

T. Schiedeck

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Klinikum Ludwigsburg, Ludwigsburg

Rektozele oder Stuhlqualität

Was hat mehr Bedeutung für die Symptome von Entleerungsstörungen?

Für Sie gelesen:

Dietz H (2009) Rectocele or stool quality: what matters more for symptoms of obstructed defecation? *Tech Coloproctol* 13:265–268

Fragestellung und Hintergrund. Eine Rektozele ist ein häufiger Befund bei Patienten, die mit Symptomen von Entleerungsstörungen vorstellig werden. In dieser prospektiven Beobachtungsstudie werden die jeweils relativen Einflüsse von Rektozele und Qualität des Stuhls im Hinblick auf solche Symptome untersucht.

Patienten und Methodik. In dieser prospektiven Beobachtungsstudie wurden 242 Frauen einer urogynäkologischen Abteilung untersucht. Die Aufnahme der Krankengeschichte beinhaltete Fragen bezüglich chronischer Obstipation, unvollständiger Darmentleerung, Anspannung beim Stuhlgang und vaginaler digitaler Manipulation wie auch Prolapssymptomen. Die Stuhlqualität wurde unter Verwendung der Bristol Stool Form Scale untersucht. Rektozelen wurden mit translabialem Ultraschall diagnostiziert und als Ausstülpung der anterioren Vaginalwand von ≥ 10 mm Tiefe definiert.

Ergebnisse. Das mittlere Alter betrug 53 Jahre (17–85 Jahre). Die Patientinnen berichteten häufiges übermäßiges Pressen beim Stuhlgang (30%), chronische Obstipation (20%), vaginale Digitation (15%) und unvollständige Darmentlee-

rung (35%). Die mediane Stuhlqualität betrug 4 (1–7). Bei 97 Frauen (40%) wurde beim Ultraschall eine echte Rektozele festgestellt. Vaginale Digitation war das einzige Symptom, das signifikant mit einer echten Rektozele assoziiert war. Andere Symptome von Entleerungsstörungen waren eher mit der Qualität des Stuhls als mit einer Rektozele assoziiert. Bei der Regressionsanalyse zeigte die Stuhlqualität keine Beziehung zwischen einer echten Rektozele und den Symptomen.

Schlussfolgerung. Die Qualität des Stuhls scheint in der Ätiologie von Symptomen bei Entleerungsstörungen von größerer Relevanz zu sein als das Vorliegen einer Rektozele. Dies erwies sich sogar bei der Verwendung von Bildaufnahmekriterien für eine echte Rektozele als zutreffend, nicht nur aufgrund der klinischen Oberflächenanatomie.

Kommentar

Die vorliegende Arbeit basiert auf der Auswertung einer großen urogynäkologischen Patientengruppe (n=242). Mehrere interessante Aspekte werden durch die prospektiv angelegte Studie berichtet.

Das Ziel war zu eruieren, inwieweit die Symptomatik einer Entleerungsstörung mit der Präsenz einer Rektozele bzw. mit einer bestimmten Stuhlkonsistenz korreliert ist.

Die Patientinnen wurden primär aufgrund urogynäkologischer Symptome untersucht. In diesem Zusammenhang ist es

durchaus bemerkenswert, dass auf Nachfrage 52% dieser Patientinnen Symptome einer Stuhlentleerungsstörung aufwiesen.

Außerdem wird zwischen der rein urogynäkologisch-klinisch gestellten Diagnose einer Rektozele und der sog. echten Rektozele, die bildmorphologisch (mittels Sonographie) nachgewiesen werden konnte, unterschieden; 40% hatten hierbei eine echte Rektozele. Es wäre nun durchaus interessant gewesen zu erfahren, in welchem Verhältnis zu den rein klinisch diagnostizierten Befunden dies steht, was leider verschwiegen wird. Diskussionswürdig bleibt sicher, dass das Vorliegen einer Ausstülpung von mindestens 1 cm (!) als sog. echte Rektozele definiert wurde.

Die Autoren fanden nun in ihrem Kollektiv heraus, dass die echte Rektozele einzig und allein signifikant mit dem Symptom der digitalen vaginalen Manipulation verknüpft war. Dies deckt sich mit jahrelanger Erfahrung aus der täglichen proktologischen Praxis. Die Auswertung vieler Studien hat bereits gezeigt, dass die Notwendigkeit einer digitalen Manipulation das beste Selektionskriterium für eine Rektozelenoperation darstellt.

Die Auswertung der Ergebnisse bezüglich der Stuhlqualität erscheint problematisch. Die Bristol Stool Form Scale beschreibt sieben sog. Stuhlklassen. Hierbei werden 1–2 der Obstipation und 5–7 der Diarrhö zugeordnet sowie 3–4 als Idealtstuhl beschrieben. Das bedeutet, dass die Patientinnen in der vorliegenden Arbeit mehrheitlich Normstuhl hatten. Lediglich die Gruppen mit häufigem Pres-

sen und chronischer Obstipation wiesen mit 2,9 Werte an der unteren Normgrenze auf. Inwieweit sich dann bei Standardabweichungen von 1,1 bzw. 1,4 signifikante Unterschiede ergeben, bleibt zu hinterfragen.

Immerhin werfen die Ergebnisse erneut die Frage auf, ob die Rektozele nur die Spitze des Eisbergs oder lediglich ein Epiphänomen ohne eigentlichen Krankheitswert ist.

Da es sich bei den Patientinnen um eine einschlägig selektionierte Gruppe handelt, kann diese Frage so nicht beantwortet werden. Der Autor selbst vermutet auch, dass in einer koloproktologisch dominierten Patientenkollektive die Ergebnisse ganz anders ausfallen können, weil u. U. eine andere Primärsymptomatik im Vordergrund steht. Nichtsdestotrotz mahnt auch diese Arbeit zur Zurückhaltung, wenn es um die Operationsindikation einer alleinigen Rektozele geht.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. T. Schiedeck

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Klinikum Ludwigsburg
Posilipstr. 4, 71640 Ludwigsburg
thomas.schiedeck@kliniken-lb.de

coloproctology 2010 · 32:135–136 · DOI 10.1007/s00053-010-0081-z ·
Online publiziert: 27. März 2010 · © Urban & Vogel 2010

A. Fürst

Klinik für Chirurgie, Caritas-Krankenhaus St. Josef, Regensburg

Operationsergebnisse und Lebensqualität nach Transposition des Grazilismuskels bei rektovaginalem Fistelrezidiv

Für Sie gelesen:

Lefèvre J, Bretagnol F, Maggiori L et al (2009)
Operative results and quality of life after gracilis muscle transposition for recurrent rectovaginal fistula. *Dis Colon Rectum* 52:1290–1295

Fragestellung. Ziel dieser Studie war die Untersuchung der Wirksamkeit einer Grazilistransposition wegen eines rektovaginalen Fistelrezidivs.

Patienten und Methodik. Bei 8 Patientinnen wurde eine Grazilistransposition wegen eines rektovaginalen Fistelrezidivs durchgeführt. Gründe für die Fisteln waren Morbus Crohn (n=5), perineale Eingriffe (n=2) sowie eine geburtshilfliche Verletzung (n=1). Alle Patientinnen hatten sich im Durchschnitt 3 (1–6) vorausgegangenen Operationen unterzogen. In allen Fällen wurde eine Stomaanlage durchgeführt.

Ergebnisse. Bei 6 von 8 Patientinnen (75%) trat eine Heilung nach ausschließlicher Grazilistransposition ein. Die anderen 2 Patientinnen benötigten eine zweite Grazilistransposition. Diese beiden Patientinnen entwickelten ein weiteres Rezidiv, eine von ihnen unterzog sich einer Laparotomie mit einer erfolgreichen Omentuminterposition. Daher lagen nach einem medianen Beobachtungszeitraum von 28 Monaten (4–55 Monate) die per Grazilistransposition erzielte Heilungsrate bei 60% (6/10) und die Gesamt-

heilungserfolgsrate nach Grazilistransposition und anderen Maßnahmen bei 88% (7/8). Bei den Morbus-Crohn-Patientinnen wiesen 4 von 5 (80%) keine rezidivierende rektovaginale Fistel auf. Bei 7 von 8 Patientinnen konnte eine Stomarückverlagerung vorgenommen werden, jedoch benötigten 2 von ihnen wiederum eine Stomaanlage, in einem Fall wegen eines Spätrezidivs. Insgesamt kamen 5 von 8 Patientinnen langfristig ohne Stoma aus. Trotz Heilungserfolg blieben die postoperative Lebensqualität und die sexuelle Aktivität signifikant verändert.

Schlussfolgerung. Eine Grazilistransposition kann in Fällen einer rezidivierenden rektovaginalen Fistel in Erwägung gezogen werden. Der Eingriff hat eine gute Erfolgsrate, besonders bei Morbus-Crohn-Patientinnen.

Kommentar

Obwohl rektovaginale Fisteln weniger als 10% aller Analfisteln ausmachen, verursachen sie besonders unangenehme klinische Beschwerden, verbunden mit einem großen persönlichen, partnerschaftlichen und sozialen Stress für die betroffene Frau. Sofern eine rektovaginale Fistel mit einer Crohn-Erkrankung assoziiert ist, werden besonders hohe Fistelrezidivraten berichtet [1].

Die vorliegende retrospektive Studie stellt die Ergebnisse einer französischen Klinik nach Grazilistransposition beim