

Hämorrhoidalleiden – eine Crux in der ärztlichen Grundversorgung

Cornelia Schürer-Maly



Helen Schaufelberger,
Gastroenterologie FMH,
Lugano

Hämorrhoiden sind häufig, betonte die Moderatorin, Dr. Helen Schaufelberger, eingangs, aber dieses Leiden ist immer noch ein soziokulturelles Tabu. Bei der Eingangsanamnese berichten die Patienten oft über alles mögliche, bevor sie auf ihr anales Leiden zu sprechen kommen. Da Hämorrhoiden von anderen analen Pathologien mit einer ähnlichen Symptomatik abzugrenzen sind, müssen die Patienten sehr genau zu ihren Beschwerden befragt werden. Auf folgende Punkte ist bei der Anamnese besonderen Wert zu legen:

- Treten Schmerzen auf?
- Wann (z.B. bei der Defäkation) treten Schmerzen auf?
- Ist Blut im Stuhl?
- Blutauflagerungen oder mit dem Stuhl vermischt?
- Farbe des Blutes?
- Blutung nach dem Stuhlgang?
- Sind die Blutabgänge massiv?

Inspektion und rektale Untersuchung

Helen Schaufelberger bevorzugt und empfiehlt für die Untersuchung die Linksseitenlage des Patienten. Für eine aussagekräftige Untersuchung ist es wichtig, das Gesäss des Patienten gut zu spreizen, damit man möglichst bis zur Linea dentata sehen kann. Genau inspiziert werden folgende Bereiche:

- die perianale Haut
- das Genitale
- die Sacrococcygealregion

Der Inspektion folgt die digitale Untersuchung, die langsam und vorsichtig erfolgen sollte, damit der Sphinktertonus, das Auftreten von Schmerzen und Grösse und Charakter einer analen Masse sicher beurteilt werden können. Bevor sie auf pathologische Befunde zu sprechen kam, demonstrierte und erläuterte die Referentin die normalen Befunde im Analbereich.

Die Linea dentata ist die Übergangs-

zone vom verhornenden Epithel der Haut zu dem nicht verhornenden des Analkanals. Oberhalb der Linea dentata befindet sich der Plexus haemorrhoidalis superior (innerer Hämorrhoidalplexus). Der Plexus haemorrhoidalis inferior (äusserer Hämorrhoidalplexus) liegt distal der Linea dentata. Beide Plexus werden arteriell gespeist, deshalb ist Hämorrhoidalblut immer von hellroter Farbe. Die physiologische Funktion der Hämorrhoidalplexus besteht in

- der Polsterung der Defäkation (Kotballen können sehr hart sein)
- der Unterstützung der Kontinenz
- sensorischen Aufgaben.

Die wichtigsten Differentialdiagnosen

Vor den eigentlichen Hämorrhoidalleiden fasste Helen Schaufelberger die Differentialdiagnose des Leidens zusammen. Anhand einer 33jährigen Patienten mit einem schmerzhaften Analbefund ging die Referentin auf akute (hochschmerzhaft, sauberer Grund) und chronische (schmerzhaft, weisslich belegter Grund) Analfissuren ein.

Als nächste heikle Frage diskutierte die Referentin die Abklärung von analem Frischblutabgang bei einem älteren Patienten. Er litt an erstgradigen, reizlosen Hämorrhoiden. Diese könnten einen Blutabgang zwar hervorrufen, stellen aber keine sichere Blutungsquelle dar. Bei der Rektosigmoidoskopie fand sich ein grosses tubulovillöses Adenom mit sichtbaren Blutungsstigmata. Bei analem Frischblutabgang sollte man sich mit erstgradigen Hämorrhoiden als Erklärung für die Blutungen nie zufrieden geben.

Hämorrhoiden

Hämorrhoiden treten mit zunehmendem Alter der Patienten häufiger auf. Die Prävalenz des Leidens liegt bei 4,4%, Männer sind häufiger betroffen als Frauen, Kinder leiden fast nie unter Hämorrhoiden. Eine Koinkidenz mit kolorektalen Karzinomen besteht nicht. Als Risikofaktoren für Hämorrhoidalleiden sind zu nennen:

- genetische Ursachen
- Schwangerschaft
- Obstipation
- ballaststoffarme Diät
- sitzende Tätigkeit
- Immobilität

Die portale Hypertonie stellt keinen Risikofaktor dar!

Hämorrhoiden werden in innere (oberhalb der Lines dentata) und äussere (unterhalb der Linea dentata) eingeteilt. Die inneren Hämorrhoiden unterliegen einer weiteren Graduierung (Tab. 1). Symptomatik und Befunde bei inneren und äusseren Hämorrhoiden unterscheiden sich deutlich (Tab. 2).

Vielfalt der Behandlungsmöglichkeiten

Leichtgradige Hämorrhoidalleiden können mit konservativen Massnahmen wie Stuhlregulierung und Salben behandelt werden (Keratolytika, Kortikosteroide, Lokalanästhetika, Vasokonstriktiva, Hautprotektiva). Sollte dies nicht ausreichen, stehen verschie-

Tabelle 2: Symptome und Befunde bei inneren und äusseren Hämorrhoiden

Innere Hämorrhoiden	äussere Hämorrhoiden
Defäkationsassoziierte Blutung	Schmerzen am After
Blutauflagerungen auf dem Stuhl	Schwellungen am After
Fremdkörpergefühl	Blutung
Brennen, Juckreiz und Schmerzen am After	Thrombose
	Marisken
	Perforation

dene nicht-chirurgische Massnahmen zur Verfügung:

- Gummibandligatur
- Sklerosierung
- Infrarotkoagulation
- Kryokoagulation

Diese Behandlungsmethoden eignen sich für erst- bis drittgradige Hämorrhoiden. Sollte die Therapie versagen, müssen die Patienten dem Chirurgen vorgestellt werden.

Die Gummibandligatur stellt die gebräuchlichste Behandlungsmethode dar. Sie weist eine Erfolgsrate von 70% auf. An Komplikationsmöglichkeiten sind zu nennen: leichte Blutungen (13%), anämisierende Blutungen (0,1%), Schmerzen, perianale Spasmen und Sepsis (selten). Die meisten Hämorrhoidalleiden lassen sich in der Hausarztpraxis behandeln. Helen Schaufelberger empfahl eine Überweisung zum Gastroenterologen beim Versagen der konservativen Therapie und bei Rezidiven.

Tabelle 1: Einteilung der inneren Hämorrhoiden

Grad I
Oberhalb der Linea dentata ins Lumen prolabierend
Grad II
Nach aussen prolabierend mit spontaner Reponierung
Grad III
Nach aussen prolabierend, ohne spontane Reponierung, aber manuell reponierbar
Grad IV
Prolabierende, abgedrosselte Hämorrhoiden, nicht reponierbar
Dritt- und höhergradige Hämorrhoiden entsprechen einem Analprolaps