

Medizinische- und Versorgungsaspekte der ambulanten Gastroenterologie

Gastroenterologen befassen sich nicht nur mit dem Thema Darmkrebsvorsorge, dessen Spektrum und aktuelle Facetten in der KV-Blatt-Ausgabe 2/2010 vom Kollegen Rolf Drossel dargestellt wurden. Der nachfolgende Beitrag thematisiert einige aktuelle medizinische und berufspolitische Aspekte der ambulanten Gastroenterologie.

Mein erster Chef, der 2008 verstorbene Prof. Hans Witzgall, sagte häufig bei den Visiten: „Jede Zeit hat ihre Krankheiten.“

Eosinophile Ösophagitis

Ein Krankheitsbild, das in den letzten Jahren mit zunehmender Häufigkeit zu beobachten ist, ist die *eosinophile Ösophagitis*. Sie wurde erst 1978 als eigenständige Erkrankung erkannt und beschrieben. Anfangs wurde davon ausgegangen, dass es sich bei der *eosinophilen Ösophagitis* um eine extrem seltene Erkrankung handelt. Die jetzt verfügbaren Daten sprechen für eine Prävalenz von 20 Fällen auf 100.000 Einwohner in den USA und Europa.

Die Erkrankung betrifft überwiegend Männer (m/w: 3:1) und tritt im Kindes- wie auch im jüngeren Erwachsenenalter auf. Beklagt werden von Erwachsenen vorwiegend dysphagische Beschwer-

den, insbesondere bei festen Speisen, Kinder beklagen häufig auch Sodbrennen und retrosternale Beschwerden. Anamnestisch besteht fast immer eine allergische Disposition mit leichtem Asthma, allergischen Hautveränderungen etc. Bei ca. 50% der Betroffenen finden sich laborchemisch eine Eosinophilie und eine IG E-Erhöhung.


Die eosinophile Ösophagitis ist eine histopathologisch definierte Diagnose. Die endoskopischen makroskopischen Veränderungen sind häufig sehr diskret. Man findet zum Beispiel kleine Webs bis hin zum Schatzki-Ring bzw. leichte unspezifische Schleimhautschwellungen. Wichtig ist es, bei der Gastroskopie an die Diagnose zu denken und mehrere Proben aus dem mittleren Ösophagus zu entnehmen. Der Pathologe findet bei Vorliegen einer eosinophilen Ösophagitis mehr als 20 eosinophile Granulozyten im hochauflösenden Gesichtsfeld, High-Power-Field (HPF).

Protonenpumpenblocker zeigen typischerweise bei der eosinophilen Ösophagitis keine Wirkung. Die Therapie ist einfach und besteht in der Gabe von topischen Kortikoiden, z. B. in der Gabe von 2 x tgl. Fluticason-Spray, 250–500 µg über einen Zeitraum von ca. 6–8 Wochen – und zwar geschluckt und nicht inhaliert. Meist bessert sich die

Dysphagie schon nach mehreren Tagen. Bei der retrospektiven Anamnese wird von den Patienten häufig ein direkter zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Beschwerden und dem Verzehr von Äpfeln oder Nüssen berichtet.

Mikroskopische (kollagene) Kolitis

Ein Krankheitsbild aus dem unteren Gastrointestinaltrakt, das zahlreiche Parallelen aufweist und in letzter Zeit gehäuft beobachtet wird, ist die *mikroskopische (kollagene) Kolitis*. Die Erstbeschreibung erfolgte 1976 durch Lindström. Betroffene Patienten beklagen akute oder chronisch wässrige Diarrhöen (5–10 Stühle pro Tag). Man geht von einer Inzidenz von 0,6 bis 1,3 pro 100.000 Einwohner aus. Betroffen sind vor allem Frauen in der siebten Lebensdekade. Die Ursache dieser Erkrankung ist unklar. Wahrscheinlich handelt es sich um eine Autoimmunerkrankung, wobei auch eine Assoziation mit anderen Autoimmunerkrankungen, in bis zu 40% mit einer Zöliakie, bzw. mit der regelmäßigen Einnahme von NSAR vermutet wird. Bei der mikroskopischen Kolitis wird vermehrt Kollagen mit Lymphozyten in der Darmschleimhaut eingelagert. Die Dunkelziffer ist wahrscheinlich hoch, da sich makroskopisch keinerlei Auffälligkeiten finden. Die Dia-



ENDOSKOPIETECHNIK


JÜRGEN OHLE
MARKTPLATZ 9
D-22880 WEDEL
TEL. +49-4103-7979
FAX +49-4103-81 8777
E-MAIL: INFO@ESO-ENDOSKOPIE.DE
WWW.ESO-ENDOSKOPIE.DE

Mit bester und preisgünstiger Qualität möchte ESO einen Beitrag zur heutigen Sparpolitik unserer Gesellschaft leisten. Unsere anspruchsvollen Kunden legen Wert auf Präzision und Qualität, zu einem attraktiven und fairen Preis. ESO ist bekannt für gebrauchte, technologisch überzeugende Produkte der flexiblen Endoskopie der Hersteller Fujinon, Olympus, Pentax. Unser zuverlässiger Reparaturservice, mit hochqualifizierten Mitarbeitern, sowie unser ausgewogenes Zubehörprogramm, garantieren höchste **Präzision und Qualität**.

Freundlich - Flexibel - Kompetent


- Ihr Endoskop ist defekt
- Sie suchen gutes, gebrauchtes Equipment
- Einmal- und Mehrfachzubehör - und vieles mehr...

Wir freuen uns auf Ihren Anruf.



ISO 9001
ZERTIFIZIERTE FIRMA

ESO - Eine Gute Entscheidung



Anzeige

Fortsetzung von Seite 27

gnose kann nur histologisch gestellt werden. Es müssen Stufenbiopsien möglichst aus dem gesamten Kolon entnommen werden. Aufgrund der Seltenheit liegen bisher nur wenige kontrollierte Daten zur Therapie vor.

Zunächst sollten mögliche auslösende Medikamente (NSAR) abgesetzt und die Koffeinaufnahme reduziert werden. Medikamentös sollte primär ein Therapieversuch mit 5-ASA, 1,5–4,5 g/d, erfolgen. Bei Nichtansprechen sind dann jedoch Kortikoide (insbesondere topisch wirkende) unumgänglich, z. B. Budesonid 1 × 9 mg/d.

Zöliakie (einheimische Sprue)

Ein weiteres gastroenterologisches Krankheitsbild, das differenzialdiagnostisch immer mehr an Bedeutung gewinnt und zu häufigen Rückfragen beim gastroenterologisch tätigen Facharzt führt, ist die *Zöliakie (einheimische Sprue)*. Die epidemiologischen Daten sprechen für eine Prävalenz in Europa von 1 zu 150 bis 1 zu 300. Die Erkrankung wird somit häufiger gesehen, als dies früher vermutet wurde. Die Ursache der Erkrankung ist nach wie vor nicht ganz klar. Man weiß jedoch, dass sowohl Umweltfaktoren als auch genetische und immunologische Faktoren eine Rolle spielen.

Die Krankheit manifestiert sich bei Kindern im ersten oder zweiten Lebensjahr. Ein weiterer Erkrankungsgipfel liegt um das 40. Lebensjahr. Das weibliche Geschlecht ist doppelt so häufig betroffen wie das männliche. Die Diagnose der Zöliakie stützt sich im Wesentlichen auf Klinik und Histologie (vor Beginn der glutenfreien Kost). Daher kann die Antikörperdiagnostik heutzutage mit Hilfe der tTG-IgA-Tests zur Diagnose-sicherung und zur Verlaufskontrolle bestritten werden. Eine Laktoseunverträglichkeit besteht meist parallel zur Zöliakie.

Goldstandard der Diagnostik ist und bleibt der Nachweis zöliakietyperischer histologischer Veränderungen der Dünndarmschleimhaut („Zottenkahl-schlag“) und deren Normalisierung unter glutenfreier Kost. Das früher häufig gesehene klassische Krankheitsbild der Zöliakie mit Diarrhöen, Gewichts-abnahme, abdominellen Beschwerden und Malabsorption hat sich zugunsten der nicht klassischen Formen, wie der subklinischen, latenten oder potenziellen Zöliakie, verschoben.

Bei der Zöliakie besteht nicht nur ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von gastrointestinalen Tumoren, sondern insbesondere auch ein erhöhtes Risiko für nodale Non-Hodgkin-Lymphome. Bei der Mehrzahl der Fälle führt eine strikt glutenfreie Kost innerhalb weniger Wochen zu einer Besserung der klinischen Symptome und im Weiteren zu einer Normalisierung des histologischen Befundes und der laborchemischen Auffälligkeiten. Aufgrund der Häufung der atypisch verlaufenden Zöliakie wird von zahlreichen Gastroenterologen die Duodenalbiopsie bei jeder Endoskopie des oberen Gastrointestinal(GI)-Traktes durchgeführt.

Helicobacter pylori

Zum Thema *Helicobacter pylori* (Hp) gibt es eine neue S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauung und

Stoffwechsel (DGVS), die im Dezember 2009 in der Zeitschrift für Gastroenterologie veröffentlicht wurde und im Internet unter www.dgvs.de einsehbar ist. Die Prävalenz der Hp-Infektion in Deutschland liegt zwischen 5 % (Kinder) und 24 % (Erwachsene), ist bei Immigranten mit 36–86 % aber deutlich höher.

Für die Erstbehandlung einer Hp-Infektion sollte eine mindestens einwöchige Triple-Therapie, bestehend aus einem PPI und Clarithromycin sowie Metronidazol oder Amoxicillin, eingesetzt werden.

Unter Berücksichtigung der Erstlinientherapie kann im Erwachsenenalter eine Zweitlinientherapie ohne vorherige Resistenzbestimmung erfolgen. Zu beachten ist, dass Amoxicillin praktisch nie eine Resistenz erzeugt und deshalb wiederholt gegeben werden kann. Es ist empfehlenswert, die Sekundärtherapie auf zehn Tage auszudehnen.

Die Wahrscheinlichkeit einer Clarithromycin- wie auch einer Metronidazolresistenz bei Therapieversagern ist sehr groß. Deshalb sollten diese beiden Antibiotika für die Zweitlinientherapie nicht verwendet werden. Empfohlen wird primär eine zehntägige Zweitlinientherapie bestehend aus PPI, Amoxicillin und einem modernen Chinolon (Levofloxacin und Moxifloxacin) oder Rifabutin. Eine weitere Therapieoption ist die hochdosierte Dualtherapie über einen Zeitraum von 14 Tagen, z. B. mit 3 × 40 mg eines PPI und 3 × 750–1000 mg Amoxicillin.

Nach zweimaligem Versagen muss die Vorstellung des Patienten bei einem Spezialisten für eine weitere, individualisierte Therapie, z. B. mit Resistenzbestimmung, erfolgen. Die Bestimmung des Therapieerfolges sollte frühestens vier Wochen nach Beendigung der antibiotischen Therapie und zwei Wochen nach Beendigung der PPI-Therapie erfolgen. Der Hp-Test ist unter PPI und NSAR Einnahme häufig falsch negativ.

Anzeige

RMS Endoskopie-Technik

Stephan Wieth e.K.

Endoskop-Reparaturservice für Olympus/Pentax/Fujinon

Video-Gastroskope

Video-Koloskope

Videoprozessoren

Zubehör

Ankauf + Verkauf

RMS Endoskopie-Technik
Stephan Wieth e.K.
Otto-Hahn-Straße 11
25337 Elmshorn
Tel. 04121-649390
Fax 04121-649383
www.endoskope-rms.de

MED/CERT
ISO 13485:2003

Zertifiziert nach DIN EN ISO 13485:2003

Gerinnungshemmer

Der Einsatz von *Gerinnungshemmern* nimmt immer mehr zu – mit dem „Erfolg“, dass Substanzen wie z. B. Clopidogrel, aber auch ASS und Marcumar sowie NSAR nach endoskopischen Prozeduren häufig zu schnell wieder angesetzt werden. Fast jeder Endoskopiker kann sich an unnötige Nachblutungen nach Polypektomien erinnern, teilweise auch noch acht Tage nach einer Polypektomie, was auf das unmittelbare Wiederansetzen der Gerinnungshemmer und NSAR zurückgeführt wird. Hier ist im Zweifel eine kurze interkollegiale Rücksprache zu empfehlen.

Trend zu Einwegmaterialien für die Endoskopie

Die oben angeführten Krankheitsbilder unterstreichen die Bedeutung der Probeentnahme (PE) bei der endoskopischen Untersuchung des oberen und unteren GI-Traktes. Die zur Probeentnahme verwendeten Zangen und Schlingen werden in Klinik und Praxis noch primär im Sterilisator wiederaufbereitet.

Nach neueren Arbeiten von Hygiene-Spezialisten zeichnet sich jedoch der Trend zum grundsätzlichen

Einsatz von Einmalmaterialien ab. Leider werden *Einwegmaterialien* für die Endoskopie bisher nur teilweise (Unterspritzungsnadeln und Einmal-Clips zur Blutstillung, z. B. bei der Polypektomie) von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet.

Nach Auskunft des Bundes niedergelassener Gastroenterologen (BNG), der den kostengünstigen Sammeleinkauf von Einmalmaterialien bereits organisiert und propagiert, werden jedoch in einzelnen KV-Regionen die Kosten für Einmalzangen und Einmalschlingen bereits jetzt erstattet. In Berlin besteht hier leider noch Diskussionsbedarf.

Höhere Qualitätsanforderungen ohne finanziellen Ausgleich

Wie bei den meisten anderen niedergelassenen Ärzten wurde auch bei allen Gastroenterologen im vergangenen Jahr das Praxis-Qualitätsmanagement eingeführt. Dies hat zu teilweise erheblichen zeitlichen und auch großen finanziellen Belastungen geführt. Zusätzlich ergaben sich nun auch Probleme und ebenfalls zusätzliche Kosten bei der Umsetzung der *S3-Leitlinie Sedierung* (s. a. www.dgvs.de). Die geforderte NAPS (nurse administered propofol sedation) erfordert zusätzliches speziell

geschultes Personal. So sinnvoll diese Neuerungen sein mögen – ihre Implementierung erfolgte ohne Ausgleich des zusätzlichen Finanzaufwandes, z. B. über eine entsprechende Anhebung der Honorare. Deshalb kommt es zunehmend bei der pauschalierten und finanziell deutlich unterbezahlten Ösophago-gastroduodenoskopie (sie blieb bisher trotz anderslautender Versprechungen der KV im Regelleistungsvolumen unserer Arztgruppe) zu Problemen bei der Terminvergabe.

Dennoch bemühen sich alle niedergelassenen Gastroenterologen um die Vergabe zeitnaher Untersuchungstermine. Selbstverständlich werden Patienten mit Alarmsymptomen bei der Terminvergabe bevorzugt. Jedoch empfiehlt es sich auch hier, einen endoskopierenden Kollegen ggf. persönlich anzusprechen.

*Dr. Andreas Schröder
Facharzt für Innere Medizin /
Gastroenterologie
10713 Berlin*

Unser Autor ist Vorsitzender des Regionalvorstandes des Bundes Niedergelassener Gastroenterologen (BNG).

Zwischenüberschriften von der Redaktion

Literatur beim Verfasser



Endoskopiegeräte - Reparatur

auf höchstem Niveau und zu fairen Preisen

- Wir haben 20 Jahre Erfahrung in der Reparatur von flexiblen Endoskopen, und sind spezialisiert auf den Hersteller Olympus.
- Neben der Reparatur von sämtlichen Defekten an flexiblen Endoskopen, können wir Ihnen auch Leihgeräte zur Verfügung stellen. Zudem verkaufen wir gebrauchte Endoskope mit Garantie und auch Endoskopie - Zubehör.

• **endorepair GmbH · Cecinastraße 74 · 82205 Gilching**
Tel. 081 05 - 77 48 10 · Fax 081 05 - 77 48 11
www.endorepair.de · info@endorepair.de · ISO 9001:2008 zertifiziert