



Stent vs. Stoma bei maligner Kolonstenose – Langzeitergebnisse

Originalpublikation

Abelson JS, Yeo HL, Mao J et al (2017) Long-term postprocedural outcomes of palliative emergency stenting vs stoma in malignant large-bowel obstruction. *JAMA Surg* 152:429–435

Hintergrund. Selbstexpandierende Metallstents wurden Anfang der 1990er Jahre als Therapieoption bei maligner Dickdarmstenose eingeführt. Die Stenteinlage kann entweder als eine Zwischenlösung („bridging“) bis zur Operation dienen oder als definitive Therapie im Rahmen eines palliativen Therapiekonzepts erfolgen. Ziel der hier vorgestellten Arbeit war es, das Langzeitoutcome einer Stomaanlage im Vergleich zur Stenteinlage bei Patienten mit maligner Dickdarmstenose in einer palliativen Situation zu untersuchen.

Methoden. In diese Kohortenstudie wurden Patienten, die zwischen 2009 und 2013 im Bundesstaat New York aufgrund einer malignen Dickdarmstenose eine notfallmäßige palliative Stomaanlage oder Stenteinlage erhielten, eingeschlossen. Patienten die innerhalb eines Jahres eine Resektion erhielten wurden ausgeschlossen. Endpunkte waren unter anderem die Rate an stationärer Wiederaufnahme innerhalb eines Jahres, die Notwendigkeit eines weiteren Eingriffs und die Komplikationsrate.

Ergebnisse. Insgesamt 345 Patienten wurden in die Studie eingeschlossen, davon erhielten 173 eine palliative Stomaanlage und 172 eine Stenteinlage. Patienten in der Stent-Gruppe wurden

häufiger in High-volume-Zentren als in Medium- und Low-volume-Zentren behandelt. Ein verlängerter Krankenhausaufenthalt war in der Stent-Gruppe seltener als in der Stoma-Gruppe (Odds Ratio [OR] = 0,50; 95 %-Konfidenzintervall [KI] 0,26–0,97; $p = 0,04$). Die Komplikationsrate während des stationären Aufenthalts und die Rate an Wiederaufnahmen innerhalb von 90 Tagen und innerhalb eines Jahres unterschieden sich nicht zwischen den beiden Gruppen. Patienten in der Stent-Gruppe wurden signifikant seltener in Pflege- und Rehaeinrichtungen entlassen und konnten häufiger wieder in ihr häusliches Umfeld zurückkehren als Patienten der Stoma-Gruppe (OR = 0,14; 95 %-KI 0,07–0,28; $p < 0,01$). Die Perforationsrate in der Stent-Gruppe lag unter 6 %. In der Stent-Gruppe erfolgten innerhalb eines Jahres mehr Zweiteingriffe als in der Stoma-Gruppe (OR = 2,93; 95 %-KI = 1,12–7,68; $p = 0,03$). Über 70 % dieser Zweiteingriffe bestanden in einer erneuten Stenteinlage.

Diskussion und Fazit. Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass die palliative Stenteinlage bei maligner Dickdarmstenose eine sinnvolle Alternative zur Stomaanlage darstellt. Im Vergleich mit anderen Studien war die Perforationsrate in der vorgestellten Arbeit gering [1]. Dies ist möglicherweise auf die Expertise in den High-volume-Zentren zurückzuführen, in denen ein Großteil der Stenteinlagen erfolgte. Der wesentliche Vorteil der Stenteinlage bestand in der Vermeidung eines verlängerten Krankenhausaufenthalts, der häufigeren Entlassung in das häusliche Umfeld

und in der Vermeidung einer Stomaanlage. Diese Faktoren können in der Palliativsituation die Lebensqualität der betroffenen Patienten erheblich steigern. Andererseits kann ein Stoma die Pflege bettlägeriger Patienten vereinfachen. Bei der Wahl des Therapiekonzepts sollte zudem berücksichtigt werden, dass für Patienten unter Therapie mit Bevacizumab ein erhöhtes Perforationsrisiko im Rahmen der Stenteinlage beschrieben wurde [2].

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. M. Anthuber

Klinik für Allgemein-, Viszeral- Transplantationschirurgie, Klinikum Augsburg
 Stenglinstr. 2, 86156 Augsburg, Deutschland
 matthias.anthuber@klinikum-augsburg.de

Interessenkonflikt. M. Schrempf und M. Anthuber geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- van Hooft JE, Bemelman WA, Oldenburg B et al (2011) Colonic stenting versus emergency surgery for acute left-sided malignant colonic obstruction: a multicentre randomised trial. *Lancet Oncol* 12:344–352
- Small AJ, Coelho-Prabhu N, Baron TH (2010) Endoscopic placement of self-expandable metal stents for malignant colonic obstruction: long-term outcomes and complication factors. *Gastrointest Endosc* 71:560–572