

© Dr. D. Geile, München (alle Abbildungen)

Hämorrhoidalleiden – Teil 1

Wenn's am After juckt und brennt ...

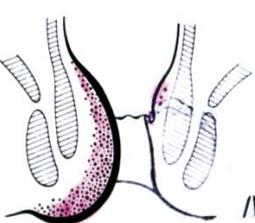
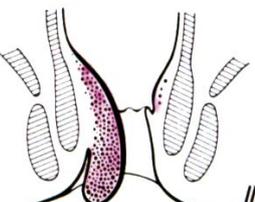
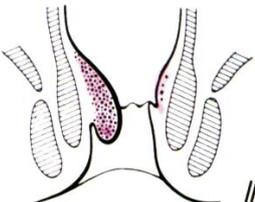
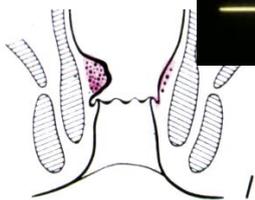
D. GEILE

Abbildung 1:
Hämorrhoiden
(physiologisch)

Abbildung 2:
Hämorrhoidalleiden
(pathologisch)



Mit keiner Selbstdiagnose kommen Patienten, wenn sie unter den typischen, unspezifischen Symptomen wie transanale Blutung – Pruritus – Knotenbildung – Schmerz leiden, so oft in die proktologische Praxis wie mit „Hämorrhoiden“. Abgesehen von der falschen Begriffsdefinition stimmt ihre Vermutung meist gar nicht – falls doch, gibt es je nach Stadium unterschiedliche Behandlungsoptionen.



Zunächst einmal müssen zwei ganz grundlegende Irrtümer beseitigt werden:

1. Hämorrhoiden sind keine Krankheit, sondern eine wichtige Struktur des Analkanals.

2. Das Hämorrhoidalleiden ist tatsächlich sehr viel seltener die Ursache für die genannten Beschwerden als gedacht, nämlich nur bei knapp 20% der Patienten in der proktologischen Praxis.

Hydraulische Shuntsysteme

Hämorrhoiden sind arterio-venöse Shuntsysteme am inneren Analring, die

durch Zuflusssteigerung (Druck) und Abflusshemmung (Kompression der abführenden Venen durch Kontraktion der Schließmuskulatur) ein hydraulisches Polster bilden (Abb. 1), das den Feinverschluss des Anfers bewirkt (zirka 15–20% der Ruhekontinenzfunktion).

Durch Oberflächenentzündung, Gewebhypertrophie, Zerstörung der Aufhängung und Verlagerung der Hämorrhoiden nach außen entsteht das Krankheitsbild des Hämorrhoidalleidens (Abb. 2). Dabei kann jede chemische und/oder mechanische Einwirkung zu einer Oberflächenentzündung und damit zur Blutung aus den Mukosagefäßen führen (Stadium 1). Typisch ist die frische hellrote Blutung bei der Defäkation in geringer Menge. Der Shunthohlraum selbst wird sehr selten eröffnet und blutet dann arteriell in höchst bedrohlichem Ausmaß mit relevantem Hb-Abfall in ganz kurzer Zeit. Die Entzündung führt außerdem zu einem reaktiven Sphinkter-

Abbildung 3: Stadien des Hämorrhoidalleidens
Grad 1: Entzündung der Oberfläche (Proktitis);
Ursachen: Ernährung, Medikamente, chronisch-entzündliche Darmerkrankung, mechanische/chemische Alteration;
Grad 2: Gewebhypertrophie;
Ursachen: Druckerhöhung durch Sphinkterkontraktion, Abflusstauung, erhöhter Zufluss, Pressdruck;
Grad 3: Verlagerung und Zerstörung der Halterung;
Ursachen: Scherwirkung, Pressdruck, Funktionsstörung;
Grad 4: Akuter/chronischer Prolaps mit Sphinkterspasmus;
Ursachen: Ödeme, Thrombosierung, Nekrose

FORTSETZUNG SEITE 61 —

Symptomatik bei Hämorrhoidalleiden

- Blutung
- Pruritus
- Nässen, Brennen
- Knotenbildung, Schwellungen, Prolapsformationen
- Funktionsstörung: Inkontinenz, Obstruktion (Ursache/Wirkung)

Die unspezifische Symptomatik ist in jedem Fall abklärungsbedürftig! Ein Hämorrhoidalleiden haben in der proktologischen Praxis tatsächlich jedoch nur 20–25% der Patienten.

Kausale Therapie des Hämorrhoidalleidens

1. Stuhlregulation/Volumen/Änderung der Essgewohnheiten
2. Änderung der Entleerungsgewohnheiten
3. Entzündungsbehandlung
4. Anale Spasmolyse
5. Verringerung des Zuflusses durch Pressdruckabbau

Wirkstoffe in der medikamentösen Therapie des Hämorrhoidalleidens (nach Herold)

- Coli-Extrakt
- Hydrokortison
- Wund- und Heilsalben
- Lokalanästhetika
- Antiphlogistika
- MPFF (micronised purified flavonoid fraction)
- Wirkstoff aus Ginkgo
- Nitro-Präparate
- Kalziumantagonisten

Stadienorientierte Therapie

- Grad 1: Sklerosierung
- Grad 2: Gummibandligatur
- Grad 3: Operation
- Grad 4: abhängig von Komplikationen

Differenzialdiagnosen des Hämorrhoidalleidens

Abbildungen 4a–d



a: Marisken: harmlose Falten der Hautoberfläche beziehungsweise Fibrome; Beschwerden je nach Größe; Therapie: Pflege; Operation, wenn Hygiene/Ästhetik ernsthaft gestört.



b: Perianale Thrombose: harte Knotenbildung durch intra/perivenöses Hämatom am/im After bei erhöhtem Druck oder Flüssigkeitsmangel; Therapie: je nach Größe und Beschwerden: Exzision in Lokalanästhesie; anti-phlogistisch – konservativ; Nicht hin- und herschieben!



c: Kompletter Rektumprolaps: wird oft nur in Hockhaltung und nach forcierstem Pressen sichtbar.



d: Analkarzinom: unspezifische Symptomatik, „Mimikri-Befunde“

spasmus und damit zum Stau in den Gefäßen, zur dauernden Druckerhöhung und in der Folge zur Gewebshypertrophie (Stadium 2). Es kommt zu einer Vorwölbung in den inneren Anlring, die eine gewisse Sperrwirkung mit Fremdkörpergefühl, Nässen und reaktiver Hautentzündung hat. Die typische Symptomatik dieses Stadiums sind der Pruritus, das Nässen und die perianale Haut-

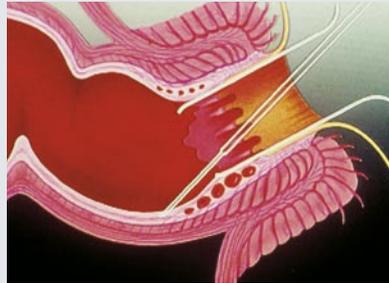
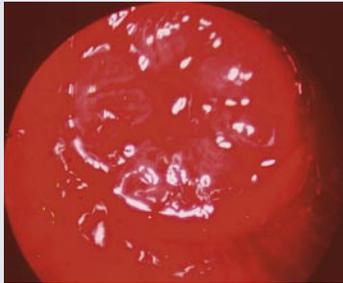
entzündung mit nur noch geringen Blutungen angesichts der zunehmenden Oberflächenvernarbung. Das Druckgefühl in Form von Stuhl drang führt zur vermehrten Druckausübung und zu forcierstem Nachpressen; dadurch werden allmählich die Haltestrukturen überdehnt beziehungsweise zerrissen und der Analkanal stülpt sich mit den vergrößerten Hämorrhoidalknoten aus (Stadium 3).



Abbildung 5: Therapie der akuten analen Entzündung: Abduschen, kein Zusatz nötig; Trocknen: Luft, mit weichem Tuch tupfen; Abdecken mit Zinkpaste (wasseraufnehmend, wundheilend, schützend); Stuhlregulierung, Vermeidung von Reizstoffen

Abbildung 6

Sklerosierung (nach Blanchard/Bensaude/Gabriel)



In eigenen Untersuchungen waren bei Therapieende 86,8% der Patienten beschwerdefrei (1.327 von 1.528).

Komplikationen:

kurze Missempfindung :	7,9%
Schmerzen	1,5%
Nachblutung	0,3%
passagere Harnsperrung	0,2%
lokale Nekrose	0,065%

Langzeitergebnisse (laut Literatur):

30–80% Rezidive (?) nach 2–5 Jahren
(aber: umfasst alle Grade des Leidens)

Die typische Symptomatik besteht in perianaler Knotenbildung und ständigen Inkontinenzbeschwerden in Form von Nässen, Hautreaktion und Schleimabsonderung. Bei akuter Nekrotisierung dieses Vorfalles, Thrombosierung und Analödem spricht man vom Stadium 4, das durch einen akuten oder chronischen Verlauf (als massive Fibrosierung) mit fixiertem, komplettem Analprolaps gekennzeichnet ist. Die einzelnen Stadien und möglichen Ursachen zeigt Abbildung 3 (S. 58).

Behandlung stadienabhängig

Die Differenzialdiagnostik des Leidens (Abb. 4a–d, S. 61) ist besonders wichtig, da sich völlig unterschiedliche therapeutische Konsequenzen ergeben.

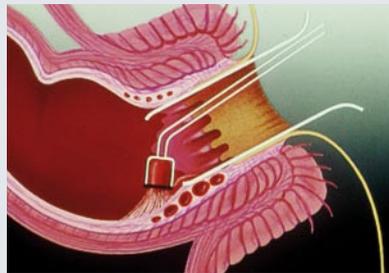
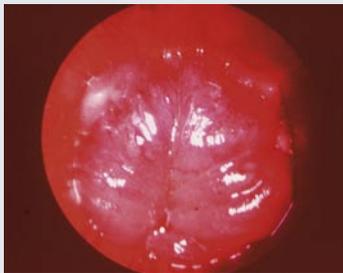
Während alle Maßnahmen am Hämorrhoidalplexus selbst als symptomatische Therapie anzusehen sind, besteht die kausale Therapie in der Behebung der Ursachen (Tab. 2, S. 61). Eine Hauptrolle spielen dabei die Stuhlvermehrung und die Beseitigung des Drucks sowohl bei der Entleerung als auch im Bereich des Sphinkterapparats in Ruhe. Es ist ein physiologisches Gesetz, dass kleine Stuhlolumina (unabhängig von der Konsistenz!) nicht nur im Colon, sondern auch anal zu erhöhtem Druck führen. Auch Entzündungen aller Art bewirken eine anale Spastik – und so schließt sich der Teufelskreis des Leidens, wenn er nicht durch eine entsprechende Therapie durchbrochen wird (Abb. 5, S. 61).

Medikamentöse Behandlung: Viele Wirkstoffe sind als Hämorrhoidalzäpfchen und -salben auf dem Markt (Tab. 3, S. 61), aber es ist bis jetzt nicht schlüssig bewiesen, dass sie mehr bringen als eine einfache Heil- und Pflegepaste (z. B. Multilind®, Penaten®) in Verbindung mit den zuvor genannten Maßnahmen. Nach dem momentanen Stand der Kenntnis und nach den Empfehlungen der proktologischen Fachgesellschaften ist zur Behebung der Symptome in loco eine stadienorientierte Therapie des Hämorrhoidalleidens indiziert (Tab. 4, S. 61).

Zur Blutstillung genügt in der Regel die Sklerosierung, vergrößerte Knoten können mittels Gummibandligatur reduziert werden, einmal permanent dis-

Abbildung 7

Gummibandligatur (nach Barron)



In eigenen Untersuchungen waren bei Therapieende 83% der Patienten beschwerdefrei (320 von 385)

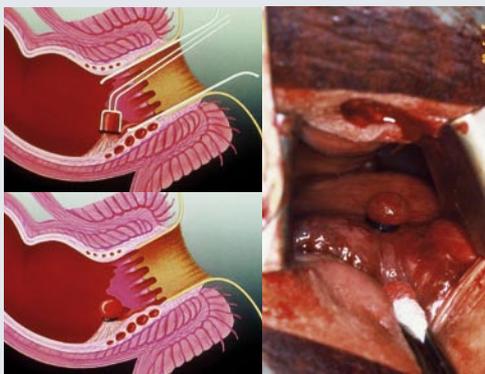
Komplikationen:

Reiz/Entzündungsreaktion:	7,8%
schwere Schmerzen	3,3%
Nachblutung	0,4%
Kreislaufreaktion	3,9%
Thrombosen lokal	0,065%

Langzeitergebnisse

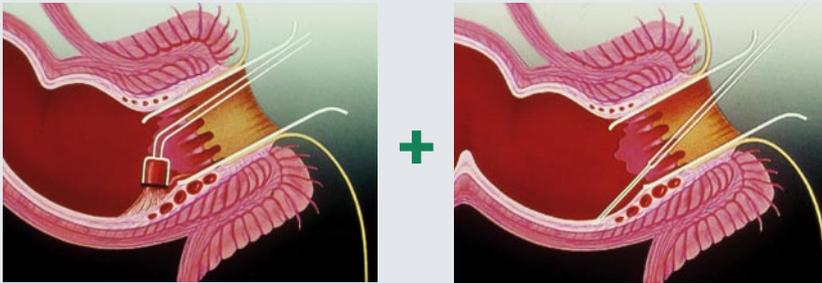
(805 Patienten, Iyer et al. 2004):
30% Rezidive nach 3–26 Jahren
(aber: umfasst alle Grade des Leidens)

Richtig!



Falsch!



Kombination Gummibandligatur/Sklerosierung**Ergebnisse nach Behandlung von Hämorrhoiden und partiellem Mukosaprolaps (Chew et al. 2003, 6.739 Patienten):**

58% asymptomatisch nach 1–11 Jahren (im Mittel 6,5 Jahre)
bei 7,7% anschließend Operation notwendig

Komplikationen:

insgesamt 3,1%; als häufigste Komplikation Nachblutung geringeren Grades

mittlerer Ausprägung scheint die Kombination aus beiden Methoden zu bringen – ganz abgesehen davon, dass mit der zusätzlichen Verödung die Blutungsgefahr vermindert werden kann (Abb. 8).

Dr. med. Dorothea Geile
Ärztin für Chirurgie/Proktologie
Denninger Str. 44,
81679 München,
E-Mail: dr-geile@t-online.de

Teil 2 folgt!

In der nächsten Ausgabe der URO-NEWS folgt der zweite Teil des Beitrags zum Thema „Operative Therapie des Hämorrhoidalleidens“.

loziertes Gewebe kann nur operativ entfernt und die Struktur des Analkanals so wieder hergestellt werden.

Die **Sklerosierung** wird durch das Proktoskop am oberen Ende des Plexus hämorrhoidalis durchgeführt – und zwar unbedingt außerhalb des sensiblen Bereichs des einschichtigen Plattenepithels (Anoderm), das sich (oft auch als Inseln) bis hoch über die Linea dentata erstrecken kann, aber in der Regel gut sichtbar ist. Dabei ist es im Endergebnis egal, womit sklerosiert wird (Äthoxysklerol oder Phenolöl). Das Bundesgesundheitsamt hat vor einigen Jahren die Unbedenklichkeit der Sklerosierung per Phenolöl bestätigt, außerdem ist in der Regel damit eine zweimalige Injektion ausreichend (an je drei Stellen, versetzt). So haben wir selbst in der Praxis dieser Methode (nach Blanchard/Bensaud/Gabriel) den Vorzug gegenüber der Methode nach Blond mit Äthoxysklerol gegeben. Ergebnisse und Komplikationen sind in Abbildung 6 aufgelistet, sie entsprechen denen in der Literatur.

Chirurgische Methode: Auch die Gummibandligatur, die mittels eines Schnepfers um einen zunächst mit der Zange angezogenen oder angesaugten Gewebebüzel gelegt wird, wird im oberen Bereich des vergrößerten Plexus hämorrhoidalis streng außerhalb jeder sensiblen Zone platziert. Sollte es sofort zu Schmerzen kommen, ist die Ligatur unbedingt zu entfernen, da sonst Ödeme, Nekrosen und schwerste Thrombosierungen die Folge sein können. Auf keinen Fall dürfen nach außen prolabierende Strukturen abgebunden werden (Abb. 7).

Beste Erfolge bei Kombi-Therapie

In der Literatur gibt es leider sehr wenige verwertbare Aussagen über die einzelnen Methoden, ihre Ergebnisse und Komplikationen, da in die Studien oft alle Stadien einbezogen werden und oft nicht die oben genannte kausale Therapie beachtet wird. Naturgemäß hat die Ligatur auch bei exakter Indikation mehr Komplikationen (Abb. 7) – es handelt sich schließlich um eine semioperative Methode und es sind entsprechende Kontraindikationen zu beachten (z. B. Antikoagulantientherapie). Die besten Ergebnisse beim Hämorrhoidalleiden

Anzeige