

Korrespondenzadresse

Dr. A. Ommer

Klinik für Chirurgie und Zentrum für Minimal Invasive Chirurgie, Kliniken Essen-Mitte, Evangelische HuysSENS-Stiftung
Henricistr. 92, 45134 Essen
a.ommer@kliniken-essen-mitte.de

Literatur

1. Boccasanta P, Venturi M, Calabro G et al (2001) Which surgical approach for rectocele? A multicentric report from Italian coloproctologists. *Tech Coloproctol* 5:149–156
2. Dodi G, Pietroletti R, Milito G et al (2003) Bleeding, incontinence, pain and constipation after STARR transanal double stapling rectotomy for obstructed defecation. *Tech Coloproctol* 7:148–153
3. Gagliardi G, Pescatori M, Altomare DF et al (2008) Results, outcome predictors and complications after stapled transanal rectal resection for obstructed defecation. *Dis Colon Rectum* 51:186–195; discussion 195
4. Jayne DG, Schwandner O, Stuto A (2009) Stapled transanal rectal resection for obstructed defecation syndrome: one-year results of the European STARR Registry. *Dis Colon Rectum* 52:1205–1212; discussion 1212–1214
5. Lehur PA, Stuto A, Fantoli M et al (2008) Outcomes of stapled transanal rectal resection vs. biofeedback for the treatment of outlet obstruction associated with rectal intussusception and rectocele: a multicenter, randomized, controlled trial. *Dis Colon Rectum* 51:1611–1618
6. Ommer A, Albrecht K, Wenger F, Walz MK (2006) Stapled transanal rectal resection (STARR): a new option in the treatment of obstructive defecation syndrome. *Langenbecks Arch Surg* 391:32–37
7. Ommer A, Köhler A, Athanasiadis S (1998) Ergebnisse der transperinealen Levatorplastik bei der Behandlung der symptomatischen Rectocele. *Chirurg* 69:966–972
8. Ommer A, Köhler A, Athanasiadis S (1998) Funktionsdiagnostik des Anorektums und des Beckenbodens. *Dtsch Med Wochenschr* 123:537–544
9. Orrom WJ, Bartolo DC, Miller R (1991) Rectopexy is an ineffective treatment for obstructed defecation. *Dis Colon Rectum* 34:41–46
10. Sand PK, Koduri S, Lobel RW (2001) Prospective randomized trial of polyglactin 910 mesh to prevent recurrence of cystoceles and rectoceles. *Am J Obstet Gynecol* 184:1357–1362; discussion 1362–1364
11. Schwandner T, Roblick MH, Hecker A et al (2009) Transvaginal rectal repair: a new treatment option for symptomatic rectocele? *Int J Colorectal Dis* 24:1429–1434

coloproctology 2010 · 32:141–142
DOI 10.1007/s00053-010-0078-7
Online publiziert: 28. März 2010
© Urban & Vogel 2010

J.-U. Bock

Proktologische Praxis Kiel, Park-Klinik, Kiel

Randomisierte, kontrollierte Studie zum Vergleich von Nahtligatur mit Radiofrequenzablation und Nahtligatur bei symptomatischen Hämorrhoiden 3. Grads

Für Sie gelesen:

Gupta P, Heda P, Kalaskar S (2009) Randomized controlled study between suture ligation and radio wave ablation and suture ligation of grade III symptomatic hemorrhoidal disease. *Colorectal Dis* 24:456–460

Fragestellung und Hintergrund. Die Nahtligatur ist eine einfache Methode zur Behandlung von Hämorrhoiden. Die vorliegende Studie bestimmt die Zweckmäßigkeit einer Nahtligatur bei drittgradigen Hämorrhoiden und vergleicht sie daraufhin mit der Methode des Autors, einer mit Hämorrhoidenablation durch Radiofrequenz gekoppelten Nahtligatur.

Patienten und Methodik. Es wurden 124 konsekutive Patienten mit einer Operation erfordernden Hämorrhoiden 3. Grads in zwei Gruppen randomisiert. Die Hälfte von ihnen wurde mit einer Nahtligatur behandelt, bei der anderen Hälfte wurde eine Radiofrequenzablation der Hämorrhoiden mit einem Ellman-Radiofrequenzgenerator, gefolgt von einer Nahtligatur, durchgeführt. Ein geblinder Beobachter evaluierte die postoperativen Schmerzscore, die Menge der verabreichten Analgetika sowie die aufgetretenen Komplikationen. Er beurteilte auch die Rezidive der Hämorrhoiden nach 1 Jahr.

Ergebnisse. Der postoperative Schmerzscore war in der Nahtligaturgruppe signifikant höher ($3,4 \pm 0,2$ vs. $2,2 \pm 0,1$; $p < 0,005$). Die mittlere Gesamtdosis von Analgetika und die Dauer der Schmerztherapie mit Analgetika waren in der Nahtligaturgruppe höher und länger als in der Radiofrequenzgruppe (29 ± 4 vs. 23 ± 3 Tabletten bzw. 15 ± 3 Tage vs. 12 ± 4 Tage; $p < 0,001$). Komplikationen wurden in der Radiofrequenzgruppe häufiger beobachtet (22% vs. 18%). Das Auftreten von Rezidive war bei der Nachuntersuchung nach 1 Jahr in der Nahtligaturgruppe signifikant erhöht (5 Patienten vs. 1 Patient; $p < 0,05$).

Schlussfolgerung. Die Nahtligatur von Hämorrhoiden ist eine einfache, kosteneffektive und geeignete Methode zur Behandlung drittgradiger Hämorrhoiden. Die Effektivität und das postoperative Befinden werden positiv beeinflusst, wenn die Hämorrhoiden vor der Naht mit Radiofrequenz zerstört werden.

Kommentar

Die Therapie des Hämorrhoidalleidens ist in Deutschland mehr oder weniger standardisiert: Neben Umstellung von Ernährung, ausreichender Flüssigkeitszufuhr und Normalisierung der Stuhlgangsgewohnheiten werden Hämorrhoiden 1.° Grads konservativ mit Salben oder Analtamppons und erforderlichenfalls Sklerosierung, Hämorrhoiden 2. Grads neben den zuvor erwähnten Maßnahmen primär mit einer Gummiligatur nach Barron und Hämorrhoiden 3. Grads oder der fixierte Analprolaps (Hämorrhoiden 4. Grads) operativ behandelt. Bei einem segmentären Prolaps kommen die resezierenden Verfahren nach Milligan-Morgan oder Ferguson, bei ausgedehntem Befund plastische Methoden wie die Operationen nach Parks oder Fansler-Arnold sowie ihre Modifikationen infrage. Beim zirkulär prolabierenden Hämorrhoidalprolaps wird zunehmend die Operation mit dem Klammernahtgerät favorisiert. Der fixierte Analprolaps muss plastisch rekonstruiert werden [1].

Als Alternative zu den resezierenden Verfahren stehen die von Morinaga et al. unter Zuhilfenahme eines Doppler-Geräts inaugurierte Hämorrhoidalarterienligatur (HAL) oder die HAL mit „rectoanal repair“ (RAR), d. h. die Ligatur der Hämorrhoidalarterien mit zusätzlicher Raffung des Hämorrhoidalgewebes zur Verfügung. Modifikationen sind die THD („transanal hemorrhoidal dearterialization“) und die DGHL („Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation“) [2]. Diese Verfahren werden bei Erfolgsraten zwischen 61% (eigene Ergebnisse nach 1 Jahr) und 96% durchaus kontrovers diskutiert, wobei echte Langzeitergebnisse noch ausstehen. Die Ursache könnte in der Gefäßversorgung der Hämorrhoidalpolster liegen: Neue Untersuchungen haben gezeigt, diese nicht nur über die „großen“ Hämor-

rhoidalarterien als terminale Äste der Arteria rectalis superior an ihren „typischen“ Lokalisationsstellen erfolgt, sondern auch über weitere, teilweise kaudal der „großen“ Gefäße gelegene Verzweigungen [3, 4, 5] „Conclusion: The distal rectum is supplied by the superior rectal artery. The supplying arteries of the corpus cavernosum recti are not confined to the strict locations described in the literature. This finding is of importance in surgical treatment of hemorrhoidal disease“ [6].

Das hier angewandte Operationsverfahren („Hämorrhoidenligatur“ mittels Durchstichligaturen nach vorheriger Exposition der prolabierenden Knoten mittels Arterienklemmen) ist nicht neu [7, 8, 9]. Die vor der Naht (nach Exposition der Knoten) durchgeführte Elektrokoagulation kann durchaus auch kleinere, kaudal gelegene Gefäße verschließen und zusammen mit der fortlaufenden Naht – wobei kein Doppler zur Gefäßlokalisation eingesetzt wird – durch die nachfolgende Narbenbildung das Langzeitergebnis verbessern. Das postoperative Ergebnis nach 12 Monaten zeigt zumindest, dass auf die Nutzung eines Dopplers bei vergleichbaren Resultaten verzichtet werden kann!

Schwierig erscheint dem Referenten, die Eindringtiefe und das Ausmaß der Elektrokoagulation zu bestimmen und zu standardisieren [Zitat aus der Arbeit: „The output power intensity of the radiofrequency generator was so adjusted as to produce shrinkage of the tissues without creating a char. The gradual change of hemorrhoidal mass to a dusky white color (blanching) indicated satisfactory ablation.“].

Zudem gibt es kein Präparat, sodass pathologische Befunde durchaus übersehen werden können, wenn sie makroskopisch als benigne imponieren. Auch Ergebnisse histologischer Untersuchungen, welche die Eindringtiefe der Fulguration und den Verlauf der Narbenbildung zeigen, wären ebenso wünschenswert wie Berichte über das Behandlungsergebnis bei einem zirkulären Analprolaps (narbige Stenose?).

Korrespondenzadresse

Dr. J.-U. Bock

Proktologische Praxis Kiel, Park-Klinik
Beselerallee 67, 24105 Kiel
drjubo@aol.com

Literatur

1. Herold A (2008) Stage-adjusted treatment for hemorrhoidal disease. *Chirurg* 79:418–429
2. Morinaga K, Hasuda, Ikeda T (1995) A novel therapy for internal hemorrhoids: ligation of the hemorrhoidal artery with a newly devised instrument (Moricorn) in conjunction with a Doppler flowmeter. *Am J Gastroenterol* 90:610–613
3. Aigner F, Bodner G, Conrad F et al (2004) The superior rectal artery and its branching pattern with regard to its clinical influence on ligation techniques for internal hemorrhoids. *Am J Surg* 187:102–108
4. Aigner F, Bodner G, Gruber H et al (2006) The vascular nature of hemorrhoids. *J Gastrointest Surg* 10:1044–1050
5. Aigner F, Gruber H, Conrad F et al (2009) Revised morphology and hemodynamics of the anorectal vascular plexus: impact on the course of hemorrhoidal disease. *Int J Colorectal Dis* 24:105–113
6. Schuurmann JP, Go PM, Bleys RLAW (2009) Anatomical branches of the superior rectal artery in the distal rectum. *Colorectal Dis* 11:967–71
7. Farag AE (1978) Pile suture: a new technique for the treatment of haemorrhoids. *Br J Surg* 65:293–295
8. Awojobi OA (1983) Modified pile suture in the outpatient treatment of hemorrhoids. A preliminary report. *Dis Colon Rectum* 26:95–97
9. Hussein AM (2001) Ligation-anopexy for treatment of advanced hemorrhoidal disease. *Dis Colon Rectum* 44:1887–1890