

coloproctology 2014 · 36:50–51
 DOI 10.1007/s00053-013-0406-9
 Online publiziert: 21. Dezember 2013
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

T. Schwandner

Allgemein-, Viszeral-, Thorax-, Transplantations- und Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Gießen

Sakralnervenstimulation bei Stuhlinkontinenz bedingt durch einen Sphinkterdefekt

Ein systematischer Review

Originalpublikation

Ratto C, Litta F, Parello A et al (2012) Sacral nerve stimulation in faecal incontinence associated with an anal sphincter lesion: a systematic review. *Colorectal Dis* 14:e297–e304

Fragestellung und Hintergrund. Bisher waren die Langzeitergebnisse mit einer Sphinkterplastik bei Stuhlinkontinenz bedingt durch eine Läsion des analen Sphinkters enttäuschend. Anfangs wurde die Sakralnervenstimulation nur bei Stuhlinkontinenz mit neurogenen Ursachen eingesetzt, danach wurden die Indikationen auf andere Erkrankungen ausgeweitet. Ziel dieses Reviews war eine Evaluierung der Sakralnervenstimulation bei Inkontinenz und Vorliegen eines Sphinkterdefekts.

Patienten und Methodik. Für den Zeitraum von 1995 bis 2011 wurden die Datenbanken MEDLINE, Embase und die der Cochrane Library auf englischsprachige Studien hin durchsucht, ohne Limitierungen bezüglich der Studiengröße oder der Länge des Follow-up. Primäre Endpunkte waren die klinische Wirksamkeit, Veränderungen in der anorektalen Manometrie sowie die Lebensqualität.

Ergebnisse. Zehn Berichte (119 Patienten) erfüllten die Einschlusskriterien. Die Qualität der Studien war niedrig (9 waren retrospektiv, 1 prospektiv). Alle berichteten eine Läsion des externen und/oder inneren analen Sphinkters beim endoanalen Ultraschall. Bei 106 (89%) der 119 Patienten, die sich einem peripheren Nerv-Eva-

luationsstest unterzogen, wurde ein dauerhaftes Implantat eingesetzt. Die durchschnittliche Anzahl von Inkontinenzepisoden pro Woche ging von 12,1 auf 2,3 und der durchschnittliche Cleveland Clinic Score von 16,5 auf 3,8 zurück. Die Fähigkeit zum Defäkationsverhalt stieg signifikant, wenn dies untersucht wurde. Die Charakteristika der anorektalen Manometrie veränderten sich nicht. Die Lebensqualität verbesserte sich in fast allen Studien signifikant.

Schlussfolgerung. Die Sakralnervenstimulation kann eine therapeutische Option bei Patienten mit Stuhlinkontinenz und einer analen Sphinkterläsion sein. Die Qualität der veröffentlichten Studien ist allerdings niedrig. Obwohl sicher schwierig, sollte eine randomisierte klinische Studie zum Vergleich der Sakralnervenstimulation mit anderen klassischen chirurgischen Verfahren in einem Langzeit-Follow-up durchgeführt werden.

Kommentar

Die exakte Inzidenz der analen Inkontinenz ist nach wie vor unbekannt. Etwa 1% der erwachsenen Bevölkerung ist so stark von unkontrollierbarem Stuhlverlust betroffen, dass ihr alltägliches Leben eingeschränkt ist [1]. Trotz zahlreicher Studien ist die Evidenzlage für spezifische Verfahren zur Behandlung der analen Inkontinenz gering [2]. Die sakrale Neurostimulation (SNS) stellt hier jedoch ein sicheres und effektives Verfahren zur Behandlung der Stuhlinkontinenz dar.

In prospektiven Studien konnte dargestellt werden, dass die SNS sowohl einen positiven Einfluss auf die Symptomverbesserung mit sich bringt, aber auch die Lebensqualität positiv beeinflusst [3]. In dem nun vorgestellten systematischen Review von Ratto et al. sollte erstmals gezeigt werden, ob die sakrale Nervenstimulation auch bei Sphinkterdefekten effektiv wirksam ist. Insgesamt wurde berichtet, dass die Qualität der Studien niedrig war. Neun Studien wurden im retrospektiven Studiendesign durchgeführt, eine im prospektiven. Auffällig war, dass durch die endoanale Endosonographie alle Patienten in diesen Studien einen externen und internen Sphinkterdefekt aufwiesen. Insgesamt kam das systematische Review zu dem Ergebnis, dass sich die durchschnittliche Anzahl von Inkontinenzepisoden pro Woche drastisch reduzierte, ebenso der Cleveland Clinical Score. Hervorzuheben ist auch, dass die Lebensqualität in allen Studien signifikant anstieg.

Das Review kam zur Schlussfolgerung, dass die sakrale Nervenstimulation eine therapeutische Option bei Patienten mit Stuhlinkontinenz bei bestehendem Sphinkterdefekt ist. Ein höhergradiges Evidenzlevel liegt diesbezüglich jedoch noch nicht vor. Soll nun die sakrale Nervenstimulation mit chirurgischen Verfahren verglichen werden, wie z. B. dem Analrepair bei bestehendem Sphinkterdefekt, so findet man in der Literatur keine vergleichenden Studien. Bei der sakralen Nervenstimulation ist positiv anzumerken, dass es sich hier um ein reversibles minimal-invasives Verfahren handelt. Dem gegenüber steht die chirurgische

Therapie, über die in der Literatur ebenso Ergebnisse vorliegen, dass – nach Jahren anfänglicher Besserung – die Inkontinenzepisoden wieder deutlich ansteigen. Insgesamt ist die vorliegende Arbeit sehr lesenswert, da zum ersten Mal in einem systematischen Review alle Studien hinsichtlich dieser Therapieoption bei bestehendem Sphinkterdefekt untersucht wurden.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass wir mehr randomisierte kontrollierte Studien durchführen müssen, um letztlich ein höhergradiges Evidenzlevel zu erlangen. Wünschenswert wären natürlich vergleichende Studien der chirurgischen Therapie vs. der sakralen Nerven-

stimulation. Durch das Erlangen eines höhergradigen Evidenzlevels sollte dann ein evidenzbasierter Algorithmus für die Klinik aufgestellt werden.

Korrespondenzadresse

PD Dr. T. Schwandner

Allgemein-, Viszeral-, Thorax-,
Transplantations- und Kinderchirurgie,
Universitätsklinikum Gießen
Rudolf-Buchheim-Str. 7, 35385 Gießen
thilo.schwandner@chiru.med.uni-giessen.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor weist auf folgende Beziehung hin: Vorträge und „flying doctor“ für die Fa. Medtronic.

Literatur

1. Perry S, Shaw C, McGrother C et al (2002) Prevalence of faecal incontinence in adults aged 40 years or more living in the community. *Gut* 50:480–484
2. National Institute for Health and Clinical Excellence (2007) Faecal incontinence: the management of faecal incontinence in adults. *Clin Guidel CG49:309–310*. <http://www.nice.co.uk>. Zugriffen: 04. Juni 2011
3. George AT, Kalmar K, Panarese A et al (2012) Long-term outcomes of sacral nerve stimulation for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 56:302–306

coloproctology 2014 · 36:51–52
DOI 10.1007/s00053-013-0409-6
Online publiziert: 13. Dezember 2013
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

A. Ommer

End- und Dickdarmzentrum Essen

Langzeitergebnisse der Ligatur des intersphinktären Fistelgangs (LIFT) bei Analfisteln

Originalpublikation

Liu WY, Aboulian A, Kaji AH et al (2013) Long-term results of ligation of intersphincteric fistula tract (LIFT) for fistula-in-ano. *Dis Colon Rectum* 56:343–347

Fragestellung und Hintergrund. Die Ligatur des Fistelgangs im intersphinktären Raum stellt eine neuartige chirurgische Technik zur Behandlung transsphinktärer Analfisteln dar. Im Kurzzeitverlauf wurden positive Ergebnisse dieses Verfahrens berichtet. Die mittlere Nachbeobachtungsdauer in der aktuellen Literatur liegt bei 5 bis 9 Monaten. Allerdings ist die Langzeiterfolgsrate nicht bekannt. In der vorliegenden Studie werden die Langzeit-

ergebnisse der Autoren bei der Durchführung der Ligatur des Fistelgangs im intersphinktären Raum beschrieben.

Patienten und Methodik. Von August 2008 bis Oktober 2011 wurden 38 Patienten untersucht. Bei sämtlichen Patienten erfolgte eine Ligatur des Fistelgangs im intersphinktären Raum bei einer Analfistel (LIFT-Verfahren). Ausgewertet wurden Merkmale der Patienten und der Fisteln, die Primär- und Sekundärheilungsrate, vorangegangene Behandlungen sowie Misserfolge.

Ergebnisse. Die durchschnittliche Nachbeobachtungsdauer betrug 26 (3–44) Monate. Bei 26 Patienten (68%) lag sie bei mehr als 12 Monaten. Die Primärheilungsrate

betrug 61% (23 von 38) im Gesamtkollektiv und 62% (16 von 26) bei den Patienten mit einer Nachbeobachtungszeit von mehr als 12 Monaten. Bei 80% der nicht geheilten Fisteln (12/15) lag ein Frührezidiv (persistierende Symptome oder Misserfolg nach ≤ 6 Monaten) und bei den übrigen 20% ein Spätrezidiv (Misserfolg > 6 Monate) vor, wobei ein Rezidiv 12 Monate postoperativ auftrat. Eine größere Fistelganglänge war mit einer schlechteren Heilungsrate assoziiert [Odds-Ratio (OR): 0,55; 95% CI 0,34–0,88; $p=0,01$]. Es gab weder intraoperative Komplikationen noch Zeichen einer Stuhlinkontinenz.

Schlussfolgerung. In dieser Studie zeigen sich günstige Langzeitergebnisse für die Technik der Ligatur des Fistelgangs

im Intersphinkterraum. Lange Fistelgänge scheinen die Heilung negativ zu beeinflussen und Rezidive können noch bis zu 12 Monate postoperativ auftreten. Das Verständnis der Art des Misserfolgs kann dazu beitragen, die anschließende Behandlung in eine Richtung zu führen, die den größtmöglichen Heilungserfolg bringt.

Kommentar

Nachdem seit dem Jahr 2000 Fremdmaterialien zur Behandlung des Analfistellidens eingeführt wurden (zunächst Fibrinkleber, dann der Fistelplug) und die vielen dadurch ausgelösten Publikationen keine vollauf zufriedenstellenden Ergebnisse aufweisen konnten, scheint derzeit eine Renaissance primärer operativer Techniken zu bestehen: 2007 wurde erstmals durch Rojanasakul [3] die sog. LIFT-Methode beschrieben. Im Gegensatz zu den Flapverfahren oder der Rekonstruktion erfolgt der Zugang durch den Intersphinkterraum mit Darstellung und Unterbindung des transsphinkter verlaufenden Fistelgangs. Seit 2010 sind insgesamt 15 Publikationen erschienen, die Ergebnisse dieser neuen Technik beschreiben. Wie bei den anderen Verfahren schwanken die Erfolgsraten zwischen 40% [6] und 95% [5], wobei unterschiedliche Patientenkollektive, Fisteltypen und Modifikationen der Methode [5] berücksichtigt werden müssen. Im Mittel dürften Erfolgsraten zwischen 60 und 80% realistisch sein, die in etwa denen der Flapverfahren entsprechen.

Während noch keine randomisierten Studien vorliegen, vergleichen zwei Autoren ihre Ergebnisse mit historischen Vergleichskollektiven (Flaptechnik). Dabei beobachtet eine Arbeitsgruppe [2] gleiche Ergebnisse, während in der anderen Gruppe [4] die Flaptechnik deutlich bessere Ergebnisse erzielte (63 bzw. 94% Heilungsrate).

Wie auch bei den Publikationen zur Plugtechnik wird die Problematik der Stuhlinkontinenzminderung i. d. R. nur cursorisch abgehandelt („Kein Patient klagte über neu aufgetretene Inkontinenzprobleme“). Lediglich eine Autorengruppe mit der höchsten Fallzahl [6] beschreibt relevante Inkontinenzraten (Grad 1: 25%, Grad 2: 6%). Wie bei al-

len innovativen Verfahren werden meist Kurzzeitergebnisse publiziert: 9 Publikationen haben ein Follow-up von weniger als 6 Monaten.

Insofern stellt die zu kommentierende Arbeit durchaus mit einem medianen Follow-up von 26 Monaten Langzeitergebnisse dar, wobei kritisch anzumerken ist, dass die Follow-up-Zeit zwischen 3 und 44 Monaten liegt und somit bei lediglich 38 Patienten eine hohe Streubreite aufweist. Zusätzlich muss eine Operationsquote von <1 pro Monat konstatiert werden! Immerhin wurden alle Operationen von demselben Chirurgen durchgeführt.

Insgesamt ist die Patientengruppe durchaus homogen mit transsphinkteren Fisteln ohne M. Crohn. Die Heilungsrate wird mit 61% angegeben und klingt somit realistisch. Es ist interessant, dass mehrere der nicht verheilten Fisteln gespalten werden konnten. Weiterhin wird beschrieben, dass sich auch bereits komplett verheilte Fisteln wieder öffnen können, was von den meisten Studien mangels Dauer der Nachbeobachtungszeit nicht erfasst wird.

Interessant ist auch die Folgerung, dass längere Fisteln mit einer niedrigeren Heilungsrate assoziiert sind. Möglicherweise handelt es sich hier um höhere Fisteln, die nur schwer im Intersphinkterraum darzustellen sind. Hier wäre alternativ das Plugverfahren zu sehen, bei dem gerade für längere Fisteln eine höhere Heilungsrate gefunden wurde [1].

Insgesamt scheint das LIFT-Verfahren eine reizvolle Alternative zu den etablierten Verfahren darzustellen, was sich ja auch in der Publikationsliste widerspiegelt – auch wenn die Darstellung und isolierte Ligatur des Fistelgangs in den verschiedenen schematischen Zeichnungen meiner Meinung nach nicht immer der Realität eines vernarbten Schließmuskels entsprechen dürfte. Wie bei der Flaptechnik sind Veränderungen der Stuhlinkontinenz durch das Vorgehen nicht auszuschließen. Eine randomisierte Studie zwischen LIFT und Flaptechnik wäre sicher wünschenswert.

Korrespondenzadresse

Dr. A. Ommer

End- und Dickdarmzentrum Essen
Rüttenscheider Str. 66, 45130 Essen
darmpraxis-essen@online.de

Interessenkonflikt. A. Ommer gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. McGee MF, Champagne BJ et al (2010) Tract length predicts successful closure with anal fistula plug in cryptoglandular fistulas. *Dis Colon Rectum* 53:1116–1120
2. Mushaya C, Bartlett L et al (2012) Ligation of intersphincteric fistula tract compared with advancement flap for complex anorectal fistulas requiring initial seton drainage. *Am J Surg* 204:283–289
3. Rojanasakul A, Pattanaarun J et al (2007) Total anal sphincter saving technique for fistula-in-ano; the ligation of intersphincteric fistula tract. *J Med Assoc Thai* 90:581–586
4. Tan KK, Alsuwaigh R et al (2012) To LIFT or to flap? Which surgery to perform following seton insertion for high anal fistula? *Dis Colon Rectum* 55:1273–1277
5. Tsunoda A Sada H et al (2013) Anal function after ligation of the intersphincteric fistula tract. *Dis Colon Rectum* 56:898–902
6. Wallin UG, Mellgren AF et al (2012) Does ligation of the intersphincteric fistula tract raise the bar in fistula surgery? *Dis Colon Rectum* 55:1173–1178

Beckenbodensenkung impliziert keine wesentliche klinische Störung

Originalpublikation

Alves-Ferreira PC, Gurland B, Zutshi M, Hull T (2012) Perineal descent does not imply a more severe clinical disorder. *Colorectal Dis* 14:1372–1379

Fragestellung und Hintergrund

In der Literatur gibt es kaum Übereinstimmung über die Beurteilung einer Beckenbodensenkung. Ziel dieser Studie war die Untersuchung der Symptome und Lebensqualität bei Patienten mit Obstipation und pathologischer Beckenbodensenkung.

Patienten und Methodik

Patienten mit Obstipation wurden kategorisiert in solche mit Entleerungsstörungen, mit Slow-transit-Obstipation, gemischten Störungen und mit Reizdarm-Syndrom-Obstipations-Typ. Es wurden anale Funktionsuntersuchungen durchgeführt. Ein Knowles-Eccersley-Scott-Symptom-Score (KESS), die Irritable-Bowel-Syndrome-Quality-of-Life- und SF-12-Fragebögen wurden beurteilt. Die Position des Perineums wurde mit einer Defäkographie gemessen. Die Patienten wurden in 2 Gruppen aufgeteilt gemäß der Position der perinealen Senkung in Ruhe: Gruppe 1 (normal <3,5 cm) und Gruppe 2 (pathologisch >3,5 cm).

Ergebnisse

Insgesamt wurden 58 Patienten einbezogen: 23 (40%) in Gruppe 1 und 35 (60%) in Gruppe 2. Die Patienten in Gruppe 2 waren älter ($p=0,007$), hatten einen höheren Body-Mass-Index (BMI; $p=0,003$), eine höhere Hysterektomiequote ($p=0,04$) und

mehr vaginale Geburten ($p=0,001$). Entleerungsstörung war der überwiegende Untertyp bei Obstipation. Gruppe 1 hatte größere Schwierigkeiten, eine Defäkation auszulösen, und Gruppe 2 hatte mehr Fälle mit Intussuszeption und Enterozele ($p=0,03$ für beide). Gruppe 2 hatte ein geringeres Ausmaß der Beckenbodensenkung zwischen Ruhe und Anspannung. Die rektale Compliance war größer in Gruppe 2 ($p=0,03$). Symptome und Lebensqualitätsscores der beiden Gruppen waren vergleichbar.

Schlussfolgerung

Eine radiologisch beurteilte Beckenbodensenkung ist kein Hinweis auf mehr Symptome oder schlechtere Lebensqualität. Dieser radiologische Befund indiziert keine weitere Untersuchung.

Kommentar

Das „descending perineum syndrome“ wurde 1966 von Parks et al. [1] beschrieben. Der Begriff des Descensus perinei sowie seine Synonyme werden im klinischen Alltag und der wissenschaftlichen Literatur seither häufig verwendet. Es gibt jedoch bislang nur wenig Übereinstimmung bezüglich seiner Definition. Wird in Ruhe oder unter Pressen gemessen? Erfolgt die Messung klinisch oder radiologisch? Bis wann ist ein Befund (noch) normal, ab wann liegt ein pathologischer Befund vor? Ferner herrscht Uneinigkeit über die Bestimmungsmethoden, d. h., wie sollte der Wert am besten ermittelt werden. Schließlich ist die klinische Bedeutung unklar. Hat ein Descensus perinei notwendigerweise einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität? Somit ist der wissenschaftliche Wert des Begriffes Descensus perinei limitiert und die

Vergleichbarkeit von Untersuchungsdaten schwierig.

Alves-Ferreira et al. werteten vor diesem Hintergrund die konventionellen Defäkographien von 58 konstipierten Patienten aus. Davon hatten 23 einen Wert <3,5 cm (gemessen wurde der Unterschied zwischen der Position in Ruhe und unter Pressen). Die übrigen 35 hatten einen Wert >3,5 cm und waren signifikant älter, hatten einen höheren BMI, waren häufiger hysterektomiert und hatten mehr vaginale Entbindungen. Ferner war die Compliance des Rektums in Gruppe 2 größer. Keine Unterschiede gab es bezüglich der zugrunde liegenden Art der Obstipation. Das Gleiche galt für die anorektale Manometrie, den Knowles-Eccersley-Scott-Symptom-Score (KESS), den Irritable-Bowel-Syndrome-Quality-of-Life-Score (IBS-QOL) sowie den SF-12.

Für die Studie wurde die konventionelle Defäkographie verwendet, die nach wie vor der Goldstandard ist. Sie wird jedoch immer mehr von der dynamischen MRT des Beckens verdrängt, weil viele Fragestellungen zur Pathomorphologie der Beckenorgane unter Berücksichtigung aller Limitationen der Methode damit hinlänglich beantwortet werden können [2, 3].

Die Patienten in Gruppe 1 hatten häufiger Schwierigkeiten, eine Defäkation zu initiieren. Diejenigen in Gruppe 2 (>3,5 cm) waren älter und hatten häufiger eine Intussuszeption und eine Enterozele. Daher ist die Folgerung der Autoren zutreffend, ein ausgeprägter Descensus perinei sei die Folge einer obstruktiven Defäkation.

Die Autoren diskutieren die unterschiedlichen anatomischen Messpunkte und -linien und kommen zu dem Schluss, dass die Messung in Ruhe am geeignetsten ist. Die methodisch einfache und klar

strukturierte Studie macht einmal mehr deutlich, dass pathologische Messwerte und eine von der Norm abweichende Position des Perineums nicht linear mit dem Ausmaß von Beschwerden korrelieren. Für die wissenschaftliche Diskussion und den Vergleich von Studiendaten sind einheitliche Evaluationskriterien jedoch unerlässlich. Insofern ist der Ansatz der Studie zu begrüßen. Für die klinische Entscheidungsfindung, auch das zeigt die Studie, ist die genaue Bestimmung der

Position des Perineums von nachgeordneter Bedeutung.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. H. Schimmelpenning

Schön Klinik Neustadt
Am Kiebitzberg 10, 23730 Neustadt i. Holstein
HSchimmelpenning@Schoen-Kliniken.de

Interessenkonflikt. H. Schimmelpenning gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Parks AG, Porter NH, Hardcastle J (1966) The syndrome of the descending perineum. *Proc R Soc Med* 59(6):477–482
2. Rosenkrantz AB, Lewis MT, Yalamanchili S et al (2013) Prevalence of pelvic organ prolapse detected at dynamic MRI in women without history of pelvic floor dysfunction: comparison of two reference lines. *Clin Radiol* (im Druck)
3. Maccioni F (2013) Functional disorders of the anorectal compartment of the pelvic floor: clinical and diagnostic value of dynamic MRI. *Abdom Imaging* 38(5):930–951

coloproctology 2014 · 36:54–55
DOI 10.1007/s00053-013-0428-3
Online publiziert: 15. Januar 2014
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

R. Proßt

Proktologisches Institut Stuttgart

Langzeitergebnis nach transanaler Rektumresektion bei Patienten mit obstruktivem Defäkationssyndrom

Originalpublikation

Bock S, Wolff K, Marti L et al (2013) Long-term outcome after transanal rectal resection in patients with obstructed defecation syndrome. *Dis Colon Rectum* 56:246–252

Fragestellung und Hintergrund

Die transanale Stapler-Rektumresektion mit einem neuen, gebogenen, nachladbaren Stapler (Transtar-Verfahren) hat zu vielversprechenden kurz- und mittelfristigen Ergebnissen bei der Therapie des obstruktiven Defäkationssyndroms geführt. Es sind jedoch bisher nur wenige Langzeitergebnisse publiziert worden. Ziel dieser retrospektiven Studie war es, die funktionellen Langzeitergebnisse und die Lebensqualität nach Operation mit dem Transtar-Verfahren zu untersuchen.

Patienten und Methodik

Die 77 konsekutiven Patienten (68 weiblich) mit obstruktivem Defäkationssyn-

drom wiesen ein Durchschnittsalter von 65 Jahren auf (20 bis 90). Die Transtar-Operationen erfolgten zwischen Januar 2007 und März 2010. Die postoperativen Funktionsergebnisse wurden mittels Symptom Severity Score, Obstructed Defecation Score und Cleveland Incontinence Score erfasst. Zur Ermittlung der Lebensqualität wurden der Fecal Incontinence Quality of Life Score und der SF-36 Health Survey eingesetzt. Die Daten wurden in 4 Gruppen mit 1, 2, 3 und 4 Jahre Nachbeobachtung eingeteilt.

Ergebnisse

Die funktionellen Scores zeigten eine signifikante postoperative Verbesserung innerhalb des untersuchten Zeitraums ($p=0,01$). Bei der Lebensqualität ergab sich eine Tendenz zur Verbesserung nur bei den psychischen/mentalenen Komponenten des SF-36 Health Survey ($p=0,01$). 16 Patienten gaben einen postoperativen Stuhldrang an, der sich aber innerhalb einiger Monate zurückbildete. Über eine

postoperativ neu aufgetretene Inkontinenz berichteten 9 Patienten, bei welchen eine weitere Behandlung erforderlich wurde. Die Aussagekraft dieser Studie war eingeschränkt aufgrund ihrer retrospektiven Art, eines Selektionsbias und eines Bias durch die geringe Anzahl an Fragebögen, die für einige Scores zu Verfügung standen.

Schlussfolgerung

Das Transtar-Verfahren wurde erfolgreich zur Langzeittherapie des obstruktiven Defäkationssyndroms eingesetzt. Stuhldrang und -inkontinenz wurden beobachtet, besserten sich aber gewöhnlich innerhalb von Monaten. Daher scheint das Transtar-Verfahren auf lange Sicht ein sinnvoller Ansatz zur Behandlung des obstruktiven Defäkationssyndroms zu sein.

Kommentar

Transanale Operationsverfahren sind morbiditätsarme Therapieoptionen bei

morphologisch belegter Entleerungsstörung (Rektozele, Rektumprolaps, Intussuszeption) im Rahmen eines Obstruktions-Defäkations-Syndroms (ODS). Für die transanale Stapler-Resektion des Rektums (STARR) besteht eine hinreichende Anzahl z. T. prospektiv randomisierter Studien, welche die Wirksamkeit der Methode in Bezug auf eine Verbesserung ODS-assoziiierter Symptome belegen [1]. Im Gegensatz zur STARR-Operation, bei der mit 2 Staplern (z. B. PPH01) die ventrale und dorsale Rektumwand getrennt reseziert wird, erfolgt beim Contour-Transtar-Verfahren eine schrittweise, zirkuläre Resektion mittels eines nachladbaren, gebogenen Staplers [2].

Dadurch lässt sich beim Contour-Transtar-Verfahren, unter besserer intraoperativer Sicht und Kontrolle, ein deutlich größeres Resektat erzielen als beim STARR-Verfahren. Allerdings konnte dies, zumindest innerhalb eines kurzen Nachbeobachtungszeitraums, keinen nachweisbaren klinisch-funktionellen Vorteil erbringen. Die wenigen, bisher veröffentlichten Studien belegen für das Transtar-Verfahren gute funktionelle Ergebnisse. Diese sind, gemessen an den üblichen Obstipations-, Inkontinenz- und Lebensqualitäts-Scores im ersten postoperativen Jahr, im Wesentlichen mit der STARR-Operation vergleichbar [3–7]. Bei Studien mit einer längeren Nachbeobachtung scheint sich jedoch eine leichte Verschiebung zugunsten des Transtar-Verfahrens zu ergeben: Die prospektiven, randomisierten Daten von Renzi et al. [8] weisen eine höhere Erfolgsrate des Transtar nach 24 Monaten auf (87 vs. 70%). Auch in der Studie von Boccasanta et al. [9] ist die Rezidivrate 36 Monate nach Transtar niedriger als nach STARR (0 vs. 12%).

Die vorliegende Studie von Bock et al. zeichnet sich durch Langzeitdaten (4 Jahre) nach Transtar-Operation aus. An 70 Patienten weisen die Autoren nach, dass sich bei Transtar die Lebensqualität tendenziell und die Funktionalität (87% OD Score) signifikant verbessern. In der Studienpopulation ergab sich insgesamt keine Veränderung der Stuhlinkontinenz von prä- (23%, 16/70) zu direkt postoperativ (23%, 16/70): Bei 9 von 16 präoperativ inkontinenten Patienten trat nach Transtar eine Besserung auf, jedoch manifes-

tierte sich bei 9 von 54 (17%) präoperativ inkontinenten Patienten nach Transtar ein iatrogene Inkontinenz. Im weiteren postoperativen Verlauf konnten durch weitere medizinische und chirurgische Maßnahmen die Inkontinenzrate auf insgesamt 4% (3/70) und die operativ induzierte Inkontinenzrate ebenfalls auf 4% (2/54) gesenkt werden. Dies belegt, dass die häufig mit einem Rektumprolaps assoziierte Inkontinenz nicht als operative Kontraindikation angesehen werden darf, aber kontinente Patienten auf eine mögliche Inkontinenz nach Transtar hingewiesen werden sollten.

Bei der Studie ist zudem bemerkenswert, dass sich die prägnanteste Reduktion von ODS-assoziierten Symptomen in den ersten beiden postoperativen Jahren ergibt und die Symptome im dritten und vierten postoperativen Jahr wieder leicht zunehmen. Dies wird von den Autoren durch eine langsam stattfindende Veränderung der anorektalen Anatomie mit erneuter Ausbildung der morphologischen Korrelate des ODS, Rektozele und Rektumprolaps bzw. Intussuszeption, erklärt. Anscheinend vollzieht sich dieser Prozess beim STARR deutlich schneller, wenn man den z. T. enttäuschenden Langzeitergebnissen nach STARR glauben darf [10]. Renzi et al. [8] postulieren deswegen beim STARR aufgrund seiner limitierten Gewebereduktion lediglich die Transformation einer rektoanalen Intussuszeption in eine rektorektale Intussuszeption. Diese muss sich innerhalb einer kurzen Nachbeobachtungszeit (1 bis 2 Jahre) noch nicht klinisch bemerkbar machen, kann aber im Langzeitverlauf wieder obstruktive Beschwerden verursachen. Auch wenn das Transtar-Verfahren den Prolaps wesentlich stärker korrigieren kann, so werden erst Langzeitdaten zeigen, ob auch hier und wenn ja, nach welcher Zeit, der ODS-Korrektureffekt sich verschlechtert oder eventuell gänzlich verschwindet.

Die vorliegende Studie leistet einen wichtigen Beitrag, die Unterschiede zwischen STARR und Contour-Transtar aufzuzeigen. Sie hilft abzuschätzen, wie sich die isolierte Korrektur einer umschriebenen Rektumpathologie auf die komplexen Beckenbodenveränderungen beim ODS im Langzeitverlauf auswirkt.

Korrespondenzadresse

PD Dr. R. Proßt
Proktologisches Institut Stuttgart
Esslinger Str. 40, 70182 Stuttgart
ruediger@prosst.de

Interessenkonflikt. R. Proßt gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Isbert C, Germer CT (2013) Transanal procedure for functional bowel diseases. *Chirurg* 84(1):30–34, 36–38
2. Bridoux V, Michot F, Tuech JJ (2011) The STARR operation with the Contour 30 (Transtar) stapler for the treatment of obstructed defecation syndrome associated with rectocele and internal rectal prolapse. *J Visc Surg* 148(5):e361–e365
3. Isbert C, Reibetanz J, Jayne DG et al (2010) Comparative study of Contour Transtar and STARR procedure for the treatment of obstructed defecation syndrome (ODS) – feasibility, morbidity and early functional results. *Colorectal Dis* 12(9):901–908
4. Wadhawan H, Shorthouse AJ, Brown SR (2010) Surgery for obstructed defaecation: Does the use of the Contour device (Trans-STARR) improve results? *Colorectal Dis* 12(9):885–890
5. Savastano S, Valenti G, Cavallin F, Missaglia C (2012) STARR with PPH-01 and CCS30 contour Transtar for obstructed defecation syndrome. *Surg Innov* 19(2):171–174
6. Lenisa L, Schwandner O, Stuto A et al (2009) STARR with Contour Transtar: prospective multicentre European study. *Colorectal Dis* 11(8):821–827
7. Masoni L, Mari FS, Favi F et al (2013) Stapled transanal rectal resection with contour transtar for obstructed defecation syndrome: lessons learned after more than 3 years of single-center activity. *Dis Colon Rectum* 56(1):113–119
8. Renzi A, Brillantino A, Di Sarno G et al (2011) Improved clinical outcomes with a new contour-curved stapler in the surgical treatment of obstructed defecation syndrome: a mid-term randomized controlled trial. *Dis Colon Rectum* 54(6):736–742
9. Boccasanta P, Venturi M, Roviano G (2011) What is the benefit of a new stapler device in the surgical treatment of obstructed defecation? Three-year outcomes from a randomized controlled trial. *Dis Colon Rectum* 54(1):77–84
10. Madbouly KM, Abbas KS, Hussein AM (2010) Disappointing long-term outcomes after stapled transanal rectal resection for obstructed defecation. *World J Surg* 34(9):2191–2196

coloproctology 2014 · 36:56–57
 DOI 10.1007/s00053-013-0427-4
 Online publiziert: 18. Januar 2014
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

P. Oetting

Enddarmzentrum München-Bavaria, München

Randomisierte kontrollierte Studie zur perkutanen versus transkutanen posterioren Tibialisnervenstimulation bei Stuhlinkontinenz

Originalpublikation

George AT, Kalmar K, Sala S et al (2013) Randomized controlled trial of percutaneous versus transcutaneous posterior tibial nerve stimulation in faecal incontinence. *Br J Surg* 100:330–338

Fragestellung und Hintergrund. In einer prospektiven verblindeten randomisierten placebokontrollierten Studie wurden die perkutane, transkutane und zum Schein die transkutane posteriore Tibialisnervenstimulation verglichen.

Patienten und Methodik. Bei Patienten mit Versagen der konservativen Therapie der Stuhlinkontinenz erfolgte die Randomisierung in eine von 3 Gruppen: Gruppe 1 – perkutan, Gruppe 2 – transkutan, Gruppe 3 – zum Schein transkutan. Die Patienten in Gruppe 1 und 2 erhielten über 6 Wochen 2-mal wöchentlich eine 30-min-Sitzung mit Tibialisnervenstimulation. In Gruppe 3 wurden transkutane Elektroden platziert, aber keine Stimulation durchgeführt. Die Symptome wurden zu Studienbeginn und nach 6 Wochen anhand eines Stuhlgewohnheiten-Tagebuchs und des St.-Mark's-Kontinenzscores ermittelt. Eine Reaktion auf die Therapie wurde als Verminderung der wöchentlichen Episoden von Stuhlinkontinenz um mindestens 50% im Vergleich zu Studienbeginn definiert.

Ergebnisse. Es wurden 30 Patienten (28 Frauen) in die Studie aufgenommen. Bei 9 von 11 Patienten in Gruppe 1, bei 5 von 11 in Gruppe 2 und bei 1 von 8 in

Gruppe 3 kam es zu einer Verminderung der wöchentlichen Stuhlinkontinenzepisoden von mindestens 50% am Ende der 6-wöchigen Studienphase ($p=0,035$). Bei Patienten mit perkutaner Nervenstimulation kam es zu einer größeren Senkung der Anzahl von Inkontinenzepisoden; sie waren in der Lage, die Defäkation länger aufzuschieben als Patienten mit transkutaner und Scheinstimulation. Diese Verbesserung hielt über einen Nachbeobachtungszeitraum von 6 Monaten an.

Schlussfolgerung. Die posteriore Tibialisnervenstimulation weist einen Kurzzeitnutzen bei der Behandlung der Stuhlinkontinenz auf. Die perkutane Therapie scheint eine überlegene Wirksamkeit gegenüber der Stimulation über den transkutanen Weg zu haben. Registrierungs-Nr: NCT00530933 (<http://www.clinicaltrials.gov>).

Kommentar

Die elektrische Stimulation des N. tibialis posterior (PTNS) stellt die neueste Therapieoption zur Behandlung der Stuhlinkontinenz dar. Wie schon bei der sakralen Nervenstimulation (SNS) stammt das Behandlungskonzept ursprünglich von den Urologen zur Behandlung der Stressharninkontinenz. Aus diesem Zusammenhang stammt die erste Veröffentlichung von Nakamuro et al. von 1983.

Mittlerweile finden sich zahlreiche Veröffentlichungen zur PTNS auch zur Behandlung der Stuhlinkontinenz. Im Jahr 2012 wurde das erste Review zu die-

sem Thema von Thomas et al. [1] veröffentlicht. Er identifizierte zwischen 2003 – dem Jahr der Erstveröffentlichung von Shafik – und 2011 insgesamt 13 Studien, die sich – wenn sie nicht vom gleichen Autorenteam veröffentlicht waren – fast in jedem erdenklichen Punkt unterschieden. Ein- und Ausschlusskriterien, Randomisierung, Setting, Behandlungsart (perkutan/transkutan), Behandlungsdauer etc. waren fast nie identisch. Die Evidenzlage zur PTNS ist damit sehr übersichtlich. Neue Studien sind somit nur hilfreich.

Mit der Einführung einer transkutanen Stimulation – so wie sie aktuell ebenfalls bei der SNS in Studien erprobt wird – eröffnen sich neue, im Vergleich zur SNS noch komplikationsärmere Behandlungsoptionen. Zu Recht stellt sich jedoch weiterhin die Frage nach der Wirksamkeit und dem effektivsten Vorgehen. Ein Vergleich der perkutanen Stimulation vs. einer transkutanen Stimulation vs. einer Scheinstimulation erscheint somit logisch.

Neben der großen – sehr gut gemachten und konzipierten – französischen, doppelblind randomisierten und Scheinkontrollierten Multicenterstudie „Consort 1a“ [2] haben sich George et al. dieser Fragestellung gewidmet.

Die Studie ist bezüglich der Idee gut überlegt, bezüglich der Randomisierung sinnvoll durchgeführt, jedoch bezüglich der Power eher zu klein konzipiert. Die insgesamt 30 Patienten wurden auf die 3 Arme verteilt mit jeweils 11 Patienten in den Stimulationsgruppen und 8 Patienten in der Scheingruppe.

Da bisher kein standardisiertes Behandlungskonzept für die PTNS vorliegt, erscheint es sinnvoll, dieses genauer zu betrachten. George et al. stimulierten sowohl perkutan als auch transkutan und Schein-transkutan 2-mal wöchentlich über 30 min für 6 Wochen. Dies erscheint eher wenig im Vergleich zu anderen Studien, die teilweise 12 Wochen täglich transkutan stimulierten [3].

Die Ein- und Ausschlusskriterien waren sinnvoll ausgewählt. So musste z. B. eine Inkontinenz mit mehr als 2 Inkontinenzepisoden pro Woche vorliegen sowie die konservative Therapie gescheitert sein. Andererseits durften die Patienten bisher keine TENS-Behandlung erfahren haben, damit sie die Scheinbehandlung nicht bemerkten.

Die physiologischen Messungen des Anorektums zeigten lediglich für den Kneifdruck eine signifikante Verbesserung nach der Stimulation. Dieser verbesserte sich in alle 3 Gruppen. Weitere signifikante Ergebnisse erreichten die Autoren für die Anzahl der Inkontinenzepisoden pro Woche und die Möglichkeit, die Defäkation zu verzögern, nur, wenn man die perkutane Gruppe mit den anderen Gruppen verglich.

Signifikante Unterschiede zwischen der Scheingruppe und der transkutanen Gruppe lagen nicht vor. Dies entspricht auch den Ergebnissen der wesentlichen größeren (n=144 Patienten) französischen Consort 1a-Studie [2].

Die Autoren folgern überlegt, dass mittels PTNS offensichtlich eine Verbesserung einer Stuhlinkontinenz kurzfristig erreicht werden kann. Zudem schließen sie aus ihrer Studie, dass die transkutane Stimulation einen geringeren Effekt als die perkutane Stimulation hat. Dieser Effekt liegt in ihrer Studie sogar unter dem anderer Autoren.

Die interessantesten Denkanstöße erhält man, wenn man die Scheinstimulationsgruppe betrachtet.

Eine der Theorien der Wirksamkeit der PTNS beruht auf der Annahme, dass durch die elektrische Stimulation die afferenten Fasern des Anorektums moduliert werden. Gegen diese Theorie spricht nun, dass sich in dieser Studie in allen 3 Gruppen – also auch der Scheingruppe – der Kneifdruck signifikant erhöhte und die

Sensibilität des Rektums in allen 3 Gruppen nicht veränderte.

Grundsätzlich scheint es, dass eine Schein-transkutane Stimulation ebenso erfolgreich ist wie eine wirkliche transkutane Stimulation. Dies bestätigt den Eindruck, den man in der täglichen Praxis häufig erlebt, dass allein die Tatsache, dass man sich Patienten mit einer Inkontinenz annimmt, sich deren Situation subjektiv verbessert – um wie viel mehr, wenn dies 2-mal wöchentlich für 30 min über 6 Wochen passiert. Wenn man dann auch noch stets „hoch professionell“ Elektroden auf das Bein klebt, erscheint eine dann tatsächlich durchgeführte elektrische Stimulation nur noch „überflüssig“.

Bisher existieren – meines Wissens nach – keine Studien zur perkutanen Scheinstimulation oder zur Akupunktur des N. tibialis posterior zur Behandlung der Stuhlinkontinenz. Dass diese jedoch einen Effekt haben müsste, liegt bei den oben genannten Überlegungen nahe. Leider sind jedoch invasive „Scheinbehandlungen“ in Deutschland und somit Studien hierzu nicht möglich.

Die zu Hause durchgeführte transkutane Stimulation – wenn sie denn einen

Erfolg gezeigt hätte – wäre für unser deutsches Gesundheitssystem interessant geworden, da aufgrund der Behandlungsinintensität und -länge die perkutane Stimulation für Kassenpatienten wirtschaftlich nicht darstellbar ist.

Korrespondenzadresse

Dr. P. Oetting

Enddarmzentrum München-Bavaria
Bavariaring 45, 80336 München
oetting@mprokt.de

Interessenkonflikt. P. Oetting gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Thomas GP, Dudding TC, Rahbour G et al (2012) A review of posterior tibial nerve stimulation for faecal incontinence. *Colorectal Dis* 15:519–526
2. Leroi AM, Spiroudhis L, Etienney I, Damon H et al (2012) Consort 1a: transcutaneous electrical tibial nerve stimulation in the treatment of fecal incontinence: a randomized trial. *Am J Gastroenterol* 107:1888–1896
3. Vitton V, Damon H, Ramon S, Mion F (2010) Transcutaneous electrical posterior tibial nerve stimulation for faecal incontinence: effects on symptoms and quality of life. *Int J Colorectal Dis* 25:1017–1020



CME-Hörbeitrag auf springermedizin.de

► Lymphödem. Diagnostik und Therapie
aus *Der Chirurg* 7/2013



Diesen Beitrag können Sie online
kostenlos anhören

Geben Sie hierzu einfach die FIN
13076c in die Suche auf
springermedizin.de ein
Sammeln Sie darüber hinaus bis zum
30.06.2014 kostenfrei 3 CME-Punkte.

Unser Tipp: Noch mehr Online-Fortbildung bietet das
e.Med-Komplettpaket. Hier stehen Ihnen in der e.Akademie
alle Kurse der Fachzeitschriften von Springer
Medizin zur Verfügung.

Testen Sie e.Med gratis und unverbindlich unter
springermedizin.de/eMed

Sphinktererhaltende Analfissuroperation

Eine prospektive 1-Jahres-Multizenter-Beobachtungsstudie zur Fissurektomie mit Anoplastik

Originalpublikation

Abramovitz L, Bouchard D, Souffran M et al (2012) Sphincter-sparing anal-fissure surgery: a 1-year prospective, observational, multi-centre study of fissurectomy with anoplasty. *Colorectal Dis* 15:359–367

Fragestellung und Hintergrund. Die Internussphinkterotomie ist die chirurgische Standardbehandlung bei chronischen Analfissuren. Sie geht jedoch häufig mit Analinkontinenz einher. Die Fissurektomie ist als alternatives Verfahren zur Vermeidung einer Sphinkterverletzung vorgeschlagen worden. Hier werden die 1-Jahres-Ergebnisse der Fissurektomie beschrieben.

Patienten und Methodik. Es handelt sich um eine prospektive Multizenter-Beobachtungsstudie. Sämtliche Patienten mit geplanter Operation wegen einer chronischen Analfissur wurden in die Studie aufgenommen und mit einer Fissurektomie behandelt. Die Daten wurden vor der Operation, nach der Wundheilung und 1 Jahr nach Fissurektomie erhoben. Die Patienten beurteilten ihre Analsymptome und ihre Lebensqualität selbst (anhand der Kurzform des Fragebogens zur Gesundheitserhebung mit 36 Fragen, SF-36). Prä- und postoperative Variablen wurden unter Verwendung des Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests für gepaarte Stichproben verglichen.

Ergebnisse. Insgesamt 264 Patienten wurden in die Studie eingeschlossen (Durchschnittsalter: 45 Jahre, 52%

Frauen). Zusammen mit der Fissurektomie wurde in 83% der 257 dokumentierten Fälle eine Anoplastik durchgeführt. Hauptkomplikationen waren Harnretention (n=3), lokale Infektion (n=4) und Koпростase (n=1). Im Durchschnitt war die Wundheilung bei allen Patienten nach 7,5 Wochen abgeschlossen. Es trat kein Rezidiv auf. Nach einem Jahr wurden 210 (79%) Fragebögen zurückgeschickt. Analschmerzen waren im Mittel von 7,3/10 auf 0,1/10 ($p<0,001$) zurückgegangen. Anale Beschwerden waren von 5,0/10 auf 0,1/10 ($p<0,001$) und der Knowles-Eckersley-Scott-Obstipationssymptom-Score von 9/45 auf 5/45 ($p<0,001$) zurückgegangen. Es gab einen nichtsignifikanten Anstieg beim Wexner-Analinkontinenz-Score von 1/20 auf 2/20. Eine klinisch bedeutsame De-novo-Analinkontinenz (Wexner-Score >5) betraf 7% der Patienten nach einem Jahr, aber bei 15% der Patienten hatte sich eine präoperative Inkontinenz gebessert. Alle Bereiche des SF-36 besserten sich signifikant. Die Anoplastik hatte auf keines der Ergebnisse einen Einfluss.

Schlussfolgerung. Angesichts der hohen Heilungsrate und der niedrigen Rate an De-novo-Analinkontinenz stellt sich die Fissurektomie mit Anoplastik als wertvolle sphinkterschonende chirurgische Behandlung bei chronischer Analfissur dar.

Kommentar

Für die Autoren gilt die laterale Internussphinkterotomie (LIS) als Standardverfahren der operativen Therapie der Fissur. Dennoch haben sie dieses Verfahren seit Längerem verlassen und führen statt-

dessen üblicherweise eine Fissurektomie durch. Sie geben an, dass in Frankreich und anderen Ländern weithin so verfahren wird! Dort bewertet man die Fissurektomie als genauso effektiv, dabei aber sicherer bezüglich einer postoperativen Inkontinenz.

Um diese These noch einmal zu untermauern, haben sie eine prospektive Studie aufgelegt, in der eine große Zahl von Patienten (n=264) über den Zeitraum von einem Jahr beobachtet wurde. Die Studie bedurfte keines Ethikvotums, da kein neuartiges Verfahren durchgeführt wurde, sondern alle Operateure das für sie übliche Vorgehen durchgeführt haben. Alle operationsbedürftigen Fissuren wurden nach folgender Technik operiert: Exzision der Fissur unter sorgfältiger Schonung des M. sphincter ani internus ohne Sphinkterotomie unter Mitnahme der Sekundärveränderungen. In 83% der Fälle erfolgte zusätzlich eine Anoplastik in der Weise, dass der proximale Absetzungsrand des Fissurgewebes mobilisiert und etwas nach distal verbracht wurde. Anschließend wurde er auf der Internusmuskulatur mit Einzelknopfnähten fixiert. Die Vorgehensweise wird nicht im Einzelnen dargestellt, sie ergibt sich jedoch aus der beigefügten Bildlegende.

Ein solches Vorgehen, bei dem die Exzisionswunde von kranial partiell gedeckt und so verkleinert wird, ist nicht neu [2]. Das Verfahren hat sich nicht allgemein durchgesetzt. Offensichtlich ist die partielle Defektdeckung für den Erfolg des Eingriffs zweitrangig. Zumindest theoretisch erhöht sich durch die Deckung das Risiko eines Wundinfekts. Die Autoren geben an, dass die Anoplastik in ihrem

Kollektiv keinen Einfluss hatte auf die Wundheilung und die Komplikationsrate. Unter Verzicht auf die Anoplastik entspricht das Verfahren exakt der von Gabriel 1939 beschriebenen Fissurektomie [1].

Die Indikation zur Fissurektomie stellten die Autoren nach fehlgeschlagener 6-wöchiger konservativer Therapie und/oder anhand des Ausmaßes der Sekundärveränderungen, für die eine konservative Therapie nicht erfolgreich erschien. Patienten mit fissurassoziiertes Fistel bzw. Abszess und Patienten mit einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung (CED) wurden von der Bewertung ausgeschlossen.

Die Ergebnisse zeigen sich identisch mit den klinischen Erfahrungen der deutschen Proktologen. Die Fissurektomie erbrachte eine Heilung bei allen Patienten bei einer durchschnittlichen Krankheitsdauer von 7,5 Wochen. Die Bewertung erfolgte präoperativ, nach erfolgter Wundheilung und 1 Jahr postoperativ jeweils mittels eines Fragebogens. Nach einem Jahr zeigte sich eine De-novo-Inkontinenz für die Fissurektomie von 7%, bezogen auf einen Wexner-Score von >5. Die Autoren haben im ersten Jahr nach der Fissurektomie kein Rezidiv gesehen. Nach einem Jahr gaben nur 2 Patienten eine Verschlechterung der Beschwerden und 2 Patienten identische Beschwerden wie vor der Operation an.

Der Wert der Studie besteht nicht so sehr in den Ergebnissen – es handelt sich schließlich nicht um eine randomisierte Untersuchung. Wertvoll für den praktisch tätigen Kollegen ist, dass die LIS nicht nur in Deutschland [4], sondern offensichtlich auch in Frankreich aus der Mode gekommen ist. Wohl mit Recht, wie die Ergebnisse dieser Studie zeigen.

Wichtig erscheint auch die Tatsache, dass die französischen Proktologen aus der Gastroenterologie kommen. Die an der Studie Beteiligten behandeln überwiegend proktologische Patienten und führen nur anale Operationen durch und nicht etwa die gesamte Chirurgie. Sie können als erfahren in der Therapie der Fissur gelten und haben sicherlich ein eindeutiges Konzept zur primär konservativen Therapie. Die früher diskutierte Schlüsselochdeformität findet sich nicht, wenn auf jedwede Sphinkterotomie verzich-

tet wird. Der Hinweis auf die sorgfältige Schonung des M sphincter ani internus sei den *Universalchirurgen* von den Gastroenterologen nachhaltig empfohlen.

Die Studie zeigt, dass die Therapiekonzepte bei der Analfissur in Kontinentaleuropa anders gesehen werden als im angloamerikanischen Raum. Dort wird derzeit nur vereinzelt zur Fissurektomie geraten, die Hinweise finden aber bereits ihren Niederschlag in Leitlinien [3]. Eine prospektive Vergleichsstudie dürfte hier nur schwerlich ein positives Ethikvotum bekommen.

Korrespondenzadresse

Dr. F. Raulf
End- und Dickdarmzentrum Münster
Warendorfer Str. 185, 48145 Münster
franz.raulf@t-online.de

Interessenkonflikt. F. Raulf gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Gabriel WB (1939) Anal fissure. *Br Med J* 1:519–520, 521
2. Häring R (1972) Analfissur. In: Baumgartl F, Kremer K, Schreiber HW (Hrsg) *Spezielle Chirurgie für die Praxis*, Bd II, Teil 2: Verdauungssystem II. Thieme, Stuttgart, S 703–705
3. Perry WB, Dykes SL, Buie WD, Rafferty JF (2010) Practice parameters for the management of anal fissures (3rd. revision). *Dis Colon Rectum* 53:1110–1115
4. Wienert W, Raulf F, Mlitz H (2012) *Analfissur- Symptome, Diagnose und Therapien*. Epubli, ISBN 9783844227826

Ausschreibung Reinhold-Schwarz-Förderpreis für Psychoonkologie

Die Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft (PSO), der Verein für Fort- und Weiterbildung Psychosoziale Onkologie (WPO e. V.) sowie die Familie Schwarz vergeben im Jahr 2014 den mit 3.000 € dotierten Reinhold-Schwarz-Förderpreis für Psychoonkologie.

Bewerben können sich Personen, die zum Zeitpunkt der Bewerbung nicht älter als 37 Jahre sind. Gefördert werden Nachwuchswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler, die eine herausragende Originalarbeit (bereits publiziert oder zur Publikation angenommen) als Erstautorin/Erstautor vorlegen. Bewertungskriterien sind die Nähe zum Fach Psychosoziale Onkologie, die methodische Qualität sowie inhaltliche und/oder methodische Originalität der Arbeit.

Einreichungsfrist ist der 5. Mai 2014

Ausschreibungstext sowie Bewerbungsf formular für den Reinhold-Schwarz-Förderpreis finden Sie auf der Homepage der Weiterbildung Psychosoziale Onkologie: www.wpo-ev.de

Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Reinhold Schwarz, Professor für Sozialmedizin, Universität Leipzig, (1946 - 2008) war einer der Pioniere auf dem Gebiet der Psychoonkologie in Deutschland. Aufgrund seiner Verdienste wurde er als Namensgeber für diesen Preis ausgewählt, da er sich Zeit seines Lebens um die Förderung junger Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler bemüht hat. Er war 1994 Mitbegründer und bis zu seinem Tod Kursleiter der Weiterbildung Psychosoziale Onkologie.

Quelle: Weiterbildung Psychosoziale Onkologie am Universitätsklinikum Heidelberg, www.wpo-ev.de