

EDITORIAL

Leberzirrhose – Portale Hypertension – Ösophagusvarizen

Wolfgang Berkhoff und
Edgar Ungeheuer

Die Einführung der Sklerotherapie blutender Ösophagusvarizen und modifizierter Shuntoperationen hat die Kontroverse um die bestmögliche Behandlung der portalen Hypertension belebt. Dabei werden Vor- und Nachteile der einzelnen Verfahren alternativ gegenübergestellt. Dagegen erhebt sich die Frage, ob es sich nicht in vielen Fällen um Therapieschritte handelt, die sich sinnvoll ergänzen und geeignet sein können, eine Ösophagusvarizenblutung zu beherrschen und eine Rezidivblutung zu verhindern.

Konservatives Vorgehen

Die Ballontamponade des Ösophagus erfüllt in idealer Weise die Forderungen, die an eine Notfallmaßnahme im Blutungsstadium gestellt werden muß: Sie ist unaufwendig, technisch einfach und in jedem Krankenhaus zu jeder Zeit einsetzbar. Mit ihr kann in den meisten Fällen die Blutung beherrscht werden. Praktisch in allen Fällen folgt jedoch eine Rezidivblutung nach unterschiedlich langem Intervall. Die Tamponade ist in der Phase der akuten Blutung indiziert, gelegentlich auch nach Sklerosierung bei weiter bestehender Blutung,

und letztlich bietet sie die Möglichkeit, einen Patienten gefahrloser in eine andere Klinik zu verlegen, die über weitere Behandlungsmöglichkeiten verfügt.

Mit der Gabe von Vasopressin oder Derivaten z. B. Pitressin 10 IE = 0,5 ml s. c. oder i. m. besteht eine weitere Möglichkeit zur Blutstillung, allerdings mit einem größeren Unsicherheitsfaktor. Die drucksenkende Wirkung während der Applikation ist zwar unbestritten, aber eine dauerhafte Blutstillung wird in der Regel nicht erzielt. Nebenwirkungen sind unter Umständen beträchtlich. Die Anwendung empfiehlt sich zur Erleichterung der Sklerosierung während der Massivblutung sowie adjuvant, wenn durch Ballonsonde keine vollständige Blutstillung erreicht werden kann.

Sklerosierungsbehandlung

Die von einigen Autoren mitgeteilten, sehr günstigen Ergebnisse sowohl in bezug auf eine unmittelbare Blutstillung als auch auf die Verhinderung der Rezidivblutung, die Anlaß zu der Überlegung gegeben hatten, die Sklerosierung als alleiniges Verfahren zu empfehlen, konnten von uns und von vielen anderen, zum Teil sehr erfahrenen Endoskopikern nicht bestätigt werden. Die Anwendung im Blutungsstadium scheint jedoch geeignet, den Zeitpunkt einer Rezidivblutung hinauszuschieben und deren Blutungsintensität zu senken. Sie hilft somit, Zeit zu gewinnen, um einen eventuell dekompensierten

leberkranken Patienten zu stabilisieren und unter günstigeren Bedingungen einer elektiven druckableitenden Operation (Shunt) zuzuführen. Wenn keine Voraussetzungen für eine Shuntoperation gegeben sind, so ist die intermittierende Sklerosierungsbehandlung einem rein konservativen Vorgehen deutlich überlegen.

Sperroperationen

Mit keiner der zahlreichen, bekannten Operationsmethoden ist es gelungen, die Rezidivblutungsrate auf ein erträgliches Maß zu senken.

Dies ist erklärlich, da sie zu keiner Drucksenkung, sondern eher durch Unterbindung eines Abflußgebiets zu einer Drucksteigerung im Pfortadersystem führen. Die in jüngster Zeit angegebene Eliminierung des gesamten Ösophagus scheint uns in Anbetracht des Grundleidens unangemessen; sie steht im Gegensatz zu dem Prinzip, den operativen Aufwand bei einem Risikopatienten auf das geringstmögliche Maß zu reduzieren.

Durch Verwendung von Klammernahtgeräten kann die Operationstechnik bei Sperroperationen wohl erleichtert werden; die grundsätzlichen Nachteile der Methode werden hiervon jedoch nicht tangiert. Die Indikation für all diese Eingriffe ist heute nur noch in Ausnahmefällen gegeben, wenn funktionell oder anatomisch eine Shuntoperation nicht möglich ist bzw. Rezidivblutungen auch durch eine Sklerosierungsbehandlung nicht zu beherrschen sind.

Portosystemische Anastomose:

Die druckableitende Shuntoperation repräsentiert das logischste Verfahren in der Behandlung des Pfortaderhochdrucks. Unbestritten ist, daß eine technisch einwandfrei angelegte portokavale Anastomose die Rezidivblutung auf Dauer zuverlässig verhindern kann. Es gibt mehrere Gründe, warum der Wert dieses Eingriffs immer wieder angezweifelt worden ist bzw. nach Modifikationen gesucht wurde. Die anspruchsvolle Operationstechnik, die perioperative Diagnostik und die Intensivtherapie verhindern eine weitverbreitete Anwendung.

Bei nicht ausgewähltem Kollektiv und in der Notfallsituation ist die Operationsletalität hoch. Vergleichende Untersuchungen zwischen operativ und konservativ behandelten Patientenkollektiven konnten eine statistisch signifikante Lebensverlängerung durch die Shuntoperationen nicht belegen, und schließlich wird eine Enzephalopathie um 25 Prozent als Hauptgrund gegen die Shuntoperationen ins Feld geführt bzw. dient als Argument, die klassische portokavale Anastomose im Sinne leberferner Shunts oder eines sogenannten selektiven Shunts (zentrale splenorenale Anastomose nach Warren) zu modifizieren. Wir glauben, daß angesichts einer im Schrifttum bis zu 30 Prozent angegebenen spontanen Enzephalopathie bei konservativ behandelten Zirrhotikern dieses Argument etwas an Bedeutung verliert. Die o. g. vergleichenden Untersu-

chungen über die Prognose nach Shuntoperationen werden in ihrer Aussagekraft durch methodische Schwächen relativiert; sie schließen im übrigen ausdrücklich die Lebensverlängerung durch Shuntoperationen unter bestimmten Voraussetzungen nicht aus.

Leberferne und selektive Shuntoperationen stellen wahrscheinlich einen weniger gravierenden Eingriff in die Leberhämodynamik dar. Sie verzeichnen jedoch eine deutlich höhere Thrombose rate mit nachfolgender Rezidivblutung und scheinen daher trotz theoretischer Vorteile nicht generell empfehlenswert. Sie sind jedoch eine wertvolle Ergänzung des Therapiespektrums bei nicht anastomosenfähiger Pfortader bzw. in einigen Fällen grenzwertig eingeschränkter Leberfunktionen.

Schlußfolgerung und Zusammenfassung:

Außer der druckableitenden portosystemischen Shuntoperation gibt es kein Verfahren, das anerkanntermaßen mit ausreichender Zuverlässigkeit und auf Dauer rezidivierende Varizenblutungen verhindern kann. Durch intermittierende Blutungsepisoden mit ihrer akuten Lebensbedrohung, der dadurch notwendigen Intensivtherapie, der Ballontamponade und mit multiplen endoskopischen Sklerosierungen wird unseres Erachtens nach die Lebensqualität erheblich eingeschränkt. Wir halten daher alle Verfahren, die keine Drucksenkung herbeiführen, den Anastomosenoperationen für unter-

legen. Es sollte daher das Bestreben sein, einen Patienten mit Ösophagusvarizenblutung durch ein Therapiekonzept, in dem Tamponade und Sklerosierung gleichermaßen berücksichtigt werden, in ein blutungsfreies Intervall zu bringen, die Lebererkrankung zu rekompensieren und ihn dann einer elektiven Shuntoperation zuzuführen.

Einen sogenannten Notshunt in der Phase der akuten Blutung halten wir nur bei außergewöhnlich günstigen Voraussetzungen – Stadium Child A, guter Allgemeinzustand, günstiger Habitus – für angezeigt. Bei der Auswahl der Shuntverfahren sprechen die Zuverlässigkeit der Druckableitung, die technische Praktikabilität und die langjährigen, weitverbreiteten Erfahrungen mit diesen Operationen für die klassische portokavale Seit-zu-Seit- bzw. End-zu-Seit-Anastomose (eigenes Krankengut: Rezidivblutung unter 5 Prozent, Letalität 10 Prozent).

Modifizierte Shuntverfahren wie der mesokavale Shunt oder der Warrenshunt können solange nicht generell empfohlen werden, als günstige Erfahrungsberichte mit großer Fallzahl und langem Beobachtungszeitraum nur von einigen wenigen Zentren vorliegen.

Anschrift für die Verfasser:
Professor Dr. med.
Edgar Ungeheuer
Direktor der
Chirurgischen Klinik
des Krankenhauses
Nordwest
Steinbacher Hohl 2–26
6000 Frankfurt (Main) 90