

Operationen aufgrund neoplastischer Veränderungen bei Colitis ulcerosa – kann eine limitierte Resektion gerechtfertigt sein?

Ergebnisse bei Patienten mit eingeschränkten Eingriffen

Lindberg J, Stenling R, Palmqvist R, et al. Surgery for neoplastic changes in ulcerative colitis – can limited resection be justified? Outcome for patients who underwent limited surgery. *Colorectal Dis* 2006;8:551–6.

Fragestellung und Hintergrund: Patienten mit Colitis ulcerosa haben ein erhöhtes Risiko, ein kolorektales Karzinom zu entwickeln. Ziel dieser Studie war es, die Ergebnisse bei Patienten mit eingeschränkter Resektion des Kolons und/oder des Rektums anstelle einer Panproktokolektomie zu untersuchen, unter besonderer Beachtung der Patienten mit neoplastischen Veränderungen.

Patienten und Methodik: Seit 1977 wurden alle bekannten Patienten mit Colitis ulcerosa aus unserem Einzugsbereich in unser Beobachtungsprogramm eingeschlossen. Bei insgesamt 210 Patienten wurde ein Follow-up mit regelmäßigen Koloskopien und Biopsien durchgeführt. Indikationen für eine Operation waren schwere therapieresistente Erkrankungen, hochgradige Dysplasie, kolorektales Karzinom oder wiederholte Befunde von niedriggradiger Dysplasie. Die Compliance der Patienten war exzellent.

Ergebnisse: 51 Patienten wurden operiert. Bei 29 dieser Patienten wurde primär eine Panproktokolektomie durchgeführt. Bei Abschluss der Studie war bei zusätzlich sieben Patienten eine Radikaloperation durchgeführt worden, und drei weitere Patienten planten eine derartige Operation. Daraus folgt, dass bei 22 Patienten die erste Operation eine Resektion entweder eines Teils oder des gesamten Kolons oder Rektums war. In

dieser Gruppe wurde bei vier Patienten ein kolorektales Karzinom und bei drei Patienten eine Dysplasie-assoziierte Läsion oder Veränderung (DALM) diagnostiziert. Einer dieser Patienten starb 6 Monate nach der Operation an disseminiertem kolorektalem Karzinom, während die anderen Patienten zum Zeitpunkt des Studienabschlusses am Leben waren. Einer dieser sieben Patienten mit kolorektalem Karzinom oder DALM hatte bei Studienabschluss eine Radikaloperation gehabt und bei zwei Patienten stand eine solche bevor (bei zwei Patienten wegen niedriggradiger Dysplasie und bei einem Patienten wegen therapieresistenter Erkrankung). Sechs der Patienten mit einer kolorektalen Resektion aufgrund der Indikation therapieresistente Erkrankung wurden später radikaloperiert, fünf von ihnen wegen eines therapieresistenten Rezidivs und ein Patient aufgrund einer niedriggradigen Dysplasie in der verbleibenden Rektummukosa. 21 Patienten erreichten ein Mittel von 9,4 Jahren mit wahrscheinlich verbesserter Darmfunktion nach einer limitierten Resektion statt einer Panproktokolektomie. Keiner der Patienten mit einer Kolon- oder Rektumresektion starb aufgrund eines kolorektalen Karzinoms oder eines metachronen Karzinoms im verbleibenden Kolon oder Rektum.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse dieser Studie legen nahe, dass limitierte Kolon- und/

oder Rektumresektionen bei Colitis-ulcerosa-Patienten mit indizierter operativer Behandlung die Lebensjahre mit wahrscheinlich verbesserter Darmfunktion erhöhen und deshalb eine Alternative zu einer Panproktokolekto-

mie darstellen, ohne erhöhtes Sterberisiko aufgrund eines kolorektalen Karzinoms. Dies ist abhängig von der Flexibilität der medizinischen Versorgung und der Compliance des Patienten.

Kommentar

Standardtherapie der Colitis ulcerosa, mit der bei den meisten Patienten die Krankheit beherrscht werden kann, ist die antiinflammatorische Behandlung mit Kortikosteroiden, in den letzten Jahren auch Immunsuppressiva. Trotzdem sind bei 30–40% dieser Patienten in ihrem Krankheitsverlauf chirurgische Interventionen erforderlich. Als chirurgische Standardtherapie gilt hier die restaurative Proktokolektomie mit ileoanaler Pouch-Anastomose.

Lindberg et al. zeigen mit ihren Daten, dass mit einer konsequenten Überwachung und einer guten Patientencompliance ein patientenadaptiertes Vorgehen möglich ist. Zwar hat sich dieser Eingriff, insbesondere mit der Anlage eines ileoanal Pouch, als Maßnahme mit guter Akzeptanz und auch relativ niedriger Morbidität erwiesen, ist aber andererseits zweifellos mit Nachteilen im Vergleich zu einer limitierten Resektion von Kolon oder Rektum behaftet. So ist in 10–15% der Fälle mit einem Pouchversagen und einer notwendigen Umwandlung in eine endständige Ileostomie zu rechnen [4]. Ein gewisses Risiko besteht auch für das Auftreten von Dysplasien und Adenokarzinomen in einem ileoanal Pouch, weshalb ein spezifisches Überwachungsprogramm empfohlen wird, das 10 Jahre nach Pouch-Anlage starten sollte [3]. Auch die Darmfunktion selbst, wenn gleich für diese Situation häufig durchaus befriedigend, kann erhebliche Dysfunktion wie hohe Stuhlfrequenz aufweisen. Hinzu können Strikturen, Pouchitis oder anale Schmerzen kommen, Probleme, die

bei einer limitierten Resektion zumindest für einen gewissen Zeitraum aufgeschoben werden können [1]. Ein weiteres Problem stellt die Störung der sexuellen Funktion dar, die vor allem bei Frauen in bis zu 56% der Fälle berichtet wird. Die Fertilität operierter Frauen sinkt signifikant gegenüber den nicht operierten Patientinnen [1].

Dass eine limitierte Resektion einen Vorteil für Colitis-ulcerosa-Patienten darstellt, liegt auf der Hand. Möglich ist dies, und das demonstrieren Lindberg et al. in der vorliegenden Arbeit, bei einer sehr konsequenten Betreuung dieser Patienten und einer guten Compliance. Auch dem Dysplasierisiko wird offensichtlich hinreichend Rechnung getragen. Gerade auch durch die minimalinvasive Chirurgie besteht die Möglichkeit mehrfacher resezierender Verfahren [2].

Literatur

1. Lichtenstein GR, Cohen R, Yamashita B, Diamond RH. Quality of life after proctocolectomy with ileoanal anastomosis for patients with ulcerative colitis. *J Clin Gastroenterol* 2006;40:669–77.
2. Tan JJ, Tjandra JJ. Laparoscopic surgery for ulcerative colitis – a meta-analysis. *Colorectal Dis* 2006;8:626–36.
3. Das P, Johnson MW, Tekkis PP, Nicholls RJ. Risk of dysplasia and adenocarcinoma following restorative proctocolectomy for ulcerative colitis. *Colorectal Dis* 2007;9:15–27.
4. Oresland T. Colon-saving medical therapy vs. colectomy in ulcerative colitis – the case for colectomy. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 24:Suppl 3:74–9.

*Priv.-Doz. Dr. Martin W. Strik,
Dr. Claudia Benecke, Berlin*