

Minimalinvasive versus offene Chirurgie bei Malignomen des Gastrointestinaltrakts

Hubertus Feußner^a Jürgen Weitz^b

^a Chirurgische Klinik und Poliklinik, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München,

^b Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden, Deutschland

Der Schwerpunkt dieser Ausgabe der VISZERALMEDIZIN befasst sich mit dem Thema «Minimalinvasive versus offene Chirurgie bei Malignomen des Gastrointestinaltrakts». Noch vor 20 Jahren wäre es undenkbar gewesen, mit dieser Kontroverse ein Themenheft zu füllen. Die laparoskopische Operation von Malignomen war noch ein absolutes Tabu. Heute geht es nicht mehr darum, nur die prinzipielle Eignung minimalinvasiver Operationstechniken für die Behandlung von Malignomen zu definieren, sondern darum, den Platz laparoskopischer/thorakoskopischer Eingriffstechniken in Abhängigkeit vom Tumorstadium und unter Berücksichtigung der heutigen Möglichkeiten (Operationstechnik, Instrumentarium usw.) zu bewerten.

Der Fokus liegt dabei auf Eingriffen am Ösophagus, Magen, Pankreas und Kolon. Für den Versuch einer Standortbestimmung ist es gelungen, namhafte Protagonisten und Antagonisten der laparoskopischen Operationstechnik für diese Organsysteme zu gewinnen.

In allen Beiträgen wird übereinstimmend als Tertium Comparationis die Gleichwertigkeit in onkologischer Hinsicht als wesentliches Kriterium betont, und es besteht ein breiter Konsens, dass Kompromisse in der onkologischen Radikalität ein «Killerkriterium» für jegliche minimalinvasive Ansätze wären. Erst wenn nachgewiesen werden kann, dass die Technik der minimalinvasiven Chirurgie (MIC) in dieser Hinsicht zumindest nicht nachteilig ist, kann der Diskurs überhaupt erst beginnen.

Historisch betrachtet, wurden minimalinvasive Eingriffe am Ösophagus schon sehr früh ausgeführt. Die hohe Morbidität der meist als Zweihöhleneingriff durchgeführten Operation forderte minimalinvasive Alternativen geradezu heraus. Inzwischen sind viele neue Techniken verfügbar und werden auch klinisch eingesetzt. Das Thema wird im vorliegenden Heft von den Autoren Wolter, Mann und Izbicki [1] unter

dem «Pro»-Aspekt behandelt, während Gertler und Feith [2] die «Kontra»-Position darstellen. Beide beziehen sich auf eine gründliche Analyse der heute verfügbaren Literatur und stimmen (zumindest implizit) überein, dass die Datenlage noch nicht befriedigend ist, um die Überlegenheit der einen oder anderen Vorgehensweise zu belegen.

Die ersten laparoskopischen Eingriffe am Magen wurden vor ca. 15 Jahren durchgeführt, wobei die Arbeitsgruppen aus dem asiatischen Raum eindeutig eine Pionierrolle übernahmen. Zu diesem Themengebiet bezieht Wullstein [3] die befürwortende Position, während Ott, Blank und Büchler [4] für die konventionelle, offene Technik plädieren. Die laparoskopische Magenresektion ist möglich, aber bisher ist sie wahrscheinlich (noch) mit einer geringeren Ausbeute an Lymphknoten belastet.

Bei den Malignomen des Pankreas ist allgemein und auch bei den Protagonisten (Bork, Reissfelder, Weitz und Koch [5]) in diesem Themenheft immer noch eine gewisse Zurückhaltung festzustellen. Obwohl die erste laparoskopische Pankreatikoduodenektomie bereits vor etwa 20 Jahren von Gagner und Pomp [6] beschrieben wurde, liegen erst seit ca. 2 Jahren ernstzunehmende Fallserien von jeweils mehr als 40 Fällen vor. In spezialisierten Zentren waren die Morbidität und Mortalität nicht höher, und die bekannten Vorteile der laparoskopischen Vorgehensweise waren auch hier nachweisbar.

In der sehr detaillierten Entgegenhaltung von Hartmann, Michalski und Kleeff [7] wird die Zukunft der minimalinvasiven Chirurgie bei Pankreaserkrankungen deutlich skeptischer gesehen.

Demgegenüber ist hinsichtlich der onkologischen kolorektalen Chirurgie sozusagen «die Schlacht geschlagen», wie von Späth, Müller, Nitsche, Maak, Käser, Kleeff und Bader [8] dargestellt. In der Anfangszeit der laparoskopischen Chirurgie wurden an alle hier erkennbaren Ansätze besonders hohe

Maßstäbe der wissenschaftlichen Evaluation angelegt, die zu diesem Zeitpunkt gerade erst einmal mühsam in die konventionelle Chirurgie eingeführt wurden. Seitens der Vertreter der laparoskopischen Chirurgie hat man sich dieser Herausforderung überaus erfolgreich gestellt. Es gibt wenige Fragen in der Viszeralchirurgie, die gründlicher untersucht wurden als der Stellenwert der laparoskopischen Vorgehensweise bei der Operation des kolorektalen Karzinoms. Wenn ein Tumor prinzipiell laparoskopisch behandelt werden kann, sollte er – eine entsprechende Expertise vorausgesetzt – auch so operiert werden. Dementsprechend setzt die Erwidern von Lux, Weber und Hohenberger [9] auch bei den kritischen Punkten «Expertise» und «Patientenselektion» an. Mit Recht wird darauf hingewiesen, dass die Entscheidung zum laparoskopischen Vorgehen im konkreten Einzelfall immer unter Berücksichtigung der individuellen und lokalen Gegebenheiten zu fällen ist.

Insgesamt kann also eine Standortbestimmung der laparoskopischen Chirurgie derzeit nur bezogen auf die einzelnen Organsysteme vorgenommen werden. Für alle Indikationen gilt aber in der Tendenz, dass die MIC meist mit weniger Blutverlust, aber einer (etwas) verlängerten Operationszeit und einem (tendenziell) verkürzten Krankenhausaufenthalt verbunden ist.

Natürlich nivelliert sich der Vorteil des minimalinvasiven Vorgehens nach einiger Zeit. Das heißt aber noch lange nicht, dass die – wenn auch nur temporär – günstigere Gestaltung des Heilungsverlaufs deshalb unbedeutend wäre. Im Gegenteil ist gerade beim onkologischen Patienten mit häufig nur begrenzter Lebenserwartung jede Anstrengung gerechtfertigt, die Lebensqualität – selbst wenn nur temporär – zu verbessern.

Schließlich darf bei unserer heutigen Diskussion nicht vergessen werden, dass mit dem heutigen Stand der Technik zumindest zwei kardinale Probleme noch unzureichend gelöst sind. Eines davon ist die Frage der Viszerosynthese. Noch immer erfordert die Anastomosierung (mit Ausnahme des tiefen Kolorektums) aufwendige Behelfstechniken mit dem Stapler oder die (halb) offene Handnaht. Hier kann allerdings erwartet werden, dass in absehbarer Zeit flexible endoluminale Stapler zur Verfügung stehen werden, mit denen Anastomosen in jeder Höhe des Gastrointestinaltrakts «von innen» angelegt werden können. Realistischerweise wird dies die Praktikabilität und die Sinnhaftigkeit des minimalinvasiven Vorgehens zusätzlich fördern.

Der zweite Problembereich ist sicherlich die Präparatebereitung. Selbst der subtilste laparoskopische Eingriff verliert an Eleganz, wenn am Ende doch ein mehr oder weniger langer Bergungsschnitt erforderlich ist. Es ist derzeit erkennbar, dass nach alternativen Lösungen, wie z.B. die Bergung über den Gastrointestinaltrakt, gesucht wird, aber eine Universallösung gibt es noch nicht. Ein interessanter Ansatz ist die kontrollierte Morzellation, mit der auch eine adäquate pathohistologische Aufarbeitung des Präparats möglich ist, aber eine kurzfristige Verbesserung der Situation ist vorerst nicht zu erwarten.

Dessen ungeachtet werden aber auch in Zukunft allein schon durch die ständigen Verbesserungen in der Medizintechnik praktische Erleichterungen in der Operationstechnik zu erwarten sein, von der die minimalinvasive Vorgehensweise aufgrund ihres höheren Technisierungsgrades im Vergleich zur offenen/konventionellen Technik überproportional profitieren wird.

Literatur

- 1 Wolter S, Mann O, Izbicki JR: Minimalinvasive Chirurgie bei Malignomen des Gastrointestinaltrakts: Ösophagus – Pro-Position. *Viszeralmedizin* 2013;29:344–348.
- 2 Gertler R, Feith M: Minimalinvasive Chirurgie bei Malignomen des Gastrointestinaltrakts: Ösophagus – Kontra-Position. *Viszeralmedizin* 2013;29:350–354.
- 3 Wullstein C: Minimalinvasive Chirurgie bei Malignomen des Gastrointestinaltrakts: Magen – Pro-Position. *Viszeralmedizin* 2013;29:356–361.
- 4 Ott K, Blank S, Büchler M: Minimalinvasive Chirurgie bei Malignomen des Gastrointestinaltrakts: Magen – Kontra-Position. *Viszeralmedizin* 2013;29:362–367.
- 5 Bork U, Reissfelder C, Weitz J, Koch M: Minimalinvasive Chirurgie bei Malignomen des Gastrointestinaltrakts: Pankreas – Pro-Position. *Viszeralmedizin* 2013;29:368–374.
- 6 Gagner M, Pomp A: Laparoscopic pylorus-preserving pancreatoduodenectomy. *Surg Endosc* 1994;8:408–410.
- 7 Hartmann D, Michalski CW, Kleeff J: Minimalinvasive Chirurgie bei Malignomen des Gastrointestinaltrakts: Pankreas – Kontra-Position. *Viszeralmedizin* 2013;29:375–381.
- 8 Späth C, Müller T, Nitsche U, Maak M, Käser SA, Kleeff J, Bader FG: Minimalinvasive Chirurgie bei Malignomen des Gastrointestinaltrakts: Kolon – Pro-Position. *Viszeralmedizin* 2013;29:382–387.
- 9 Lux P, Weber K, Hohenberger W: Minimalinvasive Chirurgie bei Malignomen des Gastrointestinaltrakts: Kolon – Kontra-Position. *Viszeralmedizin* 2013;29:388–393.