

Das Hämorrhoidalleiden

Diagnose und Therapie einer „Volkskrankheit“

BERNHARD H. LENHARD

Ca. 4% der Erwachsenenbevölkerung Deutschlands begibt sich derzeit pro Jahr in ärztliche Behandlung wegen „Hämorrhoidalbeschwerden“. Eine Zahl, die angesichts der ärztlichen, sozialmedizinischen und ökonomischen Folgen das Hämorrhoidalleiden in die Nähe einer Volkskrankheit rückt. Grund genug, in einer aktuellen Übersicht das diagnostische und therapeutische Vorgehen bei dieser Erkrankung vorzustellen.

Unter Hämorrhoiden versteht man die krankhafte Vergrößerung des Corpus cavernosum recti bzw. des Plexus haemorrhoidalis superior, eines arterio-venösen Gefäßpolsters, proximal der linea dentata im distalen Rektum gelegen. Der arterielle Zufluss dieser Gefäßschwämme erfolgt über Seitenäste der A. rectalis superior, die überwiegend bei 3h, 7h und 11h/SSL transsphinkitär in die rektalen Schwellkörper einmünden. Besagten normotrophen Gefäßpolstern kommt eine entscheidende Bedeutung bei der Erhaltung der analen Feinkontinenz zu. Deren pathologische Vergrößerung hingegen kann zu Beschwerden führen, die unter dem Begriff des Hämorrhoidalleidens zusammengefasst werden. Der Grad der Vergrößerung des Hämorrhoidalplexus bestimmt die Stadieneinteilung der Hämorrhoiden (Abb. 1, Tab. 1), wobei diese wiederum das therapeutische Vorgehen im

wesentlichen festlegt. Es handelt sich bevorzugt um eine Erkrankung des mittleren und höheren Lebensalters. Valide Daten zu einer geschlechtsspezifischen Prävalenz liegen nicht vor.

Der Begriff „äußere Hämorrhoiden“ ist veraltet und falsch, weil er die pathoanatomische Situation nicht berücksichtigt und häufig Differenzialdiagnosen subsummiert, die der zutreffenden diagnostischen und therapeutischen Zuordnung bedürfen.

Ätiologie

Hinsichtlich der ätiopathogenetischen Bedingungen werden verschiedenste Hypothesen diskutiert. Hinreichend gesicherte Daten, die eine eindeutige Klärung der Ursachenlage liefern könnten, liegen nicht vor. Es ist am ehesten davon auszugehen, dass ein multifaktorielles Bedingungsgefüge vorliegt.

Vermehrten und verlängerten, intraabdominellen Drucksituationen mit Belastung des Beckenbodens (verlängerte Stuhlentleerungszeiten mit Pressen bei Obstipation, Schwangerschaft und Entbindung, Adipositas) scheinen eine hohe Bedeutung zuzukommen. Solche Belastungsmomente können eine Hyperplasie sowie einen Fixationsverlust der beschriebenen Gefäßpolster bewirken, indem die stabilisierenden und fixierenden Fasern des m. canalis ani geschädigt werden. Eine hereditäre Disposition kann diesen Prozess begünstigen.

Scharf gewürzten Speisen, erhöhtem Alkoholgenuss oder Sitzen auf kalten Unterlagen kommt wohl mehr eine irritative, entzündungsfördernde Rolle im Mukosabereich und damit eine symptomauslösende Bedeutung zu.

Die Annahme einer transsphinkitären, venösen Abflussbehinderung bei erhöhtem Sphinktertonus als alleinige Verursachung der Hämorrhoidalvergrößerung und -dislozierung scheint so nicht haltbar.

Symptome

Die Symptomatik des Hämorrhoidalleidens ist keinesfalls pathognomonisch und lässt keinen eindeutigen Rückschluss auf den Ausprägungsgrad der Erkrankung zu.

Im Vordergrund stehen hellrote Blutungen, die auf dem Stuhl bzw. am Toilettenpapier wahrgenommen werden, jedoch gele-

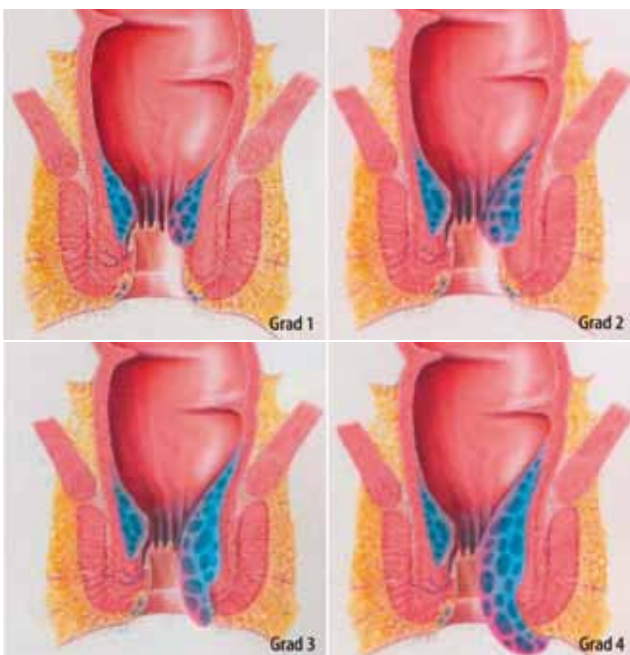


Abb. 1: Stadieneinteilung der Hämorrhoiden

Tabelle 1

Klassifikation der Hämorrhoiden (nach Goligher)

- I° Nur proktoskopisch sichtbar vergrößerter Plexus haemorrhoidalis superior
- II° Prolaps bei Defäkation mit Spontanretraktion
- III° Prolaps bei Defäkation mit manueller Repositionsnötigkeit
- IV° Prolaps fixiert ohne Repositionsmöglichkeit mit anodermaler Beteiligung

Tabelle 2

Symptome beim Hämorrhoidalleiden

- Juckreiz und Brennen (perianal)
- Störung der Feinkontinenz
- Schleimig-fäkulente Sekretion
- Druck- und Fremdkörpergefühl
- Prolapsereignisse
- Schmerz nur bei Inkarzeration und/oder Thrombosierung des Prolaps

gentlich auch spritzend im Rahmen der Defäkation auftreten können (Tab. 2). Es handelt sich um blutende arterioläre Versorgungsgefäße des Mukosaüberzugs.

Hb-relevante Blutungen im Zuge eines Hämorrhoidalleidens werden berichtet, sind jedoch äußerst selten.

Aufgrund einer Störung der analen Feinabdichtung kommt es bei zunehmender Hämorrhoidalvergrößerung zu fäkulentem Nässen und Stuhlschmier in der Perianalregion. Konsekutiv entwickelt sich ein irritativ-toxisches Analekzem mit Juckreiz und Brennen. Im weiteren Verlauf werden Druck- und Fremdkörpergefühl mit Stuhlentleerungsproblemen sowie Prolapsereignisse berichtet.

Da Hämorrhoiden definitionsgemäß stets von asensibler Rektummukosa überzogen sind, sollte die Wahrnehmung von Schmerz niemals primär dem Hämorrhoidalplexus zugeordnet werden.

Diagnose

Die inspektorische Untersuchung des Analrandbereichs, die im Zuge der proktologischen Basisdiagnostik verpflichtend ist, erlaubt nur im weit fortgeschritten Stadium der Hämorrhoidalvergrößerung (mit Prolaps) eine zutreffende Diagnose. Ebenso wenig liefert in den Anfangsstadien die digitale Austastung des Analkanals und des distalen Rektums brauchbare diagnostische Informationen hinsichtlich Vorliegen und Ausprägungsgrad von Hämorrhoiden. Die weichen Gefäßpolster weichen oberhalb des anorektalen Übergangs unter dem tastenden Finger zurück und gestatten somit keine verwertbare diagnostische Aussage.

Allein die Untersuchung mit dem nach vorne geöffneten Proktoskop ermöglicht einen sehr guten Überblick im Bereich der anorektalen Übergangzone sowie im distalen Rektum und erlaubt somit die korrekte Einschätzung des Hämorrhoidalplexus hinsichtlich Größe und Beschaffenheit (Abb. 2).

Ist bereits eine deutliche Dislozierung und Vergrößerung von Hämorrhoidalknoten proktoskopisch erkennbar (Abb. 3+4), sollte in jedem Fall im Pressversuch – ggf. auf einem sogenannten Untersuchungs-WC – der Hämorrhoidalprolaps provoziert werden, um eine korrekte Zuordnung des Hämorrhoidalstadiums vornehmen zu können. Dies ist von hoher Wichtigkeit vor dem Hintergrund einer stadienadaptierten Therapieempfehlung und -entscheidung.

Hämorrhoiden 4. Grades mit fixiertem, fibrosiertem Anodermprolaps, die keine manuelle Reposition mehr erlauben, sind – wie oben erwähnt – bereits inspektorisch sicher diagnostisch einzuordnen (Abb. 5).

Da die Symptomatik des Hämorrhoidalleidens nicht als pathognomonisch anzusehen und häufig auch bei anderen Erkrankungen des Dick- und Enddarms anzutreffen ist, müssen stets entzündliche bzw. maligne Prozesse im Analkanal und im Rektum ausgeschlossen werden. Aus diesem Grund ist die rektoskopische Untersuchung im Rahmen der proktologischen Erstuntersuchung immer zu fordern.

Findet sich kein eindeutiges klinisches Substrat für geschilderte Beschwerden – insbesondere bei transanal Blutungen oberhalb des 40. Lebensjahres – so ist eine weitere koloskopische Abklärung obligatorisch.



Abb. 2: Hämorrhoiden I° – im seitlichen Fenster des Blond'schen Proktoskops.



Abb. 3: Hämorrhoiden II° im Pressversuch auf dem Untersuchungsstuhl.



Abb. 4: Hämorrhoiden III° ohne Anodermprolaps.



Abb. 5: Hämorrhoiden IV° mit fixiertem Anodermprolaps.



Abb. 6: Spontan perforierte Analvenenthrombose.



Abb. 7: Manifestes Rektumprolaps.

Differenzialdiagnose

Analvenenthrombose: Dieses Krankheitsbild, auch fälschlicherweise als „äußere Hämorrhoid“ bezeichnet, erfährt die häufigste Verwechslung mit Hämorrhoiden. Es handelt sich um intravasale Thrombosierungen im Bereich der kavernen Venen am Analrand bzw. im unteren Analkanal, die solitär oder mehrfach gekammert auftreten können. Sie entstehen abrupt, sind oft von hoher Schmerzhaftigkeit und können bei subanodermaler Lokalisation den Analkanal segmentär ektropionieren (Abb. 6).

Eine Spontanruptur mit vollständiger oder teilweiser Abstoßung der Blutkoagel ist möglich. Je nach Größe, Beschwerdebild und Verlaufsdauer sind konservative oder ambulante operative Vorgehensweisen angezeigt, ansonsten erfolgt die Spontanheilung.

Marisken: Es handelt sich um schmerzlose Hautfalten am Analrand, die sich primär ohne erkennbare Ursache einzeln, zu mehreren oder zirkulär manifestieren. Sekundäre Marisken entstehen in Folge peri- oder intraanaler Entzündungen (z.B. Vorpostenfalte bei Analfissur) oder postoperativ. Asymptomatischen Marisken kommt kein Krankheitswert zu und sie bedürfen keiner Therapie. Gelegentlich bedarf es der Optimierung anhygienischer Maßnahmen.

Bei rezidivierenden Entzündungen kann – nach Sanierung synchroner proktologischer Erkrankungen – eine Abtragung in Lokalanästhesie erfolgen. Auch bei dieser Veränderung des Analrandes ist die Bezeichnung „äußere Hämorrhoid“ falsch.

Anodermprolaps (Analprolaps): Dabei kommt es zur segmentalen oder zirkulären Ektropionierung der anodermalen Auskleidung des Analkanals. Das prolabierende Anoderm neigt zur Fibrosierung und kann nicht mehr dauerhaft reponiert werden. Es besteht hohe Sensibilität im Gegensatz zum Hämorrhoidalgewebe. Bei gleichzeitig vorliegendem Hämorrhoidalbefund erfolgt die Hämorrhoidektomie mit evtl. plastischer Rekonstruktion des Analkanals.

Hypertrophe Analpapille: Bei chronisch-rezidivierenden Entzündungsprozessen im Bereich der anorektalen Übergangszone vergrößern sich die natürlicherweise vorhandenen Analpapillen im Sinne einer proliferativen Fibrosierung. Sie erreichen bis Pflaumengröße und können vor die Analöffnung prolabieren.

Dabei kann es zu Defäkationsschmerz, Blutungen und Störungen der analen Feinkontinenz kommen. Im Falle von Beschwerden erfolgt die Abtragung in Lokalanästhesie mittels Diathermieschlinge.

Prolabierendes Rektumadenom: Eher seltener prolabieren gestielte Rektumadenome aus dem analen Kanal. Es besteht keine Druck- oder Berührungsempfindlichkeit, jedoch oft eine erhebliche Blutungsneigung aufgrund der mechanischen Schleimhautalterationen. Eine vorsichtige Reposition ist möglich. Die Adenome können über das Proktoskop bzw. ein Analspekulum entfernt werden. Eine Koloskopie ist zum Ausschluss synchroner Befunde im weiteren Verlauf des Kolons obligatorisch.

Mukosaprolaps: Hier handelt es sich um eine zirkuläre oder segmentäre Vorwölbung der distalen Rektummukosa in den Analkanal, evtl. bis in die Analöffnung. Es kommt zu einer erheblichen Stuhleerungsproblematik (Gefühl der unvollständigen Entleerung, fraktionierte Stuhlabsetzung, Ventilgefühl etc.) und zunehmender analer Kontinenzschränkung bzw. imperativem Stuhltrieb mit kurzen Verhaltezeiten. Die Therapie erfolgt mittels mehrfacher Gummiringligatur. Bei weit fortgeschrittenen Verläufen empfiehlt sich die operative Korrektur.

Rektumprolaps: Beim Rektumprolaps zeigt sich eine bienenkorbbartige Ausstülpung des Rektums mit allen Wandschichten und zirkulärer Fältelung (Abb. 7).

Häufig geben die Patienten aus falscher Scham nur wenig anamnestiche Hinweise auf das oft schon seit Jahren bestehende Prolapsgeschehen. Bei Verdacht sollten unbedingt Pressversuche auf dem Untersuchungs-WC unternommen werden – nach Verifizierung ist die Vorstellung zur weiteren chirurgischen Therapie notwendig.

Therapie

Die bevorzugte Therapie bei sogenannten Hämorrhoidalbeschwerden ist die Verabreichung oder Anwendung von Proktologika in Form von Salben, Cremes oder Suppositorien. Die Applikation solcher Substanzen kann selbst bei optimaler Kon-

taktnahme mit den Strukturen des Analkanals bzw. des Anorektums nur eine Reduktion der entzündlichen Veränderungen in diesem Bereich bewirken und somit ein symptomatisches Therapieziel verfolgen.

Eine Verkleinerung des hyperplastischen Schwellkörpers im Sinne einer kausalen Therapie ist auf diesem Weg nicht möglich. Insofern ist zwar ein beschwerdefreies Intervall, jedoch keine Rezidivprophylaxe erreichbar. Bei Anwendung von Hämorrhoidalsuppositorien ist selbst der genannte Therapieeffekt zweifelhaft, da die antiphlogistischen, adstringierenden oder lokalanästhetischen Wirkstoffe in lokalthérapeutischer Absicht in der Rektumampulle freigesetzt werden. Dabei kommen diese bei intaktem Kontinenzorgan mit den sensiblen Strukturen des Analkanals und des Anorektums nur sehr kurzzeitig während der Stuhlpassage in Berührung. Der Hämorrhoidalplexus kann allenfalls in seinem proximalen Anteil erreicht werden. Wird eine Lokalthérapie in diesem anatomischen Segment gewünscht, so sollten Suppositorien mit Mulleinlage („Analtampons“) Anwendung finden, die eine Substanzfreisetzung in der gewünschten Lokalisation bewirken können.

Die topische Applikation von Antiphlogistika, Adstringentia oder Lokalanästhetika bei entzündlichen Veränderungen des Perianums, Anoderms oder des Mukosaüberzugs symptomatischer Hämorrhoiden kann jedoch keinesfalls das Therapieziel einer Reduktion des hyperplastischen Schwellkörpers erreichen. Eine systemische Behandlung mit Flavonoiden, analog der Behandlung von Venenerkrankungen, ist in Deutschland bedeutungslos, zumal die pathoanatomische Begründung für eine solche Vorgehensweise fehlt.

Allgemeine Therapieempfehlungen

Vor dem Hintergrund verschiedener ätiopathogenetischer Faktoren, die eine Vergrößerung der physiologischerweise angelegten Hämorrhoidalpolster bewirken oder begünstigen können, sollten dem Patienten neben weiteren Therapiemaßnahmen die folgenden Empfehlungen im Sinne einer Basistherapie bzw. –prophylaxe gegeben werden:

1. Regelmäßige ballaststoffreiche Ernährung mit ausreichender Trinkmenge. Evtl. Flohsamenschalen-Präparate. Primär keine Laxantien.
2. Tägliche körperliche Betätigung im Sinne von Laufen, Joggen, Schwimmen oder Fahrradfahren.
3. Adäquates Stuhlentleungsverhalten unter weitgehender Vermeidung von Pressen bei kurzen Defäkationszeiten, die sich ausschließlich am Stuhldrang und weniger an „passenden“ Zeitphasen ausrichten. Keine Zeitungslektüre auf der Toilette!!

Die kausale Hämorrhoidalbehandlung hat eine Rückführung des hyperplastischen Schwellkörpergewebes zum Ziel und sollte am Ausprägungsgrad der Hyperplasie und den hieraus resultierenden Sekundärphänomenen orientiert sein.

Hämorrhoiden I°

Sklerosierung: Die Therapie der Wahl bei symptomatischen bzw. blutenden Hämorrhoiden im Stadium 1 ist – neben den allgemeinen Therapieempfehlungen – die Sklerosierung. Dabei stehen 2 Methoden zur Verfügung:

1. Bei der Methode nach Blond wird intranodulär, submukös Polidocanol 5-10% (z.B. Äthoxysklerol) über das Blond'sche Proktoskop tröpfchenweise in alle hyperplastischen oder blutenden Hämorrhoidalpolster injiziert.
2. Die Methode nach Blanchard bzw. Bensaude ist vor allem im angloamerikanischen Raum verbreitet. Mittels supranodulärer Injektion werden Phenol-Mandel-Lösung oder Phenol-Erdnussöl-Lösung (meist 5%) in den Bereich der zuführenden arteriellen Gefäße bei 3h, 7h und 11h verabreicht.

Beide therapeutischen Vorgehensweisen werden in zwei- bis dreiwöchigen Intervallen ca. 3 – 5 mal durchgeführt. Die Therapieintention ist die Refixierung und bindegewebige Schrumpfung der hyperplastischen Hämorrhoidalpolster. Die Unterbindung der arteriellen Zuflussgefäße im Sinne einer Abdrosselung, wie in der Methode nach Blanchard/Bensaude gefordert, ist nach neueren histologischen Untersuchungen nicht gegeben.

In seltenen Fällen kann es in den ersten Tagen nach Sklerosierung zu leichten Blutungen im Rahmen der Defäkation sowie zu Druck- und Fremdkörpergefühl kommen. Auch die gelegentliche, posttherapeutische Entstehung von Analvenenthrombosen wird beobachtet. Bei Injektion von chininhaltigen Sklerosierungslösungen werden allergische Zwischenfälle (anaphylaktische Reaktionen) beschrieben. Die Sklerosierungsbehandlung zeigt sehr gute und schnelle Therapieerfolge, jedoch eine hohe Rezidivrate in den ersten 4 Jahren (75%).

Infrarotkoagulation: Die Therapieoption erstgradiger Hämorrhoiden mittels Infrarotkoagulation ist von geringer Wirkung hinsichtlich der Größenreduktion, jedoch eine ausgezeichnete Möglichkeit, oberflächliche Blutungen im Mukosabereich zu behandeln.

Hämorrhoiden II°

Per definitionem handelt es sich um Hämorrhoiden, die ihre Fixation oberhalb der linea dentata verloren haben und weit in den Analkanal bzw. im Pressversuch vor die Analöffnung treten, jedoch eine spontane Retraktionstendenz zeigen.

Gummiringligatur nach Barron: Als Therapie der ersten Wahl gilt hier die Abschnürung mittels Gummiringligatur nach Barron, ein ambulant ohne Lokalanästhesie durchzuführendes Verfahren.

Ein kleiner, möglichst latexfreier Gummiring, der mittels Applikator oberhalb des sensiblen Anoderms über den Hämorrhoidalknoten gestülpt wird, bewirkt eine Nekrose des erfassten Gewebes. Nach 3 – 8 Tagen erfolgt die Abstoßung häufig in Verbindung mit einer leichten Blutung.

Eine schwere arterielle, ggf. lebensbedrohliche Blutung aus dem verbliebenen Ulkus, die einer Umstechung in ITN bedarf, wird innerhalb von 21 Tagen nach diesem Eingriff in 0,5% beobachtet. Patienten, bei denen eine – auch passager nicht verzichtbare – Therapie mit Antikoagulanzen bzw. Thrombozytenaggregationshemmern durchgeführt wird oder eine sonstige hämorrhagische Diathese bekannt ist, müssen von dieser Therapie ausgenommen werden. Ebenso sollte die erforderliche Compliance im Falle eines schweren Blutungsereignisses gewährleistet bzw. entsprechende Hilfspersonen erreichbar sein.

Diese semioperative, ambulante Methode fordert eine korrekte Technik, die unbedingt die sensiblen Strukturen im Bereich der anorektalen Übergangszone ausschließt.

Bei Schmerzhaftigkeit unmittelbar nach Anlage des Ringes muss dieser sofort gelöst werden. Schmerzen in den Folgetagen bei initial schmerzfreier Applikation gehen auf den Radius des Nekroseareals zurück. Hier ist der großzügige Einsatz von nichtsteroidalen Antiphlogistika angezeigt. Es sollte möglichst nur eine Ligatur pro Therapiesitzung angelegt und Behandlungsintervalle von ca. 4 Wochen eingehalten werden.

Fieber, Abszesse, Fistelbildungen und Thrombosen sind in 2-4% der Fälle möglich. Septische Komplikationen wurden in Einzelfällen beobachtet.

Die Rezidivrate nach Behandlung mit Gummiringligatur liegt nach 3–5 Jahren mit ca. 25% deutlich niedriger als bei der Sklerosierung.

Thermische Koagulation: Die Methode der Infrarotkoagulation wurde bereits beschrieben, wobei ihr im Rahmen der Behandlung von zweitgradigen Hämorrhoiden ohnehin nur eine Bedeutung bei der oberflächlichen Blutstillung zukommt. Eine Größenreduktion ist nicht erreichbar.

Die kryochirurgische Destruktion des Hämorrhoidalgewebes, die gelegentlich noch als Therapieoption genannt wird, sollte wegen der schlechten lokalen Abgrenzbarkeit und der nicht mehr zu vertretenden Komplikationsrate (Sphinkterläsionen, Anorektalstenosen, septische Komplikationen) als therapeutisch ungeeignet eingestuft werden.

Im letzten Jahr wurden neue Instrumentarien der Elektrokoagulation vorgestellt, die durch ihre wesentlich verbesserte Steuerbarkeit bei der Hämorrhoidalthherapie imponieren. Zur endgültigen Beurteilung fehlen noch die verlässlichen Studienergebnisse.

Hämorrhoiden III° und IV°

Es handelt sich um Prolapsformen mit manueller Repositionsnotwendigkeit (III°) sowie um den Vorfall von Hämorrhoidalgewebe unter Mitnahme der anodermalen Auskleidung des Analkanals ohne Repositionsmöglichkeit (IV°).

Gelegentlich lässt sich ein einzelner, drittgradiger Hämorrhoidalknoten ohne Prolapsbeteiligung des Anoderms mittels Gummiringligatur erfolgreich behandeln und somit ein operativer Eingriff vermeiden.

Ausnahmslos sollte im Falle eines akut- thrombosierten, inkarzierten Hämorrhoidal- und Anodermprolaps zunächst auf ein operatives Vorgehen verzichtet werden.

Erst nach Abschwellung unter hochdosierter antiphlogistischer und analgetischer Therapie (evtl. stationär) kann eine zutreffende Diagnose hinsichtlich Vergrößerungs- bzw. Prolapsgrad und damit die OP-Indikation gestellt werden. Wird im akut-entzündlichen Stadium unter unübersichtlichen Bedingungen operiert, so birgt dies ein besonders hohes Risiko für irreversible Schädigungen des analen Kanals und postoperative, anorektale Stenosen.

In den obengenannten Stadien III und IV der Hämorrhoidalvergrößerung mit reponiblem oder fixiertem Prolaps sind jedoch nahezu ausschließlich operative Verfahren von Erfolgsaussicht.

Es stehen dem proktochirurgisch versierten Operateur segmentäre und zirkuläre Operationsverfahren zur Verfügung, die auch eine plastische Rekonstruktion des Analkanals ermöglichen.

Auf diese OP-Methoden soll hier nicht näher eingegangen werden. Sie werden in chirurgischen Abteilungen mit koloproktologischer Spezialausrichtung beherrscht und angewandt.

Fazit

Unter Hämorrhoiden versteht man die Hyperplasie des kontinenzhaltenden Corpus cavernosum recti, wobei verschiedene Ausprägungsstadien unterschieden werden.

Ätiopathogenetisch werden Stuhlentleerungsprobleme und wiederkehrende Situationen der intraabdominellen Druckerhöhung bei genetischer Disposition im Sinne einer multifaktoriellen Verursachung diskutiert.

Differenzialdiagnostisch sind vor allem Analvenenthrombosen, Marisken und anodermale Prolapsformen abzugrenzen. Topische Behandlungsansätze mit Salben und „Analtampons“ sind symptomatisch. Suppositorien sind aufgrund ihrer rektalen Positionierung beim Hämorrhoidalleiden nahezu ohne Wirkaussicht.

Hämorrhoiden werden hinsichtlich ihrer Größe und Prolapsneigung in 4 Stadien unterteilt. Die Therapie erfolgt stadienadaptiert. Bei symptomatischen Hämorrhoiden I° wird die Sklerosierungsbehandlung eingesetzt, in Verbindung mit diätetischen Empfehlungen und einer Anleitung zur adäquaten Stuhlentleerung. Die Gummiringligatur nach Barron ist die Therapie der Wahl bei zweitgradigen Hämorrhoiden. Dieses Therapieverfahren unterliegt wegen des arteriellen Blutungsrisikos gewissen Einschränkungen und verlangt eine genaue Aufklärung des Patienten. Beide Behandlungsformen, ggf. auch in Kombination, sind eine Domäne der ambulanten Therapie.

Die Hämorrhoidalstadien III und IV bedürfen meist differenzierter operativer Vorgehensweisen, die in chirurgischen Abteilungen mit koloproktologischer Spezialausrichtung am besten beherrscht werden.

Literatur

Literaturverzeichnis beim Autor

Dr. Bernhard H. Lenhard

Praxis für Enddarmkrankungen Heidelberg

Poststraße 2, 69115 Heidelberg

E-Mail: info@enddarmkrankungen.de