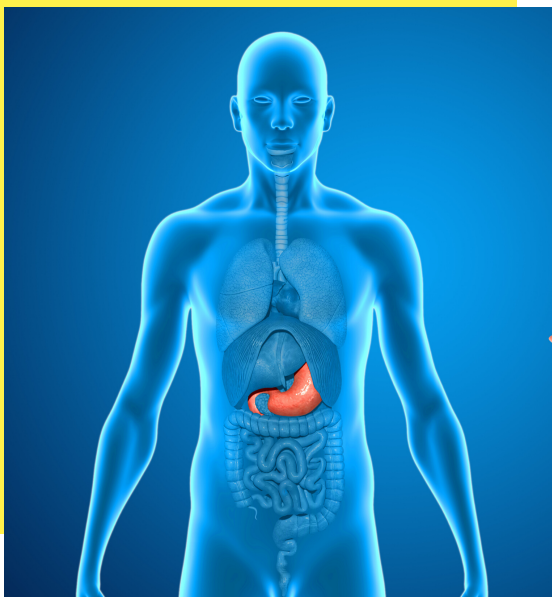


# Magenchirurgie

## Grundlagen

Magengeschwüre und Tumore des Magens sind die chirurgisch am häufigsten zu behandelnden Krankheiten des Magens. In Deutschland sind in den letzten Jahren jeweils ca. 15000 Patienten neu an einem Magenkarzinom (bösartiger Magentumor) erkrankt, wobei die Neuerkrankungs- und Sterberate insgesamt seit mehreren Jahren rückläufig ist. Der Erkrankungsgipfel des Magenkarzinoms liegt zwischen 70 und 75 Jahren. Die relative Überlebensrate (5 Jahre) liegt zwischen 30 und 35%, was im Vergleich zu anderen Krebsarten eher ungünstig ist. Als wichtiger Risikofaktor für die Entstehung eines Magenkarzinoms gilt die Infektion mit einem *Helicobacter pylori*.



Außerdem werden Nikotin, Alkohol, Übergewicht und Ernährungsgewohnheiten (wenig pflanzliche und reichlich tierische Bestandteile) als zusätzliche Risikofaktoren gesehen. Verwandte ersten Grades haben ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Gutartige Erkrankungen des Magen sind eher die Domäne der gastroenterologischen Kollegen. In unserer Abteilung werden jährlich zwischen 20 und 30 Patienten wegen einer Magenerkrankung operiert.

## Beschwerden

Die Symptome sind anfangs meist gering ausgeprägt, unspektakulär und eher unspezifisch (Unwohlsein, Druckgefühl im Oberbauch, Appetitlosigkeit, ungewollter Gewichtsverlust). Im weiteren Verlauf kann es zu Schluckstörungen, Erbrechen und einer Unterbrechung der Speisepassage kommen. Dunkler/schwarzer Stuhlgang („Teerstuhl“) bedarf immer dringlich der Klärung der Ursache. Die unspezifischen Symptome wie Gewichtsverlust, Müdigkeit bzw. Abgeschlagenheit und Blutarmut können allerdings auch bei anderen Erkrankungen auftreten.

## Diagnostik

Die Magenspiegelung (Gastroskopie) ist die erste und wichtigste Untersuchung. Sie wird in der Regel in Sedierung (der Patient schläft während der Untersuchung) durchgeführt und ist eine schnelle und sehr sichere Untersuchung. Diese kann ambulant erfolgen. Nach feingeweblicher Sicherung (Probenentnahme) eines bösartigen Befundes muss vor der Operation eine weitere Ausbreitungsdiagnostik durchgeführt werden:

- Endosonografie
- CT Abdomen und Thorax/Röntgen Thorax
- Tumor-Marker
- Ggf. PET Untersuchung zum Suchen nach Metastasen

## Therapie

Für jeden Patienten wird interdisziplinär präoperativ ein individuelles Therapiekonzept von uns erarbeitet, vorgestellt und mit dem Patienten besprochen. Die größte Chance auf Heilung eines Magenkarzinoms besteht, wenn man den Tumor vollständig und mit einem gewissen Sicherheitsabstand entfernt. Meist erfordert das die Entfernung des ganzen Magens (Gastrektomie) inklusive der angrenzenden Lymphknoten (Lymphadenektomie). In manchen frühen Stadien ist es bei günstiger Lage auch möglich, einen Teil des Magens zu belassen. In seltenen Fällen sind benachbarte Organe befallen und müssen – wenn möglich – mit entfernt werden. Zur Wiederherstellung der Speisepassage wird meistens der Dünndarm mit der Speiseröhre verbunden. Im Falle eines fortgeschrittenen Befundes, kann eine Vorbehandlung mit einer Chemotherapie, einer Bestrahlung oder einer Kombination der beiden Therapien durchgeführt werden mit dem Ziel, ihn anschließend zu operieren, oder um die Symptome zu lindern. Auch nach einer vollständigen Entfernung des Tumors kann eine zusätzliche Radio- oder Chemotherapie sinnvoll sein, um das Risiko eines Wiederauftretens der Erkrankung zu verringern. In ausgewählten Fällen (Frühkarzinom ohne Lymphknotenmetastasen) kann unter Umständen der Tumor endoskopisch abgetragen werden. Metastasierte Karzinome werden nur im Ausnahmefall operiert. Nach der Operation eines Magenkarzinoms wird abschließend im interdisziplinären Tumorboard über die weitere Therapie beraten.

## Therapie bei gutartigen Befunden

Bei gutartigen Befunden können grössere Organanteile erhalten werden. Die Operationsindikation bei solchen Befunden hat in den letzten Jahrzehnten deutlich abgenommen. Bei Magenperforationen versuchen wir möglichst, das Operationstrauma so klein wie möglich zu halten und die OP laparoskopisch durchzuführen. Zunehmend werden chirurgisch relevante Magenerkrankungen minimal-invasiv operiert. Blutende Magengeschwüre werden zum größten Teil endoskopisch therapiert und nur im Ausnahmefall notfallmäßig operiert.

## Nach der Operation

Unmittelbar nach der mehrstündigen Operation wird der Patient unter einer optimalen Schmerztherapie auf unserer Intensivstation betreut. In den ersten Tagen wird die Ernährung überwiegend mittels Infusion bzw. über eine während der Operation durch die Nase eingelegte Ernährungssonde durchgeführt. Die Rückverlegung auf die Normalstation erfolgt sobald möglich. In den nächsten Tagen werden hier der Kostaufbau, die Mobilisierung sowie die langsame Wiederaufnahme der Tätigkeiten des täglichen Lebens begonnen. Zusätzlich bieten wir Beratungen durch den Sozialdienst, Ernährungsberater, Seelsorger und Psychoonkologen an. Nach Abschluss der stationären Behandlung wegen einer bösartigen Erkrankung steht Ihnen eine Anschlussheilbehandlung zu, die wir auf Ihren Wunsch organisieren. Spätestens am letzten Tag Ihres stationären Aufenthaltes führen wir mit Ihnen (gern auf Wunsch auch mit weiteren Angehörigen) das Entlassungsgespräch durch, bei dem u.a. bis dahin noch aufgetretene Fragen beantwortet werden können. Sie erhalten Ihren Entlassungsbrief für den weiterbehandelnden Hausarzt/Onkologen, ein Tumornachsorgeschema sowie auch überbrückend Medikamente bis die Rezeptierung durch den Weiterbehandler möglich ist.

## Leben ohne Magen

Ein Leben ohne Magen ist oft mit weitestgehend unbeeinträchtigter Lebensqualität möglich. Zu Ernährungsfragen (kleinere Nahrungsportionen, Vitaminzufuhr) steht Ihnen eine professionelle Diätberatung zur Verfügung. Wichtig ist, dass das Vitamin B12 in regelmäßigen Abständen mittels Spritze gegeben wird, da es ohne den Magen nicht aufgenommen werden kann.

## Organisatorischer Ablauf einer Magenoperation

Die Aufnahme wegen eines bösartigen Tumors erfolgt möglichst am Tag vor der Operation auf die chirurgische Station zu dem zuvor vereinbarten Termin. Dazu müssen Sie nicht nüchtern erscheinen. Im Falle erfolgt die Aufnahme in der Regel morgens nüchtern am Operationstag. Das Aufnahmemanagement bereitet bei Aufnahme alle Formalitäten vor. In ausreichendem Abstand zur Operation werden das Aufnahmegespräch, eine Blutentnahme, evtl. noch notwendige Untersuchungen, die OP-Aufklärung und das Narkosegespräch durchgeführt. Nach der Operation müssen Sie im Durchschnitt bei normalem Verlauf 10 - 12 Tage im Krankenhaus verbleiben.

Zur Vorstellung bringen Sie bitte folgende Unterlagen mit:

- Einweisungsschein (vom Hausarzt)
- Med.-Plan
- Befunde von Untersuchungen, die nicht in unserem Krankenhaus erfolgten, ggf. eine CD mit Bildern



### **Fragen?**

Falls Sie weitere Fragen haben, stehen Ihnen die Ärzte, das Pflegepersonal oder die Mitarbeiter der Krankenhaushygiene gerne zur Verfügung.



**PD Dr. med. habil.  
Leif Schiffmann**



**Dr. med.  
Heiko Weiß**



**Torsten Porges**

**Vereinbaren Sie einen Termin!**

Im Rahmen unserer vorstationären Sprechstunde stehen Ihnen verschiedene Fachgebiete zur Verfügung. Bitte vereinbaren Sie einen Termin in unserem Sekretariat!

Sprechzeiten

**Sekretariat Allgemein-,Viszeral- und Thoraxchirurgie**

Telefon (03771) 58-1316

Montag-Freitag 08:00 - 15:00 Uhr



**Helios Klinikum Aue  
Gartenstraße 6  
08280 Aue**

**Tel: 037 71 58 - 0**