

Andrea Burock
Dr. med.

Matched-Pair-Analyse: Restaurative Proktokolektomie bei Colitis ulcerosa mit oder ohne protektivem Ileostoma

Geboren am 13.02.1974 in Heidelberg
Reifeprüfung am 12.05.1993 in Heidelberg
Studiengang der Fachrichtung Medizin vom WS 1995/96 bis WS 2002/03
Physikum am 08.09.1998 an der Universität Heidelberg
Klinisches Studium in Heidelberg
Praktisches Jahr in Heidelberg
Staatsexamen am 08.04.2003 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Chirurgie
Doktorvater: Priv.-Doz. Dr. med. Josef Stern

Die restaurative Proktokolektomie (RP) mit ileo-pouch-analer Anastomose (IPAA) ist chirurgisches Verfahren der Wahl bei der operationspflichtigen CU. Die Methode hat sich gegenüber chirurgischen Alternativverfahren durchgesetzt, da die Proktocolitis sicher eliminiert wird und trotzdem die Kontinenz und äußere körperliche Integrität bewahrt werden können.

Das Verfahren kann mit und ohne Stomaschutz durchgeführt werden. Es existieren bisher noch keine allgemein anerkannten Kriterien für die Entscheidung „Stoma ja oder nein“.

In der vorliegenden Studie werden die Ergebnisse der unterschiedlichen Operationsstrategien der RP mit IPAA von Patienten untersucht, die aufgrund des Aktivitätsgrades der CU prinzipiell für beide Operationsverfahren geeignet sind. Mittels einer Matched-Pair-Kontrollstudie werden postoperative Früh- und Spätkomplikationen verglichen.

Von Januar 1991 bis Dezember 2000 wurden an der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg 503 Patienten mit CU restaurativ proktokolektomiert. Sie wurden im Heidelberger Colitis-Register prospektiv standardisiert erfasst und nachgesorgt. Aus der Studiengruppe (einzeitiges Vorgehen, N=57) wird jeder Patient mit zwei passenden Patienten der Kontrollgruppe (zweizeitiges Vorgehen, N=114) verglichen (1:2 Matched-Pair). Match-Kriterien sind Geschlecht (p=1), Alter (p=0,82), systemische Kortikoidmedikation (p=0,94) und Krankheitsaktivität gemessen mittels Colitis Aktivitäts Index (p=0,29), siehe Tabelle 9.

In der Studiengruppe treten weniger Komplikationen (p=0,0042) als in der Kontrollgruppe auf; dabei sind die Spätkomplikationen signifikant geringer (p=0,0022). Für das Auftreten von Frühkomplikationen (p=0,56) ergeben sich keine Unterschiede.

Es werden keine signifikanten Unterschiede für pouchspezifische septische Komplikationen (p=0,26), die mediane Operationsdauer bei IPAA (p=0,41), den medianen Blutverlust (p=0,31), den Verbrauch von Transfusionen (p=0,29) oder die mediane Krankenhausaufenthaltsdauer (p=0,46) festgestellt.

Das erhöhte Vorkommen von Spätkomplikationen in der Kontrollgruppe mit IST erklärt sich durch eine deutliche Häufung in dieser Gruppe von Anastomosenstrikturen (14,9% versus 1,7%), Stuhlschmierer (10,5% versus 5,2%), nervale Irritationen mit sexuellen und urologischen Dysfunktionen (9,6% versus 3,5%) und Darmobstruktionen (12,2% versus 7%). Ebenso erhöhen sich die Komplikationen in der Kontrollgruppe bedingt durch das Stoma (22,8%).

Ursprünglich nahm man an, dass der Verzicht auf ein IST zu einem vermehrten Auftreten von Komplikationen führt. Es zeigt sich jedoch, anders als erwartet, dass die Anzahl der Komplikationen bei chirurgisch einzeitigem Vorgehen im Vergleich zum zweizeitigen nicht erhöht ist.

Zukünftig kann deshalb bei Patienten, die für beide Operationsstrategien geeignet sind, dem weniger umfangreichen chirurgischen Vorgehen (einzeitig) der Vorzug gelten. Das umfangreichere zweizeitige Vorgehen bestätigt sich in diesem Fall nicht, wie bisher erachtet, als sicherer.

In Hinblick auf die sich hieraus ergebenden Konsequenzen für den einzelnen Patienten und auch unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit ist diese Feststellung für die Zukunft von großer klinischer Bedeutung.