die Verwendung eines gestielten Perikardpatches für die beste Methode. Wie der Fall des ersten Patienten zeigt, ist die Interposition von Muskelgewebe nicht so sicher. Ursächlich am Scheitern der von zervikal durchgeführten Fistelübernähung war dabei sicher auch der unzureichende Zugang, der eine ausreichende Exposition nicht ermöglichte.

Wie vorhin erwähnt, ist die rasche postoperative Erholung der Patienten von größter Bedeutung. Bei der zumeist nur bemessenen Überlebenszeit ist es wichtig, daß die Patienten so rasch wie möglich wieder entlassen werden können, um die

ihnen verbleibende Zeit so gut wie möglich zu nützen. Der nur 1tägige Aufenthalt auf der Intensivstation und die Entlassung innerhalb von 2 Wochen, die bei 4 der 5 Patienten möglich war, zeigt, daß dieses Ziel durchaus erreichbar ist. Auch die erzielten Überlebenszeiten rechtfertigen den Aufwand der Operation durchaus, wenn man dabei die ungestörte Schluckfähigkeit der Patienten während dieser Zeit in Betracht zieht.

Literatur

- (1) Ginsberg RJ, Cooper JD: Esophageal fistula. *World J Surg* 1983;7:455-462.

- (2) Burt M, Diehl W, Martini N, Bains MS, Ginsberg RJ, McCormac PM, Rush VW: Malignant esophagorespiratory fistula: Management options and survival. *Ann Thorac Surg* 1991;52:1222-1229.
(3) Looey DM, Ray JF, Ransdell HT, Razzuk MA, Urschel HC: Management of malignant esophagorespiratory fistula. *Ann Thorac Surg* 1978;6:516-520.
(4) Fitzgerald RH, Bartles DM, Parker EF: Tracheoesophageal fistulas secondary to carcinoma of the esophagus. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1981;82:194-197.
(5) Klepetko W, Müller MR, Grimm M, Aloy A, Kashanipour A, Wissner W, Eckersberger F, Wolner E: Endoluminale Schienung (Stenting) bei Stenosen des Tracheobronchialsystems. *Acta Chir Austriaca* 1991;3:124-128.
(6) Mathisen DJ, Grillo HC, Wain JC, Hilgenberg AD: Management of acquired nonmalignant tracheoesophageal fistula. *Ann Thorac Surg* 1991;52:759-765.

Aus der Chirurgischen Abteilung (Leiter: Prof. Dr. R. Roka), Kaiserin-Elisabeth-Spital, Wien

Eingeladener Kommentar:

Operative Therapie tracheointestinaler Fisteln

R. Roka

Fistelbildungen zwischen Ösophagus bzw. Ösophagusersatzorgan und dem Tracheobronchialsystem zählen zu den schwierigsten chirurgischen Situationen. Multimorbidität, konsumierendes Leiden und die chronische Aspiration sind schlechte Voraussetzungen für zum Teil sehr aufwendige Eingriffe. Eine richtige Entscheidung erfordert nicht nur große medizinische Erfahrung, sondern auch viel Einfühlungsvermögen und ethische Überlegungen, weil gerade in diesen Situationen das prinzipiell „Machbare“ leicht an die Grenzen des Sinnhaften stößt. Der kleinstmögliche Eingriff der den Patienten von der Aspiration befreit und die Aufnahme von zumindest flüssig-breiiger Kost ermöglicht, ist demnach der Beste. Unter den zahlreichen Möglichkeiten unterscheidet man in bezug auf die therapeutische Strategie Fistelbildungen des zervikalen vom thorakalen Abschnitt, solche des Ösophagus von einem Ersatzorgan und Fistelbildungen bei Tumorfreiheit von solchen bei Tumorbefall.

Wie auch von den Autoren erfolgreich praktiziert, fällt im zervikalen Bereich der Entschluß zu einer radikalen Sanierung leicht, da insgesamt die Operationen im Vergleich zu den thorakalen oder Zweihöhleneingriffen relativ wenig belastend sind. Bei kleinen Fistelbildungen ohne Tumorresiduen sollte auf jeden Fall die Trennung, Übernähung und Weichteilinterposition versucht werden. Erst das Mißlingen berechtigt zu resezierenden Maßnahmen. Im Falle eines Tumors oder Tumorrezidiv sollte – sofern im Gesunden

möglich – eine Resektion angestrebt werden, auch dann, wenn damit die Entfernung des Larynx und die Überbrückung des Speiseröhrendefektes durch ein Dünndarmtransplantat (3) notwendig wird, allerdings unter der Voraussetzung, daß ein Tracheostoma ohne Schwierigkeiten suprasternal angelegt werden kann. Die palliative, endoskopische Pertubation als konservative Alternative bietet im zervikalen Bereich keine funktionellen Vorteile: Die Abdichtung der Fistelstelle ist unsicher, die Verträglichkeit auch bei kurzem oberen Trichter (1) schlecht und das Fortschreiten des Tumors erfordert meist bald das Anlegen eines Tracheostomas.

Im Thoraxbereich sind resezierende Maßnahmen die Ausnahme und kommen allenfalls bei narbigen Fistelbildungen oder Bronchuskarzinomen zur Anwendung. Unter der Voraussetzung eines entsprechenden Widerlagers durch den Tumor kann die Abdichtung der Fistelstelle

durch endoskopische Tubusimplantation auf jeden Fall versucht werden. Die beste Palliation bietet – wie auch schon von den Autoren ausgeführt – die bipolare Exklusion der thorakalen Speiseröhre in Kombination mit einem Bypass (2, 4). Ersatzorgan der Wahl ist der Magen, da damit der Eingriff auf den Oberbauch beschränkt ist und nur eine Anastomose nötig ist. Eine intrathorakale Anastomose sollte wegen der bekannten Komplikationen vermieden werden. Nur in ausgewählten Fällen wie z. B. bei Fistelbildungen in den hochgezogenen Magen – eine Situation in der Endoprothesen ausscheiden – kommt der Kolonbypass zur Anwendung. Die Drainage des exkludierten Ösophagus nach distal scheint entbehrlich.

Literatur

- (1) Buess G, Kometz B, Schellong H, Roos B: Der Endotubus als Palliativmaßnahme beim stenosierenden Karzinom des Ösophagus und der Kardia. *Leber Magen Darm* 1985;15:26-35.
(2) Little AG, Ferguson MK, De Meester TR, Hoffman PC, Skinner DB: Esophageal Carcinoma with Respiratory Tract Fistula. *Cancer* 1984;53:1322-1328.
(3) Piza-Katzer H, Roka R, Niederle B: Rekonstruktionsmöglichkeiten des laryngo-pharyngo-ösophagealen Traktes mit mikrovaskulär transplantiertem Jejunum. *Acta Chir Austriaca* 1986;18:473-479.
(4) Steiger Z, Wilson RF, Leichman L, Franklin R, Dindogru A, Kinzie J: Management of malignant bronchoesophageal fistulas. *SGO* 1983;157:201-204.

European Society of Chemotherapy Infectious Diseases: 1st Scientific Meeting

Ort: Medizinische Universitätsklinik Semmelweis, Budapest, Ungarn.

Termin: 25. bis 27. November 1993.

Information und Registration: Prof. Dr. A. Georgopoulos, c/o Universitätsklinik für Innere Medizin, Klinische Abteilung für Chemotherapie und Infektionen, 3 P., Währinger Gürtel 18-20, A-1090 Wien, Tel. +43/1/40 400/51 39, Fax: +43/1/40 400/51 67.

3. Wörthersee-Symposium

Termin und Ort: 17. und 18. Juni 1994, Landeskrankenhaus Klagenfurt.

Hauptthemen: „Doppelnieren mit Doppelureter“ und „Blasenexstrophie“.

Information: Prof. Dr. G. Brandesky, Vorstand der Kinderchirurgischen Abteilung des Landeskrankenhauses Klagenfurt, St.-Veiter-Straße 47, A-9026 Klagenfurt, Tel. +43/463/538, DW 26 90 oder 23 08, Fax: +43/463/538 30 29.