

Viszerale Tumorchirurgie

Leber / Gallenwege / Pankreas

Leber

In unserer Klinik werden primäre und sekundäre Lebertumore sowie benigne Leberläsionen operativ behandelt. Um eine entsprechende Übung und eine hervorragende Qualität der Eingriffe sicherzustellen, werden diese Eingriffe an unserer Klinik nur von Operateuren durchgeführt, die ihre Ausbildung in einem großen Leberzentrum durchlaufen haben. Um Lebertumore mit ausreichendem Abstand im gesunden Gewebe zu entfernen, wird bei jeder Leberresektion eine intraoperative Ultraschalluntersuchung durchgeführt. Durch anatomische Resektionsverfahren wird der Blutzuffluss, wenn erforderlich, vor der eigentlichen Resektion unterbunden. Durch dieses Vorgehen wird die Notwendigkeit von Bluttransfusionen deutlich vermindert.

Unter dem Begriff der primären Lebermalignome werden hepatocelluläre (HCC) und cholangiozelluläre (CCC) Karzinome zusammengefasst. Eine Entfernung kann unter bestimmten Umständen (kleiner Tumor, Abwesenheit von Metastasen, freier Leberlappen der Gegenseite) erfolgen. Grundsätzlich gilt, dass die Restleberfunktion einen entscheidenden Einfluss auf die Resektabilität des Tumors hat. Ist eine Resektabilität nicht gegeben, so kommen andere Verfahren wie die transarterielle Chemoembolisation (TACE) oder die Radiofrequenzablation (RFA) zur Anwendung. Unter Umständen kann auch die Vermittlung an ein Lebertransplantationszentrum notwendig werden.

Bei sekundären Lebermalignomen handelt es sich meist um Metastasen (Tochtergeschwülste) gastrointestinaler Tumore. Hier steht das kolorektale Karzinom (Dickdarmkarzinom) an erster Stelle. Aber auch Magenkarzinome, Mammakarzinome oder Lungentumore können in die Leber metastasieren.

Grundsätzlich gilt bei diesen Tumoren, dass nach Entfernung des Primärtumors in erster Linie die technische Resektabilität über die Indikation zur Operation entscheidet. Früher angesetzte Obergrenzen von 3 oder 5 Metastasen gelten heute nicht mehr. Ausgedehnte Lebermetastasen können zudem durch eine neoadjuvante Chemotherapie zu resektablen Lebermetastasen werden.

Derzeit ist nicht gesichert, ob nach vollständiger Resektion von Lebermetastasen die Gabe einer adjuvanten Chemotherapie sinnvoll ist. Die Klinik für Chirurgie des St.-Johannes-Hospitals beteiligt sich deshalb an einer deutschlandweiten Studie der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Onkologie (CAO), die diesen Sachverhalt untersuchen soll.

Selbstverständlich werden an unserer Klinik auch gutartige Lebertumore wie Adenome oder Hämangiome bzw. andere gutartige Raumforderungen operiert. Allerdings haben neuere Untersuchungen gezeigt, dass hier die Indikation zur Operation, mit Ausnahme von Leberadenomen und großen Hämangiomen, mit äußerster Zurückhaltung zu stellen ist.

Gallenwege

Bösartige Erkrankungen der Gallenwege erfordern häufig ausgedehnte Eingriffe. Welche Operation erforderlich ist, entscheidet sich letztlich durch den Abstand des Tumors von der Gallengangsgabel. Hieraus ergibt sich, ob eine alleinige Entfernung des Gallengangs und der örtlichen Lymphknoten ausreicht, oder ob zusätzliches Gewebe entfernt werden muss, um eine R0 Situation (komplette Entfernung bösartiger Gewebe) zu erzielen. Nicht selten werden bei zentralen Gallengangstumoren Leberresektionen oder bei distalen Gallengangstumoren auch Pankreatoduodenektomien (OP n. Kausch-Whipple) erforderlich. Grundsätzlich gilt, dass derartige Operationen nur sinnvoll sind, wenn keine Metastasierung in andere Organe stattgefunden hat.

Alle genannten Operationsverfahren im Bereich des hepatobiliären Systems werden an unserer Klinik durchgeführt.

Pankreas (Bauchspeicheldrüse)

Maligne Erkrankungen des Pankreas sind häufiger nicht operabel als operabel. Soll eine Chance auf Heilung bestehen, bietet sich als chirurgische Option grundsätzlich nur eine R0-Resektion (komplette Entfernung bösartiger Gewebe) an.

Therapeutisch wird in der Regel eine Pankreaatoduodenektomie, oder, falls der Tumor im Bereich des Pankreasschwanzes liegen sollte, auch eine Pankreaslinksresektion durchgeführt. Wir favorisieren, wenn immer möglich, die pyloruserhaltende Pankreatoduodenektomie mit Anschluss des Pankreasganges und des Gallenganges an eine ausgeschaltete Roux-Y-Schlinge. Im Falle einer Pankreaslinksresektion wird der Stumpf des Pankreas ebenfalls mit einer ausgeschalteten Schlinge gesichert. Trotz R0-Resektion ist die postoperative Prognose oftmals unbefriedigend. Insbesondere bei positivem Lymphknotenstatus sollte deshalb eine ergänzende postoperative Chemotherapie durchgeführt werden.