

Funktionelle Veränderungen und Auswirkungen nach Ösophagektomie



Paul M. Schneider

**Leitender Arzt Viszeralchirurgie
Departement Chirurgie**



**UniversitätsSpital
Zürich**

Ernährung 2010

Leipzig, 19. Juni 2010

Offenlegung potentieller Interessenkonflikte

Anstellungsverhältnis oder Führungsposition

Beratungstätigkeit

Aktienbesitz

Honorare

KEINE

Finanzierung wissenschaftlicher Untersuchungen

Gutachtertätigkeit

Andere finanzielle Beziehungen

Gedanken eines Betroffenen

I suggest that some key elements of a good quality life after oesophagectomy are:

- **to be able to eat adequately and enjoy it**
- **to be able to drink as desired, with moderate alcohol consumption**
- **to be able to do both of the above socially**
- **to have weight stability**
- **to be able to sleep comfortably in a normal position**
- **to be free of pain**
- **to be able to earn one's living**
- **to be able to participate in sports or hobbies**
- **to have unimpaired libido**

J.D. Kirby, Dis Esophagus 1999

WAS IST DAS PROBLEM ?

- Tumornachsorge – Ernährungsnachsorge
- Gewicht – Symptome - Dokumentation
- Dysphagie ?
- Entleerungsstörung des Conduits?
- Art der Ernährung ?
- Gewichtsverlust durch Inappetenz ?
- Andere Symptome: Diarrhoe, Krämpfe etc?

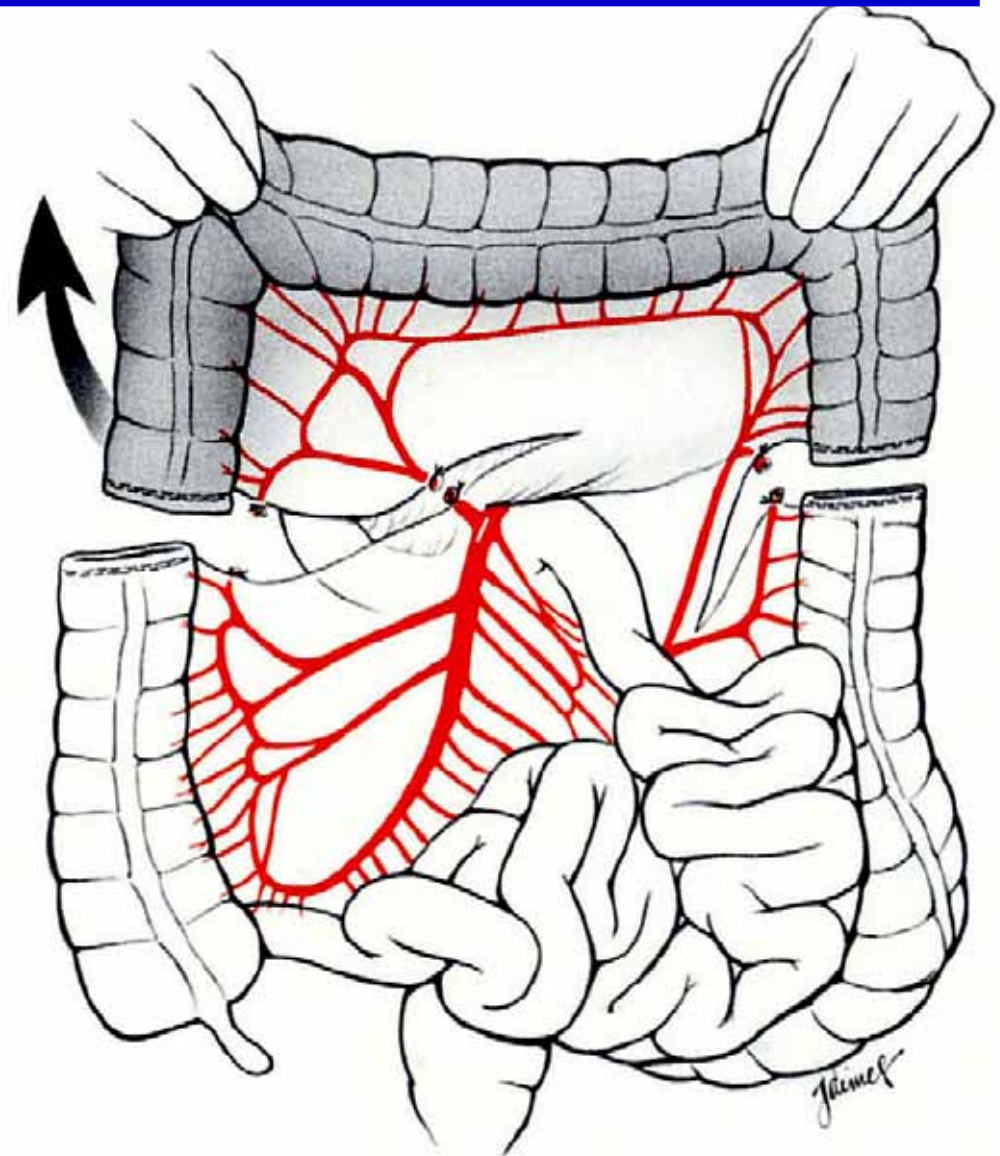
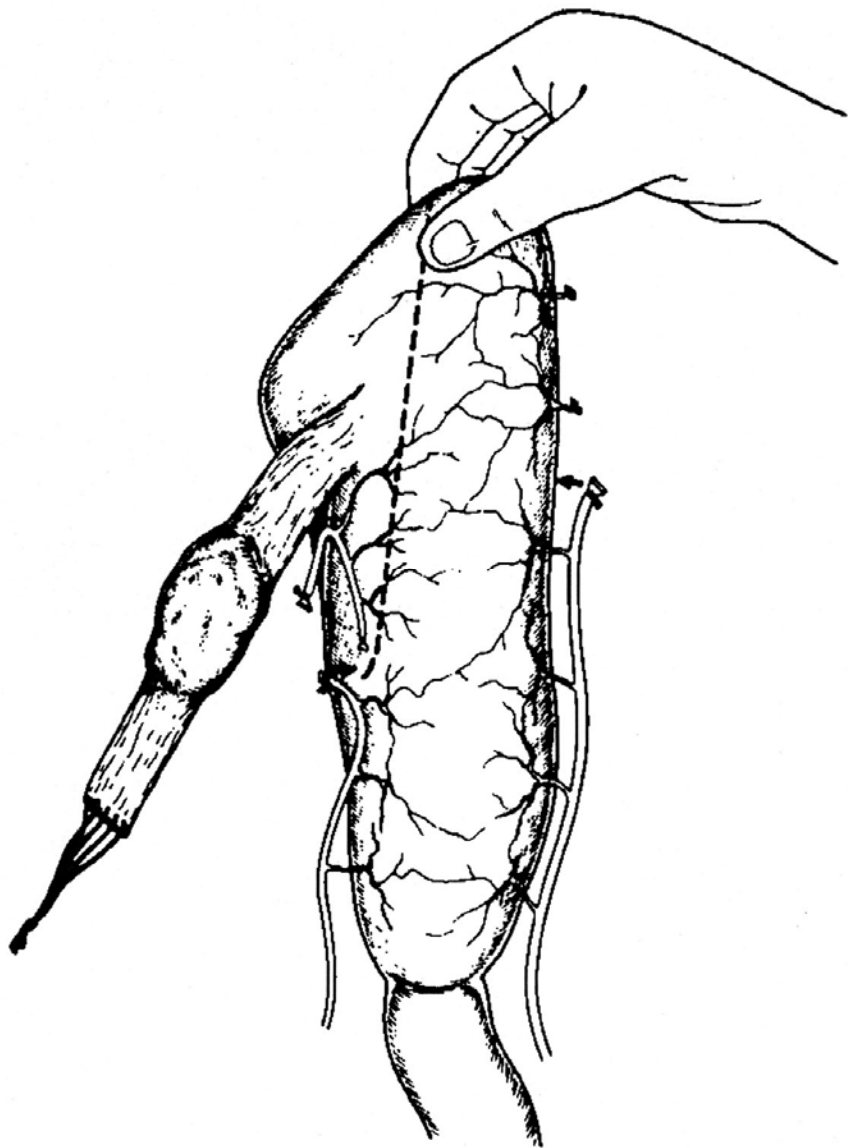
REKONSTRUKTIVE OPTIONEN ?

- Wahl des Conduits/Interponats: Magen, Colon, Dünndarm ?
- Höhe der Anastomose: thorakal oder cervical ?
- Weg der Rekonstruktion: anteriores oder posteriores Mediastinum ?
- Drainageverfahren: Pyloromyotomie, Pyloroplastik, Pylorusdilatation oder nichts ?

ERGEBNISQUALITÄT ?

- Kurzfristig (Spitalaufenthalt):
Mortalität, Conduit-/Interponatnekrose, Leckage, CP Morbidität
- Mittelfristig (erstes Jahr):
Anastomosenstriktur, „Rezidiv im Interponat (intra-extraluminal)“, Funktion (Entleerung, Kapazität, Reflux, Regurgitation)
- Langfristig (nach 1 Jahr):
Reflux Komplikationen (Striktur, Metaplasie), Interponat-Redundanz, sekundäres Malignom im Interponat, Ernährung, Lebensqualität

KLASSISCHE CONDUITS / INTERPONATE



M. Kirschner 1920 / Akiyama 1977

Magenconduit

Pro

- verlässliche Gefäßversorgung
- weniger aufwändig als Colon
- eine Anastomose

Con

- **Verlust des Reservoirs**
- inadäquater distaler RR (Cardiocarcinom !)
- **frühe und späte Refluxkomplikationen: Aspiration, Strikturen, Barrett-Metaplasie**
- höhere Leckagerate (gefährlicheres Sekret)

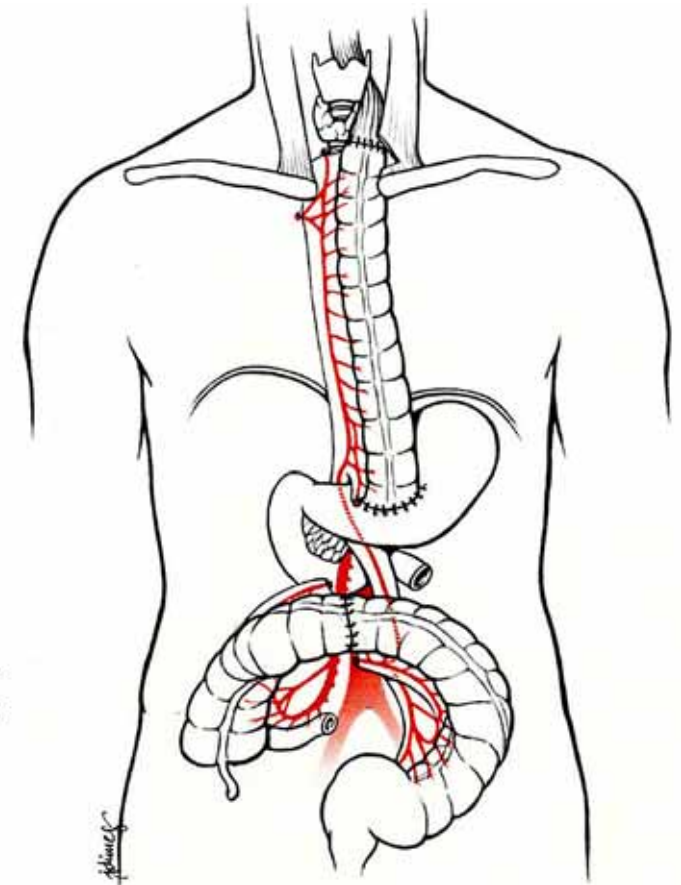
Coloninterponat

Pro

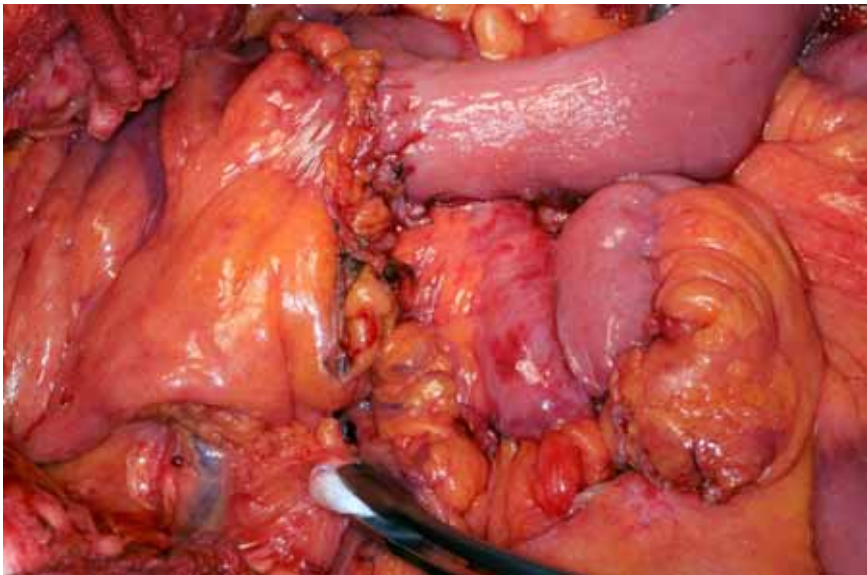
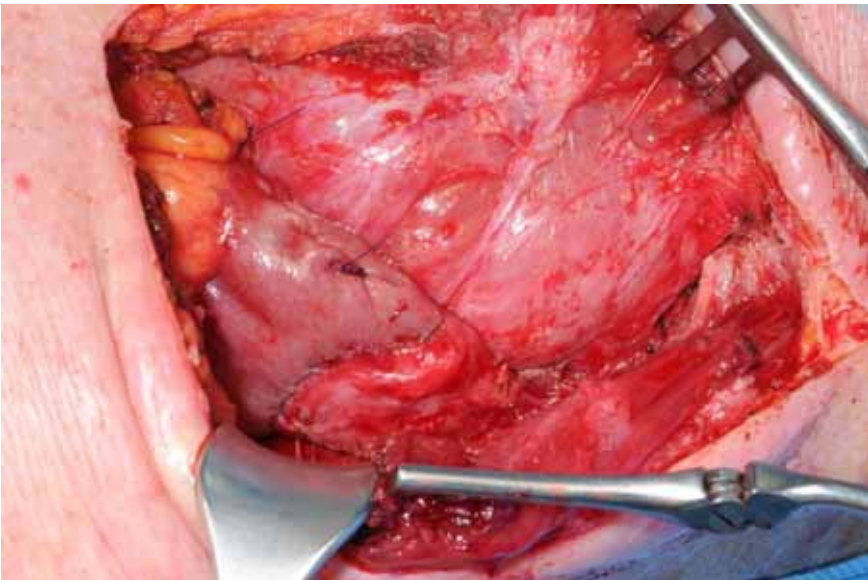
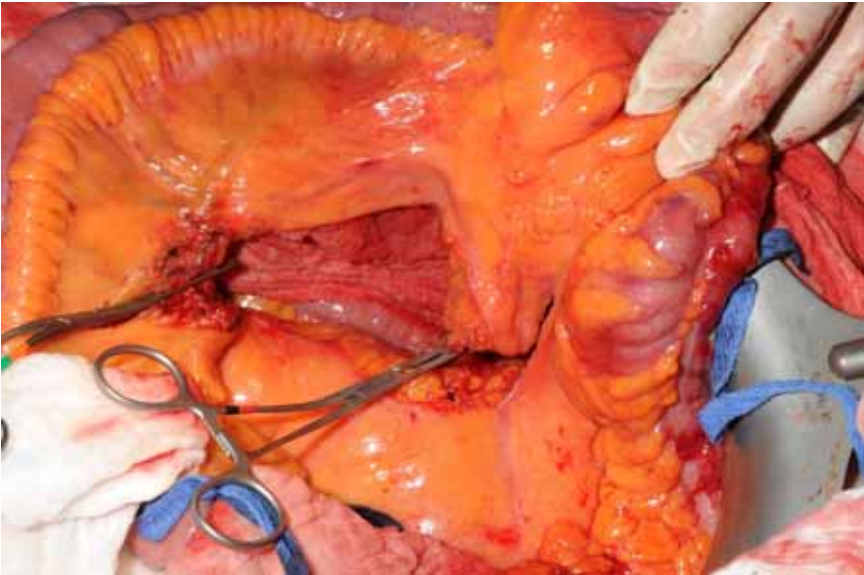
- bessere Langzeitergebnisse ?
- **keine Refluxkomplikationen**
- **Reservoirerhalt (nicht immer !)**
- kein Problem mit RR (v.a. distaler RR)

Con

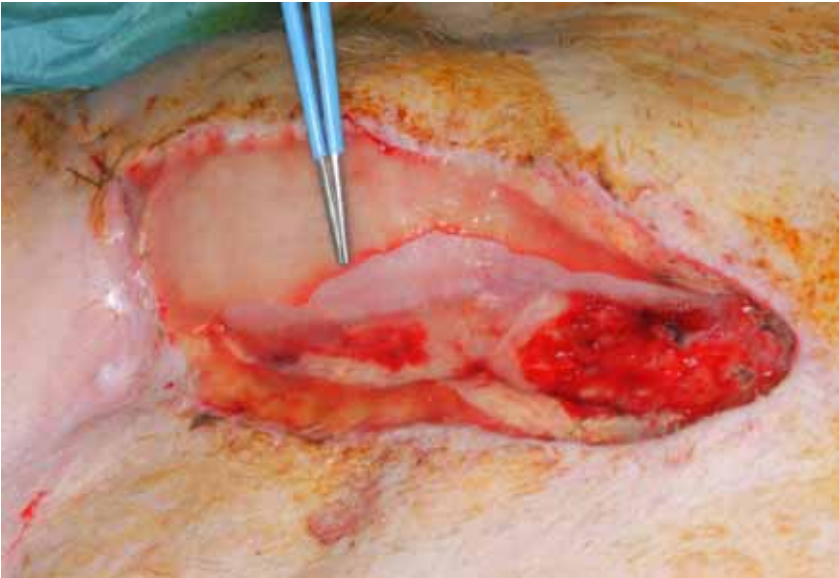
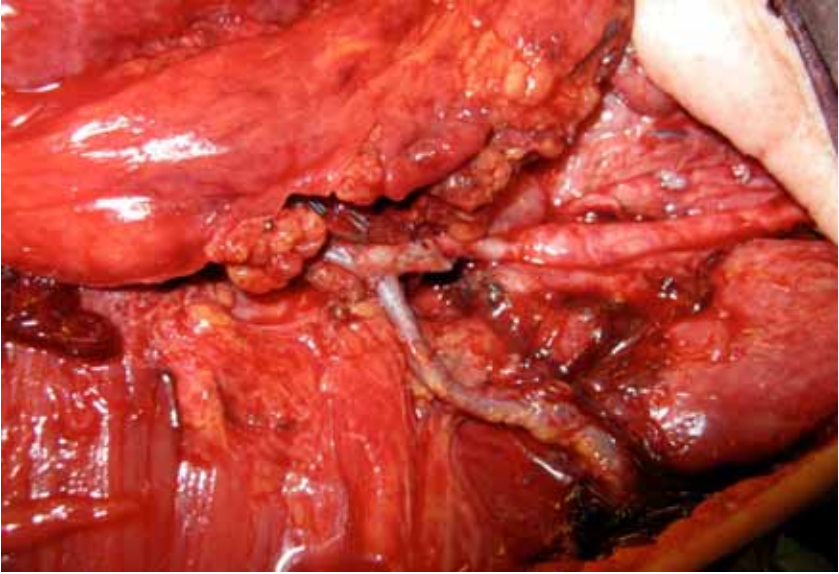
- höhere Nekroseraten (10% versus 1-2%)
- aufwändige OP
- 3 Anastomosen
- variable Gefäßversorgung
- **Redundanzproblem (Siphonbildung)!**



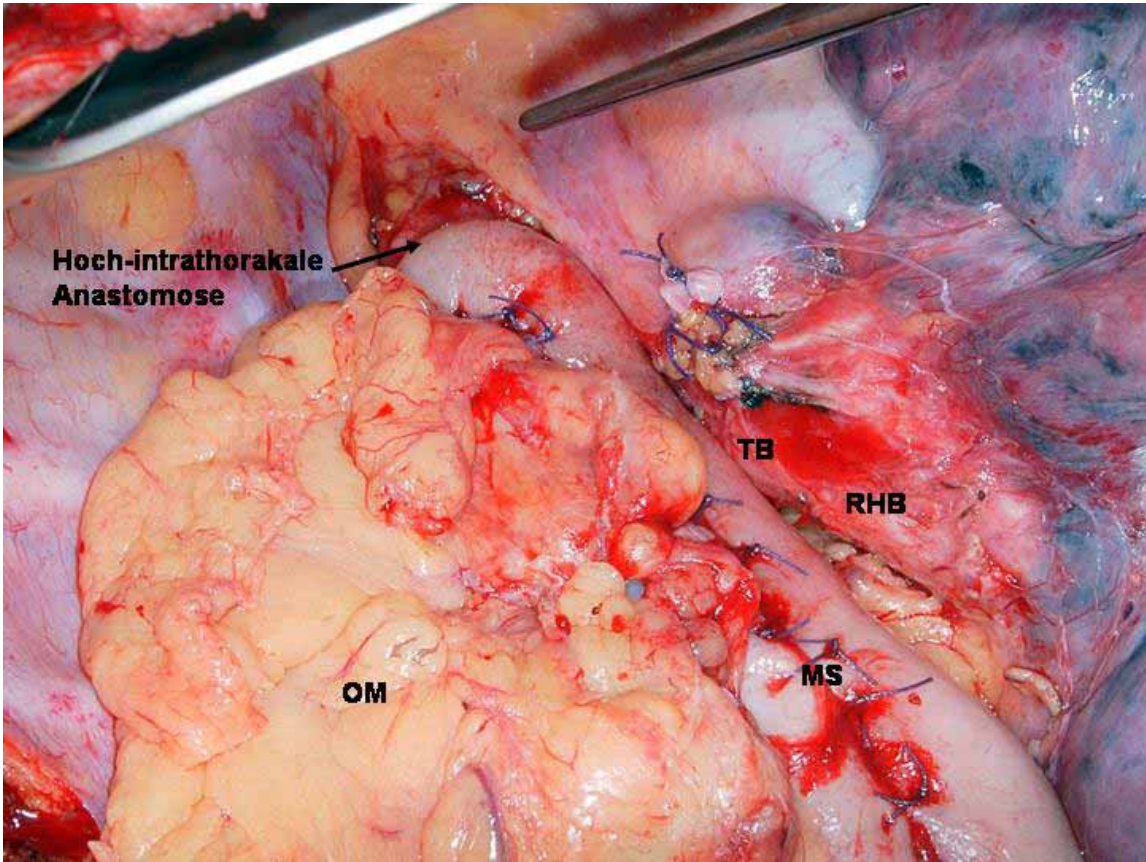
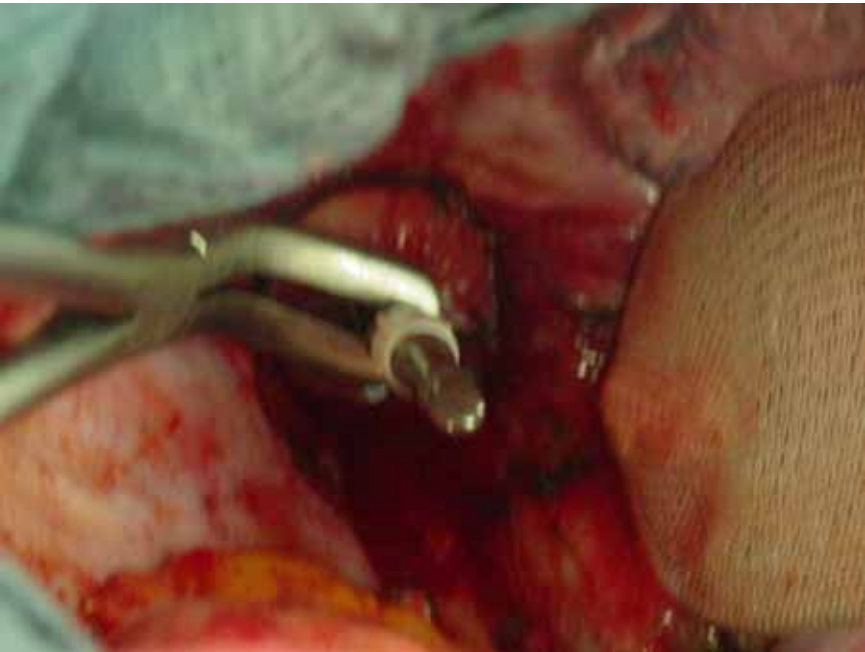
ILEO-COLON-INTERPONAT



SUPERCARGED JEJUNUM



HOCH-INTRATHORAKALE ANASTOMOSE (mod. IVOR-LEWIS)



ANASTOMOSE: cervical oder thorakal ?

Leckagen:

Cervicale Anastomose: 15-30%

Intrathorakale Anastomose: 10-15%

Bougierungen wegen Anastomosenstenose:

Cervicale Anastomose: 40 – 60%

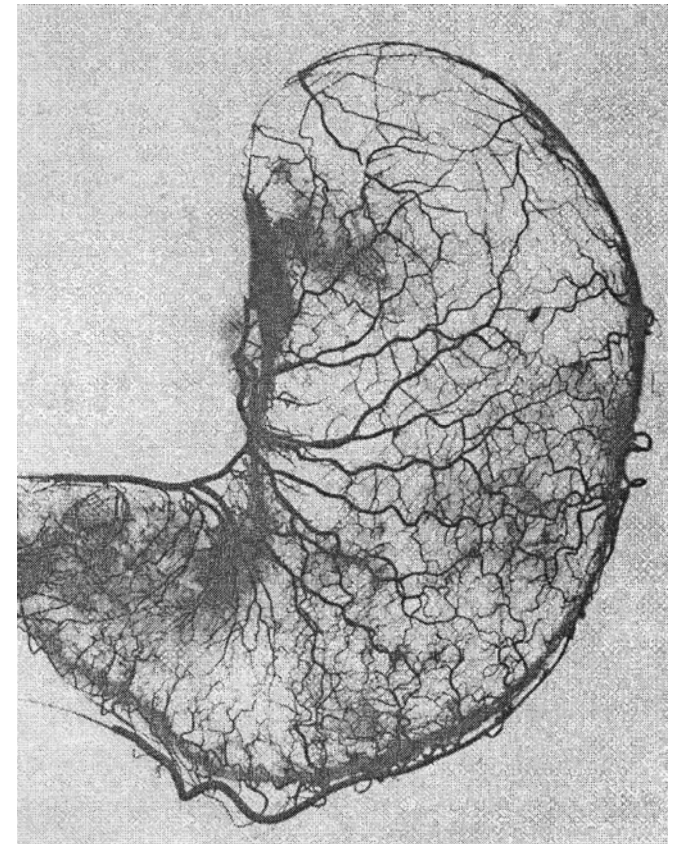
Intrathorakale Anastomose: 2-10%

PPI: 2 x 40mg für 1 Jahr !

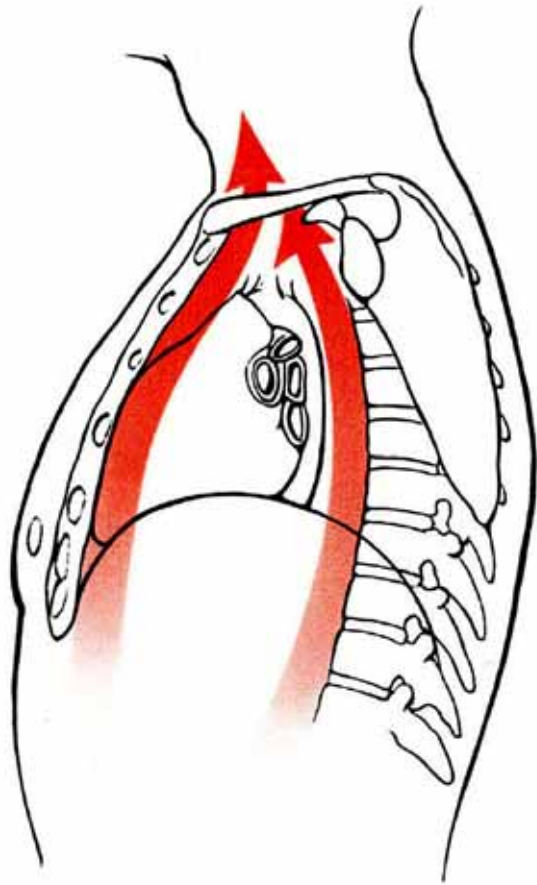
Recurrensparese:

Cervicale Anastomose: 5 – 30% (LAD)

Intrathorakale Anastomose: < 1%



WEG DER REKONSTRUKTION ?



Posteriores Mediastinum

- kürzere Distanz
- geringere Leckagerate (Orringer 15% v. 50% !)
- weniger CP Komplikationen

Anteriores Mediastinum

- geringere Mortalität
- keine Conduit-Bestrahlung (R2)
- keine Dysphagie beim Lokalrezidiv (versus 20%)

Meta-Analyse (4 RCT): Leckage-Rate (Odds Ratio 1,59) n.s.

Kardiale Komplikationen $p < 0,06$

Urschel 2001

DRAINAGEVERFAHREN

Pyloroplastik, Pyloromyotomie, Pylorusdilatation

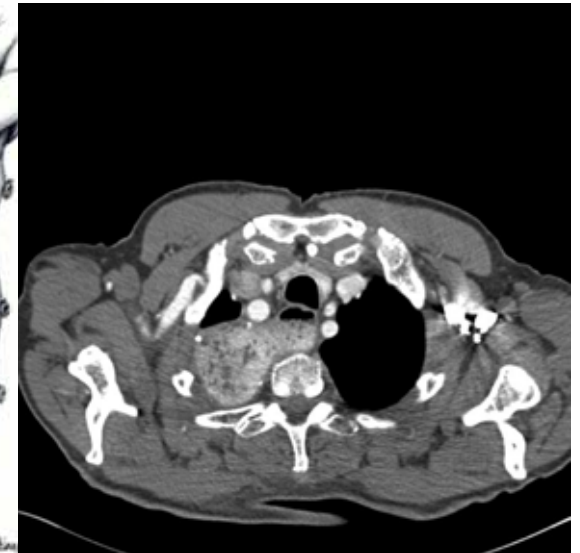
Meta-Analyse (9 RCTs): yes/no

- Mortalität n.s.
- Anastomosenleckage n.s.
- pulmonale Komplikationen n.s.
- fatale Aspirationen n.s.
- funktionelle Magenausgangsstenose $p=0,046$

aber:

Gallereflux signifikant

Drainagekomplikationen !



Urschel 2002

ENTLEERUNGSSTÖRUNG



Pneumatische Pylorusdilatation

Erythromycin

Faserarme Kost

RISIKOFAKTOREN FÜR MALNUTRITION

- Nationwide population-based Swedish Study
- Ösophagektomie wegen Carcinom
- Analyse nach 6 Monaten (Annahme 2/3 verlieren 10%)
- **Neoadjuvante Therapie: OR 2,41**
- **Weibliche Geschlecht: OR 2,14**

HOW I DO IT ?

- Magenschlauch
- hoch-intrathorakale Anastomose
- 2x40mg PPI für mindestens 1 Jahr
- posteriores Mediastinum bei cervikaler Anastomose
- Pylorusdilataion bei offener Conduitbildung
- endoskopische Pylorusdilataion on demand
bei laparoskopischer Conduitbildung
- Nachsorge und Ernährungsberatung !

