



Hochspezialisierte Medizin

Interdisziplinäres Zürcher Symposium

Eine Einführung zur Hochspezialisierten Medizin in der Zürcher Viszeralchirurgie erfolgte durch Dr. med. Heinz Wehrli, Klinik Hirslanden, am Beispiel der Oesophagus- und Kardiakarzinome. Das Kardiakarzinom nimmt eine Stellung zwischen dem distalen Oesophaguskarzinom und dem Magenkarzinom ein. Nach Siewert werden diese Tumoren in Typ I, II und III unterteilt. Beim Oesophaguskarzinom unterscheidet man grundsätzlich zwei verschiedene Formen, das Adenokarzinom und das Pflasterzellkarzinom, die sich hinsichtlich Histologie und Ätiologie unterscheiden. Die Adenokarzinome nehmen in der westlichen Welt an Häufigkeit zu, das Pflasterzellkarzinom findet sich eher im Osten. Als Vorstufe wird der Barrett-Oesophagus angesehen.

Ein allgemeines Screening der Normalbevölkerung ist nicht etabliert. Die Diagnose wird gewöhnlich anhand einer Endoskopie gestellt. Interdisziplinäre Therapiestrategien: Die Behandlung des Oesophaguskarzinoms erfolgt interdisziplinär unter Zuzug von Anästhesie, Gastroenterologie, Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie und Viszeralchirurgie. Dadurch gelang es sowohl das Überleben und die Lebensqualität zu erhöhen und Morbidität und Mortalität zu senken.

Endoskopische Diagnostik und Therapie

Zur endoskopischen Diagnostik und Therapie des Oesophaguskarzinoms äusserte sich Dr. med. Stefan Seewald, Gastrozentrum Klinik Hirslanden. Der Referent stellte fest, dass die Früherkennung besonders wichtig ist. Mit der Chromoendoskopie sind exzellente Voraussetzungen zur Früherkennung geschaffen worden. Sie ermöglicht eine Vorhersage über Dignität und Tiefeninfiltration („optische Biopsie“). Sie erlaubt aber auch die Entscheidung über die Möglichkeit einer endoskopischen Resektion. Die Operationsindikationen können mit Hilfe dieser Technik präziser gestellt werden. Die Therapieentscheidung erfolgt nach Histologie. Die mukosalen Karzinome sind die Domäne der Endoskopie. Bei low grade Dysplasie wird die Radiofrequenzablation angewandt und bei der tiefen sm Invasion ist die Operation angezeigt.

Die endoskopischen Techniken sind

- Endoskopische Mucosaresektion EMR
- Endoskopische Submukosa Dissektion ESD

Lebertumore – eine seltene Tumorart

Zu den Lebertumoren aus der Sicht des Med. Onkologen sprach Dr. med. Daniel Helbling, Gastrointestinales Tumorzentrum, Zürich. Der Referent zeigte zunächst die Verteilung der verschiedenen Krebsarten im Kanton Zürich (Abb. 1). Die Lebertumore gehören zu den seltenen Tumorarten, sowohl beim Mann wie bei der Frau. Die malignen Lebertumore lassen sich in

- Cholangiokarzinom
- Hepatozelluläres Karzinom (HCC)
- Metastasen (Primärtumor meist in Kolon, Pankreas, Magen, Lunge, Brust) einteilen. Metastasen sind bei Lebertumoren sehr häufig. Das HCC wie auch Metastasen des kolorektalen Karzi-

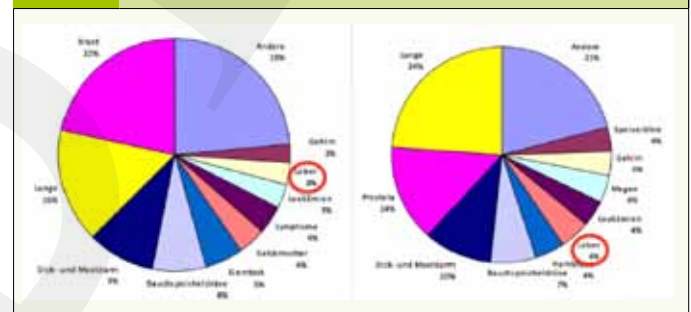
noms verlangen eine intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit. HCC kommt vor allem in Asien und Afrika vor. Bei kolorektalem Karzinom mit Lebermetastasen sollte die Resektabilität in jedem Fall geprüft werden. 75% der Patienten mit Lebermetastasen mussten nach Erstlinien-Chemotherapie für „Heilung“ einmal operiert werden (Adam R et al. JCO 2009; 17: 27:1829–1835).

Zur Hochspezialisierten Medizin auf dem Gebiet der Leber sprach Prof. Dr. med. Martin Schilling Luzern. Er widmete sich der Frage, ob Krankenhäuser mit grösseren Behandlungsvolumina bessere Langzeitergebnisse aufweisen. Der Referent war von 2001 bis 2011 in Homburg, wo in dieser Zeit

- 1778 Lebereingriffe
- 922 Pankreaseingriffe
- 912 Ösophagus-/Magenresektionen durchgeführt wurden.

Er berichtete über den Entscheid zur Planung der hochspezialisierten Medizin (HSM) im Bereich der grossen seltenen viszeralchirurgischen Eingriffe: die Leberresektion. Für die Leberresektion gibt es gesicherte wissenschaftliche Evidenz, dass Krankenhäuser mit grösseren Behandlungsvolumina eine niedrigere Mortalität und bessere Langzeitergebnisse aufweisen (Bundesblatt Nr. 35 vom 10. September 2013).

ABB. 1 Krebsverteilung im Kanton Zürich



Der Volumeneffekt in der Leberchirurgie wurde in einer systematischen Übersicht und Metaanalyse untersucht. Es wurden 17 Studien einbezogen. Dabei ergab sich einen ausgeprägter Publikationsbias, Definition von hohem Volumen (2-33+), Mortalität niedrig vs hoch 2.0 p<0.001. Es zeigt sich, dass es keinen Volumeneffekt auf das Langzeitüberleben gibt. Vielmehr sind Indikationsstellung, Resektions-/Explorationsrate, Leberkonditionierung, das perioperative Management, Blutverlust, Operationszeit, R0-Resektion, Parenchymerhaltung und das Komplikationsmanagement (Leberversagen, Gallenleckage, Blutungen und Mortalität) entscheidend. Der Referent schloss mit der Feststellung, dass hochspezialisierte Medizin das ist, was von hochspezialisierten Medizinern gemacht wird. Wichtig sind Ausbildungsbreite und Ausbildungstiefe, die Infrastruktur und die Hingabe der Institutionsleitung, sowie frühzeitig identifizierbare Ergebnis- und Prozessparameter des Langzeitergebnisses.

Zur Interdisziplinarität gehört selbstverständlich auch die Radiotherapie, wie Dr. med. Guenther Gruber, Institut für Radiotherapie Klinik Hirslanden erklärte. Die Radiotherapie reduziert die LR Rate

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