

Abszess bei CED

- Diagnose, Punktion und Drainageeinlage
(bridge to surgery)
 - Sonografie und MRT (Diagnose)
 - CT (Therapie)
- Antibiose und Drainage!
Perianal: Inzision und Drainage
Intraabdominell: offen-chirurgisch
- Endoskopie spielt fast keine Rolle für die Diagnostik
und Therapie von Abszessen

Abszess bei CED

TABLE 2. Characteristics According to Initial Therapy in CD Patients Diagnosed with Spontaneous Abdominal Abscess (AA)

	Antibiotics Alone Group (n = 54)	Percutaneous Drainage Group (n = 30)	Surgical Drainage Group (n = 44)
Initial therapy in simple AA (% of cases)	40%	29.4%	30.6%
Initial therapy in multiple/multiloculated AA (% of cases)	55.6%	13.9%	30.5%
Concomitant therapy with glucocorticoids (% of cases)	77.8%	56.7%	25%
Days of hospitalization (mean $\pm$ SD)	18 $\pm$ 11	22 $\pm$ 19	23 $\pm$ 16
Abscess size (cm $\pm$ SD)	3.4 $\pm$ 1.8	5.8 $\pm$ 2	5.6 $\pm$ 2.7

Erfolg der Therapie nach 1 Jahr	63%	30%	91%
---------------------------------	-----	-----	-----

70% der Patienten werden im Verlauf operiert!

→davon 50% mit intraoperativer Diagnose von Fisteln

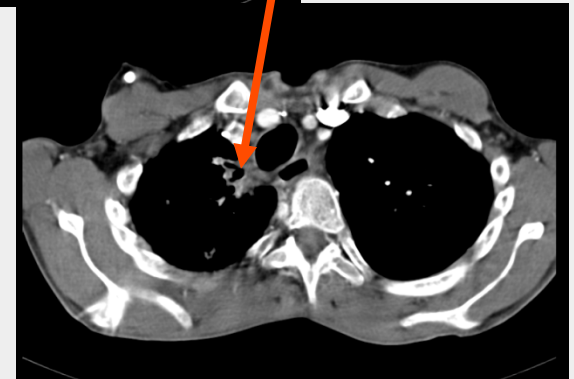
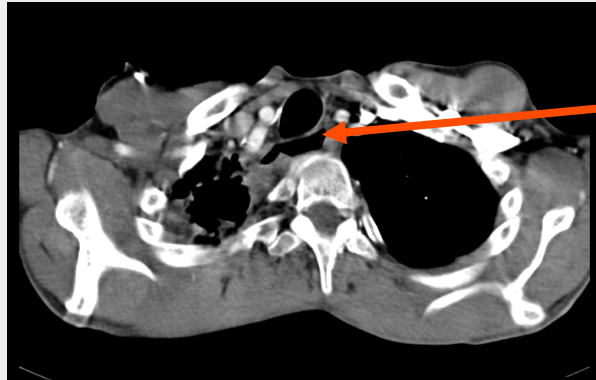
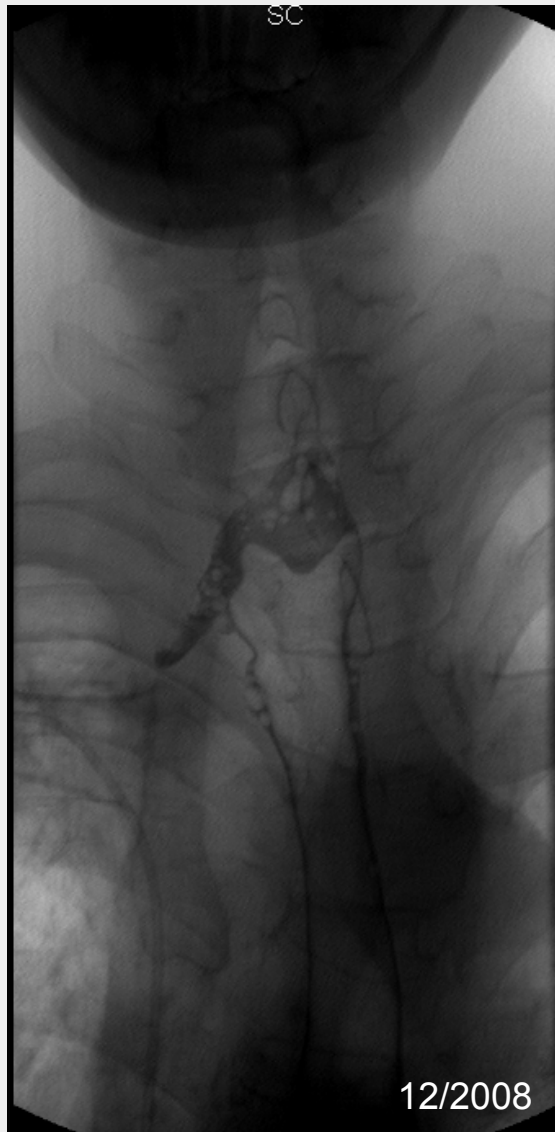
→davon 95% mit Segmentresektion und/oder Ileozökalresektion

(Bermejo et al., 2012)

Fistel bei CED

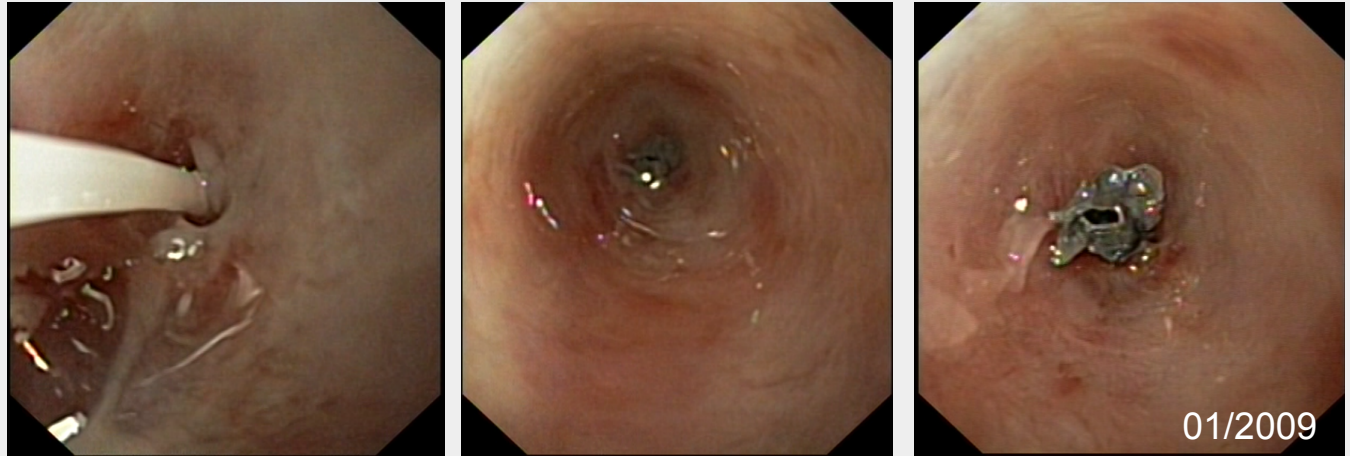
- Perianale Fistel:
Inzision & Drainage ... und (Antibiotika)
therapierefraktärer Verlauf → Stoma/Proktektomie
- Intraabdominelle Fistel/Fistel im kleinen Becken:
Schnittbildgebung (Lokalisation? Abszess?), ggf. Antibiotika
→ Immunsuppressive Therapie
→ ggf. Operation
- Endoskopischer Fistelverschluss ist in der Regel nicht angezeigt (und auch nicht sinnvoll!)

Ösophago-bronchiale Fistel bei M. Crohn (1)

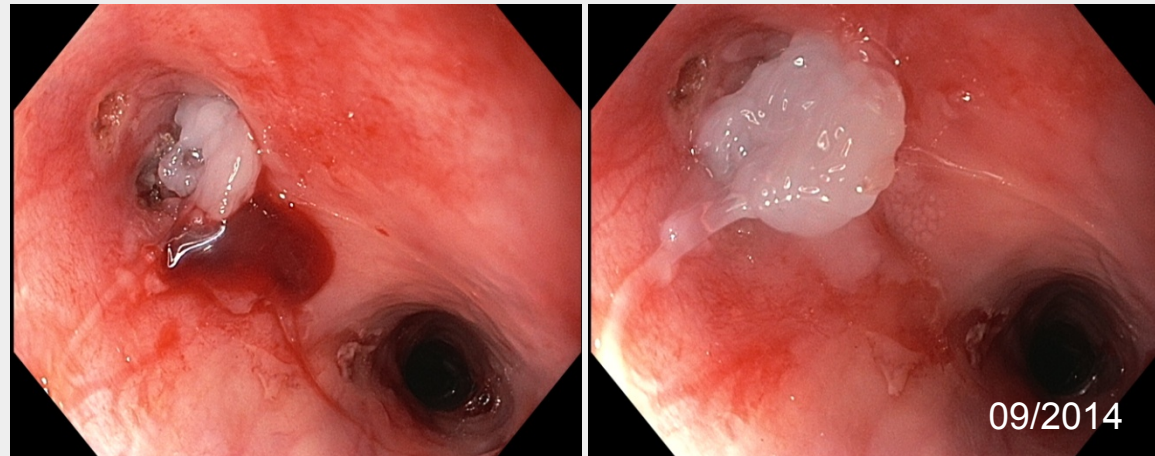


Ösophago-bronchiale Fistel bei M. Crohn (2)

Onyx® LES

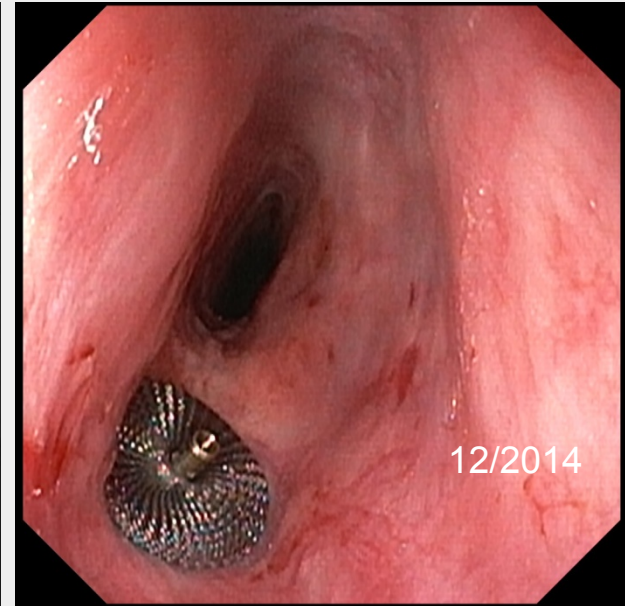
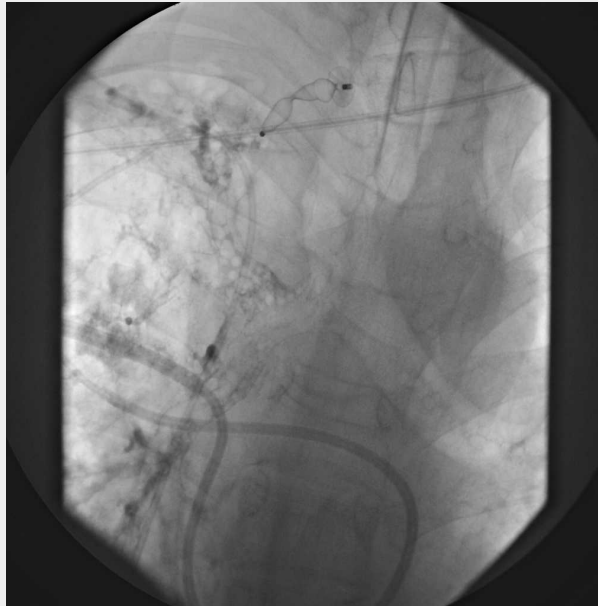
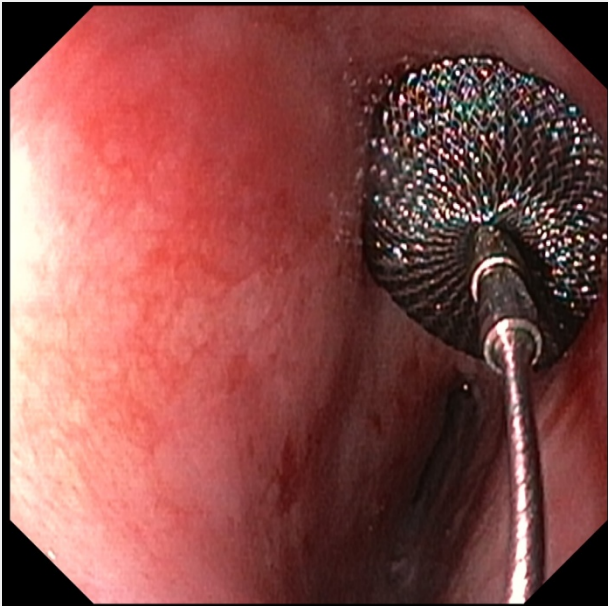


Fibrin-/Histo-
acrylgemisch



Ösophago-bronchiale Fistel bei M. Crohn (3)

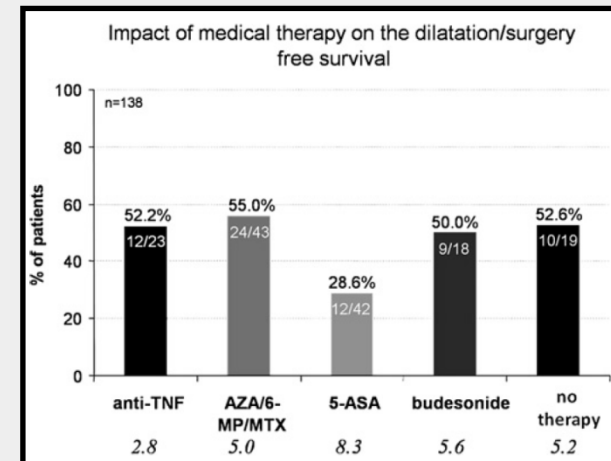
Verschluss mit Amplatzer Vascular Plug



Stenose bei CED

- Häufigkeit (30% der Crohn-Patienten)
10-20% Stenosen bei nicht vor-operierten Patienten
80-90% Anastomosenstenosen
- Keine Standards
Draht? Ballongröße? Länge der Insufflation?
Durchleuchtung? Steroide? Stenosenlänge?
- Sekundäre Stenosen können primär mit 15-18 mm dilatiert werden

(van Assche et al., 2012)



Ballondilatation bei M. Crohn

TABLE 3. Endoscopic Balloon Dilation of Strictures and Outcomes

Authors	N	Anastomotic stricture	Maximum balloon size (mm)	Steroid injection	Immediate Technical Success*	Clinical Efficacy*	Major adverse events*	Stricture location	Follow-up duration (months)
Dear 2001 ¹²⁰	22	95%	18	No	45%	73%	0	C, ICA	4 – 90
Sabate 2003 ¹²¹	38	68%	25	No	56%	53%	2%	ICA, CCA, C, I, J, ICV	0.2-103
Williams 1991 ³⁰	7	71%	20	No	71%	71%	0	ICA, D, C	21-27
Ferlitsch 2006 ⁵³	46	59%	20	Yes	95%	66%	4%	ICA, C, I, NI	3-98
Brooker 2003 ³¹	14	100%	20	Yes	71%	79%	0	ICA, IIA, CCA, IRA	13.2-32.8
Matsui 1997 ¹²²	5	0%	20	No	NR	100%	0	P, PB	10.8-80.4
Thomas-Gibson 2003 ¹²³	59	90%	18	No	60%	41%	1.6%	ICA, ICV, IIA, CCA, C, PIA, IRA, JIA	29.4
Ramboer 1995 ²⁹	13	69%	18	Yes	77%	100%	0	ICA, ICV, NI, C	9-73
Couckuyt 1995 ²⁸	55	59%	25	No	73%	62%	8%	ICA, IRA, NI, TI, ICV, C, CCA	3-80
Morini 2003 ¹²⁴	43	67%	18	No	91%	63%	0	ICA, ICV, NI, TI	10-168
Blomberg 1991 ³²	27	100%	25	No	67%	70%	2%	NR	7-38
Singh 2005 ³⁴	17	35%	20	Yes	97%	76%	10%	C, CCA, ICA, I, D	5-50
Ajlouni 2007 ¹²⁵	37	37%	20	No	90%	87%	1%	I, ICV, ICA, IIA, C	6-153
Stienecker 2009 ²⁶	25	42%	18	No	97%	84%	3%	C, ICA, ICV, I	54-118
Thienpont 2010 ¹²⁶	138	84%	18	No	97%	76%	3%	I, ICA, C, IIA	69.6

C, colon; CCA, colo-colonic anastomosis; D, duodenum; I, ileum; ICA, ileo-colonic anastomosis; ICV, ileocecal valve; IIA, ileo-ileal anastomosis; J, Jejunum; JIA, jejuno-ileal anastomosis; NI, neoterminal ileum; PIA, pouch-ileal anastomosis; P, pylorus; PB, postbulbar; TI, terminal ileum;

NR, not reported

*Immediate technical success was defined by successful passage of the endoscope or colonoscope immediately after dilation. Clinical efficacy was defined as the resolution of obstructive symptoms after dilation with the avoidance of surgery. Major adverse events (calculated per number of dilations) included in the calculation were perforations, bleeding requiring transfusion, and intra-abdominal abscesses or fistulas.

(Paine & Shen, 2013)

Ballonenteroskopie bei M. Crohn

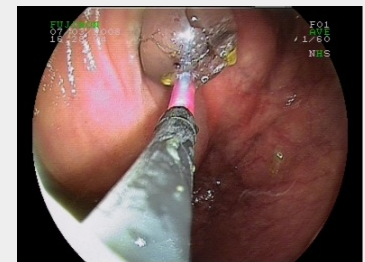
- initiale **Diagnostik** bei einer kleinen Subgruppe von Patienten mit isoliertem Dünndarmbefall
- gezielte **Diagnostik** von radiologisch suspekten Läsionen/unklaren Strukturen

→ In Einzelfällen Vermeiden unnötiger Laparotomien



- **Therapie:** Bergung von Kapseln
- **Therapie:** Dilatation von Stenosen

→ u. U. Vermeiden sofortiger Laparotomien



Zusammenfassung

- Abszess: Antibiose, Punktion & Drainage, OP, keine Endoskopie!
- Fistel: Drainage, immunsuppressive Therapie nach Abszessausschluß, OP, selten Endoskopie
- Stenose: überwiegend Endoskopie Ballondilatation, eventuell OP