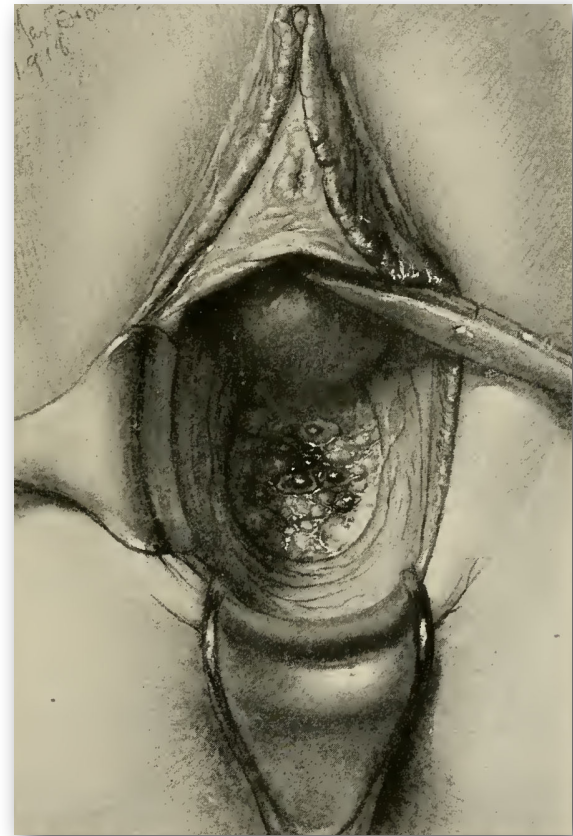




Chirurgische Therapie der TIE Komplikationserfassung SEF Zentren 2017/18

G. Hudelist (Wien), E. Montanari (Wien), A. Boosz (Karlsruhe), M. Burkhardt (Ostfildern), R. Chvátal (Znaim-Melk), J. Drahoňovský (Prag), N. Grübling (Dresden), D. Hornung (Karlsruhe), M. Korell (Neus), B. Krämer (Tübingen), P. Oppelt (Linz), M. Sillem (Homburg), C. Vaineau (Bern), L. Wanderer (Znaim-Melk), R. Wenzl (Wien)



Gutes tun und es gut tun!

BARMHERZIGE BRÜDER
KRANKENHAUS WIEN

Outcomes after rectosigmoid resection for endometriosis: a systematic literature review

Andrea Balla¹  · Silvia Gascozzina² · José D. Sobrado³ · Mustafa Sholeby⁴ · Giuseppe Petrolle⁵ · Pierpaolo Sileri⁶

Balla et al. Int J Colorectal Dis 2018

Table 6 Postoperative details. *SD* standard deviation, *GI* gastrointestinal

	Overall sample, (3079 patients)
Postoperative complications, n (%)	571 (18.5)
Recto-vaginal fistula	74 (2.4)
Anastomotic leak	67 (2.1)
Urinary retention	63 (2)
Unspecified complications	49 (1.6)
Bleeding/hemoperitoneum	35 (1.1)
Fever	34 (1.1)
Bladder atony	31 (1)
Anastomotic stenosis	20 (0.6)
Rectorrhagia	20 (0.6)
Constipation	20 (0.6)
Ureteral leak/fistula/injury	17 (0.5)
Pelvic abscess/collection	16 (0.5)
Residual urine	15 (0.5)

Impact of hospital and surgeon case volume on morbidity in colorectal endometriosis management: a plea to define criteria for expert centers

Sofiane Bendifallah^{1,2,3} · Horace Roman^{4,5} · Chrystel Rubod^{6,7} · Pierre Leguevaque⁸ · Antoine Watrelot⁹ · Nicolas Bourdel^{10,11} · Marcos Ballester^{1,2,3} · Emile Darai^{1,2,3}

Bendifallah et al. Surg Endosc 2017

Table 3 Complication rates according to the volume activity per center/per year

Complication rates	Volume of activity (number of procedures per center and per year)				
	Less than 10	Between 10 et 19	Between 20 et 29	Between 30 et 39	Over 40
	26 centers	9 centers	8 centers	5 centers	8 centers
Overall	11.88% (12/101)	8.40% (10/119)	5.15% (10/194)	7.73% (14/181)	6.66% (36/540)
Rectovaginal fistula	4.95% (5/101)	1.68% (2/119)	2.06% (4/194)	2.76% (5/181)	2.77% (15/540)
Anastomotic leakage	1.98% (2/101)	0% (0/119)	0.51% (1/194)	0.55% (1/181)	0.92% (5/540)
Pelvic abscess	1.98% (2/101)	3.36% (4/119)	2.57% (5/194)	4.97% (9/181)	3.51% (19/540)
Fistula of ureter	0% (0/101)	0.84% (1/119)	1.03% (2/194)	2.20% (4/181)	0.18% (1/540)

 Springer



BARMHERZIGE BRÜDER
KRANKENHAUS WIEN

Gutes tun und es gut tun!

Fragen

**Prävalenz von Komplikationen kolorektaler Eingriffe TIE
DACH - SEF Zentren ?**

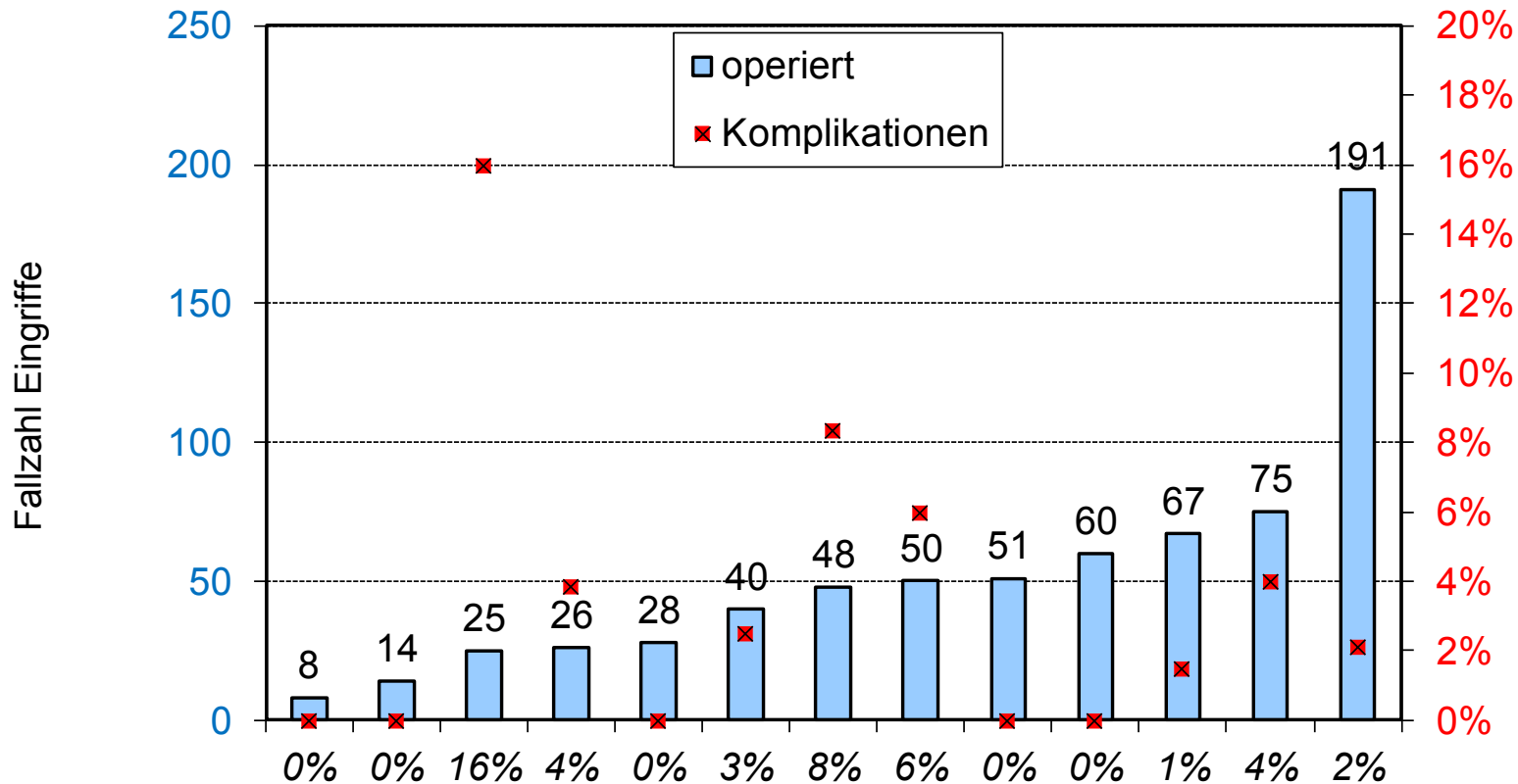
Unterschiede bei Komplikationsraten?

**Infrastruktur in Zentren -
interdisziplinäre Zusammenarbeit ?**



Komplikationen (CD III, IV) 2 Jahre

kolorektale Eingriffe – TIE **n = 683**

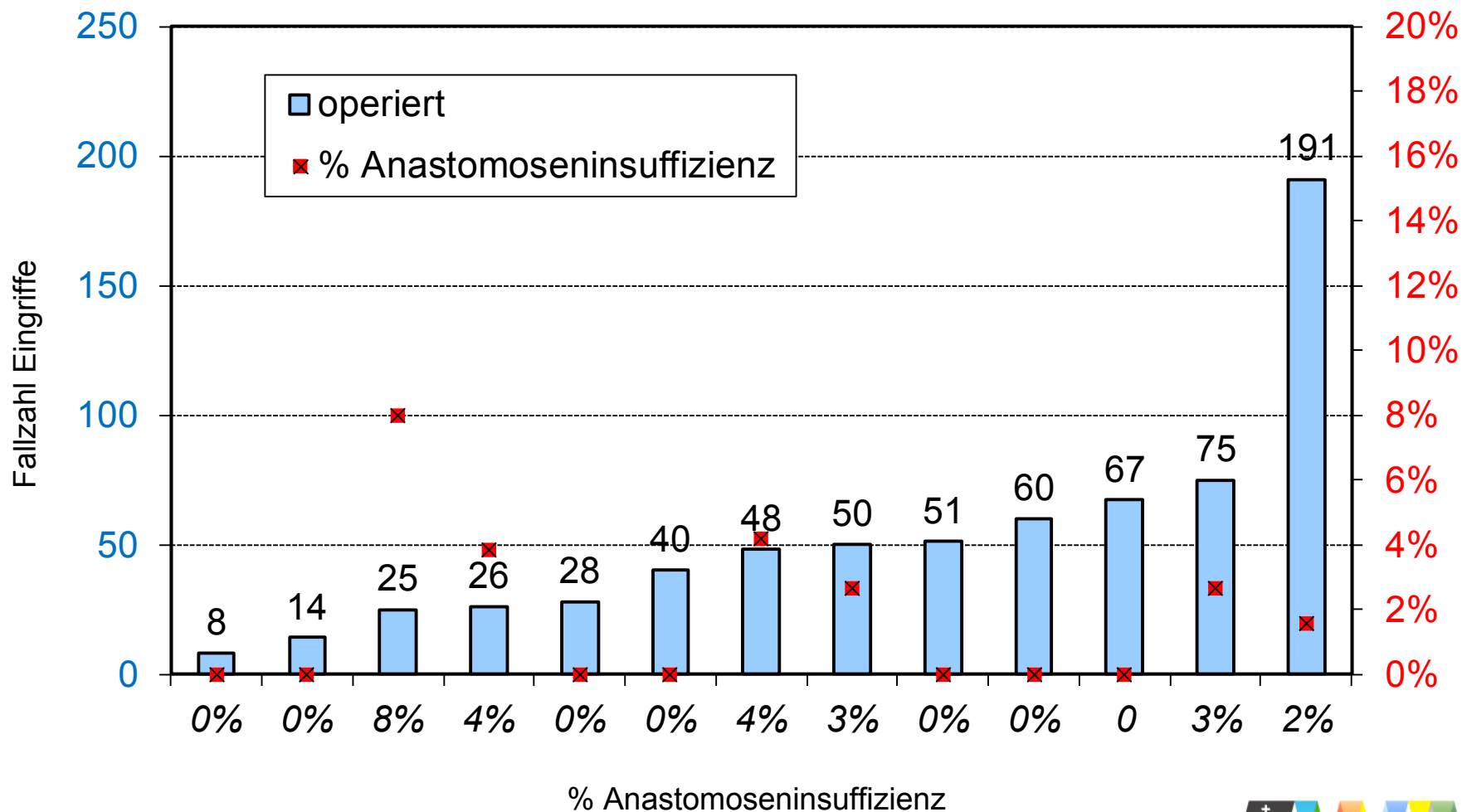


OCR: 21/683, 3%

% Komplikationen gesamt

Anastomoseninsuffizienz (AL)

n = 683

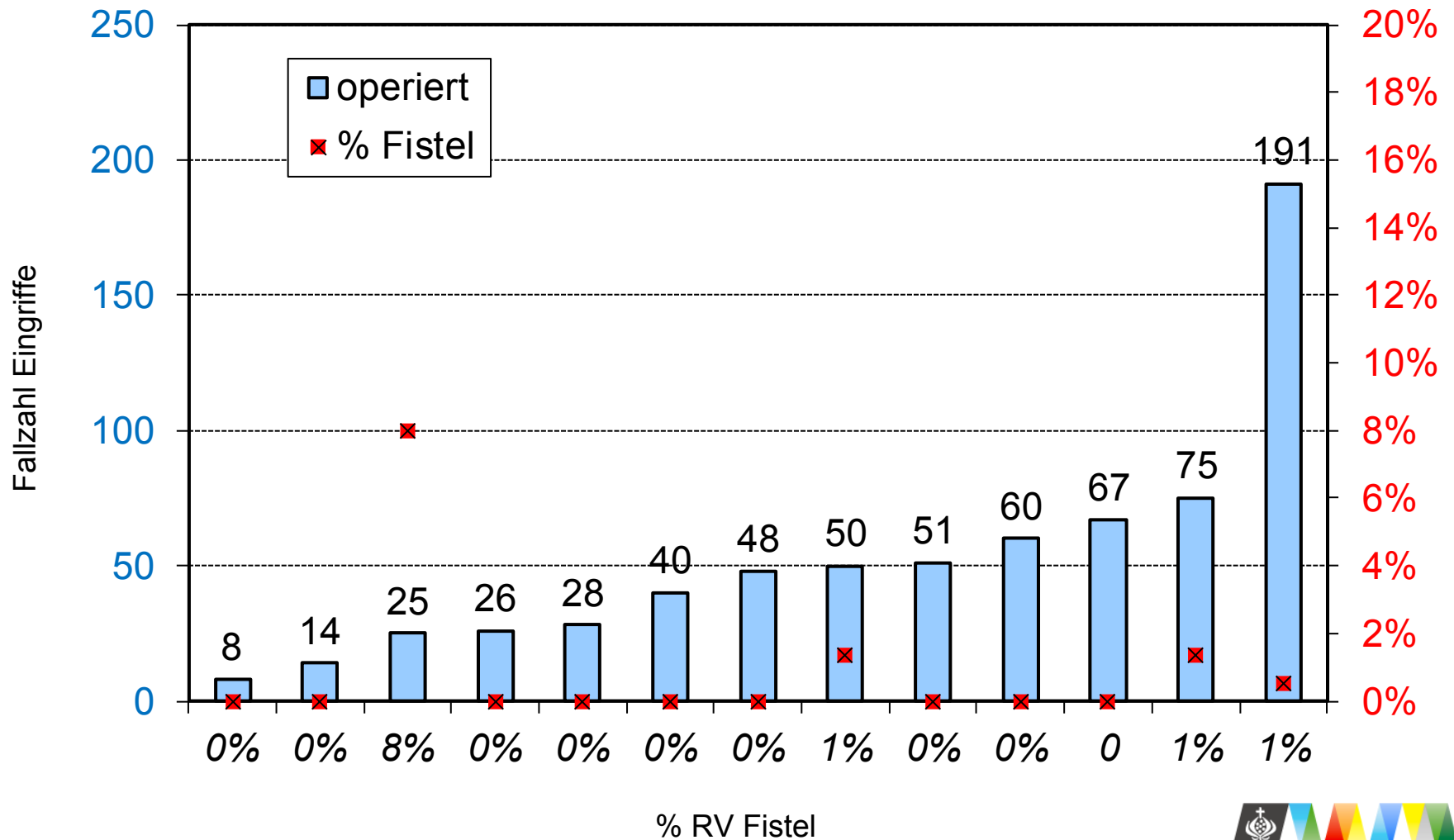


Gutes tun und es gut tun!

BARMHERZIGE BRÜDER
KRANKENHAUS WIEN

Rektovaginalfistel

n = 683

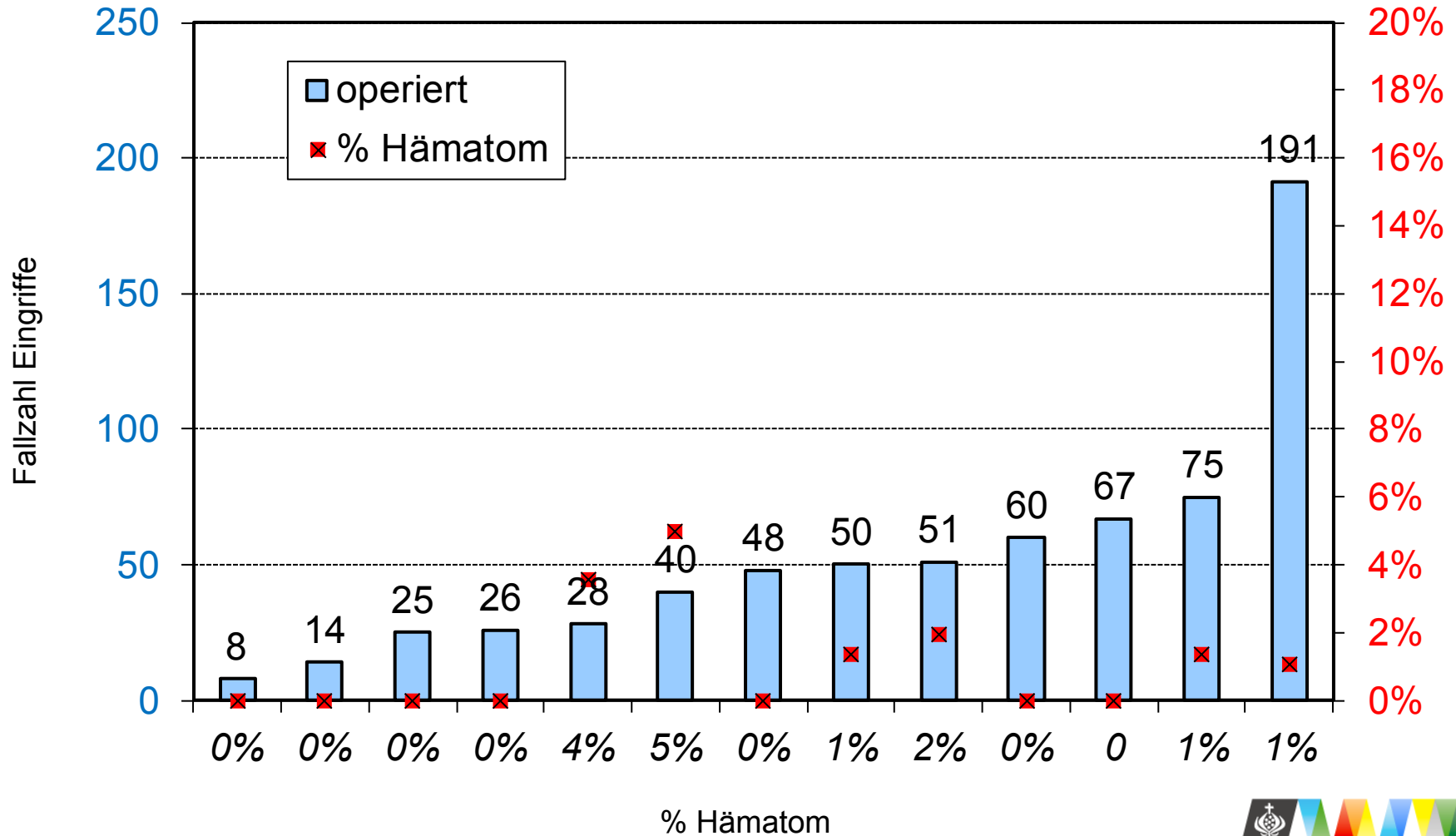


Gutes tun und es gut tun!

BARMHERZIGE BRÜDER
KRANKENHAUS WIEN

Hämatom postoperativ

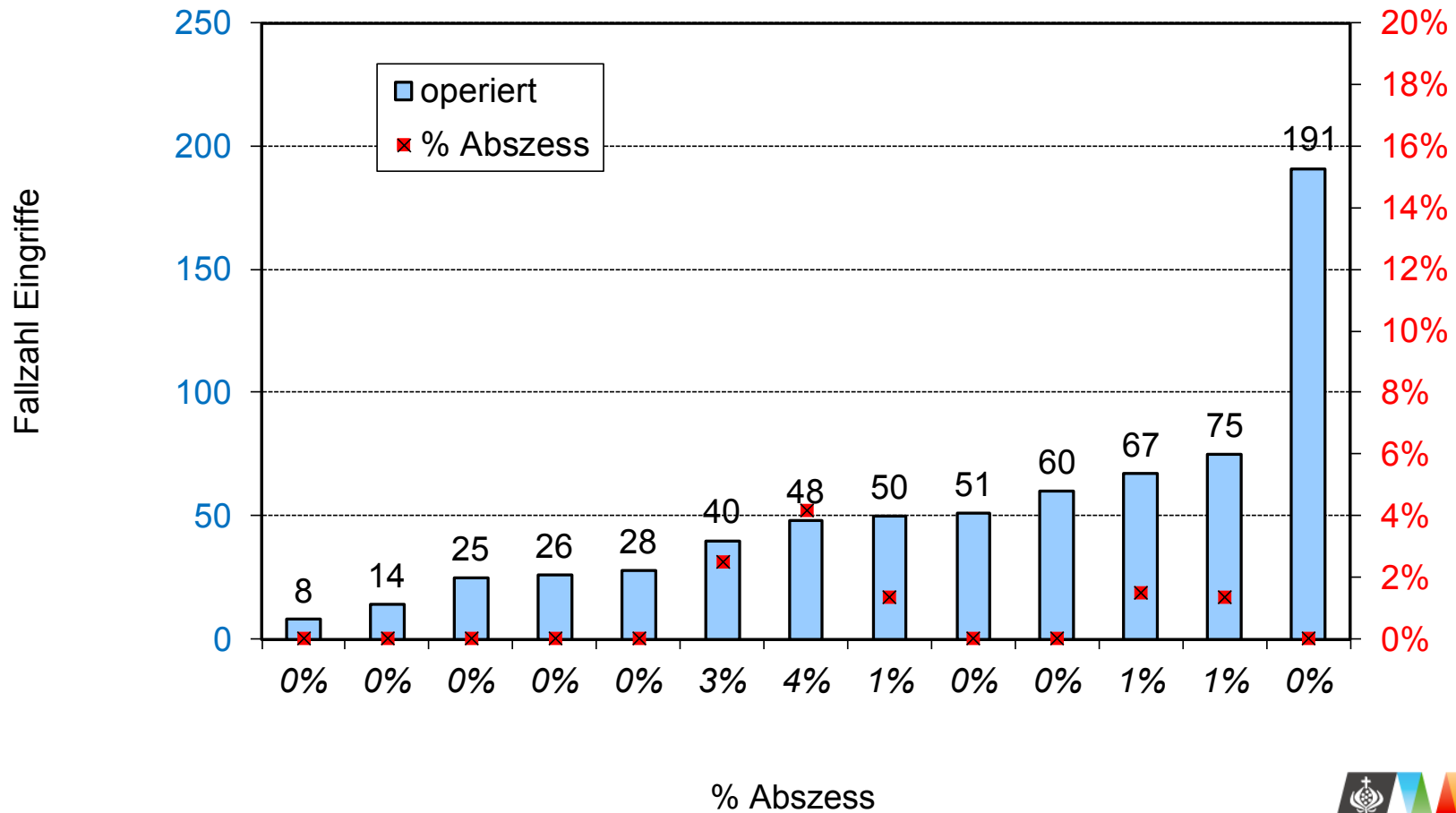
n = 683



Gutes tun und es gut tun!

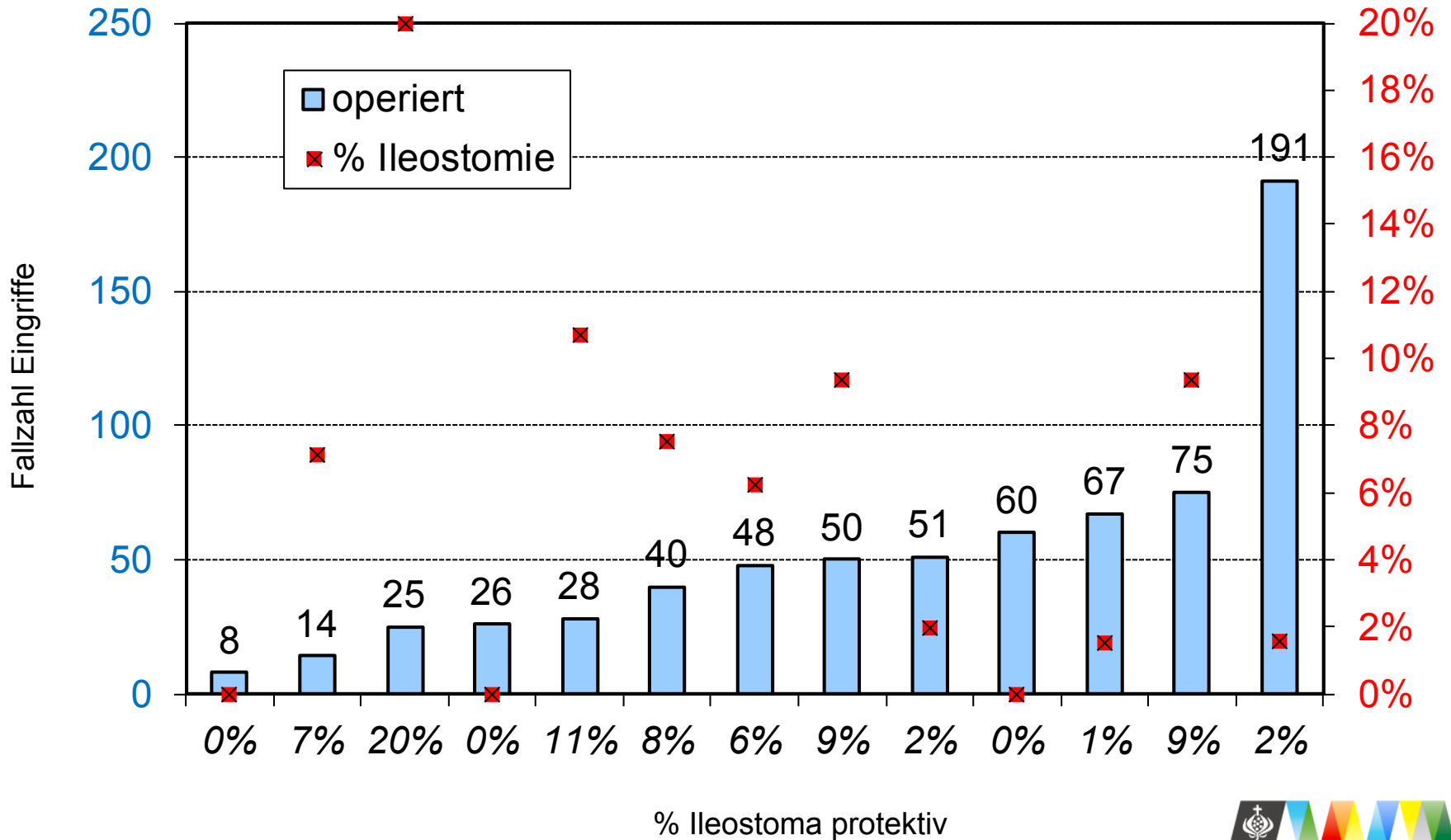
BARMHERZIGE BRÜDER
KRANKENHAUS WIEN

Abszessbildung



protektives Ileostoma

n = 683



Infrastruktur und Komplikationsmanagement

1. **Erfahrung** der Person, welche primärer Ansprechpartner bei Komplikationen ist:

- | | |
|---|-----------|
| a) <i>In Ausbildung</i> | 0 |
| b) <i><5 Jahre Facharztstätigkeit</i> | 0 |
| c) <i>>5 Jahre Facharztstätigkeit</i> | 1 |
| d) <i>>10 Jahre Facharztstätigkeit</i> | 12 |



2. **Definition** der Anastomoseninsuffizienz:

- a) *Austritt von Darminhalt durch den Bereich einer Konnektionsstelle zweier Hohlorgane* **4**
- b) *Unterbrechung der Konnektionsstelle zweier Hohlorgane mit oder ohne Austritt von Darminhalt* **9**
- c) *Frage nicht beantwortet* **2**



3. Welche **Massnahmen** kommen an Ihrem Zentrum **routinemässig präoperativ** zur Anwendung?

- a) *Single-shot i.v. Antibiotikaprophylaxe präoperativ (1-malig)* **12**
- b) *Selektive Dekontamination des GI Trakts (SDDT) (orales Antibiotikaschema 24h MIT Laxansgabe)* **1**
- c) *Darmvorbereitung präoperativ (Laxansgabe) OHNE SDDT* **12**



4. Werden kolorektale Eingriffe bei TIE immer mit einem **Facharzt für Chirurgie** durchgeführt?

a) Ja

12

b) Nein

1



5. Wie viele Personen sind aktiv
im **interdisziplinären Team** tätig?

- a) *Gynäkologie, Median (Min.-Max.)* **3 (2-7)**
- b) *Chirurgie, Median (Min.-Max.)* **2 (1-4)**
- c) *Urologie* **1-2**



6. Führen Sie **intraoperativ einen Test** nach Anlage der Anastomose durch?

- a) *Air Leak Test* **12**
- b) *Blaufarbstofffüllung (davon 1x „manchmal“, 1x „ggf.“, 1x „Braunol“)* **4**
- c) *Rektoskopie nach Anlage der Anastomose intraoperativ* **3**



7. Welche **Massnahmen** kommen meistens bei **positivem Air Leak Test** zur Anwendung?

- a) *Anlage eines protektiven Stomas* **1**
- b) *Übernähung und Stomaanlage
(davon 1x „noch nie vorgekommen“)* **7**
- c) *Übernähung ohne Stomaanlage* **7**



8. Welche der folgenden **Untersuchungen** werden **routinemässig postoperativ** durchgeführt?

- a) *Blutbild, CRP Messung täglich* **7**
(davon 1x „zu Beginn“, 1x „alle 2 Tage“, 1x „anfangs“)
- b) *Blutbild, CRP Messung bei Bedarf oder Symptomen* **10**
(davon 1x „3.+5. Tag post-OP und bei Symptomen“)
- c) *Bestimmung Amylase aus Drainageflüssigkeit* **2**
(davon 1x „nur bei Auffälligkeiten“, 1x „bei Symptomen“)
- d) *Antibiotikagabe routinemässig nach kolorektalen Eingriffen über 5 Tage* **4**
- e) *Procalcitonin Bestimmung routinemässig post-OP* **0**



9. Bei **Verdacht** auf Anastomoseninsuffizienz kommen **folgende Untersuchungen** allermeist zur Anwendung:

- a) *CT mit retrograder KM-Darstellung des Anastomosenbereiches* **9**
- b) *CT ohne retrograder KM-Darstellung des Anastomosenbereiches* **3**
- c) *Transvaginal-US und Speculumuntersuchung* **8**
- d) *MRT des Beckens* **1**
(davon 1x „gegebenenfalls“)
- e) *Laparoskopie diagnostisch mit Inspektion des Anastomosenbereiches* **7**

7



10. Welche **Abteilung / Fachrichtung** betreut Pat. nach kolorektalen TIE Eingriffen?

- a) *Gynäkologische Station* **10**
- b) *Chirurgische Station* **1**
(+ 1x „Mitbetreuung“, + 1x „ggf.“)
- c) *Gynäkologische Station und/oder chirurgische Station* **2**
(+ 1x „nur bei Komplikationen“)



11. **Wie** würden Sie die **interdisziplinäre Kooperation** mit dem Facharzt für Chirurgie bezeichnen?

- | | |
|---|-----------|
| a) <i>optimal</i> | 13 |
| b) <i>mittelmässig aber funktionierend</i> | 0 |
| c) <i>schwierig und verbesserungswürdig</i> | 0 |



12. **Wie viele Fälle an kolorektalen Eingriffen** werden im Schnitt pro Jahr durchgeführt?

- | | |
|---------------------------|----------|
| a) <i>unter 10 Fälle</i> | 3 |
| b) <i>10 bis 20 Fälle</i> | 5 |
| c) <i>20 bis 40 Fälle</i> | 3 |
| d) <i>Über 40 Fälle</i> | 2 |



Antworten....?

**Prävalenz von Komplikationen kolorektaler Eingriffe TIE
DACH - SEF Zentren ?**

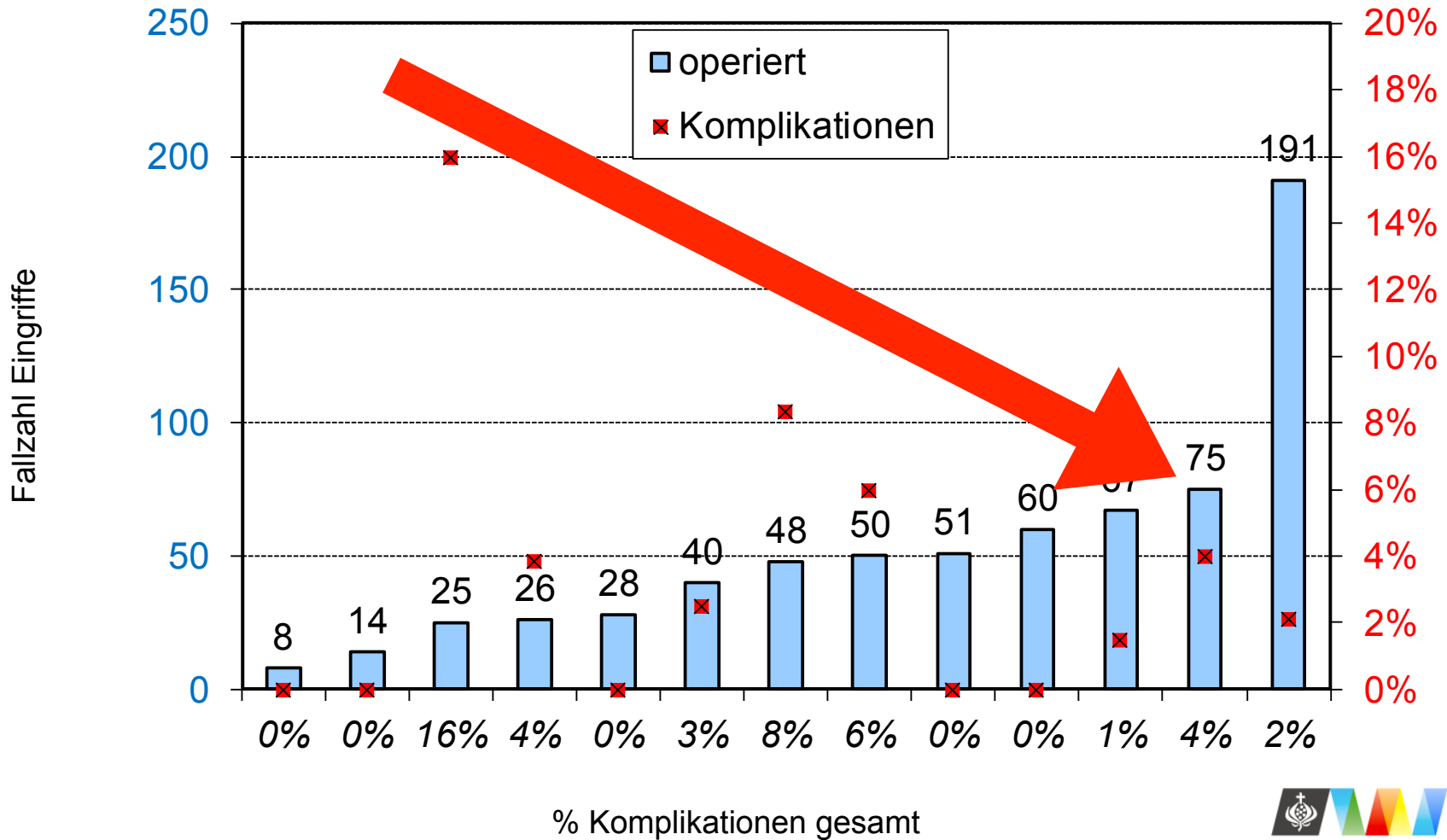
Unterschiede bei Komplikationsraten?

**Infrastruktur in Zentren -
interdisziplinäre Zusammenarbeit ?**



Komplikationen 2 Jahre

kolorektale Eingriffe – TIE n = **683**



BARMHERZIGE BRÜDER
KRANKENHAUS WIEN

Gutes tun und es gut tun!

Antworten....?

**Prävalenz von Komplikationen kolorektaler Eingriffe TIE
DACH - SEF Zentren ?**

Unterschiede bei Komplikationsraten?

**Infrastruktur in Zentren -
interdisziplinäre Zusammenarbeit ?**



Danke



Gutes tun und es gut tun!

**BARMHERZIGE BRÜDER
KRANKENHAUS WIEN**