

Staging beim Rektumkarzinom

Das therapeutische Spektrum bei der Behandlung des Rektumkarzinoms reicht von der alleinigen lokalen Vollwandexzision bis hin zu aufwendigen neoadjuvanten Therapiekonzepten gefolgt von entsprechenden radikalchirurgischen Eingriffen und weiterer adjuvanter Chemotherapie. Bei den lokal fortgeschrittenen Tumoren ist es durch die Einführung einer standardisierten Operationstechnik (total mesorektale Exzision, TME) in Kombination mit einer multimodalen neoadjuvanten Therapie gelungen, auch langfristig sehr niedrige Lokalrezidivraten zu erzielen, auch wenn dieser Effekt ohne Einfluss auf das Gesamtüberleben bleibt. Die im vergangenen Jahr publizierten 10-Jahres-Ergebnisse der ersten randomisiert kontrollierten Studie zum Vergleich der präoperativen Radiotherapie und anschließender total mesorektaler Exzision mit der alleinigen totalen mesorektalen Exzision zeigt auch nach diesem Beobachtungszeitraum eine Halbierung des Lokalrezidivrisikos in der neoadjuvant vorbehandelten Behandlungsgruppe im Vergleich zur alleinigen TME [12]. Durch die Ergebnisse der CAO/AIO/ARO-94-Studie der German Rectal Cancer Study Group, einer weiteren randomisierten kontrollierten Studie, konnte der Vorteil einer neoadjuvanten gegenüber einer adjuvanten Radiochemotherapie gezeigt werden [7].

Entsprechend diesen Studien sollen leitliniengerecht alle Patienten, die aufgrund der Ergebnisse der Staginguntersuchungen prätherapeutisch den UICC-Stadien II und III (T3/T4 oder N⁺) zugeordnet werden, einer neoadjuvanten

Radio- oder Radiochemotherapie zugeführt werden [8]. Wie dem Benchmarkbericht 2011 der von der deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Darmkrebszentren zu entnehmen ist, erfolgt dies auch im Median bei knapp 78% (Range 29–100%) des betreffenden Patientenkollektivs, welches in zertifizierten Darmkrebszentren behandelt wird [1].

» Die Wahl des optimalen Behandlungsalgorithmus hängt von der Qualität des Stagings ab

Dabei muss davon ausgegangen werden, dass für einen nicht unerheblichen Anteil der so behandelten Patienten dieses Vorgehen eine Übertherapie darstellt. Auch wenn die neoadjuvante Strahlentherapie nicht zu einer Erhöhung der unmittelbaren perioperativen Morbidität führt, ist sie nicht ohne Folgen auf die langfristigen funktionellen Ergebnisse, insbesondere im Bezug auf Stuhl- und Sexualfunktion [6, 10, 11]. Der Grund für die Übertherapie liegt bei einem Teil der betroffenen Patienten an der mangelnden Gesamtgenauigkeit der eingesetzten Stagingverfahren, an der mangelnden Qualität bei deren Durchführung oder deren mangelnder Verfügbarkeit [3, 5]. Darüber hinaus stellt sich zunehmend die Frage, ob die derzeit gültigen Selektionskriterien zur Durchführung einer neoadjuvanten Therapie die richtigen sind. Bei entsprechender Patientenselektion können bei einer chirurgisch optimal durchgeführten TME auch ohne eine neoadjuvante Vorbehand-

lung sehr niedrige Lokalrezidivraten erzielt werden. So zeigen die 5-Jahres-Follow-up-Daten der sog. Mercury-Studie, in der bei Patienten, die in der prätherapeutisch durchgeführten Magnetresonanztomographie (MRT) als prognostisch günstig eingeschätzt wurden, entsprechend auf eine neoadjuvante Therapie verzichtet wurde, eine extrem niedrige Lokalrezidivrate von 3% [9]. Ein Teil dieser Patienten befand sich in den UICC-Stadien II und III und die Einordnung in die Gruppe der prognostisch günstigen Tumoren erfolgte unabhängig vom Lymphknotenstatus. Nach den derzeit geltenden Leitlinien wären diese Patienten also eigentlich neoadjuvant vorbehandelt worden. Voraussetzung für eine solche MRT-basierte Patientenselektion ist allerdings eine entsprechend hohe Qualität der prätherapeutisch durchgeführten Stagingverfahren.

Auf der anderen Seite kann eine alleinige neoadjuvante Radiochemotherapie bei einem Teil der betroffenen Patienten zu einer kompletten Tumorremission führen. Die erzielbaren kompletten Remissionsraten sind dabei vom initialen Tumorstadium, der Wahl des Chemotherapeutikums sowie der applizierten Strahlendosis abhängig [4]. Nach den derzeit gültigen Leitlinien sollten diese Patienten nach Abschluss der neoadjuvanten Therapie einer radikalchirurgischen Operation zugeführt werden. Die Frage, ob bei kompletter Remission nach alleiniger neoadjuvanter Therapie ohne einen endoskopischen, histologischen und bildgebischen Nachweis eines Tumorresiduums auf eine Operation gänzlich verzichtet werden kann, ist derzeit unbeantwortet

[2]. Um ein solches Vorgehen überhaupt zu rechtfertigen, bedarf es jedoch wiederum einer entsprechend hohen Genauigkeit der Stagingverfahren inklusive der Beurteilung des histopathologischen Remissionsgrades durch den Pathologen nach neoadjuvanter Therapie.

Aus dem bisher Gesagten wird deutlich, welche zentrale Bedeutung dem lokalen Staging beim Rektumkarzinom zukommt. Das Ergebnis der unterschiedlichen Untersuchungsverfahren bestimmt im Wesentlichen die Wahl des optimalen Behandlungsalgorithmus. Das vorliegende Schwerpunktheft widmet sich daher der Fragestellung des Stagings beim Rektumkarzinom vor und nach neoadjuvanter Therapie. Dabei werden sowohl das pathologische Staging vor und nach neoadjuvanter Therapie als auch die unterschiedlichen bildgebenden Verfahren bewertet. Inwieweit die in den aktuellen Leitlinien geforderte spezielle Diagnostik beim Rektumkarzinom in der hier dargestellten hohen Qualität flächendeckend angeboten werden kann, ist Inhalt eines zusätzlichen Beitrages. Ob zukünftig einem Teil der Patienten durch eine verbesserte Selektion anhand der dargestellten bildgebenden Verfahren die neoadjuvante Therapie und andererseits einem anderen Teil der Patienten bei kompletter Remission nach neoadjuvanter Therapie allein aufgrund der Ergebnisse der klinischen und bildgeberischen Untersuchungen eine Operation erspart werden können, müssen weitere Studien zeigen.



Prof. Dr. C.T. Germer

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. C.T. Germer

Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie
Universitätsklinikum Würzburg,
Oberdürrbacherstr. 6, 97080 Würzburg
Germer_c@klinik.uni-wuerzburg.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Deutsche Krebsgesellschaft (2011) Benchmarking 2011, Jahresbericht der zertifizierten Darmkrebszentren. www.krebsgesellschaft.de
2. Habr-Gama A, Perez RO, São Julião GP et al. (2011) Nonoperative approaches to rectal cancer: a critical evaluation. *Semin Radiat Oncol* 21:234–239
3. Juchems MS, Aschoff AJ (2009) Current imaging for rectal cancer. *Chirurg* 80:274–280
4. Maas M, Nelemans PJ, Valentini V et al (2010) Long-term outcome in patients with a pathological complete response after chemoradiation for rectal cancer: a pooled analysis of individual patient data. *Lancet Oncol* 11:835–844
5. Marusch F, Ptok H, Sahm M et al (2011) Endorectal ultrasound in rectal carcinoma – do the literature results really correspond to the realities of routine clinical care? *Endoscopy* 43:425–431
6. Pollack J, Holm T, Cedermark B et al (2006) Late adverse effects of short-course preoperative radiotherapy in rectal cancer. *Br J Surg* 93:1519–1525
7. Sauer R, Becker H, Hohenberger W et al (2004) Preoperative versus postoperative chemoradiotherapy for rectal cancer. *N Engl J Med* 351:1731–1740
8. Schmiegel W, Pox C, Reinacher-Schick A et al (2010) S3 guidelines for colorectal carcinoma: results of an evidence-based consensus conference on February 6/7, 2004 and June 8/9, 2007 (for the topics IV, VI and VII). *Z Gastroenterol* 48:65–136.
9. Taylor FG, Quirke P, Heald RJ et al (2011) Preoperative high-resolution magnetic resonance imaging can identify good prognosis stage I, II, and III rectal cancer best managed by surgery alone: a prospective, multicenter, European study. *Ann Surg* 253:711–719
10. Ulrich A, Weitz J, Slodczyk M et al (2009) Neoadjuvant treatment does not influence perioperative outcome in rectal cancer surgery. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 75:129–136
11. Urso E, Serpentine S, Pucciarelli S et al (2006) Complications, functional outcome and quality of life after intensive preoperative chemoradiotherapy for rectal cancer. *Eur J Surg Oncol* 32:1201–1208
12. van Gijn W, Marijnen CA, Nagtegaal ID et al (2011) Preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for resectable rectal cancer: 12-year follow-up of the multicentre, randomised controlled TME trial. *Lancet Oncol* 12:575–582

Buchbesprechungen

J. Lange, B. Mölle, J. Girona

Chirurgische Proktologie

Heidelberg: Springer-Verlag GmbH 2012, 2., 478 S., 550 Abb., (ISBN 978-3-642-17264-9), 179.95 EUR



Das als Operationslehre für den proktologisch tätigen Chirurgen gedachte Buch *Chirurgische Proktologie* herausgegeben von J. Lange, B. Mölle und J. Girona ist nunmehr

bereits in der zweiten Auflage erschienen. Dies zeigt, dass offenbar die Zielsetzung erreicht wurde und dieses Buch als eine attraktive Hilfe Anerkennung gefunden hat. Die nunmehr vorliegende zweite Auflage ist keine einfache „Kopie“ der ersten; sie ist in wesentlichen Teilen neu gestaltet worden. Neue Autoren sind hinzugekommen. Der Umfang ist in etwa gleich geblieben. Trotzdem wird man z.B. zum Verständnis der aus der Embryologie abgeleiteten Anatomie gerne auf die von Stelzner in der ersten Auflage geschriebenen Kapitel zurückgreifen. Nunmehr wird bei der Beschreibung in Anatomie vor allen Dingen auf die Funktion Bezug genommen, was einen Zugewinn an Informationen darstellt. Während einige wenige Kapitel ohne wesentliche Änderungen abgedruckt worden sind, haben bei einer ganzen Reihe die Autoren gewechselt bzw. sind weitere Kapitel hinzugekommen. Im speziellen Teil sind, wie bereits bei der Erstauflage, die Operationsbilder instruktiv und praktisch hilfreich. Neue Entwicklungen, wie z.B. die dopplersonographisch durchgeführten Hämorrhoidenoperationen wurden aufgegriffen, ebenso wie Krankheitsbilder, welche zwischenzeitlich offenbar besser definiert sind wie das Pudentuskompressionssyndrom. Zusammenfassend wurde mit der zweiten Auflage die nach wie vor sehr instruktive *Chirurgische Proktologie* etwa zur Hälfte vollständig neu überarbeitet und aktualisiert. Es bleibt damit für Proktologen ein unentbehrliches Nachschlagewerk.

Professor W. Hohenberger (Erlangen)