

Operative Therapie des Hämorrhoidalleidens – Neue Techniken, neue Strukturen

Alexander Herold



Das Hämorrhoidalleiden ist eine der häufigsten Erkrankungen in den Industrienationen. Nahezu jeder Erwachsene ist im Laufe seines Lebens irgendwann einmal betroffen.

Unter dem zunehmenden Kostendruck von Seiten der Regierung und der Versicherer wird die Anzahl stationärer Operationen immer weiter reduziert. **Die Chirurgischen Verbände und Gesellschaften haben der Regierung bereits Empfehlungen vorgelegt, welche Eingriffe ambulant durchgeführt werden können.** Dies mündete in den Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V (Ambulantes Operieren und stationäres Ersetzen der Eingriffe im Krankenhaus) zwischen den Kassenverbänden, der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 1. Januar 2004.

Die Therapie orientiert sich an der Größe der Veränderung:

Hämorrhoiden 1°, ein vergrößertes Corpus cavernosum recti, werden konservativ behandelt. Neben ballaststoffreicher Ernährung besonders bei begleitender Obstipation kommt die Sklerosierung zum Einsatz. Einer primären Erfolgsrate von 80% folgt aber eine Rezidivrate von 75% in den ersten 4 Jahren.

Hämorrhoiden 2° prolabieren bei der Defäkation bis außerhalb des Analkanals und retrahieren sich anschließend wieder spontan. Die Therapie der Wahl ist die ambulante Gummibandligatur nach Barron. Einer Erfolgsrate von über 95% steht eine Rezidivrate von 25% innerhalb von 4 Jahren gegenüber.

Die seit **kurzem eingesetzte doppler-gesteuerte Hämorrhoiden-Arterienligatur (HAL)** ist im Vergleich zur Sklerosierung und zur Gummibandligatur eingreifender, erfüllt aber vergleichbare „minimal-invasive“ Voraussetzungen. Mit dieser gezielten Unterbindung der zuführenden Arterien, die mit einem Doppler exakt geortet werden, werden Er-

folgsraten im Kurzzeitverlauf von über 95% erreicht. Nach aktuellem Kenntnisstand ist der Einsatz im Stadium 1 und 2 zu empfehlen. Eine fundierte wissenschaftliche Evaluation steht aber noch aus. Ist eine Assistenz bei der Anwendung vorhanden und eine kurzzeitige postoperative Überwachung möglich, so ist eine HAL sowohl in der Praxis als auch einer Praxisklinik oder vergleichbaren Einrichtung ideal ambulant „machbar“. Auf Grund fehlender Ausweisung im Katalog des EBM bzw. nach § 115b Abs. 1 SGB V ist eine entsprechende Abrechnung derzeit nicht möglich.

Hämorrhoiden 3° sind nur in Ausnahmefällen noch konservativ mit zufriedenstellendem Ergebnis therapierbar. Daher ist hier die **Indikation zur Operation** gegeben. Folgende Operationsmethoden stehen zur Verfügung:

- Offene Hämorrhoidektomie: Milligan-Morgan
- Geschlossene Hämorrhoidektomie: Ferguson
- Submuköse Hämorrhoidektomie: Parks
- Rekonstruktive Hämorrhoidektomie: Fansler-Arnold
- Supraanodermale Hämorrhoidektomie: Whitehead oder Longo (Stapler)

Die Häufigkeit dieser Methoden in Deutschland für 1999 ist in Abbildung 1 dargestellt [6].

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 sind auch resezierende Hämorrhoidektomien ambulant durchführbar. Man sollte jedoch jeweils das Erfordernis einer stationären Überwachung individuell vor der Operation planen und im Anschluss an den Eingriff überprüfen.

Voraussetzung einer ambulanten Operation ist auch die genaue Unterweisung des Patienten und/oder seiner Angehörigen in der postoperativen Wundversorgung. Dies sollte mündlich und schriftlich erfolgen und hat den Vorteil, dass der Patient oder Angehörige alle Anweisungen und Empfehlungen jederzeit zu Hause nachlesen kann. Bei ambulanter Operation ist eine kurzfristige Kontrolluntersuchung in der Sprechstunde wichtig.

Unter Einhaltung dieser Voraussetzungen sind Resektionen von ein oder zwei Segmenten in der Regel ambulant durchführbar.

Gemäß § 3 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V sind die EBM-Nummern 2750 und 2751 hier als ambulante Operationen aufge-

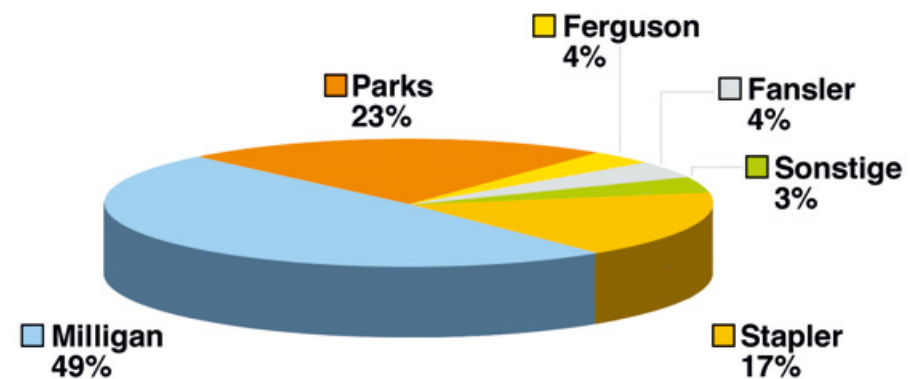


Abb. 1: Operationstechnik 1999 (n= 26885).

führt. Dies bedeutet, dass die Hämorrhoidektomie nach Milligan und nach Parks stationsersetzende Eingriffe darstellen. Allgemeine Voraussetzungen wie Entfernung des Wohnortes zur Op-Einrichtung, Transportorganisation, häusliche Betreuung und Wundversorgung, Sicherstellung einer Notfallversorgung u.a. sind individuell unabhängig vom operativen Eingriff zu beurteilen und in die Entscheidung für oder gegen die ambulante Durchführbarkeit einzubeziehen. In Zukunft werden diese Begründungen fortlaufend vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) geprüft. Zu diesem Zweck wurde dieser mit entsprechenden Befugnissen ausgestattet.

Da bei einer 3-Segment-Resektion in der Regel in den ersten Tagen mitunter heftige Schmerzen auftreten, die eine intensive Betreuung und Therapie erfordern, sollte hier **die Indikation zur stationären Durchführung großzügig gestellt werden.** Da ja ab 2004 in allen Krankenhäusern auch die Abrechnung im DRG-System erfolgt, wird dies dann zu eher „kurzzeitstationärer Versorgung“ führen. Die noch vor wenigen Jahren berichteten Liegezeiten werden der Vergangenheit angehören.

Hämorrhoidopexie – der Zirkularstapler

Die Hämorrhoidenoperation mit dem Zirkularstapler (Hämorrhoidopexie) wird in Deutschland seit 1998 mit deutlich zunehmender Tendenz angewandt. So wurden im Jahre 2001 mehr als 21% aller Hämorrhoidektomien in dieser Technik durchgeführt. **Der Vorteil liegt insbesondere in den geringeren postoperativen Schmerzen.**

Mit der mittlerweile vorliegenden Erfahrung ist die ideale Indikation beim zirkulären Hämorrhoidalleiden 3° zu sehen. Die anfangs zur Verfügung stehenden Daten stammten aus überwiegend unizentrisch erhobenen retro- bzw. prospektiven, nicht randomisierten Beobachtungsuntersuchungen [1, 2, 11, 12, 14, 17]. Hierbei lag die Komplikationsrate niedriger als bei konventioneller Hämorrhoidektomie, die Krankenhausliegedauer und Arbeitsunfähigkeit waren kürzer. Die speziell in Deutschland beobachteten Erfahrungen sind in der Publikation „Multizentrische Erfahrungen mit der Stapler-Hämorrhoidektomie“ im Detail beschrieben [7].

Mittlerweile sind 19 prospektiv randomisierte, unizentrische Studien publiziert, die mit einer Ausnahme die positiven Erfahrungen untermauern. Diese Ergebnisse wurden entsprechend einer Metaanalyse ausgewertet und sind in Tabelle I zusammengefasst [3, 4, 9, 13, 15, 16].

In 18 Studien werden signifikant weniger postoperative Schmerzen und in 11 Studien ein höherer Komfort berichtet, ebenso wird die Arbeitsfähigkeit signifikant schneller wieder erreicht. Die Komplikationsrate und auch der Klinikaufenthalt – wohl überwiegend bedingt durch verschiedene Gesundheitssysteme – unterschieden sich nicht wesentlich.

Die Ergebnisse dieser Studien wurden mittlerweile durch mehrere nationale (Frankreich, Schweden, Italien), prospektiv randomisierte Multicenterstudien bestätigt [5]. In USA, England und Italien wird die Methode bereits überwiegend ambulant durchgeführt.

Trotz dieser positiven Resultate geriet nach internationalen Publikationen von schweren Komplikationen die Methode in ein negatives Licht.

In einer bundesweiten Umfrage in Deutschland wurden daher schwerwiegende Komplikationen in einem möglichst großen Patientenkollektiv evaluiert. Hierzu wurden im Juni 2000 alle 1.545 leitenden Ärzte chirurgisch-operativer Abteilungen angeschrieben. Da das Ziel der Untersuchung die Erfassung schwerster Komplikationen war, sollten diese – da sie in der Regel auch ohne detaillierte Dokumentation dem behandelnden Arzt in Erinnerung bleiben – ausreichend exakt erfasst werden können. In 599 Kliniken wurden 26.885 Hämorrhoidektomien durchgeführt, inklusive 4.635 Stapler-Operationen. Hieran waren allein 224 Krankenhäuser beteiligt. **In 0,12% traten schwere Komplikationen auf: drei Rektumperforationen, ein Rektumverschluss durch komplette Okklusion des Darmlumens, ein retroperitoneales Hämatom und eine Fournier-Gangrän mit letalem Ausgang.**

Alle diese Probleme traten in der Anfangszeit, der Lernphase des jeweiligen Operateurs auf, waren bedingt durch eine falsche operative Technik oder als verfahrensunabhängig einzustufen [8]. Um die weitere Entwicklung zu verfolgen, **wurde im Februar 2002 eine**

Tabelle I: Randomisierte Ergebnisse (unizentrisch); n=19 (p < 0,05, sig. + = signifikant besser, sig. – = Hospitalisationszeit, postop. Rekonval. = Rekonvaleszenz).

Autor	Jahr	n	Komplik.	Schmerz	Komfort	Klinik	Rekonval.
Rowell (GB)	00	11	n.d.	sig.+	n.d.	sig.+	sig.+
Mehigan (GB)	00	20	idem	sig.+	idem	idem	sig.+
Cheetham (GB)	00	15	sig.–	sig.+	sig.–	idem	idem
Farinetti (I)	00	18	n.d.	sig.+	sig.+	n.d.	sig.+
Helmy (Eg)	00	20	idem	sig.+	sig.+	idem	sig.+
Ho (RS)	00	54	idem	sig.+	sig.+	idem	sig.+
Brown (RS)	01	15	idem	sig.+	sig.+	idem	sig.+
Correa (Mex)	01	41	–	sig.+	sig.+	idem	sig.+
Pope (GB)	01	59	–	idem	idem	idem	sig.+
Shalaby (Eg)	01	100	sig.+	sig.+	sig.+	sig.+	sig.+
Souza (Br)	01	36	idem	sig.+	sig.+	–	sig.+
Boccasanta (I)	01	40	idem	sig.+	sig.+	idem	sig.+
Pavilidis (Gr)	01	40	idem	sig.+	sig.+	+	sig.+
Docherty (GB)	01	26	idem	sig.+	n.d.	n.d.	n.d.
Hetzer (CH)	02	11	–	sig.+	sig.+	idem	sig.+
Thaha (UK)	03	48	–	sig.+	sig.+	–	–
Kairaluoma (F)	03	30	idem	sig.+	idem	amb.	idem
Racalbuto (I)	03	50	idem	sig.+	–	idem	sig.+
Hasse (D)	03	40	idem	sig.+	idem	idem	sig.+

weitere deutschlandweite Umfrage durchgeführt.

Mittlerweile wurden im Jahr 2001 5.018 Hämorrhoidopexien durchgeführt. Dies ist ein Anstieg von 17% auf 21% bezogen auf die Gesamtzahl der Hämorrhoidektomien.

Schwere Komplikationen traten bei 0,11% der Fälle auf. Neben zwei weiteren septischen Komplikationen, in einem Fall mit letalem Ausgang, wurden eine schwere Proktokolitis, eine komplette Sphinkternekrose und eine retroperitoneale Blutung berichtet.

In beiden Umfragen wurden weitere relevante Komplikationen entgegen der allgemeinen Erwartung selten beobachtet. So trat z. B. eine anale Inkontinenz nur in 7 Fällen (0,08 %), eine rektovaginale Fistel in 3 Fällen auf. **Da es sich doch um eine benigne, nicht lebensbedrohliche Erkrankung handelt, sollte jede schwere Komplikation mit allen Mitteln verhindert werden, vor allem wenn dies durch fachgerechtes chirurgisches Handwerk zu erreichen ist.**

Legt man die obigen Überlegungen zugrunde, so wird es seitens der Patientenversorgung gut möglich sein, eine Hämorrhoidopexie ambulant durchzuführen. Da die wenigen postoperativen Nachblutungen meist in den ersten Stunden auftraten, sollte man hier die Option einer Nachbetreuung über 3–6 Stunden wählen. Da aber auch bei der Hämorrhoidopexie direkt postoperativ stärkere Schmerzen und Schwellungszustände sogar mit vorübergehenden Problemen der Stuhlentleerung auftreten, sollte für diese Fälle die postoperative stationäre Versorgung optional möglich sein. Entsprechende Logistik ist hierfür Voraussetzung.

Vom Gesetzgeber wurden bisher keine Strukturen geschaffen, die Hämorrhoidopexie gemäß § 115b Abs. 1 SGB V abzurechnen. Im Falle einer stationären Operation ist zwar eine DRG-Kodierung möglich, diese resultiert aber nicht in einer Erhöhung des Relativgewichtes, d.h. die Finanzierung des Staplers geht wie auch im alten System der Abrechnung nach Tagessätzen zu Lasten der ausführenden Klinik. Der Vorteil auf Seiten der Klinik kann somit in einer kürzeren Liegezeit bestehen.

Wie sich aus obigen Zahlen ersehen lässt, hat sich die Hämorrhoidopexie in kurzer Zeit als eine effektive Therapieoption etabliert, wenn

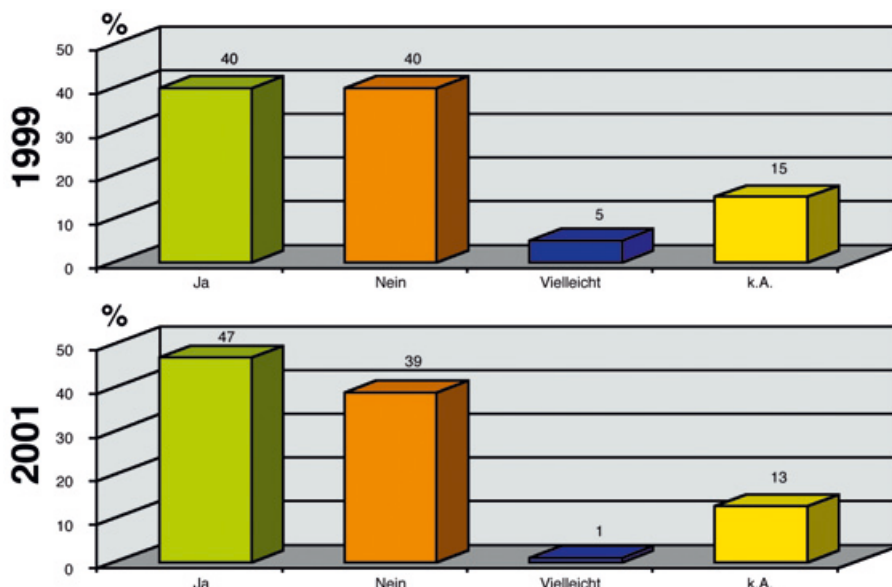


Abb. 2: Umfrage bei Chirurgen in Deutschland: „Würden Sie sich bei Hämorrhoiden 3° mit dem Stapler operieren lassen?“

auch noch viele **Kliniken ihr mit Skepsis und Vorsicht gegenüberstehen.** Die Einschätzung dieser Problematik wird wohl am besten verdeutlicht durch die Beantwortung der Frage (Abb. 2): „Würden Sie sich bei Hämorrhoiden 3° selbst einer Stapler-Hämorrhoiden-Operation unterziehen?“.

Literatur

- Allegra G (1990): Experiences with mechanical staplers: hemorrhoidectomy using a circular stapler. *G Chir* 11: 95–97
- Altomare D F, Rinaldi M, Sallustio P L, Martino P, De Fazio M, Memeo V (2001): Long-term effects of stapled haemorrhoidectomy on internal anal function and sensitivity. *Br J Surg* 88: 1487–1491
- Brown SR, Ballan K, Ho E, Ho Fams YH, Seow-Choen F (2001): Stapled mucosectomy for acute thrombosed circumferentially prolapsed piles: a prospective randomised comparison with conventional haemorrhoidectomy. *Colorectal Disease* 3: 175–178
- Cheetham MJ, Mortensen NJM, Nystrom PO, Phillips RKS (2000): Persistent pain and faecal urgency after stapled haemorrhoidectomy. *Lancet* 356: 730–733
- Ganio E, Altomare F, Gabrielli F, Milito G, Canuti S (2001): Prospective randomised multicentre trial comparing stapled with open haemorrhoidectomy. *Br J Surg* 88: 669–674
- Herold A, Kirsch JJ (2001): Komplikationen nach Stapler-Hämorrhoidektomie-Ergebnisse einer Umfrage in Deutschland. *Coloproctology* 23: 8–16
- Herold A, Kirsch JJ, Stauder G, Hager T, Raulf F, Michel J, Bock JU, Jongen J, Prohm P, Wolf N, Müller-Lobeck H, Gellert K: Multizentrische Erfahrungen mit der Stapler-Hämorrhoidenoperation. *Coloproctology* 23: 2–7
- Herold A, Kirsch JJ (2000): Pain after stapled haemorrhoidectomy. *Lancet* 356: 2187
- Hetzer FH, Demartines NM, Handschin AE, Clavien PA (2002): Stapled vs excision hemorrhoidectomy:

long-term results of a prospective randomized trial. *Arch Surg* 137: 337–340

- Ho YH, Cheong WK, Tsang C, Ho J, Eu KW, Tang CL, Seow-Choen F (2000): Stapled hemorrhoidectomy – cost and effectiveness. Randomised controlled trial including incontinence scoring, anorectal manometry and endoanal ultrasound assessments at up to three months. *Dis Colon Rectum* 43: 1666–1675
- Kirsch JJ, Stauder G, Herold A (2001): The Longo and Milligan-Morgan hemorrhoidectomy. A prospective comparative study of 300 patients. *Chirurg* 72: 180–185
- Kohlstadt CM, Weber J, Prohm P (1999): Stapler hemorrhoidectomy. A new alternative to conventional methods. *Zentralbl Chir* 124: 238–243
- Mehigan BJ, Monson JRT, Hartley JE (2000): Stapling procedure for haemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy: randomised controlled trial. *Lancet* 355: 782–785
- Pernice LM, Bartalucci B, Bencini L, Borri A, Catarzi S, Kroning K (2001): Early and late (ten years) experience with circular stapler hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 44: 836–841
- Rowell M, Bello M, Hemingway DM (2000): Circumferential mucosectomy (stapled haemorrhoidectomy) versus conventional haemorrhoidectomy: randomised controlled trial. *Lancet* 355: 779–781
- Shalaby R, Desoky A (2001): Randomized clinical trial of stapled versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy. *Br J Surg* 88: 1049–1053
- Singer MA, Cintron JR, Fleshman JW, Chaudhry V, Birnbaum EH, Read TE, Spitz JS, Abcarian H (2002): Early experience with stapled hemorrhoidectomy in the United States. *Dis Colon Rectum* 45: 360–367

Korrespondenzadresse:
 PD Dr. med. Alexander Herold
 Enddarm-Zentrum Mannheim
 Bismarckplatz 1, D-68165 Mannheim
 Tel.: +49 (0)12 34 75 70
 Fax: +49 (0)12 34 75 75
 e-mail: mail@enddarm-zentrum.de