

CHIRURGISCHE ALLGEMEINE

ZEITUNG FÜR KLINIK UND PRAXIS

Elektronischer Sonderdruck
für die Deutsche Gesellschaft für
Koloproktologie

Koloproktologen-Kongress 2021 digital

CHAZ (2021) 22: 479–482
© Kaden Verlag, Mannheim

Diese PDF-Datei darf nur für nichtkommerzielle Zwecke
verwendet werden und nicht in privaten, sozialen und
wissenschaftlichen Plattformen eingestellt werden.

www.chirurgische-allgemeine.de



Carola Marx

Koloproktologen-Kongress 2021 digital

Evidenz neuer Therapieverfahren und seltene anorektale Tumore

Nachdem das traditionell interdisziplinär ausgerichtete und regelmäßig sehr gut besuchte jährliche Treffen der koloproktologisch tätigen Chirurgen und Gastroenterologen in München im vergangenen Jahr Corona-bedingt komplett abgesagt werden musste, fand 2021 zum ersten Mal ein digitaler Kongress statt. Mit über 800 angemeldeten Teilnehmerinnen und Teilnehmern stieß die Online-Veranstaltung auf reges Interesse und bot an drei Tagen ein abwechslungsreiches wissenschaftliches Programm aus Seminaren und Vorträgen. Der gelungene Mix aus Vorort-Ort-Gespräch der Sitzungsleitung am gewohnten Tagungsort in München, eingespielten Referaten und zur Kommentierung live zugeschalteten Experten sowie direkt aufgegriffenen Zuschauer-Fragen, ermöglichte einen vielseitigen interkollegialen Austausch unter Pandemie-Bedingungen. Hauptthemen waren dieses Mal

„Evidenz zu neuen Therapien in der Koloproktologie – facts and fiction“, „das Analkarzinom“ und „seltene anorektale Tumore“.

Hämorrhoiden: Neue Behandlungsmethoden liefern sehr gute frühpostoperative Ergebnisse, überzeugen allerdings im Langzeitverlauf (noch) nicht

Der Kongress startete am Freitag mit der Sitzung zur Evidenz neuer Therapien und einem Vortrag von Alexander Herold (Mannheim) über neue „Operationsverfahren bei Hämorrhoiden“, Kongresspräsident Martin Kreis (Berlin) und Thomas Schiedeck

(Ludwigsburg) moderierten vor Ort in München. Bei der zwar nicht mehr ganz neuen, aber in den letzten Jahren stetig erweiterten und verfeinerten Hämorrhoidal-Arterien-Ligatur (HAL) zeigten sich bei Hämorrhoiden Grad II und III insbesondere in der postoperativen Phase deutlich weniger Schmerzen im Maximalbereich und eine etwas schnellere Erholung im Vergleich zur konventionellen Hämorrhoidotomie. Allerdings berichtete eine höhere Anzahl von HAL-Patienten nach einem Jahr über erneute Symptome. Im direkten Vergleich mit der einmaligen Anwendung der Gummibandligatur (GBL) in der breit diskutierten britischen HubBLE-Studie waren

die Schmerzen in beiden Gruppen ähnlich, die Rezidivrate lag für die HAL bei 30 Prozent und bei der GBL bei 50 Prozent, bei zweimaliger GBL-Anwendung – was laut Herold der täglichen Routine entspreche – nivellierte sich dieser Unterschied jedoch. Weitere Untersuchungen hätten zudem ergeben, dass eine Dopplersteuerung der HAL mehr Komplikationen und erneute Beschwerden nach sich ziehe und hinsichtlich der Ergebnisse verzichtbar sei [1–3]. Die aktuelle Leitlinie empfehle bei raffenden Verfahren daher auf den Doppler-Einsatz zu verzichten. Bei Hämorrhoiden Grad III und IV seien wegen der erhöhten Komplikationsrate nicht die HAL, sondern konventionelle Verfahren einzusetzen.

Derzeit noch mehr „fiction“ als „facts“: Dürrtliche Datenlage bei Laser und Radiofrequenzablation

Eine weitere, vergleichsweise neue Behandlungsmöglichkeit bei Hämorrhoiden bietet Laser – der Zugang kann subanodermal bis ins Hämorrhoidalgewebe oder direkt in den Hämorrhoi-



Der DGK-Vorstand in der Diskussionsrunde.

dalknoten erfolgen. Die frühpostoperativen Ergebnisse seien hier sehr gut, bei geringer Komplikationsrate und deutlicher Besserung der Symptome [4]. Auch Rezidive treten nach einem Jahr wenige auf. „Nach fünf Jahren weichen die Ergebnisse allerdings sehr deutlich von den frühpostoperativen Erfolgen ab“, stellte Herold fest. Außerdem sei bei der Evidenz „noch deutlich Luft nach oben“. Die Leitlinie empfiehlt Laserverfahren aufgrund der dürftigen Datenlage derzeit nicht.

Auch die ebenfalls subanodermal oder direkt im Knoten angewendete Radiofrequenzablation weise eine geringe Komplikationsrate auf [5], verursache kaum Schmerzen und verbessere die Symptome nach derzeitigen Erfahrungen deutlich, so der Referent. Allerdings gibt es auch hier nur wenige aussagekräftige Daten – die Leitlinie gibt daher auch für die Radiofrequenzablation momentan keine Empfehlung. Insgesamt sei die HAL eher für Hämorrhoiden Grad I und II geeignet, Laser und Radiofrequenzablation im Stadium II und III.

Komplexe Analfistel: Laser, VAAFT und Stammzelltherapie sind sicher und sehr effektiv im Kurzzeitverlauf – allerdings nur wenige Langzeitdaten

Weiter ging es mit einem Vortrag von Oliver Schwandtner (Regensburg) zur „Therapie der Analfisteln: Laser VAAFT, Stammzellen und mehr?“. Grundsätzlich stehen bei der proximalen/komplexen Fistel verschiedene konventionelle chirurgische Verfahren zur Verfügung – die Fistelspaltung mit Sphinkterrekonstruktion, der klassische plastische Fistelverschluss und sphinktererhaltende minimalinvasive Verfahren. Ziel der verschiedenen innovativen,

auch kombinierbaren Techniken sei ein effektiver Verschluss des inneren Fistelostiums, die Beseitigung des Fistelepithels und die Sphinktermuskulatur zu erhalten. Vor allem der Laser ist bei der Therapie der komplexen Fistel „seit Jahren nicht mehr wegzudenken“, so Schwandtner. Bereits vor mehreren Jahren hatte eine monozentrische deutsche Studie bei 117 Patienten vielversprechende Daten geliefert, die von zwei aktuellen *systematic reviews* bestätigt werden: Eine primäre Heilungsrate von 64 Prozent, mit einem Zweiteingriff wurde bei 88 Prozent der Betroffenen (>90% der Crohn-/85% der kryptoglandulären Fisteln) eine Heilung erreicht – zudem traten kaum Komplikationen auf (Grad-I-Stuhlinkontinenz <2%). Zur komplexen Crohn-Fistel sei die Datenlage allerdings weniger aussagekräftig, so der Referent [6–8].

Ebenfalls mit sehr guten Ergebnissen punktet das Videoassistierte Anal Fistula Treatment (VAAFT): Studien ergaben nach einem Jahr Follow-up eine Heilungsrate von 87 Prozent bei sehr geringer Komplikationsrate. „Der große Vorteil dieses Verfahrens ist, dass Diagnostik und Behandlung bei einem einzigen Eingriff erfolgen“, betonte Schwandtner. Mit dem Fistuloskop lasse sich die Fistel unter endoluminaler Sicht auffädern, darstellen und therapieren [9–11]. Erneute Eingriffe sind möglich; auch hier gibt es bislang nur spärliche Daten zur Crohnfistel. Anders sieht es bei der Therapie mit allogenen Stammzellen aus [12, 13]: Der Wirkstoff Darvadstrocel, der ausschließlich an qualifizierten Zentren angewendet werden darf, ist explizit zur Therapie der Crohn-Fistel bei Erwachsenen zugelassen, sofern diese auf mindestens eine konventionelle nicht oder

The screenshot shows a presentation slide titled "Laser Hemorrhoid Procedure (RCT: LHP vs HAL vs MM)". It includes a table with columns for "Outcome", "LHP, n=40", "HAL, n=40", and "MM, n=40". The table lists outcomes such as "Recurrence at 1 year", "Recurrence at 2 years", "Recurrence at 3 years", and "Complication rate per year". A small video inset in the top right corner shows Alexander Herold, the speaker.

Outcome	LHP, n=40	HAL, n=40	MM, n=40
Recurrence at 1 year	5	10	2
Recurrence at 2 years	3	12	6
Recurrence at 3 years	6	15	2
Complication rate per year	30	12	33

Online-Präsentation des ersten Vortrags – Alexander Herold referiert.

nur unzureichend angesprochen hat und die Erkrankung nicht oder nur gering aktiv ist. Auch diese neue Therapie ist – wie auch Laser und VAAFT – sicher, sehr effektiv im Kurzzeitverlauf, allerdings mangelt es noch an Langzeitergebnissen.

Im weiteren Verlauf sprachen dann Franc Hetzer (Zürich) über das „obstruktive Defäkationssyndrom“, Johannes Lauscher (Berlin) über neue Verfahren bei der „Rektumresektion“ und Wolfgang Thasler (München) über die konservative Therapie der Appendizitis.

Der überwiegende Teil analer Neoplasien wird durch HPV-high-risk-Typen – vorrangig Typ 16 und 18 – ausgelöst

In der Sitzung „seltene anorektale Tumore“ am Folgetag referierte zunächst Johannes Jongen (Kiel) über „perianale Präkanzerosen“. Auch chronisch-entzündliche Dermatosen wie der Lichen sclerosus et atrophicus (LSA) können Karzinome auslösen. Diese stark juckende Erkrankung, die zumeist im Genitalbereich, aber auch anal auftreten kann und bei Frauen deutlich häufiger vorkommt – wird lokal, über längere Zeiträume mit hochpotenten Kortikosteroiden therapiert. Un-

tersuchungen zeigen, dass etwa die Hälfte der Vulvakarzinome nicht HPV-bedingt ist, sondern sich auf dem Boden entzündlicher Dermatosen entwickeln. Auch durch low-risk-HPV-Typen verursachte Kondylome können zu einem Teil präkanzeröse Veränderungen verursachen, betonte Jongen. „Man sollte also auch hier verdächtig aussehende Veränderungen entfernen und histologisch prüfen lassen“, forderte der Referent. Der überwiegende Teil analer Neoplasien (AIN) wird durch HPV-high-risk-Typen (vorrangig Typ 16 und 18) ausgelöst, die über einen längeren Zeitraum persistieren und im Verlauf mehrerer Jahre dysplastische Veränderungen – analog zur Entwicklung zervikaler Neoplasien – verursachen [14–16]. Risikoverstärkend wirken hier eine Vorgeschichte zervikaler/vulvärer/vaginaler Neoplasien, ausgedehnte Kondylome, Rauchen, rezeptiver Analverkehr, Immunsuppression – etwa bei Organtransplantation, Lupus erythematoses, Rheuma oder chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen – und/oder eine gleichzeitige HIV-Infektion. Histologisch differenziert man zwischen low- und high-grade-AIN. Letztere gelte als obligate Präkanzerose. „Morbus Bowen oder bowenoide Papulomatose

sind ausschließlich klinische Begriffe, der Pathologe spricht immer von AIN“, so Jongen.

Neun bis 13 Prozent der AIN entwickeln sich zu einem invasiven Karzinom weiter

Anale Neoplasien sind meist symptomlos, wenn Beschwerden auftreten, dann ähneln sie denen bei Hämorrhoiden oder Fissuren. Oftmals seien solche Präkanzerosen Zufallsbefunde, etwa bei der Entfernung von Marissen oder „seltsam erscheinenden Hautveränderungen“, wie der Referent an einer Reihe eindrücklicher Patientenbeispiele verdeutlichte. In USA oder in HIV-Ambulanzen setze man bei Risikopatienten häufig die hochauflösende Anoskopie inklusive Färbemethoden ein; die Veränderungen seien auch hier analog zu den zervikalen Neoplasien – Mosaikbildung und Gefäßanomalien. Die Leitlinie empfiehlt bei AIN die operative Abtragung, eine Kürettage oder ablativ Verfahren. Als nachteilig wertete Jongen bei den ablativen Techniken das fehlende histologische Präparat, da die perianalen AIN bis tief in die Hautanhangsgebilde reichen könne. Inwieweit die Therapie von AIN das spätere Auftreten eines invasiven Karzinoms verhindern kann, ist unklar – zumal bei 30 bis 40 Prozent der behandelten Patienten ein Rezidiv auftritt. Studien gehen davon aus, dass neun bis 13 Prozent der AIN sich zu einem invasiven Karzinom

weiter entwickeln [17, 18]. Zu bedenken ist, dass bei acht bis 26 Prozent HIV-negativen Betroffenen mit AIN die histologische Untersuchung bereits ein Karzinom zeigt. Für HIV-positive, homosexuelle Patienten sei daher ein Screening mit zytologischem Abstrich, analer Untersuchung oder gegebenenfalls eine hochauflösende Anoskopie sinnvoll. Ebenso bei der lebenslangen (!) Nachkontrolle nach therapierter AIN; sinnvoll sei, – so Jongen – auch ein AIN-Screening von Frauen nach therapierter zervikaler Neoplasie; denn die HPV-Infektion bleibe auch nach einer Therapie bestehen. Allgemeingültige Empfehlungen zum Screening gibt es allerdings bis dato nicht.

Extramammärer, anogenitaler Morbus Paget: Therapie ist abhängig von Lokalisation, Ausdehnung, Zugänglichkeit, Patientenalter und Morbidität der Betroffenen

Im Anschluss beschäftigte sich Gerhardt Weyandt (Bayreuth) mit dem „anogenitalen extramammären Morbus Paget“ [19, 20], einem langsam wachsenden intraepithelialen Tumor mit grundsätzlich guter Prognose, der streng intraepithelial, mit dermalen Invasion oder als Manifestation eines Adenokarzinoms der Hautanhangsgebilde/einer subkutanen Drüse vorkommt. Abzugrenzen sind hiervon die sekundären extramammären Pa-



Diskussionsrunde der Vorsitzenden Martin E. Kreis und Thomas Schiedeck mit dem zugeschalteten Online-Kommentator Johannes Jongen zu Fragen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

get-Formen, bei denen ein Adenokarzinom andere Lokalisation zugrunde liegt. Bei Kaukasiern sind zumeist Frauen in höheren Lebensalter betroffen, die häufigste Lokalisation ist zunächst die Vulva (1–5 % aller Tumore), das Perineum, das Skrotum, die perianale Region, sehr selten können auch die Achselhöhlen befallen sein. Eine Rarität ist die Infiltration im Augenlidbereich oder im äußeren Gehörgang. Betroffene klagen über starken Juckreiz und Brennen der erythematösen oder ekzematösen, oftmals multiplen Läsionen. Häufig vergehe viel Zeit bis zur Diagnose, für die eine Biopsie beweisend ist. Das therapeutische Vorgehen ist abhängig von der Lokalisation, der Ausdehnung, der Zugänglichkeit, dem Patientenalter und der Morbidität der Betroffenen. Grundsätzlich muss bei allen Behandlungsformen von einer hohen Rezidivrate (27–33 %) ausgegangen werden, die auch durch radikale Operationen nicht unbedingt verringert werde – wobei die Studienlage aufgrund der Seltenheit des Tumors insgesamt schlecht sei. Sofern möglich, sollte eine weite, histographisch-kontrollierte Exzision angestrebt werden. Bei alten Patienten könne auch ablativ ab-

getragen werden; möglich seien weiterhin eine photodynamische oder Radiotherapie sowie die Behandlung mit Imiquimod mit gut belegten positiven Ergebnissen (52 % vollständige, 30 % teilweise Remission [19]) – wobei hier beeinträchtigende Nebenwirkungen öfter zum Therapieabbruch führen. Wegen der häufigen Rezidive sind Verlaufsbiopsien in der Nachsorge obligat. Es folgte Stefan Fichtner-Feigl (Freiburg) mit einem Vortrag zum „anorektalen Melanom“, einem sehr seltenen, hochmalignen Tumor mit schlechter Prognose. Danach ging Jörg Baral (Karlsruhe) näher auf „präsakrale Tumore“ ein – eine im kleinen Becken auftretende Tumorentität, die größtenteils aus Fehlentwicklungen während der Embryonalzeit entsteht und meist zufällig bei einer Schnittbildgebung aus anderen Gründen entdeckt wird. Zu den beiden letztgenannten

*Hier finden Sie die CHAZ-Spezialausgabe zum diesjährigen Koloproktologenkongress.



Der 48. Deutsche Koloproktologen-Kongress soll vom 17. bis 19. März 2022 in der gewohnten Form als Präsenzveranstaltung im Hilton Park Hotel in München stattfinden.

www.koloproktologen-kongress.de

→ Deadline für Abstracts 30. November 2021



Themen findet sich jeweils ein ausführlicher Beitrag in der Sonderausgabe CHAZkompakt Koloproktologie*. Anton Kroesen (Köln) thematisierte „GIST und neuroendokrine Tumore“.

Die digitale Veranstaltung endete schließlich pünktlich am frühen Samstagnachmittag mit einem eindrücklichen Vortrag des Hirnforschers Manfred Spitzer (Ulm) zu „Lernen, Kreativität, Multitasking – was ein Arzt über sein Gehirn wissen sollte“ und der Verleihung des Jens-Kirsch-Preises für den besten Vortrag. Preisträger war in diesem Jahr die Arbeitsgruppe um Lars Bönicke (Wuppertal) mit dem Thema „Prädiktoren für einen dauerhaften Therapieerfolg nach konservativer und operativer Therapie von kindlichen Analabszessen“.

Carola Marx, Heidelberg

Literatur

1. Elmer SE, Nygren JO, Lenander CE (2013) A randomized trial of transanal hemorrhoidal dearterialization with anopexy compared with open hemorrhoidectomy in the treatment of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 56: 484–490
2. Schuurman JP, Borel Rinkes IHM, Go PMNHY (2012) Hemorrhoidal artery ligation procedure with or without Doppler transducer in grade II and III hemorrhoidal disease: a blinded randomized clinical trial. *Ann Surg* 255: 840–845
3. Brown SR, Tiernan JP, Watson AJM, et al (2016) Haemorrhoidal artery ligation versus rubber band ligation for the management of symptomatic second-degree and third-degree haemorrhoids (HubBLE): a multicentre, open-label, randomised controlled trial. *Lancet* 388: 356–364
4. Faes S, Pratsinis M, Hasler-Gehrer S, et al (2019) Short- and long-term outcomes of laser haemorrhoidoplasty for grade II–III haemorrhoidal disease. *Colorectal Dis* 21: 689–696
5. Didelot JM, Didelot R (2021) Radiofrequency thermocoagulation of haemorrhoidal bundles, an alternative technique for the management of internal haemorrhoids. *Int J Colorectal Dis* 36: 601–604
6. Elfeki H, Shalaby M, Emile SH, et al (2020) A systematic review and meta-analysis of the safety and efficacy of fistula laser closure. *Tech Coloproctol* 24: 265–274
7. Frountzas M, Stergios K, Nikolaou C, et al (2020) Could FiLaC™ be effective in the treatment of anal fistulas? A systematic review of observational studies and proportional meta-analysis. *Colorectal Dis* 22: 1874–1884
8. Wilhelm A, Fiebig A, Kraweczek M (2017) Five years of experience with the FiLaC™ laser for fistula-in-ano management: long-term follow-up from a single institution. *Tech Coloproctol* 21: 269–276
9. Meinerio P, Mori L (2011) Video-assisted anal fistula treatment (VAAFT): a novel sphincter-saving procedure for treating complex anal fistulas. *Tech Coloproctol* 15: 417–422
10. Regusci L, Fasolini F, Meinerio P, et al (2020) Video-Assisted Anal Fistula Treatment (VAAFT) for complex anorectal fistula: efficacy and risk factors for failure at 3-year follow-up. *Tech Coloproctol* 24: 741–746
11. Emile SH, Elfeki H, Shalaby M, Sakr A (2018) A Systematic review and meta-analysis of the efficacy and safety of video-assisted anal fistula treatment (VAAFT). *Surg Endosc* 32: 2084–2093
12. Panés J, García-Olmo D, Van Assche G, et al (2016) Expanded allogeneic adipose-derived mesenchymal stem cells (Cx601) for complex perianal fistulas in Crohn's disease: a phase 3 randomised, double-blind controlled trial. *Lancet* 388: 1281–1290
13. Panés J, García-Olmo D, Van Assche G, et al (2018) Long-term efficacy and safety of stem cell therapy (Cx601) for complex perianal fistulas in patients with Crohn's disease. *Gastroenterology* 154: 1334–1342.e4
14. Albuquerque A (2020) Cytology in anal cancer screening: practical review for clinicians. *Acta Cytol* 64: 281–287
15. Wohlmuth C, Ghorab Z, Sheir M, et al (2021) Cytology-based screening for anal intraepithelial neoplasia in women with a history of cervical intraepithelial neoplasia or cancer. *Cancer Cytopathol* 129: 140–147
16. Berry JM, Palefsky JM, Jay N, et al (2009) Performance characteristics of anal cytology and human papillomavirus testing in patients with high-resolution anoscopy-guided biopsy of high-grade anal intraepithelial neoplasia. *Dis Colon Rectum* 52: 239–247
17. Brogden DRL, Walsh U, Pellino G, et al (2021) Evaluating the efficacy of treatment options for anal intraepithelial neoplasia: a systematic review. *Int J Colorectal Dis* 36: 213–226
18. Watson AJ, Smith BB, Whitehead MR, et al (2006) Malignant progression of anal intra-epithelial neoplasia. *ANZ J Surg* 76: 715–717
19. van der Linden M, Meeuwis K, van Hees C, et al (2017) The Paget trial: a multicenter, observational cohort intervention study for the clinical efficacy, safety, and immunological response of topical 5% Imiquimod cream for vulvar paget disease. *R Res Protoc* 6: e178
20. KA, Allan E, Murdoch JB, et al (2019) Interventions for the treatment of Paget's disease of the vulva. *Cochrane Database Syst Rev* 6: CD009245

13. Proktologischer Workshop

Praktische Proktologie

Samstag, 8. Januar 2022

Privathotel Lindtner
Heimfelder Straße 123
21075 Hamburg

www.prokto-hh.de

Wiss. Leitung: Dr. Florian Giensch
Dr. Manfred Giensch
Dr. Katharina Steffani
Chirurgie Süderelbe

Organisation:  MCE
Medical Congresses & Events
Tannenring 52, 65207 Wiesbaden
gs@mce.info

Anmeldung: bitte ONLINE über www.prokto-hh.de

Einladung

