



**Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg**  
**Medizinische Fakultät Mannheim**  
**Dissertations-Kurzfassung**

**Funktionelle Ergebnisse, Lebensqualität und Rezidivhäufigkeit im  
Langzeitverlauf nach laparoskopischer Resektionsrektopexie**

Autor: Dennis Schneider  
Institut / Klinik: Chirurgische Klinik  
Doktorvater: Prof. Dr. P. Kienle

Zur Therapie des Rektumprolaps stehen über 100 Operationsmethoden zur Verfügung. Die häufigste stellt die laparoskopische Resektionsrektopexie dar, welche auch in der Chirurgischen Klinik der Universitätsmedizin Mannheim etabliert ist. Diese retrospektive Studie untersucht den Erfolg dieser Methode im Langzeitverlauf. Zusätzlich wurde analysiert, ob sich aus den intra- und perioperativen Daten Faktoren eruieren lassen, die mit dem Auftreten eines Rezidivs korrelieren. Darüber hinaus wurde mittels SF12®-Fragebogen die individuelle Bewertung der Lebensqualität erfragt. Das funktionelle Langzeitergebnis wurde in der Erfassung des Vorhandenseins einer Outlet-Obstipation durch den modifizierten Outlet-Obstipationsscore nach Herold und einer Inkontinenz gemäß Wexner-Score ermittelt und die einzelnen Gruppen „kein Rezidiv“, „Rezidiv ohne Re-Operation“ und „Rezidiv mit Re-Operation“ untereinander verglichen.

In die Studie gingen 90 Patienten ein, die im Zeitraum zwischen 2001 - 2008 mittels laparoskopischer Resektionsrektopexie behandelt wurden. Die perioperative Morbidität betrug 9% (n=8), die perioperative Mortalität 1,1% (n=1). Von den 83 Frauen und 7 Männern waren zum Untersuchungszeitpunkt 19 (21,1%) verstorben und konnten hinsichtlich der funktionellen Langzeitergebnisse nicht befragt werden. 14 Patienten (15,5%) entwickelten im Langzeitverlauf ein Rezidiv. Die Dauer bis zur Entwicklung des Rezidivs betrug im Median 31 Monate [Spannweite 3-78].

Tatsächlich zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Rezidiv bei mehreren perioperativen Faktoren. So zeigten sich bei der Operationsdauer, der Resekatlänge und in der Dauer bis zum ersten postoperativen Stuhlgang signifikante Unterschiede. Die Operation dauerte bei Patienten, die kein Rezidiv entwickelten länger als bei denen, die ein Rezidiv entwickelten (251.3±63.36 Minuten vs. 213.30±31 Minuten, p=0,03). Die Dauer bis zum ersten Stuhlgang nach der Operation war in der Gruppe ohne Rezidiv kürzer (3.23±1.16 Tage vs. 4.14±2.32 Tage, p=0.0429). Das Resektat war in der Gruppe ohne Rezidiv länger und zeigte in Abhängigkeit des statistischen Verfahrens unterschiedliche Signifikanz. Im t-Test zeigte sich kein signifikanter Unterschied (19.86±6.322 vs. 16.64±4.749, p=0.0837), während die Assoziation in einer logistischen Regression signifikant war (p=0,041).

Das Alter zeigte keinen Einfluss auf die Entwicklung eines Rezidivs. Der Nachbeobachtungszeitraum war bei den Patienten, die ein Rezidiv entwickelten länger (87 Monate [Spannweite 50-105] vs. 59 Monate [Spannweite 4-126], p=0,024).

In der Lebensqualität zeigte sich zwischen den Gruppen untereinander ein signifikanter Unterschied im körperlichen Wohlbefinden. Gegenüber der Normalbevölkerung fühlen sich Patienten sowohl mit als auch ohne Rezidiv in ihrer körperlichen und psychischen Gesundheit beeinträchtigt.

Zum Untersuchungszeitpunkt litten 35,3% der Patienten ohne Rezidiv (n=18) an einer Outlet-Obstipation. Von den 10 Patienten der Gruppe mit Rezidiv hatten 9 Patienten eine Outlet-Obstipation (90%).

Bezüglich der Inkontinenz zeigen sich zwar Unterschiede im Schweregrad zwischen den Gruppen mit und ohne Rezidiv, diese verfehlen aber das Signifikanzniveau.

Die mögliche Beeinflussung durch Resekatlänge, Operationsdauer und Einsetzen der regulären Darmtätigkeit auf die Entwicklung eines Rezidivs wurde bisher in der Literatur nicht beschrieben. Es bedarf daher weiterer Studien, um diese Zusammenhänge zu klären.