

# Hämorrhoiden – konservativ therapieren

Schätzungen zufolge leiden etwa 70 % aller Erwachsenen zumindest einmal in ihrem Leben unter Hämorrhoiden, wobei Experten von einer hohen Dunkelziffer ausgehen. **OA Ing. Mag. Dr. Christian Kienbacher**, Facharzt für Innere Medizin, Gastroenterologie und Hepatologie in Wien, erzählt, worauf er bei der Diagnose achtet und was dem Patienten hilft.



**Hämorrhoiden: Mit welchen Beschwerden kommen Patienten zu Ihnen? Dr. Kienbacher:** Typische Symptome sind Blut im oder am Stuhl, in der Analregion oder auf dem Toilettenpapier. Das ist für die meisten Patienten ein Alarmsignal. Häufig berichten sie auch über Juckreiz, ein Brennen oder Nässen am After, das Transsudat. Und viele klagen über Schmerzen. Wann Betroffene einen Arzt aufsuchen, ist individuell verschieden: Patienten mit einem Reizdarm empfinden bereits innere Hämorrhoiden als unangenehm. Es gibt aber auch sehr indolente Patienten, die erst mit prolabierten Hämorrhoiden vorstellig werden.

**Treten Schmerzen eher in Ruhe oder nur beim Stuhlgang auf?** Je nachdem. Innere Hämorrhoiden können bei der Defäkation schmerzen, speziell, wenn der Stuhl härter ist. Prolabierte Hämorrhoiden sind an sich bereits schmerzhaft und besonders, wenn sie thrombosieren und inkarzeriert sind. Wartet man in diesen Fällen zu lange, können auch Ulzera entstehen. Prolabierte Hämorrhoiden bereiten die größten Probleme.

**Wie werden Hämorrhoidalleiden richtig diagnostiziert?** Am Anfang steht die Anamnese: Was sind die Beschwerden? Leider werden danach oft ohne weitere klinische Untersuchungen Zäpfchen oder andere Arzneimittel verschrieben. Doch man sollte sich auch unter Zeitdruck immer fragen: **Könnte ich ohne Inspektion und Palpation der Region vielleicht einen Krebs übersehen?** Ein Analkarzinom kann bereits äußerlich sicht- oder durch die Untersuchung tastbar sein.

**Wie schließt man Karzinome aus?** Mit einer Proktoskopie lassen sich Wucherungen ohne große Darmvorbereitung entdecken. Damit wäre schon viel gewonnen. Die nächstgrößeren Schritte umfassen endoskopische Techniken wie eine Rektoskopie oder Rektosigmoidoskopie – hier reicht eine Darmvorbereitung mit Klysmen. In entsprechenden Risikokonstellationen und zur erweiterten Differentialdiagnostik (s. u.) kann in Abstimmung mit dem Patienten gleich eine vollständige Kolonoskopie vereinbart werden. So ließen sich äußerliche Analkarzinome, Karzinome im Analkanal bis hin zum Rektumkarzinom bereits gut diagnostizieren. Auch ein Kolonkarzinom, das viel weiter „oben“ sitzt und bluten kann, könnte man damit ausschließen.

**Welche Differentialdiagnosen gibt es noch?** Häufigste Ursache für untere Gastrointestinalblutungen sind – neben Hämorrhoiden – **Divertikel**. Hämorrhoidalleiden treten zumeist bei 45- bis 65-Jährigen auf – ein Alter, wo sich vielfach auch Divertikel, Polypen und Darmkrebs ausbilden. Das eine schließt das andere also nicht aus. Divertikel beginnen meist im Sigma und können mittels Sigmoidoskopie oder vollständiger Kolonoskopie entdeckt werden. Darüber hinaus können **Analfissuren** Schmerzen bereiten und bluten. Sie benötigen eine andere Therapie als Hämorrhoiden. Auch **Marisken**, die extern am Analkanal sind und störend sein können, haben mit Hämorrhoiden nichts zu tun. Darüber

hinaus sollte an Fisteln und chronisch entzündliche Darmerkrankungen gedacht werden. Wichtig ist hier erneut die klinische Untersuchung: Inspektion und Palpation.

**Was sind die Ursachen für die Entstehung von Hämorrhoiden?** Der genaue Mechanismus ist nicht zur Gänze verstanden. Hämorrhoiden sind grundsätzlich eine physiologische Institution unseres Körpers; an sich ganz normal. Im **Hämorrhoidalplexus** haben Venen einen direkten Anschluss an Arterien, wodurch Hämorrhoiden einen zusätzlichen passiven Verschlussmechanismus im Analbereich des Gesamtkontinenzorgans bilden. Mit dem Alter wird das Gewebe aber poröser und nachgiebiger. Bei Hämorrhoidalleiden sind die Hämorrhoiden schließlich pathologisch vergrößert.

**Welche Rolle spielt die intraabdominelle Druckerhöhung?** Sie ist bei Männern wie Frauen die Ursache dafür, dass Hämorrhoiden nach außen rutschen. In der Schwangerschaft treten Hämorrhoiden dadurch gehäuft auf – ebenso wie gastroösophagealer Reflux. Auch Gewichtheber, Bauarbeiter oder Menschen mit schweren körperlichen Tätigkeiten bauen beim Anspannen der Core-Muskulatur abdominalen Druck auf. In der Literatur gibt es zudem Hinweise, dass übertriebene Crossfit-Workouts o. ä. zur Ausbildung von Hämorrhoiden führen können. Bei unter 30-jährigen Betroffenen sollte man daher aufmerksam werden und durchaus Trainingsmethoden ansprechen.

**Wie kann man Hämorrhoiden konservativ behandeln?** Hämorrhoiden im Stadium 1 und 2 sind mit oralen Medikamenten wie Flavonoiden und mit Lokalthherapie, also Salben, Gels, Cremes und Suppositorien, gut behandelbar. Sie sollten Mittel der ersten Wahl sein. Auch das physikalische Reponieren durch den Arzt oder die Selbstreponierung durch den Patienten nach dem Stuhlgang (eine intraabdominelle Druckerhöhung tritt freilich auch beim Pressen auf) sind wesentliche Säulen der Therapie. Doch gerade dies stellt für viele Betroffene eine Hemmschwelle dar. Auch auf die Stuhlregulierung hin zu weichen Stühlen sollte Wert gelegt werden.

**Welche Vorteile haben orale Präparate?** Der Patient kann sie einfach schlucken, weshalb sie gut mit anderen konservativen Therapien kombinierbar sind. Das als Arzneimittel zugelassene **Oxerutin (Venoruton®)** in der Grünen Box<sup>1</sup> zum Beispiel ist ein Flavonoid, das keine Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten aufweist – vor allem bei älteren Menschen ein relevanter Faktor. Im Vergleich zu ähnlichen Produkten ist eine niedrigere Dosierung ausreichend (Tabletten 2 x 500 mg tgl.) und die Verträglichkeit für den Gastrointestinalbereich deutlich besser.<sup>2</sup> Die Pulverformulierung – 1.000 mg 1 x tgl. – erhöht den Komfort und die Compliance der Patienten zusätzlich. Eine Anwendung von Venoruton® ist zudem lt. Fachinformation ab dem 4. Schwangerschaftsmonat möglich.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Venoruton 500 mg Tabletten und Venoruton 1.000 mg Pulver <sup>2</sup>Gebrauchsinformation Dioscomb 500 mg-Filmtabletten, Stand 07/2020; Venoruton 500 mg-Tabletten, Stand 02/2021, Venoruton 1.000 mg-Pulver, Stand 12/2020 <sup>3</sup>Stada empfiehlt die Dosierung und Anwendung von Venoruton® gemäß der genehmigten Fachinformation, Stand 12/2020