

20 JAHRE LAPAROSKOPISCHE DICKDARMCHIRURGIE AN DER KLINIK BEAU-SITE

Von **PD DR. MED. RUDOLF STEFFEN**, Facharzt FMH für Viszeralchirurgie, Belegarzt Klinik Beau-Site

DER ZUGANG BEI DICKDARMOPERATIONEN HAT SICH ENTSCHEIDEND VERÄNDERT. WÄHREND FRÜHER BAUCHSCHNITTE DIE REGEL WAREN, IST DIE LAPAROSKOPIE (AUCH SCHLÜSSELLOCH-CHIRURGIE GENANNT) HEUTE NICHT MEHR WEGZUDENKEN. IN DER DICKDARMCHIRURGIE FÜHRT DIE KLINIK BEAU-SITE DIESES VERFAHREN NUN SEIT 20 JAHREN DURCH UND DIE ERFOLGSRATE SPRICHT FÜR SICH.

Wann genau die Meinung über die Laparoskopie von «muss das sein» zu «darf das sein» gewechselt hat, kann ich heute nicht mehr sagen. Es waren die vielen kleinen Fortschritte, die mit der Zeit zur Selbstverständlichkeit dieses schonenden Zugangs geführt haben. Am Anfang stand die Erfahrung mit einfacheren laparoskopischen Operationen, wie der Gallenblasenentfernung. Das war die Zeit, als sich Pioniere für ein eigenes Spezialgebiet der laparoskopischen Chirurgie stark machten. Doch im Grunde genommen ist die Laparoskopie bloss eine Zugangsvariante zum kranken Organ. Aber welche Vorteile! Es ist meistens der Bauchschnitt, und nicht der Eingriff am Organ selbst, der die Schmerzen verursacht. Die kleinen Schnitte für die Laparoskopie bluten weniger, Wundinfekte und Narbenbrüche sind viel seltener und die Laparoskopie führt im operierten Bauch nicht zu Verwachsungen. Verletzungen von Nachbarorganen sind auch seltener, da man nicht mehr ziehen und zerren muss, sondern zum Zielorgan hinreichen kann.

MOTIVIERENDE ANFÄNGE

1993 lernte ich im Kantonsspital Freiburg bei Dr. Petropoulos die Anwendung der Laparoskopie am Dickdarm kennen. Noch im selben Jahr operierten wir zusammen die ersten Patienten in der Klinik Beau-Site. Zu sehen, wie sehr diese vom neuen Zugang profitierten, war stark motivierend. Die Eingriffe waren aber schwieriger und dauerten viel länger. Die Bildtechnik steckte noch in den Kinderschuhen, genauso wie die medizintechnischen Apparate und Instrumente. Der Umstieg vom laparoskopischen zum offenen Zugang war schon zur Vermeidung langer Operationszeiten häufig. Auch zur Sicherheit der Patienten haben wir damals oft offen fertig operiert. Keinesfalls wollten wir Komplikationen wegen der Laparoskopie riskieren. Damals operierten wir nur Patienten mit gutartigen Krankheiten am Dickdarm, die Krebschirurgie war noch tabu.

FORTSCHRITTE IN DER KREBSCHIRURGIE

Wir machen nun einen Zeitsprung ins Jahr 2005. Irgendwann zuvor kam es zum Wechsel der Einstellung und

der Gefühle: Nicht mehr die Laparoskopie war das Mühsamere, Aufwändigere, sondern die Schnittchirurgie. Dieses Niveau kann nur erreichen, wer sehr viel operiert und eine konsequente Strategie verfolgt. Ausserdem wurde auch die Krebschirurgie des Dick- und Mastdarms für die Laparoskopie in internationalen Studien als sicher beurteilt. Diese Indikationserweiterung konnten wir ohne Probleme umsetzen und die Schnittchirurgie hat auch bei Krebs ihre historische Bedeutung verloren.

SYSTEMATISCHE QUALITÄTSKONTROLLE

Seit 2005 erfassen wir – anonymisiert – im Rahmen der internen Qualitätskontrolle alle am Darm operierten Patienten mit Diagnose, Operation und Komplikationen. Zu diesem Zeitpunkt war die Technik bereits gefestigt, das Chirurgenteam grösser und die bedeutenden Entwicklungsschritte getan.

Von 2005 bis 2012 wurden an der Klinik Beau-Site 1624 Operationen am Mast- und Dickdarm durchgeführt, davon wurden 1355 oder 83,4% laparoskopisch operiert. 1,5% der operierten Patienten verstarben nach dem Eingriff. Es handelte sich dabei fast ausschliesslich um Patienten mit gravierenden Nebenerkrankungen oder fortgeschrittenem Tumorleiden. Die unangenehmste lokale Komplikation, ein Leck an der Darznaht, trat nur in 4,6% der Operierten auf. Dabei sind auch die Lecks an den tiefen Mastdarmnähten eingeschlossen. Lecks an dieser Stelle sind allgemein häufiger und diese Patienten werden in aller Regel durch eine vorübergehende Dünndarmableitung geschützt. Lecks bei Nähten oberhalb des Beckenbodens sind seltener.

EINGESPIELTES TEAM

Heute operieren acht Viszeralchirurgen an der Klinik Beau-Site*. Das Klima unter uns ist freundschaftlich und von gegenseitigem Respekt und Vertrauen geprägt. Dieser erfreuliche Umstand erlaubt eine Vereinheitlichung der Technik und der Abläufe. Unter diesen günstigen Bedingungen ist der Dienstbetrieb rund um die Uhr gewährleistet und Abwesenheiten von einzelnen Chirurgen fallen nicht negativ ins Gewicht. Kurz: Man ist

Wir verdanken die Bilder Dr. Christian Klaiber

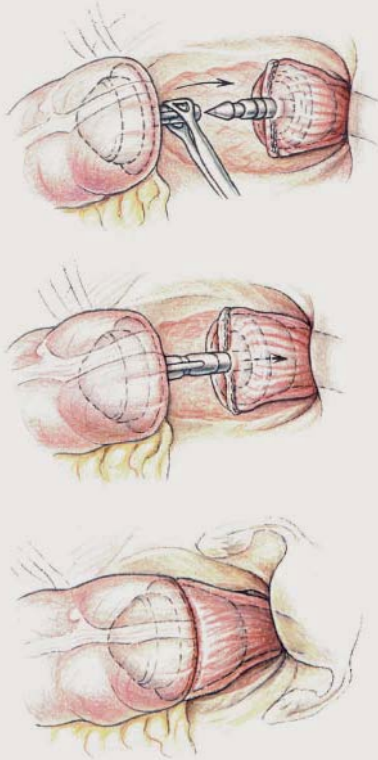


Abb. 1: Der erkrankte Teil des Darmes wird operativ entfernt (Resektion) und die verbleibenden Darmteile in einer Anastomose wieder zusammengenäht.

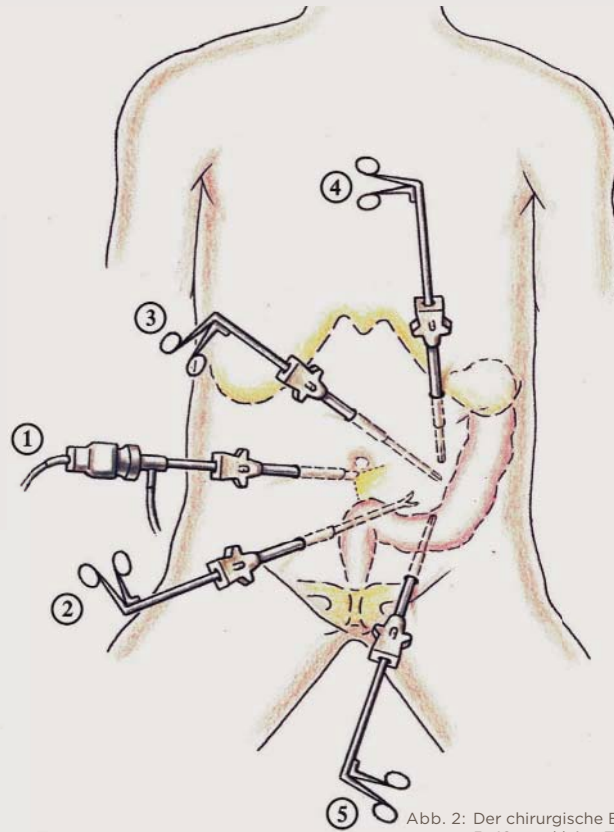


Abb. 2: Der chirurgische Eingriff erfolgt über 5-10 mm kleine Zugänge, die zum Einführen der Instrumente verwendet werden.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total	Total in %
Kolonrektale Eingriffe	160	180	222	222	193	201	230	216	1624	100
Davon laparoskopisch	127	143	178	191	162	169	196	189	1355	83.4

füreinander da. Das bringt Sicherheit und Effizienz. Die Arbeitsbedingungen sind dank grosszügiger apparativer und personeller Aufrüstungen vorzüglich, was sich in der niedrigen Fluktuation äussert. Auch dieser Umstand kommt letztendlich den Patienten zugute. Dank der Zentrumsinfrastruktur können wir ohne Einschränkungen auch alte und gebrechliche Menschen operieren, unabhängig ihrer Versicherungsklasse.

TIEFE KOMPLIKATIONSRATE

Innerhalb einer Chirurgengeneration hat eine Zugangsrevolution begonnen, die sich durchsetzt. Viele «alte» Komplikationen, wie Platzbauch, vereiterte Wunden, Milzverletzungen und schmerzbedingte Lungenentzündungen sind fast gänzlich verschwunden. Laparoskopisch operierte Patienten können im Durchschnitt bereits fünf Tage nach dem Eingriff wieder nach Hause. Die Rekonvaleszenz wird um mehr als die Hälfte auf rund einen Monat verkürzt, da der Wund- oder Narbenschmerz schon nach zwei Wochen verschwunden ist. Während sich vor 20 Jahren noch die Laparoskopie rechtfertigen musste, ist es heute klar der Bauchschnitt.

PUBLIKUMSVORTRAG

von PD Dr. med. Rudolf Steffen

VORTEILE DER LAPAROSKOPISCHEN DICKDARMCHIRURGIE

Mittwoch, 11. Dezember 2013,
19.00 - 20.30 Uhr
Diaconis Tagungszentrum beim
Salem-Spital, Bern



AM PULS DER MEDIZIN SERVICE KONTAKT

PD DR. MED. RUDOLF STEFFEN
Facharzt FMH für Viszeralchirurgie,
Belegarzt Klinik Beau-Site

PRAXISADRESSE:
Ärztelhaus der Klinik Beau-Site
Schänzlihalde 1
3013 Bern
T +41 31 312 61 12
steffen.rudolf@bluewin.ch

* Dr. med. Andreas Glättli, PD Dr. med. Beat Künzli, Dr. med. Alejandro Metzger, Dr. med. Markus Naef, Dr. med. Stefan W. Schmid, PD Dr. med. Rudolf Steffen, Dr. med. Jürg Teuscher, Prof. Dr. med. Kaspar Z'graggen