

Transanale Stapler-Resektion des distalen Rektums bei Outlet-Obstruktion

Eine prospektive, multizentrische Untersuchung

Boccasanta P, Venturi M, Stuto A, et al. Stapled transanal rectal resection for outlet obstruction: a prospective, multicenter trial. *Dis Colon Rectum* 2004;47:1285–97.

Fragestellung und Hintergrund: Diese prospektive multizentrische Untersuchung wurde durchgeführt, um die Sicherheit und Effektivität einer neuen Technik (transanale Stapler-Resektion mit zwei 33-mm-Zirkular-Staplern) bei der Behandlung der Outlet-Obstruktion infolge Intussuszeption und Rektozele zu bewerten.

Patienten und Methodik: Von Januar bis Oktober 2001 wurden 90 Patientinnen mit Outlet-Obstruktion operiert und (durchschnittlich über einen Zeitraum von $16,3 \pm 2,9$ Monaten) mittels validierter Obstipations- und Kontinenzscores, klinischer Untersuchung, Defäkografie und anorektaler Manometrie nachuntersucht. Bei 58 Frauen, die mehrfach entbunden hatten, wurde darüber hinaus auch ein analer Ultraschall durchgeführt.

Ergebnisse: Operationszeit und Krankenhausaufenthalt waren kurz (durchschnittlich $43,3 \pm 8,7$ Minuten bzw. $2,1 \pm 0,8$ Tage), die postoperativen Schmerzen minimal. Der durchschnittliche Zeitraum bis zur Erlangung normaler Aktivitäten lag bei $10,2 \pm 4,5$ Tagen. Komplikationen waren imperativer Stuhl-drang (17,8%), Inkontinenz für Flatus (8,9%),

Harnretention (5,5%), Blutung (4,4%), Anostomosenstenose (3,3%) und Pneumonie (1,1%). Alle Obstipationssymptome verbesserten sich signifikant ($p < 0,001$) ohne Verschlechterung der analen Kontinenz. Keine der Patientinnen klagte über eine Dyspareunie. Die postoperative Defäkografie zeigte bei allen Patienten eine doppelte Inzisur der unteren rektalen Kontur auf Höhe der Anostomose, wobei keine Intussuszeption und auch keine Rektozele mehr nachzuweisen waren. Der anale Druck war nicht signifikant verändert, während die rektale Compliance wiederhergestellt war ($p < 0,05$). Es zeigten sich bei den multiparen Patientinnen keine durch die Operation verursachten Läsionen der analen Sphinkteren. Die Ergebnisse nach einem Jahr waren bei 48 von 90 Patientinnen hervorragend, bei 33 gut, bei fünf relativ gut und bei vier Patientinnen schlecht.

Schlussfolgerung: Diese neue Technik scheint sicher und effektiv bei der Behandlung der Outlet-Obstruktion zu sein, die durch eine Kombination von Intussuszeption und Rektozele verursacht wurde. Randomisierte Studien sind jedoch notwendig, um diese Ergebnisse zu bestätigen.

Kommentar

Die ventrale Rektozele gehört zu den häufigsten Veränderungen, die bei der Entleerungsstörung („Outlet-

Obstruktion“) nachgewiesen werden können, wobei in der Regel Frauen betroffen sind. Da die ventrale Rektozele meist kombiniert mit anderen Beckenbodenfunktionsstörungen (u.a.

Descensus perinei, Sphinkterinsuffizienz, Intussuszeption, Enterozele, Koordinationsstörung) vorliegt, ist die Frage, ob die Rektozele für die Beschwerden ursächlich ist, eine schwierige klinische Entscheidung, insbesondere weil die Rektozele auch bei asymptomatischen Frauen häufig nachzuweisen ist [1]. In der Behandlung der Rektozele bleiben noch viele Fragen offen: So beginnt die optimale therapeutische Strategie mit der Differentialdiagnostik und Patientenselektion [2, 3]. Jedoch kennt man derzeit keine objektiven, prospektiv etablierten prädiktiven Einflussfaktoren, die den Erfolg einer operativen Therapie von symptomatischen ventralen Rektozelen vorhersagen [4]. Weiterhin uneinheitlich bewertet wird die Frage, inwieweit eine ventrale Rektozele kombiniert mit innerem Rektumprolaps (Intussuszeption) die Entleerungsstörung verursacht bzw. dazu beiträgt. Somit wird deutlich, dass bei der Outlet-Obstruktion infolge symptomatischer Rektozele mit rektoanaler Intussuszeption weder allgemeingültig definierte Behandlungspfade noch unumstrittene Therapieprinzipien vorliegen.

Nachdem die von Longo eingeführte Technik der Stapler-Hämorrhoidopexie die operative Behandlung des Hämorrhoidalleidens revolutioniert hat, stellt die von Longo vorgeschlagene Technik der transanal Resektion des distalen Rektums mit zwei 33-mm-Zirkular-Staplern („STARR“) eine neue Behandlungsmöglichkeit der Outlet-Obstruktion infolge ventraler Rektozele und rektoanaler Intussuszeption dar. Insbesondere die Beobachtung, dass der intraanale Prolaps des Rektums, der sich beim Pressvorgang während der Defäkation als ventrale Rektozele, Intussuszeption bzw. Prolaps manifestiert, gewissermaßen zu einem mechanischen Verschluss des Analka-

nals (Ventilmechanismus) führt, impliziert, dass die transanale Resektion des prolabierenden Rektums eine effiziente chirurgische Behandlungsoption darstellt, wenn andere Ursachen einer Entleerungsstörung ausgeschlossen sind.

Die Ergebnisse der STARR-Operation dieser italienischen Multicenterstudie waren die ersten publizierten Resultate überhaupt, wobei hier innerhalb von 10 Monaten 90 Patienten mit Outlet-Obstruktion infolge ventraler Rektozele und Intussuszeption operiert wurden. Die Ergebnisse von Boccasanta et al. zeigen, dass sowohl die chirurgischen Ergebnisse (geringe Morbidität, keine Mortalität) als auch die funktionellen Resultate nach 12 Monaten vielversprechend sind, so dass die Autoren schlussfolgern, dass die STARR-Op. eine effektive chirurgische Behandlungsoption bei sorgfältiger Patientenselektion darstellt. Insbesondere die funktionellen Ergebnisse 12 Monate postoperativ sind ermutigend: Litten präoperativ noch 99% bzw. 88% an unvollständiger Entleerung bzw. der Notwendigkeit digitaler Manipulation bei der Defäkation, so waren dies postoperativ nur 19% bzw. 4%.

Die Effektivität der STARR-Op. bei geeigneter Patientenselektion wurde auch von anderen Autoren mitgeteilt, wobei das Follow-up zugegebenermaßen noch kurz ist [5, 6]. Jedoch haben andere Publikationen bzw. Fallberichte sowohl über schwere chirurgische Komplikationen (Nachblutung, rektovaginale Fistel) bzw. unbefriedigende funktionelle Resultate 12 Monate postoperativ (Obstipationspersistenz, neu aufgetretene Stuhlinkontinenz) die generelle Skepsis bei manchen koloproktologisch tätigen Chirurgen eher verstärkt [7, 8].

Zum jetzigen Zeitpunkt ist die transanale Stapler-Resektion des distalen Rektums (STARR) bei ventraler Rektozele und rektoanaler Intussuszeption bei korrekter Indikationsstellung und Patientenselektion ein sicheres Operationsverfahren mit vielversprechenden frühfunktionellen Ergebnissen, wobei generelle Empfehlungen oder publizierte Langzeitergebnisse noch fehlen. Die Bewertung des Stellenwerts der STARR-Op. kann nur durch prospektive Evaluation der Ergebnisse und sorgfältige Analyse der funktionellen Langzeitergebnisse erfolgen [9]. Denn viele Fragen sind derzeit noch ungeklärt, u.a. die Problematik der Demaskierung einer Stuhlinkontinenz, die Behandlung bzw. Differentialdiagnose zum Reizdarmsyndrom und die psychische Komorbidität einer nicht zu unterschätzenden Anzahl von Patienten mit Entleerungsstörung. Vor diesem Hintergrund stellt die prospektive Datenanalyse innerhalb des deutschen STARR-Registers (auf Initiative und unter Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie) eine Möglichkeit dar, mehr Klarheit über den definitiven Stellenwert der STARR-Op. zu erhalten.

Literatur

1. Shorvon PJ, NcHugh S, Diamant NE, Somers S, Stevenson GW. Defaecography in normal volunteers: results and implications. *Gut* 1989;30:1737–49.
2. Bruch HP, Fischer F, Schiedeck THK, Schwandner O. Defäkationsobstruktion. *Chirurg* 2004;75:861–70.
3. Schwandner O, Poschenrieder F, Gehl HB, Bruch HP. Differenzialdiagnostik der Beckenbodeninsuffizienz. *Chirurg* 2004;75:850–60.
4. Stojkovic SG, Balfour L, Burke D, Finan PJ, Sagar PM. Does the need to self-digitate or the presence of a large or nonemptying rectocele on proctography influence the outcome of transanal rectocele repair? *Colorectal Dis* 2003;5:169–72.
5. Schwandner O, Farke S, Bruch HP. Transanale Stapler-Resektion des distalen Rektums (STARR) bei Defäkationsobstruktion infolge ventraler Rektozele und rektoanaler Intussuszeption. *Viszeralchirurgie* 2005;40:331–41.
6. Ommer A, Albrecht K, Wenger F, Walz MK. Stapled transanal rectal resection (STARR): a new option in the treatment of obstructive defecation syndrome. *Langenbeck's Arch Surg* 2006;391:32–7.
7. Pescatori M, Dodi G, Salafia C, Zbar AP. Rectovaginal fistula after double-stapled transanal rectotomy (STARR) for obstructed defecation. *Int J Colorectal Dis* 2005;20:83–5.
8. Dodi G, Pietroletti R, Milito G, Binda G, Pescatori M. Bleeding, incontinence, pain and constipation after STARR transanal double stapling rectotomy for obstructed defecation. *Tech Coloproctol* 2003;7:148–53.
9. Corman ML, Carriero A, Hager T, Herold A, Jayne DG, Lehur PA, Lomanto D, Longo A, Mellgren A, Niccolls J, Nystrom PO, Senagore AJ, Stuto A, Wexner SD. Consensus conference on the stapled rectal resection (STARR) for disordered defaecation. *Colorectal Dis* 2006;8:98–101.

*Priv.-Doz. Dr. Oliver Schwandner,
Regensburg*