Schweiz. Gastroenterol. 2021 · 2:41–42
<https://doi.org/10.1007/s43472-021-00043-1>
 Angenommen: 7. Juni 2021

© Springer-Verlag GmbH Austria, ein Teil von
 Springer Nature 2021

Michael Fried

Zürich, Schweiz

Editorial

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

In diesem Heft 2/2021 der *Schweizer Gastroenterologie – Gastroentérologie Suisse – Gastroenterologie Svizzera* widmen wir uns 2 wichtigen hepatologischen Krankheitsbildern, die nicht nur für Hepatologen und spezialisierte Viszeralchirurgen, sondern auch für Internisten und Allgemeinärzte in der Praxis von Bedeutung sind. Ein wichtiges Thema in der Praxis ist der Umgang mit der Antikoagulation vor und nach Endoskopien, hier stellen wir die heute gültigen Richtlinien vor.

Patienten mit einem hepatozellulären Karzinom benötigen eine interdisziplinäre Abklärung und Behandlung und sollten in einem Zentrum mit entsprechender Erfahrung und genügenden Fallzahlen behandelt werden. *Joachim Mertens, Henrik Petrowsky* und *Markus H. Heim* aus Zürich und Basel stellen die heute zur Verfügung stehenden Therapien vor und beleuchten ihren differenzierten Einsatz in der Behandlung des hepatozellulären Karzinoms. Das therapeutische Arsenal zur Behandlung des hepatozellulären Karzinoms ist vielfältig, von der chirurgischen Resektion, zur Ablationstherapie, zur sog. SIRT (Selektive Interne Radiotherapie) bis hin zur Lebertransplantation. Besonders vielversprechend ist eine vor Kurzem zugelassene Kombination von Atezolizumab mit Bevacizumab, einem Immuncheckpoint- und einem Angiogenesehemmer. Wichtig ist eine standardisierte Surveillance dieser Patienten, u.a. mit Sonographie oder MRT der Leber und Bestimmung des AFP (alpha-Fetoprotein), um Frühformen des hepatozellulären Karzinoms vor allem bei Patienten mit Leberzirrhose zu erkennen und frühzeitig zu behandeln.

Benedetta Terziroli Beretta-Piccoli et al., eine Autorengruppe aus Lugano und London, haben die klinisch wichtigsten Aspekte der Autoimmunerkrankungen der Leber zusammengestellt. Die Autoimmunhepatitis sollte nach den heute eindeutig definierten diagnostischen Kriterien möglichst frühzeitig diagnostiziert und zumindest initial von einem hepatologisch erfahrenen Gastroenterologen, in der Regel mit einem Steroid mit oder ohne eine Kombination mit Azathioprin, behandelt werden. Mit dieser Therapie kann bei den meisten Patienten eine Remission erreicht werden, eine Langzeittherapie mit möglichst tiefen Steroiddosen ist wichtig, um Rezidive zu verhindern. Die primär-biliäre Cholangitis (PBC), früher primär-biliäre Zirrhose genannt, wird in erster Linie mit Ursodesoxycholsäure und bei Therapieversagen auch mit Obeticholsäure oder Kombinationen mit Fibraten behandelt. Bei einer progressiven Erkrankung kann auch eine Lebertransplantation erforderlich werden. Die PSC, die primär sklerosierende Cholangitis, ist die seltenste, aber potenziell schwerwiegendste Autoimmunerkrankung der Leber, die vor allem bei Patienten mit einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung gehäuft auftreten kann. Für die Surveillance dieser Patienten sollte sowohl das erhöhte Risiko eines Cholangiokarzinoms als auch eines Kolonkarzinoms berücksichtigt werden. Leider existiert bis heute keine effiziente medikamentöse Therapie der PSC. Im Verlauf der Erkrankung sollte auch die Option einer Lebertransplantation eruiert werden. Die Betreuung dieser Patienten in einem erfahrenen hepatologischen Zentrum ist besonders wichtig.

Nico Wiegand aus Luzern hat die heute gültigen Kriterien für den Umgang mit der häufig verordneten antithrombotischen Therapie vor und nach endoskopischen Untersuchungen und Therapien zusammengestellt. Die früher übliche Absetzung aller antithrombotischen Medikamente vor gastrointestinalen Endoskopien ist heute nur noch selten erforderlich. So können die meisten antithrombotischen Medikamente vor Endoskopien belassen werden, was die Planung und Durchführung von Routineendoskopien in der Praxis deutlich vereinfacht. In der Praxis werden bei Routinekoloskopien, insbesondere bei Screeningkoloskopien, die direkten oralen Antikoagulanzen (DOAK) am Untersuchungstag pausiert, was ohne Aufwand organisierbar ist. Anders ist die Situation bei Hochrisikoeingriffen, z.B. einer ERCP mit Papillotomie; hier müssen die antithrombotischen Medikamente rechtzeitig vor dem Eingriff gestoppt werden.

Ich wünsche Ihnen viel Vergnügen bei der Lektüre dieser Artikel und danke Ihnen für das Interesse an unserer Zeitschrift.

Mit herzlichen kollegialen Grüßen,

Michael Fried
Editor in Chief

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Michael Fried
Zürich, Schweiz
michael.fried@usz.ch

Interessenkonflikt. M. Fried gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

Hier steht eine Anzeige.

Springer