



Hemorroiden – Aambeien - Speen

Inleiding

Deze folder geeft u informatie over de behandeling van aambeien (speen). Het is goed u te realiseren dat voor u persoonlijk de situatie anders kan zijn dan beschreven.

Wat zijn hemorroïden? Wat is speen?

Vooreerst is het zeer belangrijk te weten dat iedereen **hemorroïdaal weefsel** heeft. Het maakt deel uit van de normale anatomie. Ze helpen de sluitspieren om de aars lucht- en waterdicht afsluiten. Slechts bij een minderheid nemen deze toe in omvang of worden ze symptomatisch.

Het hemorroïdale weefsel ligt binnen het anale kanaal en de peri-anale regio en bestaat uit bloedvaten, bindweefsel en een kleine hoeveelheid spierweefsel.

Er zijn twee types van hemorroïden: **inwendige** en **uitwendige** hemorroïden.

Inwendige hemorroïden worden volledig overdekt door slijmvlies en zijn niet gevoelig voor aanraking, pijn, uitrekking of temperatuur. Het zijn kussentjes die bestaan uit een sponsachtig netwerk van bloedvaatjes.

Aambeien zijn dus gezwollen bloedvaatjes, je kan ze vergelijken met spataders, maar dan op een meer vervelende plaats.

De **uitwendige hemorroïden** daarentegen, worden bedekt door huid en zijn wel heel gevoelig.

Wanneer er zich problemen voordoen, is de symptomatologie vaak afhankelijk van het type van hemorroïden, resulterend in een aangepaste behandelingsnood.

Hemorroïden vormen waarschijnlijk een van de oudste beschreven aandoeningen. Rond 2250 voor Christus werden deze reeds behandeld in Babylon. Ook Hippocrates (460 vC) adviseerde ligatie en excisie.

Symptomen

Zowat 5-10% van de mensen ontwikkelen symptomen dewelke gerelateerd zijn aan hun hemorroïden. Niet iedereen heeft echter nood aan een heelkundige behandeling.

Patiënten kunnen symptomen hebben die veroorzaakt worden door enerzijds de inwendige of anderzijds de uitwendige hemorroïden, dan wel door beide.

De meerderheid van de patiënten met anale symptomen klagen van 'speen'. Echter, een goede bevraging en een deskundig klinisch onderzoek maken het mogelijk een juiste diagnose te stellen. Sommige patiënten hebben echter al zeer lang klachten die niet toe te schrijven zijn aan hemorroïdaal lijden.

Andere aandoeningen, zoals kanker van de dikke darm, endeldarm of de aars dienen telkenmale uitgesloten te worden.

- *Inwendige Hemorroïden*

Pijnloos bloedverlies of uitzakken van anaal weefsel komt vaak voor bij symptomatische inwendige hemorroïden. Het uitzakken van hemorroïdaal weefsel (prolaps) van binnen uit, kan vaak uitwendig aan de aars worden gevoeld tijdens het schoonvegen na de stoelgang.

Dit weefsel gaat vaak spontaan terug naar binnen of dient manueel te worden teruggeduwd door de patiënt.

De symptomen lijken te verergeren over verloop van tijd en komen vaak maar in periodes voor. Inwendige hemorroïden wordt geclassificeerd volgens hun graad van prolaps, die in correlatie staat met de aangepaste behandeling.

Graad I: Geen prolaps, enkel opzetting, niet van buiten af te zien
Graad II: Prolaps met spontane reductie
Graad III: Prolaps dewelke die manueel moet worden teruggeduwd
Graad IV: Prolaps die niet meer kan worden teruggeduwd (vaak pijnlijk!)

Bloeding ten gevolge van inwendige hemorroïden is meestal helder rood en kan vrij uitgesproken zijn. Het kan worden gezien op het toilet papier, in de toiletpot (spetters) of zelfs op het oppervlak van de stoelgang.

Niet alle patiënten met symptomatische inwendige hemorroïden hebben een significant bloedverlies. Prolaps, daarentegen, kan het enige symptoom zijn.

Prolaberend weefsel kan leiden tot een belangrijke irritatie en jeuk rondom de aars.

Patiënten kunnen eveneens klagen over slijmverlies, moeilijk schoonvegen van de aarsregio na de stoelgang of het gevoel hebben dat er stoelgang aanwezig blijft ter hoogte van de aars bij het stoelgang maken.

- *Uitwendige hemorroïden*

Symptomatische uitwendige hemorroïden presenteren zich vaak als een blauw-paars gekleurde pijnlijke zwelling net aan de buitenkant van de aars en ze neigen om spontaan te ontstaan of kunnen ook voorafgegaan worden door een forse inspanning of persbeweging.

De huid aan de buitenkant van de aars is meestal dicht aanliggend aan de onderliggende weefsels. Indien er zich een bloedklonter of een trombose voordoet in deze strakke regio, is er een onmiddellijke drukverhoging merkbaar dewelke een felle pijn induceert. De pijn is gewoonlijk constant aanwezig en kan uitgesproken erg zijn.

Zeldzaam scheurt de overliggende huid open onder invloed van de onderliggende klonter en de daardoor ontstane spanning, leidend tot een spontane evacuatie van de klonter.

De patiënten kunnen eveneens klagen over een intermitterend aanwezige zwelling, druk of hinder, ten gevolge van niet getromboseerde externe hemorroïden.

- *Marisken*

Patiënten hebben soms last van pijnloze, weke huidaanwassen aan de buitenzijde van de aars. Deze kunnen het gevolg zijn van een vroeger probleem ter hoogte van de uitwendige hemorroïden. De bloedklonter doet de overliggende huid uitrekken en deze blijft uitgerekt nadat de bloedklonter geabsorbeerd is door het lichaam, aanleiding gevend tot de mariske.

Een andere keer heeft de patiënt last van deze huidaanwassen zonder vroeger anaal probleem. Deze marisken hinderen de patiënten soms bij de anale hygiëne na de stoelgang, anderen vinden het niet esthetisch.

Gewoonlijk volstaat geruststelling, niettegenstaande soms een heelkundige verwijdering wordt uitgevoerd (bij jeuk, irritatie of hygiëne problemen).

Wat veroorzaakt hemorroïdaal lijden?

Het merendeel van de factoren die bijdragen tot het ontstaan van symptomatische hemorroïden, zijn geassocieerd met een verhoogde druk in de buik en op die manier, indirect, ook in de anale regio. Sommige van deze factoren zijn: persen bij stoelgang maken, lang blijven zitten op het toilet, constipatie, diarree, zwangerschap, zwaarlijvigheid, onregelmatig stoelgangpatroon en anale geslachtsgemeenschap.

Het lijkt erop dat, over verloop van tijd, deze factoren bijdragen tot de prolaps van zowel inwendige hemorroïden als tot het ontstaan van een trombose of klontering van een uitwendige hemorroïde. Hemorroïden komen ook vaak familiaal voor.

Ook met de ouderdom nemen de klachten toe. De ondersteunende weefsels verliezen aan kracht en rekken uit.

Hoe voorkom je hemorroïden?

Klachten kunnen worden voorkomen door de stoelgang zacht te houden en te reguleren. Hierdoor moet u minder hard persen. Daarvoor is het eten van voldoende voedingsvezels (bruinbrood, zemelen, fruit en groenten...) en het drinken van voldoende water aangewezen.

Ook het reguleren van het toiletbezoek is belangrijk. Bij de aandrang tot stoelgang maken, wordt het toiletbezoek best niet te lang uitgesteld.

Zorg verder voor voldoende beweging, zeker als je een zittend beroep hebt, en vermijdt overgewicht.

Vermijdt te veel koffie, thee, suiker en pikant eten.

Hoe wordt de diagnose gesteld?

Nadat je arts een uitgebreid gesprek met je heeft gevoerd, aangaande je klachten en symptomen, evenals een navragen van je persoonlijke en familiale medische voorgeschiedenis, zal er een medisch onderzoek gebeuren.

Meestal bestaat dit uit een nauwkeurige inspectie van de buitenzijde van de aars, het inwendig voelen, met een vinger, uiteraard in een handschoen, via de aars naar de endeldarm (PPA (Palpatio Per Anum) - rectaal toucher) en het uitvoeren van een anuscopie/rectoscopie. Dit laatste is een manier om inwendig te kunnen zien en het slijmvlies en hemorroïden te kunnen bekijken door middel van een hol buisje zo dik als een goede vinger. Het onderzoek gebeurt meestal in knie-elleboogligging of linker zijligging. Deze houding is voor de patiënt eerder onelegant.

Vaak zal ook een bijkomend onderzoek worden gepland om hoger op in de dikke darm te kunnen kijken en na te zien op de aanwezigheid van andere afwijkingen zoals poliepen (aanwassen in de darm), gezwellen of andere oorzaken van bloeding. Zo is een flexibele endoscopie (colonoscopie) een zeer goed aanvullende onderzoek. Dit is zeker aangewezen vanaf **45** jaar.

Welke is de behandeling van hemorroïden?

NIET-HEELKUNDIGE BEHANDELING VAN INWENDIGE HEMORRHOÏDEN

Er is een ganse waaier van mogelijke behandelingen voorhanden inzake symptomatische inwendige hemorroïden, afhankelijk van de graad en de ernst van de klachten.

Vaak kunnen eenvoudige dieetmaatregelen of aanpassingen in de levensstijl een oplossing bieden voor de problemen.

1. Dieet en aanpassingen van levensstijl

De hoeksteen van de behandeling van hemorroïden, of een heelkundige interventie noodzakelijk is of niet, blijft een aanpassing van het dieet en de levensstijl.

De belangrijkste veranderingen bestaan uit een hogere inname van vezels (restenrijk dieet), door verandering van voeding of o.v.v. supplement bijvoorbeeld Fibion®, voldoende vochtinname en beweging.

Deze maatregelen dragen bij tot een meer gereguleerde, maar niet noodzakelijk zachtere stoelgang.

Het doel is het vermijden van zowel harde stoelgang als diarree, waarbij een zachte en goed gevormde stoelgang wordt beoogd.

Deze stoelgang lijkt de beste om allerhande problemen in de anale regio te vermijden.

Gewoonlijk wordt aangeraden om 20-35g vezels per dag in te nemen. Hierbij staan groenten en fruit (kiwi!) op de voorgrond. De meeste mensen hebben eveneens voordeel van een vezelsupplement. Deze bestaan onder de vorm van poeder, kauwtablet of tabletten. Soms is een (osmotisch) laxativum aangewezen. Venotonica (Daflon®) kunnen geassocieerd worden.

Het is bovendien zeer belangrijk om voldoende (bij voorkeur water) te drinken, 8-10 glazen per dag.

Cafeïne-rijke dranken (koffie!) of alcohol leiden tot dehydratie en dienen bijgevolg hierbij niet geteld te worden.

2. Behandelingen op de raadpleging voor inwendige hemorroïden

Rubber Band Ligatuur (Barron)

Rubber band ligatie kan worden toegepast voor inwendig hemorroïdaal lijden van graad I, II en soms graad III.

Tijdens de anoscopie kan uw arts de hemorroïdale pijler vastgrijpen en een rubberen ringetje aan de basis van deze pijler plaatsen. Deze ring snoert de bloedsvoorziening naar de hemorroïde af waarna deze na een week afvalt. Hier kan dan een klein beetje bloedverlies aanduiden dat de speenknobbel en het ringetje verloren zijn. Indien u onder Marcoumar®, Marevan®, Sintrom®, Ticlid® of Plavix® staat, dan is deze behandeling niet mogelijk.

Uw arts kan 1-3 bandjes per sessie plaatsen en meerdere bezoeken kunnen noodzakelijk zijn. Ten gevolge van de behandeling kan u een vage last of pijn ervaren, evenals een druk, to een drietal dagen na het plaatsen van de ring. Deze beantwoordt goed aan een pijnstilling zoals Ibuprofen. Na de volledige behandeling met de Barron ligatie dient u verder te gaan met de hoger beschreven dieet- en levensstijl-aanpassingen.

Indien de klachten opnieuw de kop op steken, dient een nieuwe kuur overwogen te worden. Hemorroïdectomie of hemorroïdopexie is steeds een optie indien er geen duidelijke verbetering optreedt na het aanbrengen van de bandjes.

Complicaties zijn zeldzaam maar bestaan onder de vorm van vb bloeding, pijn, urinaire retentie en infectie.

Sclerotherapie

Sclerotherapie is een andere behandeling dewelke op de raadpleging kan worden uitgevoerd. Ze is geschikt voor Graad I en II lijden. Tijdens de sclerotherapie wordt een chemisch irriterend product ingespoten dewelke een littekenreactie in gang zet met littekenvorming tot gevolg en zodoende een krimpen door verkleinen van de bloedvaten in het hemorroïdaal weefsel.

Sclerotherapie gaat snel, is meestal pijnloos en kent slechts weinig complicaties. Soms zijn er ook meerdere sessies nodig om tot een symptoomcontrole te komen.

Patienten onder Marcoumar®, Sintrom®, Marevan®, Ticlid® of Plavix® komen eveneens in aanmerking voor deze behandeling, maar steeds na overleg tussen arts-en patiënt.

3. Behandelingen op de raadpleging voor uitwendige hemorroïden (trombose)

Deze behandeling bestaat uit de injectie van een lokaal verdovingsproduct en het wegknippen van het aambeel-weefsel.

De pijn die gepaard gaat met de klachten van een getromboseerde uitwendige hemorroïde, kent zijn piek op 48-72u na ontstaan en verdwijnt na een 5-tal dagen.

Deze pijn is de indicatie om de getromboseerde externe hemorroïden te behandelen en, daarom is deze behandeling afhankelijk van het moment in de natuurlijke evolutie van het probleem.

Indien de klachten verbeteren en de arts kan de uitwendige en getromboseerde hemorroïde aanraken of er in knippen, lijkt een conservatief beleid geschikt. Deze bestaat uit warme baden, pijnstilling en lokaal zalfgebruik, evenals vezelrijk dieet.

Indien er zeer veel pijn is, kan deze behandeling op de raadpleging van de arts mogelijk en gewettigd zijn.

Zoals beschreven wordt de pijnlijke en getromboseerde uitwendige aambeï verwijderd na infiltratie met plaatselijke verdoving.

Het is belangrijk dat er een verwijdering van de ganse aambeï gebeurd. Enkel insnijden is minder effectief en kent een grote kans op recidief trombose, daar de huid opnieuw afsluit over de klonter en er een nieuwe trombose ontstaat met heropflakkeren van de klachten.

Uitwendige hemorroïden, dewelke niet getromboseerd zijn, worden meestal symptomatisch behandeld met aanpassing van het dieet. Asymptomatische uitwendige aambeïen vormen slechts zelden een heelkundige indicatie.

OPERATIEVE BEHANDELING VAN HEMORROÏDEN

Slechts 10% of alle patiënten die consulteren omwille van symptomatische hemorroïden, hebben nood aan een heelkundige behandeling. De meeste patiënten beantwoorden aan de niet-heelkundige behandeling.

Hemorroïdectomie, of de chirurgische wegname van het hemorroïdaal weefsel, kan worden overwogen bij een patiënt met symptomatische grote externe hemorroïden, gecombineerd inwendig-extern hemorroïdaal lijden en inwendige hemorroïdale prolaps graad III-IV.

Hemorroïdectomie kan worden uitgevoerd onder de vorm van meerdere technieken en toestellen, op maat van de presentatie van de hemorroïden en de voorkeur en ervaring van de chirurg. Grosso modo komt het er op neer dat het overtollige hemorroïdaal weefsel wordt verwijderd en dat de wonde open of gesloten kan worden.

Hemorroïdectomie (klaverbladoperatie volgens Milligan-Morgan) is effectief in symptoomverlichting en geeft zelden een recidief. Het verloop na de ingreep is echter wel vrij pijnlijk en veroorzaakt de nodige ongemakken. Hemorroïdopexie (PPH procedure = Procedure for prolaps and Hemorrhoids procedure of Longo-ingreep) is geschikt voor symptomatisch circulair graad II-III hemorroïdaal lijden. Het is niet geschikt bij uitwendig lijden.

Hemorroïdectomie wordt steeds uitgevoerd in de operatiezaal onder narcose of locoregionale verdoving. In een poging om de postoperatieve pijn te vermijden werd de hoger vermelde hemorroïdopexie voorgesteld (stapled hemorroïdopexy).

Deze techniek gebruikt een circulair nietjestoestel dewelke een rim van weefsel, net voor de hemorroïden gelegen, in het anale kanaal verwijderd. Hierdoor word het hemorroïdaal weefsel naar binnengetrokken naar de normale positie. Kleine nietjes houden deze positie vast. Deze nietjes zullen na verloop van tijd met de stoelgang uitgescheiden worden. Vergelijkende studies toonden aan dat deze techniek even veilig was en minder pijn gaf, waardoor snellere werkhervatting mogelijk was. Mogelijks kan er iets meer recidief voorkomen. Zoals gezegd is deze behandeling niet geschikt voor grote uitwendige hemorroïden.

Alle operatieve procedures voor aambeïen kennen hun eigen risico op complicaties en de keuze wordt bepaald door de patiënt in samenspraak met de arts.

Postoperatieve instructies

Na de aambeioperatie kan u wel wat pijn verwachten. Deze is beduidend minder na een Longo-procedure of rubber band ligatie. De betrachting is steeds deze draaglijk te maken aan de hand van pijnstilling (paracetamol...ibuprofen). Het kan echter 2-4 weken duren vooraleer u de normale activiteiten kan hernemen, zeker na een klassieke aambeioperatie.

Naast de geschikte pijnstilling die u zal worden voorgeschreven, zijn zitbadjes of ontspannende reinigingsbeurten met de sproeier van de douche zeker aan te raden. Twee tot drie maal per dag 10-15 minuten met enkel lauwwarm water maken de last draaglijker.

Soms kan het zijn dat u moeite ervaart met plassen na de ingreep (retentie). Soms lukt het bij het zitbad. Indien u er echter niet in lukt, kan het noodzakelijk zijn dat er een sonde dient te worden geplaatst om de blaas te ledigen. Indien een tweede retentie zou doormaken, zal een verblijfssonde worden geplaatst.

Het maken van stoelgang na de aambeioperatie is altijd een punt van zorg voor de patiënt. Een eerste stoelgang moet zeker betracht worden binnen de eerste 48 u na de ingreep. Een vezelrijk dieet op voorhand werd voorgesteld, evt. een supplement, vb Fibion®, osmotisch laxativum (Movicol® of Forlax®) en voldoende vochtinname. Verwacht ook nog wat bloedverlies na de heekunde, meestal bij de stoelgangspassage, gelukkig meestal zelf-stoppend.

Andere veel gestelde vragen

Zwangerschap en aambeien?

Ongeveer 7/10 van de zwangere vrouwen krijgen last van aambeien. Onder invloed van de hormoonhuishouding krijgen zwangere vrouwen last van constipatie. De groeiende foetus neemt zoveel plaats in dat de darmen minder goed kunnen werken en de transit vertraagt. Preventietips zijn zeker aangewezen tijdens de zwangerschap.

Zijn aambeien besmettelijk?

Neen! Men krijgt geen aambeien van op een toilet te zitten waar net iemand anders heeft opgezeten, of in het zwembad.

Leiden hemorroïden tot kanker?

Neen! Er is geen verband tussen speen en kanker. Wel kunnen de klachten gelijkaardig zijn. Zodoende is het aangewezen bij de klachten een arts met ervaring in de proctologie te raadplegen. Uw arts zal steeds bereid zijn U bij te staan bij Uw vragen