

Markus Hartmann  
Dr. med.

## **Das kolorektale Karzinom 1991-1996 : retrospektive Analyse an 514 Fällen - inklusive Follow up -**

Geboren am 24.08.1968 in Stuttgart  
Reifeprüfung am 11.05.1988 in Markgröningen  
Studiengang der Fachrichtung Medizin vom WS 90/91 bis WS 97/98  
Physikum am 29.03.1993 an der Universität Ulm  
Klinisches Studium in Ulm  
Praktisches Jahr in Pforzheim  
Staatsexamen am 12.11.97 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Chirurgie  
Doktorvater: Herr Prof. Dr. med. R. Arbogast

Das kolorektale Karzinom stellt ungeachtet neuer Erkenntnisse und Therapieerfolge in den letzten Jahren ein signifikantes Gesundheitsproblem in den westlichen Industrieländern dar. Im Rahmen einer retrospektiven klinischen Beobachtungsstudie wurden an der Chirurgischen Klinik des Städtischen Klinikums Pforzheim insgesamt 514 Patienten ausgewertet, die zwischen 1991-1996 erstmals an diesem Malignom erkrankt waren. Das gesamte Patientenkollektiv konnte bis Ende 1999 betreut werden. Diese Studie wurde auch durchgeführt, um externe und interne 10-Jahres-Vergleichsdaten zu erhalten, da unsere Klinik seit Januar 2000 an der bundesweit durchgeführten prospektiven Beobachtungsstudie zur Qualitätssicherung in der Chirurgie von Kolon- und Mastdarmtumoren teilnimmt.

Wir konnten eine Häufung des kolorektalen Karzinoms bei den 60-80 jährigen Patienten bei fast ausgeglichenem Geschlechterverhältnis nachweisen. Das Durchschnittsalter bei Erstdiagnose stieg dabei im untersuchten Zeitraum kontinuierlich auf 72,25 Jahre an. Über die Hälfte aller Patienten wurden in einem bereits fortgeschrittenen Tumorstadium diagnostiziert und therapiert. Dabei war das Intermediärstadium das am häufigsten nachgewiesene einzelne Tumorstadium. Das rechte Hemicolon und die Anteile des Colon sigmoideum und Rektums bildeten mit 86 % der Fälle die am häufigsten betroffenen Tumorlokalisationen. Insgesamt 4,4 % der Patienten waren an einem simultanen Mehrfachkarzinom des Kolons erkrankt. Eine spezifische Symptomatik des kolorektalen Karzinoms konnte nicht nachgewiesen werden. Allerdings konnten Symptomgruppen gebildet werden, wobei hier die abdominelle Beschwerdesymptomatik bevorzugt auftrat. Auffällig war weiterhin, dass nur 12 % der Patienten in asymptomatischen Zustand nach einer Vorsorgeuntersuchung behandelt wurden. Über 87 % der Patienten dagegen stellten sich zum Teil mit erheblicher Symptomatik zur Behandlung vor. Im Gegensatz hierzu verkürzte sich erfreulicherweise der Abstand zwischen bemerkter Erstsymptomatik und definitiver chirurgischer Therapie von anfänglich drei bis sechs Monaten auf ein bis drei Monate am Ende des Untersuchungszeitraumes. Bei der chirurgischen Behandlung des kolorektalen Karzinoms traten bei 76 % aller Patienten keine wesentlichen Komplikationen auf. Insgesamt 3,3 % der Patienten verstarben perioperativ, davon vier Patienten aufgrund chirurgischer Komplikationen. Pulmonale und kardiale Erkrankungen waren

überwiegend im Rahmen allgemeiner Komplikationen nachzuweisen. Bei den chirurgischen Komplikationen überwogen Wundheilungsstörungen und Anastomoseninsuffizienzen. Bei 14 Patienten, davon 10 Patienten (8,2 %) nach anterioren Rektumresektionen, traten Anastomoseninsuffizienzen auf, die mit konservativen oder operativen Maßnahmen vollständig beherrscht werden konnten. Als mögliche Risikofaktoren für eine Anastomoseninsuffizienz konnten das männliche Geschlecht, eine Adipositas permagna und Resektionen im linksseitigen Kolon- und Rektumbereich vermutet werden. Die meisten Insuffizienzen waren zwischen dem 6. und 8. postoperativen Tag symptomatisch geworden.

Im Verlauf der Grunderkrankung entwickelten 41 % aller Patienten synchrone oder metachrone Fernmetastasen. Über 90 % dieser Patienten verstarben an direkten oder indirekten Folgezuständen. Die Prognose der Metastasierung ist im wesentlichen abhängig vom Zeitpunkt des Auftretens. Patienten mit metachroner Metastasierung überlebten im Durchschnitt 30,8 Monate, im Gegensatz hierzu nur 11,45 Monate bei synchroner Metastasierung. Unabhängig von der Metastasierungsform ist die Leber in über der Hälfte der Fälle betroffen, bei synchroner Metastasierung bereits in über 80 %. Bei einer metachroner Metastasierung ist das lokoregionäre Rezidiv in über der Hälfte der Fälle als sekundäre Tumormanifestation nachweisbar. Das lokale Tumorstadium war bei vielen Patienten, die Metastasen entwickelten zum Teil in sehr fortgeschrittenem Tumorstadium. Der Tumormarker CEA konnte als wichtigster Marker beim kolorektalen Karzinom bestätigt werden. Die Bestimmung des Serummarkers konnte in über der Hälfte der Fälle auf ein progredientes Erkrankungsstadium hinweisen.

Die derzeit praktizierten Operationsverfahren in der Rektumchirurgie werden in Zukunft besonders im mittleren und unteren Rektumbereich größeren Veränderungen unterworfen sein. Wir konnten bestätigen, dass in zunehmendem Maße sphinktererhaltene Resektionen in den mittleren und unteren Rektumabschnitten durchgeführt wurden. Insbesondere im mittleren Rektumbereich verlor die abdomino-perineale Rektumexstirpation erheblich an Bedeutung. Bei insgesamt 20,9 % der Patienten nach Rektumresektionen konnte, unabhängig der Radikalitätsklassifizierung, ein lokoregionäres Tumorrezidiv nachgewiesen werden. Das Lokalrezidiv trat hierbei frühzeitig und häufig bei lokal fortgeschrittenen Tumorstadien auf. Zusätzlich konnte ein geringer distaler Resektionsrand als alleinige Ursache eines Anastomosenrezidivs ausgeschlossen werden.

Unter Berücksichtigung bereits bekannter Grundregeln in der Chirurgie der kolorektalen Karzinome können neue Fortschritte nur erzielt werden, wenn neben technischen Neuerungen auch interdisziplinäre multimodale Therapiekonzepte in die Behandlung konsequent eingebunden werden. Zusätzlich sollten die Möglichkeiten der sekundären Prävention weiter ausgeschöpft werden. Die Bedeutung von klinischen Beobachtungsstudien zur Qualitätssicherung in der Medizin in Deutschland hat weiterhin einen hohen Stellenwert. Die Studien lassen einen allgemeinen aktuellen Behandlungsstand einer Erkrankung erkennen, wodurch Fehlentwicklungen und neue therapeutische Fragestellungen und Herausforderungen sichtbar gemacht werden können. Deshalb liefern klinische Beobachtungsstudien einen wichtigen Beitrag zur Fortentwicklung in der Chirurgie.