

spezifischen Entzündung der Proktodealdrüsen ausgehen [1, 2]. Nach einer häufig klinisch inapparenten Infektion der Drüsen im Sinne eines Primärabszesses bilden sich Fisteln entlang anatomisch vorgegebener Spalträume aus. Ein sich im Fistelverlauf ausbildender Sekundärabszess stellt den eigentlichen Perianalabszess dar, der sich spontan nicht mehr zurückbilden kann [3].

Die Idee die Hamadani et al. aufzugreifen ist nicht neu: Bereits vor mehreren Dekaden konnte gezeigt werden, dass die alleinige Inzision und Drainage von Perianalabszessen in bis zu 66% der Fälle eine klinische Manifestation von Analfisteln zur Folge hat [4]. Die aktuelle Studie belegt immerhin eine Wahrscheinlichkeit von 36,5%, dass sich eine klinisch symptomatische Fistel oder eine anale Entzündung nach Abszessinzision und -drainage ausbildet. Leider werden die Lokalisationen der Abszesse und die Fistelverläufe nicht genau spezifiziert. Überraschend ist, dass Patienten mit sekundären Immundefiziten, wie HIV-Infektion oder Diabetes mellitus, oder solche unter Exposition exogener Noxen, wie Nikotin, kein erhöhtes Risiko aufweisen, im Verlauf nach Abszessinzision von Fisteln betroffen zu sein [5, 6]. Mehr noch, Nichtdiabetiker sollen sogar ein 2,69fach höheres Risiko einer Chronifizierung der analen Infektion besitzen. Eine mögliche Erklärung hierfür bleiben uns die Autoren jedoch schuldig.

Was ist der didaktische Nutzen der Studie? Die Studie bestätigt lediglich mit 71% die bekannte 2- bis 4fach höhere Inzidenz von Perianalabszessen beim Mann [4, 7, 8]. Irrelevant für das weitere klinische Vorgehen ist jedoch, welchen Geschlechts und Alters der betroffene Patient ist, ob er Diabetiker oder HIV-infiziert ist oder ob er raucht, wie es in der Studie untersucht wurde. Die hohe Zahl symptomatischer Fisteln und chronischer Entzündungen im Analbereich untermauert, dass eine alleinige Abszessinzision ohne umgehende Fistelsuche und -therapie nicht Standard sein sollte. Ein vermeidbares Warten auf die Fistelmanifestation ist riskant und somit obsolet, da sich bereits während der Abszessinzision bei mindestens einem Drittel der Patienten ein Fistelostium identifizieren lässt [8]. Dies erlaubt bei distalen Fisteln, die nur wenig oder keine Sphinktermasse umgreifen, eine simultane, definitive opera-

tive Therapie, die die Rezidivwahrscheinlichkeit um bis zu 83% zu senken vermag [9, 10]. Alle anderen Fisteln, deren Spaltung eine Gefahr für die Kontinenz darstellen würde, sollten mit Faden oder Gummi-loop markiert und einer Fistelverschlusstechnik (z. B. Verschiebelappenplastik, Sphinkterrekonstruktion, Plug etc.) nach Wundkonsolidierung zugeführt werden. Die in der Studie identifizierten Risikofaktoren sind zwar wissenschaftlich interessant, sollten aber niemanden zur Missachtung dieses adäquaten Algorithmus zur Abszess- und Fistelbehandlung verleiten.

Korrespondenzadresse

PD Dr. R. Proßt
Proktologisches Institut Stuttgart
Esslinger Str. 40, 70182 Stuttgart
ruediger@prosst.de

Literatur

1. Stelzner F (1980) Fisteln und Abszesse. Langenbecks Arch Chir 352:379–382

coloproctology 2010 · 32:193–194 · DOI 10.1007/s00053-010-0092-9
Online publiziert: 2. April 2010 · © Urban & Vogel 2010

F. Raulf

End- und Dickdarmzentrum Münster, Münster

Neuer Ansatz bei großem Hämorrhoidalprolaps

Die doppelte Staplerhämorrhoidopexie

Für Sie gelesen:

Naldini G, Martellucci J, Talento P et al (2009) New approach to large haemorrhoidal prolapse: double stapled haemorrhoidopexy. Int J Colorectal Dis 24:1383–1387

Fragestellung und Hintergrund. Ziel dieser Studie war nachzuweisen, ob der Einsatz einer Variante der Staplerhämorrhoidopexie, die aus einer doppel-

2. Strittmatter B (2004) Analfisteln und Abszesse. Wien Med Wochenschr 154:65–68
3. Stelzner F (1959) Die anorektalen Fisteln. Springer, Berlin Heidelberg New York
4. Scoma JA, Salvati EP, Rubin RJ (1974) Incidence of fistulas subsequent to anal abscesses. Dis Colon Rectum 17:357–359
5. Johnston SL (2008) Clinical immunology review series: an approach to the patient with recurrent superficial abscesses. Clin Exp Immunol 152:397–405
6. Muñoz-Villasamil J, Sands L, Hellinger M (2001) Management of perianal sepsis in immunosuppressed patients. Am Surg 67:484–486
7. McElwain JW, MacLean MD, Alexander RM et al (1975) Anorectal problems: experience with primary fistulectomy for anorectal abscess, a report of 1,000 cases. Dis Colon Rectum 18:646–649
8. Ramanujam PS, Prasad ML, Abcarian H, Tan AB (1984) Perianal abscesses and fistulas. A study of 1023 patients. Dis Colon Rectum 27:593–597
9. Heitland W (2008) Fisteln und Fissuren. Chirurg 79:430–438
10. Quah HM, Tang CL, Eu KW et al (2006) Meta-analysis of randomized clinical trials comparing drainage alone vs primary sphincter-cutting procedures for anorectal abscess-fistula. Int J Colorectal Dis 21:602–609

ten Staplerhämorrhoidopexie (DSH) besteht, es ermöglicht, bei großem Hämorrhoidalprolaps (unabhängig von der Graduierung) und bei Patienten ohne Entleerungsstörungen den Prozentsatz von Misserfolgen und Rezidiven zu reduzieren und einen objektiven intraoperativen Parameter zu standardisieren, der den internen Prolaps quantifiziert und dann als Orientierungshilfe zur Bestimmung der

anzuwendenden Behandlungsmethode dienen kann.

Patienten und Methodik. Zwischen Juni 2003 und Juni 2004 wurden 353 Patienten wegen eines Hämorrhoidalprolapses behandelt. Die Patienten, die an einem großen, mehr als die halbe Länge des zirkulären analen Dilatators [CAD („circular anal dilator“)] umfassenden Hämorrhoidalprolaps litten, wurden intraoperativ für eine DSH ausgewählt.

Ergebnisse. Dreiundachtzig Patienten (23,5%) unterzogen sich einer DSH. Die Schweregrad der großen Hämorrhoidalprolaps, die intraoperativ für eine DSH ausgewählt wurden, wurde wie folgt unterteilt: 7,2% Grad 2, 24% Grad 3 und 68,6% Grad 4. Die Nachbeobachtungsdauer betrug 48 Monate. In 3 Fällen (3,6%) handelte es sich um einen persistierenden Hämorrhoidalprolaps und in 5 Fällen (6%) um ein Rezidiv. Folgende Komplikationen wurden verzeichnet: imperativer Stuhldrang nach <3 Monaten (7,2%), Revisionen wegen Blutungen (2,4%) und spontane Drainage eines anterioren Hämatoms (1,2%). Die Ergebnisse der 270 Patienten (38 Hämorrhoidalprolaps Grad 2, 159 Grad 3 und 130 Grad 4), die mit der Standardmethode wegen Prolaps und Hämorrhoiden (PPH) behandelt wurden, zeigten in 9 Fällen (3,3%) Persistenz und in 12 Fällen (4,44%) ein Rezidiv. Folgende Komplikationen wurden verzeichnet: imperativer Stuhldrang nach <3 Monaten (6,6%), Revisionen wegen Blutungen (2,5%) und spontane Drainage eines anterioren Hämatoms (0,7%).

Schlussfolgerung. Das intraoperative Selektionskriterium war sowohl wirksam als auch reproduzierbar. Diese bei großen Hämorrhoidalprolapsen anwendbare Operationsvariante kann es ermöglichen, die Qualität der Behandlung von Hämorrhoiden bei Verwendung der Staplerhämorrhoidopexie zu verbessern, ohne die Komplikationsrate zu erhöhen.

Kommentar

Die Autoren stellen eine Modifikation der Staplerhämorrhoidopexie vor, welche die Rate an Misserfolgen und Prolapsrezidiven senken soll. Sie verwenden zwei

Stapler in der Vorgehensweise wie bei der STARR-Operation und gehen davon aus, dass auf diese Weise ein größeres Gewebolumen reseziert werden kann – mit der erwünschten Ergebnisverbesserung.

Ausgehend von der theoretischen Überlegung eines Rauminhalts des CAD von 14,4 cm³ allein in der kranialen Hälfte unterstellen sie, dass das Volumen von 17,4 cm³ innerhalb des Staplers kein adäquates Resektionsausmaß erlaubt. Somit sehen sie dann die Ursache eines „Prolapsrezidivs“ in belassenem Gewebe. Der Versuch, ein größeres Volumen zu reseziieren, ist nicht neu [4].

Naldini et al. empfehlen die Verwendung von zwei PPH-Geräten, wenn das prolabierende Gewebe mindestens die Hälfte des CAD-Volumens ausfüllt. Dieses klinische Kriterium halten sie für einen standardisierten, intraoperativ reproduzierbaren Parameter, den sie nicht exakt messtechnisch verifizieren (z. B. durch genaue Messung der freien Strecke innerhalb des CAD). Die Autoren machen zudem keine Angaben über die Art der Narkose bzw. den Relaxationszustand während des Eingriffs.

Die Demonstration der operativen Ergebnisse enthält eine Abbildung mit zwei Resektaten, die aufgespannt sind und im Größenvergleich als einzelnes Beispiel für ein Operationsergebnis nicht offenkundig größer erscheinen als die üblichen zirkulären Staplerresektate. Weitere Messungen z. B. durch Planimetrie der aufgespannten Präparate oder deren Gewichtsbestimmung wurden nicht vorgenommen.

Innerhalb des Gesamtkollektivs von 353 Staplerhämorrhoidopexien (1 Jahr, drei Institutionen) wurden nach der individuellen Entscheidung des jeweiligen Operateurs insgesamt 83 Patienten (23,5%) einer DSH unterzogen. Bezogen auf die Stadien des Hämorrhoidalleidens fanden sich bei 68,6% Hämorrhoiden 4. Grads. Im restlichen Kollektiv der in herkömmlicher Weise operierten Patienten lagen ebenfalls bei knapp 50% Hämorrhoiden 4. Grads vor. Diese Indikationsstellung ist nach der praxisorientierten Diskussion des Verfahrens [1] in der letzten Dekade völlig unverständlich.

Bei den Ergebnissen finden sich sowohl hinsichtlich der Komplikationen als auch bezüglich der Rate an Residualprolapsen und Prolapsrezidiven keine signifikanten

Unterschiede zwischen den beiden Kollektiven. Die „Misserfolgsrate“ betrug im Gesamtkollektiv 8,2%, beim Standard-PPH-Vorgehen 7,7% und bei der DSH 9,6%. Dies kann nur dahin gehend zusammengefasst werden, dass ein Vorteil der modifizierten Technik nicht erwiesen ist.

Die Schlussfolgerungen der Autoren (intraoperatives Selektionskriterium wirksam und reproduzierbar, Behandlungsergebnis besser ohne erhöhte Komplikationsrate) lassen sich anhand der aufgeführten Ergebnisse keinesfalls belegen. Der Interpretation der Autoren vermag man nicht zu folgen.

Die Metaanalysen der letzten Jahre [2, 3, 5] haben gezeigt, dass das Rezidiv nach Staplerhämorrhoidektomie auf einer falschen Indikationsstellung beispielsweise bei Hämorrhoiden 4. Grads beruht. Wenn das Prinzip der Hämorrhoidopexie erfolgreich ist, kann eine geringe Verbesserung des Resektionsausmaßes nicht entscheidend sein. Seit Beginn der Etablierung des Verfahrens hat es Bemühungen um eine ausgedehntere Geweberesektion gegeben, beispielweise durch die Duplizierung der Tabaksbeutelnaht im Bereich der „Prädilektionsstellen“. Diese Modifikationen werden aktuell nicht mehr in der gleichen Weise diskutiert, weil sich eine klarere Indikationsstellung für die Verwendung des Staplers ergeben hat.

Korrespondenzadresse

Dr. F. Raulf

End- und Dickdarmzentrum Münster
Warendorfer Str. 185, 48145 Münster
franz.raulf@t-online.de

Literatur

1. Corman ML, Gravie JF, Hager T et al (2003) Stapled haemorrhoidopexy: a consensus position paper by an interactional working party – indications, contra-indications and technique. *Colorectal Dis* 5:304–310
2. Jayaraman S, Colquhoun PH, Malthaner RA (2006) Stapled versus conventional surgery for hemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev* 4:CD005393
3. Lan P, Wu X, Zhou X et al (2006) The safety and efficacy of stapled hemorrhoidectomy in the treatment of hemorrhoids: a systematic review and meta-analysis of ten randomized control trials. *Int J Colorectal Dis* 21:172–178
4. Perez-Vincente F, Arroyo A, Serrano P et al (2006) Prospective randomized clinical trial of simple versus double purse-string stapled mucosectomy in the treatment of prolapsed haemorrhoids. *Int J Colorectal Dis* 21:38–43
5. Tjandra JJ, Chan MK (2007) Systematic review on the procedure for prolapse and hemorrhoids (stapled hemorrhoidopexy). *Dis Colon Rectum* 50:878–892