

Sonja Roth  
Dr. med. dent.

## **Resektionsausmaß beim Magenkarzinom- Einfluss der Patientenkomorbidität und der Splenektomie auf die chirurgische Morbidität und Mortalität: Eine prospektive Single Center Studie.**

Geboren am 18.02.1981 in Herrmannstadt (Rumänien)  
Staatsexamen 07/2005 bis 12/2005 und Approbation am 21.12.2005 an der  
Universität Heidelberg

Promotionsfach: Chirurgie  
Doktorvater: PD Dr. med. Werner Hartwig

Die Radikalität der Resektion von Magenkarzinomen wird weiterhin kontrovers diskutiert. Die Intention dieser Studie war ein prospektiver Vergleich von totaler Gastrektomie (TG) und subtotaler Gastrektomie (SG) mit D2-Lymphadenektomie bezüglich des peri- und postoperativen Outcomes, zudem die Identifikation von Risikofaktoren für das Auftreten von chirurgischen und internistischen Komplikationen. In einem zweiten Teil der Arbeit wurde der Einfluss der zusätzlichen Splenektomie (SE) bei totaler Gastrektomie analysiert.

Unser Kollektiv bestand aus 52 Patienten mit TG und 85 Patienten mit SG, welche an unserer Klinik zwischen 11/2001 und 12/2006 operiert wurden. In beiden untersuchten Gruppen waren im Vergleich zu bereits publizierten randomisierten Arbeiten mehr alte Patienten (Mittelwert: 62,9 Jahre (TG) und 63,9 Jahre (SG)) mit insgesamt höheren ASAWerten (Mittelwert: 2,4) eingeschlossen. Bezüglich Patienten- und Tumorcharakteristika waren keine wesentlichen Unterschiede vorhanden, ausser dass bei der subtotalen Resektion die Tumoren signifikant häufiger im Antrumbereich lokalisiert waren. Intra- und perioperativ fanden sich für die TG signifikant längere Operationszeiten und signifikant häufiger Bluttransfusionen als in der SG-Gruppe. Ferner konnte eine Tendenz für einen längeren Krankenhausaufenthalt und einen erhöhten Blutverlust in der TG-Gruppe identifiziert werden. Es konnte festgestellt werden dass transfundierte Patienten signifikant älter waren und höhere ASA-Werte aufwiesen als nicht transfusionspflichtige Patienten. Auch Patienten mit schwerwiegenden Komplikationen waren signifikant älter, wiesen längere Krankenhausaufenthalte auf und waren in einer schlechteren ASA-Kategorie. In Bezug auf die Morbidität und die Mortalität ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen TG und SG.

In dem zweiten Teil der Analyse zeigte sich dass die Patienten mit zusätzlicher Splenektomie (n=6) signifikant jünger waren und geringere ASA-Werte als Patienten mit alleiniger Gastrektomie (n=46) hatten. OP-Dauer und der Blutverlust waren bei Splenektomie tendenziell höher. Trotz der kleinen Gruppengröße war die Splenektomie in unserer Studie nicht mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität assoziiert.

Unsere Daten zeigen dass an einem High-Volume-Zentrum mit hohem Caseload sowohl TG als auch SG mit vergleichbar geringer Morbidität und Mortalität durchgeführt werden können. Aufgrund vergleichbarer perioperativer Ergebnisse sollten deshalb keine Kompromisse beim onkologisch notwendigen Resektionsausmaß gemacht werden. Dies schließt eine Splenektomie, falls im Rahmen der totalen Gastrektomie onkologisch notwendig, mit ein. Ältere Patienten mit hoher Komorbidität weisen allerdings ein signifikant erhöhtes Risiko von

postoperativen Komplikationen auf, und müssen deshalb besonders engmaschig im postoperativen Verlauf überwacht werden. Aufgrund der besseren Lebensqualität und vergleichbarer Langzeitergebnisse der SG gegenüber der TG befürworten wir bei distalen Magenkarzinomen jedoch wann immer möglich die subtotale Gastrektomie.