

INHALTSVERZEICHNIS

1. Onko XIX - Kolorektal interdiszi	1
1.1. Koloskopie	1
1.2. Weitere Untersuchungen für das Staging	1
1.3. Strahlentherapie	1
1.4. OP	1
1.5. Patho	2
1.6. Chirurgie von Lebermetastasen	2
1.7. Radiofrequenzablation	2
1.8. Chemo-essentials	2

1. ONKO XIX - KOLOREKTAL INTERDISZI

1.1. Koloskopie.

- man schiebt hinein und dann zieht man langsam zurück um alles zu inspizieren
- Grenze zum Rektum: 16cm vom Anus
- Rektosigmoidoskopie erfasst bekanntlich die meisten Tumoren

1.2. Weitere Untersuchungen für das Staging.

- alles wie immer
- Komplette Koloskopie (bei zu starker Stenose durch Tumor einfach post-OP)
- starre rektoskopie um für die Operateure den ABstand genau bestimmen zu können
- Tumormarker CEA
- EUS: Endoskopisches Sono
- CT Becken & Abdomen wegen der Metastasen, bei Becken macht auch ein Thorax-CT Sinn auf Grund des Metastasierungsmusters
- Endo-Sono: Wassergefüllter Ballon da man mit der Flutschitube ja nicht hin kommt
- limitierte Eindringtiefe des Sonos ist natürlich ein Nachteil
- Endosono → sehr könnenabhängig!

- Lymphknotenbefall kann mit MR gut untersucht werden

1.3. Strahlentherapie.

- idR. wird Neoadjuvant vorbestrahlt
- nur OP: 25% Lokalrezidiv
- das Lokalrezidiv ist meistens das das killt wenn es nicht schon Metastasiert ist
- -30% haben bereits eine Metastasierung
- Adjuvante Radiochemo: 25% weniger Rezidive
- Nach der OP sind die Leute durch die OP schwach, daher wird heute idR neoadjuvant gemacht, 50Gy über 5,5 Wochen (1,8Gy/d)
- Chemo-mittel 5-FU, heute als Tablette
- Zielvolumen: natürlich inklusive der Lymphknoten
- Inguinale oder Iliaca-Externa-Lymphknoten müssen nur eingeschlossen werden, wenn es Infiltrationen von Blase(Ili) oder Vagina(Ing) gibt
- Intraoperativ: Praktisch da man den Darm einfach zur seite hält, eben auch über den Plexiglastubus

1.4. OP.

- Problem des Vorbehandelten Gewebes: nicht so stabil durch die Bestrahlung (Darmnaht)
- Analkanal 3-4cm
- Seitenäste arteriell aus der Il int für unteren Rektumteil = Paraproktien
- Resektionsbereich durch Fascien vorgegeben → praktisch: wichtige Nerven liegen außerhalb der Fascie
- Füllungsrezeptoren: Barorezeptoren
- Entfernung geht natürlich vor Kontinenz
- sehr frühe Karzinome können transanal entfernt werden, nur unter 3cm, L0, uT1, G max2
- A rectalis superior mit den Mesos und dem ganzen Bereich muss abgesetzt werden
- absetzen 2-3cm von der Aorta, da man sonst zu viele Nerven schädigt

- zuerst wird Arterie gestoppt, dann die Vene, dann mobilisiert und so weiter um Verschleppungen so gering wie möglich zu halten ..Prinzip der zentralen Gefäßligatur..
- beim oberen Drittel des Rektums müssen mindestens 5 cm Sicherheitsabstand eingehalten werden
- weiter unten reichen 1,5-2cm
- je mehr man entfernt um so schlechter heilen auch die Nähte mit allen Komplikationen
- je tiefer desto schlechter durchblutet
- gut: protektives Stoma das oben angeschlossen ist, damit die Anastomose gut heilen kann (wenn alles gut zusammenwächst)
- leider 15-20% Anastomoseinsuffizienz!
- Pouch: als Ampullenersatz aus dem rest des Dickdarms, leider noch mehr Anastomoseninsuffizienzen und andere Komplikationen
- Rektumextirpation: Patienten die das nicht wollen, sollten wissen, daß der Tumor selbst eine Inkontinenz verursachen wird wenn er stark wächst, also wenn man das vermutet
- bei tiefen Dingen macht man fast immer ein Temporärstoma heute

1.5. Patho.

- genau wie alles beim Colon-Karinom wird auch von den Pathologen die S3-Leitlinie verwendet
- MERCURY-Grading: Qualität der Präparatentnahme Grad 1 am besten
- Präfixe: c=clinisch, p=pathologisch, r=rezidiv, y=multimodal, kann also im Extremfall yrcT3 sein oder so
- Lymphangiosis carcinomatosa und hämangiosis carcinomatosa sind äquivalent
- Problem: nach Neoadjuvanter Therapie ist der Tumor von Bindege-webe kaum zu unterscheiden
- Lymphknoten kann man mit Äther-Chemikalie etwas besser identifizieren
- bei guter Bestrahlung sind die Lymphknoten einfach nicht mehr da da eingeschmolzen

1.6. Chirurgie von Lebermetastasen.

- Metastasen können synchron oder metachron auftreten
- die Vorsorgeprogramme heute bringen wirklich was - der anteil der bereits metastasierten Tumoren sinkt kontinuierlich
- KM-Sono und CT am besten zum aufstöbern
- auch Lebermetastasen können kurativ operiert werden
- Leberschonung entscheidend
- neoadjuvante Chemo sinnvoll
- Pfortaderembolisation schon gehört → das kann nicht operables operabel machen (innerhalb von 3 Wochen)
- LiMAX-Test für die Leberfunktion, man spritzt markiertes Metacerin oder so, das wird durch die Leber metabolisiert und dann abgeatmet und das Messgerät bestimmt die Menge
- manchmal macht eine zweizeitige Operation Sinn

1.7. Radiofrequenzablation.

- = RFA
- macht man z.B. bei Lebermetastasen
- es wird perkutan hineingepiekt durch den Radiologen
- Hochfrequenzstrom erzeugt Hitze → brutzel
- Zugangsweg wird auch erhitzt, damit man nicht im Stichkanal verschleppt
- Problem: bei zentralen Tumoren kühlt das Blut zu stark, RFA nicht suffizient
- Stereotaktisch: mit oder ohne Rahmen zur Patientenfixierung, ohne ist ein CT in den Automaten eingebaut
- Atemsynchronisation wichtig für genaue Bestrahlung
- metastasierte Leute bekommen nach gutem Ansprechen dennoch zu 40% ein Rezidiv

1.8. Chemo-essentials.

- Neoadjuvant oder manchmal Adjuvant
- aber auch palliative Chemo
- Palli-Chemo bringt 8-16 Monate
- idR wird so eine Chemo ambulant durchgeführt
- Medis: 5FU oder Oxadiplatin plus Biologicals, Rituximab und so
- mild z.B. 5FU-Monotherapie bei fittem Opa ohne Schmerzen