

Hämorrhoiden

Einleitung

Das Hämorrhoidalleiden ist sehr häufig. Jeder Dritte leidet im Laufe seines Lebens daran. Veränderungen der lokalen Gefässgeflechte am Darmausgang sind die Ursache des Hämorrhoidalleidens. Dadurch kann es zu Blutungen am After, hartnäckigem Beissen, Schmerzen und Vorfall von Darmschleimhaut kommen. In der Klinik für Chirurgie, Kantonsspital St.Gallen führen wir moderne Operationen durch, mit welchen das fortgeschrittene Hämorrhoidenleiden schmerzarm und erfolgreich behandelt werden kann.

ERKRANKUNG

Was versteht man unter Hämorrhoiden?

Das Hämorrhoidalleiden ist eine der häufigsten analen Erkrankungen, welche in der proktologischen Sprechstunde behandelt wird. Hämorrhoiden treten in jedem Alter auf, jedoch zeigt sich eine Zunahme mit zunehmendem Alter, die beide Geschlechter gleichermaßen betrifft. Trotz verschiedenster Untersuchungen bleibt die Ursache unklar. Als Risikofaktoren werden Verstopfungen, langes Pressen beim Stuhlgang, Fehlfunktion des Schliessmuskels sowie die Schwangerschaft diskutiert.

Es wird zwischen **äusseren** und **inneren Hämorrhoiden** unterschieden. Die äusseren Hämorrhoiden, die definitionsgemäss ausserhalb des Afters (**Anus**) entstehen, sind in der Regel sehr schmerzhaft, während innere Hämorrhoiden (Ursprung im Analkanal) meist keine bis wenig Schmerzen verursachen.

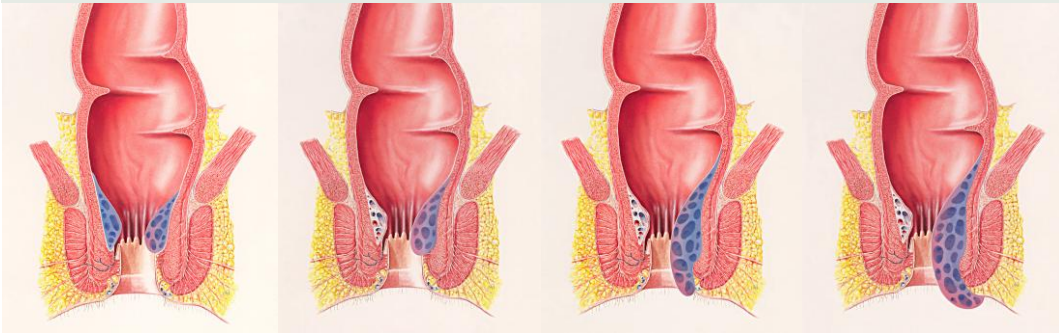
Die **äusseren Hämorrhoiden** entstehen durch Platzen oder Verstopfen eines unter der Haut liegenden Blutgefässes (**perianale Venen**). Es kommt zu einer Schwellung, die schmerzhaft ist, die aber spontan wieder verschwindet. Deshalb kommt in der Regel eine konservative Therapie mit lokalen schmerzstillenden Salben zum Einsatz. Ist eine frische, grosse, äussere Hämorroide entstanden, kann durch das Eröffnen (**Inzision**) der Haut in örtlicher Betäubung das Blutgerinnsel (**Koagel**) ausgedrückt werden. Damit sind die Symptome rasch behoben.

Die **inneren Hämorrhoiden** weisen eine wichtige Funktion in Bezug auf die **Feinkontinenz** auf. Es handelt sich bei den inneren Hämorrhoiden um **Gefässpolster**, welche direkt unter der Schleimhaut übereinanderliegen und den Enddarm luft- und wasserdicht verschliessen. Erst wenn diese Gefässpolster übermässig strapaziert werden, sich vergrössern oder aus ihrer Verankerung an der Enddarmwand (**Rektumwand**) herausgerissen werden, können sie Beschwerden verursachen. Je nach Schweregrad teilen wir die Hämorrhoiden in **4 Grade** ein.

1. Grades	Bedeutet eine Vorwölbung der Hämorrhoiden in das Untersuchungsinstrument (Proktoskop).
2. Grades	Hier findet ein Vorfall der Hämorrhoiden nach aussen statt, der spontan wieder verschwindet.
3. Grades	Der Vorfall kann nur mit den Fingern zurückgedrängt werden.
4. Grades	Es ist keine Reposition des Vorfalls beim wachen Patient möglich.

Schweregrade des Hämorrhoidalleidens

Hämorrhoiden 1. Gr. Hämorrhoiden 2. Gr. Hämorrhoiden 3. Gr. Hämorrhoiden 4. Gr.



Die Symptome der inneren Hämorrhoiden sind abhängig von deren Grösse und unspezifisch. Sie beinhalten allgemein die **Blutung**, welche das häufigste Symptom darstellt, das Schleim- und Stuhlschmierer, Juckreiz (**Pruritus ani**) und gelegentlich Schmerzen. Vorgefallene Hämorrhoiden können entweder durch einen Blutstau verstopfen oder durch abgeschnürte Blutgefässe mangelndurchblutet werden und sind deshalb schmerzhaft. Es ist jedoch von entscheidender Bedeutung eine andere ernsthafte Ursache für die Symptome wie zum Beispiel Dickdarmkrebs auszuschliessen. Wir empfehlen bei Patienten, die Blutabgang ab ano und eine familiäre Belastung (Elternteil mit Dickdarmkrebs) oder das Alter über 50 Jahren überschritten haben, eine vollständige Dickdarmuntersuchung durchzuführen (**Kolonoskopie**).

Was bedeutet das Hämorrhoidalleiden für den Patient?

Bei erst- und zweitgradigen Hämorrhoiden steht häufig der Juckreiz (**Pruritus ani**) im Vordergrund. Oft ist es nicht auf den ersten Blick ersichtlich, dass sich hinter diesem Symptom ein Hämorrhoidalleiden versteckt. Höhergradige Hämorrhoiden sind für die Patienten durch den Vorfall (**Prolaps**) mit Schmerzen, Blutung und Beeinflussung der Kontinenz sehr störend.

Therapie

Konservative Therapie

Die beste Therapie ist die **Vermeidung der Verstopfung**. Dies kann häufig durch Änderung der Essgewohnheiten und zusätzliche Aufnahme von **Ballaststoffen** erreicht werden. Diese einfache Änderung der Essgewohnheiten kann auch eine Verschlimmerung eines bestehenden Hämorrhoidalleidens verhindern und ist bei jeder Form der Therapie als begleitende Massnahme zu empfehlen. Es existieren zahlreiche, örtlich anwendbare Medikamente (**Crèmen oder Zäpfchen**), die gegen Juckreiz und Schmerzen angewandt werden können. Der Nutzen ist jedoch im Langzeitverlauf meistens unbefriedigend und bei kortisonhaltigen Präparaten ist die Einsatzmöglichkeit auch zeitlich begrenzt. Für die Behandlung der Blutungsneigung der Hämorrhoiden werden Wirkstoffe eingesetzt, die sich auch in der Behandlung des Krampfaderleidens bewährt haben. Diese Medikamente, wie zum Beispiel das Daflon®, können per os eingenommen werden und bewähren sich auch während der Schwangerschaft.

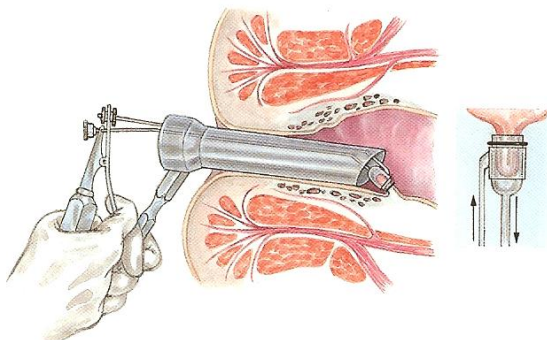
Chirurgische Therapien

(Anmerkung: Die einzelnen Therapien vielleicht als Ausklappmenue, da sonst viel zu lang)

Gummibandligatur nach Barron

Die einfachste und wenig invasive Technik bei der Behandlung von Hämorrhoiden ist die **Gummibandligatur nach Baron**. Dabei wird an der Basis der Hämorrhoiden ein kleines Gummiband angebracht. Dadurch wird die Durchblutung der Hämorrhoiden unterbunden. Das Gummibändchen samt Schleimhautzipfel fällt 3 bis 5 Tage später ab. Die Therapie ist schmerzfrei und das Anbringen des Gummibandes erfolgt ambulant. Es können gleichzeitig 2 bis 3 Hämorrhoidenpolster behandelt werden. Komplikationen wie Blutungen oder Infektionen sind extrem selten.

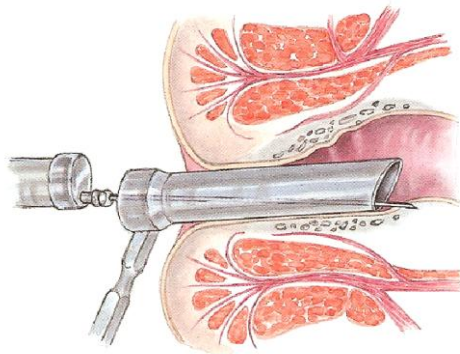
Gummibandligatur: Ansaugen und Unterbinden eines Schleimhautzipfels an der Basis des Hämorrhoidalpolster



Sklerosetherapie:

Die **Sklerosetherapie** wird schon seit über einem Jahrhundert effektiv angewandt. Dabei wird submukös an der Hämorrhoidalbasis verätzende Substanzen (wie Phenollösung oder Aethylsklerol) gespritzt (**Injektion**). Dies führt zu einer lokalen entzündlichen Reaktion mit Drosselung der Blutzufuhr in die Hämorrhoidalpolster und einer Vernarbung in diesem Bereich. Die vorgefallenen (**prolabierten**) Hämorrhoiden werden schrumpfen und durch die Narbenbildung wieder an der Rektumwand fixiert.

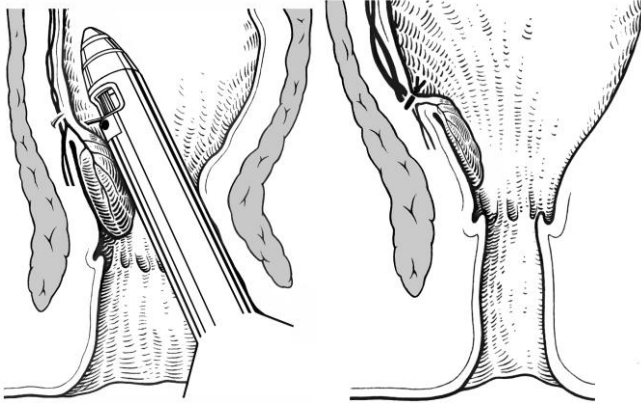
Sklerotherapie: Injektion von verätzender Lösung in die Basis der Hämorrhoiden



Hämorrhoidenarterienligatur (HAL)

Die **dopplergesteuerte Hämorrhoidenarterienligatur** ist ein relativ junges Verfahren und wurde erstmals 1995 von Morinaga vorgestellt. Bei dieser Technik wird ein speziell konstruiertes **Proktoskop**, das eine **Dopplersonde** an der Spitze enthält, eingeführt. Dank dieser Dopplersonde können die Strömungsgeräusche der zuführenden Blutgefäße lokalisiert werden. Bei eindeutiger Identifikation wird das Blutgefäß mit einer Naht umstochen. Auf diese Weise können bis zu **107** Arterien umstochen werden. In der Folge wird das Hämorrhoidalpolster schrumpfen. Der Vorteil dieser Technik besteht darin, dass nach dem Eingriff praktisch keine Schmerzen auftreten und es nur äusserst selten zu Komplikationen kommt. Nahezu alle Patienten können am 1. oder 2. Tag nach der Operation wieder ihre gewohnte Tätigkeit aufnehmen. Sollten sich die Hämorrhoiden ungenügend zurückgebildet haben, kann eine zweite Sitzung problemlos durchgeführt werden.

Hämorrhoidenarterienligatur: Dopplergesteuertes Aufsuchen der Blutgefäße der Hämorrhoidenpolster und Umstechung derselben.



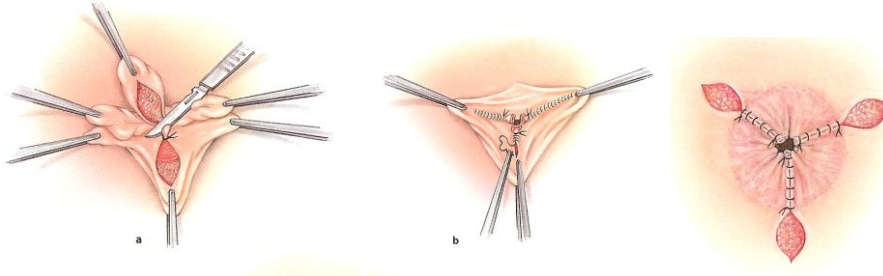
Wenn das Hämorrhoidalleiden mittels konservativer und den oben genannten Methoden nicht erfolgreich behandelt werden kann oder in seinem Schweregrad zunimmt, sind weitere chirurgische Massnahmen nötig. Dabei haben sich die Anzahl der Verfahren in den letzten Jahren erheblich erweitert. Während bis vor wenigen Jahren die klassische [geschlossene Hämorrhoidektomie](#) nach Ferguson, die [offene Hämorrhoidektomie](#) nach Milligan-Morgan oder die [erweiterte Hämorrhoidektomie](#) nach Parks häufig angewendet wurden, ist heute durch eine neue Technik – die [Stapler Mukosektomie nach Longo](#) - eine differenziertere Behandlung des Hämorrhoidalleidens möglich.

Hämorrhoidektomie nach Ferguson

Bei dieser Operationstechnik nach Ferguson werden die Hämorrhoiden zusammen mit der Analhaut lappenförmig mit dem Skalpell entfernt. Die Wunde wird anschliessend mit einem selbstauflösenden Faden vollständig verschlossen. Diese Technik findet bei uns [nur noch selten u. a.](#) Anwendung, zum Beispiel wenn störende Hautfalten am After mitentfernt werden sollen. Das Infektionsrisiko ist trotz des Verschlusses der Wunde nicht erhöht [oder bei sehr grossen Befunden](#). Es braucht postoperativ ein sorgfältiges Ausduschen der Analregion mehrmals täglich und nach jedem Stuhlgang. Die Wunde verheilt in der Regel nach 3 bis 4 Wochen.

Hämorrhoidektomie nach Ferguson: Fassen der Hämorrhoidenpolster mit der Klemme, Ausschneiden der Hämorrhoiden mit dem Skalpell, [teilweiser Wundverschluss mit fortlaufender Naht](#).

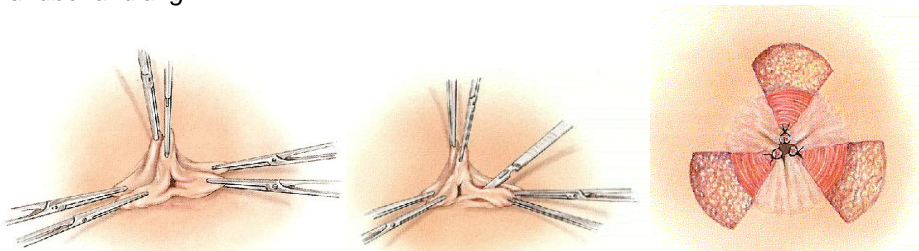
[Neu haben wir eine schonende Operationsmethode mit Verschweissen der Schleimhaut mit einer elektrischen Klemme \(Ligaswe®\) eingeführt. Dadurch können auch bei dieser Methode die Schmerzen nach der Operation deutlich reduziert werden.](#)



Offene Hämorrhoidektomie nach Milligan-Morgan

Bei dieser Technik wird das Hämorrhoidalpolster ähnlich wie bei der Ferguson-Technik herausgeschnitten, an der Basis umstochen und die Wunde primär offen belassen. Auch hier ist das Ausduschen der Wunde wichtig. Die Wunden verheilen nach 6 bis 8 Wochen.

Hämorrhoidektomie nach Milligan-Morgan: Fassen der Hämorrhoidenpolster mit der Klemme, Ausschneiden der Hämorrhoiden mit dem Skalpell, offene Wundbehandlung.

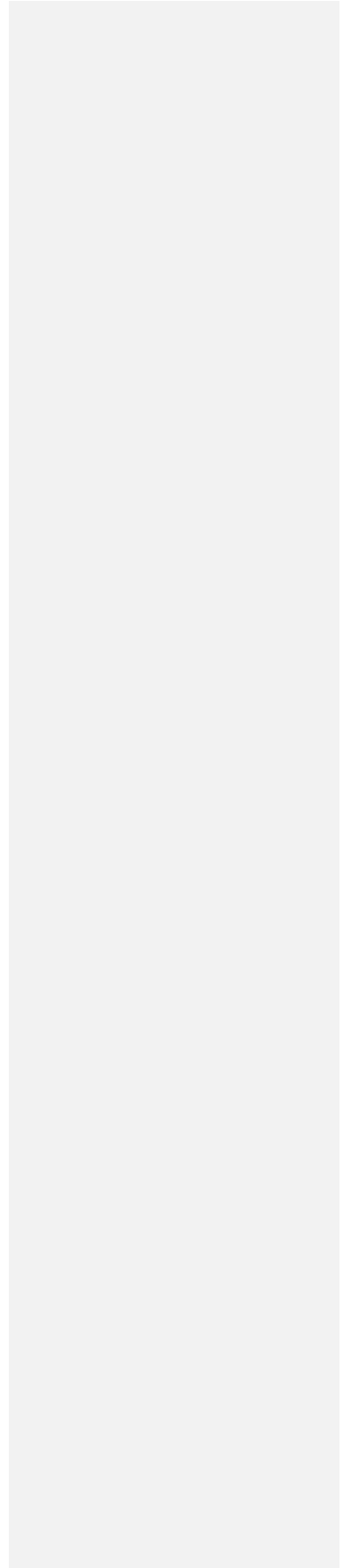
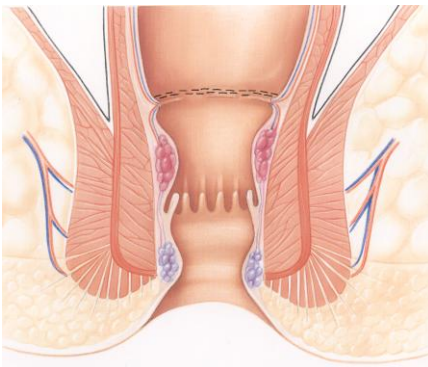
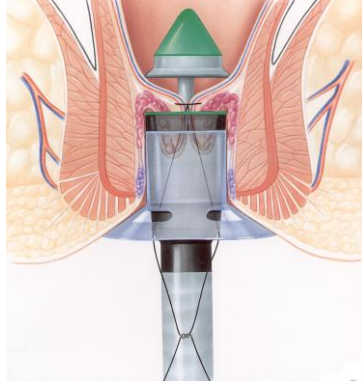
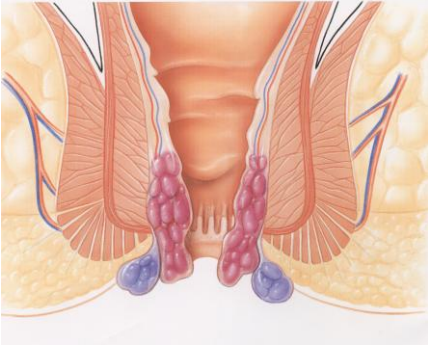


Stapler Mukosektomie nach Longo

Die **Stapler Mukosektomie** wurde 1981 erstmals von Kobladin beschrieben und erreichte durch die Arbeiten von Longo 1998 ihre Verbreitung in Europa. Es handelt sich dabei um ein relativ neues Verfahren, welches geeignet ist, vor allem zirkuläre Hämorrhoidalpolster zu behandeln. Dabei wird unmittelbar an der Basis der Hämorrhoiden ein zirkulärer Ring von Schleimhaut mittels **Klammergerät** entfernt. Dabei wird nicht nur ein Teil der vorgefallenen Schleimhaut entfernt, sondern auch diese wieder durch die Klammernaht am Enddarm fixiert. Durch dieses anale Lifting wird der Blutabfluss aus den Hämorrhoidalpolster wieder verbessert und ein Schrumpfungsprozess eingeleitet. Die feinen Klammern verschwinden nach 2 bis 3 Monaten. Der Eingriff findet in einem Bereich des Afters statt, der wenig schmerzempfindlich ist und oberhalb des Schliessmuskels liegt. Verletzungen des Schliessmuskels sind deshalb sehr selten. Wir führen den Eingriff ambulant oder kurzstationär in Allgemeinnarkose durch. Eine spezielle Wundpflege ist nicht nötig, da die Klammernaht von aussen nicht sichtbar ist. Gelegentlich tritt ein leichter Stuhldrang während den ersten 4 bis 6 Wochen nach der Operation auf, der jedoch von alleine wieder verschwindet.

*Stapler Mukosektomie nach Longo: Zirkulär vorgefallene Hämorrhoiden (**Analprolaps**), Nach dem Fassen der Hämorrhoidenbasis mit einer Naht und*

Hineinziehen der Schleimhaut (*Mukosa*) in das Klammergerät, Abschneiden und anschliessend Verschluss der Schleimhaut mit feiner Klammernaht.



Nachbehandlung

Nach allen Eingriffen an den Hämorrhoiden ist eine Stuhlregulation empfehlenswert, dabei soll auf einen weichen, geformten Stuhl geachtet werden. Dies kann mit Quellmitteln oder ballaststoffreicher Nahrung und genügend Flüssigkeitszufuhr erreicht werden. Nach einer Gummibandligatur, Sklerotherapie, Hämorrhoidenarterienligatur und Stapler Mukosektomie ist keine spezifische lokale Behandlung nötig. Hingegen ist bei der geschlossenen oder offenen Hämorrhoidektomie nach Ferguson oder Milligan-Morgan eine Wundpflege nötig. Wir empfehlen das mehrmalige Ausduschen der Wunde mit normalem Wasser. Eine Fadenentfernung entfällt, da selbstresorbierbares Material verwendet wird. Wegen den äusseren Wunden ist die Sitzfähigkeit der Patienten häufig eingeschränkt und wir empfehlen eine Sitzhilfe (weiches Kissen, Ringkissen).

Wann wird welche Therapie angewandt?

Die Therapie des Hämorrhoidalleidens soll angepasst an das Ausmass der Erkrankung erfolgen. Unter aufgeführte Tabelle zeigt auf, bei welchem Grad die Hämorrhoiden wie behandelt werden sollten.

	Salben und Zäpfchen	Sklerotherapie	Hämorrhoiden Arterien Ligatur	Gummiband Ligatur	Hämorrhoidopexie nach Longo	Milligan Morgan, Ferguson, Parks
1. Grades	X	X	X	X		
2. Grades		X	X	X	x*	
3. Grades			X*	x*	X	X
4. Grades					X	X

x* bei gegebener Indikation

Formatiert: Schriftart: (Standard)
Arial, 10 pt

Formatiert: Schriftart: (Standard)
Arial, 10 pt

Ergebnisse

Therapie-Ergebnisse allgemein

Gummibandligatur

Die Erfolgsrate der Gummibandligatur bei richtiger Indikationsstellung betrifft etwa 80%. Komplikationen sind sehr selten, **Schmerzen** weniger als 3%, **Blutungen** kleiner 1%.

Sklerosetherapie:

Die **Sklerosetherapie** hat eine Erfolgsrate von etwa 70%. Beschriebene Komplikationen sind **Öl-Granulome** und durch falsche Applikation kann eine Prostatitis hervorgerufen werden. Für Patienten, die eine Antibiotika-Prophylaxe bei chirurgischen Eingriffen brauchen, ist diese auch bei dieser Injektionstherapie zu empfehlen.

Hämorrhoidenarterienligatur (HAL)

Die Hämorrhoidenarterienligatur bei zweit- und drittgradigen Hämorrhoiden weist eine Erfolgsrate von um 90% auf. Komplikationen sind selten, Blutungen etwa 6%, Thrombosen 3%, Schmerzen 2%. Restknoten verbleiben in etwa 10% der Fälle.

Hämorrhoidektomie nach Ferguson oder Milligan-Morgan

Hier ist eine Beschwerdefreiheit der Patienten während den nächsten Jahren in etwa über 90% der Fälle nachgewiesen. Die Komplikationen betreffen vor allem die Nachblutungen in etwa 2 – 3% der Fälle. Die häufigste Komplikation nach diesen Operationen ist der **Harnverhalt** unmittelbar postoperativ. Die Häufigkeit ist abhängig von der Anästhesie, die höchste Rate nach allgemeiner- oder rückenmarksnaher Anästhesie liegt bei bis zu 40%, die niedrigste Rate bei lokaler perinealer Blockanästhesie bei 1 – 2%. Als Spätkomplikation ist die **Analstenose** (narbige Einengung) und die **Stuhlinkontinenz** zu erwähnen. Ersteres tritt auf, wenn eine exzessive Entfernung von Hämorrhoidalpolstern und Analschleimhaut vorgenommen wurde. Dies führt zu einer narbigen Engstellung des Afters, was die Stuhlentleerung erschwert. Die Stuhlinkontinenz hingegen ist Folge einer unsachgemässen chirurgischen Technik. Entweder wurde der Schliessmuskel durch forcierte Dehnung oder durch zu tiefe Ausschneiden verletzt. Dadurch kann auch erst Jahre später eine Störung der **Feinkontinenz** bis hin zu schwerer **Stuhlinkontinenz** auftreten.

Stapler Mukosektomie nach Longo

Etwa 90% der Patienten sind 5 Jahre nach dieser Technik beschwerdefrei. Frühkomplikationen nach Longo-Technik sind **Nachblutungen** und **Infektionen**. Beides ist glücklicherweise sehr selten. Im Langzeitverlauf werden Schmerzen, **Dranginkontinenz** und **Stenosen** beschrieben. Alle drei Spätkomplikationen können bei sachgerechter Anwendung dieses Verfahrens weitgehend vermieden werden.

Krankengut - Eigene Ergebnisse

Entscheidend für den Erfolg der Therapie des Hämorrhoidalleidens ist ein stadiengerechtes Vorgehen.

An unserer Klinik wird ambulant bei erst- und zweitgradigen Hämorrhoiden neben der konservativen Therapie die [Gummibandligatur](#) und [Sklerosetherapie](#) seit Jahren erfolgreich angewandt. Für mehr als die Hälfte der Patienten, die uns zugewiesen werden, sind diese Behandlungsmittel ausreichend.

Bei zweit- bis drittgradigen Hämorrhoiden verwenden wir die sehr patientenfreundliche [Hämorrhoidenarterienligatur](#). Die Erfolgsrate liegt bei bis zu 80%.

Bei einzelnen prolabierenden Hämorrhoidalzipfeln und bei ausgeprägten Marissen (perianalen Hautfalten) wenden wir noch gelegentlich die geschlossene [Hämorrhoidektomie nach Ferguson](#) an.

Bei dritt- und viertgradigen zirkulären Hämorrhoiden führen wir die [Mukosektomie nach Longo](#) durch. Wir konnten in eigenen Arbeiten zeigen, dass es sich dabei um eine sehr sichere, effektive und patientenfreundliche Technik handelt. Wir haben zum Beispiel in einer vergleichenden Studie untersucht, wie stark die postoperativen Schmerzen nach diesen beiden Operationen (Ferguson, Longo) sind. Anhand einer [Schmerzskala](#) von 0-10 (0 = kein Schmerz, 10 = maximaler Schmerz) wurden Patienten in den ersten 4 Tagen nach der Operation befragt. Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied zugunsten der Patienten, welche nach der Operationstechnik nach Longo operiert wurden.

Was muss man tun, um eine Therapie für dieses Krankheitsbild zu erhalten?

Nehmen Sie mit uns Kontakt auf. Wir werden Sie beraten und untersuchen.
Nachfolgend werden wir die auf Ihren Fall zugeschnittene Therapie gerne durchführen.

Sie erreichen uns über:

Spezialist: Dr. med. Lukas Marti
European Board of Coloproctology
Leiter Koloproktologie
Oberarzt mit besonderer Funktion
Schwerpunkt Viszeralchirurgie

Kontakt: Kantonsspital St. Gallen
Klinik für Chirurgie
Rorschacher Str. 95
CH-9007 St. Gallen
Tel.: 0041 (0)71 494 1340
Fax: 0041 (0)71 494 2886
lukas.marti@kssg.ch



Diagnostik

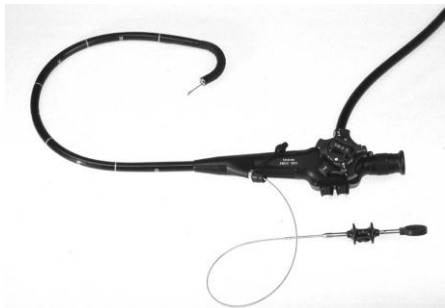
Welche Voruntersuchungen sind notwendig?

Bei allen **Blutabgängen ab ano** oder Defäkationsstörungen setzen wir eine sorgfältige **proktologische Untersuchung** voraus. Dabei müssen andere Ursachen für den Frischblutabgang ab ano ausgeschlossen werden, wie zum Beispiel eine **Analfissur** (Schleimhautriss) oder ein **gut- oder bösartiger Dickdarmtumor**. Weitere Krankheiten können ebenfalls die Ursachen für die übrigen Symptome der Hämorrhoiden wie das Beissen/Jucken, Nässen oder der Vorfall von Darmschleimhaut sein. Diese können durch einen kompletten Darmvorfall oder durch ein Fistelleiden verursacht sein. Auch diese Krankheiten werden in der Proktologischen Untersuchung ausgeschlossen oder gefunden.

Zusätzlich ist die Proktologische Untersuchung Voraussetzung zum Festlegen des Grads des Hämorrhoidalleidens. Damit kann erst eine Schweregrad angepasste Therapie geplant werden.

Vor allem bei Patienten, die eine positive Familienanamnese, in der nahen Verwandtschaft Patienten mit Kolonkarzinom oder das 50. Lebensalter überschritten haben, in dem das Risiko an einem Kolonkarzinom zu erkranken zunimmt, ist vorgängig eine Darmspiegelung (**Kolonoskopie**) zwingend. Ist diese Untersuchung unauffällig, kann das Hämorrhoidalleiden als Ursache für die Blutung angenommen und entsprechend therapiert werden.

Dickdarmspiegelung (**Kolonoskopie**)



Die Proktologische Untersuchung

Die Untersuchung wird normalerweise auf dem Untersuchungsstuhl durchgeführt. Dabei wird zunächst der After von aussen in Ruhe und beim Pressen von aussen betrachtet. Darauf wird der After mit dem Finger ausgetastet und die Funktion des Schliessmuskels beurteilt.

In der Folge wird eine Enddarmspiegelung mit einem kurzen speziellen Röhrchen (Proktoskop) durchgeführt. So kann die Schleimhaut im Bereiche der Hämorrhoiden und deren Grösse beurteilt werden.

Zusätzliche proktologische Untersuchungen sind die Manometrie zur Bestimmung des Schliessmuskeldrucks und die Endosonographie.

Bei der Endosonographie kann der Schliessmuskel auf durchgemachte Verletzungen und Fisteln untersucht werden. Dazu wird eine lange Ultraschallsonde verwendet.