Chirurg 2019 · 90:590

<https://doi.org/10.1007/s00104-019-0976-3>

Online publiziert: 10. Mai 2019

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

Originalpublikation

Parc Y, Ruppert R, Fuerst A et al (2019) Better function with a colonic j-pouch or a side-to-end anastomosis?: A randomized controlled trial to compare the complications, functional outcome, and quality of life in patients with low rectal cancer after a J-pouch or a side-to-end anastomosis. *Ann Surg* 269(5):815–826

Einleitung. Es ist bekannt, dass trotz einer technisch erfolgreichen operativen Rekonstruktion der Darmpassage nach tiefer Rektumresektion und total mesorektaler Exzision (TME) eine normale Kontinenz- und Evakuationsfunktion in der Regel nicht wieder hergestellt werden kann und Beschwerden wie Inkontinenz, Urgency, Evakuationsprobleme und hohe Stuhlfrequenz (zusammengefasst als sog. anteriores Resektionssyndrom) auftreten. Um diesen Problemen begegnen zu können, wurden in den vergangenen Jahrzehnten verschiedene Möglichkeiten der „Reservoirbildung“ publiziert.

Zielsetzung und Methode. Ziel der aktuellen prospektiv-randomisierten Studie war der Vergleich der Komplikationsraten und des funktionellen Outcomes zwischen Kolon-J-Pouch (JP) und der Seit-zu-End-Anastomose (SEA) im Rahmen der chirurgischen Therapie des tiefsitzenden Rektumkarzinoms. Die Anastomose sollte nach kompletter TME in beiden Gruppen <4 cm ab der Linea dentata liegen. Der JP wurde mit einer Schenkellänge von 5–8 cm konstruiert, die SEA mit einer Schenkellänge von 3–5 cm. Endpunkte der Studie beinhalteten Komplikationsraten, die Lebensqualität, Inkontinenzraten und Sexualfunktionsstörungen 24 Monate nach der Primärtherapie

J. Reibetanz · C. T. Germer

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

Kolon-J-Pouch oder Seit-zu-End-Anastomose nach tiefer Rektumresektion

und wurden mit spezifischen Fragebögen erhoben.

Ergebnisse. Insgesamt konnten aus 7 teilnehmenden Zentren 259 Patienten eingeschlossen werden, von denen die Daten von 167 Patienten zur Auswertung zur Verfügung standen: $n = 80$ Patienten mit JP und $n = 87$ Patienten mit SEA. Das mediane Alter betrug $59,9 \pm 10,2$ Jahre und unterschied sich nicht zwischen beiden Behandlungsarmen. Ebenfalls gleich verteilt war der präoperative Body-Mass-Index, die Rate an neoadjuvanter Radio(chemo)therapie und die Rate an Tumorrezidiven (5 %). Die Gesamtkomplikationsrate lag bei 19,5 % und unterschied sich nicht zwischen Patienten mit JP oder SEA (23,8 % vs. 18,4 %, $p = 0,40$). Gleiches galt für Komplikationen im Bereich der Anastomose (Leckage, Striktur, Pouchnekrose), die ebenfalls zwischen beiden Gruppen gleich verteilt waren. Die Anzahl an Stuhlgängen/24 h nahm postoperativ (im Vergleich zu präoperativ) zu und blieb bis zum Zeitpunkt 24 Monate erhöht, zeigte aber ebenfalls keinen Unterschied zwischen beiden Rekonstruktionen (JP: Median 3 [Range 1–10] vs. SEA: Median 3 [Range 1–11]), wobei bestrahlte Patienten tendenziell mehr Stuhlentleerungen/Tag hatten. Verglichen mit präoperativ zeigte sich vor allem zum Zeitpunkt 6 Monate postoperativ eine deutliche Verschlechterung der Kontinenzleistung (stärker ausgeprägt in der SEA-Gruppe). Die Kontinenz besserte sich jedoch bis zum Zeitpunkt 24 Monate postoperativ und zeigte abschließend keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Rekonstruktionsformen.

Unterschiede in der Sexualfunktion fanden sich zwischen JP und SEA nicht.

Fazit des Reviewers

Im Hinblick auf die Komplikationsraten, die Lebensqualität, die gastrointestinale Funktion (Stuhlentleerung und Kontinenzleistung) sowie die postoperative Sexualfunktion zeigt die vorliegende Studie keinen Unterschied zwischen Kolon-J-Pouch oder der Seit-zu-End-Anastomose nach tiefer anteriorer Rektumresektion. Somit können beide Reservoirs als gleichwertig angesehen werden. Obwohl die technischen Aspekte der Rekonstruktion mehrheitlich intraoperativ anhand anatomischer Kriterien entschieden werden (Länge und Dicke des Kolonmesenteriums, Weite des Beckens), bestehen (zumindest theoretische) Vorteile der SEA gegenüber dem JP in Bezug auf eine leichtere Transposition des oralen Dickdarmanteiles ins (enge) Becken. Da zudem die SEA technisch einfacher als der J-Pouch zu konstruieren ist, wird von den Autoren der Studie die SEA als die zu bevorzugende Rekonstruktionsform vorgeschlagen.

Korrespondenzadresse

Dr. J. Reibetanz

Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Transplantations-, 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.