

Verengungen im Übergang vom Dünndarm zum Dickdarm - Erweiterung mit Hilfe eines Ballons vs. operative Entfernung der Engstelle

Datum: 03.08.2021

Original Titel:

Outcomes of Endoscopic Balloon Dilation vs Surgical Resection for Primary Ileocolic Strictures in Patients with Crohn's Disease

DGP - Es gibt verschiedene Möglichkeiten, um Darmverengungen zu behandeln. So kann sowohl eine endoskopische Ballondilatation als auch eine Operation sinnvoll sein. Wissenschaftler verglichen in der vorliegenden Studie diese beiden Methoden miteinander. Sie stellten fest, dass beide ihre Vor- und Nachteile hatten.

Etwa jeder dritte [Morbus Crohn](#)-Patient entwickelt im Laufe seines Lebens eine Darmverengung, auch als Stenose bezeichnet. Besonders häufig ist dabei der Übergang vom [Dünndarm](#) zum Dickdarm betroffen. Derartige Verengungen sind neben Fisteln die häufigste Operationsursache bei [Morbus Crohn](#)-Patienten. Es gibt jedoch auch eine Methode, bei der kein operativer Eingriff nötig ist und der entsprechende Darmabschnitt nicht entfernt werden muss. Es handelt sich hierbei um die endoskopische Ballondilatation. Bei dieser Methode wird mit Hilfe eines Endoskops ein zunächst gefalteter Ballon an die verengte Stelle gebracht und dort gedehnt. Dadurch wird die Engstelle wieder erweitert. Ein Vorteil dieser Behandlungsmethode ist, dass diese mit einem geringeren körperlichen Eingriff verbunden ist und dass keine [Vollnarkose](#) notwendig ist. Doch ist die endoskopische Ballondilatation auch genauso wirksam wie die Operation? Ein Forscherteam aus Cleveland (USA) verglich nun die endoskopische Ballondilatation mit einer operativen Entfernung des verengten Darmabschnittes bei Morbus Crohn-Patienten mit Verengungen im Übergang von [Dünndarm](#) zum Dickdarm.

Patienten mit Darmverengungen unterzogen sich entweder einer endoskopischen Ballondilatation oder einer Operation

Die Wissenschaftler untersuchten 375 Morbus Crohn-Patienten mit Verengungen im Übergang vom Dünndarm zum Dickdarm. Bei 117 Patienten wurde die Verengung mit Hilfe der Ballondilatation behandelt, während sich die anderen 258 Patienten einer Darmoperation unterzogen, bei der der verengte Darmabschnitt entfernt wurde. Zwischen beiden Patientengruppen gab es keine Unterschiede hinsichtlich des Alters, der Geschlechterverteilung und der Dauer der Erkrankung. Patienten, die Fisteln aufwiesen, wurden von der Studie komplett ausgeschlossen.

Viele Patienten kamen trotz endoskopischer Ballondilatation um eine Operation nicht herum

Die Analyse der Patientendaten ergab, dass bei 4,7 % der Patienten, die mit der endoskopischen

Ballondilatation behandelt wurden, Komplikationen nach dem Eingriff auftraten. Bei 45,3 % der Patienten war im Mittel nach 2,1 Jahren eine anschließende Operation nötig. Die Wissenschaftler konnten Risikofaktoren identifizieren, die den Zeitraum von der endoskopischen Ballondilatation bis zu einer notwendigen Operation verkürzten. Zu diesen Risikofaktoren zählten eine längere Engstelle, eine kürzere Zeitspanne zwischen zwei Ballondilatations-Eingriffen und ein Befall des Übergangs vom Dünndarm zum Dickdarm statt des letzte Dünndarmabschnitts. Im Vergleich zu der endoskopischen Ballondilatation waren die Patienten, die sich einer Operation unterzogen, häufiger von Komplikationen nach dem Eingriff betroffen (32,2 % der Patienten). Jedoch war bei ihnen seltener eine weitere Operation nötig (21,7 %). Außerdem war die durchschnittliche Zeitspanne, bis eine Operation bzw. eine erneute Operation nötig war, bei diesen Patienten länger als bei den Patienten, die sich einer endoskopischen Ballondilatation unterzogen hatten (11,1 Jahre vs. 5,4 Jahre).

Die endoskopische Ballondilatation schien anfangs effektiv und mit nur wenigen Komplikationen verbunden zu sein. Dennoch mussten sich viele Patienten anschließend trotzdem noch einer Operation unterziehen. Im Vergleich dazu hat die operative Entfernung des verengten Darmabschnittes zwar häufiger zu Komplikationen geführt, die Patienten blieben durch diese Behandlungsmethode jedoch länger von erneuten Operationen verschont. Beide Methoden schienen somit ihre Vor- und Nachteile zu haben. Diese müssen für jeden Patienten individuell abgewägt werden, um für den Patienten die beste Therapiemethode zu wählen.

Referenzen:

Lan N, Stocchi L, Ashburn JH, Hull TL, Steele SR, Delaney CP, Shen B. Outcomes of Endoscopic Balloon Dilation vs Surgical Resection for Primary Ileocolic Strictures in Patients with Crohn's Disease. Clin Gastroenterol Hepatol. 2018 Mar 2. pii: S1542-3565(18)30223-4. doi: 10.1016/j.cgh.2018.02.035.

MERKZETTEL

für das Gespräch mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt

Damit Sie viel aus dem Gespräch mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt mitnehmen, empfehlen wir Ihnen, Ihre Beschwerden, aber auch Ihre Behandlungsziele sowie alle Ihre Fragen zu notieren. Wichtig für das Arztgespräch ist eine Liste der **Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel**, die sie derzeit verwenden. Über eventuelle **Allergien und Unverträglichkeiten** sollten Sie Ihre Ärztin/Ihren Arzt ebenfalls immer informieren. Nutzen Sie hierfür unseren Vordruck „Meine Medikations- und Behandlungsübersicht“.

Meine Beschwerden und/oder Behandlungsziele

Meine Fragen

Folgende Themen/Studien möchte ich besprechen

Welches Thema beschäftigt Sie? Was haben Sie z. B. in aktuellen Studien gelesen?

Notieren Sie die wichtigsten Punkte des Arztgesprächs

So bemerken Sie schnell, ob Sie alles richtig verstanden haben und ob Fragen unbeantwortet blieben

Meine Notizen zum Gespräch am _____:

Weitere Tipps für das Arztgespräch finden Sie unter „Materialien für den Arztbesuch“