

## ETVARD („endoscopic transanal vacuum-assisted rectal drainage“) führt zu vollständiger, aber verzögerter Heilung extraperitonealer rektaler Anastomoseninsuffizienzen nach neoadjuvanter Radiochemotherapie

### Für Sie gelesen:

Von Bernstorff W, Glitsch A, Schreiber A et al (2009) ETVARD (endoscopic transanal vacuum-assisted rectal drainage) leads to complete but delayed closure of extraperitoneal rectal anastomotic leakage cavities following neoadjuvant radiochemotherapy. *Int J Colorectal Dis* 24:819–825

**Fragestellung und Hintergrund** Ziel der Studie war die prospektive Untersuchung der Wirkung einer neoadjuvanten Radiochemotherapie auf die Bildung größerer rektaler Anastomoseninsuffizienzen sowie der Behandlung mittels ETVARD („endoscopic transanal vacuum-assisted rectal drainage“).

**Patienten und Methodik** 26 Patienten mit Malignomen und rektalen Anastomoseninsuffizienzen wurden prospektiv untersucht. Von diesen hatten 14 Patienten eine neoadjuvante Radiochemotherapie durchlaufen. ETVARD wurde als Primärtherapie eingesetzt.

**Ergebnisse** Bei 23 der 26 Patienten wurde die ETVARD erfolgreich beendet. Bei den Patienten mit vorheriger neoadjuvanter Radiochemotherapie fand sich im Vergleich zu den Patienten nach Primäroperation eine signifikante Erhöhung hinsichtlich der Ausdehnung der Insuffizienzhöhlen, der Dauer der ETVARD, der Anzahl der Schwammwechsel, der Endosko-

pien sowie der Dauer bis zur Ausheilung der Insuffizienzen ( $0,009 < p < 0,035$ ). Mit zunehmendem Alter der Patienten zeigten sich ähnliche Korrelationen, wohingegen die Anastomosenhöhe diese Parameter nicht beeinflusste. Patienten ohne (Ileo-)Stomien konnten ebenfalls mit ETVARD behandelt werden. Verlaufskontrollendoskopien zeigten keine größeren Veränderungen.

**Schlussfolgerung** Eine Radiochemotherapie hat signifikante Auswirkungen auf die Entwicklung und Behandlung von größeren rektalen Anastomoseninsuffizienzen. Die meisten Patienten können erfolgreich mit ETVARD behandelt werden, wodurch sich zusätzliche Resektionseingriffe oder permanente (Kolo-)Stomien vermeiden lassen.

### Kommentar

Das Problem der Anastomoseninsuffizienz nach Rektumresektionen tritt mit einer Häufigkeit von bis zu 30% auf, die meisten Autoren geben Raten zwischen 6% und 15% an. Durch neoadjuvante Therapieverfahren beim Rektumkarzinom ist diese Rate eher in Richtung 15% gestiegen [1] – Grund genug also, um Verfahren zur Beherrschung dieser Komplikation zu finden. Eine seit 1995 in der Wundtherapie angewandte Methode ist die Vakuumtherapie; mittels eines in die Wundhöhle ein-

gelegten Schwamms [Polyurethan (PU) oder Polyvinylalkohol (PVA)] lassen sich im Vergleich zur konventionellen Wundbehandlung sehr gute Ergebnisse erzielen. So wurde diese Methode auch endoluminal bei Anastomoseninsuffizienz eingesetzt (im eigenen Patientengut übrigens auch erfolgreich zur Therapie retrorektaler Abzesse).

Entweder wird ein einzeln von der Firma KCI (Wiesbaden) oder ein innerhalb eines Sets der Firma BBD Aesculap (Tuttlingen) angebotener PU-Schwamm in die Insuffizienzhöhle eingelegt (meist endoskopisch kontrolliert) [2]. Welches System zum Einsatz kommt, ist eine Frage persönlicher Vorliebe und des Preises, qualitative Unterschiede im Behandlungserfolg sind nicht zu erwarten.

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, den Einfluss einer neoadjuvanten Radiochemotherapie im Vergleich zu nicht vorbehandelten Patienten auf die Häufigkeit von Anastomoseninsuffizienzen festzustellen und den Erfolg der Vakuumtherapie bei aufgetretener Insuffizienz zu beurteilen. Von den insgesamt 514 innerhalb von 5,5 Jahren wegen eines Malignoms im Rektum bzw. Rektosigmoid operierten Patienten erlitten 56 eine („major“) Anastomoseninsuffizienz (10,9%); davon konnten 26 Patienten in die Studie eingeschlossen werden. Bei 23 Patienten ließ sich die Therapie erfolgreich beenden; bei 2 Patienten traten septische Komplikationen auf,

und eine Hartmann-Operation war erforderlich. Ein Patient schied aufgrund fehlender Compliance aus. Von den 26 eingeschlossenen Patienten hatten 18 bei der Initialoperation ein protektives Ileostoma erhalten, insgesamt 14 Patienten wurden neoadjuvant behandelt.

„Signifikant“ auffällig waren bei der neoadjuvanten Gruppe im Vergleich zur nicht vorbehandelten Gruppe ein verlängertes Zeitintervall bis zur Erkennung einer Anastomoseninsuffizienz, eine größere primäre Insuffizienzhöhle, eine längere Notwendigkeit der Vakuumtherapie mit häufigeren Schwammwechseln und eine längere Ausheilungszeit. Diese Ergebnisse sind aufgrund der vorangegangenen Bestrahlung aber durchaus zu erwarten gewesen bzw. erklärbar.

Die Behandlungsdauer betrug durchschnittlich 21,5 Tage bei ca. fünf bis sechs Schwammwechseln pro Patient alle 2–4 Tage, was den eigenen Erfahrungen entspricht. Diskutiert wurde auch, ob ein protektives Stoma bei einer solchen Therapie notwendig ist, was von den Autoren verneint wird. Dem können wir uns anschlie-

ßen (solange keine septischen Komplikationen auftreten), da selbst bei transanal ausgeleiteter Drainage und an dem Schwamm vorbeigleitendem Stuhl eine Dislokation nicht häufiger vorkommt als bei vorhandenem Stoma.

Bei 10 Patienten konnte die Therapie später ambulant weitergeführt werden, was nachvollziehbar möglich sein sollte, in Deutschland aber weniger vom Patienten und von dessen Zustand abhängt, als vielmehr – wie so oft – von der Frage, wer die Kosten für die ambulante Fortsetzung einer Therapie trägt.

Bei insgesamt 26 untersuchten Patienten und zwei Gruppen von 14 versus 12 Patienten von Signifikanz zu sprechen, ist sicher etwas gewagt, und die Benennung einer Methode mit einer „griffigen“ Abkürzung (ETVARD) mag dem Zeitgeist entsprechen. Die Ergebnisse der Studie sind jedoch nachvollziehbar und decken sich insgesamt mit den eigenen Erfahrungen und anderen veröffentlichten Studien zu dieser Thematik [3, 4].

Somit bleibt festzuhalten, dass die Vakuumtherapie auch bei der Beherrschung

von Anastomoseninsuffizienzen zu Recht einen erwähnenswerten Stellenwert erreicht hat, der nun auch durch Studien zunehmend belegt wird.

## Korrespondenzadresse

**Dr. A.K. Joos**

End- und Dickdarm-Zentrum Mannheim  
Bismarckplatz 1, 68165 Mannheim  
mail@enddarm-zentrum.de

**Interessenkonflikt.** Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

1. Jestin P, Pahlman L, Gunnarsson U (2008) Risk factors for anastomotic leakage after rectal cancer surgery: a case-control study. *Dis Colon Rectum* 50:1040–1046
2. Joos AK, Palma P, Post S (2007) Vakuumtherapie in der Koloproktologie. *Coloproctology* 29:93–108
3. Weidenhagen R, Gruetzner KU, Wiecken T et al (2008) Endoscopic vacuum-assisted closure of anastomotic leakage following anterior resection of the rectum: a new method. *Surg Endosc* 22:1818–1825
4. Nagell CF, Holte K (2006) Treatment of anastomotic leakage after rectal resection with transrectal vacuum-assisted drainage (VAC). A method of rapid control of pelvic sepsis and healing. *Int J Colorectal Dis* 21:657–660

coloproctology 2010 · 32:63–65  
DOI 10.1007/s00053-009-0052-4  
Online publiziert: 7. Februar 2010  
© Urban & Vogel 2010

**K. E. Matzel**

Chirurgische Klinik mit Poliklinik, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen

# STARR-Operation wegen obstruktiven Defäkationssyndroms

## 1-Jahres-Ergebnisse des europäischen STARR-Registers

### Für Sie gelesen:

Jayne DG, Schwandner O, Stuto A (2009) Stapled transanal rectal resection for obstructed defecation syndrome: one-year results of the European STARR Registry. *Dis Colon Rectum* 52:1205–1212; discussion 1212–1214

**Fragestellung.** Diese Studie wurde zur Analyse der Ergebnisse der STARR-Methode, unter Nutzung der im Register gesammelten Daten, 12 Monate nach der Operation durchgeführt.

**Hintergrund.** Die STARR-Operation („stapled transanal rectal resection“) wird zur Behandlung des obstruktiven Defäkationssyndroms (ODS) empfohlen. Die Nachweise der Sicherheit und Wirksamkeit dieser Technik stehen noch aus. Da-