

Studie Die Therapie des Rektumkarzinoms hat sich in den letzten Jahrzehnten weiterentwickelt. Zur Beurteilung des lokalen Tumorstadiums wird neben der Kernspintomographie die rektale Endosonographie angewandt.

Von Anke Bajorat, Dr. Lutz Steinmüller, PD Dr. Boris Brand

Therapieorientierte Diagnostik des Rektumkarzinoms

Die Therapie des Rektumkarzinoms hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich weiterentwickelt. Je nach Lokalisation des Tumors und des Stadiums bei Erstdiagnose stehen die Optionen der lokalen Therapie, des primären operativen Vorgehens oder des neoadjuvanten Therapiekonzeptes zur Verfügung. Seit Einführung der neoadjuvanten Radio-(Chemo-)Therapie konnte die Lokalrezidivrate deutlich reduziert werden. Die stadienabhängigen Therapiekonzepte setzen ein möglichst exaktes Staging bei Erstdiagnose voraus.

Zur Beurteilung des lokalen Tumorstadiums wird neben der Kernspintomographie die rektale Endosonographie angewandt. In der folgenden von uns durchgeführten Studie wurde die Genauigkeit der rektalen Endosonographie bei Patienten mit Rektumkarzinom zum Staging als auch zur Nachsorge untersucht. Dabei wurde teilweise die endosonographisch gesteuerte Feinnadelpunktion zu Hilfe genommen. Dieses Verfahren hat sich zur Beurteilung von fraglichen Lymphknotenmetastasen oder von extramural liegenden Tumoren z. B. im oberen Gastrointestinaltrakt als eine sichere und aussagekräftige Untersuchungsmethode erwiesen. Zur Bedeutung der Feinnadelpunktion der Lymphknoten im Rahmen der Staginguntersuchung beim Rektumkarzinom ist bisher wenig bekannt. Neben der Sensitivität und Spezifität der Untersuchungsmethode sollte insbesondere der Einfluss der Endosonographie auf das therapeutische Vorgehen bestimmt werden.

Einen Methodenwandel vollzogen

Unsere Untersuchung umfasst Rektumkarzinompatienten, die im Zeitraum von Juni 2004 bis August 2007 im Klinikum Eilbek von PD Dr. Boris Brand mit rektaler Endosonographie zum Teil mit Feinnadelpunktion un-

tersucht und im Bauchzentrum der Klinik für Chirurgie/Viszeralchirurgie unter Leitung von Dr. Lutz Steinmüller behandelt wurden. In diesem Zeitraum hat sich an unserer Klinik ein Methodenwandel vollzogen. Die seit 2004 in den Leitlinien als Vorbehandlung empfohlene neoadjuvante Radiochemotherapie beim fortgeschrittenen Rektumkarzinom wurde als Alternative zum primär operativen Vorgehen mit adjuvanter Nachbehandlung etabliert. Außerdem wandelte sich das Operationsverfahren seit 2005 von der primär offenen zur laparoskopischen Rektumchirurgie. Ausgewertet wurden die Daten von 41 zum Staging untersuchten Patienten und von 26 Patienten, bei denen die rektale Endosonographie zur Nachsorge durchgeführt worden war.

Die Ergebnisse des Vergleichs zwischen dem zum Staging erhobenen endosonographischen Befund der Tumorein-

	Adenom/ pTis	pT1	pT2	pT3	Summe
uTis	4	1			5
uT1		4	1		5
uT2	1	1	6	1	9
uT3		1	1	12	14
Summe	5	7	8	13	33

Vergleich des endosonographischen (u) und histopathologischen (p) T-Stadiums (ausgenommen Patienten mit neoadjuvanter Vorbehandlung)

	EUS+FNP	pN+	pN0	Summe
uN+		15	3	18
uN0		1	11	12
Summe		16	14	30

Vergleich der endosonographischen (u) und histopathologischen (p) Lymphknotenbefunde (ausgenommen Patienten mit lokaler Tumorabtragung)

dringtiefe uT mit dem histopathologischen Befund pT nach Operation oder lokaler Abtragung zeigt Tabelle 1. Die roten Zahlen auf der Diagonale bilden Patienten ab, bei denen das Tumorstadium richtig eingeschätzt wurde. Links unterhalb davon stehen die Fälle, bei denen das Tumorstadium endosonographisch überschätzt wurde (n=4; 12%). Rechts oberhalb der Diagonale stehen die Fälle mit Unterschätzung des T-Stadiums (n=3; 9%). Acht Patienten, die neoadjuvant vorbehandelt wurden, sind in dieser Auswertung nicht berücksichtigt, so dass sich die Patientenzahl von 41 auf 33 reduziert.

Die Endosonographie erweist sich für alle T-Stadien als treffsicher (79 %) und hoch spezifisch (88-96 %) mit einer beachtlichen Übereinstimmung zur histopathologischen Beurteilung des Operationspräparates (Tab. 1).

Tabelle 2 zeigt den Vergleich zwischen dem endosonographisch erhobenen Befund der Lymphknoten (uN) mit dem histopathologischen Befund (pN). Auch hier bilden die roten Zahlen Patienten ab, bei denen das Lymphknotenstadium endosonographisch und bei elf Patienten unter zu Hilfenahme der Feinnadelpunktion der Lymphknoten korrekt eingeschätzt wurde. Bei einem Patienten wurde ein Lymphknotenbefall endosonographisch übersehen, bei drei Patienten bestand nach der Untersuchung der Verdacht auf Lymphknotenmetastasen, der sich in der Histologie nicht bestätigte.

Patienten, bei denen der Tumor lokal abgetragen wurde, sind in dieser Auswertung ausgenommen, da kein histopathologischer Befund der Lymphknoten zum Vergleich vorlag. In Bezug auf das Lymphknotenstaging ließ sich die Treffsicherheit der Untersuchungsmethode durch zusätzliche Feinnadelpunktion von 73 % auf 87 % erhöhen. Die Spezifität steigerte sich dadurch auf 78 %. Komplikationen traten nicht auf.

Auf die Therapieentscheidung zur lokalen Abtragung hatte der endosonographische Befund starken Einfluss. Alle zehn Patienten mit einem uT1 N0-Stadium wurden primär lokal therapiert. Bei acht von zehn Patienten war die endoskopische Resektion kurativ.

Bei 22 Patienten lag zum Zeitpunkt der Primärdiagnose endosonographisch ein fortgeschrittenes Tumorstadium (T3 u./o. N+) vor. Von diesen 22 Patienten wurden acht neoadjuvant vorbehandelt. Bei sieben der acht Patienten war durch eine positive Feinnadelpunktion ein metastatischer Lymphknotenbefall nachgewiesen worden. Die Diagnosesicherheit einer positiven Lymphknotenzytologie übertrifft die bildmorphologische Vorhersagekraft der Endosonographie. Die Studie belegt die große Bedeutung

der Lymphknotenpunktion auf das therapeutische Vorgehen bei dem individuellen Patienten.

Von den 26 zur Nachsorge untersuchten Patienten konnte in vier Fällen ein Rezidiv durch die Endosonographie mit Feinnadelpunktion korrekt diagnostiziert werden. Bei drei Patienten konnte ein nach Computertomographie geäußelter Verdacht auf ein Tumorrezidiv entkräftet werden.

Sensitiv, spezifisch und komplikationsarm

Die Endosonographie mit Feinnadelpunktion hat sich in unserer Studie als eine sensitive, spezifische und komplikationsarme Untersuchungsmethode erwiesen, die zur Qualität der Behandlung von Rektumkarzinompatienten einen wichtigen Beitrag leistet.



Im Darmkrebsmonat März gab es viele Aktivitäten, darunter auch das Modell eines Darms, das vom Hamburger Darmzentrum im Diakonie-Klinikum Hamburg an der Osterstraße aufgebaut worden war. Auch Senator Dietrich Wersich nutzte die Gelegenheit, einmal im Darm spazieren zu gehen.

Senator Wersich im Darm unterwegs.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung nehmen maßgeblichen Einfluss auf unsere Behandlungsstrategie des Rektumkarzinoms im Bauchzentrum der Klinik für Chirurgie / Viszeralchirurgie am Klinikum Eilbek: Erst nach gezielter Vordiagnostik durch unseren Kooperationspartner PD Dr. Brand und verbindlicher Festlegung der Therapiestrategie in unserer interdisziplinären Tumorkonferenz erfolgt der in der Regel laparoskopische, potenziell kurative Eingriff.

Anke Bajorat ist Assistenzärztin der Klinik für Chirurgie / Viszeralchirurgie, **Dr. Lutz Steinmüller** Chefarzt der Abt. für Chirurgie, Klinikum Eilbek/Schön Kliniken und **PD Dr. Boris Brand** niedergelassener Gastroenterologe im Hammonia-Bad.

HAGEN & KRUSE

VERSICHERUNGSMAKLER SEIT 1901

Meßberg 1 • 20095 Hamburg
Tel. 040 / 30 96 98 - 0 • Fax 040 / 30 96 98 - 50
info@hagenundkruse.de • www.hagenundkruse.de

 Verband
Deutscher
Versicherungsmakler e.V.

Der Versicherungsmakler für Ärzte und Mediziner

Wir haben uns seit vielen Jahrzehnten auf die unabhängige Beratung von Ärzten und Medizinern spezialisiert und betreuen heute über 3.500 niedergelassene und angestellte Ärzte.

Unsere Leistungen für Sie:

- Unabhängige Analyse und Beratung in allen Versicherungsangelegenheiten
- Sämtliche Verhandlungen mit allen Versicherungsunternehmen
- Begleitung und Bearbeitung Ihrer Schadensfälle bis zum Abschluss
- Regelmäßige Überprüfung Ihrer bestehenden Verträge

Ihre Ansprechpartner bei Hagen & Kruse: **Jutta Brügge-Damm** 040 / 30 96 98 - 37
Thorsten Müller 040 / 30 96 98 - 14