

Pharynxrekonstruktion mittels Radialis- und Pectoralislappen- Ist die sekundäre Rekonstruktion komplikationsreicher?

Krehn B, Kress P, Schäfer P, Schwerdtfeger F-P, Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen, HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie

Einführung

Die Rekonstruktion des Pharynx mit einem myocutanem Pectoralis-major Lappen (PML) oder gefäßgestielten und mikrovaskulär anastomosierten Radialislappen (RL) kann primär im Rahmen der totalen Pharyngolaryngektomie oder sekundär bei Fistelbildung oder Stenosen nötig werden. Für die Therapieentscheidung und die präoperative Aufklärung sind fundierte Kenntnisse über Morbidität und Komplikationshäufigkeiten immens wichtig. Die am häufigsten in der Literatur beschriebenen Komplikationen sind pharyngocutane/-tracheale Fistelbildung, Wundheilungsstörungen und Rezidivstenose durch Strikturen. In der Literatur finden sich stark divergente Angaben zu Komplikationshäufigkeiten bei der primären Pharynxrekonstruktion. Die Inzidenz von Fisteln beim Pectoralis-major Lappen wird bei unterschiedlichen Autoren zwischen 0%-58%, beim Radialislappen zwischen 17%-28% angegeben (1). Eine Stenosenbildung findet sich laut Literatur bei 0%-39% der PML und bei 10-36% der RL (1,2). Weitere beschriebene Komplikationen beim PML sind in 18% Wundinfektionen, bei 10% eine Hämatom / Serombildung und bei 2,5% eine Pneumonie (3). Für den RL finden sich hierzu keine Angaben. Für die sekundäre Pharynxrekonstruktion findet sich lediglich eine Quelle, die für die sekundäre Rekonstruktion mit einem PML eine Fistelbildung in 75% und eine Revisionsoperation in 50% der Fälle beschreibt (4).

Methode

45 Patienten mit einer Pharynxrekonstruktion (PR) aus den Jahren 2011-2014 wurden retrospektiv auf postoperative Komplikationen und die Krankenhausverweildauer hin analysiert. Die PR erfolgte bei 34 Patienten primär im Rahmen einer partiellen/totalen Pharyngolaryngektomie. Zur PR wurde in 23 Fällen ein PML und in 11 Fällen ein RL verwendet. 20 Patienten (59%) erhielten eine perioperative intravenöse Antibiose und 11 Patienten (32%) einen Ösophagus Stent.

Bei 11 Patienten erfolgte die PR sekundär, davon bei zwei Patienten auf Grund einer Fistelbildung und bei neun Patienten auf Grund einer Pharynxstenose. Zur sekundären Rekonstruktion wurden in vier Fällen ein PML und siebenmal ein RL verwendet. 9 Patienten (82%) wurden postoperativ intravenös antibiotisch therapiert und 4 Patienten (36%) erhielten einen Ösophagus Stent.

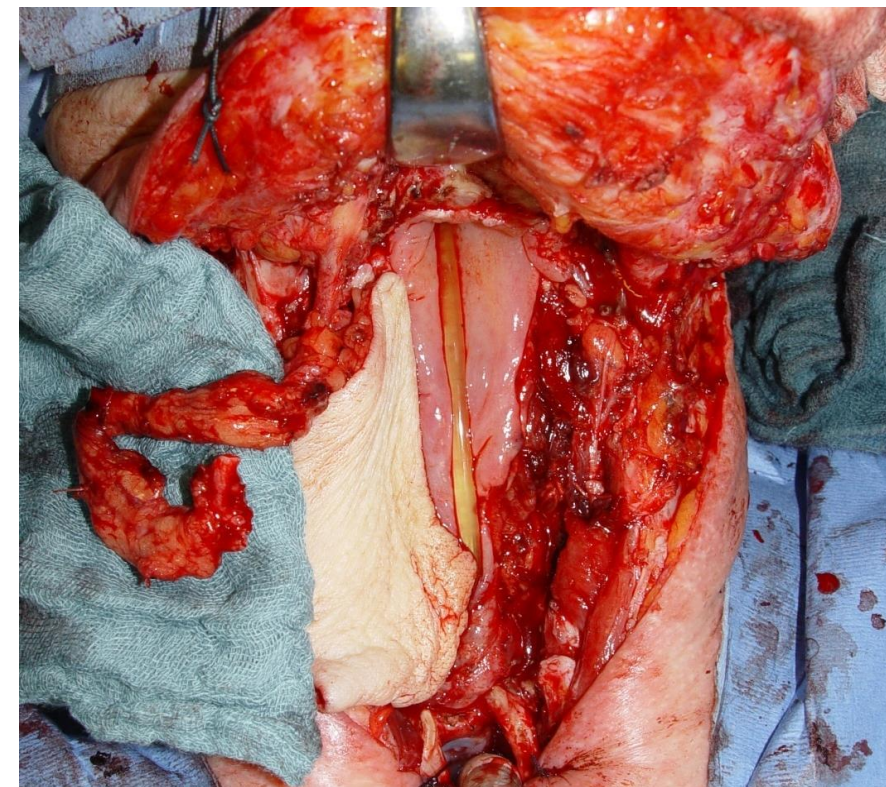


Abb.1: Pharynxrekonstruktion mit einem Radialislappen: Nach ausgedehnter Pharynxresektion ist nur ein 3 cm breiter Streifen Pharynxschleimhaut verblieben. Zur Rekonstruktion eines ausreichenden Pharynxlumens von 1 cm sind ≈ 6 cm nötig ($U=2\pi r$). Ein 5 cm breiter RL wird hufeisenförmig über dem verbliebenen Pharynxrest vernäht. Wenn kein Pharynxrest vorhanden ist, kann der Lappen auch hufeisenförmig auf dem vorderen Längsband aufgesteppt werden.

Ergebnisse

Die schwersten Komplikationen nach Pharynxrekonstruktion waren in 3 Fällen (7%) ein Apoplex, woran ein Patient verstarb. Abbildung 2 zeigt die verschiedenen Komplikationshäufigkeiten für die primäre und sekundäre Pharynxrekonstruktion. Die Quote an Revisionsoperationen aufgrund von Fisteln und Wundheilungsstörungen war in beiden Gruppen hoch (primäre PR 35,3% versus sekundäre PR 54,6%).

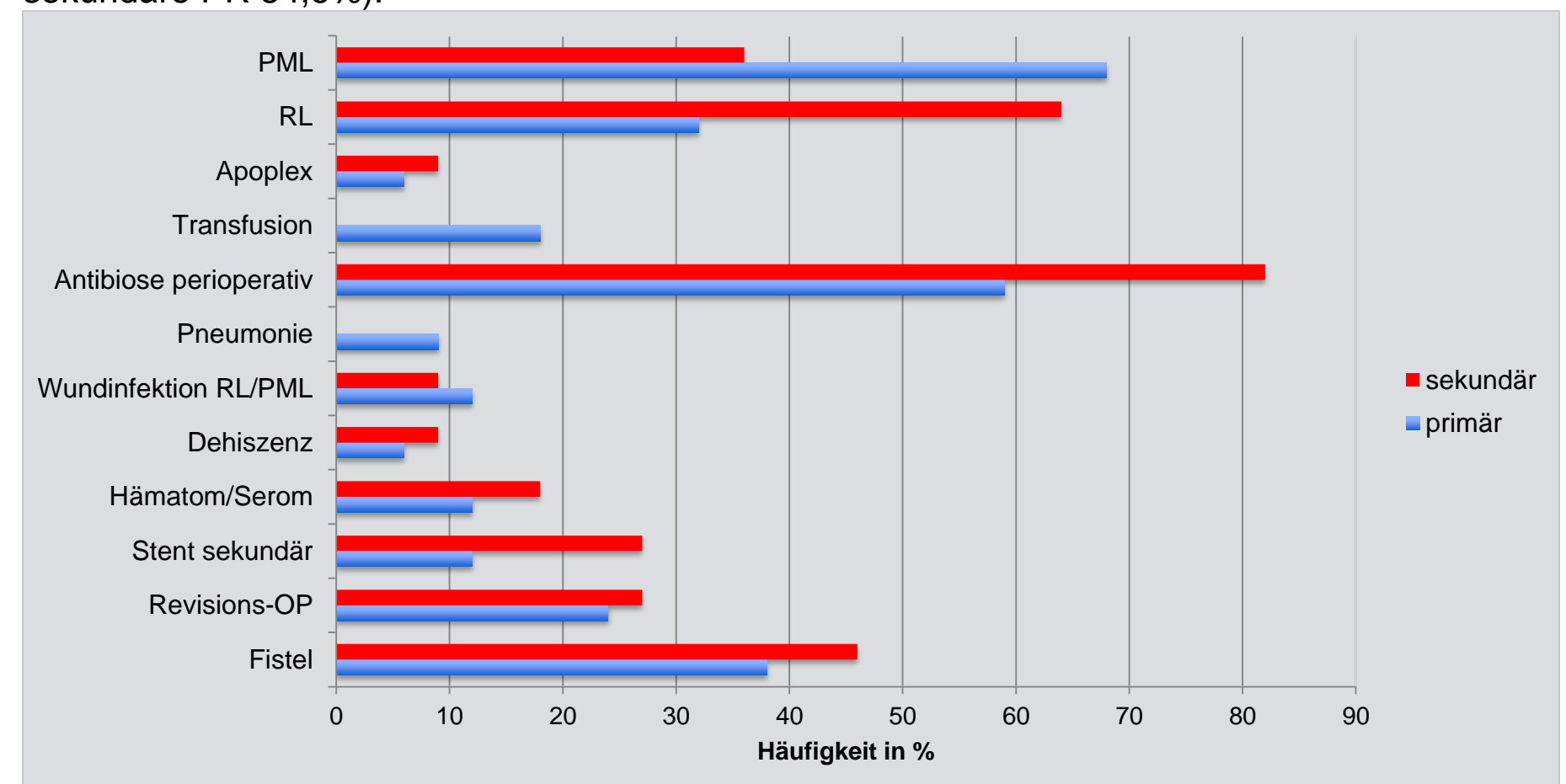


Abb. 2: Komplikationshäufigkeiten der primären Pharynxrekonstruktion (blau) und der sekundären Pharynxrekonstruktion (rot)

Tendenziell wird bei der sekundären Rekonstruktion häufiger antibiotisch therapiert (82%), öfter sekundär ein Stent eingesetzt und es bilden sich häufiger Hämatome/Serome, Dehiszenzen und Fisteln. Die Transfusionswahrscheinlichkeit und das Pneumonierisiko sind bei der primären Rekonstruktion höher.

Die mediane postoperative Verweildauer beträgt bei der primären Rekonstruktion 25 d, bei der sekundären Rekonstruktion 17d.

Schlussfolgerung

Pharynxrekonstruktion mittels PML oder RL sind komplikationsträchtige Operationen. Die untersuchten Komplikationen traten sämtliche in über 1% der Fälle auf und sind somit zwingend aufklärungsbedürftig.

1. Alcalde JM, Gimeno-Vilar C, Montes-Jovellar L, Manrique R, Sanhuesa I. Reconstrucción de defectos faríngeos. Acta Otorrinolaringol Esp 2009; 60(4):283-90.
2. Stell PM. Replacement of the pharynx after pharyngolaryngectomy. Ann R Coll Surg Engl 1984; 66(6):388-90.
3. Sousa AA, Castro SMdO, Porcaro-Salles JM, Soares JMA, Moraes GM de, Carvalho JR et al. The usefulness of a pectoralis major myocutaneous flap in preventing salivary fistulae after salvage total laryngectomy. Braz J Otorhinolaryngol 2012; 78(4):103-7.
4. Coleman JJ. Reconstruction of the pharynx after resection for cancer. A comparison of methods. Ann. Surg. 1989; 209(5):554-60; discussion 561.



KLINIKUM
MUTTERHAUS DER BORROMÄERINNEN