

Operative Therapie CED



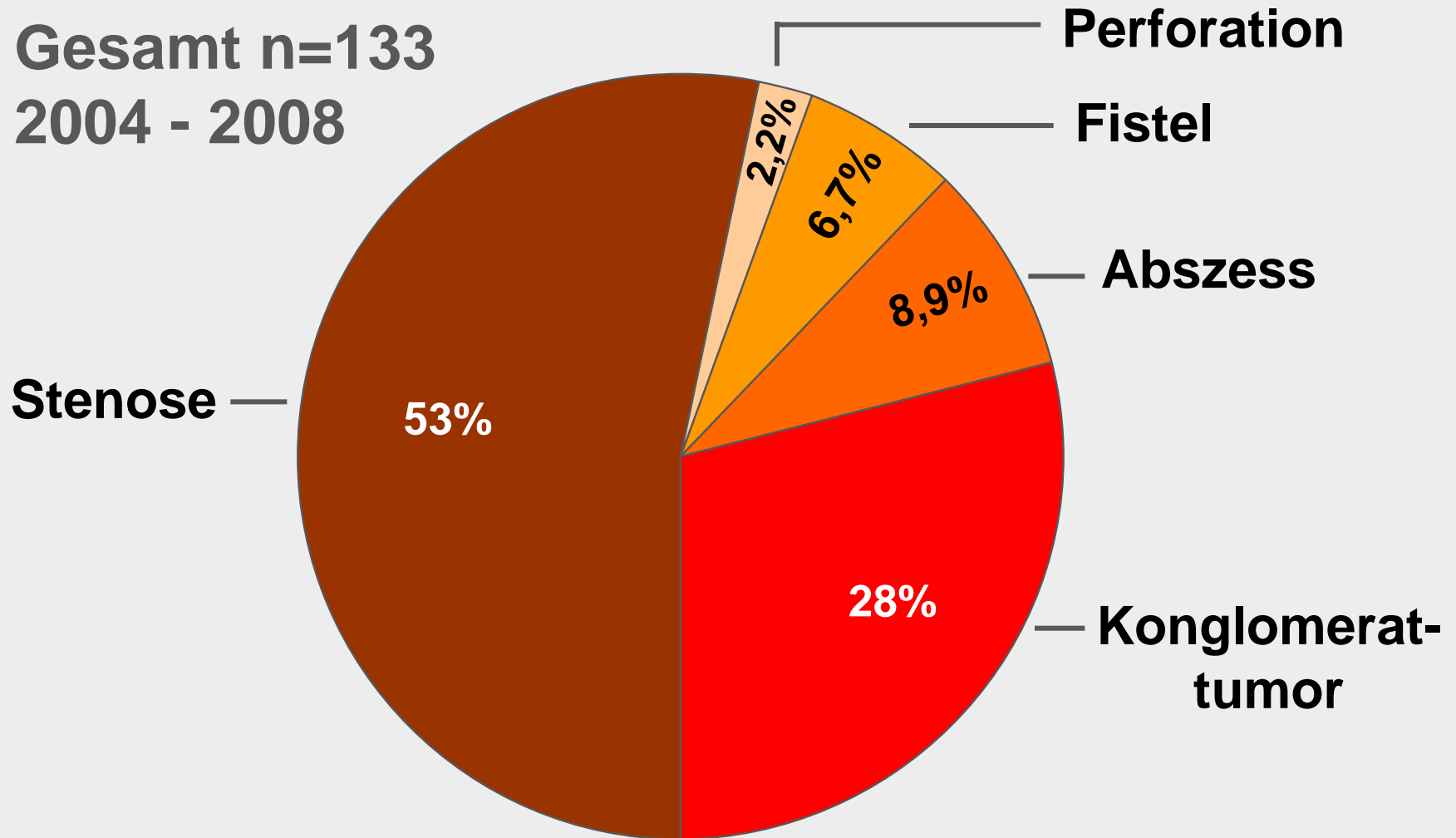
Ernst Klar

Chirurgische Universitätsklinik Rostock

Hauptvorlesung Chirurgie

Indikation zur operativen Therapie des Morbus Crohn

Gesamt n=133
2004 - 2008



Chirurgische Therapie des M. Crohn

Möglichst: Darmerhaltung !!

Stenosen: kurzstreckig

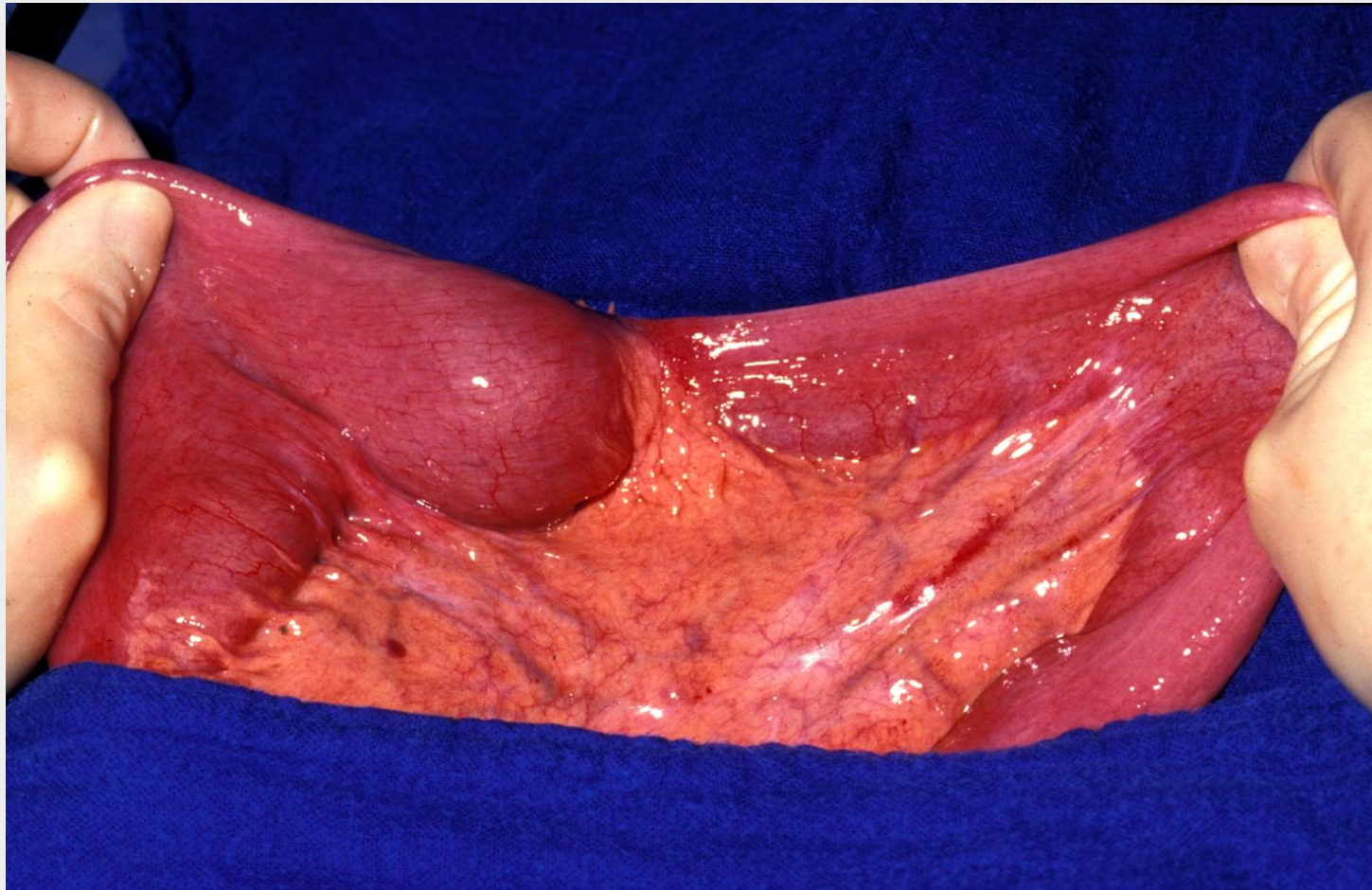
→ Strikturoplastik

Stenosen: langstreckig

→ Resektion

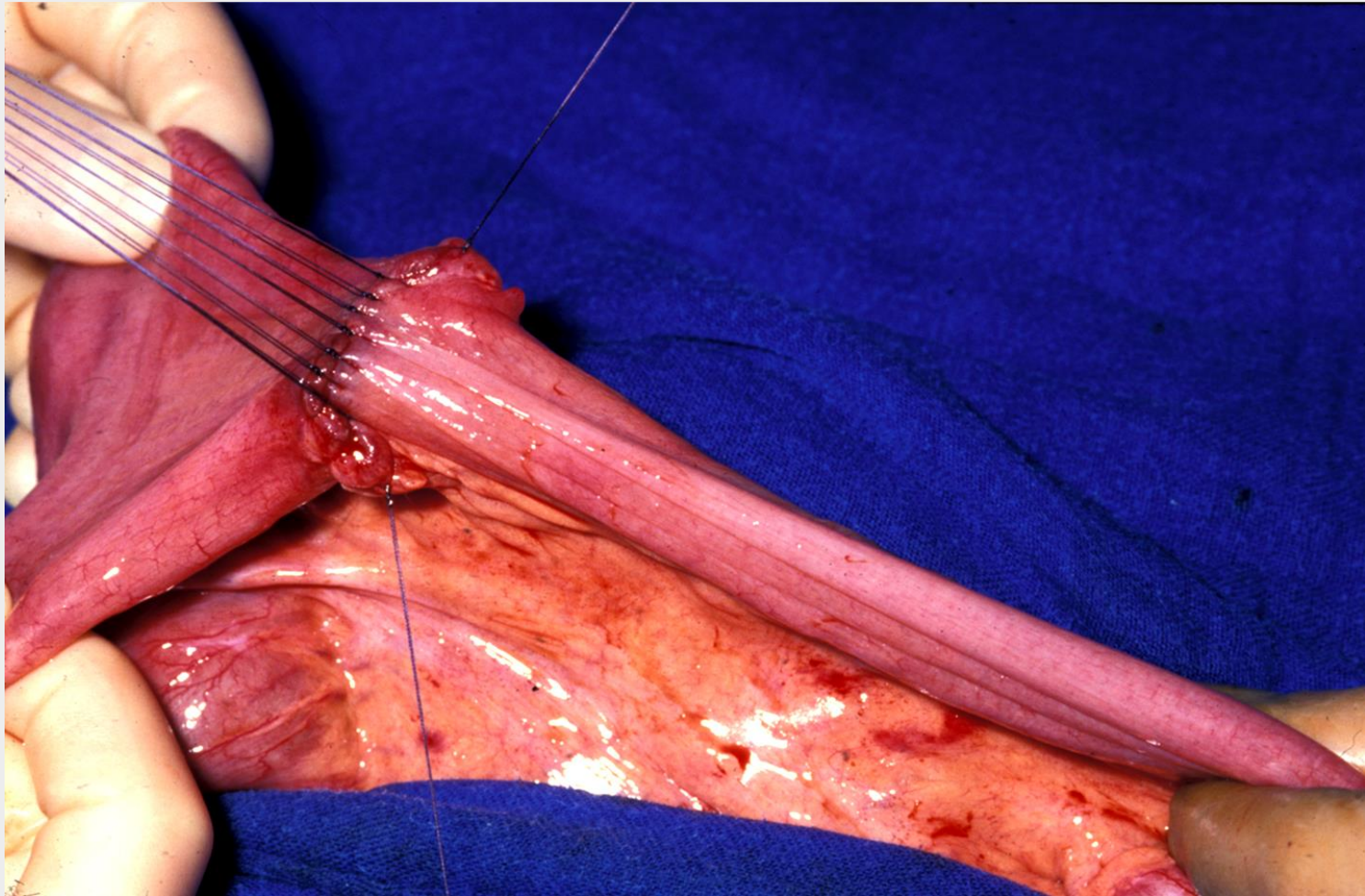
M.Crohn

Indikation: Strikturoplastik



M.Crohn

Strikturoplastik Heinicke-Miculicz



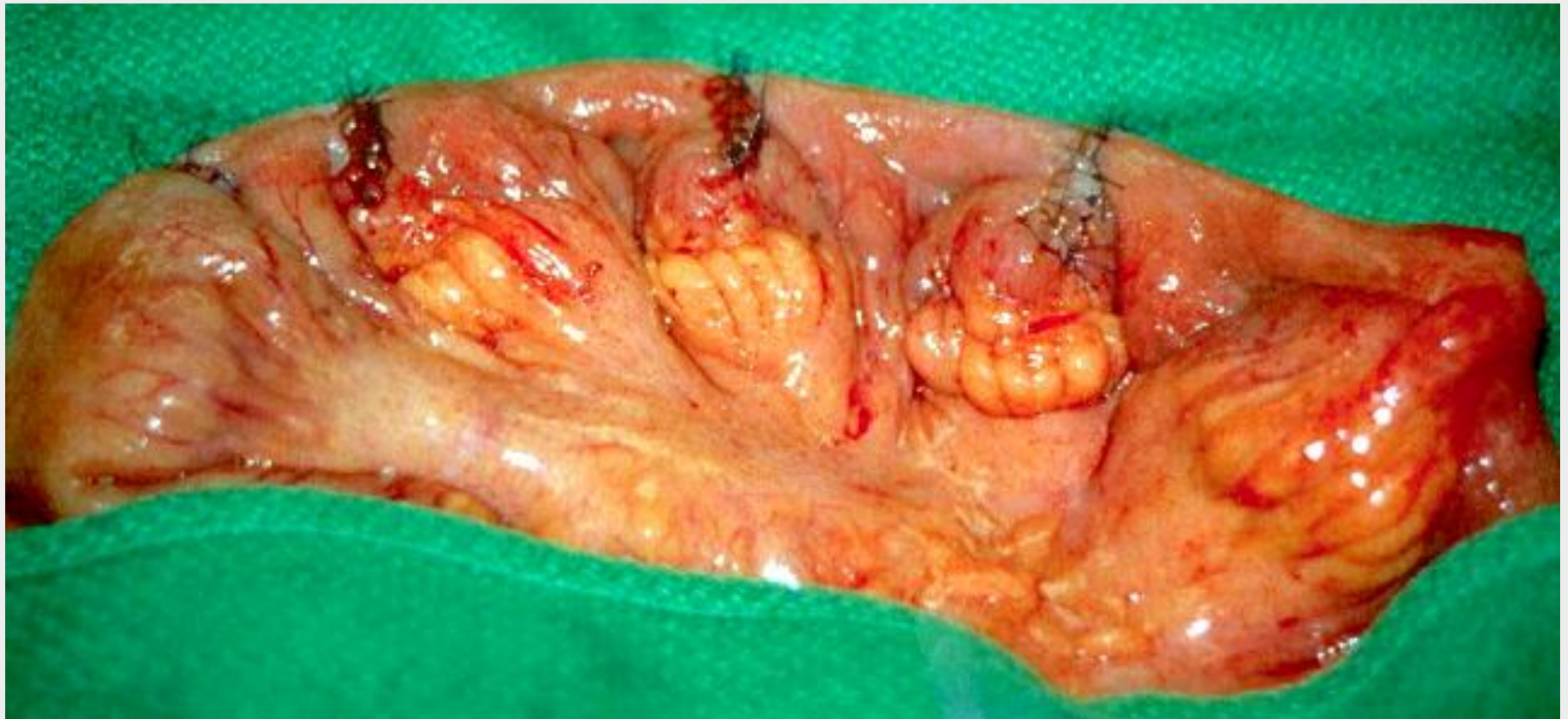
Strikturoplastik Darmerhalt bei Mehrfachstenosen



Pat. K.J.,
geb. 6.1.1967

Strikturoplastik

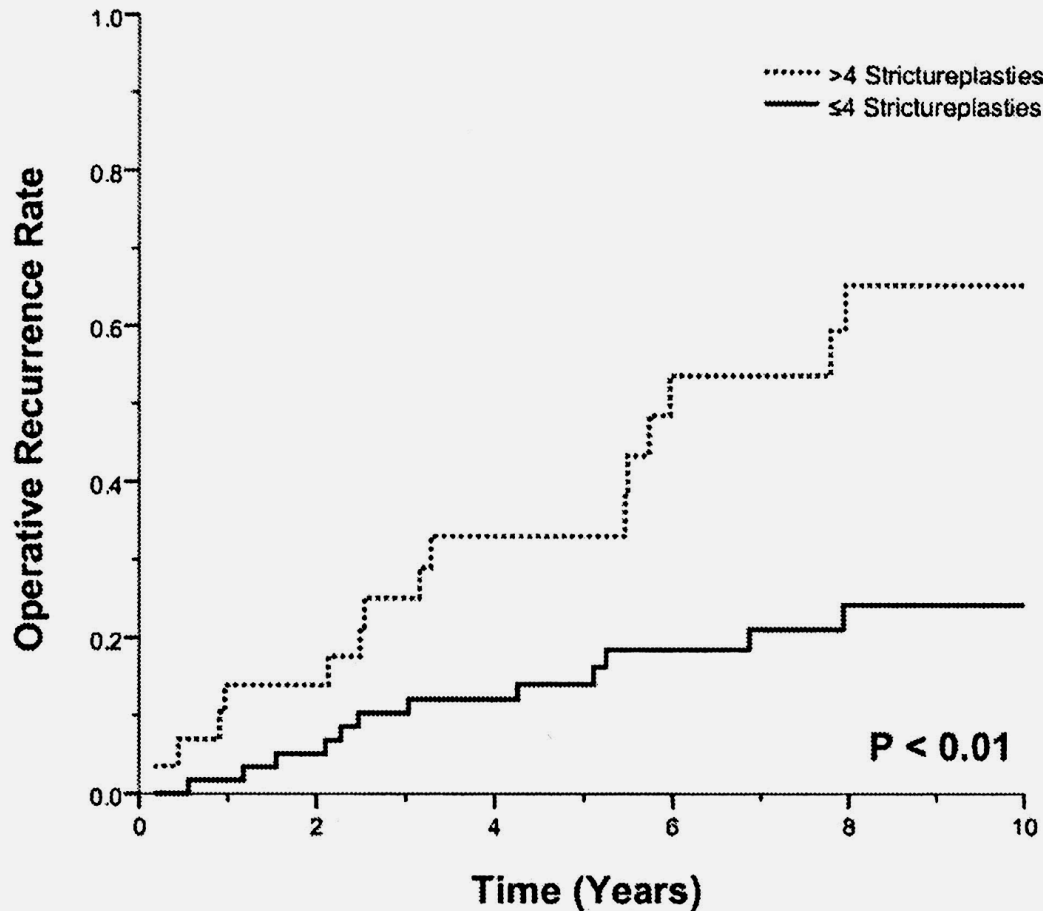
Darmerhalt bei Mehrfachstenosen



Pat. K.J.,
geb. 6.1.1967

Rezidiv-Stenose nach Strikturoplastik

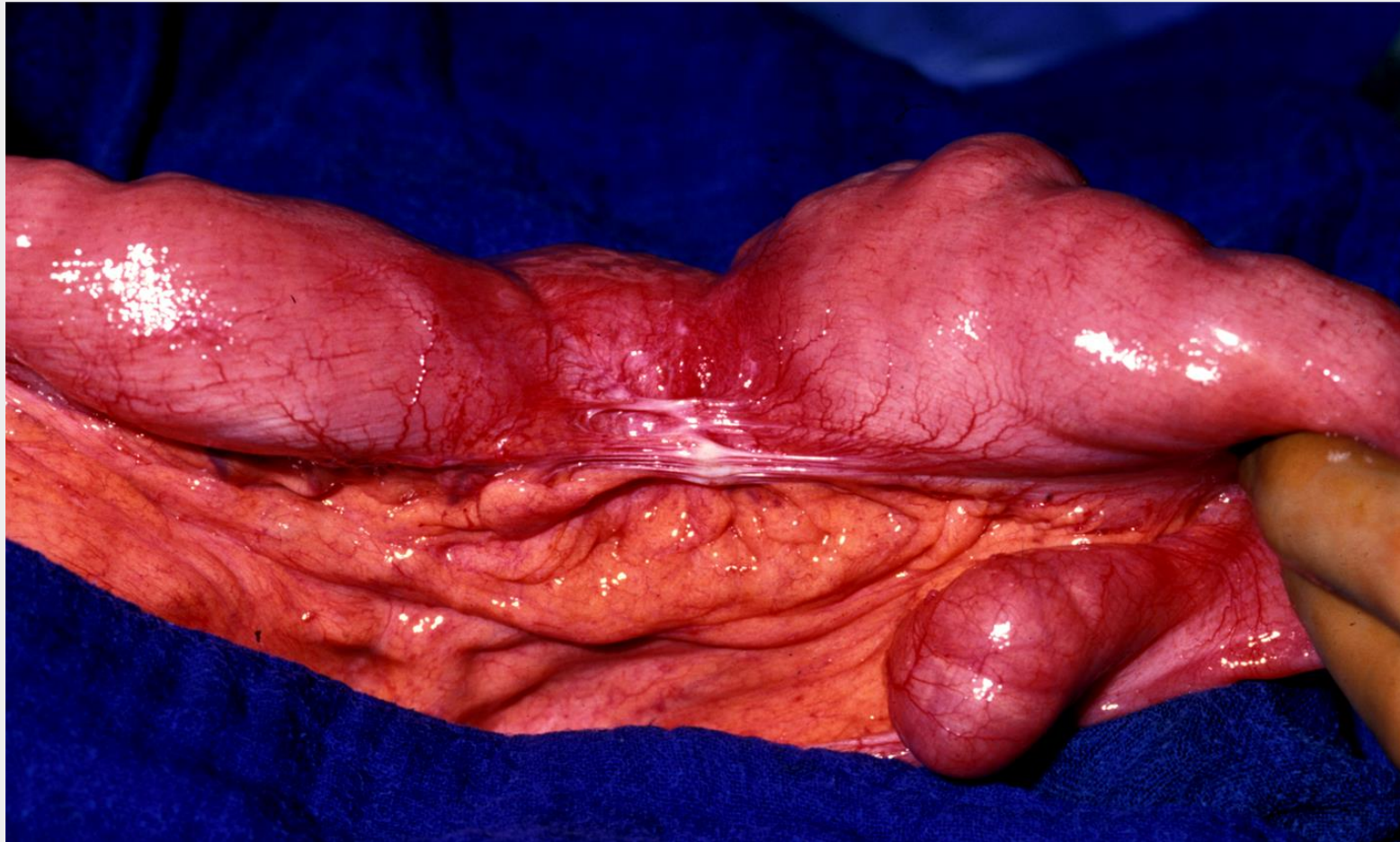
Re-OP korreliert zur Anzahl



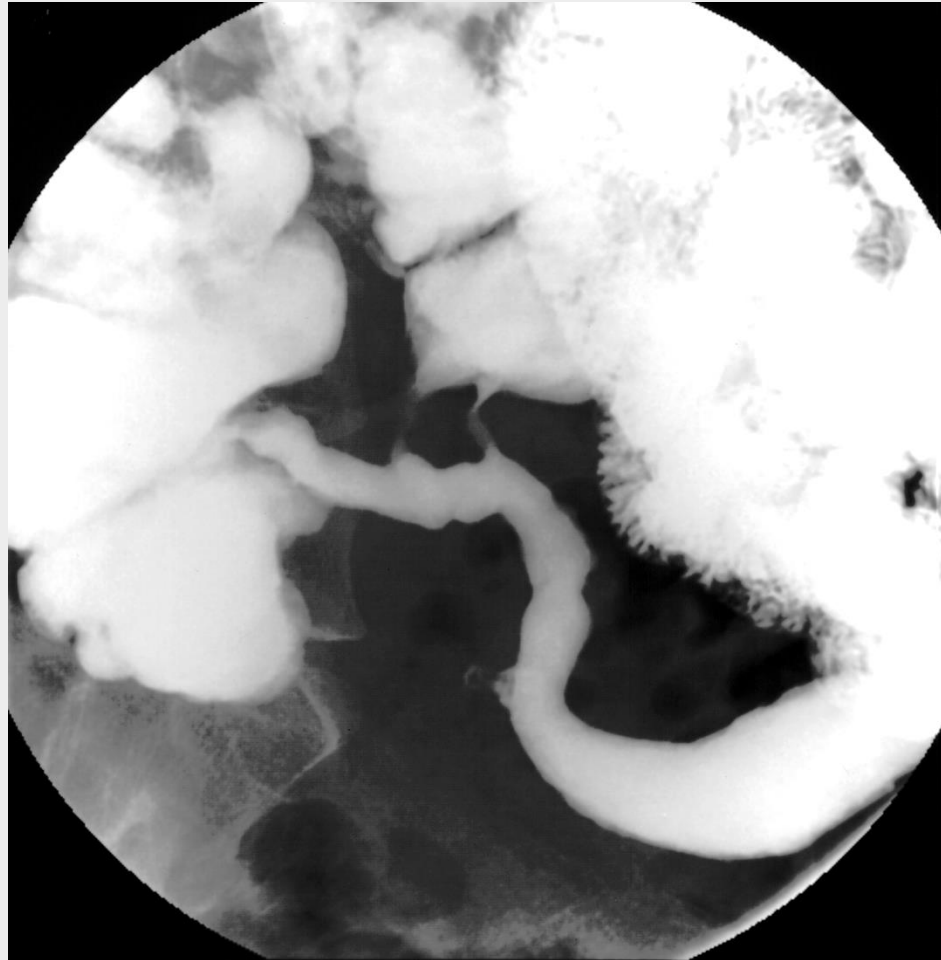
Greenstein AJ et al.,
J Am Coll Surg 2009

Strikturoplastik

Länge der Stenose max. 5 cm

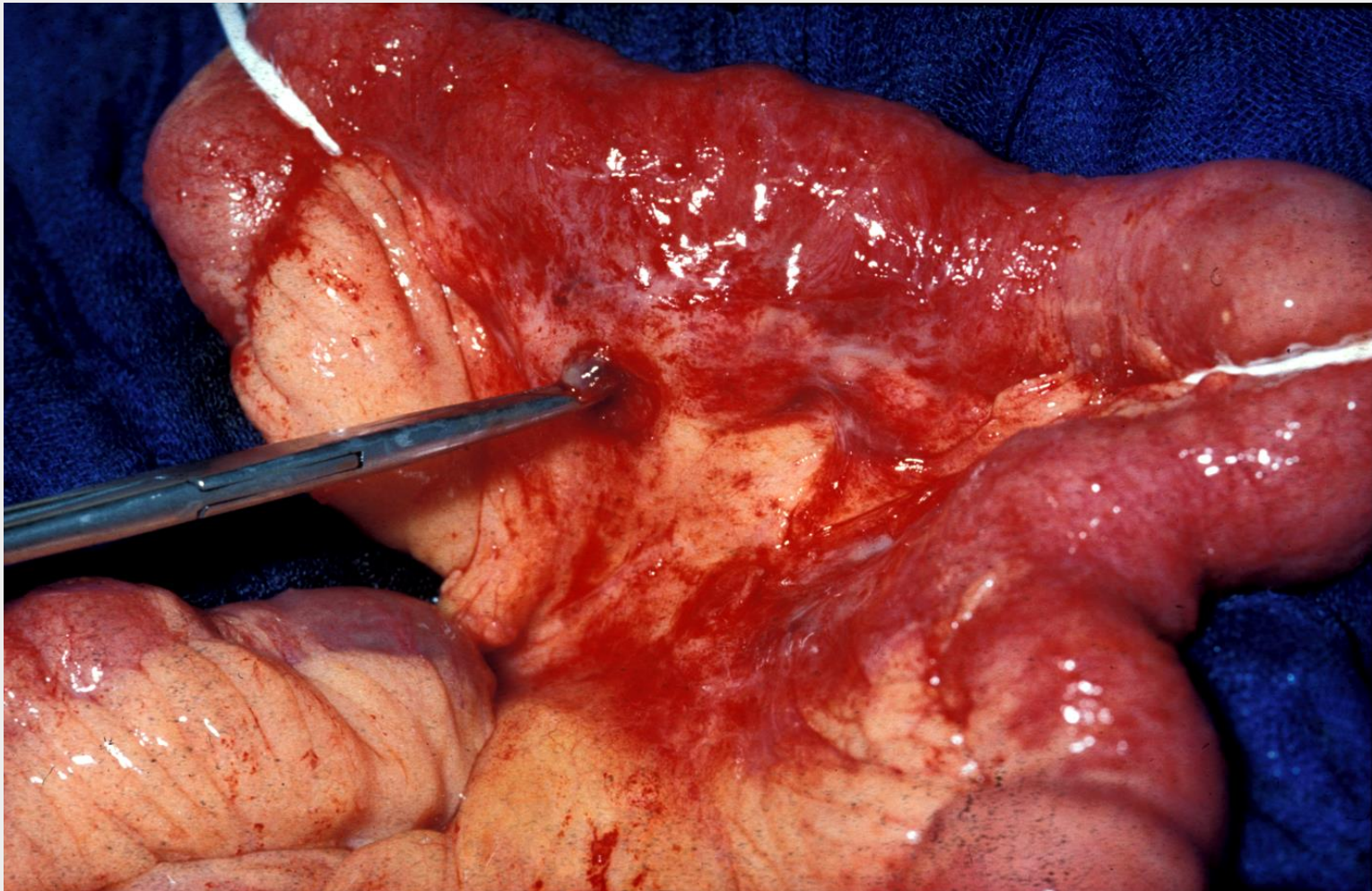


OP-Indikation: entzündlicher Konglomerattumor



M. Crohn

Entzündliches Konglomerat + Fistel

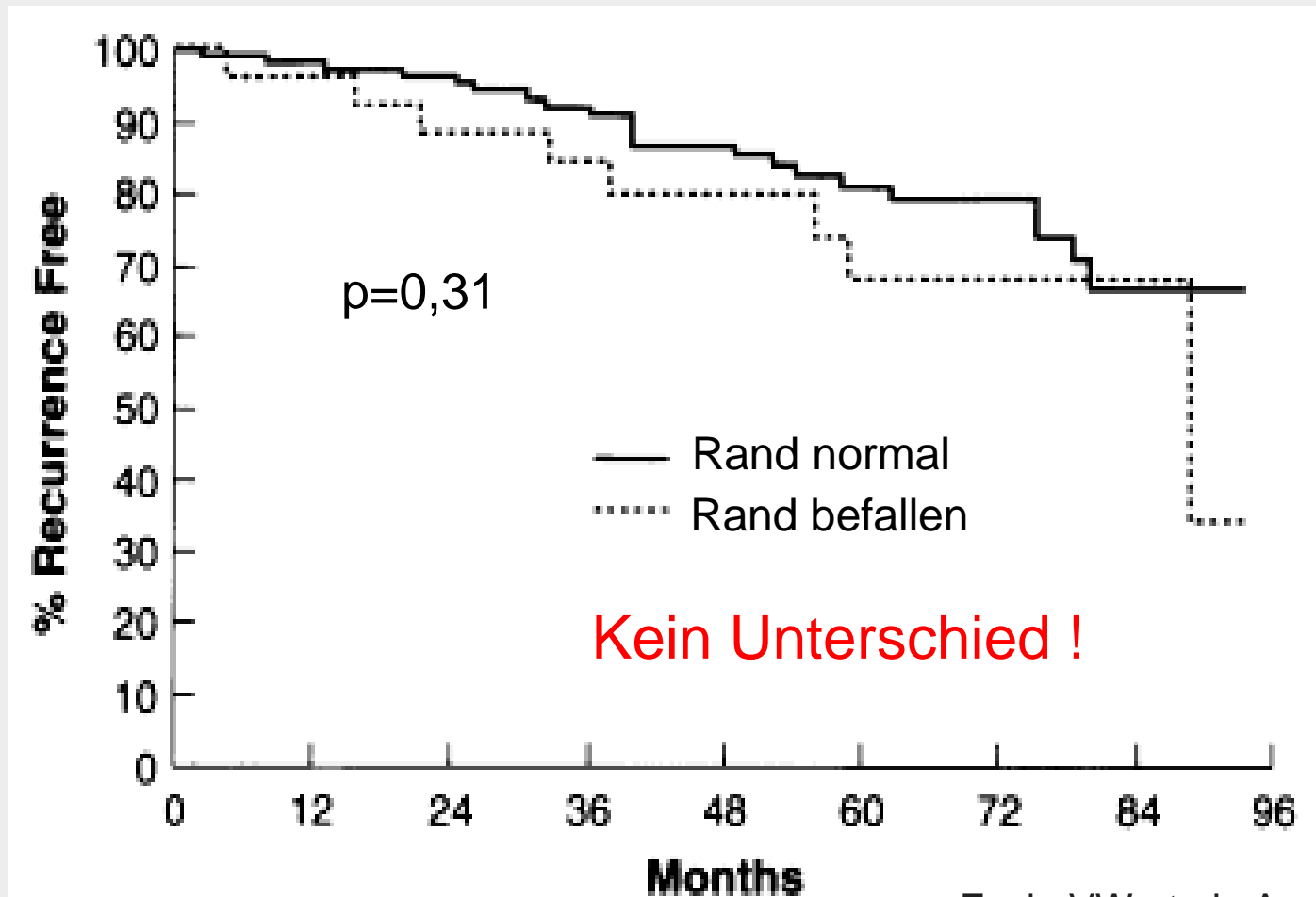


M.Crohn: Resektion?



Morbus Crohn

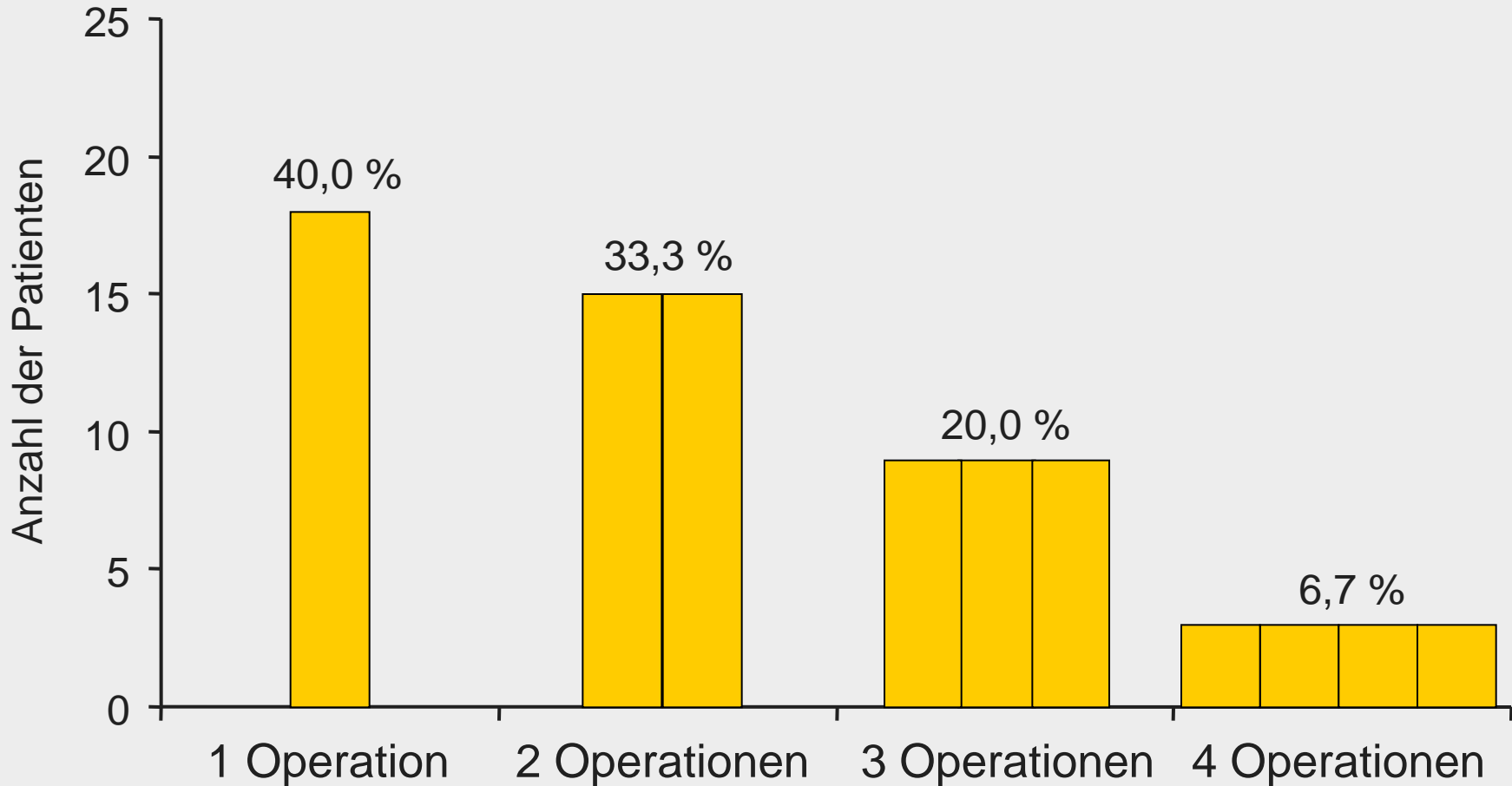
Rezidive nach Operation



Fazio VW et al., Ann Surg 1996

Morbus Crohn: OP-Zahl pro Patient

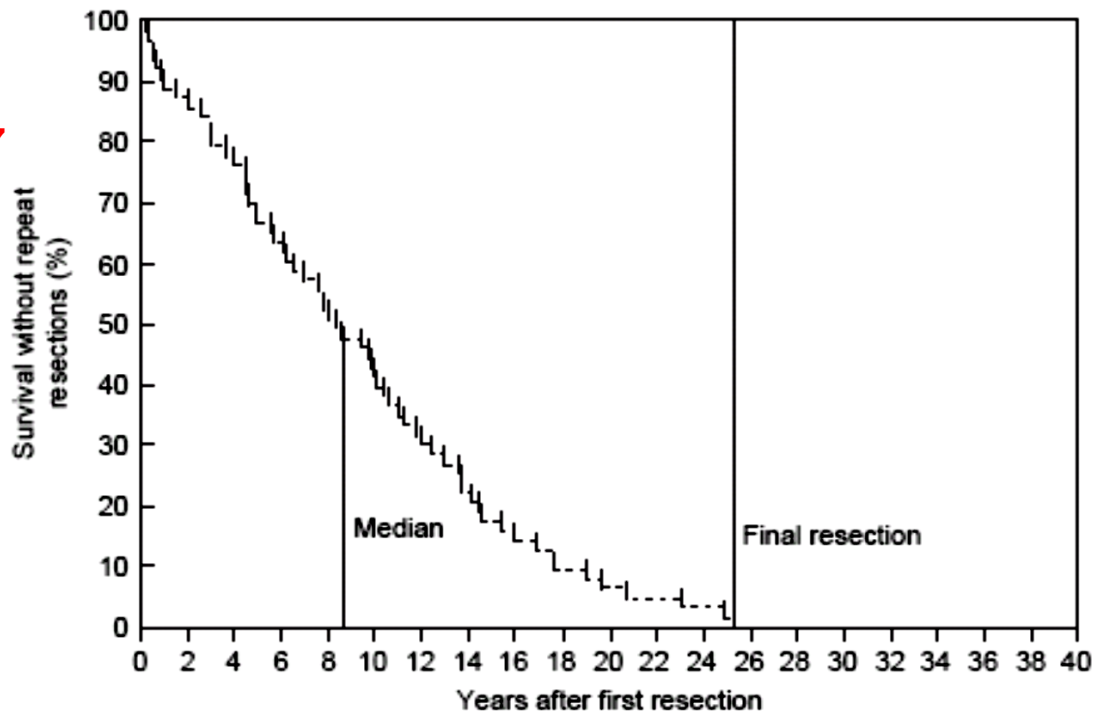
87 Operationen an 45 Patienten



Morbus Crohn

OP-pflichtige Rezidive: Langzeitverlauf

**mittlere
OP-Anzahl n=2,7**



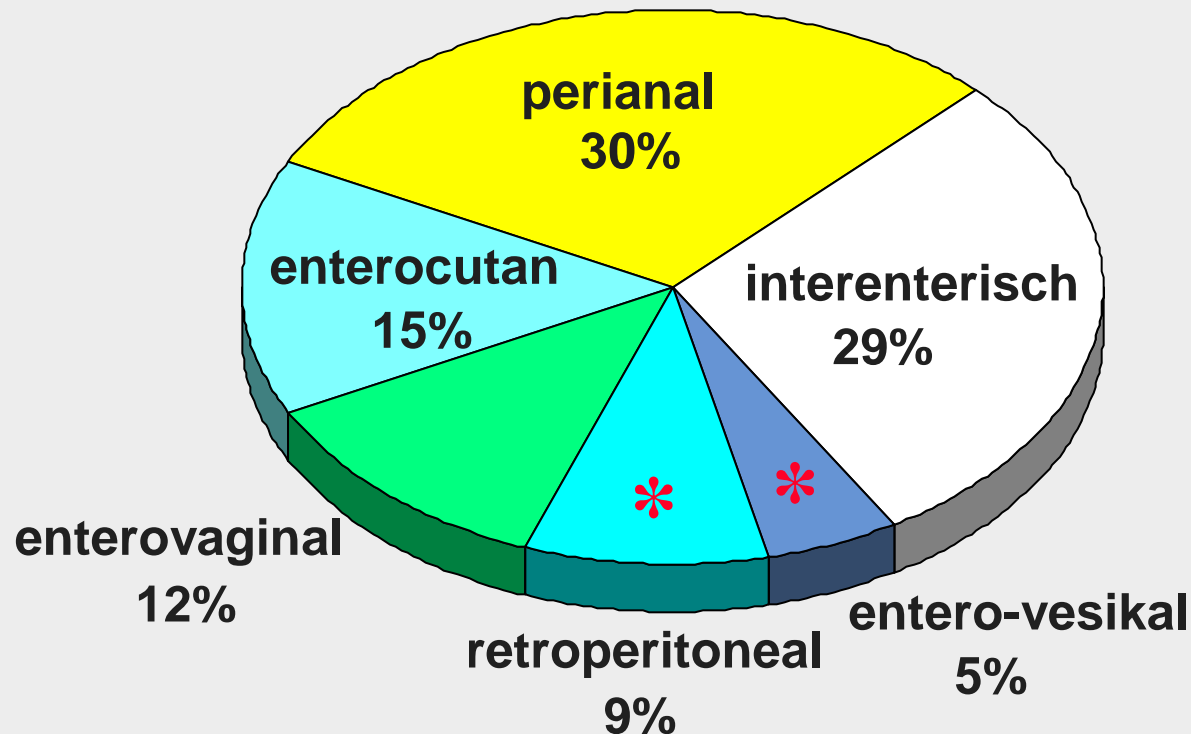
Years a. first resection	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40
Patients at risk	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	30	25	19	16	12	9	5	4	2	2	2

Thirty-four of the 53 patients (64.2%) had repeat resections during Follow-up because of clinical and histological recurrence of Crohn´s disease.

Landsend E et al., Scand J Gastroent 2006

Fisteln bei Morbus Crohn

n=707, 10/1981 - 6/1996



* absolute OP-Indikation

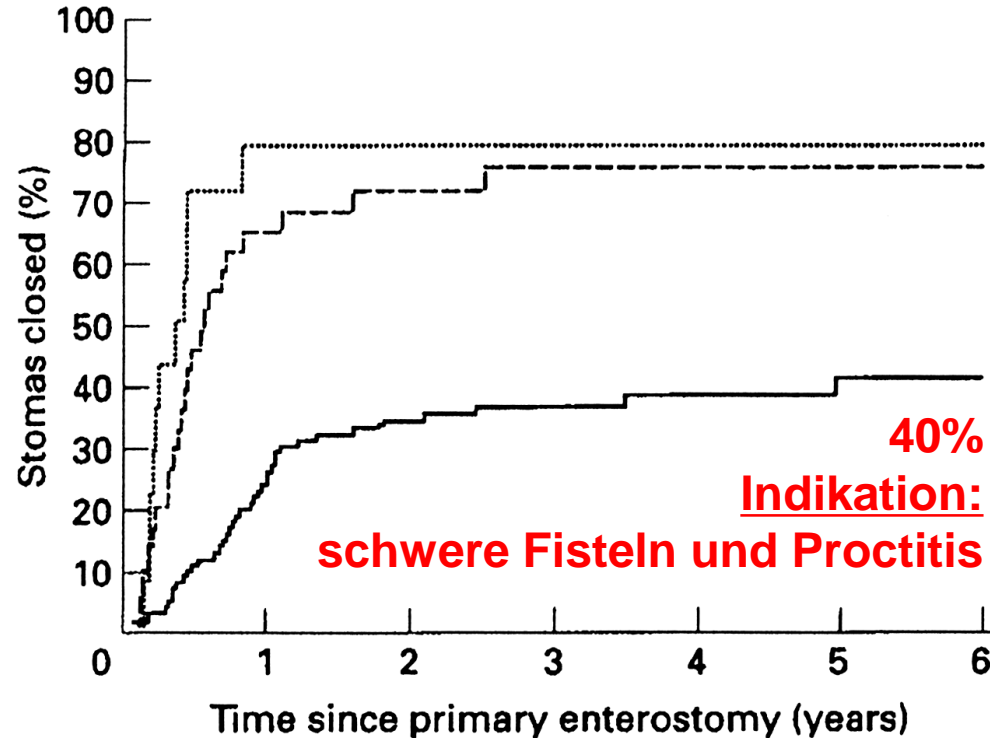
Chirurg. Univ.-Klinik Heidelberg

M. Crohn

Stoma-Anlage bei perianalen Fisteln

- Ausgedehntes
Fistelsystem
- Schwere Proktitis
- Supraanale Stenose

M. Crohn: Stoma-Anlage ...und dann?



No. at risk	0	1	2	3	4	5	6
.....	14	14	12	10	10	8	5
-----	31	31	29	27	7	22	18
————	102	96	88	76	58	40	27

Post S et al., Br J Surg 1995

Colitis / Proktitis Crohn

Pat. 36 J.,
Z.n. Hemicolektomie re + Sigma-Stoma (vor 2J.)



Fisteln bei Morbus Crohn

- 64 jähriger Patient mit ausgedehntem perinealen Fistelsystem (einschl. skrotal)
- Z.n. abdominoperinealer Rektumexstirpation bei ausgedehnten perinealen Fisteln (einschl. skrotal)
- Post OP sehr protrahierte Wundheilung mit 7 cm sondierbarer, tiefer Fistel
- Schlußendlich Abheilung



26.5.2010

Patient D. R. , geb. 12.1.1946 , Morbus Crohn - Verlauf über 7 Mo



Patient D. R. , geb. 12.1.1946 , Morbus Crohn - Verlauf über 7 Mo



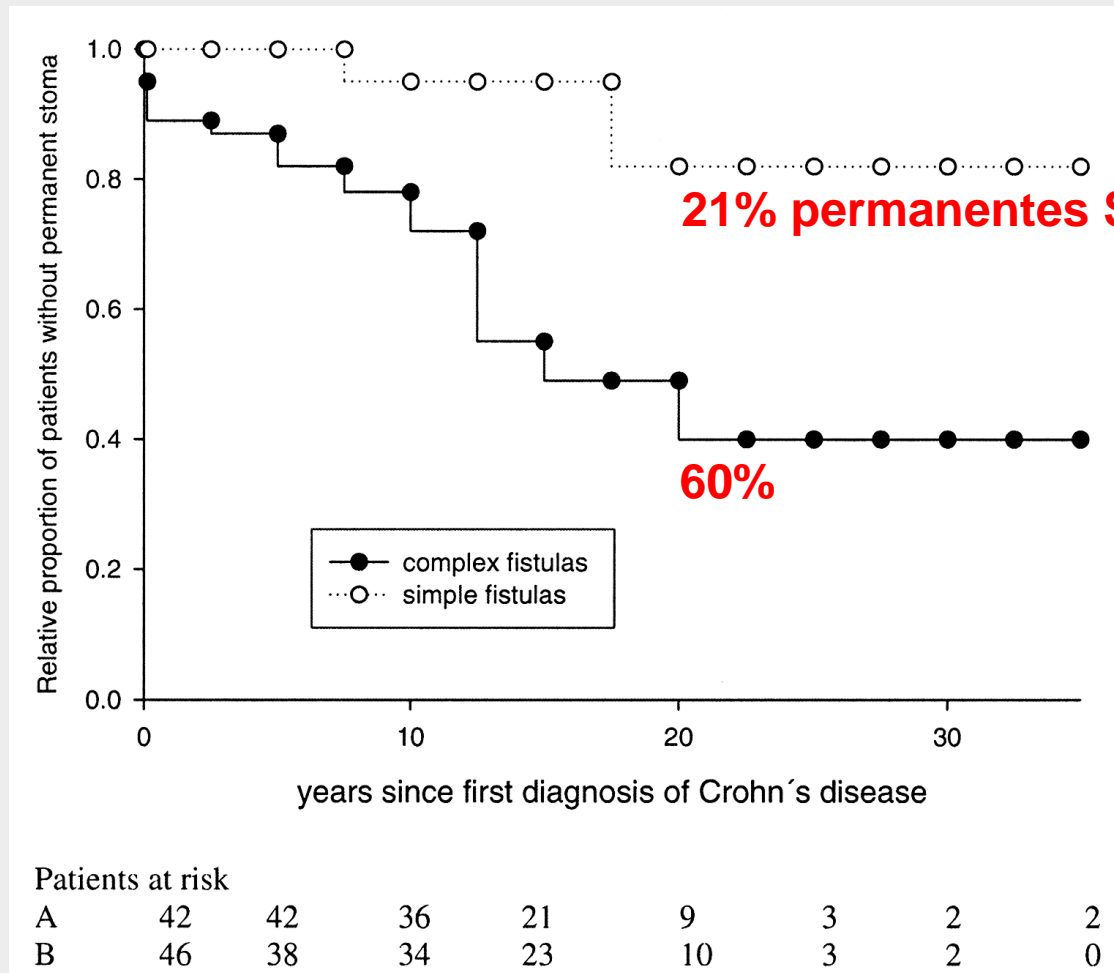
7.7.2010

Patient D. R. , geb. 12.1.1946 , Morbus Crohn - Verlauf über 7 Mo



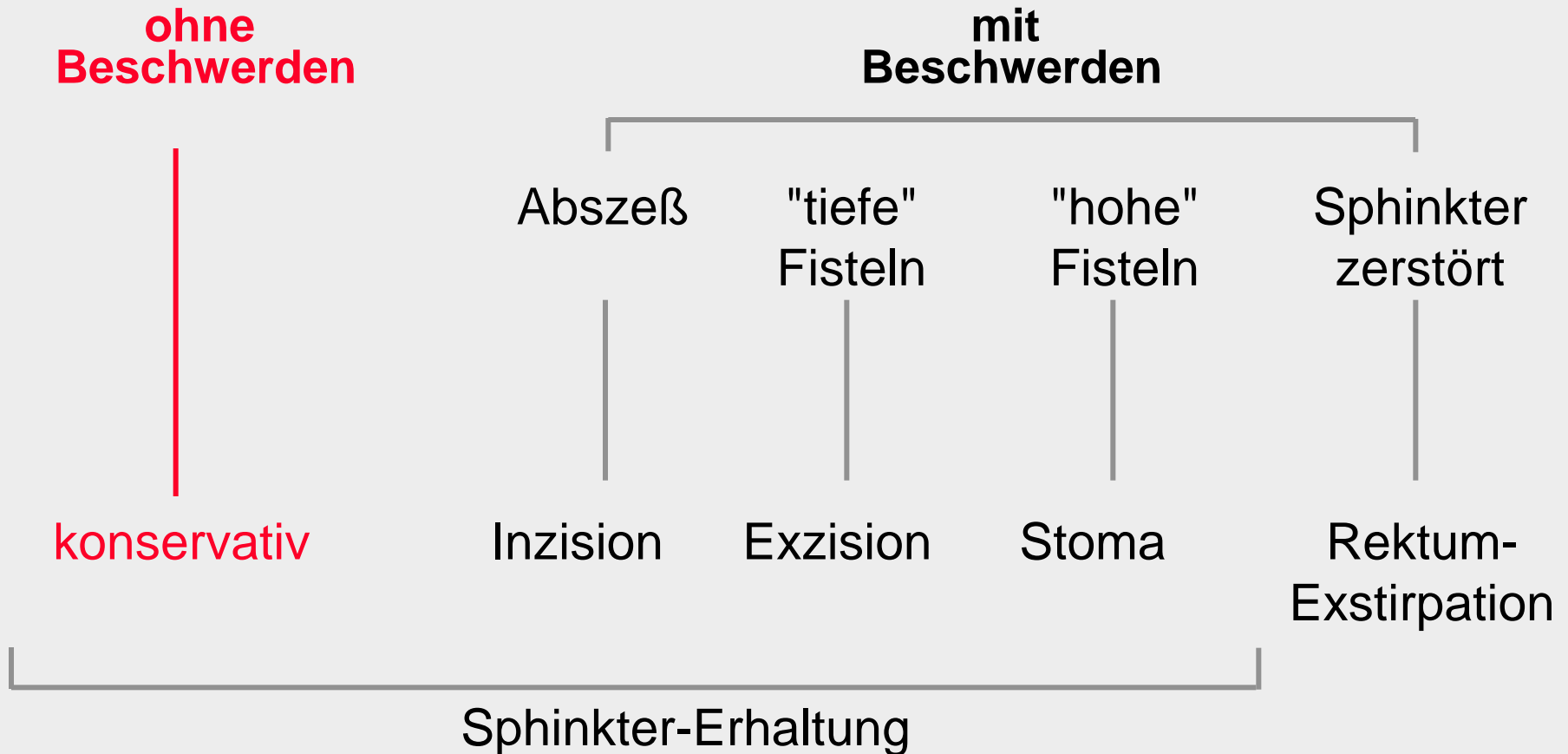
Patient D. R. , geb. 12.1.1946 , Morbus Crohn - Verlauf über 7 Mo

Stoma-Rückverlagerung bei perianalem M. Crohn



Mueller MH et al., J Gastrointest Surg 2007

Therapie des perianalen Morbus Crohn

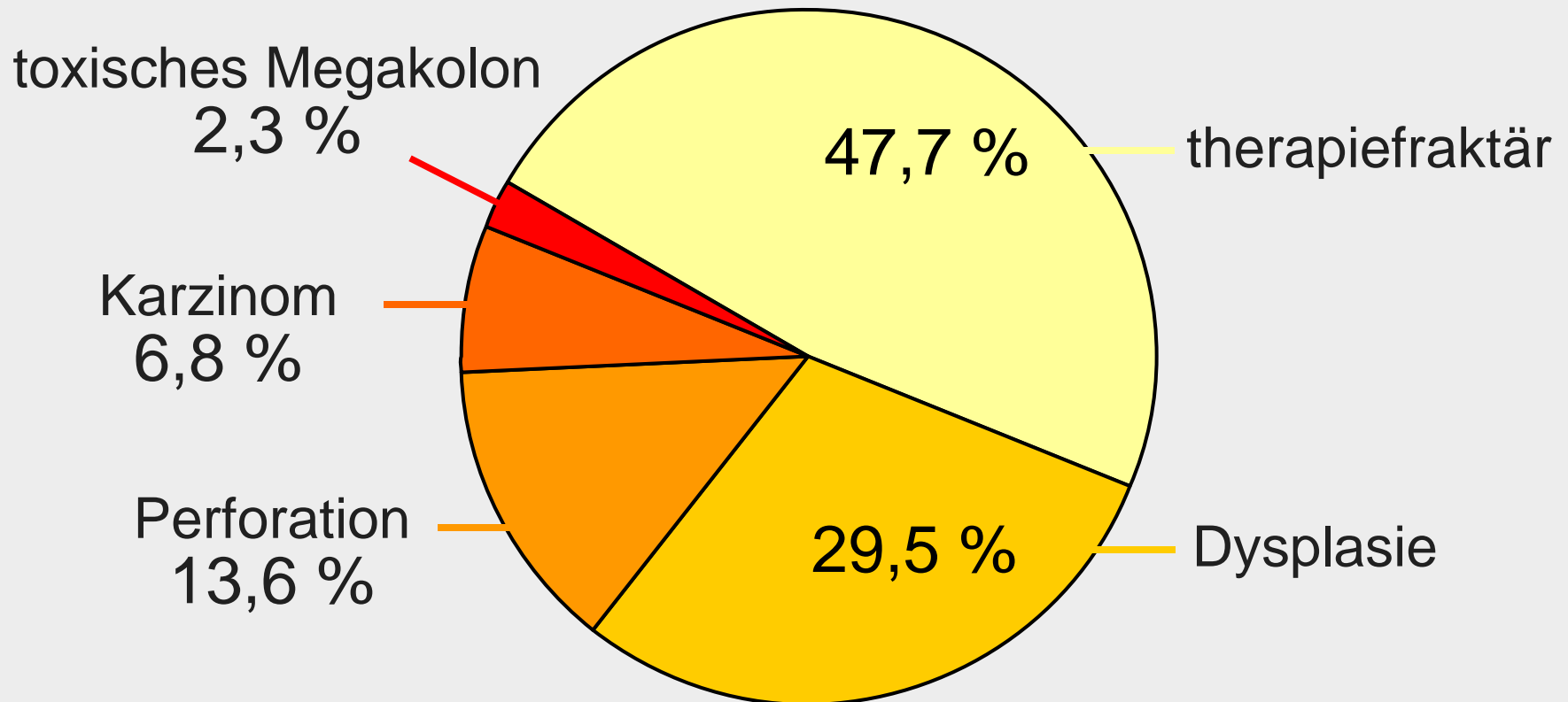


Colitis ulcerosa: Proctocolektomie



Indikation zur operativen Therapie der Colitis Ulcerosa

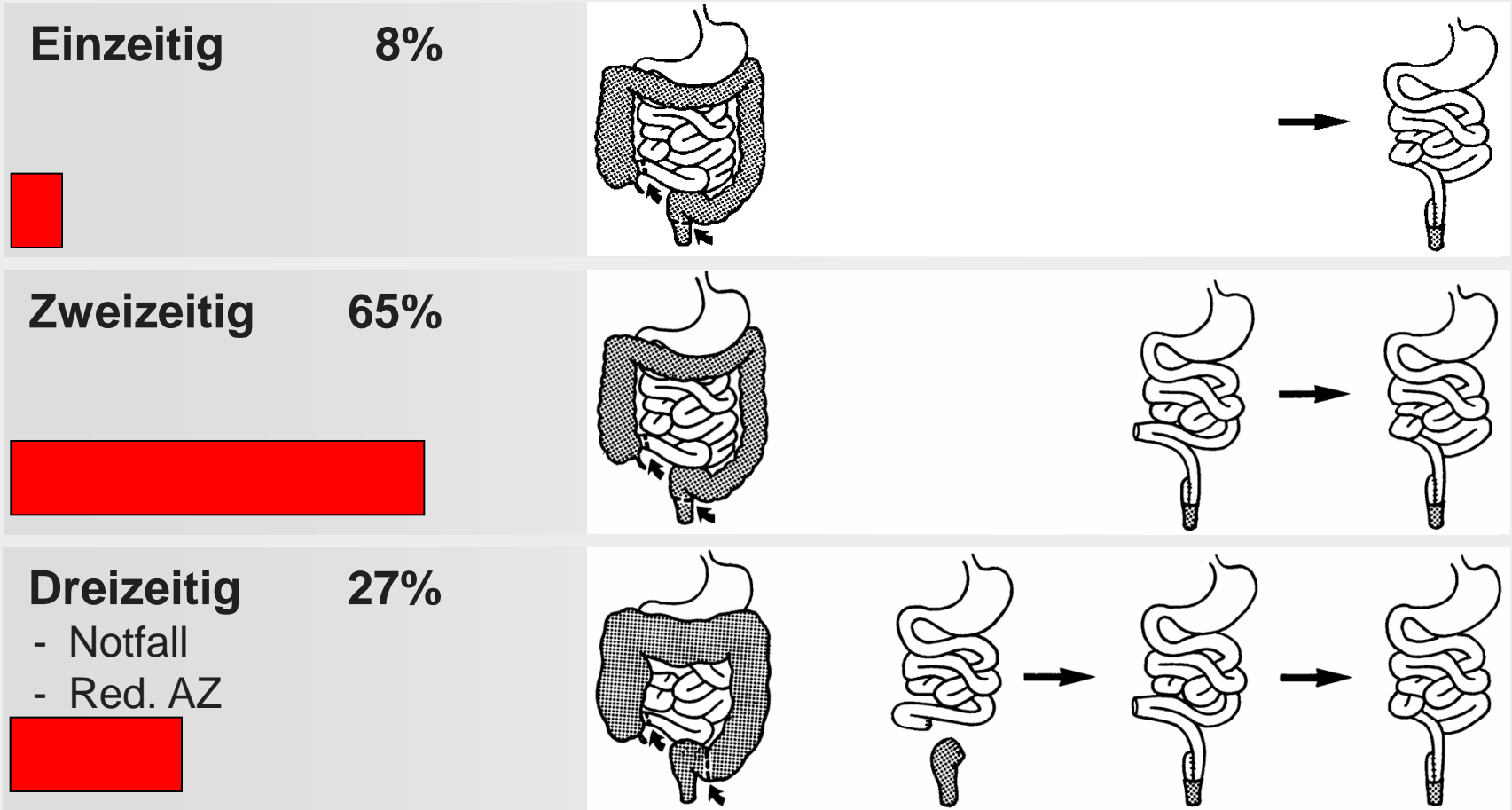
n = 46



Colitis ulcerosa

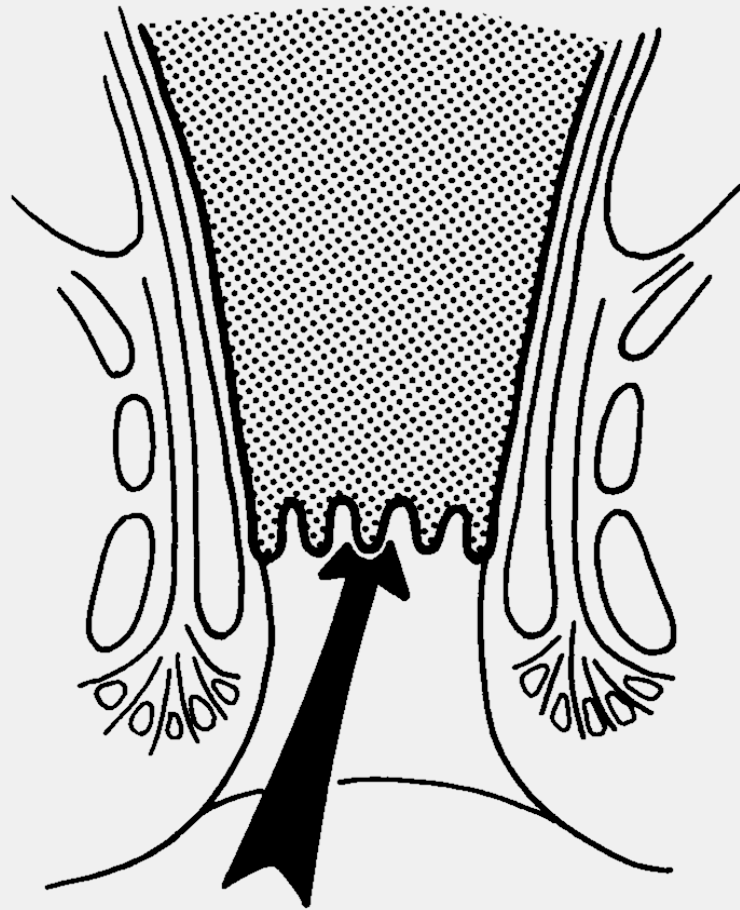
Proctocolectomie + Ileoanaler Pouch

Patienten n=46 (2004 - 5/2009)

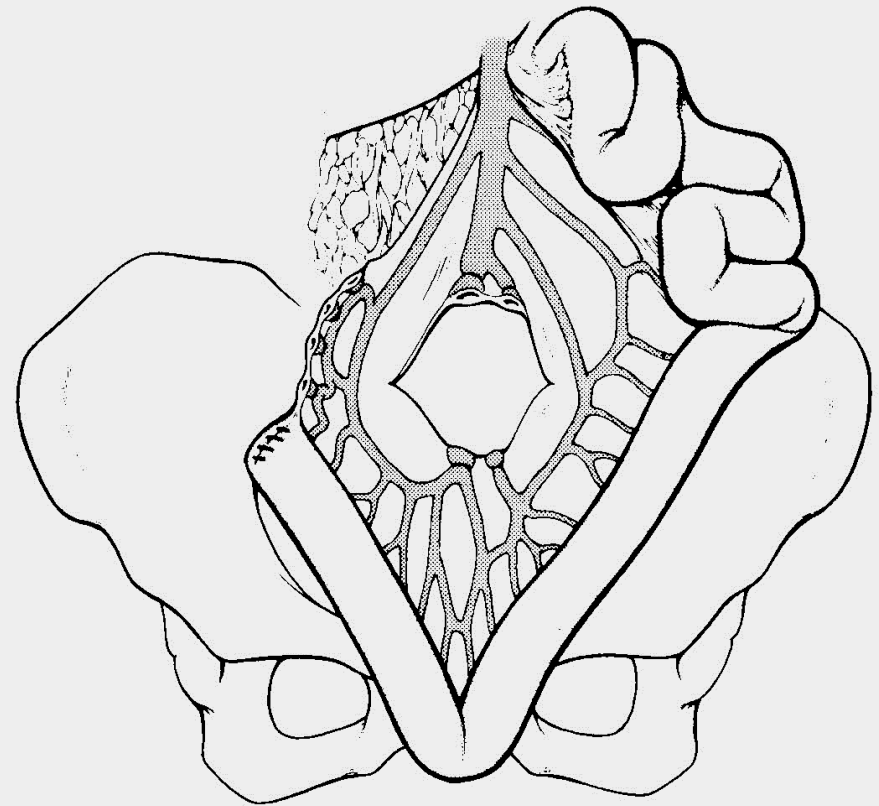
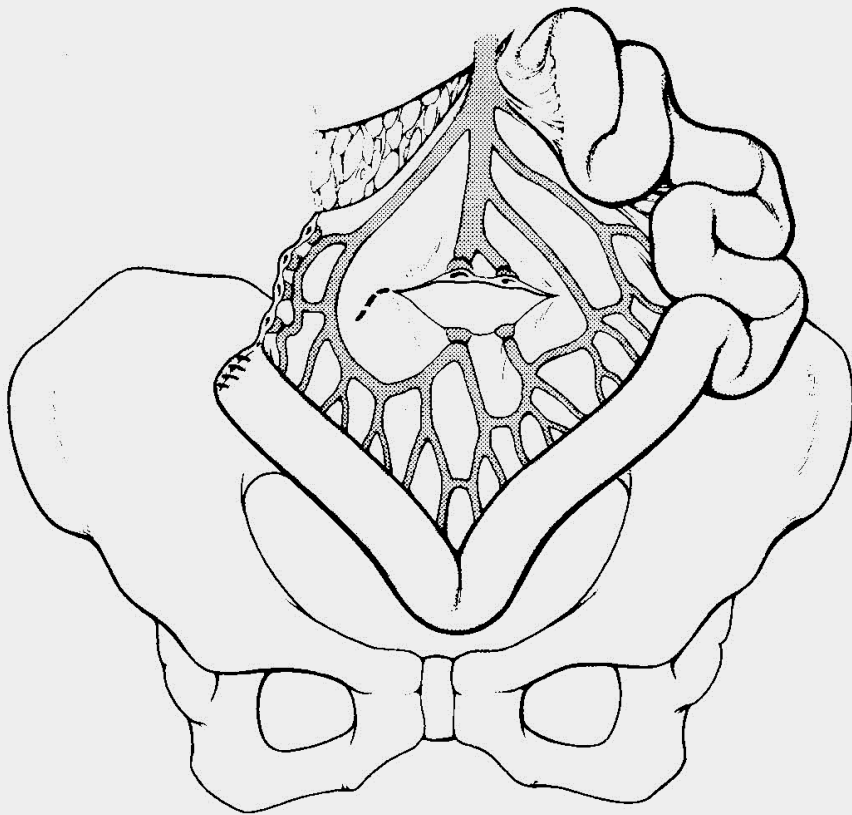


Ileoanaler Pouch

Mucosektomie



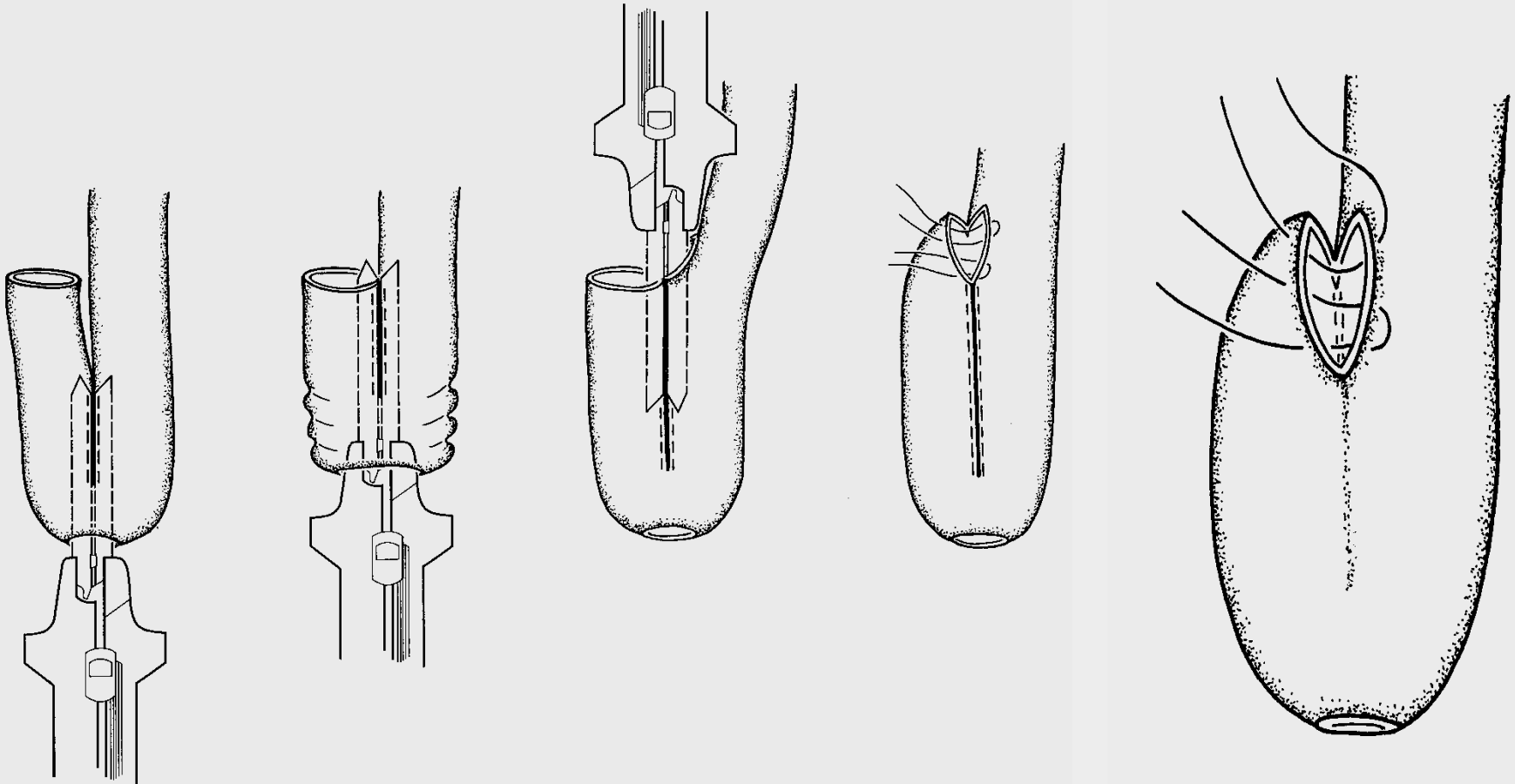
Operative Technik J-Pouch Darm-Verlängerung



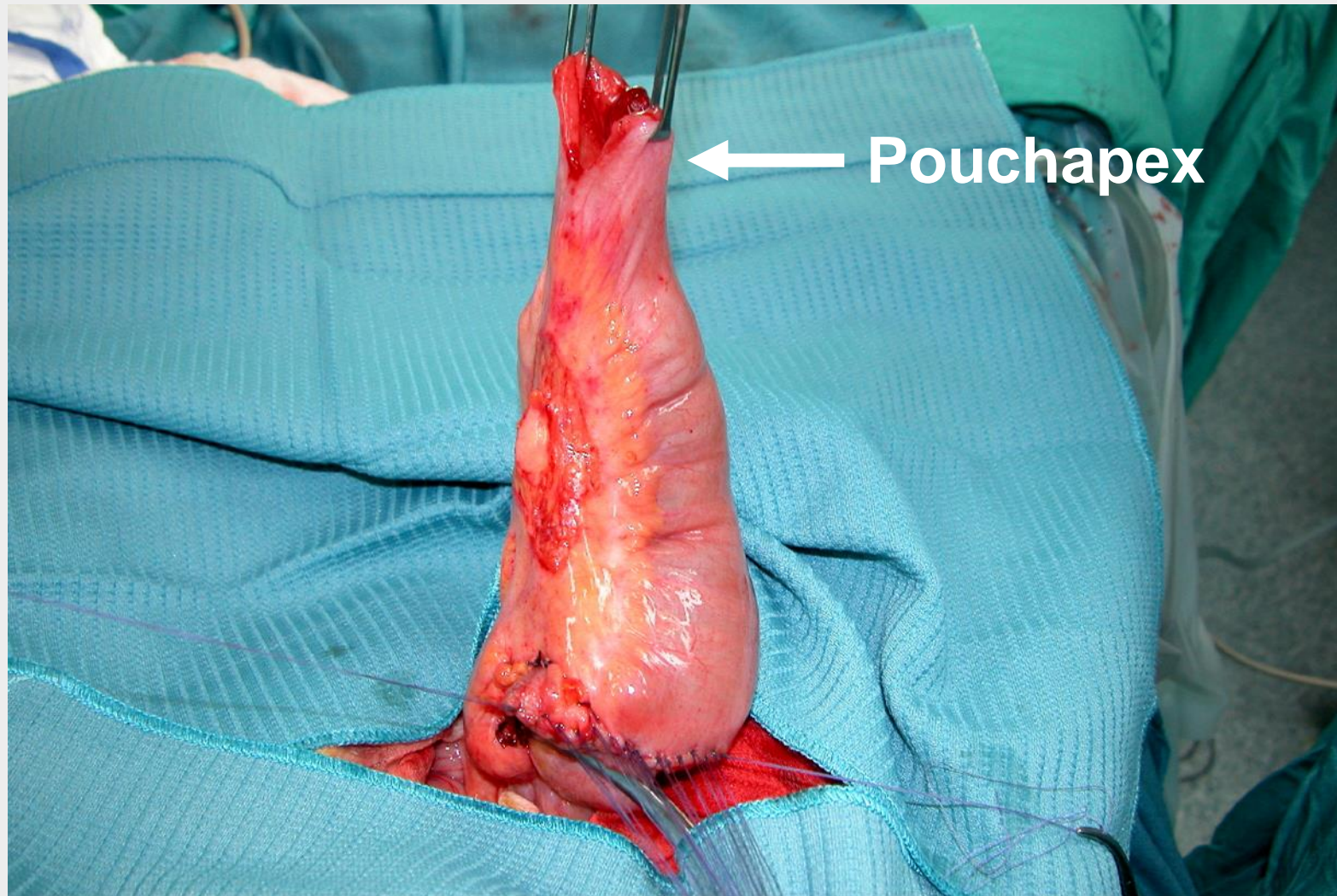
Mesenteriale Verlängerung

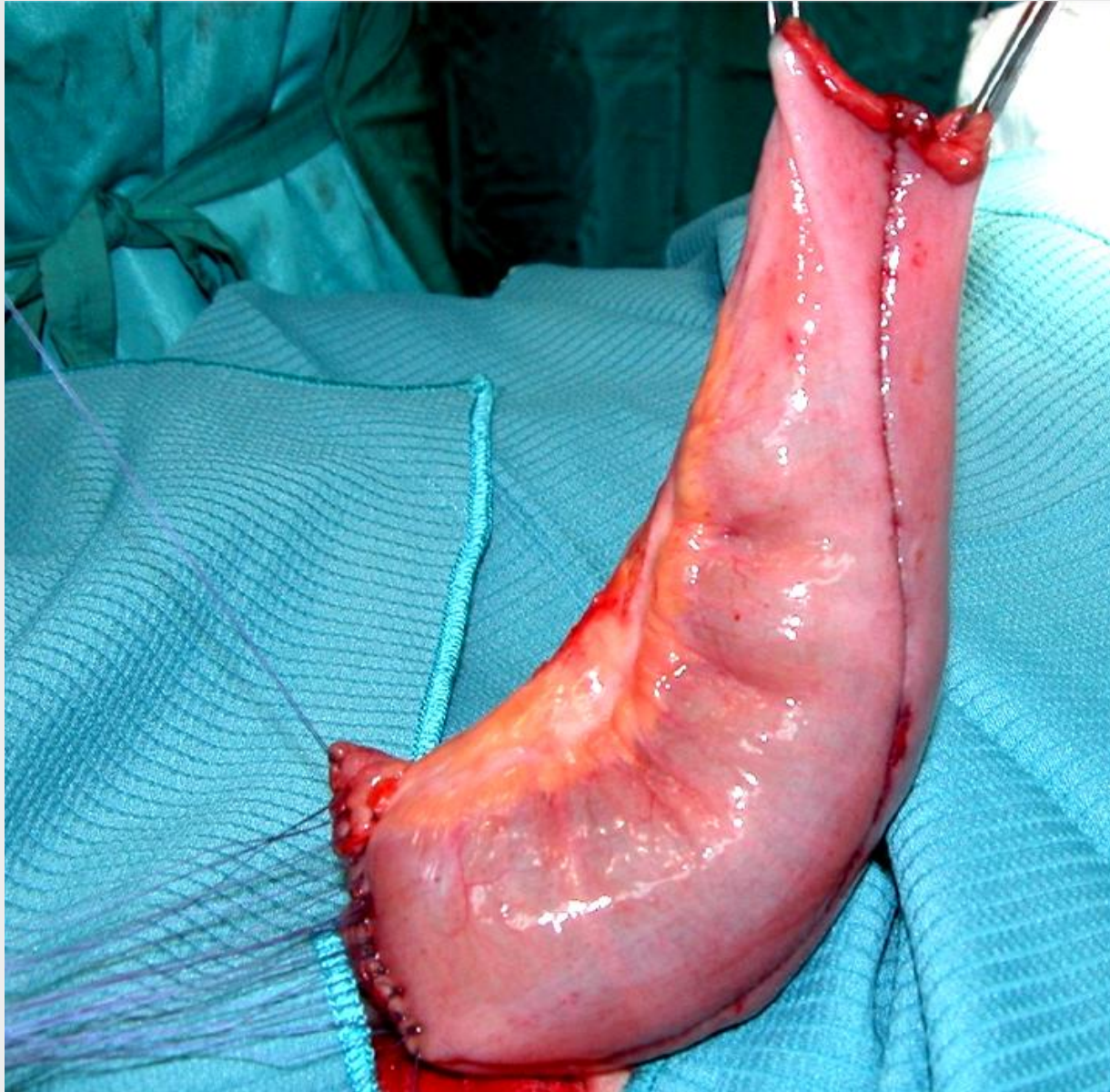


J-Pouch - Konstruktion



Pouchformation



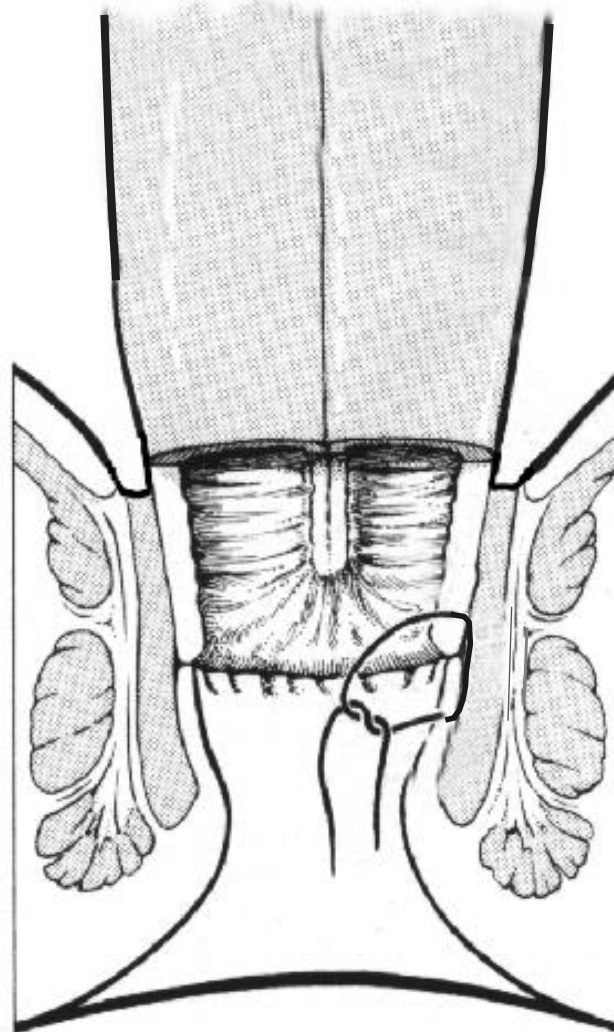


Pouch-Volumen
100 – 125 ml

Pouch-Anale Anastomose

Pouch Länge
15 cm

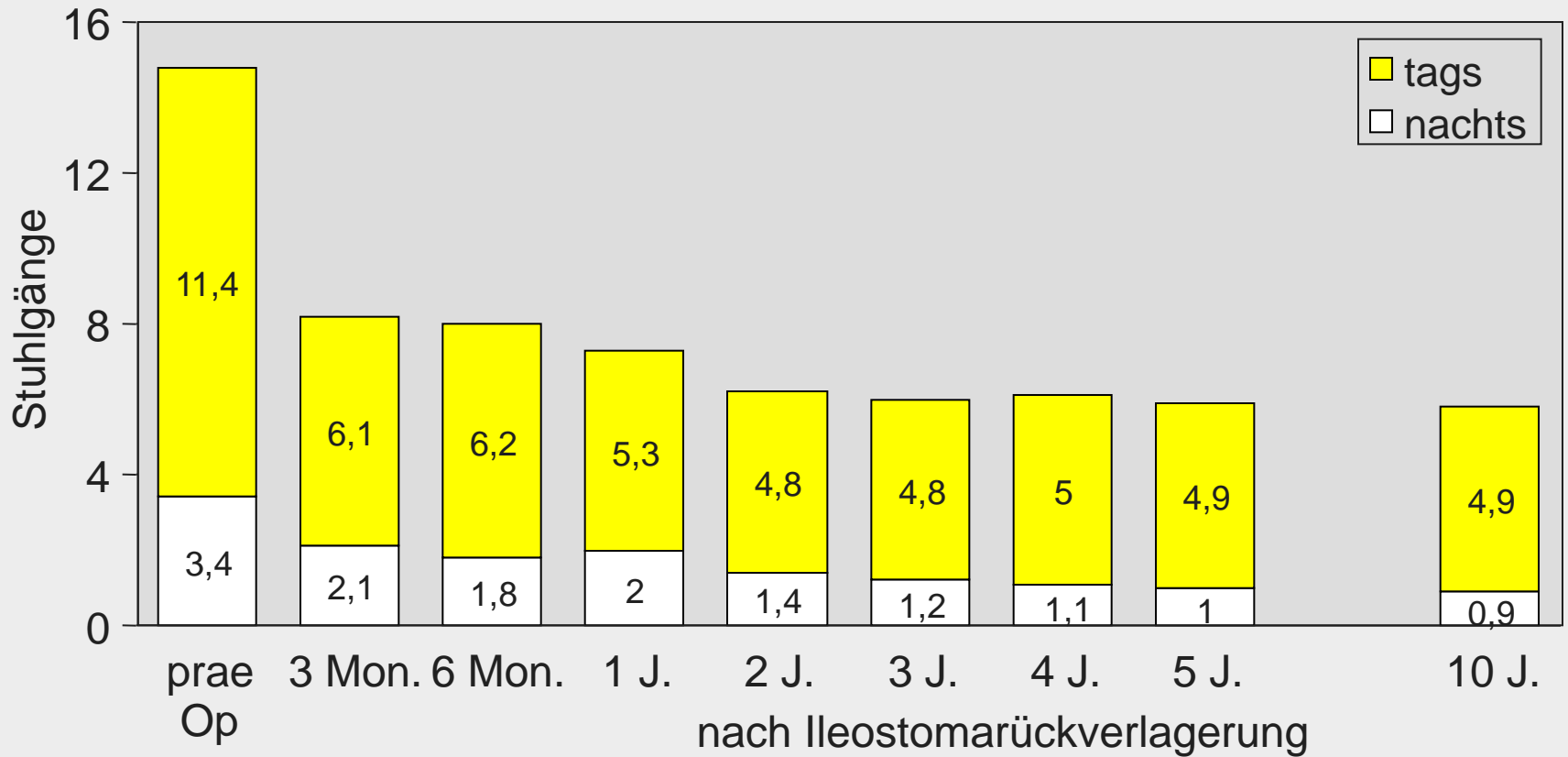
Rectum-cuff
2-3 cm



komplette
Mukosektomie

Ileoanaler Pouch (IAP)

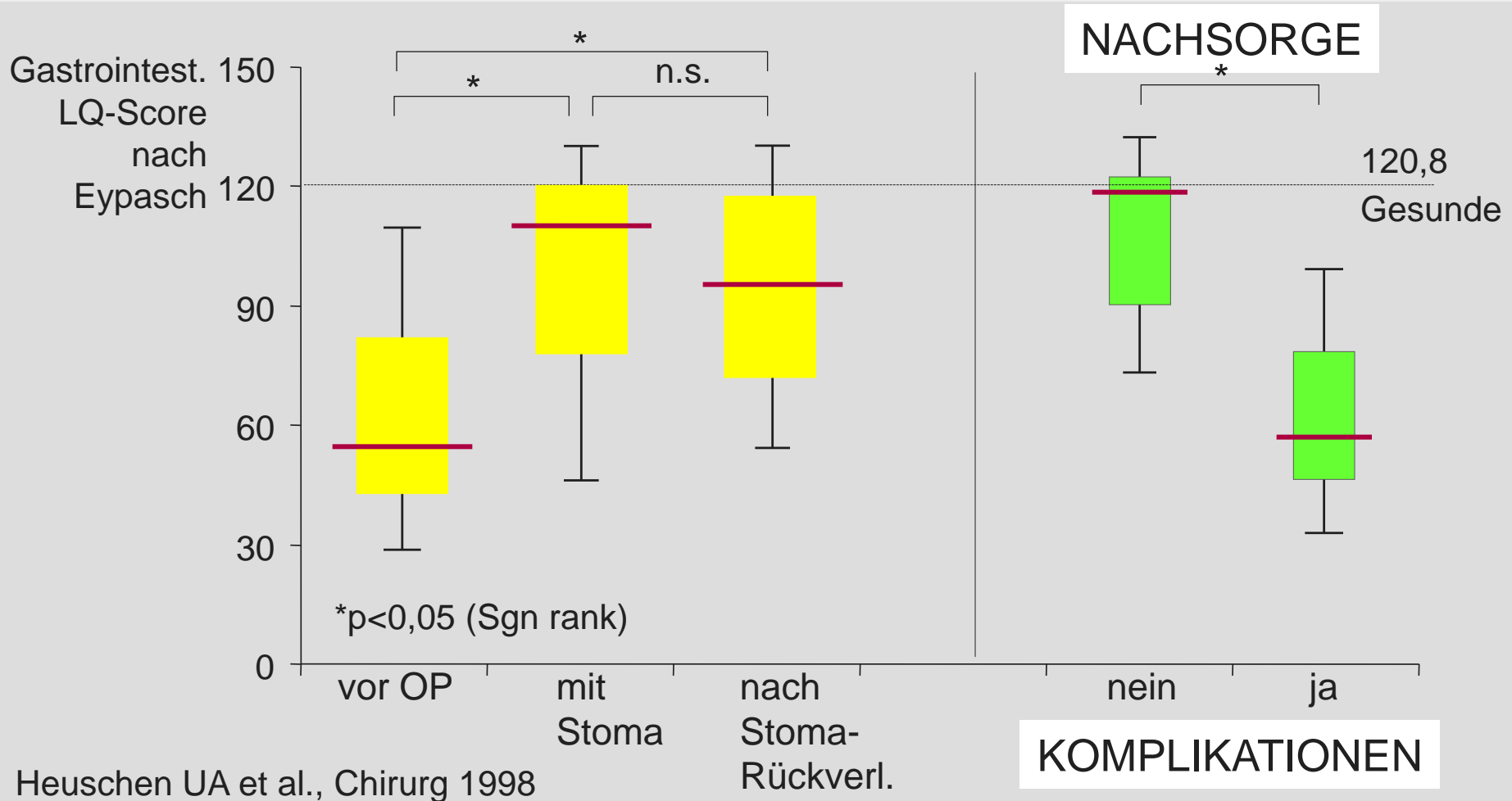
- Langzeit Follow-up -
Mittlere Stuhlfrequenz (CU, n=288)



Chirurg. Univ.-Klinik Heidelberg

Lebensqualität nach IAP

CU (n=424), prospektive Studie



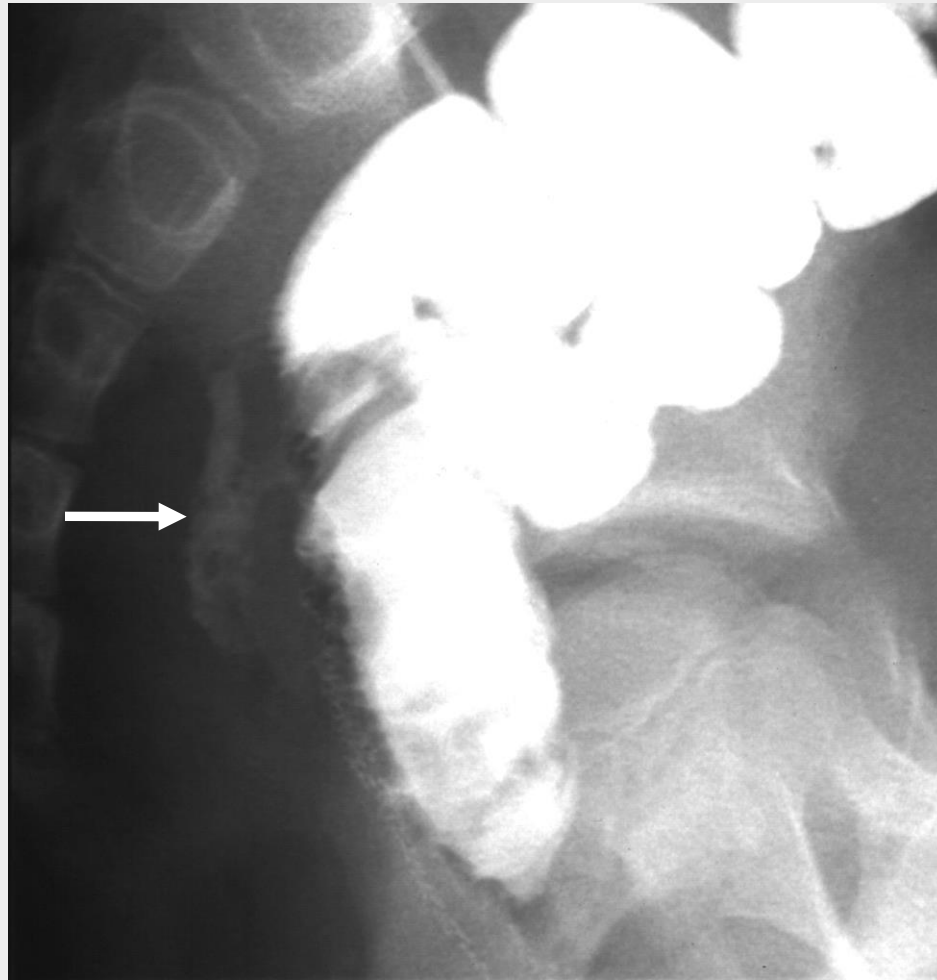
Pouch-Diagnostik: Pouchographie Engstellung bei Durchblutungsstörung



Chirurg.
Univ.-Klinik Heidelberg

Pouchfistel proximales Drittel

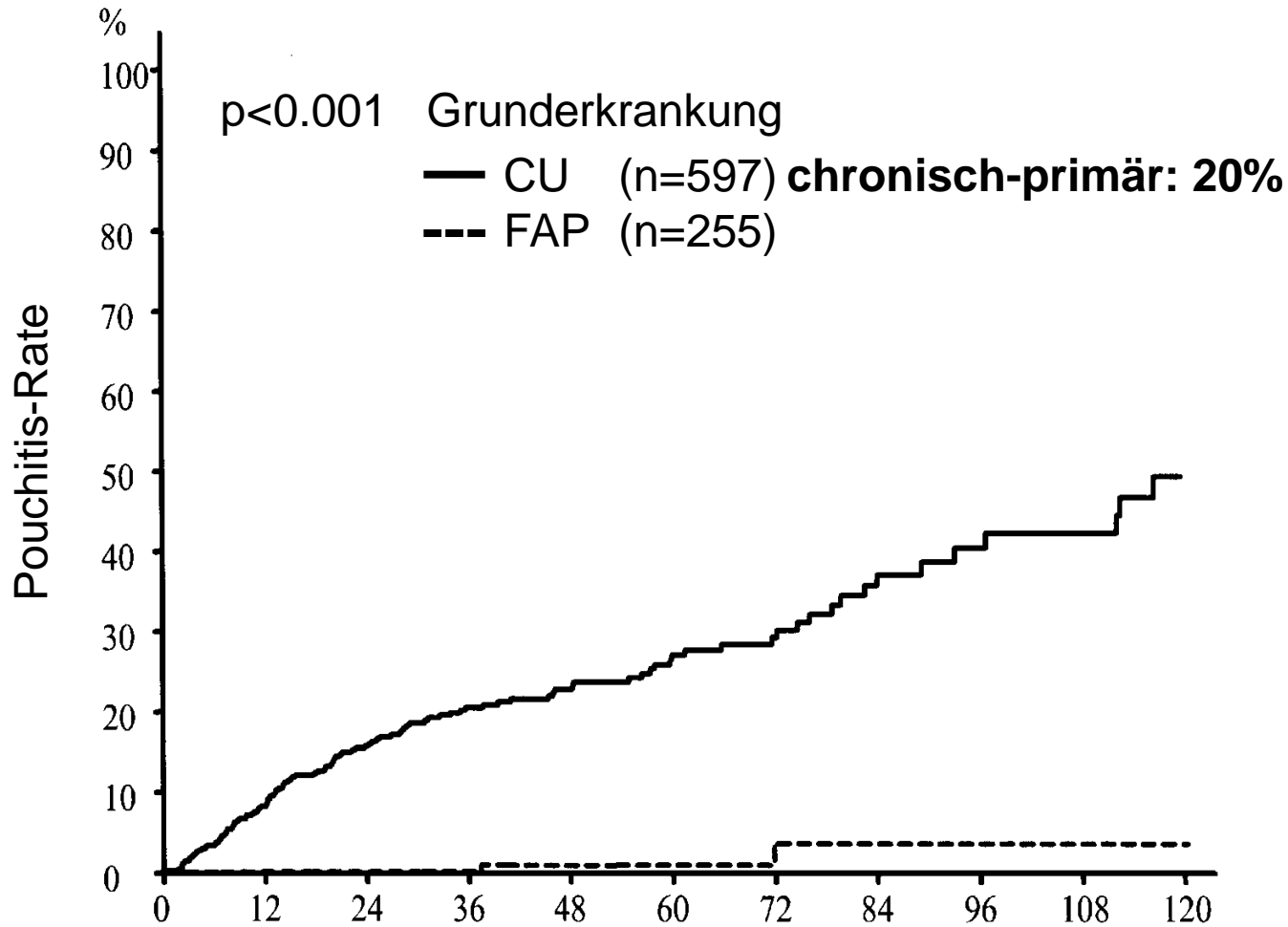
3 Mo nach IAP mit Ileostoma bei CU; Junge, 8 J



Pouch-Versagen

	Rostock	Heidelberg	Literatur
	n=46	n=539	n=1437
Aufhebung	2,2%	3,1%	8,9%
Ileostoma >2J	0%	3,8%	8,5%

Kumulative Pouchitis-Rate nach Kaplan-Meier

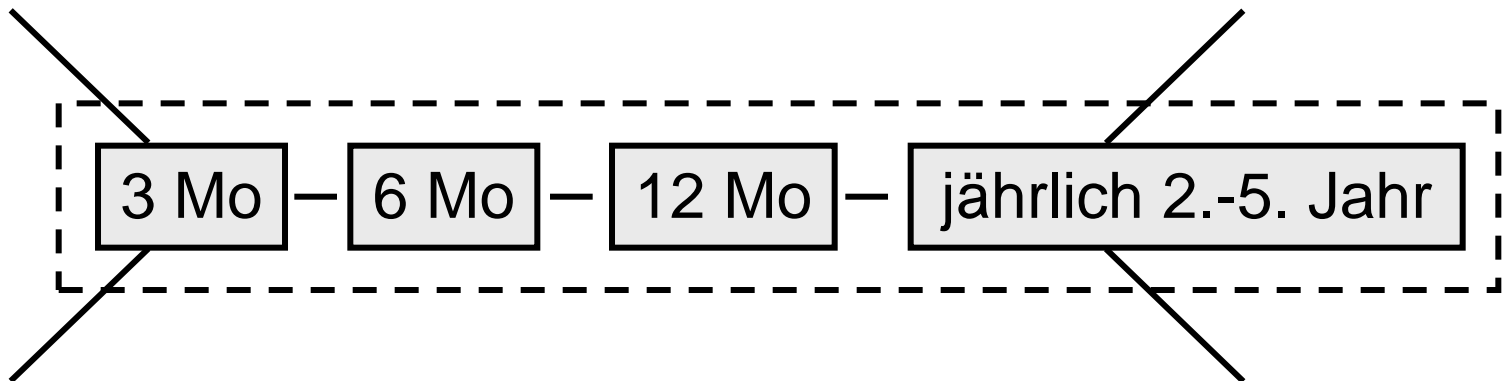


Chirurg.
Univ.-Klinik Heidelberg

Nachsorgeschema „Ileoanaler Pouch“ Rostock

Standard

Zweijährlich ab 6.Jahr



chronische Pouchitis

jährlich auf Dauer

Chirurgische Therapie der Colitis ulcerosa

Zusammenfassung

Indikation

- therapierefraktär / Cortison-abhängig
- Dysplasie
- Karzinom

Chirurgische Therapie der Colitis ulcerosa

Zusammenfassung

- **Therapie der Wahl:**
Proktocolektomie + ileoanaler Pouch
- ausgeprägte Lernkurve (Zentrum)
- ohne Komplikationen:
normale Lebensqualität
- **regelmäßige Pouchnachsorge !!**

