



Wann operieren? Pouch-OP bei Colitis ulcerosa

Prof. Dr. med. Ekkehard C. Jehle

Vorbemerkung

Um es vorwegzunehmen: Aus Sicht eines Chirurgen, der seit 25 Jahren Colitis ulcerosa-Patienten betreut, wird die Indikation zur Operation häufig viel zu spät gestellt. In einem Artikel für den „Bauchredner“ aus dem Jahre 2005, den ich für diese aktuelle Ausgabe nochmals nachgelesen habe, hatte ich dies damals schon beklagt. Und die Situation hat sich noch weiter zu Ungunsten der chirurgischen Therapie verändert. Seit dem breiflächigen Einsatz der Anti-TNF α -Antikörper (Remicade®, Humira®) finden die Patienten den Weg zum Chirurgen sehr, sehr spät. Es gibt kaum einen Patienten mehr, der, ohne dass die ganze Palette der medikamentösen Therapieoptionen ausprobiert wurde, operiert wird. Dass dies die dann letztlich doch notwendige Operation nicht erleichtert und deren Ergebnisse negativ beeinflussen kann, wird in einem separaten Artikel von Priv.-Doz. Dr. Kroesen abgehandelt.

Grundsätze

Früher standen der operativen Behandlung der Colitis ulcerosa sowohl die Patienten, als auch die Chirurgen eher zurückhaltend gegenüber, da die Folge dieser

Operation definitiv ein künstlicher Dünndarmanfgang war. Erst die Entwicklung neuer Operationsverfahren vor 30 Jahren, die ein endgültiges Stoma vermeiden, hat

die Situation grundlegend geändert und die komplette Entfernung des Dickdarms für die Colitis ulcerosa-Patienten akzeptabel gemacht. Diese moderne Operationmethode nennt sich „Proktocolektomie mit ileopouchanaler Anastomose“.

Dies bedeutet: Der komplette Dickdarm samt Mastdarm wird entfernt („Proktocolektomie“), jedoch wird der Afterkanal samt Schließmuskelapparat belassen. Aus dem letzten Teil des Dünndarms („terminales Ileum“) wird eine Tasche („Pouch“) gebildet, welche als Stuhlreservoir dient; diese Tasche wird an den Afterkanal („Analkanal“) angenäht („ileopouchanale Anastomose“). Zum Schutz der Abheilung

dieser Nahtstelle wird meist ein künstlicher Dünndarmanusgang („protektives Ileostoma“) angelegt, welcher nach sechs bis zwölf Wochen in einer zweiten, kleineren Operation rückverlagert werden kann (sogenanntes „zweizeitiges Vorgehen“).

Die technische Durchführung dieser Operation (Prof. Schürmann), die potentiellen Komplikationen bei und nach der Operation (Prof. Kreis) sowie die zu erwartenden funktionellen Ergebnisse (Dr. Heuschen und Priv.-Doz. Dr. Heuschen) werden in eigenen Artikeln beschrieben.

In Akutsituationen, in denen notfallmäßig oder dringlich operiert werden muss, wird diese komplexe Operation



Aus Sicht des Chirurgen wird bei der Colitis ulcerosa der chirurgische Behandlungsweg immer noch zu selten oder zu spät gewählt. Wann aber soll operiert werden? In den – seltenen – Notfallsituationen und bei dringlichen OP-Indikationen (fulminante Colitis, toxisches Megacolon) stellt sich diese Frage nicht: der Zeitpunkt der Operation wird durch den Verlauf der Krankheit diktiert. Bei den elektiven (zeitlich planbaren) Operationen bieten die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen eine Hilfe bei der Entscheidung. Operationsgründe sind hier z.B. medikamentös nicht beherrschbare Krankheitsaktivität, Wirkverlust von Medikamenten, langer Krankheitsverlauf, Krebs(vorstufen) u.a.. Die Dringlichkeit der OP bestimmt die Wahl des chirurgischen Vorgehens mit.

nicht durchgeführt; vielmehr wird lediglich der entzündete Dickdarm entfernt („Colektomie“), der Mastdarm („Rektum“) wird blind verschlossen und es wird ein endständiges Ileostoma angelegt. Zu einem späteren Zeitpunkt (meist drei bis sechs Monate später), wenn der Patient sich erholt hat und die immunsuppressiven Medikamente völlig abgesetzt sind, kann

dann der verbliebene Mastdarm entfernt („Prokterektomie“) und ein Ileumpouch angelegt werden; es wird wiederum zum Schutz der Einheilung des Pouches in den Analkanal ein doppelläufiges Ileostoma angelegt. Nach sechs bis zwölf Wochen kann dann dieses Ileostoma rückverlagert werden. Dies nennt man dann „dreizeitiges Vorgehen“.

Operationsindikationen

Welches sind nun die konkreten Gründe, bei der Colitis ulcerosa zu operieren? Eine Hilfe bei dieser Entscheidung bringen die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen, die regelmäßig aktualisiert werden, zuletzt im Dezember 2009. Die jeweils gültige aktuelle Version lässt sich im Internet (www.uni-duesseldorf.de/awmf) (<http://leitlinien.net>) nachlesen.

Notfalloperation

Eine Notfallsituation, bei der ohne Zeitverzögerung operiert werden muss, entsteht durch den Durchbruch des entzündeten Darms („Colon-Perforation“) oder durch eine massive Blutung aus dem Darm.

Dringliche Operation

Das hochdramatische Fortschreiten oder auch das erstmalige Auftreten der Colitis, welches mit ausgeprägten Durchfällen und Fieber („fulminante Colitis“), mit einer

extremen Aufweitung des Dickdarmes („toxisches Megacolon“) oder auch mit anhaltenden, ausgeprägten Blutungen einhergehen kann, stellt eine dringliche Operationsindikation dar.

Das heißt konkret, die Operation ist angezeigt, wenn sich mit konservativen Maßnahmen (erhöhte Immunsuppression, coloskopische Entlastung mit Dekompressionssonde) die Situation binnen 72 Stunden nicht beherrschen lässt oder mehr als vier Blutkonserven pro 24 Stunden gegeben werden müssen.

Elektive Operation

Bei der elektiven, also zeitlich planbaren Operation, unterscheiden die DGVS-Leitlinien zwischen einer absoluten und einer relativen Indikation:

a) Absolute OP-Indikationen sind der Nachweis eines colorektalen Carcinoms, der Nachweis einer „intraepithelialen Neoplasie“ und der therapieresistente Verlauf trotz intensiver immunsuppressiver Therapie.

b) Relative OP-Indikationen sind Medikamentennebenwirkungen, Wachstums- und Entwicklungsverzögerungen bei Kindern und Jugendlichen, eine lange Laufzeit der Erkrankung bei Pancolitis, eine verminderte Lebensqualität und der Patientenwunsch.

„Intraepitheliale Neoplasie“, Krebsrisiko

Für Patienten mit Colitis ulcerosa ist das Risiko, an einem Dickdarmkrebs („Colon-Carcinom“) oder Mastdarmkrebs („Rektum-Carcinom“) zu erkranken, gegenüber der übrigen Bevölkerung deutlich erhöht. Besonders hoch ist das Risiko für die Patienten, bei denen der gesamte Dickdarm entzündet ist („Pancolitis“). Das Risiko einer Darmkrebs-Erkrankung steigt ungefähr ab dem 10. Jahr nach Beginn der Erkrankung an und wird nach einer Erkrankungszeit von 25 Jahren in Metaanalysen mit 18 Prozent angegeben (Normalbevölkerung sechs Prozent). Bei gleichzeitig bestehender primär sklerosierender Cholangitis (PSC) wird das Risiko mit bis zu 50 Prozent angegeben.

Beim Nachweis eines Colon- oder Rektumcarcinoms muss operiert werden, es gibt keine Alternative dazu.

Invasiv in die Darmwand wachsende Carcinome entstehen nicht aus dem Nichts heraus, sondern aus Gewebsveränderungen, die früher als „Dysplasien“, nach der neuen Nomenklatur als „intraepitheliale Neoplasien“ bezeichnet werden. Die neue Bezeichnung beschreibt den Charakter dieser Gewebsveränderungen besser als die alte: es handelt sich dabei eben nicht um eine Vorstufe,

sondern um eine Frühform des Darmkrebses; diese ist noch auf die Schleimhaut begrenzt und nicht in tiefere Darmwandschichten eingewachsen. Solche intraepithelialen Neoplasien werden in „low grade“ (=niedriggradig) und „high grade“ (=hochgradig) unterschieden.

Nach vielen übereinstimmenden Untersuchungen sind die in den coloskopisch entnommenen Biopsien nachgewiesenen intraepithelialen Neoplasien bei der folgenden Operation häufig schon invasiv wachsende Carcinome oder entwickeln sich im weiteren Verlauf zu solchen. Deshalb muss bei der Diagnose von intraepithelialen Neoplasien durch zwei unabhängige Pathologen dem Patienten die Proktocolektomie empfohlen werden.

Therapierefraktärer Verlauf, Medikamentennebenwirkungen

Weit weniger klar ist die Operationsindikation beim Versagen der konservativen Therapie:

Wann ist ein Krankheitsverlauf „therapierefraktär“? Was bedeutet konkret „intensivierte Immunsuppression“? Wann ist die medikamentöse Therapie ausgeschöpft? Wann sind Medikamentennebenwirkungen als gravierend anzusehen?

Hier bleibt offensichtlich viel Raum für eine individuelle Interpretation des jeweiligen Therapeuten, vor allem bezüglich des Zeitpunktes, sich diese Fragen zu stellen. Tatsache ist jedoch, dass 80 bis 90 Prozent der Colitis-Patienten, bei denen eine Operation durchgeführt wird, aus eben diesen Gründen operiert werden.

Wann ist also der „richtige“ Zeitpunkt für eine Operation?

Wenn sich die Erkrankung trotz Einsatz von Immunsuppressiva (Azathioprin, Cyclosporin, Tacrolimus etc.) nicht oder nicht mehr beeinflussen lässt; wenn die Patienten dauernd Prednisolon benötigen oder jedes Mal nach Absetzen oder Reduktion desselben ein Krankheits Schub auftritt; wenn eine Azathioprin-Medikation wegen Nebenwirkungen (Erhöhung der Leberwerte, Pankreatitis, Blutbildveränderungen etc.) nicht oder nicht mehr möglich ist; wenn der Einsatz von Antikörpern (Remicade, Humira) erwogen wird:

Dann sollte mit dem Patienten über eine Operation gesprochen werden und

der Patient sollte mit einem erfahrenen CED-Chirurgen in Kontakt gebracht werden, der aus seiner Sicht den Patienten über die chirurgische Option aufklären und dem Patienten den Weg zur Entscheidungsfindung erleichtern kann.

Besonders gravierend sind die dauernde Krankheitsaktivität, die laufenden Krankenhausaufenthalte und die Cortisonabhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen, die eine Wachstumsverzögerung später häufig kaum mehr aufholen können und die auch in ihrer psychischen, schulischen und beruflichen Entwicklung entscheidend gehemmt werden. Gerade bei diesen jungen Patienten sollte frühzeitig an eine Operation gedacht werden.

Schlussbemerkungen

Wann ist der „richtige“ Zeitpunkt für eine Operation bei Patienten mit Colitis ulcerosa?

In den – heutzutage seltenen – Notfallsituationen und bei dringlichen OP-Indikationen stellt sich diese Frage nicht: der Zeitpunkt der Operation wird durch den Verlauf der Krankheit diktiert. Auch beim Vorliegen von bösartigen Veränderungen und deren Frühformen sind die Empfehlungen klar. Wichtig ist, dass auch bei den Patienten, bei denen der Krankheitsverlauf sehr schwer durch Medikamente beeinflussbar ist, frühzeitig an die chirurgische Option gedacht wird und diese Patienten dementsprechend frühzeitig einem erfahrenen CED-Chirurgen vorgestellt werden.

Was zuletzt nochmals betont werden sollte:

- ▶ Ein Dickdarm, der den Menschen krank macht, der ihm die Lebensqualität raubt, der ihn dauerhaft zur Einnahme von Medikamenten mit gefährlichen Nebenwirkungen zwingt, ist kein erhaltenswertes Gut!
- ▶ Je jünger der Patient ist, umso früher sollte an eine Operation gedacht werden!
- ▶ Und: Die Proktocolektomie bedeutet die Heilung der Colitis ulcerosa!