

# Gemeinsam wissen BESSERWISSEN



Ausgabe 05 | 01. Mai 2022

## Update Rektumkarzinom

Es ist mir wichtig ein Thema aufzugreifen, dass in den letzten 15 Jahren wenig diagnostische, aber sicherlich vielfältige therapeutische Veränderungen erfahren hat und weiter erfahren wird.

„Tailored medicine“ mag da Zauberwort sein und werden, wenn wir in unseren Strategien Langzeitmorbidity und Lebensqualität berücksichtigen wollen und müssen.

Neoadjuvante und adjuvante bisher gelebte Konzepte stehen gerade bei den tiefen Rektumkarzinomen in der Diskussion. Fortschritte in der onkologischen Radikalität mit Kontinenserhaltung stehen den Raten an chronischen Anastomoseninsuffizienzen und dem sog. low anterior resection syndrome (LARS) gegenüber.

Aus chirurgischer Sicht nun zunächst einige Aspekte zur „Chronischen Anastomoseninsuffizienz“:

### Fakten:

1. Auch in den zertifizierten Darmzentren liegt die Insuffizienzrate nach tiefer Rektumresektion bei bis zu 26%!
2. 65% der Patienten mit einer Insuffizienz in Schweden haben im weiteren Krankheitsverlauf ein definitives, endständiges Stoma.

### Therapieoptionen bei chronischer Insuffizienz:

1. Trockenlegen mittels Stomaanlage (= protektives Stoma)
2. Sekundäre Rückverlagerung des Stomas bei breiter Fistelöffnung und fehlender Anastomosenstenose
3. Vakuumtherapie – ein inzwischen etabliertes Verfahren; Prinzip: Einlage von Polyurethanschwämmen in die Insuffizienzhöhle mit Anlage eines negativen Drucks und Wechsel des Systems alle 3 Tage unter Stomaschutz
4. Anastomosenneuanlage: Diese Strategie ist mit einer hohen erneuten Leckagerate insbesondere bei den supraanal primären Anastomosen verbunden (Rate der Insuffizienzen liegt bei 41% )
5. Durchzugoperation nach Turnbull-Cutait: Es ist ein zweizeitiges Operationsverfahren, als Salvage-Operation liegen jedoch noch keine ausreichenden Daten über Langzeitergebnisse vor

### Fazit für die Praxis:

1. Die chronische Anastomoseninsuffizienz ist keine Rarität
2. Es ist sinnvoll die oben erwähnten therapeutischen Verfahren in Kombination zu nutzen
3. Bei guten lokalen Voraussetzungen kann das protektive Stoma zurückverlegt werden
4. Die endgültige Erfolgsrate wird mit um die 70% in der Literatur angegeben
5. Das Kümmern und die fortwährende Präsenz des behandelnden Chirurgen sind aus meiner Sicht ohne „Wenn und Aber“ zu fordern. (Anmerkung des Verfassers)

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Frank Klammer

Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Visceral- und Spezielle Chirurgie

### Öffnungszeiten Proktologiesprechstunde:

St. Franziskus-Hospital Ahlen

Klinik für Allgemein-, Visceral- und Spezielle Chirurgie

Mittwochs

**10:00 – 11:00 Uhr**

Anmeldung erfolgt beim

Sprechstunden Sekretariat

Tel. 02382- 858-311 (Mo. – Fr. von 08:30 – 16:00 Uhr)

Chirurgie I

Klinik für Allgemein- Visceral- und spezielle Visceralchirurgie

Chefarzt:

Dr.med. Frank Klammer

Pankreaschirurgie

Schilddrüsenchirurgie

Endokrine Chirurgie

Hernienchirurgie

Onkologische Chirurgie

Proktologischen Chirurgie

Chefsekretariat:

Manuela Wördemann

Tel. 02382 / 858 - 315

Fax. 02382 / 858 – 308

[chirurgie@sfh-ahlen.de](mailto:chirurgie@sfh-ahlen.de)

Sprechstunden Sekretariat

Tel. 02382- 858-311

Mo. – Fr. 08:30 – 16:00 Uhr