

Langzeitergebnisse nach Stapler-Hämorrhoidopexie bei Hämorrhoiden dritten Grades

Kanellos I, Zacharakis E, Kanellos D et al. Long-term results after stapled haemorrhoidopexy for third-degree haemorrhoids. *Tech Coloproctol* 2006;10:47–9.

Fragestellung: Ziel der vorliegenden Studie war es, Langzeitergebnisse nach Stapler-Hämorrhoidopexie bei Hämorrhoiden dritten Grades zu untersuchen.

Hintergrund: Die Stapler-Hämorrhoidopexie ist mit geringem postoperativem Schmerz assoziiert, zieht aber, wenn sie bei fortgeschrittenen Hämorrhoiden durchgeführt wird, hohe Rezidivraten nach sich.

Patienten und Methodik: Insgesamt unterzogen sich zwischen 1998 und 2002 126 konsekutive Patienten (67 Männer und 59 Frauen) mit Hämorrhoiden dritten Grades einer Stapler-Hämorrhoidopexie. Bei 120 Patienten (95,2%) wurde ein Follow-up nach einem medianen Zeitraum von 61,5 Monaten (38–84 Monate) durchgeführt.

Ergebnisse: Während des postoperativen Zeitraums hatten sieben Patienten (5,8%) Schmerzen für 5–12 Tage und wurden mit oralen Analgetika behandelt. Bei sieben Patienten (5,8%) kam es zu einer Windinkontinenz und einer von ihnen berichtete zudem über Stuhlschmierien; die Inkontinenzerscheinungen ließen innerhalb von 2–8 Wochen nach. Bei acht Patienten (6,6%) trat ein Rezidiv der hämorrhoidalen Erkrankung auf.

Schlussfolgerung: Stapler-Hämorrhoidopexie ist eine sichere, mit geringem Schmerz verbundene und, langfristig gesehen, effektive Methode zur Behandlung drittgradiger Hämorrhoiden.

Kommentar

In der vorliegenden Arbeit berichten Kanellos et al. über ihre Langzeitergebnisse nach Stapler-Hämorrhoidopexie bei Patienten mit Hämorrhoiden dritten Grades. Die postoperativen Ergebnisse werden retrospektiv bis zu einem maximalen Nachuntersuchungszeitraum von 7 Jahren erhoben. Anlass für diese retrospektive Untersuchung waren insbesondere neuere Arbeiten, welche über eine hohe Rezidivrate nach Stapler-Hämorrhoidopexie bei Hämorrhoiden vierten Grades berichtet hatten.

Die Stapler-Hämorrhoidektomie oder Stapler-Hämorrhoidopexie wurde nach Beschreibung der Technik vor 10 Jahren durch Longo [1] sehr zügig in das Repertoire der Hämorrhoidenoperationstechniken aufgenommen. Art und Durchführung der Technik führen aufgrund fehlender Wunden im Anoderm, die fast allen anderen Techniken zu Eigen sind, zu einem erheblich verbesserten Patientenkomfort und zur Verkürzung der Genesungsdauer. Inzwischen liegen zahlreiche prospektiv randomisierte Studien vor, die frühere positive Einzelerfahrungen unterstützen.

Akzeptiert ist inzwischen die Indikation zur Stapler-Hämorrhoidopexie beim zirkulären, komplett reponiblen Prolaps des Anoderms und der Hämorrhoidalpolster. Die Stapler-Hämorrhoidektomie erscheint nicht als das einzig sinnvolle Verfahren für alle präoperativen Befunde und sie ist zudem auch keine Methode, die ohne besondere Erfahrung jederzeit anwendbar ist.

Kanellos zitiert in seiner retrospektive Studie mehrere Arbeiten, welche über hohe Rezidivraten nach Stapler-Hämorrhoidopexien berichteten [2–4]. In sämtlichen genannten Arbeiten resultieren die hohen Rezidivraten jedoch aus der Tatsache, dass hier entweder nur Hämorrhoiden vierten Grades oder Gruppen mit Hämorrhoiden dritten und vierten Grades operiert wurden. Rezidivraten von über 50% [2] können in diesen Arbeiten nicht überraschen.

Wie so häufig beginnt das Problem der Indikationsstellung sehr viel früher, bereits mit einer nicht exakten Definition der Begriffe. Leider wird diese Definitionsunschärfe auch in systematischen Reviews [5] nicht nur kommentarlos, z.B. in Kapitel wie „Thomposed External Hemorrhoid, Skintag, or Recurrent Prolapse“, übernommen, sondern auch noch scheinbar „wissenschaftlich“ ausgewertet.

Zur Definition des Hämorrhoidalleidens sollte klargestellt werden, dass Hämorrhoiden dritten Grades reponibel sind, dass weiterhin fast immer zusammen mit einem zirkulären reponiblen Hämorrhoidalprolaps ein zirkulärer Prolaps des Anoderms vorhanden ist. Nur wenn auch dieser reponibel ist, ist eine Indikation zur Stapler-Hämorrhoidopexie gegeben. Ist der Anodermprolaps dauerhaft fixiert oder besteht ein akuter nicht reponibler Prolaps von

Anoderm und Hämorrhoidalgewebe, sieht der Kommentator keine Indikation für eine Stapler-Hämorrhoidopexie. Der chronisch fixierte zirkuläre Anoderm- und Hämorrhoidalprolaps ist weiterhin eine Domäne der plastisch-rekonstruktiven Verfahren wie z.B. nach Fansler-Arnold. Bei den im englischen Schrifttum häufig nach Stapler-Hämorrhoidopexie erwähnten „advanced piles“ oder „sympomatic external hemorrhoids“ [6] handelt es sich eben nicht um äußere Hautfalten, sondern regelhaft um einen weiterhin fixierten Anodermprolaps mit abgesunkener L. dentata und verkürzter Verschlussstrecke des Analkanals, welche dann trotz normalgroßer Hämorrhoidalpolster zu den entsprechenden Symptomen wie Nässen und Juckreiz führt. Die Ursache für dann resultierende Nachoperationen kann nicht der Operationsmethode angelastet werden, sondern ist in einer falschen Indikationsstellung begründet.

Vom chronisch fixierten Anoderm- und Hämorrhoidalprolaps sollte noch der akute, ödematöse, meist auch noch thrombosierte Anoderm- und Hämorrhoidalprolaps unterschieden werden. Zwar gibt es auch hier einzelne Studien zur operativen Therapie mit dem Zirkularstapler [4, 7], diese haben aber durchweg schlechte Langzeitergebnisse. Daher sollte diese Prolapsform primär möglichst konservativ therapiert werden.

Es überrascht nicht, wie bereits oben erwähnt, dass die Rezidivraten in Kanellos Arbeit bei Patienten mit reponiblen Hämorrhoiden dritten Grades deutlich besser sind als in Arbeiten bei denen Patienten mit chronisch fixierten oder akuten irreponiblen Prolapsformen durch eine Stapler-Hämorrhoidopexie operiert wurden.

Letztendlich konnten Kanellos et al. durch ihre Arbeit nur bestätigen, dass auch für die Stapler-Hämorrhoidopexie gilt, was auf alle anderen Operationsverfahren in der Proktochirurgie auch zutrifft, nämlich dass nur eine korrekte Indikationsstellung auf Dauer gute Langzeitergebnisse erbringen kann.

Literatur

1. Longo A. Treatment of hemorrhoidal disease by reduction of mucosal and hemorrhoidal prolapse with circular suturing device: a new procedure. In: Proceedings of the 6th World Congress of Endoscopic Surgery. Bologna: Monduzzi Editore. 1998:777–84.
2. Ortiz H, Marzo J, Armendáriz P, De Miguel M. Stapled hemorrhoidopexy vs. diathermy excision for fourth-degree hemorrhoids: a randomized, clinical trial and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 2005;48:809–15.
3. Ganio E, Altomare DF, Gabrielli F, Milito G, Canuti S. Prospective randomized multicentre trial comparing stapled with open hemorrhoidectomy. *Br J Surg* 2001;88:669–74.
4. Ortiz H, Marzo J, Armendariz P. Randomized clinical trial of stapled haemorrhoidopexy versus conventional diathermy haemorrhoidectomy. *Br J Surg* 2002; 89:1376–81.
5. Tjandra JJ, Chan MK. Systematic review on the procedure for prolapse and hemorrhoids (stapled hemorrhoidopexy). *Dis Colon Rectum* 2007;50:878–92.
6. Brown SR, Ballan K, Ho E, Ho Fams YH, Seow-Choen F. Stapled mucosectomy for acute thrombosed circumferentially prolapsed piles: a prospective randomized comparison with conventional haemorrhoidectomy. *Colorectal Dis* 2001;3:175–8.
7. Cheetham MJ, Cohen CR, Kamm MA, Phillips RK. A randomized, controlled trial of diathermy hemorrhoidectomy vs. stapled hemorrhoidectomy in an intended day-care setting with longer-term follow-up. *Dis Colon Rectum* 2003;46:491–7.

Dr. Gerd Kolbert, Hannover