



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen

Nachdem Clarunis im 2. Semester 2022 Prof. Dr. med. Stefan Kahl, klinischer Chefarzt Gastroenterologie, begrüßen durfte, hat im Dezember 2022 Prof. Dr. med. Beat Müller, Chefarzt Viszeralchirurgie und klinischer Professor Viszeralchirurgie an der Universität Basel, das Team von Clarunis komplettiert.

Beide neuen Chefärzte haben sich bereits sehr gut in Basel und bei Clarunis eingelebt. Ihre Rückmeldungen in diesem Zusammenhang stimmen uns sehr positiv. Wir sind sicher, dass wir unsere Dienstleistung Ihnen gegenüber in den kommenden Monaten weiter verbessern können, denn wie Sie uns immer wieder mitteilen, sind wir noch nicht überall am Ziel.

In der aktuellen Ausgabe unseres Focus beschäftigen wir uns mit dem Krankheitsbild der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (IBD für inflammatory bowel disease). Clarunis betreut eine der grössten Patientenkohorten in diesem Bereich und forscht auf internationalem Niveau, dies sowohl in der klinischen Forschung als auch im Bereich Grundlagenforschung.

Patient/innen mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen brauchen ein hohes Mass an fachlich-medizinischer Zuwendung. Viele Detailfragen können dabei von spezialisierten Pflegekräften geklärt werden. Aus diesem Grund werden unsere Patientinnen und Patienten neu auch von einer sogenannten IBD-Nurse betreut. Was dies für Vorteile für Sie und unsere gemeinsamen Patientinnen und Patienten hat, lesen Sie unter anderem in dieser Ausgabe.

Wenn Sie Fragen haben, zögern Sie nicht und kontaktieren Sie einfach direkt unsere Spezialistinnen und Spezialisten.

Eine spannende und informative Lektüre wünschen

Prof. Dr. med. Markus Heim
Prof. Dr. med. Beat Müller
Prof. Dr. med. Stefan Kahl

Neue ärztliche Mitarbeitende

VISZERALCHIRURGIE



Dr. med. Philip Müller,
Oberarzt,
per 1. Mai 2023

Beförderungen



Prof. Dr. med. Petr Hruz,
zum Stv. Chefarzt Gastroenterologie/
Hepatology und Fachbereichsleiter
Standort Claraspital, per 1. April 2023



Dr. med. Isabelle Panne,
Oberärztin Gastroenterologie/
Hepatology,
per 1. Mai 2023

Spezialisierte IBD-Pflege



Regula Locher,
IBD-Nurse,
Gastroenterologie/Hepatology

PUBLIKATION

Wilhelm A, Conroy PC, Calthorpe L, Shui AM, Kitahara CM, Roman SA, Sosa JA: **Disease-Specific Survival Trends for Patients Presenting with Differentiated Thyroid Cancer and Distant Metastases in the United States, 1992–2018.** 2023: Thyroid: official journal of the American Thyroid Association 33: 63–73.

VERANSTALTUNGEN

GastroForum

18.30–20.00 Uhr

30. August 2023:

GastroForum Ulkuskrankheit

Hôpital du Jura, Delémont

Moderation: Dr. med. Claudio Ruzza

Save the Date

31. August 2023:

1. Endokrinologie-Symposium, Basel

17.30 Uhr, Kleiner Hörsaal ZLF

Moderation: Prof. Dr. med. Emanuel Christ

23. bis 25. November 2023:

8. DACH and Friends-Treffen Beckenbodenzentrum

St. Claraspital

Moderation: Prof. Dr. med. Verena Geissbühler,
PD Dr. med. Daniel Steinemann

IBDnet

www.ibdnet.ch

6. Juni 2023:

IBD Forum,
19.00–20.40 Uhr, Zürich.

In-Person Event

22. Juni 2023:

IBDnet Talk,
17.15–18.00 Uhr,

Virtual Event

GRATULATIONEN

Die Re-Zertifizierungen des Leberkrebs- und des Pankreaskarzinomzentrums am USB wurden ohne Auflagen erreicht. Wir gratulieren allen Beteiligten herzlich.

Marko Kraljevic hat seine Habilitation im Fach Viszeralchirurgie erfolgreich beendet und wurde per 23. März 2023 zum Privatdozenten ernannt.

Alberto Posabella hat seine Habilitation im Fach Viszeralchirurgie erfolgreich beendet und wurde per 23. März 2023 zum Privatdozenten ernannt.

Neues IBD-Versorgungsmodell

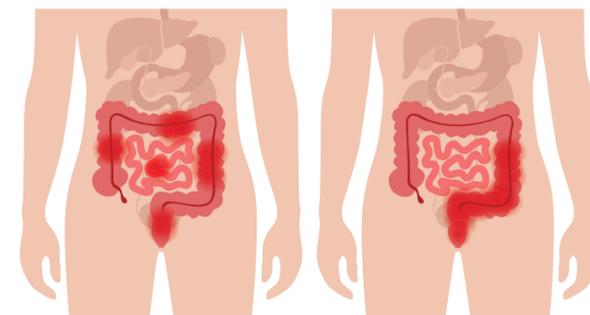
Morbus Crohn oder die Colitis ulcerosa sind chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED), die mit dem englischen Begriff «inflammatory bowel disease (IBD)» abgekürzt werden. In der westlichen Welt wird in den letzten Jahren eine Zunahme dieser Erkrankungen beobachtet, in Mitteleuropa sind ungefähr 200 bis 300 Patient/innen pro 100'000 Einwohner/-innen betroffen.

Beide Erkrankungen können in jedem Alter auftreten. Frauen und Männer sind etwa gleich häufig betroffen. Patient/innen mit einer CED haben jahrzehntelange Krankheitsverläufe mit Ruhephasen und Krankheitsschüben, da beide Krankheiten durch wiederkehrende Episoden von Entzündungen in den gleichen oder unterschiedlichen Darmabschnitten gekennzeichnet sind. Die Symptome sind vielfältig und die Erkrankung ist häufig mit Komplikationen und Komorbiditäten verbunden. Neben der Entzündung im Darm können bei einigen Patient/innen auch sogenannte extraintestinale Manifestationen auftreten und Entzündungen zum Beispiel der Gelenke, Haut, Augen oder der Leber beobachtet werden.

Die Behandlung ist sehr komplex und erfordert in den meisten Fällen eine fortwährende medikamentöse Betreuung mit modernen biologischen Therapien. Sie muss an den immer wieder wechselnden Krankheitsverlauf, aber auch an die Lebensumstände (z. B. Schwangerschaft, Berufsalltag) angepasst werden. Bei Komplikationen werden endoskopische Interventionen oder operative Eingriffe notwendig. Die Erkrankung erfordert daher ein ausgeprägtes interprofessionelles Krankheitsmanagement.

SPEZIALISIERTE IBD-NURSE

Seit März 2023 wird bei Clarunis im interdisziplinären Team eine spezialisierte Pflegefachperson (IBD-Nurse) als klinische Pflegeexpertin in die Betreuung von Patient/-innen mit IBD einbezogen. Die Aufgaben der IBD-Nurse gehen weit über das Spektrum der aktuellen ärztlichen und pflegerischen Betreuung im stationären und ambulanten Bereich hinaus. In ihrer zentralen Funktion als Ansprechpartnerin für die Patient/innen stehen als wichtige Themen die Patientenedukation und -beratung, das Erkennen von Risikoverhalten oder auch die proaktive Förderung des Selbstmanagements im Vordergrund. Sie steht sowohl als Ansprechpartnerin im Rahmen der Betreuung an unseren Standorten als auch für telefonische Beratung oder E-Mail-Auskunft zur Verfügung und sorgt für Kontinuität zwischen stationären Aufenthalten im Wechsel mit der ambulanten Betreuung. Weitere Aufgaben sind die klinische Einschätzung der aktuellen Behandlungssituation inklusive Managements, Beratung von



immunsuppressiver/biologischer Therapie und Einleitung von Vorsorgeuntersuchungen in Absprache mit dem verantwortlichen Arzt / der verantwortlichen Ärztin. Als Koordinatorin erfüllt die IBD-Nurse zentrale Aufgaben in der Liaison der multidisziplinären Teams.

POSITIVE AUSWIRKUNGEN

Studien haben gezeigt, dass ein solches multidisziplinäres Versorgungsmodell in der Betreuung von IBD-Betroffenen die Zufriedenheit der Patient/innen erhöht und einen positiven Einfluss mit Reduktion von Krankenhauseinweisungen, IBD-bedingten Operationen und Komorbiditäten hat. Dies führt zu einer qualitativ verbesserten Betreuung dieser von einer chronischen Erkrankung betroffenen Patientengruppe.



Autor:
Prof. Dr. med. Petr Hruz
Chefarzt Stv. Gastroenterologie

Intestinaler Ultraschall bei IBD-Patient/innen

IBD ist häufig durch einen schubförmigen Behandlungsverlauf gekennzeichnet. Zur Überwachung der Krankheitsaktivität sind die Magnetresonanzen-Enterografie (MRE) und die Koloskopie der aktuelle Goldstandard. Beide Untersuchungen sind aufwendig, invasiv und teuer. In mehreren europäischen Zentren hat der Darmultraschall (IUS) bereits seinen Weg zum Point-of-Care-Ultraschall (POCUS) gefunden, um die Überwachung der Krankheitsaktivität als Erstlinienuntersuchung zu unterstützen. Neuere, meist europäische Studien bestätigen eine ausgezeichnete Sensitivität und Spezifität von IUS und eine gute Korrelation mit MRE-Untersuchungen. Ausserdem zeigt sich eine solide Übereinstimmung zwischen Untersucher/-innen in Expertengremien mit Morbus Crohn (MC) und Colitis ulcerosa (CU). Vielerorts ist IUS nicht Teil der ärztlichen Fort- und Weiterbildung und nicht verfügbar. Es besteht jedoch ein wachsender Bedarf an einer schnellen, kostengünstigen und zuverlässigen Krankheitsbeurteilung, um den IBD-Patient/innen eine optimale Versorgung zu bieten und die Qualität der IBD-Behandlung aufrechtzuerhalten.

INDIKATIONEN DES IUS IN IBD

Die European Crohn's and Colitis Organization (ECCO) hat bereits im Jahr 2019 empfohlen, IUS in das Management von IBD-Patient/-innen aufzunehmen. Vorteile des Ultraschalls sind Abwesenheit radioaktiver Strahlung, nicht invasive und gut zugängliche Anwendung, Kosteneffizienz sowie hohe Patientenpräferenz. Darüber hinaus kann der IUS als Ergänzung zur körperlichen Untersuchung in der Sprechstunde eingesetzt werden, wo Gastroenterolog/innen die Untersuchung selbst durchführen werden, was eine rasche Entscheidungsfindung fördert. IUS sollte zudem in Betracht gezogen werden, wenn ein Patient oder eine Patientin vor oder nach einem operativen Eingriff eine Neubewertung der Krankheitsaktivität benötigt. In diesem Fall ziehen die Patient/innen den IUS einer Kontrast-MRE Untersuchung vor. Im Vergleich zu Querschnittsbildern und Koloskopie zeigt der IUS die gleiche Genauigkeit bei der Beurteilung der Krankheitsaktivität. Der IUS wird nicht verwendet, um die Koloskopie als Surveillanceuntersuchung oder die Entnahme von Biopsien bei der Erstdiagnose zu ersetzen. Auch wird er im Alltag meist noch nicht als ausreichende Untersuchung bei präoperativen Patient/innen mit komplex fistulierenden oder penetrierenden Erkrankungen akzeptiert.

TECHNICAL SKILLS

Zur Durchführung eines IUS werden zwei Sonden mit unterschiedlicher Frequenz verwendet. Wir verwenden die konvexen Sonden mit niedrigen Frequenzen (1–6 MHz) für Panoramaansichten und die linearen Sonden mit hohen Frequenzen (5–13 MHz) für hochauflösende Bilder. Die Hoch-



Wandverdicktes terminale Ileum >3mm mit Verlust der 5 Schichtung der Darmwand



Wandverdickung mit Hyperämie im Doppler als Zeichen einer Inflammation

frequenzsonden ermöglichen die Visualisierung der Darmwand einschliesslich aller 5 Schichten. Die Untersuchungen sollten standardisiert entweder in der linken oder rechten Fossa iliaca beginnen. Von dort aus wird der Darm nach oben oder unten verfolgt, um Rektum, Sigma, Colon transversum, Colon ascendens und Ileozökalklappe zu beurteilen. Das terminale Ileum wird so weit wie möglich zurückverfolgt. Abschliessend wird der gesamte Bauch mit dem «Abdominal Sweep» in horizontaler und vertikaler Richtung gescannt. Während der Durchführung des Ultraschalls wird der Darm auf Darmwanddicke, Vaskularität, Verlust der Darmwandschichtung, Anreicherung von Mesenterialfett, Vorhandensein von Lymphknoten, Länge der Entzündung, Obstruktion und Fisteln beurteilt. Alle intra- und extramuralen Befunde werden mit der genauen Lage dokumentiert.

ZUKUNFT, UNERFÜLLTE BEDÜRFNISSE

Das Clarunis-IBD-Zentrum bietet den IUS an und will ihn für dringende Bildgebung und Entscheidungsfindungen etablieren. Obwohl es Limitationen des IUS gibt, wie die eingeschränkte Beurteilbarkeit des Darms bei Vorhandensein von Luft und Gas, grosser Körperkorpus und schwierige Beurteilung tiefer Beckenschlingen, profitieren Patient/innen vom IUS aufgrund seiner raschen Verfügbarkeit. Darüber hinaus beinhalten erste klinische Studien den IUS als einen klinischen Endpunkt und könnte die Bereitstellung eines offiziellen IUS-Services für die Teilnahme an multizentrischen Studien in der Zukunft wichtig sein.



Autorin:
Anouk Lehmann
Assistenzärztin Gastroenterologie/
Hepatologie

Chirurgische Therapiemöglichkeiten bei CED

Trotz kontinuierlicher Fortschritte der medikamentösen Therapie bei CED bleibt die Chirurgie eine wesentliche Säule der Behandlung und sollte als Ergänzung und nicht als konkurrenzierende Methode angesehen werden.

Ca. 40 % der Patient/innen mit einem Morbus Crohn und etwas weniger bei denjenigen mit einer Colitis ulcerosa benötigen im Verlauf der Krankheit eine chirurgische Therapie – aufgrund einer Komplikation oder (häufiger) aufgrund einer medikamentösen Therapieresistenz. Wenn immer möglich, sollten diese Operationen unter optimalen Bedingungen und nicht als Notfall durchgeführt werden. Dies bedeutet initial ein konservatives Management von Sepsis, Ileus oder einer Fistel in enger Zusammenarbeit mit den Gastroenterologen, um die Operation unter möglichst guten Voraussetzungen (Infekt, Ernährungszustand, Immunsuppression) elektiv durchzuführen.

MORBUS CROHN (MC)

–abdominell: Aufgrund des Befallmusters ist die Ileozökalesektion die am häufigsten durchgeführte abdominale Operation bei MC. Diese wird heutzutage wenn möglich laparoskopisch durchgeführt. Vorteile sind ein schnelleres Ingangkommen der Darmtätigkeit, weniger Narbenhernien und ein kürzerer Spitalaufenthalt – auf Kosten einer ggf. eingeschränkten Beurteilbarkeit des gesamten Dünndarms. Eine 2017 veröffentlichte Arbeit, die bei aktivem, nicht stenosierendem MC mit erfolgloser Steroidtherapie die Ileozökalesektion mit einer Infliximab-Therapie verglich, zeigte eine vergleichbare Lebensqualität in beiden Gruppen. Die neuste ECCO-Richtlinie sieht daher die Indikation zur Resektion sowohl bei fibrotischem, stenosierendem MC wie auch als Möglichkeit bei der aktiven Ileitis terminalis.

Die medikamentöse Therapie mit Biologika muss vor einem geplanten Eingriff nicht abgesetzt werden, da diese, im Gegensatz zu einer hochdosierten (>20 mg Prednison täglich) Steroidtherapie, die perioperativen Risiken nicht erhöhen. Die postoperative Rezidivrate liegt bei 25 %.

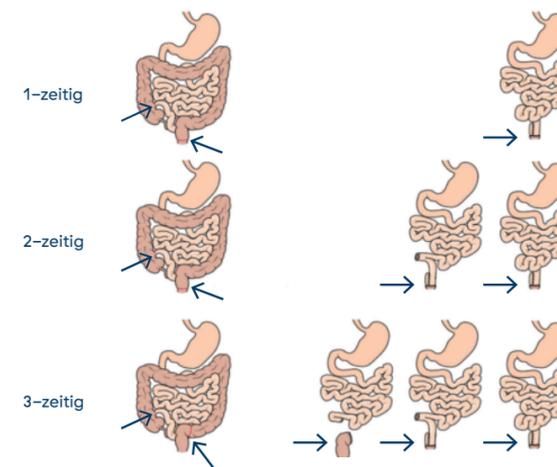
–perianal: Die Kombination von chirurgischer und medikamentöser Therapie scheint Vorteile zu bringen in der Behandlung des fistulierenden perianalen MC. Der Fistelverschluss mittels Advancement-Flap oder LIFT (ligation of intersphincteric fistula tract)-Methode zeigt langfristige Heilungsraten von 50–60 %. Die Heilungsrate ist höher als bei einer alleinigen medikamentösen oder alleinigen chirurgischen Therapie.

COLITIS ULCEROSA (CU)

Die Rolle der Chirurgie bei der Colitis ulcerosa ist ganz anders, da diese potenziell in Bezug auf die Pancolitis kurativ behandelt wird.

Die rekonstruktive Proktokolektomie kann Patient/innen mit einer therapierefraktären CU oder bei der Entwicklung eines CU-assoziierten Rektum- oder Kolonkarzinoms oder bei endoskopisch nicht kontrollierbaren High-grade-Dysplasien angeboten werden. Auch hier wird die Indikation zusammen interdisziplinär gestellt und es ist essenziell, dass die Patient/innen unter optimalen Rahmenbedingungen operiert werden. Der Eingriff kann als ein-, zwei- oder dreizeitiges Verfahren durchgeführt werden, je nach Risikokonstellation. Es handelt sich um eher seltene Eingriffe, entsprechend sollte die Expertise an spezialisierten Zentren konzentriert werden.

Die Kolektomie wird laparoskopisch oder Roboter-assistiert durchgeführt. Als Alternative zu der Ileum-Pouch-analen Anastomose kann eine ileorektale Anastomose angelegt werden, mit Schonung des Rektums und seiner Funktion sowie der weiteren Strukturen des kleinen Beckens. Dies ist nur dann möglich, wenn ein nur minimaler Befall des Rektums besteht. Die Patient/innen werden über die perioperativen Risiken sowie über die funktionellen Resultate (Stuhlfrequenz und –inkontinenz, Pouchitis und Pouchverlust) aufgeklärt. Die Indikation zur notfallmässigen Kolektomie besteht beim toxischen Megakolon und zeigt auch heutzutage eine hohe Mortalität.



Autorin:
Dr. med. Ida Füglistaler
Oberärztin Viszeralchirurgie

Clarunis +41 61 777 75 75
zuweisung@clarunis.ch

Viszeralchirurgie
viszeralchirurgie@clarunis.ch

Standort St. Claraspital +41 61 777 75 00
Standort Universitätsspital +41 61 777 73 00

Gastroenterologie/Hepatologie
gastroenterologie@clarunis.ch
hepatologie@clarunis.ch

Standort St. Claraspital +41 61 777 76 00
Standort Universitätsspital +41 61 777 74 00
Standort Bethesda +41 61 777 74 60
Standort Felix Platter +41 61 777 74 70

VISZERALCHIRURGIE

Prof. Dr. Beat Müller	Chefarzt	+41 61 777 75 05
PD Dr. Martin Bolli	Chefarzt Stv.	+41 61 777 75 08
Prof. Dr. Christoph Kettelhack	Chefarzt Stv.	+41 61 777 73 01
Prof. Dr. Otto Kollmar	Chefarzt Stv.	+41 61 777 73 06
Prof. Dr. Ralph Peterli	Chefarzt Stv. Forschung	+41 61 777 75 01
Prof. Dr. Adrian Billeter	Leitender Arzt	+41 61 777 73 05
Dr. Beatrice Kern	Leitende Ärztin	+41 61 777 75 06
PD Dr. Daniel Steinemann	Leitender Arzt	+41 61 777 75 09
Dr. Marc-Olivier Guenin	Leitender Oberarzt	+41 61 777 75 07
Dr. Fiorenzo Angehrn	Oberarzt	+41 61 777 76 71
PD Dr. Silvio Däster	Oberarzt	+41 61 777 73 05
Dr. Lana Fourie	Oberärztin	+41 61 777 73 04
Dr. Ida Füglistaler	Oberärztin	+41 61 777 75 17
Dr. Jennifer Klases	Oberärztin	+41 61 777 75 72
PD Dr. Marko Kraljevic	Oberarzt	+41 61 777 73 15
PD Dr. Philip Müller	Oberarzt	+41 61 777 73 04
PD Dr. Alberto Posabella	Oberarzt	+41 61 777 73 09
Prof. Dr. Savas Soysal	Oberarzt	+41 61 777 73 04
Dr. Lea Stoll	Oberärztin	+41 61 777 75 19
PD Dr. Marco von Strauss	Oberarzt	+41 61 777 75 03
Dr. Bernard Descoeudres	Stationsoberarzt	+41 61 777 75 00
Dr. Belma Dursunoglu	Stationsoberärztin	+41 61 777 73 00
Dr. Sonja Feichter	Stationsoberärztin	+41 61 777 75 00
Dr. Karla Scamardi	Stationsoberärztin	+41 61 777 73 00
Dr. Anna Elisabeth Wilhelm	Stationsoberärztin	+41 61 777 75 00

Stoma- und Wundtherapie

Standort Claraspital +41 61 777 75 76
Standort Universitätsspital +41 61 777 73 35

GASTROENTEROLOGIE/HEPATOLOGIE

Prof. Dr. Markus Heim	Chefarzt Hepatologie	+41 61 777 74 11
Prof. Dr. Stefan Kahl	Chefarzt Gastroenterologie	+41 61 777 76 02
Prof. Dr. Lukas Degen	Chefarzt Stv.	+41 61 777 74 00
Prof. Dr. Petr Hruz	Chefarzt Stv.	+41 61 777 76 95
PD Dr. Miriam Thumshirn	Chefärztin a.P.	+41 61 777 76 04
Prof. Dr. Christine Bernsmeier	Leitende Ärztin	+41 61 777 74 00
PD Dr. Henriette Heinrich	Leitende Ärztin	+41 61 777 74 00
Prof. Dr. Jan Hendrik Niess	Leitender Arzt	+41 61 777 74 00
Dr. Dominic Althaus	Oberarzt	+41 61 777 76 11
Dr. Beat Gysi	Oberarzt	+41 61 777 76 05
Dr. Isabelle Panne	Oberärztin	+41 61 777 74 00
Dr. Malina Wiesand	Oberärztin	+41 61 777 76 11
Dr. Marius Zimmerli	Oberarzt	+41 61 777 74 00
Dr. Michael Manz	Konsiliararzt	+41 61 777 76 02