

Finger weg von Hämorrhoiden-Zäpfchen! So kurieren Sie den Anus

KÖLN – Nässen und Jucken am After wegen Hämorrhoiden? Da haben viele Kollegen das Zäpfchen-Rezept schnell zur Hand. „Stopp!“ mahnt hier ein Experte, der die „Supps“ aus dem Hämorrhoiden-Programm am liebsten ganz verbannen würde.

Die topische Therapie von Hämorrhoidalbeschwerden ist rein symptomatisch, am Grundeiden, der hämorrhoidalen Hyperplasie ändern Sie damit nichts, schickte Dr. BERNHARD LENHARD aus Heidelberg seinen Ausführungen voraus. Weder mit Analtampons, Salben und Zäpfchen noch mit Lösungen und Sitzbädern bringen Sie die vergrößerten Plexus zum Schrumpfen.

Tampons besser als Zäpfchen

Dennoch haben topische Maßnahmen ihren Sinn, vorausgesetzt

Sie wissen, welche Etage Sie erreichen wollen, und mit welcher Darreichungsform Sie dies bewerkstelligen. Ihre möglichen Zielorte:

- ▶ Hämorrhoidalplexus
- ▶ anorektales Übergangsepithel
- ▶ Analkanal, Anoderm
- ▶ Perianalhaut

Um in der obersten Region, dem **Hämorrhoidalplexus**, Blutung, Entzündung und Schmerzen zu bekämpfen, eignen sich am besten Analtampons. An zweiter Stelle nannte der Experte Pasten, die wesentlich besser anhaften als zum Beispiel Salben. „Salbe landet z.T. am

distalen Rektalsaum, z.T. in der Unterwäsche“, so der Kollege. Nicht sehr weit kommen Sie auch mit Klysmen oder Rektalschaum, und schon gar nicht mit Suppositorien: „Damit erreichen Sie allenfalls den Randsaum des Hämorrhoidalpolsters“. Doch Zäpfchen sind beliebt, und gern werden wahllos Kombipackungen verordnet, beklagte Dr. Lenhard beim 60. DGVS*-Jahreskongress.

Vorsicht Allergie durch Lokalanästhesie

Was die Inhaltsstoffe betrifft, so greift man zwecks hämostyptischer Wirkung zu Policresulen (z.B. in Faktu®), zwecks Entzündungshemmung zu Hydrocortison, und gegen die Schmerzen appliziert man am besten Lidocain (z.B. LidoPosterine®), das unter den Lokalanästhetika die geringste epidermale Sensibilisierungskraft hat.

Am **anorektalen Übergang** und **Analkanal** (Anitis, anodermale Rhagaden) wollen Sie vor allem antiinflammatorisch und analgetisch eingreifen. Als gute Transportmittel bieten sich wiederum Analtampons und Pasten an. Gegen die Entzündung verordnet der Experte gern „Hydrokortisonacetat 1 % in pasta zinci mollis DAB“, die so hergestellt keine sensibilisierenden Wollwachsalkohole und Konservierungsstoffe enthält. Bei schweren Verläufen kann auch kurzfristig Betamethason (z.B. Betamethasonvalerat 1 % in pasta Cordes) angewandt werden.

Brennen und Jucken am Perianum sind oft durch ein toxisch irri-

tatives Analekzem oder Dermatosen mit Köbner-Phänomen (wie Psoriasis, Lichen) bedingt. Da nässende Hämorrhoiden die Symptomatik unterhalten, heißt es gegen Entzündung, Juckreiz und das feuchte Milieu vorgehen. Insbesondere bei nässenden Dermatosen eignen sich adstringierende Sitzbäder.

Keine Salbe auf die Haare

Niemals darf man im behaarten intertriginösen Raum Salben anwenden, warnte der Kollege, „und schon gar nichts Fettendes im Akutzustand“. Auch keine Lokalanästhetika, „die aber leider in sehr vielen Fertigpräparaten enthalten sind“. Polypragmasie ist wegen hoher Allergisierungsgefahr der entzündeten Haut abzulehnen, unterstrich der Referent, also keine Präparate mit buntem Inhaltsstoff-Mix verordnen. Auch unkritische chronische Anwendung von Steroiden – oft durch den Patienten selbst – kann schlimme Folgen haben bis hin zur schweren Analhautatrophie. Bei indiziertem, begrenztem Einsatz sind aber keine Schädigungen zu befürchten. CG

* DGVS – Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten

Rezepte für anale Dermatosen bei Hämorrhoiden:

akut erosiv nässend:

- ▶ adstringierende Sitzbäder (Tannolact®, Tannosynth®)
- ▶ kurzzeitig steroidale Lotionen (z.B. Advantan®-Milch, Betagalan®-Lotion)
- ▶ Stabilisieren mit Zinklotio (z.B. Lotio alba aquosa)

chronisch-rezidivierend:

- ▶ seifenfreie Analduschen
- ▶ kurzfristig steroidale Pasten oder Cremes (z.B. Hydrokortisonacetat 1 % in pasta zinci mollis DAB, Hydrogalen®-Creme)
- ▶ Stabilisierung mit weicher Zinkpaste DAB oder gerbstoffhaltigen Cremes

Schmale Streifen können Leben kosten

Infarktverdacht? Immer 12-Kanal-EKG!

KÖLN – Mindestens 25 % der Notarzteinsätze erfolgen wegen akutem Koronarsyndrom, aber immer noch hat nicht jeder Notarzt ein 12-Kanal-EKG dabei.

Alle Patienten, deren Angina pectoris bereits länger als 20 Minuten anhält, sollten nicht nur in ärztlicher Begleitung in die Klinik gefahren werden, sondern auch binnen zehn Minuten ein 12-Kanal-EKG geschrieben bekommen.

Denn die Klinik allein erlaubt nur in 50 % eine zutreffende Diagnose. Mit dem EKG steigt die Quote auf über 90 %, erklärte Professor Dr. ULRICH TEBBE von der Medizinischen Klinik II am Klinikum Lippe Detmold bei der Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Notärzte NRW. ST-Hebungen von mehr als 2 mm in mindestens zwei Brustwandableitungen sprechen klar für einen Herzinfarkt (STEMI – Infarkt mit ST-Elevation), beim Hinterwandinfarkt genügen mehr als 1 mm ST-Elevation in den in-

ferioren Ableitungen. Auch ein neu aufgetretener Linksschenkelblock weckt Infarktverdacht.

Hat der Notarzt noch mehr als 30 Minuten Fahrzeit vor sich, plädiert Prof. Tebbe für die prähospitalen Lyse, wenn die Symptome nicht länger als sechs (besser drei) Stunden alt sind.

Es gibt heute schon Geräte für den Notdienst, die das 12-Kanal-EKG automatisch interpretieren, allerdings sollte hier immer ein Arzt den Befund kontrollieren, mahnte der Kollege. Rf

Vorsorge im Alltagstest

Wie gut schützt Brustkrebscreening?

WASHINGTON – Ob die Sterblichkeit an dem gefürchteten Frauenkrebs durch vorsorgliche klinische Untersuchung oder durch Mammographien signifikant gesenkt wird, hat eine neue Studie untersucht.

In einer Fall-Kontrollstudie wurden 1351 Frauen die an Brustkrebs verstorben waren, karzinomfreie Kontrollpersonen nach Alter und Brustkrebsrisiko zugeordnet. Man prüfte, ob sich die Frauen in den drei vorangegangenen Jahren einem Brustkrebscreening unterzogen hatten. Wenn Screening den Krebsstod vermeiden hilft, müsste die Kontrollgruppe eine höhere Vorsorgerate aufweisen. Das Ergeb-

nis: In der Hochrisikogruppe senkte ein vorangegangenes Screening das relative Brustkrebstodesrisiko auf 74 %, bei Frauen mit durchschnittlicher Brustkrebsgefahr nur auf 96 %. Beide Raten erwiesen sich als nicht signifikant. Das Ergebnis war unabhängig davon, ob die Mammographie, die klinische Untersuchung oder beides eingesetzt wurden.

Dennoch empfehlen die Autoren den Frauen, sich auch weiterhin einem Screening zu unterziehen. Denn nur höchstgefährdete Personen in die Vorsorge einzubeziehen, werde der realen Situation nicht gerecht. Schließlich weise die Mehrzahl der betroffenen Patientinnen kein besonders hohes Risiko auf. SK

Joann G. Elmore et al., JNCI 2005; 97: 1035 – 1043