



**Eine Alternative zum ileoanalen Pouch
und zum „gewöhnlichen“ Ileostoma:**

Die kontinente Ileostomie oder die „Kock’sche Tasche“

Prof. Dr. med. Karl Wilhelm Ecker

Einleitung

Wie in allen Gebieten der Chirurgie spielt auch in der Darmchirurgie die Erhaltung oder Wiederherstellung der Lebensqualität eine immer größere Rolle. Dies gilt insbesondere, wenn die Operation mit der Anlage eines künstlichen Darmausgangs verbunden ist oder wenn bei rekonstruktiven Eingriffen die Kontinenzleistung möglicherweise doch kompromittiert sein mag. Wenngleich für die meisten Patienten mit Indikationen zur Proktokolektomie mit Ileostomie (Colitis ulcerosa und familiäre adenomatöse Polyposis)

die Operation die Heilung von der Grunderkrankung garantiert, erfordert doch der künstliche Dünndarmausgang ein großes Maß an Bereitschaft, fast alle Lebensgewohnheiten daran anzupassen. Deswegen versucht man heute, wenn immer möglich die permanente Ileostomie durch die restaurative Proktokolektomie oder auch durch die Ileorektostomie (insbesondere bei Colitis Crohn) zu vermeiden.

Gleichwohl gibt es einige Patienten, die für die kontinenserhaltenden Operationen von vorneherein nicht geeignet sind und mehr noch solche, bei denen das funktionelle Ergebnis im postopera-

tiven Verlauf nicht den präoperativen Erwartungen entspricht. Hinzu kommen Operierte, die schon seit Jahren ein Ileostoma haben und sich dringend eine für sie angenehmere Lösung wünschen. Für alle diese, vom Ergebnis ihrer vorangegangenen Operation enttäuschten Menschen stellt die kontinente Ileostomie oder Kock'sche Tasche eine hoffnungsvolle Alternative dar, doch noch den Wunsch nach willentlicher Stuhlkontrolle erfüllt zu bekommen.

Operationsprinzipien

Die kontinente Ileostomie beruht auf zwei grundlegenden Operationsprinzipien, die von dem Verfechter der Methode, Prof. Nils Kock, ab 1969 nacheinander in die Chirurgie eingeführt wurden. Dabei wurde das erste Prinzip, nämlich die Bil-

dung eines intraabdominellen Niederdruckreservoirs aus Dünndarmschlingen (als Ersatz für die äußere Beutelversorgung einer Ileostomie) namensgebend für die Methode (Kock'sche Tasche, Kock-Pouch). Das Reservoir dient der Stuhlspeicherung. Genauso wichtig ist jedoch das zweite Prinzip, nämlich die Konstruktion des Nippelventils, ebenfalls aus Dünndarm, als mechanischem Abschluss am Ende des Darmes. Das Nippelventil wirkt wie ein Rückschlagventil und dient der Kontinenzbildung. Beide Prinzipien ergänzen sich gegenseitig und das eine ist ohne das andere nicht funktionsfähig (Abb.1).

Originaltaschen

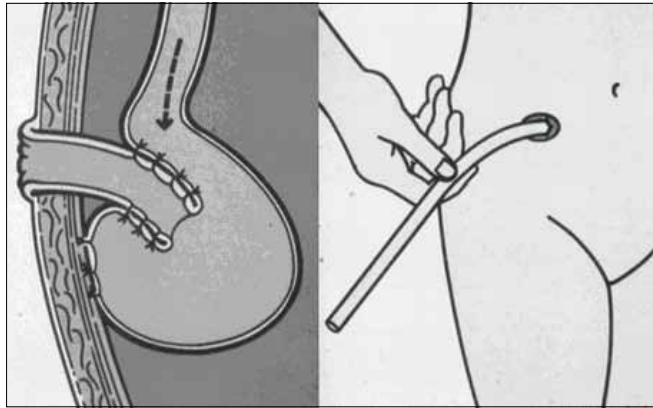
Sie werden im Rahmen einer Proktokolektomie oder bei der Umwandlung einer präexistenten Ileostomie konstruiert. Während Kock aus Motilitätsüber-



Eine in Deutschland selten eingesetzte Alternative zu gewöhnlichem Stoma und Pouch ist die „kontinente Ileostomie“ oder „Kock'sche Tasche“. Dabei wird, wie beim Pouch, aus Dünndarmschlingen ein Reservoir gebildet, das einen stomaartigen, aber mit einem „Nippel-Ventil“ kontinenz-erhaltend verschlossenen Ausgang hat. Die Kock'sche Tasche bildet eine Alternative bei Patienten, bei denen ein traditionelles Stoma oder Pouch nicht angelegt werden können oder einen Funktionsverlust erlitten haben. Prof. Ecker aus Waren ist der profilierteste Operateur der Kock'schen Tasche in Deutschland.

Abb. 1: links:
Prinzip der
Kock'schen Tasche,
bestehend aus
Reservoir,
Nippel-Ventil und
planem Stoma.

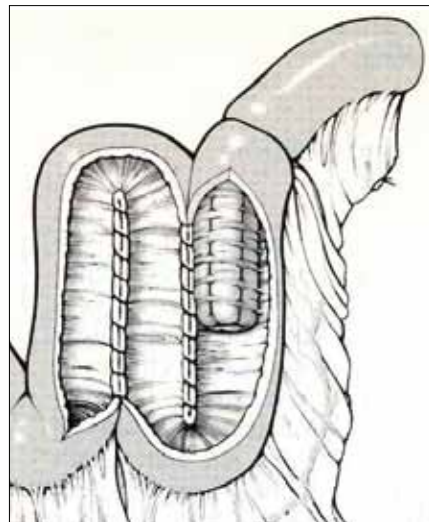
rechts:
Katheterentleerung



legungen heraus die aus heutiger Sicht zu komplizierte doppelt-anisoperistaltische Taschenfaltung (K-Pouch) bevorzugte, wird von den meisten amerikanischen Autoren und auch von uns nur noch die S-Faltung (Abb. 2) durchgeführt. Der Vorteil liegt darin, dass bei der Faltung keine Spannungen auftreten und damit die lokale Komplikationsträchtigkeit nied-

riger ausfällt. Hinzu kommt, dass beim S-Pouch die zuführende Schlinge gegenüber dem Ventil liegt, während sie beim K-Pouch neben diesem liegt. Durch die vis-à-vis-Positionierung kann die zuführende Schlinge besser endoskopiert werden, was insbesondere bei einem Morbus Crohn als Grunderkrankung wichtig ist. Hinzu kommt, dass im Falle einer

Abb. 2: Schema-Zeichnung des S-Designs der Kock'schen Tasche vor Verschluss der Vorderwand.



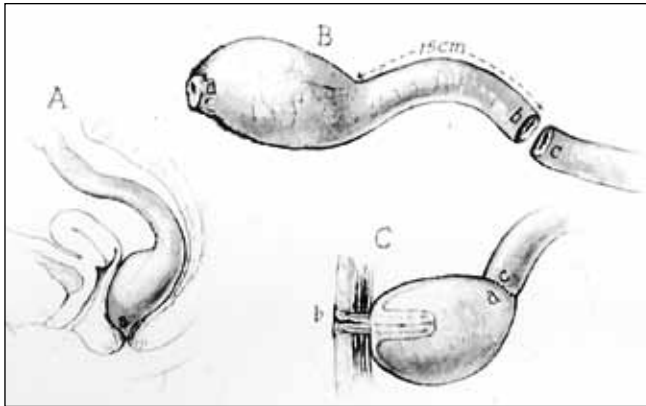


Abb. 3: Schematische Darstellung der Umwandlung eines ileo-analen in einen Kock'schen Pouch (kontinente Ileostomie).

notwendigen Resektion der zuführenden Schlinge im späteren postoperativen Verlauf der Pouch nicht ausgebaut werden muss und das Ventil nicht tangiert wird.

Konversionstaschen

Unter Konversionstaschen versteht man die Umwandlung eines präexistenten ileoanalen Pouches in einen Kock-Pouch. Dabei handelt es sich meist um einen vorhandenen J-Pouch, der am Schließmuskel abgetrennt und nach abdominell (in den Bauchraum) gehoben wird. Da der Pouch bereits vorhanden ist, muss nur noch das Nippelventil konstruiert werden. Hierzu

wird die ehemalige zuführende Schlinge verwendet und danach der Pouch um 180 Grad gedreht (Abb.3). Der ehemalige Pouchauslass wird mit der neuen zuführenden Schlinge anastomosiert.

Leben mit der Kock'schen Tasche

Technische Versorgung

Die Kock'sche Tasche ist 100prozentig dicht für flüssigen Stuhl und auch Gas. Da das Stoma sehr tief an der Bauchwand über der rechten Symphysenkante (Gelenkverbindung zwischen dem rech-



Abb. 4: Leben mit der kontinenten Ileostomie (es handelt sich um den ersten Patienten des Autors, den er 1986 bei schwerer Proktokolitis-Crohn operiert hat und der sich bis heute einer voll funktionsfähigen Kock'schen Tasche erfreut).

ten und linken Schambein) und plan im Hautniveau angelegt wird, ist es völlig unauffällig. Grundsätzlich ist eine äußere Versorgung deshalb entbehrlich. Die Schleimhaut im Ausführungsgang außerhalb des Kontinenzventils produziert jedoch immer geringe Mengen eines geruchlosen, speichelartigen Schleims, weswegen die meisten Patienten eine Abdeckung mittels kleinen Pflasters vornehmen (Abb. 4).

Eine Entleerung der Tasche ist etwa dreibis viermal/Tag notwendig. Dazu führt der Patient einen mehrfach verwendbaren Spezialekatheter aus weichem Silikon ein und lässt den Stuhl in die Toilette ablaufen. Den Zeitpunkt kann der Patient in weiten Grenzen selbst bestimmen, so dass keine nennenswerte Beeinträchtigung der Freizügigkeit besteht, zumal jede normale Toilette geeignet ist. Der Entleerungsvorgang dauert zwei bis drei Minuten und ist somit dem Toilettengang eines gesunden Menschen vergleichbar.

Medizinische Betreuung

Eine spezielle medizinische Betreuung ist bei Trägern einer Kock'schen Tasche nicht erforderlich. Bei unseren Patienten reicht in der Regel eine telefonische Beratung, sollten Probleme oder Unsicherheiten auftreten. Dies wird von den Patienten als sehr angenehm empfunden, zumal sich das Einzugsgebiet unserer Patienten (da diese Operation hierzulande vorrangig in Waren praktiziert wird) über die gesamte Bundesrepublik erstreckt. Komplikationen im Sinne von Ventil-Insuffizienzen bahnen sich, wenn überhaupt noch, langsam an, so dass daraus praktisch nie ein Notfall resultiert. Allerdings müssen die Patienten mangels Verbreitung der Opera-

tionstechnik zur Korrektur auch wieder unsere Klinik aufsuchen. Dies wird aber gerne in Kauf genommen, da die Korrekturen grundsätzlich gelingen. Im Gegensatz zum ileoanalen Pouch sind Funktionsstörungen des Kock'schen Pouches immer chirurgisch zu korrigieren, indem z.B. das Ventil neu gebildet wird.

Ansonsten müssen Träger einer Kock'schen Tasche mit Entzündungen (Pouchitis) rechnen, wenn die Grunderkrankung eine Colitis ulcerosa gewesen ist. In diesen Fällen verabreden wir mit dem Gastroenterologen vor Ort telefonisch eine Pouchoskopie und besprechen die Therapie je nach Befund (Metronidazol respektive topische Corticoide). Statistisch gesehen ist eine Pouchitis mikromorphologisch in etwa 30 Prozent der Fälle zu erwarten und ohne Symptome bedeutungslos. Symptome im Sinne von wässrigen Stuhlentleerungen, abdominalen Krämpfen und eventuell Fieber entwickeln nur etwa 10 Prozent der betroffenen Patienten. Im Gegensatz zum ileoanalen Pouch kommt es beim Kock-Pouch jedoch nicht zu einer Funktionsverschlechterung (wie Inkontinenz oder Frequenzerhöhung), da das Ventil absolut dicht bleibt. Mehr noch: Durch Installation einer Dauerableitung mit Katheter und Beutelversorgung kann das kontinente Ileostoma vorübergehend in ein inkontinentes Ileostoma überführt werden. Dies mildert prompt die Symptomatik der Pouchitis und beschleunigt die Abheilung.

Patienten mit Morbus Crohn als Grunderkrankung können stenosierende und fistelnde Komplikationen, insbesondere der zuführenden Schlinge, entwickeln, die vor Ort durch den Gastroen-

terologen diagnostiziert werden können und an unserer Klinik operativ beseitigt werden.

Persönliche Erfahrungen

Von 1987 bis dato wurden von uns weit über 100 Patienten mit kontinenter Ileostomie, die Mehrzahl noch an der Chirurgischen Universitätsklinik in Homburg/Saar, operiert.

Die kontinente Ileostomie wurde vor zirka 40 Jahren als Alternative zur konventionellen Ileostomie eingeführt. Ihr Zweck ist die willkürliche Kontrolle der Stuhlentleerung durch den Patienten, drei- bis viermal am Tag bequem durch Intubation des Reservoirs. In den 1980er Jahren war die Kock'sche Tasche hierzulande noch ein Konkurrenzverfahren zum ileoanalen Pouch und so stammen primäre Kock-Pouch-Anlagen hauptsächlich aus dieser Zeit – während in Skandinavien und den USA bis heute mehrere tausend Patienten operiert wurden. Mit zunehmender Verbreitung des ileoanalen Pouches wurde ein Kock-Pouch primär nur noch bei Notwendigkeit zur Sphinkteropferung (tiefes Rektumkarzinom, Inkontinenz, Fisteln) angelegt.

Die Gründe für die Zurückhaltung deutscher Chirurgen waren und sind zweierlei: Zum einen war die Konstruktion einer kontinenten Ileostomie anfänglich noch von einer hohen Rate an Komplikationen belastet – wobei allerdings durch Verbesserungen der Technik die Komplikationsträchtigkeit beseitigt werden konnte.

Zum anderen schien durch die rasante Verbreitung des ileoanalen Pouches die Technik eines kontinenten Reservoir-Sto-

mas überflüssig geworden zu sein. In Folge der manchmal unkritischen Bevorzugung und der technisch nicht immer perfekten Operation des ileoanalen Pouches ist aber ein zunehmend größer werdendes Kollektiv an Patienten entstanden, die einen Bedarf an neuer bzw. andersartiger Kontinenzbildung haben.

Umso mehr gewannen Umwandlungsoperationen an Bedeutung, sei es als Umwandlung einer gewöhnlichen Ileostomie oder als Konversion eines ileoanalen Pouches wegen dessen Funktionsstörungen oder auch wegen eines später entwickelten Karzinoms an der Transitionalzone zwischen Pouch und Schließmuskel. Die Konversion eines ileoanalen in den Kock'schen Pouch ist zwar technisch anspruchsvoll, sie lohnt sich aber in jedem Fall, da sie dem Patienten nicht nur die 100prozentige Kontrolle über die Stuhlentleerung gewährt, sondern auch den Verlust des vorhandenen und insgesamt sehr wertvollen Ileumreservoirs verhindert.

Während bisher vorwiegend Patienten mit klassischen Grunderkrankungen für Ileum-Pouches (Colitis ulcerosa und familiärer adenomatöser Polyposis) bevorzugt operiert wurden, waren wir in den letzten Jahren bei Morbus Crohn-Patienten nicht mehr so zurückhaltend, da heute mit topischen Corticoiden (Budesonid) und mit Immunsuppressiva (z.B. Azathioprin) wirksame Pharmaka zur Prophylaxe und Therapie von Crohn-typischen Entzündungen zur Verfügung stehen.

Für die postoperative Langzeitprognose ist es gleichgültig, ob der Kock-Pouch als Originaltasche angelegt wurde oder aus einem ileoanalen Pouch



*Prof. Dr. med. Karl-Wilhelm Ecker
ist Chirurg und Visceralchirurg. Er ist Chefarzt
der Klinik für Chirurgie am MediClin
Müritz-Klinikum in Waren.*

E-Mail: karl.wilhelm.ecker@mueritz.klinikum.de

*Ein ausführlicher Artikel von Prof. Ecker zur
Kock'schen Tasche erscheint in einem der
nächsten Bauchredner-Hefte.*

konvertiert wurde. Der technische Dreh- und Angelpunkt ist in beiden Fällen die sichere Konstruktion des Nippelventils. Da der intussuszeptionierte Darm (bei der Anlage wird ein Darmteiles in sich selbst eingestülpt) eine natürliche Tendenz zur Desuszeption (Wiederherausgleiten) hat, besteht wegen des damit verbundenen Gleiten des Ventils die Gefahr der sekundären Inkontinenz. Während die Nippelprobleme früher sehr häufig waren, darf man heute von einer kumulativen Wahrscheinlichkeit von etwa 10 Prozent nach 10 Jahren ausgehen. Dies ist ein optimaler prognostischer Wert, da in fast allen Fällen eine Korrekturoperation möglich ist. Alle davon betroffenen Patienten bestehen auch immer auf der Korrektur, da sie die einmal als sehr zuverlässig empfundene Kontinenz nie mehr missen möchten. Deswegen sollten Pouchexzisionen

vermieden werden, zumal die Korrektureingriffe für den Patienten wenig belastend sind.

Verschiedene Untersuchungen zur Lebensqualität haben ergeben, dass der Kock-Pouch zwischen einem gut funktionierenden ileoanalen Pouch und der Ileostomie rangiert. Für Patienten mit einer Kock'schen Tasche, die keine andere Alternative haben, bedeutet die kontinente Ileostomie allerdings das „Non plus ultra“ einer guten Lebensqualität. In der eigenen Erfahrung von über 5.000 kolorektalen Operationen aller Art sind die Kock-Pouch-Patienten die zufriedensten, dankbarsten und glücklichsten. Nach diesen eigenen Erfahrungen über mehr als zwei Jahrzehnte wäre diese Zufriedenheit mehr Patienten zu wünschen, die sich mit stoma- und inkontinenzassoziierten Unannehmlichkeiten, insbesondere im Intimleben, arrangieren müssen.

Schlussfolgerungen

Die kontinente Ileostomie oder Kock'sche Tasche ist eine wichtige Methode im sogenannten sekundären chirurgischen Behandlungskonzept bei Patienten nach Proktokolektomie. In geübter Hand ist die Operation sehr sicher mit exzellenten Langzeitergebnissen. Indem sie die Lücke zwischen Ileostomie und ileoanalen Pouch schließt, bereichert sie das Spektrum des spezialisierten Kolorektalchirurgen erheblich. Davon profitieren insbesondere jüngere Patienten durch den Wiedergewinn von praktisch unbegrenzter Freizügigkeit und insbesondere der von Ihnen ersehnten Unbekümmertheit im Intimleben.