

19. Frühjahrstagung der ISDS – La Valetta/MALTA

CED: STAND DER CHIRURGISCHEN THERAPIE - BESONDERHEITEN



DZT. CHIRURGISCHE STANDARDS ZUR VERMEIDUNG VON KOMPLIKATIONEN BEI CED

(SPEZIELLE CHIRURGIE!)

- 1. ABWENDUNG LANGFRISTIGER FOLGEPROBLEME**
- 2. VERMEIDUNG VON ERKRANKUNGSREZIDIVEN**
- 3. LEBENSQUALITÄT DER PATIENTEN NACHHALTIG
POSITIV BEEINFLUSSEN**

Chirurgie = immer noch wichtiger Teil der Therapie bei CED:

Colitis Ulcerosa:

HEILT DIE ERKRANKUNG MITTELS PROKTOKOLEKTOMIE

OP-Rate: 25 - 40%, 90% Kontinenzzerhalt möglich

Morbus Crohn:

NICHTANSPRECHEN AUF THERAPE, KOMPLIKATIONEN

80% Operationen im lebenslangen Verlauf

15-20% Operationen im ersten Jahr der Diagnosestellung

50% Reoperationen

Die Proktokolektomie und Pouch mit IPAA bei CU

OP-Indikation:

- Intraktable, fulminante Erkrankung**
- Toxische Kolitis (Megakolon)**
- Obstruktion/Perforation**
- Blutung**
- therpierefraktäre Erkrankung**
- Wachstumshemmung**
- Sklerosierende Cholangitis**
- Dysplasia Associated Lesion or Mass / Karzinom**

Langzeiterfolgsrate der OP im Idealfall:

- 3 Jahre: 96%**
- 10 Jahre: 93%**
- 20 Jahre: 92%**

Die Proktokolektomie und Pouch mit IPAA bei CU

**Anpassung an: Schwere der Erkrankung, Nutritiven Status
Ausmaß der Immunsuppression**

**Mortalität: 0,4%, Morbidität: 30%, Pouchversagen: 3-12%
MC- Histologie: 3%**

**Einzeitiges Verfahren: PC (+ Mukosektomie) dzt. kein Stellenwert!
(hohe Rate an sept. Komplikationen)**

**Zweizeitiges Verfahren: PC (+ Mukosektomie) + Stoma
Stomaverschluss
StandardOP bei ELEKTIVER IND.**

**Dreizeitiges Verfahren: SC- Ileostoma
Rektumresektion +IPAA + Stoma
Stomaverschluss**

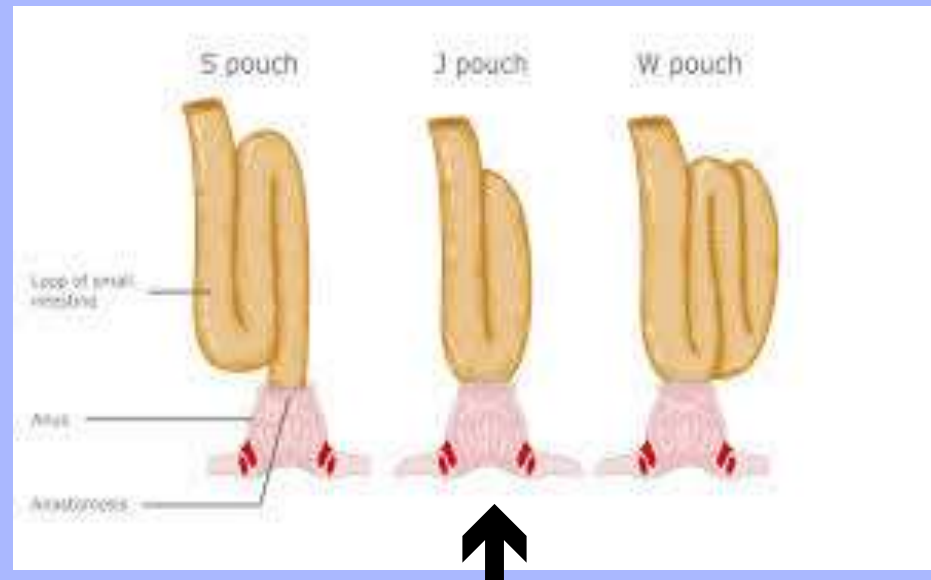
> 20mg Steroide, Sarkopenie, reduzierter AZ, Akutoperation

Die Proktokolektomie mit Pouch und IPAA bei CU
Voraussetzungen für gute Funktion, Pouchersatz, Lebensqualität
OP- technische Einflussfaktoren

- **Spannungsfreie Pouchanlage**
- **Gute Durchblutung des Pouches**
- **Vermeiden einer TME (falls gerechtfertigt): Nervenschonung (bessere Funktion im 1. Jahr)**
- **J-Pouch (beste Evakuationsleistung, keine Stase keine Pouchitis)**
- **Rektumstumpf max. 1-2cm (langer Stumpf- Entzündung belassener Rektummukosa- Stase, Stenose, CA- Gefahr)**
- **Staplernaht (Schonung der Sphinktermuskulatur- Kontinenz)**
- **High- Volume Zentren!**

Die Proktokolektomie und Pouch mit IPAA bei CU

PRINZIP: Stase von Fäzes begünstigt die Pouchitis !



J- Pouch 15cm:

**Vorteil der myoelektrischen Aktivität
bessere Kontraktilität
stärkere Größenzunahme
beste Evakuationsleistung
höhere Stuhlfrequenz (5-6/24h)**

CU – POUCH: WIE HÄLT ER WAS ER VERSPRICHT?

Postoperative Pouchkomplikationen

Chirurgisch- technisch assoziiert: oft in Kombination

Anastomoseninsuffizienz (3-6,5%), Anastomosenstriktur

Funktionelle Komplikationen: Kontinenz, urogenitale Funktionen

Pouchitis

Pouchneoplasie: maligne Transformation chr. Pouchitis: 1-2%

Pouchversagen:

- Therapierefraktäre Pouchitis (-35%)**
- septische Komplikationen + Dysfunktion (-65%)**
- Inkontinenz**
- Malignität (1-2%)**

Chirurgie Colitis Ulcerosa- POUCHITIS

5-15% rezidivierende bzw. chronische Pouchitis

5 Jahre: 28%, 10 Jahre: 38%, 20 Jahre: 47%

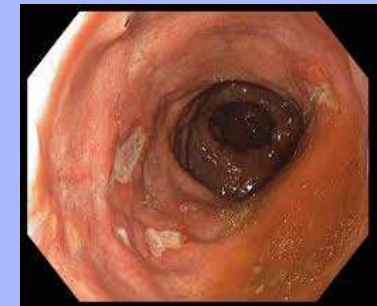
Lebenszeitrisiko für Pouchversagen: 15%

Hahnloser D. et al 2004, Travis SPL et.al. 2008

RISIKO ERHÖHT

Vorangegangene extraintestinale Komplikationen (PSC)

Assoziation mit Pankolitis vor Kolektomie



Chirurgie Colitis Ulcerosa- Komplikationsvermeidung- POUCHITIS

Häufigkeit: 16 – 48%

Primär idiopathische Pouchitis: -50% nach 10 Jahren:

Ursache: bakterielle Überwucherung

Prävention und Therapie: Probiotika, Antibiotika

Chron. AB-refraktäre Pouchitis: häufigste Ursache für Pouchverlust!

Ursache: unklar. Immunmodulation? Chronische Ischämie?

Therapie: Pouch-Neuanlage

Sekundär chirurgische Pouchitis: Ischämie/ Anastomosenprobleme

langes blindes Pouchende

Pouchauslass- Stenose

langer „Steg“

langer Rektumstumpf mit Stenose

Therapie der Pouchitis:

Nach Ausschluss chirurgisch zu behebender Ursachen:

Eskalationsschema:

1. **Antibiotika (zB. Metronidazol)**
2. **+ dazu topisch Steroide (z.B. Budosenid)**
3. **+ dazu systemische Steroide**
4. **+ dazu Immunsuppressiva (z.B. Azathioprin)**
5. **Pouch-Exstirpation und Ileostoma**



Chirurgische Pouchkomplikationen – Ursachen und Therapie

10 % septische Komplikationen – Pouchverlust 14-30%

**Anastomoseninsuffizienz: Akutstadium: Beckenabszess
Chronisch: Fistelbildungen, Stenosen**

**Risikofaktoren für Pouchverlust: Hypertonie
Handnaht
assoziierte Fisteln,
transanale Drainage
später Ileostomieverschluss
frühe Sepsis (<30d)
präop. Steroide**

Therapeutische Möglichkeiten

Interventionelle Drainage bei Beckenabszess

Endosponge- Klippung bei Anastomosenfisteln

Transanaler Repair der Anastomose

Transanale Pouchmobilisation mit Anastomosenneuanlage

(Ballon)Dilatation/ Needle-Knife Strikturotomie bei Stenosen

Transabdominelle Pouchrevision bei Fisteln im cranialen Anteil

Pouchneuanlage

Pouchexstirpation bei ischämischer Pouchitis

Erfolgsrate: 70-88%

Pouchexcision: 6%

Permanentes Stoma: 24%

Chirurgie des Morbus Crohn- Besonderheiten: Komplikationschirurgie

„so viel wie nötig, so wenig wie möglich“

1979-1986: 44,7% 2003-2011: 19,6 resezierende Eingriffe!

**Lokalisation des Befalles: Dünndarm: 30% (term. Ileum 80%!)
 Dünn- und Dickdarm: 50%
 Dickdarm: 20%**

**OP- Indikationen: Abszess, Fisteln, therapieresistente Obstruktion/
 Striktur, Blutung, Perforation
 Kolon: + Dysplasie/ Karzinom, Megakolon**

**Essenziell: Timing des richtigen Operationszeitpunktes: eine
verspätete Operation ist mit höheren Komplikationsraten und
verminderter rezidiv-freier Zeit verbunden.**

MORBUS CROHN = KOMPLIKATIONSTHERAPIE!

**Zusammenhang: komplikationsfreie Problembehebung und
Rezidivrate!!!**

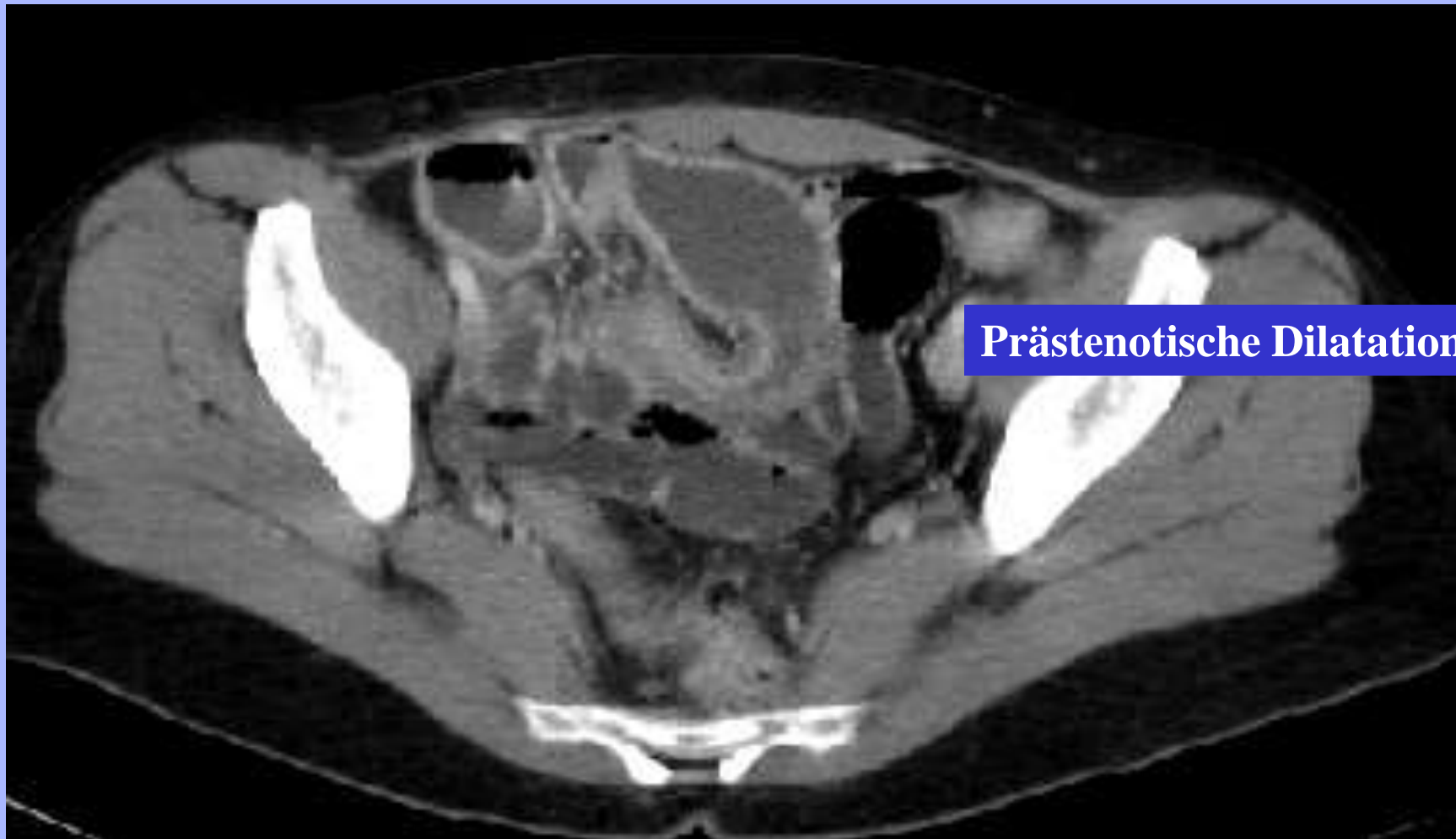
PRÄOPERATIVE OPTIMIERUNG:

Präop. Nutritive Konditionierung (Albumin < 3g/l höhere Kompl.rate)

**Anpassen der Immunsuppression: ↓ der Steroide < 20 mg/d
Azathioprin, Methotrexat belassen
Infiximab 2 Wochen pausieren (?)
AB bei drohend septischen Ops**

**Radiologisch interventionelle Methoden zur Fokussanierung wann immer
möglich. Danach kurzfristige Überprüfung der OP- Indikation.**

Ileumstenose: CT Enteroklyisma



Prästenotische Dilatation

MC – intraoperative Prävention und Therapie

**Anastomosenform: WEITE Anastomose (Staseverhinderung)
Paradigma „Blindsackverbot“ ist out
Striktureplastiken**

Maschinelle Seit-Seit- Anastomose ist die sicherste! Handnaht ist ein unabhängiger RF für Rezidiv und Insuffizienzen!! (Choy et al 2011)

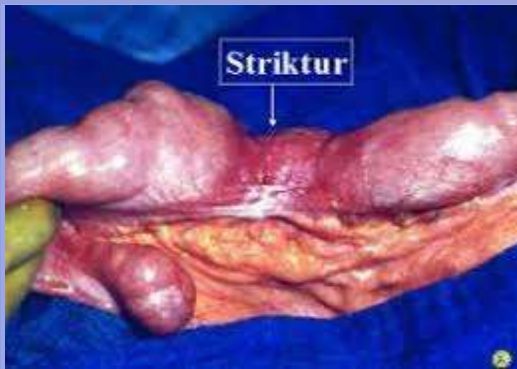
Beseitigung aller Stenosen/Fisteln im gesamten Intestinum

Angabe der Restdünndarmlänge!!!

REKTUM: Stenosen/Fisteln: risikoreiche Anastomose: Stoma + konservativer Therapieversuch

Laparoskopische OP: Vorteile (allg. bekannt).

**Outcome (Komplikationen, Rezidivrate) kein Vorteil zu offener OP
(Dasari et al 2011)**



STRIKTURPLASTIK

kein Nachteil hinsichtlich Rezidivhäufigkeit oder Reoperationsrate.

Bis zu einer Länge von 10cm möglich

Kontraindikationen:

Blutungsindikation

Darmphlegmone

Darmfistel (relativ)

Kolonstenose

massive Dilatation

Endoskopische Ballondilatation:

kurzstreckig: ≤ 5 cm

Anastomosenstenosen

Morbus Crohn: End-End (HEEA) vs. Seit-Seit Anastomose (SSSA)?

SSSA: geringere Inzidenz von Gesamtkomplikationen, Rezidiven und Reoperation bei Rezidiv.

Anastomoseninsuffizienz und andere Komplikationen: kein signifikanter Unterschied. (Feng J. et al 2018, Metaanalyse, 1113 Pat.)

**Weiteres Lumen: geringere fäkale Stase
 geringerer Reflux aus Kolon
 geringere sekundäre Ischämie
 VERMINDERTE REZIDIVRATE**

Bei isoliertem Ileoözkalbefall mit höherer Krankheitsaktivität (CDAI > 220): Aufklärung des Pat. über die primäre Operation als Alternative zur konservativen Therapie.

Rezidive bei M. Crohn

Inzidenz: postoperatives klinisches Rezidiv (nach CDAI):

5 Jahre nach OP: 20- 40%

10 Jahre nach OP: 35- 50%

Risikofaktoren:

- fistulierende/ perforierende Erkrankung**
- anale Läsionen**
- ausgedehnte Dünndarmresektionen bei Erst-OP**
- multiple Operationen (Anastomosen)**
- Erkrankungsbeginn in Kindheit**
- aktives Rauchen**
- kurzer KH-Verlauf vor OP-Indikation**

Regueiro M et al 2017, Kusaka J et al 2017, Siew C et al 2009

DALM und KRK bei CED



Bessere med. Therapie

Längere Krankheitsverläufe

Mehr Karzinome

- **1-2 % aller KRK**
- **Letalität: etwa 15%**
- **Präkanzerose: IEN/Dysplasien (flache Läsionen /DALM)**
- **> 40% Risiko syn- metachroner KRK (High Grade IEN), DALM (unabhängig vom IEN-Grad)**
- **RektumCA: Toxizität einer Radiatio erhöht, KH-Exazerberation!**

KRK und Colitis Ulcerosa

Risiko: 3,7%

**Erkrankungsdauer (nach 30 Jahren: 7-18%)
Entzündungsaktivität (>60% Pankolitis)
Stenosenbildung**

Charakteristik:

junges Alter (53,9 Jahre) Merchea A et al 2012

schlecht differenzierte Tumore

**48% synchrone Dysplasien, 12% DoppelCA
muzinös, Siegelringzellen**

Pouchkarzinome:

entstehen in verbliebener RektumSH

Risiko: 5a: 0,9% 10a: 1,3% 25a: 5,1%

Operative Verfahrenswahl: KRK Colitis Ulcerosa

Onkologisch radikale PROKTOKOLEKTOMIE (mit TME)

RektumCA- Pouch ?

Entscheidung individuell: **Onkologie (Tumorlokalisation, Stadium)**
Sphinkterfunktion
präop. Chemoradiatio (Pouchverlust -48%)
Pat. alter
Immunsuppression, floride Crohncolitis
ev. 3 zeitige Verfahren (RCT, PC+ILS, IPPA, RVL)

Definitives Ileostoma: **ältere Patienten**
RektumCA 2cm ab ano
T4 und fortgeschrittene T3 Karzinome
Pouchkarzinom

KRK und M. Crohn

Entspricht dem sporadischen CA. Sparsame onkologische Resektion!

Rektum CA bei M.Crohn: meist TME und endständiges Ileostomie

Sondersituation Plattenepithelkarzinom und Fistelkarzinom

Fistelkarzinom: seltene Komplikation des Morbus Crohn

50 % der gesamten MC-assoziierten Karzinome

Verhältnis Adeno- und Plattenepithelkarzinomen 18:4.

AdenoCA: multimodale Therapie wie bei sporadischem CA
PlattenepithelCA: schwere, chronisch-entzündliche Veränderungen, daher primär Resektion und optionale RCT

Sondersituationen bei Pankolitis Crohn und RektumCA:

> 40 % Dysplasien multifokal und tumorfern

Therapie: Proktokolektomie mit endständigem Ileostoma

Slessor AAP et al 2013, Sobala A et al 2010, Eagen L et al 2014

Devon KM et al 2009, Kiran RP et al 2012

JKH 2018-ISDS

TAKE HOME MESSAGE

- **CED Chirurgie ist eine Herausforderung**
- **CED- Chirurgie: enge Kooperation Gastroenterologie-Chirurgie Zentren!**
- **CED Karzinomchirurgie: Schmalen Grad zwischen**
 - **Wahrung onkologischer Prinzipien**
 - **Beachtung der Entzündungsaktivität**
 - **Erhalt der Lebensqualität**