



Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Wir freuen uns Ihnen eine neue Ausgabe unseres Würzburger Viszeralmedizinischen Newsletters präsentieren zu dürfen. Das Schwerpunktthema dieses Mal sind die Divertikulose und die Divertikelkrankheit, die zu den häufigsten gastroenterologischen Veränderungen und Krankheitsbildern gehören. Jeder dritte bis zweite Deutsche muss damit rechnen, im Laufe seines Lebens Divertikel zu entwickeln. Außerdem sind zunehmend komplizierte Krankheitsverläufe zu beobachten. Die im Jahre 2014 erstmalig publizierte interdisziplinäre deutsche S2K-Leitlinie zu diesem Thema war bereits vielbeachtet und wegweisend für das Management der Divertikelkrankheit. Da diese Leitlinie zwischenzeitlich ihre Gültigkeit verloren hatte, wurde sie nun neu überarbeitet und liegt bereits in einer Konsultation-Fassung vor. Auch wenn die erste Leitlinie bereits in hohem Maß evidenzbasiert war, lag ein Schwerpunkt der aktuellen Fassung der Leitlinie in der erweiterten Evidenzprüfung und der Befolgung der formellen Richtlinien einer S3-Leitlinie. Die Erstellung der neuen Fassung der Leitlinie erfolgte unter intensiver Beteiligung von Mitarbeitern der Würzburger Viszeralmedizin des Universitätsklinikums Würzburg. Auch wenn die Leitlinie noch nicht in ihrer endgültigen Version publiziert ist, können wir Ihnen schon vorab die neuesten Erkenntnisse zu dieser Thematik quasi noch druckfrisch übermitteln.

Darüber hinaus enthält der Newsletter wieder neue Informationen über personelle Veränderungen, Publikationen und zukünftige Aktivitäten. Wir wünschen Ihnen beim Lesen viel Vergnügen und freuen uns auf Ihr Feedback.

Herzlichst ihre

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

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



inside...



News ... Seite 2

Fokus
Divertikulitis ...Seite 3

Wissenschaft ...Seite 6

Upcoming ... Seite 6

Kontakt ... Seite 7



Neu am UKW



Nach zehn durchaus schönen und vielfältigen Arbeitsjahren als Anästhesistin im Leopoldina-Krankenhaus Schweinfurt eröffnete sich mir während der zweiten Elternzeit unerwartet ein neues berufliches Tätigkeitsfeld, welches ich seit September 2021 mit großem Interesse kennenlerne: als Studienärztin im Chirurgischen Studienzentrum der Chirurgie I. Hier bietet sich mir die Möglichkeit – neben der guten Vereinbarkeit von Familie und Beruf – weiterhin täglich mit Patienten und im Setting einer großen, interdisziplinär agierenden Klinik arbeiten zu können, was mir gleichermaßen wichtig ist und große Freude macht. Zudem kann ich, nach meiner bislang rein klinischen Tätigkeit, nun auch einen kleinen Beitrag zur so wichtigen klinischen Forschung leisten. Besonders schön ist die Umsetzung dieser Aufgabe in dem noch kleinen aber hochmotivierten Team um Prof. Schlegel. Ich freue mich auf eine gute Zusammenarbeit mit Ihnen allen.

Dr. Ulrike Wolfsteiner

Studienärztin, Chirurgisches
Studienzentrum Würzburg (CSW)

Ernährungsmedizinische Sprechstunde

In den letzten Jahren konnte zunehmend gezeigt werden, dass Ernährung ist ein wesentlicher Faktor in der Prophylaxe, Entwicklung und Therapie verschiedener Erkrankungen ist, weswegen die Ernährungsmedizin auch in unserem ärztlichen Handeln einen immer größeren Stellenwert einnimmt.

Am 01. Oktober 2021 wurde die gastroenterologische Ambulanz um eine ernährungsmedizinische Sprechstunde erweitert mit dem Ziel, die Versorgung poststationärer und ambulanter Patienten unter ernährungsmedizinischen Gesichtspunkten zu optimieren.

Zu den Aufgabenbereichen zählen die Erhebung des Ernährungsstatus und der Ernährungsgewohnheiten, Diagnostik und Beratung bei Verdacht auf Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Diagnostik und Beratung bei funktionellen Erkrankungen, die Analyse der Körperzusammensetzung mittels bioelektrischer Impedanzmessung (BIA) sowie eine Ernährungsberatung bei verschiedenen Erkrankungen. Zudem werden wissenschaftliche Fragestellungen im Rahmen multizentrischer-klinischer Studien adressiert, wie beispielsweise Studien zur Wirkung von Heilerde für Patienten mit Reizdarm-Syndrom, Histaminunverträglichkeit und Clostridium difficile assoziierter Diarrhoe an.

Ansprechpartner für die Ernährungsambulanz sind Frau Dr. Henniger (Henniger_D@ukw.de) oder Frau Wolz (Wolz_C1@ukw.de), die für Rückfragen gerne zur Verfügung stehen.

Update Divertikulitis

Neue Divertikulitis Leitlinie

Die Divertikelkrankheit ist eine der häufigsten gastrointestinalen Erkrankungen und die akute Divertikulitis stellt eine der wichtigsten Differentialdiagnose bei akuten abdominellen Schmerzen dar. Alleine in Deutschland werden jährlich weit über 100.000 Patienten aufgrund einer Divertikulitis stationär behandelt. Diese Zahl könnte in Zukunft noch weiter ansteigen, denn die Wahrscheinlichkeit eine Divertikulitis nimmt mit zunehmendem Lebensalter, aber auch mit höherem Körpergewicht und Adipositas zu.

Kolondivertikel können im Verlauf des Lebens durch Ausstülpungen der Schleimhaut durch muskelschwache Lücken entlang intramuraler Blutgefäße entstehen. Während nur 10% der 50-jährigen Kolondivertikel aufweisen, steigt die Inzidenz für 70-jährige bereits auf ca. 50% an und 2/3 der Hochbetagten über 85 Jahren haben eine Divertikulose. Vorliegen einer Divertikulose hat zunächst noch keinen Krankheitswert, erst wenn es zu Symptomen oder Komplikationen der Divertikulose kommt, insbesondere zu Entzündungen (Divertikulitis) oder intestinalen Blutungen, spricht man von einer Divertikelkrankheit. Die Pathogenese von Kolondivertikeln ist multifaktoriell und beinhaltet neben genetischen Faktoren, Veränderungen des Bindegewebes, des enterischen Nervensystems und der Darmmotilität auch beeinflussbare Risikofaktoren wie die Ernährung, das Körpergewicht und körperliche Aktivität.



Hinsichtlich der wissenschaftlichen Evidenz bezüglich Diagnostik und Therapie haben sich in den letzten Jahrzehnten weitreichende Veränderungen ergeben, welche Eingang in nationale und zahlreiche internationale Behandlungsleitlinien gefunden haben. Die erste deutsche Konsensus-Leitlinie (AWMF Klassifikation S2) zur Divertikulitis wurde im Jahr 2013 in einer Konsensuskonferenz im Zentrum Operative Medizin (ZOM) in Würzburg erarbeitet und im Folgejahr veröffentlicht.

Mittlerweile wurde die deutsche Leitlinie unter umfangreicher Beteiligung von Wissenschaftlern des Universitätsklinikums Würzburg umfangreich überarbeitet und wird in Kürze als evidenzbasierte Leitlinie (AWMF Klassifikation S3) veröffentlicht. Prof. Dr. med. C.-T. Germer übernahm hierbei die Leitung der Arbeitsgruppe 5 - Indikationen zur chirurgischen Therapie.

Für eine individuelle und optimale Therapie der Divertikelkrankheit ist eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit der Teilgebiete der Viszeralmedizin, insbesondere der Gastroenterologie, der Viszeralchirurgie, aber auch der diagnostischen und interventionellen Radiologie erforderlich.

Diagnostik

Eine akute Divertikulitis sollte als Differentialdiagnose akuter Bauchschmerzen auch bei jüngeren Patienten mit linksseitigen Unterbauchschmerzen sowie auch bei rechtsseitiger oder suprapubischer Schmerzlokalisierung erwogen werden.

Die erforderliche Diagnostik richtet sich nach dem aktuellen Beschwerdebild der Patienten. Während bei Konstipation oder chronischen abdominellen Schmerzen oder bei perianalem Blutabgang zunächst eine Endoskopie (Koloskopie oder Sigmoidoskopie) durchgeführt wird, sollte bei akuten Entzündungen auf eine Endoskopie verzichtet werden und eine geeignete Schnittbildgebung mittels Sonographie oder Computertomographie mit intravenöser, oraler und rektaler Kontrastierung erfolgen.



Akute komplizierte gedeckt perforierte Sigmadivertikulitis mit parakolischem Makroabszess (CDD Typ 2b); schwarzer Pfeil: Parakolischer Abszess; weißer Pfeil: entzündlich wandverdicktes Segment des Colon sigmoideum

Nach Abheilung einer akuten Divertikulitis oder vor einer geplanten elektiven Sigmaresktion besteht die Indikation zur Koloskopie, um differentialdiagnostisch ein Kolonkarzinom oder Adenome auszuschließen.



Nachweis einer reizlosen DivertikULOse während einer Koloskopie

Konservative Therapie

Die akute unkomplizierte Divertikulitis (CDD Typ 1a und 1b) wird primär konservativ therapiert. Bei gesicherter Diagnose und fehlenden Risikofaktoren wie Immunsuppression oder Komorbiditäten kann eine ambulante Behandlung der Divertikulitis unter engmaschiger ärztlicher Beobachtung erfolgen und auf eine Antibiotikatherapie verzichtet werden. Primäres Ziel einer medikamentösen Therapie ist die Symptomlinderung. Der Einsatz von Probiotika oder einer speziellen ballaststoffreichen Diät werden nicht empfohlen.

Patienten, die an einer akuten komplizierten Divertikulitis (CDD Typ 2a) erkranken, sollten stationär überwacht und mittels Antibiotikatherapie behandelt werden. Diese erfolgt in der Regel über 4-7 Tage. Die enterale Ernährung kann situationsbedingt erfolgen, negative Auswirkungen dieser konnten bisher nicht belegt werden.

Endoskopische und interventionelle Therapie

Während die Endoskopie in der Akutphase der akuten Divertikulitis vermieden werden sollte, besteht die Empfehlung diese nach Abklingen der Divertikulitis ca. 6-8 Wochen später sowie bei unterer gastrointestinaler Blutung mit der Differentialdiagnose Divertikelblutung zeitnah durchzuführen. Sollte es im Rahmen der Blutung zu hämodynamischer Instabilität kommen ist nach Ausschluss einer anorektalen oder gastralen Blutungsquelle eine Koloskopie innerhalb von 12 Stunden empfohlen, bei hämodynamischer Stabilität nach 12-24h. Lässt sich im Rahmen der Endoskopie eine Divertikelblutung identifizieren, besteht die Indikation zur endoskopischen Blutstillung. Hält die Blutung danach an oder kommt es zu einem Rezidiv nachdem eine Blutstillung erreicht war, sollte die endoskopische oder radiologisch interventionelle Therapie erfolgen. Eine CT Angiographie kann eine endoskopisch nicht detektierbare Blutung nachweisen und lokalisieren. Die chirurgische Therapie spielt erst dann eine Rolle, wenn es zu rezidivierenden Blutungen kommt oder eine schwere aktive Blutung weder endoskopisch noch angiographisch beherrschbar ist.



Durchführung einer laparoskopischen Sigmaresektion

Chirurgische Therapie

Trotz der Möglichkeiten von konservativer und interventioneller Therapie bildet die chirurgische Therapie im Sinne der Resektion des Colon sigmoideums weiterhin einen wesentlichen Teil der Behandlung dar. Verbindliche Standards zur Indikationsstellung und Operationszeitpunkt wurden von Prof. Dr. med. C.-T. Germer wurden in einem Projekt der Qualitätskommission der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie im letzten Jahr veröffentlicht. Im Wesentlichen gibt es drei Indikationen zur chirurgischen Therapie: 1. Zur Vermeidung von Komplikationen nach erfolgreicher konservativer Therapie einer akuten komplizierten Divertikulitis mit Makroabszess mit hohem Rezidivrisiko (CDD Typ 2b). 2. Bei symptomatischer Divertikelkrankheit mit eingeschränkter Lebensqualität, bzw. Nachweis einer Stenose oder Fistulierung (CDD Typ 1-3). 3. Bei freier Perforation und Peritonitis als Notfall.

Die elektive Sigmaresektion erfolgt heutzutage grundsätzlich als laparoskopische Operation wegen der Vorteile der minimalinvasiven Chirurgie, insbesondere wegen der geringeren Schmerzen und der schnelleren Rekonvaleszenz. Bei allen Operationen, ob Notfall oder elektiv, wird eine Passagerekonstruktion des Kolons mit Anlage einer Anastomose gegenüber einer Hartmann-Operation bevorzugt.



Neues aus der Forschung zum

Changes in Appendicitis Treatment during the COVID-19 Pandemic – a Systematic Review and Meta-Analysis

INTERNATIONAL
JOURNAL OF
SURGERY

Im Rahmen der COVID-19 Pandemie wurde 2020 eine Abnahme der Notfallkonsultationen sowie Veränderungen der Therapie von zahlreichen Erkrankungen beobachtet. Insbesondere wurden operative Eingriffe wenn möglich vermieden und wenn möglich eine konservative Therapie durchgeführt. Im Rahmen dieser Arbeit wird der Einfluss der COVID 19 Pandemie auf das Krankheitsbild der akuten Appendizitis, deren Inzidenz, Therapie, Schweregrad, der Vorstellungszeitpunkt in der Klinik sowie die Länge des Krankenhausaufenthalts untersucht.

Es erfolgte dazu eine systematische Literaturrecherche der Pubmed, Embase und Cochrane Datenbanken. Studien welche einen der Endpunkte untersuchen und den COVID-19 Zeitraum mit einem vorangegangenen Referenzzeitraum vergleichen wurden eingeschlossen. Insgesamt konnten 46 Studien identifiziert werden, welche die Einschlusskriterien erfüllen.

Als Ergebnis zeigt sich eine Abnahme der Appendizitis Fälle von 20,9% bei erwachsenen Patienten und eine Zunahme um 13,4% bei Kindern. Bei Betrachtung der operative Verfahren zeigt sich eine leichte Zunahme der offenen Appendektomie in beiden Gruppen, jedoch ohne statistische Signifikanz (Erwachsene: 8,5% vs. 7,1%, $P = 0,32$; Kinder: 7,1% vs. 5,3%, $P = 0,13$). Die Rate der antibiotisch therapierten Appendektomien stieg signifikant an ($P = 0,007$; $P = 0,03$). Bei Erwachsenen zeigte sich zudem eine höhere Rate an komplizierten Appendizitiden (OR 2,00, $P < 0,0001$; Kinder: OR 1,64, $P = 0,12$). Die Zeit bis zur Erstvorstellung zeigte keine signifikante Veränderung (Erwachsenen: 52,3 vs. 38,5 Std, $P = 0,057$; Kinder: 51,5 vs. 32,0 Std. – $P = 0,062$) und auch die Dauer des Krankenhausaufenthalts war während der Pandemie unverändert (Erwachsene: 2,9 vs. 2,7 Tage, $P = 0,057$; Kinder: 4,2 vs. 3,7 Tage, $P = 0,062$).

Die Autoren können zeigen, dass die COVID-19 Pandemie im Jahr 2020 einen großen Einfluss auf Inzidenz und Behandlungsstrategien der akuten Appendizitis hatte. Zudem unterstreichen die Ergebnisse die Theorie, dass die Appendizitis keine fortschreitende Erkrankung ist und das eine antibiotische Therapie zur Behandlung der akuten unkomplizierten Appendizitis eine sichere Therapieoption darstellen kann.

Ihr Link zum Paper: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34700020/>

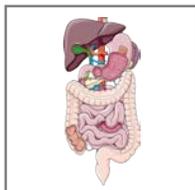
Upcoming



37. Würzburger Gastroenterologisches Seminar, 15.01.2022, 9:00-13:00 (Hybrid)

Anmeldemöglichkeiten bestehen in Kürze auf der Homepage der Medizinischen Klinik II:

<https://www.ukw.de/medizinische-klinik-ii/startseite/>



Ausblick Newsletter 1/2022

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.