

gegenüber einer Behandlung mit 2%iger DTC besteht.

Diese Arbeit aus Großbritannien ist umso erstaunlicher, als bereits im ersten Satz der Einleitung betont wird, die laterale Sphinkterotomie sei der „Goldstandard“ in der Behandlung der CAF. Dies steht im krassen Gegensatz zu der besonders im deutschen Sprachgebiet gängigen Praxis, bei der chronischen, konservativ therapieresistenten Analfissur eine reine Fissurektomie ohne Verletzung des internen Schließmuskels durchzuführen. Insbesondere die Arbeit von Hasse et al. [3] aus dem Jahr 2004 hat hier an über 200 Patienten aufzeigen können, dass die Inkontinenzrate nach lateraler Sphinkterotomie weit über der einer gesunden Vergleichsgruppe lag. So gesehen

stellt die kommentierte Arbeit eine vielversprechende Annäherung der Methodik im englischsprachigen Raum an die hierzulande bevorzugte Technik dar. In dem Artikel wird jedoch zu Recht betont, dass keinerlei kontrollierte Studien neueren Datums zum Outcome der reinen Fissurektomie ohne Sphinkterotomie existieren – ein Manko, das seit Jahren auch in den deutschen Fachgesellschaften diskutiert wird. Die Autoren schließen folgerichtig, dass der nächste Schritt eine kontrollierte Langzeitstudie mit einem dritten Arm sein sollte, in dem die reine Fissurektomie gegen die Fissurektomie mit folgender medikamentöser Sphinkterotomie verglichen werden muss. Interessant wird sein, ob durch die Ergebnisse dieser und der evtl. folgenden Arbeiten tatsäch-

lich ein Paradigmenwechsel im englischsprachigen Raum zur operativen Therapie der CAF mit Angleichung an das Vorgehen hierzulande erfolgen wird.

Korrespondenzadresse

Dr. G. Kolbert
edh - End- und Dickdarmzentrum Hannover
Hildesheimer Str. 6, 30169 Hannover
g.kolbert@edh.de

Literatur

1. Jost WH, Schimrigk K (1993) Use of botulinum toxin in anal fissure. *Dis Colon Rectum* 36:974
2. Jost WH, Schimrigk K (1995) Botulinum toxin in therapy of anal fissure. *Lancet* 345:188–189
3. Hasse C, Brune M, Bachmann S et al (2004) Laterale, partielle Sphinkteromyotomie zur Therapie der chronischen Analfissur. *Chirurg* 75:160–167

coloproctology 2010 · 32:188–189
DOI 10.1007/s00053-010-0100-0
Online publiziert: 12. Mai 2010
© Urban & Vogel 2010

A. Furtwängler
Praxisklinik 2000, Freiburg i. Br.

Langzeitergebnisse nach Gummibandligatur bei Hämorrhoiden

Für Sie gelesen:

Forlini A, Manzelli A, Quaresima S et al (2009) Long-term result after rubber band ligation for haemorrhoids. *Int J Colorectal Dis* 24:1007–1010

Fragestellung und Hintergrund. Diese Arbeit analysiert retrospektiv die Kurz- und Langzeitergebnisse einer monozentrischen Patientenserie nach Gummibandligaturen als etablierte, ambulant durchzuführende Methode zur Behandlung eines Hämorrhoidalleidens.

Patienten und Methodik. Zwischen 1982 und 1989 wurden 206 konsekutive Patienten wegen eines Hämorrhoidalleidens 2.

und 3. Grades mit Gummibandligaturen behandelt. Dabei wurden zwei oder drei Hämorrhoidalknoten in einer Sitzung ligiert. Alle Patienten wurden nach 1 Monat und 1 Jahr systematisch nachuntersucht. Nach 10 bzw. 17 Jahren wurden alle Patienten telefonisch kontaktiert, um den Verlauf zu kontrollieren.

Ergebnisse. Die Kurzzeitbeobachtung nach 1 Monat und 1 Jahr zeigte, dass 46% der Patienten 24 h nach dem Eingriff moderate anale Schmerzen verspürten; 2 Patienten (1%) wurden wegen starker Schmerzen stationär versorgt und innerhalb weniger Tage einer Hämorrhoidektomie zugeführt. Nur 2,4% der Patienten hatten

nach 1 Woche rektale Blutungen, bei 20% der Patienten erfolgte nach 1 Monat eine zweite Ligatur.

Bei der Nachuntersuchung nach 1 Jahr berichteten 90% der Patienten mit Hämorrhoiden 2. Grades und 75% der Patienten mit Hämorrhoiden 3. Grades über keine Restsymptome. Bei der telefonischen Langzeitkontrolle nach 10 und 17 Jahren konnten die Ergebnisse von 138 Patienten (67%) ausgewertet werden. Aus diesem Kollektiv war eine Gruppe von 69% asymptotisch, 28% der Patienten wiesen Restsymptome auf, und bei 3% war eine weitere Operation notwendig.

Schlussfolgerung. Die Gummibandligatur ist eine sichere und effektive Behandlung bei Hämorrhoiden 2. und 3. Grades. In dieser Studie zeigten sich auch in der Langzeitkontrolle gute Ergebnisse bei den entsprechenden Stadien eines Hämorrhoidalleidens.

Kommentar

Die Autoren berichten über ihre Ergebnisse nach Gummibandligaturen bei einem Hämorrhoidalleiden 2. und 3. Grades, die zwischen 1982 und 1989 in einer allgemein chirurgischen Abteilung an einer Universitätsklinik in Rom, Italien, durchgeführt wurden. Bei genauer Durchsicht der Arbeit finden sich einige Auffälligkeiten, von denen hier nur einige angedeutet werden und für den proktologisch Interessierten nach Ansicht des Referenten keines detaillierten Kommentars bedürfen:

- Eine effiziente und kausale medikamentöse Therapie bei Hämorrhoiden 2. und 3. Grades ist dem Referenten nicht bekannt.
- Die Infrarotkoagulation bzw. Kryotherapie bei Hämorrhoiden ist entsprechend den Empfehlungen der britischen, amerikanischen und deutschen Fachgesellschaften für Hämorrhoiden 2. und 3. Grades nur noch sehr eingeschränkt anzuwenden bzw. nicht mehr zu empfehlen.
- Die Behandlungsfrequenz der Autoren lag im dargelegten Zeitraum bei 30 Patienten mit Hämorrhoidalleiden pro Jahr.
- Es wurden zwei bzw. drei Gummibandligaturen pro Sitzung durchgeführt. Um Komplikationen zu vermeiden, wurden diese zwischen 0,5 und 2,5 cm (!) kranial der Linea dentata platziert.
- Die gewählte Klassifikation des Hämorrhoidalleidens ist nicht genannt. Gleichmaßen wird die statistische Aufarbeitung nicht dargelegt.
- In 46% der Fälle verspürten die Patienten „milde bis moderate Schmerzen“ innerhalb der ersten 48 h nach der Behandlung, die dann mit Paracetamol (ohne antiinflammatorisches Wirkungsprofil) bzw. Sitzbädern behandelt wurden. Nahezu alle Pati-

enten gaben während der ersten 24 h nach Gummibandligaturen krampfartige Beschwerden („rectal tenesmus“) an.

Die publizierten Ergebnisse (Beschwerdefreiheit) liegen im ersten Nachbeobachtungszeitraum nach 1 Jahr für Patienten mit Hämorrhoiden 2. Grades bei 90% bzw. für Patienten mit Hämorrhoidalleiden 3. Grades bei 75% und gleichen den veröffentlichten Behandlungserfolgen anderer Autoren nach Gummibandligaturen bei entsprechenden Stadien eines Hämorrhoidalleidens. Eine Unterscheidung der Langzeitergebnisse nach 10 bzw. 17 Jahren wird nicht dargelegt, zusammenge-

fasst wird bei 69% der Patienten (n=138) über Beschwerdefreiheit und bei 37% über Residualsymptome ohne Behandlungswunsch berichtet.

Ein Vergleich dieser retrospektiven, monozentrischen Studie mit den publizierten Ergebnissen anderer Autoren ist nur eingeschränkt möglich, da sich im Studiendesign, im Methodenteil und in der Darstellung der Ergebnisse deutliche Defizite offenbaren.

Korrespondenzadresse

Dr. A. Furtwängler

Praxisklinik 2000

Wirthstr. 11A, 79110 Freiburg i. Br.

afurtwangler@hotmail.com

coloproctology 2010 · 32:189–190 · DOI 10.1007/s00053-010-0102-y

Online publiziert: 6. Mai 2010 · © Urban & Vogel 2010

S. Petersen

Asklepios Klinik Altona, Hamburg

Exzision und Marsupialisation im Vergleich zu Rhomboidexzision mit Limberg-Plastik beim Sinus pilonidalis

Eine prospektive, randomisierte klinische Studie

Für Sie gelesen:

Karakayali F, Karagulle E, Karabulut Z et al (2009) Unroofing and marsupialization vs. rhomboid excision and limberg flap in pilonidal disease: a prospective, randomized, clinical trial. *Dis Colon Rectum* 52:496–502

Fragestellung und Hintergrund. Ziel dieser Studie war ein Vergleich der kli-

nischen Ergebnisse und der Lebensqualität bei Patienten, die wegen Sinus pilonidalis unter Einsatz folgender Methoden operiert wurden: Exzision und Marsupialisation (UM) oder Rhomboidexzision mit Limberg-Plastik (RELPL).

Patienten und Methodik. Es wurden 140 konsekutive Patienten mit Sinus pi-