

VKRR 2016: Das Dutzend ist voll!

Einer guten Tradition folgend, findet alljährlich im Januar die Zusammenkunft der Vereinigung der Kolo-proktologen an Rhein und Ruhr e.V. (VKRR) statt. Am 23. Januar 2016 durfte der Vorsitzende Eugen Berg 156 Teilnehmer zum bereits 12. Jahreskongress – wie gewohnt in der Philharmonie in Essen – begrüßen.



Eugen Berg

Nur etwa 87 Prozent der Stomata werden später zurückverlegt

Zum ersten Hauptthema berichtete Eugen Berg über das protektive Stoma. Die Indikationen für die Anlage eines Stomas sind – angefangen vom Notfalleingriff beim Ileus und der akuten Blutung über die Inkontinenz, ausgedehnte perianale Fisteln bis hin zum protektiven Stoma zum Schutz einer Anastomose – vielfältig. Das protektive Stoma wird in der Regel doppelläufig angelegt. Dabei gibt es keinen Unterschied zwischen der laparoskopischen oder offenen Operation.

Bei der TME soll gemäß der Leitlinien ein protektives Stoma angelegt werden. Nur etwa 87 Prozent der Stomata werden später zurückverlegt. Die Lebensqualität ist, besonders wenn das Stoma schlecht angelegt ist, deutlich eingeschränkt. Flüssigkeits- und Elektrolytverlust und daraus resultierender Niereninsuffizienz führen nicht selten zu erneuten stationären Aufenthalten. Intensive Betreuung dieser Patienten ist beim Ileostoma erforderlich. Aus verschiedenen Gründen ist das Ileostoma dem Kolostoma vorzuziehen. Bei langstreckiger Resektion des Kolons hindert das Kolostoma. Stomaprolaps sowie Wundheilungsstörungen und Hernien nach der Rückverlegung treten beim Kolostoma häufiger auf. Zur Entlastung einer tiefen Anastomose gibt es eine moderate Evidenz sowie praktische Überlegungen, die für den Einsatz eines Ileostomas sprechen.

Der ileoanale Pouch sowie die Reservoirbildung beim endständigen Ileostoma verbessern die Lebensqualität

Gabriela Möslein, jetzt in Wuppertal tätig, erläuterte in ihrem Vortrag die Möglichkeiten einer kontinenten Stomaanlage. Die Mehrheit der rund 100 000 Stomaträger in Deutschland hat



Gabriela Möslein



Thomas Rolfs

ein permanentes Stoma, gut 80 Prozent wegen einer malignen Erkrankung. Das Ileostoma wird häufiger bei jungen Leuten angelegt. Die Lebenserwartung beim Ileostoma ist länger als beim Kolostoma (11,3 versus 6,6 Jahre). Ein High Output Stoma mit allen bekannten Problemen ist definiert durch eine Ausscheidung von >1500 ml in 24 Stunden. Der ileoanale Pouch sowie die Reservoirbildung beim endständigen Ileostoma verbessern die Lebensqualität der Betroffenen. Das bekannteste Verfahren zur Schaffung eines kontinenten Stomas ist der Kock-Pouch, den die Patienten über eine Katheterisierung entleeren. Die Anlage ist schwierig, häufige Revisionen sind die Folge. Auf Wunsch der Patienten stellt er eine Alternative zum ileoanal Pouch dar. Thomas Rolfs hatte die schwierige Aufgabe, alle möglichen durch ein Stoma bedingten Komplikationen darzulegen. Er unterschied physische, funktionelle und psy-

chische Komplikationen, die in einem separaten Artikel in dieser Ausgabe der CHAZ beschrieben sind (s. Seite 79–83).

Die Adenomdetektionsrate ist ein verlässlicher Marker zur Beurteilung der Qualität einer Koloskopie

Das zweite Hauptthema befasste sich mit der Prävention des kolorektalen Karzinoms. Brigitte Schumacher gab einen umfassenden Überblick über die technischen Entwicklungen in der



Brigitte Schumacher



Guido Weyand und Judith Lippler

Koloskopie – ein ausführlicher Beitrag dazu ist in der aktuellen CHAZ-Ausgabe zu finden (s. Seite 73–78). Die Adenomdetektionsrate (ADR) ist ein verlässlicher Marker zur Beurteilung der Qualität einer Koloskopie und führt zu einer Verringerung der Intervallkarzinome. Welche Instrumente stehen zur Verfügung? Die HDTV ist heute Standard und liefert in Verbindung mit der virtuellen Chromoendoskopie (NBI) eine hervorragende Bildqualität. Die Ballonendoskopie ist sehr aufwendig und hat bisher keinen Einzug in den klinischen Alltag gefunden. Dagegen scheint die Koloskopie mit einem Aufsatz über der Gerätespitze (Endocuff), der das Lumen permanent offenhält, eine deutliche Verbesserung (Steigerung der ADR um 63%) zu sein. Weiterentwicklungen verschiedener Geräteaufsätze sind zu erwarten. Zusätzliche Optiken auf der Gerätespitze sind in Erprobung, bisher jedoch nicht praktikabel. Die Insufflation mit CO₂ führt zu einer deutlichen Reduktion der Schmerzen und Sedierungsmedikation. Sie gilt heute ebenfalls als Standard. Eine technische Weiterentwicklung stellen die ultradünnen Koloskope dar, sie sind besonders bei Kindern und bei Stenosen effizient. Heftig

diskutiert wurde ihr Beitrag zur Resektion von Polypen mit Karzinomen im Frühstadium durch das Full-thickness-resection-device. Bei Low-risk-Tumoren (T1, G1-2, sm1-2) hat diese Technik ihren Stellenwert. Besonders umstritten erscheint die Technik allerdings, wenn vor dem Abtragen das genaue Ausmaß der Tumordinfiltration nicht bekannt ist. Langfristige Studienergebnisse liegen noch nicht vor und werden insbesondere von Chirurgen kritisch beobachtet.

Kolorektales Karzinom: Fehlende körperliche Aktivität, falsche Ernährung, Rauchen und Übergewicht sind beeinflussbare Risikofaktoren

Wilhelm Nolte beantwortete die Frage: Was ist gesichert in der Prävention des kolorektalen Kar-



Wilhelm Nolte

zinoms? Bundesweit stellt das kolorektale Karzinom bei Frauen die zweit-, bei Männern die dritthäufigste Tumorlokalisation, bei Männern die zweit-, bei Frauen die dritthäufigste Ursache aller Krebssterbefälle dar. Das Präventionsgesetz vom 18. Juni 2015 sieht ein Einladungsverfahren zur Koloskopie, eine bundesweite Aufklärungskampagne und Motivation der Bevölkerung durch die Ärzte vor. Geforscht wird derzeit intensiv am humanen Mikrobiom. Fehlende Aktivität, falsche Ernährung, Rauchen und Übergewicht sind beeinflussbare Risikofaktoren, dagegen ist die Disposition durch Alter, Familie und Geschlecht vorgegeben. In der aktuellen Diskussion wird der häufige Verzehr von verarbeitetem roten Fleisch und Wurstwaren mit einem erhöhten Risiko für ein kolorektales Karzinom verknüpft. Die Krebssterblichkeit ist zudem abhängig vom BMI. Ein weiteres Risiko ist der Diabetes mellitus. Männer erkranken und sterben häufiger als Frauen. Weitere Risiken bestehen in der positiven Familienanamnese, dem hereditären kolorektalen Karzinom und bei der CED. Bei der regelmäßigen Chemoprävention mit ASS zeigte sich, dass kolorektale Karzinome im Langzeitverlauf in 22 Prozent seltener auftreten. Nebenbei bemerkt besteht die Primärprävention des Analkarzinoms hochwirksam in der Impfung mit HPV-Vakzine. Das Auftreten von kolorektalen Karzinomen, besonders in höheren Tumorstadien, wird durch systematisches Screening und Früherkennung in der Koloskopie erheblich verringert. Die Koloskopie ist den Stuhltests nachweislich überlegen. Die Untersuchungsintervalle werden für zehn Jahre empfohlen. Ab dem 80. Lebensjahr ist die Wahrscheinlichkeit, zu erkranken, ge-

ring. In Deutschland konnte durch zehn Jahre Screening-Koloskopie bei 180000 Patienten Polypen und bei 40000 ein Frühkarzinom entdeckt werden.



Peter Markus



Christian Müller

Metastasiertes Kolorektalkarzinom: Operiert werden soll, wenn sowohl der Primärtumor als auch die Metastase resezierbar sind

Im nächsten Hauptthema metastasiertes kolorektales Karzinom stellten Peter Markus die Sicht des Chirurgen und Christian Müller die Sicht des Onkologen vor. Operiert werden soll, wenn sowohl der Primärtumor als auch die Metastase resezierbar sind. Die Operation ist auch indiziert im Ileus und bei der Blutung. Unbeantwortet bleibt die Frage, ob ein asymptomatischer Primärtumor operiert werden muss. Eine gering verlängerte Lebenserwartung spricht für die Resektion. Respektable Lungenmetastasen



Sabine Kersting

sollen ebenfalls reseziert werden. Durch Verbesserung der Chemotherapieprotokolle und die Hinzunahme von Antikörpern konnten die Lebenserwartung und die Lebensqualität bei Metastasierung deutlich verbessert werden. Strittig ist die Frage, ob primär respektable Lebermetastasen vorher einer Chemotherapie bedürfen. Als Alternative zur Operation wurde über die Möglichkeit der Radiofrequenzablation (RFA) diskutiert. Sie ist indiziert bei Reeingriffen an der Leber und zentraler Lage. Beide Referenten und die Diskussions Teilnehmer betonten, dass die multidisziplinäre Behandlung für alle Patienten den größten Vorteil bringt.

STARR-Operation: Bei der Obstipation wird eine Verbesserung von zirka 80 Prozent erzielt, das Verfahren ist sicher und effektiv

Im letzten Hauptthema, der STARR-Operation übernahmen Roland Scherer die Pro- und Johannes Jongen die Kontra-Position. Die STARR-Operation ist indiziert beim obstruktiven Defäkationssyndrom (ODS), Intussuszeption, vorderer Rektozele sowie beim Rektumprolaps. Das Operationsverfahren ist in zahlreichen Studien sehr gut untersucht. Bei der Obstipation wird eine Verbesserung von zirka 80 Prozent erzielt, das Verfahren



Johannes Jongen



Roland Scherer



Franz-Josef Schumacher

ist sicher und effektiv. Schwerwiegende Komplikationen sind möglich, jedoch selten. Probleme treten bei Patienten mit schwachem Sphinktertonus und bei der Stuhlinkontinenz sowie bei zusätzlichem gynäkologischen Prolaps auf. Eine technische Verbesserung bietet der „High-Volume“-Stapler. Durch die Operation greift man in ein komplexes Regelsystem ein und erkaufte erhebliche funktionelle Nebenwirkungen wie Dranginkontinenz, Inkontinenz oder Schmerzen. Re-Operationen können die Folge sein. Auch im Auditorium



Andreas Ommer

fanden sich Befürworter und Gegner der Methode. Das Verfahren kann die vielfältigen und oft komplexen Störungen bei der ODS und beim Kollaps nicht allein lösen. Im Langzeitverlauf lassen die anfänglich guten Ergebnisse nach. Bei der traditionellen Fallpräsentation stellte Sabine Kersting einen interessanten Fall mit einer

Fistel vor, die zum ersten Mal 15 Jahre nach einer Rektumresektion aufgetreten ist. Das Schlusswort übernahm Andreas Ommer, der sich bei allen Teilnehmern und Referenten bedankte. Die insgesamt sehr gut besuchte und wissenschaftlich hochwertige Veranstaltung wurde mit einem gemütlichen Beisammensein abgeschlossen. Der nächste Kongress findet voraussichtlich am 28. Januar 2017 erneut in der Essener Philharmonie statt. ■■■

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

Programmübersicht

Stoma. Vorsitz: Dr. Guido Weyand, Siegen; Dr. Judith Lippler, Köln
Dr. Eugen Berg, Recklinghausen: Protektives Stoma
Prof. Dr. Gabriela Möslein, Wuppertal: Kontinentes Stoma
Dr. Thomas Rolfs, Recklinghausen: Stomakomplikationen

Trends in der Prävention des kolorektalen Karzinoms.

Vorsitz: Priv.-Doz. Dr. Peter Hoffmann, Essen; Dr. Jochen Huck, Essen
Priv.-Doz. Dr. Brigitte Schumacher, Essen: Technische Entwicklungen in der Koloskopie
Prof. Dr. Wilhelm Nolte, Gelsenkirchen: Was ist gesichert in der Prävention

Thema: Metastasiertes kolorektales Karzinom.

Vorsitz: Prof. Dr. Claus-Dieter Gerharz, Duisburg; Dr. Frank P. Schulze, Mülheim
Prof. Dr. Peter Markus, Essen: Stellenwert des Chirurgen
Dr. Christian Müller, Essen: Stellenwert des Onkologen

Thema: STARR-Operation – ist die Operation noch en vogue?

Vorsitz: Dr. Andreas Ommer, Essen; Dr. Johannes Jongen, Kiel
Dr. Roland Scherer, Berlin: Pro – Dr. Johannes Jongen, Kiel: Contra

Koloproktologische Kasuistiken.

Moderation: Dr. Franz-Josef Schumacher, Oberhausen
Priv.-Doz. Dr. Sabine Kersting, Recklinghausen:
Erstmalige Fistelbildung 15 Jahre nach Rektumresektion

Schlusswort: Dr. Andreas Ommer, Essen