

Anwenderbericht Endosponge

Die endoskopische intracavitäre Vakuumschwammtherapie haben wir in unserer Klinik als ein bewährtes primäres Therapieverfahren bei Anastomoseninsuffizienzen nach Rektumresektionen etabliert. In einer gemeinschaftlich von Chirurgen und Gastroenterologen geleiteten Endoskopie führen wir sämtliche diagnostischen und therapeutischen Untersuchungen in enger interdisziplinärer Kooperation durch. Räumlichkeiten, Gerätschaften, Personalkapazitäten etc. werden ohne Barrieren miteinander geteilt. Diese einführende Worte seien unserem Anwenderbericht vorangestellt, um zu verdeutlichen, dass zur Nutzung der neuen chirurgisch - endoskopischen Verfahren auch der Zugang zu den entsprechenden Ressourcen notwendig ist. Um innere Wunden beurteilen zu können müssen profunde Kenntnisse und Erfahrungen in der Wundbehandlung vorhanden sein. Um eine endoskopische Wundbehandlung vorzunehmen und den Wundverlauf endoskopisch zu beurteilen, müssen profunde Kenntnisse in der therapeutischen Endoskopie vorliegen.

Zur Indikationsstellung, Therapieverlauf und Beendigung, Nutzung alternativer operativer Verfahren ist die Beurteilung eines endoskopisch versierten Chirurgen oder eines in der Vakuumtherapie erfahrenen Chirurgen in enger Kooperation mit seinem endoskopierenden Internisten unerlässlich.

Zum Nutzen für den Patienten lassen sich dann auch diese innovativen Verfahren etablieren. Die Zusammenarbeit in einer interdisziplinären Endoskopie, wie bei uns geübt, kann hierzu beitragen.

Nachfolgend stellen wir einen typischen Fall der Behandlung einer Anastomoseninsuffizienz am Rektum mittels Endosponge dar.

Eine 75 jährige Patientin stellte sich aufgrund einer stenosierenden Sigmadivertikulitis zur Sigmaresektion vor. Es bestand ein Z.n. nach Hysterektomie, eine Coloskopie konnte aufgrund der Stenose nur inkomplett erfolgen. Die Operation wurde zunächst als eine minimalinvasive Resektion begonnen, bei erheblichen Verwachsungen wurde auf eine Laparotomie konvertiert. Die Resektion erfolgte in typischer Weise als anteriore Rektum/Sigmaresektion. Die Anastomose wurde transanal mit einem Circularstapler gefertigt. Die Dichtigkeitsprobe war suffizient. Zusätzlich wurde das Omentum majus linksgestielt und paracolisch als Netzplombe in das kleine Becken eingeschlagen, um eine Kompartimentierung der Anastomosenregion zum Abdomen zu gewährleisten.

Der postoperative Verlauf war regelhaft. Einen Tag vor der Entlassung fielen bei der Routinekontrolle des Labors bei der klinisch asymptomatischen Patientin deutlich erhöhte Entzündungsparameter auf. Diese veranlassten uns, die flexible endoskopische Anastomosenkontrolle durchzuführen.

Bei der Patientin sahen wir den typischen Befund einer Anastomoseninsuffizienz. Bei einer Anastomosenhöhe von ca. 9 cm a.a. fand sich ein ca. 1 cm durchmessender kompletter Wanddefekt, durch den man in eine ca. 4 cm durchmessende infizierte Wundhöhle hineinspiegelte. Die lokalen Durchblutungsverhältnisse der Anastomose waren gut.

Wir achten bei der Erstuntersuchung darauf, nur wenig Luft zu insufflieren, um eine Keimverschleppung in die Tiefe zu verhindern. Ebenso spülen wir die Wundhöhle initial nur wenig und beschränken uns auf das Absaugen von Sekret. Auch nehmen wir initial keine weitere Manipulation oder Nekrosektomie an der Wundhöhle vor, um eine Eröffnung der Höhle bis die Tiefe zu vermeiden. Anderenfalls besteht das Risiko der Erweiterung der Perforation bis in die Abdominalhöhle.

Mit dem Endospongesystem platzierten wir eine Polyurethanschwamm Drainage durch den Anastomosendefekt in die Wundhöhle. Dabei wurde der Schwamm bereits so geschmälert und verkürzt, dass er deutlich kleiner als die Wundhöhle war. Nach der Anlage des Vakuums kollabierte die Wundhöhle vollständig über dem Schwamm, gleichzeitig wurde der Anastomosendefekt durch das Vakuum verschlossen.

Nach 4 Tagen wurde der Schwamm mit leichtem Zug entfernt. Schon nach diesem kurzen Zeitraum hatte sich das Wundbild vollständig verändert. Die Wunde war bereits mit sauberem Granulationsgewebe ausgekleidet, es fanden sich keine Nekrosen, keine lokalen Infektzeichen. Die Durchblutungsverhältnisse waren unverändert gut, der Anastomosendefekt hatte sich nicht vergrößert. Wir legten einen neuen Endosponge ein, der nach 3 Tagen erneut gewechselt wurde. Zu diesem Zeitpunkt hatte sich die Wunde weiter verkleinert und gereinigt, sie war mit gut durchblutetem Granulationsgewebe ausgekleidet. Es wurde wieder ein noch kleinerer Schwamm platziert und die intrakavitäre Vakuumschwammtherapie für 4 Tage fortgeführt. Nach insgesamt 10 Tagen konnten wir die Therapie beenden. Die Wundhöhle hatte sich bis auf eine kleine divertikelartige Aussackung verkleinert.

Während der Vakuumschwammtherapie war die Patientin vollständig oral ernährt. Der Stuhlgang war neben dem Schwamm möglich. Durch den anal ausgeleiteten Drainageschlauch war die Patientin nur gering beeinträchtigt.

Nach der Schwammentfernung verabreichten wir für einige Tage noch täglich ein rectales Klysma. Eine Antibiotikatherapie wurde durchgeführt.

Nach 24-tägigem stationärem Aufenthalt wurde die Patientin beschwerdefrei entlassen. Der stationäre Aufenthalt war durch die Therapie der Anastomoseninsuffizienz gegenüber dem ursprünglich geplanten Entlassungszeitraum 14 Tage verlängert. Es wurden insgesamt fünf flexible Rectosigmoidoskopien mit zum Teil Propofolsedierung vorgenommen. Dreimal wurde ein Endosponge endoskopisch in die Insuffizienzhöhle eingebracht und die Vakuumschwammtherapie für über 10 Tage durchgeführt.

Durch die Endospongetherapie konnten wir die operative Anlage eines künstlichen Darmausganges und die hierzu erforderlichen Narkosen, Materialkosten für Stomaartikel etc. vermeiden. Es entfallen auch die Kosten für einen erneuten stationären Aufenthalt zur operativen Rückverlagerung des künstlichen Ausganges.

Ein intensivmedizinischer Aufenthalt und eine parenterale Therapie waren nicht erforderlich. Eine ambulante endoskopische Kontrolluntersuchung ist drei Monate postoperativ vorgesehen.

Prof. Dr. med. Ch. Müller
Chefarzt

Dr. Gunnar Loske
Oberarzt interdisziplinäre Endoskopie
Facharzt für Chirurgie, Proktologie