Funktionelle Ergebnisse nach kontinenzerhaltenden Rektumresektionen

F. Herbst (Klinische Abteilung für Allgemeinchirurgie, Universitätsklinik für Chirurgie, Wien)

Grundlagen: Radikale Resektionen von Karzinomen im mittleren und unteren Rektumdrittel erfordern eine (sub)totale Entfernung des Organs und bedingen damit den Verlust der originären Funktion. Das normale Rektum ist ein kompliantes Organ, das als Speicher- und Pufferzone zwischen das mit hohen luminalen Drücken ultrapropulsive Kolon und den analen Sphinkterapparat zwischengeschaltet ist. Lokale intramurale und spinale Reflexe koordinieren Kontinenz und Defäkation.

Methodik: Üblicherweise erfolgt die intestinale Rekonstruktion mittels tubulären Kolons, das die Aufgaben des Rektums nur mangelhaft übernehmen kann. Das „Anterior Resection Syndrome“, das vor allem nach tiefen oder koloanal Anastomosen auftritt, ist durch häufigen Stuhlgang, imperativen Stuhldrang, und fäkale Inkontinenz gekennzeichnet. Da im Zuge der Etablierung der totalen mesorektalen Exzision als Standardverfahren die Zahl supra- und koloanaler Rekonstruktionen zunimmt, erfordert die Verbesserung der postoperativen Darmfunktion besonderes Augenmerk.

Ergebnisse: Als Rektumersatz bietet sich neben der traditionellen End-End-Anastomose vor allem ein kurzer Kolon-J-Pouch an, der die für die tubulären Rekonstruktionen typischen, oft über viele Monate anhaltenden funktionellen Probleme vermeidet. Neben mehreren Vergleichsstudien mit jeweils 30 bis 40 Patienten liegt nun eine größere randomisierte Studie vor (1), die 97 auswertbare Patienten umfaßt und maschinell angefertigte, supraanale tubuläre mit Pouch-Rekonstruktionen vergleicht. Auffällig ist in der Pouch-Gruppe eine signifikant niedrigere Anastomoseninsuffizienzrate (2 vs. 15%) und sowohl bei der 1. Funktionskontrolle nach 2 Monaten, als auch nach 1 Jahr eine niedrigere Stuhlfrequenz insgesamt und auch in der Nacht. Diskrimination, Kontinenz, Fähigkeit, die Defäkation zu verschieben, und allgemeine Lebensqualität waren in der Pouch-Gruppe signifikant besser, wobei der Vorteil vor allem in der Frühphase besonders markant war.

Schlußfolgerungen: Patienten haben nach Rektumkarzinomoperation manchmal eine begrenzte Lebenserwartung und sollten daher eine Rekonstruktion erhalten, die bereits kurz postoperativ optimal funktioniert. Die Verwendung eines kurzen Kolon-Pouchs führt zu einer geringeren Anastomoseninsuffizienzrate und besseren funktionellen Ergebnissen als die traditionelle tubuläre Rekonstruktion, und trotz einer Entleerungsstörung bei einigen Pouch-Patienten ist deren Lebensqualität generell besser.

Literatur

(1) Hallböök O, Pålman L, Krog M, Wexner SD, Sjö Dahl R: Randomized comparison of straight and colonic pouch anastomosis after low anterior resection. *Ann Surg* 1996;224:58-65.

Pathology of the Mesorectum – Implications for Routine Reporting

P. Quirke (Division of Clinical Sciences: Pathological Sciences, University of Leeds, U.K.)

Background: Local recurrence of rectal cancer is an important cause of morbidity and mortality in rectal cancer. An understanding of the significance of the mesorectum is critical in order to improve survival. Surgeons and pathologists can both play an important role in this process.

Methods: Careful pathological observation and dissection of rectal cancer specimens using whole tumour embedding 1982–1984, modified routine dissection methods of observation of serial slices of the tumour and mesorectum and standard sampling methods 1985–1993 and inking of margins and serial slices of

unopened rectal cancers 1995–1996. Clinical follow up for series in 1982–1984 and 1985–1990. Development of an image audit database in 1996.

Results: Series 1: 1982–1984 52 cases, full thickness serial slicing of the tumour with total embedding of the tumour. 23 months follow up. 14/52 (27%) circumferential margin positive (CRM), 0/52 involvement of distal margin. 12/52 (23%) developed local recurrence (LR). 85% of CRM positive cases and 3% of CRM negative cases developed LR. A large difference in the quality of surgery was seen. Series 2: 1985–1990 190 cases (Adam et al. 1994), median 5.3 years follow up, 36% of cases positive circumferential margin of which 64% developed local recurrence vs 9% who were CRM negative. In curative resections 90% of patients with a clear CRM avoided local recurrence vs 22% of CRM positive patients. The risk of local recurrence in CRM positive cases was 12 fold CRM negative patients and their risk of death 3 fold. 24% of CRM positive patients survived vs 74% CRM negative patients. In all patients only 15% of patients with an involved CRM survived. CRM involvement was more important than lymph node involvement in predicting LR and survival. Series 3: 1990–1993 172 patients, pathological assessment only to date. 26.7% CRM positive with wide variation in rates between surgeons. Series 4: 1995–1996 82 patients, pathological assessment only to date. 18.7% CRM positive with wide variation in CRM positive rates. Overall reduction in CRM positive rate and improvement in quality of surgery as subjectively assessed by PQ. Series 5: 1996 onwards developed an image audit data base for use with these studies and assessment of laparoscopic colorectal surgery – ongoing. Wide variation in the quality of surgery was seen with many cases where the CRM was on the muscularis propria. High risk areas are low rectal tumours around the levators, anterior tumours especially in men, Dukes C1 and C2 and pT3 N1/2/3. Total mesorectal excision surgeons

Fig. 1. CRM positivity rates in Leeds over time. The number of operations performed in each time period is shown at the bottom.

Fig. 2. A good mesorectal excision showing an even CRM well away from the tumour. Note the good clearance anteriorly an especially dangerous area for involvement of the CRM.