

STOMA BEI PATIENTEN mit M. Crohn und Befall des Dickdarms und des Afters

Iesalnieks I.

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Evangelisches Krankenhaus Kalk Köln

Einleitung

Die meisten Patienten mit M. Crohn werden im Laufe ihres Lebens operiert. Gut ein Drittel wird Stomaträger – vorübergehend oder für immer. Besonders hoch ist das Risiko, wenn die Erkrankung den Dickdarm und/oder den After betrifft. Gleichzeitiger Befall vom After und Dickdarm führen zu einer besonders hohen Wahrscheinlichkeit, ein Stoma zu benötigen.

Die Gründe, warum ein Crohn-Patient ein Stoma benötigen könnte, lassen sich in 4 Gruppen einteilen:

- Analfisteln, die sich mit anderen Mitteln nicht mehr adäquat behandeln lassen
- eine schwere Dickdarmentzündung durch M. Crohn (Colitis Crohn)
- als Behandlung von Operationskomplikationen
- als Prophylaxe der Operationskomplikationen.

In dieser Arbeit werden wir uns mit den ersten zwei Gruppen beschäftigen.

Bei der dritten und der vierten Gruppe handelt es sich in allermeisten Fällen um temporäre Ileostomaanlagen.

Weil diese in der Regel nach wenigen Monaten rückgängig gemacht werden können, sind deren Auswirkungen auf das Schicksal des Patienten nicht so tiefgreifend, wie Stomaanlagen bei Patienten mit Analfisteln und/oder schwerer Colitis Crohn.

Analfisteln

Etwa ein Drittel der Patienten mit M. Crohn entwickelt Fisteln am After. Die Auswirkungen der Analfisteln können sehr unterschiedlich sein: manche verursachen nur selten Beschwerden und diese können auch leicht sein. Die Patienten leben dann Jahrzehnte lang mit diesen Symptomen und fühlen sich dadurch nicht gestört. Es gibt Analfisteln, die sich durch einfache Operationen (fast) ohne Folgen für den Schließmuskel beseitigen lassen – ähnlich, wie dies bei Patienten ohne M. Crohn der Fall ist. Andererseits können die Analfisteln auch zu ständigen, sehr starken Problemen führen: Schmerzen, Inkontinenz und Nässen. Als Grundsatz gilt: ist der Enddarm entzündet (Proktitis), so lassen sich auch die Fistelbeschwerden wesentlich schlechter kontrollieren.

Die Behandlung der Grunderkrankung (also die Crohn-Therapie) ist dann wesentlich wichtiger, als die Operationen an der Analfistel selbst. Es ist auf jeden Fall sehr wichtig, die Analfisteln von einem spezialisierten Proktologen anschauen zu lassen, weil nur dieser zwischen einfachen und komplizierten Fisteln unterscheiden kann.

Eine MRT-Untersuchung allein ist da nicht ausreichend, insbesondere auch deswegen, weil Radiologen selten über ausreichende Kenntnisse zu Fistelanatomie verfügen.

Eine spezielle Form der Analfisteln sind die rektovaginalen (oder: anovaginalen) Fisteln. Sie führen zu Luft und /oder Stuhlabgang über die Scheide. Wie auch bei sonstigen Analfisteln hängt die Schwere der Symptome sehr stark davon ab, ob gleichzeitig eine Proktitis vorliegt. Ohne Proktitis können die Symptome so leicht sein, dass die Patientinnen damit gut klarkommen. Mit einer Proktitis dagegen können diese unerträglich sein. In einem MRT können die rektovaginalen Fisteln leicht übersehen werden, weil sie sehr kurz sind (2-3mm). Auch hier gilt: bei entsprechenden Symptomen müssen Patientinnen von spezialisierten Proktologen untersucht werden.

Grundsätzlich sind die rektovaginalen Fisteln mit operativen Maßnahmen besonders schwer zu kontrollieren.

Jegliche Operationsmethoden führen oft zum Wiedereröffnen der Fistel.

Je stärker der Dickdarmbefall, desto schlechter die Operationsergebnisse. Die rektovaginale Fistel ist ein besonders häufiger Grund, ein Stoma für immer anzulegen.



Abbildung 1

Patient mit einem sehr schweren Befall des Afters. Auf beiden Seiten des Afters sind multiple Narben, Schnitte und Fistelöffnungen zu sehen. Der After selbst ist ebenfalls verzogen und vernarbt. Der Patient klagte über ständige Schmerzen, nahm Cannabis, wurde alle paar Wochen operiert, war inkontinent. Schließlich war er mit der Stomaanlage einverstanden, stimmte der Rektumexstirpation jedoch nicht zu. Er erhielt ein endständiges Kolostoma.

Stoma für immer oder temporär?

Manche Analfisteln können zu einer so starken Schädigung des Afterbereichs führen, dass ein normales Leben nicht mehr möglich ist (Abb. 1). Viele Ärzte empfehlen ihren Patienten in solchen Situationen eine „vorübergehende“ Anlage des Stomas. Die Fistel soll „schon mal austrocknen“. Diese Maßnahme führt selbstredend kurzfristig zu einer Besserung: Schmerzen und Ausfluss verringern sich rasch.

Allerdings werden die Patienten dadurch nur selten vollständig beschwerdefrei – gewisse Schmerzhaftigkeit und Ausfluss bleiben. In manchen Fällen sind die Symptome immer noch stark, so dass die Patienten trotz Stomas Opiate oder Cannabis-Präparate einnehmen.

Die Patienten werden mit der „vorübergehenden“ Stomaanlage aber auch ein wenig auf die „Wartebank“ geschoben. Es stellen sich dann die Fragen: was nun? Und: was ist das Kriterium, um das Stoma zurück zu verlagern.

Leider kommt es bei über 80 % der Patienten binnen eines Jahres nach der Rückverlagerung zum Wiederaufflammen der Beschwerden, meistens mit gleicher Wucht. Unter dem Strich kann das Stoma nur bei etwa der Hälfte der Patienten überhaupt zurückverlagert werden. Weil ja eine „vorübergehende“ Anlage versprochen wurde, leiden die Patienten dann besonders darunter, dass das Versprechen nicht eingelöst wird und sie mit Ungewissheit leben müssen. Dadurch dass die „vorübergehenden“ Stomata meist doppelläufig angelegt werden, führt der zunehmende Überlauf auch zu immer mehr Beschwerden am After – das Stoma erfüllt also immer weniger seinen Zweck, die Beschwerden zu mildern. Gut 70 % der Patienten mit temporärer Stomaanlage wegen Analfisteln werden also unter dem Strich zu permanenten Stomaträgern.

Es empfiehlt sich daher, alle Versuche zu unternehmen, die durch die Analfisteln bedingten Beschwerden ohne Stomaanlage in den Griff zu bekommen. Die wichtigste Maßnahme ist dabei die Kontrolle der Dickdarmentzündung (der Colitis Crohn), die in besonders schweren Fällen oft vorliegt. Das bedeutet fast immer die biologische Therapie: Infliximab, Ustekinumab, Adalimumab u.a.

Die biologische Therapie mit Antikörpern, die gegen verschiedene Entzündungsmoleküle (TNF, Interleukin 23, JAK 1 u.a.) gerichtet sind, wird seit 1999 eingesetzt. Sie können bei Patienten mit M. Crohn und speziell Analfisteln erstaunlich starke Wirkung entfalten und zu einer beinahe Beschwerdefreiheit führen. Andererseits kann die Wirkung ganz ausbleiben oder zu gering sein, oder im Laufe der Zeit stark nachlassen. Die meisten Antikörper werden entweder alle 8 Wochen intravenös oder alle 2 Wochen subkutan appliziert. Bei Bedarf werden die Abstände zwischen den Gaben verkürzt. Es existieren mittlerweile aber auch biologische Therapien, die täglich oral eingenommen werden können. Die biologische Therapie ist insgesamt nebenwirkungsarm (kein Vergleich zu Steroiden!). Zu Nebenwirkungen gehören Allergien, Hauterkrankungen (Psoriasis, Akne), Gelenksbeschwerden und Infektanfälligkeit. Gelingt es nicht, bei Patienten mit Analfisteln die Dickdarmentzündung (die Colitis) zu beherrschen, so ist es dann auch unwahrscheinlich, die Afterbeschwerden lindern zu können. In akuten Situationen können Abszessspaltungen, Fadendrainagen und Antibiotika etwas „Luft verschaffen“, damit die biologische Therapie ihre Wirkung entfalten kann.

Gelingt es nicht, die Analfisteln-bedingten Symptome auf ein akzeptables Maß zu reduzieren, so sollte man den Patienten mit dem Thema „Stoma für immer“ konfrontieren. Dies ist psychologisch sicher ein schwerer Moment in der Arzt-Patienten Beziehung, weil er ein „Scheitern“, ein „Versagen“, ein „Aufgeben“ markiert. In dieser Situation ist es wichtig, dass der Patient und sein behandelnder Arzt nicht allein gelassen werden. Der Patient sollte die Möglichkeit bekommen, noch mit in CED-Fragen kundigen Chirurgen, Stomatherapeutinnen und Pflegekräften zu sprechen. Das Aufzeichnen verschiedener positiver (!) Perspektiven, die für diese Patienten die endgültige Stomaanlage bringen kann,

sollte die Entscheidung leichter machen. Was einem Arzt dabei wirklich hilft, ist die Überzeugung, dass es dem Patienten danach auf jeden Fall besser gehen wird, als vorher.

Nach 20 Jahren Crohn Chirurgie darf ich behaupten, dass es kaum Patienten gibt, die die endgültige Stomaanlage bereuen.

Zugegeben, viele Patienten können sich über Jahre und sogar Jahrzehnte nicht dazu entscheiden, sich ein Stoma für immer anlegen zu lassen. Die Angst und Überwindung können enorm sein. Das Gefühl, man wird nie mehr „normal“ sein, kann unerträglich sein. Aus meiner Erfahrung hilft es auch wenig, den Patienten ihren schrecklichen Zustand immer und immer wieder vor Augen zu führen. Vielmehr sollte man stets die Perspektive zeigen („Sie werden wieder schmerzfrei leben!“, „Sie werden wieder sauber sein!“ „Ihr Mann/Frau wird Sie nicht abstoßend finden. Umgekehrt: er/sie wird froh sein, endlich aus dieser Ohnmacht rauszukommen, Sie so leiden zu sehen!“). Patienten, die in stabilen Partnerschaften leben, haben es bei dieser Entscheidung und danach sicherlich wesentlich leichter. Die gemeinsamen Gespräche mit Partnern sind sehr hilfreich in dieser Hinsicht. Doch nicht minder wichtig: man muss den Patienten auch die typischen Komplikationen der Stomaanlage darstellen (s. u.), damit sie diese Risiken bewusst in Kauf nehmen können. Auch sollte man die Empathie aufbringen und dem Patienten die Berechtigung auf Trauer einräumen, ab jetzt lebenslang Stomaträger zu sein. Wie würde man denn sich selbst fühlen, wenn man erführe – es gibt kein Zurück mehr?

Endgültiges Stoma: aber wie genau?



Abbildung 2a-c

Wundheilungsstörungen nach Rektumexstirpation: von gering bis sehr ausgedehnt

Sollte die Entscheidung gefallen sein, wegen Analfisteln ein Stoma für immer anzulegen, so sollten dabei auch der Enddarm und der After entfernt werden (die sog. Rektumexstirpation).

Es ist wahr, dass die Rektumexstirpation eine entstellende, auch für Wundheilungsstörungen (Abb. 2) anfällige Operation ist. Dadurch dass der After zugenäht wird, ändert sich auch das Körperbild (Abb. 3), was eine zusätzliche Bürde ist. Das sollte mit dem Patienten präoperativ unbedingt ausführlich ausdiskutiert werden. Je nach dem, wie stark die Haut um den After durch die Analfisteln geschädigt ist, kann man mehr oder weniger davon erhalten. Reseziert man nur wenig Haut in der Nähe des Analkanals, so bleibt der Anusbereich nach dem Hautverschluss gefaltet und pigmentiert. Wenn man dann nicht „genau“ hinschaut, dann könnte man denken, der After ist noch da.

Diese Art, den Anus zu entfernen ist besonders bei Frauen ratsam, die eine rektovaginale, aber keine andere Analfistel haben. Bei ihnen ist die perianale Haut

nicht geschädigt, so dass diese kosmetisch günstigere Option gewählt werden kann. Ist die Haut um den After dagegen sehr stark geschädigt (wie in der Abb. 1, Abb. 3), so muss diese auch entfernt werden und für den Verschluss der Wunde eben nur die gesunde Haut hergenommen werden.

Vor 20-30 Jahren hatten viele Chirurgen aus kosmetischen Überlegungen versucht, den Enddarm zu entfernen, den Analkanal aber zu belassen. Damit sollte das Körperbild nicht beschädigt werden. Leider führte diese Methode oft dazu, dass der Afterkanal sich nicht schloss und über ihm ein chronischer, eitrig sezernierender Hohlraum entstand.

Der behandelnde Chirurg muss auch noch entscheiden: soll nach der Rektumexstirpation ein endständiges Ileo- oder ein Kolostoma angelegt werden? Sollte der Dickdarm proximal (oral) des Enddarms über Jahre entzündungsfrei gewesen sein, so kann ein Kolostoma angelegt werden.

Bei Patienten, die neben Analfisteln auch an einer Entzündung des gesamten Dickdarms leiden (Pankolitis!), sollte eine vollständige Entfernung des Dickdarms, des Enddarms und eben des Afters diskutiert werden: die Proktokolektomie. Nach der Proktokolektomie entwickeln sehr viele Patienten lebenslang keine Symptome mehr.

Das sollte als Perspektive den Patienten unbedingt aufgezeichnet werden.



Abbildung 3

Z.n. Rektumexstirpation bei M. Crohn mit Dickdarmbefall und Analfisteln. Der Patient hatte postoperativ Wundheilungsstörungen entwickelt (wie in der Abb. 2), die spontan nicht verheilten, so dass der Bereich plastisch mit sog. „Cleft lift“ versorgt wurde. Die Wunde heilte aus. Offensichtlich ist die Veränderung des des Körperbildes, die den Patienten allerdings nicht störte.

So stark die Argumente dafür sind, ein nicht beherrschbares Analfistelleiden mit Hilfe der Rektumexstirpation zu behandeln, man muss es akzeptieren, dass sich manche Patienten dazu nicht überwinden können. Die Anlage eines „vorübergehenden“ Stomas ist in solchen Fällen eine immer noch bessere Lösung, als den Patienten seinem Leiden zu überlassen. In meinen Augen sollte diese Maßnahme aber

entsprechend kommuniziert werden. Es sollte nicht versprochen werden, dass das Stoma dann vielleicht doch wieder „erfolgreich“ verschlossen wird. Man sollte dann eher sagen: „Ich akzeptiere ihr Bedürfnis, das Gefühl zu haben, dass es noch immer einen Weg zurück gibt. Wir legen Ihnen jetzt erstmals ein Stoma an, ohne den Enddarm zu entfernen. Wenn Sie dann so weit sind, können wir den Enddarm immer noch entfernen“.

Bei solchen Patienten muss der abgehängte Darm und der After wegen Karzinomgefahr zwingend jährlich endoskopisch, proktologisch und evtl. mit Biopsien kontrolliert werden! Es muss den Patienten auch erklärt werden, dass die jährlichen Kontrollen sie nicht vom Krebs schützen, sondern – mit ein wenig Glück – das Karzinom in einem frühen Stadium diagnostizieren lassen.

Sollte man sich mit dem Patienten darauf geeinigt haben, zunächst nur ein Stoma – ohne Rektumexstirpation – anzulegen, so sollte es immer endständig angelegt werden, damit die Patienten nicht am Überlauf leiden.

Komplikationen nach einer Rektumexstirpation

Tatsache ist, dass kaum ein Patient nach der Rektumexstirpation und lebenslanger Stomaanlage diesen Schritt bereut. Genauso wahr ist es jedoch, dass nach der Rektumexstirpation mit oder ohne Proktokolektomie, in ca. 40-50 % der Fälle Probleme auftreten, die manchmal auch gravierend sein können.

Wundheilungsstörungen am Damm

Je ausgeprägter die Analfisteln, desto stärker ist auch die Haut um den After geschädigt (Abb. 1). Man hat es also mit einem vernarbten, entzündeten, chronisch infizierten Gewebe zu tun. Eine gesunde Haut ist jedoch eine wichtige Voraussetzung für eine ungestörte Wundheilungsstörung. Die Schädigung der Haut ist jedoch nicht der einzige Grund, warum es nach Rektumexstirpation gehäuft zu Wundheilungsstörungen kommt.

Nach der Entfernung des Enddarms und des Afters verbleibt im kleinen Becken zwangsläufig ein Hohlraum, der sich mit seröser Flüssigkeit füllt. Schlimmstenfalls kann sich diese Flüssigkeit chronisch infizieren. Dies ist vor allem dann der Fall, falls der Analkanal belassen wurde (s. o.), kann jedoch auch trotz Entfernung des Analkanals passieren.

Die meisten Wundheilungsstörungen heilen spontan aus – allerdings kann dies 3-6 Monaten dauern. Zum Glück verspüren Patienten mit Wundheilungsstörungen kaum jemals Schmerzen. Sie berichten lediglich von mehr oder weniger starkem Nässen.

Es existieren verschiedene Taktiken, um den Wundheilungsstörungen am Damm zu begegnen. Manche Chirurgen belassen die Wunde nach der Operation offen und versorgen sie mit einem VAC Verband. Nach einem Intervall wird die Wunde dann mit einem Lappen plastisch versorgt (Abb. 3).

Diese Methode ist aufwändig, zugleich aber auch sehr wirksam. Ein komplettes Gegenteil zu diesem Vorgehen ist die sog. intersphinkteräre Rektumexstirpation. Man entfernt dabei nur den inneren Schließmuskel, belässt aber den äußeren. Somit kann der Defekt am Damm verringert werden und die eventuelle Wundheilungsstörung ist

dann wesentlich kleiner. Dieses Vorgehen ist jedoch dann problematisch, wenn – wie oben erwähnt – die perianalen Haut sehr stark geschädigt ist. Um einen chronischen infizierten Hohlraum im kleinen Becken zu verhindern, kann man das Omentum majus chirurgisch verlängern und ins kleine Becken platzieren: sog. Omentoplastik oder Omentumplombe.

So häufig die Wundheilungsstörungen am Damm auch sind, es muss festgestellt werden, dass diese kaum jemals ein mit dem Fistelleiden vergleichbares Leiden verursachen. Die Patienten profitieren also von der Rektumexstirpation auf jeden Fall!

Stomakomplikationen

An dieser Stelle möchte ich nicht auf die anlagebedingten Komplikationen eingehen – Stoma in der Falte, Retraktion, Ausrisse etc. Ich möchte eher die Probleme angehen, die typisch für die Crohn-Patienten sind.

Stomaprolaps, parastomale Hernie

Viele M. Crohn Patienten, die ein permanentes Stoma nach einer Proktokolektomie und Rektumexstirpation erhalten, sind schlanke Frauen. Diese sind anfälliger für Stomaprolaps. Eine allgemein anerkannte Methode zur Verhinderung des Ileostomaprolapses existiert nicht. Eine Lösung ist die sog. extraperitoneale Stomaanlage, die im englischsprachigen Raum jahrzehntelang als Standard durchgeführt wurde. Dabei wird das Ileum auf dem Weg zum Stomakanal durch einen Tunnel zwischen dem Bauchfell (Peritoneum) und Bauchmuskulatur geführt. Die dadurch entstehenden Verwachsungen hindern das Stoma am Prolabieren. Diese Maßnahme ist sehr effektiv, doch möglicherweise wird dadurch auch etwas die Retraktion begünstigt (Abb. 4).

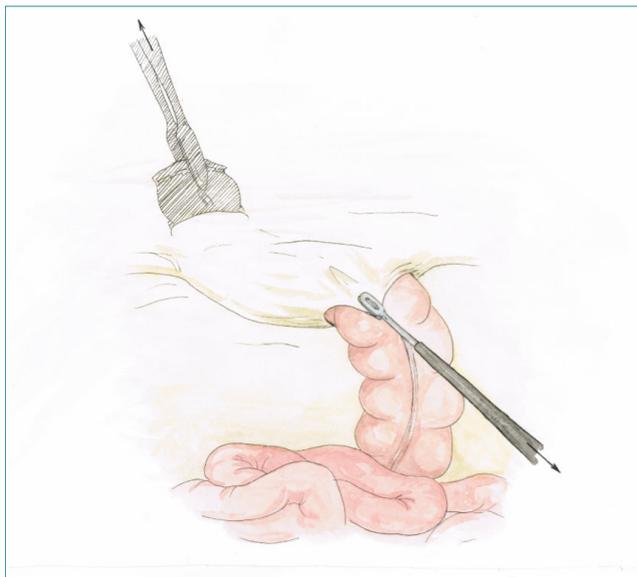


Abbildung 4

Ausleiten eines extraperitonealen Stomas. Es wird ein Tunnel zwischen dem Peritoneum und der Bauchdecke gebildet und dadurch das Stoma in den Stomakanal gezogen. (with Permission of Springer Nature)

Parastomale Hernien sind bei Patienten mit endständigem Ileostoma selten ein ernsthaftes Problem. Bei Patienten mit einem endständigem Kolostoma sind sie dagegen die Regel. Weltweit wird noch hitzig diskutiert, ob im Rahmen der Anlage eines endständigen Kolostomas auf irgendeine Art und Weise auch Hernienprophylaxe betrieben werden soll. Eine sichere Methode ist Platzieren eines Netzes, das den auf den Stomakanal zulaufenden Kolonabschnitt abdeckt und auf die Seite drängt (Abb. 5).

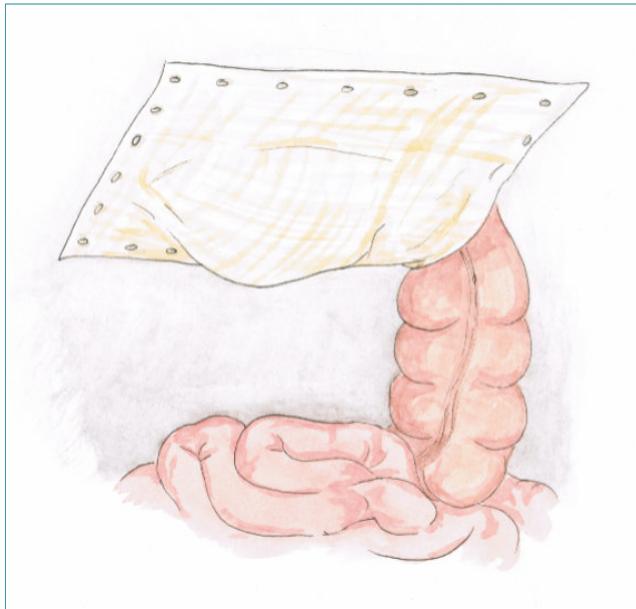


Abbildung 5

Prophylaxe eines Stomaprolapses mit Hilfe eines – die sog. Sugarbaker Methode. (with Permission of Springer Nature)

Platzieren eines Netzes in der Bauchhöhle kann jedoch zu erheblichen Verwachsungen führen, was im Falle wiederholter Operationen problematisch werden kann. Leider werden M. Crohn Patienten überdurchschnittlich oft operiert, deswegen sollte eine Netzplatzierung bei Ihnen kritisch bedacht werden. Eine Alternative ist – wie bei Prolaps – die extraperitoneale Stomaanlage.

Zugleich muss bemerkt werden, dass ein endständiges Kolostoma bei M. Crohn Patienten wesentlich seltener angelegt wird, als ein endständiges Ileostoma.

Pyoderma gangraenosum

Das Pyoderma gangraenosum (Abb. 6) gehört zu den schwersten Komplikationen bei CED Patienten mit endgültigem Stoma. Weil das Pyoderma meistens binnen der ersten 2-3 Monate nach der Operation auftritt, trifft es den Patienten besonders hart. Man hat sich schließlich darauf gefreut, endlich gesund zu werden.



Abbildung 6a-d

Zu Beginn der Pyodermie ist lediglich ein rote Knoten zu sehen, der sich dann livide verfärbt und sich in ein Ulkus verwandelt. Unbehandelt kann das Pyoderma sehr ausgedehnt werden (d). Nach Abheilen verbleiben Narben.

Das Pyoderma ist durch folgende Merkmale zu erkennen: schmerzhaft, größer werdende Ulzera mit lividen Rändern. Die ersten Zeichen des Pyodermas sind dunkelrote Knoten am Stomarand, die dann sehr oft für Abszesse gehalten werden. Auch wird fälschlicherweise vermutet, dass diese „Abszesse“ und Ulzera etwas mit den Fäden zu tun haben. Erkennt man das Pyoderma nicht schnell genug als solches, kommt es unter Umständen zu recht ausgedehnten Befunden, welche die Versorgung sehr stark beeinträchtigen.

Leider ist bis jetzt nicht bekannt, wie oft ein Pyoderma auftritt und wie man dieses verhindern kann. Vermutlich beträgt die Häufigkeit bei Patienten mit Colitis-Crohn, die ein endständiges Ileostoma erhalten, ca. 10-20 %.

Das Risiko dürfte bei Patienten höher sein, die früher oder zum Zeitpunkt der Operation an einer Dermatose litten – Psoriasis, Erythema nodosum oder z. B. Pyoderma gangraenosum an den Unterschenkeln. Eine effektive Prophylaxe existiert nicht. Die präoperative Gabe von jeglichen Crohn-Medikamenten verhindert das Pyoderma jedoch nicht.

Die Behandlung des Pyodermas sollte schnell und entschlossen sein. Sie besteht aus Tacrolimus Salbe lokal, systemischen Steroiden und/oder biologischer Therapie mit z. B. Infliximab oder Ustekinumab. Viele Fälle sind gering und leicht behandelbar, doch es gibt auch so schwere Fälle, bei denen das Stoma auf der Gegenseite neu angelegt werden muss. Auf der Abb. 7 ist eine Patientin zu sehen, bei der

mehrfaches Auftreten von Pyoderma gangraenosum zu einer so starken Schädigung der Haut geführt hatte, dass nur durch eine plastische Operation eine zufriedenstellende Versorgungssituation geschaffen werden konnte.

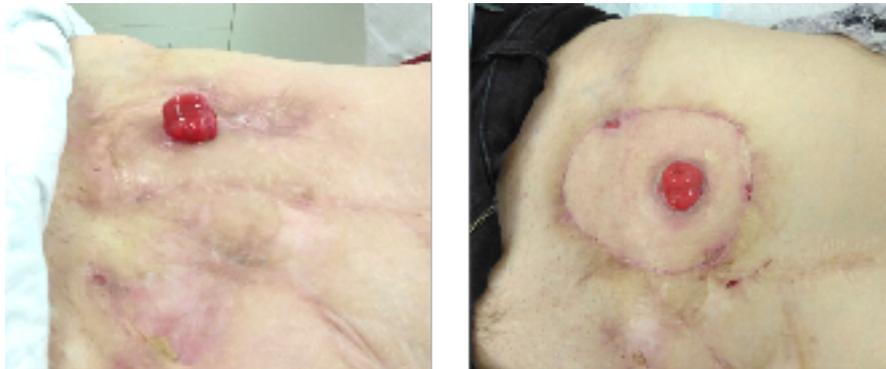


Abbildung 7a-b

Patientin, die wegen Colitis Crohn und Analfisteln mehrfach operiert wurde und mehrere Stomata erhielt. Sie hatte auch mehrfach Pyoderma gangraenosum entwickelt. Schließlich fand sich keine geeignete Lokalisation für das Stoma und es konnte nicht mehr versorgt werden. Um eine adäquate Hautumgebung zu schaffen, wurde ein Hautabschnitt vom Oberschenkel entnommen (gestielter Lappen) und um das Stoma gelegt. Das Stoma konnte danach einwandfrei versorgt werden.

Prognose und Lebensqualität

Die Lebensqualität der M. Crohn Patienten mit Stoma ist noch nicht ausreichend erforscht. Die Angst, Stomaträger zu werden, dominiert die Gedanken vieler Patienten. Zugleich leiden viele Patienten teilweise über viele Jahre vor der Stomaanlage an sehr ausgeprägten Symptomen der Krankheit: Schmerzen, Ausfluss und Inkontinenz bei perianalen Fisteln und an Durchfällen und starkem Stuhldrang. In diesen Fällen sollte die Stomaanlage zu einer wesentlichen Verbesserung der Lebensqualität führen.

Kasperek [1] fand in einer Studie eine etwas bessere Lebensqualität bei Crohn-Patienten mit Analfisteln, nachdem sie Stomaträger wurden, was sich vor allem an dem Rückgang der Symptome bemerkbar machte. In einer anderen Studie [2, 2016] waren die Patienten mit Stoma signifikant häufiger beschwerdefrei als Patienten ohne Stoma, doch die Lebensqualität in beiden Gruppen unterschied sich nicht. Stomaträger hatten nicht mehr depressive und Angstsymptome als Patienten ohne Stoma, jedoch auch nicht weniger. Die Lebensqualität ist jedoch bei Stomapatienten wesentlich schlechter, wenn sie trotz Stomas nicht beschwerdefrei sind! Diese Situation liegt vor, wenn eben nur ein „vorübergehendes“ Stoma angelegt wird, die Analfisteln verblieben sind und weiter Beschwerden verursachen. Auch ein schweres Pyoderma würde die Lebensqualität sehr stark verschlechtern und den Erfolg der Fistelbehandlung konterkarieren.

In zwei Studien [Ananthakrishnan, 2013, Knowles, 2013] war die Stomaanlage allerdings mit einer Entwicklung von Depression und Angstsymptomatik bei Patienten mit M. Crohn assoziiert. Eine weitere Untersuchung zeigte, dass die Erinnerungen an die Symptome vor der Stomaanlage die Zufriedenheit danach bestimmen – je ausgeprägter der Leidensdruck vor der Operation, desto höher die Zufriedenheit nach dem Eingriff [5]. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Stomaanlage bei Patienten mit M. Crohn die physische Lebensqualität meist verbessert, während

die mentale Verfassung der Patienten durch das jahrelange Leiden und wohl auch die Notwendigkeit ein Stoma zu bekommen stark in die Mitleidenschaft gezogen wird.

Kontinentes Ileostoma (z. B. Kock-Pouch)

Das Thema des kontinenten Stomas soll hier nur skizziert werden. Das kontinente Ileostoma bedeutet, dass ein endständiges Ileostoma durch eine Invagination (Einstülpung) der Darmwand praktisch nicht durchgängig gemacht wird. Dem Stoma wird ein Pouch (eine Art aus dem Dünndarm gebildetem Sack) vorgeschaltet, wo sich der Stuhlgang sammeln kann. Das Stoma kann dann nur noch mit einem Katheter 4-5x/Tag geleert werden. Ein Stomabeutel muss dagegen nicht getragen werden. Der Kock Pouch ist nur eine Art des kontinenten Stomas. Es existieren auch andere, z. B. ein S-Pouch oder Barnett Pouch.

Das kontinente Ileostoma ist in den 60er Jahre beschrieben worden. Er hat seine Popularität deswegen verloren, weil das „normale“ Stoma in den letzten Jahrzehnten durch die Entwicklung der Stomamaterialien mittlerweile gut versorgbar war. In den letzten 5-10 Jahren hat das kontinente Ileostoma jedoch wieder etwas an Popularität gewonnen.

Das kontinente Ileostoma ist sehr anfällig für Komplikationen, weswegen sehr viele Patienten mehrfach operiert werden müssen. Manche verlieren den Pouch. Die Patienten müssen also präoperativ eine sehr hohe Motivation und Verständnis aufweisen. M. Crohn Patienten mit Dickdarm- und Analbefall sind an sich für diese Maßnahme geeignet, vorausgesetzt, der Dünndarm ist von der Krankheit nicht betroffen. Auch das Übergewicht ist eine Kontraindikation.

Liste der Begriffe

CED – Chronische entzündliche Darmerkrankungen: M. Crohn und Colitis ulcerosa.

Rektumexstirpation – Entfernung des Enddarms und des Analkanals durch eine Operation.

Proktokolektomie – Entfernung des gesamten Dickdarms und des Enddarms. Sie kann mit einer Rektumexstirpation oder mit einer Pouchanlage einhergehen.

Pouch – wird vor allem bei Colitis ulcerosa Patienten nach Proktokolektomie aus dem Dünndarm gebildet und dient als eine Art Ersatz für den Enddarm. Der Schließmuskel wird erhalten und der Pouch an den Sphinkter genäht. Die Maßnahme wird fast immer von einem protektivem Ileostoma begleitet.

Pyoderma gangraenosum – Entzündung der Haut neben dem Stoma. Die Entzündung führt zum Absterben der Haut und Bildung von Ulzera.

Colitis Crohn – die strenge Einteilung der CED Patienten in Colitis ulcerosa und M. Crohn ist nicht immer möglich und auch nicht immer nötig. Bei Patienten mit M.

Crohn des Dickdarms (im Gegensatz zu M. Crohn des Dünndarms) spricht man gern von Colitis Crohn. Sie ist der Colitis ulcerosa oft sehr ähnlich.

Proktitis – Entzündung des Enddarms. Proktitis und Colitis sind nicht als unterschiedliche Erkrankungen zu verstehen. So wie der Enddarm (das Rektum), den letzten Anteil des Dickdarms darstellt, so will man mit dem Begriff Proktitis betonen, dass das Rektum befallen ist. Manchmal spricht man auch von einer Proktokolitis, wenn man betonen will, dass sowohl der gesamte Dickdarm als auch das Rektum betroffen ist. Der Begriff Pankolitis bedeutet im Prinzip das Gleiche – Befall des gesamten Dickdarms inkl. des Rektums. Die Begriffe sind also je nach Situation auch austauschbar.

Literatur

1. Kasperek MS, Glatzle J, Temeltcheva T, Mueller MH, Koenigsrainer A, Kreis ME. Long-term quality of life in patients with Crohn's disease and perianal fistulas: influence of fecal diversion. *Dis Colon Rectum*. 2007 Dec;50(12):2067-74.
2. Abdalla MI(1), Sandler RS, Kappelman MD, Martin CF, Chen W, Anton K, Long MD. The Impact of Ostomy on Quality of Life and Functional Status of Crohn's Disease Patients. *Inflamm Bowel Dis*. 2016 Nov;22(11):2658-2664.
3. Ananthakrishnan AN(1), Gainer VS, Cai T, Perez RG, Cheng SC, Savova G, Chen P, Szolovits P, Xia Z, De Jager PL, Shaw S, Churchill S, Karlson EW, Kohane I, Perlis RH, Plenge RM, Murphy SN, Liao KP. Similar risk of depression and anxiety following surgery or hospitalization for Crohn's disease and ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol*. 2013 Apr;108(4):594-601.
4. Knowles SR(1), Wilson J, Wilkinson A, Connell W, Salzberg M, Castle D, Desmond P, Kamm MA Psychological well-being and quality of life in Crohn's disease patients with an ostomy: a preliminary investigation. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2013 Nov-Dec;40(6):623-9.
5. Morris A(1), Leach B(2). A Qualitative Exploration of the Lived Experiences of Patients Before and After Ileostomy Creation as a Result of Surgical Management for Crohn's Disease. *Ostomy Wound Manage*. 2017 Jan;63(1):34-39.

Korrespondenzadresse:



Prof. Dr.
Igors Iesalnieks
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie

*Evangelisches Krankenhaus Kalk
Buchforststr. 2 51103 Köln*

Tel.: 0221 82892400

E-Mail: iesalnieks_igors@hotmail.com