

Juliane Klohr

Dr.med. dent.

Vergleich des Outcomes nach Insuffizienzen unterschiedlicher Anastomosenlokalisationen im unteren Gastrointestinaltrakt

Promotionsfach: Chirurgie

Doktorvater: Prof. Dr. med. M. Koch

Die Anastomoseninsuffizienz gilt heute als eine der bedeutendsten postoperativen Komplikationen in der Viszeralchirurgie und bleibt ein gravierendes therapeutisches Problem.

In dieser retrospektiven Studie der chirurgischen Klinik des Universitätsklinikums Heidelberg wurden aus einem Kollektiv von 553 Patienten, die nach einer Operation am Dickdarm erneut im Sinne einer Revision bzw. eines Folgeeingriffes operiert wurden, die häufigsten Operationsindikationen herausgefiltert. Dabei stellte sich die Anastomoseninsuffizienz, neben den Perforationen, mit 62 Patienten als eine der häufigsten Indikationen dar. Diese wurde in der vorliegenden Studie nun näher untersucht.

Um die Patienten miteinander vergleichen zu können wurden 3 Gruppen definiert, wobei die Lokalisation der Anastomose als entscheidender Faktor galt. Eine Gruppe umfasst Patienten, die eine Anastomose von Dick- zu Dickdarm erhielten. Sie ist mit 47 Patienten vertreten. In der zweiten Gruppe befinden sich Patienten mit einer Anastomose von Dick- zu Dünndarm. Sie besteht aus 6 Patienten. Schließlich Gruppe 3, Patienten mit einer Anastomose von Dünn- zu Dünndarm, die mit 2 Patienten vertreten ist. Es wurden die wichtigsten Parameter (Alter, Geschlecht, Raucher, Komorbidität, Dauer bis zum Auftreten der Insuffizienz, Art der OP, OP-Dauer etc.) und die im weiteren Verlauf auftretenden Komplikationen (Wundinfekt etc.) retrospektiv aufgelistet. So sollte das Outcome nach Insuffizienzen der 3 unterschiedlichen Anastomosenlokalisationen verglichen werden.

Das Gesamtkollektiv setzte sich aus 62 Patienten zusammen, darunter 56,5% Männer und 43,5% Frauen. Das mediane Alter betrug 64 Jahre. 51,6% wurden nach den ASA-Kriterien in die Kategorie III eingeordnet. 77,4% litten zusätzlich an Komorbiditäten. Bis es zum Auftreten der Anastomoseninsuffizienz kam, vergingen durchschnittlich 11,7 Tage. Bei der statistischen Auswertung zeigte sich in der univariaten Analyse ein signifikanter Einfluss der Operationsdauer und des Blutverlustes auf die Anastomoseninsuffizienzrate. In der multivariaten Analyse zeigte sich keine Signifikanz dieser Faktoren mehr. Andere, nicht signifikante Faktoren waren Komorbiditäten wie kardiologische und pulmonale Vorerkrankungen, Morbus Crohn und Colitis ulcerosa, wie auch Raucher, Reoperationen und intra-/postoperative Komplikationen. Die Morbiditätsrate, d. h. die Patienten mit Komplikationen im weiteren Verlauf nach Insuffizienz, betrug insgesamt 51,6%; bei den Patienten mit Anastomosen zwischen Dick- und Dickdarm waren es 55,8%, während die Rate bei den Patienten mit Dick- Dünndarm- bzw. Dünn- Dünndarm-Anastomosen 50% bzw. 100% betrug. Die Mortalitätsrate lag insgesamt bei 12,8%, wobei in Gruppe 1 6,4% verstarben, während in Gruppe 2 16,7% verstarben. In Gruppe 3 wurde keine Mortalität registriert.

Kritikpunkte dieser Studie liegen in der Größe des Patientenkollektivs. Die Anzahl der Patienten, vor allem in der Gruppe mit Anastomosen zwischen Dünn- und Dünndarm, fällt mit 2 Patienten klein aus. Um signifikante Aussagen treffen zu können, müsste das Kollektiv erweitert werden. Andererseits spiegelt die niedrige Anzahl in dieser Gruppe die deutlich weniger auftretenden Nahtinsuffizienzen im Dünndarm wider.

Fazit dieser Studie ist, dass sowohl die Anastomosen zwischen Dick- und Dickdarm, die deutlich häufiger vorkommen, wie auch die Anastomosen zwischen Dick- und Dünndarm bzw. Dünn- und Dünndarm in Bezug auf die Morbidität und die Mortalität vergleichbar sind. Es lässt sich kein Rückschluss auf ein günstigeres Outcome einer dieser Anastomosenarten ziehen.