

Minimal-invasive, subanodermale, submucöse Hämorrhoidektomie (MISSH) nach Burgard

Ein **innovatives Verfahren** zur analplastischen Rekonstruktion im Sinne eines minimal-invasiven Analliftings mit no-touch-Technik bezüglich der hochempfindlichen Anahaut.

Entwickelt in der Lutrinaklinik.

Autor: Dr. med. Gunther Matthias Burgard
Facharzt für Chirurgie, Coloproktologe (BCD)
Lutrina Klinik, Kaiserslautern

Als operative Standardverfahren zur Hämorrhoidektomie bei Hämorrhoidalvergrößerungen 3. und 4. Grades haben sich die Dreizipfelmethode nach **Milligan-Morgan (1937)** und die segensreichen plastisch-rekonstruktiven, Anahaut-erhaltenden Verfahren nach **Parks (1956)** bzw. **Fansler-Arnold (~1970)** etabliert. Die letztgenannten analplastisch-rekonstruktiven Verfahren und ihre Modifikationen sind zeitlich und technisch –auch für den Geübten- sehr aufwendig, stellten jedoch bisher die einzigen anatomiegerechten Möglichkeiten zur Entfernung des vergrößerten Hämorrhoidal-Komplexes und zum Erhalt des Anoderms(Anahaut) dar. Dabei war jedoch eine **großflächige Incision bzw. Präparation und Rückverlagerung dieses hochsensiblen Gewebes erforderlich**, um die sensorische Kontinenz zu gewährleisten. In der letzten Zeit wird erfolgreich auch das innovative Verfahren von Hr. Dr. Longo mit der Circular-stapler-Methode angewendet, welches bei gut reponiblem 3.-gradigem, relativ symmetrisch ausgebildetem Hämorrhoidalvorfall erfolgreich durchzuführen ist. Bei unbeweglichem Anal- und Hämorrhoidalvorfall lässt sich das Verfahren jedoch nicht anwenden, da die komplette Zurückbringbarkeit des Vorfalles eine unabdingbare Voraussetzung für die Anwendbarkeit der Methode darstellt. Auch stellt sich die Frage, ob die kreisrunde Schleimhautentfernung auch lediglich bei teilweisem Vorfall

erforderlich scheint. Dreizipfelmethode



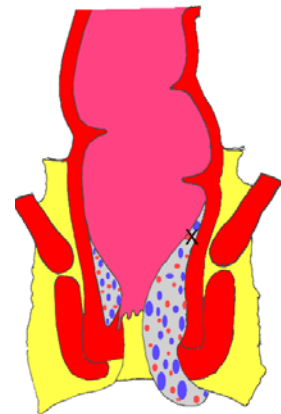
Circularstapler

Seit ca. 7 Jahren führe ich an unserer Klinik ein selbstentwickeltes Verfahren durch, das ich bisher an ca. 600 Patienten mit sehr guten Ergebnissen angewendet habe.

Ich habe diese Operationstechnik als „**minimal-invasive, subanodermale-submucöse Hämorrhoidektomie**“ bezeichnet. Das Innovative an diesem Vorgehen ist die subanodermale-submucöse Resektion des Hämorrhoidalplexus **ohne Incision des Anoderms (der hochempfindlichen Analhaut)**, jedoch mit anatomiegerechter anschließender Verlagerung desselben in den Analkanal durch Dopplung der Schleimhaut oberhalb der Linea dentata (Grenze zur Schleimhaut) im Sinne eines **Analliftings mit no-touch-Technik bezüglich des Anoderms**.

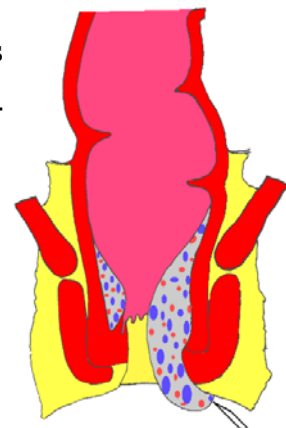
Die einzelnen Operationsschritte werden im Folgenden stichpunktartig dargelegt und durch Schemata bildhaft erläutert:

1. Durchstechungsnaht der entsprechenden Arterien-Äste des betreffenden Hämorrhoidalsegmentes, benutzt werden auflösbare Nähte der Stärke 0, Langbelassen der Fäden und Anklemmen derselben. Die Nähte werden quer zur sicheren Erfassung der Arterienäste, ca. 5 cm oberhalb der Linea dentata (Übergang zur Schleimhaut) angelegt. **Dort besteht keine Schmerzempfindung.**



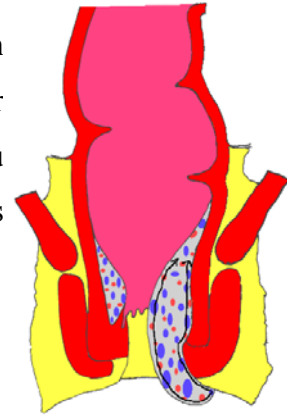
© by R.

2. Ca. 0,5 cm langer Schnitt in der Haut an der äußeren Basis des Hämorrhoidalknotens im Bereich des analen Randbezirkes, **außerhalb des Anoderms. (Schmerzarm)**



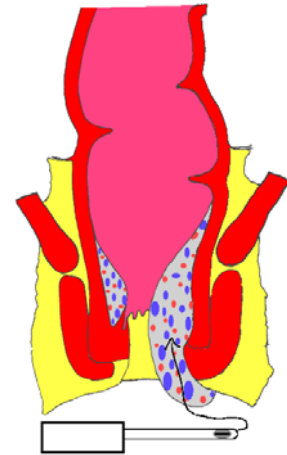
© by R. Rauterkus

3. Freilegung und sichere Identifikation der Kante des inneren Schliessmuskels und von diesem Schritt aus Abpräparieren der Hämorrhoidalgeflechte Richtung Hämorrhoidalknotenbasis und zu den seitlichen Segmentgrenzen hin, unmittelbar auf der Kante des Schliessmuskels und weiterhin auch direkt unter dem Anoderm.



© by R.

4. **Entfernen** der so mobilisierten Hämorrhoidal-Geflechte mit einem **Spezialinstrument (Shaver)**, wobei unter digitalem Druck und digitaler Kontrolle die Schwellkörpergeflechte in die Öffnung des Shavers hineingeraten und reseziert werden. Möglich ist auch die Anwendung eines minimalen Sogs im Bereich der Shaveröffnung.



© by R.

5. Nun schließt sich die anatomiegerechte Verlagerung von Schleimhaut und Analkanalhaut an. Dabei werden die zuvor langbelassenen Fäden benutzt, es wird lediglich die Schleimhaut flächenhaft mehrfach gefasst und kulissenartig in Richtung zuvor angebrachter Zentralligatur gerafft. = **ANALLIFTING IM SCHMERZARMEN BEZIRK.**

Es resultiert eine anatomiegerechte Rekonstruktion des Analkanals unter Dopplung der Schleimhaut, die angeführten Operationsschritte werden je nach Ausbildung des Prolapses an verschiedenen Segmenten oder an allen Segmenten bei kreisrundem Vorfall appliziert.

Die kleinen Hautincisionen bleiben zu Drainagezwecken offen, eventl. zusätzlich vorhandene Marisken (Hauttaschen) können jetzt entfernt werden.



Bilder-Serie: © by R. Rauterkus 09-99

① präoperativ - nach Resektion Hämorrhoidalpolster ② bei 3 Uhr SSL ③ bei 3+11 Uhr SSL ④ bei 3+7+11 Uhr SSL (postoperativ)

Die übliche Nachsorge mit Sitzbädern oder Analduschen, eventl. Gabe von Quell- oder Gleitmitteln und entsprechenden Analgetica mit regelmäßigen digitalen Wundkontrollen schließt sich an.

Bisher habe ich die Methode an über 600 Patienten angewandt, **seit März 1996** insgesamt. Die evidenten **Vorteile der Methode** sind:

Als rekonstruktives Operationsverfahren ist die Technik auch bei fixierten Vorfällen einfach, zeitlich weniger aufwendig (ca. 1/3 der Operationsdauer der Verfahren nach Parks oder Fansler-Arnold).

Das hochsensible Anoderm wird primär nicht eingeschnitten, jedoch anatomiegerecht in den Analkanal zurückverlagert, 3 bis 5 kleine Hautincisionen von ca. 0,5 cm Länge minimieren die re-sultierende Wundfläche nach „außen“.

Dadurch deutliche Verminderung der postoperativen Schmerzintensität, aufgrund einer prospektiven Studie, die an ca. 100 Patienten durchgeführt wurde, können wir das in Kürze belegen. Die Schmerzintensität reduziert sich auf ca. **20 %** der bisherigen üblichen Verfahren.

Insgesamt kommt die Reduktion der Schmerzintensität nahe an die Reduktion, welche durch die Circular-stapler-Methode erreicht wird.

Durch o.g. Vorteile Verkürzung des Krankenhausaufenthaltes, die ambulante Durchführung des Eingriffs ist ebenfalls möglich, schnelle Reintegration des Patienten in das Berufsleben, z. T. bereits nach wenigen Tagen.

Durch die MISSH-Methode lassen sich **alle Stadien** des Hämorrhoidal- und Analprolapses therapieren, auch eingeschlossen komplette fixierte und z. T. fibrosierte Ausbildungen. Weiterhin lassen sich auch lediglich partielle Vorfallformen kostengünstig therapieren. **Als evidente Vorteile für den Patienten stellen sich bisher die deutliche Schmerzreduktion postoperativ und die relativ geringe operationsbedingte Gefährdung durch die Schleimhautdopplung gegenüber den -entfernenden Verfahren dar.**

Zur möglichen Regeneration des hämorrhoidalen Schwellkörpers (bis zu 1/6 an der Abdichtleistung beteiligt) resultieren genügend viele Gefäßverbindungen. Einer möglichen Störung des Feinabschlusses kann dadurch vorgebeugt werden.

Dr. med. G. Burgard, Chirurg, Coloproktologe (BCD)