

## INHALTSVERZEICHNIS

1. Onko IX - Tumorchir	1
1.1. grundlegendes	1
1.2. Metastasen	1
1.3. Dickdarm	1
1.4. Behandlungskonzept	1
1.5. Sicherheitsabstände	1
1.6. Schnellschnitt	1
1.7. bloc	2
1.8. FAP	2
1.9. Metastasen	2
1.10. PalliOP	2

## 1. ONKO IX - TUMORCHIR

Jens Otto

### 1.1. grundlegendes.

- immer vorher abschätzung des OP-Risikos
- auch ob R0=in sano überhaupt möglich
- dazu gehört komplettes Staging mit Sono der Leber und Tumormarkern und so weiter
- diese Werte sind auch für die spätere Verlaufskontrolle wichtig
- Ureterschienung ist eine super sache, da man ihn besser identifizieren kann, wenn man in dessen Umgebung den Tumor herausschält
- TNM hat oft einen Buchstaben für die Stagingqualität davor, p: Pathologie, c: radio, y:z.B. Neoadjuvant, r: Rezidiv
- Endosono: super für eindringtiefe beim Rektum-Ca – da Flutschi nicht möglich ist am Schallkopf ein prall wassergefüllter Ballon

### 1.2. Metastasen.

- 50% der Lymphknoten ab 1cm sind befallen
- allerdings sind 80% der metastatisch befallenen Lymphknoten unter 5mm

- CT-gesteuerte Biopsiegewinnung super, früher musste man dafür schon operieren
- viele Metastasen können dennoch operiert werden
- eine Peritonealkarzinose natürlich nicht
- momentan experimentell: es gibt da krasse OPs wo alles was Buckel ist weggeschnitten ist um die Masse zu reduzieren, dann wird hypertherm mit Chemotherapeutika das ganze Peritoneum gespült über einen haufen angeschlossene Schläuche die in der OP gelegt werden

### 1.3. Dickdarm.

- nicht selten gibt es einen zweiten Ort mit einem Primarius oder so → abklärung und untersuchung des Organs vor OP erforderlich

### 1.4. Behandlungskonzept.

- funktionelle Operabilität und Narkosefähigkeit erforderlich
- kurativer Ansatz nur bei R0 möglich
- Punk-Kopf infiltriert gerne Mesenterialgefäße
- Darm-CA infiltriert schonmal das Becken
- wenn R0 bekanntermaßen nicht möglich ist, sollte das Palliativkonzept vor OP überlegt werden, OP überhaupt, vllt besser Bestrahlung usw.
- bei Unklarheit laparoskopische Exploration
- Downsizing der OP: z.B. Kontinenzerhaltend am Rektum und vorher 6 Wochen bestrahlung

### 1.5. Sicherheitsabstände.

- 3 Sekunden zum vorausfahrenden Fahrzeug
- je nach Organ unterschiedlich
- Lymphkram wird immer ..en bloc.. mit resiziert

### 1.6. Schnellschnitt.

- für den Operateur ist das mit R0 sehr schwierig sicher zu sagen makroskopisch
- Darm dank der Mesenterialbedingungen oft mit großem Sicherheitsabstand
- Punk: scheibchenweise zur Patho mit Farbe markiert

- Markierung des Tumors mit Metallclips super für den Bestrahler, man ist ja eh schon da
- Elegant: Dünndarm zur Seite legen mit Netz, damit er bei der Bestrahlung nicht schmerzhaft im Weg liegt, wenn man merkt R0 wird nicht möglich

#### 1.7. **bloc.**

- komplettes Mesenterialblatt wird herausgeschnitten
- anders kommt man ja nicht an die Lymphknoten
- daher kommt so ein großer Kuchen heraus
- nachgewiesen: je mehr Lymphknoten entfernt desto bessere Prognose
- beim Colon oder Pank oder Magen nimmt man so viele LKs wie möglich
- bei Mamma nicht wegen des dicken Arms

#### 1.8. **FAP.**

- bekanntlich nimmt man zur Sicherheit den ganzen Dickdarm heraus
- HNPCC: 2 Blutverwandte, davon einer unter 50 Jahren bei Diagnose

#### 1.9. **Metastasen.**

- bei Colonkarzinom ist per Metastasen Chirurgie eine ..Heilung.. möglich
- prognostisch ist es gut wenn die Lebermetastase mit Latenz auftritt
- nicht bei diffusem Metastasierungsmuster
- nicht bei Infiltration vitaler Organstrukturen
- 25-30% der Leber reichten wenn man nicht säuft
- prä-OP kann man den befallenen Leberlappen portal embolisieren, der gute Lappen wächst reflektorisch

#### 1.10. **PalliOP.**

- Stent gegen Cholestase auch eine Sache
- oder man macht eine OP mit Gallenableitung in den Dünndarm plus Magenanastomose zum Darm gegen Verlegungen bei Pank-Kopf