

CHIRURGISCHE ALLGEMEINE

ZEITUNG FÜR KLINIK UND PRAXIS

KOMPAKT

Elektronischer Sonderdruck
für Dr. med.
Franz-Josef Schumacher

Rege Teilnahme bei der virtuellen VKRR-Jahrestagung

CHAZ kompakt (2022) 23: 104–106
© Kaden Verlag, Mannheim

Diese PDF-Datei darf nur für nichtkommerzielle Zwecke
verwendet werden und nicht in privaten, sozialen und
wissenschaftlichen Plattformen eingestellt werden.

www.chirurgische-allgemeine.de



Rege Teilnahme bei der virtuellen VKRR-Jahrestagung

Franz-Josef Schumacher



Am 22. Januar 2022 fand der 18. Jahreskongress der Vereinigung der Koloproktologen an Rhein und Ruhr e.V. (VKRR) unter den gegenwärtigen außergewöhnlichen Umständen wieder als Webinar statt. Vortragende und Vorsitzende waren persönlich am Philipposstift in Essen vor Ort. Die Organisation funktionierte nach anfänglichen Störungen ausgezeichnet. Es waren rund 220 Teilnehmer nahezu permanent zugeschaltet. Der Vorsitzende Eugen Berg (Recklinghausen) eröffnete den Kongress und stellte das Programm vor.

Viele Crohn-Patienten sind noch immer nicht zufriedenstellend behandelt

Zum ersten Hauptthema „Morbus Crohn“ referierte Arnd Giese (Herten) über „neue medikamentöse Therapie“. Sein Vortrag stützte sich auf die gängigen internationalen Guidelines. Im akuten Schub beim ileozökalen Befall werden Mesalazin (1,5–4,5 g/Tag) und Budesolid (9 mg/Tag) empfohlen. Bei ausgedehntem Befall und bei fehlender Remission auf Budesolid wirkt Prednisolon bei 86 Prozent, TNF- α nur bei 40 Prozent der Betroffenen. Bei der schweren Aktivität setzt man sofort

Prednisolon (1 mg/kg KG) ein. Erfolgt keine Remission, gibt man Infliximab \pm Azathioprin, Adalimumab oder Ustekinumab. Bei 40 Prozent der Patienten verläuft die Remission ohne Therapiebedarf. Rauchen ist ein Risikofaktor für Rezidive, auch nach chirurgischen Eingriffen. Faktoren einer schlechten Prognose sind der frühe Krankheitsbeginn (<40 Jahre), eine Anämie und der systemische Steroidbedarf. Vor der Erhaltungstherapie sollten Impfungen erfolgen. Steroide sind im Gegensatz zu Azathioprin zur Erhaltungstherapie ungeeignet. Biologika sind nicht wirksamer, aber wesentlich teurer. Sein Resümee: „Viele Crohn-Patienten sind noch immer nicht zufriedenstellend behandelt“.

Von der Innsbrucker Coloproktologie Wintertagung zugeschaltet war Peter Kienle und stellte „Indikation und neue Techniken in der Chirurgie“ vor. Zunächst sollte die Frage geklärt werden, mit welchem Resektionsausmaß eine geringere Rezidivrate zu erzielen ist. Derzeit läuft dazu eine randomisiert-kontrollierte Studie, die Ergebnisse stehen noch aus. Bis zum Beweis des Gegenteils empfahl Kienle die limitierte Resektion und – wo möglich – die Strikturoplastik. Bei der Proktektomie hinterlässt die darmlnahe Präparation im Vergleich zur radikalen mesorektalen Exzision weniger „Totraum“,

weniger Nervenschäden, weniger Hernien und seltener ein Ileus sind die positiven Folgen. Verschiedene Anastomosen-techniken (End-zu-End, End-zu-Seit, Seit-zu-Seit) konkurrieren miteinander, erzielen aber vergleichbare Ergebnisse. Dies gilt auch für die relativ neue Kono-S-Anastomose. Minimalinvasive Techniken sind etabliert, die robotische Unterstützung bringt bisher keine nachweisbaren Vorteile, ist jedoch nicht gegenfinanziert. Intrakorporale Anastomosen sind schonender.

Im Anschluss sprach Andreas Ommer (Essen) über „Stammzellen in der Therapie der Analfistel“. Sie sind einer der häufigsten Komplikationen des Morbus Crohn. Transmurale Entzündungen erschweren die Orientierung an anatomischen Strukturen. Das Ausmaß der lokalen Entzündung ist entscheidend, die effektive Abszessdrainage und eine optimale medikamentöse Therapie sind anzustreben. Allen bisher etablierten Techniken ist eine hohe Rezidivrate bzw. Persistenz gemeinsam. Der Einsatz mesenchymaler Stammzellen in dieser Therapie ist neu, wenig belastend, sphinkterschonend – allerdings ist die Langzeit-Effektivität bisher nicht nachgewiesen.

Sekundäre Wundheilung: VAC-Therapie oder Faszienverschluss mit Traktion

Zum zweiten Hauptthema „sekundäre Wundheilung“ berichtete Ralf Schmidt (Bochum) über die „VAC-Therapie in der Bauchdecke“. Sie wird in der Therapie großflächiger und tiefer Wunden eingesetzt. Voraussetzung ist das Débridement. Das Ziel ist eine Wundverkleinerung, Induktion der Wundheilung und Reduktion der Keimzahl. Vorsicht ist geboten bei direktem Kontakt mit Gefäßen, Anastomosen und malignen Wunden. Eine schwerwiegende Komplikation sind Darmfisteln. Nachgewiesen wurden – beispielhaft bei der Versorgung von Infektionen nach offenen Hernienoperationen – die Verringerung von Wundkomplikationen, geringere Wundrevisionsraten und Hernienrezidive. Die prophylaktische Vakuumtherapie bei primär geschlossenen Wunden ist nicht sinnvoll. Beim offenen Abdomen sollte sie in Verbindung mit einem Mesh mit dem Ziel des frühen Faszienverschlusses zum Einsatz kommen. Eine alternative Methode ist der Faszienverschluss mit Traktion.

Igor Isalnieks (Köln) rundete das Thema mit dem Beitrag „Sinus pilonidalis – Problem der offenen Wunden“ ab. Die Exzision mit offener Wundbehandlung dauert oft sehr lange mit hoher Rezidivrate. Oft verbleibe einerseits eine störende Narbe in der Mittellinie, andererseits eine chronische Wunde, die nicht abheilt. Das feuchte Milieu, Mikrobiom und Hautprobleme führen in zirka 50 Prozent der Fälle zur Chronifizierung. Mittellinienverfahren sollten vermieden werden. Standard sind die Karydakis- oder Limberg-Plastik und der Cleft lift nach Bascom. Eine Option ist die lokale Behandlung mit Metronidazol-Creme.

Wann beim Ileus ein operatives Vorgehen angezeigt ist

Im nächsten Vortrag von Roland Syha (Recklinghausen) unter dem Hauptthema „Ileus“ hieß es „Diagnostik – was ist sinnvoll?“ Unterschieden wird der paralytische vom mechanischen Ileus. In der Regel ist der Dünndarm dann über drei Zentimeter, das Kolon mehr als fünf Zentimeter erweitert. Es findet sich ein Kalibersprung mit einem Hungerdarm aboral. Ätiologisch tritt der paralytische Ileus häufig postoperativ, metabolisch, medikamentös, neurogen und/oder vaskulär bedingt auf. Hingegen ist die Ursache des mechanischen Ileus am Dünndarm bedingt durch Adhäsionen, Bride, Volvulus und Torsion, am Dickdarm meist durch ein kolorektales Karzinom. Die Computertomographie ist der Standard in der Diagnostik des akuten Abdomens und beim mechanischen Ileus. Weniger aussagekräftig ist die Abdomenübersicht in Linksseitenlage. Die MDP hat ihren Stellenwert beim inkompletten Ileus und bei postoperativer Atonie, zusätzlich mit therapeutischer Wirkung. Das MRT spielt in der Akutdiagnostik keine Rolle und wird eher bei chronischen Passagestörungen eingesetzt.

Tim Vilz (Bonn) ergänzte „Wie lange konservativ – wann operativ?“ Der klassische mechanische Dünndarmileus sollte operiert werden. Die häufigste Ursache für einen Dünndarmileus sind Adhäsionen. Ist der Befund unklar, ist immer ein CT gerechtfertigt. Der klinische Befund, erhöhte Laborparameter, eine auffällige Abdomenübersicht und die MDP mit wasserlöslichem Kontrastmittel entscheiden über das weitere Vorgehen. Der Patient bleibt nüchtern, erhält eine Magensonde und i.-v.-Flüssigkeit. Engmaschige Kontrollen sind erforderlich. Das konservative Vorgehen ist bis zu 72 Stunden gerechtfertigt. Die Morbidität ist in diesem Zeitraum nicht erhöht, wohl aber die Verweildauer und die Mortalität. Beim Kolonileus kann ein Stent zur Überbrückung der Stenose die Häufigkeit einer Notfalloperation und auch die Anlage eines Stomas reduzieren. Rechtsseitig kann der Tumor meist einzeitig reseziert werden. Linksseitig und beim Rektum sollte ebenfalls reseziert und ein Stoma zur Entlastung angelegt werden. Bei stenosierenden Rektumtumoren kann ein doppelläufiges Stoma zur Entlastung als Vorbereitung auf die neoadjuvante Therapie vorgeschaltet werden.

Sitzbäder steigern subjektiv die Patientenzufriedenheit, ein medizinischer Vorteil ist nicht nachgewiesen

Im letzten Hauptthema ging es um die Frage „Sind Sitzbäder noch zeitgemäß?“ Für das Pro war Andreas Ommer verantwortlich. Er zeigte ein Panoptikum verschiedener Sitzbadmodelle. Der Effekt liege in der muskulären Entspannung, außerdem soll eine Wundreinigung bewirkt werden durch antientzündliche Badezusätze wie Kamille und Povidon-



Jod. Beim Pruritus ani wird der Gerbstoff Phenol-Methanal-Harnstoff-Polykondensat bevorzugt. Franz-Josef Schumacher (Essen) übernahm den Kontra-Part. Verschiedene Studien wurden von beiden zitiert, die keinen medizinischen Vorteil nachweisen konnten. Bei falscher Anwendung wurde auf die Entstehung einer ausgeprägten allergischen Reaktion besonders bei den antientzündlichen Badezusätzen hingewiesen. Am Ende einigten sich beide Referenten darauf, dass die warme Wassertemperatur die Durchblutung steigert und sich somit die Muskulatur entspannt. Dies führt zu einer subjektiven Patientenzufriedenheit.

Die Veranstaltung fand nach drei Fallbeispielen, die im Chat lebhaft diskutiert wurden, ihren Ausklang. Das Schlusswort übernahm Gabriela Möslin (Duisburg), die sich bei allen Teilnehmern und Referenten bedankte. Die Vorträge waren sehr gut und informativ. Schon traditionell wurde bei allen Themen sehr intensiv und ausführlich diskutiert. Das Format war bis auf Startschwierigkeiten wieder äußerst gelungen. Bis zuletzt waren noch 180 Teilnehmer online. Der nächste Kongress findet am 20. Januar 2023 erneut in der Essener Philharmonie statt – möglicherweise als Hybridveranstaltung. □

Dr. med. Franz-Josef Schumacher
Schriftführer der VKRR
Philippusstift Essen
Hülsmannstraße 17, 45355 Essen
info@vkrr.de
www.vkrr.de

CHIRURGISCHE ALLGEMEINE

ZEITUNG FÜR KLINIK UND PRAXIS
ISSN 1615-5378 Sonderheft **KOMPAKT**

Erscheinungsweise

10 Ausgaben pro Jahr (4 Einzel-, 4 Doppel-, 2 CHAZkompakt-Ausgaben).
Abonnement: Bestellung beim Verlag oder bei jeder Buchhandlung

Bezugspreis

Jahresabonnement Euro 96,60 (inkl. 7% MwSt., zzgl. Euro 18,- VK). Einzelheft außerhalb des Abonnements Euro 10,- (inkl. 7% MwSt., zzgl. VK).
Für Assistenzärzte in Weiterbildung Euro 48,- (bei Vorlage einer Bescheinigung des Arbeitsgebers) (inkl. 7% MwSt., zzgl. VK). Bei Bestellung im Laufe des Jahres wird der Bezugspreis anteilig berechnet. Der Abonnent kann seine Bestellung innerhalb von 10 Tagen schriftlich beim Verlag widerrufen. Die Frist ist gewahrt, wenn der Widerruf rechtzeitig abgesandt wird (Datum des Poststempels).

Bezugszeit

Ein Abonnement einer Zeitschrift gilt zunächst für ein Jahr, es verlängert sich automatisch jeweils um ein Jahr, wenn die Kündigung nicht bis zum 31. Oktober in Schrift- oder Textform an die E-Mailadresse info@kaden-verlag.de oder postalisch an die Verlagsadresse Stresemannstraße 12, 68165 Mannheim eingeht. Kündigungen, die nach diesem Tag eingeht, können nicht berücksichtigt werden. Kann die Zeitschrift aufgrund Streiks oder höherer Gewalt nicht geliefert werden, so besteht kein Anspruch auf Ersatz.

Anzeigen

Kyra Schiffke, Telefon 0621/32168911, schiffke@kaden-verlag.de

Herstellung

Christian Molter, Telefon 0621/32168907, molter@kaden-verlag.de

Druck und Verarbeitung

Neumann Druck, 69126 Heidelberg

Copyright

Mit der Annahme eines Manuskriptes erwirbt der Verlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfrist (§ 64 UrhRG) ausschließlich 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 Genehmigung des Verlages gestattet. Für den Inhalt außerhalb des redaktionellen Teils – insbesondere Autorenbeiträge, Anzeigen, Industrienachrichten und Kongressinformationen – übernehmen Redaktionsleitung, Beirat und Verlag keine Gewähr.

Anzeigen

MCE Medical Congresses & Events.....	82
RESORBA Medical GmbH.....	71
Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG.....	72
VOCK Business Services GmbH & Co. KG.....	U4
Wiener Medizinische Akademie.....	93
wikonect GmbH.....	76

www.chirurgische-allgemeine.de

