



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ursprünglich war mit dem Begriff Zentrum eine Organisationsstruktur verbunden, im Rahmen derer komplexe und eventuell weniger häufige Erkrankungen konzentriert und dann mit der entsprechenden Erfahrung kooperierender Institutionen optimal behandelt werden sollten.

In der letzten Zeit wird die Bezeichnung aus unterschiedlichen Gründen zunehmend inflationär gebraucht. Im Rahmen dieses Klinikbriefes möchte ich Ihnen aber drei Organsysteme vorstellen, bei denen wie ich glaube der Begriff Zentrumsmedizin seine Berechtigung hat.

Mit freundlichen Grüßen

Professor Dr. Jörg Köninger
 Ärztlicher Direktor der Klinik für
 Allgemein- und Visceralchirurgie,
 Klinikum Stuttgart – Katharinenhospital



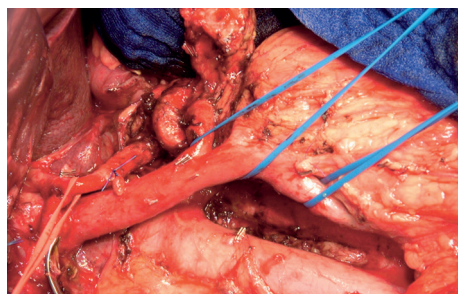
Neue Verfahren in der visceralen Tumorchirurgie

Bauchspeicheldrüse

Die chirurgische Therapie der Bauchspeicheldrüse hat in den vergangenen Jahren einen erheblichen Fortschritt zu verzeichnen. Heute sind auch ausgedehnte und dabei blutarme Resektionen sicher machbar. Wie an anderen Organsystemen setzt sich auch in der Pankreaschirurgie ein möglichst organerhaltendes Operieren durch. Bei Patienten mit Pankreaskopfkarzinom ist es beispielsweise nicht notwendig, wie bis vor kurzem üblich (Whipple'sche Operation), den distalen Magen mit zu entfernen. Der Erhalt des Magens verringert das operative Trauma ohne Einschränkung der Radikalität, außerdem sorgt der erhaltene Pylorus für eine kontrollierte physiologische Entleerung des Magens in den Dünndarm (Dumping) und verhindert Reflux von galligem Sekret in Magen und Speiseröhre.

Ein weiteres Beispiel für eine subtilere Chirurgie ist die Duodenum erhaltende Pankreaskopfresektion bei Patienten

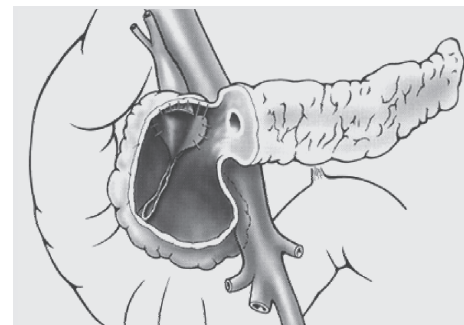
mit chronischer Pankreatitis und entzündlichem Pankreaskopftumor. Neben einer Magenentleerungsstörung und eventuellem Ikterus leiden diese Patienten häufig unter einem chronischen Schmerzsyndrom, wobei man davon ausgeht, dass der entzündliche Pankreaskopftumor den Schrittmacher der Erkrankung darstellt. Die Whipple'sche Operation ist bei dieser Indikation oft eine Überbehandlung. Es ist bei diesen Patienten im Allgemeinen eben nicht notwendig, eine Operation durchzuführen, die ursprünglich für die Behandlung



Dissezierter Oberbauch bei fortgeschrittener Pankreaskopfresektion

von Karzinompatienten konzipiert wurde. Vor allem durch den Erhalt der physiologischen Duodenalpassage mit dem entsprechenden Einfluss auf die Ernährung und Verdauung erhöht die Lebensqualität der Patienten bei unverändert guter Reduktion des chronischen Schmerzsyndroms.

Weitere Beispiele für organschonendes Operieren an der Bauchspeicheldrüse sind die milzerhaltende Resektion des Pankreasschwanzes und die Möglichkeit, kleine gutartige Tumoren in feinsten Operationstechnik aus dem Bauchspeicheldrüsengewebe auszuschälen. Trotz aller Fortschritte ist die Chirurgie des Pankreas aber mit einer vergleichs-



Duodenum erhaltende Pankreaskopfresektion bei chronischer Pankreatitis

weise hohen perioperativen Morbidität behaftet. Die Bauchspeicheldrüse ist extrem empfindlich und postoperative Komplikationen treten auch an spezialisierten Zentren mit einer Wahrscheinlichkeit von etwa 40% auf. Daher ist es notwendig, dass Institutionen, die derartige Eingriffe durchführen, nicht nur aus beherzten Chirurgen bestehen, sondern dass die Chirurgie flankiert wird von kompetenten Kollegen der Gastroenterologie, der interventionellen Radiologie, der Onkologie, der Anästhesie und operativen Intensivmedizin sowie einer kompetenten und erfahrenen Pflege.

Leber

Ein weiteres Beispiel für Zentrumsmedizin ist die Behandlung von primären und sekundären Tumoren der Leber. Auch hier hat die Chirurgie erhebliche Fortschritte gemacht. Ein Beispiel sind

>> Fortsetzung

die unterschiedlichen Möglichkeiten, Lebergewebe blutsparend und kontrolliert mittels Ultraschall oder Wasserstrahl zu durchtrennen, bis hin zu Klammernahtgeräten, die eine extrem schnelle und kontrollierte Durchführung formaler Leberresektionen erlauben. Die wesentliche Herausforderung liegt aber in der Beurteilung einer möglichen Resektabilität bei tendenziell fortgeschrittenen Befunden oder ausgedehntem tumorösem/metastatischem Befall unter Umständen beider Leberlappen. Der limitierende Faktor ist die Größe und damit die Leistungsfähigkeit des verbleibenden Restlebergewebes – denn der Patient ist auf eine gewisse Menge an funktionierendem Restlebergewebe angewiesen. Wesentliche Punkte sind die Leistungsfähigkeit der präoperativen Schnittbildgebung, um die Resektabilität abschätzen zu können, die Qualität der intraoperativen Ultraschalluntersuchung und die Verfügbarkeit von radiologisch interventionellen Verfahren. Durch interventionelle Embolisation des den die Haupttumormast tragenden Le-

berlappen versorgenden Pfortaderastes kommt es zu einer kompensatorischen Vergrößerung des anderen Leberlappens. Es wird also auf Kosten des tumorbefallenen Gewebes eine Größenzunahme gesunden Lebergewebes erreicht, so dass nach einer gewissen Wartezeit auch ausgedehnte Resektionen mit entsprechender Reserve an gesundem Lebergewebe möglich sind. Auch eingeschränkt radikale Resektionen sind möglich. Eventuell verbliebene einzelne Metastasen können mittels adjuvanter Chemotherapie oder interventioneller Verfahren (Radiofrequenzablation, Transkutan arterielle Chemoembolisation – TACE) lange Zeit kontrolliert werden oder werden in einem zweiten Ansatz nach Erholung der Restleber und entsprechender Vergrößerung des Organs doch noch im Gesunden reseziert.

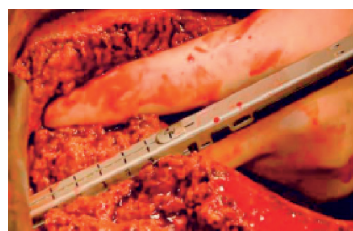
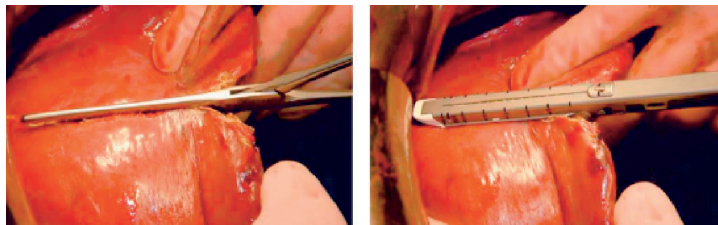
Rektum

Die Chirurgie des Rektumkarzinoms ist das dritte Beispiel für visceralchirurgische Zentrumsmedizin. Denn es handelt sich dabei um eine ausgesprochen subti-

le und technisch aufwändige Operation, die in einer chirurgischen Abteilung ausreichend häufig durchgeführt werden sollte. Neben der chirurgischen Radikalität spielen bei dieser Operation auch funktionelle Aspekte eine Rolle. Ein wesentliches Problem nach tiefer anteriorer Resektion besteht in Entleerungs- und Kontinenzstörungen nach der Operation, dem so genannten „Post anterior Resection Syndrome“, das aus der Trias fragmentierte Entleerung, imperativer Stuhldrang und unterschiedlich stark eingeschränkter Kontinenz besteht. Diese Problematik besteht vor allem im ersten Jahr nach der Operation und wird durch die routinemäßige Anlage eines Kolonpouches erheblich gemindert.

Die chirurgische Technik bei der Entfernung des Rektums hat sich in den letzten Jahren erheblich gewandelt. Standard ist mittlerweile die extrem kontrollierte und idealerweise nahezu blutungsfreie Herauslösung des Rektums in seiner embryologisch definierten Hüllfaszie. Dadurch werden die entsprechenden Trennschichten zu den umliegenden Organsystemen und eben auch Nervengeflechte in hohem Maße respektiert, das Vorgehen ist deutlich atraumatischer und die postoperativen Ergebnisse, sowohl was die Radikalität als auch die Funktion angeht, erheblich verbessert. Während vor einigen Jahren noch Lokalrezidivraten von 20 bis 40% hingenommen werden mussten, sind diese Werte in spezialisierten Zentren auf etwa 5% gesunken. Ein Nebeneffekt der kontrollierteren Resektion ist, dass Rektumamputationen eigentlich nur noch bei Infiltration des Schließmuskels durchgeführt werden müssen.

Formale Hemihepatektomie rechts mittels Klammernahtgerät

**Ihr Ansprechpartner**

Klinikum Stuttgart – Katharinenhospital
Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie
 Kriegsbergstraße 60
 70174 Stuttgart
 www.klinikum-stuttgart.de

Professor Dr. Jörg Königer,
Ärztlicher Direktor
 Telefon 0711 33401
 j.koeniger@klinikum-stuttgart.de

Schwerpunkte der Allgemein- und Visceralchirurgie

- Pankreaschirurgie
- Leberchirurgie
- Oesophaguschirurgie
- Kolorektale Chirurgie
- Endokrine Chirurgie (inklusive der minimalinvasiven Chirurgie an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Nebenniere)
- Thoraxchirurgie
- Minimalinvasive Chirurgie
 - Appendektomie
 - Hernioplastik
 - Cholecystektomie
 - Kolonresektionen
 - Rektumresektionen
 - Proktokolektomien
 - Fundoplikatio und Hiatoplastik
 - Splenektomie
 - Pankreaslinksresektion
 - Leberresektion
 - Magenwandresektionen