

coloproctology 2010 · 32:292–293
 DOI 10.1007/s00053-010-0122-7
 Online publiziert: 8. August 2010
 © Urban & Vogel 2010

D. Weimann

Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie, Ludwigsburg

Randomisierter klinischer Vergleich von Analfistelplug und endorektalem Advancement-Flap in der Behandlung hoher kryptoglandulärer Analfisteln

Originalpublikation

Ortiz H, Marzo J, Ciga F et al (2009) Randomized clinical trial of anal fistula plug versus endorectal advancement flap for the treatment of high cryptoglandular fistula in ano. *Br J Surg* 96:608–612

Fragestellung und Hintergrund. Ziel dieser randomisierten Studie war der Vergleich der Ergebnisse von Analfistelplug und endorektalem Advancement-Flap in der Behandlung hoher Analfisteln kryptoglandulären Ursprungs.

Patienten und Methodik. Konsekutive Patienten mit hohen transsphinkteren Analfisteln kryptoglandulärer Ätiologie wurden für eine Behandlung mit entweder einem Analfistelplug oder einem endorektalen Advancement-Flap randomisiert. Die Patienten stimmten der Teilnahme an einem Nachbeobachtungsprogramm zu, das Kontrollbesuche 2, 4, 8, 12 und 24 Wochen sowie 1 Jahr nach der Operation einschloss. Der primäre Endpunkt war der Erfolg der Fistelheilung. Rezidive wurden als Auftreten eines Abszesses an der gleichen Stelle oder als deutliche Evidenz neuer Fisteln definiert.

Ergebnisse. Eine große Anzahl von Rezidiven in der Gruppe mit dem Fistelplug führte zur vorzeitigen Beendigung der Studie. Nach 1 Jahr wurden bei 12 von 15 mit einem Analfistelplug behandelten Patienten Fistelrezidive verzeichnet, verglichen mit 2 von 16 Patienten, die mit einem endorektalen Advancement-Flap

behandelt worden waren (relatives Risiko 6,40, 95%-Konfidenzintervall 1,70–23,97; $p < 0,001$).

Schlussfolgerung. In Gegensatz zu anderen veröffentlichten Studien war der Analfistelplug mit einer niedrigen Fistelheilungsrate assoziiert, insbesondere bei Patienten mit einer Vorgeschichte von Fisteloperationen.

Kommentar

In einer aktuellen Cochrane-Analyse kommen Jacob et al. zu dem Schluss, dass „... neuere Operationen wie der Fistelplug mittels randomisierter Studien überprüft werden sollten“ [1]. Ortiz et al. haben mit ihrer o. g. Arbeit einen Beitrag zu dieser Forderung geleistet. Die Ergebnisse der 2008 initiierten PLUG-Studie [2] stehen noch aus, sodass die hier besprochene Arbeit die bisher einzige prospektiv-randomisierte Studie zur Effektivität der Behandlung von hohen Analfisteln mittels Fistelplug ist.

Beide Studien schließen nur hohe transsphinktere Fisteln kryptoglandulärer Genese zur Randomisierung ein. Im Gegensatz zur niederländischen Multicenterstudie sind die Ergebnisse von Ortiz et al. an einem Zentrum erhoben worden. Die spanische Arbeitsgruppe verzeichnet nach ihrer eigenen Erfahrung eine Rezidivrate von 17,5% in der Behandlung von hohen Analfisteln, was im Vergleich der Literatur, in der Rezidivraten bis zu 63% [3] angegeben werden, eine niedrige Quote an

Therapieversagern darstellt. Deshalb gehen die Autoren in der Berechnung der Größe der Studiengruppen von jeweils 93 Patienten aus.

Nach 6 Monaten (Mai bis Oktober 2007) waren 15 Patienten mittels Analfistelplug (AFP) und 16 Patienten mittels Advancement-Flap versorgt worden. Die Rekrutierung wurde wegen einer bereits zu diesem Zeitpunkt zu erkennenden hohen Rezidivrate abgebrochen. In der Analyse nach 1-jähriger Nachbeobachtung der 31 Patienten zeigte sich, dass 12 der 15 AFP-Patienten ein Rezidiv hatten, was einer Rezidivrate von 80% entspricht. Im Gegensatz dazu waren in der Advancement-Flap-Gruppe nur 2 Rezidive (12,5%) zu beobachten.

Ortiz et al. selbst erklären die schlechten Ergebnisse in der AFP-Gruppe mit der hohen Rate an Voroperationen bei Analfisteln (alles Flaptechniken) in ihrem Patientenkollektiv (50%, 16 von 32 Patienten).

In der vorliegenden Studie sind ausschließlich hohe, unverzweigte Analfisteln behandelt worden. Nach Aussage der Konsensuskonferenz zum AFP ist dies die ideale Indikation zur Verwendung des AFP [4]. Allerdings gibt es Berichte, wonach bei tiefen transsphinkteren Fisteln eine höhere Heilungsrate bei der Verwendung des AFP zu beobachten ist [5]. Diese Fistelform stellt aber keine chirurgische Herausforderung dar, die Ergebnisse einer Fistulotomie sind sowohl hinsichtlich der Heilungsraten als auch der funktionellen Ergebnisse gut [2]. Hier scheint

nun nach der Analyse von Ortiz et al. der AFP keine Vorteile zu bringen.

In der Studienanalyse ist das Rezidiv, insbesondere das Frührezidiv, nicht definiert. Die Untersuchungsmethoden zur Sicherung des Rezidivs (klinisches Erscheinungsbild mit Sekretion oder ausbleibender Heilung respektive endoanaler Ultraschall) sind nicht angegeben. Damit sind die Ergebnisse nur sehr eingeschränkt zu verwerten.

Nach den Empfehlungen der Konsensuskonferenz sollte ein Zeitraum von mindestens 3 Monaten nach der Analfistelversorgung mit AFP abgewartet werden, um ein Rezidiv beurteilen zu können [4].

Zusammenfassend ist die vorliegende Arbeit wegen der fehlenden Definition und Beschreibung des diagnostischen Nachweises des Fistelrezidivs nur eingeschränkt zu verwerten. Darüber hinaus werden hier monozentrische Erfahrungen präsentiert.

Zur Beantwortung der Frage, ob der Fistelplug flächendeckend Vorteile in der Versorgung der hohen transsphinkteren Analfistel bringt, bleiben die Ergebnisse der PLUG-Studie abzuwarten.

Korrespondenzadresse

Dr. D. Weimann

Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie
Posilipostr. 4, 71640 Ludwigsburg
dweimann@gmx.net

Literatur

1. Jacob TJ, Perakath B, Keighley MR (2010) Surgical intervention for anorectal fistula. Cochrane Database Syst Rev 5:CD006319
2. Van Koperen PJ, Bemelman WA, Bossuyt BMM et al (2008) The anal fistula plug versus the mucosal advancement flap for the treatment of anorectal fistula (PLUG trial). BMC Surg 8:11
3. Van der Hagen SJ, Baeten CG, Soeters PB, van Gemert WG (2006) Long-term outcome following mucosal advancement flap for high perianal fistulas and fistulotomy for low perianal fistulas: recurrent perianal fistulas: failure of treatment or recurrent patient disease? Int J Colorectal Dis 21:784–790
4. Consensus Statement (2007) The surgisis® AFP™ anal fistula plug: report of a consensus conference. Colorectal Dis 10:17–22
5. Christoforidis D, Etzioni DA, Goldberg SM et al (2008) Treatment of complex anal fistulas with the collagen fistula plug. Dis Colon Rectum 51:1482–1487

coloproctology 2010 · 32:293–294 · DOI 10.1007/s00053-010-0123-6
Online publiziert: 24. Juli 2010 · © Urban & Vogel 2010

R. Proßt

Proktologisches Institut Stuttgart

Die dopplergesteuerte Hämorrhoidalarterienligatur reduziert die Notwendigkeit einer konventionellen Hämorrhoidenoperation bei Patienten nach erfolgloser Gummibandligatur

Originalpublikation

Conaghan P, Farouk R (2009) Doppler-guided hemorrhoid artery ligation reduces the need for conventional hemorrhoid surgery in patients who fail rubber band ligation treatment. Dis Colon Rectum 52:127–130

Fragestellung und Hintergrund. In dieser Studie wurde untersucht, ob mit der dopplergesteuerten Hämorrhoidalarterienligatur die Notwendigkeit eines konventionellen Eingriffs bei den Patienten vermieden werden kann, bei denen mit einer Gummibandligatur ihrer Hämorrhoiden keine Linderung der Beschwerden erreicht werden konnte.

Patienten und Methodik. Berichtet wird über alle Patienten, die sich in zwei Kliniken zwischen September 2004 und Juni 2007 einer Behandlung ihrer Hämorrhoiden unterzogen hatten.

Ergebnisse. Insgesamt 203 Patienten (121 Frauen; mittleres Alter 44 Jahre, 17–84 Jahre) wurden während der Studienperiode mit einer Gummibandligatur an zwei (181 Patienten) oder drei Hämorrhoiden (22 Patienten) behandelt. Nach drei klinischen Untersuchungen hatten 54 dieser Patienten (27%) weiterhin Beschwerden wie Blutungen (38 Patienten) oder Blutung und Prolaps (16 Patienten). In der Folge unterzogen sich 52 dieser 54 Pa-

tienten einer dopplergesteuerten Hämorrhoidalarterienligatur. Zwei weitere Patienten erhielten eine Stapleranopexie. Nach einem medianen Beobachtungszeitraum von 18 Monaten (6–33 Monate) zeigten 12 der 52 Patienten (23%), bei denen eine dopplergesteuerte Hämorrhoidalarterienligatur durchgeführt worden war, rezidivierende Symptome: Blutungen (6 Patienten) und/oder Prolaps (6 Patienten). Von den Patienten mit rezidivierenden Symptomen wurden 4 mit einer Ein-Quadranten-Hämorrhoidektomie behandelt, und die verbliebenen 8 Patienten unterzogen sich einer dopplergesteuerten Hämorrhoidalarterienligatur mit rektoanaler Raffung.

Schlussfolgerung. Die dopplergesteuerte Hämorrhoidalarterienligatur reduziert die Notwendigkeit einer konventionellen Hämorrhoidenoperation in den Fällen, in denen eine Gummibandligatur erfolglos ist.

Kommentar

Die Hämorrhoidalarterienligatur (HAL) wird seit ihrer Erstbeschreibung durch Morinaga et al. als semioperatives, ambulant durchführbares, schmerzarmes Verfahren gepriesen, welches auch höhergradige Hämorrhoidalleiden erfolgreich zu therapieren vermag [1, 2, 3].

Wissenschaftlich gesehen jedoch ist die Datenlage seit nunmehr 15 Jahren relativ dünn: Im Gegensatz zu anderen fast gleich alten Operationstechniken wie z. B. der Staplerhämorrhoidopexie existieren für die HAL fast ausschließlich Beobachtungsstudien mit zu geringer qualitativer Aussagekraft, um die klinische Effizienz der HAL eindeutig belegen zu können [4].

Bei bis zu 14 Durchstechungsligaturen pro Operation ist die Notwendigkeit einer technisch aufwendigen dopplergesteuerten Lokalisierung der zuführenden Gefäße kritisch zu hinterfragen. Hypothetisch ließe sich ein ähnliches funktionelles Resultat mit blind gesetzten zirkulären Durchstechungen weitaus einfacher und schneller erreichen.

Neuerdings wird die HAL um eine rektale Raffungsnaht des Prolapses, den „rectoanal repair“ (RAR), erweitert. Es bleibt aber auch mit dem RAR unverständlich, wie die Protagonisten der Technik einen fixierten Prolaps bei viertgradigen Hämorrhoiden suffizient reponieren können [5–8].

Im Gegensatz zu den bisherigen Anwendungen der HAL als Alternative zu resezierenden Verfahren bei dritt- und viertgradigen Hämorrhoiden betrachtet die vorliegende Studie die HAL als eine Art „Salvage“-Technik nach erfolgloser Gummibandligatur bei überwiegend zweitgradigen Hämorrhoiden. Dabei wurden durchschnittlich 7 Durchstechungsligaturen (6–14 Durchstechungsligaturen) während einer durchschnittlichen Operationszeit von 20 min (12–24 min) gesetzt. Die Erfolgsrate von 77% nach durchschnittlich 18-monatiger Nachbeobachtung ist bemerkenswert, zumal dadurch ein schmerzintensiverer, stationärer Eingriff vermieden werden konnte. Wie von den Autoren angemerkt, ist bei ausgeprägten Prolapsformen die Kombination HAL + RAR der alleinigen HAL-Anwendung vorzuziehen.

Vertraut man also den Ergebnissen von Conaghan & Farouk und scheut die Kosten bzw. den Aufwand nicht, so stellt die HAL-RAR als „Salvage“-Technik bei zweitgradigen Hämorrhoiden eine durchaus überlegenswerte Option dar, die vor der Durchführung eines resezierenden Eingriffs ihre Berechtigung haben kann.

Korrespondenzadresse

PD Dr. R. Proß
Proktologisches Institut Stuttgart
Esslinger Str. 40, 70182 Stuttgart
ruediger@prosst.de

Literatur

1. Morinaga K, Hasuda K, Ikeda T (1995) A novel therapy for internal hemorrhoids: ligation of the hemorrhoidal artery with a newly devised instrument (Moricorn) in conjunction with a doppler flowmeter. *Am J Gastroenterol* 90:610–613
2. Sohn N, Aronoff JS, Cohen FS, Weinstein MA (2001) Transanal hemorrhoidal dearterialization is an alternative to operative hemorrhoidectomy. *Am J Surg* 182:515–519
3. Ratto C, Donisi L, Parello A et al (2010) Evaluation of transanal hemorrhoidal dearterialization as a minimally invasive therapeutic approach to hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 53:803–811
4. Giordano P, Overton J, Madeddu F et al (2009) Transanal hemorrhoidal dearterialization: a systematic review. *Dis Colon Rectum* 52:1665–1671
5. Scheyer M (2008) Doppler-guided recto-anal repair: a new minimally invasive treatment of hemorrhoidal disease of all grades according to Scheyer and Arnold. *Gastroenterol Clin Biol* 32:664
6. Walega P, Krokowicz P, Romaniszyn M et al (2009) Doppler guided haemorrhoidal arterial ligation with recto-anal-repair (RAR) for the treatment of advanced haemorrhoidal disease. *Colorectal Dis* [Epub ahead of print]
7. Forrest NP, Mullerat J, Evans C, Middleton SB (2010) Doppler-guided haemorrhoidal artery ligation with recto anal repair: a new technique for the treatment of symptomatic haemorrhoids. *Int J Colorectal Dis* [Epub ahead of print]
8. Theodoropoulos GE, Sevrissarianos N, Papaconstantinou J et al (2010) Doppler-guided haemorrhoidal artery ligation, rectoanal repair, sutured haemorrhoidopexy and minimal mucocutaneous excision for grades III–IV haemorrhoids: a multicenter prospective study of safety and efficacy. *Colorectal Dis* 12:125–134

coloproctology 2010 · 32:294–296 · DOI 10.1007/s00053-010-0127-2
Online publiziert: 4. September 2010 · © Urban & Vogel 2010

K. Matzel

Chirurgische Klinik mit Poliklinik, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen

Können sensorische und/oder motorische Reaktionen während einer perkutanen Nervenvaluation Ergebnisse der Modulation der Sakralnerven voraussagen?

Originalpublikation

Govaert B, Melenhorst J, van Gemert W et al (2009) Can sensory and/or motor reactions during percutaneous nerve evaluation predict outcome of sacral nerve modulation? *Dis Colon Rectum* 52:1423–1426

Fragestellung. Die Studie untersuchte den Vorhersagewert sowohl sensorischer als auch motorischer Reaktionen während einer perkutanen Nervenvaluation

on zur Bestimmung des Ergebnisses einer subchronischen Teststimulation und einer permanenten Stimulation.

Hintergrund. Ein großer Vorteil der Modulation des Sakralnervs in der Behandlung von Stuhlinkontinenz ist die Möglichkeit einer Bestimmung des wahrscheinlichen Behandlungserfolgs vor einer Implantation mittels einer perkuta-

nen Nervevaluation und einer Teststimulation.

Patienten und Methodik. Es wurden alle zwischen 2000 und 2007 durchgeführten perkutanen Nervevaluationsmaßnahmen analysiert. In die Studie wurden 208 Eingriffe (194 Frauen; mittleres Alter 56,7 Jahre) eingeschlossen. Die korrekte Platzierung der Nadel wurde durch typische sensorische und/oder motorische S₃-Reaktionen bestätigt. Die sensorischen und motorischen Reaktionen während des Eingriffs wurden in Bezug auf die Ergebnisse der Teststimulation und der permanenten Stimulation analysiert.

Ergebnisse. Bei insgesamt 72,6% der Patienten war die subchronische Teststimulation erfolgreich. Nur 13,9% zeigten keine motorische Reaktion. Es fand sich kein signifikanter Unterschied im Ergebnis zwischen der Gruppe mit ausschließlich sensorischen Reaktionen und der Gruppe mit sensorischen und motorischen Reaktionen ($p=0,89$; Odds-Ratio 1,01; 95%-Konfidenzintervall 0,42–2,43). Die Korrelation mit permanenter Implantation zeigte keinen signifikanten Unterschied im Ergebnis zwischen beiden Gruppen ($p=0,53$; Odds-Ratio 0,48; 95%-Konfidenzintervall 0,17–1,41).

Schlussfolgerung. Positive motorische Reaktionen während einer perkutanen Nervevaluation besitzen einen hohen Vorhersagewert für ein erfolgreiches Ergebnis einer subchronischen Teststimulation und einer permanenten Modulation des Sakralnervs. Gleiches gilt für den Vorhersagewert sensorischer Reaktionen. Aus diesem Grund sollte die perkutane Nervevaluation vorzugsweise bei wachen Patienten unter Lokalanästhesie durchgeführt werden, um zu vermeiden, dass die Patienten übersehen werden, die von einer permanenten Stimulation profitieren könnten, während des Eingriffs aber keine motorische Reaktion zeigen.

Kommentar

Die kommentierte Arbeit unternimmt den Versuch, die Frage zu beantworten, ob anhand der sensorischen und/oder der motorischen Reaktion während der perkuta-

nen Nervevaluation (PNE) und der diagnostischen Sakralnervenstimulation das klinische Ergebnis der Phase der Teststimulation und der permanenten Stimulation (SNS) vorhersagbar ist. Die angesprochene Fragestellung ist eng mit der Frage verknüpft, ob das Verfahren der PNE in Lokalanästhesie oder in Vollnarkose erfolgreicher durchzuführen ist, denn unter Vollnarkose kann nur die motorische Reaktion als Indikator für eine adäquate Elektrodenpositionierung verwendet werden, während bei der Durchführung der PNE in örtlicher Betäubung vor allem die vom Patienten unter Stimulation wahrgenommene Sensation (sofern kein sensorisches Defizit besteht) im Bereich des Beckenbodens und Analsphinkters als Hinweis auf korrekte Elektrodenplatzierung dient und motorische Reaktionen selten mit für den Patienten tolerablen Stromstärken auslösbar sind. Fragestellungen zur Optimierung der Technik gewinnen in Ermangelung klinischer Prädiktoren des Erfolgs der SNS vor dem Hintergrund von mittlerweile – mit längeren Anwendungsdauern und breiterem Einsatz – etwa 20% Therapieversagern chronischer SNS an Interesse und Bedeutung.

Die Untersuchung wurde an einem Zentrum durchgeführt, das weltweit mit zu den erfahrensten zählt. Das Gesamtkollektiv umfasste 271 Patienten. Für die Untersuchung der Fragestellung während der Phase der Teststimulation, die der Selektion für die permanenten Implantationen dient, wurden 208/271 Patienten (77%) eingeschlossen. Insgesamt 24 der nicht eingeschlossenen Patienten litten an pathophysiologischen Konditionen, die häufig mit Fehlen oder Veränderungen der Sensorik vergesellschaftet sind, wie Spinalläsionen und Analtresie. Bei 78/208 Patienten wurde die Ursache der Inkontinenz als idiopathisch, bei 100/208 als Folge eines geburtshilflichen Traumas und bei 30/208 als Folgezustand nach Sphinkter-Repair klassifiziert. Daten physiologischer Untersuchungen liegen nicht vor. Sämtliche PNE-Testungen wurden mit temporären Elektroden unter Lokalanästhesie durchgeführt. Das Verfahren scheint in einer standardisierter Weise durchgeführt worden zu sein. Angaben zu den verwendeten Stimulationsparametern, insbesondere zur ap-

plizierten Stromstärke, liegen im Detail nicht vor. Eine Darstellung, auf welche Weise versucht wurde, sensorische und motorische Antworten auszulösen, fehlt. Es wird auch nicht explizit erwähnt, anhand welcher Kriterien die bestmögliche Elektrodenposition bestimmt wurde. Die Position der Elektrode wurde mittels postoperativer Röntgenaufnahmen verifiziert (S₃: 170, S₄: 38 Patienten). Für die Analyse der Fragestellung hinsichtlich des Ergebnisses der permanenten Stimulation wurden die Daten von 149 Patienten verwendet. Angaben zur Ätiologie der Inkontinenz in dieser Gruppe fehlen ebenso wie physiologische Daten; Aspekte der angewendeten Implantationstechnik (Narkoseform, Kriterien für die Optimierung der Elektrodenposition, postoperative Dokumentation der Elektrodenposition, Art der Stimulation etc.) und Hinweise, inwieweit die identische Position der Teststimulationselektrode reproduziert wurde, vermisst man. Es fehlen Angaben, ob die Studie prospektiv angelegt war oder ob es sich um eine Ex-post-Analyse handelte.

Bezüglich des Erfolgs der temporären Testung zeigten sich keine Unterschiede in Abhängigkeit vom stimulierten Nerv (Erfolg PNE S₃: 72,9%, S₄: 71,0%, gesamt: 72,6%). Der Erfolg war auch vergleichbar zwischen Patienten, die nur eine sensorische Antwort boten (Erfolg: 72,4%), und Patienten, bei denen sich eine sensorische und motorische Stimulationsantwort (Erfolg: 73,2%) fand, sowie Patienten, bei denen die sensorische und motorische Stimulationsantwort mit einer Begleitreaktion des Vorfußes (Erfolg: 70,0%) vergesellschaftet war. Die Anzahl der Patienten, bei denen nur eine motorische Antwort zu beobachten war, war zu gering ($n=2$), um eine sinnvolle Interpretation zu erlauben.

Die Ergebnisse stellen sich bei der Betrachtung der Patienten mit chronischer Stimulation anders dar. Hier gibt es Unterschiede der Erfolgsraten – die nicht das Signifikanzniveau erreichten – in Abhängigkeit von der Art der Antwort auf die Stimulation: Die Erfolgsrate betrug bei Patienten, die nur eine sensorische Antwort boten, 68,4%, bei Patienten mit sensorischer und motorischer Stimulationsantwort 81,1% und bei Patienten mit sensorischer und motorischer Stimulationsantwort mit einer Begleitreaktion des Vor-

fußes 85,7%. Auch in dieser Gruppe fanden sich nur 2 Patienten mit ausschließlich motorischer Antwort.

Vorliegende Arbeit ist die erste, die o. g. Fragestellung bei koloproktologischen Patienten untersucht. Ein ähnlicher Untersuchungsansatz bei urologischen Patienten zeigte eine höhere Erfolgsrate und eine geringere Misserfolgsrate der SNS, wenn eine motorische Antwort erzielt werden konnte [1] – im Gegensatz zur vorgestellten Arbeit wurden zur Testung sog. „tined lead“-Elektroden verwendet, die nach erfolgreicher Probestimulation als permanente Elektroden weiter genutzt werden.

Aufgrund der angeführten Limitationen methodischer Art (insbesondere die Frage, wie intraoperativ die bestmögliche Elektrodenposition bestimmt wurde, ist von zentraler Bedeutung) ist bei der Interpretation der Arbeit gewisse Zurückhaltung zu üben. Die Arbeit macht deutlich, dass während der PNE vergleichbare Ergebnisse mit Stimulation S3 oder S4 erreicht werden können und dass es für den Erfolg der PNE unwesentlich ist, ob eine sensorische oder sensorische und motorische Antwort erzielt werden kann. In der Vergangenheit war als Erfolgsprädiktor der Stimulation die Erzielung einer motorischen Antwort bei niedrigen Stimulationsamplituden beschrieben worden [2]; dies liegt nahe, denn diese Konstellation kann auch als günstige Elektrodenposition nahe am Zielnerv interpretiert werden, was im Grunde das Ziel des Verfahrens ist. Die kommentierte Arbeit zeigt klar, dass der Erfolg der Testung nicht vom Vorhandensein einer motorischen Begleitantwort des Fußes abhängt. Diese Beobachtung steht im Einklang mit früheren Beschreibungen [3]. Eine Betrachtung der erzielten klinischen Ergebnisse in Abhängigkeit von der Ätiologie der Inkontinenz wäre von Interesse gewesen.

Die Interpretation der Ergebnisse bei chronischer Stimulation ist nur mit Einschränkungen möglich, da, wie oben dargestellt, wesentliche Informationen fehlen und so die Stringenz der Vorgehensweise nur anzunehmen ist. Fragen zu dem für das Verfahren wesentlichen Schritt der Reproduktion des Testergebnisses durch die permanente Stimulation bleiben offen. Somit sind verlässliche Aussagen

nicht vertretbar. Die Daten tendieren dahin, dass bessere (etwa 13%) Ergebnisse zu erzielen sind, wenn eine motorische Antwort ausgelöst werden kann. Dies steht in gewisser Analogie zu den Ergebnissen in der Urologie [1].

Die Autoren sind sich der Limitationen der Studie offenbar bewusst und formulieren die Schlussfolgerung im Text entsprechend bedacht: „... *intraoperative Elektrodenpositionierung während der PNE unter Lokalanästhesie bei nicht sedierten Patienten kann durch eine sensorische Antwort in der Perianalregion bestätigt werden. Eine motorische Reaktion ist der objektivere Weg der Bestätigung, aber ihre Abwesenheit deutet nicht unbedingt darauf hin, dass die Teststimulation und die permanente Stimulation scheitern werden.*“ Die in der Schlussfolgerung des Abstracts zu findende Einschätzung der Autoren: „... *Sensorische Antworten haben denselben prädiktiven Wert wie motorische (bezogen auf die Testung und die permanente Stimulation). Aus diesem Grund sollte die perkutane Nervenevaluation vorzugsweise bei wachen Patienten unter Lokalanästhesie durchgeführt werden, um zu vermeiden, dass die Patienten übersehen werden, die von einer permanenten Stimulation profitieren könnten, während des Eingriffs aber keine motorische Antwort zeigen*“, erscheint aufgrund der methodischen Limitationen der Arbeit nicht gerechtfertigt. Es ist vor allem nicht ersichtlich, 1. ob und in welcher Weise systematisch versucht wurde, eine motorische Antwort bei jenen Patienten, die eine sensorische Reaktion zeigten, zu provozieren und umgekehrt, 2. in welcher Weise die Elektroden für die permanente Stimulation platziert wurden und inwieweit sie das Ergebnis der Teststimulation reproduzieren. Zusammenfassend kann somit die im Titel formulierte Frage der Arbeit nur mit Einschränkungen und nicht umfassend positiv beantwortet werden.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. K. Matzel

Chirurgische Klinik mit Poliklinik, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Krankenhausstr. 12, 91054 Erlangen
Klaus.Matzel@chir.imed.uni-erlangen.de
Klaus.Matzel@uk-erlangen.de

Literatur

1. Cohen BL, Tunuguntla HS, Gousse A (2006) Predictors of success for first stage neuromodulation: motor versus sensory response. *J Urol* 175:2178–2181
2. Dudding TC, Pares D, Vaizey CJ, Kamm MA (2007) Predictive factors for successful sacral nerve stimulation in the treatment of fecal incontinence: a 10-year cohort analysis. *Colorectal Dis* 10:249–256
3. Altomare DF, Rinaldi M, Petrolino M et al (2004) Reliability of electrophysiologic anal tests in predicting the outcome of sacral nerve modulation for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 47:853–857

Randomisierte, kontrollierte Studie zeigt Überlegenheit von Biofeedback gegenüber Beckenbodentraining bei Stuhlinkontinenz

Originalpublikation

Heymen S, Scarlett Y, Jones K et al (2009) Randomized controlled trial shows biofeedback to be superior to pelvic floor exercises for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 52:1730–1737

Fragestellung und Hintergrund. Ziel dieser Studie war der Vergleich von manometrischem Biofeedback mit Beckenbodentraining zur Behandlung von Stuhlinkontinenz in einer randomisierten, kontrollierten Untersuchung unter besonderer Beachtung nichtspezifischer Behandlungseffekte.

Patienten und Methodik. Nach Ausschluss der Patienten, die eine adäquate Behandlung mit Medikation, Aufklärung und Verhaltensvorgaben erhielten (21%), unterzogen sich 108 Patienten (83 Frauen; Durchschnittsalter 59,6 Jahre) entweder einem ausschließlichen Beckenbodentraining (n=63) oder einem manometrischen Biofeedback- plus Beckenbodentraining (n=45). Die Patienten beider Gruppen bekamen Verhaltensregeln zur Vermeidung von Inkontinenz.

Ergebnisse. Bei der Verlaufskontrolle nach 3 Monaten wiesen die Biofeedbackpatienten signifikant größere Reduktionen im Fecal Incontinence Severity Index (FISI; $p=0,01$) und weniger Tage mit Stuhlinkontinenz ($p=0,083$) auf. Das Biofeedbacktraining erhöhte den Kneifdruck des Analkanals stärker als das Beckenbo-

denttraining ($p=0,014$) und mit geringerer abdomineller Spannung während des Pressens ($p=0,001$). Drei Monate nach dem Training berichteten 76% der mit Biofeedback gegenüber 41% der mit Beckenbodentraining behandelten Patienten ($\chi^2=12,5$; $p<0,001$) über eine ausreichende Besserung. Vor der Behandlung unterschieden sich die Gruppen nicht hinsichtlich der demographischen, physiologischen oder psychologischen Variablen, der Symptomschwere, der Dauer der Krankheit, der Auswirkungen auf die Lebensqualität oder der Erwartung eines Nutzens. Bei der Verlaufskontrolle nach 12 Monaten zeigten die Biofeedbackpatienten immer noch eine signifikant größere Reduktion in den FISI-Scores ($F=4,83$; $p=0,03$), und mehr Patienten berichteten weiterhin über eine ausreichende Besserung ($\chi^2=3,64$, $p=0,056$).

Schlussfolgerung. Die Ergebnisse dieser Untersuchung stützen maßgeblich die Wirksamkeit des Biofeedbacktrainings. Das Biofeedbacktraining reduzierte sowohl die Schwere der Stuhlinkontinenz als auch die Anzahl der Tage mit Stuhlinkontinenz. Im Vergleich zum ausschließlichen Beckenbodentraining war das Biofeedback auch effektiver im Erreichen einer adäquaten Besserung der Stuhlinkontinenzsymptome der Patienten, bei denen eine konservative medizinische Behandlung fehlgeschlagen war.

Kommentar

Bei dieser Arbeit handelt es sich um eine gut geplante Studie, die sich als Ziel den Beweis eines autonomen Nutzens des Biofeedbacktrainings bei der analen Inkontinenz setzt. Dies geschieht vor dem Hintergrund einer aktuellen Cochrane-Analyse, die zu dem Schluss gekommen ist, dass eine Wirksamkeit des Biofeedbacks aus den bis dato vorliegenden Daten nicht abgeleitet werden kann [1]. Insbesondere war den Autoren daran gelegen, Effekte zu eliminieren, die durch eine intensive Zuwendung des Behandlers zum Patienten bereits eine Besserung der Inkontinenz zur Folge haben. Dies wurde durch eine 4-wöchige, sog. Run-in-Phase realisiert, in der mit Aufklärung, Verhaltensberatung und Medikation eine Basisinkontinenzbehandlung durchgeführt wurde. Patienten, die auf diese erste Therapiestufe ansprachen, wurden vom weiterführenden Protokoll ausgeschlossen.

Das Beckenbodentraining (BBT) umfasste sechs Sitzungen von je 1 h mit umfassenden Instruktionen. Das Biofeedbackprotokoll war als Koordinationstraining angelegt mit dem Ziel, eine Ballondistension um 10 ml mit einer 10 s dauernden Beckenbodenkontraktion von 125 mmHg ohne Erhöhung der abdominalen Muskelanspannung zu beantworten. Das Hauptzielkriterium, der FISI, war nach 3 und nach 12 Monaten in der Biofeedbackgruppe signifikant besser. Gleiches traf nach 3 Monaten für die

subjektive Einschätzung der Beschwerdebesserung seitens der Patienten zu, nach 12 Monaten war diese Differenz nur noch grenzwertig signifikant.

Wichtig für die Bewertung dieser Ergebnisse ist, dass in der Biofeedbackgruppe (nur BBT-Gruppe) lediglich 40 von 62 (53 von 70) Patienten die geplante Behandlung erhielten. Dadurch wurden die von den Autoren selbst gesetzten Ziele hinsichtlich der Power der Studie nicht erreicht. Ferner werden keine Angaben gemacht, ob die von den Patienten geklagte Stuhlinkontinenz passiv war oder ob eine Urge-Inkontinenz vorlag. Da ein Trainingseffekt eher für die Urge-Komponente zu erwarten ist, wäre eine solche Stratifizierung im Hinblick darauf, ob sich Parameter mit Vorhersagewert für den Therapieeffekt definieren lassen, wichtig gewesen.

Zusammenfassend wird die Schlussfolgerung einer Überlegenheit des Biofeedbacks bis auf geringfügige Bias-Momente durch die Ergebnisse gestützt.

Korrespondenzadresse

Dr. S. Stelzner

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie,
Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt
Friedrichstr. 41, 01067 Dresden
stelzner-si@khdf.de

Literatur

1. Norton C, Cody J, Hosker G (2006) Biofeedback and/or sphincter exercises for the treatment of faecal incontinence in adults. Cochrane Database Syst Rev 3:CD002111

coloproctology 2010 · 32:298–299 · DOI 10.1007/s00053-010-0128-1
Online publiziert: 4. September 2010 · © Urban & Vogel 2010

H. Schimmelpennig · T. Leibecke

Schön Klinik Neustadt, Neustadt in Holstein

Diagnostische Genauigkeit von serieller CT/MRT im Vergleich zur PET/CT bei vermuteten und bekannten Rezidiven kolorektaler Karzinome

Originalpublikation

Potter K, Husband J, Houghton S et al (2009) Diagnostic accuracy of serial CT/magnetic resonance imaging review vs. positron emission tomography/CT in colorectal cancer patients with suspected and known recurrence. Dis Colon Rectum 52:253–259

Fragestellung und Hintergrund. Diese Studie untersuchte die Sensitivität und Spezifität der seriellen Computertomographie/Magnetresonanztomographie (CT/MRT) im Vergleich mit der ¹⁸Fluor-2-Desoxyglucose-Positronenemissionstomographie (PET)/CT zur Optimierung der Verlaufskontrolle bei kolorektalen Karzinomen.

Patienten und Methodik. Unter Einsatz standardisierter Parameter untersuchten drei geblindete Radiologen serielle CTs und MRTs in Verdachtsfällen von Rezidiven kolorektaler Karzinome bei Patienten, die sich einer PET/CT unterzogen.

Ergebnisse. Insgesamt 50 ausgewählte Patienten wurden in die Studie eingeschlossen. Bei der Nachuntersuchung hatten 23 Patienten positive und 27 Patienten negative Diagnosen kolorektaler Karzinomrezidive. Die seriellen Aufnahmen reduzierten die Anzahl widersprüchlicher Studien von 20 auf 4 und nicht erklärter erhöhter karzinoembryonaler Antigen-(CEA-)Werte von 17 auf 10. Unter Einsatz der PET/CT verringerte sich die Anzahl

widersprüchlicher Studien von 20 auf 6 und nicht erklärter CEA-Werte von 17 auf 10. Die PET/CT veränderte die Behandlung bei 8% der Patienten (4/50, 95%-Konfidenzintervall 0–16%). Es wurden keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Genauigkeit, Sensitivität und Spezifität beim Vergleich der seriellen MRT und der PET/CT hinsichtlich der Entdeckung von Rezidiverkrankungen gefunden. Bei 8 von 50 Patienten konnten zusätzliche Informationen mit der PET/CT im Vergleich zur MRT dargestellt werden, und bei einem Patienten ergab sich zufällig ein anderer positiver Befund.

Schlussfolgerung. Im Fall einer vermuteten Rezidiverkrankung empfehlen die Autoren die Durchführung einer CT/MRT mit einem sorgfältigen Vergleich verdächtiger Befunde mit früheren Untersuchungen. Die PET/CT erwies sich als nützlich, wenn die Ergebnisse nach einer MRT wegen eines kolorektalen Karzinomrezidivs noch zweifelhaft waren.

Kommentar

Die frühzeitige Therapie von Rezidiven oder Metastasen kolorektaler Karzinome ist nachgewiesenermaßen lebensverlängernd. Daher ist eine frühzeitige Detektion wichtig. In bisherigen Studien wurde der PET/CT dabei eine relativ hohe Bedeutung zugemessen, auch wenn das Verfahren aufwendig und vergleichsweise

teuer ist. Gerade bei der Unterscheidung Rezidiv/Narbe bzw. bei der Abklärung anderweitig nicht erklärter CEA-Anstiege postoperativ fand sich ein Einfluss auf Therapieentscheidungen in bis zu 37% der Fälle durch die PET/CT [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Bei den meisten bisherigen Studien handelte es sich um den direkten Vergleich einzelner CT-Untersuchungen mit einzelnen PET/CT-Untersuchungen.

In der Studie von Potter et al. wurde ein anderer Ansatz gewählt. Hier wurden im Rahmen der Verlaufskontrolle angefertigte Serien von CT/MRT-Aufnahmen analysiert und mit PET/CT-Befunden verglichen. Dies erfolgte durch drei verschiedene Radiologen, von denen einer kein gastroenterologisch versierter Experte war.

Nicht unerwartet ergab sich eine hohe Übereinstimmung zwischen den verschiedenen Untersuchungstechniken. Richtige Diagnosen konnten in 46 der 50 Fälle (92%) erreicht werden, die Sensitivität und Spezifität unterschieden sich nicht signifikant. Ein wesentlicher Unterschied zu den bisherigen Studien bestand aber in der Tatsache, dass sich durch die PET/CT nur in 8% der Fälle das therapeutische Regime änderte. Wesentlich an der Studie von Potter et al. ist eben die Analyse aller Bildserien, nicht nur von Einzeluntersuchungen – auch dies übrigens ein Ergebnis, das nicht überrascht und mit der klinischen Praxis gut übereinstimmt. Es wurden Unterschiede in der Beurteilung durch die verschiedenen Untersucher gefunden. Das ist ebenfalls verständlich, wenn man die Komplexität der Morphologie der Veränderungen und ihrer Interpretation bedenkt.

Für die klinische Praxis ergibt sich die Fragestellung, wann der Einsatz der PET/CT sinnvoll ist. Durch CT/MRT-Untersuchungen konnten in dieser Studie in immerhin 84% der Fälle richtige Diagnosen gestellt werden, die falsch negative Rate lag bei 6%. Bei unklaren CT/MRT-Befunden sollte daher ein Vergleich mit Voraufnahmen erfolgen. Bleibt der Befund weiter unklar oder besteht eine nicht zu erklärende CEA-Erhöhung, sollte eine PET/CT durchgeführt werden. Dies ist die Kernaussage der Studie von Potter et al., die sicherlich den vorherrschenden Konsensus widerspiegelt. Diese Überlegungen sollten

jedoch immer vor dem Hintergrund der klinischen Konsequenz erfolgen, d. h. ob der Patient überhaupt für eine Operation geeignet ist. Wenn ja, hat die PET/CT eine besondere Bedeutung dann, wenn damit eine ggf. sehr komplexe Operation vermieden werden kann, mit deren Hilfe die richtige Diagnose anderenfalls nur gestellt werden könnte. Dies ist auch bei der Detektion von unbekanntem Lebermetastasen ein Aspekt [7, 8].

Dennoch ist die PET/CT eine vergleichsweise aufwendige sowie kosten- und strahlenintensive Untersuchung, die nicht flächendeckend zur Verfügung steht. Neue Verfahren, wie z. B. die MR-Diffusionsbildgebung, sind in der Anwendung einfacher und werden die bisherigen Möglichkeiten zur Diagnosefindung mittels MRT deutlich verbessern [9, 10].

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. H. Schimmelpenning

Schön Klinik Neustadt
Am Kiebitzberg 10, 23730 Neustadt in Holstein
HSchimmelpenning@schoen-kliniken.de

Literatur

1. Watson AJ, Lolohea S, Robertson GM, Frizelle FA (2007) The role of positron emission tomography in the management of recurrent colorectal cancer: a review. *Dis Colon Rectum* 50:102–114
2. Whiteford MH, Whiteford HM, Yee LF et al (2000) Usefulness of FDG-PET scan in the assessment of suspected metastatic or recurrent adenocarcinoma of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 43:759–67; discussion 767–770
3. Pelosi E, Deandreis D (2007) The role of 18F-fluoro-deoxy-glucose positron emission tomography (FDG-PET) in the management of patients with colorectal cancer. *Eur J Surg Oncol* 33:1–6
4. Shen YY, Liang JA, Chen YK et al (2006) Clinical impact of 18F-FDG-PET in the suspicion of recurrent colorectal cancer based on asymptotically elevated serum level of carcinoembryonic antigen (CEA) in Taiwan. *Hepatogastroenterology* 53:348–350
5. Delbeke D, Martin WH (2004) PET and PET-CT for evaluation of colorectal carcinoma. *Semin Nucl Med* 34:209–223
6. Delbeke D, Vitola JV, Sandler MP et al (1997) Staging recurrent metastatic colorectal carcinoma with PET. *J Nucl Med* 38:1196–1201
7. Wiering B, Krabbe PF, Jager GJ et al (2005) The impact of fluor-18-deoxyglucose-positron emission tomography in the management of colorectal liver metastases. *Cancer* 104:2658–2670
8. Wiering B, Vogel WV, Ruers TJ, Oyen WJ (2008) Controversies in the management of colorectal liver metastases: role of PET and PET/CT. *Dig Surg* 25:413–420
9. Figueiras RG, Goh V, Padhani AR et al (2010) The role of functional imaging in colorectal cancer. *AJR Am J Roentgenol* 195:54–66
10. Schmidt GP, Baur-Melnyk A, Haug A et al (2009) Whole-body MRI at 1.5 T and 3 T compared with FDG-PET-CT for the detection of tumour recurrence in patients with colorectal cancer. *Eur Radiol* 19:1366–1378

Ergebnisse bei HIV und Analkarzinomen

Erfahrungen in einer einzelnen Klinik

Originalpublikation

Hogg M, Popowich D, Wang E et al (2009)
 HIV and anal cancer outcomes: a single
 institution's experience. *Dis Colon Rectum*
 52:891–897

Fragestellung und Hintergrund. Ziel dieser Studie war es herauszufinden, inwieweit sich der HIV-Status auf die Behandlungsergebnisse bei einem Plattenepithelkarzinom des Analkanals auswirkt.

Patienten und Methodik. Eine retrospektive Untersuchung wurde bei allen Patienten mit Plattenepithelkarzinom des Analkanals durchgeführt, die an einer einzelnen Universitätsklinik zwischen Januar 1996 und Dezember 2006 behandelt worden waren.

Ergebnisse. Die Suche ergab 87 (21 HIV-positiv) Patienten mit einem invasiven Plattenepithelkarzinom. Der mediane Nachbeobachtungszeitraum betrug 38 Monate. Es sprachen 85% der HIV-negativen und 81% der HIV-positiven Patienten 6 Wochen nach Abschluss einer kombinierten Therapiemethode vollständig auf die Behandlung an. Nach 6 Monaten entwickelten 8% der HIV-negativen und 29% der HIV-positiven Patienten ein Rezidiv ($p=0,0009$). Das Gesamtüberleben bei HIV-negativen und HIV-positiven Patienten betrug 71% bzw. 73%.

Schlussfolgerung. HIV-positive Patienten sprechen gleichermaßen auf eine kombinierte Therapiemethode an, ent-

wickeln aber häufiger als HIV-negative Patienten ein Rezidiv. Das Gesamtüberleben bei diesen beiden Gruppen ist vergleichbar.

Kommentar

Die Autoren haben sich die Aufgabe gestellt, in einer retrospektiven Analyse alle Fälle mit einem Analkanalkarzinom von 1996 bis 2006 aufzuarbeiten und zu untersuchen, ob der Faktor HIV-Positivität einen Einfluss auf das Ansprechen des Tumors einerseits, aber auch auf das Überleben und die Rezidivrate andererseits hat. Des Weiteren wurde der Effekt dieses Faktors im Hinblick auf die Toxizität der Therapie untersucht. Mit 87 Patienten in 11 Jahren überblicken die Autoren ein relativ großes Patientenkollektiv.

Die Studie besticht trotz des retrospektiven Charakters durch die gute Patientenauswahl: Die Autoren entschlossen sich, nur plattenepithelial differenzierte Analkanalkarzinome zu untersuchen. Damit erhalten sie auch eine einheitliche Therapie, die kombinierte Radiochemotherapie (RCTX) mit 5-Fluorouracil (5-FU) und Mitomycin C. Des Weiteren wurden nur Patienten ab 1996 betrachtet, d. h. nach Einführung der hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART) HIV-positiver Patienten, sodass auch hier ein wichtiger Patientenfaktor im Kollektiv gleich gehalten ist. Somit haben die Autoren eine gute Grundlage für die Analyse geschaffen.

Methodisch ist die Beschreibung der kombinierten RCTX sehr kurz gehalten, lediglich die Substanzen 5-FU und Mitomycin C werden beschrieben, und die

Strahlentherapie wird erwähnt. Es findet sich kein Hinweis auf die Bestrahlungsdosis bzw. -technik oder die Art und Intervalle der Chemotherapie, obwohl diese z. T. in die Analyse miteinbezogen werden sollten. In der Diskussion wird auf die in der Studie gewählte „Standardtherapie“ verwiesen, sodass offen bleibt, wie diese technisch durchgeführt wurde.

Auffallend in der Patientenrekrutierung ist die Tatsache, dass bei keinem Patienten eine Exzision des Tumors im Vorfeld erfolgte, obwohl auch Patienten mit Condylomata acuminata eingeschlossen waren. In der eigenen Praxis beobachten wir immerhin 25% Zufallsdiagnosen nach Exzision von Läsionen des Analkanals im Gesamtkollektiv. Diese erschienen in der vorliegenden Arbeit nicht, d. h., sie sind nicht von der Analyse ausgeschlossen, aber auch nicht eingeschlossen, sodass unklar ist, wie sie behandelt wurden oder ob es sie gegeben hat.

Die Diagnostik ist für US-amerikanische Verhältnisse typisch: Computertomographie, Positronenemissionstomographie, ggf. Endosonographie. In der Nachsorge erscheint die Biopsie nach 6–8 Wochen frühzeitig. Auch in den Leitlinien des NCCN (National Comprehensive Cancer Network) sind eher 8–12 Wochen angegeben, was den deutschen Empfehlungen näher kommt [1, 2]. Der Effekt der kombinierten RCTX beim Anal(kanal)karzinom tritt oft verzögert ein, sodass eine Biopsie erst nach 12 Wochen sinnvoll erscheint, insbesondere wenn man die schlechte Heilungstendenz nach RCTX bedenkt.

An dieser Stelle ist sicher erwähnenswert, dass die NCCN-Leitlinie vom Janu-

ar 2010 datiert und damit im Gegensatz zum deutschsprachigen Raum eine gültige aktuelle Leitlinie für die Therapie des Analkarzinoms existiert.

Im Vordergrund steht jedoch ganz klar das Verdienst der Studie: Es konnte gezeigt werden, dass HIV-positive Patienten genauso von der „Standardtherapie“ profitieren wie HIV-negative Patienten mit vergleichbarem Ansprechen auf die Therapie, Auftreten von Nebenwirkungen und Langzeitüberleben. Damit reiht sich die Publikation in eine kleine Serie gleicher Art ein, die diese Ergebnisse ebenso zeigt [3, 4], was insbesondere deswegen als wichtige Information einzuschätzen ist, da bislang oft eine Reduktion der Chemotherapie bzw. Strahlentherapie bei HIV-positiven Patienten erwogen wurde [1]. Unerlässlich erscheint in diesem Zusammenhang in jedem Fall die Zusammenarbeit zwischen Radioonkologen und Virologen bzw. Hämatologen, da die HAART ggf. angepasst werden muss. Auch die Autoren berichten über ein Absinken der CD4-Population unter Therapie als Ausdruck einer Immunsuppression, die z. T. mit einer Reduktion der HAART beantwortet werden musste.

Der Wert der Arbeit steigt angesichts der Tatsache, dass unter HIV-positiven Patienten die Inzidenz von 19/100.000 im Jahre 1992 auf 78,2/100.000 in den Jahren 2000–2003 gestiegen ist und damit etwa 50- bis 70-mal häufiger ist als bei HIV-negativen Personen [2]. Das ist sicher Ausdruck des verbesserten Überlebens mit HIV, aber auch der Immunsuppression durch HAART, welche die Persistenz von HPV (humanes Papillomavirus), der Hauptursache des Analkarzinoms, begünstigt. Dies findet Ausdruck in der erhöhten Rate an Rezidiven bei HIV-positiven Patienten in der vorliegenden Studie und in der höheren Rate an Condylomata acuminata in derselben Patientengruppe.

Die Schwächen der Studie sind einerseits das Design als retrospektive Analyse, wobei diese Schwäche eine relative ist, da ein solches Patientenkollektiv gar nicht anders sinnvoll zu betrachten ist. Dies liegt vornehmlich an der geringen Inzidenz der Erkrankung. Auf der anderen Seite führen die Autoren einen möglichen Bias durch die frühen Tumorstadien und die relativ

„gesunden“ HIV-positiven Patienten an, da diese im Vergleich zu anderen Kollektiven gute CD4-Raten aufwiesen.

Insgesamt konnte die Arbeit damit zwar nicht erstmals, aber doch klar zeigen, dass HIV-positive Patienten mit einem Analkarzinom unter laufender HAART genauso von der kombinierten RCTX profitieren wie HIV-negative Patienten mit vergleichbarem Ansprechen auf die Therapie, Auftreten von Nebenwirkungen und Langzeitüberleben.

Als negativ zu bewerten ist die ungenaue Darstellung der RCTX, sodass eine „Standardtherapie“ unterstellt werden muss. Auch die fehlende Erwähnung der inzidentellen Tumoren, die mittels Exzision entdeckt werden, ist anzumerken, mindert aber die Ergebnisse nicht.

Korrespondenzadresse

PD Dr. V. Kahlke
 Proktologische Praxis Kiel
 Beselerallee 67, 24105 Kiel
 vkahlke@gmx.de

Literatur

1. Zimmermann F, Adam M, Tympner C et al (2007) Diagnostik und Therapie des Analkarzinoms. *Coloproctology* 29:23–36
2. Engstrom PF, Arnoletti JP, Benson AB 3rd et al (2010) NCCN clinical practice guidelines in oncology. Anal carcinoma. *J Natl Compr Canc Netw* 8:106–120
3. Fraunholz I, Weiss C, Eberlein K et al (2010) Concurrent chemoradiotherapy with 5-fluorouracil and mitomycin C for invasive anal carcinoma in human immunodeficiency virus-positive patients receiving highly active antiretroviral therapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 76:1425–1432
4. Chiao EY, Giordano TP, Richardson P, El-Serag HB (2008) Human immunodeficiency virus-associated squamous cell cancer of the anus: epidemiology and outcomes in the highly active antiretroviral therapy era. *J Clin Oncol* 26:474–479

Erfolgreicher Leitlinienkongress in Chicago

Vom 26. bis 28. August 2010 fand in Chicago der 7. Kongress des Guidelines International Network (G-I-N) statt.

G-I-N ist ein Zusammenschluss international führender Institutionen auf dem Gebiet der Entwicklung medizinischer Leitlinien. Die „Non-for-Profit-Organisation“ wurde 2002 gegründet mit dem Ziel, die Qualität medizinischer Versorgung weltweit zu verbessern. Unter dem Motto „Von der besten Evidenz zur besten Versorgung“ fand in Chicago ein intensiver Wissenstransfer zwischen führenden Leitlinienexperten aller Kontinente statt. Diskussionen zu den aktuellen Herausforderungen evidenzbasierter Medizin standen dabei im Mittelpunkt. Fünf hochkarätig besetzte Plenumsdiskussionen beleuchteten Fragen wie „Medizin, Medien und Politik“, „Interessenkonflikte“, „Rationierung medizinischer Leistungen“ und „Patientenbeteiligung an der Entwicklung medizinischer Leitlinien“. Während der Tagung wurde auch der neue Vorstand gewählt: Mit Philipp van der Wees von der Königlich Niederländischen Gesellschaft für Physiotherapie ist erstmalig kein Arzt erster Vorsitzender des internationalen Leitliniennetzwerks. Mit dieser Entscheidung dokumentiert G-I-N, dass moderne medizinische Leitlinien unter Beteiligung aller wichtigen Fach- und Berufsgruppen im Gesundheitswesen entwickelt werden müssen, wenn sie angemessene und umsetzbare Antworten auf die komplexen Anforderungen der Versorgung geben sollen.

Quelle: Guidelines International Network (G-I-N), c/o AEZQ, www.g-i-n.net

Termine

Möchten Sie eine Veranstaltung ankündigen? Bitte schicken Sie Ihren Termin an die Redaktion der Zeitschrift: christiane.jurek@springer.com. Wir freuen uns auf Ihre Veranstaltungshinweise!

November 2010

Siegen 03.11.2010

UEGW update 2010

Auskunft: Frau Gaby Kneissler, Kongress-Sekretariat, Kastanienweg 4, 67146 Deidesheim, Fon: 06326-9658959, Fax: 06326-962869, kongress-med1@t-online.de, www.uegw-update.de

Wiesbaden 04.11.2010

Endo-Training

Endoskopischer Ultraschall
Auskunft: med publico GmbH, Fon: +49 (0) 611 174 63 69-0, Fax: +49 (0) 611 174 63 69-9, endo@med-publico.com

Bad Kreuznach 05.-06.11.2010

25. Jahrestagung der Gastroenterologischen Arbeitsgemeinschaft Rheinland-Pfalz/Saarland

Themen: Innere Medizin/Onkologie
Auskunft: Frau Gaby Kneissler, Kongress-Sekretariat der GARPS, Kastanienweg 4, 67146 Deidesheim, Fon: 06326-962887, Fax: 06326-962869, g.kneissler@garps.de, www.garps.de

Hamburg 05.-06.11.2010

18. Endo Club Nord

Themen: Live-Demos aus Endoskopie und OPs der Asklepios Kliniken Altona und Barmbek und des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Auskunft: Frau Swantje Borner, COCS GmbH, Franz-Joseph-Str. 38, 80801 München, Fon: 089-3071011, Fax: 089-3071021, swantje.borner@cocs.de, www.endoclubnord.de

Hattingen 05.-07.11.2010

Intensivkurs Gastroenterologie / Hepatologie

Auskunft: Berufsverband Deutscher Internisten e. V., Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden, Fon: 0611 - 1813321/22, Fax: 0611 - 1813323, fortbildung@bdi.de, www.bdi.de/fortbildungen/kurse-kongresse/kongress/intensivkurs-gastroenterologie-hepatologie-4.html

Hannover 10.11.2010

UEGW update 2010

Themen: Vorträge und Diskussion
Auskunft: Prof. Dr. Kiesslich / Prof. Dr. Labenz, Vortragsgesellschaft Gbr, Frau Gaby Kneissler, Kongress-Sekretariat, Büro: Kastanienweg 4, 67146 Deidesheim,

Fon: 06326-9658959, Fax: 06326-962869, kongress-med1@t-online.de, www.uegw-update.de

Hall, Tirol 12.-13.11.2010

Update Gastroenterologie 2010

Auskunft: Ärztezentrale Med.Info, Helferstorferstrasse 4, 1014 Wien, Österreich, Fon: +43 1 53116 39, Fax: +43 1 53116 61, azmedinfo@media.co.at

Mainz 12.-13.11.2010

22. Kongress 2010 Deutsche Kontinenz Gesellschaft

Harn- und Stuhlinkontinenz - eine interdisziplinäre Herausforderung
Auskunft: Frau Annett Loss, Kongress- und Kulturmanagement GmbH, Postfach 3664, 99407 Weimar, Fax: 03643/246831, annett.loss@kukm.de, www.kontinenz-gesellschaft.de

Mainz 17.11.2010

UEGW update 2010

Auskunft: Prof. Dr. Kiesslich / Prof. Dr. Labenz, Vortragsgesellschaft Gbr, Frau Gaby Kneissler, Kongress-Sekretariat, Büro: Kastanienweg 4, 67146 Deidesheim, Fon: 06326-9658959, Fax: 06326-962869, kongress-med1@t-online.de, www.uegw-update.de

Wiesbaden 18.11.2010

Endo-Training

Endobronchialer Ultraschall
Auskunft: med publico GmbH, Fon: +49 (0) 611 174 63 69-0, Fax: +49 (0) 611 174 63 69-9, endo@med-publico.com

Fürth 20.11.-01.01.2010

Kapsel-Klub: Kurs der Dünndarm - Kapselendoskopie

Auskunft: Frau Eva Gautsch, Fon: 089 / 307 10 11, Fax: 089 / 307 10 21, eva.gautsch@cocs.de, www.cocs.de

Fürth 20.11.2010

Kapsel-Klub

Kurs der Dünndarm-Kapselendoskopie
Themen: Anwendungsgebiete, Kontraindikation, Durchführung, Auswertung, Komplikationen, Praktische Übungen am PC, Terminologie, Differentialdiagnosen, Normvarianten, Postoperative Veränderung

Auskunft: Frau Eva Gautsch, COCS GmbH, Franz-Joseph-Str. 38, 80801 München, Fon: 089/307 10 11, Fax: 089/307 10 21, eva.gautsch@cocs.de, www.cocs.de

Remscheid 24.11.2010

UEGW update 2010

Auskunft: Prof. Dr. Kiesslich / Prof. Dr. Labenz, Vortragsgesellschaft Gbr, Frau Gaby Kneissler, Kongress-Sekretariat, Büro: Kastanienweg 4, 67146 Deidesheim, Fon: 06326-9658959, Fax: 06326-962869, kongress-med1@t-online.de, www.uegw-update.de

Augsburg 26.11.2010

endo-update 2010

Themen: Live-Endoskopien, Updates 2010 zur diagnostischen und therapeutischen Endoskopie, EUS und Dünndarmendoskopie, Tipps und Tricks in der Endoskopie
Auskunft: Frau Gudrun Konzet, Klinikum Augsburg, Stenglinstraße 2, 86156 Augsburg, Fon: 0821-400-2351, Fax: 0821-400-3331, gudrun.konzet@klinikum-augsburg.de, www.klinikum-augsburg.de

Rheine 26.-27.11.2010

20. Jahreskongress der Gesellschaft für Gastroenterologie in Westfalen e.V.

Auskunft: Herr Prof. Dr. Wolfram Domschke, Fon: 0251/83-47660

Wien, Österreich 26.-27.11.2010

ENDOSKOPIE Postgraduierntenkurs 2010

„HiTec - LoTec - NoTec“
Auskunft: Ärztezentrale Med.Info, Helferstorferstrasse 4, 1014 Wien, Österreich, Fon: +43 1 53116 37, Fax: +43 1 53116 61, azmedinfo@media.co.at

Dezember 2010

Mainz 01.12.2010

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Auskunft: Frau Gaby Kneissler, Universitätsmedizin Mainz, Langenbeckstr. 1, 55131 Mainz, Fon: 06326 9658959, Fax: 06326 962869, kongress-med1@t-online.de

München 01.12.2010

UEGW update 2010

Auskunft: Prof. Dr. Kiesslich / Prof. Dr. Labenz, Vortragsgesellschaft Gbr, Frau Gaby Kneissler, Kongress-Sekretariat, Büro: Kastanienweg 4, 67146 Deidesheim, Fon: 06326-9658959, Fax: 06326-962869, kongress-med1@t-online.de, www.uegw-update.de

St.Gallen, Schweiz 01.-03.12.2010

Colorectal Congress

Themen: Complications in colorectal surgery, Colorectal liver metastases
Auskunft: Frau Judith Balzien, Kantonsspital St.Gallen, Rorschacher Str. 95, 9007 St.Gallen, Schweiz, Fon: 0041 71 494 1327, Fax: 0041 71 494 2886, judith.balzien@kssg.ch, www.colorectalsurgery.eu

Hamburg 01.-04.12.2010

10. Kongress der DIVI

Themen: Bronchoskopie, Techniken für den Notfall, PaedSimWorkshop u.v.m.
Auskunft: Frau Roberta Odebrecht, K.I.T. Group GmbH, Fon: 030/24603-350, Fax: 030/24603-200, divi2010anmeldung@kit-group.org, www.divi2010.de

Wiesbaden 02.12.2010

Endo-Training

Endobronchialer Ultraschall
Auskunft: med publico GmbH, Fon: +49 (0) 611 174 63 69-0, Fax: +49 (0) 611 174 63 69-9, endo@med-publico.com

München 03.-05.12.2010

8. Gastro Forum München

Auskunft: Frau Eva Gautsch, Fon: 089 307 1011, Fax: 089 307 1021, eva.gautsch@cocs.de, www.cocs.de

Berlin 08.12.2010

UEGW update 2010

Auskunft: Prof. Dr. Kiesslich / Prof. Dr. Labenz, Vortragsgesellschaft Gbr, Frau Gaby Kneissler, Kongress-Sekretariat, Büro: Kastanienweg 4, 67146 Deidesheim, Fon: 06326-9658959, Fax: 06326-962869, kongress-med1@t-online.de, www.uegw-update.de