

Minimalinvasive Chirurgie bei gastrooesophagealer Refluxkrankheit

Die gastrooesophageale Refluxkrankheit ist weit verbreitet und nimmt an Häufigkeit in der westlichen Bevölkerung schnell zu: Etwa 5 bis 10% der Menschen leiden täglich unter Beschwerden der Refluxkrankheit. Viele Patienten kann der Facharzt konservativ erfolgreich behandeln. Ein großer Teil an Patienten muss jedoch operiert werden – zunehmend über eine Bauchspiegelung.



H.-J. Winkelmann ist spezialisiert auf MIC und Bauchchirurgie.

Die typische gastrooesophageale Refluxkrankheit ist in einem hohen Maße mit einem Zwerchfellbruch an der Durchtrittsstelle der Speiseröhre verbunden. Durch eine Undichtigkeit im Übergang der Speiseröhre zum Magen kommt es zum Rückfluss des Mageninhaltes (Nahrungsbestandteile, Magensäure, Galle- und

Dünndarmflüssigkeit). Typische Beschwerden sind Sodbrennen, saures Aufstoßen, brennende Schmerzen hinter dem Brustbein und Schluckbeschwerden. Typische Komplikation dieser Erkrankung ist eine Entzündung der unteren Speiseröhre (Refluxoesophagitis) bis hin zu Zellveränderungen, die Vorstufen von Speiseröhrenkrebs. Ebenso bekannt sind zahlreiche andere Komplikationen wie zum Beispiel Stimmbandverätzungen mit Heiserkeit, Verschlucken von Mageninhalt in die Luftröhre, Nasennebenhöhlenentzündungen und Zahnschäden. Nach ausreichender Diagnostik mittels Magenspiegelung, Säure- und Druckmessung der Speiseröhre und des Magens kann man in besonderen Fällen auch noch eine Röntgenkontrastdarstellung der Speiseröhre und des Magens durchführen. Diese Röntgenuntersuchung war früher Standard bei der Refluxkrankheitsdiagnostik. Heute ist sie durch Magenspiegelung und Sondenmessungen weitgehend verdrängt.

Nicht immer können Diät und Medikamente helfen

Die erste Behandlung der gastrooesophagealen Refluxkrankheit erfolgt immer konservativ. Nach Veränderung der Lebensgewohnheiten und individueller Anpassung der Diät setzt eine stufenweise medikamentöse Behandlung ein. Sehr früh werden heute Protonenpumpeninhibitoren eingesetzt. Trotz modernster medikamentöser Behandlungen verbleiben jedoch bei einer großen Zahl von Patienten erhebliche Restbeschwerden oder Komplikationen, die auch unter medikamentöser Behandlung nicht immer abklingen.

Der so genannte Volumenreflux ist beispielsweise einer medikamentösen Behandlung verschlossen, da er oft mit einer völligen „Schließmuskelschwäche“ der unteren Speiseröhre verbunden ist. Weitere Operationsindikationen können Einklemmungsbeschwerden der Zwerchfellbrüchigkeit oder der „Wunsch“ des Patienten sein.

Laparoskopische Antirefluxplastik in fünf Schritten

Heute wird die laparoskopische Antirefluxplastik in verschiedenen Zentren routinemäßig durchgeführt. Bei uns im Gertrudis Hospital erfolgt sie in folgenden Schritten:

- Diagnostische Laparoskopie
- Laparoskopische Reposition des gastrooesophagealen Überganges mit Mobilisation der Speiseröhre

- Hintere Hiatoplastik (Zwerchfellschenkelnähte) durch Z-Nähte (nicht resorbierbares Nahtmaterial) und Netzplastik
- Modifizierte 300°-Fundoplicatio (Magenmanschette um Speiseröhre) nach Toupet
- Fundophrenicopexie (Magenfixierung am Zwerchfell) beidseitig

Die durchschnittliche Operationszeit einer geübten Hand mit 40 bis 50 Minuten ist inzwischen einem offenen Eingriff überlegen. Die Patienten dürfen am Operationstag trinken und werden innerhalb der ersten Woche nach der Operation mit weicher Kost aufgebaut. Sie können etwa am siebten postoperativen Tag das Krankenhaus verlassen.

Die Mehrzahl ist mit den OP-Ergebnissen zufrieden

In umfangreichen Nachuntersuchungen mit erneuter Magenspiegelung, pH-Metrie, Manometrie, gründlicher klinischer Untersuchung und Befragung konnte festgestellt werden, dass etwa 80% der Patienten keine Medikamente mehr benötigen. In vielen weiteren Fällen kann man die säureblockierenden Medikamente reduzieren. Mehr als 90% geben an, dass sie das operative Ergebnis mit „gut“ oder „sehr gut“ beurteilen. Die Sterblichkeit bei über 1.500 Eingriffen unserer Patienten ist gleich null.

Zurzeit führen wir circa 120 bis 150 solcher Eingriffe pro Jahr in unserer Abteilung durch.



Mittlerer Befund eines Zwerchfellbruchs vor der Operation (rechts unten Magen, oben links Leber).

Zusammenfassung

Bleibt eine konservative Behandlung erfolglos, haben sich die Beschwerden oder frühere Komplikationen nicht gebessert, kann die operative laparoskopische Behandlung der gastrooesophagealen Refluxkrankheit erfolgreich sein. Zudem stellt sie für den Patienten keine hohe Belastung dar. Die kontrollierten, guten Operationsergebnisse werden in einer Patientengruppe er-

zielt, die konservativ nur unzureichend behandelbar war.

Tipp: Endoskopischer Video-Live-Workshop für Ärzte u. OP-Pflegepersonal am 28. Oktober 2005 im Gertrudis Hospital. Thema: Zwerchfellbruch und Sigmadivertikulose. Tel.: 02 09/61 91-258.

Autoren: Hermann-Josef Winkelmann, Dr. med. Elisabeth Winkelmann, Gertrudis Hospital, Herten Westerholt, www.katholische-kliniken.de

Deutschland europaweit Vorreiter in der Darmkrebsvorsorge – Studie zeigt: Präventive Koloskopie weist erste Erfolge auf

Zwei Jahre nach Einführung der präventiven Koloskopie (Darmspiegelung) können die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Spitzenverbände der Krankenkassen einen ersten Bericht über die Auswertung einer der größten Beobachtungsstudien zur präventiven Darmspiegelung vorlegen. Die Studie hat das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) durchgeführt.

Rund 500 000 Versicherte haben sich 2003 der Darmkrebs-Früherkennungsmaßnahme unterzogen. Die Daten aus 303 052 Dokumentationsbögen dienten als Grundlage für die Auswertung des ZI. Über die präventive Koloskopie konnten bei 0,6 Prozent der Studienteilnehmer Darmkrebs und bei 5,8 Prozent Darmkrebs-Vorstadien mit einem ho-

hen Entartungsrisiko diagnostiziert werden. Durch das frühzeitige Entdecken des Darmkrebses, der Geschwülste und Polypen, war ein rasches Eingreifen möglich, so dass die Krebspatienten gute Heilungschancen hatten und bei den Vorstadien ein Darmkrebs verhindert werden konnte.

Präventive Koloskopie nur in Deutschland

Seit Oktober 2002 gehört die Früherkennungskoloskopie zu den Präventivmaßnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Deutschland ist das einzige europäische Land, das eine präventive Koloskopie anbietet. Ab 55 Jahren können Versicherte diese Maßnahme zweimal im Abstand von zehn Jahren kostenfrei in Anspruch nehmen. Mit der Aufnahme der präventiven Ko-

loskopie in den Leistungskatalog der GKV hat der Gemeinsame Bundesausschuss hohe Qualitätsstandards festgeschrieben. Dazu gehört zum Beispiel, dass nur speziell geschulte Fachärzte Koloskopien vornehmen dürfen. Die Erlaubnis bleibt nur dann aufrechterhalten, wenn die Ärzte innerhalb von 12 Monaten nachweislich mindestens 200 Koloskopien durchführen.

Zudem werden die vorgegebenen Hygienestandards zweimal jährlich von unabhängigen Instituten geprüft. In Deutschland sterben jährlich rund 30 000 Personen an Darmkrebs. Vermehrte Koloskopien könnten einen Beitrag dazu leisten, diese Zahl zu minimieren. Infos: www.darmkrebsmonat.de, www.darmkrebs.de

Quelle: KBV

Sicher und effektiv: Foliodrape®-Einmal-Abdecksets für die Urologie



Die Sterilabdeckung mit Foliodrape® ist wichtiger Bestandteil einer wirksamen Infektionsprophylaxe bei operativen Eingriffen und spart zudem Zeit bei der OP-Vor- und Nachbereitung. Von HARTMANN gibt es für die Urologie spezielle Einmal-OP-Abdecksets: Mit dem Foliodrape® Urologie-Set I können Sie eine Komplettabdeckung bestellen. Beim Urologie-Set II besitzt das Urologie-Tuch einen

selbstklebenden Lochausschnitt, einen integrierten Fingerling, ein Auffangsieb und Beinlinge. Zum Foliodrape® TUR-Set gehört unter anderem ein TUR-Tuch mit Lochausschnitt und Sieb. Infos unter Telefon 01 80/22 66 40 oder im Internet unter www.hartmann.info