

Stadienorientierte Therapie von Hämorrhoiden

Hämorrhoiden sind in vielen Fällen leicht zu behandeln. Wir haben **OA Ing. Mag. Dr. Christian Kienbacher**, Facharzt für Innere Medizin, Gastroenterologie und Hepatologie in Wien, befragt, was es bei den einzelnen Stadien zu beachten gilt.



Wie wird der Schweregrad von Hämorrhoiden bestimmt?

Dr. Kienbacher: Bei Hämorrhoidalleiden erfolgt die Einteilung in vier Stadien (**Klassifizierung nach Goligher**). Dabei werden Größe und Ausmaß des Prolapses bzw. deren Reponierbarkeit beurteilt. Die Erweiterung von internen Hämorrhoiden (= **Stadium 1**) führt zu Schmerzen, Jucken und/oder Nässen. **Stadium-2**-Hämorrhoiden rutschen bei Druck nach außen, danach aber von selbst wieder zurück. In **Stadium 3** ist bereits ein mechanisches Zutun durch den Patienten oder den Arzt nötig, um die noch größere Hämorrhoiden wieder zu reponieren. Hämorrhoiden im **Stadium 4** sind hingegen nicht mehr reponierbar.

Welche Therapien stehen zur Verfügung? Es gibt grundsätzlich drei Therapieformen: Die **konservative Behandlung**, die **interventionelle/minimalinvasive Therapie** und die **Operation**. Konservative Methoden bilden immer die Basistherapie. Sie sind besonders für **Stadium 1 und 2** relevant, können aber prinzipiell in jedem Stadium als Begleittherapie dienen.

Laut S3-Leitlinien (AWMF-Leitlinien) werden bei Hämorrhoidalleiden am häufigsten Flavonoide, sogenannte „Internas“ eingesetzt.¹ Sie wurden primär als Venenmittel konzipiert; medizinisch werden ihre antioxidativen Eigenschaften genutzt. Oxerutin (Venoruton®), eine Flavonoidmischung hydroxyethylierter Rutoside (O-(β-Hydroxyethyl)-rutoside), kann in jedem Stadium zur **Optimierung des Gefäßstatus** und zur **Ödemverringerng** angewendet werden (Tabletten 2 x 500 mg tgl.). Zur Lokalthherapie eignen sich Cremes, Salben, Gels und Suppositorien.

Was passiert bei der interventionellen/minimalinvasiven Therapie? Diese kommt bei Hämorrhoiden im **Stadium 2 bis 3** zum Einsatz. Hier gibt es zum einen die **lokale Sklerosierung**. Hierbei wird mittels einer Nadel eine spezielle Substanz injiziert. Der lokal entstehende Druck behandelt die Hämorrhoiden. Der Goldstandard ist allerdings die **Gummibandligatur**, bei der der innere Teil der Hämorrhoiden mit einem Gummiband abgebunden wird. Der Blutfluss wird dadurch gestoppt und die Hämorrhoiden sterben bzw. fallen ab. Bei diesen Verfahren sollte der Patient aufgeklärt werden, dass oft mehrere Sitzungen notwendig sein können. Mit konservativer Begleitung (Flavonoiden) kann zusätzlich Abschwellung erreicht werden.

Wann ist eine Operation notwendig? Operative Therapien kommen in **Stadium 3 und 4** in Frage oder bei Versagen von konservativen und interventionellen Therapieformen. Welcher Eingriff erfolgt, ist individuell mit dem Patienten und dem Chirurg zu evaluieren. Je invasiver das Verfahren, desto häufiger sind Nebenwirkungen zu erwarten. Deshalb ist zu einem schrittweisen Zugang zu raten: Man startet mit der konservativen Therapie, darauf folgen interventionelle Verfahren.

Ist das Krankheitsstadium immer eindeutig feststellbar?

Die Stadien sollten nicht zu starr oder als klar abgrenzbar betrachtet werden. Sie dienen eher der Orientierung bei der Therapieentscheidung und im fachlichen Gespräch mit Kollegen. Beispielsweise unterscheiden sich Stadium 2 und 3 in der Möglichkeit der händischen Reponierung (siehe Frage 1). Bei endoskopischen Untersuchungen lässt sich darüber hinaus die Größe der Hämorrhoiden bestimmen.

Welche Sonderfälle gibt es? Stadienunabhängige Sonderfälle sind zum Beispiel **inkarzerierte Hämorrhoiden** und **Thrombosen**. Hat in früheren Zeiten das Auspressen der Thrombosen durch den Arzt noch zu häufigen Rezidiven geführt, so greift man heute primär zu konservativen Therapien: Lokal helfen schmerzstillende und kortisonhaltige Lidocainzäpfchen zur Schmerzbehandlung und akuten Abschwellung. Diese können auch postinterventionell oder je nach OP-Methode postoperativ eingesetzt werden. Bei Thrombosen gilt: Zunächst wird abgeheilt und erst danach eine Operation angedacht.

Worauf sollten Patienten im Alltag achten? Gerade bei fortgeschrittenen Stadien ist es wichtig, Lebensstilfaktoren zu betrachten. Der Patient sollte Obstipation vermeiden und darauf achten, dass sein Stuhl weich ist, um starkes Pressen zu vermeiden. Dies kann mit ballaststoffreicher Ernährung (z. B. Lein- und Flohsamen), ausreichender Flüssigkeitsaufnahme sowie mit Laxantien erreicht werden. Weitere wesentliche Aspekte in der Basistherapie sind mehr Bewegung, Gewichtsreduktion bei Übergewichtigen und sportliche Betätigung. Denn Adipositas bewirkt eine intraabdominale Druckerhöhung und begünstigt Hämorrhoidalleiden.

Welche Vorteile sehen Sie bei oralen Präparaten? Da die Compliance sinkt, sobald Patienten mehrere Medikamente nehmen müssen, ist es hilfreich, wenn man nur einmal am Tag ans Einnehmen denken muss. Hier ist die Pulverformulierung von Oxerutin (1.000 mg 1x tgl.) sehr komfortabel. **Venoruton®** ist lt. Fachinformation ab dem 4. Schwangerschaftsmonat zugelassen² und kann daher auch den vielen Frauen, die während der Schwangerschaft unter Hämorrhoiden leiden, Linderung verschaffen. Oxerutin ist einfach verschreibbar (Grüne Box)³, sehr gut verträglich und nebenwirkungsarm². Zwar bilden sich viele Hämorrhoiden zurück, wenn man für einige Zeit tagsüber nach dem Stuhlgang eincremt und über Nacht ein Suppositorium (Zäpfchen) anwendet. Aber es gibt durchaus Patienten mit Hemmungen, in schambesetzten Regionen an sich selbst zu manipulieren. Eine orale Therapie hat in diesem Fall deutliche Vorteile.

¹ https://register.awmf.org/assets/guidelines/081-007L_S3_Hämorrhoidalleiden_2019-07_01.pdf ² Stada empfiehlt die Dosierung und Anwendung von Venoruton® gemäß der genehmigten Fachinformation, Stand 12/2020 ³ Venoruton 500 mg Tabletten und Venoruton 1.000 mg Pulver