



Herr Dr. Karl-Heinz Ebert, Chefarzt der Allgemein- und Visceralchirurgie, Leiter des Darmzentrums, Facharzt für Chirurgie, Visceralchirurgie, Proktologie

Qualitätsanforderungen im Darmzentrum Südwestfalen

Das Darmzentrum Südwestfalen wurde gegründet, um den Betroffenen eine wohnortnahe Spitzenversorgung unter Beachtung von Qualität bei angemessener Finanzierbarkeit zu garantieren. Wichtig war für uns von Anfang an die Anwendung korrekter chirurgisch-onkologischer Operationsmethoden, die Einhaltung von Standards, Teamarbeit in Diagnostik und Therapie, eine sehr gute Intensivmedizin und eine zu jedem Zeitpunkt verfügbare Interventionsmöglichkeit. Unsere Tätigkeit lehnt sich an die S3-Leitlinie des kolorektalen Karzinoms an. Dazu gehört die interdisziplinär abgestimmte Diagnostik und Therapiestrategie (Tumorboard). Die Heilungsraten lassen sich durch die Optimierung der Multimodalbehandlung verbessern. Daneben sind für uns palliative Ansätze und eine menschenwürdige Betreuung im Endstadium der Erkrankung ein hohes Ziel.

Mit Beginn des Jahres 2010 wollen wir mehr tun. Wir wollen alle niedergelassenen Kollegen möglichst noch stärker integrieren. Um Diagnostik, Therapie und Nachsorge in hoher Qualität zu ermöglichen, ist die enge Zusammenarbeit zwischen dem in die Vorsorge und Nachbetreuung integrierten Hausarzt und der behandelnden Klinik unabdingbar. Treten Probleme in dieser Zusammenarbeit auf, können sich daraus zum einen Verzögerungen bei der Einleitung der Diagnostik ergeben, zum anderen können daraus Versäumnisse in der Nachbehandlung oder Nachsorge entstehen. Die Zufriedenheit des zuweisenden Kollegen betrachten wir als höchstes Gut. Um dieses zu verbessern, bemühen wir uns um einen ungestörten Informationsfluss zwischen Ihnen und uns. Hierzu zählen neben der Faxübermittlung des Tumorboardbeschlusses, der zeitgerechte und vollständige Arztbrief, die Organisation prä- oder postoperativer Multimodalbehandlung, die Mitteilung von Empfehlungen zur Nachsorge. Wir wollen Sie als ambulante Kollegen nicht mehr nur als passive Zuweiser verstehen, sondern Sie als Partner stärker mit in die Behandlung einbeziehen. Die sehr wichtigen Schnittstellen in Form der telefonischen Erreichbarkeit, Wartezeit bis zur stationären Aufnahme, Inhalt der Epikrisen sowie den zeitgerechten Versand wollen wir verbessern. Im Gegenzug möchten wir von Ihnen, dass Sie die Nachsorge unterstützen, an die erforderlichen Nachuntersuchungen denken und uns die Ergebnisse mitteilen. Der nachfolgende Beitrag von Dr. Müller-Naendrup gibt Ihnen aus unserer Sicht hierzu einen Überblick. Die verbesserte Zusammenarbeit mit Ihnen soll dazu beitragen, die Therapie von Kolon- und Rektumkarzinomen auf das bestmögliche Qualitätsniveau zu heben und hierdurch vermutlich eine weitere Prognoseverbesserung zu bewirken.

Fortbildung am Mittwoch, 24. März 2010, 18 Uhr – 19.30 Uhr, Fortbildungsakademie in den Martinushöfen, Kardinal-von-Galen-Str. 1, Olpe

Onkologie im hohen Lebensalter

1. Aus chirurgischer Sicht – Prof. Dr. K.T.E. Beckurts, Krankenhaus der Augustinerinnen Köln
2. Aus internistischer Sicht – Dr. C. König, Marien-Hospital Marl



Herr Giovanni La Placa, Facharzt für Chirurgie und Visceralchirurgie, Proktologie stellt sich vor:

Werdegang

Studium der Humanmedizin an der Universität zu Köln
1982-1989

Ausbildung zum Chirurgen:

AiP und Ass.-Arzt: - Heilig-Geist-Krankenhaus Köln
- Ev.-Krankenhaus Köln Kalk
- Marienkrankenhaus Bergisch Gladbach

Oberarztstätigkeit:

Marienkrankenhaus Cochem
Regionalkrankenhaus Bozen (Leitung Proktologie)
Marienkrankenhaus Bergisch Gladbach (Leitung Proktologie)
LOA Franziskus Hospital Köln
Seit dem 01.01.2010 LOA Visceralchirurgie SMH Olpe

Ausbildung zum Visceralchirurgen und Proktologen:

Regionalkrankenhaus Bozen (Italien)
Marienkrankenhaus Bergisch-Gladbach

Die Nachsorge des kolorektalen Karzinoms im Darmzentrum Südwestfalen-Olpe

Bei Diagnosestellung befinden sich bis zu 25% der Patienten bereits in einem metastasierten Stadium, nur 15% sind dem prognostisch günstigem Stadium I zuzuordnen, so dass etwa 60% der Patienten ein Stadium II und III aufzeigen. Innerhalb der Stadien II und III hängt die Prognose von Faktoren wie Tumorgröße, Nodalstatus, Grading, Zahl der entfernten Lymphknoten und der Operationsart (Notfall-OP) ab und bedingt eine 5-Jahresüberlebensrate zwischen 15% (T3N2) und 79% (T3N0). Ausgehend von über 50.000 Neuerkrankungen pro Jahr in Deutschland kommen somit deutlich über 30.000 neue Patienten/Jahr für eine strukturierte Nachsorge in Frage. 85% der Rezidive treten innerhalb der ersten 3 Jahre auf, wobei Studien ergaben, dass eine intensivierete Nachsorge mit strukturierter hepatischer Bildgebung die Mortalität um 25% senken kann. Etwa 1/3 der Patienten mit hepatischer Metastasierung können operativ eine Chance auf Kuration erhalten, bei pulmonalen Metastasen sind es sogar 50%. Die Nachsorge im Darmzentrum Südwestfalen orientiert sich an den Leitlinien der nationalen (S3-Leitlinie) und internationalen (ESMO, ASCO) Fachgesellschaften. Nach Abschluss der Primärtherapie erfolgt ein individuelles Risikoassessment, in dessen Abhängigkeit ein individuelles Nachsorgeschema erstellt wird. Dieses Nachsorgeschema wird an den abschließenden Entlassungsbrief der Chirurgischen Klinik angehängt. Grundsätzlich werden in den ersten 3 Jahren für Patienten, die im Falle eines Rezidivs einer erneuten OP oder Systemtherapie zugeführt werden können, folgende Untersuchungen alle 3 Monate empfohlen: Anamnese, körperliche Untersuchung, CEA, Abdomensonographie, zusätzlich einmal jährlich ein CT von Thorax-Abdomen-Becken. Sofern im Rahmen der Primärdiagnostik eine komplette Coloskopie mit im weiteren unauffälligen Befund erfolgt ist, sollte eine erneute Coloskopie nach 3 Jahren, bei unauffälligem Befund dann alle 5 Jahre wiederholt werden. Lediglich Patienten mit Rektum-Karzinom ohne neoadjuvante/adjuvante Radiatio sollten einer intensiven endoskopischen Nachsorge mit einer Sigmoidoskopie/Rektoskopie alle 6 Monate zugeführt werden. In der Regel sollte die Nachsorge hausärztlicherseits erfolgen, das Darmzentrum nimmt hierbei eine allenfalls unterstützende Rolle wahr: Erstellung der individuellen Nachsorgeschemata und deren Weitergabe an die Hausärzte, Erinnerungsschreiben an die nachsorgenden Ärzte, Abfrage der Nachsorgedaten sowie deren zentrale Dokumentation und statistische Auswertung. Insbesondere letztere ist von existentieller Bedeutung für den Fortbestand als zertifiziertes Darmzentrum und ermöglicht eine Bewertung der Ergebnisqualität.

Dr. C. Müller-Naendrup

Beispiel einer Nachsorgeempfehlung aus dem Darmzentrum Südwestfalen:

Nachsorgeempfehlung Rectum-Carcinom St. II und III nach UICC:

Untersuchung/Monat	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36	42	48	54	60
Anamnese, körperliche Untersuchung		+		+		+		+				+		+		+
CEA*1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		+		+
Abdomen-Sonographie		+		+		+		+				+		+		+
CT-Thorax/Abdomen*2				+				+				+				
Recto- oder Sigmoidoskopie*3		+		+		+		+		+			+	+	+	+
Coloskopie*4												+				

*1 bei Patienten, die für eine kurative Metastasen-Resektion infrage kommen

*2 nur bei Patienten ohne Radiatio des kleinen Beckens

*3 CT bei Hochrisiko-Patienten, die für eine kurative Metastasen-Resektion infrage kommen.

*4 bei unauffälliger Coloskopie nach 3 Jahren, erneute Coloskopie alle 5 Jahre

Neoadjuvante Behandlung des Rektumkarzinoms

Zur Verbesserung des Behandlungsergebnisses sollten fortgeschrittene Rektumkarzinome (Stadium UICC II/III) entsprechend aktueller Leitlinienempfehlung präoperativ vorbehandelt werden. Standard hierbei ist die neoadjuvante Radiatio bis 50,4Gy (28 Fraktionen à 1,8Gy), welche durch eine simultane Chemotherapie mit 5-Fluouracil in der ersten und fünften Behandlungswoche als 120-stündige Dauerinfusion ergänzt wird. Dieser Therapie schließt sich nach 4-6 Wochen die Operation an. Tumorschrumpfung und Tumorsterilisation erhöhen im Vergleich zur primären Operation insbesondere bei Tumoren im distalen Rektumdrübel die Anzahl kontinenzhaltender Eingriffe und senken signifikant die Rate präsakraler Rezidive.

Alternativ hierzu ist eine, die Gesamtbehandlungszeit um ca. 4 Wochen verkürzende, präoperative Kurzzeitbestrahlung mit 25 Gy (5 Fraktionen à 5 Gy, Bestrahlung von Montag bis Freitag) möglich. Die erforderliche Operation muss dann am folgenden Montag nach Beginn der Radiatio durchgeführt werden bevor Gewebeveränderungen als Folge von Akutstrahlenreaktionen eine Erhöhung postoperativer Komplikationen bedingen. Eine Kurzzeitbestrahlung führt zu einer Tumorsterilisation wodurch, verglichen mit der sofortigen

Operation, die Rate an präsakralen Rezidiven gesenkt wird. Eine Tumorverkleinerung erfolgt nicht. Gegenüber der postoperativen Radiochemotherapie sind bei der neoadjuvanten Behandlung die Lokalrezidivraten sowie Akut- und Spättoxizitäten signifikant niedriger. Die Rate postoperativer Komplikationen verglichen mit sofortiger OP ist nach vorheriger Radiochemotherapie nicht erhöht. Im randomisierten Vergleich zur Kurzzeitbestrahlung konnte nach Radiochemotherapie ein signifikant besseres Ergebnis hinsichtlich Downsizing, verbunden mit einer niedrigeren Rate an R1 Resektionen nachgewiesen werden. Die wesentlichen Unterschiede zwischen Radiochemotherapie und Kurzzeitbestrahlung sind in **Tabelle 1** zusammengefasst.

	Radiochemotherapie	Kurzzeitbestrahlung
Tumorsterilisation	+	+
Tumorverkleinerung	+	-
Kontinenzerhaltung	+	-
Behandlungszeit	-	+
Verbesserte Resektabilität	+	-
Systemischer antineoplastischer Effekt	+	-

Tabelle 1: Gegenüberstellung neoadjuvanter Behandlungsschemata beim Rektumkarzinom

Die Indikation zur neoadjuvanten Therapie sollte durch Teilnehmer der interdisziplinären Tumorkonferenz eines durch die Deutsche Krebsgesellschaft zertifizierten Darmzentrums erfolgen. Diese findet im **Darmzentrum Südwestwestfalen** an jedem Mittwoch um 15:30 Uhr im Besprechungsraum der Radiologie des St. Martinus-Hospital Olpe statt und ermöglicht allen niedergelassenen Kollegen die Vorstellung von Patienten mit kolorektalen Karzinomen (Kontaktaufnahme unter 02761-852341 oder per E-Mail: k.ebert@martinus-hospital.de)

Die Koordination und Planung der neoadjuvanten Radiochemotherapie erfolgt über die Onkologische Praxis Drs. Müller-Naendrup/Eimermacher im MVZ II in Olpe in Absprache mit der Strahlentherapie im Kreiskrankenhaus Gummersbach. Eine neoadjuvante Radiochemotherapie kann grundsätzlich ambulant erfolgen, für Patienten in hohem Alter, schwerwiegenden Begleiterkrankungen, ambulant schwer behandelbaren Nebenwirkungen oder eingeschränkter Compliance besteht auch die Möglichkeit der stationären Therapie. Häufigste Nebenwirkung der Behandlung sind mit Loperamid meist beherrschbare Durchfälle, ferner können als Folge der Chemotherapie Schleimhautveränderungen auftreten, welche bei Befall der Mundhöhle meist mit schmerzhafter Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme einhergehen. Therapiebedingte Blutbildveränderungen sind selten, strahlenbedingte Hautreaktionen treten nach CT-gestützter Bestrahlungsplanung praktisch nicht mehr auf.

Fazit:

- 1) Eine präoperative Radiatio verbessert durch Tumorsterilisation die Behandlungsergebnisse des Rektumkarzinoms und sollte bei fortgeschrittenen Tumorstadien (UICC II/III) wann immer möglich durchgeführt werden.
- 2) Die präoperative Radiochemotherapie sollte gegenüber der Kurzzeitbestrahlung bevorzugt werden da die erreichbare Tumorverkleinerung insbesondere bei tiefer Tumorlokalisation einen häufigeren Sphinktererhalt ermöglicht und die Rate an R1 Resektionen vermindert.
- 3) Ferner ist die simultan applizierte Chemotherapie gegen eine mögliche, zum Zeitpunkt der Diagnose okkulte Mikrometastasierung wirksam.
- 4) Die Behandlung ist effektiv, insgesamt gut verträglich und kann auch bei älteren Patienten durchgeführt werden.

Adressen:

<p>Onkologische Schwerpunktpraxis MVZ II (Martinushöfe) Olpe Drs. Müller-Naendrup/Eimermacher Fon (02761) 9262-50 Fax (02761) 9262-22 E-Mail: onkologie@mvz-kreis-olpe.de Sprechzeiten: Mo, Di, Do 08-18:00 Mi, Fr 08-14:30 und nach Vereinbarung</p>	<p>Fachabteilung für Strahlenheilkunde Kreiskrankenhaus Gummersbach Chefarzt Dr. med. Peter Vacha Fon (02261) 17-1591 Fax (02261) 17-1420 E-Mail: peter.vacha@kkh-gummersbach.de Sprechzeiten: Mo – Fr 9-11:00 und nach Vereinbarung</p>
 <p>Onkologische Schwerpunktpraxis MVZ II (Martinushöfe) Olpe Dr. med. Clemens Müller-Naendrup</p>	 <p>Fachabteilung für Strahlenheilkunde, Kreiskrankenhaus Gummersbach Dr. med. Peter Vacha</p>