

Wirksamkeit von Sakralnervenstimulation wegen Stuhlinkontinenz bei Patienten mit Sphinkterdefekten

Für Sie gelesen:

Boyle D, Knowles C, Lunniss P et al (2009)
 Efficacy of sacral nerve stimulation for fecal incontinence in patients with anal sphincter defects. *Dis Colon Rectum* 52:1234–1239

Fragestellung und Hintergrund. Die Sakralnervenstimulation (SNS) wird traditionell zur Behandlung von Patienten mit Stuhlinkontinenz bei intakten analen Sphinktern eingesetzt. Dieses Grundprinzip wird nun infrage gestellt. Bisher ist aber unbekannt, ob die Wirksamkeit von SNS mit dem Ausmaß der Sphinkterschädigung zusammenhängt.

Patienten und Methodik. Diese prospektive Studie schloss 15 Patienten mit Sphinkterdefekten (9 kombinierte, 2 ausschließlich externe und 4 ausschließlich interne) ein, die sich einer SNS wegen Stuhlinkontinenz unterzogen. Es wurden endoanale Ultraschallaufnahmen beurteilt und die Defekte mit einem Punktesystem bewertet (0–16), das bereits von zwei unabhängigen Untersuchern veröffentlicht wurde. Dies wurde mit folgenden Ergebnissen in Beziehung gesetzt: 1. Reduktion der Inkontinenzereignisse, 2. Reduktion von Stuhlschmierungen, 3. Verbesserung im Cleveland-Clinic-Score und 4. Verbesserung der Fähigkeit, die Defäkation zu verzögern. Alle Patienten wurden nach temporärer Stimulation sowie 3–6 Monate nach permanenter Implantation überprüft.

Ergebnisse. Dreizehn Patienten (87%) erhielten eine permanente Stimulation. Die mediane Anzahl von Stuhlinkontinenzereignissen innerhalb von 2 Wochen sank von 15 (1–53) auf 3 (0–16; $p=0,01$). Die

mediane Anzahl der Episoden von Stuhlschmierungen reduzierte sich von 10 (1–14) auf 6 (0–14; $p=0,009$). Der mediane Cleveland-Clinic-Score verringerte sich von 12 (9–18) auf 9 (4–14; $p=0,0005$). Die Fähigkeit, die Defäkation zu verzögern, verbesserte sich signifikant ($p=0,05$). Es bestand keine Korrelation zwischen Sphinkterdefektscores und der Qualität der Ergebnisse nach der SNS ($r^2=0,001$ – $0,10$; $p=0,28$ – $0,94$).

Schlussfolgerung. Die SNS ist eine wirksame Behandlung bei Patienten mit Stuhlinkontinenz und analen Sphinkterdefekten, und die Ergebnisse sind nicht mit der Schwere der Sphinkterdefekts assoziiert.

Kommentar

Diese prospektive Studie zeigt eindrücklich, dass die SNS bei 15 Patienten mit Stuhlinkontinenz nicht von gleichzeitig bestehenden Sphinkterdefekten abhängig ist. Insbesondere konnten die Autoren in der formal und methodisch exakten Analyse belegen, dass die Effektivität der SNS nicht durch das Ausmaß der Sphinkterschädigung beeinträchtigt wird. Zudem bleibt positiv zu bewerten, dass die Autoren nicht nur die „klassische“ Erfolgsdefinition (Reduktion der Inkontinenzepisoden um $>50\%$) als Zielkriterium auswählten, sondern auch Stuhlschmierungen, die Fähigkeit, die Defäkation hinauszuzögern, sowie den Cleveland-Clinic-Inkontinenzscore in die Studie einbezogen. So sind die publizierten Resultate vielversprechend und decken sich mit den eigenen klinischen Erfahrungen. Jedoch muss betont werden, dass die Nachbeob-

achtungszeit kurz ist (maximal 6 Monate nach permanenter Implantation). Somit sollten Langzeitergebnisse abgewartet werden, die mit den positiven Resultaten der SNS bei idiopathischer Stuhlinkontinenz (mit morphologisch intaktem Sphinkter) verglichen werden müssen [1]. Die aktuelle Euphorie bezüglich des Einsatzes der SNS bei Patientinnen bzw. Patienten mit Stuhlinkontinenz und Vorliegen von Sphinkterdefekten ist sicherlich auch Folge der enttäuschenden Langzeitergebnisse der operativen Schließmuskelrekonstruktion [2, 3]. Zukünftige Studien müssen hierbei auf die Rolle assoziierter Störungen des Beckenbodens (u. a. Beckenbodeninsuffizienz, Pudendusneuropathie) fokussieren [4, 5], da die Ätiologie der Stuhlinkontinenz in der Regel multifaktoriell bedingt ist. Zusammenfassend trägt diese Studie dazu bei, das langjährige „Dogma“ zu widerlegen, dass die SNS ein morphologisch intaktes Effektorgan (Sphinkterapparat) benötigt. Darüber hinaus steht mit der diagnostischen SNS (Teststimulation) ein minimalinvasives Verfahren zur Verfügung, das die Patientenselektion optimiert. Inwieweit die SNS die Indikation zur traditionellen Sphinkterrekonstruktion bei Sphinkterdefekten (z. B. geburtstraumatisch) ablösen oder ersetzen kann, lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt jedoch noch nicht vorhersagen und kann erst nach Vorliegen valider Langzeitdaten beantwortet werden.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. O. Schwandner
 Klinik für Chirurgie, Caritas-Krankenhaus St. Josef
 Landshuter Str. 65, 93053 Regensburg
 oschwandner@caritasstjosef.de

Literatur

1. Matzel KE, Lux P, Heuer S et al (2009) Sacral nerve stimulation for faecal incontinence: long-term outcome. *Colorectal Dis* 11:636–641
2. Bravo Gutierrez A, Madoff RD, Lowry AC et al (2004) Long-term results of anterior sphincteroplasty. *Dis Colon Rectum* 47:727–731
3. Zutshi M, Tracey TH, Bast J et al (2009) Ten-year outcome after anal sphincter repair for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 52:1089–1094
4. Gilliland R, Altomare DF, Moreira H Jr et al (1998) Pudendal neuropathy is predictive of failure following anterior overlapping sphincteroplasty. *Dis Colon Rectum* 41:1516–1522
5. Oom DM, Steensma AB, Zimmerman DD, Schouten WR (2010) Anterior sphincteroplasty for fecal incontinence: is the outcome compromised in patients with associated pelvic floor injury? *Dis Colon Rectum* 53:150–155

coloproctology 2010 · 32:139–141 · DOI 10.1007/s00053-010-0079-6
Online publiziert: 28. März 2010 · © Urban & Vogel 2010

A. Ommer

Klinik für Chirurgie und Zentrum für Minimal Invasive Chirurgie,
Kliniken Essen-Mitte, Evangelische Huysens-Stiftung, Essen

Transanale Rektumwandresektion mittels Stapler vs. transvaginale Rektozelenkorrektur in der Behandlung der obstruktiven Defäkationsstörung

Für Sie gelesen:

Harris MA, Ferrara A, Gallagher J et al (2009) Stapled transanal rectal resection vs. transvaginal rectocele repair for treatment of obstructive defecation syndrome. *Dis Colon Rectum* 52:592–597

Fragestellung und Hintergrund. Die transanale Rektumwandresektion mittels Stapler [„stapled transanal rectal resection“ (STARR)] wurde als neue Behandlungsmethode bei der obstruktiven Defäkationsstörung (ODS) eingeführt. In dieser Studie beobachteten die Autoren die klinischen Ergebnisse nach STARR-Operation im Vergleich zur transvaginalen Rektozelenkorrektur bei ODS.

Patienten und Methodik. Bei dieser Studie handelt es sich um eine retrospektive Übersicht mit Vergleich von Patientinnen, bei denen wegen einer ODS von 06/1997 bis 02/2002 eine transvaginale Rektozelenkorrektur durchgeführt worden war, und von Patientinnen, die sich im Zeitraum von 06/2005 bis 08/2007 einer STARR-Operation unterzogen hatten. Als klinische Ergebnisse wurden Operationszeit, geschätzter Blutverlust, stationäre Verweildauer, Komplikationen, Erfolgsrate, Rezidive, Zeit bis zum Rezidiv und die Rate an Patientinnen mit Dyspareunie untersucht.

Ergebnisse. Bei 37 Patientinnen wurde eine transvaginale Rektozelenkorrektur und bei 36 Patientinnen eine STARR-Operation wegen ODS durchgeführt. Es bestand kein Unterschied in Bezug auf das Alter der Patientinnen (transvaginal: 57,92 Jahre, STARR: 53,19 Jahre; $p=0,1096$). Die Auswertung der klinischen Ergebnisse erbrachte für die transvaginale Operation eine längere Operationszeit (transvaginal: 85,5 min, STARR: 52,7 min; $p<0,0001$), einen höheren geschätzten Blutverlust (transvaginal: 108 ml, STARR: 43 ml; $p=0,0015$) und eine niedrige Komplikationsrate (transvaginal: 18,9%, STARR: 61,1%; $p=0,0001$).

Schlussfolgerung. Die transanale Rektumwandresektion mittels Stapler bietet kürzere Operationszeiten und niedrigeren Blutverlust als das transvaginale Vorgehen, ist jedoch mit einer höheren Komplikationsrate behaftet.

Kommentar

Zur Behandlung der Stuhlentleerungsstörungen auf dem Boden einer Rektozele und/oder distalen Intussuszeption stehen verschiedene Operationsverfahren zur Verfügung. Während die Literatur für die abdominelle Rektopexie (\pm Netz, \pm Resektion) sehr unterschiedliche bis deutlich negative Ergebnisse präsentiert