

Wiederholter transanaler Advancement Flap: Einfluss auf die Gesamt-Heilungsrate von hoch-transsphinkterischen Fisteln und auf die Stuhlkontinenz

Mitalas L, Gosselink M, Zimmerman D et al. Repeat transanal advancement flap repair: impact on the overall healing rate of high transsphincteric fistulas and on fecal continence. *Dis Colon Rectum* 2007;50:1508–11.

Fragestellung: Ziel der vorliegenden Studie war die Evaluierung der Erfolgsrate einer wiederholten TAFR (Transanal Advancement Flap Repair) von hohen transsphinkterischen Fisteln sowie die Bewertung der Auswirkung einer solchen Zweitoperation auf die Gesamt-Heilungsrate und auf die Stuhlkontinenz.

Hintergrund: Die transanale Advancement-Flap-Repair (TAFR) wird als Behandlung der Wahl bei transsphinkterischen Fisteln im oberen oder mittleren Drittel des externen analen Sphinkters empfohlen. Es ist jedoch nicht geklärt, ob sich frühere Reparaturversuche negativ auf die Gesamt-Heilungsrate und die Stuhlkontinenz nach einer zweiten TAFR auswirken.

Patienten und Methodik: Zwischen Januar 2001 und Januar 2005 unterzog sich eine konsekutive Serie von 87 Patienten (62 männlich; medianes Alter 49 Jahre (27–73)) einer TAFR. Das mediane Follow-up betrug 15 Monate (2–50). Den Patienten, bei denen die primäre Operation fehlschlug, wurden zwei weitere Behandlungsoptionen angeboten: eine zweite Flap-Operation oder eine Lang-

zeit-Faden-Drainage. 26 Patienten (männlich/weiblich Ratio 5:2; medianes Alter 51 Jahre (31–72)) bevorzugten eine erneute Operation. Der Kontinenz-Status wurde unter Anwendung des Rockwood Faecal Incontinence Severity Index (RFISI) vor und nach den Eingriffen evaluiert.

Ergebnisse: Die Heilungsrate nach der ersten TAFR betrug 67%. Von den 29 Patienten, bei denen die primäre Operation fehlschlug, unterzogen sich 26 einer wiederholten TAFR. Die Heilungsrate nach dieser zweiten Operation betrug 69%, was in einer Gesamt-Erfolgsrate von 90% resultierte. Sowohl vor als auch nach dem ersten Versuch von TAFR lag der mediane RFISI bei 7 (0–34). Bei Patienten, die eine zweite TAFR hatten, betrug der mediane RFISI vor und nach diesem Eingriff 9 (0–34) bzw. 8 (0–34). Keine dieser Veränderungen war statistisch signifikant.

Schlussfolgerung: Eine Wiederholungs-TAFR lässt die Gesamt-Heilungsrate von hohen transsphinkterischen Fisteln von 67% nach einer Operation auf 90% nach einer zweiten Operation ansteigen, und zwar ohne eine Verschlechterung der Stuhlkontinenz.

Kommentar

Die TAFR ist die Therapie der Wahl von hohen transsphinkteren Fisteln krypto-

glandulären Ursprungs. In der Literatur wird bei diesem Operationsverfahren eine Minderung der Kontinenzleistung in 8 bis 35% der Fälle beschrieben. Als

eine der Ursachen wird die „Verstärkung“ des „Flaps“ durch Fasern des M. sphinkter ani internus angegeben, die den Sphinkter dann „ausdünnen“. Dies gilt natürlich insbesondere auch für eine Wiederholungs-TAFR oder andere Voroperationen (Fistelspaltung, -exzision, Fibrinklebung), bei denen die Narbenbildung im voroperierten Gebiet das Endergebnis verschlechtern kann.

Die 87 in dieser Studie operierten Patienten litten an hohen, mit Hilfe einer Kernspinresonanztomographie (MRT) nachgewiesenen transsphinkteren Fisteln. Die guten Ergebnisse belegen, dass eine sorgfältige Technik bei einer Zweitoperation das Gesamtergebnis nicht nur verbessert (von 67% auf 90%), sondern auch die Kontinenz nicht verschlechtert. Drei Patienten wählten statt einer Zweitoperation die „Dauer-Einlage“ eines lose geknüpften Fadens, der 3–4 Jahre *in situ* verbleibt, bevor die so nach subkutan durchgeänderte Fistel dann „durchtrennt“ wird. Nach fehlgeschlagener Zweitoperation wurden sieben Patienten mittels dieser Fadendrainage behandelt [1]. Ein Patient konnte mit einem ano-kutanen Advancement-Flap geheilt werden. Für die guten Ergebnisse nach Erst- und Zweitoperation ohne signifikante Kontinenzminderung sind in meinen Augen zwei Dinge ursächlich:

1. Alle Operationen wurden von nur einem (geübten und erfahrenen) Operateur in einer standardisierten Technik ausgeführt.
2. Statt eines Parks'schen Sperrers, der bei länger dauerndem Einsatz und zu

starker Dehnung die Sphinkterleistung mindern kann, wurde das Lone Star Retractor System® verwendet [2, 3].

Diese Ergebnisse sollten dazu ermutigen, auch nach einem fehlgeschlagenen Advancement Flap einen zweiten identischen rekonstruktiven Versuch zu wagen, zumal das Operationsverfahren deutlich billiger ist als die Anwendung eines „anal fistula plug“, der Rezidivraten von ca. 60% zur Folge hat [4, 5].

Literatur

1. Christensen A, Nilas L, Christiansen J. Treatment of transsphincteric anal fistulas by the seton technique. *Dis Colon Rectum* 1986;29:454–5.
2. van Tets WF, Kuijpers JH, Tran K, Mollen R, van Goor H. Influence of Parks' anal retractor on anal sphincter pressures. *Dis Colon Rectum* 1997;40:1042–5.
3. Zimmerman DD, Gosselink MP, Hop WC, Darby M, Briel JW, Schouten WR. Impact of two different types of anal retractor on fecal continence after fistula repair: a prospective, randomized, clinical trial. *Dis Colon Rectum* 2003;46:1674–9.
4. van Koperen PJ, D'Hoore A, Wolthuis AM, Beldman WA, Slors JF. Anal fistula plug for closure of difficult anorectal fistula: a prospective study. *Dis Colon Rectum* 2007;50:2168–72.
5. Schwandner O, Stadler F, Dietl O, Wirsching RP, Fuerst A. 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. PMID: 18038233 [epub ahead of print].

Dr. Jens-Uwe Bock, Kiel