

Kirurgisk hæmoridebehandling – hvordan kommer vi videre?

Hæmorider er en hyppig, men ikke nødvendigvis kirurgisk behandlingskrævende lidelse. Når der stilles en operationsindikation, er det vigtigt, at man i valget af operationsmetode tager hensyn til sikkerhed, hurtig symptomkontrol, lav recidivfrekvens, færrest mulige postoperative smerter og en kort rekonvalescenstid [1]. Der er beskrevet mange operationsmetoder, hvoraf ingen er ideelle. Hvilken operation der skal bringes i anvendelse, besluttet i samråd med patienten og skal afspejle fordele, ulemper og risici.

Doppler-guidet dearterialisationsprocedurer er det nyeste operative tilbud [2-4], som har vundet stor udbredelse i Danmark. Det tiltalende ved disse procedurer er, at det er nonablative teknikker, samt at der er få postoperative smerter og en kort rekonvalescenstid. Ulempen er en højere recidivrate sammenlignet med Milligan/Morgan-hæmoridektomi, som betragtes som guldstandard [1], men oftest er forbundet med større postoperativ smerte og risiko for anal stenoser.

I Danish Medical Journal (se dette nummer af Ugeskrift for Læger side 340) præsenterer *Kjær et al* de første danske resultater af den transanale Doppler-guidede dearterialisationsprocedure [2]. Ved indførelse af en ny kirurgisk teknik er det vigtigt løbende at monitorere resultaterne, og i den kontekst er *Kjær et al's* bidrag relevant. I opgørelsen finder man en succesrate på kun 64% mod 71-96% [3-5] i den eksisterende litteratur. Denne diskrepans kan afspejle metodens ærlige performance i en dansk kontekst, men den afspejler nok i lige så høj grad, at studiet falder i tråd med den manglende stringens i litteraturen med hensyn til klassifikationen af hæmorider, undersøgelsesmetodik, opfølgning samt definition af primære og sekundære endemål.

Det primære endemål hos *Kjær et al* var patient-rapporteret definition af recidiv, som ikke nødvendigvis stemmer overens med en objektiv vurdering ved klinisk undersøgelse. Dette gør sammenligning af forskellige studier vanskelig. De nye guidelines fra Dansk Kirurgisk Selskab anbefaler en objektiv gradering a.m. Goligher og en standardiseret objektiv vurdering præoperativt og ved opfølgning [1].

Selve dearterialisationsproceduren er ikke standardiseret. Der er ikke konsensus om, hvordan og i givet fald hvornår der skal udføres mukopeksi (samtidig opsygning af prolaberende analslimhinde) [3, 4]. Hos *Kjær et al* blev der således kun foretaget muko-

peksi hos 15 ud af 73 patienter på trods af, at hovedparten af patienterne var graderet som grad 3 og 4 og således definatorisk har haft mukosaprolaps [2].

Lægevidenskabelige Selskaber har gennem årene udarbejdet guidelines til udredning og behandling af en lang række sygdomme, herunder kirurgisk behandling af hæmorider. På trods heraf hersker der fortsat et betydeligt metodisk anarki. Løsningen er ikke en øget centralisering, men snarere en organisering af behandlingen i respekt for de eksisterende guidelines. Guidelines skal afspejles i daglig klinisk praksis og bør være pligtlæsning for såvel speciallæger som uddannelseslæger. Ellers er udarbejdelse af guidelines blot en akademisk øvelse for de få, hvor resultatet findes på en hengemt hjemmeside.

Hæmoridekirurgi bør kunne varetages på alle niveauer i dansk kirurgisk praksis. Det er desværre meningsløst at udføre større sammenlignelige studier af hæmoridekirurgi, før visse basale forudsætninger er på plads. Fokus må være på at få indført en ensartet klassifikation, få standardiseret operationsteknikken, sikre oplæring og supervision af yngre kirurger i udredning og behandling af hæmorider og få organiseret kontrollen af patienterne med ensartet registrering af komplikationer og recidiv. Et minimum af lokal kvalitetskontrol er obligat og burde helst være som led i en national database.

Dette kunne eksempelvis stimuleres af en national audit, hvor de enheder, der i dag varetager hæmoridekirurgi, med inklusion over en tremånedersperiode af alle nyhenviste hæmoridepatienter registrerede basal klassificering og symptombyrde, primær behandling (konservativ eller operation) og korttidsfollowup.

LITTERATUR

1. Buntzen S, Christensen P, Khalid A et al. Diagnosis and treatment of haemorrhoids. *Dan Med J* 2013;60(12):B4754.
2. Kjær S, Lund HH, Schulze S et al. Limited success in patients treated with transanal haemorrhoidal dearterialisation. *Dan Med J* 2014;61(12):A4971
3. Pucher PH, Sodergren MH, Lord AC et al. Clinical outcome following Doppler-guided haemorrhoidal artery ligation: a systematic review. *Colorectal Dis* 2013;15:e284-94.
4. Sajid MS, Parampalli U, Whitehouse P et al. A systematic review comparing transanal haemorrhoidal dearterialisation to stapled haemorrhoidopexy in the management of haemorrhoidal disease. *Tech Coloproctol* 2012;16:1-8.
5. Ratto C, Donisi L, Parello A et al. "Distal Doppler-guided dearterialization" is highly effective in treating haemorrhoids by transanal haemorrhoidal dearterialization. *Colorectal Dis* 2012;14:e786-9.

LEDER

Steen Buntzen,
Lilli Lundby &
Peter Christensen

Ugeskr Læger
2015;177:V66935

KORRESPONDANCE:

Peter Christensen,
Kirurgisk Afdeling P,
Aarhus Universitetshospital,
Tage-Hansens Gade 2,
8000 Aarhus C.
E-mail: petchris@rm.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med lederen på Ugeskriftet.dk