

Die Wertigkeit neuer Behandlungsverfahren bei Gallen- und Nierensteinen

In vielen Bereichen der Medizin sind derzeit Entwicklungen im Gange, durch die das rein operative Vorgehen unter Hinzuziehung neuer Technologien partiell substituiert oder sogar in Gänze ersetzt wird. Besonders eindrucksvoll läßt sich ein derartiger Wandel von Therapiekonzepten in der Urologie bei der Behandlung des Harnsteinleidens ableiten.

Dies war sicher einer der Ausgangspunkte, die dazu führten, zur Diskussion über die Wertigkeit und Effektivität verschiedener Verfahren bei der Behandlung von Harn- und Gallensteinen anlässlich des diesjährigen Interdisziplinären Forums der Bundesärztekammer einzuladen, und dies, vor dem Hintergrund der historischen Entwicklung, unter der Moderation eines Urologen.

Eines ist unbestritten zu berichten, daß bei der Erörterung der verschiedenen nicht offen operativen Verfahren zur Harnsteintherapie (im Gegensatz zur biliären Lithotripsie) nur in Nuancen über Anwendungsmodalitäten zu diskutieren war, während die routinemäßige Akzeptanz der Methoden selbst in keiner Weise in Frage gestellt wurde.

Endoskopie und Lithotripsie

So berichtete D. Jocham (München), daß in urologischen Zentren, in denen die gesamte Palette der aktuellen Harnsteintherapie verfügbar ist, der Indikationsbereich für offen operative Eingriffe an Niere und Harnleiter auf derzeit ein bis zwei Prozent aller Harnsteine reduziert ist. Ermöglicht wird dies mittlerweile durch kleinkalibrige, teils flexible Endoskope, die über Harnröhre, Blase und Harnleiter oder über eine direkte Punktion des Nierenbeckens ein risikoarmes Arbeiten innerhalb der Harnwege zulassen.

14. Interdisziplinäres Forum der Bundesärztekammer „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“ vom 17. bis 20. Januar 1990 in Köln, Thema 1

Mehr als sämtliche endourologische Neuentwicklungen hat die erstmals 1980 (Chaussy, Schmiedt, Brendel – Lancet 1980) klinisch eingesetzte extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) die Harnsteintherapie revolutioniert. Weltweit sind hiermit etwa zwei Millionen Patienten erfolgreich behandelt worden, so daß man davon ausgehen kann, daß die Methode eine schnelle und erfolgreiche internationale Akzeptanz erfuhr.

Diese weitverbreitete Akzeptanz und die Weiterentwicklung der Gerätekonzeptionen sollte derzeit aber in keiner Weise – und darüber war sich das Panel einstimmig einig – derart interpretiert werden, daß sich daraus eine unbedenkliche Bejahung einer ambulanten ESWL-Therapie ergäbe. Vielmehr wurde ein Plädoyer für eine stationäre ESWL, in deren Rahmen eine kompetente Nachsorge möglich ist, gegeben.

Anhand der vorliegenden Zahlen wurde weiterhin dokumentiert, daß in der Bundesrepublik Deutschland eine bedarfsgerechte Flächendeckung mittels Lithotriptoren erreicht ist und dadurch in keinem Bereich mehr nicht vertretbare Wartezeiten bestehen.

Laser

R. Hautmann (Ulm) untersuchte in einer kritischen und sehr sorgfältig angelegten Analyse die oft sehr hoch angesetzten Erwartungen und die de facto erreichbaren Fortschrit-

te beim Einsatz verschiedener Lasersysteme zur Steinbehandlung. Hierbei versprechen die derzeit in Entwicklung befindlichen Systeme in einigen Bereichen eine schrittweise Indikationserweiterung. Hautmann faßte jedoch zusammen, daß derzeit in der Steintherapie bei all der Faszination, die für den Laien das Wort „Laser“ mit sich bringt, „der Laser nichts besser kann als die bisher bekannten Methoden“.

Konkurrenz der Methoden

So unbestritten die Indikation nicht offen operativer Verfahren bei der Harnsteintherapie akzeptiert ist, ergaben sich doch deutliche Einschätzungsunterschiede zwischen den anwesenden Gastroenterologen und Chirurgen bei der Beurteilung und Definition der Indikationen zur nicht offen operativen Gallen- beziehungsweise Gallengangsteintherapie. Ch. Ell (Erlangen) berichtete in seinem Übersichtsreferat, daß sich, auch teilweise beeinflusst von den Erfolgen bei der Harnsteintherapie, in den letzten Jahren eine Vielzahl von nicht offen operativen Verfahren zur Behandlung von Gallen- und Gallengangsteinen entwickelt haben. Endoskopische Papillotomie und mechanische Lithotripsie von Gallengangsteinen sind bereits heute zu Verfahren der ersten Wahl geworden. Im Bereich der Therapie von Gallenblasensteinen hat die Entwicklung alternativer Verfahren gerade begonnen. Transhepatische, transperitoneale und endoskopisch-retrograde Litholyse- und Lithotripsieverfahren machen Anstrengungen, sich zu Konkurrenten der klassischen Cholezystektomie zu entwickeln.

Hinzu kommt hierbei, wie G. Paumgartner (München) detailliert ausführen konnte, daß die Stoßwellenlithotripsie von Gallenblasen- und Gallengangsteinen zunehmend erfolgreich angewandt wird. Derzeit kann davon ausgegangen werden, daß etwa 20 Prozent aller symptomatischen Gallensteinpatienten mittels ESWL behandelt werden können und diese Methode bei Patienten mit Gallengangsteinen, die endosko-

pisch nicht entfernt werden können, eine echte Alternative zum chirurgischen Eingriff darstellt.

In der folgenden Diskussion wiesen E. Kern (Würzburg) und E. Ungeheuer (Frankfurt) darauf hin, daß sicher bei zahlreichen Gallensteinpatienten mit der alleinigen Entfernung des Steines nicht der gesamte Problemkreis, der sich aus einer pathologisch veränderten Gallenblase ergibt, gelöst ist. Unbestritten blieb auch das erhöhte Rezidivsteinrisiko bei belassener Gallenblase. Beide Referenten (Ch. Ell und G. Paumgartner) konnten jedoch deut-

lich machen, daß ein Großteil dieser Argumente bei der derzeit bestehenden strengen Indikation für die nicht operative Behandlung von Gallenblasen- und -gangssteinen berücksichtigt ist. Trotzdem ergäbe sich durch die Anwendung von ESWL und endoskopischen Verfahren derzeit eine gemeinsame Indikation von rund 25 bis 30 Prozent aller behandlungsbedürftigen Steinpatienten.

Sicher gelang es innerhalb dieser Diskussion nicht, einen endgültigen Anwendungsbereich der nicht operativen Gallensteinbehandlung abschließend zu definieren. Dies

wird zukünftigen Diskussionen vorbehalten bleiben. Jedoch steht bereits heute fest, daß bei der Behandlung des Gallensteinleidens in Zukunft vermehrt intra- und extrakorporale Lithotripsieverfahren die klassische Cholezystektomie ersetzen werden.

Prof. Dr. med. Christian Chaussy
Chefarzt der Urologischen Abteilung
Städtisches Krankenhaus Harlaching
Sanatoriumsplatz 2
8000 München 90

Zucker und Margarine: Kein Zusammenhang mit Morbus Crohn

In den letzten Jahren ist immer wieder die Hypothese vertreten worden, daß eine der Teilursachen für den Morbus Crohn der gesteigerte Konsum raffinierter Kohlenhydrate, insbesondere Rohrzucker sei, und daß möglicherweise auch gehärteten Pflanzenfetten, wie sie in der Margarine zu finden sind, eine ätiologische Rolle zukomme. In der Tat läßt sich zeigen, daß die ersten Berichte über einen Morbus Crohn mit der Entwicklung der Margarine zusammenfielen und daß gewisse Ähnlichkeiten im Verteilungsmuster bestehen: Die Morbus-Crohn-Prävalenz ist besonders hoch in Ländern mit hohem Margarinekonsum. Eine umfangreiche epidemiologische Analyse zeigt jedoch, daß der Pro-Kopf-Verbrauch an raffinierten Kohlenhydraten und Margarine nicht mit Inzidenz und Mortalität des Morbus Crohn in den einzelnen Ländern korreliert.

Im Gegensatz zu Kanada, den Vereinigten Staaten und den meisten nordeuropäischen Ländern ist in Japan und in den Mittelmeerländern die Mortalität des Morbus Crohn und der Konsum beider Nahrungsmittel niedrig. Zucker- und Margarinekonsum zeigen, über die Jahre beobachtet, kein der Prävalenz des Morbus Crohn entsprechendes Verhalten. Somit müssen andere Faktoren für die charakteri-

stische Epidemiologie des Morbus Crohn herangezogen werden. Entsprechend erscheint es nicht gerechtfertigt, diätetische Restriktionen dem Patienten mit Enterocolitis granulomatosa aufzuerlegen. W

Sonnenberg, A.: Geographic and Temporal Variations of Sugar and Margarine Consumption in Relation to Crohn's Disease. *Digestion* 41: 161-171, 1988

VA Medical Center, Gastroenterology Section, 5000 West National Avenue, Milwaukee, WI 53295, USA.

Diagnose des malignen Aszites

Von der Freiburger Arbeitsgruppe um Gerok war bereits darauf hingewiesen worden, daß die Bestimmung des Cholesterins im Aszites ein guter Parameter bei der Differentialdiagnose benigne-maligne ist. Die spanischen Autoren untersuchten bei 69 Patienten mit Aszites die Parameter Cholesterin, Fibronectin, Gesamt-Eiweiß, LDH und das Verhältnis Serum-Albumin zu Aszites-Albumin hinsichtlich der differentialdiagnostischen Möglichkeiten. 54 Patienten waren an einer Leberzirrhose erkrankt, bei 15 Pa-

tienten lag eine Peritonealkarzinose vor. Mit einer diagnostischen Treffsicherheit von 97 Prozent wiesen ein Aszites-Cholesterin von über 46 mg/dl und eine Fibronectin-Konzentration von über 50 µg/ml auf ein malignes Geschehen hin. Die Bestimmung der LDH-Konzentration im Aszites erwies sich als am wenigsten aussagekräftig. Zwischen Patienten mit Leberzirrhose und Patienten mit einem hepatozellulären Karzinom auf dem Boden einer Leberzirrhose ergab sich kein Unterschied bei der Aszitesanalyse.

Zusammengefaßt kann festgehalten werden, daß die Bestimmung von Cholesterin und Fibronectin im Aszites wesentlich aussagekräftiger ist als der Unterschied in der Albuminkonzentration in Serum und Aszites, Gesamt-Eiweiß im Aszites und LDH im Aszites. Wegen der Einfachheit der Bestimmung und der niedrigen Kosten ist dabei der Cholesterin-Bestimmung im Aszites der Vorzug zu geben. W

Prieto M, M. J. Gomez-Lechon, M. Hoyos, J. V. Castell, D. Carasco, J. Berenguer: Diagnosis of Malignant Ascites, Comparison of Ascites Fibronectin, Cholesterol, and Serum-Ascites Albumin Difference. *Dig. Dis. Sci.* 33: 833-838, 1988.

Servicio de Medicina Digestiva and Centro de Investigacion, Hospital La Fe, Instituto Nacional de la Salud, Valencia, Spanien.

FÜR SIE REFERIERT