

# Leserbriefe

## Sleeve Gastrectomy oder Roux-en-Y-Gastric-Bypass?

Leserbrief zu: Krapf R. Kurz und bündig – Welche Magenoperation für eine Gewichtsreduktion? Swiss Med Forum. 2018;18(49):1025–26.

Mit Interesse haben wir Ihren oben erwähnten Beitrag im *Swiss Medical Forum* vom 05.12.2018 [1] gelesen, in dem Sie zur Schlussfolgerung kommen, dass die sogenannte Sleeve Gastrectomy ([SG], «Schlauchmagen») aktuell die erste Wahl für einen bariatrisch-metabolischen Eingriff darstellt. Dabei verwenden Sie unter anderem die von uns verfasste SM-BOSS-Studie («Swiss Multicenter Bypass Or Sleeve Study») als unterstützende Referenz [2].

Bei der SM-BOSS-Studie handelt es sich um eine prospektiv-randomisierte Studie, die von Prof. Peterli initiiert und an vier bariatrischen Zentren in der Schweiz durchgeführt worden ist (St. Claraspital, Basel; UniversitätsSpital Zürich; Kantonsspital St. Gallen; Insspital Bern). Zwischen Januar 2007 und November 2011 wurden insgesamt 217 Patienten in die Studie eingeschlossen, von denen 107 Patienten eine laparoskopische SG und 110 Patienten einen laparoskopischen proximalen Roux-en-Y-Gastric-Bypass (RYGB) erhielten. Ziel der Studie war es, mögliche Unterschiede zwischen den beiden Prozeduren bezüglich Gewichtsverlust, Adipositas-assoziierte Begleiterkrankungen, Lebensqualität und Morbidität/Mortalität festzustellen. Nach einer Nachbeobachtungszeit von fünf Jahren zeigte sich für die beiden Eingriffe weder ein statistisch signifikanter Unterschied im erzielten Gewichtsverlust noch in der Behandlung der meisten Adipositas-assoziierten Begleiterkrankungen wie zum Beispiel Diabetes mellitus Typ2, Dyslipidämie und arterielle Hypertonie. Des Weiteren konnte kein Unterschied in Morbidität und Mortalität zwischen den beiden Verfahren gefunden werden. Lediglich in der Behandlung einer bereits vorhandenen gastroösophagealen Refluxerkrankung (GERD) zeigte sich eine signifikante Überlegenheit für die RYGB-Operation. Ausserdem entwickelten weniger Patienten eine De-novo-GERD nach RYGB als nach SG. Besorgniserregend sind in diesem Zusammenhang kürzlich publizierte Studien, die auf eine erhöhte Inzidenz von De-novo-Barrett-Metaplasien bei bis zu 17% der Patienten nach SG hinweisen [3, 4]. Abhängig vom Grad der Dysplasie und der Länge des betroffenen Speiseröhrensegmentes liegt die Inzidenz für ein Barrett-Karzinom zwischen 0,3 und 2,4% pro Jahr. Weitere Daten mit längeren Nachbeobachtungszeiträumen sind sicher nötig, bevor ein

abschliessendes Urteil gefällt werden kann, aber diese Entwicklungen sollten bei den Überlegungen zur Verfahrenswahl sicher Berücksichtigung finden.

Aus diesen Ergebnissen lässt sich unserer Ansicht nach keinesfalls eine Überlegenheit der SG- gegenüber der RYGB-Operation ableiten und wir weisen darauf hin, dass wir den weltweit festzustellenden Trend hin zu einer Bevorzugung der SG über den RYGB [5] vor dem Hintergrund der oben erwähnten Daten sehr kritisch sehen. Diese Position wird auch durch eine weitere prospektiv-randomisierte Studie aus Finnland gestützt, die parallel zur SM-BOSS-Studie publiziert wurde und ebenfalls scheiterte, eine Überlegenheit der SG gegenüber dem RYGB festzustellen [6].

Es gibt Argumente für beide Operationen. Die Wahl soll nach interdisziplinärer Abklärung mit den Patienten nach vollständiger Aufklärung über Vor- und Nachteile der verschiedenen Methoden, auch unter Berücksichtigung des Patientenwillens, erfolgen. Wir erachten es als irreführend, zum heutigen Zeitpunkt, wo die Langzeitkomplikationen respektive Konsequenzen der SG noch nicht genügend bekannt sind, eine so dezidierte Empfehlung wie in Ihrem Artikel erwähnt, abzugeben.

*Prof. Dr. med. Marco Bueter<sup>a</sup>,  
Leiter Bariatrisches Programm,  
UniversitätsSpital Zürich;  
Prof. Dr. med. Ralph Peterli<sup>b</sup>,  
Chefarzt Stv. Clarunis und  
Leiter des Bariatrischen  
Referenzzentrums, Basel*

<sup>a</sup> Vizepräsident und <sup>b</sup> Präsident der Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB)

### Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter <https://doi.org/10.4414/smf.2019.08045>.

### Replik

Vielen Dank für Ihre Meinungsäusserungen [1], zu denen ich gerne kurz Stellung nehme. Vorausgeschickt sei, dass ich in der Rubrik «Kurz und bündig» nicht jeden Aspekt, vor allem nicht alle «secondary outcomes» besprechen kann. Ich möchte aber von meiner Schlussfolgerung nicht abweichen, dass aufgrund meiner Lektüre die einfachere und wahrscheinlich auch billigere Magenschlauchoperation die Therapie der Wahl sein sollte. Zunächst gehe ich mit Ihnen einig, dass sowohl Ihre (übrigens in «Kurz und bündig» zweimal

besprochene [2, 3]) wie die finnische Arbeit [2] an je ca. 100 Patient(inn)en in den beiden Eingriffsgruppen mit Verlaufsbeobachtung über je fünf Jahre zu vergleichbaren Schlüssen kommen.

Der kurz und bündige Status «Therapie/Operation der Wahl» heisst nicht, dass diese auch immer durchgeführt werden soll. Im Sinne einer Differentialindikation und Risikostratifizierung kann und soll man durchaus eine relevante Refluxerkrankung ausschliessen. Inwiefern wirklich signifikant De-novo-Refluxerkrankungen nach der Schlauchmagenoperation auftreten, lässt sich aufgrund der von Ihnen zitierten, kleinen Studien wahrscheinlich noch nicht konklusiv beurteilen. Dieser Aspekt muss aber zweifelsohne adäquat untersucht werden. Für die von Ihnen angegebene Konversionsrate in ein Barrett-Karzinom habe ich in den Arbeiten keine klaren Daten gefunden. Handelt es sich um Extrapolationen von anderen Populationen? Wenn man eine Gesamtschau versucht, also nicht nur auf eine Nebenwirkung fokussiert, besteht wieder einmal eine Konkurrenz der Nebenwirkungen, die man einkaufen muss. Wenn es bei der Schlauchmagenoperation die Exazerbation einer Refluxkrankheit ist, so sind es beim Bypass neben anderen Hernien, Strikturen, Dumping und erhöhte Sturz- und Frakturraten [4]. Wenn wir als mehr oder weniger unbestritten annehmen, dass der Bypass und die Schlauchmagenoperation bezüglich Gewichtsverlust, Kontrolle/Remission des Diabetes mellitus Typ 2, Lipidstoffwechselstörungen u.a.m. nicht identische, aber ziemlich vergleichbare Resultate ergeben, bekommen die Nebenwirkungen einen entsprechend grösseren Stellenwert. In der besprochenen Auswertung einer sehr grossen Zahl von Patient(inn)en aus einer Vielzahl verschiedener Standorte (wahrscheinlich relativ nahe an der «real world experience») sollte meiner Ansicht nach die erhöhte Nebenwirkungsrate («major adverse events») beim Magenbypass nach 30 Tagen, zusammengesetzt aus Mortalität, Reoperationen, thromboembolischen Erkrankungen sowie Hospitalisationen länger als 30 Tage (total 5 vs. 2,9%, gäbe über den Daumen gepeilt eine «number needed to harm» von weniger als 50) Aussicht auf Klärung und – vor allem – Besserung haben.

*Prof. Dr. med. Reto Krapf,  
Redaktor Swiss Medical Forum*

### Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter <https://doi.org/10.4414/smf.2019.08046>.

## Rhinoliquorrhoe

Leserbrief zu: Walder A, Özgüler O, Krähenbühl AK, Goerres GW, Genewein EM. Schnupfen und Kopfschmerzen. Schweiz Med Forum. 2018;18(34):686–8.

Wir danken den Kolleginnen und Kollegen aus Solothurn und Bern für die Präsentation des eindrucklichen Fallberichts einer Rhinoliquorrhoe [1]. Gerne möchten wir aus rhinologischer Perspektive den Fall und die Therapie diskutieren, wobei uns ähnliche Fälle mit gewisser Regelmässigkeit begegnen. Der Artikel von Walder und Kollegen ist zweifelsohne instruktiv, lässt aber leider aktuelle pathophysiologische Aspekte und moderne Therapieformen unerwähnt:

1. **Anamnese:** Es ist in der Tat so, dass die wässrige Rhinorrhoe ein bedeutendes Leitsymptom ist. Wir stimmen mit den Autoren überein, dass dies unspezifisch ist, gehen doch alle Formen der Rhinitis bzw. Rhinosinusitis mit einer Rhinorrhoe einher, die oft wässrig klar ist. Bei der überwiegenden Mehrzahl der Patienten mit Rhinoliquorrhoe ist die Rhinorrhoe jedoch einseitig, nicht schleimig («wie Wasser») und tritt auch nachts auf. Diese Formen und insbesondere die Unilateralität der Rhinorrhoe sind weit spezifischer, ja fast schon pathognomonisch. Interessant wäre auch, ob die aktuelle Symptomatik nach einem Schnuzmanöver aufgetreten ist, denn neben den von den Autoren erwähnten Mechanismen kann ein erhöhter Druck beim Niesen oder Schnutzen zum Eindringen von Luft, und allenfalls auch Bakterien, nach intrakraniell führen.
2. **Ätiologie:** Die Autoren haben absolut zu Recht darauf hingewiesen, dass die akute Rhinosinusitis («Sinusitis») in seltenstem Falle eine Rhinoliquorrhoe bzw. ein Pneumenzephalon verursachen. Hier würde man erwarten, dass der Knochen der Schädelbasis stark ausgedünnt ist, was aber in vorliegendem Fall nicht vorhanden, oder besser gesagt, auf dem weit posterioren Schnittbild nicht erkennbar ist. Wir denken, dass es sich im vorliegenden Fall am ehesten um eine primär-spontane Rhinoliquorrhoe handelte, zumal die ossäre Dehiszenz in der Region der Fossa olfactoria zu finden war (hierzu müsste man im HRCT die weiter anterior gelegenen Schichten

miteinbeziehen). In der Literatur ist diese Prädispositionsstelle der primär-spontanen Rhinoliquorrhoe bestens bekannt und beschrieben [2]. Man geht hier davon aus, dass entlang der duralen Scheiden der Fila olfactoria Liquor durch die Lamina cribrosa fliessen kann. Verschiedene Autoren erhoben die Hypothese, dass ein intermittierender erhöhter Liquordruck mit assoziiertem «empty-sella»-Syndrom ursächlich damit im Zusammenhang steht [3]. Zudem sind in der Literatur in grösseren Fallserien die Ätiologien der Rhinoliquorrhoe aufgelistet und es scheint, dass die Anzahl der primär-spontanen Formen zahlenmässig unterschätzt werden bzw. wurden. Als mögliche zusammenhängende Faktoren werden sowohl für die benigne intrakranielle Hypertension [4, 5] als auch die primär-spontane Rhinoliquorrhoe weibliches Geschlecht, obstruktives Schlafapnoesyndrom (OSAS) und Übergewichtigkeit beschrieben [6], wobei letzteres besonders im vorliegenden Fall von Interesse wäre. Die Arbeit hätte sicher noch gewonnen, wären die aktuelleren Studien zitiert worden.

3. **Diagnostik:** Es ist sicher korrekt, dass weder das Lackmuspapier noch die Glukosestreifen bezüglich Sensitivität und Spezifität geeignet sind und dem Beta-2-Transferrintest mit seiner 98%-igen Spezifität klar unterlegen sind. Die Untersucherabhängigkeit und die Verfügbarkeit dieses aufwändigen Tests hat dazu geführt, dass der nephelometrische Beta-Trace-Test mehr und mehr an Bedeutung gewinnt [7]. Dieser Test kann auch in einer hausärztlichen Praxis abgenommen werden und hat eine geringere Anfälligkeit bei allfälliger Blutbeimengung in der Nase.
4. **Therapie:** Die Autoren beschreiben den neurochirurgischen Zugangsweg zum Abdichten der Liquorfistel. Die Folgen der Kraniotomie hängen im Wesentlichen davon ab, wie weit das Hirn angehoben werden muss. Im vorliegenden Fall wird das vermutlich nur in geringem Ausmass notwendig gewesen sein, weil die Patientin im Rahmen des Pneumenzephalons viel Liquor verloren hat und das Hirn bereits retrahiert war. Nichtsdestotrotz ist mit dem geraden Blickwinkel mit dem Operationsmikroskop die spitzwinklige Sicht auf die Schädelbasis erfahrungsgemäss ungünstig.

Liegt zudem der Defekt weiter vorne, also in der Fossa olfactoria, wird der Operateur zwangsläufig mehr tastend als sehend die Dura in der Region des Riechnervs rekonstruieren können. Das Risiko einer permanenten Anosmie mit entsprechender starker Einschränkung der Lebensqualität ist nicht ausser Acht zu lassen und wurde leider beim vorliegenden Fall nicht beschrieben. Erstaunt hat uns in diesem Kontext, dass die Autoren den transnasal-endoskopischen Zugang glattweg skotomisiert haben, obschon seit den 1990er Jahren dieser Zugang als «standard of care» beschrieben wurde [8]. Mit diesem Zugang ist die Bedeutung der Kraniotomie in den letzten drei Jahrzehnten zunehmend in den Hintergrund geraten. Der endoskopische Zugang [9] vermeidet nicht nur die Ausbildung einer Narbe, sondern erniedrigt die gesamte Morbidität, Operations- und Hospitalisationsdauer, was schlussendlich den Patienten und dem Gesundheitssystem zugutekommt.

Wir möchten es nicht unerwähnt lassen, dass an unserer Institution eine etablierte interdisziplinäre Kooperation zwischen der Neurochirurgie und Otorhinolaryngologie besteht, wo solche Fälle gemeinsam angegangen werden.

Prof. Dr. med. David Holzmann,  
PD Dr. Michael B. Soyka,  
Leitung Rhinologie ORL USZ

### Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter <https://doi.org/10.4414/smf.2019.08057>.

### Replik

Wir danken den Kollegen Holzmann und Soyka für die wertvollen Ergänzungen [1] zu unserem Fallbericht [2].

Dr. med. Eva Maria Genewein, Solothurn

### Literatur

- 1 Holzmann D, Soyka MB. Rhinoliquorrhoe. Schweiz Med Forum. 2019;19(0708):144.
- 2 Walder A, Özgüler O, Krähenbühl AK, Goerres GW, Genewein EM. Schnupfen und Kopfschmerzen. Schweiz Med Forum. 2018;18(34):686–8.