

Daniela Breisch-Girbig
Dr. med.

Totale Pankreatektomie:

Come back eines verlassenen Chirurgischen Verfahrens?

Evaluation der perioperativen und Langzeitergebnisse sowie der Lebensqualität nach totaler Pankreatektomie

Geboren am 29.08.1961 in Berlin-Wilmersdorf
Staatsexamen am 09.11.1989 in Mannheim - Ruprecht-Karls-Universität
Heidelberg

Promotionsfach: Chirurgie
Doktorvater: Prof. Dr. med. H. Friess

Lange Zeit wurde die totale Pankreatektomie wegen hoher postoperativer Mortalitäts- und Morbiditätsraten und der resultierenden metabolischen Komplikationen kaum durchgeführt.

Da bestimmte Erkrankungen des Pankreas, wie z.B. Adenocarcinome des Pankreas und periampulläre Adenocarcinome, IPMN (intraductale papilläre muzinöse Neoplasie), neuroendokrine Tumore, Metastasen, aber auch benigne Erkrankungen, wie die chronische Pankreatitis, mit der totalen Pankreatektomie bestmöglich therapiert werden können, und sich die Pankreaschirurgie, sowie das postoperative Management der endokrinen und exokrinen Pankreasinsuffizienz durch neue Techniken und Medikamente deutlich verbessert haben, ändert sich die Einstellung gegenüber der Durchführung einer totalen Pankreatektomie zunehmend.

Ziel dieser Arbeit war die Evaluation der perioperativen Daten und Langzeitergebnisse von 147 Patienten, die sich in einem 5 Jahreszeitraum, von Oktober 2001 bis November 2006, einer totalen Pankreatektomie aufgrund maligner und benigner Erkrankungen des Pankreas unterziehen mussten.

Zudem galt es im Rahmen einer matched-pairs Analyse zu bewerten, inwieweit Mortalität und Morbidität, sowie die Lebensqualität, auch im Langzeitverlauf, mit Patienten vergleichbar sind, die sich im gleichen Zeitraum einer pp-Whipple-Operation unterziehen mussten

Es wurde herausgearbeitet, bei welchen Patienten trotz der ausgelösten metabolischen Probleme die totale Pankreatektomie eine sinnvolle Therapieoption darstellt.

In unserer prospektiven Studie wurden von den insgesamt 147 Patienten, 100 primär elektiv total pankreatektomiert (Gruppe A), 24 elektiv total pankreatektomiert nach primärer Pankreasteilresektion (Gruppe B) und 23 Patienten erhielten eine totale Pankreatektomie aufgrund postoperativer Komplikationen (Gruppe C).

Bei 4 Patienten aus dieser Gruppe kam es zu einer Nekrose im Restpankreas, weitere 4 Patienten entwickelten eine Nachblutung aus der Anastomose und bei 15 Patienten bestand die Indikation aufgrund einer Leckage/Fistel im Bereich der Pankreasanastomose.

Von den eingeschlossenen Patienten wurden die perioperativen Daten, die Daten des Langzeitverlaufs und die Daten der Lebensqualität, bezogen auf den allgemeinen Gesundheitszustand, Funktionsskala und Symptomskala, die mittels dem EORTC QLQ – C 30 Fragebogen ermittelt wurden, ausgewertet. Des Weiteren wurde eine matched-pairs Analyse mit Patienten durchgeführt, die eine pp-Whipple-Operation erhalten haben.

Indikationen für eine elektive totale Pankreatektomie aus Gruppe A und B waren Adenokarzinome des Pankreas und periampulläre Adenokarzinome bei 71 Patienten, sonstige neoplastische Tumore des Pankreas, wie das IPMN (intraductale papilläre muzinöse Neoplasie), neuroendokrine und zystische Tumore bei 34 Patienten, des weiteren metastatische Läsionen bei 8 Patienten und eine chronische Pankreatitis bei 11 Patienten.

Unter den Patienten nach elektiver totaler Pankreatektomie waren 73 Männer und 51 Frauen mit einem Durchschnittsalter von $60,9 \pm 11,3$ Jahre.

Die mediane Operationszeit aller Patienten, die sich einer elektiven totalen Pankreatektomie unterziehen mussten, betrug 380 Minuten, der intraoperative Blutverlust betrug durchschnittlich 1000 ml.

Die postoperative chirurgische Morbidität betrug 24%, die medizinische Morbidität betrug 15% und die Mortalität lag bei 4,8% nach elektiver totaler Pankreatektomie.

Im Gegensatz dazu haben Patienten nach einer totalen Pankreatektomie aufgrund postoperativer Komplikationen eine deutlich erhöhte Mortalität während des stationären Aufenthaltes von 39,1%. Die chirurgische (74%) und medizinische Morbidität (57%) war ebenfalls in dieser Patientengruppe am höchsten.

Die Gesamtmorbiditätsrate betrug 35,5%, davon entwickelten 24% chirurgische Komplikationen: 8,1% eine intraabdominelle Blutung, 4% eine Anastomosen-insuffizienz, 2,4% ein intraabdominelles Hämatom, 1,6% einen intraabdominellen Abszeß, 2,4% eine Wundinfektion und 8,9% eine Magenentleerungsstörung.

Die Relaparotomie rate lag bei 12%. Der mediane postoperative stationäre Aufenthalt betrug 11 Tage.

Nach einem medianen Follow-up von 23 Monaten war der allgemeine Gesundheitszustand der Patienten nach totaler Pankreatektomie vergleichbar mit den Patienten, die eine pp-Whipple-Operation erhalten hatten, obgleich einige wenige Parameter in Bezug auf die Lebensqualität herabgesetzt waren.

Bei Patienten nach totaler Pankreatektomie war die allgemeine Funktionskala ($73,0 \pm 18,3$) signifikant niedriger als bei Patienten nach pp-Whipple-Operation ($79,8 \pm 18,8$), ebenso die Rollenfunktion ($67,0 \pm 28,7$ im Vergleich zu $79,9 \pm 29,0$); soziale Funktion ($66,7 \pm 31,6$ im Vergleich zu $89,3 \pm 18,8$), Symptomskala ($22,0 \pm 15,1$ gegenüber $18,5 \pm 17,8$), sowie die finanzielle Belastung ($20,3 \pm 26,7$ gegenüber $5,0 \pm 17,8$).

Alle Patienten nach totaler Pankreatektomie benötigen aufgrund der resultierenden metabolischen Störung eine Insulintherapie und eine medikamentöse Substitution der Pankreasenzyme. Der mediane HbA1c Wert liegt bei $7,3 \pm 0,9\%$.

In dieser prospektiven Studie waren die Mortalitäts- und Morbiditätsraten der Patienten nach elektiver totaler Pankreatektomie nicht signifikant unterschiedlich zu den Patienten nach pp-Whipple-Operation. Aufgrund der Verbesserungen im postoperativen Management ist die Lebensqualität akzeptabel und vergleichbar mit der von pp-Whipple-Patienten.

Aus diesem Grund sollte die totale Pankreatektomie nicht generell abgelehnt werden, da sie für selektionierte Patienten eine wertvolle operative Option darstellt.