

# Rezidivraten nach abdomineller Operation des kompletten Rektumprolapses

Eine multizentrische Pool-Analyse von 643 individuellen Patientendaten

Raftopoulos Y, Senagore AJ, Di Giuro G, et al. Recurrence rates after abdominal surgery for complete rectal prolapse: a multicenter pooled analysis of 643 individual patient data. *Dis Colon Rectum* 2005;48:1200–6.

**Fragestellung und Hintergrund:** Diese Studie wurde zur Beurteilung des Einflusses von Operationstechnik, Zugangsweg und Rektopexiemethode auf die Rezidivrate nach abdomineller Operation eines manifesten Rektumprolapses durchgeführt.

**Patienten und Methodik:** Von 15 Zentren, die abdominelle Operationen bei manifestem Rektumprolaps zwischen 1979 und 2001 durchgeführt haben, wurden konsekutive individuelle Patientendaten über Alter, Geschlecht, Operationstechnik (nur Mobilisation, Mobilisation und Resektionsrektopexie oder Mobilisation und Rektopexie), Zugangsweg (offen oder laparoskopisch), Rektopexiemethode (Naht oder Netz), Follow-up-Dauer und Rezidive gesammelt. Ein Rezidiv wurde dabei als Vorhandensein eines manifesten Rektumprolapses nach abdomineller Operation definiert. Der  $\chi^2$ -Test und die Proportionsrisiko-Regressionsanalyse nach Cox wurden herangezogen, um statistische Heterogenität festzustellen. Rekurrenzfreie Kurven wurden anhand der Kaplan-Meier-Methode bzw. eines Log-Rank-Tests generiert und verglichen.

**Ergebnisse:** Die abdominellen Operationen bestanden aus alleiniger Mobilisation (n = 46), Mobilisation und Resektionsrektopexie

(n = 130) oder Mobilisation und Rektopexie (n = 467) bei insgesamt 643 Patienten. Mit Ausnahme von Zentrum 8 bestand Homogenität bei Rezidivraten unter den Zentren mit Rückfällen (n = 8) in Bezug auf Alter (hazards ratio 0,6; 95%-Konfidenzintervall 0,2–1,7; p = 0,405), Geschlecht (hazards ratio 0,6; 95%-Konfidenzintervall, 0,1–2,3; p = 0,519), und Zentrum (hazards ratio 0,3; 95%-Konfidenzintervall 0,1–1,5; p = 0,142). Allerdings bestand Heterogenität zwischen Zentren mit (n = 8) und ohne Rezidive (n = 6) in Bezug auf Geschlecht (p = 0,0003), Operationstechnik (p < 0,0001), Zugangsweg (p = 0,01), und Rektopexiemethode (p < 0,0001). Die mittlere Follow-up-Dauer von individuellen Zentren variierte von 4 bis 127 Monaten (p < 0,0001). Es gab 38 Rezidive bei einem mittleren Follow-up von 43 (1–235) Monaten. Die im Gesamtkollektiv verzeichneten 1-, 5- und 10-Jahres-Rezidivraten betragen 1,06%, 6,61% und 28,9%. Alter, Geschlecht, Operationstechnik, Zugangsweg und Rektopexiemethode hatten keinen Einfluss auf die Rezidivraten.

**Schlussfolgerung:** Obwohl diese Studie wahrscheinlich ein zu kleines Patientenkollektiv beurteilt, war der Einfluss von alleiniger Mobilisation auf Rezidivraten ähnlich dem anderer operativer Techniken.

### Kommentar

Die Therapie des Rektumprolapses stellt nach wie vor ein Problem dar, da bisher keine ausreichend evidenzbasierten Daten zu Fragen wie Rezidivhäufigkeit und postoperativem Auftreten von Obstipation bzw. anderen funktionellen Verdauungsbeschwerden vorliegen. Dieses Dilemma schlägt sich nieder in der Vielzahl der vorgeschlagenen Operationsverfahren.

Die „Rectal Prolaps Recurrence Study Group“ hat die Analyse ihrer Daten veröffentlicht. In einem Zeitraum von 22 Jahren wurden 643 Patienten mit drittgradigem Rektumprolaps abdominal operiert. 3,1% (20 Patienten) konnten für das Follow-up nicht erreicht werden. Die individuellen Patientendaten wurden von zwei Reviewern ausgewertet. Nur ein drittgradiger Rektumprolaps wurde als Rezidiv gewertet.

In der aufwendigen statistischen Auswertung fällt auf, dass keine der verglichenen Operationsmethoden (Mobilisation des Rektums ohne Pexie, Pexie mit und ohne Netz, Resektionsrektropexie, laparoskopischer oder offener Zugang) einen Einfluss auf das erneute Auftreten eines Rektumprolapses hatte.

Problematisch erscheint die Heterogenität der zusammengestellten Patientendaten. In den 15 Zentren differiert die Anzahl der durchgeführten Eingriffe sehr stark (11 Patienten/3 Jahre bis 122 Patienten/19 Jahre). Die Zeiträume, in denen die Eingriffe durchgeführt wurden, sind ebenfalls sehr unterschiedlich (Zentrum 13: 1991–1994, Zentrum 11: 1982–2001). Zwischen den Zentren bestehen ex-

treame Unterschiede bezüglich der Rezidivquote (nach 5 Jahren zwischen 0% und 69%). Die Anzahl der Operationen pro Operateur ist nicht ausgewiesen. Die Frage, warum einige Zentren Patienten nicht bis 2001 in die Studie eingebracht haben, bleibt unbeantwortet.

Das Follow-up wurde mittels klinischer Untersuchung bzw. telefonisch durchgeführt. Die Art der Datenerhebung wird allerdings nicht gesondert ausgewertet.

Die Operationsmethoden sind nicht näher ausgeführt. Die Autoren unterscheiden zwar, welches Netz zur Pexie verwendet wird. In 1,4% der 623 Fälle wurde die Pexie mit einem zirkulär um das Rektum geführten Netz (Operation nach Ripstein) durchgeführt, einer nach unserer Meinung obsoleten Operationsmethode. Welche Operationsschritte allerdings die „Rektummobilisation“ beinhaltet, wird nicht beschrieben. Die Rate der laparoskopischen Eingriffe erscheint mit 27,8% aus heutiger Sicht niedrig, mit ebenfalls großen Unterschieden zwischen den Zentren (0%–100%).

Bezogen auf den primären Endpunkt der Studie haben die Autoren Daten geliefert, die den Einsatz von Fremdmaterialien in der Versorgung des Rektumprolapses unnötig erscheinen lassen. Insbesondere zwischen den beiden Gruppen der Pexie mit (320 Patienten) und ohne Netz (277 Patienten) scheint es – auch wenn dies nicht gesondert aufgeführt wurde – keinen Unterschied in der Rezidivrate zu geben. Diese Aussage deckt sich mit der letzten Version der Cochrane-Datenbank [1].

Zusammenfassend bleibt allerdings der Eindruck, dass die Primärdaten auf-

grund der ausgeprägten Heterogenität nicht valide und daher statistische Auswertungen nur fraglich aussagekräftig sind.

Darüber hinaus wird das komplexe Problem, das einem Rektumprolaps zugrunde liegt, mit dem ausschließlichen Fokus auf das Prolapsrezidiv als Endpunkt der Untersuchung nicht ausreichend erfasst. Funktionelle Veränderungen nach Versorgung eines Rektumprolapses sind für die postoperative Lebensqualität dieser Patienten ebenso zu berücksichtigen.

In unserem Vorgehen stellt der Rektumprolaps Grad 3 eine Indikation

zur abdominalen Operation dar. Wir führen eine Resektionsrektopexie nach Frykman-Goldberg durch, da wir in unserem eigenen Patientenkollektiv feststellten, dass die alleinige Rektopexie in 17% zu einer Verschlechterung der Obstipation führt [2].

#### Literatur

1. Brazzelli M, Bachoo P, Grant A. Surgery for complete rectal prolapse in adults. Cochrane Database Syst Rev 2005.
2. Schiedeck THK, Weimann D, Scheele J, Fischer F. Rektumprolaps – abdominale Operationsverfahren. Zentralbl Chir 2006; 41:186–90.

*Dr. Dirk Weimann, Ludwigsburg*