

Kolorektale Chirurgie

Ein Überblick für Hausärzte

**OA [Name] - Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Landeskrinikum Oberwart**

Agenda

1. Chirurgie bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen
 2. Sigma-Divertikulitis – Wann operieren?
 3. Kolorektales Karzinom – Chirurgische Therapie
 4. Minimalinvasive vs. offene Chirurgie
 5. Robotik – da Vinci® Multi-Port & Single-Port
 6. Unser Angebot in Oberwart
-

1. Chronisch-entzündliche Darkerkrankungen

Morbus Crohn & Colitis ulcerosa

Morbus Crohn - Chirurgische Indikationen

Absolute Indikationen: - Perforation / freie Peritonitis - Abszess (nach CT-gesteuerter Drainage) - Ileus / Stenose mit Obstruktion - Therapierefraktäre Fisteln - Medikamentenrefraktärer Verlauf

Relative Indikationen: - Rezidivierende Stenosen - Wachstumsstörung (Kinder/Jugendliche) - Lebensqualität trotz maximaler Therapie

Colitis ulcerosa - Chirurgische Optionen

Notfall: - Toxisches Megacolon - Perforation - Refraktäre schwere Colitis

Elektiv: - Therapierefraktärer Verlauf - Dysplasie / Karzinom - Lebensqualität

Verfahren: - Proktokolektomie mit Pouch-analer Anastomose (IPAA) - Kolektomie mit Ileostoma (Stufenchirurgie)

Wann überweisen?

Alarmzeichen	Handlung
Gewichtsverlust >10%	Gastro-überweisung dringend
Nachtblutungen	Endoskopie indiziert
Persistierende Diarrhoe >4 Wochen	Colo-Screening
CRP >50 + Fieber	Klinische Evaluation

2. Sigma-Divertikulitis

Das chirurgische Management

Divertikulitis - Klassifikation

Nach modified Hinchey / CDD:

Stadium	Befund	Therapie
I	Peridivertikulitis	Konservativ
IIa	Abszess <4cm	Antibiose ± Drainage
IIb	Abszess >4cm	CT-Drainage, ggf. OP
III	Purulente Peritonitis	Notfall-OP
IV	Fäkale Peritonitis	Notfall-OP

Wann elektiv operieren?

Guideline-Empfehlungen (S3-Leitlinie, ACG 2021):

Empfohlen: - Komplizierte Divertikulitis (Abszess, Perforation) nach Abheilung - Fistelbildung (Kolovesikal, Kolovaginal) - Stenose mit Obstruktion

⚠ **Diskutiert:** - Rezidivierende unkomplizierte Divertikulitis - Anzahl der Episoden nicht allein entscheidend - Individualisierte Entscheidung nach Lebensalter, Komorbidität, Patientenwunsch

Nicht mehr empfohlen: - "Klassische Rule of 3" (3 Episoden = OP)

Operation bei Divertikulitis

Verfahren: - Sigmaresektion mit primärer Anastomose (laparoskopisch bevorzugt) - Hartmann-Op (bei Peritonitis, hohem Risiko)

Timing: - Elektiv: 6-8 Wochen nach Abklingen der Akutphase - Notfall: Sofort bei Hinchey III/IV

3. Kolorektales Karzinom

Chirurgische Therapie

Epidemiologie - Österreich

Inzidenz: ~5.500 Neuerkrankungen/Jahr

Mortalität: ~2.400 Todesfälle/Jahr

Häufigkeit: 2.-3. häufigste Krebsart

(Bitte mit aktuellen Statistiken von Statistik Austria ergänzen)

Risikofaktoren: - Alter >50 Jahre - Familiäre Belastung (FAP, HNPCC) - Colitis ulcerosa, M. Crohn - Adipositas, Rauchen, Alkohol

Screening-Überweisung - Wann?

Österreichisches Screening-Programm: - Ab 45-50 Jahren - iFOBT jährlich, oder - Coloskopie alle 10 Jahre

Sofort-Überweisung: - Hämoccult-positiv - Hämatochezie - Stuhlformveränderung >4 Wochen - Unklare Anämie - Gewichtsverlust + abdominelle Symptome

Chirurgische Prinzipien

Onkologische Resektion: - Lymphadenektomie entlang der versorgenden Arterie - CME (Complete Mesocolic Excision) - Kolon - TME (Total Mesorectal Excision) - Rektum

Rekonstruktion: - Primäre Anastomose (Ileocoecal, Kolon-Kolon) - Protectives Ileostoma (tiefe Rektumanastomose) - Endstoma (APR, palliativ)

Rektumkarzinom - Besonderheiten

TME-Chirurgie: - Standard für Tumoren im mittleren/dritten Rektumdrittel - Ziel: Lokalrezidivrate <5%

Möglichkeiten: - Tiefe anteriore Rektumresektion (TAR) - Abdominoperineale Rektumexstirpation (APR) - bei Tumor nahe am Sphinkter

Neoadjuvante Therapie: - CRT für T3/T4 oder N+ (lokoregionär)

4. Minimalinvasive vs. offene Chirurgie

Vorteile der Laparoskopie

Parameter	Laparoskopisch	Offen
Wundinfekt	↓ 50%	-
Hernien	↓ 70%	-
Krankenhaustage	5-7 Tage	8-12 Tage
Schmerzen	Geringer	Höher
Kosmetisches Ergebnis	✓✓	-

Onkologische Äquivalenz:

Mehrere RCTs (COLOR, CLASICC) zeigen gleiche Langzeitüberlebensraten.

Kontraindikationen für MIS

Relativ: - Vor-OP mit Adhäsionen - Tumorgröße >8cm - fortgeschrittenes Stadium in Notfall

Absolut: - Hämodynamische Instabilität - Kachexie mit Kontraindikation für Pneumoperitoneum

5. Robotik in der kolorektalen Chirurgie

da Vinci®-Systeme

Warum Robotik?

Vorteile gegenüber konventioneller Laparoskopie: - 3D-HD-Vision - Tremor-Filtration - Articulierete Instrumente (7 DOF) - Ergonomie für den Operateur

Klinische Vorteile: - Präzision im kleinen Becken (Rektumchirurgie!) - Höhere Rate an Sphinktererhalt - Lernkurve kürzer als Laparoskopie

Unser Robotic-Programm

Landeskrinikum Oberwart:

Multi-Port da Vinci® Xi

- Standard bei komplexen kolorektalen Eingriffen

Single-Port da Vinci SP®

- **Einziges System in ganz Österreich!** - Eingeport-Chirurgie durch Nabel - Optimale Kosmetik, minimaler Zugang

Single-Port - Vorteile

Konventionell	Single-Port SP
4-5 Inzisionen	1 Inzision (Nabel)
Mehrere Trokare	1 Port
Wunden sichtbar	Narbe versteckt
	↓ Wundinfekt-Rate

Indikationen: - Rektumresektionen - Sigmaresektionen - Hemikolektomien

6. Unser Angebot in Oberwart

Abteilung für Allgemein- & Viszeralchirurgie

Landeskrinikum Oberwart

Diagnostik - Alles in einer Hand

Endoskopie: - Gastroskopie - Coloskopie (inkl. Polypektomie, EMR) - Kapselendoskopie

Bildgebung: - CT (Abdomen/Thorax) - CT-gesteuerte Biopsie - MRT (Becken, Rektum) - Endosonographie

Labor & Tumormarker: - CEA, CA 19-9 - Entzündungswerte

Unser kolorektales Team

Spezialisierte Koloproktologie: - Elektive und Notfall-Chirurgie
- Laparoskopisch & robotisch - Multimodale Tumorboards
(Tumorboard Burgenland)

Robotic-Chirurgie: - Zertifizierte da Vinci®-Operateure - Multi-Port & Single-Port - Referenzzentrum für robotic kolorektale Chirurgie

Überweisung - So geht's

Elektiv: - Überweisungsschein with Befunden (Colo, CT, MRT) - Ambulanz: Tel. [Nummer] - Tumorboard-Präsentation möglich

Notfall: - 24/7 Aufnahme chirurgische Notaufnahme - Direkte Kontaktierung: [Nummer]

Zusammenfassung

Diagnose	Wann zur Chirurgie?
M. Crohn / CU	Komplikationen, Refraktär
Divertikulitis	Nach kompliziertem Schub, Fistel, Stenose
Kolonkarzinom	Nach Staging, Tumorboard
Rektumkarzinom	Nach neoadjuvanter CRT (falls indiziert)

Kontinuierliche Betreuung: - Diagnostik → OP → Nachsorge in einer Hand - Enge Kooperation mit niedergelassenen Kollegen

Vielen Dank!

Fragen?

OA [Name]

Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Landeskrankenhaus Oberwart

[Telefon] | [E-Mail]

Platz für eigene Videos

[Hier können Sie Ihre eigenen OP-Videos einfügen]

- Laparoskopische Sigmaresektion
 - Robotische Rektumresektion (Multi-Port)
 - Single-Port Kolonresektion
-

Quellen / Leitlinien

- S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom (AWMF)
 - S3-Leitlinie Divertikulitis
 - ECCO Guidelines for IBD (2023)
 - ASCRS Guidelines for Diverticulitis (2021)
 - European Society of Coloproctology (ESCP)
 - Statistik Austria – Krebsstatistik
-

Präsentation erstellt: Februar 2026

Fachliche Beratung: OA [Name]