

VKRR-Kongress 2014

Koloproktologie-Experten aus Nordrhein-Westfalen tagten bereits zum zehnten Mal



Josef Stern

Am Samstag, den 25. Januar 2014 fand wie bereits in den vergangenen Jahren im Festsaal der Philharmonie in Essen der zehnte Kongress der Vereinigung der Koloproktologen an Rhein und Ruhr e. V. (VKRR) statt. Unter der Leitung des VKRR-Präsidenten Prof. Dr. Josef Stern aus Dortmund diskutierten Experten aus Nordrhein-Westfalen aktuelle Fragestellungen in der Koloproktologie. In seiner Eröffnungsrede wies Stern auf die erfolgreiche Entwicklung der Vereinigung hin, die heute über neunzig Mitglieder zählt und einen jährlichen Kongress mit über 140 Teilnehmern aus dem Ruhrgebiet und dem weiteren Einzugsgebiet veranstaltet. Dr. Hadwin Shatavi, der Gründungsvater der Organisation, schloss sein Grußwort an und bemerkte, dass die Gesellschaft schon weit länger als zehn Jahre besteht. Das zunehmende

Interesse der Zuhörer spiegelt die Bedeutung der Koloproktologie heute wider, die sich zu einem eigenständigen Fachgebiet eingebettet in verschiedenen Disziplinen der Medizin entwickelt hat.

Hohe Erwartungen an Immunmodulatoren haben sich bislang nicht vollständig erfüllt

Das erste Hauptthema, intestinale Fisteln, stand unter dem Vorsitz von Josef Stern aus Dortmund und Privatdozent Dr. Peter Hoffmann aus Essen. Die Therapie der Fisteln bei Morbus Crohn wurde zunächst hinsichtlich konservativer Therapien von Hoffmann, anschließend von Prof. Dr. Anton Kroesen aus Köln-Porz besprochen. Hoffmann ging anhand verschiedener Kasuistiken zunächst auf die verschiedenen Arten der Fisteln ein und diskutierte die Möglichkeiten der konservativen Therapie, die heute die Steroide, Antibiotika, verschiedene Supportiva, Aminosalicylate und Immunmodulatoren, wie beispielsweise TNF- α -Blocker umfassen. Die hohen Erwartungen an die Immunmodulatoren konnten bislang nicht vollständig erfüllt werden, dennoch gehören sie zur interdisziplinären Therapie komplizierter Fisteln.

Kroesen unterschied zunächst beim Morbus Crohn den Verlauf zur Fistel- bzw. zur Stenosenbildung. Nicht jede Fistel muss operiert werden, Ausnahmen bilden hier jedoch die Fisteln zum Retroperitoneum oder zur Blase, die ausschließlich einer operativen Therapie zugeführt werden müssen. Er wies darauf hin, dass trotz konservativer Erfolge mit der Anti-TFN- α -Therapie die OP-Frequenz in der Ära dieser Immunmodulatoren insgesamt zugenommen hat. In der anschließenden Diskussion wurde das Thema Karzinombildung bei Fisteln angesprochen, welches klinisch bei langjähriger Fistelausbildung zu beachten sei. Im dritten Vortrag des Hauptthemas referierte Dr. Eugen Berg aus Recklinghausen über die Therapie postoperativer Fisteln. Zunächst müsse man zwischen rektovaginalen Fisteln, Anastomosenfisteln, Stomafisteln, Dünndarmfisteln und enterokutanen Fisteln unterscheiden. Die Therapie dieser postoperativen aufgetretenen Fisteln sei überwiegend chirurgisch, Ausnahmen stellen hier Abszessbildungen neben einer Anastomose dar, die primär interventionell mit Drainage vorbehandelt und erst zweizeitig operiert werden sollten. Die enterokutanen Fis-



Hadwin Shatavi



Peter Hoffmann



Anton Kroesen



Eugen Berg



Markus Masin



Andreas Verstege



Igors Iesalnieks

teln nach einer Operation sind eine besondere Herausforderung, da die Behandlung sehr langwierig und schwierig ist. Bei einer Mortalitätsrate von zehn bis 20 Prozent kann man in etwa zwei Drittel der Fälle einen Erfolg erwarten, dieser besteht aus konservativer Therapie, VAC-Verbänden, operativer Therapie mit kompletter Adhäsiolyse und der Resektion des fisteltragenden Anteiles.

Im letzten Vortrag berichtete Prof. Dr. Markus Masin, medizinische Klinik der Universität Münster, über die komplizierte Behandlung von Patienten mit

Kurzdarmsyndrom. Dabei ist die Ursache des Kurzdarmes vielfältig. Entscheidend ist weniger die absolute Länge des Restdarmes, sondern eher die funktionelle Kapazität. Eine parenterale Ernährung sei besser über einen Hickman-/Broviac-Katheter als einen intravenösen Port durchführbar, da bei den Ports die Infektrate höher sei. Der Leitsatz der Therapie gilt: „So kurz wie möglich, so lange wie nötig.“ Er wies darauf hin, dass bei einer Langzeitparenteralen Ernährung eine individualisierte Ernährungstherapie notwendig ist und in jedem Fall auf die Substitution von lebenswichtigen Vitaminen und Spurenelementen geachtet werden muss.

Die hochinteressanten Kasuistiken wurden intensiv diskutiert, auch Misserfolge wurden präsentiert

Im folgenden Hauptthema – Sinus pilonidalis – unter dem Vorsitz von Dr. Andreas Verstege aus Recklinghausen berichtete Privatdozent Dr. Igors Iesalnieks aus Gelsenkirchen über die Genese und Therapie des Sinus pilonidalis. In seinem umfassenden Beitrag führte er die verschiedenen Möglichkeiten der Behandlung auch in Zusammenschau mit der bisherigen Literatur auf. Die verschiedenen Therapieformen bestehen aus: Resektion und offener Wundbehandlung, primärem Verschluss, Lateralisierung des Zuganges durch die sogenannten Off-midline-Verfahren und einer minimal-invasiven Alternative, dem sogenannten Pit-picking. Dieses Verfahren wird von ihm und anderen Chirurgen erfolgreich angewendet, so dass bei dieser häufigen und für die Patienten sehr unangenehmen und quälenden Erkrankung eine Viel-



Claus Dieter Gerharz



Peter M. Markus



Ralf Schmidt

zahl von Therapieoptionen zum Tragen kommt.

Nach der Pause und dem Besuch der Industrieausstellung schloss sich unter der Leitung von Prof. Dr. Claus Dieter Gerharz aus Duisburg und Prof. Dr. Peter M. Markus aus Essen das dritte Hauptthema „Kasuistiken“ an. Fünf hochinteressante Fälle wurden präsentiert. Zunächst berichtete Dr. Ralf Schmidt aus dem Evangelischen Krankenhaus Herne über einen ungewöhnlichen Fall einer idiopathischen ischämischen Proktitis. Eugen Berg präsentierte einen seltenen Fall mit schwerer Sepsis fünf



Gabriela Möslein

Jahre nach Hämorrhoidektomie, Prof. Dr. Gabriela Möslein aus Bochum berichtete über die Inkontinenzbehandlung mit dem Fenix-Magnetband, Dr. Canan Ceran aus Hamm stellte eine Patientin mit einem massiven Stuhlverhalt bei Morbus Hirschsprung vor; zum Abschluss berichtete Dr. Sabine Kersting aus Recklinghausen über einen außergewöhnlichen Rektumprolaps bei einer komplizierten Patientin mit einem letztlich unerwarteten Ausgang. Die verschiedenen Kasuistiken wurden intensiv diskutiert, auch Misserfolge wurden präsentiert – diese befruchteten die Diskussion und die Meinungsbildung noch intensiver als die positiven Ergebnisse.

Neue Leitlinie kolorektales Karzinom: Koloskopie nun ab dem 50. Lebensjahr empfohlen

In der letzten Sitzung mit dem Thema „Nationaler Krebsplan“ unter Vorsitz von G. Möslein und Prof. Dr. Marco Niedgerthmann aus Essen wurde zunächst die neue Leitlinie zum kolorektalen Karzinom und deren klinische Umsetzung diskutiert. Einige Neuerungen sind hier aufgeführt, dies betrifft zunächst die Prävention. Hier wird keine Empfehlung mehr zur Primär-Prävention ausgesprochen. Auch zur Früherkennung nimmt die neue Leit-



Canan Ceran



Sabine Kersting



Marco Niedergethmann



Oliver Heidinger

linie Stellung. Eine Koloskopie wird nun ab dem 50. Lebensjahr empfohlen (bislang ab dem 55. Lebensjahr) und distanziert sich damit von den Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses, der letztlich die Vergütung regelt, hier die Empfehlung aber weiter erst ab dem 55. Lebensjahr gibt. Erstmals werden auch Risikogruppen definiert, dies betrifft genetisch familiär gehäufte Tumore, bzw. deren Index-Patienten. Bei präoperativer Diagnostik wird bei der Abklärung des Rektumkarzinoms das MRT des Beckens mit Bestimmung des Tumorabstandes zum zirkulären Resektionsrand gegenüber der

Endosonographie Bedeutung gewinnen, die letztlich nur bei T1- und T2-Tumoren führende Untersuchung bleiben wird.

Im abschließenden Vortrag führte Ministerialrat Dr. Oliver Heidinger, Geschäftsführer des gemeinnützigen Epidemiologischen Krebsregisters NRW, die Ziele und Planungen der Umsetzungen des Krebsregisters aus. Prinzipiell wird es laut Gesetz den Ländern freigestellt, wie viele Krebsregister installiert werden. Aufgrund des Föderalismus in Deutschland wird es kein nationales Krebsregister geben, sondern mehrere Einzellösungen der Länder, die aber nicht deckungs-

gleich sein werden. Die neuen Strukturen beruhen auf dem seit acht Jahren funktionierenden Epidemiologischen Krebsregister NRW und sollen nun ausgeweitet werden für die Erfassung klinischer Daten. Dies wird nur auf elektronischem Wege möglich sein und hat, wie auch in der anschließenden Diskussion kritisiert wurde, nur dann Erfolg, wenn es keine Doppeleingaben der klinischen Daten geben wird und die Belastung des ärztlichen Personals dadurch auf ein Minimum beschränkt werden kann.

Der Kongress schloss mit einem Gruß von Josef Stern und ei-

nem Schlusswort von Peter M. Markus, der die verschiedenen Hauptthemen zusammenfasste, sie in den klinischen Alltag einordnete und auf neue und ungelöste Probleme hinwies. Die insgesamt sehr gut besuchte Veranstaltung wurde mit einem Beisammensein und kulinarischem Ausklang begleitet. Der nächste Kongress findet am 24. Januar 2015 am selben Ort statt. ■■■

Dr. med. Franz-Josef Schumacher
Schriftführer der VKRR
Katholisches Klinikum Oberhausen
Nürnberger Straße 10
46117 Oberhausen
✉ info@vkrr.de
🌐 www.vkrr.de