

Hämorrhoiden ambulant operieren

Der zunehmende Kostendruck wird die Operationslandschaft umkrepeln und viele proktologische Eingriffe in den ambulanten Bereich verlagern – bietet doch eine stadienorientierte Therapie des Hämorrhoidalleidens eine hohe Heilungschance mit wenig Komplikationen und einem geringen Rezidivrisiko.

„Auch eine Hämorrhoidenarterienligatur ist bei Assistenz und kurzzeitiger postoperativer Überwachung ambulant machbar.“



Privatdozent Dr. Alexander Herold

Enddarmzentrum Mannheim
Bismarckplatz 1, 68165 Mannheim

Telefon: 0621 12347570

Fax: 0621 12347575

E-Mail: mail@enddarm-zentrum.de

Fast 70 Prozent aller Erwachsenen trifft es irgendwann einmal: Hämorrhoiden. In den Industrienationen zählen Hämorrhoidalleiden zu den häufigsten Erkrankungen. Jede Behandlungsstrategie zielt auf die Beschwerdefreiheit des Patienten ab – erreicht durch Normalisierung von Anatomie und Physiologie, nicht durch eine radikale Ausrottung der Hämorrhoidalplexus.

Dies lässt sich durch verschiedene Therapieansätze erreichen: Bei einem vorwiegend vaskulären Problem bemüht man sich um die Reduktion des arteriellen Zustroms und/oder die Verbesserung des venösen Abstroms. Liegt dagegen das Problem im prolabierenden Gewebe, so strebt man eine lokale Refixation von Mucosa/Submucosa, eine Resektion von überschüssigem Gewebe und/oder eine Reposition des Anoderms an. Dabei können die unterschiedlichen Methoden durchaus zu einem vergleichbaren Erfolg führen.

Unter dem zunehmenden Kostendruck wird sich die Anzahl stationärer Operationen immer weiter reduzieren. Die Ärzterevertretungen (Berufsverband der Deutschen Chirurgen, Deutsche Gesellschaft für Chirurgie) haben bereits wiederholt Empfehlungen ausgesprochen, die in einer Auflistung fakultativ und prinzipiell ambulant erbringbarer Leistungen resultieren.

Hierbei wurde unter anderem ein großer Teil proktologischer Eingriffe in Erwägung gezogen. Im Folgenden beurteilen wir eine stadienadaptierte Therapie des Hämorrhoidalleidens auch unter dem Aspekt der „ambulanten Machbarkeit“. Allgemeine Voraussetzungen, wie Entfernung des Wohnortes von der Operationseinrichtung, Transportorganisati-

on, häusliche Betreuung und Wundversorgung sowie Sicherstellung einer Notfallversorgung, bleiben dabei jedoch unberücksichtigt.

Therapie je nach Stadium und Beschwerden

Hämorrhoiden werden in vier Stadien eingeteilt (Tab.). Hämorrhoiden 1° und 2° lassen sich in der Regel ausreichend und gut konservativ behandeln. Nur bei Versagen der konservativen Therapie stellt sich eine Indikation zur Operation. Hämorrhoiden 3° und 4°, die bei der Defäkation prolabieren, sich nicht spontan retrahieren und daher manuell reponiert werden müssen, sind nur noch in Ausnahmefällen konservativ mit zufrieden stellendem Ergebnis therapierbar. Daher ist hier meist die Indikation zur Operation gegeben. Bei akut thrombosierte Hämorrhoiden 4° besteht alternativ auch die Möglichkeit einer konservativen Therapie.

Von einer lokalen Behandlung mit Salben, Suppositorien oder Analtampons ist bei Beschwerden, die ausschließlich auf Hämorrhoiden zurückzuführen sind (zum Beispiel Blutungen), kein entscheidender

Stadieneinteilung der Hämorrhoiden

- 1° proktoskopisch sichtbare Polster
- 2° Prolaps bei der Defäkation
 - retrahiert sich spontan
- 3° Prolaps bei der Defäkation
 - manuell reponibel
- 4° Prolaps fixiert, fibrosiert, thrombosiert
 - irreponibel

Effekt zu erwarten – hier wird nur symptomatisch, nicht kausal eingegriffen. Allerdings können diese Therapieoptionen die entzündlichen, ödematösen Begleitveränderungen günstig beeinflussen.

Sklerosierungsbehandlung

Die Sklerosierung der Hämorrhoiden kann nach Blond oder Blanchard beziehungsweise Bensaude vorgenommen werden. Beide Methoden gelten als Therapie der ersten Wahl bei Hämorrhoiden 1° (Abb.1). Vergleichende Untersuchungen über die Wirksamkeit beider Methoden sprechen für

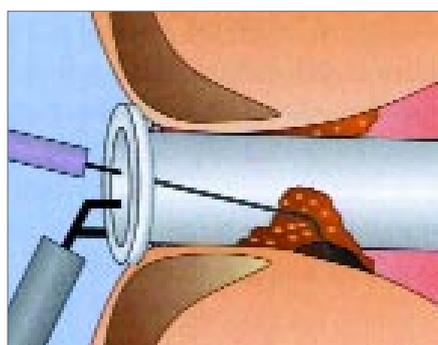


Abb. 1: Sklerosierungstechnik nach Blond.

eine bessere Effizienz des Blond'schen Verfahrens. Hämorrhoidale Beschwerden (Blutungen) sind mit dem Blond'schen Verfahren nach zwei Sklerosierungsbehandlungen schon in 70 bis 80 Prozent der Fälle abgeklungen [1]. Langfristig ist mit einer hohen Rezidivquote zu rechnen, die nach drei Jahren bei 70 Prozent liegt [9].

Infrarotkoagulation

Ebenfalls bewährt hat sich bei der Behandlung blutender Hämorrhoiden 1° die Infrarotkoagulation. Diese Methode führt nach zwei Sitzungen in etwa 75 Prozent der Fälle zum Erfolg [11]. Bei ausschließlich blutenden Hämorrhoiden 1° sind damit vergleichbar gute Behandlungsergebnisse zu erwarten wie mit der Gummiringligatur [12]. Da andere Methoden favorisiert werden, ist die Infrarotkoagulation in den vergangenen Jahren in Deutschland deutlich in den Hintergrund getreten.

Gummiringligatur

Hämorrhoiden 2° lassen sich elegant mit kleinen Gummibandligaturen beseitigen. Dazu hat Blaisdell 1954 ein Verfahren ent-

wickelt, das von Barron modifiziert und in der Literatur meist als „Barron-Ligatur“ zitiert wird (Abb. 2). In der Regel werden drei bis vier Gummiringe im Abstand von drei bis vier Wochen platziert.

An möglichen Komplikationen ist neben Schmerzen (bis 14 Prozent) [20] auch mit starken Blutungen zu rechnen. Diese können erst zwei bis drei Wochen nach der Behandlung auftreten. Auch Harnverhaltung, Fieber, Abszesse, Thrombosen und Fistelbildungen werden in Einzelfällen berichtet [16, 18]. Die Behandlungserfolge mit Gummiringligaturen bei Hämorrhoiden 2° liegen nach Langzeit-

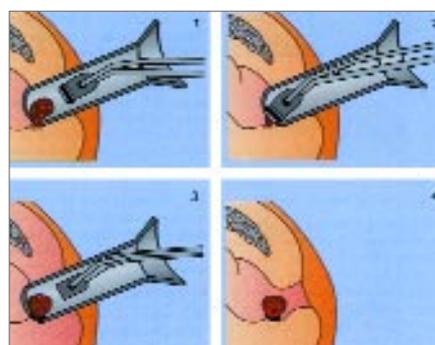


Abb. 2: Technik der Ligaturbehandlung.

beobachtungen von drei bis fünf Jahren zwischen 70 und 80 Prozent [10, 15]. Im Vergleich zur Sklerosierungsbehandlung und Infrarotkoagulation werden überwiegend bessere Resultate [5, 6, 8, 19, 21, 22] mitgeteilt. Die Rezidivrate liegt im Vergleich zur Sklerosierung signifikant niedriger bei 25 Prozent nach vier Jahren.

Dopplergesteuerte Hämorrhoidalarterienligatur (HAL)

Die Möglichkeit, Hämorrhoiden 2° und 3° über eine dopplergesteuerte Arterienligatur erfolgreich zu verkleinern, hat erstmals Morinaga beschrieben [14]. Auch andere Autoren behandeln Hämorrhoiden 1° mit dieser Technik. Auf diese Weise lassen sich mit einem Spezialproktoskop, in das ein Dopplertransducer eingebaut ist, die zuführenden Hämorrhoidalarterien orten und gezielt ligieren. Das soll zu einem Schrumpfen der Hämorrhoidalkonvolute führen. In Deutschland liegen über diese Behandlungsmethode noch keine verwertbaren Studien vor. Die wenigen Erfahrungen – meist auf Kongressen vorge-tragen – sprechen bezüglich einer Blutung

von einer meist 90-prozentigen Erfolgsrate, hinsichtlich des Vorfalles liegt die Erfolgsrate zwischen 70 und 80 Prozent mit kurzer Nachbeobachtungszeit von meist nur sechs Monaten. Über Komplikationen wurde nur in wenigen Fällen berichtet. Eine abschließende Beurteilung sowohl der Indikation als auch der Effektivität ist derzeit noch nicht möglich.

Sklerosierung, Infrarotkoagulation und Gummibandligatur haben bereits Einzug in die ambulante Chirurgie gehalten. Aufgrund der Anwendung ohne Betäubung, der schnellen unkomplizierten Durchführung und der niedrigen Komplikationsrate lassen sich diese Verfahren in der täglichen Praxisprechstunde ideal durchführen. Voraussetzung ist die unverzügliche Versorgung auftretender Komplikationen, in Einzelfällen auch die Option stationärer Versorgung.

Die Hämorrhoidenarterienligatur dagegen ist zwar invasiver, erfüllt aber vergleichbare Voraussetzungen. Bei Assistenz und kurzzeitiger postoperativer Überwachung steht der HAL sowohl in der Praxis als auch in einer Praxisklinik oder einer vergleichbaren Einrichtung nichts im Wege.

Bei prolabierenden Hämorrhoiden meist Operation indiziert

Hämorrhoiden 3°, die bei der Defäkation prolabieren, sich nicht spontan retrahieren und daher manuell reponiert werden müssen, sind nur in Ausnahmefällen noch konservativ mit zufrieden stellendem Ergebnis therapierbar. Daher ist hier die Indikation zur Operation gegeben. Folgende Methoden stehen zur Verfügung:

- offene Hämorrhoidektomie nach Milligan-Morgan,
- geschlossene Hämorrhoidektomie nach Ferguson,
- submuköse/subanodermale Hämorrhoidektomie nach Parks,
- rekonstruktive Hämorrhoidektomie nach Fansler-Arnold,
- supraanodermale Hämorrhoidektomie nach Whitehead und
- supraanodermale Mukosektomie mit dem Stapler.

Insbesondere bei segmentären Hämorrhoidalvorfällen empfehlen sich die Verfah-

ren nach Milligan-Morgan, Parks und Ferguson (Abb. 3). Die vergrößerten Hämorrhoidalknoten werden segmentär reseziert und ausreichend breite Brücken am Anoderm erhalten, um Stenosen und Kontinenzeinbußen vorzubeugen. Die Methode nach Milligan-Morgan lässt die so entstandenen Wunden im Anoderm zur Sekundärheilung offen, während bei der Technik nach Ferguson etwas mehr Anoderm erhalten wird, um die Wunde durch Naht zu verschließen. Parks erstrebt eine weitere submuköse beziehungsweise subanodermale Entfernung des

Da mit zunehmender Invasivität des jeweiligen Verfahrens das Ausmaß von Schmerzen und Komplikationen steigt, wird deren Therapie zum limitierenden Faktor. Ist eine kompetente Schmerztherapie direkt postoperativ gewährleistet und die rasche unverzügliche Versorgung auftretender Komplikationen ebenfalls gesichert, so lassen sich resezierende Hämorrhoidektomien auch ambulant durchführen. Man sollte jedoch individuell überprüfen, ob der Eingriff eine postoperative stationäre Überwachung erfordert. Auch sind die Patienten und/oder ihre Angehörigen in

Jede fünfte Hämorrhoidektomie mit dem Zirkularstapler

Seit 1998 wenden immer mehr Operateure in Deutschland die Hämorrhoidenoperation mit dem Zirkularstapler an. So wurden im Jahre 2001 knapp 20 Prozent aller Hämorrhoidektomien in dieser Technik durchgeführt (Abb. 4). Mit Hilfe der seit mehr als 20 Jahren in der Kolon- und Rektumchirurgie bekannten Klammernahtgeräte sowie einem speziellen Einführungsset werden die prolabierenden Hämorrhoiden reponiert und das proximal davon liegende Mucosagewebe zirkulär reseziert. Hierdurch erreicht man eine Fixation vor allem des vorfallenden Anoderms und Hämorrhoidalgewebes in seiner physiologischen intraanal position, und es kommt im weiteren Verlauf zu einer Gewebsreduktion durch sekundäre Umbauvorgänge auf eine normale Größe.

Da keine Wunde im sensiblen Anoderm entsteht, hat sich die Hämorrhoidenoperation mit dem Zirkularstapler – bedingt durch diesen höheren Patientenkomfort – zu einer effektiven Alternative entwickelt. Der Vorteil liegt insbesondere in den geringeren postoperativen Schmerzen. Mit der inzwischen vorliegenden Erfahrung stellt sich die ideale Indikation bei zirkulären Hämorrhoidalleiden 3°. Die Komplikationsrate liegt niedriger als bei konventioneller Hämorrhoidektomie, die Krankenhausliegedauer und Arbeitsunfähigkeit sind kürzer. In England und Italien führen Chirurgen die Methode – bedingt durch eine andere Struktur des Gesundheitssystems – überwiegend ambulant durch. Die Patienten haben postoperativ signifikant weniger Schmerzen [3, 4, 7, 13, 17].

Nachbetreuung über drei bis sechs Stunden gewährleisten

Legt man diese Überlegungen zugrunde, so wird es seitens der Patientenversorgung gut möglich sein, eine Stapler-OP überwiegend ambulant durchzuführen. Da die wenigen postoperativen Nachblutungen meist in den ersten Stunden postoperativ auftreten, sollte man hier die Option einer Nachbetreuung über drei bis sechs Stunden bereitstellen. Da aber auch bei der Stapler-Hämorrhoidenoperation direkt postoperativ stärkere Schmerzen und Schwellungs-

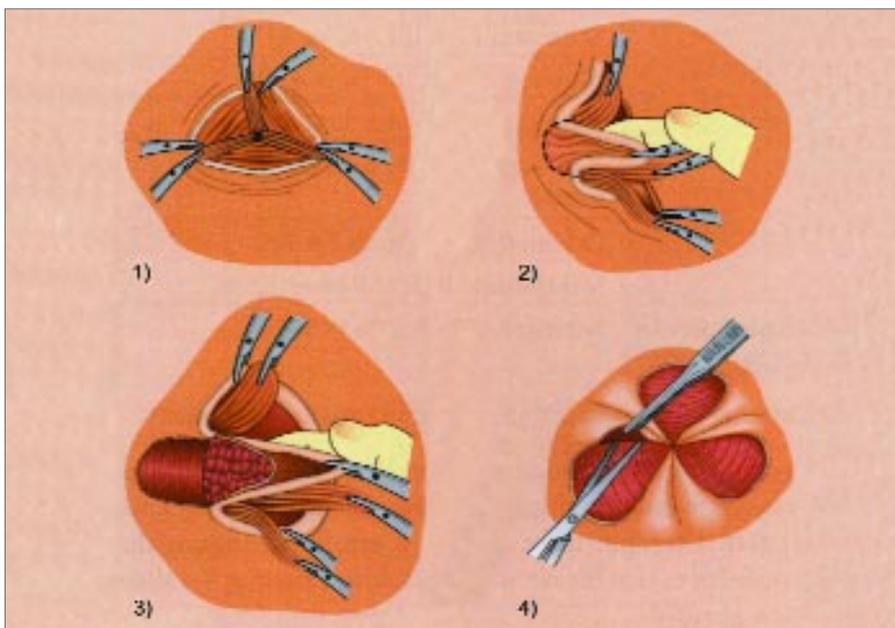


Abb. 3: OP-Technik nach Milligan.

Hämorrhoidalplexus unter Erhalt des Anoderms und anschließender Reposition der nach distal prolabierten Anteile.

Es handelt sich jeweils um Operationstechniken mit kurzer Operationszeit von zehn bis 30 Minuten, bisher einer Krankenhausliegedauer von drei bis sieben Tagen, einer Arbeitsunfähigkeit von zwei bis vier Wochen und einer Komplikationsrate meist unter zehn Prozent. Die Rezidivrate wird in der Literatur der vergangenen 20 Jahre zwischen drei und 26 Prozent angegeben, je nach Definition des Begriffs „Rezidiv“ und der Dauer der Nachbeobachtung [12]. Sind nur ein oder zwei Segmente des Hämorrhoidalspolsters vergrößert, reicht die Resektion dieser Anteile aus. Eine prophylaktische Mitoperation nicht hypertropher Hämorrhoiden erweist sich nicht als sinnvoll.

der postoperativen Wundversorgung genau zu unterweisen – mündlich und schriftlich. Ebenso wichtig bei einer ambulanten Operation ist eine kurzfristige Kontrolluntersuchung in der Praxis oder Sprechstunde.

Bei Einhaltung dieser Voraussetzungen sind Resektionen von einem oder zwei Segmenten meist ambulant durchführbar. Da bei drei Segmenten in den ersten Tagen häufig mitunter starke Schmerzen auftreten, die eine intensive Betreuung und Therapie erfordern, sollte hier die Indikation zur stationären Operation großzügig gestellt werden. Da ab 2004 in allen Krankenhäusern auch die Abrechnung im DRG-System erfolgen wird, wird dies dann zu eher „kurzzeitstationärer Versorgung“ führen. Die noch vor wenigen Jahren berichteten Liegezeiten gehören dann der Vergangenheit an.

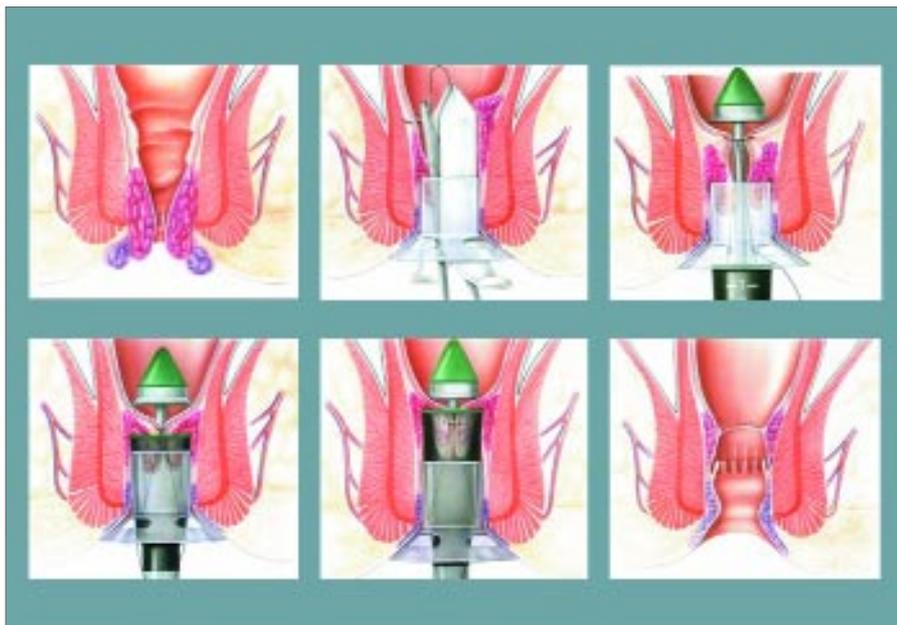


Abb. 4: OP-Schema: Stapler-Hämorrhoiden-Operation.

zustände sogar mit vorübergehenden Problemen der Stuhlentleerung auftreten, sollte für diese Fälle die direkt postoperative stationäre Versorgung optional möglich sein. Entsprechende Logistik ist hierfür Voraussetzung.

Ist der Hämorrhoidalprolaps nicht mehr reponibel, so liegen Hämorrhoiden 4° vor. Im Falle einer akuten Thrombosierung oder Inkarzeration ist die konservative Therapie mit Antiphlogistika, Analgetika und lokalen Maßnahmen zu bevorzugen. In erfahrenen Händen kann auch eine sofortige Operation zum Einsatz kommen. Hier ist vor allem die Gefahr einer postoperativen Stenose bedingt durch übermäßige Resektion im ödematösen Stadium zu berücksichtigen.

Bei chronischen, fibrosierten, fixierten Befunden meist mit einem begleitenden zirkulären Anodermprolaps sind auch plastisch-rekonstruktive Verfahren sinnvoll

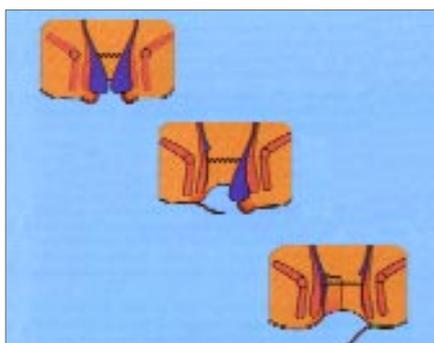


Abb. 5: OP-Schema: plastische Rekonstruktion.

(Fansler-Arnold). Diese operativ-technisch und auch zeitlich wesentlich aufwändigere Technik (OP-Zeit 30 bis 60 Minuten) erzielt neben der Resektion des hämorrhoidalen Gewebes mittels plastischer Verschiebelappen eine zirkuläre bzw. semizirkuläre komplette Rekonstruktion des Analkanals (Abb. 5). Dies resultiert in einer hohen postoperativen Komplikationsrate von bis zu 20 Prozent.

Diese Techniken der ausgedehnten Resektion mit plastischer Rekonstruktion sollten derzeit wie auch weiterhin ausschließlich stationär durchgeführt werden.

Hämorrhoidalleiden überwiegend ambulant behandelbar

Eine stadienorientierte Therapie des Hämorrhoidalleidens mit konservativen und operativen Maßnahmen bietet eine hohe Heilungschance mit niedrigem Komplikations- und Rezidivrisiko. Die konservativen Maßnahmen können ausschließlich, die operativen zu einem großen Teil ambulant erbracht werden.

LITERATUR

1. Brühl W, Schmauz R: Zur Verödungstechnik der Hämorrhoiden nach Blond. *Coloproctology* (1991); 13: 344–347
2. Brühl W: Zur Indikation der Sklerosierungsbehandlung nach Blond beim Hämorrhoidalleiden. *Aktuelle Koloproktologie* (1998); 8: 154–161

3. Cheetham MJ, Mortensen NJM, Nystrom PO, Phillips RKS: Persistent pain and faecal urgency after stapled haemorrhoidectomy. *Lancet* (2000); 356: 730–733
4. Gano E, Altomare F, Gabrielli F, Milito G, Canuti S: Prospective randomised multicentre trial comparing stapled with open haemorrhoidectomy. *British Journal of Surgery* (2001); 88: 669–674
5. Gartell P, Sheridan R, McGinn F: Out-patient treatment of hemorrhoids: a randomized clinical trial to compare rubber band ligation with phenol injection. *Br J Surg* (1985); 72: 478–479
6. Greca F, Hares M, Nevah E et al.: A randomised trial to compare rubber band ligation with phenol injection for treatment of hemorrhoids. *Br J Surg* (1981); 68: 250–252
7. Herold A, Kirsch JJ: Komplikationen nach Stapler-Hämorrhoidektomie – Ergebnisse einer Umfrage in Deutschland. *Coloproctology* (2001); 23: 8–16
8. Johanson J, Rimm A: Optimal nonsurgical treatment of hemorrhoids: a comparative analysis of infrared coagulation, rubber band ligation, and injection sclerotherapy. *Am J Gastroenterol* (1992); 87: 1600–1606
9. Kirsch J: Ambulante Hämorrhoidenbehandlung – Nutzen und Risiko. *Aktuelle Chirurgie* (1989); 24: 253–259
10. Kombarozos V, Skrekas G, Pissiotis C: Rubber band ligation of symptomatic internal hemorrhoids: results of 500 cases. *Dig Surg* (2000); 17: 71–76
11. Leicester E, Nicholls R, Mann C: Infrared coagulation: a new treatment for hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* (1981); 24: 602–605
12. MacRae H, McLeod R: Comparison of hemorrhoidal treatment modalities: a meta-analysis. *Dis Colon Rectum* (1995); 38: 687–694
13. Mehigan BJ, Monson JRT, Hartley JE: Stapling procedure for haemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy: randomised controlled trial. *Lancet* (2000); 355: 782–785
14. Morinaga K, Hasuda K, Ikeda T: A novel therapy for internal hemorrhoids: ligation of the hemorrhoidal artery with a newly devised instrument (Moricorn) in conjunction with a Doppler flow meter. *Am J Gastroenterol* (1995); 90: 610–613
15. Pezzulo A, Palladino E: Rubber band ligation of hemorrhoids. 5-year follow-up. *G Chir* (2000); 21(5): 253–256
16. Ribbens W, Radcliffe A: Retroperitoneal abscess following sclerotherapy for hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* (1985); 28: 188–189
17. Rowsell M, Bello M, Hemingway DM: Circumferential mucosectomy (stapled haemorrhoidectomy) versus conventional haemorrhoidectomy: randomised controlled trial. *Lancet* (2000); 355: 779–781
18. Shemesh E, Kodner I, Fry R et al.: Severe complication of rubber band ligation of internal hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* (1987); 30: 199–200
19. Sim A, Murie J, Mackenzie I: Three-year follow-up study on the treatment of first and second degree hemorrhoids by sclerosant injection or rubber band ligation. *Surg Gynecol Obstet* (1983); 157: 534–536
20. Spallanzani AL: Rubber band ligation of hemorrhoids. Our experience. *Minerva Chir* (1997); 52: 1047–1051
21. Stelzner F, Staubesand J, Machleidt H: Das corpus cavernosum recti – die Grundlage der inneren Hämorrhoiden. *Langerbeck's Arch Chir* (1962); 299: 302–312
22. Walker A, Leicester R, Nicholls R et al.: A prospective study of infrared coagulation, injection and rubber band ligation in the treatment of hemorrhoids. *Int J Colorectal Dis* (1990); 5: 113–116