Chirurg 2016 · 87:551
 DOI 10.1007/s00104-016-0228-8
 Online publiziert: 27. Juni 2016
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

A. Ulrich · M. W. Büchler

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Rektumkarzinom

Das Rektumkarzinom ist mit ca. 23.000 Neuerkrankungen pro Jahr ein häufiges Malignom, dessen Behandlung sich in den letzten 20 Jahren grundlegend verändert hat. Durch die Etablierung der totalen mesorektalen Exzision (TME) als Goldstandard der chirurgischen Resektion konnte die Lokalrezidivrate unter 10 % reduziert werden. Im Vergleich dazu lag sie noch Mitte der 1990er Jahre in Deutschland bei Median 20 %. Grundlage der TME ist die Schonung der Fascia pelvis, einer Hüllfaszie, die das perirektale Fettgewebe umgibt. Dadurch kann die Gefahr der Verschleppung von Tumorzellen signifikant gesenkt werden. Zudem ist bei korrekter Präparation auch eine bessere Schonung der anterolateral liegenden Nervenplexen möglich, wodurch weniger funktionelle Störungen, insbesondere in Bezug auf Blasen- und Sexualfunktion, auftreten.

Die minimal-invasive Technik hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen, so auch in der Rektumchirurgie. Es existieren bereits mehrere randomisiert kontrollierte Studien, die die Ergebnisse der offenen mit der laparoskopischen Resektion verglichen haben. Erste Studien ergaben vergleichbare onkologische Ergebnisse, was durch zwei aktuelle randomisierte Studien wieder etwas relativiert wurde. Müller-Stich et al. geben in ihrem Beitrag einen Überblick über die aktuelle Datenlage und diskutieren die Ergebnisse kritisch.

Die Durchdringung der laparoskopischen Verfahren in der Rektumchirurgie in Deutschland ist nur schwer zu ermitteln. Derzeit werden wahrscheinlich 20 % der Resektionen minimal-invasiv durchgeführt. Auch bei der Umstellung auf die laparoskopische Technik muss eine Lernkurve durchschritten werden, die die onkologischen Ergebnisse be-

einflussen kann. Anthuber et al. fassen die technischen Aspekte der laparoskopischen Rektumchirurgie zusammen und schildern ihre Erfahrungen mit über 1000 Rektumresektionen über einen Zeitraum von 17 Jahren.

In den letzten zwei bis drei Jahren hat sich das Interesse an der Roboterchirurgie auch in der Viszeralchirurgie, und hier insbesondere in der kolorektalen Chirurgie, deutlich erhöht. Nachdem die urologische Prostataresektion bereits in vielen Zentren, fast flächendeckend, angeboten wird, sind die nationalen Erfahrungen in der Rektumchirurgie noch sehr beschränkt. Aufgrund der hohen Anschaffungs- und Betriebskosten sind bislang nur wenige viszeralchirurgische Zentren auf den Zug aufgesprungen. Becker et al. berichten von ihren Erfahrungen im Umgang mit dem Roboter und diskutieren die möglichen Vor- und Nachteile anhand der vorliegenden Literatur.

Durch die Einführung der TME hat sich auch die perioperative Therapie grundlegend verändert. Durch die CAO-94-Studie konnte gezeigt werden, dass die neoadjuvante der adjuvanten Radiochemotherapie im Stadium UICC II/III überlegen ist. Randomisiert kontrollierte Studien zum Vergleich der neoadjuvanten Kurzzeitstrahlentherapie (gefolgt von TME) mit der alleinigen TME haben zudem eine signifikante Reduzierung der Lokalrezidivrate durch die Vorbehandlung ergeben, allerdings ohne Einfluss auf das Gesamtüberleben und mit zusätzlichen Nebenwirkungen. Daher wurden Wege zur besseren Selektion der Patienten gesucht. Beobachtungsstudien legen nahe, dass eine Selektion basierend auf dem mittels Magnetresonanztomographie präoperativ ermittelten CRM (Abstand des Tumors zur Hüllfaszie) zielführend sein könn-

te. Kulu et al. präsentieren in ihrem Manuskript die aktuelle Datenlage und diskutieren die mögliche Rolle des CRM als Prognosefaktor in der Zukunft.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, die Rektumchirurgie entwickelt sich weiter. Minimal-invasive Techniken inklusive der robotischen Chirurgie fordern die offene Chirurgie heraus. Zudem führen die onkologischen Daten im Zusammenhang mit der TME zu einer kritischen Hinterfragung der gängigen Praxis bezüglich der neoadjuvanten Therapie. Das Juli-Heft 2016 zeigt Ihnen den aktuellen Stand der Literatur, diskutiert die vorliegenden Studien kritisch und gibt einen Ausblick in die Zukunft. Es wird dabei deutlich, dass auch in der Zukunft weitere Studien zur Beurteilung und Optimierung der Therapie des Rektumkarzinoms notwendig sind.

Prof. Dr. Markus W. Büchler

Prof. Dr. Alexis Ulrich

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. A. Ulrich

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universitätsklinikum Heidelberg
 Im Neuenheimer Feld 110, 69120 Heidelberg, Deutschland
 alexis.ulrich@med.uni-heidelberg.de

Interessenkonflikt. A. Ulrich und M. W. Büchler geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.