



**Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg**  
**Fakultät für Klinische Medizin Mannheim**  
**Dissertations-Kurzfassung**

**Zum operativen Vorgehen beim Krankheitsbild der  
Nekrotisierenden Enterokolitis beim Neugeborenen**

Autor: Kai Darius Haschemian  
Einrichtung: Kinderchirurgische Klinik  
Doktorvater: Prof. Dr. K.-L. Waag

In einer retrospektiven Multicenterstudie wurden Krankenakten von 100 Neugeborenen ausgewertet, die an einer Nekrotisierenden Enterokolitis erkrankt waren und aufgrund dieser Erkrankung in den kinderchirurgischen Universitätskliniken Frankfurt am Main, Heidelberg, Karlsruhe, Mannheim oder Stuttgart, operiert wurden.

Es zeigte sich, daß 87% der Patienten Frühgeborene waren (< 37 Schwangerschaftswochen) und 81% ein Geburtsgewicht kleiner als 2000g hatten. Die meisten Säuglinge waren postpartalen Stressoren ausgesetzt, so mußten z.B. 60% der Neugeborenen direkt nach der Geburt intubiert werden, bei 46% der Patienten wurden vor der Manifestation einer nekrotisierenden Enterokolitis eine Sepsis behandelt und 69% hatten eine behandlungsbedürftige Anämie.

Die nekrotisierende Enterokolitis manifestierte sich in 76% der Fälle innerhalb der ersten beiden Lebenswochen. Radiologisch wurden präoperativ bei 88% der Patienten eine Pneumatosis intestinalis und bei 70% „freie Luft“, als Zeichen einer Darmperforation, festgestellt. Die Patienten wurden durchschnittlich 3-4 Tage nach der Diagnose einer Nekrotisierenden Enterokolitis operiert.

Bei 43% der Patienten wurde intraoperativ der nekrotische Darm reseziert und die Darmenden als endständige Anus Praeter ausgeleitet. Bei 35% wurde der nekrotische Darm belassen und der Darm als doppelläufiger Anus Praeter proximal des Befalls ausgeleitet, um den nachfolgenden Darm zu entlasten. Bei 15% der Patienten wurde das befallene Darmareal reseziert und die Darmenden primär anastomosiert. 4% waren Probelaparotomien und 2% Mischverfahren.

In unserer Studie hatte die Anus Praeter Ausleitung ohne Resektion des betroffenen Darmareals die mit 25,7% niedrigste Letalität und es wurde mit durchschnittlich 7,7cm die geringste Gesamtstrecke an Darm (inklusive Anus Praeter Rückverlagerung und weiteren Resektionen bei Komplikationen) reseziert. Die Resektion mit primärer Anastomose hatte mit 33,3% die höchste Letalität, dabei betrug die Resektionsstrecke durchschnittlich 15,6cm Darm. Bei Resektion mit Anus Praeter Anlage war die Letalität 27,9%. Die durchschnittliche Gesamtlänge resezierten Darms betrug hier 19,3cm.

Bei statistisch nicht signifikanten Unterschieden hinsichtlich der Letalität, schnitt eine Anus Praeter Anlage ohne Resektion bezüglich der Gesamtstrecke an reseziertem Darm, mit einem signifikanten Unterschied im  $\chi^2$ -Test (3,84;  $p=0,00013$ ), von den drei Hauptoperationsverfahren, am Besten ab.