

Irmgard Treiber
Dr. med.

Lokale Radikalität nach restaurativer Proktokolektomie bei Patienten mit familiärer adenomatöser Polyposis – ein Vergleich der Hand- und Staplernaht.

Geboren am 03.02.1964 in München
Staatsexamen am 29.04.1991 an der Universität Freiburg

Promotionsfach: Chirurgie
Doktorvater: Prof. Dr. med. Jürgen Weitz

Die klassische FAP ist eine autosomal-dominant vererbte Erkrankung, die durch das Auftreten von hunderten bis tausenden tubulären Adenomen im Kolon gekennzeichnet ist. Es handelt sich um eine obligate Präkanzerose, bei welcher es unbehandelt im Verlauf der Erkrankung durchschnittlich bereits im vierten Lebensjahrzehnt zur Entartung eines oder mehrerer Adenome kommt. Therapiestandard ist die frühzeitige präventive Proktokolektomie mit Anlage eines ileoanalen Pouches. Die pouchanale Anastomose kann mit Hand- oder Staplernaht erfolgen. Hierbei ist technisch bedingt der Verbleib von Restrektumschleimhaut als inselförmiges Areal oder als zirkulärer Saum im Bereich der pouchanal Anastomose nicht sicher zu vermeiden und daher eine völlige Elimination des Risikos für das Auftreten eines kolorektalen Karzinoms bei FAP nicht gewährleistet. Vergleichende Studien mit Colitis ulcerosa- und FAP-Patienten wiesen bei den gestapelten Anastomosen im Vergleich zur Handnaht ein häufigeres Auftreten von Dysplasien bei Restrektumschleimhaut auf. Aufgrund der unzureichenden Datenlage bei begrenzten Fallzahlen und kurzer Beobachtungszeit erreichten diese Ergebnisse jedoch keine statistische Signifikanz, so dass das Risiko von Dysplasien oder eines Karzinomes im Analkanal zwar tendenziell erhöht erschien, aber keine sichere Aussage möglich war. Vor diesem Hintergrund führten wir für eine vergleichende Nachbeobachtung von Patientengruppen mit FAP nach kontinenserhaltender Proktokolektomie und ileoanaler Pouchanlage mit Hand- und mit Stapleranastomose durch. Durch die Studie sollten Erkenntnisse gewonnen werden über die Radikalität der beiden Anastomosentechniken, um daraus Schlussfolgerungen abzuleiten für die postoperative Nachsorge und die operative Strategie mit dem Ziel einer Optimierung der Patientensicherheit. FAP-Patienten, deren ileoanale Pouchanlage mindestens ein Jahr zurück lag, wurden je nach durchgeführter Anastomosentechnik der Gruppe „Handnaht“ oder „Staplernaht“ zugeordnet. Es erfolgte eine starre Proktoskopie mit standardisierten Biopsien aus allen vier Quadranten des Anastomosenrings. Die Ergebnisse wurden auf Häufigkeit und Ausmaß von belassener Rektumschleimhaut sowie auf Entwicklung von Rektumadenomen überprüft und beide Patientengruppen wurden miteinander verglichen. Beide Formen der Anastomosentechnik führten zu Restrektumschleimhaut, wobei sowohl die Häufigkeit als auch das Ausmaß bei Stapler-Anastomosen signifikant höher waren als bei Handnaht-Anastomosen. Rektumadenome waren trotz kürzerer Nachbeobachtungszeit in der Stapler-Gruppe bereits häufiger nachweisbar, jedoch erreichte der Unterschied zwischen beiden Gruppen keine statistische Signifikanz. Eine lebenslange regelmäßige und kritische endoskopische und bioptische Nachsorge des Pouches und der pouchanal Anastomosenregion ist unabhängig von der Technik der pouchanal Anastomosenbildung erforderlich, um vorliegende Restrektumschleimhaut und Rektumadenome zu identifizieren. Zur Überwachung der pouchanal Anastomosenregion ist ergänzend zur flexiblen Pouchoskopie die starre Proktoskopie geeignet. Bei ausgedehnteren Arealen von

Restrektumschleimhaut oder Nachweis von Rektumadenomen ist eine sekundäre transanale Mukosektomie indiziert. In Folgestudien mit den Endpunkten „Funktionalität und Radikalität nach sekundärer Mukosektomie“ wird zu prüfen sein, inwieweit auch bei Stapleranastomosentechnik primär die Durchführung einer transanal Mukosektomie sinnvoll ist.