

G. Strohmeyer, W. Stremmel (Düsseldorf): Zur Behandlung von blutenden Ösophagusvarizen steht heute mit der endoskopischen Sklerotherapie eine wirksame konservative Therapiestrategie zur Verfügung. Nur wenn durch die Sklerotherapie die Varizenblutung nicht zu kontrollieren ist oder häufige Rezidivblutungen auftreten, muß ein chirurgisches Vorgehen überlegt werden. Die verschiedenen Verfahren der Nicht-Shunt-Operation (Ligatur oder Ösophagusvarizen mit oder ohne Devaskularisation, d. h. Ligatur der Kollateralen zwischen den Venensystemen des Splanchnikusgebiets und der systemischen Zirkulation um Magen, Ösophagus und Milz) haben den Nachteil, daß es in 80% der Fälle zum Rezidiv kommt, da der portale Druck nicht erniedrigt wird. Deshalb sollten diese Verfahren nicht mehr durchgeführt werden. Als Operationsverfahren bleiben die Shunt-Operationen und die Lebertransplantation. Häufig besteht schon bei Patienten mit Leberzirrhose im Stadium Child-Pugh-C oder bei einer Progredienz im Stadium B, unabhängig davon, ob Varizen vorliegen oder nicht, eine Indikation zur Lebertransplantation. Deshalb sollte bei diesen Patienten, wenn die Varizenblutung konservativ nicht kontrolliert werden kann, nach der initialen endoskopischen Sklerotherapie eine Lebertransplantation überlegt werden. Der Erfolg dieses Vorgehens ist durch Studien belegt, die zeigten, daß die 5-Jahre-Überlebensrate von lebertransplantierten Zirrhosepatienten mit Ösophagusvarizenblutung über 70% lag. Dagegen betrug sie bei Patienten mit Ösophagusvarizen im Stadium Child C unter anderen Therapieverfahren nur 13–35%. Diese deutliche Einschränkung der Lebenserwartung bei konservativ behandelten Zirrhosepatienten mit Ösophagusvarizenblutungen ist allerdings im wesentlichen durch die

schlechte Leberfunktion und nicht durch die Ösophagusvarizenblutung allein bedingt.

Eine Shunt-Operation zur Kontrolle von rezidivierenden Ösophagusvarizenblutungen sollte nur beim Versagen aller übrigen konservativen Maßnahmen bei Patienten mit guter Leberrestfunktion (Stadium Child-Pugh-A), bei welchen eine Lebertransplantation noch nicht indiziert ist, erwogen werden. Die Gefahr dieser Operation besteht in der hepatischen Enzephalopathie: 50–75% bei der portokavalen Anastomose, 10–20% beim selektiven distalen splenorealen Shunt. Eine subklinische Enzephalopathie wird fast bei allen Patienten auch bei einer guten Leberfunktion beobachtet. Darüber hinaus muß bedacht werden, daß eine portokavale End-zu-Seit-Anastomose eine spätere Lebertransplantation technisch erschwert. Nur nach einem distalen splenorealen Shunt ist die technische Durchführung einer späteren Lebertransplantation nicht beeinträchtigt. Dieser kann jedoch nur dann durchgeführt werden, wenn der portale Blutfluß noch hepatopetal, d. h. zur Leber gerichtet und nicht umgekehrt ist.

Zusammenfassend bleibt als Indikation für den distalen splenorealen Shunt nur das kleine Patientenkollektiv mit einer guten Leberfunktion und konservativ nicht beherrschbaren Ösophagus- bzw. Fundusvarizen. Wenn der Shunt durchgängig bleibt, liegt das Risiko einer Rezidivblutung bei 5%.

#### Redaktion

Prof. Dr. J. R. Siewert, Chirurgische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität, Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, W-8000 München 80

---

## Erratum

*Langenbecks Archiv für Chirurgie, Band 377, Heft 6, November 1992, S. 360–367*

Bedauerlicherweise wurden die Autoren des Beitrags

„Proliferationskinetische Untersuchungen im syngenem Lebertransplantationsmodell der Ratte“

nicht vollständig aufgeführt.

Die Autorenzeile lautet wie folgt:

E. Hanisch, G. Herrmann, St. Lemperle, R. Jakobi, Th. Weber, M. Wagner