

OSP-Kolloquium

Verschlussikterus in der palliativen Situation: Wann Stent, wann biliodigestive Anastomose?

Dr. Wolfgang Heinz & PD Dr. Michael Müller

Dienstag, 26. Juli 2016 im Diakonie-Klinikum



Verschlußikterus beim Pankreaskarzinom

Kurative Situation

- Bei lokaler Resektabilität ohne Nachweis von Metastasen sollte der Patient zügig einer Operation zugeführt werden ohne Anlage eines Stents
- Auf alle Fälle sollte eine Gallengangsdrainage nicht routinemäßig angelegt werden
- In bestimmten Fällen ist eine Stentanlage sinnvoll und notwendig:
 - Schwere Cholestase mit Leberfunktionsstörung
 - Neoadjuvante Therapie
 - Operation kann nicht zeitnah erfolgen
 - Cholangitis

Tol et al, Cancer J 2012
Van Heek et al, Mierva Med. 2014
Kozarek, J Hepatobiliary Pancreat Sci 2013
Boulay et al, WJG 2014

Präoperative Gallendrainage bei Verschlußikterus



Cochrane Systematic Review

6 randomisiert kontrollierte Studien (primäre OP bei Verschlußikterus vs Biliäre Drainage präop.)

520 Patienten (265 Pat. präop. Drainage vs. 255 direkte OP)

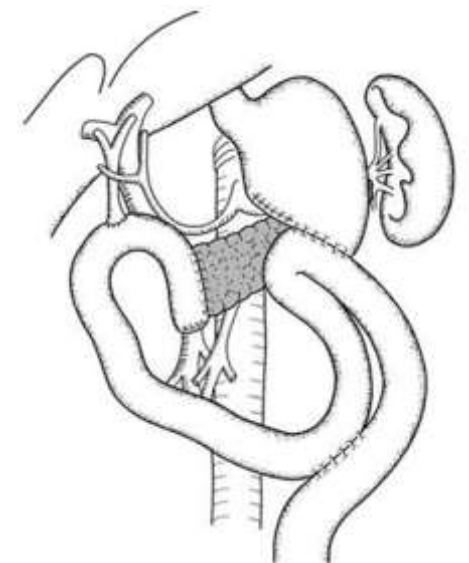
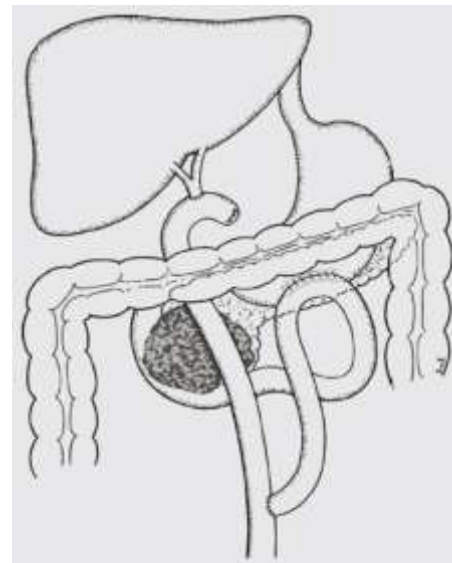
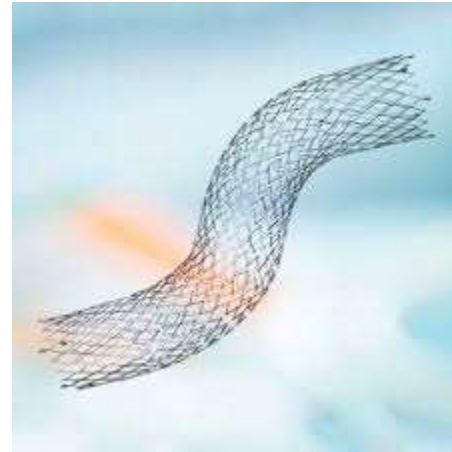
Kein sig. Unterschied bezüglich Mortalität [40/265 (14,9%) vs 34/255 (13,3%)]
Morbidity höher in der präop. Drainagegruppe (60 % vs 26%, $p = 0,0002$)

Präoperative Gallengangsdrainage sollte nicht standardmäßig bei Patienten mit Verschlußikterus durchgeführt werden.

Verschlusßikterus beim Pankreaskarzinom

Palliative Situation

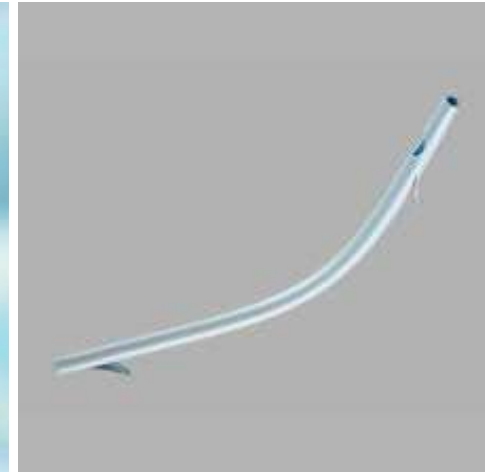
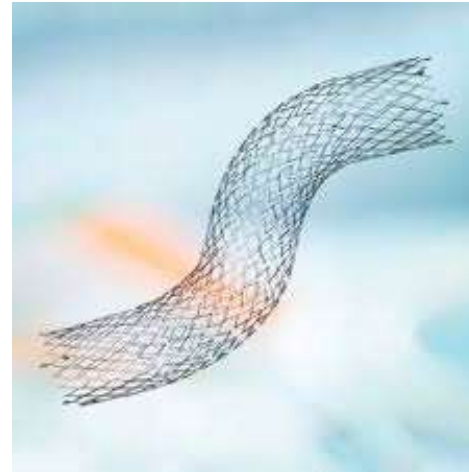
- Palliative Stenteinlage (Plastik oder Metallgitter-Stent, abhängig von der Lebenserwartung?)
- Palliative Operation (Resektion oder Bypass, **Doppelbypass**)



Palliative Situation

Situation 1:

- Im präop. Staging eindeutiger Metastasennachweis (Leber, Lunge, Peritoneum,...)
- Pat. nicht operabel
- Pat. lehnt die OP ab
- etc.



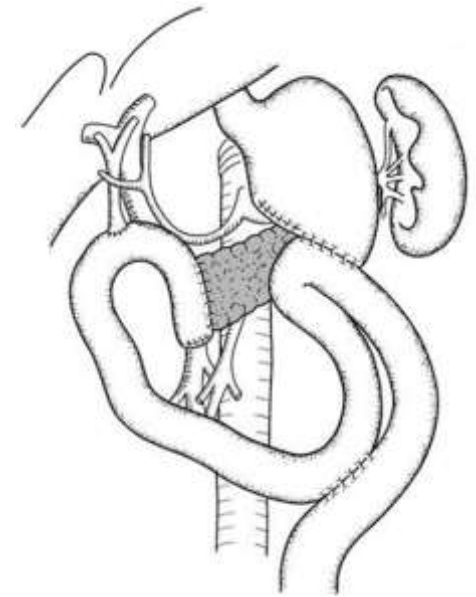
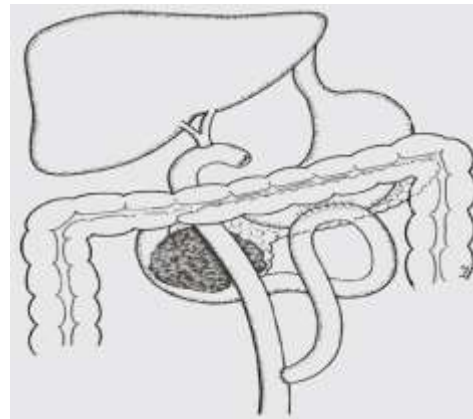
Palliative Stenteinlage (Plastik oder Metallgitter-Stent, abhängig von der Lebenserwartung?)

Verschlusßikterus beim Pankreaskarzinom

Palliative Situation

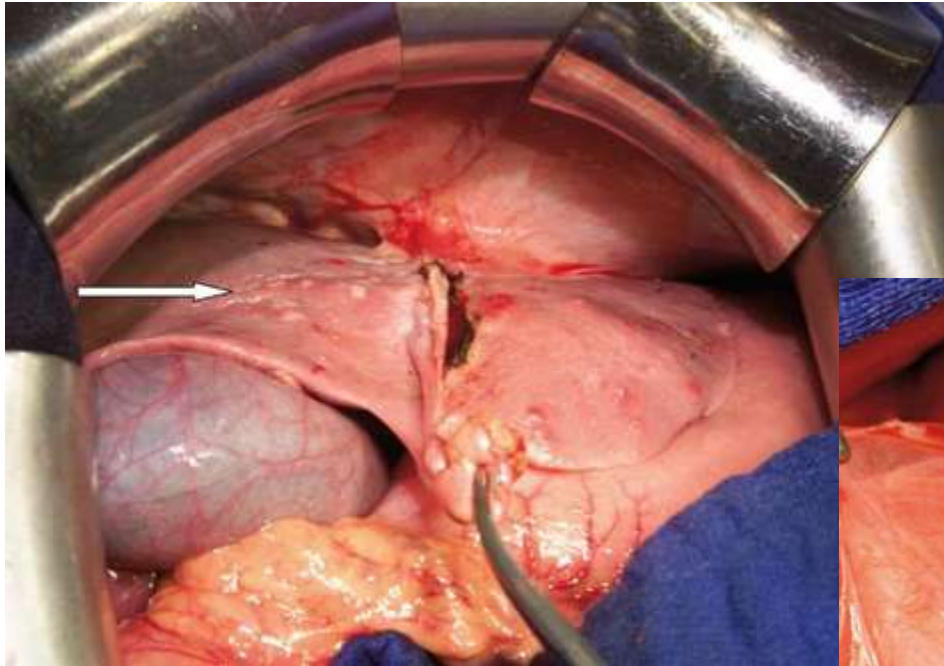
Situation 2:

- zufällig intraop. entdeckten Metastasen oder lokaler Inoperabilität bzw. zu erwartender R1 /R2 Situation??

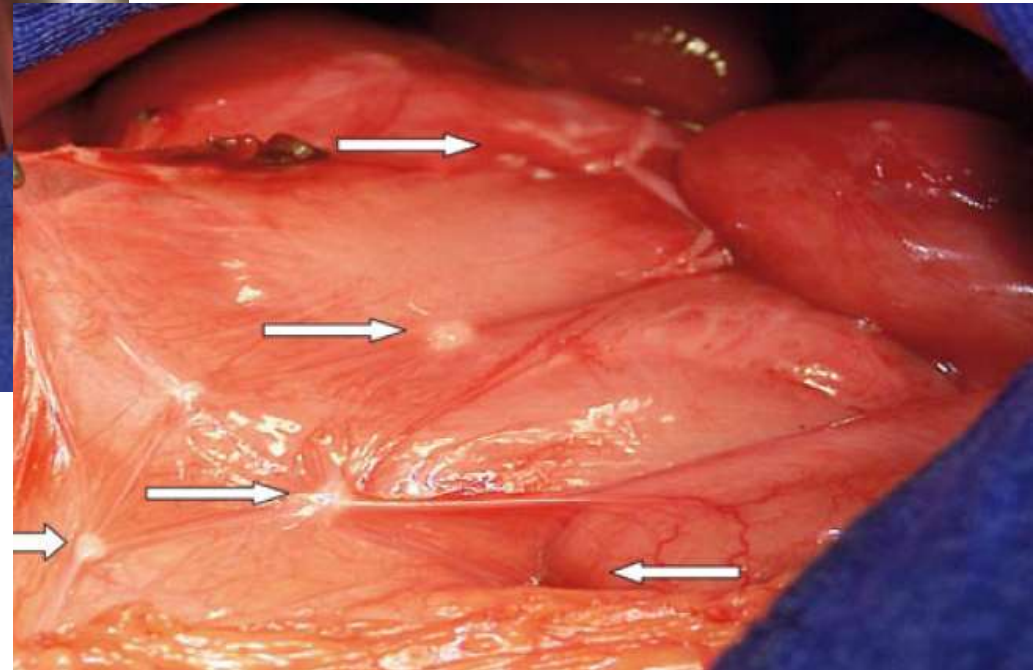


- Explorative Laparotomie, Biopsie, OP beenden, Palliative Stenteinlage
- Bypass (Doppel-Bypass)
- Resektion: palliativer Whipple

Pall. Maßnahmen bei zufällig intraop. entdeckten Metastasen oder lokaler Inoperabilität bzw. zu erwartender R1 /R2 Situation??



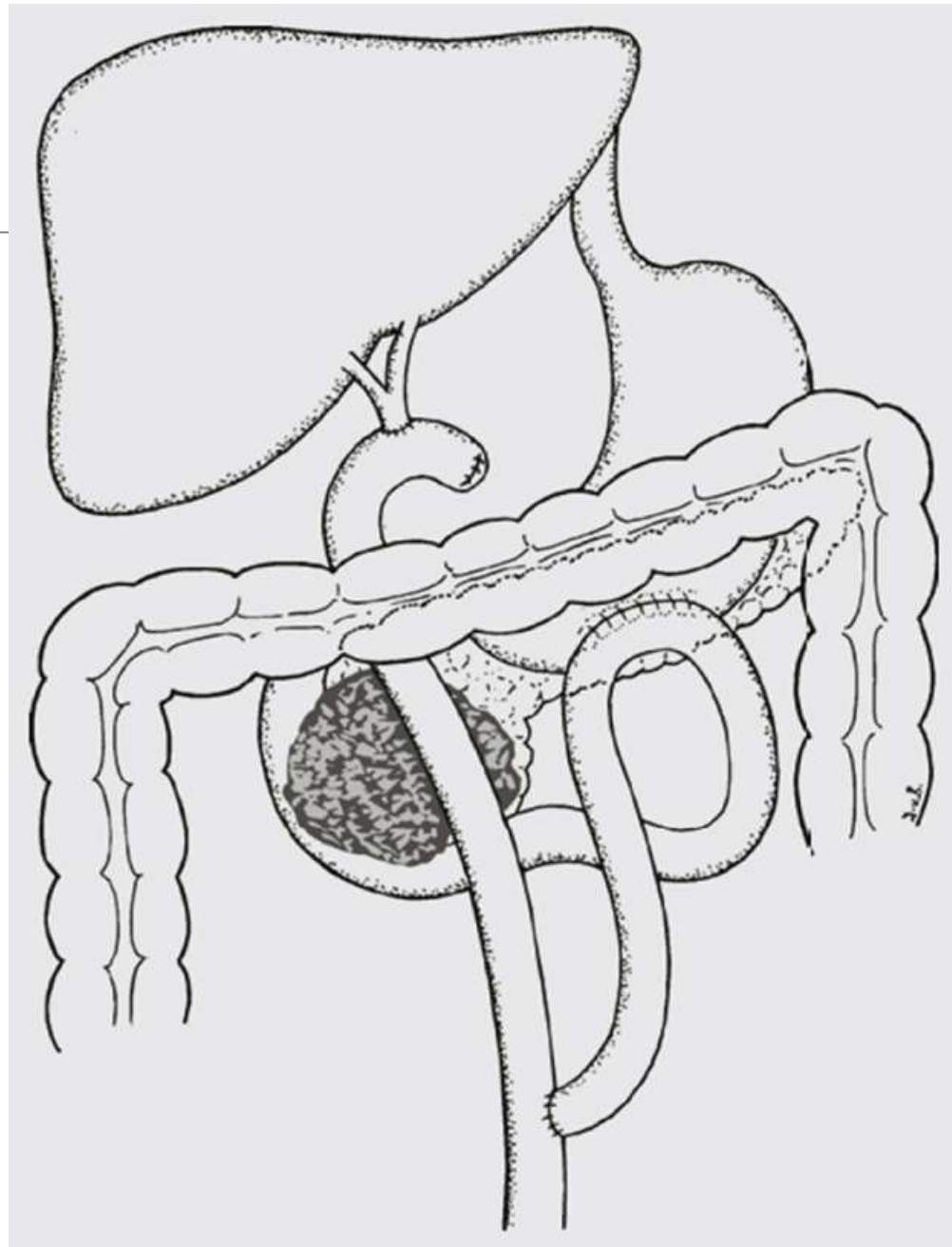
Lebermetastasen



Bauchfellmetastasen

Palliative Therapie

Doppelbypass



Stent versus Bypass

Table 1 Biliary stent vs surgical bypass

Study	Study type	Patients		Success		Complications		Survival	
		Stent	Surgery	Stent (%)	Surgery (%)	Stent (%)	Surgery (%)	Stent (weeks)	Surgery (weeks)
Bornman et al. 1986 [54]	RCT	25	25	84	76	28	32	19	15
Shepherd et al. 1988 [55]	RCT	23	25	82	92	24	40	22	18
Andersen et al. 1989 [14]	RCT	25	25	96	88	36	20	12	14
Smith et al. 1994 [15]	RCT	101	100	92	92	11	29	21	26

25% 30%

 **Tendenziell weniger Komplikationen durch Stents**

Stent versus Bypass

Jedoch...

Wiederauftreten des Ikterus

Andersen et al.

Shepherd et al.

Smith et al.

Stent

Bypass

Stent

Bypass

Stent

Bypass

18%

3%

17%

2%

36%

2%

Sheperd et al., Br J Surg 1988
Andersen et al., Gut 1989
Smith et al., Lancet 1994

Einzel- oder Doppel-Bypass ??

Table 2 Double bypass vs single bypass

Study	Study type	Patients		Morbidity		Gastric outlet obstruction		Survival	
		DB	BB	DB (%)	BB (%)	DB (%)	BB (%)	DB (months)	BB (months)
Lillemoe et al. 1999 [29]	RCT	44	43	32	33	0	19	8.3	8.3
Van Heek et al. 2003 [30]	RCT	36	29	11	8	6	41	7.2	8.4
Shyr et al. 2000 [56] ^a	OS	44	22	11	14	N/A	32	5	8
Mortenson et al. 2005 [57]	OS	38	6	24	17	5	0	7.0	5.0

Prophylaktischer Doppel-Bypass ist Standard !

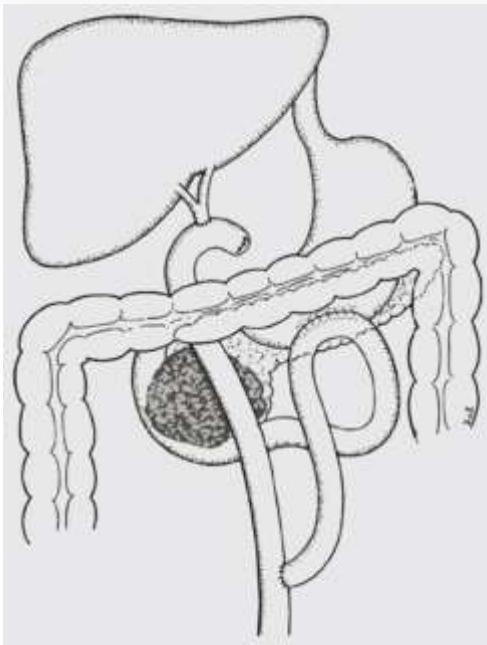
Lillemoe et al., Ann Surg 1999
 Van Heek et al., Ann Surg 2003
 Shyr et al., World J Surg 2000
 Mortenson et al., Am J Surg 2005

Systematic review and meta-analysis of prophylactic gastroenterostomy for unresectable advanced pancreatic cancer

N. Hüser¹, C. W. Michalski¹, T. Schuster², H. Friess¹ and J. Kleeff¹

British Journal of Surgery 2009; 96: 711–719

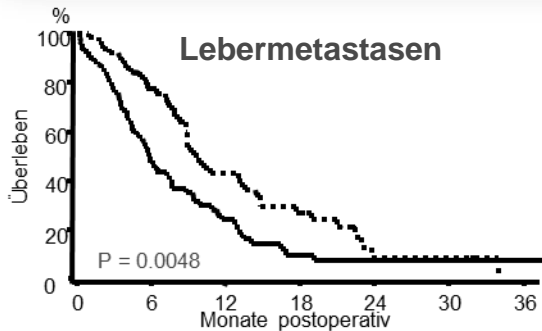
Prophylaktischer Doppel-Bypass empfohlen



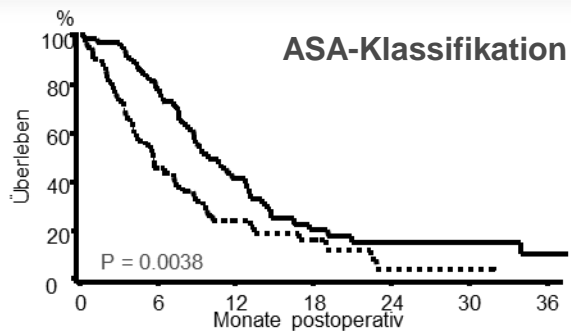
Factors influencing survival after bypass procedures in patients with advanced pancreatic adenocarcinomas

Michael W. Müller, M.D., Helmut Friess, M.D., Jörg Köninger, M.D., David Martin, M.D.,
 Moritz N. Wentz, M.D., Ulf Hinz, M.Sc., Güralp O. Ceyhan, M.D., Pavel Blaha,
 Jörg Kleeff, M.D., Markus W. Büchler, M.D.*

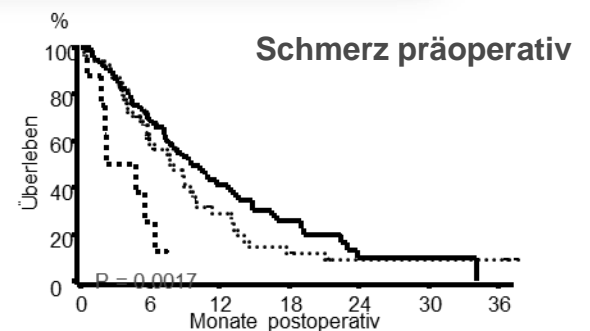
Department of General Surgery, University of Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 110, D-69120 Heidelberg, Germany



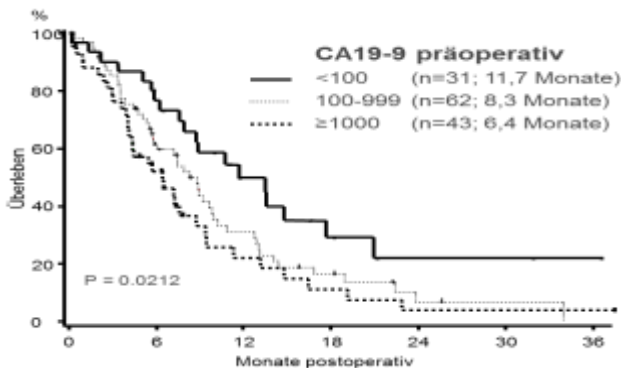
— Nein (n=65; medianes Überleben: 9,7 Monate)
 - - - Ja (n=71; medianes Überleben: 5,8 Monate)



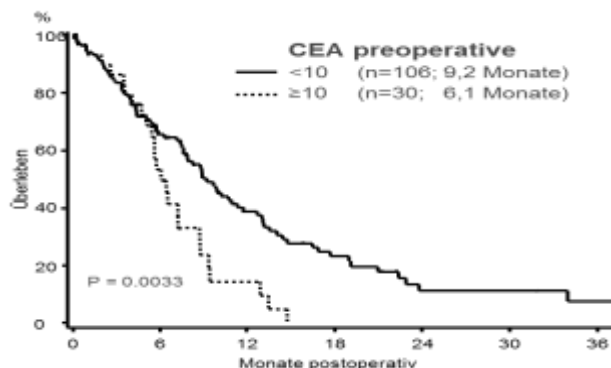
— 1/2 (n=69; medianes Überleben: 9,9 Monate)
 - - - 3 (n=67; medianes Überleben: 5,7 Monate)



— Nicht täglich (n=67; 9,4 Monate)
 - - - täglich (n=61; 7,6 Monate)
 - - - täglich+stark (n=8; 3,5 Monate)

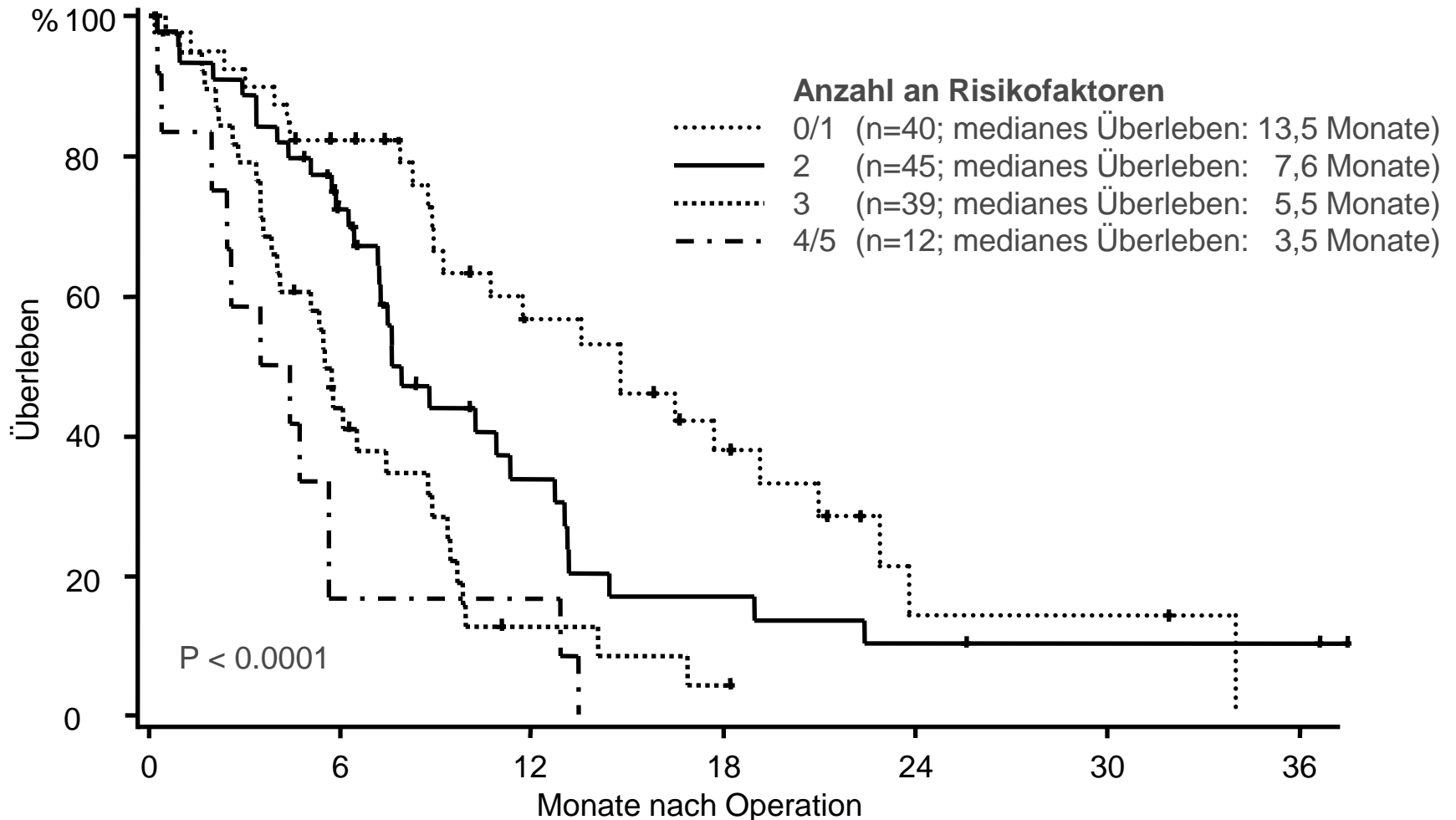


CA19-9 präoperativ
 — <100 (n=31; 11,7 Monate)
 - - - 100-999 (n=62; 8,3 Monate)
 - - - ≥1000 (n=43; 6,4 Monate)



CEA preoperative
 — <10 (n=106; 9,2 Monate)
 - - - ≥10 (n=30; 6,1 Monate)

Korrelation Überleben mit Anzahl Risikofaktoren der Multivarianzanalyse



Clinical Study

Locally Advanced Pancreatic Head Cancer: Margin-Positive Resection or Bypass?

International Scholarly Research Network
ISRN Surgery
Volume 2012, Article ID 513241, 6 pages

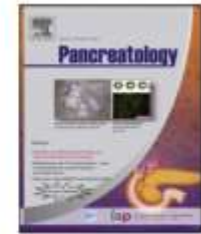
**Ulrich Friedrich Wellner, Frank Makowiec, Dirk Bausch, Jens Höppner, Olivia Sick,
Ulrich Theodor Hopt, and Tobias Keck**



Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

Pancreatology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/pan



Original article

**Improved survival and quality of life in patients undergoing R1
pancreatic resection compared to patients with locally advanced
unresectable pancreatic adenocarcinoma**

Tom Nordby^{a,g,*}, Tone Ikdahl^f, Inger Marie Bowitz Lothe^b, Morten W. Fagerland^c, Turid Heiberg^{a,d},
Truls Hauge^{e,g}, Knut Joergen Labori^a, Trond Buanes^{a,g}

Pancreatology 13 (2013) 180–185

Palliative Resektion

Study	Resection (n. 36)	Bypass (n. 24)	Resection (n. 64)	Bypass (n. 62)
Median tumor size (cm)	4.3	4.25	3.6	ns
Morbidity (%)	44	33	42	32
Hospital mortality (%)	3	0	1.6	1.6
2-year survival (%)	24	2	16	8
Hospital stay (days)	25	18	18	15
Chemoradiation (%)	17	17	78	48

Reinders et al., World J Surg 1995

Lillemoe et al., Ann Surg 1996

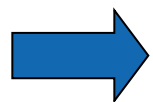
2-Jahresüberleben

24%

2%

16%

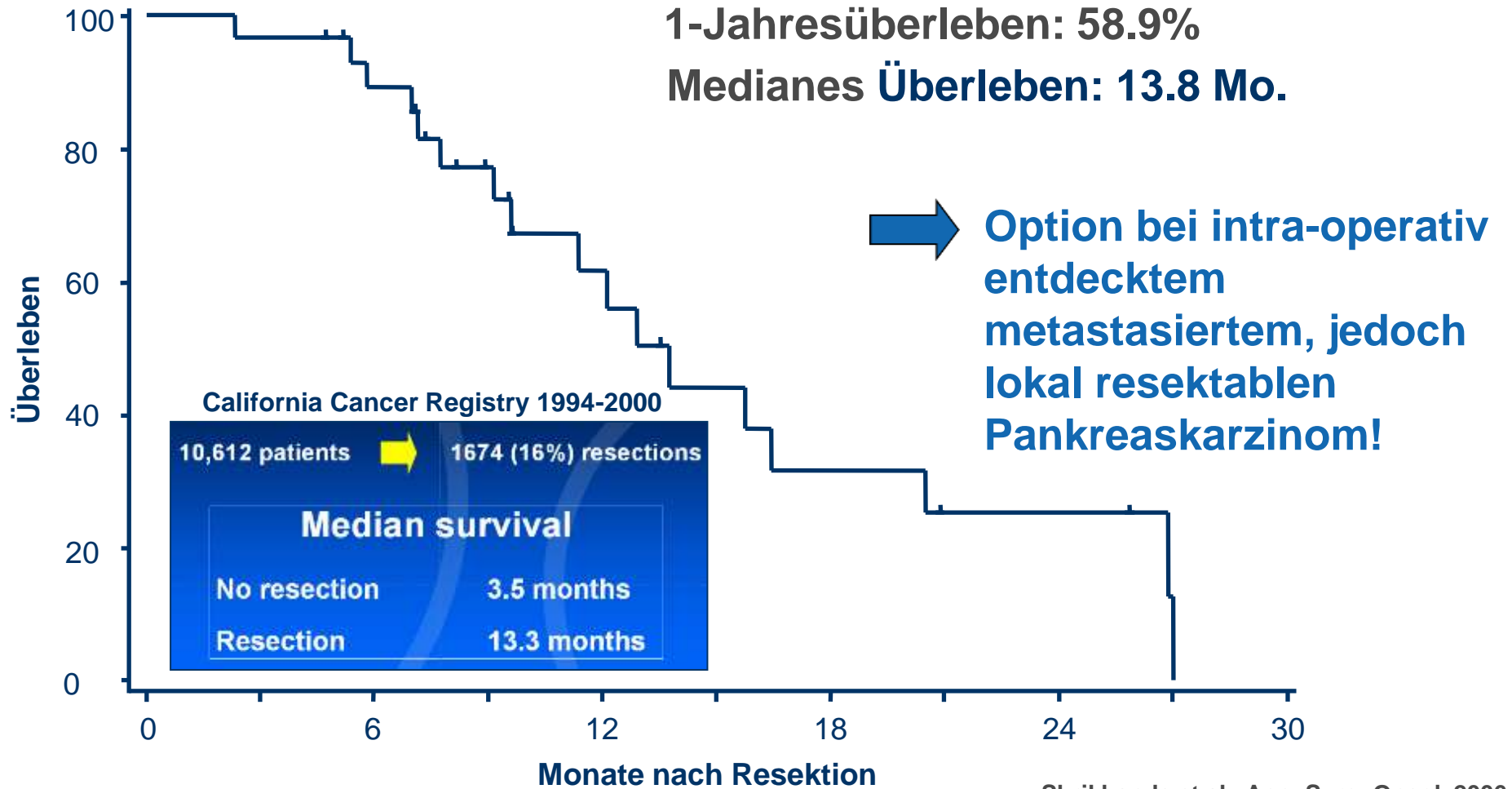
8%



Entscheidung im Einzelfall

Pankreasresektion bei M1 Karzinomen

29 Karzinomresektionen (Okt 2001 – Juli 2005)



Shrikhande et al., Ann. Surg. Oncol. 2006

Improved survival after palliative resection of unsuspected stage IV pancreatic ductal adenocarcinoma

Younghwan Kim¹, Song Cheol Kim², Ki Byoung Song², Jayoun Kim³, Dae Ryong Kang³, Jae Hoon Lee², Kwang-Min Park² & Young-Joo Lee²

HPB 2016, 18, 325–331

- 150 Pat. mit Pa-Ca, intraop. Metastasennachweis
- 35 pall. Resektion, 115 Bypass oder nur Biopsie
- Matched-Pairs Analyse
- vergleichbare Komplikationen, längeres Überleben

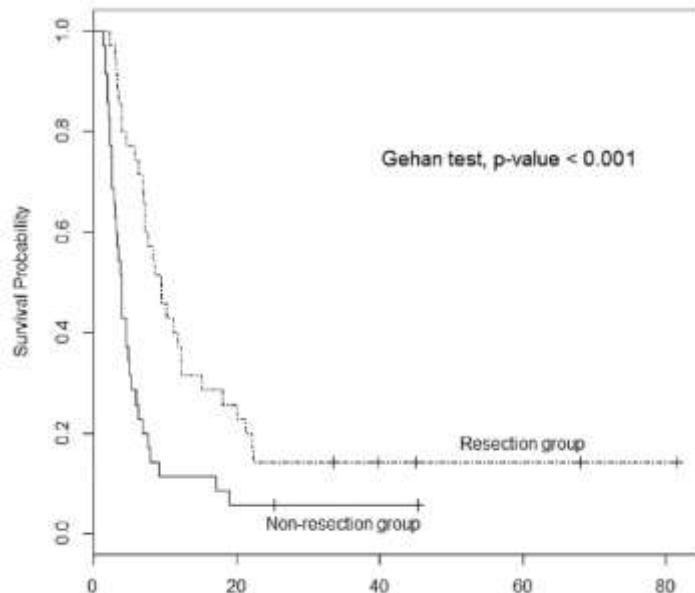


Table 4 Summary of patients who lived more than 2 years

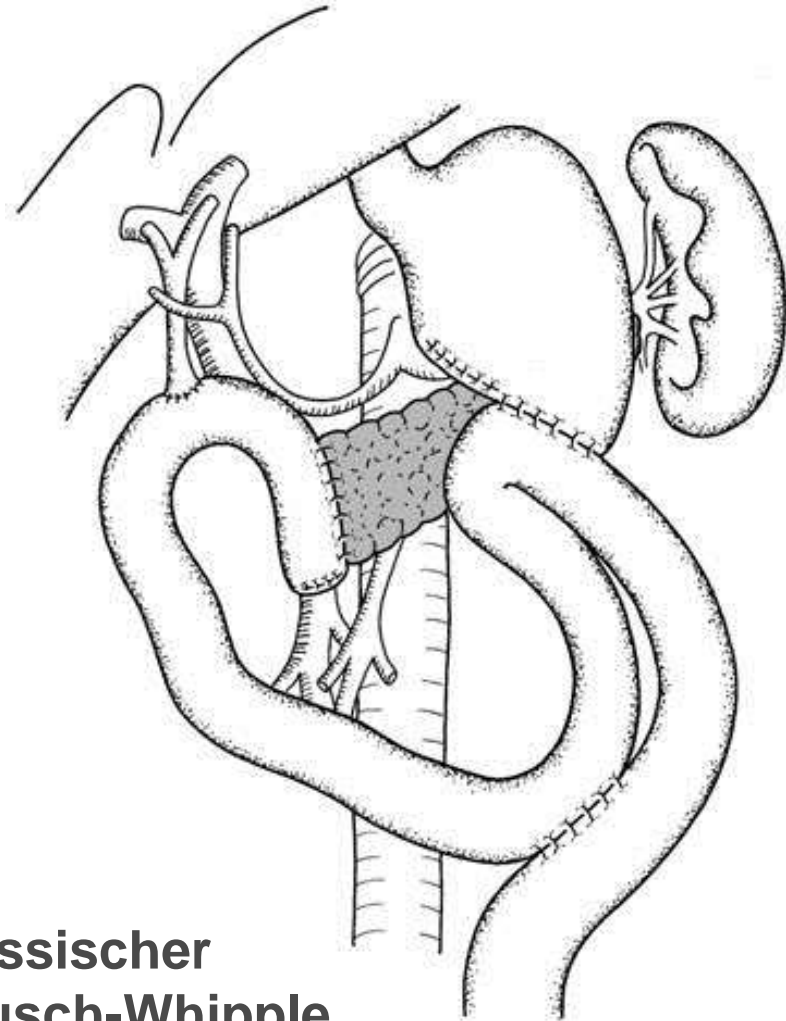
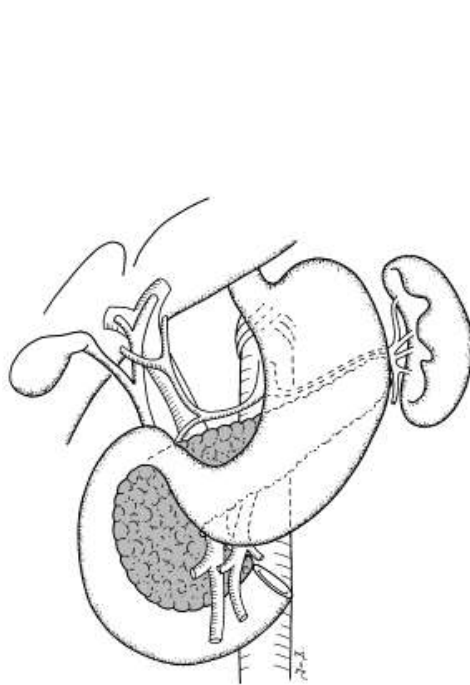
Patient	Sex	Age	Tumor location ^a	Resection	Metastasis	CTx	Survival (month)
1	M	62	2	No	LM	Yes	24.0
2	M	50	1	No	Ps	Yes	24.0
3	M	65	2	DP	Ps	Yes	33.5
4	M	65	1	PD/PPPD	LN16	Yes	39.8
5	F	61	1	TP	LS	Yes	45.1
6	M	41	1	No	LM	Yes	45.4
7	M	47	2	DP	LS	Yes	68.0
8	M	47	2	DP	LS	Yes	81.5

Chronische Pankreatitis – Resektion

Kausch-Whipple



W. Kausch
1909



Klassischer
Kausch-Whipple



A.O. Whipple

Pankreaskarzinom – Resektion

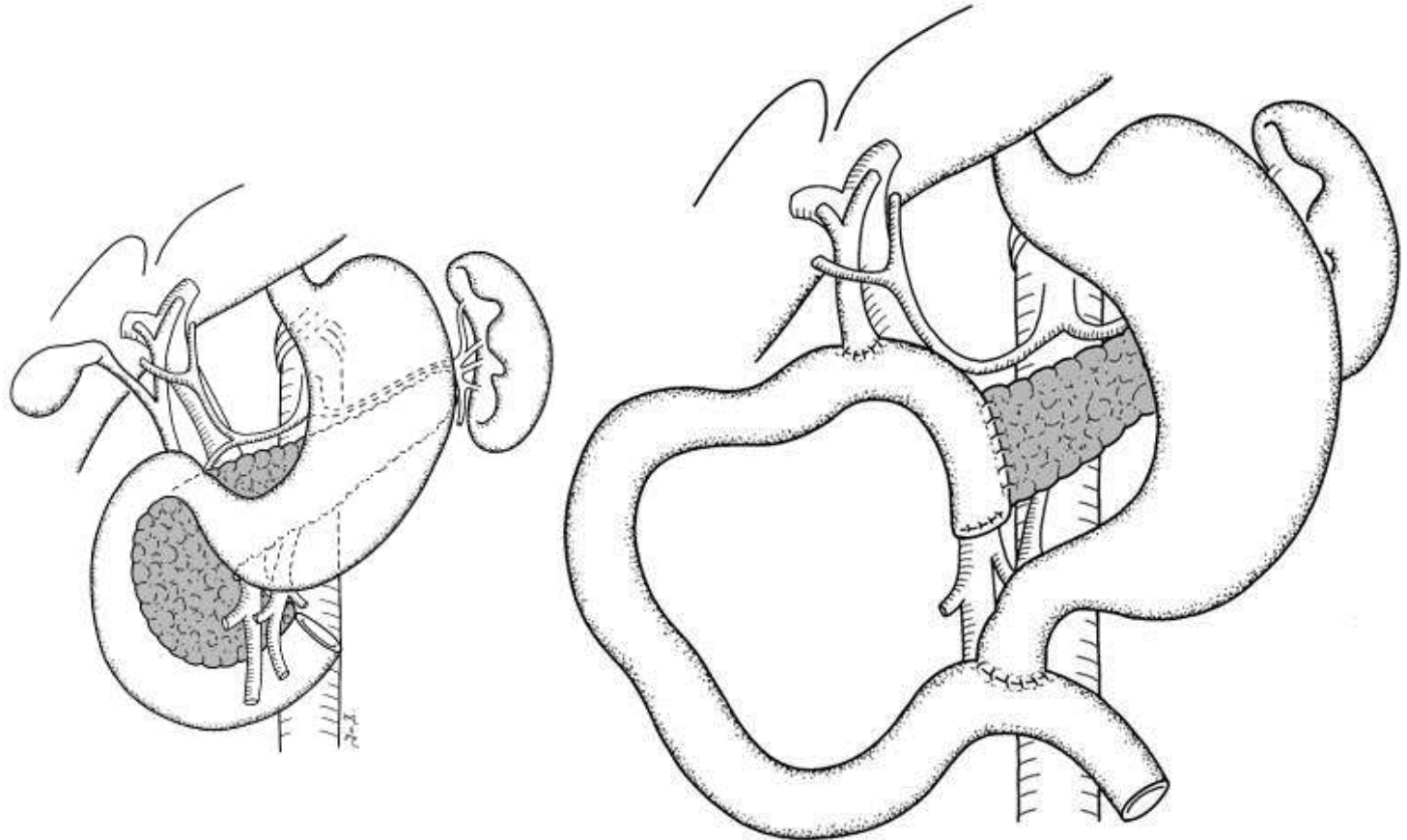
Pyloruserhaltender Whipple



L.W. Traverso
1978



W.P. Longmire
1978



Karl-Olga-Krankenhaus – Krankenhaus Neu denken

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

