

4.8 Hämorrhoiden

Der Begriff Hämorrhoiden bezeichnet entgegen der landläufigen Auffassung kein Krankheitsbild. Hiermit sind vielmehr die arteriovenösen Gefäßpolster gemeint, die ringförmig unter der Enddarmschleimhaut angelegt sind und für den Feinverschluss des Anus sorgen (Corpus cavernosum recti). Das sogenannte Hämorrhoidalleiden fasst demgegenüber diejenigen oft als peinlich empfundenen und deswegen tabuisierten Beschwerden zusammen, die durch vergrößerte oder tiefer getretene Hämorrhoiden verursacht werden. Obwohl Schwangerschaften, Geburten und der weibliche Hormonhaushalt die Ausprägung des Leidens begünstigen, sind Frauen seltener von einem Hämorrhoidalleiden betroffen als Männer. In den folgenden Abschnitten wird ausgeführt, welche pathologischen Veränderungen sich hinter diesem Krankheitsbild verbergen und wie die Symptome gelindert werden können.

4.8.1 Anatomischer Aufbau des Enddarms

Die Nahrung legt im Verdauungskanal des menschlichen Körpers einen langen Weg zurück. Über die Mundhöhle und die Speiseröhre gelangt sie in den Magen, dann durch den fünf bis sechs Meter langen Dünndarm und den ein bis zwei Meter langen Dickdarm bis in den Enddarm, wo die unverdaulichen Nahrungsbestandteile zur Ausscheidung angesammelt werden. Als Sammelbehälter fungiert der obere Teil des Enddarms, der Mastdarm (Rektum), der sehr dehnungsfähig ist und den Stuhl so lange aufnimmt, bis sich

der Drang zur Entleerung einstellt. An einer wellenförmigen Linie (Linea dentata) geht der Mastdarm in den unteren, letzten Teil, den Analkanal über. Die Linea dentata ist aus zahlreichen taschenförmigen Vertiefungen und papillösen Ausstülpungen aufgebaut, in die zusätzlich eine Reihe von schleimerzeugenden Drüsen (Analdrüsen) einmündet.

Der drei bis fünf Zentimeter lange Analkanal ist der wichtigste und gleichzeitig der komplizierteste Teil des Enddarms. Er besteht aus verschiedenen Funktionseinheiten für die Abdichtung des Darms nach außen.

Der **Grobabschluss** gegenüber dem Stuhl wird durch einen trichterförmigen muskulären Anteil, bestehend aus der Beckenbodenmuskulatur und dem jeweils ringförmig angeordneten inneren und äußeren Schließmuskel (Sphinkter) gewährleistet. Während der äußere Schließmuskel der willentlichen Kontrolle unterliegt, ist die Funktion des inneren Schließmuskels unwillkürlich. Er ist in Ruhe dauernd angespannt und hält damit den Stuhl im Körper zurück. Nur zur Darmentleerung wird er geöffnet.

Für den **Feinabschluss** sorgen die hochsensible und empfindliche Auskleidung des Analkanals (Anoderm), die es unter anderem ermöglicht, Stuhl von Gasen zu unterscheiden, sowie drei schwammartige Gefäßpolster (Hämorrhoidalpolster). Diese liegen unmittelbar am Ausgang des Mastdarms, ca. vier bis fünf Zentimeter vom äußeren Analring entfernt. Die Gefäßpolster sind so aufgebaut, dass sie ihre Schwellkörperfunktion optimal erfüllen können. Sie enthalten Arterien, die den Blutzufuhr absperrern und Venen, die

den Abfluss drosseln können. Sind die Polster prall mit Blut gefüllt, so dichten sie den Enddarm kissenartig ab. Entspannen sich die Schließmuskeln während des Stuhlgangs, so laufen sie leer und legen sich seitlich an den Analkanal an. Die Schleimhaut, die die Polster überzieht, enthält haarfeine arterielle Gefäße, eine Erklärung für die hellrote Blutfarbe bei auftretenden Verletzungen.

Am Darmausgang, dem After (Anus), geht das Anoderm schließlich in die äußere Haut über.

4.8.2 Krankheitsbild und patho-physiologische Grundlagen

Das Krankheitsbild umfasst krampfaderartige, knotenförmige Erweiterungen und Entzündungen der Hämorrhoiden. Die auftretenden Beschwerden sind abhängig vom Stadium des Leidens (siehe Tabelle 4.8-1).

4.8.2.1 Lage und Ausprägung der Hämorrhoiden

Zunächst bleiben die Hämorrhoiden noch oberhalb der Linea dentata. Sie sind nur leicht vergrößert und wölben sich in den

Analkanal vor. Sie bluten, sind aber schmerzlos (I. Grad). Hämorrhoiden II. Grades treten bei der Stuhlentleerung vorübergehend knotenartig aus dem After heraus, ziehen sich aber spontan wieder zurück. Durch die wiederholte mechanische Beanspruchung entzünden sie sich und vernarben, wodurch die Blutungsneigung verringert wird. Der After wird undicht.

Der III. Grad des Leidens ist dadurch gekennzeichnet, dass die Hämorrhoidalknoten nicht nur beim Stuhlgang, sondern bei jeder körperlichen Belastung dazu neigen, aus dem After herauszutreten. Sie gehen nun nicht mehr von alleine zurück, sondern müssen mit dem Finger in den After zurückgeschoben werden (reponibler Analprolaps). Die Beschwerden nehmen erheblich zu.

Im letzten Stadium (IV. Grad) sind die Hämorrhoiden perianal ständig vorhanden und lassen sich nicht mehr reponieren (irreponibler Analprolaps). Die Analhaut ist ständig gereizt und entzündet, und der Feinabschluss des Darms ist nicht mehr gewährleistet.

Im allgemeinen Sprachgebrauch wird häufig zwischen inneren (d.h. den oben beschrieb-

Tab. 4.8-1: Vier Schweregrade des Hämorrhoidalleidens

Stadium	Beschreibung
Stadium I	Leicht vergrößert, nicht tastbar, schmerzlose, hellrote Blutungen beim Stuhlabgang, Fremdkörpergefühl
Stadium II	Blutgefäße werden beschädigt und durch Bindegewebe ersetzt. Es entstehen „Knollen“, die beim Pressen oder Stuhlabgang von der Kotmasse nach unten geschoben und während der Bauchpresse aus dem After herausgedrückt werden. Sie ziehen sich von allein wieder zurück, bluten seltener, Schmerzen kommen hinzu, häufig Nässen, Juckreiz, Brennen, Fremdkörpergefühl
Stadium III	Sichtbare und tastbare Knoten, neigen zum Vorfall bei körperlicher Anstrengung, ziehen sich nicht mehr von alleine zurück (äußere Hämorrhoiden), können aber mit dem Finger reponiert werden; starke Schmerzen, seltener Blutungen, häufig Nässen, Juckreiz
Stadium IV	Knoten befinden sich ständig außerhalb des Analkanals (Analprolaps), können nicht mehr mit dem Finger zurückgeschoben werden; Fremdkörpergefühl, Schmerzen, Nässen, Juckreiz sind nun ständige Symptome, z.T. intensive Blutungen

nen) und äußeren Hämorrhoiden unterschieden. Das Krankheitsbild der „äußeren Hämorrhoiden“ hat jedoch mit vergrößerten Hämorrhoidalpolstern nichts zu tun. Sie können als „Marisken“ oder „Analthrombosen“ ausgeprägt sein. Marisken sind Hautläppchen, Analthrombosen harmlose, aber schmerzhafte Knoten am Afterrand. Beide durchfließt dunkelrotes venöses Blut, während die „inneren Hämorrhoiden“ hellrotes arterielles Blut enthalten. Sowohl Marisken als auch Analthrombosen können allerdings ein Anzeichen sein, dass auch „innere Hämorrhoiden“ vorhanden sind. Analrandvenenthrombosen verursachen starke, manchmal tagelang anhaltende Schmerzen, die dann aber von alleine wieder zurückgehen. Platzen die Knoten auf, so kommt es zu starken Blutungen. Die Behandlungsmaßnahmen sind ähnlich wie beim eigentlichen Hämorrhoidalleiden.

4.8.2.2 Symptomatik des Hämorrhoidalleidens

Vergrößern sich die Hämorrhoidalpolster, so wird die Schleimhaut an ihrer Oberfläche überdehnt und entzündet sich. Nun kann es leicht passieren, dass die feinen Haargefäße durch Stuhlbestandteile oder zu starkes Pressen beim Stuhlgang aufplatzen und anfangen zu bluten. Außerdem können die vergrößerten Polster ihre Schwellkörperfunktion nicht mehr erfüllen, das heißt, der Darm wird undicht, und es kommt zu weiteren unangenehmen Folgeerscheinungen, wie Nässen und Schmierer in der Afterregion, Juckreiz, Brennen und Wundgefühl sowie blindem Stuhlrand.

Die Stärke der Beschwerden ist nicht immer abhängig von der Ausprägung der Knoten. Während große Hämorrhoidalknoten weitgehend oder völlig symptomlos sein können, können selbst kleine Knoten erhebliche Beschwerden verursachen. Außerdem kann die Symptomatik starken periodischen Schwankungen unterliegen. Besonders neh-

men die Knoten nach dem Genuss von Alkohol und Kaffee zu; scharf gewürzte Speisen verstärken das Brennen.

Heftige Schmerzen beim Stuhlgang und perianale hellrote Blutungen am Papier oder Blutstreifen auf dem Stuhl müssen nicht immer auf ein Hämorrhoidalleiden hinweisen. Sie können auch durch Analfissuren ausgelöst werden. Andere mögliche Differenzialdiagnosen sind ein Analabszess oder eine Analfistel. Während der Analabszess durch zunehmende Schmerzen beim Stuhlgang und beim Sitzen, als Rötung und Schwellung in Erscheinung tritt, ist die Analfistel von einer eitrigen Sekretion und Juckreiz begleitet. Auch ein Analkarzinom kann in vielen Fällen Blutungen, Juckreiz und ein Fremdkörpergefühl auslösen.

Blut im Stuhl ist in jedem Fall als Warnzeichen zu sehen, das den Patienten zur näheren Abklärung der Ursache auf jeden Fall zum Arzt führen sollte. Aus der Art der Blutung können bereits erste Schlüsse auf ihre mögliche Ursache gezogen werden. Hellrote Blutungen, die vielleicht nur als Spuren auf dem Toilettenpapier oder auf der Unterwäsche zu sehen sind, stammen meistens aus dem unteren Enddarm- und Afterbereich, etwa als Folge von Analfissuren, geplatzten Afterrandknoten, entzündlichen Hämorrhoiden oder Hautveränderungen in der äußeren Afterregion. Blutbeimengungen im Stuhl können Begleiterscheinungen chronisch entzündlicher Darmerkrankungen wie Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa sein, aber auch auf einen Dickdarmtumor hindeuten. Ist der Stuhl dunkelrot oder gar teerig-schwarz, das heißt, bereits stark zersetzt, so liegt die Blutungsquelle wahrscheinlich oberhalb des Mastdarms, etwa in einem Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür.

Da Blut auf dem Stuhl oder als Stuhlbeimengung erst ab einer größeren Menge mit dem bloßen Auge erkennbar wird, wird vor allem im Rahmen der Krebsfrüherkennung ein spezielles Laborverfahren angewendet, der Hämokkult-Test (haem(o) = Blut, occultus =

verborgen). Dabei ist ein positives Testergebnis noch kein Beweis für das Vorliegen eines Tumors, denn geringfügige Blutverluste treten auch bei den übrigen obengenannten Erkrankungen der Darmregion auf.

4.8.2.3 Methoden zur diagnostischen Abklärung

Grundsätzlich gilt, dass jede Veränderung der Stuhlentleerung, jede Missempfindung und vor allem jede Afterblutung zunächst immer Anlass zu einer sofortigen und gründlichen proktologischen Untersuchung sein sollte, da auch andere, schwerwiegendere Krankheiten anfangs mit ähnlichen Symptomen einhergehen und vor allem, damit ein Krebsleiden ausgeschlossen werden kann. Zu Beginn tastet der Arzt die unteren Enddarmabschnitte aus (digital-rektale Untersuchung). Im zweiten Schritt gewähren endoskopische Methoden mit Hilfe rohr- und schlauchförmiger Instrumente über spezielle Beleuchtungstechniken und feinoptische Geräte tiefere Einblicke. Solche Spiegelungen, von den Patienten vielfach gefürchtet, gehören für die Proktologen heute weitgehend zum Routineprogramm und werden darüber hinaus als ungefährlich eingeschätzt. Abhängig von dem zu untersuchenden Darmabschnitt werden bei Darmspiegelungen verschiedene Geräte eingesetzt:

- Das Spreizspekulum reicht lediglich für die Beurteilung des Analkanals aus.
- Bei der Proktoskopie (Afterspiegelung) können mit Hilfe eines 10 bis 15 cm langen Proktoskops der Analkanal sowie die unteren Teile des Mastdarms eingesehen werden.
- Die Rektoskopie (Mastdarm- bzw. Enddarmspiegelung) geht um einiges weiter. Das 20 bis 30 cm lange Rektoskop ermöglicht es, nicht nur den gesamten Enddarm, sondern die unteren Teile des S-förmigen Dickdarms zu inspizieren.
- Etwas angenehmer ist diese Untersuchung mit dem so genannten Sigmoidoskop (abge-

leitet von der S-förmigen Schleife des Dickdarms = Colon sigmoideum), das im Gegensatz zum Rektoskop flexibel ist und sich den Darmwindungen besser anpassen kann.

- Müssen höher gelegene Regionen des Dickdarms in Augenschein genommen werden, so kommt die Koloskopie (Darmspiegelung) zum Einsatz. Hierbei wird ein ebenfalls biegsamer, etwa 120 cm langer Schlauch in den vorher gereinigten Darm eingeführt. Heute wird meist ein Video-Koloskop verwendet, das an der Spitze mit einem Videochip ausgestattet ist. Das Bild wird auf einen Monitor übertragen. So kann der Patient die Untersuchung mit verfolgen. Im Verlauf der Untersuchung können im Übrigen, wie bei der Rektoskopie, ggf. vorhandene Polypen entfernt werden. Die Koloskopie ist für die Patienten ebenfalls ungefährlich, kann aber doch mit Missempfindungen und Schmerzen verbunden sein, auf die der Patient vorbereitet sein sollte.

Zur Schmerzlinderung während einer proktologischen Untersuchung ist es empfehlenswert, zuvor eine Lidocain-haltige Zubereitung (z.B. Posterisan® akut Salbe) anzuwenden.

4.8.2.4 Ursachen von Hämorrhoiden

Die Faktoren, die bei der Entstehung von Hämorrhoiden eine Rolle spielen, sind vielfältig. Neben der anlagemäßigen Bindegewebsschwäche – ein Indikator hierfür ist das familiär gehäufte Auftreten – sind heute wahrscheinlich die Lebens- und Arbeitsgewohnheiten in den Industrieländern hierfür verantwortlich zu machen. Fehlernährung mit einer unzureichenden Ballaststoffzufuhr begünstigt die Stuhlträgheit und führt schließlich zu einer chronischen Verstopfung. Eine erschwerte Stuhlentleerung wiederum zwingt zum verstärkten Pressen, was zur Stauung mit Abflussbehinderung im Bereich der Hämorrhoidalknoten führt. Die Folge davon ist die Hypertrophie der Gefäßpolster.

4.8.3 Medikamentöse Maßnahmen bei Hämorrhoidalleiden

Neben den allgemeinen Maßnahmen zur Stuhlhygiene können Hämorrhoidalbeschwerden im Stadium I und II lokal symptomatisch behandelt werden. Hierfür stehen Salben, Suppositorien und Sitzbäder zur Verfügung. Diese enthalten Lokalanästhetika wie Lidocain gegen die Schmerzen und den Juckreiz, Antiphlogistika wie Bismutgallat zur Vorbeugung perianaler Entzündungen oder auch Hamamelisrinde oder -blätter als pflanzliche Zubereitungen.

In Sitzbädern werden vor allem Kamillenblüten und Eichenrinde verwendet. Sollte sich innerhalb weniger Tage keine Linderung einstellen oder wenn zusätzliche Symptome auftreten, ist ein Arztbesuch anzuraten.

4.8.3.1 Systemische Therapie

Keine der derzeit eingesetzten Pharmakotherapien, unabhängig davon, ob sie peroral oder lokal erfolgt, kann einen Hämorrhoidalknoten beseitigen.

Aufgrund der stark lokalisierten Beschwerden spielt die systemische Therapie bei Hämorrhoidalleiden nur eine untergeordnete Rolle.

Die bei Venenleiden zur Gefäßabdichtung eingesetzten Saponine (z.B. Aescin®) und Flavonoide (Rutoside) können aufgrund ihrer antiexsudativen Wirkung auch bei Hämorrhoiden wirksam sein. Da jedoch meistens Venenleiden als Anwendungsgebiet aufgeführt sind (Ausnahme z.B. Aescin in Reparil® Dragees), könnten Patienten bei einer solchen Empfehlung verunsichert werden. Dagegen können bei sehr starken Schmerzen aufgrund eines Hämorrhoidalleidens Ibuprofen oder Paracetamol zur Schmerzlinderung empfohlen werden. Von Acetylsalicylsäure (ASS) ist wegen einer möglichen Verstärkung der Blutung jedoch abzuraten.

4.8.3.2 Lokalthherapie

Der Schwerpunkt der Behandlung des Hämorrhoidalleidens liegt auf der Lokalthherapie mit Salben, Suppositorien, Analtampons und Sitzbädern. Sicher können diese die subjektiven Beschwerden und damit auch den Leidensdruck für die Betroffenen zumindest kurzfristig deutlich mildern. Eine Selbstbehandlung ohne ärztliche Mitwirkung sollte allerdings nicht länger als acht Tage dauern.

Für den äußeren Analbereich geeignet sind Salben und Cremes, die zwei- bis dreimal täglich auf die entzündeten Hautstellen aufgebracht und leicht einmassiert werden sollten. Mit Hilfe spezieller Applikatoren können halb feste Zubereitungen auch in den Analkanal eingebracht werden.

Zäpfchen wandern meist durch den Analkanal hindurch weiter nach oben in den Mastdarm. Sie entfalten zwar auch eine lokal entzündungshemmende Wirkung, allerdings darf die gleichzeitig zu erwartende Resorption nicht außer Acht gelassen werden. Für die Behandlung von Hämorrhoiden sind Suppositorien daher weniger geeignet als die speziell hierfür entwickelten Analtampons (Hämotamp). Mit Hilfe eines Mullföhnchens als Rückholfaden können diese genau am Ort des Geschehens platziert werden, ohne weiter nach oben zu rutschen.

Hilfreich sind daneben lauwarme Sitzbäder. Die Ziele der lokalen Pharmakotherapie sind folgende:

- Linderung oder Beseitigung von Schmerzen, Juckreiz und Brennen,
- dadurch auch Lösung des reflektorischen Schließmuskelspasmus,
- Besserung der Durchblutung in den versorgenden Gefäßen,
- Verringerung der oberflächlichen Schorfbildung und evtl. leichte Schrumpfung der Schleimhautoberfläche,
- Beseitigung von Schleimhautabschwellungen und entzündlichen Erscheinungen (lokales Ödem der Schleimhaut) und

Hämorrhoiden

- Beseitigung perianaler ekzematöser Reaktionen durch den Reiz des ausfließenden Sekrets.

Die Anzahl der Wirkstoffe in Hämorrhoidenmitteln wurde in den letzten Jahren deutlich reduziert. Im Vordergrund stehen lokalanästhetische, adstringierende, antiphlogistische und desinfizierende Substanzen. Glucocorticoide, deren Anwendung nicht ohne ärztliche Verordnung erfolgen darf, sollten nur bei Analekzemen und anderweitig therapierefraktärem Pruritus und auch dann nur kurzfristig und gezielt angewendet werden.

Lokalanästhetika

Hauptangriffspunkt der medikamentösen Behandlung sind Missempfindungen im Bereich der Rektalschleimhaut, des Analkanals und des perianalen Hautgebietes. Die Mehrzahl der Präparate (s. Tab. 4.8-2) enthält daher ein Lokalanästhetikum, und zwar:

- Lidocain, ein Lokalanästhetikum vom Säureamidtyp und
- Quinisocain, ebenfalls ein Lokalanästhetikum vom Amid-Typ. Wegen der zu befürchtenden Resorption ist Quiniso-

cain bei stark blutenden Hämorrhoiden kontraindiziert.

Zur Wirkungsweise von Lokalanästhetika siehe auch Kap. 2.1.3.7.

Bismutsalze

Bismutsalze adstringieren die Schleimhautoberfläche und bewirken auf defekten Schleimhäuten eine oberflächliche Eiweißfällung mit Schorfbildung. In Hämorrhoidalpräparaten (Tab. 4.8-2) wird basisches Bismutgallat eingesetzt.

Bufexamac

Im Mai 2010 hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte Bufexamac-haltigen Arzneimitteln die Zulassung entzogen. Entsprechende Präparate wurden vom Markt genommen. Ein negatives Nutzen-Risiko-Verhältnis führte zu diesem Schritt. Die Wirksamkeit gilt nach den heutigen Standards als nicht ausreichend belegt. Dem stehen zahlreiche Berichte über unerwünschte Arzneimittelwirkungen entgegen (Arzneimittelreaktionen an der Haut, Kontaktdermatitiden usw.).

Tab. 4.8-2: Lokal applizierbare Hämorrhoidenmittel (Auswahl)

Präparatename	Darreichungsform	Wirkstoffe je abgeteilte Form oder je 100 g
Monopräparate mit Lokalanästhetika		
Haenal® akut	Creme	1 g enth.: Quinisocain-HCl 5 mg
Posterisan® akut	Rektalsalbe – mit Analdehner – in Einmaltuben	1 g enth.: Lidocain 50 mg
Posterisan® akut Zäpfchen	– mit Mulleinlage (Haemotamp)	1 Zäpf. enth.: Lidocain 60 mg
Monopräparate mit pflanzlichen Wirkstoffen		
Faktu® lind Salbe mit Hamamelis	Salbe	100 g enth.: Destillat aus frischen Hamamelisblättern u. -zweigen (1:1,12–2,08) 6,25 g Destillat.-mittel: Ethanol 6 % (m/m)
Faktu® lind Zäpfchen mit Hamamelis	Zäpfchen	Hamamelisblätter-Extrakt 1:2 400 mg, Auszugsmittel Ethanol 60% V/V
Haenal® Hamamelis Zäpfchen	Zäpfchen	1 Zäpf. enth.: Trockenextrakt aus Hamamelisrinde (5-7,7:1) 12,9 mg, Auszugsmittel: Ethanol 30 % (m/m)

Tab. 4.8–2: Lokal applizierbare Hämorrhoidenmittel (Auswahl) (Fortsetzung)

Präparatename	Darreichungsform	Wirkstoffe je abgeteilte Form oder je 100 g
Monopräparate mit pflanzlichen Wirkstoffen (Fortsetzung)		
Haenal® Fact Hamamelis Salbe	Salbe	1 g Salbe enth.: Trockenextrakt aus Hamamelisrinde (5–7,7:1) 66 mg, Auszugsmittel: Ethanol 30 % (m/m)
Hametum® Hämorrhoiden-Salbe	Salbe	100 g Creme enth.: Destillat aus frischen Hamamelisblättern und -zweigen (1:1,12–2,08) 5,35 g, Destillationsmittel: Ethanol 6 % (m/m)
Hametum® Hämorrhoiden Zäpfchen	Zäpfchen	1 Zäpf. enth.: Auszug aus Hamamelisblättern (1:2) 400 mg, Auszugsmittel: Ethanol 60 % (V/V).
Posterine® Salbe	Salbe	1 g enth.: Hamamelisblätter-Fluidextrakt (1:2) 200 mg, Auszugsmittel: Ethanol 60 % (V/V)
Posterine® Zäpfchen	Zäpfchen	1 Zäpfchen enth.: Hamamelisblätter-Auszug (1:2) 400 mg, Auszugsmittel: Ethanol 60 % (V/V)
Kombinationen mit Lokalantiseptika, Adstringentien und Anästhetika		
Eulatin® NH Salbe	Salbe	basisches Bismutgallat 1,5 g, Hamamelisrindenfluidextrakt (1:1) 0,9 g, Tannin 0,6 g, medizinische Hefe 0,3 g
Mastu® (MP)	Zäpfchen, Salbe	Bismutgallat, Titandioxid

Titandioxid und Zinkoxid

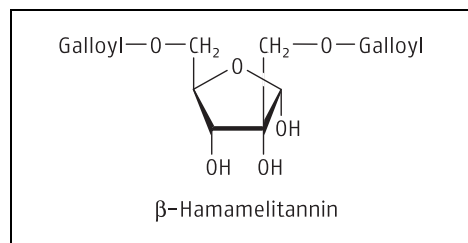
Titandioxid und Zinkoxid wirkt adstringierend, austrocknend und fördern die Wundheilung.

Hamamelis

Das europäische Arzneibuch beschreibt Hamamelisblätter als die ganzen oder geschnittenen Blätter von *Hamamelis virginiana* L. mit einem Mindestgehalt von 3% an Gerbstoffen, ber. als Pyrogallol (C₆H₆O₃; M_r 126,1), bezogen auf die Droge.

Die Blätter enthalten neben den Gerbstoffen und Gerbstoffbausteinen wenig Gallotannine, z.B. Hamamelitannin, eine 2,5-Di-O-galloyl-hamamelose, sowie die Proanthocyanidine des Cyanidins und Delphinidins. Weitere Inhaltsstoffe sind Flavonoide, organische Säuren (u.a. Kaffeesäure, Chinasäure, freie Gallussäure, Fettsäuren) und ätherisches Öl.

Hamamelisrinde besteht aus der getrockneten Rinde der Stämme und Zweige. Die Droge enthält 8–12% Gerbstoffe und Gerbstoffbausteine, im Vergleich mit den Blättern aber kleinere Anteile an Catechin-gerbstoffen und vorwiegend Gallotannine mit der Hauptkomponente β-Hamamelitannin. Daneben kommen wie in den Blättern freie Gallussäure sowie kleine Mengen an Flavonoiden und ätherischem Öl vor.



Die europäisch harmonisierte Monographie (Community herbal monograph) für Hamamelisblätter (EMA/HMPC/114586/2008) erfasst die getrocknete Schnittdroge sowie eine ethanolische Tinktur (1:10) und verschiedene ethanolische Flüssigextrakte in flüssigen oder halbfesten Zubereitungen für die anorektale Anwendung.

Die europäisch harmonisierte Monographie (Community herbal monograph) für Hamamelisrinde (EMA/HMPC/114583/2008) erfasst die getrocknete Schnittdroge sowie eine ethanolische Tinktur (1:10) und einen Trockenextrakt (DER 5-7.7:1), Auszugsmittel Ethanol 30% m/m in flüssigen oder halbfesten Zubereitungen für die rektale und anorektale Anwendung. Als traditionelle Indikation benennen beide die symptomatische Linderung von Jucken und Brennen im Zusammenhang mit Hämorrhoiden. Wenn die Beschwerden länger als zwei Wochen andauern, sollte ein Arzt konsultiert werden. Extrakte aus Hamamelisblättern oder der Rinde von *Hamamelis virginiana* L. sind in der Rezeptur von Hämorrhoidal-Zubereitungen nach wie vor beliebt (Tab. 4.8-2). Sie sollen adstringierend und lokal entzündungshemmend wirken wie auch die bei Hämorrhoiden häufigen Blutungen oberflächlicher Schleimhautgefäße stillen.

Laut Herstellerangaben verfestigen die Gerbstoffe die obersten Kolloidschichten der Haut durch die Vernetzung von Proteinen. In niedriger Konzentration dichten sie damit die Zellmembranen ab und vermindern die Kapillarpermeabilität. In höheren Konzentrationen kommt es zu einer oberflächlichen Proteindenaturierung und zur Ausbildung einer zusammenhängenden, schützenden und reizmindernden Koagulationsmembran sowie zu einer leichten Kompression des darunter liegenden Gewebes. Bakterien finden hierdurch einen weniger günstigen Nährboden. Der Protein-Tannat-Film bildet sich vorzugsweise auf verletzten Hautschichten, bei entzündlichen Exsudaten, Sekreten und auf Schleimhäuten. In tieferen Schichten

wird die Schleimsekretion eingeschränkt und bei Blutungen aus feinsten Kapillaren das Blut zur Koagulation gebracht.

Hamameliswasser ist das Wasserdampfdestillat aus den im Frühjahr gesammelten frischen Blättern und Zweigen.

Das Wasserdampfdestillat (Hamameliswasser) wird unverdünnt oder im Verhältnis 1:3 mit Wasser verdünnt zu Umschlägen bzw. zu 20–30% in halbfesten Zubereitungen eingesetzt. Darüber hinaus können für Umschläge oder zu Spülungen auch Dekokte aus 5 bis 10 g Droge auf eine Tasse Wasser hergestellt werden.

Kamillenblüten

Aufgrund der Lokalisation der Beschwerden kommt bei Hämorrhoiden auch die Behandlung mit Sitzbädern, zum Beispiel mit Kamillenblüten, infrage. Die Extrakte, die mindestens 0,05% ätherisches Öl enthalten sollten, wirken antiphlogistisch und antibakteriell. Die Wirkung wird vor allem den Inhaltsstoffen Matricin, (-)- α -Bisabolol oder den Bisabololoxiden A und B sowie den Flavonderivaten wie Apigenin und Apigenin-7-glucosid zugeschrieben. Es wird angenommen, dass die Beschwerden bei Hämorrhoiden mit mindestens 0,8 g Extrakt aus Kamillenblüten (mit mind. 0,4 mg ätherischem Öl) pro Liter Wasser bzw. mit mindestens 0,4 mg ätherischem Öl pro Liter Wasser gelindert werden können.

4.8.3.3 Kombinationspräparate und Präparateauswahl

Mit den im Handel befindlichen Kombinationspräparaten versuchen die Hersteller einen möglichst großen Symptomkomplex abzudecken (Präparateübersicht, s. Tab. 4.7-2).

- Brennen und Juckreiz werden mit Oberflächenanästhetika angegangen, bei empfindlichen Patienten vorzugsweise mit Lidocain oder Quinisocain.
- Hat der Patient Schmerzen bei der Defäkation, sind wahrscheinlich Analfissuren und

Rhagaden vorhanden. In diesem Fall sind Präparate mit wundheilungsfördernden Substanzen aber auch Adstringentien wie Hamamelis oder Bismutsalze zu wählen, die Risse und Schrunden zur Abheilung bringen.

- Häufig geben die Patienten Blutungen, vor allem bei der Stuhlentleerung, an. Zur lokalen Behandlung bieten sich in erster Linie solche Zubereitungen an, die stark adstringierend, also eiweißfällend, oberflächenverdichtend, gefäßkontrahierend und damit blutstillend wirken. Dies sind vor allem Gerbstoff-haltige Präparate (Hamamelis).
- Reizungen in der Analregion und in der Gesäßfalte, wie etwa Ekzeme und Erytheme, die in der Regel durch das ausfließende Sekret entstehen, sind kein Fall für die Selbstmedikation. Bei einem ausgebildeten Ekzem sollte ein Arzt zu Rate gezogen werden, denn hier sind Corticoid-haltige Zubereitungen angezeigt.

Zusätzlich zu den genannten wirkstoffhaltigen Präparaten können Medizinprodukte empfohlen werden, die unterstützend wirken. Dazu zählen beispielsweise Analdehner die bewirken, dass sich der Schließmuskel entspannen und so zur natürlichen Rückbildung von Hämorrhoiden beitragen kann. Außerdem fördert ein Analdehner durch die Kompression vorhandener Wunden die Wundheilung. Ein Produkt mit einem Hautschutzkomplex aus Jojobawachs, gelbem Bienenwachs und Cetylstearylisononanoat (Posterisan® protect Salbe, Zäpfchen) bildet nach der Anwendung einen Lipidfilm auf der Haut. Dadurch soll unter anderem die Analhaut geschmeidig gehalten und ihre Elastizität verbessert werden.

4.8.4 Patientengespräch

Notwendige Fragen bei Verdacht auf ein Hämorrhoidalleiden:

- Hat bereits eine proktologische Untersuchung stattgefunden?

- Falls ja, welche Beschwerden sind vorhanden bzw. am stärksten ausgeprägt?
- Wie lange bestehen die Beschwerden?
- Können irgendwelche speziellen Auslöser ausgemacht werden?
- Wie steht es mit der Ernährung und Verdauung allgemein?
- Wurden bereits medikamentöse Maßnahmen getroffen und wenn ja, mit welchem Erfolg?

Solange keine proktologische Untersuchung stattgefunden hat, sollte bei den ersten auftretenden Symptomen eines Hämorrhoidalleidens möglichst noch keine Selbstmedikation stattfinden.

Die erste Frage an den Kunden/die Kundin sollte also dahin gehen, ob bereits eine fachärztliche Untersuchung durchgeführt wurde. Ein Arztbesuch ist erforderlich (s.a. Abb. 4.8-1) bei erstmaligem Auftreten von Hämorrhoidalbeschwerden zur Abklärung der Diagnose, Blut im Stuhl oder auf dem Stuhl, Teerstuhl, Fremdkörpergefühl im Anus, Schmerzen im Analbereich, ungewöhnlichen Symptomen, z.B. einziges Symptom Juckreiz, chronischen oder rezidivierenden Beschwerden. Da diese Indikatoren für andere, schwerwiegendere lokale Leiden oder Erkrankungen innerer Organe sein können, sollte der Gang zum Arzt, sofern nicht bereits erfolgt, nicht auf die lange Bank geschoben werden.

Als nächstes sollte mit gezielten Fragen „abgeklopft“ werden, um welches Stadium der Erkrankung es sich handeln könnte. Dies wird nicht immer leicht sein, da die Aussagen der Patienten meistens unscharf sind und zusätzlich Hemmungen bestehen, die Beschwerden zu beschreiben. Dennoch ist diese, wenn auch vielleicht nur ansatzweise Abklärung wichtig, um zu entscheiden, ob das Krankheitsbild überhaupt noch für die Selbstbehandlung in Frage kommt, oder ob dem Patienten nicht eher einer der oben beschriebenen technischen Eingriffe anzuraten wäre.

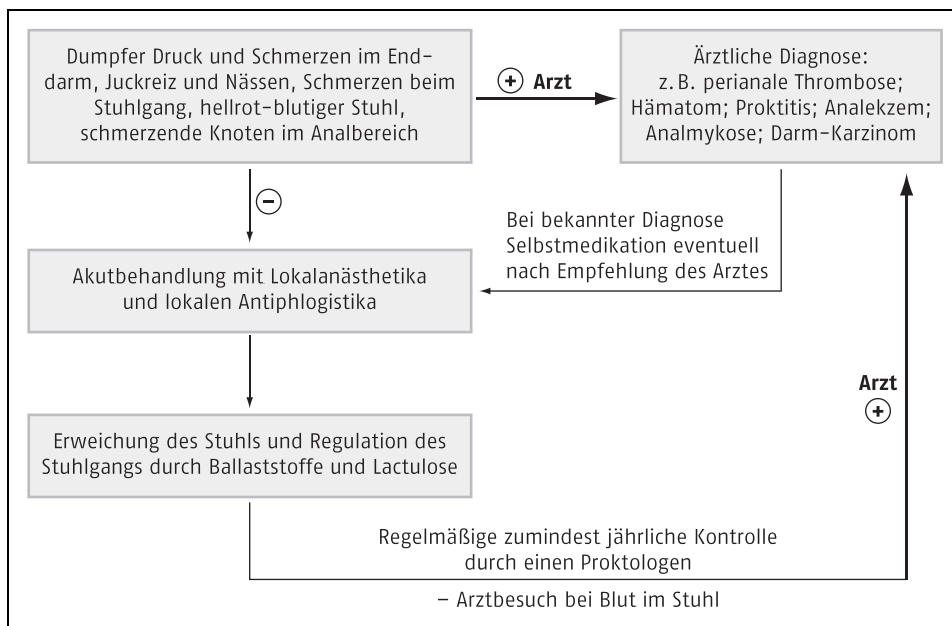


Abb. 4.7-1: Vorgehensweise bei Beratungsgespräch zum Thema Hämorrhoiden. (modifiziert nach Lennecke et al. 2021)

Eine durchgreifende Behandlung kann nur durch den Proktologen erfolgen. In einem solchen Fall wäre die Selbstmedikation unter Umständen nicht mehr als „Analkosmetik“ und dem Betroffenen letzten Endes nicht dienlich. Bestehen schließlich keine Bedenken gegenüber einer kurzfristigen Selbstbehandlung, etwa auch als Nachsorge nach chirurgischen Eingriffen, so sollte ein dem Beschwerdebild angepasstes Präparat empfohlen werden (s. vorangegangener Punkt).

Ein Thema sollte im Beratungsgespräch keinesfalls ausgespart werden: die Ernährungsweise des Patienten.

4.8.4.1 Ernährung

Eine Ernährungsumstellung und ausreichende Bewegung sollten die ersten Empfehlungen an die Betroffenen sein. Lebensmittel sollten soweit als möglich in ihrem natürlichen Zustand verzehrt werden. Eine ballaststoffreiche Ernährung, z.B. mit Obst, Gemüse, Vollkornbrot, Müsli kann durchaus schon eine Besserung des Leidens herbeiführen. Da

Ballaststoffe stark wasserbindungsfähig sind, muss stets ausreichend Flüssigkeit zugeführt werden.

4.8.4.2 Stuhlgang-Gewohnheiten

Weiterhin wichtig für den Heilerfolg bzw. für die Linderung der Beschwerden ist ein regelmäßiger Stuhlgang. Der Patient sollte die Toilette innerhalb weniger Minuten nach Einsetzen des Stuhldrangs aufsuchen. Übermäßiges und zu langes Pressen bei der Stuhlentleerung muss auf jeden Fall vermieden werden, denn durch das Pressen wird das Bindegewebe des Beckenbodens auf die Dauer überlastet und gedehnt, so dass die Hämorrhoidalpolster noch mehr dazu neigen, in den Analkanal herunterzurutschen. Allerdings sollten Patienten, die Probleme mit dem Stuhlgang haben, zu der Einsicht gebracht werden, dass nicht im jeden Preis ein täglicher Stuhlgang erzwungen werden sollte. Auf keinen Fall sollte mit Abführmitteln nachgeholfen werden. Diese führen nicht nur zu starken Flüssigkeitsverlusten,

sondern begünstigen auch die Darmträchtigkeit und damit die krankhaften Hämorrhoiden. Gegebenenfalls können Quellmittel mit niedrigem Quellvermögen zugeführt werden, z.B. zwei Esslöffel Weizenkleie oder Leinsamen in Joghurt oder Buttermilch eingerührt.

Wer von Hämorrhoidalleiden betroffen ist, sollte den Toilettengang so kurz wie nötig halten. Längere „Sitzungen“ belasten das empfindliche Gewebepolster unnötig.

Unerlässlich ist auch eine sorgfältige Afterhygiene. Die aus sehr sensibler Haut und Schleimhaut bestehende Afterregion sollte nach jedem Stuhlgang sorgfältig mit klarem Wasser gereinigt werden. Gerade auf Reisen sollte feuchtes Toilettenpapier zur Hand sein. Von dem Gebrauch von Intimsprays ist abzuraten, da diese häufig Duftstoffe enthalten, die die Haut zusätzlich reizen können.

Darüber hinaus kann die Anwendung eines so genannten Analdehners unterstützend wirken. Regelmäßiges, mehrwöchiges Sphinktertraining, das darin besteht, den Sphinkter gegen den Widerstand des Instrumentes zu kontrahieren, kann Verkrampfungen beheben, die Durchblutung verbessern und die Abheilung von Fissuren begünstigen. Anfängliche Schmerzen beim Einführen lassen sich durch Auftragen einer Gleitcreme oder einer Hämorrhoidensalbe lindern.

4.8.4.3 Technische Behandlungsmöglichkeiten und Operation

Über die operativen Behandlungsmöglichkeiten sollte das pharmazeutische Personal informiert sein um bei Patienten diffuse Ängste zu versachlichen und damit den Weg zum Arzt zu erleichtern.

Eine Methode zur Therapie von Hämorrhoiden I. Grades ist die **Infrarotbehandlung** (Infrarotkoagulation) von Blutungen. Mit Hilfe eines Lichtleiters, der in den Analkanal eingeführt wird, wird lokal eine dosier-

te Verbrennung herbeigeführt. Diese löst eine Verschorfung und Narbenbildung aus.

Bei der **Verödungsbehandlung** (Sklerosierung) werden entzündungserregende Substanzen in die Basis der Gefäßknoten eingespritzt. Sie verursachen dort eine Entzündung, und als Folge von Vernarbungsprozessen schrumpfen die vergrößerten Knoten zusammen. Meistens werden mehrere Injektionssitzungen im Abstand von einigen Wochen durchgeführt. Die Sklerosierung wird hauptsächlich bei Hämorrhoiden I. und II. Grades angewandt.

Größere prolabierte Hämorrhoiden (II. und III. Grades) können mit kleinen Gummiringen abgebunden werden (**Gummibandligatur**). Das Gewebe, das nicht mehr mit Sauerstoff versorgt wird, nekrotisiert und fällt innerhalb von wenigen Tagen ab. Der verkleinerte Hämorrhoidalknoten wird damit wieder besser in der Wand des Analkanals verankert. Wegen möglicherweise auftretender Blutungen darf die Ligaturbehandlung nicht angewendet werden bei Patienten, die unter Blutgerinnungsstörungen leiden und die unter einer gerinnungshemmenden Medikation stehen.

Häufig werden Hämorrhoiden aus Scham und Bequemlichkeit längere Zeit verschleppt oder nicht konsequent genug behandelt. Die Folge ist, dass sie sich mit der Zeit so stark verschlimmern, dass schließlich nur noch eine Operation helfen kann. Dies ist bei großen Hämorrhoiden III. Grades und solchen IV. Grades der Fall.

Bei der **Hämorrhoidektomie** wird der Schließmuskel zunächst durch ein Spreizspekulum gedehnt, damit die Hämorrhoiden für den Operateur gut sichtbar sind. Die stark erweiterten Adern werden dann mit einer Spezialklemme gefasst und entfernt. Eine mögliche Komplikation ist ein leichter Sensibilitätsverlust im Afterbereich, der zu einer unkontrollierten Flatulenz führen kann.

Gute Erfolge zeigt auch die **Laserchirurgie**. Die Vorteile gegenüber der herkömmlichen operativen Therapie liegt darin, dass das

Hämorrhoiden

Gewebe durch die exakten Schnittflächen geschont wird und dass die Blutungen bei der Gewebedurchtrennung durch Gerinnung gut gestillt werden können. Dadurch wird die Wunde kleiner, sie schwillt nicht so stark an und ist weniger schmerzhaft.

Die Infrarotkoagulation, die Sklerosierung und die Gummibandligatur werden ambulant durchgeführt. Diese gilt auch für kleinere operative Eingriffe. Nur bei größeren Vorfällen ist ein kurzzeitiger Krankenhausaufenthalt nicht zu umgehen.