



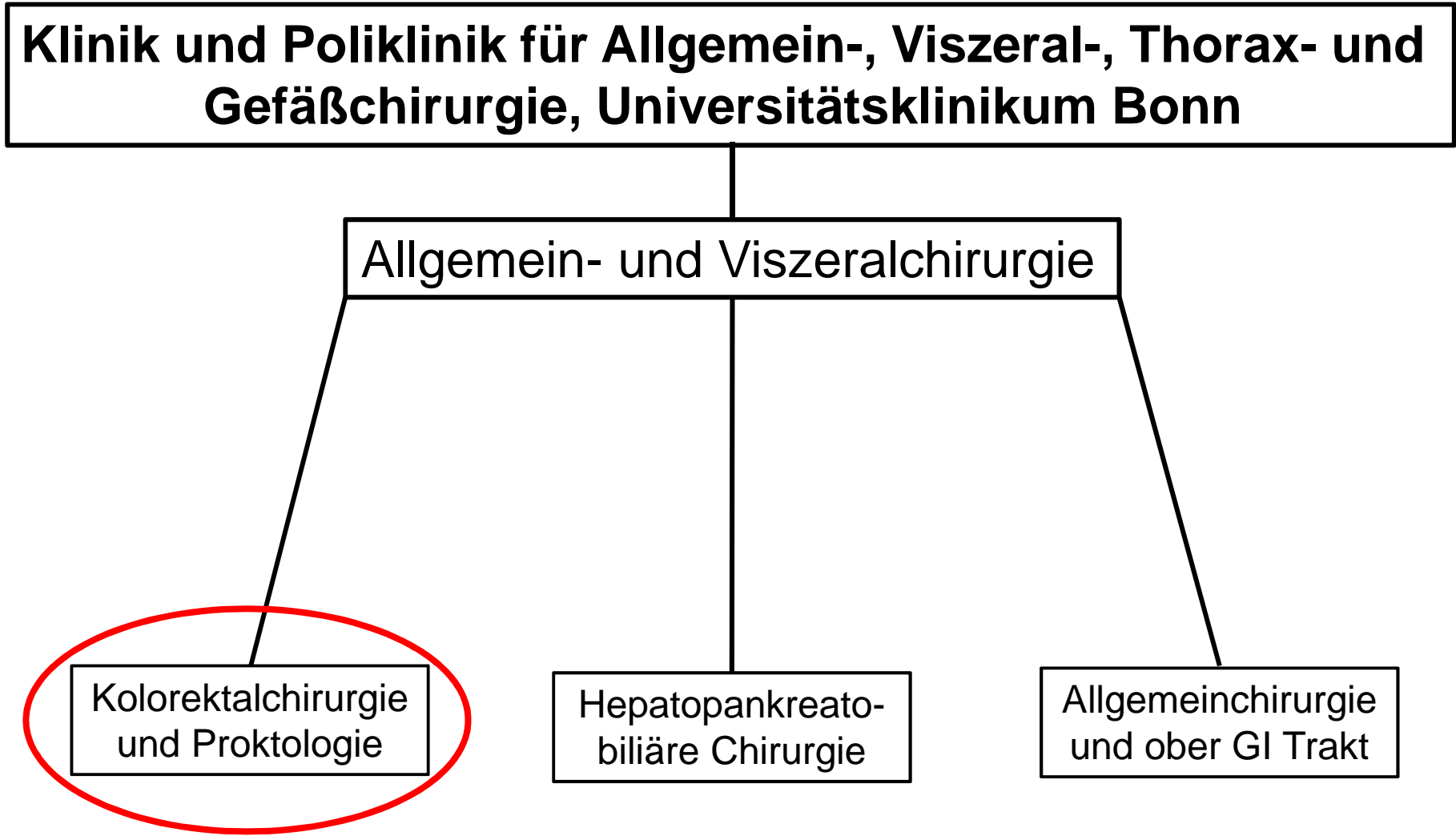
Chancen und Limitationen einer Operation bei erblich bedingtem Darmkrebs – Fokus Lynch Syndrom –

PD Dr. med. Tim Vilz

Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und
Gefäßchirurgie

Universitätsklinikum Bonn

Teamstruktur in der Chirurgie des UKB



Das Kolorektalteam am UKB



Oberärzte



Stomatherapie



Assistenzärzte*innen

Arzthelferin

Die Tumorboards am Universitätsklinikum Bonn

» Interdisziplinäre Diskussion

- Diagnostik komplett?
- Studieneinschluss?



» Hinweis auf erblich bedingtes Tumorsyndrom?

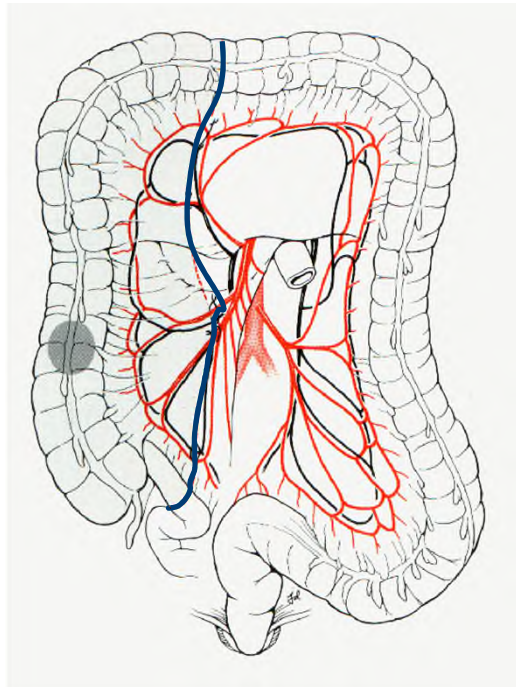
- Weitere Maßnahmen notwendig (z.B. weitere genetische Untersuchungen)
- Beratung der Familie?
- Weiteres Screening?

=> Festlegen eines weiteren individuellen Fahrplans

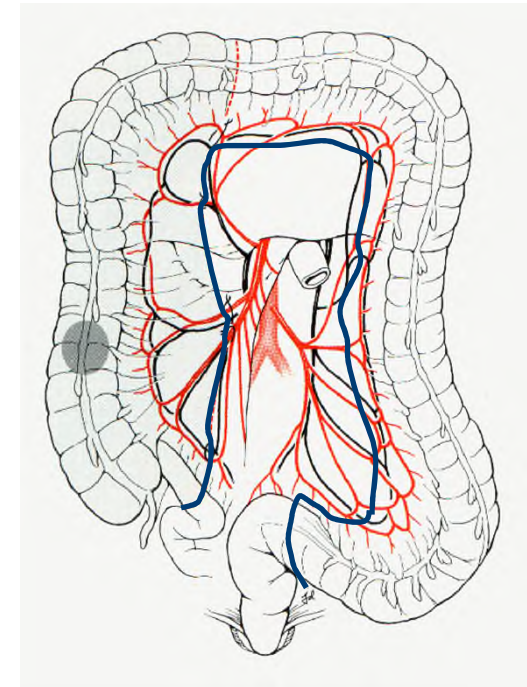
Die erste Vorstellung in der Kolorektalsprechstunde

- » Wie wird operiert: Onkologische Operation des tumortragenden Darmanteils oder Entfernen des gesamten Dickdarms unter Belassen des Mastdarms

Diagnose Darmkrebs bei Lynch Syndrom – was passiert nun?



Onkologisches Entfernen
des tumortragenden
Dickdarmanteils unter
Belassen des
Restdickdarms



Onkologisches Entfernen
des tumortragenden
Dickdarmanteils + nicht
onkologisches Entfernen
des Restdickdarms unter
Belassen des Mastdarms

Die erste Vorstellung beim Kolorektal-Chirurgen

» Wie wird operiert: Onkologische Operation des tumortragenden Darmanteils oder Entfernen des gesamten Dickdarms unter Belassen des Mastdarms

5.28.	Konsensbasierte Empfehlung	2013
EK	Eine prophylaktische Kolektomie bzw. Proktokolektomie bei HNPCC-Mutations-trägern soll nicht durchgeführt werden. Eine subtotale Kolektomie bei Karzinom sollte nicht generell durchgeführt, aber individuell mit dem Patienten besprochen werden.	
	Starker Konsens	

Die erste Vorstellung beim Kolorektal-Chirurgen

- » Wie wird operiert: Onkologische Operation des tumortragenden Darmanteils oder Entfernen des gesamten Dickdarms unter Belassen des Mastdarms
- » Aufklärung über die Zeit vor, während und nach der Operation (ERAS Programm: „Enhanced Recovery after Surgery“)

Enhanced Recovery after Surgery – das ERAS Konzept

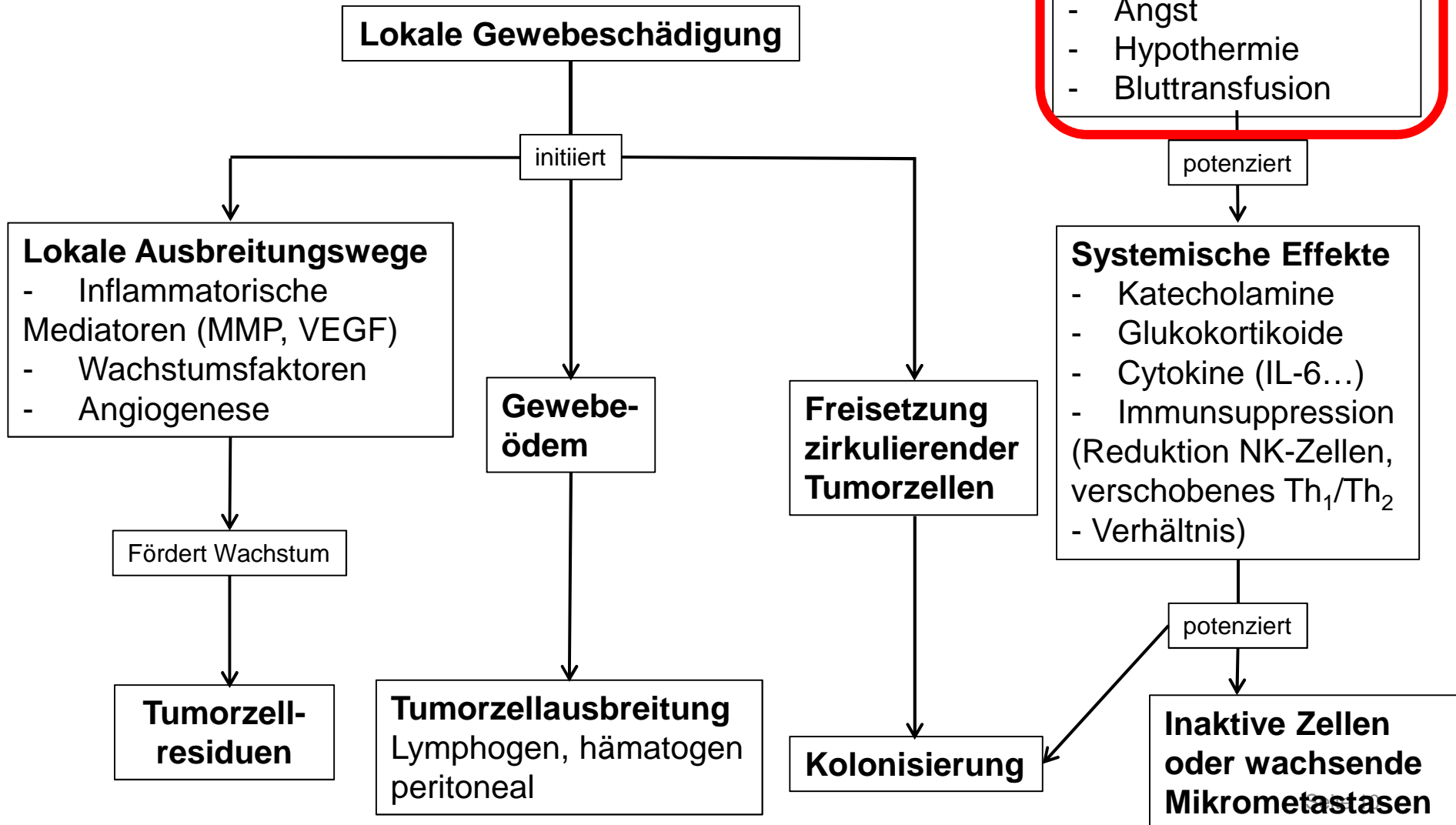
» Interdisziplinäres Betreuungskonzept von Patienten vor, während und nach einer Operation am Dickdarm oder Enddarm

ZIEL: Stress um einen operativen Eingriff zu senken

Chirurgie führt zur Immunsuppression und erhöht das Metastasierungsrisiko

Modulatoren des perioperativen Stress

- Schmerz
- Angst
- Hypothermie
- Bluttransfusion



Enhanced Recovery after Surgery – vor der OP

- » Körperliche Aktivität vor der Operation
- » Abführmaßnahmen und Darmdekontamination => weniger Infekte
- » Essen bis vier Stunden vor der OP, Trinken bis zwei Stunden vor der OP => Erhöhung des perioperativen Wohlbefindens

Enhanced Recovery after Surgery – während der OP

- » Atraumatisches / minimalinvasives Operieren
(„Schlüssellochtechnik“) => raschere Rekonvaleszenz,
weniger Schmerzen
- » Wenig Infusionen
- » Wärmemanagement
- » Verzicht auf „Schläuche“ (Dauerkatheter, Wunddrainagen)

Diagnose Darmkrebs bei Lynch Syndrom – die Operation



Diagnose Darmkrebs bei Lynch Syndrom – die Operation



Warum ein OP Roboter?

» **Vorteile** der Robotik-Assistenz für den Chirurgen und das OP-Team

1. Dreidimensionale Sicht (3D HD)
2. Vergrößerung (15-fach)
3. Tremorfilter
4. Intrakorporal abwinkelbare frei bewegliche Instrumente (EndoWrist Bewegungsfreiheit 540°)
5. Kameraführung durch den Operateur
6. Optimale Arbeitsergonomie für den Operateur (Konsole)
7. Sehr gute Ausbildungsvoraussetzungen (Dualkonsole)

Enhanced Recovery after Surgery – nach der OP

- » Kostenaufbau noch am OP Tag, Ernährungsberatung im Verlauf
- » Rasche Mobilisation mit der Krankengymnastik
- » Betreuung durch Psychoonkologen
- » Opioid-arme Schmerztherapie

Diagnose Darmkrebs bei Lynch Syndrom – warum ERAS

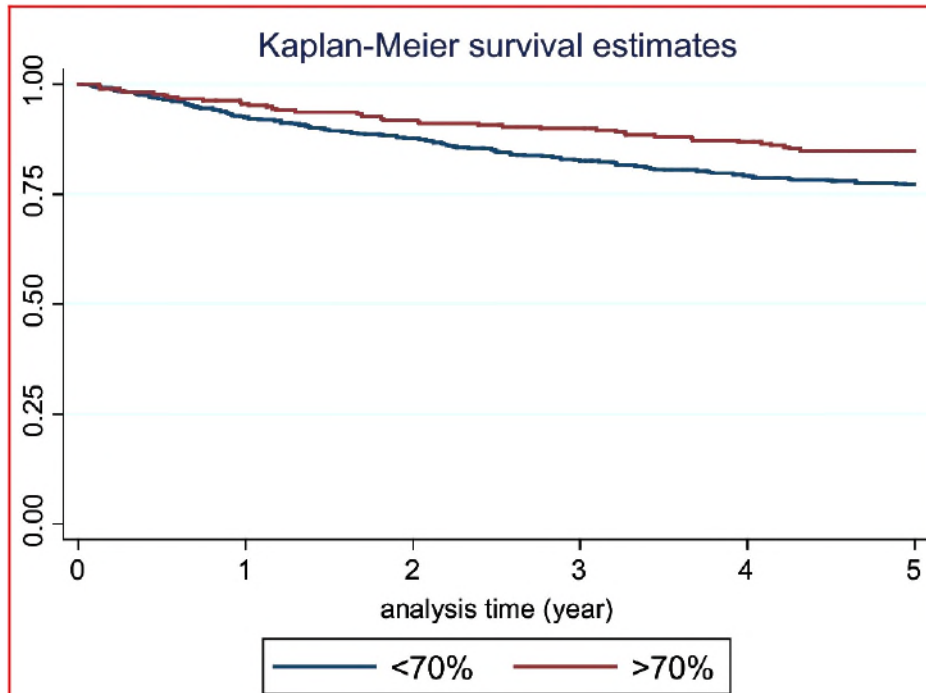


Fig. 1 5-year survival. Patients with $\geq 70\%$ rate of compliance with the ERAS protocol showed significantly improved survival rates compared with patients with less than 70% compliance, $p = 0.0095$ (Log-rank test for equality of survival functions)

Stockholm, Schweden
Retrospektive Analyse einer
prospektiven Datenbank
2002 – 2007
n=911, OP bei KRK

- » hoher Grad von Umsetzung des ERAS Programms ($> 70\%$) reduziert Risiko für Tumor-assoziierten Tod um 42%

Was müssen Sie im langfristigen Verlauf beachten

- » Gelegentlich mehr Stuhlgänge pro Tag oder Bauchschmerzen
- » Sehr selten Vitamin-B-Spritzen notwendig
- » Körperliche Aktivität, Verzicht auf Noxen
- » Nachsorge am Zentrum
- » Anbindung der Familie an ein Zentrum



Vielen Dank

Tim Vilz

tim.vilz@ukbonn.de