

Hämorrhoiden stadiengerecht behandeln

Von Stuhlregulierung bis Operation

Das Hämorrhoidalleiden ist eine der häufigsten Erkrankungen in den Industrienationen. Annähernd 70 Prozent aller Erwachsenen 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. Erst bei deren Hyperplasie spricht man von Hämorrhoiden und bei zusätzlich auftretenden Beschwerden vom Hämorrhoidalleiden.

ALEXANDER HEROLD

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.

Nichtprolabierende Hämorrhoiden sind am besten proktoskopisch zu erkennen. *Prolabierende Hämorrhoiden* zeigen sich

Merksätze

- Um ein Hämorrhoidalleiden diagnostizieren zu können, genügt eine proktologische Untersuchung (Inspektion, Palpation, Proktoskopie).
- Bei Hämorrhoiden 3. Grades ist die Operation die Therapie der Wahl. Damit wird eine Beschwerdefreiheit von über 90 Prozent nach zwei Jahren erreicht.
- Die Stapler-Hämorrhoidopexie zeichnet sich durch einen höheren Patientenkomfort mit geringeren postoperativen Schmerzen und schnellerer Arbeitsfähigkeit aus.

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 beziehungsweise zur Differenzialdiagnostik sollte jedoch in allen Fällen eine Rektoskopie durchgeführt werden.

Tabelle 1: **Symptomatik**

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

Lokaltherapie gegen die Entzündung

Die lokale Behandlung mit Salben, Suppositorien oder Analtamppons orientiert sich ausschliesslich an den Symptomen und nicht an der Ursache der Beschwerden. Daher ist bei Be-

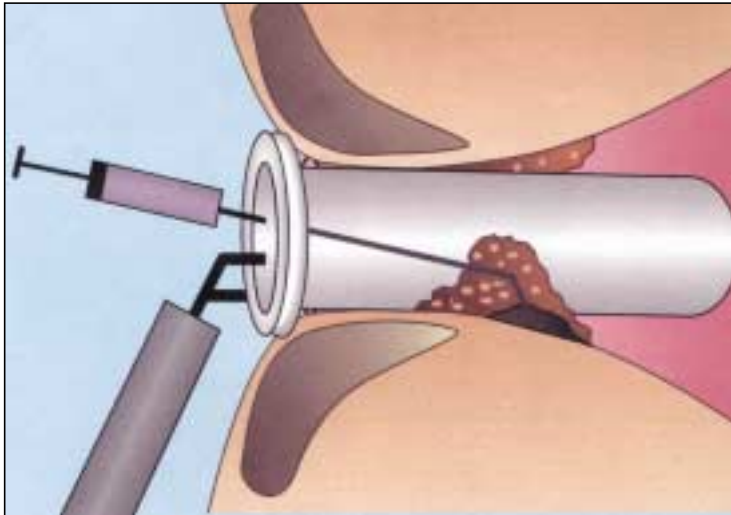


Abbildung 1: Sklerosierung von Hämorrhoidalknoten nach Blond

Sklerosierungsbehandlung

Hämorrhoiden 1. Grades werden konservativ behandelt. Neben ballaststoffreicher Ernährung, besonders bei begleitender Obstipation, kommt die Sklerosierung zum Einsatz (Abbildung 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 Prozent treten schwache Blutungen auf. Einer primären Erfolgsrate von 80 Prozent folgt aber eine Rezidivrate von 75 Prozent in den ersten 4 Jahren.

Gummiringligatur

Die Therapie der Wahl bei Hämorrhoiden 2. Grades ist die ambulante Gummiringligatur nach Barron (Abbildung 2). Einer Erfolgsrate von über 95 Prozent steht eine Rezidivrate von 25 Prozent 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 Prozent 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 Prozent erreicht. Eine abschliessende Beurteilung sowohl der Indikation als auch der Effektivität ist zurzeit noch nicht möglich.

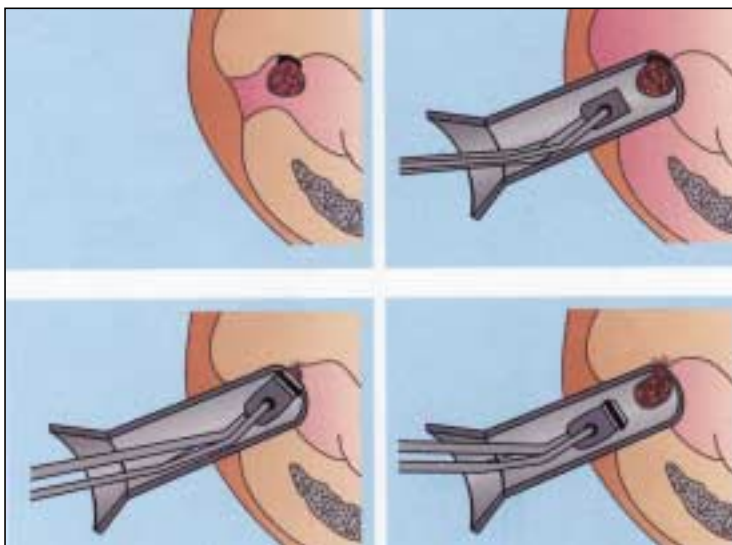


Abbildung 2: Gummiringligatur nach Barron: schmerzfreie Platzierung eines Gummiringes oberhalb der Linea dentata mithilfe eines Proktoskops und eines Applikators

Operation

Hämorrhoiden 3. Grades sind nur in Ausnahmefällen noch konservativ mit zufriedenstellendem Ergebnis therapierbar. Daher ist hier die Indikation zur Operation gegeben.

schwerden, 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.

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.

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. Mithilfe 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.

Tabelle 2: Stadieneinteilung der Hämorrhoiden

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

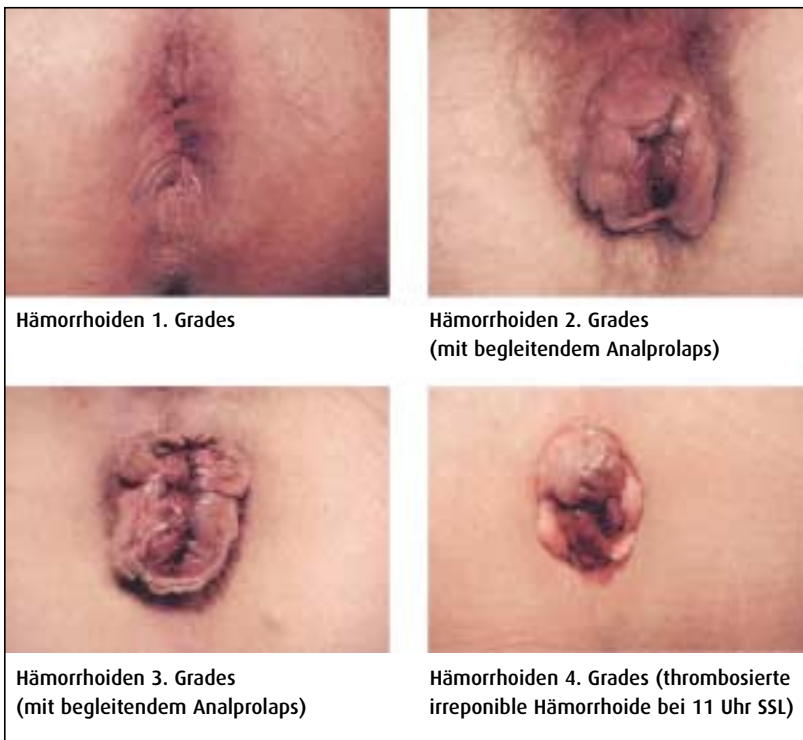


Abbildung 3: Hämorrhoiden in unterschiedlichen Stadien

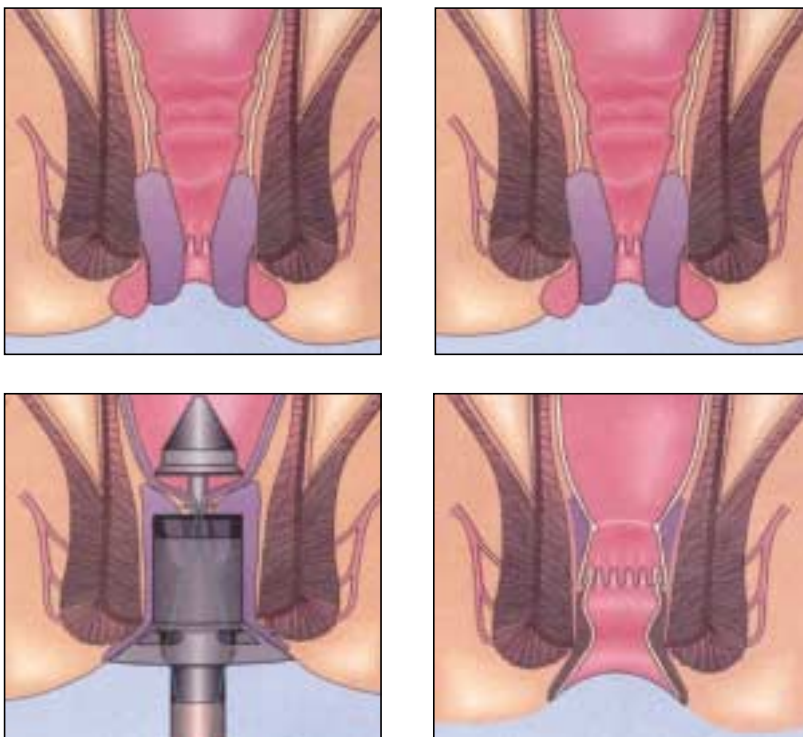


Abbildung 4: Stapler-Hämorrhoidopexie: supraanale zirkuläre Resektion von Mukosa und proximalen Hämorrhoiden mit Hilfe eines speziellen Op.-Instrumentariums

Insbesondere bei segmentären Hämorrhoidalvorfällen sind die Verfahren nach Milligan-Morgan und Ferguson empfehlenswert (Abbildung 3). Die vergrößerten Hämorrhoidalknoten werden segmentär reseziert und ausreichend breite Brücken an Anoderm erhalten, um Stenosen und Kontinenzeinbußen vorzubeugen.

erzielt neben der Resektion des hämorrhoidalen Gewebes mittels plastischer Verschiebelappen eine zirkuläre beziehungsweise semizirkuläre komplette Rekonstruktion des Analkanals. Dies resultiert in einer hohen postoperativen Komplikationsrate von bis zu 20 Prozent.

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 bis 30 Minuten, einer Krankenhausliegedauer von derzeit drei bis fünf Tagen, einer Arbeitsunfähigkeit von zwei bis vier Wochen und einer Komplikationsrate meist unter 10 Prozent. Die Rezidivrate wird in der Literatur der letzten 20 Jahre zwischen 3 und 26 Prozent angegeben. Als subanodermale/submuköse Resektion der Hämorrhoiden mit gleichzeitiger Reposition des dislozierten Anoderms – somit bei fortgeschrittenen Befunden zu bevorzugen – kommt alternativ die Operationstechnik nach Parks zur Anwendung (7). Die Hämorrhoidenoperation mit dem Zirkularstapler (Stapler-Hämorrhoidopexie) wird in Deutschland seit 1998 angewandt. Da keine Wunde im sensiblen Anoderm entsteht, hat sie sich, bedingt durch diesen höheren Patientenkomfort, zu einer effektiven Alternative entwickelt (Abbildung 4). Der Vorteil liegt besonders 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 Prozent 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 Inkarzation ist die konservative Therapie mit Anti-phlogistika, Analgetika und lokalen Massnahmen zu bevorzugen. Oft tritt im Verlauf weniger Wochen eine komplette Restitution ein, sodass 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 operativtechnisch und auch zeitlich wesentlich aufwendigere Technik (Operationszeit 30–60 Minuten)

Mit allen operativen Techniken liegt die Beschwerdefreiheit nach zwei Jahren bei über 90 Prozent. Rezidive nehmen im Zeitverlauf zu, sind aber meist mit konservativen Massnahmen beherrschbar (8). Die Reoperationsrate liegt unter 5 Prozent. Die vom Patienten am meisten gefürchtete Störung der Kontinenzleistung liegt direkt postoperativ bei bis zu 30 Prozent, über langfristige Inkontinenz wird in bis zu 5 Prozent 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
D-68165 Mannheim

Interessenkonflikte: keine deklariert

Diese Arbeit erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 12/2006.
Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autor.