

Inspizieren, therapieren, operieren

„Kleine Proktologie“ für die Hausarztpraxis

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

Proktologische Erkrankungen können dem Hausarzt immer wieder in seiner Sprechstunde begegnen, obwohl viele Patienten oft nur sehr zögerlich von Ihren Beschwerden berichten. Durch eine gezielte und einfühlsame Befragung lassen sich oft schon wichtige Hinweise auf die mögliche Ursache der Symptome gewinnen.

von Werner Kauer

Inspektion

Typische Beschwerden des Hämorrhoidal Leidens sind Blut am oder im Stuhl bzw. am Toilettenpapier, peranales Jucken oder Brennen sowie Schleimabgang. Die drei letztgenannten Symptome werden auch häufig bei analen Ekzemen jeglicher Form angegeben. Dagegen sind anale Schmerzen kein typisches Symptom bei Hämorrhoiden, insbesondere nicht, wenn die Schmerzen akut einsetzen und heftig sind. Hier ist zunächst an eine Analfissur, eine Analvenenthrombose oder einen Analabszess zu denken. In sehr seltenen Fällen können auch inkarzierte Hämorrhoiden die Ur-

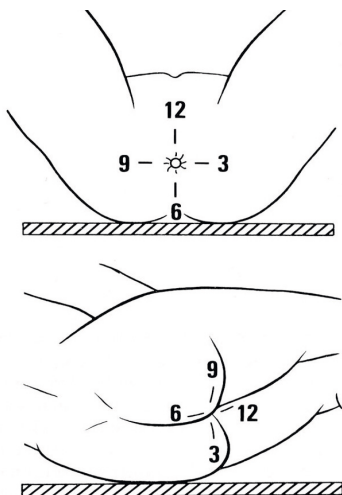


Abb. 1: Schematische Darstellung der Steinschnitt- und Linksseitenlage

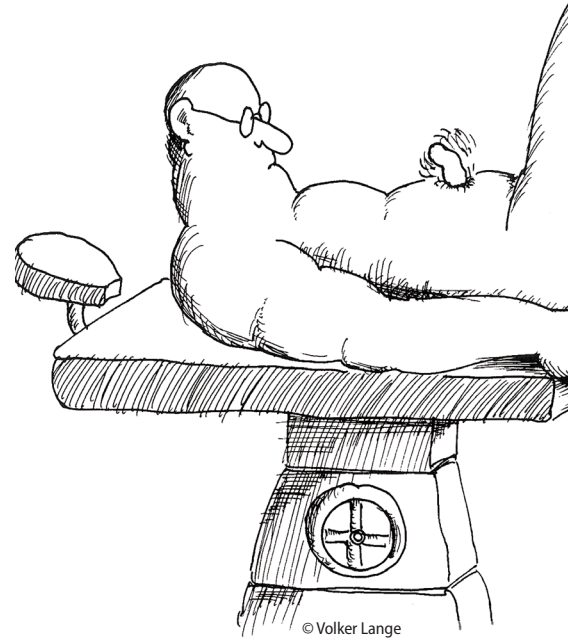
sache sein. Eine positive Familienanamnese kann ein wichtiger Baustein zur Entdeckung eines kolorektalen Karzinoms sein. Die Stuhlanamnese mit Häufigkeit und Konsistenz des Stuhls komplettiert die Befragung. Die klinische Untersuchung wird in der Regel in Linksseitenlage durchgeführt, wenn möglich ist jedoch die Steinschnittlage zu bevorzugen (**Abb. 1**). Durch die Inspektion, die in Ruhe und beim Pressen erfolgen sollte, sind viele Erkrankungen bereits „prima vista“ zu erkennen.

Analfissur

Die primäre akute Analfissur stellt sich als schmerzhafter (besonders während und nach der Defäkation) Einriss der Haut und nach der Defäkation) Einriss der Haut oder Schleimhaut des Anus dar, der typischerweise dorsal liegt. Bei der flüchtigen Inspektion kann dieser leicht übersehen werden. Wichtig ist es dann, die Nates zu spreizen. In seltenen Fällen muss die Untersuchung schmerzbedingt in Sedierung durchgeführt werden, wobei es dann sinnvoll sein kann, den Patienten zu einem Proktologen zu überweisen. Die chronische Fissur (anhaltende Beschwerden nach 6–8 Wochen) zeichnet sich durch die Entstehung einer hypertrophen Analpapille und einer Begleitmariske aus.

Analvenenthrombose

Ungleich einfacher ist die Diagnose einer Analvenenthrombose. Auch hier präsen-



© Volker Lange

tieren sich die Patienten mit meist akut einsetzenden peranal Schmerzen, häufig können sie eine Schwellung am Anus tasten. Die Inspektion zeigt einen oder mehrere prall-elastische Knoten, die blau-livide verfärbt sind (**Abb. 2**).

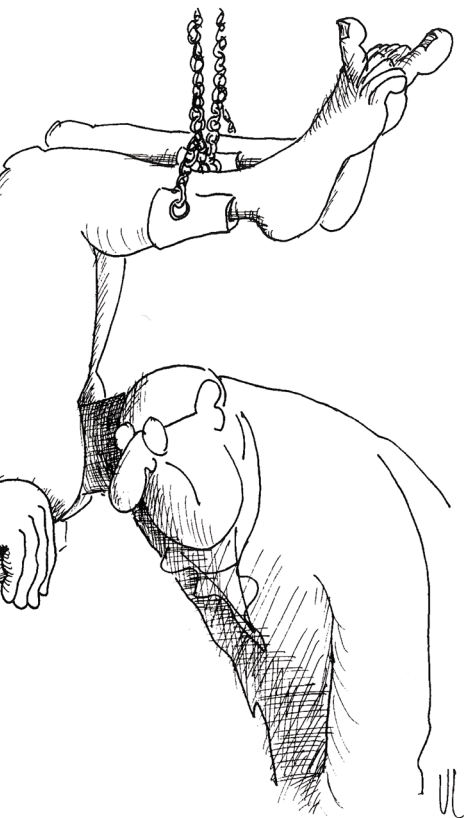
Analabszess

Der Analabszess als weitere Differenzialdiagnose des analen Schmerzes zeigt sich meistens als Schwellung mit den klassischen übrigen Entzündungszeichen. Bei tiefer liegenden Abszessen können diese Zeichen jedoch auch fehlen, in diesen Fällen kann die Endosonografie den Abszessnachweis zweifelsfrei erbringen. Ist die Di-



Abb. 2: Akute Analvenenthrombose

agnose gestellt, muss die zeitnahe Abszess- exzision mit Fistelsuche und evtl. Fistelversorgung unter stationären Bedingungen und in Narkose erfolgen. Die alleinige Abszessentlastung ohne Fistelsuche zieht eine hohe Rezidivwahrscheinlichkeit nach sich und ist nur in Ausnahmefällen indiziert.



schmerzhaft sein können. Seltener sind das allergische Kontaktekzem (z.B. ausgelöst durch feuchtes Toilettenpapier), das atopische Ekzem (z.B. bei Neurodermitis) oder perianale Psoriasis-Herde. Zu den am weitesten verbreiteten sexuell erworbenen Krankheiten zählen die Feigwarzen. Sie können als solitäre oder multiple Papeln auftreten, manchmal auch beetartig konfluierend, jedoch auch als blumenkohlartige Tumoren (Buschke-Löwenstein-Tumor, **Abb. 6**).

Rektale Untersuchung

An die Inspektion sollte sich immer die rektal-digitale Untersuchung anschließen.

Die schmerzhafte Untersuchung kann ein wichtiger Hinweis bei der Analfissur oder einem Abszess sein. Auch hier kann unter Umständen in manchen Fällen für eine aussagekräftige Untersuchung eine Sedierung notwendig sein. Selbstverständlich lassen sich tiefsitzende Tumoren schnell und unkompliziert mit der digital-rektalen Untersuchung erfassen. Ebenfalls können der Ruhe- und der Kneiftonus des Analsphinkters getastet werden. Blut am Fingerling ist immer ein Alarmzeichen und bedarf sorgfältiger weiterer Abklärung.

Falls die Möglichkeit zur Proktoskopie in der Hausarztpraxis besteht, kann jetzt das Anoderm einschließlich der Linea

Hämorrhoiden

Hämorrhoiden ab Stadium 2 (**Tab. 1**) können ebenfalls durch die Inspektion nachgewiesen werden. Hierbei ist es wichtig, die Inspektion auch während des Pressens („wie zum Stuhlgang“) durchzuführen, da das wahre Ausmaß der Hämorrhoiden (**Abb. 3 a–d**) hier oft erst zum Vorschein tritt. Im Gegensatz zu einer Analvenenthrombose sind prolabierende Hämorrhoidalkissen immer von Schleimhaut bedeckt.

Reizlose perianale schlaife Hautlappchen werden als Marissen bezeichnet (**Abb. 4**) und haben an sich keinen Krankheitswert, sehr selten können sie entzündliche ödematöse Veränderungen als Begleitreaktion einer anderen analen Pathologie aufweisen. Eine Entfernung ist nur aus hygienischen oder kosmetischen Gründen indiziert.

Analekzem

Das Analekzem als häufigste proktologische Erkrankung (Hauptsymptom Juckreiz) kann eine diagnostische und therapeutische Herausforderung sein. Häufig ist man mit einem irritativ-toxischen Ekzem (**Abb. 5**) als Folge einer externen Irritation (z.B. Stuhl, Schleim, Toilettenpapier) konfrontiert und man findet eine perianale Rötung bei insgesamt empfindlicher und nässender Haut. Bei ausgeprägtem Befall sind Hauterosionen zu erkennen, die besonders

Tab. 1: Gradeinteilung der Hämorrhoiden nach Goligher

Gradeinteilung	klinische Beschreibung
I	Hämorrhoiden nur proktoskopisch sichtbar
II	Prolaps beim Pressen, spontane Reposition
III	Prolaps nur noch manuell reponierbar
IV	Prolaps nicht mehr reponierbar

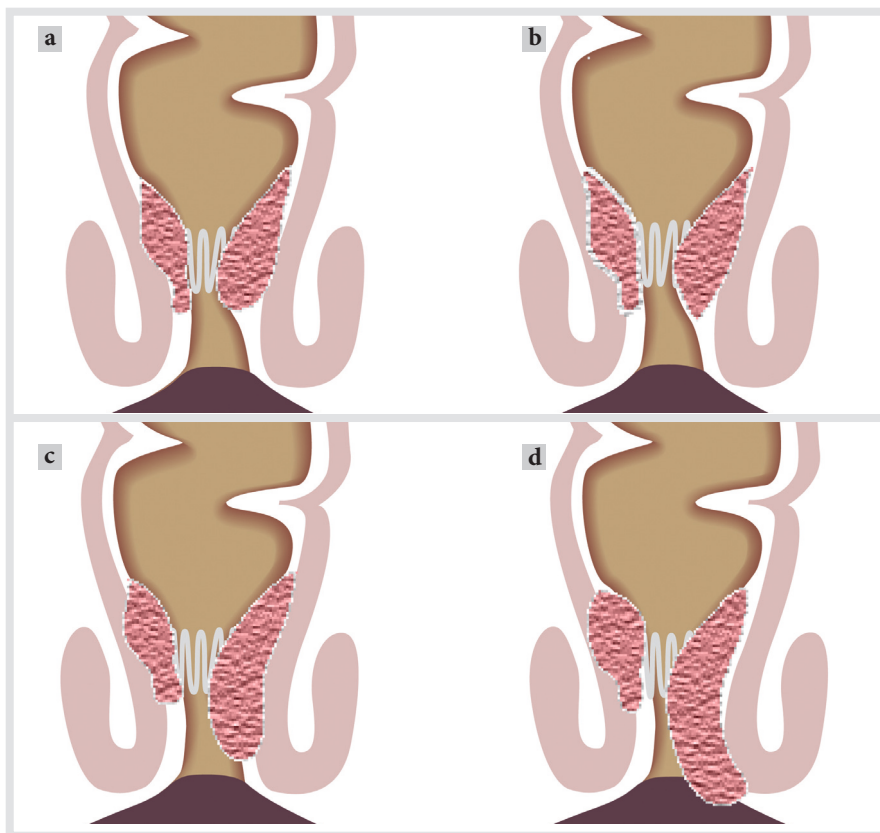


Abb. 3: Schematische Darstellung von Hämorrhoiden **a)** im Stadium I, **b)** im Stadium II, **c)** im Stadium III, **d)** im Stadium IV

dentata und der Hämorrhoidalkissen inspiert werden. Insbesondere Hämorrhoiden Grad I und II, entzündliche Schleimhautveränderungen, innere Fistelostien oder Tumoren können dadurch festgestellt werden.

Weiterführende Diagnostik wie Rektoskopie, Endosonografie oder Analmannometrie wird wahrscheinlich nur noch in wenigen Hausarztpraxen zur Verfügung stehen. Kann also mit oben genannten Maßnahmen keine eindeutige Diagnose gestellt werden, sollte die Überweisung zum Proktologen erfolgen.

Therapie

Das therapeutische Spektrum in der Hausarztpraxis reicht von Empfehlungen zur Analhygiene bis zu invasiven Maßnahmen einer Gummibandligatur. Die richtige Analhygiene stellt eine wichtige Basistherapie bei vielen proktologischen Erkrankungen dar, insbesondere wenn es zu einer Schädigung der empfindlichen Analregion gekommen ist. Nach einer groben Säuberung mit unbehandeltem Toilettenpapier sollte eine sorgfältige Reinigung mit angenehm temperiertem Wasser unter der Dusche oder über einem Bidet erfolgen. Die Verwendung von Feuchttüchern sollte möglichst vermieden werden, da trotz entsprechender Aufschriften (dermatologisch getestet, hautfreundlich) häufig Substanzen verwendet werden, die bei längerem Gebrauch zu einem Kontaktekzem führen können. Die sorgfältige Analhygiene ist insbesondere bei einer (oft nur schleichenden) Stuhlinkontinenz wichtig, bei der das fäkulente Analsekret die Hauptursache des irritativ-toxischen Ekzems ist. Begleitend können hier natürlich auch stuhleindickende Maßnahmen helfen. Dies kann sowohl diätetisch (Cola, Tomatensaft, Bananen, getrocknete Heidelbeeren, Weizenkleie, Flohsamen) als auch medikamentös (Pektin, Loperamid, Opiuntropfen) erfolgen.

Topische Therapie

Der topischen Therapie kommt besonders bei perianalen Hautveränderungen eine große Bedeutung zu. Selbstverständlich sollte immer eine kausal orientierte Therapie im Vordergrund stehen. Begleitend kann jedoch auch bei ausgeprägten

Beschwerden (insbesondere Juckreiz) eine kurzzeitige (maximal 2 Wochen) Behandlung mit einem topischen Kortikoid angezeigt sein. Bei weniger stark ausgeprägten Beschwerden hat sich eine lokale topische Therapie mit weicher Zinkpaste bewährt. Auch Sitzbäder mit Eichenrinde, Kamille oder Teebaumöl können hier eine Erleichterung schaffen. Zur topischen Behandlung von umschriebenen perianalen Kondylomen steht Imiquimod zur Verfügung. Eine Behandlung sollte 16 Wochen nicht überschreiten. Bei dann verbliebenen Kondylomen, aber auch bei großen Kondylombeeten oder intraanal Kondylomen ist die chirurgische Therapie indiziert. Jedoch ist eine Exzision bei diesen rein epidermal wachsenden Tumoren mit Ausnahme zur Histologiegewinnung kontraindiziert, vielmehr sollte die Koagulation oder Laserbehandlung mit anschließender Abtragung durch den scharfen Löffel erfolgen.

Auch bei der akuten Analfissur ist zunächst eine topische Therapie angezeigt. Ziel ist eine Senkung des Analsphinkertonus. Dies kann durch die lokale Applikation von Nitroglycerin oder Kalziumantagonisten (z.B. 0,2%ige Nifedipin- oder 2%ige Diltiazemsalbe 3 x tgl.) bis zur Beschwerdefreiheit erreicht werden. Begleitend wird diese Therapie immer mit stuhlregulierenden Maßnahmen (viel trinken, ballaststoffreich essen), Vermeiden von scharfen Speisen und dem Hinweis auf schonende Analhygiene.

Der Einsatz eines Analdehnens ist zu empfehlen, wird jedoch von vielen Patienten schmerzbedingt nicht toleriert. Obsolete dagegen ist die maximale manuelle anale Dilatation. Kommt es unter dieser Therapie nicht zur Ausheilung der Fissur spricht man nach 6–8 Wochen von einer chronischen Analfissur. Jetzt kann die Injektion von Botulinumtoxin in den M. sphinkter ani externus diskutiert werden als Alternative zur chirurgischen Therapie durch eine Fissurektomie. Denkbar ist aber auch die Kombination dieser beiden Verfahren. Die laterale Sphinkterotomie bis auf Höhe des proximalen Endes der Fissur stellt zwar den Goldstandard bei der Fissurbehandlung dar, sollte jedoch wegen des Inkontinenzrisikos ganz am Ende des therapeutischen Algorithmus stehen.



Abb. 4: Reizlose Analmarissen

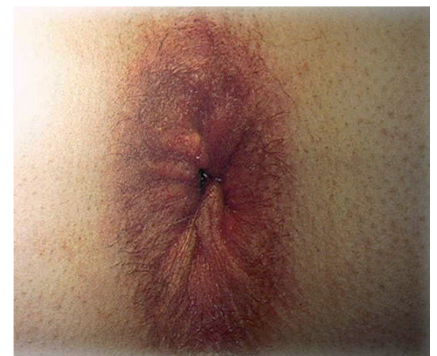


Abb. 5: Irritativ-toxisches Analekzem



Abb. 6: Ausgeprägte anale Condylome (Buschke-Löwenstein)

Chirurgische Therapie

Dagegen ist die chirurgische Therapie bei der akuten Analvenenthrombose die Therapie der Wahl. Hier sollte der Exzision des gesamten Knotens in Lokalanästhesie und/oder Sedierung gegenüber der Inzision und Exprimierung des Thrombus der Vorzug gegeben werden, da letztgenanntes Vorgehen häufig zu Frührezidiven führt und eine nachfolgende Mariskenbildung so vermieden werden kann. Der entstandene Defekt nach Exzision

kann zur besseren Blutstillung vernäht werden. Nur bei älteren Th ombosen und geringer Beschwerdesymptomatik kann primär konservativ (analgetisch, antiphlogistisch) therapiert werden.

Hämorrhoidaltherapie

Weitaus differenzierter stellt sich die Behandlung beim Hämorrhoidalleiden dar. Klassifikationen, wie die nach Goligher (Tab. 1), erlauben, das Hämorrhoidalleiden zu standardisieren und können helfen, den Behandlungsverlauf zu dokumentieren. Im Allgemeinen wird eine stufenweise Behandlung durchgeführt, die sich an den Symptomen sowie an der Gradeinteilung orientiert. Jedoch sollte dies nicht zu einer schematischen Vorgehensweise führen, vielmehr ist eine differenzierte und auf den jeweiligen Patienten abgestimmte und individualisierte Therapie anzustreben. Die konservative Therapie wird in der Regel bei Patienten mit Hämorrhoiden Grad I und II eingesetzt. Jedoch sollte eine konservative Basistherapie bei allen Stadien begleitend zum Einsatz kommen.

Dazu gehören diätetische Maßnahmen (ballaststoffreiche Kost zur Erhöhung des Stuhlvolumens als auch eine reichliche Flüssigkeitsaufnahme) sowie eine Stuhlregulation. Die Basistherapie kann stadienübergreifend unterstützt werden durch Salben und Suppositorien, wobei hier die Besserung der Symptomatik im Vordergrund steht und nicht die Behebung der zugrunde liegenden Ursache. Hierbei kommen vor allem steroidhaltige aber auch lokalanästhetische und antiinflammatorische Substanzen zum Einsatz, die auf den Schmerz und auf die entzündlichen Komponenten eine positive Wirkung haben.

Interventionelle nicht-operative Therapie

Interventionelle nicht-operative Therapien werden besonders bei Patienten mit Hämorrhoiden Grad II eingesetzt. Diese Methoden haben den Vorteil, dass sie in der Regel schnell durchgeführt werden können, kostengünstig sind und keine Sedierung oder gar Narkose benötigen. Die bekanntesten sind die Gummibandligatur und die Sklerosierungstherapie. Die Gummibandligatur nach Barron setzt die di-

rekte Visualisierung des Hämorrhoidalknotens durch das Proktoskop voraus, wobei ein Gummiband nach Ansaugen oder Einziehen der Basis des Hämorrhoidalkissens angelegt wird, der diese stranguliert. Das nachfolgend nekrotisierende Gewebe fällt nach 7 bis 15 Tagen ab und die entstehende Vernarbung führt zu einer Fixation der Mukosa und Reduktion der Durchblutung des Hämorrhoidalkissens während die Feinabdichtung vollständig erhalten bleibt. Obwohl in einer Sitzung mehrere Gummibänder angelegt werden können, empfindet es sich, nicht mehr als ein oder zwei Bänder pro Sitzung zu applizieren. Die Erfolgsrate wird zwischen 69 % und 94 % angegeben bei gleichzeitig niedriger Komplikationsrate.

Obwohl die Patienten im Vergleich zur Hämorrhoidektomie über weniger Schmerzen berichten, ist die Langzeiterfolgsrate niedriger. Da der proximale Anteil des Analkanals nicht sensibel versorgt ist, sollten die Patienten bei regelrechter Anlage des Gummibandes etwas proximal des Hämorrhoidalknotens schmerzfrei sein, jedoch zeigen Untersuchungen, dass dies bei vielen Patienten nicht realisiert werden kann. Die Sklerosierungstherapie als Alternative ist eine weit verbreitete Technik, bei der nach der Methode nach Blanchard 5%iges Phenolöl neben das zuführende arterielle Gefäß proximal des Hämorrhoidalkissens injiziert wird. Auch hier soll durch die Induktion von Narbengewebe eine Verminderung des Blutzuflusses aber auch eine Fixation der Mukosa auf der Unterlage erreicht werden. In der Regel wird bei 3, 7 und 11 Uhr SSL im Abstand von etwa zwei Wochen eingespritzt und dies 3 bis 4 mal wiederholt. Dieses Verfahren ist komplikationsarm und schmerzfrei, die Ergebnisse bzgl. der Erfolgsrate jedoch uneinheitlich mit Rezidivraten bis zu 30 %.

Allerdings muss die das Phenolöl herstellende Apotheke den Arzt über spezifische Nebenwirkungen der Substanz informieren und mögliche Alternativpräparate vorschlagen. Alternativ dazu kann die Sklerosierungstherapie nach Blond durchgeführt werden. Hier wird eine sklerosierende Substanz (meist Polidocanolösung) direkt in das Hämorrhoidalgewebe injiziert mit dem Ziel, durch

Fibrosierung den Hämorrhoidalknoten schrumpfen zu lassen.

Operative Therapie

Nur bei etwa 10 % der Patienten, die wegen eines Hämorrhoidalleidens ärztlichen Rat suchen, besteht eine Operationsindikation. Dies betrifft Patienten mit Hämorrhoiden Grad III oder IV, Patienten nach erfolgloser konservativer Therapie, Patienten mit Hämorrhoidalblutung oder -thrombose und Patienten mit inkarzierten Hämorrhoiden, wobei hier jedoch, wenn es die Klinik erlaubt, immer der Versuch unternommen werden sollte, durch konservative Maßnahmen eine Reposition zu erreichen, da eine ausgedehnte Resektion die Gefahr einer postoperativen Inkontinenz und Stenose erhöht.

Ziel der Operation ist eine Wiederherstellung der normalen Anatomie und Physiologie durch Reposition der prolabierten Mukosa und anatomiegerechter Rekonstruktion. Dabei unterscheidet man grundsätzlich zwischen der offenen (anodermresezierenden) und geschlossenen (anodermhaltenden) Hämorrhoidektomie, der Staplerhämorrhoidopexie und der dopplersonografisch gesteuerten Hämorrhoidenarterienligatur (HAL).

Die offene Hämorrhoidektomie nach Milligan-Morgan stellt nach wie vor den Goldstandard der operativen Hämorrhoidenbehandlung dar, insbesondere bei einzelnen, vergrößerten Hämorrhoidalkissen. Die Staplerhämorrhoidopexie nach Longo hat sich als ideale Technik bei zirkulären prolabierten Hämorrhoiden Grad III etabliert. Die HAL kann grundsätzlich bei Hämorrhoiden in jedem Stadium durchgeführt werden, findet jedoch seine breite Anwendung im Stadium II und III. In einer Modifikation (HAL-RAR) wird zur Gewebsverkleinerung eine vertikale Raffnaht (recto-anal repair) angelegt.

Literatur bei Verfasser

Prof. Dr. med. Werner Kauer

*Praxis für
Chirurgie, Endoskopie, Proktologie,
Ledererstraße 4, 80331 München*

E-mail: praxis@prof-hk.de



Mögliche Interessenkonflikte: keine deklariert