

Chirurgie 2023 · 94:821–822
<https://doi.org/10.1007/s00104-023-01947-1>
Angenommen: 14. Juli 2023

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2023

Redaktion

C. Bruns, Köln
R. Wahba, Köln



Abdominelle muzinöse Neoplasien

Roger Wahba · Christiane J. Bruns

Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie, Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Köln, Deutschland

Abdominelle muzinöse Neoplasien stellen sehr seltene Erkrankungen dar, die klinisch oft gemeinsam als Pseudomyxoma-peritonei-Syndrom imponieren. Oft werden sie als Zufallsbefund im Rahmen einer Laparoskopie oder Laparotomie bei unklaren abdominalen Beschwerden, Aszites und Bauchumfangszunahme diagnostiziert. Chirurg*Innen stehen dann vor der Aufgabe, die richtige Diagnose zu stellen und eine adäquate Therapie genau zu diesem Zeitpunkt anbieten zu können. Die Kombination aus zytoreduktiver Chirurgie (CRS) und hyperthermer intraperitonealer Chemotherapie (HIPEC) bildet die Säulen der chirurgischen Therapie. Die Ergebnisse dieser oft aufwendigen und zeitintensiven Eingriffe konnten in den letzten Jahren durch die Anwendung standardisierter chirurgischer Techniken, strukturierter Ausbildung und Vernetzung sowie der Durchführung der Eingriffe gemäß erworbener Expertise verbessert werden.

» Abdominelle muzinöse Neoplasien imponieren klinisch oft gemeinsam als Pseudomyxoma-peritonei-Syndrom

Diese Ausgabe von *Die Chirurgie* befasst sich mit der Diagnostik und Therapie abdominalen muzinöser Neoplasien, die oft von der Appendix ausgehen, zum Pseudomyxoma-peritonei-Syndrom (PMP) führen, durch Chirurgie und HIPEC mit guter Prognose behandelt werden können und auch im Falle eines Rezidivs ein „klassisches“ chirurgisches Krankheitsbild darstellen.

Der erste Beitrag von *Fischer et al.* (Köln) beschreibt den aktuellen Stand der pathologischen Klassifikation, die Grundlage für die weitere Therapie dargestellt. Heutzutage gilt es, die historischen Begriffe Mukozele oder muzinöses Zystadenom der Appendix zu vermeiden und eine Einteilung in „low-grade“ muzinöse Neoplasie der Appendix (LAMN; sehr selten), „high-grade“ muzinöse Neoplasie der Appendix (HAMN), muzinöses Adenokarzinom ohne Siegelringzellen (G2) und muzinöses Adenokarzinom mit Siegelringzellen oder Siegelringzellkarzinom (G3) vorzunehmen. Diese Einteilung hat prognostische Relevanz im Hinblick auf die Entwicklung eines „Low-grade“- oder „High-grade“-PMP.

Oft stellen die abdominalen muzinösen Neoplasien einen Zufallsbefund dar. *Köhler et al.* (Würzburg) beschreiben einen Algorithmus zur Behandlung der „low grade“ muzinösen Neoplasie der Appendix ohne das Vorliegen eines PMP. Tumorbiospien sind obsolet. Eine exakte Dokumentation des intraoperativen Situs beim Primäreingriff mittels Foto- und Videodokumentation erleichtern die Entscheidungsfindung der weiteren Behandlung im spezialisierten Zentrum und können so die Prognose der Patient*innen beeinflussen.

Kommt es doch zur Aussaat von Muzin in die freie Bauchhöhle, wird in einem weiteren Artikel von *Wahba et al.* (Köln) die Therapie des nun zu diagnostizierenden Pseudomyxoma-peritonei-Syndroms beschrieben: bildmorphologische Be-



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

stimmung des Peritonealkarzinoseindex, extraperitoneale chirurgische Präparationstechniken, HIPEC mit Mitomycin C und ein Modell zur Nachsorge.

Trotz der guten Prognose abdomineller muzinöser Neoplasien kommt es beim PMP mit ausgedehntem Befall zu abdominalen Rezidiven. Wahrscheinlich entstehen diese bedingt durch Muzinnester, die einer ausgedehnten zytoreduktiven Chirurgie beim Primäreingriff nur eingeschränkt zugänglich waren. *Leebman et al.* (Regensburg) beschreiben in ihrem Artikel Therapiestrategien im Rezidivfall. Durch eine erneute komplette Zytoreduktion kann auch in dieser Situation ein Langzeitüberleben erreicht werden. Symptomatische Patient*innen profitieren darüber hinaus von einer Debulking-Operation.

Die Herausforderung bei der Behandlung muzinöser abdominaler Neoplasien bleibt es, „Maß zu halten“ und eine „Über“- sowie „Unter“-Therapie zu vermeiden.

Roger Wahba und Christiane Bruns

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Roger Wahba, FEBS

Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie, Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln
Kerpener Str. 62, 50937 Köln, Deutschland
roger.wahba@uk-koeln.de

Interessenkonflikt. R. Wahba und C. Bruns geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.



Ich empfehle das Facharzt-Training Viszeralchirurgie

... da es die ideale Vorbereitung für die Facharztprüfung ist. Neben echten Fallbeispielen und vertieftem Wissen stellen die Prüfungssimulationen ein besonderes Highlight dar. Die typischen Prüfungsfragen sind mit ausführlichen Antworten unterlegt, sodass nachhaltiges Wissen gefestigt wird. Starten Sie jetzt Ihre Prüfungsvorbereitung!

Prof. Dr. med. Ines Gockel
Herausgeberin Facharzt-Training Viszeralchirurgie



Prof. Dr. med. Ines Gockel
Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Transplantations-, Thorax- und Gefäßchirurgie
Universitätsmedizin Leipzig

 Vorbereitungskurs zur Facharztprüfung Viszeralchirurgie



← QR-Code einscannen und ausprobieren

[SpringerMedizin.de/FacharztTraining](https://www.springermedizin.de/facharzttraining)