

Chirurg 2019 · 90 (Suppl 2):S68
<https://doi.org/10.1007/s00104-019-0884-6>
 Online publiziert: 13. Februar 2019
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2019



M. Schrempf · M. Anthuber

Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Transplantationschirurgie, Klinikum Augsburg, Augsburg, Deutschland

Pankreatikojejunostomie: „Gang-zu-Mukosa“- oder Invaginationsanastomose?

Originalpublikation

Senda Y, Shimizu Y, Natsume S et al (2018) Randomized clinical trial of duct-to-mucosa versus invagination pancreaticojejunostomy after pancreatoduodenectomy. *Br J Surg* 105(1):48–57. <https://doi.org/10.1002/bjs.10727>

Hintergrund. Die Morbidität der Duodenohepatektomie ist zum Großteil auf Komplikationen zurückzuführen, die von der Pankreatikojejunostomie ausgehen. Zahlreiche Arbeiten zur Technik der Pankreatikojejunostomie lieferten z. T. widersprüchliche Ergebnisse. Bisher konnte für kein Verfahren ein eindeutiger Vorteil belegt werden. Die vorgestellte randomisierte Studie vergleicht die sog. Gang-zu-Mukosa(GM)-Anastomose mit der Invaginationsanastomose (IV)

Methoden. Für diese japanische Studie wurden Patienten nach Beschaffenheit des Pankreasgewebes (hart vs. weich) und Durchmesser des Pankreasganges (<3 mm vs. ≥3 mm) stratifiziert und in eine der beiden Gruppen (GM vs. IV) randomisiert. In beiden Gruppen wurde eine retrokolische End-zu-Seit-Pankreatikojejunostomie angelegt. Der Pankreasgang wurde mit einem 4–5 F-Katheter geschient, der über das blinde Ende der Jejunumschlinge und die Bauchdecke ausgeleitet wurde. Primärer Endpunkt war das Auftreten einer klinisch relevanten Pankreasfistel (PF)

Ergebnisse. Insgesamt wurden 120 Patienten in die Studie eingeschlossen. Die Häufigkeit einer PF betrug 16,7 % ($n=20$). In der GM-Gruppe erlitten 14 von 61 eine PF gegenüber 6 von 59 in der IV-Gruppe (Odds Ratio [OR] = 0,38; 95 %-Konfidenzintervall [KI] 0,13–1,11; $p=0,077$). In der Subgruppe der Patienten mit „weichem“ Pankreasgewebe traten in der IV-Gruppe ($n=30$) weniger PF auf als in der GM-Gruppe ($n=31$; 10 % vs. 42 %; OR = 0,16; 95 %-KI 0,04–0,60; $p=0,01$). Unter den 20 Patienten mit PF benötigten Patienten in der IV-Gruppe ($n=6$) die Drainage im Median für 38,5 Tage, während Patienten in der GM-Gruppe ($n=14$) diese für 49 Tage benötigten ($p=0,028$).

Diskussion und Fazit. Die Duodenohepatektomie wird heute an Zentren mit einer sehr niedrigen perioperativen Letalität durchgeführt. Dennoch bleibt die Morbidität dieses Eingriffs vor allem aufgrund von Komplikationen, die von der Pankreasanastomose ausgehen, hoch. Aus diesem Grund wurden zahlreiche Anstrengungen unternommen die Insuffizienz- und Fistelrate zu senken. In dieser Studie konnte für die Pankreatikojejunostomie zwischen der GM- und der IV-Anastomose in Bezug auf die Häufigkeit einer PF kein Unterschied nachgewiesen werden. Eine randomisierte Studie von Topal et al. konnte für die Pankreatikogastrostomie im Vergleich zur Pankreatikojejunostomie eine geringere Rate an PF nachweisen [2]. Die Ergebnisse dieser Studie sind jedoch aufgrund methodischer und klinischer Mängel umstritten. Zusätzlich wird vermutet, dass die Pankreatikogastrostomie höhere Ra-

ten an verzögerter Magenentleerung und Gangverschlüssen sowie eine schlechtere exokrine Funktion mit sich bringt [1]. Weder für die End-zu-End-, die Seit-zu-Seit-, die Gang-zu-Mukosa- oder die Invaginationsanastomose konnte bisher ein reproduzierbarer Vorteil belegt werden [1]. Man kann daher für die Pankreatikojejunostomie annehmen, dass wie so oft in der Chirurgie, der Chirurg und seine Erfahrung den größten Einfluss auf die Komplikationsrate haben.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. M. Anthuber

Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Transplantationschirurgie, Klinikum Augsburg
 Stenglinstr. 2, 86156 Augsburg, Deutschland
matthias.anthuber@klinikum-augsburg.de

Interessenkonflikt. M. Schrempf und M. Anthuber geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Gómez T, Palomares A, Serradilla M, Tejedor L (2014) Reconstruction after pancreatoduodenectomy: pancreaticojejunostomy vs pancreaticogastrostomy. *World J Gastrointest Oncol* 6:369
2. Topal B, Fieuwis S, Aerts R et al (2013) Pancreaticojejunostomy versus pancreaticogastrostomy reconstruction after pancreaticoduodenectomy for pancreatic or periampullary tumours: a multicentre randomised trial. *Lancet Oncol* 14:655–662

Dieser Beitrag wurde erstpubliziert in *Der Chirurg* (2018) 89:311–311. <https://doi.org/10.1007/s00104-018-0627-0>