



Ileoanaler Pouch

Im Jahre 1978 veröffentlichten A. Parks und R. Nicholls aus der St. Marks Clinic in London erstmals eine Serie von 8 Patienten, bei denen nach Proktokolektomie ein Neoreservoir aus Ileum geschaffen wurde [1]. Dies stellt die Geburtsstunde des ileoanal Pouchs dar. Nachdem Parks und Nicholls in ihrer Erstpublikation noch einen S-Pouch zur Anwendung brachten, konzentrierte man sich in den folgenden Jahren zunächst auf das Pouchdesign. Mehrere verschiedene Designs (J-Pouch, W-Pouch, H-Pouch, K-Pouch etc.) wurden versucht und nach einigen vergleichenden Untersuchungen setzte sich der von J. Utsunomiya erstpublizierte J-Pouch wegen gleich guter funktioneller Ergebnisse wie andere aufwendigere Konstruktionen bei technischer Einfachheit und weniger verwendetem terminalem Ileum durch [2].

Nahezu 40 Jahre später ist das Operationsverfahren voll etabliert und wird im klinischen Alltag eingesetzt. Dennoch werden einige Teilaspekte zur Indikation und Technik immer wieder kontrovers diskutiert, weshalb in diesem Schwerpunktheft der Zeitschrift *Der Chirurg* im Wesentlichen vier unterschiedliche Teilaspekte zu dem Operationsverfahren in entsprechenden Beiträgen bearbeitet werden.

Für die chirurgische Therapie der Colitis ulcerosa, der familiären adenomatösen Polyposis (FAP) und des multi-lokulären Kolonkarzinoms ist der ileoanale Pouch der Goldstandard und allgemein akzeptiert. Beim M. Crohn und bei dem Krankheitsbild einer schweren Slow-transit-Obstipation dagegen ist die Indikation zu diesem Verfahren Gegenstand kontroverser Diskussion.

Anfangs galt M. Crohn für die restaurative Proktokolektomie mit ileoanaler Pouchanlage als Kontraindikation. Analysen größerer Serien mit akzidenteller Pouchanlage auch bei M. Crohn zeigten, dass für eine Subgruppe von Patienten (auf das Kolon limitierte Colitis Crohn, keine perianalen Fisteln, kein Dünndarmbefall) diese Operation auch eine Option darstellen kann. Die Erfolgsrate liegt mit ca. 80 % nur 10 % unter der durchschnittlichen Erfolgsrate bei der Colitis ulcerosa, bei vergleichbarem funktionellem Ergebnis. Es bedarf daher einer neuen Bewertung der Operationsindikationen zu diesem Verfahren.

» Auch bei M. Crohn ist der ileoanale Pouch eine Option

In einem zweiten Beitrag wird die operative Technik auf den Prüfstand gestellt. Vor allem die Frage der technischen Herstellung der Anastomose (Stapler oder Mukosektomie mit Handnaht) ist nach wie vor nicht eindeutig gelöst. Ein zusätzlicher kritischer Punkt war die Notwendigkeit eines protektiven Ileostomas. Diese Frage konnte zugunsten der protektiven Ileostomie entschieden werden, vor allem wegen der Gefahr einer sekundären Ileostomaanlage im Falle von Komplikationen.

Auch wenn es eine Vielzahl neuer medikamentöser Substanzen zur Behandlung der Colitis ulcerosa gibt, ist die restaurative Proktokolektomie mit Ileum-J-Pouch nicht nur eine gute Option beim Karzinom und Therapieversagen, sondern auch eine echte Therapiealternative zur dauerhaften Immunsuppression. Die Operation ermöglicht abgesehen von der Pouchitis und den extraintestinalen Ma-

nifestationen eine Heilung von der Erkrankung. Ein weiterer Beitrag in diesem Heft belegt die guten Langzeitergebnisse dieses Verfahrens eindeutig.

Unter einigen Gastroenterologen, aber auch bei dem einen oder anderen Viszeralchirurgen genießt die Operationstechnik nach wie vor einen schlechten Ruf. Begründet wird der schlechte Ruf durch eine ca. 10%ige Versagerrate (chronische Pouchitis, Inkontinenz, M. Crohn, postoperative Komplikationen). Wie der letzte Beitrag dieses Themenheftes zeigt, besteht selbst in diesen Situationen noch eine Möglichkeit, einen ileoanalen Pouch zu retten und dem betroffenen Patienten eine adäquate Funktion zu erhalten.

Wie hoffen, Ihnen mit diesem Schwerpunktheft einen aktuellen Überblick über die Datenlage zu diesem wichtigen viszeralchirurgischen Thema für eine angeregte interdisziplinäre Diskussion mit Ihrem gastroenterologischen Partner verschafft zu haben und wünschen Ihnen viel Freude bei der Lektüre.

Prof. Dr. C. T. Germer

Prof. Dr. A. J. Kroesen

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. C. T. Germer

Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Würzburg, Zentrum Operative Medizin (ZOM) Oberdürrbacher Str. 6, 97080 Würzburg, Deutschland
germer_c@ukw.de

Interessenkonflikt. C.-T. Germer und A.J. Kroesen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Parks AG, Nicholls RJ (1978) Proctocolectomy without ileostomy for ulcerative colitis. Br Med J 2:85–88
2. Utsunomiya J (1983) Studies on total colectomy, mucosal proctectomy and ileoanal anastomosis (ileoanostomy). Nihon Geka Gakkai Zasshi 84:749–752

In eigener Sache



Galenus-von-Pergamon-Preis 2017

11 Arzneimittel-Innovationen gehen ins Rennen

Mit dem von der Springer Medizin Verlag GmbH gestifteten Galenus-von-Pergamon-Preis werden herausragende Arzneimittelinnovationen gewürdigt. Der Preis wird in den Kategorien „Primary Care“, „Specialist Care“ und „Orphan Drugs“ vergeben. Über die Zuerkennung entscheidet eine unabhängige Expertenjury. Hier stellen wir einen Kandidaten vor:

Idelvion®

(Albutrepenonacog alfa)

Die seltene Erkrankung Hämophilie B kann mit Spontanblutungen in Gelenke, Muskeln und Weichgewebe oder gar mit lebensbedrohlichen intrakraniellen oder gastrointestinalen Blutungsereignissen einhergehen. Um Blutungen vorzubeugen, sind derzeit intravenöse Injektionen eines Faktor-IX-Präparates erforderlich - auf Grund der kurzen Eliminationshalbwertszeit in drei- bis viertägigen Abständen.

Bei der Entwicklung von Albutrepenonacog alfa (Idelvion®) von CSL Behring ist es gelungen, ein rekombinantes Faktor-IX-Albumin-Fusionsprotein (rIX-FP) mit einer Halbwertszeit von etwa 100 h zu produzieren. Die Erfahrungen nach der Markteinführung im Juni 2016 deuten darauf hin, dass die Prophylaxe an festen Wochentagen alle 7 bis 14 Tage bei Faktor-IX-Talspiegeln von durchschnittlich 12% die Therapie vereinfacht und sicher vor Blutungen schützt. Weitere Vorteile sind das geringe Injektionsvolumen (2,5 bis 5 ml) sowie die Haltbarkeit bei Raumtemperatur. Wirksamkeit und Sicherheit von rIX-FP wurden im Rahmen des PROLONG-9FP-Studienprogramms belegt.

Quelle: www.aerztezeitung.de