

Leitlinien

BAK, DEGAM, AWMF und viele Fachgesellschaften erstellen und publizieren Leitlinien – da kann es mühsam sein, den Überblick zu behalten. Daher möchten wir Sie mit dieser Rubrik unterstützen, hinsichtlich relevanter Leitlinien auf dem Laufenden zu bleiben. Kurz und übersichtlich finden Sie monatlich eine Zusammenfassung einer ausgewählten Leitlinie (LL) sowie ggf. bei erneuerten Leitlinien den wichtigsten inhaltlichen Änderungen. Für Interessierte finden sich die Links zu den besprochenen Leitlinien am Ende des Artikels.

S3-Leitlinie Hämorrhoidalleiden

Die Leitlinie wurde aktuell im April 2019 federführend durch die Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie (DGK) erstellt. Neben den einführenden Themen der Anatomie und Physiologie wird auf die Symptomatik und Diagnostik sowie auf die konservative und chirurgische Therapie eingegangen. Ein weiteres Kapitel ist dem peri- und postoperativem Management gewidmet, welches aus pharmazeutischer Sicht insbesondere die Themen Schmerz und Quellstoffe beinhaltet.

Das Wissen um Symptomatik und Anatomie sowie Physiologie hilft dem beratenden Apotheker bei einer Entscheidungsfindung für das richtige Präparat, wenn der Patient mit einer Symptomschilderung und bekanntem Hämorrhoidalleiden kommt.

Klassische – allerdings sehr unspezifische – Symptome sind perianale Blutungen, perianale Schwellungen oder Prolaps und Juckreiz, Nässen sowie Brennen. Circa siebenzig Prozent der Erwachsenen sind irgendwann einmal mit Hämorrhoidensymptomen konfrontiert worden. Die Entscheidung über Schwere – und damit ggf. einer OP-Indikation – muss der behandelnde Koloproktologe stellen.

Therapie

Symptomverbessernd können Ballaststoffe eingesetzt werden (Evidenzgrad B), hierzu gehören stuhlregulierend auch Flohsamen. Zur Anwendung von „Externa“ bzw. „Hämorrhoidalia“ wurde keine ausreichende Evidenz gefunden, daher wird hierzu nur eine Expertenkonsens-Empfehlung ausgesprochen; diese „können zur symptomatischen Therapie bei akuten Beschwerden angewendet werden“. Insbesondere zeigten einige Studien mit Flavonoiden, Lokalanästhetika bzw. Kortikosteroiden (teilweise auch in Kombination) positive Ergebnisse bei niedriggradigen Hämorrhoidalleiden [1-3]. Insgesamt wird der lokalen Anwendung der Vorzug gegeben, aufgrund der höheren Rate des Auftretens von Nebenwirkungen bei systemischer Anwendung.

Verordnete Therapien, insbesondere postoperativ zur Schmerzlinderung, beinhalten topische Zubereitungen mit Glyceroltrinitrat und Diltiazem. Diltiazem scheint nebenwirkungsärmer zu sein (z.B. keinen Nitratkopfschmerz) [4, 5]. Hier wird oft die Fachkompetenz der Apotheke zur Herstellung von Rezepturen in Anspruch genommen. Erste Studien für injiziertes Botulinumtoxin zeigen einen Trend zu

positiven Ergebnissen. Keine Routineindikation zur postoperativen Schmerztherapie besteht für topische Metronidazol-Zubereitungen. Quellstoffe können eingesetzt werden, allerdings besteht hierfür auch nur ein Empfehlungsgrad „0“. Von Opioiden zur Analgesie wird abgeraten, da deren obstipatorischen Nebenwirkungen kontraproduktiv seien.

Merke für die Apothekenpraxis:

Die Evidenzlage für „Externa“/„Hämorrhoidalia“ ist begrenzt, daher sind starke, evidenzgestützte Aussagen zur konservativen symptomatischen Therapie von Hämorrhoidalleiden nur begrenzt möglich. Bei niedriggradigen Hämorrhoidalleiden zeigt der Einsatz von Flavonoiden, Lokalanästhetika bzw. Kortikosteroiden zur Symptomtherapie Erfolge.

Bei der (postoperativen) Therapie unterstützt der Apotheker vor Ort Arzt und Patient insbesondere mit seinem Können rund um die Herstellung von Rezepturen: Die Therapie mit topischen Zubereitungen von Glyzeroltrinitrat und Diltiazem hat hier eine Bedeutung.

Sie finden die Leitlinie unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/081-0071_S3_Haemorrhoidalleiden_2019-04_1.pdf letzter Aufruf am 15. Mai 2019.

[1] Lorenc Z, Gokce O: Tribenoside and lidocaine in the local treatment of hemorrhoids: an overview of clinical evidence. Eur Rev Med Pharmacol Sci 2016; 20(12): 2742–51

[2] Misra MC, Imlitemsu: Drug treatment of haemorrhoids. Drugs 2005; 65(11): 1481–91

[3] Perera N, Liolitsa D, Iype S, et al.: Phlebotonics for haemorrhoids. Cochrane Database Syst Rev 2012; 8: CD004322

[4] Sammour T, Barazanji AWH, Hill AG: Evidence-Based Management of Pain After Excisional Haemorrhoidectomy Surgery: A PROSPECT Review Update. World J Surg 2017; 41(2): 603–14

[5] Huang Y, Chen C, Chen R, Kang, Y, Wei, P: Topical diltiazem ointment in post-hemorrhoidectomy pain relief: A meta-analysis of randomized controlled trials. Asian J Surg 2017