

Repräsentative Studien z. Qualitätssicherung b. Colon-Ca durch eine klin. Forschergruppe (2020-A-59-OECK)

- 1) Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- & Transplantationschirurgie, Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R., MAGDEBURG;
- 2) Klinik für Allgemein- & Viszeralchirurgie, St Josef Hospital, SALZKOTTEN;
- 3) AN-Institut für Qualitätssicherung, Otto-von-Guericke-Universität, MAGDEBURG (Deutschland)

61. Österreichischer Chirurgenkongress – WIEN, 17./18. 10. 2020

www.med.uni-magdeburg.de

S. Krueger (1),
T. Goldbach (1),
J. Middelhoff (1),
H. Ptok (1),
R. Steinert (2),
R. Otto (3),
I. Gastinger (3),
H. Lippert (3),
F. Meyer (1)

EINLEITUNG: Qual.-Sicherg.-Studien können einen wichtigen Beitrag z. Optimierg. d. diagnostisch & therapeut. Prozederes unter der stetigen Verbesserg. d. Pat.-Outcomes in der onkochir. Behandlg. d. Kolon-Ca (KK) leisten.

ZIEL: Auswertg. v. Ergebnissen einer prospektiven multizentr. Beob.-Studie z. op. Behandlung v. Darmkrebs unter Zusammenfassg. derer Konsequenzen für die tägl. op. Praxis i. R. der Vers.-Forschg. (Qual.-Sicherg.)



MEDIZINISCHE FAKULTÄT
UNIVERSITÄTSKLINIKUM MAGDEBURG A.Ö.R.

© S. Krüger IX/2020

Method: Konsekutive Pat. mit histologisch gesichertem primären Colon-Ca wurden multizentrisch prospektiv erfasst & i.R. der über mehrere Jahre laufenden Beob.-Studie bzgl. prä-, peri- & postop. Qual.-Parameter auf das frühpostop. & onkochir. Langzeit-Outcome unter spez. Fragestellungen analysiert.

Colon resection

Insufficiency rates

	2010	2011	2012	2013	2014	P	In total
Patients w/ anastomosis	2,971	2,820	2,432	1,860	1,575		11,758
Patients w/ postop. anastomotic insufficiency	178	163	154	115	88		698
Insufficiency rate	6.0 %	5.8 %	6.3 %	5.9 %	5.6 %	0.881	5.9 %

Insufficiency rates depending on the type of resection

	Absolute frequency	Relative frequency	P (vs. average)
Left extended hemicolectomy	40/ 369	10.8 %	< 0.001
Resection of the transversal colon	31/ 316	9.8 %	0.003
Right extended hemicolectomy	82/1,047	8.7 %	0.007
Left hemicolectomy	102/1,218	8.4 %	< 0.001
Extended resection of the Erw. Transversumresektion	7/ 86	8.1 %	0.387
Resection of the sigmoid colon	177/2,941	6.0 %	0.824
Right hemicolectomy	204/4,954	4.1 %	< 0.001

Laparoscopic colon surgery

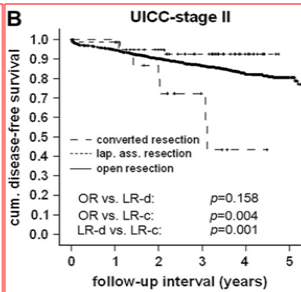
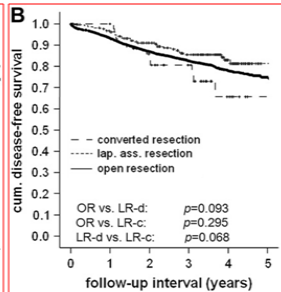
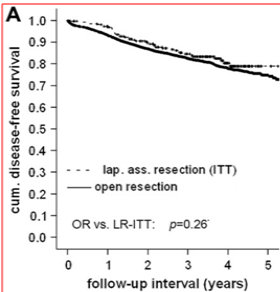
Conversion from laparoscopic to open colonic cancer resection – Associated factors and their influence on long-term oncological outcome

H. Ptok^{a,d,g}, R. Kube^{a,b}, U. Schmidt^c, F. Köckerling^{a,c}, I. Gastinger^{a,d}, H. Lippert^{a,b} the "Colon/Rectum Carcinoma (Primary Tumor)" Study Group

EJSO 35 (2009) 1273–1279

Absolute and relative frequencies of reasons for conversion, total and stratified by UICC stage.

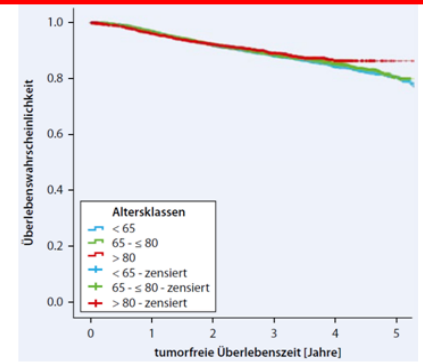
Reason for conversion	Frequency Absolute (N)	UICC stage			
		I (N)	II (N)	III (N)	IV (N)
Adhesion	9	5	2	2	
Ureter injury	1		1		
Intestinal injury (distal to tumor)	4	3	1		
Problems with the captoperitoneum	3		2	1	
Tumor location	3	1		2	
Unclear anatomy	8	2	4	2	
Injury to blood vessel	2		2		
Size or extent of tumor	9		5	4	
Intra-operative tumor perforation	3	1	2		
Other	14	7	2	5	
Total	56	19	21	16	



Colorectal tumor surgery in the elderly. Results of quality assurance

H. Ptok¹, I. Gastinger¹, F. Meyer^{1,2}, F. Marusch³, R. Otto¹, H. Lippert^{1,2} für die Studiengruppe „Kolon/Rektum-Karzinom“

Chirurg 2013 · 84:296–304



Tab. 7 Laparoskopische Resektionen beim Kolonkarzinom (2009–2011) in den Altersgruppen (elektive radikale Resektionen)

	<65 Jahre	65–79 Jahre	≥80 Jahre	p
Laparoskopische Resektionen (ITT)	21,9%	17,8%	13,6%	<0,001
ITT „intention-to-treat“				

Tab. 8 Morbidität und Letalität nach laparoskopischer Resektionen beim Kolonkarzinom (2009–2011) in den Altersgruppen (elektive radikale Resektionen)

	<65 Jahre	65–79 Jahre	≥80 Jahre	Gesamt
Morbidität				
Laparoskopisch (ITT)	21,5%	27,5%	31,9%	26,5%
Konventionell	25,7%	34,9%	40,6%	34,2%
	n.s.	<0,001	0,011	<0,001
Letalität				
Laparoskopisch (ITT)	0,8%	1,3%	3,8%	1,6%
Konventionell	0,9%	2,8%	6,2%	3,2%
	n.s.	0,001	n.s.	<0,001
ITT „intention-to-treat“				

Tab. 9 Allgemeine postoperative Komplikationen in den Altersgruppen (Kolon)

Komplikationen	2000–2004			2009–2011				
	<65 Jahre	65–79 Jahre	≥80 Jahre	p	<65 Jahre	65–79 Jahre	≥80 Jahre	p
Keine	84,0%	76,2%	65,8%	<0,001	87,0%	79,6%	69,8%	<0,001
Harnwegsinfekt	3,7%	5,8%	9,2%	<0,001	2,1%	4,0%	5,8%	<0,001
Pulmonal	2,4%	4,1%	6,9%	<0,001	2,2%	4,0%	7,3%	<0,001
Pneumonie	2,3%	4,3%	7,3%	<0,001	2,9%	4,5%	8,0%	<0,001
Kardial	1,6%	4,8%	9,5%	<0,001	1,5%	4,8%	9,2%	<0,001
Renal	0,8%	1,6%	2,6%	<0,001	0,9%	2,4%	4,4%	<0,001
Multigorganversagen	0,5%	1,0%	2,3%	<0,001	0,7%	1,6%	3,1%	<0,001

Primary HARTMANN's procedure at the left colon

CATEGORY [n(%)]	Hartmann's	Σ resection	Hemicolect.	Sign. niveau
Age [years]	70	68	68	$P = 0.001$
Emergency	213 (50.5%)	206 (4.4%)	134 (6.5%)	$P < 0.001$
UICC III	146 (35.3%)	> 1.229 (28.1%)	> 657 (32.4%)	$P < 0.001$
UICC IV	117 (28.3%)	> 807 (17.6%)	> 277 (13.6%)	$P < 0.001$
ASA III	189 (44.9%)	1.718 (36.5%)	728 (35.5%)	$P < 0.001$
ASA IV	46 (10.9%)	116 (2.5%)	62 (3.0%)	$P < 0.001$
Morbidity Total	199 (47.2%)	> 1.355 (28.7%)	679 (32.9%)	$P < 0.001$
Morbidity Emergency	106 (49.8%)	> 82 (39.8%)	63 (47.0%)	$P = 0.112$
Mortality Total	26 (6.2%)	86 (1.8%)	59 (2.9%)	$P < 0.001$
Mortality Emergency	16 (7.5%)	≤ 19 (9.2%)	= 12 (9.0%)	$P = 0.802$

CORNER POINTS

Allgemeine Beschwerden haben nicht zwangsläufig einen signifikanten Einfluss auf das operative Ergebnis.

Das Alter stellt einen möglichen Risikofaktor, jedoch keine Kontraindikation in der chirurgischen Versorgung des kolorektalen Karzinoms dar.

Die Hartmann-Operation verfügt nach wie vor über eine einschlägige Indikation bei Hochrisikopatienten oder in Notfallsituationen mit begleitender Tumorperforation des linken Hemikolons oder Rektums.

Die in den Kliniken registrierte Fallzahl an durchgeführten Darmoperationen bei kolorektalem Karzinom hat keine signifikante Auswirkung auf die kurzfristige postoperative Ergebnisqualität.

Der SEMS (selbstexpandierende Stent) ist eine effiziente Maßnahme in der minimal-invasiven palliativen Behandlung von malignen obstruierenden kolorektalen Karzinomen bei gleichzeitig erheblicher Reduzierung der postoperativen Komplikation.

Die Durchführung der laparoskopischen Versorgung des Kolonkarzinoms ist nur bei einem gut definierten Pool von Patienten sinnvoll (zumeist jüngeres, gesünderes Patientenkontinuum). Deren Durchführung sollte in der Hand von erfahrenen Operateuren liegen, da die Konversion in die offene Resektion mit einer erheblichen Erhöhung der Morbidität und Letalität sowie Hospitalisierungszeit einhergeht.

Die Anastomosensuffizienz nach Kolonresektion ist eine seltene, jedoch schwerwiegende Komplikation, welche mit spezifischen Risikofaktoren assoziiert ist - deren Kenntnis in der perioperativen Entscheidungsfindung ist von essenzieller Bedeutung, um eine Erhöhung der Morbidität und Letalität zu verhindern.

Das aktuell vorgeschlagene deutschlandweite Modell zur Qualitätsbewertung zeigt valide und vergleichbare Ergebnisse zu bevölkerungsbezogenen Studien. Es benötigt keinerlei Unterstützung vom Gesundheitssystem, um dessen Implementierung in jedem Krankenhaus weltweit zu ermöglichen.

Es besteht keinerlei Notwendigkeit zur Zentralisierung der kolorektalen Chirurgie in Krankenhäuser der Tertiärversorgung, da die Ergebnisqualität auf allen Ebenen der Versorgung gleichwertig ist.

© S. Krüger IX/2020



SCHLUSSFOLGERUNG: Die Erfassung v. Daten **i)** einer repräsentativen Anzahl v. Patienten, **ii)** auf jeder Ebene der med. (chir.) Versorgung, **iii)** über einen angemessenen Unters.-Zeitraum & **iv)** z. Charakterisierung einer adäqu. tägl. chir. Praxis & deren ausreichender Analyse sowie Interpretation kann wichtige Hinweise & Kenntnisse f. die zukünftige Pat.-Betreuung geben.