

## Sakralnervenstimulation bei chronischer Obstipation

### Originalpublikation

Kamm M, Dudding T, Melenhorst J et al  
 (2010) Sacral nerve stimulation for intractable  
 constipation. GUT 59:333–340

**Fragestellung und Hintergrund.** Traditionelle operative Methoden zur Behandlung von chronischer idiopathischer Obstipation sind häufig mit unzureichendem Erfolg und beträchtlicher Morbidität assoziiert. Bei Patienten mit Obstipation („slow transit“ und „normal transit“ mit Entleerungsstörung) wurde das symptomatische Ansprechen, die physiologischen Auswirkungen sowie die Auswirkungen auf die Lebensqualität von Sakralnervenstimulation (SNS) untersucht.

**Patienten und Methodik.** In einer prospektiven Studie in 5 europäischen Kliniken bekamen Patienten, bei denen die konservative Behandlung fehlgeschlagen war, eine 21-tägige Teststimulation. Bei Patienten mit einer Symptomverbesserung von mehr als 50% wurde ein permanenter Neurostimulator eingesetzt. Primäre Endpunkte waren eine erhöhte Defäkationshäufigkeit, vermindertes Pressen sowie eine Reduktion des Gefühls unvollständiger Entleerung.

**Ergebnisse.** Insgesamt 62 Patienten (55 weiblich, medianes Alter 40 Jahre) hatten eine Teststimulation; hiervon gingen 45 (73%) zur chronischen Stimulation über. Bei 39 (87%) der 45 Patienten stellte sich ein Behandlungserfolg ein. Nach einem medianen Follow-up von 28 (1–55) Monaten erhöhte sich die Defäkationshäufigkeit von 2,3 auf 6,6 Entleerun-

gen pro Woche ( $p < 0,001$ ). Die Anzahl der Tage pro Woche mit Entleerung erhöhte sich von 2,3 auf 4,8 ( $p < 0,001$ ). Ein Rückgang war zu verzeichnen bei der auf der Toilette verbrachten Zeit (10,5 auf 5,7 min;  $p = 0,001$ ), beim Pressen (75 auf 46% von erfolgreichen Entleerungen;  $p < 0,001$ ), dem Gefühl unvollständiger Entleerung (71,5 auf 46% von erfolgreichen Entleerungen;  $p < 0,001$ ) und der subjektiven Einschätzung abdomineller Schmerzen und Blähungen ( $p < 0,001$ ). Der Obstipationsscore der Cleveland-Klinik (0=keine bis 30=schwere Obstipation) nahm von 18 auf 10 ( $p < 0,001$ ) ab. Der Score (0=schwer bis 100=keine Symptome) auf der visuellen Analogskala (VAS) stieg von 8 auf 66 ( $p < 0,001$ ). Patienten mit „slow“ und „normal transit“ profitierten. Die Lebensqualität verbesserte sich signifikant. Der Transit im Kolon normalisierte sich bei der Hälfte der Patienten mit einem „slow transit“ im Vergleich zum Anfang ( $p = 0,014$ ).

**Schlussfolgerung.** SNS ist effektiv bei der Behandlung von idiopathischer Slow-transit- und Normal-transit-Obstipation, die der konservativen Behandlung gegenüber resistent waren.

### Kommentar

Während der Einsatz der sakralen Nervenstimulation (SNS) zur Therapie der Stuhlinkontinenz mittlerweile ein etabliertes Verfahren darstellt, ist die Verwendung der SNS zur Behandlung der chronischen Obstipation nicht verbreitet. Grundlage für eine erfolgreiche Therapie der chronischen idiopathischen Obstipation mittels SNS scheinen die propulsatorischen Kon-

traktionen nach Stimulation des N. pudendus zu sein. [1] Die bisher zu diesem Thema existierenden Studien sind bei unklaren Einschlusskriterien, niedriger Patientenzahl oder einer kurzen Nachbeobachtungszeit nicht überzeugend [2, 3, 4].

Kamm et al. stellen die größte multi-zentrische prospektive Beobachtungsstudie vor, welche bisher zur SNS bei chronischer Obstipation veröffentlicht wurde. Patienten, welche 2 oder weniger Stuhlentleerungen pro Woche, in über 25% ein Gefühl der unvollständigen Entleerung und/oder in über 25% der Stuhlentleerungen stark Pressen mussten, wurden als *chronisch obstipiert* definiert. In die Studie eingeschlossen wurden Patienten mit einer idiopathischen chronischen Slow-transit- oder Normal-transit-Obstipation, bei welchen eine konservative und/oder habituelle Therapie über ein Jahr zu keinem Therapieerfolg geführt hatte.

Bei dem derart selektionierten Patientengut gelang den Autoren eine Reduktion der Obstipation mit einem medianen Follow-up von 28 Monaten. Die typischen Obstipationsparameter (*Rom-Kriterien*), die Lebensqualität gemessen anhand des SF-36 Fragebogens sowie die Colontransitzeit oder die Rektumcompliance verbesserten sich signifikant. Die von den Autoren definierte *Ansprechrate* der SNS-Therapie bei Obstipation entspricht dabei den in der Literatur veröffentlichten Daten zur SNS-Therapie bei Inkontinenz [5]. Ein Unterschied zwischen den bereits veröffentlichten mittelfristigen zu den nun vorgelegten *langfristigen* Ergebnissen zeigt sich nicht [2].

Um diese Studie uneingeschränkt hervorheben zu können, hätten u. a. folgende Punkte beachtet werden sollen:

- **Einschlusskriterien:** Die Definition einer chronischen Obstipation anhand der *Rom-II-Kriterien* ist allgemein etabliert. Ein Abweichen von dieser Definition kann legitimiert sein, sollte jedoch eingehend erläutert werden. Dies gilt vor allem dann, wenn die Definition einer Krankheit als Einschlusskriterium für eine Studie zur Behandlung der definierten Krankheit dient.
- **Patientenselektion:** In der vorliegenden Studie erhielten 45 von 62 Patienten (73%) die Implantation der permanenten Elektroden und des Schrittmachers. Bei 7 dieser 45 Patienten wurde die Therapie – aus unterschiedlichen Gründen und zu unterschiedlichen Zeitpunkten – beendet. Eine genauere Analyse der beiden Gruppen (nur Teststimulation und Drop-out vs. dauerhafte Implantation) fehlt. Somit bleibt die auch mit dieser Arbeit unbeantwortete zentrale Fragestellung, welche Patienten von dieser Therapie profitieren.
- **Follow-up:** Betrachtet man das Follow-up, zeigt sich, dass die nach 6 Monaten erhobenen physiologischen Daten (Colontransitzeit, Proktogramm, Rektumcompliance) lediglich bei 27 bzw. 22 von 45 Patienten (60% bzw. 49%) erhoben wurden. Ähnliches gilt für die klinischen Daten nach 2 und 3 Jahren, welche lediglich von 25 bzw. 18 der insgesamt 45 Patienten (56% bzw. 40%) vorliegen. Ist die Reduktion der Patienten bei einem längeren Follow-up durch die Rekrutierungsphase nachvollziehbar, wird jedoch in der Studie nicht dargelegt, warum nur bei etwa der Hälfte der Patienten nach 6 Monaten die – dann signifikanten – physiologischen Daten erhoben wurden.
- **Ergebnisse:** Die Autoren berichten von einem Therapieerfolg in allen Einschlusskriterien bei 15 Patienten (33% von 45 Patienten). Negativ gerechnet war die Therapie zum Zeitpunkt des letzten Follow-ups nach 3 Jahren somit bei 6 Patienten (33% von 18 Patienten bzw. 13% von 45 Patienten) er-

folgreich. Dies liegt weit unter dem Bereich der – zur SNS-Therapie bei Inkontinenz – veröffentlichten Daten. [5] Auf Grund dieser Ergebnisse sollte man eine Therapieempfehlung nur mit größter Vorsicht aussprechen.

- **Komplikationsrate:** Die Autoren berichten über 101 „adverse events“, von denen sich 40 nicht auf die Therapie zurückführen ließen. Dies entspricht 61 Komplikationen bei 45 Patienten. Bei 11 von 45 Patienten (24%) war ein erneuter operativer Eingriff nötig. Diese Komplikationsrate liegt niedriger als in einem kürzlich veröffentlichten Review (33%) [6]. Die Meinung der Autoren, dass die SNS eine niedrige Morbiditätsrate hat, ist in diesem Zusammenhang jedoch fraglich.

Ungeachtet der angeführten Schwächen, zeigt die vorliegende Studie, dass für einzelne Patienten mit einer bisher therapierefraktären Obstipation mit Hilfe der SNS eine Besserung der Lebensqualität herbeigeführt werden kann. Welche Patienten hiervon profitieren, bleibt jedoch letztlich – genauso wie die Wirkungsweise der SNS bei der chronischen Obstipation – ungeklärt.

### Korrespondenzadresse

#### Dr. P. Oetting

Klinikum Köln-Merheim, Klinik für Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie, Lehrstuhl I der Universität Witten-Herdecke, 51058 Köln  
philipp.oetting@gmx.de

**Interessenkonflikt.** Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### Literatur

1. Dinning PG, Fuentealba SE, Kennedy ML et al (2007) Sacral nerve stimulation induces pan-colonic propagating pressure waves and increases defecation frequency in patients with slow transit constipation. *Colorectal Dis* 9(2):123–132
2. Kenefick NJ, Nicholls RJ, Cohen RG, Kamm MA (2002) Permanent sacral nerve stimulation for treatment of idiopathic constipation. *Br J Surg* 89(11):1482
3. Holzer B, Rosen HR, Novi G et al (2008) Sacral nerve stimulation in patients with severe constipation. *Dis Colon Rectum* 51(5):524–529
4. Malouf AJ, Wiesel PH, Nicholls RJ, Kamm MA (2002) Short-term effects of sacral nerve stimulation for idiopathic slow transit constipation. *World J Surg* 26(2):166–170

5. Maeda Y, Norton C, Lundby L et al (2010) Predictors of the outcome of percutaneous nerve evaluation for faecal incontinence. *Br J Surg* 97(7):1096–1102
6. Maeda Y, Lundby L, Buntzen S, Laurberg S (2010) Sacral nerve stimulation for constipation: suboptimal outcome and adverse events. *Dis Colon Rectum* 53(7):995–998

# Nationaler Vergleich der laparoskopischen mit der offenen Kolektomie unter Anwendung der National Surgical Quality Improvement Project Data

## Für Sie gelesen

Senagore A, Stulberg J, Byrnes J et al (2009) A national comparison of laparoscopic vs. open colectomy using the National Surgical Quality Improvement Project Data. *Dis Colon Rectum* 52:183–186

**Fragestellung und Hintergrund.** Unter Verwendung der öffentlich zugänglichen, begrenzten Daten des National Surgical Quality Improvement Project wurden die für die laparoskopische und offene Kolektomie berichteten präoperativen Risikofaktoren und postoperativen Komplikationsraten untersucht.

**Patienten und Methodik.** Aus dieser landesweit geführten Datenbank wurden Patienten untersucht, die vom 01.12.2005 bis zum 01.09.2007 entweder eine laparoskopische (n=2728) oder eine offene (n=4719) Kolektomie gehabt hatten.

**Ergebnisse.** Der Body-Mass-Index war bei den laparoskopischen (27,9; SD 5,8) und den offenen Kolektomiepatienten (28,0; SD 7,2) ähnlich. Die Gruppe mit der offenen Kolektomie hatte signifikant höhere Raten bei Diabetes (16,0% vs. 12,0%), Rauchen (18,0% vs. 15,0%), Dyspnoe (14,0% vs. 9,0%), chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (7,0% vs. 4,0%), kongestiver Herzinsuffizienz (2,0% vs. 0,6%), Herzinfarkt innerhalb der vorhergehenden 6 Monate (0,9% vs. 0,4%) sowie Hypertonie (54% vs. 50%). Alle peri-

operativen Komplikationen waren in der Gruppe mit der offenen Kolektomie häufiger; Mortalität (4,9% vs. 0,8%), Infektionen der Inzisionen (12% vs. 8,0%), Wunddehiszenz (2,0% vs. 0,8%), Pneumonie (5,0% vs. 2,0%) und akutes Nierenversagen (1,0% vs. 0,3%).

**Schlussfolgerung.** Diese aus den öffentlich zugänglichen begrenzten Datenmengen des National Surgical Quality Improvement Project gewonnenen Daten legen bei der offenen im Vergleich zur laparoskopischen Kolektomie eine höhere Rate für alle bekannten identifizierten Komplikationen nahe; allerdings haben Patienten mit einer offenen Kolektomie ein offenbar höheres präoperatives Risiko.

## Kommentar

Zu Recht wird in der Publikation die Schlussfolgerung vermieden, dass die laparoskopische Operation weniger Komplikationen verursacht als die offene, da beide Patientengruppen nicht vergleichbar sind. Die offen operierte Gruppe wies klar mehr Komorbidität auf als die laparoskopisch operierte. Dies zeigt zunächst einmal, dass in der Breite der Versorgung Chirurgen offenbar dazu tendieren, die laparoskopische Operation eher gesünderen Patienten anzubieten und die kränkeren offen zu operieren. Eine solche Vorgehensweise ist aber eigentlich gar nicht gerechtfertigt, da große Fallserien zeigten,

dass Hochrisikopatienten sicher laparoskopisch operiert werden können [1].

Eine Darstellung der Anzahl und Versorgungsstufe der beteiligten Kliniken fehlt. Es ist davon auszugehen, dass in den USA die offene Operation meist von wenig spezialisierten Chirurgen („general surgeons“) durchgeführt wird, während die laparoskopische vor allem durch spezialisierte „colorectal surgeons“ erfolgt. Allein hierdurch dürfte ebenfalls ein Qualitätsunterschied resultieren – ein Gesichtspunkt, der in der Arbeit ebenfalls nicht thematisiert wurde.

Darüber hinaus fehlt in der Publikation eine differenzierte Betrachtung der einzelnen Komplikationen und es wird sogar behauptet, dass bei allen aufgeführten Komplikationen die laparoskopisch operierte Gruppe immer besser abschneidet (vgl. Abstract). Schaut man sich die aufgeführten Komplikationen in der Tabelle an, entpuppt sich diese Aussage als falsch! Tatsächlich war bei „pulmonary embolism“ und „surgical site infection organ involvement“ kein statistisch signifikanter Unterschied festzustellen. Der Unterschied bei den „Infektionen der Inzisionen“ kommt nur dadurch zustande, dass die tiefen und oberflächlichen Infektionen zusammengefasst wurden. Hingegen wird auf die wichtigste Komplikation in der colorektalen Chirurgie, nämlich die Anastomoseninsuffizienz nicht näher eingegangen. Gehen wir davon aus, dass diese Komplikation in die tiefen Infektionen eingebettet wurden, liegt hier kein Unter-

schied zwischen der laparoskopische Operation und der offenen vor.

Nichtsdestotrotz soll nicht verschwiegen werden, dass in prospektiv randomisierten Studien gezeigt wurde, dass bei den „minor“ Komplikationen wie z. B. Wundinfekten die laparoskopische Operation Vorteile hat, die sich auch dann zeigen, wenn – im Gegensatz zur vorliegenden Publikation – vergleichbare Patientenkollektive verglichen werden [2].

### Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. M.E. Kreis**

Chirurgische Klinik und Poliklinik Großhadern,  
Klinikum der Universität München  
81377 München  
Martin.Kreis@med.uni-muenchen.de

**Interessenkonflikt.** Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### Literatur

1. McCloskey CA, Wilson MA, Hughes SJ, Eid GM (2007) Laparoskopie colorectal surgery is safe in the high-risk patient: a NSQIP risk-adjusted analysis. *Surgery* 142:594–597
2. Schwenk W, Haase O, Neudecker J, Müller JM (2005) Short term benefits for laparoscopic colorectal resection. *Cochrane Database Syst Rev* 3:CD003145

coloproctology 2011 · 33:44–45 · DOI 10.1007/s00053-010-0156-x  
Online publiziert: 6. Januar 2011 · © Springer-Verlag 2011

**F. Fischer**

Frankenwaldklinik Kronach GmbH, Kronach

## Funktionsuntersuchungen bei Stuhlinkontinenz

### Welchen Wert haben sie?

#### Für Sie gelesen

Zutshi M, Salcedo L, Hammel J et al (2010) Anal physiology testing in fecal incontinence: is it of any value? *Int J Colorectal Dis* 25:277–282

**Fragestellung und Hintergrund.** Der prognostische Wert postoperativer Manometrie bei Stuhlinkontinenz ist immer noch umstritten. Ziel dieser Studie war es, zu ermitteln, ob die Scores des Fecal Incontinence Severity Index (FISI) und der Fecal Incontinence Quality of Life Scale (FIQL) mit den Ergebnissen aus analer Manometrie und endoanalem Ultraschall korrelieren. Außerdem sollte geklärt werden, ob die Durchführung einer analen Manometrie nach einem chirurgischen Eingriff wegen Stuhlinkontinenz irgendeinen prognostischen Wert besitzt.

**Patienten und Methodik.** Es wurden 53 weibliche Patienten ausgewählt. Alle Patienten unterzogen sich einem operativen Eingriff und wurden prä- und postoperativ analysiert. Die Stuhlinkontinenz wurde anhand der FISI- und FIQL-Scores gemessen. Patienten, die diese Scores nicht ausgefüllt hatten, wurden ausgeschlossen. Die Ergebnisse aus Manometrie und Ultraschall vor der Behandlung sowie die Manometrieergebnisse nach der Behandlung wurden mit den Inkontinenzscores dieser Patienten verglichen. Die Länge des Analkanals wurde gemessen und es wurde verglichen, inwieweit diese mit den prä- und postoperativen Manometrieergebnissen und Inkontinenzscores assoziiert war.

**Ergebnisse.** Es wurde kein Zusammenhang von prä- und postoperativem Ruhe- und Kneifdruck mit den Inkontinenzscores gefunden. Die Ultraschallergebnisse standen in keinem Zusammenhang mit den Manometrieergebnissen und Inkontinenzscores. Die Länge des Analkanals korrelierte sowohl mit den Ergebnissen der prä- als auch der postoperativen Manometrie, nicht jedoch mit den Inkontinenzscores.

**Schlussfolgerung.** Präoperative anale Manometrie und endoanaler Ultraschall sind eine Hilfe bei der Wahl der besten Behandlungsoptionen bei Patienten mit Stuhlinkontinenz. Ein Rückgang beim FISI- sowie eine Steigerung beim FIQL-Score nach einer Sphinkterrekonstruktion quantifizieren eine Verbesserung nach Operation wegen Inkontinenz, während dies bei Veränderungen der analen Manometrie nicht der Fall ist.

### Kommentar

Die vorliegende Studie untersucht den prognostischen Wert der Manometrie und der Endosonographie im Hinblick auf die Stuhlinkontinenz. In diesem Zusammenhang ist zu bedenken, dass die anorektale Manometrie prinzipiell durch eine eingeschränkte Reproduzierbarkeit und durch eine – trotz aller Anstrengungen – eingeschränkte Standardisierbarkeit gekennzeichnet ist [1]. Hinzu kommt die Schwierigkeit der Definition von *Normalwerten* und *pathologischen Werten*. Zwar ist belegt, dass inkontinente Patienten

tengruppen niedrigere Ruhe- und Kneifdruckwerte aufweisen als gesunde Kollektive, allerdings *überlappen* sich die manometrischen Messwerte von Gesunden und inkontinenten Patienten. Gesunde Probanden können also niedrigere Manometriewerte aufweisen als symptomatische Patienten. Demnach kann allein anhand der Manometriedaten weder die Diagnose Inkontinenz gestellt noch eine Therapieindikation abgeleitet werden. Im Einzelfall kann auch keine Vorhersage über die Entwicklung der postoperativen (In-) Kontinenz bei anorektalen Eingriffen gemacht werden. Ähnliches gilt für die Endosonographie. Literaturdaten belegen, dass einerseits Sphinkterdefekte auch bei gesunden, asymptomatischen Frauen nachgewiesen werden können, andererseits jedoch präoperativ endosonographisch diagnostizierte Sphinkterdefekte bei inkontinenten Patienten intraoperativ nicht nachvollzogen werden können [2, 3, 4]. Trotz der fehlenden Korrelation zwischen Endosonographie und Inkontinenz

und der Abhängigkeit der erhobenen Befunde vom Untersucher bietet die Methode sowohl im Rahmen der Inkontinenzdiagnostik als auch perioperativ die Möglichkeit, morphologische Veränderungen bzw. Komplikationen zu erkennen, um symptomatische Patienten der adäquaten Therapie zu zuführen.

Inkontinenz ist eine klinische Diagnose. Funktionsuntersuchungen sind hilfreich im Rahmen der Suche nach der Ursache. Anhand von validierten Scores, wie der beschriebene Fecal Incontinence Quality Life Scale nach Rockwood, kann die Inkontinenz wohl derzeit am sinnvollsten objektiviert werden [5, 6]. Dementsprechend eignen sich diese Instrumentarien sowohl im Rahmen der Diagnostik, als auch zur Beurteilung des Therapieerfolgs.

#### Korrespondenzadresse

**PD Dr. F. Fischer**  
Frankenwaldklinik Kronach GmbH  
Friesener Str. 41, 96317 Kronach  
Frank.Fischer@frankenwaldklinik.de

coloproctology 2011 · 33:45–46  
DOI 10.1007/s00053-010-0152-1  
Online publiziert: 18. Dezember 2010  
© Urban & Vogel 2010

#### S. Farke

Chirurgie, Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau, Berlin

## Analkarzinome auf dem Boden einer perianalen Morbus-Crohn-Erkrankung

#### Für Sie gelesen

Devon K, Brown C, Burnstein M et al (2009) Cancer of the anus complicating perianal Crohn's disease. *Dis Colon Rectum* 52:211–216

**Fragestellung und Hintergrund.** Diese Studie wurde durchgeführt, um die klinischen und pathologischen Befunde, Behandlungen und Ergebnisse bei Patienten mit einem perianalen Karzinom zu untersuchen, das auf dem Boden einer bekann-

ten perianalen Morbus-Crohn-Erkrankung entstanden ist.

**Patienten und Methodik.** Es wurden Krankenakten von Patienten untersucht, die einen nachgewiesenen perianalen Morbus Crohn sowie die histopathologisch Diagnose eines analen Karzinoms aufwiesen.

**Ergebnisse.** Bei der Auswertung der Daten fanden sich 14 Patienten (6 Männer; mittleres Alter 49 Jahre), bei denen

**Interessenkonflikt.** Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

#### Literatur

1. Pehl C, Enck P, Franke A et al (2007) Empfehlungen zur anorektalen Manometrie im Erwachsenenalter. *Z Gastroenterol* 45:397–417
2. Hill K, Fanning S, Fennerty B (2006) Endoanal ultrasound compared to anorectal manometry for the evaluation of fecal incontinence: a study of the effect these tests have on clinical outcome. *Dig Dis Sci* 51:235–240
3. Sentovich M, Blatchford J (1998) Accuracy and reliability of transanal ultrasound for anterior anal sphincter injury. *Dis Colon Rectum* 41:1000–1004
4. Savoye-Collet S, Koning E, Leroy M (1999) Prevalence of anal sphincter defects revealed by sonography in 335 incontinent and 115 continent patients. *Am J Roentgenol* 173:389–392
5. Cavanaugh M, Hyman N, Osler T (2002) Fecal incontinence severity index after fistulotomy. A predictor of quality of life. *Dis Colon Rectum* 45:349–353
6. Rockwood T, Church J, Fleshman J (2000) Fecal incontinence quality life scale. Quality of life instrument for patients with fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 43:9–16

Die Behandlung umfasste abdominoperineale Resektionen plus Chemotherapie bei 12 sowie Bestrahlung und ein Stoma bei einem Patienten. Ein weiterer Patient lehnte jede Behandlung ab. Von den 12 Patienten mit einer abdominoperinealen Resektion hatten 3 posteriore Vaginektomien und Rectus-abdominis-Flap-Rekonstruktionen. Beim letzten Follow-up [Mittel 41 (median 22) Monate] waren 5 Patienten am Leben und ohne Erkrankung; 5 waren am Leben mit Rezidiven und 4 waren gestorben.

**Schlussfolgerung.** Ärzte sollten bei Patienten mit einem langwierigen perianalen Morbus Crohn, bei denen ein Symptomwechsel zu beobachten ist, einen hohen Tumorverdacht hegen. In unserer Patientenserie hatten Patienten mit einer präoperativen Tumordiagnose und multimodaler Behandlung die besseren Ergebnisse.

### Kommentar

In der vorliegenden Arbeit werden Karzinome des Afters im Zusammenhang mit Morbus Crohn behandelt. Wie bei vielen seltenen Entitäten fällt beim Blick in die Literatur auf, dass nur wenig oder keine Studien oder Veröffentlichungen von höherer Qualität vorliegen. Um nach der Maxime der „evidence-based medicine“ zu handeln, fehlt also die Evidenz selbst.

In der deutschen Leitlinie M. Crohn wird auf das Problem der perianalen Malignome nicht eingegangen. Lediglich zur Wahrscheinlichkeit der Entstehung von kolorektalen Karzinomen bei M. Crohn finden sich dort Angaben.

Die Autoren haben versucht, dieses Dilemma durch die Analyse verschiedener Quellen auf Patienten mit perianalen Karzinomen und M. Crohn zu lösen. Durch die auf diese Weise vergleichsweise große Anzahl von Fällen (14 Fälle bei ca. 60 publizierten Fällen) sollen Besonderheiten in der Behandlung solcher Patienten dargestellt werden.

Bei der Lektüre der Arbeit fällt als erstes auf, dass präoperative Magnetresonanztomographien (MRT) der perianalen Region zur Detektion maligner Erkrankungen nicht verwertbar waren. So war

bei allen 8 MRT der präoperative Nachweis der Neoplasie nicht gelungen.

Bei den dargestellten Fällen überwiegen Adenokarzinome, die in dieser Region bei Nicht-Crohn-Patienten ungewöhnlich sind. Dabei war nicht bei allen Patienten präoperativ der maligne Befund bekannt. Besonders diese Patienten hatten fortgeschrittene Leiden und eine schlechte Prognose.

Aus den vorgestellten Daten ziehen die Autoren den Schluss, bei Patienten mit langjährigem Crohn-Leiden, besonders bei Veränderungen der Symptomatik, an maligne Entartung zu denken. In solchen Fällen sollte eine histologische Sicherung angestrebt werden, insbesondere da das MRT bezüglich der Dignität nicht aussagekräftig zu sein scheint. Da präoperativ verkannte Malignität meist mit schlechter Prognose vergesellschaftet ist, scheint eine intensive präoperative Diagnostik mit Histologiegewinnung gerechtfertigt. Nur dann können die modernen multimodalen Therapieprotokolle zur Verbesserung der Prognose eingesetzt werden.

Grundsätzlich ist das Herangehen an die Problematik in der hier kommentierten Arbeit eine Möglichkeit, auch für sehr seltene Erkrankungen und deren Behandlung *Evidenz* zu finden. Bei diesem Problem wird in den meisten Fällen eine Überprüfung der diagnostischen und therapeutischen Algorithmen mit großen prospektiv randomisierten Studien und Metaanalysen mangels Masse nicht möglich sein. Hier können durch die deskriptive Analyse möglichst vieler einzelner Fälle im Sinne von *Expertenmeinungen* wichtige Informationen gesammelt und vermittelt werden. Daher sollten Studien in der Art der vorliegenden unbedingt publiziert werden, um auch für seltene Erkrankungen *Evidenz* zu vermitteln; in diesem Fall erfreulicherweise auch in einer hochkarätigen Zeitschrift.

### Korrespondenzadresse

#### PD Dr. S. Farke

Chirurgie, Evangelisches Waldkrankenhaus  
Spandau  
Stadtrandstr. 555, 13589 Berlin  
stefanfarke@t-online.de

**Interessenkonflikt.** Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### Literatur

1. Jess T, Gomborg M, Matzen P et al (2005) Increased risk of intestinal cancer in Crohn's disease: a meta-analysis of population-based cohort studies. *Am J Gastroenterol* 100:2724–2729
2. Jess T, Loftus EV Jr, Velayos FS et al (2006) Risk of intestinal cancer in inflammatory bowel disease: a population-based study from Olmsted County, Minnesota. *Gastroenterology* 130:1039–1046
3. Bernstein CN, Blanchard JF, Kliever E, Wajda A (2001) Cancer risk in patients with inflammatory bowel disease: a population-based study. *Cancer* 91:854–862

## Langzeitwirkung der postoperativen Epilation beim Sinus pilonidalis

### Für Sie gelesen

Petersen S, Wietelmann K, Evers T et al (2009) Long-term effects of postoperative razor epilation in pilonidal sinus disease. *Dis Colon Rectum* 52: 131–134

**Fragestellung und Hintergrund.** Zur Evaluation des möglichen Nutzens postoperativer Epilation nach einer Sinus-pilonidalis-Operation wurde die Langzeitwirkung der Haarentfernung durch Rasur bei einem Pilonidalis-Rezidiv untersucht.

**Patienten und Methodik.** Insgesamt 1960 Patienten wurden in die Studie eingeschlossen, die von 1980 bis 1996 in 3 Kliniken der Deutschen Bundeswehr wegen eines symptomatischen Sinus pilonidalis chirurgisch behandelt wurden. Die regelmäßige Haarentfernung mit einem Rasierer wurde für alle Patienten nach der Operation empfohlen. Eine ausgewählte Gruppe von 504 Patienten wurde für ein telefonisches Follow-up-Interview kontaktiert.

**Ergebnisse.** Die mittlere Follow-up-Zeit betrug 11,3 (Standardabweichung 6,4) Jahre. Insgesamt hatten 111 (22%) der 504 Patienten ein Sinus-pilonidalis-Rezidiv. Insgesamt 113 Patienten folgten der Empfehlung zur Epilation durch Rasur (mittlere Dauer 7,5 Monate) und 391 Patienten taten dies nicht. Bei 30,1% (34/113) der Patienten, bei denen eine postoperative Epilation durchgeführt wurde und bei 19,7% (77/391) der Patienten, bei denen dies nicht der Fall war ( $p=0,01$ ), wurden Rezidive beobachtet.

**Schlussfolgerung.** Die Haarentfernung mit einem Rasierer erhöht die Rate der

Langzeitrezidive nach einer Operation wegen Sinus pilonidalis und sollte daher nicht empfohlen werden. Dennoch ist die prinzipielle Überlegung einer Haarentfernung bei der Sinus-pilonidalis-Erkrankung zu diskutieren. In geeigneten Studien sollten daher andere Epilationstechniken, wie etwa die Haarentfernung mittels Laser, untersucht werden.

### Kommentar

Die retrospektive Aufarbeitung eines sehr gut dokumentierten, nahezu homogenen und großen Patientenkollektivs untersucht eine isolierte Fragestellung zur postoperativen Nachsorge eines symptomatischen Pilonidalsinus. Dabei wird die Wertigkeit der lumbosakralen Rasur zur Prophylaxe eines Pilonidalsinus-Rezidivs bewertet.

Im Vergleich zur Literatur berichten Petersen et al. von einer geringfügig erhöhten Rezidivrate (insgesamt 22%), die durch einen langen Nachbeobachtungszeitraum von durchschnittlich 11,3 Jahren erklärt wird.

Die Patientengruppe, die der Empfehlung zur Rasur des Operationsgebiets für durchschnittlich 7,5 Monate nach der Operation nachkam, beinhaltet 106 junge Männer. Diese wurden mit 391 Probanden verglichen, die keine spezifische postoperative Nachsorge betrieben. Die Rezidivrate lag mit Rasur bei 30,1% vs. 19,7% ohne Rasur.

Zusammenfassend lassen sich dank des erfreulich klar dargestellten Methodenteils zwei Ergebnisse hervorheben, die die bisherigen Literaturergebnisse [1, 2, 3] bestätigen: Von den untersuchten Operationsverfahren (exkl. Limberg-Plastik)

ist die Exzision mit anschließender Sekundärheilung bezüglich der Rezidivrate die Methode der Wahl. Ferner erhöht die Rasur des Operationsgebiets nach der Wundheilung eher die Rate eines Pilonidalsinus-Rezidivs und entbehrt somit jeder Rationale für die postoperative Nachsorge.

### Korrespondenzadresse

**Dr. A. Furtwängler**  
Praxisklinik 2000  
Wirthstr. 11A, 79110 Freiburg i. Brsg.  
afurtwangler@hotmail.com

**Interessenkonflikt.** Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### Literatur

1. Leitlinie Pilonidalsinus: <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/013-022.htm>
2. Sondenaa K et al (1996) Recurrent pilonidalsinus after excision with closed or open treatment: final result of a randomised trial. *Eur J Surg* 162:237–240
3. Kronborg O (1985) Chronic pilonidal disease: a randomized trial with a complete 3-year follow-up. *Br J Surg* 72:303–304