

# Die Behandlung des Rektumprolapsrezidivs

## Operative Verfahrenswahl beeinflusst das Ergebnis

Steele S, Goetz L, Minami S, et al. Management of recurrent rectal prolapse: Surgical approach influences outcome. *Dis Colon Rectum* 2006;49:440–5.

**Fragestellung und Hintergrund:** Ein Rektumprolapsrezidiv ist ein ungelöstes Problem und die optimale Behandlung steht in der Diskussion. Diese Studie wurde durchgeführt, um die operative Verfahrenswahl sowie die Ergebnisse nach einer Operation wegen eines Rektumprolapsrezidivs in einer großen Patientengruppe zu beurteilen.

**Patienten und Methodik:** Von 685 Patienten, die wegen eines manifesten (externen) Rektumprolapses operiert worden waren, wurden 78 Patienten (70 Frauen; mittleres Alter 66,9 Jahre) ausgewählt, die wegen eines Rektumprolapsrezidivs operiert wurden. Behandlung und Ergebnisse bei diesen 78 Patienten wurden ausgewertet.

**Ergebnisse:** Das mittlere Zeitintervall bis zum ersten Rezidiv betrug 33 (1–168) Monate. Es gab signifikant mehr Re-Rezidive nach einer Reoperation wegen eines Rektumprolapsrezidivs bei perinealem Vorgehen (19/51), verglichen mit abdominellem Vorgehen (4/27), nach einer mittleren Nachbeobachtungszeit von 9 (1–82) Monaten ( $p = 0,03$ ). Patienten,

die sich wegen eines Rezidivs einer abdominalen Operation unterzogen, waren signifikant jünger als diejenigen Patienten, bei denen ein perinealer Eingriff durchgeführt wurde (mittleres Alter 58,5 vs. 71,5 Jahre;  $p < 0,01$ ); allerdings gab es zwischen beiden Gruppen keinen signifikanten Unterschied im Hinblick auf die ASA-(American Society of Anesthesiologists-)Klassifikation ( $p = 0,89$ ). 18 Patienten hatten eine Operation wegen eines Re-Rezidivs, wobei ein perineales Operationsverfahren mit höheren Misserfolgsraten assoziiert war (50% vs. 8%;  $p = 0,07$ ). Letztlich, unter Berücksichtigung aller Eingriffe, hatte das abdominale Vorgehen signifikant niedrigere Rezidivraten (39% vs. 13%;  $p < 0,01$ ).

**Schlussfolgerung:** Die Re-Rezidivrate nach einer Operation wegen eines Rektumprolapsrezidivs ist hoch, sogar während eines relativ kurzen Nachbeobachtungszeitraums. Unsere Daten zeigen, dass ein abdominelles Vorgehen bei einem Rektumprolapsrezidiv gewählt werden sollte, wenn das Risikoprofil des Patienten dies erlaubt.

### Kommentar

Die Autoren analysierten 78 Patienten mit einem Rektumprolapsrezidiv aus einem Kollektiv von 685 Patienten, die wegen eines manifesten Rektumprolapses operiert worden waren. Bezogen auf das Gesamtkollektiv ( $n = 685$ ) entsprach dies einer Rezidivinzidenz von 13,1%, wobei Rezidive häufiger nach

perinealer (16,7%) als nach abdominalen Operation (7,7%) auftraten. Ein Drittel der Rezidive trat innerhalb von 7 Monaten nach Primäroperation auf.

Von den 78 Patienten mit Rektumprolapsrezidiv erfolgte bei der Mehrzahl ( $n = 51$ ) ein perineales Verfahren, während bei 27 Patienten eine transabdominale Reoperation erfolgte. Beide

Kollektive unterschieden sich signifikant im Alter (mehr jüngere Patienten wurden transabdominell reoperiert), jedoch nicht in der ASA-Klassifikation. Signifikante Unterschiede in der Komplikationsrate bestanden nicht. Bereits nach einer mittleren Nachbeobachtungszeit von 9 Monaten(!) wurde bei 29% ein Re-Rezidiv dokumentiert: 37,3% (n = 19) nach perinealer, 14,8% (n = 4) nach abdomineller Operation (p = 0,03).

Anhand ihrer Ergebnisse zeigten die Autoren somit eindrücklich unabhängig von der Verfahrenswahl (perineal vs. abdominell), dass die Re-Rezidivrate nach chirurgischer Therapie des ersten Rektumprolapsrezidivs deutlich höher ist als nach Primäroperation (hier 29%), obwohl das Follow-up nur 9 Monate betrug. Darüber hinaus belegen die Daten eindeutig in Abhängigkeit der Verfahrenswahl, dass die Re-Rezidivrate nach abdomineller Reoperation signifikant niedriger ist als nach perinealer Reoperation (hier 14,8% vs. 37,3%). Somit schlussfolgern Steele et al., dass die abdominelle Operation gerade beim Rezidivrektumprolaps der perinealen Operation überlegen ist. Einschränkend betonen sie jedoch, „if the patient's risk profile permits“.

Die vorliegende Arbeit spiegelt auf objektive und ehrliche Art und Weise die Kontroverse um die chirurgische Therapie des Rektumprolapses im Allgemeinen und des Rektumprolapsrezidivs im Besonderen wider: In der Diskussion um die „optimale“ Therapie des manifesten Rektumprolapses konkurrieren abdominelle und perineale Operationsverfahren [1]. Idealerweise sollte die adäquate Chirurgie möglichst folgende Kriterien erfüllen: minimal-invasiv, niedrige Morbidität, keine Mortalität, Verbesserung der funktionellen Ergebnisse

(Beseitigung der Obstipation bzw. Verbesserung der Kontinenz) und schließlich niedrige Rezidivrate. Betrachtet man die publizierten Ergebnisse der letzten Jahrzehnte, so erscheint auf den ersten Blick gewissermaßen eine „Polarisierung“ der operativen Verfahrenswahl offensichtlich: Einerseits werden die perinealen bzw. transanalen Zugangswege (Delorme-Operation, Altemeier-Operation) gerade bei den älteren Patienten mit entsprechender Komorbidität aufgrund des geringeren Eingriffsrisikos und der Möglichkeit der Regionalanästhesie bevorzugt, jedoch sind diese mit einer hohen Rezidivquote vergesellschaftet. Dahingegen wird bei jüngeren Patienten bzw. bei vertretbarem Narkoserisiko der abdominelle Zugangsweg (als Rektopexie bzw. Resektionsrektopexie, wenn möglich laparoskopisch) deshalb favorisiert, weil bessere funktionelle Resultate hinsichtlich Obstipation, Inkontinenz und niedrigerer Rezidivquote zu erwarten sind.

Vor diesem Hintergrund müssen die Ergebnisse der vorliegenden Studie bewertet werden, wobei die chirurgische Verfahrenswahl beim Rezidivrektumprolaps aufgrund der nochmals höheren Re-Rezidivquoten als nach Primäroperation einen noch wichtigeren Stellenwert einnimmt. Welches Verfahren ist nun also zu bevorzugen? Entsprechend der Metaanalyse der „Rectal Prolapse Recurrence Study Group“ bleiben auch hier generelle Empfehlungen problematisch, da zum einen die Definition „Rezidiv“ nicht einheitlich ist und zudem (scheinbar) die operative Verfahrenswahl keinen Einfluss auf die Rezidivrate hat [2, 3]. Außerdem sehen Pikarsky et al. keine Notwendigkeit, die operative Verfahrenswahl bzw. den Zugangsweg davon abhängig zu machen, ob ein Erstereignis oder Rezidiv vorliegt [4].

Zusammenfassend bleibt aus der vorliegenden Studie von Steele et al. Folgendes abzuleiten:

1. Die Re-Rezidivquote nach chirurgischer Therapie eines Rektumprolapsrezidivs ist noch höher als nach Primäroperation.
2. Die Re-Rezidivquote ist nach perinealem Eingriff deutlich höher als nach abdominellem Eingriff.

Auf diesen Resultaten aufbauend sollten wir die zukünftige Entscheidung zur Operation bzw. Verfahrenswahl bewerten, wobei zusätzlich die chirurgische Erfahrung bzw. Expertise des Chirurgen mit einem speziellen Operationsverfahren ein entscheidendes Kriterium darstellt, das in fast allen Studien außer Acht gelassen wird.

#### Literatur

1. Schiedeck THK, Schwandner O, Scheele J, Farke S, Bruch HP. Rectal prolapse: which surgical option is appropriate? *Langenbeck's Arch Surg* 2005;390:8–14.
2. Di Giuro G, Ignatovic D, Brogger J, Bergamaschi R. Rectal Prolapse Recurrence Study Group. How accurate are published recurrence rates after rectal prolapse surgery? A meta-analysis of individual patient data. *Am J Surg* 2006;191:773–8.
3. Raftopoulos Y, Senagore AJ, Di Giuro G, Bergamaschi R. Rectal Prolapse Recurrence Study Group. 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.
4. Pikarsky AJ, Joo JS, Wexner SD, Weiss EG, Nogueras JJ, Agachan F, Iroatulam A. Recurrent rectal prolapse: what is the next good option? *Dis Colon Rectum* 2000;43:1273–6.

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