

verglichen mit denen, die kein Stoma erhielten. Dabei war die häufigste Stoma-assoziierte Komplikation eine prärenale Niereninsuffizienz als Folge eines High-output-Stomas.

Es ist das Verdienst der Autoren, einen Fokus auf die Stoma-assoziierte Komplikationsrate zu richten. Alle chirurgischen Details im Rahmen einer anterioren Rektumresektion sollten permanent kritisch überdacht werden. Hierzu gehört auch die Anlage eines protektiven Stomas. Obgleich die Autoren knapp eine Manuskriptseite verwenden, um die „Limitations“ ihrer Studie aufzuführen, werden sie nicht müde, vor der kritiklosen Anlage eines Stomas zu warnen. Dies ist aufgrund der vorgelegten Analyse aber

unzulässig. Der Leser hat Not, die unterschiedlichsten Bias, die die Analyse verhängeln, zu überblicken.

Daher bleibt nach der Lektüre dieser Publikation die Aufforderung an den verantwortungsbewussten Operateur, nicht in jedem Fall kritiklos ein Stoma anzulegen. Das Stoma selbst hat seine Probleme, und die Stomarückverlagerung hat auch eine signifikante Komplikationsrate. Leider hilft die vorliegende Arbeit bei der Entscheidungsfindung „Stoma ja/nein?“ nicht.

Diejenigen, die Rektumchirurgie aus der Vor-Protektions-Zeit kennen, haben nicht vergessen, wie es aussieht, wenn ein Patient tiefgrau im septischen Schock mit einer Anastomoseninsuffizienz mit flie-

genden Kitteln in den Operationssaal gefahren wurde. Es mag persönlicher Eindruck sein, aber so etwas sieht man mit einem protektiven Ileostoma heute nicht mehr.

Korrespondenzadresse



PD Dr. S. Petersen

Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Asklepiosklinik Altona Paul-Ehrlich-Str. 1, 22763 Hamburg, Deutschland sv.petersen@asklepios.com

Interessenkonflikt. S. Petersen gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

coloproctology 2018 · 40:460–462
<https://doi.org/10.1007/s00053-018-0300-6>
 Online publiziert: 19. Oktober 2018
 © Der/die Autor(en) 2018



CrossMark

I. E. Kronberger

Universitätsklinik für Visceral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie, Innsbruck, Österreich

Probieren geht über Studieren: Resektion von Mesenterium bei Morbus Crohn?

Originalpublikation

Coffey JC, Kiernan MG, Sahebally SM et al (2018) Inclusion of the mesentery in ileocolic resection for Crohn's disease is associated with reduced surgical recurrence. *J Crohns Colitis*. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjx187>

Zusammenfassung

Einleitung. Die Kollegen aus Limerick beschäftigen sich hier mit einer möglichen Verbesserung der operativen Rezidivrate von Morbus-Crohn-Patienten durch partielle Mitnahme von mesenterischem Gewebe bei ileokolischen Resektionen.

Methodik. Als Rezidive wurden die Operationen wegen mit Morbus Crohn asso-

ziierten Problemen nach ileokolischer Resektion, nicht aber Operationen wegen post- oder perioperativen Komplikationen gezählt. Diese „chirurgischen Rezidivrate“ wurden über ein medianes Follow-up von fast 6 Jahren zwischen zwei Kohorten (A: ohne Mesenterium = 30, B: mit Mesenterium = 34 Patienten) verglichen. Bezüglich einer möglichen Assoziation von mesenterischer Entzündung und Rezidivrate wurden in Kohorte B neben dem CDAI (Crohn's Disease Activity Index) zusätzlich eigens generierte Scores – der „mucosal disease activity index“ und ein Score zur mesenterischen Aktivität – verwendet. Zusätzlich wurden aus 94 konsekutiv operierten Crohn-Patienten (aller Darmlokalitäten) als dritte Kohorte (C) 31 Patienten mit >50 % „fat wrapping“ an der Darmzirkumferenz gefunden, die eine Aussage über die histologische Aktivität im resezierten Mesen-

terium und die chirurgische Rezidivrate geben soll.

Ergebnisse. Neun Patienten (30 %) der Kohorte A und 1 Patient (2,9 %) jener mit mesenterischer Teilresektion (B) mussten aufgrund eines Crohn-Rezidivs neuerlich operiert werden. Drei der 9 Patienten wurden mehrfach operiert (gesamt 12 Operationen), in der kumulativen Operationsrate zeigt sich dadurch eine deutliche Signifikanz. 92 % der Reoperationen erfolgten innerhalb von 2 Jahren. In Kohorte A zeigt der proximale Resektionsrand in 79 % eine Crohn-typische Entzündung, bei 84 % der Kohorte B hingegen keine. In der Kohorte B korreliert der Aktivitätsindex (und die Topographie) von mesenterischer Erkrankung mit der mukosalen sowie dem CDAI und Rauchen. Das ausgeprägte „fat wrapping“ der Kohorte C

konnte assoziiert werden mit komplizierter Crohn-Erkrankung und häufigerem als auch schnellerem chirurgischem Rezidiv. Die mesenterische Aktivität war höher bei Rauchern und korrelierte mit erhöhter Zahl von zirkulierenden Fibrozyten.

Schlussfolgerung. Die Mitnahme des erkrankten Mesenteriums bei ileokolischer Resektion ist in dieser Studie mit einer verringerten Rate an Reoperationen bei Crohn-Rezidiv assoziiert.

Kommentar

Das Mesenterium wird seit den 1970er Jahren als Organ mit spezifischem Krankheitswert bei Morbus Crohn diskutiert. 1997 berichtet eine Gruppe aus Bologna nach initialen Beobachtungen an Hasen auch von 20 Crohn-Patienten mit reduzierter chirurgischer Rezidivrate nach ileokolischer Resektion und zusätzlicher Mesenterium-Omentoplastik [1]. Eine Gruppe aus Frankreich zeigt 2007 in eindrücklicher Art die spezifischen Eigenheiten des „creeping fats“ und Mesenteriums bei Morbus Crohn auf [4]. In den folgenden Jahren wurde nicht nur die antimesenterielle Anastomose zur bevorzugten Techniken in der Crohn-Chirurgie, auch konnte abseits der großen Veränderungen in der medikamentösen Therapie neuerlich eine Assoziation von chirurgischem Rezidiv und bildgebend auffälligem und verbliebenem mesenteriellem Fettgewebe berichtet werden [3].

In der hier publizierten retrospektiven Studie wird der mögliche Vorteil durch Mitnahme des ileokolischen Mesenteriums bei Morbus-Crohn-Patienten aufgezeigt. Hierzu wurden operierte Patienten vor 2010 (Kohorte A) mit den Patienten nach 2010 (Kohorte B) verglichen, da die operative Technik in dem Zentrum geändert wurde. Die Auswahl und Erfahrung mit einer neueren medikamentösen Therapie war vor 2010 im Vergleich zu den Jahren danach limitiert, so verwundert es nicht, dass die Kohorte B zum Zeitpunkt der ileokolischen Resektion häufiger mit Biologika vorbehandelt waren. Insofern wurde eventuell die Operationsindikation auch zuvor anders eingeschätzt, je-

denfalls war immer ein interdisziplinäres Team dafür zuständig.

Die Patienten zeigen in der multivariaten Analyse als Risikofaktoren zum chirurgischen Rezidiv einmal mehr das Rauchen und den Phenotyp nach Vienna-Klassifikation – auffällig hier: mehr (auch ehemalige) Raucher fanden sich in der Kohorte A, welche deutlich mehr Reoperationen hatte.

Kritisch muss auch gesehen werden, ob Reoperationen im perioperativen Verlauf von Crohn-Patienten tatsächlich von einer Komplikation abseits der Grunderkrankung unterschieden werden können, wie hier in der Einleitung angegeben.

Die mukosalen und mesenterialen Veränderungen passieren laut der histologischen Befundung in dieser Studie in sehr naher Nachbarschaft und spielen sich in einer Art Transitionszone ab. Bei den Patienten nach 2010 wurde laut Studie – bei kürzerer Resektionslänge – im gesunden Anteil, der auch frei von Fettgewebsveränderungen war, reseziert. Obwohl man in der Kohorte vor 2010 sozusagen darmsparend und makroskopisch am „freien Rand“ des pathologisch wirkenden Darms reseziert hat, ist die Resektionslänge bei Patienten vor 2010 durchschnittlich etwas großzügiger ausgefallen.

Die Studie lässt nicht zuletzt wegen der geringen Patientenzahl offen, ob die niedrigere Rezidivrate hier speziell für Patienten mit ileokolischem Befall und ungeachtet der Art der mesenterialen Beteiligung (z. B. wie viele mesenteriale Abszesse gab es bildgebend in der Kohorte A) gelten kann. Jedenfalls kann diese Studie die Hypothese einer postoperativ vorteilhaften und geringeren lokalen immunologischen Reaktion im Operationsgebiet bei Morbus-Crohn-Patienten durch die Mitnahme des Mesenteriums und damit von Lymphgewebe [2] neuerlich unterstützen. Es bleibt aber unklar, ob dies für alle Patienten und Erkrankungsstadien mit Morbus Crohn behauptet werden könnte.

Aktuell laufen einige Studien rund um die mesenterischen Zustände und Zusammenhänge mit der Chirurgie von Morbus Crohn und lassen auf mehr Klarheit in den nächsten Jahren hoffen.

Korrespondenzadresse



Dr. I. E. Kronberger
Universitätsklinik für Visceral-,
Transplantations- und
Thoraxchirurgie
Anichstraße 35, 6020 Innsbruck,
Österreich
irmgard.kronberger@
i-med.ac.at

Funding. Open access funding provided by University of Innsbruck and Medical University of Innsbruck.

Interessenkonflikt. I. E. Kronberger gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Literatur

1. Del Gaudio A, Bragaglia RB, Boschi L et al (1997) A new approach in the management of Crohn's disease: observations in 20 consecutive cases. *Hepato-gastroenterology* 44:1095–1103
2. Li Y, Stocchi L, Liu X et al (2015) Presence of Granulomas in Mesenteric Lymph Nodes Is Associated with Postoperative Recurrence in Crohn's Disease. *Inflamm Bowel Dis* 21:2613–2618
3. Li Y, Zhu W, Gong J et al (2015) Visceral fat area is associated with a high risk for early postoperative recurrence in Crohn's disease. *Colorectal Dis* 17:225–234
4. Peyrin-Biroulet L, Chamailard M, Gonzalez F et al (2007) Mesenteric fat in Crohn's disease: a pathogenetic hallmark or an innocent bystander? *Gut* 56:577–583

Hier steht eine Anzeige.

