

Die individuelle und differenzierte Therapie des Hämorrhoidalleidens in der ATOS-Klinik

von Peter G. Friedl und Eberhard M. Rappold

Welche Veränderungen sind es, die das corpus cavernosum recti (hämorrhoidaler Schwellkörper nach Stelzner) für den Patienten zum Problem werden lassen?

Kann dieses kleine, am oralen Ende des Analkanals befindliche Kontinenzorgan tatsächlich der krankmachende Focus für jeden zweiten Menschen nach dem fünfzigsten Lebensjahr in den Industrieländern sein? Um diesen Fragen nachzugehen ist es wesentlich, sich die funktionelle Anatomie des komplexen Zusammenspiels am Enddarm zu verdeutlichen.



Anatomischer Enddarmquerschnitt

Die hier im Enddarmquerschnitt abgebildeten Gefäßpolster stellen arteriovenöse Verbindungen dar (hämodynamische shunts), welche von Bindegewebssträngen durchsetzt sind. Sie sind an einem zarten Haltemuskel fixiert (Musculus canalis ani) und von einer dünnen Schleimhaut überzogen. In Koordination mit der neuralen Steuerung des Musculus sphinkter ani externus und internus kommt es zur individuellen Füllungsmodulation der

Hämorrhoidalpolster und dadurch zur sog. **Feinkontinenz** des Schließmuskels. Eine allgemeine Bindegewebschwäche einerseits und ein spastischer Beckenboden in Verbindung mit erschwelter Stuhlentleerung andererseits können dieses biologisch sinnvolle Kontinenzorgan in ein pathologisches Substrat verwandeln. Aus physiologischen Hämorrhoiden hat sich ein Hämorrhoidalleiden entwickelt!

Das Beschwerdebild

Das Beschwerdebild der Erkrankung ist **nicht einheitlich**. Die perianale Blutung stellt das Leitsymptom dar. Juckreiz, Brennen, Schleimabgang, frustriertes Defäkationsgefühl sowie tastbare Knoten sind die Begleitsymptome. Der anale Schmerz dagegen ist uncharakteristisch. Ausführliche und gezielte Anamnese, gefolgt von klinischer Untersuchung mit digital-rektaler Austastung stellen zusammen mit instrumentellen Untersuchungen wie Proktoskopie, Rektoskopie und gegebenenfalls Video-Sigmoidoskopie die Basisuntersuchungen dar.

Gemäß der klinischen Symptomatik, dem diagnostischen Befund und der therapeutischen Konsequenz teilen wir die Schwere des Hämorrhoidalleidens in folgende 4 Stadien ein: **Im Stadium 1** sind



Proktoskopisch objektivierte Hämorrhoidal-knoten, Stadium 2

nur proktoskopisch sichtbare, vergrößerte Polster ohne wesentliche Schleimhautveränderungen objektivierbar. **Im Stadium 2** prolabieren diese Knoten beim Pressen oder der Defäkation. Sie zeigen jedoch eine spontane Retraktionsfähigkeit.

Im Stadium 3 a handelt es sich um einen isolierten Knotenprolaps, der digital reponiert werden muß, die spontane Retraktion ist also aufgehoben. **Im Stadium 3 b** erkennen wir einen zirkulären Knotenprolaps, welcher ebenfalls der digitalen Reposition durch den Patienten bedarf. **Das Stadium 4** ist auch zweigeteilt und beschreibt im **Stadium 4 a** den akut thrombosierte und incarcerationen Prolaps. Manche sprechen jetzt auch von einer sog. „hämorrhoidalen Krise“. **Das Stadium 4 b** ist dann der chronische Zustand eines irreponiblen, chronisch fibrosierten Hämorrhoidenvorfalles.



Cirkulärer Hämorrhoidal- und Anodermprolaps mit Kollateralödem, Stadium 4 a

Therapeutische Verfahren

Die therapeutische Option in der Behandlung des Hämorrhoidalleidens (nach Ausschluss aller möglichen Differentialdiagnosen!) beinhaltet ein sehr breites und differenziertes Spektrum. Es beginnt mit der simplen Beratung für eine rationale Anahygiene und endet in der High-tech-Stapler-Hämorrhoidektomie nach Longo.

Als Zwischenschritte definieren wir unter anderem eine adäquate Ernährung, ein angemessenes Stuhlverhalten, die Option der Salbentherapie sowie die Applikation von Analtampons. Die alleinige Hämorrhoidensklerosierung hat ihre Anwendung allenfalls im Stadium 1. Die Sphinkterdehnung nach Lord ist dagegen eher historisch zu sehen. Die **Abbindungstherapie nach Barron** (semioperatives Verfahren mit Gummibändchen) verdient allerhöchste Priorität im Stadium 2, in Einzelfällen auch im Stadium 3 und darüber hinaus im Rahmen einer akuten Blutung im Stadium 1. Dabei hat sich die Kombination mit der Sklerosierungsoption (Phenolmandelöl) unserer Erfahrung nach sehr gut bewährt. Eine interventionsbedürftige und gefährliche arterielle Nachblutung ist dadurch zu einer Rarität geworden. Die dopplersonographisch gesteuerte, gezielte Arterienligatur (HAL) muss ebenfalls erwähnt werden. Bei diesem neuen Verfahren liegen bisher keine Langzeitergebnisse vor. Auch ist der Indikationsbereich noch nicht klar definiert. Im fortgeschrittenen Stadium des Hämorrhoidalleidens (3 und 4) kommen operativ resezierende und rekonstruktive Verfahren in Frage. Die häufigste Operationsmethode ist die offene Resektion nach Milligan-Morgan. Wir bevorzugen jedoch ein geschlossenes rekonstruktives Verfahren, welches die Integrität des Anoderms als Kontinenzorgan gewährleistet. Dabei kommt die sog. U-Lappenplastik nach Fansler-Arnold mit **plastischer Analkanalkonstruktion** zur Anwendung. Es handelt sich (in geübter Hand) um ein besonders solides und sicheres Verfahren. Das sehr wichtige, kontinenzrelevante und sensible Anoderm wird nach Ausschälung der Hämorrhoidalpolster in den Analkanal reponiert und dort refixiert.

Die OP nach Longo, bei welcher oberhalb der Hämorrhoidalebene zirkulär Mokusese reseziert wird und die zuführenden Arterien maschinell verschlossen werden (Sperroperation), stellt eine verführerisch elegante weitere Ergänzung des therapeutischen Spektrums dar. Ihre An-

wendung verbietet sich aber im Stadium 4 des Hämorrhoidalleidens. Auch ist die Diskussion der Risikoabschätzung für dieses Verfahren noch nicht beendet.

Für den Therapieerfolg ist nicht die isolierte Anwendung einer der oben erwähnten Einzelmaßnahmen entscheidend, sondern deren komplexe Anwendung bei einer individuellen Patientenkonstellation. „Den Hämorrhoidalpatienten“ gibt es (leider) nicht. Die so verstandene Hämorrhoidensanierung ist also keine Aufgabe „des Chirurgen“ oder „des Dermatologen“ oder „des Gastroenterologen“. Sie ist Aufgabe jenes Proktologen, der alle therapeutischen Optionen beherrscht oder zumindest kennt und diese bei einem bestimmten Patienten mit einer bestimmten Befindlichkeit in einer bestimmten Situation gezielt einzusetzen vermag. Genau dies ist unser Therapiekonzept in der ATOS-Klinik.

Autoren:

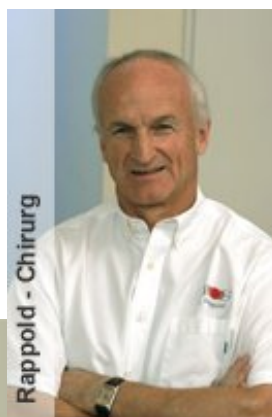
Dr.med. Peter G. Friedl und

Dr. med. Eberhard M. Rappold

Praxis für Chirurgie, Koloproktologie, Phlebologie und Endoskopie

friedl@atos.de

rappold@atos.de



Wir danken der Dr. Kade Pharmazeutische Fabrik GmbH, Berlin, für die freundliche Überlassung der Abb. 1

Notes+

NEWS

Buchankündigung!

Schulterchirurgie Habermeyer (Hrsg.)

3. Auflage 2001.

Ca. 450 S.,

ca. 600 Abb., geb.

ISBN 3-437-22340-2.

Ca. DM 498,-/

ca. SFr. 428,-

Im Dezember 2001 erschien die völlig neu bearbeitete und erweiterte dritte Auflage der „Schulterchirurgie“ im Urban & Fischer Verlag. Das Werk ist Lehrbuch, Nachschlagewerk und Operationsatlas zugleich und repräsentiert den „state of the Art“ der Schulterchirurgie im Jahr 2001.

- Anatomische und pathophysiologische Hintergründe,
- die klinische und apparative Diagnostik sowie
- neue operative Techniken und Methoden werden übersichtlich dargestellt.

Völlig neue Kapitel beschreiben

- die operativen Zugangswege zum Schultergelenk
- die primäre und sekundäre Fraktur- endoprothetik
- die Tumoren des Schultergürtels und
- die Begutachtung von Verletzungsfolgen des Schultergelenks.

