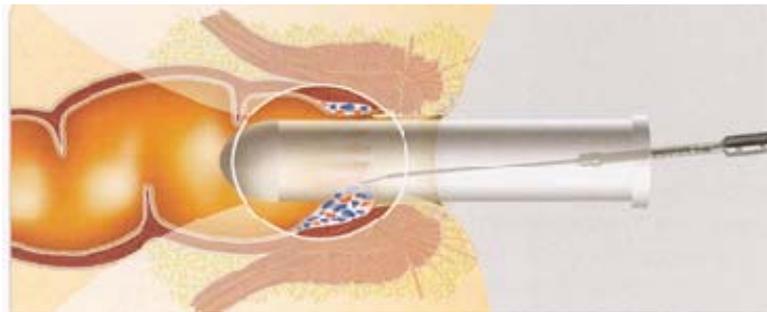


Hämorrhoidalleiden

Hämorrhoidensklerosierung (Verödung)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr Arzt hat bei Ihnen ein behandlungsbedürftiges Hämorrhoidalleiden festgestellt und Ihnen eine Verödung 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.

Wie verläuft die Verödungstherapie?

Durch ein hohles Rohr (Proktoskop), das schmerzfrei in den Schließmuskel eingeführt wird, wird eine Flüssigkeit (Verödungsmittel, Mandelöl) unter die Schleimhaut der Hämorrhoiden und in die Umgebung der blutversorgenden Gefäße gespritzt.

Dies führt zu einer „künstlichen Entzündungsreaktion“, die die Gefäßpolster verkleinert, die Durchblutung reduziert und damit die Beschwerden mindert.

Sie benötigen keine Vorbereitung für die Behandlung. Sie ist normalerweise nicht schmerzhaft, da „Schmerzzellen“ in dieser Region fehlen. Die Behandlungsdauer beträgt wenige Minuten. Üblicherweise stellt sich der Behandlungserfolg nach 4 Terminen innerhalb von ca. 6-8 Wochen ein.

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

Vorerkrankungen

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

Medikamente

Bitte informieren Sie uns über die von Ihnen eingenommenen Medikamente, insbesondere blutgerinnungshemmende Verordnungen wie Aspirin/ASS, Heparin oder Marcumar oder andere blutverdünnende 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			0171 / 2963600
Dr. Hüppe	02323 / 22488	oder	0171 / 4648966
Dr. Mittrop			0175 / 8863438
Dr. von der Ohe	0208 / 3018610	oder	0160 / 1171661
Dr. Wallner	0201 / 4309550	oder	0178 / 2089408

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

Ev. Krankenhaus Herne, Wiescherstraße 24, 44623 Herne (Gastroenterologie und Chirurgie) 02323 / 498-0

St. Anna Hospital, Hospitalstr. 19, 44649 Herne (Gastroenterologie und Chirurgie) 02325 / 986-0

Marienhospital, Uni-Klinik Herne, Hölkeskampring 40, 44623 Herne (Gastroenterologie und Chirurgie) 02323 / 499-0

Haben Sie noch Fragen?

Sprechen Sie uns bitte jederzeit an!

Dr. med. Gisela Felten
Internistin – Gastroenterologin

Dr. med. Matthias Hinz
Internist – Gastroenterologe

Dr. med. Dietrich Hüppe
Internist – Gastroenterologe

Dr. med. C. Mittrop
Internistin - Gastroenterologin

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

Dr. med. Isabel Wallner
Internistin – Gastroenterologin



Gastroenterologische Gemeinschaftspraxis
Wiescherstr. 20,
44623 Herne

Einverständniserklärung
Hämorrhoidensklerosierung

Vorname: _____ **Nachname:** _____

- Ich bin mit der Durchführung der **Hämorrhoidensklerosierung** 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