



Die Philharmonie in Essen

VKRR-Jahreskongress: 15mal Essener Philharmonie

Am 26. Januar 2019 fand der 15. Jahreskongress der Vereinigung der Koloproktologen an Rhein und Ruhr e. V. (VKRR), schon ein kleines Jubiläum, wie gewohnt im Festsaal der Philharmonie in Essen statt. Der Vorsitzende Eugen Berg begrüßte trotz erneut erhobener Teilnahmegebühr etwa 130 Teilnehmer.



Eugen Berg

Im ersten Hauptthema „Rektumkarzinom“ gab es eine Pro- und Kontrasitzung zu den neuen operativen Verfahren Robotik und TaTME. Gintautas Virakas aus Bochum berichtete über die Entwicklung der Roboter-unterstützten Operationen am Rek-

tum. In mehreren Studien (z. B. COLOR II) sind die Vorzüge der laparoskopischen gegenüber der konventionellen Chirurgie nachgewiesen. Ziele in der Tumorchirurgie sind sehr gute onkologische Ergebnisse, Minimierung des Zugangstraumas und gute postoperative Lebensqualität (Nervenschonung). Bei der Robotik gibt es für den Operateur Vorteile hinsichtlich der 3D-Sicht, zehnfacher Vergrößerung, abwinkelbarer Instrumente, Tremorfilter und verbesserter Arbeitsergonomie. Die Zielgruppe in der Rektumchirurgie für den Roboter sind Männer, BMI >30 und das untere Rektumdrit-



Gintautas Virakas

tel. Sowohl die Anzahl der dokumentierten Eingriffe wie auch veröffentlichte Studien über die Roboter-unterstützte Chirurgie nehmen rasant zu. In der Studie ROLARR ergab sich für den Endpunkt Konversionsrate ein positiver Trend für Robotic, allerdings ohne Signifikanz. Im Qualitätsbericht der DGAV über das Rektumkarzinom ergaben sich tendenziell Vorteile für die Roboterchirurgie, auch hier ohne Signifikanz. Die höchste Zunahme an Roboter-unterstützter Chirurgie verzeichnen derzeit die Viszeralchirurgen.

Studien zeigen Vorteile der laparoskopischen OP gegenüber konventionellen Eingriffen

Gabriela Möslein, Wuppertal, hielt ein Plädoyer für die TaTME. Auch sie wies den Vorteil laparoskopischer gegenüber der konventionellen Chirurgie anhand von Studien nach. Gerade im UICC-Stadium III verbessert



Gabriela Möslein

sich das Gesamtüberleben in den laparoskopischen Gruppen signifikant. Problematisch bleiben nach wie vor Männer mit kleinem Becken, Übergewicht und das untere Rektumdrittel. Vorteile hat man sich von Operationen über natürliche Körperöffnungen versprochen, NOTES hat sich indes nicht durchgesetzt. Eine Alternative ist die TaTME, die erst nach einem intensiven Training und Anleitung durch einen erfahrenen Operateur begonnen werden sollte, um negative Folgen durch eine hohe Lernkurve zu vermeiden. Doch bietet die TaTME nun weniger Nervenläsionen, bessere postoperative

Funktion, eine bessere Anastomose und ein besseres onkologisches Outcome? Ist der Zwei-Team-Ansatz zeitsparender und möglicherweise sogar sicherer? Bei der Anastomose werden die seitlichen Ohren beim Double-Stapling vermieden, der Zugang ins untere Drittel kann etwa bei der Prostatahyperplasie eine bessere Übersicht bieten. Die übrigen Fragen konnten in klinischen Studien noch nicht beantwortet werden.

Spannende Pro und Kontrastzung zu roboterassistierten Verfahren und TaTME

Die Gegenrede übernahm Peter Kienle aus Mannheim, zunächst zur TaTME: In den Studien wurden das onkologische Outcome, Komplikationen und die Funktion verglichen. Es fehlen randomisierte klinische Studien (RCT), die für Klarheit sorgen.



Peter Kienle

Hinsichtlich der Surrogatparameter CRM, Completeness of TME und Abstand zum distalen Resektionsrand sind beide Zugänge gleichwertig. Zu den harten Endpunkten Lokalrezidiv und Überleben gibt es derzeit keine Unterschiede. Bei der TaTME treten Komplikationen auf, die auf das Präparieren in der falschen Schicht zurückzuführen sind. Mehrere Urethra- und komplette Nervenverletzungen sind beschrieben. Bedingt durch

die tief angelegten Anastomosen ist die Rate an postoperativem LARS erhöht, auf der anderen Seite ist die Konversationsrate niedriger.

Im zweiten Teil bewertete Kienle die Roboterchirurgie: Der Name Robotik sei irreführend – es handle sich ja nicht um Maschinen mit eigenen Entscheidungen und „Gedanken“. Das derzeit führende System sei eher ein „Telemanipulator“. In bis jetzt veröffentlichten randomisiert kontrollierten Studien (RCT) konnte die Robotik nicht überzeugen. Bei der Adrenalektomie ist der Roboter schlechter und teurer, bei der Hemikolektomie und der Fundoplikatio ergibt sich kein Benefit, der die Mehrkosten rechtfertigt. Beim Rektumkarzinom ergibt sich derzeit kein Vorteil onkologisch oder funktionell sowie bezogen auf Komplikationen, lediglich die Konversationsrate sei niedriger im Vergleich zur laparoskopischen Rektum-OP. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine kleine Subgruppe (Männer, adipös, enges Becken, tiefe Tumoren) von der TaTME und robotischer TME profitieren könnte. Ein erheblicher Unterschied besteht in den perioperativen Kosten. Die Ergebnisse mit den derzeitigen Systemen rechtfertigen nicht die immens hohen Investitions- und Wartungskosten. Alle Referenten zu diesem Thema waren sich einig, dass die Entwicklung neuer, anwenderfreundlicher und rentabler ro-



Andreas Ommer

botischer Systeme unaufhaltsam voranschreitet und auch sinnvoll ist. Wir sind gespannt.

Fistelchirurgie: Die plastisch-rekonstruktiven Verfahren liefern die besten Ergebnisse

Im Anschluss stellte Andreas Ommer aus Essen zum speziellen Thema „Neues in der Fistelchirurgie“ die neue Leitlinie in den revidierten Fassungen 2016/2017 vor. Standardverfahren sind die Fistelspaltung, Fadentechnik, der plastische Fistelverschluss (Flap-Technik), die Spaltung mit primärer Rekonstruktion sowie die Anwendung mit Biomaterialien (Fibrinkleber, Fistel-Plug). Die plastisch-rekonstruktiven Verfahren liefern die besten Ergebnisse und sind mehrfach veröffentlicht. Die Ergebnisse neuer Verfahren werden in der revidierten Leitlinie bewertet. Das LIFT-Verfahren (Ligation of the intersphincteric fistula tract) ist sphinkterschonend und eine Option für transsphinktere Fisteln, Evidenzbasierte Ergebnisse hierzu gibt es bisher nicht. Der Laser liefert eine durchschnittliche Heilungsrate allerdings ohne Angaben über die Rezidivhäufigkeit. Der OTSC-Clip eignet sich nicht für Rezidive, CED-Fisteln und rektovaginale Fisteln. Rezidivraten sind ebenfalls nicht bekannt. Die bisher veröffentlichten Daten mit der Kollageninjektion sind nicht aussagekräftig. Die Herstellung und Applikation von adulten Stammzellen sind aufwendig, im Vergleich zu Placebo aber wirksam. Neue Verfahren bieten gegenüber herkömmlichen plastisch-rekonstruktiven Verfahren keine Vorteile.

Beim äußeren Prolaps sollte in jedem Fall ein individuell zugeschnittenes Verfahren gewählt werden

Das nächste Hauptthema befasste sich mit dem „äußeren Prolaps“. Eugen Berg, Recklinghausen, übernahm den Part über die perinealen Verfahren. Etabliert sind die Methoden Altemeier, Rehn-Delorme mit der Variante Stapler-Resektion (PSR). Nach Angabe großer Studien muss mit 11 bis 14 Prozent Rezidiven und in neun bis 12 Prozent mit Komplikationen gerechnet werden. Die Ergebnisse nach der Methode Altemeier können durch eine Levatorplastik verbessert werden. Rehn-Delorme macht weniger Komplikationen. Klar ist, dass ein Rektumprolaps nicht ohne Operation korrigiert werden kann. Das perineale Vorgehen kann mit abdominalen Verfahren durchaus mithalten.



Thomas Rolfs

Thomas Rolfs aus Oberhausen sprach über die abdominalen Verfahren des äußeren Prolapses. Das erste abdominale Verfahren wurde mit der Nahtrektomie von Paul Sudeck 1922 beschrieben. Seitdem haben sich verschiedene Methoden entwickelt, die heute alle laparoskopisch durchgeführt werden. Sie unterscheiden sich im Ausmaß der Rektummobilisation, der Pexie mit und ohne Netzimplantation sowie Verfahren mit und



ohne Kolonresektion. Umstritten ist die Netzimplantation bei gleichzeitiger Darmresektion, was allerdings in der gynäkologischen Literatur nicht bestätigt wird. Während in den USA die Resektionsrektoplexie bevorzugt wird, präferieren die Europäer eher die ventrale Rektoplexie. Abdominelle Verfahren erzielen eine niedrige Rezidivrate und gute funktionelle Ergebnisse. Die ventrale Mobilisation ist der lateralen überlegen, allerdings erzeugen retrovaginalliegende Netze eine erhöhte Dyspareunierate. Wenn Netze implantiert werden, bietet sich ein kleiner Vorteil für biologische Netze gegenüber Kunststoff. Der laparoskopische Zugang ist dem offenen überlegen, die Studienlage ist heterogen. Es sollte ein individuell zugeschnittenes Verfahren gewählt werden im Hinblick auf begleitende funktionelle Störungen, Kolonresektion (Sigmadivertikulitis), Vorlieben des Operateurs, Komorbidität des Patienten, Risikoprofil des Verfahrens und Berücksichtigung von Voroperationen.



Viktor Rempel

Darmpolypen: Das Zökum sollte immer erreicht, die geforderte Rückzugszeit von sechs Minuten und das Vier-Augen-Prinzip sollten eingehalten werden

Das nächste große Thema war „Polyphenmanagement“. Viktor Rempel aus Herne referierte über Kolonpolyphen – es sollte eine möglichst hohe Adenomdetektionsrate erzielt werden. Voraussetzung sind Ausbildung und Erfahrung des Untersuchers und ein sauberer Darm. Das Zökum sollte immer erreicht, die geforderte Rückzugszeit von sechs Minuten und das Vier-Augen-Prinzip sollten eingehalten werden. Moderne Technik mit hochauflösenden Geräten sind obligat, um die kleinen Polyphen unter <5 mm zu entdecken. Die Oberflächenstruktur der Polyphen sollte klassifiziert (Paris, LST, JNET) und damit unterschiedliche histologische Typen unterschieden werden. Hilfreich sind die Zoom- und Chromoendoskopie mit Farbstoff oder virtuell. Als schwierige Polyphen gelten diejenigen >2 cm, mehr als die Hälfte der Zirkumferenz ausfüllend, Ausbreitung über zwei Falten, morphologisch auffällige sowie solche im Zökum, im Sigma mit kleinem Lumen und zwischen Falten oder an den Flexuren gelegen. Besonderer Sorgfalt bedürfen Polyphen mit fehlendem lifting sign, sie weisen auf ein Frühkarzinom hin. Für die Polypektomie steht ein breites Spektrum zur

individuellen Abtragung bereit. Unterschieden wird zwischen der Zange, Mukosaresektion (EMR) und Submukosaresektion (ESD). Besteht beim Kolonpolyphen keine realistische Chance auf eine komplette endoskopische Sanierung, ist die chirurgische Therapie indiziert.

Rektumkarzinom: Ab einer Eindringtiefe sm3 steigt das Risiko für eine lymphogene Metastasierung auf 23 Prozent

Den Vortrag über Rektumpolyphen hielt Jörg Baral aus Karlsruhe. Die Dignität eines Rektumpolyphen ist trotz Diagnostik oft unklar. Die Prozedur muss angemessen sein, übertriebene Maßnahmen können die posttherapeutische Lebensqualität deutlich verschlechtern. In Deutschland werden rund 5000 kolorektale Resektionen pro Jahr für Low-grade-Adenome durchgeführt. Die En-bloc-Resektion ist wünschenswert, nur so kann aufgrund des pathologischen Befundes eine klare Empfehlung ausgesprochen werden. Bei inad-



Jörg Baral

äquater Exzision ist die Rezidivrate hoch, es entstehen bis zu 20 Prozent Intervallkarzinome. Die lokale Exzision beim T1-Karzinom ist nur gerechtfertigt bei einer Größe <3 cm, R0-Resektion, G1/2 und ohne Lymphinvasion. Ab einer Eindringtiefe sm3 steigt das Risiko für eine lymphogene Metastasierung auf 23 Prozent. Ein neuer Indikator ist das Tumor-Budding. Hier finden sich außerhalb des eigentlichen Tumors Einzelzellen oder Aggregate in der Umgebung. Die Piecemeal-Resektion ist ein hoher Risikofaktor beim T1-Rektumkarzinom. Die sorgfältige Nachsorge



Argyro Ntolia

ist wegen der deutlich erhöhten Lokalrezidivrate alle drei Monate indiziert. Abgerundet wurden die Vorträge mit interessanten Fallvorstellungen. Argyro Ntolia aus Oberhausen berichtete über eine Patientin mit einer inkarzierten Richter'schen Hernie, die zunächst als Leistenabszess behandelt wurde und später in einer Stuhlfistel endete. Die Versorgung erfolgte laparoskopisch – so in der Literatur bisher nicht beschrieben. Aus der Klinik von

Eugen Berg wurden zwei ungewöhnliche Verläufe bei Patienten mit Ileus, in einem Fall mit einer inkarzerierten Zwerchfellhernie, vorgestellt.

Das Schlusswort übernahm Franz-Josef Schumacher aus Oberhausen, der sich bei allen Teilnehmern und Referenten bedankte. Die Vorträge waren sehr gut und informativ, traditionell wurde bei allen Themen ausführlich diskutiert. Die insgesamt sehr gut besuchte und wissenschaftlich hochwertige Veranstaltung wurde mit einem Beisammensein und kulinarischem Ausklang abgerundet. Der nächste Kongress findet voraussichtlich am 25. Januar 2020 wiederum in der Essener Philharmonie statt.

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