

DOI	10.1007/s00053-013-0393-x
Copyright	Springer-Verlag Berlin Heidelberg – 2013

A prospective non-randomized two-centre study of patients with passive faecal incontinence after birth trauma and patients with soiling after anal surgery, treated by elastomer implants versus rectal irrigation

Originalpublikation

Van der Hagen S, Van der Meer W, Soeters P et al (2012) A prospective non-randomized two-centre study of patients with passive faecal incontinence after birth trauma and patients with soiling after anal surgery, treated by elastomer implants versus rectal irrigation. Int J Colorectal Dis 27:1191–1198

Fragestellung und Hintergrund Diese Studie ist eine prospektive Evaluierung von Patienten mit passiver Stuhlinkontinenz sowie Patienten mit Stuhlschmierungen, die mit Elastomer-Implantaten oder rektaler Irrigation behandelt wurden.

Patienten und Methodik Patienten mit passiver Stuhlinkontinenz nach einem Geburtstrauma, resultierend aus einem inneren Sphinkterdefekt, sowie Patienten mit Stuhlschmierungen nach einer vorhergehenden analen Operation wurden eingeschlossen. Alle Patienten unterzogen sich einem endoanalen Ultraschall, MRT und analer Manometrie. Die Patienten mit passiver Stuhlinkontinenz wurden zunächst ein halbes Jahr lang mit analen Sphinkterübungen und einer Biofeedbacktherapie behandelt. Die Patienten vervollständigten die Inkontinenzscores, einen Fragebogen zur Lebensqualität und ein 2-wöchiges Tagebuch.

Ergebnisse Die Elastomer-Gruppe setzte sich aus 30 Männern und 45 Frauen mit einem mittleren Alter von 53 Jahren (25–77 Jahre) zusammen. Die Gruppe mit der rektalen Spülung bestand aus 32 Männern und 43 Frauen mit einem mittleren Alter von 50 Jahren (25–74 Jahre). Nach einem Follow-up von 6 Monaten waren 30 Patienten mit Stuhlschmierungen aus der Gruppe mit rektaler Spülung und nur 9 Patienten aus der Elastomer-Gruppe vollständig beschwerdefrei ($p=0,02$). Nur 3 Patienten mit passiver Stuhlinkontinenz in der Gruppe mit rektaler Spülung und keiner in der Elastomer-Gruppe erzielten eine Heilung. Drei distale Migrationen von Elastomer-Implantaten machten eine Entfernung im weiteren Follow-up notwendig.

Schlussfolgerung Im Anschluss an die gymnastischen Übungen für den analen Sphinkter wurde durch Elastomer-Implantate oder rektale Spülungen keine klare Verbesserung der passiven Stuhlinkontinenz erzielt. Die rektale Irrigation ist jedoch weitaus effektiver als die Elastomer-Implantate bei Patienten mit Stuhlschmierungen.

Kommentar

Die vorliegende Arbeit von van der Hagen et al. untersucht die kontinenzverbessernde Wirkung rektaler Irrigationen oder Elastomer-Implantaten an zwei unterschiedlichen Patientengruppen. In Gruppe 1 (passive Inkontinenz) wurden 70 Patienten mit einem Defekt des M. sphincter ani internus oder degenerativen Veränderungen des Internusmuskels nach einem Geburtstrauma und einem CCF-FI-Score von <8 nach 6-monatigem Analsphinktertraining durch Physiotherapie eingeschlossen. In Gruppe 2 (anales Soiling) befanden sich 80 Patienten mit dem Symptom Soiling nach vorangegangenen analchirurgischen Eingriffen, welche nicht näher definiert wurden. Die Patienten in dieser Gruppe hatten normale Analmanometriebefunde.

Beide Gruppen hatten je 2 Versuchsarme, in denen entweder bei 3, 7 und 11° in Steinschnittlage je 2,5 ml PTQ-Elastomere submukös implantiert wurden, oder die Patienten sich zur Therapie der Inkontinenz bzw. des Soilings rektale Spüleinläufe mit 500 ml Wasser nach der Defäkation selbst applizierten.

In Gruppe 1 (Inkontinenzgruppe) erreichte im Ergebnis nach einer Nachbeobachtungszeit von 6 Monaten kein Patient in der Elastomer-Gruppe eine komplette Kontinenzleistung, 9% (3/35) in der Irrigationsgruppe hatten dagegen keine Kontinenz einschränkungen mehr.

In Gruppe 2 (Soiling-Gruppe) verschwanden die Soiling-Beschwerden in der Elastomer-Gruppe bei 23% (9/40) völlig, in der Irrigationsgruppe bei 75% (30/40), was statistisch hoch signifikant war.

Die Autoren stellen in der Arbeit zunächst klar, dass ein wesentlicher pathophysiologischer Unterschied zwischen einer passiven analen Inkontinenz und einem Soiling besteht und ein Soiling eben keine *leichte* Art einer Inkontinenz darstellt. Die passive Inkontinenz beschreibt den unbemerkten Verlust von Stuhlgang. Sie ist meist mit einer Funktionsstörung des M. sphincter ani internus assoziiert und durch eine Ruhedrucksenkung begründet. Im Gegensatz dazu bemerkt der Patient bei Stressinkontinenz den unwillkürlichen Stuhlabgang, kann aber nicht aktiv dagegenwirken. Ursache ist hier meist ein Defekt der Externusmuskulatur. Beim analen Soiling liegen dagegen Ruhe- und Kneifdruck meist im Normbereich. Hoffmann [1] beschreibt die Ursache für das Soiling in einer inkompletten Entleerung und einer mangelnden Internusrelaxation. Rao [2] kommt zu ähnlichen Ergebnissen und konnte dies durch Ballonexpulsionstests nachweisen. Diese

unterschiedlichen Pathophysiologien begründen auch die unterschiedlichen Ergebnisse in den Untersuchungsarmen der Studie.

Die Autoren konnten in der vorliegenden Arbeit bei einem exakt beschriebenen Patientengut mit passiver analer Inkontinenz mit Internusschäden und einem CCF-FI <8 nachweisen, dass die Implantation von PTQ-Elastomeren zu keiner signifikanten Besserung der Kontinenzleistung führt. Während andere Studien eine deutliche Verbesserung der Kontinenzleistung mit Elastomeren beschreiben [3], bemängeln die Autoren zu Recht, dass dort keine exakte Differenzierung der Ursachen der analen Inkontinenz erfolgte [4]. Auf der anderen Seite konnte gezeigt werden, dass im Rahmen eines analen Soilings die rektale Irrigation der Implantation von Elastomeren weit überlegen ist. Besinnt man sich auf die eingangs beschriebene Pathophysiologie des Soilings, muss dies logisch erscheinen. Begreift man das Soiling als ein Problem im Sinne einer Entleerungsstörung, kann das Implantieren von Elastomeren nicht zu einer Verbesserung der Symptomatik führen, sondern nur die suffiziente Entleerung des Rektums. Die Autoren weisen auch darauf hin, dass dies zum besseren Patientenkomfort ggf. auch nur durch die Applikation von Suppositorien erfolgen kann.

Das Verdienst der Autoren ist es, klar darauf hinzuweisen, dass bei neuen Methoden zur Behandlung der analen Inkontinenz, wie z. B. das Implantieren von Elastomeren, die exakte Beschreibung der Ursache der analen Inkontinenz und der Untersuchungsgruppen unabdingbar ist. So muss die Technik der Elastomer-Implantation noch weiter evaluiert werden, um eben jenes Krankengut herauszuarbeiten, welches tatsächlich von dieser Methode profitieren kann. Andererseits stellt die Methode der rektalen Entleerungshilfen, sei es nun die Irrigation oder das Einführen von Suppositorien, insbesondere für das anale Soiling eine einfache und suffiziente Methode dar, um diese Symptome deutlich zu mindern.

Einhaltung ethischer Richtlinien Interessenkonflikt. Keine Angaben.

Literatur

1. Hoffmann BA, Timmcke AE, Gathright JB Jr et al (1995) Fecal seepage and soiling: a problem of rectal sensation. Dis Colon Rectum 38(7):746–748

2. Rao SS, Ozturk R, Stessman M (2004) Investigation of the pathophysiology of fecal seepage. *Am J Gastroenterol* 99(11):2204–2209
3. Bartlett L, Ho YH (2009) PTQ anal implants for the treatment of faecal incontinence. *Br J Surg* 96(12):1468–1475
4. Graf W, Mellgren A, Matzel KE et al (2011) Efficacy of dextranomer in stabilised hyaluronic acid for treatment of faecal incontinence: a randomised, sham-controlled trial. *Lancet* 377(9770):997–1003

DOI	10.1007/s00053-013-0393-x
Copyright	Springer-Verlag Berlin Heidelberg – 2013