

## **Erfahrungen mit der Stapler-Operation nach LONGO im Belegkrankenhaus**

Jens J. Kirsch, Günter Staude, Alexander Herold  
Enddarmzentrum Mannheim

Operationsbedürftige Hämorrhoiden, also der Analprolaps bilden naturgemäß in unserer ausschließlich enddarm-chirurgisch ausgerichteten Einrichtung mit über 27% aller stationären Eingriffe einen beachtlichen Schwerpunkt.

Enddarm-Zentrum Mannheim 1999

Patienten ambulant 17.764

Patienten stationär 1.418

- Hämorrhoidektomien 398

- davon Stapler 313

In der Vergangenheit operierten wir diese - je nach Ausdehnung des Prolaps - mit der U-Lappen-Plastik nach Fansler-Arnold oder mit der Segment-Hämorrhoidektomie nach Milligan-Morgan. Die subanodermale Hämorrhoidektomie nach PARKS haben wir seit einigen Jahren verlassen.

Im Spätsommer 1998 begannen wir mit der Stapler-Hämorrhoidektomie nach Koblandin und Longo. Hierfür standen uns zwei Geräte zur Verfügung:

- das speziell für die Stapler-Hämorrhoidektomie entwickelte Einmalgerät der Firma Ethicon: Proximate HCS (Magazin-Durchmesser 33 mm)
- und das heute in der kolorektalen Abdominal-Chirurgie kaum mehr verwendete Metallgerät der Firma Auto Suture mit auswechselbarem Einzel-Magazin: EEA + EEA 31 (Magazin-Durchmesser 31 mm).

Nach einer mehrwöchigen Lernphase verglichen wir ab Herbst 1998 unsere Stapler-Ergebnisse mit denen der U-Lappen-Plastik und der Hämorrhoidektomie nach Milligan-Morgan. Die ersten Daten stellte mein Partner Staude auf der letzten CACP-Tagung in Innsbruck vor; den aktuellen Vergleich präsentiert er auf diesem Kongress mit einem Poster.

Gerade für die tägliche Routine ist jedoch der Vergleich zwischen Stapler und dem klassischen Verfahren nach Milligan-Morgan entscheidend. Ich stelle Ihnen deshalb unsere Ergebnisse bei jeweils 150 Operierten vor. Dabei haben wir verglichen

- Eingriffsdauer und intraoperative Komplikationen
- Analgetika-Verbrauch
- Klinikaufenthalt und Arbeitsunfähigkeit
- Früh- und Spät komplikationen bis zu 6 Monaten postoperativ.

Nach dem Ausschluss proktologischer Zusatzerkrankungen unterschieden sich die zwei Kollektive nicht.

Tab. 1

<b>MILLIGAN-MORGAN: 150</b>	<b>LONGO: 150</b>
männlich: 88	männlich: 91
weiblich: 62	weiblich: 59
Alter 26 - 72 Jahre (gewichtetes Mittel 48,5 Jahre)	Alter 24-73 Jahre (gewichtetes Mittel 44,9 Jahre)

## Ergebnisse

Der durchschnittliche Zeitbedarf ist mit etwas mehr als 16 Minuten bei beiden Verfahren gleich, wobei die Hämorrhoidektomie nach Milligan-Morgan immer an allen drei typischen Positionen erfolgte (Abb. 1).

Die Stapler-Operierten benötigten signifikant weniger Analgetika - mit einer großen individuellen Streubreite (Abb. 2). Immerhin gaben 12% der Patienten nach Stapler überhaupt keine Schmerzen an. Resultierend daraus erfolgte die Entlassung dieser Patienten durchschnittlich 2 Tage früher; ähnliches gilt für die poststationäre Arbeitsunfähigkeit: 4 Tage bzw. 7 Tage (Abb. 1).

Technische Komplikationen traten lediglich einmal durch Bruch des messerführenden Plastikringes auf (Ethicon-Stapler). Allerdings wurde in der Pilotphase zweimal die Tabaksbeutelnaht versehentlich proximal der Andruckplatte geknüpft. Zwar wird dann wohl Gewebe reseziert, allerdings nicht die prolabierenden Hämorrhoiden. Die zwei Geräte sind gleich gut verwendbar. Die Differenz der Magazine (2 mm) sind in der täglichen Praxis bedeutungslos; entscheidend ist das Fassungsvermögen des Magazins.

Operationsbedingte Komplikationen sind zunächst intraoperative Blutungen aus der Klammernaht; sie sistieren meist spontan. 4-mal (2,3%) war allerdings eine Umstechung notwendig, 19-mal (13%) genügte eine elektro-chirurgische Blutstillung.

Zu postoperativen Blutungen mit notwendiger Revision in den ersten 4 postoperativen Tagen kam es beim Stapler in 1 Fall (0,7%), bei MM in 4 Fällen (2,7%). Perianale Hämatome, Thrombosen und Ödeme sind nach Stapler insgesamt deutlich seltener; 2 partielle Nahtdehiszenzen wurden in der Pilotphase beobachtet. Miktionsstörungen bis zur notwendigen Katheterisierung werden bekanntlich von der Anästhesie (Infusionsmenge) weit mehr beeinflusst als von der Operationsmethode. Trotz gleicher Anästhesie traten entsprechende Probleme aber bei den MM-Patienten deutlich häufiger auf (19% statt 3,3%) (Tab. 2).

Vorübergehende Inkontinenzsymptomatik fand sich bei beiden Gruppen in etwa 10% aller Fälle. Bei der postoperativen Kontrolle nach 2 Wochen allerdings waren diese

bei den Stapler-Patienten verschwunden, während 3 MM-Patienten darüber noch weitere 2 Wochen klagten.

Nach einem Monat beschwerten sich einige der MM-Operierten immer noch über Wundsekret und Schmerzen, nach Stapler beobachteten wir dies nicht. Nach MM mussten 2 Patienten wegen einer Narbenstenose operativ revidiert werden, ebenso 3 Stapler-Patienten. Eine muskuläre hohe Stenose bemerkten wir während der Pilotphase nach einigen Wochen. Hier war offensichtlich die Tabaksbeutelnaht zu tief, d. h. bis in die Muskulatur gelegt worden. Nach 5 Monaten war diese Stenose jedoch wieder symptomlos (Tab. 3).

Wesentliche Unterschiede beider Verfahren sahen wir darüber hinaus im kosmetischen Ergebnis. Während nach der MM-OP eines kompletten Analprolaps gelegentlich Marissen zurückbleiben, ist dies beim Stapler praktisch ausgeschlossen - vorausgesetzt, der Prolaps ist präoperativ komplett reponibel.

Zusammengefasst sind die Vorteile der Stapler-Hämorrhoidektomie gegenüber der Segment-Hämorrhoidektomie nach Milligan-Morgan eindeutig:

- weniger Schmerzen
- kürzerer Klinikaufenthalt
- schnellere Rekonvaleszenz
- weniger Komplikationen.

Nachteilig für den enddarm-chirurgisch Ungeübten ist das nicht-einsehbare OP-Gebiet. Hier besteht ein erhebliches Risiko, dass die gute Methode durch chirurgische Unerfahrenheit in Verruf gerät.

Dazu kommen die wesentlich höheren Sachkosten - mit dem Ethicon-Gerät etwa doppelt so hoch wie für das EEA-Magazin von Auto Suture. Die Stapler-Hämorrhoidektomie stellt keine vertragsärztliche Leistung dar - auch nach Auskunft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung; dies gilt nicht nur für Beleg-, sondern auch für Hauptabteilungen! Daher können wir dieses Verfahren unseren Kassenpatienten nur nach einer privatärztlichen Honorarvereinbarung anbieten. Aufgrund der besonderen Vorteile dieses Verfahrens wird diese Regelung nahezu problemlos von den Patienten akzeptiert.

Insgesamt hat sich innerhalb weniger Monate unser Operationsspektrum beim Analprolaps einschneidend geändert: unsere bisherigen Standardverfahren U-Lappen-Plastik und Milligan-Morgan sind gegenüber der Stapler-Hämorrhoidektomie in den Hintergrund getreten.