

Langzeiterfolgsrate nach Operation von anorektalen und rektovaginalen Fisteln bei Morbus Crohn

Löffler T, Welsch T, Mühl S, et al. Long-term success rate after surgical treatment of anorectal and rectovaginal fistulas in Crohn's disease. *Int J Colorectal Dis* 2009;24:521–6.

Fragestellung: Ziel der Studie war eine Ergebniszusammenfassung nach der Operation anorektaler und rektovaginaler Fisteln in einer großen konsekutiven Patientenserie.

Hintergrund: Wegen der beträchtlichen Unterschiede in der klinischen Präsentation anorektaler und rektovaginaler Fisteln bei Morbus Crohn sind die Daten der Behandlungsergebnisse für jeden Fisteltyp begrenzt.

Patienten und Methodik: Alle Patienten mit anorektalen oder rektovaginalen Fisteln aufgrund von Morbus Crohn, die zwischen 1991 und 2001 in der Klinik der Autoren operiert worden waren, wurden einer prospektiven Datenbank entnommen. Es wurden ein standardisiertes Telefoninterview und eine Verlaufskontrolle der Patienten in der eigenen Ambulanz, der inneren Abteilung der Klinik oder beim Gastroenterologen durchgeführt. Fisteltyp und durchgeführte Eingriffe wurden klassifiziert und analysiert. Für jeden Fisteltyp und für die verschiedenen chirurgischen Methoden wurden die rezidivfreien Zeitintervalle evaluiert. Der Einfluss der chirurgischen Methode, die Anzahl der durchgeführten Eingriffe und die Korrelation zu anderen Lokalisationen der Erkrankung wurden in Bezug auf die Rezidivrate analysiert.

Ergebnisse: 147 von 777 Morbus-Crohn-Patienten mit einer Operation zwischen 1991 und

2001 hatten anorektale oder rektovaginale Fisteln (292 Operationen). Von diesen wiesen 98% ebenfalls einen Morbus Crohn im Kolon oder Rektum auf, verglichen mit nur 21% der Patienten ohne Fistel ($p < 0,001$). In der Langzeitverlaufskontrolle war bei 29 Patienten (20%) eine Proktektomie erforderlich. Bei submukösen Fisteln war ein größerer Eingriff in nur 14% der Fälle nötig, verglichen mit 56% der Fälle bei rektovaginalen Fisteln. Nach 5 Jahren zeigten komplexe Fisteln eine stärkere Tendenz zu einer höheren Rezidivrate nach der Operation als die einfachen submukösen Fisteln (45,6% vs. 18,8%; $p = 0,079$). Während in der Patientengruppe mit den komplexen Fisteln über die gesamte Beobachtungszeit hinweg Rezidive auftraten, fanden sich 13 Monate nach dem Eingriff keine weiteren Rezidive bei den Patienten mit submukösen Fisteln. Bei den rektovaginalen Fisteln zeigte die zusätzliche Levatorplastik keinen Vorteil gegenüber dem üblichen endorektalen Advancement-Flap.

Schlussfolgerung: In der Langzeitverlaufskontrolle zeigt sich, dass die Rezidivraten nach der Operation komplexer Fisteln bei Morbus Crohn hoch sind und mit der Zeit kontinuierlich ansteigen. Bei den submukösen Fisteln finden sich die besten Ergebnisse, nach 13 rezidivfreien Monaten kann eine definitive Heilung erwartet werden.

Kommentar

Die vorliegende Studie aus Heidelberg und Mannheim bestätigt einmal mehr, wie wichtig prospektive Datensammlungen sind, insbesondere bei komplexen Krankheitsbildern wie beispielsweise dem Morbus Crohn. Gerade die anale, rektale und anovaginale Manifestation ist bei dieser Erkrankung so heterogen, dass randomisierte Studien aufgrund der zu erwartenden Fallzahlen selbst an Zentren, die sich speziell mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen beschäftigen, als unrealistisch anzusehen sind.

Daher ist es begrüßenswert, dass die Arbeitsgruppe um P. Kienle ihre Erfahrungen bei der Versorgung von fast 150 Crohn-Fisteln im Anogenitalbereich mitteilen. Auch der mediane Nachbeobachtungszeitraum von 4 Jahren qualifiziert diese Untersuchung in hohem Maße, da in der Regel Nachbeobachtungsverläufe selten 1 Jahr überschreiten.

Anhand der genannten soliden Datenbasis konnten diverse Aspekte dieser Erkrankungsmanifestation nochmals dokumentiert werden. Eine Beteiligung des Rektums und/oder Kolons ist bei analer oder rektovaginaler Erkrankung mit 98% nahezu obligat. Auch die Tatsache, dass gut jeder fünfte Patient mit einer anorektalen Beteiligung letztendlich einer Proktektomie und definitiven Stomaanlage zugeführt werden muss, entspricht der Erfahrung aus anderen Zentren und zeigt nochmals den aggressiven und destruktiven Charakter der Erkrankung. Der Leidensweg dieser Patienten erstreckt sich häufig über viele Jahre und geht mit einer erheblichen Einbuße an Lebensqualität einher. Es steht zu vermuten, dass mitunter eine frühzeitige Indikation zur Rektum-

resektion den Leidensweg einiger Patienten abzukürzen vermag.

Des Weiteren bestätigt sich die Tatsache, dass die einfachen Fistelformen, etwa die submukösen Fisteln, sich in hohem Maße auch langfristig sanieren lassen, während die komplexen Fisteln und vor allem auch die vaginalen Fisteln hartnäckig sind und in nahezu 50% rezidivieren. Dies wiederum sollte gerade bei den rekto- bzw. anovaginalen Fisteln zu einer gewissen Zurückhaltung in der Indikationsstellung zur operativen Sanierung Anlass geben.

Symptomlose bzw. -arme Verläufe können auch beobachtet werden und bedürfen nicht zwingend einer Operation. Allerdings sind gerade bei einer genitalen Manifestation individuelle Aspekte, etwa Patientenalter, Partnerschaft und Sexualität etc., von enormer Bedeutung und müssen entsprechend den Gegebenheiten gewürdigt werden. Wichtig ist aber eine konsequente Aufklärung bezüglich der Therapieoptionen und der Heilungsaussichten, um eine seriöse Beratung gewährleisten zu können. Auch hierfür sind die Ergebnisse dieser Studie von großer Wichtigkeit.

Aufgrund des Studienzeitraums konnten naturgemäß neuere Aspekte zur Fisteltherapie beim Morbus Crohn keinen Eingang in die Analyse finden. Auf der konservativen Ebene wären hier die neueren Immunmodulatoren (Tumor-Nekrose-Faktor- α -Antikörper etc.) zu nennen, wobei auch hier die Datenlage sehr heterogen ist [1, 2]. Im chirurgischen Bereich gibt es vielversprechende Publikationen bezüglich der Anwendung des sog. „fistula plug“ gerade auch bei Patienten mit einem Morbus Crohn [3]. Sowohl für die modernen konservativen Therapeutika als auch für das letztgenannte operative Verfah-

ren stehen allerdings langfristige und/oder multizentrische Beobachtungen noch aus. Wie häufig nach der ersten Phase einer gewissen Anfangseuphorie werden die Ergebnisse dann vermutlich eher bescheidener ausfallen. Als Fazit bleibt, dass die anorektale und genitale Manifestation des Morbus Crohn zwar ein schwieriges Leiden darstellt, das einer individualisierten und spezialisierten Therapie bedarf, ein nihilistischer Ansatz jedoch keinesfalls gerechtfertigt erscheint.

Literatur

1. Kraemer M, Kirschmeier A, Marth T. Perioperative adjuvant therapy with infliximab in complicated anal Crohn's disease. *Int J Colorectal Dis* 2008;23:965–9.
2. Gaertner WB, Decanini A, Mellgren A, et al. Does infliximab infusion impact results of operative treatment for Crohn's perianal fistulas? *Dis Colon Rectum* 2007;50:1754–60.
3. Schwandner O, Stadler F, Dietl O, et al. Initial experience on efficacy in closure of cryptoglandular and Crohn's transsphincteric fistulas by the use of the anal fistula plug. *Int J Colorectal Dis* 2008;23:319–24.

Prof. Dr. Marco Sailer, Hamburg