

Univ. Prof. Dr. Johann Pfeifer  
Univ. Klinik für Chirurgie  
Klinische Abteilung für Allgemein Chirurgie  
Auenbruggerplatz 29  
8036 Graz  
Tel : (0316) 385 81190  
FAX: (0316) 385 6845

## **Colonkarzinom**

Nach dem Lungenkarzinom ist der Dickdarmkrebs das in Europa am häufigsten auftretende Karzinom. In Österreich nimmt das kolorektale Karzinom mit 70 Fällen pro 100.000 Einwohnern und Jahr in Europa den 3. Platz hinter Dänemark und Deutschland ein. Von 100 Patienten mit einem Kolorektalkarzinom werden 50 mit der Operation geheilt; 35 sterben an hämatogen entstanden Metastasen ; 5 sterben an den Folgen der lymphogenen Ausbreitung und 10 an den Komplikationen eines Lokalrezidivs.

Das Ziel der chirurgischen Therapie ist es, durch eine en-bloc Entfernung des Tumors und des dazugehörigen Lymphabstromgebietes in Zusammenhang mit ausreichenden Resektionsrändern, den Patienten zu heilen. Faktoren, die das Überleben beeinflussen sind dreierlei : patientenabhängige Faktoren (Alter, Allgemeinzustand), tumorspezifische Faktoren (histologischer Typus, Lokalisation, Proliferationsrate, Invasivität, Metastasierungsverhalten usw) und therapieassoziierte Faktoren . Bei letzterem spielt besonders die Erfahrung des operierenden Chirurgen eine signifikante Rolle.

### **Standardoperation beim primären Kolonkarzinom:**

Großzügige mediane Laparotomie mit Linksumschneidung des Nabels. Anschließend Exploration der übrigen Bauchhöhle, insbesondere der Leber. Die einzelnen Operationsschritte sind Gefäßunterbindung, Mobilisation , Darmresektion , Anastomose, Schlitznaht. Bei der Kolonresektion müssen keine Drainagen eingelegt werden.

### **Standard : Hemikolektomie rechts**

Indikation : Karzinome des Coecums und Colon ascendens.

Resektionsgrenzen : 10 - 15 cm oral der Bauhinsch'en Klappe , Mitte Colon transversum.

Technik : Die Arteria ileocolica wird ligiert und die Lymphknoten entlang der Art. mesenterica superior disseziert . Aboral wird das Lymphabflußgebiet der Arteria colica media bis zur Mitte des Colon transversum reseziert.

Standard : Erweiterte Hemikolektomie rechts :

Indikation : Karzinome der rechten Flexur und des proximalen Colon transversum

Resektionsgrenzen : 10 - 15 cm oral der Bauhinsch'en Klappe , linke Flexur.

Technik : Die Lymphknotenstationen entlang der Arteria colica media und im gastroduodenalen Bereich werden reseziert. Zusätzlich wird das gesamte Omentum maius mit dem Ligamentum gastrocolicum und der Arteria gastroepiploica dextra mitentfernt.

Standard : Transversumresektion :

Indikation : Nur für Tumore in der Mitte des Colon transversum

Resektionsgrenzen : Colon ascendens unmittelbar vor der rechten Flexur, Colon descendens knapp nach der linken Flexur.

Technik : Die Mobilisation der linken Flexur kann technisch oftmals schwierig sein. Weiters ist besonders auf die Abgangsnahe Ligatur der Arteria und Vena colica media zu achten. Leicht kann es dabei zu Verletzungen pankreasnaher, kleiner, stark blutender Venen kommen . Eine blinde Umstechung ist kontraindiziert, da es sonst zu Einengungen der Vena mesenterica superior kommen kann.

Standard : Hemikolektomie links :

Indikation : Karzinome des Colon descendens und vom Sigma

Resektionsgrenzen : Mitte Colon transversum und rektosigmoidaler Übergang ( Höhe Promontorium)

Technik : Die Arteria mesenterica inferior wird zentral ligiert. Die Gefäßversorgung des Rektums erfolgt über die Arteria rectalis (hämorrhoidalis) media.

Standard : Erweiterte Hemikolektomie links :

Indikation : Karzinom der linken Flexur

Resektionsgrenzen : Rechte Flexur, rektosigmoidaler Übergang

Technik : Bei dieser Technik muß sowohl das Lymphabstromgebiet der Arteria colica media, wie auch der Arteria mesenterica inferior reseziert werden. Meist muß zur Anastomosenanlage nicht nur das gesamte Colon mobilisiert werden, sondern der proximale Dickdarmschenkel auch entgegen dem Uhrzeigersinn um 180° gedreht werden, um eine spannungsfreie Anastomose zu erreichen .