

Fistulotomie mit primärer Sphinkterrekonstruktion bei der Behandlung von Rezidiven komplexer Analfisteln

Eine prospektive klinische und manometrische Studie

Perez F, Arroyo A, Serrano P, et al. Prospective clinical and manometric study of fistulotomy with primary sphincter reconstruction in the management of recurrent complex fistula-in-ano. *Colorectal Dis* 2006;21:522–6.

Fragestellung und Hintergrund: Ziel dieser Studie war die Überprüfung der Ergebnisse einer Fistulotomie mit Sphinkterrekonstruktion bei der Behandlung von Rezidiven komplexer Analfisteln im Hinblick auf Rezidive und Kontinenz.

Patienten und Methodik: Es wurde eine prospektive Studie von 16 Patienten mit einer Fistulotomie mit Sphinkterrekonstruktion wegen Rezidiven komplexer Analfisteln durchgeführt. Die präoperative und postoperative Evaluation beinhaltete eine klinische Untersuchung, anale Sonographie sowie anale Manometrie mit einem Follow-up von 40 Monaten. Zur Bewertung der fäkalen Kontinenz wurde der Wexner-Kontinenzscore (0–20) eingesetzt.

Ergebnisse: Die Fisteln wurden bei 13 Patienten als hochtranssphinkitär (81,3%), bei zwei Patienten als suprasphinkitär (12,5%) und bei einem Patienten als extrasphinkitär (6,2%) eingestuft. Vier Patienten (25%) hatten zwei oder mehr Rezidive. Acht Patienten (50%) beklagten sich über unterschiedliche Ausmaße vorbestehender Stuhlinkontinenz. Ihr mittlerer Score ging von 8,5 auf 1,875 nach

der Operation zurück, und der Zustand bei allen Patienten besserte sich außer bei einem Patienten, dessen Score gleich blieb. Bei der analen Manometrie gingen die Unterschiede zwischen vor der Operation kontinenten und inkontinenten Patienten (maximaler Ruhedruck 86,3 vs. 57,6 mmHg, maximaler Kneifdruck 196,5 vs. 138,6 mmHg) nach dem Eingriff zurück (maximaler Ruhedruck 81,9 vs. 63,7 mmHg, maximaler Kneifdruck 179,8 vs. 159,3 mmHg). Bei voll kontinenten Patienten waren sowohl der klinische Score als auch die manometrischen Werte nach der Operation annähernd gleich. Zwei völlig kontinente Patienten (25%) entwickelten eine gelegentliche Luftinkontinenz und Stuhlschmierer, entsprechend 2 bzw. 3 Punkten. Ein Patient (6,25%) hatte 6 Monate nach dem Eingriff ein Rezidiv.

Schlussfolgerung: Eine Fistulotomie mit Sphinkterrekonstruktion scheint eine effektive Möglichkeit bei der Behandlung von Rezidiven komplexer Analfisteln zu sein. Sie verbessert sowohl die anale Kontinenz als auch die manometrischen Werte bei inkontinenten Patienten, ohne diese bei völlig kontinenten Patienten zu beeinflussen.

Kommentar

Die vorliegende Arbeit von Perez et al. beschäftigt sich mit einer Operationsmethode zur Therapie komplexer, rezidivierender Analfisteln. Die Problematik bei der Therapie komplexer rezidivierender Analfisteln liegt zum einen in dem Problem der erneuten hohen Rezidivrate und zum anderen in der möglichen erhöhten Rate von Inkontinenzen. Eine Operationsmethode, die beide Faktoren positiv beeinflussen kann, ist hier besonders vorteilhaft. Perez et al. wählten hierzu das Verfahren der primären Exzision der Fistel mit Spaltung des Sphinkters bis zu dessen innerer Öffnung. Danach erfolgte die überlappende Sphincter-externus-Rekonstruktion mit getrennter Naht von Mukosa und Sphincter internus. Die Wunde wurde anschließend komplett verschlossen inklusive Hautnaht. Bei dem ausgewählten Krankengut handelte es sich um eine Mischung von komplizierten Fisteln, von hochtranssphinkitär bis extrasphinkitär reichend. Alle Patienten waren voroperiert. Morbus Crohn als Ursache war in der Studie ausgeschlossen. Besonders wichtig ist, dass alle Patienten präoperativ sowohl manometrisch als auch endosonographisch erfasst wurden. Die Kontinenzleistung wurde mit dem Wexner-Score gemessen. Die prospektiv erfasste Gruppe bestand aus 16 Patienten. 50% waren präoperativ kontinent (Wexner-Score 0), die andere Hälfte war moderat inkontinent (Wexner-Score 8,5). Nachdem alle Patienten postoperativ ebenfalls komplett evaluiert wurden, konnte gezeigt werden, dass es zu keiner Verschlechterung der Kontinenzleistung gekommen war. Ausdruck dafür waren auch die deutlich verbesserten Manometriewerte.

In der Therapie der komplexen rezidivierenden Analfistel berichtet die

Literatur über Inkontinenzprobleme in bis zu 63% der Fälle [2]. Leider ist die Erhebung der Inkontinenz nicht einheitlich im Sinne eines standardisierten Scores, so dass die Vergleiche in der Literatur nicht sehr viel weiterhelfen. Rezidivraten bis zu 32% werden berichtet.

Perez et al. konnten in ihrer Arbeit sehr schön zeigen, dass die Methode der kompletten Exzision der Fistel mit Spaltung des Sphinkters zu dessen innerer Öffnung mit anschließender Rekonstruktion eine sehr zuverlässige Methode sein kann. Die Befürchtung erhöhter Rezidivraten oder Inkontinenzraten hat sich nicht bestätigt. Die schwerwiegendste Komplikation der Muskelnahthdehiszenz ist in dieser Serie nicht aufgetreten. Dies ist sicherlich nicht realistisch und wird bei anderen Autoren divergent berichtet [1]. Dehiszenzen bis 8% werden beschrieben. Leider ist die erfasste Anzahl von 16 Patienten zu niedrig, um eine statistische Aussage machen zu können. Trotz der geringen Anzahl von Patienten ist die Bedeutung der Arbeit darin zu sehen, dass eine Operationsmethode überprüft wurde mit exakter Erhebung von prä- und postoperativen Kriterien. Die Arbeit konnte nach meiner Auffassung sehr gut darlegen, dass diese Operationstechnik ein hohes Potential hat, die Erfolgsaussichten in der Therapie komplexer Analfisteln zu verbessern. In unserer Klinik verwenden wir diese Technik schon seit Jahren mit dem gleichen Erfolg. Die Angst vor der Muskelnahthdehiszenz ist unbegründet, sie tritt nur in wenigen Prozent auf. Das Problem bei dieser Technik besteht darin, dass es derzeit noch keine Standardisierung gibt. Die Diskussion über die Art der Muskelnahth, überlappend oder Stoß auf Stoß, kompletter Wundverschluss oder nicht, ist noch nicht abgeschlossen. Um

die Methode abschließend einordnen zu können, ist eine größere Anzahl von Patienten erforderlich. Die Methode muss standardisiert werden, und die Gruppe sollte nur transsphinkteräre Fisteln einschließen. Das Verdienst von Perez et al. liegt darin zu zeigen, dass die optimale Operationstechnik noch nicht gefunden ist, die Fistelexzision mit primärer Muskelrekonstruktion jedoch eine aussichtsreiche und erfolversprechende Methode darstellt. Somit gebührt den Autoren Dank für die ehrliche und offene Darlegung ihrer Ergebnisse.

Literatur

1. Roig JV, Solana A. Immediate reconstruction of the anal sphincter after fistulectomy in the management of complex anal fistulas. *Colorectal Disease* 1999;1:137–40.
2. Whiteford MH, Kilkenny J 3rd, Hyman N, et al. The Standards Practice Task Force and the American Society of Colon and Rectal Surgeons Practice. Parameters for the treatment of perianal abscess and fistula in ano. *Dis Colon Rectum* 2005;48:1337–42.

Dr. Reinhard Ruppert, München