

Chirurg 2018 · 89:562  
<https://doi.org/10.1007/s00104-018-0641-2>  
 Online publiziert: 4. Mai 2018  
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von  
 Springer Nature 2018



W. Schröder · C. J. Bruns

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie, Universitätsklinik Köln, Köln, Deutschland

# Rekonstruktion der intestinalen Passage durch eine Koloninterposition

## Originalpublikation

Brown J, Lewis WG, Foliaki A et al (2018) Colonic interposition after adult oesophagectomy: systematic review and meta-analysis of conduit choice and outcome. *J Gastrointest Surg.* <https://doi.org/10.1007/s11605-018-3735-8> (Epub ahead of print)

**Hintergrund und Fragestellung.** Die Rekonstruktion der Passage nach Ösophagektomie durch ein Koloninterponat ist aufgrund der Komplexität des Eingriffs Therapie der zweiten Wahl und kommt dann zum Einsatz, wenn der Magen aufgrund von Voroperationen bei mangelnder Vaskularisation nicht zur Verfügung steht oder durch die Magenschlauchbildung nicht ausreichend Länge für die Rekonstruktion generiert werden kann. Für die Koloninterposition sind verschiedene Techniken beschrieben. Die wesentlichen Fragen sind hierbei die Wahl des Kolonsegments, das Interponat selbst kann im hinteren Mediastinum oder retrosternal hochgeführt und intrathorakal oder zervikal angeschlossen werden. Gegenwärtig ist nicht geklärt, welche dieser chirurgischen Optionen das beste Outcome hat.

**Methoden.** Zu dieser Frage wurde von einer britischen Arbeitsgruppe ein systematischer Review der vorhandenen Literatur und eine Metaanalyse vorgestellt, welche die Publikationen der Jahre 1985 bis 2012 berücksichtigt. In diese Analyse wurden insgesamt 27 Beobachtungsstudien mit 1849 Patienten eingeschlossen.

**Ergebnisse.** Im Gegensatz zur gastraln Rekonstruktion wurde eine Kolonin-

terposition in 62,3% bei benignen und in 37,7% bei malignen Erkrankungen durchgeführt. Das am häufigsten verwendete Kolonsegment war das linke Hemikolon mit 54,2%, gefolgt vom rechten Hemikolon mit 38,7% und dem Colon transversum mit 6,9%. Bei 478 Patienten (25,9%) erfolgte die Rekonstruktion im hinteren Mediastinum, bei 1156 Patienten (62,5%) retrosternal und bei 162 Patienten (8,8%) subkutan. Die Verwendung des linken im Vergleich zum rechten Hemikolon war mit einer niedrigeren Gesamtmortalität (6,5% vs. 10,1%,  $p < 0,001$ ), Morbidität (15,7% vs. 18,7%,  $p < 0,001$ ) und Anastomoseninsuffizienzrate (13,0% vs. 15,2%,  $p < 0,001$ ) assoziiert. Für die retrosternale Rekonstruktion wurden signifikant niedrigere Komplikations- und Sterblichkeitsraten im Vergleich zur posterioren Hochführung des Kolons berechnet (Morbidität: 9,2% vs. 18,9%,  $p < 0,001$ ; Mortalität: 4,8% vs. 7,0%,  $p < 0,001$ ).

**Fazit.** Die vorgestellte Metaanalyse ausschließlich retrospektiver Untersuchungen hat trotz aller statistischen Limitationen die gegenwärtig beste Evidenz zu dieser klinisch relevanten Problematik. Die Autoren kommen hier zu dem Schluss, dass für die Rekonstruktion das linke Kolon retrosternal hochgeführt die Therapie der Wahl ist. Die Wahl des Kolonsegmentes ist mit der unterschiedlichen Vaskularisation im rechten und linken Hemikolon gut nachzuvollziehen. Dennoch bleiben auch mit dieser Analyse wichtige Fragen unbeantwortet. Dies betrifft insbesondere die Lokalisation der Anastomose (thorakal vs. zervikal), die wie auch bei der gastraln Rekonstruk-

tion Morbidität und Insuffizienzrate erheblich beeinflusst.

## Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. W. Schröder, FACS, FEBS**  
 Klinik für Allgemein-, Viszeral- und  
 Tumorchirurgie, Universitätsklinik Köln  
 Kerpener Str. 62, 50937 Köln, Deutschland  
[wolfgang.schroeder@uni-koeln.de](mailto:wolfgang.schroeder@uni-koeln.de)

**Interessenkonflikt.** W. Schröder und C. J. Bruns geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.