

Chirurg 2019 · 90 (Suppl 2):S64
<https://doi.org/10.1007/s00104-019-0904-6>
 Online publiziert: 13. Februar 2019
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2019



A. Nikolic · F. Rauchfuß · U. Settmacher

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland

Major-Leberresektionen bei zystischer Echinokokkose der Leber

Originalpublikation

Ramia JM, Serrablo A, Serradilla M et al (2018) Major hepatectomies in liver cystic echinococcosis: A bi-centric experience. Retrospective cohort study. *Int J Surg*. 54(Pt A):182–186. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2018.04.049>.

Hintergrund. Die durch den Parasiten *Echinococcus granulosus* (Hundebandwurm) hervorgerufene zystische Leberechinokokkose („liver cystic echinococcosis“, LCE) kann konservativ oder radikal chirurgisch einschließlich Leberteilektomien bis hin zur Lebertransplantation therapiert werden. Eine Major-Leberteilektomie (mehr als drei Segmente; „major hepatectomy“, MH) kann je nach Verteilung und Größe der Zysten notwendig werden. Die Erfahrungen aus zwei spanischen Zentren in einer LCE-endemischen Region sind in der Arbeit zusammengefasst.

Methodik. In der bizenrischen retrospektiven Kohortenanalyse wurden über einen Beobachtungszeitraum von 8 Jahren 145 Patienten mit gesichertem Nachweis aktiver oder komplizierter *Echinococcus-granulosus*-Zysten in der Leber eingeschlossen. Die Diagnose erfolgte durch Abdomencomputertomographie und Echinokokkenserologie (IgE). Bei präoperativem Ikterus und abszedierten Leberzysten wurde präoperativ eine endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie bzw. per-

kutane Drainage durchgeführt. Bei intraoperativer Zysteneröffnung folgte eine einmonatige orale Albendazoltherapie. Postoperativ erfolgte eine strukturierte Nachsorge. Zudem wurden epidemiologische, radiologische und klinischen Daten sowie chirurgische Technik, Morbidität (Clavien-Dindo, CD I–V) und Mortalität analysiert.

Ergebnisse. Bei 49 Patienten wurde eine MH durchgeführt – 15 als rechte und 28 als linke Hemihepatektomie (HHE) bzw. Trisektorektomie. Bei 33 Patienten handelte es sich um die Erstdiagnose einer LCE und bei 16 um ein Rezidiv. Die Zysten waren überwiegend isoliert ($n=33$) mit einer durchschnittlichen Größe von 9,94 cm (15–22 cm) und meist unilobärer Verteilung ($n=43$: rechts 27, links 16). Die Indikation für die MH war ein vollständiger Befall des rechten Leberlappens ($n=14$), eine Gefäßbeteiligung (8) oder Verbindung zu den Gallenwegen ($n=9$) sowie kombiniert ($n=18$). Interessanterweise traten bei neudiagnostizierter LCE nach MH signifikant weniger, dafür schwerere Komplikationen (CD III–V, $n=13$) als bei intrahepatischen Rezidiven (CD I und II, $n=18$) auf. Minor-Komplikationen waren Bluttransfusionen ($n=12$), Gallefisteln ($n=11$) und entlastungswürdige Verhalte bzw. Abszesse ($n=7$). In 12 Fällen kam es intraoperativ zu einer Eröffnung der Hydatiden. Vergleicht man die MH untereinander, traten nach rechtsseitiger HHE mit vollständigem LCE-Befall signifikant mehr Komplikationen auf. Der Krankenhausaufenthalt war signifikant länger, wenn eine Beteiligung bzw. Verbindung der

LCE zu Gefäßen oder den Gallenwegen bestand. In der Nachsorge (31 Monate, 1–75 Monate) gab es keine MH-bezogenen Komplikationen und intrahepatischen Rezidive, dafür 3 extrahepatische peritoneale Rezidive nach intraoperativer Zysteneröffnung.

Fazit

Die hier vorgestellte retrospektive Arbeit hebt an einer großen Fallzahl den Stellenwert der Leberteilektomie in der interdisziplinären Behandlung von *Echinococcus-granulosus*-Zysten hervor. Solche großen Fallzahlen sind nur in Endemiegebieten zu erzielen, wie es auch hier der Fall ist. Unklar bleibt allerdings, ob die antihelminthische Therapie in dieser Form adäquat war. Insbesondere nach Zysteneröffnung sollte, unseren Erfahrungen nach, eine längere Therapie erfolgen. Zudem präferieren wir in unserem Zentrum eine zweimonatige „neoadjuvante“ antihelminthische Therapie vor der operativen Sanierung. Dies kann und sollte Gegenstand prospektiver Studien sein.

Korrespondenzadresse

A. Nikolic
 Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Jena
 Am Klinikum 1, 07747 Jena, Deutschland
 Alen.Nikolic@med.uni-jena.de

Interessenkonflikt. A. Nikolic, F. Rauchfuß und U. Settmacher geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag wurde erstpubliziert in *Der Chirurg* (2018) 89:735–735. <https://doi.org/10.1007/s00104-018-0701-7>