

CHIRURGISCHE ALLGEMEINE

ZEITUNG FÜR KLINIK UND PRAXIS

KOMPAKT

Elektronischer Sonderdruck
für Dr. med.
Franz-Josef Schumacher

Beckenboden- funktionsstörungen

CHAZ kompakt (2020) 21: 92–93
© Kaden Verlag, Heidelberg

Diese PDF-Datei darf nur für nichtkommerzielle Zwecke
verwendet werden und nicht in privaten, sozialen und
wissenschaftlichen Plattformen eingestellt werden.

www.chirurgische-allgemeine.de



Beckenboden- funktionsstörungen

Gibt es noch eine Indikation für transanale Verfahren?

Franz-Josef Schumacher

Die Störung der Beckenbodenfunktion betrifft überwiegend Frauen älter als 50 Jahre. Meist sind alle drei Kompartimente (Harnblase, Uterus/Vagina, Rektum/Anus) betroffen. Die ausführliche Anamnese mit koloproktologischer sowie urogenitaler Diagnostik decken oft ein multifaktorielles Beschwerdebild auf und zeigen nicht selten eine hohe Diskrepanz zwischen den Symptomen, der Morphologie und den Funktionsbeeinträchtigungen der Beckenorgane. Man findet selten eine Organstörung allein vor. Aus chirurgischer Sicht ergeben sich Störungen der Kontinenz, der Stuhlentleerung sowie verschiedener Formen des inneren und äußeren Prolapses [1].

Nur bei sorgfältiger Indikationsstellung und nach Ausschöpfen aller konservativen Therapieansätze ist eine Operation gerechtfertigt

Die Inkontinenz ist häufig das begleitende Symptom einer pathologischen morphologischen Veränderung des hinteren Beckenkompartiments. Mit der Korrektur der anatomisch-morphologischen Veränderungen durch transanale Eingriffe kann sich die Kontinenz verbessern. Sie kann jedoch andererseits die Lebensqualität nach einem vermeintlich guten operativen Ergebnis deutlich verschlechtern. Daher kommen der sorgfältigen Indikationsstellung und Methodenwahl eine besondere Bedeutung zu [2]. Oft ist das konservative Vorgehen, wie etwa Stuhlregulierung, Beckenbodentraining, Biofeedback, Medikation (Loperamid, Opiumtropfen) einer Operation trotz einer ausgeprägten morphologischen Störung ebenbürtig.

Zu den Funktionsstörungen gehört insbesondere die unvollständige Stuhlentleerung in verschiedenen Formen, wie beispielsweise der interne Rektumprolaps, die Rektozele, die Intussuszeption sowie die Enterozele mit der speziellen Form der Sigmoidozele (Cul de Sac). Trotz oftmals ausgeprägter

morphologischer Veränderungen steht die konservative Therapie operativen Maßnahmen in vielen Fällen nicht nach. Nur bei sorgfältiger Indikationsstellung und nach Ausschöpfen aller konservativen Therapieansätze ist eine Operation gerechtfertigt. In der Regel werden transabdominale Verfahren angewendet. Abhängig von der Morphologie – aber auch den Vorlieben des Operateurs – kommen Techniken mit und ohne Resektion sowie mit und ohne Fixation mit Kunststoffnetzen zum Einsatz.

Schwierige Datenlage: Eindeutige Vorteile eines bestimmten operativen Verfahrens lassen sich nicht nachweisen

Um die transanale Vollwandresektion mit einem Klammerschlingengerät ist es ruhig geworden; Intussuszeption und Rektozele waren die klassische Indikation [3]. Sie bietet langfristig keine Vorteile gegenüber der regelmäßigen Gabe von Macrogol [4]. Häufige Komplikationen sind die Nachblutung, Abszesse im kleinen Becken, rektovaginale Fisteln, Stenose und Inkontinenz. Bei jeder fünften Anwendung kommt es zur Dranginkontinenz mit allen negativen Folgen. Auffällig ist, dass es zu dem Verfahren (STARR, Transtar™) seit 2015 keine neueren Publikationen mehr gibt [5].

Welche Indikationen verbleiben nun für transanale Verfahren? Letztlich besteht die Indikation nur für den äußeren Rektumprolaps. Mit den transabdominalen Verfahren konkurrieren die perineale Stapler-gestützte Prolapsresektion (PSPR) für den Prolaps bis fünf Zentimeter, die Mukosaresektion und Muscularisraffung nach Rehn-Delorme mit und ohne Levatorplastik für den Prolaps bis zehn Zentimeter sowie die perineale Rektosigmoidektomie nach Altmeier für den langstreckigen Prolaps [6]. Vergleiche zwischen den transanal und den transabdominalen Verfahren beim Rektumprolaps




Abbildung 1: Methode nach Delorme



Abbildung 2: Methode nach Altemeier

© beide Fotos mit freundlicher Genehmigung von Dr. Eugen Berg

sind schwierig zu ziehen: Die Fallzahlen sind zu gering, die Kollektive und Verfahren zu heterogen; zudem zeigen die vorliegenden Daten keinen signifikanten Unterschied bei den Rezidivraten und funktionellen Beeinträchtigungen [7].

Die OP nach Rehn-Delorme kann mit und ohne Levatorplastik durchgeführt werden. Die Rate an Rezidiven, Inkontinenz und Patientenzufriedenheit scheint mit Levatorplastik besser zu sein, allerdings ohne statistische Signifikanz [8]. Hinsichtlich der Raten an Rezidiven (Altemeier 46 %, Rehn-Delorme 41 %), postoperativer Inkontinenz und Zufriedenheit sind die Verfahren vergleichbar [9]. Die neuere Methode der perinealen Stapler-gestützten Prolapsresektion verringert die perioperativen Komplikationen im Vergleich zu STARR oder Transtar™ [10]. Eine Verbesserung im Langzeitverlauf im Vergleich zu den etablierten Verfahren nach Rehn-Delorme und Altemeier ist bisher noch nicht nachgewiesen [11]. 

In Kürze Zusammenfassend lässt sich sagen, dass transanale Verfahren ihre Berechtigung haben. Eindeutige Unterschiede bei den Ergebnissen der Verfahren untereinander, aber auch im Vergleich zu transabdominalen Verfahren sind bisher nicht belegt. Konservative Therapieansätze sollten daher im Vordergrund stehen. Die Indikation für eine Operation nach frustrierten konservativen Versuchen muss individuell und sorgfältig gestellt werden. Sie sollte sich an den funktionellen Beeinträchtigungen, dem Grad der Inkontinenz und den persönlichen Erfahrungen und Ergebnissen des Operators orientieren.

Literatur

1. Schiedeck T (2013) Beckenbodendysfunktion aus chirurgischer Sicht. *Chirurg* 84: 909–918
2. Brunner M, Matzel KE (2019) Diagnostik und Therapie der analen Inkontinenz. *Allgemein- und Viszeralchirurgie up2date* 13: 151–166
3. Schwandner O, Fürst A (2008) Aktueller Stellenwert der transanal Stapler-Resektion des distalen Rektums (STARR) bei Obstruktivem Defäkations-Syndrom. *Zentralbl Chir* 133: 116–122
4. Biviano I, Badiali D, Candeloro L, et al (2011) Comparative outcome of stapled trans-anal rectal resection and macrogol in the treatment of defecation disorders. *World J Gastroenterol* 17: 4199–4205
5. Schwandner O (2017) Indikation, Technik und Ergebnisse der STARR-Operation. *Coloproctology* 39: 316–323
6. Gingert C, Hetzer F (2018) Obstipation, Stuhlentleerungsstörung und Rektumprolaps. *Allgemein- und Viszeralchirurgie up2date* 12: 487–503
7. Emile SH, Elbanna H, Youssef M, Thabet W (2017) Laparoscopic ventral mesh rectopexy vs Delorme's operation in management of complete rectal prolapse: a prospective randomized study. *Colorectal Dis* 19: 50–57
8. Tou S, Brown SR, Nelson RL (2015) Surgery for complete (full thickness) rectal prolapse in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 11: CD001758
9. Senapati A, Gray RG, Middleton LJ (2013) PROSPER: a randomized comparison of surgical treatments for rectal prolapse. *Colorect Dis* 15: 858–868
10. Scherer R (2017) Operative Therapie des äußeren Rektumprolapses mit dem Stapler. *Coloproctology* 39: 336–340
11. Isbert C (2018) Chirurgische Therapie des externen Vollwandprolapses – transanale Verfahren. *Coloproctology* 40: 175–180

Dr. med. Franz-Josef Schumacher
 Klinik für Allgemeine und Spezielle Viszeralchirurgie
 Koloproktologie, MIC-Zentrum
 Philippsstift Essen-Borbeck
 Hülsmanstraße 17, 45355 Essen
 info@vkr.de