



Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie in Berlin und Brandenburg e.V.

Komplikationsmanagement: Naht- und Anastomoseninsuffizienz im Gastrointestinaltrakt Was kann die Chirurgie?

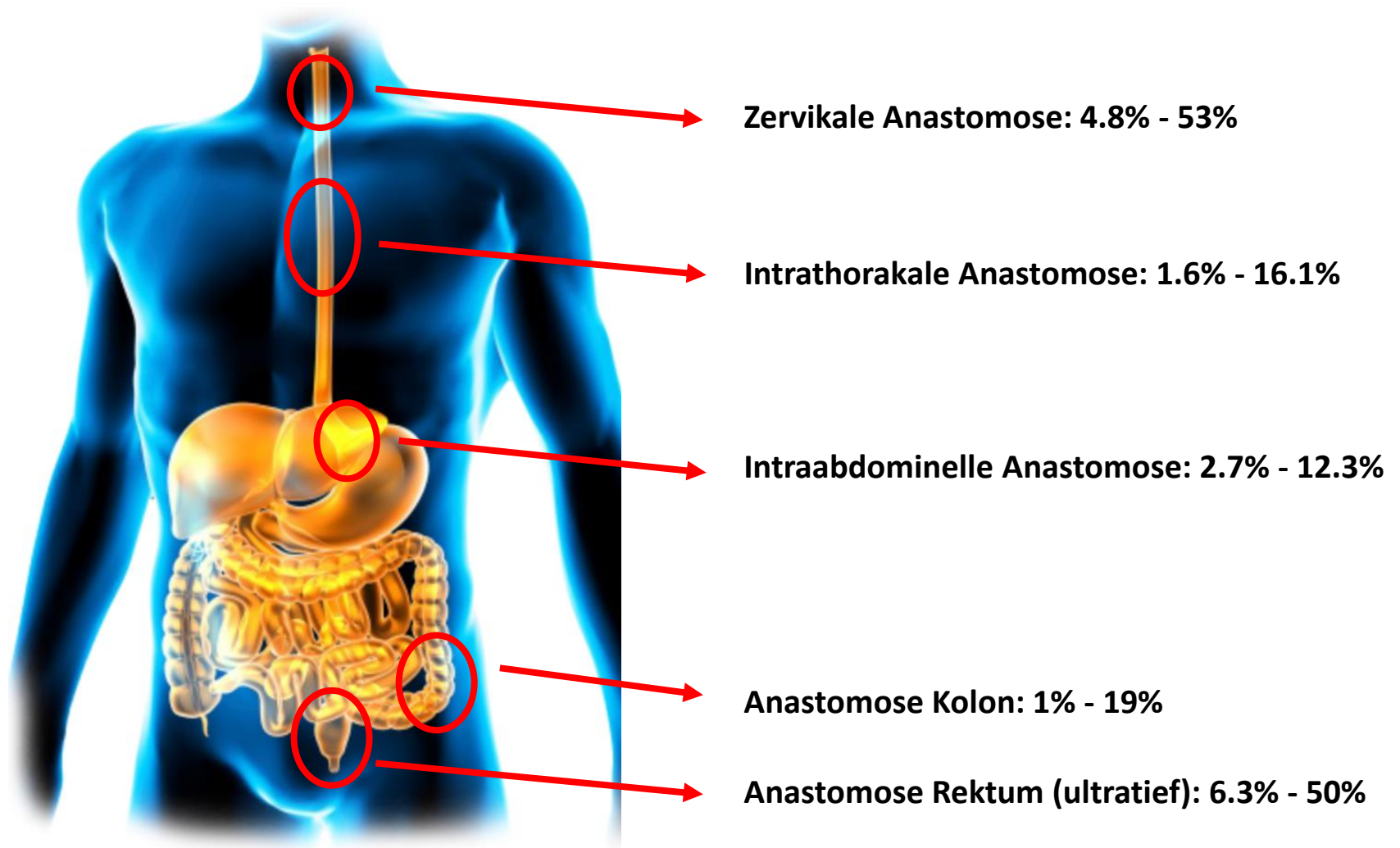
Matthias Biebl

Chirurgische Klinik

Direktor: Univ.-Prof. Dr. Johann Pratschke

Charité – Campus Virchow Klinikum / Campus Mitte
Universitätsmedizin Berlin

Leckagen nach Gastrointestinalen Anastomosen:



Beispiel: Leckage im oberen Gastrointestinaltrakt



Was tun....?

Evaluierung von:

Größe der Leckage

Ischämie der Umgebung

Freie / Gedeckte Perforation?

**Peritonitis / Pleuritis / Mediastinitis /
Abszess?**

Sepsis / Organversagen?

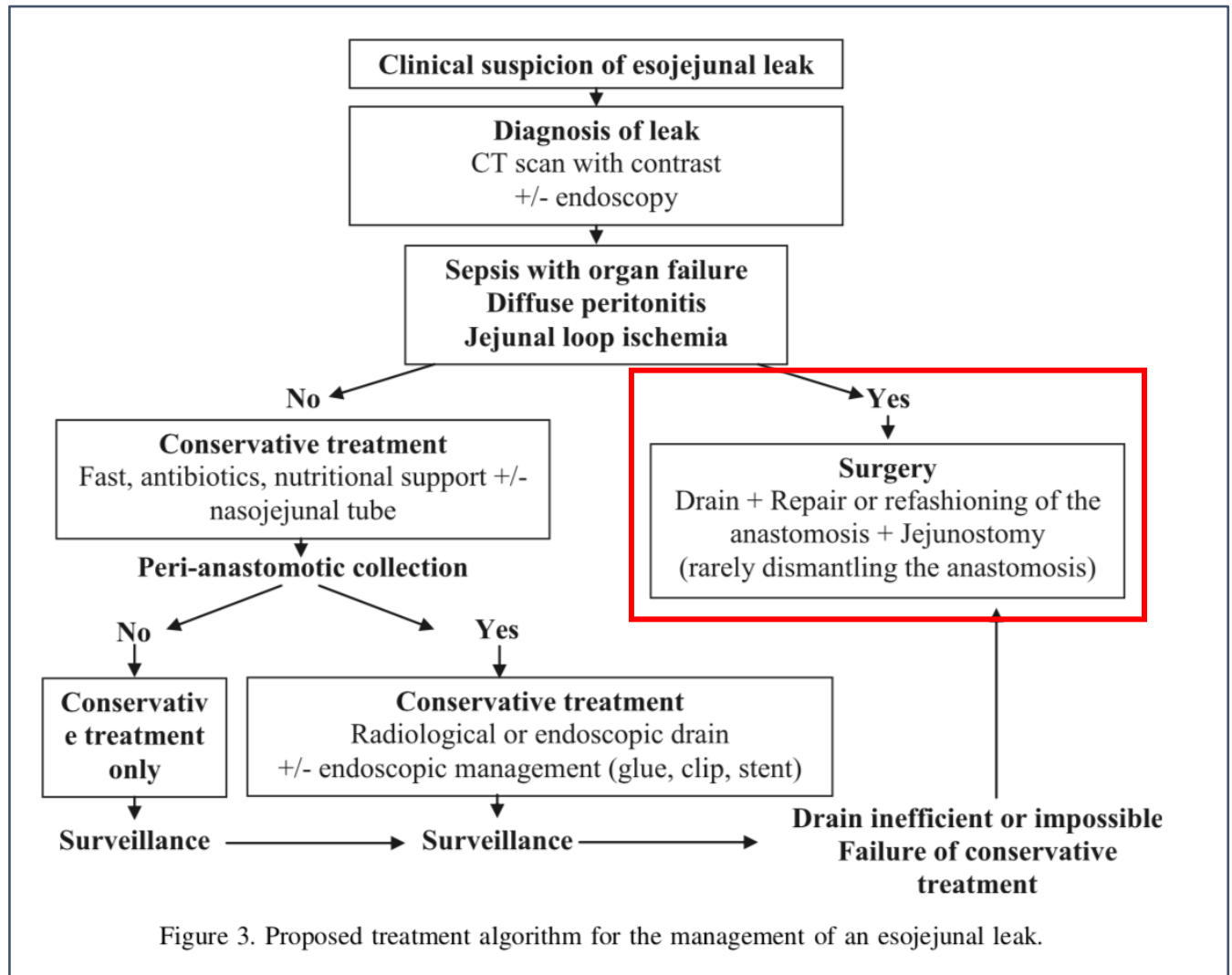
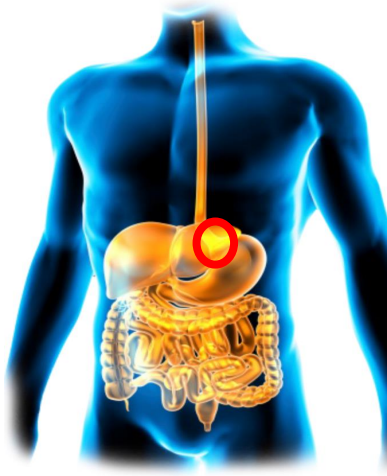
Ziel:

Abdichten der Leckage

Entfernung von Nekrose

Kontrolle der Infektion

Anastomoseninsuffizienz nach Ösophagojejunostomie



Anastomoseninsuffizienz nach Ösophagogastrostomie

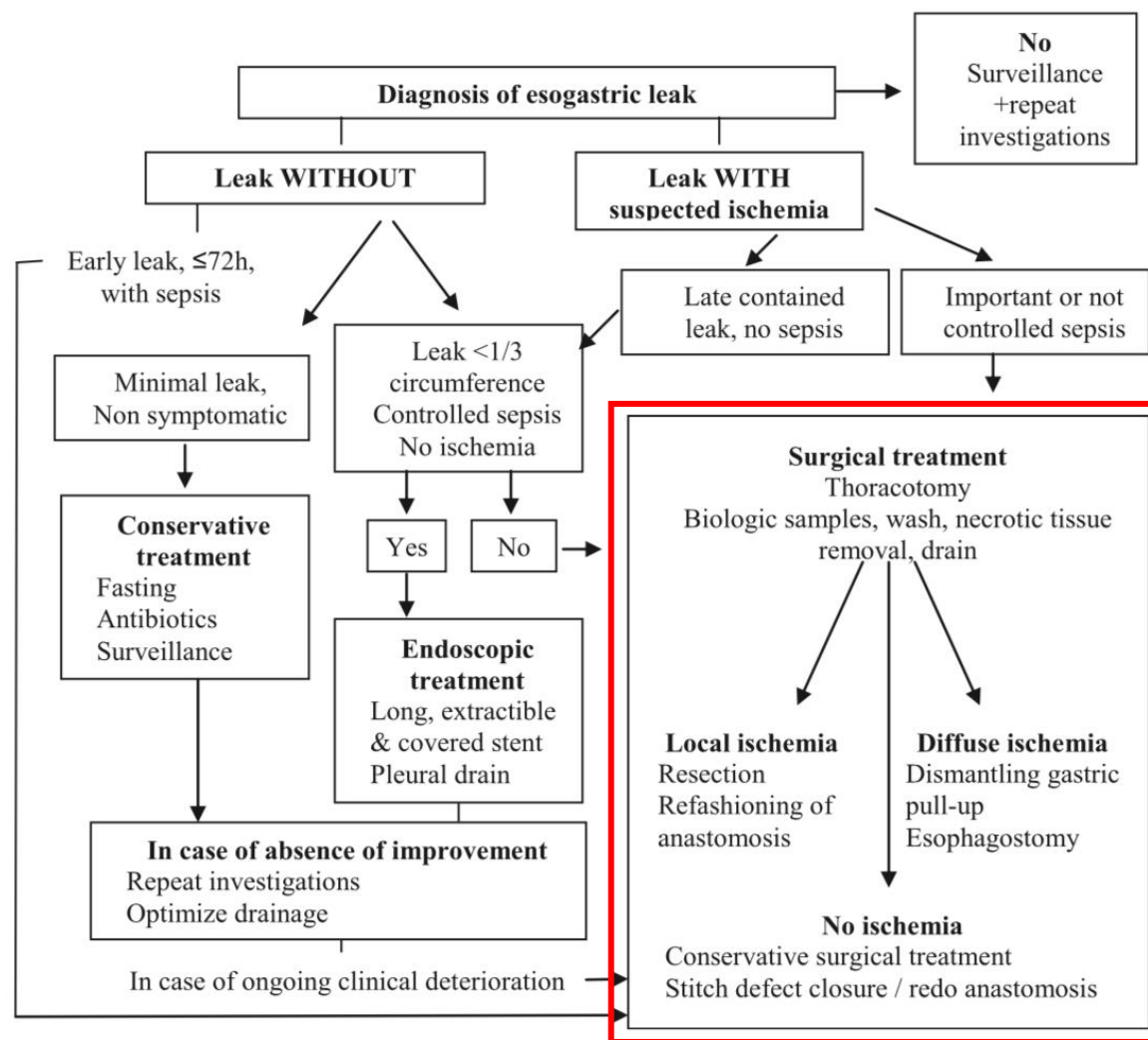
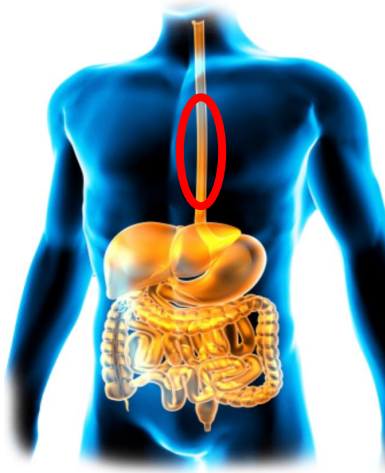
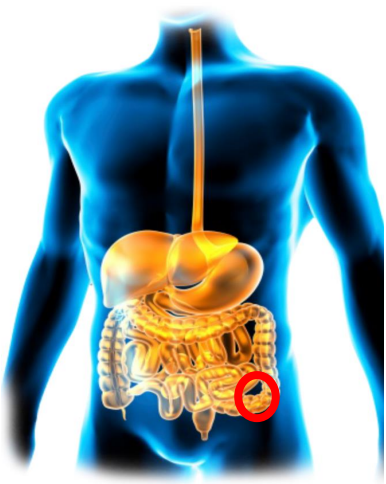


Figure 2. Proposed treatment algorithm for the management of an esogastric leak.

Leckage nach Rektumanastomose – klassisches Konzept:

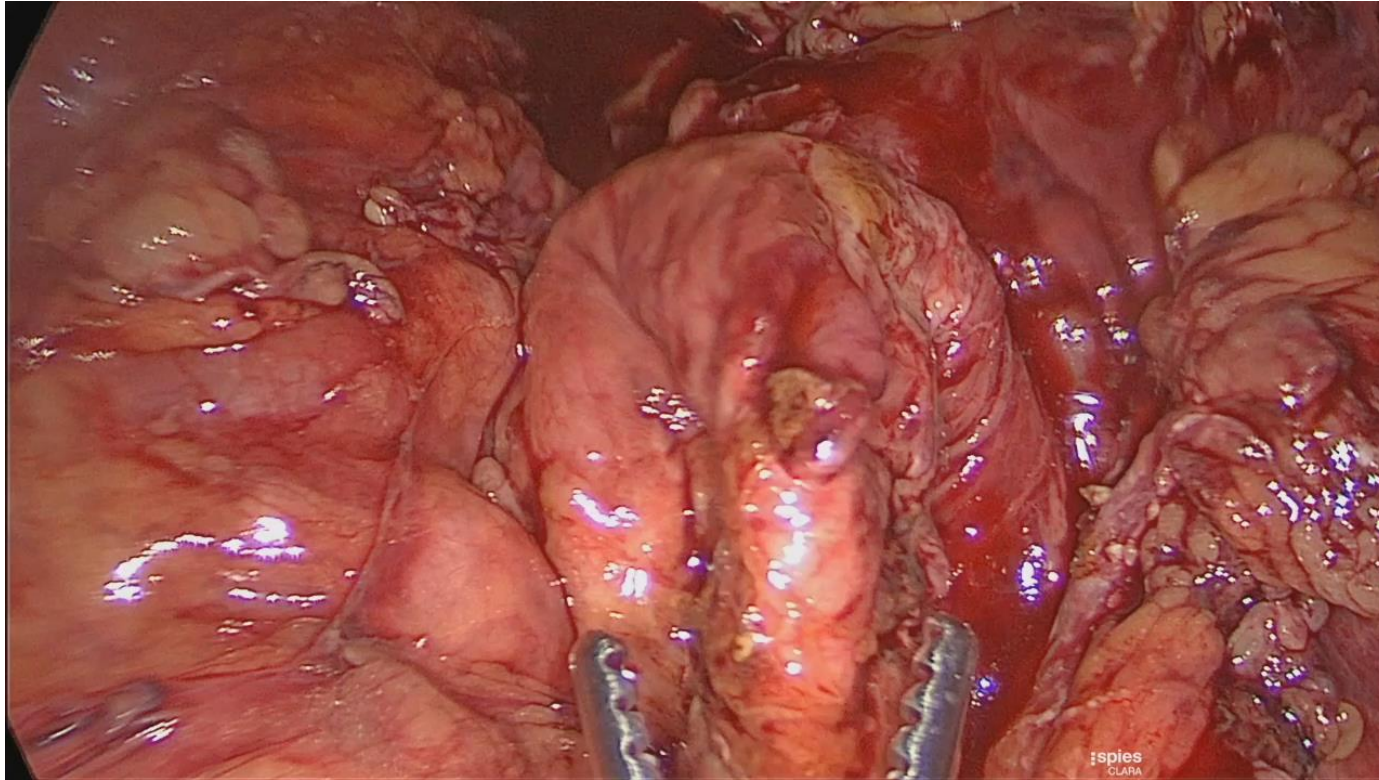


Primäre Naht

**Primäre Naht +
Loop-Ileostoma**

Hartmann-Stoma

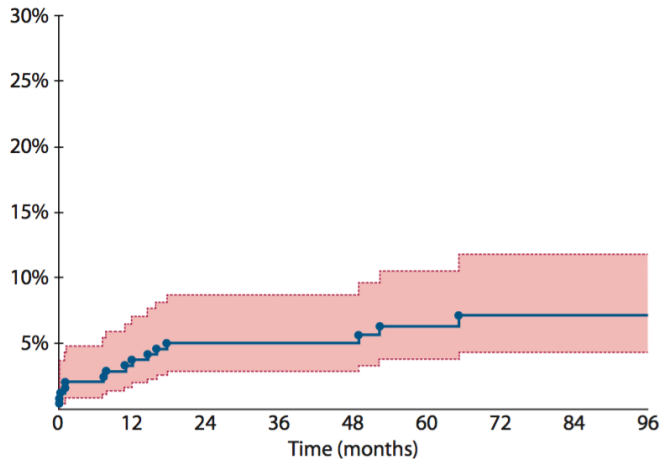
Laparoskopische primäre Naht:



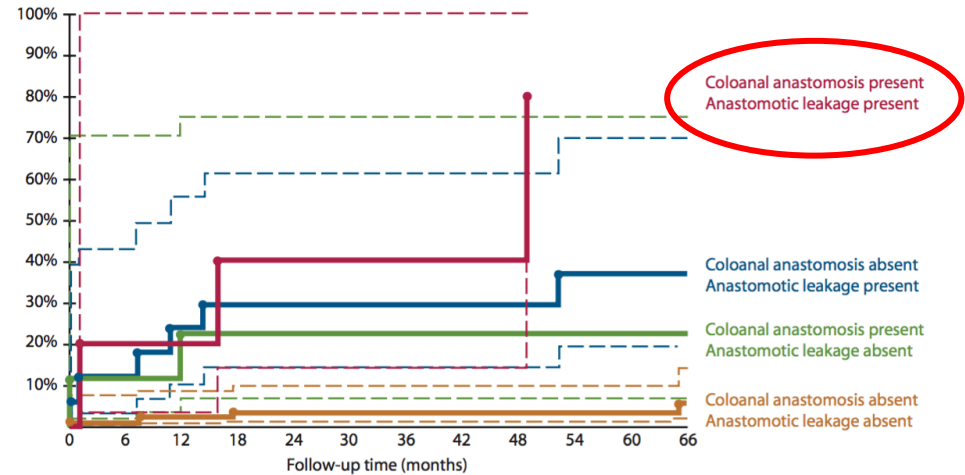
- Klammernahtgeräte erlauben sichere laparoskopische Naht von umschriebenen Kolonperforationen, auch in kontaminierter Umgebung

Ursachen für definitives Stoma nach tiefer Resektion:

Cumulative incidence PST (%)



Cumulative incidence PST (%)

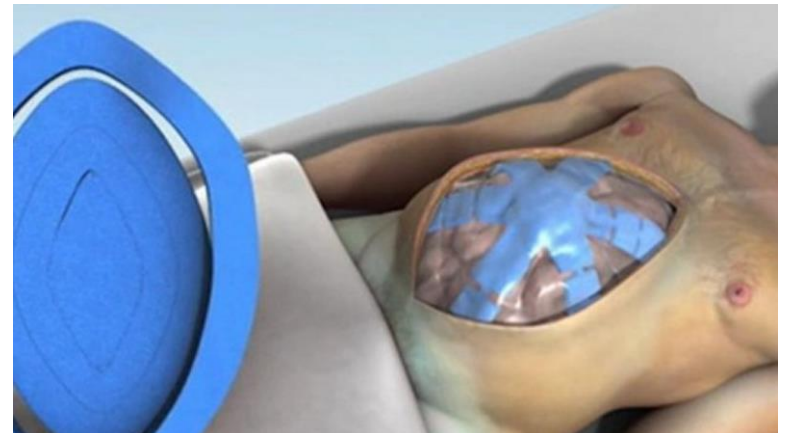
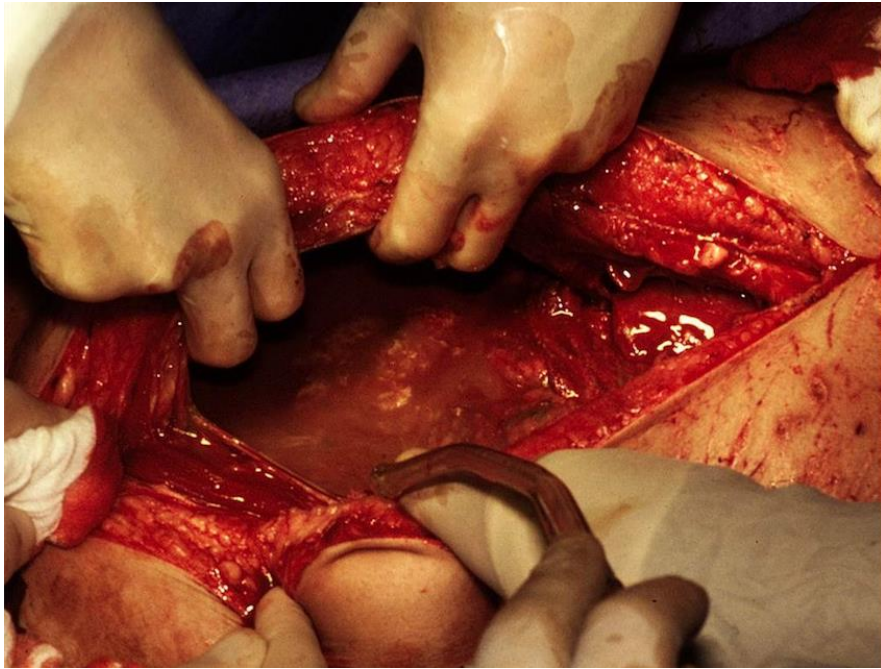


Risikofaktoren für definitives Stoma:

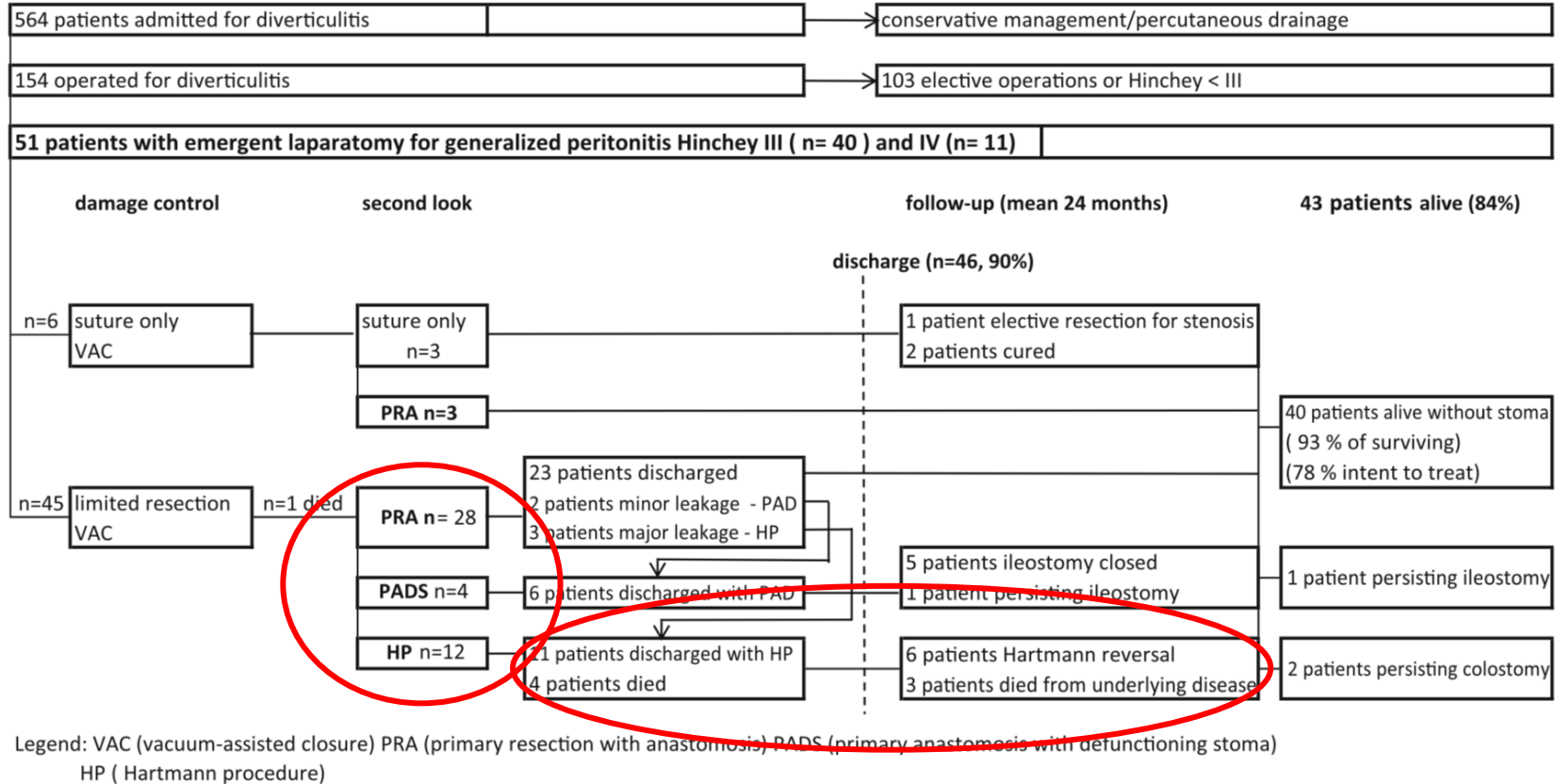
- Anastomosenleckage: 60%
- Inkontinenz: 27%
- Tumorrezidiv: 13%

60% aller Hartmann-Stomata werden nicht rückverlagert

Kolon-Leckage mit schwerer Peritonitis:



Damage Control Surgery with Abdominal Vacuum and Delayed Bowel Reconstruction in Patients with Perforated Diverticulitis Hinchey III/IV



51 Patienten mit perforierter Divertikulitis

Mortalität 9.8% / 76% der Patienten mit gastrointestinaler Rekonstruktion entlassen

Ende Follow-up -> 93% ohne Stoma am Leben

Modernes Management von Leckagen:

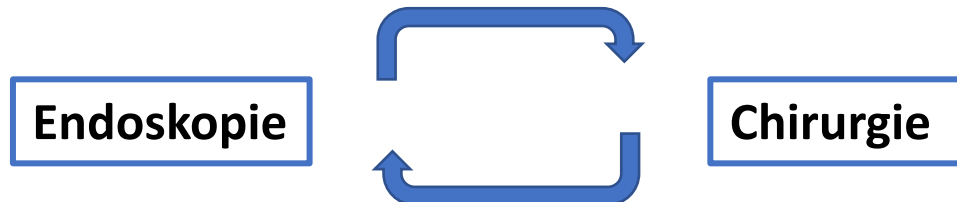
Verbesserte endoskopische und chirurgische Verfahren in den letzten Jahren verfügbar geworden

Invasivität der chirurgischen Intervention durch minimal-invasive Techniken reduziert

Management mehr und mehr durch modulares Konzept mit sowohl interventionellen als auch abgestuft chirurgischen Verfahren gekennzeichnet -> alle Verfahren müssen vorgehalten sein

Ziel:

- > 1) Effektive Infektkontrolle
- > 2) Vermeidung von (Kolo)Stomata



Fall 1: Pat. mit partieller Insuffizienz der Anastomose

64a, männlich

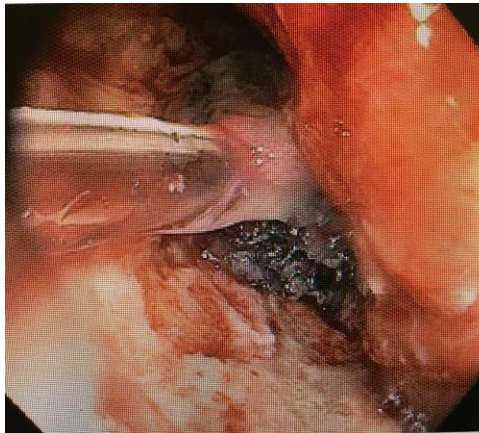
RektumCa unteres Drittel
ypT3ypN0LOVOROM0

Z.n. neoadj. RCTX

Lap. TaTME mit loop-Ileostoma

POD 14:
Anastomoseninsuffizienz

Endoskopie: 1/3 der Anastomose
dehiszent



3x EndoSponge-Wechsel

-> Wundhöhle sauber, beginnende
Granulation

Transanale Naht mit Readaptation
des Darmrohres, Einlage einer
transanal Spül Drainage

Komplikationsloses Abheilung
postoperativ

Ileostoma-Rückoperation 5
Monate postoperativ

primär Endosponge - Anlage

Fall 2: zirkumferentielle Insuffizienz mit großem Substanzdefekt

54a, männlich

RektumCa unteres Drittel
ypT3ypN2bLOVOROM0

Z.n. neoadj. RCTX

Lap. TaTME mit loop-Ileostoma

LOS 7d postop

Wiederaufnahme
3 Wochen postOp

Nekrose der S/E Anastomose



Initial EndoVAC-Therapie

Revision mit Nekrosektomie im Op

Wieder EndoVAC-Therapie bis
Abszesshöhle Granulation zeigt

Bei großem Substanzdefekt offene
Revision, Resektion des
Neorektums

Mobilisation rechtes Hemikolon
mit Anlage einer ascendoanalen
S/E Anastomose unter
Ileostomaschutz

Problemloses Einheilen der
Anastomose

Ileostoma-Rückkop nach 5 Wochen

Fall 3: Pat. „aufgegeben“ mit offenem Rektumstumpf nach Insuffizienz

48a, männlich

RektumCa unteres Drit
ypT3ypN0LOVOR0M0

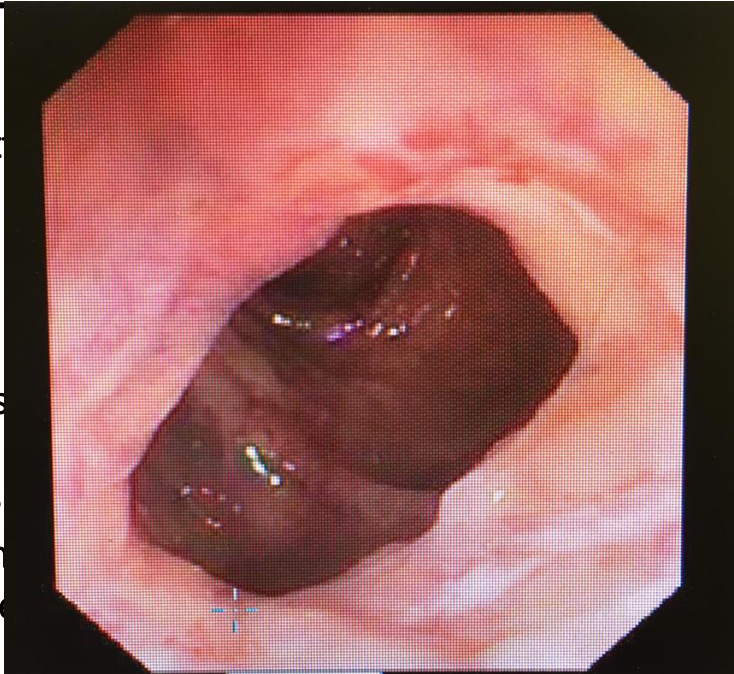
Z.n. neoadj. RCTX

Lap. VTR mit loop-Ileos

Anastomoseninsuffizienz
Revision, Hartmann-An
Rektumstumpfinduffizienz
neuerlicher Revision

Letztendlich mit großer
Abszesshöhle präsakral und
weit offenem Rektumstumpf
zur konservativen ps-Heilung
entlassen

Zuweisung für weitere
Optionen



Mehrfache transanale VAC-
Wechsel zur Konditionierung der
Abszesshöhle

Nach 3x EndoSponge-Wechsel
Wundhöhle sauber, beginnende
Granulation

Relaparotomie mit Adhäsilyse
und Anlage einer ascendoanal
E/E Anastomose mit loop-
Ileostomie

Komplikationsloses Abheilung
postoperativ

Ileostoma-Rückoperation 6
Monate postoperativ

Zusammenfassung

- **Chirurgie nach wie vor wesentlich in der Behandlung der gastrointestinalen Anastomoseninsuffizienz, vor allem bei Nekrosen und zur Infektkontrolle**
- **Chirurgie im Wechselspiel mit interventionellen Möglichkeiten bei ausgedehnten Befunden als Konzept fix etabliert**
- **Im oberen Gastrointestinaltrakt kann Operation öfter vermieden werden**
- **Im unteren Gastrointestinaltrakt zwar Operation, jedoch kann Anastomose in bis zu 75% gerettet werden**
- **Durch moderne Konzepte Vermeidung von definitiven Diversionen oft möglich**
- **Ohne ausreichende Konditionierung operative Revision erfolglos**
- **Funktion nach modularem Konzept postoperativ ermutigend**