

Chirurgische Therapie bei Chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen

Maike Gräser, Oberärztin in der Abteilung für Allgemein-, Viszeral und minimalinvasive Chirurgie,
DRK Klinikum Westend, Berlin

Gliederung

1. Allgemeine Therapieprinzipien
2. Chirurgie bei Morbus Crohn
3. Proktologische Komplikationen bei M. Crohn
4. Chirurgie bei Colitis ulcerosa
5. Stomaanlage

Allgemeine Therapieprinzipien

- Grundsätzlich wird die CED primär konservativ behandelt
- 20 Jahre nach Diagnosestellung wurden ca. 75% der Crohn-Patienten operiert, davon ca. 35% mehrfach
- 24-30% der CU Patienten werden kolektomiert

Allgemeine Therapieprinzipien

Probleme des Chirurgen:

- Schlechter Ernährungszustand
- Patienten unter Steroidtherapie
- Erhöhtes Komplikationsrisiko
- ggf. präoperative parenterale Ernährung

Chirurgische Therapie bei M. Crohn

Operationsindikationen:

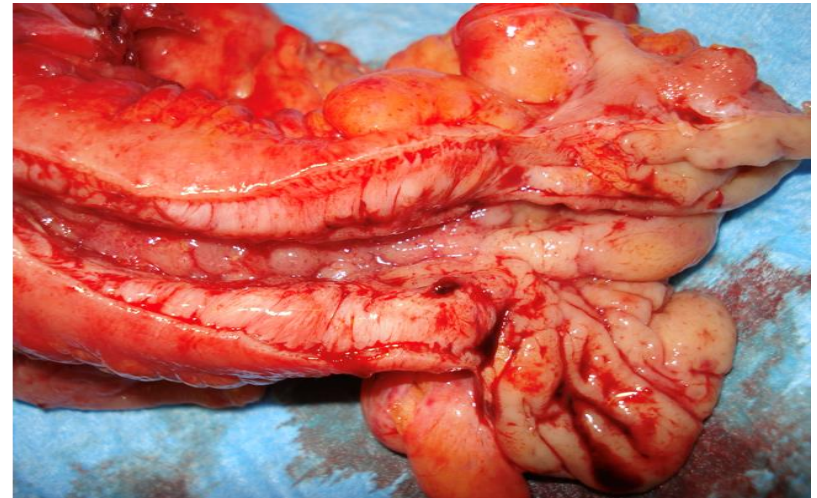
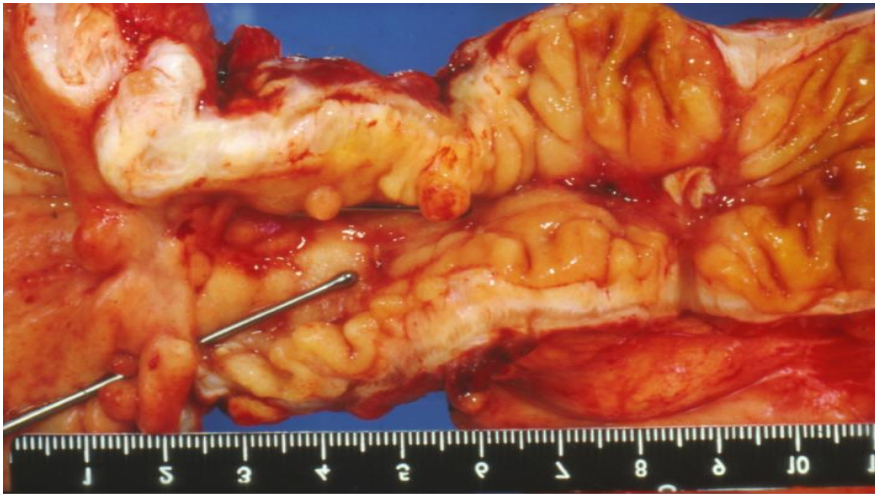
- Versagen der konservativen Therapie
- Fisteln
- Stenosen
- Abszesse

Chirurgische Therapie bei M. Crohn

KM Darstellung einer
enterokutanen Fistel



Chirurgische Therapie bei M. Crohn



Narbige Stenose des terminalen Ileums

Chirurgische Therapie bei M. Crohn



Periproktitischer Abszess

Chirurgische Therapie M. Crohn

Indikationen Notfall-OP:

- 2-10%
- Perforation
- Blutung
- Therapierefraktärer Ileus
- Toxisches Megacolon
- Periproktitischer Abszess
- Fisteln zur Harnblase

Chirurgische Therapie bei M. Crohn

Operationszeitpunkt:

- Keine vorbeugende Operation
- Frühzeitige Operation bei eingetretenen Komplikationen
- Vermeidung von Notfallsituationen
- Enge Absprache von Gastroenterologen und Viszeralchirurgen

Chirurgische Therapie bei M. Crohn

Operationsstrategie:

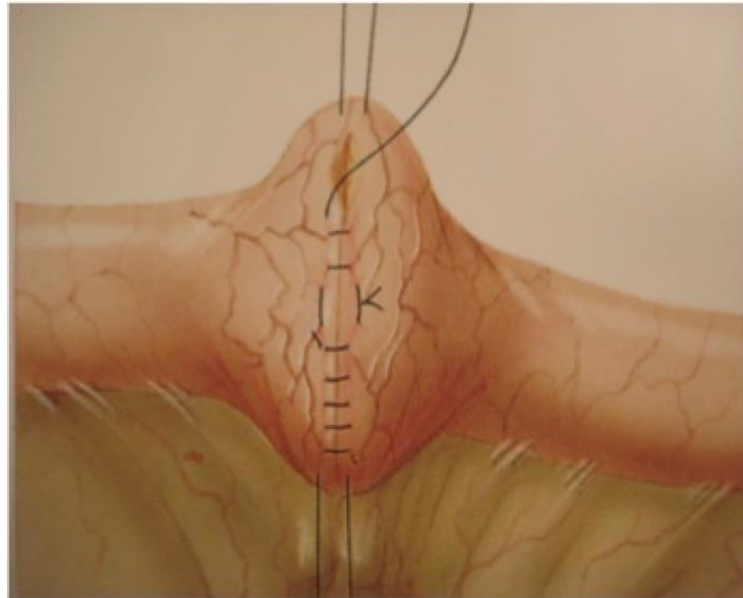
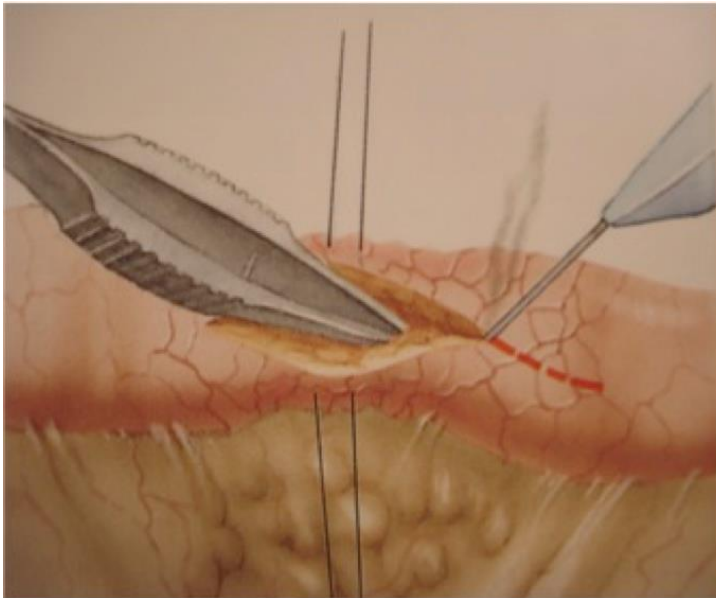
- Oberstes Gebot: Verhinderung eines Kurzdarmsyndroms!
- „gewebeschonende“ Operationstechnik
- Ggf. alleinige Abszessdrainage

Chirurgische Therapie bei M. Crohn

Operationstechnik:

- sparsame Darmresektion auch unter Inkaufnahme mehrfacher Anastomosen
- Verzicht auf Resektion im Gesunden
- Strikturoplastik bei kurzstreckiger Stenose
- Minimal invasive Operationstechnik, wenn möglich
- Anlage funktioneller End-zu-End Anastomosen mit Stapler oder als Kono-S

Chirurgische Therapie bei M. Crohn



Strikturoplastik bei kurzstreckiger Stenose

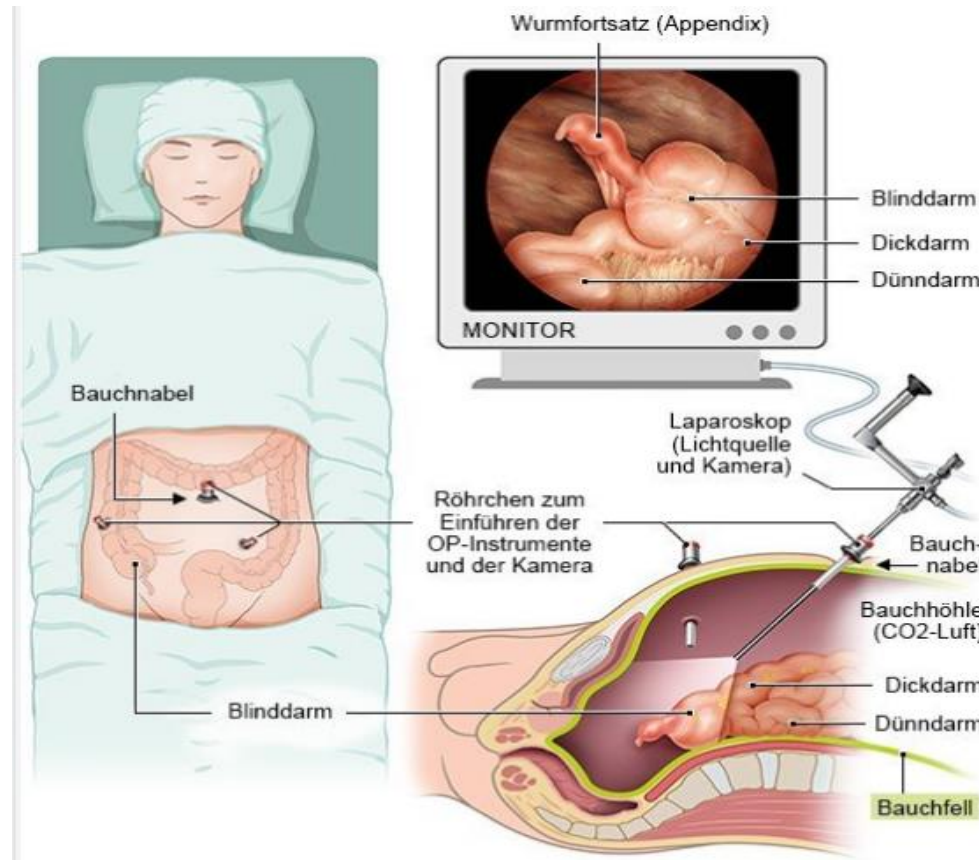
Chirurgische Therapie bei M. Crohn



Strikturoplastik nach bei langstreckiger Stenose

Chirurgische Therapie bei M. Crohn

Ileozoekalresektion



Chirurgische Therapie bei M. Crohn

Zusammenfassung:

- Verbesserung der Lebensqualität
- Verhinderung/ Beherrschung von septischen Komplikationen
- Vermeidung von ausgedehnten Resektionen

Proktologische Komplikationen bei M. Crohn

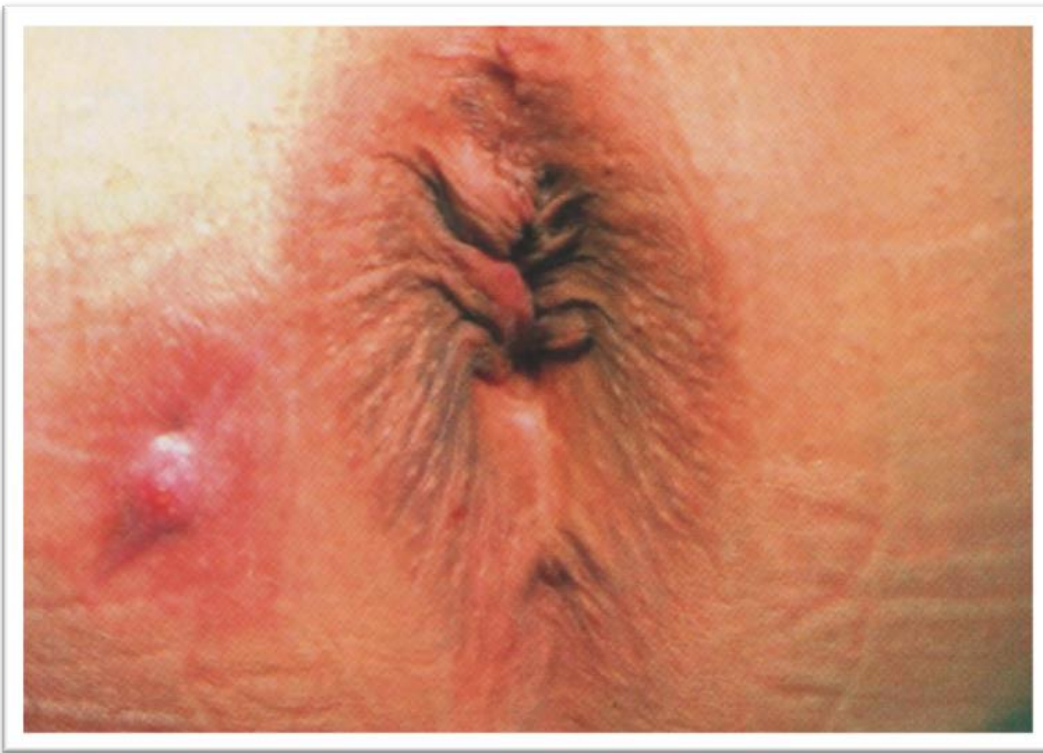
- Perianale Abszesse
- Analfisteln
- Analfissuren
- Ulcerationen

Proktologische Komplikationen bei M. Crohn



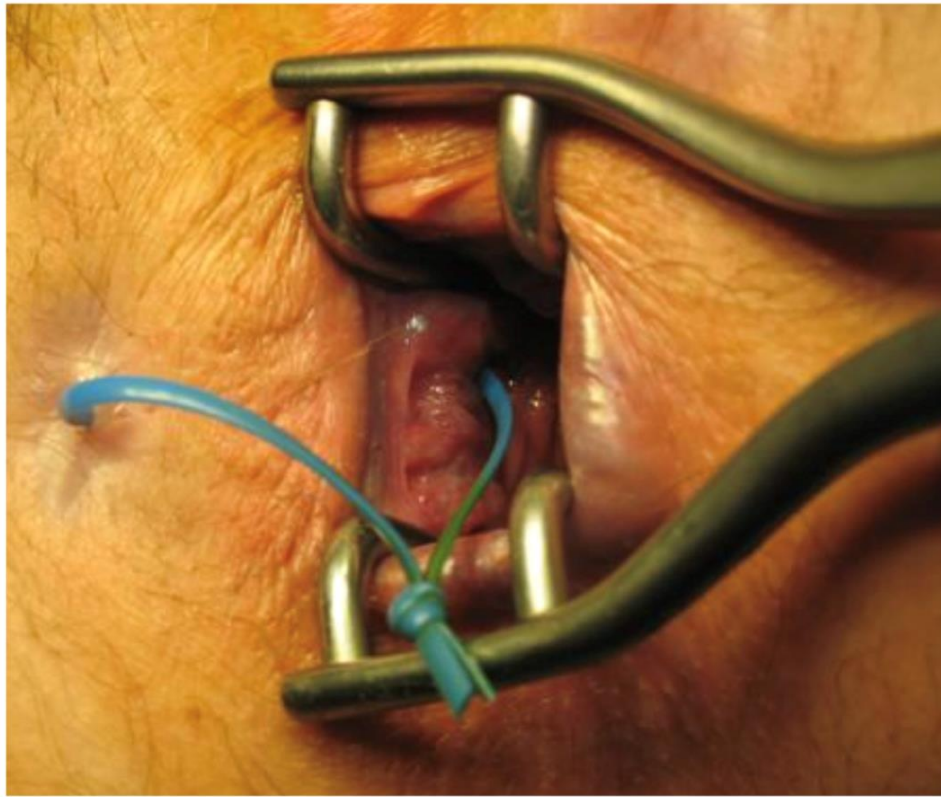
Perianaler Abszess

Proktologische Komplikationen bei M. Crohn



Typisches Bild einer
perianalen Fistel

Proktologische Komplikationen bei M. Crohn



Fadenversorgte Analfistel

Proktologische Komplikationen bei M. Crohn

Komplexe
Analfisteln



Proktologische Komplikationen bei M. Crohn

Therapie:

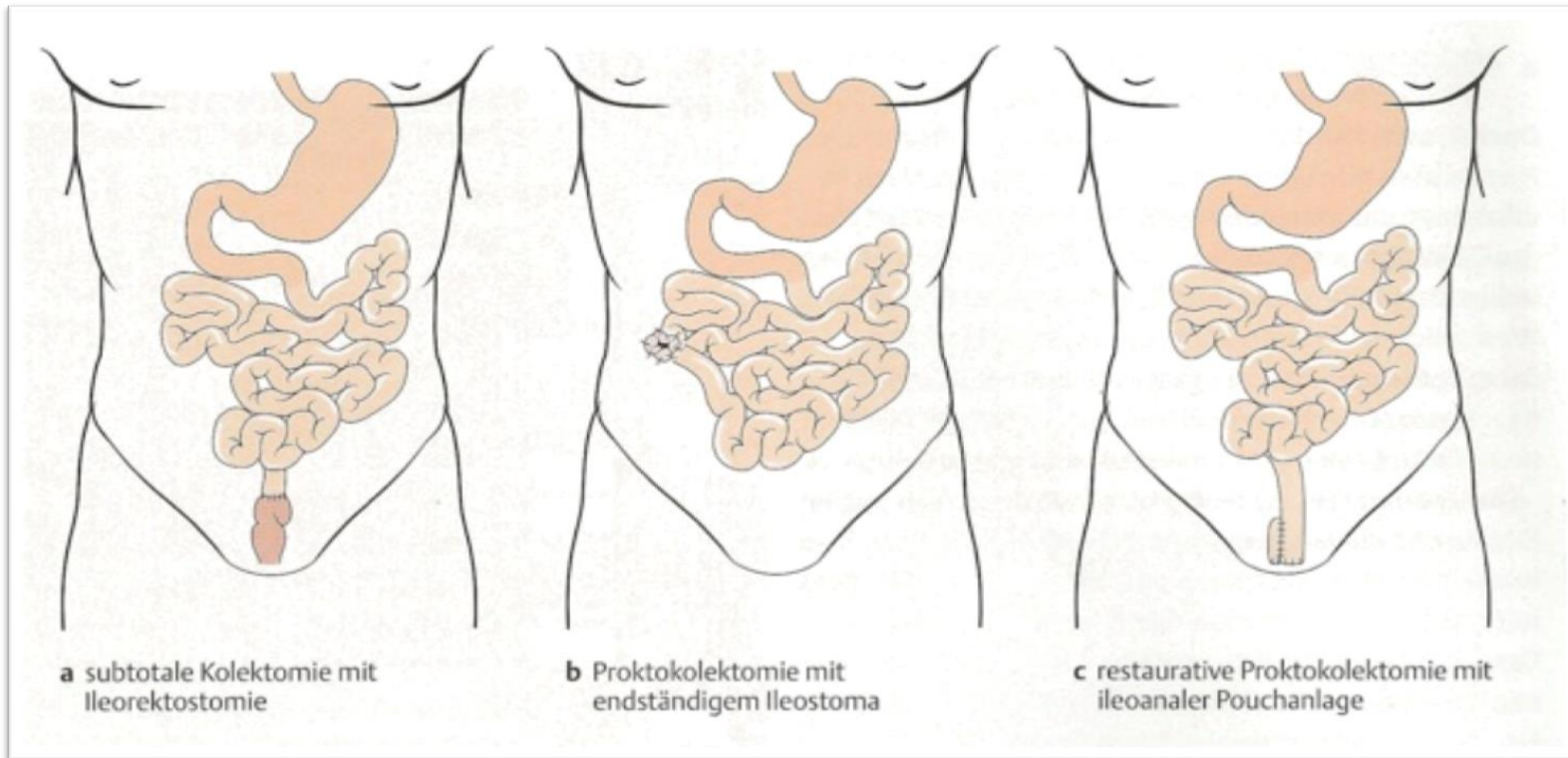
- Perianale Abszesse: Abszessspaltung.
- Komplizierte Analfisteln: Fadendrainage, Sphinkter schonende Op-Techniken im entzündungsfreien Intervall (verschiedene Verfahren), gegebenenfalls frühzeitige Anti-TNF Therapie.
- Perianale Ulzerationen: konservativ mit Kortisonschaum, in schweren Fällen Anti-TNF Therapie.
- Crohn-Analfissuren: Kortisonsalben

Chirurgische Therapie bei Colitis ulcerosa

Indikation elektive Operation:

- Versagen der konservativen Therapie
- Maligne Transformation
- schlechte Lebensqualität wegen schwerer Symptome
- Wachstumshemmung bei Kindern

Chirurgische Therapie bei Colitis ulcerosa

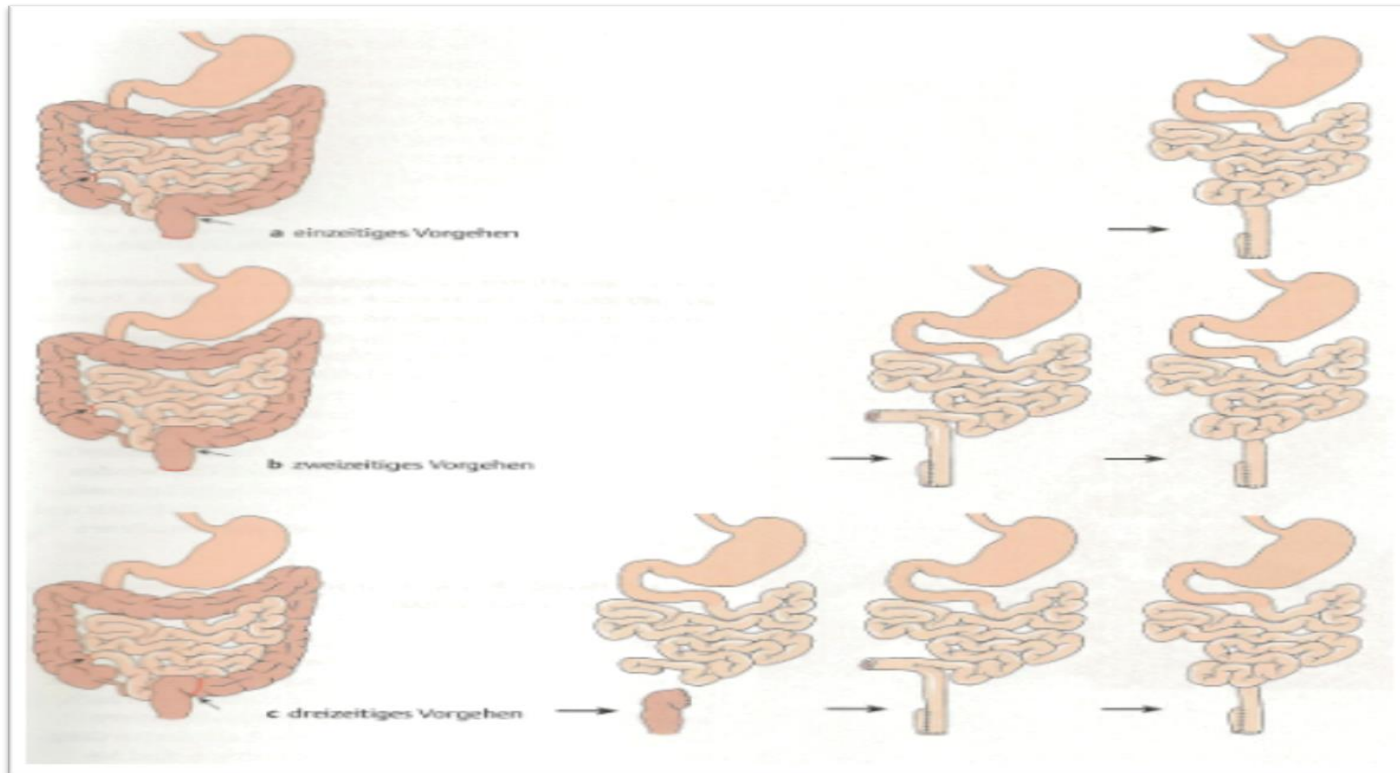


Chirurgische Therapie bei Colitis ulcerosa

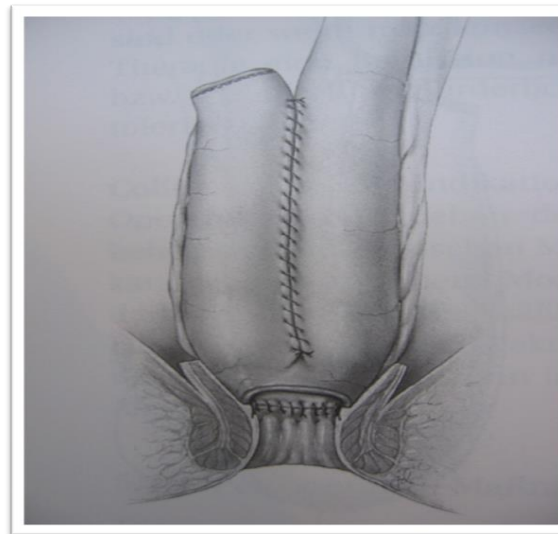
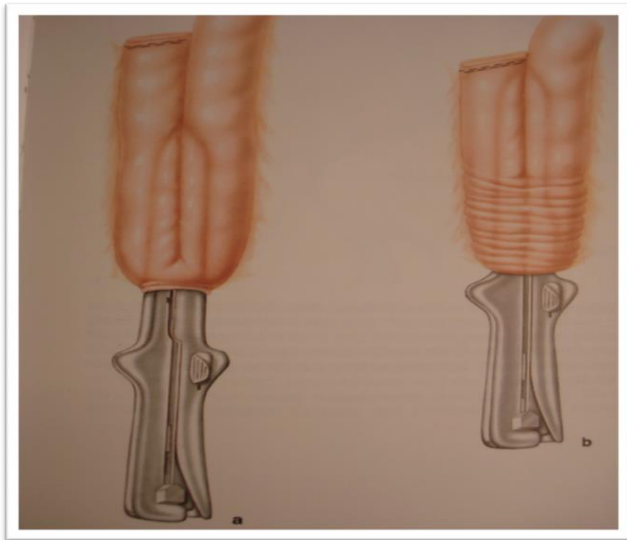
Operationsverfahren:

Goldstandard – Restaurative Proktokolektomie mit Erhalt des Schließmuskels unter Anlage eines Dünndarmreservoirs (Pouch) als Mastdarmersatz

Chirurgische Therapie bei Colitis ulcerosa



Chirurgische Therapie bei Colitis ulcerosa



J-Pouch mit ileoanaler Anastomose. Bildung des J-Pouches per Handnaht (links) oder Klammernaht (rechts).

Chirurgische Therapie bei Colitis ulcerosa

Akute schwere Kolitis:

Schwere lokale Symptomatik

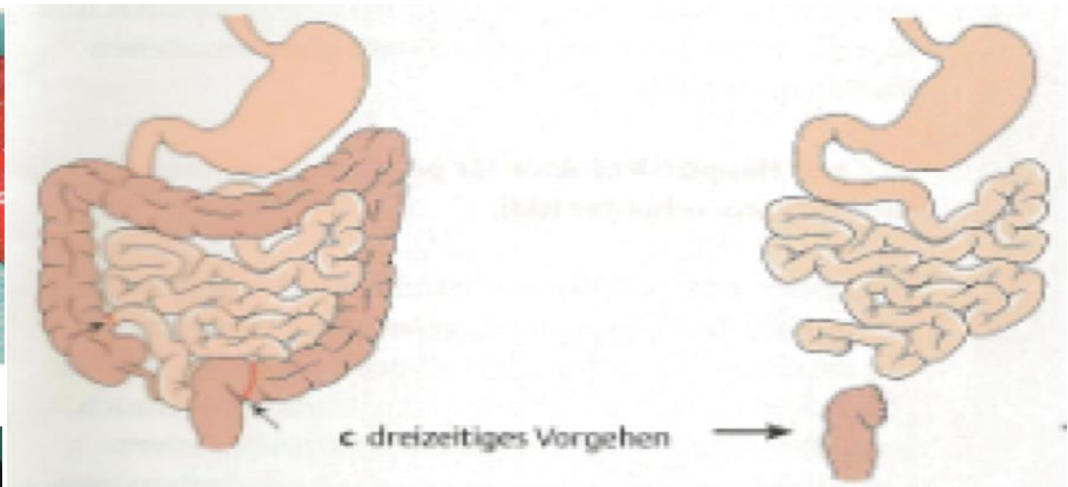
Dehydrierung

Gewichtsverlust

Anämie

- **Gefahr der toxischen Dilatation und Perforation**
- möglichst tägliche interdisziplinäre Konsultation

Chirurgische Therapie bei Colitis ulcerosa



Notfallindikation:
Schwere,
therapierefraktäre Colitis

Chirurgische Therapie bei Colitis ulcerosa

Komplikationen nach Kolektomie:

- Entzündung im Becken als Folge einer Anastomoseninsuffizienz
- „Pouchprobleme“ bis zu 24%: Stenosen, Pouchitis
- Adhäsionen

Chirurgische Therapie der Colitis ulcerosa

Pouchitis

- Akute nicht spezifische Entzündung
- gehäufte Stuhlfrequenz
- Ätiologie ist unklar
- 10-15% Pouchexzision mit Stomaanlage

Stomaaanlage



Präoperativ:

- Aufklärungsgespräch
- Anzeichnen des Stomas

Stomaaanlage

- Mögliche Komplikationen nach Stomaaanlage:
- Parastomale Hernien
- Prolaps
- Exzem der umgebenden Haut
- Ausriss
- Blutungen
- Einsinken

Daher ist die Zusammenarbeit mit einer qualifizierten Stomaschwester enorm wichtig

Zusammenfassung

Chirurgie bei CED:

- Verbesserung der Lebensqualität
- Verhinderung/ Beherrschung von septischen Komplikationen
- Vermeidung von ausgedehnten Resektionen
- Vorbeugung von Tumorentstehung bzw. Tumorresektion

Chirurgische Therapie bei CED

Vielen Dank fuer Ihre Aufmerksamkeit!