

Viszerale Tumorchirurgie

Rektum und Kolon

Rektum (Enddarm)

Tumoren des Dickdarmes und des Enddarmes gehören zu den häufigsten bösartigen Erkrankungen. Das Robert-Koch-Institut weist für das Rektumkarzinom eine Inzidenz von 30 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner und Jahr aus. Damit stellen Tumoren des Dick- und Enddarmes die häufigste Tumorerkrankung des Verdauungssystems sowohl bei Männern als auch bei Frauen dar.

Grundsätzlich gilt, dass nur die komplette Entfernung des gesamten tumortragenden Gewebes zu einer Heilung führen kann. Dies bedeutet, dass nicht nur der Primärtumor im Bereich des Enddarmes sondern auch alle regionären Lymphknoten entfernt werden müssen.

Tumorerkrankungen des Dickdarmes und insbesondere des Enddarmes sind mit der Angst des Patienten belastet, einen künstlichen Darmausgang zu benötigen. Grundsätzlich stehen deshalb kontinenserhaltende Operationsverfahren im Vordergrund unseres chirurgischen Vorgehens. Die sogenannte tiefe anteriore Rektumresektion (TAR) wird deshalb bei allen Tumoren des Rektums angestrebt und gegenüber der Rektumexstirpation, bei der auch der Schließmuskel entfernt wird, bevorzugt. Entscheidendes Kriterium ist aber die chirurgische Radikalität. Bei jeder Entfernung des Rektums muss die komplette Resektion des Tumors und der benachbarten Lymphknoten gewährleistet sein, um ein Lokalrezidiv (Wiederauftreten des Tumors) zu verhindern. In unserer Klinik wird deshalb die totale mesorektale Exzision (TME) durchgeführt. Hierbei werden der Enddarm und die umgebenden Lymphknoten im Rahmen der Erstoperation vollständig entfernt. Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass hierdurch die Rate an Lokalrezidiven unter 5% gesenkt werden kann.

Grundsätzlich gilt, dass das Rektumkarzinom strahlensensibel ist. Nach einem entsprechenden präoperativen Staging wird deshalb grundsätzlich jeder Patient mit einem entsprechenden Tumor in der interdisziplinären onkologischen Konferenz vorgestellt. Alle Tumoren mit gesichertem Lymphknotenbefall oder lokal fortgeschrittenen Tumorstadien werden üblicherweise vor der Tumorresektion neoadjuvant mittels einer Radio-Chemotherapie vorbehandelt. Die Resektion des Tumors erfolgt dann nach einem Erholungsintervall von ca. 4 - 6 Wochen.

Als Operationsverfahren werden sowohl minimalinvasive Techniken (Schlüsselloch-Chirurgie) als auch offene Verfahren angeboten. Grundsätzlich spielen hierbei Faktoren wie die Lokalisation und die Größe des Tumors, der Gesundheitszustand des Patienten sowie eventuelle Voroperationen an der Bauchhöhle eine wichtige Rolle. Wenn es der Gesundheitszustand des Patienten zulässt, wird die Nachbehandlung mittels Fast-Track durchgeführt.

Kolon (Dickdarm)

Grundsätzlich gilt für Tumoren des Kolons, dass die direkte R0-Resektion (komplette Entfernung bösartigen Gewebes) mit Entfernung der örtlichen Lymphknoten das wesentliche Behandlungsprinzip darstellt.

Eine dauerhafte postoperative Inkontinenz (Anlage eines künstlichen Darmausganges) muss bei diesen Operationen nicht befürchtet werden.

Entsprechend der deutschen Leitlinien ist bei diesen Tumoren zwar keine Vorbehandlung, dafür aber bei positivem Lymphknotenstatus bzw. bei fortgeschrittenem Tumorstadium eine postoperative Chemotherapie vorgesehen.

Wenn immer möglich, erfolgt die Resektion mit minimalinvasiven Operationsmethoden (Schlüsselloch-Chirurgie).

Wenn es der Gesundheitszustand des Patienten zulässt, wird die Nachbehandlung mittels Fast-Track durchgeführt.

