

## Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie

AWMF-Leitlinien-Register

Nr. 081/002

Entwicklungsstufe:

1

# Analthrombose

## Definition ICD 10: I 84.3

Die Analthrombose ist ein akut auftretendes, meist Schmerzen verursachendes Blutgerinnsel im Bereich der subkutan verlaufenden Venen des Plexus haemorrhoidalis caudalis (1, 7, 8, 10). Häufig geht sie mit einer Phlebitis einher. Synonyma sind Perianalthrombose, perianale Thrombose und Analvenenthrombose. Fälschlicherweise, aber im gleichen Sinne gebraucht werden die Bezeichnungen perianales oder perivenöses Hämatom (10), äußere Hämorrhoiden, Thrombose der "äußeren Hämorrhoiden", Pseudothrombose, Thrombophlebitis circumanalis acuta, akute Hämorrhoidalthrombose und Hämorrhoidalanfall (8). Diese Begriffe sind deshalb falsch, weil es sich zum einen nicht um ein extravasales Hämatom handelt, sondern eindeutig um ein Gerinnsel in einer Vene (1, 5, 7, 8), und zum andern die Bezeichnung "äußere Hämorrhoiden" anatomisch nicht korrekt ist.

Im angloamerikanischen Sprachraum wird sie - entgegen den anatomischen Erkenntnissen - als "anal hematoma" oder "external hemorrhoids" bezeichnet.

## Häufigkeit

Exakte Zahlen liegen nicht vor. Die Analthrombose ist jedoch vor allem im mittleren Erwachsenenalter mit ca. 5% der proktologischen Patienten relativ häufig (3, 9). In der Literatur finden sich kaum Hinweise auf eine Geschlechtspräferenz. Bei Oh (4) waren Männer doppelt so oft, im eigenen operierten Krankengut 1,86 so oft betroffen wie Frauen (3).

## Ätiopathogenese

Auslösende Faktoren sind offenbar u.a. thermische Einflüsse, wie Kälte (z.B. Sitzen auf kalten Flächen) und schwülwarmes Wetter, (ungewohnte) körperliche Anstrengung wie Joggen, Radfahren o.ä., gesteigerter intraabdomineller Druck beim Husten, Heben, Pressen und bei der Defäkation, in der Endphase der Gravidität und beim Geburtsvorgang, wie auch hormonelle Faktoren (Menses). Nutritive Einflüsse (z.B. Alkohol, Gewürze) können ebenso Auslöser einer Thrombose sein wie mechanische Faktoren (proktologische Eingriffe, Analverkehr). Gelegentlich gehen einer Thrombosebildung Diarrhöen voraus, nicht selten aber ist keine Ursache erkennbar. Prädisponierend für das Entstehen von Analthrombosen ist möglicherweise das Vorhandensein vergrößerter Hämorrhoidalpolster (2, 5, 8, 9, 10), die mit dem kaudalen, subkutanen Venenplexus in Verbindung stehen, so dass mit einer eventuellen Strömungsverlangsamung in dilatierten Gefäßen und einer Gefäßwandverletzung schon die wesentlichen Grundlagen der Virchow-Trias gegeben sind.

## Lokalisation

Die anale Thrombose bildet sich am Analrand oder im Analkanal ohne Bevorzugung bestimmter Sektoren.

## Symptome

In der Regel klagen die Patienten über eine akut - innerhalb von Minuten bis Stunden - aufgetretene Schwellung am Analrand oder im After, die mit Juckreiz, Stechen, Brennen oder einem starken Spannungsgefühl bzw. Druckschmerz einhergeht. Bei der Inspektion und der digitalen Untersuchung finden sich am Analrand oder im Analkanal prallelastische bis derbe, bläulich-rote Knoten von Buntstecknadelkopf- bis Pflaumengröße; gelegentlich sind multiple kleine Thrombosen perlschnurartig neben, hinter- oder untereinander angeordnet. Die Diagnose kann häufig nur palpatorisch gestellt werden, da ein Begleitödem unterschiedlicher Stärke den eigentlichen Befund kaschiert. Die frische Thrombose blutet nicht.

## Verlauf

Unbehandelt oder unter konservativer Therapie bildet sich die Analthrombose im Verlauf von Tagen bis Wochen durch Organisation, Resorption und Rekanalisation spontan zurück, und zwar ohne Mariskenbildung (8). Unter Umständen kommt es in Folge einer Drucknekrose zur Ulzeration der die Thrombose bedeckenden Haut mit konsekutiver Blutung und eventuell spontanem Abgang des Gerinnungsthrombus; dies kann zu schlagartiger Minderung der Beschwerden führen. Die Dauer der Erkrankung beträgt in der Regel ca. ein bis zwei Wochen. Selten vergehen auch Monate bis zur vollständigen Rückbildung.

## Diagnostik

Die Diagnostik erfolgt mittels Inspektion und Palpation. Nur bei tiefer im Analkanal lokalisierten Thrombosen ist die Benutzung eines Spekulum oder eines Proktoskops erforderlich.

## Histologie

Bei der Exzision des gesamten Knotens zeigt die feingewebliche Untersuchung Gerinnungsthromben in dünnwandigen Venen (1, 5, 7, 8). Zu einem späteren Zeitpunkt lassen sich alle Stadien der Organisation bzw. der Resorption nachweisen (6). Keinesfalls handelt es sich um ein Extravasat im Sinne eines Hämatoms.

## Differentialdiagnostik

Differentialdiagnostisch müssen sonstige Tumoren wie z.B. Marisken, Abszesse, thrombosierte Hämorrhoiden, Analfibrome, das Melanom und das Analkarzinom ausgeschlossen werden.

## Therapie

Die Therapie ist abhängig vom Leidensdruck des Patienten und vom Zeitpunkt der Konsultation: Bei nur geringen oder bereits abklingenden Beschwerden ist entweder keine oder nur eine konservative Behandlung notwendig, wie z.B. die systemische Gabe eines nichtsteroidalen Antirheumatikums (z.B. Ibuprofen) oder die lokale Applikation eines Kortikosteroids. Repositionsversuche sind, da es sich nicht um prolabierte Hämorrhoidalknoten handelt, sinnlos und deshalb nicht indiziert. Bei stark schmerzhaften Thrombosen ist ein operatives Vorgehen gerechtfertigt. Es bieten sich zwei Vorgehensweisen an: Erstens die Inzision und Exprimierung des Thrombus, ggf. mit Anlage eines Drainagedreiecks und zweitens die Exzision der gesamten Thrombose unter Mitnahme des betroffenen Gefäßsegmentes. Die Exzision minimiert die Gefahr der postoperativen Rethrombosierung. Beide Verfahren sind in Lokalanästhesie möglich. Der Wundschmerz ist in der Regel geringer als der durch die Thrombose verursachte Dehnungs- bzw. Druckschmerz. Je später der Patient vorstellig wird, desto seltener stellt sich die Indikation zur Operation. Die Wunden bleiben der Sekundärheilung überlassen.

## Rezidivprophylaxe

Bei häufig rezidivierenden Analthrombosen empfiehlt sich die Therapie der Hämorrhoiden (2, 5, 8, 9, 10). Mögliche auslösende Faktoren sind zu meiden (siehe Ätiopathogenese).

## Anmerkung

Die Arbeitsunfähigkeit infolge einer Analthrombose dauert selten mehr als einige Tage. Absolut ungerechtfertigt ist die von Versicherungsgesellschaften häufig praktizierte Erhebung eines Risikozuschlages z.B. auf Lebensversicherungen. Bei der Analthrombose handelt es sich, anders als

z.B. bei einer tiefen Beinvenenthrombose, um eine harmlose und keinesfalls um eine potentiell lebensbedrohliche Erkrankung.

---

## Literatur:

1. Brearly S, Brearly R: Perianal thrombosis. Dis. Colon Rectum 31, 403-404, 1988
  2. Brühl W: Zur Ätiologie der Analrandthrombosen. Coloproctology 5, 241-242, 1983
  3. Mlitz H: Unveröffentlicht: von 1988-2000 wurden in eigener Praxis 638 Analthrombosen operativ versorgt; betroffen waren 415 Männer und 223 Frauen; die meisten Thrombosen traten zwischen dem 26. und dem 55. Lebensjahr auf.
  4. Oh C: Acute thrombosed external hemorrhoids. Mt. Sinai J. Med. 56, 30-32, 1989
  5. Roschke W: Die proktologische Sprechstunde. Urban + Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore 46-50, 1976
  6. Thomas E: Neue Erkenntnisse bei der Behandlung perianaler Thrombosen. Aktuelle Koloproktologie Band 5, 108-114, Edition Nymphenburg München 1988
  7. Thomson H: The real nature of "perianal haematoma". Lancet, August 28, 467-468, 1982
  8. Wienert V, Grußendorf EI: Die perianale Thrombose. Fortschr. Med. 91, 1137-1139, 1973
  9. Wienert V, Mlitz H: Einführung in die Proktologie. Schattauer, Stuttgart, New York S. 16, 1995
  10. Winkler R, Otto P: Perianale Thrombose (Synonym: perianales oder perivenöses Hämatom). In: Proktologie, Georg Thieme, Stuttgart, New York 82-84, 1997
- 

## Verfahren zur Konsensbildung:

Zur Erstellung der Leitlinie wurde die derzeitig vorliegende Literatur systematisch recherchiert. Sie wurde anhand des Erkenntnismaterials verfasst und anschließend in drei jeweils mehrtägigen Konsensuskonferenzen diskutiert und verabschiedet.

### Teilnehmer der Konferenzen waren:

Prof.Dr. V. Wienert (Dermatologie), Aachen  
Priv.-Doz. Dr. W. Brühl (Gastroenterologie), Vlotho-Exter  
Prof. Dr. W. Hartschuh (Dermatologie), Heidelberg  
Priv.-Doz. Dr. A. Herold (Chirurgie), Mannheim  
Dr. B. Lenhard (Dermatologie), Heidelberg  
Dr. H. Mlitz (Allgemeinmedizin), Saarbrücken  
Dr. F. Raulf (Chirurgie), Münster

### Autoren:

H. Mlitz  
V. Wienert

Interdisziplinärer Abgleich mit der **Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG)**.

## Erstellungsdatum:

Dezember 2002

## Letzte Überarbeitung:

## Überprüfung geplant:

Dezember 2007

---

Zurück zum [Index Leitlinien der Koloproktologie](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

---

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere für Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

---

**Stand der letzten Aktualisierung: Dezember 2002**

**© Dt. Ges. f. Koloproktologie**

**Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)**

**HTML-Code aktualisiert: 22.11.2006; 12:51:41**