

## Wird die Heilung bei transanal Advancementflaps von der Komplexität hoher transsphinkterer Fisteln beeinflusst?

### Originalpublikation

Mitalas LE, Dwarkasing RS, Verhaaren R et al (2011) Is the outcome of transanal advancement flap repair affected by the complexity of high transsphincteric fistulas? Dis Colon Rectum 54:857–862

**Fragestellung und Hintergrund.** Die Behandlung mit einem transanal Advancementflap bei hohen transsphinkteren Fisteln versagt in einem von 3 Fällen. Bis heute sind keine eindeutigen Risikofaktoren für dieses Versagen beschrieben. Es erhebt sich daher die Frage, ob komplexere Fisteln, wie etwa solche mit Hufeisenausdehnung und begleitendem Abszess, weniger gute Ergebnisse zeigen.

**Patienten und Methodik.** Ziel der vorliegenden Studie war die Untersuchung, ob die Heilungsergebnisse bei komplexen Fisteln weniger gut ausfallen. In einer retrospektiven Serie wurden 162 Patienten untersucht, bei denen zwischen 1995 und 2007 eine endoanale MRT im Vorfeld eines Advancementflaps durchgeführt worden war. Diese MRT-Bilder wurden von 2 Untersuchern, die keine Kenntnis über das chirurgische Vorgehen hatten, beurteilt.

**Ergebnisse.** Laterale Fisteln fanden sich bei 5 Patienten, die aufgrund der geringen Fallzahl von der weiteren Beurteilung ausgeschlossen wurden. Dorsale Fisteln fanden sich bei 119 Patienten (76%). Diese zeigten 3 unterschiedliche Formen: gerader Verlauf (36%), typische Hufeisenausdehnung (23%) oder intersphinktere Hufeisenausdehnung (41%). Die entsprechenden Heilungsraten betrugen 37%, 81% und 73%. Ventrale Fisteln lagen bei 23% der Patienten vor. Bei diesen Fisteln traten 2 Formen auf: gerader Verlauf (61%) oder typische Hufeisenausdehnung (39%). Die entsprechenden Heilungsraten betrugen 60% und 52%. Die Heilungsraten von Fisteln mit geradem Verlauf waren signifikant schlechter als die Heilungsraten von Fisteln mit typischer oder intersphinkterer Hufeisenausdehnung. Begleitende Abszesse wurden in 47% bei dorsalen Fisteln und 5% bei ventralen Fisteln gefunden. Nach adäquater Drainage hatten diese Abszesse keinen Einfluss auf die Heilungsraten des Advancementflaps.

**Schlussfolgerung.** Die Komplexität hoher transsphinkterer Fisteln beeinflusst die Heilungsrate eines transanal Advancementflaps nicht.

### Kommentar

Die obige Arbeit von einer sehr erfahrenen Arbeitsgruppe aus Holland beschreibt die Erfahrungen mit proximalen Analfisteln über einen Zeitraum von 12 Jahren. Hierbei hat man bei fast allen Patienten eine präoperative MRT-Untersuchung durchgeführt und diesen Befund mit dem postoperativen Ergebnis korreliert. Die Ergebnisse sind aus unterschiedlicher Sicht zu beurteilen:

1. Gut zwei Drittel der dorsalen Fisteln zeigen eine Hufeisenausdehnung und somit ein komplexes Fistelsystem (die Autoren beschreiben jedoch nicht näher, ob es sich hier wirklich um typische semizirkuläre Fistelverläufe handelt oder ob nur partielle Hufeisenausdehnungen in dieser Gruppe subsumiert wurden).

2. Die Heilungsraten unterschiedlicher Fistelverläufe zeigen eine enorme Streuung von 37–81%.
3. Fisteln mit geradem Verlauf – also einfache Fisteln – zeigten keine bessere Heilungsrate als komplexe Hufeisenfisteln.
4. Ein begleitender Abszess – i. d. R. eher chronische Abszeshöhlen – hatte keinen negativen Einfluss auf die Heilung (hier ist insbesondere erwähnenswert, dass diese chronischen Abszesse zum Zeitpunkt des plastischen Fistelverschlusses drainiert und gespült wurden – somit wurde ein in dieser Phase einzeitiges Operationsverfahren eingesetzt).

Bisher wird allgemein die Meinung vertreten, dass komplizierte und schwierige Fisteln schlechtere Heilungsraten aufweisen. Allerdings gibt es nur wenige Arbeiten, die dazu Stellung nehmen. Warum aber gerade die *einfacheren* Fisteln deutlich schlechter heilen, kann nicht geklärt werden. Vermutlich kommen andere Operateure hier zu anderen, mutmaßlich besseren Resultaten.

Möglicherweise liegt die Erklärung aber auch in der offensichtlich ganz speziellen Patientenklientel einer hochspezialisierten Klinik mit einer ungewöhnlich hohen Zahl an Fisteln mit Hufeisenausdehnung.

Die vorliegende Arbeit kommt zu dem erstaunlichen Ergebnis, dass gerade Hufeisenausdehnung

eisenfisteln keine schlechteren Heilungsraten aufweisen, wenn die chronischen Abszesshöhlen suffizient drainiert werden. Die Erklärung dürfte somit hier im Kontext zu finden sein, da die Autoren alle sehr erfahren sind und neben dem Fistelverschluss auch explizit eine suffiziente Abszessbeseitigung stattfand. Andererseits kann man hier jedoch auch zu dem Schluss kommen, dass bei chronisch fibrosiertem Gewebe eine suffiziente externe Drainage die Heilung nicht nega-

tiv beeinflusst. In Fällen von florider Abszedierung ist jedoch zu bezweifeln, dass ein ebenso gutes Ergebnis erreicht werden kann, da hier durch andere Gewebeerhältnisse schlechtere Heilungsergebnisse zu erwarten sind.

Zusammenfassend beschreibt diese Arbeit ein sehr spezielles Patientenkollektiv, das aufgrund der besonderen Struktur nicht auf andere Kliniken zu übertragen ist. Daher sind die Häufigkeitsangaben mit Zurückhaltung zu betrachten.

## Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. A. Herold**  
EDZ Mannheim  
Bismarckplatz 1, 68165 Mannheim  
alex.herold@me.com

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

coloproctology 2012 · [jvn]:[afp]–[alp]  
DOI 10.1007/s00053-012-0324-2  
Online publiziert: 8. November 2012  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

**M. Sailer**  
Hamburg

# Kosteneffektivität bei kolorektalem Karzinom-Screening

## Originalpublikation

Lansdorp-Vogelaar I, Knudsen AB, Brenner H (2011) Cost-effectiveness of colorectal cancer screening. *Epidemiol Rev* 33:88–100

**Fragestellung und Hintergrund.** Kolorektalkarzinome stellen eine schwerwiegende allgemeine Gesundheitsproblematik dar. Verschiedene Screening-Methoden haben sich zur Reduzierung der Mortalität bei Kolorektalkarzinomen als effektiv erwiesen. Ziel dieses Reviews war eine Untersuchung der Kosteneffektivität der verschiedenen Screening-Verfahren bei Kolorektalkarzinomen sowie die Festlegung auf eine aus kosteneffizienter Sicht bevorzugte Methode.

**Patienten und Methodik.** Fünf Datenbanken (MEDLINE, EMBASE, das Cost-Effectiveness Analysis Registry, die British National Health Service Economic Evaluation Database sowie die Listen des Technology Assessments der Zentren für Medicare und der Medicaid Services)

wurden nach Kosteneffektivitätsanalysen durchsucht, die zwischen Januar 1993 und Dezember 2009 in englischer Sprache veröffentlicht worden waren. Es wurden 55 Veröffentlichungen gefunden die sich auf 32 gezielte Kosteneffektivitätsmodelle bezogen.

**Ergebnisse.** Alle Studien kamen zu dem Ergebnis, dass sich das Screening von Kolorektalkarzinomen verglichen mit Fällen ohne Screening als kosteneffektiv oder sogar kostensparend erwies. Die Studien kamen jedoch zu unterschiedlichen Ergebnissen im Hinblick auf die Effektivität der Screening-Methode bzw. das beste stufenweise Kosteneffektivitätsverhältnis bei einer vorausgesetzten Bereitschaft, die Kosten für jedes gewonnene Lebensjahr zu übernehmen.

**Schlussfolgerung.** Die Studien stimmen dahingehend überein, dass die neu entwickelten Stuhl-DNA-Tests, die CT-Kolonographie und die Kapselendoskopie im Vergleich zu den etablierten Scree-

ning-Möglichkeiten noch nicht kosteneffektiv waren.

## Kommentar

Aktuelle Originalarbeiten oder Reviews aus den vergangenen 2 Jahren, die sich ausschließlich mit dem Hämoccult-Test beschäftigen, liegen nicht vor. Dies ist sicherlich der Tatsache geschuldet, dass dem reinen Guajak-basierten Test auf okultes Blut im Stuhl nicht mehr die Bedeutung beim Screening zukommt wie noch vor einigen Jahren. Der herkömmliche Test wird zunehmend durch andere Verfahren abgelöst, z. B. durch immunologische Tests (s. unten) oder – als Goldstandard der Vorsorgeuntersuchung – durch die Koloskopie. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang eine Auswertung von Lansdorp-Vogelaar et al. zum Thema Kosten-Nutzen-Relation von Screening-Verfahren beim kolorektalen Karzinom (KRK). Hierbei schneiden erwartungsgemäß die herkömmlichen Verfahren besonders gut ab, da es sich dabei um die

kostengünstigsten handelt. Nichtsdestotrotz soll an dieser Stelle der Vollständigkeit halber der derzeitige Kenntnisstand zu dieser Screening-Methode nochmals dargestellt werden.

Der sog. Hämoccult-Test, basierend auf der Guajak-Probe, zählt zu den bekanntesten und ältesten Verfahren zum Screening für das KRK. Im Rahmen großer epidemiologischer Studien konnte eine signifikante Senkung der KRK-Sterblichkeit durch konsequente Anwendung dieses Testverfahrens nachgewiesen werden. Die Daten der finnischen Studie von Paimela et al. [5] bestätigen die Ergebnisse, die von anderen Arbeitsgruppen in Europa und den USA in diesem Zusammenhang ebenfalls erhoben wurden. Als großer Vorteil dieser Screening-Methode werden insbesondere die hohe Spezifität und die niedrigen Gesamtkosten gewertet. Viele Studien, wie auch die vorliegende, konnten auch einen klaren Stadienvorteil bei den untersuchten Personen darstellen, wenn Karzinome detektiert wurden. Ungewöhnlich war in der finnischen Studie die hohe Zahl der sog. Intervallkarzinome.

Die aktuelle Datenlage zum Hämoccult-Test ist in dem sehr übersichtlichen systematischen Review von Hewiston et al. [4] aus dem Jahr 2008, die den strengen Kriterien einer Cochrane-Publikation standhält, zusammengefasst. Ausgewertet wurden die Ergebnisse von über 320.000 Teilnehmern aus insgesamt 4 großen randomisierten Studien mit einem Follow-up von mindestens 8 Jahren. Folgende Aussagen mit dem höchsten Evidenzgrad (IA) können nunmehr getroffen werden:

1. Die Teilnahme-Compliance (in den Studien und somit nicht mit der Allgemeinbevölkerung gleichzusetzen!) beträgt etwa 70%.
2. Die Sensitivität des Hämoccult-Tests, definiert als Detektionsrate aller KRK während des Screenings, beträgt für die einfache – nicht rehydrierte – Testversion 55% und kann durch Rehydrierung auf deutlich über 80% gesteigert werden.
3. Die Rate an falsch-positiven Tests ist mit knapp 80% sehr hoch. Allerdings bezieht sich diese Aussage auf die Detektion von Karzinomen. Mithin werden jedoch etliche Adenome entdeckt,

sodass hier der präventive Charakter nicht unterschätzt werden darf.

4. Unabhängig vom Screening-Intervall (jährlich oder 2-jährlich) ergibt sich eine Mortalitätsenkung bezogen auf das KRK von etwa 15% (Range: 13–33%). Werden nur Teilnehmer ausgewertet, die tatsächlich mindestens einmalig einen Hämoccult-Test durchgeführt haben, so wird eine Reduktion von 25% erreicht. Die Differenz ergibt sich logisch aus dem unter 1. dargestellten Teilnehmerrate von 70%.
5. Die Inzidenz an KRK unterscheidet sich nicht in den Gruppen, allerdings finden sich in den Screening-Populationen signifikant häufiger niedrigere Tumorstadien, was die Reduktion der Sterblichkeitsrate erklärt.
6. Die Gesamtsterblichkeit während des Follow-up unterscheidet sich nicht zwischen den Screening- und Kontrollpopulationen.

Insbesondere die letzte Aussage zieht sich wie ein roter Faden durch diverse Studien und Reviews. Einige Epidemiologen sehen daher keinen gesteigerten Sinn in der Durchführung von KRK-Screening-Programmen, da die Gesamtsterblichkeit nicht positiv durch die Senkung der KRK-Sterblichkeit beeinflusst wird. Dieses Dilemma wurde bereits mehrfach thematisiert, ohne dass eine befriedigende Erklärung formuliert werden konnte. Befürworter des Screenings führen ins Feld, dass die bisherigen Studien nicht ausgelegt waren, diesen Unterschied zu detektieren und dass die einzelnen Todesursachen exakt analysiert werden müssten.

---

### Korrespondenzadresse

---

**Prof. M. Sailer**  
Glindersweg 80, 21029 Hamburg  
sailer@bkb.info

---

**Interessenkonflikt.** Keine Angaben.

### Literatur

1. Moayyedi P, Achkar E (2006) Does fecal occult blood testing really reduce mortality? A reanalysis of systematic review data. *Am J Gastroenterol* 101:380–384
2. Black C, Hagstrom D, Welch H (2002) All-cause mortality in randomised trials of cancer screening. *J Natl Cancer Inst* 94:167–173
3. Lindholm E, Brevinge H, Haglund E (2008) Survival benefit in a randomized clinical trial of faecal occult blood screening for colorectal cancer. *Br J Surg* 95:1029–1036
4. Hewiston P, Glasziou P, Watson E et al (2008) Cochrane systematic review of colorectal cancer screening using the fecal occult test (Hemoccult): an Update. *Am J Gastroenterol* 103:1541–1549
5. Paimela H, Malila N, Palva T et al (2010) Early detection of colorectal cancer with faecal occult blood test screening. *Br J Surg* 97:1567–1571

# Systematischer Review von perianalen Implantaten in der Therapie von Stuhlinkontinenz

## Originalpublikation

Hussain ZI, Lim M, Stojkovic SG (2011) Systematic review of perianal implants in the treatment of faecal incontinence. *Br J Surg* 98:1526–1536

**Fragestellung und Hintergrund.** Injizierbare Quellmaterialien wurden mit unterschiedlichem Erfolg in der Behandlung von Stuhlinkontinenz eingesetzt. Ziel dieses systematischen Reviews war es, die unterschiedlichen injizierbaren Materialien und die Techniken ihrer Applikation in der Behandlung von Stuhlinkontinenz in Bezug auf Sicherheit und Effektivität zu untersuchen.

**Patienten und Methodik.** Insgesamt 39 Publikationen wurden gefunden und ausgewertet. Die folgenden Variablen wurden für eine univariate Analyse zusammengefasst: Art des Quellmaterials, Lokalisation der Implantation, Injektionsroute, die ultraschallgestützte Applikation und der Einsatz von Antibiotika, Laxanzien bzw. Anästhetika. Prädiktoren für die Entwicklung von Komplikationen und eine erfolgreiche Behandlung wurden mittels Multivariananalyse identifiziert.

**Ergebnisse.** Insgesamt wurden 1070 Patienten bei der Analyse berücksichtigt. In der Multivariananalyse war der einzige signifikante Prädiktor für die Entwicklung von Komplikationen die Injektionsroute des Materials (Odds-Ratio 3,4; 95% CI 1,62–7,12;  $p=0,001$ ). Zwei Parameter stellten signifikante Prädiktoren für ein erfolgreiches Kurzeitergebnis dar: Der Einsatz von PTQ™ (OR 5,93; 95% CI

2,21–16,12;  $p=0,001$ ) oder Coaptite™ (OR 10,73; 95% CI 1,73–65,35;  $p=0,001$ ) war mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für einen Therapieerfolg assoziiert. Umgekehrt war der Einsatz von Lokalanästhetika mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für eine erfolgreiche Behandlung assoziiert (OR 0,18; 95% CI 0,05–0,59;  $p=0,005$ ). Wurden in der postoperativen Phase keine Laxanzien eingesetzt, resultierte dies in schlechteren Kurz- und Langzeitergebnissen (OR 0,13; 95% CI 0,06–0,25;  $p=0,001$ ).

**Schlussfolgerung.** In diesem systematischen Review wurden unterschiedliche Injektionstechniken für Quellmaterialien identifiziert, die Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit des Entstehens von Komplikationen nach der Behandlung bzw. den Therapieerfolg bei Stuhlinkontinenz haben können.

## Kommentar

In dieser Arbeit analysieren die Autoren die Erfahrungen in der Wahl des Quellmaterials zur Behandlung der Stuhlinkontinenz, Applikationsort und -route sowie die flankierenden Maßnahmen der bislang veröffentlichten Resultate (39 Studien) und beurteilen die Ergebnisse hinsichtlich der Wirksamkeit und der sicheren Anwendung verschiedener Quellmaterialien zur Behandlung der anorektalen Inkontinenz.

Die akribisch aufgearbeiteten Daten gestatten es, einige Richtlinien für die Anwendung von Quellmaterialien zur Therapie der Stuhlinkontinenz herauszuarbeiten und dienen somit dem erfahrenen Therapeuten gleichermaßen wie demje-

nigen, der dieses Behandlungskonzept erlernen möchte.

Bei der Durchsicht der Publikation bleiben einige entscheidende Fragen unbeantwortet.

Die Selektionskriterien der Probanden für injizierbare Quellmaterialien sind lediglich in einem Nebensatz zu erfahren: Offenbar handelt es sich um Patienten mit Sphinkterdefekten. In welchem Ausmaß der Substanzdefekt prätherapeutisch nachweisbar ist, wird nicht beschrieben. Dabei erscheint die Abgrenzung kleinerer Defekte (z. B. Schlüsselloch-Deformitäten) von größeren Substanzverlusten des analen Sphinkters (evtl. postoperativ oder peripartale Läsionen) entscheidend. Die Dimension des Defekts bestimmt auch die Menge an zu verabreichenden Agens und steht möglicherweise in Verbindung mit der Komplikationsrate der Maßnahme.

Die Literaturstellen, die Eingang in diesen systematischen Review gefunden haben, reichen von Erfahrungsberichten einzelner Autoren (Abstracts) bis zu randomisierten kontrollierten Studien (RCTs, teils mit geringer Probandenzahl). Am Ende steht ein Kollektiv von 1070 Patienten aus 39 Publikationen und somit 27 Patienten pro Veröffentlichung (d. h. durchschnittlich 14 Patienten pro Vergleichsgruppe und Untersuchung) zur Beurteilung durch die Autoren zur Verfügung.

Einerseits sollte bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden, dass 11 unterschiedliche Agenzien an 3 Applikationsorten auf 3 verschiedenen Applikationsrouten injiziert wurden und sich daher lediglich Tendenzen in der Handhabung dieser Therapieform ableiten lassen. Andererseits fanden die Auto-

ren nach 3 Monaten immerhin bei 56% der Patienten ein gutes Ergebnis nach der Injektion von Quellmaterialien.

Angesichts der Inhomogenität der zur Verfügung stehenden Daten lassen sich lediglich Trends für die Applikation (Materialart und -menge, Applikationsort und Injektionsroute [3] bzw. periintervenionale medikamentöse Maßnahmen ableiten. Entsprechend vorsichtig sind die Ergebnisse der multivariaten Analyse formuliert, die durch weitere klinische Studien gestärkt werden sollten. Dennoch liefern die Ergebnisse eine gute Basis für

eine standardisierte Vorgehensweise bei dieser minimal-invasiven Therapieoption der anorektalen Inkontinenz.

### Korrespondenzadresse

#### Dr. A. Furtwängler

Praxisklinik 2000  
Wirthstr. 11A, 79110 Freiburg i. Brsg.  
afurtwangler@hotmail.com

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

### Literatur

1. Maeda Y et al (2010) Perianal injectable bulking agents as treatment for fecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev*
2. Graf W et al (2011) Efficacy of dextranomer in stabilized hyaluronic acid for treatment of faecal incontinence: a randomized, sham-controlled trial. *Lancet* 997–1003
3. Ainger F et al (2009) Anal submucosal carbon bead injection for treatment of idiopathic fecal incontinence: a preliminary report. *Dis Colon Rectum* 293–298
4. Norton C (2011) Treating faecal incontinence with bulking-agent injections. *Lancet* 971–972

coloproctology 2012 · [jvn]:[afp]–[alp]  
DOI 10.1007/s00053-012-0328-y  
Online publiziert: 30. November 2012  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

### P. Oetting

Enddarmzentrum München-Bavaria, München

## Ergebnisse der STARR-Operation im Langzeitverlauf

### Originalpublikation

Köhler K, Stelzner S, Hellmich G et al (2012) Results in the long-term course after stapled transanal rectal resection (STARR). *Langenbecks Arch Surg* 397:771–778

**Fragestellung und Hintergrund.** Die STARR-Operation („stapled transanal rectal resection“, STARR) wird aktuell für Patienten mit obstruktiver Defäkation, verursacht durch eine Rektozele oder eine Rektumwand-Intussuszeption, empfohlen. Unsere Studie untersucht Langzeitergebnisse und prädiktive Faktoren für das Therapieergebnis.

**Patienten und Methodik.** Zwischen November 2002 und Februar 2007 wurden 80 Patienten (69 weiblich) mit der STARR-Methode operiert und in unsere Untersuchung aufgenommen. Die Symptome wurden gemäß den ROM-II-Kriterien definiert. Die präoperative Untersu-

chung umfasste eine klinische Untersuchung, Koloskopie, Video-Defäkographie und ein dynamisches MRT. Präoperativ und während der Follow-up-Besuche bestimmten wir den Cleveland Constipation Score (CCS) zur Einordnung der Schwere der Entleerungsstörung sowie den Wexner Incontinence Score zur Bewertung der analen Inkontinenz. Die Patienten wurden gebeten, das Ergebnis ihrer Operation als Verbesserung oder als schlecht/nicht zufriedenstellend zu bewerten. Um eine Assoziation mit dem Ergebnis herauszufinden, führten wir eine Univarianzanalyse für 11 patienten- und erkrankungsbezogene Faktoren durch.

**Ergebnisse.** Das mediane Follow-up betrug 39 Monate (Range: 20–78). In 3,8% der Fälle traten größere postoperative Komplikationen auf (1 Nahtinsuffizienz, 1 Urosepsis, 1 verlängerte Blasenentleerungsstörung mit Dauerkatheter). Nach dem STARR-Eingriff war ein Erfolg

im Langzeit-Follow-up bei 62 Patienten (77,5%) zu verzeichnen, obwohl die Verbesserung bei 15 dieser Patienten (18,7%) nicht dauerhaft war. Der Mittelwert des CCS sank signifikant von 9,3 vor der Operation auf 4,6 nach 2 Jahren und stieg wieder leicht an auf 6,5 nach 4 bis 6 Jahren. Der mediane Wexner Incontinence Score lag vor der Operation bei 3,3, wuchs aber signifikant an auf 6,0. Ein Drittel der Patienten, die eine verschlechterte Kontinenz berichteten, entwickelte jedoch 1 bis 4 Jahre nach dem Eingriff Symptome. Bei den zur Ergebnisvorhersage untersuchten Faktoren konnten wir nur die Anzahl der Beckenbodenveränderungen bei einer Defäkographie oder einem dynamischen MRT als mit dem Operationserfolg assoziiert nachweisen.

**Schlussfolgerung.** Unsere Studie lässt vermuten, dass die STARR-Operation eine sichere Methode darstellt. Eine signifikante Verbesserung der Symptome

ist zu erwarten, jedoch kann sich diese Verbesserung mit der Zeit wieder abschwächen. Die Patientenzufriedenheit ist auch mit dem Dranggefühl zur Defäkation oder Inkontinenz assoziiert. Eine Ergebnisvorhersage bleibt schwierig.

## Kommentar

Köhler et al. präsentieren eine Studie zum Langzeitverlauf nach STARR-Operation. Sie reiht sich ein in eine Vielzahl bereits existierender Studien zu diesem Thema, ohne wesentliche neue Erkenntnisse. Insgesamt muss hervorgehoben werden, dass die vorliegende Studie im Vergleich zu anderen Arbeiten ein großes, homogenes – in nicht zu langer Zeit rekrutiertes – Patientengut überblickt, welches sorgfältig und umfangreich aufbereitet wurde.

Die Einschlusskriterien für die vorliegende Studie waren die typischen ODS-Symptome („incomplete evacuation, rectal discomfort, excessive staining, long period at defecation, feeling of pelvic fullness and the need for digital assistance“) kombiniert mit einer Pathologie des unteren Rektums wie einer rektorektalen oder rektoanal Intussuszeption und Rektozele. Bei der Aufzählung der Einschlusskriterien – sowie auch im weiteren Manuskript – fällt auf, dass der konservativen Therapie des ODS kein wesentlicher Platz eingeräumt wird, obwohl mittlerweile interessante Studien zu diesem Thema vorliegen [1]. Das Fehlen einer präoperativ durchgeführten konservativen Therapie erklärt möglicherweise, warum die Obstipation – gemessen am CC-Score für Obstipation – in dem vorliegenden Patientengut im Vergleich zu anderen Arbeiten deutlich geringer ausgeprägt ist (Köhler et al.: 9,3; Isbert et al. [2]: 15,5; Song et al. [3]: 17,6; Arroyo et al. [4]: 13,5)

Insgesamt erfüllten 80 von 100 Patienten, die mittels STARR in Dresden-Friedrichstadt operiert wurden, die oben genannten Einschlusskriterien. Die Altersverteilung (Median: 57 Jahre, Range: 21–80) und die Geschlechtsverteilung (weiblich: 86,25%) entsprechen den bereits in anderen Manuskripten veröffentlichten Daten.

Bezüglich der umfangreich durchgeführten Voruntersuchungen fällt die häufige Verwendung des dynamischen Be-

cken-MRT auf, welches bei 85% der Patienten präoperativ *neben* der konventionellen Defäkographie durchgeführt wurde. Laut Autorin wurde das MRT den Patienten zudem auch postoperativ angeboten. Aussagen zur Anzahl der postoperativ durchgeführten MRT-Untersuchungen und zu den hieraus resultierenden Ergebnissen fehlen jedoch leider.

Die Operation wurde in der üblichen Art und Weise durchgeführt. Bei Patienten mit einer parallel bestehenden Enterozele erfolgte eine simultane Laparoskopie zur *sicheren* Rektumresektion. Dieses Vorgehen erscheint insofern interessant, da das Vorliegen einer derart großen Enterozele, welche durch eine STARR-Operation relevant bedroht wäre, offensichtlich kein Ausschlusskriterium für diese Studie darstellte – in dem Wissen, dass diese allein bereits die Symptome eines ODS verursachen kann, sie aber bei der STARR-Operation nicht behoben wird. Es wäre interessant gewesen, wenn diese Gruppe von 12 Patienten in der weiteren Analyse der Ergebnisse näher betrachtet worden wäre.

Die Anzahl der postoperativen Komplikationen liegt im Rahmen der veröffentlichten Daten. Seltene – bereits beschriebene – schwere Komplikationen wie z. B. eine rektovaginale Fistel, eine Beckenbodenphlegmone oder eine Peritonitis traten hier nicht auf. Die Nachblutungen (7,8%) wurden stets im Operationsaal umstochen, jedoch als Minorkomplika­tion gewertet.

Alle 80 Patienten wurden über einen medianen Zeitraum von 39 Monaten nachuntersucht. Die vorliegenden Nachsorgedaten bilden den interessantesten Teil der Studie. Hier konnte gezeigt werden, dass in 77,5% der Patienten postoperativ eine Besserung eintrat. Somit kam es bei 22,5% der Patienten zu keiner Änderung der Symptome. Zudem wurde gezeigt, dass die anfänglichen Erfolge im Verlauf der Zeit rückläufig waren. Der CCS reduzierte sich im Median direkt postoperativ von 9,3 auf 4,2. Er verschlechterte sich jedoch anschließend wieder auf im Median 6,5. Der mediane Wexner-Score für Inkontinenz zeigte im Verlauf der Nachsorge eine Verschlechterung von präoperativ 3,3 auf postoperativ 6,0. In anderen Studien zeigte sich da-

gegen eine Verbesserung der Inkontinenz über die Zeit. (z. B. Arroyo et al. [4] Inkontinenz bei 22,1% nach 4 Wochen und 8,7% nach 12 Monaten).

Eine erneute Verschlechterung der ODS-Symptome wurde in der vorliegenden Arbeit in 18,7% beobachtet. Dies liegt über den Daten anderer Studien mit z. B. einer erneuten Verschlechterung in 10,6% der Fälle nach 26 Monaten [5] bzw. 13% nach 48 Monaten [4].

Die Autoren versuchten zudem, prädiktive Faktoren für einen Erfolg der Operation zu finden. Der einzige mit einem Erfolg signifikant assoziierte Zusammenhang konnte nachgewiesen werden, wenn mehr als 3 Beckenveränderungen (Intussuszeption, Rektozele, Zystozele, Beckenbodensenkung, Enterozele) vor der Operation bestanden. Dies ist umso interessanter, da mit der Operation nur 2 der oben genannten Veränderungen operativ behoben wurden.

Neben all diesen Daten sticht vor allem die letzte Frage der Autoren an die Patienten hervor: Lediglich knapp über 50% der Patienten gaben nach etwa 3 Jahren an, dass die Entscheidung zur Operation eine „gute Entscheidung“ war.

Für mich stellt sich nun die Frage, ob man die Ergebnisse dieser Arbeit folgendermaßen im Aufklärungsgespräch zusammenfassen sollte:

„Sie leiden an einer Erkrankung, welche aufgrund zahlreicher verschiedener Veränderungen entstanden ist. Bisher kennen wir nicht alle diese Veränderungen und deren Bedeutung. Bei Ihnen konnten wir jedoch einen bzw. mehrere Faktoren identifizieren, die mit dieser Erkrankung assoziiert sind und die wir radiologisch darstellen können (Rektozele/Intussuszeption/Enterozele/Sigmaenterozele). Ob diese Faktoren die Henne oder das Ei sind, ist nicht geklärt.

Mit der Operation beseitigen wir einige dieser Faktoren (Rektozele/Intussuszeption). Die anderen bei Ihnen bekannten möglichen Einflussgrößen (Enterozele/Sigmaenterozele) können wir mit der Operation nicht verändern. Damit diese aber das Risiko der Operation nicht erhöhen, machen wir ggf. parallel eine Bauchspiegelung. Die Operation führt nur in absolut seltenen Fällen zu einer lebensbedrohlichen bzw. dauerhaft schädigenden

Situation. Nach der Operation verspüren 3 von 4 Patienten eine Verbesserung der Entleerungsstörung. Bei jedem fünften von diesen Patienten hält diese aber *nicht* an. Es kommt also wieder zu einer Zunahme der Beschwerden.

Eine anale Inkontinenz oder ein imperativer Stuhldrang wird nur gering durch die Operation verbessert. Es besteht aber in etwa einem Fünftel der Fälle die Möglichkeit, nach der Operation dauerhaft inkontinent zu werden. Diese Inkontinenz kann man jedoch in den meisten Fällen gut behandeln...

Übrigens, wenn man die Patienten etwa 3 Jahre nach der Operation fragen würde, ob die STARR-Operation eine gute Entscheidung war, würde das nur noch die Hälfte mit „ja“ beantworten ...

Bitte unterschreiben Sie hier“.

### Korrespondenzadresse

#### Dr. P. Oetting

Enddarmzentrum München-Bavaria  
Bavariaring 45, 80336 München  
Oetting@mprokt.de

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

### Literatur

1. Biviano I, Badiali D, Candeloro L et al (2011) Comparative outcome of stapled trans-anal rectal resection and macrogol in the treatment of defecation disorders. *World J Gastroenterol* 17:4199–4205
2. Isbert C, Reibetanz J, Jayne GD et al (2010) Comparative study of Contour Transstarr and STARR procedure for the treatment of obstructive defecation syndrome (ODS) – feasibility, morbidity and early functional result. *Colorectal Dis* 12:901–908
3. Song KH, Lee du S, Shin JK et al (2011) Clinical outcomes of stapled transanal rectal resection (STARR) for obstructed defecation syndrome (ODS): a single institution experience in South Korea. *Int J Colorectal Dis* 26:693–698
4. Arroyo A, Gonzalez-Argente FX, Garcia-Domingo M et al (2008) Prospective multicenter clinical trial of stapled transanal rectal resection for obstructive defaecation syndrome. *Br J Surg* 95:1521–1527
5. Madbouly KM, Abbas KS, Hussein AM (2010) Disappointing long-term outcomes after stapled transanal rectal resection for obstructed defecation. *World J Surg* 34:2191–2196

# Galenus-von-Pergamon-Preis 2012



## Die Jury hat entschieden

**Für manche ist er der inoffizielle „Nobelpreis“ für Pharmakologie: der Galenus-von-Pergamon-Preis. Am 18. Oktober wurde er im Rahmen einer festlichen Gala erneut verliehen – an drei beeindruckende Preisträger.**

### Primary Care

Der Preis in der Kategorie Primary Care würdigt ein Medikament, das bei einer breiten Patientengruppe eingesetzt wird. In diesem Jahr hat Novartis Pharma diesen Preis für Gilenya® (Fingolimod) erhalten. Fingolimod ist ein orales Medikament zur Therapie von Patienten mit Multipler Sklerose (MS). Es ist zugelassen für bisher nicht behandelte Patienten, die an einer rasch fortschreitenden, schweren schubförmigen MS erkrankt sind. Es ist zudem indiziert zur Eskalationstherapie, wenn trotz Behandlung mit einem Beta-Interferon eine hohe Krankheitsaktivität vorliegt. Mit Fingolimod gelingt es, die Schubrate zu verringern.

### Specialist Care

Der Preis in der Kategorie Specialist Care zeichnet ein Medikament aus, das zur Behandlung seltener Erkrankungen verwendet wird. Der diesjährige Gewinner ist Zelboraf® (Vemurafenib) von Roche Pharma. Vemurafenib ist die erste Option für eine personalisierte Therapie bei inoperablem oder metastasiertem Melanom. Das Medikament in Form von Filmtabletten ist zugelassen zur Therapie von Melanompatienten, die ein mutiertes BRAF-Gen haben. In der Zulassungsstudie betrug die geschätzte mediane progressionsfreie Überlebenszeit 5,6 Monate im Vergleich zu Patienten mit der Standardchemothera-

pie mit Dacarbazin. In der Vemurafenib-Gruppe war zudem das Sterberisiko um 63% und das Progressionsrisiko um 74% verringert.

### Grundlagenforschung

In der Kategorie Grundlagenforschung wurde das Team um Dr. Thomas Worzfeld aus Bad Nauheim für die Entwicklung eines neuen Ansatzes zur Therapie bei metastasierendem Brustkrebs geehrt. Worzfeld und sein Team haben herausgefunden, dass der Rezeptor Plexin-B1 eine besondere Bedeutung für die Metastasierung bei Brustkrebs hat. Anhand von Gewebeproben von Patientinnen mit einem Mammakarzinom stellten sie fest, dass die Frauen eine umso bessere Überlebenschance hatten, je weniger Rezeptoren im Tumorgewebe vorhanden waren. Inzwischen steht ein monoklonaler Antikörper gegen diesen Rezeptor zur Verfügung, der derzeit präklinisch getestet wird.

### Springer Medizin CharityAward 2012

Das Kinder- und Jugendhospiz Balthasar in Olpe ist für sein unermüdliches Engagement mit dem Springer Medizin CharityAward ausgezeichnet worden. Balthasar wurde im Jahr 1998 gegründet und ist damit das erste Kinder- und Jugendhospiz in Deutschland. Der von Schirmherr Daniel Bahr überreichte Springer Medizin CharityAward umfasst einen Barscheck über 50.000 Euro und ein Medienpaket über weitere 100.000 Euro. Damit unterstützt die Fachverlagsgruppe den Gewinner gezielt bei seiner Öffentlichkeitsarbeit.

Quelle: Springer Medizin