

Lange Strikturoplastik bei Morbus Crohn des Dünndarms – sicher und effizient wie die kurze Strikturoplastik

Shatari T, Clark MA, Yamamoto T, et al. Long strictureplasty is as safe and effective as short strictureplasty in small-bowel Crohn's disease. *Colorect Dis* 2004;6:438–41.

Fragestellung und Hintergrund: Während der letzten 20 Jahre hat sich gezeigt, dass die intestinale Strikturoplastik eine sichere und effektive Methode bei der Behandlung des ilealen Morbus Crohn darstellt. Bei einigen Patienten kann die lange Strikturoplastik (> 20 cm) eine Alternative zur Resektion darstellen, besonders bei diffuser Erkrankung oder bereits vorausgegangenen ausgedehnten Resektionen. Die Autoren überprüften die Ergebnisse einer langen Strikturoplastik beim Morbus Crohn, um die Sicherheit und die Rezidivraten im Vergleich zur konventionellen kurzen Strikturoplastik zu untersuchen.

Patienten und Methodik: 62 Patienten unterzogen sich seit 1974 einer singulären Strikturoplastik wegen eines Morbus Crohn des Jejunums. Der durchschnittliche Nachuntersuchungszeitraum lag bei 121 Monaten (Verteilung 7 – 253). 21 Operationen involvierten eine singuläre lange Strikturoplastik, bei 41 Operationen war eine singuläre kurze Strikturoplastik erfolgt.

Ergebnisse: Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden. Als postoperative Komplikationen bei der langen Strikturoplastik traten lediglich zwei Abszesse auf; nach der kurzen Strikturoplastik kam es zu einer Anastomosendehiszenz und zu einem postoperativen Abszess. Der durchschnittliche Krankenhausaufenthalt war zehn Tage nach langer und neun Tage nach kurzer Strikturoplastik. Die erkrankungsfreie Zeit war nach drei Jahren 80,4 bzw. 62,1%, nach fünf Jahren 55,2 bzw. 49,8% und nach zehn Jahren 49,1 bzw. 33,5% (NS).

Schlussfolgerung: Die Auswertungen weisen darauf hin, dass die lange Strikturoplastik eine sichere Methode ist und gleichwertige Ergebnisse produziert wie die konventionelle (kurze) Strikturoplastik.

Kommentar

Obwohl die Resektion noch immer den häufigsten chirurgischen Eingriff in der Behandlung des Morbus Crohn darstellt, ist der Eingriff selbst selten kurativ; aus diesem Grund wurden zunehmend konservative chirurgische Methoden entwickelt. Nebenbei zeigen viele Studien keinen Unterschied in der Rezidivrate von Patienten mit radikaler Resektion gegenüber denjenigen, bei

denen keine radikale Resektion durchgeführt wurde.

Eine Alternative zur Resektion stellt die Strikturoplastik dar, ein Eingriff, bei dem das erkrankte Segment in situ verbleibt, aber chirurgisch eine Erweiterungsplastik desselben erreicht wird, ähnlich der Heineke-Mikulicz-Pyloroplastik für kurze Segmente oder der Finney-Strikturoplastik für längere Segmente.

Es besteht kein Zweifel, dass die Einführung der Strikturoplastik als einzige Maßnahme im chirurgischen Bereich zu einer signifikanten Verbesserung im Management des Morbus Crohn des Dünndarms geführt hat. Kontraindiziert bleibt die Strikturoplastik theoretisch nur bei Patienten mit aktiver Sepsis oder Fisteln. Der erste interessante Punkt bei der Arbeit von Shatari et al. ist damit die Indikationsstellung zur Strikturoplastik; genau diese vermissten wir aber in der Publikation. Allgemein wird akzeptiert, dass längerstreckige Strikturen per se (z.B. 25 cm Strikturlänge) die Indikation zur Resektion bieten; dazu nehmen die Autoren keine Stellung. Zudem wird die Strikturoplastik von den Autoren auch beschrieben bei während der chirurgischen Exploration sichtbarer Abszedierung oder Fistulierung (4,7 bis 17% der Fälle).

Die Frage, die sich weiterführend stellt, ist, ob die Strikturoplastik genauso sicher und langfristig effektiv ist wie die Resektion.

Dementsprechend sind sämtliche Daten aus Untersuchungen auf diesem Gebiet wichtig, auch wenn die Autoren in diesem Fall unterschiedliche Strikturoplastik-Verfahren miteinander verglichen haben und nicht Strikturoplastik versus Resektion.

In der Literatur hat sich die Strikturoplastik-Operation mit einer Morbidität von unter 15% als sicher erwiesen [1]. Der wichtigste Faktor, der in der Literatur diskutiert wird, um perioperative Komplikationen zu vermeiden, ist das präoperative Management der Erkrankung (z.B. Ernährungszustand und Kortikoid-Regime). In der Arbeit von Shatari et al. fehlen jegliche Daten über den präoperativen Status der behandelten Patienten und damit die Implikation von solchen Faktoren in die Komplikationsrate.

Während präoperativ die Rate an Abszessen und Fisteln in der Gruppe der nachfolgend mit kurzer Strikturoplastik therapierten Gruppe höher war, erhöhte sich postoperativ die Bildung von Abszessen und Fisteln in der anderen Gruppe, was ein eigenständiges Komplikationsrisiko der langen Strikturoplastik vermuten lässt.

In einer großen Studie aus der Cleveland Clinic wurde eine gute Effektivität mit einer Rezidivrate von 28% nach einem medianen Follow-up von 42 Monaten festgestellt [2]. Eine ähnliche Studie zeigte eine Rezidivrate von 44% nach einem medianen Follow-up von neun Jahren. Auch wenn die Ergebnisse von Shatari et al. in eine ähnliche Richtung weisen, muss doch festgehalten werden, dass die Dauer des Follow-up innerhalb der untersuchten Gruppe nicht homogen ist. So liegt der Nachuntersuchungszeitraum bei einigen Patienten bei weniger als einem Jahr, während er bei anderen mehr als 30 Jahre beträgt. Davon unabhängig zeigen die Daten von Shatari et al. ein verlängertes rezidivfreies Intervall in der Gruppe mit langer (Finney-)Strikturoplastik.

Obwohl postoperative Rezidive bei Morbus Crohn häufig sind, bleiben die determinierenden Faktoren spekulativ. Eine kürzlich veröffentlichte Übersichtsarbeit, basierend auf Medline-publizierter Literatur, zeigte keine eindeutige Evidenz für folgende Faktoren, die bisher als anerkannt galten [3]: Alter und Beginn der Krankheit, Dauer des Morbus Crohn vor chirurgischer Therapie, prophylaktische Medikationen (Kortikosteroide, 5-Aminosalicylsäure [5-ASA] und Immunsuppressiva), anatomische Lokalisation der Erkrankung, Indikation für die chirurgische Behandlung (perforierende oder nicht-perforierende Erkrankung), Länge des resezierten Darmabschnittes sowie

Technik der Anastomose. Diese Faktoren werden in der Arbeit von Shatari et al. nicht erwähnt. Als einziger Risikofaktor für ein Rezidiv wird das Rauchen erwähnt. Rauchen erhöht in der Tat signifikant das Risiko für ein Rezidiv (das Risiko ist fast doppelt so hoch), besonders bei Frauen und starken Rauchern, während neu erlangte Nikotinabstinenz die postoperative Rezidivrate reduziert. Shatari et al. zeigten bei den beiden untersuchten Gruppen keinen signifikanten Unterschied diesbezüglich.

Die vorliegende Arbeit zeigt weitere Erkenntnisse in der chirurgischen Behandlung des Morbus Crohn; zudem propagiert sie die sichere und effektive Anwendung von Erweiterungsplastiken

gegenüber resezierenden Verfahren in der Behandlung dieser chronisch-entzündlichen Darmerkrankung.

Literatur

1. Dietz DW, Laureti S, Strong SA, et al. Safety and longterm efficacy of strictureplasty in 3214 patients with obstructing small bowel Crohn's disease. *J Am Coll Surg* 2001;192:330–7.
2. Ozuner G, Fazio VW, Lavery IC, et al.: Reoperative rates for Crohn's disease following strictureplasty. Long-term analysis. *Dis Colon Rectum* 1996;93:1199–1203.
3. Yamamoto T. Factors affecting recurrence after surgery for Crohn's disease. *World J Gastroenterol*, 2005; 11: 3971–9.

*Priv.-Doz. Dr. med. Pablo Palma,
Mannheim*