P.b.b. Zulassungsnummer: 05Z036134M, Verlagspostamt: A-1090 Wien

Chirurgie

Mitteilungen des Berufsverbandes Österreichischer Chirurgen (BÖC)
und der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC)

Penetrierendes Bauchtrauma

Intrakranielle Aneurysmen

Chirurgieverzicht beim Rektumkarzinom

4|2013

MedMedia
Verlags Ges.m.b.H.
Part of Medical Opinion Network

Gelesen. Gespeichert.
Das MEDIZINPRODUKT ist online!

Alle Beiträge jetzt auch online unter
www.das-medizinprodukt.at

Inhalt

4 **Editorial**

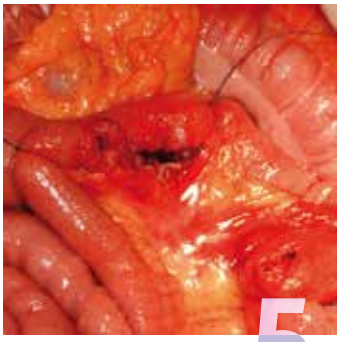
5 **Diagnose und Therapie bei penetrierendem Trauma**
Autor: S. Uranüs, Graz

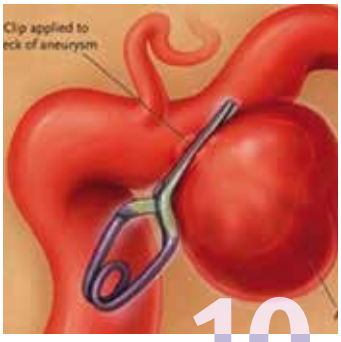
10 **Modernes Management intrakranieller Aneurysmen**
Autoren: C. Sherif, G. Kleinpeter; Wien

12 **Chirurgieverzicht beim Rektumkarzinom**
Autor: M. Zitt, Innsbruck

14 **Radikalitätsprinzipien bei Melanom**
Autor: F. Roka, Wien

15 **Historisches**
zur Kontinenzerhaltung beim Rektumkarzinom
125 Jahre nach Hocheneggs Pionierleistung
Autor: R. Schiessel, Wien





ÖGC

19 **ACO-ASSO - Preis 2014**
der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgische Onkologie (ACO-ASSO)

20 **Kongressbericht 30. Jahrestagung der ACO-ASSO**
Autoren: Thomas Bachleitner-Hofmann, Thomas Grünberger, Wien

23 **Kongressbericht American College of Surgeons**
Autoren: A. Tuchmann, B. Walzel, W. Feil, D. Öfer-Velano; Wien, Salzburg

26 **In Memoriam**
Professor Dr. Alfred Priesching
Autoren: R. Roka, A. Tuchmann, W. U. Wayand

27 **In Memoriam**
Prim.Univ.Prof.Dr. Michael Gadenstätter MSc
Autor: Prim. Univ. Prof. Dr. Peter Lechner

BÖC Akademie

28 **ÖCT Kongressbericht**

29 **Termine der BÖC Akademie**

Service

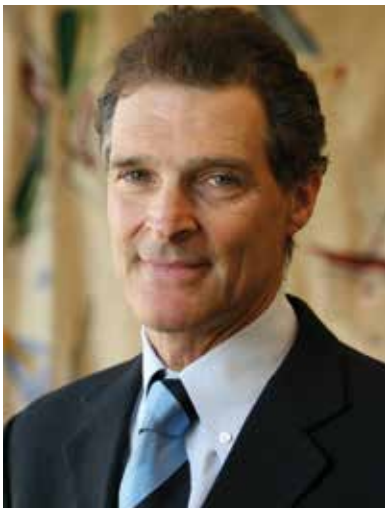
30 **Ärzteservice Gesundheitsvorsorge GmbH**

31 **Ansprechpartner**

32 **Terminkalender**

34 **Impressum**

Gedruckt nach der Richtlinie des Österreichischen Umweltzeichens „Druckerzeugnisse“



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen!

Bei der Übernahme des Generalsekretariats der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie vor einem halben Jahr habe ich mein 8-Punkte-Programm (siehe Zeitschrift Chirurgie, Mitteilungen des Berufsverbandes und der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie, Ausgabe 3/2013, Seite 34) vorgestellt, über das ich regelmäßig Rechenschaft ablegen kann und will.

Insbesondere spielen darin die chirurgische Ausbildung und Facharztprüfung eine Hauptrolle. Die österreichische Gesellschaft für Chirurgie wird alles daran setzen, strukturierte Ausbildungsunterlagen zur Facharztprüfung anzubieten und auch die Facharztprüfung so zu gestalten, dass sie nach enstprechender Vorbereitung von den Kandidaten gut zu schaffen ist. Die Ausbildung zum Facharzt für Chirurgie erfolgt selbstverständlich an den chirurgischen Abteilungen/Kliniken, bei den Fortbildungsseminaren der ÖGC, Kongresse, Workshops, etc.

Sowohl chirurgische Ausbildung als auch PR sollen in Zukunft zwischen den Gesellschaften (ÖGC, BÖC) harmonisiert werden zum Wohle aller Chirurginnen und Chirurgen.

Internationalität, Standespolitik und Ökonomie werden eine noch größere Rolle spielen. So habe ich mit Vertretern der Industrie (Medizintechnik und Pharmaunternehmen) regelmäßige Treffen eingeführt, um die Standpunkte einander zu nähern und die wirtschaftlichen Grundlagen für die chirurgische Weiterbildung und Kongressgestaltung zu optimieren.

Auf Kommunikation wird großer Wert gelegt. Im übertragenen Sinn besitze ich daher für Sie immer ein offenes Ohr. Nicht zuletzt deswegen hoffe ich auf gute Zusammenarbeit mit Ihnen allen, Berufsverband, assozierte Fachgesellschaften, Industrie und jedem einzelnen Chirurgen/in.

Ihr

Prim.Prof.Dr. Albert Tuchmann, FACS
Vorstand Chirurgische Abteilung
SMZ Floridsdorf
Hinaysgasse1, A-1210 Wien
Telefon: +43-1/ 27522-4101
Mobiltelefon: +43-664/ 21 21 994
albert.tuchmann@wienkav.at
Generalsekretär der Österreichischen
Gesellschaft für Chirurgie

Diagnose und Therapie bei penetrierendem Trauma

Per definitionem handelt es sich bei penetrierendem Trauma um Verletzungen, welche die Körperoberfläche durchdringen. Als Ursache kommen Schuss, Stich, Pfählung oder Explosion in Frage. Penetrierende Traumen (PT) sind potenziell tödliche Verletzungen, diese müssen vorrangig, schnell

Abb. 1: Beispiel einer penetrierenden Stichverletzung

etwa 5 %, in den USA sind 70 % aller Abdominaltraumen penetrierend. Bei Todesfällen durch Trauma rangieren in den USA penetrierende Verletzungen an zweiter Stelle (1).Aus viszeralchirurgischer Sicht werden die Verletzungen in Abhängigkeit ihrer Lokalisation in drei Regionen unterteilt: 1-Thorax, 2-thorakoabdominell, 3-Abdomen (einschließlich der Flanken und des Dorsums). Die Ausdehnung des Abdomens reicht ventral von den Brustwarzen abwärts bis zu den Leisten und Os pubis, sowie dorsal von den Skapulaspitzen bis zu Beginn der Glutealfalten. Dementsprechend sollte bei Vorliegen von Penetrationen in diesen Gebieten eine Abklärung des Abdomens erfolgen. Grundsätzlich gilt trotz einiger Einschränkungen noch immer das historische Postulat: „Jede penetrierende Verletzung des Abdomens muss mittels Laparotomie exploriert werden“. Der große Unterschied von heute besteht darin, dass die Exploration nicht unbedingt durch eine Routinelaparotomie erfolgen muss (Abb. 2). Bereits 1978 wies Shah et al auf die Morbidität und Mortalität der negativen explorativen Laparotomien bei Traumen hin (2). Dieser Umstand wurde jedoch, wegen fehlender genauer Diagnosemittel, trotzdem akzeptiert. Anfang der 80-iger Jahre erfolgte die Einführung genauerer Untersuchungsmethoden wie Ultraschall und CT (Tabelle 1). 1989 berichteten Miller et al, dass ein Großteil der Routinelaparotomien nicht therapeutische Eingriffe waren, verbunden mit einer signifikanten Komplikationsrate (3). Nicht zuletzt mit dieser Publikation von Miller et al erfolgte ein Umdenken.

S. Uranüs, Graz

Derzeit richtet sich die Vorgehensweise in erster Linie nach der Frage: „Liegt eine Penetration des Peritoneums und eine Therapie würdige Verletzung vor?“ Zur Beantwortung dieser Frage stehen mit Sonographie und Computertomographie zwei wichtige Untersuchungsmethoden mit hoher Sensitivität, Spezifität und negativ prädiktiver Validität zur Verfügung (Tab. 1). Ein weiteres diagnostisches Mittel ist Laparoskopie, welche im Unterschied zu den zuvor genannten Untersuchungsmethoden invasiv ist, aber die potenzielle Möglichkeit des therapeutischen Einsatzes mit sich bringt (4).

Autor:
S. Uranüs, Graz

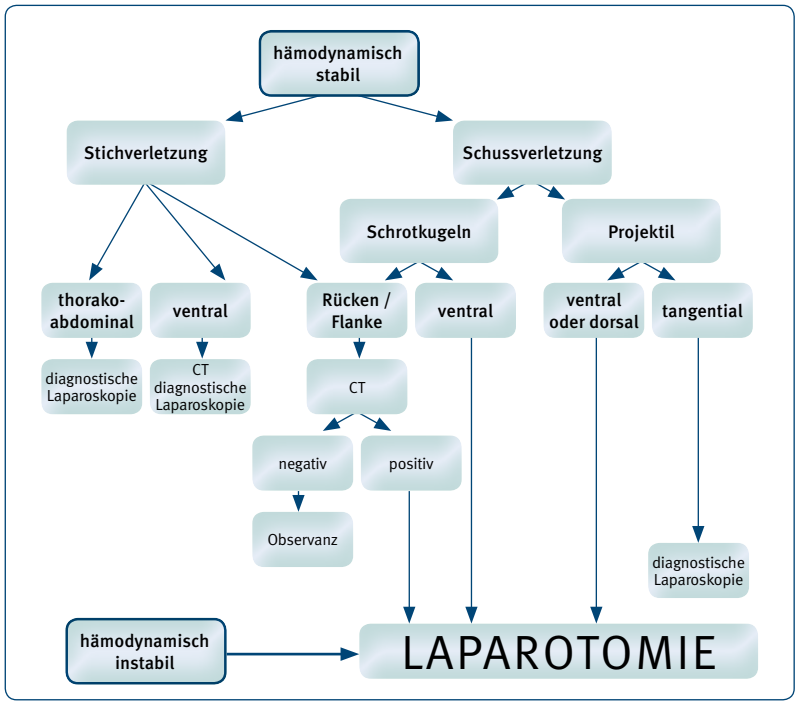


Abb. 2: Algorithmus für Diagnose und Therapie beim penetrierenden Trauma

und zielgerichtet diagnostiziert und therapiert werden (Abb.1). Die Inzidenz variiert abhängig von Ländern und Regionen. Während in Europa penetrierende Traumen seltener vorkommen, zählen solche Verletzungen in manchen amerikanischen oder afrikanischen Regionen zum täglichen Ereignis in den Notaufnahmen. In städtischen Bereichen sind penetrierende Verletzungen deutlich häufiger als im ländlichen Bereich. In Zentraleuropa beträgt der Anteil der penetrierenden Verletzungen

Tabelle 1:

Aussagekraft der Untersuchungsmethoden in Bezug auf die Notwendigkeit einer therapeutischen Intervention

	LWE	US	CT	LPSK
Sensitivität	71	46 – 85	97	50 – 100
Spezifität	77	48 – 95	98	74 – 90
NPV	79	78 – 100	98	100

(LWE: lokale Wundexploration, US: Ultraschall, CT: Computertomographie, LPSK: Laparoskopie, NPV: Negative prädiktive Validität) (modifiziert nach www.trauma.org)

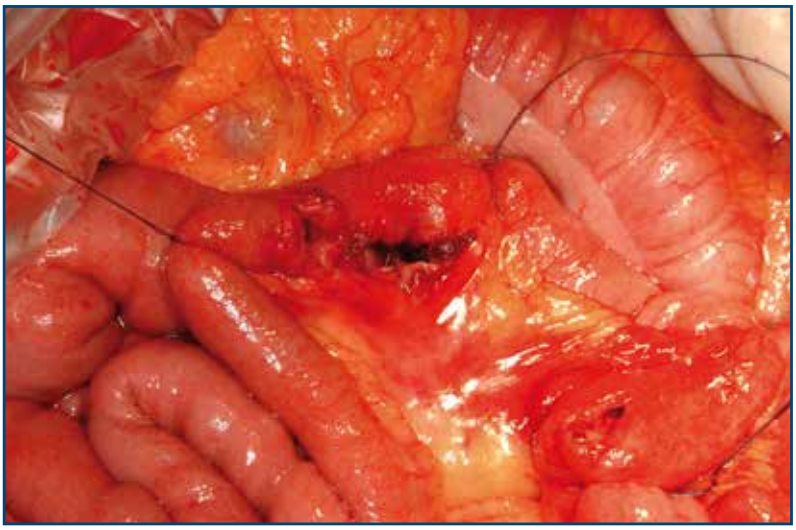


Abb. 3: Schussverletzung mit multiplen Dünndarmläsionen, die passagär nur mit Ligaturen versorgt wurden

In Abhängigkeit des klinischen Zustandes unterscheiden wir folgende drei Kategorien:

- 1- Druckloser Patient mit nicht tastbarem Puls
- 2- Instabiler Patient
- 3- Stabiler Patient

ad 1: Ein druckloser Patient mit einer penetrierenden Verletzung muss ohne weitere Diagnostik und Zeitverlust noch im Schockraum oder im nächst gelegenen Operationssaal operiert werden. Das oberste Ziel ist das sofortige Stoppen der Blutung bei gleichzeitig mitlaufender medikamentöser Reanimation und massiver Blut- und Blutderivattransfusion. In manchen Fällen kann ein Abklemmen der Aorta infra- oder supradiaphragmal notwendig werden. Dadurch erreicht man eine verbesserte Füllung des Herzens und eine signifikante Reduktion der Blutung. Jedoch muss rasch gehandelt und die Aorta wieder freigegeben werden. Blutstillung kann in den meisten Fällen durch Ligatur der Gefäße erreicht werden (Tabelle 2). Ein intravasculärer Shunt über die Verletzungsstelle kann eine sofortige Blutstillung unter Vermeidung zeitraubender Rekonstruktionen herbeiführen sowie zu einer raschen Reperfusion der betroffenen Organe verhelfen. Der gesamte Eingriff wird unter dem Motto „Damage Control Surgery" nach Tamponade aller vier Quadranten mittels Tüchern mit temporärem Bauchdeckenverschluss beendet. Die möglichst anatomiegerechte Rekonstruktion der Gefäße und weitere organerhaltende Eingriffe können zu einem späteren Zeitpunkt nach Stabilisierung des Kreislaufs und Wiederherstellung der Körperphysiologie nach etwa 24 bis 36 Stunden vorgenommen werden.

European Society for Trauma and Emergency Surgery (ESTES),
European Association for Endoscopic Surgery (EAES)
in co-operation with
Section for Surgical Research, Medical University of Graz

ACUTE CARE SURGERY COURSE ON VISCERAL & GASTROINTESTINAL EMERGENCIES (NON-TRAUMA)

March 17-18, 2014

This workshop is designed to provide state-of-the-art information on the diagnosis and management of severely ill patients who present with non-traumatic visceral and gastrointestinal emergencies. The course emphasizes direct involvement of the trainees in the problem-oriented theory and hands-on lab sessions. Upon completion of the course, attendees will be well equipped to deal with these patients when they see them in the emergency room.

Course director: Prof.Dr. S. Uranues
Course language: English
Course location: Department of Surgery, Section for Surgical Research, Auenbruggerplatz 29, 8036 Graz, Austria
Registration fee: € 600.-, for members of ESTES and EAES € 550.-
Registration: i.prassl@medunigraz.at, Phone: +43(0)316 385 83232,
Fax: +43(0)316 385 16845
Information: http://www.chirurgischeforschung.at/en/akutchirurgie--acute-care-surgery.html

Ad 2: Ein Patient wird als instabil bezeichnet, wenn eine hypotone Kreislauflage und Tachykardie vorliegen. Patienten sind zentralisiert und bedürfen einer raschen Behandlung ihrer schweren inneren Verletzungen. Neben der medikamentösen Reanimation und Transfusion von Blut- und Blutderivaten können begleitende, nicht Zeit konsumierende Untersuchungen wie Thoraxröntgen und Ultraschall durchgeführt werden. Auf eine CT-Untersuchung wird bei anhaltender Instabilität verzichtet und der Patient rasch für eine chirurgische Versorgung in den nächst gelegenen Notfalls-OP gebracht. Die weitere Vorgehensweise im Operationssaal hängt vom intraoperativen Befund ab. In der Wunde steckende Fremdkörper werden im Operationssaal nach chirurgischer Darstellung des Verletzungsareals entfernt. Bei Schussverletzungen müssen die Projektile bzw. Teile davon nicht unbedingt vollständig entfernt werden. Nur jene, die lebensgefährliche Verletzungen bzw. Blutungen verursacht haben, sollten zur Durchführung der Blutstillung evakuiert werden. Wenn die Blutungsquelle singulär ist, die Blutstillung rasch durchgeführt und der Patient wieder stabilisiert werden kann, können weitere reparative Maßnahmen vorgenommen werden. Gastrointestinale Verletzungen sollten mit Ligaturen, alternativ mit Hilfe von Hautklammern oder mit Klammernahtgeräten einfach verschlossen werden, um eine weitere Kontamination der Körperhöhle zu verhindern (Abb.3). Notwendige Resektionen und Anastomosen sollten aufgeschoben und zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt werden. Bei Vorliegen schwerer parenchymatöser Organverletzungen sollten jedoch arterielle und größere venöse Blutungen umstochen und danach eine Tuchtamponade des Abdomens vorgenommen werden. Als weitere blutstillende Maßnahme kann gegebenenfalls eine interventionell radiologische Embolisation in Frage kommen, diese sollte in solchen Fällen immer in Betracht gezogen werden. Eine grenzwertige Stabilität bzw. rezidivierende instabile Phasen stellen eine absolute Kontraindikation für die Verlegung der Patienten in andere Krankenhäuser dar. Vor einer Transferierung sollte die Kreislaufstabilität sichergestellt sein.

Ad 3: Bei Kreislauf stabilen Patienten ist bei Zeichen einer Peritonitis und/oder Eviszeration der Bauch- oder Thoraxorgane eine sofortige Operation vorzunehmen (Abb.4). In anderen Fällen können die Untersuchungen zur Feststellung der Notwendigkeit einer Operation fortgesetzt werden.
Ziel bei perforierenden Verletzungen ist die Identifizierung einer Operationsindikation zur Vermeidung einer nicht therapeutischen Laparotomie (Tabelle 3).

Tabelle 2:

Gefäßligatur und mögliche erwartete Nekroserate

Ligiertes Gefäß	Erwartete Nekroserate %
Truncus coeliacus	‹ 5
Arteria gastrica sinistra	0
Arteria hepatica sinistra	‹ 10
Arteria hepatica dextra	‹ 10
Arteria lienalis (splenica)	0
Arteria hepatica communis	‹ 10
Arteria hepatica propria	‹ 20
Arteria gastroduodenalis	0
Arteria renalis	› 95
Arteria mesenterica superior	› 95
Arteria mesenterica inferior	› 95
Arteria mesenterica distalis	› 50
Arteria colica sinistra	‹ 25
Arteria haemorrhoidalis superior	0

Abb. 4: Eviszeration von Omentum im Rahmen einer Schussverletzung

Tabelle 3: **Wertigkeit der bildgebenden Diagnostik beim penetrierenden Trauma**

	Vorteile	Nachteile
Ultraschall	kann im Schockraum auch bei instabilen Patienten rasch und begleitend durchgeführt werden. Verhilft der Entscheidungsfindung durch Diagnose von freier Flüssigkeit, parenchymatöser Organverletzungen, Flüssigkeit im Pleuraraum und im Herzbeutel.	Ungenau beim Erkennen der Verletzungen und ihrer Grade, in der Diagnostik des Retroperitoneums, Zwerchfells und Magen- Darmtrakts
CT	Die genaueste Untersuchungsmethode zur Diagnostik der Organverletzungen und ihrer Grade. Kann Retroperitoneum, Pankreas, Nieren, Leber und Duodenum, aber auch bis zu einem bestimmten Grad den Gastrointestinaltrakt abklären, sie ist Untersucher unabhängig und bei Verlaufskontrolle der Organverletzungen genauer. CT gibt eine exaktere Übersicht über die freie Flüssigkeitsmenge.	Stabilität der Verletzten ist eine Bedingung für die Durchführbarkeit. Die Patienten müssen meist in die radiologische Abteilung gebracht werden, dadurch geht wertvolle Zeit verloren. CT weist diagnostische Schwäche bei der Identifizierung der Verletzungen am Zwerchfell, Mesenterium und Magen-Darmtrakt auf.

Besondere Vorsicht ist bei lokaler Exploration geboten, da bei schrägen Stichverletzungen die peritoneale Penetrationsstelle viel weiter als die äußere Einstichstelle liegen und somit unerkannt bleiben kann. Kleinere Stichverletzungen des Darmes können sowohl der lokalen Wundexploration als auch der CT-Diagnostik entgehen (Abb.5). Aus diesem Grund sollte bei geringstem Verdacht die Möglichkeit einer diagnostischen Laparoskopie ausgeschöpft werden (4). Laparoskopie beim perforierenden Trauma dient in erster Linie der Feststellung einer möglichen Penetration des Peritoneums sowie in zweiter Linie dem Ausschluss einer gastrointestinalen Verletzung. Solche Verletzungen können unter Umständen ebenfalls laparoskopisch therapiert werden. Die Technik der Trauma-Laparoskopie ist in der aktuellen Literatur ausführlich angeführt (5).

Für eine Traumalaparotomie sollte der Patient immer in Rückenlage mit ausgestreckten Armen gelagert und vom Kinn bis unter die Leistenregion gewaschen und abgedeckt werden. Die zielführendste Inzision ist eine mediane Laparotomie vom Xyphoid bis zur Symphyse (6). Eine Traumalaparotomie sollte idealerweise nicht länger als eine Stunde in Anspruch nehmen. ■

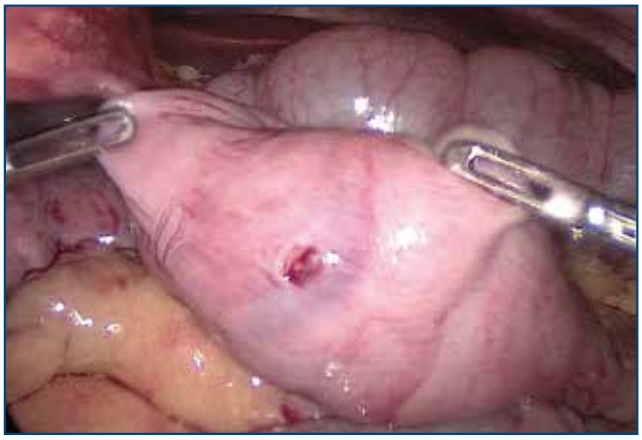


Abb. 5: Stichverletzung des Dünndarmes, die laparoskopisch diagnostiziert und therapiert wurde; zuvor entging die Verletzung der CT-Diagnostik

Korrespondenzadresse:
Univ.-Prof. Dr. S. Uranüs
Medizinische Universität Graz
Universitätsklinik für Chirurgie
Auenbruggerplatz 29, A-8036 Graz
E-Mail: selman.uranues@medunigraz.at

Literatur:

1. *http://www.cdc.gov/ncipc/wisqars*
2. *Shah R. (1978): Negative laparotomy: Mortality and morbidity among 100 patients. Am Surg 44(3):150-4.*
3. *Miller FB. et al. (1989): Negative findings on laparotomy for trauma. Southern Medical Journal 82(10):1231-4.*
4. *Uranues S. et al. (2010): Laparoscopy in Abdominaltrauma. Eur J Trauma Emerg Surg 36(1):19-24*
5. *Uranues S, Fingerhut A, Bergamaschi R. (2011) Laparoscopic Procedures in Trauma Care. In: European Manual of Medicine. Head, Thoracic, Abdominal, and Vascular Injuries. Oestern H-J, Trentz O, Uranues S(ed.) Springer Berlin-Heidelberg*
6. *Uranues S, Fingerhut A. (2011) Trauma Laparotomy: Indications, Priorities, and Damage Control. In: European Manual of Medicine. Head, Thoracic, Abdominal, and Vascular Injuries. Oestern H-J, Trentz O, Uranues S(ed.) Springer Berlin-Heidelberg*

European Association for Endoscopic Surgery (EAES)
European Society for Trauma and Emergency Surgery (ESTES)
Section for Surgical Research Graz, Medical University of Graz
in cooperation with the
International Association for the Surgery of Trauma and Surgical Intensive Care (IATSIC)

Workshop on Trauma to Visceral & Gastrointestinal Organs
Definitive Surgical Trauma Care-DSTCtm

September 22-23, 2014

The symposium provides an ideal mix of the traditional standard-of-care principles with cutting edge and forward-moving practices. It explores issues related to resuscitation and surgical technique. The workshop runs theory in the morning sessions and hands-on sessions in the afternoon. It provides in-depth and cutting-edge information in the field of visceral injuries

Course director: Prof. Dr. S. Uranues
Course language: English
Course location: Department of Surgery, Auenbruggerplatz 29, 8036 Graz, Austria
Registration fee: € 850.00; for members of ESTES and IATSIC member societies € 775.00
Registration: e-mail to i.prassl@medunigraz.at, Fax: +43 (0) 316 385 16845
Information: http://www.chirurgischeforschung.at/en/visceraltrauma-ws.html

Gruppen-Sonderklasse Ärztekrankenversicherung

Mit bester Versorgung gesund werden!

NEU! Die umfassende und kostengünstige Sonderklasse Krankenversicherung für Ärzte, Zahnärzte und Ihre Familien.

- **Keine Gesundheitsprüfung**
- **Sonderklasse Einbettzimmer ist Standard**
- **Österreichdeckung ist Standard**
- **Beitritt unabhängig von der Ärztekammer/Zahnärztekammer, bei der Sie ordentliches Mitglied sind**
- **Wechsel der Ärztekammer/Zahnärztekammer hat keinen Einfluss auf Vertrag**

ärzteservice

Telefon: 01/402 68 34 · krankenversicherung@aerzteservice.com

www.aerzteservice.com/krankenversicherung

Modernes Management intrakranieller Aneurysmen

Intrakranielle Aneurysmen finden sich bei 3.5% der Bevölkerung. Circa jedes 400.-1000. Aneurysma platzt und führt zu einer Subarachnoidalblutung mit einer Mortalität von ca. 40%. Die gebluteten Läsionen müssen so rasch als möglich verschlossen werden, um eine Nachblutung zu vermeiden. Dies kann typischerweise durch ein operatives mikrochirurgisches Aneurysmaklippung oder einen endovaskulären Verschluß geschehen. Bei zufällig gefundenen Aneurysmen muss das Therapierisiko sorgfältig gegen das Risiko des natürlichen Verlaufs abgewogen werden. Für diese Läsionen stellt die mikrochirurgische Klippung weiterhin den Goldstandard dar.

C. Sherif, Wien

Autoren:
C. Sherif, Wien;
G. Kleinpeter, Wien

Epidemiologie und Pathogenese

Die Prävalenz intrakranielle Aneurysmen beträgt ca. 3.5% (6% bei Frauen vs. 1,57% bei Männern).[1] In Österreich sind also ca. 300.000 Patienten betroffen! Die Gefahr der Aneurysmen liegt in deren Ruptur mit konsekutiver Subarachnoidalblutung (aSAB). Die Inzidenz der SAB beträgt ca. 10/100.000/Jahr. Die Geschlechtsverteilung der aSAB zeigt ebenfalls 2/3 Frauen und 1/3 Männer. Die Gesamtmortalität der aSAB ist trotz modernster medizinischer Methoden und Therapien mit 40% weiterhin sehr hoch.[2] Der volkswirtschaftliches Schaden ist enorm und wird meist massiv unterschätzt, da v.a. junge PatientInnen betroffen sind. Obwohl die aSAB lediglich für 10% aller Schlaganfälle verantwortlich ist, führt sie zu mehr als 25% aller Schlaganfallbezogen Folgekosten.[3] In Deutschland sind das mehr als 1,875 Milliarden Euro pro Jahr![4]

Es handelt sich bei Aneurysmen in mehr als 95% der Fälle um erworbene Läsionen. Als ursächliche Mechanismen werden v.a. hämodynamischer Stress zusammen mit inflammatorischen Aneurysmwandveränderungen diskutiert.[5] Bekannte Risikofaktoren sind generell ähnlich denen peripher arteriosklerotischer Erkrankungen, also v.a. Rauchen, hoher Blutdruck, aber auch Alkohol- und Kokainabusus.[2]

Management

Im Folgenden werden lediglich die häufigsten und klassischen Therapiepfade besprochen, da eine detaillierte Beschreibung den Rahmen dieses Artikels bei weitem sprengen würde. Prinzipiell muss zwischen akut rupturierten und inzidentellen Aneurysmen unterschieden werden.

Rekonstruktive Techniken

Ferner muss zwischen rekonstruktiven Techniken und dekonstruktiven Techniken unterschieden werden.[6] Bei rekonstruktiven Techniken wird das Aneurysma aus der Blutzirkulation ausgeschaltet, während das Trägergefäß rekonstruiert wird: Dies sind in erster Linie das mikrochirurgisches Klipping. Hierbei wird das Aneurysma mikrochirurgisch von außen mittels Klipp verschlossen (siehe Abb. 1). Größter Vorteil ist die minimale Tendenz von Aneurysmarezidiven 2–4%[7] und die Möglichkeit auch Aneurysmen mit komplexen Geometrien gut verschließen zu können. Nachteile sind die zumindest im kurzen Beobachtungszeitraum etwas höhere Morbidität im Vergleich zur endovaskulären Therapie, v.a. im Bereich der hinteren Zirkulation. Eine weitere Option, v.a *für* Aneurymsen mit einfacher Geometrie und in der hinteren Zirkulation ist die endovaskuläre Embolisation, typischerweise mittels Mikrospiralen (Coiling). Dabei werden die Mikro-Coils im Aneurysma abgesetzt und führen dort zu einer Verlangsamung des Blutstromes und in weiterer Folge zu einem Stasethrombus (siehe Abb. 2). Dieser wird innerhalb der nächsten Wochen bis Monate in narbiges Gewebe umgebaut. Wesentlich ist dabei, dass die Coils nur das Aneurysma, nicht aber die Trägergefäße verschließen, was ja zu einem Insult führen könnte. Größter Vorteil des Coilings bei gebluteten Aneurysmen ist die etwas erniedrigte Morbidität/Mortalität im Vergleich zu Klipping, zumindest im kurzen Beobachtungszeitraum. Größter Nachteil ist die hohe Rate an Rezidivaneurysmen in bis zu 25% der Fälle, mit bis zu 7fach erhöhtem Nachblutungsrisiko verglichen zum mikrochirurgischen Klipping.[7] *Für Aneurysmen mit breitem Hals und daher größerer Gefahr der* Coilprotrusion ins Trägergefäß gibt es rezent weitere endovskuläre Optionen: Der breite Aneurysmahals kann mittels sogenannter „Neckbrigding-devices“ überbrückt werden, die die Coils dann im Aneurysma fixieren. Typischerweise sind dies weitmaschige Stents. Als neueste rekonstruktive Methode werden auch sogenannte „Flowdiverter Stents“ implantiert. Diese Stents sind extrem engmaschig konstruiert, was zu einer Verlangsamung des Blutstromes im Aneurysma und dadurch zu einem Stasethrombus *führen soll. Für „Neck*bridging –devices“ und Flowdiverter ist eine Thrombozyten blockierende Therapie mit Acetylsalicylsäure und Clopidogrel zwingend notwendig. Für beide Methoden besteht derzeit auch eine vergleichsweise dünne bzw. sogar kontroversielle Datenlage (v.a *für* Flowdiverter). Sie sollten also nur in sehr ausgewählten Fällen bei zufällig gefunden Aneurysmen und dem Fehlen von sinnvolleren Alternativen angedacht werden.

Dekonstruktive Techniken

Bei dekonstruktiven Techniken wird das Trägergefäß verschlossen und somit indirekt das Aneurysma ausgeschaltet: Dies sind alleiniger Trägergefäßverschluss (endovaskulär oder chirurgisch) im Falle von guter Kollateralisation. Im Falle mangelnder Versorgung über die anderen Gefäße des Criculus arteriosus Willisi muss zusätzlich zum Trägergefäßverschluss ein Bypass angelegt werden, um einer sonst drohenden Unterversorgung des Hirnparenchyms vorzubeugen. Sehr selten auch wird auch eine Flussmodifikation indiziert. Hierbei wird der Blutzustrom zu Aneurysma gedrosselt. Dies kann chirurgisch mittels Turniquettechnik oder endovaskulärer mittels Teilverschluss des Trägergefäßes inkl. Heparinisierung erfolgen. Ziel ist ein langsamer Gefäßverschluss. In der Zwischenzeit kann der Körper eigenständig eine suffiziente Kollateralisation aufbauen.

Akut rupturierte Aneurysmen

Diese stellen eine akute Pathologie dar und sollen so rasch wie möglich an eine Spezialklinik mit multimodalen Therapiemöglichkeiten transferiert werden. Die Diagnose einer

aSAB erfolgt in der täglichen Praxis fast immer über ein natives CT inklusive CT-Angiographie. In ausgewählten Fällen mit negativem CT/MRT und klinischem Verdacht kann eine Lumbalpunktion durchgeführt werden. Die digitale Subtraktionsangiographie idealerweise mit 3D Rekonstruktion stellt weiterhin den diagnostischen Goldstandard zur OP bzw. Interventionsplanung dar. Danach wird gemeinsam von interventionellem Neurochirurgen/Neuroradiologen und operativem Neurochirurgen die Therapieentscheidung zwischen Operation oder endovaskulärer Embolisation gefällt. Nur für Fälle, in denen beide Partner eine gleich gute Behandelbarkeit des Aneurysma feststellen, ist gemäß den ISAT Einschlusskriterien das endosakkuläre Coiling – also der endovaskuläre Verschluss des Aneurysmasackes mit Mikrospiralen – zu bevorzugen.[8] Im ISAT trial war dies lediglich bei 22,4% der Patienten der Fall! Sehr oft werden diese Daten jedoch als generelle Firstline Empfehlung für endovaskuläres Coiling missinterpretiert. In sehr ausgewählten Fällen ohne sinnvolle rekonstruktive Therapieoption kann nach der kritischen klinischen Phase (v.a. Ende des Vasospasmus) auch eine dekonstruktive Technik angewendet werden. Typischerweise ist dies ein 2 zeitiges Vorgehen mit Anlage eines Bypasses von extracraniellen Gefäßen (z.B. Art. temp. superficialis oder Art. occipit.) auf oberflächliche Hirngefäße (z.B. Äste der Art. cerebri media oder posterior) mit nachfolgendem endovaskulären Verschluss (typischerweise Balloon) nach 48 – 72 Stunden.

Inzidentelle Aneurysmen

Bei diesen zufällig gefundenen Läsionen stellt v.a. die Therapieselektion die große klinische Herausforderung dar. Diese kann auf Grund von CTA, MRA und/oder DSA durchgeführt werden. Die richtige Selektion ist deshalb so wesentlich, da nämlich mit ca. 3 – 5% therapeutischer Morbidität zu rechnen ist[7], wir aber gleichzeitig wissen, dass nur eines von 400 – 1000 Aneurysmen tatsächlich platzen wird.[2] Die Risikoanalyse basiert derzeit v.a. auf epidemiologischen und Lebensstilfaktoren (Alter, Geschlecht, art. Hypertonie, Rauchen, Alkohol, Familienanamnese), der Aneurysmalokalisation und der Geometrie (Länge >7mm, multilobulär, unregelmäßig). Diese Parameter beschreiben zwar sehr gut ein die Blutungswahrscheinlichkeit in einem Patientenkollektiv, erlauben aber nur sehr beschränkt eine Aussage für den einzelnen Patienten. Daher sind in letzter Zeit immer mehr individualisierte Risikoprognosen im Fokus der Wissenschaft. Hierbei beruht die Hoffnung auf patientenspezifischen computerisierten Simulationen von Blutströmung und physikalischen Kräften, die innerhalb des Aneurysmas wirken. Im Rahmen der Forschungstätigkeit der zerebrovaskulären Forschungsgruppe Wien an der KAR beschäftigen wir uns intensiv mit diesen hoffentlich vielversprechenden Methoden (siehe Abb. 4).[9] Bezüglich der Therapie ist hier bis dato das Klipping weiterhin die Therapie mit der besten Datenlage. Die endovaskulären Therapieoptionen, v.a. „Neckbdridging Devices“ und „Flowdiverter“, haben sicher das Potential, die Möglichkeiten der endovaskulären Therapie wesentlich zu erweiteren.

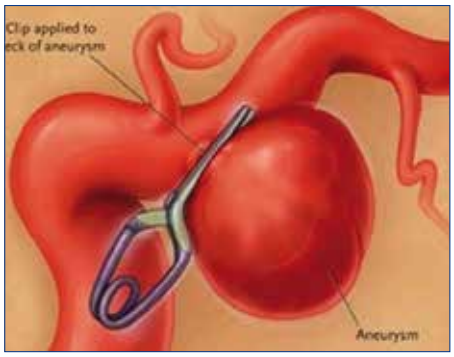


Abb. 1: Der Klipp schaltet das Aneurysma dauerhaft und sicher aus.

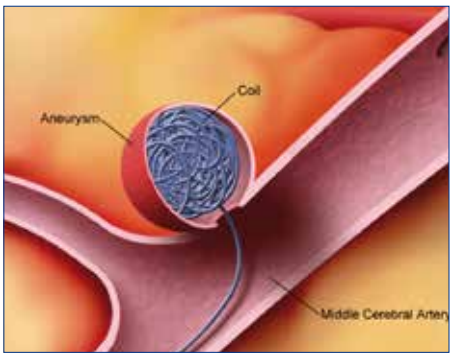


Abb. 2: Die endovaskulären Coils verschließen das Aneurysma von innen.

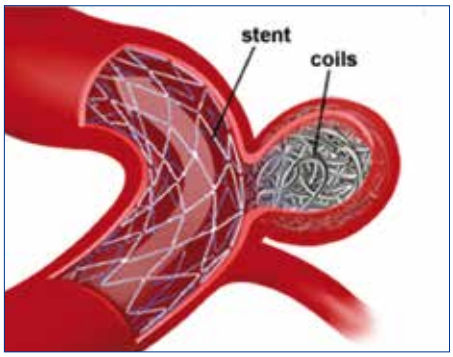


Abb. 3: Stent-assistiertes Coiling. Der breitmaschige Stent verhindert eine Protrusion der Coils in das Trägergefäß

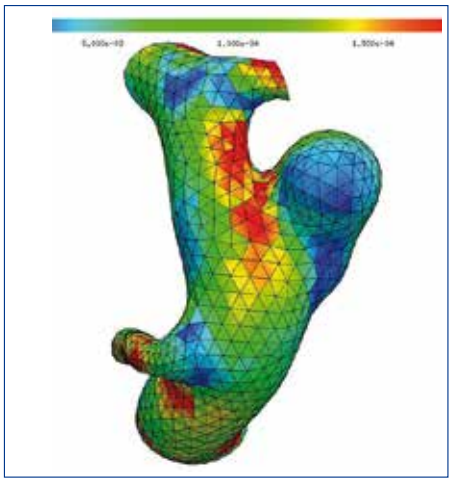


Abb. 4: Patientenspezifische Risikosimulation: Basierend auf einem 3D DSA Datensatz des Patienten. Die Falschfarben zeigen die Ausprägung der an den Gefäß-und Aneurysmwänden wirksamen Scherkräfte, die maßgeblich für die Aneurysmaentstehung und Ruptur verantwortlich gemacht werden.

References

1. *Vlak M, Algra A, Brandenburg R, et al. Prevalence of unruptured intracranial aneurysms, with emphasis on sex, age, comorbidity, country, and time period: a systematic review and meta-analysis. . Lancet Neurol 2011;10:626–636*
2. *Rinkel G, Djibuti M, Algra A. Prevalence and risk of rupture of intracranial aneurysms: A systematic review. Stroke 1998;29:251-256*
3. *Schatlo B FC, Fathi AR, Sailer M, Winkler K, Daniel RT, Bijlenga P, Ahlborn P, Seule M, Zumofen D, Reinert M, Woernle C, Stienen M, Levivier M, Hildebrandt G, Mariani L, Bernays R, Fandino J, Raabe A, Keller E, Schaller K. Introducing a nationwide registry: the Swiss study on aneurysmal subarachnoid haemorrhage (Swiss SOS). Acta Neurochir 2012;154:2173-2178*
4. *Kolominsky-Rabas P, Sarti C, Heuschmann P. A prospective community-based study of stroke in germany – The Erlangen Stroke Projekt (ESPro). Stroke 1998;29:2501-2506*
5. *Frösen J TR, Paetau A, Laaksamo E, Korja M, Laakso A, Niemelä M, Hernesniemi J. Saccular intracranial aneurysm: pathology and mechanisms. Acta Neuropathol 2012;123:773-786*
6. *Gruber A, Bavinszki G, Standhardt H, et al. Multimodality treatment of cerebral aneurysms. JNNP 2007;8:16-26*
7. *Molyneux A, Kerr R, Yu L-M, et al. International subarachnoid aneurysm trial (ISAT) of neurosurgical clipping versus endovascular coiling in 2143 patients with ruptured intracranial aneurysms: a randomised comparison of effects on survival, dependency, seizures, rebleeding, subgroups, and aneurysm occlusion. Lancet 2005;366:809-817*
8. *Molyneux A, Kerr R, Yu L-M, et al. International Subarachnoid Aneurysm Trial (ISAT) of neurosurgical clipping versus endovascular coiling in 2143 patients with ruptured intracranial aneurysms: a randomised trial. Lancet 2002;360:1267-1274*
9. *Mach G, Heinzl R, Schwaha P, et al. A Modular Tool Chain for High Performance CFD Simulations in Intracranial Aneurysms. Conference Proceedings, ICNAAM, Numerical Analysis and Applied Mathematics, International Conference 2010;1:1647-1650*

Korrespondenzadresse:
Priv. Doz. Dr. med. Camillo Sherif
Neurochirurgische Abteilung und zerebrovaskuläre Forschungsgruppe Wien
Krankenanstalt Rudolfstiftung
Juchgasse 23, A-1090 Wien
E-Mail: camillo.sherif@wienkav.at

Chirurgieverzicht beim Rektumkarzinom

M. Zitt, Innsbruck

Autor:
M. Zitt, Innsbruck

Kurative Therapie des Rektumkarzinoms

Etwa ein Drittel aller kolorektalen Karzinome sind im Rektum lokalisiert, wobei man zwischen Karzinomen des oberen, des mittleren und des unteren Rektumdrittels differenziert, was für die therapeutische Strategie von essentieller Bedeutung ist. Nach standardisierter Diagnostik (Endoskopie, Computertomographie des Körperstammes, Magnetresonanztomographie des kleinen Beckens; alternativ oder additiv zur MRT die endorektale Sonographie, insbesondere wenn es sich um frühe Tumorstadien handelt) muss das therapeutische Procedere im Rahmen eines interdisziplinären Tumorboards festgelegt werden.

Die chirurgische Therapie stellt das zentrale Element in der Behandlung des Rektumkarzinoms dar. Durch die Einhaltung der operationstechnischen Prinzipien der Totalen Mesorektalen Exzision (TME) konnte eine deutliche Reduktion der Rate an lokoregionären Rezidiven erreicht werden (1). Während Karzinome des unteren und mittleren Rektumdrittels in jedem Fall eine TME bedingen, herrscht breiter Konsens darüber, dass Karzinome des oberen Rektumdrittels nach den Kriterien der Partiellen Mesorektalen Exzision (PME) operiert werden können. Voraussetzung für einen potentiell kurativen Anspruch der Operation ist immer eine R0-Resektion (proximal, distal und zirkumferentiell) sowie die komplette Entfernung des regionalen Lymphabflussgebietes. Die Kombination aus diesen chirurgischen Prinzipien und funktionellen Überlegungen bezüglich zu erwartende postoperative Kontinenz entscheidet darüber, ob ein Patient einer Sphinkter-erhaltenden Rektumresektion oder einer Abdomino-perinealen Rektumexstirpation zugeführt wird.

Beim lokal fortgeschrittenen (cT3/cT4) Karzinom des unteren und mittleren Rektumdrittels ist in den letzten 20 Jahren die alleinige Operation durch multimodale Behandlungskonzepte bestehend aus neoadjuvanter Strahlentherapie (mit oder ohne begleitende Chemotherapie) und konsekutiver Operation ersetzt worden, was die Rate an lokoregionären Rezidiven weiter senken konnte. Stellvertretend dazu sei hier die Studie der „German Rectal Cancer Study Group“ erwähnt, welche zeigen konnte, dass die neoadjuvante Langzeit-Radiochemotherapie (mit 5-FU) – verglichen mit der postoperativen Radiochemotherapie – eine bessere Compliance-Rate, eine geringere Lokalrezidivrate (6% vs. 13%), eine geringere Toxizität und eine höhere Sphinktererhaltungsrate aufweist (2).

Im Falle eines „low-risk“ T1-Karzinoms kann anstatt der radikalen Resektion eine limitierte Resektion mit inkompletter Entfernung des Lymphabflussgebietes, eine lokale Exzision ohne Lymphadenektomie oder sogar eine rein endoskopische Intervention (Polypektomie, Endoskopische Mukosaresektion oder Endoskopische Submukosadissektion) in kurativer Intention durchgeführt werden. Ob und welche dieser onkologisch-limitierten Techniken zum Einsatz kommt, muss in einer interdisziplinären Tumorbesprechung Fall für Fall diskutiert werden.

Neben chirurgisch-onkologischen Überlegungen mit den oben beschriebenen Aspekten hinsichtlich operativer Radikalitätsprinzipien und multimodaler Behandlungskonzepte haben in den letzten Jahren vor allem Überlegungen zur Maximierung der Lebensqualität Einzug gehalten. Dabei spielen die Vorteile der zunehmend häufiger eingesetzten minimal-invasiven Chirurgie ebenso eine große Rolle wie „Nerven-sparendes Operieren“ im Rahmen einer exakten TME oder der Erhalt des Sphinkters anstatt eines definitiven Kolostomas oder eben auch Organ-erhaltende Techniken bei „low-risk“ T1-Karzinomen. In diese Entwicklungen reiht sich nahtlos auch die Diskussion ein, ob in speziellen Befundkonstellationen auf ein chirurgisches Vorgehen gänzlich verzichtet werden kann.

„Chirurgieverzicht“ nach Radiochemotherapie als kurative Alternative?

Die chirurgische Resektion nach neoadjuvanter Radiochemotherapie gilt derzeit als Standardtherapie beim lokal fortgeschrittenen Karzinom des mittleren und unteren Rektumdrittels, unabhängig davon ob durch die Vorbehandlung ein „klinisch kompletter Response (cCR)“ – definiert als das Fehlen von klinisch detektierbarem Resttumor – erreicht worden ist oder nicht. Ein „pathologisch kompletter Response (pCR)“ – definiert als das Fehlen von restlichen vitalen Tumorzellen im Resektat – wird laut einem Review basierend auf Phase II und III Studien zusammenfassend in 13.5% der Fälle beobachtet (3), ist aber natürlich abhängig von der Tumorbiologie, vom verwendeten Therapieschema und auch vom Intervall zwischen Vorbehandlung und Resektion, sodass auch wesentlich höhere Raten an pCRs berichtet werden. In einer „gepoolten“ Analyse von Studien mit insgesamt über 3000 Patienten mit Rektumkarzinom und neoadjuvanter Radiochemotherapie plus TME zeigt sich jedenfalls für Patienten mit pCR ein signifikanter Vorteil im „Langzeit-Outcome“ verglichen mit Patienten ohne pCR (4). Es stellt sich nun also die Frage, ob Patienten mit einer pCR überhaupt eine chirurgische Resektion benötigt hätten oder ob man ihnen diese ersparen hätte können, noch dazu wo man weiß, dass die chirurgische Morbidität und Mortalität sowie die Einschränkungen der Lebensqualität durch die Rektumchirurgie beträchtlich sind.

Aufgrund dieser Überlegungen wird nun also diskutiert, ob man Rektumkarzinom-Patienten mit einem klinisch kompletten Response (cCR) nach Radiochemotherapie einer sogenannten „wait and see“ Strategie zuführen und somit auf die Operation verzichten kann. In einem rezent publizierten systematischen Review von Glynne-Jones konnten von ursprünglich 980 Abstracts (1990–2011) zum Thema „Radiochemotherapie beim Rektumkarzinom und Response“ 30 relevante Studien mit insgesamt 650 Patienten gefunden werden, welche genau diese Fragestellung adressieren (5); frühere Reviews erfüllen nicht die Kriterien eines systematischen Reviews, Metaanalysen existieren bis dato keine. Diese 30 Publikationen unterteilen sich wiederum in 18 Berichte von der Gruppe um Angelita Habr-Gama mit insgesamt 361 retrospektiv analysierten Patienten zwischen 1991 und 2009 sowie in 12 Berichte anderer Gruppen mit insgesamt 289 Patienten (5). In der ursprünglichen Serie von Habr-Gama et al. mit 118 Patienten (1991–1996), welche bei „tiefem“ Rektumkarzinom

radiochemotherapiert wurden, zeigte sich eine cCR-Rate von 30.5%, wobei die cCR durch die klinische Untersuchung, die radiologische Bildgebung (transrektaler Ultraschall, Becken-CT) und eine negative Biopsie evaluiert wurde. Eine „Salvage-Operation" war bei 8 dieser 30 Patienten aufgrund eines Lokalrezidivs innerhalb von 3 bis 14 Monaten notwendig, die restlichen Patienten hatten vergleichbare Langzeitergebnisse (medianes Follow-up von 36 Monaten) wie diejenigen Patienten, welche nach Radiochemotherapie operiert wurden und eine pathologische komplette Remission (pCR) hatten (6). In den weiteren Serien dieser Gruppe zeigten sich (nach 12 Monaten fortwährende) cCR-Raten von 27%–39% bei „Follow-up" Perioden von median zirka 60 Monaten. Die Lokalrezidiv-Raten pendelten sich zwischen 3% und 6% ein, das 5-Jahres krankheitsfreie Überleben betrug 72% bis 92%, die 5-Jahres Gesamt-Überlebensrate 93% bis 100% (7–10); die größte Serie von 361 Patienten beinhaltete dabei Tumore in den klinischen Stadien cT2 bis cT4 (9). Von den „Nicht Habr-Gama" Studien erbrachte lediglich eine zwar prospektive, aber kleine niederländische Studie (21 Patienten) vergleichbare Ergebnisse, nach einem medianen Follow-up von 25 Monaten: cCR-Rate von 11%, Lokalrezidiv-Rate von 5% (11). Andere retrospektive Studien zeigten wesentlich höhere Lokalrezidiv-Raten von 23% bis 83% (5).

Wenn man die Daten dieses systematischen Reviews (5) allerdings kritisch beleuchtet, so muss man seine Aussagekraft insgesamt doch als limitiert ansehen, da sie auf lediglich 650 Patienten beruht, die Daten zum größten Teil retrospektiv erhoben wurden und mehrheitlich von einem einzigen Zentrum stammen, und randomisierte Daten komplett fehlen. Zudem zeigen die erwähnten Serien eine beträchtliche Heterogenität in Bezug auf nahezu alle relevanten Aspekte: initiale Behandlungsstrategie; Art, Dosierung und Dauer der Chemotherapie; Dosis und Fraktionierung der Strahlentherapie; Patientenselektion; bildgebende Methoden zur Responsebeurteilung; Art der Einschätzung und Definition des cCR; Follow-Up Schema. Selbst die verschiedenen Publikationen von der Gruppe um Habr-Gama lassen doch eindeutige Unterschiede erkennen, beispielsweise wenn man den Zeitpunkt betrachtet, wann von einer fortwährenden cCR gesprochen werden kann oder wenn man den Einsatz der Magnetresonanztomographie analysiert. Das größte Problem hinsichtlich Vergleichbarkeit mit anderen Studien scheint die Tatsache zu sein, dass Habr-Gama et al. eher kleine Tumore (mediane Tumorgröße von 3.7cm^2) des unteren Rektumdrittels (7cm ab Analrand) in die Studien eingeschlossen haben, während es sich in anderen Studien um unselektionierte Patienten mit teilweise fortgeschritteneren Tumoren handelte und das Follow-Up zudem weniger engmaschig war, was die insgesamt schlechteren Ergebnisse logisch erscheinen lässt.

Alles in allem können aber Habr-Gama et al bisher als einzige Gruppe nachweisen, dass selektionierte Patienten durch alleinige Radiochemotherapie effektiv und sicher behandelt werden können, wenn dies in einem für diese Strategie erfahrenen Setting durchgeführt wird. Die Stärke der brasilianischen Daten liegt dabei in erster Linie in der strengen Selektion von Patienten mit tiefsitzenden (gut zugänglichen) Karzinomen, in der akribischen Methodik hinsichtlich des Definierens eines cCR (mittels exakter klinischer, radiologischer und endoskopischer Befundung plus histologischer Sicherung) und im engmaschigen intensiven Follow-Up, vor allem innerhalb der ersten 12 Monate, um einen fortwährenden cCR zu beweisen. Es ist allerdings in meinen Augen keinesfalls gerechtfertigt, diese Ergebnisse auf größere lokal fortgeschrittene (und dadurch per se oft Lymphknoten-positive) Tumore zu übertragen, da diese Situation in den bisherigen Daten nicht abgebildet wird. Zudem ist nach wie vor ungelöst, auf Basis welcher Kriterien mit welchen bildgebenden Methoden die Lymphknoten hinsichtlich Response verlässlich evaluiert werden können.

Fazit

Aufgrund der derzeitigen Datenlage bleibt die neoadjuvante Vorbehandlung gefolgt von der chirurgischen Resektion in Form einer exakt durchgeführten TME die Therapie der Wahl beim histologisch verifizierten lokal fortgeschrittenen Adenokarzinom des mittleren und unteren Rektumdrittels. Bei exakt selektionierten Patienten mit eher kleineren, Lymphknoten-negativen Tumoren im unteren Drittel, welche eine genau definierte cCR nach Radiochemotherapie aufweisen, kann der „Chirurgieverzicht" in Erwägung gezogen werden. Prinzipiell sollte man diese Strategie im kurativen Setting auf Einzelfälle limitieren, am ehesten dann, wenn eine chirurgische Resektion zu riskant erscheint oder der Patient die Operation ablehnt. Im Falle des Chirurgieverzichtes ist ein intensives engmaschiges Follow-Up unabdingbar. Die Frage, ob in Zukunft eine alleinige Radiochemotherapie bei einem Teil der Rektumkarzinompatienten als Standardtherapie angesehen werden kann, müssen weitere groß angelegte Studien zeigen. ■

Literatur:

1 *Heald R.J.et al. (1998): Arch Surg 133:894-899*
2 *Sauer R. et al. (2004): N Engl J Med 351:1731-1740*
3 *Hartley A. et al. (2005): Brit J Radiol 78:934-938*
4 *Maas M. et al. (2010): Lancet Oncol 11:835-844*
5 *Glynne-Jones R. et al. (2012): Brit J Surg 99:897-909*
6 *Habr-Gama A. et al. (1998): Dis Colon Rectum 41:1087-1096*
7 *Habr-Gama A. et al. (2004): Ann Surg 240:711-717*
8 *Habr-Gama A. et al. (2005): J Gastrointest Surg 9:90-109*
9 *Habr-Gama A. et al. (2006): J Gastrointest Surg 10:1319-1328*
10 *Habr-Gama A. et al. (2011): Semin Radiat Oncol 21:234-249*
11 *Maas M. et al. (2011): J Clin Oncol 29:4633-4640*

Korrespondenzadresse:
Ass.-Prof. Priv.-Doz. Dr. M. Zitt
Medizinische Universität Innsbruck
Department Operative Medizin
Univ.-Klinik für Visceral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie
Anichstrasse 35
A-6020 Innsbruck
E-Mail: matthias.zitt@i-med.ac.at

Radikalitätsprinzipien bei Melanom

Das Melanom der Haut ist der Hauttumor mit der höchsten Metastasierungsrate und für mehr als 90 % aller Sterbefälle an Hauttumoren verantwortlich. Das kumulierte Risiko, vor dem 75. Lebensjahr an einem malignen Melanom zu erkranken, lag 2010 bei etwa 1,2% (Statistik Austria). Aufgrund der verbesserten Frühdiagnose und damit der Identifikation von prognostisch günstigeren Tumoren, ist die Mortalitätsrate trotz steigender Inzidenz über die letzten Jahrzehnte stabil geblieben. Eine chirurgische Behandlung ist nach wie vor die Therapie der Wahl im Stadium des Primärtumors, bei Vorliegen von Lymphknotenmetastasen und bei ausgewählten Patienten mit Fernmetastasen. Die chirurgischen Leitlinien für das kutane Melanom beruhen auf der TNM-Klassifikation der AJCC aus dem Jahr 2009 (1).

F. Roka, Wien

Autor:
F. Roka, Wien

Bei Verdacht auf das Vorliegen eines Melanoms ist primär eine vollständige Exzision des Tumors unter Einschluss eines subkutanen Fettgewebsanteils durchzuführen. Größere Sicherheitsabstände und Lappenplastiken sind zu diesem Zeitpunkt zu vermeiden, damit Lymphabflusswege bei einer eventuell späteren Wächterlymphknotenbiopsie nicht artifiziell verändert werden. Ist eine primäre diagnostische Exzision z.B. bei flächigen Tumoren oder im Bereich der Akren nicht möglich, kann zur Diagnosesicherung und Feststellung der Ausbreitung eine Probebiopsie bzw. ein „mapping“ durchgeführt werden, ohne dass hierfür eine schlechtere Prognose für die Patienten besteht.

Zur Vermeidung eines Lokalrezidivs sollte nach der Diagnosesicherung in Abhängigkeit von der Tumordicke des Melanoms eine Nachexzision mit 1 oder 2 cm seitlichem Sicherheitsabstand durchgeführt werden (siehe Tab.1). Bei Tumoren ›1mm- 2mm werden aufgrund unklarer Datenlage Sicherheitsabstände von 1 oder 2 cm empfohlen, je nach anatomischer Machbarkeit. Nachexzisionsgrenzen über 2 cm, welche jahrzehntelang durchaus üblich waren, zeigten in keiner Studie Überlebensvorteile und sind daher als obsolet zu bezeichnen.

Wichtig ist zu beachten, dass an bestimmten Lokalisationen wie z.B. im Gesicht, den Ohren oder im Bereich der Akren kleinere Sicherheitsabstände durchaus vertretbar sind, solange eine R0- Resektion mittels 3-D-Histologie bestätigt ist. Insbesondere sollte eine (Teil-)amputation von Zehen oder Fingern bei subungualen Melanomen nur bei fortgeschrittenen Verläufen erwogen werden (2).

Bei der Lentigo maligna im Gesichtsbereich ist aufgrund der oft subklinischen Größenausdehnung ein zweizeitiges Vorgehen mit histologischer Schnittrandkontrolle sinnvoll.

Lokoregionäre Melanommetastasen

Zu unterscheiden sind hier (sub-) kutane Metastasen im Bereich des unmittelbaren Lymphabstromgebietes (Satellitenmetastasen, *in transit*-Metastasen, subkutane Metastasen) und regionäre Lymphknotenmetastasen infolge einer Lymphgefäßinvasion.

Einzelne kutane Metastasen sollten unter einem kurativen Gesichtspunkt radikal mit histologischer Schnittrandkontrolle exzidiert werden. Bei Vorliegen multipler Metastasen können auch andere Verfahren wie Elektrochemotherapie, Kryochirurgie, Strahlentherapie oder die intratumorale Behandlung mit Interleukin-2 zur Anwendung kommen. Bei inoperabler, diffuser Hautmetastasierung im Bereich einer Extremität ist die hypertherme Extremitätenperfusion/-infusion an spezialisierten Zentren Therapie der Wahl.

Seit der Einführung der Wächterlymphknotenbiopsie (SNB) ab einer Tumordicke von 1mm wird die Mehrzahl der regionären Lymphknotenmetastasen in einem bereits frühen Stadium diagnostiziert. In der 3. Interimsanalyse der bisher größten Studie zur SNB beim Melanom konnte für Patienten welche zur SNB randomisiert waren zwar eine Verminderung der Lymphknotenrezidive, nicht jedoch ein signifikanter Überlebensvorteil gezeigt werden (3). Somit ist die SNB beim Melanom bis zum Vorliegen dieser Endergebnisse weiterhin primär als staging- Methode einzustufen.

Bei einem positiven SNB-Befund ist die komplettierende Lymphadenektomie nach wie vor Therapie der Wahl.

Eine therapeutische Lymphadenektomie bei isoliertem Lymphknotenrezidiv ist ein potentiell therapeutischer Eingriff (5-Jahres-Überleben ~50%) wenn eine R0-Resektion erzielt wird. Präoperativ ist jedenfalls eine bildgebende Diagnostik mittels CT oder MR und/oder die histopathologische Verifizierung (Feinnadelpunktion, LK-Biopsie) zu fordern.

Im Kopf-Hals-Bereich wird bei Vorliegen eines positiven zervikalen Wächterlymphknotens von den meisten Autoren eine selektive neck dissection unter Aussparung des Level V empfohlen, beim zervikalen Lymphknotenrezidiv hingegen die modifiziert radikale neck dissection der Level I–V mit oder ohne laterale Parotidektomie. Okzipital gelegene Melanome erfordern eine posterolaterale neck dissection mit Ausräumung der retroaurikulären und subokzipitalen Lymphknoten sowie des seitlichen Halsdreiecks.

Im Rahmen einer axillären komplettierenden Lymphadenektomie bei positivem SLN ist nur eine Dissektion der Level I und II indiziert, da nur in etwa 3% positive Lymphknoten im Level III vorliegen. Bei klinisch positivem Befund in der Axilla sind positive Lymphknoten im Level III jedoch in knapp 20% der Patienten zu erwarten und eine ausgedehntere Lymphadenektomie daher indiziert (4). Bei metastatischem Befall mehrerer Lymphknotenregionen infolge eines Primärtumors am Stamm oder Arm-Schulter-Bereich müssen gegebenenfalls kombinierte Verfahren gewählt

Tabelle 1:

	Sicherheitsabstand
LM/Melanoma in situ	0.5 cm
Tumordicke ≤ 1 mm	1 cm
Tumordicke › 1– 2 mm	1– 2 cm
Tumordicke › 2 mm	2 cm

werden, wie z.B. die Durchführung einer axillären Lymphadenektomie mit selektiver neck dissection oder mit einer erweiterten radikalen neck dissection.

Für komplettierende inguinale Lymphadenektomien gilt als Standardeingriff die oberflächliche (Oberschenkelfaszie als Resektionsgrenze) inguinofemorale Lymphadenektomie des Trigonum femorale unterhalb des Leistenbandes unter Mitnahme der proximalen Vena saphena magna bis zu ihrer Einmündung. Proximal sollte das subkutane Fettgewebe bis unterhalb der Spina iliaca anterior superior reseziert werden. Da bei klinisch positiven Lymphknotenmetastasen in bis zu 40% außerdem iliakale Metastasen vorliegen (5), sind diese Patienten einer geeigneten Bildgebung und eventuell einer ilio-inguinalen Lymphadenektomie zuzuführen. Aufgrund der hohen Frühmorbidität nach inguinaler Lymphadenektomie mit Auftreten von Lymphzysten und –fisteln in bis zu 70% ist die Indikation zu einer Sartorius-Muskellappen-Plastik großzügig zu stellen.

Fernmetastasen

Angesichts der Tatsache, dass auch moderne systemische Therapieschemata nur in einem kleinen Teil der Patienten zu einem objektiven Ansprechen führen, ist bei einer potentiell kurativen Situtation (wenige Metastasen, maximal 2 betroffenen Organsysteme, langes Rezidiv-freies Intervall) ein chirurgisches Vorgehen mit dem Ziel einer R0-Resektion, sinnvoll (6). Liegt eine palliative Situation vor, sollte die Entscheidung nach Diskussion in einer interdisziplinären Tumorkonferenz und in Abstimmung mit dem Patienten erfolgen. ■

Korrespondenzadresse:
ao. Univ.-Prof Dr. F. Roka
Medizinische Universität Wien,
Universitätsklinik für Dermatologie
Abteilung für Allgemeine Dermatologie
Währinger Gürtel 18-20
A-1090 Wien
E-Mail: florian.roka@meduniwien.ac.at

Historisches zur Kontinenzerhaltung beim Rektumkarzinom 125 Jahre nach Hocheneggs Pionierleistung

Es ist heuer 125 Jahre her, dass in der Wiener Klinischen Wochenschrift eine für die damalige Zeit sensationelle Operation veröffentlicht wurde (1). – Hochenegg (Abb.1) war der erste Chirurg, dem die Schließmuskelerhaltung bei einer Patentin mit Rektumkarzinom gelang. Er führte am 12.05.1887 bei einer 32 jährigen Frau eine Rektumresektion mit primärer Anastomose durch, wobei der damals übliche sakrale Zugang gewählt wurde. Die Operation wurde in Linksseitenlage und in Chloroformnarkose durchgeführt. Der postoperative Verlauf war durch eine vorübergehende Fistelbildung im Sakralbereich gestört. Jedoch konnte die Patientin bereits am 10. Juni 1887 in der Gesellschaft der Ärzte vorgestellt werden. Sie war danach voll arbeitsfähig und wurde einige Monate später schwanger. Der Tumor war sieben Zentimeter ab ano lokalisiert gewesen. Ein derartiger Eingriff war vorher keinem anderen Chirurgen gelungen. Die Publikation seiner Fälle mit Rektumkarzinom erfolgte in mehreren Artikeln in der Wiener klinischen Wochenschrift in ihrem Gründungsjahr 1888. Hochenegg beschrieb darin seine Erfahrungen mit dem sakralen Zugang nach Kraske. Bei diesem Zugang wurde die ursprüngliche Methode von Lisfranc (2) modifiziert, der rein perineal den Analbereich umschnitt und von hier aus Tumoren des unteren Rektums entfernte. Wegen der geringen Übersichtlichkeit wurde dieser Zugang von Kraske zum Os Sakrum hin erweitert mit Entfernung des Os Coccygis und unterer Anteile des Sakrums (Abb.2). Dies ermöglichte eine bessere Übersicht und die Entfernung auch höher gelegener Tumore des Rektums. Hochenegg hatte schon sehr früh die Idee bei höher gelegenen Tumoren den Schließmuskel zu erhalten, da es damals üblich war eine Rektumresektion mit einer perinealen Colostomie zu beenden. Dies war für die Patienten ein extrem belastender Zustand. Deshalb konstruierte Hochenegg auch einen Verschlussapparat für diese Form des Stomas.

R. Schiessel, Wien

Autor:
R. Schiessel, Wien

Abb. 1: Julius von Hochenegg (1859 – 1940)

Abb. 2: Der ursprüngliche Zugang zum Rektum war perineal, um eine Laparotomie zu vermeiden. Die Übersicht war jedoch beschränkt, sodass eine Erweiterung zunächst nach sakral und schließlich nach abdominal notwendig war.

Da die Wiederherstellung der Kontinuität nach Rektumresektion durch eine zirkuläre Anastomose häufig durch Dehiszenzen mit nachfolgender Sepsis kompliziert war, entwickelte er 1889 die sogenannte Durchziehmethode, bei der der orale Darmschenkel durch den Analkanal durchgezogen wurde (3). Dadurch wurde eine stabilere Anastomose geschaffen. Diese Technik entspricht in entfernter Weise etwa der heutigen coloanalen Anastomose (Abb.3).

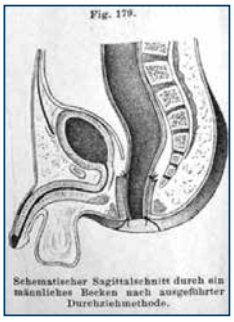


Abb. 3:
Die „Durchziehmethode“ nach Hochenegg (3)

Hochenegg wurde 1904 nach Gussenbauer Nachfolger von Theodor Billroth als Vorstand der II. Chirurgischen Universitätsklinik in Wien. Hier baute er ein großes Krankengut mit Rektumkarzinomen auf und perfektionierte seine Methode. Seine Klinik entwickelte unter Mandl und Finsterer die schließmuskelerhaltende Chirurgie beim Rektumkarzinom zu weiterer Perfektion mit ausgezeichneten Resultaten. Dies ist besonders bemerkenswert, da durch die Arbeiten von Ernest Miles die Schließmuskelerhaltung jahrzehntelang verpönt war. Miles hatte ja gefordert, dass jedes Rektumkarzinom unabhängig von seiner Lokalisation einer Rektumamputation zugeführt werden müsse. Er hatte festgestellt, dass mit dem damals geübten rein perinealen Zugang die Lokalrezidivrate beim Rektumkarzinom bei 95% lagen. Trotz einer Operationsletalität von anfänglich 36% setzte sich das Verfahren langfristig durch. Auch als seine Hypothese, dass das Rektumkarzinom nach oral und anal lymphogen metastasiert, längst widerlegt war, wurde die abdominoperineale Methode als einzige sichere Methode anerkannt.

Mandl hat 1929 die Ergebnisse der Hocheneggschen Klinik veröffentlicht (4) (Tabelle). Auffällig ist das große Krankengut von 1000 sakralen Resektionen. Eine Schließmuskelerhaltung war immerhin bei 24% möglich, wobei die Durchzugsmethode zur Wiederherstellung der Kontinuität des Darmes angewendet wurde. Die Kontinenzrate bei diesen Patienten wurde mit 60% angegeben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Kriterien für die Beurteilung der Kontinenz nicht angegeben wurden. Das Hauptproblem in der damaligen Zeit war die Anastomosendehiszenz bei der Wiederherstellung der Kontinuität bei höhersitzenden Karzinomen. Dabei kam es häufig zu sakralen Fisteln und Sepsis. Mit der Durchzugsmethode konnte Hochenegg offenbar dieses Problem in den Griff bekommen, sodass nur wenige Fisteln beobachtet wurden. Sein Schüler Finsterer verfolgte die Idee der Schließmuskelerhaltung konsequent weiter, wendete jedoch die Durchzugsmethode nicht weiter an da er mit den funktionellen Ergebnissen nicht zufrieden war. Er entwickelte die abdominosakrale Rektumresektion, bei der eine End- zu Endanastomose von einem sakralen Zugang durchgeführt wurde (2). Das Risiko der Anastomosendehiszenz wurde durch eine protekive Kolostomie reduziert. Die konsequente Beibehaltung der Sphinktererhaltung an der Hocheneggschen Klinik ist insofern bemerkenswert, als die im Jahre 1908 erschienene Arbeit von Ernest Miles mit der Forderung, dass bei jedem Rektumkarzinom eine abdominoperineale Rektumresektion durchgeführt werden müsse, die Literatur über Jahrzehnte dominierte. Auch wenn die Hypothese von Miles, dass das Rektumkarzinom sowohl nach oral als auch anal metastasiert, relativ bald von Westhues und Dukes (1930) widerlegt wurden, hatte die Erhaltung des Schließmuskels sehr lange den Anstrich einer unradikalen Operation mit schlechten funktionellen und onkologischen Ergebnissen (2). Schon 1951 konnte Goligher (5) nachweisen, dass eine anal gerichtete lymphogene Metastasierung nur in 2% der Patienten vorkommt. Trotzdem dauerte es noch viele Jahre bis sich die Erhaltung des Schließmuskels durchsetzte. Eine wirkliche Akzeptanz auf breiter Basis wurde erst erzielt, als Pollett und Nicholls (6) 1983 nachweisen konnten, dass der distale Resektionsrand nicht länger als 1cm sein muss. – Bis dahin waren bis zu 5cm gefordert worden. Im eigenen Bereich an der I. Chirurgischen Universitätsklinik in Wien wurde im Jahr 1965 nur bei 20% der Patienten mit Rektumkarzinom der Schließmuskel erhalten. Bis in die 80er Jahre wurde dieser Prozentsatz auf etwa 40% gesteigert. Mit der Anwendung neuerer Techniken wie Stapleranastomose, coloanaler Anastomose, Intersphinktärer Resektion und neoadjuvanter Therapie ist die Kontinenzerhaltung in 80% der Patienten zum Standard in den letzten Jahren geworden. (7).

Biografie von J.v.Hochenegg

Julius von Hochenegg, geb.1859 stammte aus einer angesehenen Wiener Familie. Sein Vater war Jurist, sein Bruder Carl war Techniker und maßgeblich an der Elektrifizierung der Wiener Straßenbahn und Stadtbahn beteiligt. Er war Professor an der technischen Hochschule in Wien und auch deren Rektor. Julius von Hochenegg sollte primär Jus studieren, entschied sich aber bald für die Medizin. Schon während der Studienzeit arbeitete er als Demonstrator am anatomischen Institut. Nach der Promotion war er zunächst aushilfsweiser Operationszögling bei Billroth, später erhielt er eine Assistentenstelle an der I. Chirurgischen Universitätsklinik bei Eduard Albert. Er machte dort eine rasche Karriere und wurde schließlich erster Assistent. 1891 wurde er Abteilungsvorstand in der Wiener Poliklinik. 1904 wurde er Nachfolger von Karl Gussenbauer an der II. Chirurgischen Universitätsklinik und somit indirekter Nachfolger von Theodor Billroth. 1909 gründete er zusammen mit Eiselsberg die erste Unfallstation der Welt am Allgemeinen Krankenhaus in Wien. 1910 gründete er zusammen mit Paltauf und anderen Fakultätsmitgliedern die österreichische Krebsgesellschaft. Der Anlass war die triste Situation von Patienten mit fortgeschrittenem Karzinom. Er hatte ein klares Konzept für die Versorgung von Krebskranken und die Errichtung eines Krebsspitales und dafür auch die Unterstützung des Kaisers und vermögender Patienten, scheiterte zunächst an bürokratischen Hürden und schließlich am Ausbruch des 1. Weltkrieges. Er wurde zum Generalstabsarzt ernannt und setzte seine Assistenten in einer mobilen Feldchirurgentruppe an allen Fronten ein. Nach dem Krieg konzentrierte sich seine Tätigkeit auf die ärztliche Ausbildung und die Wiederherstellung der medizinischen Versorgung. Der Krieg hatte nicht nur viele seiner Pläne zunichte gemacht sondern ihm auch seinen schwersten Verlust zugefügt: 1914 fiel sein einziger Sohn Rudolf. – Ein Schicksalsschlag, den er nicht verkraften konnte.

Hochenegg war zu seiner Zeit hochangesehen. Er wurde vom Kaiser Franz Josef 1914 in den Adelsstand erhoben. Weltweites Aufsehen erzielte er durch die erfolgreiche Operation eines Hypophysentumors, über die am 10.5. 1908 sogar in der New York Times berichtet wurde (8).

Die Pionierleistungen Hocheneggs in der Chirurgie des Rektumkarzinoms, insbesondere auf dem Gebiet der Schließmuskelerhaltung sind heute weitgehend in Vergessenheit geraten. Dies hat einerseits mit der Dominanz der angloamerikanischen Medien zu tun, andererseits war die Schließmuskelerhaltung lange Zeit verpönt, da Miles ja die APR bei jeder Lokalisation des Rektumkarzinoms gefordert hatte.

Korrespondenzadresse:
Univ.Prof.Dr.R.Schiessel,
em.Vorstand der Chirurg. Abteilung des Donauspitals in Wien
3400 Klosterneuburg, Jasming.2
Email: schiesselprof@aon.at

Tabelle:

ERGEBNISSE DER HOCHENEGGSCHEN KLINIK (II.Chirurgische Univ.Klinik Wien)

1704 Rektumkarzinome operiert
1000 sakrale Resektionen
11% Letalität (45% an Sepsis)
24% Sphinktererhaltung mittels Durchzugsmethode
60% kontinent
30% 5 – Jahresüberlebensrate

Aus Mandl (4)

Literatur:

1. *Hochenegg J.(1888): Die sakrale Methode der Exstirpation von Mastdarmkrebsen nach Prof.Kraske. Wien.klin.Wschr.1,324-26*
2. *Kovanyi-Holzer B.(2012): The history of rectal resection: the quest for sphincter preservation. In "Intersphincteric resection for low rectal tumors" Edited by R.Schiessel and P.Metzger, Springer Verlag Wien, New York.*
3. *Hochenegg J.(1889): Beiträge zur Chirurgie des Rektums und der Beckenorgane.Wien.klin.Wschr.29,578-80*
4. *Mandl F.(1929): Über 1000 sakrale Mastdarmkrebsexstirpationen (aus dem Hocheneggschen Material). Dt.Zschr.f.Chir.219, 3-40.*
5. *Goligher J.C.(1951): Resection with restoration of continuity in the treatment of carcinoma of the rectum and rectosigmoid. Postgrad. Med.J.27, 568-75*
6. *Pollett W.G.. Nicholls R.J.(1983): The relationship between the extent of distal clearance and survival and local recurrence after curative anterior resection for carcinoma of the rectum. Ann.Surg.198, 159-63.*
7. *Renner K., Rosen H.R., Novi G., Hölbling N., R.Schiessel (1999): Quality of life after surgery for rectal cancer. Do we still need a permanent colostomy? Dis.Colon Rectum 42, 1160-67.*
8. *Acromegaly cured. Successful operation performed by Prof.Hochenegg of Vienna. The New York Times May 10,1908.*

www.chirurgie2014.de
info@chirurgie2014.de
www.facebook.com/chirurgie2014

Chirurgie
zwischen
Faszination,
Mut und Demut

131. Kongress
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

Präsident: Prof. Dr. med. Joachim Jähne

Messe Berlin – Südgelände
25. bis 28. März 2014

Zusammen mit

16. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie

52. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie

2. Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin

Leitthema

Chirurgie zwischen Faszination, Mut und Demut

Thementage

- Faszination
- Mut
- Demut
- Leben mit Einschränkungen

Kongress-Sekretär
Lars Haeder
☎ 0511 / 289-2799, FAX 0511 / 289-2022
E-Mail: lars.haeder@ddh-gruppe.de
Internet: www.chirurgie2014.de

Präsident der DGAV 2013/2014
Prof. Dr. med. Matthias Anthuber
☎ 0821 / 400 2653, FAX 0821 / 400 3319
E-Mail: anthuber@klinikum-augsburg.de

Tagungspräsident der DGKCH 2014
Prof. Dr. med. Guido Fitze
☎ 0351 / 458 3800, FAX 0351 / 458 5343
E-Mail: guido.fitze@uniklinikum-dresden.de

Präsident der DGG 2013/2014
Prof. Dr. med. Eike Sebastian Debus
☎ 040 / 7410 53178, FAX 040 / 7410 53272
E-Mail: debus@uke.de

Information und Organisation
MCN Medizinische Congress-
organisation Nürnberg AG
☎ 0911 / 3931616
E-Mail: veith@mcn-nuernberg.de
Internet: www.mcn-nuernberg.de

Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie
Austrian Society of Surgical Oncology

ACO-ASSO - Preis 2014

der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgische Onkologie

Die Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie (ACO-ASSO) schreibt hiermit für das Jahr 2014 den ACO-ASSO-Preis für die beste wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der klinischen und experimentellen chirurgischen Onkologie aus. Der Preis ist mit € 3.000,– dotiert.

Die Vergabe des Preises erfolgt nach folgenden Richtlinien:

- Der Erstautor der eingereichten Arbeit muss Mitglied der ACO-ASSO sein.
- Als Alterslimit gilt das 40. Lebensjahr zum Zeitpunkt der Einreichung. Eine zu
- diesem Zeitpunkt bereits erworbene Habilitation stellt einen Ausschlussgrund dar.
- Die Einreichung von Gemeinschaftsarbeiten ist möglich, Erst- und/oder Seniorautor sollen jedoch chirurgische OnkologInnen sein.
- Die eingereichte Arbeit muss im Jahr 2013 in einem peer-reviewed Journal publiziert worden sein und darf nur für den ACO-ASSO-Preis der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgische Onkologie eingereicht werden. Arbeiten, die auch für Preise und Auszeichnungen anderer Gesellschaften eingereicht wurden oder werden, sind ausgeschlossen.
- Manuskripte oder Sonderdrucke müssen bis zum **31.03.2014** in dreifacher Ausführung beim Generalsekretär der ACO-ASSO, **Herrn Ass. Prof. Priv. Doz. Dr. Matthias Zitt** (matthias.zitt@i-med.ac.at), Universitätsklinik für Visceral-, Transplantations- u. Thoraxchirurgie, Medizinische Universität Innsbruck, Anichstr. 35, 6020 Innsbruck, eingereicht werden.
- Die Begutachtung der eingereichten Arbeiten erfolgt durch eine vom Präsidenten der ACO-ASSO eingesetzten Jury, deren Zusammensetzung anonym bleibt.
- Die eingereichten Arbeiten werden den Juroren anonymisiert übergeben, die Bewertung erfolgt unabhängig voneinander.
- Jeder Juror bewertet die Arbeiten entsprechend einer Reihung der drei besten Publikationen (1. – 3.)
- Sind mehrere Arbeiten in der Bewertung ebenbürtig, kann der Preis durch den Vorstand der ACO-ASSO geteilt werden.
- Die Überreichung des Preises erfolgt im Rahmen des 55. Österreichischen Chirurgenkongresses (25. – 27. Juni 2014, Messe Congress Graz).

www.aco-asso.at

Univ. Prof. Dr. Hubert Hauser
Präsident der ACO-ASSO

Ass. Prof. Priv. Doz. Dr. Matthias Zitt
Generalsekretär der ACO-ASSO

Benefizgala zugunsten des mobilen Kinderhospiz Wien MOMO

Verleihung des Georg Stumpf Stipendiums an Dr.Mir Ali Reza Hoda

ACO ASSO
Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie
Austrian Society of Surgical Oncology

Kongressbericht 30. Jahrestagung der ACO-ASSO

von 3. – 5. Oktober 2013 in St. Wolfgang

Autoren:
Thomas Bachleitner-Hofmann, Thomas Grünberger, Wien

Vom 3.-5. Oktober 2013 fand die 30. Jahrestagung der ACO-ASSO in St. Wolfgang statt. Themenschwerpunkt des Kongresses, bei dem gleichzeitig das 30-jährige Jubiläum der ACO-ASSO gefeiert wurde, war: „Metastasenchirurgie – wann, wie, wo?". Dank eines hochkarätigen wissenschaftlichen Programms mit zahlreichen nationalen wie internationalen Referenten folgten über 200 Teilnehmer der Einladung nach St. Wolfgang und konnten sich zwei Tage lang über die neuesten Trends in der Metastasenchirurgie informieren.

Th. Bachleitner-Hofmann

Th. Grünberger

Die ACO-ASSO Jahrestagung wurde diesmal in Kooperation mit der Arbeitsgruppe Gynäkologische Onkologie sowie dem Comprehensive Cancer Center Wien ausgetragen, um der für die Metastasenchirurgie so wichtigen Interdisziplinarität Rechnung zu tragen. Die großen Themenschwerpunkte des Meetings waren das multimodale Management colorektaler Lebermetastasen, die aktuellen Therapieoptionen bei peritonealer Metastasierung, die thorakale Metastasenchirurgie sowie die interdisziplinäre Therapie des Ovarialkarzinoms. Ein Block zum chirurgischen Management des Primärtumors in der metastasierten Situation, eine viel diskutierte Tumorboardsitzung sowie zahlreiche Fallpräsentationen mit der Möglichkeit zur interaktiven Teilnahme mittels digitalem Voting waren weitere Kongresshighlights.

Gemeinsamer Roter Faden des Kongresses war die zentrale Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit für das moderne Management chirurgisch-onkologischer Patienten. So wären viele der chirurgischen Erfolge in der Metastasenchirurgie ohne effiziente Systemtherapie oder die Kombination chirurgischer und nichtchirurgischer Verfahren nicht denkbar. Dies wurde besonders deutlich in der Sitzung zur colorektalen Lebermetastasierung, wo die Grenzen der Resektabilität dank zahlreicher innovativer Therapiekonzepte täglich aufs Neue definiert werden. Als Beispiele seien hier die zweizeitige Leberresektion kombiniert mit portalvenöser Embolisation, die Leberresektion gekoppelt mit nicht-chirurgischer Tumordestruktion oder die *in situ* Split-Leber Resektion genannt.

Im Rahmen des Blocks zur peritonealen Metastasierung, zu dem renommierte internationale Referenten aus Deutschland, den Niederlanden sowie den USA nach St. Wolfgang gekommen waren, wurde intensiv über das Management von Patienten mit peritonealer Metastasierung mittels zytoreduktiver Chirurgie (cytoreductive surgery, CRS) und hyperthermer intraperitonealer Chemotherapie (HIPEC) diskutiert. Wesentliche Take-Home-Message war, dass die Kombination aus CRS und HIPEC einen kurativen Therapieansatz bei bestimmten peritonealen Neoplasmen darstellen kann, vorausgesetzt, dass lediglich eine limitierte peritoneale Metastasierung vorliegt und eine komplette Entfernung aller makroskopisch sichtbaren Tumorherde im Abdomen möglich ist. Um eine bessere Patientenselektion für die CRS und HIPEC zu ermöglichen und letztlich zu einer Standardisierung der Therapie peritonealer Neoplasmen in Österreich beizutragen, wurde schließlich die von der Arbeitsgruppe Peritoneale Malignome der ACO-ASSO ausgearbeitete nationale Leitlinie zur Behandlung peritonealer Neoplasmen mittels CRS und HIPEC präsentiert. Die Leitlinie ist seit 3.10.2013 über die Homepage der ACO-ASSO abrufbar (*http://www.aco-asso.at/?page_id=2418*).

Die sehr gut besuchte Sitzung zur thorakalen Metastasenchirurgie war eine eindrucksvolle Leistungsschau der Thoraxchirurgie und ihrer therapeutischen Möglichkeiten - selbst bei weit fortgeschrittener Erkrankung. So wurde auch hier deutlich, dass dank gelebter Interdisziplinarität heutzutage Spitzenleistungen möglich sind, die noch vor wenigen Jahren für unmöglich gehalten worden wären. Der von der Arbeitsgruppe Gynäkologische Onkologie gestaltete Block zur

interdisziplinären Therapie des Ovarialkarzinoms zeigte schließlich, dass die State-of-the-Art Therapie von Patientinnen mit peritoneal metastasiertem Ovarialkarzinom entscheidend von einer guten interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen gynäkologischer und chirurgischer Onkologie abhängt und dass die Behandlung in erster Linie an spezialisierten Zentren erfolgen sollte.

Im Rahmen der Sitzung Zentrumschirurgie und Tumorboard wurde die Wichtigkeit von Tumorboards als qualitätssichernde Maßnahme in der Betreuung onkologischer Patienten unterstrichen aber auch mit Nachdruck darauf verwiesen, dass es letztlich vor allem die Expertise der am Tumorboard teilnehmenden Ärzte ist, die den Behandlungserfolg maßgeblich beeinflusst.

Rekordverdächtig war die Postersession - gleich 34 eingereichte Arbeiten mit durchwegs hervorragendem wissenschaftlichen Inhalt wurden eingereicht, nicht zuletzt Dank des heuer ins Leben gerufenen und mit EUR 1.000.- dotierten Novartis Abstract Awards. Gewinner desselben war Dr. Tarkan Jäger von der Medizinischen Privatuniversität Salzburg mit seinem Beitrag „Infrared Thermography Monitoring in Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy".

Das Georg Stumpf Stipendium in der Höhe von EUR 10.000.- erging an Dr. Mir Ali Reza Hoda von der Abteilung für Thoraxchirurgie der Medizinischen Universität Wien für sein Projekt «Activin A in lung cancer: Gene and protein expression and clinical implications".

Gesellschaftlicher Höhepunkt des Kongresses war die mit viel Engagement und Liebe zum Detail von den beiden Kongresssekretären PD Dr. Birgit Grünberger und Dr. Patrick Starlinger organisierte ACO-ASSO Benefizgala zugunsten des mobilen Kinderhospiz Wien MOMO. Im Rahmen einer Benefiztombola und -versteigerung wurden insgesamt EUR 10.635.- für den guten Zweck gesammelt und an Frau Dr. Martina Kronberger-Vollnhofer von MOMO übergeben. Musikalisch umrahmt wurde die Veranstaltung von der Soul- und Jazz-Sängerin Stella Jones gemeinsam mit dem Trompeter Josef Buchartz und dem Pianisten Max Hagler.

Schließlich wurde auch das 30-jährige Bestehen der ACO-ASSO gebührend gefeiert: So ließ Univ.-Prof. Dr. Peter Steindorfer die 30 Jahre seit der Gründung der ACO-ASSO am 28.1.1983 Revue passieren, während Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant ganz nach dem Motto „ACO-ASSO - was bringen uns die nächsten 30 Jahre?" in die Zukunft blickte. Man darf auf die Entwicklungen der kommenden Jahre gespannt sein - in jedem Fall empfiehlt es sich von 2.-4. Oktober 2014 wieder nach St. Wolfgang zu kommen, wenn die 31. Jahrestagung zum Thema „Multimodale personalisierte Tumortherapie" stattfinden wird! ■

Vortragssaal

Überreichung des Abstract Awards an Dr.Tarkan Jäger

Musikalische Umrahmung der Benefizgala: Sängerin Stella Jones, Trompeter Josef Buchartz und Pianist Max Hagler

Postersession

Korrespondenzadressen:
Univ.-Prof.Dr.Thomas Bachleitner-Hofmann
Univ.-Prof.Dr.Thomas Grünberger
Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für Chirurgie
Klin. Abteilung für Allgemeinchirurgie
Währinger Gürtel 18-20, A-1090 Wien
E-Mail: thomas.bachleitner-hofmann@meduniwien.ac.at
E-Mail: thomas.gruenberger@meduniwien.ac.at

55. Österreichischer Chirurgenkongress

25. - 27. Juni 2014, Graz

Chirurgie an den Grenzen der Möglichkeiten -

von Minimalinvasivität zu Maximalresektion

Kongresspräsidentin

Univ.-Prof. Dr. Freyja-Maria Smolle-Jüttner

Organisation und Information

Wiener Medizinische Akademie, Bianca Theuer

1090 Wien, Alser Straße 4, T +43 1 4051383-12, F +43 1 4078274, bianca.theuer@medacad.org

www.chirurgenkongress.at

Bericht
Amerikanischer Chirurgenkongress

Autoren:
A. Tuchmann, B. Walzel, W. Feil, D. Öfner-Velano
(Wien, Salzburg)

Foto 1: Prim. Doz. Shamiyeh (links) und Prof. Pratschke nach Aufnahme in das American College of Surgeons

Foto 2: Feierliche Kongresseröffnung und Angelobung

Der Amerikanische Chirurgenkongress (**American College of Surgeons**, Annual Congress) fand heuer von **6.–10. Oktober in Washington D.C.** statt. Es handelt sich um den weltweit größten Chirurgenkongress der renommiertesten Chirurgengesellschaft mit über 11.000 Teilnehmer in diesem Jahr. Der österreichische Beitrag ist ein Austria-Hungarian Chapter des American College of Surgeons, einer Untersektion der amerikanischen Chirurgengesellschaft. In diesem Jahr wurden 3 neue österreichische Fellows (Prof. Pratschke, Doz. Shamiyeh, Doz. Watzka) als neue Fellows (Mitglieder) angelobt (s. Foto 1). Mindestens 20 Kongressteilnehmer waren aus Österreich gekommen. Die Gruppe aus der Rudolfstiftung Abrahim, Sperker, Kees et al. durften einen Poster „Sleeve Gastrectomy – 10-Year-Single-Centre-Experience" zeigen. Außer den wissenschaftlichen Sitzungen, der großen Industrieausstellung, sowie berufspolitischen und administrativen Sitzungen trafen wir einander bei der feierlichen Angelobung – Convocation (s. Foto 2), bei einem Empfang in der österreichischen Botschaft, sowie beim abschließenden Chapterdinner. Für alle Kongressteilnehmer brachte das heurige American College of Surgeons eine Bereicherung für die täglichen Praxis, Bestätigung des chirurgischen Wissens, innovative Ansätze, aber auf alle Fälle den „Spirit of America".

Barrett–Ösophagus

Der Barrett-Ösophagus hat ein höheres Karzinomrisiko als ein Colonpolyp (1,4% gegen 0,58%). GERD betrifft 19 Mio US Amerikaner. Es gilt die Prag Klassifikation mit Bezeichnung der cirkumferentiellen und maximalen Ausdehnung der Metaplasie.
Diagnostik: 4-Quatranten-Biopsie, alle 1–2 cm mit der Jumbo-Zange. Für die EMR (Mukosaresektion) sollte die suck and cut-Technik angewendet werden.

Eine wesentliche Rolle wird COX-2 zugeschrieben: erhöhte Werte sind bei Barrett- und Adenokarzinom vorhanden, es kommt dabei zu einer verstärkten Proliferation und verringerten Apoptose. Kohortenstudien zeigen die Möglichkeit einer Sekundärprävention bei COX-2 Hemmung.

Die Antireflux-Chirurgie hat vermutlich einen Einfluss auf die Weiterentwicklung eines nicht-dysplastischen Barrett-Ösophagus!

Die Rolle der Radiofrequenz Ablation (RFA): die Ablationstiefe erreicht bis zur Muscularis mucosae. Indikation bei nicht-dysplastischem Barrett-Ösophagus, Low-grade Dysplasie und High-grade Dysplasie; bei nicht-dysplastischem Barrett-Ösophagus allerdings nur, wenn zusätzliche Risikofaktoren vorhanden sind: männliches Geschlecht, Raucher, Barrett-Ösophagus seit mehr als 10 Jahren, Adenokarzinom in der Familienanamnese.

Es gibt eine europäische Multicenterstudie: RFA alle 2 – 3 Monate, 136 Patienten, RFA versus Kontrolle. Ergebnis: durch RFA wird eine Verringerung des Fortschreitens der Neoplasie erreicht (1,5 vs 20,6 %), weniger Karzinome entstehen (1,2 vs 9,3 %). Die RFA Behandlung ist problematisch bei einer Barrettlänge von mehr als 8 cm, großer Zwerchfellhernie und schwerer Refluxerkrankung. Bessere Alternative: Operation!

Akute Pankreatitis

In den USA gibt es 270.000 Fälle pro Jahr, 80 % sind leicht, 15 % schwere Pankreatitis, deren Mortalität 20 % beträgt. Bis zur Nekrosenentstehung vergehen 72 h, daher ist eine frühe CT-Untersuchung nicht sinnvoll. Eine Indikation zur ERCP besteht bei billiärer Obstruktion bzw. bei Cholangitis.

Foto 3: 100 Jahre American College of Surgeons und Prof. Tuchmann

Bei der nekrotisierenden Pankreatitis ist der sogenannte Step-up-Approach die Therapie der Wahl: zuerst perkutane Katheterdrainage der infizierten Nekrose mit möglichst retroperitonealem Zugang, dann minimal invasives Debridement (Nekrosektomie) entweder retoperitoneoskopisch oder transgastral (Notes). Das Drainageverfahren als alleiniges Verfahren ist in 23 % möglich (Mortalität 2,5 %, Blutung 5 %, Dünndarmfistel 17 %). Ein chirurgisches Verfahren kann, wenn überhaupt notwendig, unter dieser Vorgangsweise nach einem Monat erfolgen. Eine offene Chirurgie sollte nur bei Organischämie und/oder Versagen des minimalinvasiven Verfahrens zur Anwendung kommen.

Adjuvante Therapie durch Antibiotika (Meropenem) sowie enteraler Ernährung (besser als parenteral)

Neue Überlegungen bezüglich Appendizitis und Appendektomie:

Es wurde untersucht, ob bei Vorliegen einer nicht perforierten Appendititis ein Zuwarten z.B. bis zum nächsten Morgen möglich ist. Dabei hat sich herausgestellt, dass ein Zuwarten über Nacht, unter Gabe eines Antibiotikums, die Ergebnisse insgesamt nicht verschlechtert, mit Ausnahme der Wundinfektionsrate, die bei Zuwarten höher ist. Im Durchschnitt verging zwischen stationärer Aufnahme und Operation 7 Stunden. Hingegen muss in der Kinderchirurgie immer sofort operiert werden.

Hinsichtlich einer möglichen konservativen Therapie der Appendizitis gibt es bereits einige Vergleichsstudien. In einer Metaanalyse (Surg.Infect.2012, 13:74) wurden Appendektomien gegen alleinige Antibiotikabehandlung verglichen. Die Morbidität betrug bei Antibiotikabehandlung 7%, bei Operation 13%. In der Antibiotika Gruppe war die Versagensrate des Antibiotikums 7%, das Appendizitis-Rezidiv betrug 14% innerhalb eines Jahres.

Divertikulitis:

Die Amerikaner unterscheiden gerne lediglich zwischen unkomplizierter Divertikulitis und komplizierter Divertikulitis. Wichtig ist zu wissen, dass das Perforationsrisiko bei der ersten Attacke am höchsten ist. Andererseits bekommen 66% aller Patienten nach dieser ersten Attacke nie wieder eine Divertikulitis.

Die komplizierte Divertikulitis beträgt lediglich 20 % am Gesamtkrankengut der Divertikulitis. 5 % aller vermeintlichen Divertikulitiden haben ein Kolonkarzinom. In USA gilt nach wie vor die Klassifikation nach Hinchey. Bei Abszessen von 4 cm Größe und mehr muss interventionell drainiert werden. Abszesse von weniger als 4 cm Durchmesser werden konservativ/antibiotisch behandelt. Die Abszessedrainage hat immer zu erfolgen, die nachfolgende Operation hauptsächlich bei symtomatischen Patienten, aber nicht grundsätzlich. Wegen der schlechten Ergebnisse (egal ob Hartmann oder primäre Resektion) soll eine Notfalloperation soweit möglich immer vermieden werden. Die perforierte Sigmadivertikulitis hatte in einer holländischen Studie (5 Spitäler) 29% Mortalität. Alternativ zur Operation kann bei diffuser Peritonitis (nicht sterkoral, nicht bei sichtbarer Perforationslücke) mit 15 Liter Kochsalz per Laparoskopie gespült werden. (1. Publikation Myers BJS 2008). Derzeit laufen 3 Studien mit diesem innovativen Konzept (Laparoskopie und Spülung). Eine davon ist LADIES Trial n = 93, Mortalität der Lavage und der Resektion etwa gleich (23%). Andere Studie (Rogers, Diseases Colon Rectum 2012): Mortalität bei Lavage 4%, bei Resektion 10%. Die Hartmann Resektion ist die „schlechteste“ OP Methode und sollte nur als Ultima Ratio eingesetzt werden.

Abschließend geht von dieser Sitzung eine starke Empfehlung aus: bei diffuser, nicht sterkoraler Peritonitis, nicht sichtbarer Makroperforation und hämodynamisch stabilen Patienten ist eine Lavage als Operationsmethode zu empfehlen.

Dickdarmileus:

In 60% durch Karzinom bedingt, andere Ursachen Divertikulitis, Volvolus, Morbus Crohn, Intussuszeption

Ogilvie-Syndrom (Pseudoobstruktion): Therapie durch Neostigmin, Koloskopie (Dekompression), gelegentlich Stoma. Bei fäkaler Impaktion (Obstruktion durch Kotsteine) eignen sich Einläufe mit Colace.

Für die Tumorobstruktion im linken Colon kommen Stents in Frage (Nitinol, Plastikstent) Der Instrumentierkanal muss 3,7 mm messen. Als Stent kommt auch ein covered Ösophagus Stent mit 16-21 mm Durchmesser in Frage. Die Erfolgsrate ist beim Colonkarzinom 81%, bei extracolonischen Prozessen (z.B. Ovarialkarzinom) nur 40%. Die konsekutive Operation (Colo-rektale Resektion) soll innerhalb 10 Tagen bis 6 Wochen erfolgen. Bei alleiniger oder vorläufiger Colostomie, soll diese möglichst nah zum pathologischen Prozess angelegt werden, eine Ileostomie (zur Behandlung des Dickdarm-Ileus) nur bei insuffizienter Valvula ileocoecalis.

Sitzung Anastomosen Insuffizienz:

Eine solche ist zu erwarten (amerikanischer Standard) bei Dünndarm-Eingriffen in 2%, bei colorektalen Operationen in 5–10%. Risikofaktoren: Durchblutungsverhältnisse, Adipositas, Länge der Operation, Bluttransfusionen, Anastomosenhöhe, männliches Geschlecht, Notfall- Operation.

Iatrogene Colonperforation:

Wenn nur eine Luftsichel besteht, aber keine Symptomatik: konservative Therapie, Antibiotikum. Im Sigmabereich ist die Perforation meist antimesenteriell und leicht zu finden, nach Polypektomie ist die Perforation oft auf der Seite des Mesenteriums und deswegen schwerer zu finden.

Als Reparaturmaßnahmen stehen zur Verfügung: Klips (Ovesco: Over the Scope, die endoskopische Naht, Fibrinkleber, der Fistelplug (wie Analfistelplug))

Proktologie bzw. Anorektale Chirurgie

Beim Sakraldermoid: Inzision und Wundverschluss dürfen nicht in der Mittellinie erfolgen, es wird der Limberglappen empfohlen. Ein endorektales Vakuumsystem (Endo-VAC) ist in den USA weitgehend unbekannt, erst seit April 2013 überhaupt zugelassen. Unter den Hämorrhoidenoperationen wird HAL/RAR als etablierte Methode (erstmals) dargestellt, TPH (Staplerhämorrhoidektomie, Longo) eher in Frage gestellt. Die Staplerhämorrhoidektomie ist in den USA auch deswegen nicht verbreitet, weil das Einmal-Gerät von den Krankenversicherungen nicht bezahlt wird. Bei der vorderen Rectocele werden transvaginale Operationstechniken vorgestellt.

Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung

In den USA gibt es seit vielen Jahren ein Qualitätsverbesserungsprogramm (NSQIP). Dieses Qualitätsverbesserungsprogramm hat dazu geführt, dass z.B. die postoperative Pneumonierate auf die Hälfte gesunken ist, gleichfalls die Harnwegsinfekte und die Wundinfektionen nach Colonresektionen. Die Reduktion der Wundinfektionsrate basiert auf konsequenter Hautdesinfektion mit Chlorhexidin, bereits am Tag vor der Operation beginnend, sowie einem extakten Wundmanagement bis über die Entlassung aus dem Krankenhaus hinaus.

Spannend war eine Analyse an mehr als 120.000 Koloskopien, die zeigte, dass die Sigmoideoskopie nicht als Screening vor allem bei älteren Patienten verwendet werden kann. Es zeigte sich, dass bei den mehr als 120.000 Patienten in 45% (etwas mehr als 54.000) zumindest ein Polyp entdeckt wurde und dass eine beträchtliche Anzahl im rechtsseitigen Kolon zu finden war (Zoekum 10%, Ascendens 15%, Transversum 15%, Deszendens 12%, Sigma 25%, Rektum um 17%). 60% hatten zumindest einen Polypen, 25 % zwei und 11% drei oder mehr, 37% waren hyperplastische und 48% waren Adenome. Ähnliche Daten sind bereits bekannt, dass aber mit zunehmendem Alter die Polypen im vermehrten Maß im linksseitigen Kolon auftreten, ist neu und besonders bemerkenswert. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich Polypen finden, steigt für jede Dekade des Lebens im Zoekum um 22%, im Aszendens um 24%, im Transversum um 10% an und fällt für das Sigma mit 13% und im Rektum um 15% ab.

Das erhöhte Risiko onkologischer Patienten für eine tiefe Beinvenenthrombose und ein thromboembolisches Ereignis ist bekannt. Das selbe gilt auch für Patienten mit einer chronischen entzündlichen Darmerkrankung. Diese Patienten haben nicht nur ein erhöhtes Risiko eine Thrombose zu erleiden, sondern es kommen auch koronare Herzerkrankung, Schlaganfall, sowie Mesenterialinfarkt vermehrt vor, wie eine Untersuchung der Universität Texas in Houston ergab. Bei mehr als 460.000 Patienten mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung traten 6 % thromboembolische Ereignisse auf. Es wurde der Schluss gezogen, dass vor allem ältere und männliche Patienten mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung hinsichtlich der Prophylaxe dieser Komplikationen besonders sorgfältig betreut werden müssen.

Eine in letzter Zeit besonders häufig geführte Debatte über die ungeplante Wiederaufnahmerate innerhalb von 30 Tagen nach einer Operation hat auch beim diesjährigen Kongress eine wesentliche Rolle gespielt. Die ungeplante Wiederaufnahmerate wird seit Jahren diskutiert, da sie beträchtlich zur Kostensteigerung beiträgt (Medicare beziffert dies mit 28.000 Milliarden Dollar pro Jahr) und einen Patienten von 7 betrifft. Dies könnte aber nicht die ganze Wahrheit sein, denn der Berechnung liegen nur die Daten der eigenen Krankenhäuser zu Grunde. Gonzalez et al. ermittelten aus etwas weniger als 4.000 Spitälern an mehr als 740.000 Patienten in den Jahren 2007 und 2008 eine 5% Wiederaufnahme in anderen Krankenhäusern, womit das Problem noch evidenter wird als primär angenommen. Das Ausmaß der eigenen Wiederaufnahmerate wird bestätigt und lag in den untersuchten Krankenhäusern zwischen 2,6 und 15,3%. Daher sind weitere Anstrengungen zu unternehmen, wie tefonischer Kontakt mit nach Hause entlassenen Patienten, oder weitere Verbesserungen der Pflege im extramuralen Bereich. Eine Verlängerung des stationären Aufenthaltes wird interessanterweise nie diskutiert.

Mit einer feierlichen Zeremonie anlässlich des 100. Geburtstages des American College of Surgeons endete dieser bemerkenswerte Kongress (s. Foto 3). ■

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. A. Tuchmann
SMZ Floridsdorf, chir. Abteilung
1210 Wien, Hinaysgasse 1
E-Mail: albert.tuchmann@wienkav.at

In Memoriam
Professor Dr. Alfred Priesching (1926 – 2013)

Prof. Dr. Alfred Priesching

Alfred Priesching wurde am 1.5.1926 in Asperhofen (NÖ, nördlich von Neulengbach) geboren. Er war das einzige Kind seiner Eltern, der Vater war Hauptschullehrer. Nach der Volksschule kam der als besonders begabt erkannte Alfred in die BEA Breitensee, die ab 1938 als Napola geführt wurde. Mit 18 Jahren wurde er in Brünn eingezogen, kam zuerst zur FLAK in der Nähe von Linz und letztlich noch auf dem italienischen Kriegsschauplatz zum Einsatz. Nach der Gefangennahme durch die Amerikaner schlägt er sich nach der Entlassung in die russische Besatzungszone nach Hause durch.

Weil er der NSDAP nicht beigetreten war, wurde ihm keine sogenannte „Maturaklausel" zuerkannt, und er musste nach Kriegsende die Matura nachholen, um zum Studium zugelassen zu werden. Sein Medizinstudium absolvierte Priesching von 1946 bis 1951 in Wien, die Sommer blieben den Erntediensten in seinem familiären, ländlichen Umfeld vorbehalten.

Nach dem Studium verbringt er 3 Jahre am Anatomischen Institut in Wien und tritt 1954 in die I. Chirurgische Universitätsklinik bei Prof.Schönbauer ein.

Sein Interessensschwerpunkt in operativer und wissenschaftlicher Hinsicht wird bald die onkologische Chirurgie.

Kennzeichnend für ihn waren seine großartige chirurgische Technik und sein medizinischer Weitblick wie im Folgenden illustriert werden soll:

In den Siebzigerjahren zählte eine erweiterte Gastrektomie, ausgeführt von A. Priesching zu den eindruckvollsten Eingriffen, die die damals 1. chirurgische Universitätsklinik einem jungen Ausbildungsassistenten bieten konnte. Das wesentliche Detail bestand in der von ihm en-bloc entfernten Lymphknoten, besonders entlang der Pankreasoberkante und der Milz, die er in seiner Monographie „Die Therapie des Magenkarzinoms" (1) ausführlich als „Zonensplenektomie" beschrieben hat. Jahre später wurde sie zu einem viel beachteten Teilaspekt der Magenkarzinomchirurgie als „pancreas preserving splenectomy" nach Maruyama.

HIPEC ist heute wieder in aller Munde. Die Diskussion darüber begann allerdings schon vor 50 Jahren unter dem Titel „Krebs und Wärme". Als einem in seinem onkologischen Wissen weit über den technischen Teil hinausgehenden Chirurgen wie A. Priesching konnte dieses Konzept nicht vorübergehen. Es kam nicht nur zu Diskussionen auf Augenhöhe mit dem Physiker Manfred von Ardenne sondern auch schließlich zur wissenschaftlich streng kontrollierten Einführung dieses Konzeptes in die klinische Medizin. Seine Anwendung bestand sowohl in der regionalen Hyperthermie als auch in der hyperthermen peritonealen Chemoperfusion (2).

Dass klinische Forschung ohne exakte Dokumentation und Statistik nicht möglich ist war eine Botschaft, für die A. Priesching viel Mühe aufgewendet hat. Der von ihm entwickelte Dokumentationsschlüssel war aufwendig, aber ungeheuer exakt und letztlich Grundlage für viele unserer klinischen Arbeiten. Das Verschlüsseln einer Krankengeschichte mit Intensivaufenthalt konnte gelegentlich eine gute Stunde in Anspruch nehmen. Verständlicherweise wenig beliebt bei Assistenten, wenngleich A. Priesching in schwierigen Fällen bereitwillig Hilfe leistete. Als guter Mathematiker und statistisch versiert galt er auch diesbezüglich als Bezugsperson bis zur Einführung einer Abteilung für biometrische Forschung.

Bei der wissenschaftlichen Analyse von älteren Krankengeschichten aus dem Kaiserin-Elisabeth-Spital bei Patienten mit Strumaoperationen überraschte ein für damalige Zeiten (anatomische Strukturen wurden üblicher Weise nicht beschrieben) besonders ausführlicher Operationsbericht:

In Stichworten: - Eingehen in den retrothyreoidalen Raum…… Darstellung und Anschlingen der Arteria thyreoidea inferior…….. Freilegen des Nervus laryngeus recurrens und der Epithelkörperchen…… Verfasst von Assistent A. Priesching, der 1962 ein praktisches Jahr im Kaiserin Elisabeth Spital absolvierte. Basierend auf einer hervorragenden anatomischen Studie aus dem Jahre 1957 (3) über den Verlauf des N. laryngeus recurrens bei intrathorakalen Strumen. Erst Jahre später und ausgelöst von V. Bay rückte besagter Nerv in den technischen Mittelpunkt und wurde zum Lieblingsthema der Schilddrüsenchirurgie.

1982 übernimmt Priesching die Leitung der II. Chirurgischen Abteilung im Krankenhaus Lainz (jetzt Hietzing!) bis zu seiner Emeritierung 1991.

Die Zusammenarbeit mit Priesching war prägend: unerbittliche Wahrhaftigkeit und Ehrlichkeit in der Sache, auch zum eigenen Nachteil (nicht für jeden Kliniker selbstverständlich), beste Anatomiekenntnisse, Ablehnung jeglicher chirurgischer Großmannsucht und Prahlerei sowie gelebte Ethik im Umgang mit Schwerstkranken zeichneten ihn aus. Seine publikatorische Tätigkeit gipfelt neben kleineren Arbeiten und Monografien in der Publikation von Lehrbüchern über Magencarcinomchirurgie, Leberchirurgie, medizinische Statistik.

Prieschings gesamtes wissenschaftliches Werk weist auf die ungeheure Schaffenskraft und Beharrlichkeit dieses Chirurgen hin. Während andere prominente Chirurgen ein Autorenkollektiv neben oder unter sich beschäftigen, hat Priesching den Großteil seiner Bücher vom ersten bis zum letzten Buchstaben selbst geschrieben. (Was für die Aktualität wiederum nicht positiv war!)

Priesching war Ehemann und Familienvater. Die Chirurgie war sein Leben. Hobbies hatten daneben wenig Platz.

Alfred Priesching war ein unverwechselbarer Charakter, prägend für sein Umfeld, ein Vorbild an Disziplin und Korrektheit. Alle, die bei ihm und mit ihm Zeit verbringen durften, werden ihm ein ehrendes Angedenken bewahren.

Autoren:
R. Roka
A. Tuchmann
W. U. Wayand

Literatur:

1) *Priesching A.: Monographie. Die Therapie des Magenkarzinoms, Urban & Schwarzenberg 1980*
2) *Priesching A.: Hyperthermie in der Krebsbehandlung?*
In: Prophylaxe und Therapie von Behandlungsfolgen bei Karzinomen der Frau, (Hrsg. D. Schmähl), S. 56-64. Thieme, Stuttgart 1976.
3) *Priesching A., Schönbauer L.: Über die Möglichkeit einer Schädigung des Nervus recurrens bei Strumektomien, Langenbecks Archiv 1957*

Nachruf:
Prim. Univ. Prof. Dr. Michael Gadenstätter MSc

Es war an einem trüben und regnerischen Tag Anfang August, als wir uns in den Weingärten oberhalb von Langenlois von Michael Gadenstätter verabschieden mussten. Sein Bruder und sein Vater schilderten in bewegenden Worten den Sohn, Bruder und Menschen Michael; und erst jetzt wird wohl so manchem der Trauergäste bewusst geworden sein, wie groß der Verlust ist, den Freunde, Kollegen und Wegbegleiter durch seinen Tod erlitten haben: Michael Gadenstätter war am 24. Juli, kaum sechs Wochen, nachdem er das 50. Lebensjahr vollendet hatte, plötzlich und für uns alle unerwartet verstorben.

Er wurde am 12. Jänner 1963 in Zell am See geboren und absolvierte dort seine Schulausbildung, bevor er nach Wien übersiedelte, wo er Medizin studierte. Dies tat er erst nach reiflicher Überlegung und Abwägung aller Alternativen, um allerdings dann mit umso größerer Begeisterung den Arztberuf auszuüben.

Nach dem Turnus in seiner Heimatstadt absolvierte er von 1991 bis 2000 die Fachausbildung zum Allgemein- und Thoraxchirurgen, unterbrochen durch ein 2-jähriges Fellowship an der University of Southern California in Los Angeles. Tom R. De Meester erweckte Dr. Gadenstätters Interesse an der Reflux-Chirurgie.

Zurück in Innsbruck habilitierte sich Dr. Gadenstätter im Jahr 2001 noch unter Ernst Bodner für das Fach Chirurgie und wurde schon im folgenden Jahr zum a.o.Univ.Prof. ernannt.

2003 ging er nach Krems, wo er an der Chirurgischen Abteilung – damals geleitet von Gerhard Schwab – einen Schwerpunkt für Thoraxchirurgie aufbaute. Er tat dies so erfolgreich, dass er am 1.10.2008 mit der Leitung der Gesamtabteilung betraut wurde. Die Abteilung ist heute das NÖ Kompetenzzentrum für Thorax- und ganz besonders für Lungenchirurgie.

Neben seiner über alles geliebten Tätigkeit als Arzt beschäftigte sich Prim. Univ.Prof. Dr. Gadenstätter intensiv mit den Belangen des Qualitäts-, Personal- und Gesundheitsmanagements, absolvierte die entsprechenden Ausbildungen und erwarb darin mehrere akademische Qualifikationen bis zum Grad eines MSc (Krankenhausmanagement).

Das wissenschaftliche Oevre des Universitätsprofessors umfasst 60 Originalarbeiten, 2 Buchbeiträge, 3 Editorials, 56 gedruckte Abstracts, 41 Poster und Videos und mehr als 100 Vorträge. Da ist es nur zu verständlich, dass sich Michael Gadenstätter stark für die Entwicklung der Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften engagierte und an der Erarbeitung des klinischen Curriculums federführend beteiligt war. Die Umwandlung seiner Abteilung in eine Klinische Abteilung der Universitätsklinik für Chirurgie zu erleben, war ihm nicht mehr vergönnt; ebenso wenig wie die Geburt seiner sehnsüchtig erwarteten Tochter Marie.

Michael Gadenstätter war ein Familienmensch und jede neben Medizin, Management und Wissenschaft verbliebene freie Minute gehörte seiner Gattin Iris und dem 3-jährigen Max. Diesen beiden gilt daher unser ganzes Mitgefühl.

Wir, seine Kollegen, Mitarbeiter und Freunde werden Prim. Univ. Prof. Dr. Michael Gadenstätter stets in dankbarer Erinnerung behalten.

Ruhe sanft, lieber Michael!

Prim. Univ. Prof. Dr. Peter Lechner

Prim.Univ.Prof.Dr. Michael Gadenstätter MSc

13. Österreichischer Chirurgentag

Proktologie: „Kleines“ Thema – ganz „groß“.

Das Expertenpanel des diesjährigen Chirurgentages

Industrieausstellung des 13. Österreichischen Chirurgentages

Dr. Andreas Staribacher referiert zum Thema „Tipps und Tricks vom Steuerberater“

Proktologische Erkrankungen zählen zu den häufigsten Beschwerden von Patienten in chirurgischen Ambulanzen oder Ordinationen. Die volkswirtschaftliche Bedeutung dieser Erkrankungen wird oft unterschätzt. So wird fast jede dritte Österreicherin /jeder dritte Österreicher zumindest einmal in ihrem/seinem Leben wegen Beschwerden mit Hämorrhoiden einen Arzt aufsuchen. Grund genug die „kleine“ Chirurgie für „große“ und häufige Beschwerden zum zentralen Thema des diesjährigen Chirurgentags zu machen. Mit Freude stellten wir Ihr großes Interesse fest, das Sie auch dieses Jahr für den Chirurgentag gezeigt haben. Insgesamt konnten wir **427 TeilnehmerInnen und ReferentInnen** im Congress Casino Baden begrüßen.

Der Österreichische Chirurgentag wurde in Kooperation mit der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie und – erstmals – mit dem **Berufsverband Deutscher Chirurgen** veranstaltet. Es gelingt uns damit, den Österreichischen Chirurgentag auch im deutschsprachigen Ausland bekannt zu machen. Zur Eröffnung überbrachten Prim. Prof. Dr. Albert Tuchmann (Generalsekretär der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie) und Prof. Michael Polonius (emeritierter Präsident des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen) ihre Grußworte.

Wie jedes Jahr haben wir versucht das Thema umfassend zu beleuchten. Der Chirurgentag begann mit den Grundlagen der proktologischen **Anatomie aus Sicht der Chirurgie und Radiologie.** Prof. Dr. Michael Töpker von der radiologischen Universitätsklinik in Wien zeigte in einem übersichtlichen Vortrag wie die MRT-Untersuchungen des Anorektums einfach interpretiert werden können. Auch scheinbar selbstverständliche Maßnahmen, wie **perioperative Pflegemaßnahmen, Anästhesie und perioperative Schmerztherapie** wurden übersichtlich dargestellt und angeregt diskutiert.

Bei der **perianalen Sepsis und perianalen Fisteln** lag der Fokus auf einer Bewertung der verschiedenen therapeutischen Optionen. Dabei wurden auch neue Therapieansätze, wie die primäre Fistelspaltung mit Sofortrekonstruktion (Prof. Sebastian Roka), over-the scope-clips (OTSC) (Priv. Doz. Dr. Rüdiger Prosst) und die Ligatur des Fistelganges (LIFT) dargestellt und diskutiert.

Bei der Therapie der **Analfissur** wurde vor allem die operative Therapie kontrovers diskutiert, ein Zeichen, dass es hier wissenschaftlich noch viel zu tun gibt.

Ganz besonderer Stellenwert wurde den dermatologischen Erkrankungen im Anogenitalbereich gewidmet. Pruritus ani als Symptom einer **dermatologischen Manifestation** ist ein häufiges Problem in der proktologischen Praxis (Prof. Dr. Florian Roka). Auch sehen wir immer häufiger anale Manifestationen **sexuell übertragener Erkrankungen** (Prof. Dr. Alexandra Geusau). Ganz besonders von Bedeutung sind hier die **HPV-assoziierten Erkrankungen,** Condylomata acuminata, anale intraepitheliale Neoplasien und das Analkarzinom (Prof. Dr. Andreas Salat). Die geplante **HPV-Schulimpfung** für Kinder ab kommendem Jahr wurde hier als präventiver Ansatz diskutiert (Prof. Dr. Reinhard Kirnbauer).

Bei den **Hämorrhoiden** wurde versucht die zahlreichen Therapieoptionen – ambulante Verfahren (Dr. Alexis Freitas), ligaturbasierte Verfahren (Dr. Steffen Lancee), Staplerverfahren (Dr. Martin Glöckler), konventionelle Verfahren (Dr. Andreas Heuberger), Fansler-Arnold (Dr. Heinrich Müller-Lobeck) und neue Ansätze wie MISSH (Dr. Gunter Burgard) – stadiengerecht einzuordnen. Die Bewertung der einzelnen Therapieverfahren wurde durchaus kontrovers diskutiert.

Die verschiedenen Möglichkeiten der physikalischen Therapie bei der **fäkalen Inkontinenz** wurden von Richard Crevenna eindrucksvoll dargestellt. Neue Erkenntnisse beim Einsatz von künstlichen Schließmuskelsystemen wurden von Ulrich Baumgartner präsentiert. Eindrucksvoll zeigte Prof. Rudolf Schiessl seine Erfahrungen mit dynamischen Muskelplastiken in der Therapie der fäkalen Inkontinenz.

Ein Höhepunkt des diesjährigen Chirurgentages waren auch die **Falldiskussionen mit dem Expertenpanel** (Ingrid Haunold, Martina Lemmerer, Andreas Heuberger, Michael Oberwalder). Die Diskussion außergewöhnlicher Patientenkasuistiken eröffnet stets die Möglichkeit, eine neue Sichtweise zu eröffnen und die eigene Tätigkeit auch kritisch zu hinterfragen. Auch im kommenden Jahr werden wir dieses Format fortsetzen.

In den Pausen in der Industrieausstellung und beim **Chill-Out Cocktail** gab es ausreichend Gelegenheit für fachliche Diskussionen und gesellige Unterhaltungen.

3. Forum Niedergelassener Chirurgen

Das 3. Forum Niedergelassener Chirurgen am Samstag stand unter dem Motto **„Rechte – Pflichten – Empfehlungen“.** Gerade für niedergelassene Chirurgen gibt es hier einige Neuerungen. Besonders in Bezug auf die neue **Hygieneverordnung** und das neue **Ordinationshilfengesetz** gibt es hier noch große Unklarheiten. Auch die Empfehlungen in der **Aufklärung** bei kleinen Eingriffen und **Sedoanalgesie** spiegeln die tägliche Praxis in den Ordinationen nur unzureichend wieder. In familiärer Atmosphäre wurden diese und auch andere Themen diskutiert.

Danksagung

Ausdrücklich wollen wir uns bei ALLEN ReferentInnen, auch jenen, die nicht namentlich erwähnt wurden, für ihre herausragenden Präsentationen bedanken. Selbstverständlich bedanken wir uns ebenso bei unseren Partnern aus der Industrie, ohne deren Hilfe derartige Veranstaltungen nicht möglich wären.

Termine der BÖC Akademie

Veranstaltung	Termine	Ort
Phlebologie Grundkurs	13. – 14.02.2014	Linz
ACP Grundkurs: Koloproktologische Untersuchungstechniken	24. – 25.02.2014	Wien
4. Stammtisch Niedergelassener Chirurgen: Wundmanagement	05.04.2014	Steyr
ACP Grundkurs: Interdisziplinärer Beckenbodenkurs	09. – 10.04.2014	Innsbruck
ACP Grundkurs: Anatomie und Koloproktologische OP Techniken	02. – 03.05.2014	Innsbruck
Laparoskopietage	12. – 14.05.2014	Linz
4. Grazer anatomisch-chirurgische Woche	02. – 06.06.2014	Graz
BÖC Nahtkurs Gefäßchirurgie	19.06.2014	Wien
BÖC Nahtkurs Viszeralchirurgie	19.06.2014	Wien
BÖC Einsteigerseminar für Chirurgieanfänger	24. – 26.09.2014	Wien
Laparoskopietage	06. – 08.10.2014	Linz
ACP Grundkurs: Anatomie und Koloproktologische OP Techniken	17. – 18.10.2014	Innsbruck
BÖC Nahtkurs Gefäßchirurgie	12.11.2014	Wien
BÖC Nahtkurs Viszeralchirurgie	12.11.2014	Wien
ACP Grundkurs: Proktologische Dermatologie / STD / Onkologie	12. – 13.11.2014	Wien
14. Österreichischer Chirurgentag	13. – 15.11.2014	Baden/Wien
4. Forum Niedergelassener Chirurgen	15.11.2014	Baden/Wien

Informationen und Anmeldung unter **www.boec.at**

Berufsverband Österreichischer Chirurgen

BÖC Akademie

14. Österreichischer **Chirurgentag**

13. bis 15. November 2014

Congress Casino Baden

Der „chirurgische“ Notfall

VORANKÜNDIGUNG

15. November 2014
4. Forum Niedergelassener Chirurgen
Notfall in der Praxis

gemeinsam mit:

Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC)

www.boec.at

Ärzteservice Dienstleistung GmbH
Ferstelgasse 6 | 1090 Wien | T: 01 402 68 34 | F: 01 402 68 34 25
www.aerzteservice.com | office@aerzteservice.com
www.facebook.com/aerzteservice

Betriebsunterbrechungsversicherung (BUFT)

© Fotograf Wilke

Gerhard Ulmer

Betriebsunterbrechung trifft im Laufe des Berufslebens beinahe jeden selbständigen Arzt

Als niedergelassener Chirurg betrifft ihr versicherungstechnisches Risiko im wesentlichen folgende 3 Bereiche: Die **Absicherung gegen Haftungsrisiken** (Haftpflichtversicherung, Rechtsschutzversicherung), die **Absicherung der materiellen Betriebsmittel** (in der Praxis) und der **Kosten** (Ordinations-, Technikkasko inklusive Inhaltsversicherung = Haushaltsversicherung für Ihre Praxis), sowie die **Absicherung der Arbeitskraft** (Betriebsunterbrechung).

93% aller Betriebsunterbrechungen durch Entfall der eigenen Arbeitskraft :

Für den niedergelassenen Chirurgen ist vor allem das Risiko des Stillstandes der Ordination wegen Entfall der eigenen Arbeitskraft relevant. *„93% aller Betriebsunterbrechungen werden durch Krankheit des Arztes ausgelöst.“* so Gerhard Ulmer von Ärzteservice. Krankheiten und Unfälle treffen freiberuflich Tätige und Selbständige oft besonders hart, da je nach Krankheit oder Unfallfolgen Unterbrechungen von mehreren Monaten auftreten können. Im Extremfall ist die wirtschaftliche Grundlage der Ordination massiv gefährdet. *„Während der Betriebsunterbrechung können keine oder nur erheblich geringere Erträge erwirtschaftet werden, andererseits laufen die Fixkosten in voller Höhe weiter. Die Versicherung deckt diese fortlaufenden Kosten wie z.B. Personalkosten oder Miete und sorgt für Ersatz des entgangenen Betriebsgewinnes.“* so Ulmer. Die Anzahl an Arbeitsausfällen aufgrund von Burn-Out Syndrom steigen drastisch an – Depression, Burn-Out sowie psychische Erkrankungen aller Art sollten deshalb unbedingt mitversichert sein.

Informationen erhalten Sie von:

ÄrzteService
Ferstelgasse 6
1090 Wien
Tel.: 01/402 68 34
Fax.: 01/402 68 34 -25
office@aerzteservice.com
www.aerzteservice.com

Elementarschäden an der Ordination:

Extreme Wetterereignisse sind keine Seltenheit mehr. Selbst in den risikoarmen Gegenden häufen sich die Schäden durch Naturgewalten wie Überschwemmungen durch Starkregen oder Rückstau. Neben dem unmittelbaren wirtschaftlichen Schaden (z.B. Leitungswasserschaden, Einbruchdiebstahl, extreme Wetterereignisse) der durch eine entsprechende Ordinationsversicherung gedeckt ist, tritt in der Regel als Folge des Schadens auch ein sogenannter Unterbrechungsschaden auf. Die Betriebsunterbrechungsversicherung ersetzt Ertragsausfälle nach einem Brand, Blitzschlag, Explosion, Leitungswasserschaden, Sturm, oder Einbruchdiebstahl. Das Unternehmen bzw. die Ordination wird somit kosten- und ertragsmäßig so gestellt, als hätte es keine Betriebsunterbrechung gegeben.

Achtung Verwechslungsgefahr!

BUFT (Betriebsunterbrechungsversicherung für freiberuflich tätige Ärzte) und **BU** (Berufsunfähigkeitsversicherung) **ersetzen einander nicht!**
Die **BUFT** deckt die Betriebsausgaben und den entgangenen Betriebsgewinn während eines **zeitlich begrenzten Ausfalles**. Wenn die Ordination nach Sachschäden oder wegen Krankheit/Unfall des Arztes über einen bestimmten Zeitraum geschlossen werden muss, dient die BUFT zur Absicherung. Die Versicherung leistet im Schadensfall eine vereinbarte Tagestaxe über einen vertraglich fixierten maximalen Zeitraum.

Ergänzend dazu dient die **BU** der Absicherung gegen **dauerhafte gesundheitliche Probleme**. Sie leistet ab einer festgestellten Berufsunfähigkeit von 50%. Kann der Beruf aufgrund einer Berufsunfähigkeit nicht mehr entsprechend ausgeübt werden, leistet die Versicherung eine monatliche Rente. Die BU dient somit zur Absicherung des Lebensunterhaltes und hat nichts mit betrieblichen Ausgaben zu tun.

Zur vollständigen Absicherung sind daher für niedergelassene Ärzte beide Versicherungen sinnvoll.

Berufsverband Österreichischer Chirurgen (BÖC)

Hollandstrasse 14, A-1020 Wien, Tel: +43-(0)1-533 35 42, Fax: +43-(0)1-533 35 42-19
E-Mail: chirurgie@aon.at, URL: www.boec.at

Geschäftsführendes Präsidium		
Präsident	S. Roka, Wien	sebastian.roka@meduniwien.ac.at
Vizepräsident	R. Maier, Baden	maier.richard@aon.at
Generalsekretär und Schriftführer	A. Salat, Wien	andreas.salat@meduniwien.ac.at
Finanzreferent	C. Ausch, Wien	christoph.ausch@gespag.at
Leiter der BÖC Akademie	A. Shamiyeh, Linz	andreas.shamiyeh@akh.linz.at
Referent für NL Chirurgen	K. Wollein, Wien	karl.wollein@khgh.at

Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC)

Frankgasse 8 (Billroth-Haus), 1096 Wien, Pf. 80, Fon 01/4087920, Fax 01/4081328
E-Mail: chirurgie@billrothhaus.at, Websites: www.chirurgie-ges.at und www.chirurgenkongress.at

Präsidium 2013/14		
Präsidentin:	F.-M. Smolle-Jüttner, Graz	freyja.smolle@medunigraz.at
Past President:	M. Frey, Wien	manfred.frey@meduniwien.ac.at
President Elect:	R. Függer, Linz	reinhold.fuegger@elisabethinen.or.at
Generalsekretär:	A. Tuchmann, Wien	albert.tuchmann@wienkav.at
1.Kassenverwalter:	H. Mächler, Graz	heinrich.maechler@medunigraz.at
Vorsitz Aktionskomitee:	H. J. Mischinger, Graz	hans.mischinger@medunigraz.at
Vorsitz Fortbildungsakademie:	H. W. Waclawiczek, Salzburg	h.w.waclawiczek@salk.at
Delegierte der assoziierten Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften 2014:		
ARGE für Chirurgische Endokrinologie (ACE):	Ch. Scheuba, Wien	christian.scheuba@meduniwien.ac.at
ARGE für Coloproctologie (ACP):	A. Salat, Wien	andreas.salat@meduniwien.ac.at
ARGE für Endoskopie in der Chirurgie (AEC) :	C. Profanter, Innsbruck	christoph.profanter@i-med.ac.at
ARGE für Hernienchirurgie (AHC):	R. Fortelny, Wien	rene.fortelny@wienkav.at
ARGE für Minimal Invasive Chirurgie (AMIC)	A. Klaus, Wien	alexander.klaus@bhs.at
ARGE für Osteosynthesefragen (AOTrauma Austria):	M. Wagner, Wien	michael.wagner@wienkav.at
ARGE für Qualitätssicherung in der Chirurgie (AQC)	S. Roka, Wien	sebastian.roka@meduniwien.ac.at
Austria-Hungarian Chapter des American College of Surgeons (ACS)	A. Tuchmann, Wien	albert.tuchmann@wienkav.at
Gesellschaft der Chirurgen in Wien:	F. Herbst, Wien	friedrich.herbst@bbwien.at
Ges. für Implantologie und gewebeIntegrierte Prothetik (GIGIP)	K. Vinzenz, Wien	kurt.vinzenz@aon.at
I.S.D.S. (Int.Society for Digestive Surgery)/österr. Sektion	K. Glaser, Wien	karl.glaser@wienkav.at
Österr.Ges.f.Adipositaschirurgie:	K. Miller, Hallein	karl.miller@kh-hallein.at
Österr.Ges.f.Chirurgische Forschung:	R. Öllinger, Innsbruck	robert.oellinger@i-med.ac.at
Österr.Ges.f.Chirurgische Onkologie (ACO-ASSO):	H. Hauser, Graz	hubert.hauser@medunigraz.at
Österr.Ges.f.Gefäßchirurgie (ÖGG):	F. Hinterreiter, Linz	franz.hinterreiter@aon.at
Österr.Ges.f.Handchirurgie (ÖGH):	M. Leixnering, Wien	m.leixnering@aon.at
Österr.Ges.f.Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (ÖGMKG):	I. Watzke, Wien	ingeborg.watzke@wienkav.at
Österr.Ges.f.Kinder- und Jugendchirurgie:	J. Schalamon, Graz	johannes.schalamon@medunigraz.at
Österr.Ges.f.Medizinische Videographie:	M. Hermann, Wien	michael.hermann@wienkav.at
Österr.Ges.f.Neurochirurgie (ÖGNC):	M. Mühlbauer, Wien	manfred.muehlbauer@wienkav.at
Österr.Ges.f.Orthopädie und orthopädische Chirurgie (ÖGO):	P. Zenz, Wien	peter.zenz@wienkav.at
Österr.Ges.f.Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie:	W. Jungwirth, Salzburg	w.jungwirth@plastische-chirurgie.com
Österr.Ges.f.Thorax- und Herzchirurgie: Herzchirurgie:	KH. Tscheliessnigg, Graz	karlheinz.tscheliessnigg@kages.at
Thoraxchirurgie:	J. Hutter, Salzburg	j.hutter@salk.at
Österr.Ges.f.Unfallchirurgie (ÖGU):	A. Kröpfl, Linz	albert.kroepfl@auva.at
Österr.Ges.f.Wirbelsäulenchirurgie	M. Ogon, Wien	michael.ogon@oss.at

ÖGC-VERANSTALTUNGEN & ASSOZIIERTE FACHGESELLSCHAFTEN/ ARBEITSGEMEINSCHAFTEN

Fortbildungsakademie der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC)

Leitung: Univ.-Prof.Dr.Hans Werner Waclawiczek
Die Fortbildungsseminare werden den Mitgliedern der ÖGC kostenlos angeboten. Jedes Seminar ist mit 11 DFP-Punkten approbiert, keine Voranmeldung erforderlich!
Kostenlos auch für Studenten (mit Ausweis).
Für Nicht-Mitglieder EUR 70,–
Veranstaltungsort: Salzburg, Hörsaalzentrum der Universitätskliniken (PMU), Müllner Hauptstraße 48, A-5020 Salzburg
Info: Sekretariat der ÖGC, Frankgasse 8, Billroth-Haus, A-1096 Wien,
Fon +43 1 408 79 20
E-Mail: chirurgie@billrothhaus.at
Web: www.chirurgie-ges.at

Termine und Themen:

■ 12. bis 13. Dezember 2013
115. Fortbildungsseminar der ÖGC – St.Mark's meets Salzburg
Thema: Colorectal and inflammatory bowel disease surgery
www.stmarks-meets-salzburg.com

■ 14. und 15. März 2014
116. Fortbildungsseminar der ÖGC

■ 19. und 20. September 2014
117. Fortbildungsseminar der ÖGC

■ 12. und 13. Dezember 2014
118. Fortbildungsseminar der ÖGC

■ 17. bis 18. Jänner 2014
37. Seminar der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgische Forschung
Thema: From bench to bedside (and the other way round) – translational challenges in transplantation, vascular biology and oncology
Ort: Gosau
Kongresspräsident: Univ.-Prof.Dr.Robert Öllinger
Info: www.chirfor.at

■ 25. Jänner 2014
15. Symposium der Österreichischen Gesellschaft für Wirbelsäulenchirurgie
Thema: Instabilität und Stenose der Wirbelsäule – Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung
Ort: Wien, Technisches Museum
Info: www.spine.at

■ 27. bis 31. Jänner 2014
18. Jahreskongress der Österreichischen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Thema: Traumatologie im Gesichtsbereich
Ort: Mayrhofen-Zillertal
Kongresspräsident: Univ.-Prof.Dr.Dr.Michael Rasse
Info: www.mkg-kongress.at

■ 28. Februar bis 01. März 2014
Frühjahrsklausurtagung der Österreichischen Gesellschaft für Handchirurgie (ÖGH)
Thema: Nervenverletzungen an der Hand und Handgelenk und deren Folgeerscheinungen
Ort: Hainburg
Kongresspräsident: Prim.Dr.Thomas Hausner
Info: www.handchirurgen.at

■ 25. bis 27. Juni 2014
55. Österreichischer Chirurgenkongress (ÖGC-Jahrestagung)
Leitthema: Chirurgie an den Grenzen der Möglichkeiten – von Minimalinvasivität zu Maximalresektion
Ort: Graz, Messe
Kongresspräsidentin: Univ.-Prof.Dr.Freyja-Maria Smolle-Jüttner
Info: Wiener Medizinische Akademie, Bianca Theuer, Alser Straße 4, A-1090 Wien,
Fon +43 1 405 13 83 12
E-Mail: bianca.theuer@medacad.org
Web: www.chirurgenkongress.at

■ 02. bis 04. Oktober 2014
50. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie (ÖGU)
Thema: Polytrauma
Ort: Salzburg
Info: www.unfallchirurgen.at

SONSTIGE VERANSTALTUNGEN

■ 19. bis 21. Dezember 2013
Trauma Imaging Symposium
Ort : Leogang
Info : www.traumaimaging.at

■ 10. Jänner 2014
1.Post SABCS Meeting (San Antonio Breast Cancer Symposium)
Ort : Wien
Info : www.abcsg.at

■ 10. bis 12. Jänner 2014
World Congress on Coloproctology
Ort : Nagpur, Indien
Info : www.worldcon2014.com

■ 16. bis 18. Jänner 2014
19. Forum Wirbelsäulenchirurgie
Ort : St.Anton am Arlberg
Info : www.dwg-stanton.de

■ 24. bis 25. Jänner 2014
ENDO Linz 2014
Ort : Linz
Info : www.endolinz.at

■ 24. bis 25. Jänner 2014
8. Jahrestagung der Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie in Berlin und Brandenburg (GGHBB)
Ort : Berlin
Info : www.gghbb.de

■ 25. Jänner bis 01. Februar 2014
VENALPINA VII – Phlebologische Fortbildungswoche
Ort : Seefeld
Info : www.phlebologie.at

■ 31. Jänner bis 01. Februar 2014
Dreiländertreffen der Arbeitsgemeinschaften für Minimal Invasive Chirurgie (SALTC, AMIC, CAMIC)
Ort : Bern
Info : www.saltc.ch

■ 09. bis 12. Februar 2014
43. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie
Ort : Freiburg
Info : www.dgthg-jahrestagung.de

■ 13. bis 15. Februar 2014
7. Endoprothetikkongress
Ort : Berlin
Info : www.endokongress.de

■ 14. bis 15. Februar 2014
DGAV-Chirurgie-Update-Seminar (unter ÖGC-Patronanz)
Ort : Wiesbaden
Info : www.chirurgie-update.com

■ 18. bis 21. Februar 2014
31. Münchner Mikrochirurgiekurs
Ort : München
Info : www.mikrokurs-muenchen.de

■ 21. bis 22. Februar 2014
DGAV-Chirurgie-Update-Seminar (unter ÖGC-Patronanz)
Ort : Berlin
Info : www.chirurgie-update.com

■ 21. bis 23. Februar 2014
Bundeskongress Chirurgie (BNC, BDC, BAO)
Ort : Nürnberg
Info : www.bundeskongress-chirurgie.de

■ 07. März 2014
Update Magen-Ösophaguskarzinom
Ort : Wien
Info : www.ccc.ac.at/get

■ 07. bis 08. März 2014
Kieler Arthroskopiekurs
Ort : Kiel
Info : www.kieler-arthroskopiekurs.de

■ 09. bis 11. März 2014
12th International Expert Meeting for the Surgery for Obesity and Metabolic Disorders
Ort : Salzburg
Info : www.obesity-online.com

■ 14. bis 15. März 2014
Management of Laryngotracheal Problems
Ort : Wien
Info : www.laryngotrachealvienna2014.com

■ 19. bis 22. März 2014
57. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
Ort : Dresden
Info : www.dge2014.de

■ 20. bis 22. März 2014
1. Österreichischer Schilddrüsen-Dialog
Ort : Seefeld
Info : www.osdg.at

■ 22. März 2014
7. Freiburger Wundsymposium
Ort : Freiburg
Info : www.freiburger-wundsymposium.de

■ 22. bis 27. März 2014
11th World Congress of the International Hepato-Pancreato-Biliary Association (IHPBA)
Ort : Seoul
Info : www.ihpba2014seoul.com

■ 25. bis 28. März 2014
131. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
Ort : Berlin
Info : www.chirurgie2014.de

■ 26. bis 28. März 2014
BioNanoMed 2014
Ort : Krems
Info : www.bionanomed.at

■ 27. bis 28. März 2014
Kongress Alterstraumatologie
Ort : Stuttgart
Info : www.alterstraumatologie2014.de

■ 28. bis 29. März 2014
28. Internationaler Workshop für Phlebologie
Ort : Frankfurt/Main
Info : www.venenklinik-frankfurt.de

■ 03. bis 05. April 2014
40. Deutscher Koloproktologen-Kongress
Ort : München
Info : www.mcn-nuernberg.de/DGK2014

■ 03. bis 05. April 2014
44. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie und Bildgebende Verfahren
Ort : Hamburg
Info : www.dge-bv.de

■ 03. bis 05. April 2014
21. Jahrestagung der Deutschen Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie (DVSE 2014)
Ort : Wiesbaden
Info : www.dvse-kongress.de

■ 03. bis 05. April 2014
XXVIII European Federation Congress of the International College of Surgeons (ICS)
Ort : Thessaloniki
Info : www.icsgreece2014.com

■ 08. bis 10. Mai 2014
55. Symposium der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Handchirurgie (DAH)
Ort : Bad Ischl
Info : www.dah.at

■ 11. bis 14. Mai 2014
65. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)
Ort : Dresden
Info : www.dgnc.de

■ 14. bis 17. Mai 2014
16th Congress of the European Society of Sports Traumatology, Knee Surgery and Arthroscopy (ESSKA)
Ort : Amsterdam
Info : www.esska-congress.org

■ 16. bis 17. Mai 2014
Endoskopie 2014
Ort : Berlin
Info : www.endoskopie-live-berlin.de

■ 16. bis 17. Mai 2014
23. Thüringer Unfallchirurgisch-Orthopädisches Symposium
Ort : Erfurt
Info : www.vlou-symposium.de

■ 21. bis 23. Mai 2014
101. Kongress der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie
Ort : Bern
Info : www.chirurgiekongress.ch

■ 24. bis 27. Mai 2014
15th European Congress of Trauma & Emergency Surgery
Ort : Frankfurt
Info : www.estesonline.org

■ 28. bis 31. Mai 2014
36th Annual International Congress of the European Endohernia Society (EHS)
Ort : Edinburgh
Info : www.ehs2014edinburgh.org

■ 12. bis 14. Juni 2014
Symposium der Norddeutschen Orthopäden- und Unfallchirurgenvereinigung (NOUV)
Ort : Berlin
Info : www.nouv-kongress.de

■ 12. bis 14. Juni 2014
47. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH)
Ort : Villach
Info : www.oeggh.at

■ 18. bis 21. Juni 2014
15th Annual Congress of the European Paediatric Surgeons' Association (EUPSA)
Ort : Dublin
Info : www.eupsa2014.org

■ 18. bis 21. Juni 2014
FESSH 2014 – Congress of the Federation of the European Societies for Surgery of the Hand
Ort : Paris
Info : www.fessh2014.com

■ 20. bis 21. Juni 2014
29. Jahreskongress der Deutsch-Österreichisch-Schweizer Gesellschaft für Orthopädisch-Traumatologische Sportmedizin (GOTS)
Ort : München
Info : www.gots-kongress.org

■ 25. bis 28. Juni 2014
14th World Congress of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES)
Ort : Paris
Info : www.eaes.eu

■ 25. bis 28. Juni 2014
CARS 2014 – Computer Assisted Radiology and Surgery, 28th International Congress and Exhibition
Ort : Fukuoka, Japan
Info : www.cars-int.org

■ 27. bis 28. Juni 2014
9. Saale-Unstrut-Symposium für Klinische Chirurgie
Ort : Freyburg/Unstrut
Info : www.saale-unstrut-symposium.de

■ 23. bis 25. Juli 2014
91. Jahrestagung der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen
Ort : Bad Kissingen
Info : www.vbc2014.de

■ 21. bis 24. August 2014
6th European Plastic Surgery Research Council
Ort : Hamburg
Info : www.epsrc.eu

■ 26. bis 30. August 2014
XIX. World Congress of the International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO)
Ort : Montreal
Info : www.ifso2014.com

■ 04. bis 07. September 2014
Congress 2014 of the International Society of University Colon and Rectal Surgeons (ISUCRS)
Ort : Kapstadt
Info : www.isucrs2014.co.za

■ 11. bis 13. September 2014
Gemeinschaftstagung Plastische Chirurgie (DGPRÄC, VDÄPC, ÖGPÄRC)
Ort : München
Info : www.dgpraec-tagung.de

■ 23. bis 26. September 2014
XXII. Congress of the European Association for Cranio-Maxillo-Facial Surgery (EACMFS 2014)
Ort : Prag
Info : www.eacmfs2014.com

■ 01. bis 04. Oktober 2014
24th World Congress of the International Association of Surgeons, Gastroenterologists and Oncologists (IASGO)
Ort : Wien
Info : www.iasgo.org

■ 09. bis 11. Oktober 2014
18. Chirurgische Forschungstage – Implantatforschung 2014
Ort : Hannover
Info : www.forschungstage2014.de

■ 16. bis 18. Oktober 2014
23. Jahrestagung der Deutschen Transplantationsgesellschaft
Ort : Mannheim
Info : www.dtg2014.de

■ 26. bis 30. Oktober 2014
100th Clinical Congress of the American College of Surgeons (ACS)
Ort : San Francisco
Info : www.facs.org

■ 28. bis 31. Oktober 2014
Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU 2014)
Ort : Berlin
Info : www.dkou.de

■ 20. bis 22. November 2014
33. Arbeitstagung der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Endokrinologie (CAEK)
Ort : Basel
Info : www.caek2014.ch

■ 03. bis 06. Dezember 2014
24th World Congress of the International Association of Surgeons, Gastroenterologists and Oncologists (IASGO)
Ort : Wien
Info : www.iasgo.org

Impressum

CHIRURGIE
Das offizielle Organ der Österreichischen Chirurgischen Vereinigungen

HERAUSGEBER
Berufsverband Österreichischer Chirurgen (BÖC)

Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC)

CHEFREDAKTEUR
Ao. Univ. Prof. Dr. Sebastian Roka

REDAKTION
BÖC Geschäftsstelle:
Sonja Niederkofler, BA

REDAKTIONSANSCHRIFT UND ANZEIGENWERBUNG
Berufsverband Österreichischer Chirurgen
Zeitschrift „Chirurgie“
c/o vereint: Vereins- und Konferenzmanagement GmbH
Hollandstraße 14/Mezzanin · A – 1020 Wien
Tel: +43 (1) 533 35 42 · Fax: +43 (1) 533 35 42 19
E-Mail: chirurgie@aon.at · URL: www.boec.at

REDAKTIONSTEAM
Prim. Univ.-Prof. Dr. Stefan Kriwanek
SMZO Donauspital, Wien

A.o. Univ. Prof. Dr. Franz Martin Riegler
Medizinische Universität, Wien

Prim. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Roka,
Krankenanstalt Rudolfstiftung, Wien

Ao. Univ. Prof. Dr. Sebastian Roka,
Medizinische Universität, Wien

Ao. Univ. Prof. Dr. Andreas Salat,
Medizinische Universität, Wien

Prim. Univ.-Prof. Dr. Albert Tuchmann,
SMZ Floridsdorf, Wien

Univ.-Prof. Dr. Selman Uranüs,
Medizinische Universität, Graz

Univ.-Prof. Dr. Hans Werner Waclawiczek,
Univ.-Klinik für Chirurgie, Salzburg

BÖC VEREINS- UND KONFERENZMANAGEMENT
vereint: Vereins- und Konferenzmanagement GmbH
Hollandstraße 14/Mezzanin · A-1020 Wien
Tel: +43 (1) 533 35 42 · Fax: +43 (1) 533 35 42 19
E-Mail: office@vereint.com · URL: www.vereint.com

vereint GmbH ist Lizenznehmer des Österreichischen Umweltzeichens für „Green Meetings und Green Events“

GRAFIK
kreativ Mag. Evelyne Sacher-Toporek
Linzer Straße 358a/1/7 · A – 1140 Wien
Tel: +43 (1) 416 52 27 · Fax: +43 (1) 416 85 26
E-Mail: office@kreativ-sacher.at
URL: www.kreativ-sacher.at

DRUCK
print&smile druck-gesellschaft m.b.H.
Hubert Jaud
Michael-Rottmayr-Strasse 46, 5110 Oberndorf, Austria
Phone: +43-(0)6272-7135 426 | Fax: +43-(0)6272-7135 499
Email: hubert.jaud@@printandsmile.co.at

Namentlich gekennzeichnete Informationen geben die Meinung des Autors und nicht unbedingt der Redaktion wieder.

Hemopatch
Sealing Hemostat

Versiegelt Blutungen. Sichtbar haftungsstark.

HEMOPATCH, das haftungsstarke Hämostyptikum

haftungsstark: HEMOPATCH **bindet sich** durch innovativen, dualen Wirkungsmechanismus **mit NHS-PEG am Blutungsort** chemisch ans Gewebe.* **Bewirkt effektive, schnelle Hämostase** in 2 min.*

modellierbar: Mit **weicher, flexibler Konsistenz** lässt sich HEMOPATCH ausgezeichnet (an)modellieren, biegen und laparoskopisch einbringen. Optimiert **einfache Handhabung**.

sichtbarer Erfolg: Bei Blutkontakt färbt sich HEMOPATCH rot und wird halbtransparent. Gewährleistet **visuelle Kontrolle des Hämostaseerfolges**.

Bildquelle: Präklinische Aufnahme an der Schweinsleber.

*HEMOPATCH Gebrauchsanleitung, Oktober 2013 »

Baxter Healthcare GmbH, Stella-Klein-Löw-Weg 15, A-1020 Wien
T +43 1 71120, **F** + 43 1 71120-245 1020, **www.baxter.at**

Baxter

COVIDIEN

positive results for life™

The LigaSure™ 5 mm Blunt Tip Laparoscopic Sealer/Divider LF1637

Trusted Performance. Enhanced Design.

The Right Choice for Laparoscopic Procedures

IMPORTANT : Please refer to the package insert for complete instructions, contraindications, warnings and precautions

COVIDIEN, COVIDIEN with logo, Covidien logo and "positive results for life" are U.S. and internationally registered trademarks of Covidien AG.
Other brands are trademarks of a Covidien company. © 2011 Covidien. - R0019584 EU - 01/2012