

sen und chronischer Obstipation wiesen mit 2,9 Werte an der unteren Normgrenze auf. Inwieweit sich dann bei Standardabweichungen von 1,1 bzw. 1,4 signifikante Unterschiede ergeben, bleibt zu hinterfragen.

Immerhin werfen die Ergebnisse erneut die Frage auf, ob die Rektozele nur die Spitze des Eisbergs oder lediglich ein Epiphänomen ohne eigentlichen Krankheitswert ist.

Da es sich bei den Patientinnen um eine einschlägig selektionierte Gruppe handelt, kann diese Frage so nicht beantwortet werden. Der Autor selbst vermutet auch, dass in einer koloproktologisch dominierten Patientenkollektive die Ergebnisse ganz anders ausfallen können, weil u. U. eine andere Primärsymptomatik im Vordergrund steht. Nichtsdestotrotz mahnt auch diese Arbeit zur Zurückhaltung, wenn es um die Operationsindikation einer alleinigen Rektozele geht.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. T. Schiedeck

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Klinikum Ludwigsburg
Posilipstr. 4, 71640 Ludwigsburg
thomas.schiedeck@kliniken-lb.de

coloproctology 2010 · 32:135–136 · DOI 10.1007/s00053-010-0081-z ·
Online publiziert: 27. März 2010 · © Urban & Vogel 2010

A. Fürst

Klinik für Chirurgie, Caritas-Krankenhaus St. Josef, Regensburg

Operationsergebnisse und Lebensqualität nach Transposition des Grazilismuskels bei rektovaginalem Fistelrezidiv

Für Sie gelesen:

Lefèvre J, Bretagnol F, Maggiori L et al (2009)
Operative results and quality of life after gracilis muscle transposition for recurrent rectovaginal fistula. *Dis Colon Rectum* 52:1290–1295

Fragestellung. Ziel dieser Studie war die Untersuchung der Wirksamkeit einer Grazilistransposition wegen eines rektovaginalen Fistelrezidivs.

Patienten und Methodik. Bei 8 Patientinnen wurde eine Grazilistransposition wegen eines rektovaginalen Fistelrezidivs durchgeführt. Gründe für die Fisteln waren Morbus Crohn (n=5), perineale Eingriffe (n=2) sowie eine geburtshilfliche Verletzung (n=1). Alle Patientinnen hatten sich im Durchschnitt 3 (1–6) vorausgegangenen Operationen unterzogen. In allen Fällen wurde eine Stomaanlage durchgeführt.

Ergebnisse. Bei 6 von 8 Patientinnen (75%) trat eine Heilung nach ausschließlicher Grazilistransposition ein. Die anderen 2 Patientinnen benötigten eine zweite Grazilistransposition. Diese beiden Patientinnen entwickelten ein weiteres Rezidiv, eine von ihnen unterzog sich einer Laparotomie mit einer erfolgreichen Omentuminterposition. Daher lagen nach einem medianen Beobachtungszeitraum von 28 Monaten (4–55 Monate) die per Grazilistransposition erzielte Heilungsrate bei 60% (6/10) und die Gesamt-

heilungserfolgsrate nach Grazilistransposition und anderen Maßnahmen bei 88% (7/8). Bei den Morbus-Crohn-Patientinnen wiesen 4 von 5 (80%) keine rezidivierende rektovaginale Fistel auf. Bei 7 von 8 Patientinnen konnte eine Stomarückverlagerung vorgenommen werden, jedoch benötigten 2 von ihnen wiederum eine Stomaanlage, in einem Fall wegen eines Spätrezidivs. Insgesamt kamen 5 von 8 Patientinnen langfristig ohne Stoma aus. Trotz Heilungserfolg blieben die postoperative Lebensqualität und die sexuelle Aktivität signifikant verändert.

Schlussfolgerung. Eine Grazilistransposition kann in Fällen einer rezidivierenden rektovaginalen Fistel in Erwägung gezogen werden. Der Eingriff hat eine gute Erfolgsrate, besonders bei Morbus-Crohn-Patientinnen.

Kommentar

Obwohl rektovaginale Fisteln weniger als 10% aller Analfisteln ausmachen, verursachen sie besonders unangenehme klinische Beschwerden, verbunden mit einem großen persönlichen, partnerschaftlichen und sozialen Stress für die betroffene Frau. Sofern eine rektovaginale Fistel mit einer Crohn-Erkrankung assoziiert ist, werden besonders hohe Fistelrezidivraten berichtet [1].

Die vorliegende retrospektive Studie stellt die Ergebnisse einer französischen Klinik nach Grazilistransposition beim

rektovaginalen Fistelrezidiv dar. Insgesamt 5 von 8 Patientinnen hatten eine assoziierte Crohn-Erkrankung, wobei in 4 von 5 Fällen (80%) ein Fistelverschluss erreicht werden konnte (medianer Nachbeobachtungszeitraum: 28 Monate). Trotz einer Fistelheilung blieben die Lebensqualität und die Sexualfunktion reduziert. Die Autoren bewerten die Grazilismethode zum Verschluss rektovaginaler Fisteln als effektiv, insbesondere bei zusätzlich bestehender Crohn-Erkrankung.

Die Autoren haben sich in der vorliegenden Arbeit mit einem anspruchsvollen Patientenkollektiv beschäftigt. Ein negativ selektioniertes Kollektiv wurde unter Stomaschutz für einen Fistelverschluss mittels Grazilisplastik ausgewählt und im weiteren Verlauf analysiert. Die Ergebnisse sind ermutigend und besser als die Erfolgsraten nach herkömmlichen Fistelverschlussmethoden [2], die mit 40–70% angegeben werden. Die in den vergangenen Jahren publizierten Resultate mehrerer Arbeitsgruppen zeigen ebenfalls z. T. sehr gute Fistelverschlussraten, sodass der Operationsaufwand gerechtfertigt erscheint [3, 4]. Ein besonderes Verdienst der Autoren ist es, die Lebensqua-

lität nach Grazilistransposition bestimmt zu haben. Nur zwei Drittel der Patientinnen finden trotz Fistelverschluss zu einer weitgehend normalen Lebensqualität und Sexualität zurück. Allerdings leidet die Studie unter dem retrospektiven Charakter und dem Fehlen von präoperativen Daten zu diesem Thema.

Insgesamt ist die vorliegende Fallserie von rektovaginalen Fistelrezidiven interessant und lesenswert, da es lediglich vier weitere Studien zu diesem Thema gibt [3, 4, 5, 6] und hochwertige Studien fehlen. Der gut durchblutete Grazilismuskel eignet sich offensichtlich sehr gut bei narbigen und minderperfundierten Weichteilverhältnissen um die Fistelöffnung. Ein zusätzlicher Weichteilverlust im Bereich der Fistel oder im Perineum kann durch einen Grazilismuskel optimal ersetzt werden.

Die Grazilismuskeltransposition zum Verschluss von rektovaginalen Fistelrezidiven stellt eine große Bereicherung in der Fistelchirurgie dar. Ein protektives Stoma erscheint sehr sinnvoll. Lebensqualitätsaspekte sollten zukünftig weiter evaluiert werden.

A.K. Joos

End- und Dickdarm-Zentrum Mannheim, Mannheim

Inkontinenzraten nach Behandlung mit schneidendem Faden bei Analfisteln

lung mit schneidendem Faden („cutting seton“) bei analen Fisteln.

Patienten und Methodik. Es wurden Literatursuchen in PubMed, MEDLINE und Google mit den Suchwörtern *schneidender Faden/Fäden, Faden/Fäden* und *Analfistel* durchgeführt. Auch wurde eine

Korrespondenzadresse

PD Dr. A. Fürst

Klinik für Chirurgie, Caritas-Krankenhaus St. Josef
Landshuter Str. 65, 93053 Regensburg
afuerst@caritasstjosef.de

Literatur

1. Andreani SM, Dang HH, Grondona P et al (2007) Rectovaginal fistula in Crohn's disease. *Dis Colon Rectum* 50:2215–2222
2. Penninckx F, Moneghini D, D'Hoore A et al (2007) Success and failure after repair of rectovaginal fistula in Crohn's disease: analysis of prognostic factors. *Colorectal Dis* 3:406–411
3. Wexner SD, Ruiz DE, Genua J et al (2008) Gracilis muscle interposition for the treatment of rectourethral, rectovaginal and pouch-vaginal fistulas. Results in 53 patients. *Ann Surg* 248:39–43
4. Fürst A, Schmidbauer C, Swol-Ben J et al (2008) Gracilis transposition for repair of recurrent rectovaginal fistula in Crohn's disease. *Int J Colorectal Dis* 23:339–351
5. Zmora O, Tuchinsky H, Gur E et al (2006) Gracilis muscle transposition for fistulas between the rectum and urethra or vagina. *Dis Colon Rectum* 49:1316–1321
6. Rius J, Nessim A, Noguera JJ, Wexner SD (2000) Gracilis transposition in complicated perianal fistula and unhealed perineal wounds in Crohn's disease. *Eur J Surg Oncol* 166:218–222

coloproctology 2010 · 32:136–137
DOI 10.1007/s00053-010-0082-y
Online publiziert: 27. März 2010
© Urban & Vogel 2010

Für Sie gelesen:

Ritchie R, Sackier J, Hodde J (2009) Incontinence rates after cutting seton treatment for anal fistula. *Colorectal Dis* 11:564–571

Fragestellung. Ziel dieser Studie war die Untersuchung der Inzidenz bezüglich analer Inkontinenz nach einer Behand-

Analyse der gesammelten Quellennachweise durchgeführt.

Ergebnisse. Die durchschnittliche Inkontinenzrate nach Einsatz des schneidenden Fadens betrug 12%. Die Inkontinenzrate stieg, je mehr sich die Position der inneren Öffnung der Fistel nach proximal verschob. In den Studien, welche