



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

**Das Magenkarzinom des alten Patienten – Mannheimer Ergebnisse**

Autor: Christian Eichholz  
Institut / Klinik: Chirurgische Klinik  
Doktorvater: Priv.-Doz. Dr. F. Willeke

In der Chirurgischen Universitätsklinik in Mannheim wurden von September 1976 bis Dezember 2002 insgesamt 184 Patienten jenseits des 75. Lebensjahres mit einem Magenkarzinom behandelt. Die Indikation zur Gastrektomie oder zur subtotalen Magenresektion wurde bei 164 Patienten anhand der Tumorlokalisation, der Laurén-Klassifikation und unter Berücksichtigung des spezifischen Operationsrisikos des Patienten gestellt. Atypische Resektionen blieben Ausnahmefällen vorbehalten. Seit 1984 umfasste die systematische Lymphadenektomie die Kompartimente I und II, bei schwerwiegenden Begleiterkrankungen wurde sie auf die perigastralen Lymphknoten beschränkt.

Das Geschlechterverhältnis (Männer : Frauen) betrug 1 : 1,1 bei einem etwa ausgeglichenen Verhältnis in der Altersklasse der 75- bis 80-Jährigen und einem kontinuierlichen Anstieg auf 1 : 1,4 zu Gunsten der Frauen in den höheren Altersklassen. Das mittlere Alter stieg im Verlauf der Studie von 76,6 auf 79 Jahre an (Range 75,0 bis 91,0, Median 77,4). Vor allem in der letzten Dekade wurden auch über 85-jährige Patienten operiert. Insgesamt hatten 16,8% der Patienten zum Operationszeitpunkt ein Frühkarzinom, bei 60,9% lag bereits ein weit fortgeschrittenes Tumorstadium (UICC 1997 II bis IV) vor. Mit 71,9% war das Adenokarzinom die häufigste Tumorentität. Der Intestinaltyp nach Laurén dominierte mit 59,6%. Häufigste Resektionsverfahren waren mit einem Gesamtanteil von 68,3% die subtotalen Resektionsverfahren, wovon 91,9% distale Magenteilresektionen (87,4% Billroth II, 12,6% Billroth I) waren, bei 8,1% handelte es sich um eine Segmentresektion (4,5%) beziehungsweise um eine proximale Magenteilresektion (3,6%). In 31,7% der Fälle wurde eine Gastrektomie vorgenommen, wobei bis 1983 bei sieben Patienten nach Schloffer oder Longmire operiert und ab 1996 bei zwei Patienten transhiatal beziehungsweise ab 2001 bei zwei weiteren Patienten mittels eines Zwei-Höhleneingriffs erweitert gastrektomiert wurde. Die postoperative Morbidität lag insgesamt mit 23,8% etwas niedriger als von vergleichbaren Studien aus der westlichen Welt berichtet, jedoch höher als Berichte von einigen Autoren aus Ostasien und sogar noch im oberen Rahmen der Literaturangaben für unter 70-jährige Patientenkollektive. Gleiches gilt für die postoperative Mortalität mit 1,8%. Sie setzte sich aus 13,4% internistischen Komplikationen und aus 10,4% technisch bedingten chirurgischen Komplikationen zusammen und lag nach subtotaler Magenresektion etwas höher (25,9%) als nach der Gastrektomie (19,2%). Wie auch von anderen Autoren berichtet waren 56,4% der postoperativen Morbidität rein kardiopulmonal bedingt. Die wichtigsten technisch bedingten Komplikationen waren der Platzbauch (15,4%) und die Anastomososen- (10,3%) beziehungsweise die Duodenalstumpfsuffizienz (7,7%). Die 5-Jahres-Überlebensrate zeigte mit 38,6% ein sehr gutes Resultat, muss aber vor dem Hintergrund der Patientenselektion gesehen werden. Statistisch signifikant für das Überleben war in dieser Studie neben dem UICC-Stadium die Operationsmethode beziehungsweise das Auftreten von Komplikationen. Ein niedriges UICC-Stadium und eine subtotale Magenresektion ohne Komplikationen waren prognostisch am günstigsten. Die Tumorlokalisation, der Resektionsstatus, der Laurén-Typ und das Geschlecht beeinflussten das Überleben in dieser Studie hingegen nicht signifikant.

Die Studie konnte zeigen, dass auch für den älteren Patienten die Resektion die wichtigste und potentiell kurative Option beim soliden Tumor des Magens ist. Es ist daher wichtig, dass Indikationsstellung und onkologische Kriterien bei der Resektion unabhängig vom numerischen Alter des Patienten gesehen werden. Die Langzeitresultate sind beim älteren Patienten mit kurativem Therapieansatz durchaus mit denen jüngerer Patientenkollektive vergleichbar. Bei onkologischer Vertretbarkeit sollte, vor allem bei den sehr alten Patienten, der subtotalen Magenresektion der Vorzug gegeben werden. Die Lymphadenektomie sollte sich auf das Kompartiment I beschränken. Hauptansatzpunkt zur Verbesserung der Prognose ist bei alten wie jungen Patienten die frühzeitige Diagnosestellung sowie eine gute präoperative Risikoanalyse mit optimalem perioperativen Management.