

CHIRURGISCHE ALLGEMEINE

ZEITUNG FÜR KLINIK UND PRAXIS

KOMPAKT

Elektronischer Sonderdruck
für Dr. med.
Franz-Josef Schumacher

Rege Teilnahme bei der virtuellen Tagung der VKRR

CHAZ kompakt (2020) 21: 102–104
© Kaden Verlag, Heidelberg

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 Tagung der VKRR

Franz-Josef Schumacher



Eugen Berg

Am 23. Januar 2021 fand der 17. Jahreskongress der Vereinigung der Koloproktologen an Rhein und Ruhr e. V. (VKRR) unter den gegenwärtigen außergewöhnlichen Umständen als Webinar statt. Vortragende und Vorsitzende waren persönlich vor Ort im RWE-Pavillon der Philharmonie in Essen. Die Organisation funktionierte ausgezeichnet, rund 330 Teilnehmer waren nahezu permanent zugeschaltet. Der Vorsitzende Eugen Berg (Recklinghausen) eröffnete den Kongress und stellte das Programm vor.

Beckenbodenfunktionsstörungen: Netze sollten differenziert und kritisch eingesetzt werden und bedürfen weiterer Verbesserung

Zum ersten Hauptthema Beckenbodenfunktionsstörungen beantwortete Björn Lampe (Düsseldorf) die Frage: „Sind Netze noch zeitgemäß?“ Der Beckenbodendefekt ist in drei Stufen



Björn Lampe

aufgeteilt, entsprechende Verankerungsmöglichkeiten für konventionelle und netzgestützte Prolapschirurgie wurden vorgestellt. In der Urogynäkologie können Netze/Bänder suburethral, abdominal und vaginal appliziert werden. Die PROSPECT-Studie ergab vergleichbare Ergebnisse bei der Kolporrhaphie konventionell einerseits sowie mit synthetischen oder biologischen Netzen andererseits.

Allerdings lagen die Netzkomplikationen bei zwölf Prozent. Auch in der „schottischen“ Studie fanden sich deutlich mehr Komplikationen in der Mesh-Gruppe. Vaginale Netz-Applikationen sind umstritten, in verschiedenen Ländern mittlerweile sogar verboten. In den letzten Jahren wurden die Netze weiterentwickelt; sie sollten differenziert und kritisch eingesetzt und müssen noch verbessert werden. Zudem fehlen Register. Ausschlaggebend in der Beckenbodenchirurgie sind der individuelle Leidensdruck und die Verbesserung der Lebensqualität, die Verbesserung der funktionellen Störungen – und nicht die anatomische Korrektur.

Auch bei der Rektozele sind transanale Eingriffe selten sinnvoll, da Symptomatik und morphologische Veränderungen meist multifaktoriell bedingt sind



Franz-Josef Schumacher

Franz-Josef Schumacher (Essen) referierte über die „Indikation transanaler Verfahren“ (s. Beitrag in dieser Ausgabe S. 92). Beckenbodenfunktionsstörungen betreffen die Inkontinenz, Entleerungsstörungen sowie die Rektozele und den Rektumprolaps. Häufig ist Inkontinenz das Symptom einer pathologischen morphologischen Veränderung des hinteren Beckenbodenkompartiments. Bei den

Entleerungsstörungen stehen abdominelle Eingriffe im Vordergrund. Der einige Jahre andauernde Boom der STARR-Prozedur ist Vergangenheit seitdem nachgewiesen wurde, dass die regelmäßige Gabe eines Abführmittels (z. B. Macrogol) den gleichen Effekt erzielt. Auch bei der Rektozele sind transanale Eingriffe selten sinnvoll, da Symptomatik und morphologische Veränderungen der Patientinnen meist multifaktoriell bedingt sind. Bleibt letztlich der Rektumprolaps. Die beiden Verfahren nach Rehn-Delorme (Prolaps <10 cm) und Altemeier (manifest langer Prolaps) bieten vergleichbar gute Ergebnisse wie abdominelle Verfahren. Beim kurzstreckigen Prolaps kann die Variante der perinealen staplergestützten Prolapsresektion angewandt werden. Die Indikation muss immer individuell gestellt werden.

Bei der chronischen Analfissur mit Sekundärveränderungen und erst nach Ausschöpfen der konservativen Therapie besteht eine Operationsindikation



Andreas Ommer

Im nächsten Vortrag sprach Andreas Ommer (Essen) über „die neue Leitlinie bei der Analfissur“ (s. Beitrag in dieser Ausgabe S. 87). Nach Bestätigung der Diagnose stehen konservative Maßnahmen wie Umstellung der Ernährung, Stuhl weich halten, lokale Schmerz- und Betäubungsmittel im Vordergrund. Als zweiter Schritt werden drucksenkende Medikamente eingesetzt, bevorzugt Diltiazem-Salbe. Bei sehr

starken Schmerzen ist die Untersuchung in Narkose indiziert. Bei der chronischen Fissur mit Sekundärveränderungen und erst nach Ausschöpfen der konservativen Therapie besteht eine Operationsindikation. In der amerikanischen Literatur wird trotz der Gefahr einer Inkontinenz immer noch die late-

rale Sphinkterotomie favorisiert. Hierzulande setzen wir auf die Fissurektomie und Resektion der sekundären morphologischen Veränderungen wie Vorpostenfalte, sklerosierte Randwälle, Fibrome und Vernarbungen. Absehen sollte man von der unkontrollierten Dilatation. Regelmäßige Nachsorgen sind sinnvoll.



Jens Verbeek

Im nächsten Vortrag von Jens Verbeek (Herne) ging es um den OTSC-Clip beim Polypenmanagement, Frühkarzinom und iatrogenen Läsionen. Drei verschiedene Typen in Saug- oder Ankertechnik wurden vorgestellt. Bei der oberen gastrointestinalen Blutung ist der Clip, wenn er eingesetzt werden kann, besser als bisherige Therapieformen. Perforationen oder Fisteln können verschlossen werden,

bedürfen aber der Absprache mit dem Chirurgen. Im unteren Intestinaltrakt findet die Methode bei Polypen ohne *lifting sign* Anwendung, die Grenzen der Methode bei malignen Polypen sollten allerdings nicht überschritten werden.

Im Anschluss lud Eugen Berg zu einem amüsanten Vortrag über die „Proktologie im allgemeinen Sprachgebrauch“ mit vielen lustigen, skurrilen und teilweise satirischen Beispielen ein.

Rektumkarzinom: Ob die Watch-and-Wait-Strategie bei pathologisch kompletter Remission gerechtfertigt ist, wird derzeit in Studien untersucht



Thomas Höhler

Im nächsten Hauptthema fortgeschrittenes Rektumkarzinom sprach Thomas Höhler (Recklinghausen) über das Thema „Totale neoadjuvante Therapie – bald neuer Standard?“ Die neoadjuvante Radio-/Chemotherapie (RCT) beim fortgeschrittenen Rektumkarzinom ist etabliert. Sie ist signifikant besser als die postoperative RCT und sorgt in Verbindung mit der anschließenden totalen mesorektalen Exzision (TME) für eine deutliche Reduktion des Lokalrezidivrisikos. Die adjuvante Chemotherapie nach RCT und TME verbessert das Gesamtüberleben, auch bei Patienten mit pathologisch kompletter Remission (pCR). Bei lokal fortgeschrittenem Rektumkarzinom erzielt die Therapie mit FOLFOX6 bessere Ergebnisse als die konventionelle adjuvante Therapie mit 5 FU. Die Fernmetastasierungsrate, die pCR und das krankheitsfreie Überleben sind besser – allerdings verbunden mit einer höheren Toxizität und ohne Verbesse-



zung des Überlebens. Ob die Watch-and-Wait-Strategie bei Patienten mit pCR gerechtfertigt ist, wird in laufenden und kommenden Studien untersucht.

Danach gab Thomas Rolfs (Essen) eine Standortbestimmung, welche Reihenfolge (OP, CTX, RTX) beim metastasierten Rektumkarzinom sinnvoll ist. Liegt ein kurativer Behandlungsansatz mit resektabler oder potentiell resektabler Erkrankung vor, oder zielt die Behandlung auf ein palliatives Konzept bei Oligometastasierung, bzw. disseminierter Erkrankung ab? Droht am Primarius eine Stenose oder eine Blutung, sind Nachbarorgane infiltriert, hat der Patient Schmerzen? Sind die Metastasen resektabel, wie ist die verbleibende Leberfunktion nach der Operation? Berücksichtigt werden müssen der Patientenstatus und die Tumorbilogie (molekulare Subgruppen, MSI, zirkulierende Tumor-DNA, RAS- und BRAF-Status). Gegen die primäre Operation spricht ein möglicher Progress



Thomas Rolfs

der Metastasen bei komplikativem postoperativen Verlauf. Das Überleben ist nicht besser. Die Resektion des Primärherdes und der Metastasen sollten aufgrund höherer Morbidität nicht simultan erfolgen. Sind die Lebermetastasen operabel, gilt Liver-first ohne neoadjuvante Therapie. Dann kann von einem kurativen Ansatz ausgegangen werden. Aufgrund der vielfältigen Parameter der fortgeschrittenen

Erkrankung ist ein individuell zugeschnittenes Vorgehen mit Beschluss in einer Tumorkonferenz erforderlich.

Die Veranstaltung fand nach drei Fallbeispielen, die im Chat lebhaft diskutiert wurden, ihren Ausklang. Das Schlusswort übernahm Franz-Josef Schumacher. Das neue Tagungsformat erwies sich als äußerst gelungen – bis zuletzt waren fast 290 Teilnehmer online. Wie traditionell üblich, wurde bei allen Themen sehr intensiv und ausführlich diskutiert. Der nächste Kongress findet am 22. Januar 2022 erneut in der Essener Philharmonie statt – möglicherweise als Hybridveranstaltung. □

Dr. med. Franz-Josef Schumacher
Schriftführer VKRR
Katholisches Klinikum Essen
Hülsmannstraße 17
45355 Essen
info@vkrr.de
www.vkrr.de

Proktologische Erkrankungen gehören zu den ältesten der Menschheit und sind als Volkskrankheit weit verbreitet. Zirka 60 % aller Erwachsenen leiden im Laufe ihres Lebens an Beschwerden in dieser Körperregion. Die große Zahl der Patienten und das Ansteigen kolorektaler Karzinome machen es wünschenswert, daß neben der Spezialisierung proktologische Kenntnisse weite Verbreitung finden.

Dem interdisziplinären Charakter des Faches entsprechend werden erfahrene Kollegen aus Praxis und Klinik und aus verschiedenen Disziplinen praxisnahe Themen vortragen. Wir möchten proktologische Spezialisten ansprechen und auch diejenigen, die oft erste Anlaufstation sind für Patienten mit proktologischen Erkrankungen wie Hausärzte, Kinderärzte, Chirurgen, Gastroenterologen, Dermatologen, Gynäkologen und Urologen.

Samstag, 8. Mai 2021 | online

Wiss. Leitung: Dr. Horst Loch
Dr. Fedor Ernst
Dr. Daniel Sterzing
Proktologisches Zentrum Berlin
Fasanenstr. 60, 10719 Berlin

Organisation:  **MCE**
Medical Congresses & Events
Tannenring 52, 65207 Wiesbaden
gs@mce.info

www.aktuelle-proktologie.de