

**Editorial**

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

Inhaltsverzeichnis**Nierentransplantation**

Nierentransplantation
von Spendern ohne Herzschlag Seite 1

Lebendnierenspende Seite 2

Die Lebendleberspende Seite 2

3D-Rekonstruktion Seite 2

Magenkarzinomstudie
Zürcher Studie für adjuvante
Chemo-Radiotherapie bei
Magenkarzinomen Seite 3

Intensivpflegestationen
Chirurgische Intensivpflegestation –
Interdisziplinäre Zusammenarbeit Seite 3

Newsflash from Gastroenterology
Neues aus der interventionellen
Endoskopie Seite 3

Our surgical research
Evidence based Pankreaskopf –
Resektion bei Pankreaskarzinomen
und chronischer Pankreatitis Seite 4

Unsere Veranstaltungen
Grand Round Seite 4

Neues aus unserer Klinik
Habilitation und Preise 2002 Seite 4

Nierentransplantation**Nierentransplantation von Spendern ohne Herzschlag**

The New England Journal of Medicine

KIDNEY TRANSPLANTATION FROM DONORS WITHOUT A HEARTBEAT

MARKUS WEBER, M.D., DANIEL DINDO, M.D., NICHOLAS DEMARTINES, M.D., PATRICE M. AMBÜHL, M.D.,
AND PIERRE-ALAIN CLAVIEN, PH.D.

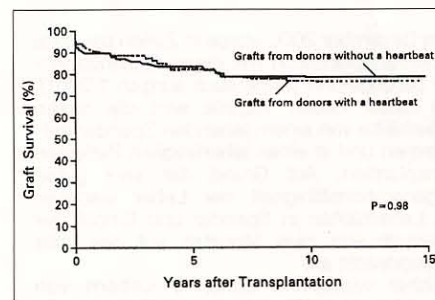
Der dramatische Mangel an Nieren für die Transplantation hat das Interesse an alternativen Spendern geweckt. Nieren von Spendern, die sich im Kreislaufstillstand befinden, sog. *Non-heart-beating-donors*, wurden in letzter Zeit zunehmend transplantiert. Obwohl die Kurzzeitergebnisse vergleichbar waren mit Nieren von konventionellen, d.h. hirntoten Spendern mit funktionierendem Kreislauf (sog. *Heart-beating-donors*), waren Langzeitergebnisse eines einzelnen Zentrums bislang nicht verfügbar.

Seit 1985 wurden an unserer Klinik 122 Nieren von *Non-heart-beating-donors* transplantiert. Die Langzeitergebnisse wurden verglichen mit Organen von *Heart-beating-donors*, welche bezüglich Alter, Geschlecht, Transplantationsnummer und Zeitperiode gematched wurden.

Die Charakteristika der Empfänger zeigten keinen signifikanten Unterschied. Bezüglich Transplantationsergebnis zeigten Patienten, die eine Niere von einem *Non-heart-beating-donor* erhielten, eine verzögerte Transplantatfunktion nach der Operation mit anfänglicher Dialysepflicht (48% versus 24%). Jedoch war die Langzeit-Organfunktion zwischen den beiden Gruppen nicht verschieden: Nach 10 Jahren funktionierten 79% der *Non-heart-beating-donor* Nieren und 77% der *Heart-beating-donor* Nieren. Diese Resul-

tate zeigen, dass trotz verzögerter Transplantatfunktion, Nieren von Spendern im Kreislaufstillstand (*Non-heart-beating donors*) die gleichen Langzeitergebnisse aufweisen wie Nieren von Spendern mit funktionierendem Kreislauf (*Heart-beating-donors*).

Weber M, Dindo D, Demartines N, Ambühl PM, Clavien PA. *N Engl J Med* 2002 Jul 25; 347(4): 248–55



Nierentransplantat Langzeit Überlebenskurven nach Transplantation von Nieren von Spendern mit funktionierendem Kreislauf andererseits mit Kreislaufstillstand

Editorial

Dr. Z. Kadry

Wir freuen uns Ihnen unsere **vierte Ausgabe** von **surg.ch** vorlegen zu können. Der Schwerpunkt dieser Ausgabe konzentriert sich auf innovative und alternative Strategien, um dem drastischen Organmangel entgegenwirken zu können.

Bereits vor 17 Jahren wurde am UniversitätsSpital Zürich weltweit eines der ersten Non-Heart-Beating Donor-Programme gestartet. Seither konnten über 120 Nieren von Spendern ohne Herzschlag in Zürich transplantiert werden. Die sehr guten Langzeiter-



Dr. M. Weber

sultate dieser so zusätzlich gewonnenen Nieren konnten wir kürzlich im renommierten New England Journal of Medicine publizieren, wovon wir nun eine deutsche Zusammenfassung hier abdrucken. Seit 2 Jahren führen wir im Rahmen der Lebend-Spende auch die laparoskopische Nierenentnahme durch, womit diese Art der Organspende enorm an Attraktivität gewonnen hat. Auch im Bereich der Lebertransplantation gewinnt die Lebend-Leberspende immer mehr an Bedeutung, da infolge des Organmangels Patienten sonst auf der Warteliste sterben müssen. Nebst medizinischen Aspekten hat dieses Verfahren auch eine rege ethische und politische Diskussion ausgelöst. Leider führen gar finanzielle Aspek-

te zu zusätzlichen Hürden, um dieses Verfahren rasch weiter zu entwickeln.

In weiteren Beiträgen möchten wir Sie über eine Multizenterstudie zur adjuvanten Chemotherapie beim Magenkarzinom sowie über innovative dreidimensionale Operationsplanung vor Lebereingriffen informieren. Um eine hochstehende Spitzenmedizin durchführen zu können, braucht es eine gut funktionierende interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der chirurgischen Intensivstation. Im weiteren stellen unsere Kollegen der Gastro-Enterologie neue interventionelle Endoskopieverfahren zur Behandlung von Refluxerkrankungen wie auch des Barrett-Oesophagus vor. Zu guter Letzt freuen wir uns auch über Beförderungen und Preise, welche unsere Mitarbeiter in den letzten Monaten erhalten haben. Wir wünschen Ihnen beim Lesen der vierten Ausgabe von **surg.ch** viel Spass M. Weber/Z. Kadry

Lebendnierenspende

Die Spende einer Niere durch einen lebenden, bluts- oder emotional-verwandten Angehörigen gewinnt auf Grund des Organmangels zunehmend an Bedeutung und stellt für viele Erkrankten oft die einzige Möglichkeit dar um eine mehrjährige Wartezeit an der Dialyse verkürzen zu können. Am USZ stammen mittlerweile rund ein Drittel der transplantierten Nieren von Lebendspendern. Da bei der Lebendnierenspende ein Organ eines kerngesunden Spenders unter geplanten und optimierten Bedingungen transplantiert wird, sind die Resultate der Lebendnierenspende bezüglich Empfänger- und Transplantat-Überleben weltweit deutlich besser als bei der Leichennierenspende. Die Sicherheit und das Wohlbefinden des Lebendnierenspenders hat absolute Priorität. Ein neues Operationsverfahren zur Nierenentnahme mittels Schlüssellochtechnik («laparoskopische Technik», vgl. Bilder) hat eine neue Ära bei der Lebendnierenspende eingeleitet und verspricht nun auch klare Vorteile für den Spender.

Seit Mai 2000 ist die *laparoskopische* Lebendnierenentnahme am UniversitätsSpital Zürich das Verfahren der Wahl. Die Indikation zur laparoskopischen Nierenentnahme ist identisch wie bei einer offenen Nierenentnahme.

Neue Technik: Laparoskopische Nierenentnahme beim Lebend-Spender

M. Weber, N. Demartines, A. Handschin

Die Resultate aus der Literatur, wie auch die Resultate der 50 von den Autoren bereits operierten Spender zeigen, dass die laparoskopische Nierenentnahme ein sicheres Verfahren ist. Die warme Ischämie (ungekühlte Niere ohne Blutversorgung) bei der Entnahme beträgt durchschnittlich 120 Sekunden, was nicht länger als bei der offenen Nierenentnahme ist.

Die postoperative Transplantatfunktion ist ausgezeichnet mit einer raschen Normalisierung der Kreatinin-Werte innerhalb der ersten Woche nach Transplantation. Die Schmerzen nach der Operation sind deutlich geringer als beim offenen Verfahren. Die Spender bleiben durchschnittlich nur fünf Tage im Spital und die kosmetischen Resultate sind mit drei kleinen 1 cm langen Schnitten sowie einem 8 cm langen Pfannenstiel-Schnitt zur Nierenentfernung ausgezeichnet. Besonders eindrücklich ist die kurze Rekonvaleszenz und rasche Rückkehr zur Arbeit der Spender. Auf Grund dieser genannten Vorteile konnte in der Literatur gezeigt werden, dass die laparoskopische Nierenentnahme zu einer deutlich erhöhten Spendebereitschaft führt, was wir auch am UniversitätsSpital in den letzten zwei Jahren beobachten konnten.



Lebertransplantation

Im Dezember 2000 wurde in Zürich die erste Lebertransplantation mit einem Lebendspender durchgeführt (siehe auch surg.ch 1/2001). Bei dieser neuen Technik wird die rechte Leberhälfte von einem lebenden Spender entnommen und in einen leberkranken Patienten transplantiert. Auf Grund der sehr guten Regenerationsfähigkeit der Leber wachsen die Leberhälften in Spender und Empfänger innerhalb von zwei Monaten auf das volle Lebergewicht an.

Bisher wurden in Zürich **7 Lebern von lebenden Spendern transplantiert**. Da die Lebendspende nur nach einer strengen Selektion durchgeführt wird, eigenen sich nur ca. 30% als potentielle Lebendleberspender.

Alle Spender hatten einen problemlosen postoperativen Verlauf und konnten im Mittel von 12 Tagen aus dem Krankenhaus entlassen werden. Zur Sicherheit verblieben die

Die Lebendleberspende

M. Selzner, Z. Kadry, P.-A. Clavien

Spender postoperativ im Median 24 Stunden auf der Intensivstation. Bei keinem Spender waren Bluttransfusionen notwendig. Alle Spender sind zu ihrer normalen Tagesroutine zurückgekehrt.

Durch die Lebendspende können leberkranke Patienten nach einem Minimum an Wartezeit eine Lebertransplantation erhalten. Dies ist besonders wichtig bei Patienten, die auf Grund Ihres fortgeschrittenen Leberleidens nicht auf ein Organ von einem verstorbenen Spender warten können. Zudem kann die Lebertransplantation mit einer Leberspende unter geplanten Bedingungen zu einem optimalen Zeitpunkt durchgeführt werden. Die Lebendspende wird weltweit zunehmend bei der Lebertransplantation verwendet. Das neue Verfahren bietet Patienten eine Heilungschance, die sonst vergeblich auf ein Organ zur Lebertransplantation warten würden.



Das Paar Pfister nach der Lebendleberspende in der Sendung von Kurt Aeschbacher (SFDRS, 14.03.2002, «Hüllenlos»)

3D-Rekonstruktion

Chirurgische Eingriffe bei Tumoren der Leber zeichnen sich durch eine hohe Komplexität aus, die eine genaue präoperative Planung erforderlich machen. Aus diesem Grund werden routinemässig Verfahren wie Ultraschall, Computertomographie und Magnetresonanztomographie zur genauen Darstellung der zu erwartenden Befunde eingesetzt. Die Darstellung der dabei gewonnenen Datensätze erfolgte bislang als zweidimensionale Schichten, die der Operateur für sich zu einem Ganzen integrieren muss.

Mittels computerbasierter Methoden ist es heute möglich, die von Patienten gewonnenen Datensätze aufzuarbeiten. So können die Zuordnungen von Bildpunkten zu Organen oder Geweben automatisch hergestellt werden. In einem weiteren Schritt können aus diesen Daten **dreidimensionale Modelle** errechnet werden, deren Darstellung und räumliche

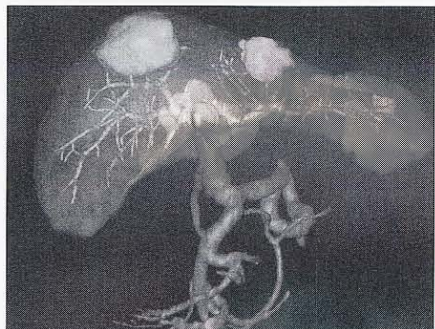
Dreidimensionale Operationsplanung vor Lebereingriffen

F. Dahm, S. Wildermuth, N. Demartines, Z. Kadry, P.-A. Clavien

Orientierung sich an einem PC beliebig verändern lässt. So kann sich der Operateur ein genaues Bild des Tumors und der zu erwartenden Nachbarschaftsbeziehungen zu anderen Organen machen.

Um den Stellenwert dieser neuen Technologien für die Praxis zu überprüfen, wurde ein **interdisziplinäres Projekt an unserer Klinik gestartet**. Hierbei werden in enger Kooperation mit dem **Institut für Diagnostische Radiologie am USZ** und dem **IRCAD der Universität Strasbourg** präoperativ gewonnene Patientendaten nach Strasbourg übertragen und daraus dreidimensionale Modelle errechnet. Im Operationssaal wird dann evaluiert, inwiefern die dreidimensional abgebildete Anatomie mit der intraoperativen Realität übereinstimmt. Letztendlich geht es um die Einschätzung der klinischen Relevanz der Methode bzw. ob sich die Patientenversor-

gung dadurch verbessern lässt.



3D Rekonstruktion der Leber und der Tumoren anhand der vorhandenen CT-Daten.

Magenkarzinomstudie

Trotz weltweit sinkender Inzidenz gehört das Magenkarzinom weiterhin zu den häufigsten tumorbedingten Todesursachen. Die chirurgischen Verfahren bei kurativer Indikation sind nur ungenügend standardisiert und insbesondere das Ausmass der Lymphknotendissektion wird kontrovers beurteilt. Über die Wirksamkeit einer adjuvanten Therapie liegen widersprüchliche und teilweise auch nur enttäuschende Resultate vor. Erstmals konnten nun Macdonald et al in einer prospektiv randomisierten Studie zeigen, dass eine adjuvante Radio-Chemotherapie das rezidivfreie Intervall und das mediane Überleben verbessern kann (Macdonald JS et al, New Engl J Med 2001; 345 (10): 725-730).

Zürcher Studie für adjuvante Chemo-Radiotherapie bei Magenkarzinomen

M. Schäfer, M. Gock, P.-A. Clavien

Hauptkritikpunkte dieser amerikanischen Studie sind die inkomplette oder gar fehlende Lymphadenektomie und die hohe Revisionsrate der geplanten Bestrahlungsfelder.

Ziel unserer Zürcher Multizenterstudie ist es, die *Resultate der Macdonald Studie zu überprüfen und verbessern*. Dazu werden sich neben dem **USZ**, voraussichtlich die beiden **Stadtspitäler Triemli und Waid**, sowie das **Kantonsspital Winterthur** beteiligen. Es können nur Patienten mit histologisch gesicherten Karzinomen des Magens eingeschlossen werden, welche ein *Tumorstadium Ib bis IIb* aufweisen. Weiterhin muss eine *kurative R0-Resektion* mit *modi-*

fizierter D2-Lymphadenektomie durchgeführt worden sein. Patienten mit einem Tumorstadium IV, d.h. bei Peritonealkarzinose oder Fernmetastasen, sind ausgeschlossen. Als Hauptendpunkte sind das *ereignisfreie Überleben nach 2 Jahren*, das *Gesamtüberleben* und die Erfassung von *Tumorrezidiven* definiert. Die Erfassung der Dosis und Nebenwirkungen der Radio- bzw Chemotherapie und die Lebensqualität sind die Nebenendpunkte.

Intensivpflegestationen

Die postoperative Nachbehandlung nach grossen viszeralkirurgischen Eingriffen und Organtransplantationen erfordert eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Chirurgen, Intensivmedizinern und verschiedenen anderen Fachdisziplinen wie Gastroenterologie/Hepatology, Infektiologie usw. Im Zentrum steht dabei das Zusammenbringen der verschiedenen fachspezifischen Aspekte und Expertisen und die Etablierung einer prioritätenorientierten Behandlungsstrategie, welche von allen medizinischen Partnern zum Wohle des Patienten mitgetragen wird. Sowohl Intensivmedizin wie komplexe Chirurgie können isoliert nicht betrieben werden sondern deren harmonisches Zusammenspiel erlaubt einzig den Erfolg.

Am Universitätsspital Zürich besteht, analog zu anderen universitären Einrichtungen, eine Abteilung für chirurgische Intensivmedizin, welche von Fachärzten für Intensivmedizin geleitet wird und nebst der Patientenbehandlung auf den verschiedenen Intensivstationen

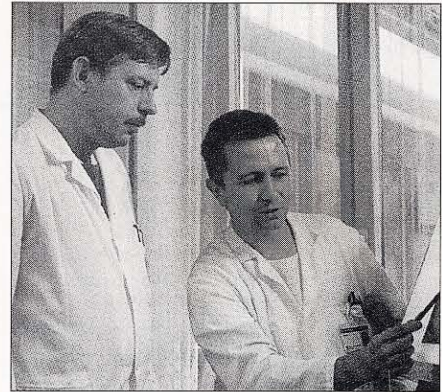
Chirurgische Intensivpflegestation – Interdisziplinäre Zusammenarbeit

R. Stocker, Leiter Chirurgische Intensivpflegestationen USZ

auch Anteil an der Weiterbildung von zukünftigen Intensivmedizinern, Chirurgen und Anästhesisten hat. Durch gemeinsam morgendliche Visiten der Intensivpatienten wird sichergestellt, dass spezifisch chirurgische und intensivmedizinische Aspekte im Sinne der ganzheitlichen Patientenbetrachtung zusammengefügt werden, was erlaubt, ein problemorientiertes *Procedere* festzulegen. In sehr komplexen Situationen wird das Vorgehen, falls erforderlich unter Beizug anderer Spezialisten, an einem separaten Termin besprochen und ggf. auch durch die beteiligten Exponenten den Patienten bzw. deren Angehörigen kommuniziert.

Exemplarische Fragestellungen und Probleme sowie unterschiedliche Auffassungen über ein bestimmtes Vorgehen werden in wöchentlich stattfindenden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen im Beisein der in Weiterbildung stehenden Assistenzärzte interdisziplinär und offen diskutiert und tragen damit wesentlich dazu bei, für Fragestellungen, für deren Beantwortung noch keine

Evidenz etabliert ist, einen Konsens zu finden.



Dr. R. Stocker und Dr. M. Weber bei der Besprechung eines Falles.

Newsflash from Gastroenterology

Neues aus der interventionellen Endoskopie

Peter Bauerfeind, Gastroenterologie, USZ

Die laparoskopische Fundoplikatio hat trotz potenter Protonenpumpeninhibitoren in den letzten Jahren ihre Bedeutung in der Behandlung der Refluxkrankheit beibehalten. Als minimal invasive Methode wird jetzt die **endoskopisch durchgeführte Fundoplikatio** angeboten. Das Indikationsspektrum ist ganz ähnlich wie das der chirurgisch durchgeführten Fundoplikatio. Erste präliminäre Studien zeigen, dass es sich um eine relativ ungefährliche und wirksame Methode handelt. Die Gastroenterologie des Universitätsspital Zürich bietet diese Methode in ausgewählten Fällen an. Zu betonen ist dabei, dass man die Indikation ähnlich restriktiv handhaben sollte wie bei der laparoskopischen Fundoplikatio. Das Verfahren beruht darauf, dass endoskopisch eine Falte im Bereich der Mukosa angelegt wird. Dazu wird nicht resorbierbares Nahtmaterial verwendet, so dass der Eingriff auch nach längerer Zeit vollständig reversibel ist.

Auch in der Behandlung und Diagnostik des **Barrett-Oesophagus** haben sich im Verlauf der letzten Jahre einige neue endoskopische Aspekte ergeben. Obwohl der Barrett-Oesophagus in den allermeisten Fäl-

len eine benigne Erkrankung mit guter Prognose darstellt, kam es in den letzten Jahren doch zu vermehrter Aufmerksamkeit wegen der angeblichen Zunahme des Barrett bez. Kardiakarzinoms. Von Seiten der Gastroenterologie stellt sich dabei vor allem das Problem der Früherkennung von Dysplasien oder bereits vorhandenen Barrettkarzinomen; Makroskopisch sind diese Veränderungen meist nicht erkennbar. In den letzten Jahren haben sich mehrere Methoden entwickelt, mit dem Ziel diese Areale zu identifizieren: **Chromo-Endoskopie**, **mikroskopische Endoskopie**, **photodynamische Diagnostik** oder **Autofluoreszenz** werden auch in unserer Abteilung eingesetzt. Falls high-grade Dysplasien oder lokalisierte Barrettkarzinome identifiziert gefunden werden, wird als neues Verfahren die **endoskopische Mukosektomie** durchgeführt (siehe Fotos). Dies erlaubt einerseits bei kleinen Tumoren die vollständige Resektion, ausserdem ist im Resektat eine weiterführende histologische Diagnostik möglich.

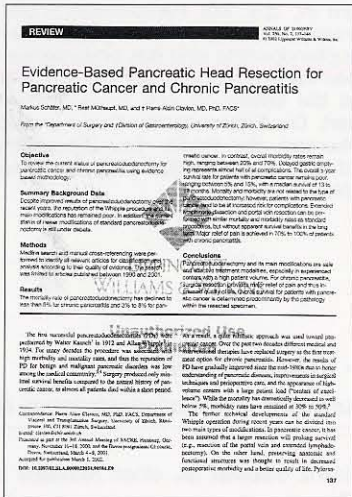
Auch in der Behandlung der **morbiden Adipositas** hat sich neues von Seiten der endoskopischen Behandlung getan: Als Ersatz oder vorgängig zu einer chirurgischen

Behandlung kann ein **Magenballon** eingelegt werden. Dieses Prinzip wurde bereits vor etlichen Jahren einmal versucht. Damals mussten die Behandlungen eingestellt werden, da es zu mehreren Todesfällen kam. Die Todesfälle waren vor allem durch ungenügendes Material des Ballons verursacht worden; der Ballon kollabierte und führte zu Ileuszuständen. Mit dem neuen Material und einer Verweildauer von maximal 6 Monaten scheint sich dieses Problem nicht mehr zu stellen. Trotzdem muss man auf die Risiken dieser Methode hinweisen: Vor allem das Entfernen des Ballons nach 6 Monaten kann in Einzelfällen zu Komplikationen führen. Der gewichtsreduzierende Effekt des Ballons konnte in unkontrollierten Studien nachgewiesen werden. Die Methode wird ab sofort im USZ im Rahmen einer Studie angeboten, an der sich mehrere andere Zentren beteiligen.

Evidence based Pankreaskopf – Resektion bei Pankreaskarzinomen und chronischer Pankreatitis

M. Schäfer, B. Müllhaupt und P.-A. Clavien

Our surgical research



Obwohl bei der Pankreatoduodenektomie (PD) immer bessere Resultate erzielt werden, ist der Ruf der klassischen Whipple – Operation und ihrer Varianten mässig. Um die Fortschritte bei der PD auszuarbeiten, haben wir sämtliche Publikationen der letzten 10 Jahre unter Berücksichtigung ihres «Levels of Evidence» zusammengetragen.

Unsere ausgedehnte Literaturrecherche zeigt, dass die Pankreatoduodenektomie und ihre Varianten eine sichere und effektive Therapiemodalität ist, insbesondere in erfahrenen Zentren mit einem grossen Patientenvolumen.

Bei der **chronischen Pankreatitis** führt die Pankreaskopfresektion zur Minderung der Schmerzen (in 70 % – 100 % der Fälle) und so zu einer verbesserten Lebensqualität.

Die moderne **Pankreaskarzinomchirurgie** hat in den vergangenen 2 Jahrzehnten erhebliche Fortschritte erzielt, indem die ope-

rationsbedingte Mortalität unter 5% gesenkt werden konnte. Die Morbidität beträgt 25-40%, wobei die häufigste Komplikation die verzögerte Magenentleerung darstellt.

Auch ausgedehnte Lymphknotenresektion und Resektionen der Portalvene können mit einem ähnlichen Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko wie die klassischen Operationen durchgeführt werden. Obwohl das Langzeitüberleben in den meisten Serien nur ca. 15% beträgt, weisen einige Zentren für Pankreaschirurgie deutlich höhere Überlebensraten auf (bis 35%).

Da bisher keine therapeutischen Alternativen bestehen, bleibt die Resektion beim Pankreaskarzinom der therapeutische Goldstandard – und für den Patienten die einzige kurative Chance.

Annals of Surgery, Vol. 236, No. 2, 137–148

Unsere Veranstaltungen

Seit nunmehr über zwei Jahren ist der Dienstagabend von 18:15 bis 19:15 Uhr zu einem Fixpunkt aktueller Fortbildung am UniversitätsSpital in Zürich geworden. Unsere «Weekly Surgical and Gastroenterological Grand Round» hat erfreulicherweise weiter an Attraktivität gewonnen, was sich unter anderem an der stetig wachsenden Zahl der Spitäler, welche direkt mittels Telemedizin an dieser Veranstaltung teilnehmen, dokumentiert. Dies ist uns Ansporn und Verpflichtung zugleich, renommierte Referenten aus dem In- und Ausland zu engagieren. Dabei versuchen wir, die Spektren der Vorträge noch zu erweitern. So konnten wir im vergangenen Semester mit

Grand Round

S. Wildi

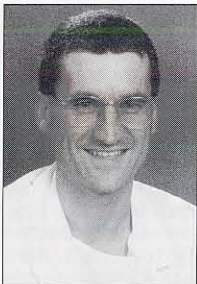
Herrn **Prof. W. Weder** (USZ/Thoraxchirurgie) einen namhaften Vertreter aus der Thoraxchirurgie verpflichten. Sein Vortrag zur aktuellen Behandlung des Bronchuskarzinoms stiess dabei auf breites Interesse. Der Ausbildungs- und Standespolitik soll ebenfalls vermehrt Raum geboten werden, umso mehr als gerade diese Fragen zur Zeit von besonderer Brisanz sind.

In den kommenden Veranstaltungen begrüessen wir **Y. Fong, P. Reichardt, K. Boudjema, M. Giovanni, B. Roche, V. Bechstein, A. Borrighs** und **V. Eckardt** im Rahmen unserer Surgical Grand Round. Nach den letztjährigen guten Erfahrungen werden

wir das Jahr wiederum mit einer «Special Christmas Lecture» am 17. Dezember abschliessen. Der Gast sei an dieser Stelle noch nicht verraten!

Das Programm des kommenden Semester können Sie direkt von unserer **Homepage www.surg.ch** herunterladen, oder aber bei unserer Sekretärin, Frau M. Meyer anfordern. Last, but not least möchten wir uns an dieser Stelle bei unseren Sponsoren aus der Industrie bedanken, welche es uns ermöglichen, die «Weekly Grand Rounds» auf hohem Niveau zu halten. Ein besonderer Dank geht dabei an GlaxoSmithKline, welche die Telekonferenz mit den angeschlossenen Spitätern

Neues aus unserer Klinik



Herr **PD Dr. med. D. Bimmler** ist ein erfahrener Mitarbeiter und Oberarzt unserer Klinik. Er verfügt über eine breite viszeralchirurgische Erfahrung und hat wissenschaftlich zahlreiche Studien im Bereich der akuten und chronischen Pankreatitis durchgeführt. Unter anderem wird in diesen Arbeiten neben der Funktion des Pankreas Stein Proteins (PSP) diejenige des Pankreatitis – assoziierten Proteins (PAP) untersucht. Beide Proteine

Habilitation und SGC-Preisverleihung 2002

R. Vonlanthen

scheinen bei der akuten und chronischen Pankreatitis eine wichtige Rolle zu spielen. Aufgrund der gewonnenen Resultate konnte Daniel Bimmler mit seinem Forschungsteam zeigen, dass PSP und PAP eine Familie von sekretorischen Stressproteinen bilden, die im Tiermodell sowohl bei der experimentellen akuten Pankreatitis (Caerulein-Modell) wie auch bei der chronischen Pankreatitis (WBN/Kob Ratte) vermehrt exprimiert und sezerniert werden. Das Pankreatitis-Forschungsteam untersucht aktuell die Hypothese, dass die genannten Proteine eine Schutzfunktion bei epithelialen Läsionen, z.B. im Pankreas-Gang, innehaben.

Klinisch beschäftigt sich D. Bimmler insbesondere mit dem Gebiet der kolorektalen Chirurgie; ausserdem betreut er eine prospektiv-randomisierte Studie über die operative Versorgung von Narbenhernien.

Aufgrund der klinischen und wissenschaftlichen Arbeiten sowie der Lehrtätigkeit an

unserer Universitätsklinik erhielt Daniel Bimmler im August 2002 die Venia legendi der Universität Zürich. Dazu gratuliert ihm die Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie ganz herzlich.

Anlässlich des **7. Kongresses der Union Schweizerischer Chirurgischer Fachgesellschaften** erhielt **Dr. M. Selzner** den Preis der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie 2002 für die Arbeit: «Transgenic mice over-expressing human bcl-2 are resistant to hepatic ischemia and reperfusion»

