

7. Kongress der Vereinigung der Koloproktologen an Rhein und Ruhr

Zum diesjährigen Kongress der VKRR am 22. Januar 2011 im Festsaal der Philharmonie in Essen erschienen erneut über 130 Zuhörer. Der Vorsitzende Josef Stern aus Dortmund begrüßte die Teilnehmer, Referenten und Vorsitzenden.

Beim ersten Hauptthema referierte Stefan Farke aus Berlin über die Anlagetechnik des Stomas. Er wies darauf hin, dass ein Stoma dann gut versorgt werden kann, wenn die Position stimmt, keine Komplikationen auftreten, die Versorgung hält und das Stoma zu den Lebensumständen des Patienten passt. Wichtig ist die Planung. Die ideale Position sollte möglichst präoperativ angezeichnet werden. Die Ausleitung ist immer transrektal anzulegen. Es muss ausreichend durchblutet, die Weite muss angemessen, es sollte prominent sein und nur an der Haut fixiert werden. Er empfiehlt resorbierbares Nahtmaterial in versenkter Stichtechnik seromuskulär ohne Fixation an der Faszie. Bei doppelläufigem Ileostoma wird der zuführende Schenkel prominent gelegt. Der Zugang kann sowohl laparoskopisch als auch offen erfolgen.

Bei der frühen Rückverlagerung ist die Rate an Wundkomplikationen höher als bei der späten

Christoph M. Seiler aus Heidelberg berichtete über die Rückverlagerung protektiver Stomata. Statistisch gesehen gibt es in den letzten Jahren eine Zunahme der

Rückverlagerung doppelläufiger Ileostomata, während die Rückverlagerung bei Kolostomien stagniert. Es handelt sich hier um eine Patientenpopulation mit protektiven Stomata bei tief anteriorer Resektion oder Proktokolektomie. Es ist mit einer Morbidität von 40 Prozent für Wundinfektionen, bis 25 Prozent für Darmobstruktionen und bis zu 11 Prozent für Anastomosenkomplikationen zu rechnen. Es laufen Studien über den Zeitpunkt der Rückverlagerung. Bei der frühen Rückverlagerung ist die Rate an Wundkomplikationen höher als bei der späten, dagegen finden sich häufiger Darmobstruktionen nach der späten Rückverlagerung. Mortalität, Morbidität und Verweildauer unterscheiden sich nicht. Die Lebensqualität ist nach einem Jahr gleich. Ein Förderantrag für eine neue Studie zu diesem Thema ist beantragt. In früheren Studien ergab sich kein wesentlicher Unterschied für die Stapler- versus Handnaht. Die Ergebnisse der nun geschlossenen HASTA-Studie sollen im April 2011 veröffentlicht werden. Die Studie wurde sehr gut aufgenommen. In einer Studie Ileo- versus Kolostomaverschluss (Klink, 2011) zeigte sich ein Vorteil für die Verweildauer zugunsten des Ileostomas, dagegen ein Vorteil für Wundinfektionen zugunsten des Kolostomas.

In seinem Referat berichtete Franz-Josef Schumacher aus Oberhausen über bis zu 50 Prozent späte Komplikationen nach Stomaaanlage. Dabei sind die Hautveränderungen das Haupt-



*J. Stern,
Dortmund*



*S. Farke,
Berlin*



*C.M. Seiler,
Heidelberg*

problem, Ursachen sind die inadäquate Versorgung, unzureichende Dichtigkeit der Systeme, problematische Anlage, fehlende Anpassung an Gewichtsveränderungen und das allergische Kontaktekzem. Die Versorgungssysteme müssen optimiert angepasst werden, Fachpersonal muss hinzugezogen werden. Stomata können retrahieren, die Wundränder können dehiszent werden, Nekrosen entstehen. Ein weiteres Problem ist die Siphonbildung. Operative Revisionen sind häufig erforderlich. Die schwerwie-



F.-J. Schumacher, Oberhausen



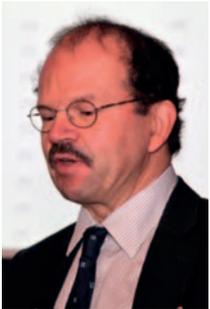
C. Niederau, Oberhausen



M. Schmidt-Lauber, Oldenburg



F. Raulf, Münster



E. Berg, Recklinghausen



A. Ommer, Essen



P. Markus, Essen

gendste Komplikation stellt die parastomale Hernie dar, die bei bis zu 50 Prozent der endständigen Stomata auftritt. Ursachen sind Adipositas (Bauchumfang >100 cm), zu lateraler Durchtritt durch die Bauchdecke, zu große Faszienlücke, erhöhter intraabdominaler Druck und die unzureichende Fixierung. Die Inzidenz ist bei endständigen Kolostomata am höchsten. Die direkte Hernioplastik und die Neueinpflanzung liefern die schlechtesten Ergebnisse, zudem ist mit einer Narbenhernie in der Laparotomiewunde zu rechnen. Auch die Versorgung mit Netzen führt in bis zu einem Drittel der Fälle zu Rezidiven. Die Netzimplantation birgt zudem die Gefahr der Infektion. Die besten Ergebnisse sind mit der Sandwich-Technik (ein Netz um das Stoma, ein zweites Netz unter die Bauchdecke) zu erzielen, die laparoskopische Anlage ist allerdings mehr als anspruchsvoll. Die primäre Netzanlage beim Ersteintritt scheint gute Ergebnisse zu liefern, größere Patientenkollektive fehlen bisher.

Der Stomaprolaps und die narbige Stenose werden in der Regel operativ korrigiert.

**Lebensqualität:
Morbus-Crohn-Patienten
fühlen sich ohne Stoma
deutlich besser**

Eugen Berg aus Recklinghausen berichtete über die Lebensqualität nach Stomaanlage. In Übersichten wurde die anteriore Resektion mit der Exstirpation beim Rektumkarzinom verglichen. Die Ergebnisse waren je nach Autor unterschiedlich. Lediglich beim Parameter „genereller Zustand“ konnte ein signifikanter Unterschied zugunsten der Amputation nachgewiesen werden. Bei der Divertikulitis war die Lebensqualität erwartungsgemäß deutlich besser als bei der primären Anastomose bei der Hartmann-Operation. Dagegen findet sich kein Unterschied Ileostoma versus Pouch bei der Colitis ulcerosa. Beim Morbus Crohn fühlten die Patienten sich ohne Stoma deutlich besser. Die Stomaanlage bei der Inkonti-

nenz wird gut angenommen, von den Betroffenen allerdings als unangenehm empfunden als von den betreuenden Angehörigen. Einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität haben die schlechte Position des Stomas und damit die unzureichende Versorgung. Das nächste Hauptthema handelte von der perianalen Blutung. Claus Niederau aus Oberhausen gab einen Überblick aus internistischer Sicht über die rationale Diagnostik. Die gastrointestinale Blutung ist häufig Ursache für eine Krankenhausbehandlung, in den USA kommen 170 Fälle auf 100 000 Einwohner. Die Inzidenz für den oberen GI beträgt 140/100 000 und 30/100 000 für den unteren Gastrointestinaltrakt. Die Blutung im unteren Gastrointestinaltrakt ist am häufigsten durch Hämorrhoiden bedingt, gefolgt von anderen anorektalen Erkrankungen, der Divertikulitis und der AV-Malformation. Wichtig ist die Erhebung der Anamnese insbesondere nach der Medikation. Die Diagnostik sollte die Beurteilung

des Allgemeinzustandes, Hautveränderungen, den Abdominalbefund, die rektodigitale Untersuchung, Labor und technische Untersuchungen einschließen. Die Angiographie und Erythrozyten-Szintigraphie treten in den Hintergrund, die bevorzugte Technik ist die Koloskopie. Sie ist immer indiziert bei über Fünfzigjährigen, Eisenmangel, Risiko für KRK, Gewichtsabnahme und Änderung der Stuhlgewohnheiten. Die Rate unterer GI-Blutungen unter Aspirin und NSAR ist gegenüber Placebo deutlich erhöht. Häufig sind Blutungen bei der Divertikulitis, die in der überwiegenden Mehrzahl spontan sistiert. Scharfes Essen erhöht die Rate an Blutungen nicht. Geringe Mengen perianalen Blutabgangs bei jüngeren Leuten sind meist harmlos, sollten aber abgeklärt werden. Im Zweifelsfall ist immer eine Koloskopie anzustreben, zusätzlich sollte bei schwerer Blutung der obere GI untersucht werden.

**Bei älteren Menschen
wird das Ulcus simplex
entweder konservativ
oder durch Exzision
beseitigt**

Andreas Ommer aus Essen übernahm den Part Therapie blutender analer Erkrankungen aus chirurgischer Sicht. Die Ursachen der Blutung und das diagnostische Vorgehen sind aus chirurgischer

gischer und internistischer Sicht identisch. Häufig sind Hämorrhoiden, die im Anfangsstadium durch Sklerosierung, Elektrobehandlung, Gummiringligatur, lokale Kompression und im fortgeschrittenen Stadium durch Operation behandelt werden. Die unspezifische Proktitis wird mit Mesalazin und Kortison lokal behandelt, schwierig ist die Behandlung der Strahlenproktitis. Bei älteren Menschen wird das Ulcus simplex entweder konservativ oder durch Exzision beseitigt. Akute Kreislauf- oder Hb-relevante Blutungen durch Analerkrankungen sind selten. Leichte Blutungen lassen sich in der Regel konservativ beherrschen. Operative Maßnahmen richten sich nach der Grunderkrankung und werden elektiv durchgeführt.

Im Anschluss folgte eine Sitzung mit der Vorstellung interessanter Fälle, die einzeln intensiv diskutiert wurden. Das abschließende Hauptthema befasste sich mit der Fissur. Martin Schmidt-Lauber aus Oldenburg sprach über die konservative Therapie. Die akute Fissur heilt oft spontan. Harter Stuhl sollte vermieden werden. Dies erzielt man durch Ballaststoffe (18–30 g), Vollkorn, Obst und Gemüse neben ausreichender Flüssigkeitszufuhr. Eine Evidenz für diese Behandlung fehlt allerdings. Lokal wendet man anästhesierende Salben vor der Stuhlpassage und nach dem Stuhlgang Analgetika an. Ob Sitzbäder oder gar die Analdehnung helfen, ist wissenschaftlich nicht bewiesen. Die manuelle Dehnung birgt die Gefahr der unkontrollierten Sphinkterverletzung. Der Fissur liegen das Einreißen des Anoderms, infektiöse, neuromuskuläre und vaskuläre Faktoren zu Grunde. Nach vier bis sechs

Wochen entsteht die chronische Fissur bedingt durch mangelnde Perfusion, Sphinkterhypertonus und Fibrosierung des M. sphincter ani internus. Glyceroltrinitrat führt zu NO-Bildung, vorübergehender Relaxation des Sphinkters und steigert die Perfusion. Nebenwirkung ist der Kopfschmerz bei zirka 30 Prozent der Patienten. Schmerzfreiheit wird nach einer Woche erzielt, Heilung frühestens nach zwei bis drei Monaten. Kalziumantagonisten verursachen weniger häufig Kopfschmerzen.

Im letzten Beitrag gab Franz Raulf aus Münster einen historischen Überblick über die Behandlung der chronischen Analfissur. Operative Maßnahmen zielten früher auf die Rolle des M. sphincter ani internus als Verursacher der chronischen Fissur ab. Lange Zeit wurde die laterale Sphinkterotomie offen oder geschlossen favorisiert. Als Spätfolge resultiert allzu häufig die Inkontinenz in allen Graden. Daher ist heute das Standardverfahren die Fissurektomie nach Gabriel. Raulf zeigte in Schritten die saubere Operationstechnik und berichtete die Ergebnisse in der Literatur.

Peter Markus aus Essen fasste die Ergebnisse der Veranstaltung zusammen und bedankte sich bei allen Referenten, Vorsitzenden und Teilnehmern. Dieser Kongress war wieder ein großer Erfolg mit sehr vielen praktischen Hinweisen, State-of-the-Art-Vorträgen und einer angeregten Diskussion. Der achte Kongress ist auf den 21. Januar 2012 am selben Ort terminiert. ◀

Dr. med. Franz-Josef Schumacher,
Schriftführer der VKRR
Chefarzt der Chirurgischen Klinik,
Katholische Kliniken Oberhausen
info@vkrr.de
www.vkrr.de