

Langzeitergebnisse laparoskopischer Netz-Rektopexie beim solitären Rektumulkus

Tweedie DJ, Varma JS. Long-term outcome of laparoscopic mesh rectopexy for solitary rectal ulcer syndrome. *Colorectal Dis* 2005;7:151–5.

Fragestellung: Es war Ziel dieser Studie, die Langzeitergebnisse der laparoskopischen Netz-Rektopexie beim solitären Rektumulkus zu bestimmen.

Patienten und Methodik: Es erfolgte eine retrospektive Auswertung von elf Patienten, bei denen zwischen 1993 und 1996 eine laparoskopische Netz-Rektopexie beim solitären Rektumulkus erfolgte. Alle Patienten wurden primär mit starrer Sigmoidoskopie nachuntersucht. Bei sieben Patienten erfolgte eine Langzeitevaluation (Follow-up 71 bis 106 Monate, medianes Follow-up 89 Monate) mit Hilfe eines Krankheitsprofil-Fragebogens.

Ergebnisse: Ein Jahr postoperativ wurde bei allen elf Patienten eine komplette endoskopische Abheilung dokumentiert. Ein Patient erlitt ein Rezidivulcus zu einem späteren Zeitpunkt. Von den sieben langzeitbeobach-

teten Patienten erlitt keiner ein Rezidiv. Sechs Patienten berichteten über eine signifikante Reduktion ihrer Symptome sowie eine verbesserte Lebensqualität. Ein Patient hatte persistierende Symptome und zeigte nur eine geringe symptomatische Verbesserung.

Schlussfolgerung: Die laparoskopische Netz-Rektopexie stellt eine minimal-invasive Behandlungsoption für diejenigen Patienten dar, die trotz maximaler konservativer Therapie weiterhin wegen eines solitären Rektumulkus symptomatisch bleiben, mit dokumentierter Abheilung des Ulkus und Langzeitverbesserung der Symptome bzw. Lebensqualität. Größere Studien sind jedoch notwendig, um den wirklichen Stellenwert der laparoskopischen Netz-Rektopexie im Vergleich zu „konventionellen“ chirurgischen Optionen abzuschätzen.

Kommentar

Seit der Erstbeschreibung des solitären Rektumulkus im frühen 19. Jahrhundert ist sowohl die korrekte Definition als auch die zugrunde liegende Pathogenese letztlich unklar [1]. Der deutsche Begriff „solitäres Rektumulkus“ und der englische Terminus „solitary rectal ulcer syndrome“ zeigen bereits auf den ersten Blick, dass bereits formal durchaus Unklarheiten bestehen, wenn man bedenkt, dass ein Rektumulkus nicht immer solitär auftreten muss und darü-

ber hinaus nicht immer ein typisches Ulcus besteht [2]. Generell wird heutzutage die Hypothese vertreten, dass der entscheidende pathophysiologische Hintergrund in wiederholten mechanischen Schleimhautschäden und lokaler Ischämie liegt. Darüber hinaus wird immer mehr akzeptiert, dass der innere Rektumprolaps (Mukosaprolaps oder Prolaps der gesamten Wand), das Rektumulkus und der äußere Rektumprolaps verschiedene Ausprägungsformen bzw. Stadien darstellen, wobei kritisch darauf hingewiesen werden

muss, dass eine kausale Pathogenese zwischen innerem und äußerem Rektumprolaps bisher nicht nachgewiesen werden konnte. Die häufigsten Begleitveränderungen beim Rektumulkus sind neben dem Rektumprolaps die Stuhlentleerungsstörung bzw. Beckenbodenfunktionsstörungen (unter Umständen mit Inkontinenz), wobei seltene Ursachen ebenfalls in Betracht gezogen werden müssen (z.B. direktes Trauma durch Irrigation, Analverkehr oder Immunsuppression infolge HIV-Infektion). Die klinischen Symptome sind vielfältig und reichen von perianalem Blutabgang, Schleimabgang, Schmerzen bis hin zu Symptomen der Entleerungsstörung. Die Diagnose wird endoskopisch (proktorektoskopisch) gestellt, wobei der Ausschluss eines Malignoms eine *conditio sine qua non* darstellt. Infolge der uneinheitlichen Definition, der unterschiedlichen Ätiopathogenese und der verschiedenen assoziierten Begleitveränderungen besteht letztlich kein allgemein gültiger Konsens über die adäquate konservative oder chirurgische Therapie.

Vor diesem Hintergrund müssen die Resultate der vorliegenden Studie bewertet werden, die über Langzeitergebnisse der laparoskopischen Netz-Rektopexie bei elf Patienten berichtet. Leider wird bei diesen elf Patienten in keiner Weise darauf eingegangen, inwieweit morphologische oder funktionelle Begleitveränderungen (z.B. Rektumprolaps) bestanden hatten. Die Mehrzahl der Patienten litt unter einer Entleerungsstörung, wobei Symptome nur für sieben Patienten angegeben wurden. Alle Patienten waren frustriert konservativ behandelt worden, wobei nicht definiert wurde, was die Autoren unter „maximal medical therapy“ verstehen. Zudem wird nicht dargelegt, nach welchen Kriterien die Indikation

zur Operation gestellt wurde. Ein Jahr postoperativ wurde bei allen elf Patienten eine komplette endoskopische Abheilung dokumentiert. Ein Patient erlitt ein Rezidivulcus zu einem späteren Zeitpunkt. Von den sieben langzeitbeobachteten Patienten erlitt keiner ein Rezidiv (medianes Follow-up 89 Monate). Sechs Patienten berichteten eine signifikante Reduktion ihrer Symptome sowie eine verbesserte Lebensqualität. Ein Patient hatte persistierende Symptome (Pressen bei Defäkation). Anhand ihrer Ergebnisse schlussfolgern die Autoren primär, dass die laparoskopische Netz-Rektopexie ein effektives Verfahren beim solitären Rektumulkus darstellt und die Patienten in der Regel eine Verbesserung ihrer Symptome (meist Entleerungsstörung) erfahren. Die generelle Schlussfolgerung der Autoren nach größeren Studien zum wirklichen Stellenwert der laparoskopischen Netz-Rektopexie im Vergleich zu „konventionellen“ chirurgischen Optionen scheint nicht realistisch: Die seltene Inzidenz des solitären Rektumulkus, die unterschiedlichen Begleitveränderungen und pathophysiologisch begründeten Entstehungsmechanismen werden wie bisher dazu führen, dass wir uns auf Fallberichte oder kleine Serien beschränken müssen. Neuere Studien zur Pathogenese des solitären Rektumulkus zeigen eindeutig, dass die Obstipations-symptome im Vergleich zu Patienten mit Rektumprolaps (ohne Ulkus) häufiger mit funktionell bedingter Entleerungsstörung assoziiert sind, so dass konservative Therapieansätze (inkl. Biofeedback) einen wichtigen Stellenwert einnehmen [3].

In der Bewertung dieser Studie und in Zusammenschau der verfügbaren Literatur zum solitären Rektumulkus bleibt deshalb festzuhalten: Es gibt viel Subjektives, jedoch wenig objektivier-

bare Daten zur Pathogenese, zum Stellenwert der konservativen Therapie und zur Koinzidenz assoziierter Veränderungen, insbesondere dem Rektumprolaps. Es bleibt jedoch unbestritten, dass das mit einem manifesten Rektumprolaps assoziierte Rektumulkus chirurgisch behandelt werden muss, wohingegen das solitäre Rektumulkus bei HIV-Infektion eine komplett andere Entität darstellt. Somit muss zum Schluss die provokative Frage erlaubt sein: Gibt es wirklich das solitäre Rektumulkus?

Literatur

1. Cruveilhier J. Ulcère chronique du rectum. Bailliere, Paris 1830.
2. Chiang JM, Changchien CR, Chen JR. Solitary rectal ulcer syndrome. An endoscopic and histological presentation and literatur review. *Int J Colorectal Dis* 2006;21:348–56.
3. Morio O, Meurette G, Desfourneaux V, et al. Anorectal physiology in solitary ulcer syndrome: a case-matched series. *Dis Colon Rectum* 2005;48:1917–22.

*Priv.-Doz. Dr. A. Oliver Schwandner,
Regensburg*