

## Forum

**Stellungnahme der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für laparoskopische und thorakoskopische Chirurgie der Schweiz (SALTC) über den Sinn und Unsinn der laparoskopischen Antirefluxchirurgie: eine unwissenschaftliche Betrachtung**

Unter Berufung auf das Streitgespräch zwischen renommierten Gastroenterologen und einem ausgewiesenen Viszeralchirurgen und Laparoskopiker [1–3] ist es der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für laparoskopische und thorakoskopische Chirurgie (SALTC) ein Bedürfnis, die Fakten in ihr richtiges Licht zu rücken. Gerade auf dem Gebiet der gastroösophagealen Refluxkrankheit erhitzten sich seit Jahrzehnten die Gemüter der sonst sich in nahezu idealer Weise ergänzenden und konstruktiv zusammenarbeitenden, interdisziplinär denkenden Gastroenterologen und Viszeralchirurgen. Dabei stehen uns heute, Jahrzehnte nachdem Nissen erstmals über die nicht immer überzeugenden Resultate der Antirefluxchirurgie berichtet hat, potente Medikamente ( $H_2$ -Blocker, PPI, Prokinetika), bessere diagnostische Verfahren (Endoskopie, Biopsie/Histologie, 24h-pH-Manometrie) sowie minimal-invasive Verfahren, welche den Barrett-Ösophagus als prämaligene Läsion mit Hilfe photodynamischer Therapien, einer multipolaren Elektrokoagulation oder einer Nd:YAG-Laserbehandlung abladierten, zur Verfügung. All diese neuen gastroenterologischen Therapiemodalitäten, welche noch nicht allesamt ihre Langzeitwirkung und Kosteneffektivität bewiesen haben, tragen scheinbar nicht dazu bei den Stellenwert der Chirurgie zu stärken, wenn es gilt, einen antirefluxchirurgischen Eingriff zu indizieren. Zudem ist es bis anhin nie gelungen, in einer randomisierten Langzeitstudie die Lebensqualität von Patienten mit Langzeitmedikation und einer chirurgischen Intervention zu vergleichen.

In den letzten Jahrzehnten standen manche Gastroenterologen der Antirefluxchirurgie mit einer nicht immer nachfühlbaren Skepsis gegenüber. Dies führte dann allerdings auch zu komplexen Krankheitsverläufen mit Stenosen, schwer kompromittierter ösophagealer Motilität und fortschreitender inte-

stinaler Metaplasie. Dabei ist gerade die Frage der intestinalen Metaplasie im Kardiabereich auch für uns Chirurgen von entscheidender Bedeutung, indem die Refluxchirurgie uns nicht davor schützt, den Barrett-Ösophagus weiter postoperativ endoskopisch zu überwachen, um die nach wie vor steigende Inzidenz des Adenomkarzinoms nicht zu verpassen.

Mit der laparoskopischen Antirefluxchirurgie steht uns nun seit wenigen Jahren eine minimal-invasive Methode zur Verfügung, welche für den Patienten und manchen zuweisenden Arzt zunächst verlockend erscheint. Die Laparoskopie vermag ein seit Jahrzehnten etabliertes Verfahren kompromisslos vorzunehmen, kann dabei unbestritten Spital- und sozio-ökonomische Kosten (Arbeitsausfall etc.) sparen, verlangt vom Operateur jedoch eine erhebliche Erfahrung in der Antireflux- und minimal-invasiven Chirurgie. Gerade dies traf zu Beginn der 90er Jahre nicht zu, wo verschiedene Publikationen von Kleinserien mit laparoskopischen Antirefluxplastiken schlechte Resultate aufzeigten. Wie immer in der laparoskopischen Chirurgie gilt der Grundsatz, dass die Indikation nicht der Technik angepasst werden darf, sondern fundiert und im Gespräch zwischen Gastroenterologen und Viszeralchirurgen bei einem optimal abgeklärten und konservativ korrekt vorbehandelten Patienten vorgenommen werden soll. So liegen heute bezüglich Morbidität und Mortalität ausgezeichnete international publizierte Statistiken mit genügendem «case load» vor. Allein die Langzeitresultate mit einer anzustrebenden Refluxfreiheit von 90% über 10 Jahre lassen sich aus historischen Gründen noch nicht konklusiv beurteilen, obgleich die ersten Langzeitstudien (Watson/Lundell/Johannson/Hinder/Luostarinen) über Refluxfreiheitsraten von 71–90% berichten. Über verschiedene Punkte der Antirefluxchirurgie besteht noch keine Evidenz, insbesondere was die Frage nach dem Vorteil der partiellen Fundoplikatio bezüglich postoperativer Dysphagie anbelangt, was die Vorteile der Laparoskopie gegenüber der offenen Technik und einige technische Problempunkte (Ligatur der Arteria gastricae brevis, Hiatuspräparation etc.) und die postoperative Karzinominzidenz beim Barrett-Ösophagus anbelangt. Hier wird uns die «UK Medical Research Council Study 2000» möglicherweise Aufschluss geben.

Zusammenfassend plädieren wir für eine sorgfältige Indikationsstellung, wobei die laparoskopische Antirefluxchirurgie durchaus ihre Berechtigung hat, indem es ein Jahr nach medikamentösem Therapiestopp in 80% zu Refluxrezidiven kommt [4], es nach 6 Jahren konservativer Therapie in 20% zu Strikturen, Ulzera oder einem Barrett-Ösophagus kommt [5] und postoperativ eine geringere Metaplasierate am ösophago-gastralen Übergang zu erwarten ist [6]. Oft ist es allerdings der Wunsch des Patienten, nach jahrelanger Medikamenteneinnahme einen Chirurgen aufzusuchen und sich bezüglich einer Antirefluxplastik beraten zu lassen.

Bewusst verzichten wir auf die Begründung der gemachten Aussagen, indem die Literatur äusserst umfangreich ist und deren Interpretation erst die Vor- und Nachteile des konservativen und operativen Verfahrens richtig aufzeigt.

*Dr. med. H. Wehrli, Präsident SALTC*

- 1 Bauerfeind P, Beglinger C, Renner EL, Rösch T, Schwizer W, Wirth HP, Fried M. Gastro-Highlights '99. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(1):30-5.
- 2 Buchmann P. Gastro-Highlights '99 [Leserbrief]. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(18):948.
- 3 Fried M, Schwizer W. Replik. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(18):948-9.
- 4 Klingman RR, Stein HJ, DeMeester TR. The current management of gastroesophageal reflux. Adv Surg 1991;24:259-91.
- 5 Prossard E. Gastroenterology 1991;100:A36.
- 6 Tytgat GN. Possibilities and shortcomings of maintenance therapy in gastroesophageal reflux disease. Dig Surg 1999;16:1-6.

## Weitere Literatur

- 7 Stein HJ, Feussner H, Siewert JR. Indikation zur Antirefluxchirurgie des Ösophagus. Chirurg 1998;69:132-40.
- 8 Tytgat GN. Possibilities and shortcomings of maintenance therapy in gastroesophageal reflux disease. Dig Surg 1999;16:1-6.
- 9 Hinder RA, Smith SL, Klingler PJ, Branton SA, Floch NR, Seelig MH. Laparoscopic antireflux surgery – It's a wrap! Dig Surg 1999;16:7-11.
- 10 Watson A. Update: total versus partial laparoscopic fundoplication. Dig Surg 1998;15:172-80.
- 11 Tytgat GNJ. Esophageal Disorders. Curr Opin Gastroenterol 2000;16:349-50.

## Forum

**Limitation du nombre des médecins en Suisse**

L'article de Mme Bellini intitulé «Faut-il mettre les vieux médecins au placard?» paru dans l'«Hebdo» du 3 août dernier appelle quelques commentaires.

En effet, la phrase «Si l'Etat veut limiter le nombre de médecins, il doit le faire à tous les niveaux» laisse entendre que cette mesure permettrait de réduire les coûts de la santé en Suisse.

Cette hypothèse des plus fantaisistes me laisse perplexe. En effet, les frais ambulatoires ne représentent que le tiers des dépenses totales de santé, alors que les traitements hospitaliers frôlent les 50%. D'autre part, les prestations médicales ambulatoires n'ont pratiquement pas augmenté depuis 1993 (passant d'un indice 100 à 101,2), et restent nettement en dessous de l'indice des prix à la consommation (qui a passé de 100 à 104 sur la même période). Les dépenses hospitalières par contre continuent d'augmenter à une cadence vertigineuse depuis 20 ans sans laisser présager aucun signe d'infléchissement (sources: Office Fédéral de la Statistique, Neuchâtel).

J'aimerais dès lors qu'on m'explique les raisons de cet acharnement sur la médecine ambulatoire privée alors que d'autres indices montrent clairement qu'elle n'est pas à l'origine des difficultés de l'Etat à maîtriser les coûts de la santé. En effet, le mythe d'un nombre de médecins trop élevé en Suisse ne résiste pas à une analyse, même superficielle. Ces trente dernières années, le nombre de femmes médecins qui se sont installées en Suisse n'a cessé d'augmenter. Or celles-ci, dans une proportion non négligeable, pratiquent à temps partiel, éléments qu'il est impossible de dégager des statistiques qu'on nous présente. En conséquence, la densité de médecins par habitants n'est

pas fiable puisqu'il faudrait connaître entre autre leur pourcentage de travail.

D'autre part, les dépenses sanitaires de la France, de la Suisse et de l'Italie montrent qu'il n'y a pas de lien évident entre celles-ci et le nombre de médecins pour 1000 habitants (Marc Comina, «Le Temps» du 15 juillet 2000). En effet, les frais de santé nettement moins élevés en Italie s'accompagnent d'une densité médicale beaucoup plus importante qu'en Suisse (en particulier dans le canton de Neuchâtel, souvent stigmatisé par les caisses-maladie), alors que la densité médicale faible de la France débouche sur des dépenses sanitaires comparables à celles de la Suisse.

Enfin, l'analyse, durant ces dix dernières années, des factures des médecins ambulatoires par la Caisse des Médecins Suisse montre que les frais par assuré n'ont pratiquement pas varié durant cette période. Ceux-ci se situent toujours en moyenne autour des 240 francs par facture.

On est donc très étonné d'une part de voir que les médecins installés en cabinet privé restent les moutons noirs dont il faudrait à tout prix débarrasser le troupeau et, d'autre part, de constater que tous les efforts sont déployés au niveau de la part la moins importante des dépenses de santé qui, de surplus, est celle qui augmente le moins – et, j'ose à peine le dire, semble même parfaitement maîtrisée depuis de nombreuses années.

Mais revenons sur le sujet de l'article. Il est désespérant de constater qu'une décision de mettre à la retraite les praticiens âgés de plus de 70 ans se base sur des considérations économiques (erronées de surplus) et non sur un souci de la qualité des soins et de la protection de la population.

Par contre, je n'ai jamais trouvé particulièrement réjouissant le fait que des médecins, après de longues années d'études sans revenus, puis des années d'assistantat dans les hôpitaux et les policliniques avec des horaires variant entre 50 et 70 heures par semaine se voient obligés, pour s'en sortir

financièrement, de continuer à travailler après l'âge de 70 ans.

J'apprécie la remarque, en fin d'article, sur le fait que les médecins ne s'installent pas avant 30 ou 40 ans et seraient peu prévoyants. Là, un point intéressant est soulevé. En effet, ayant fini mes études à 26 ans, j'ai travaillé dans des hôpitaux et des policliniques du canton de Vaud comme assistant, puis comme chef de clinique afin d'acquérir ma formation de spécialiste. Il est intéressant de savoir qu'à l'époque l'Etat de Vaud engageait ses assistants et ses chefs de clinique en contrat de droit privé afin de pouvoir leur offrir le salaire royal de 2600 francs par mois sans avoir à participer à une caisse de retraite. Comment soit-il possible d'entretenir une famille et de se constituer un deuxième, voire un troisième pilier dans ces conditions?

Les choses ont fort heureusement changé depuis lors, en particulier en 1985 lorsque que les caisses de retraite sont devenues obligatoires. Mais cela est valable pour les médecins qui ont terminé leurs études à cette époque. La situation des anciens n'est pas aussi réjouissante, surtout parmi les spécialités à bas revenu, celle que l'on a trop tendance à oublier quand il s'agit de réduire les coûts de la santé (généralistes, pédiatres, pneumologues et j'en oublie).

Il n'est pas de semaine sans que l'on tire à boulets rouges dans la presse et au Conseil fédéral sur la médecine ambulatoire. Ne serait-il pas temps d'aborder les choses avec un sens critique plus aiguisé et de se poser des questions sur l'attitude de l'Etat qui noie ainsi le poisson en évitant de mettre les soins hospitaliers en cause? Il est vrai qu'il est ici juge et partie, l'encaisseur et le payeur, et qu'il a de bonnes raisons de ne pas trop remuer le bâton dans la fourmilière. Je me suis toujours demandé comment les hôpitaux publics peuvent voir leurs coûts exploser pareillement alors que les cliniques privées semblent en mesure d'avoir des finances saines. Mais c'est une autre histoire qui mériterait une lettre de lecteur à elle seule.

*B. Scherler, Colombier*