein zwar fachlich gesehen korrekter Entscheid gefällt wird, der jedoch für den Patienten inadäquat ist. Reine aktenkonsiliarische Besprechungen sind für gezielte Fragestellungen möglich, bilden aber aus dem genannten Grund eine Ausnahme.

Als Universitätsklinik mit zwei Standorten ist die Zusammenführung von Fällen aus dem Spitalnetz Bern und des Inseleospitals ein zentraler organisatorischer Punkt. Patienten mit Kolonkarzinomen werden prioritär im Tiefenauspital operiert. Tiefe Rektumresektionen, bei denen eine Defektdeckung mittels Lappenplastik oder eine intraoperative Strahlentherapie auch zum Konzept gehören können, oder die gesamte Metastasen Chirurgie der Leber werden am Inseleospital durchgeführt. Somit gibt es regelmässig Patienten von beiden Standorten zu besprechen. Deshalb wird das Tumorboard simultan im Inseleospital und im Tiefenauspital übertragen und die Diskussionen können unabhängig des Standortes der Spezialisten uneingeschränkt interdisziplinär erfolgen.

Tabelle 1: Abklärungen für Kolon- und Rektumtumore

Klinische Situation	Methode	Bemerkung
Kolonkarzinom	Koloskopie inkl. Biopsie	Bei stenosierenden Tumoren nach Resektion oder Stomaanlage Koloskopie des Restkolons in den ersten 3 Monaten nachholen
	CT mit iv Kontrast von Thorax-Abdomen-Becken	Zur Metastasensuche und als Basis für allenfalls im Verlauf auftretende neue Rundherde
Rektumkarzinom	Endoskopie inkl. Biopsie	Bei stenosierenden Tumoren nach Resektion oder Stomaanlage Koloskopie des Restkolons in den ersten 3 Monaten nachholen
	CT mit iv Kontrast von Thorax-Abdomen-Becken	Zur Metastasensuche und als Basis für allenfalls im Verlauf auftretende neue Rundherde
	MRI des Beckenbodens; externe oder endoluminale Spule	Zur genauen Bestimmung der lokalen Tumorausdehnung sowie bei tiefen Tumoren zur Beurteilung der Lage zum Schliessmuskelapparat.
	Rektale Endosonographie	Zur genauen Bestimmung der lokalen Tumorausdehnung sowie bei tiefen Tumoren zur Beurteilung der Lage zum Schliessmuskelapparat
Metastasen	PET mit iv Kontrast	Für Metastasen Chirurgie sind oft zusätzliche, fokussierte Schnittbilduntersuchungen zu ergänzen