

Kongressberichte

**International Surgical Week 2022/The World's Congress of Surgery
Vienna, August 15-18, 2022 – www.isw2022.org, www.iss-sic.com**

Vorbemerkung:

Die folgenden Sitzungsberichte drücken die persönlichen Eindrücke der Autoren aus. Sie erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sollen aber dem Leser die Möglichkeit eröffnen, durch Zitierung (author, subject) tiefer in die einzelnen Thematiken einzudringen.

Diversität und Globalisierung waren wesentliche Elemente des Weltkongresses für Chirurgie. Die Aufzeichnungen der Autoren sind nicht thematisch geordnet, sondern berichten in chronologischer Reihenfolge von den einzelnen Sitzungen, Lectures und Vorträgen. Die Themen des Kongresses waren weit gestreut (s. Einleitung R. Hammer), mit Schwerpunkten: Endokrine Chirurgie, Onkologische Chirurgie, Visceralchirurgie, minimal-invasive Chirurgie, Hernien und Bauchwand, Mamma-Chirurgie, Trauma, Education, Notfallchirurgie, Anästhesie, Military Surgery, Global Surgery, u.v.m.

Die Autoren werden über die angegebenen Mailadressen gern weitere Auskünfte erteilen.

Viel Spaß beim Lesen und Wissenszuwachs
wünscht
Ihnen

Albert Tuchmann,
info@tuchmann.at
National Congress President ISW2022

Kongress-Impressionen

von Hammer Robert, robert.hammer@kages.at
LKH Graz II, Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie

**49. World Congress of Surgery / International Surgical Week in Wien,
15.8.-18.8.2022**

Vom 15.8.-18.8.2022 fand die International Surgical Week in Wien statt, veranstaltet durch die ISS/SIC – der „International Society of Surgery / Société Internationale de Chirurgie“ mit verschiedenen beteiligten internationalen Fachgesellschaften wie folgt:

Beteiligte Fachgesellschaften:

- IAES International Association of Endocrine Surgeons – gegründet 1979 in San Francisco,
Präsident Prof. Akira Miyauchi, Japan
- IATSIC International Association for Trauma Surgery and Intensive Care – gegründet 1989 in Toronto,
Präsident Prof. Elmin Steyn, Südafrika
- IASMEN International Association for Surgical Metabolism and Nutrition – gegründet 1993 in Hong Kong,
Präsident Anders THORELL, Schweden
- BSI Breast Surgery International – gegründet 1999 in Wien
Präsident Gaurav Agarwal, Indien
- ISDS International Society for Digestive Surgery – gegründet 2009 in Adelaide (gegründet als CICD - Collegium International Chirurgiae Digestivae 1969)
Präsident Prof. Allesandro Fichera, USA
- ASAP Alliance for Surgery and Anaesthesia Presence – gegründet 2013 in Helsinki
Präsident Prof. Russel Gruen, Australia

Partizipierende Gesellschaften:

- AAST American Association for the Surgery in Trauma
- AWS Association of Women in Surgery
- APIMSF The Ambroise Péré International Military Surgery Forum
- ISBI International Society for Burn Injuries
- ISS-US US-Chapter of the International Society of Surgery

Nach einer gelungenen Eröffnungszeremonie mit musikalischer Untermalung durch ein Wiener Streichquartett, virtueller Begrüßung durch den Wiener Bürgermeister Dr. Michael Ludwig, mit Eröffnungsrede des Generalsekretärs der ISS/SIC Prof. Ken Boffard, Johannesburg/Südafrika, des Nationalen Kongresspräsidenten Prof. Albert Tuchmann, Österreich, sowie des Kongresspräsidenten Prof. John Hunter, USA über Kriegswirren, Politik und 117 Jahre ISS-Kongresse, Verleihung der Ehrenmitgliedschaften an Prof. Frank Branicki, USA, Prof. Patricia Numann, USA, Prof. Orlo Clark, USA, sowie diversen Preisvergaben (z.Bsp. Preis der ISS/SIC an Prof. Olle Ljungquist, Schweden, Robert Danis Preis an Prof. John B. Holcomb, USA sowie an Prof. Martin Schreiber, USA sowie weiteren Ausgezeichneten) mit anschließender denkwürdiger Martin Allgöwer-Lecture von Prof. Patricia Numann, USA über „Changing Times“, begann der Kongress mit bis zu 6 parallel stattfindenden Sitzungen der diversen Fachgesellschaften mit knapp 700 Präsentationen in insgesamt 106 Sitzungen.

Montag, 15.8.2022 – 12:15-13:15 ASAP Free Papers

Sectio-Raten im ländlichen Indien – retrospektive Analyse aus 666 Distrikten sowie 36 Staats- und Union-Territorien (Zady Siddesh, Pune, Indien sowie Duke University, USA)

Hier zeigt Zady die Durchführung exakter weit-übergreifender Datenerhebungen erstmals über eine so extensive Region mit weiter Beteiligung in einem so riesigen Land

wie Indien, als Vorbild zur Datenerfassung in anderen LMICs (Low and Middle Income Countries).

Zusammenhang zw. Anfahrtszeit und perinataler Mortalität nach Notfall-Sectiones in Sierra Leone - Van Duinen, Norwegen

Van Duinen, zusammen mit Partnern des Kings College in London, dem Karolinska Institut in Schweden sowie dem University Hospital in Freetown, Sierra Leone, analysiert den Zusammenhang zwischen Anfahrtszeit und perinataler Mortalität nach Notfall-Sectiones in Sierra Leone – und bestätigt die Überschreitung einer 2 Stunden-Grenze als relevanten Parameter für eine erhöhte perinatale Morbidität, wenn auch immer es keine absolute Zeit-Grenze darstellen soll, da diese 2 Stunden hinsichtlich des perinatalen Outcomes nach Sectio eventuell doch zu lange sein könnten.

Off-Label-Use von externen Hand-Fixateuren in der Behandlung von Kraniomaxillären Frakturen in LIC (Low Income Countries) - Wichlas u. Deiniger / Paracelsus Universität Salzburg

In äußerst interessanter Weise präsentiert Wichlas und Deiniger den Off-Label-Use von externen Hand-Fixateuren in der Behandlung von kraniomaxillären Frakturen in LIC (Low Income Countries), welche dort eine sehr hohe Inzidenz aufweisen, als Konsequenz fehlender Strukturen oder Materialien als Alternative zur konservativen Standard-Prozedur einer sogenannten Barton Bandage mit somit assoziierter konsekutiven Kiefersperre für 6 Wochen (und damit verbundener eingeschränkter Dentalhygiene, reduzierter Nahrungsaufnahme sowie Sprechmöglichkeit) oder interdentaler Verdrahtung mit äußerst schlechten Resultaten. Hierbei analysiert er 100 verschiedene gesunde Schädel-CTs für die ideale Positionierung der Pins, auch hinsichtlich der Tiefe als auch dem Insertionswinkel. Nach Studie an 13 anatomischen Präparaten und Durchführung der Methode erfolgt die klinische Anwendung des externen Gesichts-Fixateurs in vivo in 13 Fällen in LIC mit Bestätigung einer adäquaten Stabilität der Pins ohne Nerven- oder Gefäßschädigung sowie Verbesserung der Lebensqualität (Nahrungsaufnahme, Dental-Hygiene u. Sprechen möglich) aufgrund der fehlenden Kiefersperre und konstatiert somit eine Überlegenheit dieser operativen Methode im Gegensatz zur konservativen Therapie.

Wert des Ultraschalls in der Vorhersage des Lymphknotenstatus bei Brustkrebspatienten nach neoadjuvanter Chemotherapie - Chandan Kumar, Patna/Indien

Kumar präsentiert in seinem Vortrag den Wert des Ultraschalls in der Vorhersage des Lymphknotenstatus bei Brustkrebspatienten/innen nach neoadjuvanter Chemotherapie im Rahmen einer Studie an 46 Patienten, wonach in Entwicklungsländern Brustkrebs-Patienten/innen meist schon axilläre Absiedelungen aufweisen und nach neoadjuvanter Therapie ein Ultraschall zur Auffindung eventuell befallener axillärer Lymphknoten möglicherweise nicht akkurat für die Prädiktion sein könnte. Er empfiehlt daher für das Vorgehen in Entwicklungsländern, dass eine axilläre Lymphknoten-Dissektion in den meisten Fällen die Therapie der Wahl sein sollte und eine Sentinel-Exstirpation nur bei selektionierten Patienten eine Option wäre.

Mo, 15.8.2022 - 13:30-15:00 BSI - State of the Art - Breast Cancer: Management of the Axilla

Neue Techniken bei axillärer Lymphknoten-Dissektion zur Reduktion der chirurgischen Morbidität – Karin Mardi, Stanford/U.S.A.

In der Session des BSI (Breast Surgery International) werden von Karin Mardi neue Techniken bei axillärer Lymphknoten (Lnn)-Dissektion zur Reduktion der chirurgischen Morbidität vorgestellt. Wesentlich sind eine akkuratere präoperative Bildgebung, inklusive Staging, welche in das chirurgische Vorgehen einzubeziehen sind. Wesentlich sind jetzt nicht mehr die Verbesserung der Situation bei bestehendem Lymphödem, sondern die Prävention eines solchen durch diverse Maßnahmen bereits während der initialen chirurgischen Intervention.

Hervorgehoben ist dabei die LYMPHA – Methode (prophylaktische lymphatisch-venöse Anastomose) als Option während der axillären Lymphknoten-Dissektion sowie das Axilläre Reverse Mapping (ARM) zur Risiko-Reduktion eines Lymphödems.

Die ARM-Methode ist eine leicht anwendbare und effektive Technik, um Lymphödeme zu reduzieren, da es leicht möglich ist, mittels ARM (Axilläres Reverse Mapping) axilläre Lymphknoten zu identifizieren, die den Arm oder die Brust drainieren und damit selektiv die drainierenden Lymphknoten der Brust zu reseziieren.

Weitere Methoden zur Verbesserung des postoperativen Outcomes wären die sensorischen interkostobrachialen Nerven selektiv zu erhalten sowie postoperativ Nervenblockaden durchzuführen (zum Beispiel durch einen Pectoralis- und Serratus Block) bzw. postoperative Lymphödem-Chirurgie bei chronischem Lymphödem.

Eine randomisierte Studie, welche zum Ziel hat, die axilläre Lymphknoten-Dissektion + ARM mit Lymphherhaltung versus LYMPHA für Lymphödem-Prävention bei axillären Lymphknoten-Dissektionen zu vergleichen, ist im Laufen.

Sentinel Node-Biopsie sowie targeted axilläre Lnn-Dissektion (TAD)-Technik, Michael Douek, Oxford, UK

Douek präsentiert zum Thema „Sentinel Node-Biopsie sowie targeted axilläre Lymphknoten-Dissektion (TAD)-Technik“ einen Überblick über die aktuellen Daten hinsichtlich Sentinel-Biopsie sowie alternative Ansätze zur Darstellung des Sentinels durch Indocyaningrün-Fluoreszenz, kontrastverstärkendem Ultraschall mit Mikrobubbles sowie Magnetischer Technik mit SPIO (Supermagnetic Iron Oxide Nanoparticle).

Er bekräftigt die Anwendung der Oncotype DX -Testung oder andere validierte Tests bei N1-hormonrezeptor-positiven Patienten.

Ein modernes Axilla-Management inkludiert demnach folgende Punkte:

präoperativ sind lediglich offensichtlich sonographisch abnorme Lymphknoten zu biopsieren, eine klinisch negative Axilla inklusive isolierter Tumorzellen oder Mikrometastasen bedarf keinerlei weiterer Therapie,

bei klinisch nodal-positiven Patienten/innen, welche die ACOSOG Z0011-Kriterien erfüllen (cNO, maximal 1 oder 2 positive Sentinel-Lymphknoten, T1 oder T2-Tumoren), sollte ein Verzicht auf eine axilläre Lymphknoten-Dissektion diskutiert und evaluiert werden, eine gezielte (targeted) axilläre Lymphknoten-Dissektion sollte diesbezüglich evaluiert werden,

für alle anderen Patienten/innen gilt eine empfohlene axilläre Standard-Lymphknoten-Dissektion.

Kontroversen im axillären Management im primären chirurgischen Setting – Jean Francois Boileau, Quebec/Kanada

Boileau zeigt Kontroversen des axillären Managements im primären chirurgischen Setting auf – zum Beispiel obligatorischer Ultraschall der Axilla bei Mamma-Patienten/innen, Vorgehen bei klinisch negativer Axilla und positiver sonographisch gezielter Biopsie, oder, ob auf das axilläre Staging bei älteren Patienten/innen verzichtet werden kann oder nicht – dazu wurde Guidelines vs. Daten präsentiert.

Das Risiko für einen pos. Sentinel (SLN) steigt nach einer Studie von Luiz et al (JCO 2007) von 10,7% bei T1mic auf 88% bei T3 – im Durchschnitt bei 33% quer durch alle T-Stadien.

Auf einen Screening Ultraschall der Axilla kann bei niedrigem Risiko von hormonrezeptor-positiven Mamma-Carcinomen verzichtet werden.

Wenn eine SLN-Biopsie geplant ist, sollte in allen triple negativen Carcinomen mit >5-10mm Tumor-Durchmesser oder Hochrisiko-Patienten/innen mit positivem Hormon-Rezeptoren oder Her2/neu-Positivität mit > 1-2cm Tumor-Durchmesser eine axilläre Sonographie durchgeführt werden, und ist definitiv empfohlen bei allen Patienten/innen, wo auf eine Sentinel-Exstirpation verzichtet wird.

Gemäß McKeivitt, SABCS 2020, sollte eine routinemäßige Sentinel-Exstirpation bei Patienten/innen > 70 Jahren (die eine adjuvante Standard-Therapie erhalten) verzichtet werden (bei Frühstadium eines hormonrezeptor-positiven Her2/neu negativem invasiven Mamma-Ca), demgegenüber erhalten noch immer >80% aus dieser Patientenkohorte eine Sentinel-Exstirpation.

Alternative Techniken für ein maßgeschneidertes Management der Axilla – Walter Weber, Basel/Schweiz

Weber präsentiert Daten über alternative Techniken für ein maßgeschneidertes Management der Axilla. Wong, Canada im Ann.Surg.Oncology zeigt in einer retrospektiven Studie bei 102 Patienten/innen mit initialer positiver Axilla, präoperativer Chemotherapie bei anschließender klinisch negativer Axilla und negativem Sentinel bei Verzicht auf die axilläre Lymphknoten-Dissektion, sowie lokaler Radiatio, keinerlei axilläre Rezidive nach einem medianen Follow-Up von 3 Jahren, bestätigt durch Kahler-Ribeiro-Fontana im European Journal of Surgical Oncology mit 10 Jahres Follow-Up-Daten der onkologischen Sicherheit einer SLN-Biopsie nach neoadjuvanter Therapie bei initial nodal-positivem Mamma-Carcinom.

Weber präsentiert ein neues Konzept einer Tailored axillary Surgery (TAS) mit dem Ziel einer selektiven Entfernung von positiven axillären Lymphknoten, um die Tumorlast zu reduzieren, soweit wie es die Radiatio kontrollieren kann – gemäß der Hypothese, dass mikroskopisch nonpalpable betroffene Lymphknoten über eine Radiatio im adjuvanten und neoadjuvanten Setting kontrolliert werden können (Breast 2021, Weber) – dazu gibt es derzeit eine laufende prospektive Multicenter Studie in 28 Zentren in 4 Ländern in Europa (TAXIS-Trial) mit erwarteter primärer Endpunktanalyse 2030, die beweisen soll,

dass durch die selektive axilläre Tumorlastreduktion eine weniger radikale Kontrolle als durch die axilläre Lymphknoten-Dissektion erfolgen kann.

Die De-Eskalation der axillären Chirurgie wird wahrscheinlich erst in den nächsten 10-15 Jahren komplettiert werden, die bis dahin verbleibenden axillären Dissektionen werden technisch anspruchsvoller und pro futuro von durch geringere Fallzahlen wahrscheinlich weniger erfahrenen Chirurgen/innen durchgeführt werden müssen.

Mo, 15.8.2022 - 15:30-17:00

BSI State of the Art – Oncoplastic Surgery

Ashutosh Kothari, London/UK, präsentiert die chirurgische Anatomie als Basis entsprechender onkoplastischer Techniken.

In weiterer Folge werden Level 1 und 2 onkoplastische Techniken und Beispiele dazu von Omar Youssef, Ägypten vorgestellt, ergänzt durch Beispiele extremer Onkoplastik durch Farid Meybodi, Sydney, Australien und einer 3D-printed biodegradable Brust-Matrix (aus Polycaprolacton) von Owen Unq, Brisbane, Australia, in die Eigenfett eingebracht wird, um auf diese Weise entsprechende Brustrekonstruktionen durchzuführen.

Di 16.8.2022 - 07.00-07:15

AAST/IATSIC Trauma Surgery

Ungleichheit in der Notfallchirurgie und Pflege bei Pat mit perforiertem Ulcus bei Mentaler Retardierung von Julie Mackenhauer, Dänemark

Eine über 14 Jahre vergleichende Nation Wide Cohort Study bzgl. Ungleichheit in der Notfallchirurgie und Pflege bei Patienten/innen mit perforiertem Ulcus bei Mentaler Retardierung wird von Mackenhauer präsentiert. Sie untersuchte knapp 5000 stationäre Aufnahmen wegen perforiertem Magenulcus – dabei war es weniger wahrscheinlich als Notfall ernstgenommen und auch aufgenommen zu werden, konsekutiv weniger wahrscheinlich, als akutes Abdomen diagnostiziert worden zu sein, daher objektivierten sich auch ein längerer Delay von der Spitalsaufnahme bis zur chirurgischen Intervention, als auch deswegen resultierende längere Spitalsaufenthalte.

Di 16.8.2022 - 07:15-08:15

ISS/SIC Free Papers – Hernia

Eine meshfreie Alternative zur Lichtenstein-Herniotomie mittels Darda-Technik vs. Lichtenstein - Ali Yasen Mohamedahmed, Khartum/Sudan / NHS Trust UK

Eine meshfreie Alternative zur Lichtenstein-Herniotomie mittels Darda-Technik vs. Lichtenstein wurde von Mohamedahmed vorgestellt, dies ist eine Art „Patch“ durch die Aponeurose des Musculus Obliquus Internus hinter dem Samenstrang. Yasen verglich die Rezidiv-Rate der Desarda-Technik mit der Lichtenstein-Technik sowie die postoperative Komplikationsrate in einer Meta-Analyse von etwas knapp 1800 Patienten/innen mit Desarda vs. knapp 1900 Pat. mit der Lichtensteintechnik (hauptsächlich Patienten/innen aus Uganda, Indien, Pakistan, Polen, Ägypten, Cuba u. Südafrika).

Die Rezidiv-Rate bei beiden Techniken erschien vergleichbar. Die Desarda-Technik ist in dieser Metaanalyse bezüglich postoperativer Mesh-assoziiierter Komplikationen überlegen, zeigt weniger postoperative Serome, kürzere Operations-Zeiten und schnellere

Rückkehr zur Arbeitsfähigkeit als gute Alternative in wirtschaftlich weniger entwickelten Ländern.

Soll der Samenstrang geschützt werden? -Eduardo Molina Fernandez, Havanna/Cuba

Molina referierte zum Thema der Samenstrangprotektion und plädiert für eine operative peritoneale Schicht, um den Samenstrang als zusätzliche Protektion für denselben zur Verbesserung der arteriellen und venösen Versorgung zu unterstützen, untermauert durch eine von der Universität Havanna durchgeführte Case-Control-Studie mit 1015 Fällen von 2008-2021, ungefähr die Hälfte davon mit einer peritonealen Protektion. Es zeigen sich dabei deutlich bessere Ergebnisse in der Kohorte der Samenstrang-Peritonealisierung im Spermogramm, bessere Ergebnisse der lokalen Komplikationen sowie in der vaskulären-

Doppler-Untersuchung in der Gruppe mit der zusätzlichen peritonealen Schichte, im Vergleich zur konventionellen Lichtensteinkohorte.

Gibt es eine Evidenz für die Applikation von Titanium-Meshes in der Inguinalhernienchirurgie? – Rene Holzheimer, München, Deutschland

Holzheimer präsentiert einen Überblick zur Evidenz für die Applikation von titanisierten Netzen in der Inguinalhernienchirurgie inklusive Evidenz-basiertem und systematischen Review über das Thema Titan-Meshes. Es gibt in klinischen Studien gewisse Vorteile von titanisierten Netzen gegenüber älteren schweren Netzen, sie haben zum Beispiel keinerlei signifikanten Effekt auf die männliche Fertilität. In histologischen Untersuchungen ergibt sich eine deutlich geringere Inflammations-Response auf Titanium-Meshes. Es existieren jedoch keine Analysen bezüglich Langzeit-Komplikationen und Langzeit-Effekten von Titanium-beschichteten Netzen.

Di 16.10.2022 - 08:30-10:00 BSI Main Session – neoadjuvant therapy: who and how?

Neoadjuvante Therapie: Selektion von Patienten/innen mit operablem Mamma-Carcinom und Management - Ines Buccimazza, Durban / Südafrika

Buccimazza, präsentiert einen Überblick über die Selektion von Patienten/innen mit operablem Mamma-Carcinom hinsichtlich einer neoadjuvanten Therapie, sowie das Management derselben. Dabei plädierte sie für den Begriff Primärtherapie (systemisch oder lokal) statt des Begriffes der neoadjuvanten Therapie, da diese weder neu (neo), noch adjuvant wäre.

Zusammenfassend führt die Charakteristik der Tumorbiologie zur entsprechenden primären (systemischen) Therapie, die Vorteile dieser ergeben sich in einer gewissen Prognostizität - eine axilläre pCR (pathologic complete response) hat gegenüber einer Brust-pCR den größten Effekt auf das DFS (disease free survival) sowie das OS (overall survival).

Die beste Modalität, um ein Assessment eines radiologischen Responses zu erzielen, ist derzeit das MRT.

Eine akkurate Lokalisation bei prä- und postsystemischer Therapie ist unerlässlich, hier stehen verschiedene Methoden wie zum Beispiel mittels Drahtmarkierung, Isotope,

Tusche, ultraschallgezielt, Carbon/Tattoo oder Seeds (magnetisch, radioaktiv mit Iod125, Reflektor-guided oder mittels Radiofrequenz-Identifikations-tags) zur Verfügung.

Schlussendlich ist noch das Thema der freien Resektionsränder (bei entsprechend kosmetischem Outcome), welche nach primärer systemischer Therapie das wichtigste Ziel des Chirurgen sei – freie Resektionsränder reduzieren, klarerweise die Lokalrezidivrate. Daher ist die intraoperative Evaluation essenziell (mit Durchführung intraoperativer Präparatradiographien, eventueller Sonographie und Gefrierschnitt), welche auch niedrigere Re-Operationsraten ergeben.

Management der Axilla nach neoadjuvanter Chemotherapie - Prakash Ipshita, Montreal / Canada,

Der derzeitige Standard ist die Sentinel-Exstirpation bei postchemotherapeutischer cN0 (klinisch negative Axilla). Um eine falsch negative Rate zu reduzieren, ist die Verwendung eines dualen Tracers (Tc-99 und Blaufärbung) sowie ein Minimum von 2-3 Sentinels

erforderlich. Bei klinisch suspekten Lymphknoten ist eine Targeted Axilla-Dissektion (TAD) mit präoperativer Lokalisation und selektiver Exzision von geklippten, bioptisch verifizierten positiven Lymphknoten empfohlen.

Die Resektion eines geklippten Lymphknotens, zusammen mit dem Sentinel (TAD), reduziert die falsch negative Rate von 4,2% auf 1,4% gegenüber der alleinigen Resektion nur des geklippten Lymphknotens.

Die axilläre Dissektion ist noch immer der derzeitige Standard nach neoadjuvanter Therapie bei Patienten mit ypN+ (d.h. residuelle positive Lymphknoten nach neoadjuvanter Therapie)

Das Management der Axilla nach neoadjuvanter endokriner Therapie - Jean Francois Boileau, Quebec / Kanada

Diese Patienten/innen sollten auf dieselbe Art therapiert werden, als hätten sie eine primäre chirurgische Therapie erhalten, da nur sehr niedrige axilläre pCR-Raten nach neoadjuvanter endokriner Therapie beobachtet werden (diese cN1 prä-endokrinen Therapien mit Konversion in cN0 postneoadjuvant werden jedoch hinsichtlich weiterer chirurgischer Therapie noch kontroversiell betrachtet).

ACOSOG Z0011-Kriterien können bei diesem Patientenkollektiv angewandt werden.

Kompletter Response nach neoadjuvanter Therapie: Ist die Chirurgie und/oder Radiotherapie wirklich notwendig? – Mikael Hartmann, Singapur

Prof.Hartmann aus Singapur referiert über eine Notwendigkeit der Chirurgie sowie Radiatio nach cPR (kompletter pathologischer Remission) nach neoadjuvanter Therapie.

Das Problem eines Verzichtes einer nach Chemotherapie notwendigen Therapie ergibt sich aus der nicht sicheren Vorhersehbarkeit einer cPR – zum Beispiel zeigt sich in der NSABP B-18 Trial bei nur 26% der Patienten eine cPR, die zuvor auch eine klinische komplette Remission hatten – ein Ansatz wäre eine Core-Biopsie, um die cPR zu objektivieren. Retrospektive Analysen ergeben einen signifikant schlechteren Outcome bei Verzicht auf eine RTX nach neoadjuvanter Therapie und brusterhaltender chirurgischer Therapie. Zusammenfassend gibt es nur sehr limitierte Evidenz auf einen Verzicht der Chirurgie oder Strahlentherapie bei Patienten/innen, die einen exzellenten Response nach neoadjuvanter systemischer Behandlung erzielt haben.

Das initiale chirurgische Management der akuten Pankreatitis durch Chirurgen/innen - Pauli Puolakkainen, Finnland

Nach Aufnahme, Diagnosestellung und Assessment der Schwere der Pankreatitis erfolgt das entsprechende Fluid-Management, adäquate analgetische Therapie gemäß lokaler Protokolle, enteraler Nutrition-Support, keine prophylaktische Gabe von Antibiotika oder Probiotika, ICU-Behandlung bei akuter nekrotischer Pankreatitiden mit eventueller Interventionen – ERCP innerhalb von 24 Stunden bei biliärer Pankreatitis mit Cholangitis, bei milder biliärer Pankreatitis Cholezystektomie, Behandlung akuter Komplikationen wie zum Beispiel das abdominale Kompartmentsyndrom.

Aktueller chirurgischer Zugang bei der chronischen Pankreatitis - Jakob Izbicki, Hamburg / Deutschland

Zusammenfassend ist eine frühzeitige Chirurgie zur Erzielung eines optimalen Langzeit-Outcomes hinsichtlich Schmerz, Organfunktion und Lebensqualität bei der chronischen Pankreatitis notwendig. Das Hamburg-Prozedere mit Duodenum-erhaltender Pankreaskopfresektion ergibt maximale Entlastung des Gallen- sowie kompletten Pankreasgangsystems.

Kosten-effektive chirurgische Ansätze bei Choledocholithiasis - Andreas Shamiyeh, Linz

Shamiyeh gibt eine exzellente Übersicht über Kosten-effektive chirurgische Ansätze bei Choledocholithiasis, inklusive ausgiebiger Literaturrecherche verschiedener Fachgesellschaften. Kernaussage - diese sollten in jedem Fall entfernt werden. Die LCHE (Laparoskopische Cholezystektomie) sollte in jedem Fall durchgeführt werden, laut ESGE-Guidelines innerhalb 2 Wochen nach ERCP, um die Konversionsrate zu reduzieren und biliäre Events zu vermeiden, diverse andere Studien fordern eine kürzere Zeitspanne bis zur operativen Intervention.

Bezüglich einer intraoperativen ERCP (Rendez-vous) gibt es keinen starken Empfehlungsgrad beziehungsweise wird in den verschiedenen Leitlinien nicht erwähnt. Gemäß S3-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) wird ein therapeutisches Splitting empfohlen.

Hingegen bestätigt eine prospektive Studie im WJG (World Journal of Gastroenterology) von 2005-2010 die Effektivität und Sicherheit der intraoperativen ERCP mit geringer Morbidität.

Insgesamt ist die Literatur diesbezüglich enden wollend, am kosteneffektivsten ist die intraoperative Gallengangs-Clearance, welche vergleichbar der intraoperativen ERCP imponiert – wenn die gleichzeitige Clearance nicht möglich ist, sollte ein therapeutisches Splitting angestrebt werden und die LCHE innerhalb 72 Stunden nach der Stein-Clearance erfolgen.

Gallenblasenpotpourri: asymptomatische Gallensteine, Gallenblasenpolypen, Porzellan-Gallenblase – Peter Schemmer, Graz / Austria

Zum Thema „Gallenblasenpotpourri“ wurde von Schemmer eine ausführliche Zusammenfassung verschiedenster Gallenblasenerkrankungen präsentiert.

Hervorzuheben ist dabei das Thema Gallenblasenpolypen, hier gibt es die Empfehlung zur operativen Sanierung bei symptomatischen Beschwerden als auch, wenn diese eine Größe >10mm aufweisen oder Komplikationsfaktoren vorhanden sind (Alter <50a, Cholelithiasis).

Sichere Performance der laparoskopischen Cholezystektomie bei akuter Cholezystitis – Matthew Walsh, Cleveland / U.S.A.

Walsh gab einen exzellenten Überblick sämtlicher Aspekte der LCHE bei akuter Cholezystitis; mit Tipps für die Intervention.

Di 16.8.2022 - 12:15-13:15 ISS/SIC Free Papers – Minimal Access Surgery

Keyloop Retraktor für eine gaslose Laparoskopie im Tiermodell – Siddesh Zadey Uganda + USA

Zaddey zeigt Alternativen für LMIC (Low and Middle Income Countries) als Möglichkeit bei fehlenden Ressourcen und präsentiert einen mechanischen Retraktor zur Durchführung einer Laparoskopie. Er bestätigt eine gute peritoneale Exposition, geringen Blutverlust sowie optimale Vitalparameter sowie Operations-Zeiten mit gleichen Ergebnissen wie bei einer Standard-Laparoskopie.

Die Rolle der thorakoskopischen Chirurgie bei Intrathorakaler 1.Rippenresektion beim Thoracic-Outlet-Syndrom - Ayman Kamal, Ägypten

Vorstellung einer prospektiven klinischen Studie.

Vergleichsstudie zw. Allgemeinchirurgen/innen und Assistenten/innen im 2.-4. Ausbildungsjahr in der Allgemeinchirurgie bei der Laparoskopischen Cholezystektomie - Maria Paula Navia Sanchez, Boqota / Kolumbien

Vorstellung einer Vergleichsstudie hinsichtlich eines möglichen signifikanten Unterschiedes des intra- und postoperativen Outcomes, abhängig vom Ausbildungsgrad – eine Vergleichsstudie bei 192 Patienten/innen zeigt, dass eine laparoskopische Cholezystektomie sicher durch chirurgische Assistenz-Ärzten/innen erfolgen kann, solange eine Supervision erfolgt und somit in etwa das gleiche Outcome erzielt wird wie durch den fertig ausgebildeten Allgemeinchirurgen.

Di 16.8.2022 - 13:30-13:45 ISS/SIC Free Papers – General Surgery 2

Eine neue Biopsie-Technik zur Detektion von Aganglionosis bei Morbus Hirschsprung durch Verwendung von RAMAN-Spektroskopie kombiniert mit „deep learning“ – Katsuhiro, Oita / Japan

Die RAMAN Spektroskopie ist eine laserbasierte Analysetechnik, mit der bestimmte Zusammensetzungen und Konzentrationen mittels spektroskopischer Untersuchung der inelastischen Streuung von Licht an Molekülen oder Festkörpern bestimmt werden, um bei biologischem Gewebe Moleküle zu identifizieren und zu quantifizieren, ohne Aufbereitung, Extrahieren oder Zerstörung der ursprünglichen Probe. Sie kann für eine intraoperative markierungsfreie Detektionsmethode verwendet werden, im Sinne einer sogenannten Optischen Biopsie – im Gegensatz zur konventionellen Biopsie mit HE-Färbung – und ist hilfreich in der Identifizierung des Enteraleen Nervensystems in der Darmwand.

Die Kombination der RAMAN-Analyse mit deep learning basierend auf CNNs (=Convolutional Neural Networks) -Modelle können neue Perspektiven in der Einstufung eines Morbus Hirschsprungs ergeben und somit ein akkurates und klinisch objektives Prozedere für ein Screening und Monitoring bieten.

Pro futuro wird endoskopisch und laparoskopisch versucht werden, eine neue nichtinvasive real-time Diagnose-Methode zu entwickeln, die keine konventionelle Biopsie mehr erforderlich macht, durch den Ersatz durch die sogenannte Optische Biopsie / RAMAN-Spektroskopie.

Di 16.8.2022 - 13:30-15:00 BSI-Free Papers

Moderne Nipple Sparing Mastektomie-Techniken, um Komplikation zu reduzieren: Erhaltung wichtiger Blutversorgung basierend auf Brust-MRI“ - Karin Mardi, Stanford / U.S.A.

In der MR-Mammographie sieht man meist eine mediale dominante arterielle Versorgung, entsprechend der Versorgung durch den Mammaria interna-Perforator. Die Frage, mit der sich Karin Mardi beschäftigt, ist, ob diese bei der Mehrheit der Patienten/innen verantwortliche versorgende Arterie der Mamille, während eines chirurgischen Eingriffes identifiziert und erhalten werden kann, um häufig vorkommenden Nekrosen und ischämische Komplikationen bei der Nipple-Sparing-Mastektomie vermeiden zu können.

Dazu werden entsprechende Daten präsentiert, die zeigen, dass in 92% der Patienten/innen eine dominante Versorgung des Nipple-Areola-Komplexes durch die Mammaria-Interna-Perforatoren existieren und durch eine Schonung respektive Erhaltung dieser Äste eine deutliche Verringerung der ischämischen Komplikationen erreicht werden kann.

Gesundheits-assoziierte Lebensqualität nach Brustrekonstruktion: Vergleich der Ergebnisse zw. verschiedener Rekonstruktionstechniken unter Verwendung des Breast-Q“ – Charlotta Kuhlefelt, Helsinki / Finnland

Eine autologe Brust-Rekonstruktion ist assoziiert mit höherer Lebensqualität – es ist fraglich, ob diese von der Art der Rekonstruktionsmethode abhängt, diese Arten (zum Beispiel durch mikrovaskuläre Lappen, Latissimus dorsi-Lappen, Fett-Grafts) wurden in einer Cross-sektionalen Studie unter Verwendung des Breast-Q (ein standardisierter Fragebogen zur Messung der Lebensqualität) verglichen – diese zeigt eine hohe Zufriedenheitsrate bei Brustrekonstruktionen, unabhängig von der verwendeten Art der Rekonstruktion. Die Entscheidung zur Operations-Methode kann hinsichtlich individueller Charakteristik und Patientenwunsch erfolgen.

Benefit des PEC-Blocks als Teil der ERAS bei Brust-Ca-Pat in einer Asiatischen Institution - eine retrospektive Kohortenstudie“ – Mei Sze Teh, Kuala Lumpur / Malaysia

Teh präsentiert die Durchführung eines Pectoralis-Blocks unmittelbar postoperativ, dies wird als Beitrag zur Implementierung der Tagesklinischen Chirurgie auch bei Mastektomie bei selektionierten Patienten/innen gesehen und führt zu einem deutlich verbessertem Kosten-Benefit.

Der PEC-Block ist als Teilkonzept von ERAS zu betrachten, ERAS-Protokolle sollten im Rahmen der Mamma-Chirurgie entsprechend integriert werden (ERAS: Enhanced

Recovery After Surgery – entsprechend einer Weiterentwicklung des “Fast Track“-Konzeptes).

Prädiktive und prognostische Rolle der tumorinfiltrierenden Lymphozyten (TILs) bei fortgeschrittenen Brustkrebspatienten/innen, welche mit primärer systemischer Therapie behandelt wurden - Vishvak Chantgar, Lucknow / Indien

Chantgar präsentiert Daten aus Indien mit folgenden Kernaussagen:

höhere TILs sind signifikant häufiger in triple negativen Carcinomen als in Her2 oder luminal-Subtypen zu finden.

Unabhängig vom Subtyp, je höher die TILs, desto wahrscheinlicher ist es, eine pCR zu erzielen (pathologische komplette Remission).

Hohe TILs bei triple negativen Carcinomen und Her2-Subtypen korrelieren mit längerem DFS (disease free survival) und OS (Overall Survival), aber nicht bei Luminal-Subtypen.

Die meisten Patienten/innen mit Luminalem Subtyp hatten niedrige TILs, die kleine Untergruppe der Luminalen Subgruppe mit hohen TILs rechtfertigen weitere Studien, um die Korrelation von TILs mit dem Outcome zu prüfen.

Di 16.8.2022 – 15:30-17:00 **BSI Debates – Breast Surgery**

Eine äußerst gelungene Session war die Pros and Cons-Sitzung mit kontroversiellen Ansichten bei derzeit hochaktuellen polarisierenden Diskussionen:

Level II fortgeschrittene onkoplastische Chirurgie sowie Lappenrekonstruktionen sollten mit einem Plastischen Chirurgen durchgeführt werden

Pros: Rupert Koller, Wien

Cons: Elisabeth Elder, Australia

Koller betont die maßgebliche Beteiligung von Plastischen Chirurgen/innen bei rezenten und nonrezenten Entwicklungen und Entdeckungen, ebenso bei fundamentalen Grundlagenarbeiten, die zu den aktuellen chirurgischen Standards geführt haben, die ohne die Plastische Chirurgie nicht möglich gewesen wäre.

Er propagiert den Team-approach sowie den Plastisch-Chirurgischen Standby zum Management bei unerwarteten Situationen, zur leichteren Konversion des operativen Vorgehens sowie zur Verbesserung des Komplikationsmanagements. Plastiker/innen sollten bei jeder Level II-onkoplastischen Operation und Rekonstruktion nach Mastektomie involviert werden.

Als Konterpart fordert Elder den Austausch von „soll“ auf „kann“ bei der Frage, ob Plastische Chirurg/innen die Onkoplastik durchführen sollten. Sie betont, dass Skills ausschlaggebend seien sollten und keine formalen Titel.

In anderen Bereichen, wie der Coloskopie wären schlussendlich auch mehrere Disziplinen tätig. Onkoplastik wäre ein natürlicher Part in der Entwicklung der Brustchirurgie. Sie betont die umfangreichen Schulungsprogramme hinsichtlich Onkoplastik bis hin zu onkoplastischen Zertifikaten, um die Onkoplastik in das jeweilige Behandlungsrepertoire einbringen zu können. Weiters sei ein fließender Übergang in der Definition zw. Level I und II von onkoplastischen Techniken. Elder zeigt Daten bezüglich postoperativer Komplikationsraten, die keinen Unterschied in den Komplikationen von Plastischen

Chirurgen/innen oder normalen Brustchirurgen/innen zeigen, jedoch eine längere Operations-Zeit bei Plastischen Chirurgen/innen.

Die Axilla jeder Mamma-Patienten/innen sollte mit Ultraschall beurteilt und verdächtige Knoten biopsiert werden

Pros: Andreas Brezina, Wien

Cons: Gaurav Agarwal, Lucknow / India

Brezina als Pro-Redner propagiert den Ultraschall als wichtigstes Tool der Notwendigkeit eine neoadjuvante Therapie vorherzusagen. Da das Ausmaß einer axillär-nodalen Beteiligung durch Sonographie und Biopsie objektiviert wird, ist es ein wichtiger Faktor für individualisierte multidisziplinäre Behandlungsentscheidungen.

Der Ultraschall der Axilla ist als Beweis für die Effektivität einer neoadjuvanten Therapie essenziell, Clips sollen helfen, betroffene Lymphknoten nach neoadjuvanter Therapie zu identifizieren.

Agarwal als Kontra-Redner sieht die Notwendigkeit, das Patientengut diesbezüglich akkurat zu selektionieren, und betont, dass nicht alle Patienten Ultraschall und Biopsie von suspekten axillären Lymphknoten hätten – insbesondere bei klarer Indikation zur Axilla-Dissektion ohne Deeskalationsbedarf, zum Beispiel bei cN2 oder inflammatorischem Carcinom.

Gezielte axilläre Lymphknoten-Dissektion (Targeted Axillarynode Dissection-TAD) sollte immer bei nodal-positiven Brustkrebspatienten/innen post-neoadjuvant durchgeführt werden

Pros: Ines Buccimazza, Südafrika

Cons: Michael Douek, UK

Buccimazza bekräftigte als Pro-Rednerin die TAD als angemessene Option zur De-Eskalation extensiver axillärer Chirurgie bei Patienten/innen mit positiven axillären Lymphknoten (cN1) und einem exzellenten Ansprechen auf eine primäre (neoadjuvante) Chemotherapie. Sie ist ein akkurates Werkzeug einer minimalen Staging-Prozedur bei cN1-Axilla, hat die höchste Identifikationsraten mit niedrigster falsch-negativ-Rate.

Sie trägt dazu bei, ein optimales Management von Patienten/innen zu erzielen, die initial axillär-nodal positiv waren und schlussendlich postchemotherapeutisch in ypN0 konvertiert sind.

Douek als Konterpart bekräftigt die Chirurgie als wichtigste Behandlung gegen Brustkrebs, die neoadjuvante Therapie könnte durchaus einen negativen Impact auf den klinischen Outcome haben, indem Sie inadäquat und zu oft angewandt werden würde. Die primäre Sentinel-Biopsie ist noch immer Standard, die TAD (tailored axillary dissection) ist noch nicht vollständig evaluiert.

Intravenöse Lokalanästhesie verglichen mit intraperitonealer Lokalanästhesie bei der laparoskopischen Kolektomie – eine doppel-blind randomisierte Kontroll-Studie“ - Wiremu Macfater, Auckland / Neuseeland

Die Peritonealhöhle respektive das peritoneale Kompartiment ist ein strategisches Ziel für lokales Anästhesie-Management.

Perioperative Infusionen von intraperitonealer Lokalanästhesie reduzieren signifikant den Verbrauch von Opioiden, verglichen mit intravenöser Lokalanästhesie; zukünftige ERAS-Empfehlungen sollten die intraperitoneale Lokalanästhesie als eine wichtige Komponente einer multimodalen Strategie gegen den postoperativen Schmerz nach Kolektomie beachten.

Prospektive Vergleichsstudie einer Mesh-Fixation bei der TEP mit Tacker vs. Cyanoacrylat vs Fibrinkleber“ - Arvind Shukla, Indore / Indien

Die Kosten von Tacker (knapp 320 U\$) verglichen mit Fibrinkleber (etwa 12 U\$) und Cyanoacrylat (0,13 U\$) sowie der Verlauf, Schmerz, Aufenthaltsdauer, Serombildung und Harnverhalt sowie Langzeitergebnisse wie chronischer Schmerz, Rezidivrate sowie Arbeitsunfähigkeit wird durch diese indische Arbeit untersucht – 390 Patienten/innen wurden in einer randomisierten Control-Studie eingebracht und diese 3 Methoden der Mesh-Fixierung bei der TEP verglichen. Die Ergebnisse zeigen eine deutlich kürzere Hospitalisierung sowie vermindertem chronischen Schmerz in der Cyanoacrylat-Gruppe gegenüber Tacker, wo hingegen der Benefit gegenüber Fibrinkleber lediglich in der Kosteneffektivität und der leichteren Anwendbarkeit liegt. Deswegen empfiehlt Shukla die Anwendung von Cyanoacrylat für die Mesh-Fixation in Setups mit limitierten Ressourcen und in Entwicklungsländern.

Erfahrungen von Chirurgen/innen und der Zusammenhang bezüglich chirurgischem Outcome nach Notfall-Appendektomie“ - Rebecca Hulme, Stockholm/Schweden

Vorstellung einer prospektiven observationalen nicht-randomisierten Multicenter-Kohorten-Studie mit knapp 4350 Patienten/innen in 74 Zentren aus 14 Ländern. Die Mehrheit der Fälle war ohne Komplikationen, es gab keine signifikanten Unterschiede im Outcome auf Basis der Erfahrung des/r Operateurs/in (wobei eine nicht angepasste Subgruppenanalyse von Ileus, Sepsis und Abszessen eine statistisch höhere Prävalenz für Auszubildende gegenüber Trainees objektiviert); die Homogenität der Daten zeigt jedoch die Appendektomie als weniger geeignet, um Einfluss auf das Outcome zu evaluieren.

Das Risiko einer inflammatorischen Bowel Disease nach Bariatrischer Chirurgie“-Ali Kiasat, Stockholm/Schweden

Unter dem Hintergrund einer Auto-Immun-Antwort auf die Darmbakterien, sowie Umwelteinflüsse wie Rauchen, AE, Diät, Stress, Vitamin D-Defizit, Antibiotika-Exposition, sowie genetischer Faktoren wie 163 verschiedener Gen-Loci, die assoziiert mit Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn auftreten, ist auch die Bariatrische Chirurgie mit Ihrer Veränderung auf das gastrointestinale Mikrobiom (Zunahme von Bacteroides, Proteobakterien, Abnahme von Firmicuten) als eventuelle Risikosituation zur Diskussion gestellt worden.

Kiasat präsentiert dazu eine retrospektive Kohorten-Studie hinsichtlich Assoziation zwischen Bariatrischer Chirurgie und chronisch entzündlicher Darmerkrankungen in einer großen populationsbasierten Kohorte, basierend auf schwedischen Registerdaten von etwa 65.000 bariatrischen chirurgischen Fällen und einer Kontrollgruppe von etwa 635.000 Personen ohne bariatrische Chirurgie. Hier zeigt sich bei Roux-en-Y-Gastrischem Bypass ein erhöhtes Risiko für einen Morbus Crohn und einer unklassifizierten Inflammatory Bowel Disease, aber kein Risiko für eine Colitis ulcerosa.

Die Sleeve-Gastrektomie war assoziiert mit der Entwicklung einer Colitis ulcerosa, aber keinem Morbus Crohn oder einer unklassifizierten Inflammatory Bowel Disease, die natürlich noch weiteren Studien bedürfen.

Führt die laparoskopische Appendektomie in Asien zu weniger Analgetika-Gaben und schnellerer Arbeitsfähigkeit ? – Reyaz Singaporewalla / Singapore

Ein telefonisches Follow Up bei knapp 200 Patienten/innen objektiviert eine exzessive Verschreibung von Analgetika in der Laparoskopiegruppe, die meist nach 5 Tagen beendet wurden. Die Hospitalisierungsrate konnte bei der Laparoskopiegruppe im Vergleich zur konventionell operierten Gruppe reduziert werden, postoperative telefonische Visiten konnten Hospitalaufenthalte verkürzen, 75% der Patienten/innen waren zum Zeitpunkt der telefonischen Kontaktaufnahme asymptomatisch.

Kosteneffektivität von Antibiotika-Gebrauch in unkomplizierter Divertikulitis in einer pragmatischen doppelblind-randomisierten Studie“ – Su Mei Hoh, Auckland, Neuseeland

60 Patienten/innen wurden in dieser doppelblind-randomisierten Studie aus Neuseeland rekrutiert, es gab keinen signifikanten Unterschied in der medianen Aufenthaltsdauer oder Administrationskosten – hier zeigt sich, dass die Anwendung von Antibiotika die Kosten der Behandlung der unkomplizierten Divertikulitis nicht reduziert haben, ein nichtantibiotischer Behandlungspfad hat in eine milde Kostenersparnis geführt, somit gibt es eine starke wirtschaftliche Rationale, auf Antibiotika bei bestimmten selektionierten Patienten/innen mit unkomplizierter Divertikulitis zu verzichten.

Mi 17.8.2022 - 08:30-10:00

ISS/SIC Lloyd Nyphus Prize Session – Best ISS/SIC

Abstracts

Video-Präsentation “Diaphragmatische Peritonektomie bei Ovarial-Ca“ Andrzej Komorowski, Krakau/Polen

Komorowski präsentiert ein Video mit Fallpräsentation bezüglich primärer Polychemotherapie vs. primärer optimaler chirurgischer Zytoreduktion.

Das chirurgische Bauchgefühl zur Vorhersage des Outcomes von Notfall-Laparotomien“ Ahmed Barazanchi, Sydney / Australien

Das chirurgische Bauchgefühl kann verschiedene nichtmessbare Variablen umfassen, hat wenig Korrelation mit dem Alter und der Gebrechlichkeit bzw. Allgemeinzustand von Patienten/innen, ist ein guter Prädiktor für die Mortalität; ist zur allgemeinen Risikoeinschätzung jedoch unzureichend, daher soll das chirurgische Bauchgefühl nicht alleine als einziger Faktor für die Vorhersage der Risikosituation herangezogen werden, ein negatives Bauchgefühl bedeutet leider auch eine erhöhte Mortalität, ist aber ein guter Prädiktor für diese.

Effekte der Short-Stitch-Technik zum abdominellen Mittellinienverschluß bei Incisionshernien – Ergebnisse aus der randomisierten klin ESTOIH-Studie“ - Rene Fortelny, Wien

In der doppelblinden, prospektiven randomisierten internationalen Multicenter ESTOIH-Studie wird die small-bites-Technik (Stichabstand <6mm, 5-8mm vom Fasziendrand entfernt) mit der large-bites Technik (10mm, >10mm vom Fasziendrand entfernt) hinsichtlich Auftretens eines Narbenrezidives nach Abdominalwandverschluss verglichen. Es wurden 468 Patienten/innen eingeschlossen, um das Auftreten von Rezidivhernien nach 1 Jahr zu demonstrieren. Bezüglich Platzbauch gab es ein 7-fach vermindertes Risiko der short-stitch-Technik im Vergleich zur large-bites-Technik.

Die short-stitch Technik zeigt zwar eine verlängerte Operations-Zeit hinsichtlich Verschlusses der Faszie um etwa 6 Minuten sowie der initialen Präparation der Linea alba, hat allerdings eine verbesserte Verteilung des Nahtzuges auf das Gewebe, zeigt daher auch ein geringeres Trauma auf das Gewebe, verbessert die Kollagen-Synthese, hat synergistische Effekte mit elastischem und monofilem Nahtmaterial und zeigt eine geringere Narbenrezidiv-Rate (4,2% vs.8,2%).

Off-Label-Use von Orthopädischen Trauma-Implantaten in einem LIC (Low Income Country) – Florian Wichlas, Salzburg

Häufige Situationen in Niedriglohnländern: schwere Verletzungen treffen auf limitierte Ressourcen, dies resultiert in eine Off-Label-Behandlung – Improvisation als ein Akt der Notwendigkeit, spezifisch für NGO-Chirurgie und wichtig für die Entwicklung der Chirurgie. Demgegenüber würden lost cases stehen, wenn keine chirurgische Behandlung erfolgen würde.

Wichlas präsentiert Fälle aus Freetown in Sierra Leone, wo bei 25 Patienten/innen off-Label-Verwendung von Implantaten angewandt wurden, zur Anwendung kamen

hauptsächlich Externe Fixatoren oder Spickdrähte. Der Hauptgrund für den Off-Label-Use war, dass aufgrund limitierter Ressourcen im Krankenhaus kein geeignetes Implant-Device zur Verfügung stand. Spezielle moderne Implant-Devices waren nicht verfügbar, weil es entweder nicht rechtzeitig sterilisiert wurde oder aufgrund von Versorgungsproblemen nicht mehr geliefert werden konnte.

Mi 17.8.202 - 10:30-12:00

ISDS /FELAC/ISS/SIC -State of the Art Session

Behandlung von alltäglichen gastrointestinalen Pathologien rund um die Welt

Cholelithiasis – Eduardo Montalvo-Jave, Mexico

In Lateinamerika werden 3 Szenarien bei der Cholelithiasis weitreichend verfolgt:

Offene Cholezystektomie + Choledochostomie

Laparoskopische Cholezystektomie + simultane ERCP (Rendez-vous)

Laparoskopische Cholezystektomie + Ductus hepaticus-Exploration, wenn entsprechende chirurgische Expertise und Erfahrung adäquat vorhanden sind.

Die Rendez-vous Technik ist bis dato sehr erfolgversprechend, da diese erlaubt, in einer einzeitigen Prozedur zu behandeln. Sie scheint bei der Steinbehandlung im Vergleich zur intraoperativen Exploration des Ductus hepatocholedochus deutlich überlegen zu sein, auch in Hinblick auf die Dauer des Krankenhausaufenthaltes und der Morbidität. Das Risiko einer akuten Pankreatitis nach einer ERCP wird von 3,6% auf 2,2% reduziert.

Akute Pankreatitis – Albert Tuchmann, Wien

Tuchmann präsentiert einen Überblick über die Pathophysiologie, Einteilungen respektive Scores und Diagnosestellung; stellt das umfassende konservative Management inklusive Ernährungskonzepte, als auch die therapeutischen Maßnahmen bei der akuten Pankreatitis dar.

Der stufenweise Zugang ist Standard mit Durchführung von Drainagen, Endoskopie, Mini-invasiven chirurgischen Techniken bis hin zur bedarfsgerechten offenen Chirurgie nach 4-6 Wochen.

Was ist der beste Zugang zu einem stenosierenden Colocarzinom – Raoul Cutait, Sao Paulo/Brasilien

Stenting ist eine gute Option, um die Zeit zur Chirurgie zu brücken zu können oder um Resektionen insbesondere im linken Hemikolon vermeiden zu können.

Stent oder Stoma ist verpflichtend bei Patienten/innen mit mehr als 40-50% obstruktiver Einschränkungen.

Erfahrene Endoskopiker/innen haben eine hohe Erfolgsrate stenosierende obstruierende Tumoren mittels Stents zu versorgen, wobei der Stent assoziiert ist mit einer höheren Rate an Komplikation im Langzeit-Follow-Up. Hinsichtlich der Prognose ist die Literatur nicht ganz klar.

Mi 17.8.2022 - 13:30-13:45 APIMSF Main Session – New Developements in Military System

LODOX – Aufsuchen von Fragmente - ein Ganzkörper-Röntgen in 13 Sekunden – Ken Boffard, Johannesburg / Südafrika

Ausgehend von Diebstählen in der Diamantindustrie entwickelte De Beers (einer der größten Gold- und Diamantproduzenten weltweit) ein Verfahren zur Durchführung eines Ganzkörper-Röntgens mit niedriger Strahlendosis.

Das Röntgen ist Goldstandard zur Detektion von verschluckten Diamanten, ein konventionelles Röntgen würde jedoch eine zu hohe Strahlendosis verursachen, sowie zu große Zeitressourcen verschwenden. 2% aller bösartigen Erkrankungen in den U.S.A. und Australien können direkt einer medizinischen Bestrahlung zugeschrieben werden, 40% der medizinisch zugeordneten Strahlenexposition können CT-Untersuchungen zugeordnet werden.

Das alternative Low-Dose-X-ray (LoDoX) hat nur 20% der konventionellen Strahlendosis und bietet eventuell neue Möglichkeiten in der Traumatologie

Mi 17.8.2022 - 13:45-14:30 ISDS Grassi Prize Session - Best ISDS Abstracts

Diagnostische Bildgebung oder Observanz bei incipienter Appendicitis – eine open-label randomisierte klin. Studie – Kirsi Lastunen, Helsinki, Finnland

Vorstellung einer Studie durch Lastunen; mit 185 Patienten/innen, die randomisiert wurden hinsichtlich Observanz oder Bildgebung – dabei gab es kein Mehr an Komplikationen oder negativen Appendektomien in der Observationsgruppe oder Unterschiede in anderen klinisch relevanten Diagnosen, jedoch weniger Operationen in der Beobachtungsgruppe. Die Krankenhausaufenthaltsdauer war in beiden Gruppen ähnlich.

Resultierend aus diesen Daten zeigt sich bei weniger durchgeführten Computertomographien eine Kosteneinsparung sowie geringere Strahlenexposition, weniger chirurgische Eingriffe und somit weniger chirurgische Komplikationen, als auch damit verbundene Kosteneinsparungen. Somit ist die Observanz bei Appendicitis eine sichere und effektive Alternative zur radiologischen Bildgebung bei Patienten/innen mit milden Symptomen einer Appendicitis.

Kann gezielte Beeinflussung des Sphinkter Spasmus den postoperativen Schmerz nach Hämorrhoidektomie reduzieren? Ein systemischer Review sowie Metaanalyse – Hanson Unasa, Auckland / Neuseeland

Es gibt verschiedene gezielte Methoden, den Sphinkter-Spasmus zur Schmerzreduktion zu affektieren. Eine laterale Sphinkterotomie, Botulinum-Toxin sowie GTN (Glycerin-Tri-Nitrat) weisen Nachteile auf, Diltiazem wäre eine vielversprechende Option. Es existieren jedoch keine konsistenten postoperativen Schmerz-Protokolle.

Ein systematischer Review u Metaanalyse bezüglich präoperativer kombinierter mechanischer und antibiotischer Darmvorbereitung, um Komplikation in elektiven kolorektalen Eingriffen zu vermeiden – Maria Willis, Bonn / Deutschland

Mechanische Darmvorbereitung und orale Antibiose können die Rate an chirurgischen Infekten und Anastomoseninsuffizienzen im Vergleich zur alleinigen mechanischen Vorbereitung verringern. Es zeigt sich jedoch kein Einfluss auf die Mortalität, auf die Inzidenz des postoperativen Ileus als auch auf die Hospitalisationsdauer.

Orale Antibiose allein dürfte gleichwertig zur Kombination von beiden sein, aber dies kann aufgrund der vorhandenen Evidenz nicht zuverlässig beurteilt werden. Bei gegebener Evidenz ist der Vergleich zw. der Kombination von oraler mechanischer Vorbereitung inklusiver oraler Antibiose versus „keine Vorbereitung“ nicht konklusiv.

Mi 17.8.2022 - 14:20-14:30 IASS Main Session – The Great Debate: Surgical Specialty Showdown

Endokrine Chirurgie, Julie Ann Sosa, U.S.A

Pros der Endokrinen Chirurgie: als Endokriner Chirurg/in hat man die Möglichkeit der Heilung (am Beispiel des Schilddrüsen-Carcinoms), hat mit benignen und malignen Erkrankungen zu tun, man arbeitet mit Patienten/innen jeglichen Alters, angefangen von Säuglingen bis hin zu Hundertjährigen (zum Beispiel mit primärem Hyperparathyreoidismus), man arbeitet in allen Körperregionen (Hals, Thorax, Retroperitoneum), hat Möglichkeiten der minimalen (Parathyreoidektomie) bis maximalen invasiven chirurgischen Methoden (offene Adrenalektomie), inklusive der laparoskopischen Chirurgie, sowie neue, sich entwickelnde Therapiemethoden (RFA-Radiofrequenzablation). Man genießt eine überwältigende elektive Praxis, deswegen ist es ideal kombinierbar mit Forschung, Ausbildung, Administration / Leadership sowie Lebensqualität. Die Endokrine Chirurgenlandschaft zeigt eine hohe Diversität mit einem hohen Frauenanteil, die endokrine Chirurgie selbst ist technisch herausfordernd.

Überlebensvorhersage nach kolorektalen Lebermetastasen durch Machine-learning – Iakovos Amygdalos. Aachen, Deutschland

Die radikale Resektion von kolorektalen Lebermetastasen ist die einzige Option für ein verbessertes Langzeitüberleben, verschiedene Scores wurden entwickelt, um das Outcome nach Chirurgie zu evaluieren. „Machine learning“ extrahiert Kennzahlen aus bekannten Daten und gibt Vorhersagen hinsichtlich neuer noch unbekannter Daten.

Gradienten-geboosterte Entscheidungsbäume sind eine Kombination von vielen „schwachen Lernern“ in ein starkes Ensemble. Jeder neue Entscheidungsweig korrigiert die Vorhersagen der vorangegangenen Entscheidungsweige – damit kann man eine kumulative Verbesserung in der Vorhersagekapazität erzielen.

Amygdalos präsentiert dazu eine retrospektive Studie an der Universitätsklinik Aachen bei 487 leberresezierten Patienten.

Das Vorhersagemodell kann Hochrisiko-Patienten/innen hinsichtlich der Overall-Survival nach kurativer Leberresektion wegen kolorektaler Metastasierung identifizieren, bei diesen Patienten/innen kann ein engeres Follow-Up und eine aggressivere systemische Therapie-Strategie zum Benefit dieser Patienten/innen führen.

Siegelringzell-Carcinom des Magens: Besonderheiten in klinischen als auch pathologischen Eigenschaften / Features einer 5-Jahres follow-up retrospektiven Studie. - Urania Fernandes, Villa Real / Portugal

Obwohl es zu einer generell regredienten Inzidenz für Magen-Carcinome in den letzten Jahrzehnten kam, ist die Inzidenz des Siegelringzell-Carcinoms steigend, das heißt für etwa 35-45 % der Adenocarcinomata im Magen verantwortlich. Die Prognose ist noch immer diskutiert und erscheint vom Stadium zum Zeitpunkt der Diagnose abhängig zu sein. Die subtotale Gastektomie ist für Antro-pylorische Carcinome empfohlen, unabhängig vom histologischen Subtyp, wohingegen auch manche eine totale Gastektomie routinemäßig durchführen.

Obwohl es zu einer höheren Rate von N+ bei Siegelringzell-Carcinomen kommt, gibt es keine spezielle Empfehlung über die Art der Lymphadenektomie, außer, dass ein Minimum von 16 Lymphknoten empfohlen ist. Siegelringzell-Carcinome scheinen auch eher chemotherapieresistent zu sein, die Daten sind jedoch noch unzureichend, um auf eine Standard-Chemotherapie verzichten zu können.

In dieser unizentrischen retrospektiven Kohorten-Studie wurden Siegelringzell-Carcinome mit anderen Magen-Carcinomen verglichen (2012-2016). In der Gruppe der Siegelring-Carcinome zeigten sich häufiger jüngere Patienten/innen, vorwiegend mit dyspeptischen Syndromen, meist im Corpus lokalisiert. Hinsichtlich operativer Strategien überwiegen totale Gastrektomien und Roux-Y-Operationen.

Frauen zeigen eine höhere Risikosituation für höhere Stadien, generell sind Rezidive (lymphatisch) häufiger im Bereich der Anastomose gelegen, sowie als Peritoneal-Carcinosis auftretend, adäquate Lymphadenektomie ist daher von größter Bedeutung für eine verbesserte Überlebensrate.

Mesenterielle Rezidive bei Colonicarcinomen – Evidenz für die Anwendung einer kompletten mesocolischen Excision (CME). – Tara Connelly, Cleveland/U.S.A.

CME ist ein wichtiges Konzept, eine Strategie zur Reduktion des Risikos von lokoregionären Colonicarcinom-Rezidiven.

Wichtig dabei ist die vorsichtige Dissektion zwischen den mesenterialen Schichten und der parietalen Faszie, Entfernung der kompletten mesenterialen Faszie und des viszeralen Peritoneums UND die hohe / zentrale Gefäßligatur. Die CME ist technisch anspruchsvoll, hat längere Operationszeiten und daher auch ein höheres Blutungs-Risiko sowie Gefahr der Schädigung benachbarter Strukturen, daher wird die CME in manchen Zentren kontroversiell angesehen. Connelly präsentiert mehrere Fälle, die ein mesenteriales Colonicarcinom-Rezidiv aufwiesen (alle ohne CME-Resektion - radiologisch bestätigt). Die Mehrheit hatte eine Chemotherapie nach Ihrer Index-Resektion, 37% waren einer weiteren folgenden CME-basierten Resektion nicht zugänglich.

**Mi 17.8.2022 - 15:53-16:13 IATSIC Main Session –
Social Media in Trauma and Education: Use and Abuse – Ethical Aspects**

Social Media in Health Care – Opportunities, Hayato Kurihara, Italien

Youtube zeigt eine immense Auswahl an chirurgischen Videos, es gibt jedoch keinen chirurgischen Inhaltskurator, deswegen kann man als eine etwas weniger erfahrene Person leicht von schlechten oder potenziell fehlerhaften Videos missgeleitet werden.

Andere Plattformen wie Hashtags, Surgical Pizza, Twitter, Facebook, Whatsapp, SoMe, Blogs wie Blogger, #SoMe4Surgery, #Ilooklikeasurgeon, #HerTimelsNow und andere Hashtags werden vorgestellt.

Social Health Media in Health Care – Dangers -> Susan Brundage, London, UK

Mi 17.8.2022 - 16:00-17:00 ISDS Videos – Digestive Surgery

Kritische Sicht bzgl. Sicherheit (Critical view of safety – CVS) ist wichtig zur Verhinderung iatrogenen Verletzungen an großen aberranten Arterien während einer laparoskopischen Cholezystektomie.

– Nitin Vashistha, Neu-Delhi / Indien

CVS ist ein wertvolles Instrument, um iatrogene Verletzungen von großen aberranten Gefäßen während einer LCHE (laparoskopischen Cholezystektomie) zu vermeiden.

Laparoskopische Resektion eines retroperitonealen Schwannoms – Video-Präsentation + Literaturübersicht

Joao Teixeira, Porto/Portugal

3% der Schwannome sind retroperitoneal; stellen 4% aller retroperitonealer Tumore dar, haben langsames Wachstum, daher asymptomatisch und häufig nur als Zufallsbefund objektiviert. Es gibt keine speziellen radiologischen Kriterien, hat iatrogene Risiken durch Feinnadelbiopsien / Biopsien; die Chirurgie schafft die definitive Diagnose. Es folgt eine Fallpräsentation einer 67-jährigen Patientin mit histologischen und radiologischen Befunden sowie intraoperatives Vorgehen.

Laparoskopische komplette mesocolische Excision mit separater Ligatur der ileocolischen Gefäße am Ursprung – eine sinnvolle Technik für eine sichere mesenteriale Resektion bei ileozökalem Morbus Crohn.

Nitin Vashistha, Neu-Delhi / Indien

In der konventionellen Chirurgie bei Morbus Crohn erfolgt die knappe Darmresektion mit Belassen des Mesenteriums, Beobachtungsstudien schlagen jedoch vor, eine komplette Resektion des Mesenteriums bei ileozökaler Resektion durchzuführen, um ein Rezidivrisiko eventuell zu verringern. Es existieren randomisierte Studien (SPICY), um diese Hypothese zu evaluieren. Es folgt eine Fallpräsentation mit kompletter mesocolischer Exzision und zentraler vaskulärer Ligatur, dies resultiert in einer blutungsärmeren Chirurgie beim Eintritt in die „holy plane“ und einer kompletten Resektion des befallenen erkrankten Mesenteriums.

Diese Technik der laparoskopisch zentralen individuellen Ligatur der Ileozökalen Arterie/Vene bei Morbus Crohn ist somit eine sichere Option (sichere Ligatur des entzündeten Pedikels), das Risiko eines Crohn-Rezidives zu reduzieren.

Resektion eines riesigen rektalen LST-G mittels TAMIS – Felipe Celedon, Santiago/Chile

Fallpräsentation einer 77-jährigen Patientin mit einem Giant-LST-G, (laterally spreading tumor) biopsisch als tubulovillöses Adenom mit (low grade Dysplasie) ohne Invasion objektiviert.

Do 18.8.2022 - 07:15-08:15 IASMEN/ISDS Main Session - Enhanced recovery Surgery ERAS

ERAS in der colorektalen Chirurgie, Tonia Young-Fadok, USA

Fadok präsentiert ERAS – dies bedeutet nicht, Patienten/innen so schnell wie möglich nach Hause zu entlassen, es zeigt Empfehlungen, nicht Instruktionen. Ziel ist es, Patienten/innen und familiäres Umfeld in der Erholungsphase zu stärken, dies erfordert multidisziplinäre Koordination.

ERAS wurde erstmals 1997 konzeptioniert und publiziert, aufgrund einer Forderung der britischen Regierung hat das UK National Health Service (NHS) ERAS zur Standard-Praxis erhoben. Der ursprüngliche Ansporn, solch ein Programm zu forcieren, war aus der Idee geboren worden, eine finanzielle Krise zu vermeiden.

In einem Jahr konnte das NHS somit 47 Mio \$ und 170.000 stationäre Aufenthaltstage einsparen.

ERAS in der Bariatrischen Chirurgie, Anders Thorell, Schweden

Vorstellung des Skandinavischen Obesitas-Chirurgie-Registers mit > 65.000 Patienten/innen, welches 2005 gestartet wurde; mit Follow-Up nach 6 Wochen, sowie im 1., 2., 5. und 10. postoperativen Jahr, 97% aller Patienten wurden damit erfasst. Eine Verbesserung des Outcomes bei bariatrischer Chirurgie wurde generell durch verbesserte chirurgische Tätigkeiten, als auch durch die zunehmende Erfahrung, zunehmendem Patientenvolumen sowie Zentralisierung erzielt, speziell durch Etablierung von ERAS und Prozedur-spezifisch.

Die heutige bariatrische Chirurgie ist gekennzeichnet durch einen laparoskopischen Zugang, frühzeitiger ambulanter Betreuung, sofortige orale Nahrungsaufnahme, sowie

frühzeitige Entlassung. Insgesamt ergibt sich dadurch eine verbesserte raschere Erholung. Der Evidenzlevel für ERAS-Interventionen ist niedrig, der Empfehlungsgrad jedoch hoch.

Rehabilitation: ist sie wichtig für ERAS?, Lorenzo Ferri, Canada

Vorstellung des ERAS – Programms bei Ösophagektomien an der McGill – Universität in Canada. Patienten/innen werden ausreichend präoperativ mittels Papier- und Web-basiertem interaktiven Programmen geschult, einer Prä-Rehabilitation für 4 Wochen unterzogen (Übungs- und Ernährungsprogramme, präoperative Gewichtsabnahme, Nikotinstopp, etc), minimal invasive Methoden, wenn möglich, durchgeführt (in 72% der Fälle in 2020), routinemäßige Anästhesie-Maßnahmen, wie Vermeidung von parenteralen Opioiden, Anwendung von epiduraler vs. paravertebraler Anästhesie, keine routinemäßigen zentralvenösen Zugänge, sowie limitiertes Flüssigkeitsmanagement werden angewandt. Weitere Eckpunkte sind:

die Extubation erfolgt noch im Operationsaal, keine ICU notwendig, Entfernung des Harnkatheters am 1.postoperativen Tag, Thoraxdrainagen mit minimalem Sog, keine jejunalen Ernährungs sonden, orale Aufnahme mit Wasser am Tag 2, andere Flüssigkeiten am Tag 3, solide Ernährung am Tag 5 nach der Operation.

Do 18.8.2022 - 08:00-09:00

BSI / AWS Main Session – Calling all Breast Surgeons

Qualitative Brustkrebsversorgung bei limitierten Ressourcen – globale Barrieren – Ipshita Prakash, Canada

Niedriglohnländer haben eine niedrigere Inzidenz, aber meist fortgeschrittenere Krankheitsstadien als Hochlohnländer mit höherer Inzidenz; zurückzuführen auf fehlende Screeningprogramme, respektive fehlendes Annehmen solcher, kein Fokus auf die Früherkennung, ein Mangel an entsprechenden Diagnose- und Behandlungsmethoden. Hinzu kommen Zugangsbeschränkungen aus geographischer, finanzieller sowie soziokultureller Hinsicht (zum Beispiel initiale alternative, traditionelle oder spirituelle Behandlungsweisen, Behandlungsverweigerung oder fehlende finanzielle Mittel zur ärztlichen Behandlung).

Bei knapp 1500 Mamma-Patienten/innen aus Wisconsin wurde der Zusammenhang zwischen durchgeführter oder fehlender Bildgebung, abhängig von der Anfahrtszeit, zur Diagnostik analysiert – Frauen mit jährlich erfolgten Mammographien hatten eine mediane Anfahrtszeit von 15 Minuten zu einer radiologischen Untersuchung. Solche Patientinnen, die ihre 5 letzten jährlichen Mammographien vermissten, hatten eine mediane Anreisezeit von 27 Minuten, Auch fehlende medizinische Ressourcen sind maßgeblich – es wird geschätzt, dass in China mit nur etwa 10.250 Pathologen/innen ein Pathologe auf rund 134 500 Einwohner kommt – es würden also etwa 70.000 Pathologen/innen mehr benötigt. In zentralafrikanischen Ländern kommen etwa 1 Mio Einwohner auf einen Pathologen; nur 10% der Afrikaner/innen haben Zugang zur Strahlentherapie.

Am Beispiel Burundi – hier gibt es bei einer Einwohnerzahl von 11,5 Millionen etwa 45 Chirurgen/innen sowie 5 Anästhesisten/innen landesweit, das ergibt eine Arbeitskraftdichte von 3,9 Ärzten pro 1 Million Menschen bei empfohlenen 20 pro 1 Million – d.h. nur 0,02% der empfohlenen Zahl wird erreicht. Der Mangel an Fachkräften ergibt auch einen Mangel an Ausbildnern – 40% der Ausbildung erfolgte von 1997-2014 außerhalb Burundis, fast 50% der Ausgebildeten entschieden sich im Ausland zu verbleiben und dort zu arbeiten.

Globale Sicht der Brustkrebsbehandlung – Susan Pories, Cambridge, U.S.A.

Das Mamma-Carcinom ist die weltweit am häufigsten diagnostizierte Tumor-Entität mit 2,26 Millionen Fällen im Jahr 2020 und ist somit die führende Ursache hinsichtlich Krebsmortalität bei Frauen und repräsentiert eine signifikante globale Herausforderung für das Gesundheitswesen. Trotz der niedrigeren Inzidenz ist aufgrund einer höheren Bevölkerungszahl, mehr als die Hälfte aller weltweit diagnostizierten Fälle in Niedriglohnländern zu finden.

Im Jahr 2020 waren fast 685.000 Verstorbene durch Brustkrebs bedingt, 2/3 davon in wenig entwickelten Ländern. Die 5-Jahres Überlebensrate in gut entwickelten Ländern beträgt >80%, in Ländern wie Indien <70% oder Südafrika <50%. Wesentlicher Faktor ist die Früherkennung zur Verbesserung der Überlebensraten. In Entwicklungsländern präsentieren sich bei der Erstvorstellung mehr als die Hälfte aller Fälle als lokal weit fortgeschritten oder metastasiert.

65 Millionen Frauen werden jährlich in U.S.A. gescreent, > 13 Mrd. \$ dafür investiert, dies ergibt eine höhere Rate an Frühkarzinomen mit einer besseren Überlebensstatistik – eine lokale Erkrankung mit 99% Überlebensrate, eine regionale Erkrankung mit 86% sowie eine distante Metastasierung mit 29% Überlebensrate. Kleinere Tumorgrößen ergeben auch eine geringere Morbidität bei der Behandlung. Wichtig sind Programme zur Krebsfrüherkennung mit öffentlichen Kampagnen, um das Problembewusstsein der Öffentlichkeit zu steigern.

In den U.S.A kam es zu einer 39% Reduktion der Brustkrebsmortalität von 1991-2005, ähnlich den Zahlen in anderen entsprechend entwickelten Ländern.

Ösophaguscarcinom!

Main session: upper gi malignant

Von Priv.-Doz. Dr. Matthias Paireder, matthias.paireder@meduniwien.ac.at

Es wurde die rezente Publikation aus den Annals of Surgery diskutiert, ob die pathologische komplette Remissionsrate ein adäquater Surrogat Parameter ist, um neoadjuvante Therapieschemata zu vergleichen.

(AnnSurg 2022 Jul 21. doi: 10.1097/SLA.0000000000005619)

Hierfür sind offenbar Langzeit-Ergebnisse besser geeignet. Die adjuvante Immunotherapie insbesondere bei residuellen SCC Tumoren ist mittlerweile state-of-the-art. Im Gegensatz dazu konnte sich die targetet therapy gegen Her2/neu noch nicht ausreichend nachweisen lassen, meint der kanadische Vortragende Mathieu Rousseau.

Yoshihiro Kakeji konnte eindrücklich die Unterschiede der multimodalen Therapie zwischen der westlichen Welt und des Ostasiatischen Raumes darlegen. Die D2 Lymphadenektomie beim **Magenkarzinom** ist in der östlichen Region nur bei $\geq T2$ Tumoren empfohlen, wohingegen im Westen eine D2 Lymphadenektomie empfohlen ist, vorzugsweise in High-Volume Zentren. Diskutiert wurde auch der chirurgische Zugang. In Japan werden etwa 30% der Gastrektomien minimal-invasiv durchgeführt. In tertiären Zentren werden allerdings nahezu 100% minimal-invasiv (davon 30% robotisch) bei vergleichbarer onkologischer Qualität operiert. Ausführlich diskutiert wurde auch der Stellenwert der Chirurgie bei hepatalen Metastasen des Magenkarzinoms. Eine japanische

laufende Studie zeigt akzeptable Überlebensraten, wenn 1-2 Lebermetastasen reseziert werden. Ab 3 Metastasen ist die chirurgische Therapie laut Kakeji nicht mehr sinnvoll.

Pankreatitis; Cholelithiasis:

In einem informativen Übersichtsvortrag konnte die Rolle der Chirurgie bei der **akuten Pankreatitis** beleuchtet werden. Es sollte ein „maximal non-operativer“ Zugangsweg gewählt werden und nur bei instabilen konservativ nicht mehr haltbaren Patienten chirurgisch interveniert werden. Dies betrifft vor allem das abdominelle Kompartiment-Syndrom, das nur in seltensten Fällen eine chirurgische Therapie bedarf.

Prof. Izbicki zeigte im Gegensatz dazu die nun wichtigere Rolle der Chirurgie in der Behandlung der **chronischen Pankreatitis**. Durch einen Paradigmenwechsel zum „surgery-first“ Prinzip kann eine bessere Schmerztherapie und eine verbesserte Lebensqualität erzielt werden. Diskutiert wurde vor allem, das von ihm propagierte, „Hamburg-Procedure“. Eine modifizierte OP nach Frey, bei der eine subtotale Resektion des Pankreaskopfes angeschlossen wird. Pankreatektomien sind nur selten notwendig, da vergleichbare Ergebnisse organerhaltend erzielt werden können.

Andreas Shamiyeh konnte eindrucksvoll die Vorteile der Rendez-vous ERCP zeitgleich mit der laparoskopischen Cholezystektomie (CHE) bei **Gallengangsteinen** zeigen. Dadurch kommt es auch zu einer verbesserten Cost-Effectiveness durch einen „one-stop-shopping“ Aufenthalt. Alternativ diskutiert wurde allerdings die Möglichkeit der laparoskopischen Gallengangsrevision, die vergleichbare Ergebnisse bringt, wenn eine zeitgleiche ERCP organisatorisch nicht möglich ist.

Schemmer und Walsh berichteten über aktuelle Indikationen zur Cholezystektomie abseits des Gallensteinleidens. Hierbei wurde vor allem der Stellenwert der CHE bei echten Gallenblasenpolypen diskutiert. Die höchste Inzidenz des Gallenblasenkarzinoms liegt hier in Nord-Indien, wo die Indikation zur CHE daher noch liberaler gestellt wird.

Wenn bei der akuten Cholezystektomie die critical-view of safety nicht eingehalten werden kann, ist die subtotale Cholezystektomie eine akzeptierte Möglichkeit, die allerdings auch eine bis zu 20% Galleleak Rate nach sich ziehen kann.

Grey Turner Lecture/endoskopische Vakuumtherapie:

Gunnar Loske zeigte die technischen Möglichkeiten und die positive Evidenz der endoskopischen Vakuumtherapie (EVT) in der Behandlung von Anastomoseninsuffizienzen nach Ösophagusresektionen. Darüber hinaus bietet die EVT aber auch Möglichkeiten eine Anastomoseninsuffizienz zu verhindern. Dies kann durch das prophylaktische Einlegen eines klassischen EndoVacs geschehen oder auch durch eine aktive Drainage des Magenschlauches (im Gegensatz zur passiven Sonde). Dadurch wird ein potentieller (galliger) Reflux aktiv abgeleitet und somit ein sicheres Abheilen der thorakalen Anastomose gefördert. Es fehlen diesbezüglich aber noch große Vergleichsstudien sowie klare technische Empfehlungen bzgl. Liegedauer der Drainage und Einstellungen der Sogstärke.

Kongressbericht

von Benedikt Walzel, benedikt@walzel.at und Zacaria Sow, zacaria.sow@gmx.at
niedergelassener Facharzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie und Facharzt für Allgemein- und
Viszeralchirurgie, Klinik Floridsdorf Wien

49. World Congress of Surgery / International Surgical Week in Wien,
15.-18.8.2022

Dienstag, 16.8. – 8:30-10:00 ISDS Main Session, Upper GI malignant

Management von Ösophagusneoplasien im Frühstadium vom Barrettösophagus zum T1 invasiven Karzinom -Lorenzo Ferri, Canada

Zeigt die Bedeutung der Thermoablation bei Tumordinfiltrationstiefe über 200µ, bei fehlender histologischer Beurteilbarkeit auf. Die Resektion wird bei erhöhter Lymphknoteninfiltrationsgefahr empfohlen. 5-Jahresüberlebensrate nach neoadj. Therapie und Resektion um 38%.

Kontroverrielles beim Management des Magenkarzinoms; Resektionsausmaß, D1 versus D2 Lymphknotendisektion -Kakeji, Kobe, Japan

Er weist darauf hin, dass 38% der T1 -Tumore durch EMR und ESD entfernt werden können. D2-Lk Dissektion ist Standard bei T4-Tumoren. 2019 wurden 51,9% der Magenkarzinome laparoskopisch reseziert, davon waren es in 27,9% totale Gastrektomien. 20% der Pat. waren über 80 Jahre alt. Durch Zusatz von Docetaxel zu Oxaliplatin und S-1 im neoadjuvanten Setting steigt die 5-Jahresheilung auf 67%. Bei Her-2 positiven Tumoren ist der Zusatz von Trastuzumab zu empfehlen. In Kobe werden 30% der Magenresektionen robotisch und 70% laparoskopisch durchgeführt.

Dienstag, 16.8. – 10:30- 12:00 IATSIC/ASAP Main Session

Patienten mit Gehirnverletzungen-Peep Talving, Estland

Gehirnverletzungen sind mit 40% die häufigsten tödliche Verletzungsfolgen. Die globale Inzidenz ist 3,6%. Altersgipfel sind 20 Jahre und 80 Jahre. In der westlichen Welt sind ausreichend viele Neurochirurgen vorhanden, nicht jedoch in Afrika. Daher können dort mehr als 5 Millionen Menschen nicht neurochirurgisch operiert werden. Zusätzlich kommt es in Afrika zu einer steigenden Zahl an Traumapatienten. Motorradfahrer haben gegenüber Autofahrern ein 37-faches Risiko bei einem Unfall zu sterben.

Schwere Torsotraumata mit Beckenverletzungen-Zsolt Balogh/ Australien vs. Amit Gupta, Indien

Dieser referierte über Folgen massiver Blutverluste (bis zu 120 Liter pro Stunde) bei Beckenverletzungen. Behandlungsmöglichkeiten sind: Angioembolisation, pelvic packing sowie die Fixation mittels Ringverband über mehrere Tage. Am Beispiel eines Torsotraumas mit Beckenmassivblutung demonstrierte Gupta aus Neu Dehli die Möglichkeiten von primary, secondary, tertiary health- sowie higher level of care centers in Indien. Nicht sichtbare Blutungsquellen als Folge eines stumpfen Traumas haben eine bis zu 36% Mortalität.

Reanimation beim traumatischen Herzstillstand-Latifi, Kosovo

Latifi demonstrierte Bedeutung und Technik der Wiederbelebungsthorakotomie z.B. bei Hämato-pericard durch Herzventrikelverletzung.

Stellung einer NGO im Ukrainekrieg-John Holcomb, USA

Holcomb, Traumachirurg der US-Army stellte seine medizinische Ausbildungseinheit vor, die er in der Nähe von Lemberg/Ukraine aufgebaut hat.

Dienstag 16.8. – 12:15-13:15 ISDS Grey Turner Lecture, Negative Pressure Therapy

Gunnar Loske/Hamburg wies auf die Behandlung von Anastomoseninsuffizienzen im Oberen GI-Trakt mittels Unterdruck und dem open pore Polyurethan Schaum hin. Behandlungsstart war 2006.

Dienstag 16.8. – 13:30-15:00 IATSIC Main Session, all Answers within few minutes

Update bei Mechanismen und Verursacher betreffend traumainduzierter Koagulopathie-Ross Davenport, UK

In diesem Zusammenhang berichtet Davenport/London über Gerinnungsforschung bei Traumata und die Inaktivierung von Thrombozyten, dem sog. Ballooning, durch Histome.

Verabreichung von Vollblutkonserven-Martin Schreiber, USA

Schreiber/Oregon tritt für die Verabreichung von Vollblut und Cryostat als Blutersatz bei Gefäßtraumata ein. Bei 22 Grad behält Vollblut 8h lang seine Gerinnungsfunktion in vollem Funktionsumfang. Hiernach mit eingeschränkter Wirksamkeit noch 14 Tage bei 2 -6 Grad C.

Prästationäre Wiederbelebung-Anders Holtan, Norwegen

Holtan/Oslo, erwähnte, dass bei der prästationären Wiederbelebung ein Zeitverlust durch i.v. Zugangsversuche vermieden werden soll. Die korrekte und unmittelbare posttraumatische Behandlung entscheidet über das Schicksal eines Verletzten. Wichtig ist auch der rasche Atemwegszugang. Hervorzuheben bei Blutungen ist die Wichtigkeit des Torniquet Verbandes. Zwei Gramm Tranexamsäureampullen i.v. sollten zur Blutstillung zusätzlich zum Blutplasma verabreicht werden.

Tranexamsäure bei traumatischen Gehirnverletzungen- Martin Schreiber, USA

Schreiber wies auf den schützenden Effekt von Tranexamsäure bei traumatischen Gehirnverletzungen hin. Der Einsatz der ECMO ist für Traumapatienten wichtig. Diese Behandlungsform gibt es seit 1972 und war ursprünglich zur Behandlung von Lungenkomplikationen vorgesehen. Sie ermöglicht bei Anwendung das Überleben in 63%. Moderne Geräte sind im Vergleich zu früher wesentlich kleiner und auch kostengünstiger.

Dienstag 16.8.–15:30-17:00 IATSIC/ISDS/ISS/SIC State of the Art Session, Abdominal Wall

Management enteroatmosphärischer Fisteln Marco Allaix, Italien

Allaix/Turin beschreibt sein Management von enteroatmosphärischen Fisteln. Optimaler Zeitpunkt der Operation zwischen 6 und 12 Monaten nach der letzten Laparotomie. Startpunkt der Operation mittels CT planen (naive area). Einer handgenähten Anastomose

soll der Vorzug gegeben werden. Dabei spielt es keine Rolle ob einschichtig oder zweischichtig oder End zu End bzw. End zu Seit anastomosiert wird.

Komplexe Bauchwandrekonstruktionen und physiologische Herausforderungen Christine Gaarder, Oslo

Prof. Gaarder präsentiert Strategien des schwierigen Wundverschlusses mittels VAC System. Es soll immer der niedrigste, einstellbare Saugdruck verwendet werden. Bevorzugt wird das TAWT System (transabdominal wall traction)-System verwendet. Dabei wird über ein intraabdominell eingebrachtes Netz Spannung auf die Bauchwand ausgeübt und sukzessive adaptiert. Die Netzbefestigung erfolgt aber in diesem Fall nicht an der Faszie, die geschont werden soll sondern über lateral des Rectusmuskel eingebrachte Nähte.

Optimale Strategie beim Verschluss der parastomalen Hernie-Hermann Kessler, USA

Kessler/Cleveland zeigte diverse Verschlussmethoden bei parastomalen Hernien, wobei dies in den meisten Fällen mit Hilfe von Kunststoffnetzen erfolgte. Besonders häufig treten sie beim endständigen Kolostoma auf (bis zu 48 % aller parastomalen Hernien). Besonders wichtig ist die Entstehung zu vermeiden. Helfen kann ein Positionspapier der American society of colon and rectal surgery 2014 zur richtigen Stomapositionierung.

Bedeutung des American College of Surgeons (ACS) im Zusammenhang mit Follow up und funktioneller Wiederherstellung Ari K. Leppäiemi, Helsinki

Leppäiemi/Helsinki zitierte Ergebnisse des ACS betreffend Abdominalverschlüsse nach offenem Abdomen. Er empfahl zur Verkleinerung des Laparostomas die Funktion des Unterdruckes mit nachfolgender Netzverstärkung der Bauchwand anzuwenden. Biomeshes gewinnen dabei in zunehmendem Maße an Bedeutung.

Mittwoch 17.08. – 07:15-08:15 IATSIC Donald D. Trunkey Lecture, The Paradigm of Education in the 21st Century: Are we training to fail?

Boffard/Johannesburg wies auf unterschiedliche Formen der Ausbildung zum Traumachirurgen vor dem Hintergrund des gegenwärtigen Arbeitszeitgesetzes in unterschiedlichen Ländern hin.

Eine zeitgemäße Ausbildung sollte aus einer Balance von Patientenzahl, Ressourcen und ausreichend Übungsmöglichkeiten bestehen. In Johannesburg kommt es zu 450 Schussverletzungen pro Monat. Derzeit besteht das Ausbildungsprogramm aus 1-2 Laparotomien und 16 offenen Appendektomien. Die Qualität der Ausbildung zum Traumachirurgen wird durch den Einsatz unter Kriegsbedingungen erheblich gesteigert. Die moderne Ausbildung beinhaltet sowohl virtuelle Notfallsimulationen als auch militärische Einsätze. Wichtig wäre, wie im Flugbetrieb, das Trainieren mit limitierten Zeitressourcen.

Mittwoch 17.08. – 08:30- 10:00 APIMSF/IATSIC Main Session, Global Trauma Challenges, The Response of International Agencies

Training unter rauhen Umgebungsbedingungen - Jennifer Gurney, USA

Col. Jennifer Gurney/US-Army zitierte Hyppokrates: als Chirurg solltest du im Krieg tätig sein und bereite dich in Friedenszeiten auf einen Krieg vor. Vorstellung des TAO Prinzips: Training - Adaptation and Adjustment – Opportunities.

Optimiertes Training für zukünftige Traumachirurgen-Eduard C.T.H. Tan, Niederlande

Ed. Tan/NL wies auf die Wichtigkeit der chirurgischen Teambildung unter Kampfbedingungen zur Versorgung von Schuss- und Explosionsverletzungen hin. Diese Teams sollten aus Chirurgen, Anästhesisten und OP-Personal bestehen.

Ausbildung von Chirurgen zum umfassenden Traumamanagement-Mark Bowyer, USA

Er wies auf den 2 tägigen Ausbildungskurs für Elementarkenntnisse durch das ACS hin. Bereits am 2. Tag können 99% der exponierten Blutgefäße in kurzer Zeit dargestellt und geklemmt werden (Die Eingriffe erfolgen an frischen Kadavern).

Mi 17.8.2022 8:30-10:00 ASAP Prize Session- Best ASAP Free papers

Off-Label-Use von Orthopädischen Trauma-Implantaten in einem LIC (Low Income Country) country -Christian Deininger, Österreich

Dr. Deininger aus Salzburg hat 3 Monate in Sierra Leone verbracht. Off Label Behandlungen in der Traumaversorgung sind dort häufig. Oftmals gibt es keine entsprechenden Implantate oder Probleme bei der Sterilisierung derselben. Häufig finden

sich auch ausgeprägte Weichteildefekte, die die Verwendung von Platten aufgrund von Infektionsrisiko unmöglich machen. Er kommt zu der Erkenntnis, dass off Label Chirurgie in LIC notwendig ist um fehlende Ressourcen auszugleichen. Er zeigte beeindruckende Bilder von komplexen Frakturversorgungen mittels Bohrdrähten mit guten Ergebnissen.

Mittwoch 17.8. – 10:30- 12:00 ISDS/FELAC/ISS/SIC State of the Art Session, Treatment of Common GI Pathology across the Globe

Achalasia- Fernando A.Herbella, Brasilien

Prof. Herbella aus Brasilien gab einen Überblick zum Thema Achalasie. In Brasilien ist die Achalasie häufig mit der Chagas Krankheit assoziiert und daher besonders häufig. Die Chagas Krankheit ist eine parasitäre Infektionskrankheit die vorwiegend durch den Biss von Raubwanzen übertragen wird. Die Behandlung der Achalasie ist immer palliativ. Die Behandlung der Wahl ist die LHMD. (Laparoskopische Heller myotomie) Im Falle eines Therapieversagens ist die pneumatische Dilatation das Mittel der Wahl. Sollte auch diese Therapie versagen sind die POEM oder die Re-Do-LHM die nächsten therapeutischen Schritte. Eine Ösophagektomie ist die ultima Ratio.

Choledochussteine-Italo Braghetto, Chile

Italo Braghetto/Santiago de Chile berichtete über Diagnose und Therapie von Choledochussteinen. Zur Beseitigung der Steine weist er auf die Vorteile des Rendezvous

Verfahren mit 1% Rezidivquote, 2% Pankreatitisquote und 0,7% Mortalität hin und stellt die Methode dem therapeutischen Splitting gegenüber (3,6% post ERCP Pankreatitis)

Akute Pankreatitis-Albert Tuchmann, Österreich

Tuchmann/Wien weist neben Erwähnung von Ätiologie und Diagnose auf moderne Behandlungsmethoden, einschließlich endoskopischer transgastrischer und transcutaner Verfahren, hin.

Stenosierendes Colonicarcinom – Raoul Cutait, Sao Paolo/Brasilien

Prof. Cutait gab einen Überblick über Behandlungsalternativen bei stenosierenden Kolontumoren. Der Colonestent kann, vor allem im linksseitigen Hemicolon, eine gute Alternative als Bridging bis zur Operation sein.

Mittwoch 17.8. – 13:30-15:00 **APIMSF Main Session, New Developments in Military Surgery**

Lodox Ganzkörper- Röntgen in 13 Sekunden zum Auffinden von Fremdkörpern– Ken Boffard, Johannesburg / Südafrika

Boffard/Johannesburg berichtete über den Einsatz des LODOX Scans, der den Körper in 13 Sekunden mit 1/10 der herkömmlichen Röntgenstrahlung absucht. Es handelt sich um keine Schichtuntersuchung wie bei einem CT. Knochenbrüche, freie Luft, Metallteile wie Bomben- und Geschosssplitter und penetrierende Verletzungen können nachgewiesen werden. Dadurch ist ein Zeitintervall von unter 16min zwischen Spitalseintritt über Diagnosestellung bis zur chirurgischen Intervention möglich.

Größere Überlebenschance durch rasche Intervention-Kosla Somaratne,Sri Lanka

Somaratne/Sri Lanka berichtete anhand von Statistiken in Zusammenhang mit Menschen, die durch Kriegshandlungen in Sri Lanka ums Leben gekommen sind. Es stellte sich heraus, dass 25% bereits vor einer Behandlung im Krankenhaus verstorben sind. Dieser hohe Prozentsatz ließe sich verringern, wenn eine lebenserhaltende Behandlung rechtzeitig, d.h. innerhalb der sog. Golden Hour erfolgt wäre. Dazu zählt der Einsatz des Tourniquet Verbandes und das Zulassen einer kontrollierten Hypotension.

Wiedereinführung der Behandlung mit Phagen in der Militärmedizin-Christian Willy, Deutschland

Willy/Berliner Militärsptial wies auf die katastrophale Behandelbarkeit von infizierten Wunden mit hochresistenten Keimen wie z.B. Klebsiella und Pseudomonas hin. Hintergrund war die zunehmende Zahl an Überweisungen von Soldaten und von Zivilisten mit schlecht heilenden Knochenverletzungen als Kriegsfolgen. Ziel war der Verzicht auf schlecht- oder unwirksame Antibiotika. Als Ersatzbehandlungen kamen Spülungen mit Antiseptika, Einsatz der photodynamischen Therapie gegen Biofilme und neuerdings die

Therapie mit Bakteriophagen in Frage. Dies führte auch bei schlecht heilenden Wunden zum Abheilen in 80-90% nach mehrmonatiger Verwendung. Bei der Therapie mit Phagen handelt es sich um ein von der Deutschen Bundesregierung gefördertes Projekt. Dabei wurde aus unterschiedlich wirksamen Phagenstämmen aus einer Phagenbank ein

individueller Cocktail zusammengestellt. Das heißt, dass z.B. in einer 10 Liter Lösung 10 Phagen mit Wirksamkeit gegen Pseudomonas Aeruginosa über den Zeitraum von 10 Tage bis 6 Wochen lokal eingesetzt wurden. Die Kombination mit einem Antibiotikum war möglich. Die Behandlung ist derzeit teuer, es werden Zentren gesucht, die sich diesem Projekt anschließen.

Donnerstag 18.8. – 13:30-15:00 ISS/SIC/ASAP Main Session-Global surgery

Global surgery- Ausbildungsprogramme Susan Hill, UK

Susan Hill berichtet über ein seit 2014 in UK etabliertes internationales Surgical training Programme (ISTP= International Surgical Trainig Programme). IMGs (international medical Graduates) haben für bis zu 2 Jahre die Möglichkeit einer postgraduate Ausbildung im NHS im UK. Priorität haben Chirurgen aus LMICs. 2020/2021 nahmen 72 Chirurgen an dem Programm teil. Zu den Top 10 Herkunftsländern zählen 1. Indien, 2. Ägypten, 3. Australien 4. Sri Lanka, 5. Nigeria, 6. Jamaica, 8. Kenia, 9. Pakistan, 10. Neuseeland.

Gewichtung der globalen Ausbildung in der Chirurgie- Kathryn Chu, Südafrika

Prof Kathryn Chu aus Südafrika hat sich die Frage gestellt, wie man Ausbildung aus der westlichen Welt in entfernte Teile der Welt bringen kann. Westliche Ausbildungsprogramme sind für Chirurgen aus LMICs oftmals nicht attraktiv, da erhebliche Visa Hürden bestehen und diese finanziell unattraktiv sind. Weiters ist auch das Training im westlichen Ausland nicht immer relevant für den Alltag in einem Spital eines LMICs. Sie bringt als Beispiel die Differenzialdiagnosen eines akuten Abdomens In einem HIC (High income country): Pancreatitis, Divertikulitis, Appendizitis und in einem LMIC: perforiertes Ulkus duodeni, Typhus-Perforation, TB Abdomen, HIV Komplikation. Sie befürwortet sogenannte Global South-South Training Modelle. Südafrika allein hat derzeit 11 Education Programme.

Persönliche Erfahrungen einer Facharztausbildung - Barnabas Alayande, Ruanda

Seine Studienzeit wurde durch äußere Umstände (oftmals Streiks) erheblich verlängert. Der Anschluss an die Wissenschaft war steinig. Oftmals wurde ihm, auch aus dem Ausland, die Möglichkeit angeboten bei wissenschaftlichen Arbeiten teilzunehmen, aber eine Autorschaft wurde ihm stets verwehrt. Um eine Assistenzarztstelle zu bekommen ist oftmals die Zahlung von Schmiergeld notwendig. Mentorship Programme gab es keine. Frauen in der Chirurgie sind in Ruanda die absolute Ausnahme.

Donnerstag 18.8. – 15:30-17:00 IATSIC Sparkling Session-The future in Trauma

Work-life –balance eines zukünftigen Traumachirurgen-Sulé Burger, Südafrika

Sie berichtet über QOL und eine chirurgische Karriere. Besser ist der Begriff Quality of work life. Eine gute QOWL erhöht die Arbeitseffektivität, die Job Zufriedenheit, die Produktivität und reduziert die Arbeitnehmer Unzufriedenheit und reduziert Absenzen. Andernfalls sind

psychische Erkrankungen, burn out und andere negative Effekte möglich. Im Team der Zukunft werden „toxische“ Einflüsse weitestgehend ausgeschaltet. Das Team agiert situationselastisch. Ein Team muss geführt aber auch gecoacht werden. Aktivitäten die

dem „Aufladen der Batterien“ dienen sollen gefördert werden. Probleme im Gefüge müssen schnell erkennbar gemacht werden.

Im letzten Abschnitt der Sitzung kamen 10 Redner mit jeweils 3 Folien und 3 Minuten Redezeit zu immer den 3 selben Themen zu Wort. 1. Folie Strategy for Diversity, 2. Folie: Plan for Trauma Systems, 3. Folie: Recruitment Strategien. Ziel war es gute Ideen für die IATSIC-Sitzung 2024 zu sammeln.

Hängen geblieben ist mir die Aufforderung: Love your Job, Everyone wants to work with a winner not a winner.