



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

Jahresbericht 2017 | 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
Kasuistik: Radiofrequenzablation bei Strahlenproktitis	16
Kasuistik: Akutes Leberversagen bei Knollenblätterpilzvergiftung – Therapie mit Lebertransplantation	18
Kasuistik: LINX® Implantation bei chronischem Reflux.....	20
Kasuistik: Ausgedehnter GIST des Magens	22
Wichtige Telefonnummern	27



Prof. Rumstadt
Chefarzt der Chirurgischen Klinik



Prof. Allgaier
Chefarzt der Medizinischen Klinik



Vorwort

SEHR GEEHRTE, LIEBE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN,

Sehr geehrte, liebe Kolleginnen und Kollegen, mit den besten Wünschen für das laufende Jahr freuen wir uns, Ihnen den nun insgesamt 6. Jahresbericht unseres Viszeralmedizinischen Zentrums (VMZ) am Evangelischen Diakoniekrankenhaus übersenden zu dürfen.

Das Jahr 2017 war erneut mit steigenden Untersuchungs- und Patientenzahlen verbunden. Wir sind sehr glücklich über diesen Zuspruch. Allerdings erfordern steigende Fallzahlen und kurze Liegezeiten einen enormen Einsatz aller Beteiligten, sowohl im ärztlichen als auch pflegerischen Bereich. Für die hervorragende prästationäre Vorbereitung und Betreuung der Patienten durch Sie danken wir Ihnen herzlich.

Im vergangenen Jahr initiierten wir mit einer Auftaktveranstaltung ein „Refluxzentrum“ zur interdisziplinären Behandlung des gastro-ösophagealen Refluxes. Im interdisziplinären Dialog wollen wir versuchen, eine möglichst optimale, individuelle Therapie unserer gemeinsamen Patienten zu ermöglichen. Das Therapiespektrum reicht hier von der rein medikamentösen Therapie und allgemeinen Lifestyle-Modifikation über neue minimal invasive Anti-Refluxoperationen bis hin zur klassischen Fundoplikatio. In das chirurgische Portfolio wurde ein neues minimal invasives Verfahren aufgenommen. Hierbei wird laparoskopisch ein kleines, flexibles Band (sog. LINX®-Band) aus verketteten Titankügelchen mit Magnetkern um

den unteren Ösophagus sphinkter gelegt, um den gastro-ösophagealen Reflux zu hemmen. Die ersten Ergebnisse sind ermutigend, durch den Eingriff werden anatomische Strukturen kaum verändert. Das Verfahren eignet sich vor allen Dingen für Patienten ohne oder mit kleiner Hernie.

Leider konnten wir aufgrund der unerwartet hohen Nachfrage im Bereich der ambulanten Beratungs- und Diagnostik-Termine nicht allen Erwartungen gerecht werden, da die strukturellen Rahmenbedingungen nicht ausreichend vorhanden waren. Diese dahingehend zu verbessern haben wir uns für das Jahr 2018 dringend vorgenommen.

Ein weiterer Schwerpunkt stellt wie in den vergangenen Jahren die viszeralmedizinische Onkologie dar. Hier konnte in Zusammenarbeit mit unseren Partnern (Onkologie: Dres. Marschner, Pathologie: Dres. Hellerich, Radiologie: IDR, Strahlentherapie: PD Dr. Weißenberger, Nuklearmedizin: Dr. Schumacher) die enge Kooperation auch im Rahmen der wöchentlich stattfindenden onkologischen interdisziplinären Fallkonferenzen weiter intensiviert werden. Auch in diesem Bereich ist für 2018 die Schaffung einer Koordinationsstelle geplant, um die zum Teil komplexe Terminkoordinierung unserer gemeinsamen viszeralonkologischen Patienten besser zu bewerkstelligen.

Die endoskopische Diagnostik und Therapie von Frühmalignomen des gesamten Gastrointestinaltraktes hat sich fest im Routinebetrieb etabliert, und wir bedanken uns auch hier für die regelmäßige Zusendung entsprechender Patienten



zur Evaluation einer endoskopischen Therapie mittels EMR oder ESD. Wir beteiligten uns im Jahr 2017/2018 an einer bundesweiten ESD-Registerstudie, zu der wir mit unserer beachtlichen Fallzahl einen wertvollen Beitrag leisten konnten. Die Publikation der Ergebnisse wird 2018/2019 erwartet. Darüber hinaus führten wir im Oktober 2017 einen ESD-Kurs am Tiermodell mit Teilnehmern aus dem gesamten Bundesgebiet durch (siehe auch Beitrag im hinteren Teil des Jahresberichtes). Die Resonanz war hervorragend.


Nach entsprechender Evaluationsphase haben wir das Barrx-Verfahren zur Radiofrequenzablation von Barrett-Epithel (nach endoskopischer Resektion von Barrett-Neoplasien) angeschafft. Als weitere sinnvolle Indikationsgebiete hat sich die Strahlenproktitis und das GAVE-Syndrom gezeigt (Kasuistik siehe im hinteren Anteil des Berichts).


Ohne den tatkräftigen Einsatz unserer pflegerischen und ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wäre die gesamte weitere und erfolgreiche Entwicklung der vergangenen Jahre nicht möglich gewesen, so dass wir an dieser Stelle allen herzlich danken möchten! Auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in unseren Sekretariaten und Ambulanzbereichen möchten wir für die unermüdliche Unterstützung danken. Last but not least bedanken wir uns ebenfalls bei dem Vorstand und unserer Verwaltung für die konstruktive Unterstützung bei der Weiterentwicklung unseres Viszeralmedizinischen Zentrums.

Für das laufende bzw. kommende Jahr planen wir weitere Neuerungen: So wollen wir durch einen kompletten Umbau unserer Endoskopie-Aufbereitung den steigenden hygienischen Anforderungen Rechnung tragen und die Aufbereitung der flexiblen Endoskope, bei ständig steigenden Untersuchungszahlen, effizienter gestalten. In den Operationssälen ist die Anschaffung von 4K-Laparoskopie-Einheiten geplant.

Abschließend bedanken wir uns für die intensive Kooperation mit Ihnen und für das entgegengebrachte Vertrauen! Ohne Ihre hervorragende Unterstützung und treuen Zuweisungen wäre das arbeitsintensive Jahr 2017 nicht zu bewerkstelligen gewesen. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und wir sind hoch motiviert, Ihr uns entgegengebrachtes Vertrauen zu rechtfertigen und darin bestrebt, die Kommunikation mit Ihnen weiter zu verbessern. Wir freuen uns auf die weiteren Herausforderungen und auf die Zusammenarbeit mit Ihnen in diesem Jahr.

Mit herzlichen kollegialen Grüßen


Prof. Dr. H.-P. Algaier


Prof. Dr. B. Rumstadt

Who is who in der Viszeralchirurgie?



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



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



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



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



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



I. Canizo-Rincon
Fachärztin
canizo@diak-fr.de



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



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



J. Münzer
Assistenzarzt
muenzerj@diak-fr.de



Dr. med. A. McPherson
Fachärztin
mcperson@diak-fr.de



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



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



T. Rudolf
Facharzt
rudolf@diak-fr.de



S. Kuhn
Assistenzärztin
kuhn@diak-fr.de



Dr. med. C. Stehfest
Assistenzärztin
stehfest@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



J. Jonas
Oberarzt
jonas@diak-fr.de



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



C. Vollbrandt
Oberarzt
vollbrandt@diak-fr.de



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



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



Dr. univ. B. Breul
Assistenzarzt
breul@diak-fr.de



J. Fehlings
Assistenzarzt
fehlings@diak-fr.de



Dr. med. T. Fischer
Assistenzärztin
fischer@diak-fr.de



E. Gramatikova
Assistenzärztin
gramatikova@diak-fr.de



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



J. Raeder
Assistenzärztin
raeder@diak-fr.de



S. Kramer
Assistenzärztin
kramer@diak-fr.de



M. Reich
Assistenzarzt
reich@diak-fr.de



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

Viszeralchirurgie

STATION C1A und C1B
34 Betten
12,2 Planstellen

STATION C2A und C2B
35 Betten
14,2 Planstellen



Gastroenterologie

STATION M1A und M1B
38 Betten
18,95 Planstellen

STATION M2A und M2B
38 Betten
18,85 Planstellen



Eingriffe in der Viszeralchirurgie

Anzahl	2015	2016	2017	Anzahl	2015	2016	2017
HERNIEN	735	774	838	Portimplantation	85	117	171
Leistenhernie				GASTROINTESTINALE CHIRURGIE	717	734	684
Laparoskopische Hernioplastik (TAPP)	352	344	435	Biliodigestive Eingriffe	566	539	524
Laparoskopische Hernioplastik (TAPP) bei Rezidiv	35	37	44	Laparoskopische Cholezystektomie	458	463	434
Konventionelle Hernioplastik (Lichtenstein)	71	71	74	Konventionelle Cholezystektomie	16	9	20
Konventionelle Hernioplastik (Lichtenstein) bei Rezidiv	4	11	7	Leberresektion	52	34	31
Nabelhernien (konventionelle Hernioplastik)	109	126	117	Pankreasresektion	33	23	33
				Splenektomie	7	10	6
Narbenhernie				Magen	82	102	92
Laparoskopische Hernioplastik (IPOM)	80	99	93	Gastrektomie	10	15	12
Konventionelle Hernioplastik	84	86	68	Magenteilresektion	9	19	11
				Ösophagusresektion	4	11	7
STRUMACHIRURGIE	198	235	193	Laparoskopische Magenresektion	13	8	10
Subtotale Resektion	36	48	54	Laparoskopische Fundoplicatio	46	49	46
Thyreoidektomie	54	83	61	LINX			6
Hemithyreoidektomie	48	63	36				
Operationen nach Dunhill	18	8	17				
Minimal invasive Schilddrüsenresektion n. ABBA	33	24	10				
Nebenschilddrüse	9	9	15				



Anzahl	2015	2016	2017	Anzahl	2015	2016	2017
Dünndarm	69	93	68	Konventionelle Eingriffe	183	167	172
Dünndarmresektionen	43	51	46	Konventionelle Ileocecalresektion	24	16	15
Ileostoma-Anlage	15	23	10	Konventionelle Transversumresektion	3	5	5
Ileostomarückverlagerung	11	19	12	Konventionelle Hemikolektomie rechts	31	32	27
				Konventionelle Hemikolektomie links	3	3	6
KOLOREKTALE CHIRURGIE	615	671	601	Konventionelle Sigmaresektion	25	21	25
Laparoskopische Eingriffe	432	504	429	Konventionelle Colonssegmentresektion	20	23	26
Laparoskopische Appendektomie	218	296	217	Konventionelle TAR	25	21	16
Laparoskopische Coecumresektion	33	24	28	Abdominoperineale Exstirpation	7	3	9
Laparoskopische Ileocecalresektion	16	12	19	Diskontinuitätsresektion nach Hartmann	18	13	13
Laparoskopische Transversumresektion	2	3	2	Kolostomarückverlagerung	5	7	15
Laparoskopische Hemikolektomie rechts	23	30	21	Transanale Tumorabtragung	12	11	10
Laparoskopische Hemikolektomie links	12	10	12				
Laparoskopische Sigmaresektion	81	91	93				
Laparoskopische Colonssegmentresektion	20	5	7				
Laparoskopische TAR	27	33	28	Gesamtzahl aller Operationen*	2800	2955	3019
Laparoskopische Hartmannresektion	-	-	2				

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

Eingriffe in der Gastroenterologie

Anzahl	2015	2016	2017	Anzahl	2015	2016	2017
ÖSOPHAGOGASTRODUODENOSKOPIEN	1521	1363	1529	ENDOSKOPISCHE SUBMUKOSADISSEKTIONEN ZUR BEHANDLUNG VON GASTROINTESTINALEN FRÜHMALIGNOMEN	28	46	43
therapeutisch	351	316	486	ENDOSKOPISCH RETROGRADE CHOLANGIO- PANKREATIKOGRAPHIEN (ERCP)	316	276	283
davon z. B.				davon (Mehrfachnennung möglich)			
pneumatische Oesophagusballondilatationen	33	40	26	endoskopische Papillotomien	150	136	150
Oesophagusbougieerungen	68	30	57	endoskopische Steinextraktionen mittels Dormiakorb	167	126	137
endoskopische Mukosektionen (EMR)				Ballonkatheter	152	116	97
Oesophagus/Magen	41	52	19	mechanische Lithotrypsien	11	16	14
Schwellendurchtrennung Zenker-Divertikel	6	3	6	Endodrainagen-Einlagen/Wechsel	118	106	87
Radiofrequenzablation (Barrx)	-	-	12	PERKUTANE TRANSHEPATISCHE CHOLANGIODRAINAGEN	18	5	14
ILEOKOLOSKOPIEN	1574	1699	1732				
therapeutisch	1516	1502	1580				
davon z. B.							
Polypektomien	495	659	435				
endoskopische Mukosaresektionen (EMR)	181	389	504				
Argonplasmakoagulationen	142	107	115				
Ballondilatationen	55	46	57				



Anzahl	2015	2016	2017	Anzahl	2015	2016	2017
PERKUTANE ENDOSKOPISCHE GASTROSTOMIE (PEG)	21	4	10	LOKALTHERAPIE VON LEBERTUMOREN (RFA, PEI)	5	5	6
ENDOSKOPISCHER ULTRASCHALL	70	73	90	BECKENKAMMBIOPSIEN	44	43	43
KONTRASTMITTELUNTERSTÜTZTER ULTRASCHALL (CUS)	150	149	153	BRONCHOSKOPIEN	12	15	16
EINLAGE VON SELBSTEXPANDIERENDEN METALLSTENTSI M GASTRODUODENALTRAKT	35	37	27	teilweise mit broncholärer alveolärer Lavage (BAL)			
ULTRASCHALLGESTEUERTE FEINNADELPUNKTION (LEBER, PANKREAS, LYMPHKNOTEN ETC.)	90	101	93	pH-Metriem	60	36	78
				Dünndarmkapselendoskopien	23	23	12
				Gesamtzahl aller Interventionen*	3991	3723	4193

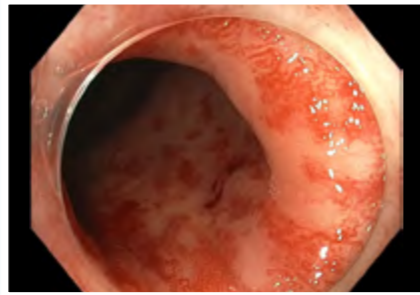
* Die Gesamtzahl enthält auch Interventionen, die nicht in der Auflistung enthalten sind.

Kasuistik: Radiofrequenzablation bei Strahlenproktitis

Die Strahlenproktitis stellt eine Spätkomplikation nach Bestrahlung des kleinen Beckens, z. B. beim Prostatakarzinom, dar.

Ca. 20% der Patienten sind von dieser Komplikation betroffen und leiden unter einer rezidivierenden Hämatochezie. Hierdurch kann ein chronischer Eisenverlust zu einer klinisch relevanten Anämie führen. Bisherige therapeutische Bemühungen mit Lokaltherapeutika führten zu unbefriedigenden Ergebnissen. Auch die Lokalbehandlung mit Argonplasmakoagulation macht multiple Therapiesitzungen erforderlich, es kommt häufig zu Rezidivblutungen. Mit der Radiofrequenzablation (ursprünglich zur Ablation des Barrett-epithels, siehe Jahresbericht 2016) steht eine neue Alternative zur flächenhaften Ablation der abnormen Mikrogefäße mit nachfolgender Reepithelisierung zur Verfügung. Die Datenlage zu diesem Thema ist noch gering. Unsere eigenen Erfahrungen sind sehr ermutigend, die meist sehr geplagten Patienten sprechen schon auf eine erste Sitzung klinisch deutlich an. Eine kürzlich publizierte Studie mit insgesamt 17 Patienten ergab ein klinisches Ansprechen von 94% (Literatur: Drayx et al., Endoskopie 2014). Der Hb-Spiegel stieg bei allen Patienten signifikant im Mittel von 8,3 g/dl auf 11,3 g/dl an, und 9 von 13 Transfusions-abhängigen Patienten benötigten nach RFA keine Erythrozytenkonzentrate mehr.

Fazit: Die RFA ermöglicht eine signifikante Symptomkontrolle bei der lokalen Behandlung der Strahlenproktitis. Es kommt zu einem signifikanten Anstieg der Hämoglobinkonzentration sowie Reduktion des Transfusionsbedarfs.



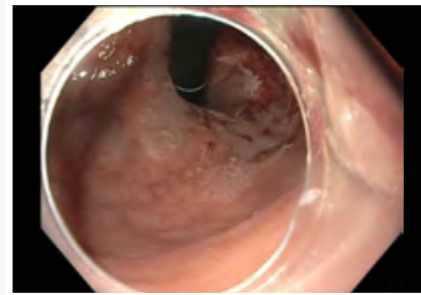
Endoskopischer Aspekt der rektalen Gefäßneubildungen mit sehr kontaktvulnerabler Schleimhaut mit sofortiger Auslösung von Sickerblutungen.



Zeigt die flexible RFA-Elektrode, die über den Arbeitskanal des Endoskops eingeführt werden kann.



Nach RFA erkennt man den unmittelbaren Ablationseffekt durch Koagulation der Schleimhaut.



Die Retroflexion im Rektum zeigt die großflächige Ablation der Mikrogefäße supraanal.

Kasuistik: Akutes Leberversagen bei Knollenblätterpilzvergiftung Therapie mit Lebertransplantation

Aufnahme eines Ehepaares mit seit der Nacht bestehender gastroenterischer Symptomatik, nachdem am Vortag eine Mahlzeit mit selbst gesammelten Pilzen gegessen wurde. Die Pilze ähnelten Champignons, Reste gab es keine. Die Ehefrau hat mehr Pilze gegessen (der Ehemann mehr anderes Gemüse).

Bei initial noch unauffälligen Laborwerten bestand schon bei Aufnahme der Verdacht auf eine Knollenblätterpilzvergiftung, weshalb eine Therapie mit Silibinin (Legalon®) und medizinischer Kohle umgehend eingeleitet wurde.

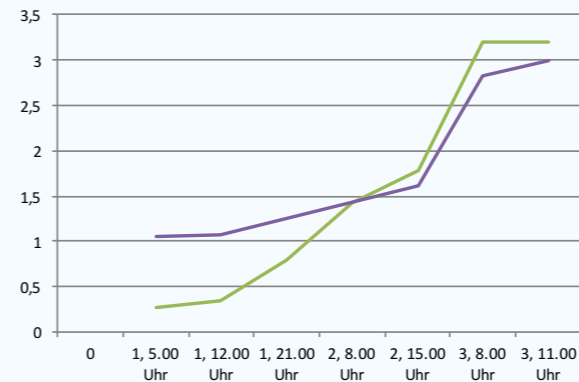
Die Symptomatik des Ehemannes klang nach zwei Tagen ab, und er erholte sich. Laborchemisch zeigte sich ein geringer, passagerer Transaminasenanstieg, wobei die Enzyme nicht den Normbereich überschritten.

Mit Abklingen der gastroenteritischen Symptomatik kam es aber bei der Ehefrau zu einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes und laborchemisch zu einem dramatischen Anstieg der Transaminasen und einem progredienten Rückgang der Lebersynthese und -Exkretionsleistung, erkennbar an einem Anstieg des INR und des Bilirubins. Es erfolgte nach Rücksprache mit der Uniklinik Freiburg die direkte Verlegung der Patientin in das Transplantationszentrum Heidelberg, wo vier Tage nach der ursächlichen Pilzmahlzeit die Lebertransplantation erfolgte.

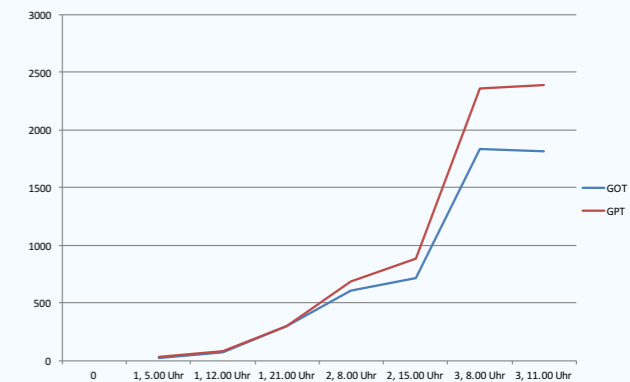
Die Patientin konnte noch im Dezember 2017 nach Hause entlassen werden und befindet sich unter Immunsuppression bei stabilem Befinden.



Knollenblätterpilz



Verlauf der Laborwerte



Verlauf der Laborwerte

Kasuistik: LINX® Implantation bei chronischem Reflux

Seit 2017 wird in unserer Klinik das LINX®-System (Magnetband) bei Patienten mit chronischem Reflux angewandt. Im ersten Jahr wurden bereits über 10 Eingriffe bei steigender Zahl vorgenommen.

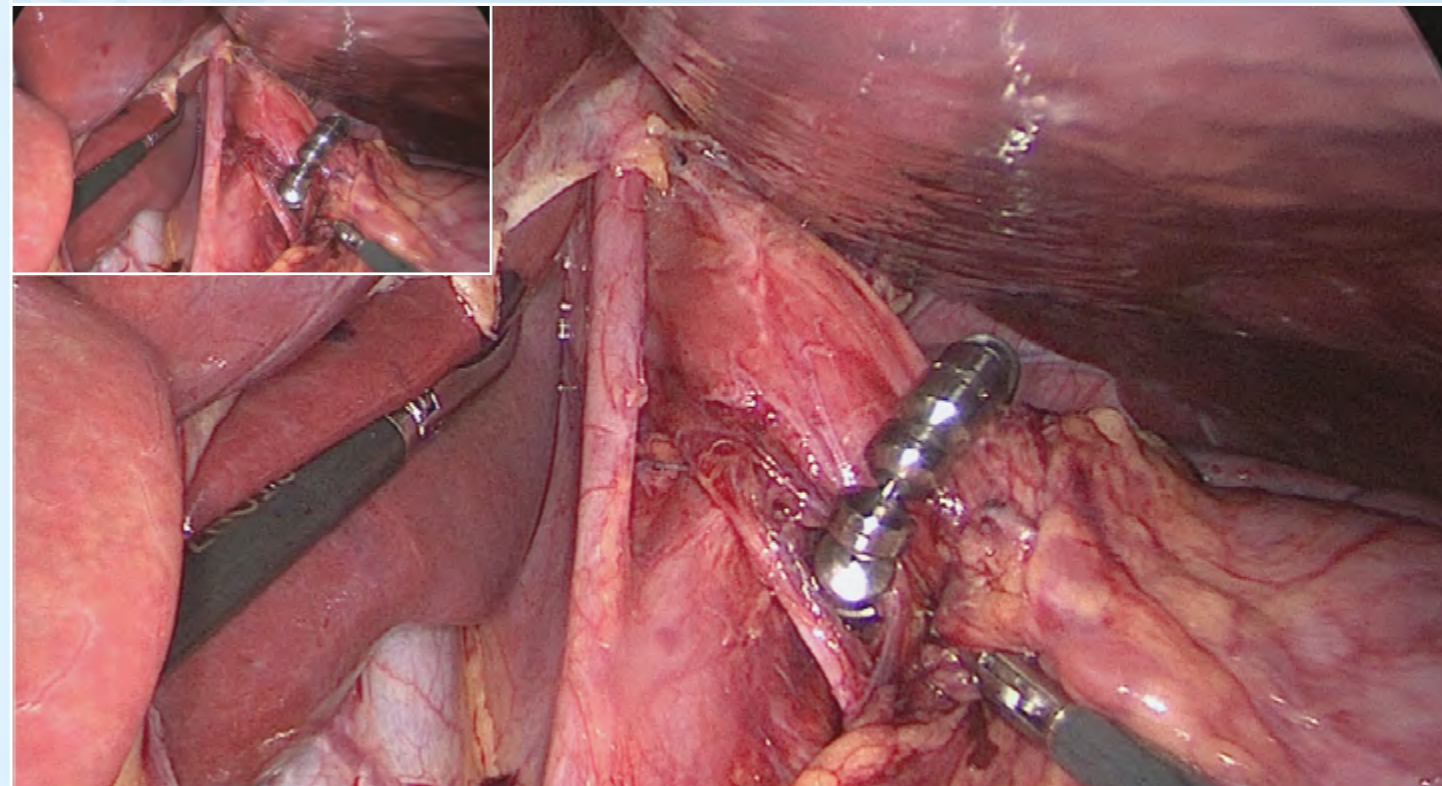
Hierbei handelt es sich um ein minimal invasives Verfahren, bei dem ein Magnetband (kleines, flexibles Band aus verketteten Titankügelchen mit Magnetkern) um den unteren Ösophagussphinkter gelegt wird, welcher hierdurch wieder verstärkt wird. Die beim Schlucken ausgeübte Kraft trennt die Kugeln kurzzeitig: Damit kann gut gegessen werden; gleichzeitig reicht die Anziehungskraft aus, um in der geschlossenen Position Reflux dauerhaft zu verhindern. Der Eingriff dauert normalerweise weniger als eine Stunde; dabei werden keinerlei anatomische Strukturen verändert. Bereits unmittelbar nach der OP sind die Patienten wieder mobil, und es kann sofort wieder feste Nahrung gegessen werden. Auch postoperatives Aufstoßen ist weiterhin möglich.

Das LINX®-System ist für alle Refluxpatienten geeignet, die eine Hiatushernie haben, die kleiner als 3 cm ist und auf die medikamentöse Therapie der Refluxerkrankung ansprechen. Abgeklärt wird dies normalerweise mittels Ösophagusmanometrie und ÖGD mit 24h pH-Metrie.

Das LINX®-System ist inzwischen weltweit seit über zehn Jahren im Einsatz; bislang wurden über 12.000 Implantationen vorgenommen. Die Explantationsrate beträgt aktuell 2,7%. Eine Kernspintomographie ist mit

einem Gerät bis zu einer Feldstärke von 1,5 Tesla problemlos möglich.

Nach dem Eingriff kann es nach 2-8 Wochen zu einer Dysphagie kommen, die in der Regel mittels Cortisontherapie bzw. nach frühestens 12 Wochen mittels gastroscopischer Dilatation behoben werden kann. 90% der Patienten sind mit dem Verlauf zufrieden und konnten die PPI Therapie beenden.



Kasuistik: Ausgedehnter GIST des Magens

Anamnese:

Die 60-jährige Patientin war initial wegen einer beidseitigen Lungenembolie in unserem Viszeralmedizinischen Zentrum behandelt worden. Im Rahmen der diesbezüglich durchgeführten CT-Thorax-Untersuchung hatte sich als Zufallsbefund ein riesiger Weichteiltumor im linken Oberbauch gezeigt. Abdominelle Beschwerden waren nicht aufgetreten.

Diagnostik:

In den bildgebenden Untersuchungen (Sonographie, CT-Abdomen) fand sich ein ca. 20×20×30cm großer Weichteiltumor mit zentral liquiden Nekrosen ohne eindeutige Zuordnung zu einem der Oberbauchorgane. Die daraufhin durchgeführte Gastroskopie ergab keinen endoluminal nachweisbaren Tumor. Weitere Tumormanifestationen bzw. Fernmetastasen zeigten sich nicht. In unserer interdisziplinären Tumorkonferenz wurde daher die chirurgische Resektion empfohlen.

Operation:

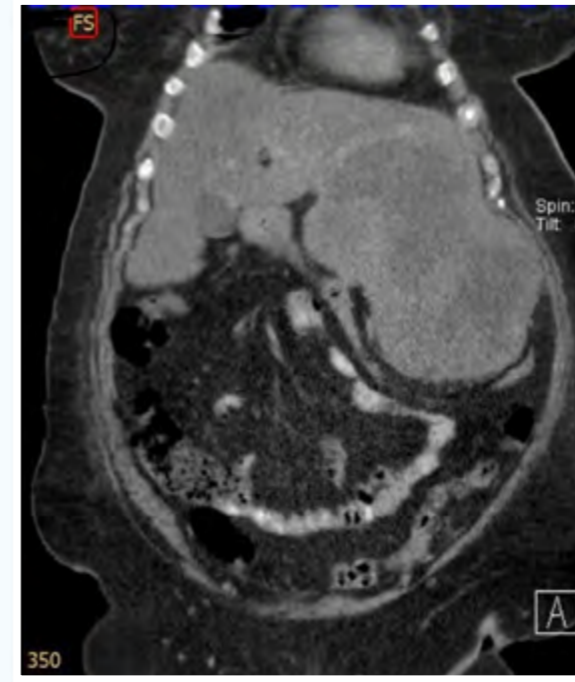
Zur restlosen Entfernung des ausgedehnten Weichteiltumors, der eine Infiltration in Nachbarorgane zeigte, wurde eine Tumorexstirpation mit atypischer Magenresektion, Pankreaslinksresektion, Splenektomie, atypischer Leberteilresektion und Zwerchfellteilresektion erforderlich. Der Zwerchfelldefekt wurde vernäht und eine Thoraxdrainage eingelegt. Das Operationspräparat hatte ein Gewicht von 6 kg. Der Eingriff verlief komplikationslos. Eine R0-Resektion konnte erfreulicherweise erzielt werden.

Pathohistologischer Befund:

In der pathologischen Untersuchung bestätigte sich der präoperative Verdacht auf einen gastrointestinalen Stromatumor (GIST), a. e. vom Magen ausgehend. Es zeigte sich hierbei auch, wie vom makroskopischen intraoperativen Aspekt her vermutet, ein Tumorbefall der Milz am hilären Fettgewebe, der Magenwand, des peripankreatischem Gewebes vom Pankreasschwanz, des separat eingesandten Zwerchfellgewebes und des subkapsulären Gewebes vom linken Leberlappen. Unter Berücksichtigung des intraoperativen Befundes ergab sich somit ein Tumorstadium pT4, R0, Prognosegruppe 6b (maligne). Letztere setzt sich aus der Mitoserate im Tumorgewebe, der Tumorgröße und der Primärtumorlokalisation zusammen.

Verlauf:

Der postoperative Verlauf war angesichts des Operationsausmaßes weitgehend komplikationslos. Kurzzeitig auftretende Dyspnoe bei vorbestehender beidseitiger Lungenembolie besserte sich unter Atemtherapie und Diuretikagabe rasch. Bei erhöhten Infektwerten um den 10. postoperativen Tag erfolgte ein CT, welches einen kleinen Verhalt im Oberbauch zeigte. Laborchemisch fanden sich im Punktat der Flüssigkeitsansammlung erhöhte Lipasewerte, so dass eine kleine, klinisch stumme Pankreasfistel vorlag. Unter antibiotischer Therapie und interventioneller Drainage zeigte sich diese vollständig regredient. Nach 22 Tagen konnte die Patientin bei Wohlbefinden in die ambulante Betreuung entlassen werden. In der postoperativ durchgeführten Tumorkonferenz wurde eine adjuvante Antikörpertherapie mit Imatinib empfohlen.



CT-Bild koronar



CT-Bild sagittal

Ihre Notizen







Wichtige Telefonnummern

Viszeralchirurgische Klinik

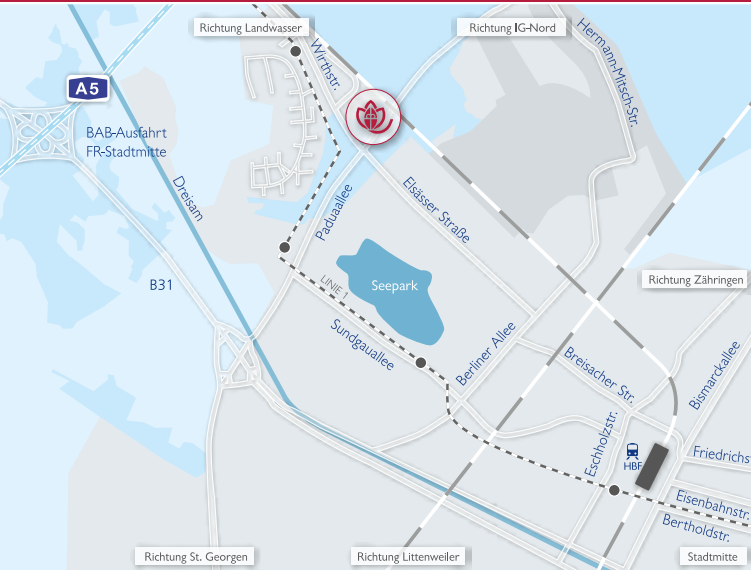
	Telefon	Fax
SEKRETARIAT	0761 1301-222	1301-622
ZENTRALE NOTAUFNAHME	0761 1301-225 0761 1301-250	1301-625
DIENSTH. ARZT	0761 1301-93200	
STATION C1A	0761 1301-242	1301-642
STATION C2A	0761 1301-203	1301-603
STATION C2B	0761 1301-274	1301-674

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