



Kann die CT- Diagnostik der Anastomoseninsuffizienz nach thorakoabdominaler Ösophagusresektion den Weg des Komplikationsmanagement wesentlich beeinflussen ?

T.Niernberger*, S.Gabor,* V.Matzi**, A.Riegler*, A.Kramos*, A.Meszaros*,Z.Tihany *
R.Lehner*, G.Koller*, F.Luka*, K.Kalman*, S.Sauseng***, A.Imamovic***, E.Klug*

*Abteilung f. Allgemein-Visceral - Plastische -Thorax u. Gefäßchirurgie - a.ö. KH Oberwart

**Zentrale Notaufnahme (ZNA) - a.ö. KH Oberwart

***Abteilung f. Allgemeinchirurgie - MUG

Einleitung: Die Anastomoseninsuffizienz nach thorakoabdominaler Ösophagusresektion mit hoher intrathorakaler Anastomose steht auf Grund der Morbidität als auch einer Mortalitätsrate bis zu 50% im Fokus der postoperativen Betreuung. Ein Therapie einleiten innerhalb von 24 Stunden kann jedoch die Mortalitätsraten auf bis zu 7% senken. Die unmittelbare Endoskopie wird als Diagnostikum der ersten Wahl mit der sofortigen Interventionsmöglichkeit in Form einer Stent oder Endo –VAC Therapie angesehen. Entscheidend ist jedoch nicht nur das rasche Handeln sondern auch eine primär erfolgreiche Strategie des Komplikationsmanagement. Ein Fallbeispiel soll den Stellenwert der im Rahmen einer Insuffizienz durchgeführten CT – Diagnostik zeigen, vor dem Hintergrund der Informationspotenz die den gewählten Weg des Komplikationsmanagement wesentlich beeinflussen kann.

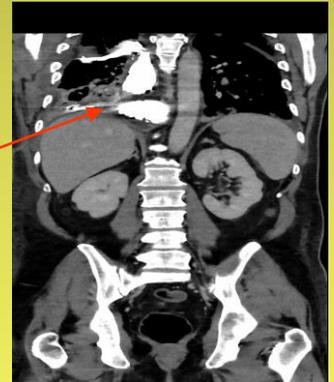
CT- Diagnostik und ihre Fragestellung:

- Anastomosendarstellung
- Mediastinitis ?
- Pneumonie ?
- Fistel ?
- Abszeß ?

• Verlauf des Magenschlauches ?

Falldarstellung: 44 a,m -- OP nach Ivor – Lewis

7.po. Tag Anastomoseninsuffizienz bei liegender TSD re
Endoskopie mit Stentsetzung - 28 mm Tulpendurchmesser
KM-Schluckakt 24h postinterventionell – keine Leckage
Kostaufbau – TSD re zeigt Leckage an
Reendoskopie mit Stentwechsel -36mm Tulpendurchmesser
KM –Schluckakt 24h postinterventionell – Keine Leckage
Kostaufbau- TSD re zeigt Leckage an
CT – mit zuvor oraler KM Verabreichung :
Hochdruckzone supradiaphragmal bei weit nach rechts
verlaufendem Magenschlauch mit Erweiterung durch Nahrungsbrei
und Stentversagen
Re-Endoskopie und Überstenten der Hochdruckzone
erfolgreiches Abdichten der Insuffizienz



Conclusio:

- Ein weit nach rechts ausladender Magenschlauch kann für eine Stentsetzung im Rahmen der Anastomoseninsuffizienz nach Ivor–Lewis Resektion durch Entwicklung einer supradiaphragmalen Hochdruckzone für ein Stentversagen verantwortlich sein.
- In dieser anatomischen Situation sehen wir einen Vorteil für die Endo-VAC - Therapie
- Die interdisziplinäre Diskussion zwischen Chirurgie, interventioneller Endoskopie und Radiologie über den Magenschlauchverlauf kann zu einem erfolgreichem Komplikationsmanagement wesentlich beitragen
- Eine CT –Diagnostik vor einer Endoskopie erscheint somit sinnvoll



„Überstenten“ der Hochdruckzone