

Willkommen zu unserem Newsletter

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
in Kürze wird die S3-Leitlinie zur akuten und chronischen Pankreatitis publiziert. Ein Mammut-Werk von mehr als 250 Seiten. Diesen Anlass möchten wir nutzen, Ihnen einige wesentlichen Inhalte der neuen Leitlinie zu vermitteln und Ihnen das hier am UKW gelebte viszeralmedizinische Procedere nahezubringen.

Die Therapie der Pankreatitis einschließlich der Behandlung der Ursachen und Folgen ist ein Musterbeispiel gelebter Interdisziplinarität. Der Patient kommt mit einer biliären Pankreatitis, im gastroenterologischen EUS wird die Choledocholithiasis diagnostiziert, eine ERCP erfolgt. Anschließend findet in der Chirurgie die laparoskopische Cholezystektomie statt. Bei Nekrosen fängt der Gastroenterologe mit der Therapie an, bei fehlendem Erfolg folgt die starre Nekrosektomie und als zuletzt die Laparotomie durch den Chirurgen.

Aber auch bei der chronischen Pankreatitis werden die Behandlungspfade (medikamentös/konservativ vs. endoskopisches Stenting vs. Kopfresektion) gemeinsam getroffen. Nur so kann jeder Patient die für ihn am besten bestimmte, Leitlinien-adaptierte Therapie erfahren.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß bei der Lektüre und freuen uns wie immer über Ihr Feedback.

Univ.-Prof. Dr.
med. C.-T. Germer

Univ.-Prof. Dr.
med. A. Meining



inside...



News ... Seite 2

Fokus
Pankreatitis ...Seite 3

Wissenschaft ...Seite 5

Im Gespräch ... Seite 6

Upcoming ... Seite 6

Kontakt ... Seite 7



NEWS

Neu am UKW



Laura Krietenstein
Assistenzärztin für
Viszeralchirurgie

„Meine Begeisterung für die Viszeralchirurgie hat ihre Wurzeln in der Vorklinik. Schon hier interessierte mich speziell die Anatomie als essenzielle Grundlage der Chirurgie. An der Viszeralchirurgie fasziniert mich besonders, dass es eine sehr direkte Art der Medizin ist. Dies ermöglicht einen unmittelbaren Erfolg der Therapien sowohl für die Patienten, als auch für den Arzt. Die Kombination aus großem benötigten Fachwissen mit einer umfangreichen Auswahl therapeutischer Möglichkeiten zeichnet für mich die Viszeralchirurgie als sehr abwechslungsreiche Tätigkeit aus. In der Uniklinik Würzburg bin ich zu einem Team gestoßen, dem sowohl die Lehre als auch die Forschung und der interdisziplinäre Austausch sehr am Herzen liegt. Daher freue ich mich sehr, Teil dieses Teams zu sein.“

„Seit April bin ich ein Teil des Teams der Gastroenterologie am Uniklinikum Würzburg, zunächst allerdings in der Forschung. Bereits im Studium habe ich mich primär für die Innere Medizin und Bioinformatik interessiert. Ich bin dankbar für die Chance, mich im Umfeld der Med II in Medizin und Forschung verwirklichen zu können. Weiterhin bin ich natürlich gespannt auf den Beginn meiner klinischen Ausbildung und freue mich auf die zukünftige Zusammenarbeit.“



Thomas Lux
Assistenzarzt für
Gastroenterologie



Lisa Wilke
Assistenzärztin für
Viszeralchirurgie

„Schon früh im Laufe meines Studiums wurde mir bewusst, dass ich später operativ tätig sein möchte. Im PJ habe ich dann den festen Entschluss getroffen, dass ich Viszeralchirurgin werden will. Die Viszeralchirurgie hat mich mit ihrer unglaublichen Vielseitigkeit in Bezug auf Patienten, Krankheitsbilder als auch diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten überzeugt. Die Uniklinik Würzburg deckt das gesamte Spektrum dieses großen Faches ab und gerade die Berührungspunkte mit den anderen Fachabteilungen und den interdisziplinären Austausch finde ich sehr spannend. Außerdem bekommt man die Möglichkeit neben der Patientenversorgung auch in der Forschung und Lehre aktiv mitzuwirken.“

Therapie der akuten Pankreatitis

Jedes Jahr werden in Deutschland über 50.000 Menschen aufgrund einer akuten Pankreatitis stationär behandelt. Die Ätiologie ist vielfältig, häufigste Ursache ist eine biliäre Pankreatitis bei Cholezystolithiasis. Weitere häufige Ursachen sind Alkoholkonsum, Hypertriglyzeridämie, medikamentös toxisch Ursachen, sowie in selteneren Fällen idiopathisch, autoimmun oder hereditäre Pankreatitis. Bei bis zu 20% der Patienten entwickeln sich im Verlauf der akuten Pankreatitis Gewebnekrosen, resultierend in einem deutlich prolongierten Verlauf der Erkrankung über mehrere Wochen und einem hohen Risiko für extrapankreatische Organkomplikationen bis hin zum Multiorganversagen oder eine sekundäre Superinfektion der Nekrosen. Typische Komplikationen sind Strikturen im biliopankreatischen Gangsystem, ein disrupted duct syndrome und eine gastrointestinale Passagestörung durch entzündliche Lumenobstruktion. Auch vaskuläre Komplikationen wie eine Thrombose im splanchnischen Stromgebiet oder die Ausbildung eines Pseudoaneurysma sind nicht selten. Die bakterielle Superinfektion der Nekrose verdreifacht die Mortalität von 12% auf 30%.

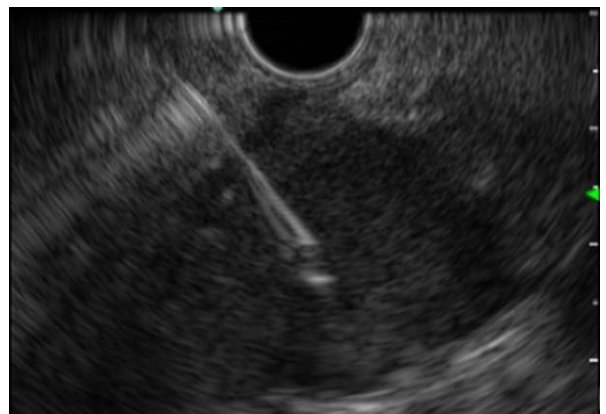
Eine Deutsche S3 Leitlinie zur Behandlung der akuten und chronischen Pankreatitis ist auch unter Beteiligung des UKW gerade verabschiedet worden und wird in Kürze publiziert.

Nachfolgend berichten wir über aktuelle Neuerung zur Therapie der komplizierten Pankreatitis.

Noch vor 20 Jahren bestand die Therapie in der invasiven chirurgischen Nekrosektomie, welche allerdings mit einer hohen Letalität und erheblichen Morbidität verbunden war. Heute liegen differenzierte interdisziplinäre Behandlungsoptionen vor, die eine deutliche Prognoseverbesserung auch bei kritisch kranken Patienten ermöglichen.

Diagnostik und Prognose

In der Bildgebung stehen als klassische Schnittbildgebungen die Sonographie – bereits bettseitig bei Aufnahme – und eine CT an erster Stelle, insbesondere, wenn Unklarheit über Genese und Schweregrad/Ausmaß der Erkrankung besteht. Soweit klinisch vertretbar, sollte die CT erst nach 48 bis 72 Stunden und nach ausreichender Rehydratation des Patienten erfolgen, um Kontrastmittel-induzierte pankreatische Mikro-zirkulationsstörungen zu vermeiden. Nekrosen demarkieren sich meist erst deutlich nach 48 bis 72 Stunden. In der Praxis als überaus hilfreich bewährt hat sich die Endosonographie (EUS). Hiermit kann frühzeitig nach Aufnahme sehr sensitiv nach einer möglichen (v.a. biliären) Genese igesucht werden und ggf. die Durchführung der – bei persistierender Choledocholithiasis zeitnah indizierten - ERCP im unmittelbaren Anschluss ermöglicht. Weiterhin kann mittels EUS das Ausmaß der Schädigung gut ermittelt werden da bereits geringe Flüssigkeitsmengen nachgewiesen werden können.

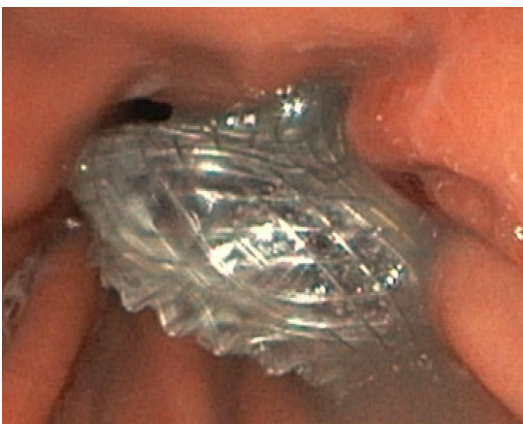


Endosonographische Punktion einer Infizierten Nekrose

Interventionelle und endoskopische Therapie

Indikationen für eine interventionelle oder endoskopische Therapie bilden infizierte Nekrosen, Abflussstörungen der Gallenwege oder Gefäß-arrrosionen. Für diese Interventionen stehen im Universitätsklinikum Würzburg modernste technische Voraussetzungen und ein erfahrenes Team unter der Leitung von Prof. Dr. med. R. Kickuth aus der Interventionellen Radiologie und Prof. Dr. med. A. Meining aus der Gastroenterologie.

Bei Nachweis infizierter Nekrosen im Verlauf der Erkrankung sollten diese in einem individualisierten Therapiekonzept drainiert werden. Methode der Wahl ist hier mittlerweile die endosonographische intraluminale Drainage. Überwiegend liquide Nekrosenareale können initial mit multiplen Doppelpigtails (DPs) angegangen werden. Bei einem solidem Nekroseanteil ab 20% sollte eine Nekrosektomie erfolgen, in diesen Fällen stellt die Verwendung eines Lumen Apposing Metal Stents (LAMS) meist den therapeutischen Standard dar, der in der Variante mit Diathermie-fähigem Einführbesteck auch die rein endosonographische Drainage auf der Intensivstation ermöglicht. Nach Schaffung einer solchen Gastrostomie werden die Nekrosen endoskopisch abgetragen. Sollten hier mehrfache Sitzungen notwendig sein, kann der Zugang in die Nekrosen mittels Ballondilatation erleichtert werden, der Zugangsweg wird mittels LAMS oder DPs gesichert. Nach Abschluss der Nekrosektomie kann die Zugangsweg dann mit einem oder zwei DPs bis zu ersten Kontrolle gesichert werden.



Gastral einliegender Lumen Apposing Metal Stents in der Nekrosehöhle

Bei fehlender Möglichkeit einer endoskopischen Drainage kann alternativ eine CT-gesteuerte perkutane Drainage erfolgen. Pseudoaneurysmata im Bereich der Nekrosen werden klassischer Weise mittels interventionell-radiologischer Methoden mittels Stenting des arrodiierten Gefäßes oder mittels Coiling des Aneurysmas versorgt. Sollte in diesem Fall ein vaskulärer Zugang nicht möglich ist, kann hier ein endosonographisches Coiling versucht werden. Bei Galleabflussstörungen erfolgt die Sicherung der Gallenwege mittels ERCP, endosonographischer Punktion der Gallenwege oder perkutan mittels PTCD.

Chirurgische Therapie

Als Therapiestrategie wird der "step-up-approach" empfohlen. Wenn minimalinvasive Techniken nicht effektiv sind oder es zu schweren Komplikationen kommt (z.B. Darmp perforationen oder Ausbildung eines abdominellen Kompartmentsyndrom), ist eine chirurgische Intervention notwendig. Hier gibt es neben der offenen Chirurgie auch die Möglichkeit der Laparoskopie oder Retroperitoneoskopie als minimalinvasive Alternativen. Bei Patienten mit biliärer Pankreatitis ist nach Ausheilung dessen die Cholezystektomie indiziert (frühelektiv bei milden Verläufen und nach 6-8 Wochen bei schweren Verläufen).

In der Chirurgischen Klinik I stehen alle modernen Voraussetzungen für die Behandlung von schwersten Fällen einer akuten Pankreatitis inkl. zeitgemäßer offener Abdomentherapie und Chirurgischer Intensivmedizin zur Verfügung. Die aktuellen Behandlungsempfehlungen für diese Patienten wurden hierzu in internationalen Studien erarbeitet und publiziert.



Intraoperativer Situs bei schwerer nekrotisierender Pankreatitis mit Kompartment-syndrom



Neues aus der Forschung

Nab-paclitaxel plus gemcitabine versus nab-paclitaxel plus gemcitabine followed by FOLFIRINOX induction chemotherapy in locally advanced pancreatic cancer (NEOLAP-AIO-PAK-0113): a multicentre, randomised, phase 2 trial

THE LANCET
Gastroenterology & Hepatology

Die optimale präoperative Behandlung von lokal fortgeschrittenen Pankreastumoren (LAPC) ist weiterhin unklar, ein einheitliches Regime existiert bisher nicht.

Eine kürzlich veröffentlichte AIO-Studie, an der die Universität Würzburg maßgeblich mitbeteiligt war, untersuchte zwei Regime – nab-Paclitaxel plus Gemcitabine sowie nab-Paclitaxel plus Gemcitabine gefolgt von FOLFIRINOX bezüglich ihrer Effektivität und Sicherheit zur Therapie des lokal fortgeschrittenen Pankreaskarzinoms. Insgesamt 130 Patienten mit lokal fortgeschrittenem Pankreaskarzinom erhielten zwei Zyklen nab-Paclitaxel plus Gemcitabine, anschließend wurden sie randomisiert und entweder zwei weiteren Zyklen nab-Paclitaxel plus Gemcitabine oder 4 Zyklen FOLFIRINOX zugeführt. Die Rate der kompletten makroskopische Tumorresektion lag bei 30,6% im Gem/nabPac-Arm sowie bei 45% im Gem/nabPac + FOLFIRINOX-Arm. Signifikant war dieser Unterschied nicht. Das mediane Gesamtüberleben lag bei 18,5 Monaten im Gem/nabPac-Arm und 20,7 Monaten im Gem/nabPac + FOLFIRINOX-Arm ohne das auch hier ein signifikanter Unterschied erreicht werden konnte. Auch bezüglich der sekundären Endpunkte „Progressionsfreies Überleben“, „Bildmorphologisches Ansprechen“, „Ca19-9 Ansprechen“ und „R0-Resektionsrate“ zeigten sich in den Gruppen keine Unterschiede.

Als neoadjuvante Chemotherapie-Regime scheinen somit beide Varianten sichere und ähnlich wirksame Möglichkeiten darzustellen. Eine Konversion in ein resektabiles Stadium gelang in etwa einem Drittel der Patienten, eine eindeutige Aussage über ein verbessertes Gesamtüberleben kann jedoch aktuell noch nicht getroffen werden und bedarf weiterer Untersuchungen.

Ihr Link zum Paper: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2468125320303307>

Early Ileocecal Resection Is an Effective Therapy in Isolated Crohn's Disease



Journal of
Clinical Medicine

In der Vergangenheit lag der Behandlungsschwerpunkt des Morbus Crohn auf medikamentösen Therapieoptionen. Zunehmende Evidenz deutete zuletzt darauf hin, dass bei begrenzter Entzündung die primäre chirurgische Therapie suffizient sein kann.

In dieser retrospektiven Single-Center Studie aus Würzburg erfolgte die Analyse von 103 Patienten mit Ileitis terminalis bei Morbus Crohn. 29 Patienten erhielten die eine primäre Operation, 74 Patienten wurden zunächst medikamentös therapiert und erhielten danach die Ileozökalresektion (ICR). Primärer Endpunkt war der Bedarf an Immunsuppression im Zeitraum eines 2-Jahres Follow-ups, sekundäre Endpunkte waren Zeitintervall zwischen Operation und Beginn einer Medikation, Eskalation der Medikation, Notwendigkeit eines erneuten operativen Eingriffs und postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen.

Es konnte gezeigt werden, dass Patienten mit ICR in frühem Krankheitsstadium während des Follow-up Zeitraums signifikant weniger anti-inflammatorische Medikation benötigten als Patienten, welche zuvor medikamentös therapiert wurden. Bezogen auf die sekundären Endpunkte fiel eine höhere Rate an laparoskopischen Operationen zum frühen verglichen mit dem späteren OP Zeitpunkt auf, darüber hinaus war kein signifikanter Unterschied bezüglich der Endpunkte zwischen den Gruppen nachweisbar.

Zusammengefasst zeigen die Autoren, dass eine primäre ICR bei limitiertem Morbus Crohn sicher und effektiv ist. Zudem ist die Notwendigkeit einer immunsuppressiven Therapie bei frühem OP Zeitpunkt verglichen zu Patienten mit späterem OP Zeitpunkt im Follow-up Zeitraum niedriger.

Ihr Link zum Paper: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7918661/>

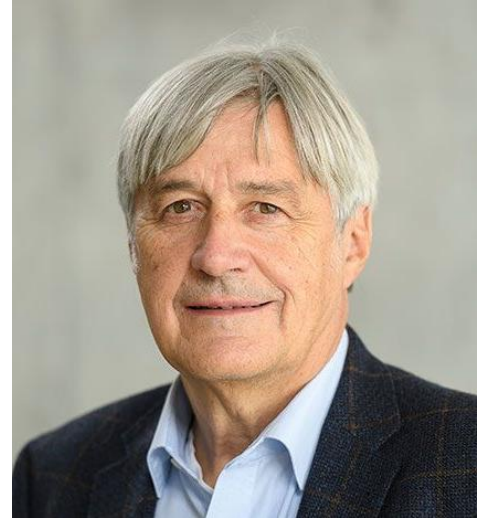
IM GESPRÄCH...



... mit Prof. Dr. Karl-Hermann Fuchs

Prof. Dr. Karl-Hermann Fuchs ist Viszeralchirurg und seit dem 01.10.2020 als Seniorprofessor Teil des Labors für interventionelle und experimentelle Endoskopie (InExEn) des Lehrstuhls für Gastroenterologie unter Prof. Dr. Alexander Meining.

Schon während seiner langjährigen Tätigkeit als Viszeralchirurg am Universitätsklinikum Würzburg und später als Chefarzt am Markus-Krankenhaus in Frankfurt widmete sich Prof. Dr. Fuchs der Entwicklung von innovativen, endoskopischen und laparoskopischen Instrumenten zur Behandlung von gastrointestinalen Erkrankungen. Nun verstärkt er das InExEn-Team und kann hier seine Forschung auf diesem Gebiet fortsetzen und vertiefen.



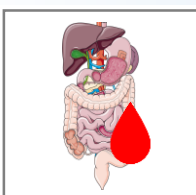
Mit was beschäftigen Sie sich derzeit in der gastroenterologischen Forschung?

Die Techniken der diagnostischen und therapeutischen Endoskopie stellen einen integralen Bestandteil der modernen Gastroenterologie dar. In einem Labor für interventionelle und experimentelle Endoskopie stehen deswegen die Nutzung der Fähigkeiten der künstlichen Intelligenz bei der Diagnose von Erkrankungen im Gastrointestinal Trakt an vorderster Stelle. Auf dem Gebiet der interventionellen und therapeutischen Endoskopie werden in großen Schritten viele neue Techniken erdacht, entwickelt und letztlich in der klinischen Praxis getestet und etabliert. Diese Aufgaben sind sehr interessant und reichen in das Feld der minimal invasiven chirurgischen Techniken hinein, sodass an dieser Schnittstelle sowohl endoskopisches und chirurgisches Wissen und Erfahrungen notwendig ist und einfließen muss.

Wo denken Sie, besteht noch der größte Entwicklungsbedarf in der interventionellen Endoskopie?

Aus dem Blickwinkel der endoskopischen und chirurgischen Aktivitäten sehe ich den größten Entwicklungsbedarf gegenwärtig und für die nächsten Jahre in der optimalen Ausnutzung der Methoden der künstlichen Intelligenz für die endoskopische Diagnostik. So werden zur Zeit mehrere Projekte durchgeführt, die die Erkennung von Tumoren im Gastrointestinal Trakt optimieren werden. Darüber hinaus wird bezüglich der endoskopischen Therapieverfahren die technische Grundkonzeption eines Endoskops überdacht und neue Wege erschlossen. Die Integration von innovativen Manipulationsmöglichkeiten mit einem Endoskop, neue multifunktionale endoskopische Plattformen sowie die Roboter-Technologie muss erforscht werden. Diese Arbeiten bedürfen einer vereinten Anstrengung von ärztlichem und technischem Wissen und Erfahrungen sowie Ingenieurs-Know-how und Informationstechnik. Diese Fähigkeiten sind in unserem Labor gebündelt und werden für die Aufgaben der Zukunft hier eingesetzt.

Upcoming



Ausblick Newsletter 2/2021

Im nächsten Newsletter liegt der Schwerpunkt auf dem Krankheitsbild der gastrointestinalen Blutung



Ihr Kontakt zu uns

Kontakt zum Newsletter

Haben Sie Fragen zur Anbindung von Patienten oder möchten Sie diese zu uns überweisen, können Sie sich gerne direkt an uns wenden. Wir kümmern uns dann um die weitere Koordination.

Auch für Fragen, Feedback oder bei Wünschen zu zukünftigen Inhalten können Sie sich direkt an die Redaktion des Newsletter wenden.

Sie erreichen uns unter der E-Mail Adresse: viszeralmedizin@ukw.de

Zentrales Patientenmanagement der Chirurgischen Klinik

Das zentrale Patientenmanagement (ZPM) ist das wichtigste Bindeglied zwischen ärztlichen Zuweiserinnen und Zuweisern und Chirurgischer Klinik. Hier können sowohl stationäre als auch ambulante Termine vereinbart werden. Es steht Ihnen Ärzte und Fachpflegekräfte als Ansprechpartner zur Verfügung und informieren Sie sowohl vor, während und nach der Operation Ihrer Patientin oder Ihres Patienten.

Telefon: +49 931 201-39999

Fax: +49 931 201-39994

Mail: zpm-chirurgie@ukw.de

Fachspezifische gastroenterologische Anfragen

Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen

E-Mail: ced_mp@ukw.de

Neuroendokrine Tumoren

E-Mail: net_mp@ukw.de

Pankreaserkrankungen

E-Mail: pankreas_mp@ukw.de

Hereditäre Tumoren des Gastrointestinaltrakts

E-Mail: hts-gi_mp@ukw.de

Komplexe / interventionelle Endoskopien

E-Mail: endoskopie_mp@ukw.de

Allgemeine Anfragen (Sekretariat [Gastroenterologie](#))

Telefon: +49 931 201-40201 und +49 931 201-40166

Fax: +49 931 201-640201

E-Mail: gastro_mp@ukw.de

Impressum

Newsletter 01/2020,
Universitätsklinikum Würzburg
Herausgeber: Prof. Dr. med. A. Meining, Prof. Dr. med. C.-T.
Germer; Oberdürrbacherstraße 6, 97080 Würzburg
Redaktion: Dr. med. A. Hendricks, S. Gawlas
Layout & Satz: Dr. med. A. Hendricks, S. Gawlas

Abmeldung vom Newsletter

Um sich vom viszeralmedizinischen Newsletter abzumelden, schicken Sie bitte eine E-Mail mit dem Stichwort „Abmeldung“ an viszeralmedizin@ukw.de.