Ausgabe 3

KONGRESSZEITUNG

136. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Ausgabe 3 **München, 29. März 2019**

Aktuelles Interview mit Professor Dr. Thomas Schmitz-Rixen, DGCH-Präsident 2019/2020

»Wissenschaftlichkeit des chirurgischen Handelns ins Zentrum rücken«

Foto: S. Radke, Agentur EVENTPRESS

Kongresszeitung: Herr Professor Schmitz-Rixen, Sie haben den Chirurgenkongress 2020 unter das Motto „Intelligenz, Intuition und Individualität“ gestellt. Das klingt nicht unbedingt chirurgisch, sondern könnte auch einem konservativ-medizinisch ausgerichteten Kongress voranstehen. Wo ist denn konkret die Verbindung zur „schneidenden Disziplin“?

Prof. Schmitz-Rixen: Dies ist eine urchirurgische Thematik und bei den schneidenden Disziplinen sehr wohl gut aufgehoben. Dieses Motto steht ein Stück weit für die Zukunftsfähigkeit der Chirurgie. Intelligenz steht für die Evaluation der Möglichkeiten und Grenzen der künstlichen Intelligenz bis hin zur Robotik, Intuition für die wichtige chirurgische Fähigkeit, auch ohne Daten und Evidenzhintergrund auf die jeweilige Situation unserer Patienten zu reagieren und Individualität für die individualisierte Chirurgie, etwa in der Tumortherapie. Hier kann sich nach unserer Überzeugung jede chirurgische Fachgesellschaft wiederfinden und beitragen. Speziell das Thema künstliche Intelligenz ist für den Chirurgen prädestiniert und von enormer Bedeutung. Inhalte und Bedingungen müssen von uns definiert und kontrolliert werden. Dies darf die Chirurgie nicht verschlafen.

Kongresszeitung: Können Sie uns auch schon ein paar Informationen zu den geplanten Hauptthemen geben?

Prof. Schmitz-Rixen: Die Hauptthemen sollen sich am Motto des Kongresses orientieren und ich versuche jetzt schon Alle zu motivieren, ihre Beiträge in diese Richtung zu entwickeln.

Kongresszeitung: Welche weiteren Punkte wollen Sie darüber hinaus noch in den Mittelpunkt rücken?

Prof. Schmitz-Rixen: Mir sind das brennende Problem des fehlenden ärztlichen und pflegerischen Nachwuchses und die Betonung der Wissenschaftlichkeit unseres Handelns sehr wichtig. Ich würde mich freuen, wenn das Motto und diese Gesichtspunkte sich wie ein roter Faden durch den Kongress ziehen. Das Nachwuchsproblem erfordert neue Konzepte, die wir interprofessionell entwickeln und ausbauen müssen. Hier müssen wir auch politisch den Schulterschluss suchen. Keineswegs dürfen beispielsweise Stellenbesetzungs-Untergrenzen in der Pflege zu Lasten der ärztlichen Stellenbesetzung von den Krankenhaus-Trägern geregelt werden. Der Chirurgenkongress wird sich nicht zuletzt den aktuellen Bedürfnissen der Gesellschaften widmen, die integrativ ihre Jahrestagungen abhalten: Dies sind Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) und Kinderchirurgie (DGKCH). Wir freuen uns über die zunehmende Zahl von Gesellschaften, die ganz bewusst Frühjahrstagungen gestalten und hierbei vor allen Dingen interdisziplinäre Themen pflegen. Die Sitzungen unserer 11 Fachgesellschaften werden durch eigene, interdisziplinäre und interprofessionelle Veranstaltungen des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen, der Bundeswehr, des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe und der Rettungsdienste ergänzt und aufgewertet.

> **Das Nachwuchsproblem erfordert neue Konzepte, die wir interprofessionell entwickeln und ausbauen müssen**

Kongresszeitung: Ab 2020 wird der Chirurgenkongress unter der Bezeichnung DCK firmieren. Weshalb diese Veränderung – was ist das Neue daran?

Prof. Schmitz-Rixen: Auch der diesjährige Kongress firmiert bereits unter dem eingängigen Kürzel DCK, was für Deutscher Chirurgen Kongress steht. Eine Arbeitsgruppe unter dem Past-Präsidenten Tim Pohlemann hat im Sinne der Einheit der Chirurgie und unter der zukunftsweisenden Vorstellung, dass der Kongress ja nicht nur die Jahrestagung der DGCH ist, sondern zwei weitere chirurgische Fachgesellschaften ihre Jahrestagungen integriert haben und eine zunehmende Zahl von assoziierten Gesellschaften ganz strukturiert ihre Frühjahrstagungen hier veranstalten, dies dem Vorstand und Präsidium so vorgeschlagen. Dies hat unisono Konsens gefunden. Darüber hinaus wurde die Notwendigkeit gesehen, ein „branding“ für diese gemeinsame Tagung aller Chirurgen zu entwickeln. Das Ergebnis sehen Sie zum ersten Mal im Einladungsplakat und der Vorankündigung für 2020. Dieses branding enthält immer wiederkehrende Elemente wie das Kürzel DCK mit der jeweiligen Jahreszahl, also DCK2020 für nächstes Jahr. Darunter finden Sie das Wortband *Gemeinsam lernen und heilen*, was die Tradition der DGCH aufnimmt. Dies war für die Gründer der Gesellschaft 1872 schon die Motivation für den jährlichen Kongress. Selbstverständlich bleibt das Logo der DGCH Bestandteil des brandings. Auch die graphische Gestaltung soll für einen längeren Zeitraum so bestehen bleiben, um den Wiedererkennungswert zu erhöhen. Lediglich Abbildung und Motto werden einem jährlichen Wandel unterzogen. In Zeiten zurückgehender Sponsorengelder kommt es darauf an, eine zunehmende Zahl von Besuchern zu motivieren, den Kongress zu besuchen. Dabei spielen auch solche scheinbaren Kleinigkeiten eine wich-

tige Rolle. Der DCK ist die gelebte Einheit der Chirurgie. Kooperationen, Freundschaften und der Gedankenaustausch auch über Fächergrenzen hinweg entstehen hier und werden hier gepflegt.

Kongresszeitung: Gibt es etwas, das Sie bei Ihrem Kongress verändern oder neu einführen möchten?

Prof. Schmitz-Rixen: Der DCK2020 wird inhaltlich und strukturell bewährte Formate natürlich nicht verlassen. Die gemeinsame Gestaltung durch alle Fachgesellschaften und Berufsverbände sowie unsere Partner wird jedoch durch interdisziplinäre und interprofessionelle Veranstaltungen intensiviert werden. Auch werden sich immer wieder neue experimentelle Formate der Beurteilung der Besucher stellen.
Lassen Sie uns die Wissenschaftlichkeit unseres Handelns ins Zentrum des Kongresses rücken. Eine Fachgesellschaft, die nicht forscht und entwickelt, wird neben Ihrer eigenen Daseinsberechtigung auch die aller Mitglieder in Frage stellen. Die Sektion Chirurgische Forschung (SCF) und die Studienzentrale der DGCH (SDGC) sowie das ChirNet werden alles aufbieten, um die translationale Bedeutung der aktuellen Forschungsinhalte und Ergebnisse zu repräsentieren. Hierzu wird es sogenannte science slams geben. Junge und etablierte Forscher werden aufgefordert, ihre Ergebnisse spannend, unterhaltsam und allgemeinverständlich darzubieten. Auch wird es in jeder Veranstaltung neben den erfahrenen etablierten Vorsitzenden einen Juniorvorsitz geben. Dies habe ich 2018 in meiner Präsidentschaft für die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin eingeführt. Die Verpflichtung, dass ein Arzt/Ärztin kurz vor Ende der Weiterbildung jede Session mitmoderiert, hat begeisterten Zuspruch gefunden. Wir haben dies aber auch schon für den DCK 2019 eingeführt. Betonung der Wissenschaftlichkeit und unmittelbare und persönliche Nachwuchsförderung ist die Zukunftssicherung, zu der wir unserem Nachwuchs verpflichtet sind. Wir sehen uns in Berlin.

Das Gespräch führte Carola Marx.

Sportpsychologie in der Chirurgie

Tom-Nicolas Kossak, Wolfgang E.Thasler

Den entscheidenden Elfmeter im Champions-League-Finale schießen. Ein riskantes Überholmanöver bei Tempo 250 sicher zu fahren: Situationen von höchster Anspannung, absoluter Konzentration. Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten. Das Ziel im Auge. Ausblenden des möglichen Misserfolgs. Die Nerven behalten. Voll ans Limit gehen. Höchstleistung abrufen, trotz immensen Erwartungsdrucks bedeutet *„Performing under Pressure“*. Spitzensport erfordert professionellen Umgang mit Druck. Was jahrelang tagtäglich trainiert wurde, muss möglichst in Perfektion und Automatisierung auf den Punkt abgerufen und ausgeführt werden. Deshalb bereiten sich Leistungssportler, nach dem Motto „gut sein, wenn‘s drauf ankommt“, auch mental auf ihren Wettkampf vor. Nach vielen Jahren der Etablierung, ist es heute für Sportler selbstverständlich, mit Sportpsychologen zusammenzuarbeiten. Gemeinsam suchen sie nach Lösungen, wie es gelingen kann, auch unter Druck ihr volles Leistungspotential abzurufen. Entsprechende Techniken, wie beispielsweise das „Mentale Training“ werden dann in ihr Training integriert.

In der Medizin ist derzeit kein Bewusstsein für das Training mentaler Stärke vorhanden

Doch nicht nur im Spitzensport muss Leistung auf den Punkt abgerufen werden. Auch andere Berufsgruppen müssen lernen, mit akuten oder persistierenden Belastungsfaktoren umzugehen und auch dann noch handlungsfähig zu sein, wenn der Druck steigt. Im Bereich der Medizin muss es dem behandelnden Operateur beispielsweise gelingen, auch noch in Stresssituationen einen kühlen Kopf zu bewahren, um Fehler zu vermeiden. Im Gegensatz zum Sport, wo die Leistung meist über Sieg oder Niederlage entscheidet, geht es in der Chirurgie auch in der öffentlichen Wahrnehmung um Leben oder Tod, was die berechtigte Erwartungshaltung des Patienten auf eine optimale Vorbereitung des Chirurgen auf seine „Performance“ voraussetzt. Seit Jahren werden sogenannte Behandlungsfehler in der Medizin in den Medien thematisiert. Dabei sind diese Fehler häufig auf menschliches Versagen zurückzuführen. Der Bereich Human Factors spielt auch in der öffentlichen Wahrnehmung eine bedeutende Rolle bei der Vermeidung von Fehlern. Sowohl in der Luftfahrt als auch in der Sportpsychologie werden schon lange Konzepte und Trainingsmethoden angewandt, die darauf abzielen, in Drucksituationen Höchstleistung abzurufen und dabei den Risikofaktor „Mensch“ so weit wie möglich zu minimieren. In der Medizin hingegen, ist ein Bewusstsein, geschweige denn eine flächendeckende Umsetzung zum Training von mentaler Stärke derzeit nicht vorhanden. Es fehlt vor allem an einheitlichen Ausbildungskonzepten und Trainingskursen, um Ärzte neben der physischen Praxis auch auf den mentalen Umgang mit Belastungsfaktoren und Notfallsituationen vorzubereiten.
Dass der Job in der Chirurgie immer stressiger wird, nehmen wir hin. Verweildauersteuerung, Kostendruck, Zeitdruck bestimmen unseren Alltag. Tatsächlich klagten in einer Studie, die an den Universitätsklinika Hamburg und Düsseldorf durchgeführt wurden, 22 Prozent der befragten Chirurgen über negativ wahrgenommenen Stress. Solche Druckbedingungen können nicht nur für den Patienten, sondern auch für den behandelnden Arzt selbst langfristige, negative Folgen haben und in einem Erschöpfungssyndrom enden.
Mit dem Projekt „Sportpsychologie in der Chirurgie“, starteten wir (Sportpsychologe und Chirurg) am Rotkreuzklinikum in München, ein Projekt, bei dem bestehende Inhalte aus den Bereichen Medizin, Luftfahrt und Sportpsychologie zusammengetragen, wenn nötig auf den Bereich der Medizin angepasst und zusammen mit Ärzten in regelmäßigen Trainings eingeübt werden. Seit 2018 nimmt sich unser Team jeden Monat Zeit, um die mentale Seite des Chirurgendaseins zu durchleuchten und Stressresistenz zu trainieren. Die Methoden der Sportpsychologie unterstützen dabei, sich mental in einen Zustand zu bringen, in dem wir unsere beste Leistung abrufen können. Neben Umgang mit Stress und hohen Belastungsfaktoren, sind die Förderung von Teamkommunikation und eine gelebte Fehlerkultur zentrale Bestandteile des Projektes. Nicht nur Drucksituationen, sondern auch mangelhafte Kommunikation, oder ein nachlässiger Umgang mit Checklisten, kann zu einem Konzentrationsabfall führen und vermeidbare Fehler nach sich ziehen. Wir sehen Ansatzpunkte zur Veränderung auf drei Ebenen:

- Zum einen gilt es, Klinikabläufe so zu strukturieren, dass hohe Belastungsfaktoren, denen wir als Chirurgen ausgesetzt sind, keine strukturelle Fehlerquelle darstellen.
- Auf der zweiten Ebene geht es darum, die Kommunikation im Team und den Führungsstil des Operateurs zu fördern.
- Auf der dritten Ebene folgt dann die Fähigkeit des Einzelnen, mit Druck umzugehen.

Dennoch besteht der Beruf des Chirurgen nicht nur aus Problemen, Stress und Fehlern. Wir arbeiten in einem tollen Beruf, weil wir oft sehr erfolgreich sind mit dem, was wir machen. Dafür wiegen die Misserfolge umso schwerer. Wir wollen unsere Arbeitsweisen noch mehr professionalisieren.

Dr. Tom-Nicolas Kossak, Dipl.-Psych. Systemischer Therapeut (SG), Sportpsychologe (asp)

Prof. Dr. med. Wolfgang E.Thasler
Chefarzt der Abteilung Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Minimalinvasive Chirurgie
Rotkreuzklinikum München
Nymphenburger Str. 163, 80634 München
Wolfgang.thasler@swmbrk.de

zur Sitzung

Freitag, 29.3.2019
8.30–9.30 Uhr, Saal 1

Stressbewältigung in der Chirurgie

CONDOR® MedTec
EXPAND YOUR POSSIBILITIES

CONDOR® ROTEXSHOE
Der neue Standard für Ihren OP

Highlights:
- Sicherer Halt des Fußes
- Einfache Handhabung von Polster und Zahnriemen
- Hygienische Anwendung dank single-use Komponenten
- Schnelle Lagerung des Fußes möglich

LEIHSTELLUNG ERWÜNSCHT?
Wir freuen uns auf Ihre Anfrage!

Besuchen Sie uns im Foyer EG, Stand Nr. 130

Condor® MedTec GmbH · Dr.-Krismann-Straße 15 · D-33154 Salzkotten · Tel.: +49 5258 9916-0 · Fax: -16 · www.condor-medtec.de · info@condor-medtec.de

Organspendelauf – ein voller Erfolg

Am Mittwoch Abend fand der diesjährige Takeda Organspendelauf unter dem Motto „Laufen rettet Leben“ statt, erstmalig zentrales Element des Chirurgenkongresses. Vor dem Lauf sorgte Heike Drechsler für das Warm-up, die Menge war begeistert! Den Startschuss um 18 Uhr, der live im BR Fernsehen in der Abendschau übertragen wurde, gab Verona Pooth zusammen mit Arjen Robben. Fußballtrainer Felix Magath, Ex-Handballnationalspieler Stefan Kretzschmar und Hockey-Spielerin Chantal Bausch machten sich gemeinsam mit 1000 Läufern auf den Weg durch den Englischen Garten in München. Angefeuert wurden die Läufer dabei lautstark von Jörg Wontorra. Zahlreiche weitere Prominente unterstützten vor Ort den Lauf für den guten Zweck.

Bereits lange im Vorfeld war der Rundkurs im Herzen Münchens im Englischen Garten mit 1000 Teilnehmern ausgebucht

Im Start/Zielbereich konnten sich Läufer und Zuschauer an Infoständen über die Organspende informieren und Organspendeausweise erhalten. Bereits lange im Vorfeld war der Rundkurs im Herzen Münchens im Englischen Garten mit 1000 Teilnehmern ausgebucht. Die Läufer trotzten den kalten Temperaturen und gingen gemäß dem diesjährigen Motto mit Herz, Hand und Verstand über verschiedene Distanzen (2,5 km, 5 km, 10 km) an den Start. Im Anschluss fand die Siegerehrung und Preisverleihung durch Professor Anthuber statt. Für das leibliche Wohl sorgte mit viel Herzblut die Haberl Gastronomie am Chinesischen Turm. Die Atmosphäre war überwältigend, „Gänsehautgefühl“ so der diesjährige Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Im Rahmen der heutigen Abschlussveranstaltung werden die gesammelten Spenden den drei begünstigten Organisationen Rehazentrum Ederhof, Kinderhilfe Organtransplantation und dem Deckarm-Fond von Professor Anthuber überreicht.

ORGAN SPENDELAUF MÜNCHEN

Fotos: S. Radke, Agentur EVENTPRESS

Walken 2,5 km ♂: 1 Julian Sears, 2 Taher Nassrulla, 3 Malon Mayr
Walken 5 km ♂: 1 Günther Zahn, 2 Andreas Mayr, 3 Ulrich Ahammer

Walken 2,5 km ♀: 1 Sarah Flessenkemper, 2 Susanne Hegenbart, 3 Miriam Hoidn
Walken 5 km ♀: 1 Barbara Müller, 2 Maria Wiesner, 3 Brigitte Wolfram

Laufen 2,5 km ♂: 1 Vincent Anthuber, 2 Finian Keuchler, 3 Hannes Feuerer
Laufen 5 km ♂: 1 Okubamichael Kesete, 2 Frank Wiesemann, 3 Lukas Krokowski
Laufen 10 km ♂: 1 Luis Stadler, 2 Faris Al-Sultan, 3 Alexander Fuchs

Laufen 2,5 km ♀: 1 Leonie Reicheneder, 2 Bernadette Bäck, 3 Barbara Löffler
Laufen 5 km ♀: 1 Barbara Eder, 2 Miriam Dietrich, 3 Susanne Maier
Laufen 10 km ♀: 1 Maria Bertelsmann, 2 Angie Hirsch, 3 Olga Lazarets

Immer weniger Allgemeinchirurgen in der Fläche

BDC kritisiert undifferenzierte Bedarfsplanung

Jörg-Andreas Rüggeberg

Die Bundesregierung hat sich zum Ziel gesetzt, die flächendeckende Patientenversorgung durch Fachärzte zu verbessern, auch in der Chirurgie. Die neue Bedarfsplanung wird nach der Zusammenlegung von Chirurgie und Orthopädie in den kommenden Jahren allerdings dafür sorgen, dass immer mehr klassisch chirurgisch ausgerichtete Facharztsitze von Orthopäden/Unfallchirurgen abgelöst werden. „Der BDC fordert eine genauere Definition des Bedarfs von grundversorgenden Praxen in der Allgemeinchirurgie und der Orthopädie/Unfallchirurgie und die Berücksichtigung spezieller Versorgungserfordernisse", erklärt BDC-Vizepräsident Dr. med. Jörg-A. Rüggeberg.

Die neuen Bedarfsplanungsrichtlinien würden im Prinzip den Vorgaben einer neuen Weiterbildungsordnung folgen, die weder den Orthopäden noch den Chirurgen kenne, sondern insgesamt acht Subspezialisierungen im Gesamtgebiet Chirurgie. „Insofern ist eine Zusammenlegung richtig, aber nur unter der Maßgabe einer differenzierten Bedarfsanalyse. Wir müssen dafür sorgen, dass einerseits die Grundversorgung (Allgemeinchirurgie und Unfallchirurgie/Orthopädie) sichergestellt wird und andererseits Spezialversorger wie zum Beispiel Gefäß-, Kinder-, Viszeral- oder Plastische Chirurgen ausreichend berücksichtigt werden", erklärt der Vizepräsident des BDC. Insgesamt steigen zwar die Arztzahlen in Deutschland, allerdings sinkt die Zahl der bisherigen chirurgischen Kassenarztsitze im Gegensatz zu orthopädischen. Laut Rüggeberg sei das die Folge des Beschlusses durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vom 21.12.2004, in dem die neuen Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie der Arztgruppe der Orthopäden zugeordnet werden. Bei einer Übernahme eines Chirurgensitzes würde dieser Sitz automatisch in einen Orthopädensitz umgewandelt.

Der neue Beschluss des G-BA zur Zusammenlegung der Planungsgruppen führe nun dazu, dass sich die Entwicklung für die originäre chirurgische Versorgung in der Fläche verschlechtere. Chirurgensitze würden von neuen Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie übernommen und deswegen von der Planungsgruppe Chirurgie in die Gruppe Orthopädie wandern. „Es stehen Tür und Tor offen, Chirurgensitze zu besetzen – ohne Berücksichtigung der Versorgung. Das wird langfristig zur chirurgischen Unterversorgung führen. Bislang ist auch kein Ausgleichsmodell bekannt." Der BDC fordert daher eine Differenzierung der Bedarfsplanung vorzunehmen in wohnortnah zu planende Grundversorger (Allgemeinchirurgen und Orthopäden/Unfallchirurgen) sowie überregional zu planende Spezialversorger (Gefäß-, Kinder-, Viszeral-, Plastische Chirurgen). „Chirurgie und Orthopädie sind zwar ein Fach, haben aber sehr unterschiedliche Versorgungsaufgaben", so Rüggeberg. „Der gewünschte Vorteil durch zunehmende Spezialisierung darf nicht zum Versorgungsnachteil für unsere Patienten werden."

BDC-Veranstaltungen

BDC Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.

Freitag, 29. März 2019

8:30 – 09:30 Uhr, EG – Saal 2	**Wundmanagement in Klinik und Praxis**
10:00 – 11:00 Uhr, EG – Saal 2	**Proktologie für die Praxis**
12:30 – 14:00 Uhr, EG – Saal 2	**Varizenchirurgie – State of the art**
14:30 – 15:30 Uhr, EG – Saal 2	**OP-Management**

ENDOCAM Logic 4K – für vielfältigen Einsatz in der Endoskopie

Die ENDOCAM Logic 4K von Richard Wolf ist das jüngste 4K-Kamerasystem zum vielfältigen Einsatz in der Endoskopie. Von der Bildentstehung am distalen Ende des Endoskops bis zur Wiedergabe auf dem hochauflösenden Monitor ist die Bildgewinnung und -verarbeitung durchgängig auf 4K optimiert. Das Resultat kann sich im wahrsten Sinne des Wortes sehen lassen. Die hohe Auflösung und die naturgetreue Farbwiedergabe unterstützen den Chirurgen beim stetigen Entscheidungsprozess während des Eingriffs, beispielsweise bei der Differenzierung schwierigster Gewebestrukturen. Das daraus resultierende, entspannte Arbeiten auf höchstem Niveau sorgt direkt für mehr Effizienz, Qualität und vor allem für höhere Patientensicherheit.

Die 4K-Kameraplattform ist kompatibel mit einer Vielzahl von starren und flexiblen Endoskopen und eignet sich somit bestens für die Umsetzung moderner, interdisziplinärer Konzepte in der ambulanten und klinischen Versorgung. Ein modularer Systemaufbau mit der ENDOCAM Logic 4K als zentrale Komponente ermöglicht es, Ansprüche im Hinblick auf Qualität und Kosten gleichermaßen gerecht zu werden. Die Anbindung an den klinischen IT-Workflow für digitale Bild- und Video-Dokumentation, beispielsweise mit dem Integrationssystem core nova, ist eine Selbstverständlichkeit.

Die neue Kamera von Richard Wolf überzeugt auch die Anwender. „Ich kann nur sagen, ich bin begeistert von der Technologie – ein ganz hervorragendes Bild.", so Prof. Dr. Alexander Klaus, Vorstand der Abteilung Chirurgie im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Wien, nach dem Einsatz des Systems.

Richard Wolf GmbH, Thomas Heil
Pforzheimer Straße 32, 75438 Knittlingen
Tel. 07043/35-0
info@richard-wolf.com, www.richard-wolf.com
Halle B0, Stand Nr. 215

Operationsindikation bei ileozökalem Morbus Crohn und Crohn-Colitis

Martin E. Kreis

zur Sitzung

Freitag, 29.3.2019
10.00–11.30 Uhr, Saal 14a

Operationsindikation im Fokus

Etwa 80 bis 90 Prozent aller Patienten mit Morbus Crohn müssen bei einem Krankheitsverlauf von 20 Jahren operiert werden, weil Komplikationen der Erkrankung auftreten. Aufgrund der umfangreichen medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten ist es selten geworden, dass eine Operation indiziert ist, weil Entzündungen medikamentös nicht mehr zu beherrschen sind. Zentrale Zielsetzung ist es bei allen Therapiemaßnahmen, d. h. operativen wie konservativen, eine gute Lebensqualität zu erreichen. Obwohl etwa 15 Prozent der Morbus-Crohn-Patienten einen fassbaren Befall von Ösophagus, Magen und Duodenum aufweisen, machen chirurgische Eingriffe an diesen Lokalisationen weniger als ein Prozent aller Operationen aus. Am häufigsten werden Patienten hingegen wegen eines Crohn-Befalls des terminalen Ileums, des Kolons und wegen perianaler Fisteln operiert. Der perianale Crohn ist eine separate Entität, so dass darauf nicht eingegangen wird.

Die Operation dient der Behandlung von Komplikationen des Morbus Crohn wie Blutung, Stenosen, Perforationen (frei oder mit Abszessbildung) oder Fisteln. Es muss uns Chirurgen aber immer bewusst sein, dass wir die Erkrankung wegen ihres potenziellen Wiederauftretens in anderen Darmabschnitten nicht heilen können. Bei der interdisziplinären Behandlung der Patienten mit Morbus Crohn ist es von entscheidender Bedeutung, dass bei Auftreten von chirurgischen Problemen diese auch zeitnah chirurgisch behandelt werden und unnötige medikamentöse Therapieversuche unterbleiben. Dies erfordert leider gelegentlich Überzeugungsarbeit bei manchen gastroenterologischen Partnern.

Es ist denkbar, dass die Verbreitung der Biologika-Therapie eine Abnahme der OP-Notwendigkeit zur Folge haben wird, jedoch ist die Evidenz hierfür sehr begrenzt

80 Prozent dieser Patienten werden elektiv operiert, fünf Prozent kommen notfallmäßig zur Operation und bei den übrigen 15 Prozent handelt es sich um schwerere Fälle, die durch medikamentöse Behandlung keine Besserung erfuhren und dringlich operiert werden müssen. Komplexe Crohn-Erkrankungen mit Mehrfachbefall des Intestinaltrakts nehmen zu und machen in Zentren etwa 20 Prozent der wegen Morbus Crohn operierten Patienten aus. Es ist denkbar, dass die zunehmende Verbreitung der Biologika-Therapie eine Abnahme der Operationsnotwendigkeit zur Folge haben wird, jedoch ist die Evidenz hierfür sehr begrenzt. Möglicherweise werden Operationen einfach nur etwas später im Krankheitsverlauf nötig.

Ileozökaler Befall – die LIR!C-Studie: Im Jahre 2017 wurde die bemerkenswerte LIR!C-Studie publiziert, die randomisiert Patienten mit ileozökalem Morbus-Crohn-Befall nach gescheiterter konventioneller Therapie in zwei Armen verglich [1]. Der eine Arm erhielt eine laparoskopische Ileozökalresektion und der andere Infliximab. Bemerkenswerterweise war die Lebensqualität im Ergebnis nach 12 Monaten gleich (primärer Endpunkt). Ein Teil der Infliximab-Patienten musste im Verlauf operiert werden und ein Teil der operierten Patienten erhielt später Infliximab. Erstaunlicherweise war zwischen beiden Armen die Dauer des Aufenthalts im Krankenhaus nicht unterschiedlich. Insofern war die Conclusio der Studie, dass die laparoskopische Ileozökalresektion nach Scheitern einer konventionellen Therapie mit Steroiden, Azathioprin oder Methotrexat eine vernünftige Alternative zu Infliximab darstellt.

Ileozökale Stenosen und Kolonstenosen: Der alleinige Nachweis von Stenosen stellt noch keine OP-Indikation dar, sondern erst durch sie verursachte Beschwerden, sofern keine akut-entzündliche Genese vorliegt. Die entsprechende Klinik besteht in ausgeprägten postprandialen Schmerzen bis hin zum Ileus, die auf konservative Therapie, auch endoskopische Dilatation, refraktär sind. Kolonstenosen, deren Dignität endoskopisch nicht sicher zu klären ist, sollten auch ohne Symptome operiert und damit histologisch definitiv abgeklärt werden. Die häufigste OP-Indikation für einen abdominellen Eingriff stellt aber die ileozökale Stenose dar (Abb. 1).

Intraepitheliale Neoplasien: Eine absolute Operationsindikation besteht nach bestätigter Diagnose einer durch Referenzpathologie bestätigten hochgradigen intraepithelialen Neoplasie. Für die OP-Planung sollte in dieser Situation nochms die Differentialdiagnose Colitis ulcerosa ausgeschlossen werden.

Fulminanter Schub/Blutung: Hierunter wird ein schweres systemisches Krankheitsbild mit Nichtansprechen auf eine intensivierte immunsuppressive Therapie verstanden. Ist das septische Krankheitsbild mit entsprechender abdomineller Klinik konservativ nicht mehr zu beherrschen, besteht OP-Indikation. Wichtig ist, dass auch die Colitis Crohn mit einem toxischen Megakolon einhergehen kann (Abb. 2). Bei Blutungen mit Substitutionspflicht von mehr als zwei EK/Tag besteht in der Regel ebenfalls eine OP-Indikation.

Fisteln: Relative OP-Indikationen bestehen bei entero-enteralen Fisteln, die nur diskrete Diarrhöen/Stuhlgangveränderungen zur Folge haben sowie oligosymptomatischen perianalen Fisteln einschließlich anovaginaler bzw. rektovaginaler Fisteln. Absolute OP-Indikationen bestehen bei enterokutanen Fisteln, bei enterovaginalen und enterovesikalen Fisteln, bei blind endenden, meist retroperitonealen Fisteln sowie bei entero-enteralen Fisteln bei funktionellem Kurzdarmsyndrom (Bypass) oder in Verbindung mit einer gedeckten Perforation. Typischerweise gehen Fisteln von einem ent-

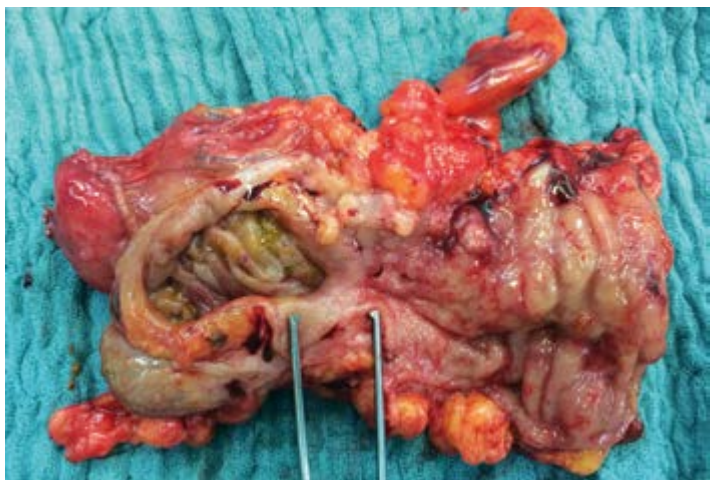


Abb. 1 Ileozökale Stenose am Resektat erkennbar.

SenhanceSurgery
Digital Laparoscopic System by TransEnterix®
Bringing Precision, Comfort and Control to Laparoscopy with Haptics & Responsible Economics
Wir bedanken uns bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern des TransEnterix Lunchsymposiums am Mittwoch, den 28. März 2019.

"The Senhance Journey into Digital Laparoscopy"
Prof. Dr. Med. Dietmar Stephan – St. Marienkrankenhaus, Siegen
"Early experiences with the Senhance System at Máxima Medisch Center"
Dr. Arijan Luijten – Máxima Medisch Center, Veldhoven
Besuchen Sie uns am **Stand #116**
136. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
For more information please visit www.transenterix.com
TransEnterix

zündeten Darmabschnitt aus und enden in einem nicht-entzündeten Bereich. Insofern ist immer nach dem Ausgang der Fistel zu suchen. Darüber hinaus entstehen Fisteln häufig vor Stenosen, so dass eine solche ggf. mit operativ zu versorgen ist, wenn eine Fistel chirurgische angegangen werden soll.

Intraabdominelle Abszesse: Standardvorgehen ist die interventionelle Drainage aller intraabdominellen Abszesse (CT- oder sonographisch kontrolliert) und die operative Drainage bei interventionell nicht zugänglichen oder oberflächlichen Abszessen. Die Drainage ist i. d. R. als präliminäre Maßnahme vor weiterer Diagnostik und eventueller frühelektiver chirurgischer Therapie nach etwa einer Woche zu betrachten.

Therapieziele wie „OP-Vermeidung" führen häufig zu katastrophalen Verläufen und sind als inakzeptabel bzw. obsolet anzusehen

Grundsätzlich können Crohn-Patienten auch über viele Monate hinweg durch eine Vielzahl von zunehmend differenzierten, aber auch eingreifenden Behandlungsregimes symptomärmer werden. Gastroenterologe und Chirurg müssen im Einzelfall zusammen entscheiden, ob der Betroffene nicht doch von einer Operation wesentlich profitieren würde. Insbesondere sollte in der interdisziplinären Zusammenarbeit sichergestellt werden, dass chirurgische Probleme wie etwa symptomatische narbige Stenosen primär operiert werden und nicht erst alle medikamentösen Therapieoptionen versucht werden, die den Patienten belasten und die Wiederherstellung einer guten Lebensqualität durch die Operation verzögern. Schwer katabole Patienten sollten unter Ausnutzung aller Möglichkeiten der enteralen und parenteralen Ernährung auf eine Operation vorbereitet werden. Wird dennoch eine notfallmäßige Operation notwendig, sollten insuffizienzgefährdete Anastomosen vermieden und eine Diskontinuitätsresektion vorgezogen bzw. Anastomosen durch ein vorgeschaltetes doppelläufiges Stoma geschützt werden. Therapieziel ist immer die

Abb. 2 Toxisches Megakolon bei schwerer Kolitis.

Verbesserung der Lebensqualität. Therapieziele wie „OP-Vermeidung" führen häufig zu katastrophalen Verläufen und sind als inakzeptabel bzw. obsolet anzusehen. Die präoperative Diagnostik sollte zwischen Gastroenterologe und Chirurg interdisziplinär abgestimmt werden. So ist häufig eine Koloskopie präoperativ sinnvoll, um sicherzustellen, dass bei Anastomosen auf das Kolon entzündungsfreie Areale gewählt werden und distal keine weiteren Stenosen vorhanden sind. Hingegen kann präoperativ auf eine aktuelle Sellink-MRT in der Regel verzichtet werden, da der Dünndarm an der offenen Bauchhöhle im Gegensatz zum Kolon und Rektum gut beurteilbar ist.

Darmsparenden Erweiterungsplastiken sollte nach Möglichkeit der Vorzug vor Dünndarmresektionen gegeben werden

Die Resektion von Darmanteilen sollte immer so sparsam wie möglich erfolgen, d.h. bis in makroskopisch nicht entzündete Areale, um unnötigem Darmverlust und Kurzdarmsyndrom keinen Vorschub zu leisten. Anastomosen von stark entzündeten Darmanteilen sind sehr insuffizienzgefährdet und sollten, sofern nicht vermeidbar, mit einem vorgeschalteten Stoma geschützt werden. Der eventuelle histologische Nachweis von Crohn-Läsionen am Resektionsrand ist hierbei irrelevant. Darmsparenden Erweiterungsplastiken (Heineke-Mikulicz, Finney, Michelassi) sollte nach Möglichkeit der Vorzug vor Dünndarmresektionen gegeben werden. Am Kolon sind sie aber aufgrund des Malignomrisikos kontraindiziert. Bei Konglomerattumoren sollte vor Festlegung der Resektionsgrenzen definitiv der gesamte Darm von Adhäsionen befreit und voneinander separiert werden, bevor die Entscheidung hier für eine Resektion im makroskopisch Gesunden erfolgt. Enterale Fisteln nehmen in der Regel von einem entzündeten Darmabschnitt vor einer Stenose ihren Ausgang und münden normalerweise in nicht entzündeten Darmabschnitten oder Organen (Blase, Vagina, Haut, Uterus etc.). Folglich muss die Stenose mit dem entzündeten Darmabschnitt reseziert werden, während im Mündungsbereich der Fistel Übernähungen ausreichend sind.

Die Anastomosierung erfolgt entweder durch End-zu-End-Handnaht oder Seit-zu-Seit-Naht. Klammernahtinstrumente und Handnaht sind als gleichwertig anzusehen

Es gibt diskrete Hinweise, dass die Seit-zu-Seit-Naht vorteilhaft ist, weil durch das größere Lumen möglicherweise mehr Zeit vergeht, bis sich eine Rezidivstenose ausbilden kann. Hinsichtlich der Insuffizienzrate sind keine Unterschiede eindeutig identifiziert worden. Ob die kürzlich beschriebene Kono-Anastomose nach Ileozökalresektion Vorteile bietet, bleibt abzuwarten. Allein aufgrund der Technik erschließt sich nicht, warum sie einer Klammernahtanastomose überlegen sein sollte [2]. Laparoskopisch sind sowohl die Ileozökalresektion als auch Kolonresektionen möglich. Voraussetzung ist, dass kein ausgedehnter Konglomerattumor und keine retroperitoneal endenden Fisteln bestehen. Kontraindikationen sind mangelnde Übersicht über die anatomischen Strukturen (z. B. bei Ileus), ein extrem verdicktes Mesenterium sowie Notfälle und Sepsis.

Postoperative Komplikationen: Generell ist in etwas weniger als 15 Prozent der Fälle mit postoperativen Komplikationen zu rechnen, wobei Wundheilungsstörungen überwiegen. An zweiter Stelle stehen mit etwa fünf Prozent intra- oder retroperitoneale Abszesse. Das Risiko einer Anastomoseninsuffizienz ist bei Sepsis, kataboler Stoffwechsellage und Immunsuppression auch in elektiven Situationen erhöht. Bei elektiv operierten Patienten liegt die postoperative Letalität unter ein Prozent. Schwere präoperative Komplikationen lassen die Letalität jedoch deutlich ansteigen, vor allem im Fall lang dauernder und unsachgemäßer hoch dosierter Steroid- und immunsuppressiver Therapie sowie bei vorausgegangenem hohem Gewichtsverlust. Aus diesem Grund ist es von großer Bedeutung, dass Patienten rechtzeitig operiert werden, wenn ein chirurgisches Problem identifiziert wurde, und nicht erst nach Verschlechterung des Allgemeinzustands oder dem Auftreten einer Notfallsituation wie Sepsis oder Ileus, da dann die Risiken und Letalität erheblich ansteigen.

Rezidive: Symptomatische Crohn-Rezidive treten postoperativ in etwa 50 Prozent der Fälle nach fünf Jahren und etwa 70 Prozent nach zehn Jahren auf. Etwa drei Viertel dieser Patienten müssen erneut operiert werden. Mit einem höheren Rezidivrisiko verbunden sind jüngeres Alter bei Krankheitsbeginn, ileozökale Manifestation, eine Raucheranamnese, eine vorangegangene Operation, das Vorliegen von Fisteln und Abszessen und wahrscheinlich auch das Belassen makroskopisch befallener Crohn-Läsionen. Je nach Einschätzung des Rezidivrisikos sollte eine postoperative Rezidivprophylaxe erfolgen. Hierfür ist Azathioprin das gebräuchlichste Medikament, wobei für Hochrisiko-Konstellationen auch Biologika verbreitet sind.

Fazit_Eine chirurgische Therapie bei Morbus Crohn wird häufig dann erforderlich, wenn Komplikationen wie Fisteln, Blutungen, Stenosen, Perforationen oder Abszesse auftreten. Es sollte dann zeitnah eine Einschätzung erfolgen, ob eine Operationsindikation vorliegt. Dies sollte mit einer Vorstellung bei einem entsprechend erfahrenen Gastroenterologen kombiniert werden. Die konservative Therapie sollte nicht angewendet oder eskaliert werden, wenn eindeutig chirurgische Probleme wie etwa narbige Stenosen vorliegen. Präoperativ ist eine Risikoabschätzung von Bedeutung, damit der Eingriff mit einem möglichst geringen OP-Risiko durchgeführt werden kann. Postoperativ sollte überlegt werden, wie die Rezidivprophylaxe sichergestellt wird.

1. Ponsioen CY, de Groof EJ, Eshuis EJ, et al; LIR!C study group (2017) Laparoscopic ileocaecal resection versus infliximab for terminal ileitis in Crohn's disease: a randomised controlled, open-label, multicentre trial. Lancet Gastroenterol Hepatol 2: 785–792
2. Kono T, Ficher A, Maeda K, et al (2016) Kono-S anastomosis for surgical prophylaxis of anastomotic recurrence in Crohn´s disease: an international multicenter study. J Gastrointest Surg 20: 783–790

Prof. Dr. med. Martin E. Kreis
Chirurgische Klinik am Campus Benjamin Franklin
Charité Universitätsmedizin Berlin
Hindenburgdamm 30, 12200 Berlin
martin.kreis@charite.de

Satellitensymposien

Freitag, 29.3.2019

10.00 – 11.30 Uhr, Saal 3 — Intuitive Surgical Deutschland GmbH
Innovation und Erstattung

Abschlussveranstaltung

Freitag, 29. März 2019 — 15.30–16.30, Saal 1

- Preisverleihungen
- Danksagungen der Kongresspräsidenten der DGAV und DGKCH
- Danksagung und Schlusswort des Präsidenten Prof. Dr. med. Matthias Anthuber
- Vorstellung des Incoming Präsidenten 2019/2020 Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen und Übergabe der Amtskette durch Prof. Dr. med. Matthias Anthuber
- Einladung und Ausblick auf den 137. Deutschen Chirurgen Kongress durch Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen

Die Leisten-TEA: „Das letzte Gefecht der offenen Gefäßchirurgie?“

Daphne Gray

In den letzten zwei Jahrzehnten hat die endovaskuläre Therapie in vielen Bereichen der Gefäßchirurgie eindeutig das Zepter übernommen. Der aktuelle Bericht des Bauchaortenaneurysma-Registers des DIGG zeigt, dass 2017 knapp 80 Prozent der elektiv behandelten infrarenalen Aortenaneurysmen endovaskulär behandelt wurden. Auch in der pAVK-Therapie gewinnt die endovaskuläre Behandlung immer mehr an Bedeutung. Hier haben mehrere internationale und nationale Studien gezeigt, dass sowohl in der Therapie der akuten Extremitätenischämie, als auch in der Behandlung der chronischen kritischen Ischämie in vielen Fällen die interventionelle Behandlung der offenen Chirurgie ebenbürtig ist und möglicherweise auch als First-Line-Therapie angeboten werden sollte [1, 2]. Dies spiegeln auch die aktuellen Leitlinien der europäischen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (ESVS) wider. Hier wird empfohlen, bei aortoiliakalen Verschlüssen von <5 cm (IC-Empfehlung) oder bei Patienten mit schweren Komorbiditäten mit längeren Verschlüssen (IIaB-Empfehlung) die endovaskuläre Therapie als erste Behandlungsmethode anzubieten. Bei Läsionen im Bereich des femoro-poplitealen Segmentes wird die endovaskuläre Therapie als Therapie der ersten Wahl bei allen Läsionen von bis zu 25 Zentimetern Länge empfohlen (IC-Empfehlung) [3].

Die Popularität der endovaskulären Therapie ist auch auf nationalen wie internationalen Kongressen deutlich wahrnehmbar – dort beschäftigt sich in den letzten zehn Jahren sicherlich ein Großteil der Beiträge mit der endovaskulären Gefäßchirurgie.

Bei der Therapie der Karotis-Stenose ist die Thrombendarteriektomie weiterhin die Behandlungsmethode der Wahl

Es gibt jedoch weiterhin Bereiche auch in der „modernen“ Gefäßchirurgie, in denen nach wie vor die offene Operation als Goldstandard anzusehen ist – auch unter Berücksichtigung der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse. Bei der Therapie der Karotis-Stenose ist die Thrombendarteriektomie – als TEA mit Patch oder als Eversions-Endarteriektomie – weiterhin die Behandlungsmethode der Wahl. Dies belegt nicht nur die bereits etwas in die Jahre gekommene S3-Leitlinie der deutschen Fachgesellschaften, sondern auch die 2018 veröffentlichte Leitlinie der europäischen Fachgesellschaft. Dass dies auch in Deutschland weiterhin so praktiziert wird, zeigt der aktuelle IQTIG-Bericht zur Qualitätssicherung der Karotisrevaskularisierung [7]. Bei insgesamt 33 597 Prozeduren an der Karotis handelte es sich bei 76,61 Prozent um primär offen-chirurgische Eingriffe.

Auch die erkrankte A. femoralis communis (AFC) bei pAVK ist aktuell noch als Hauptregion der offenen Gefäßchirurgie anzusehen. Nicht nur ist die A. femoralis communis Dreh- und Angelpunkt für die Läsionen der vor- oder nachgeschalteten Gefäßabschnitte und ein beliebtes Zugangsgefäß für sämtliche Formen der endovaskulären, aber auch der offenen Gefäßchirurgie; durch ihre besondere anatomische Lage in der Leistenbeuge ist das Gefäß auch besonderen Belastungen ausgesetzt. Bei der Thrombendarteriektomie der AFC wird klassischerweise der Abgang der A. profunda femoris mitbehandelt, ob als Common-ostium-Patch-Plastik bei noch offener A. femoralis superficialis (AFS), oder als reine Profunda-Patch-Plastik bei chronischem Verschluss der AFS (Abb. 1). Dies ist ein wichtiger Schritt bei der Behandlung der AVK für den langfristigen Beinerhalt. Robert R. Linton, einer der berühmtesten Gefäßchirurgen des letzten Jahrhunderts, bezeichnete die A. profunda femoris als den wichtigsten körpereigenen Bypass. →

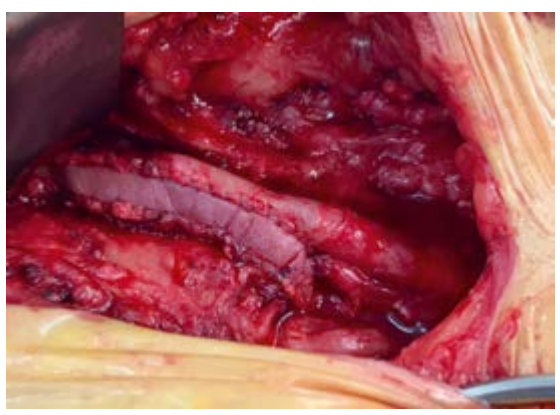
zur Sitzung

Freitag, 29.3.2019
12.30–14.00 Uhr, Saal 12

Endovaskuläre und offene Eingriffe bei pAVK

Betrachtet man die aktuelle Literatur, ist das endovaskuläre „Heilmittel" für die Behandlung der A. femoralis communis noch nicht gefunden

Doch auch wenn Läsionen der A. femoralis communis, oft mit Beteiligung des Abganges der A. profunda femoris, in den Augen der meisten Gefäßchirurgen klar eine Domäne der offenen gefäßchirurgischen Revaskularisierungstechnik mit TEA und Patch-Plastik ist, gibt es Stimmen, die dies bestreiten. Insbesondere rein interventionell tätige Fachdisziplinen wie die interventionelle Radiologie oder die Angiologie erweitern die Behandlung mit PTA oder Stent-PTA in die Region der AFC. Der minimalinvasive Ansatz ohne mögliche zugangsassoziierte Komplikationen wie Lymphfisteln oder neuropathische Schmerzen, und die rasche Weiterentwicklung in der Medizinindustrie mit immer neuen Stent-Designs, Medikamentenbeschichtung von Ballons oder auch Arteriotomie-Devices, versprechen hier einen Vorteil gegenüber der klassischen offenen Operation. Doch was sagt die Studienlage?



Betrachtet man die aktuelle Literatur, ist das endovaskuläre „Heilmittel" für die Behandlung der A. femoralis communis noch nicht gefunden. Bei den aktuell verfügbaren Studien handelt es sich zum Großteil um retrospektive Beobachtungsstudien mit kleinen Fallzahlen. Die Ein- Jahres Offenheitsrate nach PTA oder Stent-PTA der AFC liegt in fast allen Studien unter 80 Prozent. Stent-Frakturen – wenn beschrieben – wurden mit einer Inzidenz von null bis neun Prozent angegeben, bei einem mittleren FU von maximal drei Jahren. Auch die Verwendung von medikamenten-beschichteten Ballons konnte die Offenheitsrate nicht relevant verbessern. Die Anwendung von Arteriotomie-Devices zeigte eine Vierjahres-Offenheitsrate von 87 Prozent [6]. Eine Anfang 2019 publizierte Studie von Kuo et al. im *Journal of Vascular Surgery* zeigte eine eindeutige Überlegenheit der offenen Endarteriotomie im Vergleich zur Behandlung mit Medikamenten-beschichteter (DEB) Ballon-PTA mit einer primären Offenheitsrate von nur 57 Prozent nach DEB-PTA im Vergleich zu 94 Prozent nach TEA nach zwei Jahren ohne signifikante Unterschiede hinsichtlich Komplikationsrate und adverse events [4].

Ein fast zeitgleich publiziertes Review im *British Journal of Surgery* von Jia et al. Anfang des Jahres konnte insgesamt 31 Studien mit n=813 endovaskulären und n=3835 offenen Eingriffen (TEA) an der A. femoralis communis einschließen. Betrachtet man jedoch die Qualität der Studien, handelte es sich in nur zwei Fällen um randomisiert-kontrollierte Studien. Während die endovaskuläre Therapie zwar das Risiko von Wundkomplikationen gegenüber der offenen Therapie reduzieren kann, ist die Einjahres-Offenheit nach endovaskulärer Behandlung mit 78,8 Prozent signifikant niedriger als nach offener TEA (98.6 %) [5]. Die aktuelle Datenlage zeigt, dass wenn wir langfristig gute Behandlungsergebnisse für unsere Patienten anstreben wollen, die offene Therapie der AVK der Femoralisgabel sicherlich auch in der Ära der endovaskulären Therapie als Goldstandard anzusehen ist. Kombiniert werden kann die TEA der AFC gut mit einer Intervention der zu- oder abführenden Gefäße im Sinne eines Hybrid-Eingriffes.

1. Bisdas T, Borowski M, Stavroulakis K, Torsello G; CRITISCH Collaborators (2016) Endovascular therapy versus bypass surgery as first-line treatment strategies for critical limb ischemia: results of the interim analysis of the CRITISCH Registry. JACC Cardiovasc Interv 9: 2557–2565
2. Adam DJ, Beard JD, Cleveland T, et al (2005) Bypass versus angioplasty in severe ischaemia of the leg (BASIL): multicentre, randomised controlled trial. Lancet 366(9501): 1925–1934
3. Aboyans V, Ricco JB, Bartelink MEL, et al (2018) 2017 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral arterial diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS): document covering atherosclerotic disease of extracranial carotid and vertebral, mesenteric, renal, upper and lower extremity arteriesendorsed by: the European Stroke Organization (ESO), the Task force for the diagnosis and treatment of peripheral arterial diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). Eur Heart J 39: 763–816
4. Kuo TT, Chen PL, Huang CY, et al (2019) Outcome of drug-eluting balloon angioplasty versus endarterectomy in common femoral artery occlusive disease. J Vasc Surg 69: 141–147
5. Jia X, Sun ZD, Patel JV, et al (2019) Systematic review of endovascular intervention and surgery for common femoral artery atherosclerotic disease. Br J Surg 106: 13–22
6. Jawaid O, Armstrong E (2019) Endovascular treatment of common femoral artery arteriosclerotic disease. Vasc Endovasc Rev 1: 12–16
7. https://iqtig.org/downloads/auswertung/2017/10n2karot/QSKH_10n2-KAROT_2017_BUAW_V02_2018-08-01.pdf

Dr. med. Daphne Gray
Gefäß- und Endovascularchirurgie
Universitätsklinikum Frankfurt
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main
Daphne.gray@kgu.de

Folgen der verspäteten Vorstellung von Handinfektionen beim Handchirurgen

Khaled Dastagir, Peter M. Vogt

zur Sitzung

Freitag, 29.3.2019
12.30–14.00 Uhr, Saal 11

Sehnenverletzungen der Hand – von der Primärverletzung zur Rekonstruktion

Infektionen an der Hand sind komplexe und heterogene Krankheitsbilder [1]. Aufgrund der bradytrophen Verteilungsräume mit limitierter Infektabwehr können sich Infektionen der Hand schnell ausbereiten und funktionelle Strukturen zerstören [2]. Die Komplikationen reichen von Funktionsverlust bis hin zur Amputation der Hand [2]. Außerdem können Handinfektionen durch eine Sepsis lebensbedrohlich sein [3, 4]. Aufgrund des ständigen Einsatzes in unserem Alltag ist die Hand einer Vielfalt an Gefahren ausgesetzt. Die heterogenen Ursachen reichen von kleinen Bagatelltraumata über Tier- und Menschenbissverletzungen bis hin zur iatrogen herbeigeführten Infektionen, die durch unterschiedliche Mechanismen, Keime und Lokalisation der Verletzungen zur unterschiedlich schweren Infektionen führen können [5]. Zu den nicht invasiven Therapieoptionen gehören:

- Kalkuliertes Breitband- bzw. idealerweise an ein Resistogramm angepasstes Antibiotikum
- Schienenruhigstellung der Hand
- Kühlen und Hochlagern der Hand
- Desinfektionsbäder

Eine Antibiotikatherapie allein ist bei Infektionen an der Hand oftmals nicht ausreichend

Diese Verfahren gelten jedoch nicht für Infektionen, die durch Tierbisse, Fremdkörperinklusionen oder fortgeschrittene Infektionen, etc. entstanden sind [2]. Weiterhin ist aufgrund der bereits erwähnten bradytrophen anatomischen Räume, die bei Minderdurchblutung kaum von Antibiotika erreicht werden können, eine alleinige antibiotische Therapie von Handinfektionen meist nicht ausreichend [6]. Um eine rasche Infektausbreitung zu unterbinden, wird der erfahrene Handchirurg bei schweren Handinfektionen nicht nur mit einer Operation rechnen, sondern plant zusätzliche Folgeeingriffe („second look“) ein [7]. Dabei ist zu beachten, dass die Frequenz der Operationen sowie die Krankenhausverweildauer der Patienten mit einem frühzeitigem Therapiebeginn sowie der Erfahrung des behandelnden Arztes korrelieren [6, 8]. Daher sind eine engmaschige Kontrolle und gegebenenfalls eine frühzeitige Vorstellung der Patienten mit Handinfektionen beim Handchirurgen für eine adäquate Behandlung entscheidend. Im Rahmen einer Single-Center-Studie (n = 379) wurde gezeigt, dass eine spätere Vorstellung der Patienten mit Handinfektionen beim Handchirurgen mit einer längeren Krankhausverweildauer und einem Anstieg der Operationszahl einhergeht [6]. Weitere Autoren, die sich in den letzten 20 Jahren ebenfalls mit der verspäteten Vorstellung der Patienten mit Handinfektionen beim Handchirurgen beschäftigten, berichteten ebenfalls über einen negativen Einfluss auf den Krankheitsverlauf [8, 9].

Tier-, Menschenbiss- und Insektenstichverletzungen werden besonders früh beim Handchirurgen vorgestellt

Betrachtet man das Zeitintervall bis zur Vorstellung beim Handchirurgen von Patienten mit Infektionen der Hand in Abhängigkeit von der Infektionsursache, so werden Katzenbissverletzungen, Menschenbiss-, Hundebiss- und Insektenstichverletzungen besonders früh dem Handchirurgen vorgestellt [6]. Die frühzeitige Vorstellung der Tier- und Menschenbissverletzungen beim Handchirurgen ist auf die breite Kenntnis der hohen Infektionsgefahr nach solchen Bissverletzungen zurückzuführen [6]. Die meisten Tierbissverletzungen sind durch Hunde und Katzen verursacht. Am häufigsten führen Katzenbissverletzungen – in bis zu 50 Prozent der Fälle – zur Wundinfektionen [2].

Infektionen von Schnitt- und Stichwunden, v. a. durch Applikation von intravenösen Drogen werden besonders spät dem Handchirurgen vorgestellt [6]. Erklärungen hierfür könnten die Unterschätzung der initialen kleinen Verletzung (Stichkanal, kleiner Schnitt), Compliance-Mangel oder eine höhere Hemmschwelle für einen ärztlichen Besuch insbesondere bei Drogenabhängigen sein. Aufgrund der hier dargestellten Korrelation von verspäteten Vorstellungen mit komplizierten Behandlungsverläufen ist v.a. bei multimorbiden Patienten eine frühzeitige Vorstellung von Handinfektionen beim Handchirurgen zu empfehlen. Dies verhindert komplizierte Verläufe und unnötige Kosten.

58-jährige Patientin mit Phlegmone nach Verbrühungsverletzung

Eine 58-jährige Patientin stellte sich eine Woche nach einer Verbrühungsverletzung und darauffolgender Phlegmone des rechten Zeigefingers in unsere Klinik vor. Die Erstbehandlung erfolgte in einem peripheren Krankenhaus ohne fachspezialisiertes Personal für Handchirurgie. Die klinischen Infektzeichen reichten bis in die Mittelhand hinein (Abb. 1a). Im Röntgenbild zeigte sich eine massive Osteomyelitis der Fingerknochen. Der initiale CRP-Wert betrug 147,3 mg/l und die Leukozytenzahl 20 Tsd/µl. Bei der Patientin bestand seit 26 Jahren eine dialysepflichtige Niereninsuffizienz mit einer Polyneuropathie auf Grundlage eines Diabetes mellitus Typ I. Intraoperativ zeigten sich infektbedingte und putride Nekrosen der Beugesehnen und eine massive Osteomyelitis des Endgliedes (Abb. 1b, c). Es erfolgten eine Amputation des rechten Zeigefingers zunächst auf Höhe des PIP-Gelenks sowie die Einlage mehrerer Spüldrainagen bei massiv eitrigem Befund. Eine kalkulierte i.-v. antibiotische Therapie mittels Cefazolin wurde begonnen. Die mikrobiologische Untersuchung ergab eine Mischinfektion durch Escherichia coli, Enterococcus faecalis und Staphylococcus aureus, die auf Sultamicillin (Unacid) sensibel waren. Die antibiotische Therapie wurde dann antibiogrammgerecht auf Unacid umgestellt.

Insgesamt waren drei Eingriffe notwendig

Bei progredientem Infektverlauf wurde im Rahmen einer „Second look“-Operation eine Amputation des rechten Zeigefingers auf Höhe des MCP-Gelenks vorgenommen (Abb. 1d). Nach vollständiger Infektsanierung erfolgte im Verlauf aufgrund einer Wundheilungsstörung eine Rekonstruktion der A. digitalis palmaris propria des Zeigefingers rechts im Rahmen einer Revisionsoperation. Insgesamt wurden drei Operationen für die Behandlung der Hand notwendig. Die Patientin konnte nach 25 Tagen aus unserer Klinik mit reizlosen Wundverhältnissen entlassen werden.

Abb. 1 a) Zeigefingerphlegmone am ersten Aufnahmetag. **b, c)** Intraoperativer Befund im Rahmen der ersten Operation. **d)** Befund nach Amputation des Zeigefingers auf Höhe des MCP-Gelenks.

1. Tintle LSM, Baechler LMF, Nanos III, et al (2010) Traumatic and trauma-related amputations. Part II: Upper extremity and future directions. J Bone Joint Surg 92: 2934–2945
2. Osterman M, Draeger R, Stern P (2014) Acute hand infections. J Hand Surg 39: 1628–1635
3. Neumeister MW, Brown RE (2003) Mutilating hand injuries: principles and management. Hand Clin 19: 1–15
4. Jalil A, Barlaan PI, Fung BKK, Ip JW (2011) Hand infection in diabetic patients. Hand Surg 16: 307–312
5. Tosti R, Ilyas AM (2010) Empiric antibiotics for acute infections of the hand. J Hand Surg 35: 125–128
6. Dastagir K, Luketina R, Kuhbier JW, et al (2019) Auswirkung der verspäteten Vorstellung von Handinfektionen beim Handchirurgen – eine retrospektive Single-Center-Studie von 379 Patienten. Handchir Mikrochir Plast Chir 51: 45–48
7. Babovic N, Cayci C, Carlsen BT (2014) Cat bite infections of the hand: assessment of morbidity and predictors of severe infection. J Hand Surg 39: 286–290
8. Reichert B, Oeynhausen-Petsch P, Mailänder P (2007) Die Handinfektion als Folge einer Bagatellisierung von Minimalverletzungen. Handchir Mikrochir Plast Chir 39: 124–127
9. Reichert B, Zöphel O, Möller M, Mailänder P (2001) Behandlungskosten durch unterschätzte Handinfektionen. Handchir Mikrochir Plast Chir 33: 354–358

Dr. med. Khaled Dastagir
Klinik für Plastische, Ästhetische,
Hand- und Wiederherstellungschirurgie
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover
Dastagir.Khaled@mh-hannover.de

Fotos: S. Radke, Agentur EVENTPRESS

Kolorektales Karzinom: Es gibt neue ERAS-Leitlinien zur optimalen perioperativen Versorgung

Die Enhanced Recovery After Surgery Society (ERAS) hat ihre Leitlinien zur perioperativen Versorgung aktualisiert, mit denen Stress nach einem operativen Eingriff wegen eines kolorektalen Karzinoms (CRC) minimiert werden soll. Es zeigte sich, dass eine Stressminderung in dieser Population zu weniger Morbidität, schnellerer Rekonvaleszenz und auch zu kürzeren Hospitalisierungen führt.

Vor der stationären Aufnahme sollte eine Einschätzung des präoperativen Ernährungszustandes erfolgen. Patienten mit einem Risiko für eine Mangelernährung sollten für mindestens sieben bis zehn Tage eine entsprechende Ernährung erhalten, vorzugsweise oral. Eine präoperative Anämie stellt ein Risiko für Morbidität im Allgemeinen dar und sollte behoben werden. Neuere, intravenös verabreichte Formulierungen mit Eisen tragen ein niedriges Risiko für Nebenwirkungen und sind effektiver als orale Formulierungen.
Vor dem operativen Eingriff: Eine Antibiose birgt gegenüber einer rein mechanischen Darmvorbereitung keinen klinischen Nutzen und kann zu Unbehagen und Dehydratation führen. Sie sollte daher bei Darmoperationen nicht routinemäßig angewendet werden, kann aber bei operativen Eingriffen des Rektums angemessen sein.
Während der Operation: Drainagen von Beckenraum und Peritoneum wirken sich nicht auf das klinische Ergebnis aus und sollten daher nicht routinemäßig eingesetzt werden.
Nach der Operation: Die postoperative Intubation einer transnasalen Magensonde sollte nicht routinemäßig vorgenommen und vor Ausleitung der Anästhesie entfernt werden, wenn diese während des operativen Eingriffs genutzt wurde.

1. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, et al (2019) Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations: 2018. World J Surg World J Surg 43: 659–695 (open-access)

BDC-Mitgliederversammlung 2019

Freitag, 29. März 2019 11.45–12.30, Saal 2

BDC Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.

Impressum

136. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Präsident: Prof. Dr. med. Matthias Anthuber

Herausgeber: Dr. Reinhard Kaden Verlag GmbH & Co. KG
Maaßstraße 32/1, 69123 Heidelberg
info@kaden-verlag.de, www.kaden-verlag.de

Redaktion:
Carola Marx (CM, marx@kaden-verlag.de)
Norbert Krämer (kraemer@kaden-verlag.de)
Britta Rajmann (rajmann@kaden-verlag.de)

Anzeigen: Kyra Schiffke (schiffke@kaden-verlag.de)
Zur Zeit gilt Anzeigenpreisliste 2019.

Produktion: Christian Molter (molter@kaden-verlag.de)

Druck und Verarbeitung:
Peschke Druckerei GmbH, www.peschkedruck.de

Erscheinungsweise: Mittwoch, 27.3.2019;
Donnerstag, 28.3.2019; Freitag, 29.3.2019

Copyright: Mit der Annahme eines Manuskriptes erwirbt der Verlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfrist (§ 64 UrhRG) die Verwertungsrechte im Sinne der §§ 15 ff. des Urheberrechtsgesetzes. Übersetzung, Nachdruck, Vervielfältigung auf fotomechanischem oder ähnlichem Wege, Vortrag, Funk- und Fernsehsendung sowie Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen – auch auszugsweise – sind nur mit schriftlicher Zustimmung von Schriftleitung und Verlag gestattet. Mit Namen oder sonstigen Zeichen gekennzeichnete Beiträge stellen nicht in jedem Fall die Meinung der Redaktion dar.

Kolorektales Karzinom: ERAS nach laparoskopischen Eingriffen von Nutzen

Eine aktuelle Metaanalyse zeigt, dass das ERAS-Programm (enhanced recovery after surgery) zur Optimierung des perioperativen Managements (ERAS) für Patienten, die sich wegen eines kolorektalen Karzinoms einer Laparoskopie unterziehen, zu weniger Komplikationen und einem kürzeren Krankenhausaufenthalt führt. Es konnte kein signifikanter Unterschied in den Raten zur Wiedereinweisung nach 30 Tagen oder zur Mortalität nachgewiesen werden. Das multimodale Programm berücksichtigt 17 Punkte zur Reduzierung von Stress, bedingt durch den operativen Eingriff, zur Beschleunigung einer wiederhergestellten Funktionsfähigkeit und zur Reduktion der postoperativen Morbidität. Bestehende Studien zum ERAS beim kolorektalen Karzinom ergaben gemischte Ergebnisse, und frühere Metaanalysen bezogen sich auf weniger Studien mit niedrigerer Qualität.
Die Metaanalyse behandelt 13 Studien (n = 1298), die in China, Korea, den Niederlanden, Italien und Ägypten durchgeführt worden waren. Im Vergleich zur allgemein üblichen Versorgung (TC) war ERAS mit einem kürzeren postoperativen Krankenhausaufenthalt assoziiert (gewichtete mittlere Differenz [WMD]: −2,00 Tage; p = 0,00; 12 Studien). ERAS war mit einer kürzeren Zeit bis zum ersten Flatus (WMD: −12,18 Stunden; p = 0,00; 9 Studien) und Zeit bis zur ersten Defäkation (WMD: −32,93 Stunden; p = 0,00; 7 Studien) assoziiert. 17,84 Prozent der ERAS-Patienten erlitten postoperative Komplikationen, verglichen mit 27,01 Prozent der TC (Risikoverhältnis: 0,59; p < 0,01; 13 Studien). Es bestand kein signifikanter Unterschied in den Raten der 30-Tage-Wiedereinweisung oder Mortalität (5 Studien). Es lag eine signifikante Heterogenität in einigen Analysen vor.

1. Ni X, Jia D, Chen Y, Wang L, Suo J (2019) Is the enhanced recovery after surgery (ERAS) program effective and safe in laparoscopic colorectal cancer surgery? A meta-analysis of randomized controlled trials. J Gastrointest Surg. doi: 10.1007/s11605-019-04170-8 [Epub ahead of print]

CHIRURGISCHE ALLGEMEINE

CHIRURGISCHE ALLGEMEINE APP

Sie finden die **CHAZ** und den **Kaden Verlag** im **Foyer OG am Stand 328**

Der Newsletter zum Heft

Mit dem **CHAZ-Brief** erfahren Sie alles über die Highlights der Zeitschrift CHIRURGISCHE ALLGEMEINE, kostenfrei und bequem per E-Mail auf Ihr Smartphone, Tablet oder Ihren Computer.
Melden Sie sich jetzt an und profitieren Sie regelmäßig vom exklusiven Einblick in die aktuelle Ausgabe.

- Fachbeiträge
- Nachrichten
- Personalia
- aktuelle Veranstaltungshinweise
- Personalanzeigen/Verschiedenes
- Buchtipps

Jetzt kostenfrei anmelden
und heute schon wissen,
was andere morgen lesen.
www.chirurgische-allgemeine.de

KADEN
Kaden Verlag GmbH & Co. KG
Maaßstraße 32/1, 69123 Heidelberg
Telefon (06221) 1377600
info@kaden-verlag.de
www.kaden-verlag.de

TachoSil® – ruhig Blut!

Durch die Kraft der Natur.

Auch als
Pre-rolled TachoSil®

TachoSil® Versiegelungsmatrix

Zusammensetzung: 1 cm² enthält: Fibrinogen vom Menschen 5,5 mg, Thrombin vom Menschen 2,0 I.E. Sonstige Bestandteile: Kollagen vom Pferd, Albumin vom Menschen, Riboflavin (E 101), Natriumchlorid, Natriumcitrat, L-Arginin-hydrochlorid. **Anwendungsgebiete:** TachoSil® wird bei Erwachsenen zur unterstützenden Behandlung in der Chirurgie zur Verbesserung der Hämostase, zur Unterstützung der Gewebeversiegelung und zur Nahtsicherung in der Gefäßchirurgie angewendet, wenn Standardtechniken insuffizient sind. **Gegenanzeigen:** Intravaskuläre Anwendung, Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** In seltenen Fällen kann es zu Hypersensitivität oder allergischen Reaktionen kommen (inklusive Angioödem, Brennen und Stechen an der Applikationsstelle, Bronchospasmus, Schüttelfrost, Flush, generalisierte Urtikaria, Kopfschmerz, Nesselausschlag, Hypotonie, Lethargie, Übelkeit, Ruhelosigkeit, Tachykardie, Engegefühl in der Brust, Kribbeln, Erbrechen, keuchende Atmung), die in Einzelfällen bis zur schweren Anaphylaxie führen. Derartige Reaktionen können insbesondere bei wiederholter Anwendung oder bei Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegenüber einem der Bestandteile des Präparates auftreten. Antikörper gegen Komponenten von Fibrinkleberprodukten können in seltenen Fällen auftreten. Häufig: Fieber; gelegentlich: Überempfindlichkeit; sehr selten: Thromboembolie (bei intravaskulärer Anwendung). **Wechselwirkungen sowie weitere Hinweise:** siehe Fachinformation. **Verschreibungspflichtig. Chargendokumentationspflichtig. EU-Zulassungsinhaber:** Takeda Austria GmbH, A-4020 Linz, Österreich, **Kontaktadresse d. pharm. Unternehmens in Deutschland:** Takeda GmbH, Byk-Gulden-Str. 2, D-78467 Konstanz, Tel.: 0800 8253325, medinfo@takeda.de, Stand: 03/2016

Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG

www.takeda.de