

Operative Techniken bei entzündlichen Darmerkrankungen

Patientenseminar DCCV

Freudenstadt 03.07.2010

Dr. med. Thorsten Maxeiner

Chefarzt der Allgemein- Viszeral- und Gefäßchirurgie
Krankenhaus Freudenstadt

Therapiemöglichkeiten

- **konservativ**

- **operativ**

Standardtherapie

○ **konservativ**

Es empfiehlt sich normalerweise erst eine nichtoperative Behandlung, z.B. durch Ernährungsumstellung und/oder Medikamente wie Cortison.

Unterschiedliche Behandlung bei akuten Schüben und in den Zwischenphasen.

Erweiterte Therapie

○ **operativ**

Falls keine ausreichende Medikamentenwirkung vorhanden ist, die unerwünschten Wirkungen zu schwerwiegend sind oder es zu stärkeren Komplikationen der Darmentzündung kommt, **kann** eine operative Therapie in Frage kommen.

Therapeutische Konzeption

Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen

Internist / Gastroenterologe

Radiologe

Ernährungsberater

Psychologe

Viszeralchirurg / Proktologe

Chirurgische Therapie

Bringt keine dauerhafte Heilung bei M. Crohn !!

Häufig erneutes Auftreten der Erkrankung

Komplikationen der chirurgischen Therapie

Evtl. Anlage eines künstlichen Darmausganges

Ziele der chirurgischen Therapie

Einzigste Möglichkeit

**Komplikationen wie Abszesse, Fisteln
oder Stenosen (Einengungen) in den
Griff zu bekommen.**

-> Verbesserung der Lebensqualität

Chirurgische Therapie

Operationen sind häufig planbar und sollten, wenn möglich, im entzündungsfreien Intervall liegen

Die Operationen sind wenig belastend

Anwendung minimal-invasiver Techniken möglich

Schmerzminimierung und relativ rasche Rekonvaleszenz

Mögliche Operationen:

Abszessentlastungen

Fistelsanierung

Stenoseoperationen

Die Abszesse

Lokale Ansammlung von Entzündungssekreten
(Eiter)

Bildung durch Darmwandentzündung

Häufig der Ausgangspunkt für die Fistelentstehung

Zwischen den Därmen gelegen (Schlingenabszess)

In die Bauchdecke oder Muskulatur infiltrierend

Operationstechniken bei Abszessen

Abszessspaltung

Punktion mit Drainage

Operative Abszessausräumung

Antibiotische Abdeckung

Ursachenbeseitigung (Stenose)

**Medikamentöse Behandlung der
Grunderkrankung**

Die Fistel

- **Eine offene, röhrenförmige Verbindung zwischen einem Darmabschnitt und weiteren Organen wie**

Haut

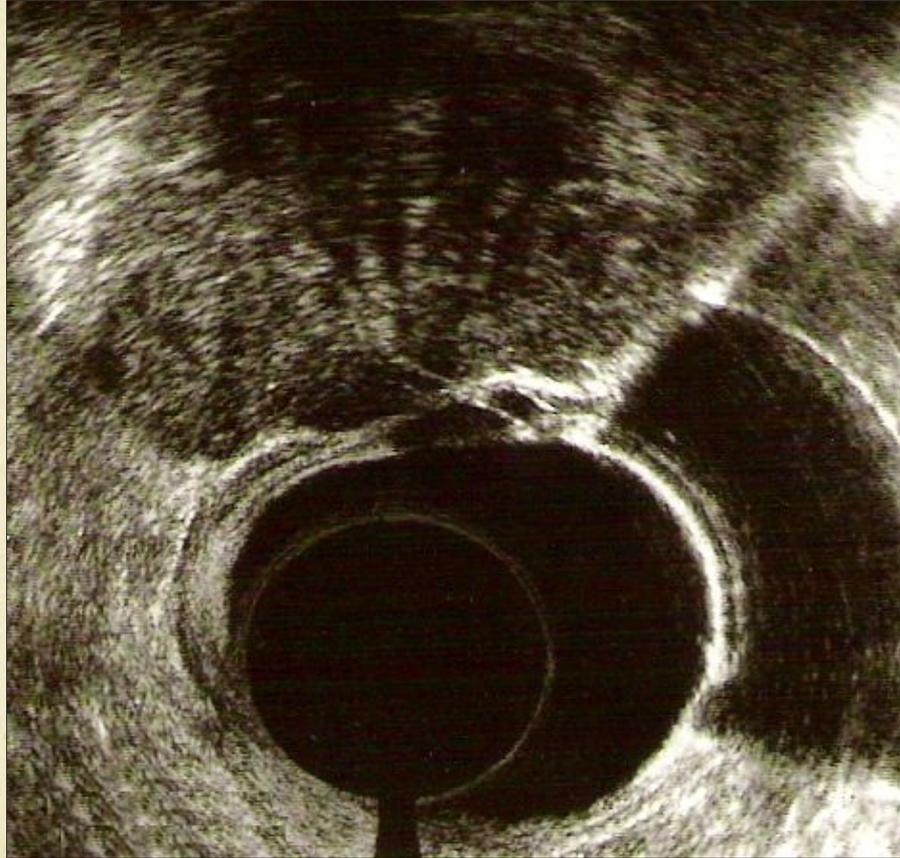
Harnblase

Scheide

Darm

Fettgewebe / Muskulatur

Fistel-Endosonographie



Operationstechniken bei Fisteln

Fistelspaltung- Erweiterung

Fadendrainage

Fistelexcision

Fibrinklebung

Fistel inversion

Mucosaflap

evtl. Anlage künstlicher Darmausgang

Die Stenosen

Häufig Folge von akuten Darmentzündungen

Narbige Abheilung führt zu Einengungen

Nach dem Essen kommt es zu Krämpfen

Völlegefühl, Nahrung wird schlecht transportiert

Erbrechen, Darmverschluss

Operationstechniken bei Stenosen

Oft ist die Entfernung der Engstellung nötig.

Endoskopisch durch Ballondilatation
speziell an Darmnähten und im Enddarm

Durch Strikturoplastik (Erweiterungsoperation)

Durch Resektion des betroffenen Segments

Eingriffe offen oder endoskopisch möglich

Operationstechniken bei Stenosen

Offen:

Bessere Übersicht

Manuelles Gefühl

Kürzere Operationszeit

Größere Narbe

Längere Rekonvaleszenz

Handnahttechnik

Atraumatisches Arbeiten bei der extramukösen Naht

Nach der Darmwanddurchtrennung überträgt normalerweise die Mukosa die Submukosa und quillt über den Wundrand hervor. Durch vorsichtiges Fassen und Hochziehen der Serosa mit der Pinzette kann die prolabierte Mukosa zurückgleiten und kommt auf gleicher Höhe mit den anderen Schichten zu liegen. Jetzt kann die Nadel übersichtlich und gezielt extramukös gestochen werden. Die gegenüberliegende Darmwand wird ebenfalls vorsichtig ohne Mukosa mit der atraumatischen Pinzette gefasst und evertiert. Mit der Nadelspitze kann die Mukosa weiter zurückgeschoben werden, um ebenfalls präzise extramukös auszustechen.

Somit wird die sehr empfindliche Mukosa geschont und intramurale Hämatome vermieden. Wichtig ist aber das Fassen von genügend Submukosa, die ein gutes Nahtlager bietet.

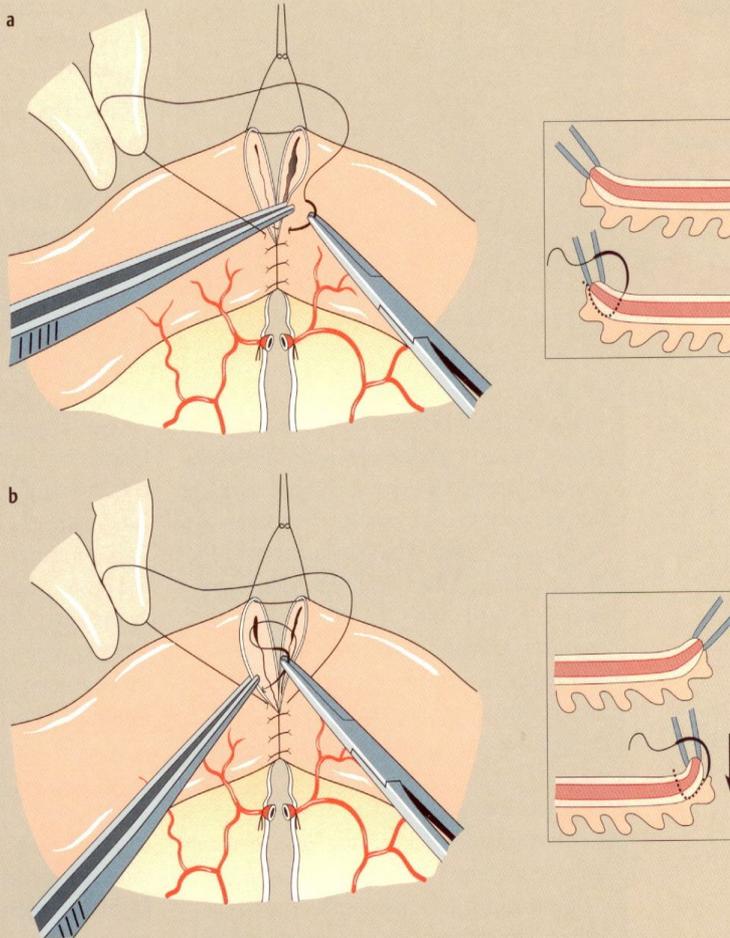


Abb. 6 ■ Prinzip der extramukösen Nahttechnik. a Einstich extramukös. b Ausstich extramukös.

Operationstechniken bei Stenosen

Endoskopisch:

Gute Detailübersicht

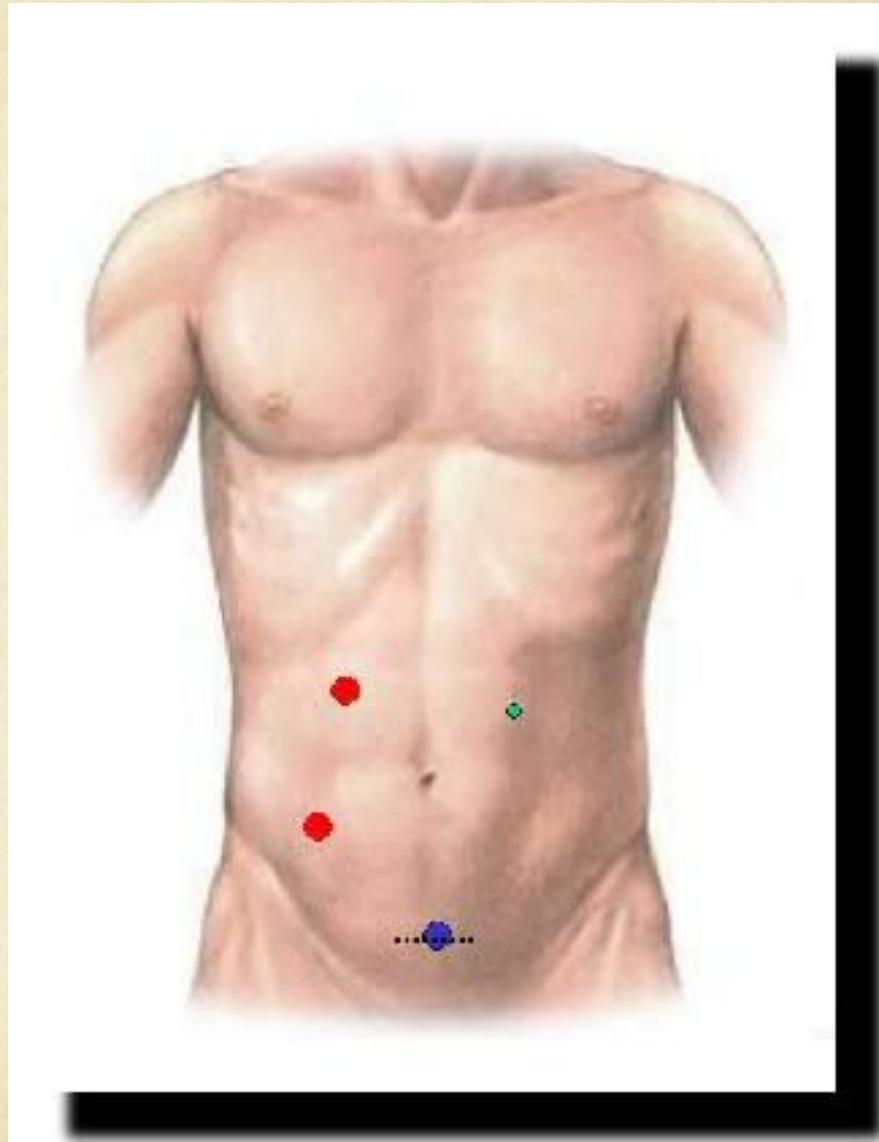
Kein manuelles Gefühl

Längere Operationszeit

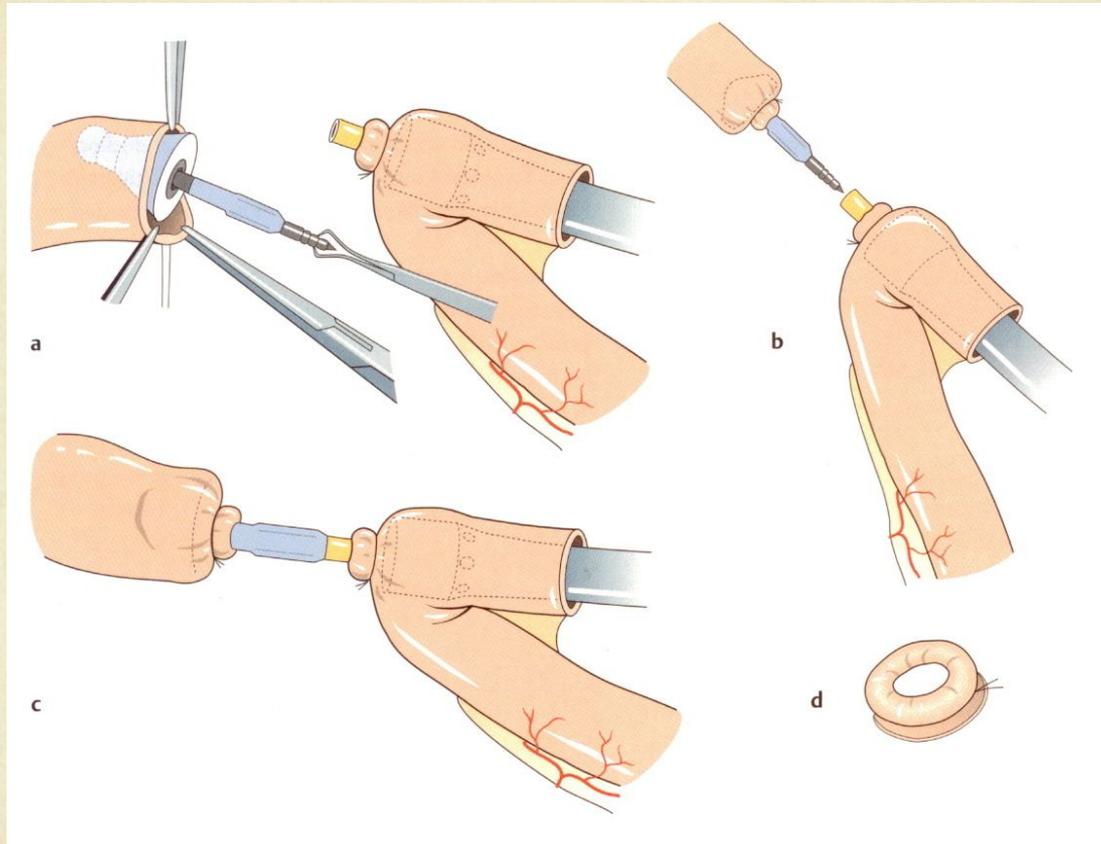
Kleinere Narben

Kürzere Rekonvaleszenz

Verbleibende Fremdkörper



Klammernahtgerät



Colitis ulcerosa

Mastdarm und Dickdarmbefall

Stenosen seltener, gute Rückbildungstendenz, aber

Hohes Carcinomrisiko durch chronische Entzündung

Häufig schwere Verläufe

Operationstechniken bei Colitis ulcerosa

Radikale chirurgische Resektionstherapie

In der Regel Entfernung des gesamten Dickdarms

Anlage eines künstlichen Darmausganges, oder

Dünndarm-Anus Verbindung mit oder ohne Reservoir (Pouch)

Pouch-OP bei Colitis ulcerosa

Reduktion des Wasserverlustes durch den Pouch

Reservoirbildung erfolgt durch Dünndarmdoppelung oder Verbreiterung

Großer Eingriff, häufig mit vorgeschaltetem Anus praeter

Auch endoskopisch möglich (Zentrum)

Zusammenfassung

Der Chirurg steht am Ende der Behandlungskette

Bei M. Crohn operatives Vorgehen nur bei Beschwerden und Komplikationen

So wenig wie möglich, so viel wie nötig

Bei Colitis ulcerosa möglichst radikal

Sorgfältige Auswahl der OP-Methodik

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit**

