



Oft unter den Teppich gekehrt

Was tun bei Analleiden?

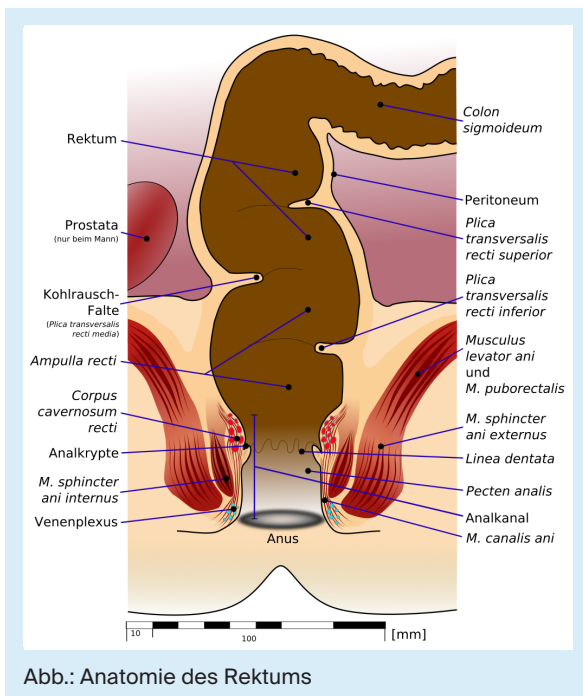
DD | Wenige reden über sie, viele haben sie: Analleiden. Ob Hämorrhoiden, Fisteln, Fissuren oder analer Juckreiz, kommt es zu Beschwerden im Analbereich, ist der Leidensdruck oft groß, die Scham jedoch noch größer. Dabei sind die Betroffenen nicht allein: So sind beispielsweise annähernd 70 % der Erwachsenen in ihrem Leben mindestens einmal von symptomatischen Hämorrhoiden betroffen, in ärztliche Behandlung begeben sich aber nur ca. 4 %.¹ Klingen die Beschwerden nicht von selbst ab, suchen Betroffene meist Hilfe in der Apotheke, bevor sie den Weg in die Arztpraxis wagen. Dabei hat die Apotheke die wichtige Aufgabe, im Gespräch die passende Behandlungsmethode zu finden oder zu einer ärztlichen Abklärung zu raten. Das verlangt nicht nur ein fundiertes Wissen, sondern auch einen einfühlsamen Umgang mit den Betroffenen.

Nur anhand der Symptomatik zwischen unterschiedlichen Analleiden zu unterscheiden, ist nicht immer

einfach. So können Juckreiz, Missempfindungen oder Blutungen auf verschiedene Krankheitsbilder hindeuten. Eine Übersicht über einige typische Beschwerden, die im Analbereich auftreten können, liefert Ihnen dieser Artikel.

Hämorrhoidalleiden

Zu den wohl bekanntesten Analbeschwerden gehören Hämorrhoidalleiden. Die Hämorrhoiden (griechisch; haíma = Blut, rhoos = fließen) bzw. der Hämorrhoidplexus (Corpus cavernosum recti) befinden sich im Übergangsbereich zwischen Mastdarm und After (siehe Abb.). Dabei handelt es sich um ein stark durchblutetes Gefäßpolster, das normalerweise zusammen mit der Schließmuskulatur dafür sorgt, dass der Stuhlgang zurückgehalten und der Darm gegen die Umwelt abgeschlossen wird. Kommt es durch das Anschwellen der Hämorrhoiden zu Beschwerden, spricht man von einem Hämorrhoidalleiden. Diese können von leichten Blutungen bis hin zu einem kompletten Schleimhautvorfall (fixierter Analprolaps) reichen.



Je nach Symptomausprägung werden Hämorrhoidalleiden in 4 Stadien eingeteilt, wobei diese sich vor allem an der Größe der Hämorrhoiden und dem Ausmaß des Vorfalls der Rektalschleimhaut richten.

- **Grad I:** Schmerzhaft submuköse Polster, die sich hervorstülpen, aber nur mit dem Proktoskop zu sehen sind. Auffällig durch hellrotes Blut im Stuhl.
- **Grad II:** Weiter vergrößerte Polster, die beim Pressen bis zum Analrand und auch nach außen treten, sich dann spontan zurückziehen.
- **Grad III:** Wie bei Grad II, Polster ziehen sich aber nicht mehr von selbst zurück, sondern müssen mit den Fingern zurückgedrückt werden.
- **Grad IV:** Wie bei Grad III, aber lassen sich nicht mehr zurückschieben.

Das Entstehen von Hämorrhoidalleiden kann durch unterschiedliche Faktoren begünstigt werden, wobei ein verstärktes Pressen während des Toilettengangs als wichtigster Auslöser gilt. Darüber hinaus spielt vor allem das Alter eine Rolle. So nehmen ältere Personen oft nicht genügend Flüssigkeit zu sich, was zur Verhärtung des Stuhls und Verstopfungen führen kann. Aber auch eine genetische Disposition, z. B. ein schwaches Bindegewebe, bestimmte Medikamente oder ein erhöhter Druck im Bauchraum durch eine Schwangerschaft können zu Hämorrhoidalleiden führen.

Wer von einem Hämorrhoidalleiden betroffen ist, sollte in erster Linie an den Ernährungsgewohnheiten und dem Defäkationsverhalten arbeiten. Dabei sollte

auf eine möglichst ballaststoffreiche Ernährung – auch unter Einbezug von Quellmitteln wie Flohsamenschalen – geachtet werden, um einen weich geformten, volumenreichen Stuhl sicherzustellen und starkes Pressen zu verhindern. Darüber hinaus sollten Toilettengänge maximal 3–5 Minuten in Anspruch nehmen, da längeres Pressen die Beschwerden verschlimmern kann.¹

Grenzen der Selbstmedikation

Wünscht jemand ein Mittel gegen Hämorrhoidalleiden in der Selbstmedikation, sollte zunächst geklärt werden, ob die beschriebenen Beschwerden ohne ärztliche Abklärung behandelt werden können. Zu einem Besuch in der Arztpraxis sollte geraten werden bei:

- erstmaligen Beschwerden zur Abklärung der Diagnose,
- dunkelrotem (geronnenem) Blut (Blut aus den Hämorrhoidalpolstern ist frisch und hellrot),
- Teerstuhl (schwarz gefärbter Stuhl durch Reaktion von Hämoglobin und Magensäure),
- Fremdkörpergefühl oder Schmerzen im Analkanal (die Hämorrhoiden liegen im nichtsensiblen Teil des Rektums),
- Verdacht auf Hämorrhoidalleiden im Stadium III oder IV,
- bereits erfolgter Selbstmedikation über zwei Wochen ohne Besserung der Symptome oder
- immer wieder auftretenden Beschwerden.

Sind die Voraussetzungen für eine Behandlung in der Selbstmedikation gegeben und bringen Lebensstil-Anpassungen nicht den gewünschten Erfolg, können einige Präparate helfen, Beschwerden zu lindern. Dabei handelt es sich jedoch um eine rein symptomatische Abhilfe, eine Verkleinerung vergrößerter Hämorrhoidalpolster ist in der Selbstmedikation nicht möglich. Sollen in erster Linie Schmerzen, Jucken oder Brennen am Anus behandelt werden, kommen vor allem Lokalanästhetika mit Quinisocain oder Lidocain zum Einsatz. Sie werden in der Regel als Salben (für die Anwendung ist oft ein Applikator nötig) oder Zäpfchen angewendet und wirken meist innerhalb weniger Minuten. Die Anwendungsdauer sollte je nach Präparat jedoch nur wenige Tage betragen. Bei Bluten und Nässen können hingegen Adstringenzen Linderung verschaffen. Sie bewirken durch eine Reaktion mit dem Eiweiß oberster Gewebeschichten eine Verdichtung des kolloidalen Gefüges, wodurch es zur Bildung einer fest zusam-

menhängenden oberflächlichen Membran kommt. Sie enthalten meist basisches Bismutgallat oder gerbstoffhaltige Extrakte aus Hamamelis und Eichenrinde und werden als Salben mehrmals täglich über einen Zeitraum von maximal 4 Wochen auf die betroffene Stelle aufgetragen. Um gereizte Bereiche zu pflegen, eignen sich des Weiteren entzündungshemmende Lokaltherapeutika, beispielsweise mit Kamille oder Panthenol, oder feuchtigkeitsbindende Zubereitungen mit Titan- oder Zinkoxid, falls der Bereich stark nässt.

Analekzeme

Kommt es am After zu starkem Juckreiz und Brennen sowie oberflächlichem Nässen, liegt möglicherweise ein Analekzem (auch perianale Dermatitis oder perianales Ekzem) vor. Es tritt als Folgeerscheinung verschiedener proktologischer, dermatologischer, allergologischer oder mikrobieller Veränderungen auf und wird durch die anatomischen Bedingungen der Analregion begünstigt. Je nach Auslöser unterscheidet man zwischen 3 Formen:²

- **Irritativ-toxisches Analekzem:** Entsteht als Folge einer direkten Schädigung der epithelialen Barriere durch chemische oder mechanische Reize. Chemische Reize entstehen meist durch den nicht kontrollierbaren, perianalen Übertritt von ammoniakalisch-fäulentem Sekret in die Perianalregion (z.B. durch Hämorrhoidalleiden, sexuell übertragbare Infektionen oder Rektum- bzw. Analtumore). Zu den mechanischen Reizen zählen forciertes Reiben mit Toilettenpapier, Waschlappen oder enganliegende Kleidung.
- **Atopisches Analekzem:** Ausgelöst durch eine zugrundeliegende atopische Erkrankung wie eine atopische Dermatitis, allergisches Asthma bronchiale oder Rhinokonjunktivitis allergica sowie durch Nahrungsmittelallergien. Nicht selten mit über

Jahre anhaltendem nächtlichem Juckreiz ohne klare Diagnosestellung.

- **Kontaktallergisches Analekzem:** Allergische Reaktion zumeist auf Inhaltsstoffe von Hautpflegemitteln, Intimsprays oder feuchtem Toilettenpapier innerhalb von etwa 48 Stunden.

Nicht selten kommt es zur Überlappung der unterschiedlichen Ekzemarten. So kann ein irritativ-toxisches oder atopisches Analekzem die Entstehung einer Kontaktallergie begünstigen und ein atopisches Analekzem die Anfälligkeit gegenüber irritativ-toxischen Reizen erhöhen.

Die Behandlung eines Analekzems richtet sich nach der Ursache. So wird – wenn vorhanden – die ursächliche Erkrankung behandelt und/oder es werden irritative Reize gemieden und die Analhygiene optimiert (insbesondere ein reizarmer Reinigungsprozess). Darüber hinaus können topische antiinflammatorische Therapeutika wie Kortikosteroide und Calcineurin-Inhibitoren sowie antibakterielle, antimykotische und antiseptische Wirkstoffe zum Einsatz kommen.² Beschwerden wie Juckreiz oder Schmerzen können symptomatisch – ähnlich der Therapie bei Hämorrhoidalleiden – behandelt werden, wobei bei nässenden Ekzemen Sitzbäder mit Meersalz oder Gerbstoffen den Heilungsprozess unterstützen können. Anschließend kann eine längerfristige Anwendung weicher Zinkpaste die Haut vor weiteren Irritationen schützen.

Analfisteln

Sehr unangenehm und meist nur mit einer Operation zu behandeln sind Analfisteln. Sie entstehen oft durch eine Infektion der Proktodealdrüsen – einer nur noch rudimentär vorhandenen Drüse im Bereich zwischen dem inneren und äußeren Schließmuskel des Anus, die sich

Krankheitsbild	Pathologie	Symptome
Hämorrhoidalleiden	Vergrößerung des Hämorrhoidalplexus (Corpus cavernosum recti) mit Folgebeschwerden wie Blutungen, Nässen, Juckreiz und Stuhlschmieren	Transanale Blutungen während oder nach dem Stuhlgang (meist hellrotes Blut), in fortgeschrittenen Stadien Gefühl unvollständiger Stuhlentleerung, gestörte Feinkontinenz mit Stuhlschmieren sowie Juckreiz, Brennen und Nässen
Analekzem	Folgeerscheinung verschiedener proktologischer, dermatologischer, allergologischer oder mikrobieller Veränderungen. Unterscheidung zwischen irritativ-toxischem, atopischem und kontaktallergischem Analekzem	Juckreiz und Brennen am After, teilweise mit oberflächlichem Nässen
Analfistel	Oft Infektion der Proktodealdrüsen, auch als Folge von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen	Schmerzen beim Sitzen und beim Stuhlgang, Rötungen und Schwellungen im Bereich der Fistelöffnung
Analfissur	Geschwürartige Veränderung im Bereich des Aftereingangs in der Nähe des Steißbeins durch einen erhöhten Druck des inneren Schließmuskels	Starker, reißender Schmerz während des Stuhlgangs, der auch noch mehrere Stunden anhalten kann; oft Blutauflagerungen auf dem Stuhl oder hellrotes Blut auf dem Toilettenpapier

Tab.: Übersicht Analleiden

Allgemeine Verhaltenstipps

- Ballaststoffreiche Ernährung (z. B. Flohsamenschalen)
- Bewegung zur Anregung der Darmmotilität
- Regelmäßige Analhygiene: Analbereich nach dem Stuhlgang vorsichtig trocken abwischen, anschließend mit Wasser reinigen, damit keine Reste z. B. an den Haaren zurückbleiben (optimalerweise mit Bidet, ersatzweise Toilettenpapier kurz mit Wasser befeuchten)
- Auf Seifen oder feuchtes Toilettenpapier verzichten (können zu Irritationen führen)
- Das Toilettenpapier sollte nicht zu rau und hart sein. Bedrucktes Klopapier kann Stoffe enthalten, die die Haut reizen.
- Unterwäsche aus Baumwolle tragen, um feuchtes Milieu zu verhindern
- Gereizten After mit Zinksalbe pflegen
- Defäkationsverhalten verbessern (z. B. Verzicht auf Erzwingen einer Entleerung, Vermeidung von Pressen)

zu einem langen Gang schließt und zur Fistel wird – oder durch chronisch entzündliche Darmerkrankungen wie Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. Analfisteln und -abszesse weisen grundsätzlich das gleiche Krankheitsbild auf, wobei es sich bei ersterem um die chronische und bei letzterem um die akute Form handelt. Betroffene klagen für gewöhnlich über Schmerzen beim Sitzen und beim Stuhlgang. Darüber hinaus fließt aus der Öffnung der Fistel oft Sekret heraus und der Bereich um die Fistel herum ist gerötet und angeschwollen. Zu den Risikofaktoren für die Ausbildung einer Analfistel zählen unter anderem Fettleibigkeit, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselkrankheiten, Rauchen, Alkohol, langes Sitzen und psychosozialer Stress sowie eine salzhaltige oder scharfe Ernährung. Da Analfisteln nicht von selbst abheilen und in der Regel einer Operation bedürfen, sollte bei Verdacht ärztlicher Rat eingeholt und keine Behandlung in der Selbstmedikation vorgenommen werden.³

Analfissuren

Im Gegensatz zu Analfisteln heilen Analfissuren meist ohne Operation ab. Bei ihnen handelt es sich um eine geschwürartige Veränderung im Bereich des Aftereingangs in der Nähe des Steißbeins, die einem Riss ähnelt. Wie genau eine Analfissur entsteht, ist bisher nicht eindeutig geklärt, maßgebend ist aber wohl

ein erhöhter Druck des inneren Schließmuskels und daraus resultierende Durchblutungsstörungen sowie Schmerz- und Entzündungsreize. Wird eine Analfissur nicht durch eine andere zugrundeliegende Erkrankung hervorgerufen, spricht man von einer primären Fissur. Sie ist meist Folge eines harten Stuhlgangs oder von Verstopfungen. Sekundäre Fissuren können hingegen durch verschiedenste bakterielle, virale, entzündliche oder immunologische Erkrankungen (z. B. Morbus Crohn) sowie durch Verletzungen oder operative anale Eingriffe entstehen. Eine Analfissur zeichnet sich durch einen starken, reißenden Schmerz während des Stuhlgangs aus, der auch noch mehrere Stunden anhalten kann. Oft kommt es zu Blutauflagerungen auf dem Stuhl oder zu hellrotem Blut auf dem Toilettenpapier. Die Spontanheilungsrate von Analfissuren gilt als sehr hoch. Wie bei vielen Analleiden sollte auch hier auf eine ballaststoffreiche Ernährung (z. B. mit Flohsamenschalen) geachtet werden, um eine geformte Stuhlkonsistenz zu erreichen. Um den Komfort zu erhöhen, können zusätzlich Sitzbäder empfohlen werden, wobei hier teilweise Hautirritationen beobachtet wurden. Medikamentös wird eine Analfissur vorrangig mit Calciumkanalblockern wie Nifedipin über 3–8 Wochen behandelt. Lokalanästhetika können zusätzlich zur Symptomlinderung appliziert werden.⁴

Fazit

.....

Analleiden sind ein weit verbreitetes Problem, das fast jeden Menschen einmal betrifft. Ob Hämorrhoiden, Analfisteln, -fissuren oder -ekzeme – sie alle beeinträchtigen die Lebensqualität der Betroffenen zumeist stark, werden aber aus Scham oft unter den Teppich gekehrt. Da der Gang in die Arztpraxis meist eine zu große Überwindung kostet, suchen Betroffene für eine erste Einschätzung ihrer Symptome mehrheitlich die Apotheke auf. Diese steht dann vor der Herausforderung, Patientinnen und Patienten einfühlsam zu beraten, Symptome einzuordnen, eine passende Behandlung zu finden oder doch die ärztliche Abklärung zu empfehlen.

1 S3-Leitlinie: Hämorrhoidalleiden, Stand: 04/2019

2 S1-Leitlinie: Diagnostik und Therapie des Analekzems, Stand: 09/2019

3 Universitätsspital Zürich: Analfisteln, abrufbar unter: <https://www.usz.ch/krankheit/analfisteln>, zuletzt abgerufen am 18.01.2024

4 S3-Leitlinie: Analfissur, Stand: 10/2019