

5. Mannheimer Koloproktologie-Update

Pro und Contra lautete das Thema beim fünften vom Enddarmzentrum Mannheim ausgerichteten Koloproktologie-Update, das am 22. Oktober 2005 im Mannheimer Rosengarten stattfand. Wie inzwischen jedes Jahr trafen sich zahlreiche koloproktologische Spezialisten aus Klinik und Praxis zum Erfahrungsaustausch. Schwerpunkt der Veranstaltung waren die derzeit international kontrovers diskutierten Themen innerhalb der Koloproktologie. Im Mittelpunkt stand das „Pro und Contra“ der Stapler-Hämorrhoidopexie, der Hämorrhoiden-Arterien-Ligatur, der transanalen Rektumresektion, der ultratiefen Rektumresektion sowie der laparoskopischen Resektionstechnik beim Rektumkarzinom. Anschließend wurde jeweils in einer intensiven Diskussion der aktuelle Stellenwert des jeweiligen Themas erörtert.

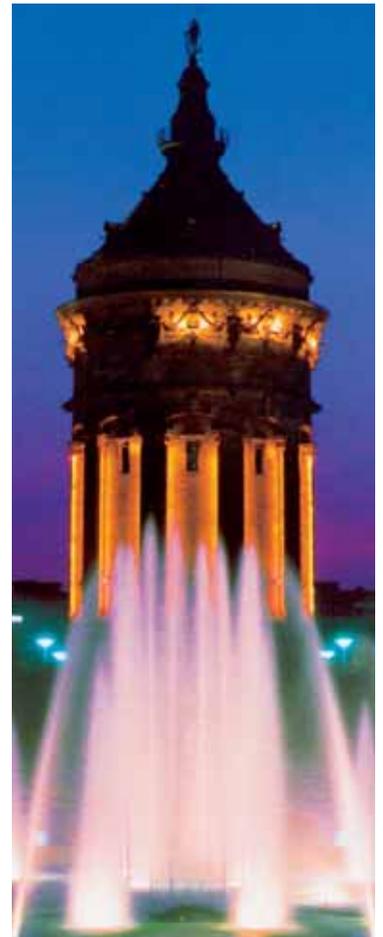
Stapler-Hämorrhoidopexie: Zahlreiche Studien mit hohem Evidenzgrad vorhanden

Im ersten Vortrag bezog A. Herold (Enddarmzentrum Mannheim) Position für den Einsatz der Stapler-Hämorrhoidopexie. Nachdem im Jahr 1998 in Deutschland rund 3500 Stapler-Hämorrhoidopexien durchgeführt wurden, ist diese Zahl inzwischen stetig gewachsen und auf mittlerweile etwa 14 000 Operationen im Jahr 2004 – und damit auf 20 bis 25 Prozent aller

Hämorrhoiden-Operationsverfahren – angestiegen. Alleine aus diesem Anstieg könnte man folgern, daß von einem Erfolg dieser Methode gesprochen werden kann. Hervorzuheben ist zudem, daß selten für eine Operationsmethode eine so umfassende Studienlage mit hohem Evidenzgrad vorlag. Die vorgestellten randomisierten Studien aus verschiedenen europäischen Ländern zeigen, daß subjektiv empfundene Schmerzen sowie der Analgetika-Verbrauch im Vergleich zum Milligan-Morgan-Verfahren deutlich niedriger sind. Auch Patientenkombfort und Rekonstruktionsergebnis scheinen sowohl in Single-Center- als auch in Multi-Center-Studien signifikant besser zu sein als beim Milligan-Morgan-Verfahren; Komplikationsrate und Dauer des stationären Aufenthaltes unterscheiden sich nicht. Auch die Kontinenz- und Rezidivraten beider Verfahren scheinen vergleichbar, die Erholung des Patienten nach Hämorrhoidopexie geht offensichtlich zügiger vonstatten. Problematisch stellt sich die Situation allerdings bei der Therapie von viertgradigen Hämorrhoiden dar: Hier schneidet das Milligan-Morgan-Verfahren besser ab als die Hämorrhoidopexie. Aufgrund der erwähnten Studienlage und der Anzahl der durchgeführten Operationen hat sich die Stapler-Hämorrhoidopexie innerhalb kurzer Zeit einen Platz in der Therapie des Hämorrhoidalleidens gesichert.

Chirurgische Verfahren: Technisch, einfach, schnell, sicher und mit sehr gutem Langzeitergebnis

P.G. Friedl (Atos-Praxisklinik, Heidelberg) äußerte hingegen seine Bedenken hinsichtlich der Stapler-Hämorrhoidopexie. Warum sollte diese Methode angewendet werden, wenn laut aktueller Erhebung zu etwa 77 Prozent chirurgische Alternativverfahren zum Einsatz kommen, so die Frage des Referenten. Die potentiell zur Verfügung stehenden chirurgischen Verfahren, wie zum Beispiel die OP nach Milligan-Morgan, nach Parks und nach Ferguson, sind technisch einfach und schnell durchzuführen, sie bestechen durch eine niedrige Komplikationsrate (<10 %) und zeigen ein sehr gutes Langzeit-Ergebnis. Zudem seien sie wesentlich billiger als das Stapler-Verfahren. Nachteile der konventionellen Verfahren seien zwar sicher der postoperative Schmerz, eine längere Heilungszeit sowie die äußere Wunde. Da die Stapler-Hämorrhoidopexie jedoch deutliche Defizite bei der operativen Therapie der (dritt-) und viertgradigen Hämorrhoiden hat, stehe hier das Verfahren nach Fansler-Arnold zur Verfügung, das den Vorteil einer anatomischen Rekonstruktion mit exzellenten Spätergebnissen und einer kürzeren Heilungszeit im Vergleich zu den offenen Verfahren verbindet, allerdings mit dem Nachteil eines höheren zeitlichen Aufwandes und



Das Wahrzeichen von Mannheim: Der Wasserturm

größerer technischer Anforderungen sowie einer Rate an Läppchennekrosen von zirka zehn Prozent. Nachteilig für das Stapler-Verfahren sind in der Literatur geschilderte schwerwiegende Komplikationen wie Sepsis, persistierende Schmerzen, imperativer Stuhldrang und Fournier-Gangrän, die bei etwa 0,1 Prozent der Patienten auftreten – allerdings auch bei anderen proktologischen Maßnahmen vorkommen können.

Auch relevante Spätkomplikationen wie Inkontinenz, rektovaginale Fisteln und versehentliche Vollwandexzisionen mit den entsprechenden Folgen sprächen gegen das Stapler-Verfahren.

Belegte Vorteile der laparoskopischen Kolonresektion bei Karzinom auch für laparoskopische Rektumresektion zu erwarten

Th. Schiedeck (Klinikum Ludwigsburg) hob die Vorteile der laparoskopischen Rektumresektion beim Rektumkarzinom hervor. Unter Verweis auf die laufenden Studien bei laparoskopischer Kolonresektionen bei Vorliegen eines Karzinoms sollten diese Ergebnisse auch auf das Rektumkarzinom übertragen werden können. Selbstverständlich sind auch beim laparoskopischen Verfahren die Einhaltung onkologischer Qualitätskriterien wie TME (total mesorectal excision), präliminäre Gefäßligatur, No-touch-Technik, hohe Absetzung der A. mesenterica inferior und tumorizider Wash-out zu fordern. Mögliche Vorteile der laparoskopischen Rektumresektion sind eine sehr gute Übersicht mit höherer Wahr-

scheinlichkeit einer vollständigen TME und einer möglicherweise geringeren Rate an Störungen der Blasen- und Sexualfunktion sowie einer korrekten Absetzung der A. mesenterica inferior. Die ersten Ergebnisse aktuell laufender, nicht-prospektiver Studien lassen keinen Unterschied hinsichtlich der Lokalrezidiv- und Überlebensrate sowie Fernmetastasierung erkennen. Allerdings sind noch keine evidenzbasierten Studien abgeschlossen bzw. keine längerfristigen Studien verfügbar. Die bis dato in der Literatur recht gut belegten Vorteile der laparoskopischen Kolonresektion bei vorliegendem Karzinom wie eine Reduktion von Schmerzen, ein selteneres Auftreten einer postoperativen Atonie, die Verkürzung der stationären Verweildauer, eine raschere Rekonvaleszenz, bessere Lebensqualität, ansprechendere Kosmetik und geringere perioperative Komplikationen sowie eine Verminderung der Immunsuppression, können auch für die laparoskopische Rektumresektion erwartet werden, ebenso wie die mögliche Reduktion von Hernien, Briden und Adhäsionen. Die Ergebnisse in Expertenhand scheinen, soweit momentan beurteilbar, sehr gut zu sein.

Nutzen laparoskopischer Rektumresektionen derzeit noch fraglich – Indikation nur im Rahmen von Studien

K. Matzel (Chirurgische Universitätsklinik Erlangen) erwiderte, die genannten Vorteile der laparoskopischen Rektumresektion seien bislang nicht belegt – auch wenn der Vergleich mit den Ergebnissen beim Kolonkarzinom nahe liegend sei. Gerade für das Langzeitüberleben und die Rezidiv- bzw. Komplikationsrate gelte, daß definitive Antworten nur aus prospektiv-randomisierten Studien stammen könnten. Bei den vorliegenden Daten zur laparoskopischen Kolonresektion bzw. ersten Ergebnissen zur laparoskopischen Rektumresektion im Vergleich zum konventionellen Verfahren zeigen sich hinsichtlich Komplikations- und Reoperationsrate, Hernienentstehung, Schmerzstärke und Blutverlust keine signifikanten Unterschiede. Die Wundinfektrate scheint bei laparoskopischen Vorgehen niedriger – allerdings bei längerer OP-Dauer und höheren

Vortragspause in der Industrieausstellung

Kosten. Die Inzisionslänge wird bei der Laparoskopie teilweise signifikant kürzer angegeben, fraglich ist, ob dies mit besserer Lebensqualität, geringerer Komplikationsrate und schnellerer Rekonvaleszenz einhergehe. Bei einer Konversionsrate von zirka 18 Prozent sei unklar, ob diese negative Einflüsse auf die Langzeitprognose (Rezidivrate und Überleben) habe. Und ob der stationäre Aufenthalt bei laparoskopischen Operationen nach Zunahme der „Fast-track“-Chirurgie kürzer sei, bleibe ebenfalls abzuwarten. Der erste Stuhlgang schein bei laparoskopischem Vorgehen etwas früher einzutreten, die postoperativen Schmerzen unterschieden sich wohl nicht. Auch wenn die laparoskopische Resektion die TME-Frequenz erhöhen sollte, so stehen dem mögliche Nachteile bei Tumorbefall des lateralen Resektionsrandes mit Mündung in ansteigende Lokalrezidivraten gegenüber. Laparoskopische Rektumresektionen eröffneten zwar bessere kosmetische Ergebnisse und seien technisch durchführbar, ihr Nutzen indessen derzeit noch fraglich; eine Indikation bestehe daher nur im Rahmen von Studien, so das Fazit des Vortragenden.





Auditorium im Congress-Center Rosengarten

Neben den bisherigen Operationsverfahren gibt es seit kurzem die STARR-Operation nach Longo

A. Fürst, M. Sailer, Th. Schiedeck, P. Palma und A. Herold stellten vor der Pause insgesamt fünf außergewöhnliche Fälle aus der Praxis vor, die in einer lebhaften Diskussion mit dem Publikum zusammen erörtert wurden und manche Überraschung offenbarten. Diskutiert wurde etwa über den Fall eines GIST (Gastrointestinaler Stroma-Tumor) des Rektums, der durch perianalen Blutabgang symptomatisch wurde. Eine pseudomembranöse Colitis lag bei einem Patienten vor, der nach tief-anteriöser Rektumresektion ein akutes Abdomen entwickelte. Ebenso interessant war ein Fall von Lactoseintoleranz mit initialem perianalen Juckreiz sowie die Schilderung einer Patientin, bei der sich nach langjährigem Morbus Crohn und Jahre zurückliegender Proktokolektomie ein muzinöses Adenokarzinom perineal entwickelte. Zuletzt wurde der Fall eines Patienten geschildert, bei dem als Ursache einer Rezidiv-Fistel die extrem seltene Erkrankung einer gastrointestinalen Tuberkulose gefunden worden war.

Th. Hager (Frankenwaldklinik Kronach) berichtete über die eigenen Ergebnisse mit der STARR-Operation (stapled trans-anal rectal resection) bei „obstructive defecation syndrome“ (ODS). Dieses ist gekennzeichnet durch häufige kleine Stuhlentleerungen, langes Sitzen bzw. Pressen auf der Toilette, rektales Druckgefühl oder Druckschmerz, eine häufig nur durch digitale Hilfe mögliche Entleerung sowie häufigen Laxanzien- oder Klistiergebrauch. An diagnostischen Maßnahmen kommen neben Anamnese und Klinik die Endoskopie, die dynamische Defäkographie oder das dynamische Beckenboden-MRT zum Einsatz. Zu den bisherigen Operationsverfahren (transvaginal, transanale Raffung, perineale Levatorplastik) gesellt sich seit kurzem die STARR-Operation nach Longo, der sich bereits um die Stapler-Hämorrhoidopexie verdient gemacht hatte. Die eigenen Ergebnisse bei einer Nachbeobachtungszeit von einem bis 33 Monaten zeigten bisher weder ein Rezidiv noch eine Verschlechterung der Entleerung. Die

Patienten selbst äußerten eine hohe Zufriedenheit mit dem Ergebnis. Allerdings wurden postoperativ Störungen der Kolonfunktion offenbar, die sicher bereits vor der Operation bestanden haben, aber erst danach bemerkt wurden. Eine weitere Studie an 76 Patienten zeigte signifikante Verbesserungen hinsichtlich inkompletter Entleerung, digitaler Manipulationen, Pressen, Laxanzien- und Klysmengebrauch. Nach einem Jahr äußerten mehr als 50 Prozent der Patienten große und 30 Prozent generelle Zufriedenheit mit dem OP-Ergebnis. Die transanale Operation bei Rektozele und Intussuszeption mittels STARR sei daher eine sichere Behandlungsoption. Das größte Problem stellen dabei Diagnostik und Indikationsstellung dar – sowie häufig die psychische Situation des Patienten.

D. Bussen (Enddarmzentrum Mannheim) schilderte den undifferenzierten Gebrauch des Begriffes „Outlet-Obstruktion“, der durch das Vorliegen verschiedener Veränderungen wie beispielsweise Rektozele, Intussuszeption, innerer Prolaps, ventraler Schleimhautprolaps, Rektumprolaps gekennzeichnet sei. Auch der Krankheitswert sei fraglich, wenn beispielsweise bei 80 Prozent gesunder

Frauen und 15 Prozent gesunder Männer eine Rektozele nachgewiesen werden, allerdings ohne klinische Symptomatik. Bei Rektozelen gilt eine Größe bis zu 1 cm als normal, wobei die Größe nicht unbedingt mit den Beschwerden korreliert. Erfolgsraten – bei konservativer Therapie zwischen 55 und 90 Prozent – sind bei operativen Verfahren ähnlich. Ähnlich ist es bei der Intussuszeption, wo bei transanaler Vorgehensweise Erfolgsraten zwischen 55 und 100 Prozent veröffentlicht wurden. In Anbetracht dieser Ergebnisse bei herkömmlichen Verfahren frage man sich, welchen Stellenwert die STARR-Operation einnimmt? Ein Vergleich der Studien zur STARR-Operation sei indessen schwierig, da häufig unterschiedliche Techniken angewandt werden, das Evidenz-Level der bisherigen STARR-Publikationen liegt bei III (>1 methodisch hochwertige, nicht-experimentelle Studie), die Erfolgsraten werden mit 48 bis 100 Prozent angegeben. Mögliche Komplikation sind Blutungen, Inkontinenz, Stenosen, Schmerzen und die Ausbildung rektovaginaler Fisteln. Zusammenfassend unterliege die STARR-Operation bisher einer mangelnden Evaluation, niedriger Evidenz und hohen Kosten. Korrekte und sinnvolle

Indikationen seien bisher nicht definiert, schlußfolgerte der Referent, zudem stünden ausreichend etablierte Therapieoptionen zur Verfügung. Vor einer breiteren Anwendung der Methode seien daher randomisierte Multizenterstudien mit möglichst vielen Patienten sowie die Definition eines klaren Krankheitsbildes und einer entsprechenden Stadieneinteilung zu fordern.

Funktionsprinzip des Kolon-Pouchs: Weniger ein Reservoireffekt, sondern Modulation der Kolonmotilität

A. Fürst (Caritas-Krankenhaus Regensburg) verwies auf die Vorteile der ultratiefen anterioren Rektumresektion. Organisation und Spezialisierung haben in den letzten Jahren die Rate kurativer Resektionen signifikant erhöht und zu einer höheren Zahl sphinktererhaltender Resektionen geführt. Problematisch bei tief-anterioren Resektionen sei das Auftreten des sogenannten anterioren Resektionssyndroms, das gekennzeichnet ist durch Inkontinenz (Flatus, dünner Stuhl), nächtliche Leckage, erhöhte Stuhlfre-

quenz, verkürzte Vorwarnzeit (imperativer Stuhldrang), Fragmentation, Änderung der Stuhlkonsistenz, Stuhlentleerungsstörungen, perianalem Ekzem sowie Tenesmen. Es stelle sich die Frage, ob eine Verbesserung der postoperativen anorektalen Funktion und Lebensqualität durch ein Pouch-Verfahren möglich ist. Studienergebnisse zeigen, daß die anorektale Funktion durch Kolon-Pouch-Verfahren optimiert werden kann, allerdings beruht das Funktionsprinzip bei der Kolon-Pouch-Bildung weniger auf einen Reservoireffekt, sondern offensichtlich auf einer Modulation der Kolonmotilität. Funktionell sind Kolon-J-Pouch, Koloplastie-Pouch und die Seit-zu-End-Anastomose offenbar gleichwertig, wobei Koloplastie-Pouch und Seit-zu-End-Anastomose stets technisch durchführbar sind. Allerdings bestehen die Vorteile der Pouch-Verfahren im wesentlichen während der ersten 12 postoperativen Monate, danach verblassen die Effekte. Wichtig für den Patienten seien neben der Heilung die Wiederherstellung der natürlichen Darmkontinuität und die Vermeidung eines lebenslangen Stomas (sowie der möglichen Stomakom-

plikationen) – was ansonsten mit einer beträchtlichen Störung des Körperbildes und möglichen partnerschaftlichen Spannungen einhergehe.

Ein gutes Stoma ist einer möglicherweise drohenden Inkontinenz auf jeden Fall vorzuziehen

Im Anschluß ging M. Sailer (Bethesda-Krankenhaus Hamburg-Bergedorf) auf die Probleme der ultratiefen anterioren Resektion ein, denn eine sphinktererhaltende Resektion sei – so der Referent – nicht gleichzusetzen mit einem Kontinenserhalt. Die postoperative Funktion nach ultratiefer Resektion wird ganz entscheidend vom Resektionsausmaß, präoperativem Sphinkterschaden, intraoperativer Sphinkterschädigung, (neo-)adjuvanter Therapie und Rekonstruktionsverfahren beeinflusst. Die Angaben in Studien nach ultratiefer Resektion hinsichtlich einer postoperativen Inkontinenz schwanken zwischen sechs und 87 Prozent, hinsichtlich eines imperativen Stuhldrangs zwischen acht und 87 Prozent und hinsichtlich einer erhöhten Stuhlfrequenz zwischen

acht und 75 Prozent! In einer aktuellen prospektiven Studie aus Spanien ist die Inkontinenzrate von präoperativ 32 auf postoperativ immerhin 52 Prozent angestiegen. Zur positiven Beeinflussung einiger Probleme wurde anstelle einer einfachen End-zu-End-Anastomose ein J-Pouch vorgeschaltet. Eine neuere Technik stellt der sogenannte Koloplastie-Pouch dar, der technisch einfacher anzulegen ist und funktionell wohl vergleichbare Ergebnisse zum J-Pouch zeigt. Die Pouch-Anlage vermeidet teilweise einige funktionelle Probleme nach ultratiefer Resektion, allerdings verblaßt dieser Effekt mit zunehmender Nachbeobachtungszeit. Die Studienlage hinsichtlich Lebensqualität nach Stomaanlage ist widersprüchlich. Zusammenfassend sollte kein Sphinktererhalt „um jeden Preis“ versucht werden, bei ultratiefen Anastomosen ist grundsätzlich eine Pouch-Anlage zu fordern. Risikosituationen hinsichtlich der Kontinenz sollten präoperativ mittels Anamnese, Endosonographie (Sphinkter) und Staging (Radiatio) evaluiert werden. Schlußendlich sei ein gutes Stoma einer möglicherweise drohenden Inkontinenz auf jeden Fall vorzuziehen.

CHIRURGISCHE ALLGEMEINE

ZEITUNG FÜR KLINIK UND PRAXIS

Dr. R. Kaden Verlag GmbH & Co. KG
Ringstraße 19, 69115 Heidelberg
Telefon (0 62 21) 13 77 610
Telefax (0 62 21) 6 59 95 90
chaz@kaden-verlag.de

www.kaden-verlag.de

Erscheinungsweise: 10 Ausgaben pro Jahr
(Doppelheft Juli/August, November/Dezember)

Abonnement: Bestellung beim Verlag oder bei jeder Buchhandlung

Bezugspreis: Jahresabonnement € 80,- (inkl. 7% MwSt. zzgl. € 16,- Versandkosten). Einzelheft außerhalb des Abonnements € 10,- (inkl. 7% MwSt., zzgl. Versand).

Bei Bestellung im Laufe des Jahres wird der Bezugspreis anteilig berechnet. Der Abonnent kann seine Bestellung innerhalb von 10 Tagen schriftlich beim Verlag widerrufen. Die Frist ist gewahrt, wenn der Widerruf rechtzeitig abgesandt wird (Datum des Poststempels).

Bezugszeit: Das Abonnement gilt zunächst bis zum Ende des begonnenen Jahres. Es verlängert sich um jeweils ein Jahr, wenn die Kündigung nicht bis zum 31.10. schriftlich im Verlag vorliegt. Kann die Zeitschrift aufgrund Streiks oder höherer Gewalt nicht geliefert werden, so besteht kein Anspruch auf Ersatz.

Anzeigen: Gordana Mai

Telefon 0 62 21 / 1 37 76 20, eMail: mai@kaden-verlag.de

Zur Zeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 6/2006.

Copyright: Mit der Annahme eines Manuskriptes erwirbt der Verlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfrist (§ 64 UrhRG) die Verwertungsrechte im Sinne der §§ 15 ff. des Urheberrechtsgesetzes. Übersetzung, Nachdruck, Vervielfältigung auf fotomechanischem oder ähnlichem Wege, Vortrag, Funk- und Fernsendsendung sowie Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen – auch auszugsweise – sind nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages gestattet.

Herstellung: Christian Molter

Telefon 0 62 21 / 1 37 76 60, eMail: molter@kaden-verlag.de

Druck und Verarbeitung:

Grosch Druckzentrum GmbH, 69214 Eppelheim

Dopplergesteuerte Hämorrhoiden-Arterien-Ligatur: Geringe Komplikationsrate, Kosten, Invasivität und hoher Patientenkomfort

Danach stellte M. Schmid (Westfalz-Klinikum Kirchheimbolanden) die Technik und Anwendungsgebiete der dopplergesteuerten Hämorrhoiden-Arterien-Ligatur (DGHAL) vor. Das Instrumentarium umfaßt neben Doppler-Gerät und Spezial-Rektoskop ein kleines chirurgisches Instrumentarium sowie einige resorbierbare Nähte. Die Hämorrhoidalarterien aus der A. rectalis superior werden oberhalb der Linea dentata über ein im Spezial-Rektoskop ausgespartes Fenster ligiert, nach Identifikation mit der im Rektoskop integrierten Doppler-Sonde, wobei mit dem Anziehen der Ligatur das Dopplersignal verschwinden sollte. Dies wird zirkulär fortgeführt, so daß meist vier bis sechs jeweils einzelne Ligaturen ausgeführt werden. Die volle Wirkung entfaltet sich nach sechs Wochen, neben einem Druckgefühl kann es zu einer Nachblutung kommen. Vorteile der Methode sind die geringe Komplikationsrate, die rasche Erlernbarkeit, geringe Kosten, niedrige Invasivität sowie hoher Patientenkomfort und -zufriedenheit. Die Rekonvaleszenz ist deutlich kürzer als bei konventionellen OP-Verfahren (3 gegenüber 25 Tagen). In beiden Gruppen werden zirka 25 Prozent Rezidive beobachtet. Die meisten DGHAL sind ambulant und ohne Narkose durchführbar, außerdem kann ein zirkuläres Hämorrhoidalleiden in ein segmentales Leiden überführt werden. Somit stellt die DGHAL für einen Krankenhaus-Chirurgen eine Ergänzung der Behandlungsoptionen dar. Indikationen werden für die Therapie von Hämorrhoiden ersten und zweiten (ggf. dritten) Grades gesehen, bei viertgradigen Hämorrhoiden ist der Behandlungserfolg fraglich. Bei dem gutartigen Hämorrhoidalleiden sollte der Grundsatz „primum nihil nocere“ im Vordergrund der Behandlung stehen.

DGHAL: Subjektiv empfundene Besserung sinkt mit fortschreitender Nachbeobachtungszeit

J.-U. Bock (Proktologische Praxis Kiel) berichtete über die Komplikationen der DGHAL anhand der eigenen Patienten. Es traten sub-

muköse Hämatomate, Schmerzen beim Setzen der Ligatur, Blutungen, Schmerzen und Stuhldrang nach DGHAL sowie Nekrosen oder Fisteln im Ligaturbereich auf. Anhand der eigenen Ergebnisse ergab sich eine Besserung innerhalb der ersten drei Monate bei 93 Prozent der Patienten, nach sechs Monaten lag diese Rate bei nur noch 47 Prozent und nach mehr als 12 Monaten nur noch bei 36 Prozent. Diese Ergebnisse werden von den vorliegenden Studien bestätigt, die empfundene Besserung sinkt mit fortschreitender Nachbeobachtungszeit. Dies dürfte daran liegen, daß die Hämorrhoidalpolster sich nach Verschuß der Hauptarterie zu einem späteren Zeitpunkt durch Erweiterung anderer Arterien wieder vergrößern können. Mögliche Indikationen für die DGHAL werden bei Vorliegen von Kontraindikationen für eine Sklerosierungstherapie oder Gummibandligaturen (Allergie) gesehen, die Methode eignet sich als Zusatzeingriff bei Fistel- oder Fissuroperationen sowie bei persistierenden Beschwerden, wenn schnell Linderung erzielt werden soll (Wohnsitz im oder Umzug ins Ausland) oder auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten. Ebenso besteht eine Indikation nach „konventioneller“ Hämorrhoidaltherapie (Sklerotherapie, Gummibandligatur, Operation) oder bei Komplikationen nach Sklerotherapie oder Gummiband-Ligatur. Insgesamt besticht die Methode durch ihre einfache Handhabung und Technik, die Komplikationsarmut, den i. d. R. möglichen Verzicht auf eine (Lokal-)Anästhesie sowie ihre guten Ergebnisse in der frühen posttherapeutischen Phase. Trotzdem sollte die Indikation durch einen erfahrenen Chirurgen gestellt werden, da kein Präparat anfällt. Zu den Langzeitergebnissen, sind allerdings noch viele Fragen offen.

Das Koloproktologie-Update 2006 wird vom 16.–18. November 2006 zusammen mit der Jahrestagung der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Coloproktologie (CACP) der Deutschen Gesellschaft für Viszeralchirurgie stattfinden und erneut von der Chirurgischen Klinik des Universitätsklinikums Mannheim gemeinsam mit dem Enddarmzentrum Mannheim veranstaltet werden. ◀

Dr. med. Andreas K. Joos
Chirurgische Universitätsklinik
Mannheim