Chirurg 2019 · 90 (Suppl 2):S77
<https://doi.org/10.1007/s00104-019-0865-9>
 Online publiziert: 13. Februar 2019
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

O. Strobel · M. W. Büchler

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Pankreatoduodenektomie vs. duodenumerhaltende Pankreaskopfresektion bei chronischer Pankreatitis

Originalpublikation

Diener MK, Hüttner FJ, Kieser M et al (2017) Partial pancreatoduodenectomy versus duodenum-preserving pancreatic head resection in chronic pancreatitis: the multi-centre, randomised, controlled, double-blind ChroPac trial. *Lancet* 390(10099):1027–1037

Hintergrund. Bei der chirurgischen Therapie der chronischen Pankreatitis (CP) mit entzündlichem Pankreaskopftumor konkurrieren die partielle Pankreatoduodenektomie (PD) mit den Varianten (Beger, Frey, Bern) der duodenumerhaltenden Pankreaskopfresektion (DEPKR). In kleineren unizentrischen randomisiert kontrollierten Studien zum Vergleich von DEPKR und PD zeigten sich Vorteile der DEPKR hinsichtlich perioperativer Ergebnisse und Lebensqualität. Robuste Daten, insbesondere zur Lebensqualität im längerfristigen Verlauf fehlten bisher. Diener et al. führten eine multizentrische, randomisiert kontrollierte Doppelblindstudie zum Vergleich von PD vs. DEPKR durch.

Methoden. Die Studie wurde an 18 Zentren durchgeführt. Patienten mit geplanter Pankreaskopfresektion bei CP wurden in die Gruppen PD und DEPKR randomisiert. Als primärer Endpunkt wurde die Lebensqualität nach 24 Monaten mit dem Fragebogen QLQ-C30 untersucht. Als sekundäre Endpunkte wurden unter anderem die Sicherheit, perioperative Va-

riablen und die Notwendigkeit weiterer Krankenhausaufenthalte und Operationen analysiert. Patienten und Auswertende waren bezüglich der Intervention verblindet.

Ergebnisse. Zwischen 09/2009 und 09/2013 wurden 250 Patienten in die Gruppen PD ($n = 125$) und DEPKR ($n = 125$) randomisiert und 226 Patienten, bei denen eine dieser Operationen durchgeführt wurde, analysiert. Die Gruppen waren hinsichtlich präoperativer Variablen inklusive der Lebensqualität balanciert. In der Lebensqualität nach 24 Monaten zeigte sich kein Unterschied zwischen PD und DEPKR, wobei beide Verfahren zu einer deutlichen Verbesserung der Lebensqualität führten, also effektiv waren. Auch bezüglich der Sicherheit (Morbidität und Mortalität bis 24 Monate) waren PD und DEPKR vergleichbar. Die Operationszeit war bei DEPKR signifikant kürzer als bei PD (4,7 vs. 5,3 h; $p = 0,008$) bei vergleichbarem Blutverlust (560 vs. 665 ml) und Verweildauer (18,1 vs. 16,0 Tage). Nach DEPKR wurden signifikant häufiger weitere Krankenhausaufenthalte wegen der CP notwendig als nach PD (27 vs. 12 %; $p = 0,002$). Zur Entwicklung eines Diabetes (4 vs. 5 %) oder einer exokrinen Insuffizienz (40 vs. 49 %) kam es nach beiden Operationsarten vergleichbar häufig.

Diskussion. Die ChroPac-Studiengruppe folgert, dass PD und DEPKR hinsichtlich der Lebensqualität gleich effektiv sind. Die in unizentrischen Studien beschriebene Überlegenheit der DEPKR konnte

somit im multizentrischen (und verblindeten) Setting nicht bestätigt werden.

Die ChroPac-Studie zeigt klar, dass sowohl die PD als auch die DEPKR im multizentrischen Setting effektive und sichere Operationsmethoden sind, die beide zu einer deutlichen Verbesserung der Lebensqualität bei Patienten mit CP führen. Dies ist eine wichtige Information sowohl für Chirurgen als auch für Gastroenterologen, da Patienten mit CP meist immer noch viel zu lange konservativ behandelt werden. Während die DEPKR Vorteile bezüglich der Operationszeit hat, scheint die PD bei bestimmten Patienten zu einer definitiveren Behandlung ihrer Symptome zu führen. Weiterführende Untersuchungen müssen nun auf die Identifikation von Patientengruppen abzielen, die im Sinne einer individualisierten Therapie mehr von einer der Operationsmethoden profitieren. Während der erfahrene Pankreaschirurg beide Verfahren sicher beherrschen sollte, könnte man aus den Ergebnissen der ChroPac-Studie auch den Schluss ziehen, dass für die Anwendung in der Breite die insgesamt auch für andere Erkrankungen häufiger durchgeführte PD zu bevorzugen ist.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. O. Strobel

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universität Heidelberg
 Im Neuenheimer Feld 110, 69120 Heidelberg, Deutschland
Oliver.Strobel@med.uni-heidelberg.de

Interessenkonflikt. O. Strobel und M. W. Büchler geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag wurde erstpubliziert in *Der Chirurg* (2017) 88:1062–1062. <https://doi.org/10.1007/s00104-017-0549-2>