

Publikationen

Sinus pilonidalis: ambulante oder stationäre Operation?

A.Ommer, I.Iesalnieks

in: Chirurgenmagazin 2015 (77), 42-45

Der Sinus pilonidalis ist eine erworbene Erkrankung. Haare spielen bei der Pathogenese eine wichtige Rolle. Eine definitive Heilung ist nur operativ möglich. Es können drei Erscheinungsformen des Sinus pilonidalis differenziert werden: der blande Befund ohne stattgehabte Exsudation, der akut abszedierende und der chronische Sinus pilonidalis. Die häufigste Erscheinungsform des Pilonidalsinus ist das chronische Stadium mit intermittierenden Absonderungen. Zurzeit existiert keine Therapieoption, die alle Anforderungen an eine einfache, schmerzfreie Behandlung mit schneller Wundheilung und geringer Rezidivrate erfüllt. Ein blander Sinus pilonidalis bedarf keiner Therapie. Bei der akut abszedierenden Form ist eine ambulante primäre Exzision möglich, der Vorteil des komplikations-armen Verfahrens wird durch den Nachteil einer langen Wundheilung und einer höheren Rezidivrate erkauft. Es gibt Hinweise darauf, dass zunächst eine ambulante Abszessentdeckung und eine sekundäre Versorgung des Sinus pilonidalis durch eine der weiter unten beschriebenen Behandlungsmethoden vorteilhaft sind. Die Ergebnisse einer primären Rekonstruktion bereits im abszedierten Stadium sind aufgrund einer hohen Komplikationsrate nicht zufrieden stellend. Beim chronischen Sinus stellt die Exzision derzeit die Basisbehandlung dar. Die problemlos ambulant durchzuführende radikale Exzision mit sekundärer Wundheilung ist hinsichtlich der Komplikationsrate ein sicheres Verfahren, das aber mit einer langen Wundheilungsdauer einhergeht. Die neuer minimal invasive Technik - das so genannten Pit-Picking - stellt eine ideal ambulant durchzuführende Behandlungsoption für die chronische Erscheinungsform dar, wobei mit einer höheren Rezidivrate im Vergleich zu den Exzisionstechniken gerechnet werden muss. Bei einem primären Wundverschluss nach kompletter Exzision sollte auf die Mittelliniennaht verzichtet werden. Sinnvoll sind plastische (asymmetrische) Techniken. Ein eindeutiger Vorteil für eine dieser Techniken besteht nicht, wobei Limberg- und Karydakis-Lappen die derzeit am häufigsten angewendeten Verfahren sind. Letztere werden bevorzugt unter stationären Bedingungen durchgeführt.

Komplikationsmanagement in der Fissur- und Fistelchirurgie

A.Ommer

in: Der Chirurg 2015 (86), 734-740

Hintergrund: Analfisteln und Analfissuren stellen häufige proktologische Krankheitsbilder dar. Während die überwältigende Zahl aller Fissuren konservativ behandelt werden sollte, stellt bei den Analfisteln die Operation die einzige Behandlungsmethode dar. **Fragestellung:** Die wichtigste und den Betroffenen auch im Langzeitverlauf belastendste Komplikation stellt die postoperative Kontinenzstörung dar, zumal die bewusste Durchtrennung von Schließmuskelanteilen zum Teil unabdingbarer Bestandteil des Eingriffes ist. Es werden die Ursachen und mögliche Therapieoptionen diskutiert. **Ergebnisse:** Therapie der Wahl bei Patienten mit persistierenden Beschwerden auf dem Boden einer Analfissur ist die Fissurektomie. Kontinenzstörungen entstehen durch die Durchtrennung von Internusanteilen und Entfernung von Anoderm. Bei der Analfistel ist die Rate an Kontinenzstörungen abhängig vom anatomischen Verlauf der Fistel, der jeweiligen Operationsmethode, aber auch von Vorschäden, z.B. Geburts- und andere Sphinktertraumata sowie Narbenbildung, insbesondere bei wiederholten Eingriffen. Insbesondere die Durchtrennung des Schließmuskels bei proximalen trans- und suprasphinkteren Analfisteln ist mit einem hohen Risiko einer Kontinenzstörung verbunden. Die Angaben über Kontinenzstörungen in der Literatur sind sehr variabel durch unterschiedliche Nachuntersuchungszeiten und Definitionen des Begriffs Stuhlinkontinenz. **Schlussfolgerung:** Die Möglichkeiten der Therapie von postoperativen Kontinenzstörungen sind eingeschränkt. Im Vordergrund stehen konservative Maßnahmen. Neben der Reparatur von Sphinkterdefekten mit oft eingeschränkten Erfolgsquoten eröffnet die Sakralnervenstimulation bei ausgewählten Patienten neue mögliche Therapieoptionen. Insbesondere bei der Analfissur ist eine sehr strenge Indikationsstellung zu fordern. Bei den Analfisteln sollten soweit möglich Schließmuskel - schonende Verfahren zur Anwendung kommen.

Analabszess - Analfistel

A.Ommer

in: Verdauungskrankheiten 2015 (33), 77-89

Analabszesse und Analfisteln sind häufig und manifestieren sich v.a. bei jungen männlichen Erwachsenen. Die fehlerhafte Behandlung kann zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität, insbesondere durch Beeinträchtigung der Stuhlkontinenz führen. Den Ursprung von Abszessen und Fisteln bilden in der Regel die Proktodealdrüsen des Intersphinkterraumes. Von hier aus kann sich der Infekt bzw. die Fistel intersphinkter oder nach ischioanal bzw. supralelevatorisch ausbreiten. Dabei stellt der Abszess das akute und die Fistel das chronische Stadium dar. In der Diagnostik sind die Anamnese und die klinische Untersuchung für die Operationsindikation als ausreichend anzusehen. Weiterführende Untersuchungen (Endosonographie, MRT) sollten bei komplexen Befunden erwogen werden. Der Analabszesses sollte zeitnah operativ behandelt werden. Ziel ist die großzügige Drainage des Infektionsherdes unter Schonung der Schließmuskelstrukturen. Eine intraoperative Fistelsuche sollte nur sehr vorsichtig erfolgen. Oberflächliche Fisteln können durch einen erfahrenen Operateur primär gespalten werden. Bei unklaren Befunden oder hohen Fisteln soll die Sanierung immer in einem Zweiteingriff, ggf. nach Anlage einer Fadendrainage, erfolgen. Als Therapie der Analfistel stehen folgende operative Verfahren zur Verfügung: Fistelspaltung, Fadendrainage, Plastische Rekonstruktion mit Sphinkternaht, Ligatur im intersphinkteren Spalt sowie Okklusion mit Biomaterialien. Die Gefahr der Kontinenzstörung bei einer Spaltung steigt mit der Menge des durchtrennten Sphinkteranteils. Bei allen hohen Analfisteln sollte deshalb ein Schließmuskel schonendes Verfahren zur Anwendung kommen. Die Ergebnisse der verschiedenen Techniken zur plastischen Rekonstruktion sind weitgehend identisch. Für die Okklusion durch Biomaterialien ist insgesamt eine geringere Heilungsrate zu konstatieren.

S3-Leitlinie Sinus pilonidalis

A.Ommer, E.Berg, C.Breitkopf, D.Bussen, D.Doll, A.Fürst, A.Herold, F.Hetzer, T.H.Jacobi, H.Krammer, B.H.Lenhard, G.Osterholzer, S.Petersen, R.Ruppert, O.Schwandner, M.Sailer, T.H.K.Schiedeck, M.Schmidt-Lauber, M.Stoll, B.Strittmatter, I.Iesalnieks
in: *coloproctology* 2014 (36), 272-322

Hintergrund: Der Sinus pilonidalis ist eine erworbene Erkrankung. Haare spielen bei der Pathogenese eine wichtige Rolle. Das Ziel dieser Leitlinie ist, die Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsverfahren aufzuzeigen und eine optimale, Evidenz basierte Therapieempfehlung abzugeben. **Methode:** Es wurde ein systematisches Review der Literatur vorgenommen. Die Aussagen der Leitlinie wurden auf einer Konsensuskonferenz verabschiedet. **Ergebnisse:** Es können drei Erscheinungsformen des Sinus pilonidalis differenziert werden: der blande Befund ohne stattgehabte Exsudation, der akut abszedierende und der chronische Sinus pilonidalis. Die häufigste Erscheinungsform des Pilonidalsinus ist das chronische Stadium mit intermittierenden Absonderungen. Zurzeit existiert keine Therapieoption, die alle Anforderungen an eine einfache, schmerzfreie Behandlung mit schneller Wundheilung und geringer Rezidivrate erfüllt. **Schlussfolgerung:** Ein blander Sinus pilonidalis bedarf keiner Therapie. Bei der akut abszedierenden Form ist eine primäre Exzision möglich, der Vorteil des komplikationsarmen Verfahrens wird durch den Nachteil einer langen Wundheilung und möglicherweise höheren Rezidivrate erkaufte. Es gibt Hinweise darauf, dass zunächst eine Abszessexzision und eine sekundäre Versorgung des Sinus pilonidalis durch eine der weiter unten beschriebenen Behandlungsmethoden vorteilhaft sind. Die Ergebnisse einer primären Rekonstruktion bereits im abszedierten Stadium sind aufgrund einer hohen Komplikationsrate nicht zufrieden stellend. Beim chronischen Sinus stellt die Exzision derzeit die Basisbehandlung dar. Die offene Wundbehandlung mit sekundärer Wundheilung ist hinsichtlich der Komplikationsrate ein sicheres Verfahren, das aber mit einer langen Wundheilungsdauer einhergeht. Die minimal invasive Technik - das so genannten Pit-Picking - stellt ebenfalls eine Behandlungsoption für die chronische Erscheinungsform dar, wobei mit einer höheren Rezidivrate im Vergleich zu den Exzisionstechniken gerechnet werden muss. Die Anwendung des Mittellinienverschlusses zur primären Wunddeckung ist in keiner Hinsicht zufrieden stellend und sollte vermieden werden. Alternativ sollten die plastischen (asymmetrischen) Techniken und Verschiebelappen verwendet werden. Ein eindeutiger Vorteil für eine dieser Techniken besteht nicht, wobei Limberg- und Karydakis-Lappen die derzeit am häufigsten angewendeten Verfahren sind.

A.Ommer, D.Doll, A.Herold, S.Petersen, B.Strittmatter, I.Iesalnieks
S3-Leitlinie Sinus pilonidalis
in: *CHAZ* 2014 (15), 457-468 (CME-Artikel)

S3-Leitlinie Sinus pilonidalis

A.Ommer, I.Iesalnieks

Kurzfassung: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/081-009k_S3_Sinus_pilonidalis_2014-04.pdf

Langfassung: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/081-009l_S3_Sinus_pilonidalis_2014-04.pdf

Patientenfassung: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/081-009p_S3_Sinus_pilonidalis_2014-04.pdf

A.Ommer

Diagnostik und Therapie von Analabszessen

In: coloproctology 2013 (35), 401-412 (CME-Artikel)

Analabszesse sind relativ häufig und treten bevorzugt bei jungen männlichen Erwachsenen auf. Den Ursprung des Abszesses bilden in der Regel die Proktodealdrüsen des Intersphinkterraumes. Es wird zwischen subanodermalen, intersphinkteren, ischioanalen und supralevatorischen Abszessen unterschieden. Anamnese und klinische Untersuchung sind für die Operationsindikation ausreichend. Weiterführende Untersuchungen (Endosonographie, Magnetresonanztomographie) sollten bei Rezidivabszessen oder supralevatorischen Abszessen erwogen werden. Der Zeitpunkt der operativen Intervention wird vor allem durch die Symptomatik bestimmt, wobei der akute Abszess grundsätzlich eine Notfallindikation darstellt. Ziel der Operation ist eine großzügige Drainage des Infektionsherdes unter Schonung der Schließmuskelstrukturen. Eine Antibiotikatherapie ist nur in Ausnahmefällen erforderlich. Eine intraoperative Fistelsuche sollte allenfalls sehr vorsichtig erfolgen, ein Fistelnachweis nicht erzwungen werden. Das Risiko einer Re-Abszedierung oder sekundären Fistelbildung ist insgesamt gering, die Ursache kann in einer unzureichenden Drainage bestehen. Eine primäre Fistelspaltung soll nur bei oberflächlichen Fisteln durch einen erfahrenen Operateur erfolgen. Bei unklaren Befunden oder hohen Fisteln soll die Sanierung in einem Zweiteingriff erfolgen.

A.Ommer, A.Herold, D.Bussen

Chirurgische Therapie der Stuhlinkontinenz

In: CHAZ 2013 (14), 445-454 (CME-Artikel)

Die Stuhlinkontinenz kann für den Patienten/innen eine starke Belastung darstellen. Betroffen sind vor allem ältere Frauen nach operativen Eingriffen im ano-rektalen und -genitalen Bereich. Die Ursachen sind vielfältig und setzen sich aus Schließmuskeldefekten, sensiblen Defekten und Reservoirverlust des Rektums zusammen. Nur ein Teil dieser Faktoren kann chirurgisch behandelt werden, so dass eine komplette Kontinenzwiederherstellung nur bei einem Teil der Patienten zu erreichen ist. Die Therapie ist in erster Linie konservativ mittels Schließmuskeltraining durch Physiotherapie und/oder Biofeedbacktherapie/Elektrostimulation. Erst nach Ausschöpfung dieser Maßnahmen und anhaltenden Beschwerden sollte eine operative Therapie erwogen werden. Lokale operative Therapieverfahren stellen neben der Augmentation des Internus durch Unterspritzung mit Fremdmaterial vor allem die direkte Schließmuskelrekonstruktion, ggf. mit zusätzlicher Levatorraffung ventral oder dorsal dar. Die gleichzeitige Levatorraffung scheint die Ergebnisse nicht wesentlich zu verbessern. Insbesondere im Langzeitverlauf sinken die Erfolgsraten deutlich ab. Weitere, invasive Verfahren bestehen im Ersatz des Schließmuskels durch einen neurostimulierten Musculus gracilis oder durch Fremdmaterial ("künstlicher Schließmuskel") dar. Als weiteres Verfahren kann mit der Sakralnervenmodulation eine verbesserte Kontinenzfunktion unter Nutzung körpereigener Reserven erzielt werden. Durch eine positive Testung im 1. Schritt der Technik können sehr gute Ergebnisse erzielt werden, die nach der vorliegenden Literatur auch im Langzeitverlauf konstant zu bleiben scheinen. Bei fortgeschrittener Inkontinenz und nach Ausschluss anderer Optionen kann durch die Anlage eines Colostomas die Lebensqualität der Betroffenen deutlich verbessert werden.

A.Ommer, A.Herold, E.Berg, A.Fürst, Th.Schiedeck, M.Sailer

S3-Leitlinien: Analabszess - Analfisteln

In: CHAZ 2013 (14), 89-98 (CME-Artikel)

Hintergrund: Analabszesse und Analfisteln sind häufig und manifestieren sich v.a. bei jungen männlichen Erwachsenen. Die fehlerhafte Behandlung kann zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität, insbesondere durch Beeinträchtigung der Stuhlkontinenz führen. **Methode:** Es wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. **Ergebnis:** Den Ursprung von Abszessen und Fisteln bilden in der Regel die Proktodealdrüsen des Intersphinkterraumes. Von hier aus kann sich der Infekt bzw die Fistel intersphinkter oder nach ischioanal bzw. supralevatorisch ausbreiten. Dabei stellt der Abszess das akute und die Fistel das chronische Stadium dar. In der Diagnostik sind die Anamnese und die klinische Untersuchung für die Operationsindikation als ausreichend anzusehen. Weiterführende Untersuchungen (Endosonographie, MRT) sollten bei komplexen Befunden erwogen werden. Die Therapie des Analabszesses ist operativ mit dem Ziel der großzügigen Drainage des Infektionsherdes unter Schonung der Schließmuskelstrukturen. Eine intraoperative Fistelsuche sollte allenfalls sehr vorsichtig erfolgen, ein Fistelnachweis nicht erzwungen werden. Eine primäre Fistelspaltung soll nur bei oberflächlichen Fisteln durch einen erfahrenen Operateur erfolgen. Bei unklaren Befunden oder hohen Fisteln soll die Sanierung in einem Zweiteingriff erfolgen.

Als Therapie der Analfistel stehen folgende operative Verfahren zur Verfügung: Fistelspaltung, Fadendrainage, Plastische Rekonstruktion mit Sphinkternaht sowie Okklusion mit Biomaterialien. Die Gefahr der Kontinenzstörung bei einer Spaltung steigt mit der Menge des durchtrennten Sphinkteranteils. Bei allen hohen Analfisteln soll ein Schließmuskel schonendes Verfahren zur Anwendung kommen. Die Ergebnisse der verschiedenen Techniken zur plastischen Rekonstruktion sind weitgehend identisch. Für die Okklusion durch Biomaterialien ist insgesamt eine geringere Heilungsrate zu konstatieren. **Schlussfolgerung:** In diesen S3-Leitlinien werden erstmals im deutschen Raum evidenzbasierte Richtlinien für die Diagnostik und Therapie der kryptoglandulären Analabszesse und Analfisteln zusammengestellt.

A.Ommer, A.Herold, E.Berg, A.Fürst, Th.Schiedeck, M.Sailer

German S3-Guideline Rectovaginal Fistula

In: GMS Ger Med Sci. 2012;10:Doc15.

Hintergrund: Rektovaginale Fisteln stellen eine seltene Erkrankung dar. Die Mehrzahl der rektovaginalen Fisteln ist traumatischer Genese. Die wichtigsten Ursachen stellen Entbindungstraumata, lokale Infektionen und Eingriffe am Rektum dar. Rektovaginale Fisteln bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen werden in dieser Leitlinie nicht behandelt. **Methode:** Es wurde ein systematisches Review der Literatur durchgeführt. **Ergebnisse:** Die Diagnose einer rektovaginalen Fistel ergibt sich aus Anamnese und klinischer Untersuchung. Andere pathologische Veränderungen sollten durch Zusatzuntersuchungen (Endoskopie, Endosonographie, Schichtuntersuchung) ausgeschlossen werden. Eine Beurteilung der Sphinkterfunktion ist für die Planung des operativen Vorgehens (Frage der simultanen Sphinkterrekonstruktion) sinnvoll. Eine persistierende rektovaginale Fistel kann in der Regel nur durch eine Operation zur Ausheilung gebracht werden. Es wurden verschiedene Operationsverfahren mit niedrigem Evidenzniveau beschrieben. Am häufigsten ist das transrektale Vorgehen mit endorektaler Naht. Der transperineale Zugang kommt in erster Linie bei simultaner Schließmuskelrekonstruktion zur Anwendung. Bei rezidivierenden Fisteln kann durch die Interposition von körpereigenem Gewebe (Martius-Lappen, M.gracilis) ein Verschluss erzielt werden. In neuen Studien wurde auch ein Verschluss durch Einbringen von Biomaterialien vorgestellt. Bei höher gelegenen Fisteln kommen auch abdominelle Verfahren zur Anwendung. Häufiger als bei der Behandlung von Analfisteln ist bei der rektovaginalen Fistel eine Stomaanlage erforderlich. Je nach Ätiologie (v.a. Rektumresektion) wurde bei einem Teil der Patientinnen bereits ein Stoma im Rahmen der Primäroperation angelegt. Die Indikation zur Stomaanlage sollte sich in erster Linie nach dem Ausmaß des lokalen Defektes und der daraus resultierenden Belastung der betroffenen Frau richten. **Schlussfolgerung:** In dieser klinischen Leitlinie werden zum ersten Mal in Deutschland Richtlinien für die Behandlung der rektovaginalen Fisteln basierend auf einer systematischen Literaturanalyse vorgestellt. Aufgrund des niedrigen Evidenzniveaus kann die vorliegende Leitlinie nur einen deskriptiven Charakter haben. Empfehlung für Diagnostik und Therapie beruhen überwiegend auf den klinischen Erfahrungen der Leitliniengruppe und können nicht durch die vorhandene Literatur komplett abgedeckt werden.

A.Ommer, A.Herold, M.Sailer

Review: Analfistel-Plug

In: coloproctology 2012 (34), 341-351

Fragestellung. Der Fistelplug wurde als neues Verfahren zur Behandlung hoher Analfisteln eingeführt. Ziel dieses Reviews ist die Darstellung und Auswertung der derzeit vorliegenden Literatur. **Methodik.** Das Review beruht auf einer umfangreichen Recherche der zugänglichen Literatur unter Nutzung von PubMed und unter Einschluss deutschsprachiger Arbeiten. **Ergebnisse.** Es konnten insgesamt 36 Publikationen identifiziert werden, die Ergebnisse für die derzeit in Deutschland eingesetzten Plugs der Firmen Cook und Gore bieten. Weiterhin wurden 2 englischsprachige Reviews ausgewertet. Die Literatur mit Ergebnissen für den Fistelplug ist sehr heterogen mit Heilungsraten zwischen 14 und über 90%. Randomisierte Studien berichten für den Biodesign- Plug (vormals „Surgisis-Plug“) Heilungsraten von 20 bzw. 29%. Kontinenzstörungen nach der Plugimplantation werden nur selten untersucht, scheinen jedoch selten zu sein. Ein Problem stellt der Plugverlust mit Persistieren der Fistel dar. Neuere Plugmodelle können diesen Nachteil möglicherweise durch eine bessere Verankerungsmöglichkeit ausgleichen. Verlässliche Daten liegen derzeit aber noch nicht vor. **Schlussfolgerung.** Die derzeitige Literatur lässt nur eingeschränkte Schlussfolgerungen für den Plug zu. Trotz der niedrigeren Erfolgsrate scheint er wegen seiner geringeren Invasivität eine Alternative zu den herkömmlichen Verfahren bei hohen Analfisteln darzustellen.

A. Ommer, A. Herold, A. Joos, C. Schmidt, G. Weyand, D. Bussen
Gore BioA Fistula Plug in the treatment of high anal fistulas - initial results from a German Multicenter-Study
In: *GMS Ger Med Sci.* 2012;10:Doc13.

Background: Treatment of high anal fistulas may be associated with a high risk of continence disorders. Beside traditional procedure of flap-reconstruction the occlusion of the fistula tract using fistula-plugs offers a new sphincter-saving treatment option. In this study results are described for the first time in Germany. **Patients and method:** 40 patients (30m, 10w, age 51 ± 12 years) underwent closure of a high transsphincteric or suprasphincteric fistula with Gore BioA Fistula Plug in three surgical departments. The surgical procedures had been performed by five colorectal surgeons. Four patients had inflammatory bowel disease. Preoperatively thirtythree patients were completely continent, seven patients complained of minor incontinence disorders. **Results:** Postoperatively one patient developed an abscess, which had to be managed surgically. In two patients the plug had fallen out within the first two weeks postoperatively. 6 months after surgery the fistula has been healed in 19 patients (47.5%). The healing rate differs highly between the surgeons from 0 to 75% and depends on the number of previous interventions. Patients having only drainage of the abscess success occurred in 63.6% (14/22) whereas in patients after multiple flap fistula reconstructions the healing rate decreased to 42% (5/12). No patient complained any impairment of preoperative continence status. **Conclusion:** By occlusion of high anal fistulas with a plug technique definitive healing could be achieved in every second patients. Previous surgery seems to have a negative impact on success rate. We have not observed any negative impact of the anal continence. From that point of view anal fistula plug might be discussed as first treatment option for high anal fistulas.

A. Ommer, A. Herold et al.
S3-Leitlinie Rektovaginale Fistel
In: *Coloproctology* 2012 (34), 211-246
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/088-004l_S3_Rektovaginale_Analfisteln_2012_04.pdf

Hintergrund: Rektovaginale Fisteln stellen eine seltene Erkrankung dar. Die Mehrzahl der rektovaginalen Fisteln ist traumatischer Genese. Die wichtigsten Ursachen stellen Entbindungstraumata, lokale Infektionen und Eingriffe am Rektum dar. Rektovaginale Fisteln bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen werden in dieser Leitlinie nicht behandelt. **Methode:** Die Aussagen der Leitlinie beruhen auf einem umfangreichen Review der vorhandenen Literatur. **Ergebnisse:** Die Diagnose einer rektovaginalen Fistel ergibt sich aus Anamnese und klinischer Untersuchung. Andere pathologische Veränderungen sollten durch Zusatzuntersuchungen (Endoskopie, Endosonographie, Schichtuntersuchung) ausgeschlossen werden. Eine Beurteilung der Sphinkterfunktion ist für die Planung des operativen Vorgehens (Frage der simultanen Sphinkterrekonstruktion) sinnvoll. Eine persistierende rektovaginale Fistel kann in der Regel nur durch eine Operation zur Ausheilung gebracht werden. Es wurden verschiedene Operationsverfahren mit niedrigem Evidenzniveau beschrieben. Am häufigsten ist das transrektale Vorgehen mit endorektaler Naht. Der transperineale Zugang kommt in erster Linie bei simultaner

Schließmuskelrekonstruktion zur Anwendung. Bei rezidivierenden Fisteln kann durch die Interposition von körpereigenem Gewebe (Martius-Lappen, M.gracilis) ein Verschluss erzielt werden. In neuen Studien wurde auch ein Verschluss durch Einbringen von Biomaterialien vorgestellt. Bei höher gelegenen Fisteln kommen auch abdominelle Verfahren zur Anwendung. Häufiger als bei der Behandlung von Analfisteln ist bei der rektovaginalen Fistel eine Stomaanlage erforderlich. Je nach Ätiologie (v.a Rektumresektion) wurde bei einem Teil der Patientinnen bereits ein Stoma im Rahmen der Primäroperation angelegt. Die Indikation zur Stomaanlage sollte sich in erster Linie nach dem Ausmaß des lokalen Defektes und der daraus resultierenden Belastung der betroffenen Frau richten. **Schlussfolgerung:** Aufgrund des niedrigen Evidenzniveaus kann die vorliegende Leitlinie nur einen deskriptiven Charakter haben. Empfehlung für Diagnostik und Therapie beruhen überwiegend auf den klinischen Erfahrungen der Leitliniengruppe und können nicht durch die vorhandene Literatur komplett abgedeckt werden.

A.Ommer, A.Herold, E.Berg, A.Fürst, M.Sailer, Th.Schiedeck

German S3-Guideline Anal Abscess

In: International Journal of Colorectal Diseases 2012 (27), 831-837

Background: The incidence of anal abscess is relatively high, and the condition is most common in young men. **Methods:** A systematic review of the literature was undertaken. **Results:** This abscess usually originates in the proctodeal glands of the intersphincteric space. A distinction is made between subanodermal, intersphincteric, ischioanal, and supralelevator abscesses. The patient history and clinical examination are diagnostically sufficient to establish the indication for surgery. Further examinations (endosonography, MRI) should be considered in recurrent abscesses or supralelevator abscesses. The timing of the surgical intervention is primarily determined by the patient's symptoms, and acute abscess is generally an indication for emergency treatment. Anal abscesses are treated surgically. The type of access (transrectal or perianal) depends on the abscess location. The goal of surgery is thorough drainage of the focus of infection while preserving the sphincter muscles. The wound should be rinsed regularly (using tap water). The use of local antiseptics is associated with a risk of cytotoxicity. Antibiotic treatment is only necessary in exceptional cases. Intraoperative fistula exploration should be conducted with extreme care if at all; no requirement to detect fistula should be imposed. The risk of abscess recurrence or secondary fistula formation is low overall, but they can result from insufficient drainage. Primary fistulotomy should only be performed in case of superficial fistulas and by experienced surgeons. In case of unclear findings or high fistulas, repair should take place in a second procedure. **Conclusion:** In this clinical S3-Guideline, instructions for diagnosis and treatment of anal abscess are described for the first time in Germany

A.Ommer, C.Schmidt, T.Rolfs, M.K.Walz

Gore BioA Fistel Plug zur Behandlung hoher Analfisteln - Erste Ergebnisse

In: Coloproctology 2012 (34), 24-30

Hintergrund: Die Behandlung der hohen Analfisteln ist mit einem relevanten Risiko für eine Stuhlinkontinenz behaftet. Neben den konventionellen Verfahren des plastischen Fistelverschlusses stellt die Okklusion mittels Fistel-Plug ein neues sphinkter-schonendes Verfahren dar. In dieser Studie werden erste Ergebnisse vorgestellt. **Patienten und Methode:** Zwischen Nov.2010 und Mai 2011 wurde bei 12 Patienten (9m, 3w, Alter 52 ± 13 Jahre) ein Fistelverschluss mit dem Gore BioA Fistula Plug durchgeführt. Es handelte sich in allen Fällen um hohe transsphinktere Analfisteln. Eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung war bei allen Patienten ausgeschlossen worden. Sieben Patienten waren präoperativ vollkommen kontinent, die übrigen fünf wiesen eine Inkontinenz für Luft auf (Wexner-Score 4-9). **Ergebnisse:** Im postoperativen Verlauf kam es bei einem Patienten zu einem Sekretverhalt der äußeren Wunde, der operativ behandelt werden musste. Vier Patienten klagten bei reizlosen Wundverhältnissen über vermehrte Schmerzen. Bei der Nachuntersuchung nach 6 Monaten war bei sechs Patienten die Fistel sicher verheilt. Die übrigen Fisteln waren als persistent anzusehen und wurden einem erneute Eingriff zugeführt. Die Heilungsrate betrug somit 50%. Bei keinem Patienten kam es zu einer Verschlechterung der präoperativen Kontinenzleistung. **Schlussfolgerung:** Durch die Fistelokklusion mittels Plug konnte bei 50% der Patienten eine definitive Heilung der Fistel erzielt werden. Es wurde keine negative Beeinflussung der Stuhlinkontinenz beobachtet, so dass aus unserer Sicht die Implantation eines Fistel-Plug als primärer Therapieoption bei hohen Fisteln diskutiert werden muss.

A.Ommer, A.Herold et al.

S3-Leitlinie Analabszess

In: Coloproctology 2011 (33), 378-392

http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/088-005l_S3_Analabszess_2011-11.pdf

Hintergrund: Analabszesse sind relativ häufig und treten bevorzugt bei jungen männlichen Erwachsenen auf. **Methode:** Es wurde ein systematisches Review der Literatur vorgenommen. **Ergebnisse:** Den Ursprung des Abszesses bilden in der Regel die Proktodealdrüsen des Intersphinkterraumes. Es wird zwischen subanodermalen, intersphinkteren, ischioanalen und supralevatorischen Abszessen unterschieden. In der Diagnostik sind die Anamnese und die klinische Untersuchung für die Operationsindikation als ausreichend anzusehen. Weiterführende Untersuchungen (Endosonographie, Magnetresonanztomographie) sollten bei Rezidivabszessen oder supralevatorischen Abszessen erwogen werden. Der Zeitpunkt der operativen Intervention wird vor allem durch die Symptomatik bestimmt, wobei der akute Abszess grundsätzlich eine Notfallindikation darstellt. Die Therapie des Analabszesses ist operativ. Der Zugang (transrektal oder perianal) richtet sich nach der Abszesslokalisierung. Ziel der Operation ist eine großzügige Drainage des Infektionsherdes unter Schonung der Schließmuskelstrukturen. Die Wunde soll regelmäßig gespült werden (Ausduschen mit Leitungswasser). Die Anwendung von lokalen Antiseptika birgt die Gefahr der Zytotoxizität. Eine Antibiotikatherapie ist nur in Ausnahmefällen erforderlich. Eine intraoperative Fistelsuche sollte allenfalls sehr vorsichtig erfolgen, ein Fistelnachweis nicht erzwungen werden. Das Risiko einer Re-Abszedierung oder sekundären Fistelbildung ist insgesamt gering, die Ursache kann in einer unzureichenden Drainage bestehen. Eine primäre Fistelspaltung soll nur bei oberflächlichen Fisteln durch einen erfahrenen Operateur erfolgen. Bei unklaren Befunden oder hohen Fisteln soll die Sanierung in einem Zweiteingriff erfolgen. **Schlussfolgerung:** In diesen klinischen S3-Leitlinien werden erstmals in Deutschland Richtlinien für die Diagnostik und Therapie des anorektalen Abszesses vorgestellt.

A.Ommer

Therapie des Fistelleidens

In: Med.Welt 2012 (62), 303-308

Kryptoglanduläre Analfisteln sind eine häufige Erkrankung mit einem Gipfel bei jungen männlichen Erwachsenen. Die fehlerhafte Behandlung kann zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität v.a. durch eine eingeschränkte Stuhlkontinenz führen. Die Klassifikation der Analfisteln orientiert sich nach der Beziehung des Fistelganges zum Schließmuskel. Die Diagnostik besteht aus Anamnese, klinischer Untersuchung sowie intraoperativ einer Sondierung und/oder Anfärbung des Fistelganges. Weiter gehende Untersuchungsverfahren wie Endosonographie und Magnetresonanztomographie sind nur bei komplexen und rezidivierenden Fisteln erforderlich. Als Therapie der Analfistel stehen verschiedene operative Verfahren zur Verfügung: Fistelspaltung, Fadendrainage, Plastische Rekonstruktion mit Sphinkternaht sowie Okklusion mit Biomaterialien. Eine Spaltung sollte nur bei oberflächlichen Fisteln erfolgen. Therapie der Wahl bei hohen Analfisteln sind Schließmuskel schonende Verfahren, da die Gefahr der Stuhlinkontinenz mit der Masse an durchtrenntem Schließmuskel ansteigt. Die Ergebnisse der verschiedenen Techniken zur plastischen Rekonstruktion in Bezug auf definitive Heilung sind weitgehend identisch. Eine Alternative stellt die Okklusion mit Biomaterialien dar. Hier ist eine geringere Heilungsrate bei auch niedrigerer Inkontinenzrate zu konstatieren. Zusammenfassend muss die Therapie der kryptoglandulären Analfistel an die lokalen Verhältnisse individuell angepasst werden. Entscheidend ist das Verhältnis des Fistelganges zum Schließmuskelapparat. Ziel ist eine größtmögliche Schonung des Sphinkterapparates.

Ommer A, Herold A, Berg E, Fürst A, Sailer M, Schiedeck T

KLINISCHE LEITLINIE: Kryptoglanduläre Analfisteln

Dtsch Ärztebl Int 2011 108(42), 707-13

Hintergrund: Kryptoglanduläre Analfisteln sind mit 2 auf 10000 Einwohner/Jahr eine häufige Erkrankung mit einem Häufigkeitsgipfel bei jungen männlichen Erwachsenen. Die fehlerhafte

Behandlung kann zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität, insbesondere durch Beeinträchtigung der Stuhlkontinenz führen. **Methode:** Es wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. **Ergebnis:** Relevante randomisierte Studien sind selten, so dass der Evidenzlevel insgesamt niedrig ist. Die Klassifikation der Analfisteln orientiert sich nach der Beziehung des Fistelganges zum Schließmuskel. Für die Operationsindikation sind Anamnese und klinische Untersuchung ausreichend. Zusätzlich sollte intraoperativ eine Sondierung und/oder Anfärbung des Fistelganges erfolgen. Endosonographie und Magnetresonanztomographie sind in ihrer Aussage gleichwertig und können bei komplexen Fisteln als ergänzende Untersuchungen eingesetzt werden. Als Therapie der Analfistel stehen folgende operative Verfahren zur Verfügung: Fistelspaltung, Fadendrainage, Plastische Rekonstruktion mit Sphinkternaht sowie Okklusion mit Biomaterialien. Eine Spaltung sollte nur bei oberflächlichen Fisteln erfolgen. Die Gefahr der postoperativen Kontinenzstörung steigt mit der Menge des durchtrennten Sphinkteranteils. Bei allen hohen Analfisteln soll ein Schließmuskel schonendes Verfahren zur Anwendung kommen. Die Ergebnisse der verschiedenen Techniken zur plastischen Rekonstruktion sind weitgehend identisch. Für die Okklusion durch Biomaterialien ist insgesamt eine geringere Heilungsrate zu konstatieren. **Schlussfolgerung:** In dieser S3-Leitlinie werden erstmals im deutschen Raum evidenzbasierte Richtlinien für die Diagnostik und Therapie der kryptoglandulären Analfisteln zusammengestellt.

Ommer A, Herold A, Berg E, Fürst A, Sailer M, Schiedeck T.

S3-Leitlinie Kryptoglanduläre Analfistel

In: Coloproctology 2011 (33), 295-324

http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/088-004l_S3_Rektovaginale_Analfisteln_2012_04.pdf

Hintergrund. Kryptoglanduläre Analfisteln sind mit 2 auf 10.000 Einwohner/Jahr eine häufige Erkrankung mit einem Häufigkeitsgipfel bei jungen männlichen Erwachsenen. Die fehlerhafte Behandlung kann zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität, insbesondere durch Beeinträchtigung der Stuhlkontinenz führen. **Methode.** Es wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. **Ergebnis.** Relevante randomisierte Studien sind selten, so dass der Evidenzlevel insgesamt niedrig ist. Die Klassifikation der Analfisteln orientiert sich nach der Beziehung des Fistelgangs zum Schließmuskel. Für die Operationsindikation sind Anamnese und klinische Untersuchung ausreichend. Zusätzlich sollte intraoperativ eine Sondierung und/oder Anfärbung des Fistelgangs erfolgen. Endosonographie und Magnetresonanztomographie (MRT) sind in ihrer Aussage gleichwertig und können bei komplexen Fisteln als ergänzende Untersuchungen eingesetzt werden. Als Therapie der Analfistel stehen folgende operative Verfahren zur Verfügung: Fistelspaltung, Fadendrainage, plastische Rekonstruktion mit Sphinkternaht sowie Okklusion mit Biomaterialien. Eine Spaltung sollte nur bei oberflächlichen Fisteln erfolgen. Die Gefahr der postoperativen Kontinenzstörung steigt mit der Menge des durchtrennten Sphinkteranteils. Bei allen hohen Analfisteln soll ein Schließmuskel schonendes Verfahren zur Anwendung kommen. Die Ergebnisse der verschiedenen Techniken zur plastischen Rekonstruktion in Bezug auf Heilungs- und Inkontinenzraten sind weitgehend identisch. Für die Okklusion mit Biomaterialien ist insgesamt eine geringere Heilungsrate zu konstatieren. **Schlussfolgerung.** In dieser S3-Leitlinie werden erstmals im deutschen Raum evidenzbasierte Richtlinien für die Diagnostik und Therapie der kryptoglandulären Analfisteln zusammengestellt.

A.Ommer, A.Herold et al.

S3-Leitlinie Kryptoglanduläre Analfistel

<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/088-003.html>

A.Ommer, M.Sailer

Therapieoptionen bei Komplikationen nach Analfisteloperationen

In: Chirurgische Praxis 2011 (73), 657-66

Fragestellung: Die operative Behandlung von Analfisteln führt in vielen Fällen zu einer langfristigen Beschwerdefreiheit. Eine Komplikation stellt jedoch die postoperative Kontinenzstörung dar, zumal die bewusste Durchtrennung von Schließmuskelanteilen zum Teil unabdingbarer Bestandteil des Eingriffes ist. **Methode:** Im Rahmen einer Literaturanalyse wird das Risiko einer postoperativen Kontinenzstörung nach Analfisteloperationen untersucht. Zudem werden mögliche Therapieoptionen erörtert. **Ergebnisse:** Kontinenzstörungen nach Analfisteloperationen sind nicht selten. Sie resultieren aufgrund des anatomischen Verlaufs der Fistel, der jeweiligen Operationsmethode, aber

auch aufgrund von Vorschäden, z.B. Geburts- und andere Sphinktertraumata sowie Narbenbildung, insbesondere bei wiederholten Eingriffen. Insbesondere die Durchtrennung des Schließmuskels bei proximalen trans- und suprasphinkteren Analfisteln ist mit einem hohen Risiko einer Kontinenzstörung verbunden. Die Angaben über Kontinenzstörungen in der Literatur sind sehr variabel und in einem hohen Maße von der Qualität der Nachuntersuchung und der Definition des Begriffes „Inkontinenz“ abhängig. **Schlussfolgerung:** Kontinenzstörungen nach Analfisteloperationen sind nicht selten und entstehen oft durch eine Potenzierung verschiedener Schädigungen. Die entsprechenden Risikofaktoren (weibliches Geschlecht, höheres Alter, vorausgegangene Enddarmeingriffe, Geburten) sollten bei der Wahl des Operationsverfahrens berücksichtigt werden. Eine größtmögliche Schonung des Kontinenzorgans ist zu fordern. Die konservative Behandlung mittels Stuhlregulierung, Stuhleindickung, ggf. Biofeedbacktraining stellen die Hauptpfeiler der therapeutischen Bemühungen dar. Die Möglichkeiten der operativen Korrektur von postoperativen Kontinenzstörungen sind eingeschränkt. Neben der Reparatur von Sphinkterdefekten eröffnet die Sakralnervenstimulation bei ausgewählten Patienten neue Therapieoptionen.

A.Ommer, J.Hinrichs, H.Möllenberg, B.Marla, M.K.Walz
Long-Term Results After Stapled Hemorrhoidopexy: A Prospective Study With a Year Follow-Up

In: Diseases of Colon and Rectum 2011, (2011) 54: 601-608

BACKGROUND: Stapled hemorrhoidopexy was introduced in 1998 as a new technique for treating advanced hemorrhoidal disease. Despite a clear perioperative advantage regarding pain and patient comfort, literature reviews indicate a higher recurrence rate for stapled hemorrhoidopexy than for conventional techniques.

OBJECTIVE: Our aim was to present long-term on the use of this technique.

DESIGN: Observational study.

SETTING AND PATIENTS: Consecutive patients with hemorrhoid prolapse treated at a regional surgical center from May 27, 1999, through December 31, 2003.

INTERVENTION: Stapled hemorrhoidopexy with accompanying resection of residual hemorrhoidal nodules if necessary.

MAIN OUTCOME MEASURES: Standardized patient questionnaire regarding satisfaction, resolution of symptoms, and performance of further interventions.

RESULTS: Of 257 patients (82 female, 175 male, mean age 53 ± 13 years) undergoing stapled hemorrhoidopexy, follow-up data were available for 224 patients (87.2%) with a mean duration of 6.3 ± 1.2 years. Of these, 195 patients (87.1%) were satisfied or very satisfied with the operation outcome; 19 patients (8.5%) were moderately satisfied; and 10 (4.5%) were not satisfied. Regarding preoperative anal symptoms, complete relief was observed in 179 patients (80.6%) for prolapse, 172 (77.5%) for bleeding, 139 (85.3%) for mucus discharge, 139 (78.5%) for burning sensation, and 115 (75.5%) for itching. Considering all recorded symptoms, 194 patients (86.6%) reported absence and or an improvement at follow-up. Twelve patients (5.4%) reported newly developed incontinence in the sense of urge symptoms; 42 patients out of 51 patients (82.4%) with preexisting incontinence reported an improvement. Local or topical retreatment (ointment, suppositories, sclerotherapy) was performed in 48 patients (21.4%). Reoperation for residual or newly developed hemorrhoidal nodules was needed in 8 patients (3.6%).

LIMITATIONS: Lack of a comparative group.

CONCLUSION: Our long-term results show that this strategy for stapled hemorrhoidopexy can achieve a high level of patient satisfaction and symptom control, with a low rate of reoperation for recurrent hemorrhoidal symptoms.

A.Ommer, T.Rolfs, M.K.Walz
Chirurgische Therapieoptionen bei Stuhlentleerungsstörungen (CME-Artikel)
in: Chirurgische Allgemeine 2010 (11), 393-406

Die Stuhlentleerungsstörung oder Outlet-Obstruktion stellt eine Form der chronischen Obstipation dar. Als morphologische Veränderungen am Beckenbodens finden sich Rektozelen, eine distale Rektum-Intussuszeption und Enterozelen. Diese Veränderungen können durch chirurgische Interventionen anatomisch korrigiert werden. Neben der Anamnese bietet die dynamische Darstellung des Entleerungsvorganges unter Durchleuchtung oder in der Magnetresonanztomographie die wichtigste diagnostische Maßnahme. Die konservative Therapie besteht neben der umfangreichen Aufklärung

des Betroffenen über die zugrunde liegenden Pathomechanismen in der Stuhlregulation und Ernährungsumstellung. Eine positive Beeinflussung kann durch eine Biofeedbacktherapie erzielt werden. Verschiedene operative Therapieoptionen werden in hoher Zahl in der Literatur beschrieben, ohne dass sich eine bestimmte Technik alleine durchsetzen konnte. Die Verfahren reichen von transanalen, transperinealen und transvaginalen Rekonstruktionen bis zur abdominalen Resektionsrektomie. Das neueste Verfahren stellt die transanale Rektumwandresektion mit einem Klammernahtgerät dar. Die in der Literatur übermittelten Erfolgsraten aller Verfahren liegen bei 60-80%. Vor diesem Hintergrund kann nach sorgfältigster Patientenselektion und Identifikation der führenden Pathologie bei einem großen Anteil dieser Patienten nach Ausschöpfen der konservativen Therapieoptionen eine relevante Verbesserung der Entleerungsproblematik erzielt werden.

A.Ommer, T.Rolfs, M.K.Walz

Long-term results of stapled transanal rectal resection (STARR) for obstructive defecation syndrome

in: Int J Colorect Dis 2010 (25), 1287-1292

Background Rectocele and distal rectal intussusception are organic causes of obstructive defecation syndrome and can be corrected surgically once conservative treatment remedies have been exhausted. Stapled transanal rectal resection (STARR) procedure was introduced as a new treatment approach. This study presents the first long-term results of this procedure. **Patients and procedures** A STARR procedure was performed in 14 patients (two male, 12 female, age 53 ± 12 years) between January 2003 and August 2005. The indication for surgery was a severe, conservatively treated stool evacuation disorder secondary to symptomatic rectocele and/or distal intussusception. **Results** The mean follow-up period was 68 ± 10 (49-83) months. The defecation score (0-20 points) decreased from a preoperative 13.4 ± 3.4 to 3.2 ± 2.0 after 3 months and increased slightly to 4.7 ± 3.4 by the time of the final examination. In 12 patients (85.7%), the obstructive defecation syndrome was significantly improved. These positive results were also maintained in the long-term. Five patients (38.5%) reported a slight worsening of continence in terms of urge incontinence. The most affected patients were those with preoperative normal continence. Procedure-related anal reoperations were required in two patients (14.3%). **Conclusion** Even in long-term, transanal rectal wall resection seems to be an effective therapy for obstructive defecation syndrome. However, it is associated with a substantial number of reoperations and in some patients with persistent urge incontinence.

A.Ommer, T.Rolfs, M.K.Walz

Langzeitergebnisse nach transanaler Rektumwandresektion mittels Stapler bei der obstruktiven Defäkationsstörung

in: coloproctology 2010 (32), 171-179

Fragestellung und Hintergrund Rektozele und distale Rektumintussuszeption stellen mögliche organische Ursachen der obstruktiven Defäkationsstörung dar und können nach Ausschöpfung konservativer Therapiemaßnahmen operativ korrigiert werden. Als neues Behandlungskonzept wurde die transanale Rektumwandresektion mit dem Stapler (STARR-Operation) eingeführt. In der vorliegenden Studie werden erstmals Langzeitergebnisse dieses Verfahrens vorgestellt. **Patienten und Methodik** Im Zeitraum von Januar 2003 bis Februar 2007 wurde bei 19 Patienten (17 weiblich, 2 männlich, Alter 53 ± 12 Jahre) eine STARR-Operation durchgeführt. Die Operationsindikation bestand in einer ausgeprägten, konservativ ausbehandelten Stuhlentleerungsstörung auf dem Boden einer symptomatischen Rektozele und/oder distalen Intussuszeption. **Ergebnisse** Der mittlere Nachuntersuchungszeitraum aller Patienten betrug 60 ± 17 Monate (35-82 Monate). Der Defäkationsscore (0-20 Punkte) sank von $13,4 \pm 3,4$ präoperativ auf $3,7 \pm 2,7$ nach 3 Monaten und stieg bei der letzten Nachuntersuchung leicht auf $4,8 \pm 3,6$ an. Bei 16 Patienten (84,2%) ließ sich die obstruktive Defäkationsstörung deutlich bessern. Auch im Langzeitverlauf konnten diese positiven Ergebnisse erhalten werden. Über eine leichte Verschlechterung der Kontinenz im Sinne einer Dranginkontinenz berichteten 6 Patienten (31,6%). Betroffen waren hiervon insbesondere Patienten mit präoperativ normaler Kontinenz. Erneute prozedurbezogene anale Eingriffe erfolgten bei 3 Patienten (15,8%) **Schlussfolgerung** Auch im Langzeitverlauf erweist sich die transanale Rektumwandresektion als eine effektive Therapie der obstruktiven Defäkationsstörung. Festzuhalten

ist jedoch eine nicht unerhebliche Anzahl von operativen Revisionen und Patienten mit persistierender Dranginkontinenz.

A.Ommer, J.Hinrichs, H.Möllenberg, B.Marla, M.K.Walz
Langzeitergebnisse nach Staplerhämorrhoidopexie - eine prospektive Studie mit einem Follow-up von 6 Jahren
in: coloproctology 2009 (31), 353-362

Hintergrund Die Staplerhämorrhoidopexie wurde vor rund zehn Jahren als neues Verfahren zur Behandlung des fortgeschrittenen Hämorrhoidalleidens eingeführt. Während im perioperativen Verlauf ein klarer Vorteil in Bezug auf Schmerzen und Patientenkomfort nachgewiesen wurde, deuten die Auswertungen aktueller Reviews der Literatur auf eine höhere Rezidivrate gegenüber den konventionellen Verfahren hin. **Patienten und Methodik** Im Zeitraum von Mai 1999 bis Dezember 2003 wurde bei 257 Patienten (weiblich 82, männlich 175, mittleres Alter 53 ± 13 Jahre) eine Staplerhämorrhoidopexie durchgeführt. 224 Patienten (87,2%) konnten mit einem mittleren Follow-up von 6,2 ± 1,2 Jahren mithilfe eines standardisierten Fragebogens nachuntersucht werden. **Ergebnisse** 195 Patienten (87,1%) gaben an, mit dem Operationsergebnis zufrieden oder sehr zufrieden zu sein. 19 Patienten (8,5%) waren nur mäßig und die übrigen zehn (4,5%) nicht zufrieden. Beschwerdefreiheit in Bezug auf typische anale Probleme wurden wie folgt beobachtet: Prolaps 80,6%, Blutung 77,5%, Nässen 85,3%, Brennen 78,5% und Juckreiz 75,7%. Unter Berücksichtigung aller erfassten Symptome berichteten 86,6% über Beschwerdefreiheit oder Besserung. Eine neu aufgetretene Kontinenzstörung im Sinne einer Urge-Symptomatik beklagten elf Patienten (4,9%). Gleichzeitig berichteten 42 Patienten (28,8%) über eine Besserung einer vorbestehenden Kontinenzstörung. Bei 48 Patienten (21,5%) wurde im Verlauf erneut eine lokale Therapie (Salbe, Suppositorien, Sklerotherapie) durchgeführt. Eine Nachoperation von residuellen oder neu aufgetretenen Hämorrhoidalknoten erfolgte bei sieben Patienten (3,1%). **Schlussfolgerung** In unserem Patientengut konnte auch im Langzeitverlauf eine hohe Patientenzufriedenheit und Symptomkontrolle nach Staplerhämorrhoidopexie beobachtet werden. Die Rate der Reoperationen wegen erneuter Hämorrhoidalbeschwerden war niedrig.

M. Yanovskiy, C. Saddig, A. Ommer, J.-M. Pahnke, D. Kröpfl
Gastrointestinaler Stromatumor (GIST) der vorderen Rektumwand - RO-reseziert bei simultaner radikaler retropubischer Prostatektomie
in: Der Urologe 2010 (49), 271-274

Der vorliegende Fallbericht beschreibt einen 79-jährigen Patienten mit der seltenen Lokalisation eines gastrointestinalen Stromatumors (GIST) der vorderen Rektumwand, imponierend als Raumforderung zwischen Prostata und Rektum. Hier lag zusätzlich eine ausgeprägte subvesikale Obstruktion und PSA-Werterhöhung vor. Daher wählten wir nach histologischer Sicherung der Diagnose als operativen Zugang die simultane radikale retropubische Prostatektomie: einen unserer Ansicht nach im Vergleich zur abdominoperinealen Resektion großzügigeren und weniger traumatisierenden Operationsverfahren. Dieser Fallbericht zeigt, dass bei Raumforderungen mit Lokalisation zwischen Prostata und Rektum neben dem Vorliegen eines Prostatakarzinoms differentialdiagnostisch die seltene Tumorentität eines GIST mit in Betracht bezogen werden sollte.

A.Ommer
Kontinenzstörungen nach Analeingriffen - ein relevantes Problem ?
in: coloproctology 2008 (30), 17-28

Hintergrund: Die operative Behandlung von Analerkrankungen nach Ausschöpfung konservativer Therapiemaßnahmen führt in vielen Fällen zu einer langfristigen Beschwerdefreiheit. Eine wichtige mögliche Komplikation stellt jedoch die postoperative Kontinenzstörung dar, zumal die bewusste Durchtrennung von Schließmuskelpartien z.T. unabdingbarer Bestandteil des Eingriffs ist. **Methodik:** Im Rahmen einer Literaturanalyse wird das Risiko einer postoperativen Kontinenzstörung bei den häufigsten Analeingriffen (Analdilatation, laterale Sphinkterotomie, Hämorrhoiden- und Analfisteloperation) untersucht. Gleichzeitig werden mögliche Therapieoptionen erörtert. **Ergebnisse:** Bereits der Analeingriff als solcher führt durch die Einstellung des Analkanals mit dem Spreizer nicht selten zu - meist asymptomatischen - Sphinkterläsionen. Kontinenzstörungen werden mit folgenden Häufigkeiten angegeben: Analdilatation: 0-50%, laterale Sphinkterotomie 0-45%, Hämorrhoidenope-

ration 0-28%, Analfistelspaltung 20-64% und plastischer Analfistelverschluss 0-42%. Die Ergebnisse sind in einem hohen Maße von der Definition des Begriffs „Inkontinenz“ abhängig. **Schlussfolgerung:** Kontinenzstörungen nach Analeingriffen sind nicht selten und entstehen oft durch eine Potenzierung verschiedener, meist asymptomatischer Schädigungen. Die wichtigsten Risikofaktoren stellen weibliches Geschlecht, höheres Alter, vorausgegangene Enddarmeringriffe und Geburten sowie die Art des Eingriffs (Sphinkterdurchtrennung) dar, und sie sollten bei der Wahl des Operationsverfahrens berücksichtigt werden. Die Möglichkeiten der operativen Korrektur von postoperativen Kontinenzstörungen sind eingeschränkt. Es ist deshalb neben der kritischen Indikationsstellung eine optimale Schonung des Kontinenzorgans bei Analeingriffen zu fordern.

A.Ommer, M.Krämer

Analer Morbus Crohn - frühzeitige chirurgische Intervention oder langfristige konservative Therapie ?

in: coloproctology 2008 (30), 367-376

Hintergrund: Anale Manifestationen des Morbus Crohn sind häufig und können für den Betroffenen eine deutliche Einschränkung der Lebensqualität bedeuten. Typische anale Erkrankungen sind Marisken, Ulzera, Fissuren, Abszesse und Fisteln, in selteneren Fällen auch Malignome. **Diagnostik und Therapie:** Die klinische Untersuchung, ggf. in Narkose, stellt die wichtigste diagnostische Maßnahme dar. Während leichtere Veränderungen wie Marisken, Ulzera und oberflächliche Fissuren überwiegend konservativ behandelt werden können, stellt die Abszedierung eine absolute Operationsindikation dar, um eine fortschreitende Destruktion der Anal- und Perianalregion durch die Entzündung zu verhindern. Begleitend sollte immer eine adäquate medikamentöse Therapie erfolgen. Bei entzündungsfreiem Rektum kann bei analen Fisteln ein definitiver Verschluss durch plastische Techniken erzielt werden. Eine Spaltung sollte nur bei oberflächlichen Fisteln erfolgen. In Fällen mit ausgedehnter analer Entzündung und Destruktion lässt sich durch eine Stomaanlage bzw. Prokterektomie die Lebensqualität erhöhen. **Schlussfolgerung:** Das in früheren Jahren gängige Diktum der größtmöglichen Zurückhaltung beim analen Morbus Crohn kann nicht aufrechterhalten werden. Die Kombination von optimaler medikamentöser Therapie und schließmuskelschonender Operationstechnik ermöglicht in vielen Fällen eine Beseitigung der Crohn-Manifestationen ohne relevante Funktionseinbußen.

A.Ommer, F.Wenger, T.Rolfs, M.K.Walz

Continence disorders after anal surgery - a relevant problem?

In: Int J Colorectal Dis (2008) 23:1023-1031

Subject Anal incontinence is a well-known and feared complication following surgery involving the anal sphincter, particularly if partial transection of the sphincter is part of the surgical procedure. **Methods** The literature was reviewed to evaluate the risk of postoperative incontinence following anal dilatation, lateral sphincterotomy, surgery for haemorrhoidal disease and anal fistula. **Results** Various degrees of anal incontinence are reported with frequencies as follows: anal dilatation 0-50%, lateral sphincterotomy 0-45%, haemorrhoidal surgery 0-28%, lay open technique of anal fistula 0-64% and plastic repair of fistula 0-43%. Results vary considerably depending on what definition of "incontinence" was applied. The most important risk factors for postoperative incontinence are female sex, advanced age, previous anorectal interventions, childbirth and type of anal surgery (sphincter division). Sphincter lesions have been reported following procedures as minimal as exploration of the anal canal via speculum. **Conclusions** Continence disorders after anal surgery are not uncommon and the result of the additive effect of various factors. Certain risk factors should be considered before choosing the operative procedure. Since options for surgical repair of postoperative incontinence disorders are limited, careful indications and minimal trauma to the anal sphincter are mandatory in anal surgery.

A.Ommer

Operativer Schließmuskeleratz: Dynamische Graziisplastik - Artificial Bowel Sphincter - Sakralnervenstimulation

in: coloproctology 2006 (28), 64-69

Die Stuhlinkontinenz kann für die Betroffenen eine schwere Belastung darstellen. Während in den meisten Fällen durch konservative Therapiemaßnahmen oder die operative Reparatur des Schließmuskels eine ausreichende Besserung erzielt werden kann, ist dies bei einigen Patienten mit drittgradiger Stuhlinkontinenz nicht möglich. Bei diesen Patienten kommen drei operative Therapieoptionen in Frage: Bei der dynamischen Graziisplastik wird der zerstörte Schließapparat durch einen mittels Schrittmachers stimulierten Muskel aus dem Oberschenkel (*M. gracilis*) ersetzt. Hauptproblem dieses Verfahrens ist der hohe operative Aufwand und die damit verbundene Komplikationsrate. Der künstliche Schließmuskel (Artificial Bowel Sphincter) umgibt das Rektum mit einem flüssigkeitsgefüllten Band, das einerseits den Enddarm abdichtet und entleert werden kann. Hauptproblem dieses Verfahrens ist die Gefahr der Infektion des Fremdmaterials. Die sakrale Nervenstimulation nutzt die körpereigenen Restaktivitäten, die nach Austestung durch Implantation eines Schrittmachers stimuliert werden. Das größte Hindernis für eine weitere Verbreitung dieser Verfahren ist der hohe Materialpreis zwischen 5000 und 13000 €, der im aktuellen DRG-Abrechnungssystem derzeit nicht kostenneutral vergütet wird. Im folgenden Vortrag werden diese Therapieverfahren mit ihren Ergebnissen und Komplikationen vorgestellt.

A.Ommer, K.Albrecht, F.Wenger, M.K.Walz

Stapled transanal rectal resection - a new option in treatment of obstructive defecation syndrome

in: Langenbecks Arch Surg 2006 (391), 32-37

Background: Rectocele and distal intussusception are organic causes of outlet obstruction. A new surgical option called the stapled transanal rectal resection (STARR) is described within a prospective study. **Patients and methods:** Fourteen patients with symptomatic rectocele (four females), rectocele with coexistent intussusception (eight females), and intussusception (two males) underwent STARR procedure. The symptoms were measured by means of a defecation score (0-20 points). **Results:** Complications included local bleeding postoperatively in two cases, and temporary ischuria in four cases. The subjective sense of pain was low; from day 1 postoperatively five patients did not need any analgetics. Only one female patient had prolonged pelvic pain, without any organic reason. All patients showed improvement in rectal evacuation. The mean score of defecation (0-20 points) decreased from 13 ± 3 to 4 ± 3 after 1 month ($p < 0.05$) and remained low. The overall follow-up was 19 ± 9 months. Only one male patient with intussusception had defecation disorder again 6 months after surgery. Three patients had temporary urge incontinence. **Conclusion:** STARR is an effective therapy for obstructive defecation disorder due to a symptomatic rectocele and/or a distal intussusception.

A.Ommer, Ch.Pitt, B.Marla, K.M.Walz

Sinus pilonidalis - primärer Verschluss auch beim Abszess?

in: Zentralbl Chir 2004 (127), 216-219

Nach Exzision eines Sinus pilonidalis kann entweder eine offene Wundbehandlung oder ein primärer Verschluss erfolgen. Wir berichten über 45 konsekutive Patienten (29 männlich, 16 weiblich; Alter 32 ± 13 Jahre), die in der Zeit von September 2001 bis Dezember 2002 behandelt wurden. Bei 14 Patienten lag eine blande Fistelbildung ohne Infektionszeichen, bei 18 eine abszedierende Fistel und bei weiteren 13 Patienten ein Abszess vor. Ein Primärverschluss durch direkte Naht erfolgte bei 34 Patienten (76%: 13x blande Fistel, 13x abszedierende Fistel, 8x Abszess), 11 Patienten wurden offen behandelt. Bei 13 Patienten kam es zu Wundheilungsstörungen (7x oberflächlich, 6x tief). Die mittlere Behandlungsdauer nach primärem Wundverschluss und Primärheilung betrug 15 ± 3 Tage, nach offener Wundbehandlung oder Sekundärheilung 66 ± 15 Tage. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit lag bei 19 ± 10 bzw. 52 ± 19 Tagen. Fistelrezidive traten bei 8 Patienten nach Primärverschluss (18%) und keinem nach offener Wundbehandlung auf. Auch beim infizierten Sinus pilonidalis darf ein primärer Wundverschluss durchgeführt werden, wenngleich die Rezidivrate höher ist. Durch einen erfolgreichen Primärverschluss wird die Krankheits- und Arbeitsunfähigkeitsdauer erheblich verkürzt.

A.Ommer

Stuhlinkontinenz als postoperative Komplikation nach Eingriffen am Enddarm
in: 16. Kongreß der Deutschen Kontinenzgesellschaft (Referateband) Hamburg
2004, 18-19

Die postoperative Minderung der Kontinenzleistung stellt ein relevantes Problem dar. Da Eingriffe wegen Analfissuren oder eines Hämorrhoidalleidens primär auf eine symptomatische Behandlung abzielen, sollte die Therapie mit größtmöglicher Schonung des Schließmuskelapparates und des sensiblen Anodermes verbunden sein. Bei der Analfistel ist eine Durchtrennung von Schließmuskelanteilen nicht grundsätzlich zu vermeiden, sollte jedoch auf ein Minimum begrenzt werden. So weit möglich sollten kontinenzschonende Verfahren bei Analfisteln zur Anwendung kommen. Sphinkterläsionen nach Analeingriffen sind zwar häufig, führen jedoch nur selten zu einer klinisch relevanten Kontinenzstörung. Demzufolge variiert die Angabe über Kontinenzstörungen sehr breit, da neben der Art des Eingriffes mit daraus resultierenden Störungen auch Vorschäden, der zeitliche Ablauf und insbesondere das subjektive Empfinden des Patienten eine wichtige Rolle spielen. Bei der Behandlung colorektaler Tumoren steht die onkologische Heilung im Vordergrund. Die Technik der coloanalen Anastomose erlaubt heutzutage die kontinenserhaltende Behandlung auch bei tief sitzenden Tumoren, soweit keine Beteiligung des Schließmuskels vorliegt. Durch neuere technische Hilfsmittel und OP-Verfahren (Zirkulärstapler, Pouchinterposition) können Kontinenzeinbußen in der Regel zwar gering gehalten, aber nicht in allen Fällen ausgeschlossen werden, so dass bei sehr tiefen Tumoren die Anlage eines künstlichen Darmausganges nicht unbedingt die schlechtere Alternative darstellen muß.

A.Ommer

Lymphadenektomie beim Kolorektalen Karzinom
Erster Jahresbericht der interdisziplinären Arbeitsgruppe
„Lymphknotenmetastasierung“ 2004 (1), 91-99

Lymphknotenmetastasen stellen einen wichtigen Prognosefaktor des kolorektalen Karzinoms dar. Die regionale Lymphknotendissektion ist unbestrittener Bestandteil der operativen Therapie. Die Entfernung des Tumors muss immer en-bloc unter Mitnahme der regionären Lymphknoten, die sich unidirektional im Bereich der Segmentgefäße nachweisen lassen, erfolgen. Im Gegensatz zu anderen Tumoridentitäten wird die Morbidität durch die Lymphknotendissektion beim Kolorektalen Karzinom nicht erhöht. Die nicht radikuläre Lymphadenektomie kann die Ursache eines Lokalrezidivs sein. Daraus resultierende Lokalrezidive sind nicht kurativ behandelbar, was die Bedeutung der optimalen Lymphknotendissektion bei der Erstoperation unterstreicht. Lediglich in Einzelfällen können auch metachrone Lymphknotenmetastasen kurativ operativ saniert werden. Die erweiterte Lymphadenektomie (paraaortal, retroperitoneal und iliaca) erhöht die 5-Jahresüberlebensrate nicht.

Ommer, Ch.Pitt, R. Krause, D. Kröpfl, M.K. Walz

Die transrektale ultraschall-assistierte Stanzbiopsie in der Diagnostik des prä-sakralen Rektumkarzinomrezidivs
in: Zentralbl Chir 2004 (129), 58-62

Extraluminäre Rezidive des resezierten Rektumkarzinoms sind ein diagnostisches Problem. Durch die Anamneseerhebung und klinische Untersuchung sowie die Schnittbildverfahren ist eine zweifelsfreie Festlegung auf ein Rezidiv oft nicht möglich. Moderne Verfahren, wie die Positronenemissionstomographie stehen aufgrund eingeschränkter Verfügbarkeit und hoher Kosten allenfalls ausnahmsweise zur Verfügung. Aber nur die eindeutige Diagnosestellung kann operative Konsequenzen in kurativer oder palliativer Intention indizieren. Wir führten bei drei Patienten nach kurativer tiefer anteriorer Rektumresektion eine Stanzbiopsie unklarer präsakraler Raumforderungen durch. Dies erfolgte peranal ultraschall-assistiert, wobei in einem Fall ein Tumorzidiv histologisch gesichert werden konnte. Bei einem weiteren Patienten wurde bei bereits nachgewiesenem Anastomosenrezidiv das präsakrale Rezidiv ausgeschlossen. Bei dem dritten Patienten fand sich kein Tumorgewebe. Dies konnte auch über den klinischen Verlauf und eine erneute Biopsie nach einem Jahr bestätigt werden. Durch die Gewinnung von kaliberstarken Zylindern ermöglicht die ultraschall - assistierte Stanzbiopsie die zuverlässige Beurteilung von

unklaren präsakralen Raumforderungen und stellt somit eine wichtige Erweiterung des diagnostischen Spektrums in der Tumornachsorge des Rektumkarzinoms dar.

Ommer, J. Limmer, H. Möllenberg, K. Peitgen, K.-H. Albrecht, M.K. Walz
Laparoskopisch-coloskopische Rendezvousverfahren - Indikationen und Ergebnisse

in: Zentralbl Chir 2003 (128), 195-198

Fragestellung: Die coloskopische Schlingenabtragung großer breitbasiger Colonpolypen, insbesondere des Colon sigmoideum und des Coecum, oder auch an schwer einsehbaren Lokalisationen des Colon birgt die Gefahr der Perforation. Für solche Fälle wird in der vorliegenden Arbeit ein endoskopisch-laparoskopisches Rendezvousverfahren als therapeutische Alternative vorgestellt. **Patienten und Methodik:** Seit 1995 wurden bei 23 Patienten (11 männlich, 12 weiblich, Alter $70,7 \pm 12,0$ Jahre) laparoskopisch-assistierte Coloskopien durchgeführt. Davon waren 13 Polypen im Colon descendens oder sigmoideum, sieben im Coecum und je ein Polyp in der rechten bzw. der linken Colonflexur lokalisiert. In Allgemeinnarkose und modifizierter Steinschnittlage erfolgte zunächst die Laparoskopie mit oraler Okklusion des Colon bzw. terminalen Ileums und anschließend die Coloskopie. Nach Identifikation wurde der Polyp unter laparoskopischer Überwachung abgetragen. Dabei wurden die Colonwand laparoskopisch stabilisiert, hinderliche Verwachsungen gelöst und ggf. auftretende Wandläsionen übernäht. **Ergebnisse:** Bei 17 der 23 Patienten konnte die endoskopische Polypabtragung laparoskopisch assistiert ohne weitere Maßnahmen durchgeführt werden. Je zweimal wurde wegen der Größe der Polypen eine Abtragung über eine Colotomie bzw. eine Segmentresektion vorgenommen. Bei zwei histologisch nachgewiesenen Sigmakarzinomen erfolgte sekundär eine laparoskopisch-assistierte Hemicolektomie links. Komplikationen konnten weder peri- noch postoperativ beobachtet werden. **Schlussfolgerung:** Die laparoskopisch-assistierte Coloskopie stellt eine neue, minimal invasive Therapiemaßnahme für ein hochselektioniertes Patientengut mit großen breitbasigen oder schwer einsehbaren Colonpolypen dar. Sie ermöglicht die sichere coloskopische Abtragung auch von Polypen, die sonst nur über eine Colotomie oder Colonssegmentresektion entfernt werden können. Die zusätzliche Belastung durch die Laparoskopie für die Patienten ist minimal.

G.Weyand, F.Webels, H.Celebi, A.Ommer, H.Kohaus
Einfluß der Staplerhämorrhoidektomie auf die analen Druckverhältnisse - Eine prospektive Studie bei 33 Patienten

in: Zentrbl Chir 2002 (127), 22-24

Fragestellung: Auswirkungen der Staplerhämorrhoidektomie nach Longo als neuer Operationsmethode und der Faktoren Staplerart und Art und Weise der Analdehnung auf die analen Druckverhältnisse. **Patienten und Methode:** bei 33 Patienten (Durchschnittsalter 56 Jahre) mit drittgradigem Hämorrhoidalleiden, die 1998 und 1999 im Marienhospital Gelsenkirchen einer Staplerhämorrhoidektomie unterzogen wurden, wurden der anale Ruhe- und Kontraktionsdruck prä- und postoperativ gemessen. Der Nachuntersuchungszeitraum betrug im Durchschnitt 47 Tage. **Ergebnisse:** Der anale Ruhedruck sank postoperativ von 69 (23) mmHg auf 58 (18) signifikant ($p < 0,01$) im Gegensatz zum Kontraktionsdruck (171 (60) und 170 (58) mmHg). Der Ruhedruck reduzierte sich deutlicher bei Verwendung eines Parkschen Sperrers als bei Benutzung eines Vaginalspekulums. Die Ruhedrucksenkung unterschied sich zwischen den Staplerarten (Ethicon® SDH33 und Autosuture® CEEA31) nicht. **Schlussfolgerung:** Die Staplerhämorrhoidektomie führt zu einer signifikanten Senkung des analen Ruhedruckes bei gleich bleibendem Kontraktionsdruck. Die Abnahme wird durch die Verwendung eines Parkschen Sperrers begünstigt.

A.Ommer

Die anale Irrigation - eine Behandlungsmöglichkeit bei Patienten mit Enddarm-entleerungsstörungen

in: Wendepunkt (Zeitschrift HSC Home supply and care) 2002 (7), 22-23

Ein vielversprechender Therapieansatz bei der Stuhlentleerungsstörung stellt die sogenannte „anale Irrigation“ dar. Die Irrigationsbehandlung ist seit vielen Jahren als Spülung des Darms bei Patienten mit einem künstlichen Darmausgang eine gängige Behandlungsmethode. Wie bei diesem Vorgehen

wird bei der analen Irrigation der Enddarm durch ein spezielles Set mit lauwarmem Wasser ausgespült. Das quälende Gefühl der unvollständigen Entleerung verschwindet und der Enddarm kann langsam wieder seine ursprüngliche Funktion übernehmen. Nach kurzer Anleitung durch einen Stomatherapeuten kann der Patient dieses Verfahren eigenständig durchführen und gewinnt wieder seine Lebensqualität. Voraussetzungen für die Anwendung dieses Verfahrens ist jedoch eine ausführliche proktologische Untersuchung zur genauen Differenzierung der Funktionsstörung.

A.Ommer, M.Girona-Johannkemper, K.-P.Jung, S.Lange, E.Berg
Präoperative Kurzzeitbestrahlung beim tief sitzenden Rektumkarzinom
in: coloproctology 2002 (24), 295-303

Die Indikation zur präoperativen Strahlentherapie beim resezierbaren tiefsitzenden Rektumkarzinom wird kontrovers diskutiert, obwohl mehrere Studien auf ein verringerte Lokalrezidivrate nach präoperativer Vorbestrahlung lokal fortgeschrittener Karzinome hinweisen. In der vorliegenden Studie wird ein differenziertes Konzept vorgestellt: Während bei uT2-Tumoren keine Vorbehandlung durchgeführt wurde, erfolgte bei uT3-Tumoren eine präoperative Kurzzeitbestrahlung mit 25 Gy über 5 Tage. Vorgestellt werden die Ergebnisse von 85 Patienten, bei denen in der Zeit vom 1.7.1999 bis zum 30.6.2001 eine totale mesorektale Exzision mit Kolon-J-Pouch - analer - Anastomose durchgeführt wurde. 47 Patienten mit uT2-Tumoren wurden ohne Vorbehandlung operiert und 38 Patienten mit uT3-Tumoren unterzogen sich einer präoperativen Kurzzeitbestrahlung. Ein primäres Entlastungsileostoma wurde bei 42 Patienten angelegt (ohne Vorbehandlung: 18 (38%), nach Kurzzeitbestrahlung 24 (63%). In der Gruppe ohne Vorbehandlung mussten zwei Patienten wegen einer Anastomoseninsuffizienz relaparotomiert und sekundär durch ein Stoma entlastet werden. Bei drei weiteren Patientinnen wurde sekundär wegen einer Rektovaginalen Fistel ein Stoma angelegt. In der Gruppe mit Kurzzeitbestrahlung erfolgte bei zwei Frauen die sekundäre Anlage eines Stomas wegen einer Rektovaginalen Fistel. Die Gesamtrate an Anastomosenkomplikationen, die einen erneuten operativen Eingriff erforderten, lag bei 9,9% und war bei den vorbestrahlten Patienten nicht erhöht. Bezüglich der frühfunktionellen Ergebnisse fanden sich geringradig schlechtere Resultate bei den vorbestrahlten Patienten. Im Follow-up beobachteten wir lediglich ein Anastomosenrezidiv bei einem nicht vorbehandelten Patienten. Ein weiterer nicht vorbehandelter Patient entwickelte ein metachrones T1-Karzinom im Pouch, das transanal abgetragen werden konnte. Aus unserer Sicht stellt die präoperative Kurzzeitbestrahlung eine sinnvolle Therapieergänzung für Patienten mit uT3-Tumoren des unteren Rektums dar. Eine negative Beeinflussung der Anastomosenheilung oder der funktionellen Ergebnisse beobachteten wir nicht. Definitive Aussagen bezüglich der Langzeitergebnisse bleiben jedoch wegen der derzeit noch kurzen Nachbeobachtungszeit von im Median 23 Monaten weiteren Studien vorbehalten.

A.Ommer, G.Weyand, M.Girona, A.Verstege, F.Gerlach, E.Berg
Sphinkter-CT und dorsale Sphinkteropexie - Erweiterung der therapeutischen Möglichkeiten bei der obstruktiven Defäkationsstörung ?
in: Zentralbl Chir 2002 (127), 25-30

Die Analsphinkterdysplasie stellt eine Ursache der obstruktiven Defäkationsstörung dar. In der Kinderchirurgie ist die Erkrankung als Folge einer anorektalen Mißbildung unter dem Namen "anterior displaced anus" bekannt. Zugrund liegt eine fehlende dorsale knöcherne Fixierung des Sphinkterkomplexes. Neben der klinischen Symptomatik und dem klinischen Untersuchungsbefund (nach ventral verlagertes Anus mit dorsal tastbarer Delle) kann der Defekt mittels Computertomographie dargestellt werden. Eine operative Korrektur ist durch den einfachen Eingriff der dorsalen Sphinkteropexie möglich. In unserer Studie bei 48 Patienten (männlich n=12, weiblich n=36, mittleres Alter 51 +/- 17 Jahre) konnte bei 46% der Erkrankten eine deutliche Verbesserung der Defäkation erzielt werden. Analog zum guten klinischen Ergebnis fand sich ein deutlicher Abfall des Entleerungsscores. Der Anteil der unzufriedenen Patienten lag jedoch mit 44% relativ hoch. Gehäuft fanden sich in dieser Gruppe Patienten mit langjähriger Obstipation und regelmäßiger Laxantieneinnahme. Die Rate an analen und abdominalen Voroperationen war bei diesen Erkrankten ebenfalls erhöht. Es zeigte sich z.T. eine größere Spannbreite der klinischen Beckenbodenproblematik (v.a. anale Schmerzen) neben der eigentlichen Entleerungsstörung. Ursächlich für diese schlechteren Ergebnisse dürften deshalb neben der Heterogenität des Krankengutes vor allen Dingen chronifizierte Veränderungen der Beckenbodenstrukturen im Rahmen einer langjährigen Obstipationsanamnese sein. In der Literatur finden sich trotz zahlreicher Veröffentlichungen über die Funktionsanatomie des

Beckenbodens nur wenige Untersuchungen über die Bedeutung einer dorsalen Sphinkterdysplasie im Rahmen der Rektumentleerungsstörung. Weitere Untersuchungen dieses Symptomkomplexes sind aus unserer Sicht indiziert.

A.Ommer, M.Girona, K.-P.Jung, E.Berg
Totale mesorektale Exzision und Kolon-J-Pouch - anale Anastomose als Therapie des tiefsitzenden Rektumkarzinoms - Ergebnisse bei 116 Patienten
in: Zentralbl Chir 2002 (127), 775-780

Zusammenfassung

Hintergrund: Die totale mesorektale Exzision mit tiefer Anastomose stellt heutzutage die Standardtherapie des tiefsitzenden Rektumkarzinoms dar. Die Interposition eines Kolonpouches als Ersatzreservoir konnte die funktionellen Ergebnisse und damit die postoperative Lebensqualität verbessern. In der vorliegenden Studie werden die funktionellen Ergebnisse anhand des eigenen Krankengutes untersucht. **Patienten und Methode:** Im Zeitraum vom 1.7.1999 bis zum 30.6.2001 wurde bei 116 Patienten eine totale Mesorektumexzision mit Kolon-J-Pouch - analer Anastomose durchgeführt. 38 Patienten (32,9%) mit uT3 - Tumoren erhielten eine präoperative Vorbestrahlung mit 5x5 Gy und 7 Patienten (6,0%) mit primär lokal inoperablem Karzinom eine präoperative Radiochemotherapie mit 50,4 Gy. Ein protektives Stoma wurde bei 56 Patienten (48,3%) primär und bei sechs Patienten (5,2%) sekundär wegen Komplikationen angelegt. **Ergebnisse:** Wir beobachteten eine klinisch relevante Anastomoseninsuffizienz bei 8 Patienten (6,9%). Drei Patienten wurden wegen einer lokalen Peritonitis relaparotomiert. Viermal mußte ein Stoma sekundär wegen einer pouchvaginalem Fistel angelegt werden, und ein Patient erhielt ein Stoma ein Jahr postoperativ wegen einer ischiorektalen Abszedierung. Weiterhin sahen wir in 6 Fällen kleinere Fistelbildungen bei der radiologischen Darstellung ohne weitere Konsequenzen und bei 5 Patientinnen pouchvaginale Fisteln unter primärem Stomaschutz. Die gesamte Rate an Anastomosenkomplikationen lag somit bei 16,4%. Die Nachuntersuchung zeigte bereits im ersten Jahr nach der Operation gute funktionelle Ergebnisse mit zufriedenstellender anorektaler Kontinenz. Lediglich neun Patienten berichteten über eine intermittierende Inkontinenz für festen Stuhl. In keinem Fall war eine definitive Stomaanlage wegen Anastomosenkomplikationen erforderlich. Ein Patient entwickelte ein Jahr postoperativ ein Anastomosenrezidiv, das durch eine Rektumamputation kurativ saniert werden konnte. **Folgerung:** Unsere Ergebnisse bestätigen den Stellenwert der totalen mesorektalen Exzision als Standardtherapie des tiefsitzenden Rektumkarzinoms. Durch die Interposition eines Kolonpouches lassen sich bereits im frühen postoperativen Verlauf gute funktionelle Ergebnisse erzielen.

A.Ommer, S.Athanasiadis, A.Köhler, E.Psarakis
Die Bedeutung der Stomaanlage im Rahmen der Behandlung der komplizierten Analfisteln und der rektovaginalen Fisteln
in: Coloproctology 2000 (22), 14 - 22

Die Indikation zur Stomaanlage bei den komplizierten Analfisteln und den rektovaginalen Fisteln wird in Literatur kontrovers diskutiert. Anhand des eigenen Krankengutes sollen Indikationen zur Stomaanlage herausgearbeitet werden

Die Daten aller Patienten, bei denen im Rahmen der Fistelsanierung ein Stoma angelegt worden war, wurden nach einem standardisierten prospektiv erstellten Protokoll aufgearbeitet. Bei den hohen Analfisteln ist nur in sehr seltenen Fällen eine Stomaanlage erforderlich. Der Schutz der Muskelnahnt nach endoanal verschlußtechniken kann in der Regel auch mit konservativen Maßnahmen (Nulldiät, Motilitätshemmung) erzielt werden. Bei den Rektovaginalen Fisteln (RVF) und den Crohn-assoziierten hohen Analfisteln ist ein Stoma indiziert bei ausgeprägten lokalen entzündlichen Veränderungen oder nach erfolgloser Rekonstruktion. Bei den RVF nach tiefen Kontinenzresektionen, die meist primär durch ein Stoma entlastet waren, heilten die Fisteln in einem hohen Prozentsatz spontan aus, so daß hier eine längstmögliche konservative Therapie zu empfehlen ist. **Schlußfolgerungen:** Die Stomaanlage allein garantiert keinen definitiven Schutz der angelegten intraanal Sphinkternahnt. Eindeutige Indikationen zur Stomaanlage stellen bei allen Fisteltypen ausgeprägte lokale entzündliche und narbige Veränderungen, breite Gewebsdefekte sowie die anorektale Inkontinenz mit der Notwendigkeit aufwendiger

Schließmuskelrekonstruktionsverfahren dar. Ein optimaler Zeitpunkt für eine Stomaanlage besteht frühpostoperativ nach einer Nahtdehiszenz.

A.Köhler, A.Ommer, S.Athanasiadis

Die transanale Rektumresektion beim kompletten Rektumprolaps. Eine mögliche Option nur bei Risikopatienten? - Vorläufige Ergebnisse

in: Langenbecks Archiv für Chirurgie (Kongreßbericht 1999), 1146 - 1148

Hintergrund: In der Behandlung des komplettem Rektumprolaps ist die Wiederherstellung einer ausreichenden anorektalen Kontinenz ein wichtiges Behandlungsziel. Es wird der Frage nach dem Wert der posterioren Levatorraffung zur Stabilisierung des Beckenbodens mit dem Ziel einer Kontinenzverbesserung nachgegangen. **Methodik:** Neben der Erfassung der vom Patienten empfundenen Inkontinenzsymptomatik mittels eines Scorings erfolgte eine manometrische Objektivierung der anorektalen Inkontinenz. **Ergebnisse:** Von 1991 bis 1997 unterzogen sich 98 Patienten im Alter von 63 +/- 13 Jahren (min: 26 Jahre; max: 91 Jahre) einer Operation infolge eines kompletten Rektumprolaps. Bei 33 Patienten erfolgte eine Operation nach Frykman-Goldberg, bei 22 Patienten nach Wells, bei 27 Patienten nach Ripstein und bei 16 Patienten wurde eine perianale Resektion durchgeführt. 86 % der Patienten waren inkontinent für flüssigen bzw. festen Stuhl. Bei 38 Patienten wurde eine dorsale Levatorplastik durchgeführt. Sowohl klinisch als auch manometrisch fanden sich in dieser Gruppe signifikant günstigere postoperative Ergebnisse. Tonometrisch verbesserte sich der Ruhedruck um 50 % und der Kontraktionsdruck um 40 %. **Schlussfolgerung:** Die dorsale Levatorraffung bedingt eine signifikant bessere Kontinenzleistung. Sie ist einfach und effizient durchführbar. Nachteile scheinen nicht zu bestehen. Deshalb sollte die Levatorraffung Bestandteil eines wie auch immer gearteten Operationsverfahren in der Behandlung des Rektumprolaps bei schwerwiegender anorektaler Inkontinenz sein.

A.Ommer, M.Happel, S.Athanasiadis, A.Köhler

Die chirurgische Behandlung des anorektalen Abszesses - Sinn und Unsinn der primären Fistelsuche

in: Coloproctology.1999 (21), 161 - 169

Ziel der Behandlung des anorektalen Abszesses ist die rechtzeitige und ausreichende Sanierung, um weitere Komplikationen wie die Ausbildung einer Fistel zu verhindern. In dieser Studie wurden die prospektiv erfaßten Daten von 324 Patienten, die wegen eines anorektalen Abszesses operiert worden waren, untersucht. 38,6% der Abszesse lagen im perianalen Gewebe, 34,6% im Intersphinkterraum, 19,4% in der Fossa ischiorektalis und 7,4% im supralevatorischen Bereich. Nur bei 25,6% aller Patienten wurde bei der Abszeßoperation eine Analfistel nachgewiesen. Bei den ischiorektalen Abszessen wurden dagegen zu 47,6%, überwiegend trans- und suprasphinktere, Fisteln nachgewiesen. 62,1% dieser Patienten konnten primär saniert werden. 16 von 45 intraoperativ nachgewiesenen trans- und suprasphinkteren Analfisteln heilten ohne weitere operative Interventionen ab (35,6%). Bei 7,7% mußten postoperativ diagnostizierte Fisteln behandelt werden. 9,6% der Patienten entwickelten einen Rezidivabszess. Die Schlussfolgerung zeigt, daß der Verzicht auf eine intensive primäre Fistelsuche nicht zwangsläufig zu einer höheren persistierenden Fistelrate führt. Unter diesem Aspekt sollte bei der Erstoperation auf eine weitergehende Exploration verzichtet werden. Oberflächliche Fisteln können natürlich in gleicher Sitzung saniert werden. Die Indikation zur Anlage einer Fadendrainage sollte unter diesem Aspekt äußerst kritisch gesehen werden. Postoperativ diagnostizierte hohe Analfisteln können nach Abklingen der akuten Entzündung durch eine kontinente Fistulektomie saniert werden.

A.Köhler, S.Athanasiadis, E.Psarakis, A.Ommer

Vorgehen bei primär nicht klassifizierbaren Analfisteln

in: Der Chirurg 1999 (70), 578 - 581

Die unklassifizierbaren Analfisteln stellen ein Problem der Fistelchirurgie dar. Von 1993 bis 1996 wurden 823 Patienten an einem analen Fistelleiden operiert. **Ergebnisse:** Eine Klassifikation nach dem Parks'schen Schema war bei 38 Patienten nicht möglich bei Unversehrtheit des Analkanals, ohne Hinweis auf eine innere Fistelöffnung. Dies entspricht einer Rate von 4,5 Prozent. Alle Patienten waren zum Teil mehrfach voroperiert. Nach alleiniger Fistelgangexzision heilten 53 % der

Fisteln ab. 47 % rezidierten. Bei nochmaliger Revision war durch Exploration des Intersphinkterraums eine Nachklassifizierung der Analfisteln in der Hälfte der Fälle möglich. Bei diesen Patienten konnte eine kontinente Fistulektomie das Fistelleiden zur Abheilung bringen. **Schlussfolgerung:** Unklassifizierbare Analfisteln, bei denen die innere Fistelöffnung nicht auffindbar ist, können zunächst einer alleinigen Fistelgangexzision unterzogen werden. Im Falle eines Rezidivs sollten die Patienten einer Exploration des Intersphinkterraums im vermuteten Gebiet des kryptoglandulären Infektionsortes unterzogen werden.

A.Ommer, A.Köhler, S.Athanasiadis

Ergebnisse der transperinealen Levatorplastik bei der Behandlung de symptomatischen Rektozele

in: Der Chirurg 1998 (69), 966 - 972

Die Rectocele stellt eine Vorwölbung der Rectumvorderwand durch das Septum rectovaginale in die Vagina dar. Die wichtigsten Risikofaktoren stellen vorhergehende gynäkologische Eingriffe (Hysterektomie, geburtshilfliche Komplikationen) und das Descensus-perinei-Syndrom dar. Bei einem kleinen Teil der Patientinnen kann die Rectocele durch Auftreten einer Entleerungsstörung symptomatisch werden. Wichtigstes klinisches Zeichen ist die manuelle, insbesondere vaginale Hilfestellung bei der Defäkation. Radiologische Parameter (Größe, Kontrastmittelretention) sind nur bedingt für die klinische Wertung bestimmend. In einem hohen Prozentsatz finden wir eine gleichzeitige Inkontinenzproblematik. Der transperineale Zugang mit anteriorer Levatorplastik und Raffung der prärectalen Fascie ermöglicht durch die Straffung der Rectumvorderwand gleichzeitig einen Verschluss der Rectocele mit Verbesserung der Entleerungsstörung sowie eine positive Beeinflussung der Kontinenzproblematik. In einer prospektiven Studie führten wir bei 35 Patientinnen mit einer Entleerungsstörung des Rectums und einer Rectocele eine anteriore Levatorplastik durch. Eine subjektive Verbesserung der Entleerung konnten wir bei 74% erzielen. Nur eine Patientin wies eine Verschlechterung auf. Bei keiner Patientin war postoperativ eine vaginale Hilfestellung erforderlich. Patienten, die präoperativ eine perineale Unterstützung praktizierten, wiesen insgesamt eher schlechtere Ergebnisse auf. Auch die meisten Patienten ohne manuelle Unterstützung profitierten von dem Eingriff in bezug auf die Entleerung. Fünfzehn Patienten von 20 präoperativ inkontinenten zeigten eine Besserung der Kontinenzleistung (75%). Die anteriore Levatorplastik stellt somit insbesondere bei Patienten mit gestörter Kontinenzleistung eine gute Methode zur Beseitigung der Rectocele mit Verbesserung der Entleerung und gleichzeitigen Behandlung der Inkontinenz dar.

A.Ommer, A.Köhler, S.Athanasiadis

Funktionsdiagnostik des Anorektums und des Beckenbodens

in: Dtsch Med Wschr 1998 (123), 537 - 544

Grundlagen der Beckenbodenfunktionsdiagnostik sind Anamnese und klinische Untersuchung. Häufig läßt sich bereits eine Zuordnung zu den verschiedenen Erkrankungskomplexen treffen. In der Regel erlangen Veränderungen der Beckenbodenstrukturen erst durch die Beschwerden des Patienten eine krankhafte Bedeutung. Durch die Beckenbodenfunktionsdiagnostik lassen sich Störungen der Schließmuskelfunktion (Manometrie, Endosonographie), der nervalen und muskulären Strukturen (Pudenduslatenzzeit, Elektromyogramm) sowie der Koordinationsfähigkeit der Beckenbodenstrukturen bei der Rektumentleerung (Defäkographie, Defäkoflowmetrie) objektivieren. Das gemeinsame Problem aller Untersuchungsmethoden stellt die geringe reproduzierbarkeit der stark von äußeren Einflüssen abhängigen Befunde dar. Bei der Inkontinenz stellt die Manometrie das entscheidende Diagnostikverfahren dar. Ergänzend sollte eine Endosonographie der Sphinkteren sowie eine Funktionsprüfung des Pudendusnerven erfolgen. Komplexer gestaltet sich die Erfassung der chronischen Obstipation. Die wichtigste Untersuchungsmethode stellt die simulierte Darstellung der Defäkation dar. Bei anderen Funktionsstörungen wie „Descending perineum - Syndrom“ und Rektumprolaps richtet sich die Diagnostik nach der im Vordergrund stehenden Störung (Inkontinenz oder Obstipation). Vor dem unkontrollierten Einsatz der Techniken und Fehlinterpretationen der Befunde mit daraus abgeleiteten unkritischen Therapiemaßnahmen, insbesondere in der hand des Unerfahrenen muss gewarnt werden. Zufriedenstellende Ergebnisse nach konservativer oder operativer Therapie können nur unter Berücksichtigung aller Veränderungen des Beckenbodens erzielt werden. Sowohl aus ökonomischer Sicht als auch im Interesse des Patienten wäre es sinnvoll, wenn sich sogenannte

„kolorektale Funktionslabore“ etablieren würden, die das gesamte Spektrum der Funktionsdiagnostik umfassen.

A.Köhler, E.Psarakis, A.Ommer, S.Athanasiadis
Manuelle versus maschinelle coloanale Anastomosen beim Carzinom des unteren Rektumdrittels
in: Updates in Coloproctology 1998, Herbsttagung der CACP

In einem Zeitraum von 1985 bis 1996 wurden 174 Patienten einer ultratiefen anterioren Rektumresektion infolge eines Adenokarzinoms des Rektums im unteren Drittel unterzogen. Bei 49 Patienten erfolgte eine von peranal angelegte Handanastomose in Einzel-Knopf-Technik. Bei 10 Patienten wurde die Handnaht von abdominell angelegt. Bei 115 Patienten erfolgte eine maschinelle Anastomose, die bei 13 Patienten in Double-staple-Technik durchgeführt wurde. Die Letalitätsrate betrug 0,6%. Die klinisch-relevante Rate an Anastomoseninsuffizienzen betrug 4,6%. Die relevante Gesamtkomplikationsrate betrug 13,2%. Ein deutliches Benefit einer Anastomosentechnik war nicht erkennbar. Eine Stomaprotektion erscheint sinnvoll. Obwohl coloanale Anastomosen mit einer hohen Rate an postoperativen Komplikationen behaftet sind, sind die Langzeitergebnisse gut.

A.Ommer, A.Köhler, S.Athanasiadis
Morbus Crohn und Kolorektales Karzinom
in: Viszeralchirurgie 1998 (33), 117 - 120

In der letzten Zeit finden sich in der Literatur zunehmend Berichte, die analog zur Colitis ulcerosa auch beim Morbus Crohn eine erhöhte Inzidenz von kolorektalen Neoplasien beschreiben. Anhand dreier Patienten des eigenen Krankengutes und unter Berücksichtigung der aktuellen Literatur werden in der vorliegenden Arbeit die Risikofaktoren untersucht. Die Wahrscheinlichkeit der Entstehung von kolorektalen Karzinomen ist insbesondere bei Patienten mit einem Erkrankungsalter von unter 25 Jahren und einer Anamnesedauer von mehr als 15 Jahren erhöht. Als prädisponierend gilt ferner der Befall des gesamten Kolons. Weitere Risikofaktoren stellen das Vorliegen von Strikturen, der ausgeschaltete Rektumstumpf und das anale Fistelleiden dar. Gehäuft finden sich multiple synchrone Kolonkarzinome. Häufig werden Crohn - assoziierte Karzinome, deren Symptomatik oft durch die Grunderkrankung maskiert wird, erst in fortgeschrittenem Stadium diagnostiziert. Der Krankheitsverlauf ist dementsprechend meist eher ungünstig. Entscheidend für die Prognose ist die frühzeitige Erfassung von Risikopatienten, die engmaschig klinisch und endoskopisch überwacht werden müssen. Die Indikation zur protektiven Anoproktokolektomie bei Risikopatienten sollte unter Berücksichtigung des allgemeinen Krankheitsverlaufes großzügig gestellt werden.

A.Ommer, A.Köhler, S.Athanasiadis
Anorektale Inkontinenz - Stellenwert der transperinealen anterioren Levator- und Externusplastik
in: 10.Dt. Kongreß der Gesellschaft für Inkontinenzhilfe (Referateband) Kassel 1998

Zusammenfassung

Insgesamt waren 79% unserer Patienten mit dem Operationsergebnis zufrieden. 74% berichteten über eine Besserung der Kontinenzleistung. Nur bei einer Patientin war es subjektiv zu einer Verschlechterung der Kontinenzleistung gekommen. Wichtig ist jedoch auch nach der ioperativen Maßnahme eine entsprechende Stuhlgangsregulation. So zeigt es sich, dass häufig eine Restinkontinenz für flüssigen Stuhl verbleibt. In diesem Stadium kann jedoch durch entsprechende Stuhlgangsregulation ein ausreichender Lebenskomfort erzielt werden. Das transperineale anteriore Levator- und Externusplastik stellt somit in der Hand des geübten Operateurs im Vergleich zur dynamischen Graclisplastik als wesentlich aufwendigeres Verfahren (Kosten, technische Durchführung, postoperative Patientenbetreuung) eine einfache, komplikationsarme und sichere Methode zur Behandlung der anorektalen Inkontinenz dar.

S.Athanasiadis, A.Köhler, A.Ommer

Management der perianalen Crohn - Fistel - Ein Plädoyer für die kontinente Fistulektomie

in: Dt. Ärztebl. 1998 (95), A-3069-3072

Zusammenfassung:

In der Remissionsphase des M. Crohn läßt sich das anale Fistelleiden bei den meisten Patienten durch aggressives operatives Management sanieren. Bei oberflächlichen Fistelformen ist eine „lay-open“-Technik möglich. Die hohen transoder suprasphinkteren Fisteln und die rektovaginalen Fisteln sind durch muskelschonende Operationsverfahren sanierbar. Die anale Kontinenz wird nur gering beeinträchtigt. Durch Sanierung der sonst in der Regel progredient verlaufenden analen Infektion ist eine spätere Prokterektomie häufig vermeidbar.

A.Köhler, A.Ommer, S.Athanasiadis

Die dynamische Gracilisplastik als letzte therapeutische Behandlungsmöglichkeit der anorektalen Inkontinenz

in: Langenbecks Archiv für Chirurgie Suppl. II (Kongreßbericht 1998), 490 - 493

6 Patienten (5 weibl, 1 männl.; mittl. Alter 63 J.) wurden einer dynamischen Gracilisplastik unterzogen. 3 Patienten wurden mehrzeitig operiert, die letzten 3 Patienten einzeitig ohne nachteilige Folgen. **Komplikationen:** Bei 2 Patienten traten operationsbedürftige Komplikationen auf. Bei einem Patienten ist ein gutes Endresultat dadurch in Frage gestellt. **Ergebnisse:** 5 Patienten sind subjektiv kontinent und zufrieden. 4 können ein Klysma problemlos halten. 3 Patienten haben durch die Stimulation gute anale Druckwerte entwickelt, bei 2 sind diese zufriedenstellend. Entleerungsstörungen entwickelten 3 Patienten. Mit leichten Laxantien waren diese Probleme bislang zur Zufriedenheit lösbar. **Schlußfolgerung:** Für sorgfältig ausgewählte Patienten mit drittgradiger anorektaler Inkontinenz, bei denen andere Methoden gescheitert sind, bietet die dynamische Gracilisplastik Hoffnung.

A.Ommer, A.Köhler, S.Athanasiadis

Die Entleerungsdefäkographie und die Defäkoflowmetrie in der Diagnostik der chronischen Obstipation: Eine prospektive vergleichende Studie bei 49 Patienten

in: Der Chirurg 1998 (69), 455 - 460

Bei der chronischen Obstipation können 2 große Gruppen unterschieden werden. Auf der einen Seite finden wir die „Slow-transit-Obstipation“, der eine Transportstörung zugrunde liegt, und auf der anderen Seite die obstruktive Defäkationsstörung, deren Ursache in pathologischen Veränderungen des Beckenbodens und des Rectums zu suchen ist. Sowohl die Videodefäkographie als auch die Defäkoflowmetrie stellen sich ergänzende Diagnostikmaßnahmen zur dynamischen Messung der Rectumentleerung dar, wobei die Videodefäkographie zusätzlich eine optische Beurteilung des Entleerungsvorgangs ermöglicht, während die Defäkoflowmetrie eine Darstellung der analen und rectalen Druckverhältnisse erlaubt. Im Rahmen einer prospektiven Studie wurden die Untersuchungsverfahren bei 19 Patienten mit „Slow-transit“ und 30 Patienten mit obstruktiver Defäkationsstörung vergleichend beurteilt. Es zeigt sich bei der „Slow-transit-Obstipation“ (Defäkoflowmetrie: 65%; Videodefäkographie 80%) in beiden Untersuchungen eine deutlich höhere Entleerungsrate als bei der obstruktiven Defäkationsstörung (50 bzw. 58%). Die Defäkationszeit war in beiden Gruppen pathologisch auf 43 ± 55 s verlängert. Rectocelen fanden sich defäkographisch in 94% bei der „Slow-transit“ und in 72% bei der obstruktiven Defäkationsstörung. Sehr häufig fanden wir auch bei der „Slow-transit-Obstipation“ eine obstruktive Komponente. Andererseits kann jedoch durch eine normale Videodefäkographie oder Defäkoflowmetrie eine obstruktive Defäkationsstörung ausgeschlossen werden. Die Videodefäkographie und Defäkoflowmetrie stellen somit wichtige Teilaspekte in der komplexen Diagnostik der chronischen Obstipation dar.