Chirurg 2016 · 87:443
DOI 10.1007/s00104-016-0191-4
Online publiziert: 29. April 2016
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

J. Reibetanz · C. T. Germer

Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie, Universitätsklinik Würzburg, Würzburg, Deutschland

Rekonstruktionsformen nach tiefer anteriorer Rektumresektion

Originalpublikation

Hüttner FJ, Tenckhoff S, Jensen K et al (2015) Meta-analysis of reconstruction techniques after low anterior resection for rectal cancer. Br J Surg 102(7):735–745

Hintergrund. Fragmentierte Stuhlgänge, Entleerungsprobleme und Inkontinenz sind relevante Beschwerden von Patienten nach tiefer anteriorer Rektumresektion (TAR) mit gerader koloanaler/-rektaler Anastomose. Um diesen Problemen begegnen zu können, wurden bereits 1950 die Seit-zu-End-Anastomose sowie später der Kolon-J-Pouch und die transverse Koloplastie beschrieben. Aktuell wird eine Metaanalyse vorgestellt, die die Evidenz hinsichtlich der unter funktionellen Gesichtspunkten „idealen Rekonstruktionsform" nach TAR aufarbeitet.

Methode. Hierzu wurden aus den bekannten medizinischen Datenbanken alle relevanten Originalpublikationen bis November 2014 extrahiert. Eingeschlossen waren randomisiert-kontrollierte Studien, die mindestens zwei unterschiedliche Rekonstruktionsformen miteinander verglichen und ein Follow-up von mindestens 6 Monaten aufwiesen. Das funktionelle Outcome wurde nach Stomarückverlegung jeweils früh (<8 Monate), intermediär (8–18 Monate) und spät (>18 Monate) erhoben. Primärer Endpunkt war die Stuhlfrequenz pro Tag, sekundäre Endpunkte beinhalteten Inkontinenz/„urgency", inkomplette Entleerung und den Gebrauch obstipierender Medikation. Die Anastomosenkomplikationen und die postoperative Lebensqualität wurden ebenfalls als sekundäre Endpunkte erhoben.

Ergebnisse. Insgesamt konnten 21 Studien mit 1636 Patienten für die Metaanalyse identifiziert werden. Die meisten Studien verwendeten eine transanale Stapleranastomose, nur in 11,4 % der Anastomosen kam die Handnaht zur Anwendung. Alle bis auf eine Studie führten die Rektumresektion offen durch. Klinisch-demographische Daten und die Rate an neoadjuvanter Radio(chemo)therapie waren für Patienten der einzelnen Rekonstruktionsformen (gerade Anastomose, Seit-zu-End, Kolon-J-Pouch, Koloplastie) identisch, die Anastomosenhöhe lag im Mittel bei 6,8 cm ab ano. In funktioneller Hinsicht zeigte sich der Kolon-J-Pouch der geraden Anastomose in den Parametern Stuhlfrequenz und Gebrauch obstipierender Medikation bis ein Jahr postoperativ signifikant überlegen. Der funktionelle Vergleich der verschiedenen Pouches/Reservoire untereinander (Seit-zu-End vs. Kolon-J-Pouch bzw. Koloplastie vs. Kolon-J-Pouch) zeigte zu keinem Zeitpunkt des Follow-ups eine signifikante Überlegenheit der einen über die andere Rekonstruktionsform. Hinsichtlich „Anastomoseninsuffizienz" zeigten sich die Seit-zu-End-Anastomose und der Kolon-J-Pouch vergleichbar (Odds Ratio [OR]: 1,04). Die OR für die Koloplastie und die gerade Anastomose, jeweils gesondert verglichen mit dem Kolon-J-Pouch bzw. der Seit-zu-End-Anastomose, war jeweils größer als 2 (zuungunsten der Koloplastie und der geraden Anastomose), blieb jedoch ohne statistische Signifikanz.

Fazit des Reviewers. Hinsichtlich des funktionellen Outcomes nach TAR sollte die gerade Anastomose vermieden werden. So bestätigt die vorliegende Metaanalyse die Überlegenheit des Kolon-J-Pouches gegenüber der geraden Anastomose, zumindest während des 1. postoperativen Jahres. Die funktionellen Ergebnisse der Seit-zu-End-Anastomose und der Koloplastie scheinen dem Kolon-J-Pouch vergleichbar, ihre Überlegenheit gegenüber der geraden Anastomose scheint daher ebenfalls plausibel. Die Seit-zu-End-Anastomose und die Koloplastie können daher gegenüber dem Kolon-J-Pouch als Ausweichverfahren zur Anwendung kommen, z. B. bei schwieriger anatomischer Lokalsituation. Die chirurgischen Endpunkte (Letalität, Reoperationsrate, Anastomosenkomplikationen) unterscheiden sich in der aktuellen Metaanalyse nicht signifikant zwischen den einzelnen Rekonstruktionsformen. In der Literatur stößt man jedoch immer wieder auf eine tendenziell höhere Rate an Anastomoseninsuffizienzen bei Anlage des Koloplastiepouches.

Korrespondenzadresse

J. Reibetanz
Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie, Universitätsklinik Würzburg
97080 Würzburg, Deutschland
reibetanz_j@ukw.de

Interessenkonflikt. J. Reibetanz und C.T. Germer geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.