

Interposition der Puborektalisschlinge zur Behandlung rektovaginaler Fisteln

Oom DMJ, Gosselink MP, Van Dijk VRM, et al. Puborectal sling interposition for the treatment of rectovaginal fistulas. *Tech Coloproctol* 2006;10:125–30.

Fragestellung und Hintergrund: Die vorliegende Studie zielte darauf ab, das Ergebnis einer Puborektalisinterposition bei der Behandlung rektovaginaler Fisteln zu beurteilen. Es gibt verschiedene Techniken zur operativen Behandlung rektovaginaler Fisteln, allerdings sind die Ergebnisse oft ziemlich enttäuschend. Die Interposition von gesundem, gut perfundiertem Gewebe könnte der Schlüssel zur Heilung rektovaginaler Fisteln sein.

Patienten und Methodik: Zwischen 2001 und 2004 unterzogen sich 26 konsekutive Patienten (mittleres Alter 40,5 Jahre; 15–69 Jahre) mit einer rektovaginalen Fistel einer Puborektalisinterposition. Die Ätiologie der Fisteln war wie folgt: Geburtstrauma (n = 11), Komplikationen nach vorhergehender Operation (n = 2), Bartholinitis (n = 4), kryptoglandulärer perinealer Abszess (n = 2), entzündliche Darmerkrankung (n = 2) sowie idiopathische Fisteln (n = 5). Die Patienten erhielten einen Fragebogen zu fäkaler Kontinenz (vor und

nach der Operation) und Dyspareunie (nach der Operation).

Ergebnisse: Das mittlere Follow-up betrug 14 Monate. Die rektovaginale Fistel heilte bei 16 (62%) von 26 Patienten. Bei Patienten, die eine oder mehr vorhergehende Operationen gehabt hatten, betrug die Heilungsrate nur 31% versus 92% bei Patienten ohne frühere Eingriffe ($p < 0,01$). Der Rockwood Fecal Incontinence Severity Index Score änderte sich als Ergebnis der Operation nicht. 17% der Patienten hatten vor der Operation Schmerzen beim Geschlechtsverkehr; nach dem Eingriff waren 57% der Patienten mit diesem Problem belastet.

Schlussfolgerung: Die Interposition der Puborektalisschlinge ist nur bei Patienten ohne vorherige Eingriffe und bei solchen mit unauffälligem postoperativem Verlauf erfolgreich, allerdings ist eine Dyspareunie der Hauptnachteil dieser Behandlung.

Kommentar

Rektoanovaginale Fisteln stellen die komplizierteste Fistelform der Frau dar. Häufigste Ursache sind abgelaufene DRIII- bis IV-Läsionen nach vaginaler Entbindung. Andere Ursachen sind Bartholinische Abszesse und anterior gelegene perianale Abszesse. Die Einteilung der rektoanovaginalen Fisteln erfolgt nicht einheitlich, am häufigsten nach ihrer Lokalisation im Vaginalrohr. Eine weitere Einteilung unterscheidet

einfache und komplizierte Fisteln. Kompliziert klassifiziert werden Crohn-Fisteln und radiogen bedingte Fisteln. Erste Berichte der operativen Therapie der rektoanovaginalen Fisteln mit endorektalem advancement flap (ERAF) zeigten gute Erfolgsraten. In der darauf folgenden Zeit konnten andere Autoren diese Erfolge nicht nachvollziehen. Kriterien, welche die Erfolgsrate des ERAF reduzierten, waren mehrfach voroperierte Fisteln [1], Morbus Crohn und rektovaginale Lokalisation [2].

Die vorliegende Arbeit von Oom et al. beschäftigt sich nun mit einer alternativen operativen Lösung dieses Problems. In der vorliegenden Serie von 26 Frauen mit rektovaginalen Fisteln im unteren Drittel der Vagina wurde eine Interposition des Musculus puborectalis, also eine anteriore Levatorplastik, durchgeführt. Die Gesamterfolgsrate betrug 62%, Frauen mit Voroperation wurden nur in 31% erfolgreich therapiert. Die postoperative Wundinfektionsrate war 42%. Bei sechs Patienten betrug die Heilungsrate 0%. Hierbei handelte es sich um Patienten mit mindestens zwei Voroperationen und einer postoperativen Wundheilungsstörung.

Die Frage lautet: Was ist die Ursache der niedrigen Erfolgsrate bei der Therapie der rektoanovaginalen Fistel? Ziel der operativen Therapie ist die Interposition von gesundem, gut vaskularisiertem Gewebe in das Spatium rectovaginale, d.h. zwischen vaginale Hinterwand und Rektumvorderwand. Aufgrund der anatomischen Lage des Levators und des Musculus puborectalis eignet sich dessen Interposition nur für Fisteln, die maximal im unteren bis eventuell mittleren Drittel der Vagina gelegen sind. Komplizierte Fisteln im oberen Drittel sind hiermit nicht zu erreichen. Aufgrund unserer eigenen langjährigen Erfahrung mit der Technik der Musculus-puborectalis-Interposition ist das mittlere/obere Drittel maximal mit einer Musculus-grazilis-Interposition zu erreichen. Bei genauer Analyse der Operationstechnik von Oom et al. sind nach unserer langjährigen Erfahrung einige Schwachpunkte vorhanden, welche die reduzierte Erfolgsrate erklären können. Eine Adaptation der Schenkel des Musculus puborectalis mit resorbierbarem Monocryl ist inadäquat. Eine Vernarbung des Muskels findet

nicht statt, maximal eine Verklebung. Somit kommt es zu einer sekundären Deviation der Muskelschenkel. Deshalb ist es erforderlich, die anteriore Levatoradaptation mit nicht resorbierbarem Prolene durchzuführen. Die Annäherung der Muskelbäuche darf nicht zu einer Ischämie oder einem Einschneiden des Muskels führen. Somit ist eine wohl dosierte Naht notwendig. Ein weiterer Aspekt ist der komplette Wundverschluss. Dies ist unserer Meinung nach nicht sinnvoll und fördert die Infektionsrate. Der Wundverschluss am Damm wird bei uns nicht komplett durchgeführt, sondern im Sinne einer Drainage zentral offen gelassen. Somit kann hier eine normale Sekundärheilung einsetzen, eventuell vorhandenes Hämatom kann ablaufen. So lässt sich die vorliegende Infektionsrate von 42% sicher reduzieren.

Ein auch uns bekanntes Problem ist die hohe Rate postoperativer Dyspareunien. Oom et al. berichten hierbei von 57% neu aufgetretener Probleme. Dies ist sicher ein nicht zu unterschätzendes Begleitphänomen. Hierbei ist intensive Aufklärung der Betroffenen notwendig.

Bei der Behandlung der rezidivierenden und komplizierten rektoanovaginalen Fistel sollte nicht unerwähnt bleiben, dass die Musculus-grazilis-Interposition das letztendlich verbleibende invasivere Verfahren mit hoher Erfolgsrate ist.

Die vorliegende Arbeit zeigt trotzdem sehr schön, dass das optimale Verfahren zur Behandlung der rektoanovaginalen Fistel noch nicht gefunden ist, mit der Interposition des Musculus puborectalis jedoch eine aussichtsreiche und doch erfolgreiche Methode vorhanden ist. Somit gebührt den Autoren

Dank für die ehrliche und offene Darstellung ihrer Ergebnisse.

Literatur

1. Lowry AC, Thorson AG, Rothenberger DA, Goldberg SM. Repair of simple rectovaginal

fistulas. Influence of previous repairs. Dis Colon Rectum 1988;31:678–8.

2. Tsang CB, Madoff RD, Wong WD, et al. Anal sphincter integrity and function influences outcome in rectovaginal fistula repair. Dis Colon Rectum 1998;41:1141–6.

Dr. Reinhard Ruppert, München