

GASTROENTEROLOGIE AKTUELL

Im Rahmen der
**XVII. Gastro-
enterologie-
Seminarwoche**

Titisee (Falk-Seminar
vom 24.-28.2.2018)

wurden organbezogen die
wichtigsten Entwicklungen in
Diagnostik und Therapie unter
dem Aspekt ihres Nutzens für
den praktischen Alltag
vorgestellt.

*Dr. med. Peter Stiefelhagen,
Starnberg*



Gastroenterologische Krankheitsbilder gehören zum Alltag des Hausarztes. Dabei wird er mit dem gesamten Spektrum dieses Fachgebietes konfrontiert. Dies erfordert eine ständige Aktualisierung seines Wissensstands.

Kleine Fortschritte beim Pankreaskarzinom

Bei einem lokalisierten, also nicht-metastasierten Pankreaskarzinom wird zwischen einem primär resektablen, einem grenzwertig bzw. borderline-resektablen und einem lokal fortgeschrittenen Tumor unterschieden. Beim primär resektablen Pankreaskarzinom ist eine R0-Resektion und somit eine Heilung möglich. Das borderline-resektable Karzinom ist charakterisiert durch die Infiltration der Pfortader und/oder der Vena mesenterica superior. Auch solche Tumoren gelten als primär resektabel. Dagegen kann ein lokal fortgeschrittener Tumor, der bereits in die Umgebung insbesondere in arterielle Gefäße infiltriert ist, nicht mehr primär reseziert werden. Bei solchen Tumoren geht es darum, durch eine neoadjuvante Chemotherapie den Tumor soweit zu verkleinern, so dass eine operative Therapie mit R0-Resektion möglich wird. Ein solches Downsizing mit sekundärer Resektabilität gelingt in etwa 25 Prozent der Fälle. Eine adjuvante Chemotherapie wird heute nach einer R0- und R1-Resektion empfohlen und zwar mit Gemcitabin oder 5-FU über sechs Monate, wobei diese Therapie innerhalb von sechs Wochen nach der Operation beginnen sollte.

Für die Erstlinientherapie beim metastasierten Pankreaskarzinom stehen verschiedene Optionen zur Verfügung. Mit Gemcitabin, was gut verträglich ist und sich deshalb auch für ältere Patienten und solche mit einer Hepatopathie eignet, kann eine Ein-Jahresüberlebensrate von 20 Prozent und eine mediane Überlebensdauer von sechs Monaten erreicht werden. Die zusätzliche Gabe von Erlotinib verbesserte das mediane Überleben nur um zwei Wochen, wobei allerdings Patienten, die unter dieser Therapie einen starken Hautausschlag entwickeln, stärker profitieren (*Patrick Michl, Halle*).

Eosinophile Ösophagitis macht Dysphagie

Bei der eosinophilen Ösophagitis handelt es sich um eine antigen- bzw. immunvermittelte chronische Entzündung der Speiseröhre, die zu Strikturen führen kann. Die Inzidenz dieser Erkrankung nimmt zu, wobei alle Altersgruppen betroffen sind. Leitsymptome sind die Dysphagie und die Bolusobstruktion, aber auch eine Odynophagie oder Sodbrennen können auftreten. Die Diagnose wird gesichert durch die Endoskopie mit Biopsien. Typische endoskopische Befunde sind das weißliche Exsudat, Längsfurchen, Schleimhautödem, Ringe und Strikturen. Die Therapie der Wahl sind topische Kortikosteroide wie Budesonid oder Fluticason. Die Wirksamkeit und Sicherheit dieser Substanzen ist in Studien gut belegt. Mit einer Ösophagus-spezifischen Darreichungsform von Budesonid als orodispersible Tablette konnte nach zwei Wochen eine Remissionsrate von über 90 Prozent erzielt werden. Dagegen sind die Erfolge bei einer diätetischen Therapie sehr begrenzt. Durch eine Allergietest-gesteuerte Eliminationsdiät kann nur bei einem Drittel der Fälle eine Remission erreicht werden (*Stephan Miehleke, Hamburg*).

Refluxkrankheit: Wann endoskopieren?

Typische Symptome einer Refluxerkrankung sind Regurgitationen und Sodbrennen. Bei Patienten unter 50 Jahren mit solchen typischen Beschwerden und fehlenden Alarmsymptomen kann direkt eine Therapie mit einem PPI gestartet werden. Bei atypischen oder Alarmsymptomen wie Dysphagie, Anämie, Odynophagie und Gewichtsverlust oder bei Patienten über 50 Jahren sollte aber zunächst immer eine endoskopische Diagnostik erfolgen. Auch dann, wenn die Symptomatik schon viele Jahre besteht, oder bei fehlendem Ansprechen auf die Therapie ist eine Gastroskopie indiziert, da die Refluxkrankheit einen Risikofaktor für eine Barrett-Metaplasie und somit für ein Ösophaguskarzinom darstellt. Weitere Komplikationen sind die Blutung und die Striktur.

Was die PPI-Therapie anbetrifft, so benötigt nur ein Teil der Patienten eine dauerhafte Behandlung. Meist kann der Patient nach vier bis acht Wochen auf eine „On-Demand“-Therapie umgestellt werden, wobei die niedrigste wirksame Dosierung eingesetzt werden sollte (*Jörg G. Albert, Stuttgart*).

NOTIZEN



Neue Therapieansätze bei der Hepatitis B

Als Therapieoption bei der chronischen Hepatitis B stehen aktuell zwei Strategien zur Verfügung, nämlich die gut verträglichen Nukleosid- bzw. Nukleotidanaloga wie Tenofovir und Entecavir, die die Virusreplikation hemmen, und pegyliertes Interferon- α , das immunmodulatorisch wirkt. Doch mit diesen beiden Wirkprinzipien ist eine vollständige Viruselimination nicht möglich und nur bei wenigen Patienten kommt es zu einer funktionellen Heilung. Deshalb geht die Suche nach neuen Therapiestrategien weiter mit dem Ziel, die Hepatitis B zu heilen, wie das bereits bei der Hepatitis C gelungen ist. Dabei stehen Substanzen im Mittelpunkt, die den Eintritt des Virus in die Leberzelle blockieren. Ein anderer Weg ist die Hemmung der Virusmontage. Ein Ansatz, der sowohl eine direkte Wirkung auf die Virusproteine als auch immunstimulierend wirkt, ist die RNA-Interferenz. Darunter versteht man die Applikation von kleinen interferierenden RNA-Molekülen, die die Translation, also die Bildung von HBV-Proteinen inhibieren (*Markus Cornberg, Hannover*).

Clostridium difficile-Infektion

Die Clostridium difficile-Infektion ist keine harmlose Durchfallerkrankung. Gerade bei älteren polymorbiden Patienten kommt es häufig zu Rezidiven, die nicht selten sogar zum Tod führen. Die Inzidenz der Clostridium difficile-Infektionen hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Dazu kommt, dass der hochvirulente Epidemiestamm Ribotyp 027 sich rasch flächendeckend in Deutschland ausgebreitet hat. Häufig sind ältere multimorbide Patienten betroffen. Auslöser sind in den meisten Fällen Antibiotika. Grundsätzlich kommt jedes Antibiotikum in Frage. Besonders häufig trete die Infektion aber nach einer Therapie mit Clindamycin, Chinolonen, Cephalosporinen oder Amoxicillin-Clavulansäure auf. Die primäre Therapie der Wahl ist Metronidazol oral. Eine parenterale Therapie ist nur dann sinnvoll, wenn der Patient nicht schlucken kann. Bei schweren Verläufen und dann, wenn Rezidive auftreten, kommen Vancomycin oder Fidaxomicin zum Einsatz. Aber mit diesen Substanzen können rezidivierende Verläufe nicht immer erfolgreich behandelt werden. Auch beobachtet man eine Zunahme der Metronidazol-Resistenzen. Eine neue Behandlung ist die Stuhlübertragung, auch Mikrobiomtransfer genannt. Ein anderes innovatives Therapiekonzept ist ein monoklonaler Antikörper gegen das Clostridium difficile-Toxin B, nämlich Bezlotoxumab (*Jacob Nattermann, Bonn*).