

Christine Hesse

Dr. med.

## **Chirurgische Therapie des Ösophaguskarzinoms und des Karzinoms des gastroösophagealen Übergangs**

Vergleich zweier Resektions- und Rekonstruktionsmethoden

Geboren am 14.12.1968 in Stuttgart

Staatsexamen am 16.06.2010 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Chirurgie

Doktorvater: PD Dr. med. Werner Hartwig

Die chirurgische Resektion stellt derzeit die Therapie der Wahl mit potentiell kurativem Ansatz beim Ösophaguskarzinom beziehungsweise dem Karzinom des gastroösophagealen Übergangs dar. Trotz Optimierung der Operationsverfahren bleibt die Ösophagusresektion eine Therapie mit hoher Morbidität. In der aktuellen Studienliteratur wird die Technik des chirurgischen Vorgehens selbst kontrovers diskutiert. Es ist unklar, ob eine ausgedehnte transthorakale Resektion, welche mit einer erhöhten peri- und postoperativen Morbiditäts- und Mortalitätsrate einhergeht, bezüglich der Langzeitprognose Vorteile im Vergleich zur limitierten Vorgehensweise der transhiatalen Ösophagusresektion liefert.

Die Daten der vorliegenden Arbeit bestätigen an unserem Patientenkollektiv die Ergebnisse einer kürzlich publizierten randomisierten Studie (Hulscher et al., 2002). Das transthorakale Vorgehen zeigt sich gegenüber dem transhiatalen Vorgehen als der invasivere Eingriff mit signifikanten Unterschieden bezüglich Blutverlust, OP-Dauer und Intensivaufenthalt. Vor allem vermehrt auftretende pulmonale Komplikationen bestätigen die transthorakale Resektion als das deutlich invasivere Verfahren. Insbesondere bei Patienten mit pulmonalen Vorerkrankungen ist deshalb die Indikation zur transthorakalen Resektion nur nach eingehender Risiko-Nutzen-Abwägung zu stellen. Bezüglich der chirurgischen und nichtchirurgischen Gesamtmorbidität und Mortalität waren jedoch in dem hier beobachteten Patientenkollektiv von 144 Patienten keine signifikanten Unterschiede zu verzeichnen.

Der zweite Studienteil stellt eine prospektive Analyse einer unselektierten Patientenkohorte von insgesamt 111 Patienten dar, die sich einer Ösophagusresektion mit Anlage einer Ösophagogastrostomie unterzogen. Dabei wurden zwei verschiedene Wege der Passagerekonstruktion angewandt: die Fundusrotationsgastroplastik und der konventionelle Magenschlauch nach Kirschner-Akiyama.

Die schwerwiegendste Komplikation in der chirurgischen Therapie des Ösophaguskarzinomes stellt die Anastomoseninsuffizienz dar. Sie ist mit erhöhten peri- und postoperativen Morbiditäts- und Mortalitätsraten vergesellschaftet. Wesentlich für das Auftreten einer Anastomoseninsuffizienz scheinen zwei Faktoren zu sein: zum einen eine mangelhafte Durchblutung des als Ösophagusersatz erhaltenen Magenschlauches, zum anderen eine für eine spannungsfreie Anastomose nicht ausreichende Länge des Interponats. Die Passagerekonstruktion mittels der Fundusrotationsgastroplastik als Passagerekonstruktionsmöglichkeit wurde in bisherigen Studien mit einem ausgeprägten Längengewinn und hervorragenden Durchblutungsverhältnissen in dem zu anastomosierenden Bereich assoziiert, bedingt durch den Erhalt der Gefäßarkade an der kleinen Kurvatur. Die Fundusrotationsgastroplastik soll somit eine spannungsfreie Anastomose ermöglichen und das Risiko einer Anastomoseninsuffizienz minimieren.

Die vorliegende Arbeit untersuchte erstmalig, ob mit Hilfe der Technik der Fundusrotationsgastroplastik die Morbidität und die Mortalität im Vergleich zur konventionellen Magenschlauchbildung gesenkt werden kann, ohne die Langzeitprognose durch eine möglicherweise eingeschränkte Lymphadenektomie zu beeinflussen. Es konnte nachgewiesen werden, dass beide Rekonstruktionsverfahren vergleichbare peri- und postoperative Ergebnisse liefern, obwohl bei der Fundusrotationsgastroplastik signifikant häufiger kollare Risikoanastomosen angelegt worden waren. Ebenso konnten etwaige Nachteile bezüglich des Ausmaßes der Lymphadenektomie und der Langzeitprognose nicht nachgewiesen werden. Die aktuelle Arbeit konnte zeigen, dass die Fundusrotationsgastroplastik vor allem bei proximalen Tumoren eine gute Alternative zum konventionellen Magenschlauch nach Kirschner-Akiyama darstellt.