

Franz-Josef Schumacher

16. VKRR-Jahrestagung

Koloproktologen an Rhein und Ruhr diskutierten in der Essener Philharmonie

Am 25. Januar 2020 fand der 16. Jahreskongress der Vereinigung der Koloproktologen an Rhein und Ruhr e. V. (VKRR) – wie gewohnt im Festsaal der Philharmonie in Essen – statt. Der Vorsitzende Eugen Berg (Recklinghausen) begrüßte trotz erneut erhobener Teilnahmegebühr 137 Teilnehmer.



Wolfgang Schwenk

Zum ersten Hauptthema „Anastomoseninsuffizienzen am Kolon und Rektum“ stellte Wolfgang Schwenk (Solingen) neue Konzepte in der Prävention vor. Unstrittig ist die Anlage eines protektiven Stomas. Dazu ist die orale Darmspülung erforderlich. Eine relativ hohe Rate an Wundheilungsstörungen und sonstigen Komplikationen bei der Rückverlagerung ist zu berücksichtigen. Die mechanische Prävention mit

oralen Spülung, oraler oder systemischer Antibiotikagabe und deren Kombinationen beeinflusst die Rate an Insuffizienzen und Letalität nicht. Lediglich die postoperative transanale Drainage zeigt ein positives Ergebnis. Unter den Zuhörern wendet allerdings niemand die Drainage an. Auch die Anwendung der ICG-Fluoreszenz-Angiographie verhindert die Insuffizienzrate nicht. Gib es eine pharmakologische Prävention? Im Tierexperiment ja, in der klinischen Anwendung nicht. Orale Polyphosphate bieten hierzu Ansätze für die Zukunft.

Empfehlung des Referenten: Bei Verdacht auf Insuffizienz frühzeitige Endoskopie und Anlage eines Endo-SPONGE®

Andreas Rink (Leverkusen) referierte über das Management der Anastomoseninsuffizienzen. In den Niederlanden liegen die Raten bei 7,5 Prozent für kolorektale Resektionen mit einer Letalität von 21 Prozent für rechts-, 18 Prozent für das Transversum und 14 Prozent für linksseitige Resektionen. Liegt die Insuffizienz int-



Andreas Rink

rapertoneal, fällt sie akut auf, die Neuanlage der Anastomose ist gerechtfertigt und hat dauerhaft wenig funktionelle Bedeutung. Extraperitoneal ist sie weniger gefährlich, verläuft bisweilen unbemerkt, die Neuanlage ist schwierig. Es ergeben sich relevante Funktionsstörungen und deutliche Einschränkungen der Lebensqualität. Das Vorgehen nach Hartmann sollte vermieden werden. Viele Stomata werden nicht zurückverlegt, verbunden mit einer hohen Morbidität. Auch die Letalität wird mit der Hartmann-OP nicht verbessert. Dagegen ist das protektive Stoma beim Revisionseingriff – verbunden mit der Neuanlage des Stomas – sinnvoll. Am Rektum stehen Endo-SPONGE®, OTSC® und Stents zur Verfügung. Obwohl Stents laut Literatur gute Ergebnisse erzielen, wendet kaum

einer im Auditorium das Verfahren an. Der OTSC® ist sinnvoll bei kleinen chronischen Defekten. Rink empfiehlt bei Verdacht auf Insuffizienz die frühzeitige Endoskopie und Anlage eines Endo-SPONGE®. So konnten viele Anastomosen gerettet werden. Allerdings resultiert oft ein schlechtes funktionelles Ergebnis. Die transanale Übernähung der Leckage mit Drainage ist eine Option, gelingt allerdings nur in der Hälfte der Fälle.

Retrorektale Tumore: Bei Frauen häufiger, zu 70 Prozent benigne

Im Anschluss gab es Referate zu unterschiedlichen Themen – so etwa einen sehr unterhaltsamen Vortrag des Dermatologen Rudolf Schulte-Beerbühl (Dortmund) über perianalen Juckreiz.



Rudolf Schulte-Beerbühl



In der Sprache des Ruhrgebiets vollzog er einen Parforceritt durch die gängigen dermatologischen intra- und perianalen Erkrankungen. Diagnostik und Therapie der Psoriasis, bakteriellen Dermatitis, Candidosen, Tinea, Erythrasma Lichen, Wurmerkrankungen, Ekzem und vieles mehr wurden in Fallbeispielen vorgestellt.



Guido Weyand

Guido Weyand (Siegen) stellte die Lasertherapie in der Proktologie vor. Er benutzt einen 1470nm-Diodenlaser mit 80 Grad Erhitzung. Durch eine äußere Inzision wird der Hämorrhoidalprolaps submukös verschorft. Der Vorteil ist die Anwendbarkeit auch unter Antikoagulation. In kleinen Fallgruppen bei kurzer Nachbeobachtungszeit wurden in der Literatur 18 Prozent Komplikationen und 34 Prozent Rezidive angegeben. Zur Anwendung kommt

der Laser auch beim internen Rektumprolaps, bei der Fissur, Analfistel, Sinus pilonidalis und Akne inversa. Belastbare Literaturdaten im Vergleich mit anderen Verfahren liegen allerdings nicht vor.



Peter Ambe

Peter Ambe (Münster) berichtete über die Anamnese, Diagnostik und Therapie der seltenen retrorektalen Tumore. Frauen sind häufiger betroffen, zu 70 Prozent sind sie benigne. Lokale Punktionen zur Gewinnung der Histologie sollten unterbleiben. Sie wachsen zystisch oder solide, etwa 50 Prozent fallen durch Kompression, Infektion oder Schmerzen auf. Entdeckt werden sie durch Endoskopie, EUS oder MRT. Die Exzision in toto über rektalen, perinealen oder abdominalen laparoskopischen Zugang wurde diskutiert und hängt von Größe und Höhenlo-

kalisierung ab. Die Therapie bedarf immer einer individuellen Entscheidung.

Analkarzinom: Das Risiko ist bei gleichzeitiger Infektion mit HIV und HPV erheblich erhöht

Das nächste Hauptthema war das „Analkarzinom“. Eugen Berg erörterte die Frage: Warum Analkarzinome so spät erkannt werden. Knapp die Hälfte der Patienten hat zum Zeitpunkt der Erstdiagnose ein T3- oder T4-Stadium. Wichtiges diagnostisches Mittel ist der tastende



Eugen Berg

Finger des Betroffenen –und vor allem des behandelnden Arztes. Häufig werden die anamnestischen Angaben des Patienten (Gewichtsverlust, Blutung, Fremdkörpergefühl) ignoriert und die rektodigitale Untersu-

chung unterlassen. Nur ein Viertel der Patienten hat den Tumor auch im fortgeschrittenen Stadium selbst ertastet. Sozioökonomische Faktoren spielen dabei keine Rolle. Carlo Vivaldi (Köln) referierte über Diagnostik und



Carlo Vivaldi

Prävention. Dem Analkarzinom geht in der Regel die anale intraepithelale Neoplasie voraus. Wichtig ist die Frage nach infektiösen Vorerkrankungen, insbesondere HIV, humane Papillomaviren (HPV), Lues, Gonorrhoe und Chlamydien. Diagnostisch sinnvoll sind der zythopathologische Abstrich, HPV-PSR, die rektodigitale Untersuchung, kutane Farbttests sowie die Endoskopie mit PE und Histologie. Das AIN ist kein Karzinom – die Inzidenz des Analkarzinoms ist jedoch, besonders in der Kombination von HIV und HPV, erheblich erhöht. Präventiv wirken die se-



xuelle Enthaltbarkeit, Kondome nur bedingt, eindeutig aber eine HPV-Impfung vor dem ersten Geschlechtsverkehr.

Marco Niedergethmann (Essen) sprach darüber, wann der Chirurg in der Therapieabfolge gefragt ist. Gültige Standardtherapie nach Nigro von 1974 ist die simultane Radiotherapie mit 50,4–59 Gy begleitet von der Chemotherapie mit 5-FU und Mitomycin. Dennoch haben die Patienten mit fortgeschrittenem Stadium nur eine 5-JÜLR <60 Prozent. Die primär chirurgische Therapie bleibt nur bei lokal im Gesunden abtragbaren Tumoren ohne das Risiko des Funktionsverlustes. Die Nachsorge sollte unbedingt eingehalten werden. Die erste Biopsie ist allerdings frühestens nach 26 Woche sinnvoll, da sich persistierende Tumore in dieser Zeit noch zurückbilden können. Rezidive treten in der Regel innerhalb der ersten zwei Jahre auf. Die abdominoperineale Rektumextirpation ist erst nach sechs Monaten bei fortgeschrittenen Tumoren, beim Lokalrezidiv, persistierenden Fisteln und vorbestrahlten Patienten indiziert. Bei großem lokalem Defekt sollte die perineale Rekonstruktion mittels VRAM-Lappen angestrebt werden. Sie ist allerdings mit einer hohen Morbidität verbunden. Abgerundet wurden die Vorträge durch interessanten Fallvorstellungen, moderiert von Franz-Josef Schumacher (Essen). Ralf



Schmidt aus Herne referierte anhand eines gut dokumentierten Falles über die Differentialdiagnose der sexuell übertragenen Proktitis. Beim vorgestellten Patienten war die Ursache eine Gonorrhoe. Aus der Klinik von Eugen Berg wurde ein Patient mit einem intraanal malignen Tumor vorgestellt, dessen Entität letztlich unklar blieb. Diskutiert wurde die Metastase eines Pankreaskarzinoms, was jedoch nicht zutraf.



Das Schlusswort zu der sehr gut besuchten Veranstaltung übernahm Franz-Josef Schumacher, der sich bei allen Teilnehmern und Referenten für die informativen, hochwertigen Vorträge und die traditionell intensive Diskussion bedankte. Der nächste Kongress findet voraussichtlich am 23. Januar 2021 wie gewohnt in der Essener Philharmonie statt.

Dr. med. Franz-Josef Schumacher,
Schriftführer der VKRR
info@vkr.de