

Ein systematischer Review über die Bedeutung des Kaiserschnitts zum Erhalt der analen Kontinenz

Nelson R, Westercamp M, Furner S. A systematic review of the efficacy of cesarean section in the preservation of anal continence. *Colorectal Dis* 2005;7:214–7.

Fragestellung und Hintergrund: In der hier vorgestellten Studie wurde ein systematischer Review veröffentlichter Studien durchgeführt, die das anale Inkontinenzrisiko aufgrund der Art der Entbindung vergleichen. Ein elektiver primärer Kaiserschnitt wird größtenteils zur Vermeidung eines mütterlichen Beckentraumas durchgeführt, das zur analen Inkontinenz führen kann, obwohl der diesbezügliche Nutzen bisher nicht gründlich untersucht worden ist.

Patienten und Methodik: PubMed wurde im Zeitraum zwischen 1966 und August 2005 durchsucht. Bei fehlenden Daten und Analysen wurden die Autoren kontaktiert. eingeschlossen wurden sowohl randomisierte als auch nichtrandomisierte Studien. Geeignete Studien beinhalteten Frauen mit vaginaler Entbindung oder Kaiserschnitt, bei denen Stuhl- oder Luftinkontinenz als ein Ergebnis berichtet wurde und bei denen das Risiko aus den berichteten Daten kalkulierbar war. Aus den Studien wurden Rohdaten sowie berichtete „Odds Ratios“ und Konfidenzintervalle entnommen. Außerdem wurden auch bereinigte „Odds Ratios“ aus den nicht-randomisierten Studien entnommen, sowie zusätzliche von den Autoren erhaltene Daten zum Abgleich der Risiken aus Alter und Entbindungen, falls dies eingangs nicht erfolgt war. Es wurden Sensitivitätsanalysen unter Verwendung folgender Qualitätsindikatoren durchgeführt: Angleichungen entsprechend

Alter und Entbindungen, Zeit bis zur Kontinenzbeurteilung sowie Art der früheren Entbindungen.

Ergebnisse: 15 Studien, bestehend aus 3 010 Kaiserschnitten und 11 440 vaginalen Entbindungen, wurden als geeignet eingestuft. Das relative Risiko für Stuhlinkontinenz betrug 0,91 (95%-Konfidenzintervall, 0,74–1,14) und 0,98 für Luftinkontinenz (0,86–1,13). Die erforderliche Anzahl (number needed to treat), bei denen ein Kaiserschnitt nötig war, lag bei 167 zur Vermeidung eines einzigen Falles von Stuhlinkontinenz. Fünf Studien wurden als hochqualitativ eingestuft. In diesen Studien lag das summarische relative Risiko bei 0,94 (0,72–1,22) und die zu behandelnde Patientenzahl bei 198 (number needed to treat).

Schlussfolgerung: Die höchste Evidenz zur Beurteilung des Nutzens von Kaiserschnitten bei der Prävention von analer Inkontinenz wären in randomisierten Studien von durchschnittlichen Risikoschwangerschaften mit wenigen Crossovers zu finden. Da solche Studien fehlen, kommen die Autoren dieses Reviews basierend auf den Ergebnissen ihrer Studie zu dem Schluss, dass ein Kaiserschnitt eine anale Inkontinenz nicht verhindert. Dies impliziert, dass es sich bei einer Inkontinenz assoziiert mit einer Entbindung mit höherer Wahrscheinlichkeit um eine durch Schwangerschaft verursachte Inkontinenz handelt.

Kommentar

Die häufigste bekannte Ursache der Stuhlinkontinenz sind Geburtstraumen und ihre Folgen [1]. Infolge dessen wird oft diskutiert, ob eine geplante Sectio caesarea das Risiko einer Inkontinenz reduzieren und somit Schwangeren vor der Entbindung als Alternative angeboten werden kann. Die vorliegende Untersuchung von Nelson et al. versucht erstmals, dieses Thema in Form einer Metaanalyse aufzuarbeiten, um evidenzbasierte Empfehlungen liefern zu können.

Nelson et al. gehen in ihrer Publikation ausführlich darauf ein, dass es sehr schwierig war, geeignete Studien zu finden, um eine statistische Auswertung vornehmen zu können. So wurden im Rahmen einer Literaturrecherche aus dem Zeitraum 1966 bis August 2005 lediglich 15 Veröffentlichungen gefunden, die anhand der aufgestellten Kriterien für aussagekräftig genug erachtet wurden, um in die Metaanalyse eingeschlossen zu werden. Unter diesen Untersuchungen fand sich nur eine randomisierte, die selbst aber durch ungenaue Einschlusskriterien ihre statistische Kraft stark einschränkte: Nur 5% der Frauen waren Primiparae, vorherige vaginale Entbindungen waren kein Ausschlusskriterium, es bestand ein Crossover von 45%. Bei allen Studien war die Nachbeobachtungszeit mit abschließendem Kontinenzassessment sehr kurz, in den meisten Fällen drei, bzw. vier Monate post partum.

Die Autoren beschreiben in ihrer Publikation die Schwächen der verwendeten Studien klar und eindeutig: so zum Beispiel den zu kurzen Nachbeobachtungszeitraum, die nicht standardisierten Methoden der Kontinenzprüfung, fehlende Randomisierung, unzu-

reichende oder nicht definierte Ausschlusskriterien. Als einziger klar prädiktiver Faktor für das Auftreten einer Inkontinenz bei Frauen post partum fand sich das Alter der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt, wobei Inkontinenz während der ersten vier Monate post partum als „normal“ angesehen wurde. Folgerichtig ziehen sie die Schlussfolgerung, dass aufgrund der momentanen Datenlage nicht geschlussfolgert werden kann, dass durch die geplante Sectio caesarea eine Inkontinenz vermieden werden kann. Sie begründen dies damit, dass offensichtlich neben den Sphinkterverletzungen, die durch Dammriss oder -schnitt verursacht werden können, noch andere Faktoren an der Inkontinenzentstehung beteiligt sind, z.B. Schäden am N. pudendus durch Druck während der Schwangerschaft oder völlig schwangerschafts- und entbindungsunabhängige Gründe.

Die meisten Patienten, die sich im Rahmen einer Inkontinenzsprechstunde vorstellen, sind Frauen, die – teilweise vor 20 bis 30 Jahren – Kinder bekommen haben. Die wenigsten dieser Patientinnen haben eine seit Entbindung durchgehend bestehende Inkontinenzsymptomatik. In den meisten Fällen wird über eine oft nur relativ kurze postpartale Zeit vorhandene Feinkontinenzstörung berichtet, die aber einige Wochen bis Monate nach der Geburt unter Beckenbodentraining wieder zurückging und nach der Menopause langsam wieder zunehmende Beschwerden verursacht. Bei einigen Patientinnen, bei denen primär keine klinische Inkontinenzsymptomatik vorhanden war, konnte im höheren Alter eine Sphinkterläsion als Ursache der postmenopausalen Inkontinenz nachgewiesen werden, die meist auf Geburtstraumen zurückzuführen war [2, 3]. Somit ist davon auszugehen, dass nicht jede Sphinkter-

läsion bei einer jungen Frau auch klinische Symptome hervorruft [4]. Eine Frau, die also bei einer Nachuntersuchung drei bis vier Monate post partum als kontinent eingestuft wird, kann trotzdem im höheren Alter eine Inkontinenz entwickeln, die auf Geburtstraumen zurückzuführen ist.

Diese Beobachtungen bestätigen Nelson et al. darin, dass die Sphinkterlücke oft nicht der alleinige Grund für eine Inkontinenz ist. Jeder Chirurg, der Sphinkterrekonstruktionen durchführt, kennt die Patienten, bei denen die anatomische Rekonstruktion optimal, das funktionelle Ergebnis aber unbefriedigend ist. Als mögliche Koursachen werden unter anderem die oben schon erwähnten Pudendusläsionen durch Druck (Schwangerschaft) oder Zug (Descensus perinei), Gefügestörungen im linken Hemicolon und nervale oder fibröse Degenerationen der Sphink-

teren genannt. Die Inkontinenz ist in vielen Fällen multifaktoriell begründet, so dass die Empfehlung, eine Sektio durchzuführen, um eine Inkontinenz zu verhindern, mit heutigem Wissensstand nicht zu begründen ist.

Literatur

1. Thiede A, Sailer M. Stuhlinkontinenz. Zentralbl Chir 1996;121:611–2.
2. Novell F, Novell J, Trias M. Endoanal Ultrasonography in the Evaluation of Fecal Incontinence. Coloproctology 1996;18:191–4.
3. Rieger NA, Sweeney JL, Hoffmann DC, Young JF, Hunter A. Investigation of Fecal Incontinence with Endoanal Ultrasound. Dis Colon Rectum 1996;39:860–4.
4. Faridi A, Willis S, Schumpelick V, Rath W. Anale Inkontinenz nach vaginaler Geburt. Ein Argument für den Kaiserschnitt auf Wunsch? Dtsch Arztebl 2002;99:B31–B35 [Heft 1–2].

*Prof. Dr. Dr. Mathias Löhnert,
Bielefeld*