



**Neuer Leiter
Upper-GI Surgery:
Prof. Dr. Ch. Gutschow**

Seite 4

**Assistenzprofessur
Bariatrische Chirurgie
PD Dr. M. Bueter**

Seite 8

**Schweizer
Symposium
Spitzenmedizin**

Seite 14



Inhalt

Editorial	3
Prof. Dr. Christian Gutschow, neuer Leiter Chirurgie des oberen Gastrointestinaltraktes	4
Schrittmacher gegen Sodbrennen	6
Assistenzprofessur Bariatrische Chirurgie für PD Dr. Marco Bueter	8
Leberchirurgie im Kontext der zunehmenden Steatohepatitis	10
Review HPB-Symposium	12
Schweizer Symposium für Spitzenmedizin	14
Innovative Krebstherapie mit antihypoxischem Medikament ITPP	16
<i>ITPP-Studie Oxy111a : Patientenrekrutierung gestartet!</i>	
12. Proktologiekurs 2015	17
Grand Rounds & Honegger Lecture	18
Laparoskopiekurs am USZ	20
Erkenntnisse aus der Forschung	21
Neues aus unserer Klinik	22
Unsere Publikationen	23
Kontakte und Sprechstunden	25

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser

In unserer Herbst-Ausgabe von Surg.ch stellen wir Ihnen unseren neuen Teamleiter für die Chirurgie des oberen Gastrointestinaltraktes, Herrn Prof. Dr. Christian Gutschow, vor. Er hat seine Ausbildung im weltweit bekannten Zentrum in Köln unter Prof. Dr. Arnulf Hölscher erhalten und seine Schwerpunkte liegen neben der onkologischen Chirurgie insbesondere in der funktionellen Chirurgie benignen Erkrankungen von Magen und Speiseröhre. Doch lesen Sie selbst das ausführliche Interview, um mehr über Christian Gutschow und seine klinischen Tätigkeiten und Forschungsschwerpunkte zu erfahren.

In weiteren Artikeln möchten wir die zunehmende Bedeutung der morbiden Adipositas und der damit verbundenen Begleiterkrankungen thematisieren. Einerseits wurde am USZ dafür die schweizweit erste Assistenzprofessur für bariatrische Chirurgie an Herrn PD Dr. Marco Bueter vergeben, einen renommierten Experten auf diesem Gebiet. Andererseits erläutert ein weiterer Artikel die Bedeutung der zunehmenden Inzidenz der Steatohepatitis auf dem Gebiet der Leberchirurgie.

Ebenfalls interessant für Sie dürfte der Review des diesjährigen, sehr gut besuchten HPB Symposiums sein. Und an unsere jüngeren Kollegen in laufender Fortbildung: Verpassen Sie nicht unsere Laparoskopie und Proktologie Kurse im November! Melden Sie sich rechtzeitig an!

Auch sonst gibt es wieder viel Neues aus unserer Klinik zu berichten, aber bitte blättern Sie selbst im neuen Surg.ch und lassen Sie sich von unserer neusten Ausgabe überraschen. Wir wünschen Ihnen viel Spass beim Lesen.

Anregungen und Bemerkungen sind jederzeit unter MarcelAndre.Schneider@usz.ch willkommen.



Pierre-Alain Clavien
clavien@access.uzh.ch



Ksenija Slankamenac
ksenija.slankamenac@usz.ch



Marcel Schneider
MarcelAndre.Schneider@usz.ch

Impressum

Herausgeber

UniversitätsSpital Zürich
Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie
Rämistrasse 100, 8091 Zürich

Redaktion

Ksenija Slankamenac, Marcel Schneider, René Vonlanthen,
Rolf Graf, Pierre-Alain Clavien

Kontakt

Marcel Schneider
Tel. 044 255 11 11, Fax 044 255 44 49
E-Mail: MarcelAndre.Schneider@usz.ch

Interview mit Prof. Dr. med. Christian Gutschow, neuer Leiter Chirurgie des oberen Gastrointestinaltraktes



GC: Prof. Christian Gutschow ; **Interviewer:** Marcel Schneider

I: Sehr geehrte Herr Prof. Gutschow.

Herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit für dieses Interview und die Leser von Surg.ch nehmen. Sicherlich ist unsere Leserschaft neugierig, den neuen Leiter der Chirurgie des Oberen Gastrointestinaltraktes am USZ besser kennenzulernen.

Dürften wir von Ihnen als erstes einen kurzen Überblick über ihre bisherigen Arbeits- und Ausbildungsstationen erhalten?

GC: Ja gerne! Ich stamme ursprünglich aus München, habe dort Humanmedizin studiert und 1992 das Studium an der Ludwig-Maximilians-Universität abgeschlossen. Meine chirurgische Ausbildung habe ich als Arzt im Praktikum in England und im Klinikum Großhadern in München bei Prof. Schildberg begonnen. Im Anschluss bin ich als Arzt im Zivildienst in das Klinikum rechts der Isar in München zu Prof. Siewert gewechselt. Den mit Abstand grössten Teil meiner Ausbildung habe ich aber an der Universitätsklinik Köln bei Prof. Arnulf Hölscher, meinem langjährigen Chef, chirurgischen Lehrer und Mentor erhalten. Ich bin ihm von der Isar an den Rhein gefolgt, als er den Ruf als Direktor der dortigen Chirurgischen Klinik erhielt. Während meiner Zeit in Köln gab es mehrere kurze Unterbrechungen, ich habe unter anderem von 1999-2000 in Brüssel bei Prof. Jean-Marie Collard am Klinikum St. Luc der Université Catholique de Louvain als Fellow rein wissen-

schaftlich gearbeitet; mein Spezialthema dort war die Funktion des Magens als Ersatzorgan nach Ösophagektomie. Prof. Hölscher verdanke ich sehr viel, in den letzten fast 20 Jahren hat sich die Kölner Klinik zu einem international bekannten Zentrum für die Chirurgie der Speiseröhre und des Magens entwickelt. Ich bin froh, ein Teil dieser Entwicklung gewesen zu sein. Bei der Behandlung des Ösophagus- und Magenkarzinoms haben wir eine Reihe von wichtigen Innovationen an vorderster Front begleitet oder auch initiiert. Mir fallen hierzu insbesondere die Etablierung der multimodalen Therapie bei fortgeschrittenen Karzinomen, aber auch technische Aspekte wie die minimal-invasive Ösophagektomie und auch die 3D-Laparo- bzw. Thorakoskopie ein. Ich habe mich allerdings auch über viele Jahre mit der chirurgischen Therapie funktioneller Erkrankungen wie der Achalasie, der Behandlung von Divertikeln der Speiseröhre, der gastroösophagealen Refluxkrankheit (GERD) und auch der bariatrischen Chirurgie klinisch und wissenschaftlich beschäftigt. Auch auf dem Gebiet der gutartigen Erkrankungen am oberen GI-Trakt haben wir in Köln die entscheidenden Neuerungen der letzten Jahre immer konsequent in der klinischen Routine umgesetzt; bei der Achalasie haben wir neben der klassischen laparoskopische Myotomie nach Heller als eines der ersten Zentren in Deutschland bei geeigneten Fällen perorale endoskopische Myotomien (POEM) durchgeführt. Bei der Refluxkrankheit haben wir zum Beispiel frühzeitig neben den klassischen laparoskopischen Antirefluxverfahren (also Nissen, Toupet oder Dor) das LINX®-Antireflux Management System eingeführt, das ist ein implantierbarer Magnetring zur Verhinderung des gastroösophagealen Refluxes.

I: Die Frage, warum Sie eine Faszination für das Gebiet der Chirurgie des oberen Gastrointestinaltraktes entwickelt haben, hat sicherlich auch viel mit Ihrem Mentor, Herr Prof. Hölscher zu tun.

GC: Auf jeden Fall. Prof Hölscher hat schon in München im Klinikum rechts der Isar seinen klinischen wie auch seinen Forschungsschwerpunkt auf den benignen und onkologischen Erkrankungen des oberen Gastrointestinaltraktes gehabt und hatte damals auch über die Säureproduktion bei der Ulkuserkrankung habilitiert. Er hat diesen Schwerpunkt auch in Köln beibehalten und über die

Jahre konsequent ausgebaut. In Köln werden inzwischen pro Jahr an die 200 Patienten mit Speiseröhrenkarzinom operiert, das entspricht etwa der Gesamtzahl der jährlich in der ganzen Schweiz ösophagektomierten Patienten. Wir konnten deshalb auf diesem Gebiet eine in Europa einmalige Expertise entwickeln und konnten eine Reihe von Innovationen in die Klinik einführen. Ein Beispiel ist die ischämische Präkonditionierung des Mageninterponates. Bei dieser Variante der Ösophagektomie wird der abdominale Teil der Operation, also die laparoskopische Vorbereitung des Magens, mehrere Tage vor der eigentlichen Resektion der Speiseröhre durchgeführt. Durch den zeitlichen Abstand kann dann bei der eigentlichen Operation und Rekonstruktion die Durchblutung des Magens optimal beurteilt und die Anastomose an einer perfekt vitalen Stelle des Magens platziert werden.

I: Was hat Sie bewogen die Chirurgie, insbesondere die akademische Chirurgie, als Berufsweg zu wählen?

GC: Das lag wohl an meiner damaligen Doktorarbeit, die ein chirurgisches Thema hatte. Die minimal-invasive Chirurgie stand damals noch ganz am Anfang und wir haben im Tierversuch laparoskopische Darmanastomosen durchgeführt - das war zu diesem Zeitpunkt, also Anfang der 90er Jahre, noch absolute terra incognita. Eine wichtige Erfahrung für mich war zu erleben, wie Innovationen und Erfahrungen aus dem Experiment anschliessend in der klinischen Medizin umgesetzt wurden; das hat meine Begeisterung für die Chirurgie geweckt und meine Entscheidung Chirurg zu werden, sicherlich bestärkt. Diese Faszination für das Fach hat sich bis heute bei mir erhalten.

I: Welche klinischen Schwerpunkte wollen Sie nun in Zürich aufbauen?

GC: Die onkologische Chirurgie der Speiseröhre und des Magens ist sicherlich der wichtigste Schwerpunkt meiner Tätigkeit hier in Zürich; mein Ziel ist, den Patienten eine innovative und onkologisch hochwertige chirurgische Versorgung auf dem letzten Stand der Wissenschaft zu bieten. Ausserdem möchte ich die Chirurgie der funktionellen Erkrankungen der Speiseröhre voranbringen, ich glaube dieses Thema ist in der Schweiz noch entwicklungsfähig. Das Problem der Operationen für funktionelle Krankheitsbilder

ist, dass sie auf den ersten Blick relativ einfach und unproblematisch zu sein scheinen. Bei unkomplizierten Standardfällen ist das wohl auch so. Für wirklich kontinuierlich gute funktionelle Resultate braucht man allerdings eine Menge Erfahrung, denn man trifft immer wieder auf Situationen, die mit der Standardtechnik nicht wirklich zu lösen sind und die besondere Schritte erforderlich machen. Ich glaube, dass ich diese Erfahrung aus Köln mitbringe und entsprechende Ergebnisse liefern kann. Bei der Antirefluxchirurgie gibt es ja inzwischen sehr interessante chirurgische Alternativen zur Fundoplikatio, die einen Mittelweg bilden zwischen der klassischen Fundoplikatio und der medikamentösen Dauerbehandlung. Letztere ist ja auch nicht für alle Patienten geeignet und hat ihre potentiellen Nachteile und Nebenwirkungen. Ein vielversprechender Ansatz ist, dass man den natürlichen Ventilmechanismus zwischen Magen und Speiseröhre, auch unterer Ösophagus sphinkter genannt, mit einem elektrischen Schrittmacher stimuliert (siehe nachfolgenden Artikel). Diese neue Technik gibt es nun auch in der Schweiz, und im Grossraum Zürich sind wir meines Wissens bisher die Einzigen, die dieses Verfahren anbieten.

I: Wo möchten Sie Ihre Forschungsschwerpunkte in Zürich setzen?

GC: Ich bin gerade dabei, die Arbeitsgruppen hier in Zürich aufzubauen. Der Schwerpunkt wird sicherlich auf der klinischen Forschung liegen. Neben onkologischen Themen, wie der „Targeted Therapy“ beim Magenkarzinom interessiere ich mich dafür, wie das perioperative Outcome der Patienten bei grossen chirurgischen Eingriffen verbessert werden kann. Ein wichtiges Forschungsfeld ist auch die postoperative Lebensqualität und – wie schon erwähnt – die Einführung von technischen Neuerungen.

I: Kam die Anfrage aus Zürich für Sie überraschend?

GC: Ich war gleich von Beginn weg begeistert. Zürich ist eine tolle Stadt und die Position hier am USZ bedeutet für mich die wohl einmalige Gelegenheit, meinen Schwerpunkt eigenverantwortlich und selbstständig mit einem eigenen Team weiterzuentwickeln. Solche Gelegenheiten gibt es in der deutschsprachigen Welt nicht allzu oft, von diesem Aspekt her war das Angebot aus Zürich für mich natürlich ein Traumjob.

I: Nun noch zu unserer letzten Frage. Gibt es etwas, was die Leser von Surg.ch über den Privatmenschen Christian Gutschow erfahren dürfen?

GC: Ich bin glücklich verheiratet und habe einen grossartigen 9-jährigen Sohn. Meine Familie ist noch in Köln, was für uns alle momentan nicht so ganz einfach ist. Wenn mein Sohn dort die Grundschulzeit beendet hat, wird meine Familie aber nachkommen. In meiner Freizeit koche ich gerne zusammen mit meiner Frau und wir laden häufig Gäste ein. Ausserdem liebe ich unseren Garten und wir gehen oft ins Theater und in Konzerte.

I: Wir bedanken uns herzlich für das Interview und wünschen Ihnen alles Gute für Ihre neue Arbeitsstelle.

Ausgewählte Publikationen von Prof. Gutschow:

- Long-term quality of life after surgery for adenocarcinoma of the esophagogastric junction: Extended gastrectomy or transthoracic esophagectomy? *Gastric Cancer* 2015 (epub ahead of print).
- Ivor Lewis esophagectomy with and without laparoscopic conditioning of the gastric conduit. *World J Surg* 2010; 34: 738-43.
- Thoracoscopic enucleation of esophageal leiomyomas: A feasible and safe technique. *Endoscopy* 2007; 39: 1097-9.
- Management of pharyngo-esophageal (Zenker's) diverticulum: Which technique? *Ann Thorac Surg* 2002; 74: 1677-82. 629
- Denervated stomach as an esophageal substitute recovers intraluminal acidity with time. *Ann Surg* 2001; 233: 509-14.

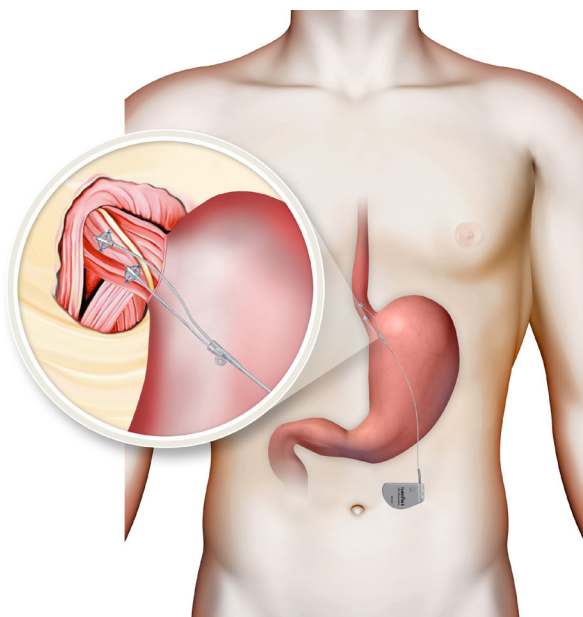
Innovative Behandlungskonzepte: Schrittmacher gegen Sodbrennen

Etwa 30-40 Prozent der erwachsenen Schweizer – Männer wie Frauen - leiden unter chronischem Sodbrennen. Ähnliche Zahlen sind auch aus den anderen Ländern Mittel- und Westeuropas bekannt. In den meisten Fällen sind bereits einfache Änderungen des Lebensstils oder eine säuresuppressive Medikation zur Behandlung ausreichend. Dennoch ist mittlerweile gut belegt, dass etwa ein Drittel der Patienten mit diesen konservativen Massnahmen nicht vollständig zufrieden ist. Hinzu kommt, dass bei einer Langzeittherapie mit Protonenpumpeninhibitoren mittlerweile allgemein anerkannte, gering erhöhte Risiken für eine Reihe von unerwünschten Nebenwirkungen wie Osteoporose und Knochenbrüche, Atemwegsinfekte, Vitaminmangelzustände oder Magenschleimhautentzündungen bestehen (1). Bei etwa 10 Prozent der Betroffenen sind die Refluxsymptome so stark ausgeprägt, dass über eine operative Korrektur nachgedacht werden sollte. Dies ist insbesondere der Fall, wenn die Therapie trotz erhöhter Dosierung nicht mehr ausreichend wirkt, wenn viel Flüssigkeit aus dem Magen in die Speiseröhre oder gar bis in den Mund zurückfließt (sogenannter Volumenreflux)

oder wenn die Medikamente nicht gut vertragen werden. Bei der klassischen Antirefluxoperation (Fundoplikatio) wird der obere Teil des Magens wie eine Manschette um die untere Speiseröhre gelegt und vernäht. Diese Eingriffe haben zwar eine sehr gute Wirkung auf das Sodbrennen, führen aber relativ häufig zu einer Unfähigkeit aufzustoßen bzw. sich zu übergeben. Ursächlich ist meist ein zu enger Schluss der Manschette am Übergang zwischen Speiseröhre und Magen. Die häufigste Folge dieser Überkorrektur des Sphinkters ist das sogenannte Gas-Blat-Syndrom. Typischerweise klagen die betroffenen Patienten über ein geblähtes Abdomen und vermehrte Flatulenz. Als Alternative zur klassischen Fundoplikatio gibt es seit kurzer Zeit das sog. EndoStim®-Verfahren, bei der der untere Speiseröhrensphinkter über einen subkutan implantierten Schrittmacher stimuliert wird (siehe Abbildung). Die Operation wird minimal-invasiv in laparoskopischer Technik durchgeführt und dauert etwa 60 Minuten. Der Patient kann bereits am Tag der Operation wieder Nahrung zu sich nehmen und wird in der Regel am ersten oder zweiten postoperativen Tag in die hausärztliche Nachbetreuung entlassen.

Der unter der Haut implantierte Schrittmacher ist extrem klein und leicht und lässt sich von extern je nach Bedarf programmieren. Gegenüber den traditionellen Eingriffen bietet dieses Verfahren entscheidende Vorteile. Am wichtigsten erscheint uns, dass durch die Implantation die Anatomie von Speiseröhre und Magen nicht verändert wird, weshalb Gas-Bloat oder Schluckstörungen nicht befürchtet werden müssen. Zudem kann das System bei Bedarf wieder entfernt werden, so dass der Eingriff potentiell reversibel ist. Die aktuelle Datenlage zur EndoStim®-Technik ist noch limitiert und umfasst zwei multizentrische Studien mit einem Follow-Up von bis zu 24 Monaten (2,3). Die Ergebnisse sind allerdings sehr vielversprechend. Beide Arbeiten berichten neben einer signifikanten Verbesserung der Refluxsymptomatik und Lebensqualität auch eine pH-metrisch bestätigte, signifikante Reduktion der Säureexposition in der distalen Speiseröhre. Zudem war das Spektrum der unerwünschten Nebenwirkungen geringer als das jeder bisher bekannten chirurgischen oder medikamentösen Behandlungsoption.

Wir freuen uns sehr, nun am USZ als erste Klinik im Raum Zürich die Voraussetzungen für dieses neue chirurgische Verfahren geschaffen zu haben und die EndoStim®-Technik für unsere Patienten anbieten zu können. Das Upper-GI Team am Universitätsspital Zürich ist auf die chirurgische Behandlung von Sodbrennen spezialisiert.



Unsere Expertise beruht auf langjähriger Erfahrung mit verschiedensten minimal-invasiven Operationstechniken (z. B. Fundoplikatio nach Nissen, Toupet und Dor, Collis-Gastroplastik, LINX®-Magnetimplantat, etc.). Für weiterführende Informationen stehen wir Ihnen jederzeit unter der unten angegebenen Kontaktadresse oder auch via Mail zur Verfügung. Ihre Patienten beraten wir gerne im Rahmen unserer Spezialsprechstunde (Kontakt siehe unten).

Literatur:

- 1) Koop H, et al.: S2k guideline: gastroesophageal reflux disease guided by the German Society of Gastroenterology: AWMF register no. 021-013. *Z Gastroenterol* 2014; 52: 1299-346.
- 2) Kapelle WFW, et al.: Electrical stimulation therapy of the lower oesophageal sphincter for refractory gastro-oesophageal reflux disease – interim results of an international multicentre trial. *Aliment Pharmacol Ther* 2015; 42: 614–625.
- 3) Hoppo T, et al: Long-term results of electrical stimulation of the lower esophageal sphincter for treatment of proximal GERD. *Surg Endosc* 2014; 28: 3293–3301.

Kontakt:

Prof. Dr. med. Christian A. Gutschow
UniversitätsSpital Zürich
Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie,
Upper GI-Team
Rämistrasse 100
8091 Zürich
Tel.: 044 255 11 50
christian.gutschow@usz.ch

Anmeldung für die Sprechstunde:

Monika Stenström, Clinical Nurse
Tel: 044 255 97 67
monika.stenstroem@usz.ch

Schweizweit erste Assistenzprofessur für Bariatrische Chirurgie am UniversitätsSpital Zürich

Die Behandlung des krankhaften Übergewichtes und seiner Begleiterkrankungen stellen aus sozioökonomischer Sicht eines der grössten gesundheitspolitischen Probleme des 21. Jahrhunderts dar. Der Krankheitswert der morbid Adipositas besteht in ihrer Assoziation mit Begleiterkrankungen wie z.B. Typ 2 Diabetes mellitus, arterieller Hypertonie, Schlafapnoesyndrom oder degenerativen Gelenksbeschwerden. Diese Erkrankungen treten je nach Ausprägungsgrad und Dauer der morbid Adipositas stark gehäuft auf.

Bariatrisch-chirurgische Verfahren stellen derzeit die einzige Behandlungsmodalität dar, die langfristig nicht nur zu einem klinisch relevanten Gewichtsverlust, sondern auch zu einer deutlichen Besserung der Adipositas-assoziierten Begleiterkrankungen sowie der damit assoziierten Mortalität führt. Die weltweit am häufigsten durchgeführte bariatrische Operation ist der Roux-en-Y Magenbypass (RYGB), der daher von vielen Chirurgen als Goldstandard betrachtet wird.

Obwohl die RYGB Operation heute in vielen Kliniken mit niedriger perioperativer Morbidität und Letalität durchgeführt wird, sind die zugrundeliegenden physiologischen Mechanismen der RYGB Operation bisher nur inkomplett verstanden. Mittlerweile gilt es allerdings als gesichert, dass die Wirkweise weit über die traditionellen Konzepte wie mechanische Restriktion und kalorische Malabsorption hinausgeht. Vielmehr handelt es sich um eine chirurgische Manipulation des Gastrointestinaltraktes mit komplexen physiologischen Konsequenzen.

So zeigen klinische und experimentelle Studien, dass es bei einer RYGB vermittelten Gewichtsabnahme interessanterweise nicht zu einem Anstieg des Hungergefühls und einer Reduktion des Energieumsatzes kommt. Im Gegenteil, paradoxerweise werden eine Reduktion des Hungergefühls, und eine Erhöhung des Grundumsatzes beobachtet. Darüber hinaus zeigen jüngste Studien, dass die RYGB vermittelte Gewichtsreduktion auch durch eine Veränderung der Nahrungspräferenz begünstigt wird. Demnach bevorzugen Patienten postoperativ weniger hochkalorische, sondern dafür eher weniger energiereiche Speisen. Außerdem kommt es nach RYGB zu weiteren gewichtsunabhängigen Veränderungen, die sich insbesondere günstig auf den Typ 2 Diabetes mellitus und Herz-Kreislaufkrankungen auswirken.

Obwohl bariatrische Operationen mittlerweile einen festen Platz im Alltag vieler viszeralchirurgischer Kliniken einnehmen, muss festgestellt werden, dass das Spezialgebiet der Bariatrischen Chirurgie gemessen an seiner wachsenden klinischen Relevanz akademisch bisher nicht entsprechend und nur unzureichend abgebildet wird. So bestehen trotz der weiten Verbreitung bariatrischer Operationen - insbesondere auch an nicht akademischen Spitälern - viele offene Fragen, die sowohl die zugrundeliegenden physiologischen Mechanismen aber auch klinische Fragestellungen betreffen. Des Weiteren bleibt die bariatrische Chirurgie auf dem Gebiet der studentischen Lehre bisher nahezu völlig unberücksichtigt und auch ein strukturiertes Weiterbildungskonzept für junge Chirurgen/-innen konnte in der Schweiz bisher nicht etabliert werden.



Abb1: Die beiden bewährtesten bariatrischen Operationen, der Roux-en-Y Magenbypass links und die Sleeve-Gastrektomie rechts.

Die geplante Assistenzprofessur für Herrn PD Dr. med. Marco Bueter an der Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie am USZ wäre daher ein geeigneter und notwendiger Schritt, um diese Lücke in Forschung, Lehre und Weiterbildung zu schliessen. PD Dr. med. M. Bueter hat seine chirurgische Ausbildung am Universitätsklinikum Würzburg in Deutschland absolviert und verbrachte nach dem Erwerb des Facharztitels als Stipendiat der Deutschen Forschungsgesellschaft (DFG) zwei Jahre am Imperial College London in Grossbritannien. Seit Oktober 2010 ist er Oberarzt an unserer Klinik und leitet seit April 2013 das Programm für "Bariatrische Chirurgie" an der Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie des UniversitätsSpitals Zürich.

Der Standort Zürich bietet ideale Bedingungen, um das Gebiet der Bariatrischen Chirurgie sowohl wissenschaftlich als auch klinisch zu repräsentieren und weiterzuentwickeln. Zum einen, da die Bariatrische Chirurgie am UniversitätsSpital Zürich (USZ) eine langjährige Tradition aufweist, zum anderen aber auch, da das Programm zu den führenden Programmen der Übergewichtschirurgie in der Schweiz gehört. Nicht umsonst erhielt das Programm von der „Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB)“ den Status als nationales Referenzzentrum, an dem komplexe bariatrische Fälle und Re-Operationen durchgeführt werden sollen. Zudem fügen sich Dr. Bueter und sein Team bereits jetzt in die wissenschaftlichen Schwerpunkte der Fakultät ein bzw. unterstützen bereits bestehende nationale und internationale Forschungskollaborationen. Thematisch verwandte Arbeitsgruppen des UniversitätsSpitals Zürich (USZ), der Universität Zürich (UZH) sowie der Eidgenössischen Technischen Hochschule (ETH) sind bereits etabliert und ermöglichen eine enge klinische und wissenschaftliche Zusammenarbeit, um das Fachgebiet in Wissenschaft und klinischer Forschung im Sinne eines translationalen Forschungsgedankens weiterzuentwickeln.



Abb 2: PD Dr. med. Marco Bueter und Frau Dr. med. Diana Vetter bei der Anlage eines Magenbypasses



Marco Bueter
marco.bueter@usz.ch



Diana Vetter
diana.vetter@usz.ch

Leberchirurgie & Lebertransplantation im Kontext der zunehmenden Häufigkeit der Steatohepatitis und des metabolischen Syndroms

Die Lebersteatose und die Steatohepatitis repräsentiert die hepatischen Manifestationen des metabolischen Syndroms, welches einer Konstellation von abdomineller Adipositas, arterieller Hypertonie, Diabetes und Dyslipidämie entspricht. Die Prävalenz der Adipositas, des metabolischen Syndroms und somit der Lebersteatose bei Erwachsenen beträgt circa 30-35% in hoch entwickelten Ländern, womit diese bereits jetzt epidemische Proportionen eingenommen hat, mit weiterhin steigender Tendenz. In den letzten 3 Jahrzehnten hat sich die mit dem metabolischen Syndrom assoziierte Lebersteatose zu der häufigsten Erkrankung der Leber entwickelt, wobei sich auf dem Boden dieser Erkrankung in etwa 40% der Fälle eine nicht-alkoholische Steatohepatitis (NASH) entwickelt. 20% dieser NASH Fälle zeigen dann eine weitere Progredienz der Erkrankung mit Entwicklung einer Leberzirrhose und/oder eines Hepatozellulären Karzinoms (HCC). Neben der nicht-alkoholischen Steatohepatitis können des Weiteren der Alkoholüberkonsum (alkoholische Steatohepatitis, ASH) sowie einige Chemotherapeutika zu einer Steatohepatitis führen (Chemotherapie-assoziierte Steatohepatitis, CASH), welche ebenfalls zu einem zirrhotischen Umbau der Leber mit Entwicklung eines HCC führen können.

Die Steatose wird pathomorphologisch in verschiedene Formen unterteilt: die klein- und großtropfige makrovesikuläre Steatose (small- und large droplet macrovesicular steatosis, sd-MaS und Id-MaS) sowie die microvesikuläre Steatose (microvesicular steatosis, MiS) [1]. MiS wird definiert als unzählige kleine Lipid-Vesikel, welche diffus im Zytoplasma verteilt sind und diesem einen schaumigen Anblick verleihen. Hingegen wird der Begriff Id-MaS Fettvakuolen zugeordnet, welche größer sind als die Hälfte des Durchmessers der Zelle mit Verlagerung des Zellkernes an die Peripherie. Der Begriff sd-MaS wird verwendet, wenn makrovesikuläre Fettvakuolen kleiner als die Hälfte des Durchmessers der Zelle sind und zu keiner Verlagerung des Zellkernes führen (**Abbildung 1**).

Häufig werden MiS und sdMaS sowohl in der chirurgischen Literatur als auch der Praxis inkorrekt und überlappend angewendet.

Die Auswirkung der Lebersteatose auf das Outcome nach Leberresektion wurde in mehreren klinischen Studien untersucht. Dabei zeigt sich, dass das Vorliegen einer Steatose ohne Inflammation zu keinem wesentlich erhöhten Risiko

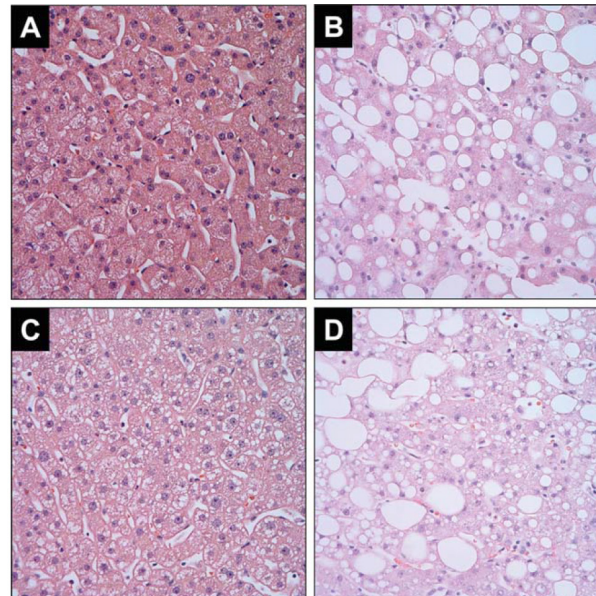


Abb1: Unterschiedliche Arten der Steatose in Spender-Lebern: (A) keine Steatose, (B) vor allem Id-MaS (70%), (C) vor allem sd-MaS (50%), und (D) gemischte sd-MaS (40%) und Id-MaS (30%; H&E Färbung, x400) (Ref. [1])

führt [2]. In einigen Studien konnte sogar beobachtet werden, dass Lebersteatose einen protektiven Effekt auf das Überleben nach Leberresektion bei kolorektalen Metastasen hat [3,4]. Hingegen scheint das Vorliegen einer Steatose mit Inflammation (NASH, ASH, CASH) ein erhöhtes Risiko für schwerwiegende Komplikationen einschliesslich Mortalität nach Leberresektion darzustellen [2]. In vielen Zentren erfolgt daher bei Patienten mit NASH die präoperative Behandlung mit Omega-3 Fettsäuren als hilfreiche Konditionierung vor einer Leberresektion.

Lebersteatose und NASH haben auch eine grosse Bedeutung im Bereich der Lebertransplantation. Die Epidemie des metabolischen Syndroms sowie des Diabetes in der westlichen Welt sowie der Mangel an ausreichenden Spenderorganen führt dazu, dass ein zunehmender Anteil von nicht optimalen steatotischen Organen zur Lebertransplantation berücksichtigt werden muss [5]. Neben der Auswirkung beobachteten Epidemiologie der Lebersteatose auf Donor-Organen ist die Steatohepatitis auch aufgrund der ihrer rasch steigenden Inzidenz mit Entwicklung einer fortgeschrittenen Leberzirrhose, welche einer Lebertransplantation bedarf, für den Leber-

und Transplantationschirurgen von großer Bedeutung. In einer US-amerikanischen Studie ist NASH als primäre Indikation für eine Lebertransplantation von 3% im Jahr 2002 auf 19% im Jahr 2011 angestiegen, welches einer absoluten Steigerung um ganze 16%, als de facto einem Verfünfachen entspricht (**Abbildung 2**). Dieses gewinnt umso mehr an Bedeutung, da andere bislang häufige Indikationen für eine Lebertransplantation, allen voran die Hepatitis C, welche heutzutage durch moderne medikamentöse antivirale Therapiestrategien in einem deutlich höheren Maß geheilt werden kann, in der Häufigkeit deutlich abnehmen werden. Es ist zu erwarten, dass NASH die führende Indikation zur Lebertransplantation in Zukunft in der westlichen Welt darstellen wird.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Lebersteatose und die Steatohepatitis für den HPB- und Lebertransplantationschirurgen von zunehmend großer Bedeutung sind und deren korrekte Einschätzung in erfahrenen Händen zu einer Optimierung der Indikationsstellung und Verbesserung der chirurgischen Resultate führen kann, welches in erster Linie dem Wohl des Patienten dient.

Referenzen

1. Yersiz H, Lee C, Kaldas FM, Hong JC, Rana A, Schnickel GT, Wertheim JA, Zarrinpar A, Agopian V, Gornbein J, Naini BV, Lassman CR, Busuttil RW, Petrowsky H. Assessment of hepatic steatosis by transplant surgeon and expert pathologist: A prospective, double-blind evaluation of 201 donor livers. *Liver Transpl* 2013;19:437–449.
2. Neal CP, Mann CD, Pointen E, McGregor A, Garcea G, Metcalfe MS, Berry DP, Dennison AR. Influence of hepatic parenchymal histology on outcome following right hepatic trisectionectomy. *J Gastrointest Surg*. 2012;16:2064-73.
3. Muroto K, Kitayama J, Tsuno NH, Nozawa H, Kawai K, Sunami E, Akahane M, Watanabe T. Hepatic steatosis is associated with lower incidence of liver metastasis from colorectal cancer. *Int J Colorectal Dis*. 2013;28:1065-72.
4. Parkin E, O'Reilly DA, Adam R, Kaiser GM, Laurent C, Elias D, Capussotti L, Renehan AG; LiverMetSurvey Centres. The effect of hepatic steatosis on survival following resection of colorectal liver metastases in patients without preoperative chemotherapy. *HPB (Oxford)*. 2013;15:463-72.
5. Spitzer AL, Lao OB, Dick AA, et al. The biopsied donor liver: incorporating macrosteatosis into high-risk donor assessment. *Liver Transpl* 2010;16:874-884.

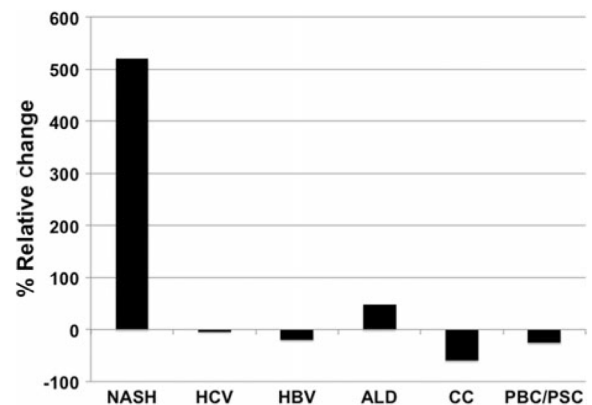
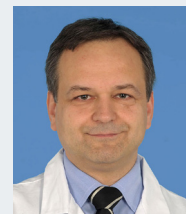


Abb 2. Relative Änderung (in Prozent) der Indikation zur Lebertransplantation (Ref. [6])

6. Agopian VG, Kaldas FM, Hong JC, Whittaker M, Holt C, Rana A, Zarrinpar A, Petrowsky H, Farmer D, Yersiz H, Xia V, Hiatt JR, Busuttil RW. Liver transplantation for non-alcoholic steatohepatitis: the new epidemic. *Ann Surg*. 2012;256:624-33.



Henrik Petrowsky
henrik.petrowsky@usz.ch



Lukasz Filip Grochola
LukaszFilip.Grochola@usz.ch

Revue HPB Symposium 2015

Am 11. Juni 2015 fand das diesjährige HPB Symposium unter dem Motto „Innovative Behandlungen und Netzwerke“ im Zunfthaus zur Zimmerleuten in Zürich statt. Der diesjährige Anlass war das 10-jährige erfolgreiche Bestehen des interdisziplinären HPB-Zentrums am UniversitätsSpital Zürich, welches am 17. November 2005 gegründet wurde (**Abbildung 1**). Das HPB-Zentrum ist ein auf Leber-, Bauchspeicheldrüsen- und Gallenwegserkrankungen spezialisiertes Kompetenzzentrum am UniversitätsSpital Zürich, welches sich auch im offiziellen Logo widerspiegelt (**Abbildung 2**). Bisher sind an unserem Zentrum sowie der Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie ca. 1500 Leberresektionen, 600 Pankreasresektionen sowie über 500 Lebertransplantationen mit 50 Leberlebend-Transplantationen durchgeführt worden.

Das Symposium gliederte sich in 4 Sitzungen mit insgesamt 11 Vorträgen aus den Themenbereichen 1) Laparoskopische Leber- und Pankreaschirurgie, 2) Neue innovative onkologisch-chirurgische Behandlungskonzepte, 3) Hepatologie und Transplantations-Update sowie 4) Interessante Fallbeispiele mit der Frage nach Grenzen des Machbaren. Insgesamt konnten wir über 80 Besucher verzeichnen.

Das Symposium wurde in Zusammenarbeit mit den Kollegen des Partner HPB-Zentrums des Hôpital Paul Brousse, Université Paris-Sud organisiert, welches das grösste Leberchirurgie-Zentrum Frankreichs darstellt. Beide Zentren werden Weiterbildungsmodule entwickeln und zukünftig wird ein personeller Austausch stattfinden. Unsere Partner und Gastreferenten aus Paris waren Prof. Henri Bismuth, Prof. Daniel Cherqui und Prof. Didier Samuel. Im Rahmen des Symposiums wurde insbesondere die Partnerschaft im Bereich der laparoskopischen Leberchirurgie von Prof. Daniel Cherqui dargelegt, welcher auf diesem Gebiet weltweit einer der erfahrensten Experten ist. Von der minimal-invasiven Operation profitieren nicht nur onkologische Patienten sondern besonders Patienten mit erkranktem Lebergewebe wie der Leberzirrhose. Neben der laparoskopischen Leberchirurgie werden vermehrt auch Teilentfernungen der Bauchspeicheldrüse in unserem und anderen Zentren durchgeführt. Über die Erfahrungen in diesem Bereich an unserem Zentrum hat Prof. Lesurtel berichtet.



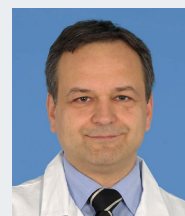
Abb. 1: Offizielle Eröffnung des Swiss HPB Centers am 17.11.2005
(Foto von links nach rechts: Prof. Clavien (Klinikdirektor Viszeralchirurgie), Frau Roth (Spitaldirektorin), Frau Diener (Gesundheitsdirektorin Kanton Zürich), Frau Stoevesandt (Leiterin Pflege HPB Center), Prof. Müllhaupt (Ltd. Arzt Hepatologie) und Prof. Pestalozzi (Ltd. Arzt Onkologie)

In der Sitzung „Neue innovative onkologisch-chirurgische Behandlungskonzepte“ haben Dr. de Oliveira vom UniversitätsSpital Zürich sowie Dr. Datta und Prof. Bodis vom Kantonsspital Aarau über Hyperthermie und irreversible Elektroporation bei lokal fortgeschrittenem und nicht-resektablem Pankreaskarzinom berichtet. Das Swiss HPB Center hat in diesem Bereich eine Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Aarau im Rahmen der klinischen Forschung mit zwei randomisierten Studien. In der Sitzung „Hepatologie und Transplantations-Update“ haben Prof. Didier Samuel aus Paris über die Lebertransplantation bei akuter alkoholischer Hepatitis und Prof. Müllhaupt über die neuen medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten bei Hepatitis C gesprochen. Erste Ergebnisse zeigen, dass die neuen Medikamente in den meisten Fällen zu einer dauerhaften Eradikation der Hepatitis C führen können. Mit dem Einsatz dieser Medikamente kann nicht nur die Prognose nach Lebertransplantation verbessert werden, sondern es wird langfristig zu einer Verschiebung von Hepatitis C zur nichtalkoholischen Steatohepatitis (NASH) als führende Indikation zur Lebertransplantation führen.

Aufgrund der sehr guten Besucherresonanz wird auch im kommenden Jahr 2016 ein Symposium des Swiss HPB Centers stattfinden. Wir werden hierzu erneut alle Kolleginnen und Kollegen recht herzlich einladen.



Abb. 2: Offizielles Logo des Schweizer Zentrums für Leber-, Bauchspeicheldrüsen- und Gallenwegserkrankungen (Swiss HPB Center Zürich)



Henrik Petrowsky
henrik.petrowsky@usz.ch

Symposium Schweizer Spitzenmedizin



Das diesjährige 6. Symposium Schweizer Spitzenmedizin fand am 2. Oktober 2015 erneut im schönen Rüslikon im grosszügig ausgestatteten Swiss Re Center for Global Dialogue statt.

Nach dem Begrüßungskaffee eröffnete Dr. phil. Eric Honegger von der Arbeitsgruppe für hochspezialisierte Medizin das Symposium. Im Anschluss führte Prof. Peter Suter als Moderator durch das Programm.

Als erstes referierten Prof. Lino Guzzella (Präsident ETH Zürich) und Prof. Michael Hengartner (Rektor Universität Zürich) über die Rolle von ETH und Universität Zürich in der Spitzenmedizin. Einmal mehr wurde klar, über welch starken, innovativen und weltbekannten Forschungsplatz Zürich mit der Kombination von ETH, Universität, UniversitätsSpital, Kispil und Balgrist verfügt. Die Kooperationen zwischen diesen Instituten führt zu Forschungsprojekten wie beispielsweise dem „Zurich Heart“, bei dem Forscher verschiedenster Institutionen in einem völlig neuen Konzept an verschiedenen Fragestellungen zur Verbesserung und Neuentwicklung von „Ventricular Assist Devices“ arbeiten, also Maschinen, welche den Kreislauf von Patienten mit Herzinsuffizienz mechanisch unterstützen. Insgesamt sind 17 Professuren an diesem Projekt beteiligt und es wurden bereits über 20 Publikationen in hochrangigen Journals veröffentlicht.

Dank der grosszügigen Spende von Hans-Peter Wyss verfügt der Forschungsplatz Zürich mit dem „Wyss Translational Center“ ebenfalls über eine einmalige Möglichkeit, grundlegende biomedizinische Forschungserkenntnisse nach dem Prinzip „bench to bedside“ in die Klinik zu bringen. Ein Beispiel dafür ist das „Zurich Liver“-Projekt unter der Leitung von Prof. Clavien, bei dem Forscher der Klinik für Viszeralchirurgie gemeinsam mit Kollegen der ETH eine Perfusionsmaschine entwickeln wollen, mit der Teile der Leber ausserhalb des Körpers perfundiert werden sollen. Dies mit dem Ziel, ein Teilstück der Leber ausserhalb des Körpers wachsen zu lassen, um danach die von Tumoren durchsetzte Restleber nach chirurgischer Entfernung vollständig zu ersetzen.

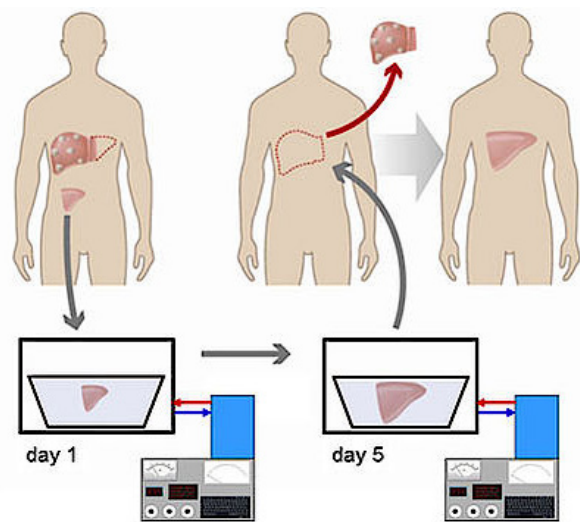


Abb 1: Zurich Liver Project am Wyss Translational Center

Ebenfalls wurde die Ausbildung der zukünftigen Mediziner thematisiert. So hat die Universität Zürich die Studienplätze pro Jahrgang auf 300 erhöht, ebenfalls erlaubt das Studium mit dem Mantelstudium eine vorzeitige Spezialisierung in gewisse Fachrichtungen (z.B. Psychiatrie). Die ETH Zürich wird ausserdem ab 2016 eine Bachelor Studiengang Humanmedizin für 100 Studierende einführen, welche ein spezielles Interesse an der Kombination von klinischer Medizin mit Grundlagenforschung aufweisen.

Des Weiteren wurde die starke Start-Up Szene in Zürich erwähnt, so fördern sowohl Universität wie auch ETH die Gründung von Spin-off Unternehmen und befinden sich in internationalen Rankings an der Spitze. Erfreulicherweise zeigt sich im Langzeitverlauf, dass über 95% der Start-Up Unternehmen am Leben sind, eine weltweit einmalige Quote.

Nach diesen beiden Referaten folgte eine anregende Diskussion, anschliessend konnten sich die Teilnehmer an einem reichhaltigen und delikaten Mittagsbuffet verpflegen. Während der Mittagspause folgten weitere spannende Diskussionen und es konnten wertvolle Kontakte geknüpft werden.



Abb 2: Anregende Podiumsdiskussion unter Leitung von Prof. Christian Gerber

Nach der Mittagspause folgte ein Referat von Dr. Fridolin Marty von Economie Suisse. Dieser plädierte eindringlich für weniger Regulationen und Abschaffung der Leistungskataloge im Bereich der Medizin, da Innovation unabdingbar Freiheit braucht. Die Regulierung von Spitälern und Mediziner solle ausschliesslich über eine Qualitätskontrolle erfolgen. Dafür braucht es jedoch eine Qualitätstransparenz in der Spitzenmedizin sowie in der Medizin generell. Ebenfalls wurde die volkswirtschaftliche Bedeutung der Spitzenmedizin erörtert. Im nachfolgenden Referat von Dr. Heinz Locher sprach dieser für eine patientenorientierte Spitzenmedizin aus, diese solle sich insbesondere an Problemen orientieren, welche 95% der Patienten betreffen. Im Besonderen nannte er die zunehmende Multimorbidität der immer älter werdenden Patienten. Des Weiteren sprach er sich für eine klare Regulierung der Leistungsaufträge der Spitäler aus und befürwortete klar die öffentliche Publikation von Fallzahlen, wie dies im Kanton Zürich geschehe. Diese müssten seiner Meinung nach klar und transparent aufgezeigt werden, unklar sei zum jetzigen Zeitpunkt jedoch wer diese kontrollieren und im nötigen Fall auch Sanktionen ergreifen dürfe. Im letzten Referat konnte Herr Otto Bitterli eindrücklich die Seite der Versicherungen im Bezug auf die Spitzenmedizin darstellen.

In der abschliessenden Podiumsdiskussion unter Leitung von Prof. Christian Gerber wurde angeregt diskutiert und ein Manifest zur Förderung der Spitzenmedizin in der Schweiz entworfen.

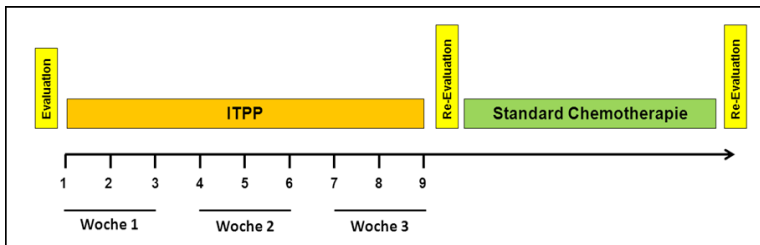
Insbesondere die Arbeitszeitbeschränkung für Assistenz- und Oberärzte und der damit zusammenhängende Einfluss auf die klinische wie auch die Forschungstätigkeit sorgten für einen regen Meinungs austausch. Im Anschluss wurde ein schriftlicher Entwurf eines Manifestes zur Standortbestimmung und zukünftigen Förderung der Spitzenmedizin in der Schweiz aufgesetzt, diesen können Sie auf der Homepage <http://www.symposium-spitzenmedizin.ch/> einsehen. Mit der abschliessenden Verabschiedung der Teilnehmer durch Dr. Eric Honegger wurde das diesjährige interessante und eindrucksstärke Symposium beendet.



Marcel Schneider
MarcelAndre.Schneider@usz.ch

Innovative Krebstherapie mit anti-hypoxischem Medikament ITPP

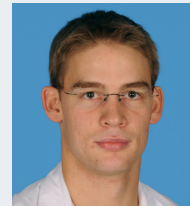
ITPP-Studie „Oxy111a“ : Patientenrekrutierung gestartet!



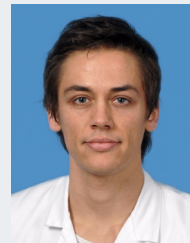
Seit dem erfolgreichen Start der interdisziplinären OXY111A Studie bei der das anti-hypoxische Medikament Inositol-Tris-pyrophosphat (ITPP) bei Patienten mit primären und sekundären hepato-pancreato-biliären Tumoren zum Einsatz kommt, haben nun bereits 6 Patienten die Studie erfolgreich absolviert. Sämtliche Patienten haben die Therapie in der ersten Kohorte des Dosis-Eskalationsschemas sehr gut toleriert, eine Aussage über die onkologische Wirksamkeit ist zu diesem Zeitpunkt noch verfrüht, bald werden jedoch erste Resultate erwartet. Für die OXY111A Studie qualifizieren alle Patienten mit primären und sekundären nicht-reserzierbaren hepato-pancreato-biliären Tumoren und einem ECOG Performance Status ≤ 2 . Primärer Endpunkt dieser frühen Phase II Studie ist die Testung von Sicherheit und Verträglichkeit von ITPP. Dies wird mit Hilfe eines Dosis-Eskalationschemas ermittelt. Im Anschluss werden in einem weiteren Studienarm 21 Patienten mit der ermittelten Dosis behandelt, um somit Hinweise auf die Wirksamkeit zu bekommen. Hierfür wird gewonnenes Tumorgewebe und Serum der Patienten auf biologische Marker untersucht.



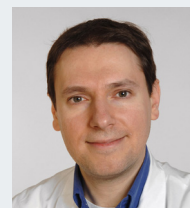
Përparim Limani
perparim.limani@usz.ch



Michael Linecker
michael.linecker@usz.ch



Philipp Kron
philipp.kron@usz.ch



Panagiotis Samaras
panagiotis.samaras@usz.ch



Bernhard Pestalozzi
bernhard.pestalozzi.@usz.ch



Pierre-Alain Clavien
clavien@access.uzh.ch

12. Proktologie-Kurs 2015



Datum: 02.- 05. November 2015

Ort: **UniversitätsSpital Zürich, Frauenklinikstrasse 10, 8091 Zürich**
NORD 1 (Kurszimmer 307)

Alle Infos und Anmeldung erhalten Sie unter folgendem Link: www.proktokurs.eu

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen

Ziel dieses viertägigen interaktiven Kurses in Proktologie ist die Vermittlung von Grundlagen als auch von neuesten Erkenntnissen aus dem Gebiet der Proktologie **mit Live-OP-Demonstrationen** modernster chirurgischer Techniken. Integriert ist auch ein **Kurs in analer Endosonographie**. Der Kurs richtet sich an koloproktologisch interessierte Chirurgen sowie Gastroenterologen und dient als guter Vorbereitungskurs für das europäische Fachexamen für Proktologie (EBSQ).

Hauptthema

- Sakrale Nervenstimulation/modulation (SNM)
- Hämorrhoidenarterienligatur (HAL), Stapler Mukosektomie (Longo), Laser
- Laparoskopische Rektopexie, Delormes, Rektopexie nach D'Hoore
- Fissurdébridement und V-Y Flap
- Minimalinvasive Exzision Sinus pilonidalis, Limbergflap, Technik nach Karydakis
- Transanale Rektumresektion (STARR/Transtar)
- Sphinkterrepair, Beckenbodenplastik, Sphinkteraugmentation
- Condyloma accuminata, HPV screening, High Resolution Anoscopy (HRA)
- State-of-the-art lectures über Rektum- und Analkarzinom

Wir hoffen, Ihr Interesse wecken zu können und würden uns sehr freuen, Sie am 12. Proktologie-Kurs 2015 begrüssen zu dürfen.

Der Kurs ist von der SGC (30 Punkte) und SGG empfohlen (25 Punkte)

Organisation

Prof Dr. Dieter Hahnloser, Universitätsspital Lausanne
PD Dr. Matthias Turina, UniversitätsSpital Zürich
PD Dr. Daniel Dindo, Hirslanden Zürich
Prof. Dr. Franc Hetzer, Spitäler Schaffhausen
PD Dr. Antonio Nocito, Kantonsspital Baden

Anmeldung und Information

Über die Homepage: www.proktokurs.eu/
Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie
UniversitätsSpital Zürich
8091 Zürich



**UniversitätsSpital
Zürich**

surgical &
gastroenterological

GRAND ROUNDS

Öffentlicher Vortrag 17.15 - 18.00 Uhr mit live Videoübertragung und anschließender Diskussion

Oktober bis Dezember 2015

Di. 20. Okt.
Gr. Hörsaal Path D 22

Prof. Dr. Beat Müllhaupt

Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie, UniversitätsSpital Zürich
HCV Update

Di. 27. Okt.
Volkshaus Zürich
Blauer Saal

Honegger-Lecture mit Prof. Dr. Dr. phil. Manfred Spitzer

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie III, Universitätsklinikum Ulm
Digitale Demenz – Risiken und Nebenwirkungen digitaler Informationstechnik

Di. 03. Nov.
Gr. Hörsaal Path D 22

Prof. Dr. Francesco Donato Altomare

University of Bari, Dept. of Emergency and Organ Transplantation, Bari, Italien
Evaluation of functional disorders in proctology

Di. 10. Nov.
Privatklinik Bethanien

City Grand Round

Info folgt

Di. 24. Nov.
Gr. Hörsaal Path D 22

Borel-Stähelin Lecture mit Prof. Dr. Eberhard L. Renner

University of Toronto, Canada
Live Donor Liver Transplantation – The Toronto Perspective

Di. 01. Dez.
Gr. Hörsaal Path D 22

Prof. Dr. Peter E. Goretzki

Chirurgische Klinik, Lukaskrankenhaus Neuss
Schilddrüsenmalignome – Einfluss der spezifischen histologischen und molekularen Befunde auf das operative Vorgehen

Di. 15. Dez.
Gr. Hörsaal Nord

Christmas Lecture mit Dr. h.c. Beat Kappeler

Produktivität! Produktivität! Aber wie?

Wissenschaftliche Leitung
Prof. Dr. med. P.-A. Clavien

Organisation
Dr. med. Diana Vetter

Auskunft
Frau Carolin Wagner
Tel: 044 / 255 35 39
carolin.wagner@usz.ch



UniversitätsSpital
Zürich



Universität Zürich

Videokonferenz sponsored by / Internet Streaming (live and on demand) sponsored by: ActVisual GmbH

Grand Rounds sponsored by: Baxter, Covidien, Johnson & Johnson, MSD, Novartis, Takeda, Olympus, Pfizer, Roche, LifeCell

CME-Punkte: Diese Weiterbildungskurse sind von der SGC akkreditiert und werden mit je 1 CME-Credit bewertet.

Öffentlicher Vortrag

Digitale Demenz: Risiken und Nebenwirkungen digitaler Informationstechnik



Dienstag, 27. Oktober 2015, 18.00–19.00 Uhr
Volkshaus Zürich, Stauffacherstrasse 60, 8004 Zürich

Was macht digitale Pädagogik mit unserem Gehirn? Unsere geistige Leistungsfähigkeit wird durch digitale Medien beeinflusst. Der renommierte Gehirnforscher Prof. Dr. med. Dr. phil. Manfred Spitzer von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Ulm spricht über die Kehrseite der digitalen Informationstechnik.



UniversitätsSpital
Zürich

Informationen zum Vortrag



Prof. Dr. med. Dr. phil. Manfred Spitzer (*1958) studierte Medizin, Psychologie und Philosophie und habilitierte anschliessend im Fach Psychiatrie. Er ist Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Ulm – und Leiter des Transferzentrums für Neurowissenschaften und Lernen. Sein Forschungsschwerpunkt liegt im Grenzbereich der kognitiven Neurowissenschaft und Psychiatrie.

Er hält im Volkshaus Zürich die öffentliche und kostenfreie «Honegger Lecture». Diese zu Ehren des Schweizer Grafikers, Malers und Plastikers Gottfried Honegger durchgeführte Veranstaltung findet im Rahmen der «Surgical and Gastroenterological Grand Rounds» statt, einer öffentlichen, interdisziplinären Fortbildungsreihe für Ärzte und interessierte Laien der Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie des UniversitätsSpitals Zürich.

Veranstaltungsort

Volkshaus Zürich, Stauffacherstrasse 60, 8004 Zürich

Öffentliche Verkehrsmittel:

- ab Hauptbahnhof Zürich Tram Nr. 3 und 14 bis Station Stauffacher
- ab Bellevue Tram Nr. 2 und 9 bis Station Stauffacher
- ab Bellevue Tram Nr. 8 bis Station Helvetiaplatz

Kontakt

UniversitätsSpital Zürich
Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie
Sekretariat Prof. Dr. med. Pierre-Alain Clavien
susanne.gaal@usz.ch
www.usz.ch

WORKSHOP Praktischer Aufbaukurs



LAPAROSKOPIE KURS IM USZ

Trainingskurs
Minimal invasive Chirurgie (MIC)
 für Anfänger und Fortgeschrittene

Mit Anerkennung der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie (SGC) 6 Credits

Organisiert durch

VERANSTALTUNGSORT



Kleiner Hörsaal
 Pathologie C22
 Institut für Pathologie

UniversitätsSpital Zürich
 Rämistrasse 100
 8091 Zürich

ANMELDUNG & REGISTRATION

- Teilnahmegebühr:** Die Kursgebühr beträgt 300 CHF. Nach Eingang Ihrer Anmeldung erhalten Sie die Teilnahmebestätigung und die Rechnung.
 Die Teilnahmegebühr muss spätestens 3 Wochen vor Kursbeginn bei uns eingegangen sein. Bis 2 Wochen vor Kursbeginn werden die Gebühren bei schriftlichem Rücktritt voll zurückerstattet. Bei Absage bis 7 Tage vor Kursbeginn werden 50% der Gebühren und bei noch späterer Absage bzw. Nichterscheinen die volle Teilnahmegebühr einbehalten.
- Teilnehmerzahl:** Die Teilnehmerzahl ist beschränkt auf 10 Personen
- Credits:** Anerkennung und Vergütung des Kurses von der SGC mit 6 Punkten
- Registrierung:** Anmeldung bitte per Email an nina.goedde@takeda.com;
 Frau Nina Gödde, Takeda Pharma AG, Business Unit Hospital
- Organisation:** Takeda Pharma AG, Huobstrasse 16, 8808 Pfäffikon SZ

Dieser Kurs wird unterstützt von



280115-TAC

KURSLEITUNG

Wissenschaftliche Leitung

<p>Prof. Dr. med. Lukas Krähenbühl Leitender Arzt Chirurgie Kantonsspital Glarus</p>	<p>Dr. med. Jan F. Kuklela Facharzt Viszeralchirurgie Hirslanden Klinik Zürich</p>	<p>Dr. med. Samuel Käser Oberarzt UniversitätsSpital Zürich</p>
--	--	---

WORKSHOP Praktischer Aufbaukurs

Trainingskurs für minimal invasive Chirurgie an perfundierten Organen (POP-Trainer) für Anfänger und Fortgeschrittene

Kurstermin 2015
 25. November 2015

LIEBE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN

Wir führen am UniversitätsSpital Zürich einen Trainingskurs in laparoskopischer Chirurgie durch. Ziel dieses Kurses ist es, Ihnen verschiedene Operationstechniken näher zu bringen. Im Vordergrund steht dabei die Praxis. Aus diesem Grund werden Sie die Möglichkeit haben, sämtliche Übungen, nach kurzer Einführung, selber an sogenannten POP-Trainern zu trainieren. Im Unterschied zu herkömmlichen Trainern, können bei den POP-Trainern die Organpakete perfundiert und somit Blutungen simuliert werden. Die Schwerpunkte der Übungen bilden eine laparoskopische Cholezystektomie, das Trainieren verschiedener Nahttechniken und eine Einführung in die Gastro-Enterostomie. Wir freuen uns Sie in Zürich begrüßen zu dürfen und gemeinsam einen spannenden Kurs zu absolvieren.

Freundliche Grüsse

Prof. Dr. med. Lukas Krähenbühl

Dr. med. Jan F. Kuklela

Dr. med. Samuel Käser

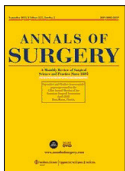
PROGRAMM

09:00 – 09:10 Uhr	Begrüssung der Teilnehmer
09:10 – 09:25 Uhr	Theorie: Einführung in die MIC
09:25 – 10:30 Uhr	Cholezystektomie – Einführung und Durchführung Teilnehmer A
10:30 – 10:50 Uhr	Pause
10:50 – 11:45 Uhr	Intrakorporales Knoten und TachoSil – Einführung und Durchführung Teilnehmer B
11:45 – 12:30 Uhr	Fortlaufende Naht und Gastro-Enterostomie – Einführung und Durchführung Teilnehmer A
12:30 – 13:00 Uhr	Mittagessen
13:30 – 14:25 Uhr	Cholezystektomie – Durchführung Teilnehmer B
14:25 – 15:00 Uhr	Intrakorporales Knoten und TachoSil – Durchführung Teilnehmer A
15:00 – 15:15 Uhr	Pause
15:15 – 16:00 Uhr	Fortlaufende Naht und Gastro-Enterostomie – Durchführung Teilnehmer B
16:00 – 16:15 Uhr	Kursfeedback und Zertifikat

www.takeda-forum.com

Disclaimer: Hierbei handelt es sich um eine internationale Webseite, auf deren Inhalte die Takeda Pharma AG, Freienbach, keinen Einfluss hat.

Erkenntnisse aus der klinischen Forschung



Laparoscopic Surgery or Conservative Treatment for Appendiceal Abscess in Adults? A Randomized Controlled Trial

Fecit: Marcel André Schneider

Aufgrund mehrere retrospektiver Studien besteht in der medizinischen Gemeinschaft momentan der Konsensus perityphlitische Abszesse nicht-operativ zu behandeln. Mentula et al. randomisierten daher in dieser kontrollierten prospektiven Studie jeweils 30 Patienten in eine operative und eine konservative Behandlungsgruppe. Bezüglich dem primären Outcome, der Hospitalisationszeit, zeigte sich kein Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Die konservativ behandelte Gruppe zeigte jedoch eine signifikant höhere Re-Admissionsrate in den ersten 60 Tagen, ausserdem benötigten 30% der Patienten aus der konservativen Behandlungsgruppe im Hospitalisationsverlauf eine chirurgische Therapie im Gegensatz zu 7% Drainage-Einlagen in der chirurgischen Gruppe. Der Unterschied im komplikationslosen Hospitalisationsverlauf war hochsignifikant (90% vs 50%) zugunsten der chirurgisch behandelten Gruppe. Die Autoren schliessen mit der Aussage, dass die laparoskopische Appendektomie bei perityphlitischem Abszess in erfahrenen Händen eine geeignete First-Line Behandlung darstellt und trotz erhöhtem Anteil von Cöcumresektionen mit weniger Komplikationen im postoperativen Verlauf behaftet ist.

Mentula et al., *Ann Surg.* 2015 Aug;262(2):237-42.

Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung



Self-renewing diploid Axin2(+) cells fuel homeostatic renewal of the liver

Fecit: Dilmurodjon Eshmuminov

Die Quelle für neue, regenerierende Hepatozyten in der Leber war bisher eine ungeklärte Frage. Wang et al. identifizierte eine Population von unreifen Zellen benachbart zur Zentralvene des Leberläppchens, die alle Hepatozyten im Leberläppchens im Laufe der Zeit ersetzen.

Zu diesem Zweck wurde eine Markierung des Wnt-responsive Axin2 Gens in Mausmodell verwendet. Die Wnt-Proteine unterstützt Stammzellen und aktiviert die Transkription durch das intrazelluläre Protein b-Catenin. Ein universelles Transkriptionsziel von b-Catenin ist Axin2.

Eine Gruppe von Axin2 Zellen wurden mit dem Membran-grün-fluoreszierenden-Protein (GFP) nach Tamoxifen Verabreichung markiert. Eine einzelne low-dose Gabe von Tamoxifen führt zur ausschliesslichen Markierung der perizentralen unreifen Hepatozyten. Im Laufe der Zeit zeigten die markierten Zellen eine Migration von der perizentralen Zone in Richtung der Pfortader und zunehmende Differenzierungszeichen. Ein Jahr nach Markierung waren fast alle Hepatozyten in Leberläppchen Nachkommen der ursprünglich markierten Axin2 Zellen.

Wang et al., *Nature.* 2015 Aug 13;524(7564):180-5.

Bei uns gibt es Hoffnung für die Leber. ³³⁾

33) In der Leberchirurgie ist das UniversitätsSpital Zürich weltweit führend. Unter anderem haben wir ein Perfusionsverfahren namens HOPE entwickelt, dank dem sich mehr Lebern für die Organspende eignen. Damit verhelfen wir mehr Patienten zu einem neuen Leben.



UniversitätsSpital
Zürich



Neues aus unserer Klinik



Wir freuen uns, dass wir ab August 2015 Herrn Dr. med. Henner M. Schmidt als neuen Oberarzt i.V. in unserer Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie begrüßen dürfen.

Herr Schmidt hat 2008 seine Approbation an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München erhalten, wo er auch 2012 zum Dr. med. promovierte. Seine chirurgische Grundausbildung erhielt Herr Schmidt seit 2008 an der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie der Universitätsklinik Köln unter der Leitung von Prof. Dr. med. Arnulf H. Hölscher. Von Juli 2013 bis Juni 2014 absolvierte Herr Schmidt ein einjähriges Thoraco-esophageal Research Fellowship unter der Leitung von Dr. Donald E. Low am Virginia Mason Medical Center in Seattle, USA. Im Mai 2015 erlangte Herr Schmidt den deutschen Facharzttitel für Viszeralchirurgie.

ESA-Congress 2015

Der diesjährige renommierte Jahreskongress der Europäischen Chirurgen Gesellschaft (ESA) fand im Mai im schönen Warschau statt. Unsere Klinik war auch dieses Jahr wieder mit diversen Forschungsarbeiten zahlreich vertreten. Von den 6 vorgestellten Arbeiten wurden folgende 4 Stück für die Publikation in der November-Ausgabe der renommierten chirurgischen Zeitschrift „Annals of Surgery“ akzeptiert:

Cosmesis and body image in patients undergoing single-port vs. conventional laparoscopic cholecystectomy; a multicenter double-blinded randomized controlled trial (SPOCC-trial).

Georg Lurje, Dimitri Aristotle Raptis, Daniel Christian Steinemann, Iakovos Amygdalos, Patryk Kambakamba, Henrik Petrowsky, Mickaël Lesurtel, Adrian Zehnder, Roland Wyss, Pierre Alain Clavien, Stefan Breitenstein.

Laparoscopic Living Donor Left Lateral Sectionectomy: a New Standard Practice for Donor Hepatectomy.

Olivier Soubrane, Olivier de Rougemont, Ki-Hun Kim, Benjamin Samstein, Nizam Mamode, Olivier Boillot, Roberto I Troisi, Olivier Scatton, François Cauchy, Sung-Gyu Lee, Adam Griesemer, Zubir Ahmed, Pierre-Alain Clavien, Daniel Cherqui.

Prediction of Mortality after ALPPS Stage-1 - An analysis of 320 patients from the International ALPPS Registry.

Erik Schadde, Dimitri Aristotle Raptis, Andreas A. Schnitzbauer, Victoria Ardiles, Christoph Tschuor, Mickael Lesurtel, Eddie Abdalla, Roberto Hernandez-Alejandro, Elio Jovine, Marcel Machado, Massimo Malago, Ricardo Robles-Campos, Henrik Petrowsky, Eduardo De Santibanes, Pierre A. Clavien.

First Comparison of Hypothermic Oxygenated Perfusion (HOPE) Versus Static Cold storage of Human DCD Liver Transplants - An International Matched Case Analysis.

Philipp Dutkowski, Wojciech G Polak, Paolo Muiasan, Andrea Schlegel, Cornelia J Verhoeven, Irene Scalera, Michelle DeOliveira, Philipp Kron, Pierre A. Clavien.

Wir gratulieren den beteiligten Forschungsteams für diese hervorragenden Arbeiten und ihren unermüdlichen Einsatz für die Patienten.

ESA Special Lecture

Des Weiteren hatte unsere Oberärztin Frau Dr. med. Diana Vetter die grosse Ehre, die ESA Special Lecture am Samstagabend zu halten.



Effects of Art on Surgical Patients: A Systematic Review and Meta-analysis.

Diana Vetter, Jürgen Barth, Sema Uyulmaz, Semra Uyulmaz, René Vonlanthen, Giulio Belli, Marco Montorsi, Henri Bismuth, Claudia M. Witt, Pierre-Alain Clavien.

Wir gratulieren Frau Dr. Vetter zum bravourösen Vortrag und dieser sehr interessanten und abwechslungsreichen Studie, welche beim Publikum auf grossen Anklang gestossen ist.



Unsere Publikationen vom Juni bis Oktober 2015

Is single portal vein approach sufficient for hypothermic machine perfusion of DCD liver grafts?

Schlegel A, Kron P, de Oliveira M, Clavien PA, Dutkowski P.
J Hepatol. 2015 Sep 30. pii: S0168-8278(15)00634-0.

Swiss Feline Cancer Registry: A Retrospective Study of the Occurrence of Tumours in Cats in Switzerland from 1965 to 2008.

Graf R, Grüntzig K, Hässig M, Axhausen KW, Fabrikant S, Welle M, Meier D, Guscetti F, Folkers G, Otto V, Pospischil A.
J Comp Pathol. 2015 Sep 25. pii: S0021-9975(15)00132-2.

Hepatocyte Transfection in Small Pigs After Weaning by Hydrodynamic Intraportal Injection of Naked DNA/Mini-circle Vectors.

Stoller F, Schlegel A, Viecelli HM, Rüfenacht V, Cesarovic N, Viecelli C, Deplazes S, Bett-schart R, Hurter K, Schmierer P, Sidler X, Kron P, Dutkowski P, Graf R, Thöny B, Häberle J.
Hum Gene Ther Methods. 2015 Sep 23. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 26398117.

Hypothermic liver perfusion.

Dutkowski PS.
Liver Transpl. 2015 Sep 3.

Small for Size/Function - Does Size Matter? Laboratory Perspective.

Clavien PA.
Liver Transpl. 2015 Aug 28.

Classification of Intraoperative Complications: Reply.

Dell-Kuster S, Clavien PA, Bucher HC, Rosenthal R.
World J Surg. 2015 Aug 22.

«A randomized, double-blind study of the effects of omega-3 fatty acids (Omegaven) on outcome after major liver resection».

Linecker M, Limani P, Botea F, Popescu I, Alikhanov R, Efanov M, Kim P, Khatkov I, Raptis DA, Tschuor C, Beck-Schimmer B, Bonvini J, Wirsching A, Kron P, Slankamenac K, Humar B, Graf R, Petrowsky H, Clavien PA.
BMC Gastroenterol. 2015 Aug 14;15:102.

Implementation of a patient blood management monitoring and feedback program significantly reduces transfusions and costs.

Mehra T, Seifert B, Bravo-Reiter S, Wanner G, Dutkowski P, Holubec T, Moos RM, Volbracht J, Manz MG, Spahn DR.
Transfusion. 2015 Aug 11.

Magnetic separation-based blood purification: a promising new approach for the removal of disease-causing compounds?

Herrmann IK, Schlegel AA, Graf R, Stark WJ, Beck-Schimmer B.
J Nanobiotechnology. 2015 Aug 8;13:49.

Serotonin promotes acinar de-differentiation following pancreatitis-induced regeneration in the adult pancreas.

Saponara E, Grabliauskaitė K, Bombardo M, Buzzi R, Silva AB, Malagola E, Tian Y, Hehl AB, Schraner EM, Seleznik G, Zabel A, Reding T, Sonda S, Graf R.
J Pathol. 2015 Aug 3.

Lymph node dissection in resectable perihilar cholangiocarcinoma: a systematic review.

Kambakamba P, Linecker M, Slankamenac K, DeOliveira ML.
Am J Surg. 2015 Oct;210(4):694-701.

MR imaging features for improved diagnosis of hepatocellular carcinoma in the non-cirrhotic liver: Multi-center evaluation.

Fischer MA, Raptis DA, Donati OF, Hunziker R, Schade E, Sotiropoulos GC, McCall J, Bartlett A, Bachellier P, Frilling A, Breitenstein S, Clavien PA, Alkadhi H, Patak MA.
Eur J Radiol. 2015 Oct;84(10):1879-87.

Roux-en-Y Gastric Bypass Surgery Increases Respiratory Quotient and Energy Expenditure during Food Intake.

Werling M, Fändriks L, Olbers T, Bueter M, Sjöström L, Lönroth H, Wallenius V, Stenlöf K, le Roux CW.
PLoS One. 2015 Jun 22;10(6):e0129784.

«Reply to Slankamenac et al's Comprehensive Complication Index Validation Study (November 2014)».

Slankamenac K, Puhan MA, Clavien PA
Ann Surg. 2015 Jun 15.

Inguinal hernia repair in Switzerland.

Tschuor C, Metzger J, Clavien PA, Vonlanthen R, Lehmann K.
Hernia. 2015 Oct;19(5):741-5.

Rectal enema is an alternative to full mechanical bowel preparation for primary rectal cancer surgery.

Pittet O, Nocito A, Balke H, Duvoisin C, Clavien PA, Demartines N, Hahnloser D.
Colorectal Dis. 2015 Nov;17(11):1007-10.

Epidural analgesia and perioperative kidney function after major liver resection.

Kambakamba P, Slankamenac K, Tschuor C, Kron P, Wirsching A, Maurer K, Petrowsky H, Clavien PA, Lesurtel M.
Br J Surg. 2015 Jun;102(7):805-12.

Conditioning With Sevoflurane in Liver Transplantation: Results of a Multicenter Randomized Controlled Trial.

Beck-Schimmer B, Bonvini JM, Schadde E, Dutkowski P, Oberkofler CE, Lesurtel M, DeOliveira ML, Figueira ER, Rocha Filho JA, Auler JO Jr, D'Albuquerque LA, Reyntjens K, Wouters P, Rogiers X, Debaerdemaeker L, Ganter MT, Weber A, Puhan MA, Clavien PA, Breitenstein S.

Transplantation. 2015 Aug;99(8):1606-12.

ALPPS Offers a Better Chance of Complete Resection in Patients with Primarily Unresectable Liver Tumors. Results of a Multicentre Analysis: Reply.

Schadde E, Hernandez-Alejandro R, Lang H, de Santibañes E, Clavien PA.

World J Surg. 2015 Jul;39(7):1850-1.

Definition and Classification of Intraoperative Complications (CLASSIC): Delphi Study and Pilot

Evaluation.

Rosenthal R, Hoffmann H, Clavien PA, Bucher HC, Dell-Kuster S.

World J Surg. 2015 Jul;39(7):1663-71.

An outcome and cost analysis of anal fistula plug insertion vs endorectal advancement flap for complex anal fistulae.

Fisher OM, Raptis DA, Vetter D, Novak A, Dindo D, Hahnloser D, Clavien PA, Nocito A.

Colorectal Dis. 2015 Jul;17(7):619-26.

Systematic Review and Meta-Analysis of Feasibility, Safety, and Efficacy of a Novel Procedure: Associating Liver Partition and Portal Vein Ligation for Staged Hepatectomy.

Schadde E, Schnitzbauer AA, Tschuor C, Raptis DA, Bechstein WO, Clavien PA.

Ann Surg Oncol. 2015 Sep;22(9):3109-20.

Reply: To PMID 24277679.

Starlinger P, Lesurtel M, Brostjan C, Clavien PA, Gruenberger T.

Hepatology. 2015 Jul;62(1):319-20.

Role of hypothermic machine perfusion in liver transplantation.

Schlegel A, Dutkowski P.

Transpl Int. 2015 Jun;28(6):677-89.

PIPAC--Pressurized intraperitoneal aerosol chemotherapy. A novel treatment for peritoneal carcinomatosis.

Hübner M, Teixeira H, Boussaha T, Cache-maille M, Lehmann K, Demartines N.

Rev Med Suisse. 2015 Jun 17;11(479):1325-30.

When should a liver resection be performed in patients with liver metastases from neuroendocrine tumours? A systematic review with practice recommendations.

Lesurtel M, Nagorney DM, Mazzaferro V, Jensen RT, Poston GJ.

HPB (Oxford). 2015;17(1):17-22.

Die Pankreastransplantation - Chance auf Insulinunabhängigkeit

C. Oberkofler, de Rougemont O.

Der Diabetologe. 2015 September – in press

The short- and long-term outcomes of pancreaticoduodenectomy for cancer in Child A patients are acceptable: a patient-control study from the Surgical French Association report for pancreatic surgery.

Regimbeau JM, Rebibo L, Dokmak S, Boher JM, Sauvanet A, Chopin-Laly X, Adham M, Lesurtel M, Bigourdan JM, Truant S, Pruvot FR, Ortega-Deballon P, Paye F, Bachellier P, Delperro JR.

J Surg Oncol. 2015 May;111(6):776-83.

Glycemic Control in Simultaneous Islet-Kidney Versus Pancreas-Kidney Transplantation in Type 1 Diabetes: A Prospective 13-Year Follow-up.

Lehmann R, Graziano J, Brockmann J, Pfammatter T, Kron P, de Rougemont O, Mueller T, Zuellig RA, Spinass GA, Gerber PA.

Diabetes Care. 2015 May;38(5):752-9.

PTX3 Polymorphisms and Invasive Mold Infections After Solid Organ Transplant.

Wójtowicz A, Lecompte TD, Bibert S, Manuel O, Rüeger S, Berger C, Boggian K, Cusini A, Garzoni C, Hirsch H, Khanna N, Mueller NJ, Meylan PR, Pascual M, van Delden C, Bochud PY;

Collaborators: Achermann R, Aubert JD, Baumann P, Beldi G, Benden C, Berger C, Binet I, Bochud PY, Boely E, Bucher H, Bühler L, Carell T, Catana E, Chalandon Y, de Geest S, de Rougemont O, Dickenmann M, Duchosal M, Fehr T, Ferrari-Lacraz S, Garzoni C, Gasche Y, Soccia PG, Giostra E, Golshayan D, Good D, Hadaya K, Hess C, Hillinger S, Hirsch HH, Hofbauer G, Huynh-Do U, Immer F, Klaghofer R, Koller M, Kuntzen T, Laesser B, Lehmann R, Lovis C, Manuel O, Marti HP, Martin PY, Meylan P, Mohacsi P, Morard I, Morel P, Mueller U, Mueller NJ, Mueller-McKenna H, Müller T, Müllhaupt B, Nadal D, Nair G, Pascual M, Passweg J, Ziegler CP, Rick J, Roosnek E, Rosselet A, Rothlin S, Ruschitzka F, Schanz U, Schaub S, Seiler C, Semmo N, Stampf S, Steiger J, Toso C, Tsinialis D, Van Delden C, Venetz JP, Villard J, Wick M, Wilhelm M, Yerly P.

Swiss Transplant Cohort Study.

Clin Infect Dis. 2015 Aug 15;61(4):619-22.

Unsere Kontakte und Sprechstunden

Hepato-Pankreato-Biliäre Chirurgie

Prof. Dr. med. P.-A. Clavien, PhD
Prof. Dr. med. H. Petrowsky

Kontakt: Frau B. Strube
Tel: 044 255 87 54
Fax: 044 255 89 42
brigitte.strube@usz.ch

Endokrine Chirurgie

Dr. med. D. Vetter
PD Dr. med. M. Bueter, PhD

Kontakt: Frau M. Stenström
Tel: 044 255 97 67
Fax: 044 255 89 42
monika.stenstroem@usz.ch

Transplantation (Leber)

Prof. Dr. med. P. Dutkowski
Kontakt: Chirurgische Poliklinik
Tel: 044 255 17 88
Fax: 044 255 89 29

Transplantation (Niere & Pankreas)

Dr. med. O. de Rougemont
Dr. med. Ch. Oberkofler
Dr. med. K. Hübel

Kontakt: Frau J. Hanken
Tel: 044 255 97 23
josiane.hanken@usz.ch

Oberer Gastrointestinaltrakt

Prof. Dr. med. C. Gutschow
Dr. med. D. Vetter

Kontakt: Frau M. Stenström
Tel: 044 255 97 67
Fax: 044 255 89 42
monika.stenstroem@usz.ch

Kolon, Rektum, Proktologie

PD Dr. med. M. Turina, PhD
Dr. med. A. Rickenbacher
Dr. med. K. Slankamenac, PhD
Kontakt: Frau D. Lombardo
Tel: 044 255 92 88
Fax: 044 255 89 42
daniela.lombardo@usz.ch

Bariatrische Chirurgie

PD Dr. med. M. Bueter, PhD
Dr. med. D. Vetter

Kontakt: Frau M. Stenström
Tel: 044 255 97 67
Fax: 044 255 89 42
monika.stenstroem@usz.ch

Viszeral Allgemein / HIPEC

Dr. med. R. Vonlanthen, M.H.A.
Dr. med. K. Lehmann, PhD
Dr. med. S. Käser

Kontakt: Chirurgische Poliklinik
Tel: 044 255 17 88
Fax: 044 255 89 29

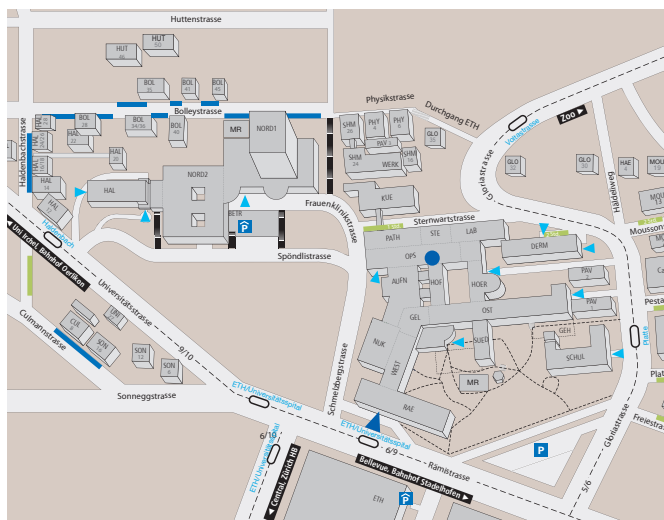
Mehr Infos zu Spezialisten-Teams:

<http://www.vis.usz.ch/HealthProfessionals/Spezialisten-Teams/Seiten/default.aspx>

UniversitätsSpital Zürich
Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie
Rämistrasse 100
8091 Zürich

Tel.: +41 (0)44 255 33 00
Fax: +41 (0)44 255 44 49

www.vis.usz.ch
viszeralchirurgie@usz.ch





**UniversitätsSpital
Zürich**