VISZERALCHIRURGIE 01.07.2017

State of the Art in der Proktologie



Bericht von der proktologischen Sitzung des diesjährigen Bundeskongresses Chirurgie am 12. März 2017

Sie ist Tradition, die proktologische Sitzung des Bundeskongresses Chirurgie am Sonntagmorgen, gegründet von Dr. Manfred Giensch, dem ehemaligen Vorsitzenden des Berufsverbandes Niedergelassene Chirurgen e.V.

Unverändert groß ist das Interesse, vor allem der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, an der proktologischen Chirurgie – trotz des Festabends des Kongresses am Abend zuvor.

Nach 15 Jahren habe ich nunmehr die Leitung und die Themenauswahl an Prof. Dr. Alexander Herold aus Mannheim abgegeben, der diesmal zusammen mit mir die Sitzung moderierte.

„State of the Art“ war das diesjährige Motto zu folgenden, unverändert aktuellen Krankheitsbildern:

- Hämorrhoiden
- Analfisteln
- Analfissur
- Inkontinenz
- Chronische Obstipation.

Vortrag I: Prof. Dr. AleXander Herold: „Hämorrhoiden – State of the Art 2017”

Das einleitende Referat hielt Prof. Dr. Alexander Herold selbst zu dem Thema: „Hämorrhoiden – State of the Art 2017“:

Bei unsicherer Datenlage zur Ätiologie des Hämorrhoidalleidens ist das Behandlungsziel klar definiert: Normalisierung von Anatomie und Physiologie und Beseitigung von Symptomen, jedoch ohne Beseitigung des Hämorrhoidalplexus an sich.

Ballaststoffe, Sklerotherapie und die Barron-Ligatur wurden kurz erwähnt, um dann ausführlich auf die bekannten Operationsmethoden einzugehen. Bei den Operationsmethoden unterscheidet Herr Herold zwischen den segmentären Verfahren wie Milligan-Morgan, Ferguson, Parks und Arterienligatur und den zirkulären Verfahren nach Fansler-Arnold, Whitehead und der Stapler-Hämorrhoidopexie. Herr Herold vergleicht die einzelnen Operationsergebnisse anhand verschiedener Studien im Hinblick auf die klinische Effektivität als Behandlungserfolg und kommt u. a. zu der Aussage anhand einer prospektiv angelegten, randomisierten Studie in 32 Zentren, dass über alles gesehen die traditionell resezierenden Operationsverfahren im Vergleich zur Hämorrhoidopexie mit dem Stapler sowohl effektiver als auch kostengünstiger sind:

“Overall, traditional excisional surgery is both more clinically effective and less costly when compared with stapled haemorrhoidopexy. It is more painful in the short term but this pain can be adequately managed at home. Time to return to normal activity was similar in both groups. In addition to superior quality of

life measures, HSS, continence, and tenesmus rates and the need for further surgery were all lower with traditional excisional surgery. Traditional excisional surgery is, therefore, a superior surgical treatment to stapled haemorrhoidopexy for the management of grade II-IV haemorrhoids."

„State of the Art" bei den Hämorrhoiden ist, dass die große Mehrheit konservativ therapiert wird mit Sklerosierungen und der Barron-Ligatur. Während die Sklerosierungen eine Rückfallquote von 75 % haben, ist die Barron-Ligatur mit nur 26 % deutlich effektiver in der konservativen Therapie.

Abschließend vergleicht Herr Herold noch einmal die Hämorrhoiden-Arterien-Ligatur mit der Barron-Ligatur anhand einer randomisierten Studie in 17 Zentren. Die Hämorrhoiden-Arterien-Ligatur hat zwar eine geringere Rezidivrate mit 30 % zu 49 % (bei einmaliger Barron-Ligatur) und 30 % zu 37 % (bei zweimaliger Barron-Ligatur), dies allerdings bei einem Kosten/Nutzen-Effekt, der sechsmal höher ist als der der Barron-Ligatur.

Vortrag II: Dr. Andreas Ommer: „Analabszess/Analfisteln"

Den zweiten Vortrag mit dem Thema „Analabszess/Analfisteln" hielt Dr. Andreas Ommer aus dem End- und Dickdarmzentrum Essen.

Er geht kurz auf die S3-Leitlinien zu den Analabszessen und den rektovaginalen Fisteln mit der revidierten Fassung von 2016 ein. Nach der bekannten Klassifikation und der Aussage nach der grundsätzlichen OP-Indikation, abhängig vom optimalen Zeitpunkt, nennt Herr Ommer als Operationsziel bei den Abszessen die großzügige Drainage ohne Schädigung des Schließmuskelapparates.

Bei der Fistelsanierung sollte die primäre Fistelspaltung erfahrenen Operateuren überlassen sein, im Zweifel ist immer eine sekundäre Fistelsanierung ggf. mit Fadendrainage anzustreben. Herr Ommer erwähnt dann bei den verschiedenen Therapieverfahren zur endgültigen Fistelsanierung – wie die Flap-Technik und die primäre Rekonstruktion nach Fistelspaltung – auch neuere Verfahren wie den Fistelverschluss mit Laser, den Fistelverschluss mit dem Nitinol-Clip (OTSC-Clip) und die videoassistierte Analfistel-Therapie (VAAFT), wobei diese neueren Verfahren vielversprechend sind, eine abschließende Bewertung jedoch noch nicht möglich ist. Bei den Fistelsanierungen mit Biomaterialien nennt Herr Ommer die geringe Heilungsrate und dass auch hier eine Beurteilung aufgrund fehlender Zahlen noch nicht möglich ist. Er mahnt zur umfangreichen Patientenaufklärung, da alle OP-Verfahren das Risiko der Minderung der Stuhlkontinenzleistung beinhalten und sagt in seiner Schlussfolgerung, dass die Expertise des Operateurs sehr wichtig ist, bei weiterhin bestehender niedriger Evidenz, auch wenn die Erfahrung in Zentren sehr hoch ist: Die Kontinenzstörung bleibt das relevante Risiko.

Vortrag III: Dr. Manfred Giensch: „Analfissur"

Ich berichte aus dem Enddarmzentrum Hamburg-Harburg und beginne meine Ausführungen zu den Analfissuren mit der Bemerkung, dass diese zu den häufigsten proktologischen Erkrankungen gehören, dass sie eindrucksvoll durch die im Vordergrund stehenden Schmerzen sind, und als länglicher, ulkusartiger Defekt im Bereich des hochsensiblen Anoderms auftreten.

Die Analfissuren werden in akute und chronische Analfissuren eingeteilt, wobei die akute Analfissur in der Mehrzahl der Fälle innerhalb weniger Tage von selbst abheilen kann.

Die Standardtherapie der akuten Analfissur ist konservativ mit ballaststoffreicher Ernähung, der Anwendung eines Analdehners oder eines Analtampons sowie der Anwendung topischer Lokalanästhetika mit dem Therapieziel der Reduktion des erhöhten Ruhedruckes und der Verbesserung der Perfusion.

Ausführlich gehe ich auf die Behandlung der Analfissur mit der chemischen Sphinkterolyse ein, wobei das Glyceroltrinitrat bzw. Glyceroldinitrat zur Anwendung kommen (Handelsname Rectogesic). Durch diese chemische Sphinkterolyse wird der Sphinktertonus reduziert und die anodermale Durchblutung verbessert und damit die Voraussetzung zur Abheilung der Fissur geschaffen. Auch auf die Kalzium-Antagonisten (wie z. B. das Diltiazem) gehe ich kurz ein, kurz erwähne ich auch die Anwendungsmöglichkeit des Botulinumtoxins.

Abschließend wird auf die Therapie der chronischen Analfissur eingegangen mit der typischen Fissurektomie mit Kryptotomie und Entfernung der Sekundärveränderungen sowie der Spaltung der intersphinktär gelegenen Analfistel.

Vortrag IV: Dr. Philipp Oetting: „Inkontinenz"

Dr. Philipp Oetting vom Enddarmzentrum München-Bavaria sprach über die Inkontinenz, einem Thema, dem jeder Proktologe in seiner Praxis häufig begegnet, da sie die selbst eingeschätzte Lebensqualität erheblich beeinflusst.

Die Ursachen der analen Inkontinenz sind vielfältig. Bei dem Versuch, die Ursachen der Inkontinenz einzuteilen, sprach Herr Oetting von der muskulären, der neurogenen-sensorischen oder funktionellen Inkontinenz. Außerdem, so sagt er, kann man noch neben der idiopathischen Inkontinenz die Inkontinenz durch den Verlust oder die Störung der Reservoirfunktion des Rektums herausarbeiten.

Viele Ursachen, viele Therapiemöglichkeiten: Grundsätzlich gilt, dass die konservative Therapie auch die First-Line-Therapie darstellen sollte, aber auch nach einer operativen Maßnahme immer eine ergänzende Therapie sein muss. An erster Stelle soll die diätetische Stuhlregulation stehen. Reicht die Diät nicht aus, helfen motilitätshemmende Medikamente wie das verbreitetste Loperamid, dessen Wirkung in der Therapie der Inkontinenz wissenschaftlich erwiesen ist. Additiv kann die Beckenbodengymnastik empfohlen werden. Unterstützt werden kann die Beckenbodengymnastik durch ein Biofeedback-Gerät, dessen wissenschaftliche Wirkung jedoch noch nicht eindeutig geklärt ist.

Manche Patienten empfinden die Anwendung eines Anal Plugs als sehr angenehm bei dem Gefühl und dem Wunsch nach mehr Sicherheit.

Der Hauptteil seines Vortrages galt den chirurgischen Möglichkeiten zur Behandlung der Inkontinenz. Nach einem kurzen Hinweis auf das SECCA-Verfahren, das als temporäre Therapie möglicherweise geeignet ist, und



der Sphinkteraugmentation durch Injektion nicht resorbierbarer Substanzen, deren Langzeitwirkung nicht überschaubar ist, erwähnt Herr Oetting dann die sakrale Nervenstimulation, die seit vielen Jahren nunmehr zur Behandlung der Stuhlinkontinenz eingesetzt wird mit einer Erfolgsrate, die bei etwa 50 % liegt in den verschiedenen Studien. Erwähnt wird von ihm in diesem Zusammenhang eine Meta-Analyse aus dem Jahre 2011, die auf 34 Studien basiert. Gezeigt wird dann eine weitere Studie zu der sakralen Nervenstimulation, die den Langzeitverlauf abfragt. Hier ist eine Erfolgsrate von knapp 43 % zu verzeichnen. Allerdings benötigen bei diesen 43 % neun von zehn Patienten im Verlauf außerplanmäßige Interventionen. Positiver Prädiktor ist hier vor allem die Besserung der Dranginkontinenz.

Kurz erwähnt wird dann die posteriore Nervus-tibialis-Stimulation, die nicht nur die efferenten, sondern auch die afferenten Nervenphasen beeinflussen können. Jedoch wird auch diese Methode nicht von allen Autoren besonders empfohlen.

Bei den rein chirurgischen Therapien zur Behandlung der Inkontinenz wird zunächst auf die verschiedenen Methoden des analen Sphinkterrepairs eingegangen. Gemeinsam ist allen jedoch, dass die teilweise guten Anfangsergebnisse im Verlauf deutlich abnehmen, auch wenn die Verschlechterung sich oft erst nach Jahren einstellt. Ältere Studien zur sehr aufwendigen Gracilisplastik zeigen unverändert eine relativ hohe Erfolgsrate, wenngleich dabei auch eine sehr hohe Komplikationsrate zu verzeichnen ist.

Will man den Sphinkter ersetzen, kann man natürlich auch auf ein künstliches Produkt zurückgreifen, sagt Herr Oetting, wie zum Beispiel dem Artificial bowel sphincter. Aber auch hier besteht leider eine hohe Komplikationsrate mit entsprechender hoher Explantationsrate des künstlichen Sphinkters.

Es wird dann noch kurz auf den magnetischen Analsphinkter hingewiesen. Hier sind die bislang veröffentlichten Erfolgsraten sehr beachtlich, die Explantationsraten sind sehr gering. Zur Beobachtung und Beachtung erwähnt Herr Oetting dann noch ein neueres Produkt, das „Vaginal bowel control system“, ein System, das von der Vagina her mittels einer kleinen Pumpe gezielt den Enddarm blockieren kann. Großer Vorteil dieses Produktes ist, dass es jederzeit von der Patientin entfernt und replatziert werden kann. Die Erfolgsrate sei hoch, steigt sogar im Verlauf der Anwendung, und die Nebenwirkungen sind gering. Ein Produkt, das sich sicher noch zu beobachten lohnt, sagt Herr Oetting.

Vortrag V: Prof. Dr. Oliver Schwandner: „Chronische Obstipation“

In seinem Referat über die chronische Obstipation berichtet Prof. Oliver Schwandner aus Regensburg zunächst über die Ätiologie und die Pathophysiologie sowie die Differenzialdiagnose zur Stuhlentleerungsstörung (ODS), zur Slow-transit-Obstipation, zum Megakolon, dem Morbus Hirschsprung und der Pseudoobstruktion bei funktionellen Darmbeschwerden, dem Reizdarmsyndrom, dem Colon irritabile und der somatoformen autonomen Störung des unteren Gastrointestinaltrakts.

Sodann wird berichtet über die Systematik der Entleerungsstörung mit Dyskoordination, Spastik, Anismus und einer evtl. gestörten zentralen Autonominnervation mit sich anschließender Benennung der morphologischen Störungen bei z. B. anorektaler Stenose, Internusmyopathie, Dysganglionose, Morbus Hirschsprung und der Rektozele, Enterozele und dem Rektumprolaps. Häufig sind jedoch diese Störungen kombiniert.

Nach kurzer Darstellung der dynamischen Bildgebung des Beckenbodens geht Herr Schwandner dann auf die Therapiemöglichkeiten bei der chronischen Obstipation ein und nennt als obersten Therapiegrundsatz die konservative Therapie an erster Stelle.

Bei der Obstipation und dem obstruktiven Defäkationssyndrom (ODS) berichtet Herr Schwandner zunächst, wann eine Operation **nicht** sinnvoll ist – nämlich bei funktionellen Störungen und morphologischem Befund ohne Symptome – und **wann** die Operation sinnvoll ist – nämlich wenn alle konservativen Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft sind.

Abschließend nennt Herr Schwandner die potentiellen Operationsverfahren bei ODS: die transabdominellen Wege und die transanalen OP-Möglichkeiten (z. B. STARR-OPs). Nach schöner Darstellung der Langzeitresultate der STARR-OP geht Herr Schwandner dann auf die Chirurgie im Allgemeinen bei ODS ein und den Trend in Europa: Er stellt dabei fest, dass die Indikation zur STARR-OP sinkt und die Indikation der transabdominellen Verfahren steigt, wie der Rektopexie, der Resektions-Rektopexie, der ventralen (Mesh-)Rektopexie und der Sakropexie.

Fazit

Zusammenfassend kann man sagen, dass die fünf Referate zum Thema „State of the Art“ in der Proktologie hochinteressant und sehr aktuell waren und zur breiten Diskussion unter den Zuhörern Anlass gaben. Das sechste Thema an diesem Tage, die „Darstellung und Schilderung interessanter Fälle“ musste daher auf das nächste Jahr vertagt werden.

Giensch M. State oft the Art in der Proktologie. Passion Chirurgie. 2017 Juli, 7(07): Artikel 03_02.