



Dr. med. Barna BOLDOG

FMH Chirurgie
Spezialarzt Viszerale Chirurgie
Spezialarzt Bariatrische Chirurgie
Spezialarzt Allgemein- und Unfallchirurgie

Gastrektomie bei Magentumor

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Begriffserklärung

Das Magenkarzinom ist ein bösartiger Magentumor und ist eines der häufigsten Krebsarten, wobei eine rasche Ausbreitung über die Lymphwege erfolgt. Metastasen können sich aber auch in Leber, Lunge und Bauchfell sowie auf den Eierstöcken finden.

Reize wie ungesunde Ernährung, Nikotin und Alkohol, aber auch bestimmte Magenerkrankungen wie beispielsweise chronisch atrophische Gastritis können für die Krebsentstehung verantwortlich sein.

Die Gastrektomie ist die vollständige operative Entfernung des Magens. Dies ist die Standardoperation bei Magenkarzinomen, die unter kurativem Ansatz operiert werden.

Gefahren der Krankheit

Ein Magenkarzinom verursacht leider im Vorstadium keine krebsspezifischen Beschwerden. Im frühen Stadium sind die Behandlungsaussichten vergleichsweise sehr gut. In späteren Stadien, wenn stärkere Symptome und Gewichtsverlust auftreten, ist etwa die Hälfte der Magenkarzinome nicht mehr operabel.

Behandlungsmöglichkeiten

Die Effektivität der Bestrahlung eines Magenkarzinoms ist noch nicht gesichert. Die Chemotherapie dient bei ausgedehnten Tumoren dazu, vor der Operation den Tumor zu verkleinern um ihn anschließend komplett operieren zu können. Dieses Verfahren ist jedoch nicht in Studien etabliert. Prinzipiell muss man sagen, dass eine Operation zur Zeit die einzige sinnvolle Therapie mit einer Aussicht auf Heilung bietet.

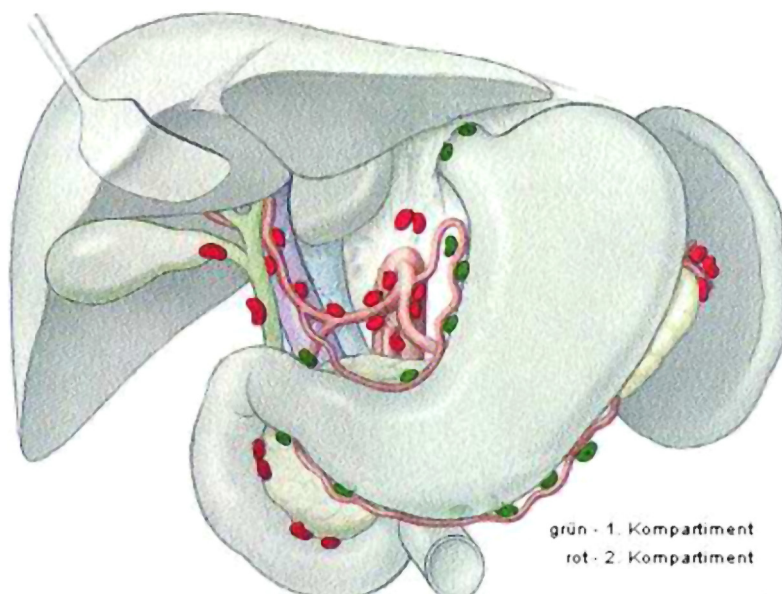


Abb. Anatomie des Magens und seiner Nachbarorgane.

Unter Vollnarkose werden über eine queren Oberbauchschnitt der Magen und seine versorgenden Blutgefäße dargestellt. Der Magen wird im Folgenden an Ösophagus (Speiseröhre) und Duodenum (Zwölffingerdarm) abgesetzt. Im Rahmen des kurativen Ansatzes erfolgt eine Lymphknotenentfernung v.a. entlang der direkt dem Magen anliegenden Gefäße, also entlang der Kurvaturen und im Bereich des Pankreaskopfes, Duodenums und der stamm-nahen Gefäße (Äste der Bauchaorta).

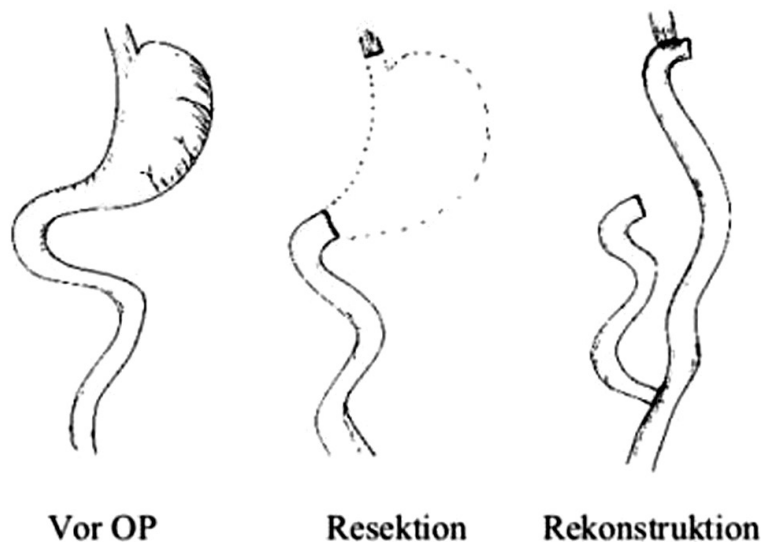


Abbildung: Schematische Darstellung der Gastrektomie und der Rekonstruktion, wie sie an unserer Klinik durchgeführt werden

Die Wiederherstellung der Passage erfolgt durch die Rekonstruktion mit einer nach Roux-Y hochgezogenen Dünndarmschlinge (Jejunum).

Das große Netz (Omentum majus) wird prinzipiell immer mit entfernt. Bei fort-geschrittenen Tumoren mit Ausdehnung in an-grenzende Organe wird die Gastrektomie erweitert. Um die Heilungschancen zu erhöhen bzw. um den kurativen Ansatz zu gewährleisten muss eine Schnellschnittuntersuchung des Schnitttrandes Tumorfreiheit aufzeigen. Die Höhe der Absetzungslinie wird somit durch die Lokalisation des Tumors bestimmt. Bei Tumorbefall im Milzhilus wird die Milz mit entfernt. Bei Tumordinfiltration in den Pankreasschwanz werden der Pankreasschwanz und die Milz mit entfernt. Die Resektion des linken Dickdarmteils und der linken Nebenniere kann manchmal ebenfalls erforderlich werden.

Komplikationsmöglichkeiten

Der Erfolg und die Risikolosigkeit einer ärztlichen Behandlung kann in keinem Falle garantiert werden, doch sind heute allgemeine Komplikationen von Operationen, wie Infektionen (Lungenentzündung), Venenthrombosen (Gerinnelbildung) und Lungenembolien (Gefäßverschluss durch verschleppte Gerinnsel) durch die eingehende Abklärung vor der Operation und durch Schutzmassnahmen während des Spitalaufenthaltes sehr selten geworden. Verletzungen von Organen und Blutgefäßen sind durch eine standardisierte Operationstechnik auf ein Minimum reduziert worden. Auch ist heute eine schnelle und wirksame Therapie solcher Probleme möglich.

Infolge einer Gastrektomie kann es zu Insuffizienzen (Undichtigkeit) und/oder Stenosen (Engpässen) der Anastomosen (Verbindungen), insbesondere der Anastomose zwischen Speiseröhre und Dünndarm kommen. Mögliche aber seltene Komplikationen sind Wundinfekt, intraabdominelle Nachblutung, Blutung aus der Anastomose, vorübergehenden Entleerungsstörungen, Bauchfellentzündung und Abszessbildung. In den meisten Fällen müssen diese durch einen weiteren Eingriff behoben werden.

Im Langzeitverlauf kann es nach dem Eingriff in der Abdominalhöhle (Bauchhöhle) zu Verwachsungen/Einklemmungen und in Folge dessen zu einem Darmverschluss kommen, was allenfalls einen erneuten Eingriff notwendig macht.

Die Wiederherstellung der Nahrungspassage mit Dünndarm ist zwar die beste Möglichkeit sich dem Ausgangszustand anzunähern, ist jedoch nicht selten mit Problemen verbunden, die sich durch eine Kombination mehrerer Symptome (sog. Syndrome) zeigen und für den Patienten nicht sofort erklärbar sind. Als einige der häufigsten sind die sogenannten Dumping-Syndrome und Schlingensyndrome verschiedenen Ausmaßes als mögliche Spätkomplikationen zu erwähnen. Im Rahmen dieser Komplikationen kann es durch zu rasche Nahrungspassage zum Volumenmangel durch Verlust der Flüssigkeit ins Darmlumen oder zu überschießenden Insulinfreisetzung mit Folge einer Unterzuckerung (Hypoglykämie) sowie den dadurch verursachten Folgen mit den entsprechenden Symptomen kommen. Das Frühdumpingsyndrom ist durch Übelkeit / Erbrechen, vermehrtes Schwitzen, Bauchschmerzen, Durchfall bis hin zu Kreislaufproblemen in den ersten 30 Minuten nach dem Essen gekennzeichnet. Bei Spätdumping kommt es 1 – 3 Stunden nach der Nahrungsaufnahme zu Kopfschmerzen, Heißhunger und Schwächegefühl bis hin zum Schock. Durch Einhalten diätetischer Maßnahmen bessern sich die Beschwerden. Nach einer Gastrektomie sind die Patienten zudem nicht mehr zur Produktion von Salzsäure und Intrinsic factor befähigt. Patienten haben oft Refluxbeschwerden (Saures Aufstossen). Aufgrund des fehlenden Intrinsic-Faktors kann kein Vitamin B12 mehr aufgenommen werden. Der Mangel an Vitamin B12 verursacht mit einer Latenz von Jahren eine Blutarmut (Anämie). Deshalb ist eine regelmässige und lebenslange Substitutionstherapie notwendig. Auch die Fettverdauung kann den Patienten Probleme bereiten, da die Nahrung nicht mehr im Magen gespeichert werden kann und somit die Zeit sinkt, welche die Bauchspeicheldrüse für die Sekretion von Fett verdauenden Enzymen hat. Als Therapie kann der Fettanteil der Nahrung reduziert werden und die Enzyme exogen (Tabletten) zugeführt werden. Ebenso treten bei Patienten nach der Operation Störungen des Knochenstoffwechsels auf, die Osteoporose sehr stark begünstigen. Kalzium, Vitamin-D sowie weitere fettlösliche Vitamine und Eisen sollten in Tablettenform zugeführt werden.

Prognose

Die Prognose des Magenkarzinoms wird entscheidend vom Tumorstadium zum Zeitpunkt der Operation bestimmt.

Da Magenkrebs in der Regel erst in weit fortgeschrittenen Stadien diagnostiziert wird (ca. 70 % aller Fälle), ist die Sterberate insgesamt relativ hoch.

Voraussichtliche Hospitalisationsdauer

Die Patienten können in der Regel bei komplikationslosem Verlauf nach einer Woche nach der Operation das Spital verlassen.

