

Akute Anal- und Perianalvenenthrombose als proktologischer Notfall

Von Peter G. Friedl und Eberhard M. Rappold

Keywords: Analvenenthrombose, Perianalvenenthrombose, Thrombektomie
 Die Anal- und Perianalvenenthrombose stellt einen der häufigsten Anlässe für akute Vorstellungen in der Praxis koloproktologisch orientierter Ärzte dar. Diese Situation erfordert eine rasche und klare Diagnose, um den schmerzgeplagten Patienten eine adäquate Therapieoption anzubieten.



Häufige auslösende Faktoren bei der Entstehung der äußerst schmerzhaften Blutgerinnselbildung unter der Anal- und/oder Perianalhaut sind starkes Pressen z. B. während anstrengender Defäkation, thermische Einflüsse wie extreme Kälte, oder auch extreme Hitze, körperliche Anstrengung z. B. beim Joggen oder Radfahren, sowie die Endphase der Gravidität und der eigentliche Geburtsvorgang selbst. Ein vorbestehendes Hämorrhoidalleiden kann ebenfalls ein prädisponierender Faktor für das Auftreten einer Analvenenthrombose sein.

Um hier gleich einem Missverständnis vorzubeugen: Die Thrombose auf der prok-

tologischen Ebene, wie oben erwähnt, führt nie zu einer Embolie (z. B. der Lunge) und ist nie mit einer tiefen Beinvenenthrombose vergesellschaftet. Dies bedeutet, dass die schmerzhaft, so entstandene Thrombosierung immer „nur“ ein lokales anales Problem für den betreffenden Patienten darstellt. Die Ruptur mit Gerinnselbildung im subanodermalen Venenplexus provoziert innerhalb von Minuten bis Stunden eine extrem schmerzhaft dunkelblaue Schwellung am Analrand. Die Überdehnung des sehr sensiblen Anoderms führt zu Juckreiz, Stechen, Brennen und zu einem starken Spannungsgefühl. Es können einzelne Knoten (Abb. 1a und 3), aber

auch mehrere, zum Teil zirkulär angeordnete Knoten entstehen. Die frische Thrombose blutet nicht! Erst durch die Ausbildung einer Hautnekrose über den gespannten Knoten kann es zu einem spontanen Riss (Ulkus) und damit zur Blutung führen (Abb. 2). Durch das häufig auftretende perifokale Begleitödem (Abb. 3, 4 und 7a) wird die Schmerzsymptomatik verstärkt.

Therapieoptionen

Je nach Ausdehnung der Perianalvenenthrombose, dem Alter des Geschehens sowie der Schmerzintensivität, sind mehrere therapeu- →



Abb. 1a: Perianalvenenthrombose bei 4h SSL, präoperativ



Abb. 1b: postoperativ

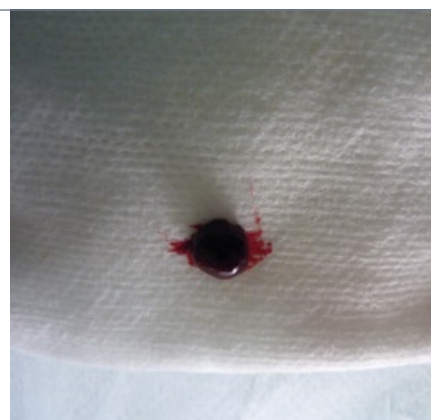


Abb. 1c: Thrombus

tische Optionen möglich. Bei kleineren und älteren Perianalvenenthrombosen ist ein konservatives Management mit Lokalanästhetika und Antiphlogistika vertretbar. Kühlung, Stuhlregulierung und lokale Salbenapplikation werden empfohlen. Die akuten Schmerzen klingen nach drei bis fünf Tagen deutlich ab, die Thromben bilden sich in der Regel nach zwei (vier) Wochen zurück. Bei großen, schmerzhaften Perianalvenenthrombosen führt die in Lokalanästhesie unter ambulanten Kautelen durchgeführte Entlastungsoperation zur sofortigen Schmerzerleichterung. Dabei wird das Anoderm partiell aufgedeckt und eine Thrombektomie vorgenommen (Abb. 7a und 7b). Gegebenenfalls ist die Koagulati-



Abb. 2: Schmerzhaftes perianale Venenthrombose mit deutlichem Begleitödem, nach partieller Spontanruptur, 36. SSW.



Abb. 3: Kleine akute Thrombose bei 3h SSL mit leichtem Ödem.

Appendix

Als Beigabe ein Schwank aus der Geschichte: Kaiser Napoleon I (1769–1821) litt bereits als Endzwanziger bis zum Ende seiner Militärkarriere an vergrößerten, schmerzhaften Hämorrhoiden. Vor der Schlacht bei Waterloo am 13. Juni 1815 trat bei ihm ein akuter analer Schmerz auf, wobei man von einer Analvenenthrombose ausgehen darf. Aufgrund der extremen Schmerzen war Napoleon nicht mehr in der Lage, an seine Generäle die richtigen Befehle auszugeben. Durch Gabe von Opiaten wirkte Napoleon benommen, sprunghaft und unschlüssig. Möglicherweise ist so die Schlacht bei Waterloo für Napoleon verloren gegangen. Sein englischer Gegenspieler Wellington sagte später, Waterloo sei einer seiner größten Siege gewesen von welchem er wisse, dass dieser nur aufgrund von Napoleons Schmerzen und dessen eingeschränkter Mobilität zustande gekommen sei.



Abb. 4: Große Perianalvenenthrombose mit deutlichem schmerzhaftem Begleitödem.



Abb. 5: Präoperativer Situs eines frischen Thromboserezidivs nach unzureichender Therapie (Stichinzision auswärts), Nekrose, Ödem.



Abb. 6: Postoperativer Situs nach kompetenter chirurgischer Abtragung.

on, d.h. Verschorfung der kleinen offenen Gefäße notwendig. In der Regel bleibt die Wunde offen. Stichinzisionen und das Exprimieren der Thromben sollten der Vergangenheit angehören, da über 50% der so behandelten Patienten ein Frührezidiv (Abb. 5) erleiden. Tägliches Duschen und die oben bereits aufgeführte Salbenvorlagen führen per secundam zur raschen Abheilung des exzidierten Areals. Ein weiterer Vorteil dieser Sofortmaßnahme der chirurgischen kompetenten Aufdeckung besteht in der simultanen Beseitigung der nicht selten nach Perianalvenenthrombosen aufgetretenen lästigen Analmarisken d.h. Hautlappenbildung, da sie eine gute Analhygiene erschwert. Die sehr lästige und akut auftretende schmerzhaft peri/intraanale Venenthrombose führt durch eine so vorgenommene adäquate, proktologisch fundierte Therapie zu einer raschen Linderung. Dabei ist wichtig, die Analvenenthrombose klar zu diagnostizieren und z.B. einen inkarzierten Hämorrhoidalprolaps auszuschließen! Letzterer bedarf einer ganz anderen Therapie. Auch Mischformen dieser beiden Krankheitsbilder (Hämorrhoidalprolaps mit bzw. und Perianalvenenthrombosierung) treten nicht



Abb. 7a: Thrombosierung mit hemizirkulärem Ödem – präoperativer Situs.



Abb. 7b: Situs zwei Tage postoperativ nach kompetenter chirurgischer Abtragung.

selten auf und bedürfen dann ebenfalls einer anders gearteten individuellen Therapieoption. Kurz zusammengefasst bedeutet dies für den leidenden Patienten: Salbe und kalte Analdusche sind selten falsch – der ärztliche Spezialist sollte jedoch das weitere Therapiegeschehen bestimmen. ❖

Literatur beim Verfasser

*Dr. Peter G. Friedl
Dr. Eberhard M. Rappold
Chirurgische Gemeinschaftspraxis,
Kompetenzzentrum Koloproktologie
ATOS Klinik Heidelberg
friedl@atos.de
rappold@atos.de*