

Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie Asklepios Klinikum Harburg

Pankreaseingriffe seit 2016

Ansgar M. Chromik

Abteilung für Allgemein – und Viszeralchirurgie
Asklepios Klinikum Harburg

01/2016 – 06/2020

Zur Person von Prof. Dr. Ansgar M. Chromik

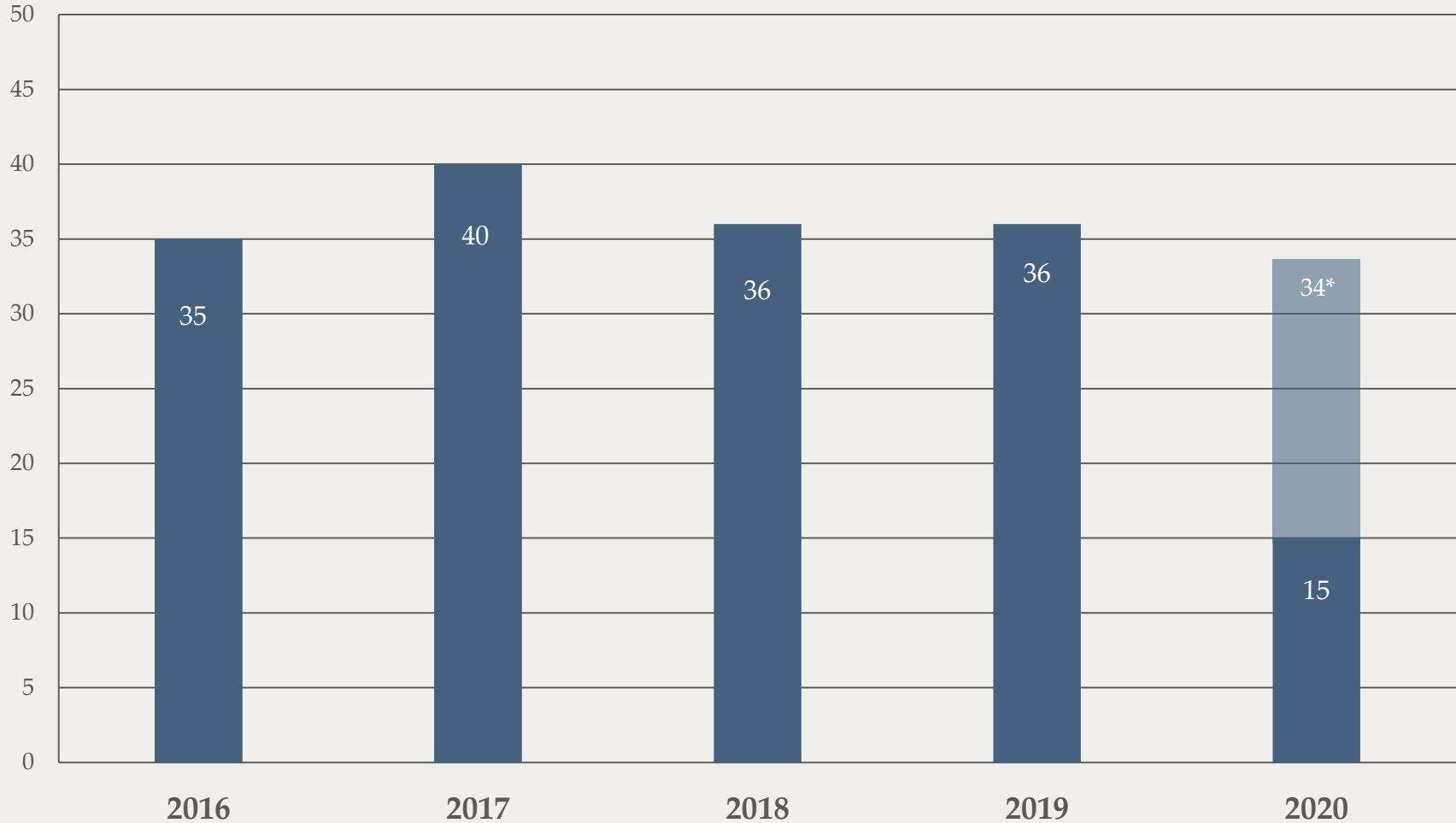
Herr Prof. Dr. Ansgar M. Chromik ist seit 01.01.2016 Chefarzt der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Asklepios Klinikum Harburg.

Seine chirurgische Ausbildung mit dem **Schwerpunkt Pankreaschirurgie** erhielt er von 2004 bis 2015 durch Prof. Dr. Waldemar Uhl am St. Josef-Hospitals Bochum, einem der größten und renommiertesten Pankreaszentren in Deutschland. Dort war er seit 2007 als Oberarzt und seit 2012 als leitender Oberarzt und stellv. Klinikdirektor tätig und hat über 500 Pankreaseingriffe vorgenommen.

Neben der klinischen und operativen Tätigkeit hat sich Prof. Chromik auch **wissenschaftlich** intensiv mit Pankreaserkrankungen beschäftigt, wie über 30 Medline-zitierte Arbeiten, über 100 Vorträge und zahlreiche Buchbeiträge dokumentieren.

Mit seinem Wechsel nach Harburg hat er mit seinem Team den Schwerpunkt Pankreaschirurgie am Asklepios Klinikum Harburg erfolgreich etabliert und seither über 160 komplexe Eingriffe am Pankreas vorgenommen. Das gemeinsam mit der Abteilung für Gastroenterologie (Prof. Dr. Christl), der Sektion Onkologie (Frau Dr. Tiede) und der Abteilung Radiologie (Prof. Dr. Thomas) ins Leben gerufene **Pankreaszentrum Harburg** stellt seit 2016 einen wichtigen Pfeiler in der Versorgung von Patienten im Süderelbe-Raum und im Großraum Hamburg dar.

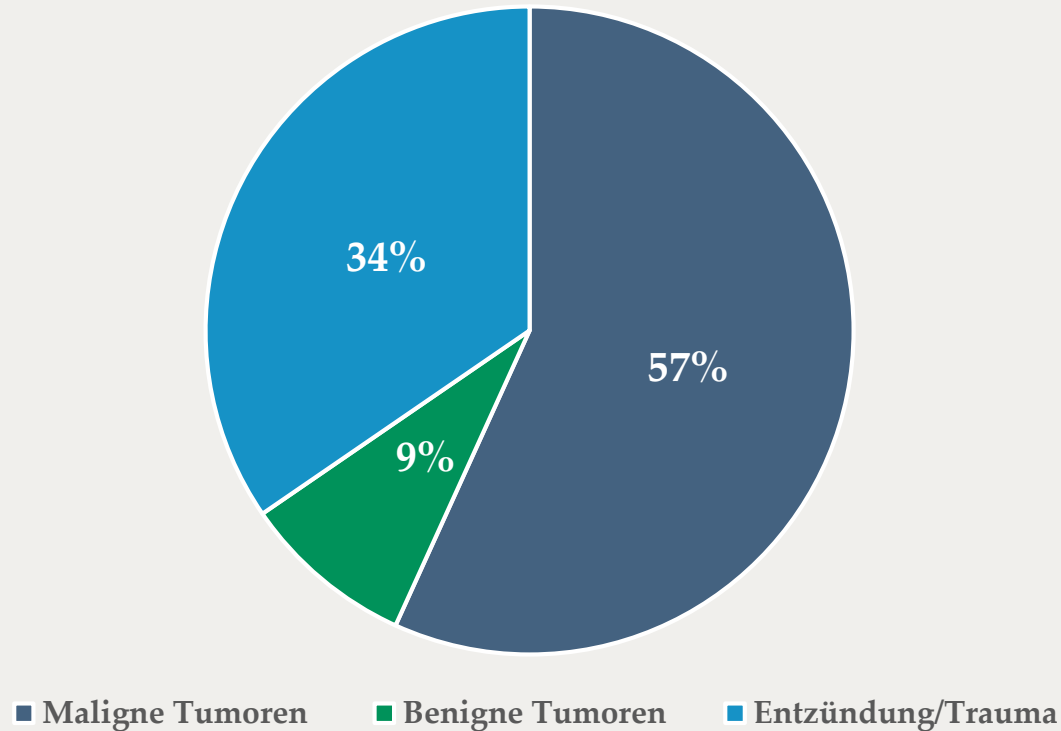
Pankreaseingriffe AK Harburg seit 2016



*HR 06/2020

Übersicht: Diagnosespektrum – Pankreaseingriffe

Diagnosespektrum - Pankreaseingriffe AK Harburg (n = 162)



Mit 57% werden die meisten Eingriffe bei bösartigen (malignen) Tumoren vorgenommen. Gutartige (benigne) Tumoren führen mit 9% seltener zu einer Operation. Eine chronische oder akute Entzündung (Pankreatitis) und Traumatische Ursachen tragen zu 34% der Eingriffe bei.

Diagnose-Spektrum - Detail

Maligne Tumoren	92	56,8%
Pankreaskarzinom	70	43,2%
Periamp. Karzinome	15	9,3%
pNET	2	1,2%
sonstige	5	3,1%

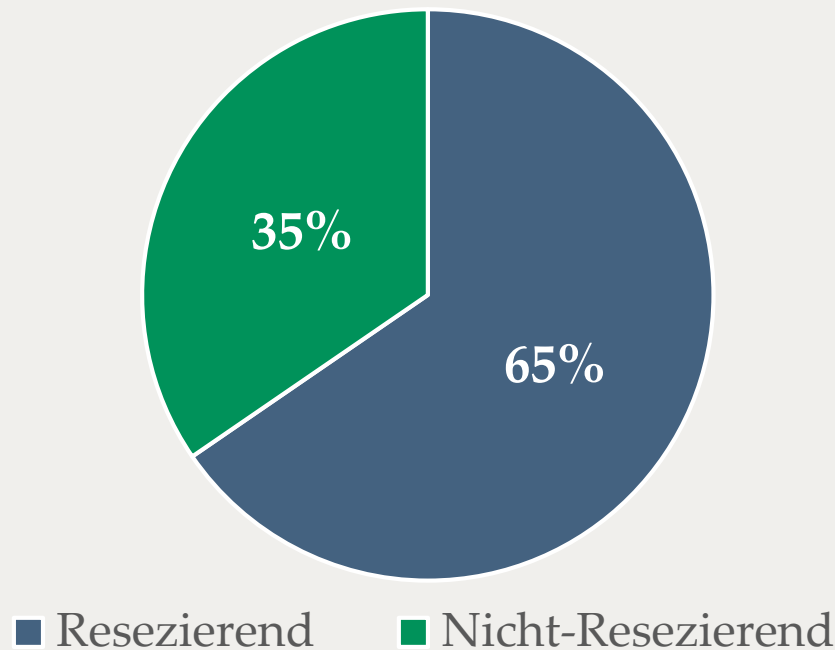
Benigne Tumoren	14	8,6%
IPMN	6	3,7%
MCN	2	1,2%
SCN	2	1,2%
sonstige	4	2,5%

Entzündung/Trauma	56	34,6%
Chronische Pankreatitis	36	22,2%
Akute Pankreatitis	15	9,3%
Trauma	5	3,1%

01/2016-06/2020

Unter den **bösartigen (malignen) Tumoren** stellt das Pankreaskarzinom die wichtigste Diagnose dar. Zu den periampullären Karzinomen zählen u.a. Gallengangs-, Duodenal- und Papillenkarzinome. Bei den **gutartigen (benignen) Tumoren** handelt es sich überwiegend um Neoplasien, die als Pankreaszysten in Erscheinung treten: IPMN (= Intraduktal papillär muzinöse Neoplasie), MCN (Muzinös zystische Neoplasie) und SCN (Serös zystische Neoplasie). Die chronische Pankreatitis spielt unter den **Entzündungen** die wichtigste Rolle.

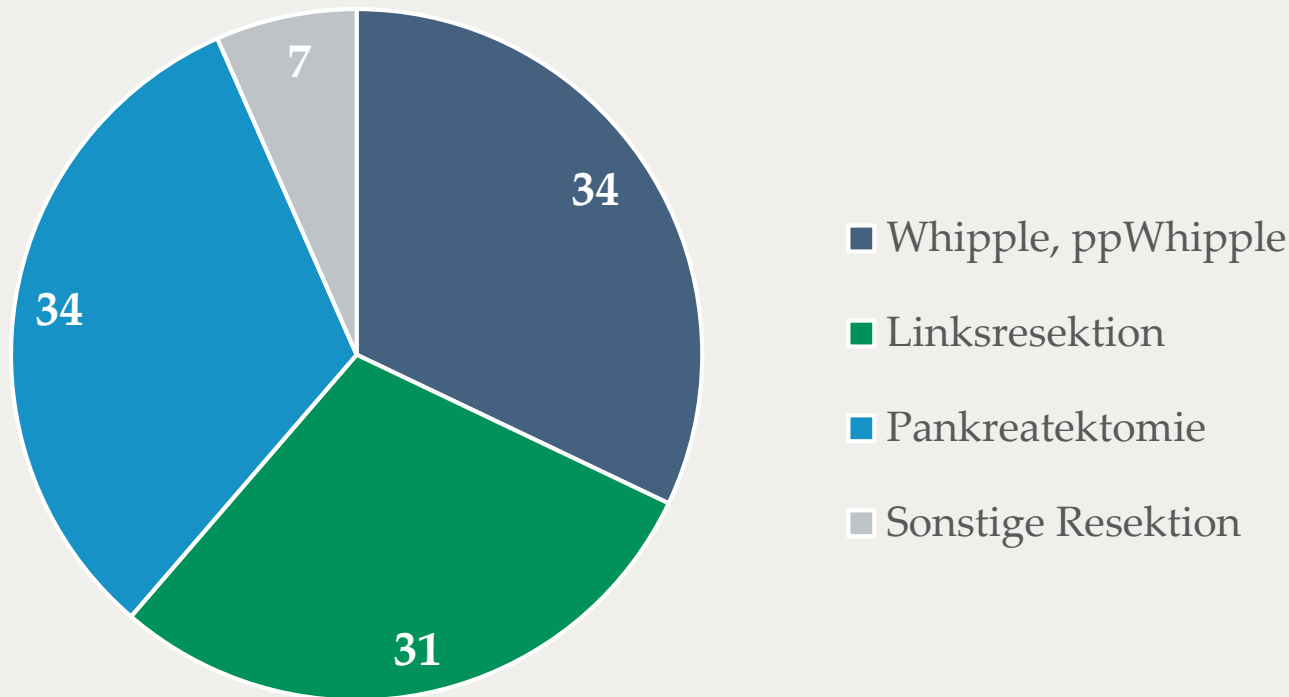
OP-Verfahren : resezierend vs. nicht resezierend (n = 162)



01/2016-06/2020

Mit 65% sind **resezierende Eingriffe** am häufigsten. Bei diesen Eingriffen wird ein Teil des Pankreas entfernt – selten auch das gesamte Organ.

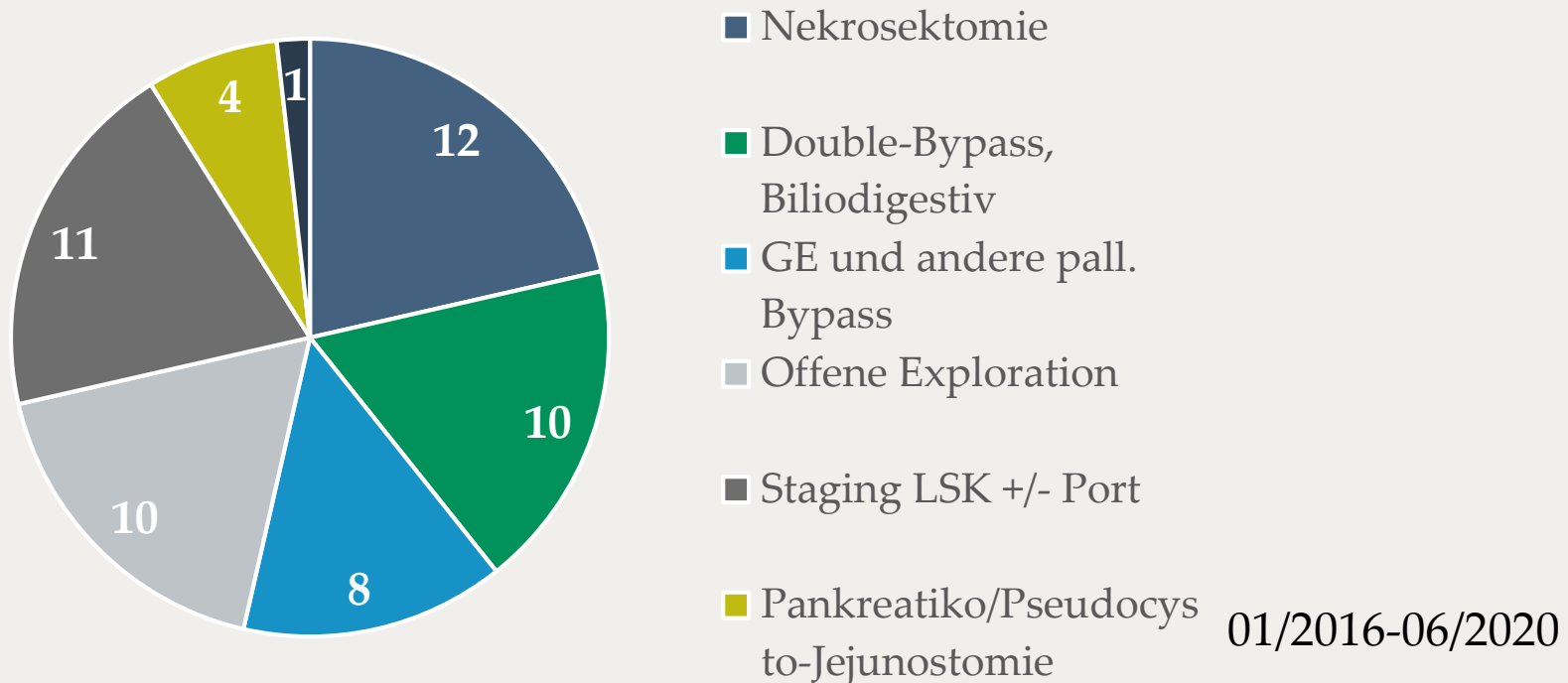
Resezierende OP-Verfahren (n = 106)



01/2016-06/2020

Die **resezierenden Verfahren** teilen sich gleichmäßig in Kopfresektionen (Whipple, ppWhipple), Komplet- bzw. Rest-Entfernungen (Pankreatektomie/Restpankreatektomie) und Linksresektionen auf.

Nicht Resezierende OP-Verfahren (n = 56)



01/2016-06/2020

Die **nicht resezierenden Verfahren** umfassen ein breites Spektrum an unterschiedlichen Eingriffen. Bei manchen bösartigen Tumoren werden Palliativeingriffe wie Gastroenterostomie (GE), Biliodigestive Anastomosen oder die Kombination von beidem (Double-Bypass) notwendig. In einigen Fällen ist nur eine offene Exploration oder eine Bauchspiegelung (Staging LSK = Laparoskopie) möglich. Nekrosektomien und Pankreatiko-Jejunostomien werden bei akuter und chronischer Pankreatitis vorgenommen.

OP-Verfahren – nach Diagnosetyp

Benigne und maligne Tumoren

OP-Verfahren - benigne und maligne Tumoren		
<i>Resezierende Eingriffe</i>	70	66,0%
Whipple, ppWhipple	23	21,7%
Linksresektion	18	17,0%
Pankreatektomie	26	24,5%
Sonstige Resektionen	3	2,8%
<i>Nicht resezierende Eingriffe</i>	36	34,0%
Double-Bypass, biliodigestive Anastomose	9	8,5%
Gastroenterostomie, sonstiger palliativer Bypass	8	7,5%
Offene Exploration	8	7,5%
Staging Laparoskopie +/- Portanlage	11	10,4%
<i>Gesamt</i>	106	100%

01/2016-06/2020

OP-Verfahren nach Diagnosetyp: Akute/chronische Pankreatitis und Trauma

OP-Verfahren - akute/chronische Pankreatitis und Trauma		
Whipple, ppWhipple, DEPKR	14	25,0%
Linksresektion	13	23,2%
Pankreatektomie	8	14,3%
Sonst. Resektion	1	1,8%
Pankreatiko/Pseudocysto-Jejunostomie	4	7,1%
Nekrosektomie	12	21,4%
Sonst. Eingriffe	4	7,1%
<i>Gesamt</i>	56	100%

ppWhipple = Magenpfortner erhaltende Whipple-Operation
 DEPKR = Duodenum erhaltende Pankreaskopfresektion

01/2016-06/2020

Komplikation nach elektiven[§] Pankreasresektionen und Eingriffen mit Pankreas-Nahtverbindung, n = 109		
Pankreas Typ B/C Fistel [§] einer Nahtverbindung zum Pankreas	8/44*	18,8% ^{v1}
Pankreas Typ B/C Fistel [§] nach Pankreas-Linksresektion	14/31 [#]	45,2% ^{v2}
Gesamtletalität, davon	8/109	7,3% ^{v3}
auf dem Boden einer chirurgischen Komplikation 1x Magenanastomosen-Insuffizienz, 2x Blutung, 1x Leberversagen, 1x nekrot. Pankreatitis	5/109	4,6%
davon internistische Komplikationen 2 plötzlicher Herztod, 1x Azidose	3/109	2,7%

01/2016-06/2020

[§] ausgenommen vitale Notfalleingriffe

[§] Pankreas Fistel = Undichtigkeit mit Austritt von Pankreassaft in die Bauchhöhle

*44 Operationen mit Pankreas-Anastomose,

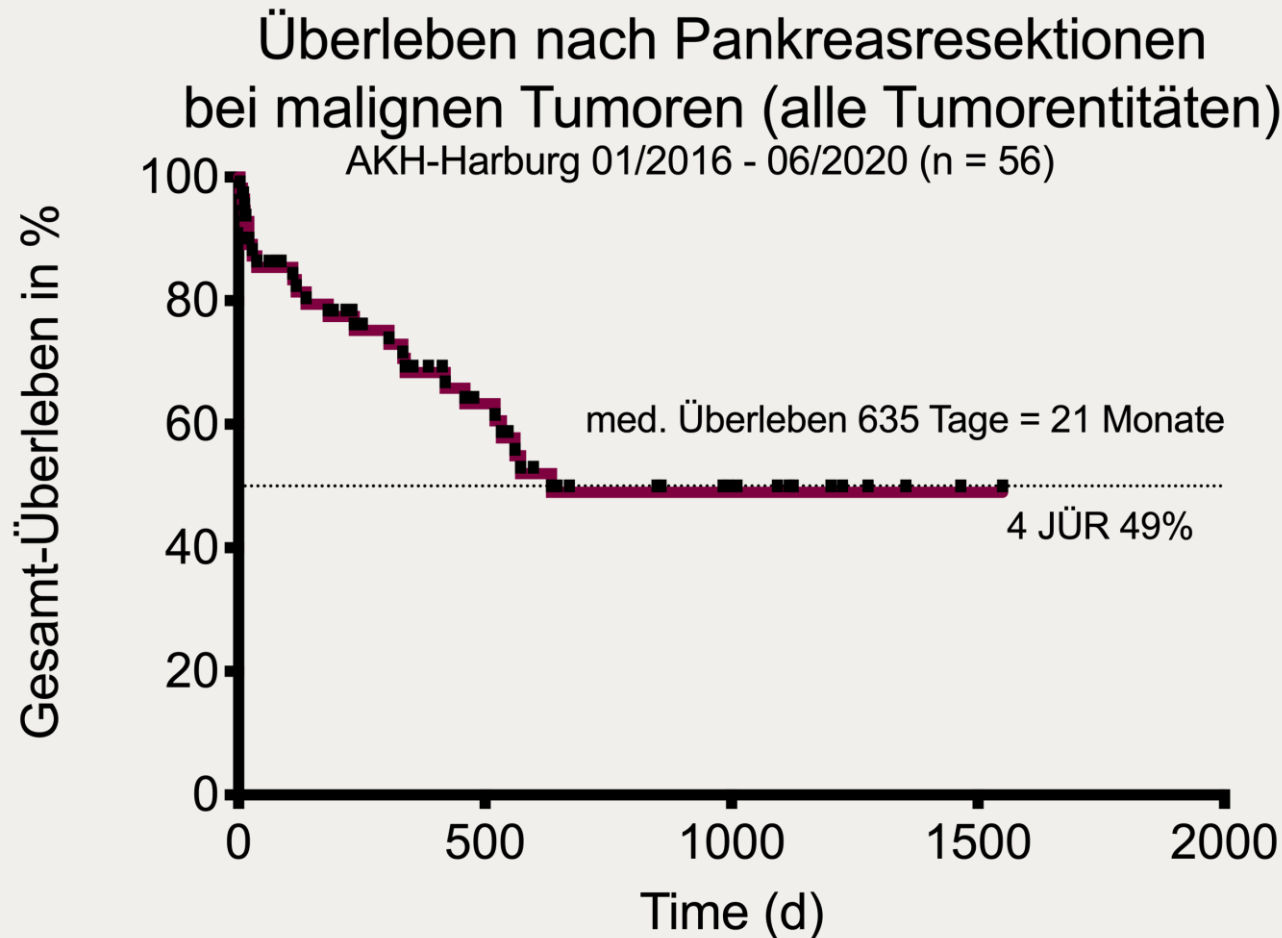
keine Letalität oder Re-Operation infolge der Pankreasfistel

Vergleichswerte zu den beobachteten Komplikationsraten:

^{v1} Vergleichbare Fistelraten nach Pankreaskopfresektion in großen randomisierten Studien bei ca. 20% (Keck T et al., Ann Surg 2016; 263:440-9)

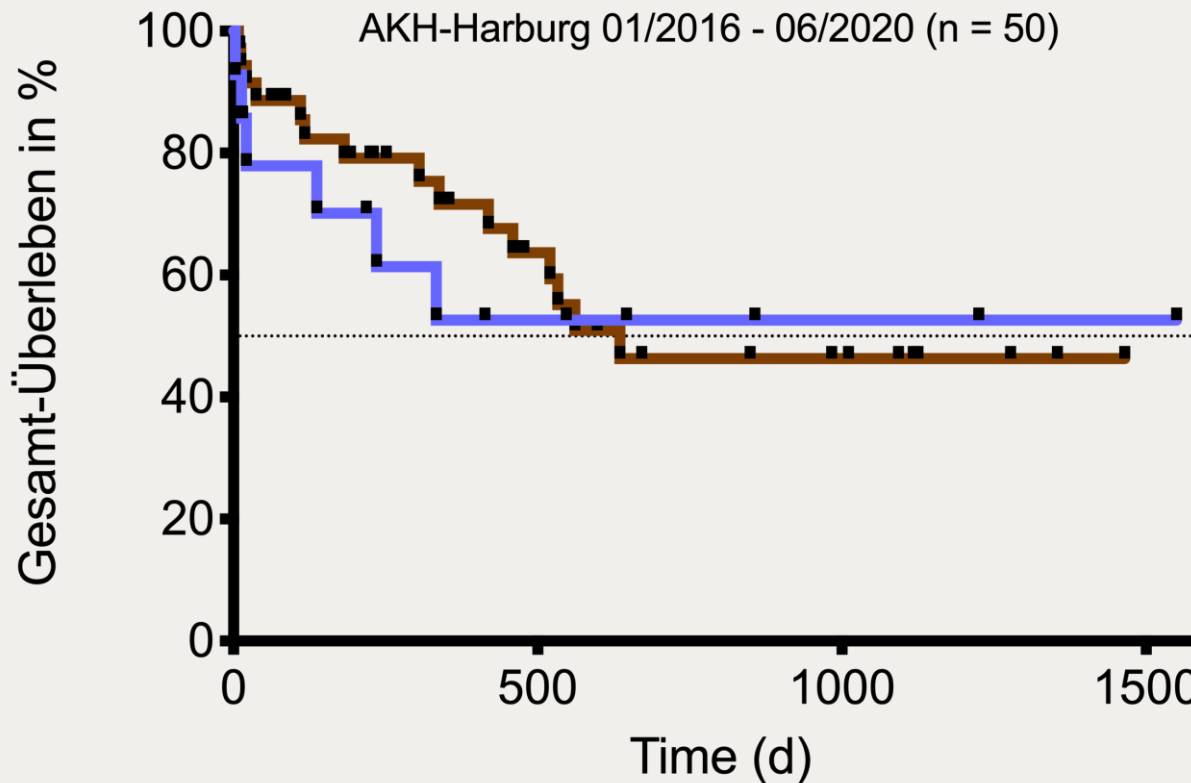
^{v2} Vergleichbare Fistelraten nach Pankreaslinksresektion in großen randomisierten Studien bei ca. 30% (Diener K et al. Lancet 2011; 377:1514-22.

^{v3} Deutschlandweite Sterblichkeit nach Pankreasresektionen 6,5% - 11,5% (Krautz C et al. Ann Surg 2018;267:411-417)

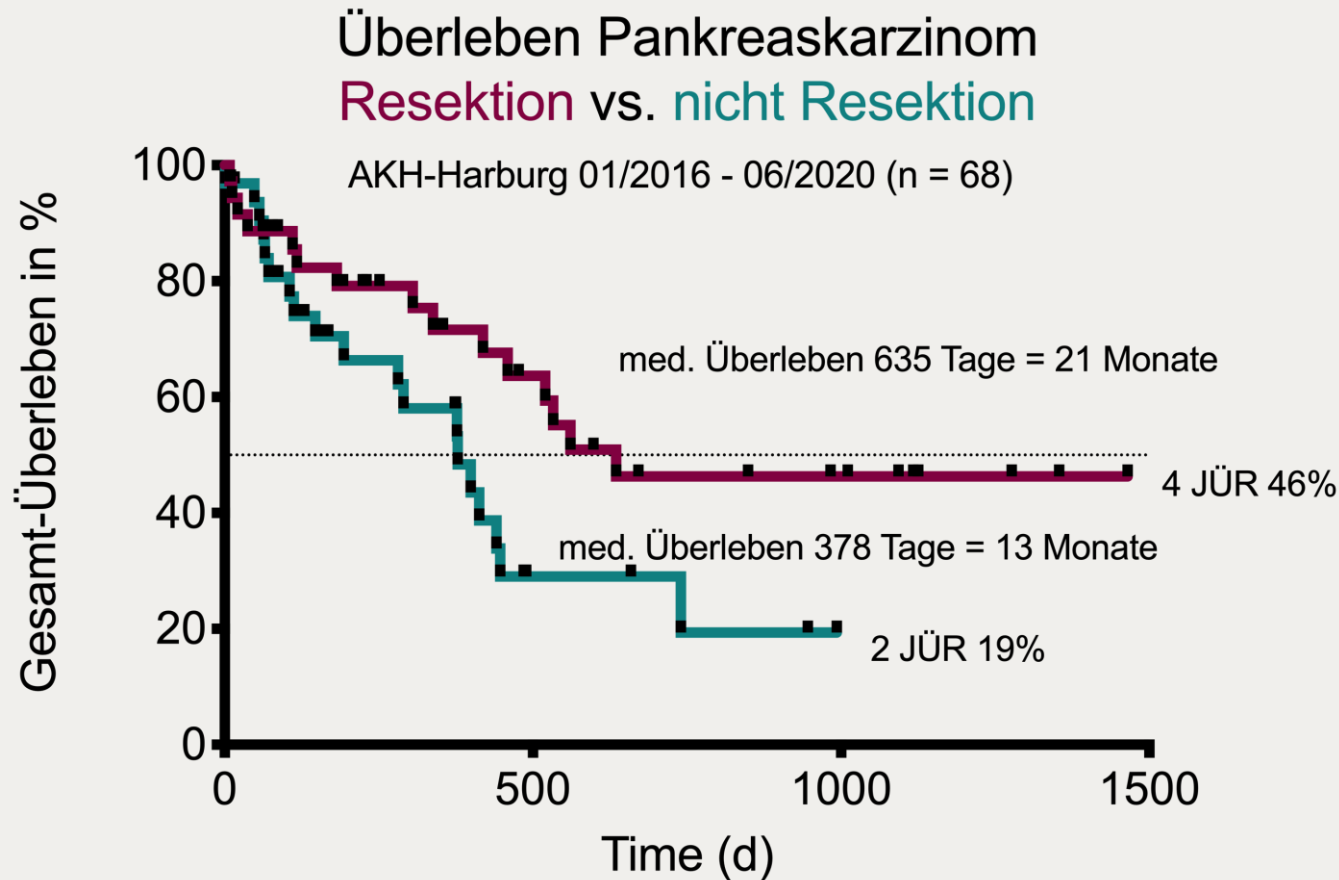


Das mittlere (mediane) Überleben nach Resektion eines bösartigen (malignen) Tumors beträgt 21 Monate. Das entspricht einer 4-Jahres Überlebensrate von 49%, d.h. 49% der Patienten sind 4 Jahre nach der Operation noch am Leben.

Überleben nach Pankreasresektionen Pankreas-CA vs. Periampulläre Karzinome



Das mittlere (mediane) Überleben nach Resektion eines bösartigen (malignen) Tumors aufgeschlüsselt nach Pankreaskarzinom (Pankreas-CA) und den sog. Periampullären Karzinomen (Gallengangs-, Papillen- und Duodenalkarzinom)



Das mittlere (mediane) Überleben nach Resektion eines Pankreaskarzinoms beträgt 21 Monate, einer 4-Jahres Überlebensrate von 46% entsprechend. Bei Patienten, bei denen im Zuge eines Eingriffs keine Resektion des Karzinom vorgenommen werden konnte beträgt das mittlere Überleben 13 Monate (2-Jahres Überlebensrate von 19%).