

Gastroenterologie 2020 · 15:355–356
<https://doi.org/10.1007/s11377-020-00472-5>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
Springer Nature 2020



A. Dechêne¹ · A. Riphaus² · M. Fried³

¹ Medizinische Klinik 6 (Schwerpunkte Gastroenterologie, Hepatologie, Endokrinologie und Ernährungsmedizin), Universitätsklinik der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität, Klinikum Nürnberg, Nürnberg, Deutschland

² Innere Medizin II, Gastroenterologie, Interventionelle Endoskopie & Sonographie, Gastrointestinale Onkologie, Palliativmedizin, Ernährungsmedizin, St. Elisabethen-Krankenhaus Frankfurt, Frankfurt/Main, Deutschland

³ Abteilung Gastroenterologie und Hepatologie, Universitätsspital Zürich, Zürich, Schweiz

Schnittstellen zwischen Endoskopie und Chirurgie

Zusammenarbeit statt konkurrierender Methoden

Als Philipp Bozzini aus Frankfurt a. M. im Jahr 1806 erstmals ein von ihm als „Lichtleiter“ bezeichnetes starres Endoskop zur medizinischen Anwendung an der Medizinischen Universität Wien vorstellte, war es zur therapeutischen Anwendung noch ein sehr weiter Weg. Die chirurgische Heilkunst hatte – ihre Ursprünge bereits in der Antike nehmend – einen großen Vorsprung und entwickelte sich im 19. Jahrhundert von der Amputations- und Kriegsheilkunde zur erhaltenen Chirurgie fort, Antisepsis und Anästhesie machten weitere große Fortschritte möglich.

1886 schließlich prägte der Berliner Arzt Ismar Boas den Begriff des „Gastroenterologen“ und benannte damit eine der medizinischen Fachrichtungen, deren Vertreter die Endoskopie des Verdauungstrakts ein knappes Jahrhundert später wesentlich prägen und fortentwickeln würden.

Die nun bereits auf die „Viszeralchirurgie“ spezialisierten Kollegen konnten durch die Einführung minimal-invasiver bzw. laparoskopischer Techniken das mit Eingriffen am Verdauungstrakt einhergehende Operationstrauma weitgehend reduzieren und so u. a. postoperative Schmerzen und Krankenhausverweildauer reduzieren. Konkurrierende Methoden waren Endoskopie und chirurgische Therapie da noch nicht.

Zu Beginn des 21. Jahrhunderts ergaben sich durch Fortentwicklung von flexiblen Videoendoskopen und des endoskopischen Zubehörs zunehmende Möglichkeiten der Diagnostik, aber eben auch der transluminalen Therapie von neoplastischen Läsionen im oberen und unteren Intestinum. Insbesondere mukosale Tumoren in Ösophagus, Magen und Kolon wurden der endoskopischen Resektion zugänglich, sodass eine kontroverse Diskussion darum entstand, wem diese Eingriffe „gehören“ – dem interventionellen Endoskopiker oder doch besser dem onkologisch versierten Chirurgen? Natürlich gab es immer auch Kolleginnen und Kollegen, die beide Zugangswege beherrschten, die große Mehrzahl der Viszeralmediziner (dieser Terminus verbindet im besten Sinne Gastroenterologen und Viszeralchirurgen) entwickelte sich aber zu Spezialisten. In zahllosen Positionspapieren und Kongresssitzungen wurde um die „richtige“ oder gar „bessere“ Therapie gestritten.

Heute, zu Beginn des dritten Jahrzehnts des 21. Jahrhunderts, sind viele Fragen durch gute Studien geklärt, und wir verfügen über einen breiten Erfahrungshorizont, auf den der Viszeralmediziner bei der Auswahl der günstigsten Therapiemethode zurückgreifen kann. Endoskopie und Chirurgie konkurrieren in vielen Indikationen nicht mehr, sondern stellen komplementä-

re Möglichkeiten dar. Jetzt besteht die Herausforderung in der individuellen Beratung des Patienten, der von einer gut definierten Schnittstelle und engen Absprachen zwischen den Experten unmittelbar profitiert.

In diesem Themenheft diskutieren Kliniker aus Gastroenterologie und Viszeralchirurgie gemeinsam das interdisziplinäre Versorgungskonzept für ausgewählte Schwerpunkte in der Viszeralmedizin. Dabei geben die Beiträge einen Überblick über den „state of the art“ und die praktische Bedeutung der Schnittstellen zwischen Endoskopie und Chirurgie im klinischen Alltag bei verschiedenen Krankheitsbildern des Verdauungstrakts.

Motilitätsstörungen des Ösophagus sprechen meist schlecht auf eine konservative Therapie an, auch die traditionellen endoskopischen Verfahren helfen oft nur kurzfristig. *Heinrich* und *Gockel* stellen die verfügbaren Therapieoptionen vor und legen dabei einen Schwerpunkt auf die definitiven Behandlungsansätze mit Durchtrennung der Speiseröhrenmuskulatur.

Die Prävalenz der morbidem Adipositas im deutschsprachigen Raum hat sich in der letzten Dekade verdoppelt, damit einhergehend werden bariatrische bzw. metabolische Eingriffe am Verdauungstrakt häufiger. *Kähler* und *Eickhoff* beleuchten die Rolle der Endoskopie so-

wohl vor und nach einem entsprechenden chirurgischen Eingriff als auch als Alternativzugang zum Verdauungstrakt mit dem Ziel der Schaffung restriktiver (Magen) bzw. malabsorptiver (Duodenum) Veränderungen.

Eine der ältesten Schnittstellen zwischen Endoskopie und Chirurgie stellt die Resektion (prä-)maligner Kolonläsionen dar. Nur noch selten sind Darmresektionen zur Beseitigung von Dickdarmadenomen notwendig, auf der anderen Seite ergeben sich zunehmende Möglichkeiten der endoskopischen Entfernung von auch großen Neoplasien, solange eine spezifische Invasionsstiefe nicht überschritten wird. *Schlag* und *Wilhelm* stellen die Kriterien vor, die die Wahl der Resektionsmethode leiten sollten.

Benigne und maligne Erkrankungen der Gallenwege erfordern eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit. Zentrale Herausforderungen sind die sichere Dignitätseinordnung durch Bildgebung und interventionelle Diagnostik, die bedarfsweise Gallenwegsdrainage, eine onkologisch korrekte Resektion und das interdisziplinäre Komplikationsmanagement. *Von Hahn* und *Vondran* diskutieren in ihrem Beitrag das individuelle Vorgehen zur Patientenversorgung im interdisziplinären Ansatz und unter Berücksichtigung aktueller Studiendaten.

Wedi und *Schüler* geben schließlich einen Überblick über die aktuell verfügbaren Therapieoptionen bei Anas-tomosensinsuffizienzen im Gastrointestinaltrakt, die trotz der Fortschritte in der intensivmedizinischen Behandlung und der Weiterentwicklung minimal-invasiver Behandlungsmethoden mit einer hohen Morbidität und Mortalität einhergehen. In Abhängigkeit von der Lokalisation der Insuffizienz kommen neben der in der Vergangenheit ausschließlich zu Verfügung stehenden Stenttherapie in den letzten Jahren zunehmend auch die Unterdrucktherapie mittels endoluminaler Vakuumtherapie, die Verwendung von Over-the-Scope-Clips sowie die künftig auch weiterentwickelten endoskopischen Nahtsysteme zum Einsatz. Da oftmals gerade eine multimodale Therapiestrategie durch Kombination der hier präsentierten Techniken zum klinischen Erfolg führt,

kommt der engen interdisziplinären Absprache besonderes Gewicht zu.

Wir danken allen Autoren der aktuellen Ausgabe der Zeitschrift *Der Gastroenterologe*, dass Sie unserer Einladung zur Mitwirkung nachgekommen sind.

Den Lesern wünschen wir, dass die Darstellungen der Verfasser bei der Entscheidungsfindung im klinischen Alltag Hilfestellung und Inspiration sind.

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. A. Dechêne
Medizinische Klinik
6 (Schwerpunkte
Gastroenterologie,
Hepatology, Endokrinologie
und Ernährungsmedizin),
Universitätsklinik der
Paracelsus Medizinischen
Privatuniversität, Klinikum
Nürnberg
Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1,
90419 Nürnberg, Deutschland
alexander.dechene@klinikum-
nuernberg.de



Prof. Dr. A. Riphäus
Innere Medizin II, Gastro-
enterologie, Interventionelle
Endoskopie & Sonographie,
Gastrointestinale Onkologie,
Palliativmedizin, Ernährungs-
medizin, St. Elisabethen-
Krankenhaus Frankfurt
Ginnheimer Straße 3,
60487 Frankfurt/Main,
Deutschland
ARiphäus@web.de



Prof. Dr. M. Fried
Abteilung Gastroenterologie
und Hepatology,
Universitätsspital Zürich
Rämistr. 100, 8091 Zürich,
Schweiz
michael.fried@usz.ch

Interessenkonflikt. A. Dechêne, A. Riphäus und M. Fried geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.



LebensBlicke

Stiftung Früherkennung Darmkrebs

Darmkrebs-Präventionspreis 2021

Die Stiftung LebensBlicke schreibt einen Preis für hervorragende Arbeiten im Bereich der Darmkrebsvorsorge und -früherkennung aus. Der Preis ist mit 4.000 € dotiert und wird von der Servier Deutschland GmbH gestiftet. Bewerben Sie sich bis zum 30.11.2020!

Für den Preis werden Vorschläge aus folgenden Bereichen akzeptiert:

- Forschungsarbeiten, die zur Verbesserung der bestehenden Früherkennungsangebote beitragen oder neue Möglichkeiten für die Darmkrebsfrüherkennung eröffnen.
- Studien zur Evaluation der Wirksamkeit und Effizienz, der Wirtschaftlichkeit und des Qualitätsmanagements der Darmkrebsfrüherkennung.
- Informations- und Beratungsangebote, welche die Aufklärung und Motivation der Bevölkerung im Bereich der Darmkrebsvorsorge und -früherkennung verbessern.

Angesprochen sind Ärztinnen und Ärzte, Doktorandinnen und Doktoranden, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, aber auch Unternehmen, Firmen, öffentliche Einrichtungen und Organisationen.

Nähere Informationen zum Bewerbungsverfahren finden Sie auf www.lebensblicke.de

