

## Häufige proktologische Beschwerden

# Wie eine Schmerzlinderung erreicht werden kann

**Hämorrhoiden und Analfissuren sind häufige und schmerzhaft proktologische Beschwerden, die je nach Stadium oder Akuität anders behandelt werden müssen. Wie die therapeutischen Möglichkeiten aussehen, erläuterte Prof. Stefan Vavricka am FOMF Innere Medizin in Zürich.**

Foto: zVg



Prof. Stefan Vavricka

Hämorrhoiden sind häufig und können sehr störend und schmerzhaft sein. Über die Prävalenz gibt es trotz der Häufigkeit wenig Daten. Man könne aber davon ausgehen, dass etwa 40 Prozent in der Bevölkerung an Hämorrhoiden erkrankten, schätzt Vavricka. In einer österreichischen Studie mit 976 Patienten mit kolorektalem Karzinom hatten 39 Prozent auch Hämorrhoiden, davon 45 Prozent mit und 55 Prozent ohne Symptome (1). Weil Hämorrhoiden auch häufig asymptomatisch sein können,

ist die Dunkelziffer vermutlich hoch. Beide Geschlechter sind etwa gleich betroffen, die Altersverteilung liegt ungefähr bei 45 bis 65 Jahren (2). Hämorrhoiden entstehen infolge einer Schwäche des analen Bindegewebes mit Verlagerung der Gefässpolster nach distal und Venendilatation, Grössenzunahme und Prolaps. Das macht sich am häufigsten durch eine schmerzfreie rektale Blutung (Frischblut) bemerkbar. Als weitere Symptome können Pruritus, Nässen und Schmierer, Prolaps mit oder ohne Schmerzen auftreten.

Risikofaktoren sind allem voran eine Schwangerschaft, häufig auch eine faserarme Ernährung, chronisches Pressen, Obstipation und Diarrhö, wenig Bewegung sowie eine positive Familienanamnese.

Hämorrhoiden werden in verschiedene Schweregrade eingeteilt: Grad I: Vorwölbung im Proktoskop; Grad II: Austreten nach aussen bei Pressen mit spontaner Reposition; Grad III:

Austreten nach aussen bei Pressen mit digitaler Reposition; Grad IV: Spontanprolaps ohne Reposition.

### Therapie der Hämorrhoiden

Generell helfen Lebensstilmodifikationen mit faserreicher Ernährung und genügend Flüssigkeit, regelmässiges körperliches Training, gute Anhygiene, kein starkes und langes Pressen beim Stuhlgang und Vermeiden von obstipierenden oder abführenden Medikamenten.

Bei nicht prolabierenden Hämorrhoiden vom Grad I/II zeigen Nahrungsfasern eine gute Wirkung. In einer Metaanalyse über 7 randomisiert kontrollierte Studien mit 378 Patienten bewirkten 20 bis 30 g Fasern pro Tag eine Halbierung des Risikos für eine Beschwerdepersistenz sowie für eine Blutung (3).

Zur medikamentösen Unterstützung eignen sich stuhlregulierende Substanzen (z. B. Transipeg®, Movicol®), eine ballaststoffreiche Diät (z. B. Metamucil®) und orale Flavonoide. Eine Kombination aus den Flavonoiden Diosmin und Hesperidin (Daflon®) führt zur Konstriktion der Venen, zu einer Erhöhung des Gefässwiderstandes und zu einer verminderten Gefässpermeabilität, wie eine Metaanalyse über 14 randomisiert kontrollierte Studien mit 1514 Patienten mit Hämorrhoiden von Grad I bis III zeigte. Die Risikoreduktion für eine Beschwerdepersistenz lag bei 58 Prozent. Flavonoide scheinen einen günstigen Effekt in der Therapie von symptomatischen Hämorrhoiden zu haben (4). Lokale Therapien in Form von Salben, Cremes oder Suppositorien dienen der Reduktion von Juckreiz, Brennen und der Schmerzlinderung. Sie enthalten meist Kortikosteroide oder Lokalanästhetika.

Als endoskopische Massnahme bei Hämorrhoiden Grad I bis III gilt die Gummibandligatur, die die zuführenden Gefässe in die Hämorrhoiden abbindet, wodurch das abgetrennte Gewebe abstirbt. Mit einer Erfolgsrate von 85 Prozent ist diese Methode sehr effektiv, und sie weist eine tiefe Rückfall- beziehungsweise Nachbehandlungsrate auf. Komplikationen können jedoch in Form von Schmerz, Nachblutungen, Thrombose, Ulkus, Harnretention oder Abszess auftreten. Die Trias mit Schmerz, hohem Fieber und Harnretention ist Zeichen einer «pelvic sepsis».

Weitere endoskopische Verfahren für Grad I bis II sind die Sklerotherapie und die Infrarotkoagulation (5, 6). Sie würden

### KURZ & BÜNDIG

- ▶ Häufige Gründe für Hämorrhoiden und Analfissuren sind eine faserarme Ernährung und langes Pressen beim Stuhlgang.
- ▶ Hämorrhoiden von Grad I bis II können konservativ behandelt werden oder endoskopisch mittels Gummibandligatur (Grad I-III).
- ▶ Die Therapie von akuten Analfissuren ist konservativ, chronische Manifestationen sollten operiert werden.

in der Schweiz nicht so häufig wie die Gummibandligatur durchgeführt, erklärte Vavricka.

Bei Hämorrhoiden von Grad III und IV empfiehlt sich die chirurgische Entfernung, zumal die Gummibandligatur bis Grad II gleich effizient ist wie die konventionelle Hämorrhoidektomie, aber schlechter bei Grad III. Die Patientenzufriedenheit ist bei beiden Methoden vergleichbar, die Gummibandligatur führt jedoch zu weniger postinterventionellen Schmerzen und Komplikationen (7).

### Behandlung von Analfissuren meist konservativ

Auch Analfissuren sind schmerzhaft. Der längs verlaufende Einriss der Analhaut zeigt sich typischerweise (90%) in Richtung des Steissbeins, atypische Fissuren verlaufen dagegen in Richtung Genitale und sind oft mit Morbus Crohn, Leukämie, HIV, Tuberkulose, Lues oder einem Karzinom assoziiert oder akzidentell. Fissuren entstehen oft durch harte Kotballen, bei chronischer Obstipation und durch Manipulation. Es entsteht ein Circulus vitiosus mit Schmerzen, die einen Spasmus des inneren Sphinkters auslösen, der zu einer verminderten Perfusion führt und in der Folge zu hartem Stuhl, was wiederum Schmerzen bereitet. Bei einer akuten Analfissur entstehen bei der Defäkation die Schmerzen, die bis zu 15 bis 30 Minuten anhalten. Es zeigt sich hellrotes Blut auf dem Toilettenpapier. Hier ist die Therapie meist konservativer Natur mit Spasmolytika, um eine bessere Perfusion zu ermöglichen.

Bei einer chronischen Analfissur persistieren die Symptome länger als 6 bis 8 Wochen trotz adäquater Therapie. Es besteht bereits eine tief reichende Destruktion bis in den inneren Analsphinkter. Es kommt zur Ausbildung von Narbengewebe, zu sichtbaren Fasern des M. sphincter ani internus in der Basis, zu einer Hautfalte (Wächtermariske) und häufig zu einer hypertrophierten Analpapille. Bei der chronischen Analfissur braucht es meist eine operative Massnahme.

Die konservative Basistherapie bei Analfissuren besteht aus Sitzbädern und einer faserreichen Ernährung. In einer prospektiv randomisierten Studie mit 103 Patienten mit erstmaliger akuter Analfissur wurde zweimal tägliches Sitzbad plus Einnahme von zweimal täglich 10 g Weizenkleie versus lokale Lidocain- (2%) oder lokale Hydrocortisontherapie (2%) verglichen. Nach 3 Wochen waren in der Sitzbad-Weizenkleie-Gruppe 87 Prozent der Fissuren abgeheilt, in der Hydrocortisongruppe 82 Prozent und in der Lidocaingruppe 60 Prozent (8).

Gute Erfolge bringt auch die topische Therapie mit Nitroglyzerincreme (0,2%). Diese wird dreimal täglich lokal aufgetragen, was zu einem verminderten intrasphinkterischen

Druck und zu einer erhöhten Perfusion im Bereich der Fissur führt. Die Heilungsrate liegt zwischen 27 und 85 Prozent, die Rezidivrate zwischen 0 und 43 Prozent. Als Nebenwirkung von Nitroglyzerin können Kopfschmerzen auftreten, was zum Therapieabbruch führen kann. Eine valable Alternative ist die Nifedipincreme (0,2%). Der Kalziumkanalblocker bewirkt ebenfalls eine Verminderung des intrasphinkterischen Drucks. Nifedipincreme wird dreimal täglich lokal aufgetragen. Die Heilungsrate liegt zwischen 45 und 95 Prozent, die Rezidivrate zwischen 4 und 50 Prozent. Es gibt allerdings keine Fertigprodukte, bei erwiesener Wirksamkeit treten seltener Kopfschmerzen auf (9, 10). Bei beiden topischen Cremebehandlungen sollte das Resultat nach 3 bis 6 Wochen überprüft werden, rät Vavricka. Bringen diese Therapien nicht den gewünschten Erfolg, kann Botulinumtoxin A versucht werden. Das Nervengift wird in den Schliessmuskel injiziert, was zu einer zeitlich limitierten (2 bis 3 Monate) unvollständigen Lähmung des Schliessmuskels führt. Der Schliessmuskelkrampf wird damit rasch gelöst. Die Heilungsrate liegt zwischen 25 und 96 Prozent, die Rezidivrate bei 4 bis 50 Prozent. Der Vorteil dieser Therapie liegt in der einmaligen Injektion und der Schmerzfreiheit ab dem ersten Tag. Als Nachteile müssen die Kosten, die Schmerzen bei der Injektion, die mögliche Perianalvenenthrombose (5–10%), die vorübergehende Inkontinenz (3–12%) und die Infektgefahr genannt werden (9, 10). ▲

### Valérie Herzog

Quelle: «Proktologie», FOMF Innere Medizin, 4. Dezember 2019 in Zürich.

#### Referenzen:

1. Riss S et al.: The prevalence of hemorrhoids in adults. *Int J Colorectal Dis* 2012; 27: 215–220.
2. Johanson JF et al.: The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An epidemiologic study. *Gastroenterology* 1990; 98 (2): 380–386.
3. Alonso-Coello P et al.: Fiber for the treatment of hemorrhoids complications: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 181–188.
4. Alonso-Coello P et al.: Meta-analysis of flavonoids for the treatment of haemorrhoids. *Br J Surg* 2006; 93: 909–920.
5. Kaidar-Person et al.: Hemorrhoidal disease: a comprehensive review. *J Am Coll Surg* 2007; 204: 102–117.
6. Acheson G et al.: Management of haemorrhoids. *BMJ* 2008; 336: 380–383.
7. Shanmugam V et al.: Rubber band ligation versus excisional haemorrhoidectomy for haemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 3: CD005034.
8. Jensen SL: Treatment of first episodes of acute anal fissure: prospective randomised study of lignocaine ointment versus hydrocortisone ointment or warm sitz baths plus bran. *Br Med J* 1986; 292: 1167–1197.
9. Nelson RL et al.: Non surgical therapy for anal fissure. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 2: CD003431.
10. Madoff RD et al.: AGA technical review on the diagnosis and care of patients with anal fissure. *Gastroenterology* 2003; 124: 235–245.