

NR. 2 | 2020

AM PULS DER MEDIZIN

INFORMATIONEN AUS DEN BERNER KLINIKEN UND ZENTREN

SPEZIALAUSGABE ZUR HSM VISZERALCHIRURGIE IN DER KLINIK BEAU-SITE

INTERVIEW MIT
DANIEL LÜSCHER
NEUER DIREKTOR
SPITALCAMPUS BERN

WIR STELLEN VOR:
DIE FÜNF TEILBEREICHE
DER HOCHSPEZIALISIERTEN
BAUCHCHIRURGIE IN
DER KLINIK BEAU-SITE





DANIEL LÜSCHER
Direktor Spitalcampus Bern
Klinik Beau-Site und Salem-Spital



DR. MED. JULIA BEEL
Direktorin (Co-Lead)
Klinik Permanence



CLAUDINE JUNGO
Direktorin (Co-Lead)
Klinik Permanence

INHALT

- 3 NEWS AUS DEN KLINIKEN UND ZENTREN
- 4 IM GESPRÄCH MIT DANIEL LÜSCHER: NEUER DIREKTOR SPITALCAMPUS BERN
- 6 BAUCHSPEICHELDRÜSENKREBS: EINE TÜCKISCHE ERKRANKUNG
- 8 DAS WUNDER DER LEBER: EIGENREGENERATION NACH OPERATION
- 10 KOMPLEXE CHIRURGISCHE THERAPIE VON ÜBERGEWICHT - EINGRIFFE FÜR DAS REFERENZZENTRUM
- 12 ÖSOPHAGUSRESEKTION: DIE BEHANDLUNG VON SPEISERÖHRENKREBS
- 14 MASTDARMKREBS: CHIRURGISCHE PRÄZISION IST ENTSCHEIDEND
- 16 VORTRAGSPROGRAMM

EDITORIAL

Liebe Leserin, lieber Leser

Wir blicken auf ein Jahr der ganz besonderen Art zurück: Mit der Anfang 2020 eingetretenen und bis heute anhaltenden Coronavirus-Pandemie (COVID-19-Virus) stehen wir vor einer internationalen, nationalen, aber auch emotionalen Herausforderung, wie wir sie im neuen Jahrtausend und besonders in unserer Generation nie zuvor erlebt haben. Das Gesundheitssystem ist mehr denn je gefordert, das oberste Gut der Gesundheit zu schützen und alle in seiner Macht stehenden Mittel zur Verfügung zu stellen, um das Wohl unserer Bevölkerung zu gewährleisten. So auch bei den Berner Hirslanden-Kliniken. Denn Ihr Wohlergehen ist unser oberstes Ziel. Und so halten wir an der Redensart fest: «Aus jeder Krise gehen wir gestärkt hervor.»

Wenngleich das Coronavirus die aktuell meist umsorgte Erkrankung ist, so möchten wir nicht vergessen, dass gesundheitliche Krisen auch in vielen anderen Bereichen des menschlichen Körpers existieren. In dieser Spezialausgabe legen wir ein besonderes Augenmerk auf die seltenen, aber äusserst heiklen Fälle aus der Bauchchirurgie, im Fachjargon «Viszeralchirurgie» genannt. Eine Disziplin der hochspezialisierten Medizin (HSM), die wir in der Klinik Beau-Site erfolgreich in Zusammenarbeit mit unseren Fachspezialisten praktizieren und deren fünf Teilgebiete wir Ihnen im Folgenden gerne vorstellen. Das aktuelle Programm unserer Publikationsvorträge, zu denen wir Sie wie immer recht herzlich einladen, finden Sie auf der Rückseite. Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre.

Daniel Lüscher

DANIEL LÜSCHER
Direktor Spitalcampus Bern
Klinik Beau-Site & Salem-Spital

Julia Beel

DR. MED. JULIA BEEL
Direktorin (Co-Lead)
Klinik Permanence

Claudine Jungo

CLAUDINE JUNGO
Direktorin (Co-Lead)
Klinik Permanence

IMPRESSUM

AM PULS DER MEDIZIN

ist eine Publikation der Hirslanden Bern AG und erscheint zweimal jährlich. Die Verantwortung für den Inhalt der Artikel liegt bei den jeweiligen Autoren. Nachdruck, Vervielfältigung und Reproduktion des Inhaltes (ganz oder teilweise) sind nur mit Quellenangaben und schriftlicher Erlaubnis von Hirslanden Bern gestattet. In allen Beiträgen sind sowohl weibliche und männliche Personen gemeint.

Auflage: 26 000 Exemplare
Redaktion: Unternehmenskommunikation, Hirslanden Bern
Gestaltung: neuzeichen, Lenzburg
Druck: Kromer Print AG, Lenzburg

BLEIBEN SIE UNS TREU

MÖCHTEN SIE AUCH IN ZUKUNFT ÜBER MEDIZINISCHE THEMEN INFORMIERT SEIN?

Abonnieren Sie unser Magazin unter **0848 333 999** oder **bern.marketing@hirslanden.ch** und geben Sie uns folgende Informationen an: Name, Vorname, Adresse und vermerken Sie, ob Sie die Ausgabe gerne gedruckt oder per E-Mail erhalten möchten.

Wir bedanken uns für Ihr Interesse und hoffen, Sie auch künftig zu unserer Leserschaft zählen zu dürfen!

NEWS AUS DEN KLINIKEN UND ZENTREN

NEUE CO-DIREKTION FÜR DIE KLINIK PERMANENCE



Am 1. Oktober 2020 haben Dr. Julia Beel und Claudine Jungo die Führung der Klinik Permanence übernommen. Das erfolgreiche Jobsharing hatten die beiden Frauen bereits als interimistische Co-Leiterinnen des Spitalcampus Bern von Oktober 2019 bis Februar 2020 unter Beweis gestellt. Mit der Co-Leitung setzen sie ein Zeichen für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf.
www.hirslanden.ch/medien

NEUE FRÜHREHA-THERAPIE «FR PROAKTIV»



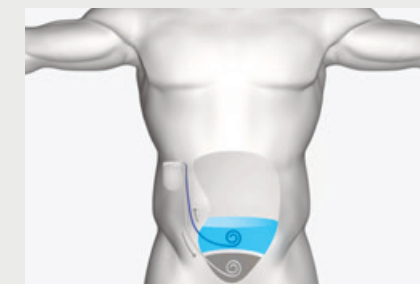
Das individuelle Frührehabilitationsprogramm FR ProAktiv unterstützt Patientinnen und Patienten über 70 Jahren, um schnellstmöglich wieder fit zu werden. Die Frührehabilitation beginnt bereits am ersten Tag mit proaktiver Therapiegestaltung. Begleitet durch ein Profi-Team aus Frührehabilitationsmedizinern, Ergotherapie, Physiotherapie, aktivierend therapeutischer Pflege und Sozialarbeit verzeichnet FR ProAktiv sehr gute Erfolge zur schnelleren Genesung.
www.hirslanden.ch/salem-spital

BRUSTZENTRUM BERN BIEL ERHÄLT QUALITÄTSAUSZEICHNUNG



Das Brustzentrum Bern Biel wurde am 3. November 2020 von der Krebsliga Schweiz (KLS) und der Gesellschaft für Senologie (SGS) mit dem Qualitätslabel ausgezeichnet. Das Kompetenzzentrum des Salem-Spitals in Bern und der Klinik Linde in Biel bietet Patientinnen mit Brustkrankungen kompetenznahe medizinische Spezialisten.
www.hirslanden.ch/medien

ASZITESPUMPE BEI LEBERZIRRHOSE



Pfortaderhochdruck und andere Veränderungen der Leber können zu Flüssigkeitsansammlungen in der Bauchhöhle (Aszites) führen, weshalb regelmässige Entlastungspunktionen durchgeführt werden müssen. Die Implantation einer Aszitespumpe (ALFAPUMP®) in der Klinik Beau-Site verschafft Abhilfe, indem das Wasser mit Hilfe der Pumpe von der Bauchhöhle in die Harnblase gelangt und mit dem Urin ausgeschieden wird.
www.klinik-beau-site.ch/aszites

HIRSLANDEN BERN BEGRÜSST FOLGENDE NEU AKKREDITIERTEN ÄRZTINNEN UND ÄRZTE

KLINIK BEAU-SITE
Dr. med. Amine Chouiter
Facharzt für Radiologie
Dr. med. Ioannis Linas
Facharzt für Gastroenterologie
Prof. Dr. med. Christoph Dietrich
Facharzt für Allgemeine innere Medizin
Dr. med. Michel Clément
Facharzt für Allgemeine innere Medizin
Dr. med. Max Solenthaler
Facharzt für Allgemeine innere Medizin und Hämatologie
Dr. med. Christof Buser
Facharzt für Viszeralchirurgie
PD Dr. med. Dr. phil. Peter Studer
Facharzt für Viszeralchirurgie
Dr. med. Daniel Rauch
Facharzt für Medizinische Onkologie
Dr. med. Michaela Sauter
Fachärztin für Medizinische Onkologie
Dr. med. Ute Gick
Fachärztin für Medizinische Onkologie
Dr. med. Henning Burmeister
Facharzt für Medizinische Onkologie
PD Dr. med. Sebastian Sixt
Facharzt für Angiologie
Dr. med. Mathias Kaspar
Facharzt für Angiologie
Dr. med. Frederike Trautmann
Fachärztin für Kardiologie
Dr. med. Markus Noveanu
Facharzt für Kardiologie
Dr. med. Samuel Hurni
Facharzt für Herz- und thorakale Gefässchirurgie

KLINIK PERMANENCE
PD Dr. med. Sven Hoppe
Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates
Tätigkeitsgebiet Wirbelsäulenchirurgie
Dr. med. Ziad Al-Momani
Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates

SALEM-SPITAL
Dr. med. Robert Beer
Facharzt für Anästhesiologie
Dr. med. Axel Dembeck
Facharzt für Anästhesiologie
Dr. med. Steffen Haug
Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates
Tätigkeitsgebiet Wirbelsäulenchirurgie
Dr. med. Stefan Kuchen
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin
Dr. med. Arias Herrera
Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin
Dr. med. Daniel Rauch
Facharzt für Medizinische Onkologie
Dr. med. Michaela Sauter
Fachärztin für Medizinische Onkologie
Dr. med. Ute Gick
Fachärztin für Medizinische Onkologie
Dr. med. Henning Burmeister
Facharzt für Medizinische Onkologie
Dr. med. Max Solenthaler
Facharzt für Medizinische Onkologie
Dr. med. Jens Fichtner
Facharzt für Neurochirurgie
Dr. med. Katharina Linder
Fachärztin für Chirurgie
Dr. med. Ildikó Meszlényi
Fachärztin für Urologie
Dr. med. Florian Max Pfeiffer
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Dr. med. Bernhard Stolz
Facharzt für Radiologie
PD Dr. med. Dr. phil. Peter Studer
Facharzt für Viszeralchirurgie
PD Dr. med. Matthias Worni
Facharzt für Viszeralchirurgie

IM GESPRÄCH MIT DANIEL LÜSCHER: NEUER DIREKTOR SPITALCAMPUS BERN

Von **YASMIN ANA MATTHYS**, Senior Communications Specialist, Hirslanden Bern AG

SEIT DEM 1. MÄRZ 2020 IST ER DAS GESICHT AN DER SPITZE DES NEUEN SPITALCAMPUS BERN – DEN SEIT ANFANG 2020 ZUSAMMENGESCHLOSSENEN BERNER HIRSLANDEN-KLINIKEN BEAU-SITE UND SALEM-SPITAL. IM PERSÖNLICHEN GESPRÄCH MIT DEM NEUEN DIREKTOR DANIEL LÜSCHER BEFRAGEN WIR IHN ZU HERAUSFORDERUNGEN UND CHANCEN IM DOPPELTEN KLINIKALLTAG.



Daniel Lüscher ist seit dem 1. März 2020 neuer Direktor des Hirslanden Spitalcampus Bern und leitet die Klinik Beau-Site und das Salem-Spital.

Grüessech Herr Lüscher. Als neuer Direktor in Doppelfunktion führen Sie die Spitalleitung der Klinik Beau-Site und des Salem-Spitals. Wie ist es, zwei Kliniken gleichzeitig zu leiten?

Es ist eine äusserst spannende, aber auch herausfordernde Aufgabe. Zum einen haben wir zwei autonome Spitäler mit jeweils zwei Historien, die intern unterschiedlich aufgestellt sind. Zum anderen ist es ein täglicher Spagat, beiden Kliniken mit der persönlichen Präsenz vor Ort gerecht zu werden. Die Herausforderung liegt jedoch primär darin, die beiden Häuser näher zu einem vereinten Spitalcampus zusammenzuführen und ein gemeinsames Wir-Gefühl zu stärken.

Welche Vorteile schafft der Zusammenschluss der beiden Berner Hirslanden-Kliniken?

Der grösste Nutzen liegt in der Bündelung der Kräfte beider Kliniken sowie der Harmonisierung der Prozesse. Damit können wir unsere medizinische Strategie flexibler gestalten und sind ortsunabhängiger. Es ist eine grosse Chance für die Zukunft, den medizinischen Leistungskatalog zu fokussieren, die Positionierung der Kliniken auf dem Platz Bern zu stärken und mehr Effizienz zu schaffen. Ein weiteres Plus ist die Gewinnung von Synergien durch den Zusammenschluss der beiden Häuser. Wir können voneinander lernen, profitieren und uns gegenseitig austauschen.

Gibt es Herausforderungen, die durch den Zusammenschluss der Kliniken entstanden sind?

In erster Linie muss man sich vorstellen, dass zwei Kulturen und Strukturen aufeinandertreffen. Jede Klinik hat ihre eigene Geschichte, ihre eigene Identität. So auch die Mitarbeitenden. Unser Ziel ist, das Wir-Gefühl in beiden Kliniken zu stärken, um die gemeinsame Zusammenarbeit beider Häuser langfristig weiter auszubauen. Dazu gehört selbstverständlich auch die künftig noch engere Zusammenarbeit mit der Klinik Permanence.

Sie kommen aus dem öffentlichen Spitalwesen und sind jetzt für die Privatklinikgruppe Hirslanden tätig. Welche Unterschiede zwischen einem Kantonsspital und einem Privatspital haben Sie bisher wahrgenommen?

Der Hauptunterschied liegt im Belegarztsystem und den Leistungserbringern, die selbständige Unternehmer sind. Anders als bei einem Kantonsspital, nimmt Hirslanden die Rolle des Systemanbieters an und hat wenig fest angestellte (System-)Ärzte. So ist man flexibler in der Zusammenarbeit mit den Fachärzten und kann für spezifische Leistungen

ausgewählte Spezialisten ins Boot holen. Auch die personellen Strukturen sind anders. In einem Kantonsspital entscheidet der Verwaltungsrat die Geschäfte. In einem privaten Konzern wie der Hirslanden AG sind deutlich mehr Personen im Tagesgeschäft involviert.

Die Klinik Beau-Site hält einen Leistungsauftrag für die hochspezialisierte Medizin (HSM). Können Sie uns erklären, was HSM genau ist?

HSM spezifiziert die hochspezialisierte Medizin, die in ausgewählten Kliniken angeboten und durchgeführt werden darf. Die HSM unterliegt klaren Kriterien und Regularien, so können diese Eingriffe nur in Spitälern durchgeführt werden, welche die erforderlichen kantonalen Leistungsaufträge innehalten. An der Klinik Beau-Site sind wir spezialisiert auf die HSM Viszeralchirurgie resp. der Bauchchirurgie.

Welche Teilbereiche der HSM Viszeralchirurgie bietet die Klinik Beau-Site an?

Die Klinik Beau-Site erfüllt den seit dem Jahr 2013 geltenden interkantonalen Leistungsauftrag in allen fünf Teilbereichen der HSM Viszeralchirurgie: Pankreasresektion (Bauchspeicheldrüse), komplexe bariatrische Chirurgie (Übergewichtschirurgie), Leberresektion, Oesophagusresektion (Speiseröhre) und die tiefe Rektumresektion (Mastdarm). Der Entscheid, ob eine Klinik einen Leistungsauftrag in der HSM erhält, wird durch das Beschlussorgan der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) gefällt.

Welchen Mehrwert bietet die Klinik Beau-Site ihren Patienten durch das Leistungsangebot der HSM?

Mit der HSM der Viszeralchirurgie bieten wir unseren Patienten hochspezialisierte und komplexe Leistungen mit spezialisierten Fachärzten und ihrem langjährigen Erfahrungsschatz. Dadurch können wir auf eine hohe Expertise und Serviceorientierung von Ärzten zugreifen, die ausgezeichnete Kenntnisse in diesen

komplexen chirurgischen Operationen haben. Durch die Infrastruktur der Klinik Beau-Site als ehemaliges Hotel bieten wir die HSM-Spitzenmedizin zudem in einem sehr familiären Umfeld mit angenehmem Ambiente an. Das Beste ist jedoch: Bei uns werden Patienten, die sich einem Wahleingriff unterziehen müssen, ohne längere Wartezeiten operiert, was sehr geschätzt wird.

Nun etwas persönlicher: Das Spitalwesen ist ein 24/7-Betrieb. Wie dürfen wir uns einen gewöhnlichen Tag von Ihnen vorstellen und wie erholen Sie sich privat?

(lächelt) Ein gewöhnlicher Tag bei mir dauert sicherlich länger als gewöhnliche Büroarbeitszeiten und ist gefüllt mit vielen Sitzungen, Besprechungen und langen Präsenzzeiten. Wenn immer möglich, besuche ich die Mitarbeitenden vor Ort in den Kliniken, die verschiedenen Abteilungen und ab und an die Operationssäle. Diese Momente schätze ich sehr und sie fühlen sich an wie kleine Pausen im Arbeitsalltag. Privat erhole ich mich dann mit meiner Familie, beim Sport, auf dem Motorrad oder aber bei meiner Leidenschaft, der Modellfliegerei.

«ES IST EINE GROSSE CHANCE FÜR DIE ZUKUNFT, DEN MEDIZINISCHEN LEISTUNGSKATALOG ZU FOKUSIEREN, DIE POSITIONIERUNG DER KLINIKEN AUF DEM PLATZ BERN ZU STÄRKEN UND MEHR EFFIZIENZ ZU SCHAFFEN.»

BAUCHSPEICHEL- DRÜSENKREBS: EINE TÜCKISCHE ERKRANKUNG

Von **PD DR. MED. ULF KESSLER** und **PROF. DR. MED. KASPAR Z'GRAGGEN**, Fachärzte für Viszeralchirurgie

BEI VIELEN KREBSARTEN, WIE ZUM BEISPIEL BEIM DARMKREBS, ÜBERLEBEN HEUTE MEHR PATIENTEN DURCH FRÜHERKENNUNG UND MODERNE BEHANDLUNGSKONZEPTE. BAUCHSPEICHELDRÜSENKREBS IST ANDERS. ER WIRD HÄUFIG SPÄT ERKANNT UND IST DANN MEISTENS UNHEILBAR. IN DEN LETZTEN JAHREN KONNTE DURCH DEN EINSATZ MODERNER ONKOLOGISCHER BEHANDLUNGSSTRATEGIEN UND OPERATIONSTECHNIKEN AUCH FÜR PATIENTEN MIT PANKREASKREBS DAS ÜBERLEBEN VERBESSERT WERDEN.

Pankreaskrebs ist die siebt häufigste Krebsdiagnose in der Schweiz mit steigender Tendenz. 1992 bis 1996 wurde bei 2875 Patienten Bauchspeicheldrüsenkrebs festgestellt. In der Zeit von 2012 bis 2016 wurde die Diagnose 4401 Mal gestellt. In Bezug auf die Mortalität steht das Pankreaskarzinom an vierter Stelle. In den letzten Jahrzehnten ist die Ein-Jahres-Überlebensrate von 15% (1990) auf 32% (2010) angestiegen. Die Fünf-Jahres-Überlebensrate bleibt bei bescheidenen 5%. Hauptursachen sind das aggressive Verhalten der Pankreaskarzinome und das späte Auftreten von Symptomen.

FRÜHERKENNUNG

Je früher ein Pankreaskarzinom erkannt wird, desto höher ist der Therapieerfolg. Leider gibt es keine Screening Tests. Deshalb ist es wichtig, Symptome frühzeitig zu erkennen. Die Schweizerische Pankreasstiftung (www.pankreasstiftung.ch) publiziert dazu Merkblätter: Verschiedene Anzeichen sollen an ein Pankreaskarzinom denken lassen.

DIAGNOSTISCHES VORGEHEN

Eine kurative Behandlung hat die Heilung von einer Erkrankung zum Ziel. Beim Pankreaskrebs ist das nur mittels chirurgischer Tumorentfernung und postoperativer Chemotherapie möglich. Gemäss einer Studie aus den USA von 2007 wurde bis zu 40% von möglicherweise heilbaren Patienten keine operative Behandlung angeboten. Und bei operierten Patienten wurde eine Chemotherapie zu selten durchgeführt. Deshalb ist die Abklärung in spezialisierten Zentren wichtig.

Zur Beurteilung, ob es sich um ein Pankreaskarzinom handelt und ob dieses chirurgisch entfernt werden kann, sind Computertomografie oder Magnetresonanztomografie unablässig. Bei unklaren Veränderungen

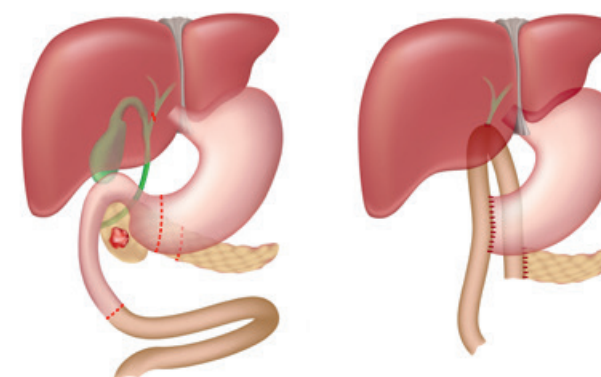
kann eine Endosonographie (Ultraschall bei Magenspiegelung) hilfreich sein. Eine Diagnosestellung durch Gewebeentnahme vor einer Operation wird nicht routinemässig empfohlen. Allerdings kann mittels Feinnadelbiopsie in manchen Situationen die Verdachtsdiagnose bestätigt werden, wie vor einer palliativen (wenn nicht operiert werden kann) Chemotherapie oder einer präoperativ durchgeführten Chemotherapie. Bei Verdacht auf Streuung in die Bauchhöhle oder Verdacht auf Lebermetastasen kann eine Spiegelung der Bauchhöhle (Laparoskopie) ergänzend durchgeführt werden. Die Bestimmung von Tumormarkern dient zur Beurteilung im Behandlungsverlauf.

THERAPIE

Bei bis zu 85% der Patienten kommt bei Diagnosestellung ein kurativer Behandlungsansatz nicht mehr in Frage. Hauptgründe sind Fernmetastasen oder Invasion von Nachbarorganen. Ist ein kurativer Ansatz möglich, steigt die Fünf-Jahres-Überlebensrate auf 30%. Bei frühem Erkennen kann die Fünf-Jahres-Überlebensrate auf bis zu 50% ansteigen.

Bei Tumoren im Pankreaskopf wird eine partielle Duodeno-Pankreatektomie nach Whipple durchgeführt (siehe Abb.). Tumore im Pankreasschwanz werden durch eine Resektion (Entfernung) des selbigen operiert. Manchmal ist eine totale Pankreatektomie notwendig. Früher galten Tumore mit Einwachsen in die umliegenden Gefässe als nicht operabel. Heute sind venöse und teils auch arterielle Resektionen an spezialisierten Zentren möglich.

Aufgrund des Ausmasses der Operationen sind Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse komplikationsträchtig. Für Patienten im kurativen Behandlungsansatz hängt sowohl die Anzahl der Komplikationen



Die anatomische Situation nach einer Whipple-Operation bei Bauchspeicheldrüsenkrebs.

als auch die Dauer des tumorfreien Überlebens von der Fall-Belastung eines Zentrums ab. Die perioperative Sterblichkeit (Mortalität) liegt in Referenzzentren bei 2-4% und die Häufigkeit sonstiger unerwünschter Ereignisse (Morbidität) bei ca. 40%.

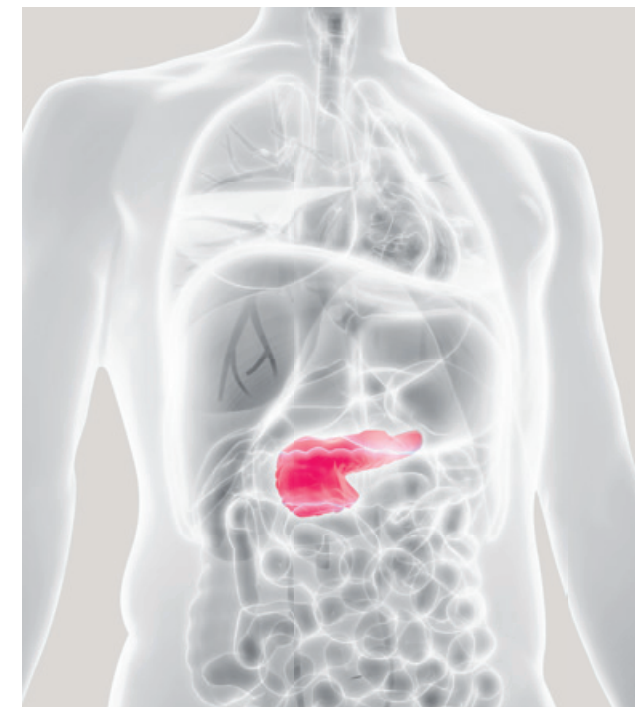
CHEMOTHERAPIE

Es gibt zunehmend Hinweise, dass Patienten mit lokal fortgeschrittenem Krebs in gewissen Situationen von einer präoperativen Chemotherapie im Gegensatz zu primärer Chirurgie mit anschliessender postoperativer Chemotherapie profitieren. Eine postoperative Chemotherapie wird generell empfohlen, da sie die Fünf-Jahres-Überlebensrate von 10% auf circa 30% erhöht.

Beim lokal nicht operablen oder primär metastasierten Pankreaskarzinom können individuell angepasste palliative Chemotherapien angeboten werden. Mechanische Probleme wie Gallengangs- oder Duodenalstenosen können endoskopisch oder chirurgisch entlastet werden. Weitere lokale Interventionen wie Radiofrequenz-Ablation und stereotaktische Körperbestrahlung sind bisher nicht etabliert.

NACHSORGE

Es gibt wenig wissenschaftliche Grundlagen, wie potenziell geheilte Pankreaskrebspatienten nachbetreut werden sollen. In unserem Zentrum betreuen wir Patienten mit Pankreaskarzinom im Rahmen einer interprofessionellen Pankreassprechstunde. Verschiedenste Massnahmen werden patientenzentriert zwischen den betreuenden Berufsgruppen koordiniert. Um möglichst viele Aspekte des individuellen Leidens und des Unterstützungsbedarfs der Patienten zu erfassen, dokumentieren wir die Lebensqualität und weitere wichtige Informationen. Wir empfehlen eine lebenslange Anbindung.



Bauchspeicheldrüsenkrebs gehört zu den tückischsten und tödlichsten Erkrankungen des menschlichen Körpers.

PUBLIKUMSVORTRAG

von Prof. Dr. med. Kaspar Z'graggen

BAUCHSPEICHELDRÜSENKREBS: EINE TÜCKISCHE ERKRANKUNG

Mittwoch, 20. Januar 2021, 18.30 – 19.30 Uhr
Tagungsraum im Haus Blumenberg
beim Salem-Spital

KONTAKT



PROF. DR. MED. KASPAR Z'GRAGGEN
Facharzt für Chirurgie,
spez. Viszeralchirurgie

PRAXISADRESSE

Haus von Rodt
Schänzlihalde 1
3013 Bern
T +41 31 335 39 39
kaspar.zgraggen@hirslanden.ch
www.pankreasinfo.ch



PD DR. MED. ULF KESSLER
Facharzt für Chirurgie,
spez. Viszeralchirurgie

PRAXISADRESSE

Cabinet PD Dr. med. Ulf Kessler
Ch. Croix-Rouges 7
1007 Lausanne
T +41 21 310 52 11
ulf.kessler@hirslanden.ch
www.pankreasinfo.ch

DAS WUNDER DER LEBER: EIGENREGENERATION NACH OPERATION

Von **PROF. DR. MED. SASCHA A. MÜLLER**, Facharzt für Chirurgie, spez. Viszeralchirurgie, EBSQ Hepato-Pancreato-Biliary Surgery

OPERATIONEN AN DER LEBER GEHÖREN ZUR GROSSEN BAUCHCHIRURGIE UND SETZEN EIN ERFAHRENES TEAM VORAUS, DAMIT EINE OPTIMALE BEHANDLUNG GEWÄHRLEISTET IST. SO KÖNNEN HEUTE GROSSE LEBERTEILENTFERNUNGEN AUCH BEI ÄLTEREN PATIENTEN MIT VERTRETbareM RISIKO DURCHFÜHRT WERDEN. DURCH EINSATZ DES LEBERFUNKTIONSTESTS LIMAX® KANN EINE SICHERE LEBERCHIRURGIE ERMÖGLICHT WERDEN.

WAS IST EINE LEBERRESEKTION?

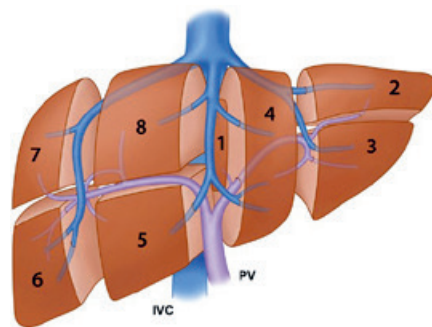
Unter Leberresektion versteht man die Entfernung eines Teils der Leber. Die Leber übernimmt im Körper wichtige Funktionen im Fett-, Zucker- und Eiweissstoffwechsel sowie bei der Entgiftung. Sie hat die einmalige Fähigkeit, sich zu regenerieren. Schon die alten Griechen wussten, dass die Leber als einziges Organ des Menschen in der Lage ist «nachzuwachsen». Die Geschichte des Prometheus, der zur Strafe für seine Respektlosigkeit gegenüber den Göttern an einen Felsen angekettet wurde, zeugt von dieser frühen Kenntnis: Jeden Tag frass ein Adler an seiner Leber und jeden Tag wuchs sie wieder nach. Auch beim Menschen ist das so.

Diese Regenerationsfähigkeit ist die Grundlage der Leberchirurgie. So können bösartige, selten auch gutartige primäre Lebertumore oder bösartige Ableger (Metastasen) anderer Tumore in der Leber entfernt werden. Die Restleber wächst dabei innert weniger Wochen wieder auf die ursprüngliche Grösse nach.

WIE WIRD EINE LEBERRESEKTION DURCHFÜHRT?

Nach Eröffnen des Bauchraumes wird als Erstes die ganze Leber mittels einer Ultraschallsonde untersucht, um mögliche weitere Befunde nicht zu übersehen. Danach wird kontrolliert, ob die Leberresektion wie geplant durchführbar ist. Die anatomische Aufteilung der Leber in acht Segmente erleichtert dabei die Operationsplanung und die Entfernung entlang dieser Segmentgrenzen.

Je nach Ausdehnung der zu entfernenden Raumforderung werden kleine Leberanteile atypisch reseziert oder einzelne Segmente, Gruppen von Segmenten oder ein ganzer Leberlappen entfernt.



Mögliche anatomische Resektionen (Entfernungen) anhand der Lebersegmente.

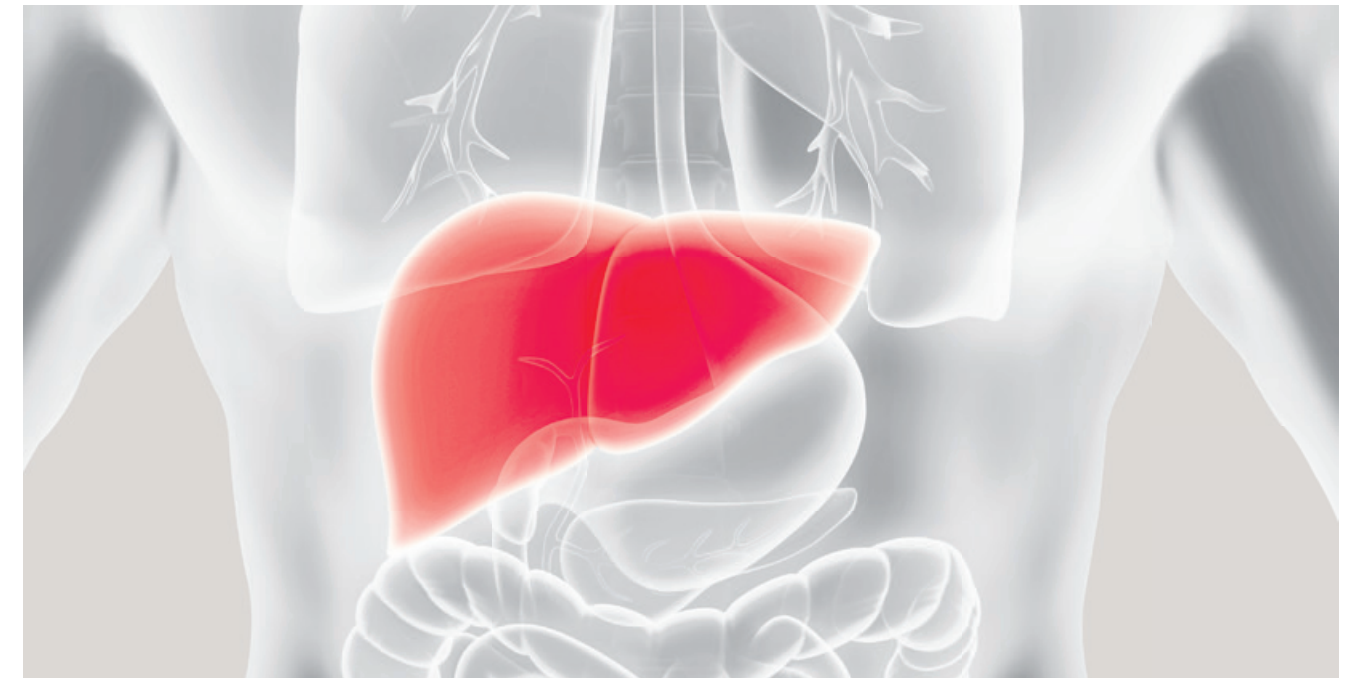
DER OPERATIONSVERLAUF IM DETAIL

Als erster Schritt wird die Gefässversorgung des zu entfernenden Gewebes unterbrochen, bevor das Lebergewebe durchtrennt wird. Mit einem eingespielten Chirurgenteam und erfahrenen Narkoseärzten können trotz der guten Durchblutung der Leber diese Operationen fast immer ohne Gabe von Blutkonserven durchgeführt werden.

Leberresektion werden zunehmend mit der «Schlüssellochtechnik» (Laparoskopie) durchgeführt. Bei grösseren und komplexen Operationen braucht es aber immer noch einen grösseren Bauchschnitt und die Operation erfolgt «offen». Welches Verfahren gewählt wird, hängt von der Art und dem Ausmass der Erkrankung ab. Auch der Allgemeinzustand und die Vorerkrankungen des Patienten spielt bei der Wahl des optimalen Zugangs eine Rolle. Auch wiederholte Leberresektionen sind im Einzelfall sinnvoll und möglich, z.B. nach einem Wiederauftreten von Lebermetastasen (Tumorrezidiv).

WIE VIEL LEBER DARF ENTFERNT WERDEN?

Bei einer völlig gesunden und leistungsfähigen Leber können bis zu 80% der Lebermasse entfernt werden. Nach einer ausgedehnten



Die Leber ist das einzige menschliche Organ, welches sich selber regenerieren, also nachwachsen kann.

Leberteilentfernung ist es von entscheidender Bedeutung, dass noch genügend gesundes Lebergewebe im Körper verbleibt, um eine ausreichende Organfunktion unmittelbar nach dem Eingriff zu gewährleisten. Je kränker eine Leber ist, desto weniger Leber darf man entfernen, ohne den Patienten zu gefährden.

Die Entscheidung, wie viel Lebergewebe im Einzelfall entfernt werden muss und kann, erfordert eine präzise Diagnostik vor dem Eingriff und die Erfahrung des Chirurgen. An der Klinik Beau-Site haben wir zudem die Möglichkeit, die Leberfunktion und entsprechend die Leberreserve mittels dem Leberfunktionstest LiMax® sehr genau zu messen. Dank dieses Tests sind die Patienten in der Regel nur ein bis zwei Tage auf der Intensivstation. Ebenso ist das Sterblichkeitsrisiko dank des Tests um mehr als die Hälfte reduziert worden. Dazu kommt: Der Test ist einfach durchführbar, funktioniert ambulant, stationär oder auf der Intensivstation und es braucht kein grosses Setting, sondern nur eine Steckdose für das Limax-Gerät.

EINE GUTE ZUSAMMENARBEIT IST DAS A UND O

Gerade die Therapie von Lebertumoren setzt eine grosse Erfahrung des gesamten Behand-

lungsteams voraus. Vor jedem Eingriff ist eine genaue Diagnostik zur exakten Lokalisation und Operationsplanung notwendig. Anschliessend erfolgt die interdisziplinäre Therapieplanung, oft im Rahmen unserer wöchentlichen Tumorkonferenz. Nicht alle Lebertumore oder Lebermetastasen können durch eine Operation sofort entfernt werden. Die Option einer chirurgischen Entfernung kann durch die Grösse oder Lage der Tumore, durch eine kritische Leberfunktion oder durch den Allgemeinzustand des Patienten limitiert sein.

Es wurden daher verschiedene, primär nicht operative Behandlungsstrategien entwickelt, um den Tumor zu verkleinern (neoadjuvante Chemotherapie) oder den verbleibenden, gesunden Leberrest zu vergrössern (Pfortaderembolisation). In vielen Fällen kann so in einem zweiten Schritt doch noch eine Operabilität erreicht werden. Alternativ besteht die Möglichkeit, das Tumorgewebe durch Einspritzen von Chemotherapeutika (Chemoembolisation) oder durch Einwirkung von Hitze (Thermoablation) zu zerstören. Jeder Patient ist individuell, eine persönliche und ausführliche Beratung und Therapieplanung sind deshalb das A und O.

PUBLIKUMSVORTRAG

von Prof. Dr. med. Sascha A. Müller

DAS WUNDER DER LEBER: EIGENREGENERATION NACH OPERATION

Mittwoch, 10. Februar 2021
18.30 – 19.30 Uhr
Tagungsraum im Haus
Blumenberg beim Salem-Spital

KONTAKT



PROF. DR. MED. SASCHA A. MÜLLER
Facharzt für Chirurgie,
spez. Viszeralchirurgie,
EBSQ Hepato-Pancreato-
Biliary Surgery

PRAXISADRESSE

Haus von Rodt
Schänzlihalde 1
3013 Bern
T +41 31 335 39 70
sascha.mueller@hirslanden.ch
www.pancreas.ch

KOMPLEXE CHIRURGISCHE THERAPIE VON ÜBERGEWICHT – EINGRIFFE FÜR DAS REFERENZZENTRUM

Von **DR. MED. MARKUS NAEF**, MBA, Facharzt für Chirurgie, spez. Viszeralchirurgie

ÜBERGEWICHT IST EINES DER GRÖSSTEN GESUNDHEITLICHEN PROBLEME DER WESTLICHEN WELT. IN DER SCHWEIZ SIND FAST 40% DER BEVÖLKERUNG ÜBERGEWICHTIG, WELTWEIT SIND RUND 1,7 MILLIARDEN MENSCHEN BETROFFEN. IN EINIGEN FÄLLEN HELFEN WEDER DIÄT NOCH SPORT, DAS GEWICHT DAUERHAFT ZU SENKEN; NUR DIE CHIRURGISCHE THERAPIE FÜHRT ZU LANG ANDAUERNDEN GEWICHTSVERLUST UND EINER ABNAHME ODER VERBESSERUNG GEWICHTS-BEDINGTER FOLGEKRANKHEITEN. DIE KOMPLEXE CHIRURGISCHE THERAPIE VON ÜBERGEWICHT GEHÖRT ALS HOCHSPEZIALISIERTER EINGRIFF IN EIN REFERENZZENTRUM.

In der Wissenschaft erhärten sich die Fakten, welche belegen, dass Übergewicht der Ausdruck einer chronischen Krankheit ist, die auf mehreren Faktoren beruht. Einerseits besteht eine genetisch-erblich bedingte Grundlage, andererseits spielen auch Änderungen der Essgewohnheiten und eine verminderte körperliche Aktivität, wie sie gerade in westlichen Industrienationen sehr häufig sind, eine entscheidende Rolle. Zunehmende Bewegungsarmut und veränderte Arbeitsformen führen zu einer deutlichen Abnahme der durchschnittlich pro Tag notwendigen körperlichen Arbeitsleistung und damit zu einer Abnahme des täglichen Energiebedarfs. Dieser Prozess führt zusammen mit einer übermässigen Nahrungszufuhr (u.a. zu fettreiche Nahrung) bei mehr als einem Drittel der westlichen Bevölkerung zu einer Anhäufung überflüssiger Energie in Form von Körperfettgewebe. Bei 15 bis 20 % der erwachsenen Bevölkerung sind bereits die Kriterien für eine Adipositas (Fettleibigkeit) erfüllt: Diese Personen haben einen Body-Mass-Index (BMI) von mehr als 30 kg/m².

GEFÄHRLICHE FOLGEKRANKHEITEN

Durch Übergewicht bedingte Krankheiten wie erhöhter Blutdruck, Zuckerkrankheit, erhöhte Blutfette, Herzinfarkt, Hirnschlag, Schlafapnoe-Syndrom, Leberverfettung,

Arthrose und Tumore haben ein deutlich erhöhtes Todesfallrisiko und damit eine Verkürzung der Lebenserwartung zur Folge. Konservative Behandlungsprogramme wie Diät, Ernährungsberatung, Sport und Medikamente können die Fettmasse bei der Überzahl Betroffener weder ausreichend noch anhaltend senken. Drei bis fünf Prozent der Bevölkerung weisen deshalb bereits einen BMI von mehr als 35 kg/m² auf. Für diese Patientengruppe ist die moderne chirurgische Behandlung ihrer Krankheit die einzige Möglichkeit, das Körpergewicht dauerhaft zu senken und die gefährlichen Folgekrankheiten zu heilen oder zu verbessern. Arzt und Patient müssen jedoch wissen, dass krankhaftes Übergewicht eine chronische Krankheit und damit im Prinzip nicht heilbar ist. Der Chirurg operiert an einem an sich gesunden Organismus, dem Magen-Darm-Trakt. Eine Methode ohne Komplikationen oder unerwünschte Nebenwirkungen gibt es bisher genauso wenig wie den gesicherten und dauerhaften Erfolg bei allen Patienten.

DIE CHIRURGISCHE THERAPIE

Operationen zur chirurgischen Behandlung von Übergewicht werden seit mehr als 50 Jahren erfolgreich durchgeführt. Erst die laparoskopische Chirurgie (Schlüsselloch-Chirurgie, Bauchspiegelung) machte die Übergewichtschirurgie zur bisher wirk-

samsten, zweckmässigsten und wirtschaftlichsten Behandlungsform der Adipositas sowie ihrer wichtigsten Folgeerkrankungen. Bevor ein solcher Eingriff geplant werden kann, müssen einige wichtige Abklärungen durchgeführt werden. Die Krankenkassen bezahlen einen Eingriff nur, wenn ein Body-Mass-Index von mindestens 35 kg/m² vorliegt und eine zweijährige adäquate Therapie zur Gewichtsreduktion zuvor erfolglos war. Eine Altersgrenze für die Operation gibt es nicht mehr; bei Patienten über 65 Jahre sind jedoch Operationsrisiken und Rest-Lebenserwartung aufgrund der Begleiterkrankungen sorgfältig abzuwägen.

DIE VERFAHRENSWAHL

Es gibt Eingriffe, denen man eine überwiegend **restriktive Rolle** zuschreibt: Sie beschränken die Menge der Nahrungszufuhr durch den Einbau einer «Essbremse» (Magenband, Schlauchmagen). Andere Eingriffe kombinieren diesen Effekt mit einer **Malabsorption**, bei der eine leichte «Mangelernährung» erwirkt wird (Standard Magen-Bypass, bilio-pankreatische Diversion). Der dritte Wirkungsmechanismus ist der **entero-humorale**, bei dem der komplexe Regelkreislauf der Aufnahme und Verwertung von Nährstoffen beeinflusst wird (Magenschlauch). Die Belastung der Speiseröhre ist eines der Hauptprobleme nach

ZIELE DER ÜBERGEWICHTSCHIRURGIE

- Langfristige Gewichtsreduktion (mindestens 50% des Übergewichts)
- Abnahme/Verbesserung der Folgekrankheiten
- Verbesserung der Lebensqualität

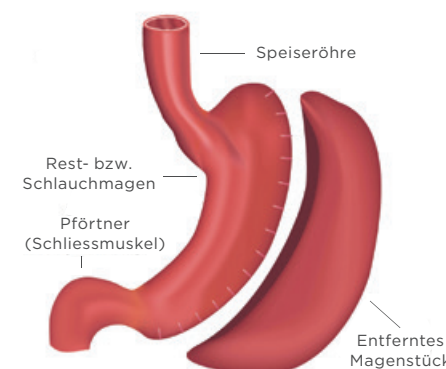


15-20 Prozent der erwachsenen Bevölkerung hat einen Body-Mass-Index (BMI) von mehr als 30 kg/m² und ist somit adipös.

einer Magenband-Implantation. Deshalb hat sich in der Klinik Beau-Site wie auch international der Magen-Bypass als häufigste Operation in der Übergewichtschirurgie durchgesetzt, gefolgt von der Schlauchmagen-Operation (Sleeve Gastrektomie).



Der Magen-Bypass ist die häufigste Operation in der Übergewichtschirurgie.



Die Schlauchmagen-Operation reduziert das Fassungsvermögen des Magens enorm.

KOMPLEXE CHIRURGISCHE THERAPIE

Vom Gesetzgeber wurden zwei Arten von Adipositas-Zentren mit unterschiedlichem Anforderungsprofil geschaffen (Adipositas-Primär-Zentrum und Adipositas-Referenz-Zentrum). Die komplexe Übergewichtschirurgie gehört zu den durch die «Hochspezialisierte Medizin» (HSM) regulierten Eingriffen; dazu gehören Risikoeingriffe (BMI von >50 kg/m², Anästhesie-Risikoklasse >3), Revisionseingriffe sowie Eingriffe bei Kindern/Adoleszenten (<18 Jahre) und bei Patienten >65 Jahre. Sie dürfen nur in einem Referenzzentrum durchgeführt werden. Die Klinik Beau-Site in Bern zählt mit fünf erfahrenen Übergewichtschirurgen und jährlich mehr als 500 Eingriffen seit Jahren zu den renommiertesten Referenzzentren der Schweiz.

EINE LEBENSLANGE NACHSORGE

Neben der Erfahrung der Spezialisten ist vor allem die lebenslange strukturierte Nachsorge der Patienten von zentraler Bedeutung. Dazu gehören Bandfüllungen (beim Magenband), Ernährungsberatung, Physiotherapie und medizinische Kontrollen. Besonders wichtig sind die Blutkontrollen zur Diagnose einer Mangelerscheinung (Calcium, Eisen, Vitamine, Eiweisse).

PUBLIKUMSVORTRAG

von Dr. med. Markus Naef

KOMPLEXE CHIRURGISCHE THERAPIE VON ÜBERGEWICHT – EINGRIFFE FÜR DAS REFERENZZENTRUM

Mittwoch, 24. Februar 2021
18.30 - 19.30 Uhr
Tagungsraum im Haus
Blumenberg beim Salem-Spital

KONTAKT



DR. MED. MARKUS NAEF
MBA, Facharzt für Chirurgie,
spez. Viszeralchirurgie

PRAXISADRESSE
Bauchchirurgie Thun
Frutigenstrasse 16
3600 Thun
T +41 33 223 03 03
praxis.bauchchirurgie-thun@hin.ch
www.bauchchirurgie-thun.ch

ÖSOPHAGUSRESEKTION: DIE BEHANDLUNG VON SPEISERÖHRENKREBS

Von **DR. MED. JÖRG ZEHETNER**, Professor (USC), Facharzt für Chirurgie, spez. Viszeralchirurgie

JEDES JAHR ERKRANKEN IN DER SCHWEIZ RUND 600 PERSONEN AN SPEISERÖHRENKREBS. BESONDERS BETROFFEN SIND DABEI MÄNNER, DIE MIT DREI VIERTELN ALLER FÄLLE DEUTLICH HÄUFIGER ERKRANKEN ALS FRAUEN. WIR ERKLÄREN IHNEN, WAS ES MIT DER ÖSOPHAGUSRESEKTION AUF SICH HAT. DIE REFLUXERKRANKUNG IST DER GRÖSSTE RISIKOFAKTOR FÜR SPEISERÖHRENKREBS.

WAS IST ÖSOPHAGUS?

Ösophagus ist das medizinische Fachwort für die Speiseröhre. Die Speiseröhre ist ein Muskelschlauch, welcher unsere Nahrung vom Mund in den Magen pumpt. Damit die Speiseröhre nicht durch den Magensaft (die Magensäure) kontinuierlich verätzt wird, gibt es am Ende der Speiseröhre ein Ventil: den unteren Speiseröhrenmuskel.

WAS IST REFLUX?

Wenn der Muskel am Ende der Speiseröhre (auch Kardia genannt) erschlafft, schwach wird oder defekt ist, dann kann relativ leicht Magensäure zurückfliessen (Reflux) und Beschwerden wie Sodbrennen, Magenbrennen, saures Aufstossen oder Brennen im Brustbereich auslösen.

WAS SIND RISIKOFAKTOREN BEI SPEISERÖHRENKREBS?

Früher waren die Hauptfaktoren Rauchen und übermässiger Alkoholgenuß. Heute sind andauernder Reflux (chronischer Reflux) sowie krankhaftes Übergewicht die Risikofaktoren für Speiseröhrenkrebs. Oft wird mit Säureblockern und Diättipps versucht, das Problem in den Griff zu bekommen. Mit all diesen Methoden werden aber nur die Beschwerden gelindert. Das mechanische Problem – das defektive Magenventil – bleibt jedoch. Dadurch besteht weiterhin die Gefahr des Fortschritts der Krankheit, welche im Endstadium der Speiseröhrenkrebs sein kann. Eine Reflux-Operation zum richtigen Zeitpunkt kann diese Gefahr verringern.

WIE WIRD DIE DIAGNOSE GESTELLT?

In den meisten Fällen sind Schluckbeschwerden der Grund für den Arztbesuch. Mit einer Gastroskopie (Magenspiegelung) in einer Kurznarkose kann entsprechend bösartiges Gewebe in der Speiseröhre entdeckt werden. Eine Probe-Entnahme mit einer Mini-Zange kann schliesslich die Tumorkrankheit bestätigen.

WELCHE THERAPIE IST SINNVOLL?

Nach einer Diagnosestellung muss ein sogenanntes Staging (Einteilung des Schweregrads, Ausbreitung des Tumors) durchgeführt werden. Dazu wird eine Computertomografie (CT) des Brustraums und Bauchraums gemacht, um Ablagerungen in Lunge und Leber auszuschliessen. Weiter wird mit einer Ultraschall-Untersuchung der Speiseröhre eine mögliche Ablagerung in den Lymphdrüsen beurteilt.

In einem interdisziplinären Tumorboard mit allen Spezialisten an einem Tisch wird in der Klinik Beau-Site jeden Dienstag das beste und sinnvollste Therapieverfahren für den Patienten entschieden. Bei Speiseröhrenkrebs ist in der Regel eine kombinierte Therapie notwendig: eine vorangehende Chemotherapie (allenfalls in Kombination mit einer Bestrahlung), gefolgt von einer Ösophagusresektion, d.h. der Entfernung der Speiseröhre, wenige Wochen später.

WIE WIRD DIE ÖSOPHAGUSRESEKTION DURCHFÜHRT?

Die minimal invasive Chirurgie (Schlüsselloch-Chirurgie) ist auch die bevorzugte Technik für die Entfernung der Speiseröhre. Dabei werden zuerst mittels kleinen Schnitten an der Bauchdecke laparoskopisch der Magen mobilisiert sowie das Ende der Speiseröhre mit den Zwerchfellschenkeln gelöst. Anschliessend werden im Bauchraum die wichtigen Lymphdrüsen entfernt. Vom Bauchraum aus oder auch durch den Brustkorb wird dann laparoskopisch die Speiseröhre mit angrenzendem Gewebe entfernt. Der Magen wird mit einem Klammernaht-Gerät zu einem Magenschlauch geformt. Im Halsbereich wird schliesslich der obere Teil der Speiseröhre mit dem hochgezogenen Magenschlauch verbunden.

Zur Überprüfung des erfolgreichen Eingriffs wird eine Methode verwendet, welche durch Dr. Zehetner in Los Angeles erforscht und deren Studienergebnisse



Speiseröhrenkrebs: Wenn das Essen, Trinken und Schlucken zur täglichen Qual wird.

in der chirurgischen Fachzeitschrift Annals of Surgery publiziert wurden: In den Blutkreislauf des Patienten werden ein fluoreszierender Farbstoff gespritzt und innerhalb von fünf bis zehn Sekunden die Durchblutung mittels einer Laserkamera überprüft.

SCHNELLE GENESUNG NACH DER OPERATION

Die Operation selbst dauert rund drei bis vier Stunden. Der Patient erwacht selbstständig atmend und wird nach ein bis zwei Tagen Intensivstation auf die Normalstation verlegt. Fünf Tage nach dem Eingriff wird mit einem Schluckröntgen überprüft, ob die Verbindung zwischen dem Anfang der Speiseröhre im Halsbereich und dem Magenhochzug verheilt ist. Erst im Anschluss wird der Kostaufbau begonnen.

Nach sieben bis zehn Tagen stationären Aufenthalt wird in der Regel ein Reha-Aufenthalt für zwei Wochen angefügt, in der sich der Patient rasch erholen kann. Und bereits drei Monate nach der Operation erlangt der Patient seine vollständige Lebensqualität zurück: er kann beschwerdefrei alles essen, jedoch in etwas kleineren Portionen, dafür mehrmals täglich.

EINE KLARE VISION AN DER KLINIK BEAU-SITE

Durch seine Ausbildung in Österreich, der Schweiz und den USA (Los Angeles) hat sich Dr. Zehetner über die Jahre mit den modernsten Operationsmethoden zur Entfernung der Speiseröhre vertraut gemacht. An der University of Southern California (USC) erlernte und entwickelte er Methoden der Speiseröhrenentfernung im Team von Dr. Tom DeMeester weiter. Im Jahre 2015, nach sieben Jahren Tätigkeit in der renommiertesten Klinik für die «Foregut Surgery» (Chirurgie der Speiseröhre und Magen), wechselte Dr. Zehetner an die Klinik Beau-Site in Bern mit dem Auftrag, die Reflux- und Speiseröhren-Chirurgie nach den modernsten Methoden weiterzuführen und auszubauen.

Scannen Sie die QR-Codes und sehen Sie sich unsere Erklärvideos über Reflux (QRC 1) und den Zusammenhang von Reflux bis zum Speiseröhrenkrebs (QRC 2) an.

PUBLIKUMSVORTRAG

von Dr. med. Jörg Zehetner

**ÖSOPHAGUSRESEKTION:
DIE BEHANDLUNG VON SPEISERÖHRENKREBS**

Mittwoch, 10. März 2021
18.30 – 19.30 Uhr
Tagungsraum im Haus Blumenberg
beim Salem-Spital

KONTAKT

DR. MED. JÖRG ZEHETNER
Professor (USC), Facharzt für Chirurgie, spez. Viszeralchirurgie

PRAXISADRESSE
Haus von Rodt
Schänzlihalde 1
3013 Bern
T +41 31 312 61 12
joerg.zehetner@hirslanden.ch
www.swiss1chirurgie.ch

MASTDARMKREBS: CHIRURGISCHE PRÄZISION IST ENTSCHEIDEND

Von **PROF. DR. MED. CHRISTOPH A. MAURER**, Facharzt für Chirurgie, spez. Viszeralchirurgie, EBSQ Coloproctology

ALS MASTDARM ODER ENDDARM WIRD DER LETZTE ABSCHNITT DES DICKDARMS BEZEICHNET. ER IST DURCHSCHNITTlich ZWÖLF ZENTIMETER LANG UND GRENZT AN DEN ANALKANAL. IM BAUCHRAUM IST DER MASTDARM VON BÖSARTIGEN TUMOREN, D.H. KREBS, AM HÄUFIGSTEN BETROFFEN. ZUDEM MACHEN MASTDARMTUMORE 40% ALLER DICKDARMTUMORE AUS.

WER IST BETROFFEN UND GIBT ES RISIKOFAKTOREN?

Bei weniger als 10% der Patienten mit Mastdarmkrebs lässt sich eine familiäre Belastung mit nachweisbarer, vererbter Genmutation nachweisen. Bei den anderen rund 90% ohne familiäre Belastung tritt der Mastdarmkrebs selten vor dem 50. Lebensjahr auf. Er entwickelt sich überdies langsam über mehrere Jahre und folgt der sogenannten Adenom-Karzinom-Sequenz in etwa 97% der Fälle. Dabei entsteht zunächst ein flacher Polyp, welcher langsam zu einem pilzförmigen Polypen bzw. Adenom heranwächst, um schliesslich zu entarten und sich zu einem invasiven Tumor, also Krebs, zu entwickeln. Beeinflussbare Risikofaktoren für Mastdarmkrebs sind Übergewicht, Rauchen sowie reichlich Konsum von rotem Fleisch, insbesondere in schwarz grillierter Form.

«ICH SPÜRE NICHTS, DAHER HABE ICH WOHL KEINEN DARMKREBS.»

Diese oft gehörte Aussage kommt einem Irrglauben gleich. Die weitaus häufigst genannten Symptome bei Mastdarmkrebs sind Änderung der Stuhlgewohnheiten oder analer Abgang von hellrotem Blut. Letzteres wird fälschlicher- und fatalerweise oft einem Hämorrhoidalleiden zugeschrieben. Schmerzen oder Darmverschluss sind Spätsymptome und damit Ausdruck eines weit fortgeschrittenen Tumorleidens.

WIE SIEHT DIE THERAPIEPLANUNG AUS?

Stehen Diagnose (Dickdarmspiegelung + Gewebeprobe) und Tumorausdehnung (i.d.R. CT von Bauch und Thorax sowie MRI des Beckens) fest, wird an unserer interdisziplinären Tumorkonferenz unter Berücksichtigung des individuellen Tumorstadiums ein Therapieversuch für die Patienten erarbeitet. Oft braucht es sequenziell die drei Therapiemodalitäten Chemotherapie, Radiotherapie und Chirurgie.

RISKIERE ICH EINEN DEFINITIVEN KÜNSTLICHEN DARMAUSGANG?

Bei entsprechendem Know-how sind die präoperative Diagnostik und die operative Technik heute derart ausgereift, dass eine Mastdarmamputation, d.h. also ein Verlust des Anus und damit der normalen Kontinenz, in nur mehr 5-6% aller Patienten mit Mastdarmkrebs notwendig ist (im Patientenkollektiv des Autors, gesamt-schweizerisch jedoch 20-30%).

KANN MAN VON MASTDARMKREBS GEHEILT WERDEN?

Die Langzeitprognose ist abhängig einerseits vom Tumorstadium, andererseits von der Qualität der Chirurgie. Ersteres ist eine Gegebenheit zum Zeitpunkt der Diagnose. Bezüglich Qualität der Chirurgie ist das exakte Durchführen einer sogenannten totalen mesorektalen Exzision entscheidend. Bei dieser Technik, welche wir bereits vor über 20 Jahren

deutschsprachigen Chirurgen in Buchform¹ vermitteln wollten, wird der lymphbahnen- und lymphknotentragende Fettkörper um den Mastdarm herum minuziös entlang einer feinen Bindegewebsschicht aus dem kleinen Becken ausgelöst. Dieser mesorektale Fettkörper ist nämlich der Ort, wohin der Tumor direkt infiltrieren oder lymphogen metastasieren (Ableger setzen) kann. Um einem Tumorrückfall im kleinen Becken vorzubeugen, muss das Mesorektum also komplett entfernt werden. Im langjährigen Kollektiv des Autors beträgt die lokale Rückfallrate weniger als 3% nach fünfjähriger Beobachtungszeit bzw. weniger als 5% bei Langzeitbeobachtung².

BRAUCHT ES ZUSÄTZLICH EINE CHEMO- UND STRAHLENTHERAPIE?

Die Verfeinerung und Optimierung der chirurgischen Technik im kleinen Becken erlaubt es uns heute, bei rund 60% der Patienten auf eine Radiotherapie zu verzichten, bei welchen gemäss Richtlinien eine solche empfohlen wäre. Somit bleiben einem beträchtlichen Anteil der Patienten die potenziellen Nebenwirkungen einer Strahlentherapie erspart, ohne Kompromiss bezüglich lokaler Rückfallrate oder Langzeitüberleben². Dagegen wird in mittleren und höheren Tumorstadien eine Chemotherapie zwecks Vorbeugung oder Behandlung von Fernmetastasen in Leber oder Lunge empfohlen. Neuerdings erfolgt die Chemotherapie bevorzugt vor der Operation.



Mastdarmkrebs kann mit sehr niedriger lokoregionärer Rückfallrate und damit guten Heilungschancen verbunden sein. Das A und O liegt in der Präzision des chirurgischen Eingriffs.

WIE IST DIE LEBENSQUALITÄT NACH DER OPERATION?

In einem Forschungsteam haben wir ein Mastdarmersatzverfahren entwickelt. Dabei wird der Dickdarm, welcher an den Analkanal genäht wird, so umkonfektioniert, dass ein Stuhlreservoir ähnlich wie bei einem originalen Mastdarm und zudem eine Peristaltikbremse entstehen, d.h. eine Verlangsamung der vorwärts treibenden Darmbewegung. Damit sind die Patienten postoperativ viel weniger durch häufige Stuhllentleerungen, dünnen Stuhl oder gar Inkontinenz gestört. Nach zwei bis zwölf Monaten beklagen die Patienten diesbezüglich kaum mehr Beschwerden. Weiter haben die Verfeinerung der chirurgischen Technik und die Vertiefung der anatomischen Kenntnisse zu einer Schonung der Nerven zur Harnblase und zu den Genitalien geführt. Damit treten postoperative, urogenitale Funktionsstörungen bei erfahrenen Operateuren wesentlich seltener auf³.

LITERATUR

- 1 Büchler, Heald, Maurer, Ulrich Eds., Das Konzept der totalen mesorektalen Exzision, Karger Verlag 1998
- 2 Ruppert R, Junginger T, Ptok H, Strassburg J, Maurer CA, Brosi P, Sauer J, Baral J, Kreis M, Wollschlaeger D, Hermanek P, Merkel S; OCUM group; Oncological outcome after MRI-based selection for neoadjuvant chemoradiotherapy in the OCUM Rectal Cancer Trial. Br J Surg. 2018 Oct;105(11):1519-1529
- 3 Maurer CA, Z'graggen K, Renzulli P, Schilling MK, Netzer P, Büchler MW. Total mesorectal excision preserves male genital function compared with conventional rectal cancer surgery. Br J Surg. 2001 Nov;88(11):1501-5

KONTAKT



PROF. DR. MED. CHRISTOPH A. MAURER
Facharzt für Chirurgie,
spez. Viszeralchirurgie,
EBSQ Coloproctology

PRAXISADRESSE

Haus von Rodt
Schänzlihalde 1
3013 Bern
T +41 31 335 78 85
christoph.maurer@hin.ch
www.leading-medicine-guide.ch

BESUCHEN SIE UNSERE ÖFFENTLICHEN VERANSTALTUNGEN

VORTRAGSPROGRAMM

DATUM	ORT	THEMA	REFERENTINEN UND REFERENTEN
Mittwoch 20. Januar 2021 18.30 – 19.30 Uhr	Tagungsraum im Haus Blumenberg beim Salem-Spital, Schänzlistrasse 33, 3013 Bern	BAUCHSPEICHELDRÜSEN- KREBS: EINE TÜCKISCHE ERKRANKUNG	PROF. DR. MED. KASPAR Z'GRAGGEN Facharzt für Chirurgie, spez. Viszeralchirurgie
Mittwoch 10. Februar 2021 18.30 – 19.30 Uhr	Tagungsraum im Haus Blumenberg beim Salem-Spital, Schänzlistrasse 33, 3013 Bern	DAS WUNDER DER LEBER: EIGENREGENERATION NACH OPERATION	PROF. DR. MED. SASCHA A. MÜLLER Facharzt für Chirurgie, spez. Viszeralchirurgie, EBSQ Hepato- Pancreato-Biliary Surgery
Mittwoch 24. Februar 2021 18.30 – 19.30 Uhr	Tagungsraum im Haus Blumenberg beim Salem-Spital, Schänzlistrasse 33, 3013 Bern	KOMPLEXE CHIRURGISCHE THERAPIE VON ÜBERGE- WICHT – EINGRIFFE FÜR DAS REFERENZZENTRUM	DR. MED. MARKUS NAEF MBA, Facharzt für Chirurgie, spez. Viszeralchirurgie
Mittwoch 10. März 2021 18.30 – 19.30 Uhr	Tagungsraum im Haus Blumenberg beim Salem-Spital, Schänzlistrasse 33, 3013 Bern	ÖSOPHAGUSRESEKTION: DIE BEHANDLUNG VON SPEISERÖHRENKREBS	DR. MED. JÖRG ZEHETNER Professor (USC), Facharzt für Chirurgie, spez. Viszeralchirurgie
Mittwoch 3. Februar und 17. März 2021 18.30 – 19.30 Uhr	Tagungsraum im Haus Blumenberg beim Salem-Spital, Schänzlistrasse 33, 3013 Bern	NACHHALTIGE GEWICHTSREDUKTION	DR. MED. BIRGIT METTKE FMH Allgemeine Innere Medizin, Leiterin Gruppenkurs Rebalance

Publikumsprogramm unter Vorbehalt

Bitte beachten Sie, dass die Publikumsveranstaltungen aufgrund der epidemiologischen Entwicklung des Coronavirus (COVID-19) und der damit einhergehenden Massnahmen verschoben oder gänzlich abgesagt werden können. Informationen zur Durchführung finden Sie auf www.salem-spital.ch/kurse-und-veranstaltungen.

ERLEBNIS GEBURT IM SALEM-SPITAL

Als Berner Traditionsspital für Geburten begleiten und beraten wir Sie mit Freuden in ihrem neuen Lebensabschnitt mit Baby. Besuchen Sie unsere Website und informieren Sie sich bei einem virtuellen Rundgang über unsere Maternité oder entdecken Sie individuelle Kurse als Vorbereitung auf Ihr neues Lebensglück. www.salem-spital.ch/babycurse



ABONNENTEN-SERVICE

Möchten Sie «Am Puls der Medizin» kostenlos abonnieren? Sind Sie umgezogen, möchten die Zeitschrift neu per E-Mail erhalten oder abbestellen? Änderungen nehmen wir gerne per Telefon **0848 333 999** oder unter marketing.bern@hirslanden.ch entgegen.



KLINIK BEAU-SITE
SCHÄNZLIHALDE 11
3013 BERN

T 031 335 33 33
F 031 335 37 72

KLINIK-BEAUSITE@HIRSLANDEN.CH

KLINIK PERMANENCE
BÜMPLIZSTRASSE 83
3018 BERN

T 031 990 41 11
F 031 991 68 01

KLINIK-PERMANENCE@HIRSLANDEN.CH

SALEM-SPITAL
SCHÄNZLISTRASSE 39
3013 BERN

T 031 337 60 00
F 031 337 69 30

SALEM-SPITAL@HIRSLANDEN.CH