

## Kolorektale Chirurgie

### Stuhlinkontinenz

F. Hetzer und N. Demartines

Kontinenz ist die Fähigkeit, willkürlich Gas, flüssigen und festen Stuhl positions- und aktivitätsunabhängig zu halten. Eine Störung dieser erworbenen Fähigkeit ist häufiger als gemeinhin angenommen, wird aber von den Patienten oft verschwiegen.

Da die häufigste Ätiologie der Inkontinenz in Sphinkterläsionen zu finden ist, steht am Anfang unseres Abklärungsschemas die anale Endosonographie. Ergänzend führen wir präoperativ eine anale Manometrie durch. Sie gibt Auskunft über die Funktion des Sphinkterapparats und der rektalen Compliance. Dank der dynamischen MR-Defäkögraphien lassen sich auch komplexere Inkontinenzformen bei Beckenbodenschwäche nachweisen.

Die konservative Therapie der leichten Inkontinenz umfasst die Regulation der Stuhlkonsistenz und des -volumens sowie das physiologische Training des Beckenbodens.

Bei schwerer Stuhlinkontinenz ist eine chir-

urgische Therapie anzustreben. Die überlappende Sphinkteroplastik bei begrenztem Sphinkterdefekt führt in 60–80% der Fälle zu guten Resultaten. Liegt gleichzeitig eine Beckenbodenschwäche vor, führen wir zusätzlich eine vordere Beckenbodenplastik mit Raffung der vorderen Levatorschenkel durch.

Ist eine Rekonstruktion des Sphinkterapparates nicht möglich, muss auf ein Sphinkterersatzverfahren zurückgegriffen werden. Dabei hat sich in unserer Klinik die dynamische Gracilisplastik bewährt. Durch einen in die Bauchdecke implantierten Neurostimulator wird der Neosphinkter gesteuert. Der Patient stellt zur Defäkation den Stimulator mit einer Fernbedienung aus. Die so erreichte Kontinenzrate beträgt etwa 60–70%.

Nach chirurgischer Therapie und persistierender Inkontinenz bieten wir heute als ultima ratio die sacrale Stimulation an. Über eine Neuromodulation auf Höhe von S3 wird eine

Kontinenzverbesserung in ca. 80% der Fälle erreicht. Dabei kann der Therapieerfolg durch eine ambulant durchführbare Teststimulation vor der definitiven Implantation des Neurostimulators vorausgesagt werden.



MR-Defäkögraphie mit Darstellung einer grossen ventralen Rectocele

## What's new in surgery

### Neue Entwicklungen in der Nebenschilddrüsenchirurgie

M. Schäfer

Beim primären Hyperparathyreoidismus gilt die *bilaterale zervikale Exploration* mit Inspektion aller 4 Nebenschilddrüsen und anschließender Resektion des vermuteten Adenomes als bisheriger *Standardeingriff*, obschon in 70–85% der Fälle nur ein *singuläres Adenom* vorliegt. Eine eingehende präoperative Lokalisationsdiagnostik ist deshalb nicht notwendig.

Seit einiger Zeit besteht nun die Möglichkeit, während der Operation mit Hilfe eines Schnell-Assays Parathormon (PTH) zu messen. PTH weist eine kurze Halbwertszeit von 2–4 Minuten auf. Gelingt es nun bei der prä-

operativen Abklärung das Adenom sicher zu lokalisieren (insbesondere mit einer MIBI-Szintigraphie), kann über einen *selektiven, minimal-invasiven Zugang* (Hautinzision 1.5–2 cm) nur das singuläre Adenom entfernt werden. Fällt dann der PTH-Wert innerhalb von 10 Minuten unter 50% des Ausgangswertes, ist der Operationserfolg sicher dokumentiert. Nur wenn der PTH-Wert erhöht bleibt, muss der Standardeingriff noch durchgeführt werden. Dieses neue Verfahren reduziert das operative Trauma, die Komplikationsrate und die Hospitalisationsdauer ganz wesentlich.

An unserer Klinik wurden im vergangenen Jahr 12 Patienten mit Hilfe dieser Neuerung erfolgreich behandelt. Als unerlässlich hat sich dabei die enge Zusammenarbeit mit der Nuklearmedizin und dem Institut für klinische Chemie erwiesen, welche uns einerseits eine präzise Lokalisationsdiagnostik und andererseits die schnelle Bestimmung des PTH ermöglicht.

Auch bei Rezidiveingriffen, bei welchen obligat eine bilaterale Exploration durchgeführt werden muss, ist die Verwendung der intraoperativen PTH-Messung sehr hilfreich.

## Adipositas-Chirurgie

### Der laparoskopische Magenbypass

M. Weber und M. Müller

In den Industrieländern hat die Häufigkeit der morbid Adipositas stetig zugenommen. Obwohl auch bei der konservativen Therapie Fortschritte erzielt wurden (Beispiel Xenical®), ist eine anhaltende Gewichtsreduktion bei den betroffenen Patienten oft nur sehr schwer zu erzielen. Die Möglichkeit des minimal-invasiven, laparoskopischen Zugangs hat der chirurgischen Therapie der morbid Adipositas zu einem neuen Aufschwung verholfen. Das laparoskopische Gastric Banding (Magenband) hat in den letzten Jahren seinen Platz bei der Behandlung von Patienten mit einem BMI > 40 kg/m<sup>2</sup> gefunden. Allerdings zeigen sich im Langzeitverlauf zunehmend Grenzen dieser Methode und es wird klar, dass längst nicht für alle Patienten diese Operation geeignet ist. Probleme ergeben sich vor allem bei Patienten mit einem BMI > 50 kg/m<sup>2</sup>, mit insuffizientem Oesophagus sphinkter, oder mit schweren, unkontrollierten Essattacken (binge eating

disorder). Als alternative Therapieoption käme für solche Patienten der Magenbypass (cave: nicht zu verwechseln mit dem obsoleten jejunioilealen Bypass) in Frage. Der Magenbypass verbindet ein restriktives (kleines Magenreservoir) mit einem malabsorptiven (Kurzschluss des Intestinums) Verfahren (vergl. Figur). Der offen angelegte Magenbypass wird seit den sechziger Jahren in grosser Zahl in den USA durchgeführt und gilt dort als Goldstandard der bariatrischen Chirurgie (Chirurgie des Übergewichtes). Wegen den häufigen postoperativen Komplikationen (Narbenbrüche, Wundinfektionen) nach offener Anlage des Magenbypass, konnte sich diese Technik in Europa nicht durchsetzen. Mit der Weiterentwicklung der laparoskopischen Chirurgie ist es nun jedoch möglich diese Operation laparoskopisch durchzuführen. Am Universitätsspital Zürich führen wir den laparoskopischen Magenbypass seit mehr als einem Jahr durch. Die Resultate

unserer ersten 45 Patienten sind sehr ermutigend. Bei einer kleinen perioperativen Morbidität erweist sich der Magenbypass als sehr effizient, in dem die Patienten im Durchschnitt bereits innert 6 Monaten mehr als 50% ihres Übergewichtes verloren haben. Auch weisen die ersten Resultate in die Richtung, dass auch die Lebensqualität besser ist als beim Magenband, da die Patienten weniger bei ihrer Nahrungsaufnahme eingeschränkt sind. Der laparoskopische Magenbypass könnte sich in den nächsten Jahren rasch zur Methode der Wahl bei einem bedeutenden Anteil der Patienten mit morbid Adipositas entwickeln, als auch eine wichtige Therapieform als Zweitoperation bei Bandversagen darstellen.



## Eine neue Kombinationstherapie bei nicht resektablen hepatozellulären Karzinomen

Z. Kadry, R. Vonlanthen, P.-A. Clavien

### Therapiekonzept bei HCC

Unsere Klinik ist eines der führenden Zentren der Schweiz in der hepato-biliären Chirurgie und eine Vielzahl von Patienten mit hepatozellulären Karzinomen wird uns zugewiesen. Diese Karzinome sind leider zum Zeitpunkt der Diagnosestellung häufig schon weit fortgeschritten.

Das hepatozelluläre Karzinom (HCC) ist eines der häufigsten Malignome weltweit und es tritt meist in einer zirrhotischen Leber auf. Diese Tatsache erschwert die Behandlung respektive die Chirurgie erheblich. Das jährliche Risiko ein HCC in einer zirrhotischen Leber zu entwickeln liegt zwischen 1% bis 6% und das Karzinom entwickelt sich als Folge einer Hepatitis B/C oder auch anderer chronischer Hapatopathien, im Rahmen eines Alkoholabusus, einer Hämochromatose, eines alpha-1-Antitrypsinmangel, einer primär biliären Zirrhose und einer Autoimmunhepatitis. Die kurative Resektion des Tumors ist häufig die beste Behandlungsstrategie für hepatozelluläre Karzinome. Aber die meist zu Grunde liegende Leberzirrhose ist mit einer hohen peri- und postoperativen Morbidität und Mortalität verbunden.

Eine Lebertransplantation bei einem HCC wird zur Zeit nur unter folgenden Umständen durchgeführt: es liegen nicht mehr als 3 Läsionen vor und keine der Läsionen überschreitet die Grösse von 5 cm. Zusätzlich darf keine Infiltration der Portalvene vorliegen. Werden diese Kriterien nicht erfüllt, ist die Wahrscheinlichkeit eines Tumorrezidives und einer Dissemination des Tumors unter Immunsuppression nach der Transplantation zu gross.

Zur Zeit haben sich die Wartezeiten für die Patienten auf den Transplantationslisten drastisch verlängert. Erfüllen die Patienten zum Zeitpunkt, wo sie auf die Liste gesetzt werden, noch die oben erwähnten Kriterien, schreitet das HCC während der Wartezeit fort und die Patienten disqualifizieren als mögliche Empfänger.

Um diesem Problem entgegenzuwirken, wurde an unserer Klinik die Möglichkeit einer Lebendleberspende eingeführt (siehe erste Ausgabe von surg.ch). Aufgrund der stren-

gen Richtlinien qualifizieren jedoch nur 30 bis 40% der potentiellen Spender für dieses Vorgehen.

### Welche Behandlungsstrategie kann einem Patienten, mit einem nicht resektablen HCC und der zusätzlich nicht für eine Transplantation qualifiziert, geboten werden?

Bei der transarteriellen Chemoembolisation (TACE) des HCC wird eine lokale Chemotherapie über einen Ast der Leberarterie durchgeführt. Durch die Embolisation des Gefässes verlängert sich nicht nur die Verweildauer des Chemotherapeutikums an Ort und Stelle, sondern auch der arterielle Zufluss des Tumors wird unterbrochen. Diese Strategie wird häufig für Patienten auf der Transplantationswarteliste zur Kontrolle der Tumorprogression verwendet.

Obwohl einige vorläufige Daten einen Benefit der TACE auf das Survival zeigen, konnte in einigen Studien nachgewiesen werden, dass diese Technik nicht kurativ ist. Diesbezüglich konnte in einer Studie nachgewiesen werden, dass in Leberresektaten nach TACE in 47% histologisch Tumorresiduen nachgewiesen werden konnten. Diese Resultate zeigen, dass zur TACE zusätzliche Therapiemodalitäten wie beispielsweise die Kryotherapie zur kurativen Behandlung angewandt werden müssen.

In Zürich werden nun Patienten mit einem nicht resektablen HCC und einer Leberzirrhose Child A und B, die jedoch keine Kandidaten für eine Lebertransplantation sind, einer Kombinationstherapie (TACE und Kryotherapie) unterzogen. Bei der Kryotherapie wird nach einem intraoperativen Ultraschall eine Kältesonde in den z.T. bereits schon embolisier- ten Tumor geführt und der Tumor mit flüssigem Stickstoff abgekühlt. Die Tumorkläsionen werden

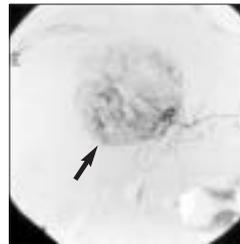
auf  $-180^{\circ}\text{C}$  abgekühlt und wieder auf  $-20^{\circ}\text{C}$  aufgetaut. Dies in mehrmaligen Zyklen während 15 Minuten. Die Zone der Abkühlung überschreitet das Tumorgewebe um mindestens 1 cm. Durch dieses Vorgehen erhält man eine hämorrhagische Nekrose des Tumors.

An der Duke University wurde diesbezüglich auch eine prospektive Studie durchgeführt. Dabei wurde bei Patienten mit einem HCC und einer Leberzirrhose eine Kombinationstherapie durchgeführt und die Daten von 1994 bis 1999 gesammelt. Die Resultate dieser Arbeit wurden vor kurzem zur Veröffentlichung akzeptiert. Die Resultate dieser Studie zeigen, dass die Kombinationstherapie von den Patienten gut toleriert wurde und mit einer 5-jährigen Überlebensrate von 79% einhergeht.

Diese Resultate widerspiegeln eine potentielle und effektive Therapieoption für oben festgelegte Patienten. Auch unsere Patienten am USZ können unter den entsprechenden Voraussetzungen von diesem Therapieansatz profitieren.

P.-A. Clavien, KJ. Kang, N. Selzner, M. Morse, P. Suhocki, Y. Cryosurge, after chemoembolization for hepatocellular Carcinoma in cirrhotic patients.

J. Gastrointest. Surg. In press.



Chemoembolisation mit selektiver Embolisation der linken Leberarterie.



Eine 10 mm Kryoprobe (LCS 3000 cryosurgical system, Candela Corp., Boston, MA) wurde in eine 7 cm grosse Läsion eingeführt und wird nach vorheriger Chemoembolisation nun kryotherapiert.

### Newsflash from Gastroenterology

Proinflammatorische Botenstoffe (Zytokine), wie Tumor-Nekrose-Faktor- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ), spielen eine wichtige Rolle bei chronischen Entzündungsprozessen, so auch beim M. Crohn. Neutralisation von TNF- $\alpha$  mittels humanisierten anti-TNF- $\alpha$  Antikörpern (Infliximab<sup>®</sup>) führt bei therapierefraktärer Crohn'scher Entzündung oder Fisteln in  $\sim 2/3$  der Fälle zu einer klinischen Verbesserung oder zur vollständigen Remission. Damit ist der Beweis eindrücklich geführt, dass sich der M. Crohn durch eine anti-TNF- $\alpha$  Strategie günstig beeinflussen lässt, Infliximab<sup>®</sup> ist denn auch in der Schweiz zugelassen. Infliximab<sup>®</sup> muss aber iv über 2h verabreicht

### Morbus Crohn – Die Entwicklung geht weiter

PD Dr. med. E. Renner / Gastroenterologie und Hepatologie USZ

und der Patient anschliessend 2h überwacht werden; eine Dosis kostet  $\sim$ SFR 4'000; die Wirkung hält nur einige Wochen an, oft sind repetitive Infusionen nötig; als chimärer Antikörper enthält Infliximab<sup>®</sup> kleine Teile einer Mäuse-Eiweiss-Sequenz, die beim Menschen immunogen wirken und so unerwünschte Wirkungen verursachen können; seine Langzeit-Sicherheit über viele Jahre ist noch wenig bekannt. Kein Wunder, dass Infliximab in der Regel erst eingesetzt wird, wenn alle anderen Therapie-Optionen versagt haben. Die ideale anti-TNF- $\alpha$  Strategie wäre ein kleines Molekül, das kostengünstig produziert und peroral verabreicht

werden könnte. Ein solcher Kandidat, ein spezifischer Inhibitor einer Mitogen-aktivierten Protein Kinase, hemmt die Produktion von TNF- $\alpha$ . Seine Wirksamkeit bei Patienten mit M. Crohn soll in einer demnächst anlaufenden Phase II/III Studie weltweit untersucht werden; ein neuer löslicher TNF- $\alpha$  Rezeptor und Interferon-beta sind weitere Therapie-Ansätze beim M. Crohn, für welche bald klinische Studien anlaufen. Nach dem Durchbruch mit Infliximab<sup>®</sup> und einigen Enttäuschungen (Interleukin 10, ICAM-1 Antisense-Oligonukleotid) entwickelt sich die Therapie des M. Crohn rasch weiter: wir dürfen gespannt sein!

## Our surgical research

## Heutige Indikation der Sugiura-Operation

M. Selzner und P.-A. Clavien

**Hintergrund:** Blutungen aus Ösophagusvarizen stellen eine lebensbedrohliche Situation für den Patienten dar und haben oft einen tödlichen Verlauf. Varizenbanding oder

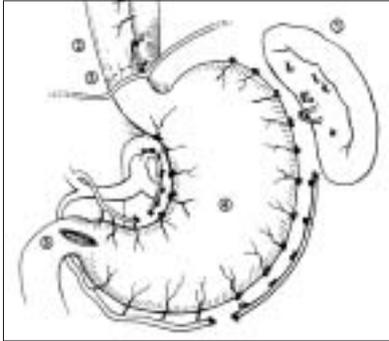


Abbildung: Die Sugiura-Operation

- ① Splenektomie.
- ② Devascularisierung von 6–10 cm des Ösophagus.
- ③ Transsektion des Ösophagus mit End-zu-End Anastomose 5 cm oberhalb des gastroösophagealen Überganges
- ③ Devascularisierung der grossen und kleinen Kurvatur des Magens
- ④ Pyloroplastik

Sklerosierung ist mit einer hohen Rezidivrate verbunden. Andere Optionen, wie z.B. die Einlage eines TIPS oder eine Lebertransplantation sind bei vielen Patienten technisch unmöglich. Die Rolle der gastro-ösophagealen Devaskularisierung (Sugiura-Operation) (Abb. 1) als Therapie der Ösophagusvarizenblutung ist weiterhin unklar. In unserem multidisziplinären Team entwickelten wir einen Algorithmus für Patienten mit rezidivierender Varizenblutung. Die Sugiura-Operation wurde Patienten mit erhaltener Leberfunktion (Child A oder Child B ohne Aszites) angeboten, die nicht Kandidaten für eine Lebertransplantation oder einen TIPS waren.

**Patienten:** 15 Patienten mit Ösophagusvarizenblutungen erhielten eine Sugiura-Operation. 14 Patienten lebten am Ende des Follow-up von 4 Jahren (ein perioperativer Todesfall). Nur ein Patient erlebte in diesem Zeitraum eine erneute Ösophagusvarizenblutung, während 3 Patienten eine mässiggradige Ösophagusstenose entwickelten, die in allen Fällen erfolgreich bougiert werden konnte. Risikofaktoren für postoperative Komplikationen war eine eingeschränkte Leberfunktion (Child B Zirrhose) oder eine Operation als Notfalleingriff bei unstillbarer Varizenblutung. Die Ätiologie der portalen Hypertension hatte keinen Einfluss auf die Prognose.

**Zusammenfassend:** Diese Serie wurde in einer Zeit durchgeführt, als sämtliche modernen Therapieoptionen für Ösophagusvarizenblutungen zur Verfügung standen. Unsere Ergebnisse zeigen, dass die Sugiura-Operation effektiv Rezidivblutungen in Patienten, die weder eine Transplantation noch ein TIPS erhalten können, verhindern kann. Notfalloperationen oder eine schlechte Leberfunktion resultieren in einer erhöhten Morbidität.

M. Selzner, J. E. Tuttle, F. Dahm, P. Suhocki, P.-A. Clavien.

Current indication of a Modified Sugiura Procedure in the management of variceal bleeding.

J. Am. Coll. Surg.  
2001, 149 : 166–173.

## Unsere Veranstaltungen

## Weekly Surgical Grand Rounds und Pankreasmeeting

S. Wildi, St. Heinrich und M. Schäfer

Bereits ist nun ein Jahr vergangen, seit wir an unserer Klinik die **Weekly Grand Round** eingeführt haben. Trotz der kurzen Zeit ist es uns gelungen, den Dienstagabend schon beinahe als Institution zu etablieren. Durch die Übertragung via Telemedizin in verschiedene Spitäler in der Schweiz (u.a. Biel, Chur, Luzern, Mendrisio) finden die Vorträge zusätzliche Verbreitung. Dies ist für uns Ansporn und Herausforderung, weiterhin hochklassige und erfahrene Chirurgen aus dem In- und Ausland für die Vorträge einzuladen. Im vergangenen Semester konnten wir unter anderem Prof. Rikkers (Madison, USA), den Herausgeber der Fachzeitschrift «Annals of Surgery», für die **D.C. Sabiston Lecture** gewinnen.

Das Programm für das nächste Semester ist weitgehend zusammengestellt. Im Sinne

einer Appetitanregung möchten wir Ihnen hier eine kleine Auswahl der Referenten vorstellen, welche bereits zugesagt haben, an der **Grand Round** teilzunehmen: **Prof. J. Fung** aus Pittsburgh berichtet im Rahmen der **Jean-François Borel** über Lebertransplantation. Als Besonderheit möchten wir auf die **Christmas Lecture** hinweisen, welche durch einen Überraschungsgast bestritten werden wird!

Das gesamte und laufend aktualisierte Programm kann wie bis anhin auf unserer Homepage [www.surg.ch](http://www.surg.ch) abgefragt werden. Wenn Sie den konventionellen Weg bevorzugen, dann nehmen Sie bitte Kontakt mit unserem Sekretariat auf, damit wir Ihnen das Programm zuschicken können.

Wir freuen uns darauf, Sie an unserer **Grand Round** zu begrüßen und hoffen auf

interessante und angeregte Diskussionen zu den jeweiligen Referaten!

**Pankreasmeeting:** Am 8.12.01 findet in Zusammenarbeit mit den Gastroenterologen ein Symposium zum Thema Diagnostik und Therapie des Pankreaskarzinoms statt.



Prof. L. Rikkers

## Neues aus unserer Klinik

## Study Nurse

R. Vonlanthen

**Frau Cornelia Ortlieb** arbeitet seit Mitte März diesen Jahres als Studienkoordinatorin an unserer Klinik. Sie bringt eine langjährige Erfahrung als Intensivkrankenschwester auf der Herz- und Gefässchirurgie des Universitätsspitals Zürich mit.



Cornelia Ortlieb

Ihre Hauptaufgaben sind: Vorbereitung der klinischen Studien bis zur Einreichung an die Ethikkommission, Sicherstellung und Dokumentation der Studiendaten, direkte Kontaktperson für die Vertreter der pharmazeutischen Industrie sowie die Organisation und Durchführung der Monitorvisiten.

Für Sie und Ihre Patienten ist Frau Ortlieb vor, während und nach den Studien die direkte Ansprechpartnerin. Zögern Sie daher nicht, Frau Ortlieb bei allfälligen Fragen zu

klinischen Studien oder zur Studienmedikation direkt zu kontaktieren. **Die direkte Telefonnummer lautet: 01 255 87 69.**

Durch die Schaffung dieser neuen Position an unserer Klinik erhoffen wir uns, eine Optimierung des Ablaufes der einzelnen Studien sowie eine bessere Zusammenarbeit mit Ihnen und Ihren Patienten und nicht zuletzt mit der pharmazeutischen Industrie.

**Editorial**

Dr. R. Vonlanthen  
PD Dr. N. Demartines  
B. Grob, Pharmacia, Dübendorf  
Prof. Dr. P.-A. Clavien

**Inhaltsverzeichnis**

**Neue Behandlungsmodalitäten**

Multimodales Therapiekonzept  
bei resektablen  
Pankreaskopfkarzinomen **Seite 1**

**Kolorektorale Chirurgie**

Stuhlinkontinenz **Seite 2**

**What's new in surgery**

Neue Entwicklungen in  
der Nebenschilddrüsenchirurgie **Seite 2**

**Adipositas-Chirurgie**

Der laparoskopische Magenbypass **Seite 2**

**Therapiekonzept bei HCC**

Eine neue Kombinationstherapie bei  
nicht resektablen hepatozellulären  
Karzinomen **Seite 3**

**Newsflash from Gastroenterology**

Morbus Crohn –  
Die Entwicklung geht weiter **Seite 3**

**Our surgical research**

Heutige Indikation  
der Sugiura-Operation **Seite 4**

**Unsere Veranstaltungen**

Weekly Surgical Grand Rounds  
und Pankreasmeeting **Seite 4**

**Neues aus unserer Klinik**

Study Nurse **Seite 4**

**Neue Behandlungsmodalitäten**

**Multimodales Therapiekonzept bei resektablen  
Pankreaskopfkarzinomen**

St. Heinrich, M. Schäfer und P.-A. Clavien

Das Adenokarzinom des Pankreas weist eine sehr schlechte Prognose auf. Derzeit ist die Operation die einzig kurative Therapieoption. Leider sind nur ca. 20% der Tumoren zum Zeitpunkt der Diagnosestellung resektabel, und das mediane Überleben nach kurativer Resektion beträgt 12–18 Monate. Zudem tritt bei einigen Patienten bereits kurze Zeit nach der Resektion ein Lokalrezidiv oder eine Fernmetastasierung auf, so dass im Langzeitverlauf weniger als 20% der Patienten das erste Jahr nach Diagnosestellung überleben, und nach fünf Jahren weniger als 3% der Patienten leben.

Diese Ergebnisse der alleinigen operativen Therapie haben dazu geführt, dass in mehreren Tumorzentren multimodale Therapiekonzepte entwickelt wurden. Bereits Anfang der 80er Jahre wurde eine deutliche Überlebensverlängerung durch die adjuvante Radiochemotherapie gezeigt. Viele Patienten können jedoch aufgrund ihres postoperativen Allgemeinzustandes nicht in einem sinnvollen Zeitraum nach der Operation bestrahlt werden. Daher wurden in neueren Studien neoadjuvante Konzepte untersucht: in mehreren Phase II-Studien konnte somit ein medianes Überleben von über 29 Monaten erreicht werden. Allerdings kam es bei 20% der Patienten zu einer Progredienz der Erkrankung während der neoadjuvanten Therapie, so dass der Tumor nicht mehr resektabel war. Zudem mussten vermehrt Pfortaderresektionen durchgeführt werden.

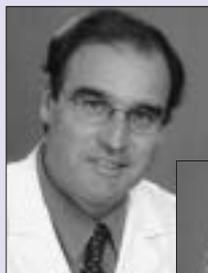
Am USZ haben wir dieses Konzept aufgenommen und eine prospektive Phase II-Studie zur neoadjuvanten Therapie initiiert;

Patienten mit resektablen Pankreaskopfkarzinomen erhalten eine 8-wöchige präoperative Chemotherapie. Im Anschluss daran erfolgt das Restaging und die Resektion. Sollte eine R1-Resektion oder ein N1-Stadium bestehen, wird zusätzlich eine postoperative Strahlentherapie durchgeführt.

Ziele der Studie sind eine Verbesserung des Langzeitüberlebens nach Whipple'scher Operation, ein «down-staging» des Tumors und somit die Steigerung der R0-Resektionsrate. Patienten mit einem aggressiven, schnell wachsenden Tumor werden unter der neoadjuvanten Therapie wahrscheinlich eine Progredienz der Erkrankung erfahren, so dass sie nicht operiert werden müssen.



Diese CT Aufnahme zeigt einen grossen Tumor im Pankreaskopfbereich. Aufgrund aller durchgeführten Untersuchungen qualifiziert sich dieser Patient für die neue Studie.



**Liebe Leserinnen und Leser**

Mit grosser Freude können wir Ihnen heute die zweite Ausgabe unserer Publikation [surg.ch](http://surg.ch) vorlegen.

Von besonderem Interesse in dieser Ausgabe ist das multimodale Therapiekonzept von resektablen Pankreaskopfkarzinomen. Vor wenigen Wochen konnten wir eine prospektive Phase II-Studie zur neoadjuvanten Therapie dieser Karzinome an unserer Klinik starten.

Des weiteren berichten wir über die Beckenbodenplastik zur Behandlung der Stuhlinkontinenz, die intraoperative Bestimmung des Parathormones bei der Nebenschilddrüsenchirurgie sowie über die laparoskopische Magenbypass-Operation.

Als ein Zentrum für hepatobiliäre Chirurgie berichten wir über ein neues Therapiekonzept von nicht resektablen hepatozellulären Karzi-

nomen und stellen Ihnen die Sugiura-Operation vor.

In unserem Flash aus der Gastroenterologie berichten wir über neue Behandlungskonzepte beim Morbus Crohn.

Ziel unserer Publikation ist es, Sie über unsere klinischen Aktivitäten, Forschungsarbeiten sowie Weiterbildungsveranstaltungen auf dem Laufenden zu halten. Andererseits wollen wir Ihnen wichtige Informationen aus der Viszeral- und Transplantationschirurgie liefern. Um dies in Zukunft noch besser zu tun, werden wir Ihnen in einigen Wochen einen kurzen Fragebogen zustellen. Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie uns diesen ausgefüllt zurücksenden könnten.

P.-A. Clavien, R. Vonlanthen