

Konservative Therapie des Hämorrhoidalleidens

A. Furtwängler

Die Koloproktologen, Praxisklinik 2000,
Freiburg

*Hämorrhoidalleiden – symptomadaptierte
Therapie – Gummibandligatur – Sklerosierungs-
therapie*

chirurgische praxis 88, 655–662 (2021)
Mediengruppe Oberfranken –
Fachverlage GmbH & Co. KG

■ Einleitung

In der westlichen Welt wird die Inzidenz des Hämorrhoidalleidens auf 4% geschätzt [1]. Vermutlich ist von einer beträchtlichen Dunkelziffer auszugehen, da diese Thematik noch immer von vielen Patienten tabuisiert wird. Hinzu kommt eine unbegründete Sorge vor Unannehmlichkeiten einer kausalen Therapie des Hämorrhoidalleidens, die Patienten veranlasst, keine medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen, sondern eher die »kleinen« Belastungen des Alltags zu akzeptieren. Das Hämorrhoidalleiden gehört zu den häufigsten Erkrankungen des Verdauungstraktes und wird wegen der Inzidenz und der hohen Anzahl an Behandlungsfällen (ca. 3,5 Millionen/Jahr in Deutschland) von manchen Autoren als Zivilisationskrankheit gewertet.

■ Pathogenese des Hämorrhoidalleidens

Die Hämorrhoidalzone, die im Wesentlichen dem Corpus cavernosum recti (CCR) entspricht, trägt zur Funktion des anorektalen Kontinenzorgans bei und wird embryonal angelegt. Erst eine gestörte Funktion im Zusammenspiel mit dem M. sphinkter ani internus leitet die Hyperplasie und einen Descensus des Hämorrhoidalgewebes ein und führt zu den entsprechenden Symptomen.

■ Klinische Präsentation des Hämorrhoidalleidens

Die Kardinalsymptome des Hämorrhoidalleidens sind anfänglich perianale Blutungen (»helles Blut«), ein perianales Nässen (häufig: »Stuhlschmierer«) und ein Pruritus ani, im weiteren Verlauf kann ein Prolaps von Anoderm und/oder Hämorrhoidalgewebe resultieren.

■ Therapie des Hämorrhoidalleidens

Die vom Patienten als störend empfundenen Manifestationsformen eines Hämorrhoidalleidens entscheiden über die Wahl der Therapie. In Deutschland führt das Hämorrhoidalleiden zu

Stadium	Befund
I	Proktoskopisch sichtbar vergrößertes CCR
II	Prolaps des CCR während der Defäkation, Spontanreposition der prolabierenden Gewebeanteile
III	Prolaps des CCR während der Defäkation oder spontan, digitale Reposition des Prolaps erforderlich
IV	Persistierender Prolaps, irreponibel

Tab. 1 | Therapieverfahren entsprechend dem Stadium des Hämorrhoidalleidens; modifiziert nach [1]

CCR=Corpus cavernosum recti

geschätzten 3,5 Millionen Behandlungsfällen pro Jahr und ca. 50.000 operativen Eingriffen [2]. Der überwiegende Teil der Behandlungen kann somit konservativ erfolgen. Bis vor wenigen Jahren orientierten sich die unterschiedlichen Therapieverfahren (► Tab. 1) am Stadium des Hämorrhoidalleidens [1], das nach John C. Goligher klassifiziert wird [3].

■ Diagnostik und Differenzialdiagnostik des Hämorrhoidalleidens

Die Anamnese und die Untersuchung des Patienten sind für die individuelle Therapieentscheidung relevant. Für die klinische Untersuchung empfiehlt sich die Steinschnittlagerung (SSL), seltener wird heute die Linksseitenlage (LLS) gewählt. Bei der Betrachtung der Perianalregion werden Sekundärveränderungen (z. B. ein Perianalekzem) sowie morphologische Alterationen (Marisken, unterschiedliche Prolapsformen) dokumentiert. Zusätzlich sollte der Patient zur Simulation der Defäkation zum Pressen bei Kontraktion der M. sphinkter ani aufgefordert werden, um bei positivem intraabdominellem Druck einen Prolaps von Anoderm und/oder Hämorrhoidalgewebe zu erkennen. Eine abschließen-

de Stadieneinteilung des Hämorrhoidalleidens erfolgt bei der proktoskopischen Untersuchung. Eine Rektoskopie ist unbedingt bei der ersten Untersuchung bzw. im weiteren Verlauf zu ergänzen, um weitere Entitäten, die mitunter dieselben Symptome (»frische« perianale Blutungen – z. B. Rektumpolyp; Nässen – z. B. Proktitis) auslösen können, auszuschließen. Bei perianalen Blutungen empfiehlt sich – je nach Lebensalter und einer möglichen positiven genetischen Familien- und/oder Eigenanamnese für Kolonneoplasien –, die Indikation für eine Koloskopie zum Ausschluss einer im Kolon oder oralen Gastrointestinaltrakt gelegenen Blutungsquelle kritisch zu prüfen und großzügig zu stellen und auf jeden Fall mit dem Patienten zu diskutieren [4].

■ Konservative Therapie des Hämorrhoidalleidens

Typische Hämorrhoidalbeschwerden treten zu Beginn des Leidens meist episodisch auf, sodass eine gezielte Diagnostik durch den Spezialisten oft verzögert erfolgt. Ohne Therapie kommt es im Verlauf überwiegend zu kürzeren beschwerdefreien Intervallen oder zu einem Fortschreiten der Symptome in Ihrer Ausprägung, insbesondere der morphologischen Veränderungen. Der Hämorrhoidalprolaps manifestiert sich meist anfänglich als solitärer Knoten, gefolgt von mehreren prolabierenden Segmenten bis hin zu einem zirkulär prolabierenden, kombinierten Anal- und Hämorrhoidalprolaps. Die Entstehung von Marisken (deskriptiv: »Hautfalten«) werden von Patienten häufig fälschlicherweise als Hämorrhoiden eingeordnet [2]. Histologisch handelt es sich bei Marisken um fibrotische Veränderungen der Perianalhaut, in Abgrenzung zum Analprolaps (Anoderm) oder einem Hämorrhoidalprolaps (Mukosa mit Übergangsepithel).

■ Symptomatische Therapie

Die topische Therapie von Hämorrhoidalsymptomen mit Over-the-Counter(OTC)-Präparaten wie Cremes und Suppositorien (inkl. Analtampons)

zielt auf die Symptomreduktion. Als sog. »Hämorrhoidalia« werden insbesondere Lokalanästhetika und Kortikoide angeboten, aber auch phytotherapeutisch wirksame Präparate (u. a. Hamamelisextrakte), auch in Form von Kombinationspräparaten [5, 6]. Die durch ein Hämorrhoidalleiden ausgelösten analen und perianalen Begleitphänomene wie entzündliche oder ödematöse Veränderungen können durch topisch wirksame Agenzien reduziert werden, rekurren jedoch meist. Ohne eine gezielte Diagnostik birgt die symptomatische Therapie die Gefahr, andere Veränderungen, die gleiche Symptome wie das Hämorrhoidalleiden verursachen können, verzögert nachzuweisen (z. B. anorektale Malignome).

■ Adjuvante Maßnahmen

Die Ausprägung der Beschwerden, insbesondere die Intensität, der rezidivierende Charakter der Symptome sowie deren Progress hängt u. a. von der persönlichen Disposition ab. Andere, das Hämorrhoidalleiden begünstigende Faktoren (Stuhlkonsistenz, Defäkationsverhalten, Obstipation) können durch eine bewusste Lebensführung positiv beeinflusst werden.

■ Medikamentöse Therapie

Pharmakologische Therapieansätze basierten auf der obsoleten Annahme, dass es sich bei den Hämorrhoiden um varikös erweiterte Venen handelt. Die Gabe sog. Venostatika als »Interna« verfolgte dabei das Ziel, den Rückfluss aus dem venösen Stromgebiet durch eine gesteigerte Tonizität und reduzierte Permeabilität der Venen und Venolen zu verbessern. Wissenschaftlich untersucht ist die Wirkung von Flavonoiden, einer Gruppe sekundärer Pflanzenstoffe mit gemeinsamen molekularen Strukturmerkmalen. Dabei konnte einer Therapie mit Flavonoiden eine »positive Wirkung« in der Akutsituation eines »niedriggradigen« Hämorrhoidalleidens sowie im postoperativen Verlauf nach Hämorrhoidektomie festgestellt werden. Aufgrund des Nebenwirkungsspektrums ist die

se Substanzgruppe (z. B. Daflon®) zur Therapie des Hämorrhoidalleidens in Deutschland nicht zugelassen [1].

■ Kausale Therapie

Bei den kausalen Therapien des Hämorrhoidalleidens wurden in den vergangenen Jahren die Behandlungsziele exakter definiert. Früher wurden Therapieentscheidungen favorisiert, die auf morphologischen Veränderungen und damit auf der Goligher-Klassifikation der Hämorrhoiden basierten. Während der vergangenen Dekade wurde in Deutschland durch die Fachgesellschaften ein Konsens dahingehend erzielt, dass sich die Therapie des Hämorrhoidalleidens nach dem oder den führenden Symptomen richtet, was auch in den aktuellen S3-Leitlinien zur Therapie des Hämorrhoidalleidens dokumentiert ist [1].

Die invasiven Therapieoptionen des Hämorrhoidalleidens mit kausalem Ansatz unterscheiden einerseits die operativen Verfahren (Hämorrhoidektomie und Hämorrhoidopexie), andererseits die semioperativen Verfahren, die Sklerosierungstherapie und die Gummibandligatur nach Barron. Weitere semioperative Therapieformen beinhalten unterschiedliche Arten der thermischen Koagulation (Kryo-, Infrarot- oder elektrische Koagulation), die in der lokalen Wirkung im Hinblick auf die destruierende Wirkung, insbesondere auf tiefere Gewebeschichten, häufig nur eingeschränkt zu kontrollieren sind und deshalb hier nicht weiter dargestellt werden sollen [2]. Ein weiteres Verfahren stellt die dopplergesteuerte Hämorrhoidalarterienligatur dar, die das Ziel verfolgt, das zuführende arterielle Gefäß der Hämorrhoiden dopplersonografisch zu lokalisieren und gezielt zu unterbinden. Einerseits trägt die Hämorrhoidalarterienligatur nicht allen anatomischen Aspekten der arteriellen Versorgung des CCR Rechnung, da diese nicht ausschließlich von kranial erfolgt, andererseits ist für die Durchführung meist eine Narkose erforderlich [7].

■ Sklerosierungstherapie

Durch die Sklerosierungstherapie wird – wie der Name impliziert – eine Gewebemodulation angestrebt im Sinne einer Gewebeverhärtung durch einen therapiebedingten erhöhten Anteil von Bindegewebe.

Historische Entwicklung

Die Sklerosierungsbehandlung von Hämorrhoidalgewebe wurde erstmals 1853 von A. J. Jobert de Lambelle mit Verweis auf seinen chirurgischen Kollegen und Erfinder der Injektionsspritze C. G. Pravaz publiziert. Jobert de Lambelle experimentierte mit unterschiedlichen Lösungen in variierenden Konzentrationen und injizierte erstmals eine adstringierend wirkende Kombination in das Hämorrhoidalgewebe (intrahämorrhoidal). Diese Methode wurde später als effektiv, in der Durchführung sicher und einfach und ohne große Belastung für den Patienten bewertet und fand deshalb schnell Verbreitung in Europa und den USA. Heute ist belegt, dass die Wirksamkeit der Methode – nicht wie primär angenommen – auf eine Drosselung des arteriellen Zustroms des CCR, ausgelöst durch eine Fibrose infolge der lokalen Applikation des Agens beruht, sondern auf einer lokalen bindegewebigen Gewebereaktion, die sekundär zu einer Fixierung und Stabilisierung des Hämorrhoidalgewebes und damit dem gewünschten therapeutischen Effekt führt.

Sklerosierungstechniken

Der Applikationsort des Sklerosierungsagens sowie die Wahl des angewandten Wirkstoffes folgt global betrachtet unterschiedlichen Präferenzen.

Intrahämorrhoidale Injektion (nach Blond)

Heute ist die Sklerosierungstechnik nach Blond in Europa die Methode, die am häufigsten Anwendung findet. Die Applikation des Agens erfolgt in kleinsten Volumina direkt (submukös) in das Hämorrhoidalgewebe. Dieses Verfahren ist auf K. Blond und H. Hoff zurückzuführen (1936), seinerzeit jedoch unter Anwendung

von 20%igem Chinin [8]. Heute wird meist Polidocanol (Lokalanästhetikum) in einer 4%igen Konzentration verabreicht, da es unter der Anwendung zu weniger insbesondere allergischen Nebenwirkungen kommt und von den Patienten besser toleriert wird [9].

Suprahämorrhoidale Injektion (nach Blanchard)

Wenige Jahre zuvor hatte C. E. Blanchard (1928) in seiner Monografie die Sklerosierung von Hämorrhoiden beschrieben [10]. Dabei verabreichte er das Agens – entgegen der bisherigen Erfahrungen aus Europa und USA – oberhalb des Hämorrhoidalknotens, in der Vorstellung, durch eine paravasale Fibrose den arteriellen Zustrom in den Plexus haemorrhoidalis superior zu drosseln. Als Sklerosierungsmittel nutzte Blanchard Phenol in 5%iger Konzentration mit Mandelöl als Trägerlösung. Dieses Verfahren wurde weltweit akzeptiert und ist heute noch im angloamerikanischen Raum gängige Praxis. In Deutschland wird von der Anwendung von Phenol aufgrund seiner toxischen Wirkung, insbesondere auf Schleimhäute, abgeraten [1].

Neben den beschriebenen etablierten Sklerosierungsagenzien und -lösungen sowie den regionalen Präferenzen bei der Auswahl des zu injizierenden Agens finden sich in der aktuellen Literatur zur Sklerosierungstherapie bei symptomatischen Hämorrhoiden mehrere asiatische Publikationen. Diese Studien berichten über die submuköse, intrahämorrhoidale Injektion von ALTA (Aluminiumkaliumsulfat mit Tanninsäure): bei beiden Komponenten handelt es sich um Gerbstoffe, die eine Fibrosierung in der Submukosa auslösen und über eine adstringierende Wirkung zur Eiweißpräzipitation führen. Die lokale Nebenwirkungsrate gleicht der von Phenol- oder polidocanolbasierten Agenzien [11–13].

Durchführung der Sklerosierungstherapie nach Blond

Für die Durchführung der Sklerosierungstherapie ist eine Visualisierung der vergrößerten Hämorrhoidalkonvolute durch eine proktoskopische

Untersuchung erforderlich. Dazu eignet sich das Morgan'sche Proktoskop, in das die vergrößerten Hämorrhoidalpolster in das vorne offene Proktoskop (ggf. zirkulär) prolabieren. Dadurch lassen sich die größeren Hämorrhoidalpolster zur Injektion sicher identifizieren. Alternativ findet das Blond'sche Proktoskop Anwendung, das seitlich gefenstert ist. Dabei ist ein wiederholtes Einführen des Proktoskops zur Bestimmung der größeren und zu behandelnden Hämorrhoidalpolster erforderlich, was von einigen Patienten als belastend empfunden wird.

Entsprechend des Leitfadens und der Empfehlungen für die Hygiene in der Koloproktologie sind zur Sklerosierungsbehandlung Einmalspritzen und -kanülen einzusetzen [14]. In der täglichen Praxis haben sich Tuberkulinspritzen (max. Volumen 1 ml) sowie Spinalkanülen (Yale™-Nadeln, 23 G 0,60x127 mm) bewährt. Durch das Proktoskop werden die vergrößerten Hämorrhoidalkonvolute dargestellt, um anschließend kleine Volumina des Agens submukös zu injizieren. In der Summe sollte dadurch nicht mehr als 1 ml der Sklerosierungslösung appliziert werden.

Die korrekte, punktförmige Verabreichung lässt sich durch das submuköse Depot, das die Mukosa »glasig« verändert zurücklässt, sowie durch eine Volumenzunahme des Hämorrhoidalpolsters erkennen. Die Injektion erfolgt oberhalb der Linea dentata, somit im asensiblen Bereich der Schleimhaut. Gelegentlich – insbesondere nach submuköser, intrahämorrhoidaler Gabe größerer Volumina – beschreibt der Patient ein leichtes Druck- oder Wärmegefühl als Folge der Injektion.

Kontraindikationen der Sklerosierungstherapie

Klagt der Patient über Brennen oder Schmerzen während und nach Defäkation, ist von einer Entzündung des Analkanals auszugehen. Nach Ausschluss anderer Ursachen als Auslöser der Beschwerden sind häufig oberhalb der Linea dentata entzündlich veränderte Schleimhautareale in Verbindung mit einer reaktiven Hyperämie zu erkennen. Die Sklerosierungsbehandlung nach

Blond sollte bei diesen Auffälligkeiten nicht durchgeführt werden, anderenfalls ist mit einer höheren Komplikationsrate (Schmerzen, Blutungen) zu rechnen.

■ Gummiringligatur nach Barron

Das Therapieziel der Gummiringligatur ist eine lokale Gewebereduktion durch Induktion einer Gewebeschämie mit nachfolgender -nekrose, die über ein sog. Ligaturulkus mit konsekutiver Fibrose (Narbe) zu einer Refixation des umgebenden Gewebes führt. Heutzutage kommen dafür latexfreie Gummiringe zur Anwendung [15]. Die Gummibandligatur von Hämorrhoiden wurde erstmals von Blaisdell 1958 [16] wissenschaftlich vorgestellt, in einer modifizierten Form von Barron 1963 publiziert [15] und fand anschließend rasche Verbreitung weltweit. Das gleiche Prinzip hatte bereits Hippokrates von Kos im 3. Jahrhundert vor Christus für die sog. »goldenen Venen«, den Hämorrhoiden, diskutiert und nutzte dafür Haare aus dem Pferdeschweif.

Der Gummiring wird – wie die Sklerosierungstherapie – im asensiblen Bereich der Mukosa auf vergrößerte Hämorrhoidalkonvolute platziert, sodass diese Behandlungsoption bei der Durchführung ambulant erfolgt und keiner Narkose bedarf. Während der ersten 2 Wochen nach der Gummibandligatur kann es aus der Nekrosezone zu leichten Blutungen kommen, die selten eine weitere Intervention zur Blutstillung erforderlich werden lassen. Dennoch empfiehlt es sich, die Patienten über diese Folgewirkung zu informieren. Bei korrekter Platzierung des Gummirings treten, wie bereits erwähnt, keine Schmerzen auf. Sehr selten kann über ein begleitendes Ödem ein vorübergehender Prolaps von Hämorrhoidalgewebe resultieren, dem dann durch physikalische Maßnahmen (Sitzen auf einem gekühlten Gelkissen) und die orale Gabe von nicht steroidal Antiphlogistika und ggf. stuhlregulierenden Quellmitteln zu begegnen ist.

Mehrere Gummiringligaturen pro Sitzung erhöhen das Komplikationsrisiko. Kommt es nach Applikation mehrerer Gummiringligaturen zu

konfluierenden Nekrosezonen, kann dies zu Schmerzen und einer höheren Blutungsneigung führen. In der Vergangenheit hat sich bewährt, die Patienten zu bitten, nach der Gummiringligatur für einen Zeitraum von zwei Wochen keine Fernreisen zu planen und darauf zu achten, keine die Blutgerinnung beeinflussenden Medikamente einzunehmen (z. B. Aspirin® 500 mg als gängiges »Kopfschmerzmittel« oder Kombinationspräparate, die Acetylsalicylsäure [ASS] enthalten). Die Wiedervorstellung zur Fortsetzung der Therapie mittels Gummiringligaturen sollte erst geplant werden, wenn die vorbehandelte Stelle reizlos abgeheilt ist. Dafür ist ein Zeitraum von etwa 6 Wochen zu planen.

■ Kontraindikationen der semioperativen Therapieoptionen

Durch die invasiven konservativen Behandlungsmöglichkeiten kommt es zur Gewebereizung des Hämorrhoidalgewebes infolge der Injektion adstringierender Substanzen oder durch das Gewebetrauma nach Gummiringligatur. Anamnestisch präexistente Beschwerden wie Brennen nach oder Schmerzen bei der Defäkation oder eine nachweisliche Inflammation des Hämorrhoidalgewebes im Rahmen der Proktoskopie gelten als passagere Kontraindikationen und verstärken häufig die Missempfindungen bzw. erhöhen das Risiko einer postinterventionellen Komplikation [17].

Akut auftretende oder persistierende supraanale Gewebereizungen wie bei einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung (CED) oder infolge einer Strahlentherapie nach gynäkologischen, urologischen oder anorektalen Malignomen stellen eine relative Kontraindikation dar und sollten bei erheblichem Leidensdruck seitens des Patienten und dringendem Behandlungswunsch im Vorfeld besprochen werden und die Einwilligung zur Therapie unter Benennung der erhöhten Komplikationsrate schriftlich dokumentiert werden. Primär sollten in diesen Fällen nichtinvasive, konservative Behandlungsmethoden eingeleitet werden. Bei Patienten, die nachweislich an einem M. Crohn leiden, ist über die erhöhte

Gefahr einer analen Komplikation zu informieren, insbesondere der Auslösung eines akuten Schubes, sowie der Entstehung einer Analfistel oder eines -abszesses.

Septikämien in bis zu 8% der durch Sklerosierungstechniken behandelten Patienten sind wissenschaftlich belegt, sodass Risikopatienten unter Immunsuppression, mit einem genetischen Immundefekt oder nach Ersatz einer Herzklappe mit einer mechanischen Prothese entsprechende Vorkehrungen (ggf. orale Antibiotikagabe, z. B. entsprechend der aktuelle Endokarditisempfehlungen [18]) mit ihren betreuenden Spezialisten im Vorfeld besprechen sollten. In der Literatur sind Einzelfälle von intramuralen Abszessen des Rektums, von Leberabszessen oder pulmonalen Komplikation bis hin zur pelvinen Sepsis beschrieben [19]. Die erforderliche Einnahme gerinnungshemmender Medikamente unterscheidet sich in der Wahl der invasiven, nichtoperativen Behandlungsoptionen des symptomatischen Hämorrhoidalleidens.

Während die Einnahme von Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) wie ASS in höherer Dosierung als 100 mg/Tag, den ADP(Adenosindiphosphat)-Rezeptorenblockern (u. a. Clopidogrel) sowie der Glykoprotein-IIb/IIa-Rezeptorantagonisten (u. a. Abciximab) als Kontraindikation für Therapie mit Gummiringligaturen gelten, stellen die Sklerosierungstechniken für diese Patientengruppen die konservative Therapie der Wahl dar. Dies ist analog auf die Vitamin-K-Antagonisten (VKA, sog. Cumarinderivate) und die Nicht-Vitamin-K-abhängigen oralen Antikoagulanzen (NOAK) zu übertragen. Die Therapie mit ASS in einer Dosierung von 100 mg/Tag stellt entsprechend der aktuellen Europäischen Kardiologieleitlinie kein erhöhtes Risiko für signifikante postinterventionelle Blutungen dar [19].

Bei betagten und hochbetagten Patienten mit reduzierter physiologischer Kontinenzleistung ist die Indikation zur Therapie kritisch zu stellen. Das Hämorrhoidalgewebe trägt zur Kontinenzleistung neben den muskulären und elastischen Komponenten bei und ist im Wesentlichen für die Feinkontinenz verantwortlich. Eine Gewebe-

reduktion durch wiederholte Gummiringligaturen kann zu einer progredienten Verschlechterung der anorektalen Kontinenzleistung beitragen. In der eigenen Erfahrung ist die Sklerosierungstherapie für diese Patientengruppe zu favorisieren, wiederum in Abhängigkeit von den geschilderten Beschwerden.

■ Fazit für die Praxis

Die Entscheidung zur Therapie eines Hämorrhoidalleidens richtet sich nach dem führenden Symptom der Patienten. Medikamentöse Therapieformen mit oralen Agenzien sind in Deutschland nicht zugelassen. Veränderte Lebens- und Verhaltensweisen können im Sinne einer adjuvanten Therapie einen erheblichen Beitrag zur Linderung des Beschwerdebildes beitragen bzw. zur Beschwerdefreiheit führen. Die semioperativen Therapieformen, d. h. die Sklerosierungstechniken oder die Therapie mittels Gummibandligaturen, helfen den meisten Patienten, die typischen Symptome eines Hämorrhoidalleidens wie den Pruritus ani, Missempfindungen während und nach der Defäkation bzw. Hämorrhoidalblutung zu kontrollieren. Unter Beachtung der Kontraindikationen und bei korrekter Durchführung sind beide semioperativen Therapieformen in der ambulanten Praxis sichere und effektive Behandlungsverfahren und könnten bedarfsweise auch in Kombination durchgeführt werden. Bei rekurrendem Hämorrhoidal leiden können die invasiven Behandlungen wiederholt Anwendung finden.

■ Zusammenfassung

Das symptomatische Hämorrhoidal leiden stellt in den Industrienationen ein weit verbreitetes Gesundheitsproblem dar. Als Kardinalsymptome gelten der perianale Blutabgang, durch die Defäkation ausgelöste Schmerzen, ein Pruritus ani und bei Progredienz der (kombinierte Anal- und) Hämorrhoidalprolaps. Die Diagnostik und Therapie erfolgt – aus Schamgefühl und einer damit verbundenen Tendenz zur Tabuisierung der Symptome – häufig verzögert. Vor der Einleitung therapeutischer Maßnahme müssen andere Ur-

sachen, die vergleichbare Symptome auslösen können, ausgeschlossen werden, insbesondere entzündliche oder tumoröse Erkrankungen des Perianums bzw. des anorektalen Kontinenzorgans. Neben einer veränderten Lebensführung (Stuhlgangregulation, Kostumstellung, Defäkationsverhalten) gelingt es, durch semioperative Therapieoptionen dem überwiegenden Anteil symptomatischer Patienten Linderung oder Beschwerdefreiheit zu verschaffen. Mit der Sklerosierungstherapie nach Blond und der Gummibandligatur nach Barron sind dem Erfahrenen Möglichkeiten geboten, das Hämorrhoidal leiden sicher und effektiv auf ambulanter Basis zu behandeln. Ein Prolaps von Hämorrhoidalgewebe oder ein kombinierter Anal- und Hämorrhoidalprolaps stellt meist die Indikation für ein operatives Verfahren dar und lässt sich durch semioperative Therapieverfahren nicht dauerhaft kontrollieren.

Furtwängler A:
Conservative treatment modalities for
haemorrhoidal disease

Summary: Clinical symptoms of haemorrhoidal disease will guide therapeutic interventions. Suffering from itching and soiling, pain or a burning sensation upon defecation, anal bleeding or a prolapse of haemorrhoidal tissue, severe entities like malignant or inflammatory bowel disease need to be excluded before therapy is initiated. Most of the patients will successfully be treated by behavioural changes (defecation habits, constipation, diet changes with increased fibre intake etc) and secondly by conservative treatment options. Tissue-modulating options, i. e. sclerotherapy, will reduce mainly symptoms of bleeding and itching by inducing a fibrosis and re-fixation of the haemorrhoidal tissue. In general, sclerotherapy is the first line therapy for patients suffering from haemorrhoidal disease and in need of anticoagulant treatment. Opposed to this, treatment with rubber band ligation will reduce the haemorrhoidal tissue by induced tissue necrosis of enlarged and descending hemorrhoids. Within the limits of their

contraindications, both treatment modalities are effective and safe as an outpatient treatment. Prolapsing haemorrhoids need to be treated by surgical procedures.

Keywords: hemorrhoid disease – individualized conservative therapy – sclerotherapy – rubber band ligation

Literatur

1. Joos AK, Arnold R, Borschitz T, Brandt J, Jongen J, Krammer H, et al.; Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie (DGK). S3-Leitlinie – Hämorrhoidalleiden. AWMF-Registriernummer: 081-007. Abschluss-Version vom 01.04.2019. (https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/081-007L_S3_H%C3%A4morrhoidalleiden_2019-07_01.pdf). Zugriffen: 11.10.2021.
2. Joos AK, Herold A. Hämorrhoidalleiden: Neue konservative und operative Therapien für ein weit verbreitetes Leiden. *Gastroenterologie* 2010; 5: 326–335.
3. Goligher JC, Duthie HL, Nixon HH, Duthie H, Nixon H. *Surgery of the anus, rectum and colon*. 4th ed. London: Baillière Tindall; 1985.
4. Rivadeneira DE, Steele SR, Ternent C, Chalasani S, Buie WD, Rafferty JL; Standards Practice Task Force of The American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised 2010). *Dis Colon Rectum* 2011; 54: 1059–1064.
5. Wienert V. Externa-Grundstoffe proktologischer Zubereitungen. *Coloproctology* 2003; 25: 39–41.
6. Wienert V. Proktologische Pharmakotherapie. *Coloproctology* 2002; 24: 318.
7. Felice G, Privitera A, Ellul E, Klaumann M. Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation: an alternative to hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 2090–2093.
8. Bonello JC, Cohen H, Gorlin RJ. Of heliotropes and hemorrhoids. St. Fiacre, patron saint of gardeners and hemorrhoid sufferers. *Dis Colon Rectum* 1985; 28: 702–704.
9. NRF 5.8. Ethanolhaltige: 600-Polidocanol-Sklerosierungslösung 10% (m/V). Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, ed. Neues Rezept Formularium. Eschborn: Govi; 2012. S. 63.
10. Blanchard CE. *A Text-book of Ambulant Proctology*. Youngstown, Ohio: Medical Success Press; 1928.
11. Tomiki Y, Ono S, Aoki J, Takahashi R, Ishiyama S, Sugimoto K, et al. Treatment of internal hemorrhoids by endoscopic sclerotherapy with aluminum potassium sulfate and tannic acid. *Diagn Ther Endosc* 2015; 2015: 517690.
12. Yano T, Yano K. Comparison of injection Sclerotherapy between 5% phenol in almond oil and aluminum potassium sulfate and tannic acid for grade 3 hemorrhoids. *Ann Coloproctol* 2015; 31: 103–105.
13. Lim SW. Aluminum potassium sulfate and tannic Acid injection for hemorrhoids. *J Korean Soc Coloproctol* 2012; 28: 73–77.
14. Tabori E, Weißgerber P, Berg E, Fürst A, Furtwängler A, Herold A, et al. Leitfaden und Empfehlungen für die Hygiene in der Koloproktologie – Teil 1. Herausgegeben vom Berufsverband der Coloproktologen Deutschlands (BDC) und der Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie (DGK). *Coloproctology* 2017; 39: 111–120.
15. Barron J. Office ligation treatment of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1963; 6: 109–113.
16. Blaisdell PC. Office ligation of internal hemorrhoids. *Am J Surg* 1958; 96: 401–404.
17. Trompetto M, Clerico G, Cocorullo GF, Giordano P, Marino F, Martellucci J, et al. Evaluation and management of hemorrhoids: Italian society of colorectal surgery (SICCR) consensus statement. *Tech Coloproctol* 2015; 19: 567–575.
18. Sim HL, Tan KY, Poon PL, Cheng A, Mak K. Life-threatening perineal sepsis after rubber band ligation of haemorrhoids. *Tech Coloproctol* 2009; 13: 161–164.
19. Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, Bongiorno MG, Casalta J-P, Del Zotti F, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis: The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by: European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), the European Association of Nuclear Medicine (EANM). *Eur Heart J* 2015; 36: 3075–3128.

Interessenkonflikt: A. Furtwängler erklärt, dass bei der Erstellung des Beitrags keine Interessenkonflikte im Sinne der Empfehlungen des International Committee of Medical Journal Editors bestanden.

Dr. med. Alex Furtwängler
Die Koloproktologen
Praxisklinik 2000
Wirthstraße 11A
79110 Freiburg

Furtwaengler@diekoloproktologen.de