

Leserbrief

Aus der Klinischen Abteilung für Allgemein Chirurgie der Universitätsklinik für Chirurgie, Wien

Aufgaben und Standortbestimmung der „Minimal Invasiven Chirurgie“ an einer Universitätsklinik

G. Bischof und R. Függer

Die minimal invasive Chirurgie (MIC) erlebt seit ihrer Einführung in die Abdominalchirurgie vor knapp 10 Jahren einen steten Aufschwung. Nach den Pionierarbeiten von Wittmoser (11) und Semm (9) über thorakoskopische und laparoskopische Techniken wurden 1987 erste Erfahrungen mit der laparoskopischen Cholezystektomie in Frankreich und den USA gesammelt. Die Mehrzahl der etablierten chirurgischen Kliniken waren sichtlich nicht ausreichend auf diese Neuentwicklungen vorbereitet, so daß sich die MIC anfänglich eher in peripheren Abteilungen rasch verbreitete (1). Es stellt sich nun die Frage, welchen Stellenwert die minimal invasiven Techniken heute an einer chirurgischen Universitätsklinik haben.

An der Klinischen Abteilung für Allgemein Chirurgie der Universitätsklinik für Chirurgie, Wien, wird seit 1965 die minimal invasive Technik der thorakoskopischen Sympathektomie mit Erfolg angewendet (5), und seit Ende 1990 ist die laparoskopische Cholezystektomie eingeführt. Diese hat sich mittlerweile weltweit zum Standardverfahren etabliert. Daneben gelten die diagnostische Laparoskopie und die laparoskopische Fenestration von angeborenen Leberzysten und von Lymphozelen nach Nierentransplantation als Standardeingriffe (8, 12) (Tab. 1, Gruppe 1). Wir unterscheiden davon eine Gruppe der Alternativverfahren (Gruppe 2) und eine Gruppe von minimal invasiven Operationen, die nur im Rahmen von klinischen Studien durchgeführt werden sollte (Gruppe 3).

Zur 2. Gruppe zählen die laparoskopischen Herniotomien (TAPP, TEP), die Appendektomie oder die Adhäsiole. Am Übergang aus der 3. in diese 2. Gruppe befinden sich unserer Meinung nach bereits die laparoskopischen Operationen an Magen und distaler Speiseröhre, wie z. B. Vagotomie, Fundoplikatio, Myotomie, Ulkusübernähtung. Strikt im Rahmen von kontrollierten Studien durchzuführen (3. Gruppe) sind weiterhin Operationen am Kolorektum, Choledochus sowie Adrenalektomie, Nephrektomie, Splenektomie und ähnliches.

Die Aufgaben einer Universitätsklinik umfassen einerseits die klinische Anwendung der genannten Methoden, andererseits die Durchführung klinischer und experimenteller Studien, um verschiedene Themenkreise zu beleuchten: 1. chirurgische Technik, 2. Organisation und Ausbildung, 3. sozioökonomische Aspekte (6). Jede neu eingeführte Operationsmethode muß kritisch mit konventionellen Techniken hinsichtlich Durchführbarkeit, Sicherheit, Rezidivrate und Langzeitergebnis verglichen werden. Eine umfassende Dokumentation aller relevanten Daten ist unerlässlich. In einigen Studien wurde auf die Lernkurve bei neuen laparoskopischen Techniken hingewiesen (10). Auch in großen Zentren sollten solche Fragen evaluiert und Trainingsmöglichkeiten angeboten, entwickelt bzw. verbessert werden (7). Experimentelle Grundlagen sollten vor der breiten klinischen Anwendung erarbeitet werden (2, 3, 4). Schließlich treten sozioökonomische Aspekte wie Behandlungskosten bei unterschiedlichen therapeutischen Verfahren zunehmend in den Vordergrund und müssen analysiert werden (13).

Korrespondenzanschrift: Dr. G. Bischof, Klinische Abteilung für Allgemein Chirurgie, Universitätsklinik für Chirurgie, Währinger Gürtel 18-20, A-1090 Wien.
Fax: ++43/1/40400 - 5641
E-mail: georg.bischof@vm-akh-wien.ac.at

Zusammenfassend kann bemerkt werden, daß minimal invasive Techniken an einer Universitätsklinik als Standardverfahren, Alternativverfahren oder streng im Rahmen kontrollierter Studien eingesetzt werden. Die klare Aufgabe der Klinik besteht in der Durchführung klinischer und experimenteller Studien, um verschiedene chirurgisch-technische, organisatorische und gesundheitspolitische Fragestellungen zu bearbeiten.

Tabelle. Laparoskopische Operationen.

Gruppe 1: Standardeingriffe	Gruppe 2: Alternativeingriffe	Gruppe 3: Operationen in klinischer Evaluation
Cholezystektomie	Hernienoperation	Kolon - Stoma, Resektion
Diagnostische Laparoskopie	Appendektomie	Magen - Fundoplikatio, Vagotomie, Ulkusüber- nähtung
Fenestration von Leberzysten, Lymphozelen	Adhäsiole	Choledochus
	(Fundoplikatio, Vagotomie und andere)	Adrenalektomie
		Nephrektomie
		Splenektomie

Literatur

- (1) Cuschieri A: Whither minimal access surgery: tribulations and expectations. *Am J Surg* 1995;169:9-19.
- (2) Függer R, Herbst F, Gnant M, Götzinger P, Sautner T, Windberger U, Siegl H, Losert U, Fritsch A: Die experimentelle laparoskopische Sigmaresektion. *Minimal Invas Chir* 1992;1:167-168.
- (3) Függer R, Herbst F, Gnant M, Sautner T, Götzinger P, Windberger U, Siegl H, Losert U, Fritsch A: Laparoskopische Kolonchirurgie - vom Experiment zu ersten klinischen Erfahrungen. *Wien Klin Wschr* 1993;105:544-548.
- (4) Hanna GB, Drew T, Clinch P, Hunter B, Shimi S, Dunkley MP, Cuschieri A: A microprocessor-controlled psychomotor tester for minimal access surgery. *Surg Endosc* 1996;10:965-969.
- (5) Herbst F, Plas E, Függer R, Fritsch A: Endoscopic thoracic sympathectomy for primary hyperhidrosis of the upper limbs. *Ann Surg* 1994;220:86-90.
- (6) Lawrence K: Minimal access surgery: harnessing the revolution. *Lancet* 1994;343:308-309.
- (7) Losert UO, Siegl H, Függer R: Ausbildungsmöglichkeiten in minimal invasiver Chirurgie (Chirurgische Praxis am Tier). *Wien Klin Wschr* 1995;107:43-48.
- (8) Melvin WS, Bumgardner GL, Davies EA, Elkhannas EA, Henry ML, Ferguson RM: The laparoscopic management of post-transplant lymphocele. A critical review. *Surg Endosc* 1997;11:245-248.
- (9) Semm K: Operationslehre für endoskopische Abdominalchirurgie: Operative Pelviskopie - Operative Laparoskopie. Stuttgart, Schattauer, 1984.
- (10) Watson DJ, Baigrie RJ, Jamieson GG: A learning curve for laparoscopic fundoplication. *Ann Surg* 1996;224:198-203.
- (11) Wittmoser R: Zur Technik thorakoskopischer Eingriffe am rechten Vagus. *Brunns Beitr* 1955;190:192.
- (12) Zacherl J, Imhof M, Függer R, Fritsch A: Laparoscopic unroofing of symptomatic congenital liver cysts. *Surg Endosc* 1996;10:813-815.
- (13) Zacherl J: Gastroösophageale Refluxkrankheit: ökonomische Aspekte. *Acta Chir Austriaca* 1997;29:162-163.

Eingeladene Kommentare (alphabetisch)

Aus der Chirurgischen Klinik I der Universität Ulm Deutschland

D. Birk und H. G. Beger

Die Entwicklung der minimal invasiven Chirurgie hat in den letzten 10 Jahren einen erstaunlichen Verlauf genommen. Nachdem Semm et al. (1) mit den ersten Erfahrungen zur laparoskopischen Appendektomie über lange Jahre nur Ablehnung in der großen Familie der Chirurgie gefunden haben, ist erst mit der Einführung der laparoskopischen Gallenblasenentfernung der Durchbruch für die minimal invasive Chirurgie geglückt. Bereits wenige Jahre später wurden kaum noch Grenzen für laparoskopische Operationen gesehen. Praktisch jeder viszeralchirurgische Eingriff wurde zumindest in Einzelfällen laparoskopisch

Korrespondenzanschrift: Dr. D. Birk, Chirurgische Klinik I, Universität Ulm, Steinhövelstraße 9, D-89075 Ulm, Deutschland.
Fax: ++49/731/502 - 7214
E-mail: dieter.birk@medizin.uni-ulm.de