

## Forum



## Gastro-Highlights '99

Wir gratulieren dem Gastroenterologen-Team unter Prof. Michael Fried für die prägnante und ausgezeichnet dokumentierte Zusammenfassung der neuesten Erkenntnisse hepato-gastroenterologischer Leiden [1]. Am meisten Platz nimmt dabei die Refluxkrankheit ein. Als Viszeralchirurgen sind wir erstaunt, dass für viele konservativ behandelnde Kollegen offenbar das höchste Ziel die Vermeidung einer Operation darstellt. Mit keinem Wort werden die Fortschritte in der Refluxchirurgie erwähnt.

Mit der laparoskopisch ausgeführten Fundoplikatio bietet der in minimal invasiver Chirurgie ausgebildete Chirurg eine komplikationsarme, effektive und kostengünstige Behandlung der schweren Refluxkrankheit an.

Es ist allseits akzeptiert, dass die Refluxkrankheit ein Risikofaktor für das Adenokarzinom ist und dass ein Barrett-Oesophagus als Präkanzerose angesehen werden muss. Deshalb sollten nicht nur Empfehlungen über die medikamentöse Therapieausdehnung und eine häufigere Kontrollendoskopie abgegeben werden, sondern auch die alternative laparoskopische Therapie zur Diskussion stehen. Die im Artikel erwähnte Kostenwirksamkeit sollte dabei mit in die Betrachtung einbezogen werden. Neuere, vergleichende Studien belegen in Europa [2, 3], dass durch die laparoskopische Technik gegenüber dem offenen Verfahren zwischen 25 und 40% Kosten eingespart werden. Beim Vergleich der Kosten einer medikamentösen Therapie über lange Zeit und der Fundoplikatio muss darauf geachtet werden, dass die konservativ behandelte Patientengruppe einen ähnlichen Schweregrad der Refluxkrankheit wie die operierte aufweist. In einer Metaanalyse wird geschätzt, dass die Behandlungskosten mit 20–40 mg Omeprazol pro Tag nach 1,4 Jahren die Kosten der laparoskopischen Fundoplikatio nach Nissen übersteigen [4], und eine andere Gruppe belegt, dass Omeprazol 40 mg pro Tag oder Ranitidin 300 mg pro Tag als Langzeitbehandlung teurer zu stehen kommen als eine Operation [5]. Als Gegenargument mag eine amerikanische Studie gelten, welche bei gleichem Ergebnis die Chirurgie etwa 35% teurer einschätzt und erst nach 10 Jahren den Kostenausgleich sieht [6]. Bei dieser Studie muss aber berücksichtigt werden, dass die Operationskosten wesentlich höher (70%) als in der vergleichbaren finnischen Studie [3] angesetzt sind.

Ohne die Kosten über Gebühr betonen zu wollen, sollten auch sie zusammen mit der Compliance des Patienten in bezug auf die

Medikamenteneinnahme in die Diskussion um die individuelle Behandlung einer Refluxerkrankung einbezogen werden.

P. Buchmann, Zürich

- 1 Bauerfeind P, Beglinger C, Renner EL, Rösch T, Schwizer W, Wirth HP, et al. Gastro-Highlights '99. Schweiz Ärztezeitung 2000;81:30–5.
- 2 Blomqvist AM, Lonroth H, Dalenback J, Lundell L. Laparoscopic or open fundoplication? A complete cost analysis. Surg Endoscopy 1998;12:1209–12.
- 3 Heikkinen TS, Haukipuro K, Koivukongas P, Sorasto A, Autio R, Sodervik H, et al. Comparison of costs between laparoscopic and open Nissen fundoplication: a prospective randomized study with a 3-months follow up. J Am Coll Surg 1999;188:368–76.
- 4 Van Den Boom G, Go PM, Hameeteman W, Dallemagne B, Ament AJ. Cost effectiveness of medical versus surgical treatment in patients with severe or refractory gastroesophageal reflux disease in the Netherlands. Scand J Gastroenterol 1996;31:1–9.
- 5 Viljakka M, Nevalainen J, Isolauri J. Lifetime costs of surgical versus medical treatment of severe gastroesophageal reflux disease in Finland. Scand J Gastroenterol 1997; 32:766–72.
- 6 Heudebert GR, Marks R, Wilcox CM, Centor RM. Choice of long-term strategy for the management of patients with severe esophagitis: a cost-utility analysis Gastroenterol 1997;112:1078–86.

## Replik

Wir danken Herrn P. Buchmann für seinen Kommentar und sein freundliches Lob für unsere Veranstaltung. In seinem Brief bezieht sich P. Buchmann auf den Anteil unseres Artikels, der sich mit der Refluxkrankheit befasst, die nach seiner Einschätzung den «meisten Platz» einnimmt. Tatsächlich nimmt der Anteil der Refluxösophagitis keineswegs den grössten Platz ein, er beansprucht etwa 15% des Artikels, der übrige Anteil handelt von anderen Gebieten der Gastroenterologie und Hepatologie im Sinne einer Highlight-Veranstaltung, die einen Überblick über die Entwicklung auf dem gesamten Gebiet geben soll.

Herr Buchmann bemängelt, dass wir der operativen Behandlung der Refluxkrankheit heutzutage keinen wichtigen Stellenwert einräumen und ist erstaunt, «dass für viele konservativ behandelnde Kollegen offenbar das höchste Ziel die Vermeidung einer Operation darstellt». Insbesondere weist er darauf hin, dass die Operation, insbesondere die laparoskopische Therapie, eine «kompliationsarme, effektive und kostengünstige Behandlung der schweren Refluxkrankheit» darstellt.

Wir können uns diesen pauschalen Aussagen nicht anschliessen, sie sind weder durch die eigene Erfahrung noch durch die Literatur belegt. Aus den bestehenden Daten eindeutig gefolgert werden, dass die operative

Behandlung der Refluxkrankheit nach wie vor nur Ausnahmefällen vorbehalten sein soll und gegenüber der Langzeitbehandlung mit Protonenpumpenblocker gewichtige Nachteile hat:

Das Resultat einer Antirefluxoperation hängt sehr stark von der Erfahrung des Operateurs ab, und verschiedene Untersuchungen zeigen, dass erst nach 20–60 durchgeführten Antirefluxoperationen mit einem guten Resultat und Komplikationsraten unter 10% gerechnet werden kann [1, 2]. Fast alle bis heute publizierten Resultate stammen aus hochspezialisierten Zentren, welche viele Antirefluxoperationen pro Monat durchführen. Die Analyse dieser über 2000 publizierten Operationen zeigt, bei kurzen Beobachtungszeiten von maximal 36 Monaten, dass die Komplikationsrate der Antirefluxoperation 9% und die Mortalitätsrate 0,2% beträgt [3]. Werden diese Operationen an nicht hochspezialisierten Kliniken durchgeführt, was heute die Regel ist, muss realistischere mit Komplikationsraten um die 20% gerechnet werden [4]. Ganz besonders zu erwähnen ist, dass auch in der Schweiz mit diesen Zahlen zu rechnen ist, da mit der laparoskopischen Antirefluxoperation bei uns nur eine sehr begrenzte Erfahrung besteht. Bei einer Umfrage von H. R. Koelz bei 92 VESKA-Spitälern hatten nur gerade vier Spitäler die sehr geringe Zahl von 8–10 Fundoplikatio-Operationen pro Jahr, in allen anderen Spitalen wurde in den meisten Fällen nur 0–3 Fundoplikationes pro Jahr durchgeführt [5]. Bei dieser minimalen Erfahrung stellt diese Operation ein zusätzliches Risiko für den Patienten dar. Der Komplikationsrate der operativen Behandlung, insbesondere die Entwicklung einer Dysphagie, eines Gas-Bloat-Syndroms und gesteigerte Flatulenz, steht eine fast völlig fehlende Komplikationsrate einer medikamentösen Langzeittherapie gegenüber. Nachdenklich stimmt auch das Wiederauftreten von Reflux im Langzeitverlauf bei 29% der Patienten, die in nicht spezialisierten Kliniken operiert wurden [4].

Auch der von Herrn P. Buchmann angeführte Vorteil der laparoskopischen Operationen muss kritisch hinterfragt werden. Eine soeben im Lancet publizierte Studie aus Holland zeigte, dass die laparoskopische Operation, durchgeführt an 9 Spitalern bei 103 Patienten, gegenüber der konventionellen Operation deutlich schlechtere Resultate hervorbringt. Die Komplikationen waren derart gravierend, dass die Studie sogar vorzeitig gestoppt werden musste [6].

Der Kostenfaktor spricht unserer Meinung ebenfalls gegen die chirurgische und für eine medikamentöse Lösung. Alle von P. Buchmann zitierten Studien, die einen Vorteil der Operation gegenüber der medikamentösen Behandlung zeigten [7, 8], basieren auf Berechnungen mit Zahlenmaterial aus hochspezialisierten Kliniken mit sehr niedrigen

Komplikationsraten und entsprechen damit kaum der Realität. Die Medikamentenpreise, die diesen Studien zugrunde gelegt wurden, waren ebenfalls deutlich überhöht und entsprachen nicht mehr den aktuellen Preisen, die heute deutlich tiefer liegen. In diesem Zusammenhang sind die Daten aus einer grossen amerikanischen Studie mit über 35 000 Patienten interessant, welche nachwies, dass Patienten nach einer Fundoplicatio «das Gesundheitswesen» nicht weniger in Anspruch nahmen, sondern im Gegenteil mehr Ressourcen beanspruchten [9]. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine Operation zur Behandlung der Refluxkrankheit keine primäre Alternative zur konservativen Therapie darstellt. Sie ist heute nur selten erforderlich, vor allem bei ungenügender Wirksamkeit der Medikamente, insbesondere der Protonenpumpenhemmer. Ganz besonders muss vor der laparoskopischen Fundoplicatio in den Händen Ungerübter gewarnt werden. Die Langzeitergebnisse sind nach neuesten Erkenntnissen ernüchternd, die Komplikationsrate hoch.

M. Fried, W. Schwizer, Zürich

- 1 Watson DI, Jamieson GG, Baigrie RJ, Mathew G, Devitt PG, Game PA, Britten-Jones R. Laparoscopic surgery for gastro-oesophageal reflux: beyond the learning curve. *Brit J Surg* 1996;83:1284-7.
- 2 Harris SC. Laparoscopic antireflux surgery. *Am J Surg* 1996;171:482-4.
- 3 Perdakis G, Hinder RA, Lund RJ, Raiser F, Katada N. Laparoscopic Nissen fundoplication: where so we stand? *Surg Laparosc Endos* 1997;7:17-21.
- 4 Rantanen TK, Halme TV, Luostarinen ME, Karhumaki LM, Kononen ED, Isolaari JD. The long-term results of open antireflux surgery in a community-based health care centre [see comments]. *Am J Gastroenterol* 1999; 94:1777-81.
- 5 Koelz HR. Contra Chirurgie bei gastroösophagealer Refluxkrankheit. *Chir Gastroenterol* 1997;13:147-57.
- 6 Bais JE, Bartelsman JFWM, Bonjer HJ, Cuesta MA, Go PM, Klinkenberg-Knol EC, et al. Laparoscopic or conventional Nissen fundoplication for gastro-oesophageal reflux disease: randomised clinical trial. *Lancet* 2000;355:170-4.
- 7 Van den Boom G, Go PM, Hameeteman W, Dallemagne B, Ament AJ. Cost effectiveness of medical versus surgical treatment in patients with severe or refractory gastrooesophageal reflux disease in the Netherlands. *Scand J Gastroenterol* 1996;31:1-9.
- 8 Viljakka M, Nevalainen J, Isolaari J. Lifetime costs of surgical versus medical treatment of severe gastro-oesophageal reflux disease in Finland. *Scand J Gastroenterol* 1997; 32:766-72.
- 9 El-Serag HB, Sonnenberg A. Outcome of erosive reflux esophagitis after Nissen fundoplication. *Am J Gastroenterol* 1999; 94:1771-6.



### Ein neues Syndrom: Die Zentritis

Die Zentritis ist eine neue Krankheit, die vorwiegend aber nicht ausschliesslich bei jüngeren Kolleginnen und Kollegen auftritt. Das wesentliche und gemeinsame an der Zentritis ist die Abgrenzung gegen den medizinischen plebs. Je schöner der Name des Zentrums desto besser soll dessen Abgrenzung wirken. Eine gewisse Parallele zu afrikanischen Amuletten lässt sich nicht leugnen und wird oft auch von entsprechenden Grafiken und Logos unterstrichen. Ein deutliches Zeichen der Zentritis ist auch, dass bereits Einzel- oder Doppelpraxen als Zentren gelten, wobei dann der Doktor – über Nacht – zum ärztlichen Leiter promoviert.

Damit niemand auf falsche Gedanken kommt: die folgenden Namen habe ich bereits patentieren lassen:

#### Prostit

Ärztliches Zentrum für Prostataleiden

#### Herzblatt

Zentrum für Kammerflattern

#### Amselstar

Fachzentrum für grauen und grünen Star

#### Haklefeucht

Spezialistenzentrum für Auspuffsortgen

#### Freu-Di

Zentrum für Freud'sche Analysen

#### Ohrwurm

Spezialistenzentrum für Discogeschädigte

#### Aechz

Zentrum für Rheumatologie

#### Knochenschlosserei

Fachzentrum grosse Orthopädie

#### Die hohle Hand

Spezialzentrum für Dupuytren

Es ist eine Schande, dass unsere Ärzte-Gesellschaft keine grösseren Sorgen hat.

H. Gruber, per sofort:

Leitender Arzt und Mitbegründer von  
TOZZ (technisch ophthalmologisches  
Zentrum Zürich)



### Korrigendum

Betrifft: Zimmerli W, Graber P. Replik. *Schweiz Ärztezeitung* 2000;81(11):579. Der zweite Satz im zweiten Abschnitt wurde folgendermassen wiedergegeben: Im infektiologischen Sprachgebrauch impliziert Asepsis Krankheit, d.h. Sterilität. Richtig sollte es aber heissen: Im infektiologischen Sprachgebrauch impliziert Asepsis Keimfreiheit, d.h. Sterilität.

### Personalien

#### Medizinische Gesellschaft Basel

Zur Aufnahme haben sich angemeldet:

Als selbständig tätige Ärztin:

Dr. med. Elizabeth Anne Daly Grandeau, Fachärztin FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe, Hammerstrasse 164, 4057 Basel

Als selbständig tätiger Arzt:

Dr. med. Andrea Heinrich Marugg, Facharzt FMH für Neurologie, Gotthelfplatz 7, 4054 Basel

Dr. med. Christoph Kölliker, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, Breisacherstrasse 41, 4057 Basel

Als unselbständig tätiger Arzt in leitender Funktion:

Dr. med. George Zimmer, Facharzt FMH für Pathologie, Weiherweg 18, 4054 Basel

Als Ärztin in Weiterbildung:

Susanne Crazzolaro, Ärztin, Delsbergerallee 1, 4053 Basel

Einsprachen gegen diese Aufnahmen sind innert 10 Tagen schriftlich und begründet an den Vorstand zu richten.

Der Vorstand