

## Bericht Reisestipendium DGAV 2016



Dmytro Vlasenko  
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie  
Klinikum Augsburg  
Stenglinstraße 2  
86156 Augsburg

Email: [dmytro.vlasenko@klinikum-augsburg.de](mailto:dmytro.vlasenko@klinikum-augsburg.de)

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit großer Freude und Dankbarkeit berichte ich über meine Hospitation im Nationalen Krebs Institut Krankenhaus (NCI – National Cancer Institut Hospital) der japanischen Stiftung für Krebsforschung, die dank des Reisestipendiums der DGAV ermöglicht wurde. Ich habe mich schon immer besonders für die Therapie des Magenkarzinoms interessiert. Nachdem mit der Entwicklung endoskopischer Techniken immer mehr Magenkarzinome im Frühstadium diagnostiziert werden können, blicken immer mehr Endoskopiker und natürlich auch Chirurgen in die Richtung minimalinvasiver Magenkarzinomchirurgie. Die Technik der ESD (endoskopische Submukosadisektion) bei sorgfältig ausgewählten Fällen von Magenfrühkarzinom hat zuletzt zunehmend Verbreitung gefunden. Eine laparoskopische Gastrektomie mit D2 Lymphknotendisektion ist in asiatischen Ländern ein leitliniengerechtes Vorgehen bei cT1 cN0-1; cT2 cN0 Magenkarzinomen. Ich bin der festen Überzeugung, dass Patienten mit einem Magenkarzinom, ähnlich wie bei anderen abdominalen Operationen, in typischer Weise von einem laparoskopischen Eingriff profitieren können. Aus diesem Grund habe ich für mich zum Ziel gesetzt, die Erfahrung von japanischen Kollegen kennenzulernen, die sich mit diesem Thema bereits seit vielen Jahren beschäftigen.

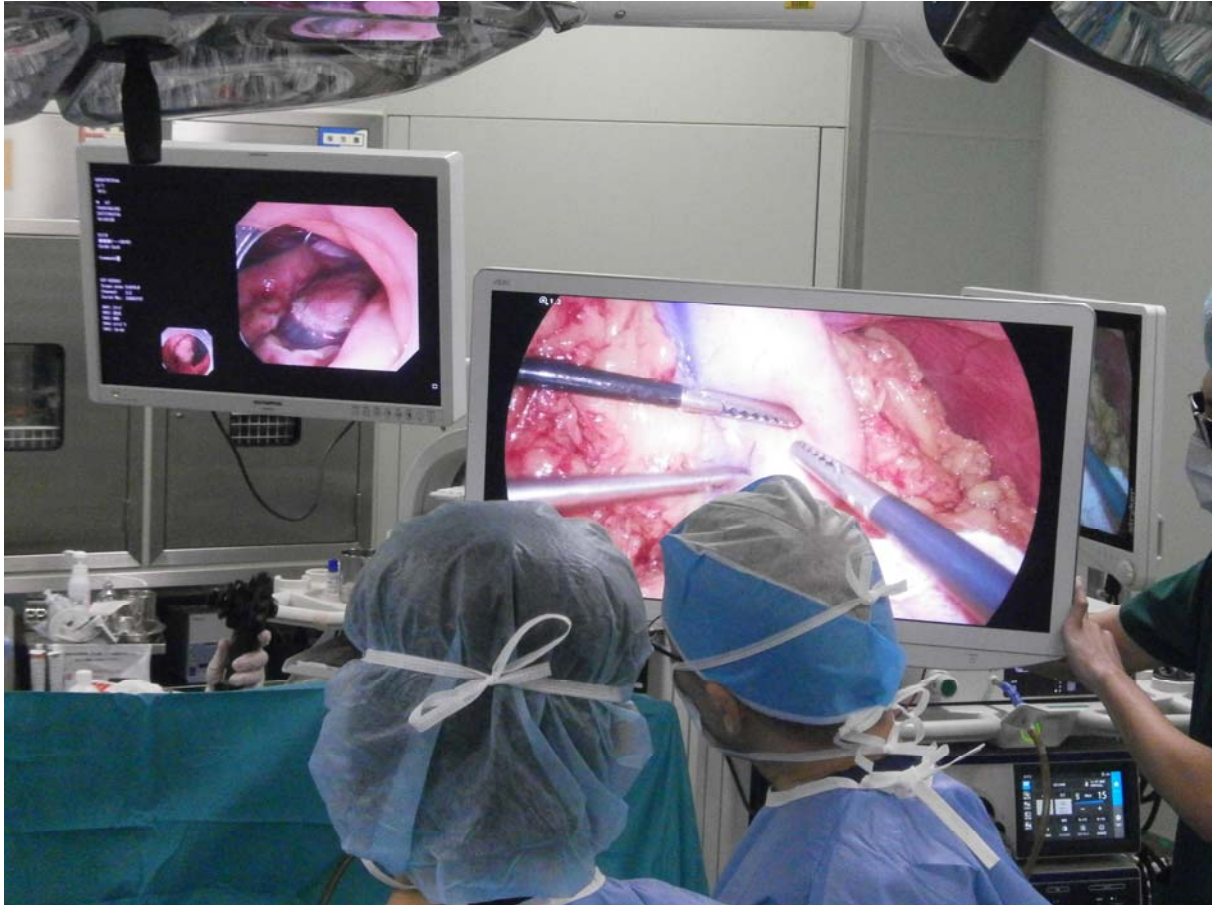
Meine Hospitation in NCI hat am 14.02.2017 begonnen. Das NCI-Hospital ist eines der drei größten japanischen Krankenhäusern, in dem Magenkarzinompatienten behandelt werden.



Die Abteilung für Magen Chirurgie verfügt über 40 Betten. Es werden jährlich ca. 600 Primärfälle eines Magenkarzinoms operiert. Etwa 60% davon werden primär laparoskopisch angegangen. Die Rate an Anastomoseninsuffizienzen beträgt bei laparoskopischen distalen Gastrektomien ca. 1%. Es war für mich eine große Ehre und Freude Herrn Prof. Naoki Hiki, den Chefarzt der Abteilung für Magen Chirurgie, kennenzulernen. Ich habe mich bei der Klinikkonferenz vorgestellt und alles Erforderliche über die geplanten Eingriffe erfahren. Die klinischen Fallvorstellungen erfolgten in englischer Sprache, so dass ich über die

Krankengeschichten und geplante Operationen bestens informiert wurde. Ich wurde hervorragend betreut. Nach einer kurzen Einleitung über die Struktur des Krankenhauses und meine Möglichkeiten hier (unter anderem auch Zugang in die Bibliothek mit einem freien Zugriff zu den wichtigsten wissenschaftlichen Suchmaschinen) bin ich in die OP gegangen. Während meiner Hospitation habe ich von Prof. Hiki und seinen erfahrenen Kollegen alle vorstellbaren laparoskopischen Mageneingriffe im OP live beobachten können. Zu diesen zählen die laparoskopische totale Gastrektomie, die distale Gastrektomie mit B-I und B-II Rekonstruktion und die Pylorus-erhaltende Gastrektomie. Alle Eingriffe wurden mit einer D-2 Lymphknotendisektion kombiniert. Interessant ist, dass bei laparoskopischen Gastrektomien immer nur eine partielle Omentektomie durchgeführt wird. Auch habe ich eine laparoskopische und endoluminale endoskopische Operation (LECS) miterlebt. In einem Fall befand sich der submuköse Tumor an der kleinen Magenkurvatur knapp aboral des ösophagogastralen Übergangs. Die kleine Kurvatur wurde laparoskopisch mobilisiert mit nachfolgender intraabdomineller Kontrolle des endoskopischen Vorgehens, so dass keine benachbarten Strukturen bei der endoskopischen Vollwandresektion verletzt werden konnten. Nach Entfernung des Präparats wurde der entstandene Defekt in Stapler Technik verschlossen. Bei allen Eingriffen wurde ich ausführlich darüber informiert, wie z.B. unter Berücksichtigung der anatomischen Besonderheiten Trokare platziert werden sollen, welche Gefahren bei bestimmten Schritten lauern und erhielt viele Tipps und Tricks, um so beste postoperative Ergebnis zu erzielen. Intraoperativ wird zur Definierung der oralen Resektionsgrenze routinemäßig eine ÖGD durchgeführt. So kann intraoperativ ein sicher ausreichender Abstand vom makroskopischen Tumorrand festgestellt werden. Alle endoskopischen Untersuchungen werden sowohl präoperativ, als auch intraoperativ von Chirurgen durchgeführt.

Herr Prof. Hiki legt hohen Wert auf die chirurgische Weiterbildung. Somit waren alle OP-Schritte in der Klinik festgelegt und wurden bei jeder Operation wiederholt, um so beste Reproduzierbarkeit zu erreichen. Auch junge Chirurgen in der Weiterbildung begannen die Operationen und führten sämtliche OP-Schritte unter Anleitung von Prof. Hiki oder seinen erfahrenen Oberärzten durch.



Die offenen Gastrektomien, die ich beobachten konnte, werden genauso nach einem festgelegten Procedere durchgeführt, so dass unabhängig vom Zugang, laparoskopisch oder offen am Ende der Operation das gleiche Ergebnis erreicht wird.

Am Ende jeder Operation wird eine endoskopische Untersuchung durchgeführt um die Qualität der Anastomose zu beurteilen und intraoperative Komplikationen, wie z.B. eine Blutung aus der Anastomose, auszuschließen.

Zusätzlich zur Arbeit in OP konnte ich an den regelmäßigen gastroenterologischen Konferenzen teilnehmen. Bei diesen wurden die geplanten klinischen Fälle diskutiert, und ich konnte alle Informationen über das gesamte OP-Programm und jeden Patienten für die kommende Woche erhalten. Am Ende jeder Woche fand eine Konferenz statt, bei der die chirurgischen Ergebnisse der bereits durchgeführten Operation berichtet und besprochen wurden.

An den letzten Tagen meiner Hospitation fand die Besprechung der wissenschaftlichen Vorträge im Rahmen der Vorbereitung zum „The 89th Meeting of the Japanese Gastric Cancer Association“ (Hiroshima University, 8th - 10th of March 2017). Hier wurden Ergebnisse der minimalinvasiven Behandlung der Magentumore vorgestellt. Ich durfte an den Diskussionen aktiv teilnehmen und habe viele Fragen gestellt.





Zusammenfassend war meine Fortbildungsreise nach Japan im Bezug auf Inhalt und die Erfahrungen, die ich machen konnte, sehr umfangreich. Ich habe meinen chirurgischen Horizont in der minimalinvasiven Behandlung der Magentumore entsprechend meinen Erwartungen erheblich erweitert. Ich habe über laparoskopische Magen Chirurgie viel gelernt, sämtliche Tipps und Tricks gesehen und dokumentiert, und rechne damit, dass ich meine „japanischen Erfahrungen“ bei ausgewählten Patienten mit Magenfrühkarzinomen im Klinikum Augsburg implementieren kann.

Ich bedanke mich herzlich bei dem Vorstand der Deutschen Gesellschaft der Allgemein- und Viszeralchirurgie für das Vertrauen und für die Unterstützung auf dem Weg der beruflichen Weiterentwicklung.

Dmytro Vlasenko