Morbus Crohn

Alternativen der Präparatebergung müssen beherrscht werden

Kommentar zum Beitrag

Kroesen AJ, Gröne J, Buhr HJ, Ritz JP (2009) Bergeinzisionslose laparoskopische Proktokolektomie mit Brooke-Ileostoma bei therapieresistenter Proktokolitis Crohn. Chirurg 80: 730–733

Die Forschungsarbeiten, die in den letzten Jahrzehnten zum Morbus Crohn veröffentlicht wurden, füllen Bibliotheksregale. Dennoch hat die Erkrankung bei allem Erkenntniszuwachs ihre Geheimnisse nicht vollständig preisgegeben. Man weiß, dass bestimmte Formen des Morbus Crohn spezielle Prädelektionsorte bevorzugen, dennoch kann man nie sicher sein, wo sich der nächste Schub der Erkrankung abspielen wird, und selbst bei optimaler Therapie muss eine Vielzahl von Patienten einmal oder mehrfach operiert werden.

Alle Maßnahmen, die dazu angetan sind, intraabdominelle Verwachsungen zu vermindern und entstellende Narben bei den nicht selten jungen Patienten zu vermeiden, sind uneingeschränkt zu begrüßen. Der Idealfall der fast narbenlosen und an der Körperoberfläche fast zerstörungsfreien Kolektomie wird in der vorliegenden Arbeit beschrieben. Die transanale Bergung des laparoskopischen Resektates wird in einem kleinen Kollektiv auf die Proktokolektomie bei Crohn-Panokolitis mit Zerstörung des Schließmuskelapparates durch fistelnde Systeme adaptiert – eine therapeutische Alternative, die für Kliniken und Chirurgen mit außerordentlich großer Erfahrung im Bereich der entzündlichen Darmerkrankungen zu sehr guten Ergebnissen führen kann. Di-

es sollte jedoch nicht zu allgemeiner Empfehlung und kritikloser Anwendung der Methode führen. Wer sich intensiv mit Crohn-Fistelsystemen und den daraus resultierenden Komplikationen beschäftigt, weiß, dass der Morbus Crohn dazu neigt, über viele Jahre hinweg rezidivierende, meist nicht vollständig abheilende Fistelsysteme mit extremer perifistulärer Fibrose zu bilden. Der Schließmuskelapparat und die Gegend oberhalb des Beckenbodens, manchmal auch der Beckenboden selbst, sind daher in der Regel fibrotisch verändert und so hart, dass ein Durchzug des Gesamtpräparates mit einem hohen Risiko verbunden ist, da der Dickdarm sehr leicht einreißt, die Bauchhöhle und das kleine Becken kontaminiert werden mit vielen negativen Folgen für den Patienten.

Es müssen also verschiedene Alternativen der Präparatebergung von der Morcellierung im Bergebeutel – sofern kein Malignitätsverdacht besteht – bis zur operativen Erweiterung des Schließmuskelapparates und des fibrotischen Beckenbodens beherrscht werden.

Korrespondenzadresse

Prof. H.-P. Bruch

Klinik für Chirurgie,
 Universitätsklinikum Schleswig-Holstein,
 Ratzeburger Allee 160 (Haus 40/ZK),
 23538 Lübeck
 bruch@uni-luebeck.de