

coloproctology 2020 · 42:353–354
<https://doi.org/10.1007/s00053-020-00474-5>
 Online publiziert: 3. Juli 2020
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2020



Igors lesalnieks

Klinik für Allgemein-, Viszeral, Endokrine und Minimal-invasive Chirurgie, München Klinik Bogenhausen, München, Deutschland

Strikturoplastik versus Darmresektion bei Crohn-Stenosen

Originalpublikation

Butt WT, Ryan ÉJ, Boland MR et al (2020) Strikturoplastik versus bowel resection for the surgical management of fibrostenotic Crohn's disease: a systematic review and meta-analysis. *Int J Colorectal Dis* 35(4):705–717. <https://doi.org/10.1007/s00384-020-03507-z>

Hintergrund und Ziel. Die Strikturoplastik minimiert als darmsparendes Verfahren die Gefahr des Auftretens eines Kurzdarmsyndroms bei operierten Crohn-Patienten. Allerdings ist das Rezidivrisiko bei Strikturoplastik möglicherweise höher als bei Darmresektion.

Unser Ziel war es, die Morbidität und Rezidivrate nach Strikturoplastik und Darmresektion bei Crohn-Patienten mit Darmstenosen zu vergleichen.

Patienten und Methodik. Dieses systematische Review wurde unter Beachtung der PRISMA- und MOOSE-Leitlinien durchgeführt. Dabei wurden Beobachtungsstudien identifiziert, welche die Outcomes bei Crohn-Patienten nach Strikturoplastik mit denen nach Darmresektion verglichen. Anhand von Kaplan-Meier-Kurven oder Cox-Regressionsmodellen erfolgte die Berechnung der Log-Hazard-Ratios (InHR) für das rezidivfreie Überleben (RFS). Für das Pooling wurde die Methode der inversen Varianz verwendet. Dichotome Variablen wurden unter Verwendung der Mantel-Haenszel-Methode als Odds-

Ratios (OR) gepoolt. Kontinuierliche Variablen wurden als gewichtete Mittelwertdifferenzen gepoolt.

Ergebnisse. Zwölf Studien mit 1026 Crohn-Patienten (Strikturoplastik $n = 444$; 43,27%; Darmresektion mit oder ohne Strikturoplastik $n = 582$; 56,72%) erfüllten die Einschlusskriterien. Es fand sich ein höheres Rezidivrisiko bei Strikturoplastik im Vergleich zur Darmresektion (OR 1,61; 95% KI 1,03–2,52; $p = 0,04$; $I^2 = 0\%$). Im Vergleich zu Patienten nach Darmresektion war bei Patienten nach alleiniger Strikturoplastik das rezidivfreie Überleben signifikant reduziert (HR 1,47; 95% KI 1,08–2,01; $p = 0,02$; $I^2 = 0\%$). Es fand sich kein Unterschied hinsichtlich der Morbidität zwischen den Gruppen (OR 0,58; 95% KI 0,26–1,28; $p = 0,18$; $I^2 = 0\%$).

Schlussfolgerung. Eine Strikturoplastik sollte nur bei Patienten mit Crohn-Stenosen erfolgen, die hochgradig gefährdet sind, ein Kurzdarmsyndrom und Darminsuffizienz zu entwickeln. Ist dies nicht der Fall, sollte die Darmresektion als chirurgisches Verfahren bei der Therapie von Crohn-Stenosen bevorzugt werden.

Kritische Betrachtung des Studiendesigns

Das größte methodologische Problem der eingeschlossenen 12 Studien ist die Heterogenität der beiden Gruppen. Die Strikturoplastiken wurden in dieser Studie ausschließlich bei Patienten mit Stenosen durchgeführt (B2-Phänotyp), während ein erheblicher Anteil

der Patienten in der Resektionsgruppe an penetrierendem M. Crohn litt (B3-Phänotyp). Auch waren die Krankheitslokalisationen nicht gleich verteilt. In der Resektionsgruppe fanden sich viele Patienten mit Dickdarm-Crohn, während die Strikturoplastik-Gruppe fast ausschließlich aus Patienten mit Dünndarmbefall bestand. Auch wird die Strikturoplastik besonders oft bei multiplen kurzen Stenosen im Dünndarm proximal des terminalen Ileums durchgeführt (die L4-Lokalisation), die Resektionen dagegen bei längeren befallenen Segmenten und meist bei Patienten mit monosegmentalem Befall des terminalen Ileums (die L1-Lokalisation). Diese sehr wichtigen Unterschiede der Indikationen korrelieren jedoch signifikant mit den Langzeitergebnissen. So treten klinische und endoskopische Rezidive bei Patienten mit stenosierendem M. Crohn signifikant häufiger auf als bei penetrierendem Phänotyp [1]. Auch korreliert der multisegmentale proximale Dünndarmbefall mit einer schlechteren Prognose (Abb. 1). Problematisch ist auch der primäre Endpunkt der Studie – gesamte Rezidivrate. Diese vermischt die chirurgischen, die endoskopischen und die klinischen Rezidive. Die chirurgischen treten jedoch naturgemäß wesentlich später auf. Bei Patienten mit proximalem Dünndarmbefall ist die endoskopische Kontrolle nicht möglich, womit nicht alle Patienten gleich nachgesorgt werden können. Das klinische Rezidiv dürfte daher den wichtigsten Endpunkt darstellen, doch ausgerechnet in diesem Punkt zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden

Die Zusammenfassung der Studie ist die Übersetzung des englischen Abstracts der Originalpublikation.

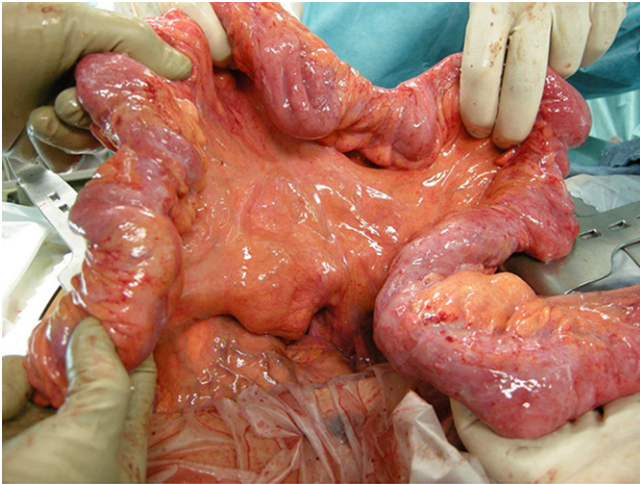


Abb. 1 ◀ Patient mit multiplen „skip lesions“ im beinahe gesamten Dünndarm. Eine Resektion kommt bei solchen Patienten nicht in Frage, die Strikturoplastiken würden jedoch kaum zu dauerhafter Remission führen

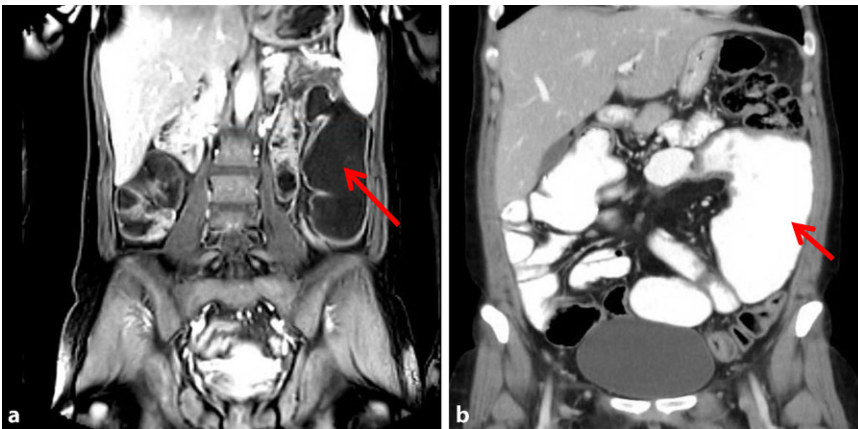


Abb. 2 ▲ Patientin mit multiplen Jejunumstenosen – Bild präoperativ (a) und 7 Monate postoperativ (b). Trotz Strikturoplastik verblieb ein afunktionelles dilatiertes Jejunumsegment (Pfeil). Die Patientin berichtete weiterhin über postprandiale Koliken, deren Intensität jedoch deutlich abnahm. Eine Operation wegen Narbenhernie 3 Jahre später wies immer noch ein dilatiertes Jejunumsegment und multiple „skip lesions“ auf, relevante Stenosen lagen jedoch nachweislich nicht mehr vor

Verfahren. Die Autoren wählten gesamte Rezidivrate als Endpunkt jedoch aus, um möglichst viele Studien zusammen auswerten zu können.

Kritische Deutung der Ergebnisse

Trotz der o.g. Kritik sollte betont werden, dass die Fragestellung der Studie sehr wichtig ist und die Schlussfolgerung keineswegs falsch sein muss. Die darmsparende Chirurgie (d. h. die Strikturoplastik) scheint „auf dem Papier“ die klar attraktivere Option zu sein, soll sie doch vor den Gefahren des Kurzdarmsyndroms schützen. Der Wert der Strikturoplastik ist in der Praxis jedoch gering, da sich nur wenige Patienten für den Eingriff klassifizieren. Von den letzten an

unserer Klinik 260 chirurgisch behandelten Patienten erhielten lediglich 3 Strikturoplastiken ohne gleichzeitige Resektionen, obwohl das Verfahren die Methode der Wahl bei passender Indikation darstellte. Doch auch wenn die Anzahl der geeigneten Patienten mit Stenosen im Dünndarm proximal des terminalen Ileums gering ist, bleibt die Frage relevant: Womit kann die Remission eher erreicht und länger aufrechterhalten werden? Die fibrotisch fixierten stenosierenden Dünndarmsegmente stellen irreversibel zerstörte Darmabschnitte dar. Die Strikturoplastik ist eine rein mechanische Maßnahme. Die Funktionalität der erhaltenen, weiterhin chronisch-entzündlich veränderten Segmente ist jedoch fragwürdig. Die Erhaltung solcher „funktionell zerstörten“ Segmente kann mit an-

haltenden, wenn auch leichteren, Symptomen assoziiert sein (▣ Abb. 2). Die vorliegende Publikation legt nahe, eine Resektion dann vorzuziehen, falls keine realistischen Gefahren eines Kurzdarms bestehen.

Fazit für die Praxis

Bei der erdrückenden Mehrzahl der Patienten bestimmt der Phänotyp der Erkrankung auch das Operationsverfahren. Lediglich bei einem geringen Anteil der Patienten mit Stenosen im Dünndarm kommt die Strikturoplastik als alleinige chirurgische Maßnahme in Frage. Bei Patienten mit multiplen kurzsegmentalen Stenosen, die sich über sehr lange Dünndarmabschnitte verteilen, oder bei Patienten mit bereits kurzem Dünndarm, verbieten sich langstreckige Resektionen. Strikturoplastiken müssen in solchen Fällen durchgeführt werden, vorausgesetzt, sie sind technisch machbar. Solange die verbleibende Dünndarmlänge jedoch sicher ausreichend ist, kann die Resektion den Strikturoplastiken vorgezogen werden. Die vorliegende Studie weist zumindest darauf hin, dass damit eine stabilere und längere Remission erreicht werden kann. Diese Schlussfolgerung deckt sich auch mit der persönlichen Erfahrung.

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. med. Igors Iesalniëks
Klinik für Allgemein-, Viszeral, Endokrine und Minimalinvasive Chirurgie, München
Klinik Bogenhausen
Englschalkinger Str. 77,
81925 München, Deutschland
Igors.lesalniëks@
klinikum-muenchen.de

Interessenkonflikt. I. Iesalniëks gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Maggiori L, Brouquet A, Zerbib P et al (2019) Penetrating Crohn disease is not associated with a higher risk of recurrence after surgery: a prospective nationwide cohort conducted by the Getaid Chirurgie Group. *Ann Surg* 270(5):827–834