



## Hämorrhoidalleiden

### Gummibandligatur

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

**Ihr Arzt** hat bei Ihnen ein behandlungsbedürftiges Hämorrhoidalleiden festgestellt und Ihnen eine Gummibandligatur der Hämorrhoiden vorgeschlagen.

#### **Was sind Hämorrhoiden?**

Am Übergang vom Mastdarm zum Schließmuskel befinden sich Blutgefäßpolster. Sie sind ringförmig unter der Darmschleimhaut angelegt. Diese Gefäße haben eine wichtige Aufgabe: Sie sind für die Abdichtung (Kontinenz) des Enddarmes nach außen verantwortlich. Hämorrhoiden sind also völlig natürlich und für den Menschen notwendig.

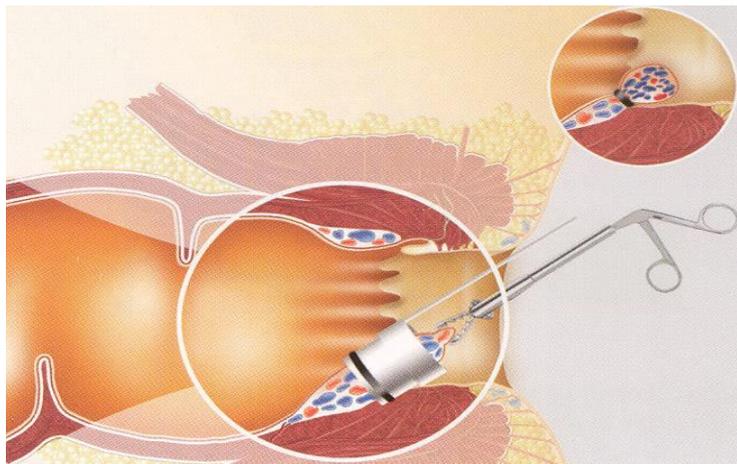
#### **Hämorrhoidalleiden**

Vom Hämorrhoidalleiden spricht man dann, wenn sich diese Gefäßpolster krankhaft erweitern und dadurch Beschwerden verursachen. Diese stellen sich dar in wiederholten Blutungen beim Stuhlgang, durch Brennen und Jucken. Selten treten Schmerzen auf. Gelegentlich treten auch Hämorrhoiden nach außen vor (Hämorrhoiden II°-III°). Die Beschwerden können einzeln oder kombiniert auftreten und führen zur deutlichen Einschränkung der Lebensqualität.

#### **Ursachen des Hämorrhoidalleidens**

Schlackenarme Kost, Verstopfung, starkes Pressen beim Stuhlgang, das Heben schwerer Lasten, Schwangerschaft, Bewegungsmangel, Übergewicht und Bindegewebsschwäche.

#### **Behandlungsmöglichkeit: Gummibandligatur**



Durch ein hohles Rohr (Proktoskop), das schmerzfrei in den Schließmuskel eingeführt wird, kann mit Hilfe eines speziellen Sauggerätes eingeführt und ein Hämorrhoidalknoten angesaugt werden.

Dieser wird dann mit einem Gummiring abgebunden. Dadurch wird die Blutzufuhr zu den Hämorrhoiden unterbunden und das abgeschnürte Gewebe stirbt ab. Das tote Gewebe fällt nach vier bis zehn Tagen ab.

Sie benötigen keine Vorbereitung für die Behandlung. Diese ist normalerweise nicht schmerzhaft, kann aber in seltenen Fällen zu Schmerzen führen, wenn Gewebe mit „Schmerzszellen“ in das Gummiband mit einbezogen wird. Dann nehmen Sie für einige Tage Schmerzmittel (z. B. Ibuprofen, Diclofenac) mit.

Die Behandlungsdauer beträgt wenige Minuten. Üblicherweise stellt sich der Behandlungserfolg nach 3-4 Terminen innerhalb von ca. 8-10 Wochen ein. Diese Behandlungstechnik ist sicher und wirksam und in Deutschland seit Jahren erprobt.

Bitte beachten Sie: **In sehr seltenen Fällen kann es zu Blutungen beim Abfall des abgebundenen Gewebes (7-14 Tage nach der Therapie!) kommen. Dann stellen Sie sich auf jeden Fall umgehend in der Praxis oder in einem Krankenhaus vor und weisen auf die Behandlung hin!**

Theoretisch sind eitrige Entzündungen im Schließmuskel durch diese Therapie denkbar, von uns in 20 jähriger Erfahrung aber noch nicht beobachtet worden. Beschrieben wurde auch die Notwendigkeit eines künstlichen Ausgangs.

Sind die Hämorrhoiden zu prominent (Grad III) wird Ihnen der Arzt eventuell einen chirurgischen Eingriff empfehlen, da eine Gummibandligatur dann nicht ausreicht.

#### **Was können Sie selbst tun?**

Gehen Sie die Ursachen des Hämorrhoidalleidens aktiv an (durch Stuhlregulierung Bewegung etc.) und bemühen Sie sich um eine gute Analhygiene. Dabei sollte der Analbereich zumindest abends, wenn möglich auch nach jedem Stuhlgang mit lau warmem Wasser gesäubert werden (Sitzbad, Bidet, Abduschen). Verwenden Sie keine Seifenzusätze oder Feuchttücher. Beim Abputzen: vermeiden Sie ein Scheuern der Analhaut!

  **ACHTEN SIE BITTE AUF KÖRPERHYGIENE !**  

Eine **Hämorrhoidenbehandlung sollte unter einer Marcumartherapie nicht erfolgen!**

Liegt eine **entzündliche Darmerkrankung** vor, ist die Indikation für die Behandlung kritisch zu stellen!

#### **Vorerkrankungen**

**Bitte informieren Sie uns HEUTE** über ernsthafte Erkrankungen, insbesondere Allergien, Blutgerinnungsstörungen, chronische Infektionskrankheiten (**Hepatitis B oder C bzw. HIV-Infektion**) schon bei der Anmeldung zur Untersuchung. Bei einer künstlichen Herzklappe sollten Sie am Tag der Untersuchung ein Antibiotikum nehmen, um Herzklappenentzündungen vorzubeugen.

**Medikamente: Bitte informieren Sie uns HEUTE** über die von Ihnen eingenommenen Medikamente, insbesondere blutgerinnungshemmende Verordnungen wie Aspirin/ASS, Heparin oder Marcumar oder andere gerinnungshemmende Medikamente.

## Überwachung

Sollten **nach** der Untersuchung bei Ihnen **ungewöhnliche** Beschwerden auftreten, wenden Sie sich umgehend **an die Praxis! (02323 – 946220)**

Ist diese schon geschlossen, erreichen Sie uns unter:

Dr. Felten	02325 / 792501	oder	0172 / 2812807
Dr. Hinz	0201/2698262	oder	0171 / 2963600
Dr. Hüppe	02323 / 22488	oder	0171 / 4648966
Dr. Mittrop			0175 / 8863438
Pd Dr. von der Ohe	0208 7 3018610	oder	0160 / 1171661
Dr. Wallner	0201 / 4309550	oder	0178 / 2089408

In **Notfällen** arbeiten wir bevorzugt mit folgenden Herner Kliniken zusammen:

- Gastroenterologische Abteilung (Dr. med. A. Leodolter) und Chirurgische Abteilung (Prof. Dr. med. M. Kemen) des Ev. Krankenhauses Herne, Wiescherstraße 24
- Gastroenterologische Abteilung (Dr. med. W. Hoffmann) und Chirurgische Abteilung (PD Dr. med. J. Kozianka) des St. Anna Hospital, Hospitalstr. 19
- Gastroenterologische Abteilung (Dr. med. J. Schweinfurth) und Chirurgische Abteilung (PD Dr. med. J. Zieren) des Marienhospitals, Uni-Klinik Herne, Hölkeskampring 40

**Haben Sie noch Fragen? Sprechen Sie uns bitte jederzeit an!**



**Was noch wichtig ist:**



Lassen Sie Ihre **Wertsachen (Geldbörse) zuhause** oder geben Sie diese Ihren Angehörigen!

***Die Praxis übernimmt keine Haftung bei Verlust!***

Dr. med. Gisela Felten  
Internistin – Gastroenterologe

Dr. med. Matthias Hinz  
Internist – Gastroenterologe

PD Dr. med. Manfred von der Ohe  
Internist - Gastroenterologe

Dr. med. Claudia Mittrop  
Internistin -Gastroenterologin

Dr. med. Isabel Wallner  
Internistin – Gastroenterologin



**Gastroenterologische Gemeinschaftspraxis  
Wiescherstr. 20  
44623 Herne**

**Einverständniserklärung  
Hämorrhoidenligatur**

**Vorname:** \_\_\_\_\_ **Nachname:** \_\_\_\_\_

- Ich bin mit der Durchführung der **Gummibandligatur** einverstanden und habe die schriftliche Aufklärung zur Kenntnis genommen und verstanden.

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Ihre Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Aufklärender / untersuchender Arzt (vom Arzt auszufüllen)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

Eine Kopie wurde dem Patienten ausgehändigt.