

Miktion und sexuelle Dysfunktion nach tiefer Rektumresektion und totaler mesorektaler Exzision. Eine prospektive Studie über 52 Patienten

Sterk P, Shekarriz B, Günter S, et al. Voiding and sexual dysfunction after deep rectal resection and total mesorectal excision: prospective study on 52 patients. *Int J Colorectal Dis* 2005;20:423–7.

Fragestellung und Hintergrund: Miktion und sexuelle Dysfunktion nach tiefer Rektumresektion wurden mit unterschiedlicher Häufigkeit in der Literatur beschrieben. In dieser Studie wurden prospektiv die zugrunde liegende präoperative Miktion und sexuelle Funktion bei einer Gruppe von Patienten bewertet, die eine tiefe Rektumresektion mit mesorektaler Exzision erhalten hatten, um vorliegende Abnormalitäten zu bestimmen. Postoperativ sollte erstens die Häufigkeit von Störungen der Miktion oder der sexuellen Dysfunktion bestimmt werden, zweitens ob es eine zeitabhängige Veränderung der Dysfunktion gibt und drittens wurde die Beziehung zwischen postoperativer urologischer Dysfunktion und Alter des Patienten untersucht.

Patienten und Methodik: 52 Patienten (36 Männer und 16 Frauen) mit einem primären Rektumkarzinom wurden direkt vor und nach der Operation prospektiv untersucht, ebenso nach dem dritten und sechsten postoperativen Monat. Die präoperative urologische Untersuchung bestand aus der sorgfältigen Miktions- und Sexualanamnese, Uroflowmetrie und sonographischer Restharnbestimmung. Eine detaillierte sexuelle Krankengeschichte wurde mithilfe eines Fragebogens erstellt.

Ergebnisse: Urologische Dysfunktion: Präoperativ hatten 49 der 52 Patienten eine komplett normale Blasenfunktion und drei Patienten einen Restharn von > 100 ml. Postoperativ hatten zwölf der 49 Patienten mit normaler präoperativer Miktion eine Miktionsstörung,

aber nur vier männliche Patienten hatten Restharn im dritten postoperativen Monat. Somit hatten etwa 90% der Patienten postoperativ normale Blasenfunktion und nur 10% litten an einer Harnblasendenergie nach sechs Monaten. Durch die relativ kleine Patientengruppe in dieser Studie konnte keine Beziehung zwischen dem Grad der Blasendysfunktion und dem Alter des Patienten entdeckt werden. Sexuelle Dysfunktion: Präoperativ waren 36 (sieben Frauen, 29 Männer) von den 52 Patienten potent und hatten regulären sexuellen Verkehr. Elf Männer berichteten über eingeschränkte Erektion, aber alle hatten gelegentlichen sexuellen Verkehr. Einer der potenten Männer erlebte keine Ejakulation. Postoperativ waren acht der 29 Männer impotent und bei zwei Patienten lag eine retrograde Ejakulation vor. Somit hatten 30% der präoperativ potenten Männer postoperativ sexuelle Störungen. Es gab keine Korrelation zwischen der postoperativen Impotenz und dem Alter der Patienten zur Zeit der Operation. Obwohl es wahrscheinlich ist, dass die Potenz mit zunehmendem Alter zurückgehen kann, war das Vorkommen von Impotenz nicht höher bei den älteren Patienten in unserer Studie.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse unserer Studie unterstreichen die Bedeutung einer Risikoeinschätzung für mögliche postoperative urologische Dysfunktion durch präoperative urologische Evaluation in diesem Patientenkollektiv. Von Patienten mit postoperativer Blasendysfunktion erfuhren 90% innerhalb

sechs Monaten nach der Operation eine Verbesserung, und nur 10% behielten die Blasendysfunktion auch nach sechs Monaten,

was auf einen irreversiblen Nervenschaden hindeutet.

Kommentar

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Problem von Blasenentleerungsstörungen und sexueller Dysfunktion nach tiefen Rektumresektionen und TME bei Rektumkarzinomen. Die Autoren erfassten prospektiv eine Patientengruppe bezüglich ihrer Blasenentleerungsfunktion und ihrem Sexualverhalten. Das Problem von Blasenentleerungsstörungen und sexueller Dysfunktion sind im Rahmen der Rektumkarzinomchirurgie sehr gut bekannt. Die Angaben schwanken von 7–73% bei der Blasenfunktion und von bis zu 30% bei der Impotenz. Die vorliegende Arbeit konzentrierte sich auf die sphinktererhaltende Rektumresektionen. Dies ist wichtig, da die Rate von Nervenläsionen nach abdominoperinealer Exstirpation-Technik bedingt deutlich höher ist. Die Nachbeobachtungszeit betrug sechs Monate. Aufgrund der Tatsache, dass alle Patienten präoperativ evaluiert wurden, konnte der Einfluss der Operation als ein Faktor auf die Funktion gut beurteilt werden. Eine Bias, die nicht berücksichtigt wurde, ist die Tatsache der adjuvanten Radiochemotherapie. Bis zu 38 Patienten (Stadium II, III und IV) wurden adjuvant behandelt. Somit ist der Einfluss der Radiotherapie im Langzeitverlauf nicht mit berücksichtigt. Aus der urologischen Literatur wissen wir, dass es nach Radiatio nach fünf Jahren in bis zu 63% zu Potenzstörungen kommt [1]. Somit ist der Nach-

untersuchungszeitraum von sechs Monaten nicht ausreichend.

Trotz dieser Bias zeigt die Arbeit sehr schön, wie wichtig die nervenschonende Technik ist. Eine Konsequenz aus dieser Arbeit ist sicherlich, dass im Rahmen der Aufklärung hinsichtlich dieser Problematik intensiver gesprochen werden muss. Dies ist ebenfalls ein Ergebnis aus der Arbeitsgruppe um Hendren [2] vom Mount Sinai Hospital in Toronto, die zeigen konnte, dass es nach Rektumresektion zu erheblichen Dysfunktionen hinsichtlich Blasenentleerung und Sexualfunktion kommt und dieses Problem nicht ausreichend prä- und postoperativ besprochen wurde. Somit trägt diese Arbeit zu einem besseren Verständnis der Problematik im Rahmen der Rektumkarzinomtherapie bei.

Literatur

1. Potosky AL, Davis WW, Harlan LC. Five year outcomes after prostatectomy or radiotherapy for prostate cancer: the prostate cancer outcome study. *J Nat Cancer Inst* 2004;96:1358–67.
2. Hendren SK, O'Connor BL, McLeod RS. Prevalence of male and female sexual dysfunction is high following surgery for rectal cancer. *Ann Surg* 2005;242:212–23.

*Dr. Reinhard Ruppert, München
ruppert0815@yahoo.com*