

Journal für
**Gastroenterologische und
Hepatologische Erkrankungen**

Fachzeitschrift für Erkrankungen des Verdauungstraktes

Kongreßbericht UEGW 2003; 1. bis

5. 11. 2003 Madrid

Püspök A

*Journal für Gastroenterologische
und Hepatologische Erkrankungen*

2003; 1 (2), 41-42

Österreichische Gesellschaft
für Gastroenterologie und
Hepatology

www.oeggh.at



ÖGGH

Österreichische Gesellschaft
für Chirurgische Onkologie

www.aco-asso.at

acoasso
Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie
Austrian Society of Surgical Oncology

Homepage:

**[www.kup.at/
gastroenterologie](http://www.kup.at/gastroenterologie)**

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Indexed in EMBASE/Compendex, Geobase
and Scopus

www.kup.at/gastroenterologie

Member of the 

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P.b.b. 032035263M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

KONGRESSBERICHT UEGW 2003; 1. BIS 5.11.2003 MADRID

Die diesjährige UEGW in Madrid verlief aus österreichischer Sicht sehr erfolgreich. Von dreizehn eingereichten Abstracts mit einem Erstautor aus Österreich wurden 7 mit dem begehrten Reisestipendium für junge Wissenschaftler ausgezeichnet – bei über 600 eingereichten Arbeiten aus 60 Nationen ein beachtlicher Erfolg. Weiters wurde der „Rising Star Award“ an 8 europäische international bedeutende junge Wissenschaftler verliehen. Zwei dieser Auszeichnungen gingen ebenfalls nach Österreich und zwar an Prof. Trauner aus Graz und an Prof. Peck-Radosavljevic aus Wien. Wir gratulieren zu diesem großartigen Erfolg.

ENDOSKOPISCHE REFLUXTHERAPIE – EIN SINNVOLLE ALTERNATIVE ZUR PPI-DAUERThERAPIE?

Mehrere Präsentationen beschäftigten sich mit den verschiedenen Methoden der endoskopischen Refluxtherapie. Die Einschlusskriterien für alle Studien waren im wesentlichen gleich. Der ideale Refluxpatient ist unter einer Dauertherapie mit Protonenpumpenhemmern beschwerdefrei bzw. hat ein Rezidiv nach Absetzen der Therapie. Ausschlusskriterien sind eine Hiatushernie > 3 cm und ein endoskopischer Refluxgrad > 2. Alle Methoden zielen darauf ab, den Reflux des sauren Mageninhalts in die Speiseröhre zu verhindern. Dies geschieht entweder durch eine Schleimhautraffung an der Ora serrata durch Einbringen von Nähten (Endocinch® – BARD, endoscopic suturing device® – Wilson Cook), durch das Erzeugen einer Narbe (Stretta procedure) oder das Einbringen von biokompatiblen Materialien (Enteryx® – Boston Scientific; Gatekeeper® – Medtronic). Lediglich für die Injektion von Enteryx und für das Endocinch-Nahtsystem wurden Langzeitdaten mit einem Follow-up von 12 Monaten gezeigt.

In einer internationalen Multicenterstudie, präsentiert von der Gruppe

aus Düsseldorf um Prof. Neuhaus, wurde bei 132 Patienten Enteryx in den unteren Ösophagusphinkter injiziert. Nach 12 Monaten zeigte sich bei $\frac{2}{3}$ der Patienten eine symptomatische Verbesserung, darüber hinaus war bei der gleichen Anzahl der Patienten keine Einnahme von Protonenpumpenhemmern mehr notwendig. Die objektiven Parameter wie die pH-Metrie zeigte jedoch nur eine mäßige, gerade signifikante Verbesserung, während die Manometrie keine wesentliche Veränderung nachwies.

Nahezu idente Ergebnisse zeigte die Endocinch-Methode bei 76 Patienten nach einem Jahr. Die anderen Methoden, die in der Regel nur eine 6 monatige Nachbeobachtungsdauer aufwiesen, zeigten im wesentlichen ähnliche Ergebnisse. Die Nebenwirkungen in allen Studien waren in der Regel gering und nur vorübergehend. Todesfälle traten nicht auf. Der wahre Stellenwert dieser Methoden wird sich erst nach dem Vorliegen randomisierter Studien im Vergleich mit der chirurgischen Therapie bzw. mit der konservativen medikamentösen Dauertherapie zeigen. Die entsprechenden Ergebnisse werden jedoch frühestens in einem Jahr erwartet.

ENDOSONOGRAPHIE – STELLENWERT 2003

Die Endosonographie – obwohl seit nunmehr 20 Jahren ein wesentlicher Bestandteil der Endoskopie – ist nach wie vor aufgrund der langen Lernkurve und der damit verbundenen Untersucherabhängigkeit eine – zumindest in Österreich – relativ wenig verbreitete Methode. Durch die Einführung der Feinnadelpunktion gewinnt sie in den letzten Jahren jedoch zunehmend an Bedeutung. Zahlreiche Präsentationen beschäftigten sich mit dem Einfluß dieser Methode auf die weitere Behandlung der Patienten. Auch über mögliche Komplikationen dieser Methode wurde berichtet. Dr. Bau Mortensen

aus Dänemark referierte über die Komplikationsrate an über 3300 Patienten, wovon bei 670 eine Feinnadelpunktion und bei 136 eine endosonographische Intervention durchgeführt wurde. Insgesamt kam es bei 10 (0,3 %) Patienten zu einer Komplikation (5 Ösophagusperforationen, 2 zerebrale Blutungen, 1 akute Pankreatitis, 1 gastrointestinale Blutung und ein Herzstillstand). Zwei dieser Patienten verstarben, was einer Mortalitätsrate von 0,06 % entspricht. Bei den übrigen acht kam es zu keinen Langzeitschäden. Interessanterweise traten 9 dieser Komplikationen bei Patienten mit malignen Grunderkrankungen auf. Die Autoren folgern aus ihren Daten, daß die Endosonographie eine sehr niedrige Komplikationsrate hat, jedoch – wie bei anderen endoskopischen Verfahren auch – potentiell tödliche Komplikationen auftreten können.

Nichtsdestotrotz konnte eine spanische Arbeit den hohen Stellenwert der rein diagnostischen Endosonographie in der Entscheidungsfindung für die weitere Therapie neuerlich unter Beweis stellen. Bei 246 prospektiv untersuchten Patienten erbrachte die Endosonographie in 95 % eine zusätzliche Information. Bei 75 % wurde aufgrund des Befundes eine Änderung des therapeutischen Procederes vorgenommen. Diese Zahlen belegen eindrucksvoll den Stellenwert dieser Methode in der Routinediagnostik sowohl maligner als benigner Indikationen.

Der Stellenwert der endosonographischen Feinnadelpunktion im Staging des Lungenkarzinoms ist bereits gut dokumentiert. Allerdings sind mit dieser Methode nicht alle relevanten Lymphknotenstationen zugänglich, insbesondere prätracheal gelegene Läsionen sind mit der konventionellen transösophagealen Endosonographie nicht sichtbar. Von Prof. Vilman wurde ein Prototyp eines transbronchialen Endosonopunktionsgerät evaluiert. In Kombination mit der konventionellen transösophagealen Feinnadelpunktion konnte nunmehr in allen Patienten

ein korrektes Staging durchgeführt werden. Auch bei vergrößerten Lymphknoten, die transösophageal nicht sichtbar waren, konnte mit der transbronchialen Endosonographie eine zytologische Diagnostik durchgeführt werden. Die Autoren erhoffen sich, daß in Zukunft invasivere Methoden wie die Mediastinoskopie durch diese kombinierte Endosonographie obsolet werden.

ENDOSKOPISCHE THERAPIE BENIGNER GALLENGANGSSTENOSEN

Zwei Arbeiten beschäftigten sich mit der endoskopischen Therapie mittels Plastik-Stent bei distalen Choledochusstenosen, die durch eine chronische Pankreatitis verursacht waren. Während in einer retrospektiven Analyse aus Amsterdam nur bei 38 % von 58 Patienten mittels Plastik-Stent ein Therapieerfolg nach einem Jahr zu erzielen war, kam eine polnische Arbeit zu einem gegenteiligen Ergebnis. In letzterer wurden zwar nur 14 Patienten behandelt, jedoch wurde hier alle 3 Monate ein Stentwechsel mit zunehmender Anzahl der Stents durchgeführt. Nach einem Jahr waren 11 dieser Patienten nach Stententfernung beschwerdefrei. Somit scheint die Einbringung möglichst vieler Stents von Vorteil zu sein. In einer multivariaten Analyse der Amsterdamer Arbeit konnte weiters gezeigt

werden, daß Patienten mit einem akuten entzündlichen Schub bei der Präsentation deutlich besser abschneiden als Patienten mit chronischer Kalzifizierung im Pankreaskopf.

THERAPIE GASTROINTESTINALER FRÜHKARZINOME

Die aus Japan kommende kurative Therapie der endoskopischen Mukosaresektion für gastrointestinale Frühkarzinome wird zunehmend auch in westlichen Ländern eingesetzt. Unklar blieb bis jetzt die Inzidenz metachroner Karzinome, zumal ja bei dieser Methode die Grundlage für die Karzinomentstehung, in den meisten Fällen eine atrophe Gastritis, bestehen bleibt. Dieser Fragestellung widmete sich eine eindrucksvolle Studie an 633 Patienten, die einer Mukosektomie unterzogen worden waren. Die Nachbeobachtungszeit betrug im Mittel 3,7 (1–14) Jahre. Ein metachrones Magenkarzinom trat bei 8,2 % der Patienten auf, entsprechend einer jährlichen Rate von 2,8 %. Nur ein Patient mußte aufgrund des Zweitumors operiert werden, alle anderen konnten neuerlich erfolgreich mit einer Mukosaresektion behandelt werden. Die Autoren empfehlen daher eine jährliche Kontrollgastroskopie nach Mukosaresektion.

Die gleiche Arbeitsgruppe aus Tokio präsentierte ihre Methode der Muko-

saresektion mit dem „insulation tipped knife“, einer Art Nadel mit isolierter Keramikspitze. Mit dieser Methode konnte eine komplette Tumorresektion in 92 % von 708 Patienten erzielt werden.

Diese beeindruckenden Zahlen konnten von den wenigen europäischen Arbeiten leider nicht ganz reproduziert werden. Dies liegt einerseits in der geringeren Erfahrung und der dadurch ungezielteren Auswahl der Patienten, andererseits auch in der angewandten Methode. In Europa wird derzeit fast ausschließlich die Saugkappenmethode angewandt, die in vielen Fällen eine Abtragung in mehreren Teilen notwendig macht. Die Arbeitsgruppe vom AMC aus Amsterdam konnte beispielsweise nur bei 31 von 75 Abtragungen den Tumor in einem Stück entfernen. Selbst in dieser Subgruppe waren nur bei 27 % die Abtragungsränder tumorfrei. Hier ist sicherlich noch ein großer Spielraum für Verbesserungen sowohl in der Patientenselektion als auch in der Technik gegeben, bis die eindrucksvollen japanischen Zahlen auch hierzulande reproduziert werden können.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Andreas Püspök
Universitätsklinik für Innere Medizin IV
Abteilung für Gastroenterologie und
Hepatology
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-mail: andreas.puespoek@univie.ac.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)