

Chirurgische Klinik  
und Poliklinik I

Medizinische Klinik II –  
Gastroenterologie

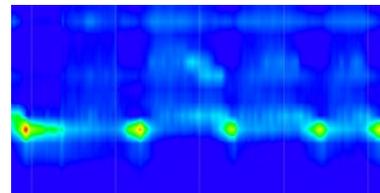
# Viszeralmedizinischer Newsletter 01 | 2023



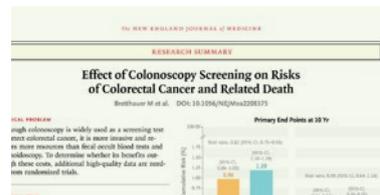
News



Fokus  
Dysphagie – Schluckstörung  
im interdisziplinären Fokus



Wissenschaft  
Koloskopie Screening  
beim Kolorektalen Karzinom



Editorial



## Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Das Schwerpunktthema des aktuellen Newsletters der Würzburger Viszeralmedizin ist die Dysphagie.

Schluckstörungen sind häufig, haben unterschiedlichste Schweregrade und implizieren in der Therapie immer einen interdisziplinären Ansatz. Die Differentialdiagnose ist hierbei vielfältig. Zur Abklärung dient die Funktionsdiagnostik der Speiseröhre, die radiologische Darstellung, die Endoskopie des Schluckakts, sowie die Endoskopie mit Biopsie des tubulären Ösophagus. Nicht zu vergessen ist die genaue Anamnese, da hier schon oft wesentliche Charakteristika der jeweiligen Ursache identifiziert werden können.

Die Therapie ist individuell zu gestalten und beinhaltet die Logopädie, Ernährungsmedizin, interventionelle Endoskopie sowie Viszeralchirurgie. Ein umfassendes Symptom also, welches erfolgreich am besten im Team unter Einbindung unterschiedlicher Spezialisten behandelt werden kann. Diesen Ansatz verfolgen wir gemeinsam am Universitätsklinikum Würzburg. Informieren Sie sich hierzu. Unser „Fokus-Thema“ liefert eine zusammenfassende Übersicht mit anschaulichen Abbildungen.

Weiterhin möchten wir Sie über Neuigkeiten (Preise, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) informieren und Ihnen – wie immer – auch exemplarisch interessante Arbeiten aus der Literatur vorstellen.

Viel Vergnügen beim Lesen!

Herzlichst!

Ihre

Univ.-Prof. Dr. med. C.-T. Germer

Univ.-Prof. Dr. med. A. Meining

### Impressum

Newsletter Juni 2023

#### Herausgeber:

Universitätsklinikum Würzburg  
Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-,  
Transplantations-, Gefäß- und Kinderchirurgie  
Oberdürrbacher Straße 6, 97080 Würzburg

Prof. Dr. med. A. Meining,  
Prof. Dr. med. C.-T. Germer

**Redaktion:** Dr. med. A. Hendricks, S. Gawlas

**Layout & Satz:** Universitätsklinikum Würzburg,  
Servicezentrum Medizin-Informatik (SMI)

**Fotos:** Universitätsklinikum Würzburg  
(soweit nicht anders vermerkt)

### Abmeldung vom Newsletter

Um sich vom viszeralmedizinischen Newsletter abzumelden, schicken Sie bitte eine E-Mail mit dem Stichwort „Abmeldung“ an viszeralmedizin@ukw.de.

## News

### Fachspezifische gastroenterologische Anfragen

Fachspezifische gastroenterologische Anfragen jetzt auch über das Onlineportal für zuweisende Kolleginnen und Kollegen. Mit unserem Portal gestalten wir Ihnen die Zuweisung von Patientinnen und Patienten so komfortabel wie möglich. Melden Sie sich an und nutzen Sie das Portal unter Universitätsklinikum Würzburg: Kommunikationsportal (ukw.de)

### Neu am UKW



**Regina Pistorius**  
Assistenzärztin Viszeralchirurgie

Bereits während meines Studiums hat mich die Vielseitigkeit der Viszeralmedizin hinsichtlich des großen Erkrankungsspektrums sowie der diagnostischen und therapeutischen Verfahren begeistert. Durch Blockpraktikum und Praktisches Jahr in der Viszeralchirurgie des Universitätsklinikums Würzburg habe ich die abwechslungsreiche klinische Tätigkeit kennengelernt, die tagtäglich vor Augen führen, wie unmittelbar die Auswirkungen ärztlichen Handelns sein können. Bereichernd finde ich zusätzlich die funktionierende, kollegiale interdisziplinäre Zusammenarbeit und die qualitativ hochwertige chirurgische Ausbildung.

Da ich mich während des Studiums in der Fachschaftsvertretung der Medizinstudierenden engagiert habe, konnte ich zum einen als Mitglied verschiedener Gremien Einblicke in die akademischen Strukturen einer Fakultät gewinnen. Zum anderen konnte ich aus studentischer Perspektive an der Umgestaltung von Lehrformaten mitwirken. Umso mehr freue ich mich, dass sich am Universitätsklinikum Würzburg die Möglichkeit bietet, neben der Patientenversorgung aktiv in der Forschung und Lehre tätig zu sein.



**Laura Retzbach**  
Assistenzärztin Gastroenterologie

„Hallo, mein Name ist Laura Retzbach. Ich bin seit Oktober 2022 als Assistenzärztin in der Gastroenterologie unter Prof. Meining tätig.“

Ich komme ursprünglich aus Würzburg, habe aber in Riga (Lettland) und in Leipzig studiert. Meine Assistenzzeit in der Inneren Medizin habe ich vor 2 Jahren in der Mainklinik Ochsenfurt begonnen.

Hier kam ich zum ersten Mal mit der Gastroenterologie in Kontakt. An der Gastroenterologie begeistere mich vor allem die Breite und Vielfältigkeit sowie die Möglichkeit, akute Probleme sofort anzugehen und im besten Fall endoskopisch beheben zu können. Bereits in Ochsenfurt konnte ich erste Erfahrungen in der Endoskopie sammeln. Im April habe ich meine Rotation in der Endoskopie begonnen. Auf diese Zeit freue ich mich ganz besonders.

Neben der klinischen Arbeit bin ich seit 1.1 auch Teil des Teams des Endoscopy Campus, die online Lehrmaterial rund um die Endoskopie bereitstellt. Wissenschaftlich schreibe ich im Moment meine Dissertation über den Einfluss endoskopischer Eingriffe im Hinblick auf Quality of Life der Patienten unter der Supervision von Prof. Meining und Prof. Fuchs.“



### Darmkrebs-Präventionspreis 2023 der Stiftung LebensBlicke



**Prof. Dr. med. Alexander Hann**  
Stellvertretender Schwerpunktleiter Gastroenterologie, Professur zur Digitalen Transformation in der Gastroenterologie

Wir gratulieren Herrn Prof. Dr. Hann, Oberarzt und stellvertretender Schwerpunktleiter in der Gastroenterologie: Mit seiner Forschungsgruppe veröffentlichte er die Arbeiten zum Thema „Polypen-Detektionssysteme in der Vorsorgekoloskopie: Grundlegende und klinische Analysen“. Diese wurde nun mit dem Darmkrebs-Präventionspreis 2023 der Stiftung LebensBlicke im Bereich Wissenschaft ausgezeichnet.

## Fokus

## Schluckstörungen

Generell werden Schluckstörungen (Dysphagie) in zwei Varianten unterteilt. Die erste ist die oropharyngeale Dysphagie. Sie kommt häufig nach Schlaganfällen vor und führt häufig zur Aspiration. Die zweite Form ist die ösophageale Dysphagie. Hier kommt es Sekunden nach dem Schlucken von fester oder flüssiger Nahrung zum Gefühl des Steckenbleibens. Begleitet wird dieses Symptom oftmals von Regurgitationen (dem Hochwürgen unverdauter Nahrung). Regurgitationen sind anamnestisch klar von Reflux (Aufstoßen von saurem Mageninhalt) abzugrenzen. Dysphagie und Regurgitationen können mit Brustschmerzen und ungewolltem Gewichtsverlust einhergehen. Diese vier Beschwerden sollten mit gezielten Fragen erfasst und quantifiziert werden.

## Diagnostik

Bei einer Schluckstörung oder Schmerzen beim Schlucken (Odynophagie) sollte grundsätzlich eine Endoskopie der oberen Speisewege erfolgen.

Bei älteren Patienten (ab 45 Jahren) sind als wichtigste Differenzialdiagnosen strukturelle Erkrankungen wie Divertikel (Aussackungen der Speiseröhrenwand), Krebserkrankung oder peptische Stenosen der Speiseröhre auszuschließen. Bei Letzteren kommen endoskopisch zum einen die Bougierung (Abb. 1) oder die Inzision (Abb. 2) der mukosalen Strikturen in Betracht.

Zeigt sich endoskopisch ein unauffälliges Bild, so sollte eine Stufenbiopsie der Speiseröhre zum Ausschluss einer eosinophilen Ösophagitis erfolgen. Bei dieser Form ist neben der Endoskopie mit Probenentnahme aus der Speiseröhre die hochauflösende Manometrie ein hilfreiches Diagnostikum. Die eosinophile Ösophagitis (EoE) ist eine häufige Ursache für die ösophageale Dysphagie im jungen Alter. Hierbei kann es zum Steckenbleiben von Tabletten oder Nahrung im Ösophagus kommen, so dass die Betroffenen innerhalb kürzester Zeit den eigenen Speichel nicht mehr schlucken können (Abb. 3). Die Sicherung der Diagnose EoE erfolgt mittels eines endoskopischen Referenzscores für EoE (EREFS) und Stufenbiopsien aus dem Ösophagus [1]. In den Score fließen unter anderem die Ringbildung (Abb. 4), Furchen und Strikturen ein. In der Histologie wird die Diagnose gestellt, wenn  $\geq 15$  intraepitheliale eosinophile Granulozyten in mindestens einem high power field (HPF) identifiziert werden.

Differentialdiagnostisch muss auch stets an rheumatologische Erkrankungen gedacht und ggf. erweiterte Diagnostik eingeleitet werden.

Darüber hinaus können funktionelle Erkrankungen ursächlich für dysphagische Beschwerden sein. Typisch für funktionelle Erkrankungen, wie die Achalasie, ist eine Engstellung des Übergangs zwischen Speiseröhre und Magen. Zum Beginn der Erkrankung oder bei kurzer Erkrankungsdauer kann jedoch ein unauffälliger endoskopischer Befund vorliegen. Im weiteren Verlauf können eine Weitung und Aussackung der unteren Speiseröhre entstehen (sog. sigmoidale Transformation). Oftmals können trotz ausreichender Nüchternheit verbliebene Speisereste in der Speiseröhre (Malclearance) endoskopisch detektiert werden. Ein Pilzbefall der Speiseröhre („Soor-Ösophagitis“) liegt bei Achalasie ebenfalls gehäuft vor.



Abb. 1 – Bougierung von Ösophagusstrikturen

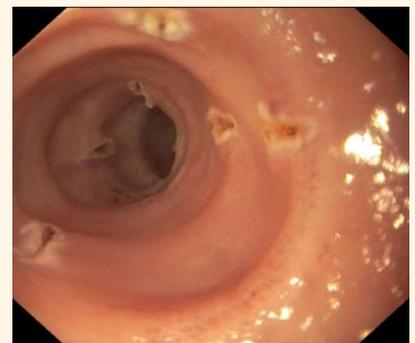


Abb. 2 – Inzision der mukosalen Strikturen mittels Nadelmesser



Abb. 3 – Den Ösophagus verschließende Tablette

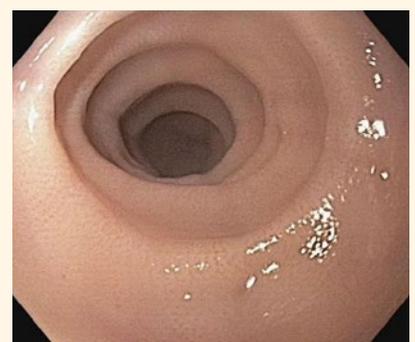


Abb. 4 – Ringbildung im Ösophagus

Eine genauere Differenzierung einer ösophagealen Dysphagie gelingt mittels der hochauflösende Manometrie. Diese wird nach der Chicago Klassifikation 4.0 interpretiert [2]. Dabei können zum einen neben normalen Schluckakten (Abb. 5) eine ineffektive Motilität (Abb. 6) des tubulären Ösophagus, oder sogar hypertensive Kontraktionen (Abb. 7) festgestellt werden. Im Falle der Abflussbehinderung im Bereich des unteren Ösophagus sphinkters wie oben im Rahmen der Achalasie beschrieben (Abb. 8) kann die Speiseröhre über Jahre sich langsam erweitern und als Nahrungsmittelreservoir (Abb. 9) umgebaut werden.

Diagnostisch ergänzend dient die Breischluckuntersuchung dazu, die Nahrungspassage durch die Speiseröhre und den Magen während des Schluckens darzustellen. Demzufolge ist diese Untersuchung geeignet, Funktionsstörungen des Schluckakts zu detektieren. Darüber hinaus werden auch krankhafte Veränderungen der Speiseröhren-Anatomie sichtbar.

## Therapie

### Therapie der EoE

Therapeutische Optionen beinhalten eine Eliminationsdiät welche am UKW über unsere Ernährungsmedizinische Ambulanz (ernaehrung\_mp@ukw.de) erfolgt, die Gabe von Protonenpumpenhemmern, topische Glucocorticoide und als Reserve die Verwendung eines Antikörpers der die Immunreaktion mittels IL-4 und IL-13 hemmt [3].

### Therapie funktioneller Erkrankungen

Für funktionelle Erkrankungen, wie die Achalasie, spielen konservative und/oder medikamentöse Therapie eine untergeordnete Rolle. Muskeler schlaffende, sog. spasmolytische Medikamente können aber zusätzlich zur Verbesserung von Krämpfen und Brustschmerzen verschrieben werden.

### Interventionelle und operative Therapie der Achalasie

Die derzeitig zur Verfügung stehenden interventionellen und operativen Behandlungsmöglichkeiten können die Erkrankung zwar nicht ursächlich behandeln, führen aber zumeist zu einer sehr guten Beschwerdereduktion und verbessern die Lebensqualität betroffener Patienten im Langzeitverlauf bei nur sehr geringem Risiko. In den aktuellen Leitlinien werden neben der Ballondilatation die chirurgischen Therapien als primäre Maßnahme empfohlen.

### Botox-Injektion (BTx)

Die endoskopische Injektion von Botulinumtoxin (Botox) hat keinen relevanten therapeutischen Stellenwert, da die muskelerschlaffende Wirkung meist nur wenige Wochen anhält. Das Verfahren kommt aber zur Diagnostik zum Einsatz: So kann eine versuchsweise Injektion von Botox bei unklaren Fällen klären, ob die so erzielte Muskeler schlaffung zu einer Verbesserung der Symptomatik führt.

### Ballondehnung/Pneumatische Dilatation (PD)

Die endoskopische pneumatische Dilatation ist ein wirkungsvolles Verfahren (Abb. 10). Eine prospektiv randomisierte Studie zeigt in einem Nachsorgezeitraum von bis zu fünf Jahren eine ähnliche Effektivität im Vergleich zur chirurgischen Myotomie. Kritisch anzumerken ist allerdings, dass sich während der Studie und insbesondere

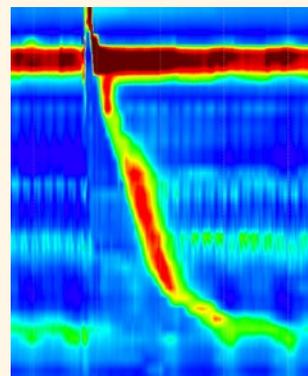


Abb. 5 – Normaler Schluckakt

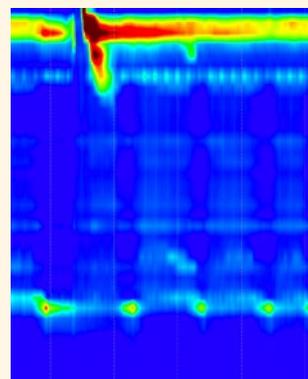


Abb. 6 – Ineffektiver Schluckakt

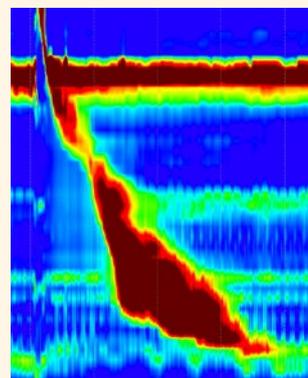


Abb. 7 – Hyperkontraktiler Schluckakt

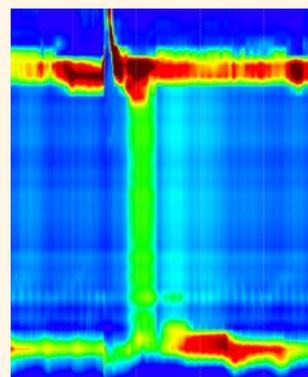


Abb. 8 – Beispielhafter Schluckakt bei der Achalasie Typ II

im Vorfeld häufiger Ösophagusperforationen ereigneten [4]. Eine aktuell publizierte Metaanalyse bescheinigt der gezielten chirurgischen Myotomie hinsichtlich einer niedrigeren Rate schwerwiegender Komplikationen Vorteile [5]. Die meisten Studien zur Ballondilatation zeigen im Langzeitverlauf eine niedrigere Effektivität als die Myotomie. Viele Patienten benötigen langfristig mehrere Dilatationen [6].

### Chirurgische Therapien - Laparoskopische Heller-Myotomie

Ernst Heller publizierte bereits 1913 das chirurgische Prinzip der Myotomie (Muskel-spaltung) des Übergangs von Speiseröhre und Magen. Die Operation wird heute routinemäßig laparoskopisch durchgeführt und zumeist mit einer der ventralen Funduplicatio nach Dor kombiniert. Hiermit kann dem postoperativen Auftreten von Sodbrennen wirksam entgegengewirkt werden. Diese Operation führt in bis zu 90 % der Fälle zu einer langfristigen Aufhebung oder relevanten Besserung der Schluckbeschwerden.

### Perorale endoskopische Myotomie (POEM)

Bei der rein endoskopischen Durchführung der Myotomie wird mittels Endoskopie in der Speiseröhre die Schleimhaut eröffnet und ein Tunnel bis an den Übergang zum Magen geschaffen [7, 8]. In diesem Bereich erfolgt dann die Myotomie analog zur Operation nach Heller. Der entstandene Schleimhautdefekt wird anschließend wieder verschlossen. Bisherige Daten zeigen eine mindestens genauso gute Symptomkontrolle bezüglich der Dysphagie wie die Heller-Myotomie [9]. Postoperativ ist eine erhöhte Rate für beschriebene, der jedoch meist konservativ gut zu beherrschen ist. Aufgrund technischer Vorteile und der Möglichkeit einer langstreckigen Myotomie scheint das POEM-Verfahren klare Vorteile für Patienten mit einer Typ-3-Achalasie zu bieten.

Falls es nach einer Operation nur zu einem unzureichenden Therapieansprechen kommt, können sämtliche interventionellen und operativ zur Verfügung stehenden Verfahren in Abhängigkeit von der vermuteten Ursache der Beschwerden nach ausführlicher Diagnostik und sorgsamer individueller Nutzen-Risiko-Einschätzung eingesetzt werden. Ist die Speiseröhre durch die ständige Nahrungsretention stark aufgeweitet und amotil, so ist es möglich, dass das chirurgische Prinzip der gezielten Myotomie keinen ausreichenden Therapieerfolg mehr bringt. In solchen Fällen können als Ultima Ratio Bypassverfahren oder eine Teilentfernung der Speiseröhre indiziert sein.

### Interdisziplinäre Therapieplanung

Um die Situation für Betroffene zu verbessern, wurde am Zentrum für Seltene Erkrankungen (ZESE) des Universitätsklinikums das „Zentrum für Achalasie und andere Ösophagusmotilitätsstörungen“ etabliert – das aufklärt, Diagnosen und Therapien anbietet und forscht. Obwohl die Krankheit selten ist, sehen die Spezialisten aus der Gastroenterologie und Viszeralchirurgie in Würzburg viele Fälle. Dabei ist das Zentrum Anlaufstelle für bereits vorbehandelte Patienten nach nicht ausreichender Primärtherapie.

Die Therapie von Patienten mit ösophagelaer Dysphagie erfolgt am UKW individuell und im interdisziplinären Kontext. Zwischen der Gastroenterologie und der Viszeralchirurgie findet ein reger interdisziplinärer Austausch mit wöchentlichen Besprechungen von Patientenkassuistiken (mittwochs, 16.30 -17.15 Uhr) statt, um so die bestmögliche Therapieoption für jeden Patienten anbieten zu können.



Abb. 9 – Röntgenbreischluck mit Bild einer Achalasie



Abb. 10 – Pneumatische Dilatation des unteren Ösophagussphinkters

## Patientenanbindung ans UKW

Termine zur Diagnostik und Therapie im Rahmen Sprechstunde für Erkrankungen des oberen Gastrointestinaltraktes (Prof. Dr. med. Alexander Hann) können unter [gastro\\_mp@ukw.de](mailto:gastro_mp@ukw.de) vereinbart werden.

Ferner ist eine Terminabsprache zur Beratung, Diagnostik und Therapie im Rahmen der chirurgischen Sprechstunde für Erkrankungen des oberen Gastrointestinaltraktes (Prof. Dr. med. Florian Seyfried) möglich.

### Kontakt:

[zentrum\\_speiseroehre@ukw.de](mailto:zentrum_speiseroehre@ukw.de)

oder telefonisch unter Telefon: +49 931 201-39876

## Literatur

1. Hirano, I., et al., Endoscopic assessment of the oesophageal features of eosinophilic oesophagitis: validation of a novel classification and grading system. *Gut*, 2013. 62(4): p. 489-95.
2. Fox, M.R., et al., Chicago classification version 4.0(c) technical review: Update on standard high-resolution manometry protocol for the assessment of esophageal motility. *Neurogastroenterol Motil*, 2021. 33(4): p. e14120.
3. Madisch, A., S2k-Leitlinie Gastroösophageale Refluxkrankheit und eosinophile Ösophagitis. 2023.
4. Moonen, A., et al., Long-term results of the European achalasia trial: a multicentre randomised controlled trial comparing pneumatic dilation versus laparoscopic Heller myotomy. *Gut*, 2016. 65(5): p. 732-9.
5. Bonifacio, P., et al., Pneumatic dilation versus laparoscopic Heller's myotomy in the treatment of achalasia: systematic review and meta-analysis based on randomized controlled trials. *Dis Esophagus*, 2019. 32(2).
6. Richards, W.O., et al., Heller myotomy versus Heller myotomy with Dor fundoplication for achalasia: a prospective randomized double-blind clinical trial. *Ann Surg*, 2004. 240(3): p. 405-12; discussion 412-5.
7. Inoue, H., et al., Clinical practice guidelines for peroral endoscopic myotomy. *Dig Endosc*, 2018. 30(5): p. 563-579.
8. Inoue, H., et al., Peroral endoscopic myotomy (POEM) for esophageal achalasia. *Endoscopy*, 2010. 42(4): p. 265-71.
9. Schlottmann, F., et al., Laparoscopic Heller Myotomy Versus Peroral Endoscopic Myotomy (POEM) for Achalasia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Surg*, 2018. 267(3): p. 451-460.

## Ihr Kontakt zu uns

### Kontakt zum Newsletter

Haben Sie Fragen zur Anbindung von Patienten oder möchten Sie diese zu uns überweisen, können Sie sich gerne direkt an uns wenden. Wir kümmern uns dann um die weitere Koordination.

Auch für Fragen, Feedback oder bei Wünschen zu zukünftigen Inhalten können Sie sich direkt an die Redaktion des Newsletter wenden.

Sie erreichen uns unter der E-Mail-Adresse: [viszeralmedizin@ukw.de](mailto:viszeralmedizin@ukw.de)

### Zentrales Patientenmanagement der Chirurgischen Klinik

Das zentrale Patientenmanagement (ZPM) ist das wichtigste Bindeglied zwischen ärztlichen Zuweisern und Zuweisern und Chirurgischer Klinik. Hier können sowohl stationäre als auch ambulante Termine vereinbart werden. Es steht Ihnen Ärzte und Fachpflegekräfte als Ansprechpartner zur Verfügung und informieren Sie sowohl vor, während und nach der Operation Ihrer Patientin oder Ihres Patienten.

Telefon: +49 931 201-39999

Fax: +49 931 201-39994

E-Mail: [zpm-chirurgie@ukw.de](mailto:zpm-chirurgie@ukw.de)

### Fachspezifische gastroenterologische Anfragen

- ▶ Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen  
E-Mail: [ced\\_mp@ukw.de](mailto:ced_mp@ukw.de)
- ▶ Neuroendokrine Tumoren  
E-Mail: [net\\_mp@ukw.de](mailto:net_mp@ukw.de)
- ▶ Pankreaserkrankungen  
E-Mail: [pankreas\\_mp@ukw.de](mailto:pankreas_mp@ukw.de)
- ▶ Hereditäre Tumoren des Gastrointestinaltrakts  
E-Mail: [hts-gi\\_mp@ukw.de](mailto:hts-gi_mp@ukw.de)
- ▶ Komplexe/interventionelle Endoskopien  
E-Mail: [endoskopie\\_mp@ukw.de](mailto:endoskopie_mp@ukw.de)

### Allgemeine Anfragen

#### (Sekretariat Gastroenterologie)

Telefon: +49 931 201-40201 und -40166

Fax: +49 931 201-640201

E-Mail: [gastro\\_mp@ukw.de](mailto:gastro_mp@ukw.de)

Fokus

## Auf der Schluckstraße – Dysphagie im interdisziplinären Kontext



Störungen und Erkrankungen des Schluckaktes sind häufig und können gravierende Folgen haben. In Deutschland sind 16-22 % der 55-jährigen in der ein oder anderen Art von einer Schluckstörung betroffen. Eine Dysphagie mindert dabei nicht nur die Lebensqualität, sondern kann gravierende Folgen auf den allgemeinen Gesundheitszustand der Betroffenen verursachen. So verdoppelt sich bei über 70jährigen mit einer Schluckstörung und der dadurch bedingten Mangelernährung das Pneumonierisiko. Dabei leiden 37 % der Patienten mit Schluckstörungen an einer Mangelernährung, ohne dass die Schluckstörung erkannt oder gar als relevant eingestuft wird. Eine Dysphagie ist darüber hinaus oft ein erstes Symptom einer anderweitigen, ernsthaften Erkrankung.

Die Bedeutung einer Schluckstörung im Kontext mit Erkrankungen aus vielen unterschiedlichen Fachdisziplinen wird in den letzten Jahren mehr und mehr wahrgenommen. Bisher war es üblich Schluckstörungen als neurogen, zervikal oder ösophageal zu klassifizieren. Es wird allerdings immer deutlicher, dass solche vermeintlichen „Grenzen“ für die Dysphagie nicht gelten und neben einem interdisziplinären Gedanken auch ein multiprofessioneller therapeutischer Ansatz wichtig ist. 2008 wurde die „deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für Dysphagie (DGD)“ gegründet, welche die Interdisziplinarität aller an der Dysphagie beteiligten Disziplinen in den Fokus gebracht hat.

An der Universitätsklinik in Würzburg ist das interdisziplinäre Zentrum für Stimme und Schlucken (IZSS) an der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten speziell auch für Patienten mit Dysphagie seit 2019 etabliert. Das IZSS ist eine zentrale Anlaufstelle für Betroffene und bietet eine Basisdiagnostik mit HNO-Status, Laryngoskopie, Stroboskopie und „flexibler endoskopischer Evaluation des Schluckens“ (FEES®) mit „high sensitivity FEES®“ an, um die Ursache für die Schluckstörung einzugrenzen und diese in ihrer Schwere zu klassifizieren. Darüber hinaus werden Patienten mit Trachealkanülen oder Ernährungs sonden sowie deren Angehörige betreut und beraten. Mit diesen speziellen Untersuchungstechniken kann im IZSS bei initial unklarer Ätiologie einer Dysphagie eine auf die Schluckstörung fokussierte Diagnostik erfolgen und je nach Befund eine adäquate Behandlung initiiert werden. Dies erfolgt unter Einbeziehung aller beteiligten Fachdisziplinen. So sind Ursachen von Schluckstörungen sehr differenziert zu betrachten. Eine einfache chirurgische Therapieoption ist eher selten, daher spielt neben der logopädischen Schlucktherapie auch die Auswahl der geeigneten Kost eine wichtige Rolle. Die logopädische Schlucktherapie stützt sich hierbei auf drei Säulen: restituierende Techniken, kompensierende Maßnahmen und adaptierende Verfahren. Die Festlegung der geeigneten Nahrungsmittelkonsistenz in die Therapie nach der „International Dysphagia Diet Standardisation Initiative“ (IDDSI) ist wichtig, natürlich auch für den Alltag der Patienten. Für komplexe Fälle wird eine stationäre Intensivtherapie über mehrere Tage angeboten.



Schluckstörungen können vielfältige Ursachen haben. Ein ungestörter Schluckakt ist für den menschlichen Körper essenziell. Der Vorgang der Nahrungsaufnahme beginnt schon vor der oralen Phase mit der optischen und olfaktorischen Triggerung des Speichelflusses und endet mit dem Übertritt des Bolus vom Ösophagus in den Magen. Hierbei „überspannt“ die Schluckstraße die historisch gewachsenen Zuständigkeiten der einzelnen Fachdisziplinen.

Mit der Eröffnung des interdisziplinären Zentrums für Stimme und Schlucken wurde die Fortbildungsreihe „im Focus“ ins Leben gerufen. Sie findet zweimal pro Jahr statt und richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Fachpersonal aus dem Bereich der Dysphagie. „Im Focus“ findet am 18.3.2023 mit dem Thema „Dysphagie im Alltag - Von Endoskopen, Konsistenzen und Konsequenzen“ statt.

Im interdisziplinären Zentrum für Stimme und Schlucken arbeiten Phoniater, HNO-Ärzte, Logopädinnen und Psychologinnen. 2022 wurden im Zentrum über 1800 Patienten mit Stimm- und Schluckstörungen behandelt.

**Autor:**

F. Kraus,

Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, plastische und ästhetische Operationen

**Wissenschaft**

### Effect of Colonoscopy Screening on Risks of Colorectal Cancer and Related Death

Bretthauer et al. veröffentlichten 2022 die Ergebnisse ihrer NordICC (Nordic-European Initiative on Colorectal Cancer) - Studie im The New England Journal of Medicine:

Diese Studie stellt die erste randomisierte klinische Studie dar, die den Effekt eines Bevölkerungsscreenings für kolorektale Karzinome (KRK) mittels Koloskopie systematisch untersucht.

Somit konnten erstmals belastbare Real-World-Daten über die Vorteile der Vorsorgekoloskopie erhoben werden.

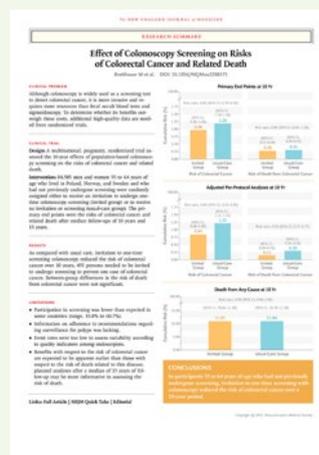
Eingeschlossen wurden 84585 Erwachsene zwischen 55 und 64 Jahren aus Polen, Norwegen und Schweden. Die Teilnehmer wurden randomisiert in eine Interventionsgruppe, der eine Screening-Koloskopie angeboten wurde, und eine Kontrollgruppe, die keiner Screeninguntersuchung zugeführt wurde. Zu dem Zeitpunkt der Studie waren in den betroffenen Regionen keine entsprechenden Vorsorgeprogramme etabliert.

Die Endpunkte der Studie waren das Risiko, an einem kolorektalen Karzinom zu erkranken (1) und daran zu versterben (2) mit einem medianen Follow-Up-Zeitraum von 10 und 15 Jahren. Im aktuellen Artikel wurden die 10-Jahres-Daten vorgestellt.

Die Ergebnisse zeigten, dass die 10-Jahres-Wahrscheinlichkeit, an einem KRK zu erkranken, in der Screeninggruppe (0,98%) signifikant niedriger ist als in der Kontrollgruppe (1,20%). Dies entspricht einer Risikoreduktion von 18% - laut den Autoren der Studie müssen 455 Menschen gescreent werden, um einen Fall von kolorektalem Karzinom zu verhindern.



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE



Das Risiko, an einem KRK zu versterben, war in der Interventionsgruppe allerdings nicht reduziert. Zudem zeigte sich auch kein Unterschied in der Gesamtmortalität der beiden Gruppen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass ein Bevölkerungsscreening mittels Koloskopie eine sichere und sinnvolle Methode zur Reduktion der Erkrankungsfälle an kolorektalen Karzinomen ist. Die fehlende Reduktion der KRK-spezifischen und Gesamtmortalität ist zwar enttäuschend, möglicherweise aber durch Fortschritte in der Tumorbehandlung sowie durch die recht kurze Nachbeobachtungszeit von 10 Jahren zu erklären. Interessant werden hier die Analysen der ausstehenden Daten der NordICC-Studien-Gruppe nach 15 Jahren Nachbeobachtung.

Bretthauer et al., 2022, The New England Journal of Medicine