coloproctology 2019 · 41:285–286
<https://doi.org/10.1007/s00053-019-0376-7>
 Online publiziert: 27. Juni 2019
 © Der/die Autor(en) 2019

M. Ninkovic · I. E. Kronberger

Universitätsklinik für Visceral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich

Neues zur peri-/analen Fistelfüllung: Versiegelung mittels plättchenreichem Fibrin (PRF)

Originalpublikation

Francisco Javier Pérez Lara et al (2019) Can Perianal Fistula Be Treated Non-surgically with Platelet-Rich Fibrin Sealant? J Gastrointest Surg. 23(5):1030–1036. <https://doi.org/10.1007/s11605-018-3932-5>. Epub 2018 Sep 5

Einleitung. Zur Behandlung von perianalen Fisteln wird eine Vielzahl unterschiedlich invasiver Therapieoptionen mit mehr oder weniger Kontinenzstörung und Erfolg durchgeführt. Seit 2011 werden im Antequera Krankenhaus in Malaga, Spanien, PatientInnen Analfisteln mittels plättchenreicher Fibrinversiegelung (PRF) behandelt.

Materialien und Methoden. Insgesamt 102 PatientInnen mit singulärer trans- oder suprasphinkitärer Analfistel (und ohne chronisch-entzündlicher Erkrankung) wurden retrospektiv im Zeitraum von November 2011 bis November 2017 beurteilt. Alle PatientInnen wurden mit der PRF-Technik therapiert und in 3 Gruppen eingeteilt. Gruppe A wurde unter Spinalanästhesie, nach Aufsuchen des Fistelganges und nach Resektion der fibrösen Fistelöffnungen einer Kürettage des Fistelganges, Spülung desselben mit Wasserstoffperoxid, Verschluss des Ganges mit plättchenreichem Fibrin (PRF) und Verschluss der inneren Fistelöffnung unterzogen. Gruppe B erfuhr die gleiche PRF-Therapie, aber eine Gangreinigung mit einem Satz von speziell gefertigten zylindrischen Küretten. Der Fistelgang von Gruppe C (ohne Anästhesie) wurde mit Wasserstoffper-

oxid gespült, mittels PRF verschlossen und ein antibiotischer Wundverband aufgetragen. Alle PatientInnen wurden 3, 6, 9, 12 und 24 Monate postinterventionell kontrolliert. Die einzelnen Gruppen wurden bezüglich Geschlecht, Alter, ASA-Klassifikation, Fisteldrainage und -lokalisation, Fistelverschluss, prä- und postoperativen Wexner-Score sowie Follow-up-Zeit miteinander verglichen.

Ergebnisse. Kein signifikanter Unterschied insbesondere der postoperativen Morbidität und dem postoperativen Wexner-Inkontinenz-Score wird beschrieben. Gruppe B zeigte das beste Ergebnis bezüglich der Fistelheilung mit 80,7 % ($p=0,03$), im Vergleich zu Gruppe A mit 52,9 % und Gruppe C mit 54 %.

Diskussion. In der Diskussion heben die Autoren ihr selbstentwickeltes zylindrisches Kürettage-Set mit Dicken bis zu 5 mm und Verbesserung der Heilungsrate in Gruppe B hervor. Des Weiteren wird beschrieben, dass die PRF-Therapie ohne Narkose eine Heilung in bis zu 54 % der PatientInnen zeigt und mehrfach wiederholt werden kann; dies würde Nebenwirkungen und Kosten reduzieren.

Kommentar

Die AutorInnen stellen hier eine Studie zur „minimal-invasiven“ Therapie von Analfisteln mittels autologem und mit Thrombozyten angereichertem Fibrin vor. Bei der vorausgehenden Studie 2014 wurden 60 PatientInnen mit singulärem inter- bzw. transsphinktärem Fistelgang

in drei verschiedenen spanischen Krankenhäusern behandelt: Nach der ersten interventionellen Behandlung zeigten etwa 50 % der PatientInnen einen Fistelverschluss, nach zusätzlicher 2- und 3-maliger Behandlung insgesamt 68 %.

Es handelt sich nun um eine retrospektive Studie, eine Single center analyse, welche das PRF-Verfahren wiederum ausschließlich bei intra-, trans- oder suprasphinkitären Analfisteln ohne Fistelästen beurteilt. Zur Therapie dieser Fisteltypen gibt es bekannterweise einige chirurgische Verfahren (z. B. Fistelspaltung, Muskel-Mukosaflap, Sphinkterrekonstruktion) mit guten funktionellen Ergebnissen und Heilungsraten, vor allem bei Fisteln mit geringerer Sphinkterbeteiligung. Aufgrund der fehlenden Definition der Fistelheilung ist die Beurteilung der Aussagekraft dieser Studie eingeschränkt. Darüber hinaus wurden alle PatientInnen präoperativ mittels Magnetresonanztomographie untersucht, allerdings gibt es keine postoperativen Vergleichsbilder. Anhand dieser Beurteilung könnte man sich ein objektiveres Bild betreffend Heilungsrate und Sphinkterbeteiligung in dieser Studie machen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Kostenreduktion des Verfahrens in Gruppe C – ohne Anästhesie – im Vergleich zu den Gruppen mit Anästhesie. Dies könnte für die tägliche Routine relevant sein, da der Eingriff schnell und einfach durchführbar ist und wiederholt werden kann. Die AutorInnen erwähnen die Reduktion der Kosten durch eine ambulante Behandlung ohne Narkose im Vergleich zu jener im OP vor, aller-

dings werden die Kosten für das PRF-Verfahren selbst nicht erwähnt. Es bleibt zu hinterfragen, wie groß die Kostendifferenz bei mehrmaliger ambulanter Behandlung tatsächlich ist. Richtigerweise betonen die AutorInnen aber, dass eine Operation so bei 54 % der PatientInnen vermieden werden konnte.

Das speziell gefertigte Kürettage-Set und die Anwendung desselben sollte in einer weiteren Publikation und mit Bildmaterial genauer beschrieben werden, da es eine gute Option zu bisherigen Kürettage-Optionen sein könnte.

Im Besonderen muss man anmerken, dass dieses Verfahren eine geringe Komplikationsrate zeigt und ohne signifikante Kontinenz einschränkungen einhergeht.

Mit einer Heilungsrate von 50 bis zu 80 % kann das PRF-Verfahren als Option in dem Pool der vielfältigen Fisteltherapie zukünftig eine Rolle spielen. Dieses muss allerdings zuerst in weiteren prospektiven Studien mit entsprechender

Vergleichsgruppe und genau definiertem primärem Endpunkt analysiert werden. Falls sich die Ergebnisse bestätigen, wäre diese Therapieoption u. a. für Morbus Crohn-assoziierte und damit auch komplexere Anal fisteln bedeutend.

Fazit für die Praxis

Das PRF-Verfahren (PRF: plättchenreicher Fibrinversiegelung) könnte sich als zusätzliche Therapieoption bei der Fisteltherapie erweisen. Hierzu bedarf es allerdings noch weiterer Studien mit größeren PatientInnenzahlen, um eine bessere Aussage zu den verwendeten Materialien und den Heilungsraten erhalten zu können.

Korrespondenzadresse

Dr. I. E. Kronberger
Universitätsklinik für Visceral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie, Medizinische Universität Innsbruck
Anichstraße 35, 6020 Innsbruck, Österreich
irmgard.kronberger@i-med.ac.at

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

Interessenkonflikt. M. Ninkovic und I. E. Kronberger geben 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.

coloproctology 2019 · 41:286–288
<https://doi.org/10.1007/s00053-019-0375-8>
Online publiziert: 12. Juni 2019
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

C. Holmer

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, St. Joseph Krankenhaus Berlin Tempelhof, Berlin, Deutschland

Chirurgisches Outcome bei Colitis ulcerosa in der Biologika-Ära

Originalpublikation

Abelson JS, Michelassi F, Mao J, Sedrakyan A, Yeo H (2018) Higher Surgical Morbidity for Ulcerative Colitis Patients in the Era of Biologics. *Ann Surg* 268:311–317

Hintergrund und Ziel. Die Behandlung mit Biologika hat seit der Zulassung von Infliximab durch die amerikanische Food and Drug Administration drastisch zugenommen. Die Studienlage hinsichtlich des Einflusses dieser Wirkstoffe auf das chirurgische Outcome ist weiterhin kontrovers. Ziel dieser Studie war es, Unterschiede im chirurgischen Ansatz und

postoperativen Outcome von Patienten mit Colitis ulcerosa vor und nach Einführung der Biologikatherapie zu analysieren.

Methodik. Anhand einer nationalen Datenbank (New York State Department of Health Statewide Planning and Research Cooperative System all-age-group, all-payer database) wurden Patienten identifiziert, bei denen zwischen 1995 und 2013 aufgrund einer Colitis ulcerosa eine Operation erfolgte. Verglichen wurden die Ergebnisse für die Indexaufnahme sowie für das 90-Tage- und 1-Jahres-Follow-up.

Ergebnisse. Insgesamt wurden für die Analyse 7070 Patienten eingeschlossen. Hiervon wurden 54 % der Patienten zwischen 1995 und 2005, und die übrigen 46 % zwischen 2006 und 2013 operiert. Der Anteil der Patienten, bei denen mehrzeitige Prozeduren durchgeführt wurden, stieg nach 2005 signifikant an (14 % vs. 9 %; $p < 0,01$). Nach Adjustierung hatten Patienten, die nach 2005 operiert wurden, eine höhere Wahrscheinlichkeit für schwerwiegende Ergebnisse (OR 1,42; 95 % KI 1,13–1,78), prozedurbedingte Komplikationen (OR 1,42; 95 % KI 1,20–1,68) und nichtplanmäßige Entlassungen (OR 3,17; 95 %