

Hämorrhoiden

Situationsgerechte Therapie

Etwa 50 Prozent der über 50-Jährigen haben schon einmal über **Hämorrhoidalbeschwerden** geklagt. Die Therapie muss individualisiert erfolgen.

Hämorrhoiden sind stark durchblutete submuköse Kissen, die im oberen Anteil des Analkanals liegen. Die normale Anatomie des Analkanals zeigt drei Hauptkissen bei 3, 7 und 11 Uhr Steinschnittlage, zwischen ihnen können sich kleinere Kissen befinden. Diese Kissen tragen 15 bis 20 Prozent zum Ruhedruck im Analkanal bei [1,2]. Hämorrhoidalbeschwerden entstehen durch eine Hypertrophie der normalen analen Polster mit nachfolgender Überdehnung des Bindegewebes und einer Dilatation des Corpus cavernosum recti [3]. Tabelle 1 zeigt Faktoren, die zu diesen pathologischen Veränderungen führen können. Differenzialdiagnostisch kommen alle Erkrankungen in Betracht, die in Tabelle 2 aufgelistet sind.

Symptome

Das häufigste Symptom ist die **rektale Blutung** gefolgt von Schleimabgang und daraus

resultierend analem Juckreiz [4, 5]. Vergrößerte Hämorrhoidalkissen sind als solche nicht schmerzhaft, lediglich eine akute Hämorrhoidalthrombose oder eine Inkarzeration kann einen heftigen Schmerz auslösen. Bei perianalem Blutabgang muss sich zum Ausschluss eines malignen Prozesses neben einer Prokto- und Rektoskopie im Zweifelsfall auch eine Sigmoidos- oder Koloskopie anschließen.

Einteilung

Klassifikationen wie die nach Goligher [6] (Abb. 2) erlauben es, das Hämorrhoidalleiden zu standardisieren und können helfen, den Behandlungsverlauf zu dokumentieren. Anzustreben ist eine differenzierte und auf den jeweiligen Patienten abgestimmte und individualisierte Therapie.

Konservative Therapie

Die konservative Therapie wird in der Regel bei Patienten mit Hämorrhoiden in den Graden I und II eingesetzt. Jedoch sollte eine konservative Basistherapie in allen Sta-



dien begleitend eingesetzt werden. Dazu gehören eine **Stuhlregulation** mit ballaststoffreicher Kost zur Erhöhung des Stuhlvolumens sowie eine reichliche Flüssigkeitsaufnahme. Zusätzlich sollte ein übermäßiges Pressen während der Defäkation vermieden werden ebenso wie lange „Sitzungen“.

Laxanzien können unterstützend helfen. Eine sorgfältige Anhygiene mit klarem Wasser, sportliche Aktivität zur Anregung der Darmmotilität und eine Gewichtsreduktion komplettieren die Basistherapie.

Die Basistherapie kann stadienübergreifend unterstützt werden durch Salben und Suppositorien, wobei hier die Besserung der Symptomatik im Vordergrund steht und nicht die Behebung der

Durchblutung des Hämorrhoidalkissens, während die Feinabdichtung vollständig erhalten bleibt. Obwohl in einer Sitzung mehrere Gummibänder angelegt werden können, empfiehlt es sich, nicht mehr als 1 oder 2 Bänder pro Sitzung zu applizieren. Die Erfolgsrate wird mit 69 bis 94 Prozent angegeben bei gleichzeitiger niedriger Komplikationsrate [8]. Da der proximale Anteil des Analkanals nicht sensibel versorgt ist, soll-

ten die Patienten bei regelrechter Anlage des Gummibandes etwas proximal des Hämorrhoidalknotens schmerzfrei sein [9].

Die **Sklerosierungstherapie** ist eine weit verbreitete Technik, bei der nach Blanchard ein Sklerosierungsmittel (z. B. Phenollösung) neben das zuführende arterielle Gefäß

Tab. 1: Faktoren, die Hämorrhoidalleiden begünstigen

- Obstipation
- Vermehrtes Pressen
- Schwangerschaft
- Ernährung (ballaststoffarme Kost)
- Erhöhter intraabdomineller Druck
- Unregelmäßige Darmentleerung
- Erhöhter Sphinkterruhedruck
- Genetische Disposition

Tab. 2: Differenzialdiagnosen

- Marisken
- Hypertrophe Analpapille
- Analprolaps
- Rektumprolaps
- Analvenenthrombose
- Fissur
- Tumoren (benigne, maligne)

zugrundeliegenden Ursache. Hierbei kommen vor allem steroidhaltige, aber auch **lokalanästhetische und antiinflammatorische Substanzen** zum Einsatz, die auf den Schmerz und die entzündlichen Komponenten eine positive Wirkung haben.

Interventionelle nicht

operative Therapien werden besonders bei Patienten mit Hämorrhoiden in den Graden I und II eingesetzt. Diese Methoden haben den Vorteil, dass sie in der Regel schnell durchgeführt werden können, kostengünstig sind und keine Sedierung oder gar Narkose benötigen.

Gummibandligatur: Bei der Technik nach Barron [7] wird ein Gummiband nach Ansaugen oder Einziehen der Basis des Hämorrhoidalkissens angelegt, das diese stranguliert. Das nachfolgend nekrotisierende Gewebe fällt nach 7 bis 15 Tagen ab und die entstehende Vernarbung führt zu einer Fixation der Mukosa und Reduktion der

proximal des Hämorrhoidalkissens injiziert wird. Auch hier soll durch die Induktion von Narbengewebe eine Verminderung des Blutzuflusses aber auch eine Fixation der Mukosa auf der Unterlage erreicht werden [10]. In der Regel wird bei 3, 7 und 11 Uhr Steinschnittlage im Abstand von ca. 2 Wochen

eingespritzt und dies 3- bis 4-mal wiederholt. Dieses Verfahren ist komplikationsarm und schmerzfrei, die Erfolgsrate jedoch uneinheitlich mit Rezidivraten bis zu 30 Prozent [11].

Operative Therapie

Nur bei etwa 10 Prozent der Patienten, die wegen eines Hämorrhoidalleidens ärztlichen Rat suchen, besteht eine Operationsindikation [12]. Dies betrifft Patienten mit Hämorrhoiden in den Graden III oder IV, Patienten nach erfolgloser konservativer Therapie, Patienten mit Hämorrhoidalblutung oder



Prof. Dr. med.
Werner Kauer
Praxis für Chirurgie,
Endoskopie und
Proktologie,
München
praxis@prof-hk.de



Abb. 1: OP-Technik nach Longo

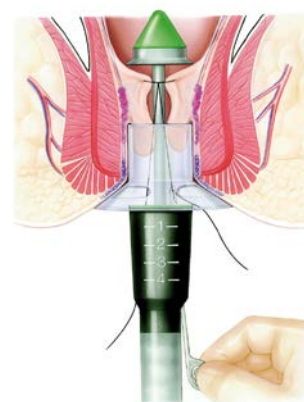
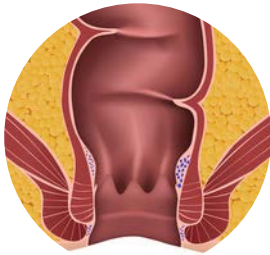
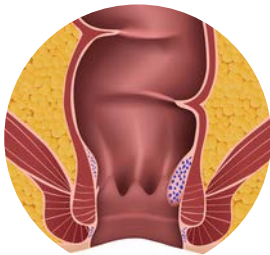


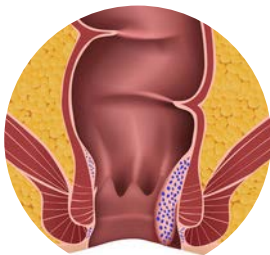
Abb. 2: Gradeinteilung (nach Goligher)



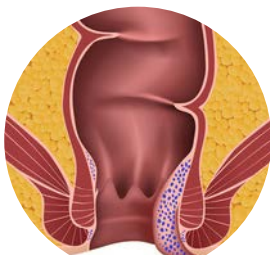
Grad I
Hämorrhoiden nur proktoskopisch sichtbar



Grad II
Prolaps beim Pressen, spontane Reposition



Grad III
Prolaps nur noch manuell reponierbar



Grad IV
Prolaps nicht mehr reponierbar

-thrombose und Patienten mit inkarzerierten Hämorrhoiden, wobei hier jedoch, wenn es die Klinik erlaubt, immer der Versuch unternommen werden sollte, durch konservative Maßnahmen eine Reposition zu erreichen, da eine ausgedehnte Resektion die Gefahr einer postoperativen Inkontinenz erhöht. Ziel der Operation ist eine Wiederherstellung der normalen Anatomie und Physiologie durch Reposition der prolabierte Mukosa und anatomiegerechter Rekonstruktion. Die offene **Hämorrhoidektomie** nach Milligan-Morgan ist nach wie vor der Goldstandard der operativen Hämorrhoidenbehandlung [13], insbesondere bei einzelnen, vergrößerten Hämorrhoidalkissen. Hierbei wird der interne und externe Anteil der Hämorrhoid bis zu seinem Gefäßstiel exzidiert, nachdem dieser umstochen wurde. Diese Technik kann nach Ferguson modifiziert werden [14], wobei dann der Defekt fortlaufend vernäht wird. Ein Rezidiv nach einer technisch korrekt ausgeführten Hämorrhoidektomie ist selten [15], dennoch bleibt der postoperative Schmerz der Hauptnachteil der Hämorrhoidektomie [16]. Die Patienten benötigen 2 bis 4 Wochen, um wieder arbeitsfähig zu werden [17]. Moderne Techniken wie das Harmonic Scalpel oder das LigaSure sind vielversprechende Ansätze, um dieses Problem zu beherrschen [18, 19]. Die **Staplerhämorrhoidopexie** nach Longo [20] (Abb. 1) hat sich als ideale Technik bei zirkulären prolabierten Hämorrhoiden im Grad III etabliert. Mit diesem Vorgehen wird eine zirkuläre Manschette von Rektummukosa und -submukosa proximal der Linea dentata reseziert und durch eine Klammer-

nahtreihe verschlossen. Dadurch wird das prolabierte Gewebe in den Analkanal zurückgezogen und gleichzeitig der Blutfluss zum Hämorrhoidalgewebe vermindert. Da bei korrekter Anwendung das Anoderm unangetastet bleibt, kommt es zu einer signifikanten Reduktion des postoperativen Schmerzes. Allerdings konnte im Langzeitverlauf im Vergleich zur offenen Hämorrhoidektomie auch eine höhere Rezidivrate nachgewiesen werden [21, 22]. Nicht unerwähnt bleiben darf die Tatsache, dass ernsthafte Komplikationen wie Rektumperforation oder retroperitoneale Sepsis mit dieser Methode berichtet wurden.

Die **dopplersonographisch gesteuerte Hämorrhoidenarterienligatur (HAL)** positioniert sich zwischen konservativer und operativer Therapie [23], da die Prozedur keine Exzision beinhaltet. Grundsätzlich kann diese Technik bei Hämorrhoiden in jedem Stadium durchgeführt werden, findet jedoch seine breite Anwendung in den Graden II und III. Über ein Spezialproktoskop werden dopplersonographisch gesteuert die zuführenden Hämorrhoidalarterien identifiziert und nachfolgend ligiert. In einer Modifikation (HAL-RAR) wird zur Gewebsverkleinerung eine vertikale Raffnaht (recto-anal-repair) angelegt. In einer Serie mit 100 konsekutiven Patienten konnte mit der HAL eine Rezidivrate von 12 Prozent und eine Komplikationsrate von 6 Prozent gezeigt werden [24].

*Literatur unter www.medicinundmedien.eu
Mögliche Interessenkonflikte: keine*

FAZIT

- Das Hämorrhoidalleiden ist eine Volkskrankheit mit vielen Facetten.
- Eine genaue Kenntnis der Anatomie und Physiologie des Anorektums muss Grundlage für eine Beurteilung des Schweregrades und der Einleitung einer entsprechenden Therapie sein.
- Es gibt keinen Therapiestandard, der allen Stadien und Modalitäten der Erkrankung entspricht. Vielmehr muss die jeweilige Therapie situationsgerecht angewendet werden können und zugleich effektiv und komplikationsarm sein.

