

Der Einfluss einer restaurativen Proktokolektomie auf sexuelle Funktion, Blasenfunktion, Fertilität, Schwangerschaft und Entbindung

Ein systematischer Review

Cornish J, Tan E, Teare J et al. The effect of restorative proctocolectomy on sexual function, urinary function, fertility, pregnancy and delivery: a systematic review. *Dis Colon Rectum* 2007;50:1128–38.

Fragestellung und Hintergrund: Diese Studie wurde durchgeführt, um den Einfluss einer restaurativen Proktokolektomie auf die sexuelle Funktion, Blasenfunktion, Fertilität, Schwangerschaft und Entbindung bei Patienten mit Colitis ulcerosa zu evaluieren.

Patienten und Methodik: Zwischen 1980 und 2005 wurde eine systematische Literatursuche nach publizierten Artikeln über Patienten mit einer restaurativen Proktokolektomie wegen Colitis ulcerosa durchgeführt, mit Angabe der Daten zu den Ergebnissen, die von Bedeutung waren. Es wurde ein metaanalytisches Modell für zusammengefasste Ergebnisse und ein Konfidenzintervall von 95% verwendet.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 22 Studien mit insgesamt 1852 Frauen eingeschlossen. Bei 945 Patienten aus sieben Studien betrug die Unfruchtbarkeitsrate 12% vor der restaurativen Proktokolektomie und 26% danach. Die Inzidenz einer sexuellen Störung lag bei 8% präoperativ und bei 25% postoperativ (7 Studien, n = 419). Zwei Studien (n = 62) berichteten über keinerlei Blasenstörung bei Patienten, die sich einer restaurativen Proktokolektomie unterzogen. Nach der restaurativen

Proktokolektomie trat eine erhöhte Inzidenz von Kaiserschnitten auf. Während des letzten Schwangerschaftsdrittels ergab sich ein Anstieg der Defäkationsfrequenz von 1,15 Stuhlgängen pro Tag, verglichen mit der Häufigkeit vor der Schwangerschaft (n = 49; 95%-Konfidenzintervall 0,28–2,03; p = 0,01; Chi-Quadrat 0,04; p = 0,84). Nach einer vaginalen Entbindung wurden keine signifikanten Unterschiede bei der Pouchfunktion gefunden (n = 456; gewichteter mittlerer Unterschied 0,23; 95%-Konfidenzintervall 0,43–0,88; p = 0,49; Chi-Quadrat 1,29; p = 0,26).

Schlussfolgerung: Die Inzidenz von Dyspareunie stieg nach einer restaurativen Proktokolektomie an. Die Geburtenhäufigkeit nahm nach restaurativer Proktokolektomie ab. Schwangerschaften nach restaurativer Proktokolektomie waren nicht mit einem Anstieg von Komplikationen assoziiert. Während des letzten Schwangerschaftsdrittels wurde ein Anstieg in der Häufigkeit der Defäkationsfrequenz und bei der Benutzung von Vorlagen festgestellt. Eine vaginale Entbindung ist nach einer restaurativen Proktokolektomie sicher. Die Pouch-Funktion nach der Entbindung kehrt innerhalb von sechs Monaten zum Stand vor der Schwangerschaft zurück.

Kommentar

Die vorliegende Übersichtsarbeit greift ein wichtiges Thema auf, nämlich inwieweit bei Frauen über den Aspekt der Kontinenz und Pouchfunktion hinaus die sexuelle Funktion, Fertilität und Blasenfunktion nach Proktokolektomie und Pouchanlage beeinträchtigt sind. Fragen zu diesem Themenkomplex sind bei jüngeren Frauen, die vor diesem Eingriff stehen, häufig und insofern sollte der behandelnde Chirurg bzw. Gastroenterologe darüber informiert sein.

Während die Übersicht methodisch ordentlich durchgeführt wurde, kann auch eine Zusammenfassung der vorliegenden Studien nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Datenlage zu diesem Thema schwierig ist. Es mangelt zwar nicht an Publikationen, jedoch erreicht keine das Evidenzniveau 1, d.h. es liegen annähernd ausschließlich Kohortenstudien bzw. retrospektive Untersuchungen vor. Diese Situation ist aber kaum zu ändern, da randomisiert-kontrollierte Studien für diese Fragestellungen nicht möglich sind. Methodenbedingt kommt es dadurch zu typischen Bias-Situationen, die leider nur teilweise in der Übersichtsarbeit thematisiert werden. So ist zum Beispiel anzunehmen, dass die Patientinnen nach Pouch-Anlage im Durchschnitt älter sind als Patientinnen vor der Anlage. Insofern ist hier von einer altersbedingt spontan verminderten Fertilität auszugehen und der Vergleich prä-/postoperativ somit nur eingeschränkt möglich.

Eine weitere Problematik liegt darin, dass Studien von 1980 bis 2005 eingeschlossen wurden. In diesem langen Zeitraum hat die Pouch-Chirurgie eine erhebliche Entwicklung durchgemacht (z.B. Pouch-Design, Einführung

der Laparoskopie), die durchaus einen Einfluss auf die o.g. Aspekte haben dürfte, ohne dass dies in der Arbeit besprochen wird.

Als Ursachen für eingeschränkte Fertilität nach Proktokolektomie und Pouch-Anlage werden am ehesten mechanische Ursachen diskutiert, da Frauen nach Proktokolektomie und Pouch-Anlage bei Nachuntersuchungen mittels Hysterosalpingographie zu 67% pathologische Befunde aufwiesen [1]. Zu dieser Annahme passt, dass die Erfolgsrate der In-vitro-Fertilisation (IVF), die das mögliche Hindernis von Verklebungen im Becken umgeht, bei Patientinnen nach Pouch-Anlage mit 30% eher höher ist als bei anderen Patientinnen, die eine IVF aus anderen Gründen erhalten [2].

Problematisch gestalten sich die Aussagen zur wichtigen Frage, ob Pouch-Patientinnen eine Sectio caesarea erhalten sollten, da sich durch das Trauma einer vaginalen Entbindung die Kontinenzfunktion verschlechtern könnte. In einer sehr detaillierten Untersuchung zeigten Remzi et al. [3], dass 50% der Patientinnen Sphinkterdefekte nach der vaginalen Entbindung im Vergleich zu 13,3% nach Sectio caesarea aufwiesen. Allerdings blieben Lebensqualität und Pouch-Funktion klinisch gleich. Insofern gibt es keine Daten, die eine Verschlechterung der Pouch-Funktion nach vaginaler Entbindung dokumentieren. Dennoch empfehlen viele Autoren eine Sectio bei „noncompliant perineum“ (ohne dass es hierfür eine genaue Definition gibt) und raten ansonsten dazu, den Geburtsweg nach den üblichen geburtshilflichen Überlegungen zu wählen. Dies kann aber lediglich als Expertenempfehlung angesehen werden, ohne dass hierfür hinreichend Daten vorliegen.

Literatur

1. Oresland T, Palmblad S, Ellstrom M, Berndtsson I, Crona N, Hulten L. Gynaecological and sexual function related to anatomical changes in the female pelvis after restorative proctocolectomy. *Int J Colorectal Dis* 1994;9:77–81.
2. Ording Olsen K, Juul S, Berndtsson I, Oresland T, Laurberg S. Ulcerative colitis: female fecundity before diagnosis, during disease, and after surgery compared with a population sample. *Gastroenterology* 2002;122:15–9.
3. Remzi FH, Gorgun E, Bast J, Schroeder T, Hammel J, Philipson E, Hull TL, Church JM, Fazio VW. Vaginal delivery after ileal pouch-anal anastomosis: a word of caution. *Dis Colon Rectum* 2005;48:1691–9.

*Priv.-Doz. Dr. Martin E. Kreis,
München*