

## ► Sonderdruck

Nachdruck nur mit Genehmigung des Verlages

### ► Viszeralmedizin: Ko-operieren statt konkurrieren – Gemeinsamkeit macht stark!

Visceral medicine:  
co-operation instead of competition –  
unity is strength!

G. Gerken, J. F. Riemann

# Viszeralmedizin: Ko-operieren statt konkurrieren – Gemeinsamkeit macht stark!

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Gastroenterologen, Endoskopikern und Viszeralchirurgen hat sich in den letzten Jahren in zunehmendem Maße bewährt. Immer bessere Kooperationsmodelle haben sich in der Zusammenarbeit zum Wohle der uns gemeinsam anvertrauten Patienten etabliert. Dies ist umso wichtiger unter den heutigen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, die für uns alle in Klinik und Praxis einem Spagat zwischen Ökonomie, Evidenz und Humanität gleichkommen. Umso erfreulicher ist es, dass die interdisziplinäre Ausrichtung der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen und der Deutschen Gesellschaft für Viszeralmedizin sich auch in diesem Jahr wieder hervorragend hat umsetzen lassen.

Die Deutsche Medizinische Wochenschrift setzt auch in diesem Jahr die Tradition fort und widmet diesem Kongress ein Schwerpunktheft, das wichtige viszeralmedizinische Themen herausstellt. Das Heft greift Themen aus dem wissenschaftlichen Programm auf, das einen kompakten, spannenden und breitgefächerten Einblick in Klinik und Forschung der Viszeralmedizin bietet.

## Virushepatitiden: eine Erfolgsgeschichte

Ein Beispiel für die rasante Forschung in den letzten Jahren ist die Erfolgsgeschichte der Behandlung der Virushepatitiden. Die molekulare Diagnostik hat zu einer wesentlich besseren Erkennung und frühzeitigen prognostischen Einschätzung der viralen Hepatitiden geführt. Durch Anwendung pegylierter Interferone und hochpotenter antiviraler Substanzen kann mittlerweile die Progression gestoppt und ein Rückgang der Zirrhose sowie, was die Hepatitis C anbetrifft, eine Ausheilung erreicht werden. Ein neuer Meilenstein des Fortschritts der Therapie der Hepatitis C sind die Studien zur interferonfreien Behandlung (s. Seite 1796). Grundlage hierfür sind Kombinationen von direkt antiviral wirksamen Substanzen (DAAs), die sich durch eine hohe antivirale Effektivität und eine hohe Resistenzbarriere auszeichnen und die wegen ihrer unterschiedlichen Angriffspunkte am Virusgenom in Zukunft kombiniert werden können. Für die interferonfreie Therapie stehen aktuell als Ergebnis von Phase-II- und Phase-III-Studien direkt antivirale Substanzen aus vier Medikamentenklassen zur Verfügung: Proteinaseinhibitoren, nukleosidische oder nukleotidische Polymeraseinhibitoren, NS5A-Inhibitoren und Ribavirin. In der Zukunft lassen sich durch antivirale Drei- oder Vierfach-Kombinationen Erfolgsraten von bis zu

100% für alle HCV-Genotypen und auch für unterschiedlich schwierige Patientengruppen wie HIV-Infizierte oder Patienten nach Lebertransplantation erreichen (s. Seite 1759). Mit einer Zulassung dieser Substanzen ist bereits im Jahre 2014 bzw. spätestens im Jahre 2015 auch bei uns zu rechnen.

## Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Die Versorgung chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen mit mehr als 300 000 betroffenen Patienten in Deutschland erlebt gerade durch neue Erkenntnisse in der Pathogenese (u.a. das Mikrobiom) und in der Diagnostik (u.a. Calprotectin im Stuhl) sowie erfolgversprechende neue Therapieoptionen (Biologika und Immunsuppressiva) rasante Fortschritte. In den letzten Jahren wurden die Therapieziele neu definiert. Ziel ist es heute, eine Mukosaheilung zu bewirken, chronische Strukturschäden des Darmes zu vermeiden und eine weitestgehende Restitutio ad integrum zu erreichen. Noch wird um den evidenzbasierten, individualisierten Therapialgorithmus zwischen den polarisierenden Optionen „Step-up“ oder „Top-Down“ gerungen (s. Seite 1778 und 1779). Crohn-bedingte Stenosen als wichtige Komplikation chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen werden von gastroenterologischen und viszeralchirurgischen Experten in einem gemeinsamen Review-Artikel diskutiert (s. Seite 1785). Als Konsequenz ergibt sich, die Behandlung an der Lebensqualität unserer Patienten auszurichten und Komplikationen zu vermeiden. Vor einer Operation sollten alle sinnvollen medikamentösen und interventionellen Möglichkeiten ausgeschöpft werden, jedoch unter Beachtung einer interdisziplinären Therapieentscheidung, die ein „zu früh“ oder „zu spät“ als Konsequenz zu vermeiden sucht. Auch hier gilt: Die Diskussion miteinander dient dem Ziele des bestmöglichen Effekts für unsere Patienten!

## Kolorektales Karzinom

Das kolorektales Karzinom liegt mittlerweile bei den tumorbedingten Todesursachen weltweit auf dem zweiten Platz. So kommt es in Deutschland pro Jahr zu über 70 000 Neuerkrankungen und ca. 30 000 Todesfällen. Das mediane Erkrankungsalter nimmt weiter zu; Darmkrebs wird dadurch zu einem führenden Problem der Gastroenterologie im Alter. So beträgt das Erkrankungsalter bei Männern in Deutschland 69 Jahre und bei Frauen 75 Jahre. Etwa jeder fünfte Patient ist älter als 80 Jahre. Die frühe Diagnose ist entscheidend für ein optimales Langzeitergeb-



Prof. Dr. Guido Gerken



Prof. Dr. Jürgen F. Riemann

G. Gerken<sup>1</sup>  
J. F. Riemann<sup>2</sup>

Viszeralmedizin

### Institut

<sup>1</sup>Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie, Medizinisches Zentrum, Universitätsklinikum Essen  
<sup>2</sup>Stiftung Lebensblicke, Ludwigshafen

### Bibliografie

DOI 10.1055/s-0033-1349482  
Dtsch Med Wochenschr 2013;  
138: 1757–1758 · © Georg  
Thieme Verlag KG · Stuttgart ·  
New York · ISSN 0012-0472

### Korrespondenz

Prof. Dr. Guido Gerken  
Universitätsklinikum Essen  
(AöR), Zentrum für Innere  
Medizin, Medizinisches Zentrum  
Hufelandstr. 55  
45147 Essen  
Tel. 0201/723-3610  
Fax 0201/723-5971  
eMail guido.gerken@uk-essen.de

nis. 70–80% der Patienten können bei Erstdiagnose durch eine chirurgische Resektion vom Tumor befreit werden. Das kumulative 5-Jahres-Überleben beträgt jedoch nur ca. 60%. Rund ein Viertel der primär palliativ behandelten Patienten wird durch eine neoadjuvante Kombinationstherapie nach Downsizing resektabel. Um eine personalisierte stadienadaptierte Tumorthherapie umzusetzen, müssen die Daten der adjuvanten, neoadjuvanten und palliativen Systemtherapie diskutiert werden. Als diagnostischer Fortschritt hat sich bewährt, bei Patienten im Stadium IV, die für eine systemische Kombinationstherapie in Frage kommen, vorher eine Mutationsanalyse des K-ras-Onkogens im Tumorgewebe obligat durchzuführen. In der Erstlinien-Chemotherapie mit molekularem Antikörper verbesserte sich das progressionsfreie Überleben bei Patienten mit metastasierten kolorektalen Karzinomen (mKRK) vom K-ras-Typ signifikant. Mit den antiangiogenetischen Substanzen Afibercept und Regorafenib gibt es heute neue molekulare Therapieoptionen für Patienten mit mKRK. Noch gibt es keine optimale Therapiesequenz, so dass weitere Fortschritte in der Diagnostik durch Biomarker und in der Therapie durch neue Zielmoleküle etabliert werden müssen (s. Seite 1790).

### Primäres Leberzellkarzinom

Das primäre Leberzellkarzinom (HCC) ist weltweit der fünfthäufigste maligne Tumor und steht bei krebisbedingten Todesursachen gar an der dritten Stelle. In Deutschland hat die Inzidenz in den letzten 10 Jahren um mindestens 25% signifikant zugenommen. Dies ist insbesondere mit einer Zunahme der nicht-alkoholischen Fettlebererkrankung (NAFLD, NASH) und einer steigenden Anzahl an Patienten mit HCV-assoziiierter Leberzirrhose sowie möglicherweise durch weitere bisher unbekannte Faktoren auch aus der Umwelt verursacht. Die außerordentlich hohe Mortalität mit einer 5-Jahres-Überlebensrate von weniger als 10% ist wesentlich dadurch bedingt, dass die Diagnose meist erst in einem zu späten Stadium erfolgt, so dass ein kurativer Therapie-

ansatz nicht mehr möglich ist. Somit wird in der Diagnostik die Früherkennungsuntersuchung immer wichtiger, um eine gute Prognose zu erzielen. Hierbei hat der Einsatz bildgebender Verfahren (Sonographie, Schnittbildgebung) eine zunehmende Bedeutung ebenso wie der Nachweis von Biomarkern, in erster Linie des AFPs und anderer Marker (AFP-L3, DPC).

Immense Fortschritte wurden auch in der Standardisierung der Leberchirurgie und ihrer Möglichkeiten erreicht. Primär resektable HCC sollten deshalb auch primär reseziert werden, gerade dann, wenn der Allgemeinzustand der Leberfunktion dies zulässt und die Patienten noch keine fortgeschrittene Zirrhose aufweisen. Die Lebertransplantation selbst ist inzwischen die Standardtherapie für das HCC in einer Zirrhose unter Einhaltung der Mailand-Kriterien. Dabei können 5-Jahres-Überlebensraten von 70–80% erreicht werden, was keine andere Therapieoption erreichen kann. Wichtig ist es jedoch, einen strikten evidenzbasierten therapeutischen Algorithmus einzuhalten.

Aufgrund des Organmangels und der oft rasch fortschreitenden HCC-Tumoren gewinnen lokalablativ Therapieverfahren eine immer wichtigere Rolle. Die meisten Erfahrungen wurden mit der transarteriellen Chemoembolisation (TACE) gesammelt, die sich mittlerweile flächendeckend etabliert hat. Neu hinzugekommen ist als lokalablativ Therapie die selektive interne Radiotherapie (SIRT), die bisher vorwiegend in der Gruppe der weit fortgeschrittenen und sonst nicht mehr behandelbaren Patienten, wie solche mit Pfortaderthrombose, eingesetzt wird. In fortgeschrittenen Stadien wird Sorafenib als antiangiogener systemischer Therapieansatz leitliniengerecht empfohlen. Möglicherweise kommen in Zukunft für HCC-Patienten im fortgeschrittenen Stadium neue zielgerichtete Therapien in Kombination mit lokalablativen Therapieverfahren zum Einsatz. Insgesamt steht die Behandlung des HCC noch am Beginn einer multimodalen Therapieära mit Einsatz von pathogenetisch orientierten Zielmolekülen (s. Seite 1780).

Last but not least wird dieses Schwerpunktthemenheft durch eine kasuistische Mitteilung (s. Seite 1765) und ein Mediquiz (s. Seite 1769) bereichert.

Die hier vorgelegten Themen aus der Viszeralmedizin repräsentieren gemeinsame Fragestellungen für Klinik und Praxis in Gastroenterologie und Viszeralchirurgie. Die Gemeinsamkeit ist in Zukunft intensiv gefordert, um neue prädiktive Marker und neue zielgerichtete Therapieoptionen zu etablieren. Auf dieser Basis müssen für Klinik und Praxis in Zukunft leitliniengerechte und evidenzbasierte diagnostische und therapeutische Algorithmen zum Wohle unserer Patienten etabliert werden.

Die Lektüre dieses Hefts sollte idealerweise dazu anregen, den diesjährigen Jahreskongress zur Viszeralmedizin umfassend für Fort- und Weiterbildung zu nutzen. Hierbei sind die einzelnen thematischen Säulen des Programms so abgestimmt, dass je nach persönlicher Anforderung ein optimales Angebot für Klinik, Praxis und Forschung wahrgenommen werden kann. Gemeinsam freuen wir uns, Sie in Nürnberg anlässlich des Jahreskongresses Viszeralmedizin 2013 begrüßen zu dürfen.



Prof. Dr. Guido Gerken



Prof. Dr. Jürgen F. Riemann