



J. Mössner

Klinik und Poliklinik für Gastroenterologie und Rheumatologie, Department für Innere Medizin, Neurologie und Dermatologie, Universitätsklinikum Leipzig AöR, Leipzig, Deutschland

Interventionelle Therapie I

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

bis Anfang der 70er Jahre des vergangenen Jahrhunderts kann etwas plakativ gesagt werden: Nach Diagnosestellung einer Erkrankung innerer Organe wurde entschieden, ob diese konservativ, in der Regel medikamentös, oder operativ behandelt wird. Die erste Ballondilatation einer Koronarstenose durch Andreas Grüntzig [1] oder die endoskopische Polypektomie im Kolon [2], auch in der Erlanger Schule Ludwig Demlings entwickelt [3], sind Beispiele des Vorstoßes der Inneren Medizin von einer rein konservativen Therapie in das Feld der Interventionen. Das Spektrum der Möglichkeiten erweitert sich kontinuierlich.

Diese Entwicklung hat nicht nur den technologischen Fortschritt zur Voraussetzung, sondern auch die freundschaftliche Partnerschaft zwischen Internist und Chirurg. Eine Polypektomie oder endoskopisch retrograde Cholangiographie mit Papillotomie und Entfernung eines Gallengangkonkrementes wären nicht möglich gewesen, wenn der Chirurg nicht „Gewehr bei Fuß“ gestanden hätte, um potenzielle Komplikationen der Intervention operativ zu beheben. Die Chirurgie wiederum ist durch die Einführung ebenfalls endoskopischer Techniken immer weniger „invasiv“ geworden. Bei manchen der revolutionären interventionellen Innovationen wird noch in Studien geklärt, welche Erkrankung in welchem Stadium interventionell oder chirurgisch behandelt wird. Hier darf oft auch von einem freundschaftlichen Wettstreit zwischen Chirurg und Internist gesprochen werden. Doch auch der interventionell tätige Internist steht oft „Gewehr bei Fuß“, um mögliche Komplikationen des chirurgischen Eingriffs interventionell endoskopisch zu

therapieren. Hier darf ich die Stentimplantation bei Gallengangstenose nach Lebertransplantation oder einer Gallengangleckage nach laparoskopischer Cholezystektomie nennen. Ein weiteres Beispiel sind Komplikationen nach bariatrischer Chirurgie. Gastroenterologische endoskopische Interventionen sind aber oft auch Teil eines komplexeren Therapiekonzepts, an dem Internisten, Chirurgen aber auch beispielsweise Radiologen beteiligt sind. Ich möchte nur die transarterielle Chemoembolisation eines hepatozellulären Karzinoms vor geplanter Lebertransplantation nennen. Es soll nicht verschwiegen werden, dass sich Fächer wie Gastroenterologie und Radiologie auch „streiten“, wer einen bereits in der Therapie etablierten interventionellen Eingriff durchführt. Hier darf ich den transjugulären portosystemischen Stentshunt (TIPS) in der Therapie der portalen Hypertension oder die perkutane transhepatische Cholangiodrainage (PTCD) nennen.

» Zwischen Chirurgen und Internisten gibt es sozusagen einen „freundschaftlichen Wettstreit“

Das Spektrum der interventionellen Möglichkeiten allein in der Gastroenterologie und auch Pneumologie ist so umfangreich, dass man sich in diesem Schwerpunktheft auf vier, allerdings relativ neue, innovative Gebiete beschränken musste. *Andrea May*, Offenbach, stellt die Ergebnisse der endoskopischen, kurativen Therapie des Ösophagusfrühkarzinoms dar. Hier hat die ehemals Wiesbadener Arbeitsgruppe um Christian Ell die Therapie des Barrett-Karzinoms und des

Plattenepithelkarzinoms revolutioniert. Vielen Patienten bleibt die Ösophagusresektion mit Magenhochzug erspart. Die perorale endoskopische Myotomie (POEM) ist ein in Japan entwickeltes Verfahren, welches noch in „Konkurrenz“ zur laparoskopischen Heller-Myotomie bei Achalasie steht. *Jürgen Feisthammel et al.*, Leipzig, beschreiben den aktuellen Stand der Endoskopie in der Therapie der Adipositas. Hierzu gehören auch die endoskopischen Möglichkeiten der Therapie von Komplikationen nach bariatrischer Chirurgie. Die endoskopische Mukosaresektion (EMR) und die endoskopische Submukosadisektion (ESD) sind in der Therapie von Neoplasien bereits etabliert. *Benjamin Meier, Arthur Schmidt und Karel Caca*, Ludwigsburg, stellen jetzt die Indikationen und Möglichkeiten der endoskopischen Vollwandresektion dar. Sie beschreiben den Einsatz und die Limitationen der „over the scope clips“ (OTSC) und des Full-thickness-resection-device (FTRD)-Systems. FTRD ist ein minimal-invasives Verfahren, welches zur endoskopischen Vollwandresektion im unteren Gastrointestinaltrakt zugelassen ist. Der künftige Stellenwert dieser Intervention hat die größte Schnittmenge mit den heute in der Regel noch üblichen chirurgischen Verfahren. Auch in der Pneumologie sind endoskopische Interventionen möglich, an die vor wenigen Jahren noch niemand gedacht hätte. *Daniela Gompelmann und Felix J. F. Herth*, Heidelberg, demonstrieren dem Leser die zahlreichen Möglichkeiten der endoskopischen Therapie bei unterschiedlichsten Erkrankungen der Lunge. Die Möglichkeiten der reversiblen aber auch irreversiblen endoskopischen Lungenvolumenverkleinerung bei emphysematöser chronisch obstruktiver Lungenerkrankung, auch

die „targeted lung denervation“, sind aus meiner Sicht besonders innovative Therapieansätze.

Viele Themen können in diesem Schwerpunktheft nicht besprochen werden. Ich darf einige, meist bereits seit Jahren etablierte Interventionen in der Gastroenterologie nennen:

- Palliation maligner Stenosen im Ösophagus, Duodenum, Ductus choledochus oder Kolon mit selbstexpandierenden beschichteten Metallstents;
- Möglichkeiten der endoskopischen Blutstillung im oberen und unteren Gastrointestinaltrakt (Varizenligatur, TIPS, Endoclip bei Ulkusblutung etc.);
- transgastrale Nekrosektomie bei Pankreatitis;
- endoskopische Drainage von Pankreaspseudozysten;
- extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) von Pankreasgang- oder Gallengangsteinen oder die Laserlithotripsie von Gallengangsteinen, die für eine primär endoskopische Extraktion nach endoskopischer Spaltung der Papilla Vateri (EPT) noch zu groß sind;
- Blutstillung und Polypektomie im Dünndarm via Doppelballon- oder Pushenteroskopie;
- photodynamische Lasertherapie maligner Gallengangstenosen;
- Dilatation von Darmstenosen bei Morbus Crohn;
- endoskopische Submukosadisektion (ESD) breitbasiger Adenome z. B. im Kolon und
- vieles mehr.

Ich würde mich freuen, wenn die Auswahl der vier Themen in diesem Heft Ihr Interesse fände.



Prof. Dr. J. Mössner

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. J. Mössner

Klinik und Poliklinik für Gastroenterologie und Rheumatologie, Department für Innere Medizin, Neurologie und Dermatologie, Universitätsklinikum Leipzig AöR
Liebigstr. 20, 04103 Leipzig, Deutschland
joachim.moessner@medizin.uni-leipzig.de

Interessenkonflikt. J. Mössner gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Grüntzig AR, Senning A, Siegenthaler WE (1979) Nonoperative dilatation of coronary-artery stenosis: percutaneous transluminal coronary angioplasty. *N Engl J Med* 301:61–68
2. Williams C, Muto T, Rutter KR (1973) Removal of polyps with fiberoptic colonoscope: a new approach to colonic polypectomy. *Br Med J* 1(5851):451–452
3. Frühmorgen P, Demling L (1973) Koloskopische Polypektomie. *Dtsch Med Wochenschr* 98:1455–1457

Implantierbarer Monitor soll mehr Sicherheit nach Herzinfarkt bringen

In Deutschland überleben ca. 280.000 Patienten/Jahr einen Herzinfarkt. Bei einer großen Gruppe von ihnen ist danach die Pumpfunktion dank der schnellen Wiedereröffnung des Infarktgefäßes nur wenig bis mittelgradig eingeschränkt. Aber unter ihnen gibt es viele, die in der Folge am plötzlichen Herztod versterben.

Es ist bekannt, dass bei gefährdeten Patienten Störungen im vegetativen Nervensystem bestehen können, die die bedrohlichen Rhythmusstörungen auslösen. Forscher um Prof. Axel Bauer vom DZHK-Standort München (Klinikum der Universität München) haben computerbasierte EKG-Methoden entwickelt, mit denen sie diese Störungen messen können.

In der Studie SMART-MI* wird der Hälfte der 400 infrage kommenden Patienten zu Beginn ein implantierbarer kardialer Monitor (ICM = insertable cardiac monitor) eingesetzt, mit dem die Ärzte Vorläufer lebensbedrohlicher Rhythmusstörungen telemetrisch erfassen können. Die andere Hälfte der Patienten dient als Kontrollgruppe.

Das Gerät sendet kontinuierlich Signale an eine Datenzentrale im Klinikum der Universität München. Bei Vorboten von gefährlichen Rhythmusstörungen werden die Patienten umgehend einbestellt. Die Ärzte suchen dann nach möglichen Ursachen wie einem erneuten drohenden Herzinfarkt, die dann entsprechend behandelt werden können.

Die Studie soll zeigen, ob die ICM in der Lage sind, zuverlässig die Vorboten von drohenden Komplikationen anzuzeigen und ob sich dadurch die Überlebenschancen der Patienten verbessern.

* Implantierbare kardiale Monitore bei Hochrisiko-Postinfarkt-Patienten mit kardialer autonomer Dysfunktion und mittelgradig reduzierter linksventrikulärer Pumpfunktion (SMART-MI)

Quelle: Deutsches Zentrum für Herz-Kreislauf-Forschung e.V.

Hier steht eine Anzeige.

