

## Forum

**Stellungnahme der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für laparoskopische und thorakoskopische Chirurgie der Schweiz (SALTC) über den Sinn und Unsinn der laparoskopischen Antirefluxchirurgie: eine unwissenschaftliche Betrachtung**

Unter Berufung auf das Streitgespräch zwischen renommierten Gastroenterologen und einem ausgewiesenen Viszeralchirurgen und Laparoskopiker [1–3] ist es der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für laparo- und thorakoskopische Chirurgie (SALTC) ein Bedürfnis, die Fakten in ihr richtiges Licht zu rücken. Gerade auf dem Gebiet der gastro-ösophagealen Refluxkrankheit erhitzten sich seit Jahrzehnten die Gemüter der sonst sich in nahezu idealer Weise ergänzenden und konstruktiv zusammenarbeitenden, interdisziplinär denkenden Gastroenterologen und Viszeralchirurgen. Dabei stehen uns heute, Jahrzehnte nachdem Nissen erstmals über die nicht immer überzeugenden Resultate der Antirefluxchirurgie berichtet hat, potente Medikamente (H<sub>2</sub>-Blocker, PPI, Prokinetika), bessere diagnostische Verfahren (Endoskopie, Biopsie/Histologie, 24h-pH-Manometrie) sowie minimal-invasive Verfahren, welche den Barrett-Ösophagus als prämaligene Läsion mit Hilfe photodynamischer Therapien, einer multipolaren Elektrokoagulation oder einer Nd:YAG-Laserbehandlung abladierten, zur Verfügung. All diese neuen gastroenterologischen Therapiemodalitäten, welche noch nicht allesamt ihre Langzeitwirkung und Kosteneffektivität bewiesen haben, tragen scheinbar nicht dazu bei den Stellenwert der Chirurgie zu stärken, wenn es gilt, einen antirefluxchirurgischen Eingriff zu indizieren. Zudem ist es bis anhin nie gelungen, in einer randomisierten Langzeitstudie die Lebensqualität von Patienten mit Langzeitmedikation und einer chirurgischen Intervention zu vergleichen.

In den letzten Jahrzehnten standen manche Gastroenterologen der Antirefluxchirurgie mit einer nicht immer nachfühlbaren Skepsis gegenüber. Dies führte dann allerdings auch zu komplexen Krankheitsverläufen mit Stenosen, schwer kompromittierter ösophagealer Motilität und fortschreitender inte-

stinaler Metaplasie. Dabei ist gerade die Frage der intestinalen Metaplasie im Kar-diabereich auch für uns Chirurgen von entscheidender Bedeutung, indem die Refluxchirurgie uns nicht davor schützt, den Barrett-Ösophagus weiter postoperativ endoskopisch zu überwachen, um die nach wie vor steigende Inzidenz des Adenomkarzinoms nicht zu verpassen.

Mit der laparoskopischen Antirefluxchirurgie steht uns nun seit wenigen Jahren eine minimal-invasive Methode zur Verfügung, welche für den Patienten und manchen zuweisenden Arzt zunächst verlockend erscheint. Die Laparoskopie vermag ein seit Jahrzehnten etabliertes Verfahren kompromisslos vorzunehmen, kann dabei unbestritten Spital- und sozio-ökonomische Kosten (Arbeitsausfall etc.) sparen, verlangt vom Operateur jedoch eine erhebliche Erfahrung in der Antireflux- und minimal-invasiven Chirurgie. Gerade dies traf zu Beginn der 90er Jahre nicht zu, wo verschiedene Publikationen von Kleinserien mit laparoskopischen Antirefluxplastiken schlechte Resultate aufzeigten. Wie immer in der laparoskopischen Chirurgie gilt der Grundsatz, dass die Indikation nicht der Technik angepasst werden darf, sondern fundiert und im Gespräch zwischen Gastroenterologen und Viszeralchirurgen bei einem optimal abgeklärten und konservativ korrekt vorbehandelten Patienten vorgenommen werden soll. So liegen heute bezüglich Morbidität und Mortalität ausgezeichnete international publizierte Statistiken mit genügendem «case load» vor. Allein die Langzeitresultate mit einer anzustrebenden Refluxfreiheit von 90% über 10 Jahre lassen sich aus historischen Gründen noch nicht konklusiv beurteilen, obgleich die ersten Langzeitstudien (Watson/Lundell/Johannson/Hinder/Luostarinen) über Refluxfreiheitsraten von 71–90% berichten. Über verschiedene Punkte der Antirefluxchirurgie besteht noch keine Evidenz, insbesondere was die Frage nach dem Vorteil der partiellen Fundoplikatio bezüglich postoperativer Dysphagie anbelangt, was die Vorteile der Laparoskopie gegenüber der offenen Technik und einige technische Problempunkte (Ligatur der Arteria gastricae brevis, Hiatuspräparation etc.) und die postoperative Karzinominzidenz beim Barrett-Ösophagus anbelangt. Hier wird uns die «UK Medical Research Council Study 2000» möglicherweise Aufschluss geben.

Zusammenfassend plädieren wir für eine sorgfältige Indikationsstellung, wobei die laparoskopische Antirefluxchirurgie durchaus ihre Berechtigung hat, indem es ein Jahr nach medikamentösem Therapiestopp in 80% zu Refluxrezidiven kommt [4], es nach 6 Jahren konservativer Therapie in 20% zu Strikturen, Ulzera oder einem Barrett-Ösophagus kommt [5] und postoperativ eine geringere Metaplasierate am ösophago-gastralen Übergang zu erwarten ist [6]. Oft ist es allerdings der Wunsch des Patienten, nach jahrelanger Medikamenteneinnahme einen Chirurgen aufzusuchen und sich bezüglich einer Antirefluxplastik beraten zu lassen.

Bewusst verzichten wir auf die Begründung der gemachten Aussagen, indem die Literatur äusserst umfangreich ist und deren Interpretation erst die Vor- und Nachteile des konservativen und operativen Verfahrens richtig aufzeigt.

*Dr. med. H. Wehrli, Präsident SALTC*

- 1 Bauerfeind P, Beglinger C, Renner EL, Rösch T, Schwizer W, Wirth HP, Fried M. Gastro-Highlights '99. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(1):30-5.
- 2 Buchmann P. Gastro-Highlights '99 [Leserbrief]. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(18):948.
- 3 Fried M, Schwizer W. Replik. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(18):948-9.
- 4 Klingman RR, Stein HJ, DeMeester TR. The current management of gastroesophageal reflux. Adv Surg 1991;24:259-91.
- 5 Prossard E. Gastroenterology 1991;100:A36.
- 6 Tytgat GN. Possibilities and shortcomings of maintenance therapy in gastroesophageal reflux disease. Dig Surgery 1999;16:1-6.

## Weitere Literatur

- 7 Stein HJ, Feussner H, Siewert JR. Indikation zur Antirefluxchirurgie des Ösophagus. Chirurg 1998;69:132-40.
- 8 Tytgat GN. Possibilities and shortcomings of maintenance therapy in gastroesophageal reflux disease. Dig Surg 1999;16:1-6.
- 9 Hinder RA, Smith SL, Klingler PJ, Branton SA, Floch NR, Seelig MH. Laparoscopic antireflux surgery – It's a wrap! Dig Surg 1999;16:7-11.
- 10 Watson A. Update: total versus partial laparoscopic fundoplication. Dig Surg 1998;15:172-80.
- 11 Tytgat GNJ. Esophageal Disorders. Curr Opin Gastroenterol 2000;16:349-50.