

Eine Beobachtung zweier Analfistelplugs

Gibt es einen Unterschied bei den Kurzzeitergebnissen?

Originalpublikation

Buchberg B, Masoomi H, Choi J et al (2010)
 A tale of two (anal fistula) plugs: is there a difference in short-term outcomes? Am Surg 76:1150–1153

Fragestellung und Hintergrund. Die Behandlung komplexer Analfisteln stellt eine ständige Herausforderung für kolorektale Chirurgen dar. Der Analfistelplug ist wegen seines minimalen Inkontinenzrisikos, des einfachen Designs und der leichten Anwendung eine attraktive Option. Unser Ziel war der Vergleich des Cook-Surgisis®-AFPTM-Plugs und des neueren Gore-Bio-A®-Plugs in der Behandlung komplexer Analfisteln.

Patienten und Methodik. Durchgeführt wurde eine retrospektive Beurteilung der Krankenakten von Patienten, die zwischen August 2007 und Dezember 2009 mit Cook- und Gore-Fistelplugs behandelt worden waren. Erfolg wurde definiert als der Verschluss aller externen Öffnungen sowie Abwesenheit von Sekretion und Abszessbildungen.

Ergebnisse. Zwölf Cook-Patienten hatten insgesamt 16 und 10 Gore-Patienten hatten 11 Plug-Operationen. Die Eingriffserfolgsrate in der Gore-Gruppe betrug gemessen an allen Eingriffen 54,5% (6 von 11) vs. 12,5% (2 von 16) in der Cook-Gruppe. Die Gründe für ein Versagen waren bei der Mehrheit der Patienten unbekannt; bei 2 Patienten lag eine Dislokation des Plugs vor.

Schlussfolgerung. Unsere Kurzzeitergebnisse mit dem Gore-Fistelplug legen eine höhere Erfolgsrate im Vergleich zum Cook-Plug nahe. Patienten sollten im Hinblick auf die hohen Versagensraten darüber informiert werden. Es werden jedoch längere Follow-up-Zeiträume und eine größere Patientenpopulation benötigt, um signifikante Unterschiede in der Fistelplug-Effektivität zu belegen.

Kommentar

Die vorliegende Arbeit von Buchberg et al. beschreibt in einer retrospektiven Analyse die Kurzzeitergebnisse bei der Versorgung komplexer Analfisteln unterschiedlicher Ätiologie mit zwei unterschiedlichen Plugs der Firmen Cook® und Gore®.

Die Autoren begründen das Vorgehen damit, ein möglichst geringes Risiko einer analen Inkontinenz durch die operative Versorgung der Fistel eingehen zu wollen. Es werden nur sog. komplexe Fisteln versorgt. Diese werden definiert als Fisteln, welche mindestens 30% der Sphinktermuskulatur umgreifen (eine Unterscheidung zwischen interner und externer Muskulatur erfolgt nicht), als anteriore Fisteln bei Frauen, Fisteln bei M. Crohn oder nach Radiatio. Im Text werden dann von den 16 Fisteln 10 kryptoglandulären Ursprungs, 5 als Folge eines operativen Traumas und eine als Fistel bei HIV-Erkrankung eingestuft. Eine differenzierte Einteilung der Fisteln z. B. nach der Klassifikation nach Parks erfolgt nicht.

Bei den 16 Patienten werden insgesamt 27 Plug-Operationen, bei 2 Patienten sogar insgesamt 3 Plugeinlagen durchge-

führt. Die Autoren betonen, dass nach mehrfachen Plugeinlagen nur jene Fisteln abheilen, bei denen letztendlich ein Gore-Plug eingelegt wurde. Die Operationen fanden ambulant ohne Darmvorbereitung mit einer Single-Shot-Antibiose statt. Bei 5 von 9 letztendlich verschlossenen Fisteln war vorher eine Faden-drainage eingelegt worden. Bei nur 2 der 7 nichtgeheilten Fisteln lag vor der Plugeinlage eine Drainage. Erst nach mehrfachen Versuchen, die Fistel durch eine Plugeinlage zur Ausheilung zu bringen, erfolgte der operative Versuch, das innere Ostium durch direkte Naht oder einen Advancement-Flap zu verschließen.

Letztendlich gibt der Autor die Antworten zu den in der Diskussion aufgeworfenen Fragen des weiteren Prozedere bei der Versorgung komplizierter Fisteln selbst. Natürlich steht im Vordergrund einer jeden Fisteloperation die Prämisse, Schaden am Kontinenzapparat zu vermeiden, womit der Einsatz der Fistelplugs begründet wird [1]. Ziel der Fistelchirurgie muss es aber bleiben, das septische Geschehen im Bereich der Sphinktermuskulatur zu beenden. Mehrfache Plugeinlagen mit durch die persistierende Entzündung weiter fortschreitender Zerstörung des Sphinkterapparates können nicht das Ziel einer suffizienten Fistelchirurgie sein. Daher muss primär das Operationsgebiet konditioniert werden. Dies geschieht idealerweise – auch wenn aktuell einzelne Arbeiten dies in Frage stellen [2] – zunächst durch die Einlage einer Faden-drainage und das Schaffen eines adäquaten Abflusses. Erst nach Sistieren der putriden Sekretion und bei Crohnfisteln

nach der optimalen medikamentösen Einstellung der zugrundeliegenden Erkrankung sollte ein Verschluss angestrebt werden. Verschluss heißt aber nicht nur, einen Plug einzulegen und auf Einheilung zu hoffen, sondern immer auch, zu versuchen, den Zufluss über das innere Ostium zu stoppen. Inwieweit dies durch direkte Naht oder Advancement-Flap erfolgen sollte, ist Gegenstand aktueller Untersuchungen [3]. Hier scheint auch der Vorteil des Gore-Plugs zu liegen, da dieser durch seine Form besser über dem inneren Ostium fixiert werden kann.

Zusammenfassend kann die operative Versorgung der Fistel mittels eines Plugs verbunden mit der konventionellen Therapie des Fistelleidens ggf. zu einer Verbesserung der Heilungschancen führen. Die alleinige Einlage des Plugs ist jedoch keine definitive Lösung der heutigen Chirurgie komplexer Fisteln.

Korrespondenzadresse

Dr. G. Kolbert

End- und Dickdarmzentrum Hannover
Hildesheimer Str. 6, 30169 Hannover
gerd.kolbert@online.de

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

Literatur

1. Schwandner T, Roblick MH, Kierer W et al (2009) Surgical treatment of complex anal fistulas with the anal fistula plug: a prospective, multicenter study. *Dis Colon Rectum* 52(9):1578–1583
2. Mitalas LE, Wijk JJ van, Gosselink MP et al (2010) Seton drainage prior to transanal advancement flap repair: useful or not? *Int J Colorectal Dis* 25(12):1499–1502
3. Mitalas LE, Onkelen RS van, Gosselink MP et al (2010) The anal fistula plug as an adjunct to transanal advancement flap repair. *Dis Colon Rectum* 53(12):1713

coloproctology 2011 · 33:246–247
DOI 10.1007/s00053-011-0190-3
Online publiziert: 18. Mai 2011
© Springer-Verlag 2011

M. Schmidt-Lauber

Gastroenterologische Gemeinschaftspraxis Oldenburg

Optimale Behandlungsdauer von Glyceryltrinitrat bei chronischen Analfissuren

Ergebnisse einer prospektiven randomisierten Multizenterstudie

Originalpublikation

Gagliardi G, Pascariello A, Altomare DF et al (2010) Optimal treatment duration of glyceryl trinitrate for chronic anal fissure: results of a prospective randomized multicenter trial. *Tech Coloproctol* 14:241–248

Fragestellung und Hintergrund. Chronische Analfissuren (CAF) sind eine schmerzhafte Erkrankung und es ist unwahrscheinlich, dass mit einer konventionellen konservativen Behandlung eine Heilung erzielt werden kann. Frühere Studien berichten, dass eine topische Behandlung von CAF mit Glyceryltrinitrat (GTN) den Schmerz reduziert und die Heilung fördert, die optimale Behandlungsdauer ist jedoch unbekannt.

Patienten und Methodik. Um die Wirkung von verschiedenen Behandlungszeiträumen auf CAF zu untersuchen, führten wir eine prospektive randomisierte Studie durch und verglichen eine zweifache tägliche topische 0,4%-ige GTN-Behandlung (Rectogesic®, Prostrakan) von 40 gegenüber 80 Tagen. Die Chronizität wurde durch die Anwesenheit sowohl von morphologischen (Fibrose, Marisken, freiliegender innerer Sphinkter, hypertrophierte Analpapillen) als auch von Zeitkriterien (Symptome über mehr als 2 Monate oder Schmerzen von kürzerer Dauer, jedoch ähnliche Ereignisse in der Vergangenheit) definiert. Am Anfang wurde ein Schweregrad-Score verwendet (1: kein sichtbarer Sphinkter; 2: sichtbarer Sphink-

ter; 3: sichtbarer Sphinkter und Fibrose). Das Abheilen der Fissur als primärer Endpunkt der Studie, das Schmerzmaximum bei der Defäkation gemessen mit VAS und der maximale anale Ruhedruck wurden zu Studienbeginn und nach 14, 28, 40 und 80 Tagen evaluiert. Die Daten wurden am Ende der festgesetzten Behandlung gesammelt.

Ergebnisse. Von 188 Patienten mit chronischen Fissuren wurden 96 in die 40-Tage-Gruppe und 92 in die 80-Tage-Gruppe randomisiert. Die Patienten waren gleich verteilt hinsichtlich Geschlecht, Alter, VAS- und Fissurenscore. 34 (19%) Patienten führten die Behandlung nicht komplett durch, 18 (10%) davon wegen