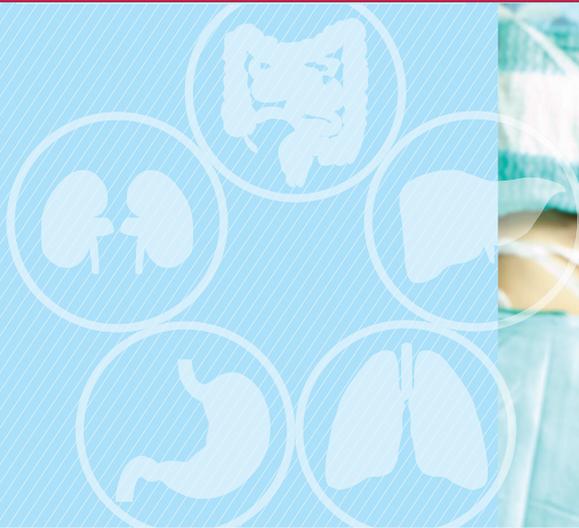




**Evangelisches
Diakonieverband**
Akad. Lehrkrankenhaus
der Universität Freiburg

Jahresbericht 2015 | Viszeralmedizinisches Zentrum

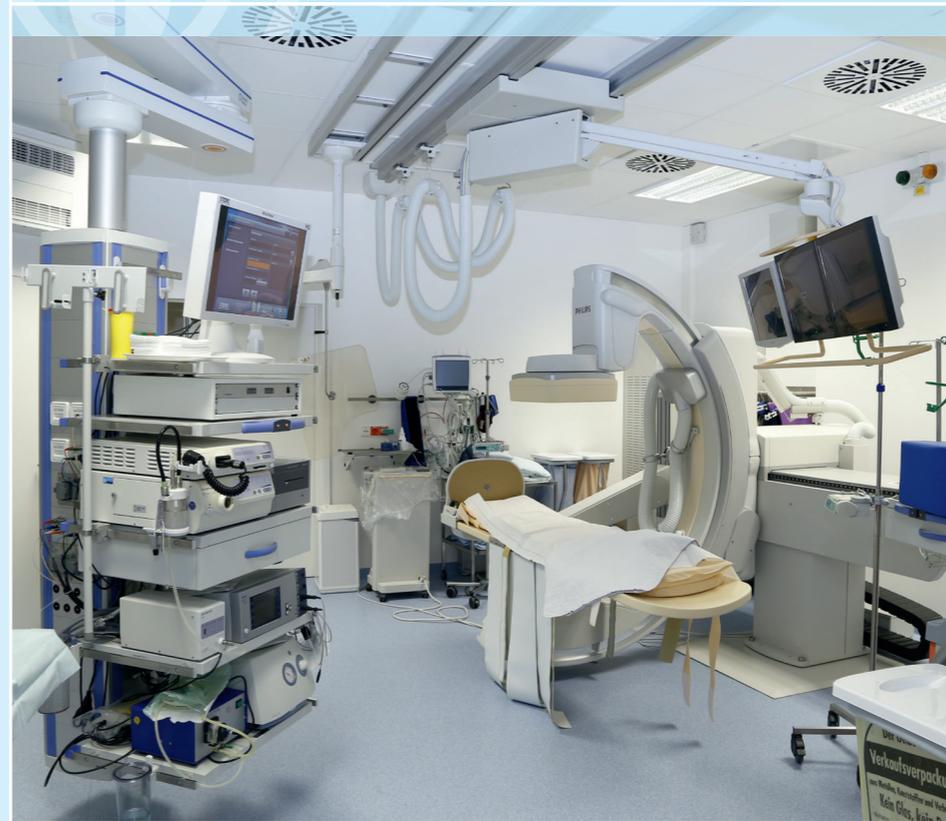


Evangelisches Diakonieverband Freiburg

www.diakonieverband.de

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
Who is who in der Viszeralchirurgie	6
Who is who in der Gastroenterologie	8
Stationen in der Viszeralchirurgie	10
Stationen in der Gastroenterologie	11
Auflistung der Eingriffe in der Viszeralchirurgie	12
Auflistung der Eingriffe in der Gastroenterologie	14
Leistungsentwicklung in der Viszeralchirurgie	16
Leistungsentwicklung in der Gastroenterologie	17
Kasuistik: CDH1-Genmutation mit Magen-Siegelringkarzinom	18
Kasuistik: Hämosuccus pancreaticus	20
Endoskopische Submukosadisektion (ESD) bei Rektumkarzinom im Ev. Diakoniekrankenhaus 2013 – 2015	22
Kasuistik: Zahnstocher – Magendurchspießung	24
Wichtige Telefonnummern	27



Vorwort

SEHR GEEHRTE, LIEBE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN,

mit den besten Wünschen für dieses Jahr freuen wir uns, Ihnen den schon fast traditionellen 4. Jahresbericht unseres Viszeralmedizinischen Zentrums (VMZ) am Evangelischen Diakoniekrankenhaus Freiburg vorlegen zu können.

Auch im Jahr 2015 verzeichneten wir in allen Bereichen steigende Untersuchungs- und Patientenzahlen. Hierüber sind wir sehr glücklich und andererseits sehr darauf bedacht, die Zuwendung zu den Patienten und die Qualität unserer Arbeit darunter nicht leiden zu lassen. Die enorme Leistungssteigerung verdanken wir der engagierten, interdisziplinären Zusammenarbeit aller Beteiligten, sowohl in der Pflege als auch im ärztlichen Bereich. Darüber hinaus spielt aber auch die ausgezeichnete Kommunikation und Zusammenarbeit mit Ihnen eine entscheidende Rolle.

Ein herausragendes Ereignis im vergangenen Jahr war der Umbau bzw. die Fertigstellung je eines neuen Endosonographie- und radiologischen Durchleuchtungsarbeitsplatzes für die ERCP bzw. endoskopisch/radiologisch gestützte Interventionen, wie z.B. Bougierungen, Ballondilatationen usw.. Nach Abschluss der Umbaumaßnahmen, die parallel zum täglichen Betrieb stattfanden, verfügen wir u. a. nun über einen hochmodernen kombinierten Endoskopie und Röntgendurchleuchtungsarbeitsplatz mit einem fest installierten, in alle Richtungen schwenkbaren C-Bogen. Die neue Anlage erfüllt die modernsten technischen Auflagen und hat eine hervorragende Bildauf-

lösung bei deutlich verbessertem Strahlenschutz (gepulste Durchleuchtung etc.). Zusätzlich entstand ein neuer fest installierter Endosonographie-Arbeitsplatz, so dass das lästige Auf- und Abbauen der Endosonographie nun wegfällt. Unser Dank gilt allen Mitarbeitern, technischen Mitarbeitern und Planern, die die Umbaumaßnahmen während dem Routinebetrieb ermöglichten. Zur besseren Vorstellung der Umbaumaßnahmen haben wir der diesjährigen Ausgabe eine Dokumentation des neuen Durchleuchtungsraumes eingefügt.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der onkologischen Schwerpunktpraxis und dem Zentrum für Strahlentherapie am Diakoniekrankenhaus hat sich bei weiter zunehmenden Fallzahlen weiter intensiviert. Wöchentliche interdisziplinäre Fallkonferenzen wurden regelmäßig durchgeführt und unser erklärtes Ziel für 2016 ist es, diese weiter zu professionalisieren, um eine optimale Betreuung und Behandlung unserer onkologischen Patienten auf höchstem Niveau zu gewährleisten.

Auch die interdisziplinäre differentialtherapeutische Betreuung/Behandlung von CED-Patienten (M. Crohn, Colitis ulcerosa) wird immer komplexer, so dass diese Patienten auch regelmäßig in unseren Fallkonferenzen diskutiert werden. Sämtliche endoskopisch-interventionelle Verfahren als auch operative Therapien, u.a. die laparoskopische Koloproktomikosektomie mit ileoanaler Pouch-Anlage, können in unserem Hause angeboten werden.



Vor dem Hintergrund der onkologischen Ausrichtung unseres Viszeralmedizinischen Zentrums konnte die Anzahl komplexer Operationen – wie Leber- und Pankreasresektionen – weiter gesteigert werden. Im vergangenen Jahr wurde die laparoskopische Gastrektomie in unser Operationsspektrum eingeführt und mit über 30 minimal invasiven transaxillären Schilddrüsenresektionen im Jahr 2015 sind wir im süddeutschen Raum eine der Kliniken mit den meisten Erfahrungen auf diesem Gebiet.

Abschließend gilt unser Dank allen Mitarbeitern des VMZ (Funktionsabteilungen, Krankenstationen, Ambulanzen, Sekretariaten sowie Vorstand und Verwaltung), ohne deren tatkräftige Hilfe, Unterstützung oder Förderung die enorme Entwicklung unseres Viszeralmedizinischen Zentrums nicht möglich gewesen wäre.

Last but not least möchten wir uns bei Ihnen – unseren Zuweisern – sehr für das entgegengebrachte Vertrauen, das in dem erheblich verdichteten Arbeitsalltag hilfreich war, bedanken. Ohne dieses Vertrauen wäre die positive Entwicklung unseres Projektes nicht möglich gewesen. Insbesondere der intensive Dialog, sei es telefonisch oder per Internet, stellt für uns eine große Motivation dar, weiterzuarbeiten und uns noch zu verbessern.

Wir freuen uns auf ein weiteres erfolgreiches Jahr und fruchtbare Zusammenarbeit im Jahr 2016!

Mit herzlichen kollegialen Grüßen



H.-P. Algaiër
Prof. Dr. H.-P. Algaiër



B. Rumstadt
Prof. Dr. B. Rumstadt

Who is who in der Viszeralchirurgie?



Prof. Dr. med. B. Rumstadt
Chefarzt
rumstadt@diak-fr.de



Dr. med. R. Ewert
Oberarzt
ewert@diak-fr.de



Dr. med. H. Rauer
Leitender Oberarzt
rauer@diak-fr.de



Dr. med. M. Gröschl
Oberarzt
groeschl@diak-fr.de



A. Siebold
Oberarzt
a.siebold@diak-fr.de



Dr. med. P. Weigold
Oberarzt
weigold@diak-fr.de



S. Fromke
Fachärztin
fromke@diak-fr.de



Dr. med. C. Kunzmann
Assistenzärztin
kunzmann@diak-fr.de



Dr. med. F. Prüfer
Assistenzärztin
pruefer@diak-fr.de



T. Rudolf
Facharzt
rudolf@diak-fr.de



Dr. med. A. McPherson
Assistenzärztin
mcpherson@diak-fr.de



Dr. med. C. Runkel
Assistenzarzt
runkel@diak-fr.de



Dr. med. H. Hertenstein
Assistenzärztin
hertenstein@diak-fr.de



S. Milde
Assistenzärztin
milde@diak-fr.de



Dr. med. C. ter Wolbeek
Assistenzarzt
wolbeek@diak-fr.de

Who is who in der Gastroenterologie?



Prof. Dr. med. H.-P. Allgaier
Chefarzt
allgaier@diak-fr.de



D. Alivertis
Leitender Oberarzt
alivertis@diak-fr.de



Dr. med. D. Galandi
Oberarzt
galandi@diak-fr.de



Dr. med. R. Siebold
Oberarzt
siebold@diak-fr.de



C. Vollbrandt
Oberarzt
vollbrandt@diak-fr.de



J. Jonas
Oberarzt
jonas@diak-fr.de



P. Andert
Facharzt
andert@diak-fr.de



Dr. med. T. Heck
Facharzt
heck@diak-fr.de



Dr. med. K. Klee
Fachärztin
klee@diak-fr.de



Dr. med. C. Lunke-Steffl
Fachärztin
lunke@diak-fr.de



S. Seuthe
Fachärztin
seuthe@diak-fr.de



J. Fehlings
Assistenzarzt
fehlings@diak-fr.de



Dr. med. M. Gerner
Assistenzarzt
gerner@diak-fr.de



Dr. med. K. Hauenstein
Assistenzarzt
hauenstein@diak-fr.de



S. Kramer
Assistenzärztin
kramer@diak-fr.de



Dr. med. S. Mack
Assistenzärztin
mack@diak-fr.de



Dr. med. J. Maus
Assistenzärztin
maus@diak-fr.de



Dr. med. J. Rosset
Assistenzärztin
rosset@diak-fr.de



Dr. med. S. Senn
Assistenzärztin
senn@diak-fr.de



Dr. med. R. Schunk
Assistenzarzt
schunk@diak-fr.de

Viszeralchirurgie

STATION C1A und C1B
34 Betten
11,5 Planstellen

STATION C2A und C2B
35 Betten
11,5 Planstellen



Gastroenterologie

STATION M1A und M1B
38 Betten
17,25 Planstellen

STATION M2A und M2B
38 Betten
18,5 Planstellen



Eingriffe in der Viszeralchirurgie

Anzahl	2013	2014	2015	Anzahl	2013	2014	2015
HERNIEN	599	633	735	Portimplantation	119	122	85
Leistenhernie				GASTROINTESTINALE CHIRURGIE	22	666	717
Laparoskopische Hernioplastik (TAPP)	264	297	352	Biliodigestive Eingriffe	472	475	566
Laparoskopische Hernioplastik (TAPP) bei Rezidiv	24	33	35	Laparoskopische Cholezystektomie	423	401	458
Konventionelle Hernioplastik (Lichtenstein)	64	55	71	Konventionelle Cholezystektomie	10	3	16
Konventionelle Hernioplastik (Lichtenstein) bei Rezidiv	6	4	4	Leberresektion	12	44	52
Nabelhernien (konventionelle Hernioplastik)	115	116	109	Pankreasresektion	20	19	33
				Splenektomie	7	8	7
Narbenhernie				Magen	78	93	82
Laparoskopische Hernioplastik (IPOM)	30	77	80	Gastrektomie	11	11	10
Konventionelle Hernioplastik	96	51	84	Magenteilresektion	13	8	9
				Ösophagusresektion	4	5	4
STRUMACHIRURGIE	181	161	198	Laparoskopische Magenresektion	3	16	13
Subtotale Resektion	68	38	36	Laparoskopische Funduplicatio	47	53	46
Thyreoidektomie	46	53	54				
Hemithyreoidektomie	45	48	48				
Operationen nach Dunhill	19	19	18				
Minimal invasive Schilddrüsenresektion n. ABBA	0	21	33				
Nebenschilddrüse	3	3	9				



Anzahl	2013	2014	2015	Anzahl	2013	2014	2015
Dünndarm	72	98	69	Konventionelle Eingriffe	148	179	183
Dünndarmresektionen	36	53	43	Konventionelle Ileocecalresektion	8	13	24
Ileostoma-Anlage	16	25	15	Konventionelle Transversumresektion	13	8	3
Ileostomarückverlagerung	20	20	11	Konventionelle Hemikolektomie rechts	30	30	31
				Konventionelle Hemikolektomie links	8	13	3
KOLOREKTALE CHIRURGIE	583	611	615	Konventionelle Sigmaresektion	24	33	25
Laparoskopische Eingriffe	435	432	432	Konventionelle Colonssegmentresektion	15	22	20
Laparoskopische Appendektomie	196	201	218	Konventionelle TAR	18	15	25
Laparoskopische Coecumresektion	11	17	33	Abdominoperineale Exstirpation	2	7	7
Laparoskopische Ileocecalresektion	11	25	16	Diskontinuitätsresektion nach Hartmann	6	17	18
Laparoskopische Transversumresektion	4	3	2	Kolostomarückverlagerung	11	17	5
Laparoskopische Hemikolektomie rechts	19	23	23	Transanale Tumorabtragung	13	14	12
Laparoskopische Hemikolektomie links	43	31	12				
Laparoskopische Sigmaresektion	109	83	81				
Laparoskopische Colonssegmentresektion	12	8	20				
Laparoskopische TAR	28	39	27	Gesamtzahl aller Operationen*	2.465	2.791	2.800
Laparoskopische Hartmannresektion	2	2	-				

* Die Gesamtzahl enthält auch Operationen, die nicht in der Auflistung enthalten sind.

Eingriffe in der Gastroenterologie

Anzahl	2013	2014	2015	Anzahl	2013	2014	2015
ÖSOPHAGOGASTRODUODENOSKOPIEN	1362	1338	1521	ENDOSKOPISCHE SUBMUKOSADISSEKTIONEN ZUR BEHANDLUNG VON GASTROINTESTINALEN FRÜHMALIGNOMEN	10	20	28
therapeutisch	310	364	351				
davon z. B.							
pneumatische Oesophagusballondilatationen	15	68	33	ENDOSKOPISCH RETROGRADE CHOLANGIO-PANKREATIKOGRAPHIEN (ERCP)	257	324	316
Oesophagusbougieerungen	45	33	68	davon (Mehrfachnennung möglich)			
endoskopische Mukosektionen (EMR)				endoskopische Papillotomien	131	155	150
Oesophagus/Magen	28	39	41	endoskopische Steinextraktionen mittels Dormiakorb	139	128	167
transgastrale Drainage von Pankreaszysten/Abzessen	9	2	–	Ballonkatheter	113	135	152
Schwellendurchtrennung Zenker-Divertikel	4	5	6	mechanische Lithotrypsien	11	8	11
				Endodrainagen-Einlagen/Wechsel	77	145	118
ILEOKOLOSKOPIEN	1486	1496	1574	PERKUTANE TRANSHEPATISCHE CHOLANGIODRAINAGEN	23	25	18
therapeutisch	975	1082	1516				
davon z. B.							
Polypektomien	370	313	495				
endoskopische Mukosaresektionen (EMR)	166	169	181				
Argonplasmakoagulationen	67	83	142				
Ballondilatationen	45	51	55				



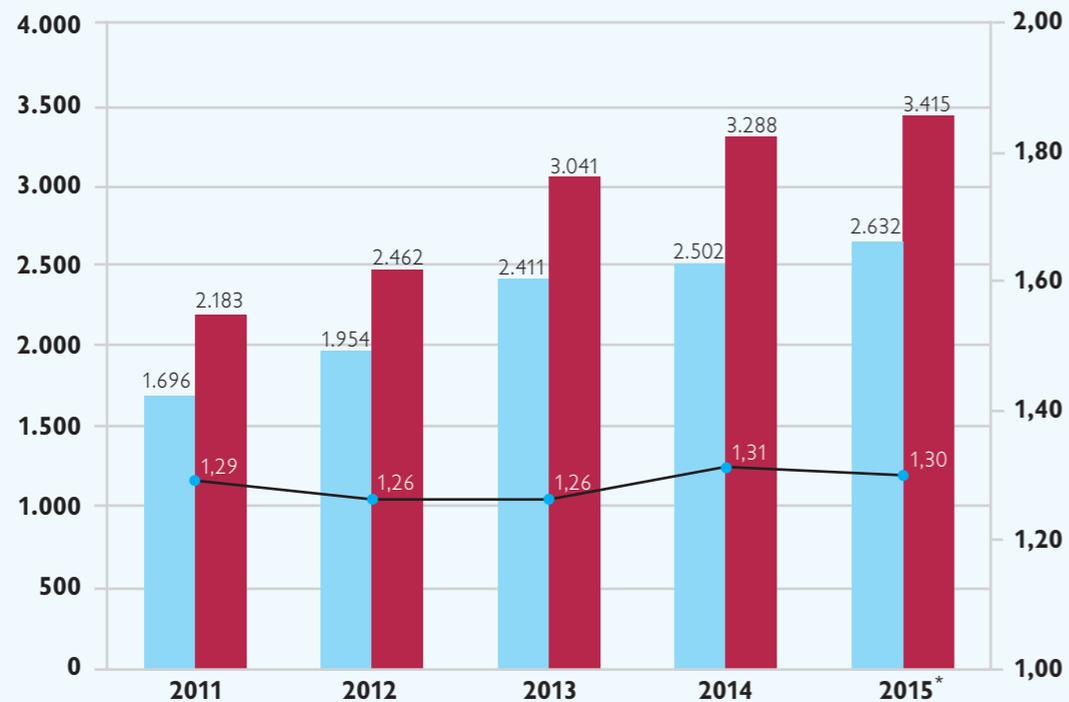
Anzahl	2013	2014	2015	Anzahl	2013	2014	2015
PERKUTANE ENDOSKOPISCHE GASTROSTOMIE (PEG)	8	16	21	LOKALTHERAPIE VON LEBERTUMOREN (RFA, PEI)	25	11	5
ENDOSKOPISCHER ULTRASCHALL	100	87	70	BECKENKAMMBIOPSIEN	33	44	44
KONTRASTMITTELUNTERSTÜTZTER ULTRASCHALL (CUS)	67	166	150	BRONCHOSKOPIEN	6	12	12
EINLAGE VON SELBSTEXPANDIERENDEN METALLSTENTSIM GASTRODUODENALTRAKT	20	25	35	teilweise mit broncholärer alveolärer Lavage (BAL)			
ULTRASCHALLGESTEUERTE FEINNADELPUNKTION (LEBER, PANKREAS, LYMPHKNOTEN ETC.)	14	140	90	pH-Metriem	–	77	60
				Dünndarmkapselendoskopien	–	9	23
				Gesamtzahl aller Interventionen*	3.602	3.817	3.991

* Die Gesamtzahl enthält auch Interventionen, die nicht in der Auflistung enthalten sind.

Leistungsentwicklung in der Viszeralchirurgie

FÄLLE, CASEMIX UND CMI 2011 – 2015

- Fälle
 - Casemix
 - CMI
- * vorläufig



Leistungsentwicklung in der Gastroenterologie

FÄLLE, CASEMIX UND CMI 2011 – 2015

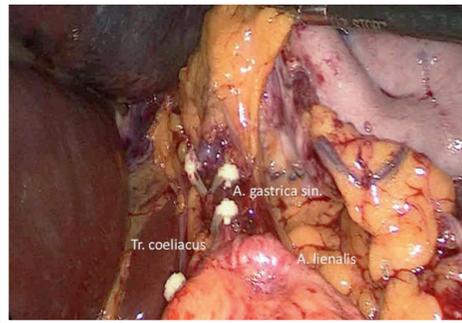
- Fälle
 - Casemix
 - CMI
- * vorläufig



Kasuistik: CDH1-Genmutation mit Magen-Siegelringkarzinom

ANAMNESE

Bei Frau G. wurde im Rahmen der Diagnostik bei Mammakarzinom links eine CDH1-Mutation festgestellt. Bei dieser Gen-Mutation besteht die Wahrscheinlichkeit zusätzlich an einem Magenkarzinom zu erkranken bei > 85%; die Mutter der Patientin war im Alter von 48 Jahren an einem Magenkarzinom verstorben. In der vorliegenden Situation wurde Frau G. zur prophylaktischen Gastrektomie geraten, zu welcher sie sich nach eingehender Abwägung des potentiellen Nutzens und der Risiken des Eingriffes nun nach einjähriger Bedenkzeit entschlossen hatte.



Intraoperativer Situs

DIAGNOSTIK

Die präoperative Umfelddiagnostik mittels Abdomensonografie sowie Computertomografie von Thorax und Abdomen ergab keinen Hinweis auf das Vorliegen von Fernmetastasen, insbesondere auch nicht nach stattgehabtem Mammakarzinom links. Bei der auswärts durchgeführten Gastroskopie zeigten sich keine Auffälligkeiten.

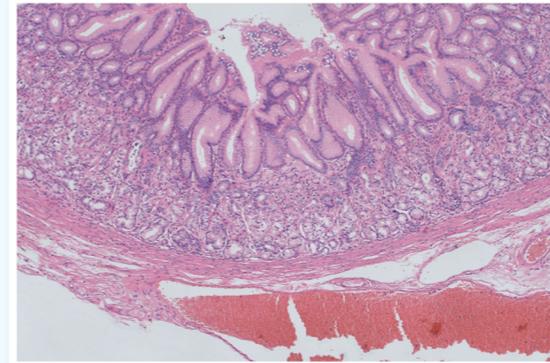
OPERATION

Die Gastrektomie mit Ösophagojejunostomie durch Roux-Y-Anastomose und Lymphadenektomie ließ sich komplikationslos in laparoskopischer Technik durchführen. Intraoperativ zeigten sich keine metastasentypischen Veränderungen.



PATHOHISTOLOGISCHER UNTERSUCHUNGSBEFUND

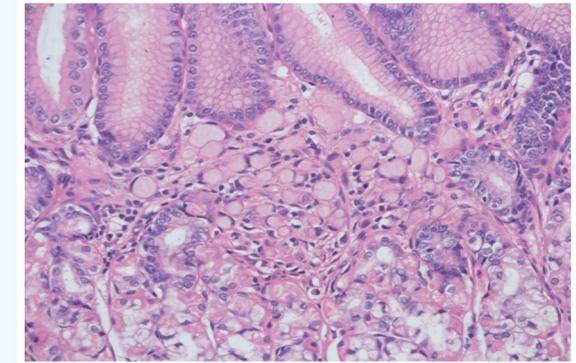
Die pathohistologische Untersuchung ergab überraschenderweise bereits fünf Herde eines Magen-Siegelringkarzinoms vom diffusen Typ nach Lauren an unterschiedlichen Lokalisationen des Magens ohne Lymphknotenmetastasen, entsprechend der UICC-Klassifizierung pT1a (m2)(m, 5 Herde), pN0 (0/16), cM0, L0, V0, R0.



Histologiebefund
(mit freundlicher Genehmigung Dres. Hellerich, Nährig, Mattern)

VERLAUF

Der postoperative Verlauf war komplikationslos. Die radiologische Darstellung der Magen-Darm-Passage mit Kontrastmittel und auch eine Computertomografie von Thorax und Abdomen ergaben regelhafte postoperative Befunde. Eine psychoonkologische Betreuung zur mentalen Unterstützung nach Organverlust wurde ebenso gerne wie eine Ernährungsberatung angenommen. 10 Tage nach der Operation konnten wir Frau G. bei Wohlbefinden aus der stationären Behandlung entlassen.



Histologiebefund
(mit freundlicher Genehmigung Dres. Hellerich, Nährig, Mattern)

Kasuistik: Hämosuccus pancreaticus

Hämosuccus pancreaticus ist eine seltene aber potentiell lebensbedrohliche Blutung in den oberen Verdauungstrakt über den Gang der Bauchspeicheldrüse (Ductus Wirsungianus). Die Intensität der Blutung reicht von einer intermittierenden, leichten Blutung bis zu einer massiven, akuten Blutung, welche zum hämorrhagischen Schock führen kann. Typischerweise präsentieren sich die Patienten mit wiederkehrenden abdominalen Schmerzen, einer Eisenmangelanämie und gastrointestinalen Blutungszeichen (Teerstuhl, Bluterbechen, Blutstuhl).

Die häufigsten Gründe für einen Hämosuccus pancreaticus sind die Ruptur eines (Pseudo-)Aneurysmas der peripankreatischen Arterien in den Pankreasgang und eine Blutung von primär intakten Arterien oder Arterien mit einem Aneurysma in eine Pankreaspseudozyste, welche mit dem Pankre-

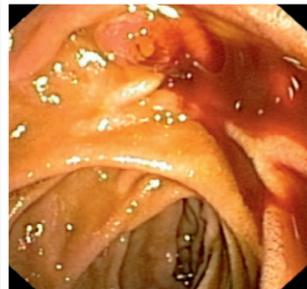


Abb. 1: Nachweis einer akuten Blutung aus dem Pankreasgang (Hämosuccus pancreaticus) während der ERCP

asgang kommunizieren. Die häufigste Ursache einer Pankreaspseudozyste stellt eine chronisch alkoholtoxische Pankreatitis dar.

VERLAUF

Die Vorstellung des 68-jährigen Patienten erfolgte mit seit Monaten rezidivierenden, kolikartigen Oberbauchschmerzen und einer milden Anämie. Die starken Schmerzen waren krampfartig und teilweise vom Oberbauch in den Rücken ausstrahlend. Wegen einer chronischen Gallenblasenentzündung mit Koliken wurde schon Monate zuvor die Gallenblase entfernt. Eine zuvor durchgeführte Darmspiegelung erbrachte keinen auffälligen Befund.

Bekannt war schon eine Raumforderung im vorderen Bereich der Bauchspeicheldrüse, welche als Pseudozyste bei chronischer Bauchspeichel-

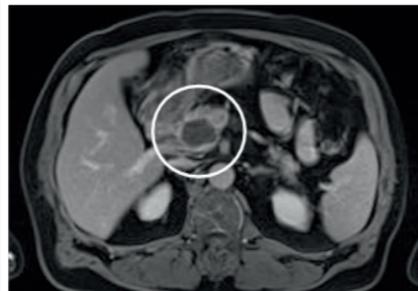


Abb. 2: CT-Darstellung der Pankreaspseudozyste im Kopfbereich der Bauchspeicheldrüse (Kreis).

drüsenentzündung interpretiert wurde. Mittels ERCP gelang dann der sehr seltene direkte Nachweis einer Blutung aus dem Gang der Bauchspeicheldrüse (Hämosuccus pancreaticus, Abb. 1). Da ein bösartiger Tumor bei einer Größenprogredienz der fraglichen Zyste und der Blutung nicht sicher ausgeschlossen werden konnte, wurde die Indikation zu einer Pankreaskopfresektion gestellt.

Intraoperativ zeigten sich in der Mesenterialwurzel bislang nicht bekannte, ca. 10 cm durchmessende Gichtknoten, die die Arteria und Mesenterica superior ummauerten. In dieser Situation wurde keine Pankreaskopfresektion durchgeführt und eine medikamentöse Therapie der histologisch gesicherten Gicht eingeleitet.

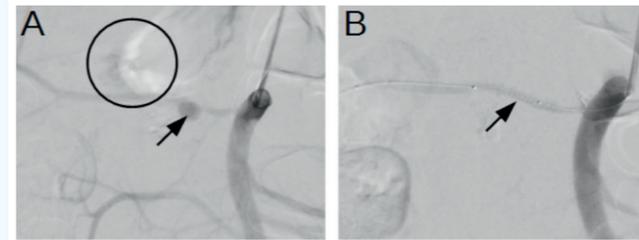


Abb. 3: Blutungsnachweis aus dem Pseudoaneurysma (Abb. 3A, Pfeil) durch Kontrastmittelaustritt in die Pankreaspseudozyste (Abb. 3A, Kreis). In Folge überlappende Implantation zweier Stents (Abb. 3B, Pfeil) zur Überbrückung des Pseudoaneurysmas.

Im weiteren Verlauf entwickelte der Patient Teerstühle und es mussten Erythrozytenkonzentrate transfundiert werden. Wir stellten den Patienten zur Angiographie im Universitäts-Herzzentrum Freiburg / Bad Krozingen vor, mit dem eine enge Zusammenarbeit besteht. Bei der Untersuchung zeigte sich ein Pseudoaneurysma der A. hepatica dextra und Austritt von Kontrastmittel in die Pankreaspseudozyste als Ursache der Blutung aus dem Gang der Bauchspeicheldrüse (Abb. 2, Kreis). Es gelang die Gefäßaussackung mit zwei Stents zu überbrücken, sodass eine Blutung aus dem Aneurysma über die Pankreaszyste in den Pankreasgang nicht mehr möglich war.

Bislang ist der Patient beschwerdefrei, die Eisenmangelanämie hat sich zwei Monate postinterventionell fast normalisiert.

FAZIT

Hämosuccus pancreaticus ist ein seltenes Krankheitsbild, das mit der typischen Trias Eisenmangelanämie, rezidivierenden Koliken und gastrointestinalen Blutungszeichen einhergeht. Der direkte Blutungsnachweis gestaltet sich oft schwierig. Der Schmerzcharakter kommt meist durch eine Erhöhung des Drucks in der Pseudozyste oder im Pankreasgang zustande, bis es zu einer Entleerung von Koageln und Frischblut über die Papille kommt.

Endoskopische Submukosadissektion (ESD) bei Rektumtumoren im Ev. Diakoniekrankenhaus 2013 – 2015

Die endoskopischen Therapiemöglichkeiten bei gastro-intestinalen Frühneoplasien konnte in den vergangenen Jahren durch die ESD erweitert werden. Das Verfahren ermöglicht eine endoskopische en bloc-Resektion von gastro-intestinalen Frühneoplasien. Damit sind auch größere Läsionen und Läsionen mit Non-lifting-Zeichen sowie Karzinome mit limitierter Infiltration der Submukosa einer endoskopischen Therapie zugänglich. Im Vergleich zur endoskopischen Mukosaresektion (EMR) ermöglicht die ESD im Idealfall eine en bloc-R0-Resektion (siehe Abbildungen 1 und 2) und liefert dem Pathologen einen kompletten Präparate-Rand zur Evaluation sowohl nach lateral als auch basal. Technische Voraussetzungen für die Durchführung einer ESD ist die High definition (HD-)Endoskopie mit virtueller Chromoendoskopie wie z.B. Narrow band imaging. Hiermit läßt sich durch die Analyse der Oberflächen- und Gefäßmuster eine Tiefe der Tumorinvasion relativ sicher vorhersagen.

Von 2013 – 2015 wurden in der Medizinischen Klinik insgesamt 33 Patienten mit Rektumtumoren mit ESD behandelt. Der mittlere Durchmesser der Läsionen betrug 4,5 cm (2,1 – 10 cm).

Histologisch verteilten sich die Läsionen wie folgt: IN high grade 49 %, IN low grade 45 % und T1-Karzinome 6 %. Eine en bloc- Resektion der Rektumtumore gelang in 29 von 33 Fällen (88 %), eine R0-Resektion in 31 von 33 Patienten (94 %). An Komplikationen trat lediglich eine wesentliche

Nachblutung auf (3 %), eine Perforation bei 2 Patienten (6 %) wurde jeweils konservativ behandelt. Die Mortalität betrug 0 % (siehe Tabelle).

Zusammenfassend ist die ESD ein vielversprechendes, nicht belastendes endoskopisches Verfahren zur kurativen Behandlung von Rektumtumoren. Indikationen hierfür sind Polypen mit einem Durchmesser über 20 mm sowie Läsionen mit Non lifting-Phänomen sowie Karzinome mit limitierter Submukosainfiltration. Voraussetzungen für die Selektion der Patienten sind eine große Erfahrung bei der Beurteilung der Oberflächenstruktur der Läsionen und ein eingespieltes interventionelles Team. Sämtliche in Frage kommende Patienten sollten in einem Viszeralmedizinischen Zentrum evaluiert werden.

ESD REKTUM	EDKH	2013 – 2015
En bloc Resektion	29/33	88 %
R0-Resektion*	31/33	94 %
Nachblutung	1	3 %
Perforation	2 (konservativ)	6 %
Mortalität	0	0 %

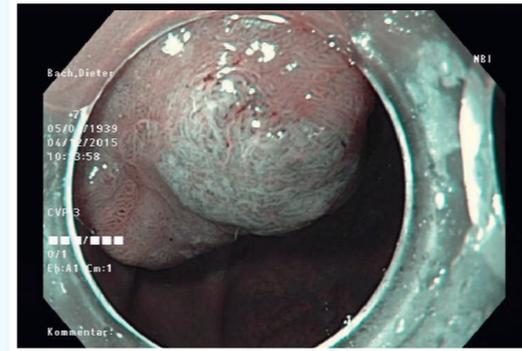


Abb 1: Endoskopischer Aspekt eines malignen, flachen Rektumpolypen (narrow band imaging)

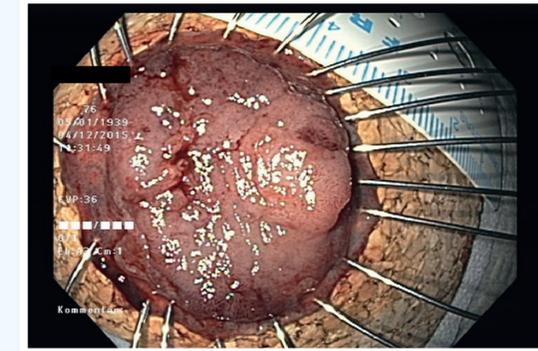


Abb 2: Optimal auf Kork fixiertes ESD-Präparat. Histologisch Adenokarzinom G2 in tubulo-villösem Adenom pT1(sm1) V0, L0, R0

Kasuistik: Zahnstocher – Magendurchspießung

ANAMNESE

Ein bislang gesunder 49-jähriger Patient kam mit seit 3 Tagen bestehenden heftigen Oberbauchschmerzen und hatte Schüttelfrost und 39 Grad Fieber.

DIAGNOSTIK

Klinik: Druckschmerz im Epigastrium, Fieber.
 Labor: hohe Entzündungszeichen, CRP 166 mg/L
 Sonografie: Verdickte Antrumwand
 Gastroskopie: 2 fibrinbelegte Ulcera ventriculi und eine umschriebene Vorwölbung mit zentralem Porus.



Zahnstocher



Gefäß



Endosonografie: Ausgedehntes echoarmes entzündliches Infiltrat der Antrum-Submukosa, die Magenwand überschreitend, mit stiftartigem Fremdkörper.
 Zweitannamnese: Vor Schmerzbeginn hatte der Patient Fleischrouladen gegessen, die mit Zahnstocher fixiert wurden.
 CT: Kein erkennbarer Fremdkörper

THERAPIE UND VERLAUF:

Fieber- und Schmerzfreiheit nach 6-tägiger Antibiotikatherapie.
 Laparoskopie: Exzision einer entzündeten Magenwand mit Gewebenekrosen und Entzündungsreaktion im benachbarten Fettgewebe, zentral ein 4 cm langer Zahnstocher. Entlassung nach 3 Tagen bei Wohlbefinden.



Echoärmeres Infiltrat



Echoärmeres Infiltrat – Zahnstocher



Wichtige Telefonnummern

Viszeralchirurgische Klinik

	Telefon	Fax
SEKRETARIAT	0761 1301-222	1301-622
ZENTRALE NOTAUFNAHME	0761 1301-225 0761 1301-250	1301-625
DIENSTH. ARZT	0761 1301-93200	
STATION C1A	0761 1301-242	1301-642
STATION C2A	0761 1301-203	1301-603
STATION C2B	0761 1301-274	1301-674

Medizinische Klinik

	Telefon	Fax
SEKRETARIAT	0761 1301-233	1301-633
MEDIZINISCHE AMBULANZ	0761 1301-226	1301-626
DIENSTH. ARZT	0761 1301-93300	
ENDOSKOPIE	0761 1301-217	
STATION M1A	0761 1301-292	1301-692
STATION M1B	0761 1301-275	1301-675
STATION M2A	0761 1301-295	1301-695
STATION M2B	0761 1301-276	1301-676





So finden Sie uns



**Evangelisches
Diakoniekrankenhaus**
Akad. Lehrkrankenhaus
der Universität Freiburg

Evangelisches Diakoniekrankenhaus

Wirthstraße 11
79110 Freiburg
Telefon: 0761 1301-01
Fax: 0761 1301-101
E-Mail: info@diak-fr.de



www.diakoniekrankenhaus.de