

Langzeitergebnisse einer verzögerten primären oder frühen sekundären Rekonstruktion des analen Sphinkters nach Geburtstrauma

Soerensen MM, Bek KM, Buntzen S, et al. Long-term outcome of delayed primary or early secondary reconstruction of the anal sphincter after obstetrical injury. *Dis Colon Rectum* 2008;51:312–7.

Fragestellung: Diese prospektive Studie wurde durchgeführt, um die Langzeitergebnisse von verzögerter primärer oder früher sekundärer Sphinkteroplastik im Kindbett zu bestimmen.

Hintergrund: Traditionellerweise wurde eine Sphinkterrekonstruktion bisher nicht während des Kindbetts durchgeführt.

Patienten und Methodik: Zwischen 1991 und 2005 unterzogen sich 22 Frauen einer verzögerten primären oder frühen sekundären Rekonstruktion nach dritt- oder viertgradiger Ruptur des analen Sphinkters. Die verzögerte primäre Rekonstruktion wurde > 72 h nach der Entbindung durchgeführt, die frühe sekundäre Rekonstruktion innerhalb von 14 Tagen post partum. Die Rekonstruktion des analen Sphinkters wurde in allen Fällen ohne Stoma vorgenommen. Als Vergleich wurde eine Kontrollgruppe von 19 Frauen herangezogen, die hinsichtlich des Alters und der Parität vergleichbar waren und die keine bekannten Verletzungen des analen Sphinkters nach der vaginalen Entbindung hatten. Der aktuelle Kontinenzgrad und die assoziierte

Lebensqualität wurden mit Fragebögen zur Schwere der Stuhlinkontinenz und der Lebensqualität beurteilt.

Ergebnisse: Bei keiner der Frauen traten postoperativ Komplikationen auf. Der mittlere Nachbeobachtungszeitraum lag in der Therapiegruppe bei 50 Monaten (2–155 Monate) und in der Kontrollgruppe bei 60 Monaten (12–132 Monate). Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung betrug der Wexner-Score bei Frauen mit verzögerter primärer oder früher sekundärer Rekonstruktion 4,1 (0–13) und in der Kontrollgruppe 1,1 (0–8; $p < 0,01$). Die Einschränkungen durch Inkontinenz nach der Rekonstruktion waren im Vergleich mit der Kontrollgruppe signifikant höher ($p < 0,01$), die Lebensqualität war jedoch nicht signifikant beeinträchtigt ($p = 0,75$).

Schlussfolgerung: Eine verzögerte primäre oder frühe sekundäre Rekonstruktion ohne Stoma kann bei Frauen mit einem dritt- oder viertgradigen geburtstraumatischen Dammriss sicher durchgeführt werden. Die funktionellen Langzeitergebnisse sind akzeptabel.

Kommentar

Die Autoren beschäftigen sich mit der Frage des optimalen Zeitpunkts der Sphinkterrekonstruktion nach Geburts-

trauma (DR III/IV). Sie unterscheiden zwischen verzögerter primärer (> 72 h) und früher sekundärer (14 Tage) Versorgung des Defekts. Ihr zusammenfassendes Ergebnis lautet, dass eine verzö-

gerte primäre oder frühe sekundäre Rekonstruktion sicher durchführbar ist. Die Langzeitergebnisse sind akzeptabel.

Eine Überraschung ist dieses Ergebnis nicht. Bei genauer Analyse der Daten ergeben sich einige Schwachpunkte. Die Autoren vergleichen junge Frauen (31 bzw. 35 Jahre) mit einem maximalen Nachbeobachtungszeitraum von 5 Jahren. Jeder koloproktologisch tätige Chirurg weiß, dass in der Altersgruppe bis 50 Jahre ein Schließmuskelfdefekt nach der Entbindung klinisch sehr lange durch einen kräftigen Musculus puborectalis kompensiert werden kann. Aus den Untersuchungen von Fitzpatrick [1] aus dem Jahr 2005 wissen wir, dass bis zu 25% der Gebärenden eine beeinträchtigte Kontinenz post partum aufweisen. Persistierende Symptome finden sich aber in nur ca. 4%. Daher ist es nicht verwunderlich, dass klinisch relevante Inkontinenzen in dieser Gruppe nicht auftreten. Ein weiteres Problem ist die Vergleichsgruppe. Hier gibt es keine Untersuchungen (Endosonographie), die einen Spinkterdefekt ohne Hautverletzung oder anamnestischen Hinweis auf Verletzung ausgeschlossen haben. Die Vergleichsgruppe wurde durch Allgemeinärzte untersucht und rekrutiert. Es ist bekannt, dass Spinkterdefekte nach vaginaler Entbindung auch bei intakter Haut auftreten. Die Vergleichsgruppe ist daher mit einem Fragezeichen zu versehen.

Ein Problem stellt auch die chirurgische Technik dar. Die frühe primäre Rekonstruktionstechnik wird nicht weiter beschrieben. Wir wissen daher nicht, ob die Rekonstruktion Stoß auf Stoß oder in überlappender Technik durchgeführt wurde. Bei der verzögerten Versorgung wird die Stoß-auf-Stoß-Technik eingesetzt. Eine Cochrane-Ana-

lyse aus dem Jahr 2006 [2] zeigte, dass die primäre Versorgung geburtstraumatischer Schäden in der überlappenden Technik die erfolgversprechendere Methode ist. Die Datenlage hierzu ist zwar kritisch zu werten, aber tendenziell ist die überlappende Technik zu bevorzugen – ein weiterer Bias in der vorliegenden Arbeit.

Die Versorgung einer DR-Läsion sollte immer post partum primär durchgeführt werden. Die Frage der Langzeiterfolge ist dann sekundär. Bei klinisch bestehender Inkontinenz ist die Frage des weiteren Vorgehens unter einem anderen Gesichtspunkt zu sehen. Aufgrund der Entwicklungen in der Versorgung von Spinkterdefekten zwischen Spinkterrepair und sakraler Nervenstimulation (SNS) ergeben sich ganz andere Fragen. Nachdem mittlerweile durch zahlreiche Publikationen gezeigt werden konnte, dass der Langzeiterfolg eines Spinkterrepairs nach 5 Jahren um bis zu 50% reduziert ist, kommt der SNS vermehrt Bedeutung zu. Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit ist daher meines Erachtens nachrangig. Das Resümee der vorliegenden Arbeit kann daher nur lauten: adäquate primäre Versorgung des Geburtstraumas in optimaler überlappender Technik. Der Zeitfaktor der Versorgung ist ohne Bedeutung.

Literatur

1. Fitzpatrick M. Short term and long term effects of obstetric anal sphincter injury and their management. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2005;17:605–10.
2. Fernando R, Sultan AH, Radley S. Methods or repair for obstetric anal sphincter injury. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;3: CD002866.

Dr. Reinhard Ruppert, München