

**acoasso**

Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie  
Austrian Society of Surgical Oncology

# INTERDISZIPLINÄRE ONKOLOGIE

Offizielles Organ der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgische Onkologie

**Kommentar zum ACO-ASSO-Manual**

**"Kolorektales Karzinom"**

Zitt M

*Journal für Gastroenterologische  
und Hepatologische Erkrankungen*

2010; 8 (2), 60-61

*Interdisziplinäre Onkologie 2010;*

2 (2), 60-61

Homepage:

[www.kup.at/acoasso](http://www.kup.at/acoasso)

Online-Datenbank mit  
Autoren- und Stichwortsuche



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

# Kommentar zum ACO-ASSO-Manual „Kolorektales Karzinom“

M. Zitt

Das kolorektale Karzinom ist die nach dem Bronchialkarzinom zweithäufigste maligne Neoplasie der westlichen Welt, weswegen dieser Erkrankung eine äußerst wichtige medizinische und auch gesundheitsökonomische Bedeutung zukommt. Die „Lifetime incidence“ – das Risiko, im Laufe des Lebens an Darmkrebs zu erkranken – wird mit etwa 6 % beziffert [1] und steigt mit zunehmendem Alter [2]. Bezüglich der krebspezifischen Mortalität rangiert das kolorektale Karzinom ebenfalls an zweiter Stelle [2, 3].

Die hohe Inzidenz, das meist relativ langsame Wachstum der primären präkanzerösen Läsion und die deutlich besseren Überlebensraten von Patienten mit frühen Stadien machen das kolorektale Karzinom zu einer Erkrankung, für welche Screening-Programme als essenziell erachtet werden. Der vom Screening erhoffte hauptsächliche Benefit – das Erkennen von präkanzerösen Vorstufen oder von frühen Stadien und somit die Senkung der krebspezifischen Mortalität – konnte bereits in verschiedenen Studien gezeigt werden [4–6]. Nichtsdestoweniger diagnostizieren wir nach wie vor einen beträchtlichen Teil der Patienten in einem fortgeschrittenen Stadium, mit bereits vorhandener Lymphknoten- (UICC-Stadium III) und/oder Fernmetastasierung (UICC-Stadium IV). In einer eigenen Serie von > 560 Patienten wurden 25 % im Stadium III und 22 % der Patienten im Stadium IV diagnostiziert, d. h. fast die Hälfte war zum Zeitpunkt der Diagnosestellung bereits in einem fortgeschrittenen Stadium [7]. Unabhängig von den synchron metastasierten Patienten entwickeln 30–50 % aller Patienten mit kolorektalem Karzinom ein metachrones Krankheitsrezidiv, obwohl initial eine onkologisch radikale Resektion in kurativer Intention durchgeführt wurde [8, 9]; insgesamt resultieren ungefähr 90 % aller karzinombedingten Todesfälle aus einer metastatischen Ausbreitung des Primärtumors [10]. Während die Inzidenz in den vergangenen 20 Jahren in etwa konstant geblieben ist [2, 3], konnte die Mortalität im gleichen Beobachtungszeitraum – durch Erkenntnisse der molekularen und klinischen Forschung, durch Neuerungen im Bereich der chirurgischen Technik sowie durch Etablierung multimodaler Therapiekonzepte – um zirka 1,8 % pro Jahr gesenkt werden [11].

Da die Resektion (in ausgewählten Fällen auch die endoskopische Entfernung) die einzige kurative Behandlungsoption beim kolorektalen Karzinom ist, hat die Chirurgie im Behandlungsmanagement dieser Erkrankung die zentrale Rolle und somit auch die zentrale Verantwortung. Dies bedeutet, dass der Chirurg beim Patienten mit kolorektalem Karzinom als „Case Manager“ wirkt, eine Aufgabe, welcher durch das hier präsentierte umfassende Manual Rechnung getragen werden soll.

Die Einhaltung der chirurgisch-onkologischen Radikalität, die Minimierung der operationsbedingten Morbidität und Mortalität, die Erhaltung der Lebensqualität sowie die Bereitschaft zur Interdisziplinarität stellen heutzutage die Eckpfeiler der

chirurgischen Therapie des kolorektalen Karzinoms dar. Eine vernünftige Balance zwischen den einzelnen Aspekten zu erreichen ist das Ziel und auch die Herausforderung des Chirurgen und sollte vom Frühkarzinom bis zur metastasierten Erkrankung angestrebt werden. Je nach Befundkonstellation, aber auch in Abwägung des Alters bzw. des Allgemeinzustands des Patienten, kann beispielsweise im Falle eines Frühkarzinoms im Rektum sowohl eine radikale onkologische Resektion mit Entfernung des kompletten regionalen Lymphabflussgebiets notwendig sein, aber auch eine limitierte onkologische Resektion mit inkompletter Entfernung des Lymphabflussgebiets, eine lokale Exzision ohne Lymphadenektomie oder gar eine endoskopische Mukosektomie ausreichend sein. Ergänzend zum Manual sei an dieser Stelle betont, dass bei T1-Karzinomen im Kolorektum in bis zu 25 % der Fälle Lymphknotenmetastasen vorliegen, wenn alle M- (Mucosa-) und Sm- (Submucosa-1–3-) Stadien inkludiert werden. Hingegen weisen nur 1–3 % aller T1-Sm1-Karzinome einen Lymphknotenbefall auf, was ein lokales chirurgisches Verfahren rechtfertigt, wenn auch alle sonstigen Kriterien einer „Low-risk“-Situation zutreffen [12]. Im Falle der fortgeschrittenen Erkrankung – lokal fortgeschritten oder metastasiert – ist die alleinige radikale onkologische Resektion nicht ausreichend, sodass diese Patienten bei Diagnosestellung bzw. nach Abschluss der Staging-Untersuchungen in einem interdisziplinären Tumor-Board diskutiert werden müssen, um im Konsens ein optimales multimodales Behandlungskonzept festzulegen.

Um der Rolle als „Case Manager“ des kolorektalen Karzinoms gerecht werden zu können, muss der Chirurg die Behandlung stets anhand von aktuell gültigen und etablierten „Standards“ respektive „Leitlinien“ durchführen. Solche diagnostischen und therapeutischen „Leitlinien“ als wesentliche Aspekte einer Qualitätssicherung in der Behandlung des kolorektalen Karzinoms sind gemeinsam mit epidemiologischen, ätiologischen und pathologischen Details im hier präsentierten ACO-ASSO-Manual zusammengefasst. Die permanente, teils rasante Weiterentwicklung dieser Behandlungsstandards – durch Erkenntnisse aus Klinik und Forschung – soll durch regelmäßige Aktualisierungen des Manuals abgebildet werden.

## Literatur:

1. Russo MW, Wei JT, Thiny MT, Gangarosa LM, Brown A, Ringel Y, Shaheen NJ, Sandler RS. Digestive and liver diseases statistics, 2004. *Gastroenterology* 2004; 126: 1448–53.
2. Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Thun MJ. Cancer Statistics, 2007. *CA Cancer J Clin* 2007; 57: 43–66.
3. Statistik Austria. Krebserkrankungen. Dickdarm, Enddarm. <http://www.statistik.at/web/de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/index.html>
4. Winawer S, Fletcher R, Rex D, Bond J, Burt R, Ferrucci J, Ganiats T, Levin T, Woolf S, Johnson D, Kirk L, Litin S, Simmang C; Gastrointestinal Consortium Panel. Colorectal cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale-Update based on new evidence. *Gastroenterology* 2003; 124: 544–60.
5. Walsh JM, Terdiman JP. Colorectal cancer screening: clinical applications. *JAMA* 2003; 289: 1297–302.
6. Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer. *CA Cancer J Clin* 2004; 54: 41–52.
7. Zitt M, Mühlmann G, Weiss H, Kafkarsch R, Oberwalder M, Kirchmayr W, Margreiter R, Ofner D, Klaus A. Assess-

ment of risk-independent follow-up to detect asymptomatic recurrence after curative resection of colorectal cancer. *Langenbecks Arch Surg* 2006; 391: 369–75.

8. Abulafi AM, Williams NS. Local recurrence of colorectal cancer: the problem, mechanisms, management and adjuvant therapy. *Br J Surg* 1994; 81: 7–19.

9. Rosen M, Chan L, Beart RW Jr, Vukasin P, Anthonie G. Follow-up of colorectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 1116–26.

10. Christofori G. New signals from the invasive front. *Nature* 2006; 441: 444–50.

11. American Cancer Society: Cancer Facts and Figures 2005. American Cancer Society Atlanta, Ga, 2005. <http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2005f4PWSecured.pdf> [gesehen 1.11.2005].

12. Tytherleigh MG, Warren BF, Mortensen NJ. Management of early rectal cancer. *Br J Surg* 2008; 95: 409–23.

**Korrespondenzadresse:**

*PD Dr. Matthias Zitt*

*Department Operative Medizin*

*Univ.-Klinik für Visceral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie*

*Medizinische Universität Innsbruck*

*A-6020 Innsbruck, Anichstraße 35*

*E-Mail: matthias.zitt@i-med.ac.at*

# 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](#)