



**Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg**  
**Fakultät für Klinische Medizin Mannheim**  
**Dissertations-Kurzfassung**

**Vergleich der biliodigestiven Anastomosen beim malignem und  
benignem Verschlußikterus**

Autor: Michael Bambach  
Einrichtung: Chirurgische Klinik  
Doktorvater: Priv.-Doz. Dr. D. Jentschura

Biliodigestive Anastomosen als Möglichkeit des Galleabflusses bei biliären Obstruktionen spielen eine wichtige Rolle bei der chirurgische Therapie des benignen und malignen Verschlußikterus. Besonders bei maligner Genese handelt es sich hierbei um eine wichtige Methode zur palliativen Therapie des Verschlußikterus. Trotz der über hundertjährigen Erfahrung werden die verschiedenen Techniken nach wie vor im Hinblick auf Effizienz und Durchführbarkeit kontrovers diskutiert.

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die verschiedenen Operationsverfahren hinsichtlich Durchführbarkeit, Komplikationsrate sowie ihrer Kurz- und vor allem Langzeitergebnisse beim benignem und malignem Verschlußikterus zu untersuchen. Hierbei wurde besonders Wert auf ein großes Patientenkollektiv mit ausreichender Nachbeobachtungszeit gelegt. Dabei sollte gezeigt werden, ob die Wahl des Operationsverfahrens entscheidend für den postoperativen Krankheitsverlauf ist und ob Faktoren wie eine ausgeprägte präoperative Hyperbilirubinämie mit oder ohne präoperativer endoskopischer oder perkutaner Galleableitung diesen wesentlich beeinflussen. Desweiteren wurde untersucht, ob eine begleitende Gastroenterostomie bei malignen Erkrankungen die Lebensqualität der Patienten positiv beeinflusst. Die Fragestellung wurde im Rahmen einer retrospektiven Analyse von 181 Patienten bearbeitet. Der Krankheitsverlauf, bis 24 Monate nach Operation, wurde durch Auswertung der Krankenunterlagen und Befragung der weiterbehandelten Ärzte untersucht.

Es zeigte sich, daß bei malignen Erkrankungen die Cholezystojejunostomie keine höhere Komplikationsrate aufweist als andere Verfahren. Die häufig in der Literatur erwähnte Notwendigkeit zur Reintervention bei diesem Verfahren konnte nicht bestätigt werden. Der Vergleich mit der Hepatikojejunostomie ergab keinen Unterschied bezüglich der Operationsdauer, intra- und postoperativer Komplikationshäufigkeit und Überlebenszeit. Beim benignem Verschlußikterus erwies sich die Hepatikojejunostomie als ein bewährtes Verfahren mit nur geringer Komplikationsrate. Die Höhe des präoperativen Bilirubinspiegels hatte keinen Einfluß auf die intra- und postoperative Komplikationsrate sowie den weiteren Verlauf bei Patienten mit malignem und benignem Verschlußikterus, unabhängig von einer präoperativen Galleableitung. Bei Patienten mit malignen Erkrankungen hatte der präoperative Bilirubinspiegel keinen Einfluß auf die Überlebenszeit. Die in der vorliegenden Untersuchung bei nahezu drei Viertel der Patienten mit malignem Verschlußikterus durchgeführte simultane Gastroenterostomie zeigt bei gleicher perioperativer Komplikationsrate im postoperativen Verlauf ein hoch signifikant geringeres Auftreten von Übelkeit mit rezidivierendem Erbrechen. Bei keinem dieser Patienten mußte aufgrund einer Magenausgangs- bzw. Duodenalstenose ein zweiter Eingriff durchgeführt werden.

Insgesamt zeigt die vorliegende Untersuchung, daß die Anlage einer Cholezystojejunostomie, besonders als palliative Therapie, beim malignen Verschlußikterus ein für den Patienten wenig belastender Eingriff ist, der die Lebensqualität vor allem durch den Rückgang des meist stark belastenden Ikterus erhöht. Die zusätzliche Anlage einer Gastroenterostomie sollte auf jeden Fall als nützlicher und wenig belastender Nebeneingriff in Erwägung gezogen werden. Die häufig empfohlene präoperative Galleableitung muß aufgrund der vorliegenden Ergebnisse kritisch betrachtet werden. Patienten, welche einer präoperativen Galledrainage unterzogen wurden, hatten keine Vorteile bei gleicher Komplikationsrate.