

Behandlung des Rektumkarzinoms prä- und postoperativ

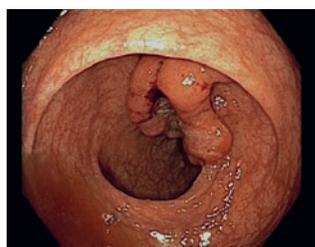


Abb. 1: Rektumkarzinom, endoskopische Ansicht

TUMORSTAGING

Distale oder tiefe Rektumkarzinome, also Tumore nahe beim After, können in der Regel bei der digital-rektalen Untersuchung als derbe, nicht verschiebbare Masse palpirt werden. Endoskopisch (Abbildung 1) werden die morphologische Beschaffenheit sowie das Tumorausmass be-

züglich der Längs- und der zirkulären Ausdehnung dokumentiert und Biopsien zur histologischen Diagnosesicherung entnommen. Als weitere essenzielle diagnostische Schritte für das lokale Tumorstaging werden im Anschluss an die Koloskopie eine starre Rektoskopie sowie ein endoanaler Ultraschall durchgeführt. Mittels starrer Rektoskopie wird der Abstand des distalen Tumorrandes zur Anokutanlinie festgelegt, was v.a. im Hinblick auf eine operative Therapie für die Kollegen der Viszeralchirurgie von grosser Bedeutung ist. Mit der Endosonographie (Abbildung 2) wird das T-Stadium (T1–4) durch die Bestimmung der Tiefenausdehnung festgelegt, d.h., welche Wandschichten des Darmes vom Tumor betroffen sind und ob eine Tumorf infiltration in Nachbarorgane besteht (T4-Stadium). Zudem wird eruiert, ob lokoregionäre Lymphknoten vergrössert sind, was suspekt auf eine lymphogene Metastasierung ist.

Nun folgt die radiologische Komplettierung des Tumorstaging in Form einer MRT-Untersuchung des Beckens (lokaregionäres Tumor- und Lymphknotenstaging) sowie einer Positronen-Emissions-Tomographie (PET-CT) mit Frage nach Fernmetastasen.

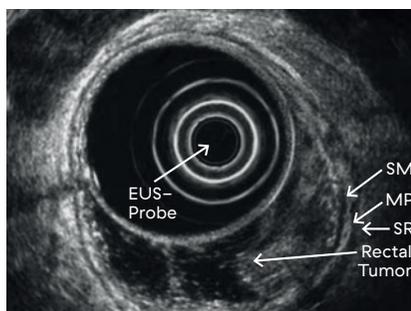
Ist das Tumorstaging abgeschlossen, wird der Patient an unserem interdisziplinären Tumorboard vorgestellt. Anhand der endoskopischen, histologischen und radiologischen Befunde sowie in Anbetracht der Komorbiditäten wird eine entsprechende Therapieempfehlung ausgesprochen.

Bei Patienten, welche eine neoadjuvante Radio-/Chemotherapie erhalten haben, wird nach deren Abschluss ein erneutes endoskopisches und radiologisches Tumorstaging durchgeführt zur Evaluation des Therapieansprechens.

TUMORNACHSORGE

Ein weiterer essenzieller Punkt bei Patienten mit Rektumkarzinom besteht in der Tumornachsorge nach operativer Therapie.

Diese besteht aus der klinischen Untersuchung, der Bestimmung von Tumormarkern (CEA-Titer) sowie aus endoskopischen Untersuchungen und radiologischen Verfahren. Die genannten diagnostischen Modalitäten werden nach einem strikten Schema gemäss Empfehlung der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie (Abbildung 3) entweder unter der Führung der Hausärzte oder der (Radio-)Onkologen respektive der Gastroenterologen bis 5 Jahre nach der Operation durchgeführt. Lassen sich kein Tumorrezidiv oder keine Metastasen im genannten Zeitraum nachweisen, so gilt der Patient als geheilt. Danach wird eine Koloskopie alle 5 Jahre empfohlen.



T1
Rektumkarzinom
SM = submucosa
MP = muscularis propria
SR = serosa

Abb. 2: Rektale Endosonographie

REKTUM KARZINOM	Monate post Operation						
	6	12	18	24	36	48	60
T1–4, N+/-, M0							
Klinische Untersuchung CEA-Titer	Vierteljährlich im 1. Jahr		Halbjährlich im 2. und im 3. Jahr			+	+
Koloskopie		+				+	
Untere flexible Endoskopie	+		+	+			
Endosonographie oder Becken MRI	+	+	+	+			
CT Thorax-Abdomen-Becken		+		+	+	+	+

Abb. 3: Nachsorgeschema

Autor:

Dr. med. Dominic Althaus

Oberarzt Gastroenterologie/Hepatologie

Standort Claraspital





Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen

Endlich tritt wieder etwas Normalität ein, dies für unsere Zuweiser, für unsere Patienten und auch für uns Behandelnde. Ohne Kapazitätseinschränkungen konnten wir die letzten Monate unsere Zuweisungen und teilweise Wartelisten kontinuierlich abbauen. Einzig im Bereich Gastroenterologie gibt es für Routineuntersuchungen weiterhin Wartezeiten.

Die aktuelle Ausgabe unseres Focus befasst sich mit dem Thema «Rektumkarzinom». Unter der Rubrik Forschung finden Sie einen Beitrag zur NeoRect-Studie. Ein ergänzendes Interview mit Salvatore Piscuglio, Leiter der Forschungsgruppe, gibt interessante Einblicke in unsere Forschungstätigkeit.

Erste, überwiegend positive Rückmeldungen Ihrerseits stimmen uns sehr zuversichtlich, dass die zahlreichen administrativen Prozessverbesserungen bei Clarunis Früchte tragen. Clarunis ist weiterhin nah an «Ihrem Puls», beginnend mit sogenannten Praxisbesuchen, bei welchen wir noch persönlicher auf Ihre Wünsche und Anliegen eingehen. Eine im Frühjahr durchgeführte Befragung unserer Zuweiser brachte deutlich zum Ausdruck, dass die Digitalisierung der Kommunikation zwischen Zuweiser und unseren behandelnden Ärzten ein grosses Anliegen ist. Hierfür wurde ein Projekt gestartet, welches in einem ersten Schritt zum Ziel hat, den Berichtsversand neu auch am Standort Claraspital umfassend zu automatisieren. Bereits realisiert haben wir eine Share-Plattform für eine sichere Datenübertragung von grossen Datenmengen: Diese steht Ihnen bei einer elektronischen Überweisung per Website zur Verfügung www.clarunis.ch/fuer-zuweisende.

Unserem Motto «Der Patient steht im Zentrum» begegnen wir mit einer Zufriedenheitsbefragung unserer Sprechstundenpatienten im Monat September. Über die Ergebnisse werden wir Sie sehr gerne in unserer nächsten Ausgabe informieren.

Wir wünschen Ihnen nun eine spannende Lektüre.

Freundliche Grüsse

Prof. Dr. med. M. von Flüe

Prof. Dr. med. M. Heim

M. Himmelrich

Impressum

Herausgeber Clarunis, Basel | www.clarunis.ch

Gestaltungskonzept Multiplikator AG, Basel

Redaktion kommunikation@clarunis.ch

Druckvorstufe / Druck Steudler Press AG, Basel

Neue Aspekte in der chirurgischen Therapie des Rektumkarzinoms



Zugänge nach minimalinvasivem Eingriff ohne Stomaanlage

auch durch die multiviszerele Resektion. Als spezialisierte Klinik bieten wir bei Clarunis alle diese Methoden an.

TIEFE REKTUMRESEKTION

Die onkologische tiefe Rektumresektion mit totaler mesorektaler Exzision wird standardmässig mit dem Schutz der Anastomose durch ein vorgeschaltetes Stoma durchgeführt. In der Literatur wird eine Anastomoseninsuffizienzrate nach Rektumchirurgie von 5 bis 19% angegeben¹. Da eine Stomaanlage, auch wenn temporär, doch mit einer Einbusse der Lebensqualität der Patienten einhergeht, kann in ausgewählten Fällen und bei Vorliegen von günstigen chirurgischen Parametern ausnahmsweise darauf verzichtet werden. Diese bei uns so operierten Patienten wurden analysiert. Es zeigte sich eine Anastomoseninsuffizienzrate von 22% und es musste bei diesen Patienten im Durchschnitt 8 Tage nach der Rektumresektion eine sekundäre Stomie angelegt werden. Obwohl dadurch einige Patienten ohne Stoma blieben, sollte dieses Konzept nur in einer speziellen Subgruppe von Patienten durchgeführt werden.

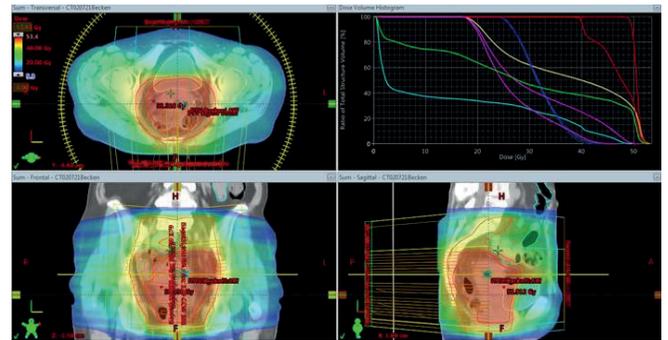
TOTALE NEOADJUVANTE THERAPIE

Ein weiterer neuer Aspekt ist die totale neoadjuvante Therapie (TNT). Die aktuelle Therapie mit der Reihenfolge Radiochemotherapie – OP – Chemotherapie wird abgeändert in Chemotherapie – Radiochemotherapie – OP. Dies führt gemäss ersten Studien zu einem Anstieg der pathologischen Komplettremissionen². Dieses komplette Ansprechen kommt in ca. 15–30% vor (an unserem Patientengut bei Clarunis 18%). Bei einem vollständigen Ansprechen wird weiterhin diskutiert, ob auf eine chirurgische Therapie verzichtet werden kann (Watch-and-wait-Strategie). Studien und Publikationen zu diesem Thema haben sich in den letzten Jahren gehäuft,

Heutzutage kann ein Rektumkarzinom je nach Stadium und Lokalisation auf verschiedene Arten chirurgisch angegangen werden: sei es die lokale Resektion transanal bei limitiertem T1-Stadium mit günstiger Prognose, wie die laparoskopische Resektion, ggf. kombiniert mit der transanal totalen mesorektalen Exzision (ta-TME), die roboter-assistierte Resektion oder die konventionelle offene Chirurgie und wenn nötig, in fortgeschrittenen Fällen,

in fortgeschrittenen Fällen,

nicht zuletzt wegen der Morbidität bei tiefer Rektumchirurgie. Das «low anterior resection syndrome» (LARS) mit seiner Symptomatik von erhöhter Stuhlfrequenz, veränderter Stuhlkonsistenz, Drang und Inkontinenz kommt bei ca. 25–40% der operierten Patienten vor. Hier ist wichtig zu erwähnen, dass auch die Radiochemotherapie ohne Chirurgie zu einer gewissen Morbidität führt.



Bestrahlungsfeld und Dosis bei ausgedehntem Rektumkarzinom

In den S3-Leitlinien zum kolorektalen Karzinom steht diesbezüglich: «In den seltenen Fällen, in denen nach neoadjuvanter Radiochemotherapie klinisch, endoskopisch und durch bildgebende Verfahren (Endosonographie und MRT, alternativ evtl. auch CT) kein Tumor mehr nachweisbar ist, kann auf jegliche Operation verzichtet werden. Voraussetzung ist die gründliche Aufklärung über die noch unzureichende Validierung dieses Vorgehens und die Bereitschaft des Patienten, sich einer sehr engmaschigen mindestens 5-jährigen Nachsorge zu unterziehen.» Da die Langzeitergebnisse in Bezug auf Überleben und Morbidität einer Operation beim «regrowth» noch unklar sind, sollte eine Watch-and-wait-Strategie aufgrund der aktuellen Datenlage nur im Rahmen von Studien angewandt werden.

Die Literaturangaben sind auf S. 4.

Autorinnen:

Dr. med. Ida Füglistaler

Oberärztin Viszeralchirurgie
Standort Claraspital

Dr. med. Beatrice Kern

Leitende Ärztin Viszeralchirurgie
Standort Claraspital



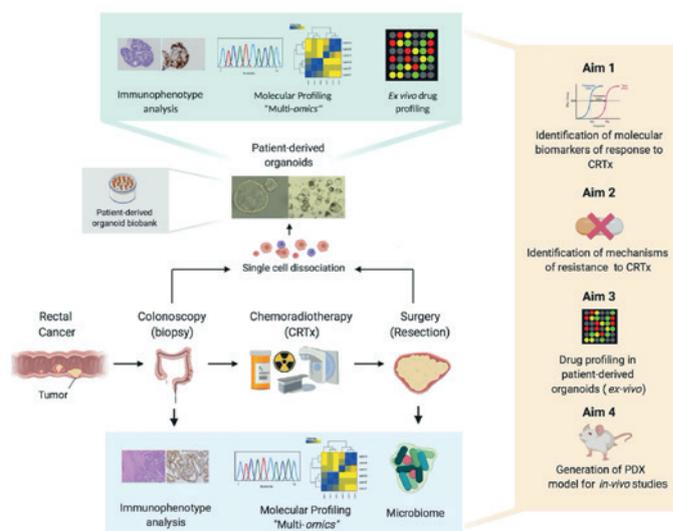
NeoRect: Individualisierte Rektumkarzinomtherapie

Das Rektumkarzinom ist hinsichtlich seiner Therapie besonders anspruchsvoll. Insbesondere im lokal fortgeschrittenen Stadium ist die Behandlung multimodal und beinhaltet eine neoadjuvante Vorbehandlung mittels kombinierter Radiochemotherapie, gefolgt von einer chirurgischen Resektion.

Die Bandbreite des Ansprechens auf die Vorbehandlung ist breit, individuell und schwer vorherzusagen. Sie reicht von vollständiger Regression bis hin zu hoher Restvitalität des Tumors. Hier eröffnet sich grosses Potenzial für zukünftige Therapieansätze: Wäre eine verlässliche Voraussage zu einem besonders vollständigen oder schwachen Ansprechen auf die Vorbehandlung möglich, könnte eine auf den Patienten massgeschneiderte Therapie erarbeitet werden. In einigen Fällen wäre sogar denkbar, bei vollständiger Tumorremission und prätherapeutischen Markern für einen guten Verlauf, ganz auf eine Operation zu verzichten. Dies würde einen grossen Schritt in Richtung Individualisierung der Therapie und Verbesserung der Lebensqualität der Patienten darstellen.

Hier setzt die NeoRect-Studie an, welche in ihren Grundlagen bereits im Focus (S. 3, Ausgabe 1, September 2019) vorgestellt wurde. Diese konnte zwischenzeitlich erfolgreich gestartet werden und befindet sich in der Phase der aktiven Rekrutierung. Die Studie erfolgt in enger Zusammenarbeit zwischen Labor und Spital nach dem Motto «From Bench to Bedside». Patienten, welche an einem lokal fortgeschrittenen Rektumkarzinom erkrankt sind und eine neoadjuvante Vorbehandlung benötigen, können eingeschlossen werden. Zu Studienzwecken erfolgt vor Beginn der neoadjuvanten Vorbehandlung eine Biopsieentnahme. Die Tumorproben werden im «Multi-Omics»-Verfahren (Genom, Transkriptom, Proteom, Methylierung und Mikrobiom) nach molekularen Markern untersucht und charakterisiert. Nach erfolgter Vorbehandlung und Operation wird das Tumorsektat auf Therapieansprechen und molekulare Marker analysiert, um so die prognostisch stärksten Marker herausfiltern zu können. Die Ergebnisse dieser Analysen werden zusätzlich mit dem Krankheitsverlauf der betroffenen Patienten korreliert, um so deren prognostischen Wert auch im Langzeitverlauf abschätzen zu können.

Neben diesen Analysen erfolgt parallel die Bildung von Tumor-Organoiden aus den prätherapeutischen Tumorbiopsien. Diese stellen eigentliche Miniatur-Tumoren dar, welche unter Laborbedingungen aus den jeweiligen Proben gezüchtet werden und dem ursprünglichen Tumor hinsichtlich Gewebszusammensetzung, molekularer Eigenschaften und Wachstumsverhalten sehr ähnlich sind. Die langfristige Zielsetzung der Organoiden ist es, individuell das Ansprechen eines Tumors auf eine spezifische Therapie testen und die für die Patienten erfolgversprechendste Therapie wählen zu können.



Schematischer Studienablauf der NeoRect-Studie

Obwohl zum aktuellen Zeitpunkt erst vorläufige Resultate vorliegen, ist bereits jetzt eine beachtliche Heterogenität zu beobachten, sowohl hinsichtlich molekularer Marker wie auch in dem Wachstumsverhalten der Organoiden.

Die NeoRect-Studie erfolgt in enger Zusammenarbeit zwischen Klinikern und Forschern und ist beispielhaft für die Integration beider Standbeine beim Erstellen neuer, innovativer und personalisierter Therapiekonzepte. Sie ist in ihrem Gebiet wegweisend und darf als einen Forschungsschwerpunkt von Clarunis angesehen werden.

Ein ausführliches Interview mit Salvatore Piscuglio zur NeoRect-Studie finden Sie auf unserer Website unter www.clarunis.ch/neorect-studie.

Autoren:

Dr. med. Sebastian Staubli
Oberarzt Viszeralchirurgie
Standort Universitätsspital
Basel

Salvatore Piscuglio, PhD
Leiter Forschungsgruppe
Standort Universitätsspital
Basel



Personelles

PREISE / AUSZEICHNUNGEN

Benjamin Wiesler erhielt für sein Projekt «Decentralized colorectal cancer care: Benefit or burden in the pandemic? — An international comparative study in two health care systems» als PI für die COVID-19-«kontaminierten» Tumorfälle einen Grant von der Krebsliga beider Basel.

Hassan Melhem, Nachwuchsforscher aus der Forschungsgruppe von Prof. Dr. med. Jan Hendrik Niess, hat sein Projekt «Investigation of GPR35 on gut epithelial integrity and microbiota» eingereicht und wurde damit in die Förderung exzellenter Nachwuchsforscher der Universitätsspitals Basel aufgenommen.

Fabian Haak, Assistenzarzt Viszeralchirurgie, wurde auf dem Schweizerischen Chirurgenkongress mit dem Preis der Schweizerischen Gesellschaft für Viszeralchirurgie für den besten Video-Podcast ausgezeichnet.

Dr. med. Marc-Olivier Guenin, Leiter Stoma- und Wundtherapie, und sein Team Wundberatung wurden für die Nutzung von Apligraf® (ein zweischichtiges, mit modernen biologischen Methoden hergestelltes lebendes Zellkonstrukt) und NuShield® (eine komplette Plazentamembrane) zertifiziert. Es handelt sich dabei um ein Hautersatzverfahren bei schwer heilenden Wunden.

PUBLIKATIONEN

Müller A, Bilger S, Göldi A, Meinschmidt G, Rueter F, Kappes A, Hruz P, Meier CA, Niess JH: **Der IBD-Control-Fragebogen: Deutsche Übertragung und Validierung des standardisierten Fragebogens zur Messung des Outcomes aus Patientensicht bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen.** Z Gastroenterol: 2021.

Kaymak T, Hruz P, Niess JH: **Immune system and microbiome in the esophagus: implications for understanding inflammatory diseases.** Febs Journal: Jul 1th 2021.

Haak F, Ioannidis A, Glass T, Slotta JE, Kollmar O, von Strauss M: **Predicting complicated appendicitis based on clinical findings: The role of Alvarado and Appendicitis Inflammatory Response Scores.** Swiss Knife 2021; 18 (special edition): 58.

Literaturangaben von S. 2:

- 1 BJS 2015; 102:462–79
- 2 Lancet Oncol 2021; 22:29–42

News

VERANSTALTUNGEN

GastroForum

18. November 2021:

«**Proktologie für den Alltag — state of the art**»
Gesundheitszentrum Fricktal, Laufenburg

18.30–20.00 Uhr

Referenten: Dr. med. Felix Schulte,
Dr. med. Christoph Steinborne

IBD NET Talk

30. September 2021, 17.00–18.15 Uhr

Per Livestream: www.ibdnet.ch

9. Dezember 2021, 17.00–18.15 Uhr

Per Livestream: www.ibdnet.ch

PUBLIKUMSVERANSTALTUNGEN

1. September 2021:

«**Darmkrebs — Vorsorge und Abklärung**»

Begegnungszentrum CURA

17.00–18.15 Uhr

Referentinnen: Dr. med. Isabelle Panne, Assistenzärztin
Viszeralchirurgie, Barbara Kundert, Krebsliga beider Basel

16. November 2021:

«**Urininkontinenz: ein sehr lästiges Leiden —
Behandlungsmöglichkeiten**»

Begegnungszentrum CURA

17.00–19.00 Uhr

Referentinnen: Prof. Dr. med. Verena Geissbühler,
Frauenärztin

Johanna Bäuml, Pflegefachfrau

Jacqueline Mäder, Urotherapeutin

Kontakte



St. Claraspital und
Universitätsspital
Basel

Universitäres
Bauchzentrum
Basel

Clarunis+41 61 777 75 75
zuweisung@clarunis.ch

Viszeralchirurgie
viszeralchirurgie@clarunis.ch

Standort St. Claraspital+41 61 777 75 00
Standort Universitätsspital.....+41 61 777 73 00

Gastroenterologie / Hepatologie
gastroenterologie@clarunis.ch
hepatologie@clarunis.ch

Standort St. Claraspital+41 61 777 76 00
Standort Universitätsspital+41 61 777 74 00
Standort Bethesda+41 61 777 74 60
Standort Felix Platter+41 61 777 74 70

VISZERALCHIRURGIE

Prof. Dr. Markus von Flüe Chefarzt+41 61 777 75 05
Prof. Dr. Otto Kollmar Chefarzt Stv.+41 61 777 73 06

Standort St. Claraspital

PD Dr. Martin Bolli Chefarzt Stv.+41 61 777 75 08
Prof. Dr. Ralph Peterli Chefarzt Stv. Forschung...+41 61 777 75 01
Dr. Beatrice Kern Leitende Ärztin+41 61 777 75 06
PD Dr. Daniel Steinemann Leitender Arzt+41 61 777 75 09
PD Dr. Christoph Ackermann... Konsiliararzt+41 61 777 75 02
Dr. Ida Füglistaler Oberärztin+41 61 777 75 17
Dr. Marc-Olivier Guenin..... Leitender Oberarzt+41 61 777 75 07
Dr. Lea Stoll..... Oberärztin.....+41 61 777 75 19
PD Dr. Marco von Strauss..... Oberarzt.....+41 61 777 75 03
Dr. Bernard Descœudres Stationsoberarzt.....+41 61 777 75 00
Dr. Sonja Feichter Stationsoberärztin+41 61 777 75 00
Dr. Anna Elisabeth Wilhelm.... Stationsoberärztin+41 61 777 75 00
Béatrice Haas..... Stationsoberärztin+41 61 777 75 00
Dr. Amar Polutak..... Stv. Oberarzt.....+41 61 777 75 74
Dr. med. Johannes Baur Stv. Oberarzt.....+41 61 777 75 73
Dr. Julian Süsstrunk..... Stv. Oberarzt.....+41 61 777 75 18
Dr. Jasmin Zeindler..... Stv. Oberärztin.....+41 61 777 75 72

Stoma- und Wundtherapie+41 61 777 75 76

Standort Universitätsspital

Prof. Dr. Christoph Kettelhack... Chefarzt Stv.+41 61 777 73 01
PD Dr. Tarik Delko Leitender Arzt+41 61 777 73 06
Dr. Fiorenzo Angehrn..... Oberarzt.....+41 61 777 73 05
PD Dr. Silvio Däster Oberarzt.....+41 61 777 73 05
Prof. Dr. Raoul Drosier Oberarzt.....+41 61 777 73 02
Dr. Jennifer Klasen..... Oberärztin.....+41 61 777 73 01
PD Dr. Savas Soysal Oberarzt.....+41 61 777 73 04
Dr. Sebastian Staubli Oberarzt.....+41 61 777 73 09
Dr. Belma Dursunoglu..... Stationsoberärztin+41 61 777 73 00
Dr. Karla Scamardi..... Stationsoberärztin+41 61 777 73 00
Dr. Katja Linke..... Stv. Oberärztin.....+41 61 777 73 01
Dr. Athanasios Tampakis Stv. Oberarzt.....+41 61 777 73 04

Stoma- und Wundtherapie+41 61 777 73 35

GASTROENTEROLOGIE / HEPATOLOGIE

Prof. Dr. Markus Heim Chefarzt+41 61 777 74 11

Standort St. Claraspital

PD Dr. Miriam Thumshirn..... Chefärztin a.P.+41 61 777 76 04
Dr. Michael Manz..... Chefarzt Stv.+41 61 777 76 02
Prof. Dr. Petr Hruz..... Leitender Arzt+41 61 777 76 95
Dr. Dominic Althaus..... Oberarzt.....+41 61 777 76 11
Dr. Maja Gruber..... Oberärztin.....+41 61 777 76 05
Dr. Beat Gysi..... Oberarzt.....+41 61 777 76 05

Standort Universitätsspital

Prof. Dr. Lukas Degen..... Chefarzt Stv.+41 61 777 74 00
PD Dr. Christine Bernsmeier.... Leitende Ärztin.....+41 61 777 74 00
Prof. Dr. Jan Hendrik Niess..... Leitender Arzt+41 61 777 74 00
Prof. Dr. Petr Hruz..... Leitender Arzt+41 61 777 74 00
Dr. Franziska Piccoli..... Kaderärztin.....+41 61 777 74 00
Dr. Polat Bastürk..... Oberarzt.....+41 61 777 74 00
Dr. Marius Zimmerli..... Oberarzt.....+41 61 777 74 00
Dr. Fahim Ebrahimi Stv. Oberarzt.....+41 61 777 74 00