

## **Protokoll der Konsensussitzung zur Behandlung des Rektumkarzinoms vom 29.01.08**

Anwesende: CA Dr. Buthut, CA Dr. Buchali, OÄ Dr. Jung, OA Dr. Löschner, CA PD Dr. Nürnberg, Fr. Dr. Schade, Fr. Dr. Schneider, OÄ Dr. Uebach

### **1. Bestimmung der Lokalisation des Rektumtumors**

Die Höhenbestimmung mittels flexibler Endoskopie ist sehr variabel und untersucherabhängig. Zur Höhenbestimmung und Festlegung der Lokalisation des Rektumkarzinoms bezüglich des unteren, mittleren und oberen Drittels kann lediglich die starre Endoskopie ab Anokutanlinie herangezogen werden. Als oberes Drittel gilt ein Rektumkarzinom oberhalb 12 cm ab ano mit starrer Endoskopie.

### **2. Indikation zur neoadjuvanten Radiochemotherapie**

Studien zur Untersuchung des Nutzens der neoadjuvanten Radio-Chemotherapie haben teils Rektumkarzinome im oberen Drittel ausgeschlossen und teils eingeschlossen. Spezielle Subgruppenanalysen zum Stellenwert der neoadjuvanten Radio-Chemotherapie bei Rektumkarzinomen im oberen Drittel existieren nicht, so dass der Benefit der neoadjuvanten Radiochemotherapie für Tumoren im oberen Rektumdrittel nicht sicher geklärt ist. Eindeutig ist, dass generell eine neoadjuvante Radio-Chemotherapie gegenüber einer adjuvanten Radio-Chemotherapie mit geringerer Bestrahlungsdosis erfolgt. Eine neoadjuvante Radio-Chemotherapie führt gegenüber einer adjuvanten Radio-Chemotherapie zu einer Senkung der Toxizität. Ob eine Erhöhung der lokalen Tumorkontrolle bei der neoadjuvanten Radio-Chemotherapie von Tumoren im oberen Rektumdrittel erreicht werden kann, ist nach der Datenlage nicht sicher zu klären. Die Leitlinien der AWMF, der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie sind bezüglich der Behandlung von Tumoren des oberen Rektumdrittels uneinheitlich. Während in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie und in den aktuellen Leitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft (2006) das obere Rektumdrittel im Vergleich zu anderen Rektumtumorlokalisationen nicht gesondert behandelt werden, ist eine eindeutige Empfehlung aus den AWMF-Leitlinien nicht zu entnehmen.

In den Ruppiner Kliniken soll die Indikationsstellung bei Tumoren im oberen Rektumdrittel, d. h. oberhalb 12 cm ab ano als Individualentscheidung bis zur Veröffentlichung neuer AWMF-Leitlinien getroffen werden. Dabei gilt, dass Tumore, die kurz oberhalb des Überganges vom mittleren zum oberen Drittel eher wie Rektumkarzinome des mittleren Drittels behandelt werden und Tumore, die deutlich oberhalb des Überganges vom mittleren zum oberen Drittel lokalisiert sind, eher wie Sigma- oder Kolonkarzinome behandelt werden. Neben der Höhenbestimmung mittels starrer Endoskopie kann hier im Falle eines vorliegenden Becken-CT's diese Diagnostik hinzugezogen werden. Sollte der Tumor eher präsakral im CT gelegen sein, wäre eine neoadjuvante Radiochemotherapie unproblematisch durchführbar. Im Falle einer weiter ventral gelegenen Lokalisation würde eine Radio-Chemotherapie zu einer erhöhten Dünndarbelastung und erhöhten Toxizität führen können.

Die geeigneten Tumorstadien für eine neoadjuvante Radiochemotherapie sind ein uT4- oder uN1-Stadium. Der Einschluss des Tumorstadiums uT3, uN0 zur neoadjuvanten Radiochemotherapie wird als Individualentscheidung getroffen.

### **3. Anlage eines protektiven Anus praeter**

Nach ausführlicher Diskussion der Notwendigkeit der Anlage eines protektiven Anus praeter vor neoadjuvanter Radio-Chemotherapie wird festgestellt:

- Die Komplikationsrate der Anus-praeter-Anlage ist sehr gering.
- Vor definitiver Tumoroperation kann den Patienten ein Kontinenserhalt unabhängig von der Höhenlokalisation des Tumors in keinem Fall definitiv zugesagt werden.
- In der klinischen Routine fällt auf, dass Patienten mit einem protektiven Anus praeter, sich während der Radio-Chemotherapie gut an diesen gewöhnen.
- Den Behandlern sind aus der klinischen Routine keine Fälle bekannt, in denen ein Patient erhebliche psychologische Probleme mit dem Anus praeter aufwies.
- Die Anlage des Anus praeter bereits vor Radio-Chemotherapie hat den Vorteil, dass der Patient im Falle der Tumoroperation und des unerwarteten Kontinenzverlustes psychologisch besser mit der Situation umgehen kann, da er sich bereits an den Anus praeter gewöhnt hat.
- In vielen Fällen ist trotz kontinenserhaltender Operation ein temporärer Anus praeter erforderlich, insbesondere bei tiefen Anastomosen mit zu erwartender vorübergehender Funktionsstörung des Sphinkters

Nach kontroverser Diskussion wird beschlossen, dass ein protektiver Anus praeter weiterhin regelhaft vor neoadjuvanter Radio-Chemotherapie für Patienten der Ruppiner Kliniken angelegt wird.

Dr. med. A. Buchali  
Chefarzt