Laparoskopische vs. offene Kolektomie bei akuter medikamentös therapierefraktärer Kolitis

Originalpublikation

Bartels SA, Gardenbroek TJ, Ubbink DT et al (2013) Systematic review and meta-analysis of laparoscopic versus open colectomy with end ileostomy for non-toxic colitis. Br J Surg 100:726–733

Hintergrund

Colitis ulcerosa und Morbus Crohn können sich mit einer akuten medikamentös therapierefraktären Kolitis manifestieren, die eine dringliche Operationsindikation zur (subtotalen) Kolektomie darstellt. Dieser Eingriff kann prinzipiell offen oder laparoskopisch erfolgen, wobei letzterem Vorgehen prinzipielle Vorteile hinsichtlich stationärer Verweildauer, Kosmetik, Narbenhernien und Erhaltung der Fertilität nachgesagt werden.

Fragestellung und Methode

Ziel dieser systematischen Literaturrecherche war der Vergleich der Kurzzeitergebnisse nach entweder laparoskopischer oder offener subtotaler Kolektomie mit terminaler Ileostomie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Für diese Metaanalyse wurden aus den bekannten medizinischen Datenbanken alle relevanten Publikationen bis Juni 2012 extrahiert. Berücksichtigt wurden Eingriffe im Sinne einer (sub-)totalen Kolektomie bei medikamentös therapierefraktärer Erkrankung. Handassistierte Eingriffe wurden als „laparoskopisch“ gewertet.

Ergebnisse

Sechs Kohortenstudien und 3 Fall-Kontroll-Studien mit insgesamt 966 Patienten wurden in die Metaanalyse eingeschlossen, entsprechend 421 Patienten nach laparoskopischer und 545 Patienten nach offener Kolektomie. Das gepoolte relative Risiko (RR) für eine Konversion zur offenen Operation betrug 5,5% (95%-Konfidenzintervall [KI]: 3,6–8,4). Die laparoskopische Kolektomie ging mit einer signifikant reduzierten Rate an oberflächlichen Wundinfektionen (RR=0,60; 95%-KI: 0,38–0,95; p=0,03) und intraabdominellen Abszessen (RR=0,27; 95%-KI: 0,08–0,91; p=0,04) einher. Die übrigen Komplikationsraten (z. B. Reoperation, Ileus, Blutung und Letalität) zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Erwartungsgemäß führte die laparoskopische Kolektomie zu einer Verkürzung des stationären Aufenthaltes um im Mittel 3 Tage gegenüber der offenen Operation (3,17 Tage; 95%-KI: 2,37–3,98; p<0,001).

Diskussion und Fazit des Reviewers

Obwohl keine prospektiv-randomisierten Studien zu dieser Fragestellung vorliegen, zeigt die aktuelle Metaanalyse signifikante (Kurzzeit-)Vorteile für die laparoskopische Kolektomie in der Notfallsituation. Gerade die reduzierte Rate an septischen Komplikationen verdient hier besondere Beachtung, da die ein-

geschlossenen Patienten mit akuter medikamentös therapierefraktärer Kolitis zum Operationszeitpunkt unter einer relevanten Dosis immunsuppressiver Medikamente gestanden haben dürften. Unter Berücksichtigung der zu erwartenden Langzeitvorteile (z. B. geringe Rate an Narbenhernien) wird daher die laparoskopische (sub-)akute Kolektomie als „ideale Methode in entsprechend erfahrenen Zentren“ angesehen. Dies schränkt jedoch gleichzeitig die Aussagekraft und generelle Reproduzierbarkeit der Ergebnisse ein: Zum einen da in den zitierten Studien häufig kritisch kranke Patienten ausgeschlossen waren, zum anderen, da in der Notfallsituation häufig kein entsprechend qualifizierter laparoskopischer Kolorektalchirurg zur Verfügung steht.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. C.-T. Germer
 Klinik für Allgemein-,
 Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie,
 Universitätsklinikum Würzburg,
 Oberdürrbacher Str. 6, 97080 Würzburg
 germer_c@klinik.uni-wuerzburg.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt für sich und seinen Koautor an, dass kein Interessenkonflikt besteht.