Interventionelle Rendezvousverfahren

Nach den großen Herausforderungen, denen sich die wissenschaftliche Chirurgie in den vergangenen anderthalb Jahrhunderten stellen musste, wie etwa die «Eroberung der Anatomie» und die Entwicklung geeigneter Rekonstruktions- und Transplantationsverfahren, folgt nun die Phase der «Minimierung des Eingriffstraumas». Die Ergebnisse der chirurgischen Behandlungsoptionen sollen nicht nur besser werden, sondern gleichzeitig «Kollateralschäden» durch den Zugang oder die durch den eigentlichen Eingriff bedingten Traumatisierung des Patienten möglichst minimiert werden.

Benigne oder frühe maligne Läsionen des Gastrointestinaltrakts waren früher, so sie denn überhaupt diagnostiziert werden konnten, eine Domäne der offenen Chirurgie. Die Einführung der flexiblen Endoskopie hat nicht nur die frühere Diagnostik erheblich verbessert, sondern gleichzeitig auch zu endoluminalen Behandlungsmöglichkeiten geführt. Die ganz überwiegende Mehrzahl aller Dickdarmpolypen oder der zahlenmäßig weniger bedeutsamen tumorösen Läsionen in Ösophagus und Magen werden heute durch den Gastroenterologen behandelt.

Problematisch sind allerdings diejenigen Fälle, in denen die zu behandelnde Läsion zwar durch eine lokale Abtragung ausreichend behandelbar wäre, bei denen aber

- die Läsion zu groß,
- der Eingriff zu riskant, oder
- die Läsion für die flexible endoskopische Abtragung nicht zugänglich ist.

Diese Einschätzung muss der Gastroenterologe vornehmen. Sie ist zweifellos subjektiv und abhängig von der ganz persönlichen Erfahrung des Untersuchers, den vor Ort verfügbaren technischen Möglichkeiten und der vorhandenen Infrastruktur. Der interventionelle Gastroenterologe in einer Klinik kann hier sicher eher in Grenzbereiche gehen als der niedergelassene Kollege, der seine Untersuchung und Behandlung ambulant durchführen muss. Daher ist es auch schwierig abzu-

schätzen, wie hoch der prozentuale Anteil derartiger Läsionen am Gesamtaufkommen ist. Nicht zuletzt wird die Bereitschaft des Gastroenterologen, eine endoskopische Resektion nicht zu erzwingen, davon abhängen, welche minimal invasiven Alternativen zur Verfügung stehen. Wenn statt einer offen konventionellen Resektion oder auch nur einer laparoskopischen Segmentresektion eine limitierte lokale Resektion – gar unter Beteiligung des Gastroenterologen – zur Verfügung steht, wird die Bereitschaft höher sein, riskante Resektionen zu Gunsten einer kontrollierten chirurgischen lokalen Exzision zu vermeiden.

Aus chirurgischer Sicht stellt sich immer wieder die Frage, ob die logistisch durchaus aufwändige simultane Vorgehensweise von endokavitär und endoluminal überhaupt gerechtfertigt ist.

Frühbefunde lassen sich transmural nur schwer und nicht mit ausreichender Zuverlässigkeit identifizieren. Wenn aber eine vollständige lokale Resektion mit ausreichendem Sicherheitsabstand dennoch mit möglichst geringen Kosten erreicht werden soll, ist die gleichzeitige endoluminale Beobachtung unverzichtbar. Es ist mittlerweile hinreichend bekannt, dass eine präoperative Markierung mit Farbe oder Clips keine Alternative ist – es sei denn, man plant eine mehr oder weniger großzügige Segmentresektion, die naturgemäß eine zirkuläre Anastomose erfordert. In den folgenden Beiträgen zu den Rendezvousverfahren am Ösophagus (Pross und Feußner), am Magen (Ludwig) sowie an Dünn- und Dickdarm (Spelsberg) und den Gallenwegen (Raguse) wird gezeigt, dass die lokale Exzision im Vergleich zur alleinigen laparoskopischen Vorgehensweise noch weniger invasiv ist.

Der Erfolg hängt aber von zahlreichen Variablen ab. Wie bei allen anderen Eingriffen auch, spielt die Lernkurve eine bedeutende Rolle, zumal nicht nur die laparoskopische Technik, sondern auch die Kooperation mit dem endoluminalen Partner erst durch Übung perfektioniert werden muss. Die endo-

luminale Endoskopie im Operationssaal ist dadurch, dass der Patient nicht umgelagert werden kann, die üblichen Stützmannöver durch die Bauchdecke nicht anwendbar sind usw., technisch ausgesprochen anspruchsvoll, nicht zuletzt auch deshalb, weil eine übermäßige Gasinsufflation möglichst vermieden werden sollte.

Die Assistenz des OP-Teams muss in der Lage sein, sowohl endoskopische als auch laparoskopische Ausrüstung sicher zu bedienen und die Operateure adäquat zu unterstützen. Auch dies setzt eine gewisse Trainingsphase voraus. Wie in den folgenden Beiträgen aufgezeigt, lassen sich diese Schwierigkeiten durch ein motiviertes Team überwinden. Dieser Prozess wird durch eine spezialisierte Arbeitsumgebung deutlich erleichtert.

Dennoch sind noch nicht alle Probleme gelöst. In der Praxis bedeutsam sind Fehleinschätzungen der Dignität bzw. des Tumorstadiums. Wenn nach Erhalt der definitiven Histologie doch eine Nachresektion erforderlich ist, ist ein Zweiteingriff mit entsprechend längerer Krankenhaus-Verweildauer unvermeidbar. Auch das Instrumentarium verlangt noch nach Verbesserung bzw. Optimierung – Fragen, die alle in den folgenden Kapiteln behandelt werden.

«So radikal wie gerade nötig, so schonend wie eben möglich» im Sinne einer individualisierten Therapie – interventionelle Rendezvousverfahren können wesentlich dazu beitragen, dieses Ziel in der Chirurgie zu erreichen.

H. Feußner (München), H. Lippert, M. Pross (Magdeburg)