

## <sup>1</sup> 23 Proktologie

H. Wiesinger

### Hämorrhoiden

Unter Hämorrhoiden versteht man eine mehr oder weniger ausgeprägte Hyperplasie des arteriell gespeisten Corpus cavernosum recti. Dieser Schwellkörper, dessen funktionelle Aufgabe die Gewährleistung der Feinkontinenz ist, wird aus den drei Ästen der A. rektalis superior versorgt, wodurch die 3 Prädilektionsstellen der inneren Hämorrhoidalknoten bei 3, 7, 11 Uhr in Steinschnittlage erklärbar sind. Da es sich bei Hämorrhoiden um eine Erkrankung der arteriovenösen Strombahn handelt, kommt es zu mehr oder weniger starken Beschwerden erst dann, wenn durch eine vaskuläre Stauung in den arteriovenösen Gefäßpolstern am anorektalen Übergang entzündliche Veränderungen im Sinne einer Phlebitis mit Übergreifen auf die Umgebung hinzukommen. Erst wenn Schmerzen, Nässen, Blutungen usw. auftreten, spricht man von einem Hämorrhoidalleiden.

Die Unterteilung in 4 Schweregrade erscheint aus therapeutischer Sicht sinnvoll: **(Tabelle 1)**

**Tabelle 1.** Stadieneinteilung bei Hämorrhoiden

#### Hämorrhoiden: Stadieneinteilung

---

1.Grad	in das Rektoskop prolabierende wulstige Knoten
2.Grad	zeitweiliger Vorfall, der spontan zurückgleitet, beim Pressen außen sichtbar
3.Grad	nur digital zu reponierender partieller/totaler Analprolaps
4.Grad	fixierter, digital nicht zu reponierender Analprolaps

---

### Diagnostik

Rekto- Koloskopie (zum Karzinomausschluss)

### Symptome

- Schmerzen und Brennen bei und nach Defäkation
- Juckreiz
- Blutbeimengungen
- Thromben

---

<sup>1</sup> Kapitel 23  
Version 1.0  
Stand 09/2004

## Therapie [konservativ]

- Analhygiene
- kortikosteroidhaltige Salben (cave)
- ballaststoffreiche Ernährung ( zur Normalisierung der Darmpassagezeit)

## Therapie [operativ]

Als Indikation können Hämorrhoiden ab dem 2. Grad angesehen werden. Symptomatische Hämorrhoiden 1. Grades sollten einer Sklerosierungstherapie zugeführt werden

Es stehen mehrere Methoden zur Verfügung

- **Exzisionsligatur (Milligan-Morgan)**: Standardmethode
- Submuköse Hämorrhoidektomie (Parks): Die mit diesem Verfahren verbundene hohe Ligatur des Plexus soll im Gegensatz zur Exzisionsligatur (Milligan Morgan) kein Anoderm opfern.
- **PPH-Painlimiting Prolapsektomie and Hämorrhoidektomie (Longo)**: Hier handelt es sich im Gegensatz zu den resezierenden Methoden von Parks und Milligan-Morgan um eine rekonstruierende Methode durch Unterbindung bzw. Resektion der submukösen Arterienäste bei 3, 7, 11 Uhr durch Abstapeln eines zirkulären Schleimhautstreifens. Vorteile sind geringere Schmerzen, keine ausgedehnte Wundbehandlung notwendig, Nachteile sind die höhere Komplikationsrate (Blutungen, Sphinkterläsionen)
- **DGHAL** (Doppler Guided Hemorrhoid Artery Ligation) Ligatur der Hämorrhoidalarterien mit dem Ultrasonic Blood Flow Detector KM-25: Diese m. E. optimalste Methode steht derzeit in klinischer Erprobung. Mittels Ultraschallsonde werden die Aa. hämorrhoidales aufgesucht und durch transmuköse Durchstechungsligatur (standardisiertes Instrumentarium) umstochen wodurch es zu Obliteration der Hämorrhoiden kommt. Diese Methode verbindet die Vorteile der Longo Methode mit einer leicht erlernbaren und praktisch komplikationsfreien Operationstechnik.

## Analfissur

Die Analfissur ist eine der schmerzhaftesten proktologischen Erkrankungen. Es handelt sich um ein meist spindelförmiges, einige Millimeter bis zwei cm langes breites benignes Ulkus, das in 90% der Fälle bei 6 Uhr Steinschnittlage im distalen Analkanal lokalisiert ist.

## Klinik

Bei der Defäkation einsetzender heftiger Schmerz dessen Ursache in einer schmerzhaften Dauerkontraktion des M. Sphinkter ani internus liegt.

## Diagnose

Klinik und Inspektion mit Rektoskop, falls der Patienten die Untersuchung schmerzmäßig nicht toleriert, muss die Untersuchung in Allgemeinnarkose (AN) erfolgen!!

## Therapie

### *Akute Fissur*

Konservativer Therapieversuch mit Eichenrindensitzbäder, kortikoidfreien Salben, intermittierend Laxantien. Bei Therapieversagen Sphinkterdehnung in Narkose, Fissurektomie und Histologie (Ausschluss ein CIBD) ev. auch laterale Sphinkterotomie (cave Sphinkterspätschäden!).

### *Chronische Fissur*

Fissurektomie und Histologie (Ausschluss einer CIBD) ev. auch laterale Sphinkterotomie (cave Sphinkterspätschäden!).

## Periproktitischer Abszess

Ein periproktitischer (Synonyma: perianaler-paraproktitischer) Abszess stellt eine Eiteransammlung in dem den Mastdarm umgebenden Bindegewebe bzw. in den sich hier vorfindenden, von Fettgewebe ausgefüllten, anatomischen Spalträumen (Fossa ischiorektalis, Spatium pelvirektale) dar.

## Einteilung

- **intersphinktäer Abszess:** Im Spaltraum zwischen M. sphinkter ani externus et internus.
- **ischiorektaler Abszess:** Von der Ischiorektalgrube ausgebreitet und nach innen von den Sphinkteren, nach oben vom M. Levator ani und nach außen vom Sitzbein begrenzt.
- **intrasphinktäer submuköser, subkutaner Abszess:** Zwischen Sphinkterapparat und Anal- bzw. Rektumepithel gelegener Abszess.
- **supra- extralevatorischer pelvirektaler Abszess:** Zwischen Rektumwand, Levatorplatte und Peritoneum gelegener Abszess.

## Klinik

Abhängig von der Lokalisation und Ausdehnung. Schmerzen, Rötung, Schwellung, Fieber, Schüttelfrost.

## Diagnostik

Inspektion, Rektoskopie, ev. CT, besser MRT.

## Therapie

Chirurgisch großzügige Inzision mit Streifeneinlage. Die sich nicht selten darauf hin ausbildende perianale Fistel (fehlende Abheilung der Inzision über Wochen) wird dann einige Monate später saniert (s.u.). Über die Möglichkeit einer aus einem Perianalabszess resultierenden Perianalfistel und die ev. neuerliche operative Sanierung ist der Patient aufzuklären.

## Perianalfistel

Perianalfisteln entwickeln sich als chronische Infekte der Proktodealdrüsen.

## Einteilung (nach Stelzner)

- **intersphinktäre Fistel:** Durchsetzt den M. Sphinkter ani internus und verläuft im intermuskulären Spatium.
- **transsphinktäre Fistel:** Durchsetzt den M. Sphinkter ani internus und externus und erreicht die Fossa ischiorektalis
- **suprasphinktäre Fistel:** Durchsetzt den M. Sphinkter ani internus, verläuft im Spatium intermuskulare nach kranial, greift über den M. puborektalis hinweg und erreicht dann die Fossa ischiorektalis.
- **extrasphinktäre Fistel:** Verbindung zwischen pelvirektalem Gewebe und Rektum und/oder perianaler Haut.

## Diagnose

Klinische Untersuchung, Rektoskopie, MRT.

## Therapie

Freilegung des Fistelganges, Fistelexzision und Spaltung der Fistel ins Rektum, Verschluss der inneren Fistelöffnung durch einen Mukosaflap.