

Refluxchirurgie

Alternative, wenn die Medikamente versagen



Falls Medikamente alleine beim Sodbrennen nicht den gewünschten Effekt erzielen, stehen verschiedene chirurgische Verfahren zur Verfügung, mit welchen man eine Beschwerdelinderung erreichen kann. Von Ausnahmen abgesehen, werden diese Eingriffe minimalinvasiv, also mittels Schlüssellochtechnik, durchgeführt.

Bei knapp einem Drittel der an Sodbrennen leidenden Betroffenen sind die Medikamente nicht im gewünschten Masse wirksam. Nicht alle vertragen zudem die üblichen Säureblocker-Medikamente, oder sie wollen diese nicht ihr ganzes Leben lang zu sich nehmen. Bei ihnen wie auch bei Patienten mit Reflux-bedingter schwerer Speiseröhrenentzündung oder grossem Zwerchfellbruch kommen operative Therapien infrage.

Schlüssellochtechnik ist der Standard

Grundsätzlich muss bei den Eingriffen unterschieden werden zwischen einer reinen Schliessmuskelschwäche und einem Zwerchfellbruch. Bei Ersterem stehen seit einigen Jahren neben dem klassischen Verfahren, der sogenannten Funduplicatio, der Einsatz eines Magnetings oder aber eines Schrittmachers für den Schliessmuskel zur Verfügung.

Die Funduplicatio ist das mit Abstand am häufigsten eingesetzte Verfahren der Refluxchirurgie. Dabei können – abhängig von den individuellen Voraussetzungen des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin – verschiedene Techniken eingesetzt werden. Allen gemeinsam ist, dass eine etwa fünf Zentimeter breite Manschette aus den obersten Magenanteilen locker um den untersten (im Bauch liegenden) Abschnitt der Speiseröhre herumgelegt und durch eine Naht fixiert wird.

Bei gleichzeitig vorliegendem Zwerchfellbruch wird der allenfalls in die Brusthöhle gerutschte Teil des Magens in die Bauchhöhle zurückverlagert, wodurch automatisch auch die Speiseröhre wieder gestreckt und deren Pumpfunktion verbessert wird. Zudem wird die Lücke des Zwerchfellbruchs mit Nähten gerafft und bei Bedarf mit einem Implantat verstärkt, um wieder möglichst den ursprünglichen Zustand der Anatomie zu erreichen. Ziel ist es, den Schliessmuskel durch den entstehenden Druck der Manschette nach der Nahrungsaufnahme zusätzlich zu unterstützen. Die Operation kann grundsätzlich auch offen erfolgen. Im Gegensatz zu früher wird diese heutzutage aber meistens minimalinvasiv durchgeführt: mittels

Schlüssellochtechnik (laparoskopisch, Bauchspiegelung) und Videokamera über vier kleine Einschnitte im Oberbauch. Die Vorteile: weniger Schmerzen, kürzere Liegedauer, raschere Erholung vom Eingriff sowie langfristig weniger Risiko für Auftreten eines Narbenbruchs.

Magnetring und Schrittmacher

Ein relativ neues Verfahren, das bei normaler Funktion der Speiseröhre und unkomplizierter Refluxkrankheit eingesetzt werden kann, ist das minimalinvasive Implantieren eines sogenannten LINX®-Magnetings: ein kleines, flexibles Band aus verketteten Titankügelchen mit Magnetkernen, das sich beim Schlucken kurzzeitig aufdehnt, um sich dann sogleich wieder auf seinen Ausgangsumfang zusammenzuziehen. Im geschlossenen Zustand ist kein Reflux möglich, bei höherem Druck, etwa bei Aufstossen von Luft oder Erbrechen, öffnet sich der Ring jedoch. Gegenüber der klassischen Funduplicatio hat dieses Verfahren den Vorteil, dass die natürliche Anatomie der Speiseröhre und des Magens bei der Operation weitgehend erhalten bleiben. Für die Behandlung grösserer Zwerchfellbrüche ist diese Technik jedoch nicht geeignet.

Ein vergleichbares Einsatzspektrum hat das EndoStim®, ein Fünfliber-grosser Stimulator, der unter die Haut gepflanzt wird und, ähnlich einem Herzschrittmacher, mittels in den Schliessmuskel der Speiseröhre eingesetzten Elektroden elektrische Impulse abgibt und somit den Muskel in seiner Schliessfunktion unterstützt. Der Eingriff ist (wie auch das LINX® oder die Fundoplicatio) reversibel. Die so behandelten Patienten haben deutlich weniger Reflux-Symptome. Es gibt nur wenige Zentren in der Schweiz, die dieses Verfahren anbieten. Durch eine enge Zusammenarbeit mit dem Berner Inselspital kann diese Methode den Patienten auch am Spital Interlaken mit der nötigen Expertise zugänglich gemacht werden.

Individuelle Abstimmung

Ziel jeder Refluxchirurgie ist es, einen allfälligen Zwerchfellbruch zu verschliessen, sowie den unzureichenden Verschlussmechanismus zwischen Magen und Speiseröhre so gut wie möglich wiederherzustellen. Im Vorfeld einer Reflux-Operation braucht es eine differenzierte Abklärung. Dazu gehören die Magenspiegelung, die Messung von Druck (Manometrie) und dem Säurerückfluss in die untere Speiseröhre (pH-Metrie) sowie eine Bildgebung

(Kontrastmittelschluck oder Computertomografie). Die Resultate dieser Untersuchungen erlauben es, den Betroffenen eine möglichst massgeschneiderte Chirurgie anzubieten.

Mit der Fundoplicatio, dem am längsten etablierten Verfahren, erzielt man sehr gute Langzeitresultate mit guter Symptomkontrolle und 90–95-prozentiger Patientenzufriedenheit, auch wenn etwa die Hälfte der Operierten im Verlauf nach der Operation wieder (meist in reduzierter Dosis) Säureblocker zu sich nehmen. Schwere Komplikationen sind nach einer Reflux-Operation eher selten. Häufiger sind Blähungen, die Unmöglichkeit zu rülpsen bzw. zu erbrechen und Schluckstörungen. Letztere verschwinden in den meisten Fällen in den ersten drei Monaten nach der Operation. Für die neueren Verfahren wie LINX® und Endostim® liegen mittlerweile auch Daten mit über fünfjähriger Nachkontrolle vor. Auch hier ist die Patientenzufriedenheit sehr gut. Bei ca. jedem zehnten Patienten nach Refluxchirurgie, insbesondere nach Zwerchfellbruch, ist aus verschiedenen Gründen ein erneuter Eingriff nötig. Die verfügbaren Studien zeigen aber auch, dass die Refluxchirurgie die Lebensqualität bei Patienten mit grossem Leidensdruck deutlich verbessern kann.

Vortrag

Saures Aufstossen kann behandelt werden!

29. Mai, Spital Interlaken,
Haus T, 19 Uhr

Die Auskunftsperson



Dr. med. Roman Inglin
Facharzt FMH für Chirurgie, Schwerpunkt
Viszeralchirurgie
Stv. Chefarzt Chirurgie

Kontakt:

Spitäler fmi AG, Spital Interlaken
Weissenastrasse 27, 3800 Unterseen
Tel. 033 826 27 65
i.chirurgie@spitalfmi.ch



Link zur Website
der Chirurgie,
Spital Interlaken

Patienten können sich auch an die
Spezialisten der Spital STS AG wenden.

Rotatorenmanschettenriss Sehnen sind oft vorgeschädigt

Sehnenrisse im Schulterbereich treten relativ häufig auf. Die Folge sind meist starke Schmerzen und Bewegungseinschränkungen.

Verschleissbedingte Veränderungen an der Schulter sind häufig und nehmen in der Bevölkerung, abhängig vom Alter, zu. Die häufigste Veränderung betrifft die sogenannte Rotatorenmanschette. Dabei handelt es sich um vier Muskeln, die vom Schulterblatt an den Oberarmkopf ziehen und dort mit ihren Sehnen ansetzen. Diese Muskeln haben eine wesentliche Funktion, um den Oberarmkopf in der flachen Gelenkspfanne zu stabilisieren und zu bewegen. Für

die Funktion der Schulter im Alltag, wie auch bei sportlichen Aktivitäten, ist diese Muskelgruppe somit zentral.

Wie entstehen Sehnenrisse?

Die Sehnen der Rotatorenmanschette können als Folge eines Unfalles (traumatisch) oder durch Abnutzung (degenerativ) reissen. Beim Abnutzungsprozess an diesen Sehnen handelt es sich einerseits um einen natürlichen Alterungsvorgang, jedoch spielt auch die Form des Schulterdaches wie auch Risikofaktoren (beispielsweise Stoffwechselerkrankungen, Nikotinkonsum und die genetische Veranlagung) eine Rolle.

Schmerzen und Funktionseinbussen
Verschleisserscheinungen an der Rotatorenmanschette entstehen oft über einen längeren Zeitraum. Erste Krankheitszeichen sind meist Schmerzen, typischerweise bei körperlicher Arbeit oder nachts. Viele Patienten können aufgrund der Schmerzen nicht mehr auf der betroffenen Schulter schlafen oder werden im Schlaf gestört. Bei ausgeprägten Sehnenrisse kann es zu einer Verminderung der Kraft im Arm kommen und Gegenstände können teils nicht mehr aufgehoben werden. Nimmt ein Sehnenriss über die Zeit an Grösse zu, kann dies die Entstehung von Verschleiss am Gelenk begünstigen und zu Arthrose führen.