

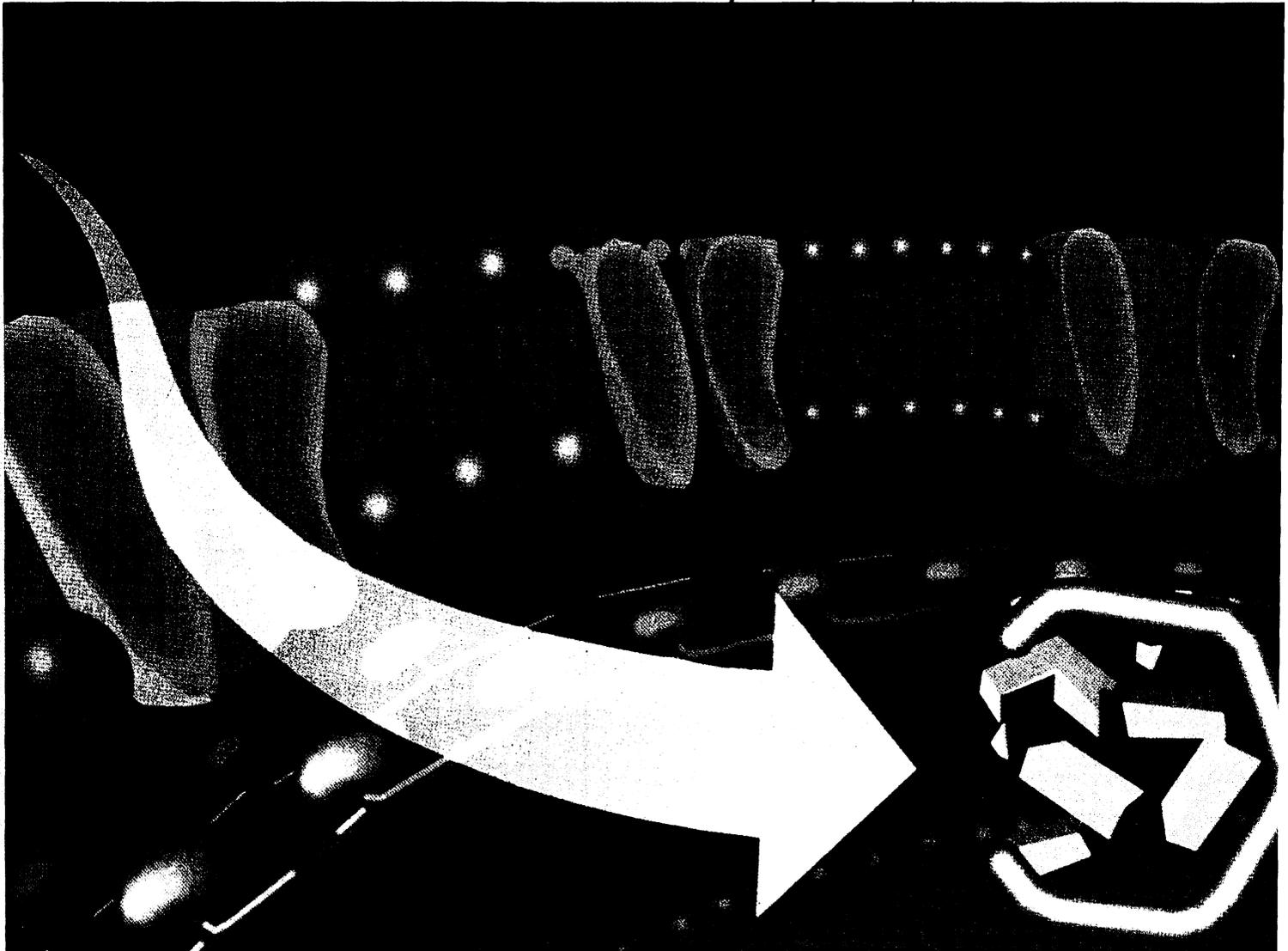
KRANKENHAUS arzt

Zeitschrift für
klinische
Informationen

P 4322 E

9

747-7



Editorial

Der Preis des Heilens

Leitartikel

Die Folgen der Steuerreform 1990

Im Blickpunkt

Onkologie

Aus der klinischen Praxis

Pathologie des Subacromialraums

Wissenschaft und Forschung

Prione als Verursacher spongiformer Enzephalopathien

G. BRAUN 

G. BRAUN
POSTFACH 1709
7500 KARLSRUHE 1
64. JAHRGANG
SEPTEMBER 1991
ISSN 0023-4516

**WISSENSCHAFTLICHER
BEIRAT**

Prof. Dr. D. Bach, Bocholt
 Prof. Dr. D. Berg, Amberg/Oberpfalz
 Prof. Dr. P. Brühl, Bonn
 Priv.-Doz. Dr. W. Brühl, Bad Salzuflen
 Prof. Dr. H.-D. Bundschu,
 Bad Mergentheim
 Prof. Dr. H. G. Dammann, Hamburg
 Prof. Dr. H. Freyberger, Hannover
 Prof. Dr. J. Gille, Lüneburg
 Prof. Dr. G. Gross, Hamburg
 Prof. Dr. F. Hahn, Aalen
 Dr. med. M. Hausel, Weiden
 Prof. Dr. W. Klein, Graz
 Prof. Dr. N. Konietzko, Essen
 Prof. Dr. M. Landthaler, München
 Prof. Dr. E.-G. Loch, Wiesbaden
 Prof. Dr. St. Loening, Iowa
 Prof. Dr. E. Merk, Köln
 Prof. Dr. W.-D. Möller, Bad Bramstedt
 Prof. Dr. P. Pichot, Paris
 Prof. Dr. D. Platt, Nürnberg
 Prof. Dr. W. Pöldinger, Basel
 Prof. Dr. T. Rislér, Tübingen
 Prof. Dr. M. Schirmer, Solingen
 Prof. Dr. H.-P. Schuster, Hildesheim
 Prof. Dr. H.-U. Schweikert, Bonn
 Prof. Dr. B. Simon, Schwetzingen
 Priv.-Doz. Dr. F. Staudt, Passau
 Prof. Dr. W. Vahlensieck, Bonn
 Prof. Dr. W. Wenz, Freiburg
 Prof. Dr. H. Wilken, Rostock
 Priv.-Doz. Dr. M. Wolfersdorf,
 Ravensburg-Weißenau
 Prof. Dr. A. Zehle, Friedrichshafen

Diese Zeitschrift ist bei Excerpta Medica
 (EMBASE) gelistet.

This journal is listed by excerpta Medica
 (EMBASE).

Stand: 1. August 1991

G. BRAUN 

INHALT

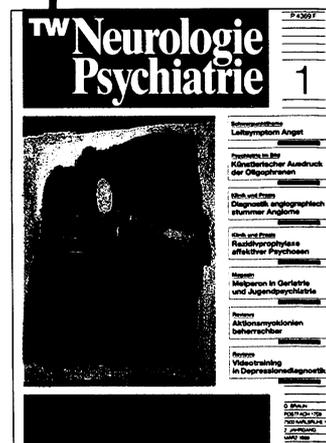
Editorial	<i>L. Schmid / K. Zellmann</i>	
<i>R.-G. Sommer</i>	Nachsorge beim	
Versuchshund Marjorie oder:	Magenkarzinom	442
Der Preis des Heilens		
	<i>G. Rauthe</i>	
	Hormonsubstitution nach	
	gynäkologischen Malignomen	449
	<i>M. Landthaler / O. Braun-Falco</i>	
	Das maligne Melanom	
	der Haut	454
Leitartikel		
<i>W. Strunz</i>		
Die Folgen der Steuerreform		
1990		411
Up to date-Service		
Vertragliche Alternative für		
Akuttherapie und		
Rezidivprophylaxe		414
Nachrichten		
Verapamil überwindet		
Chemotherapie-Resistenz		418
Famotidin zur Therapie der		
Ulkusblutung		418
Review		
Magenkarzinome		420
Magazin		
Therapie der		
Muskelverspannungen: Das		
Übel an der Wurzel packen		421
Im Blickpunkt		
<i>K. Zellmann / L. Schmid</i>		
Magenkarzinom: Disponierende		
Faktoren		431
<i>H. Denecke / H. G. Koebe /</i>		
<i>H. Arbogast</i>		
Chirurgische		
Rezidivbehandlung beim		
Darmkarzinom		439
Aus der klinischen Praxis		
<i>I. Michiels / J. Grimm</i>		
Die Pathologie des		
Subacromialraums		460
Wissenschaft und Forschung		
<i>W.-D. Möller</i>		
Prione als Verursacher		
spongiformer		
Enzephalopathien		466
Report		
Betalaktamase-Inhibitor		
für freie Kombination?		469
Arzt und Recht		448
Impressum		468
Zum Titelbild:		
Schutz von Betalaktam-Antibio-		
tika durch Zusatz eines Betalaktam-		
Inhibitors. Mit freundlicher		
Genehmigung der Firma Pfizer		
GmbH, Karlsruhe.		

CONTENTS

Editorial		<i>L. Schmid / K. Zellmann</i>	
<i>R.-G. Sommer</i>		Cancer of the Stomach:	
Test Dog Marjorie or:		After-care	442
The Price of Healing	405	<i>G. Rauthe</i>	
		Hormone Substitution after	
		Gynaecological Malignoms	449
Leading Article		<i>M. Landthaler / O. Braun-Falco</i>	
<i>W. Strunz</i>		The Malignant Melanoma	
The Consequences of the		of the Skin	454
1990 Tax Reform	411		
General and Clinical Practice			
Up to Date Service		<i>I. Michiels / J. Grimm</i>	
Contractual Alternative to		Pathology of the	
Acute Therapy and Relapse		Subacromial Area	460
Prophylaxis	414		
Science and Research			
News		<i>W.-D. Möller</i>	
Verapamil overcomes Resistance		Priones as the Causes	
to Chemotherapy	418	of Spongiform	
Famotidin against Ulcer		Enzephalopathies	466
Bleeding	418		
Report			
Review		Betalactamase Inhibitor to	
Cancer of the Stomach	420	be combined freely?	469
Magazine			
The Doctor and the Law			448
Therapy of Muscular Tensions:			
To get down at the Root			
of the Trouble	421		
Imprint			
			468
Central Topic			
Cover:			
<i>K. Zellmann / L. Schmid</i>		Protection of betalactam anti-	
Cancer of the Stomach:		biotics by adding a betalactam	
Proning Factors	431	inhibitor. By courtesy of Messrs	
<i>H. Denecke / H. G. Koebe /</i>		Pfizer GmbH, Karlsruhe.	
<i>H. Arbogast</i>			
Surgical Relapse			
Treatment in Intestinal Cancer	439		

**TW Neurologie
Psychiatrie**

**Trifft
den Nerv
der Zeit**



erscheint 10x jährlich
Jahresabonnement 100,- DM
Der Preis gilt für das Jahr 1991

Der Fachverlag
G. BRAUN
steht für
praxisorientierte
wissenschaftliche
Fortbildung

G. BRAUN 
Verlag Zeitschriften
Medizinische Bücher
Postfach 17 09
W-7500 Karlsruhe 1
Telefon: (07 21) 165-392
Telefax: (07 21) 165-227

Bitte senden Sie mir ein
kostenloses Probeexemplar
TW Neurologie Psychiatrie

Name _____
Vorname _____
Fachrichtung _____
Straße _____
PLZ/Ort _____

KHA0991

H. Denecke, H. G. Koebe, H. Arbogast

Chirurgische Klinik und Poliklinik Klinikum Großhadern (Direktor: Prof. Dr. F. W. Schildberg)

Chirurgische Rezidivbehandlung beim Darmkarzinom

Kurzfassung: Beim kolorektalen Karzinom bestehen sowohl für die Resektion von Lebermetastasen als auch für die chirurgische Entfernung eines isolierten lokoregionären Rezidivs kurative chirurgische Therapiechancen in einer Größenordnung von etwa 25 bis 30%.

Summary: In 113 patients resected for liver metastases of colorectal cancer 5-year-survival was 26%; in 104 patients resected for locoregional recurrence 5-year-survival was 34%. If recurrence of colorectal cancer occurs solitary or even locally restricted, treatment by surgical resection should be considered first.

operiert wurden, war die Operationsletalität nach allen chirurgischen Eingriffen 1,8%, nach Resektionen 1,3% (2/155) und nach größeren Resektionen 2,7% (2/74 Patienten). Die nach Resektion kokorektaler Metastasen nochmals erreichte 5-Jahres-Überlebensrate betrug 23% bei solitären, 22% bei singulären und 11% (22% nach 2 Jahren) bei multiplen entfernten Lebermetastasen (Abb. 1).

→ Schlüsselworte

Darmkarzinom, Lebermetastasen

Trotz aller tumortherapeutischen Erfolge ist für kolorektalen Karzinome zu etwa 50% mit einem Rückfall zu rechnen [4, 9]. Zu 10% bis 20% ist die Leber der alleinige Sitz des Rezidivs und dieses damit chirurgischen und regionalen Therapiearten zugänglich. Beim Rektumkarzinom ist am häufigsten das kleine Becken Sitz des Rückfalles in Form eines lokoregionären Rezidivs [3].

Resektabilität letzten Endes exakt nur intraoperativ gestellt werden.

Auch größere Resektionen, wie Hemihepatektomien und Trisegmentektomien werden heute mit einem Operationsrisiko durchgeführt, welches vor dem Hintergrund der andernfalls völlig infausten Prognose akzeptabel ist. Im eigenen Krankengut von insgesamt 226 Patienten die von 1977 bis 1990 wegen Metastasen jeglicher Primärtumoren

Mit Resektionen, die sich in der modernen Leberchirurgie an den anatomischen Segmenten orientieren [16] und die damit neben einer geringeren postoperativen Komplikationsrate auch weitere Absetzungsabstände von der Metastase ermöglichen, wurde die Radikalität verbessert (Abb. 2). Entsprechend stieg die Zahl der Segmentektomien, Bisegmentektomien und Hemihepatektomien zuungunsten der atypischen Resektionen in den letzten Jahren an.

Daß entgegen anderen Auffassungen nach zeitlich kurzem Auftreten der Metastasen doch mit einer

Lebermetastasen

Die bildgebenden Verfahren, wie Sonographie und Computertomographie sind für die Diagnostik der Lebermetastasierung unverzichtbar und entscheiden häufig auch die Differentialtherapie. Dennoch soll die Indikation zur Probelaparotomie großzügig gestellt werden, wenn nicht allgemeine Risikofaktoren als Kontraindikation bestehen. Oft genug kann die Frage der

Tabelle 1 Kolorektale Lebermetastasen: Spätprognose nach Resektion (Literaturübersicht)

Autor	Jahr	Patienten n	Überleben		
			3 J.	5 J.	median
Fostner et al.	1981	40		22%	21 Mon.
Fortner et al.	1983	65		30%	
Adson et al.	1986	141	40%	23%	28 Mon.
Ekberg et al.	1986	72	30%	16%	22 Mon.
Gall, Scheele	1986	85	38%	32%	
Hohenb. et al.	1988	65	21%	16%	25 Mon.
Iwatsuki, Starzl	1988	90	50%	36%	
Ringe et al.	1990	157	44%	23%	35 Mon.
Denecke et al.	1990	113	37%	26%	30 Mon.

Nach einem Vortrag des 15. Oberstaufener Symposium für praktische Onkologie

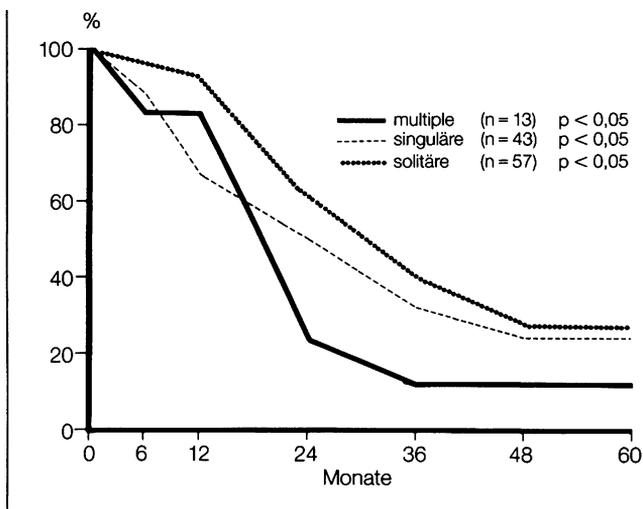


Abbildung 1 Kolorektale Lebermetastasen: Spätprognose nach Resektion solitärer, singulärer und multipler Metastasen. Chirurgische Universitätsklinik München (Direktor: Prof. Dr. F. W. Schildberg) Klinikum Großhadern 1977—1990

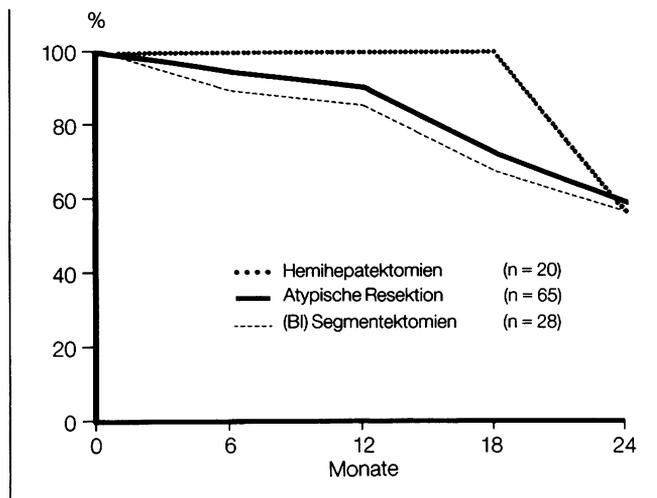


Abbildung 2 Kolorektale Lebermetastasen: Spätprognose nach Resektion solitärer und singulärer Metastasen in Abhängigkeit vom Resektionsverfahren

schlechteren Prognose zu rechnen ist, zeigte sich in der Tatsache, daß bei synchron mit dem Primärtumor entfernten Metastasen die Spätprognose wesentlich ungünstiger war als bei metachron aufgetretenen und resezierten Herden.

In der Literatur ist mit einer 5-Jahres-Überlebensrate von etwa 20 bis 40% nach Resektionsbehandlung zu rechnen (Tab. 1) [13].

Lokoregionäres Rezidiv

Wegen dieser Rückfall-Manifestation wurden im eigenen Krankengut 309 Patienten elektiv operiert. Davon konnten etwa 1/3 mit kurativer Intention angegangen werden (Tab. 2). Das Operationsrisiko dieser Eingriffe war mit einer Mortalität von 1,0% (1/104 Patienten)

ten) gering, ist aber auch Ausdruck einer klinischen — unvermeidlichen — Selektion. Wurde der Eingriff palliativ durchgeführt, war die Operationsletalität mit 10,7% (22/205 Patienten) deutlich höher. Der Median der Überlebenszeit war nach kurativen Eingriffen 43 Monate mit einer 5-Jahres-Überlebensrate von 34%. 25% aller kurativ angegangenen Patienten wiesen nach 5 Jahren

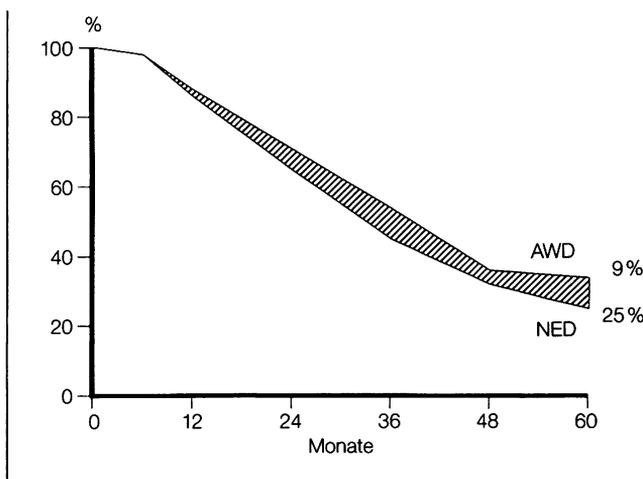


Abbildung 3 Kolorektales lokoregionäres Rezidiv: Spätprognose „kurativ“ resezierter Rezidive (eigenes Krankengut 1977—1989)

Tabelle 2 Kolorektales lokoregionäres Rezidiv: Kurativ und palliativ operierte Patienten (nur elektive Indikation).

Chirurgische Universitätsklinik München (Direktor: Prof. Dr. F. W. Schildberg) Klinikum Großhadern 1977—1989

Therapieanspruch	Patienten n
kurativ	104 (33,7%)
palliativ (Tumorsektion)	128 (41,4%)
palliativ (Umgehung)	77 (24,9%)
gesamt	309 (100%)

Tabelle 3 Kolorektales lokoregionäres Rezidiv: Spätprognose nach Operation (Literaturübersicht — Autoren mit mehr als 100 Patienten)

Autor	Jahr	gesamt n	davon kurativ operiert			
			n	Überleben		
				2 J.	5 J.	median
Cass et al.	1975	105				
Welch et al.	1978	177	23	48%	30%	
Hermanek et al.	1982	167	33		33%	
Herfarth et al.	1985	117	27			17 Mon.
Schildberg et al.	1985	127	16	64%	23%	29 Mon.
Stulc et al.	1986	158	8			23 Mon.
Eigene	1990	309	104	71%	34%	42 Mon.

keinen Anhalt für einen Tumorrückfall auf (NED 25%) (Abb. 3). 9% überlebten zwar um diese Zeitspanne, aber lokal oder systemisch war das Tumorleiden wieder aufgetreten (AWD 9%). nach palliativen Eingriffen lag der Median der Überlebenskurve bei 10 Monaten und die 3-Jahres-Überlebensrate bei 5%. Je radikaler bei der Erstoperation vorgegangen war, was neben der Tumorsektion besonders die Ausräumung der regionalen Lymphbahnen betrifft, umso geringer waren die Aussichten, das Rezidiv nochmals „kurativ“ anzugehen. „Zentrale“ Rezidivlokalisationen, wie Blasenostium, mittleres und oberes Os sacrum, Lymphknotenbefall parailiakkal an der Linea terminalis mit oder ohne Ureterobstruktion waren nahezu immer nur palliativ anzugehen. Dagegen konnten beckenwandfernere Rezidive, beispielsweise mit Resektion am Blasendach, im Perineum, am Steißbein, am Anus praeter, in der Bauchdecke oder an anderen intraabdominellen Organen, wie Dünndarm oder Kolon häufiger mit kurativer Chance entfernt werden.

Wegen der operationstechnisch äußerst ungünstigen Möglichkeiten, beispielsweise kleine Rezidive in den Logen des Beckens aufzufinden, sehen wir von einer sog. „blind-laparotomy“ bei CEA-Erhö-

hung ohne vorherigen Lokalisationsnachweis möglichst ab. Durch Computertomogramm, NMR, besser noch Radio-Immunszintigraphie [18] sollte eine Laparotomie mit einem klaren Explorationsziel angestrebt werden.

Nach Literaturangaben ist mit einer 5-Jahres-Überlebensrate von etwa 25 bis 30% zu rechnen (Tab. 3).

Literatur

- [1] Adson M. A.: World J. Surg. 11, 511 (1987)
- [2] Cass A. W., R. R. Million, W. W. Pfaff: Cancer 37, 2861 (1976)
- [3] Denecke H., N. Demmel, G. Heberer: Dig. Surgery 3, 104 (1986)
- [4] Denecke H., B. Wiebecke, A. Schalhorn, J. Lange, K. W. Jauch, R. Lamerz, Th. Wendt, K. Zellmann: In: Heberer G., H. Denecke, H. Ehrhard: Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge gastrointestinaler Tumoren. 2. Aufl. Selbstverlag Tumorzentrum München, 1988
- [5] Ekberg H., K. Trauberg, R. Andersson, C. Lundstedt, J. Hägerstrand, J. Ranstam, S. Bengmark: Br. J. Surg. 73, 727 (1986)
- [6] Fortner J. G., J. S. Silva, R. B. Golbey, E. B. Cox, B. J. Maclean: Ann. Surg. 199, 306 (1984)
- [7] Foster J. H., J. Lundy: Curr. Probl. Surg. 18, 161 (1981)
- [8] Gall F. P., J. Scheele: in: Schildberg F. W. (Hsrg.): Bibliomed Melsungen S. 223 (1986)
- [9] Heberer G., H. Denecke, E. Pratschke, R. Teichmann: World J. Surg. 6, 517 (1982)
- [10] Herfarth C., P. Schlag, P. Hohenberger: Chirurg 56, 492 (1985)
- [11] Hermanek P., F. P. Gall, A. Altendorf: Langenbecks Arch. Chir. 356, 289 (1982)
- [12] Hohenberger P., P. Schlag, V. Schwarz, Ch. Herfarth: Chirurg 59, 410 (1988)
- [13] Hughes K. et al.: Surgery 100, 278 (1986)
- [14] Iwatsuki S., T. Starzl: Ann. Surg. 208, 421 (1988)
- [15] Ringe B., W. O. Bechstein, R. Raab, H. J. Meyer, R. Pichlmayr: Chirurg 61, 251 (1990)
- [16] Scheele J.: Chirurg 60, 251 (1989)
- [17] Schildberg F. W., V. Lange, E. Thies, G. Meyer: Chirurg 56, 15 (1985)
- [18] Scheidhauer K., A. Landthaler, H. Denecke, F. H. Stefani, U. Schumacher, G. Leinsinger, E. Moser: Digit. Bilddiagnostik 7, 134 (1987)
- [19] Stulc J. P., N. J. Petrelli, L. Herrera, A. Mittelman: Arch. Surg. 121, 1077 (1986)
- [20] Welch J. P., G. A. Donaldson: Am. J. Surg. 135, 505 (1978)

Für die Verfasser: Prof. Dr. med. H. Denecke, Chefarzt der Chirurgischen Klinik I, Leopoldina-Krankenhaus, Gustav-Adolf-Straße 8, 8720 Schweinfurt