

**Interdisziplinäre Tumorkonferenz  
des AGAPLESION Onkologischen Zentrums FDK sowie seiner Mitglieder und  
Kooperationen am Standort Markus Krankenhaus**

**Patientin:**     **Test, FDK**  
Aufnahmenr.: 18715432

geb. am 01.01.1930   **ECOG PS: 0**  
Alter:     95

**Ort:**   **Dr. Otto Löwe- Seminarraum A 143,**  
         **Gebäude A, 1. OG**

**Datum:** 27.09.2025

**vorgestellt von (Name, Abt.):** Oberarzt Dr. med. Onkologe, Onkologie

**Anzahl Vorstellung:** 10                   **Letzte Vorstellung am:** 20.09.2025

**elektiv**   ☒   **Dringlich elektiv**   ☐       **ad-hoc**   ☐

**OP-Status:**    **präoperativ** ☒       **postoperativ** ☐       **primär nicht-operativ** ☐

**Hausarzt:**             Dr. med. Hausarzt (wird automatisch aus Stammdaten übernommen)

**Facharzt:**            Dr. med. Gastroenterologe (wird automatisch aus Stammdaten  
übernommen)

**Einweiser:in:**       Dr. med. Facharzt (wird automatisch aus Stammdaten übernommen)

**Tumordiagnose:**     **Adenocarcinom des Rektums, ED 12/24**  
                          - MSS  
                          - T3c CRM+ N0 M0, entsprechend UICC IIA

**Histologie/ Zytologie:** **Befund Pathologie vom 18.12.2024**  
|Färbungen: HE, PAS, TB, Stufen  
Immunhistochemie: MLH1, MSH2, MSH6, PMS2  
Material/klinische Angaben  
Rektumtumor, Carcinom? /mm-th

Makroskopischer Befund  
Zehn PE.

Mikroskopie:  
Man erkennt atypisch proliferierte Stäbchenepithelien mit  
chromatinreichen ovalären Zellkernen und kräftig  
eosinophilem Zytoplasma. Erhöhte Mitose- und  
Apoptoserate, begleitende Stromadesmoplasie und ein  
gemischtzelliges Entzündungsinfiltrat. Immunhistochemisch  
erhaltener nukleärer Nachweis der dMMR-Proteine: MSH2,  
MSH6, PMS2 und MLH1.

Pathologisch-Anatomische Diagnose  
Biopsie aus einem mäßiggradig differenzierten  
Adenokarzinom des Rektums mit MSS-Immunphänotyp -- G2,  
PE.

Sollte eine molekulare MSI-Analyse gewünscht sein bitten  
wir um Rückmeldung.

ICD-O: C 20.9 M 8140/3  
Die gesetzlich vorgeschriebene Meldung an das  
Krebsregister Hessen wurde von uns vorgenommen.  
Bitte machen Sie den Patienten auf sein Widerspruchsrecht  
aufmerksam.

Prof. Dr. med. XXX Pathologe

Prof. Dr.

med. XXX Pathologe

**Befund Pathologie vom 12.09.2025**

Pathologisch-anatomische Begutachtung

Material/klinische Angaben  
Rektumcarcinom /ka-ak

Makroskopischer Befund  
Eine PE.

Pathologisch-Anatomische Diagnose  
Vernarbte und entzündlich alterierte Rektumschleimhaut ohne  
Nachweis von Residuen des vordiagnostizierten  
Adenokarzinoms des Rektums (vergleiche H/24/157602 bei Z.  
n. TNT (laut klinischen Angaben).

Kein Anhalt für Malignität.

Prof. Dr. med. XXX Pathologe  
Pathologe

Prof. Dr. med. XXX

Der Befund ist vom Unterzeichner validiert und in  
elektronischer Form auch ohne Unterschrift gültig.

**Tumoranamnese / Klinischer  
Befund / Endoskopien:**

**Rektoskopie vom 25.3.25:**

Vorspiegeln bis Stoma, hier keine weitere Raumforderung.  
Rektumkarzinom aktuell semizirkulär dorsal (1/2 der Zirkumferenz),  
Ausdehnung von 8cm bis 13cm ab ano, somit deutliche  
Größenregredienz im Vgl. zur VU.  
-> Deutliche endoskopische Regredienz des nun semizirkulären  
Rektumkarzinom (Ausdehnung von 8 bis 13cm ab ano).

**Rektoskopie 9.9.25:**

Ca. 8cm ab ano (mittleres Rektumdrittel) beginnender schüsselförmig  
bis sternförmig geraffter, zentral ulcerierter Tumor bis ca. 10cm ab  
ano. Residuum des bekannten Rektum-CA, Biopsie.  
Ausräumen von mehreren Kotsteinen, tastbares Residuum des  
bekannten Rektumkarzinoms, endoskopisch schüsselförmiger,  
zentral ulcerierter Tumor, distaler Rand 8cm ab ano, oraler Rand  
10cm ab ano. Makroskopisch typische Strahlenproktitis.

**Staging (Datum):**

**endgültiger Radiologiebefund vom 15.09.2025** (Übernahme des Befundes  
aus Orbis)

CT Thorax - Abdomen-Becken i.v. KM (venös)

Auftrag vom 22.07.2025 00:00

Befund vom 15.09.2025 08:32

Befundausgang 15.09.2025 08:32

Rechtfertigende Indikation: Rektumkarzinom. Abschluss Staging nach TNT  
Vor-OP. C20

Multislice-CT des Thorax und des Abdomens nach i.v.-KM (venöse Phase) vom  
15.09.2025

Befund:

CT Thorax: Regelrechte Belüftung beider Lungen mit unauffälliger Lungenstruktur. Kein Nachweis eines Infiltrates oder intrapulmonalen Rundherdes. Keine Verdickung der Bronchialwände und regelrechte Form der Trachea. Kein Hinweis auf einen endobronchialen Raumforderung. Keine pleuralen max., beidseits kein Pleuraerguss. Kräftige Glandula thyroidea. Keine pathologisch vergrößerten Lymphknoten mediastinal oder hilär. Kein Perikarderguss. Beidseits axillär kein Lymphomnachweis

CT-Abdomen: Homogene Kontrastierung der Leber ohne Nachweis einer fokalen Läsion. Unauffällige Abbildung der Gallenblase. Keine Erweiterung der Gallenwege. Regelrechte Größe der Milz. Unauffällig lobuliertes Pankreas ohne Herdbefund oder Aufweitung des Ductus pankreaticus. Schlanke Nebennieren beidseits. Im Parenchym beider Nieren Nachweis einzelner kugelig Herdbefunde bis 15 mm Größe und Dichtewerten um 10 HU im Sinne von Nierenzysten. Kein solider Herdbefund in den Nieren. Gering flüssigkeitsgefüllte, glatt begrenzte Harnblase. Altersentsprechende Abbildung von Prostata und Samenblasen. Kein Nachweis pathologisch vergrößerter Lymphknoten paraaortal, mesenterial oder parailiakaal. Unauffällige Abbildung des Magens und des Duodenums. Keine Erweiterung der Dünndarmschlingen. Anus praeter im rechten Oberbauch. Oedem im perirektalen Fettgewebe bei asymmetrischer Verdickung der Wand des Rectums bis etwa 15 mm Breite (Serie 2 Bild 178). Nebenbefundlich erweiterter Leistenkanal rechts mit Fettgewebsinhalt (Serie 7 Bild 38). Moderate Coxarthrose rechts und mäßige Lumbalskoliose. Zustand nach Implantation einer inversen Schulter-TEP rechts. Atrophie des Musculus subscapularis rechts. Zeichen der Omarthrose auch links. Kein malignomverdächtig Herdbefund im miterfassten Skelettabschnitt.

#### Beurteilung:

Im CT-Thorax kein Hinweis auf pulmonale Metastasen des Rektumkarzinoms. Im CT-Abdomen kein Nachweis abdomineller Metastasen des Rektumkarzinoms. Oedem im perirektalen Fettgewebe und Anus praeter im rechten Oberbauch. Nebenbefundlich benigne Nierenzysten beidseits, Leistenhernie rechts mit Fettgewebsinhalt und Coxarthrose rechts (Grad III nach Kellgren).

**endgültiger Radiologiebefund vom 19.09.2025** (Übernahme des Befundes aus Orbis)

MRT Becken Rektum KM

Auftrag vom 22.07.2025 00:00

Befund vom 19.09.2025 16:22

Befundausgang 19.09.2025 16:22

Rechtfertigende Indikation: Rectum-CA. Staging.

MRT Becken Rektum vom 19.09.2025

Voruntersuchung: Becken-MRT vom 24.03.2025.

Befund: Untersuchung am 1,5 Tesla-Gerät. Im Verlauf zeigt sich eine eindeutige Rückbildung des bekannten Rektumkarzinoms im mittleren Drittel, aktuell mit einer irregulären, spekulierten Wandverdickung von 2 bis 5 Uhr. Diese Tumorausläufer reichen bis an die mesorektale Faszia heran, zeigen allerdings keine Diffusionsstörung, so dass eine narbige Genese in Frage kommt. Die bekannte infiltrierte Vene bei 03:00 Uhr weiterhin diskret dilatiert und nicht kontrastiert. Unveränderter Lymphknoten mit einem Kurzachsendurchmesser von 0,6 cm iliakaal externa rechts (T1 KM Bild 106). Ansonsten kein Anhalt für eine Lymphadenopathie pelvin oder paravasal. Prostata und Harnblase ohne suspekte Auffälligkeiten. Stoma im rechten Unterbauch mit parastomaler Hernie ohne Anhalt für eine Inkarzeration. Bekanntermaßen Leistenhernie rechts.

Knöcherne Strukturen ohne suspekte Läsionen. Orientierend nach KM-Gabe Oberbauch ohne Hinweis auf eine Filialisierung. Erfasste Thoraxabschnitte soweit beurteilbar unauffällig, abgesehen von einer Hiatushernie.

Beurteilung:

Rectum-CA mit Z.n. TNT, jetzt vor OP, Abschluss-Staging mit eindeutiger Befundbesserung bei weitgehender Regression des Primarius im mittleren Rektumdrittel, aktuell kaum abgrenzbar. Die oben beschriebenen Ausläufer, die bis an die mesorektale Faszia reichen, sind am ehesten im Sinne einer desmoplastischen Reaktion/narbig bedingt. Die bekannte infiltrierte Vene bei 03:00 Uhr mit Thrombosezeichen, allerdings ohne Kontrastmittelaufnehmenden Inhalt.

Keine größenprogredienten Lymphknoten, kein Anhalt für eine metastatische Durchsetzung.

**Tumormarker:**

**Tumormarker und Hormone:**

Carcinoembryonales Antigen: \* 1.5 [04.09.2025 10:48] ng/ml (-5.2)

ECLIA-Methode [04.09.2025 10:48],

CA 19-9: \* 11.9 [04.09.2025 10:48] U/ml (-27.0)

ECLIA-Methode [04.09.2025 10:48],

<b>Coloskopie:</b>	Extern <input type="checkbox"/>	Intern <input type="checkbox"/>	Datum:	komplett?
<b>Staging-klinisch:</b>	cT 3c	N 0	M x	<b>UICC-Stadium IIA</b>
<b>bei Rektum-Ca:</b>	Tumorkalisation	cm		<b>MERCURY Score</b>
<b>Staging-path.:</b>	pT -	N -	M -	<b>UICC-Stadium</b>

**Andere Klassifikationen:**  
(ABC):

**Relevante**

**Nebendiagnosen:** unklare rheumatologische Erkrankung, aktuell in Diagnostik  
arterielle Hypertonie

**Familienanamnese:** Positiv ☐ Negativ ☒

**DKG-Patientenfragebogen:** an Patient ☐ ausgefüllt zurück ☐

**MSI-Untersuchung:** Geplant ☐ Nicht geplant ☐ Durchgeführt ☒

**Genetische Beratung:** Geplant ☐ Nicht geplant ☒ Durchgeführt ☐

**Bisherige Therapie:** 20.12.2024: Portimplantation links  
23.12.24: Protektive Transversostomaanlage am 23.12.2024

22.01.25-25.02.25: neoadjuvant komb RCHT mit Capecitabin 825mg/m<sup>2</sup>KOF ab d1 bis Ende Radiatio, 1-0-1 vom 22.1.25 bis 25.2.25 im Rahmen einer TNT

**Empfehlung Tumorkonferenz am 02.04.25:**

Es erfolgt die Demonstration der aktuellen Bildgebung, in der sich ein Ansprechen nach kombinierter Radiochemotherapie zeigt. Es wird zur Fortführung der Therapie mit Capox oder mFOLFOX im Rahmen der TNT geraten.

Z.n 6 Zyklen CapOx

**Fragestellung:** w&w oder OP bei endoskopischem Restbefund?

**kurativ** ☒ **palliativ** ☐

**Empfehlung:**

Nach Durchführung einer TNT bei Rektumcarcinom zeigt sich insgesamt ein Therapieansprechen. Es ergeht bei rektoskopischem Restbefund die Empfehlung zur allgemeinchirurgischen Vorstellung zur Operation .

- ☐ humangenetische Beratung
- ☐ osteoprotektive Therapie
- ☐ palliativmed. Anbindung
- ☐ Studienempfehlung
- ☒ Therapie gemäß Leitlinie

**Leitung der Konferenz**

T. TEST\_PSY

Assistenzarzt

**Onkologie**

T. TEST\_PSY

Assistenzarzt

**Gastroenterologie**

T. TEST\_PSY

Assistenzarzt

**Psychoonkologie**

**Plastische Chirurgie**

**Allgemein/Viszeral Chirurgie**

T. TEST\_PSY

Assistenzarzt

**Radiologie**

T. TEST\_PSY

Assistenzarzt

**Gynäkologie**

**Palliativmedizin**

O. TEST

EDV

**Orthopädie**

**Nuklearmedizin**

**Pathologie**

T. Test

Pathologe

**Strahlentherapie**

T. TEST\_PSY

Assistenzarzt

**Urologie**

**Thoraxchirurgie**

**Pneumologie**