



St. Marienhospital
Vechta

innen:ansichten

Aktuelles aus der Viszeralmedizin Vechta - 13. Ausgabe_März 2020

Sonderausgabe

Speiseröhre



editorial



Dr. med. Volker Meister
Chefarzt Gastroenterologie
und Onkologie,
Facharzt für Innere Medizin,
Gastroenterologie und
Proktologie

**Liebe Patientinnen, liebe Patienten
liebe Kolleginnen und liebe Kollegen,**

es wird allerhöchste Zeit über die Speiseröhre zu sprechen. Sie ist ein Organ, das uns Ärzte wirklich fordert. Denn: Erkrankungen der Speiseröhre zu diagnostizieren, zu therapieren und zu operieren verlangt technische Ausstattung (u. a. wie ein Druckmesslabor), größte Expertise und Engagement von allen Beteiligten.

Kaum etwas davon lässt sich im Alleingang durchführen, vor allem nicht die verschiedenen Eingriffe. Darum zieht sich die Beschreibung unserer interdisziplinären Teamarbeit wie ein roter Faden durch diese Sonderausgabe der „innenansichten“. Sei es der spektakuläre Einsatz der Brachytherapie oder der Zwei-Höhlen-OP. Dazu kommen Fallbeispiele wie der Noteinsatz beim seltenen, aber lebensbedrohlichen Boerhaave-Syndrom, wo innerhalb weniger Stunden ein vollständiger Riss in der Speiseröhre verschlossen werden muss.

Wir sind sehr froh, dass wir in der Viszeralmedizin Vechta von der technischen Ausstattung über spezialisiertes Pflegepersonal bis zu den interdisziplinären Ärzteteams über fachliche Voraussetzungen verfügen, die andere Kliniken in der Region so nicht vorhalten.

Ihr Dr. Volker Meister

Innere Bestrahlung bietet erweiterte Therapieoption

Brachytherapie in der Speiseröhre bei inoperablen Patienten

Die Ausgangssituation ist herausfordernd: in der Speiseröhre tritt nach vermeintlich überstandener Krebserkrankung wieder ein Tumor auf. Bei bestimmten Tumorgewebearten ist es dann weder möglich zu operieren noch erneut eine Kombinationstherapie aus Chemotherapie und Bestrahlung von außen vorzunehmen. Es kann meist nur noch palliativ behandelt werden.

Im Marienhospital wird dank der engen interdisziplinären Hand-in-Hand-Zusammenarbeit von Strahlentherapie und Gastroenterologie ein solcher Tumor durch eine Brachytherapie der Speiseröhre lokal therapiert

Wojciech Kacpura ist Facharzt für Strahlentherapie der Radiologie Vechta. Er gilt durch mehr als 1.000 Einsätze als Experte für die Brachytherapie, meist bei Prostatakrebs. Anders als bei der konventionellen Bestrahlung wird bei der Brachytherapie von innen bestrahlt – direkt im betroffenen Tumorgewebe des Organs. Dafür werden zuvor Strahlungsquellen im Körper platziert, die in einer von Medizinphysikern errechneten Dosis kurzzeitig eine intensive Bestrahlung anwenden, um das Krebsgewebe zu vernichten.



Dr. V. Meister und W. Kacpura in der Röntgenanlage

„In der Regel dauert es von der Diagnose durch Dr. Meister bis zur Brachytherapie nur 1-2 Wochen, so kurz sind hier in Vechta die Wege zueinander“, berichtet Wojciech Kacpura. Während der Bestrahlung arbeiten Dr. Meister und er ebenfalls Hand-in-Hand. Per Endoskop markiert und definiert der Gastroenterologe unter direkter Sicht als auch Röntgendurchleuchtung das Tumorgewebe in der Speiseröhre. Dann setzt Dr. Meister unter radiologischer Kontrolle die Strahlensonde millimetergenau ein. Zur exakten Planung der anschließenden Bestrahlung wird



Präzise Bestrahlungsplanung per Computer-Tomographie

danach eine Computertomografie durchgeführt. Anschließend wird das Tumorgewebe 2-3 Mal, mit Abstand von einer Woche bestrahlt, jeweils mit optimal angepasster Dosis, um das umliegende Organgewebe zu schonen. Der Patient erhält zur Anlage der Sonde eine Schlafspritze und bekommt von der Prozedur nichts mit.

„Tumore in der Speiseröhre sind eher selten und wenn die Brachytherapie dort eingesetzt wird, dann meistens, um Tumore im Rahmen einer interdisziplinären Behandlung zu verkleinern. In palliativen Situationen geht es darum, Schluckbeschwerden zu minimieren. Wenn keine Operation möglich ist, wird Speiseröhrenkrebs sonst meist mit alleiniger Radio-Chemotherapie behandelt“, erklärt Kacpura. Dr. Meister ergänzt: „Man kann schon sagen, dass gemeinsame Brachytherapie-Eingriffe absolut außergewöhnlich sind, denn die Kombination von eng zusammenarbeitenden Experten verschiedener Fachgebiete in Kombination mit entsprechendem technischen Know-How und Equipment findet sich nur selten in ganz Norddeutschland.“

QR-CODE SCANNEN UND
ZEITUNG DOWNLOADEN!



Speiseröhren-OP bei Krebs als Zwei-Höhlen-Eingriff

Anspruchsvolle Methode durch Chefarzt Dr. Loermann in Vechta zugelassen

„Was Dr. Loermann bei diesen Operationen macht, braucht großes chirurgisches Können, sagt Gastroenterologe und Oberarzt Dr. Stefan Hagen. Seine Kollegen und er arbeiten für die mehrstündige Ivor-Lewis-Operation eng mit Chefarzt Dr. Peter Loermann zusammen. Dieser hat die Methode an der Klinik in Münster erlernt und ist derzeit der einzige Chirurg in der Region, der sie praktiziert. „Ich bin dabei, meine Oberarzt-Kollegen zu schulen, denn die Zahl dieser Eingriffe wird steigen.“

Der Facharzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie und Spezielle Viszeralchirurgie bemerkt seit Jahren eine Zunahme der Magenkarzinome am Mageneingang, dem Übergang zur Speiseröhre. Um die Tumore und befallene Lymphknoten dort entfernen zu können, arbeitet Dr. Loermann von zwei Seiten aus. „Die Ivor-Lewis-OP wird auch Zwei-Höhlen-Eingriff genannt, weil wir unten vom Magen kommen und gleichzeitig vom Brustraum aus operieren. Bevor wir den Tumor am Mageneingang entfernen, bilden wir zunächst aus dem Magen einen Schlauch. Dann trennen wir das Krebsgewebe und den größten Teil der Speiseröhre ab. Damit der Patient weiter schlucken und essen kann, wird der schlauchförmige Magen mit dem oberen Stück der Speiseröhre

verbunden und dient als Ersatz für den fehlenden Teil der Speiseröhre.“ Die Operation kann bis zu vier Stunden dauern. Der anschließende Heilungsprozess geht recht schnell. Nach nur etwa 14 Tagen kann der Patient das Krankenhaus verlassen. „Und das gilt auch für ältere Patienten, wie unsere Erfahrung zeigt,“ so Dr. Loermann.

Neben Osnabrück und Oldenburg ist das Marienhospital die einzige Klinik der Region, die die Zulassung der Kassen besitzt, um diese Operation durchzuführen. „Wir haben dafür das Know-how und die Mindestfallzahl erreicht.“ Grundsätzlich arbeitet Vechta eng mit der Uni-Klinik in Köln zusammen, die als Referenzklinik in diesem Bereich gilt. Dort absolvieren Dr. Loermann und seine Kollegen immer wieder Fortbildungen, um auf dem neuesten Stand zu bleiben.

Es ist Dr. Loermann wichtig zu betonen, dass länger andauernde Schluckbeschwerden, dauerndes Druckgefühl in der Brust oder Sodbrennen beim Gastroenterologen abgeklärt werden sollten, da ein Tumor dafür die Ursache sein kann. Ist das der Fall, wird die Operation in enger Zusammenarbeit geplant. „Wir Chirurgen brauchen die gute Diagnostik der Gastroenterologen, die Beratung mit den Onkologen und während der



Dr. Peter Loermann, Chefarzt Viszeralchirurgie Vechta

OP das Können der Anästhesie. Anspruchsvolle Methoden wie diese können wir in Vechta nur deshalb so gut machen, weil hier alle medizinischen Disziplinen wirklich zusammenspielen und im Bedarfsfall besondere Techniken z. B. wie die im Folgenden dargestellte „Schwamm-Technik“ durch die Gastroenterologen zur Verfügung stehen.“

„Teamwork vom Feinsten“

Außergewöhnliche Lungen-Anästhesie bei Speiseröhren-OP

„Operationen an der Speiseröhre verlangen ein eng verzahntes Team. Sie brauchen speziell geschulte Pfleger auf der Intensivstation, eine Vorbereitung der Lungenfunktion durch Physiotherapeuten, exzellente Diagnostiker wie Dr. Meister und natürlich einen Viszeralchirurgen, der diesen Eingriff durchführen kann“, erklärt Dr. Christian Hönemann. Der Privatdozent ist mit kurzer Unterbrechung seit 2003 in Vechta Chefarzt der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin im Kollegialsystem mit Dr. Olaf Hagemann. Beide gehören zu den hochspezialisierten Fachärzten, die die Narkosen für Speiseröhren-Operationen am Marienhospital durchführen. Durch ihre Erfahrung im Umgang mit dem auf zwei Millimeter genau platzierten „Doppellumentubus“ wird der operative Eingriff an der Speiseröhre überhaupt erst möglich. „Mit dieser Technik legen wir während der Operationen einen Lungenflügel still, damit der Chirurg an die dahinter liegende Speiseröhre herankommen kann.

Während der Stunden der OP tragen wir die volle Verantwortung. Zum Glück verfügen wir über das hochmoderne Equipment, das diese Arbeit braucht.“

Beide Fachärzte haben an der Uniklinik Münster

gelernt und arbeiten auf diesem Niveau in Vechta: „So eine große Operation machen zu dürfen ist großartig, denn es wird dabei vieles abver DSC_0249 langt, was uns als Anästhesisten heute ausmacht.“



Drs. Olaf Hagemann & Christian Hönemann demonstrieren die Bedienung eines moderne Videobronchoskops. Damit wird intraoperativ die Lage des Doppellumentubus kontrolliert.

Wenn ein Schwamm zur Heilung führt

Endoskopische Vakuum-Therapie der Speiseröhre mit dem „Eso-Sponge“



Der Eso-Sponge kommt im Rahmen der neuartigen Schwamm-Vakuum-Therapie zum Einsatz, © B. Braun Melsungen AG

Hält die Naht? Das ist immer wieder die kritische Frage bei anspruchsvollen Organ-Operationen wie an der Speiseröhre. Eine Herausforderung sind die Nähte auch bei dem Zwei-Höhlen-Eingriff (siehe Seite 2). Dabei wird der zum Schlauch umgeformte Magen an den oberen Teil der Speiseröhre angenäht. „Drohen Komplikationen, entscheidet der Operateur, ob wir schon während der Operation die neuartige Schwamm-Vakuum-Therapie einsetzen“, erklärt Dr. Stefan Hagen, lfd. Oberarzt der Abteilung für Viszeralmedizin Vechta.

viel Erfahrung in der Betrachtung solcher Bilder gewinnt der Facharzt eine präzise Einschätzung von Umfang und Tiefe der Wunde. Per Hand schneidet er nun den Schwamm auf das passende Maß zurecht.

Der Eso-Sponge wird mit einem Hydrogel bestrichen, mit Hilfe eines Endoskopes durch die Speiseröhre bis an die markierte offene Stelle geschoben und dort eingeführt. Füllt er die Wundhöhle vollständig aus, verbleibt er dort. Über einen dünnen Drainageschlauch ist der

Vechta. Nachdem erste Fallserien und Pilotstudien zur Anwendung des Vakuum-Verfahrens im oberen Magen-Darm-System beeindruckend gute Ergebnisse aufwiesen, wurde sie auch hier zum bevorzugten Verfahren. Die Endoskopische Vakuumtherapie stellt damit eine erfolgreiche Alternative zum Setzen von Stents oder weiteren chirurgischen Eingriffen dar. Inzwischen werden verschiedene Krankheitsbilder damit behandelt, wie z. B. das Boerhaave-Syndrom (mehr dazu auf Seite 6).

Dr. Hagen betont: „Da bei uns in Vechta durch Dr. Loermann und das Anästhesieteam aus Dr. Hönemann und Dr. Hagemann die hoch anspruchsvolle Speiseröhren-Chirurgie etabliert werden konnte, ist diese neue Therapie bei Nahtschwächen die ideale Ergänzung. Denn falls eine der seltenen und für den Patienten lebensgefährliche Komplikation auftritt, reagieren wir gemeinsam und zügig. Für mich ist das ein Beispiel mehr für die enge Hand-in-Hand-Zusammenarbeit im Team der Viszeralmedizin Vechta.“



Einführung des Eso-Sponge mit Hilfe eines Overtubes, © B. Braun Melsungen AG

Bei dieser Methode wird ein sogenannter Eso-Sponge verwendet, ein offenporiger Schwamm aus Polyurethan. Die ans Englische angelehnte Bezeichnung setzt sich zusammen aus „Sponge“ für Schwamm und „Eso“ als Abkürzung für Ösophagus/ Speiseröhre. Der deutsche Fachbegriff für die Therapie lautet: Endoskopische Vakuumtherapie am Ösophagus. Sie wird bei einer Insuffizienz, also bei einer Schwächezone der Naht angewendet.

Schwamm mit einer Pumpe verbunden. Durch diesen Schlauch wird nun ein dauerhafter Sog erzeugt, der für den Vakuum-Effekt sorgt. Denn: Während das Wundsekret ausgeleitet wird, zieht sich die Wundhöhle nach und nach zusammen. Der Körper reagiert schnell darauf. Darum muss alle 48 bis 72 Stunden der Schwamm ausgewechselt werden, stets in einer kleineren Größe, bis die Wundhöhle fast vollständig verschwunden ist – und die Naht wieder hält.

Entsteht während oder nach der Operation eine Öffnung in der Naht, schaut sich der Gastroenterologe die Wundhöhle per Endoskop-Kamera sehr genau an und schätzt die Größe ein. Durch

Die Sponge-Vakuum-Methode ist zuerst genutzt worden, um Wundhöhlen nach Krebsoperationen im Enddarm verschließen zu können, so auch seit langem in der Gastroenterologie



Dr. Stefan Hagen, leitender Oberarzt

Besondere Zellen in der Speiseröhre nach langer Entzündung bei Sodbrennen Barrett-Ösophagus verlangt stete Kontrolle – um Krebs zu verhindern

Norman Barrett beschrieb 1957 als erster einen besonderen Umwandlungsprozess in der Speiseröhre (Ösophagus). Was er entdeckt hatte, war eine Zellveränderung in der Oberfläche der Speiseröhren-Schleimhaut – am Übergang zum Magen. So wurde die Erkrankung nach ihm benannt: Barrett-Ösophagus. Ärzte sagen: Ausgelöst durch Entzündungen wandelt sich Plattenepithel in Zylinderepithel. Verständlicher für Patienten ist: In der Speiseröhre bilden sich Zellen, die durch überschüssige Magensäure und chronische Entzündung in seltenen Fällen entarten können.

Ausführliche Diagnose mit Gewebeproben

Oberarzt Andreas Fangmann, Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie erklärt: „Meist fällt ein Barrett-Ösophagus eher zufällig bei einer Magenspiegelung auf, denn weniger als die Hälfte der Patienten haben deswegen überhaupt Beschwerden. Es wird klassifiziert entsprechend der Länge in Long, Short und Ultra-Short. Die



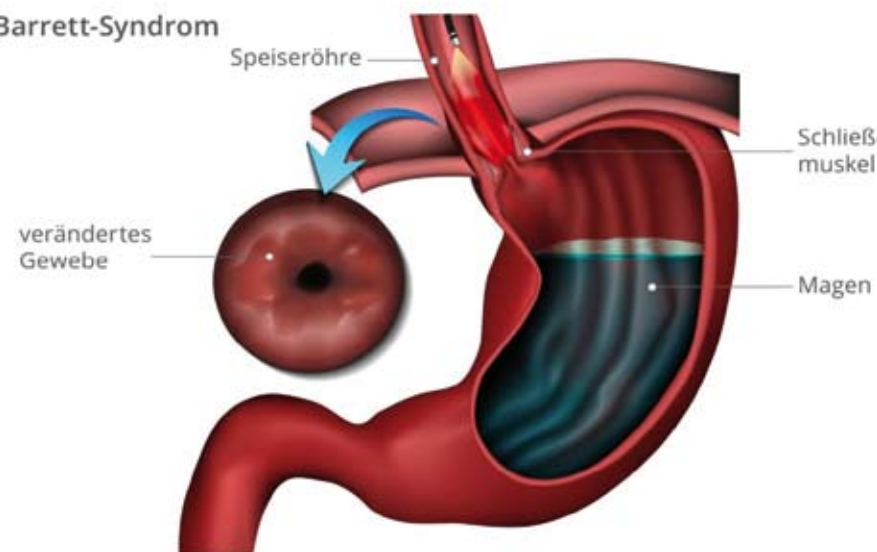
Andreas Fangmann, Oberarzt

viel Zeit und sehen genau hin. Denn aus einem Barrett-Ösophagus können sich in der Speiseröhre zunehmend Vorstufen eines Tumors oder gar ein voll ausgebildeter Krebs bilden. Früh erkannt können wir die Krebsvorstufe in 90 Prozent der Fälle mit speziellen endoskopischen Techniken abtragen und so sind sie kein Problem für den Patienten. Anschließend wachsen dort wieder normale Speiseröhrenzellen nach.“
Gibt die pathologische Untersuchung bei Erstdiagnose und Folgeuntersuchung keine Hinweise auf Vorstufen einer Krebserkrankung, muss der Barrett-Ösophagus nur noch alle 4 Jahre kontrolliert werden.

Besser gesund leben!

Das Barrett-Ösophagus hat man lange als Folge der Reflux-Erkrankung vermutet, bei der der Mageninhalt immer wieder in die Speiseröhre gelangt. In Zwillingstudien zeigte sich, dass die Genetik ebenso eine Rolle spielt. Fest steht, dass eine erhöhte Magensäure-Produktion und ein Reflux das Hauptrisiko darstellen. „Das heißt, durch Rauchen, Alkohol und Übergewicht erhöht jeder das Risiko deutlich, an einem Barrett-Ösophagus zu erkranken. Eine bewusste, überwiegend gesunde Lebensweise ist also der beste Schutz“, so der Oberarzt. Andreas Fangmann verweist auch auf Studien zur Einnahme von Säureblockern. Diese Medikamente sieht er weiterhin als wichtige Maßnahme, um einer Krebsentwicklung entgegen zu wirken.

Barrett-Syndrom

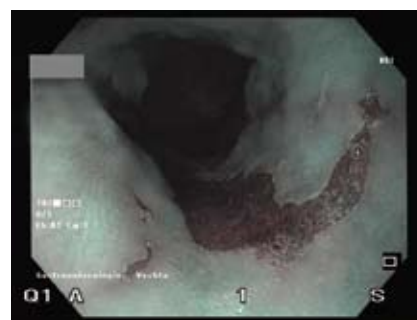


Der Barrett-Ösophagus tritt bei immerhin 8 Prozent der Bevölkerung in der kleinen Form unter 3 cm auf und in 1-2 Prozent der Bevölkerung, meistens bei Männern, in der langen Form (> 3 cm) auf. Es gibt in Deutschland jährlich etwa 3.000 Fälle, bei denen daraus ein Barrett-Karzinom entsteht.

kurze Variante ist am häufigsten. Wir kontrollieren nach einem Jahr, wie und ob sich die Größe und die Zellenstruktur verändern. Dabei nehmen wir, wie bei der Diagnose auch, großzügig mehrere Gewebeproben, die anschließend von Pathologen untersucht werden. Zusätzlich besprühen wir die Oberfläche mit Essigsäure und betrachten alles mit einem speziellen Lichtfilter, wodurch sich Gefäßstrukturen noch deutlicher zeigen. In diese Untersuchung investieren wir



Barrett-Syndrom Weißlicht



Barrett-Syndrom mit speziellem Lichtfilter (NBI)

„Wirkstoff genau an der richtigen Stelle“

Neue Schmelztablette gegen besondere chronische Speiseröhren-Entzündung



Dr. Sandra Quintiliani, Oberärztin

Die „Eosinophile Ösophagitis“ ist schon eine besondere Erkrankung der Speiseröhre. Sie kann zu erheblichen Schluckbeschwerden vor allem bei fester Nahrung wie Fleisch und Brot führen. Es handelt sich um eine allergische, chronische Entzündung der Speiseröhre. Sie ist die häufigste Ursache für Schluckstörungen bei jungen Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern. „Meist leiden die Betroffenen auch an anderen allergischen Erkrankungen wie Asthma und an Ekzemen. Anders als bei diesen Erkrankungen kann das Allergen meist nicht mittels Allergietests identifiziert werden. Durch die chronische Entzündung verliert die Speiseröhre ihre Elastizität, was zu Schmerzen hinter dem Brustbein und Schluckstörungen führt,“ erklärt Dr. Sandra Quintiliani, Oberärztin der Viszeralmedizin Vechta. Die Gastroenterologin führt weiter aus: „Die Erkrankung ist nicht heilbar. Sie ist als chronische Entzündung ein Lebensbegleiter, dessen Symptome wir nur abschwächen können – und das jetzt mit einem einfachen, aber wirkungsvollen neuen Medikament in Form einer Schmelztablette.“

Sorgfältige Diagnose mittels Biopsie

Die Patienten kommen häufig als Notfälle ins Krankenhaus, weil Nahrungsreste ihre Speiseröhre verstopfen. Die Verstopfung wird dann bei der Endoskopie entfernt. Dabei beginnt gleichzeitig die Suche nach der Ursache. Dr. Quintiliani schildert den Ablauf der Diagnosestellung: „Grundsätzlich muss während der



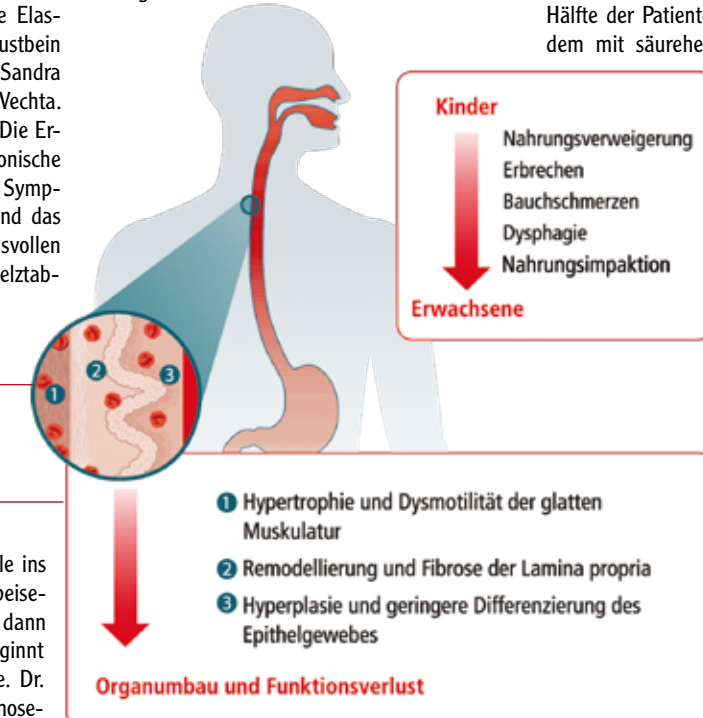
Häufige Nahrungsmittelallergene:
Milch, Soja, Nüsse, Weizen, Eier, Fisch/Meeresfrüchte
Verwendung mit freundlicher Genehmigung der Dr. Falk Pharma GmbH.

Neu zugelassenes Medikament: Gezielte lokale Cortisongabe

Magenspiegelung die Speiseröhre sorgfältig untersucht werden. Wir erkennen die Eosinophile Ösophagitis an ringförmigen Einschnürungen und Längsfurchen in der Speiseröhrenschleimhaut. Zudem kann die erkrankte Schleimhaut bei Kontakt sehr empfindlich reagieren und einreißen. Zur exakten Diagnosestellung entnehmen wir Gewebeproben aus verschiedenen Abschnitten der Speiseröhre. Die Diagnose lautet auf Eosinophile Ösophagitis wenn bei der feingeweblichen Untersuchung die typischen Zellen (eosinophile Granulozyten) in hoher Zahl nachgewiesen werden.“

„Neu und sehr effektiv ist die lokale Behandlung der Speiseröhrenentzündung mit Kortison. Das ist möglich durch das Medikament Jorveza®. Das ist eine Schmelztablette mit Brauseeigenschaften, die den Speichelfluss anregen. Sie wird auf die Zungenspitze gelegt, gegen den Gaumen gedrückt und löst sich innerhalb von mehreren Minuten auf. Beim Schlucken wird die Speiseröhrenschleimhaut dann direkt mit dem entzündungshemmenden Wirkstoff benetzt. Bisher hatte man nur die Möglichkeit, kortisonhaltiges Asthmaspray zu verschreiben, dessen Wirkstoff geschluckt statt eingeatmet wird.“ Etwa bei der Hälfte der Patienten können die Symptome zudem mit säurehemmenden Tabletten gelindert werden.

Jorveza® kann über sechs bis maximal 12 Wochen eingenommen werden. Dann wird beobachtet, ob die Beschwerden nach Absetzen der Behandlung wieder auftreten. Zusätzlich wird den Patienten empfohlen, bestimmte Nahrungsmittel wie Kuhmilchprodukte, Weizen, Ei, Soja, Nüsse und Meeresfrüchte zu meiden. „Eine solche Diät ist allerdings langfristig kaum genießbar. Und so flackern die Beschwerden auf, nachdem die auslösenden Lebensmittel wieder gegessen werden. Darum sind wir für die Patienten froh über das neue Medikament.“



Verwendung mit freundlicher Genehmigung der Dr. Falk Pharma GmbH.

Spezialisten auch am Wochenende parat

Gemeinsames Notfallmanagement bei einem seltenen Krankheitsbild



Am 9. November 2019 zeigte sich zwischen 15 Uhr und 23.30 Uhr das starke interdisziplinäre Know-how der gesamten Viszeralmedizin Vechta. Der Grund war ein 72-jähriger Patient, der mit einer seltenen Erkrankung aufgenommen wurde: dem Boerhaave-Syndrom. „Das werden wir wohl in unserem Ärzteleben nicht noch oft erleben, so selten ist dieser Fall“, berichtet Dr. Uwe Tracogna, stellvertretender Chefarzt der Gastroenterologie, Facharzt für Innere Medizin, Gastroenterologie und Proktologie.

Lebensbedrohlich & schwer zu erkennen

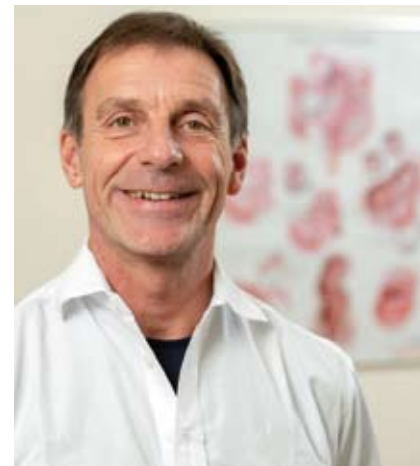
Als Boerhaave-Syndrom bezeichnet man einen spontan auftretenden Riss der Speiseröhre, der durch alle Wandschichten geht. Die Ursache dafür ist meist ein extrem starker Druck, der während massiven Erbrechens oder Hustens plötzlich auftritt. Dieser Fall ist nicht nur selten, sondern lebensbedrohlich und bedarf sofortiger intensivmedizinischer Versorgung. Dr. Tracogna erklärt: „Das Erkennen eines Boerhaave-Syndroms ist nicht so einfach, da die Symptome meist recht unspezifisch sind – wie Übelkeit, Luftnot, Schmerzen im Brustkorb. Ähnlich erging es auch unserem Patienten. Er war gegen 15 Uhr eingeliefert worden mit Oberbauchschmerzen, Übelkeit und Erbrechen. Ich kam gegen 17 Uhr dazu, weil nach Ausschluss anderer Erkrankungen wie Herzinfarkt und nochmaligem Erbrechen, diesmal mit Blut, eine notfallmäßige Endoskopie durchgeführt werden musste. Dort zeigte sich mir dann der Einriss in der Speiseröhre, mit freier Sicht ins Brusthohle.“ Nach schneller Diagnosestellung wurde un-

verzüglich Kontakt zum Viszeralchirurg Chefarzt Dr. Loermann aufgenommen. Der Patient wurde sofort intensivmedizinisch versorgt, einschließlich der Erstgabe eines Breitbandantibiotikums. Zeitgleich wurde der Fall interdisziplinär besprochen – mit Internisten, Gastroenterologen, Anästhesisten und Viszeralchirurgen. Alle Fachärzte standen in kürzester Zeit an einem Samstag bereit. „Das ging alles extrem zügig und doch musste mit Ruhe viel bedacht werden. Denn für die Behandlung des Boerhaave-Syndroms gibt es kein standardisiertes therapeutisches Vorgehen. Das ist abhängig von der Schwere des Krankheitsbildes“, so Dr. Tracogna.

Not-Operation auf höchstem Niveau

Da der Einriss bei dem Patienten mit 5 cm Länge sehr groß war, entfielen endoskopische Therapieoptionen wie Stent, Verschluss per OTS-Clip (mehr auf Seite 7) oder Vakuumtherapie mit dem Eso-Sponge (mehr auf Seite 3). „Wir beschlossen daher interdisziplinär als beste Therapieoption für den Patienten die sofortige Operation, die direkt am gleichen Tag um 21.15 Uhr durchgeführt wurde, um den Bereich zu spülen, den Riss zu nähen und zu überdecken.“ Der Patient wurde anschließend postoperativ mehrere Tage auf der Intensivstation weiterbehandelt und konnte die Klinik Ende November beschwerdefrei verlassen. Dieser bestmögliche Ausgang war an einem Wochenende nur möglich durch die Verfügbarkeit aller diagnostischen und therapeutischen Verfahren sowie durch versiertes Pflegepersonal und Fachärzte aller Abteilungen.

Dr. Tracogna betont: „Für den Patienten war es ein Glück, dass es bei uns in Vechta einen 24-Stunden-Endoskopiebereitschaftsdienst gibt und ein viszeralmedizinisches Spezialistenteam, wie es das sonst meist nur an Unikliniken gibt. Das hat sein Leben gerettet.“



Dr. Uwe Tracogna, stellvertretender Chefarzt

Kleine Schluck-Schule!

Wenn eine Verengung in der Speiseröhre vorliegt, ist es wichtig, den Schluckvorgang bei jeder Mahlzeit aktiv zu unterstützen. Dazu gehört, möglichst weiche Kost zu sich zunehmen und immer mit viel Flüssigkeit nachzutrinken.

Faserige Speisen wie Spargel oder Zitrusfrüchte sind dann zu vermeiden, ebenso wie Wursthäute. Generell gilt: Nehmen Sie sich Zeit zum Essen, Kauen & Genießen!

„Bärenkrallen“-Training“: Teil der Facharzt-Ausbildung zum Gastroenterologen:

Außergewöhnliche endoskopische Clips für Magen, Darm und Speiseröhre



Dr. Andrada Dinculescu, angehende Fachärztin

„Wir sind extrem froh, dass es die neuen OTS-Clips gibt. Bei besonderen Situationen wie nicht beherrschbaren Blutungen sowie Perforationen im Magen-Darm-Trakt können wir den Patienten im Marienhospital mit modernster Endoskopiertechnik besser helfen“, erklärt Dr. Andrada Dinculescu. Die angehende Fachärztin, die kurz vor ihrem Abschluss zur Gastroenterologin steht, hat in der Gastroenterologie Vechta gerade ein Training mit den medizinischen Clips an Schweinemägen absolviert.

Sie erklärt: OTS steht für „over the scope“. Das heißt, die Clips werden auf dem Endoskop, also oben an der Spitze auf einer Plastikkappe aufgesetzt, um damit blutende Geweberletzungen oder Löcher zu schließen. Diese können beispielsweise im Magen oder Darm auftreten, wenn Polypen entfernt werden. In der Speiseröhre werden Risse geschlossen, die z.B. durch heftiges Erbrechen entstehen. „Wir können per OTS-Clips Löcher bis maximal 3 cm Größe behandeln, das ist schon enorm. Es war beeindruckend, am Beispiel des Schweinemagens zu sehen, wie sich große Öffnungen fest und gewebeschonend verschließen. Wir können sofort eingreifen, wo sonst eine Not-OP nötig wäre. Denn durch eine Perforation kann schnell eine lebensbedrohliche Entzündung entstehen.“

Bärenkrallen und andere Techniken

Wegen ihres zackigen Aussehens werden die OTS-Clips auch „Bärenkrallen“ genannt. Sie verfügen über Memory-Eigenschaften und bestehen aus bio-verträglichem Nitinol (Legierung aus Nickel und Titan), das als Langzeitimplantat im Körper verbleiben kann.



Training/OTS-Clipp („Bärenkralle“) – Dr. Dinculescu



1

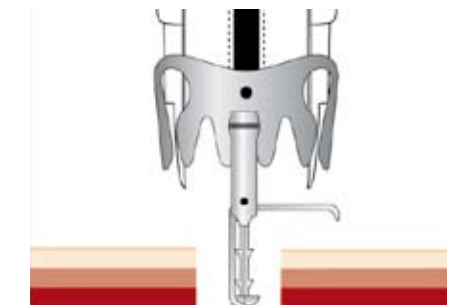
Erst seit 2015 wird die neue Verschluss-technik überhaupt praktiziert. Zur Blutstillung nutzen die Ärzte sonst Injektionen oder thermische Methoden. Zudem gibt es den TTS-Clip, der als mechanisches Verfahren bereits etabliert ist. Die „konventionellen“ Clips werden durch den Arbeitskanal des Endoskops geführt („through the scope“) und bewirken durch mechanische Kompression eine Stillung der Blutung. „Die herkömmlichen Verfahren sind in 90 Prozent der Fälle erfolgreich. Ein Problem waren bisher vor allem erneut auftretende Blutungen. Man konnte dann nur operieren. Der Einsatz der Bärenkralle ist für die Patienten im Vergleich viel schonender“ als eine OP, so Dr. Dinculescu. Sie weist auch auf Patienten mit chronisch

entzündlichem bzw. narbigem Gewebe. Dieses Gewebe ist nicht mehr elastisch. Treten dort Blutungen auf, können sie nur mit OTS-Clips gestillt werden.

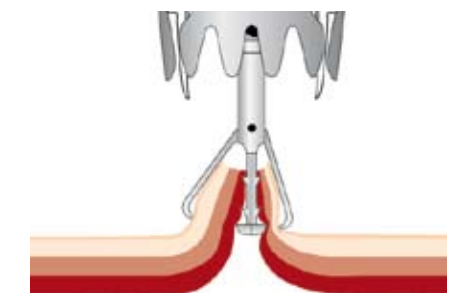
Innovative Techniken – Teil der Ausbildung

Als bald fertige Fachärztin sieht es Dr. Dinculescu als großen Vorteil, dass sie im Rahmen ihrer Weiterbildung in innovativen Endoskopietechniken ausgebildet wird. Vor dem Einsatz am Patienten wird in Vechta am Tiermodell trainiert. „Das ist keine Selbstverständlichkeit und nur deshalb kann man wirklich die komplette Facharztbildung zum Gastroenterologen in der Gastroenterologie Vechta absolvieren. Das Spektrum was man hier erlernt ist wirklich bemerkenswert und teils auch nicht an größeren Kliniken verfügbar.“

Überhaupt ist sie mit dem Verlauf ihrer Weiterbildung sehr zufrieden, die sie als strukturiert und außergewöhnlich umfassend beschreibt. „Hier hatte ich zudem den Mix aus stationärer und ambulanter Arbeit. Ich konnte täglich alles machen, was für mich Gastroenterologie ausmacht, ob klassische Sonografie oder moderne Endoskopie. Und ich erlebe langfristige Verläufe, denn chronische



2



1, 2, 3 Mit freundlicher Genehmigung der Firma Ovesco Endoscopy

Patienten begleiten wir über Jahre. Durch die exzellenten Kollegen und die innovative Technik in der Gastroenterologie Vechta bin ich auf meinen Abschluss sehr gut vorbereitet.“

Schlucksprechstunde mit Kamera

Was HNO-Ärztin Dr. Goldschmidt nicht sehen kann, klärt die Gastroenterologie

Für das Schlucken arbeiten 5 Nerven und 25 Muskeln zusammen. Gibt es dabei Probleme, kann man sich an Dr. Katrin Goldschmidt wenden. Sie ist HNO-Ärztin und Fachärztin für Phoniatrie und Pädaudiologie und damit Expertin für Stimm-, Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen sowie kindliche Hörstörungen. Sie gehört zu nur etwa 130 „Phoniatern“ bundesweit. Seit Februar 2007 ist sie Oberärztin im Marienhospital und bietet dort eine Schlucksprechstunde, zu der Patienten aus dem weiten Umland anreisen, obwohl sie auf einen Termin bis zu vier Monate warten.

Ursachen und Untersuchung mit „Problem-Essen“

Die Ursachen für Schluckstörungen sind vielfältig – zum Beispiel Entzündungen, Operationen, Veränderungen oder Tumoren in Mund oder

Rachen. Ebenso sind neurologische Ursachen wie Parkinson, MS oder ein Schlaganfall möglich. Demenz und nachlassende Koordination oder Kraft bei schwerer Krankheit und im Alter können der Auslöser sein, wie auch bestimmte psychische Erkrankungen. „Die verschiedenen Ursachen zeigen sich auch darin, dass ich auf sehr verschiedenen Stationen unterwegs bin und eng mit Kollegen verschiedener Fachrichtungen zusammenarbeite. So ist auch der Austausch mit der Gastroenterologie Vechta sehr eng. Wenn die beschriebenen Schluckstörungen sich nicht auf meinem Kamerabild zeigen, ist eine Endoskopie mit dem tieferen Blick in die Speiseröhre und auch oft eine Druckmessung der Speiseröhre in der Gastroenterologie Vechta unverzichtbar, so Dr. Goldschmidt.

Jede Sprechstunde beginnt mit der Frage, welche Form der Nahrung (flüssig, fest, krümelig, klebrig) Probleme bereitet. Ebenso erfragt die Ärztin, in welchen Situationen die Störungen

bestehen und wie sie sich äußern. Dann schaut sich Dr. Goldschmidt den Schluckakt genau an. Dafür wird eine feine Fiberglasoptik durch die Nase bis in den Rachen geschoben. „Das ist kurz unangenehm, es kommt aber nicht zum Würgen. Mit der Kamera nehme ich auf, was mit den Nahrungsmitteln geschieht. Der Patient bringt dafür die Lebensmittel mit, die Probleme bereiten. Dann sehen wir gemeinsam, warum es nicht funktioniert.“

Je nach Ergebnis der Untersuchung erfolgt die Planung einer Therapie, wobei Dr. Goldschmidt dem Therapeuten sehr genau sagt, wo, wann und warum Schluckstörungen auftreten oder wo weitere Diagnostik durch Gastroenterologie, Radiologie, Neurologie oder Orthopädie nötig ist.

Tipps und Engagement für mehr Genuss

In ihrer Sprechstunde erklärt Dr. Goldschmidt den Patienten, welche Art von Essen und Trinken derzeit für sie geeignet sind. Manchmal geht es dabei um eine spezielle Diät, manchmal brauchen Körperhaltung oder Esssituation eine Korrektur.

Zusätzlich engagiert sich die Ärztin seit einigen Jahren in einer Arbeitsgruppe, die eine Mangelernährung bei stationären Patienten mit Schluckstörungen verhindern will. In enger Zusammenarbeit mit Küche, Pflege, Therapie und Ärzten konnte so das pürierte Essen im Krankenhaus verändert werden, um Patienten mit Schluckstörungen besser und auch geschmacklich attraktiver zu versorgen. Grundsätzlich rät Dr. Goldschmidt übrigens immer dazu, sich Zeit und Ruhe zum Essen zu nehmen.



Schluckuntersuchung mit Wasser (Foto: Nath)

Wussten Sie schon ...

- > die Speiseröhre als starker Muskelschlauch dafür sorgt, dass man auf dem Kopf stehend essen kann und die Nahrung trotzdem durch die wellenförmigen Kontraktionen in nur 6-8 Sekunden! sicher im Magen ankommt.
- > die Speiseröhre sich an den meisten Stellen von 2 cm bis auf 3,5 cm Weite ausdehnen kann?
- > die engste Stelle sich am oberen Eingang nahe dem Kehlkopf befindet. Dies kann man nach übergroßen, schlecht gekauten Bissen manchmal spüren. Trotzdem bleibt das Essen dort in der Regel nicht stecken.
- > die erste erfolgreiche operative Entfernung einer Speiseröhre bereits 1913 in New York durch Franz Torek gelang. Bis sich Operationen an der Speiseröhre (z. B. bei Karzinomen) etablierte, dauert es dann aber noch bis in die 1980er Jahre.

Herausgegeben von:

St. Marienhospital Vechta gGmbH
Gastroenterologie Vechta
Marienstraße 6-8 · 49377 Vechta
Fon (0 44 41) 99 -17 73
Fax (0 44 41) 99 -17 79
www.viszeralmedizin-vechta.de
www.marienhospital-vechta.de