

Anna Lena Frick

Dr. med. dent.

**Laparoskopische Mesh-augmentierte Hiatoplastik versus Fundoplikatio zur Behandlung der gastroösophagealen Refluxkrankheit**  
**Zwischenauswertung einer randomisiert kontrollierten Studie mit 1-Jahres-Ergebnissen**

Promotionsfach: Innere Medizin

Doktorvater: Priv.-Doz. Dr. med. Peter Sauer

Die Fundoplikatio, als Standardverfahren in der Antirefluxchirurgie, spielt in der Behandlung der GERD häufig nur noch eine sekundäre Rolle. Die Gründe hierfür liegen an der Möglichkeit einer effektiven medikamentösen Therapie (89, 17). Des Weiteren hat das vermehrte Auftreten von postoperativen Nebenwirkungen wie Dysphagie und Gasbloat die Therapie mit PPI gegenüber dem chirurgischen Eingriff in den letzten Jahren favorisiert. Diese Umstände haben eine Weiterentwicklung des Operationsverfahrens zu Behandlung der GERD nahe gelegt.

In den 50er und 60er Jahren wurden bereits Versuche unternommen, eine Hiatoplastik in Kombination mit unterschiedlichen Varianten einer Cardiopexie durchzuführen. Die Methode basierte auf der Idee, den gastroösophagealen Übergang zu mobilisieren, den Hiatus zu rekonstruieren und dadurch den intraabdominalen Teil der Speiseröhre zu dehnen und zu fixieren, was als Voraussetzung für die adäquate Funktion des UÖS gesehen wurde. Die Cardiopexie wurde jedoch aufgrund von hohen Rezidivraten bis zu 60% zugunsten der Fundoplikatio wieder verlassen.

Die LMAH greift diese Methode auf. Alleinig durch Mobilisation des Ösophagus und Hiatusraffung soll eine suffiziente Refluxkontrolle angestrebt und mithilfe einer Kunststoffnetzverstärkung gesichert werden. Durch den Verzicht auf die Manschettenbildung des Magens sollen die Fundoplikatio-assoziierten Nebenwirkungen, die in anderen Studien bei bis zu 60% der Patienten mit LF auftraten, gesenkt werden.

Wie bereits in vorhergehenden Studien belegt, scheint die LMAH eine vielversprechende Option in der chirurgischen Therapie der GERD zu sein.

In der vorliegenden Studie sollte ein direkter Vergleich zwischen der LF und der LMAH gezogen werden. Hinsichtlich der Frage nach einem dauerhaften Antirefluxeffekt konnten unsere Ergebnisse zeigen, dass die LMAH eine gute, wenn auch nicht mit der LF vergleichbar effektive Refluxkontrolle vorweisen kann.

Im Hinblick auf Dysphagie sowie die Fähigkeit zu erbrechen und zu rülpfen konnten in der LMAH-Gruppe bessere Ergebnisse festgestellt werden als in der LF-Gruppe. Gasblatbeschwerden betreffend konnte die LMAH zumindest im Vergleich zu den präoperativen Werten eine deutliche Besserung erreichen.

Die daraus resultierenden Ergebnisse der Lebensqualitätsbefragung konnten zwischen den beiden Gruppen keine Unterschiede nachweisen. Sowohl in der LMAH- Gruppe mit geringerer Refluxkontrolle und geringeren Nebenwirkungen, als auch in der LF-Gruppe mit gutem Antirefluxeffekt, aber vermehrtem Auftreten von belästigende Symptomen, waren die Ergebnisse vergleichbar.

Hinsichtlich der Bedenken gegenüber Mesh-bedingten Komplikationen wie Stenosen, Migrationen, Fisteln und Erosionen konnte festgestellt werden, dass durch die LMAH keine signifikant höhere Komplikationsrate als bei der LF vorherrscht. Nur bei einem Patienten musste aufgrund einer Netzerosion reoperiert werden.

Eine verlässliche Aussagekraft bezüglich der Dauerhaftigkeit des Behandlungsergebnisses können die 1-Jahres-Ergebnisse noch nicht liefern. Die bisherigen Ergebnisse der LMAH sind vielversprechend und könnten in gewissen Situationen zur Etablierung einer neuen Operationsmethode in der Antirefluxchirurgie beitragen.

Das Fortführen der Studie bzw. die weitere Nachbeobachtung und das größere Patientenkollektiv werden die bisherigen Ergebnisse bestätigen oder relativieren.