

9. Kongress der Vereinigung der Koloproktologen an Rhein und Ruhr (VKRR)

Zum diesjährigen neunten Kongress der Vereinigung der Koloproktologen an Rhein und Ruhr (VKRR), der am 26. Januar im Festsaal der Philharmonie in Essen stattfand, erschienen wieder über 140 Besucher. Die Teilnehmer, Referenten und Vorsitzenden wurden durch den zweiten Vorsitzenden Franz Raulf aus Münster begrüßt. Im ersten Teil der Veranstaltung wurden die erreggerbedingten Kolitiden detailliert dargestellt. P.M. Markus (Essen) zeigte in seinem Übersichtsvortrag über Clostridium difficile assoziierte Kolitiden die gesundheitspolitischen Aspekte der pseudomembranösen Kolitis auf. Das Leitsymptom ist die wässrige Diarrhoe. Die Standardtherapie ist nach wie vor Vancomycin per os, bei schweren Verläufen zusätzlich die i.-v. Gabe von Metronidazol. Patienten, die im Rahmen einer solchen Kolitis in eine septische Situation geraten, sollten frühzeitig chirurgisch vorgestellt werden und bedürfen zur Fokussanierung einer Kolektomie. Die wichtigste Hygienemaßnahme ist die Seifendesinfektion, die auf Grund der Sporenbildung der alkoholischen Desinfektion vorzuziehen ist.

Patienten mit einer Norovirusinfektion können noch 14 Tage nach Erkrankung Erreger ausscheiden

Th. Rieger (Oberhausen) lieferte einen interessanten Beitrag zur Hygiene bei viralen Kolitiden und bot Strategien für Praxis und Klinik an. Insbesondere stand hierbei die Norovirusinfektion im Mittelpunkt. Es wurde nochmals betont, dass nur der Mensch als Reservoir in Frage kommt. Der Übertragungsmodus ist fäko-oral. Patienten mit einer Norovirusinfektion können noch 14 Tage nach Erkrankung Viren ausscheiden und damit weiterhin infektiös sein, obwohl es ihnen klinisch bereits wieder gut geht. Die wesentliche Hygienemaßnahme ist die ausgiebige Händedesinfektion mit Sterillium Virugat für mindestens zwei Minuten.

S. Kersting (Recklinghausen) stellte in diesem Zusammenhang einen interessanten Fall einer Kolitis vor und wies noch einmal darauf hin, dass wir bei Kolitiden die gesamte differentialdiagnostische Bandbreite eines Patienten evaluieren müssen.

Im zweiten Teil der Veranstaltung wurden die Leitlinien der

Anal fistel und des Analabszesses, praktisches Vorgehen beim Analabszess und neue Techniken bei der Fistel diskutiert. A. Ommer (Essen), der selbst die Leitlinie der Anal fistel und des Analabszesses mit erstellt hat, wies darauf hin, wie wichtig die komplette Entdeckung eines Analabszesses für die weitere Heilung des Patienten ist. Eine primäre Fistelsanierung bei einem Analabszess sollte nur bei einem subnodermalen bzw. subkutanen Abszess durchgeführt werden. Auf Grund des hohen Evidenzniveaus kann dieses Vorgehen uneingeschränkt empfohlen werden. Bei tieferen Abszessen, also intersphinkteren, ischioanalen oder supralevatorischen Abszessen ist eine primäre Fistelsanierung nicht indiziert. Auch sollte die Fistelsuche bei der Versorgung des Abszesses nicht forciert werden. Letztlich liegt die Spontanheilungsrate der zugrunde liegenden Fistel bei zirka 50 Prozent. Für die Anal fisteln besteht ein starker Konsens, dass die Diagnostik ausschließlich klinisch erfolgen sollte, bei höher gelegenen Fisteln kann eine erweiterte Diagnostik mit MRT erfolgen. Wenn eine Fadendrai- nage eingelegt wurde, sollte diese auch bis zum plastischen Ver-



P.M. Markus



Th. Rieger



S. Kersting



A. Ommer



F. Raulf

schluss der Fistel verbleiben. Die vorgestellte Evidenz hierzu ist eindeutig. Die besten Langzeitergebnisse in Punkto Heilung und Kontinenz zeigt nach wie vor der plastische Verschluss, beispielsweise mit einem Mukosa-Flap.

F. Raulf (Münster) bestätigte dieses evidenzbasierte Vorgehen aus dem praktischen Alltag und betonte noch einmal, dass die Fistelsuche stets vorsichtig durchzuführen ist. Er zeigte anhand seiner langjährigen Erfahrung zahlreiche praktische Beispiele mit konsequenter chirurgischer Therapie.

A. Herold (Mannheim) lieferte eine sehr differenzierte Betrachtung neuer Techniken bei der Fistelversorgung. Die einzig prospektiv randomisierten Studien liegen vor zum Vergleich von „Fistel Plug“ und plastischem Verschluss (Mukosa-Flap). Nach derzeitigem Kenntnisstand ist der plastische Verschluss hinsichtlich der Heilungsraten dem Fistel Plug vorzuziehen. Neuere Techniken wie etwa Lift, Laser oder OTSC-Clip sind noch als experimentell einzustufen und in der klinischen Evaluation.



A. Herold



E. Berg

Peritonealkarzinose: Das intra-abdominelle Befallmuster lässt sich häufig nur im Rahmen einer Probelaparotomie klären

Der dritte Abschnitt des Kongresses widmete sich der Peritonealkarzinose. E. Berg (Recklinghausen) verwies auf die schwierige Indikationsstellung der HIPEC (hypertherme intraperitoneale Chemotherapie) in Kombination mit der zytoreduktiven Chirurgie. Entscheidend ist die intraabdominelle Beurteilung des Befallmusters, was sich häufig nur im Rahmen einer Probelaparotomie klären lässt (Peritonealkarzinose-Index). Die



M. Niedergethmann

onkologischen Ergebnisse sind für das kolorektale Karzinom, aber auch für das Appendixkarzinom und das Ovarialkarzinom ermutigend. Limitierender Faktor ist der Befall der Mesenterialwurzel des Dünndarms.

Im letzten Themenabschnitt wurde ein Update zu koloskopischen Verfahren durchgeführt. A. Schäfer (Essen) erinnerte an die Bedeutung von adäquaten endoskopischen Abtragungstechniken vor dem Hintergrund sogenannter Hochrisiko-Polypen, wie zum Beispiel dem serratierten Polyp, der eine schnelle Progression zum kolorektalen Karzinom hat. Gängige Verfahren wie die Schlingenabtragung, aber auch die endoskopische Mukosaresektion (EMR), liefern Präparate in sogenannter „Piecemeal“-Technik. Die endoskopische Submukosa-Dissektion (ESD) ist allerdings in der Lage eine Komplettabtragung durchzuführen, so dass der Pathologe das Präparat en bloc beurteilen kann. Die onkologischen Ergebnisse von T1sm1/2-Tumoren im Rektum sind gleichwertig zu lokalen Verfahren (transanale endoskopische Mukosaresektion in mikrochirurgischer Technik, TEM). W. Hoffmann (Herne) verwies auf die Problematik der endoskopischen Blutstillung bei einer unteren gastrointestinalen Blutung und lieferte einen sehr praktischen diagnostischen Algorithmus. Neben der Clippung und Unterspritzung der Divertikel-

blutung zeigen sich gute Ergebnisse mit dem OTSC-Clip. Dieser findet mittlerweile auch im Rahmen von Nachblutungen bei Interventionen breite Anwendung. M. Niedergethmann (Essen), der neue Chefarzt am Krupp-Krankenhaus in Essen, führte sich sofort im Ruhrgebiet ein, fasste die Vorträge zusammen, bedankte sich bei den Rednern und lud die Besucher zum zehnten Jahreskongress am 25. Januar 2014 an gleicher Stelle ein.

Einige Vorträge der gelungenen Veranstaltung werden in der CHAZ veröffentlicht. Den Auftakt machen A. Ommer und Th. Rieger in der vorliegenden Ausgabe.

Dr. med. F.J. Schumacher
Schriftführer der VKRR
Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Koloproktologie, MIC-Zentrum
Katholische Kliniken Oberhausen
Nürnberger Straße 10
46117 Oberhausen
www.vkrr.de
info@vkrr.de



A. Schäfer



W. Hoffmann