

Chirurg 2013 · 84:524
 DOI 10.1007/s00104-013-2522-z
 Online publiziert: 18. Mai 2013
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

M. Blömer · J. Jähne

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Schwerpunkt für endokrine und onkologische Chirurgie,
 Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung, Hannover

Handgenähte vs. mechanische ösophagogastrale Anastomose nach Ösophagusresektion

Originalpublikation

Honda M, Kuriyama A, Noma H et al (2013)
 Hand-sewn versus mechanical esophagogastric anastomosis after esophagectomy. *Ann Surg* 257:238–248

Hintergrund

Die Magenschlauchbildung nach Ösophagusresektion unter Bildung einer ösophagogastralen Anastomose ist ein anerkanntes Verfahren. Uneinigkeit besteht über die Vor- und Nachteile der zur Verfügung stehenden Anastomosentechniken: handgenäht (HS) vs. mechanisch mittels eines zirkulären Staplers (CS). Ziel der vorliegenden Studie ist es, diese beiden Anastomosentechniken miteinander zu vergleichen.

Material und Methoden

Bei der vorliegenden Analyse handelt es sich um ein systematisches Review und eine Metaanalyse auf Basis der Empfehlungen der Cochrane Collaboration. Insgesamt wurden 12 zwischen 1990 und 2010 veröffentlichte, randomisiert-kontrollierte Studien mit insgesamt 1407 Patienten ausgewertet. HS und CS wurden unter den Aspekten Anastomoseninsuffizienz, Strikturbildung, Operationszeit und Mortalität unabhängig von Alter, Geschlecht, Ethnie, histologischem Typ des Ösophaguskarzinoms und zugrunde liegender Erkrankung miteinander verglichen. Ausschlusskriterium war eine Notoperation.

Ergebnisse

Für eine Anastomoseninsuffizienz zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Verfahren. Die Operationszeit war bei der CS-Methode im Schnitt 15,3 min kürzer als bei der HS. Das Risiko einer postoperativen Strikturbildung war bei der CS-Methode größer als bei der HS (relatives Risiko [RR]: 1,67). In einer Subgruppenanalyse stellte sich heraus, dass dieses Risiko bei der Verwendung eines Staplers mit einem Durchmesser von ≥ 30 mm gleich groß ist. Beim Einsatz von Staplern < 30 mm entwickelten sich dagegen häufiger Anastomosenstrikturen. Bezüglich der 30-Tages-Mortalität ergaben sich widersprüchliche Aussagen. Einerseits bestanden keine Unterschiede im Vergleich der beiden Gruppen, andererseits zeigte sich in einer Fixed-effects-modell-Analyse, dass die CS mit einer höheren Mortalität einhergeht (RR: 1,75). In weiteren Subgruppenanalysen zeigte sich keine signifikante Differenz im Outcome in Bezug auf die Höhe der Anastomose (thorakal/zervikal), Nahttechnik (einreihig/mehrrreihig) und der Konfiguration (End-End/End-Seit).

Diskussion

Sowohl die CS- als auch die HS-Methode sind gleichwertige Techniken zur Anlage einer ösophagogastralen Anastomose nach Ösophagusresektion. Dabei ist die CS-Methode zwar mit einer kürzeren Operationsdauer verbunden, sie ist jedoch nicht immer als 1. Wahl anzuse-

hen, da sie mit dem größeren Risiko einer Strikturbildung verbunden ist und sich in einer Modellanalyse Hinweise auf eine höhere 30-Tages-Mortalität ergeben. Hier könnten allerdings die nicht in die Analyse einbezogenen Parameter eine Rolle spielen. Einige Subgruppenanalysen, z. B. die zur Untersuchung der Anastomosenhöhe, haben aufgrund der kleinen Studienpopulation nur eine bedingte Aussagekraft.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. J. Jähne

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie,
 Schwerpunkt für endokrine und
 onkologische Chirurgie, Diakoniekrankenhaus
 Henriettenstiftung,
 Marienstr. 72–90, 30171 Hannover
 Joachim.jaehne@ddh-gruppe.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt für sich und seinen Koautor an, dass kein Interessenkonflikt besteht.