

Moderne stadienadaptierte individuelle Behandlung des Hämorrhoidalleidens

Von Peter G. Friedl und Eberhard M. Rappold

Keywords: Hämorrhoidalleiden, Gummibandligatur, offene Hämorrhoidektomie nach Milligan-Morgan, geschlossene Hämorrhoidektomie nach Fansler-Arnold, anales Lifting, individuelle Therapie

Das Hämorrhoidalleiden ist eine der häufigsten Erkrankungen in den Industrieländern. Im Laufe des Lebens werden bis zu 70% aller Erwachsenen von diesem Problem betroffen. Über 85% der Patienten können mit konservativen Maßnahmen erfolgreich behandelt werden. 40.000–50.000 Patienten werden jährlich in Deutschland einer operativen Therapie unterzogen.



Definition

Der Plexus hämorrhoidalis superior ist ein zirkulär in der Submukosa des distalen Rektums bis unmittelbar oberhalb der Linea dentata breitbasig aufsitzendes, schwammartiges arteriovenöses Gefäßpolster. Er ist in seiner normalen, physiologischen Größe ein wichtiger Bestandteil des analen Kontinenzorgans und verantwortlich für die Feinabdichtung des Afters. Erst bei Vergrößerung und Beschwerden spricht man von einem Hämorrhoidalleiden.

Symptomatik

Das Beschwerdebild ist nicht einheitlich. Die schmerzlose transanale Blutung stellt das häufigste Symptom dar. In Folge der Störung der Feinkontinenz durch vergrößerte Hämorrhoidalpolster kann es zu schleimigen bis fäkulenten Sekretionen kommen, mit konsekutiven Irritationen der perianalen Haut.

Juckreiz, Brennen und Nässen stellen sich dann ein. Symptome des fortgeschrittenen Hämorrhoidalleidens sind Druck- und Fremdkörpergefühl sowie post defaecationem tastbare anale Knoten. Die objektive Größe der Hämorrhoiden korreliert häufig nicht mit den subjektiven Beschwerden der Patienten.

Diagnostik

Eine ausführliche und gezielte Anamnese, gefolgt von der klinischen Untersuchung mit Inspektion, Palpation, Proktoskopie und Rektoskopie sowie ggf. flexibler Sigmoidoskopie stellen nach wie vor die Basisuntersuchungen dar.

Stadieneinteilung

Die Hämorrhoiden werden entsprechend ihrer Größenzunahme und nach dem Ausmaß

des Vorfalles in den Analkanal bzw. vor dem After nach Goligher in vier Stadien eingeteilt (5), (Abb. 1).

Über die Stadieneinteilung hinaus ist die Differenzierung in solitäre Knoten einerseits sowie zirkulären Prolaps andererseits wesentlich. Auch ist die Beurteilung der Lage des Anoderms, d.h. die Analkanalhauttopographie, für die nachfolgende Therapie von entscheidender Bedeutung: Sind die Hämorrhoidalpolster mit Mukosa und Übergangsepithel noch bedeckt, oder ist bereits das distal liegende Anoderm prolabierte?

Behandlungsverfahren

Grundsätzlich wird nur das Hämorrhoidalleiden therapiert, d.h. vergrößerte Hämorrhoidalpolster mit Beschwerden. Nicht behandelt wird eine zufällig diagnostizierte proktologische Pathologie. →

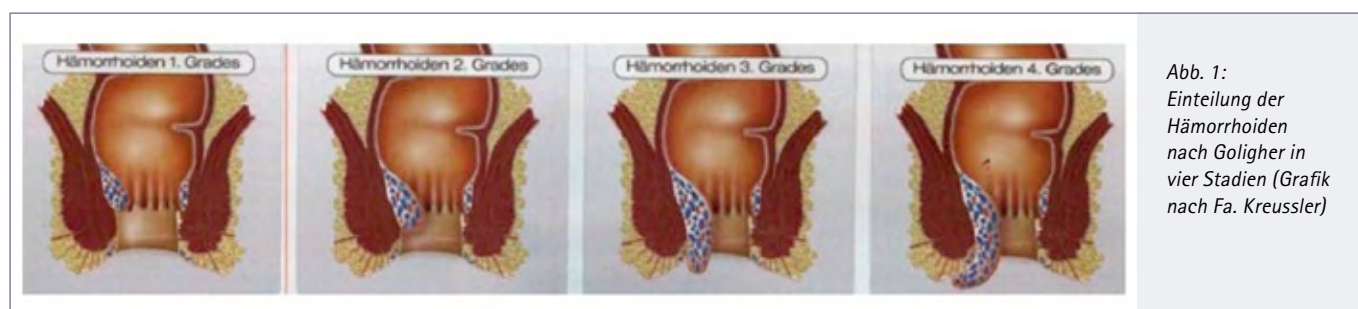


Abb. 1: Einteilung der Hämorrhoiden nach Goligher in vier Stadien (Grafik nach Fa. Kreussler)

Konservative und semioperative Verfahren

Die Basistherapie ist die Optimierung der Ernährungsgewohnheiten und des Defäkationsverhaltens, das heißt ballaststoffreiche Ernährung, angemessenes Stuhlverhalten und eine rationale, nicht übertriebene Anahygiene, im Idealfall die Benutzung von lediglich weichem, trockenem Toilettenpapier und Wasser. Die medikamentöse Therapie in Form von Cremes, Salben und Suppositorien stellt keine kausale Therapie, sondern allenfalls eine symptomatische Linderung der akuten Beschwerden dar.

Die intrahämorrhoidale Sklerosierung und die suprahämorrhoidale Sklerosierung werden vor allem bei Hämorrhoidalleiden im Stadium I eingesetzt. Die Komplikationsrate ist zwar gering, die Rezidivrate jedoch nach 3 Jahren relativ hoch (68% für die intrahämorrhoidale und 80% für die suprahämorrhoidale Sklerosierung). Bei obstipierten Patienten ist allein durch die Umstellung auf eine ballaststoffreiche Ernährung innerhalb von Wochen der gleiche Effekt wie nach einer Sklerosierungstherapie erreichbar.

Die Infrarotkoagulation, die Kryobehandlung, die Elektrotherapie, die bipolare Diathermiekoagulation, die Laserkoagulation sowie die anale Sphinkterdehnung in Narkose stellen lediglich marginale Therapiemethoden ohne validierte Ergebnisse dar und sind zum Teil wegen schwerwiegender Komplikationen abzulehnen.

Allerhöchste Priorität im Stadium II, in Ausnahmefällen auch im Stadium III, sowie darüber hinaus im Rahmen einer akuten Blutung im Stadium I, verdient die Gummibandligatur nach Barron (3). Dabei wird ein kleiner Gummiring durch ein nach vorne offenes Proktoskop über das vergrößerte Hämorrhoidalpolster an die Basis des vergrößerten Hämorrhoidalknotens appliziert. Das abgebundene, strangulierte Hämorrhoidalgewebe wird nekrotisch und fällt erfahrungsgemäß nach 5-14 Tagen ab. Die dabei entstehenden Narben nach Abheilung des Ulkus an der Mukosa fixieren zusätzlich die behandelte Stelle oberhalb der Linea dentata im oberen Analkanal. Diese Abbindung in Kombination mit der intrahämorrhoidalen Sklerosie-

rung in den ligierten Knoten hinein erhöht unseres Erachtens den Drosselungseffekt, sodass eine interventionsbedürftige und gefährliche arterielle Nachblutung zu einer Rarität geworden ist. Nach Literaturangabe ist mit einer arteriellen Nachblutung von 1-2% bei diesem Vorgehen zu rechnen. Das Langzeitergebnis ist mit einer über 70 %igen Zufriedenheit nach 3 Jahren sehr gut.

Alternativ wird im Stadium II die dopplersonographisch gesteuerte Hämorrhoidal-Arterien-Ligatur (HAL) eingesetzt. Dabei werden unter sonographischer Kontrolle proximal des Hämorrhoidalplexus die Äste der Arteria hämorrhoidalis superior unterbunden. Dieser Eingriff geht häufig nur unter Analgosedierung und ist gegenüber dem Verfahren der Gummibandligatur deutlich aufwendiger und kostenintensiver. Langzeitergebnisse stehen noch aus.

Operative Verfahren

Die fortgeschrittenen Stadien III und IV sind nur durch operative Verfahren langfristig erfolgreich behandelbar.

Die hierbei am häufigsten angewandten Verfahren:

1. Segmentäre Verfahren

- Offene Hämorrhoidektomie nach Milligan-Morgan
- Submuköse Hämorrhoidektomie nach Parks

- Geschlossene Hämorrhoidektomie nach Ferguson
- Segmentresektion mit bipolarer Gefäßversiegelung
- Subanodermale Hämorrhoidektomie nach Fansler-Arnold mit konsequentem analem Lifting

2. Zirkuläre Verfahren

- Subanodermale Hämorrhoidektomie mit plastischer Anodermrekonstruktion nach Fansler-Arnold (s.o.)
- Supraanodermale Hämorrhoidopexie mit Stapler nach Longo
- Submuköse 3-Segmenthämorrhoidektomie nach Parks

Bei den segmentären Verfahren wird die offene Hämorrhoidektomie nach Milligan-Morgan (9) aufgrund der schnellen, relativ einfachen Durchführbarkeit favorisiert. In der Literatur wird über eine 90%ige Zufriedenheit der Patienten nach 1-7 Jahren berichtet (2). Alternativ bietet sich bei dem segmentären kombinierten Hämorrhoidal-Anoderm-Prolaps das geschlossene subanodermale Vorgehen mit anschließendem analem Lifting in der Methode nach Fansler-Arnold (4) an. Diese operative Korrektur ist technisch anspruchsvoller, in der Nachsorge jedoch für den Patienten angenehmer, weil sich keine wesentliche offene Sekundärheilung perianal einstellt (Abb. 2a, 2b).

Bei den zirkulären Verfahren zeigt die apparative Stapler-Hämorrhoidopexie an-

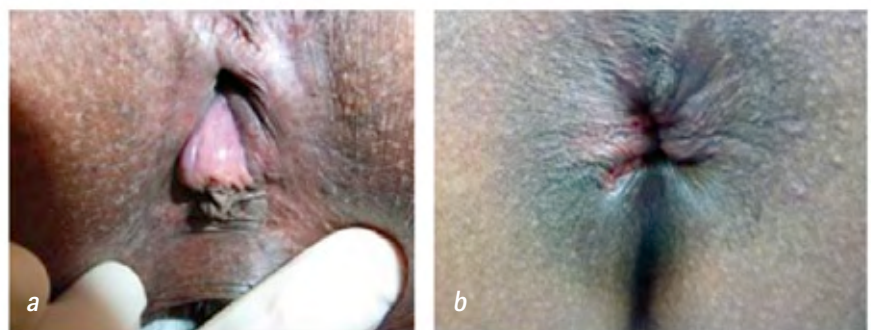


Abb. 2a: Präoperativer Situs: Hämorrhoidalprolaps (Beispiel 1)
Abb. 2b: Postoperativer Situs (Beispiel 1)

fänglich gegenüber der manuellen konventionellen Hämorrhoidektomie Vorteile (OP-Dauer, kürzerer stationärer Aufenthalt und geringere postoperative Schmerzen). Bezüglich der Einstellung eines Rezidivs erzielen die manuell operierten Patienten signifikant bessere Ergebnisse als die mit dem Stapler operierten Patienten. Auch scheint die Re-Operationsfrequenz bei der mit Stapler operierten Gruppe höher zu liegen. Dies kann möglicherweise durch eine zu weite Indikationsstellung dieses Verfahren erklärt werden. Die Diskussion um die Stapler-Hämorrhoidopexie mit bis zu 10% zum Teil schweren Komplikationen ist noch nicht beendet.

Eigene Verfahrenswahl

Bei den segmentären Hämorrhoidal-Anoderm-Prolapsen bevorzugen wir gleichberechtigt einerseits die offene Hämorrhoidektomie nach Milligan-Morgan mit ausreichend großen Anodermbrücken zwischen den resezierten Segmenten, sowie das geschlossene Verfahren mit analem Lifting durch U-Lap-Plastik andererseits (Abb. 3a, 3b).

In seltenen Fällen kann beim segmentären, fixierten Anodermprolaps eine transanale Arterienligatur mit rekto-analer Nahtraffung ausreichend sein. Der zirkuläre, kombinierte prolabierte Hämorrhoidal-Anodermbefund wird in den allermeisten Fällen durch eine

subanodermale Hämorrhoidektomie mit anschließender Analkanalrekonstruktion nach Fansler-Arnold behandelt. Abhängig von der individuellen Anatomie praktizieren wir hier ein einzeitiges oder zweizeitiges Management. Wesentlich ist bei diesem subanodermalen, submukösen Vorgehen mit konsequentem analem Lifting die Tatsache, dass die Integrität des Anoderms als Kontinenzorgan am besten gewährleistet wird.

Fazit

Für den proktologischen Patienten besteht der Therapieerfolg nicht in der isolierten Anwendung der einen oder anderen erwähnten Einzelmaßnahme wie oben aufgeführt. Wesentlich ist die erfahrungsgesteuerte, sehr komplexe Anwendung bei einer individuellen Patientenkonstellation. Den Standard-Hämorrhoidalpatienten gibt es leider nicht! Insofern ist die Hämorrhoidensanierung auch keine Aufgabe des „Chirurgen“ oder des „Dermatologen“ oder „Gastroenterologen“. Sie ist die Aufgabe des langjährig erfahrenen, operativ versierten Proktologen. Er muss alle therapeutischen Optionen beherrschen und diese bei seinen Patienten mit einer bestimmten Befindlichkeit und einer spezifischen anatomischen Topographie gezielt anwenden. So ist unser Therapiekonzept in der ATOS Klinik zu verstehen. ::

Dr. Peter G. Friedl
 Dr. Eberhard M. Rappold
 Praxis für Chirurgie, Koloproktologie,
 Phlebologie, Hernienchirurgie
 Kompetenzzentrum Koloproktologie
 ATOS Klinik Heidelberg
 friedl@atos.de
 rappold@atos.de

Literatur

1. Arnold K. *Therapeutische Möglichkeiten bei Hämorrhoidalleiden. Therapiewoche* 30:1980;3888-3896
2. Baradnay G: *Late results of hemorrhoidectomy according to Milligan-Morgan. Am J Proctol* 25:1974;59-62
3. Barron J: *Office ligation of internal hemorrhoids. Am J Surg.* 105:1963;563-570
4. Fansler WA, Anderson JK: *A plastic operation for certain types of hemorrhoids. JAMA* 14:1933;1064-1066
5. Goligher JC: *Surgery of the anus, rectum und colon. 3rd Ed (1975) Ballière Tindall London*
6. Kanellos I et al: *Long-term evaluation of sclerotherapy for haemorrhoids. A prospective study. Int. J. Surg. Invest.* 2:2000;295-298
7. Jayaraman S, Colquhoun PHD, Malthaner RA: *Stapled versus conventional surgery for hemorrhoids. The Cochrane Library* 2007, Issue 2
8. Longo A: *Treatment of hemorrhoids disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with circular suturing device: a new procedure. In: Proceedings of the 6th World Congress of Endoscopic Surgery, Bologna, Italy, Monduzzi Publishing Co, 777-784, 1998*
9. Milligan ET et al : *Surgical anatomy of the anal canal and the operative treatment of haemorrhoids. Lancet* 2:1937;1119-1124.



Abb. 3a: Präoperativer Befund: Hämorrhoidalprolaps (Beispiel 2)
 Abb. 3b: Postoperativer Befund (Beispiel 2)