

Hämorrhoidalleiden: Differenzialdiagnose besonders wichtig!

BESTEHT DER VERDACHT AUF „HÄMORRHOIDEN“, so muss eine Abgrenzung gegenüber anderen proktologischen Erkrankungen wie Analfissur, Abzesse und Tumoren erfolgen. Steht die Diagnose fest und es liegen Beschwerden vor, reichen die Therapiemöglichkeiten von konservativen bis zu operativen Maßnahmen.

Gleich vorweg zwei Bemerkungen:

1. Eine exakte Diagnose ist wichtig, insbesondere eine Differenzierung gegenüber anderen analen Erkrankungen bzw. proktologischen Leiden. Cave: kolorektales oder Analkarzinom!
2. Handelt es sich tatsächlich um „Hämorrhoiden“, so sind diese in erster Linie behandlungsbedürftig, wenn sie symptomatisch sind.

„Hämorrhoiden“ sind erweiterte Venenplexus im Analbereich. Der Plexus haemorrhoidalis sowie die benachbarte sensible Analschleimhaut und Haut sind wichtiger Bestandteil des Kontinenzorgans. Eine Behandlung soll deswegen nur dann stattfinden, wenn Beschwerden vorliegen.

KLINISCHE UNTERSUCHUNG

Eine Anamnese hat unter Hinterfragung von Schmerzen, Blutung, Juckreiz, Entleerung von Sekret, Heraustreten von analem Gewebe (Prolaps) sowie Stuhlbeschwerden zu erfolgen.

Eine äußere Inspektion sowie eine digitale rektale Untersuchung sind obligat.

Weitere Diagnostik: Proktoskopie, Rektoskopie, Koloskopie. Eine totale Koloskopie (beachte: das Zökum muss durch die Koloskopie erreicht werden!) hat bei allen über 50-Jährigen sowie bei allen Verdachtsfällen, zum Ausschluss eines kolorektalen Karzinoms oder anderer Pathologien des Kolons zu erfolgen.

Erweiterte, fakultative Diagnostik: Irrigoskopie, Defäkographie, Sphinktermanometrie, je nach Konstellation des Falles.

DIFFERENZIALDIAGNOSE

Ganz wichtig und für den Allgemeinmediziner durchführbar ist die Abgrenzung gegenüber anderen proktologischen Erkrankungen wie Analfissur (Schmerzen!, hellrotes Blut, keine relevanten Hämorrhoiden), Abszesse (entzündliche Schwellung, starke Schmerzen, Fieber), Analfistel (analer Ausfluss, Fistelöffnung bei Spreizung der Anahaut in der Regel sichtbar, Sondierung der Fistel; meist keine Schmerzen) und Tumoren (tastbar bei digitaler rektaler Untersuchung bzw. sichtbar durch Koloskopie). Stuhlinkontinenz und/oder Anal-/Rektalprolaps sind zwar „ver-

wandte“ Erkrankungen, gehören diagnostisch und therapeutisch in einen anderen Bereich; ebenso dermatologische Erkrankungen des Afters und der Perianalregion: verschiedene Dermatitis, Analekzem, Strahlendermatitis, Morbus Bowen, Pemphigus vulgaris, Herpes simplex und Herpes Zoster, Tuberkulose, Geschlechtserkrankungen, Condylomata acuminata u.v.m.

KLASSIFIKATION (STADIENEINTEILUNG) VON HÄMORRHOIDEN

Es gibt zahlreiche Klassifikationen. Am praktikabelsten erweist sich die Klassifikation nach dem Grad des Prolapses der Hämorrhoiden:

Stadium I: kein Prolaps, auch nicht beim Pressen, symptomatisch am ehesten durch Blutung

Stadium II: Prolaps beim Pressen, Reposition spontan

Stadium III: Prolaps, besonders nach dem Stuhlgang, manuelle Reposition möglich

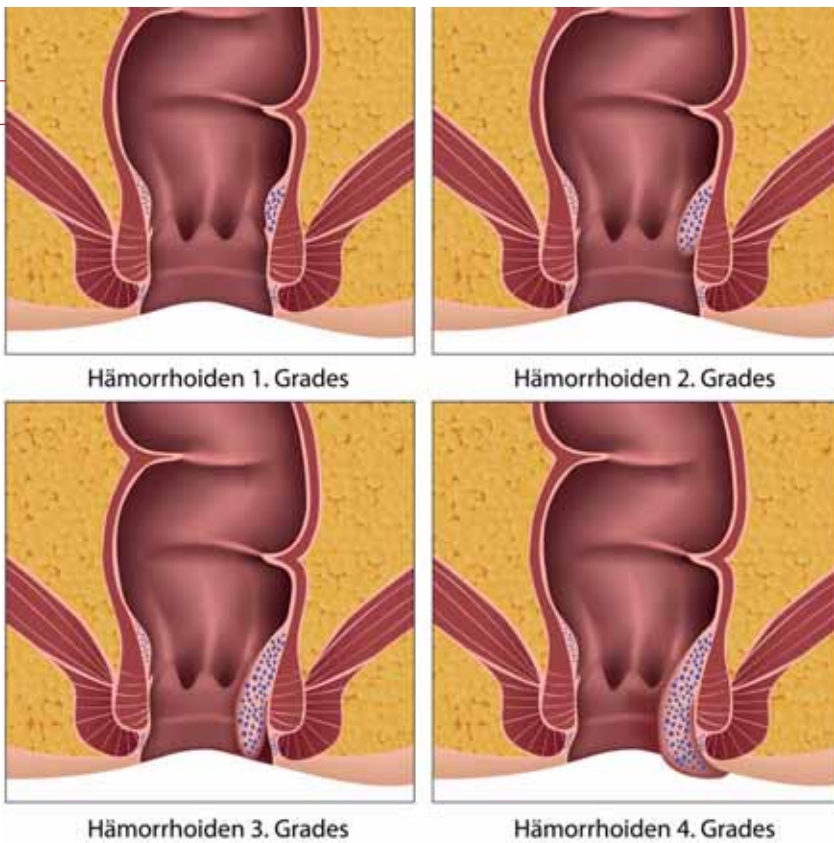
Stadium IV: Dauerprolaps; thrombosierter Hämorrhoidalknoten; exulzeriert, abszediert

THERAPIE DES HÄMORRHOIDALLEIDENS

Ist die Diagnose „Hämorrhoiden“ gestellt und sind andere Erkrankungen ausgeschlossen, so folgt die Beratung des Patienten: Bestehen keine Beschwerden, so soll keine spezifische Therapie erfolgen. Die Beratung besteht in peinlicher Analhygiene (Reinigung mit fließendem Wasser oder Sitzbad, keine Seife, kein trockenes WC-Papier) sowie diätetisch zur Erzielung eines regelmäßigen Stuhlganges. Eine Vorsorgekoloskopie sollte etwa alle sieben Jahre erfolgen.

Werden Beschwerden berichtet, so besteht ein „Hämorrhoidalleiden“. Je nach Ausdehnung, makroskopischem Aussehen und Intensität der Beschwerden kann eine konservative, interventionelle oder operative Therapie erfolgen:

1. **Konservativ:** Analhygiene, Diätberatung, Salben oder orale Medikation: Flavonoide zur Verbesserung der Mikrozirkulation, kühlende Analsalben, von denen etliche im Handel sind; Suppositorien.
2. **Interventionelle Behandlung:** Sklerosierung von blutenden Hämorrhoiden, Gummibandligaturen, HAL oder THD (ultraschallgezielte Hämorrhoidalarterienligatur) stehen zur Auswahl.



rein technischen Variationen, je nach angewandeter Gerätschaft: bipolare Koagulationsresektion (Ligasur), gewebeverschweißende Ultraschalltechnologie (Harmonic Scalpel) oder Laseranwendung. Andere Operationsmethoden sind die Infrarot-Koagulation und die Kryochirurgie. Eine spezielle Indikation besteht beim thrombosierte Hämorrhoidalknoten: Dieser kann durch Hämorrhoidektomie (nur dieses Knotens) behoben werden; die Patienten sind oft schlagartig beschwerdefrei. Ebenso (meist handelt es sich dann um eine Analthrombose) führt eine konservative Therapie zum Ziel. Die Unterscheidung kann wohl nur von einem Spezialisten getroffen werden und bedarf einer engmaschigen Nachkontrolle. Aufgrund der verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten (insbesondere der mannigfachen Operationen und semiope-

3. Operativ: Hier gibt es die allseits bekannte konventionelle Hämorrhoidektomie nach Milligan-Morgan (bzw. die Modifikationen nach Ferguson oder nach Parks), die zum Ziel hat, dass die Hauptknoten bei drei, sieben und elf Uhr (in Steinschnitt-Lagerung) chirurgisch exzidiert werden und damit das zuführende arterielle Gefäß (ebenso bei drei, sieben, elf Uhr) unterbunden wird. Alternativ dazu gibt es die HAL-RAR-Methode: Bei dieser werden meist in Narkose oder Sedoanalgesie mit einem speziellen Proktoskop mit eingebautem Ultraschallkopf die zuführenden Arterien im Analkanal aufgesucht und gezielt mit einer Spezialnadel umstochen. Es bestehen meist fünf bis sieben derartige Arterien. Den Erfolg kann man intraoperativ mit der Ultraschallsonde prüfen, indem das arterielle Geräusch nach erfolgreicher Unterbindung der Arterie ausgelöscht ist. Zusätzlich wird ebenso mit Proktoskop und Naht die Analschleimhaut gerafft (RAR). Damit sind auch Hämorrhoiden des Stadiums III minimalinvasiv therapierbar (HAL-RAR-Verfahren). Zuletzt gibt es noch die Stapler-Hämorrhoidektomie (Verfahren nach Longo). Dabei wird mit einem modifizierten in der Kolorektalchirurgie verwendeten zirkulären Klammernahtinstrument, das durch den Anus eingeführt wird, eine Schleimhautmanschette aus dem distalen Rektum zirkulär ausgestanzt und der Defekt im gleichen Arbeitsgang mit Klammern zirkulär verschlossen (anastomosiert). Dadurch wird ebenso die Blutzufuhr der Arterien mittels Klammernaht unterbrochen und durch Verkürzung des Rektumschleimhautmantels die Hämorrhoiden gewissermaßen „nach innen gezogen“.

rativen Verfahren) ist ersichtlich, dass eine exakte Auswahl des jeweiligen Therapieverfahrens nur durch den Spezialisten getroffen werden kann. Durch diesen muss eine genaue Patientenaufklärung erfolgen und gleichermaßen die Vor- und Nachteile der verschiedenen Verfahren erörtert werden. Operative Zurückhaltung ist bei asymptomatischen und wenig symptomatischen Hämorrhoiden eine Maxime.

Für den Allgemeinmediziner ist es wichtig und möglich, die Zuordnung (Chirurg, Proktologe, Dermatologe) zu treffen, andere Erkrankungen auszuschließen (in erster Linie das kolorektale Karzinom) und eine Basisbehandlung (konservativ, Analhygiene, Tabletten und Salben, Diätbehandlung) selbst zu übernehmen.

Univ.-Prof. Dr. ALBERT TUCHMANN, FACS
 Facharzt für Chirurgie,
 Generalsekretär der Österreichischen
 Gesellschaft für Chirurgie, 1010 Wien
 info@tuchmann.at



Die Nachbehandlung nach Hämorrhoidenoperation besteht in der Regel nur in Sitzbädern und allgemein analgetischer Behandlung, eventuell zusätzlich Flavonoide.

Es gibt noch die Möglichkeit, im Rahmen der konventionellen Hämorrhoidektomie lediglich den dominanten (also den auffälligsten) Hämorrhoidalknoten (auch Sentinel-Hämorrhoidalknoten genannt; zit. M. Wunderlich) zu entfernen. Auch mit diesem Verfahren werden gute Ergebnisse erzielt, die Knoten an den anderen Hauptlokalisationen (drei, sieben oder elf Uhr) spielen dann meist keine Rolle mehr.

Die konventionelle Hämorrhoidektomie gibt es noch in einigen