

SEMINAR

Proktologische Erkrankungen

Was Analhygiene, Diät und topische Therapie ausrichten

W. KAUER

Proktologische Erkrankungen können dem niedergelassenen Arzt immer wieder in seiner Sprechstunde begegnen. Allerdings berichten viele Patienten oft nur sehr zögerlich von ihren Beschwerden. Durch eine gezielte Befragung lassen sich oft schon wichtige Hinweise auf die mögliche Ursache der Symptome gewinnen.

MMW-Fortbildungsinitiative:
Gastroenterologie für den Hausarzt

Regelmäßiger Sonderteil der
MMW-Fortschritte der Medizin.

Herausgeber:

Gesellschaft für Gastroenterologie
in Bayern e. V.; Tassilostr. 2, D-85540 Haar
Tel.: 089/3265-3672
E-Mail: info@gfgb.org
Internet: www.gfgb.org

Redaktion:

Prof. Dr. med. W. Scheppach, Würzburg
Prof. Dr. med. R. M. Strauch, München
Prof. Dr. med. D. Strobel, Erlangen
Prof. Dr. med. H. S. Fießl, Haar



Prof. Dr. med.
Werner Kauer

Facharzt für Chirurgie,
Viszeralchirurgie und
Proktologie, München

— Typische Beschwerden des Hämorrhoidalleidens sind Blut am oder im Stuhl bzw. am Toilettenpapier, perianales 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 sie akut einsetzen und heftig sind. Hier ist zunächst an eine Analfissur, eine Analvenenthrombose (Abb. 1) oder einen Analabszess zu denken. Eine positive Familienanamnese kann ein wichtiger Baustein zur Entdeckung eines kolorektalen Karzinoms sein. Die Stuhlanamnese mit Häufigkeit und Konsistenz des Stuhls komplettiert die Befragung.

Klinische Untersuchung

Die klinische Untersuchung wird in der Regel in Linksseitenlage oder Steinschnittlage (Abb. 2) durchgeführt. Durch die Inspektion, die in Ruhe und

beim Pressen erfolgen sollte, sind viele Erkrankungen wie z. B. die akute Analfissur, die Analvenenthrombose oder vergrößerte Hämorrhoiden bereits „prima vista“ zu erkennen.

An die Inspektion sollte sich immer die rektal-digitale Untersuchung anschließen. Schmerzen bei der Untersuchung können ein wichtiger Hinweis bei der Analfissur oder einem Abszess 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 Praxis besteht, kann jetzt das Anoderm einschließlich der Linea dentata und der Hämorrhoidalkissen inspeziert werden. Insbesondere Hämorrhoiden Grad I und II, entzündliche Schleimhautveränderungen, innere Fistelostien oder Tumoren können dadurch festgestellt werden.

Weiterführende Diagnostik wie Rektoskopie, Endosonografie oder Analmanometrie kann sich, abhängig von den bisher erhobenen Befunden, anschließen.

Analhygiene:
Feuchttücher vermeiden!

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.



Abb. 1 Akute Analvenenthrombose.

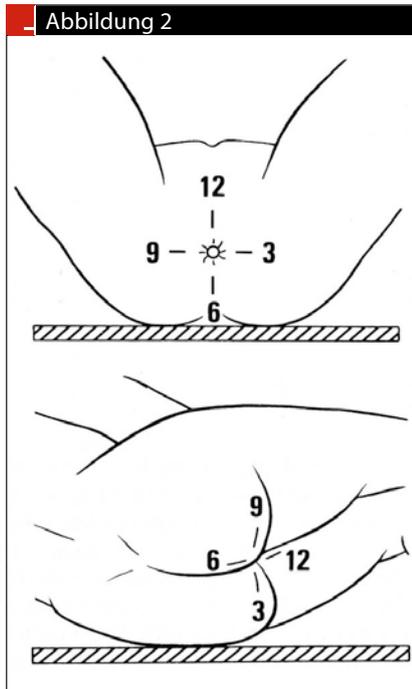


Abb. 2 Schematische Darstellung der Steinschnitt- und Linksseitenlage.

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, Opiumtropfen) 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 zwei 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. Bei verbliebenen Kondylomen, aber auch bei großen Kondylombeeten (Abb. 3) oder intraanaln 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.

Bei Fissuren Analsphinktertonus senken

Auch bei der akuten Analfissur ist zunächst eine topische Therapie angezeigt. Ziel ist eine Senkung des Analsphinktertonus. 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. Begleitet wird diese Therapie immer von stuhlregulierenden Maßnahmen (viel trinken, ballaststoffreich essen), Vermeiden von scharfen Speisen und dem Hinweis auf schonende Analhygiene. Der Einsatz eines Analdehners ist zu empfehlen, wird jedoch von vielen Patienten schmerzbedingt nicht toleriert.

Kommt es unter dieser Therapie nicht zur Ausheilung der Fissur, spricht man nach sechs bis acht Wochen von einer chronischen Analfissur. Jetzt kann die Injektion von Botulinumtoxin in den M. sphincter 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 [1], sollte jedoch wegen des Inkontinenzrisikos ganz am Ende des therapeutischen Algorithmus stehen.

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. Bei geringer Beschwerdesymptomatik kann jedoch auch primär konservativ (analgetisch, antiphlogistisch) therapiert werden.

Hämorrhoiden stufenweise behandeln

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 eingesetzt werden. Dazu gehören diätetische Maßnahmen (ballaststoffreiche Kost zur Erhöhung des Stuhlvolumens, eine reichliche Flüssigkeitsaufnahme) sowie eine Stuhlregulation. Die Basistherapie kann stadienübergreifend unterstützt werden durch



Abb. 3 Ausgeprägte anale Kondylome (Buschke-Löwenstein).

Tabelle 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

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.

Nur jeder zehnte Patient mit Hämorrhoiden muss zur OP

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. Nur bei etwa 10% der Patienten, die wegen einem Hämorrhoidalleiden ärztlichen Rat suchen, besteht eine Operationsindikation [2]. Dies betrifft Patienten mit Hämorrhoiden Grad III oder IV, Patienten nach erfolgloser konservativer Therapie, Patienten mit Hämorrhoidalblutung oder -thrombose und Patienten mit inkarzierten Hämorrhoiden. 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 [3] stellt nach wie vor den Goldstandard der operativen Hämorrhoidenbehandlung dar, insbesondere bei einzelnen, vergrößerten Hämorrhoidalkissen. Die Staplerhämorrhoidopexie nach Longo [4] 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 Gewebverkleinerung eine vertikale Raffnaht (recto-anal repair) angelegt [5].

Literatur unter mmw.de

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Werner Kauer
Praxis für Chirurgie, Endoskopie
und Proktologie
Ledererstr. 4
D-80331 München
E-Mail: info@prof-kauer.de
www.prof-kauer.de

Fazit für die Praxis

Proktologische Erkrankungen lassen sich häufig durch eine genaue Anamnese und klinische Untersuchung diagnostizieren. Basis- und weiterführende Diagnostik helfen, die verschiedenen Behandlungsoptionen auf das jeweilige Beschwerdebild des Patienten abzustimmen. Eine operative Therapie sollte nach sorgfältiger Indikationsstellung nur von einem proktologisch erfahrenen Chirurgen durchgeführt werden.

Keywords

Proctological complaints: how helpful are anal hygiene, dieting and topical therapy?

Proctology – anal eczema – anal fissure – haemorrhoids

Hier steht eine Anzeige.



Literatur

1. Nelson R. Non surgical therapy for anal fissur: Cochrane Database Syst Rev Issue 4, 2004; CD 3431.
2. Bleday R, Pena JP, Rothenberger DA, et al. Symptomatic hemorrhoids: current incidence and complications of operative therapy. *Dis Col Rectum* 1992; 35: 477-81.
3. Milligan ETC, Morgan CN, Jones LE, et al. Surgical anatomy of the anal canal and operative treatment of haemorrhoids. *Lancet* 1937; 2:1119-24.
4. Longo A. Treatment of hemorrhoids disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapsed with a circular suturing device: a new procedure. In: Montori A, Lirici MM, Montori J, eds. *Proceedings of the 6th world congress of endoscopic surgery*. Bologna (Italy): Monduzzi Editori; 1998. p. 777-84.
5. Faucheron JL, Gangner Y. Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation for the treatment of symptomatic hemorrhoids: early and three year follow-up results in 100 consecutive patients. *Dis Colon Rectum* 2008; 51: 945-9.