

Rekonstruktion und Ernährung **nach Gastrektomie**

Joachim Jähne

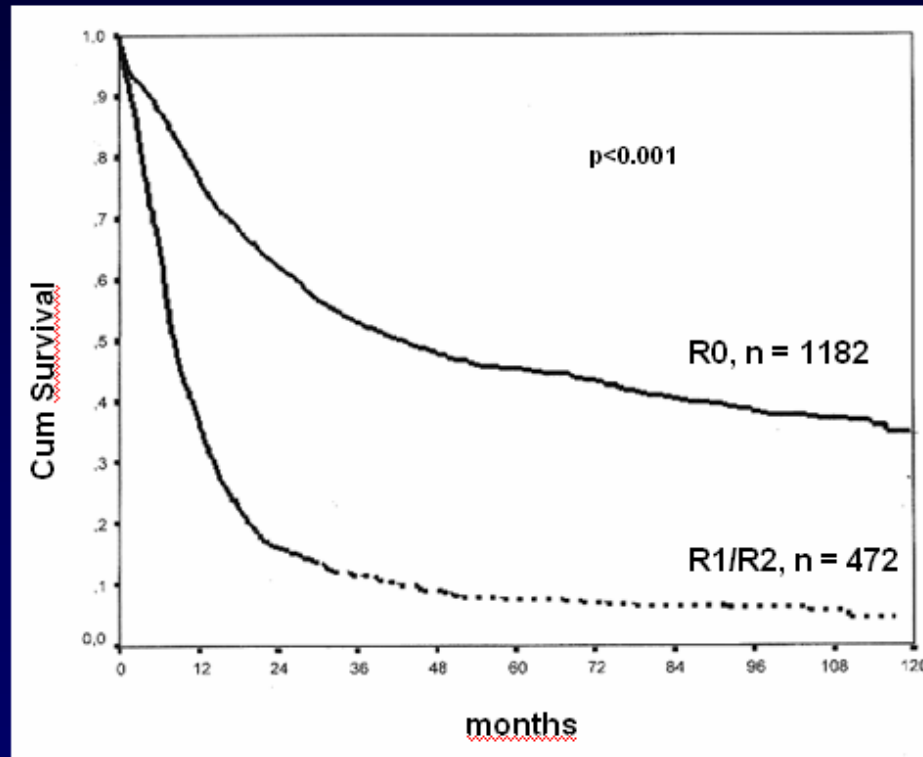
**Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie
Schwerpunkt für endokrine und onkologische Chirurgie
Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung gGmbH
Hannover**



Chirurgie des Magenkarzinoms

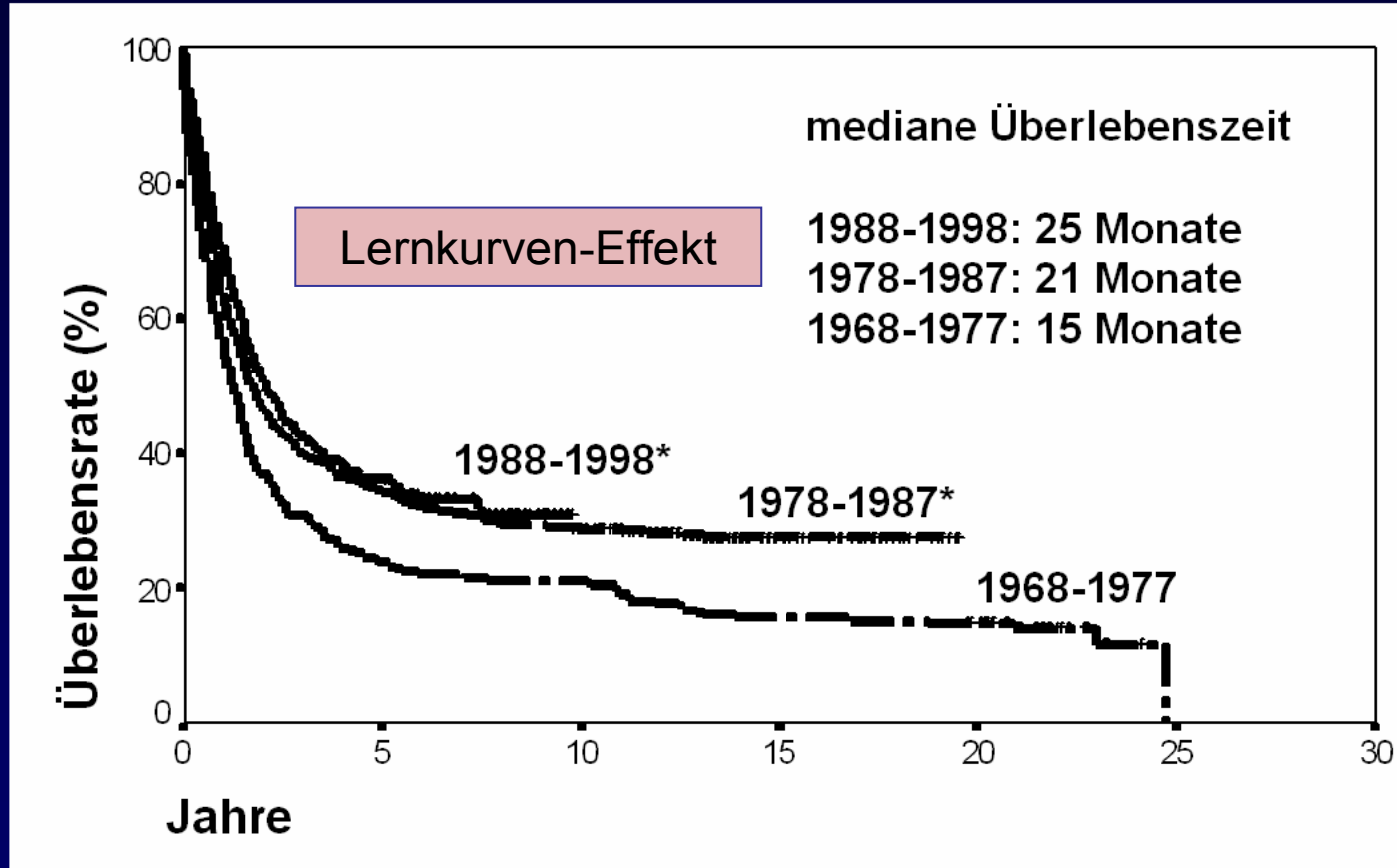
Ziel der Resektion:
R0 - Resektion

Bedeutung der R0-Resektion



Siewert et al, Ann. Surg. 228, 1998

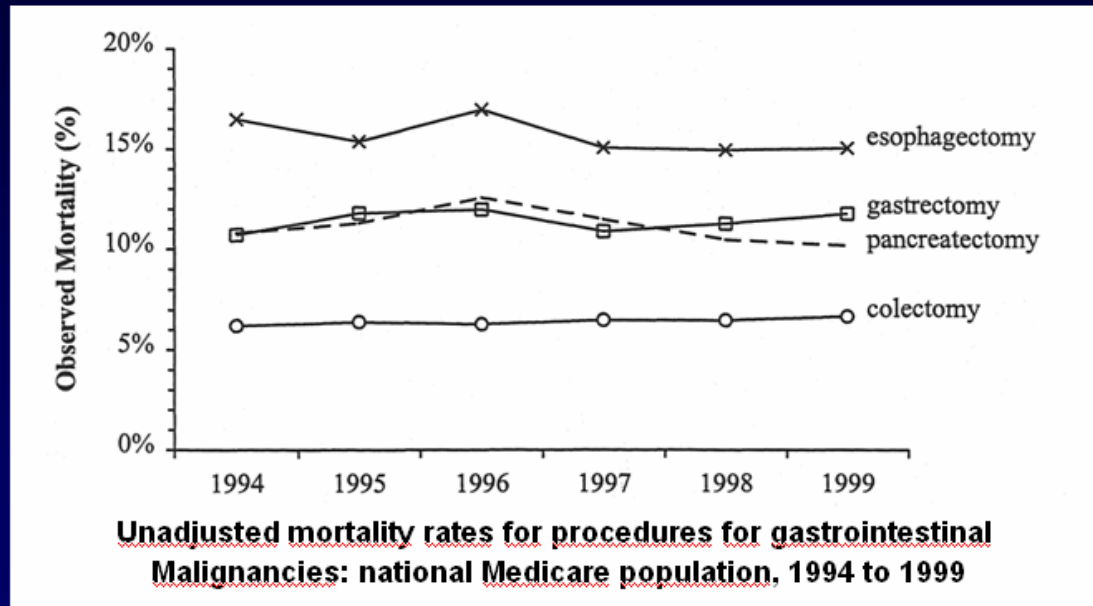
Magenkarzinom - Zeitabhängige Überlebensraten nach 1114 Gastrektomien



Jähne et al, Hepato-Gastroenterol, 2001

Is Surgery Getting Safer ?*

Medicare-Daten (USA) bei über 65-jährigen Patienten

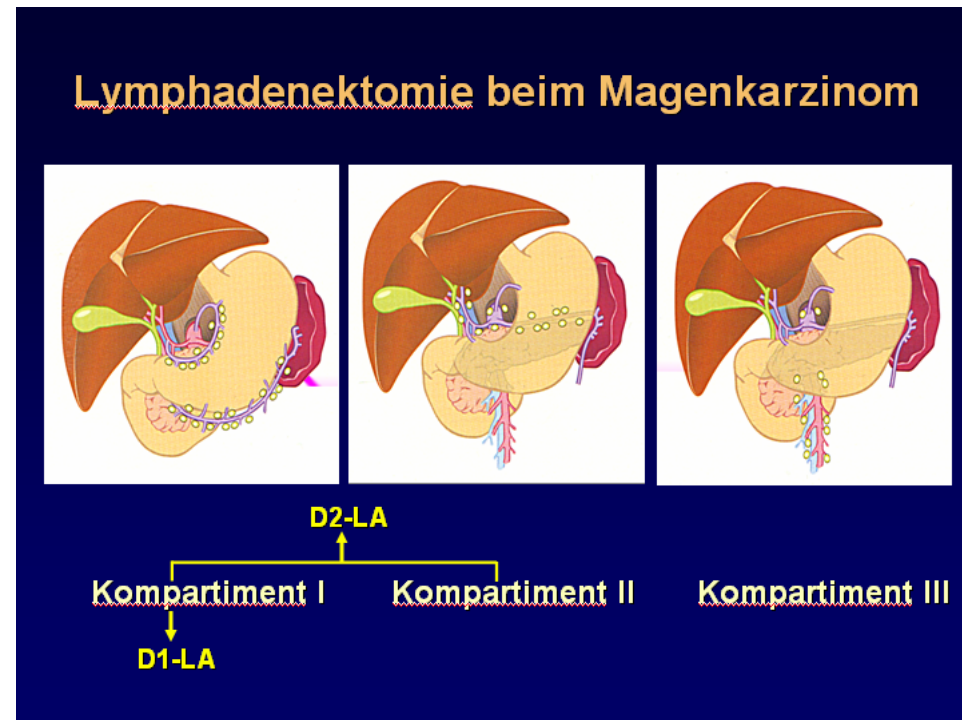
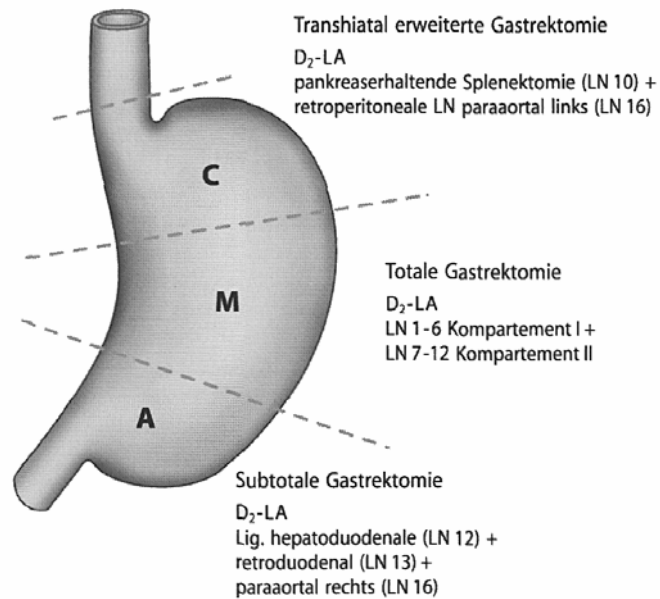


Unadjusted mortality rates for procedures for gastrointestinal Malignancies: national Medicare population, 1994 to 1999

*Goodney et al, J Am Coll Surg 195, 219 – 227, 2002

- ▶ Inakzeptable Mortalitätsdaten
- ▶ Morbidität und Letalität heute in „Zentren“: 20-30% bzw. 2-8%
- ▶ Eigenes Krankengut: Morbidität und Letalität 2007-2009: 18% bzw. 2,6%

Synopse der operativen Verfahrenswahl und Ausmaß der Lymphadenektomie



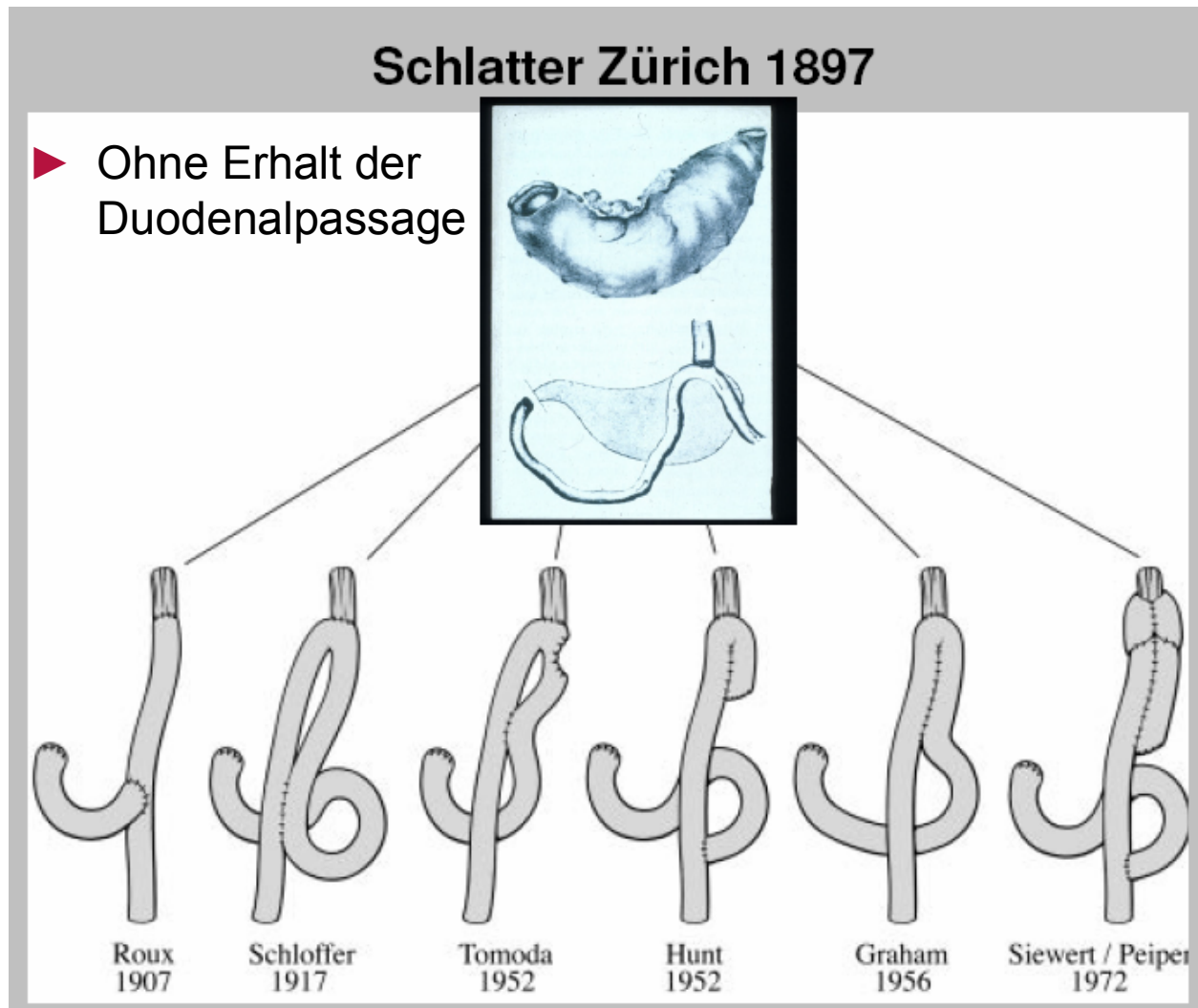
Sendler et al, Chirurg 73, 316 – 324, 2002

Lymphadenektomie – prognostischer Vorteil für Subgruppen

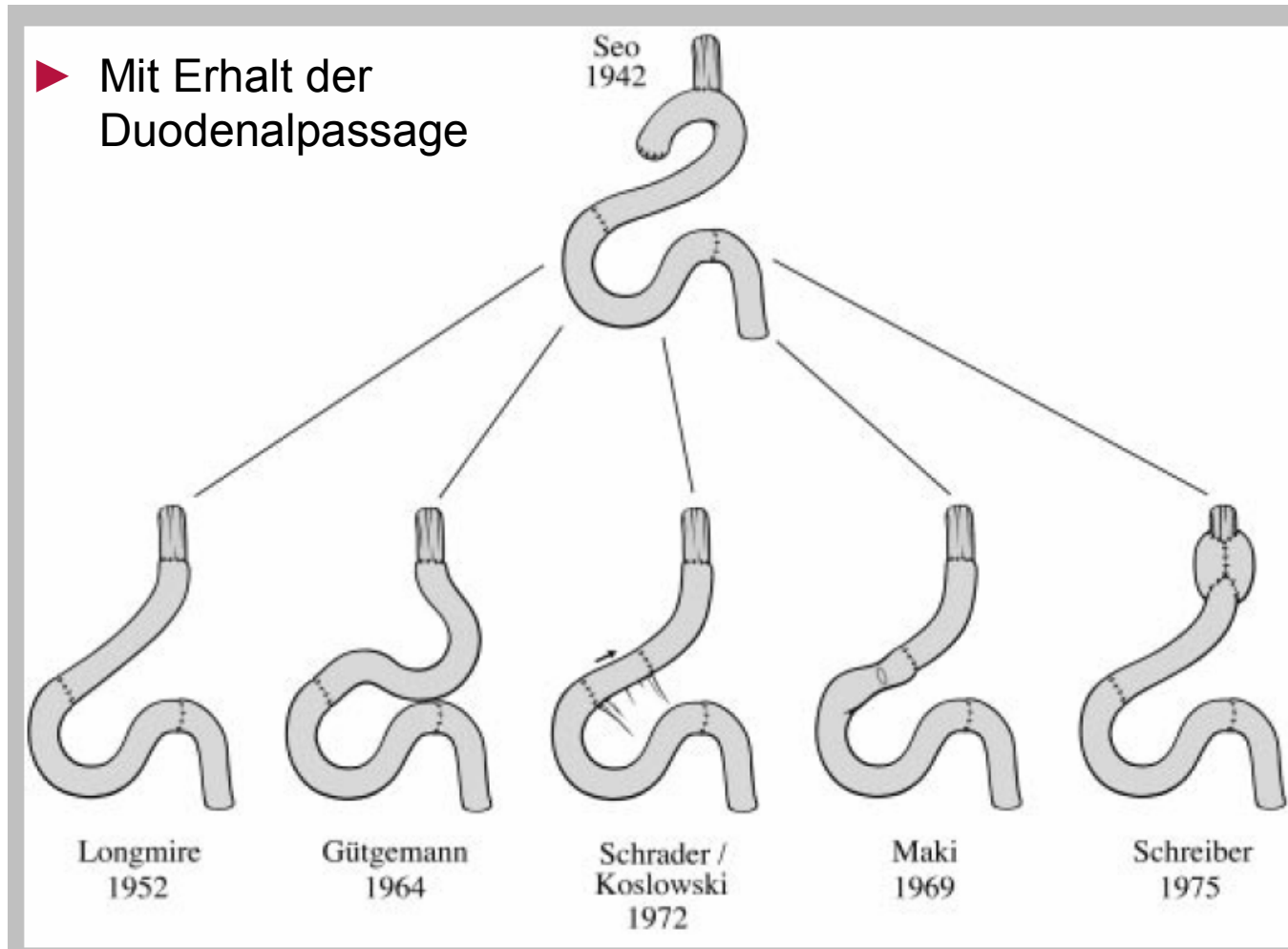
UICC Stadium	Ausmaß LN Dissektion		5-J. Überlebensrate % ± SEM	P=	10-J. Überleben % ± SEM
IA	> 25 LN	(n=130)	84.3 ± 3.2	= 0.42	73.7 ± 4.9
	≤ 25 LN	(n=99)	80.9 ± 3.7		70.1 ± 5.4
IB	> 25 LN	(n=137)	68.9 ± 4.0	= 0.13	53.5 ± 5.8
	≤ 25 LN	(n=84)	64.7 ± 5.5		47.6 ± 6.4
II	> 25 LN	(n=141)	56.2 ± 4.3	< 0.001	49.5 ± 4.6
	≤ 25 LN	(n=89)	27.2 ± 4.8		16.0 ± 4.8
III A	> 25 LN	(n=177)	28.0 ± 3.5	= 0.02	19.0 ± 3.3
	≤ 25 LN	(n=85)	18.9 ± 4.4		13.2 ± 4.1
III B	> 25 LN	(n=160)	24.2 ± 6.5	= 0.3	15.1 ± 5.8
	≤ 25 LN	(n=44)	12.1 ± 2.7		9.0 ± 2.5
IV	> 25 LN	(n=351)	6.9 ± 1.4	= 0.32	5.3 ± 1.3
	≤ 25 LN	(n=157)	8.1 ± 2.3		0

Schuhmacher et al, Onkologie 14, 339-349, 2008

Rekonstruktionsverfahren nach Gastrektomie - Historie



Rekonstruktionsverfahren nach Gastrektomie - Historie



S3-Leitlinie Magenkarzinom

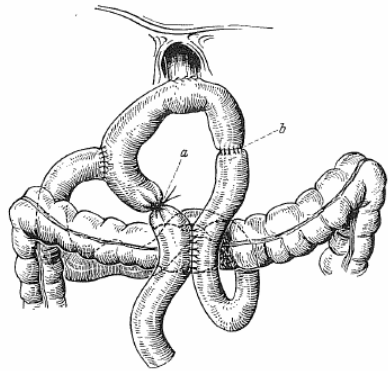
- Es gibt keinen allgemein anerkannten Standard zur Rekonstruktion nach Gastrektomie oder distaler Magenresektion.

- Hintergrundtext:

Das Rekonstruktionsverfahren kann *individuell nach der Erfahrung des Operateurs* gewählt werden. Weltweit *am häufigsten* kommt die Wiederherstellung der Kontinuität nach Gastrektomie durch eine ausgeschaltete Jejunumschlinge *nach Roux-Y* zur Anwendung. Die Verwendung eines *Pouches* geht nach Literaturangaben mit einer möglicherweise früheren und höheren *Gewichtszunahme* und einer Verbesserung der *postoperativen Lebensqualität* einher.

Anforderungen an die Rekonstruktion nach Gastrektomie

- ▶ Technisch einfach und sicher (Insuffizienrate: ~ 5%)



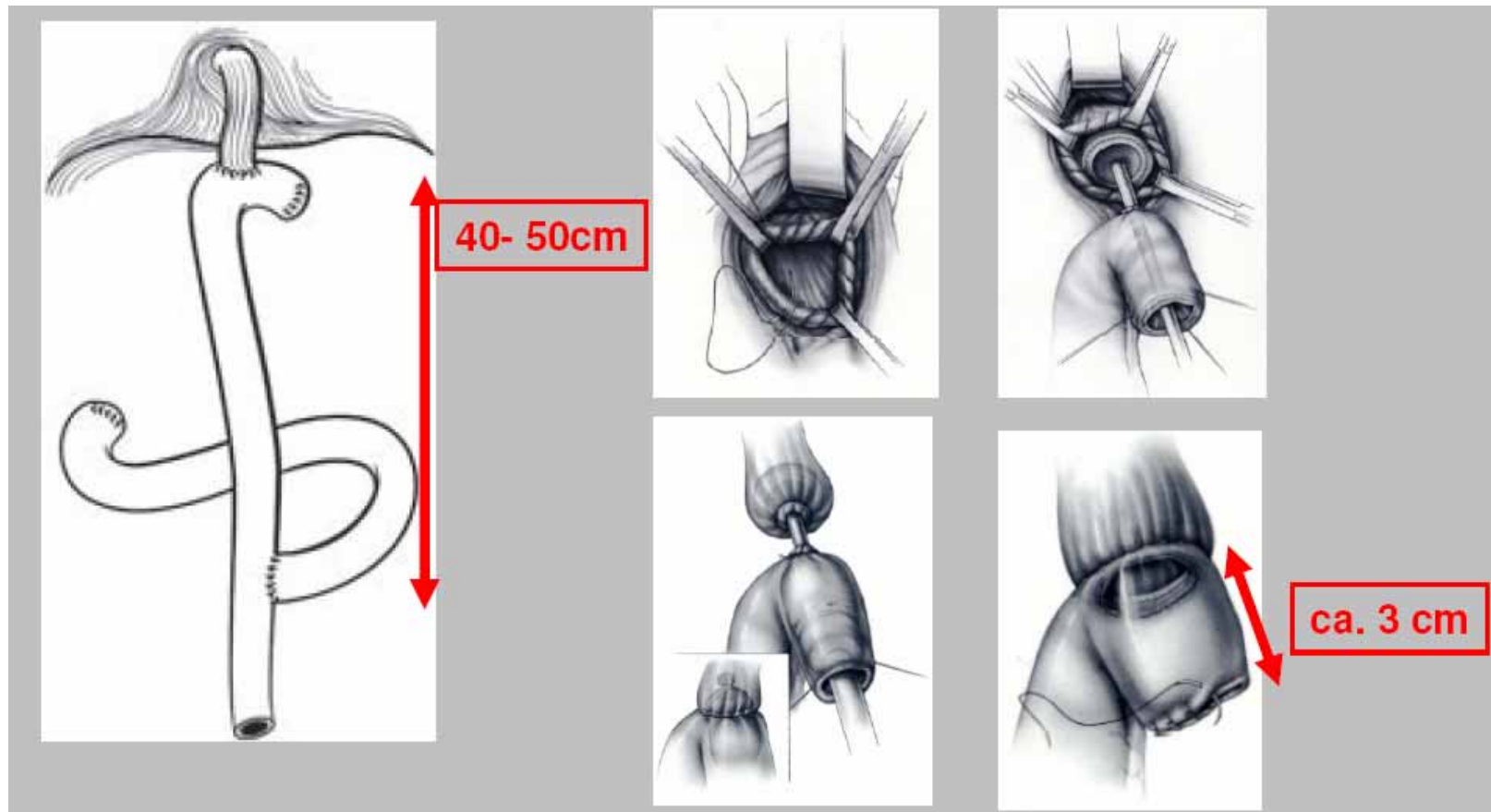
Tomodo 1951



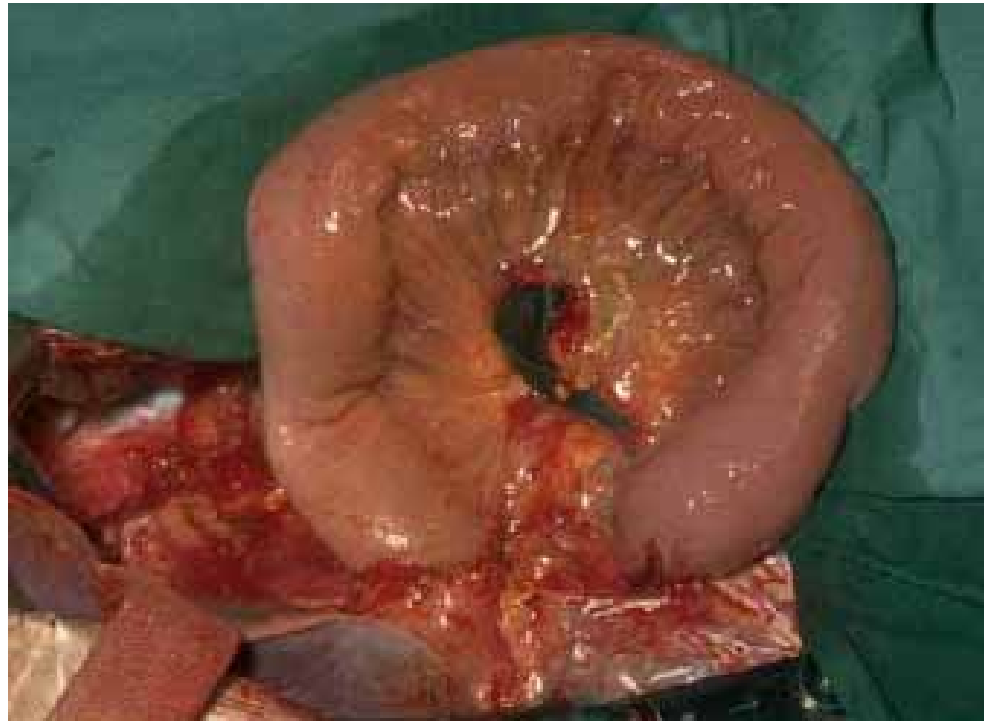
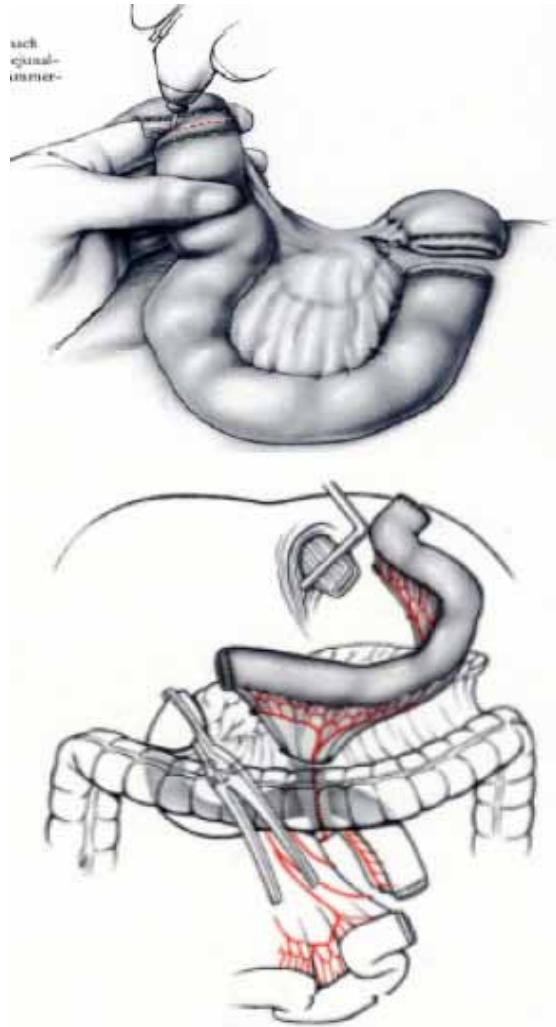
Roux 1907

- ▶ Keine erhöhte Morbidität z.B. durch Anastomosenprobleme
- ▶ Bestmöglicher Ersatz der Speicherkapazität des Magens (Lebensqualität)
- ▶ Keine unnötige Verlängerung der Operationszeit

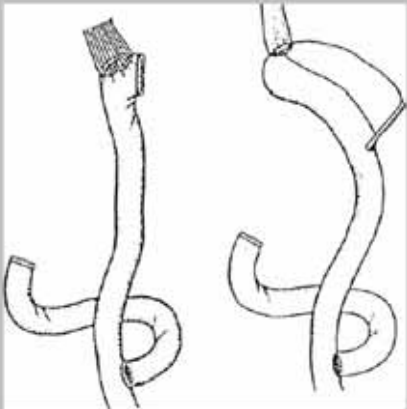
Standardrekonstruktion nach Gastrektomie – Roux-Y-Rekonstruktion (Handnaht oder Stapler)



Jejunuminterponat (Interponatlänge 40-50 cm)



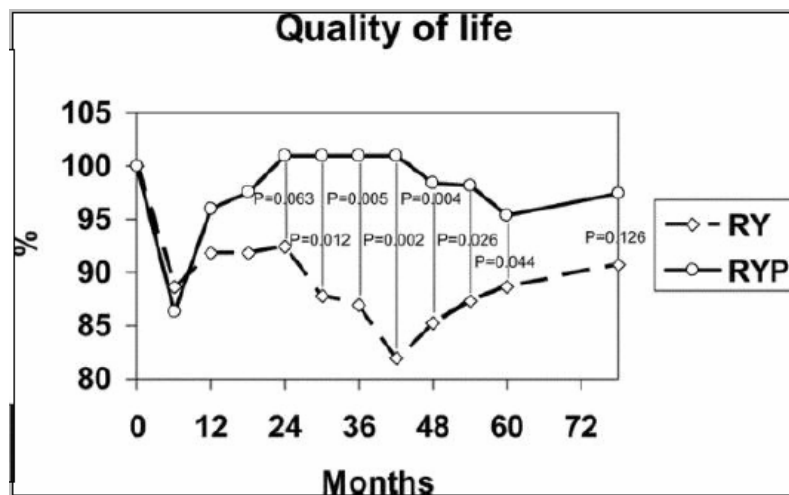
To pouch or not to pouch?



Gertler et al. Am J Gastroenterol 2009
Systematischer Review

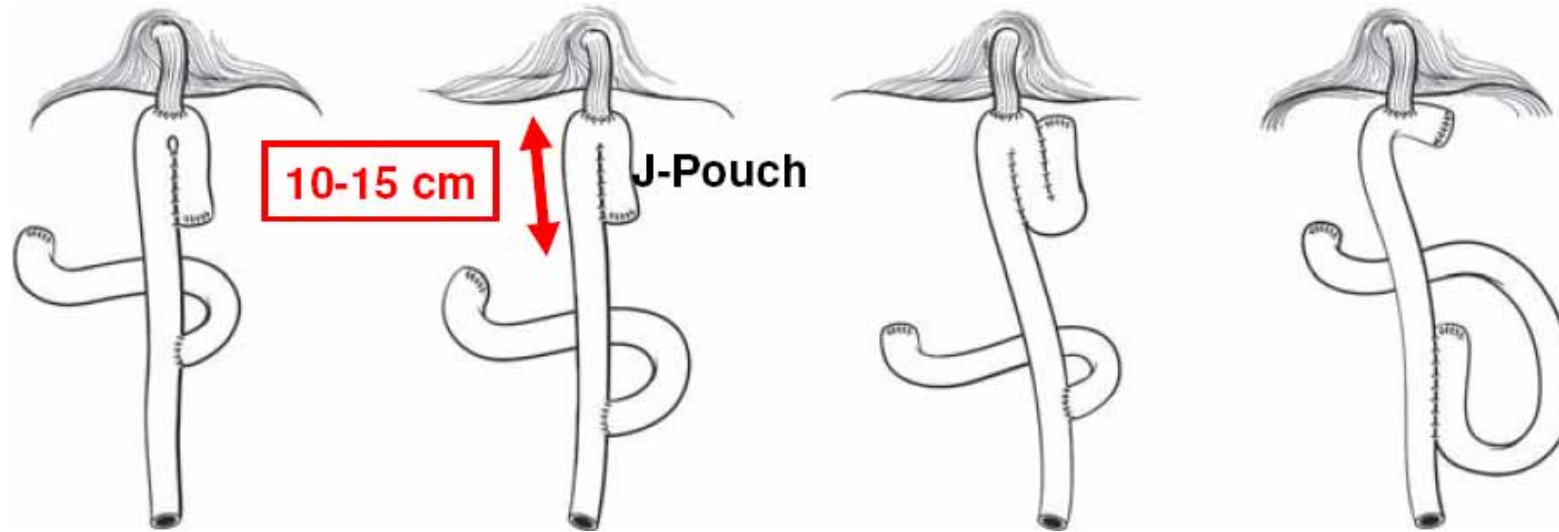
- 9 RTCs
Y-Roux mit vs. ohne Pouch
- 4 RTCs
Interposition mit vs. ohne Pouch

Vorteil im Langzeitverlauf mit Pouch !!



Fein et al, Ann Surg 2008

Pouchvarianten



- ▶ Pouchbildung nur bei wahrscheinlich sehr guter Langzeitprognose (intra-op Tumorstadium)
- ▶ Kein Pouch nach transhiataler Gastrektomie/bei intrathorakaler Anastomosenlage

Zusammenfassung

- ▶ Die Chirurgie des Magenkarzinoms kann gegenwärtig als geklärt angesehen werden.
- ▶ Ca. 80% aller Tumoren erfordern eine Gastrektomie incl. D2-Lymphadenektomie.
- ▶ Bevorzugte Rekonstruktion ist die Roux-Y-Schlinge.
- ▶ Pouchbildungen kommen bei guter Langzeitprognose in Betracht.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Kontaktaufnahme:

Joachim.Jaehne@ddh-gruppe.de

www.diakoniekrankenhaus-henriettenstiftung.de