

## **PO-2.11 Gefäßerhaltende, Darmlängen-sparende Tumorresektion des Kolon als individualisierte Karzinomtherapie – Kontroverse Diskussion mit Fallbeispielen**

M. Rothe<sup>1</sup>, H. Vogelsang<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinikum Garmisch-Partenkirchen

Onkologische Kolonresektionen sind durch die Lokalisation des Tumors und die Gefäßanatomie, endoskopische Resektionen durch die T-Kategorie und histologische Faktoren definiert. Zahlreiche Patienten weisen Risikokonstellationen auf, die mit einem erhöhten Tumorrisiko per se bzw. metachron einhergehen. Dabei ergeben sich Früherkennungs- bzw. Vorsorgestrategien mit Hinblick auf kolorektale Adenome und Karzinome, die argumentativ unter Sicherheitsaspekten zu erweiterten, unter Berücksichtigung der Lebensqualität auch zu limitierten Resektionsstrategien Anlass geben können.

Risikopatienten sind Tumorerkrankte mit limitierter adenomatöser oder hyperplastischer Polyposis, HNPCC-Patienten mit Keimbahnmutationen und Patienten mit positiver Familienanamnese mit jungen und/oder älteren Karzinomerkrankungen ohne Mutationsnachweis. In der Polyposisgruppe bestimmt das Ausmaß der Polyposis und die Möglichkeit der endoskopischen Überwachung das Resektionsausmaß. In der Gruppe der HNPCC- bzw. familienanamnestisch positiven Patienten zählt das geschätzte Lebenszeitrisko für metachrone Karzinome, das aktuelle Erkrankungsalter und die Fähigkeit der Überwachungskoloskopie zur Adenom- oder frühen Karzinomdetektion. Die Größe und damit T-Kategorie des Kolonkarzinoms beeinflusst die Lokalisation möglicher lokaler, regionaler und gefäßzentraler Lymphknotenmetastasen, die bei T1 und T2-Karzinomen nur in einer Distanz von 5-7 cm vom Primärtumor und nicht an zentralen Gefäßstrukturen auftreten. Während eine weitgehend gefäßerhaltende Lymphadenektomie bei Karzinomen des oberen Gastrointestinaltraktes Routine darstellt, wird ein solches Vorgehen am Dickdarm überwiegend nicht durchgeführt. Eine gute endoskopische Größeneinschätzung sowie eine subtile intraoperative Exploration ermöglichen eine onkologische Dickdarmresektion unter Beachtung des Mesocolon mit Limitierung des luminalen Ausmasses und zentraler gefäßerhaltender Lymphadenektomie.

Bei guter Patientencompliance in der endoskopischen Vorsorge kann durch eine individualisierte chirurgische Therapie des Kolonkarzinoms ein Erhalt an Darmlänge und Lebensqualität insbesondere bei mehrfacher Notwendigkeit zur Tumorresektion erreicht werden. Eine weitere Optimierung endoskopischer Untersuchungstechniken, einer Risikostratifizierung, einer Chemoprävention und eventuelle Sentinel Lymphknoten-Techniken können ein individualisiertes Behandlungskonzept für ausgewählte Patienten zukünftig modulieren.