

Hämorrhoiden stadiengerecht behandeln

Von Stuhlregulierung bis Operation

Alexander Herold

Das Hämorrhoidalleiden ist eine der häufigsten Erkrankungen in den Industrienationen. Annähernd 70 % aller Erwachsener sind im Laufe ihres Lebens irgendwann einmal betroffen. Oberhalb der Linea dentata, unter der Rektummukosa, findet sich ein zirkulär angelegtes arterio-venöses Gefäßkonglomerat, das Corpus cavernosum recti. Diese Gefäßpolster haben eine wichtige Funktion bei der Feinkontinenz [11]. Erst bei deren Hyperplasie spricht man von Hämorrhoiden und bei zusätzlich auftretenden Beschwerden vom Hämorrhoidalleiden.

Die auf Hämorrhoiden zurückzuführenden Beschwerden sind uncharakteristisch und auch bei vielen anderen proktologischen Erkrankungen in ähnlicher Weise vorhanden (Tabelle 1). Sie sind nicht von der Größe der Hämorrhoiden abhängig. Das häufigste Symptom ist die anale Blutung.

Diagnostik

Entsprechend der Klassifikation nach Goligher unterscheidet man zwischen Hämorrhoiden 1. bis 4. Grades (Tabelle 2). Die Prädilektionsstellen liegen bei 3, 7 und 11 Uhr in Steinschnittlage.

Nicht prolabierende Hämorrhoiden sind am besten proktoskopisch zu erkennen. Prolabierende Hämorrhoiden zeigen sich

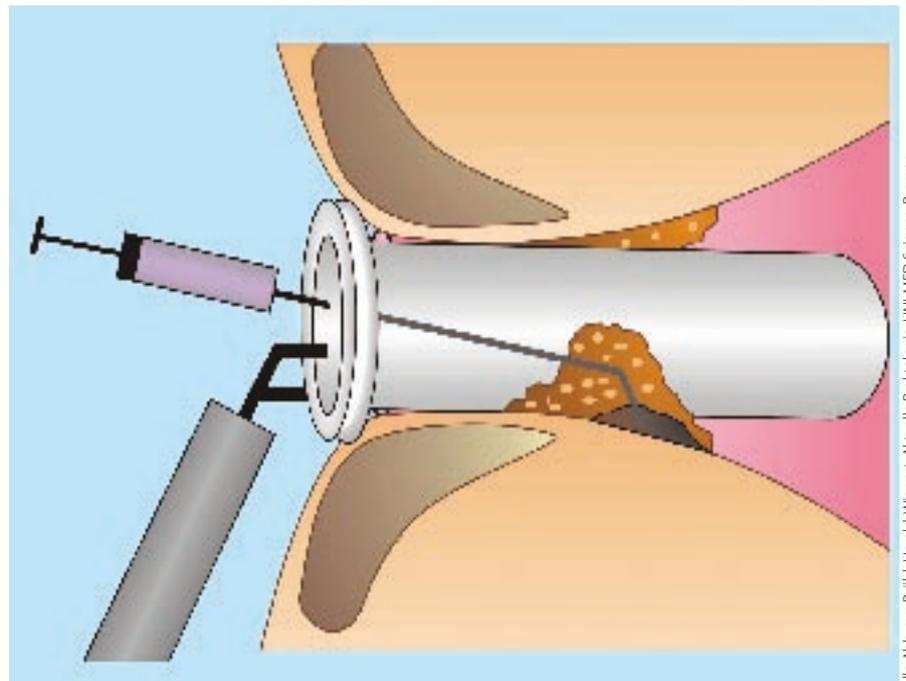


Abb. 1: Sklerosierung von Hämorrhoidalknoten nach Blond

Um ein Hämorrhoidalleiden diagnostizieren zu können, genügt eine proktologische Untersuchung (Inspektion, Palpation, Proktoskopie).

Symptomatik

- anale Blutung
- anales Nässen
- Juckreiz
- analer Gewebeprolaps
- Stuhlschmierien
- Schmerzen (selten)

Tabelle 1

am besten nach der Defäkation. Bei der Untersuchung sind sie zu provozieren, indem man den Patienten kräftig pressen läßt. Hämorrhoiden 2. Grades retrahieren sich sofort wieder spontan. Hämorrhoiden 3. Grades verbleiben extraanal, lassen sich aber mit dem Finger reponieren. Außen fixierte und nicht mehr zu reponierende Hämorrhoiden (Hämorrhoiden 4. Grades) sind allein bei der Inspektion gut zu beurteilen. Somit ist zur Diagnostik des Hämorrhoidalleidens ausschließlich eine proktologische Untersuchung erforderlich. Zum Ausschluß zusätzlicher analer Erkrankungen bzw. zur Differentialdiagnostik sollte jedoch in allen Fällen eine Rektoskopie durchgeführt werden.

Lokaltherapie gegen die Entzündung

Die lokale Behandlung mit Salben, Suppositorien oder Analtampons orientiert sich ausschließlich an den Symptomen und nicht an der Ursache der Beschwerden. Daher ist bei Beschwerden, die ausschließlich auf Hämorrhoiden zurückzuführen sind, kein dauerhafter Erfolg zu erwarten. Allerdings lassen sich damit die bei Hämorrhoiden auftretenden, entzündlichen und ödematösen Begleitveränderungen günstig beeinflussen.

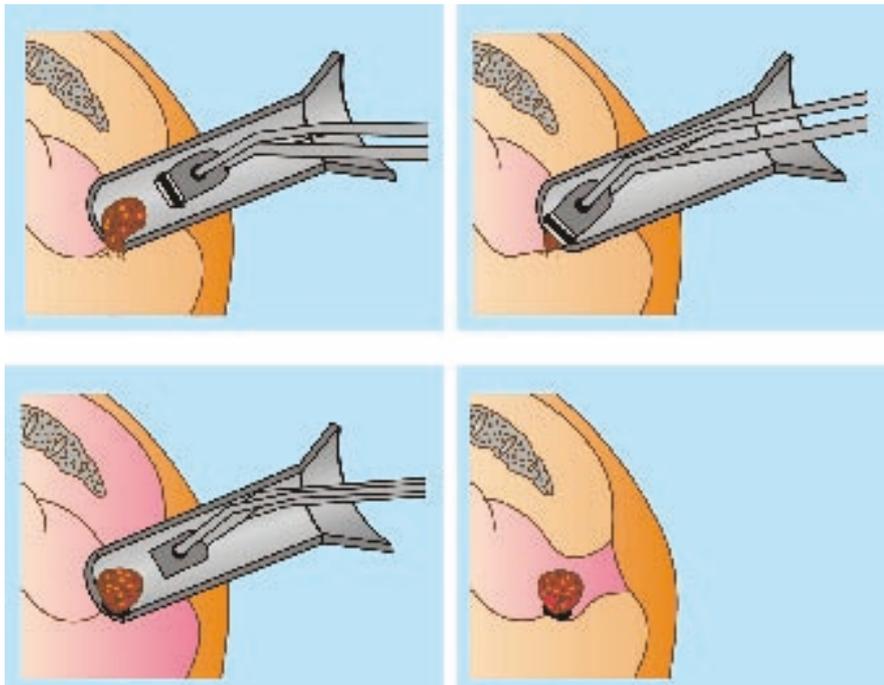


Abb. 2: Gummiringligatur nach Barron: schmerzfreie Platzierung eines Gummiringes oberhalb der Linea dentata mit Hilfe eines Proktoskops und eines Applikators

Stuhlregulierung als erste Maßnahme

Bei der kausalen Behandlung steht eine physiologische Stuhlregulierung an erster Stelle [4]. Der Stuhl soll weich geformt sein und ohne zu pressen entleert werden. Mit Hilfe einer ballaststoffreichen Kost können die auf Hämorrhoiden zurückzuführenden Blutungen ebenso günstig beeinflusst werden wie durch eine Sklerosierungsbehandlung. Insbesondere bei obstipierten Patienten ist dies der Fall [5, 15]. Die Therapie orientiert sich an der Größe der Veränderung.

Sklerosierungsbehandlung

Hämorrhoiden 1. Grades werden konservativ behandelt. Neben ballaststoffreicher Ernährung, besonders bei

Stadien-Einteilung der Hämorrhoiden

1.°	proktoskopisch sichtbar vergrößertes Corpus cavernosum recti
2.°	Prolaps bei der Defäkation – retrahiert sich spontan
3.°	Prolaps bei der Defäkation – manuell reponibel
4.°	Prolaps fixiert, fibrosiert, thrombosiert – irreponibel

Tabelle 2

begleitender Obstipation, kommt die Sklerosierung zum Einsatz (Abb. 1). Der therapeutische Effekt ist auf eine Fixierung und Stabilisierung der Hämorrhoidalkonvolute oberhalb der Linea dentata zurückzuführen [2, 3]. Das Verfahren ist komplikationsarm. In bis zu 5 % treten schwache Blutungen auf. Einer primären Erfolgsrate von 80 % folgt aber eine Rezidivrate von 75 % in den ersten vier Jahren.

Gummiringligatur

Die Therapie der Wahl bei Hämorrhoiden 2. Grades ist die ambulante Gummiringligatur nach Barron (Abb. 2). Einer Erfolgsrate von über 95 % steht eine Rezidivrate von 25 % innerhalb von vier

Jahren gegenüber. Neben gelegentlichen Schmerzen sind geringere Blutungen in den ersten Tagen nach der Behandlung am häufigsten zu beobachten. Mit Abstoßen der Nekrose sind in bis zu 1 % therapiebedürftige Nachblutungen beschrieben [1].

Als neue Technik wird in Zentren seit kurzem die *Doppler-gesteuerte Hämorrhoiden-Arterien-Ligatur (DGHAL)* eingesetzt. Mit dieser gezielten Unterbindung der zuführenden Arterien werden Erfolgsraten im Kurzzeitverlauf von über 95 % erreicht. Eine abschließende Beurteilung sowohl der Indikation als auch der Effektivität ist zur Zeit noch nicht möglich.

Bei Hämorrhoiden 3. Grades ist i.d.R. die Operation die Therapie der Wahl. Damit wird eine Beschwerdefreiheit von über 90 % nach zwei Jahren erreicht.

Operation

Hämorrhoiden 3. Grades 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 Hämorrhoidopexie mit dem Stapler.

Insbesondere bei segmentären Hämorrhoidalvorfällen sind die Verfahren nach Milligan-Morgan und Ferguson empfehlenswert (Abb. 3). Die vergrößerten Hämorrhoidalknoten werden segmentär reseziert und ausreichend breite Brück-

ken an Anoderm erhalten, um Stenosen und Kontinzenzeinbußen vorzubeugen.

Die Methode nach Milligan-Morgan 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. Es handelt sich jeweils um Operationstechniken mit kurzer Operationszeit von 10 – 30 Minuten, einer Krankenhausliegedauer von derzeit drei – fünf Tagen, einer Arbeitsunfähigkeit von zwei – vier Wochen und einer Komplikationsrate meist unter 10 %. 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 fortgeschritteneren Befunden – kommt alternativ die Op.-Technik nach Parks zur Anwendung [7].

Die Hämorrhoidenoperation mit dem Zirkularstapler (Stapler-Hämorrhoidopexie) wird in Deutschland seit 1998 angewandt. Da keine Wunde im sen-

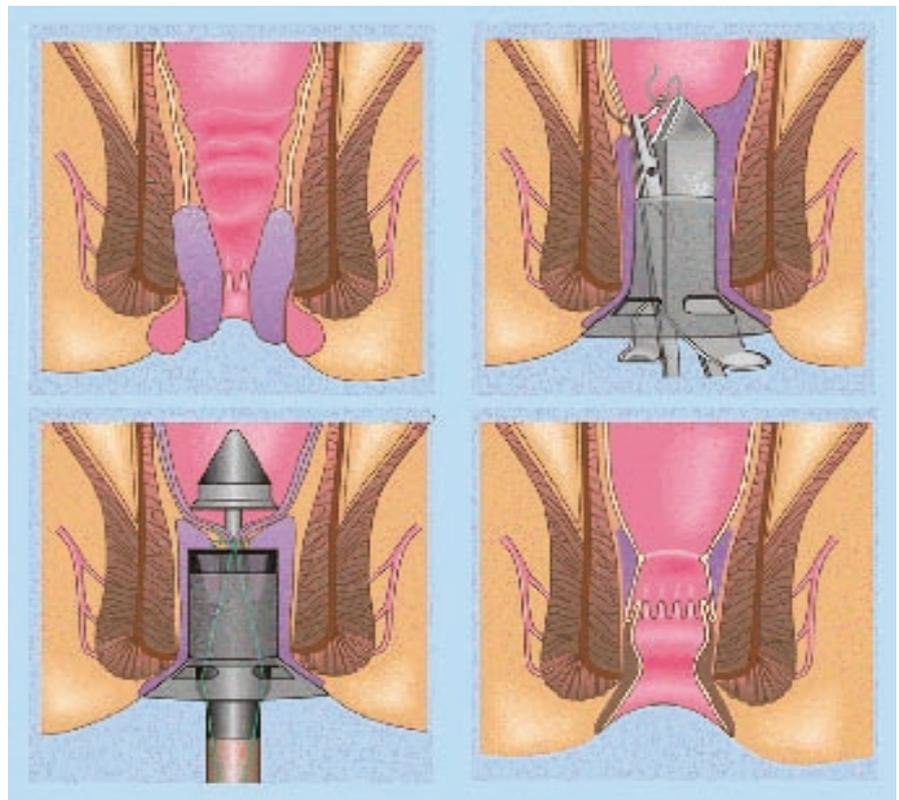


Abb. 4 : Stapler-Hämorrhoidopexie: supraanale zirkuläre Resektion von Mukosa und proximalen Hämorrhoiden mit Hilfe eines speziellen Op.-Instrumentariums

siblen Anoderm entsteht, hat sie sich bedingt durch diesen höheren Patientenkomfort zu einer effektiven Alter-

native entwickelt (Abb. 4). Der Vorteil liegt insbesondere in den geringeren postoperativen Schmerzen und einem höheren Komfort. Ebenso wird die Arbeitsfähigkeit schneller wieder erreicht. Die ideale Indikation ist bei zirkulären Hämorrhoiden 3. Grades zu sehen. Für die Stapler-Hämorrhoidopexie werden Komplikationsraten zwischen 5 und 10 % sowie eine niedrige Rezidivrate (0 – 3 %) berichtet [6, 9, 10].

Ist der Hämorrhoidalprolaps nicht mehr reponibel, so liegen Hämorrhoiden 4. Grades vor. Bei akuter Thrombosierung oder Inkarzeration ist die konservative Therapie mit Antiphlogistika, Analgetika und lokalen Maßnahmen zu bevorzugen. Oft tritt im Verlauf weniger Wochen eine komplette Restitution ein, so daß keine Operation erforderlich wird. In erfahrenen Händen kann auch eine sofortige Operation zum Einsatz kommen. Bei chronischen, fibrosierten, fixierten Befunden meist mit einem begleitenden zirkulären Anodermprolaps sind plastisch-rekonstruktive Verfahren sinnvoll (Fansler-Arnold). Diese operativ-technisch und auch zeitlich wesentlich



Hämorrhoiden 1. Grades

Hämorrhoiden 2. Grades (mit begleitendem Analprolaps)

Hämorrhoiden 3. Grades (mit begleitendem Analprolaps)

Hämorrhoiden 4. Grades (thrombosierte irreponible Hämorrhoid bei 11 Uhr SSL)

Abb. 3: Hämorrhoiden in unterschiedlichen Stadien

aufwendigere Technik (Op.-Zeit 30 – 60 Minuten) erzielt neben der Resektion des hämorrhoidalen Gewebes mittels plastischer Verschiebelappen eine zirkuläre bzw. semizirkuläre komplette Rekonstruktion des Analkanals. Dies resultiert in einer hohen postoperativen Komplikationsrate von bis zu 20 %.

Die Stapler-Hämorrhoidopexie zeichnet sich durch einen höheren Patientenkomfort mit geringeren postoperativen Schmerzen und schnellerer Arbeitsfähigkeit aus.

Mit allen operativen Techniken liegt die Beschwerdefreiheit nach zwei Jahren bei über 90 %. Rezidive nehmen im Zeitverlauf zu, sind aber meist mit konservativen Maßnahmen beherrschbar [8]. Die Reoperationsrate liegt unter 5 %. Die vom Patienten am meisten gefürchtete Störung der Kontinenzleistung liegt direkt postoperativ bei bis zu 30 %, über langfristige Inkontinenz wird in bis zu 5 % der Fälle berichtet, wobei eine permanente Inkontinenz selbst für festen Stuhl nur in wenigen Einzelfällen vorkommt.

Zusammenfassung

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

Literatur unter www.allgemeinarzt-online.de



Prof. Dr. med.
Alexander Herold
Enddarm-Zentrum
Mannheim
68165 Mannheim

Nur vergesslich – oder krank?



- aus Spezialextrakt
- erstattungsfähig bei Demenz*

DemTect-Test zur Früherkennung
kostenlos bestellen: Tel.: 08024/908-1632

Arzneimittel Ihres Vertrauens



* bei Alzheimer Demenz, vaskulärer Demenz und Mischformen

Gingium® /- spezial 60 /- intens 120 (Filmtabletten) / Gingium® (Lösung) Wirkstoff: Ginkgo biloba-Blätter-Trockenextrakt. Zsm.: Gingium® /- spezial 60 /- intens 120: 1 Filmtablette enthält 40/80/ 120 mg Trockenextrakt aus Ginkgo biloba-Blättern (35-67:1). Auszugsm.: Aceton 60% (m/m). Sonst. Bestand.: Cellulose, Lactose, Macrogol 4000, Mg-Stearat, Maisstärke, Hypromellose, Poly(D-carboxymethylstärke)Na, Siliciumdioxid, Farbst. E 171, E 172. Lösung: 1 ml enthält: 40 mg Trockenextrakt aus Ginkgo biloba-Blättern (35-67:1). Auszugsm.: Aceton 60% (m/m). Sonst. Bestand.: Glycerol, Propylenglycol, Saccharin-Na. Anwend.: Symptomatisch. Beh. v. Nimng. bei Leistungsstör. im Rahmen eines therapief. Gesamtsyndroms b. demenz. Syndrom. Vorbehandl. andere Grunderkrankung ausschließen. Verlangsamung d. schmerzhaften Gehschritts b. periph. arterieller Verschlusskrankh. (Stadium II) nach Fontaine). Schwindel, Tinnitus vaskulärer u. involutiver Genese. Gegenanz.: Überempfindlk. geg. Ginkgo biloba-Extrakte od. einen d. sonst. Bestandt., Kl. < 12 J., depressive Verstimmungen und Kopfschmerzen, die nicht im Zusammenhang mit demenzellen Syndromen auftreten, in Schwangerschaft u. Stillz. Anw. nur nach sorgf. Nutzen/Risiko-Abw. Nebenwirk.: Sehr selten leichte Magen-Darm-Beschwerden, Kopfschmerzen od. allerg. Hautreaktionen; bei Langzeitanw. Einzelfälle v. Blutungen (unschl. Zusammenhang nicht gesichert). Warnhinweis: Filmtabletten. Enthalten Lactose. Weitaus Einzelh. s. Fachz. Gebrauchsinfo. Apothekenpflichtig. Merk-Nr.: 3/300880. Stand: Februar 2004. HEXAL AG, 83607 Holzkirchen – www.gingium.de