

Benigne Erkrankungen des ösophagogastralen Überganges

Eine diagnostische und therapeutische Herausforderung

Durch die erhebliche Zunahme der Adenokarzinome des distalen Ösophagus bzw. des ösophagogastralen Überganges hat diese anatomisch komplexe Region in den letzten Jahren ein zunehmendes Interesse erfahren. Dabei wird häufig außer Acht gelassen, dass es weniger die Malignome als vielmehr die benignen Erkrankungen des ösophagogastralen Überganges sind, die den Chirurgen vor diagnostische und therapeutische Herausforderungen stellen.

In diesem Kontext kommt der gastroösophagealen Refluxerkrankung (GERD) sicher die größte Bedeutung zu. Angesichts einer Prävalenz von bis zu 20% ist es überraschend, dass eine von allen Seiten anerkannte und verbindliche nosologische Definition bis dato fehlt. Nach einer Konsensuskonferenz wird in Anlehnung an den Genval Workshop Report 1999 von GERD dann gesprochen, „wenn ein Risiko für organische Komplikationen durch einen gesteigerten gastroösophagealen Reflux und/oder eine signifikante Störung des gesundheitsbezogenen Wohlbefindens (Lebensqualität) infolge der Refluxbeschwerden besteht“ [1].

» Die Rolle der Manometrie ist nicht zu unterschätzen

Freys und Heimbucher zeigen in ihrem Beitrag eindrucksvoll, dass zum einen

eine Kenntnis der Pathophysiologie, zum anderen eine umfangreiche Diagnostik notwendig ist, um die optimale konservative und/oder operative Therapie zu definieren. Hier sei die Frage erlaubt, ob angesichts der Fülle der in Deutschland durchgeführten (laparoskopischen) Fundoplikationen die empfohlene Basisdiagnostik, namentlich die Manometrie, wirklich immer durchgeführt wird. Die Indikation zu einer Operation hat sich an eindeutigen Kriterien zu orientieren, zumal selbst bei korrekter Indikation ca. 10% der operierten Patienten ein Rezidiv oder andere Funktionsstörungen erleiden. Gerade bei der Refluxerkrankung muss an Billroth erinnert werden, der einmal sagte:

Erst kommt das Wort, dann die Arznei und dann das Messer.

Im Gegensatz zur GERD ist die Achalasie wegen ihrer geringen Inzidenz nicht nur für die betroffenen Patienten, sondern auch für die Behandler eine wirkliche Herausforderung. Oftmals durchlaufen die Patienten eine ärztliche Odyssee, bevor die korrekte Diagnose gestellt wird. Wie von Rahden und Mitarbeiter unterstreichen, müssen gerade seitens der Chirurgen die Achalasiepatienten aus der Gruppe der Refluxerkrankten identifiziert werden, bei denen eine alleinige Fundoplikation zu vermeiden ist. Auch bei der Achalasie kommt der Manometrie eine überraschende diagnostische Bedeutung zu. Dies unterstreicht gleichzeitig und auch im Umkehrschluss wiederum die Rolle der Manometrie bei der GERD. Ungeachtet möglicher Klassifikation und Typen der Achalasie stellt die Heller-Myotomie, bevorzugt auf laparoskopischen Weg durchgeführt und mit einer partiellen Fundoplikation kombiniert, die Therapie der Wahl dar. Neuere endoskopische Verfahren bedürfen zunächst einer weiteren klinischen Erprobung. Hier bleibt abzuwarten, ob sich die endoskopisch-interventionellen Verfahren gegenüber den etablierten chirurgischen Methoden langfristig durchsetzen werden.

Sowohl bei der GERD als auch der Achalasie spielt die proximale Intestinoskopie/Gastroskopie eine sehr wichtige Rolle. Nach älteren, heute aber unverändert zutreffenden Daten beträgt das Risiko einer Perforation bei der diagnostischen bzw. therapeutischen Gastroskopie 0,05 bzw. 2,6% [2]. Obwohl somit ein sehr seltenes Ereignis, zeigen Schröder und Mitarbeiter, dass diese seltenen Komplikationen der proximalen Intestinoskopie für 70% aller kardianahen Ösophagusperforationen verantwortlich sind. Den iatrogenen stehen die spontanen Perforationen gegenüber. Unabhängig von der Ätiologie hat sich in den letzten Jahren ein deutlicher Wandel hin zu einer der Perforationsursache zugrunde liegenden Therapie ergeben: Bei den iatrogenen Per-

forationen ist meist ein endoskopisches Clipping und/oder eine Stentimplantation möglich und erfolgreich, bei allen anderen Perforationen sollte wegen der sich ausbreitenden Sepsis ein primär chirurgisches Vorgehen gewählt werden. Aber: Noch entscheidender ist das Zeitfenster zwischen Perforation und Therapiebeginn – je schneller die Behandlung erfolgt, umso niedriger ist die Letalität! Und auch hier gilt: Die sorgfältige Anamneseerhebung ist der erste Schritt zur korrekten Diagnose und Therapie.

Wie eingangs erwähnt, haben die Malignome des ösophagogastralen Überganges weltweit deutlich zugenommen. Demgegenüber sind benigne Tumoren in dieser Lokalisation – wie *Gockel* und *Mitarbeiter* zeigen – eher selten und verursachen meist auch unspezifische Symptome. Die organerhaltende Exstirpation/Resektion kann jedoch vielfach auf laparoskopischem Weg gelingen und stellt somit bei gegebener Indikation die Therapie der Wahl dar [3].

Allen Beiträgen zu diesem Leitthema ist gemeinsam, dass eine differenzierte prätherapeutische Diagnostik notwendig ist, um die für den Patienten optimale Therapie zu finden. Die benignen Erkrankungen des ösophagogastralen Überganges sind somit einmal mehr ein Paradebeispiel für die zunehmende Interdisziplinarität in der Viszeralmedizin an der Schnittstelle zwischen Gastroenterologie und Viszeralchirurgie.



Prof. Dr. Joachim Jähne

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. J. Jähne

Zentrum Chirurgie, Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie, Schwerpunkt für endokrine und onkologische Chirurgie, Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung Hannover gGmbH, Marienstr. 72–90, 30171 Hannover
joachim.jaehne@ddh-gruppe.de

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

Literatur

1. Koop H, Schepp W, Müller-Lissner S et al (2005) Gastroösophageale Refluxkrankheit – Ergebnisse einer evidenzbasierten Konsensuskonferenz der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. *Z Gastroenterol* 43(2):163–194
2. Quine MA, Bell GD, McCloy R (1995) Prospective audit of perforation rates following upper gastrointestinal endoscopy in two regions of England. *Br J Surg* 82(4):530–533
3. Armstrong C1, Gebhart A, Smith BR, Nguyen NT (2013) Minimally invasive resection of benign gastric tumors in challenging locations: prepyloric region or gastroesophageal junction. *Am Surg* 79(10):968–972



3. „Julius-Springer-Preis für Chirurgie“ gestiftet von SpringerMedizin

Der 2012 ins Leben gerufene „Julius-Springer-Preis für Chirurgie“ wird auch im kommenden Jahr von Springer Medizin verliehen. Der mit 3000 EUR dotierte Preis soll die wissenschaftliche Forschung auf dem Gebiet der Chirurgie unterstützen und insbesondere den Nachwuchs fördern. Prämiert wird die beste frei eingereichte Arbeit der Rubriken „Originalien“ oder „Übersichten“, die im Jahr 2014 in *Der Chirurg* publiziert wurde. Beurteilt werden die Beiträge durch die Schriftleitung und das Herausgeberboard von *Der Chirurg*. Als Anerkennung und Wertschätzung der Leistungen unserer Autoren wird zudem im Rahmen eines festlichen Abends im Zuge des DGCH-Kongresses 2015 der Leserpreis für die jeweils herausragendste Arbeit der Rubriken „Leitthema“ und „CME Zertifizierte Fortbildung“ vergeben.

Möchten auch Sie eine „Übersicht“ oder „Originalie“ für *Der Chirurg* einreichen?

Um Ihnen bei der Manuskripterstellung behilflich zu sein, haben wir für unsere Autoren ausführliche Autorenleitfäden und Musterbeiträge zusammengestellt. Diese und weitere Hinweise zur Manuskripterstellung finden Sie auf www.DerChirurg.de unter dem Menüpunkt „Hinweise für Autoren“.

Bitte reichen Sie Ihren fertigen Beitrag online über unser Begutachtungssystem Editorial Manager ein:
<http://dech.edmgr.com/>

Wir freuen uns auf Ihre Beiträge!

Ihre Redaktion *Der Chirurg*