

Matthias Dahlmann

Dr. med.

**Urologische Komplikationen in der kolorektalen Tumorchirurgie
Analyse der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten anhand des
Operationsgutes von 1891 Fällen**

Geboren am 22. 05. 1970 in Münster

Reifeprüfung am 10. 05. 1989 in Münster

Studiengang der Fachrichtung Medizin vom SS 1991 bis WS 1997

Physikum am 17. 03. 1993 an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Klinisches Studium in Heidelberg

Praktisches Jahr in Hamburg

Staatsexamen am 26. 11. 1997 an der Universität Hamburg

Promotionsfach: Chirurgie

Doktorvater: Prof. Dr. med. S. Pomer

Die vorliegende retrospektive Untersuchung erfasste 1891 Patienten, die zwischen 1981 und 1996 wegen eines kolorektalen Karzinoms in der Chirurgischen Universitätsklinik in Heidelberg behandelt wurden.

Bis zum Stichtag der Untersuchung, dem 06. Mai 1996, konnte bei 72 (3,8%) der 1891 Patienten eine tumorbedingte Beteiligung des Harntraktes festgestellt werden.

Das von tumorbedingter Beteiligung am häufigsten betroffene Organ war in unserer Analyse die Harnblase mit 66,7% (n = 48), gefolgt vom Harnleiter mit 34,7% (n = 25).

Wie erwartet zeigte sich mit zunehmendem Tumorstadium eine häufigere Beteiligung des Harntraktes. Außerdem lag die Inzidenz einer tumorbedingten Beteiligung des Urotraktes bei Tumorrezidiven höher als bei Primärtumoren.

Iatrogene urologische Komplikationen bei der operativen Therapie kolorektaler Karzinome konnten bei 25 (1,3%) der 1891 Patienten festgestellt werden.

Von den iatrogenen urologischen Komplikationen war der Harnleiter mit 76% (n = 19) am häufigsten betroffen, gefolgt von der Harnblase mit 28% (n = 7). Die Harnleiterläsionen

waren häufiger im linken als im rechten Ureter lokalisiert.

In unserer Analyse konnte festgestellt werden, daß unter den operativen Therapieverfahren die anteriore Resektion und die abdomino-perineale Exstirpation häufiger Ursache einer iatrogenen urologischen Komplikation waren als andere Operationsverfahren, die in der kolorektalen Chirurgie angewandt werden. Dabei kam es bei der anterioren Resektion häufiger zu iatrogenen urologischen Komplikationen als bei der abdomino-perinealen Exstirpation.

Bei der Versorgung von Blasenläsionen, die durch Tumorinfiltration oder -adhäsion zustande kamen, erwies sich die Blasenteilresektion als geeignete Therapiemethode.

Bei der Versorgung von iatrogenen Harnblasenverletzungen bewährte sich eine zweischichtige Naht als Methode der Wahl.

Einfache Läsionen des Harnleiters (Inzision, Quetschung) konnten durch eine Double-J-Katheter-Einlage bzw. durch eine Naht über einem Stent erfolgreich behandelt werden.

Die Therapie von Harnleiterdurchtrennungen war abhängig von der Lokalisation und der Länge der Läsion.

Bei einfachen Harnleiterdurchtrennungen im proximalen oder mittleren Drittel des Ureters erwies sich die Uretero-Ureterostomie im Sinne einer End-zu-End-Anastomose als erstrebenswerte Therapiemethode.

Bei Defekten größerer Strecken im mittleren oder distalen Drittel des Ureters erzielte die Bildung einer Hörnerblase (Psoas-Hitch) gute Resultate. Auch die Transuretero-Ureterostomie im Sinne einer End-zu-Seit-Anastomose wurde mit Erfolg angewandt. Dagegen wurde ein Boari-Ockerblad-Lappen, der nur noch selten als Therapiemöglichkeit eingesetzt wird, nur bei einem Patienten gebildet.

Die so erlangten Ergebnisse konnten in einen Algorithmus für die Optimierung der urologischen Versorgung bei Läsionen des Harntraktes eingebracht werden.

Außerdem wurde ein Algorithmus für die präoperative Abklärung, die erforderlich ist, um die Gefahr urologischer Komplikationen gering zu halten, erstellt.

Abschließend kann gesagt werden, daß die Inzidenz iatrogenen urologischer Komplikationen im untersuchten Patientengut verglichen mit der Literatur eher niedrig war.

Die Notwendigkeit einer radikalen Tumorchirurgie geht häufig mit dem erhöhten Risiko einer iatrogenen urologischen Komplikation einher. Da die Radikalität eines Tumoreingriffes jedoch immer im Vordergrund stehen sollte, ist ein gewisses Risiko der iatrogenen urologischen Komplikationen unumgänglich. So erfordert die radikale Tumorchirurgie eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Versorgung von Läsionen am Urogenitaltrakt.