

# TOTALE MESOREKTALE EXZISION MIT ZWEI PARALLEL ARBEITENDEN TEAMS

Rektumkarzinome werden am Inselspital erfolgreich mit der Methode der «Transanal Totalen Mesorektale Exzision» (taTME) operiert. Diese laparoskopische Methode erfolgt nach onkologischen Prinzipien und ist schliessmuskelerhaltend. Dabei führen zwei parallel arbeitende Teams die Exzision von anal und vom Abdomen her aus, was eine Verkürzung der Operationszeit ermöglicht.

Dr. med. Peter Studer, Dr. med. Antje Lechleiter, PD Dr. med. Lukas Brügger

Eine Karzinomdiagnose bedeutet für den Patienten einen Lebenschnitt von enormer Tragweite. Unser Ziel ist es, für unsere Patienten durch kurze Kommunikationswege zwischen den beteiligten Disziplinen, strukturierte Handlungsabläufe (Leitlinien) sowie möglichst kompakte Abklärungsabläufe, Sicherheit, Vertrauen und grösstmögliche Behand-

lungsqualität zu gewährleisten. Dabei ist uns Kontinuität insbesondere auch in der persönlichen Zuständigkeit und Betreuung wichtig. Das fiktive Fallbeispiel (siehe Kasten, S. 18) illustriert einen typischen Abklärungs- bzw. Behandlungsablauf bei einem Patienten mit der Diagnose eines Rektumkarzinoms in unserem Darmzentrum (vgl. dazu auch Abb 1).

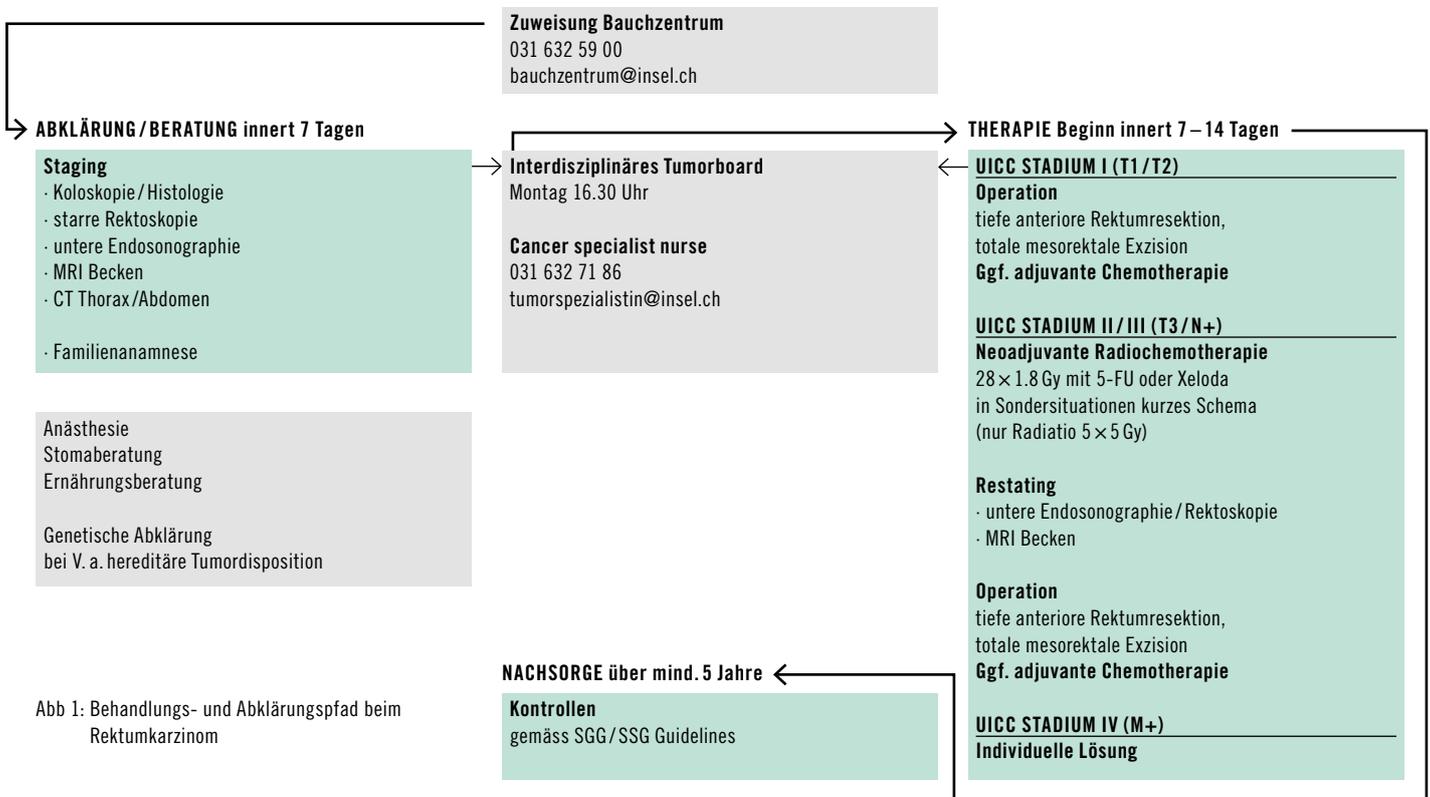


Abb 1: Behandlungs- und Abklärungspfad beim Rektumkarzinom

Mit der Bildung des Bauchzentrums Mitte 2013 setzen wir die oben genannten Vorgaben konsequent um. Teambildungen innerhalb der Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin waren eine Konsequenz davon. Diese Fokussierung, sowie zusätzliche Qualitätskontrollen erlauben einen Vergleich mit anderen Zentren (Benchmarking). Die Zertifizierung Bauch- und Tumorzentrum der Deutschen Krebsgesellschaft im letzten Frühjahr gibt uns auch das entsprechende Gütesiegel für dieses Gebiet der hoch spezialisierten Medizin.

Seither hat die Anzahl operierter Patienten mit neu diagnostizierten Kolon- oder Rektumkarzinomen deutlich zugenommen (Abb 2). So wurden im ersten Halbjahr 2016 in unserem Zentrum 19 Patienten wegen eines Rektumkarzinoms behandelt. Dieser hochspezialisierte Eingriff bringt unsere Klinik zahlenmässig auf eine Spitzenposition im schweizerischen Umfeld. Dank Spezialisierung und höheren Fallzahlen konnten wir dabei die Komplikationsrate relativ gesehen senken (Abb 2).

#### MINIMALINVASIV ALS STANDARD

An unserer Klinik werden grundsätzlich alle kolorektalen Eingriffe in minimalinvasiver Technik (Laparoskopie) durchgeführt. Die Zahlen der letzten 12 Monate zeigen: Lediglich bei einem Patienten mit Rektumkarzinom wurde der Tumor über eine Laparotomie entfernt (Einwachsen des Tumors in das Steissbein, Steissbein-Teilentfernung war notwendig) und nur bei einem laparoskopischen Eingriff wurde während der Operation auf ein offenes Verfahren konvertiert (Einwachsen des Tumors in die Beckenorgane bei ausgeprägtem Verwachsungsbauch). In solchen Situationen werden die involvierten Organe (Blase, Prostata, Uterus, Ureter, Sakrum) zugunsten einer radikalen Tumorresektion mitreseziert und die Funktion falls notwendig mittels Rekonstruktionen wieder hergestellt.

#### REDUKTION DEFINITIVER STOMAS

Dank der Zentrenbildung können innovative Strategien und Techniken rascher und sicherer implementiert werden. So haben wir erfolgreich die «Transanale Totale Mesorektale Exzision» (taTME) eingeführt. Diese neue Methode ermöglicht die Entfernung des Rektums und Mesorektums vom Anus her. So wird eine sehr hohe Rate an schliessmuskelerhaltenden Operationen bei gleichbleibender onkologischer Qualität ermöglicht. Gleichzeitig können durch diese Technik die Qualität der Resektion des von abdominaler Seite her zum Teil nur schwierig zu erreichenden untersten Teils des Mesorektums gesteigert und die angrenzenden Strukturen geschont werden. Nicht zuletzt sinken die Operationszeiten durch den konsequenten Einsatz von zwei parallel arbeitenden Teams von anal und vom Abdomen her.

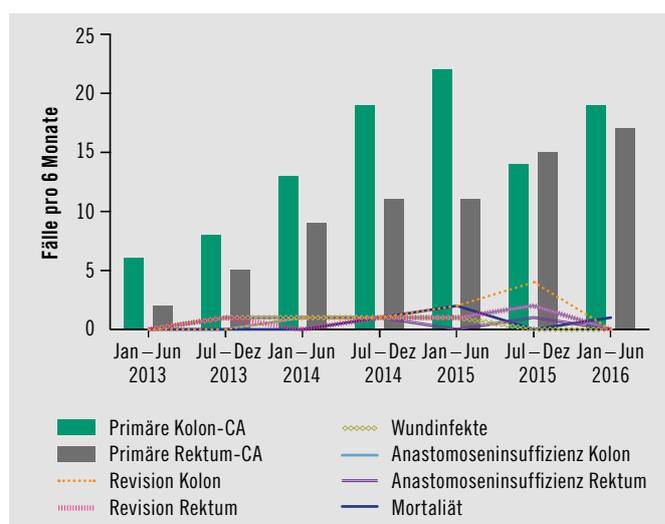


Abb 2: Fallzahlen für kolorektale Eingriffe an der Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin

### Kernteam Kolorektal

Leitung: PD Dr. med. Lukas Brügger, lukas.bruegger@insel.ch

Stv. Leitung: Dr. med. Peter Studer, peter.studer@insel.ch

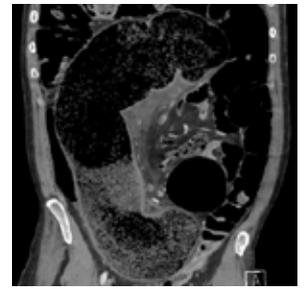
Dr. med. Henrik Horvath (Gastroenterologie, Genetik)

PD Dr. med. Pascal Juillerat (Gastroenterologie, IBD)

Dr. med. Andreas Kohler (Viszeralchirurgie)

Dr. med. Antje Lechleiter (Protokologie, Viszeralchirurgie)

Prof. Dr. med. Andrew Macpherson (Gastroenterologie)



Seit Juli 2015 wird dieses Verfahren bei uns nun routinemässig eingesetzt (22 Fälle). Somit reduzierte sich erfreulicherweise die Rektum-Amputationsrate mit definitiver Stoma-Anlage auf zwei Fälle innerhalb dieses Zeitraums.

Entscheidend für die einzelnen Patienten ist nebst onkologischer Radikalität der Erhalt einer hohen Lebensqualität. Was diesbezüglich möglich ist, veranschaulicht das Beispiel eines jungen Patienten mit einer Familiären Adenomatösen Polyposis (FAP), der wegen eines ultratiefen Rektumkarzinoms behandelt werden musste. Dank der neuen Technologien konnten wir sphinktererhaltend operieren (Totale Kolektomie, transanale Anastomose). Der Patient hat nach der Operation 2015 seine Karriere als Kranschwinger wieder aufgenommen und am Eidgenössischen Schwingfest 2016 in Estavayer teilgenommen (Abb 3).

#### Liste aller Kranzgewinne 25 Kränze

Datum	Ort	Rang	Punkte	Kranz
26.06.2016	Emmentalisches Schwingfest Sumiswald	5g	57.00	X
12.06.2016	Oberländisches Schwingfest Aeschi	6d	57.00	X
<b>&gt; Operation</b>				
18.05.2014	Bern-Jurassisches Schwingfest Raimeux-Cremine	7c	56.75	X
11.05.2014	Emmentalisches Schwingfest Schüpbach	2.	58.50	X
03.05.2014	Mittelländisches Schwingfest Bern	7b	57.00	X
12.08.2012	Berner Kantonschwingfest Herzogenbuchsee	8a	56.00	X
21.07.2012	Bündner-Glarner Schwingertag Davos-Sertig	4c	57.00	X
08.07.2012	Oberländisches Schwingfest Oey-Diemtigen	4h	56.75	X
20.05.2012	Emmentalisches Schwingfest Bigenthal	6i	56.75	X
13.05.2012	Mittelländisches Schwingfest Kirchdorf	5d	56.50	X
06.05.2012	Bern-Jurassisches Schwingfest Nods	8b	56.25	X
07.08.2011	Berner Kantonschwingfest Oberdiessbach	5d	56.75	X
10.07.2011	Oberländisches Schwingfest Reichenbach	8d	56.50	X

Abb 3: Ein Patient mit tief sitzendem Rektumkarzinom nimmt nach erfolgter Operation 2015 erfolgreich seine Karriere als Kranschwinger wieder auf



### ABKLÄRUNGSSCHRITTE BIS ZUR DIAGNOSE

#### 12.08.16, 11:20 Uhr

Dr. H. Horvath (Gastroenterologie) führt beim 46-jährigen Herrn MM mit neu aufgetretenen Stuhlnormregelmässigkeiten eine Koloskopie durch. Dabei zeigt sich ein mutmasslich bösartiger Tumor im Bereich des unteren Rektums. Er entnimmt Proben und ruft PD Dr. L. Brügger (Viszeralchirurgie) dazu, um ihm den Befund zu zeigen. Gemeinsam teilen sie Herrn MM ihre Verdachtsdiagnose mit. Herr MM ist zunächst geschockt. Er kann jedoch erste Fragen stellen und weiss, welche Untersuchungen nächstes Mal anstehen. Er lernt Frau Chiara Ziegler kennen, die als MPA des «Team kolorektal» alle weiteren Termine gemäss Checkliste koordiniert. Für den gleichen Tag kann noch ein CT Thorax/Abdomen durchgeführt und eine rektale Endosonographie, sowie ein MRI des Beckens für den 15.08.16 vereinbart werden.

#### 15.08.16, 17:45 Uhr

Herr MM wird von PD Dr. L. Brügger im Anschluss an die Besprechung im interdisziplinären Tumorboard telefonisch über die Resultate der Untersuchungen sowie über die nächsten Behandlungsschritte informiert. Histologisch hat sich der Verdacht auf ein Rektumkarzinom bestätigt. Es bestehen keine Fernmetastasen, jedoch ist der Tumor lokal fortgeschritten (uT3 Lymphknoten positiv, UICC Stadium III). Es wird eine neoadjuvante Radiochemotherapie empfohlen. Herr MM weiss, dass er in den nächsten Tagen von PD Dr. A. Jensen (Radioonkologie) und PD Dr. M. Zweifel (Onkologie) in die gemeinsame Sprechstunde zur Therapieplanung aufgeboten werden wird.

#### 18.08.16, 14:30 Uhr

Herr MM ist froh, dass er all seine Fragen in der kolorektalen Sprechstunde in Ruhe besprechen kann. Nach der 6-wöchigen Bestrahlungstherapie mit gleichzeitiger Chemotherapie werden im Intervall Kontrolluntersuchungen geplant (starre Rektoskopie, untere Endosonographie, MRI). Die Operation wird für Dezember 2016 vorgesehen. Herr MM ist erleichtert, dass ein künstlicher Darmausgang nur für kurze Zeit notwendig sein wird. Die übrigen Kollegen aus dem chirurgischen Spezialisten-Team (Dr. P. Studer / Dr. A. Lechleiter / PD Dr. B. Schnüriger) hat er heute ebenfalls kennengelernt. Zudem ist die Tumorspezialistin (Frau F. Beaublé oder Frau N. Zizek) während des Gespräches dabei. Sie wird ihn während der nächsten Monate begleiten und ihm als direkte Ansprechpartnerin zur Seite stehen.