

Therapiekonzepte bei Hämorrhoiden

ALEXANDER HEROLD, MANNHEIM

Oberhalb der Linea dentata, unter der Rektumschleimhaut, findet sich ein zirkulär angelegtes arterio-venöses Gefäßkonglomerat, das Corpus cavernosum recti. Bei einer Hyperplasie dieser Gefäßstrukturen spricht man von Hämorrhoiden und bei zusätzlich auftretenden Beschwerden von einem Hämorrhoidalleiden.

Symptome

Die auf Hämorrhoiden zurückzuführenden Beschwerden sind uncharakteristisch und auch bei vielen anderen proktologischen Erkrankungen in ähnlicher Weise vorhanden. Sie sind nicht von der Größe der Hämorrhoiden abhängig. Am häufigsten sind Blutungen. Bei stark vergrößerten und prolabierenden Hämorrhoiden ist die Feinkontinenz gestört. Dies führt zu einem unterschiedlich starkem Nässen, Schmieren und einer stuhlverschmutzten Wäsche. Mit Juckreiz einhergehende Analekzeme sind dann eine indirekte Folge des Hämorrhoidalleidens. Hämorrhoiden machen in der Regel keine Schmerzen.

Befund

Bei Hämorrhoiden unterscheidet man zwischen Hämorrhoiden 1. bis 4. Grades. Stadien-Einteilung der Hämorrhoiden

- 1° proktoskopisch sichtbare Polster
- 2° Prolaps bei der Defäkation – retrahiert sich spontan
- 3° Prolaps bei der Defäkation – manuell reponibel
- 4° Prolaps fixiert, fibrosiert, thrombosiert – nicht reponibel

Therapieoptionen

Von einer lokalen Behandlung mit Salben, Suppositorien oder Analtampons ist bei Beschwerden, die ausschließlich auf Hämorrhoiden zurückzuführen sind (z. B. Blutungen) kein Erfolg zu erwarten, da hier ja nur symptomatisch und nicht kausal eingegriffen wird. Allerdings können sie die bei Hämorrhoiden auftretenden, entzündlichen, ödematösen Begleitveränderungen günstig beeinflussen.

Sklerosierungsbehandlung

Die Sklerosierungs-Therapie ist die erste Wahl bei Hämorrhoiden 1°. Bei der Blond'schen Methode (Abb. 1) wird die Sklerosierungslösung (z. B. Polidocanol, Thesit, Chinin, Calciumzinkchlorid) im Blond'schen Proktoskop tropfenweise zirkulär oberhalb der Linea dentata submucös injiziert. Dafür sind 0,5–1,0 ml Sklerosierungslösung ausreichend, die im Abstand von 8–14 Tagen 2–3 mal verabreicht werden. Der therapeutische Effekt ist auf eine Fixierung der Hämorrhoidalkonvolute oberhalb der Linea dentata zurückzuführen. Hämorrhoidale Beschwerden (Blutungen) sind mit dem Blond'schen Verfahren nach 2 Sklerosierungsbehandlungen schon in 70–80 % abgeklungen. Langfristig ist mit einer hohen Rezidivquote zu rechnen, die nach drei Jahren bei 70 % liegt.

Infrarotkoagulation

Die Infrarotkoagulation ist ebenfalls ein Therapieverfahren, das sich bei der Behandlung blutender Hämorrhoiden

1° bewährt hat. Da die anderen Methoden favorisiert werden, ist die Infrarotkoagulation in den letzten Jahren deutlich in den Hintergrund getreten.

Gummiringligatur

Diese gilt als Therapie erster Wahl zu Behandlung von Hämorrhoiden 2°. Mit Hilfe eines speziellen Ligators werden im vorn offenen Proktoskop knotig vergrößerte Hämorrhoiden mit Hilfe von kleinen Gummiringen (Abb. 2) so abgeschnürt, dass sie innerhalb kurzer Zeit nekrotisieren und abfallen. Die Behandlungserfolge mit Gummiringligaturen bei Hämorrhoiden 2° liegen zwischen 70 und 80 %. Im Vergleich zur Sklerosierungsbehandlung und Infrarotkoagulation werden überwiegend bessere Resultate mitgeteilt. Die Rezidivrate liegt bei 25 % in den ersten 4 Jahren.

Dopplergesteuerte Hämorrhoidalarterienligatur (HAL)

Bei Hämorrhoiden 2° und 3° lassen sich mit einem Spezialproktoskop, in das ein Dopplertransducer eingebaut ist, die zuführenden Hämorrhoidalarterien orten und gezielt ligieren. Dies führt innerhalb kurzer Zeit zu einem Schrumpfen der Hämorrhoidalkonvolute. Dadurch soll nicht nur der Hämorrhoidalprolaps verschwinden, sondern auch die damit verbundenen Beschwerden. Die wenigen Publikationen berichten einen Therapieerfolg in 50–90 %. Durch eine zusätzliche Raffung des betroffenen Gewebes (RAR) wurde die Technik mittlerweile erweitert. Eine abschließende Beurteilung sowohl der Indikation als auch der Effektivität ist z. Z. noch nicht möglich.

Operation

Hämorrhoiden 3° sind nur in Ausnahmefällen noch konservativ mit zufriedenstellendem Ergebnis therapierbar. Daher ist hier die Indikation zur Operation gegeben. Folgende Methoden stehen zur Verfügung.

- Offene Hämorrhoidektomie nach Milligan-Morgan
- Geschlossene Hämorrhoidektomie nach Ferguson
- Submuköse Hämorrhoidektomie nach Parks
- Rekonstruktive Hämorrhoidektomie nach Fansler-Arnold
- Supraanodermale Hämorrhoidektomie nach Whitehead
- Supraanodermale Mukosektomie mit dem Stapler

Insbesondere bei segmentären Hämorrhoidalvorfällen sind die Verfahren nach Milligan-Morgan und Ferguson empfehlenswert. Die vergrößerten Hämorrhoidalknoten wer-

den segmentär reseziert und ausreichend breite Brücken an Anoderm erhalten, um Stenosen und Kontinenzeinbußen vorzubeugen. Die Methode nach Milligan-Morgan (Abb. 3) belässt die so entstandenen Wunden im Anoderm zur Sekundärheilung offen, während bei der Technik nach Ferguson etwas mehr Anoderm erhalten wird, um die Wunde durch Naht zu verschließen. Die Rezidivrate wird in der Literatur der letzten 20 Jahre zwischen 3 und 26 % angegeben. Als subanodermale/submuköse Resektion der Hämorrhoiden mit gleichzeitiger Reposition des dislozierten Anoderms – somit bei fortgeschrittenen Befunden zu bevorzugen – kommt alternativ die Op-Technik nach Parks zur Anwendung.

Die Hämorrhoidenoperation mit dem Zirkularstapler (Abb. 4) gilt mit der mittlerweile vorliegenden Erfahrung als die ideale Indikation bei zirkulären Hämorrhoidalleiden 3°. Der Vorteil liegt insbesondere in den geringeren postoperativen Schmerzen.

Ist der Hämorrhoidalprolaps nicht mehr reponibel, so liegen Hämorrhoiden 4° vor. Im Falle einer akuten Thrombosierung oder Inkarzeration ist die konservative Therapie mit Antiphlogistika, Analgetika und lokalen Maßnahmen zu bevorzugen. In erfahrenen Händen kann auch eine sofortige Operation zum Einsatz kommen.

Bei chronischen, fibrosierten, fixierten Befunden meist mit einem begleitenden zirkulären Anodermprolaps sind auch plastisch-rekonstruktive Verfahren sinnvoll.

Bei allen Techniken liegt die Beschwerdefreiheit nach 2 Jahren über 90 %. Rezidive nehmen im Zeitverlauf zu, sind aber meist mit konservativen Maßnahmen beherrschbar. Die Reoperationsrate liegt unter 5 %.

Therapiekonzept

In Deutschland werden jährlich zwischen 40.000 und 50.000 Patienten wegen eines Hämorrhoidalleidens operiert. Trotz dieser auf den ersten Blick hohen Zahl stellt dies nur 2–5 % aller behandelten Patienten dar, d. h. die große Mehrzahl wird mit konservativen Maßnahmen suffizient behandelt. Diese stadienadaptierte Therapie orientiert sich an der Größe der Veränderung: Hämorrhoiden 1° werden konservativ behandelt. Zusätzlich zu ballaststoffreicher Ernährung kommt die Sklerosierung zum Einsatz. Bei Hämorrhoiden 2° ist die Therapie der Wahl die ambulante Gummibandligatur nach Barron. Hämorrhoiden 3° sind i.d.R. zu operieren.

Die Basis dieses Vorgehens sind die



Prof. Dr. Alexander Herold

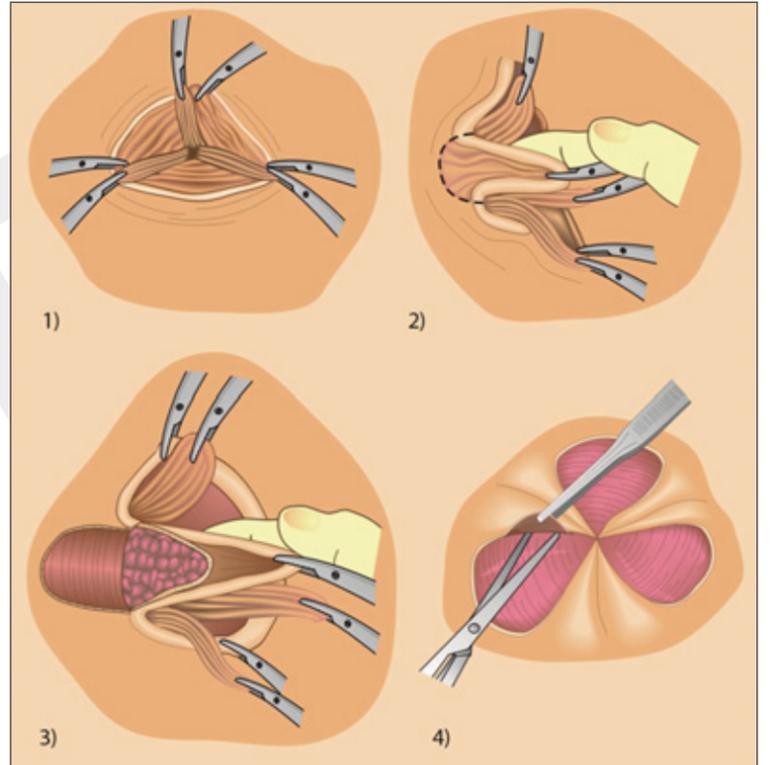


Abb. 3: Hämorrhoidektomie nach Milligan-Morgan.

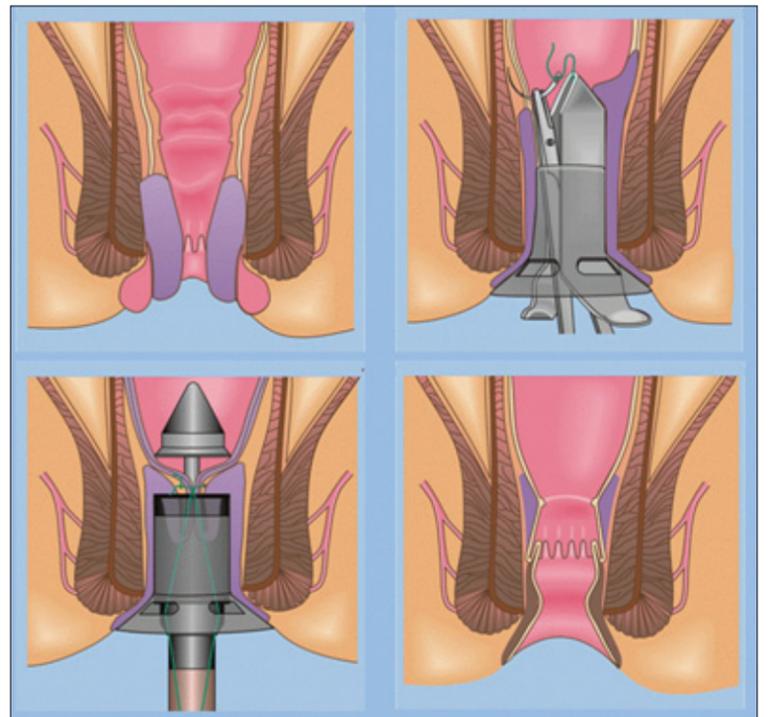


Abb. 4: Stapler-Hämorrhoidopexie.

Berücksichtigung und Abwägung von Therapieerfolg, Komplikationsrate, Rezidivrate, aber auch die Invasivität und der jeweilige Aufwand zur Durchführung dieser Therapie.

Eine stadienorientierte Therapie des Hämorrhoidalleidens mit konservativen und operativen Maßnahmen bietet eine hohe Heilungschance mit niedrigem Komplikations- und Rezidivrisiko.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Alexander Herold
EDZ Mannheim
Bismarckplatz 1
68165 Mannheim
a.herold@enddarm-zentrum.de
www.enddarm-zentrum.de

(Alle Abbildungen aus Brühl, Herold, Wienert [Hrsg] Aktuelle Proktologie 3. Aufl. UNI-MED Science, Bremen 2008.)

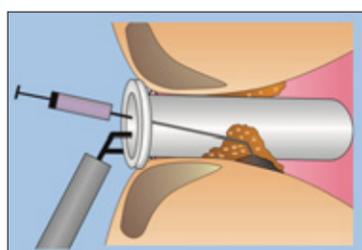


Abb. 1: Sklerosierung nach Blond.

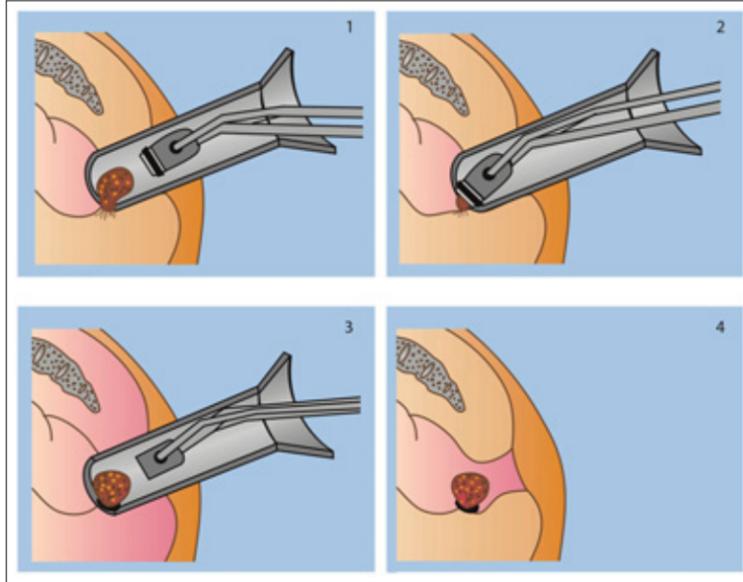
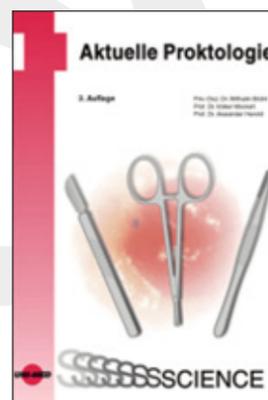
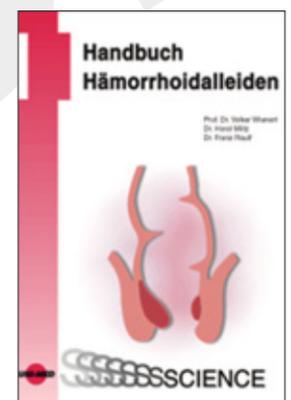


Abb. 2: Gummiringligatur nach Barron.

BUCHTIPP



Aktuelle Proktologie
Priv.-Doz. Dr. Wilhelm Brühl,
Prof. Dr. Volker Wienert,
Prof. Dr. Alexander Herold (Hrsg.)
UNI-MED Science, 3., neubearb. Auflage
2008, 160 Seiten, 147 Abb., Hardcover,
Euro 39,80
ISBN: 978-3-8374-1031-0



Handbuch Hämorrhoidalleiden
Prof. Dr. Volker Wienert, Dr. Horst Mlitz,
Dr. Franz Raulf (Hrsg.)
UNI-MED Science, 1. Auflage 2008,
208 Seiten, 103 Abb., Hardcover,
Euro 49,80
ISBN: 978-3-8374-1006-8