

Was sind Hämorrhoiden?

Henning Rohde

Sammelbegriff, Symptom oder Erkrankung?

Zusammenfassung

Anale Symptome werden in der allgemeinärztlichen, internistischen, gynäkologischen, urologischen und dermatologischen Sprechstunde häufig geschildert. Jedoch gibt es wenig gesichertes Wissen über Ursache, Häufigkeit, zuverlässige Diagnostik und Behandlungskosten analer Erkrankungen. Vieles wird unter „Hämorrhoiden“ subsumiert. Solange Sensitivität, Spezifität und prädiktiver Wert der Diagnose von Hämorrhoiden (und anderen analen Erkrankungen) unbekannt sind, ist deren Diagnostik unzuverlässig. Unbekannt ist, in welcher Untersuchungsposition des Patienten Hämorrhoiden zuverlässig erkannt werden können. Es besteht ein diagnostisches Defizit, indem anale und perianale Läsionen (Marisken, Analekzem, Fissuren) nicht ausreichend in die Diffe-

renzialdiagnose analer Beschwerden einbezogen werden. Ohne Diagnostik mit Salben und Zäpfchen zu behandeln, verursacht Kosten und schadet der Anahaut. Es fehlen das interdisziplinäre Gespräch und Studien, um ursächliche Faktoren analer Erkrankungen und deren Diagnostik systematisch zu erarbeiten.

Schlüsselwörter: anale Erkrankung, Analfissur, Diagnosestellung, Hämorrhoiden, Marisken

Summary

What are Haemorrhoids – a Collective Term, a Symptom or a Disease?

Symptoms of perianal and anal disease rank among the most common complaints of patients seen in primary care offices. Unfortunately pa-

tients suffering from any symptoms related to the anus assume all too frequently and often incorrectly that their symptoms are due to haemorrhoids. It is therefore incumbent on the physician to meticulously examine the patient's anus and anal skin. The exact cause of haemorrhoids is still unknown. The most reliable position of the patient for diagnosis of haemorrhoids is unknown, too. Treating so-called haemorrhoids without exact diagnosis may generate high costs without therapeutic effect. It may even induce serious side-effects to the anal skin. Randomized controlled trials and observational studies are urgently needed to obtain more informations about causes, reliable diagnostic procedures, and therapy of anal diseases.

Key words: anal disease, anal fissure, diagnosis, haemorrhoids, piles

Über Symptome analer Erkrankungen wird häufig von Patienten in Allgemeinpraxen geklagt (41). Andererseits ist der After für viele Menschen, Ärzte eingeschlossen, eine *quantité négligéable*. Es ist nicht unbedingt Desinteresse, aber mangelnde Sympathie für ein schwer beurteilbares, weil schwer zugängliches, oft als unästhetisch empfundenenes, zu häufig zur Taburegion erklärtes Organ. Der After hat zu funktionieren und sauber zu sein. Es ist erstaunlich zu sehen, wie häufig und wie lange manche Menschen aus falscher Scham körperliche Beschwerden in Kauf nehmen (59).

Wenn der After schmerzt, blutet, brennt, sticht, juckt oder wund ist, werden verschiedene Fragen aufgeworfen: Sind es Hämorrhoiden? Was ist eine Hämorrhoid? Wie wird sie definiert, wie eingeteilt? Gibt es gesichertes Wissen über Ursache, Häufigkeit, zuverlässige Diagnostik und Behandlungskosten? Sind Hämorrhoiden eine chronische Erkrankung, wie es das Wort „Hämorrhoidalleiden“ suggeriert, entstanden wegen eines diagnostischen Defizits? Gibt es Leitlinien für die



Abbildung 1: Hämorrhoiden rechtslateral und linkslateral, erkennbar an der roten Farbe des Zylinderepithels der Rektumschleimhaut im Vergleich zur hellen Farbe des Plattenepithels der umgebenden Anahaut

Diagnose von Hämorrhoiden, die den Kriterien der evidenzbasierten Medizin entsprechen?

Heute hat fast jeder Patient via Internet Zugang zu evidenzbasierten Informationsquellen (8, 13, 76), wodurch das ärztliche Informationsmonopol nicht mehr besteht (63). Viele suchen allein oder partnerschaftlich mit ihrem Arzt medizinische Problemlösungen (24, 63). In den USA ist die Zahl der im Internet

über Gesundheitsfragen recherchierenden Personen innerhalb von vier Jahren von 54 Millionen auf 110 Millionen im Jahr 2002 angestiegen (23). Wird es bei dieser Entwicklung gelingen, die Zahl schmerzlicher Erfahrungen in der Proktologie künftig zu senken?

Es gibt kein gesichertes Wissen zur Ätiologie, Pathogenese, Risikofaktoren, Symptomatik und Diagnostik von Hämorrhoiden (22, 35, 51). Irrige Vorstellungen werden aus alter Gewohnheit weiter getragen (68), das heißt, einer schreibt vom anderen ungesicherte und unbewiesene Behauptungen ab (44). Wahrscheinlich gibt es auf keinem Sektor der Medizin so viele enttäuschte, desillusionierte, sich selbst behandelnde Patienten wie in der Proktologie.

Klinische und pathoanatomische Definition

Die klinische Definition von Hämorrhoiden ist uneinheitlich (22, 57). Erst kürzlich wurde eine neue Einteilung in blutende, prolabierende, thrombosierte und gemischte Hämorrhoiden auf dem

Praxis für Endoskopie und Proktologie, Köln

Boden mikroskopischer Untersuchungen vorgeschlagen (39). Notwendig ist jedoch eine praxisnahe, klinische Definition.

Eine Hämorrhoid ist der Vorfall eines varikös veränderten Gefäßkissens des Rektums (*Abbildung 1*) in den Analkanal oder vor den After (30, 37, 42, 53, 68). Diese Definition beschreibt einen Befund, der nichts über den Krankheitswert aussagt. Denn es gibt symptomatische, beispielsweise blutende und asymptomatische Hämorrhoiden (30, 60, 66). Hämorrhoiden gelten als Erkrankung, wenn sie Symptome verursachen (5, 30, 47, 64, 66).

Die Hämorrhoid als anatomisch definierbarer Teil des Körpers (19, 35, 37, 47, 61) wird als Gefäßkissen mit arteriovenösen Shunts und variablem Blutinhalt beschrieben. Die Gefäßkissen sollen für die Feinkontinenz bedeutsam (12, 19, 30, 37, 69, 70) und bereits bei Kindern und Embryos nachweisbar sein (70). Bei Gesunden befinden sie sich oberhalb der Linea dentata im Analkanal, wo longitudinale Muskelfasern sie fixieren (12, 37,



Abbildung 2: Entzündlich ödematöse Marisken zirkulär um den Aftereingang. Zeichen der lokalen Entzündung wie Rotfärbung der Analhaut an der posterioren Kommissur und weißlich helle Analhaut (Leukoplakie) an der anterioren Kommissur

41, 47, 64). Die Linea dentata ist als Grenzlinie zwischen dem die Gefäßkissen bedeckenden, asensiblen Zylinderepithel des Rektums und dem weißlichen, höchst sensiblen Plattenepithel des Analkanals und der äußeren Analregion am Farbumschlag erkennbar (35, 37, 47). Mit zunehmenden Alter, gefördert durch harten Stuhlgang, sollen diese submukösen Gefäßkissen aus ihrer Fixation im Bindegewebe herausgelöst, nach distal abgedrängt und so zur Hämorrhoiden werden (44, 70).



Abbildung 3: Analekzem mit multiplen, 1 bis 2 mm großen, wie ausgestanzten Epitheldefekten in der Analhaut um den Aftereingang

Auslösung der hämorrhoidalen Blutung

Scherkräfte sollen beim Pressen während des Stuhlgangs die Rektumschleimhaut und die darunter liegenden Gefäßkissen aufreißen und so die Blutung auslösen (5, 34, 66, 70). Man nimmt an, dass die Gefäßkissen nur dann Symptome auslösen, wenn sie sich vergrößern, entzünden, thrombosieren und/oder prolabieren (66, 70). Die fehlende reflektorische Erschlaffung des inneren Sphinkters könnte die Ursache einer Hyperplasie der Gefäßkissen sein, weil hierdurch der Blutabfluss nicht möglich ist (20, 34, 69, 70). Andererseits soll sich der Analsphinkter nicht kontrahieren, sondern relaxieren, und zwar sowohl bei erfolgreicher als auch bei versuchter Defäkation, sodass die den Sphinkter passierenden Venen offen bleiben (17). Schließlich könnte eine Umkehrung des Blutflusses in den Venae rectalis superior, entweder durch Venenkompression oder -dilatation, in der muskulären Rektumwand mit nachfolgendem venösem Reflux die Blutung begünstigen (21). Andererseits können die Blutungen auch von aufgerissenen Oberflächengefäßen der epithelialen Bedeckung dieser Gefäßkissen ausgelöst werden (57, 70).

Zuverlässigkeit der Diagnose

Die Diagnose von Hämorrhoiden wurde als eindeutig und einfach bezeichnet (69). Der Autor hält sie für irrtumsgefährdet und schwierig. Zeichen von Hämorrhoiden sind: Blutung, Schleimhautprolaps, Schleimabgang, Schmerz

(5, 19, 35, 71), Juckreiz (19, 35), Stuhlschmierer, Nassen (5) und Anämie (14, 19, 68).

Wenn man von der Definition der Hämorrhoiden als eines zirkulären oder partiellen Rektumschleimhautvorfalls ausgeht, sind Symptome wie Blut, Schleim und Stuhlschmierer durch den Schleimhautvorfall erklärbar. Schmerz, Wundsein und Juckreiz können jedoch nicht allein von der prolabierten, asensiblen Rektumschleimhaut, sondern müssen sekundär von Läsionen am höchst sensiblen Plattenepithel der Analhaut ausgehen (4, 18). Es ist daher fraglich, ob Hämorrhoiden Schmerz, Brennen, Stechen, Jucken und Wundsein allein verursachen können. Auch die von den Patienten mit Eifer ergriffenen Reinigungsmaßnahmen zur Beseitigung von Schleim und/oder Blut, können eigenen Beobachtungen zufolge solche Symptome auslösen (49).

Die diagnostische Schwierigkeit liegt darin nachzuweisen, dass es tatsächlich Hämorrhoiden waren, die zum Zeitpunkt der Diagnose oft schon wieder verschwundene Beschwerden ausgelöst haben. Denn neben Hämorrhoiden kommen Veränderungen am Anus mit ähnlicher Symptomatik infrage (4, 18, 49, 53, 55). So kann ein Patient zwar Hämorrhoiden haben, aber seine Beschwerden werden nicht von diesen, oder nicht von ihnen allein, sondern durch eine Mariske (*Abbildung 2*), hypertrophe Analpapille, Analfissur oder einem Analekzem (*Abbildung 3*) verursacht beziehungsweise der Kombination derartiger Läsionen.

Dem Auge des Untersuchers können solche Läsionen leicht entgehen (50), wenn die Sicht auf die Analhaut unzu-



Abbildung 4: Beim Blick auf den After ohne Spreizen der Analhaut findet man zwei Marisken. Spreizt man die Analhaut mit den Fingern, ergibt sich ein anderes Bild (*Abbildung 5*).



Abbildung 5: Nach Spreizen der Analhaut mit den Fingerkuppen beider Hände finden sich neben zwei entzündlich ödematös aufgetriebenen Marisken zahlreiche rote Epitheldefekte in einer weißlich hellen, chronisch entzündlich veränderten Analhaut.

reichend ist (Abbildung 4, 5). Bedeutung und Prävalenz solcher Veränderungen, besonders von Mehrfachläsionen sind (Abbildung 2, 5) unbekannt (51, 54). Dies ist wichtig, weil offenbar gerade sie oftmals mit Hämorrhoiden verwechselt werden (4, 35, 44, 55).

Da die Anamnese allein für die Diagnose von Hämorrhoiden unwichtig ist (19, 55), entscheidet der Untersuchungsbefund, ob nur Hämorrhoiden oder andere begleitende Läsionen vorhanden sind. Es ist nicht bekannt, welche Untersuchungsposition des Patienten eine zuverlässige Diagnose von Hä-

morrhoiden erlaubt (51, 60). Ist es der stehende, nach vorn gebeugte Patient oder der Patient in Seiten-, Bauch-, Rücken-, Horizontal-, Knie-Ellenbogen-, Kopftief- oder Beckentiefenlage? Sensibilität, Spezifität und prädiktiver Wert der Diagnostik von Hämorrhoiden sind unbekannt (11).

Weil entsprechende Studien nicht durchgeführt wurden, weiß man nicht, bei welcher Untersuchungsposition des Patienten neben Hämorrhoiden andere Veränderungen am After (Abbildung 2 bis 5) am zuverlässigsten erkannt werden können (50, 55). So schränkt die Linksseitenlage des Patienten die Bewegungsfreiheit des Arztes bei der Inspektion der Analregion durch herabfallende Nates und die Unmöglichkeit, die Fingerkuppen beider Hände des Untersuchers zum Spreizen der Analhaut zu verwenden, ein (42, 66). Gut lassen sich dagegen anale Hautveränderungen in Knie-Bauch-Lage auf dem Ewe-Kipptisch bei Kopftiefenlage mit einer starken Lampe erkennen (50, 53, 60). Im Patientenkollektiv des Autors fanden sich bei nur 15 Prozent der analen Blutung Hämorrhoiden als alleinige Blutungsquelle. Fünf Prozent der Patienten hatten zwar Hämorrhoiden, gleichzeitig aber auch andere anale Läsionen, und bei 80 Prozent der

Patienten waren nicht Hämorrhoiden, sondern verschiedene Formen analer Veränderungen für die anale Blutung zumindest mitverantwortlich (50).

Prävalenz von Hämorrhoiden

Das Wort Hämorrhoid, griechisch Blutfluss (68), wurde für Laien und Ärzte zum Synonym für jede Veränderung am After. Anale Beschwerden werden zu häufig und oft fälschlicherweise auf Hämorrhoiden zurückgeführt (12, 35, 41, 44, 49, 50, 55). Andererseits gibt es keinen Zweifel an der hohen Inzidenz analer Symptome in der allgemeinärztlichen Praxis (5, 12, 17, 19, 25, 31, 35, 37, 47).



Abbildung 6: Nachdem Blut und Koagel weggewischt sind, ist die perforierte Analthrombose mit schwarzen Koageln unter der Perforationsöffnung zu erkennen.

Tabelle 1

Varianz der Definitionen für die vier Grade von Hämorrhoiden

Autor	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4
Brisinda (5)	Vorwölbung, ohne aus dem Analkanal zu prolabieren	Vorfall bei Defäkation, der spontan zurückgleitet	Nur manuell reponierbar	Nicht reponierbar
Hancock (19)	Ausschließlich Blutung	Vorfall gleitet spontan zurück	Nur manuell reponierbar	Permanenter Prolaps
Kirsch (32)	Allein proktoskopisch diagnostizierbare Veränderung	Beim Pressen außen sichtbar; spontane Reposition	Bei Druck prolabierend, nur manuell reponibel, reponibler Analprolaps (partiell/total)	ständig außerhalb des Anus, nicht mehr reponibel, fixierter Analprolaps (total/partiell)
Pfenninger (47)	Lediglich sichtbare Gefäße	Vorfall bei Defäkation, der spontan zurückgleitet	Nur manuell reponierbar	Nicht reponierbar
Roschke (57)	Nur proktoskopisch als Vorwölbung erkennbar, außer leichten Blutungen kaum Beschwerden	Prolabieren beim Pressen nach außen, retrahieren sich aber beim Nachlassen des Druckes, bluten manchmal heftig	Prolabierte Hämorrhoiden sind nur manuell reponierbar, bluten je nach mechanischer Alteration	Durch entzündliche Reaktion sind die prolabierten Hämorrhoiden fixiert und nicht mehr reponierbar, bluten gering oder gar nicht mehr
Stein (66)	Prolabieren in das Proktoskop	Vorfall, der spontan zurückgleitet	Nur digital reponierbar	Digital nicht zu reponierender partieller/totaler Analprolaps

Die Ziffern in Klammern verweisen auf das Literaturverzeichnis

Tabelle 2

Sich widersprechende Hypothesen verschiedener Autoren zur Ursache von Hämorrhoiden

Hypothese	Stimmt	Stimmt nicht
Erhöhter Sphinkterdruck	Stelzner (69) Kirsch (31) Giebel (16) Hancock (19)	Gibbons (15)
Hyperplasie des Corpus cavernosum recti	Stelzner (69) Giebel (16) Hansen (20)	Roschke (57)
Behinderung des venösen Abflusses	Scott (61)	Johanson (27) Gibbons (15)
Bei Männern häufiger	Stelzner (68)	Hyams (22)
Schwangerschaft und Geburt	Scott (61) Brisinda (5) Mentha (36)	Hyams (22)
Übergewicht	Johanson (28)	Hyams (22)
Langes Sitzen	Mentha (36)	Hyams (22)
Langes Stehen	Mentha (36)	Hyams (22)
Zunehmendes Alter	Scott (61)	Hyams (22)
Obstipation	Stelzner (68) Brisinda (5) Mentha (36) Hancock (19) Hansen (20)	Gibbons (15) Graham-Stewart (17) Johanson (27) Johanson (28) Hyams (22)
Portale Hypertension	Fazio (12) Mentha (36)	Scott (61) Graham-Stewart (17) Janssen (26)

Es wurden nur solche Hypothesen aufgeführt, für die sich unterschiedliche Auffassungen fanden. Die Ziffern in Klammern verweisen auf das Literaturverzeichnis.

Hämatom (68), Perianalthrombose oder perivenöses Hämatom (45, 75) (Abbildung 6).

International wird die innere Hämorrhoiden in vier Grade eingeteilt, entsprechend dem Ausmaß des Vorfalls der Rektumschleimhaut in den Analkanal oder vor den Anus (Tabelle 1). Einigen deutschen Klinikern reichen drei Grade aus (16, 20, 45, 75). Die Gradeinteilung soll für die Therapie wichtig (32, 47, 53, 66), andere meinen unwichtig sein (26). Das Hauptmotiv für die Gradeinteilung sind therapeutische Überlegungen. Die Einteilung in vier Grade hat methodologische Nachteile, denn Grad 1 und 2 beruhen auf dem ärztlichen Untersuchungsbefund, Grad 3 und 4 dagegen auf anamnestischen Angaben des Patienten mit den inhärenten Unsicherheiten. Leider gibt es keine Studien für die Zuverlässigkeit dieser Klassifikation. Zudem wird sie im In- und Ausland unterschiedlich definiert (Tabelle 1).

Lokalisation und Ursachen

Die drei klassischen Hämorrhoidenlokalisationen, entsprechend der Aufzweigung der Arteria rectalis mit den Angaben 3, 7 und 11 Uhr in Steinschnittlage, haben sich durch dopplersonographische Untersuchungen als falsch erwiesen (3, 74) und sollten daher nicht mehr verwendet werden. Die Benutzung des Uhrzifferblattes für die Lokalisationsangabe von Hämorrhoiden (16, 20, 44, 69) ist verwirrend, weil sie von der Untersuchungsposition des Patienten abhängt (60). Diese variiert entsprechend der ärztlichen Spezialisierung. Chirurgen, Urologen und Gynäkologen lagern ihre Patienten oft in Rückenlage, Internisten und Dermatologen dagegen meist in Linksseiten- oder Knie-Bauchlage.

Bei medizinischen Lokalisationsangaben wird immer vom Patienten ausgegangen. Warum nicht auch beim proktologischen Patienten? Topographische Angaben werden im Analbereich im Englischen als anterior, das heißt zum Damm beziehungsweise zum Skrotalan-satz hin, und als posterior, also in Richtung auf das Steißbein, angegeben. Seitliche Lokalisationen werden mit links- oder rechtslateral angegeben (41, 61)

Die Annahme, fast jeder Erwachsene leide irgendwann in seinem Leben an Hämorrhoiden, trägt zum weit verbreiteten Glauben von der angeblichen Häufigkeit von Hämorrhoiden bei (5, 33). Deutsche Proktologen schätzen, dass „nahezu jeder zweite Erwachsene“ betroffen sei (33, 45, 73). In einer epidemiologischen Studie aus den USA glaubten zehn Millionen Personen, Hämorrhoiden zu haben, was einer Prävalenz von 4,4 Prozent entspricht (27).

Nach der Erfahrung des Autors ist die angeblich hohe Rezidivhäufigkeit nach Hämorrhoidenbehandlung – schließlich müssen 50 bis 70 Prozent der wegen Hämorrhoiden behandelten Patienten innerhalb von drei bis fünf Jahren mit Rezidiven rechnen (32, 67) – auch Folge eines diagnostischen Defizits. Wahrscheinlich wurde eine anale Blutung unter der Annahme von Hämorrhoiden behandelt, die nicht vorhanden oder symptomauslö-

send waren, indem entzündliche Veränderungen an der Analhaut die Blutungsauslöser waren (36, 49, 53, 56, 58).

Klassifikation von Hämorrhoiden

Im Ausland wird die „innere“ von der „äußeren“ Hämorrhoiden unterschieden (5, 6, 12, 14, 19, 35, 37, 41, 42, 47, 64). Die innere Hämorrhoiden stammt aus dem Bereich proximal der Linea dentata, die äußere Hämorrhoiden ist distal von ihr (9, 19, 33, 37, 41, 47). In Deutschland wurde die Bezeichnung „innere“ und „äußere“ Hämorrhoiden wegen der Verwechslungsmöglichkeiten als „überflüssig“ (20) und „nicht nützlich“ (48) angesehen. Was im Ausland unter „äußere“ Hämorrhoiden (12, 19, 41, 47) verstanden wird, bezeichnet man in Deutschland als perianale Thrombose (57), Bluterguss,

oder mit anterolateral rechts und posterolateral links (12, 44).

Obwohl mehr als 30 Risikofaktoren für Hämorrhoiden vermutet werden, ist die Ätiologie und Pathogenese unbekannt (28, 35, 43, 57). Es gibt zahlreiche, sich widersprechende Hypothesen (Tabelle 2). Selbst Hochrisikogruppen können nicht definiert und exogene ursächliche Faktoren nicht nachgewiesen werden (15, 22, 28, 43, 44). Möglicherweise müssen bei der Entstehung von Hämorrhoiden mehrere Risikofaktoren zusammenwirken (5, 22, 28).

Volkswirtschaftliche Bedeutung

In den USA werden für gutartige Erkrankungen der Afterregion mehr als zwei Milliarden Dollar jährlich ausgegeben (43) und 1,5 Millionen Rezepte hierfür ausgestellt (41). Hämorrhoidenmittel erzielten 2002 in Deutschland mit 3,1

Millionen Verordnungen einen Umsatz von 37,9 Millionen Euro zulasten der gesetzlichen Krankenversicherungen (10). Die Wirkung solcher Präparate ist durch keine wissenschaftlichen Untersuchungen belegt (41, 52). Sie können die Analhaut erheblich schädigen (1, 2, 49, 52). Könnte es sein, dass „man viel Geld machen kann, indem man gesunden Menschen sagt, sie seien krank“? (40).

Fazit

Man kennt weder Sensitivität, Spezifität noch den prädiktiven Wert der Diagnostik von Hämorrhoiden (11) und die Häufigkeit von begleitenden Hautveränderungen am After, die häufig mit Hämorrhoiden verwechselt werden (35, 36, 49, 50, 55). Deshalb verwundert es nicht, dass die diagnostische Abklärung analer Blutungen hohe Kosten verursacht (43). Der beste Weg, Morbidität und Kosten

analer Erkrankungen zu senken, ist den Diagnoserahmen mit randomisierten, kontrollierten Studien zu evaluieren (38, 51, 54) und Risikogruppen sowie ursächliche Faktoren analer Läsionen zu identifizieren (36, 49, 52).

Manuskript eingereicht: 19. 2. 2004, revidierte Fassung angenommen: 13. 7. 2004

Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2005; 102: A 209–213 [Heft 4]



Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis, das beim Verfasser erhältlich oder im Internet unter www.aerzteblatt.de/lit0405 abrufbar ist.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Henning Rohde
Praxis für Endoskopie und Proktologie
Friesenplatz 17a, 50672 Köln
E-Mail: HenningRohde@t-online.de

DISKUSSION

zu dem Beitrag

Funktionelle Bildgebung am Beispiel der Schizophrenie

von
Priv.-Doz. Dr. med.
Tilo Kircher
Prof. Dr. med. Dr. rer. soc.
Frank Schneider
Prof. Dr. med. Heinrich Sauer
Prof. Dr. med.
Gerhard Buchkremer

in Heft 27/2004

Aussage fraglich

Der Hype um die funktionelle Magnetresonanzbildgebung (fMRI) nimmt mittlerweile abstruse Dimensionen an. Das erinnert an die Treffen in den Salons des 19. Jahrhunderts, in denen es Mode war,

sich den Schädel abzutasten und aus den unterschiedlichen Schädel- und Knochenformen auf die Charaktereigenschaften des Gegenüber zu schließen. Das ist übrigens der eigentliche Gegenstand der „Phrenologie“ von F. Gall.

Gehirnaktivitäten und deren farbliche Kodierung und dynamische Zuordnung beim „Denken“ mittels fMRI spielen heutzutage die gleiche Rolle: „Lege Dich in den Kernspintomographen und ich sage Dir, was Du denkst, fühlst, empfindest“.

Nun muss auch noch die fMRI herhalten, um das Orakel von Delphi der Schizophrenie zu belegen. Wie seit vielen Jahrzehnten üblich, wird Schizophrenie ätiologisch als mehrdimensionales Geschehen, Störung oder Krankheit angesehen, die angeboren, erworben oder multifaktoriell bedingt ist. Nach dem Motto: alles und nichts gilt.

Was messe oder sehe ich denn auf den schönen PET- oder fMRI-Bildern?

Es gibt bis heute in der psychiatrischen Gemeinschaft keine anerkannte Definition der Schizophrenie. Symptome einer

beliebigen Krankheit – wenn sie denn als solche unter wissenschaftssprachlichen Kriterien gemeinsam vereinbart wurden – müssen Ausdruck einer solchen Krankheit sein, sonst kann man sie nicht verwenden.

Da diese allgemein vereinbarte Definition der Schizophrenie nicht existiert, kann ich bunte Bilder in der fMRI ohne Ende produzieren und deren Farbe und Verknüpfung mit anderen Gehirnarealen in Bezug setzen zu den Verhaltensauffälligkeiten beliebiger Personen und sie als „Kranke“ etikettieren, mit ungeahnten sozialen Implikationen.

Was soll daran revolutionär sein, Denkabläufe dynamisch farblich kodieren zu können? Meint einer der Verfasser ernsthaft, eine objektive Methode gefunden zu haben, mit der Symptome einer Krankheit mittels fMRI objektiviert werden?

Natürlich nicht und hoffentlich nicht!

Dr. med. Rolf Kaiser
Radiologische Diagnostik/Neuroradiologie
Alt-Moabit 90
10559 Berlin
Internet: www.dr-rolf-kaiser.de

Literaturverzeichnis Heft 4/2005:

Was sind Hämorrhoiden?

Henning Rohde

Sammelbegriff, Symptom oder Erkrankung?

Literatur

1. Alexander-Williams J: Pruritus ani. *BMJ* 1983; 287: 159–160.
2. Alexander-Williams J: Causes and management of anal irritation. *BMJ* 1983; 287: 1528.
3. Arnold S, Antonietti E, Rollinger G, Scheyer M: Doppler ultrasound assisted hemorrhoidal artery ligation. A new therapy in symptomatic hemorrhoids. *Chirurg* 2002; 73: 269–273.
4. Aucoin EJ: Pruritus ani. Practical therapy for persistent itching. *Postgr Med* 1987; 82: 76–80.
5. Brisinda G: How to treat haemorrhoids *BMJ* 2000; 321: 582–583.
6. Buchmann P: Vergleich der aktuellen proktologischen Untersuchungsmethoden. *Schweiz Rundschau Med (PRAXIS)* 1990; 79: 892–895.
7. Carapeti EA, Luff R, Phillips RKS: Modern treatment of internal haemorrhoids. *BMJ* 1997; 315: 881.
8. Cochrane Library www.cochrane.de
9. Denis J: Hemorrhoidectomy. *Int Surg* 1989; 74: 152–153.
10. Dinnendahl V: Hämorrhoidenmittel. *Arzneiverordnungs-Report 2003*, Schwabe U, Paffrath D, (Hrsg.) Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag 2003: 506–512.
11. Falck-Ytter Y: Deutsches Cochrane Zentrum, Freiburg (persönliche Mitteilung).
12. Fazio VW, Tjandra JJ: The management of perianal diseases. *Adv Surg* 1996; 29: 59–78.
13. Ferriman A: Patients get access to evidence based, online health information. *BMJ* 2002; 325: 618.
14. Gensmjäger E: Hämorrhoiden. Eine Übersicht über altes und neues Wissen. *Schweiz Rundsch Med (PRAXIS)* 1983; 72: 862–870.
15. Gibbons CP, Bannister JJ, Read NW: Role of constipation and anal hypertonia in the pathogenesis of haemorrhoids. *Brit J Surg* 1988; 75: 656–660.
16. Giebel GD, Jaeger K: Das Hämorrhoidalleiden. Stadiengerechte Behandlung. *Dtsch Med Wschr* 1990; 115: 67–71.
17. Graham-Stewart CW: What causes hemorrhoids? A new theory of etiology. *Dis Colon Rectum* 1963; 6: 333–344.
18. Hammer B: Perianale und perineale Hautläsionen als Folge proktologischer Affektionen. *Schweiz Rundschau Med (PRAXIS)* 1985; 74: 911–914.
19. Hancock BD: Haemorrhoids. *BMJ* 1992; 304: 1042–1044.
20. Hansen HH: Neue Aspekte zur Pathogenese und Therapie des Hämorrhoidalleidens. *Dtsch Med Wschr* 1977; 102: 1244–1248.
21. Hiller RI: Internal hemorrhoids: their pathogenesis and the rationale of injection therapie. *Am J Surg* 1932; 16: 64–72.
22. Hyams L, Philpot J: An epidemiological investigation of hemorrhoids. *Am J Proc* 1970; 21: 177–193.
23. info@harrisinteractive.com
www.harrisinteractive.com.
24. Isfort J, Floer B, Koneczny N, Vollmar HC, Butzlaff M: „Shared Decision Making“ Arzt oder Patient – Wer entscheidet? *Dtsch Med Wochenschr* 2002; 127: 2021–2024.
25. Janicke DM, Pundt MR: Anorectal disorders. *Emerg Med Clin North Am* 1996; 14: 757–788.
26. Janssen LW: Consensus hemorrhoids. *Dutch Society of Surgery. Ned Tijdschr Geneesk* 1995; 139: 45–46.
27. Johanson JF, Sonnenberg A: The prevalence of hemorrhoid and chronic constipation: an epidemiologic study. *Gastroenterology* 1990; 98: 830–836.
28. Johanson JF, Sonnenberg A: Temporal changes in the occurrence of hemorrhoids in the United States and England. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 585–593.
29. Jones DJ: Pruritus ani. *BMJ* 1992; 305: 575–577.
30. Keighley MRB, Buchmann P, Minervini S, Arabi Y, Alexander-Williams J: Prospective trials of minor surgical procedures and high-fibre diet for haemorrhoids. *BMJ* 1979; 2: 967–969.
31. Kirsch JJ: Hämorrhoiden: Diagnostische Abgrenzung und differenzierte Therapie. *Dtsch Arztebl* 1984; 81: A1621–A1631.
32. Kirsch JJ: Ambulante Hämorrhoidenbehandlung – Nutzen und Risiko. *Akt Chir* 1989; 24: 253–259.
33. Kirsch JJ: Proktologie heute. *coloproctology* 2002; 24: 239–241.
34. Lord PH: Digital dilatation for hemorrhoids treatment. *Int Surg* 1989; 74: 144–145.
35. Mazier WP: Hemorrhoids, fissures, and pruritus ani. *Surg Clin N Am* 1994; 74: 1277–1299.
36. Mentha J, Neiger A, Mangold R: Entzündungen des Anus und Hämorrhoiden. *Schweiz Rundsch Medizin (PRAXIS)* 1961; 30: 752–757.
37. Metcalf A: Anorectal disorders. *Postgr Med* 1995; 98: 81–94.
38. Moher D, Schulz KF, Altman DG, for the CONSORT-Group: The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomised trials. *Lancet* 2002; 357: 1191–1194.
39. Morgado PJ, Suarez JA, Gomez LG, Morgado PJ Jr.: Histological basis for a new classification of hemorrhoidal disease. *Dis Colon Rectum* 1988; 31: 474–480.
40. Moynihan R, Heath I, Henry D: Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002; 324: 886–890.
41. Nagle D, Rolandelli RH: Primary care office management of perianal and anal disease. *Primary Care* 1996; 23: 609–620.
42. Neiger A: *Atlas der praktischen Proktologie*. 3. Auflage, Bern, Stuttgart, Toronto: Verlag Hans Huber, 1987.
43. Nelson RL: Editorial comment. In: Johanson JF, Sonnenberg A. Temporal changes in the occurrence of hemorrhoids in the United States and England. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 585–591.
44. Nisar PJ, Scholefield JH: Managing haemorrhoids. *BMJ* 2003; 327: 847–851.
45. Otto P: *Das Hämorrhoidalleiden: Pathogenese, Diagnostik und konservative Therapie*. *Therapiewoche* 1989; 39: 1124–1129.
46. Parker JN, Parker PM: Hemorrhoids. The official patient's sourcebook on hemorrhoids. Icon Health Publications, Barnes and Noble, 2002.
47. Pfenninger JL: Modern treatments for internal haemorrhoids. *BMJ* 1997; 314: 1211–1212.
48. Raulf F: *Praxishandbuch, Diagnose und Therapie proktologischer Erkrankungen*. Berlin: Verlag Dr. Kade, 1992.
49. Rohde H: Routine anal cleansing, so-called hemorrhoids, and perianal dermatitis: cause and effect? *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 561–562.
50. Rohde H: Diagnostic errors. *Lancet* 2000; 356: 1278.
51. Rohde H: Disease Management. *Dtsch Arztebl* 2002; 99: 1011.
52. Rohde H: Hämorrhoidenmittel – Placebos oder mehr? *Dtsch Arztebl* 2002; 99: 1133.
53. Rohde H: Hämorrhoiden. *Dtsch Med Wschr* 2002; 127: 1951–1952.
54. Rohde H: Welche Studien, welcher Mangel? *Dtsch Med Wschr* 2003; 128: 571–574.
55. Rohde H, Christ H: Hämorrhoiden werden zu häufig vermutet und behandelt: Erhebungen bei 548 Patienten mit analen Beschwerden. *Dtsch Med Wschr* 2004; 129: 1965–1969.
56. Rohde H: The pathogenetic mechanisms causing anal fissure. *Int J Colorectal Dis* 2003; 18: 95.
57. Roschke W, Knoch HG, Krause H, Walther J: *Die proktologische Sprechstunde*. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg, 6. Auflage, 1986.
58. Rudd WWH: Ligation and cryosurgery of all hemorrhoids. An office procedure. *Int Surg* 1989; 74: 148–151.
59. Schneider W: Geleitwort 2. Auflage, in Roschke W, Knoch HG, Krause H, Walther J: *Die proktologische Sprechstunde*. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg 1969.
60. Schrock TR: Examination of anorectum and diseases of anorectum. In *Gastrointestinal Disease*. Philadelphia: MH and Fordtran JS, eds. 5th ed., vol.2, Philadelphia:

W. B. Saunders, 1993.

61. Scott Th: Hemorrhoids. EMedicine Journal 2001; 2: 9.
62. Smith R, Chalmers I. Britain's gift: a „Medline“ of synthesised evidence. BMJ 2001; 323: 1437–1438.
63. Spielberg P: Das ärztliche Informationsmonopol wackelt. Dtsch Med Wochenschr 2002; 127: 323–325.
64. Standard Task Force American Society of Colon and Rectal Surgeons. Dis Colon Rectum 1993; 36: 1118–1120.
65. Staubesand J, Stelzner F: Das Corpus cavernosum recti – die morphologische Grundlage der sogenannten inneren Hämorrhoiden. Klin Wschr 1960; 38: 1004–1005.
66. Stein E: Proktologie. Lehrbuch und Atlas. Berlin: Springer Verlag, 1998.
67. Steinberg DM, Liegois H, Alexander-Williams J: Long term review of the results of rubber band ligation of haemorrhoids. Brit J Surg 1975; 62: 144–146.
68. Stelzner F: Hämorrhoiden. Dtsch Arztebl 1987; 84: 2375–2379.
69. Stelzner F: Das Corpus cavernosum recti und seine Hyperplasie – die Hämorrhoiden. Dtsch Arztebl 1990; 87: 2614–2620.
70. Thomson WHE: The nature of hemorrhoids. Brit J Surg 1975; 62: 542–552.
71. Turell R: Present status and modern treatment of hemorrhoids. New York J Med 1956; 56: 2245–2250.
72. Vilotte J, Sobani I, (Hrsg.) Proctologie. Paris: Edition Estem, 1966.
73. Wienert V, Mlitz H: Atlas Koloproktologie. Berlin: Blackwell Wissenschafts-Verlag, 1997.
74. Williams N: Haemorrhoidal diseases. In: Keighley MRB, Williams NS eds. Surgery of the anus, rectum and colon. Philadelphia: Saunders 1993; 295–363.
75. Winkler R, Otto P: Proktologie. Ein Leitfaden für die Praxis. Georg Thieme Verlag Stuttgart 1997; 82
76. www.clinicalevidence.com. BMJ Publishing Group limited 2004.