

beschriebenen Methode mit einer etwas sperrigen Bezeichnung: „transanale abdominelle transanale Proktomie“. Es muss allerdings betont werden, dass der Unterschied zwischen TATA und der klassischen intersphinkteren Rektumresektion nicht groß ist. Die Studie trägt daher nur wenig zu den bereits existierenden Erkenntnissen bezüglich der Materie bei.

Diskussion anderer relevanter Untersuchungen. Bereits andere früher publizierte Studien ([2–4] und zahlreiche andere Arbeiten) hatten die Vorteile der Sphinktererhaltung bei Patienten mit sehr tief liegenden Karzinomen gezeigt. Diese liegen v. a. in den vorteilhafteren Ergebnissen bezüglich des eigenen Körperbildes und der Urogenitalfunktion, während die Obstipations- und die Durchfallprobleme logischerweise

bei Patienten mit Sphinktererhaltung größer sind.

Fazit. Die Bestrebung der kolorektalen Chirurgen, eine sphinktererhaltende Rektumresektion einer abdominoperinealen Resektion – wenn onkologisch akzeptabel – vorzuziehen, dürfte durch die vorliegende Studie ein weiteres Mal bestätigt worden sein.

Korrespondenzadresse



PD Dr. I. Iesalnieks
Klinik für Allgemein-,
Viszeral-, Endokrine und
Minimal-invasive Chirurgie,
Klinikum Bogenhausen
Englschalkinger Str. 77,
81925 München, Deutschland
igors.iesalnieks@klinikum-
muenchen.de

Interessenkonflikt. I. Iesalnieks gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, Filiberti A, Flechtner H, Fleishman SB, de Haes JC et al (1993) The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 85(5):365–376
2. Fucini C, Gattai R, Urena C, Bandettini L, Elbetti C (2008) Quality of life among five-year survivors after treatment for very low rectal cancer with or without a permanent abdominal stoma. *Ann Surg Oncol* 15(4):1099–1106
3. Vironen JH, Kairaluoma M, Aalto AM, Kellokumpu IH (2006) Impact of functional results on quality of life after rectal cancer surgery. *Dis Colon Rectum* 49(5):568–578
4. Breukink SO, van der Zaag-Loonen HJ, Bouma EM, Pierie JP, Hoff C, Wiggers T, Meijerink WJ (2007) Prospective evaluation of quality of life and sexual functioning after laparoscopic total mesorectal excision. *Dis Colon Rectum* 50(2):147–155

coloproctology 2017 · 39:349–350
DOI 10.1007/s00053-017-0194-8
Online publiziert: 4. September 2017
© Der/die Autor(en) 2017



CrossMark

I. E. Kronberger

Dept. of Visceral-, Transplant and Thoracic Surgery, Medical University Innsbruck, Innsbruck, Austria

Kann die transanale Drainage in der onkologischen Rektumchirurgie ein protektives Stoma teilweise ersetzen?

Originalpublikation

Yang CS et al (2016) Rectal tube drainage reduces major anastomotic leakage after minimally invasive rectal cancer surgery. *Colorectal Dis* 18(12):O445–O452. <https://doi.org/10.1111/codi.13506>

Zusammenfassung. In der Rektumchirurgie ist die protektive Ileostomie zur Verhinderung operationspflichtiger Anastomoseninsuffizienzen, bei beträchtlicher Morbidität rund um das Stoma selbst, nach wie vor häufig in Verwendung. In dieser retrospektiven Studie

wird nun der Nutzen von transanal Drainagen bezüglich der Anastomoseninsuffizienzen in einer Subgruppe von operierten Rektumkarzinompatienten, welche bei intermediärem Risikoprofil keine protektive Ileostomie erhalten, näher beleuchtet.

Methodik. Mittels „propensity score matching“ wurden retrospektiv zwei Gruppen von je 102 Patienten (non-rectal tube vs. rectal tube) aus der minimal-invasiven onkologischen Rektumchirurgie verglichen. Dem Regime dieses koloproktologischen Zentrums in Korea

entsprechend werden die transanal Drainagen bei Patienten mit „intermediärem Risiko“ für eine postoperative Anastomoseninsuffizienz eingebracht. Intermediäres Risiko bedeutet hierbei, dass nur einer der folgenden Risikofaktoren bei OP zutreffend ist: männliches Geschlecht, tiefe Anastomose, präoperative Radiochemotherapie oder multiples Verwenden des Staplers – entsprechend einer früheren retrospektiven koreanischen Studie [2]. Drei Chirurgen führten hier die Operationen sowohl laparoskopisch als auch roboterassistiert durch.

Ergebnisse. Die Anastomoseninsuffizienzrate war mit 9,8 % ($n = 10$) in der Gruppe mit transanaler Drainage nicht signifikant niedriger als in der ohne (11,8 %, $n = 12$), operationspflichtige Insuffizienzen waren mit 3,9 % vs. 11,8 % in der Drainage-Gruppe signifikant weniger häufig.

In der Gruppe ohne Drainage erhielten alle Patienten mit Insuffizienz der Anastomose notfallmäßig eine Reoperation und die Anlage eines Stomas. Drei von vier Reoperationen in der Drainage-Gruppe waren ebenfalls mit Stuhldeviation. Ein Todesfall aufgrund von Peritonitis bei einem 88-jährigen Patienten trat in der Drainage-Gruppe auf, jeweils eine rektovaginale Fistelung wurde in beiden Gruppen beobachtet.

Als unabhängige Risikofaktoren für eine operationspflichtige Anastomoseninsuffizienz wurden das Alter über 65 Jahre und die fehlende transanale Drainage mit Signifikanz errechnet, eine Anastomosentiefe unter 5 cm ab ano wurde hier mit einem Trend zur Signifikanz angegeben.

Schlussfolgerung. Die Autoren weisen auf die Sicherheit und den eventuellen Nutzen einer transanal Drainage in der minimal-invasiven Rektumchirurgie bezüglich der Rate an operationspflichtigen Anastomoseninsuffizienzen hin.

Kommentar

Seit 1997 beschreiben mehrere retrospektive Studien die Möglichkeit einer transanal Drainage als zusätzliches Management in der Rektumchirurgie [1]. Der Nutzen einer solchen Drainage könnte auf eine Reduktion des intraluminalen Drucks und Drainage von endoluminaler blutiger Flüssigkeit im postoperativen Verlauf zurückgeführt werden. Die Überzahl zeigt hierbei im Kontrast zu der oben beschriebenen Studie eine Verbesserung der Gesamtzahl an aufgetretenen Anastomoseninsuffizienzen auf. Die transanal Drainagen wurden allerdings hier lediglich für eine Subgruppe von Rektumkarzinompatienten, für solche mit „intermediärem“ Risiko zur Anastomoseninsuffizienz, verwendet, alle anderen Patienten mit mehr als einem Risikofak-

tor erhielten primär eine Stuhldeviation. Das Risikoprofil wurde einer ebenfalls retrospektiven Studie mit großer Fallzahl aus dem Jahre 2013 entnommen, wobei bis heute die Frage, wie viele und welche erheblichen Risikofaktoren, aber auch lokale Unterschiede am Gewebe oder des Mikrobioms zu einer Anastomoseninsuffizienz am Rektum führen können, nicht geklärt ist. Die Autoren selbst beschreiben in Ihrer Studie zwei unabhängige Risikofaktoren für operationspflichtige Anastomoseninsuffizienzen, geben allerdings die erhobenen Variablen gesamt hierzu nicht an.

Im Durchschnitt wurde die transanale Drainage am fünften postoperativen Tag bzw. nach Abgehen von Winden entfernt und der Kostaufbau begonnen. Die Autoren weisen jedoch auch auf den früheren Kostaufbau in der Gruppe ohne transanale Drainage hin, da als Indikator für eine beginnende Passage Windabgang per anum angenommen wird und dieser besser ohne Drainage zu eruieren sei. Der individuelle Beginn des Kostaufbaus in beiden Gruppen als auch das Entfernen der Drainage zu verschiedenen Zeitpunkten zeigen die begrenzte Aussagefähigkeit des retrospektiven Designs der Studie auf. Auch die Vorlieben der jeweiligen Chirurgen zur Drainage können in diesem Design beeinflussend sein, darüber hinaus waren in der transanal Drainage-Gruppe signifikant mehr Staplerreihen zum Absetzen des Rektums notwendig, obwohl die Tumoren nach Matching der Gruppen nicht tiefer lokalisiert und der BMI der Patienten gleich gewesen sein dürfte.

Die Autoren betonen die postoperative Beeinträchtigung des Patienten durch die tagelang liegende transanale Drainage und weisen auf die nur teilweise zu erreichende Drainage von verschiedenen (Stuhl-)Konsistenzen hin. Rezent ist hierzu von einer japanischen Gruppe eine eigens dafür entworfene transanale Drainage, die sich dem Thema der subjektiven Unannehmlichkeiten und begrenzten Drainagemöglichkeiten widmet, beschrieben worden [3].

Zusammenfassend kann nicht zuletzt aufgrund dieser Studie der Nutzen einer transanal Drainage in der Rektumkarzinomchirurgie nicht klar beantwortet,

aber bei der behandelten Subgruppe von Patienten vermutet werden. Bei Einsetzen dieser Drainage sollte an die subjektive Beeinträchtigung durch die Drainage im postoperativen Verlauf (perianale Naht zur Fixierung, eingeschränkte Mobilisierung) gedacht werden. Wie auch von den Autoren gefordert, bedarf es zum weiteren Informationsgewinn randomisierte und prospektive Daten verschiedener Arten von transanal Drainagen.

Korrespondenzadresse



I. E. Kronberger, M.D.
Dept. of Visceral-, Transplant
and Thoracic Surgery, Medical
University Innsbruck
Anichstraße 35, 6020 Inns-
bruck, Austria
irmgard.kronberger@
i-med.ac.at

Acknowledgements. Open access funding provided by University of Innsbruck and Medical University of Innsbruck.

Interessenkonflikt. I. Kronberger gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Literatur

1. Klein P, Immler F, Sterk P, Schubert F (1997) Secure anastomoses of the large intestine (especially with transanal drainage). *Zentralbl Chir* 122(7):528–532 (discussion 533–4)
2. Park JS, Choi GS, Kim SH et al (2013) Multicenter analysis of risk factors for anastomotic leakage after laparoscopic rectal cancer excision: the Korean laparoscopic colorectal surgery study group. *Ann Surg* 257:665–671
3. Nishigori H, Ito M, Nishizawa Y (2016) A novel transanal tube designed to prevent anastomotic leakage after rectal cancer surgery: the WING DRAIN. *Surg Today* 47(4):513–520. <https://doi.org/10.1007/s00595-016-1392-7>