

Dr. med. Horst Eisold

**Internist und Gastroenterologe**  
**Gastroenterologische Schwerpunktpraxis**

**72116 Mössingen**

Bahnhofstr. 9

Telefon: 0 74 73 / 94 82 10

Telefax: 0 74 73 / 94 82 20

e-mail: HorstEisold@TeleMED.de

www.aerzte-im-netz.de/Horst.Eisold

## **Nachsorge nach kolorektalen Karzinomen**

Das kolorektale Karzinom stellt zusammen mit dem Mamma-Karzinom das häufigste Karzinom der westlichen Industriegesellschaft dar. Pro Jahr erkranken in der heutigen Bundesrepublik ca. 50.000 bis 60.000 Patienten neu an einem Kolonkarzinom und ca. 50 % dieser Patienten sterben daran.

Hieraus resultiert die große Bedeutung der Nachsorge, die einen festen Platz im Therapiekonzept einnimmt und verschiedene Funktionen erfüllt: Einerseits dient sie der medizinischen Qualitätssicherung und Ergebniskontrolle der erstbehandelnden Klinik, zum anderen ist es das Ziel, Komplikationen wie z.B. Stenosen, Inkontinenz- oder Potenzprobleme und Rezidive der Grundkrankheit in einem noch möglichst kurablen Stadium zu entdecken und zum dritten dient die Nachsorge durch Beschäftigung mit dem Patienten auch der menschlichen und psychosozialen Betreuung der Patienten.

Da in der heutigen Zeit der begrenzten Ressourcen die Kosten der Nachsorge bedacht werden müssen, sind verschiedene Forderungen an die Nachsorgeprogramme zu stellen:

1. Einfache Durchführbarkeit
2. Geringes Risiko für den Patienten
3. Geringe Belästigung für den Patienten
4. Geeignete Häufigkeit der Untersuchungen
5. Hohe Aussagekraft
6. Therapiefestlegung aus den Ergebnissen
7. Vertretbare Kosten
8. Übersichtliche, auf einen Blick erfaßbare Dokumentation

Es empfiehlt sich ein Basisprogramm für die Kontrolle bei unkompliziertem Verlauf und darauf aufbauend Spezialuntersuchungen bei pathologischen Ergebnissen des Basisprogrammes.

Basis der Untersuchungen sind Anamnese, klinischer Befund, Laboruntersuchungen mit CEA-Bestimmung, sowie Durchführung einer Sonographie des Abdomens, einer Röntgenaufnahme des Thorax und einer Koloskopie bzw. bei deren Undurchführbarkeit eine Röntgenuntersuchung des Kolons in Doppelkontrasttechnik.

Weiterführende Untersuchungen sind Computer-Tomographie, Kernspintomographie, Skelettszintigraphie, Angiographien, Endosonographien und andere.

Da endoluminale Rezidive sehr selten sind und die Mehrzahl der Karzinome auf dem Boden von Polypen entsteht (Adenom-Karzinom-Sequenz) können die koloskopischen Kontrollen reduziert werden, wenn man weiß, daß das Kolon polypenfrei ist.

### **Patienten mit frühen Tumorstadium (UICC I):**

Bei Patienten mit frühen Tumorstadium UICC I ist nach R0-Resektion in Anbetracht des geringen Rezidivrisikos und der günstigen Prognose durch regelmäßige Nachsorgeuntersuchungen kein prognostischer Gewinn zu erwarten, so daß eine Koloskopie nach 2 und 5 Jahren ausreicht, um Zweittumoren frühzeitig zu erkennen. Abweichend hiervon kann im Einzelfall bei Annahme eines hohen Rezidivrisiko auf Grund des intraoperativen Befundes (z.B. erhöhtes Lokalrezidivrisiko nach intraoperativer Tumoreröffnung oder z.B. erhöhtes Risiko für Lebermetastasen bei Invasion perikolischer Venen oder bei fortgeschrittenen G3- G4-Tumoren) eine regelmäßige und engmaschige Nachsorge angezeigt sein. Ebenso bedürfen Patienten mit posttherapeutischen Komplikationen wie Stenosen, Störungen der Darm-, Blasen- oder Sexualfunktion weiterer Betreuung.

Nach lokalen therapeutischen Maßnahmen, wie z.B. Polypektomie von Tumoren, ist engmaschige Kontrolle erforderlich.

Nach palliativer Tumorresektion (R2-Resektion) soll die Nachbetreuung symptomorientiert sein.

Regelmäßige Nachuntersuchungen empfehlen sich bei Patienten mit R0-Resektion des Stadiums UICC II und III sofern der Allgemeinzustand und die Lebenserwartung des Patienten einen Eingriff bei Rezidiv vertretbar erscheinen lassen.

Bei Patienten mit HNPCC sind nach Hemikolektomie koloskopische Untersuchungen und nach subtotaler Kolektomie rektoskopische Untersuchungen in zweijährigen Intervallen indiziert.

### **Nachsorgeempfehlung bei Patienten mit Kolonkarzinom UICC-Stadium I**

<b>Untersuchung</b>	<b>Monate</b>						
	6	12	18	24	36	48	60
Anamnese, körperliche Untersuchung, CEA	+			+			+
Koloskopie				+			+

**Nachsorgeempfehlung bei Patienten mit Kolonkarzinom UICC-Stadium II-III**

Untersuchung	Monate						
	6	12	18	24	36	48	60
Anamnese, körperliche Untersuchung, CEA	+	+	+	+	+	+	+
Abdomensonographie	+	+	+	+	+	+	+
Röntgenthorax		+		+	+		+
Koloskopie				+			+

Bei Patienten, bei denen eine lokale Tumorexzision durchgeführt wurde bzw. bei denen ein Karzinom durch endoskopische Polypektomie entfernt wurde, sollte wegen des möglicherweise höheren lokoregionären Rezidivrisikos rektoskopisch/koloskopisch in sechsmonatigen Abständen untersucht werden, evtl. in Kombination mit Endosonographie (Rektum).

Nach palliativer Resektion von Rektumkarzinomen soll die Nachbetreuung symptomorientiert erfolgen.

Regelmäßige Nachuntersuchungen sind zu empfehlen bei Patienten mit R0-Resektion von Tumoren des UICC-Stadiums II und III, sofern der Allgemeinzustand und die Lebenserwartung des Patienten einen Zweiteingriff bei Rezidiv vertretbar erscheinen lassen.

**Nachsorgeempfehlung bei Patienten mit Rektumkarzinom UICC-Stadium I**

Untersuchung	Monate						
	6	12	18	24	36	48	60
Anamnese, körperliche Untersuchung				+			+
Koloskopie				+			+

**Nachsorgeempfehlung bei Patienten mit Rektumkarzinom UICC-Stadium II-III**

Untersuchung	Monate						
	6	12	18	24	36	48	60
Anamnese, körperliche Untersuchung, CEA	+	+	+	+	+	+	+
Abdomensonographie	+	+	+	+	+	+	+
Röntgenthorax		+		+	+		+
Nach Rektumresektion: Rektoskopie o. Sigmoidoskopie, evtl. Endosonographie	+	+	+		+	+	
Koloskopie					+		+

Drei Monate nach Therapieende sollte eine Becken-CT und eine Endosonographie als Ausgangsbefund durchgeführt werden. (Zur Diff. Zwischen postoperativen Residuen und Rezidiv).

### **Nachsorgeempfehlung bei Patienten mit Rektumkarzinom nach lokaler Exzision**

<b>Untersuchung</b>	<b>Monate</b>						
	6	12	18	24	36	48	60
Anamnese, körperliche Untersuchung	+	+	+	+	+	+	+
Rektoskopie o. Sigmoidoskopie evtl.	+	+	+				
Endosonographie							
Koloskopie					+		+

Ist präoperativ das Kolon aufgrund einer Tumorstenose nicht zu untersuchen gewesen, empfiehlt sich postoperativ nach 3 Monaten eine komplette Koloskopie.

Als Faustregel gilt, daß bei Patienten nach R0-Resektion von Kolonkarzinomen wegen des geringen Rezidivrisikos eine Koloskopie nach 2 und 5 Jahren erforderlich ist und nach dem 5. Jahr alle drei Jahre eine Koloskopie erfolgen sollte, um metachrone Karzinome zu erfassen.