

Journal für
**Gastroenterologische und
Hepatologische Erkrankungen**

Fachzeitschrift für Erkrankungen des Verdauungstraktes

**Endorektaler Sonographiekurs, 27.
und 28.11.2003, Chirurgische
Universtitätsklinik Würzburg**

Hauser H

*Journal für Gastroenterologische
und Hepatologische Erkrankungen*

2004; 2 (1), 31-32

Österreichische Gesellschaft
für Gastroenterologie und
Hepatology

www.oeggh.at



ÖGGH

Österreichische Gesellschaft
für Chirurgische Onkologie

www.aco-asso.at

acoasso

Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie
Austrian Society of Surgical Oncology

Homepage:

**[www.kup.at/
gastroenterologie](http://www.kup.at/gastroenterologie)**

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Indexed in EMBASE/Compendex, Geobase
and Scopus

www.kup.at/gastroenterologie

Member of the



Krause & Pacherneegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P.b.b. 032035263M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

ENDOREKTALER SONOGRAPHIEKURS, 27. UND 28.11.2003, CHIRURGISCHE UNIVERSITÄTSKLINIK WÜRZBURG

Die rektale Endosonographie (rESG) – in den 80er Jahren primär zum präoperativen Staging von Rektumkarzinomen eingeführt – findet heute auch bei zahlreichen anderen proktologischen Erkrankungen breiteste Anwendung. So besitzt dieses für den Patienten wenig belastende, kostengünstige und leicht erlernbare Verfahren neben der Beurteilung von tumorösen Prozessen in der Rektum- und Analkanalwand auch einen hohen Stellenwert in der Diagnostik perirektaler Prozesse und in der Beurteilung der Schließmuskulatur. Vom 27. bis 28.11.2003 fand an der Chirurgischen Univ.-Klinik Würzburg (Direktor: Prof. A. Thiede) ein Grund- und Aufbaukurs der rektalen Endosonographie statt. In dessen Rahmen wurden physikalische und technische Grundlagen der Endosonographie, Normal- und pathologische Befunde, Fehlermöglichkeiten und Fehlinterpretationen der Endosonographie wie auch endosonographisch gesteuerte Punktionen und die 3D-Endosonographie dargestellt. Einen Schwerpunkt der Veranstaltung stellte dabei die Endosonographie von Rektumtumoren und Analkarzinomen insbesondere in Hinblick auf eine stadiengerechte Tumortherapie dar. Besonders positiv wurde von den in-

ternationalen Teilnehmern die Möglichkeit zur praktischen Umsetzung der erlernten Untersuchungstechniken an freiwilligen Probanden empfunden.

REKTUMTUMOREN

Eine 80 bis 90%ige Staging-Genauigkeit bezüglich Tumorausdehnung stellt heute endosonographischen Standard dar. Die für die Durchführung einer lokalen Tumorexzision wichtige Unterscheidung zwischen Adenom bzw. T1-Karzinom gegenüber Tumoren mit Infiltration tieferer Rektumwandschichten ist mit einer Genauigkeit von ca. 90% möglich und damit besser als bei den übrigen bildgebenden Verfahren. Die Trefferquote einer Würzburger Studie belief sich auf 86%. Dabei erfolgte in keinem Fall ein „Understaging“, jedoch in allen mit dem endgültigen Histologiebefund nicht korrelierenden Fällen ein „Overstaging“ d. h. pT1-Karzinome wurden endosonographisch als uT2-Karzinome klassifiziert. Dieses Overstaging wird auf peritumoröse entzündliche Reaktionen, wie auf vor der Sonographie durchgeführte Biopsien, zurückgeführt, die sonomorphologisch als tiefere Tumor-

infiltration imponieren können. Wesentlich ist, daß in keinen Fall ein höhergradiges Karzinom als uT1 fehlinterpretiert und somit eine onkologisch nicht gerechtfertigte lokale Tumorexzision durchgeführt worden wäre. Eine hohe Overstaging-Rate findet sich in den meisten Studien bei den pT2-Karzinomen, die in der Würzburger Studie in mehr als 50% und in einer Studie von Hulsman et al. sogar in mehr als 80% als uT3-Karzinom überklassifiziert wurden. Auch die Unterscheidung zwischen Adenomen und T1-Karzinomen (beide breiten sich in der Mukosa aus und durchbrechen nicht die Grenze zur Lamina muscularis propria) ist endosonographisch nicht mit Sicherheit möglich. Allerdings kann die Tumorechogenität einen Hinweis geben (Karzinome bieten in der Regel ein echoärmeres inhomogeneres Bild als Adenome). Bezüglich der Detektion von Lymphknotenmetastasen werden Sensitivitäten zwischen 70 und 83% angegeben. Prinzipiell wird jeder endosonographisch verifizierbare Lymphknoten als Lymphknotenmetastase interpretiert.

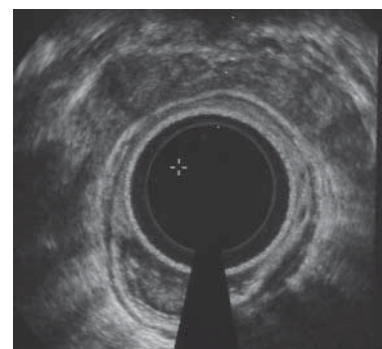
ANALKARZINOME

Während die operative Entfernung des Analkarzinoms noch vor 2 Jahrzehnten als Standardtherapie galt,

Abbildung 1: Im Klinikum Würzburg findet dreimal jährlich der anorektale Endosonographiekurs statt.



Abbildung 2: Charakteristisches endosonographisches fünfschichtiges Bild der Rektumwand.



wird heute ein Großteil dieser Tumoren durch kombinierte Radiochemotherapie behandelt. Für dieses konservative Vorgehen stellt ein entsprechend solides, prätherapeutisches Stagingverfahren eine wesentliche Grundlage dar. Mit der analen Endosonographie steht erstmals ein bildgebendes Verfahren mit der Möglichkeit einer exakten Verifizierung der Tiefeninfiltration des Analkarzinoms zur Verfügung. Darüber hinaus können Infiltrationen des Sphinkterapparates diagnostiziert werden. In einer Würzburger Studie an 19 Patienten mit Analkarzinom konnte bei 18 Patienten ein exaktes Staging des Tumors durchgeführt werden. Auf die prognostische Relevanz einer endosonographisch dargestellten Infiltration des äußeren Schließmuskels wurde von Goldman und Mitarbeitern hingewiesen. Auch in der Tumornachsorge des Analkarzinoms kommt der rESG ein hoher Stellenwert zu. Eine sonomorphologische Differenzierung zwischen Narbengewebe und Tumorzidiv ist jedoch nicht möglich. Bei Auftreten entsprechender Veränderungen ist die rESG-gezielte Biopsie mit nachfolgender histologischer Untersuchung indiziert. Die rESG stellt eine wichtige Methode im präoperativen Staging, Therapieverlaufskontrolle und Rezidivbeurteilung des Analkarzinoms dar.

ANALFISTELN UND -ABSZESSE

In der Behandlung von Analfisteln und -abszessen ermöglicht die rESG die exakte Dokumentation des Fistelverlaufs, die Detektion nicht bekannter Fistelgänge, das Aufspüren versteckter kleiner Abszesse und die Abschätzung des beteiligten Sphinkteranteils und damit einer möglichen postoperativen Inkontinenz. Dabei hat sich die Füllung der Fistel mit H₂O₂ zur besseren sonographischen Darstellung derselben bewährt. Bei diesen Krankheitsbildern hat die rESG auch intraoperativ und postoperativ zur Verlaufskontrolle (z. B. Fadenme-

thode in der Behandlung transsphinkterer Analfisteln) ein Anwendungsfeld gefunden. In der Darstellung komplexer Fisteln erweist sich die Kombination mit dem MRT als günstig.

ANALE INKONTINENZ

In der Behandlung der anorektalen Stuhlinkontinenz kommt der endosonographischen Untersuchung der Sphinktermorphologie und -integrität eine entscheidende Rolle zu. Sphinkterdefekte lassen sich mittels dieser Methode feststellen, lokalisieren und ausdehnungsmäßig beurteilen. Dies ist für die präoperative Therapieplanung wie auch für die Abschätzung der Erfolgchancen der operativen Therapie wesentlich. Nicht zuletzt durch Anwendung der rESO sollte es heute möglich sein, bei einem Großteil der inkontinenten Patienten die Inkontinenzursache zu finden und eine adäquate kausale Therapie anzubieten.

ZUSAMMENFASSUNG

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die anorektale Endosonographie eine zukunftsweisende, adäquate Methode in der Abklärung bekannter oder vermuteter tumoröser anorekta-

ler Tumoren und der meisten Erkrankungen des proktologischen Formenkreises darstellt. Keinesfalls ist diese Untersuchungsmethode jedoch als ein „Screening-Verfahren“ für derartige Erkrankungen anzusehen. Der „Würzburger Endosonographiekurs“ ist insbesondere durch die ausgewogene Kombination von aktueller Theorie und Praxisbezogenheit allen auf dem Gebiet von anorektalen Erkrankungen tätigen Chirurgen, Internisten, Radiologen und Dermatologen zu empfehlen. Besonders hervorzuheben ist die freundliche und kompetente Betreuung im praktischen Kursteil durch Herrn PD Dr. M. Sailer und sein Team. Auch die Stadt Würzburg und der Frankenwein würden für einen Besuch sprechen, doch ist der Kursinhalt zu komprimiert, um dies genießen zu können.

Auskünfte zum Kurs sowie Anmeldung bei Frau G. Hill-Gomez, Telefon +49/931/20131203 oder Fax +49/931/20131403.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Hubert Hauser
Klin. Abt. für Allgemeinchirurgie,
Chirurgische Universitätsklinik Graz
A-8036 Graz,
Auenbruggerplatz 15
E-mail: Hubert.Hauser@uni-graz.at

Abbildung 3: Endosonographische Darstellung der Puborektalschlinge.

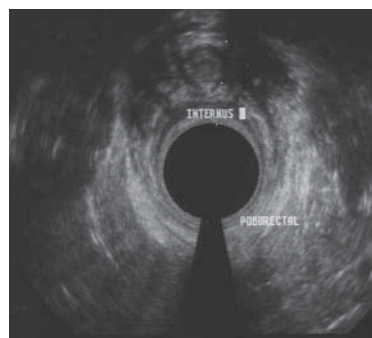
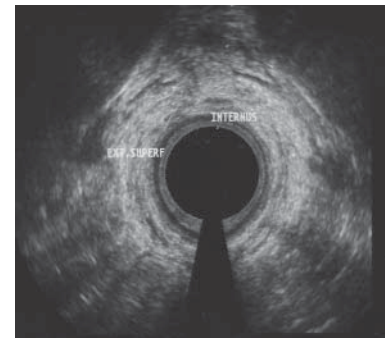


Abbildung 4: Musculus sphinkter ani internus und externus im Analkanalbereich.



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)