

Jasmin-Madeleine Swartman

Therapiekonzept bei Anastomoseninsuffizienz nach laparoskopischer Sigmaresektion.

Aus der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Transplantationschirurgie

Doktorvater: Prof. Dr. med. Jörg Königer

Im Zeitraum von August 2008 bis August 2013 wurde am Katharinenhospital Stuttgart bei 175 Patienten eine laparoskopische Sigmaresektion durchgeführt. Eine relevante Komplikation stellte die Anastomoseninsuffizienz mit einer Rate von 7,4% dar. Im untersuchten Patientenkollektiv lag die Anastomoseninsuffizienzrate über den in der Literatur angegebenen Raten. Daraufhin wurde die Technik der laparoskopischen Sigmaresektion gemäß der aktuellen Studienlage angepasst. Als Standard wurde die zusätzliche vollständige Mobilisation der linken Colonflexur eingeführt. Hierunter konnte eine deutliche Reduktion der Anastomoseninsuffizienzrate auf 2,75% erzielt werden.

Im hier untersuchten Kollektiv konnten durch den exakten Fisher-Test und nach binär logistischer Regressionsanalyse mehrere Einflussgrößen identifiziert werden. Risikofaktoren waren männliches Geschlecht und Wundinfektionen.

Das Standardverfahren zur Behandlung einer Anastomoseninsuffizienz bei gleichzeitig einhergehender Peritonitis ist derzeit die Diskontinuitätsresektion nach Hartmann mit Blindverschluss des Rectums und Anlage eines endständigen Colostomas. Dies bedeutet für den Patienten eine signifikant erhöhte Morbidität und Mortalität sowie eine längere Krankenhausaufenthaltsdauer und reduzierte Lebensqualität. Des Weiteren ist eine Colostomarückverlagerung nach Diskontinuitätsresektion in nur knapp 50% der Fälle gewährleistet. Um den unmittelbar postoperativen und auch den Langzeitverlauf nach dem Auftreten einer Anastomoseninsuffizienz zu verbessern, besteht daher das Bestreben nach einer minimal-invasiv durchgeführten Operation auch die Komplikationen minimal-invasiv zu beherrschen. Prospektiv-randomisierte Studien hierzu stehen derzeit noch aus. In Anlehnung an diverse Studien, die den Therapieerfolg nach laparoskopischer Lavage und Drainagenanlage bei Patienten mit perforierter Sigmadivertikulitis im Hinchey-Stadium III im Vergleich zu den Resultaten nach Hartmann-Operation untersuchten, wurde nun ein ähnliches Verfahren auf die Therapie der Anastomoseninsuffizienz übertragen.

Unter Prof. Dr. med. J. Königer wurde am Katharinenhospital Stuttgart zur Therapie einer Anastomoseninsuffizienz nach laparoskopischer Sigmaresektion ein minimal-invasives Verfahren mit diagnostischer Re-Laparoskopie und laparoskopischer Anlage eines doppelläufigen Ileostomas in Verbindung mit einer Spüldrainage etabliert. Dabei wurde bewusst auf eine Nachresektion oder Übernähung der Anastomose verzichtet.

In dieser Studie wurde das entsprechend behandelte Patientenkollektiv erfasst und Komplikationen sowie Risikofaktoren ausgewertet. Es zeigte sich in 11 von 12 Fällen eine komplikationslose Ausheilung der Anastomoseninsuffizienz, ein Therapieversager musste verzeichnet werden. Mit einer Therapieerfolgsquote von 91,7% stellt dieses minimal-invasive Verfahren eine adäquate Alternative zur konventionellen Re-Laparotomie und Operation nach Hartmann dar. Das hier beschriebene laparoskopische Verfahren scheint den konventionellen Operationstechniken bei Anastomoseninsuffizienzen nach colorektalen Operationen in vorangegangenen Veröffentlichungen bezüglich der Stomarückverlagerungsrate, Vermeidung von Narbenhernien und postoperativen Komplikationen signifikant überlegen zu sein.

Die Poweranalyse der vorliegenden Studie auf Grundlage vergleichbarer Literaturquellen zeigte eine hohe Power hinsichtlich der Stomarückverlagerungsrate als primärem Endpunkt. Auf der Grundlage der in dieser Arbeit erhobenen Studienergebnisse wurde eine Fallzahlkalkulation für prospektive Studien, die das hier beschriebene Therapieverfahren einer Anastomoseninsuffizienz mit dem Standardverfahren, der Diskontinuitätsresektion nach Hartmann vergleichen, durchgeführt.