

rektovaginalen Fistelrezidiv dar. Insgesamt 5 von 8 Patientinnen hatten eine assoziierte Crohn-Erkrankung, wobei in 4 von 5 Fällen (80%) ein Fistelverschluss erreicht werden konnte (medianer Nachbeobachtungszeitraum: 28 Monate). Trotz einer Fistelheilung blieben die Lebensqualität und die Sexualfunktion reduziert. Die Autoren bewerteten die Grazilismethode zum Verschluss rektovaginaler Fisteln als effektiv, insbesondere bei zusätzlich bestehender Crohn-Erkrankung.

Die Autoren haben sich in der vorliegenden Arbeit mit einem anspruchsvollen Patientenkollektiv beschäftigt. Ein negativ selektiertes Kollektiv wurde unter Stomaschutz für einen Fistelverschluss mittels Grazilisplastik ausgewählt und im weiteren Verlauf analysiert. Die Ergebnisse sind ermutigend und besser als die Erfolgsraten nach herkömmlichen Fistelverschlussmethoden [2], die mit 40–70% angegeben werden. Die in den vergangenen Jahren publizierten Resultate mehrerer Arbeitsgruppen zeigen ebenfalls z. T. sehr gute Fistelverschlussraten, sodass der Operationsaufwand gerechtfertigt erscheint [3, 4]. Ein besonderes Verdienst der Autoren ist es, die Lebensqua-

lität nach Grazilistransposition bestimmt zu haben. Nur zwei Drittel der Patientinnen finden trotz Fistelverschluss zu einer weitgehend normalen Lebensqualität und Sexualität zurück. Allerdings leidet die Studie unter dem retrospektiven Charakter und dem Fehlen von präoperativen Daten zu diesem Thema.

Insgesamt ist die vorliegende Fallserie von rektovaginalen Fistelrezidiven interessant und lesenswert, da es lediglich vier weitere Studien zu diesem Thema gibt [3, 4, 5, 6] und hochwertige Studien fehlen. Der gut durchblutete Grazilismuskel eignet sich offensichtlich sehr gut bei narbigen und minderperfundierten Weichteilverhältnissen um die Fistelöffnung. Ein zusätzlicher Weichteilverlust im Bereich der Fistel oder im Perineum kann durch einen Grazilismuskel optimal ersetzt werden.

Die Grazilismuskeltransposition zum Verschluss von rektovaginalen Fistelrezidiven stellt eine große Bereicherung in der Fistelchirurgie dar. Ein protektives Stoma erscheint sehr sinnvoll. Lebensqualitätsaspekte sollten zukünftig weiter evaluiert werden.

A.K. Joos

End- und Dickdarm-Zentrum Mannheim, Mannheim

## Inkontinenzraten nach Behandlung mit schneidendem Faden bei Analfisteln

lung mit schneidendem Faden („cutting seton“) bei analen Fisteln.

**Patienten und Methodik.** Es wurden Literatursuchen in PubMed, MEDLINE und Google mit den Suchwörtern *schneidender Faden/Fäden, Faden/Fäden* und *Analfistel* durchgeführt. Auch wurde eine

### Korrespondenzadresse

PD Dr. A. Fürst

Klinik für Chirurgie, Caritas-Krankenhaus St. Josef  
Landshuter Str. 65, 93053 Regensburg  
afuerst@caritasstjosef.de

### Literatur

1. Andreani SM, Dang HH, Grondona P et al (2007) Rectovaginal fistula in Crohn's disease. *Dis Colon Rectum* 50:2215–2222
2. Penninckx F, Moneghini D, D'Hoore A et al (2007) Success and failure after repair of rectovaginal fistula in Crohn's disease: analysis of prognostic factors. *Colorectal Dis* 3:406–411
3. Wexner SD, Ruiz DE, Genua J et al (2008) Gracilis muscle interposition for the treatment of rectourethral, rectovaginal and pouch-vaginal fistulas. Results in 53 patients. *Ann Surg* 248:39–43
4. Fürst A, Schmidbauer C, Swol-Ben J et al (2008) Gracilis transposition for repair of recurrent rectovaginal fistula in Crohn's disease. *Int J Colorectal Dis* 23:339–351
5. Zmora O, Tuchinsky H, Gur E et al (2006) Gracilis muscle transposition for fistulas between the rectum and urethra or vagina. *Dis Colon Rectum* 49:1316–1321
6. Rius J, Nessim A, Noguera JJ, Wexner SD (2000) Gracilis transposition in complicated perianal fistula and unhealed perineal wounds in Crohn's disease. *Eur J Surg Oncol* 166:218–222

coloproctology 2010 · 32:136–137  
DOI 10.1007/s00053-010-0082-y  
Online publiziert: 27. März 2010  
© Urban & Vogel 2010

#### Für Sie gelesen:

Ritchie R, Sackier J, Hodde J (2009) Incontinence rates after cutting seton treatment for anal fistula. *Colorectal Dis* 11:564–571

**Fragestellung.** Ziel dieser Studie war die Untersuchung der Inzidenz bezüglich analer Inkontinenz nach einer Behand-

Analyse der gesammelten Quellennachweise durchgeführt.

**Ergebnisse.** Die durchschnittliche Inkontinenzrate nach Einsatz des schneidenden Fadens betrug 12%. Die Inkontinenzrate stieg, je mehr sich die Position der inneren Öffnung der Fistel nach proximal verschob. In den Studien, welche

die verschiedenen Inkontinenztypen beschrieben, war flüssiger Stuhl das häufigste Problem, dicht gefolgt von der Inkontinenz für Winde. Die mit dieser Fistelbehandlung assoziierte Inkontinenzrate der als nicht spezifisch kryptoglandulär definierten Fisteln betrug 18%.

**Schlussfolgerung.** Die hohe Inkontinenzrate, die aus dem Einsatz schneidender Fäden resultiert, legt nahe, dass diese Therapie die Kontinenzmuskulatur beschädigen kann. Andere Methoden, bei denen der Sphinkter nicht durchtrennt wird, sollten – falls verfügbar – bevorzugt werden, besonders bei der Behandlung höherer Fisteln.

## Kommentar

Die Autoren der Studie haben die vorhandene englische, spanische und italienische Literatur nach Fisteltherapie mittels „cutting seton“ (nicht zu verwechseln mit einer langfristigen Fadendrainage) durchforstet, vor allem hinsichtlich der Auswirkungen auf die Kontinenz. Insgesamt 38 Studien mit 1460 Patienten (zwischen 3 und 155 pro Studie) wurden gefunden. Bei der Mehrzahl handelt es sich um retrospektive Arbeiten oder Kohortenstudien, lediglich drei Studien sind prospektiv-randomisiert.

Erwartungsgemäß unterscheiden sich die Studien hinsichtlich ihrer Angaben markant. Die älteste Studie stammt aus dem Jahr 1975, die jüngste aus dem Jahr 2008. Vor allem die Fisteltypen, die verwendeten Materialien [Nahtmaterial aller Art, z. B. Silikon, Gummi, Draht (!), sog. Medikamentenbeschichtung], die Fadenspannungstechnik (von mehrmals am Tag durch den Patienten selbst über wöchentliche Auswechslung bis hin zur Nachspannung alle 4 Wochen) und die Definition der Inkontinenz (in einem Drittel der Studien keine diesbezügliche Angabe) sind höchst unterschiedlich, bzw. wichtige Angaben fehlen einfach.

Die Inkontinenzrate aller Studien beträgt im Mittel 12% (Range 0–67%). Bei Betrachtung der Studien, die den Fisteltyp berücksichtigen, schwankt die Inkontinenzrate zwischen 0% und 53%; wird aus dieser Gruppe die einzige Studie ausgeschlossen, welche eine Inkontinenzrate

von 0% angibt (Türkei), so resultiert bereits eine Inkontinenzrate zwischen 31% und 53% (transsphinktär 20,5%, suprasphinktär 67%, extrasphinktär 37%).

Betrachtet man nur die Studien, in denen die Qualität der Kontinenzstörung angeführt wird, so findet sich bei insgesamt 32% der Patienten eine Kontinenzstörung, davon für flüssigen Stuhl bei 69% und für festen Stuhl bei 18%.

Leider fehlt eine separate Bewertung der drei prospektiv-randomisierten Studien; dies wäre interessant und wurde deshalb recherchiert, da man gerade hier aussagekräftigere Ergebnisse erwartet: In diesen prospektiven Studien liegt die Inkontinenzrate bei nur 5–9%. Wie kommt es zu solch relativ niedrigen Raten? Die Barbados-Studie vergleicht bei insgesamt 34 Patienten einen konventionellen mit einem modifizierten „cutting seton“, die Ergebnisse beziehen sich im Wesentlichen auf den Vergleich der beiden Methoden bei transsphinktären Fisteln und ergeben keine Unterschiede zwischen den Verfahren [1]. Die Singapore-Studie vergleicht bei 46 Patienten einen ayurvedischen „cutting seton“ mit der Fistelspaltung, allerdings nur bei distal-transsphinktären Fisteln, wo allein aufgrund der distalen Lage kaum wesentliche Kontinenzstörungen zu erwarten sind [2]. Bei der aus Indien stammenden Studie (155 Patienten, acht Inkontinenzereignisse) wurde weder nach Inkontinenzschweregraden noch nach Fisteltyp unterschieden [3] – so viel zu den aussagekräftigeren Ergebnissen.

Ebenso fehlt eine Diskussion der Tatsache, dass in elf von 38 Studien keinerlei (!) Kontinenzstörung nach dieser Therapie angegeben wird. Dies könnte natürlich daran liegen, dass es sich um weit distal gelegene Fisteln handelte oder der Nachbeobachtungszeitraum sehr kurz war. Möglicherweise könnten die Teilnehmer dieser Studien auch alle unter Obstipation gelitten und/oder nur harten Stuhlgang gehabt haben. Darüber, welche dieser Möglichkeiten am ehesten zutrifft oder ob nicht ein ganz anderer Grund für das angeblene Ausbleiben jeglicher Kontinenzstörung vermutet werden muss, darf ebenso spekuliert werden wie über die Aussagekraft solcher Studien.

Die Schlussfolgerung lautet, dass in Anbetracht der zu erahnenden Konti-

nenzstörungen nach „cutting seton“ (vor allem bei proximalen Fisteln) eher sphinkterschonende Verfahren wie der „anal fistula plug“ (AFP) eingesetzt werden sollten. Dieser Hinweis auf das Produkt der Fa. Cook mag den Autoren verziehen werden; schließlich konnten sie bei Einreichung des Artikels im Juli 2008 noch nicht die Daten der ersten prospektiven Untersuchungen zum AFP mit Rezidivraten um 70% absehen [4].

Der „cutting seton“ ist auch aufgrund der in dieser Studie erhobenen Daten ein völlig obsoletes Verfahren mit einer unvertretbar hohen Rate an Kontinenzstörungen und folglich nicht zu rechtfertigenden Schmerzen für den Patienten. Die Standards der Fistelchirurgie vor allem in Bezug auf Kontinenzertret und Rezidivfreiheit stellen unverändert die einfache Fistelspaltung bei sehr distalen Fisteln, der plastische Fistelverschluss bei höheren Fisteln und künftig ggf. auch die primäre Sphinkterrekonstruktion dar [5].

## Korrespondenzadresse

**Dr. A.K. Joos**

End- und Dickdarm-Zentrum Mannheim  
Bismarckplatz 1, 68165 Mannheim  
Dr.Joos@t-online.de

## Literatur

1. Zbar AP, Ramesh J, Beer-Gabel M et al (2003) Conventional cutting vs. internal anal sphincter-preserving seton for high transsphincteric fistula: a prospective randomized manometric and clinical trial. *Tech Coloproctol* 7:89–94
2. Ho KS, Tsang C, Seow-Choen F et al (2001) Prospective randomized trial comparing Ayurvedic cutting seton and fistulotomy for low fistula-in-ano. *Tech Coloproctol* 5:137–141
3. Shukla NK, Narang R, Nair NGK et al (1991) Multicentric randomized controlled clinical trial of Kshaarasootra (Ayurvedic medicated thread) in the management of fistula-in-ano. *Indian J Med Res* 94:177–185
4. Ortiz H, Marzo J, Ciga MA 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
5. Joos AK, Bussen D, Herold A (2009) Abszess, Anal-fistel, Analfissur Allgemein- und Viszeralchirurgie up2date 3:221–236