



**Evangelisches  
Diakonieverbund**  
Akad. Lehrkrankenhaus  
der Universität Freiburg

## Jahresbericht 2016 | Viszeralmedizinisches Zentrum



Evangelisches Diakonieverbund Freiburg

[www.diakonieverbund.de](http://www.diakonieverbund.de)

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort .....	4
Who is who in der Viszeralchirurgie.....	6
Who is who in der Gastroenterologie.....	8
Stationen in der Viszeralchirurgie .....	10
Stationen in der Gastroenterologie .....	11
Auflistung der Eingriffe in der Viszeralchirurgie.....	12
Auflistung der Eingriffe in der Gastroenterologie .....	14
Japanische Top-ESD-Spezialisten .....	16
Kasuistik: Leberchirurgie .....	18
Kasuistik: Submusköser Kardiaturor .....	20
Barrett-Früherkarzinom in long Barret-Ösophagus .....	22
Kasuistik: Seltene Ursache einer Dysphagie .....	24
Wichtige Telefonnummern .....	27



# Vorwort

## SEHR GEEHRTE, LIEBE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN,

spätestens beim Schreiben dieses Vorwortes für unseren nunmehr 5. Jahresbericht unseres Viszeralmedizinischen Zentrums (VMZ) am Ev. Diakoniekrankenhaus Freiburg wird uns bewusst, wie schnell das Jahr 2016 vergangen ist. Sicher lag es unter anderem auch daran, dass wieder ein arbeits- und ereignisreiches Jahr hinter uns liegt.

Für das Viszeralmedizinische Zentrum war es erneut mit steigenden Untersuchungs- und Patientenzahlen verbunden. Wieder einmal mehr hat sich die vor 5 Jahren getroffene Entscheidung, viszeralmedizinische Patienten konsequent gemeinsam interdisziplinär zu betreuen, als richtig erwiesen. Vor dem Hintergrund zunehmend ausgefeilterer und weniger invasiver diagnostischer und therapeutischer Behandlungsmethoden verwischen die Grenzen zwischen Gastroenterologie und Viszeralchirurgie immer mehr. Dabei ist es enorm wichtig, Hand in Hand die richtigen Entscheidungen für unsere gemeinsamen Patienten zu finden. Dies erfolgt nicht nur in wöchentlich stattfindenden interdisziplinären Konferenzen, sondern vor allem auch in der täglichen Arbeit auf kurzen und direkten Wegen.

Vor dem Hintergrund unseres weiter verstärkten onkologischen Spektrums haben wir in diesem Jahr zusammen mit unseren Partnern (Onkologie: Dres. Marschner; Pathologie: Dres. Hellerich; Radiologie:

IDR; Strahlentherapie: PD Dr. Weißenberger; Nuklearmedizin: Dr. Schumacher) die regelmäßigen onkologischen Fallkonferenzen weiter intensivieren und ausbauen können. Weiter wurde die Stelle einer Onkologin geschaffen, die als wichtiges Verbindungsglied zwischen Patienten und Ihnen fungiert und die weitere Zusammenarbeit sicher noch optimieren wird.

Die in 2015 fertig gestellten neuen endoskopischen Untersuchungsräume bzw. Arbeitsplätze haben sich in 2016 in vollem Umfange bewährt. Besonders hervorzuheben ist hier der weitere Ausbau und die damit verbundene weitere Expertise in der Durchführung der endoskopischen Submukosa-Dissektion, die wir als eine der wenigen Zentren in Deutschland anbieten. In diesem Zusammenhang war einer der Höhepunkte der ESD-Workshop von Herrn Prof. Tsuneo Oyama bei uns hier im Diakoniekrankenhaus.

Ein weiterer Meilenstein war in diesem Jahr der Beginn der Arbeit des IDR an unserem Hause. Die damit gewonnene radiologische Kompetenz rundet das diagnostische und therapeutische Spektrum unseres Viszeralmedizinischen Zentrums ideal ab.

Die gesamte weitere positive Entwicklung im vergangenen Jahr wäre nicht ohne den unermülichen Einsatz unserer pflegerischen und ärztlichen Mitarbeiter möglich gewesen, denen wir an dieser Stelle sehr



herzlich danken möchten! Besonders dankbar sind wir für die Einstellung, dass trotz aller Verdichtungen im Arbeitsprozess der Patient als Mensch im Mittelpunkt bleibt. Bedanken möchten wir uns auch für die großartige Arbeit, die in unseren Sekretariaten und Ambulanzen geleistet wird. Nicht zuletzt möchten wir uns auch bei unserem Vorstand und unserer Verwaltung für die stets konstruktive und engagierte Unterstützung und Förderung unseres Viszeralmedizinischen Zentrums bedanken.

Für das kommende Jahr stecken wir bereits voller Pläne; so ist mit der Einführung weiterer therapeutischer Optionen in der Antireflux-Chirurgie (Magnetband LINX®-System sowie Ösophagus-Schrittmacher-EndoStim®-System) die Gründung eines Reflux- und Achalasie-Zentrums geplant. Ferner haben wir uns nach einer eingehenden Evaluationsphase entschlossen, das Barrx™-Verfahren zur Radiofrequenzablation von Barrett-Epithel zu etablieren.

In der täglichen Arbeit schätzen wir u. a. vor allem den direkten, unkomplizierten und kompetenten Kontakt mit Ihnen – so macht die Arbeit Spaß!

Wir sind froh und dankbar über diese Kooperation und möchten uns sehr für das uns entgegengebrachte Vertrauen bedanken!

Seien Sie versichert, dass wir auch in 2017 nicht aufhören werden, dieses Vertrauen weiter zu rechtfertigen.

Mit herzlichen kollegialen Grüßen



*H.-P. Algäier*  
Prof. Dr. H.-P. Algäier



*B. Rumstadt*  
Prof. Dr. B. Rumstadt



# Who is who in der Viszeralchirurgie?



**Prof. Dr. med. B. Rumstadt**  
Chefarzt  
rumstadt@diak-fr.de



**Dr. med. R. Ewert**  
Oberarzt  
ewert@diak-fr.de



**Dr. med. H. Rauer**  
Leitender Oberarzt  
rauer@diak-fr.de



**Dr. med. M. Gröschl**  
Oberarzt  
groeschl@diak-fr.de



**A. Siebold**  
Oberarzt  
a.siebold@diak-fr.de



**Dr. med. P. Weigold**  
Oberarzt  
weigold@diak-fr.de



**I. Canizo-Rincon**  
Fachärztin  
canizo@diak-fr.de



**Dr. med. H. Hertenstein**  
Assistenzärztin  
hertenstein@diak-fr.de



**J. Münzer**  
Assistenzarzt  
muenzerj@diak-fr.de



**Dr. med. C. Kunzmann**  
Fachärztin  
kunzmann@diak-fr.de



**S. Kuhn**  
Assistenzärztin  
kuhn@diak-fr.de



**Dr. med. C. Runkel**  
Assistenzarzt  
runkel@diak-fr.de



**T. Rudolf**  
Facharzt  
rudolf@diak-fr.de



**Dr. med. A. McPherson**  
Assistenzärztin  
mcperson@diak-fr.de



**Dr. med. C. ter Wolbeek**  
Assistenzarzt  
wolbeek@diak-fr.de



# Who is who in der Gastroenterologie?



**Prof. Dr. med. H.-P. Allgaier**  
Chefarzt  
allgaier@diak-fr.de



**D. Alivertis**  
Leitender Oberarzt  
alivertis@diak-fr.de



**Dr. med. D. Galandi**  
Oberarzt  
galandi@diak-fr.de



**Dr. med. R. Siebold**  
Oberarzt  
siebold@diak-fr.de



**C. Vollbrandt**  
Oberarzt  
vollbrandt@diak-fr.de



**J. Jonas**  
Oberarzt  
jonas@diak-fr.de



**P. Andert**  
Facharzt  
andert@diak-fr.de



**Dr. med. T. Heck**  
Facharzt  
heck@diak-fr.de



**Dr. med. K. Klee**  
Fachärztin  
klee@diak-fr.de



**Dr. med. C. Lunke-Steffl**  
Fachärztin  
lunke@diak-fr.de



**S. Seuthe**  
Fachärztin  
seuthe@diak-fr.de



**J. Fehlings**  
Assistenzarzt  
fehlings@diak-fr.de



**Dr. med. K. Hauenstein**  
Assistenzarzt  
hauenstein@diak-fr.de



**S. Kramer**  
Assistenzärztin  
kramer@diak-fr.de



**Dr. med. S. Mack**  
Assistenzärztin  
mack@diak-fr.de



**Dr. med. J. Maus**  
Assistenzärztin  
maus@diak-fr.de



**M. Reich**  
Assistenzarzt  
reich@diak-fr.de



**Dr. med. S. Senn**  
Assistenzärztin  
senn@diak-fr.de



**Dr. med. R. Schunk**  
Assistenzarzt  
schunk@diak-fr.de

# Viszeralchirurgie

STATION C1A und C1B  
34 Betten  
12,4 Planstellen

STATION C2A und C2B  
35 Betten  
12,5 Planstellen



# Gastroenterologie

STATION M1A und M1B  
38 Betten  
18,65 Planstellen

STATION M2A und M2B  
38 Betten  
18,95 Planstellen



# Eingriffe in der Viszeralchirurgie

Anzahl	2014	2015	2016	Anzahl	2014	2015	2016
<b>HERNIEN</b>	<b>633</b>	<b>735</b>	<b>774</b>	Portimplantation	122	85	117
<b>Leistenhernie</b>				<b>GASTROINTESTINALE CHIRURGIE</b>	<b>666</b>	<b>717</b>	<b>734</b>
Laparoskopische Hernioplastik (TAPP)	297	352	344	<b>Biliodigestive Eingriffe</b>	<b>475</b>	<b>566</b>	<b>539</b>
Laparoskopische Hernioplastik (TAPP) bei Rezidiv	33	35	37	Laparoskopische Cholezystektomie	401	458	463
Konventionelle Hernioplastik (Lichtenstein)	55	71	71	Konventionelle Cholezystektomie	3	16	9
Konventionelle Hernioplastik (Lichtenstein) bei Rezidiv	4	4	11	Leberresektion	44	52	34
Nabelhernien (konventionelle Hernioplastik)	116	109	126	Pankreasresektion	19	33	23
				Splenektomie	8	7	10
<b>Narbenhernie</b>				<b>Magen</b>	<b>93</b>	<b>82</b>	<b>102</b>
Laparoskopische Hernioplastik (IPOM)	77	80	99	Gastrektomie	11	10	15
Konventionelle Hernioplastik	51	84	86	Magenteilresektion	8	9	19
				Ösophagusresektion	5	4	11
<b>STRUMACHIRURGIE</b>	<b>161</b>	<b>198</b>	<b>235</b>	Laparoskopische Magenresektion	16	13	8
Subtotale Resektion	38	36	48	Laparoskopische Fundoplicatio	53	46	49
Thyreoidektomie	3	54	83				
Hemithyreoidektomie	48	48	63				
Operationen nach Dunhill	19	18	8				
Minimal invasive Schilddrüsenresektion n. ABBA	21	33	24				
Nebenschilddrüse	3	9	9				



Anzahl	2014	2015	2016	Anzahl	2014	2015	2016
<b>Dünndarm</b>	<b>98</b>	<b>69</b>	<b>93</b>	<b>Konventionelle Eingriffe</b>	<b>179</b>	<b>183</b>	<b>167</b>
Dünndarmresektionen	53	43	51	Konventionelle Ileocecalresektion	13	24	16
Ileostoma-Anlage	25	15	23	Konventionelle Transversumresektion	8	3	5
Ileostomarückverlagerung	20	11	19	Konventionelle Hemikolektomie rechts	30	31	32
				Konventionelle Hemikolektomie links	13	3	3
<b>KOLOREKTALE CHIRURGIE</b>	<b>611</b>	<b>615</b>	<b>671</b>	Konventionelle Sigmaresektion	33	25	21
<b>Laparoskopische Eingriffe</b>	<b>432</b>	<b>432</b>	<b>504</b>	Konventionelle Colonssegmentresektion	22	20	23
Laparoskopische Appendektomie	201	218	296	Konventionelle TAR	15	25	21
Laparoskopische Coecumresektion	17	33	24	Abdominoperineale Exstirpation	7	7	3
Laparoskopische Ileocecalresektion	25	16	12	Diskontinuitätsresektion nach Hartmann	17	18	13
Laparoskopische Transversumresektion	3	2	3	Kolostomarückverlagerung	17	5	7
Laparoskopische Hemikolektomie rechts	23	23	30	Transanale Tumorabtragung	14	12	11
Laparoskopische Hemikolektomie links	31	12	10				
Laparoskopische Sigmaresektion	83	81	91				
Laparoskopische Colonssegmentresektion	8	20	5	<b>Gesamtzahl aller Operationen*</b>	<b>2.791</b>	<b>2.800</b>	<b>2955</b>
Laparoskopische TAR	39	27	33				
Laparoskopische Hartmannresektion	2	-	-				

\* Die Gesamtzahl enthält auch Operationen, die nicht in der Auflistung enthalten sind.



## Eingriffe in der Gastroenterologie

Anzahl	2014	2015	2016	Anzahl	2014	2015	2016
<b>ÖSOPHAGOGASTRODUODENOSKOPIEN</b>	<b>1338</b>	<b>1521</b>	<b>1363</b>	<b>ENDOSKOPISCHE SUBMUKOSADISSEKTIONEN ZUR BEHANDLUNG VON GASTROINTESTINALEN FRÜHMALIGNOMEN</b>	<b>20</b>	<b>28</b>	<b>46</b>
therapeutisch	364	351	316				
davon z. B.							
pneumatische Oesophagusballondilatationen	68	33	40	<b>ENDOSKOPISCH RETROGRADE CHOLANGIO- PANKREATIKOGRAPHIEN (ERCP)</b>	<b>324</b>	<b>316</b>	<b>276</b>
Oesophagusbougieerungen	33	68	30	davon (Mehrfachnennung möglich)			
endoskopische Mukosektionen (EMR)				endoskopische Papillotomien	155	150	136
Oesophagus/Magen	39	41	52	endoskopische Steinextraktionen mittels Dormiakorb	128	167	126
transgastrale Drainage von Pankreaszysten/Abzessen	2	-	1	Ballonkatheter	135	152	116
Schwellendurchtrennung Zenker-Divertikel	5	6	3	mechanische Lithotrypsien	8	11	16
				Endodrainagen-Einlagen/Wechsel	145	118	106
<b>ILEOKOLOSKOPIEN</b>	<b>1496</b>	<b>1574</b>	<b>1699</b>	<b>PERKUTANE TRANSHEPATISCHE CHOLANGIODRAINAGEN</b>	<b>25</b>	<b>18</b>	<b>5</b>
therapeutisch	1082	1516	1502				
davon z. B.							
Polypektomien	313	495	659				
endoskopische Mukosaresektionen (EMR)	169	181	389				
Argonplasmakoagulationen	83	142	107				
Ballondilatationen	51	55	46				



Anzahl	2014	2015	2016	Anzahl	2014	2015	2016
<b>PERKUTANE ENDOSKOPISCHE GASTROSTOMIE (PEG)</b>	<b>16</b>	<b>21</b>	<b>4</b>	<b>LOKALTHERAPIE VON LEBERTUMOREN (RFA, PEI)</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>ENDOSKOPISCHER ULTRASCHALL</b>	<b>87</b>	<b>70</b>	<b>73</b>	<b>BECKENKAMMBIOPSIEN</b>	<b>44</b>	<b>44</b>	<b>43</b>
<b>KONTRASTMITTELUNTERSTÜTZTER ULTRASCHALL (CUS)</b>	<b>166</b>	<b>150</b>	<b>149</b>	<b>BRONCHOSKOPIEN</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>15</b>
<b>EINLAGE VON SELBSTEXPANDIERENDEN METALLSTENTSIM GASTRODUODENALTRAKT</b>	<b>25</b>	<b>35</b>	<b>37</b>	teilweise mit broncholärer alveolärer Lavage (BAL)			
<b>ULTRASCHALLGESTEUERTE FEINNADELPUNKTION (LEBER, PANKREAS, LYMPHKNOTEN ETC.)</b>	<b>140</b>	<b>90</b>	<b>101</b>	pH-Metriem	77	60	36
				Dünndarmkapselendoskopien	9	23	23
				<b>Gesamtzahl aller Interventionen*</b>	<b>3.817</b>	<b>3.991</b>	<b>3723</b>

\* Die Gesamtzahl enthält auch Interventionen, die nicht in der Auflistung enthalten sind.

## Japanische Top-ESD-Spezialisten zu Gast im Ev. Diakonienkrankenhaus

Am 28.11.2016 fand unter Leitung des Chefarztes der Medizinischen Klinik, Prof. Dr. med. H. P. Allgaier das erste sog. „ESD-Tutoring“ statt. Als Tutoren waren die international anerkannten ESD-Experten, Prof. Tsuneo Oyama und Dr. Akiko Takahashi aus Saku/Nagano (Japan) angereist. Teilnehmer der Fortbildungsveranstaltungen waren Magen/Darm-Experten aus ganz Deutschland und Österreich.

ESD-Indikationen sind prae- oder frühmaligne Läsionen des Oesophagus, des Magens und des Kolorektums. Mit Hilfe der ESD gelingt es den Tumor en bloc mit mikrochirurgischen Instrumenten (z. B. Dual- oder Hook-Knife) aus dem entsprechenden Organ herauszupräparieren. Der Zugang erfolgt mit flexiblen Endoskopen über natürliche Körperöffnungen. Im Rahmen des Tutoring konnten drei Patienten erfolgreich mit Läsionen im Oesophagus und Kolon behandelt werden.

Die ESD wurde in Japan entwickelt, da hier die Häufigkeit von Magenkarzinomen deutlich höher ist und darüberhinaus eine endoskopische Vorsorgeprogramm etabliert ist. Dadurch gelingt es Frühmalignomen zu diagnostizieren und mittels ESD kurativ zu behandeln. In weiten Teilen Asiens ist die ESD bei der Behandlung von Frühmalignomen des Magen-Darm-Trakts bereits Therapiestandard und besticht durch die geringe Patientenbelastung. Die Behandelten können in der Regel bereits

am 1. postoperativen Tag wieder Nahrung zu sich nehmen und benötigen selten Analgetika, da der eigentliche „Wundschmerz“ entfällt. Seit 2010 wird die ESD im Evangelischen Diakonienkrankenhaus durchgeführt, zwischenzeitlich wurden mehr als 100 Patienten erfolgreich behandelt. Im Oktober 2017 wird im Ev. Diakonienkrankenhaus eine weitere ESD-Lehrveranstaltung stattfinden, dann für Anfänger mit Workshop-Charakter.



*Im Vordergrund Tutor Prof. Oyama mit Headset und Zeigestock. Operateur einer Oesophagus-ESD Prof. Allgaier mit Endoskop und Assistenz durch die Endoskopieleitung Frau Roswitha Tschöpe. Untersuchung in Intubationsnarkose durch den leitenden Anästhesie-Oberarzt Dr. Ernst (ganz links).*

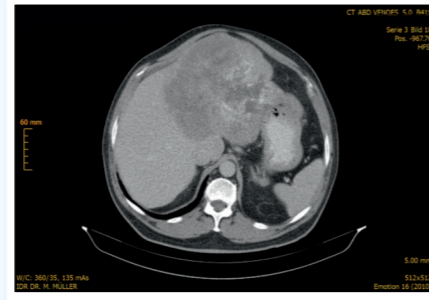


# Kasuistik: Leberchirurgie

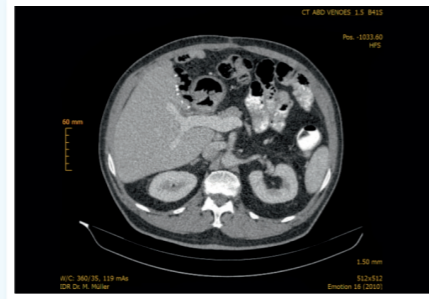
Innerhalb des viszeralmedizinischen Zentrums werden vor dem Hintergrund unserer onkologischen Expertise zunehmend komplexere Leberresektionen durchgeführt.

## FALL 1:

Ein 68-jähriger Patient wurde uns zur Abklärung eines tastbaren Oberbauchtumors vorgestellt. Sonografisch und im durchgeführten CT zeigt sich ein riesiger Tumor im linken Leberlappen. In der weiterführenden Diagnostik bestätigte sich eine Lebermetastase eines Karzinomes im Bereich des rechten Hemicolons. Auf Grund einer hochgradigen Stenose des Primarius erfolgte zunächst eine Hemicolektomie rechts mit der Tumorformel T3, N1, M1, Ro. Nach komplikationslosem Verlauf wurde im Intervall von vier Wochen eine Hemihepatektomie li. mit Entfernung der Lebermetastase durchgeführt. Der zweite postoperative Verlauf war ebenfalls komplikationslos. Im Rahmen der onkologischen Nachsorge zeigte sich im Bereich des rechten Leberlappens (Seg. VI) eine kleine Lebermetastase bei unauffälligem Befund im Bereich der ehemaligen Lebermetastase links. In der interdisziplinären Tumorkonferenz wurde als Therapie für die rechtsseitige Lebermetastase eine RFA beschlossen, die problemlos erfolgreich durchgeführt werden konnte.



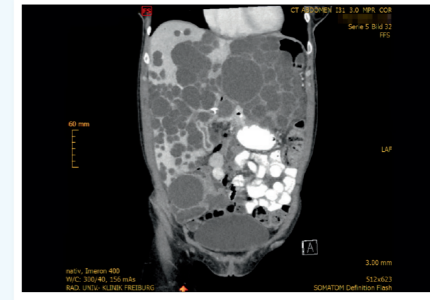
Präop.: *ausgedehnte Lebermetastase linker Leberlappen*



Postop.: *Zustand nach Hemihepatektomie links*

## FALL 2:

Bei einer 52-jährigen Patientin war es zum Auftreten einer familiären Zystenleber gekommen, die sich überwiegend auf den linken Leberlappen beschränkte. Bei guter Syntheseleistung der Leber kam es aufgrund einer zunehmenden mechanischen Kompression des Ductus Choledochus zu einer Cholestase mit konsekutiver Cholangitis. In dieser Situation erfolgte die Einlage einer transpapillären Drainage zur temporären Entlastung. Im weiteren Verlauf wurde dann eine Hemihepatektomie links sowie weitgehende Marsupialisationen der rechtsseitigen Leberzysten durchgeführt. Nach komplikationslosem Verlauf konnte der transpapilläre Stent bei kompletter Dekompression des DHC wieder entfernt werden.



Situation vor Hemihepatektomie links



Präoperative ERCP mit Kompression des Gallengangs



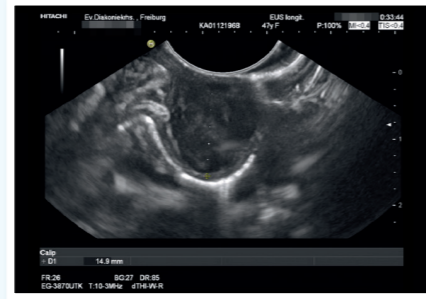
## Kasuistik: Submuköser Kardiatumor

Bei einer 49-jährigen Patientin erfolgten vor dem Hintergrund einer chronischen Refluxerkrankung regelmäßige endoskopische Kontrolluntersuchungen. Dabei zeigte sich ein asymptomatischer, submuköser Tumor im Bereich der Kardia. Endosonografisch imponierte der Befund als Leiomyom.

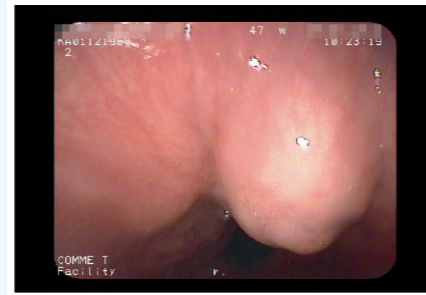
Auf Grund eines nicht unerheblichen Blutungsrisikos bei einer eventuell endoskopischen Abtragung entschlossen wir uns zu einem simultanen chirurgisch-endoskopischen Verfahren.

Via Laparoskopie wurden zwei Trokare in den Magen eingebracht, der simultan endoskopisch insuffliert und videoendoskopiert wurde. Mit dem Ultraschallskalpell wurde dann der Tumor abgetragen und via Gastroskop geborgen. Die Trokarinzisionen im Bereich des Magens wurden laparoskopisch verschlossen.

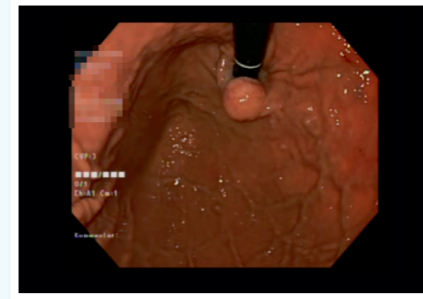
Bei unauffälligem Verlauf konnte die Patientin am 4. postoperativen Tag entlassen werden. Der histologische Aufarbeitung erbrachte den Befund eines benignen Leiomyoms.



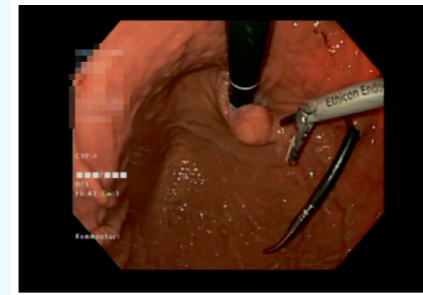
Endosonographiebefund des Kardiatumors



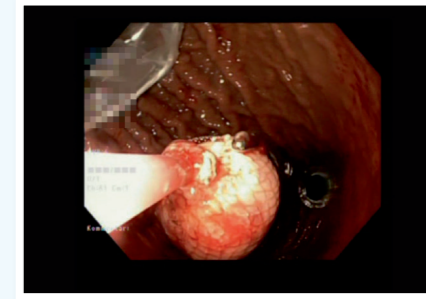
ÖGD: Submuköser Kardiatumor



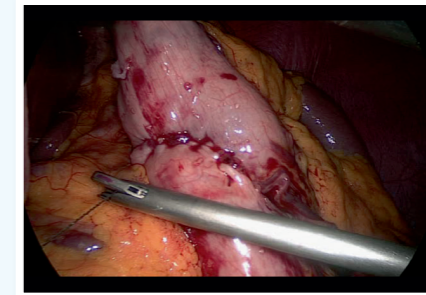
Intraoperativer Situs vor Operation



Transgastrale Tumorpräparation



Endoskopische Tumorbergung



Situs nach laparoskopischer Übernähung der transgastralen Trokarzugänge

# Barrett-Frühkarzinom in long Barret-Ösophagus

## - interventionelle Therapie

### RADIOFREQUENZABLATION (RFA) VON BARRETTMUKOSA

Nach der Testphase im Jahre 2016 mit sehr guten Resultaten haben wir das BarrX-System zur RFA von Barrettmukosa im Ösophagus mit dem Halo-System angeschafft. Die RFA hat sich als wertvolles therapeutisches Verfahren in der Behandlung des Barrettoesophagus etabliert. In ausgewählten Patienten stellt die RFA in Kombination nach durchgeführter endoskopischer Resektion von frühen Barretneoplasien ein additives Verfahren zur Ablation der residualen, nicht neoplastischen Barrettschleimhaut dar. Das Halo-System besteht aus der Kombination eines zirkumferentiellen Ablationskatheters mit auf einem Ballon angebrachten bipolaren Elektrodenringen und eines fokalen Ablationskatheters mit bipolaren Elektroden, die auf einer flexiblen Plattform an der Spitze des Endoskops befestigt werden. Klinische Studien zeigen, dass die RFA ein effektives und sicheres Verfahren mit niedriger Komplikationsrate und dauerhaftem Therapieerfolg darstellt. Die Therapie wird im Rahmen eines stationären Aufenthaltes durchgeführt. Weitere Indikationen sind rezidivierend blutende Angiodysplasien oder die Strahlenproktitis.

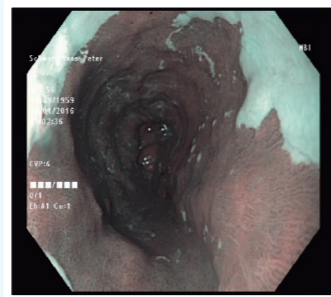


Abb. 1: Übersichtsaufnahme eines long barrett-Ösophagus.

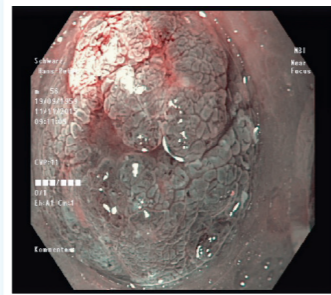


Abb. 2: Detailaufnahme in NBI-Technik nach Essigsäure-Chromoendoskopie im aboralen Anteil des long barrett-Ösophagus, irreguläre Oberflächen- und Gefäßstruktur bei mukosalem Karzinom.

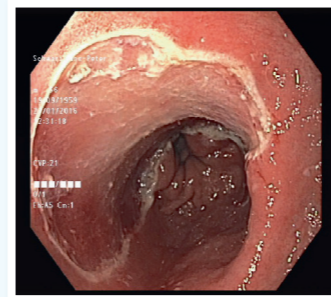


Abb. 3: Nach endoskopischer Mukosaresektion (EMR) des Karzinom-tragenden Anteils Darstellung des flachen Abtragungsulcus.

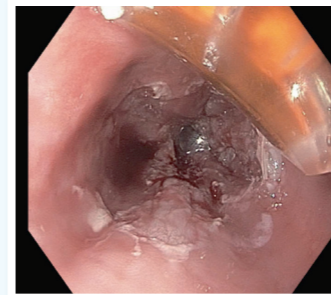


Abb. 4: Ergebnis nach RFA des Restbarrettgewebes im Intervall mit fokalem Ablationskatheter (erkennbar am oberen Bildrand). Aboral davon erkennt man die oberflächliche zirkuläre Koagulationsnekrose nach erfolgreicher RFA.

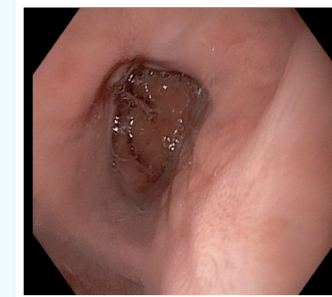


Abb. 5: Abschlusskontrolle im Intervall nach EMR und additiver RFA mit vollständiger Regeneration der Ösophagusschleimhaut mit Nachweis von „neuem“ Plattenepithel und narbigen Residuen.

## Kasuistik: Seltene Ursache einer Dysphagie

Die Vorstellung des 73-jährigen Patienten erfolgte mit kontinuierlich zunehmenden Schluckbeschwerden und Gewichtsverlust. Zuletzt war nur noch der Verzehr von Suppen und passierter Kost möglich gewesen.

Bei einem serologisch und bezüglich des Hautbefundes in Remission befindlichen Pemphigus vulgaris mit initialem Befall der oralen und genitalen Schleimhaut war die immunsuppressive Therapie mit Mycophenolatmofetil im Jahr 2014 beendet worden. Auch in den Verlaufskontrollen hatten sich durchweg keine Antikörper gegen Desmoglein 1 und 3 im ELISA gezeigt.

Bei der in domo durchgeführten Ösophagogastroduodenoskopie zeigte sich bereits in Höhe des oberen Ösophagusphinkters eine hochgradige, zunächst nicht instrumentenpassable Stenose. Nach Kontrastmitteldarstellung des poststenotischen Ösophagus erfolgte die Passage mit sanften Druck in das mittlere Ösophagusdrittel. Hier Befunde, die gut mit einer Pemphigusbeteiligung (abgeschilferte Mukosa und Blasenbildung, siehe Abbildungen) zu vereinbaren waren.

Die entnommenen Biopsien ergaben histologisch eine hochgradige aktive erosive Ösophagitis mit suprabasaler Akantholyse und Blasenbildung (bullös): Der Befund gut vereinbar mit Manifestation eines Pemphigus im Ösophagus.

Klinischer Verlauf: nach der initialen Bougierung sowie nach Beginn einer topischen Steroidtherapie mit Budesonidspray, einer systemischen Cortisongabe und der erneuten Therapie mit Mycophenolat-Mofetil-saft in Rücksprache mit den Kollegen der Klinik für Dermatologie kam es bereits im Laufe des Aufenthaltes zu einer Besserung der Schluckbeschwerden. Bei einer erneuten Vorstellung in der Dermatologie war bis auf das Schlucken von zähen/faserigen Speisen die problemlose Nahrungspassage möglich.

Zusammenfassung: Pemphigus (griech. Pemphix = Blase) ist eine seltene, schwere und meist chronisch verlaufende Erkrankung der Haut und der Schleimhäute mit Blasenbildung. Die Inzidenz des Pemphigus liegt in Zentraleuropa bei ein bis zwei Neuerkrankungen/1 Mio. Einwohner und Jahr; 80% der Pemphigus-Patienten leiden an einem Pemphigus vulgaris. Eine Speiseröhrenbeteiligung ist sehr selten (seit 1970 sind etwa 60 Fälle weltweit in der Literatur beschrieben).

### Literatur:

Schissel DJ, David-Bajar K.: *Esophagitis dissecans superficialis associated with pemphigus vulgaris. Cutis.* 1999 Mar;63(3):157-60.  
 Palleschi GM, Cipollini EM, Lotti T.: *Development of oesophageal involvement in a subject with pemphigus vulgaris: a case report and review of the literature. J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2002 Jul;16(4):405-8.  
 Iyad Khamaysi, MD and Rami Eliakim: *Esophageal Pemphigus Vulgaris. A Rare Manifestation Revisited. Gastroenterol Hepatol (N Y).* 2008 Jan; 4(1): 71-72.

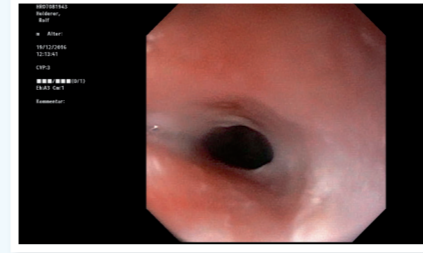


Abb. 1:  
Stenose in Höhe des oberen Ösophagusphinkters.

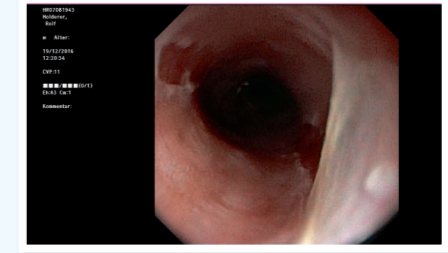


Abb. 3:  
Spontane Blasenbildung im Ösophagus.

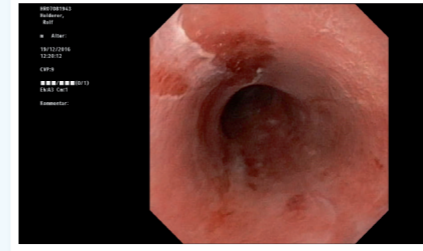


Abb. 2:  
Im mittleren Ösophagusdrittel spontan abgelöste Mukosa.



# Ihre Notizen

---



---



---



---



---



---



---



---

# Wichtige Telefonnummern

## Viszeralchirurgische Klinik

	Telefon	Fax
SEKRETARIAT	0761 1301-222	1301-622
ZENTRALE NOTAUFNAHME	0761 1301-225 0761 1301-250	1301-625
DIENSTH. ARZT	0761 1301-93200	
STATION C1A	0761 1301-242	1301-642
STATION C2A	0761 1301-203	1301-603
STATION C2B	0761 1301-274	1301-674

## Medizinische Klinik

	Telefon	Fax
SEKRETARIAT	0761 1301-233	1301-633
MEDIZINISCHE AMBULANZ	0761 1301-226	1301-626
DIENSTH. ARZT	0761 1301-93300	
ENDOSKOPIE	0761 1301-217	
STATION M1A	0761 1301-292	1301-692
STATION M1B	0761 1301-275	1301-675
STATION M2A	0761 1301-295	1301-695
STATION M2B	0761 1301-276	1301-676





## So finden Sie uns



**Evangelisches  
Diakoniekrankenhaus**  
Akad. Lehrkrankenhaus  
der Universität Freiburg

### **Evangelisches Diakoniekrankenhaus**

Wirthstraße 11  
79110 Freiburg  
Telefon: 0761 1301-01  
Fax: 0761 1301-101  
E-Mail: [info@diak-fr.de](mailto:info@diak-fr.de)



[www.diakoniekrankenhaus.de](http://www.diakoniekrankenhaus.de)