

Der Kock Pouch

Mit einer Ileostomie eine gute Lebensqualität erreichen

Nach einer Entfernung von Dick- und Mastdarm (Proktokolektomie) gibt es für die operative Weiterbehandlung drei verschiedene Möglichkeiten: Ein Ileostoma, einen ileoanalen Pouch, der ein Reservoir im Dünndarm direkt mit dem After verbindet, und einen Kock Pouch. Diese Methoden sind nicht für alle Patient:innen gleichermaßen gut geeignet, bei der Entscheidung kommt es auf die individuelle Erkrankung und die persönlichen Wünsche der Betroffenen an. Der Kock Pouch ist ein aus Dünndarmschlingen chirurgisch geschaffenes Reservoir im Bauchraum für Stuhl, das willentlich von den Betroffenen über eine ansonsten dichte Verbindung (Nippelventil) mit einem kontinenten Stoma auf der Bauchdecke entleert wird. Ein Beutel wird dabei nicht benötigt. Ein Kock Pouch kann auch bei Urostomie-Patient:innen zum Einsatz kommen. International ist die Methode in den vergangenen Jahren immer seltener operiert worden, erlebt aber aktuell eine Wiederbelebung. Der Vorteil ist u. a., dass der Kock Pouch für geeignete Betroffene eine gute Lebensqualität ermöglichen kann und als Verfahren infrage kommt, wenn ein ileoanaler Pouch wegen schwerwiegender Probleme neu operiert werden muss.

von Prof. Karl-Wilhelm Ecker

Für Betroffene mit künstlichen Körperausgängen stellt die Erhaltung oder Wiederherstellung einer guten Lebensqualität ein zentrales Anliegen dar. Im Hinblick auf einen künstlichen Dünndarmausgang (Ileostomie) wurde in einer kürzlich erschienenen wissenschaftlichen Übersichtsarbeit der **Kock Pouch (Kock'sche Tasche oder kontinente Ileostomie)** als das Operationsverfahren mit der höchstmöglichen Lebensqualitätsstufe nach Proktokolektomie (= Entfernung von Dick- und Mastdarm) bezeichnet [1]. Sehr gerne komme ich deshalb der Bitte der Redaktion der ILCO-PRAXIS nach, eine aktuelle Bestandsaufnahme für ein Schwerpunktheft zu diesem Thema vorzunehmen. Nachdem vor fast 40 Jahren diese Operationsmethode von mir auch in Deutschland eingeführt worden ist und seitdem ununterbrochen praktiziert wird, handelt es sich um einen sehr persönlichen Beitrag, der auch Perspektiven für die Zukunft aufzeigt.

1. Was ist ein Kock Pouch und wo kommt die Bezeichnung her?

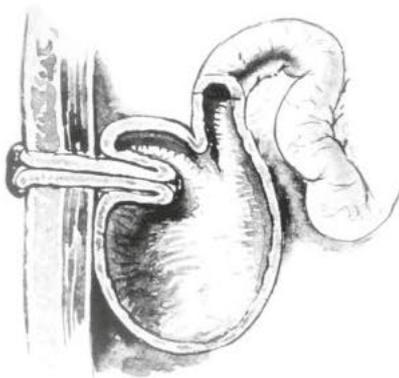


Abb. 1. Seitenansicht eines Kock Pouches. Rechts ist der Dünndarm mit dem Kock Pouch zu sehen und links die Bauchdecke, durch die der Ausführungsgang des Nippelventils geführt wird. (© K. W. Ecker)

Die kontinente Ileostomie beruht auf zwei grundlegenden Operationsprinzipien, die von dem Inaugurator (Entwickler) der Methode, Prof. Nils Kock, ab 1969 nacheinander in die Chirurgie eingeführt wurden. Nur das erste Prinzip, nämlich die Bildung eines intraabdominellen Niederdruckreservoirs (= ein Reservoir innerhalb des Bauchraums mit normalem Druck) aus Dünndarmschlingen wurde namensgebend (Kock'sche Tasche, Kock Pouch). Dieses Reservoir dient der Stuhlspeicherung. Genauso wichtig ist jedoch das zweite Prinzip, nämlich die Konstruktion des Nippelventils, ebenfalls aus Dünndarm. Es bewirkt als eine Art Rückschlagventil den sicheren mechanischen Abschluss am Ende des Darmes und ermöglicht den Betroffenen eine sichere Stuhlkontinenz. Beide Prinzipien ergänzen sich gegenseitig und das eine ist ohne das andere nicht funktionsfähig. (Abb. 1).

Wer war Prof Kock?

Prof. Nils Kock wurde 1924 in Pietarsaari/Jakobstad (Finnland) geboren. An der Universität Helsinki schloss er 1951 das Medizinstudium ab und begann dort auch



Prof. Karl-Wilhelm Ecker aus Waren (Müritz)
Geboren 1948

1967-73: Studium an der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes in Homburg/Saar

1976-1981:

Facharztausbildung an der Chirurgischen Universitätsklinik in Homburg/Saar

1982-2003: Oberarzt an der Chirurgischen Universitätsklinik in Homburg/Saar

► Klinische Schwerpunkte: kolorektale Chirurgie, Proktochirurgie, CED (chronisch-entzündliche Darmerkrankungen), FAP (Familiäre Polyposis)

► Operative Spezialisierungen: Kontinenz-Rekonstruktion, Pouch-Chirurgie, MIC (minimal-invasive Chirurgie)

2003-2015: Chefarzt an der Klinik für Chirurgie des MediClin-Krankenhauses in Waren (Müritz)

2016-2021: „Senior Consultant Surgeon“ für CED- und

Pouch-Chirurgie an der Klinik für Chirurgie des MediClin-Krankenhauses in Waren (Müritz)

2015 - dato: Supervision von Pouch-Operationen an verschiedenen Kliniken in Deutschland

Kontakt:
Karl-Wilhelm.Ecker@gmx.de

die chirurgische Facharztweiterbildung. Diese beendete er an der Universität Göteborg (Schweden), der er danach sein ganzes Leben verbunden blieb. Dort beschäftigte er sich tierexperimentell und klinisch mit der Harnblasenvergrößerung, was zur Entwicklung der kontinenten Ileostomie und auch einer kontinenten Urostomie führte. Durch den Nachweis, dass Dünndarm zur Reservoirbildung für Stuhl und Urin geeignet ist und dass die Intussuszeption (Einstülpung) des Darmes im Sinne eines Nippelventils Kontinenz und Schutz vor Reflux (= Rückfluss) gewährleistet, wird Prof. Kock zu Recht als Begründer der rekonstruktiven Techniken in Urologie und Darmchirurgie angesehen.



Abb. 2: Prof. Nils Kock in seinem häuslichen Arbeitszimmer in Göteborg 2009

Mit seinen Arbeiten habilitierte sich Nils Kock in Göteborg, wurde dort schließlich auch ordentlicher Professor und Direktor der Universitäts-Klinik, die er bis 1990 leitete. Zwischenzeitlich arbeitete er 1966 ein Jahr in Buffalo, USA und 1973 ein Jahr in Zürich, wo er eine Abteilung für gastrointestinale Chirurgie aufbaute. Ab 1986 wirkte er für mehrere kurze Intervalle an der Universität von Mansoura (Ägypten), um mit den dortigen Chirurgen Methoden zur operativen Behandlung der Bilharziose (eine dort häufige Infektion der Harnblase) zu etablieren. Prof. Kock hat an renommierten Institutionen und Kliniken in Nordamerika und Europa Gastvorlesungen und Operations-Workshops abgehalten. Er hat über 300 wissenschaftliche Publikationen verfasst, zahlreiche Ehrungen und Preise erhalten und war Ehrenmitglied vieler internationaler wissenschaftlicher Gesellschaften.

Nach seiner Emeritierung 1990 lebte Nils Kock über den Winter mit seiner Frau an der Côte d'Azur (Frankreich). 2011 starb er im Alter von 87 Jahren friedvoll in seinem Haus in Göteborg.

Nach seiner Emeritierung 1990 lebte Nils Kock über den Winter mit seiner Frau an der Côte d'Azur (Frankreich). 2011 starb er im Alter von 87 Jahren friedvoll in seinem Haus in Göteborg.

Persönliche Begegnungen mit Prof. Kock

Von 1986 – 1990 habe ich das Sahlgrenska-Universitäts-Krankenhaus in Göteborg mehrfach als Gastarzt zur Weiterbildung besucht. Dabei hat mich die Persönlichkeit von Prof. Kock (Abb. 2) vom ersten Augenblick an durch die charismatische Ausstrahlung fasziniert. Er war nicht nur ein überaus geschickter Operateur, sondern vor allem ein weiser und überzeugender Lehrer. In seiner Bescheidenheit hat er wenig gesprochen, doch was er sagte, traf die jeweilige Problematik punktgenau und hat mein eigenes Denken und Handeln nachhaltig geprägt. So sagte er z. B. über die Wahl des geeigneten Operationsverfahrens: „Ein Patient sollte mit der Methode operiert werden, die er braucht und nicht mit der, die der Chirurg am liebsten macht.“ Das klingt zwar wie eine Binsenweisheit, wird jedoch nicht immer konsequent genug beachtet. Immer hat er die Patientenbedürfnisse in den Vordergrund gestellt. Bei einer Einladung zum Abendessen um 18 Uhr in seinem Haus bemerkte er einleitend: „Ich bitte zu entschuldigen, dass meine Frau erst nach 20 Uhr das Essen auftragen wird, da die Zeit zwischen 19 und 20 Uhr jeden Tag für Anrufe meiner Patienten reserviert ist.“ In der Tat klingelte das Telefon um Punkt 19 Uhr zum ersten Mal (aus Buenos Aires) und das dritte Telefonat (aus Deutschland) war kurz vor 20 Uhr beendet. Der große deutsche Chirurg Theodor Billroth hatte Recht, wenn er sagte „Es ist die Kontagiosität (Ansteckung), die den guten chirurgischen Lehrer ausmacht“.

2. Entwicklung operationstechnischer Varianten

Neben der Originalmethode, dem sogenannten Kock Pouch (im Folgenden: KP) wurden über die Jahrzehnte weitere Modifikationen einer kontinenten Ileostomie entwickelt. Zunächst wurde durch amerikanische Chirurgen die schwierige sogenannte doppelt-anisoperistaltische Faltung des Darmes beim Original-KP-Design durch die einfachere Faltung eines S-Designs ersetzt. In der Absicht, früher

häufige Komplikationen des Nippelventils zu eliminieren, wurden, ebenfalls in den USA, das BCIR (Barnett continent intestinal reservoir) und der T-Pouch mit völlig andersartiger Ventilbildung eingeführt. Diese beiden Modifikationen sind technisch bedeutend aufwendiger, ohne dass sich ein adäquater Vorteil nachweisen lässt. Vor diesem Hintergrund operiere und lehre ich seit Anfang 1990 gemäß dem bewährten chirurgischen Grundsatz „Keep it simple“ (= Mach es, aber halte es einfach) nur noch den S-Pouch mit verbesserter Stabilisierung des Nippelventils. Gleichwohl ist auch das eine Operation, bei der jedes Detail perfekt ausgeführt werden muss.



Abb. 3a: Noch offener S-Pouch. Die Hinterwandnähte sind fertiggestellt. Das Nippelventil wird in Längsrichtung mit Klammernaht-Reihen fixiert (Stapler-Stabilisation) (© K. W. Ecker)

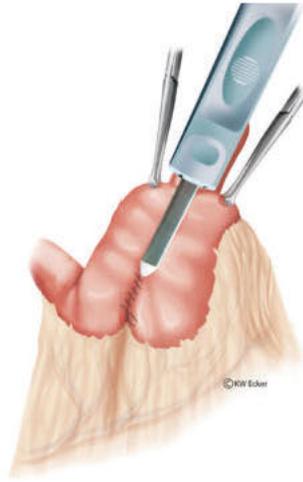


Abb. 3b: S-Pouch mit fertiggestellter Vorderwandnaht. Die äußere Manschette des Nippelventils wird jetzt mit einer Klammernaht-Reihe an der Vorderwandnaht fixiert. (© K. W. Ecker)

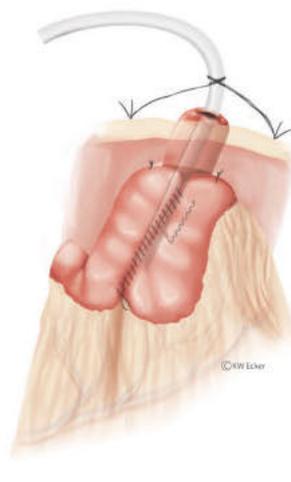


Abb. 3c: Im Unterbauch implantierter S-Pouch mit eingelegter Katheter-Drainage zur vorübergehenden Dauerablenkung des Stuhles (© K. W. Ecker)



Abb. 4: Wechselbare Dauerableitung für die Trainingsphase. Aus handelsüblichen Stomaversorgungsartikeln ist eine individuelle Dauerableitung „gebastelt“ worden, bei der der Katheter nicht mehr an der Haut angenäht ist und Stuhl in einen Auffangbeutel am Körper abfließen kann. (© K. W. Ecker)

3. Maßnahmen nach der Operation

Für die ersten 7 – 10 Tage trägt der Patient eine sogenannte Dauerablenkung des Stuhles (Abb. 4). Diese ist zur Dekompression (= Druckentlastung) des Pouches während der Heilung der Nähte erforderlich. Wir beginnen heute sehr früh mit dem stufenweisen Aufbau der oralen Ernährung des Patienten gemäß einem Plan, den dieser bei der Entlassung nach 10 – 12 Tagen mitnimmt. In diesem Plan ist auch das Training des Pouches vorgeschrieben, wonach der Patient ab der dritten postoperativen Woche die Entleerungsintervalle über einen Zeitraum von sechs Wochen schrittweise auf ca. acht Stunden erhöht, was dann zu einer Entleerungsfrequenz von dreimal pro Tag führt. Dieses Training dient der Aufdehnung des Reservoirs auf ca. 800 bis 1.000 ml. Für das Sammeln des Stuhles wären zwar ca. 200 ml ausreichend. Die größere Kapazität dient als Reservevolumen für Gas, da dieses über das Ventil nicht spontan entweichen kann. Dies ist übrigens als ein erstes Alleinstellungsmerkmal nur einer der Vorteile eines Kock Pouches.

4. Indikationen, Vor- und eventuelle Nachteile für den Patienten

Bei der Proktokolektomie (= Entfernung von Dick- und Mastdarm) sind dank der rasanten Verbreitung des ileoanalen Pouches nur ▶

Wir beginnen heute sehr früh mit dem stufenweisen Aufbau der oralen Ernährung des Patienten gemäß einem Plan, den dieser bei der Entlassung nach 10 – 12 Tagen mitnimmt.

noch dessen Kontra-Indikationen (z. B. Schließmuskelschwäche, Afterfistel, tiefer Mastdarmkrebs) als Anzeigen für einen Kock Pouch übrig geblieben. Hinzu kommen Patienten, die trotz objektiver Eignung zum ileoanalen Pouch persönlich eine Kock'sche Tasche vorziehen und solche, die bei Vorhandensein einer gewöhnlichen Ileostomie eine Umwandlung in die kontinente Version wünschen. Mittlerweile gibt es aber eine zunehmende Zahl von Patienten mit Funktionsstörungen oder kompletten Fehlschlägen eines ileoanalen Pouches. Für sie stellt die Umwandlung in eine Kock'sche Tasche die einzige erfolgversprechende Möglichkeit dar, eine sichere Kontrolle der Stuhlentleerung zu gewinnen. Indem dabei der alte J-Pouch wiederverwendet werden kann, können bei den Patienten wichtige Darmflächen für die Resorption (=Aufnahme) von Nährstoffen und Spurenelementen erhalten werden. Die sogenannte Pouch-Konversionsoperation stellt m. E. heute die wichtigste aller Indikationen für die Kock'sche Tasche dar. Dafür habe ich drei technische Varianten (Typ 1 = ohne, Typ 2 = mit partieller und Typ 3 = mit totaler Pouch-Rekonstruktion) entwickelt [2] und evaluiert [3].

Indikationen	Vorteile für den Patienten
Bei der Proktokolektomie	
1. Schließmuskelschwäche	Sichere Stuhlentleerungskontrolle ohne dass ein funktionierender After erforderlich ist.
2. Fisteln am After	
3. Sehr tiefer Mastdarmkrebs	
4. Patientenwunsch	
Bei vorhandener Ileostomie	
1. Patientenwunsch	Sichere Stuhlentleerungskontrolle bei komfortablerem Stoma
2. Stomakomplikationen	
3. Peristomale Haut-Allergien	
Bei fehlgeschlagenem ileoanalem Pouch	
1. Inkontinenz	Sichere Stuhlentleerungskontrolle bei gleichzeitiger Vermeidung unnötigen Darmverlustes durch Wiederverwendung des Pouches
2. Entleerungsstörung	
3. Zu hohe Stuhl-Frequenz	
4. Afterfisteln und Entzündungen	
5. Leichte chronische Pouchitis	
6. Patientenwunsch	

Abb. 5: Indikationen für die Kock'sche Tasche und Vorteile für den Patienten

Die Indikationen zur Operation einer Kock'schen Tasche mit den zugeordneten Vorteilen für den Patienten sind in Abb. 5 zusammengefasst. Kontraindikationen bestehen eigentlich nur, wenn ein Patient für eine größere Darmoperation aus gesundheitlichen Gründen nicht geeignet ist. Bis vor kurzem galt ein Morbus Crohn zumindest als relative Kontraindikation. Heute sind sich die meisten auf diesem Gebiet erfahrenen Chirurgen jedoch einig, dass eine Kock'sche Tasche bei Morbus Crohn

angelegt werden darf, wenn die Entzündung auf den Dick- und Mastdarm beschränkt war. Treten im Verlauf nach der Operation entzündliche Komplikationen des Morbus Crohn auf, können diese heute sehr gut mit sogenannten Biologika (= monoklonale Antikörper) beherrscht werden. Lediglich wenn ein Dünndarmbefall durch Morbus Crohn vorgelegen hat, sollen alle Arten von Pouch-Konstruktionen unterbleiben. Einziger Nachteil einer Kock'schen Tasche besteht darin, dass sich nur wenige Ärzte damit auskennen. Nach meiner Erfahrung hat dies aber noch nie zu unlösbaren Problemen geführt.

Im Vergleich zu anderen Stomata besteht für den Patienten der entscheidende Vorteil, dass er frei von einer äußeren Beutelversorgung ist und sich auf die Dichtigkeit des Nippelventils bei allen körperlichen Aktivitäten (bei Sport, Sexualität etc.) Tag und Nacht verlassen kann.



Abb. 6a: Optimales kleines und flaches Stoma im rechten Unterbauch (© K. W. Ecker)

5. Leben und Lebensqualität mit dem Kock Pouch

Im Vergleich zu anderen Stomata besteht für den Patienten der entscheidende Vorteil, dass er frei von einer äußeren Beutelversorgung ist und sich auf die Dichtigkeit des Nippelventils bei allen körperlichen Aktivitäten (bei Sport, Sexualität etc.) Tag und Nacht verlassen kann. Da das kleine, flache Stoma (Abb. 6a), welches sehr tief an der Bauchwand angelegt wird, etwas farb- und geruchlosen Schleim

produziert, tragen die Patienten zum Schutz der Unterwäsche eine kleine, hautfarbene Pflasterabdeckung (Abb. 6b). Die Stuhlentleerung erfolgt in 6 – 8-stündlichen Intervallen (Abb. 6c), wobei die Nacht grundsätzlich entleerungsfrei bleibt. Im Gegensatz zu vielen Patienten mit ileoanalem Pouch können sie ungestört durchschlafen. Dies ist ein zweites Alleinstellungsmerkmal.



Abb. 6b: Pflasterabdeckung des Stomas im rechten Unterbauch. Man erkennt nach Umwandlung einer gewöhnlichen Ileostomie (siehe Narbe nach Rückverlagerung) die deutlich tiefere Lage des Stomas beim Kock Pouch. Dadurch kann das Stoma unter der Unterwäsche bzw. einer Bikinihose „versteckt“ werden. (© K. W. Ecker)

Die durch den Kock Pouch erreichte Lebensqualität wird von den Patienten ausgesprochen hoch bewertet. Im Rahmen einer Studie haben wir eine Online-Befragung bei Patienten durchgeführt, die zuerst eine normale Ileostomie hatten und danach eine Kock'sche Tasche bekamen. Es wurden die Bereiche Beruf, sportliche Betätigung, Reisemöglichkeiten und sexuelle Aktivität anhand einer Skala von 0 (ganz schlecht) bis 5 (exzellent) abgefragt. Die Werte vor der Proktokolektomie wurden in allen Bereichen zwischen 2 und 3 gemessen. Nach Ileostomie-Anlage sanken sie auf Werte um 2 ab, am stärksten bei der sexuellen Aktivität. Nach Umwandlung in einen Kock Pouch kam es in allen Bereichen zu einem signifikanten Anstieg auf Werte zwischen 3 und 4, am stärksten bei der Sexualität und der Reiseaktivität. [4].

6. Chirurgische Kurz- und Langzeitergebnisse

Bis in die 80er Jahre des letzten Jahrhunderts waren insbesondere Komplikationen am Nippelventil noch häufig, weswegen die eigentlich geniale Erfindung die „Achillesferse“ der Operation genannt wurde. Doch nach Einführung der Stabilisierung des Nippelventils mit der sogenannten Klammernaht-Technik und deren weiteren Verbesserung sind die diesbezüglichen Komplikationsraten deutlich zurückgegangen. Wichtig und ausschlaggebend für Patienten ist nicht der Umstand dieser Komplikationsträchtigkeit als solcher, sondern die Tatsache, dass die Komplikationen (erschwerter Katheterisierung, Nippelgleiten mit Undichtigkeit etc.) so gut wie immer durch einen Revisionseingriff vollständig zu korrigieren sind. In dieser guten Reparaturfähigkeit unterscheidet sich der Kock Pouch signifikant vom ileoanalen Pouch, bei welchem damit vergleichbare Komplikationen der pouch-analen Anastomose ungefähr in der gleichen Häufigkeit vorkommen. Somit ergibt sich ein wichtiges drittes Alleinstellungsmerkmal des Kock Pouches. Im Hinblick auf die Erhaltung eines funktionsfähigen Pouches zeigte sich in einer Nachuntersuchung an 77 eigenen Patienten, die mindestens eine Revisionsoperation benötigt hatten, dass nicht Komplikationen des Nippelventils, sondern Komplikationen der Grunderkrankung (schwere Pouchitis und Crohn-Fisteln) die eigentlich begrenzenden Faktoren für die Pouchhaltung sind [5]. Erkrankungsbedingt sank dadurch die kumulative Pouchhaltungsrate bereits in den ersten fünf Jahren nach dem ersten Revisionseingriff auf 90,8%. Infolge der guten Korrigierbarkeit von mechanischen Spätkomplikationen des Nippelventils berechnete sich die kumulative Pouchhaltungsrate nach 44 Jahren immer noch mit 78,8%. 22 meiner Revisionspatienten hatten ihre kontinente Ileostomie primär noch von Prof. Kock selbst erhalten und leben mittlerweile alle zwischen 40 und 50 Jahre sehr zufrieden mit ihrem Kock Pouch. Dies zeigt, dass der Kock Pouch selbst nicht nur sehr dauerhaft ist, sondern dass auch ältere Patienten damit noch gut zurechtkommen.

7. Verbreitung der Operationstechnik

1969 veröffentlichte Nils Kock die Technik einer kontinenten Ileostomie noch ohne und 1971 mit Nippelventil. Etwa ab 1973 erfuhr das komplettierte Operationsverfahren in Skandinavien und insbesondere in den USA und Kanada eine rasante Verbreitung. Bis Ende der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts wurden in den genannten Ländern Tausende von Patienten operiert. Zahlreiche Chirurgen steuerten ihrerseits technische Verbesserungen bei. Dazu zählt neben der schon erwähnten Wahl eines S-Designs für den Pouch insbesondere die Einführung der Klammernaht-Technik

Die durch den Kock Pouch erreichte Lebensqualität wird von den Patienten ausgesprochen hoch bewertet.

Infolge der guten Korrigierbarkeit von mechanischen Spätkomplikationen des Nippelventils berechnete sich die kumulative Pouchhaltungsrate nach 44 Jahren immer noch mit 78,8%.

Die kontinente Ileostomie ist entgegen weit verbreiteter Vorurteile ein sicheres Operationsverfahren, welches dem Patienten durch eine 100%ige willentliche Kontrolle über die Stuhlentleerung eine unvergleichliche Lebensqualität zurückgibt.

zur sicheren Stabilisierung des Nippelventils. Mit diesen Maßnahmen gelang es, ehemals häufige Komplikationen deutlich zu reduzieren. Seit Mitte der achtziger Jahre gilt die Operation als standardisiert und sicher, was die Operationskomplikationen und die Dauerhaftigkeit der Funktion im Langzeitverlauf angeht.

Gründe für internationale chirurgische Zurückhaltung

Trotz der überzeugenden operationstechnischen Verbesserungen und der anerkannt hohen Zufriedenheit der Patienten werden weltweit heute nur noch selten Kock Pouch-Operationen durchgeführt. Die Gründe für diese Zurückhaltung sind zweierlei: Zum einen vollzog der mittlerweile eingeführte ileoanale Pouch wegen der Erhaltung des normalen Stuhlausscheidungsweges einen Siegeszug rund um den Globus und verdrängte damit das Interesse an der Kock'schen Tasche. Zum anderen waren und sind die ehemals hohen Komplikationsraten (leider immer noch) im kollektiven chirurgischen Gedächtnis fest verankert. Die gegenwärtige Chirurgengeneration hatte deshalb keine Gelegenheit, die Methode kennenzulernen!



Abb. 6c: Stuhlentleerung. Der Katheter wird meist in auf der Toilette sitzender Position über das Stoma und das Ventil in den Pouch eingeführt. Der Stuhl läuft dann spontan ab. Der Vorgang einschließlich Erneuerung des Abdeckpflasters dauert etwa drei Minuten. (© K. W. Ecker)

Entwicklung und Perspektiven in Deutschland

Bereits in den siebziger Jahren wurden einige Kock'sche Taschen in München erfolgreich durch Prof. Schaudig angelegt. Er war von Prof. Kock in Zürich und Göteborg geschult worden. Ab 1982 beschäftigte ich mich an der Chirurgischen Universitätsklinik in Homburg/Saar zunehmend mit Operationen bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen und der familiären Polyposis. In diesem Zusammenhang wollte ich sowohl die Technik des mittlerweile allgemein bevorzugten ileoanalen als auch die des Kock'schen

Pouches erlernen. Da mir bekannt war, dass für beide Methoden große Erfahrungen an der Universitätsklinik in Göteborg vorlagen, bewarb ich mich dort um Gastaufenthalte (siehe oben). Nach umfassender theoretischer und praktischer Weiterbildung war ich in der Lage, beide Pouchverfahren 1986 in Homburg/Saar erfolgreich zu etablieren. Auch nach meinem Wechsel nach Waren (Müritz) wurden mir bis 2021 Patienten aus ganz Deutschland für Kock Pouch-Operationen zugewiesen. Die Ergebnisse dieser Operationen habe ich in internationalen wissenschaftlichen Journalen veröffentlicht.

Erst ab ca. 2015 schien in Deutschland das Interesse anderer Chirurgen und Chirurginnen langsam zu erwachen. Sie baten mich, ein Weiterbildungsprogramm zu entwickeln, welches ich auch heute noch anbiete. Es beinhaltet theoretische und praktische Inhouse-Schulungen (= Weiterbildungen innerhalb einer Einrichtung) von Chirurgen, Stomatherapeuten und Pflegekräften. Unter meiner Supervision finden dann ca. 10 – 15 Operationen (je 3 – 5 primäre Anlagen, Umwandlungsoperationen des ileoanalen Pouches und Revisionseingriffe) statt, bis selbständiges Operieren sicher möglich ist. Die vergleichsweise hohe Zahl an Lehreinheiten ist erforderlich, da es auf Details ankommt, die sich von Fall zu Fall unterscheiden und nur am OP-Tisch erklärt werden können. Dadurch lässt sich die persönliche Lernkurve deutlich verkürzen, was letztlich den Patienten zugutekommt. Bis dato haben fünf Kliniken in Deutschland das Programm absolviert und operieren selbständig Kock Pouches in steigender Frequenz und mit guten Ergebnissen. Damit sind auch die Sorgen meiner Patienten ausgeräumt, dass sie nach meinem Eintritt in den Ruhestand im Falle von Problemen möglicherweise ohne chirurgischen Beistand dastehen.



8. Schlussfolgerungen und Empfehlungen für Patientinnen und Patienten

Die kontinente Ileostomie ist entgegen weit verbreiteter Vorurteile ein sicheres Operationsverfahren, welches dem Patienten durch eine 100%ige willentliche Kontrolle über die Stuhlentleerung eine unvergleichliche Lebensqualität zurückgibt. Unverzichtbare Voraussetzung für einen Erfolg ist aber, dass das jeweilige Behandlungsteam (Chirurgen, Pflegekräfte und Stomatherapeuten) unter der Supervision eines in der Methode erfahrenen Operators weitergebildet wurde. Interessierte Patienten können von der ILCO auf Wunsch kostenfrei eine Liste mit den Kontaktdaten der Kliniken erhalten, auf die diese Voraussetzungen zutreffen. Darüber hinaus geht nichts über einen persönlichen Erfahrungsaustausch mit Trägern einer Kock'schen Tasche, der z. B. über die Leonberger Gruppe möglich ist (siehe auch den folgenden Bericht von Susanne Körner).

Literaturverzeichnis

1. Rebecca Shuford, Jean H. Ashburn: Don't Forget about the K-Pouch! Clin Colon Rectal Surg; <https://doi.org/10.1055/s-0042-1758192>
2. Ecker KW, Dinh C, Ecker NKJ: Development of a systematic approach to conversion of the ileoanal pouch into continent ileostomy. Techniques in Coloproctology (2021) 25:1233–1242 <https://doi.org/10.1007/s10151-021-02513-9>
3. Ecker KW, Dinh C, Ecker NKJ, Möslein G.: Conversion of ileo-pouch anal anastomosis to continent ileostomy: Strategic Surgical considerations and Outcome. Colorectal Dis. 2022;24:631-638. <https://doi.org/10.1111/codi.16064>
4. Ecker NKJ, Möslein G, Ecker KW.: Continent ileostomy: short- and long-term outcomes of a forgotten procedure. BJS Open. 2021 Sep 6;5(5):zrab095 - <https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrab095>
5. Ecker KW, Tönsmann M, Ecker NKJ, Möslein G.: Salvage surgery for continent ileostomies (CI) after a first successful revision: more long-term blame on the reservoir than the nipple valve. Int J Colorectal Dis. 2022 Mar;37(3):553-561. - <https://doi.org/10.1007/s00384-021-04054-x>

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]