

HÄMORRHOIDEN

Beschwerden durch vergrößerte Gefäßpolster

Die Therapie des Hämorrhoidalleidens muss stadiengerecht und befundabhängig erfolgen. Insbesondere bei ambulantem Vorgehen sollte neben der Operation auch die postoperative Nachsorge in der Hand des Chirurgen bleiben, um mögliche Komplikationen und Folgezustände rechtzeitig erkennen und behandeln zu können, meint Dr. Bernhard Strittmatter, niedergelassener Chirurg und Koloproktologe aus Freiburg.

Einleitung

Das Hämorrhoidalleiden ist die häufigste proktologische Erkrankung; Jeder zweite Erwachsene muss sich einmal im Laufe seines Lebens wegen Hämorrhoiden in proktologische Behandlung begeben, so dass wir von einer Volkskrankheit sprechen können.

Das häufigste Symptom beim Hämorrhoidalleiden ist die Blutung, gefolgt von Pruritus, Brennen, Nässen. Fortgeschrittene Stadien führen zum Prolaps und zur Inkontinenz. Alle Symptome sind unspezifisch und auch heimtückisch: So kann sich hinter vermeintlich harmlosen Hämorrhoiden durchaus auch einmal ein Karzinom verbergen.

Definition und Pathogenese

Beim Gesunden befinden sich oberhalb der Linea dentata arteriovenöse Gefäßpolster (Corpus cavernosum recti), die zur Feinregulierung des Sphinkterorgans beitragen. Wenn diese Schwellkörper unphysiologisch vergrößert sind und Beschwerden machen, spricht man vom Hämorrhoidalleiden.

Die genetische Disposition spielt in der Ätiopathogenese eine große Rolle. Unsere Ernährungsgewohnheiten mit faserarmer Ernährung bewirken eine

Drucksteigerung im Kolorektum und in Folge einen erhöhten Sphinkterdruck; diese Pathogenese führt zur Vergrößerung der Gefäßpolster und damit zum Hämorrhoidalleiden [6].

Diagnostik und Stadieneinteilung

Diagnostik und Stadieneinteilung des Hämorrhoidalleidens erfolgen durch Inspektion, Palpation und Proktoskopie, zusätzlich sollte präoperativ eine Rektoskopie erfolgen. Die Hämorrhoiden werden in vier Stadien eingeteilt (vgl. Tabelle 1).

Hämorrhoiden ersten Grades können nur mit dem Proktoskop exakt beurteilt werden. Mit der alleinigen Palpation werden die Hämorrhoiden nicht erfasst (siehe Abb. 1). Hämorrhoiden zweiten Grades sind beim Pressen außen sichtbar und retrahieren sich spontan. Bei Hämorrhoiden dritten Grades besteht ein Prolaps. Dieser tritt spontan, bei der Defäkation und beim Pressen auf. Die Hämorrhoiden können manuell reponiert werden (siehe Abb. 2). Bei Hämorrhoiden vierten Grades handelt es sich um einen fixierten Prolaps. Hier ist der gesamte Analkanal nach außen verlagert und fixiert. Eine manuelle Reposition ist nicht mehr möglich.

Oft wird der falsche Begriff „äußere Hämorrhoiden“ für Analvenenthrombosen oder Marisken verwendet, diese eigenständigen Krankheitsbilder müssen aber differentialdiagnostisch von den Hämorrhoiden abgegrenzt werden [3].



Abb. 1: Hämorrhoiden ersten Grades

Das Behandlungsziel bei Hämorrhoidalleiden ist:

1. Beseitigung von Symptomen und
2. Wiederherstellung der Anatomie und Physiologie.

Diese Kausaltherapie kann durch Reduktion des arteriellen Zustroms, durch lokale Reposition der Mucosa und Submucosa, durch Resektion von überschüssigem Gewebe und durch die Reposition des Anoderms erreicht werden [4]. Diese Therapieansätze führen je nach Stadium des Hämorrhoidalleidens zur Beseitigung der Beschwerden. Die Therapie sollte stadienadaptiert erfolgen (vgl. Tabelle 2). Auf keinen Fall darf das Corpus cavernosum recti ausgerottet werden [6].



Abb. 2: Hämorrhoiden dritten Grades

TAB.1 STADIENEINTEILUNG

Grad I	nur im Proktoskop erkennbare Vergrößerung
Grad II	beim Pressen außen sichtbar, spontane Retraktion
Grad III	spontan prolabierend, manuelle Reposition
Grad IV	fixierter Prolaps, keine Reposition möglich

Stadiengerechte Therapie

Hämorrhoiden ersten Grades können adjuvant oder symptomatisch behandelt werden. Im Vordergrund stehen hier die Umstellung der Ernährung auf ballaststoffreiche Kost, Verbesserung der Lebensgewohnheiten und des Stuhlverhaltens. Diese Basistherapie sollte bei allen Patienten mit Hämorrhoidalleiden eingeleitet werden. [4]. Auch können Salben und Anal tampons die Symptome lindern oder beseitigen.

Kausal können Hämorrhoiden ersten Grades durch Sklerosierung nach Blond oder Blanchard behandelt werden [1,2]. Beide Methoden gelten als Therapie der ersten Wahl bei Hämorrhoiden ersten Grades. Besonders die Hämorrhoidalblutung kann in 70 bis 80 Prozent der Fälle beseitigt werden [1]. Nach Jahren muss allerdings mit einer hohen Rezidivquote gerechnet werden. Die früher häufig angewandte Infrarotbehandlung wird wegen der geringen Wirksamkeit nur noch selten verwendet.

Bei Hämorrhoiden zweiten Grades ist die Gummiringligatur nach Barron die Methode der Wahl. Hierbei wird das überschüssige Hämorrhoidalgewebe mit einem kleinen Gummiring abgebunden, das Gewebe wird nekrotisch und fällt nach ein bis zwei Wochen ab. Aufgrund der Narbenbildung kommt es auch zu einer lokalen Fixation der Mucosa (siehe Abb. 3).

In den vergangenen Jahren ist ein neues Verfahren hinzugekommen: Morinaga hat die Doppler gesteuerte Hämorrhoiden-Arterien-Ligatur erstmals eingeführt. Mit einem so genannten Dopplerproktoskop wird die



Abb. 3: Gummiringligatur nach Barron

TAB.2

KAUSALTHERAPIE VON HÄMORRHOIDEN

- ▷ Reduktion des arteriellen Zustroms
- ▷ lokale Refixation von Mukosa / Submukosa
- ▷ Resektion von überschüssigem Gewebe
- ▷ Reposition des Anoderms

jeweils zum Corpus cavernosum recti führende Arterie aufgesucht und durch das Proktoskop mit einer Spezialnadel ligiert. In 50 bis 90 Prozent der Fälle konnte auf diese Weise die Hämorrhoidalblutung beseitigt werden. Komplikationen sind selten. Es kommt aber häufig zu Rezidiven, auch ein Prolaps kann durch diese Methode nicht beseitigt werden. In Deutschland hat dieses Verfahren bislang keine Verbreitung gefunden. Es ist auch keine anerkannte Leistung der gesetzlichen Krankenkassen und kann deshalb nur als privatärztliche Leistung erbracht werden.

Bei Hämorrhoiden dritten Grades besteht die Indikation zur Operation. Hämorrhoidenoperationen werden bereits seit dem Mittelalter, damals sogar als ambulante Operation, beschrieben. Langenbeck (1850) und Whitehead (1882) haben die heute obsoleten, radikalen Verfahren mit Ausrottung des gesamten Corpus cavernosum recti und des Anoderms beschrieben (vgl. Tabelle 3).

Das gängige Operationsverfahren nach Milligan-Morgan wurde erstmals 1937 vorgestellt, 1956 hat Parks die submuköse Hämorrhoidektomie beschrieben.

Bei der Methode nach Milligan-Morgan werden die nach außen prolabierenden Hämorrhoidalkomplexe segmentär radiär exzidiert, an der Basis ligiert und entfernt. Die resultierende Wunde wird offen gelassen. Hierbei gilt es zu beachten, dass ausreichend Anodermbrücken stehen bleiben. Von diesen ausgehend, werden die Wunden bei der sekundären Heilung wieder epithelialisiert.

Bei dem bei uns weit verbreiteten Verfahren nach Parks wird mit einer Y-förmigen Schnittführung das Anoderm beziehungsweise die Schleim-

haut zur Seite geklappt, das Hämorrhoidalgewebe entfernt. Danach wird die Y-förmige Inzision mit Einzelknopfnähten verschlossen. Außen belässt man eine Drainagerinne für den Sekretabfluss (siehe Abb. 4).

1995 hat Longo ein neues Verfahren mit einem Klammernahtgerät eingeführt. Seine Stapler-Hämorrhoidopexie hat sich besonders bei Hämorrhoiden dritten Grades bewährt, die sich gut reponieren lassen und bei denen keine Sekundärveränderungen vorliegen. Bei diesem Verfahren wird das proximal der Linea dentata gelegene Gewebe zirkulär reseziert. Dadurch kommt es zu einer Reposition des Prolapses und zu einer Refixation des Gewebes. Ein Teil des Hämorrhoidalgewebes kann hier entfernt werden.

Zusätzlich kommt es durch Reduktion der Durchblutung in Folge der zirkulären Anastomose sekundär zur Gewebsreduktion und zur supraanodermalen Fixation. Der entscheidende Vorteil der Methode ist die Naht im nicht innervierten Bereich der Mucosa, so dass die Patienten postoperativ deutlich geringere Schmerzen haben als bei den anderen Operationsverfahren [5].

In England und Italien wird die Methode nach Longo überwiegend ambulant durchgeführt. In Deutschland haben die Krankenkassen sie noch nicht in den EBM-Operationskatalog aufgenommen. Auch wenn das Verfahren auf den ersten Blick einfach, ja fast genial erscheint, ist es technisch sehr schwierig, da die entscheidenden Operationsschritte ohne direkte Kontrolle und Sicht durchgeführt



Abb. 4: Submuköse Hämorrhoidektomie nach Parks

**TAB.1
HISTORISCHE ENTWICKLUNG
DER OPERATIONSVERFAHREN**

RADIKAL	
▷ Langenbeck	1850
▷ Whitehead	1882
OFFEN	
▷ Salmon	1888
▷ Miles	1919
▷ Milligan-Morgan	1937
GESCHLOSSEN	
▷ Petit	1774
▷ Cooper	1809
▷ Parks	1956
▷ Ferguson-Heaton	1959
▷ Fansler	1933/Arnold 1988
SUPRAANODERMAL	
▷ Longo	1995

werden. Es sind auch schon schwere Komplikationen berichtet worden. In der Hand des in der Proktologie erfahrenen Chirurgen stellt sie jedoch eine wichtige Erweiterung des operativen Spektrums beim Hämorrhoidalleiden dritten Grades dar (siehe hierzu auch Beitrag von Prof. Herold auf Seite ##).

Bei Hämorrhoiden vierten Grades versagen alle bisher genannten Operationstechniken, hier muss das nach außen prolabierte und fixierte Anoderm wieder in die ursprüngliche Lage zurückgebracht und der Analkanal rekonstruiert werden. Bei diesem Verfahren wird das nach außen verlagerte Anoderm vom Hämorrhoidalgewebe frei präpariert und die so entstehenden U-Läppchen werden wieder in den Analkanal bis zur ursprünglichen Linea dentata eingeschlagen und hier mit der Mucosa durch Einzelknopfnähte vernäht.

TAB.4 STADIENGERECHTE THERAPIE

Grad I	Sklerotherapie nach. Blond
Grad II	Gummiringligatur nach Barron, (Sklerotherapie)
Grad III	Segmentresektion nach Milligan – Morgan, Parks Staplerhämorrhoidopexie nach Longo
Grad IV	Plastische Rekonstruktion nach Arnold / Fansler

Hierbei gilt es zu beachten, dass eine exakte Präparation der Anoderm-läppchen erfolgt und dass kein Hämatom entsteht, da dies zu einer Läppchennekrose führen kann. Das Verfahren ist technisch sehr aufwändig und geht mit einer Operationszeit von bis zu 60 Minuten einher. Die postoperative Komplikationsrate mit Nekrosen, Entzündungen und auch Analkanalstenosen liegt bei 20 Prozent. Dieses chirurgisch sehr aufwändige Operationsverfahren kann nur stationär durchgeführt werden (vgl. Tabelle 4) [6].

Chirurgische Technik

Die Präparation ist nach Unterspritzung mit Lokalanästhetikum und Adrenalinzusatz übersichtlicher. Das Entfernen des Hämorrhoidalgewebes sollte mittels Diathermie erfolgen, dann gibt es deutlich weniger intraoperative Blutungen. Der Einsatz eines Lasers bringt keine signifikante Vorteile. Eine intraoperative Dilatation ist umstritten und die Sphinkterotomie obsolet.

Inkarzeration

Einen akuten Notfall in der Proktologie stellt die Hämorrhoideninkarzeration dar. Hierbei tritt die vergrößerte Hämorrhoidale nach außen und es kommt aufgrund eines erhöhten Muskeltonus zu einer Einklemmung des prolabierten Hämorrhoidalgewebes. Es entsteht ein sehr schmerzhafter Zustand.

In diesem Fall sollte möglichst rasch in Allgemeinnarkose die inkarzerierten Hämorrhoiden reponiert werden. Eine Operation mit Entfernung des Hämorrhoidalgewebes sollte man in diesem akuten Zustand möglichst vermeiden, da es wegen des ausgedehnten Resektionsausmaßes zur postoperativen Komplikationen wie Wundheilungsstörung und Stenosen kom-

men kann. Nach Reposition und antiphlogistischen und analgetischen Maßnahmen bilden sich das vergrößerte Hämorrhoidalgewebe meist zurück, so dass nach zwei bis drei Wochen oft nur noch Hämorrhoiden ersten oder zweiten Grades vorliegen.

Schlussfolgerung

Die Therapie des Hämorrhoidalleidens sollte stadiengerecht erfolgen. Die Methode ist abhängig vom Befund. Die Komplikationsraten sind insgesamt gering und abhängig vom Stadium und von der Erfahrung des Operateurs (vgl. Tabelle 5). Deshalb sollte die postoperative Nachsorge gerade bei ambulantem Vorgehen in der Hand des Chirurgen bleiben, um mögliche Komplikationen und Folgezustände rechtzeitig erkennen und behandeln zu können.

AUTOR: Dr. Bernhard Strittmatter, Praxisklinik 2000, Kompetenzzentrum für Koloproktologie, Wirthstr. 11 A, 79110 Freiburg, Telefon: 0761-2088200, info@proktologie-heute.de

ZUR PERSON: Dr. Bernhard Strittmatter (52) ist seit 1992 Chirurg mit dem Schwerpunkt Koloproktologie in der Praxisklinik 2000 in Freiburg. Qualifikation als Koloproktologe (BCD); Seit 1996 ANC-Vorsitzender in Südbaden, seit 2004 Vorsitzender des Berufsverbandes der Coloproktologen Deutschlands (BCD). Mitgliedschaften unter anderem in der Deutschen Gesellschaft für Viszeralchirurgie (DGVC), der Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie (DGK), des Berufsverbandes der Coloproktologen Deutschlands (BCD) und des Berufsverbandes der Niedergelassenen Chirurgen (BNC). Mitherausgeber des Journals Coloproctology



Future DigiMan
Digitale Bildverarbeitung • Digitales Röntgen

Vereinbaren Sie einen kostenlosen
Vorführtermin in Ihrer Praxis

An der Morgensonne 2 • 07468 Geyer
Tel.: (03 73 46) 69 93-0

GRAUPNER
Digitale Lösungen in der Medizin

technik@graupner-mediz.de • www.graupner-mediz.de