

# Chirurgie aktuell

Ausgabe 01/2017



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Innovationen sind große Motivatoren für die tägliche Arbeit und machen diese interessant und spannend. Auf der Suche nach Verbesserungen für unsere Patienten haben wir nun nach Implementierung der Sakralnervenstimulation bei Patienten mit Inkontinenz und

Einführung des kontinuierlichen Neuromonitoring bei Schilddrüsenoperationen auch in der Rektumchirurgie eine neue Operationstechnik implementiert, welche u.a. mit verbessertem Nervenerhalt und damit verbesserter Kontinenz, Blasen- und Sexualfunktion einhergeht. Aus meiner Sicht ist die sogenannte TaTME (transanale Totale Mesorektale Exzision) die zweite Revolution nach Einführung der TME durch Prof. Heald. Nach den mittlerweile ersten acht so erfolgten Operationen in unserem Hause bin ich von der Überlegenheit dieses Vorgehens in ausgewählten Fällen überzeugt. Um auch Ihnen diese Technik näher zu bringen haben wir diesen Newsletter erstellt.

Viel Freude beim Lesen!

Chefarzt Dr. Friedrich Krings  
Chirurgische Klinik 1

## Unser Leistungsspektrum

- Schilddrüsenzentrum
- Thoraxchirurgie
- Refluxchirurgie
- Minimalinvasive Bauchchirurgie (MIC)
- Hepatobiliäre- und Pankreaschirurgie
- Darmkrebszentrum (DKG)
- Kompetenzzentrum für Hernienchirurgie (DGAV)
- Gefäßchirurgie
- Zentrum für interventionelle Gefäßmedizin (DeGIR)
- Proktologie
- Kinderchirurgie
- Adipositasmedizin (im Aufbau)

# Revolution in der Rektumchirurgie

**Transanale Totale Mesorektalen Exzision (TaTME)** Modernste Operationstechnik des Rektumcarzinoms mit zwei Operationsteams an den Christophorus-Kliniken implementiert.



Rektumcarzinomoperationen gehören zu den anspruchsvollsten Operationen in der Viszeralchirurgie. Auf Grund der anatomischen Nähe zu wichtigen Nachbarstrukturen und der operativen Enge im kleinen Becken sind radikale Tumoroperationen sehr komplex. Noch in den frühen Achtziger-Jahren war es üblich bei den damals durch Bauchschnitt durchgeführten Operationen das Rektum stumpf mit der Hand des Operateurs auszulösen. Folge war ein hohes Maß an Lokalrezidiven mit schlimmen Verläufen und einer desaströsen Lebensqualität für die betroffenen Patienten. Mit der revolutionären Einführung der »Totalen Mesorektalen Exzision (TME)« für Tumoren des unteren und mittleren Rektums durch Prof. Richard Heald, konnte das onkologische Ergebnis und die Lokalrezidivrate drastisch verbessert werden. (1) Parallel dazu wurde begonnen Rektumtumoren multimodal zu therapieren. Patienten mit fortgeschrittenem Tumor d.h.  $\geq T_3$  und N+ werden seither einer neoadjuvanten Radio-chemotherapie unterzogen, gefolgt von der OP und einer adjuvanten Chemotherapie. Die Kombination dieser Behandlungsstrategien hat zwischenzeitlich dazu geführt, dass die onkologischen Ergebnisse der Behandlung eines Rektumcarzinoms besser wurden, als die des Coloncarzinomes. Lange Jahre galt die offene Operation als Stan-

dard, sie ist mittlerweile bei mindestens gleich guter onkologischer Radikalität von der laparoskopischen Chirurgie in Zentren abgelöst worden. (2) Egal ob offen oder laparoskopisch operiert wird, weiß jeder Chirurg, dass das Rektum anatomisch einen siphonartigen Verlauf im kleinen Becken nimmt und die Präparation insbesondere beim adipösen Mann und bei einem großen Tumor vor allem im mittleren Rektumdrittel extrem schwierig sein kann.

Basierend auf der von Buess in Köln entwickelten transanal endoskopisch mikrochirurgischen Operation von Rektumadenomen oder Frühcarzinomen (3) und motiviert durch die Suche nach einer narbenfreien Chirurgie im Rahmen der NOTES (natural orifice transluminal endoscopic surgery)-Entwicklungen wurde von verschiedenen Gruppen Techniken entwickelt, welche dann von Ricardo Zorron in Brasilien (4) und Antonio De Lacy in Barcelona (5) letztlich zur heute möglichen transanal Resektion des Mesorektums geführt haben.

Ziel der Operation ist unter Beachtung des Heald'schen Grundsatzes der »TEM« einen Rektumtumor mit zwei parallel arbeitenden Teams, ein laparoskopisches abdominelles und ein transanales Team, durchzuführen. Die Vorteile dieses Vorgehens liegen in einer deutlich verbesserten Übersicht und Kontrolle bei der kaudalen Präparation. Die exakte Bestimmung des nötigen distalen Absetzungsrandes und die perfekte Sicht auf eine schichtgerechte Präparation mit einer verbesserten Qualität der TME unter Schonung der für die Sexual-, Blasen- und Kontinenzfunktion wichtigen Nervenstrukturen. Dies gilt insbesondere bei adipösen Männern mit großen Tumoren im mittleren Rektumdrittel und begleitender Prostatahyperplasie.

Die ersten Studienergebnisse bestärken den klinischen Eindruck insofern, dass die Qualität der TME mit dem neuen Verfahren signifikant verbessert werden konnte (6) und sich eine deutliche Reduk-

tion von Blasenentleerungsstörungen feststellen ließ. Langzeit-Ergebnisse stehen aus.

Nach Teilnahme an einem Leichenpräparationskurs an der Charité und mehreren Hospitationen in überregionalen Exzellenzzentren für Colorektalchirurgie haben wir die Technik der Transanal Mesorektalen Excision in Hybridtechnik mit einem zeitgleich von abdominell, laparoskopisch operierenden Team an den Christophorus-Kliniken eingeführt. Nach mittlerweile 8 operierten Patienten können wir von einer sehr positiven Erfahrung berichten. Die durchschnittliche Operationszeit konnte von 4 auf knapp über 2 Stunden reduziert werden. Durch die zeitgleiche Operation von »unten« können insbesondere die Strukturen im kleinen Becken deutlich besser gesehen und damit geschont werden. Dieser Vorteil ist so schlagend, dass wir davon ausgehen, dass diese Technik sich zukünftig als Standard der Rektumresektion beim Karzinom in Zentren durchsetzen wird.

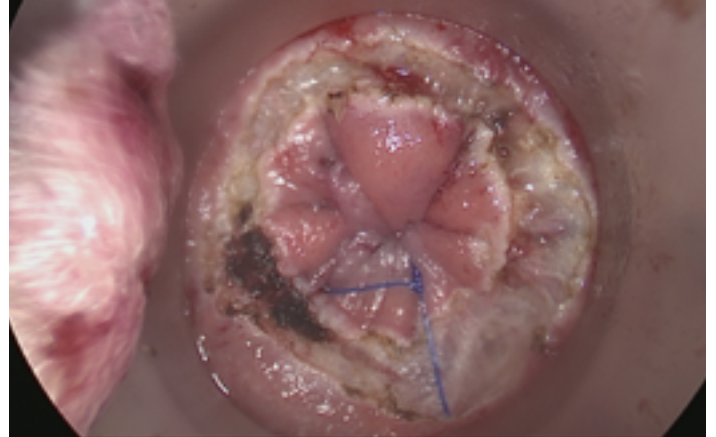
1. Heald RJ, Ryall RD.; Recurrence and survival after total mesorectal excision für rectal cancer. Lancet.1:1479-82;1986
2. Van der Pas MH et al. Laparoscopic versus open surgery for rectal cancer (COLOR II): short-term outcomes of a randomized phase 3 trial. Lancet Oncolo.14:210-18;2013
3. Buess G, Hutterer F, Theiss J et al. (1984) A system for transanal endoscopic rectum operation. Chirurg 55:677-680
4. Ricardo Zorron et al. Natural orifice surgery applied for colorectal diseases; WordJGastrointest Surg.(2):35-8;2010
5. De Lacy AM et al. Transanal natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES) rectal resection: »down to up« total mesorectal excision (TME)-short-term outcomes in the first 20 cases. Surg Endosc. 27:3165-72;2012.
6. Velthuis S et al. Transanal versus laparoscopic total mesorectal excision for rectal carcinoma. Surg Endosc.Doi:10.1007/s00464-014-3636-1
7. Fernandez-Hevia M, De Lacy A et al. Transanal Total Mesorectal Excision in rectal Cancer. Ann Surg.261:221-7;2015

### Einladung zur Fortbildung

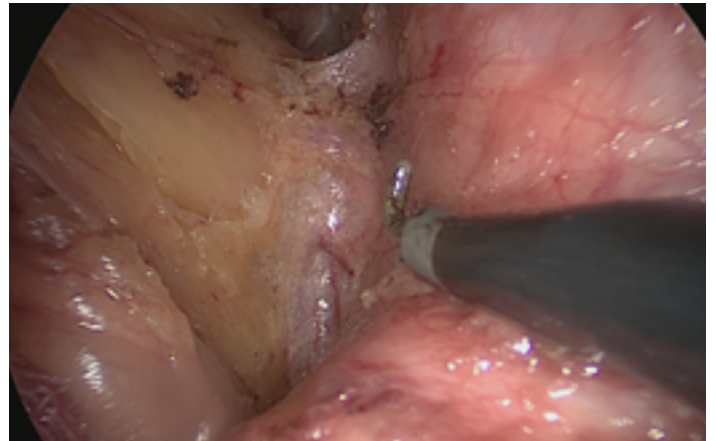
**Transanale totale mesorektale Excision (TaTME)**  
»Revolution in der Rektumchirurgie«

am Mittwoch den **30.08.2017** um **15:30-17:00**  
Vortragsraum Coesfeld (gegenüber dem  
Haupteingang)  
Fortbildungspunkte werden beantragt

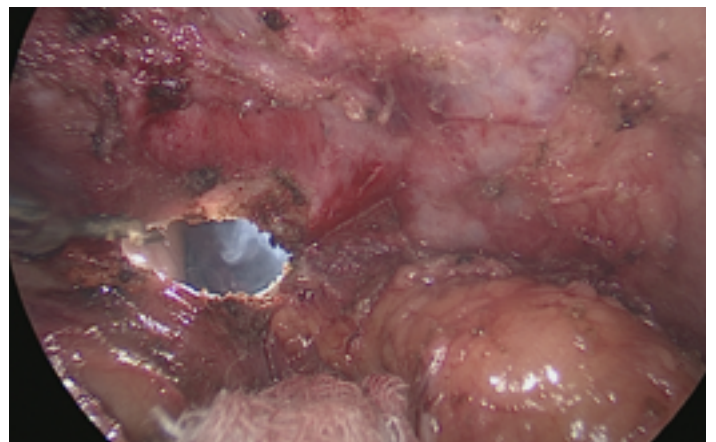
## Transanale Präparation



Tabaksbeutelnaht unterhalb des Tumors und Dissektion



Schichtgerechte Präparation



Rendezvous mit dem laparoskopischen Team