

1 Leistungsangebot Magen Chirurgie

H. Wiesinger

MAGEN/DUODENUM

nicht neoplastische Erkrankungen
(gastroduodenales Ulkus)

[resezierende und nicht resezierende (funktionelle Magen / duodenalchirurgische Eingriffe)]

unkompliziertes Ulkusleiden

Ulkus ventrikuli Magenteilresektion Methode Billroth I (BI) [Gastroduodenostomie End-End - (Seit)] Alternative: Magenteilresektion Methode Billroth II (BII) {Duodenalblindverschluss [(Handnaht oder maschinell (Linearstapler)), Gastrojejunostomie End-Seit (Crossection)}

Ulkus duodeni selektiv proximale Vagotomie (SPV) ohne Pyloroplastik

kompliziertes Ulkusleiden (Stenose, Perforation, Blutung)

Ulkus duodeni mit Magenausgangsstenose, Ulkus ad pylorum Selektiv proximale Vagotomie mit Pyloroplastik (Methode Jaboulay), selektive Vagotomie, Magenantrumresektion und Gastroduodenostomie End-End (Seit), Magenteilresektion Methode Billroth I (BI) oder Billroth II (BII)

Ulkus duodeni mit Perforation Ulkusexzision und Übernähung (laparoskopisch) je nach Anamnese und Ausdehnung und Lokabefund: Magenteilresektion Methode Billroth I (II)

Ulkus duodeni mit Blutung extra und intraluminäre Umstechung
Magenteilresektion Methode Billroth II (BII)

Ulkus ventrikuli mit Perforation oder Blutung Magenteilresektion Methode Billroth I (II) Alternative: Ulkusexzision und Übernähung

Ulkus simplex (Dieulafoy) Gastrotomie und gezielte Umstechung

Mallory Weiß Läsion Gastrotomie und gezielte Umstechung

REZIDIVULZERA nach vorangegangenen Eingriffen

Ulkus peptikum jejunum Nachresektion Umwandlungsoperation BI-BII
Neuanlage einer Gastrojejunostomie End-Seit oder in eine nach Roux Y- förmig ausgeschaltete Jejunumschlinge

Rezidivulzera nach Vagotomie Magenteilresektion Methode Billroth II

NEOPLASTISCHE ERKRANKUNGEN

BENIGNE neoplastische Erkrankungen

Typische [Billroth I (II)] oder atypische (tangentiale) Magenteilresektion je nach Lage, Größe und Ausdehnung des raumfordernden Prozesses (auch laparoskopisch)

MALIGNNE neoplastische Erkrankungen KARZINOM

«Histologie und stadiengerechte Chirurgie» nach diagnostische Laparoskopie
Tumorstadium (TNM - Klassifikation), Lage und Ausdehnung, keine Gastrektomie «en principe»
neoadjuvante Therapiekonzepte
postoperative RCTx (nicht nach neoadjuvanten Therapie) ?
T1, 2 subtotale Magenresektion Methode Billroth II [Duodenalblindverschluss, Gastrojejunostomie End-Seit (crossection)] oder Gastrektomie [Duodenalblindverschluss, einschließlich Omentektomie, Burssektomie, D1, 2 Lymphadenektomie
T3, 4 PET Scan, neoadjuvante CTx, Responseevaluation nach 2 Zyklen (PET Scan)
Responder: Fortführen der CTx und Operation nach Therapieende
non Responder: Gastrektomie [Duodenalblindverschluss, einschließlich Omentektomie, Burssektomie, D1, 2 Lymphadenektomie, ev. erweiterte en bloc Resektionen (Milz, Kolon, Pankreaschwanz, linker Leberlappen)
Kontinuitätswiederherstellung durch Oesophagojejunostomie End-Seit mit Klammernahtgeräten (Linear-, Zirkularstapler) in eine gestielte Dünndarmschlinge (Roux-Y)

Sonderform KARDIAKARZINOM

TYP I (Adenokarzinom im Barret (Endobrachy)oesophagus Transhiatale subtotale Oesophagektomie inklusive proximale Gastrektomie und D1, 2 Lymphadenektomie, Kontinuitätswiederherstellung durch Mageninterposition

¹ aus Leitlinie: Leistungsangebot, Management Magen Chirurgie

Version 1.0

Stand 09/2006

TYP II (eig. Kardiakarzinom)

Gastrektomie mit distaler transmediastinaler Oesophagusresektion, -
Kontinuitätswiederherstellung durch eine gestielte Jejunumschlinge (Roux Y)
bei fortgeschrittenen Stadien ev. Gastrektomie und subtotale transhiatale Oe-
sophagektomie, Kontinuitätswiederherstellung durch Koloninterposition mit
zervikaler Anastomose

TYP III (Funduskarzinom)

Gastrektomie mit transmediastinaler Oesophagusresektion oder proximale
Magenresektion, transhiatale Oesophagektomie, Kontinuitätswiederherstel-
lung durch
Restmageninterposition mit zervikaler Anastomose (Technik siehe Typ II)

LYMPHOM

Gastrektomie (Technik s. Karzinom)
