Sakralnervenstimulation bei Stuhlinkontinenz verursacht durch Sphinkterverletzung bei einer Entbindung

Jarrett M, Dudding T, Nicholls R, et al. Sacral nerve stimulation for fecal incontinence related to obstetric anal sphincter damage. Dis Colon Rectum 2008;51:531–7.

Fragestellung: Diese Studie untersucht die Effektivität der Sakralnervenstimulation (SNS) als Behandlungsmethode für Patienten mit Inkontinenz, verursacht durch einen geburtstraumatischen Analsphinkterdefekt.

Hintergrund: Eine Sphinkterrekonstruktion ist die Standardbehandlung bei Stuhlinkontinenz als Folge externer Sphinkterverletzungen bei einer Entbindung. Allerdings verschlechtern sich die Erfolge durch diese Behandlung im Lauf der Zeit. Die Sakralnervenstimulation ist zu einer etablierten Behandlungsmethode von Stuhlinkontinenz bei Patienten mit intakten Sphinktermuskeln geworden.

Patienten und Methodik: In die Studie wurden Stuhlinkontinenz-Patienten mit Sphinkter-externus-Defekten eingeschlossen, die sich normalerweise einer überlappenden Sphinkterrekonstruktion als primären oder Wiederholungseingriff unterzogen hätten. Acht konsekutive Frauen (medianes Alter 46 Jahre) führten das temporäre Screening zu Ende; alle hatten schließlich eine permanente Implantation.

Ergebnisse: Bei sechs/acht Patienten hatte sich die Kontinenz bei einem medianen Follow-up von 26,5 (6–40) Monaten verbessert. Die Episoden von Stuhlinkontinenz verbesserten sich von 5,5 (4,5–18) auf 1,5 (0–5,5) Episoden pro Woche ($p = 0{,}0078$). Das Dranggefühl verbesserte sich bei fünf Patienten, während sich die Fähigkeit zur Verzögerung der Defäkation im Mittel von < 1 min (0–5) auf 1–5 min (1 bis > 15) ($p = 0{,}031$; alle acht Patienten) verbesserte. Es gab keine Veränderung in der analen Manometrie oder der rektalen Sensibilität. Es kam zu einer signifikanten Verbesserung der Lebensgewohnheiten, Problembewältigung/Verhalten, Depression/Selbstwahrnehmung sowie Betroffenheit, gemessen durch den „American Society of Colon and Rectal Surgery"-Inkontinenz-Lebensqualitätsscore.

Schlussfolgerung: Obwohl es sich hier um noch begrenzte Erfahrungen handelt, ist die Sakralnervenstimulation möglicherweise eine sichere und effektive minimalinvasive Behandlungsmethode von Stuhlinkontinenz bei Patienten mit De-novo-Defekten des externen Sphinkters oder Defekten nach nicht erfolgreichen früheren Rekonstruktionen des externen Sphinkters.

Kommentar

Die erste Implantation eines Systems zur SNS in der Behandlung der analen Inkontinenz wurde 1994 durchgeführt [1]. Ursprünglich wurde ein Defekt des Sphinkters noch als Kontraindikation für eine SNS angesehen. Die Arbeitsgruppe um M. Kamm aus Melbourne, die diese Ansicht im Jahr 2000 ebenfalls vertreten hatte [2], stellt nunmehr ihre Erfahrungen mit dem Einsatz der SNS bei Patientinnen mit geburtstraumatischem Sphinkterdefekt vor. Die zunehmend guten Erfahrungen bei der Behandlung der Stuhlinkontinenz mittels SNS waren letztlich der Anlass dafür, die Indikation weiter zu fassen, und auch Patienten mit einem morphologisch geschädigten Sphinkter zu behandeln. Außerdem zeigte sich, dass die funktionellen Ergebnisse unabhängig von einer vor der SNS durchgeführten Sphinkterreparatur zu sein scheinen [3].

Die oben zitierte Arbeit berichtet über acht Patienten, die über einen Zeitraum von maximal 40 Monaten im Verlauf verfolgt wurden. Die Autoren geben allerdings keinen Rekrutierungszeitraum an. Ebenso ist unklar, ob in dieser Zeit andere Patienten anstatt eines Systems zur SNS eine Sphinkterrekonstruktion erhalten haben. Unterstellt man, dass die Autoren noch 2004 [4] einen Sphinkterdefekt als Kontraindikation zur SNS angesehen haben, fehlen auch Angaben, was letztlich das Vorgehen mit primärer SNS determinitert hat und wie die Patienten selektioniert wurden. Eine Explantationsrate von 25% (2/8) ist deutlich höher, als dies von anderen Arbeitsgruppen berichtet wird [5].

Die funktionellen Ergebnisse nach Implantation eines Systems zur SNS in dieser Studie sind durchweg positiv. Immerhin ist im Vergleich zur Ausgangssituation sogar eine Verbesserung der Stuhlinkontinenz auch bei den Sphinkterdefekten > 90° dokumentiert. Am meisten scheint die Patientengruppe mit einem limitierten Sphinkterdefekt (30–90° der Zirkumferenz) zu profitieren. Der Erfolg der Stimulation sinkt bei größeren Defekten. Aufgrund der kleinen Fallzahl sind signifikante Unterschiede nicht vorhanden, aber auch nicht zu erwarten.

Auf dem Boden dieser Daten wäre eine primäre SNS nur bei Defekten < 90° sinnvoll, bei größeren Defekten hingegen die primäre Rekonstruktion und erst bei anhaltender oder erneut auftretender Inkontinenzsymptomatik eine additive SNS.

Zusammenfassend liefert die vorliegende Arbeit erneut die Bestätigung, dass die SNS selbst bei einem limitierten Sphinkterdefekt effektiv sein kann. Unklar bleibt jedoch der Weg einer optimalen Patientenselektion. Um dies zu klären, sind weiterhin größere kontrollierte Studien notwendig. Es bedarf da-rüber hinaus auch weiterer Grundlagenforschung zur Wirkungsweise der SNS, die in ihrer vielschichtigen Einflussnahme immer noch nicht genau geklärt ist.

Literatur

1. Matzel KE, Stadelmaier U, Hohenfellner M, Gall FP. Electrical stimulation for the treatment of faecal incontinence. Lancet 1995;346:1124.
2. Malouf AJ, Vaizey CJ, Nicholls RJ, Kamm M. Permanent sacral nerve stimulation for fecal incontinence. Ann Surg 2000;232:143.
3. Melenhorst J. F002 ESCP-Meeting. 2006, Lissabon.
4. Jarrett MED, et al. BJS 2004;91:1559–69.
5. Matzel ME, Bittorf B, Stadelmaier U, Hohenberger W. Sakralnervstimulation in der Behandlung der Stuhlinkontinenz. Chirurg 2003;74:26–32.

Dr. Dirk Weimann, Ludwigsburg