

CASE REPORT

**Stenosierendes, undifferenziertes Adenokarzinom des Oesophagus
pT2b, N1, Mx, G4 mit Übergreifen auf das Magenkorpus bei 57-jährigem Patienten**

Baermed
Prof. Dr. med. H. U. Baer
Klinik Hirslanden
Witellikerstrasse 40
CH-8032 Zürich
info@baermed.ch
www.baermed.ch

Telefon +41 44 387 30 70
Fax +41 44 387 30 90

DIAGNOSEN

Stenosierendes, distales und undifferenziertes Adenokarzinom des oesophagogastrischen Überganges (ED 2006) mit/bei:

- Endosonographischem Staging uT3, uN1 (M1a?), G3
- Tumorausdehnung von 34cm ab Zahnreihe bis subkardial (ca. 9cm)
- Status nach 2 neoadjuvanten Chemotherapiezyklen mit Taxotere und Cisplatin
- Status nach kombinierter Radiochemotherapie mit fünf wöchentlichen Applikationen von Taxotere und Cisplatin sowie Radiatio von Primärtumor und Lymphknoten mit total 50.4 Gy
- Reststaging (CT und Endosonographie) mit aktuellem Stadium uT3, uN1, Volumenhalbierung des Primärtumors und Normalisierung der CEA-Werte

Arterieller Hypertonie mit/bei:

- Pausierung der antihypertensiven Therapie während Chemotherapie

ANAMNESE

Im Februar 2006 Beginn mit plötzlich auftretender Dysphagie und retrosternalem Druckgefühl. Der Patient konnte sich praktisch nur noch flüssig ernähren. Eine Gastroduodenoskopie zeigte einen exophytisch wachsenden, stenosierenden Tumor, beginnend 34cm ab Zahnreihe bis in den subkardialen Magenbereich. Histologisch zeigte sich ein wenig differenziertes Karzinom (G3) im Sinne eines Adenokarzinoms. Die Computertomographie bestätigte ein Übergreifen auf die Kardia. Die maximale Längenausdehnung betrug damals 10.6 cm.

Ferner bestand eine ausgeprägte Eisenmangelanämie (Hb-Wert 6.5) mikrozytär hypochrom mit erniedrigtem Ferritin-Wert.

Nach interdisziplinärer Besprechung wurde der Patient mit einer neoadjuvanten Radiochemotherapie mit Taxotere und Cisplatin sowie 50.4 Gy Radiatio behandelt. Die Re-Staging-Untersuchung zeigte eine Volumenhalbierung des Tumors. Die lokoregionalen Lymphknotenmetastasen waren deutlich regredient. Der Patient ist dann zur geplanten transhiatalen Oesophagusresektion in die Klinik eingetreten.

INDIKATION ZUR OPERATION

Stenosierender Tumor, beginnend 34cm ab Zahnreihe bis in den subkardialen Magenbereich. Histologisch nachgewiesenes, wenig differenziertes Karzinom (G3) im Sinne eines Adenokarzinoms. Computertomographische Bestätigung eines lokal sehr ausgedehnten distalen Oesophagustumors mit Übergreifen auf die Kardia.

OPERATION

- Transhiatale Oesophagusresektion
- Fundusrotationsplastik
- Pyloromyotomie
- Cholezystektomie
- Mobilisation des Duodenums nach Kocher
- Thoraxdrainagen beidseits

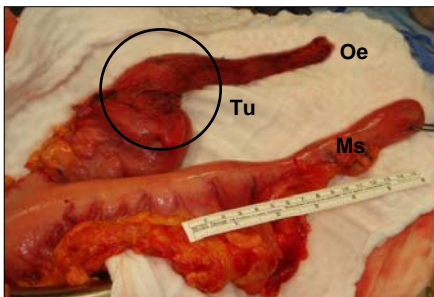


Abb. 1: Herstellung des Magenschlauchs mit Fundusrotations-Technik.

Oe = Oesophagus
T = Tumor
MS = Magenschlauch

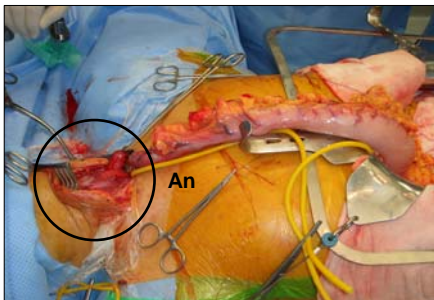


Abb. 2: Fertig gestellter Magenschlauch legt sich spannungsfrei an den proximalen Oesophagusstumpf.

An = Ort der späteren Anastomose

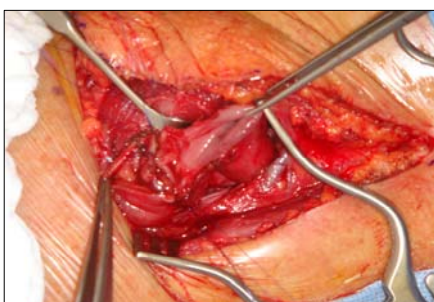


Abb. 3: Naht zwischen Oesophagus und Magenschlauch. Zweireihige Hinterwandnaht komplett.

Mit der Pinzette wird das Lumen des Oesophagus dargestellt.

Achtung: Jeder Stich muss die Schleimhaut fassen. Sie ist die entscheidendste Schicht.



Abb. 4: Ansicht der fertig gestellten Anastomose am Hals. 2. Nahtreihe (Vorderwand).

POSTOPERATIVE DIAGNOSE

- Oesophaguskarzinom mit Übergreifen auf die Kardia und wahrscheinlich Lymphknotenmetastasen entlang der Arteria gastrica sinistra.

HISTOLOGIE

- Gastro-oesophageales Teilresektat: Undifferenziertes Karzinom des Oesophagus mit transmuraler Infiltration bis in die Adventitia und Übergreifen auf das Magenkorporus. Tumorfremde Resektionsränder (oral und aboral).
- Multiple regionale Lymphknotenmetastasen (13/16).
- Klassifikation: pT2b, N1, Mx, G4, Stadium IIIA

VERLAUF

- Vier Tage Intensivstation
- Rückverlegung auf die Intensivstation aufgrund parazentraler Lungenembolien
- Verdacht auf Rezidiv paragastral nach 8 Monaten

PROBLEME

- **Abdomen**
 - Termino-terminale Oesophagogastrostomie (mögl. Nahtinsuffizienzen, Fisteln)
 - Erhöhter Reflux mit konsekutiver Aspirationsgefahr aufgrund des fehlenden unteren Oesophagussphinkters
 - Zu schnelle Magenentleerung (Pylorusmyotomie), sog. Sturzentleerungen
- **Ernährung**
 - 6 Tage Nahrungskarenz (danach Passagekontrolle mit Gastrographin-Schluck)
 - Beginn mit kleinen Mengen Flüssigkeit per os
 - Vorsichtiger Nahrungsaufbau
- **Lungenembolie**
 - Rechtsbetonte, parazentrale Lungenembolien beidseits
 - Notfallmässige Rückverlegung auf die Intensivstation
 - Einleitung Voll-Liqueminiierung und orale Antikoagulation mit Marcoumar
- **Narbenstriktur**
 - Narbenstriktur zwei Monate postoperativ, welche eine dreimalige endoskopische Bongierung nötig machte.