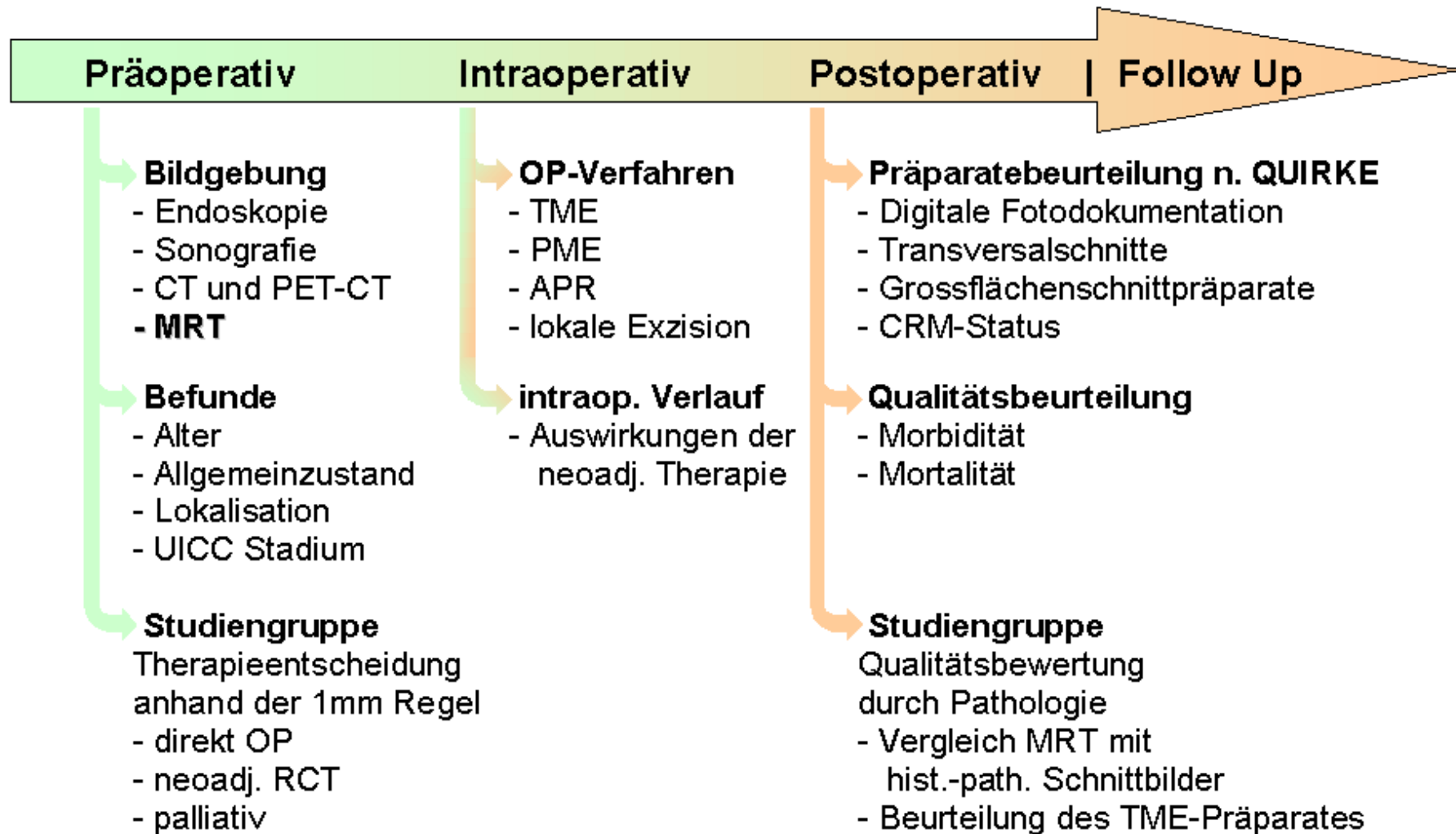


Optimierte Chirurgie (sog. TME-Chirurgie) und MRT – basierte Selektion zur neoadjuvanten Therapie beim Rektumkarzinom. Erfahrungen an einem nicht-universitären Krankenhaus

- ▶ Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie am Klinikum im Friedrichshain, Berlin
- Teilnehmer an der europäischen M.E.R.C.U.R.Y. - Studie

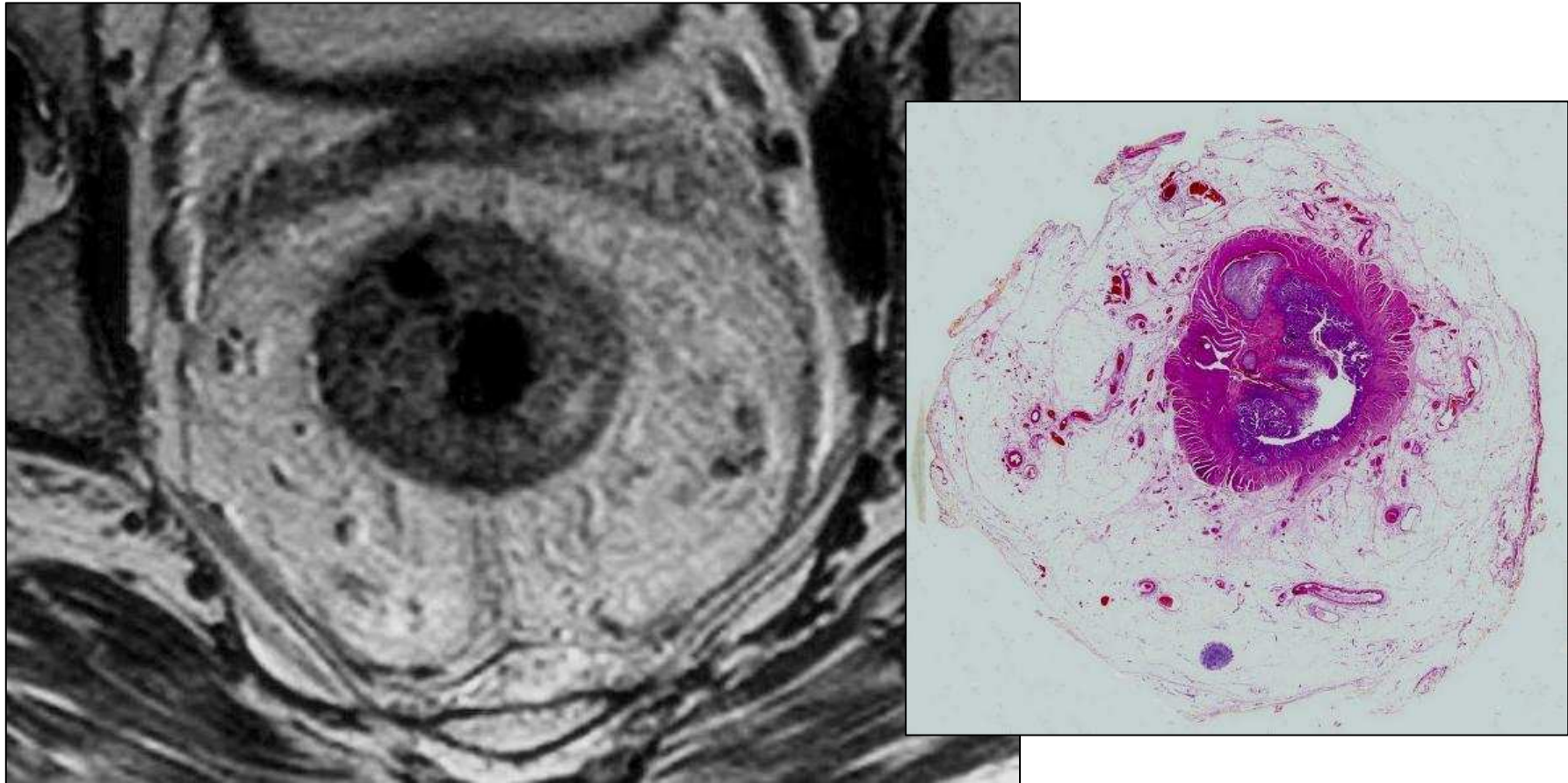
Dr. med. Joachim Straßburg FRCS

Überblick

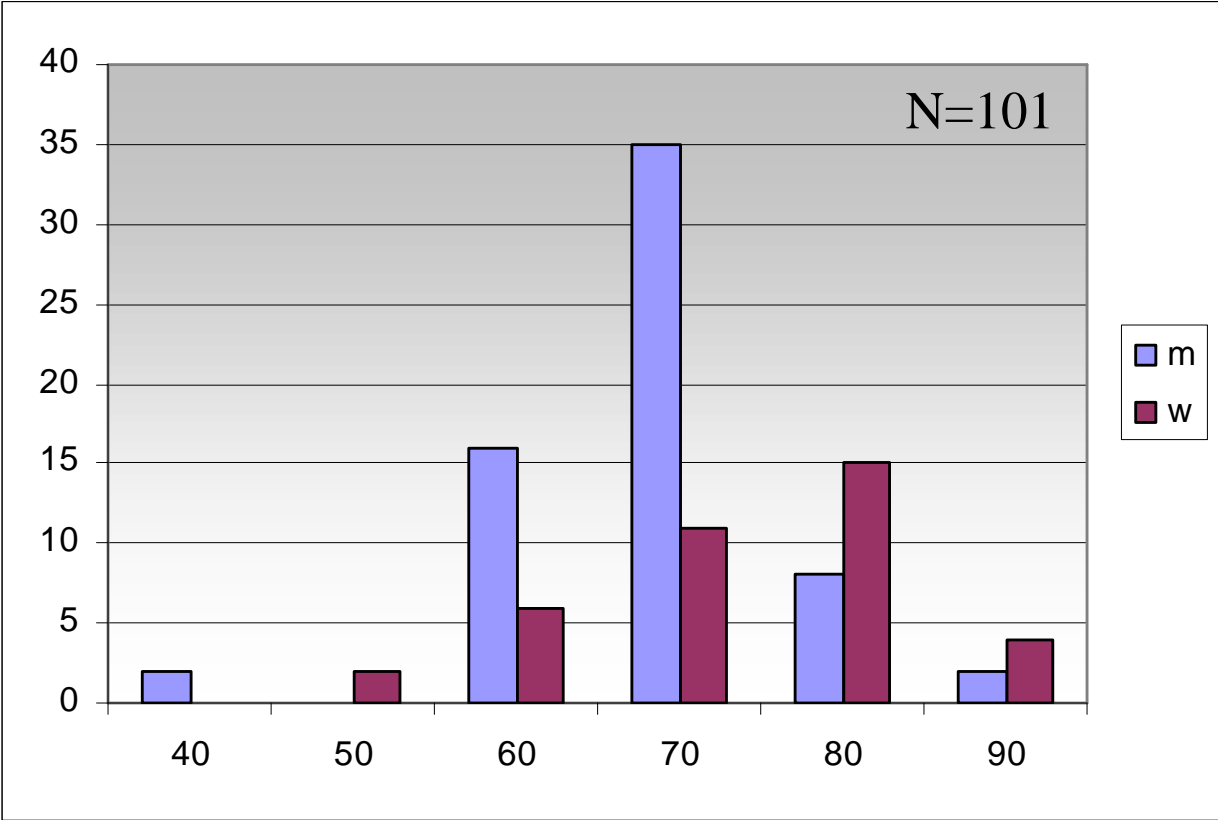


MRT-Bildgebung

Nur TME – neoadjuvante RCT nicht erforderlich

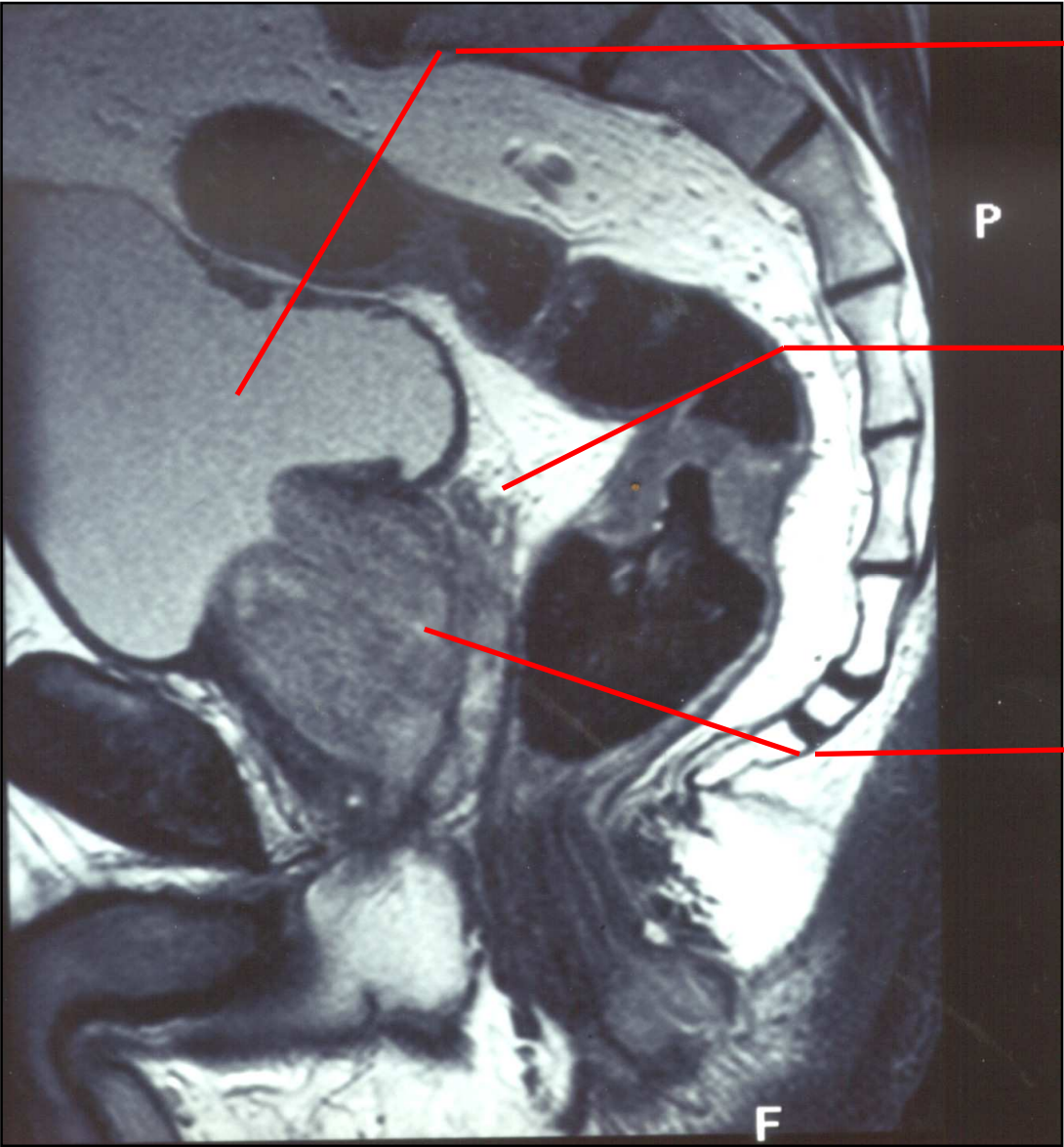


Altersverteilung



Durchschnittsalter
Männer: 65
Frauen: 70

Lokalisation



Oberes Drittel
(12 bis 16cm)

31,7 %

Mittleres Drittel
(6 bis <12cm)

42,6 %

unteres Drittel
(<6cm)

25,7 %

Klinisches Stadium

	Alle Patienten (n=101)	Primäre Chirurgie (n=72)	Neoadjuvante Therapie (n=29)
UICC I	19,8%	26,4%	3,4%
UICC II	25,7%	30,6%	13,8%
UICC III	54,5%	43%	82,8%

Präoperative (neoadjuvante) Radiochemotherapie(RCT)

Indikation:

Eine präoperative RCT wurde empfohlen, wenn *im MRT der Abstand zwischen Tumor und Fascia mesorectalis minimal 1 mm oder weniger betrug*. Dabei wurden kontinuierliche und diskontinuierliche Ausläufer des Primärtumors, Lymphknotenmetastasen und Tumor in Lymphgefäßen oder Venen berücksichtigt.

Therapie

	Primäre Chirurgie (n=72)	Neoadjuvante Therapie (n=29)
Anteriore Resektion mit TME	71%	79%
Anteriore Resektion mit PME	10%	-
APE mit TME	19%	21%

Therapie

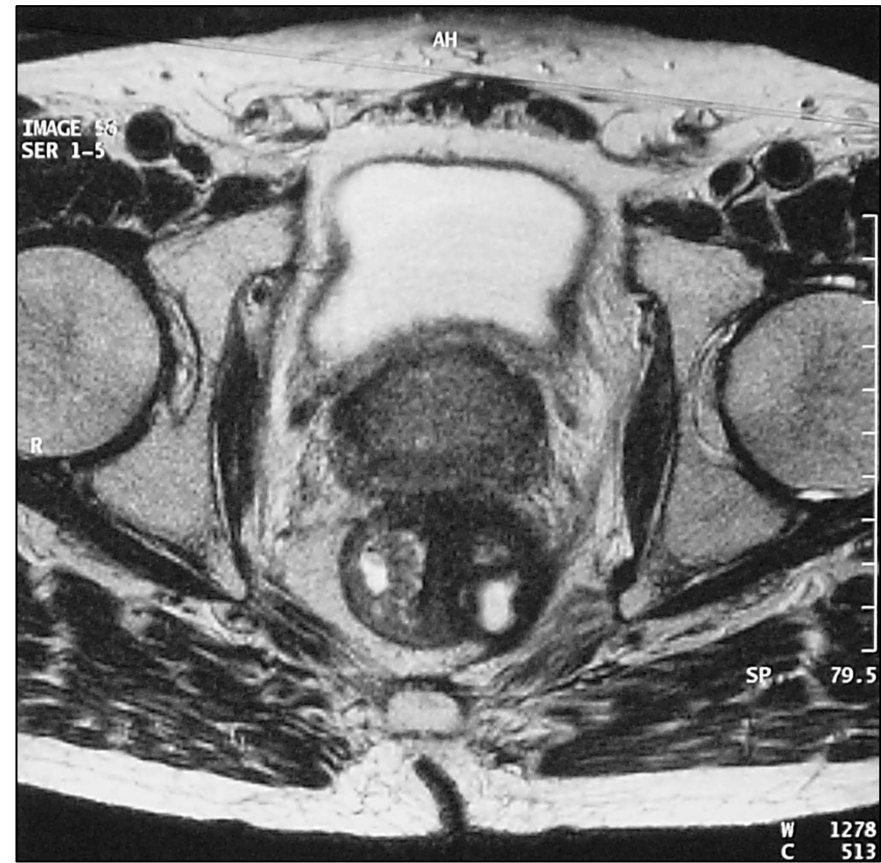
	Häufigkeit (n=101)
Neoadjuvante Therapie	29 (28,7%)
Primäre Operation	19 (18,8%)
Primäre Operation contra Leitlinie *	53 (52,5%)

* Schmiegel, W.: Leitlinienkonferenz „Kolorektales Karzinom“ 2004

Auswirkungen der neoadjuvanten Therapie



Vor Radiochemotherapie

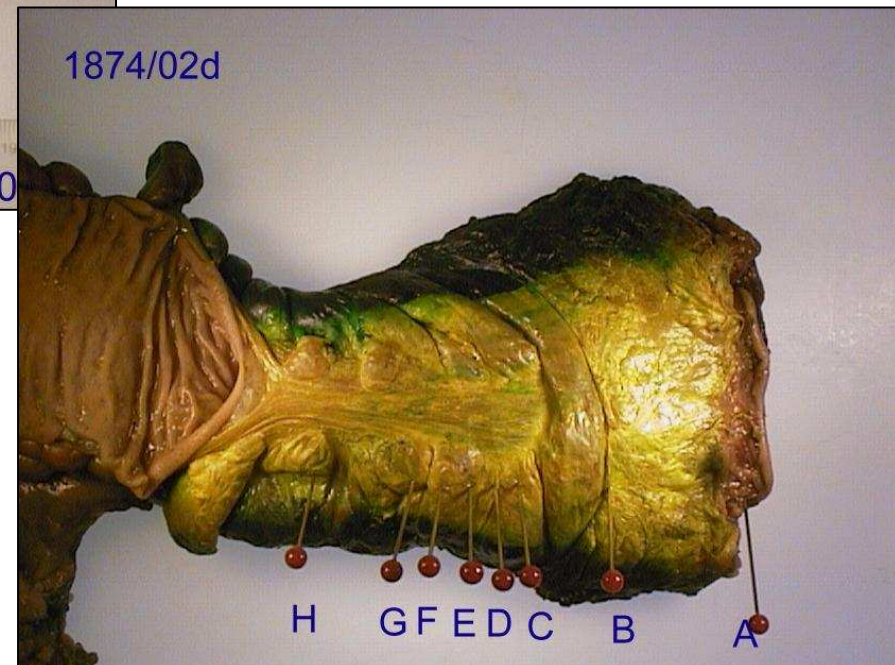
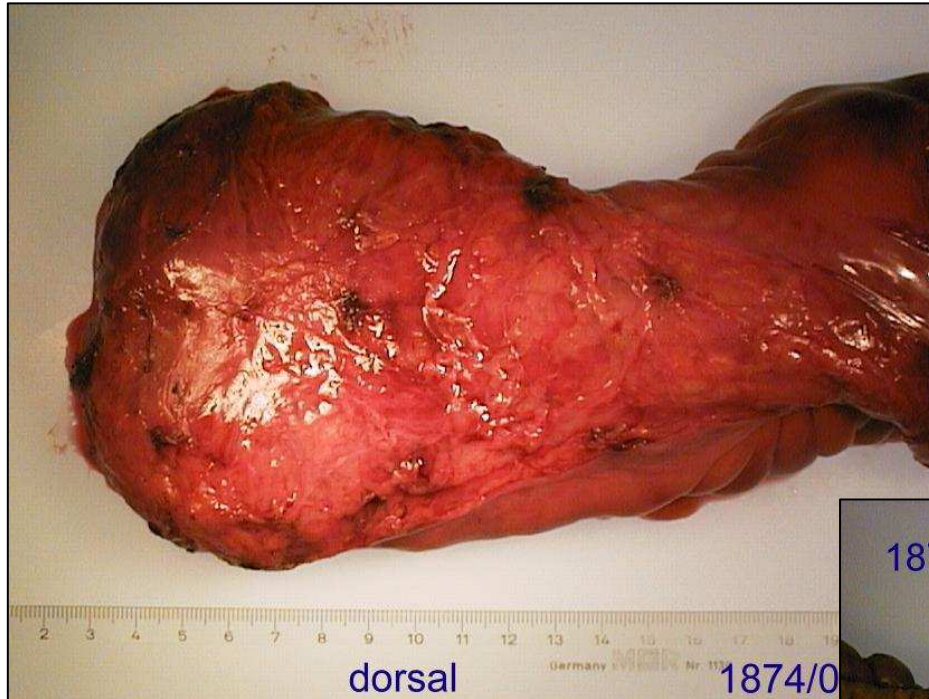


Nach Radiochemotherapie

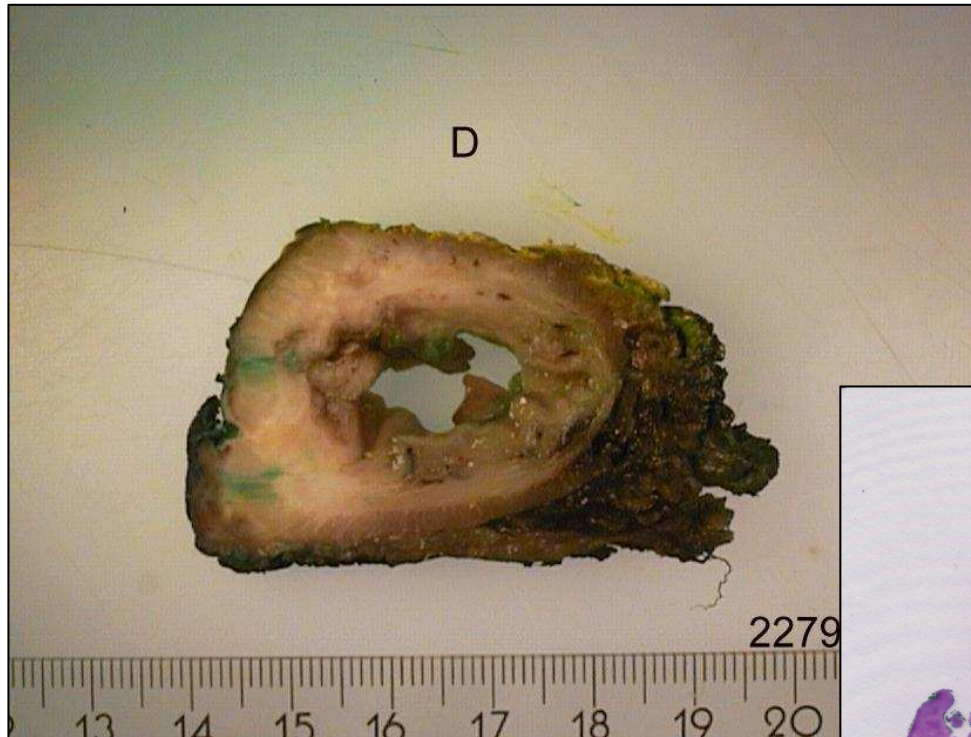
Auswirkungen der neoadjuvanten Therapie

- 1. Stufe:** kleine Areale von Tumornekrosen
- 2. Stufe:** $>1/4$ der Zirkumferenz)
Hier keine Schichtpräparation möglich
- 3. Stufe:** Tumoraufbruch
- 4. Stufe:** Darmzerreiung durch Tumor,
kein en-bloque Präparat

Histo-Pathologische Aufbereitung

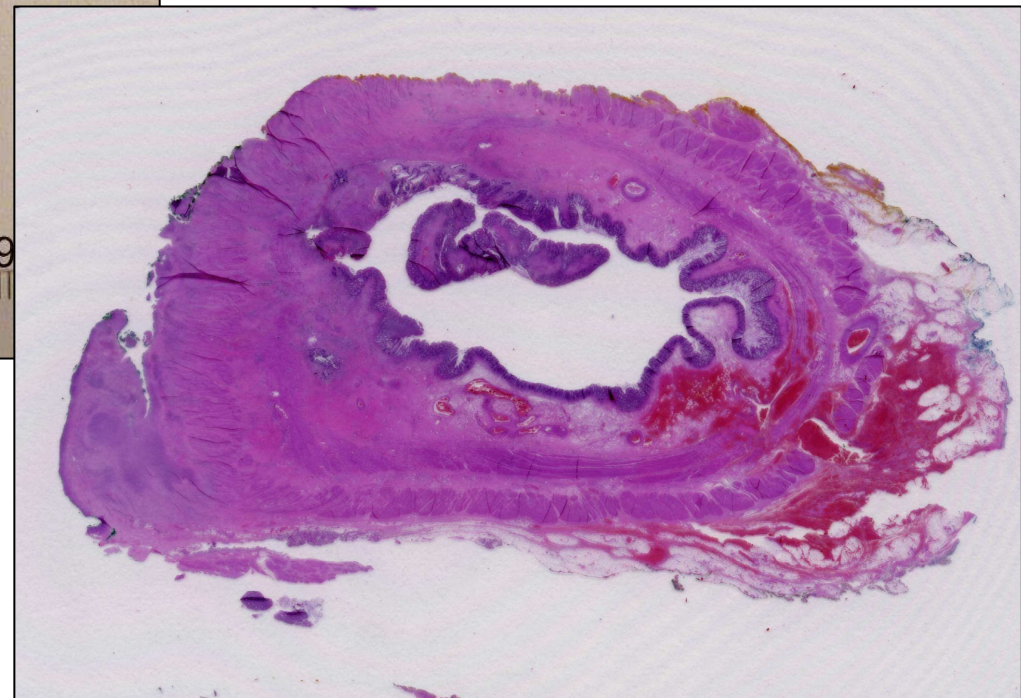


Histo-Pathologische Aufbereitung



transversales Schnittpräparat

**mikroskopisches
Großflächenschnittpräparat**



Ergebnisse

Qualität der Chirurgie beurteilt durch die Pathologie

	Anteriore Resektion mit TME (n=74)	Anteriore Resektion mit PME (n=7)	APE mit TME (n=20)
Makroskopische Beurteilung der Qualität der Mesorektumexcision			
Inkomplett	2,7%	-	15%
Fast Komplet	2,7%	14%	20%
Komplett	90,5%	86%	55%
nicht möglich	4%	-	10%

Ergebnisse

Qualität der Chirurgie beurteilt durch die Pathologie

	Anteriore Resektion mit TME (n=74)	Anteriore Resektion mit PME (n=7)	APE mit TME (n=20)
Histopathl. CRM-Status			
positiv	2,7%		20%
negativ	97,3%	100%	80%

Ergebnisse

Qualität der Chirurgie beurteilt durch die Pathologie

	Anteriore Resektion mit TME (n=74)	Anteriore Resektion mit PME (n=7)	APE mit TME (n=20)
Iatrogene Tumor- zell dissemination			
Ja	4%		25%
Nein	96%	100%	75%

Ergebnisse

Qualität der Chirurgie beurteilt durch die Pathologie

	Anteriore Resektion mit TME (n=74)	Anteriore Resektion mit PME (n=7)	APE mit TME (n=20)
Minimaler aboraler Sicherheitsabstand			
Bereich	1 – 115mm	22 – 75mm	10mm - 120mm
Median	23mm	50mm	48mm
Mittelwert	32mm	49mm	47mm

Ergebnisse

Qualität des MRT beurteilt durch die Pathologie

	MRT	T1	T2	T3	T4
pT		(n=6)	(n=14)	(n=29)	(n=4)
pT1		33,3%	7,1%	3,4%	-
pT2		33,3%	57,1%	17,2%	-
pT3		33,3%	28,6%	75,9%	75%
pT4		-	7,1%	3,4%	25%

	MRT	T1	T2	T3	T4
ypT		(n=0)	(n=3)	(n=21)	(n=5)
ypT0		-	-	4,8%	-
ypT1		-	-	4,8%	-
ypT2		-	100%	14,3%	40%
ypT3		-	-	71,4%	60%
ypT4		-	-	4,8%	-

Ergebnisse

Qualität des MRT beurteilt durch die Pathologie

pN	MRT N- (n=29)	MRT N+ (n=25)
pN-	83%	52%
pN+	17%	48%

ypN	MRT N- (n=13)	MRT N+ (n=16)
ypN-	77%	44%
ypN+	23%	56%

Ergebnisse

Qualität des MRT beurteilt durch die Pathologie

Beurteilung durch die Pathologie	MRT CRM+ (n=1)	MRT CRM- (n=55)
CRM+	1 (100%)	1 (2%)
CRM-	0	54 (98%)

Postoperative Komplikationen

Patienten mit resezierender OP:	101
Patienten mit postoperativen Komplikationen:	41 (40,6%)
Chirurgische Komplikationen mit Todesfolge:	3 (3%)
Nichtchirurgische Komplikationen mit Todesfolge:	1 (1%)

Postoperative Komplikationen

	Primäre Chirurgie (n=72)	Neoadjuvante Therapie (n=29)
Anteriore Resektion mit TME	25%	34%
Anteriore Resektion mit PME	3%	-
APE mit TME	11%	10%

Postoperative Komplikationen

Chirurgische Komplikationen

	Neoadjuvante Therapie	Primäre Chirurgie
klinisch manifeste Anastomoseninsuffizienz	17%	10%
Ileus	-	6%
Fistel	10%	7%
Bauchdeckenabzess	-	7%
Abzess sonstige	17%	8%
Nachblutungen	-	3%
Sakrale Wundheilungsstörung	10%	7%
Blasenentlerungsstörung	10%	1%
andere chirurgische Komplikationen	3%	4%

nicht-chirurgische Komplikationen

	Neoadjuvante Therapie	Primäre Chirurgie
kardio-pulmonale Komplikationen	3%	1%
Andere nicht-chirurgische Komplikationen	3%	6%

Follow Up

Die Nachbeobachtungszeit beträgt

minimal 4,5 Monate

maximal 84 Monate

median 24 Monate

im Mittel 28 Monate

Zahl der lost cases: 0

Patienten mit Fernmetastasen: 4/101 (4%)

Patienten mit Lokalrezidiv: 1/101 (1%)

2-Jahres-Gesamtüberlebensrate: 84%

Krebsbezogene 2-Jahres-Überlebensrate: 92%

Zusammenfassung

1. MRT sagte mit 98 prozentiger Sicherheit korrekt voraus, wann chirurgische Resektionslinie von Tumor bedroht oder infiltriert ist.
2. An den Präparaten von Patienten, die nach diesen Kriterien neoadjuvant behandelt wurden, zeigten sich immer Spuren der Tumordestruktion
3. Die Kombination aus MRT-Bildgebung, darauf basierter neoadjuvanter RCT und TME Chirurgie ist hinsichtlich der lokalen Tumorkontrolle optimal.
4. Von 101 Patienten mit resezierender Operation unter kurativer Intention hatten 101 Patienten ein follow up mit einer mittleren Nachbeobachtungszeit von 28 Monaten. Darunter fand sich **1 Patient mit Lokalrecidiv**