

coloproctology 2018 · 40:296–297
<https://doi.org/10.1007/s00053-018-0262-8>
 Online publiziert: 29. Mai 2018
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2018

M. Kim

Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Würzburg, Würzburg, Deutschland

Der präoperative LARS-Score – Prädiktion der Darmfunktionsstörung nach onkologischer Rektumresektion

Originalpublikation

Battersby NJ, Bouliotis G, Emmertsen KJ et al (2018) Development and external validation of a nomogram and online tool to predict bowel dysfunction following restorative rectal cancer resection: the POLARS score. *Gut* 67(4):688–696. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2016-312695>

Zusammenfassung

Hintergrund. Störungen der Darmfunktion nach onkologischer Rektumresektion sind häufig, Schweregrad und Einschränkung der Lebensqualität variieren jedoch. Ein international validiertes Messinstrument, der *Low Anterior Rectal Resection Syndrome Score* (LARS-Score), ermöglicht die Bemessung dieser Symptome. Ziele der Arbeit waren: 1. Ein Modell zu entwickeln, das die postoperative Darmfunktion vorhersagt; 2. dieses Modell extern zu validieren und 3. ein Nomogramm und Onlineinstrument zu entwickeln zur individualisierten Patientenberatung und Hilfestellung bei der präoperativen Aufklärung.

Methoden. Patienten mehr als 1 Jahr nach kurativer onkologischer Rektumresektion (U.K. Median 54 Monate; Dänemark [DK] 56 Monate postoperativ) wurden eingeladen, den EORTC QLQ-C30 v3, LARS-Score und Wexner-Inkon-

tinenzscore auszufüllen. Demografische Daten, Tumorcharakteristika, prä- und postoperative Therapie und die operative Prozedur wurden dokumentiert. Unter Anwendung der Leitlinie zur transparenten Auswertung multivariabler Prädiktionsmodelle zur individuellen Prognose und Diagnose (TRIPOD) wurden Risikofaktoren einer Darmfunktionsstörung durch eine fortgeschrittene lineare Regressionsverkleinerungstechnik unabhängig untersucht.

Ergebnisse. Patienten im Datenset der Entwicklung (U.K., $n = 463$) bzw. der Validierung (DK, $n = 938$) gaben einen mittleren LARS-Score von 26 (Standardabweichung 11) und 24 (11) an. Hauptfaktoren der Prädiktion für ein LARS waren: Alter (zum Operationszeitpunkt), Tumorstufe, partielle (PME) versus totale mesorektale Exzision (TME), Stoma und präoperative Radiotherapie bei einer Satisfaktionsmodellkalibrierung und Mallows Cp von 7,5 bzw. 5,5.

Diskussion. Der präoperative LARS-Score (POLARS) ist das erste Nomogramm und Online-Instrument zur Prädiktion des Schweregrads der Darmfunktionsstörung vor onkologischer Rektumresektion. Dieser kann präoperativ genutzt werden, um Patienten ihr Risiko einer Darmfunktionsstörung zu veranschaulichen.

Kommentar

Bei der Evaluation therapeutischer Optionen in der Behandlung des Rektumkarzinoms werden funktionelle Veränderungen (Blasen-, Sexual-, Darmfunktion) häufig nachrangig hinter den onkologischen Überlegungen des Überlebens und der Rezidivrate bewertet. Wie die Autoren in ihrer Vorgängerstudie zeigen konnten, leiden jedoch zwei Drittel der Patienten nach Resektion eines neoadjuvant vorbehandelten tiefen Rektumkarzinoms unter starken Einschränkungen der Darmfunktion [1]. Der validierte LARS (*Low Anterior Rectal Resection Syndrome*)-Score bemisst die Darmfunktionsstörung anhand von 5 Dimensionen (Inkontinenz für Gase, für flüssigen Stuhl, Stuhlfrequenz, fragmentierter Stuhlgang, „urgency“) und unterteilt diese in keine, moderate oder starke Beschwerden.

Die Autoren führten eine Querschnittsstudie durch unter Verwendung der LARS-Studienregisters aus dem Vereinigten Königreich und Dänemark zur Detektion unabhängiger Risikofaktoren für das Auftreten einer postoperativen Darmfunktionsstörung unter Verwendung des LARS-Score nach onkologischer Rektumresektion. Anhand der ermittelten unabhängigen Prädiktoren Alter, Tumorstufe, TME vs. PME, Anlage eines Stomas und präoperative Bestrahlung entwickelten und validierten die Autoren ein Nomogramm sowie ein Onlineinstrument zur individuellen präoperativen Risikoeinschätzung, den

Die Zusammenfassung der Studie ist die Übersetzung des englischen Abstracts der Originalpublikation.

POLARS-Score (präoperativer LARS-Score).

Der POLARS-Score stellt ein sinnvolles Instrument dar, um das individuelle Risiko des Patienten für das Auftreten einer postoperativen Darmfunktionsstörung bereits vor der Therapie abzuschätzen. Jedoch weist die Studie auch Schwachpunkte auf:

Verschiedene Faktoren, die das LARS beeinflussen können, wurden nicht berücksichtigt: die Passagerekonstruktion (z.B. J-Pouch oder End-zu-End-Anastomose), die Durchführung einer Handnahtanastomose, das Auftreten einer Anastomoseninsuffizienz und die Zeit bis zur Ileostomarückverlagerung, welche in vorangegangenen Studien als mögliche Prädiktoren eines LARS identifiziert wurden. Auch wenn einige der genannten Parameter nicht präoperativ für die Risikoeinschätzung eines postoperativen LARS angegeben werden können, fehlen diese in der Analyse der Prädiktoren für das Auftreten eines LARS, welche somit einem möglichen Bias unterliegt.

Eine weitere Limitation ist, dass der LARS-Score in der vorliegenden Studie einmalig im Sinne eines Querschnitts erhoben wurde und so nur ein punktuelles Abbild der aktuellen Funktionseinschränkung darstellt, ohne dass longitudinale Verläufe oder präoperative Ausgangswerte vorliegen. Eine kürzlich erschienene dänische Studie mit normativen Daten in der Zivilbevölkerung ($n = 1875$) zeigte, dass 18,8% der Frauen und 9,6% der Männer zwischen 50 und 79 Jahren bereits an einem schweren LARS leiden. Unabhängige prognostische Faktoren für einen hohen LARS-Score waren in der Zivilbevölkerung das weibliche Geschlecht und das Vorliegen von Komorbiditäten [2]. Diese Daten unterstreichen, dass der LARS-Score allein die Funktion bemisst, jedoch nicht zwangsläufig Rückschlüsse auf die Lebensqualität des Patienten erlaubt. Auch wenn ein hoher LARS Score mit einer eingeschränkten Lebensqualität einherzugehen scheint [1], so könnte seine Auswirkung auf die Lebensqualität überschätzt werden, insbesondere wenn präoperativ bereits Symptome und Komorbiditäten vorliegen [2, 3], welche im

Rahmen der vorliegenden Studie nicht erhoben wurden.

Auch wenn der POLARS-Score das erste Instrument zur präoperativen Risikoabschätzung eines postoperativen LARS darstellt, so sind entscheidende Parameter nicht in die Analyse eingeflossen (Rekonstruktion, präoperatives Ausgangs-LARS, Komorbiditäten). LARS- und POLARS-Score lassen keine Rückschlüsse auf die Lebensqualität des Patienten und die subjektive Gewichtung seiner Beschwerden zu. Sie rücken jedoch die subjektiven (funktionellen) Beschwerden in den Vordergrund und führen so zusammen mit den objektiven (onkologischen) Ergebnissen zu einer ganzheitlichen Betrachtung des Patienten vor Therapieentscheidungen und geben Hilfestellung bei Grenzsituationen im multimodalen Therapiekonzept des Rektumkarzinoms.

Fazit für die Praxis

Der POLARS-Score ist das erste Messinstrument zur präoperativen Risikoeinschätzung eines LARS. Das Risiko kann online (<https://www.pelicanancer.org/our-research/bowel-cancer-research/polars/>) mit wenigen Mausklicks berechnet werden. Auch wenn Limitationen der Studie vorliegen, können anhand des POLARS-Scores mögliche postoperative Einschränkungen der Darmfunktion im Rahmen der Patientenaufklärung veranschaulicht und bei Grenzscheidungen wertvolle Zusatzinformationen gegeben werden.

Korrespondenzadresse



PD. Dr. M. Kim
Klinik und Poliklinik für
Allgemein-, Viszeral-,
Gefäß- und Kinderchirurgie,
Universitätsklinikum
Würzburg
Oberdürrbacher Straße 6,
97080 Würzburg,
Deutschland
kim_m@ukw.de

Interessenkonflikt. M. Kim gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Battersby NJ, Juul T, Christensen P, Janjua AZ, Branagan G, Emmertsen KJ, Norton C, Hughes R, Laurberg S, Moran BJ, United Kingdom Low Anterior Resection Syndrome Study Group. (2016) Predicting the risk of bowel-related quality-of-life impairment after restorative resection for rectal cancer: a multicenter cross-sectional study. *Dis Colon Rectum* 59(4):270–280. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000000552>
2. Juul T, Elfeki H, Christensen P, Laurberg S, Emmertsen KJ, Bager P (2018) Normative data for the Low Anterior Resection Syndrome Score (LARS Score). *Ann Surg*. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002750>
3. Ribas Y, Aguilar F, Jovell-Fernández E, Cayetano L, Navarro-Luna A, Muñoz-Duyos A (2017) Clinical application of the LARS score: results from a pilot study. *Int J Colorectal Dis* 32(3):409–418. <https://doi.org/10.1007/s00384-016-2690-7>

coloproctology 2018 · 40:298–299
<https://doi.org/10.1007/s00053-018-0261-9>
 Online publiziert: 29. Mai 2018
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2018

P. C. Manegold · S. Fichtner-Feigl

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Department Chirurgie, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland

Ergebnisse der laparoskopischen Chirurgie bei Morbus Crohn

Originalpublikation

de Buck van Overstraeten A, Eshuis EJ, Vermeire S, et al (2017) Short- and medium-term outcomes following primary ileocaecal resection for Crohn's disease in two specialist centres. *Br J Surg* 104:1713–1722. <https://doi.org/10.1002/bjs.10595>

Zusammenfassung

Morbidität und hohes Rezidivrisiko werden als Nachteile der chirurgischen gegenüber der medikamentösen Therapie aufgeführt. Ziel der vorliegenden Studie war es, die Kurz- und Langzeitergebnisse nach Ileozökalresektion bei Morbus Crohn zu untersuchen.

Methode. Eingeschlossen wurden Patienten, die von 1998–2013 aufgrund eines Morbus Crohn eine Ileozökalresektion erhielten. Retrospektiv wurden die patientenspezifischen Daten erhoben. Erfasst wurden laparoskopische und offene Operationen, Anastomosentechnik sowie die Stomarate. Länge der Operationspräparate und histologische Entzündungsaktivität am Resektionsrand wurden verglichen. Es wurden Patienten unterschieden, die unmittelbar postoperativ, verzögert bei Auftreten eines Rezidivs oder keine Rezidivprophylaxe erhielten. Endpunkte der Studie waren die 30-Tage-Morbidität sowie die klinische und chirurgische Rezidivrate im Langzeitverlauf.

Ergebnisse. Es wurden 538 Patienten in die Studie eingeschlossen. Stenosierender und penetrierender Morbus Crohn der Ileozökalregion waren mit 50,2 % bzw. 42,9 % in etwa gleich häufig.

6,9 % waren nicht zuzuordnen. Die Mehrheit (71,2 %) wurde laparoskopisch operiert. Die Anastomosen wurden in 43,9 % Seit-zu-Seit, in 40,7 % End-zu-End und in 15,8 % End-zu-Seit angelegt. Überwiegend (62,4 %) erfolgte dabei eine Handnaht. Eine entzündliche Aktivität am Resektionsrand war in 27,7 % beschrieben. Die 30-Tage-Morbidität betrug 22,5 %. In 3 % trat eine Insuffizienz auf. ASA-Score, BMI, Alter, offene Operation und Präparatelänge waren Risikofaktoren für eine Insuffizienz. Das mediane Follow-up betrug 6 Jahre (2–9 Jahre). Ein klinisches Rezidiv trat bei 17,6 %, 45,4 % und 55,0 % im Verlauf von 1, 5 und 10 Jahren auf. Rauchen und entzündliche Aktivität am oralen Resektionsrand stellten sich als Risikofaktoren heraus.

Schlussfolgerung. Die laparoskopische Ileozökalresektion bei Morbus Crohn ist sicher. Risikofaktoren für ein Rezidiv sind die entzündliche Aktivität am Resektionsrand und das Rauchen.

Kommentar

Trotz der Fortschritte in der medikamentösen Therapie des Morbus Crohn benötigen bis zu 80 % der Patienten eine Operation im Laufe ihrer Erkrankung. Die vorliegende Arbeit konnte anhand der retrospektiven Auswertung einer großen Kohorte von 538 Patienten darlegen, dass die primäre Ileozökalresektion mit sehr niedriger Komplikationsrate bei Morbus Crohn durchgeführt werden kann. Bemerkenswert sind die niedrige Rate der Anastomoseninsuffizienzen von 3 % und die niedrige Konversionsrate zur offenen Operation von 12,3 %. Dies spricht

für die chirurgische Expertise der zwei beteiligten Zentren. Aufgrund der Vorteile der laparoskopischen Chirurgie für die Patienten ist daher in Übereinstimmung mit anderen Studien zu empfehlen, dass bei operativer Expertise sowohl Primäreingriffe als auch Zweiteingriffe bei einem Rezidiv laparoskopisch durchgeführt werden sollten [1, 2].

Die Studie legt nahe, dass die Crohn-typischen entzündlichen Veränderungen am oralen Resektionsrand ein starker prädiktiver Marker für das Auftreten eines Rezidivs sind. Sollte deshalb generell eine radikalere Operationsweise propagiert werden? Dies würde der aktuell üblichen Praxis einer darmsparenden Operationsweise widersprechen. Die einzige prospektiv randomisierte Studie von Fazio konnte keinen Vorteil bezüglich der Rezidivrate für einen größeren Sicherheitsabstand gegenüber einer knappen Resektion mit nachweisen [3]. Zahlreiche retrospektive Studien haben entzündliche Veränderungen im Resektionsareal in unterschiedlichem Ausmaß charakterisiert. Ihre Korrelation mit dem Auftreten eines Rezidivs war stets sehr wechselnd und nicht konklusiv [4]. Eine generell radikale Operationsweise des Morbus Crohn kann daher auch mit der aktuellen Studie nicht empfohlen werden.

Bedeutender ist hingegen die medikamentöse Rezidivprophylaxe nach Operationen des Morbus Crohn. Der vorliegenden Studie lag aufgrund des retrospektiven Studiedesigns hierzu kein fester Behandlungsplan zugrunde. Ein Zusammenhang zwischen medikamentöser Therapie und Rezidiv des Morbus Crohn konnte daher nicht erwiesen werden. Auf die Rezidivprophylaxe ausgerichtete Stu-

dien konnten zeigen, dass anhand des individuellen Risikoprofils eines Patienten die medikamentöse Rezidivprophylaxe zu wählen ist [5, 6].

In diesem Zusammenhang sind die Ergebnisse der vorliegenden Studie zu werten: Die entzündlichen Veränderungen an der Resektionsgrenze sind bei der Wahl der medikamentösen Rezidivprophylaxe zu berücksichtigen. Wie die Studie auch belegen konnte, ist das fortgesetzte Rauchen ein starker Risikofaktor für ein Rezidiv. Es ist daher in die Entscheidung zur Rezidivprophylaxe einzuschließen. Dabei ist das Rauchen der einzige Risikofaktor, der aktiv durch den Patienten selbst beeinflusst werden kann.

Fazit

Zusammenfassend ist die vorliegende Studie ein weiterer Beleg dafür, dass bei vorhandener Expertise die laparoskopische

Operation bei Morbus Crohn mit geringer Morbidität durchgeführt werden kann. Entzündliche Veränderungen am Resektionsrand und das Rauchen müssen bei der Rezidivprophylaxe berücksichtigt werden. Eine Empfehlung einer radikaleren Operationsweise kann unter Berücksichtigung anderer Studien jedoch nicht abgeleitet werden.

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. S. Fichtner-Feigl
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Department Chirurgie, Universitätsklinikum Freiburg Hugstetterstraße 55, 79106 Freiburg, Deutschland
stefan.fichtner@uniklinik-freiburg.de

Interessenkonflikt. P.C. Manegold und S. Fichtner-Feigl geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

M. Sohn

Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Endokrine und Minimal-invasive Chirurgie, Städtisches Klinikum München Bogenhausen, München, Deutschland

Vakuumkonditionierung nach kolorektaler Anastomoseninsuffizienz

coloproctology 2018 · 40:299–300
<https://doi.org/10.1007/s00053-018-0263-7>
Online publiziert: 29. Mai 2018
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018

Originalpublikation

Bortslap W.A.A. et al (2017) Vacuum-assisted early transanal closure of leaking low colorectal anastomoses: the CLEAN study. *Surg Endosc* 32 (1):315–327. <https://doi.org/10.1007/s00464-017-5679-6>

Zusammenfassung. Eine fehlende Heilung von Anastomoseninsuffizienzen kann nach totaler mesorektaler Exzision in bis zu 50 % der Fälle beobachtet werden. Die vorliegende Studie untersucht die Effektivität eines frühzeitigen, transanal Verschlusses der Anastomoseninsuffizienz nach einer Vorbehand-

lung mit dem Endo-SPONGE®-System (B. Braun, Melsungen, Deutschland).

Methodik. In dieser prospektiven, multizentrischen Machbarkeitsstudie wurde zunächst eine vakuumassistierte Reinigung der präsakralen Wundhöhle durchgeführt, gefolgt von einem transanal Nahtverschluss des Anastomosenendefekts. Primärer Endpunkt war der Anteil an Patienten mit erfolgreicher Anastomosenheilung 6 Monate nach transanal Naht. Als sekundäre Endpunkte wurden die Heilungsrate zum Zeitpunkt des letzten Follow-up, die Rate an Patienten mit intestinaler Kontinuität,

Literatur

1. Gionchetti P, Dignass A, Danese S et al (2017) 3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016: Part 2: surgical management and special situations. *J Crohns Colitis* 11:135–149
2. Panteleimonitis S, Ahmed J, Parker T et al (2017) Laparoscopic resection for primary and recurrent Crohn's disease: a case series of over 100 consecutive cases. *Int J Surg* 47:69–76
3. Fazio VW, Marchetti F, Church M et al (1996) Effect of resection margins on the recurrence of Crohn's disease in the small bowel. A randomized controlled trial. *Ann Surg* 224:563–571 (discussion 571–3)
4. Bressenot A, Peyrin-Biroulet L (2015) Histologic features predicting postoperative Crohn's disease recurrence. *Inflamm Bowel Dis* 21:468–475
5. Hashash JG, Regueiro M (2016) A practical approach to preventing postoperative recurrence in Crohn's disease. *Curr Gastroenterol Rep* 18:25
6. Vuitton L, Koch S, Peyrin-Biroulet L (2013) Preventing postoperative recurrence in Crohn's disease: what does the future hold? *Drugs* 73:1749–1759

resultierende medizinische Kosten, Funktion und Lebensqualität analysiert.

Ergebnisse. Zwischen Juli 2013 und Juli 2015 wurden 30 Patienten mit einem Rektumkarzinom und einer insuffizienten tiefen kolorektalen Anastomose eingeschlossen. Bei 22 Patienten war zuvor eine neoadjuvante Radiotherapie erfolgt. Das mediane Follow-up betrug 14 (7–29) Monate. Nach 6 Monaten war die Anastomose bei 16 Patienten (53 %) verheilt. Zum Zeitpunkt des letzten Follow-up fand sich bei 21 (70 %) eine intakte Anastomose, und die Kontinuität war bei 20 Patienten (67 %) wiederhergestellt. Eine feh-

lende Heilung wurde nach 12 Monaten bei insgesamt 10 von 29 Patienten (34%) beobachtet und bei 3 von 14 Patienten (21%), wenn die Therapie innerhalb der ersten drei Wochen nach der Indexoperation begonnen wurde. 12 von 15 Patienten (80%) erfüllten Kriterien eines Major-LARS. Die direkten medizinischen Kosten lagen bei € 8933 (95% CI 7268–10,707) pro Patient.

Schlussfolgerung. Mit einem vakuumassistierten, frühzeitigen transanal Verschluss einer Anastomoseninsuffizienz nach totaler mesorektaler Exzision und in 73% der Fälle vorangehender präoperativer Radiotherapie können akzeptable Raten an Anastomosenheilung und Stomarückverlagerung erreicht werden. Frühzeitige Diagnosestellung und Therapiebeginn sind dabei von wesentlicher Bedeutung.

Kommentar

Die tiefe anteriore Rektumresektion mit totaler mesorektaler Exzision (TME) entspricht heutzutage dem operativen Standard bei der Therapie von Karzinomen des mittleren und unteren Rektumdrittels. Die Rate an Anastomoseninsuffizienzen liegt zwischen 2 und 24% [1, 2] während die Insuffizienz-assoziierte Mortalität mit bis zu 22% angegeben wird [3]. Durch die TME entsteht ein relevanter Totraum im Bereich des kleinen Beckens. Aufgrund dessen besteht die Gefahr, dass im Falle einer Insuffizienz ein präsakraler Sinus resultiert, der aufgrund der ungenügenden oder fehlenden Drainage über die ggf. nur kleine Insuffizienzöffnung zur Chronifizierung neigt. Dieses Problem kann unabhängig von einem primär oder sekundär angelegten Loop-Ileostoma entstehen [1]. Die sekundäre Heilungsrate bei einem persistierenden Sinus liegt in der Kohorte der Amsterdamer Arbeitsgruppe um Bemelman et al. bei 48% [1]. Da die Chronifizierung eines präsakralen Sinus zu einer Funktionseinschränkung des Neorektums führt und nicht selten eine sekundäre Exstirpation mit permanenter Kolostomie notwendig wird, ist der frühzeitige Therapiebeginn von zentraler Bedeutung für den Erhalt

einer kontinenten und funktionsfähigen Anatomie.

Fazit. In der Zusammenschau handelt es sich bei der CLEAN-Studie von Borstlap et al. um die erste konsequente, prospektive und multizentrisch angelegte Untersuchung zu einem transanal Nahtverschluss von Insuffizienzen nach tiefer kolorektaler Anastomosierung nach vakuumassistierter Konditionierung der präsakralen Höhle. Das gut geplante Studiendesign beinhaltet neben der Erhebung lokaler Ergebnisse und der Stomaverschlussrate eine umfassende Beschreibung der resultierenden gesundheitsbezogenen Lebensqualität und funktioneller Ergebnisse der Therapie anhand validierter Bewertungsinstrumente. Die Zielsetzung der Studie konnte auf diesem Weg erreicht werden: Das „minimalinvasive“ und organerhaltende Konzept zeigt akzeptable Erfolge und ist hinsichtlich assoziierter Morbidität sicher durchführbar. Eine sekundäre Anastomosenheilung wurde zum Ende des Follow-up zu immerhin 70% erreicht, während die Stomaverschlussrate 67% betrug. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass es sich in Anbetracht des hohen Anteils vorangehend bestrahlter Patienten um eine „Problemkohorte“ handelt, sodass der relativ gute Behandlungserfolg besonders hervorgehoben werden muss. Dieses spiegelt sich auch in der verbesserten gesundheitsbezogenen Lebensqualität betroffener Patienten wieder. Die Studienkohorte teilt sich auf insgesamt fünf rekrutierende Krankenhäuser auf, sodass letztendlich durchschnittlich nur 6 Patienten/Krankenhaus eingeschlossen worden sind. Zur Steigerung der Erfahrung insbesondere auch hinsichtlich der Indikationsstellung sind größere Kollektive zu fordern. Im Rahmen dessen wäre die Ausweitung der Studie von einer Machbarkeitsstudie hin zu einer länger angelegten Beobachtungsstudie sinnvoll. Kritisch hervorzuheben ist auch die mit 80% relevante Rate an Major-LARS. Hier sind sicherlich ein längeres Follow-up und eine größere Fallzahl erforderlich, um die weitere Entwicklung der Lebensqualität und die eventuell

aus diesem Grund resultierende Rate sekundärer Stomaanlagen zu erfassen.

Fazit für die Praxis

- In bis zu 50% bleibt die sekundäre Heilung von Insuffizienzen tiefer kolorektaler Anastomosen aus.
- Durch den präsakralen Totraum nach TME besteht das Risiko der Entwicklung eines chronisch-entzündlichen Sinus.
- Ein kombiniertes Vorgehen aus vakuumassistierter Wundkonditionierung und anschließendem transanalem Verschluss der Insuffizienz führt auch nach vorangehender Bestrahlung zu einer Heilungsrate von bis zu 70%.
- Der frühzeitige Behandlungsbeginn ist von zentraler Bedeutung für den Therapieerfolg

Korrespondenzadresse



Dr. M. Sohn

Klinik für Allgemein-,
Viszeral-, Endokrine und
Minimal-invasive Chirurgie,
Städtisches Klinikum
München Bogenhausen
Englschalkinger Straße 77,
81925 München, Deutschland
maximilian.sohn@klinikum-
muenchen.de

Interessenkonflikt. M. Sohn gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Bemelman WA (2009) Vacuum assisted closure in coloproctology. *Tech Coloproctol* 13(4):261–263
2. Blumetti J, Chaudhry V, Prasad L, Abcarian H (2012) Delayed transanal repair of persistent coloanal anastomotic leak in diverted patients after resection for rectal cancer. *Colorectal Dis* 14(10):1238–1241
3. Weidenhagen R, Gruetznert KU, Wiecken T, Spelsberg F, Jauch KW (2008) Endoscopic vacuum-assisted closure of anastomotic leakage following anterior resection of the rectum: a new method. *Surg Endosc* 22(8):1818–1825

coloproctology 2018 · 40:301–302
<https://doi.org/10.1007/s00053-018-0268-2>
 Online publiziert: 14. Juni 2018
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2018

J. Jongen

Proktologische Praxis Kiel, Kiel, Deutschland

Lebensqualitätserhebungsbogen für das Analkarzinom

Originalpublikation

Sodergren SC, Johnson CD, Gilbert A et al (2018) Phase I–III development of the EORTC QLQ-ANL27, a health-related quality of life questionnaire for anal cancer. *Radiother Oncol* 126(2):222–228. <https://doi.org/10.1016/j.radonc.2017.11.018>

Hintergrund und Ziel. Aktuell existiert kein analkarzinomspezifisches Instrument zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQoL). Ziel der Studie war es, basierend auf den Richtlinien der Lebensqualitäts-Studiengruppe der Europäischen Organisation für die Erforschung und Behandlung von Krebs (European Organisation of Research and Treatment of Cancer – EORTC) ein HRQoL-Modul für das Analkarzinom zu entwickeln, das den EORTC QLQ-C30 ergänzt.

Patienten und Methodik. Im Rahmen der Erstellung einer Liste von HRQoL-Problemen, die bei mit Radiochemotherapie (RCT) behandelten Analkarzinompatienten auftreten, führten wir eine systematische Literaturrecherche und halbstrukturierte Interviews mit Patienten und Fachkräften im Gesundheitswesen durch. Bei der anschließenden Operationalisierung wurde unsere Liste mithilfe der Item-Bibliothek der EORTC in Fragen umgewandelt. Die vorläufige Fragenliste wurde in einer Pilotstudie bei Patienten von 11 Zentren in 8 Ländern geprüft.

Ergebnisse. Basierend auf unserer Literaturrecherche und den Interviews mit 43 Patienten, erstellten wir eine Liste von 197 Problemen. Die Liste wurde dann auf 134 Probleme reduziert und von 34 Fachkräften im Gesundheitswesen und 10 Patienten geprüft. Nach erfolgter Prüfung verblieben 65 Probleme in der Liste, die dann in der Entwurfsversion des Fragebogens verwendet und an 100 Patienten getestet wurden. Unsere Analysen führten dann zur Modifizierung und Entfernung von Fragen, so dass letztlich ein Fragebogen mit 27 Punkten entstand, der EORTC QLQ-ANL27.

Schlussfolgerung. Wir entwickelten als Ergänzung zum EORTC QLQ-C30 einen Fragebogen mit 27 Punkten zur Anwendung bei Patienten, die sich einer Therapie bei Analkarzinom unterziehen. Dieser wurde im Rahmen einer Pilotstudie getestet und ist jetzt auf Anfrage für die Anwendung in klinischen Studien und in der klinischen Praxis in 8 Sprachen erhältlich.

Kommentar

Die Prognose des Analkarzinoms ist gut. Gerade wenn ein Karzinom auf eine Therapie gut reagiert, wird der (manchmal dauerhafte) Einfluss der Therapie auf die Lebensqualität (LQ) bei der Aufklärung eines Patienten eine wichtige Rolle spielen. Dafür ist aber auch wichtig, dass in Studien die LQ abgefragt wird. Glynne-Jones [1] fand nur in 2 von 6 randomisiert-kontrollierten Studien Information zur LQ.

Auch Patienten mit Analkarzinom empfinden die Krebsdiagnose, Therapie und Nebenwirkungen der Therapie (u. a. auf die Sexualität) als Einschränkung

ihrer LQ [2, 3]. Wenn überhaupt LQ in Studien abgefragt wurde, wurde der Fragebogen benutzt, der auch bei kolorektalen Karzinomen benutzt wird (EORTC QLQ-CR38/CR29; [3–6]). Es gibt zwischen analen und kolorektalen Karzinomen Unterschiede: Lymphödem der Beine, Verbrennungen der analen/inguinalen Haut, Schmerzen und transanale Blutungen kommen z. B. häufiger nach Therapie von Analkarzinomen vor. Diese Publikation beschreibt sehr minutiös die Entwicklung eines Fragebogens bezüglich LQ für Analkarzinome. Ausgang war der LQ-Fragebogen für kolorektale Karzinome. Zunächst wurden Patienten und Personen, die in der Therapie involviert sind, befragt, und es wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. In Phase 2 wurden Punkte in Bezug zur LQ nochmals evaluiert, daraus wurden dann Punkte für den Fragebogen formuliert. Anschließend wurde dann nach den EORTC-Leitlinien zur LQ ein Fragebogen entworfen und in Phase 3 getestet: 100 Patienten füllten neben dem neuen Fragebogen auch den LQ-Bogen für kolorektale Karzinome aus. Sie wurden befragt, inwieweit die abgefragten Punkte relevant/wichtig für sie waren oder nicht bzw. ob Punkte fehlten. Hieraus resultierte der EORTC-QLQ-ANL25-Bogen mit 27 Fragen (u. a. Beeinträchtigung beim Geschlechtsverkehr).

Der Fragebogen ist in Europa und Kanada entwickelt worden. Aufgrund religiöser, kultureller oder anderer Gründen kann es dazu kommen, dass der Bogen nicht immer so verstanden bzw. beantwortet wird, wie es die befragten Patienten in den verschiedenen Phasen der Entwicklung getan haben.

Die Zusammenfassung der Studie ist die Übersetzung des englischen Abstracts der Originalpublikation.

Der neue Fragebogen sollte in neuen Studien eingesetzt werden: Nur in der Benutzung des Bogens kann auch die Wertigkeit weiter evaluiert werden – im Interesse der betroffenen Patienten.

Korrespondenzadresse



Dr. J. Jongen
 Proktologische Praxis Kiel
 Beselerallee 67, 24105 Kiel,
 Deutschland
 info@proktologie-kiel.de

Interessenkonflikt. J. Jongen gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Glynne-Jones R, Adams R, Lopes A, Meadows H (2017) Clinical endpoints in trials of chemoradiation for patients with anal cancer. *Lancet Oncol* 18:e218–e227
2. Mortensen GL, Lundby L (2015) Patients use normalisation techniques to cope with the quality-of-life effects of anal cancer. *Dan Med J* 62:pii: A5020
3. Knowles G, Haigh R, McLean C, Phillips H (2015) Late effects and quality of life after chemoradiation for the treatment of anal cancer. *Eur J Oncol Nurs* 19:479–485
4. Joseph K, Vos LJ, Warkentin H et al (2016) Patient reported quality of life after helical IMRT based concurrent chemoradiation of locally advanced anal cancer. *Radiother Oncol* 120:228–233
5. Fish R, Sanders C, Ryan N et al (2018) Systematic review of outcome measures following chemoradiotherapy for the treatment of anal cancer (CORMAC). *Colorectal Dis.* <https://doi.org/10.1111/codi.14103>
6. Han K, Cummings BJ, Lindsay P et al (2014) Prospective evaluation of acute toxicity and quality of life after IMRT and concurrent chemotherapy for anal canal and perianal cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 90:587–594

Bertelsmann Stiftung: Patienten wollen mehr Infos über Ärzte

Im Vergleich zu anderen Ländern erfahren Patienten in Deutschland bei der Suche nach einem Arzt relativ wenig über dessen Kompetenz und Hygiene in seiner Praxis. Das ließe sich ändern, sagt die Bertelsmann Stiftung.

Viele Patienten haben das Bedürfnis, vor dem ersten Besuch bei einem Arzt mehr Informationen zu bekommen. Dabei nehmen sie durchaus Qualitätsunterschiede zwischen den Praxen wahr. Das zeigt eine Befragung von TNS Emnid unter 1007 Bürgern im Auftrag der Bertelsmann Stiftung und der Weissen Liste, die ein Arztbewertungsportal betreibt. Demnach nehmen 38% der Befragten sehr starke oder eher starke Qualitätsunterschiede beim Besuch von Arztpraxen wahr. 53% wünschen sich vor dem Arztbesuch mehr Informationen, und immerhin 27% fürchten, aufgrund fehlender Informationen nicht den richtigen Arzt zu finden.

Vor einem Arztbesuch werden als wichtige Informationsquellen immer noch Verwandte, Bekannte und Freunde (75%) sowie der Arzt, „bei dem ich bereits in Behandlung bin“ (73%), als Erstes genannt. Mit 66% folgt dann bereits das Internet, hat die Umfrage weiter ergeben. Übers Netz suchen Patienten gezielt nach einem Arzt in der Nähe (55%), auf der Homepage der Praxis (40%) oder gezielt in Arztsuchportalen (29%).

Neutralität ist den Patienten wichtig

Von den Arztsuchportalen wünschen sich die Patienten laut Umfrage, dass sie neutral und werbefrei sind (86% stimmen dieser Aussage sehr oder eher zu). Sie sollten zudem Patientenerfahrungen regelmäßig erheben (70%), Daten zur Qualität von Arztpraxen enthalten (65%), und Ärzte verpflichten, Infos zu veröffentlichen (63%). Dabei richtet sich das Informationsbedürfnis vor allem auf die Fachkenntnisse und Erfahrungen des Arztes mit der Behandlung der eigenen Erkrankung. 94% der Umfrageteilnehmer ist genau das „sehr wichtig“ oder „eher wichtig“. Immer noch 90% sind Informationen über Maßnahmen zur Hygiene in der Praxis wichtig. 80% priorisieren auch Informationen über die Behandlungsergebnisse des Arztes bei bestimmten Erkrankungen, 74% wollen zudem Informationen über die Ausstattung der Praxis mit Geräten.

Wunsch und Wirklichkeit klaffen dabei auch im Bewusstsein der Patienten teils weit auseinander. So fühlen sich nur 52% der Befragten über Hygienemaßnahmen gut informiert und 58% über Behandlungsergebnisse. Etwas besser sieht es bei Informationen über Fachkenntnisse und Erfahrung des Arztes bei der eigenen Erkrankung aus: 74% fühlen sich in diesem Punkt gut informiert.

Datenschutz sei kein Hindernis

Der Datenschutz sei kein stichhaltiges Argument gegen mehr Offenheit zur Qualität und Erfahrung in Arztpraxen. Das habe ein Rechtsgutachten im Auftrag der Stiftung ergeben. Die Privatsphäre der Patienten wäre keineswegs gefährdet, wenn Daten anonymisiert genutzt würden. Mit Blick auf die Ärzte müsse das Informationsinteresse der Öffentlichkeit jedoch gleichrangig mit deren Schutzbedürfnissen gewürdigt werden. Kommen zusätzliche Belange wie der Gesundheitsschutz und das Patientenwohl hinzu, könne die Offenlegung der Daten sogar geboten sein, heißt es.

**Quelle: Ärzte Zeitung
www.aerztezeitung.de**