



# newsletter

## Kontinenz- und Beckenbodenzentrum



Ausgabe: Mai 2019



Prof. Dr. Klaus Matzel

### Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Ich freue mich, Ihnen auch in diesem Jahr wieder zeitnah zum Deutschen Koloproktologen-Kongress im März 2019 in München den Newsletter des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums mit koloproktologischem Schwerpunkt zu präsentieren.

Informieren Sie sich über die Kernpunkte und Neuigkeiten des etabliertesten deutschen Kongresses zum Thema Koloproktologie – zusammengefasst in diesem Newsletter.

Ein weiterer Schwerpunkt dieser Lektüre sind die aktuellen Entwicklungen zur Therapie der Stuhlinkontinenz. Wir haben für Sie die in jüngster Zeit veröffentlichten Publikationen ins Visier genommen und in einem Kurzüberblick zusammengefasst.

Zuletzt möchte ich noch auf die im Juni stattfindende „11. World Continence Week“ der Deutschen Kontinenz Gesellschaft, dieses

Jahr unter dem Motto „Leben statt Müssen“, hinweisen. Im Aktionszeitraum 17. - 23.06.2019 finden in ganz Deutschland eine Reihe von Informationsveranstaltungen unterschiedlichster Art statt – alle mit dem Ziel, Patienten und Angehörige zu informieren und das oft verschwiegene Thema Inkontinenz aus der Tabuzone zu rücken. Bitte informieren Sie sich über Details in den Wochen vor der Veranstaltungsreihe auf der Website der Deutschen Kontinenz Gesellschaft. Auch das Kontinenzzentrum des Uni-Klinikums Erlangen wird im Rahmen einer „Meet the expert“-Veranstaltung teilnehmen. Im Veranstaltungszeitraum wird ein Artikel zum Brennpunkthema in den regionalen Zeitungen veröffentlicht werden, gefolgt von einer Telefoaktion, bei der Ärzte unseres Kontinenzzentrums aus allen beteiligten Fachrichtungen für Fragen und Informationen zur Verfügung stehen.

Zunächst aber wünsche ich Ihnen informatives Lesevergnügen mit unserem Newsletter.

Es grüßt Sie herzlichst

Ihr Prof. Dr. Klaus Matzel

### 45. Deutscher Koloproktologen-Kongress in München

Vom 14. bis zum 16. März 2019 fand der 45. Deutsche Koloproktologen-Kongress in München statt. Das renommierte Treffen ist die bedeutendste Veranstaltung des Fachgebiets im deutschsprachigen Raum und zieht alljährlich über 1.200 Teilnehmer aus dem In- und Ausland an.

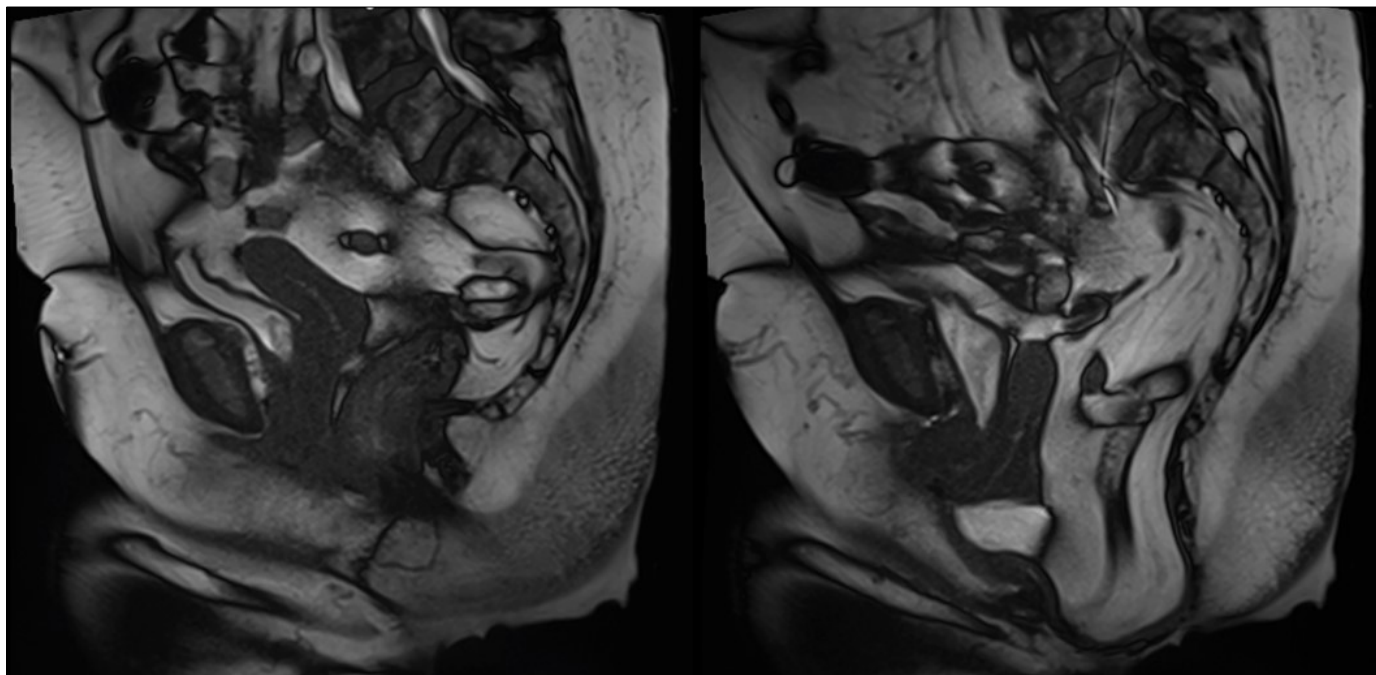
Im Rahmen des breit gefächerten Hauptprogramms erläuterten auch in diesem Jahr wieder zahlreiche Experten den aktuellen Kenntnisstand bei verschiedenen Erkrankungen und diskutierten die neuesten Entwicklungen.

Ein Themenschwerpunkt des ersten Kongresstags war die interdisziplinäre Therapie des Morbus Crohn. Nachdem S. Fichtner-Feigl (Freiburg) einen Überblick über die derzeit gebräuchlichen Biologika gegeben und auf das notwendige Absetzen für eine Dauer von 1–2 Halbwertszeiten vor operativen Eingriffen hingewiesen hatte, konnte die Gastroenterologin E. Schnoy (Augsburg) zeigen, dass bei kurzstreckigen Crohn-Stenosen endoskopische Bougierungen zu gleichen Resultaten führen können wie operative Maßnahmen. Von besonderem Interesse war auch die Darstellung von A. Kroesen (Köln), der aufzeigte, dass das Karzinomrisiko bei der Crohn-Colitis dem der Colitis ulcerosa ähnlich ist und daher fehlendes Therapieansprechen bei der Behandlung des Morbus Crohn eine Proktokolektomie mit endständigem Ileostoma erforderlich machen kann. Der zweite Tag des Kongresses war funktionellen Fragestellungen gewidmet, insbesondere der Therapie der analen Inkontinenz. Die-

ses häufige Leiden, das ca. 5 % der Bevölkerung – bei vermutlich deutlich größerer Dunkelziffer – und bei über 85-Jährigen wohl bis zu 20 % der Bevölkerung betrifft, verursacht hohen Leidensdruck und führt zu vielfältigen sozialen und ökonomischen Problemen. Ausführlich wurde auf die effektiven konservativen Therapieansätze wie medikamentöse Stuhlregulierung durch Quellmittel (Flohsamen), Loperamid und das neu auf den Markt gekommene Dropizol<sup>®</sup>, das der Tinctura opii entspricht, sowie die Wirkung von Beckenbodengymnastik und Biofeedbacktraining eingegangen. Bei den operativen Therapieverfahren hat sich in den vergangenen Jahren die von E. A. Tanagho ursprünglich für Urininkontinenz entwickelte und von K. E. Matzel aus Erlangen für Stuhlinkontinenz adaptierte Neuromodulation der sakralen Spinalnerven zum Goldstandard entwickelt. Das wenig invasive Verfahren ist mit einer Erfolgsrate von etwa 75 % auch neueren Entwicklungen wie den bulking agents oder dem Magnetsphinkter überlegen. Sogar bei nachgewiesenen Sphinkterdefekten weist die Sakralnervstimulation bessere Langzeitergebnisse auf als Sphinkterrekonstruktionsverfahren, deren Wirksamkeit im Laufe der Jahre abnimmt. Das hohe Ansprechen bei gleichzeitig sehr niedrigen Komplikationsraten – die Risiken einer Infektion oder Elektrodendislokation liegen bei jeweils 4–5 % – hat zu einer weiten Verbreitung geführt, während die Anwendung der wesentlich komplikationsträchtigeren Sphinkterersatzverfahren rückläufig ist. Die Verfahren dynamische Grazilisplastik und Artificial Bowel Sphincter sind aktuell nicht mehr verfügbar.

Fortsetzung ➔

Fortsetzung des Artikels von Seite 1



Dynamisches MRT bei Rektumvollwandprolaps: in Ruhe (l.) – beim Pressen

Eine weitere Kongress Sitzung beschäftigte sich mit Funktionsstörungen nach operativen Eingriffen. M. Kim (Würzburg) erläuterte, dass persistierende Stuhlentleerungsstörungen nach verschiedenen Operationsverfahren zur Behebung einer Rektozele (STARR-OP, ventrale Netzrektoplexie) häufig auf einer zugrunde liegenden Beckenbodendyssynergie beruhen. Die bildliche Darstellung der Dynamik der Beckenorgane (dynamisches MRT) hat heutzutage zentrale Bedeutung in der Diagnostik, siehe Abbildung. Hier steht vor einer Reoperation zunächst die konservative Therapie mit Laxantien und Biofeedbacktraining im Vordergrund. Das schwierige Thema der Enddarmentzündung nach Strahlentherapie wurde im Detail von D. Schilling (Mannheim) erörtert und mit hilfreichen Therapieempfehlungen bereichert.

K. E. Matzel (Erlangen) konnte zeigen, welche Therapieoptionen beim Wirkungsverlust einer sakralen Neuromodulation bestehen und dass bei einem Großteil der Betroffenen das Verfahren weitergeführt werden kann. Gelingt das nicht, können Pudendusstimulation, Sphinkteroplastik oder andere Verfahren angewendet werden.

Verschiedene Satellitensymposien und Seminare, darunter auch bereits zum zweiten Mal ein Workshop zur Sakralnervstimulation und das alljährlich von M. Kreis (Berlin) und K. E. Matzel (Erlangen) geleitete Seminar des European Board of Surgical Qualification (EBSQ) Coloproctology zum Erwerb der europäischen Schwerpunktbezeichnung Koloproktologie, rundeten das vielfältige Programm ab.

*PD Dr. Birgit Bittorf*

### Neueste Entwicklungen in der Stuhlinkontinenzbehandlung

Das Krankheitsbild der Stuhlinkontinenz ist häufig mit einem signifikanten Leidensdruck für die Betroffenen und einer Verschlechterung ihrer Lebensqualität vergesellschaftet, weist eine unterschätzte Häufigkeit auf und wird aufgrund des demografischen Wandels in Deutschland in Zukunft noch an Bedeutung gewinnen. Aufgrund der vielfältigen und teilweise auch kombiniert vorliegenden Ursachen sowie der unterschiedlichen Ausprägung der klinischen Symptome besteht für die Behandlung einer Stuhlinkontinenz keine einheitliche Therapieempfehlung. Vielmehr muss nach entsprechender Diagnostik ein individuelles und stufenweises Therapiekonzept für jeden Patienten gefunden werden, um mit geringstmöglicher therapeutischer Invasivität eine größtmögliche Patientenzufriedenheit zu erreichen. Therapeutische Zielsetzung ist die Symptomlinderung.

Hinsichtlich der Therapie einer Stuhlinkontinenz haben sich in den vergangenen Jahren neue Techniken entwickelt und die Evidenz bestehender Methoden hat zugenommen. Nach erfolgter adäquater Diagnostik ist und bleibt die konservative Therapie unter Einbeziehung von generellen Verhaltensmaßnahmen, medikamentöser

Behandlungen sowie spezieller Darm- und Schließmuskeltrainingsprogramme die primäre Therapie der Wahl.

Die konservativen Therapieoptionen zielen vor allem auf eine Verbesserung der Stuhlkonsistenz, eine kontrollierte, zeitlich planbare vollständige Stuhlentleerung und eine Kräftigung des Beckenbodens und des Analsphinkters ab. Im Rahmen der konservativen Inkontinenztherapie haben sich Kombinationstherapien als besonders wirksam erwiesen [2]. Als neue konservative Therapiemaßnahme wurde der Einsatz eines aufblasbaren, das Rektum komprimierenden Ballons, der vaginal platziert wird und jederzeit eingesetzt und herausgenommen werden kann, untersucht und hat vielversprechende Kurzeitergebnisse erbracht [3].

Beim Großteil der Patienten führen konservative Therapien zur akzeptablen Symptomlinderung. Ist dies nicht der Fall, ist ein chirurgisches Vorgehen notwendig (Abb.).

Unter den chirurgischen Maßnahmen haben Studien zum Langzeitverlauf in den vergangenen Jahren die Evidenz der sakralen



Nervenstimulation (SNS) und deren Stand als Erstlinientherapie bekräftigt [4–5]. Entscheidende Vorteile der sakralen Nervenstimulation sind die geringe Invasivität und die hohe Effektivität sowie die Möglichkeit, mittels Probestimulationsphase die therapeutische Effizienz im Vorfeld zu prüfen. Zudem ist die sakrale Nervenstimulation aufgrund der Wirksamkeit bei Urininkontinenz für Patienten mit kombinierter Stuhl- und Urininkontinenz besonders attraktiv.

Die Sphinkteroplastik, eine Rekonstruktion des analen Sphinkterapparats, bleibt eine bewährte Therapieoption bei Inkontinenz infolge von Lücken des Analsphinkters. Die therapeutische Langzeiteffektivität ist allerdings gering.

„Bulking agents“ werden in die Analregion zur Augmentation des Drucks im Analkanal injiziert und stellen vor allem eine Alternative bei passiver Stuhlinkontinenz dar, obgleich die Evidenz aufgrund unterschiedlicher verwendeter Substanzen und Techniken und fehlender Langzeitergebnisse noch eingeschränkt ist [6].

Da Stuhlinkontinenz nicht selten im Rahmen einer maskierten Stuhlentleerungsstörung bei morphologischen Veränderungen des hinteren Beckenbodenkompartiments (z.B. Rektumprolaps, Enterozele, Rektozele) auftritt, haben chirurgische Verfahren zur anatomischen Korrektur der genannten morphologischen Veränderungen in den vergangenen Jahren in der chirurgischen Behandlung

der Stuhlinkontinenz an Bedeutung gewonnen. Hierbei hat sich in jüngster Zeit vor allem die ventrale Netzrektopexie als effektives und sicheres Verfahren herauskristallisiert [7].

Neue Therapieansätze beinhalten die Radiofrequenzenergie-therapie, die Stammzelltherapie und die Injektionsapplikation selbstexpandierender Implantate aus Polyacrylnitril (Gatekeeper) in den Intersphinkterraum. Während erste Ergebnisse zur Stammzelltherapie und dem Einsatz von Gatekeepern vielversprechend sind, kann der Einsatz von Radiofrequenzenergie nach dem aktuellen Kenntnisstand nicht empfohlen werden [8–12].

Zusammenfassend stehen aktuell, auch durch eine anhaltende Weiterentwicklung der Stuhlinkontinenztherapie, eine Vielzahl an effektiven therapeutischen Möglichkeiten zur Behandlung des Tabuthemas Stuhlinkontinenz zur Verfügung.

Die Koloproktologie der Chirurgischen Klinik bietet das komplette Spektrum der modernen Stuhlinkontinenzdiagnostik und -therapie an und unterstützt auf vielfältige Weise, bei Stuhlinkontinenz die Lebensqualität zu verbessern. Bei kombinierten Inkontinenzproblemen (Harn- und Stuhlinkontinenz) wird eine interdisziplinäre Behandlung auf höchstem Niveau im Rahmen des Kontinenzentrums durchgeführt.

Dr. Maximilian Brunner

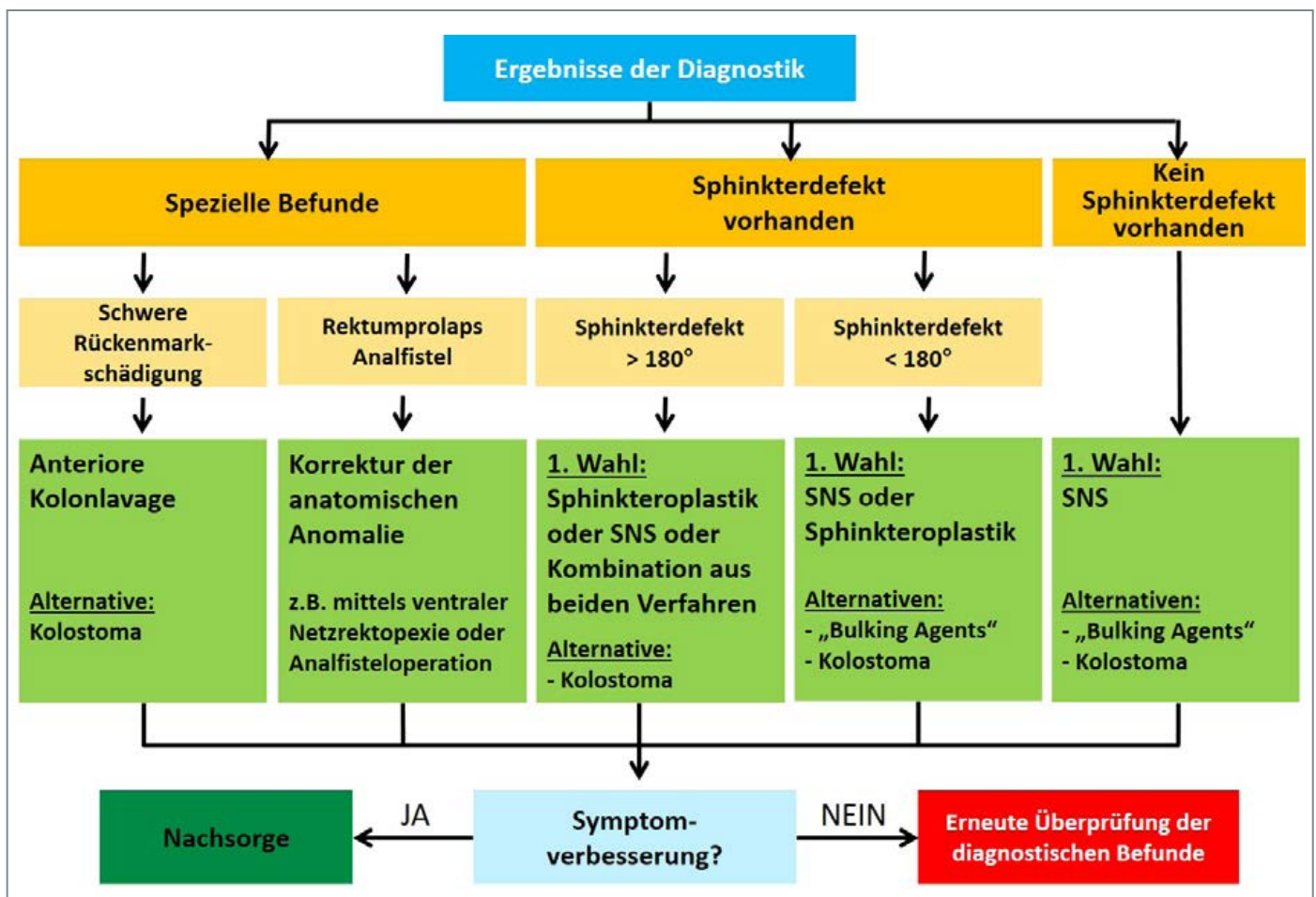


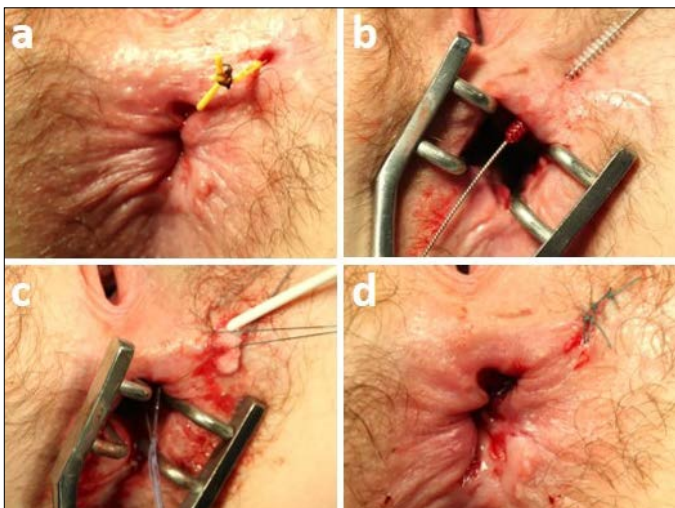
Abb.: Chirurgischer Behandlungsalgorithmus der Stuhlinkontinenz in Anlehnung an die aktuellen Guidelines der International Consultation on Incontinence (ICI) [1]



## Literaturverzeichnis

In den Artikeln „Neueste Entwicklungen in der Stuhlinkontinenzbehandlung“ und „Neue operative Methoden zur Therapie von komplexen Analfisteln bei Morbus Crohn“ finden Sie Ziffern in eckigen Klammern. Dies sind Hinweise auf entsprechende Publikationen in der Fachliteratur. Bei Interesse stellen wir Ihnen gerne eine Liste zur Verfügung. Bitte schreiben Sie uns dazu eine E-Mail an [kontinenzzentrum@uk-erlangen.de](mailto:kontinenzzentrum@uk-erlangen.de).

## Neue operative Methoden zur Therapie von komplexen Analfisteln bei Morbus Crohn



Prozedur der Fisteloperation mit PermacolTM-Kollagenpaste: a) Reizlose, mittels Loop konditionierte Analfistel; b) Deepithelialisierung des Fistelkanals; c) Verschluss der inneren Fistelöffnung und Injektion der PermacolTM-Kollagenpaste; d) Verschluss der Fistelöffnung [3]

Perianale Fisteln stellen ein häufiges Krankheitsbild dar. Unter anderem treten Analfisteln im Rahmen einer Morbus-Crohn-Erkrankung gehäuft auf und sind dann oft komplexe Fisteln mit erhöhtem Rezidivrisiko [1–2].

Zur Behandlung von Analfisteln steht eine Vielzahl an operativen Methoden zur Verfügung. Klassische Operationsmethoden wie die Analfistelspaltung weisen ein geringes Rezidivrisiko auf, bergen allerdings ein immanentes Risiko einer Verletzung von Schließmuskelanteilen mit potenziell folgender Stuhlinkontinenz. Sie sind daher meist einfachen oberflächlichen Analfisteln vorbehalten. Im vergangenen Jahrzehnt wurden neue, weniger invasive „sphinkterschonende“ Methoden mit einem geringeren Risiko für das Auftreten einer postoperativen Stuhlinkontinenz entwickelt, die vor allem bei Vorliegen von komplexen Analfisteln zum Einsatz kommen. Jedoch scheint das Rezidivrisiko dieser Methoden höher als bei der Fistelspaltung zu sein.

Eines dieser neuen sphinkterschonenden Verfahren, das in der Koloproktologie der Chirurgischen Klinik zur Behandlung komplexer Analfisteln zum Einsatz kommt, ist der Fistelverschluss mit PermacolTM, einer sterilen, azellulär vernetzten, dermalen Kollagenmatrix, die als geschmeidige Paste verwendet wird und sich gut an den Fistelkanal anpasst (Abb.). Das Kollagengerüst der PermacolTM-Paste kann eine Matrix bilden, die die Gefäßneubildung und Zellinfiltration beschleunigt und das Remodellieren von Gewebe anregt. Eigene Daten zur Anwendung von PermacolTM zeigen, dass der Fistelverschluss mittels PermacolTM sicher und effektiv ist. Dies gilt auch für die Anwendung bei Patienten mit bekanntem Morbus-Crohn [3].

Gerade weil jedoch Morbus Crohn-assoziierte Analfisteln eine besondere therapeutische Herausforderung darstellen, bestehen anhaltende Bemühungen, die Therapie von Analfisteln bei Morbus

Crohn weiter zu verbessern. Im Rahmen dieser Bestrebungen werden aktuell zwei Studien zur Behandlung von analen Crohnfisteln durchgeführt, an denen auch die Koloproktologie des Universitätsklinikums Erlangen aktiv beteiligt ist: Zum einen stellt der Einsatz von Stammzellen eine Methode mit vielversprechendem Potenzial dar und wird im Rahmen der sogenannten ADMIRE-II-Studie untersucht. Erste Daten zur Stammzelltherapie bei Analfisteln belegen die Effektivität und die Sicherheit dieser Methode und konnten bereits hochrangig publiziert werden [4].

Einen weiteren vielversprechenden Therapieansatz zur Analfistelbehandlung bei Morbus-Crohn-Patienten stellt die lokale Applikation eines humanen monoklonalen IgG-Antikörpers in den Fistelgang dar, der durch die Blockade des IL-36-Signalwegs zu einer hohen Heilungsrate führen kann. Patientenbehandlungen in den genannten Studien sind ab sofort möglich. Wir freuen uns, unseren Patienten diese Möglichkeiten einer Heilung durch die minimalinvasiven Operationsverfahren anbieten zu können.

Bei Interesse ist eine Vorstellung in unserer koloproktologischen Sprechstunde jederzeit möglich (Terminvereinbarung: siehe Impressum).  
*Dr. Maximilian Brunner, Prof. Dr. Klaus E. Matzel*

## Impressum

### Standorte:

#### Chirurgische Klinik, Koloproktologie

Krankenhausstraße 12  
(Chirurgisches Zentrum, Funktionsgebäude)  
91054 Erlangen  
Tel.: 09131 85-33332

#### Frauenklinik

Universitätsstraße 21/23  
91054 Erlangen  
Tel.: 09131 85-33496

#### Urologische und Kinderurologische Klinik

Krankenhausstraße 12  
(Chirurgisches Zentrum, Funktionsgebäude)  
91054 Erlangen  
Tel.: 09131 85-33683

### Geschäftsstelle:

#### Kontinenz- und Beckenbodenzentrum

Krankenhausstraße 12  
91054 Erlangen  
Tel.: 09131 85-42660  
Fax: 09131 85-34851  
[kontinenzzentrum@uk-erlangen.de](mailto:kontinenzzentrum@uk-erlangen.de)

### Sprecher:

Prof. Dr. Matthias W. Beckmann  
Prof. Dr. Klaus E. Matzel  
Prof. Dr. Bernd Wullich

### Herausgeber:

Kontinenz- und Beckenbodenzentrum  
des Universitätsklinikums Erlangen

Gesamtherstellung:  
Universitätsklinikum Erlangen  
Stabsabteilung Kommunikation  
91012 Erlangen

Wenn Sie zukünftig keine Zusendung  
des Newsletters mehr wünschen,  
dann bitten wir um eine kurze  
Rückmeldung an die Geschäftsstelle.

[www.kontinenzzentrum.uk-erlangen.de](http://www.kontinenzzentrum.uk-erlangen.de)