

Dünndarmtransplantation

Bei Verlust des gesamten Dünndarmes oder für Patienten mit schweren nicht therapierbaren Funktionsstörungen des Dünndarmes ist die Transplantation ein Komplimentärverfahren gegenüber der total parenteralen Ernährung (TPE). Die Risiken dieser Transplantation müssen mit denen der parenteralen Ernährung abgewogen werden bzw. vergleichbar sein. Der Wunsch des Patienten für oder gegen eine Transplantation muss dabei immer Berücksichtigung finden.

Die Dünndarmtransplantation, also der Ersatz des körpereigenen Organs durch den Dünndarm eines verstorbenen Spenders, ist die einzige kausale Therapie des Kurzdarmsyndromes. Sie wird angewendet, wenn Komplikationen der TPE, also eine schwerwiegende Leberfunktionsstörung und Katheter-bedingte Infektionen bzw. Verlust der venösen Zugangsmöglichkeiten, eingetreten sind.

Patienten mit fortgeschrittenen Komplikationen eines Kurzdarmsyndromes bedürfen häufig einer sogenannten Multiviszeraltransplantation, also der Transplantation mehrerer Organe, die auch mit einer Nierentransplantation kombinierbar ist.

Die Entscheidung zur Dünndarmtransplantation sollte günstiger Weise vor Eintritt einer Leberzirrhose erfolgen.

Moderne Immunsuppression unterstützt Behandlungserfolg

Da der Dünndarm immunologisch sehr aktiv ist, benötigt man eine sehr leistungsfähige, moderne Immunsuppression. Dauerhaft werden hier Tacrolimus und Rapamycin in Kombination verabreicht. Abstoßungen wurden früher fast bei jedem Patienten beobachtet und waren die Hauptursache für die zurückhaltende Indikationsstellung zu Dünndarmtransplantation.

Die Verbesserungen in der Immunsuppression in den letzten Jahren führten zur deutlichen Steigerung der Transplantationsfrequenz. Anhand internationalen Daten kann gezeigt werden, dass bei Patienten, die frühzeitiger isoliert dünndarmtransplantiert werden, die Erfolgchancen deutlich besser sind als nach kombinierter Leber-Dünndarmtransplantation, wenn bereits eine Leberzirrhose ausgebildet ist (80 versus 50 Prozent Überlebensrate).

Mehr Lebensqualität ohne künstlichen Darmausgang

Unter parenteraler Ernährung liegen die Überlebensraten ebenfalls bei etwa 70 bis 80 Prozent an spezialisierten Zentren. Die Lebensqualität ist nach internationalen Daten sowie Berichten von Patienten unvergleichlich besser nach einer Dünndarmtransplantation.

Dies gilt ganz besonders für Patienten mit dauerhaftem Stoma (Darmausgang) vor der Transplantation. Über diesen künstlichen Darmausgang verlieren sie täglich mehrere Liter aggressiver Verdauungssäfte. Jegliche Nahrung wird nahezu unverdaut ausgeschieden.

Alle Patienten werden direkt nach der Transplantation mit einer speziellen Ernährung enteral (über eine Sonde) über den Darm ernährt. So kann die Darmschleimhaut direkt nach der Transplantation wiederaufgebaut werden. Nach ca. einer Woche dürfen sich die Patienten wieder normal ernähren, eine parenterale Ernährung ist nicht mehr notwendig.

Nachsorge und weiterer Verlauf

Zur Kontrolle von Abstoßungen wird für die ersten sechs Monate nach Transplantation meist ein Stoma angelegt. Hierüber können Dünndarmbiopsien schmerzfrei und leicht entnommen werden und auf Infektionen und Abstoßungen untersucht werden.

Dieses Stoma wird in einer kleinen Operation ohne Eröffnung des Bauches wieder verschlossen. Die Immunsuppression wird nach und nach, über Wochen und Monate schrittweise reduziert, um langfristige Nebenwirkungen zu minimieren.

Einige Monate nach der Transplantation ist es den Patienten meistens wieder möglich, ihrer vorherigen Arbeit wieder nachzugehen beziehungsweise die schulische Ausbildung oder das Studium fortzusetzen.

Quellen:

Transplantation abdomineller Organe: Was gibt es Neues? von Prof. Dr. Wolf Otto Bechstein und Priv.-Doz. Dr. Christoph Wullstein, UNI-MED Verlag AG

Organtransplantation, herausgegeben von Robert Pfitzmann, Peter Neuhaus und Roland Hetzer, Walter de Gruyter Berlin