

Behandlung transsphinkterer Analfisteln: Sind Fistelplugs eine akzeptable Alternative?

Wang J, Garcia-Aguilar J, Sternberg J, et al. Treatment of transsphincteric anal fistulas: are fistula plugs an acceptable alternative? *Dis Colon Rectum* 2009;52:692–7.

Fragestellung: Zur Untersuchung der Frage, ob Fistelplugs bei Analfisteln von Nutzen sind, wurde deren Erfolgsrate der einer Standardbehandlung bei transsphinkteren Fisteln mit vergleichbarer Indikation, dem transanalen Mukosa-Advancement-Flap, gegenübergestellt.

Hintergrund: Eine Behandlung von transsphinkteren kryptoglandulären Analfisteln birgt Risiken hinsichtlich hoher Rezidivraten und eingeschränkter analer Kontinenz. Erfolgsberichte, in denen eine Beeinträchtigung des Analsphinkters vermieden werden konnte, haben die analen Fistelplugs populär gemacht.

Patienten und Methodik: Untersucht wurden die Ergebnisse aller Patienten mit transsphinkteren Fisteln, die zwischen Juli 2005 und Dezember 2006 einen Eingriff mit dem Fistelplug hatten. Ausgenommen waren Patienten mit Morbus Crohn oder einem Follow-up von weniger als 3 Monaten. Sie wurden einer historischen Kontrollgruppe von Patienten (2001–2005) mit vergleichbaren transsphinkteren Fisteln gegenübergestellt, die sich einer transanalen Mukosa-Advancement-

Flap-Operation unterzogen hatten, zu deren Zeitpunkt der anale Fistelplug nicht verfügbar war. Beide Eingriffe wurden von denselben Chirurgen vorgenommen. Die Ergebnisse wurden aus Krankenakten oder telefonischem Follow-up ermittelt.

Ergebnisse: 29 Patienten hatten eine anale Fistelplug-Operation und 26 Patienten einen Flap-Eingriff. Bei den Plugs betragen die Fistelverschlussraten 34%, bei den Flaps 62% ($p = 0,045$). Die Gruppen waren in jeder Hinsicht vergleichbar, mit Ausnahme des postoperativen stationären Aufenthalts bei 3% bei den Plug- und bei 58% bei den Flap-Patienten; auch war das mediane Follow-up bei der Flap-Gruppe länger (279 vs. 819 Tage).

Schlussfolgerung: Mit dem analen Fistelplug waren die Fistelverschlussraten signifikant niedriger als mit den Advancement-Flaps. Obwohl die niedrigen Erfolgsraten bei den Fistelplugs ein Ergebnis der Patientenselektion sein können, müssen mehr Daten zusammengetragen werden, bevor der Fistelplug als definitive Behandlung erster Wahl bei transsphinkteren Fisteln empfohlen werden kann.

Kommentar

Die dem Fistelplug zugrunde liegende Idee ist bestechend: Der Fistelgang wird mit einem vorgefertigten, konischen Kollagenimplantat verschlossen, welches nach Remodellierung des Gewebes einen dauerhaften Fistelverschluss bewirkt.

Nach initialer Euphorie über das minimalinvasive Verfahren, welches eine geringe Traumatisierung mit zugleich hohen Erfolgsraten über 80% versprach [1, 2], wurden in den letzten Jahren zunehmend Studien publiziert, die mit einer Fistelheilungsrate unter 15% deutlich ernüchternde Ergebnisse

des Verfahrens aufzeigten [3]. So auch die Veröffentlichung von Wang et al., die lediglich eine Fistelverschlussrate von 34% mit dem Plug beobachten konnte, wohingegen der Erfolg mit dem klassischen Flap mit 62% deutlich höher lag.

Wie die Autoren selbstkritisch anmerken, handelt es sich bei dem Studiendesign um eine nicht randomisierte Mischung aus retrospektiven und prospektiven Daten eines begrenzten Patientenkollektivs mit unterschiedlichen Nachbeobachtungszeiten. Eine wesentliche Einschränkung der Aussagekraft der vorliegenden Studie ist durch die sehr subjektive Erfolgskontrolle des jeweiligen Eingriffs bedingt: Bei 51% aller Patienten wurde der mögliche Fistelverschluss nur durch ein Telefonat mit dem Patienten eruiert.

Eine aktuelle Übersichtsarbeit belegt die noch immer sehr inhomogene Datenlage bezüglich des Plugs: Bei einer Erfolgsrate von insgesamt 24–92% liegt diese bei solitären Fistelgängen bei 44–93%, bei multiplen Fistelgängen bei 20–71% und bei Crohn-Fisteln bei 29–86%. Auch zeigen sich wesentliche Unterschiede bezüglich Komplikationen wie Abszesse und Infektionen von 4–29% und einem Plug-Verlust von 4–41% [4].

Möglicherweise sind die Gründe für diese Varianz in der (noch) bestehenden individuellen Operationstechnik, im perioperativen Management und in der Selektion der geeigneten Fisteln zu sehen. Je nach Studie lassen sich Unterschiede bezüglich der Fistelvorbereitung (Fadendrainage), des Débridements, der partiellen Exzision des Fis-

telganges, der Fistelspülung, des inneren Fistelverschlusses (zusätzlicher Flap), der perioperativen Antibiose, der präoperativen Darmvorbereitung und des postoperativen Kostenaufbaus feststellen.

Wie neue Daten aus prospektiven Studien belegen, scheint sich die Plug-Erfolgsrate mit zunehmender Erfahrung zwischen 60% und 85% einzupendeln [5, 6]. Vor diesem Hintergrund stellt der Fistel-Plug ein relativ einfaches und schnelles Behandlungsverfahren für komplizierte Fisteln dar, welches ohne wesentliche Kontinenzgefährdung als primäre Therapieoption in Betracht gezogen werden kann, da nun auch wirtschaftliche Faktoren für den Plug sprechen [7].

Literatur

1. Johnson EK, Gaw JU, Armstrong DN. Efficacy of anal fistula plug vs. fibrin glue in closure of anorectal fistulas. *Dis Colon Rectum* 2006;49:371–6.
2. Champagne BJ, O'Connor LM, Ferguson M, et al. Efficacy of anal fistula plug in closure of cryptoglandular fistulas: long-term follow-up. *Dis Colon Rectum* 2006;49:1817–21.
3. Safar B, Jobanputra S, Sands D, et al. Anal fistula plug: initial experience and outcomes. *Dis Colon Rectum* 2009;52:248–52.
4. Garg P, Song J, Bhatia A, et al. The efficacy of anal fistula plug in fistula-in-ano: a systematic review. *Colorectal Dis* 2009 Apr 29. [Epub]
5. Schwandner T, Roblick MH, Kierer W, et al. Surgical treatment of complex anal fistulas with the anal fistula plug: a prospective, multicenter study. *Dis Colon Rectum* 2009;52:1578–83.
6. Zubaidi A, Al-Obeed O. Anal fistula plug in high fistula-in-ano: an early Saudi experience. *Dis Colon Rectum* 2009;52:1584–8.
7. Adamina M, Hoch JS, Burnstein MJ. To plug or not to plug: a cost-effectiveness analysis for complex anal fistula. *Surgery* 2009 Sep 4. [Epub]

*Priv.-Doz. Dr. Rüdiger L. Probst,
Stuttgart, Deutschland*