

Notfall-Hämorrhoidektomie verglichen mit nicht-operativem Vorgehen bei der Behandlung von thrombosiertem Hämorrhoidalprolaps

Eine prospektive randomisierte Studie

Allan A, Samad AJ, Mellon A, et al. Prospective randomised study of urgent hemorrhoidectomy compared with non-operative treatment in the management of prolapsed thrombosed internal haemorrhoids. *Colorectal Dis* 2006;8:41–5.

Fragestellung und Hintergrund: Ziel dieser Studie war es, das Ergebnis von Notfall-Hämorrhoidektomie mit einer konservativen Behandlung bei thrombosiertem Hämorrhoidalprolaps zu vergleichen.

Patienten und Methodik: Es wurde eine prospektive randomisierte Studie von 50 Patienten mit thrombosiertem Hämorrhoidalprolaps durchgeführt, unter Einbeziehung von klinischen und Ultraschall-Ergebnissen. Verglichen wurden die gesamte Klinikaufenthaltsdauer und das Auftreten von Beschwerden nach sechs und 24 Monaten. Endoanaler Ultraschall wurde durchgeführt, um die Unversehrtheit des analen Sphinkters bei den Patienten zu untersuchen, die sich der Untersuchung zur Verfügung stellten.

Ergebnisse: Die mittlere Dauer des Krankenhausaufenthalts für die konservativ be-

handelte Gruppe war zwei Tage (1 – 9 Tage); dies war signifikant kürzer als für die Gruppe, die mit Notfall-Hämorrhoidektomie behandelt wurde: vier Tage (1 – 12 Tage, $p < 0,01$). Es gab keinen Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen in der Anzahl der Patienten mit Beschwerden nach sechs oder 24 Monaten. Die Notfall-Hämorrhoidektomie war mit einer signifikant höheren Inzidenz eines endosonographisch entdeckten analen Sphinkterschadens bei 18 Patienten assoziiert: 66 vs. 0% ($p = 0,009$).

Schlussfolgerung: Die konservative Behandlung beim thrombosierten Hämorrhoidalprolaps ist, verglichen mit der operativen Behandlung, mit kürzerem Krankenhausaufenthalt der Patienten und geringerem analem Sphinkterschaden assoziiert.

Kommentar

Ziel der Studie war es, die Notfall-Hämorrhoiden-Operation mit der konservativen Therapie bei prolapierten, thrombosierten Hämorrhoiden zu vergleichen. Es wurden zwei Gruppen gebildet, in denen jeweils 25 Patienten eingeschlossen waren. Als Ergebnisse werden beschrieben, dass erstens die

konservativ behandelten Patienten eine signifikant kürzere stationäre Verweildauer hatten als die operierten Patienten; es zweitens keine Unterschiede gab hinsichtlich der analen Symptome nach sechs und 24 Monaten, und drittens eine Operation mit einem signifikant höheren Auftreten eines Sphinkterschadens im Vergleich zur konservativen Therapie verbunden war.

Es handelt sich hier sicherlich um ein klinisch relevantes Thema, welches dem proktologisch tätigen Chirurgen fast täglich begegnet. Aus meiner Sicht wurde die Planung und Durchführung dieser Studie jedoch nicht optimal organisiert. Kritisch anzumerken ist, dass die konservative Therapie zwar quasi mit der Aufnahme beginnt, einige der Patienten, die in der OP-Gruppe waren, jedoch erst nach drei Tagen operiert wurden. Die Operateure hatten offensichtlich einen unterschiedlichen Erfahrungs- und/oder Ausbildungsgrad. Eine Operation auf bestem Niveau sollte hier obligat sein.

Es ist weder ersichtlich, wie die konservative Therapie durchgeführt wurde (lokale, systemische Behandlung, Schmerztherapie), noch was nach sechs und 24 Monaten unter den abgefragten analen Symptomen subsumiert wurde. Es wurden keine Inkontinenz-Scores erwähnt. Der Beobachter, der die Befragung durchführte, war nicht verblindet.

Es ist sicherlich interessant zu erfahren, wie groß der Anteil an Sphinkterdefekten nach einer unter erschwerten Bedingungen durchgeführten Operation ist. 66% Sphinkterdefekte erscheinen jedenfalls hoch und sollten bei adäquater Operation nicht auftreten. Es ist zu hoffen, dass es sich nicht um echte Sphinkterdefekte, sondern lediglich um endosonographische Fehlinterpretationen handelte. Zudem erscheint es sehr fragwürdig, einen Vergleich mit einer Therapie aufzustellen, bei der keine Sphinkterschäden auftreten können und daraus auch noch eine Signifikanz abzuleiten.

Die Nachbeobachtungszeit von sechs und 24 Monaten ist möglicherweise zu kurz. Interessant zu erfahren wäre, wie hoch ist die Anzahl der Rezidive nach drei oder fünf Jahren ist.

Dr. Thorsten Unglaube, Berlin