

Sarkome / GIST / Desmoide



Partner



Weichteilsarkome

- **Heterogene Gruppe von > 50 histologischen Subtypen**
- **30% aller Weichteilsarkome treten am Rumpf auf, wenn dann meistens retroperitoneal**
 - **am häufigsten ist das Liposarkom und das Leiomyosarkom**
- **30% aller Weichteilsarkome bekommen Fernmetastasen**
 - **Hierbei ist fast immer die Lunge betroffen!**
 - **Lymphknotenmetastasen sind äusserst selten**

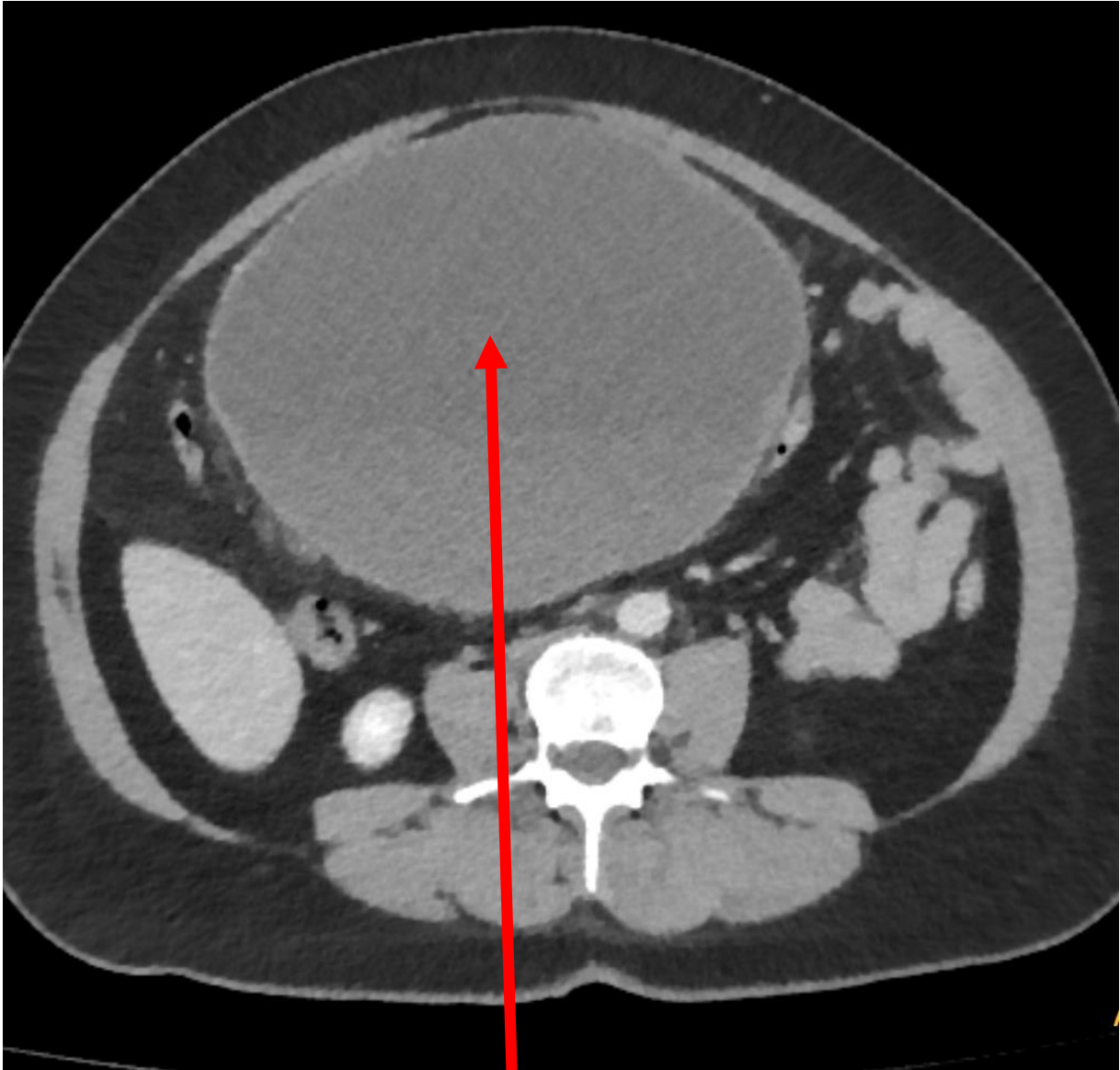
Staging – retroperitoneale Sarkome

- **1. CT Thorax/Abdomen mit venösen iv. Kontrast**
- **2. MRI als Zusatzoption, insbesondere im kleinen Becken**
- **3. ev. seitengetrennte Nierenfunktionsszintigraphie**
- **4. Prätherapeutische Stanzbiopsie**
 - **Stichkanalmetastasen sind extrem selten**
 - **aber: Stichkanal immer von dorsolateral (nicht durchs Peritoneum)!**
 - **keine offene/laparoskopische Biopsien**

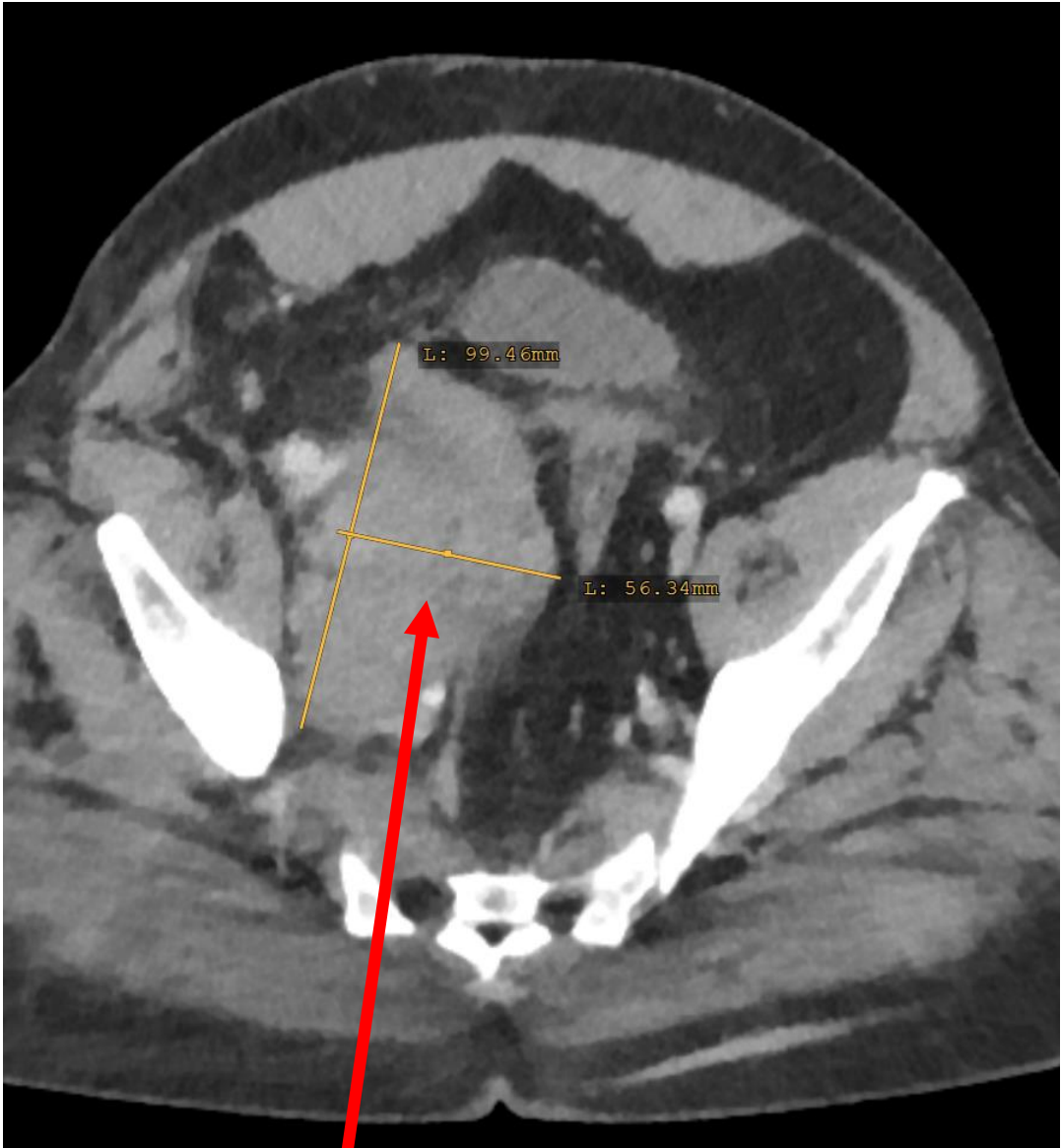
Immer Stanzbiopsie?



Liposarkom



GIST



Lymphom

Ziel der Stanzbiopsie:

1. Ist es ein Sarkom?

- **Vermeiden von unnötigen Resektionen zum Beispiel bei Lymphom, Desmoidfibromatose oder Keimzell-Tumore**

2. MDM2-Bestimmung

- **zur Differenzierung von einem harmlosen Lipom versus einem Liposarkom**

3. Unterscheidung Liposarkom oder Leiomyosarkom

- **Festlegung einer neoadjuvanten Therapie**

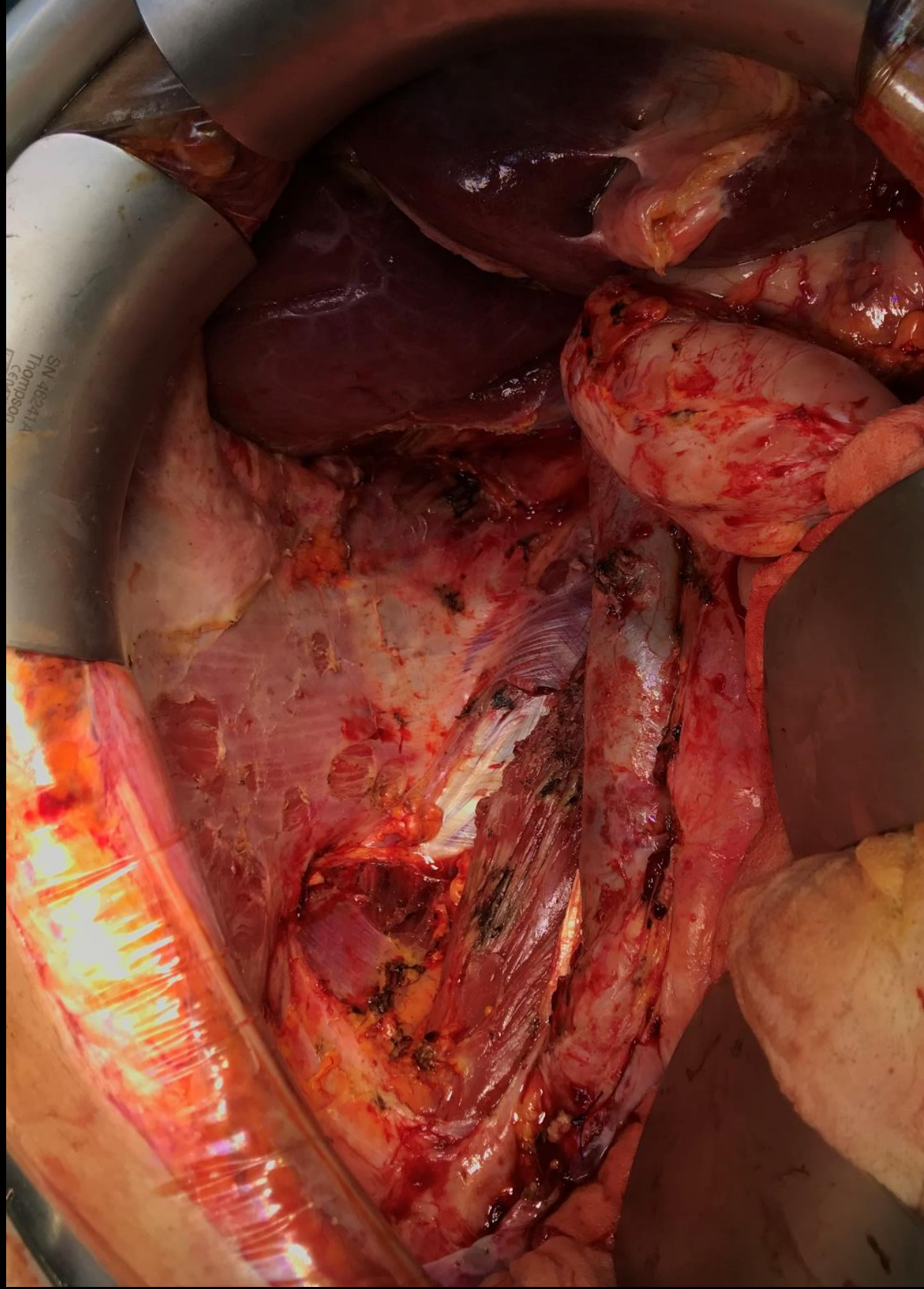
Ziel der Chirurgischen Resektion

1. On-Bloc-Resektion mit dem Ziel einer R0-Resektion!

- **Risikoreduktion von R1-Resektion:**
 - **gegen anterior: Mesokolon als Grenzfläche gegenüber dem Peritoneum auf dem Tumorbelassen auch wenn das Kolon selber nicht infiltriert ist**
 - **gegen dorsal: Muskelgewebe (M.psoas) und perirenales Fettgewebe mit ev. Niere mitresezieren**

2. Kritische Stellen:

- **Duodenum mit Pankreaskopf**
- **Nervus femoralis**



On-bloc-Resektion



Sinn eines Organerhalt? Risikoreduktion

Lokale Kontrolle und Überleben ist nicht nur von den Resektionsabständen abhängig, sondern auch von den Komplikationen

- **R1-Resektion mit Erhalt von Pankreaskopf oder Nervus femoralis/ischiadicus kann sinnvoll sein und muss individuell abgewogen werden**

**Risikoreduktion eines Lokalrezidiv versus
potentieller Komplikationen oder Langzeit-Dysfunktionen**

- **Positive Resektionsränder (R1-Resektionen) können ein Zeichen von schlechter Chirurgie sein, oder aber auch von einer aggressiven Tumorbilologie oder Risikoadjustierung durch den Chirurgen**

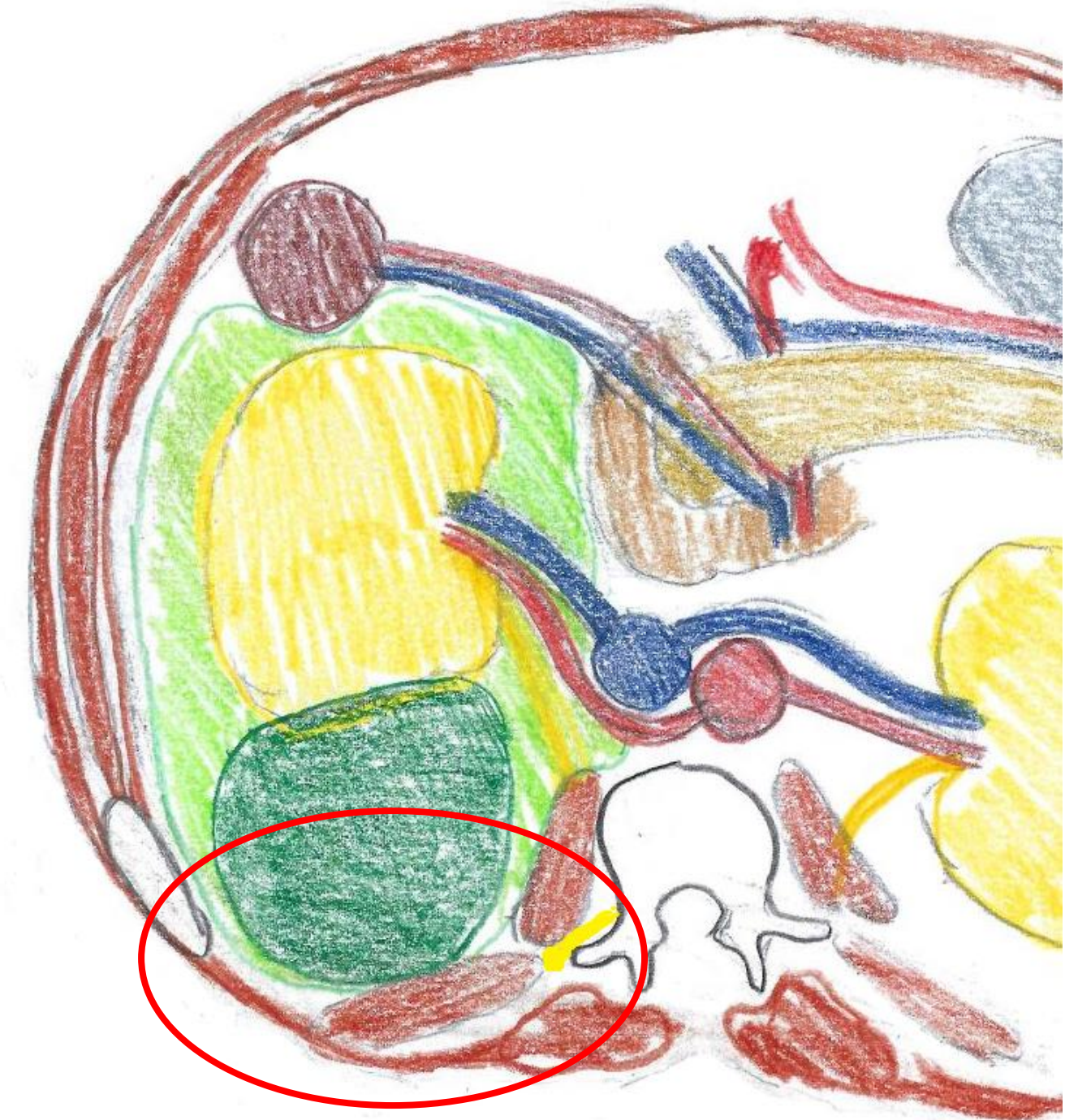


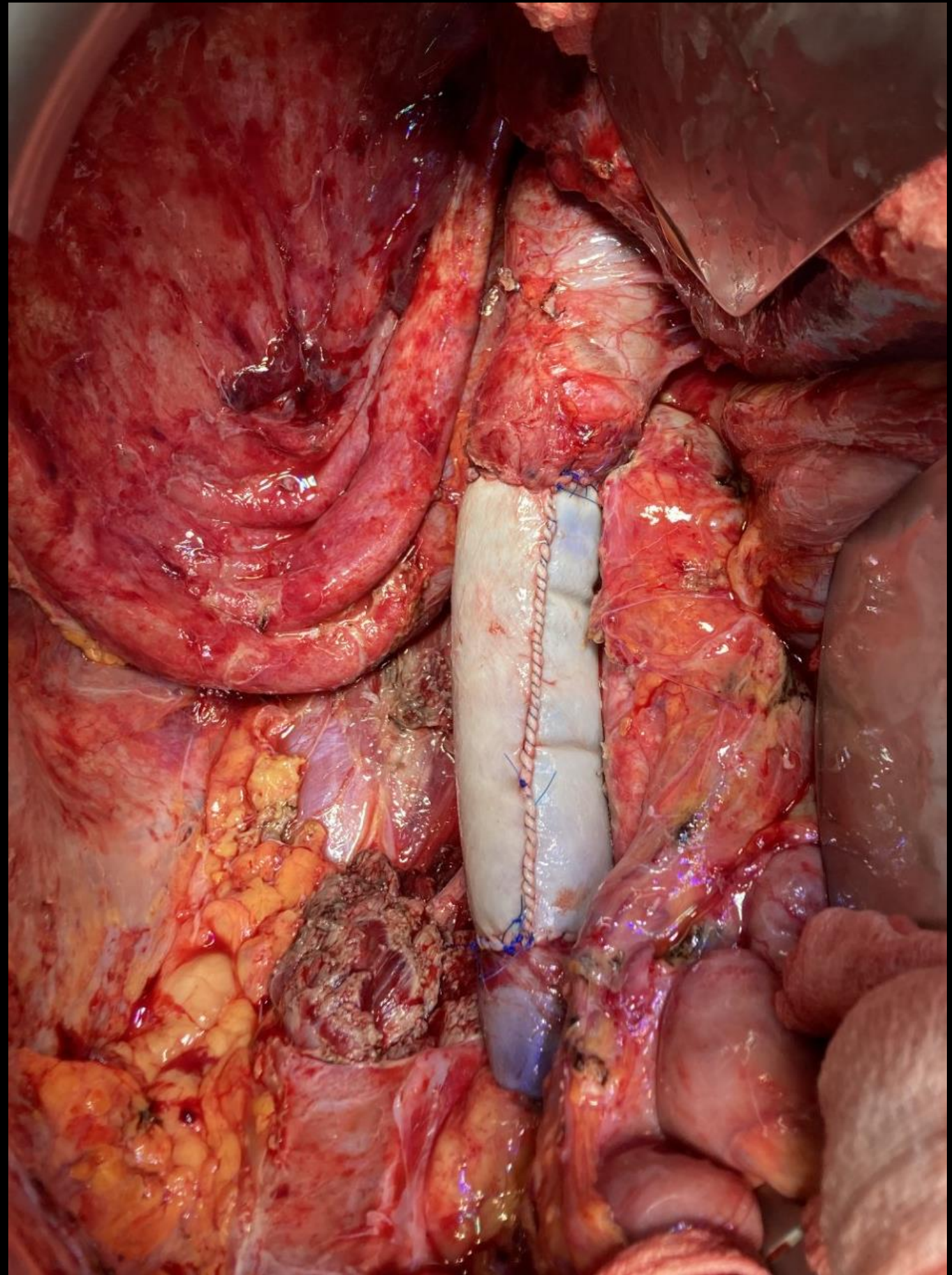
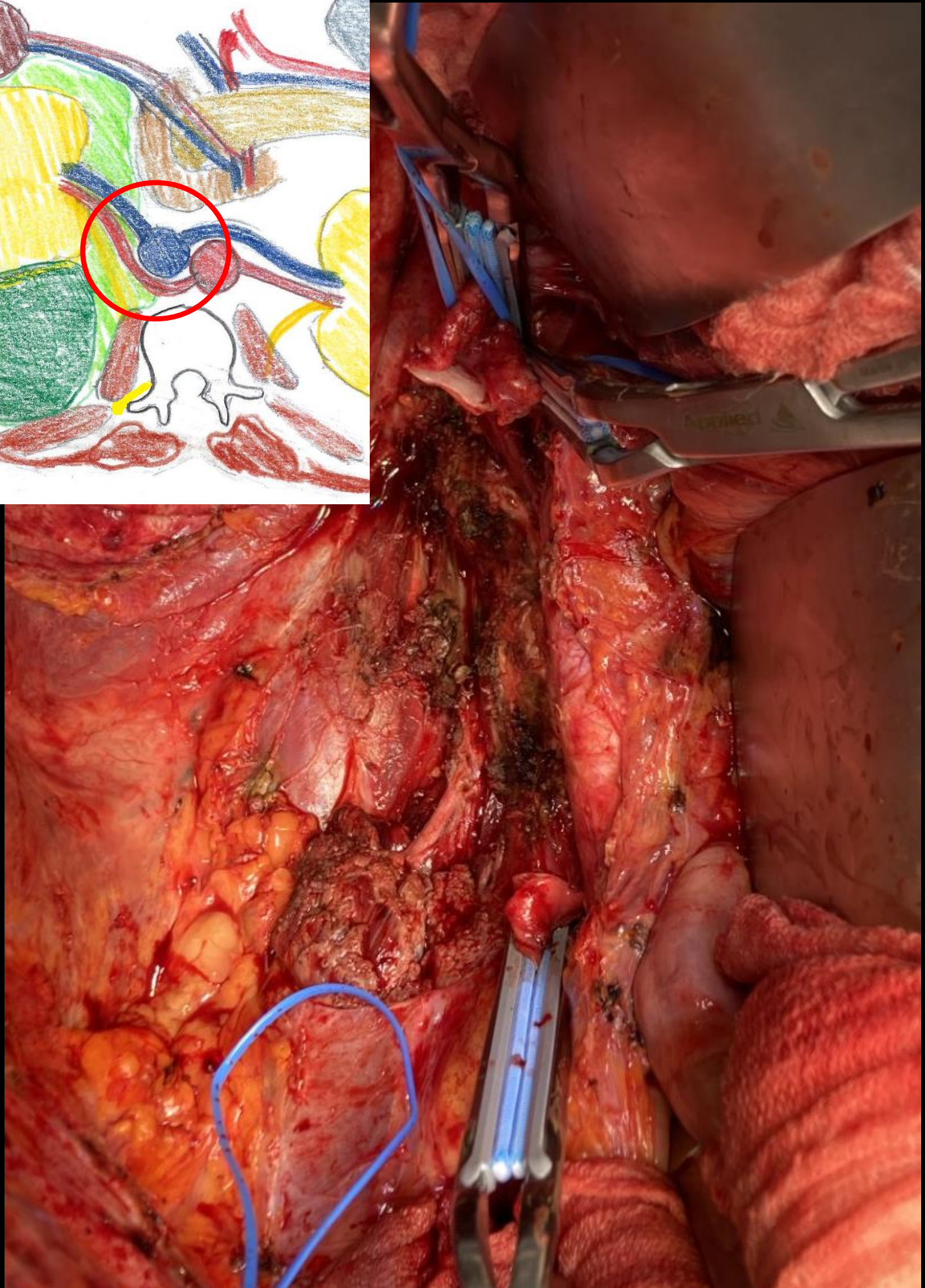
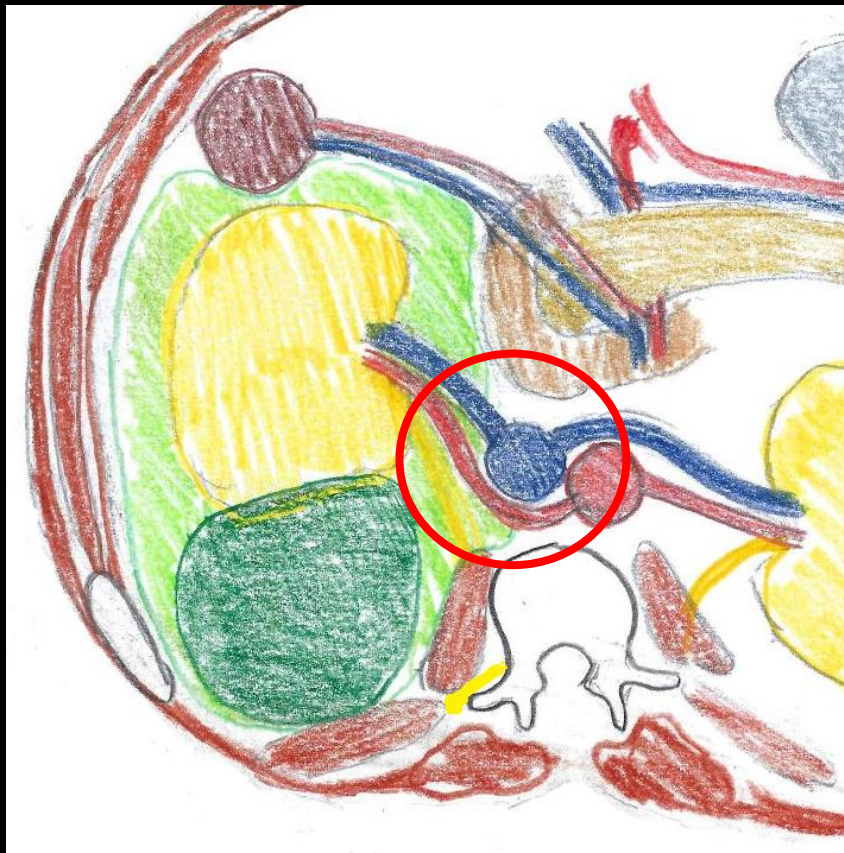
Präoperative Therapien

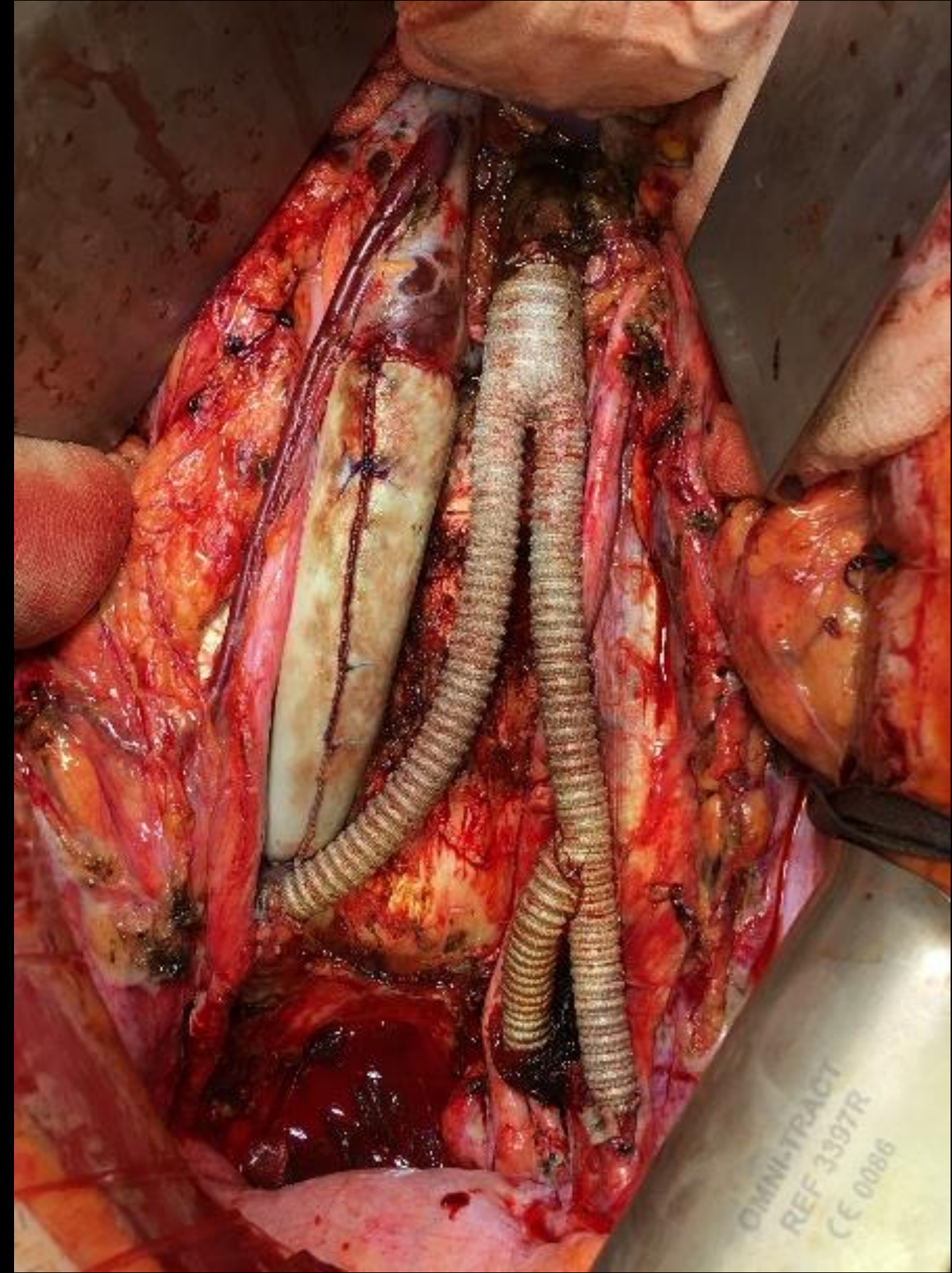
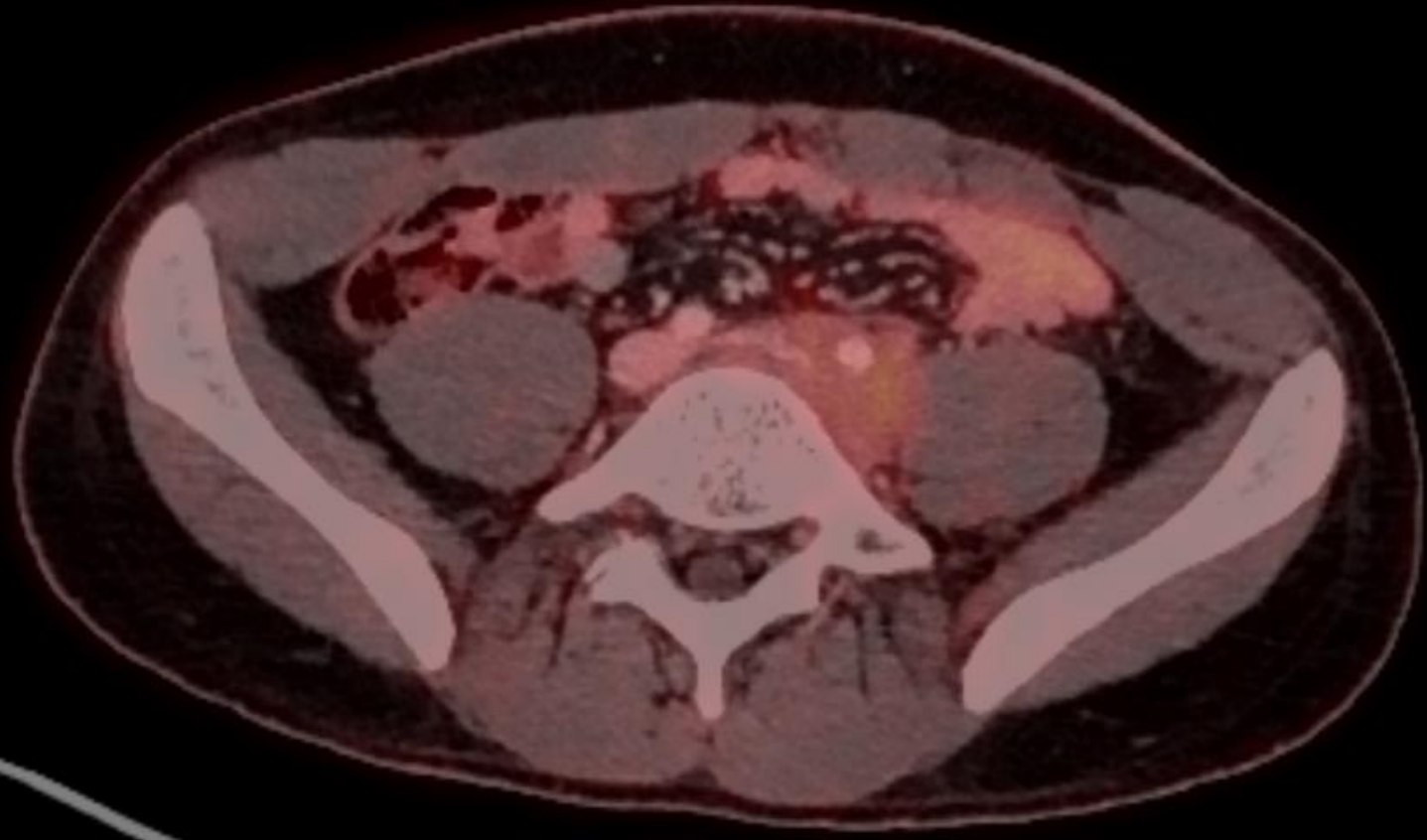
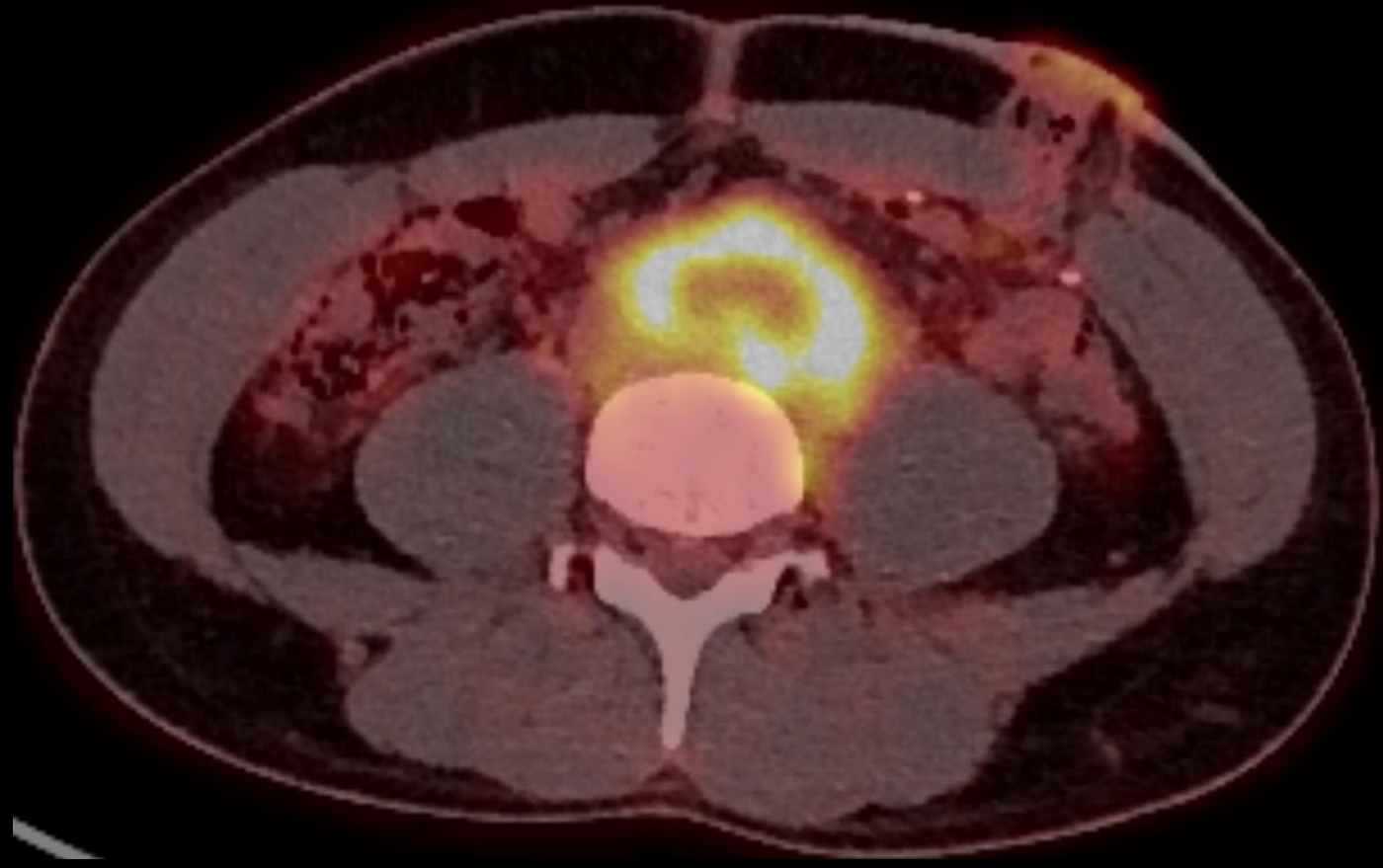
R0-Resektion ist Teamwork

Risikoreduktion einer R1-Reduktion durch eine neoadjuvante Radiotherapie im Bereich des dorsalen Resektionsrand

Gemeinsamer Entscheid am interdisziplinären Sarkomboard





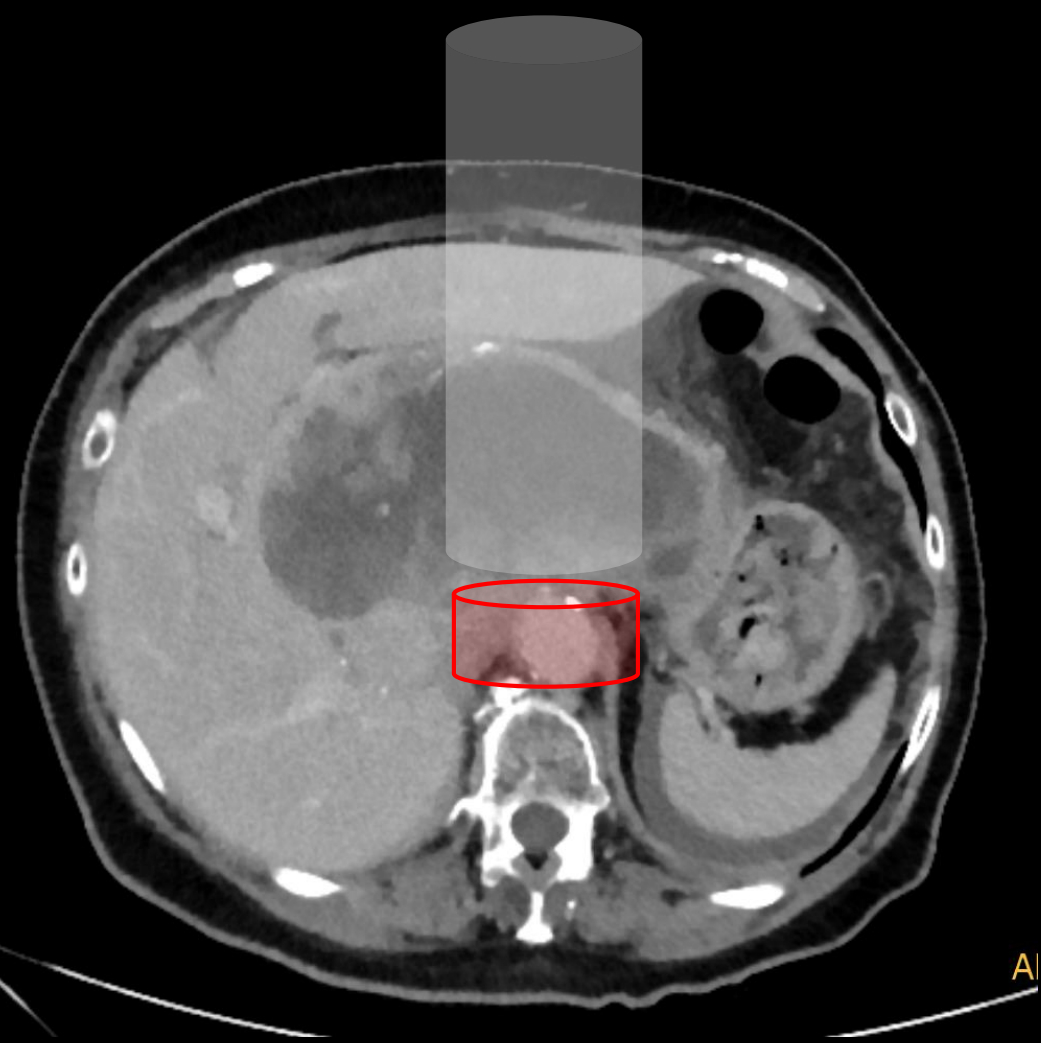


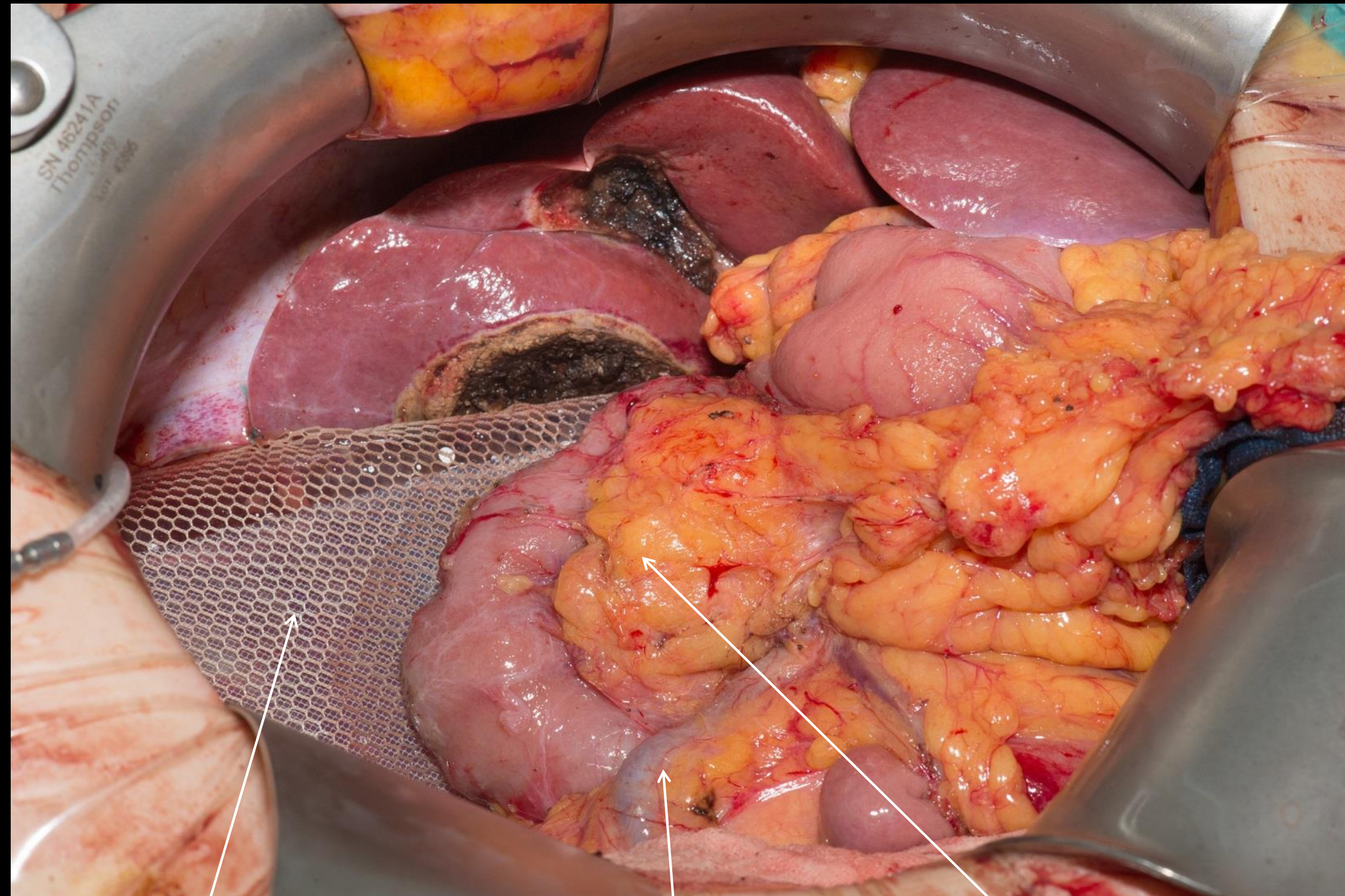
Spezielle Situationen

zB wenn präoperative Radiotherapie nicht möglich war:

1. Intraoperative Radiotherapie

2. Spacer für postoperative Radiotherapie





Spacer

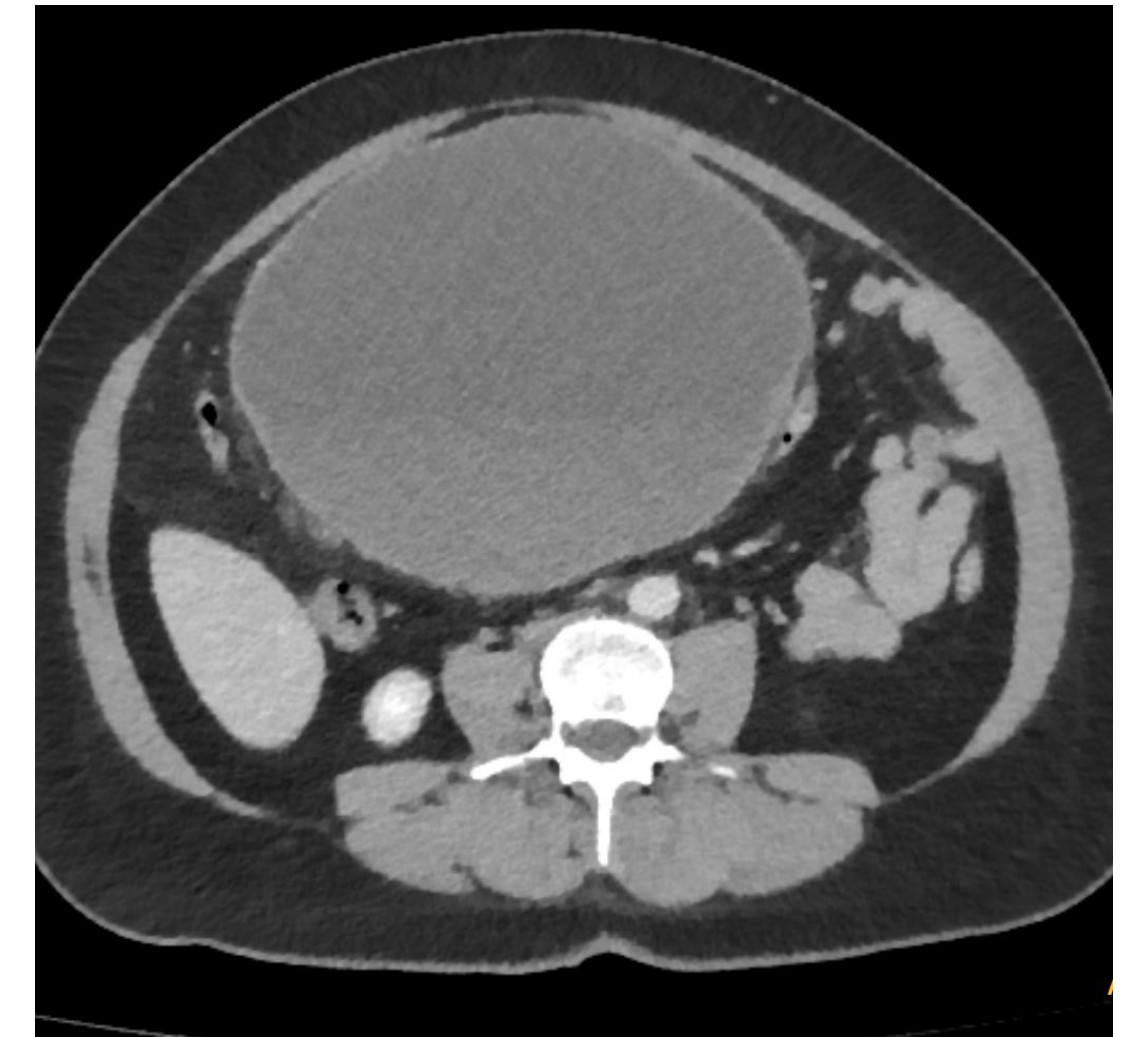
V. mes. superior

**Duodenum/
Pankreaskopf**

Intraabdominale GIST

Keine transperitoneale Stanzbiopsie!

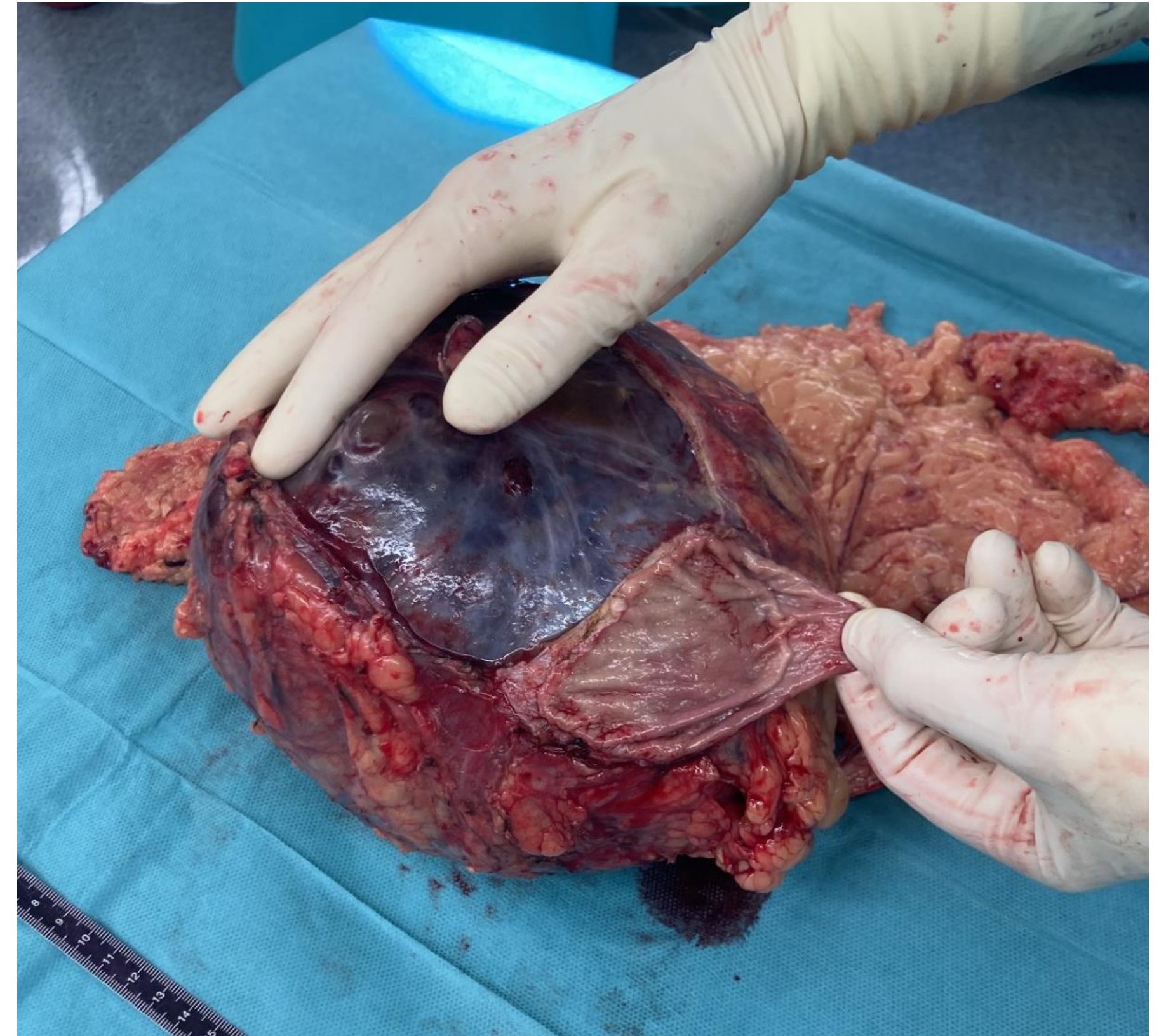
- **wenn nötig dann transgastrische Feinnadelpunktion (EUS-FNP)**



Tumorruptur vor oder während der Operation ist prognostisch sehr schlecht

- **Tumoraussaat/Perforation in die Peritonealhöhle**
- **Resektion in Stücken**
- **Laparoskopische oder offene Biopsie**
- **Blutig tingierter Aszites**

Achtung peritoneale Kontamination bei GIST !



Prognostische Faktoren

Prognosefaktore: Mitoserate, Tumogrösse und Tumorlokalisation

GIST = Frage an den Chirurgen ob "gut" resektabel?

- **Falls ja dann Resektion unter Berücksichtigung der Komorbiditäten**
- **Vorsicht am ösophagogastralen Übergang und in der Papillenregion**

Alternativ zur Resektion:

- **Neoadjuvante Therapie (Imatinib / C-Kit Mutation)**

Zusammenfassung GIST / viszerale Sarkome

- 1. Die Beste Chance einer Kuration besteht bei der ersten Präsentation**
- 2. Das Risiko eines Lokalrezidiv sinkt stark bei einer Resektion im Gesunden (R0-Resektion)**

Sarkomchirurgie ist Teamwork



KSW
KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Dr. med. Felix Grieder

**Chefarzt und Klinikleiter
Viszeral- und Thoraxchirurgie**

felix.grieder@ksw.ch

052 266 40 38