

Stephanie Siemer

Dr. med. dent.

Retrospektive, monozentrische Analyse bei 141 Patienten nach Rückverlagerung eines protektiven Ileostomas nach tiefer anteriorer Rektumresektion

Geboren am 10.11.1976 in Homburg

(Staats-)Examen am 09.12.2003 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Chirurgie

Doktorvater: Priv.-Doz. Dr. med. Alexis Ulrich

Die Therapie der Wahl bei einem lokal-begrenzten rektalen Tumor ist die totale mesorectale Exzision mit oder ohne Erhalt des Sphinkters. In der vorliegenden Arbeit wurden Patientendaten von 141 Patienten (August 2001 – Juni 2004) ausgewertet, bei denen eine tiefe anteriore Rektumresektion (TAR) mit Anlage eines protektiven Ileostomas durchgeführt wurde. Eingeschlossen in die Untersuchungen wurden alle Patienten, die eine Ileostomarückverlagerung (ISRV) nach TAR aufgrund eines Rektumkarzinoms (n=138), eines Rektumkarzinoids (n=1), eines polypösen Rektumadenoms (n=1), oder einer Amyloidose (n=1), erhielten. Patienten mit einer abdomino-perinealen Rektumexstirpation, oder aber Operationen bei einer benignen Grunderkrankung (z.B. Colitis) gingen nicht in die Untersuchungen mit ein. Die Ileostomarückverlagerung (ISRV) wurde frühestens 3 Monate nach TAR durchgeführt.

Ziel der Arbeit war es, die Morbidität und deren Einflußfaktoren im Zusammenhang mit der Ileostomarückverlagerung nach tiefer anteriorer Rektumresektion zu ermitteln.

In der retrospektiven Analyse konnten folgende Ergebnisse festgehalten werden: Das mediane Alter zum Zeitpunkt der ISRV lag in Heidelberg bei 63 Jahren (Range 24-82 Jahre), wobei 2/3 der Patienten (103/141) Männer waren. Für die TAR wurde im Mittel 291 Minuten benötigt, mit einem Range von 125-550

Minuten. Das Ileostoma wurde im Durchschnitt nach 149 Tagen (65-404 Tage) zurück verlagert, wobei sich der Zeitpunkt der Rückverlagerung durch eine adjuvante Chemotherapie um ca. 45 Tage verzögerte. Die Operationsdauer bei der ISRV lag im Median bei 112 Minuten (45 – 290 Minuten). Der stationäre Aufenthalt betrug bei der ISRV zwischen 4 und 32 Tagen (Median 9,2 Tage). Bei 71,6% der Patienten konnten anhand der Aktenlage Frühkomplikationen festgehalten werden, wobei es sich hierbei jedoch bei den meisten Patienten nur um gering gradige Komplikationen wie Durchfall oder Übelkeit handelte.

Nur bei 6% der Patienten (n=7) wurden nach der Entlassung noch Komplikationen in der Krankenakte dokumentiert. Auf Grund von Komplikationen war bei 7,8% der Patienten (9/116) eine Relaparotomie nach ISRV erforderlich. Bei einer vergleichenden Analyse konnten für das Geschlecht, Alter, Diabetes mellitus und eine neoadjuvante Therapie kein signifikanter Einfluss auf den Zeitpunkt der Ileostomarückverlagerung festgestellt werden. Ebenfalls stellten diese Parameter keine signifikanten Risikofaktoren für das Auftreten von chirurgischen Komplikationen dar.

Zusammenfassend kann auf Grund der Datenlage und den eigenen Ergebnissen festgehalten werden, dass die Anlage eines protektiven Stomas an sich keine triviale Operation darstellt. Eine adjuvante Chemotherapie verlängert den Zeitpunkt der Stoma-Rückverlagerung erheblich. Nach Anlage eines protektiven Stomas im Rahmen einer tiefen anterioren Rektumresektion kann jedoch die Gesamt-Komplikationsrate bzw. der Schweregrad der Komplikationen verringert werden. Auch unter Berücksichtigung des zusätzlichen stationären Aufenthalts stellt das protektive Stoma eine günstige Kosten-Nutzen-Relation dar. Weitere, vor allem prospektiv-randomisierte Untersuchungen sind erforderlich, um Einflüsse auf die unterschiedlichen Komplikationen zu klären und die Komplikationsraten weiter zu reduzieren.