



T. Schiedeck

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Klinikum Ludwigsburg, Ludwigsburg, Deutschland

Behandlung der perforierten Divertikulitis: primäre Resektion oder laparoskopische Lavage?

Originalpublikation

Schultz JK, Yaqub S, Wallon C et al (2015) Laparoscopic lavage vs primary resection for acute perforated diverticulitis: the SCANDIV randomized clinical trial. JAMA 314:1364–1375. doi: 10.1001/jama.2015.12076

Bedeutung. Perforierte Dickdarmdivertikulitis bedarf normalerweise der chirurgischen Resektion, die mit erheblicher Mortalität einhergeht. Kohortenstudien haben nahegelegt, dass laparoskopische Lavagen perforierte Divertikulitis mit geringerer Mortalität als Resektionen behandeln können.

Ziel. Die Ergebnisse der laparoskopischen Lavage mit denen für Kolonresektion für perforierte Divertikulitis vergleichen zu können.

Design, Setting und Teilnehmer. Die Daten der vorliegenden randomisierten, klinischen Multizentervorrangstudie wurden von 21 Zentren in Schweden und Norwegen von Februar 2010 bis Juni 2014 erhoben. Die letzte Nachuntersuchung fand im Dezember 2014 statt und die Schlussbetrachtung sowie Überprüfung der Krankenakten im März 2015. Eingeschlossen wurden Patienten mit Verdacht auf perforierte Divertikulitis, einer Indikation für einen Notfalleingriff und freier Luft bei einem Computertomographiescan des Bauchraums. Von 519 gescreenten Patienten waren 415 geeignet und 199 wurden registriert.

Eingriffe. Die Patienten wurden, basierend auf computergenerierter, zentrumsgeschichteter Blockrandomisierung, der laparoskopischen peritonealen Lavage (n = 101) oder der Kolonresektion (n = 98) zugeordnet. Alle Patienten mit kotiger Peritonitis (15 Patienten in der Gruppe mit laparoskopischer peritonealer Lavage vs. 13 in der Kolonresektionsgruppe) wurden einer Kolonresektion unterzogen. Bei Patienten, deren Begleiterkrankungen eine Behandlung über die perforierte Divertikulitis hinaus erforderte (12 in der Gruppe mit laparoskopischer peritonealer Lavage vs. 13 in der Kolonresektionsgruppe), wurde ebenfalls von der geplanten Vorgehensweise abgewichen und so therapiert, wie es die Erkrankung erforderte.

Hauptergebnisse und Maßnahmen. Der primäre Endpunkt der Studie waren schwere postoperative Komplikationen (Clavien-Dindo-Skala > IIIa) innerhalb von 90 Tagen. Sekundäre Endpunkte waren andere postoperative Komplikationen, Nachoperationen, Länge der Operationszeit, Länge des Krankenhausaufenthalts nach der Operation und Lebensqualität.

Ergebnisse. Schwere postoperative Komplikationen wurden bei 31 von 101 Patienten (30,7 %) in der Gruppe der laparoskopischen peritonealen Lavage und bei 25 von 96 Patienten (26,0 %) in der Kolonresektionsgruppe beobachtet (Unterschied 4,7 % [95 % CI, -7,9 bis 17,0 %]; P = 0,53). Die 90-Tages Mortalität hat sich zwischen der Gruppe der laparoskopischen Peritoneallavage (14 Patienten [13,9 %]) und der Kolonresektionsgrup-

pe (11 Patienten [11,5 %]) nicht signifikant unterschieden; Unterschied 2,4 % [95 % CI, -7,2 bis 11,9 %]; P = 0,67).

Schlussfolgerungen und Relevanz. Unter Patienten mit vergleichbarer perforierter Divertikulitis, die eine Notfalloperation benötigen, hat der Einsatz einer laparoskopischen Peritoneallavage im Vergleich zur primären Kolonresektion die schweren postoperativen Komplikationen nicht verringert und zu schlechteren Ergebnissen bei den sekundären Endpunkten geführt. Aufgrund dieser Resultate kann die laparoskopische Lavage als Behandlung für perforierte Divertikulitis nicht empfohlen werden.

Kommentar

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine randomisierte Studie an insgesamt 199 Patienten. Ziel ist, die alleinige laparoskopische Lavage mit der primären Resektion bei der Behandlung der perforierten Divertikulitis zu vergleichen.

Im Gegensatz zu ähnlichen Studien weist die vorliegende einige Besonderheiten auf. Zum einen ist es gelungen eine durchaus respektable Patientenzahl zu randomisieren (verglichen werden 101 Pat. einer laparoskopischen Lavage mit 98 primär resezierten). Zudem wurde die Randomisierung anhand klinischer Befunde sowie der CT-Morphologie präoperativ durchgeführt. Die Autoren argumentieren, dass auf diese Weise ein Selektionsbias durch Beeinflussung des Operateurs anhand des vorliegenden intraabdominellen Befundes vermieden werden konnte. Dies stimmt bezogen

auf die untersuchten Gruppen, was auch primär ausschlaggebend ist. Allerdings fällt auf, dass im betrachteten Zeitraum insgesamt 174 Divertikulitispatienten randomisiert wurden, gleichzeitig aber auch insgesamt weitere 216 Patienten für eine Randomisierung in Frage gekommen wären, jedoch nicht eingeschlossen wurden. In 162 Fällen lag diese Entscheidung allein beim verantwortlichen Chirurgen. Dementsprechend ist in der Studie sehr wohl auch eine Selektionsbias unterlegt.

In beiden Gruppen lagen Fehldiagnosen (12 bzw. 13) vor. Es ist bemerkenswert, dass in der Gruppe der Fehldiagnosen jeweils 3 nichterkannte Karzinome subsummiert sind (10 % nichterkannte

Karzinome ist eine relativ hohe Zahl und wirft natürlich Fragen hinsichtlich der präoperativen Diagnostik generell auf).

Ähnlich wie bereits in der zitierten dänisch-schwedischen LOLA-Studie, zeigen die lavagierten im Vergleich zu den resezierten Patienten eine höhere Komplikationsrate (90 Tage) und auch eine höhere Reoperationsrate, speziell bei einer perforierten eitrigen Peritonitis. Der hauptsächliche Vorteil der laparoskopischen Lavage ist die deutlich niedrigere Stomarate zusammen mit einer kürzeren Operationszeit.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass nach der anfänglichen Euphorie nun die Phase der Ernüchterung beginnt. Es mehren sich Indizien, die die Vor-

teile der laparoskopischen Lavage eher in der Akutbehandlung sehen. In einem genau zu definierenden Patientenkollektiv erweist sie sich möglicherweise als Bridgingtechnik, die zwar nicht die Resektion, zumindest aber die Hartmann-Situation zu vermeiden hilft.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. T. Schiedeck

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie,
Klinikum Ludwigsburg
Posilipostraße 4, 71640 Ludwigsburg,
Deutschland
Thomas.Schiedeck@kliniken-lb.de

Interessenkonflikt. T. Schiedeck gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

coloproctology 2016 · 38:38–40
DOI 10.1007/s00053-015-0075-y
Online publiziert: 19. Januar 2016
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015



CrossMark

R. Siegel^{1,2}

¹ Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Onkologische Chirurgie, HELIOS Klinikum Berlin-Buch, Berlin, Deutschland

² Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

Laparoskopisch-assistierte versus offene Resektion beim Rektumkarzinom

Der Einfluss des OP-Verfahrens auf das pathologische Ergebnis. Die randomisierte ALaCaRT-Studie

Originalpublikation

Stevenson ARL, Solomon MJ, Lumley JW et al (2015) Effect of laparoscopic-assisted resection vs open resection on pathological outcomes in rectal cancer. The ALaCaRT randomized clinical trial. JAMA 314(13):1356–1363

Zusammenfassung

Bedeutung. Von laparoskopischen Eingriffen werden im Allgemeinen bessere Ergebnisse erwartet als von offenen chir-

urgischen Eingriffen. Aufgrund anatomisch bedingter Einschränkungen ist die laparoskopische Rektumresektion möglicherweise nicht besser in Bezug auf eine adäquate onkologische Resektion.

Ziel. Ziel der Studie war es zu bestimmen, ob die laparoskopische Resektion der offenen Rektumresektion in Bezug auf die adäquate Tumorentfernung nicht unterlegen ist.

Modell, Aufbau und Patienten. Die randomisierte Phase-3-Studie zur Nichtunterlegenheit (Australasian Laparoscopic

Cancer of the Rectum; ALaCaRT) wurde zwischen März 2010 und November 2014 durchgeführt. 26 zugelassene Chirurgen an 24 Standorten in Australien und Neuseeland randomisierten 475 Patienten mit einem T1–T3 Adenokarzinom des Rektums < 15 cm vom Anus (ACL).

Eingriffe. Laparotomie und offene Rektumresektion (n = 237) bzw. laparoskopische Rektumresektion (n = 238).

Hauptergebnisse und Maßnahmen. Primärer Endpunkt war eine Kombi-

nation onkologischer Faktoren, die eine angemessene chirurgische Resektion kennzeichnen, mit einer Nichtunterlegenheitsgrenze bei $\Delta = -8\%$. Eine erfolgreiche Resektion wurde definiert als Erreichen aller der folgenden Kriterien: (1) vollständige totale mesorektale Exzision (TME), (2) ein tumorfreier zirkumferentieller Resektionsabstand („circumferential resection margin“, CRM; ≥ 1 mm) und (3) ein tumorfreier distaler Resektionsrand (≥ 1 mm). Die Pathologen benutzten eine standardisierte Auswertung und hatten keine Kenntnis über die Operationsmethode.

Ergebnisse. Eine erfolgreiche Resektion wurde erreicht bei 194 Patienten (82 %) der laparoskopischen Operationsgruppe sowie bei 208 Patienten (89 %) in der Gruppe der offenen Operation (Risikodifferenz von -7.0% [95 % KI, -12.4% bis ∞]; $P = 0,38$ für Nichtunterlegenheit). Der zirkumferentielle Resektionsrand war tumorfrei bei 222 Patienten (93 %) in der laparoskopischen Gruppe und bei 228 Patienten (97 %) in der Gruppe der offenen Operation (Risikodifferenz von $-3,7\%$ [95 % KI, $-7,6$ – $0,1\%$]; $P = 0,06$). Der distale Resektionsrand war tumorfrei bei 236 Patienten (99 %) in der laparoskopischen Operationsgruppe und bei 234 Patienten (99 %) in der Gruppe der offenen Operation (Risikodifferenz von $-0,4\%$ [95 % KI, $-1,8$ – $1,0\%$]; $P = 0,67$). Die TME war vollständig bei 206 Patienten (87%) in der laparoskopischen Gruppe sowie bei 216 Patienten (92%) in der Gruppe der offenen Operation (Risikodifferenz von $-5,4\%$ [95 % KI, $-10,9$ – $0,2\%$]; $P = 0,06$). Die Konversionsrate von laparoskopischer zu offener Operation betrug 9 %.

Schlussfolgerung und Relevanz. Bei Patienten mit einem T1–T3-Rektumkarzinom konnte die Nichtunterlegenheit der laparoskopischen gegenüber der offenen Operation bezüglich erfolgreicher Resektion nicht nachgewiesen werden. Obwohl die chirurgische Qualität generell hoch war, ergibt sich durch diese Ergebnisse keine ausreichende Evidenz für den Einsatz der laparoskopischen Resektion in der Routinesituation. Follow-Up-Daten

zu Lokalrezidiv und Überleben werden zur Zeit noch erhoben.

Beurteilung

Seit Publikation der onkologischen Daten der COLOR-II-Studie [1] sowie der COREAN-Studie [2] mit jeweils Nachweis der Nichtunterlegenheit der laparoskopischen gegenüber der offenen Operation kann die laparoskopische Resektion des Rektumkarzinoms als Verfahren der Wahl bezeichnet werden. Nachdem im Oktober 2015 im JAMA die Kurzzeitergebnisse sowohl der US-amerikanischen (ACOSOG Z6051 Randomized Clinical Trial, [3]) als auch der hier vorgestellten australischen Studie (ALaCaRT Randomized Clinical Trial) veröffentlicht wurden, steht die laparoskopische Rektumkarzinomchirurgie – zumindest bis zur Veröffentlichung der Lokalrezidiv- und Überlebensraten – wieder unter besonderer Beobachtung. Denn überraschenderweise verfehlten beide Studien den Nachweis der Nichtunterlegenheit der laparoskopischen gegenüber der offenen Resektion in Bezug auf den jeweils identisch festgelegten kombinierten Endpunkt von 3 pathologischen Parametern.

Der in beiden Studien gewählte primäre Endpunkt setzt sich aus den jeweils vom Pathologen beurteilten Kriterien TME-Qualität („complete“ in ALaCaRT und „complete“ oder „nearly complete“ in ACOSOG), CRM > 1 mm und tumorfreier distaler Resektionsrand > 1 mm zusammen. Nur wenn alle 3 Kriterien erfüllt waren, galt die Resektion als „erfolgreich“ und der kombinierte Endpunkt als erreicht. Der Auswahl des Endpunktes gilt auch die Hauptkritik an beiden Studien. Alle 3 Kriterien sind lediglich Surrogatparameter – für den Patienten entscheidend sind, neben Morbidität und Mortalität, die Lokalrezidivrate und das Überleben. Weiterhin ist ein tumorfreier CRM nur bedingt ein chirurgisches Qualitätskriterium. Wenn die TME vollständig ist, aber der CRM positiv bzw. < 1 mm, liegt das nicht primär in der Hand des Chirurgen, sondern ist eher ein Zeichen des fortgeschrittenen Tumors bzw. der vom Tumor nicht respektierten mesorektalen Hüllfaszie.

Auch in der COLOR-II-Studie konnte in einer Subgruppenanalyse der Tumoren von 5–10 cm ab ACL sowohl bezüglich CRM als auch bezüglich des Lokalrezidivs die Nichtunterlegenheit der Laparoskopie nicht nachgewiesen werden. Allerdings wurde in der COLOR-II-Studie ein CRM von 2 mm gewählt (im Vergleich zu 1 mm in den anderen Studien).

Im Vergleich zur COLOR-II-Studie waren die Einschlusskriterien bzw. die Patientencharakteristik in der australischen Studie mehrheitlich identisch (Tumor bis 15 cm ab ACL, T1–T3, medianes Alter 65 Jahre und dominante männliche Geschlechtsverteilung sowie Body-Mass-Index [BMI] von 26–27 kg/m² im Median). Die US-amerikanische Studie dagegen randomisierte nur Patienten mit einem extraperitonealen Rektumkarzinom (bis 12 cm ab ACL) im Stadium II oder III nach neoadjuvanter Therapie.

Hinsichtlich Morbidität und Mortalität zeigten sich sowohl in der ALaCaRT als auch in der ACOSOG-Studie die beiden Verfahren gleichwertig. Bemerkenswert sind die mit 3 % (ALaCaRT) bzw. 2,3 % (ACOSOG) sehr niedrigen Raten an Anastomoseninsuffizienzen, wobei aber 71–81 % (ALaCaRT) bzw. 95–97 % (ACOSOG) aller Patienten ein Stoma erhielten. Die Konversionsraten betragen 9 % (ALaCaRT) bzw. 11,3 % (ACOSOG), gegenüber 16 % in COLOR II und 1 % in COREAN.

Die neuen Studienergebnisse werden die aktuelle Versorgungsrealität in der Chirurgie des Rektumkarzinoms nicht verändern. Entscheidend für das Ergebnis der Operation, egal ob offen oder laparoskopisch, bleibt weiterhin die Expertise des Operateurs bzw. des Zentrums. Wie auch von den Autoren der ALaCaRT-Studie in der Diskussion hervorgehoben, sollte die Entscheidung für oder gegen ein laparoskopisches Vorgehen auf der Basis von Langzeitdaten zu Lokalrezidiv und Überleben getroffen werden. Aufgrund der dazu publizierten Daten aus der COREAN- und der COLOR-II-Studie (mit zusammen 1388 analysierten Patienten) ist die laparoskopische Chirurgie des Rektumkarzinoms in entsprechenden Zentren weiterhin die Methode der Wahl. Um die neu

aufgekommenen Zweifel an der Nichtunterlegenheit der laparoskopischen Chirurgie zu belegen müssen erst einmal die Langzeitdaten der ALaCaRT- und der ACOSOG-Studie als auch das weitere Follow-up der COLOR-II- und der COREAN-Studie (bisher jeweils nur 3 Jahre) abgewartet werden. Zusätzlich werden noch weitere Studien bzw. Datenerhebungen/Register notwendig sein, um den Stellenwert der Laparoskopie besser zu definieren. Weiterhin offen bzw. fehlend sind insbesondere noch hochwertige Studienergebnisse zum Einfluss des OP-Verfahrens auf die

Lebensqualität und die funktionellen Ergebnisse.

Korrespondenzadresse

PD Dr. R. Siegel

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Onkologische Chirurgie, HELIOS Klinikum Berlin-Buch
Schwanebecker Chaussee 50, 13125, Berlin, Deutschland
robert.siegel@helios-kliniken.de

Interessenkonflikt. R. Siegel gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Bonjer HJ, Deijen CL, Abis GA et al (2015) A randomized trial of laparoscopic versus open surgery for rectal cancer. *N Engl J Med* 372:1324–1332
2. Jeong SY, Park JW, Nam BH et al (2014) Open versus laparoscopic surgery for mid-rectal or low-rectal cancer after neoadjuvant chemoradiotherapy (COREAN trial): survival outcomes of an open-label, non-inferiority, randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 15(7):767–774
3. Fleshman J, Branda M, Sargent DJ et al (2015) Effect of laparoscopic-assisted resection vs open resection of stage II or III rectal cancer on pathologic outcomes. The ACOSOG Z6051 randomized clinical trial. *JAMA* 314(13):1346–1355

coloproctology 2016 · 38:40–42
DOI 10.1007/s00053-015-0074-z
Online publiziert: 21. Januar 2016
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015



I. Haunold

² Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Wien, Betriebsgesellschaft m.b.H., Wien, Österreich

Plugtherapie bei Crohnfisteln

Eine erste randomisierte kontrollierte Multicenter-Studie

Originalpublikation

Senéjoux A, Siproudhis L, Abramowitz L et al (2015) Fistula plug in fistulising ano-perineal Crohn's Disease: a randomised controlled trial. *J Crohn's Colitis*. doi:10.1093/ecco-jcc/jjv162

Zusammenfassung

Hintergrund und Ziele. Ein Analfistelplug (AFP) ist eine resorbierbare Bioprothese zur Behandlung von Fisteln im Anal- und Dammbereich. Ziel der Untersuchung war die Prüfung von Effektivität und Sicherheit von AFP bei der Behandlung von M. Crohn.

Methoden. Die Untersuchung war multizentrisch, offen angelegt und randomisiert-kontrolliert. Verglichen wurden zwei Gruppen: Einer wurde die Setondrainage lediglich entfernt (Kontrollgruppe), der anderen wurde bei Drainageentfernung ein Plug eingelegt

(AFP-Gruppe). Beteiligt waren 106 M.-Crohn-Patienten mit inaktivem oder gering aktivem Krankheitsbild, die alle mindestens einen Fistelgang mit liegender Fadendrainage über mindestens einen Monat hatten. Ausgeschlossen waren Patienten mit Abszess (erfasst bei ≥ 3 mm in Magnetresonanzbildgebung) oder Rektovaginalfisteln. Die Zufallsanordnung wurde geschichtet nach einfachen und komplexen Fisteln entsprechend der AGA-Klassifizierung. Endpunkt der Studie war ein Verheilen der Fisteln nach Woche 12.

Ergebnisse. Insgesamt wurden 54 Patienten per Zufall der AFP-Gruppe zugeteilt (Kontrollgruppe: 52 Patienten). Die mittlere Fisteldauer betrug 23 (10–53) Monate. Der mittlere M.-Crohn-Aktivitätsindex bei Bestandsaufnahme betrug 81 (45–135). Abheilen der Fisteln in Woche 12 wurde bei 31,5 % der Patienten der AFP-Gruppe und in 23,1 % in der Kontrollgruppe erreicht (relatives

Risiko [RR] geschichtet nach AGA-Klassifikation: 1,31; 95 % Konfidenzintervall: 0,59–4,02; $p = 0,19$). Es wurde kein Zusammenhang im Behandlungseffekt gefunden bezüglich der Komplexitätsschicht; bei 33,3 % der Patienten mit komplexen Fisteln und 30,8 % der Patienten mit einfachen Fisteln verschlossen sich die Gänge nach AFP, verglichen zu 15,4 bzw. 25,6 % in der Kontrollgruppe (RR bei Erfolg = 2,17 bei komplexen Fisteln vs. RR = 1,20 bei einfachen Fisteln, $p = 0,45$). Hinsichtlich der Sicherheit zeigte sich, dass in Woche 12 bei 17 Patienten der AFP-Gruppe mindestens eine unerwünschte Wirkung auftrat, verglichen zu 8 Patienten der Kontrollgruppe ($p = 0,07$).

Zusammenfassung. AFP ist nicht effektiver als die alleinige Entfernung der Setondrainage, um einen Verschluss bei M. Crohn zu erreichen.

Beurteilung

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um die erste randomisierte kontrollierte Multicenterstudie, in der die Plugtherapie ausschließlich bei Crohnfisteln angewendet und untersucht wird.

Das Studiendesign ist klar definiert. Dies ist positiv hervorzuheben, da die Literatur zur Behandlung der Analfistel leider allzu oft Fistelverlauf, Genese und Therapien vermischt.

Ziel der Untersuchung war, die Effektivität und Sicherheit des Fistelplugs zu prüfen. Dazu wurden 106 Patienten mit nachgewiesenem M. Crohn eingeschlossen. Alle hatten zumindest einen Fistelgang mit liegender Fadendrainage. Bei der Hälfte der Patienten wurde bei Drainageentfernung ein Plug eingelegt und im Bereich der inneren Öffnung mit Naht fixiert, bei der anderen Hälfte wurde die Drainage lediglich entfernt. Die Patientenzahl wurde entsprechend der Annahme, dass die Plugtherapie der bloßen Entfernung der Drainage weit überlegen ist, angelegt. Klinische Kontrollen wurden nach 4, 8 und 12 Wochen durchgeführt. Der Endpunkt wurde mit Abheilung oder Persistenz nach 12 Wochen definiert. Dies war bei 17 von 54 Patienten in der Pluggruppe und 12 von 52 in der Kontrollgruppe der Fall, was keinem signifikanten Unterschied entspricht!

Eine Überlegenheit des Plugs konnte somit nicht nachgewiesen werden.

Bezogen auf die Sicherheit traten in der Studiengruppe bei 17 Patienten, in der Kontrollgruppe bei 8 Patienten mindestens eine unerwünschte Wirkung auf. Auch hier gab es keinen signifikanten Unterschied.

Die Studie weist zwei Limitationen auf: Die Patientenzahl war zu gering und der Endpunkt mit 12 Wochen sicherlich zu kurz. Der Fistelplug ist seit 2006 eine Therapieoption in der operativen Versorgung von Analfisteln. Da im Gegensatz zu konventionellen Techniken kein Gewebe exzidiert wird, sondern nur eine Okklusion des Ganges durch Fremdmaterial erfolgt, das dann durch Einsprossen von körpereigenem Gewebe die Abheilung bewirken soll, bietet er sich insbesondere für Patienten mit analem Crohn an. Die von den Autoren zitierten hohen Erfolgs-

raten um die 80 % bei kryptoglandulären Fisteln sind meines Erachtens sehr optimistisch und differieren zu den in den S3-Leitlinien genannten Heilungsraten von bis zu 28 % in randomisierten Studien. Auch wenn Kostenüberlegungen in der Publikation keine Rolle spielen, so ist der Plug im Vergleich zu Fäden für Drainage oder Flapverfahren doch beträchtlich teurer. Überdenkt man nun das Ergebnis der vorliegenden Arbeit, so sind die Kosten in keinsten Weise gerechtfertigt, da Zuwarten offenbar ebenso effektiv ist.

Die Behandlung von Crohnfisteln stellt eine Herausforderung für alle behandelnden Ärzte dar. Ich bin überzeugt, dass eine gute Kooperation zwischen zurückhaltendem versiertem Chirurgen und aktivem Gastroenterologen die optimale Basis für den Patienten darstellt.

Wichtig ist vor jeglicher Operation – außer im akuten Geschehen – die Einleitung einer medikamentösen Therapie. In 20 % der Fälle führt allein die Therapie mit Anti-TNF- α -Präparaten zur Abheilung der Fistel.

Bei der chirurgischen Therapieauswahl sollten folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Voraussetzung für eine erfolgreiche chirurgische Behandlung ist eine entzündungsfreie Rektumschleimhaut bei guter medikamentöser Einstellung.
- Im Lauf der Erkrankung kommt es oft zu multiplen Eingriffen am Sphinkter, daher sollte die Indikation zur Operation möglichst zurückhaltend gestellt werden.
- In Hinblick auf Narben und daraus resultierendem Inkontinenzrisiko sollten Methoden wie Drainage, Fibrinklebung, Laser etc. in die Therapieüberlegungen mit einbezogen werden.
- Therapien mit zu erwartendem geringem Therapieerfolg sollten vermieden werden, um die Frustration der Patienten gering zu halten.
- Da Menschen mit M. Crohn häufig an Diarrhö leiden, ist die Sphinkterfunktion von eminenter Bedeutung.

Etwa 30 % der Crohnpatienten haben Analfisteln. Prinzipiell stehen in der Behandlung natürlich alle Methoden,

die bei kryptoglandulären Fisteln eingesetzt werden, auch diesen Patienten zur Verfügung, man muss nur die deutlich erhöhte Rezidivrate in der Aufklärung ansprechen. Diese und das Inkontinenzrisiko müssen individuell abgewogen werden.

Die Seton- oder Fadendrainage ist und bleibt ein effektives, risikoarmes Verfahren. Sie bietet für den Crohnpatienten maximale Flexibilität bei guter Lebensqualität. Bei blander Lokalsituation kann sie eventuell, wie auch in der vorliegenden Arbeit, entfernt werden.

Die Vielzahl neuer Methoden und Techniken der letzten Jahre zeigt, dass das optimale Verfahren in der Fistelchirurgie, nämlich eine Therapie mit hoher Erfolgsrate bei niedriger Inkontinenzrate, noch nicht gefunden wurde.

Der Plug stellt aufgrund der vorliegenden Arbeit jedenfalls keine gute Therapieoption in der Behandlung von Crohnfisteln dar, da er nicht effektiver ist als die alleinige Entfernung der Setondrainage.

Korrespondenzadresse

Dr. I. Haunold

Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern
Wien, Betriebsgesellschaft m.b.H.
Stumpergasse 13, 1060 Wien, Österreich
ingrid.haunold@bhs.at

Interessenkonflikt. I. Haunold gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.