

Journal für
**Gastroenterologische und
Hepatologische Erkrankungen**

Fachzeitschrift für Erkrankungen des Verdauungstraktes

**15th Annual International
Colorectal Disease Symposium - An
International Exchange of Medical
and Surgical Concepts (12.- 14.
Februar 2004, Ft. Lauderdale
Florida, USA)**

Pfeifer J

*Journal für Gastroenterologische
und Hepatologische Erkrankungen*
2004; 2 (2), 40-41

Österreichische Gesellschaft
für Gastroenterologie und
Hepatology

www.oeggh.at



ÖGGH

Österreichische Gesellschaft
für Chirurgische Onkologie

www.aco-asso.at

acoasso
Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie
Austrian Society of Surgical Oncology


Homepage:

**[www.kup.at/
gastroenterologie](http://www.kup.at/gastroenterologie)**

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Indexed in EMBASE/Compendex, Geobase
and Scopus

www.kup.at/gastroenterologie

Member of the 

Krause & Pacherneegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P.b.b. 032035263M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

15TH ANNUAL INTERNATIONAL COLORECTAL DISEASE SYMPOSIUM – AN INTERNATIONAL EXCHANGE OF MEDICAL AND SURGICAL CONCEPTS (12.–14. FEBRUAR 2004, FT. LAUDERDALE, FLORIDA, USA)

ENTZÜNDLICHE DARMERKRAN- KUNGEN – HERVORRAGENDE LANGZEITERGEBNISSE NACH POUCHKONSTRUKTION

Restorative Proktokolektomie mit einem Ileumpouch ist die Methode der Wahl zur Behandlung einer Colitis ulcerosa und einer familiären Polyposis (FAP). Diese Methode birgt jedoch Risiken und in einer Nachbeobachtung über 5 Jahre rechnet man mit einem Mißerfolg zwischen 3 % und 17%. Dieser ist definiert als Pouchexzision oder die Anlage eines permanenten Ileostomas. Die Ursachen für Pouch-Fehler sind in erster Linie akute und chronische Sepsis, schlechte Funktion, Pouchitis sowie neoplastische Veränderungen. In einer Publikation vom St. Mark's Hospital in London wurde bei 634 Patienten von 1976 bis 1997 ein Pouch angelegt. Die mittlere Nachbeobachtung lag bei 85 Monaten. Die Mißerfolgsrate lag bei 9,7%, wobei 41 Pouches entfernt werden mußten und 20 Patienten eine permanente Ileostomie erhielten. In 52 % der Fälle war Sepsis die Ursache für den Mißerfolg. In einer weiteren Arbeit von der Cleveland Clinic Ohio wurde über 1.965 Patienten mit einer durchschnittlichen Nachbeobachtung von 4,1 Jahren berichtet. Die Pouch-Überlebensrate betrug 95,6%. Faktoren, die für den Erfolg eine Rolle spielen, sind das Alter des Patienten, die Pathologie („indeterminate colitis“ zur Zeit der Operation), schlechte Manometrie-werte, Patienten-Komorbidität und unmittelbar postoperativ auftretende septische Komplikationen wie Abszeß, Fistel und Anastomosendehiszenz.

Positiv ist, daß sich offenbar aber die chirurgische Technik mit der Zeit und

mit der größeren Erfahrung verbessert hat. Darüber hinaus stehen nun auch für primäre Komplikationen wie eine Anastomosenruptur chirurgische Verfahren wie der transanale Ileum-Mukosa-Flap zur Verfügung. Problematisch sind nach wie vor Pouch-vaginale Fisteln. Ein spontaner Verschluß durch Anlage eines intermittierenden Stomas ist nicht zu erwarten. Lokale Operationsmethoden sind nur in ca. 50 % erfolgreich.

PROBIOTISCHE BAKTERIEN VSL-3 SENKT POUCHISRATE

Die Inzidenz der Pouchitis liegt zwischen 10 % und 50 %. Interessanterweise betrifft sie fast ausschließlich Patienten nach Operation für Colitis ulcerosa, die Pouchitis in FAP-Patienten ist eine Rarität. Die Ursache ist nicht genau bekannt und der Schweregrad wird mit dem PDAI (Pouchitis Disease Activity Index) angegeben. Dieser Index wird aus klinischen, endoskopischen und histologischen Parametern mit einem Höchstscore von 18 errechnet. Eine Punktezahl über 7 bedeutet Pouchitis. Daß dieses Krankheitsbild in erster Linie medikamentös zu behandeln ist, ist bekannt. Besonders Antibiotika wie Ciprofloxacin und Metronidazol werden schon lange eingesetzt. Bismuth-Einläufe, Glutamin-Zäpfchen und Aloporinol-Tabletten als Radikalfänger haben alle nicht überzeugt. Ein Fortschritt kündigt sich jedoch mit dem Einsatz von oralen probiotischen Bakterien VSL-3 an. In einer einfach randomisierten Doppelblindstudie konnte eine deutlich bessere Remission mit VSL-3 versus Placebo erzielt werden (15 % versus 100%). Darüber hinaus wurde in einer zweiten Arbeit von Gionchetti et al. gezeigt,

daß innerhalb eines Jahres das Auftreten von Pouchitis signifikant niedriger war (10% versus 40%), wenn diese probiotischen Bakterien VSL-3 unmittelbar nach der Operation gegeben werden. VSL-3 ist eine Mischung aus lyophilisierten Bakterien verschiedener Stämme von Lactobacillus, Bifidobakterien und eines Stammes von Streptococcus salivarius.

DER CHIRURG ALS PROGNOSTISCHER FAKTOR BEIM REKTUMKARZINOM

L. Whelan aus New York, USA, und Bill Heald aus Basingstoke, England, haben einmal mehr erläutert, daß beim Rektumkarzinom der Chirurg selbst ein bedeutender prognostischer Faktor ist. Dabei spielt besonders das spezielle kolorektale Training, die Anzahl der Rektumkarzinomoperationen und das Team eines Spezialzentrums eine entscheidende Rolle. Eindeutig konnte gezeigt werden, daß die Anzahl Schließmuskel-erhaltender Operationen insgesamt beim Rektumkarzinom durch Kolorektalchirurgen doppelt so hoch ist als bei „normalen“ Allgemeinchirurgen (72,5 % versus 35,1 %).

CHRONISCHE OBSTIPATION UND CHIRURGIE

Physiologische Tests wie Manometrie, Defäkographie, Analsonographie und neurologische Untersuchungen wie Beckenboden-EMG und Pudenduslatenzzeitmessung sind Voraussetzung, wenn bei der chronischen Obstipation an eine chirurgische

Therapie gedacht wird. Sicher ist nur, daß die chirurgische Therapie immer nur bei therapierefraktären Fällen zum Einsatz kommen soll. Pfeifer, Graz, meinte, daß man unbedingt unterscheiden muß zwischen Störungen, die das Kolon betreffen, und solchen, die unter dem Begriff Beckenboden-Auslaßstörung (BAS) subsumiert werden. Erstere (Colonic inertia – CI genannt) muß von der gastrointestinalen Dysmotilität (GID) abgegrenzt werden, die chirurgisch nie erfolgreich im Langzeitergebnis behandelt werden kann, da die Störung auch im oberen GI-Trakt zu finden ist. Liegt eine isolierte CI vor, bietet die subtotale Kolektomie deutlich bessere Ergebnisse als die Segmentresektion. Die BAS ist im Einzelfall chirurgisch erfolgreich zu behandeln. Neben der Sigmoidozele, dem Rektumprolaps kann auch eine Rektozele, ein solitäres Rektumulkus und eine Intussuszeption im Einzelfall chirurgisch saniert werden. D. Bartolo aus Edinburgh, Schottland, stellte aber fest, daß dafür ein physiologisches Verständnis des Chirurgen und ein großer Leidensdruck des Patienten Voraussetzungen sein müssen. Im Einzelfall sind „Aufhängeoperationen“ mit Kunststoffmaterial nötig, die

Vagina, Rektum und ev. Uterus an Promontorium und Beckenseitenwände fixieren.

ALTE UND NEUE VERFAHREN ZUR BEHANDLUNG DER STUHLINKONTINENZ

Die überlappende Sphinkterplastik als Operationsmethode für einen isolierten (geburtstraumatischen) Sphinkterdefekt ist in der Kurzzeit (< 5 Jahre) in etwa 75 % erfolgreich, in der Langzeit (> 5 Jahre) jedoch nur in etwa 60 %, wobei ein postoperatives Muskeltraining sich positiv für die Patienten auswirkt. Interessanterweise ist laut Pfeifer die Lebensqualität besser als die objektiven Ergebnisse, erzielt mit physiologischen Tests. So bezeichneten 27 von 30 Patientinnen ihr Ergebnis nach einem Dammriß Grad III als zufriedenstellend oder ausgezeichnet, obwohl bei 2 Patientinnen eine Inkontinenz für flüssigen Stuhl, bei 8 Patientinnen eine Gasinkontinenz vorlag. In der Analsonographie konnte bei 6 Patientinnen ein Defekt des inneren Schließmus-

kels, bei 27 Patientinnen auch ein inkompletter Defekt des äußeren Schließmuskels festgestellt werden.

Die Secca-Operation ist eine Methode, bei der Radiofrequenzenergie selektiv in die Submukosa des Analkanals appliziert wird. In einer Multicenterstudie wurden 47 Patienten (40 Frauen, 7 Männer) mit einer durchschnittlichen Inkontinenzdauer von 16 Jahren behandelt. Der CCF-Inkontinenzscore (0 = voll kontinent, 20 = total inkontinent) konnte von 14,5, auf 11,1 signifikant ($p < 0,0001$) verbessert werden. Insgesamt konnten in 70 % die Beschwerden deutlich vermindert oder vollständig geheilt werden. Der Erstautor, J. Efron von der Cleveland Clinic in Florida, meint deshalb auch, daß wahrscheinlich bald die FDA in den USA die Zulassung für diese Methode (nicht nur für Studienzwecke) erteilen wird.

Korrespondenzadresse:
Univ.-Prof. Dr. Johann Pfeifer
Klinische Abteilung für
Allgemeinchirurgie
Medizinische Universität Graz
A-8036 Graz,
Auenbruggerplatz 29
E-mail: johann.pfeifer@meduni-graz.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)