

Magazin der Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie am USZ

## *Weiterbildungskonzept an der Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie*



# Geschätzte Kolleginnen und Kollegen



**Prof. Dr. med.  
Pierre-Alain Clavien**  
Klinikdirektor, Viszeral- und  
Transplantationschirurgie

Jeder kennt die Situation, weil sich jeder selber einmal mit diesen Fragen auseinandersetzen musste: Welche Fachrichtung schlage ich nach dem Staatsexamen ein? Wo und wie durchlaufe ich meine Ausbildung zum Facharzt? Während einige bereits während dem Studium ihren zukünftigen Werdegang durchchoreografiert haben, nutzen andere die ersten klinischen Berufsjahre, um zunächst verschiedene Disziplinen kennenzulernen und entscheiden sich erst danach. In beiden Fällen ist es aber entscheidend zu wissen, welche Möglichkeiten Weiterbildungsstätten für angehende Chirurgeninnen und Chirurgen jeweils bieten. Dieses Angebot hat sich im Laufe der Jahre stetig weiterentwickelt. Mit Weiterbildungsnetzwerken, transparenten, (Sub-)Spezialitätenorientierten Konzepten, standardisierten, arbeitsplatzbasierten Assessments etc. sind wir auf bestem Weg, die chefärztliche Monopolstellung bezüglich Karriereplanung in Sauerbruch'scher Manier endgültig zu bodigen (übrigens, damals mussten heiratswillige Mitarbeiter in seinem Büro antraben und auf seinen Segen hoffen. Ansonsten hiess es: Karriere oder Liebe...).



**Dr. med.  
Daniela Cabalzar-Wondberg**  
Oberärztin, Viszeral- und  
Transplantationschirurgie

Auch unsere Klinik bietet ein strukturiertes Weiterbildungskonzept an. Orchestriert durch unseren Programmdirektor, Andreas Rickenbacher, haben junge Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit, unterschiedliche Wege für ihre chirurgische Laufbahn kennenzulernen respektive zu durchlaufen. In der aktuellen «surg.ch»-Ausgabe präsentieren wir ihnen unser vielfältiges Weiterbildungskonzept.



**Dr. med.  
Selim Dinçler**  
Oberarzt, Viszeral- und  
Transplantationschirurgie

Googeln sie mal die Begriffe Erfahrung und Chirurgie. In 0,47 Sekunden spuckt die Suchmaschine ca. 28 Millionen Resultate aus und man erkennt schnell den Stellenwert des Einen für die Qualität des Anderen. Professor Philippe Gertsch ist das beste Beispiel dafür. Sein Erfahrungsschatz sucht in unseren Breitengraden Seinesgleichen und sein Lebenslauf reicht eigentlich locker für mehrere Karrieren. Diese Erfahrungen hat er nun in einem Buch niedergeschrieben, welches den Beruf der Chirurgen/des Chirurgen in all seinen Facetten beschreibt. Unser Interview mit Professor Philippe Gertsch gibt einen Einblick in diese spannende Lektüre, welche wir allen wärmstens empfehlen, die sich in irgendeiner Art und Weise mit der Disziplin Chirurgie befassen.

# Inhalt

<b>Editorial</b>	<b>2</b>
<b>Weiterbildungskonzept an der Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie</b>	<b>4</b>
<b>Interview mit Professor Philippe Gertsch</b>	<b>10</b>
<b>News aus der Klinik</b>	
– Innovation in der Schilddrüsenchirurgie – Fluobeam	16
– Personelles	17
<b>Publikationen aus der VIS 2021</b>	<b>18</b>
<b>Kontakte und Sprechstunden</b>	<b>20</b>

## Impressum

### Herausgeber und Redaktion

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

### Redaktion

Daniela Cabalzar-Wondberg  
([daniela.cabalzar-wondberg@usz.ch](mailto:daniela.cabalzar-wondberg@usz.ch))  
Selim Dinçler ([selim.dincler@usz.ch](mailto:selim.dincler@usz.ch))  
Susanne Gaal, wissenschaftliche Assistentin  
([susanne.gaal@usz.ch](mailto:susanne.gaal@usz.ch))

### Kontakt

Daniela Cabalzar-Wondberg  
[daniela.cabalzar-wondberg@usz.ch](mailto:daniela.cabalzar-wondberg@usz.ch)  
Tel. 043 253 83 49  
Fax 044 255 89 42  
Selim Dinçler  
[selim.dincler@usz.ch](mailto:selim.dincler@usz.ch)  
Tel. 044 255 23 00  
Fax 044 255 44 49

### Layout

[www.klauserdesign.ch](http://www.klauserdesign.ch)

Zögern Sie nicht, uns für Mitteilungen und Anregungen unter  
[daniela.cabalzar-wondberg@usz.ch](mailto:daniela.cabalzar-wondberg@usz.ch) oder [selim.dincler@usz.ch](mailto:selim.dincler@usz.ch)  
zu kontaktieren.

# «Weiterbildungskonzept an der Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie»

Die Aus- und Weiterbildung der zukünftigen Ärztinnen und Ärzte ist uns ein grosses Anliegen und hat an unserer Klinik einen wichtigen Stellenwert. Wir streben eine strukturierte Weiterbildung in der Viszeralchirurgie an mit dem Ziel die AssistenzärztInnen bis zum Facharzt Chirurgie begleiten zu können. Da die Assistenzärzte in verschiedenen Weiterbildungsstadien zu uns kommen, gibt es individuell angepasste Wege.

## Weiterbildung im «Common Trunk»

KollegInnen, welche unmittelbar nach dem Studium Ihre Weiterbildung am Universitätsspital Zürich beginnen wollen, haben die Möglichkeit im sogenannten Common Trunk zu starten. Der Common bietet eine zweijährige Weiterbildung mit vier Rotationen von jeweils sechs Monaten an. Während dieser Zeit kann ein tiefer Einblick in den Alltag der folgenden Kliniken gewonnen werden: Herzchirurgie, Gefässchirurgie, Thoraxchirurgie, Traumatologie, Urologie, Plastische Chirurgie und Viszeralchirurgie. Während dieser Zeit soll eine Grundlage der Chirurgie erworben werden, um später in einem der Spezialgebiete die Weiterbildung fortsetzen zu können.

## Weiterbildung in der Viszeralchirurgie

ÄrztInnen, welche den direkten Weg in die Viszeralchirurgie einschlagen wollen können gleich auf der Viszeralchirurgie beginnen. Unserer Klinik ist in verschiedene Teams unterteilt, mit Schwerpunkten in der hepato-biliären Chirurgie, der Transplantationschirurgie, der Chirurgie des oberen und unteren Gastrointestinaltraktes, sowie der allgemeinen Viszeralchirurgie und der Bariatrie. Um eine breite chirurgische Ausbildung zu garantieren rotieren die AssistenzärztInnen jeweils für drei Monate in die verschiedenen Teams. Dabei erlernen sie die Krankheitsbilder und operativen Eingriffe der jeweiligen Subspezialitäten und werden aktiv involviert in die Indikationsstellungen, mit präoperativer Sprechstunde und Tumorboard, sowie die Operationen, postoperative Betreuung auf den Stationen und Nachsorge.

## Erfahrungsadaptierte Weiterbildung

Das Ausbildungsmodell der AssistenzärztInnen basiert auf dem amerikanischen Vorbild mit der Unterteilung in Intern, Junior, Senior und Chief Resident (Abbildung 1). Die Assistenten durchlaufen dabei die verschiedenen Stadien der

Ausbildung, wobei sie schrittweise mehr Eigenständigkeit in der Patientenbetreuung und ein höheres Mass an operativen Fertigkeiten erlernen. Den Abschluss der Ausbildung bildet dabei die Chief Residency, kurz vor oder unmittelbar nach Erhalt des Facharztstitels, wo bereits Oberarztendienste und operative Eingriffe selbstständig durchgeführt werden.

Im Laufe der Ausbildung besteht die Möglichkeit fixe interne Rotationen für jeweils 6 Monate auf die Notfallabteilung, die Intensivstation und die Thoraxchirurgie zu durchlaufen. Zudem werden die AssistenzärztInnen regelmässig auf der Intermediate Care Station eingesetzt, wo sie Grundprinzipien der intensivmedizinischen Therapie früh erlernen und auf die intensivmedizinische Rotation vorbereitet werden.

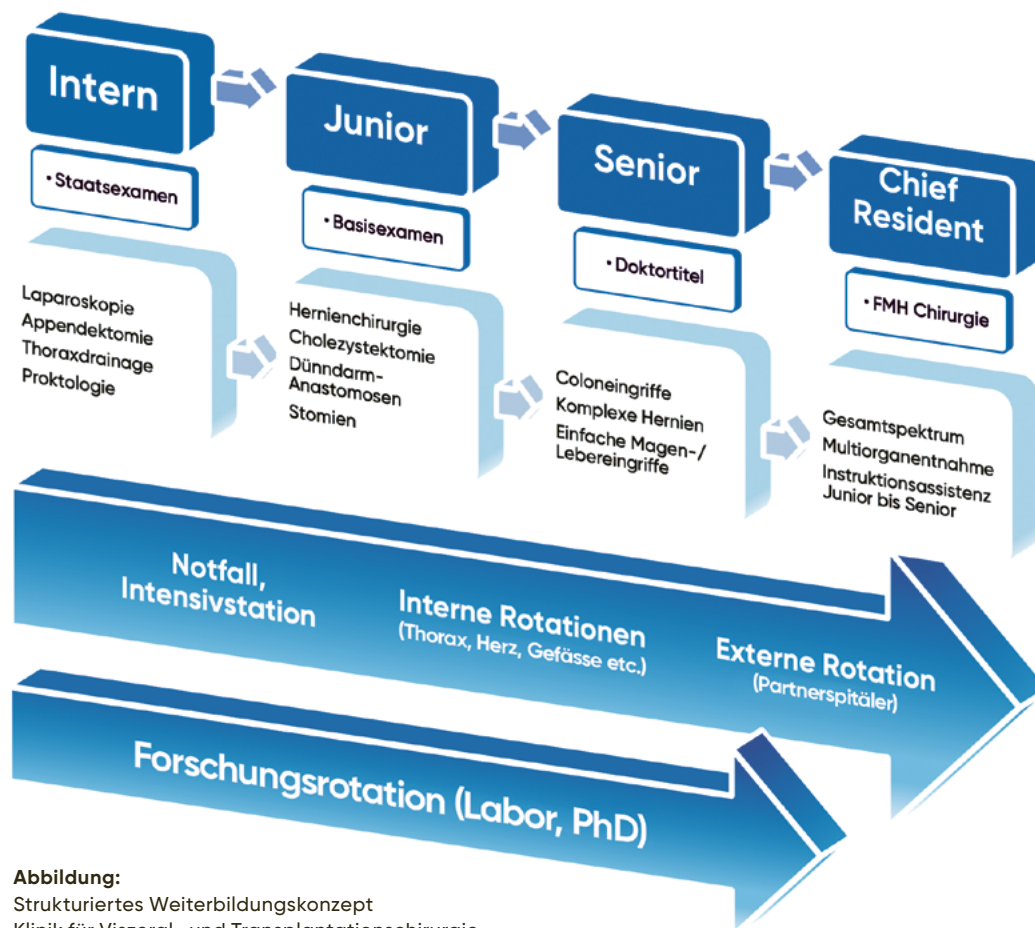
Mit diversen Partnerspitälern haben wir eine langjährige Zusammenarbeit und es bestehen externe Rotationsmöglichkeiten in diese Spitälern.

## Karriereplanung

Jedem AssistentIn wird zu Beginn ein Advisor zugeteilt. Dieser ist Teil des Kaders (OberärztInnen und Leitende Ärzte) und steht für persönliche Beratungen und insbesondere die Karriereplanung zur Seite. In halbjährlichen Evaluationsrunden werden alle AssistentInnen durch die Kaderärzte evaluiert und die weitere Karriereplanung und Unterstützung zusammen mit dem Programmdirektor festgelegt.

## Forschung

Für AssistentInnen mit grossem Interesse an der Grundlagenforschung besteht nach einem Auswahlverfahren auch die Option eine Rotation ins Labor zu ermöglichen. Optional kann begleitend auch ein MD-PhD Programm an



**Abbildung:**  
Strukturiertes Weiterbildungskonzept  
Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie

der Universität Zürich absolviert werden. In einem separaten Artikel wird die Forschungszeit von Matteo Müller beleuchtet.

Analog zur Grundlagenforschung besteht auch die Möglichkeit einer Rotation mit klinischer Forschung. Dies ist in Zusammenarbeit mit dem Institut für Epidemiologie möglich.

### Fortbildungsveranstaltungen

Die kontinuierliche Fortbildung ist ein wesentlicher Teil unseres Ausbildungskonzepts. Wöchentlich finden unter anderem folgende Veranstaltungen statt:

- **Resident Lecture**
- **Morbidity and Mortality Konferenz**
- **Journal Club**
- **Grand Rounds**
- **Diverse Boards**

Die Resident Lectures werden zu wichtigen klinischen Themen von einem Assistenten, mit Unterstützung eines Kaderarztes, vorbereitet und auf Englisch vorgetragen. Diese Präsentationen werden ausserdem gefilmt und die Videos auf einem Youtube-Kanal des Spitals hochgeladen und damit allen zugänglich gemacht.

In regelmässigen Intervallen finden Kurse intern wie auch extern statt, an welchen AssistenzärztInnen ihre chirurgischen Fähigkeiten ausbauen können. Zu den wichtigsten gehören dabei:

- **Gastrointestinale Kurs in Davos**
- **Nahtkurs**
- **Laparoskopischer Basiskurs**

Nach dem Facharzt ist das Ziel eine Position als Oberarzt oder ein Fellowship antreten zu können. Wir sind bestrebt mit diesem Weiterbildungskonzept die zukünftigen ChirurgInnen optimal darauf vorzubereiten und somit die Zukunft der Chirurgie in der Schweiz mitgestalten zu können.



**Dr. med. Andreas Rickenbacher**  
Programm Direktor & Leiter Steuerungsgruppe Common Trunk,  
Oberarzt mEV,  
Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie



**Dr. med. Fabian Rössler**  
Oberarzt, Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie

## Research Fellowship als Teil der chirurgischen Ausbildung

Die chirurgische als auch akademische Ausbildung von jungen Chirurg\*innen ist eine der Hauptaufgaben der Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie. Verschiedene Lehrveranstaltungen bestehen bereits, um theoretisches Wissen zu Grundlagenforschung und klinischen Studien weiterzuvermitteln. Für besonders interessierte junge Kolleg\*innen besteht zudem seit 20 Jahren die Möglichkeit, in unserem viszeralchirurgischen Labor hochstehende und international beachtete Grundlagenforschung zu betreiben.

Traditionsgemäss wird nach ca. zweijähriger klinischer Tätigkeit an unserer Klinik bei Interesse das Aufnahme-prozedere ins Labor gestartet. Zum Bewerbungsverfahren gehören nicht nur persönliche Gespräche mit dem Programmleiter, Laborleitung und Klinikdirektor, sondern auch ein kurzer Aufnahmetest mit dazu. In den einzelnen Gesprächen wird nicht nur die Eignung für das Labor evaluiert, sondern es werden die gegenseitigen Erwartungen an die Forschungsrotation präzisiert und individuelle Interessen des Bewerbenden exploriert. Grundsätzlich besteht an unserer Klinik die Möglichkeit, eine mindestens zweijährige Forschungsrotation zu absolvieren, die komplett vom klinischen Alltag (OP, Sprechstunden, Stationsarbeit) getrennt ist. Die Projekte bestehen beispielsweise aus Leberregenerations- und Krebsforschung am Kleintier (Mäuse/Ratten), Transplantationsforschung mit hypothermer Perfusion (HOPE) der Leber und Niere oder normothermer Langzeit-Perfusion/ex vivo Leberregeneration im Rahmen des Wyss-Projektes in Kooperation mit der ETH Zürich. Bei passendem Forschungs-Projekt und dem Ziel einer zukünftigen Leitungsfunktion in «Basic-Research»-Projekten, kann ein MD-PhD-Programm der Universität Zürich über einen Zeitraum von ca. vier Jahren absolviert werden.

Eine Grundvoraussetzung für die effiziente Arbeit im Labor ist selbständiges Arbeiten. Individuelle Experimente werden anfangs unter Anleitung, im weiteren Verlauf selbstständig geplant und durchgeführt, die Resultate schliesslich zusammengetragen und ausgewertet. Regelmässig werden diese Daten am Lab-Meeting am Donnerstag-Mittag präsentiert, um die kritische Beurteilung und Input der anderen Labor-Kolleg\*innen, Gruppenleiter\*innen und des Klinikdirektors zu erhalten. Das Ziel ist es hierbei, seine Resultate spätestens zum Ende seiner Laborzeit in Form von



Abbildung 1: Messung von mitochondrialen Bestandteilen im Perfusat

Originalarbeiten zu publizieren und damit eventuell zur Lösungsfindung von klinischen Problemen der Leber- und Transplantationschirurgie beizutragen.

Neben der operativen Tätigkeit am Tiermodell (Maus, Ratte, Schwein), der Durchführung und Analyse von Versuchen und Proben (Abbildung 1), sowie Anfertigen und Beurteilung von histologischen Schnitten, gibt es immer wieder Schnittstellen zur Viszeralchirurgischen Klinik. Man wird häufig in diverse klinische Studien eingebunden, wobei man die Chance bekommt, unter Supervision eigene klinische Studien zu koordinieren und durchzuführen. Ausserdem besteht die Möglichkeit am klinischen Leberperusionsprogramm (HOPE) beizuwohnen, wobei man im OP für das Bereitstellen und Bedienen der Perfusionsmaschinen während einer Lebertransplantation zuständig ist (Abbildung 2).

Nach zweieinhalb Jahren befinde ich mich nun am Ende meiner Forschungsrotation und blicke auf eine

aufregende, sehr lehrreiche aber teilweise sicherlich auch fordernde Zeit zurück. Auch wenn das Absolvieren der Facharztausbildung durch die Forschungszeit möglicherweise etwas verzögert wird, bin ich nach wie vor davon überzeugt, dass der fundierte Einblick in die Grundlagenforschung zum klinischen Verständnis von verschiedensten Krankheiten beiträgt und das Forschungslabor als «Lebensschule» zur Ausbildung eines akademisch tätigen Chirurgen dazugehört.



**Matteo Müller**  
Assistenzarzt, Klinik für Viszeral-  
und Transplantationschirurgie



Abbildung 2: Anschliessen einer Spenderleber an die HOPE-Maschine vor der Transplantation

## Weiterbildung: Fellowship



**Mein Studium und die Zeit als Assistenzarzt habe ich an der Litauischen Universität für Gesundheitswissenschaften in Kaunas (Litauen) absolviert. Danach war ich als Oberarzt i.V. im Team HPB und Lebertransplantation am Universitätsspital in Kaunas tätig. Für ein solch spezialisiertes Gebiet wie die hepato-pankreatobiliären Chirurgie und Lebertransplantation ist jedoch eine Standardausbildung in der Regel nicht ausreichend. Deswegen habe ich mich für ein Fellowship in HPB Chirurgie und Lebertransplantation an der Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie am Universitätsspital Zürich beworben. Die Bewerbung war erfolgreich und ich durfte die Stelle am 1. Juli 2019 in Zürich antreten.**

Es sind stets zwei Fellows im Einsatz. Das Fellowship dauert zwei Jahre und die beiden Fellows rotieren jeweils im drei- Monats-Rhythmus zwischen dem HPB- und dem Transplantation-Team. Während des gesamten Fellowship ist man sehr eng im jeweiligen Team

eingebunden. Die Aufgaben reichen von der Vorbereitung und Vorstellung von Patienten am Rapport bis zu Organentnahmen und Durchführen stufengerechter Eingriffe (Abbildung 1).

Dadurch lernt man nicht nur die verschiedensten, teilweise äusserst komplexen Krankheitsbilder kennen, man gewinnt auch Einblick in die Therapiekonzepte respektive deren (interdisziplinäre) Entscheidungsfindung. Für eine gute und erfolgreiche Weiterbildung ist auch die Teamstruktur und -grösse wichtig. An der Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie USZ arbeitet man in eher kleinen Teams von vier bis sechs Personen, so hat jedes Teammitglied eine Funktion und man ist nicht nur „Mitläufer“. Um sich als Fellow zwischen dem breiten HPB-Spektrum, den unterschiedlichen Herausforderungen und all den Eindrücken nicht zu verlieren, werden Fellows durch Mentoren unterstützt, was – insbesondere am Anfang- eine grosse Hilfe darstellt (Abbildung 2).



Klinische Forschung ist ebenfalls ein sehr wichtiger Teil des Fellowships. An der Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie hat man die besten Möglichkeiten, an verschiedenen Studien teilzunehmen, die Publikationen vorbereiten und mit Glück auch in High-Impact Journals zu publizieren.

Die Zeit vergeht sehr schnell und mein Fellowship ist bald zu Ende. Ich kann jedoch schon jetzt sagen, dass ich während meiner Zeit in Zürich viel gelernt habe und kann jeder Kollegin und jedem Kollegen mit Interesse an der hepato-pankreato-biliären Chirurgie diese Stelle empfehlen.



**Dr. med. Povilas Ignatavicius**  
HPB Fellow, Klinik für Viszeral-  
und Transplantationschirurgie



# «Sobald es wieder möglich ist, werde ich mit meinem Citroën 2 CV auf den Strassen von Asien unterwegs sein!»

Interview mit Professor Philippe Gertsch

Kaum einer in unseren Breitengraden hat die Entwicklung der Chirurgie während den letzten Jahrzehnten so hautnah miterlebt wie Professor Philippe Gertsch. Ob als Sohn eines Chirurgen, als Chefarzt, in der Grundversorgung, in der Spitzenmedizin oder in Krisengebieten, er war stets mittendrin. Nun hat er seine Erfahrungen in einem Buch niedergeschrieben und nimmt uns mit auf eine spannende chirurgische, aber auch sehr persönliche Zeitreise. Wir hatten die Gelegenheit, Professor Philippe Gertsch in einem Interview zu seinem kürzlich erschienenen Werk zu befragen.

***Diesen Frühling ist Ihre Autobiografie im Handel erschienen. Die Leserschaft genießt einzigartige Einblicke in sieben Jahrzehnte Chirurgie aus der Sicht eines Zeitzeugen, Chirurgie hautnah sozusagen. Wie ist die Idee für dieses Konzept entstanden?***

Der Begriff «Autobiographie» gefällt mir nicht. Dies war nicht das Ziel dieses Buches. Schon während meiner Jugend und später im Laufe meines Berufslebens habe ich über die Zeit, aus einer privilegierten Perspektive, die Entwicklung und verschiedenen Facetten des Berufes eines Chirurgen schätzen lernen dürfen. Dieses Buch beschreibt in erster Linie den Beruf des Chirurgen, seine Schwierigkeiten und Herausforderungen, welche so scheint es mir, in der breiten Öffentlichkeit nur wenig bekannt sind.

***Welche Rolle spielt Ihr Vater, Robert André Gertsch, in Ihrem Buch, dem Sie den ersten Teil darin widmen?***

Ich dachte, es wäre interessant, über die tatsächliche chirurgische Tätigkeit über einen möglichst langen Zeitraum zu berichten. Dies kann am ehesten durch einen einzelnen Beobachter, welcher die Geschichte über zwei Generationen verfolgt, erfolgen. So berichte ich über die Tätigkeit eines Chirurgen, der in den 1940er Jahren zu praktizieren begann und den ich in meiner Jugendzeit beobachten durfte. Dieser war zufällig mein Vater. Er war ein Allgemein-Chirurg, im Schweizer Sinne des Wortes.

***Der Titel lautet: «Chirurgien pour le meilleur et pour le pire» (sinngemäss: «Für immer Chirurg, in guten wie in schlechten Zeiten»). Welches waren die guten, welches die schlechten Zeiten?***



Operationssaal in Barnaul, Russland

Der beste Teil würde ich sagen, war das Privileg, einen Beruf zu ausüben, der mich jeden Tag faszinierte und in einer angenehmen Umgebung zu arbeiten, welche dank der Motivation der Kollegen verschiedener Fachbereiche, sowie durch das Pflegepersonal, welches mich umgab, entstanden ist. Die Fälle, welche ich behandelte, sowie der ständige Fortschritt der Medizin und der Chirurgie, interessierten mich sehr. Ebenfalls gehören zu den guten Erinnerungen die Kongresse und Treffen mit Kollegen des gleichen Fachbereiches, das Lesen von Fachzeitschriften und das Nacheifern, welches durch die Forschung entstehen kann. Abgesehen davon hat mir dieser Beruf erlaubt, andere Länder und deren Kultur entdecken zu dürfen. Das Schlimmste würde ich sagen war die Sorge, die ich in manchen Fällen hatte, wenn Komplikationen auftraten, zum Glück selten, aber immer gefürchtet. Daneben waren



Unterwegs mit dem 2 CV in den Bergen von Kirgistan

da noch Enttäuschungen über erfolglose Bewerbungen. Und schließlich, was in den Anfangsjahren noch nicht so präsent war, die Angst vor einem – berechtigten oder unberechtigten – Behandlungsfehler-Vorwurf, welche im Laufe der Zeit leider größer geworden ist.

**Ihr chirurgischer Werdegang beeindruckt durch die Vielfalt und Fülle Ihrer Tätigkeiten und man könnte fast meinen, dass die Curricula zweier verschiedener Personen miteinander verflochten wurden: Einem in der Schweiz und einem weltweit tätigen Chirurgen. War es für Sie schon immer klar, dass Ihr beruflicher Weg nicht vor Grenzen Halt machen wird?**

Es stimmt, ich habe in verschiedenen Bereichen der Allgemeinchirurgie und später der Viszeralchirurgie praktiziert. Schnell kristallisierte sich heraus, dass ich mich am meisten für die hepatobiliäre und pankreatische Chirurgie interessiere. Aber in den 1970er Jahren dachte man, je breiter die Ausbildung, desto besser war man! So wurde ich im Verlauf der Jahre als Spezialist in verschiedenen Bereichen der Chirurgie angesehen

**Chefarzt, Kriegschirurg, Grundversorger, Spitzenmediziner, Weltenbummler. Solothurn, Laos, Sibirien, Bellinzona, Peshawar, Lausanne, Hong Kong. Alles Stationen aus Ihrem (Berufs)leben, und die Aufzählung könnte fast beliebig fortgeführt werden. Suchen Sie bewusst Gegensätze?**

Keinesfalls! Es waren die Umstände und der Gegenwind, die mich dazu brachten, an diese verschiedenen Orte zu gehen. Wenn ich vor einem Hindernis stand, das unüberwindbar schien, habe ich es umgangen und habe mehrmals den Rahmen wechseln müssen. Ich hatte das Glück,

eine verständnisvolle Partnerin zu haben, die wahrscheinlich wie ich eine Vorliebe für Abenteuer hatte, was mich davor bewahrte, auf einem Weg zu landen, den ich vermeiden wollte.

**Eine Aussage von Ihnen lautet, dass die Allgemeinchirurgie unterschätzt wird und zu Unrecht einen schlechteren Ruf als die (hoch)spezialisierten Disziplinen genießt, Was genau meinen Sie damit?**

Nein, ich sage nicht, dass die sogenannte Allgemeinchirurgie einen schlechteren Ruf besitzt. Jedoch war sie lange Zeit in den Medien und damit in der Öffentlichkeit weniger prestigeträchtig als die Herzchirurgie und Neurochirurgie. Und das habe ich immer als unfair empfunden. Jetzt, da sich die Viszeralchirurgie in Subspezialitäten aufspaltet, ändert sich das wahrscheinlich.



Operationssaal USZ, Schweiz

## Welche Rolle spielt die Allgemeinchirurgie in der Schweiz von morgen?

Das ist eine schwierige Frage in einem kleinen Land wie der Schweiz. Jeder Mensch der operiert wird, wünscht sich, dass dies von demjenigen durchgeführt wird, welcher sich am besten in diesem Bereich auskennt. Die entstandenen Subspezialitäten und diejenigen, die diese praktizieren, erfüllen somit diese Nachfrage. Es ist jedoch auch klar, dass nicht alles schwarz oder weiss ist. Der breitere Blick, den ein weniger spezialisierter Chirurg haben kann, hat nämlich ebenfalls Vorteile, z. B. bei der Gesamtbeurteilung eines Patienten, dessen Behandlung oder der Priorisierung komplexer Fälle. Dieses Chirurgie-Profil ist wahrscheinlich weiterhin in denjenigen Spitälern von Relevanz, in welchen häufige Krankheitsbilder behandelt werden. Sicherlich ist es auch notwendig für jemanden, der in Ländern der Dritten Welt arbeiten wird, ob sie sich nun diese im Krieg befinden oder nicht.

**Sie schildern sehr eindrücklich einen Fall aus Ihrer Zeit in Bellinzona, als Sie in die Fänge der Strafverfolgung gerieten, konfrontiert mit dem Vorwurf der fahrlässigen Tötung. Ihre metaphorische Schlussfolgerung daraus ist, dass man als Chirurg ständig mit dem Gefühl arbeitet, jemand hält einem eine Waffe an die Schläfe. Als Kriegschirurg, unter anderem in Pakistan nahe der afghanischen Grenze zu Sovjet-Zeiten, mussten Sie ebenfalls jederzeit mit Angriffen rechnen. Auch Geiselnahmen**



Einsatz in Peshawar, Pakistan, IKRK



Gemeinsam mit Studenten in Semey, Kasachstan

## von Ärzten kommen vor. Wie gingen Sie jahrelang mit der Gefahr um, (ballistisch oder juristisch) angegriffen zu werden, während dem Sie anderen Menschen helfen?

Meine Arbeit in Pakistan war einige Kilometer vom Kriegsgebiet entfernt, welches sich auf der anderen Seite der Grenze befand. Es bestand also kein Risiko in Bezug auf den Krieg. Das war zu einer Zeit (1985), als es noch keine Geiselnahmen gab, als das IKRK respektiert wurde und als die interreligiöse Toleranz viel besser war als heute. Heute ist diese Art von Arbeit gefährlich geworden, und man kann diejenigen, die sie ausüben, nur bewundern. In Hinblick auf das juristische Risiko einer Klage gegen den Chirurgen denke ich, dass der Chirurg, der seine operativen Indikationen möglichst eng an seinem Gewissen ausrichtet, der in seinem Fachgebiet kompetent und anerkannt ist, gerade in der onkologischen Chirurgie davon abgehalten werden kann, ein Risiko einzugehen, welches sich der Grenze des Machbaren nähert, jedoch für seinen Patienten lebensrettend sein könnte. Und somit seinem Schicksal überlässt.

## Im Büro Ihres Vaters hing ein Bild von René Leriche, seinem Doktorvater, dem er grossen Respekt zollte. Von welchem Chirurgen haben Sie ein Bild aufgehängt?

Ich habe nie ein Portrait eines Chirurgen in meinem Büro aufgehängt! Wenn ich ein Bild aufhängen müsste, wäre es vielleicht das eines Astrophysikers, dessen Fragen fundamental und manchmal philosophisch sind. Stephen Hawking?

## Welches Projekt werden Sie als Nächstes in Angriff nehmen?

Sobald es wieder möglich ist, werde ich mit meinem Citroën 2 CV auf den Strassen von Asien unterwegs sein!

## Referenz



### «Chirurgien pour le meilleur et pour le pire»

Éditions de l'Aire  
274 Seiten  
ISBN 9782889561940



**Dr. med. Selim Dinçler**

Oberarzt, Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie

Übersetzung: Amélie Müller und Dr. Guillaume Aeby, Oberärztin i.V.

# «Repartir sur les route d'Asie avec ma Citroën 2 CV dès que ce sera à nouveau possible!»

Interview avec Professeur Philippe Gertsch

Peu de personnes sous nos latitudes ont vécu l'évolution de la chirurgie au cours des dernières décennies d'aussi près que le Professeur Philippe Gertsch. Que ce soit en tant que fils de chirurgien, en tant que médecin-chef, dans le domaine des soins primaires, ou de la médecine de pointe ainsi que dans les régions en crise, il a toujours été au cœur de l'action. Aujourd'hui, il a consigné ses expériences dans un livre et nous emmène dans un passionnant voyage chirurgical, mais aussi très personnel, à travers le temps. Nous avons eu l'occasion d'interviewer le Professeur Philippe Gertsch à propos de ses travaux récemment publiés.

**Votre autobiographie a été publiée ce printemps. Les lecteurs bénéficient d'un aperçu unique sur sept décennies de chirurgie du point de vue d'un témoin contemporain. La chirurgie au plus près, pour ainsi dire. Comment est née l'idée de ce concept ?**

Je n'aime pas le terme d'autobiographie. Ce n'a pas été le but de ce livre. Durant ma jeunesse puis par mon métier j'ai joui au cours des années d'un poste d'observation privilégié de l'évolution et des multiples facettes du métier de chirurgien. Ce métier, ses difficultés et ses défis sont, me semble-t-il, mal connus du grand public auquel ce livre s'adresse avant tout.

**Quel rôle joue votre père, Robert André Gertsch, auquel vous consacrez la première partie de ce livre ?**

J'ai pensé qu'il serait intéressant de rapporter la réalité de l'activité chirurgicale sur la durée la plus longue possible. C'est en la suivant sur deux générations qu'un seul observateur peut le faire. Ainsi je rapporte l'activité d'un chirurgien qui a commencé à pratiquer dans les années 40 et que j'ai eu loisir d'observer durant ma jeunesse. Il se trouve que c'était mon père. Il avait une activité de chirurgien général, au sens suisse du terme.

**Le titre de votre ouvrage est : «Chirurgien pour le meilleur et pour le pire». Quelle fut la meilleure expérience et au contraire la pire épreuve de votre carrière ?**

Le meilleur, je dirais que cela a été le privilège d'avoir eu un métier qui m'a intéressé chaque jour où je l'ai exercé, dans un environnement agréable, grâce à la motivation des collègues de différentes spécialités, comme celle des



Salle d'opération à Barnaul, Russie

infirmières qui m'entouraient. Il m'a intéressé pour les cas que j'avais à traiter, pour les progrès constants de la médecine et de la chirurgie. Les congrès et les rencontres avec des collègues de la même spécialité, la lecture des revues spécialisées et l'émulation que peut donner la recherche font partie des bons souvenirs. A part cela, il y a aussi les occasions que m'a donné ce métier de découvrir d'autres pays et leur culture. Le pire, je dirais que cela a été d'abord les soucis que m'ont procuré certains cas lors de complications, heureusement rares, mais toujours redoutées. Et puis il y a eu les déceptions lors de postulations qui n'ont pas abouti. Et encore, ce qui était inconnu dans les premières années, la crainte d'une accusation – justifiée ou pas – d'erreur médicale, qui s'est malheureusement précisée au cours du temps.



Sur la route avec la 2 CV dans les montagnes du Kirghizistan

**Votre carrière en tant que chirurgien impressionne par la diversité de vos activités. On pourrait presque penser que les cursus de deux personnes différentes se sont entremêlés : Un chirurgien basé en Suisse et un chirurgien porté sur l'international. A-t-il toujours été clair pour vous que votre parcours professionnel ne s'arrêterait pas aux frontières ?**

J'ai exercé, il est vrai, divers domaines de la chirurgie générale, puis viscérale. Très tôt, j'ai su que la chirurgie hépatobiliaire et pancréatique m'intéressait le plus. Mais dans les années 70, on pensait que plus large était sa formation, meilleur on était! J'ai ainsi été, mais de manière successive, considéré comme spécialiste dans divers domaines de la chirurgie.

**Médecin chef, chirurgien de guerre, actif dans la médecine de base jusqu'à celle de pointe, globe-trotter. Soleure, Laos, Sibérie, Bellinzone, Peshawar, Lausanne, Hong Kong. De multiples casquettes portées à travers le monde tout au long de votre vie (professionnelle). La liste se prolonge presque indéfiniment. Recherchez-vous délibérément les contrastes ?**

Pas du tout ! Ce sont les circonstances et les vents contraires qui m'ont fait aller dans ces différents endroits. Lorsque je me trouvais devant un obstacle qui paraissait infranchissable, je le contournais et c'est ainsi que j'ai du changer de cadre à plusieurs reprises. J'ai eu la chance d'avoir une compagne compréhensive et qui avait peut-être le goût de l'aventure comme moi, ce qui m'a évité de m'échouer sur une rive que je voulais éviter...

**Vous affirmez que la chirurgie générale est sous-estimée et jouit injustement d'une moins bonne réputation que les disciplines (hautement) spécialisées, qu'entendez-vous exactement par là ?**

Non, je ne dis pas que la chirurgie dite générale ait eu moins bonne réputation. Elle a longtemps été moins prestigieuse, dans les médias et donc dans le grand public que la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie. Et j'ai toujours trouvé cela injuste. Aujourd'hui que la chirurgie viscérale éclate en sous-spécialités, les choses sont probablement en train de changer.

**Quelle rôle joue la chirurgie générale dans la Suisse de demain?**

C'est une question difficile dans un petit pays comme la Suisse. Chacun souhaite, s'il doit affronter une opération,



Salle d'opération à l'USZ, Zurich

qu'elle soit faite par celui qui la connaît le mieux. Et les sous-spécialités comme ceux qui les pratiquent répondent à cette demande. Toutefois, il est certain que tout n'est pas blanc ou noir. La vision plus large que peut avoir un chirurgien moins spécialisé a des avantages, comme dans l'évaluation globale du patient, du diagnostic, de l'établissement des priorités dans les cas complexes. Ce profil de chirurgien reste probablement souhaitable dans des hôpitaux où seules les affections courantes sont traitées. Il est certainement nécessaire pour celui qui va travailler dans certains pays du tiers monde, qu'ils soient en guerre ou non.

**Vous décrivez de manière saisissante un événement qui s'est déroulé alors que vous exerciez à Bellinzone, pris dans l'engrenage de la justice, confronté à l'accusation d'homicide involontaire. La conclusion métaphorique que vous en tirer est qu'en tant que chirurgien, vous travaillez constamment avec le sentiment que quelqu'un braque un pistolet sur votre temple. En tant que chirurgien de guerre, y compris au Pakistan près de la frontière afghane à l'époque soviétique, vous deviez également vous attendre à des attaques à tout moment. Il y a également eu des prises d'otages de médecins. Comment avez-vous fait face, pendant des années, au danger d'être attaqué (physiquement ou légalement) tout en aidant d'autres personnes ?**



Mission à Peshawar, Pakistan, CICR



En compagnie d'étudiants à Semey, Kazakhstan

Mon travail au Pakistan était à quelques kilomètres de la zone de guerre, qui se déroulait de l'autre côté de la frontière. Il n'y avait donc pas de risque lié à la guerre. C'était à une époque (1985) où il n'y avait pas encore de prises d'otages, où le CICR était respecté, et où la tolérance interreligieuse était bien meilleure qu'aujourd'hui. Aujourd'hui, ce type d'activité est devenu dangereux, et l'on ne peut qu'admirer ceux qui s'y adonnent. En ce qui concerne le risque d'action juridique contre le chirurgien, je pense que celui qui pose ses indications opératoires au plus près de sa conscience, qui est compétent et reconnu comme tel dans son domaine peut être dissuadé, dans la chirurgie oncologique en particulier, de s'approcher de la limite de ce qu'il est possible de faire en prenant un risque qui pourrait être salvateur pour son patient. Et ainsi de l'abandonner à son sort.

**Dans le bureau de votre père était accrochée une photo de René Leriche, son directeur de thèse, pour lequel il avait un grand respect. Et vous ? Quelle photo de chirurgien trône sur votre bureau ?**

Je n'ai jamais mis de portrait de chirurgien dans mon bureau! Si je devais y pendre une photo, ce serait peut-être celle d'un astrophysicien dont les questions sont fondamentales et parfois d'ordre philosophique. Stephen Hawking?

**Quel sera votre prochain projet ?**

Repartir sur la route d'Asie avec ma Citroën 2 CV dès que ce sera à nouveau possible!

## Reference



**«Chirurgien pour le meilleur et pour le pire»**

Éditions de l'Aire  
274 pages  
ISBN 9782889561940



**Dr. med. Selim Dinçler**

Chef de clinique, service de chirurgie viscérale et de transplantation

**Traduction:** Amélie Müller et Dr. Guillaume Aebly, chefs de clinique adjoints

# Das Fluobeam LX kann helfen Nebenschilddrüsen zu sichten und deren Durchblutung zu schonen



## Wieso sind Nebenschilddrüsen wichtig?

Die vier Nebenschilddrüsen sind wichtige Calciumregulatoren des Körpers, die stimuliert werden, wenn das Calcium im Serum sinkt. Durch eine vermehrte Parathormon-Ausschüttung sorgen sie über eine effizientere intestinale Aufnahme, eine verminderte renale Ausscheidung und durch Knochenresorption für einen Calciumanstieg im Serum. Bei Nebenschilddrüseninsuffizienz, wie sie in bis zu 30% transient und in 4% permanent nach totalen Thyreoidektomien vorkommen kann, sind die Patienten auf orale Calciumzufuhr, meist in Kombination mit Vitamin D-Präparaten angewiesen. Damit kann zwar das Calcium aus einem für Patienten gefährlichen Bereich angehoben werden, eine persistierende Unterfunktion ist jedoch assoziiert mit schlechterer Knochenqualität, erhöhter kardiovaskulärer Morbidität und auch Mortalität [1].

## Nebenschilddrüsen autofluoreszieren

Im Rahmen von Bemühungen, die Nebenschilddrüsen für Forschungszwecke auch für Laien besser sichtbar zu machen, ist aufgefallen, dass Nebenschilddrüsen autofluoreszieren. Konkret heben sie sich für das menschliche Auge durch ihre autofluoreszierende Eigenschaft deutlich

von ihrer Umgebung ab, wenn sie mit elektromagnetischer Strahlung im nahen Infrarot (NIR)-Bereich, also Wellenlängen von 500–1100 nanometer, angeregt werden.

## Entwicklung und Eigenschaften von Nah-Infrarot (NIR) Fluoreszenz-Kameras wie dem Fluobeam LX

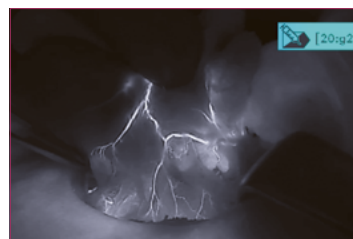
Die Bemühungen herauszufinden, welches Molekül für die Autofluoreszenz der Nebenschilddrüsen verantwortlich ist, waren noch nicht erfolgreich. Mit dem Fluobeam LX steht nun jedoch ein Gerät zu Verfügung, dessen Laser eine bereits optimierte Wellenlänge aussendet und mit ausreichender Spezifität Nebenschilddrüsen gut erkennen lässt (Abbildung 1).



**Abbildung 1:**

Beide Nebenschilddrüsen kommen angrenzend an den linken Schilddrüsenlappen autofluoreszierend durch den Fluobeam LX zur Darstellung. Bilder von F. Benmiloud, Marseille, Frankreich.

Das Fluobeam LX kann zudem die Durchblutung der Nebenschilddrüsen darzustellen mit Hilfe von intraoperativ intravenös appliziertem Indocyanine Grün (ICG) und Visualisierung der so entstehenden Fluoreszenz (Abbildung 2).



**Abbildung 2:**

Die Durchblutung der Nebenschilddrüsen kommen nach i.v. Gabe von ICG zur Darstellung. Bilder von F. Benmiloud, Marseille, Frankreich.

## Nutzen der NIR Fluoreszenz-Kameras in der Schilddrüsenchirurgie

Die Erhaltung der Nebenschilddrüsenfunktion ist bei der Schilddrüsenchirurgie in den vergangenen Jahren in den Fokus gerückt. Dies zurecht, da eine bleibende Unterfunktion den normalerweise sehr fein und zeitnah regulierten Calciumhaushalt verunmöglicht und mit einer Hypocalzämie einhergeht, die nur grob durch orale Calcium- und Vitamin D-Supplementation kompensiert werden kann.



Dies kann denn auch zu obengenannter Morbidität und auch zu Mortalität führen. Bei Schilddrüsenresektionen kann die Identifizierung von Nebenschilddrüsen insbesondere auch bei knotig veränderten Schilddrüsen erschwert sein. Hier kann eine NIR-Imaging-Kamera wie das Fluobeam LX helfen, die Nebenschilddrüsen frühzeitig zu suchen und zu schonen. Eine Aspekt-mässige Schonung der Nebenschilddrüsen ist aber nicht mit Funktionserhalt gleichzusetzen. Die Nebenschilddrüsengefässe sind sehr fein und weisen eine grosse Variabilität auf, so dass sie auch bei sehr Schilddrüsen-naher Präparation durchrennen werden können. Hier kann die ICG-Funktion des Fluobeam LX idealerweise dazu verwendet werden, die Abpräparations-Linie von der Schilddrüse so zu wählen, dass die Durchblutung der Nebenschilddrüse erhalten wird, nötigenfalls auch unter Belassen von wenig Schilddrüsengewebe. Bisher konnte in einer randomisierten Studie gezeigt werden, dass die transiente Hypocalzämierate nach totaler Thyreoidektomie durch den alleinigen Autofluoreszenz-darstellenden Einsatz des Fluobeam LX signifikant gesenkt werden konnte. Um den Effekt auf die permanente Hypoparathyreoidismus-Rate zu untersuchen, war die Fallzahl zu klein. Zudem war die ICG-Funktion des Fluobeams hier noch nicht angewendet worden [2].

### Zusammenfassung

Es ist noch nicht wissenschaftlich erwiesen, dass die permanente Hypopara-Rate nach totaler Thyreoidektomie durch Einsatz von NIR-imaging Kameras vermindert werden kann. Die frühzeitige und erleichterte Nebenschilddrüsen Darstellung sowie auch eine Aussage über deren Durchblutung können jedoch nur von Vorteil sein. Insbesondere für jüngere Chirurgen hat es auch einen edukati-

ven Effekt, indem eine direkte Rückmeldung erfolgt, ob das vermeintlich identifizierte Nebenschilddrüsenkörperchen denn auch wirklich eines ist. Zu guter Letzt autofluoreszieren die Nebenschilddrüsen unabhängig von ihrer Durchblutung. Das heisst die Schilddrüsenpräparate können auf verbliebene Nebenschilddrüsen untersucht-, und akzidentell mitentfernte Nebenschilddrüsen reimplantiert werden. Die NIR-imaging- Systeme wie das Fluobeam LX sind zusammenfassend eine Bereicherung in der Schilddrüsenchirurgie, die dem Chirurgen intraoperativ und den Patienten möglicherweise nachhaltig zugute kommt.

### Referenzen

1. Almquist, M., et al., Mortality in patients with permanent hypoparathyroidism after total thyroidectomy. *Br J Surg*, 2018. 105(10): p. 1313–1318.
2. Benmiloud, F., et al., Association of Autofluorescence-Based Detection of the Parathyroid Glands During Total Thyroidectomy With Postoperative Hypocalcemia Risk: Results of the PARAFLO Multicenter Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg*, 2020. 155(2): p. 106–112.



**PD Dr. med. Diana Vetter**

Oberärztin mEV, Chirurgie oberer Gastrointestinaltrakt (Upper-GI) und Endokrine Chirurgie, Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie

## Personelles

### Fariba Abbassi



Frau Dr. med. Fariba Abbassi hat ihr Medizinstudium mit Promotion an der Universität Bern abgeschlossen. Die chirurgische Grundausbildung genoss sie am Kantonsspital Graubünden sowie am Universitätsspital Genf. Mit Erhalt des Facharztstitels im Juni 2019

trat Fariba Abbassi dann eine Stelle am Kantonsspital St. Gallen an. Dort war sie zuerst als Fachärztin tätig und von März 2020 bis März 2021 als Oberärztin i.V. Seit April 2021 ist sie nun Oberärztin i.V. an unserer Klinik.

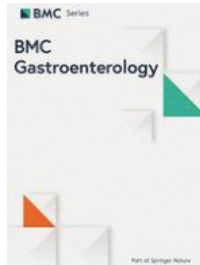
### Guillaume J. Aeby



Herr Dr. med. Guillaume Aeby studierte an der Universität Fribourg und Universität Bern. Die Promotion erlangte er ebenfalls in Bern. Die chirurgische Ausbildung begann er an der Klinik für Chirurgie am Kantonsspital Aarau. Es folgte der Wechsel ans Spital Zweisimmen und

anschliessend nach Thun, wo er als stellvertretender Oberarzt befördert wurde. Seit Mai 2021 ist er als Oberarzt i.V. in unserer Klinik tätig.

# Top Publikationen unserer Klinik erstes Halbjahr 2021



**Abdominal pain in patients with inflammatory bowel disease: association with single-nucleotide polymorphisms prevalent in irritable bowel syndrome and clinical management.**

Ledergerber M, Lang BM, Heinrich H, Biedermann L, Begré S, Zeitz J, Krupka N, Rickenbacher A, Turina M, Greuter T, Schreiner P, Roth R, Siebenhüner A, Vavricka SR, Rogler G, Beerenwinkel N, Misselwitz B; Swiss IBD Cohort Study Group.

BMC Gastroenterol. 2021; 21: 53.  
doi: 10.1186/s12876-021-01622-x.



**Colorectal cancer of the young displays distinct features of aggressive tumor biology: A single-center cohort study.**

Mueller M, Schneider MA, Deplazes B, Cabalzar-Wondberg D, Rickenbacher A, Turina M.

World J Gastrointest Surg. 2021; 13: 164–175. doi:10.4240/wjgs.v13.i2.164.



**Perianal fistulodesis – A pilot study of a novel minimally invasive surgical and medical approach for closure of perianal fistulae.**

Villiger R, Cabalzar-Wondberg D, Zeller D, Frei P, Biedermann L, Schneider C, Scharl M, Rogler G, Turina M, Rickenbacher A, Misselwitz B.

World J Gastrointest Surg. 2021; 13: 187–197. doi:10.4240/wjgs.v13.i2.187.



**Sleeve gastrectomy enables simultaneous pancreas and kidney transplantation in severely obese recipients.**

Rössler F, Hübel K, Di Natale S, Oberkofler C, Gerber P, Bueter M, de Rougemont O.

Clin Transplant. 2021; 35(3).  
doi: 10.1111/ctr.14197.



**Sleeve gastrectomy or gastric bypass: a «post-code» lottery? A comprehensive national analysis of the utilization of bariatric surgery in Switzerland between 2011-2017.**

Gero D, Schneider MA, Suter M, Peterli R, Vonlanthen R, Turina M, Bueter M.

Surg Obes Relat Dis. 2021; 17: 563–574.  
doi: 10.1016/j.soard.2020.10.023.



**Nighttime Cholecystectomies are Safe When Controlled for Individual Patient Risk Factors-A Nationwide Case-Control Analysis.**

Merati-Kashani K, Canal C, Birrer DL, Clavien PA, Neuhaus V, Turina M.

World J Surg. 2021; 45: 2058–2065.  
PMID: 33738522. doi: 10.1007/s00268-021-06021-7.



***Induction of liver hypertrophy for extended liver surgery and partial liver transplantation: State of the art of parenchyma augmentation-assisted liver surgery.***

Philip C Müller<sup>1</sup>, Michael Linecker<sup>2</sup>, Elvan O Kirimker<sup>3</sup>, Christian E Oberkofler<sup>1</sup>, Pierre-Alain Clavien<sup>1</sup>, Deniz Balci<sup>3</sup>, Henrik Petrowsky<sup>4</sup>.

Langenbecks Arch Surg. 2021.  
doi: 10.1007/s00423-021-02148-2.



***Functional syndromes and symptom-orientated aftercare after esophagectomy.***

Kristjan Ukegjini<sup>1,2</sup>, Diana Vetter<sup>1</sup>, Rebecca Fehr<sup>3</sup>, Valerian Dirr<sup>1</sup>, Christoph Gubler<sup>4</sup>, Christian A. Gutschow.

Langenbecks Arch Surg 2021.  
doi: 10.1007/s00423-021-02203-y.



***Long-term immune-related adverse events after discontinuation of immunotherapy.***

Horisberger K, Portenkirchner C, Rickenbacher A, Biedermann L, Gubler C, Turina M.

Immunotherapy. 2021; 13: 735–740.  
doi: 10.2217/imt-2020-0320.



***Pancreatic fistulas following distal pancreatectomy are unrelated to the texture quality of the pancreas.***

Eshmunin D, Karpovich I, Kapp J, Töpfer A, Endhardt K, Oberkofler C, Petrowsky H, Lenggenhager D, Tschuor C, Clavien PA.

Langenbecks Arch Surg. 2021.  
doi: 10.1007/s00423-020-02071-y.



***Bile formation in long-term ex situ perfused livers.***

Eshmunin D, Schuler MJ, Becker D, Bautista Borrego L, Mueller M, Hagedorn C, Häusler S, Steiger J, Tibbitt MW, Dutkowski P, Rudolf von Rohr P, Stieger B, Hefti M, Clavien PA.

Surgery 2021. doi: 10.1016/j.surg.2020.11.042.

# Unsere Kontakte und Sprechstunden

## Hepato-Pankreato-Biliäre Chirurgie

Prof. Dr. med. P.-A. Clavien, PhD  
Prof. Dr. med. H. Petrowsky  
PD Dr. med. Ch. Oberkofler  
PD Dr. med. M. De Oliveira  
Dr. med. F. Rössler

Tel. 044 255 87 54  
Fax 044 255 44 49  
viszeralchirurgie@usz.ch

## Transplantation (Leber)

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

Kontakt: Frau A. Pfister Koch  
Tel. 043 253 99 13  
Fax 044 255 44 49  
Andrea.Pfisterkoch@usz.ch

## Transplantation (Niere & Pankreas)

Dr. med. O. de Rougemont  
PD Dr. med. P. Kron  
Dr. med. K. Hübel

Kontakt: Frau J. Hanken  
Tel. 044 255 39 95  
Josiane.Hanken@usz.ch

## Oberer Gastrointestinaltrakt

Prof. Dr. med. C. Gutschow  
PD Dr. med. D. Vetter  
Dr. med. S. Dinçler

Tel. 044 255 97 67  
Fax 044 255 44 49  
viszeralchirurgie@usz.ch

## Endokrine Chirurgie

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

Tel. 044 255 97 67  
Fax 044 255 44 49  
viszeralchirurgie@usz.ch

## Schilddrüse

PD Dr. med. D. Vetter

Tel. 044 255 97 67  
Fax 044 255 44 49  
viszeralchirurgie@usz.ch

## Kolon, Rektum, Proktologie

Prof. Dr. med. M. Turina, PhD  
Dr. med. A. Rickenbacher  
Dr. med. D. Cabalzar-Wondberg  
PD Dr. med. P. Limani, PhD

Tel. 044 255 92 88  
Fax 044 255 44 49  
viszeralchirurgie@usz.ch

## Surgical Oncology / HIPEC

Prof. Dr. med. K. Lehmann, PhD

Tel. 044 255 97 67  
Fax 044 255 44 49  
viszeralchirurgie@usz.ch

## Bariatrische Chirurgie

Prof. Dr. med. M. Bueter, PhD  
Dr. med. J. Widmer  
PD Dr. med. A. Thalheimer

Tel. 043 253 21 96  
Fax 044 255 44 49  
viszeralchirurgie@usz.ch

## Viszeral Allgemein

Dr. med. R. Vonlanthen, M.H.A.  
Dr. med. J. Widmer  
Dr. med. Stephan Gerdes  
PD Dr. med. K. Horisberger

Tel. 044 255 11 35  
Fax 044 255 44 49  
viszeralchirurgie@usz.ch

## Vascular Access (Port-a-Cath, Shunt)

Dr. med. O. de Rougemont  
PD Dr. med. P. Kron

Tel. 044 255 11 35  
Fax 044 255 44 49  
viszeralchirurgie@usz.ch

Mehr Infos zu Spezialisten-Teams:

Jourarzt: +41 44 255 15 44

Universitätsspital Zürich  
Klinik für Viszeral- und  
Transplantationschirurgie

Rämistrasse 100  
8091 Zürich  
Tel. 044 255 33 00  
Fax 044 255 44 49  
www.vis.usz.ch  
viszeralchirurgie@usz.ch

**USZ** Universitäts  
Spital Zürich

