

CHIRURGISCHE ALLGEMEINE

ZEITUNG FÜR KLINIK UND PRAXIS

Elektronischer Sonderdruck
für Carola Marx

Koloproktologenkongress 2018: Neues zur Divertikulitis und zum Hämorrhoidalleiden

CHAZ (2018) 19: 550–554
© Kaden Verlag, Heidelberg

Diese PDF-Datei darf nur für nichtkommerzielle Zwecke
verwendet werden und nicht in privaten, sozialen und
wissenschaftlichen Plattformen eingestellt werden.

www.chirurgische-allgemeine.de



Carola Marx

Koloproktologenkongress 2018

Neues zur Divertikulitis und zum Hämorrhoidalleiden



Vollbesetzte Reihen.

Wie bereits in den vergangenen Jahren reisten auch dieses Mal wieder zahlreiche niedergelassene oder klinisch tätige Koloproktologen und Gastroenterologen zum 44. Koloproktologenkongress nach München. Die interdisziplinär ausgerichtete Veranstaltung fand vom 15. bis 17. März 2018 wie üblich im Hilton Park Hotel statt und bot den rund 1300 Besuchern eine Vielzahl an praxisorientierten Kursen und Workshops sowie topaktuelle wissenschaftliche Sitzungen zu grundlegenden Themen des Fachgebietes. Man tagte erneut bei „vollem Haus“ – dennoch bot

der weitläufige, am Englischen Garten gelegene Veranstaltungsort neben den hervorragend besuchten Veranstaltungen auch die Möglichkeit zum kollegialen Austausch und Gespräch.

Eine präoperative Drainage bei Abszessen ab vier Zentimeter Größe ist heutzutage Standard

Zu Beginn der Hauptsitzung zur Divertikulitis am Samstagmorgen gab der Professor Oliver Pech einen Überblick zu Divertikulitis und Divertikulose aus gastroenterologischer Sicht: Die Divertikelkrankheit trete bei

unter 50-jährigen mit einer Inzidenz von 13 Prozent, bei den über 85-jährigen bereits mit 66 Prozent auf – mit steigender Fallzahl vor allem bei Jüngeren. Zur primären Diagnostik und Verlaufsbeobachtung empfahl Pech die Sonographie als Mittel der ersten Wahl mit hoher Sensitivität und Spezifität. Zur Differentialdiagnose oder bei Nichtansprechen der initialen Therapie sei die Computertomographie am besten geeignet – zumal sie auch eine Vorhersage über möglicherweise drohende Komplikationen zulasse. Ob eine Antibiose bei symptomatischen Patienten grundsätzlich stattfinden sollte –

wie wohl in den meisten Kliniken Usus – sei einigen Studien zufolge zu überdenken. Eine präoperative Abszessdrainage bei Abszessen ab vier Zentimeter Größe sei heutzutage Standard. „Die sonographisch gesteuerte Drainage ist in geübten Händen eine sehr gute und sichere Methode“, betonte Pech. Gemäß den Leitlinien ist die Indikation zur Koloskopie nach konservativ behandelter Divertikulitis „großzügig“ zu stellen; sie zeige sich in Studien zwar nicht unbedingt von Nutzen, sei jedoch vor elektiver Sigmaresektion zum Ausschluss von Begleitpathologien sicher sinnvoll. Blutende Divertikel sistieren in

90 Prozent der Fälle spontan, bei den übrigen Patienten ist die koloskopische Blutstillung sinnvoll. Mesalazin könne man „probieren“, allerdings sei die Datenlage widersprüchlich, so der Referent.

Chronisch-rezidivierende Divertikulitis: Anzahl der Schübe darf nicht ausschlaggebend für OP-Indikation sein

Im Anschluss beschäftigte sich Dr. Reinhard Ruppert (München) mit der diffizilen Frage, wann bei chronisch-rezidivierender Divertikulitis eine OP-Indikation besteht. Schwierig sei die Zuordnung in der Gruppe der Patienten mit einer Stadium-III-Erkrankung – 3c: ganz klare OP-Indikation bei kolo-vesikaler oder kolo-vaginaler Fistel, passagebehindernder Stenose oder Konglomerattumor; 3b: in den Leitlinien vage definiert; im klinischen Alltag werden zu viele Patienten mit eigentlich unkomplizierter Divertikulitis, aber komplexem Verlauf unnötigerweise operativ versorgt – möglicherweise, weil immer noch die Anzahl der Schübe als Kriterium herangezogen wird; dies dürfe nicht der Fall sein, hob der Referent hervor. Hier sollte immer individuell nach Beschwerdebild und Lebensqualität der Betrof-

fenen entschieden werden. Hilfreich können hier die kompakten Fragen der Visuellen Analogskala (VAS) sein. Abzugrenzen seien auch die sich zum Teil mit der Divertikulitis überlappenden Beschwerden eines Reizdarmsyndroms – erstere falle durch Entzündungsparameter auf.

Lavage, Resektion oder Hartmann-OP bei frei perforierter Divertikulitis? Die Frage blieb letztlich unbeantwortet

Bei Patienten mit frei perforierter Divertikulitis wurde in den letzten Jahren verstärkt darüber diskutiert, ob eine reine laparoskopische Lavage für die oftmals multimorbiden und betagten Patienten eine schonendere Option im Vergleich zu primär resezierenden Verfahren oder der Hartmann-OP sein könnte – zumal rund 40 Prozent der Betroffenen nach einem Jahr noch immer ein Stoma haben. Dr. Franz-Josef Schumacher gab einen differenzierten Überblick über die Studien von durchaus heterogener Qualität: So zeigen Lavage und operative Verfahren in einigen Untersuchungen im Langzeitverlauf keine signifikanten Unterschiede bei Mortalität, Komplikationen und Lebensqualität – Metaanalysen ergaben jedoch

Jens-Kirsch-Preis 2018: „Coffee to go – to the toilet“

Nach einer abwechslungsreichen Preisträgersitzung wurde am Samstagmittag schließlich der Jens-Kirsch-Preis für den besten Vortrag verliehen. Der Pionier der Koloproktologie, Mitbegründer der Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie und Stifter des seit 2003 verliehenen Preises, Dr. Jens Kirsch, war persönlich anwesend und wurde von Kongresspräsident Professor Stefan Post für sein langjähriges Engagement geehrt. Die Auszeichnung ging in diesem Jahr an die Schweizerin Dr. Simone Hasler-Gehrer, Oberärztin am Kantonsspital Baden – und zwar für die randomisierte, kontrollierte Studie „Does coffee intake reduce postoperative ileus after elective colorectal surgery (COFFEE)?“



Der Stifter des J.-Kirsch-Preises, Jens Kirsch mit der Preisträgerin Simon Hasler-Gehrer und Kongresspräsident Stefan Post (v.).

Der postoperative Ileus ist ein vergleichsweise häufiges Problem nach kolorektalen Eingriffen

Da der postoperative Ileus ein vergleichsweise häufiges Problem nach kolorektalen Eingriffen ist, hat man am Kantonsspital Baden untersucht, inwieweit sich das regelmäßige Trinken von Kaffee positiv auswirkt. Dazu wurden im Zeitraum von September 2014 bis Dezember 2016 insgesamt 115 Patienten, die sich in Alter, Geschlecht, ASA-Status und OP-Indikation (zumeist Divertikulitis oder Kolonkarzinom) nicht unterschieden, in zwei Gruppen aufgeteilt: Die 49 Teilnehmer im „Kaffee-Arm“ erhielten ab dem ersten postoperativen Tag dreimal täglich 150 Milliliter Kaffee aus einem Kaffeevollautomaten in gleicher Stärke und identischer Sorte. Die 47 Patienten im „Tee-Arm“ tranken dreimal täglich Tee – Grün- oder Schwarztee waren nicht erlaubt. Sämtliche Eingriffe waren laparoskopisch durchgeführt worden, es gab in jeder Gruppe zwei Konversionen. Primärer Endpunkt der Untersuchung war die Zeit bis zum ersten Stuhlgang. In der Gruppe der Kaffeetrinker war dies nach 65,2 Stunden, bei den Teetrinkern indes erst nach 74,1 Stunden der Fall – ein signifikanter Unterschied. Die sekundären Endpunkte (Abgang erster Winde, Laxanziengebrauch, Hospitalisationszeit) unterschieden sich in beiden Studienarmen nicht – lediglich die Dauer des Krankenhausaufenthaltes war im „Kaffee-Arm“ geringfügig kürzer. „Kaffee beschleunigt also die Darmmotilität, ist eine kostengünstige und einfache Methode, dem postoperativen Ileus vorzubeugen und kann möglicherweise die Hospitalisationszeit verkürzen“, fasste Simone Hasler-Gehrer die Ergebnisse ihrer Untersuchung zusammen und gab den interessierten Zuhörern die griffige Botschaft „Coffee to go – to the toilet“ mit auf den Heimweg.



leichte Vorteile für das operative Vorgehen insbesondere bei Patienten im Hinchey-Stadium III. „Die laparoskopische OP scheint in den Händen des erfahrenen Operateurs dem offenen Eingriff überlegen zu sein“, erklärte der Referent. Um bei diesem Patientenkollektiv mit generalisierter Peritonitis und purulentem Abdomen jedoch eine Lavage zu empfehlen, fehlten nach Schumachers Ansicht ausreichend verlässliche Daten. Zudem gehe man eine Reihe von Risiken ein – unzureichende Exploration des kleinen Beckens, persistierende Sepsis, mangelhafte Darstellung der Perforationsstelle, frühere Re-Intervention, mögliches Übersehen eines Sigmakarzinoms, rezidivierende Divertikulitis – die man gegen das höhere OP-Risiko bei primärer Resektion abwägen müsse. Im Auditorium sprach man sich dagegen teilweise für eine Lavage plus Drainage im Vorfeld einer frühelektiven Resektion aus – dann unter besseren Bedingungen – und votierte schlussendlich für eine individuelle Entscheidung in dieser stark divergierenden Patientengruppe.



Franz-Josef Schumacher spricht über Strategien bei frei perforierter Divertikulitis.

**„Damage Control Surgery“:
Relativ einfacher Ersteingriff
für Notfallpatienten, Zweit-
eingriff erfolgt unter elektiven
Bedingungen**

Im nächsten Vortrag stellte Professor Ayman Agha (München) das 2010 eingeführte Prinzip der „Damage Control Surgery“ vor (ausführlich in CHAZ (2018) 19: 71–78). In einem vergleichsweise einfachen Eingriff erfolgt

bei Notfallpatienten mit eitriger oder kotiger Peritonitis zunächst eine Resektion des perforierten Kolonsegmentes mit oralem und aboralem Blindverschluss, Lavage und temporärem vaku-assistierten Verschluss der Bauchhöhle. Nach 24 bis 48 Std folgt die geplante Second-Look-Laparotomie mit Entscheidung über die definitive Rekonstruktion (Anastomose ± Loop-Ileostomie vs. Descendostomie). Zudem besteht die Möglichkeit einer weiteren Konditionierung der Situation durch erneutes Bridging mit VAC und definitiver Rekonstruktion weitere 24 bis 48 Stunden später im Rahmen eines „third look“. „Damage Control Surgery“ ist nach derzeitigen Erfahrungen eine einfache Technik, ermöglicht eine rasche Fokus-Kontrolle und bietet die Chance einer definitiven Rekonstruktion unter elektiven Bedingungen mit dem besten verfügbaren Operateur“, so das Fazit des Referenten. Einen Ausblick für 2018 auf die Chirurgie der Divertikulitis anhand der Leitlinie gab Dr. Johan F. Lock (Würzburg), Professor Martin E. Kreis sprach über Probleme im Langzeitverlauf nach Divertikulitis-OP.

**Mit Beratung zu Ernährung,
Defäkation und Hygiene werden
rund zwei Drittel der Patienten
mittelfristig symptomfrei**

Auch die letzte Sitzung am Samstag zum Hämorrhoidalleiden startete bei gut besuchten Reihen mit der Übersicht von Dr. Martin Schmidt-Lauber (Oldenburg) zur bisherigen konservativen Therapie. Der Referent betonte zu Beginn: Selbst wenn man symptomatische Hämorrhoiden zweiten und dritten Grades nicht „behandelt“, sondern den Patienten lediglich die allseits bekannten Regeln zur Ernährung (ballaststoffreich, ggf. mit Flohsamenschalen, ausreichende Trinkmenge), zur Defäkation (nicht pressen, keine langen „Sitzungen“, bewusste Sphinkterkontraktion nach dem Stuhlgang) sowie zur Hygiene (zur Reinigung viel Wasser, wenig Papier, keine Seife, ggf. eine Paste) vermittelt, werden nach einem längeren Zeitraum zwei Drittel der Betroffenen symptomfrei. Sämtliche Salben, Cremes und Suppositorien hätten hingegen keine Wirkung auf das Hämorrhoidalleiden selbst, sondern



Angeregte Diskussion zum Hämorrhoidalleiden: H.-U. Dorn, M. Schmidt-Lauber, V. Kahlke und A. Furtwängler (v.l.) stellen sich den Fragen aus dem Auditorium.

dienen der Behandlung entzündlicher Begleiterkrankungen. Unter evidenzbasierten Kriterien betrachtet, weist die mikronisierte Flavonoidfraktion (MPFF) zur oralen Einnahme offenbar eine gute Wirkung auf – das Präparat eines österreichischen Herstellers ist allerdings in Deutschland nicht zugelassen, so dass Erfahrungswerte hierzu fehlen.

Zum Nachdenken rege auch eine kürzlich publizierte Studie von Pankaji Garg aus Indien an, der bei Patienten mit symptomatischem, prolabierenden Hämorrhoidalleiden dritten und vierten Grades eine einmalige Beratung nach dem TONE-Schema durchgeführt hat. T=*three minutes*, maximal dreiminütige Defäkation; O=*once a day*, einmal am Tag; N=*no straining during passing motions*, kein Pressen; E=*enough fiber*, fünf bis sechs TL Flohsamenschalen +600 ml Wasser

täglich. Nach einer durchschnittlichen Nachbeobachtungszeit von 40 Monaten (12–96) hatten sich damit bei immerhin fast 57 Prozent sowohl Prolaps als auch sonstige Symptome deutlich gebessert, bei 26 Prozent war zumindest keine Verschlechterung eingetreten. Knapp 13 Prozent der Betroffenen waren operativ behandelt worden, etwas mehr als vier Prozent klagten über schlimmere Beschwerden.

Sklerosierung: Komplikationsarm, einfach, kostengünstig und beliebt – aber nicht evidenzbasiert und auf lange Sicht wenig erfolgreich

Hierzulande am beliebtesten ist die intrahämorrhoidale Sklerosierung mit Äthoxysklerol – allerdings gebe es zu diesen Verfahren keinerlei kontrollierte

Studien, gab der Referent zu bedenken, man verfare demnach eher „eminenz- als evidenzbasiert“. Nach einem Jahr zeige die komplikationsarme, ambulant durchführbare und kostengünstige Sklerosierung etwa eine Erfolgsrate von 70 Prozent, nach drei Jahren noch von 32 Prozent. Mit den Ergebnissen der reinen Patientenberatung im Hinterkopf, „bleibe nach vier bis fünf Jahren nicht mehr viel vom Erfolg der Sklerosierung“, konstatierte Schmidt-Lauber.

Etwas besser sieht es bei der ebenfalls ambulant und ohne Anästhesie durchführbaren Gummibandligatur (GBL) aus: Hier belegt eine einzige ältere evidenzbasierte Studie den Nutzen des Verfahrens bei zweitgradigem Hämorrhoidalleiden (63 % Erfolg nach 4 J. vs. 25 % Kontrollgruppe). Auch der Vergleich Ligatur versus Sklerosierung zeige die guten Erfolge auf lange Sicht (67 % GBL vs. 30 % Sklerosierung), allerdings müsse in der Regel mehrfach behandelt werden und es sei bei ein bis zwei Prozent der Patienten mit Blutungen zu rechnen. Der Referent empfahl in seinem Fazit daher – sofern eine reine Beratung nicht erfolgreich oder ein Zuwarten vom Patienten nicht gewünscht ist – für zweitgradige Hämorrhoiden eher die GBL, für drittgradige und Ligatur-Versager einen operativen Eingriff.

Dr. Alex Furtwängler (Freiburg), der die Studien zur Gummibandligatur der vergangenen Jahre noch einmal zusammenfasste, bewertete das Verfahren in der Gesamtschau als „sicher, effektiv, preisgünstig, ambulant durchführbar und problemlos zu wiederholen“ und damit als „Therapie der Wahl“ für erst- bis drittgradige Hämorrhoiden. Eine OP empfahl er lediglich für das viertgradige Leiden.



Hans-Ulrich Dorn als entschiedener Verfechter der HAL/RAR-Technik.

HAL/RAR – langfristig effektiv, aber zu teuer? Spannende Diskussion um die britische HubBLE-Studie

Einen Vergleich der GBL mit der Doppler-gesteuerten Hämorrhoidalarterienligatur mit rektalanaler Rekonstruktion (HAL/RAR) bietet die britische HubBLE-Studie, deren Ergebnisse Volker Kahlke (Kiel) vorstellte (ausführlich in CHAZ (2018) 19: 101–102). Insgesamt 372 Patienten an 17 Zentren erhielten entweder pro sichtbare Hämorrhoiden ein Gummiband oder wurden mit HAL/RAR behandelt. Berücksichtigt man, dass ein Teil der ligierten Patienten erneut behandelt wurde, waren die Rezidivraten mit beiden Verfahren vergleichbar (30 % HAL/RAR vs. 37 % GBL). Insgesamt war die HAL/RAR frühpostoperativ schmerzhafter als die Ligatur und zudem teurer. Daher, so schlussfolgerten die Autoren der vom öffentlichen britischen Gesundheitswesen finanzierten Studie, bevorzugten Patienten wahrscheinlich die GBL. Das sah Dr. Hans-Ulrich Dorn (Zschopau) als HAL/RAR-Experte erwartungsgemäß anders und ver-



DGK-Vorstand: Thomas Schiedeck, Helmut Messmann, Stefan Post, Martin E. Kreis und Alexander Herold (v.l.).



45. Deutscher Koloproktologen-Kongress München

14. bis 16. März 2019

wies auf die hervorragenden und dauerhaften Erfolge der Methode in erfahrenen Händen, die etwa in der deutschen RAR-Studie mit 500 Patienten dokumentiert seien (eine Übersicht zu HAL/RAR findet sich in CHAZ (2018) 19: 367–373). „HAL/RAR ist die effektivste Therapie des prolaborierenden Hämorrhoidalleidens, wenn konservative Verfahren ausgeschöpft sind“, schloss Dorn seinen launigen Vortrag.

Über bisherige operative Techniken und die Ergebnisse der eTHoS-Studie sprachen im Anschluss Professor Oliver Schwandner (Regensburg), Dr. Thorsten Jacobi (Dresden), Professor Dieter Bussen (Mannheim) und Dr. Johannes Jongen (Kiel). Der nächste Koloproktologenkongress findet vom 14. bis 16. März 2019 – erneut unter der Präsidentschaft von Stefan Post – an gewohntem Ort statt. ■■■

Literatur

- Bolkenstein HE, et al (2018) Long-term outcome of surgery versus conservative management for recurrent and ongoing complaints after an episode of diverticulitis: 5-year follow-up results of a multicenter randomized controlled trial (DIRECT-trial). *Ann Surg* Sep 20. doi: 10.1097/SLA.0000000000003033 [Epub ahead of print]
- Kohl A, et al (2018) Two-year results of the randomized clinical trial DILALA comparing laparoscopic lavage with resection as treatment for perforated diverticulitis. *Br J Surg* Apr 16. doi: 10.1002/bjs.10839 [Epub ahead of print]
- Galbraith N, et al (2017) Laparoscopic lavage in the management of perforated diverticulitis: a contemporary meta-analysis. *J Gastrointest Surg* 9: 1491–1499
- Cirocchi R, et al (2017) Laparoscopic lavage versus surgical resection for acute diverticulitis with generalised peritonitis: a systematic review and meta-analysis. *Tech Coloproctol* 21: 93–110
- Sohn M, et al (2018) Perforated diverticulitis with generalized peritonitis: Low stoma rate using a “Damage Control Strategy”. *World J Surg* 42: 3189–3195

- Sohn M, et al (2018) Damage control surgery in perforated diverticulitis: ongoing peritonitis at second surgery predicts a worse outcome. *Int J Colorectal Dis* 33: 871–878
- Garg P (2016) Why should a good proportion of hemorrhoids not be operated on? – rokt-2018 Let’s TONE up. *Dis Colon Rectum* 59: 583–585
- Garg P, Singh P (2017) Adequate dietary fiber supplement and TONE can help avoid surgery in most patients with advanced hemorrhoids. *Minerva Gastroenterol Dietol* 63: 92–96
- Brown SR, et al (2016) Haemorrhoidal artery ligation versus rubber band ligation for the management of symptomatic second-degree and third-degree haemorrhoids (HubBLE): a multicentre, open-label, randomised controlled trial. *Lancet* 388: 356–364
- Dorn HU (2016) Ergebnisse der deutschen RAR-Studie. 42. Deutscher Koloproktologenkongress, München 2016. *Coloproctology* 38: 77
- Watson AJ, et al (2016) Comparison of stapled haemorrhoidopexy with traditional excisional surgery for haemorrhoidal disease (eTHoS): a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet* 388: 2375–2385

Auch in diesem Jahr bieten wir alle von der **Berufsgenossenschaft geforderten Fortbildungsveranstaltungen** (Kindertraumatologie, Gutachterwesen sowie Reha-Management und Reha-Medizin) an.

Anmeldung zum Kongress unter:
www.bundeskongress-chirurgie.de

Informationen zum Kongress:
MCN Medizinische Congress-
organisation Nürnberg AG
Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg
Tel.: 0911/3931625, Fax: 0911/3931620
E-Mail: bch@mcnag.info

Dauerkarten für Mitglieder
ab 85,00 €

**BUNDESKONGRESS
CHIRURGIE 2019**
BNC · BDC · BAO
GEMEINSAM STARK

22.02. – 23.02.2019, Nürnberg Convention Center

