



signifikant, ihr Einfluss auf das Gesamt-Überleben ist dagegen weniger klar. Dies gilt auch für TME Serien (totale mesorektale Exzision). Die präoperative Radiotherapie (RChT) ist von Vorteil. Das lange Schema (RChT) wird bevorzugt, speziell für distal gelegene Tumoren und T4. Der Referent widmete sich den Fragen: Muss auf die Radiotherapie im oberen Drittel verzichtet werden? Verzicht auf die Radiotherapie bei positivem CRM (zirkumferenzieller Resektionsrand)? Und Intensivierung der Therapie? Nach neueren Erkenntnissen ist die Risikoreduktion der Lokalrezidive im oberen Drittel am besten! (Lancet Oncol 2011;12:575-82). Die Radiotherapie zusammen mit TME ergab bessere Resultate bei CRM <1mm bis CRM > 1 und > 2mm und > 1cm. Die Intensivierung der Therapie verbessert das pathologische Gesamtansprechen (pathological complete response, pCR): Standard RT-Dosis + 5-FU 8-16%, höhere RT-Dosis + 5-FU 33%. Die vom Referenten präsentierten Ergebnisse bestätigen die Bedeutung der Radiotherapie in der Therapie des Rektumkarzinoms.

Die optimale Behandlung von Tumoren verlangt selbstverständlich auch nach einer kompetenten pathologischen Unterstützung. PD. Dr. S. Hailemariam, Institut für Histologie und Zytologische Diagnostik, Aarau rundete die Ausführungen der Chirurgen mit einem Einblick in die Tätigkeit des Pathologen ab.

Der Referent widmete sich ferner den Fragen der Radiotherapie im oberen Drittel, bei positivem CRM (zirkumferenzieller Rand) und der Intensivierung der Therapie. Entgegen früherer Ansicht ist die Risikoreduktion der Lokalrezidive im oberen Drittel am grössten (Lancet Oncol 2011;12:575-82). Die Radiotherapie verbesserte das Outcome unabhängig vom CRM. Das pathologische Gesamtansprechen war unter der Standarddosierung + 5-FU 8-16%, Bei höherer Dosierung 33%.

Die Daten bestätigen die Bedeutung der Radiotherapie beim Rektumkarzinom.

### Tiefe Rectum Affektionen

Den Abschluss des Symposiums machte der Organisator, **Prof. Dr. med. Claudio Redaelli**, Zürich selbst mit einer Übersicht über „Tiefe

Rectum Affektionen“. Er widmete sich zunächst dem Rectum Prolaps, ein Nachtrag vom letzten interdisziplinären Zürcher Symposium. Der Rectumprolaps ist ein häufiges und lästiges Problem, welches eine exakte Anamnese erfordert. Die Diagnostik umfasst die Endoskopie, die Colotransitzeit, die Defäkographie und eine präoperative Proktophysiologie (3D Sonographie, Druckmessung). Zu den prädisponierenden Faktoren gehören Häufige abdominale Pressakte, Obstipation, mehrere und schwere vaginale Geburten, fast ausschliesslich Frauen: breiteres Becken, St. n. Hysterektomie, fehlendes körperliches Training, Bindegewebsschwäche, Alter. Die Pathogenese umfasst eine Schwäche des Beckenbodens und der dazugehörigen Strukturen, das Absinken des Beckenbodens unter die Sitzbeinhöcker, die Veränderung der anatomischen Lage der Beckenorgane und eine Beeinträchtigung der Funktion. Der Referent stellte die verschiedenen Methoden der chirurgischen Therapie vor. Durch eine massgeschneiderte symptomorientierte Therapie kann das Hauptsymptom behoben werden, in >75% wird die Inkontinenz gebessert. Die Prognose ist günstig.

Der Referent widmete sich anschliessend dem tiefen Rectum Karzinom und den qualitativen Auflagen der hochspezialisierten Behandlung.

Das Rektum Karzinom ist die Nummer 1 der GI-Tumore. Die anatomischen Kenntnisse sind entscheidend. Der Operateur ist ein hoch prognostischer Faktor. Die totale mesorektale Exzision führt zu einer Reduktion der LR-Rate um 20% Die Verbesserung des Überlebens ist signifikant. TME schon die postoperative urogenitale Funktion. Sphinkter erhaltende Operation >85%. Der minimal invasiv Eingriff geht mit gleichem Überleben einher (Nerv schonend?)

Das Symposium verdiente den Namen Interdisziplinarität und hohe Spezialisierung in besonderem Masse in einem Fachgebiet, in welchem diese eine besonders wichtige Rolle spielen.

▼ Prof. Dr. Dr. h.c. Walter F. Riesen

Quelle: Interdisziplinäres Zürcher Symposium, 26.9.2013  
Zürcher Viszeralchirurgie