

Rektale Intussuszeption: Charakterisierung des Beschwerdebilds

Dvorkin L, Knowles C, Scott S, et al. Rectal intussusception: characterization of symptomatology. *Dis Colon Rectum* 2005;48:824–31.

Fragestellung und Hintergrund: Eine rektale Intussuszeption ist ein häufiger Befund bei einer Evakuationsproktographie; allerdings wurde seine Bedeutung in der Vergangenheit kritisch betrachtet. Diese Studie wurde durchgeführt, um eine große Gruppe von Patienten mit rektaler Intussuszeption klinisch und physiologisch zu charakterisieren und die Hypothese zu testen, dass bestimmte Symptome diesen Befund auf Basis der Evakuationsproktographie voraussagen können.

Patienten und Methodik: Insgesamt 896 Patienten erhielten eine Evakuationsproktographie, aus der sich drei Gruppen unterscheiden ließen: Patienten mit isolierter rektaler Intussuszeption (n = 125), solche mit isolierter Rektozele (n = 100), und solche mit beiden Veränderungen (n = 152). Es wurden Multivariationsanalysen eingesetzt, um Symptome zu finden, die auf Befunde durch Evakuationsproktographie hinweisen würden.

Ergebnisse: Die Symptome des anorektalen Schmerzes und Prolapses wiesen deutlich mehr auf den Befund der isolierten Intussuszeption hin als auf eine Rektozele (OR [odds ratio] 3,6, p = 0,006; OR 4,9, p < 0,001) oder kombinierte Intussuszeption und Rektozele

(OR 2,9, p = 0,02; OR 2,4, p = 0,03). Das Symptom der „mehrfachen Stuhlentleerung“ ging mit dem Befund der rektoanalen Intussuszeption einher (OR 3,55, p = 0,04). Obwohl Patienten mit mechanisch obstruierender Intussuszeption sich langsamer und weniger komplett entleerten (p < 0,001) als solche mit nicht obstruierender Intussuszeption, sagte kein Symptom diesen Befund auf der Basis der Evakuationsproktographie voraus.

Schlussfolgerung: Obwohl bestimmte Symptome den Befund einer rektalen Intussuszeption voraussagen können, gibt es viele Überschneidungen mit Symptomen einer Rektozele, einem anderen verbreiteten Grund für eine Entleerungsstörung. Die Beobachtung, dass eine „Entleerungsbehinderung“ bei einer Proktographie keinerlei Auswirkung auf die Inzidenz von Entleerungssymptomen hat, legt darüber hinaus nahe, dass über das bloße Vorliegen einer Intussuszeption hinaus die Proktographieanalyse und subklassifizierende Intussuszeptionsmorphologie von geringer klinischer Bedeutung zu sein scheint, und dass eine Selektion zu chirurgischem Vorgehen auf der Basis proktographischer Befunde nicht sinnvoll sein kann.

Kommentar

Die vorliegende Arbeit ist eine retrospektive Analyse von 896 Patienten. Der Beobachtungszeitraum ist Dezember 94 bis Juni 2002. Alle Patienten mit dem Leitsymptom „rektale Entleerungsstörung“ erhielten ein Defäkogramm. Bemerkenswert ist allerdings die Tatsache,

dass alle Patienten mit einer begleitenden Inkontinenz von vornherein von dieser Studie ausgeschlossen wurden und kein Defäkogramm erhielten. Entsprechend den radiologischen Befunden wurden die Patienten dann in drei Gruppen eingeteilt. Gruppe 1: In dieser Gruppe war ausschließlich der radiologische Befund einer Intussuszeption zu

erheben. Gruppe 2: Patienten dieser Gruppe hatten ausschließlich den radiologischen Befund einer Rektozele. Gruppe 3: In dieser Gruppe wurde radiologisch beides, Rektozele und Intussuszeption, diagnostiziert.

Problematisch erscheint in der Bewertung dieser Arbeit in zentraler Weise die Frage, was als Intussuszeption definiert wurde. Die Autoren geben hierzu lediglich die Information „infoling of the rectal wall“. Meint dies nun die zirkuläre Intussuszeption oder die ventrale oder beides? Ist jegliche Intussuszeption gemeint oder nur die einer bestimmten Ausprägung (z.B. bis im Bereich der Linea dentata)?

Die erwähnten radiologischen Befunde wurden den häufigsten beklagten Symptomen gegenübergestellt. Die Symptome wurden dabei mit Hilfe von standardisierten Fragebogen abgefragt und bewertet. Danach wurden diese Ergebnisse einer Multivarianz-Analyse unterzogen. Die klinische Untersuchung selbst blieb ohne Einfluss auf die Bewertung der Symptomatik.

Im Ergebnisteil wird berichtet, dass das Gefühl eines Prolapses und der anorektale Schmerz deutlich häufiger in der Gruppe der radiologisch diagnostizierten Intussuszeption und wesentlich seltener in der Gruppe der Rektozele oder auch der kombinierten Gruppe (Rektozele plus Intussuszeption) beobachtet wurden. Dies erscheint nicht ganz plausibel und wenigstens in Bezug auf den Schmerz geben die Autoren an, dass sie nicht ausschließen können, dass der Schmerz möglicherweise durch ein Ulcus recti simplex ausgelöst worden war.

Damit ist auch der große Nachteil dieser Untersuchung bereits skizziert:

Es fehlt der Bezug, der Vergleich zum klinisch-proktologischen Untersuchungsbefund. Selbstverständlich würde man bei Patienten mit einem Ulcus recti simplex eine höhere Schmerzbelastung erwarten als bei solchen ohne – unabhängig ob das Ulkus in Begleitung einer Rektozele oder einer Intussuszeption auftritt. Interessant wäre daher gerade in diesem Zusammenhang gewesen, zu erfahren, ob bezogen auf das Symptom „Schmerz“ bei Patientinnen mit Rektozele plus Ulcus simplex recti ein anderer Schmerzscores zu erheben gewesen ist als bei solchen mit Intussuszeption plus Ulcus recti simplex. Koordinationsstörungen wie zum Beispiel die paradoxe Puborektalis-Kontraktion werden bei dieser Analyse überhaupt nicht in Betracht gezogen oder gar bewertet.

Die Analyse der Intussuszeption ließ keine Unterschiede zwischen mechanisch obstruierender und mechanisch nicht obstruierender Intussuszeption erkennen. Der „wiederholte Toilettenbesuch“ war allerdings häufiger mit einer Intussuszeption als mit einer Rektozele verbunden. Damit ist jedoch nichts über die mögliche Ursache der Intussuszeption bzw. den jeweiligen Ausprägungsgrad von Rektozele bzw. Intussuszeption gesagt.

Gerade die Auswertung der Symptomatik ohne Bezug zum klinischen Befund muss sich auf sehr unsicherem Boden bewegen. Als „Gefühl des Prolapses“ zum Beispiel wurde gewertet, wenn der Patient einen „Vorfall ins Rektum oder den Analkanal“ beschrieben hatte. Inwieweit hier Suggestivfragen Einfluss hatten, entzieht sich der Bewertung.

Alles in Allem kommen auch die Autoren zu dem Schluss, dass allein auf dem Boden einer Defäkographie keine

Operationsindikation zu stellen ist und dass darüber hinaus die klinische Symptomatik ebensowenig spezifisch für unterschiedliche morphologische Veränderungen wie Rektozele und Intussuszeption ist.

Damit ist nichts Neues gesagt, aber allein auf Grundlage einer retrospektiven Fleißarbeit und Datenanalyse war dies auch nicht zu erwarten.

*Priv.-Doz. Dr. Thomas K. Schiedeck,
Ludwigsburg*