

# Ambulante Stapler-Hämorrhoidopexie beim hämorrhoidalen Prolaps

Beattie GC, McAdam TK, McIntosh SA, et al. Day case stapled haemorrhoidopexy for prolapsing haemorrhoids. *Colorectal Dis* 2005; 8:56–61.

**Fragestellung und Hintergrund:** Diese Studie berichtet über Erfahrungen mit der ambulanten Stapler-Hämorrhoidopexie. Die konventionelle chirurgische Therapie bei prolapsierenden Hämorrhoiden ist die Exzisionshämorrhoidektomie. Der postoperative Schmerz limitiert die Durchführung dieser Eingriffe als ambulante Operation. Die Anoderm-resezierenden Operationen sind postoperativ mit einer Einschränkung der normalen Aktivität assoziiert. Der Einsatz des zirkulären Staplers (Hämorrhoidopexie) als Alternative zur Exzision bei der Behandlung von Hämorrhoiden ist ein etabliertes Verfahren.

**Patienten und Methodik:** Patienten mit Hämorrhoiden III. und IV. Grades wurden für die Behandlung ausgewählt. Die Patienten für eine ambulante Hämorrhoidopexie wurden entsprechend den konventionellen Parametern ausgewählt. Die Beschwerden wurden mittels eines validierten Symptom-Scores klassifiziert. Die Stapler-Hämorrhoidopexie wurde mit einem zirkulären Stapler durchgeführt. Vor der Entlassung wurden Schmerz-Scores erhoben. Die Patienten wurden stationär aufgenommen, wenn die Schmerzen mit oralen Analgetika nicht zu kontrollieren waren. Die Symptome wurden 6 Wochen postoperativ erneut beurteilt.

**Ergebnisse:** In einem Zeitraum von 70 Monaten wurden konsekutiv 168 Stapler-Hämorrhoidopexien von einem erfahrenen kolorek-

talen Chirurgen durchgeführt oder direkt von diesem überwacht. Anhand konventioneller Parameter wurden 110 Patienten (65%) für einen ambulanten Eingriff ausgewählt. Davon wurden 96 Patienten (87,3%) auf ambulanter Basis mit einer Stapler-Hämorrhoidopexie therapiert. Bei 14 Patienten (12,7%) war eine stationäre Aufnahme am Operationstag erforderlich (n = 5 aufgrund postoperativer Blutungen, n = 4 wegen Schmerzen, die eine kontinuierliche Opiatanalgesie erforderten, n = 2 bei Harnverhalt und n = 3 wegen erst spät am Tag erfolgter Operation). Sechs Patienten (5%) wurden postoperativ erneut stationär aufgenommen: n = 4 zur Schmerztherapie und n = 2 wegen eines Harnverhaltes. Von den ambulanten Patienten waren zur Zeit der Auswertung 91 (82,7%) nach 6 Wochen bzw. 56 (50,9%) nach 6 Monaten nachuntersucht worden. Die Bewertung der Beschwerden erfolgte durch die Symptom-Scores, sie lagen bei 6 (präoperativ) vs. 0 (postoperativ) ( $p < 0,01$ ). 6 Wochen nach der Hämorrhoidopexie waren 76 von 91 Patienten (83,5%) beschwerdefrei.

**Schlussfolgerung:** Die Stapler-Hämorrhoidopexie ist eine sichere und effektive Behandlungsmethode, die man an ausgewählten Patienten auch als ambulanten Eingriff vornehmen kann. Die Komplikationen sind denen einer Exzisionshämorrhoidektomie vergleichbar.

## Kommentar

Beattie et al. berichten in ihrer Arbeit über Erfahrungen mit der ambulante

durchgeführten Hämorrhoidopexie. Über einen Zeitraum von 70 Monaten wurden 168 Patienten mit dritt- und viertgradigem Hämorrhoidalleiden in

der chirurgischen Abteilung, in der die Autoren praktizieren, für eine operative Therapie evaluiert. Davon wurden – entsprechend einer nationalen englischen Empfehlung für ambulante Hämorrhoidopexien – 110 Patienten (65%) als geeignet eingestuft, wovon dann letztendlich 96 Patienten (87%) ambulant operiert wurden.

Die postoperative Kontrolle erfolgte nach 6 Wochen sowie 6 Monaten. Die Patientenzufriedenheit wurde mittels eines Fragebogens über die Beschwerden vor und nach der Operation erfasst. Die Komplikationsrate dieser Serie ist vergleichbar mit derjenigen konventioneller Hämorrhoidektomie-Verfahren. Basierend auf der Patientenzufriedenheit bzw. der Komplikationsrate bewerten somit die Autoren die ambulante Hämorrhoidopexie als sicheres und effektives Verfahren.

Einige Punkte sind in der Analyse der publizierten Daten kritisch zu bemerken. Die Zahl der Patienten, die für eine operative Therapie zugewiesen wurden, liegt bei durchschnittlich 29 pro Jahr, so dass es sich nicht um eine Institution mit koloproktologischem Schwerpunkt handeln kann. In der Arbeit wird ferner deutlich, dass das operative Spektrum auf die Hämorrhoidopexie limitiert ist, da der ausführende oder assistierende Facharzt seit mehr als 5 Jahren keine Hämorrhoidektomie (i.e.S. nach Milligan-Morgan) mehr durchgeführt hat.

Die erste klinische Befundkontrolle erst nach 6 Wochen erscheint gewagt. Die klinische Erfahrung zeigt, dass verfahrenstypische Komplikationen in der Regel frühzeitig meist komplikationslos, zu einem späteren Zeitpunkt jedoch nur noch mit deutlich mehr Aufwand bzw. Schwierigkeiten korrigiert werden

können. Ferner bleibt die Bewertung der Patientenzufriedenheit unklar. Es ist unstrittig, dass ein Fragebogen, den die Patienten im Dialog mit einem ärztlichen Mitarbeiter oder gar dem Operateur ausgefüllt haben, zu anderen Ergebnissen führt, als wenn dieser anonym zu Hause beantwortet wird.

Die Autoren erwähnen, dass auf vorbereitende, präoperative Maßnahmen verzichtet wurde. Persönlich halte ich generell für proktologische Operationen im Analkanal bzw. oral davon, speziell jedoch für die Hämorrhoidopexie, eine Vorbereitung durch ein Klyisma für unverzichtbar.

**Fazit:** Die Arbeitsgruppe um Beattie bestätigt die Vorteile der Hämorrhoidopexie gegenüber anderen Verfahren, die mit Anodermexzisionen einhergehen. Konsens besteht darüber, dass die Stapler-Methode sicherlich in weniger postoperativen Schmerzen resultiert, da die Operation oberhalb der Nozizeptoren-tragenden Mukosa bzw. des Anoderms ausgeführt wird. Vermutlich ist dies – wie von den Autoren ausgeführt – der Grund dafür, dass die Hämorrhoidopexie immer wieder für ein selektioniertes Patientengut als ambulante Operation empfohlen wird. Die vorliegende Studie ist als Erfahrungsbericht interessant, liefert jedoch keine neuen Erkenntnisse zur Frage der ambulant durchzuführenden Hämorrhoidopexien.

Trotz der dokumentierten, teils vital bedrohlichen Komplikationen nach Hämorrhoidopexie ist dieses Verfahren in der Hand des Erfahrenen in einzelnen Fällen und in Abhängigkeit vom proktologischen Befund ambulant oder tagestationär durchführbar. Jedoch sollte das Indikationsspektrum für ambulante Operationen auch und gerade ange-

sichts knapper werdender finanzieller Ressourcen im Gesundheitssystem nicht überstrapaziert werden, insbesondere im Vergleich mit risikoärmeren ambulant durchzuführenden proktologischen Operationen [1–7].

### Literatur

1. Mlakar B, Kosorok P. Complications and results after stapled haemorrhoidpexy as a day surgical procedure. *Tech Coloproctol* 2003;7:164–8.
2. MacRae HM, McLeod R. Comparison of hemorrhoidal treatment modalities: a meta-analysis. *Dis Colon Rectum* 1995;38:687–94.
3. Cheetham MJ, Mortensen NJM, Nystrom PO, Kamm MA, Phillips RKS. Persistent pain and faecal urgency after stapled haemorrhoidectomy. *Lancet* 2000;356:730–3.
4. Esser S, Khubchandani I, Rakhmanine M. Stapled hemorrhoidectomy with local anesthesia can be performed safely and cost-efficiently. *Dis Colon Rectum* 2004;47:1164–9.
5. Hunt L, Luck AJ, Rudkin G, Hewett PJ. Day-case haemorrhoidectomy. *Br J Surg* 1999;86:225–58.
6. Nisar PJ, Acheson AG, Neal KR, Scholefield JH. Stapled hemorrhoidopexy compared with conventional hemorrhoidectomy: systematic review of randomized, controlled trials. *Dis Colon Rectum* 2004;47:1837–45.
7. Corman ML, Gravié JF, Hager T, Loudon, Mascagni D, Nyström PO, Seow-Choen F, Abcarian H, Marcello P, Weiss E, Longo A. Stapled haemorrhoidopexy: a consensus position paper by an international working party – indications, contra-indications and technique. *Colorectal Disease* 2003;5:304–10.

*Dr. Alex Furtwängler, Freiburg i.Br.*