

# Enterozelenoperation durch abdominelle Obliteration des Beckeneingangs: Langzeitergebnisse hinsichtlich Entleerungsstörungen und Beschwerden im Beckenboden

Oom D, van Dijn V, Gosselink M, et al. Enterocele repair by abdominal obliteration of the pelvic inlet: long-term outcome on obstructed defaecation and symptoms of pelvic discomfort. *Colorectal Dis* 2007;9:845–50.

**Fragestellung:** Ziel der vorliegenden Studie war die Untersuchung der Langzeitauswirkung einer Enterozelenoperation.

**Hintergrund:** Die Enterozele ist definiert als eine Herniation des peritonealen Beckenbodens zwischen der Vagina und dem Rektum. Dies kann entweder das Kolon sigmoideum oder den Dünndarm enthalten. Es wurde berichtet, dass die Enterozele mit Entleerungsstörungen und Beschwerden im Beckenboden assoziiert ist.

**Patienten und Methodik:** Im Zeitraum von 1994 bis 2003 unterzogen sich 54 Frauen (medianes Alter 54 Jahre, 31–80) mit einer symptomatischen Enterozele einer Obliteration des Beckeneingangs mit einem u-förmigen Mersilene-Netz. Alle Patienten hatten eine Evakuations-Proktographie (EP), die sechs Monate nach der Operation wiederholt wurde. Zusätzlich wurden sie telefonisch kontaktiert, um die Langzeitauswirkung der Enterozelenoperation zu überprüfen. 49 Patienten erklärten sich bereit, die Fragen telefonisch zu beantworten. Fünf Patienten gingen dem Follow-up verloren (Antwortrate: 91%).

**Ergebnisse:** Sechs Monate nach dem Eingriff zeigte die EP eine rezidivierende oder persistierende Enterozele bei fünf (9%) Patienten, die in zwei Fällen symptomatisch war und bei beiden zu einer zweiten Operation führte. Von den 49 Patienten ohne eine Enterozele nach sechs Monaten und einem medianen Follow-up von 85 Monaten (3–137) hatten zehn (23%) Frauen wiederkehrende Beschwerden im Beckenboden. Trotz einer adäquaten Korrektur der Enterozele gab es eine persistierende Entleerungsstörung bei 21 (75%) von 28 Patienten, die sich mit diesem Problem vor dem Eingriff vorstellten. Bei 5% der Frauen trat eine „De novo“-Dyspareunie nach dem Eingriff auf.

**Schlussfolgerung:** Die Obliteration des Beckeneingangs mit einem u-förmigen Mersilene-Netz ist eine effektive Technik für die anatomische Korrektur von Enterozelen. Allerdings treten auf lange Sicht bei einem von vier Patienten wiederkehrende Beschwerden im Beckenboden auf. Es scheint unwahrscheinlich, dass eine Enterozele zu einer Entleerungsstörung beiträgt, da Entleerungsprobleme bei etwa drei Viertel der Patienten persistieren.

## Kommentar

Die vorliegende Arbeit über die operative Therapie der symptomatischen Enterozele ist die Nachfolgepublikation einer bereits 1998 mit gleichen Ergebnissen veröffentlichten Studie [1]. Vorgestellt wird das konsekutive Patientenkollektiv desselben Autors und Operateurs W.R. Schouten. Dieses Mal hatte ein neuer Mitarbeiter der Abteilung Chirurgie des Erasmus Medical Center in Rotterdam die Aufgabe, die Langzeitergebnisse der operierten Patientinnen zu dokumentieren.

Die Erhebung der Daten erfolgte durch Telefoninterviews. Weitere methodische Schwächen dieser retrospektiven Beobachtungsstudie kommen hinzu: Die Operationsindikation als Eingangskriterium ist nicht eindeutig definiert und eine Quantifizierung und qualitative Differenzierung der präoperativ bestehenden Symptomatik („pelvic discomfort“) durch z.B. ein Score-System erfolgte nicht. Des Weiteren ist der Zeitpunkt der postoperativen Defäkographie und der „telefonischen Nachuntersuchung“ nicht identisch und erlaubt daher keinen Abgleich zwischen Symptomatik und radiologischem Befund. Für einen Methodenvergleich (z.B. transvaginales vs. transabdominelles Vorgehen, z.B. Kolposakropexie vs. Douglasobliteration) ist diese Studie daher nicht geeignet.

Offenbar im Bewusstsein des vorliegenden niedrigen Evidenzlevels der Arbeit beenden die Autoren ihren Artikel mit dem üblichen Wunsch nach einer randomisierten, prospektiven Studie zur Klärung des geeigneten Operationsverfahrens. Trotz der methodischen Defizite zeigt die Arbeit ein verwertbares Ergebnis, indem sie die Erkenntnis bestätigt, dass das Vorhandensein einer Enterozele nicht mit der klinischen Symptomatik der

Stuhlentleerungsstörung korreliert. Obwohl alle Patientinnen präoperativ mittels Defäkographie untersucht und die Enterozele in verschiedene Grade ihrer Ausprägung eingeteilt wurde, ist das Vorliegen eines klassischen „Cul de sac“-Syndroms als Ursache einer eventuell vorliegenden Obstruktion nicht beschrieben. Von den 57% der Patientinnen, die neben einer eher nicht genau definierten, diffusen Beckenbodensymptomatik zusätzlich eine Entleerungsstörung, die immerhin nach den Rom-Kriterien klassifiziert wurde, aufwiesen, bestand bei 75% die gleiche Symptomatik auch postoperativ. In einer Studie aus Frankreich mit 62 Patientinnen nach Kolporektosakropexie persistierten die bestehenden Entleerungsstörungen vergleichbar in 85% der Fälle [2]. Offenbar nicht so ausgeprägt, aber ähnlich wie bei der Rektozele ist bei der Enterozele die Übereinstimmung von Defäkographiebefund und Klinik gering. Asymptomatische Enterozelen zeigen sich bei gesunden Frauen radiologisch in etwa 10% und Rektozelen in fast 80% der Fälle [3].

In einem Kollektiv von 310 Frauen mit klinisch manifester Beckenbodensuffizienz fanden die Gynäkologen der Cleveland-Klinik intraoperativ in 25% eine manifeste Enterozele. Diese Patientinnen unterschieden sich hinsichtlich der präoperativ erhobenen Darm- und Entleerungsfunktion nicht von den Frauen ohne Nachweis einer Enterozele [4]. Das heißt, die pathophysiologisch angenommene Obstruktion des Rektums durch die Hernierung in den Douglas und das Septum recto-vaginale ist in den meisten Fällen klinisch nicht relevant und eher Produkt eines ärztlichen Kausalitätsbedürfnisses.

Was erreicht nun die in der vorliegenden Studie durchgeführte „Mesh“-Plastik der Beckenbodenhernie im Lang-

zeitverlauf? Die Autoren beantworten diese Frage in ihrer Schlussfolgerung: Erzielt wird eine radiologisch nachgewiesene anatomische Korrektur der Enterozele nach sechs Monaten in etwa 90% der Fälle. Soweit man die telefonisch erhobenen Daten als verlässlich einstufen möchte, ist eine Verminderung der Beckenbodensymptomatik hinsichtlich Prolaps- und Druckgefühl um über 70% nach einem medianen Follow-up von sieben Jahren möglich. Wie viele Patientinnen zu diesem Zeitpunkt ein Enterozelen-Rezidiv aufwiesen, kann nicht beantwortet werden, da die postoperative Defäkographie und das Interview gesplittet wurden. Interessant ist die Tatsache, dass von den fünf Frauen mit einem Rezidiv nur zwei wegen entsprechender Symptomatik erneut operiert wurden. Anders herum betrachtet waren drei Patientinnen trotz Rezidiv in der Defäkographie klinisch asymptomatisch. Dies kann wiederum als Hinweis auf die eingeschränkte Korrelation zwischen bestehender Klinik und visualisierter Pathoanatomie im Röntgenbild gewertet werden.

Die Studie bestätigt die Komplexität, die multifunktionelle Genese und das diagnostische Dilemma der Beckenbodenpathologie. Die große Herausforderung in der Therapie der Beckenbodeninsuffizienz bleibt aber nicht in erster Linie die Wahl des chirurgischen Verfahrens, sondern weiterhin die Indikationsstellung zum operativen Vorgehen selbst.

#### Literatur

1. Gosselink MJ, van Dam JH, Huisman WM, Ginai AZ, Schouten WR. Treatment of enterocele by obliteration of the pelvic inlet. *Dis Colon Rectum* 1999;42:940–4.
2. Jean F, Tanneau Y, Le Blanc-Louvry I, Leroi AM, Denis P, Michot F. Treatment of enterocele by abdominal colproctosacropexy – efficacy on pelvic pressure. *Colorectal Dis* 2002;4:321–5.
3. Shorvon PJ, McHugh S, Diamant NE, Somers S, Stevenson GW. Defecography in normal volunteers: Results and implications. *Gut* 1989;30:1737–49.
4. Chou Q, Weber AM, Piedmonte MR. Clinical presentation of enterocele. *Obstet Gynecol* 2000;96:599–603.
5. Silvis R, Goozen HG, Kahramann T, Groenendijk AG, Look MT, Italiaander MV, Janssen LW. Novel approach to combined defaecation and micturition disorders with rectovesicopexy. *Br J Surg* 1998;85:813–7.

*Dr. Carsten Tamme, Hannover*