

Wann wird eine Operation notwendig bei IBD?



Matthias Turina

Leiter Kolorektale Chirurgie und Proktologie,
Universitätsspital Zürich

25. November 2021



Übersicht

Heutiger Vortrag

- ✓ Aktuelle Konzepte zur chirurgischen Behandlung der Colitis ulcerosa
- ✓ Weiterentwickelte operative Techniken
- ✓ Rolle der minimal-invasiven Techniken
- ✓ Kontroversen heute



Colitis ulcerosa

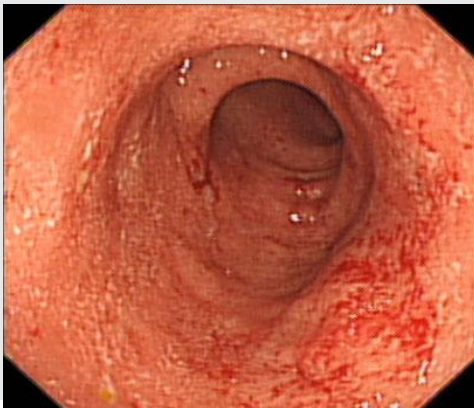
- Chronisch-entzündliche Darmerkrankung
- Erkrankungsalter 20-40 Jahre & 60-70 Jahre
- Genetisch prädisponierte, krankhaft gesteigerte Immunreaktion gegen die eigene Darmflora
- Verläufe mit akuten oder fulminanten Schüben, chronisch-aktiven Verläufen, Remissionen
- Langfristig gehäuftes Auftreten von Darmkrebs (kontrovers)

Fallbeispiel

- 18-jährige weibliche Patientin
- Erstdiagnose der Colitis ulcerosa 2015
- Beigleitend Autoimmunhepatitis
- Aktuell >20x Stuhlgang/Tag, oft blutig
- Schulunterricht ausgesetzt, Matura gefährdet
- Psychische Belastung auf Patientin und Familie

Vorgeschichte

- Längere Zeit intermittierend mit Prednison therapiert und trotzdem keine vollständige Abheilung der Kolitis
- Im Verlauf Wechsel auf Imurek & Cellcept, Sandimmun Neoral
- Remicade mit nur kurzfristiger Beschwerdebesserung
- Zuletzt stationär auf GAE USZ bei anhaltendem Schub



- Endoskopie Januar 2017
 - Persistierend schwere Pankolitis

Entscheidung zur chirurgischen Behandlung

3-zeitige Operation bei schwerer Colitis ulcerosa unter Immunsuppression

1. Schritt

- Totale Kolektomie mit endständiger Ileostomie

2. Schritt

- Restprokterektomie mit Ileum J-pouch-analer Anastomose und protektiver Ileostomie

3. Schritt

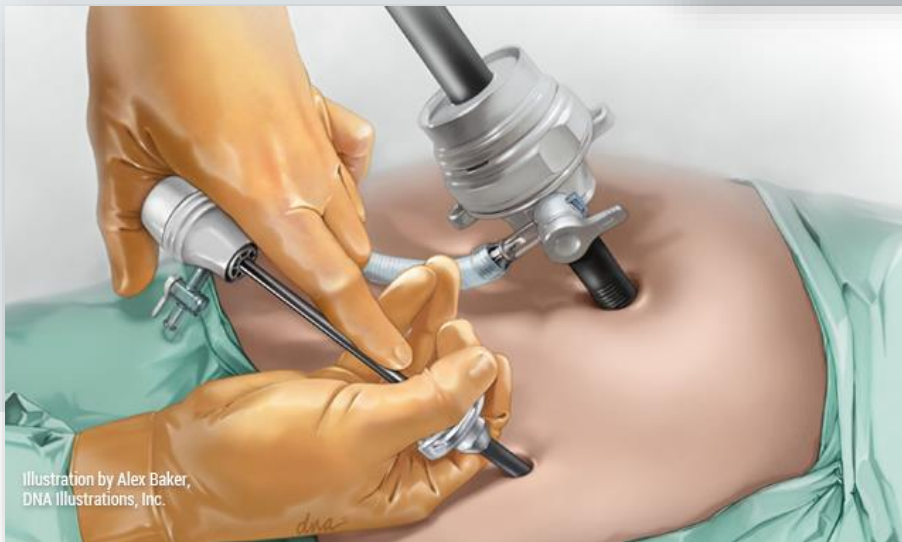
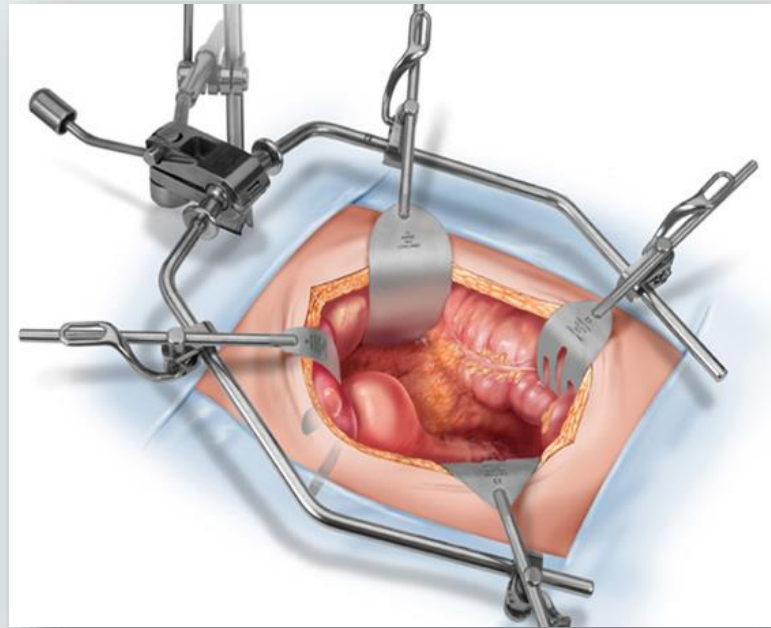
- Stomarückverlagerung

Wieso drei Operationen und nicht eine?

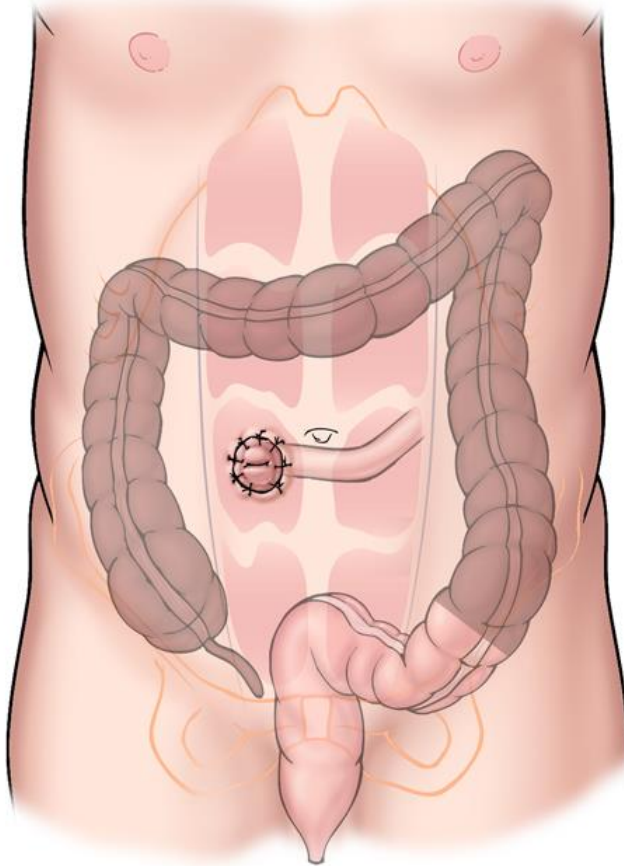
- 2017: Antientzündliche Therapie weit fortgeschritten
- Patienten sind bei Indikationsstellung *immunsupprimiert, mangelernährt, anäm* & psychisch belastet
- Wundheilung ↓
- Perioperative Morbidität ↑↑
- Infektionen, *Wundheilungsstörungen*
- *Anastomoseninsuffizienz* (der Pouch-analen Anastomose)
- Strategie heute: 1. Operation defensiv, *keine Anastomosen, 6 Monate Erholungszeit*. Pouch bei 2. Operation mit *protektivem Stoma* schützen. 3. Operation nur Stomaverschluss

Minimal-invasiv oder offen operieren?

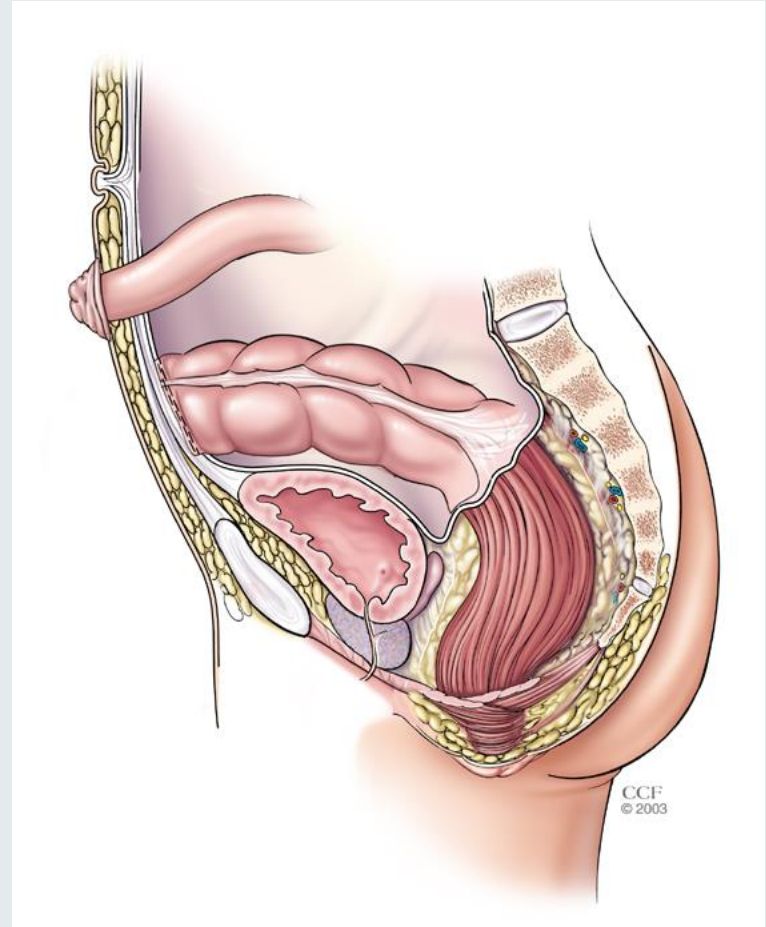
Offene vs.
laparoskopische vs.
roboter-assistierte
Chirurgie



1. Schritt: Laparoskopische totale Kolektomie



CCF
© 2000



CCF
© 2003

Operationspräparat nach totaler Kolektomie



Zustand 6 Wochen nach laparoskopischer totaler Kolektomie

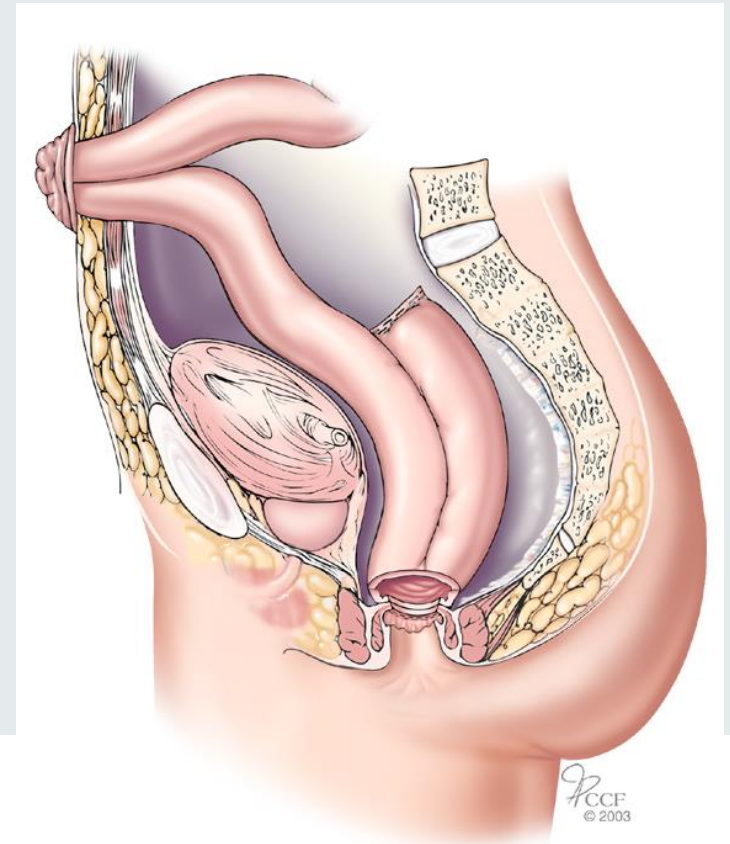
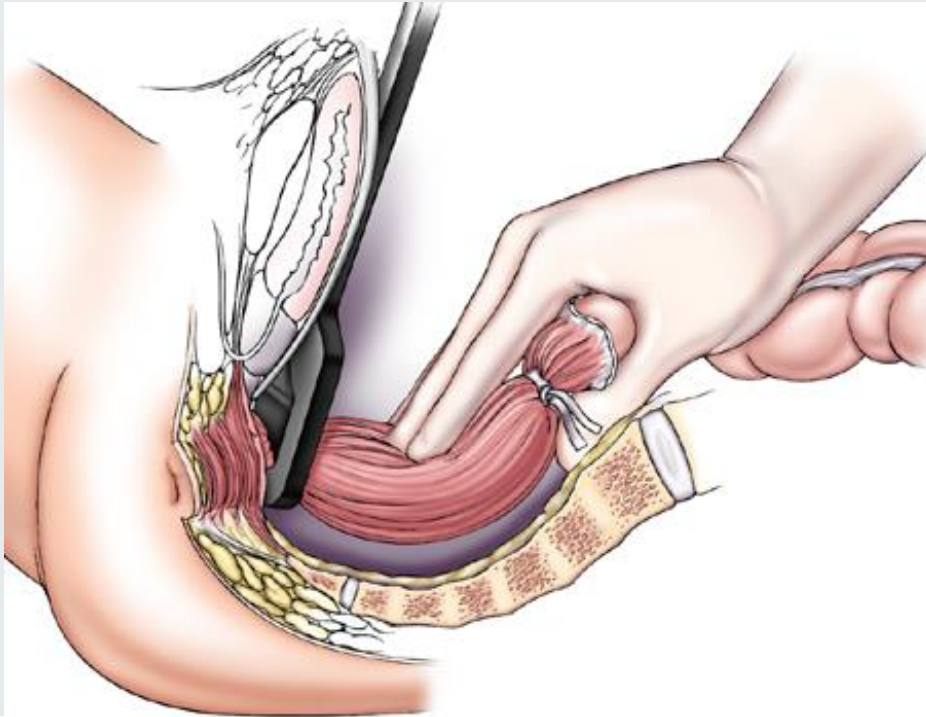


Weiterer Verlauf

- 6 Monate Erholung
- Ausschleichen des Kortison, der TNF-Inhibitoren etc.
- Rückkehr ins «normale Leben»



2. Schritt: Restproktomie und J-Pouch Anlage (Ersatz des Enddarms mittels einer in sich gefalteten Dünndarmschlinge)



Wann wird eine OP notwendig bei IBD?

IBDnet

IBDnet

Therapieansätze bei IBD:
Chirurgie, Medikamente und Ernährung

Fortbildung für medizinisches Assistenzpersonal und
IBD-Pflegefachkräfte aus Spital und Praxis

Minimal-invasive Techniken zur Entfernung des Enddarmes

Offene vs. laparoskopische vs.
roboter-assistierte Chirurgie

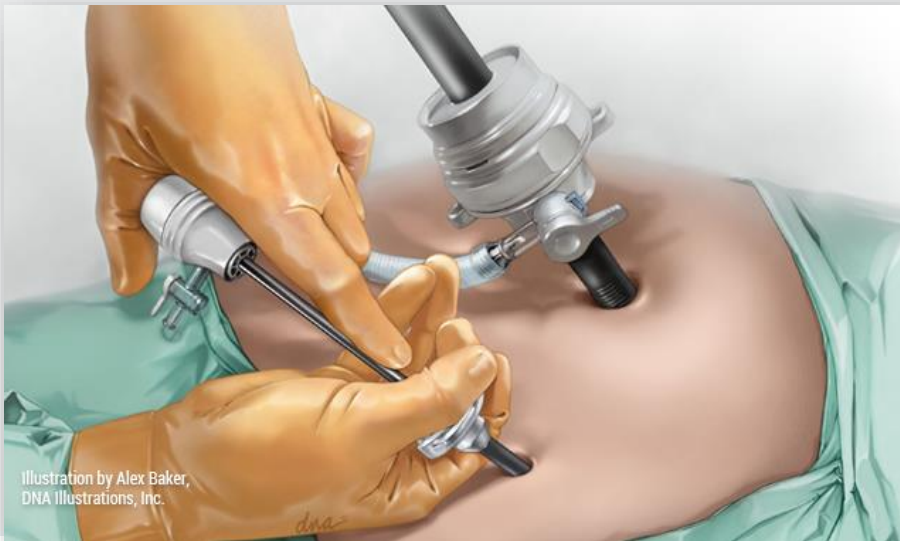
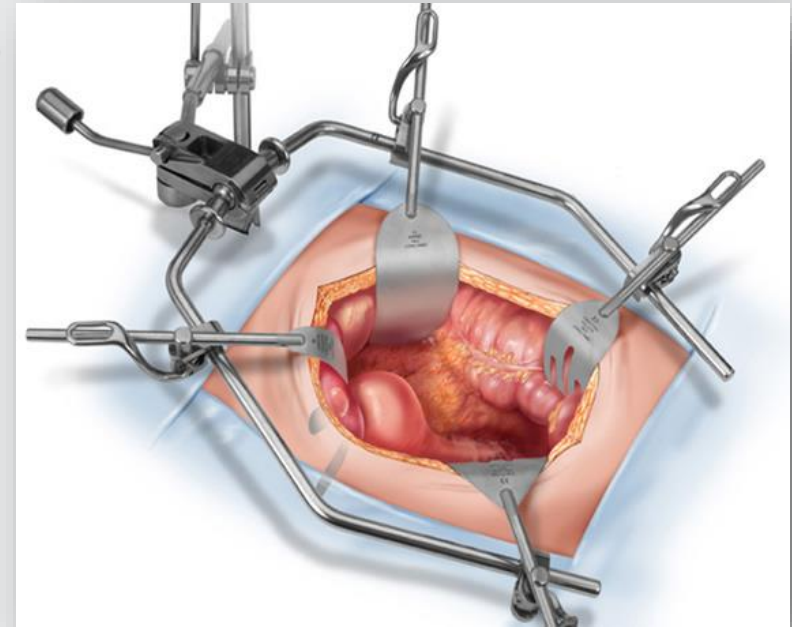


Illustration by Alex Baker,
DNA Illustrations, Inc.



Wann wird eine OP notwendig bei IBD?

IBDnet

IBDnet

Therapieansätze bei IBD:
Chirurgie, Medikamente und Ernährung

Fortbildung für medizinisches Assistenzpersonal und
IBD-Pflegefachkräfte aus Spital und Praxis

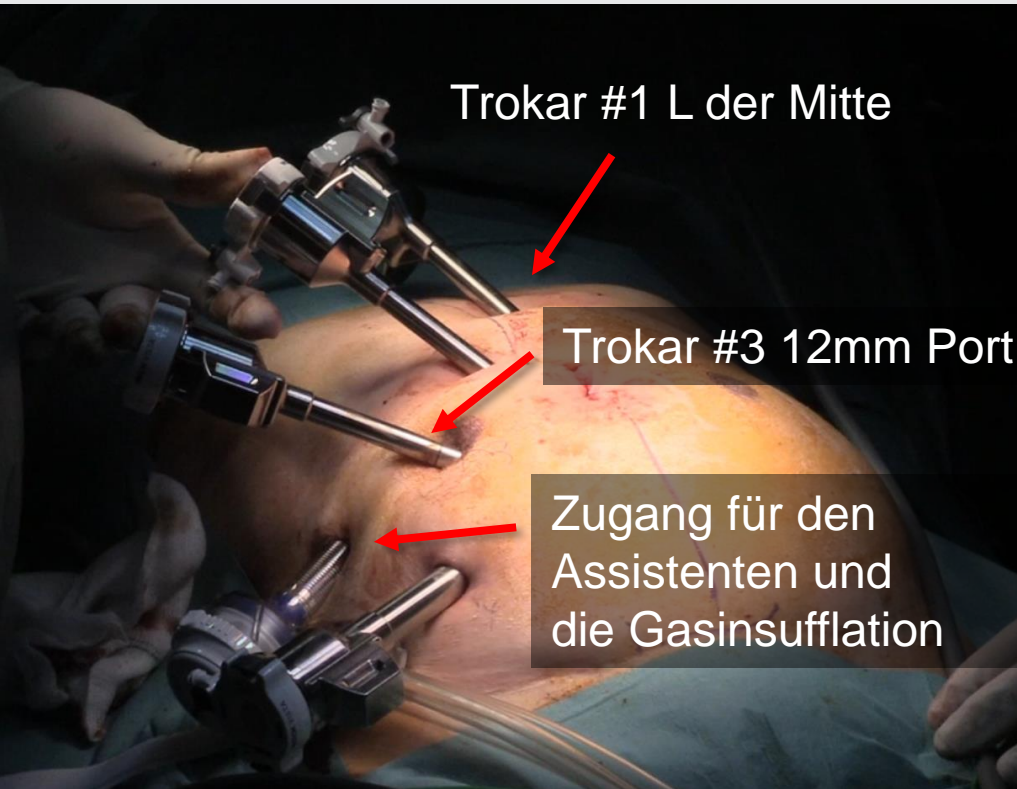
Restproktomie & J-Pouch-Anlage Roboter-assistiert

USZ: Intuitive® Da Vinci Xi System

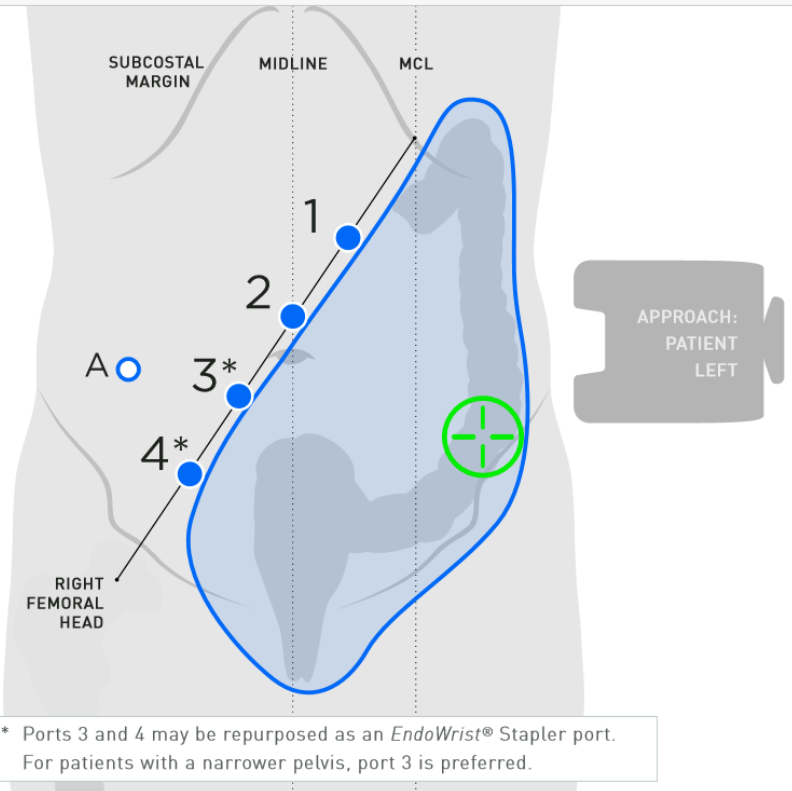


US

Port Platzierung zu Beginn der Operation



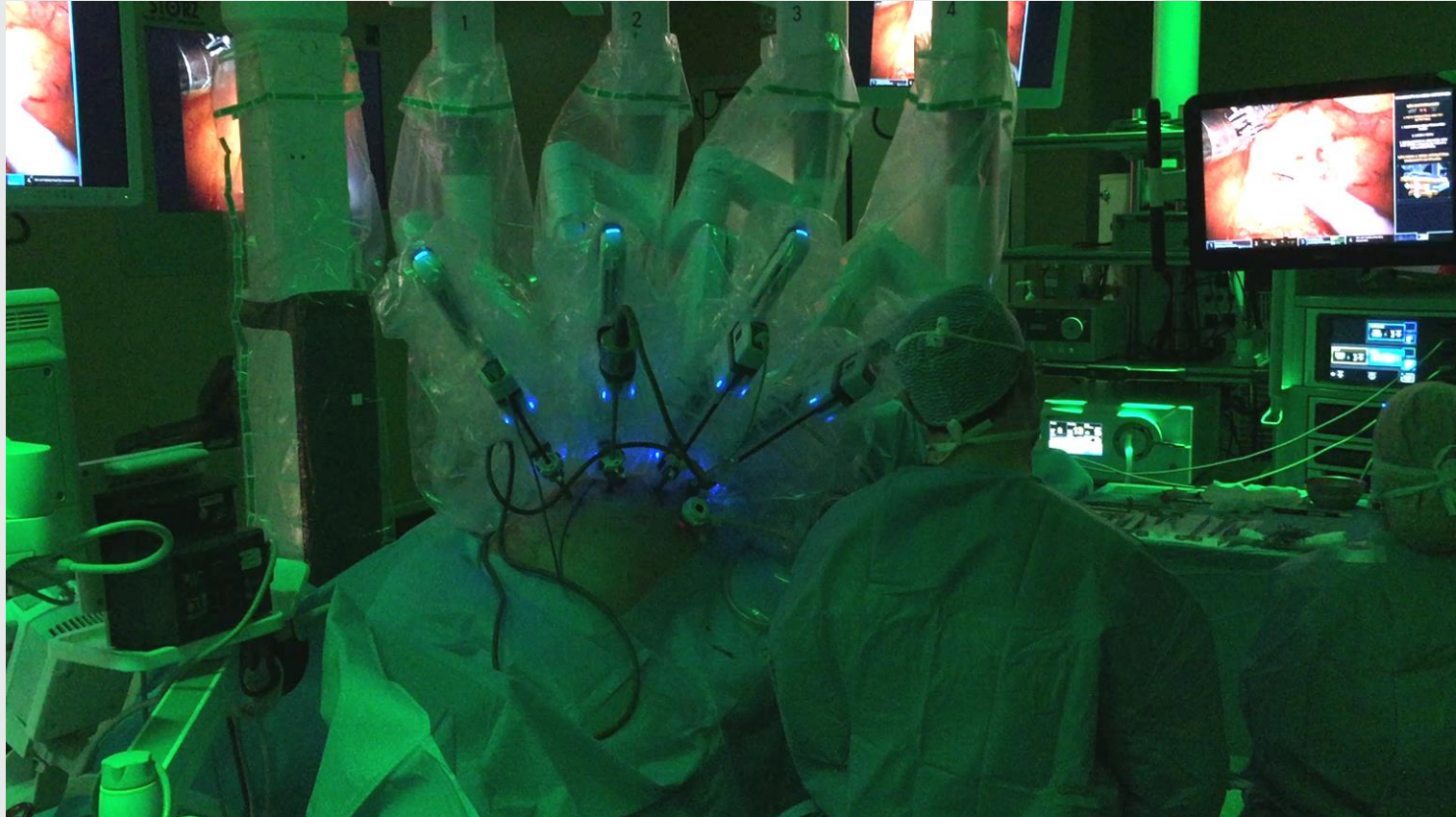
GENERAL SURGERY – LOWER ABDOMINAL



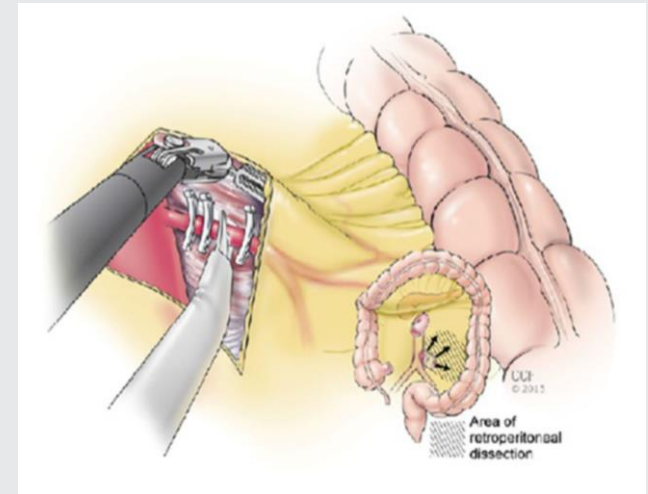
Trokarabstand 7cm, +/- geradlinig, zwei Fingerbreit Abstand zu Rippen und Becken

Ausrichtung des Operationsroboters auf das Kolon sigmoideum

Robotische Rektumresektion USZ: Intuitive® Da Vinci Xi System



Absetzen der A.mesenterica inferior (Blutzufuhr)



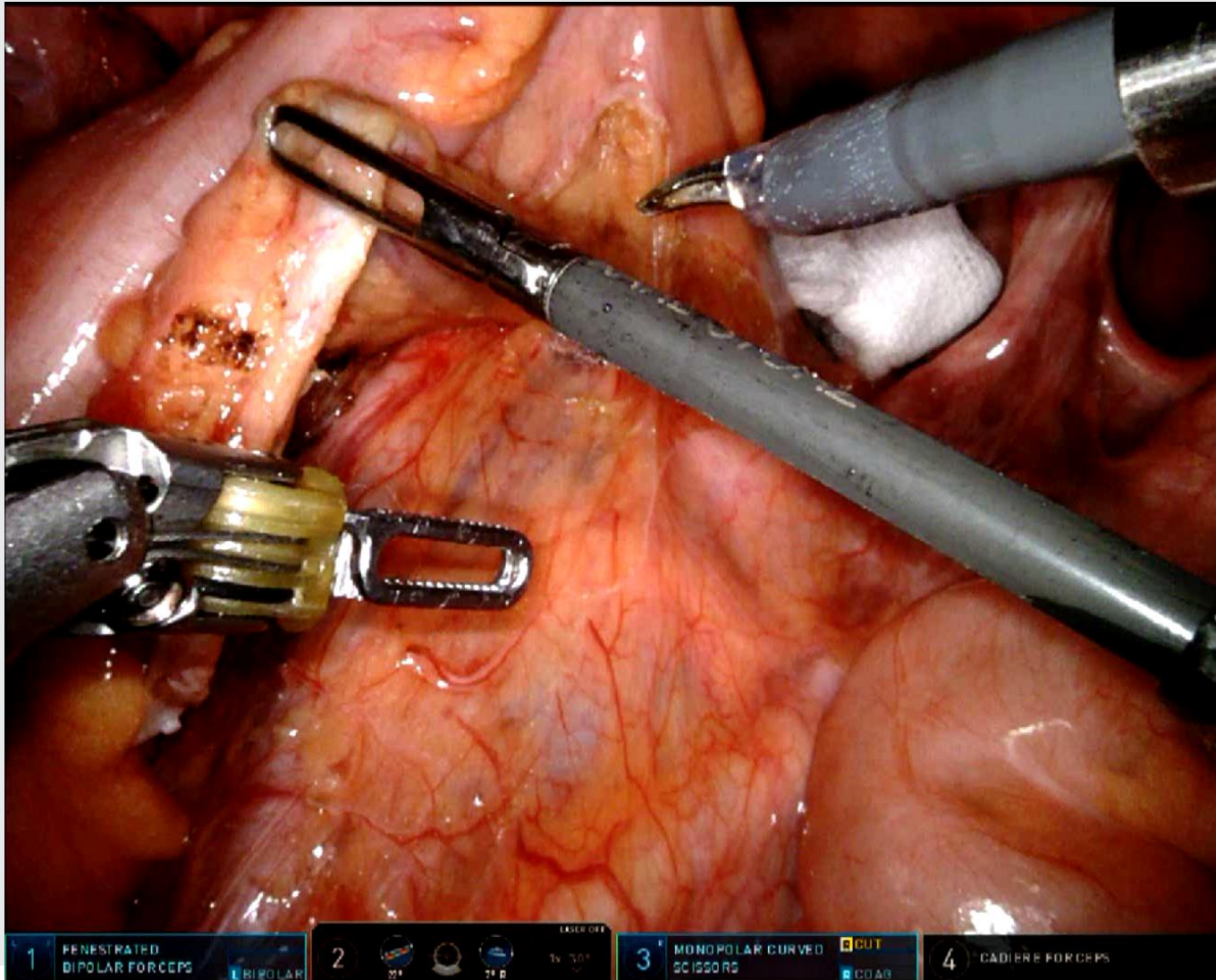
Wann wird eine OP notwendig bei IBD?

IBDnet

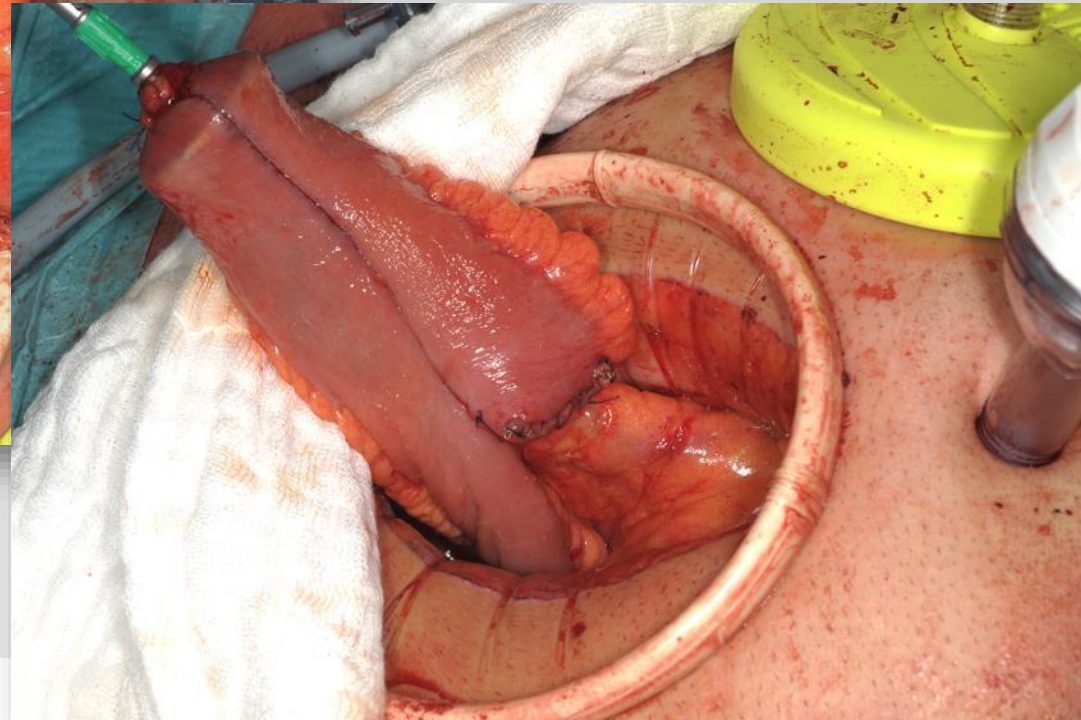
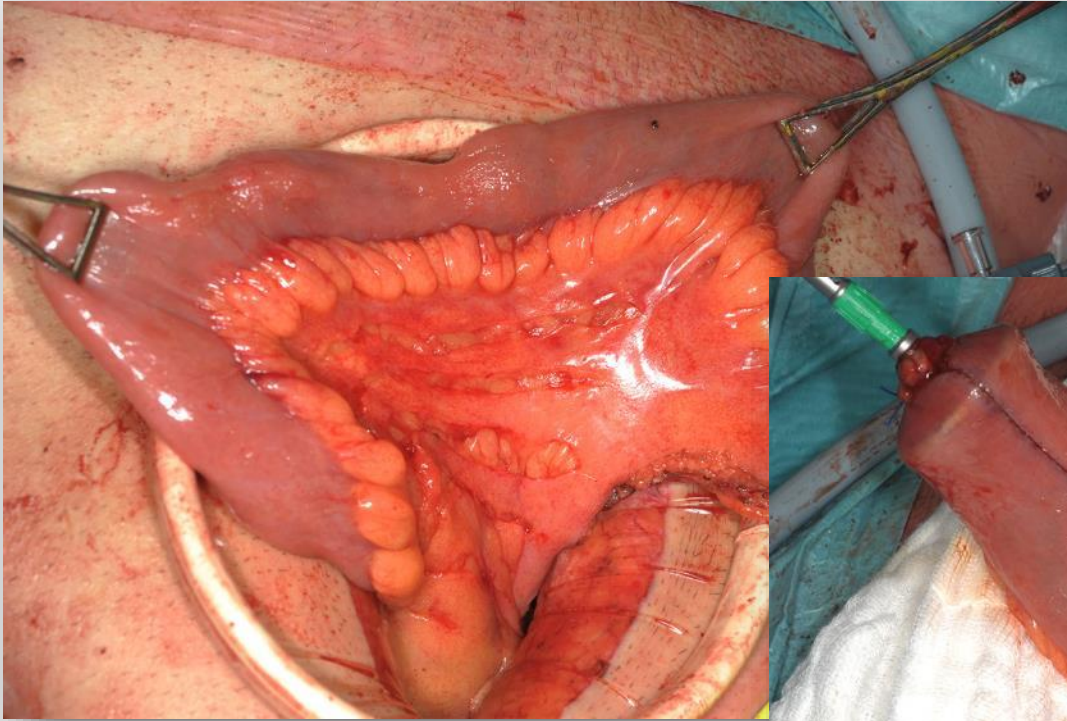
IBDnet

Therapieansätze bei IBD:
Chirurgie, Medikamente und Ernährung

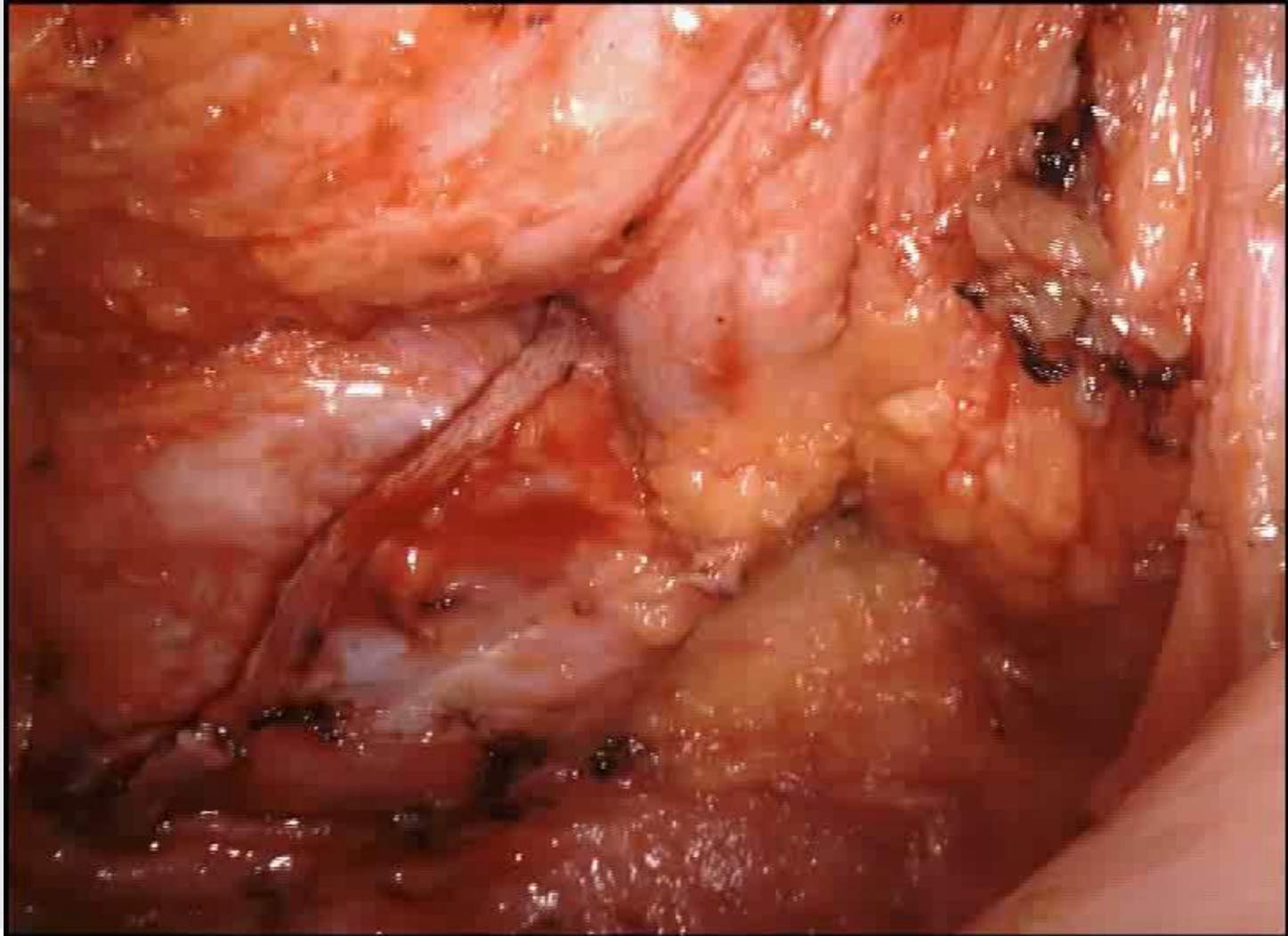
Fortbildung für medizinisches Assistenzpersonal und
IBD-Pflegefachkräfte aus Spital und Praxis



Rekonstruktion mit Ileum J-pouch-analer Anastomose



Wann wird eine OP notwendig bei IBD?



Präparat Proktomie



Postoperativer Verlauf

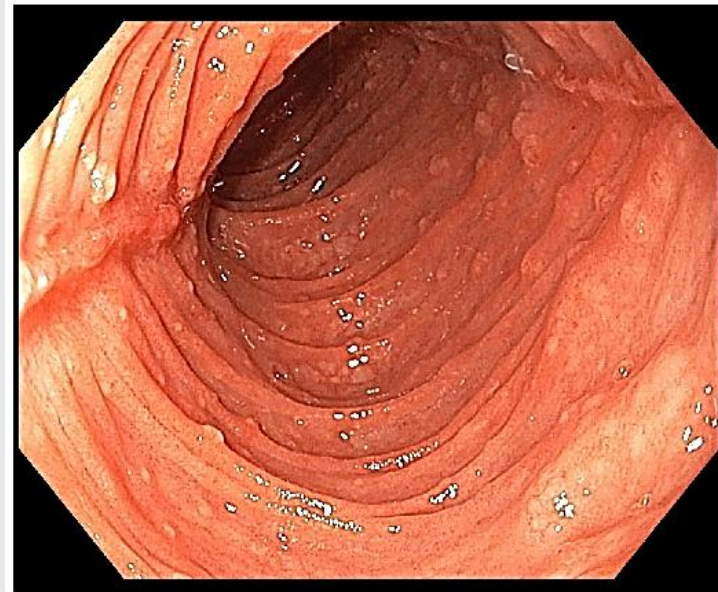
- Komplikationsloser Verlauf
- Austritt am 6. postoperativen Tag
- Problemloser Verschluss des Ileostoma nach 6 Wochen

(Doppelte) Kontrolle des Pouch vor Ileostomarückverlagerung

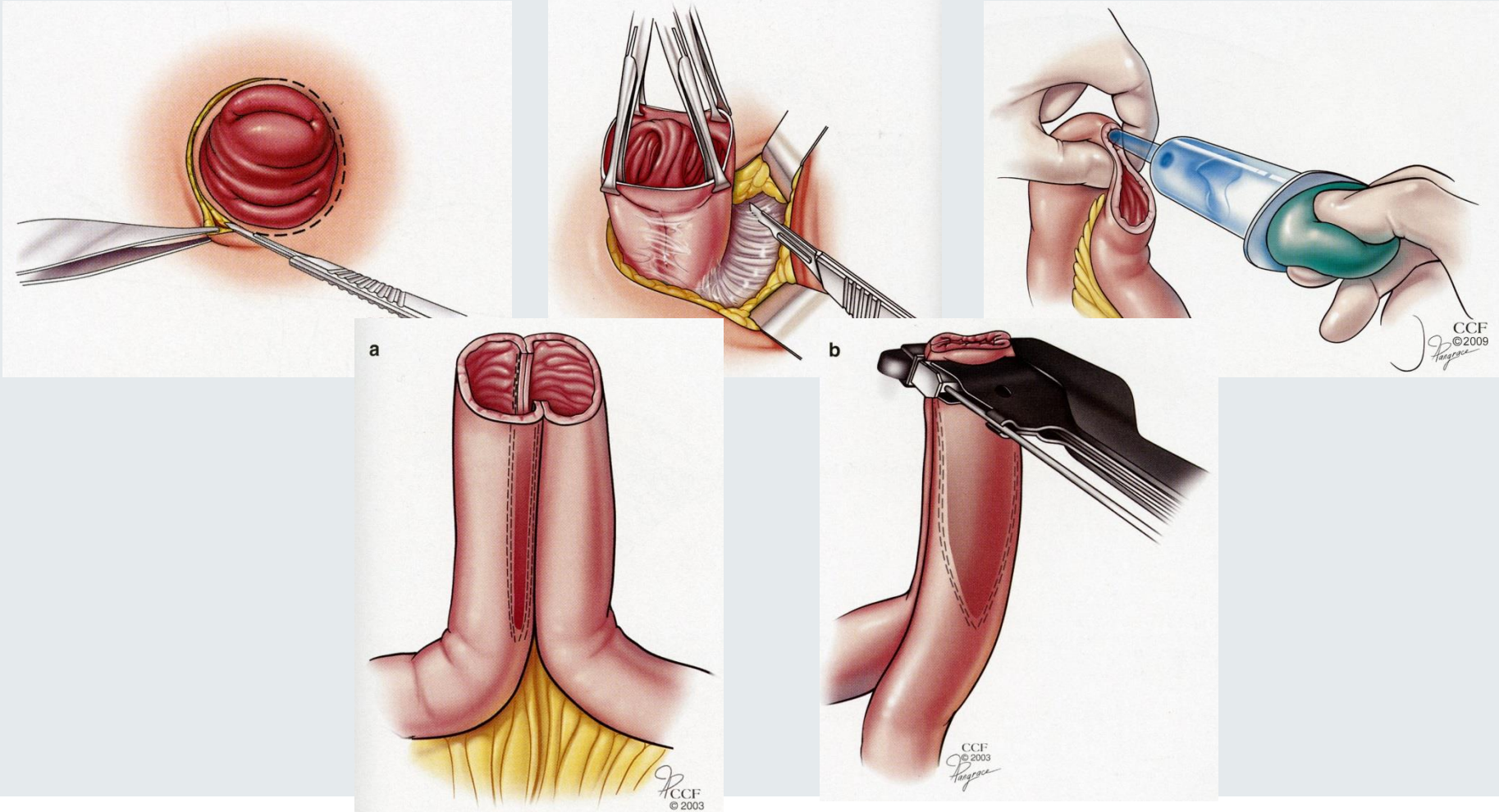
Durchleuchtung mit Gastrografin



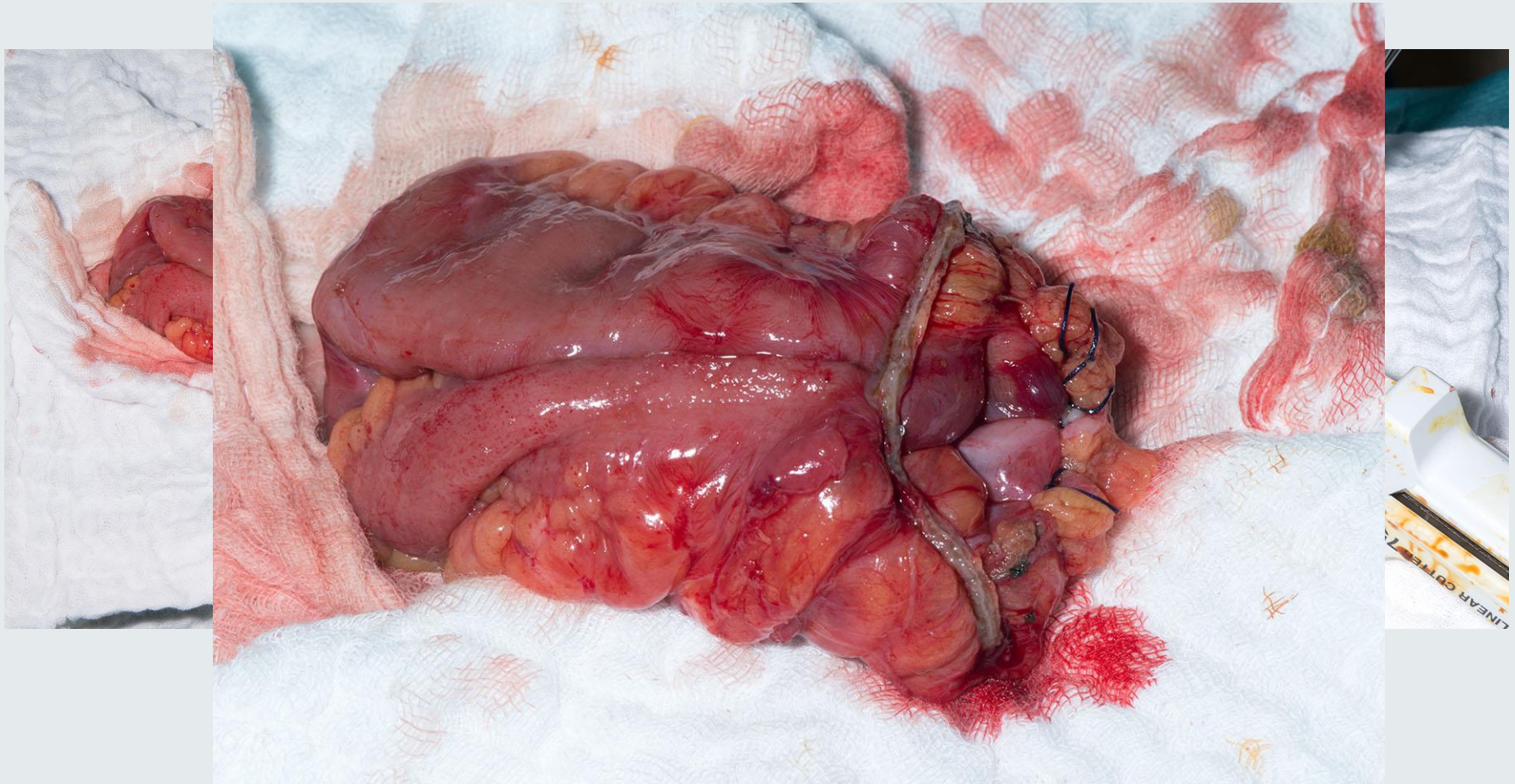
J-Pouch



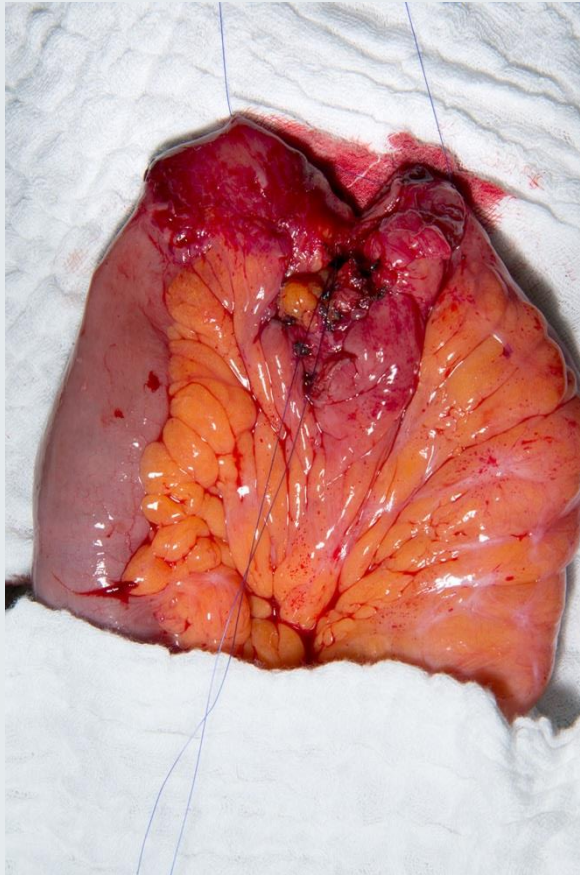
3. Schritt: Ileostomarückverlagerung



Verschluss mittels Linearstapler



Verschluss mittels Handnaht



Endresultat kosmetisch



1. Totale Kolektomie

2. Rektumresektion
& J-Pouch-Anlage

3. Verschluss Ileostoma

Zusammenfassung chirurgische Therapie

- 2-3 Operationen
- Heute als Kombination der laparoskopischen, offenen und roboter-assistierten Chirurgie
- Zeitaufwand 3-9 Monate
- Ermöglicht die immunsuppressiven Medikamente zu stoppen
- Funktion: Ca. 6-8x Stuhlgang / Tag, aber ohne «Drang»
- Patientenzufriedenheit hoch bei >80% aller Patienten

Wann wird eine OP notwendig bei IBD?

IBDnet

IBDnet

Therapieansätze bei IBD:
Chirurgie, Medikamente und Ernährung

Fortbildung für medizinisches Assistenzpersonal und
IBD-Pflegefachkräfte aus Spital und Praxis

Team Kolorektalchirurgie USZ

Andreas Rickenbacher
Jamie Schneider
Karoline Horisberger
Matthias Turina
Daniela Cabalzar
Irene Mari
Heike Simmack
v.l.n.r.

Besten Dank für Ihre
Aufmerksamkeit