

Ösophagusresektion und Ernährung

Häufige Komplikationen und therapeutische Gegenmassnahmen

Annelies Schnider

Ösophagusresektion und Ernährung sind unabdingbar miteinander verknüpft und bedingen einen multidisziplinären Ansatz bei Diagnose, Behandlung und Therapie. Ösophaguskarzinompatienten sind meist malnutriert, und es stellen sich nach der Resektion hohe Anforderungen, um den Kalorienbedarf decken zu können. Überdies beeinflussen eine Reihe von Problemen die Lebensqualität auch nach der Resektion wesentlich.

Das Ösophaguskarzinom ist mit einer Inzidenz von 10 Neuerkrankungen pro 100 000 Einwohner/Jahr eine der selteneren Krebserkrankungen. Betroffen sind überwiegend Männer jenseits des 50. Lebensjahres (Verhältnis Männer:Frauen = 5:1). Hauptrisikofaktoren sind der chronische Alkohol- und Nikotinabusus sowie der Nitrosamingehalt der Nahrung. Zunehmend spielt die Refluxerkrankung eine Rolle,



Dr. med. A. Schnider

welche sich in der Inzidenzsteigerung der Adenokarzinome des distalen Ösophagus widerspiegelt. Die Häufigkeit des Plattenepithelkarzinoms des Ösophagus hat in den letzten Jahrzehnten abgenommen. In Dänemark und Schottland ist die Inzidenz der Adenokarzinome des Ösophagus bei Männern bereits höher als das Plattenepithelkarzinom (1). 50 Prozent der Tumore liegen im mittleren Drittel und zirka 35 Prozent im distalen. Vor allem diese Lokalisationen sind einer operativen Therapie zugänglich. Zunehmend erweisen sich die multimodalen Therapiekonzepte mit neoadjuvanter Radiochemotherapie als erfolgreich. Insgesamt ist die Prognose des Ösophaguskarzinomes jedoch nach wie vor schlecht. Das Fünf-Jahres-Überleben bei Plattenepithelkarzinom liegt durchschnittlich bei 20 Prozent, bei Adenokarzinom bei zirka 35 Prozent. Die Dysphagie zeigt sich meistens als eines der Erstsymptome. Konsekutiv haben die Patienten schon bei Diagnose einen Gewichtsverlust mit dazugehöriger Malnutrition.



Abbildung: Ösophagus-Rekonstruktion aus einem Magenschlauch (nach Ivor-Lewis).

Präoperative Probleme

Therapeutische Massnahmen gegen die Malnutrition gehören in jedes präoperative Therapiekonzept, sind aber vor allem beim Ösophaguskarzinompatienten äusserst wichtig. Die Dysphagie ist sehr oft so dominant, dass der Patient keine feste Nahrung mehr zu sich nehmen kann. Ergänzungsnahrung ist neben der Instruktion einer kalorienreichen Ernährung unter Einbezug der Ernährungsberatung und der Angehörigen unabdingbar. Ebenso muss zu diesem Zeitpunkt in Betracht gezogen werden, eine PEG (perkutane endoskopische Gastrostomie) einzulegen. Sollte der Tumor gastrostomisch nicht mehr passierbar sein, könnte diese während der Staging-Laparoskopie chirurgisch eingebracht werden. Zu berücksichtigen sind ausserdem die unter einer neoadjuvanter Radiochemotherapie zu erwartenden Probleme. Eine aktinische Ösophagitis und zunehmende Stenosierung unter Radiotherapie sind neben Erbrechen, Übelkeit und Inappetenz unter der Chemotherapie früh zu diagnostizieren und zu behandeln. Beim Ösophaguskarzinompatienten haben all diese Nebenwirkungen noch mehr Gewicht, da sich die Malnutrition und die damit verbundene

Erhöhung der Morbidität und Mortalität potenziell verstärken.

Wichtig ist in der präoperativen Phase das frühe interdisziplinäre Zusammenarbeiten unter Berücksichtigung der Ernährung (Patient, Angehörige, Zuweiser, Ernährungsberatung, Onkologen, Radiotherapeuten, Chirurgen usw.). Dazu gehört die Erfassung der nutritiven Gewohnheiten, Information und Instruktion des Patienten und seiner Angehörigen sowie die Berücksichtigung der Lebensgewohnheiten

Tabelle 1: Probleme nach Ösophagusresektion

Quantität:	kein Reservoir
Motilität:	keine longitudinale Muskulatur mehr
Reflux:	keine Kardie mehr
Pylorus:	früh postoperativ Magenausgangstenose

Tabelle 2: Therapeutische Massnahmen nach Ösophagusresektion

Quantität:	häufig kleine, kalorienreiche Mahlzeiten
Motilität:	Einspeicheln, Prokinetika
Reflux:	Säureblockade, Oberkörper hochlagern
Pylorus:	Prokinetika

des Patienten. Die Ernährungsmassnahmen sollen regelmässig kontrolliert, dokumentiert und angepasst werden.

Vorzuziehen ist immer eine enterale Ernährung. Sollte dies nicht möglich sein, muss auf eine parenterale ausgewichen werden. Besteht eine schwere Malnutrition, ist eine stationäre

“ Ein präoperativer Gewichtsverlust ist zu vermeiden: Patientenaadaptierte Ergänzungsnahrung/Massnahmen früh einleiten und präoperative Immunonutrition verabreichen! ”

parenterale Ernährung für zwei Wochen der direkten Operation vorzuziehen, um die Morbidität zu senken.

Die Gabe einer immunmodulierten Ergänzungsnahrung (Oral impact® 3 x 1 für 5 Tage präoperativ), welche mit Arginin, Omega-3-Fettsäuren und Nukleotiden angereichert ist, vermindert die postoperative Komplikationsrate. Dies wurde in verschiedenen Studien (2) belegt, auch bei nicht malnutrierten Patienten. Deshalb wird die Gabe von Immunonutrition von vielen Ernährungsgesellschaften, wie der Gesellschaft für klinische Ernährung der Schweiz (GESKES) oder der European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), empfohlen und ist in deren Richtlinien enthalten.

Perioperativ

Die Operation umfasst meistens die subtotale Ösophagusresektion, sei dies nun abdomino-thorakal, thorako-abdomino-zervikal oder transhiatal. Die Rekonstruktion nach Ivor-Lewis mit Bildung eines Magenschlauches ist in den meisten Zentren der Standard (siehe *Abbildung*).

Daraus lassen sich die zu erwartenden nutritiven Probleme herleiten. Perioperativ sollte eine Ernährungsjejunostomie gelegt werden, welche zur frühenteralen Ernährung verwendet wird. Die enterale Ernährung ist jeder parenteralen vorzuziehen. Diese Sonde wird auch postoperativ belassen, bis der Patient seine Nahrungsaufnahme selbstständig oral durchführen kann. Dies dauert manchmal einige Monate, wobei die Ernährungsjejunostomie problemlos auch ambulant additiv genutzt werden kann.

Postoperativ

Durch das schlauchförmige Hochziehen des Magens verliert dieser seine Reservoirfunktio-

tion. Der Patient kann keine grossen Mahlzeiten mehr zu sich nehmen und ist schnell satt. Die Nahrungsanpassung erfolgt durch Reduktion der Menge, Steigerung der Anzahl und der Zusammensetzung (kalorienangereichert) der Mahlzeiten. Dies bedeutet für den Patienten beispielsweise, nicht während der Mahlzeit zu trinken, damit er nicht zu schnell satt ist.

Der Magenschlauch hat auch keine normale longitudinale Kontraktion mehr. Eine gute Einspeichelung und die aufrechte Haltung des Oberkörpers beim Essen sind darum wichtig. Nach Entfernung der Kardia besteht kein Refluxschutz mehr. Je höher die Anastomose, umso störender ist der chronische Reflux für den Patienten. Es kann zu stillen, chronischen Aspirationen kommen. Eine lebenslange Protonenpumpenhemmung ist indiziert. Ebenfalls muss der Patient lernen, mit erhöhtem Oberkörper zu schlafen.

Infolge der totalen Vagotomie kommt es in seltenen Fällen postoperativ früh zu Pylorospasmen, welche medikamentös behandelt werden können und normalerweise nach drei bis vier Monaten verschwinden. Einige Chirurgen führen deshalb routinemässig eine prophylaktische Pyloroplastik durch. Vergleichende Arbeiten mit oder ohne Pyloroplastik ergaben jedoch keinen Unterschied im Langzeiteffekt (3, 4).

Langzeitverlauf

Trotz all dieser Massnahmen ist der stetige Gewichtsverlust und die Verstärkung der Malnutrition nach Ösophagusresektion ein riesiges Problem (5). Odynophagie infolge hoher zervikaler Anastomosen, dauernder Reflux und die allgemeine Appetitlosigkeit können erschwerend hinzukommen. Wie bereits erwähnt, kann der dauernde Reflux zu stillen Aspirationen führen. Die Patienten leiden unter chronischem Räuspern oder Husten, selbst noch sechs Monate nach der Operation (6).

Insbesondere nach trimodaler Therapie muss im Spätverlauf an weitere therapieinduzierte Probleme gedacht werden. Anastomosenstenosen, welche bougiert werden können, treten typischerweise erst nach zwei bis drei Monaten auf. Eine Soorösophagitis kann ebenfalls sehr störend wirken und ist einfach zu diagnostizieren. Erschwerend können chemotherapeutisch induzierte Geschmackstörungen hinzukommen, wobei ein Vitamin- und Spurenelementmangel auszuschliessen ist. Oft klagen die Patienten im Verlauf auch über störende Flatulenzen, Blähung und Spannungsgefühl. Dies kann ursächlich an der Nahrungsumstellung liegen, aber auch medikamentös induziert sein. Probiotika oder wasserlösliche Fasern können hier hilfreich sein. Aus eigener

Erfahrung ist der Fall eines Patienten bekannt, der nach einer Radiochemotherapie eine zusätzliche exokrine Pankreasinsuffizienz entwickelte, die die Ernährung bis zur Diagnosestellung sehr erschwerte.

Nach trimodaler Therapie sind Appetitlosigkeit/Inappetenz manchmal in einer Erschöpfungsdepression begründet, und appetitstimulierende Antidepressiva kommen zum Einsatz. Auch auf regelmässige körperliche Bewegung ist zu achten, und sie ist mittels zusätzlicher aktivierender Physiotherapie zu verordnen.

Zusammenfassung

Ösophaguskarzinompatienten müssen früh von einem multidisziplinären Team betreut werden, welches die Aspekte der Ernährung und Malnutrition unbedingt berücksichtigt. Wichtig ist es, Patienten, Angehörige und Betreuer früh über die Wichtigkeit der Ernährung zu instruieren. Mittels Nahrungsanpassung und Ernährungsmassnahmen ist der Gewichtsverlust so minim wie möglich zu halten, um die Komplikationsrate zu minimieren und eine gute Lebensqualität für den Patienten zu erreichen. ◆

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Annelies Schnider
Leitende Ärztin Chirurgie
Städtspital Triemli
8065 Zürich
E-Mail: annelies.schnider@triemli.stzh.ch

Potenzielle Interessenkonflikte: keine

Literatur:

1. Bosetti C. et al.: Trends in oesophageal cancer incidence and mortality in Europe. *Int J Cancer* 2007; doi 10.1002/ijc.23232.
2. Schneider H. et al.: Immunomodulation in der Chirurgie. *Schweizerische Zeitschrift für Ernährungsmedizin* 2005; 4: 4-11.
3. Urschel J.D. et al.: Pyloric drainage (pyloroplasty) or no drainage in gastric reconstruction after esophagectomy: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Dig Surg* 2002; 19 (3): 160-164.
4. Palmes D. et al.: Effect of pyloric drainage procedures on gastric passage and bile reflux after esophagectomy with gastric conduit reconstruction. *Langenbecks Arch Surg* 2007; 392 (2): 135-141.
5. Martin L. et al.: Malnutrition after oesophageal cancer surgery in Sweden. *Br J Surg* 2007; doi 10.1002/bjs.5881.
6. Viklund P. et al.: Quality of life and persisting symptoms after oesophageal cancer surgery. *Eur J Cancer* 2006; 42: 1407-1414.

Die Abbildung wurde mit freundlicher Genehmigung des Thieme-Verlags entnommen aus: Kremer/Lierse/Platzer/Schreiber/Weller: Chirurgische Operationslehre; Band 3: Ösophagus, Magen, Duodenum; Thieme-Verlag Stuttgart 1987; ISBN: 9783136953013.