

Operative Behandlung von Rektumtumoren

Indikation

Histologisch gesichertes Rektumkarzinom

Rektumkarzinome sind Tumoren, deren unterer Rand, mit dem starren Rektoskop gemessen, 16 cm oder weniger von der Linea anocutanea entfernt liegt.

Notwendige Untersuchungen

- ✓ Rektal-digitale Untersuchung
- ✓ Rektoskopie mit Bestimmung des Abstandes des Unterrandes des Tumors von der Linea anocutanea
- ✓ Koloskopie (falls bei stenosierendem Tumor nicht möglich => Koloskopie bei der ersten Tumornachsorge nach drei Monaten)
- ✓ Sonographie-Abdomen
- ✓ Laborchemie
- ✓ CEA-Wert
- ✓ Röntgen - Thorax in 2 Ebenen
- ✓ EKG ggf. beim Risikopatienten internistisches Konsil
- ✓ Anästhesiologische Abklärung

Im Einzelfall angezeigte Untersuchungen

- Endosonographie; falls der Tumor mit der Schallsonde nicht passierbar bzw. der Verdacht auf eine Infiltration von Nachbarorganen besteht (T4-Kategorie), erfolgt eine Kernspintomographie des Beckens (neoadjuvante Radiochemotherapie bei T3- und T4-Tumoren).
- CT-Abdomen bei unklarem Befund der Sonografie des Abdomens
- Sphinktermanometrie (vor tiefer Anastomose)

Operativer Eingriff

Vollständige oder teilweise Entfernung des tumortragenden Enddarms mit dem dazugehörigen Lymphabflußgebiet und ggf. infiltrierter angrenzender Strukturen. Bei sehr tief sitzenden Tumoren mit Infiltration der Beckenbodenmuskulatur ggf. Mitentfernung des Schließmuskels mit der Notwendigkeit eines künstlichen Darmausgangs auf Dauer. Bei höhergelegenen Tumoren kann sich die Notwendigkeit eines temporären Darmausganges ergeben, der nach 8 – 12 Wochen wieder zurückverlegt werden kann.

Eine Erhaltung der autonomen Beckennerven ist anzustreben.

Bei bioptisch nachgewiesenem Adenom, jedoch Verdacht auf eine über die Submukosa hinausgehende Infiltration (rektal-digitale Untersuchung: eingeschränkte Beweglichkeit, Endosonographie: uT2 oder mehr) ist präoperativ eine erneute Biopsie des Adenomes notwendig (bei rektal-digital frei beweglichem Tumor und endosonographischem Nachweis einer uT1 - Kategorie erfolgt die transanale lokale Exzision).

Neoadjuvante Therapie

Patienten mit Rektumkarzinomen im mittleren und unteren Rektumdrittel der uT3 - und uT4 - Kategorie sollten zur Senkung der lokoregionalen Rezidivrisikos eine präoperative Radio - Chemotherapie erhalten.

Adjuvante Therapie

Bei Tumoren des mittleren und unteren Rektumdrittels der pT3 - und pT4 - Kategorie kann durch eine adjuvante Radiochemotherapie (innerhalb von 6 - 7 Wochen nach Operation) das lokoregionäre Rezidivrisiko um ca. 15 % vermindert werden. Schließt sich nach Rektumresektion eine adjuvante Chemotherapie an, sollte ein protektives Stoma erst nach Abschluß der Therapie (nach etwa 24 Wochen) zurückverlagert werden. Bei Patienten mit Tumoren des Rektums und positivem Lymphknotenbefall ist eine adjuvante Chemotherapie indiziert.