

# BALANCE ZWISCHEN SICHERHEIT UND LEBENSQUALITÄT

**Die Heilungschance beim Rektumkarzinom ohne Fernmetastasen beträgt heute 80 %.  
Massgebend für die Patienten ist dabei jedoch die Lebensqualität. Diese wird gefördert durch eine kurze Untersuchungszeit bis zu Diagnose, mittels Wertschätzung seitens der Ärzte und vor allem durch den Verzicht auf ein Stoma, das dank neuer Operationstechnik nur noch in 10 % der Fälle nötig ist.**

Das Rektumkarzinom umfasst etwa ein Drittel der Kolonkarzinome, der 4. häufigsten Krebserkrankung in der Schweiz (Krebsliga Schweiz). Die Inzidenz des Rektumkarzinoms liegt bei 20/100 000 Personen pro Jahr. Somit ist jährlich mit circa 1 600 Neuerkrankungen zu rechnen. Die Heilungschancen liegen bei über 80 %, sofern keine Fern- und Lymphknotenmetastasen vorliegen<sup>1</sup>. Wichtig ist für die Patienten nicht nur das Überleben, sondern die Lebensqualität danach (Quality adjusted survival).

## ABKLÄRUNG UND BEHANDLUNG

Eine Karzinomdiagnose bedeutet für den Patienten ein Lebensereignis enormer Tragweite. In dieser Situation sind lange Wartezeiten auf Resultate oder auf Ankündigung von Therapieplänen kaum aushaltbar. Auch fehlende Vertrauens- und Bezugspersonen, die für brennende Fragen sogleich zur Verfügung stehen, können zur erheblichen Unsicherheit führen. Mühsam sind zudem schlecht koordinierte Termine, die zur Abklärung repetitive Gänge ins Spital nötig machen.

Im Wissen darum haben wir im Bauchzentrum die Prozesse zur Abklärung überdacht, optimiert und standardisiert.

So werden wir Chirurgen vom Kolorektalen Team wenn möglich zur Endoskopie bei Verdacht auf ein kolorektales Karzinom hinzugezogen. So können wir unmittelbar nach der Untersuchung auf der Überwachungsstation mit dem Patienten die Diagnose, bzw. ein Behandlungspfad diskutieren und die nötigen Staginguntersuchungen zeitnah organisieren. In der folgenden Phase sind wir die Ansprechperson für die Patienten, aber auch gegenüber den involvierten Disziplinen z. B. am Tumorboard. Bildlich gesprochen sind wir dabei «Bergführer» für die von Patienten, Angehörigen, mitbeteiligten Pflegenden und Ärzten in Angriff genommene «Bergtour». Dabei erfassen wir die Bedürfnisse der Patienten, so dass z. B. bei der Wahl der neoadjuvanten Therapie (kurzes 5-tägiges versus langes 3–4 Monate dauerndes Schema) entsprechend darauf eingegangen wird.

Zudem konzentrieren wir die Aufklärungsgespräche (Anästhesie, Operation, Stoma- und Ernährungsberatung) auf einen Termin. Für das chirurgische Aufklärungsgespräch reservieren wir uns eine Stunde Zeit. Des Weiteren gilt bei uns, dass die Zeitspanne zwischen Diagnosestellung und Einleitung der Therapie eine bis maximal 2 Wochen beträgt. Mit diesen Massnahmen bemühen wir uns als Team um die Wertschätzung gegenüber den Patienten in der für sie aussergewöhnlichen Situation.

## LEBENSQUALITÄT NACH DER BEHANDLUNG

Nach der Rektumchirurgie gibt es zwei Faktoren, welche die Lebensqualität einschneidend beeinträchtigen können: zum einen ein definitives Stoma, zum andern neuronale Schädigungen im Bereich des Plexus hypogastricus, welche zu Störungen der Blasen- und Sexualfunktion führen können. Wir wenden zwei neuere Operationstechniken an, um diese beiden Probleme auf ein absolutes Minimum zu reduzieren.

## INTERSPHINKTERE RESEKTION

Bis in die 90er Jahre des letzten Jahrhunderts waren Amputationsraten mit Anlage eines definitiven Stomas von um die 50 % üblich. Aus pathologischen Studien wissen wir, dass die intramurale Ausbreitung des Tumors nach distal nur wenige Millimeter beträgt. Diese Erkenntnis hat dazu geführt, dass im untersten Rektumbereich, das heisst unterhalb der mesorektalen Schicht kein Sicherheitsabstand, sondern einzig eine Resektion im Gesunden gefordert wird. Zudem unterstützt der äussere Sphinktermuskel den inneren Sphinktermuskel in seiner Funktion wesentlich zum Erhalt des Ruhetonus. Eine intersphinktere Resektion, d. h. eine onkologisch sichere Resektion tiefliegender Rektumkarzinome mitsamt dem Sphinkter internus ist somit bei entsprechender Expertise möglich. Nach einer sogenannten Durchzugsanastomose, einer von anal her eingenähten Anastomose des an den Analkanal gezogenen Restkolons kann eine Kontinenz erhaltende Funktion erreicht werden. Dank dieser Methode konnte die Amputationsrate deutlich unter 10 % gesenkt werden.



PD Dr. med. Lukas Brügger | lukas.bruegger@insel.ch  
 Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin II Fachbereich Viszeralchirurgie

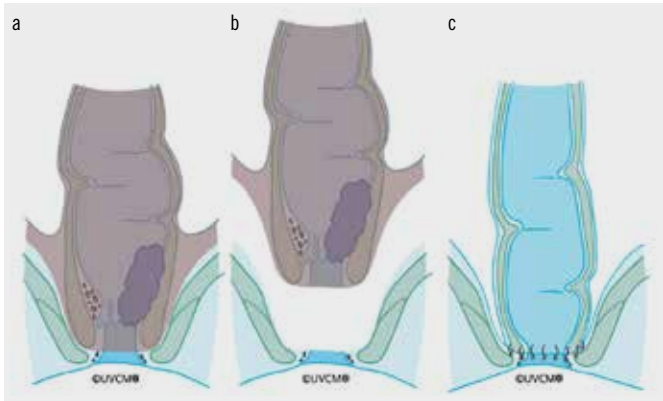


Abb 1: Intersphinktere Resektion:

- Das violett markierte Gebiet mitsamt dem inneren Sphinkter kann entfernt werden, sofern das Karzinom (dunkelviolet) nicht den äusseren Sphinkter tangiert.
- Resektion.
- Koloanale Durchzugsanastomose: Das heruntergezogene Kolon wird mittels Handnaht an den unteren Analkanal (linea dentata) anastomosiert.



Abb 2: Spezialtrokar (der Firma APPLIED Medical), welcher von anal eingeführt wird und ein endoskopisches Operieren im Rektumbereich ermöglicht.

Abb 3: Eine optimale Lebensqualität (links) ohne die onkologische Radikalität und damit die Prognose zu gefährden, soll erreicht werden.

### TRANSANALE TOTALE MESOREKTALE EXCISION (TATME)

Seit den 80er Jahren wissen wir, dass eine korrekte Entfernung des perirektalen Fettgewebes oder Mesorektums und damit des Lymphabflussgebiets entscheidend zur Prognoseverbesserung beiträgt (Totale Mesorektale Excision). Störungen der Blasenentleerung oder der Sexualfunktion kommen bei bis zu 20 % der Patienten nach Rektumresektion vor. Gründe sind primär Läsionen im Bereich der Nervenfasern des Plexus hypogastricus. Dies kann insbesondere beim engeren männlichen Becken oder bei grossen Tumoren durch eine eingeschränkte Exposition und damit limitierte Übersicht bedingt sein. Die taTME schafft als neuere Methode dabei Abhilfe. Dabei wird ein neu entwickelter Spezialtrokar anal eingeführt und ein Pneumointestinum angelegt. Der Darm wird darauf unterhalb des Tumors inwendig mit einer Tabakbeutelnaht verschlossen. Distal davon wird der Darm zirkulär inzidiert, um das distale Ende des Mesorektums darzustellen. Dieser Schicht entlang wird das Rektum nach proximal (down to up) bis zum Rendez-vous mit dem von abdominal her in der gleichen Schicht arbeitenden Team präpariert. Die schwierige Präparation des untersten Rektums mit der grössten Verletzungsgefahr für die Nerven kann so mit deutlich besserer Übersicht durchgeführt werden. Bisherige Studien konnten insbesondere auch zeigen, dass die Intaktheit der mesorektalen Schicht als onkologisches Qualitätsmerkmal deutlich besser ist.

### SICHERHEIT BEI GERINGER BEEINTRÄCHTIGUNG

Eine radikale Excision für die optimale onkologische Sicherheit mit ausgeprägten Sicherheitsabständen kann hier rasch zu hohen Einbusse an Lebensqualität führen, da die Schliessmuskelfunktion und damit die

Kontinenz beeinträchtigt oder geopfert werden müssen. Es gilt somit für die Behandlungsstrategie genau zu wissen, wo die Schwelle zur relevanten Beeinträchtigung der Prognose liegt.

Faktoren, welche die Lebensqualität belasten und reduzieren, sollten offen dargelegt werden. Während der Behandlung können dabei Wertschätzung und eine angenehme Atmosphäre kompensatorisch auf eine definitive Stomaanlage einwirken. Die optimale Balance zwischen onkologischer Sicherheit und möglichst geringer Beeinträchtigung ist entscheidend und sollte im Einzelfall unter Einbezug individueller Vorstellungen mit dem Patienten erarbeitet werden (Abb 1). Nur so erreichen wir, dass die Patienten mit der Diagnose eines Rektumkarzinoms nicht nur möglichst lange, sondern auch mit einer optimalen Lebensqualität überleben.

<sup>1</sup> Dis Colon Rectum. 2015 Sep;58(9):823-30. Increased Lymph Node Yield Is Associated With Improved Survival in Rectal Cancer Irrespective of Neoadjuvant Treatment: Results From a National Cohort Study. Lykke J, Jess P, Roikjaer O; Danish Colorectal Cancer Group.

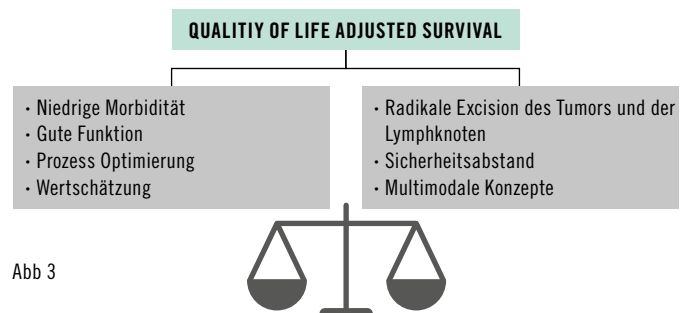


Abb 3