

Chirurg 2020 · 91:890
<https://doi.org/10.1007/s00104-020-01271-y>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2020



S. Wolf · M. Anthuber

Klinik für Allgemein-, Viszeral-Transplantationschirurgie, Universitätsklinikum Augsburg, Augsburg, Deutschland

Können chirurg. Techniken das Anastomosenrezidiv bei Patienten mit M. Crohn verhindern?

Originalpublikation

Luglio G et al (2020) Surgical prevention of anastomotic recurrence by excluding mesentery in Crohn's disease: the SuPREMe-CD study – a randomized clinical trial. *Ann Surg* 2020 Feb 7. Online ahead of print

Hintergrund. Das Anastomosenrezidiv ist eines der ungelösten Probleme nach operativer Crohn-Therapie. Es ist weiterhin unklar, welche Anastomosen-technik dies am besten verhindern kann. Neben der konventionellen Seit-zu-Seit ileokolischen Stapleranastomose, gibt es andere vielversprechende Ansätze wie die antimesenteriale, funktionelle End-zu-End ileokolische Nahtanastomose (Kono-S Anastomose) [2].

Methoden. In dieser randomisierten, monozentrischen Studie wurde nach Ileozökalresektion das Langzeitergebnis in Bezug auf ein Anastomosenrezidiv zwischen konventioneller und Kono-S Anastomose verglichen. Eingeschlossen wurden Patienten mit ileokolischem Crohn-Befall, die wegen Theapierefrakterität oder Komplikationen eine chirurgische Therapie benötigten. Die Kono-S Anastomose wurde wie folgt durchgeführt [2]: Die beiden mittels Stapler abgesetzten Enden des Ileums und Kolons wurden zunächst mit Einzelknopfnähten verbunden. Anschließend wurden zwei 7 cm lange antimesenteriale Längsenterotomien nahe den beiden Darmenden durchgeführt und als doppelreihige Handanastomose quer vernäht. Die konventionelle Anastomose wurde mit einem 60-mm-GIA-Linear-

stapler durchgeführt und die Klammer-nahtreihe fortlaufend übernäht.

Ergebnisse. Nach Randomisierung wurden 34 Patienten der Kono-S- und 43 Patienten der konventionellen Anastomose zugeteilt. Der primäre Endpunkt „endoskopisches Rezidiv nach 6 Monaten“ (definiert als ein Rutgeerts-Score \geq i2) wurde bei 22,2% der Patienten mit Kono-S und 62,8% der Patienten mit konventioneller Anastomose nachgewiesen ($p < 0,001$, OR 5,91, CI 2,17–16,05). Nach 18 Monaten zeigte sich ein endoskopisches Rezidiv bei 25% der Patienten mit Kono-S- und 67,4% der Patienten mit konventioneller Anastomose ($p < 0,001$, OR 6,21, 95%-CI 2,31–16,69). Neben einer signifikant niedrigeren klinischen Rezidivrate 24 Monate nach Operation (11,1% vs. 30,2%; $p = 0,04$, OR 3,47, 95%-CI 1,02–11,81), zeigte sich ein signifikant höheres rezidivfreies Überleben nach Kono-S-Anastomose (HR 0,36, 95%-CI 0,14–0,94, $p = 0,037$). Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich eines chirurgischen Rezidivs (definiert als Notwendigkeit einer erneuten Operation) sowie der postoperativen Komplikationen zwischen den beiden Anastomosentechniken.

Kommentar und Fazit

Das Anastomosenrezidiv nach chirurgischer Therapie des Morbus Crohn stellt weiterhin ein Problem dar. Als Standard zur Rekonstruktion nach Ileozökalresektion gilt die Seit-zu-Seit-Stapleranastomose [1]. Die von Kono et al. 2011 entwickelte Anastomosentechnik konnte bereits in retrospektiven Analysen gute

Ergebnisse aufweisen [2]. Erklärt wird dies mit einer langfristig besseren Erhaltung der Weite der Anastomose aufgrund der Stabilität der beiden Handnahtreihen, welche eine Verdrehung und Strikatur der Anastomose verhindern. Zudem wird durch diese Technik der mesenteriale Blutfluss maximal geschont. Die vorliegende Studie zeigt erstmals prospektiv eine Überlegenheit der Kono-S-Anastomose hinsichtlich endoskopischer und klinischer Rezidivraten gegenüber der Standardanastomose im Verlauf von 24 Monaten nach Operation. Bei vergleichbaren Komplikationsraten könnte sich diese Anastomosentechnik als Alternative zur konventionellen Seit-zu-Seit-Anastomose entwickeln. Zur weiteren Evaluation sind hierzu jedoch Langzeitdaten erforderlich.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. M. Anthuber

Klinik für Allgemein-, Viszeral-Transplantationschirurgie, Universitätsklinikum Augsburg

Stenglinstr. 2, 86156 Augsburg, Deutschland
 matthias.anthuber@uk-augsburg.de

Interessenkonflikt. S. Wolf und M. Anthuber geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Gionchetti P, Dignass A, Danese S et al (2017) 3rd European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease 2016: part 2: surgical management and special situations. *J Crohns Colitis* 11:135–149
- Kono T, Ashida T, Ebisawa Y et al (2011) A new antimesenteric functional end-to-end handsewn anastomosis: surgical prevention of anastomotic recurrence in Crohn's disease. *Dis Colon Rectum* 54:586–592