

Reduzieren Sphincter-internus-Defekte die Erfolgsrate bei der Sphinkterrekonstruktion?

Oberwalder M, Dinnewitzer A, Baig MK, et al. Do internal anal sphincter defects decrease the success rate of anal sphincter repair? *Tech Coloproctol* 2006;10:94–7.

Fragestellung und Hintergrund: Ziel dieser Studie war, die funktionellen Ergebnisse der Sphinkterplastik (Sphinkterrekonstruktion) bei Patienten mit kombiniertem Sphinkterdefekt (Sphincter internus und Sphincter externus) im Vergleich zu Patienten mit isoliertem Defekt des Sphincter externus zu evaluieren. Anatomische Defekte des analen Sphinkters können den internen (IAS) und externen analen Sphinkter (EAS) betreffen oder beide Muskeln. Die operative Wiederherstellung von anterioren EAS-Defekten kann durch eine Überlappungsnaht des EAS oder eine EAS-Raffung erfolgen. Die IAS-Raffung kann zusätzlich ungeachtet einer eventuellen IAS-Verletzung erfolgen.

Patienten und Methodik: Die Krankenakten von Patienten, die eine operative Wiederherstellung des analen Sphinkters zwischen 1988 und 2000 und ein Follow-up von mindestens 3 Monaten hatten, wurden retrospektiv untersucht. Unter Verwendung des Inkontinenzscores der Cleveland Clinic Florida, bei dem 0 einer perfekten Kontinenz und 20 einer völligen Inkontinenz entsprechen, wurde die fäkale Inkontinenz untersucht. Postoperative Scores von 0 bis 10 wurden als „Erfolg“ gewertet, während Scores von 11 bis 20 als „Therapieversagen“ galten.

Ergebnisse: Die Studie umfasste insgesamt 131 Frauen, wobei 38 Frauen kombinierte EAS/IAS-Defekte (Gruppe I) und 93 isolierte EAS-Defekte (Gruppe II) aufwiesen. 33 Patienten (87%) in Gruppe I erhielten eine ope-

rativ Raffung eines defekten IAS, verglichen mit 83 Patienten (89%) in Gruppe II. Alle Patienten hatten entweder einen überlappenden EAS-Repair (n = 121) oder eine EAS-Raffung (n = 10). Das mittlere Follow-up betrug 30,9 Monate (3–131 Monate). Es gab keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bezüglich Alter (48,3 vs. 53,0 Jahre; p = 0,14), präoperativer Inkontinenzscores (16,1 vs. 16,7; p = 0,38), des Ausmaßes der pathologischen PNTML (links 11,1% vs. 8%; p = 0,58; rechts 8,6% vs. 15,1%; p = 0,84), des Ausmaßes der pathologischen Veränderungen der Elektromyographie (54,8% vs. 60,1%; p = 0,43) sowie der Länge des Follow-up (26,9 vs. 32,5 Monate; p = 0,31). Die Erfolgsraten der Sphinkterreparaturen betrugen 68,4% bei Gruppe I vs. 55,9% bei Gruppe II (p = n.s.). Beide Gruppen waren hinsichtlich der Inzidenz einer IAS-Raffung wie auch Alter, Nachbeobachtungszeit und physiologische Parameter vergleichbar. Die Erfolgsraten der Sphinkterrekonstruktionen unterschieden sich nicht signifikant zwischen beiden Gruppen.

Schlussfolgerung: Ein vorbestehender IAS-Defekt schließt eine erfolgreiche Sphinkterrekonstruktion im Vergleich zu einer Wiederherstellung eines isolierten EAS-Defekts nicht aus. Daher sollten Patienten mit kombinierten analen Sphinkterdefekten (EAS und IAS) nicht von vornherein als schlechte Kandidaten für eine Sphinkterrekonstruktion angesehen werden.

Kommentar

Die retrospektive Studie untersucht die Ergebnisse der Sphinkterplastik vor dem Hintergrund, dass anatomische Sphinkterdefekte den inneren analen Sphinkter (IAS), den externen analen Sphinkter (EAS) oder beide Muskeln betreffen können, wobei die Pudendusneuropathie eine wichtige Rolle spielt [1, 2]. Anhand von 131 Patientinnen, die entweder eine Sphinkterplastik mit IAS-Raffung (ggf. mit anteriorer Levatorplastik) bei isoliertem EAS-Defekt (n = 93) bzw. eine EAS-Rekonstruktion mit IAS-Raffung (ggf. mit anteriorer Levatorplastik) bei kombiniertem EAS/IAS-Defekt (n = 38) erhielten, schlussfolgern die Autoren – bei hinsichtlich des Alters, des präoperativ erhobenen Inkontinenzscores und der Nachbeobachtungszeit vergleichbaren Kollektiven –, dass das Vorliegen eines IAS-Defekts zusätzlich zu einem EAS-Defekt keinen ungünstigen Parameter für den potentiellen Erfolg einer operativen Maßnahme darstellt. In der Gruppe der Patientinnen mit kombiniertem IAS/EAS-Defekt erhielten 87% eine IAS-Raffung, in der Gruppe der Patientinnen mit isoliertem EAS-Defekt erhielten 89% eine IAS-Raffung, wobei Alter und pathologische Befunde hinsichtlich Pudendusleitgeschwindigkeit und EMG vergleichbar waren. Die Erfolgsraten betragen 68% bzw. 56% bei kurzer Nachbeobachtungszeit.

Die generelle Problematik dieser Studie liegt darin, dass beide Gruppen sowohl hinsichtlich der Inkontinenzätiologie als auch der Operationstechnik (Sphinkterrekonstruktion durch Überlappung, Raffung oder Direktnaht; keine definitive Aussage über anteriore Levatorplastik) nur bedingt vergleichbar sind. Darüber hinaus beziehen sich

die Ergebnisse nur auf eine 3-monatige Nachsorgeuntersuchung. Die in der Methodik dargelegte Definition von „Erfolg“ und „Therapieversagen“ wird zudem nicht durch Daten belegt.

Die entscheidende Einschränkung der vorgelegten Studie besteht m.E. jedoch in Folgendem: Aufgrund ihrer Ergebnisse schlussfolgern die Autoren, dass ein IAS-Defekt zusätzlich zu einem EAS-Defekt eine erfolgreiche Sphinkterplastik bzw. Sphinkterrekonstruktion nicht ausschließt. Diese Schlussfolgerung ist jedoch anhand der dargestellten Resultate nicht abzuleiten. Vielmehr kann aus den publizierten Daten abgeleitet werden, dass eine gleichzeitige IAS-Raffung zusätzlich zur EAS-Rekonstruktion nicht zu besseren Ergebnissen im Vergleich zur EAS-Sphinkterplastik führt. Somit ist die Aussagekraft dieser Studie limitiert, und die von den Autoren aufgeführte Fragestellung kann anhand der dargestellten Daten nur eingeschränkt beantwortet werden. Die Studie zeigt jedoch erneut, dass die wirklichen Erfolgsraten nach Sphinkterplastik bzw. Sphinkterrekonstruktion – unabhängig von der Definition „Erfolg“ – höchstens zwei Drittel der Patienten betreffen.

Literatur

1. Briel JW, de Boer LM, Hop WC, et al. Clinical outcome of anterior overlapping external anal sphincter repair with internal anal sphincter imbrication. *Dis Colon Rectum* 1998;41:209–14
2. Halverson AL, Hull TL. Long-term outcome of overlapping anal sphincter repair. *Dis Colon Rectum* 2002;45:345–8.

*Priv.-Doz. Dr. Oliver Schwandner,
Regensburg*