



Proktologie in der Praxis

Es sind nicht immer Hämorrhoiden

Proktologische Erkrankungen sind sowohl in der Hausarztpraxis als auch beim Spezialisten sehr häufig. Doch nicht immer stecken hinter «Hämorrhoidalbeschwerden» tatsächlich Hämorrhoiden. Dieser Artikel soll einen praktischen Überblick über die wichtigsten proktologischen Erkrankungen und deren Therapie- respektive Abklärungsmöglichkeiten – gegliedert nach Leitsymptomen – geben.

Leitsymptome wie Schmerzen, palpable Schwellungen/Tumoren oder Blutabgänge können schon hausärztlich zur Verdachtsdiagnose führen. Inspektion und digitale Palpation bestätigen dann meist diese Verdachtsdiagnose. Die digitale Untersuchung erlaubt neben der Beurteilung des Analkanals und des distalen Rektums zudem eine Aussage über Konsistenz und Grösse der Prostata.¹ Bei Vorliegen von Alarmsymptomen wie Gewichtsverlust, Blutungen, Anämie, positiver Familienanamnese oder einem Alter über 40 Jahre sollte immer eine endoskopische Abklärung erfolgen. Auch eine Abklärung bei jüngeren Patienten muss bei steigender Inzidenz von kolorektalen Karzinomen bei unter 50-Jährigen im Einzelfall erwogen werden.² Die Lokalisationseinteilung von perianalen Veränderungen erfolgt analog dem Ziffernblatt in Scheitel-Steiss-Lage (SSL) (Abb. 1). Mehrere Leitsymptome sind möglich und können überlappen.

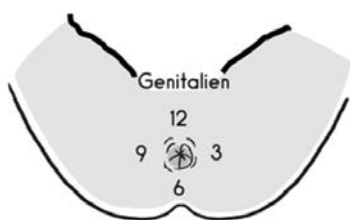


Abb. 1: SSL (aus: Der Po-Doc, Dr. med. M. Wilhelmi, Trias Verlag 2019)

Leitsymptom «Blut ab ano»

Die häufigste Ursache für «Blut ab ano» ist mit Abstand das Hämorrhoidalleiden. Wenig hellrotes Blut ab ano tritt bei mindestens 15% aller Erwachsenen rezidivie-

Blut ab ano		
Lokalisation	Menge	Differenzialdiagnose
Auf dem WC-Papier	wenig	Analfissur Hämorrhoiden (am häufigsten) Fistel Prolaps Ekzem Tumor
Auf dem Stuhl	wenig	Hämorrhoiden Darmtumoren Proktitis Divertikel Ulzera im GI-Trakt anderes

Tab. 1: Differenzialdiagnosen zum Leitsymptom Blut ab ano

rend auf.³ Für die Differenzialdiagnose kann die Differenzierung, ob das Blut am WC-Papier oder auf dem Stuhl sichtbar wird, hilfreich sein (Tab. 1). Grosse Studien zeigten Hämorrhoiden in bis zu 30 bis 95% der Fälle als Ursache für das Leitsymptom «Blut ab ano».⁴

Hämorrhoiden

Hämorrhoiden sind bei jedem Menschen vorhandene Blut-Kissen bzw. -Polster aus arteriovenösen Blutgefässen (Corpus cavernosum recti, Plexus haemorrhoidalis superior), welche im distalen Rektum zirkulär gelegen sind und bis an die Linea dentata reichen. Bei Vergrösserung dieser Polster bzw. entsprechenden Beschwerden spricht man vom Hämorrhoidalleiden oder symptomatischen Hämorrhoiden. Blutungen, Schwellungen oder Prolaps und Juckreiz, Nässen und Brennen sind die häufigs-

KEYPOINTS

- Proktologische Erkrankungen sind häufig. Anamnese und digitale rektale Untersuchung führen in den meisten Fällen schon zur Diagnose.
- Akute perianale Schmerzen sind meist auf Analfissuren oder Perianalvenenthrombosen zurückzuführen.
- Ein inkarzierter Rektumprolaps, ein Analabszess, ein Fournier-Gangrän und Fremdkörper im Anus stellen Notfallsituationen dar, welche eine umgehende Therapie benötigen.
- Bei Blutabgang ab ano sollte im Zweifel immer eine kolorektale Blutungsquelle ausgeschlossen und die Diagnose «Hämorrhoiden» kritisch hinterfragt werden.

ten – allerdings unspezifischen – Symptome. Hämorrhoiden gehören zu den häufigsten Gründen für die Zuweisung an die gastroenterologische Praxis.

Die Inzidenz von Patienten, welche sich deshalb in ärztliche Behandlung begeben, wird mit etwa 4% angegeben. Die Dunkelziffer ist jedoch wahrscheinlich höher, da aus Schamgefühl oft kein Arzt aufgesucht wird. Männer und Frauen sind etwa gleich häufig betroffen. Der Häufigkeitssgipfel liegt zwischen dem 45. und 65. Lebensjahr.

Die Einteilung von Hämorrhoiden in 4 Grade (mit fliessendem Übergang) erfolgt entsprechend ihrer Grössenzunahme und dem Ausmass des Vorfalls in den Analkanal bzw. vor den After nach der Goligher-Einteilung (Tab. 2).⁵ Hämorrhoiden im Stadium I können nur mit einer Proktoskopie korrekt diagnostiziert werden. In den Stadien II und III kann die Diagnose nach Pressen erkannt werden. Das Hämorrhoidalleiden im Stadium IV ist eine Blickdiagnose. Bei Unsicherheit oder Risi-

kofaktoren sollte eine koloskopische Abklärung diskutiert werden.

Therapie des Hämorrhoidalleidens

Grundpfeiler der Therapie ist die Stuhlregulation mit Vermeidung von sowohl Obstipation als auch Diarrhö. Hier kann die Patientenaufklärung im Sinne der «TONE-Regel» hilfreich sein (s. Kasten S. 8).⁶

Auch eine Hockstellung während der Defäkation kann empfohlen werden, da eine grössere Flexion in der Hüfte den anorektalen Winkel begradigt und der Stuhl mit weniger Pressen evakuiert werden kann.⁷ Ausserdem sind ausreichende Flüssigkeitszufuhr und ballaststoffreiche Kost sowie der Einsatz quellender Laxativa wie Flohsamen (Metamucil) oder Methylzellulose (Supplementierung von 20–30 g/d) hilfreich. Suppositorien und Hämorrhoidalcremes (z. B. Proctosynalar) können die Symptome lindern, sollten jedoch nicht langfristig angewandt werden und zeigen in Studien auch keine Evidenz bzgl. Abheilungstendenz. Bei erstgradigen blutenden Hämorrhoiden ist die Infrarottherapie eine Option, welche eine Koagulation im Bereich der Hämorrhoidalpolster bewirkt.

Bei zweit- bis drittgradigen Hämorrhoiden ist die Gummibandligatur die Therapie der Wahl. Unmittelbar proximal der Hämorrhoiden an der Hämorrhoidalbasis werden unter Sicht Mukosa und Submukosa mit einem speziell dafür konzipierten Gerät angesaugt und ein Gummiband wird an der Hämorrhoidalbasis platziert (Technik nach Barron). Es entstehen eine lokale Nekrose und Entzündungsreaktion. Das Gummiband und die nekrotische Schleimhaut schilfern innerhalb von 10 Tagen nach Applikation ab. Hierdurch wird überschüssige Schleimhaut abgetragen und eine narbige Verklebung der Schleimhaut erreicht. Meist sind mehrere Sitzungen in vierwöchigem Abstand nötig. Als Hauptnebenwirkungen der Behandlung können in bis zu 10% der Fälle Blutabgänge, Schmerzen, vagale Beschwerden und Fremdkörpergefühl bzw. Irritationen auftreten. Der Eingriff kann unter Monotherapie mit Thrombozytenaggregationshemmern durchgeführt werden, eine doppelte Thrombozytenaggregationshemmung oder eine orale Antikoagulation sind jedoch eine Kontraindikation. Ähnlich wirksam ist die Sklerosierung, bei welcher Substanzen wie Aethoxysklerol in oder über den Hämorrhoidalknoten injiziert werden und zu ei-

Gradeinteilung nach Goligher	Definition	Therapie (immer mit Basismassnahmen)
I°-Hämorrhoiden	Nur proktoskopisch sichtbar vergrößerter Plexus haemorrhoidales superior	Konservativ, evtl. Gummibandligatur, Sklerosierung, HAL, Infrarotkoagulation
II°-Hämorrhoiden	Prolaps bei Defäkation, retrahiert sich spontan	Gummibandligatur, Sklerosierung, evtl. Operation mit HAL, Mukopexie
III°-Hämorrhoiden	Prolaps bei Defäkation, retrahiert sich nicht spontan; nur manuell reponibel	HAL/Mukopexie/RAR, Hämorrhoidektomie, Hämorrhoidopexie nach Longo
IV°-Hämorrhoiden	Prolaps permanent fixiert, nicht reponibel	Hämorrhoidektomie, Hämorrhoidopexie nach Longo

Tab. 2: Stadien und Therapieoptionen des Hämorrhoidalleidens

ner Fibrosierung und Verklebung zwischen der Submukosa und der darunter liegenden Muskularisschicht führen. Die Gummibandligatur scheint dieser Technik etwas überlegen. Im Stadium III sind chirurgische Methoden wie Hämorrhoidektomie, Hämorrhoidenarterienligatur (HAL) oder die Stapler-Mukosektomie (nach Longo) der Gummibandbehandlung überlegen. Stadium IV ist immer eine Operationsindikation (Tab. 2).

Proktitis

«Blut ab ano» kann auch durch eine Proktitis auftreten. Vor allem bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (M. Crohn und Colitis ulcerosa) oder bei Infektionen können Blutungen und Schmerzen auftreten. Eine Risiko-Anamnese kann erste Hinweise ergeben, ein Abstrich z. B. mittels Multiplex-PCR sollte

immer alle Erreger sexuell übertragbarer Krankheiten (STD) beinhalten (v. a. Chlamydien, Lues, Gonokokken u. a.). Zu erwähnen ist hier die Zunahme der Inzidenz von Chlamydien-Infektionen, welche bei Vorliegen des Serotyps L1–L3 zu einem Lymphogranuloma venerum mit schwerer Proktitis führen können. Die Behandlung ist Doxycyclin über 3 Wochen (Tab. 6).

In der Regel sollte bei proktoskopischer Diagnose einer Proktitis ergänzend eine vollständige Koloskopie durchgeführt werden, mit der Frage nach chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen. Die Behandlung richtet sich nach der Ursache.

Analkarzinom

Analkarzinome sind Plattenepithelkarzinome, die meist in Verbindung mit HPV- und HIV-Infektionen auftreten. Auch Frauen mit zervikalen Dysplasien haben ein

Lokalisation	Charakter	Differenzialdiagnose
Perianal	Dauerhaft	Perianalabszess Perianalvenenthrombose Herpes analis
Anokutan	Vor allem beim Stuhlgang	Analfissur
Tief im Becken	Vor allem nach dem Fahrradfahren	„pudental entrapment“
Im Bereich des Enddarms (selten auch im Unterbauch)	Anfallsartig, v. a. nachts	Proctalgia fugax
Im Bereich des Enddarms	Dauerhaft	Proktitis Perianalabszess Perianalvenenthrombose Thrombosierte Hämorrhoiden
Im Becken, Enddarm	Lageabhängig, v. a. im Sitzen	Levator-ani-Syndrom
Im Becken, Steissbein, Enddarm	Beim Nach-hinten-Beugen im Sitzen verstärkt	Coccygodynie

Tab. 3: Differenzialdiagnosen zum Leitsymptom Schmerz

erhöhtes Risiko für Analkarzinome. Die onkogenen HPV-Subtypen 16 und 18 können nach einer Infektion über anale intraepitheliale Dysplasien (AIN-Stufen I–III) zu einem Analkarzinom führen. Es wird zwischen dem Analrand- und dem Analkanalkarzinom unterschieden. Zur Diagnose ist eine Biopsie erforderlich. Kleinere Analrandkarzinome können chirurgisch exzidiert werden. Bei fortgeschrittenen Analrandkarzinomen und allen Stadien des Analkanalkarzinoms ist die Radiochemotherapie Therapie der Wahl.

Leitsymptom Schmerzen

Mit Abstand die häufigsten Ursachen für Schmerzen im Analbereich sind Fissuren und Analvenenthrombosen. Doch auch hier existieren Differenzialdiagnosen (Tab. 3).

Fissur

Eine der häufigsten analen Erkrankungen ist die akute Analfissur. Sie kommt in allen Altersstufen vor und ist bei beiden Geschlechtern ähnlich häufig. Im Unterschied zur schmerzlosen Hämorrhoidalblutung ist das verbreitetste Symptom die schmerzhaft Defäkation mit Frischblutabgang. Durch harten Stuhlgang oder auch Diarrhö kann es zum tiefen Einreißen der Haut im Analkanal kommen, da das Anoderm durch seine dünne Hornschicht weniger belastbar als andere Hautareale ist. Chronische Fissuren (Beschwerdepersistenz > 6 Wochen) sind charakterisiert durch eine Wächter-Mariske aussen («sentinel tag») und meist eine hypertrophe Analpapille proximal im Analkanal, eventuell einen Analspasmus und teilweise eine Fibrose des inneren Sphinkters. Chronische Fissuren können auch mit vermehrtem Pruritus ani und weniger Schmerzen imponieren. Die klassische Lokalisation von Analfissuren ist bei 6 oder 12 Uhr. 90% liegen dorsomedian, lediglich 6 bis 16% liegen an der anterioren Zirkumferenz. Die Tatsache, dass die hintere Kommissur anal schlechter perfundiert wird, führte zur Theorie, dass die schlechte Durchblutung zur Persistenz der Fissur führt. Ventrale Fissuren sind häufiger bei Frauen. Atypisch lokalisierte Fissuren sollten an andere Ursachen denken lassen (Analverkehr, sexueller Missbrauch, venerische Erkrankung, M. Crohn). Hier ist eine koloskopische Abklärung meist indiziert.

Bei der Inspektion muss zur Darstellung der Anus manuell leicht gespreizt werden. Aufgrund der starken Schmerzen kann oft keine Proktoskopie durchgeführt werden, die Palpation ist jedoch meist möglich und die Proktoskopie sollte nach Therapiebeginn nachgeholt werden. Die wichtigste Differenzialdiagnose ist der Perianalabszess. Anders als die Fissur führt er in der Regel zu einem Dauerschmerz, der auch nachts anhält.

Die Therapie umfasst neben Allgemeinmassnahmen (TONE-Regel) Laxativa zur atraumatischen Stuhlpassage sowie Nifedipin-Salbe 0,2% über mindestens 6 Wochen äusserlich aufgetragen. Alternativ können Nitrat-Präparate (z. B. Rectogesic) eingesetzt werden. Hierunter kommt es in 95% der Fälle zur Abheilung. Analgetisch kann eine Lokalthherapie mit Lidocain-Gel 2% und systemisch mit nichtsteroidalen Antirheumatika oder Paracetamol-haltigen Präparaten unterstützen. Bei ungenügendem Erfolg können die intrasphinktäre Applikation von Botulinumtoxin, eine Ballondilatation in Sedation oder auch das Fissur-Débridement diskutiert werden. Rezidive sind jedoch bei allen Therapiearten häufig. So tritt z. B. nach der Behandlung mit Nifedipin-Salbe bei 42% der Patienten innerhalb von durchschnittlich 183 Tagen ein Rezidiv auf.⁸ Auch nach Botox ist der Langzeiterfolg (> 12 Monate) von rund 50% enttäuschend.⁹ Bei akuter Analfissur loco

Die TONE-Regel

- T = «three minutes» (nicht länger als drei Minuten sitzen)
- O = «once a day» (täglicher Stuhlgang)
- N = «no straining» (nicht pressen)
- E = «enough fibre» (Stuhlregulation durch unverdauliche Fasern, z. B. Obst/Gemüse)

classico und subjektiv guter Abheilung sind klinische Kontrollen nicht zwingend nötig.

Fisteln

Besonders im Rahmen von M. Crohn können sich anale Fisteln verschiedener Lokalisationen bilden, welche Sekret sowie Eiter absondern und schmerzhaft sein können. Bei 10% der Morbus-Crohn-Patienten finden sich anale Fisteln als Erstmanifestation. Häufig ist der Porus darstellbar, der mit einer Knopfsonde sondiert werden

kann. Dies muss durch ein bildgebendes Verfahren (z. B. Endosonografie, MRI) genauer abgeklärt werden.

Die Therapie richtet sich nach der Ursache (z. B. Therapie der chronisch-entzündlichen Darmerkrankung) und ist meist eine Kombination aus medikamentöser Therapie und Chirurgie (z. B. Seton-Einlage, Fistelspaltung).

Analabszess

Eiteransammlungen im Bereich des Enddarms können sehr schmerzhaft sein. Sie entstehen häufig im Rahmen chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen, wenn Fisteln vorliegen. Ein Abszess muss immer zeitnah behandelt werden. Eine Inzision zur Entlastung sowie antibiotische Therapie sollten umgehend erfolgen. Meist ist die Zuweisung an einen Chirurgen notwendig.

Die schwerste Form der Infektion ist die perineal nekrotisierende Fasziiitis (Fournier-Gangrän) als lebensbedrohende Infektion der Haut und des Weichteilgewebes in der Anal- und Perinealregion. Sie ist in der Regel polymikrobiell bedingt und kann sich sekundär aus unbehandelten anorektalen Abszessen, kutanen Infektionen oder genitourinären Infektionen entwickeln.¹⁰ Diese Erkrankung stellt einen chirurgischen Notfall dar.

Analvenenthrombose/Perianalvenenthrombose

Die Analvenenthrombose ist sehr häufig und ist eine Blickdiagnose. Druckempfindliche, bläulich-livide Knoten am After, welche meist plötzlich entstanden sind und mit Schmerzen einhergehen, sind das Leitbild. Die Analvenenthrombose geht von einer Thrombose der äusseren Hämorrhoidalgefässe (Plexus haemorrhoidalis externus) aus und kann durch starkes Pressen oder langes Sitzen auftreten. Bei Frauen kommt sie oft peripartal oder im Rahmen des Zyklus bzw. der damit verbundenen hormonellen Veränderungen vor. Sie kann aber auch spontan ohne ersichtlichen Auslöser entstehen.

Differenzialdiagnostisch kommen ödematöse Marisken, Tumoren oder auch prolabierte innere Hämorrhoiden (Grad III/IV) infrage. Hämorrhoidalthrombosen sind jedoch viel häufiger als diese Diagnosen. Bei stark schmerzhafter, akuter (< 72h) Thrombose kann unter Lokalanästhesie inzidiert und der Thrombus evakuiert werden. Durch das Ausschneiden einer kleinen

Hautspindel kann die Rezidivrate im Vergleich zur reinen Inzision gesenkt werden. Die Inzision/Thrombusevakuierung kann auch in der hausärztlichen Praxis durchgeführt werden, beschleunigt jedoch nicht die Abheilungszeit, welche mehrere Wochen dauern kann. Als Basistherapie sollte eine gute Stuhlregulation durchgeführt werden. Zudem können lokale Anästhetika und systemische Analgetika eingesetzt werden. Eine in Studien bewiesene Wirkung zeigt das Venentonicum Daflon® 500mg 2x/d, welches für 7–14 Tage angewandt wird.¹¹

Funktionelle anorektale Schmerzen – Proctalgia fugax, Levator-ani-Syndrom

Zu den funktionellen anorektalen Störungen gehören die Proctalgia fugax, das Levator-ani-Syndrom und unspezifische funktionelle anorektale Schmerzen. Prinzipiell dauert der Schmerz bei der Proctalgia fugax, im Gegensatz zu den beiden anderen Entitäten, weniger als 30 Minuten. Proctalgia fugax ist charakterisiert durch plötzlich, v. a. auch nachts, auftretende starke Schmerzen im Bereich des Rektums, welche Sekunden bis Minuten (selten über 30 Minuten) anhalten und dann wieder vollständig verschwinden. Zu 90% sind diese Schmerzen im Rektum lokalisiert, sie können jedoch auch ausstrahlen. Männer und Frauen sind gleich häufig betroffen, die Prävalenz liegt zwischen 8 und 18%. Patienten können hiervon nachts erwachen.¹² Ätiologisch werden Krämpfe der glatten Muskulatur im Beckenbodenbereich diskutiert. Nach Ausschluss anderer Pathologien kann die Diagnose gestellt werden. Therapeutisch ist neben einer guten Stuhlregulation der Einsatz von Salbutamol-Spray möglich, um die Schmerzattacken zu verkürzen.¹³

Länger anhaltender dumpfer Schmerz im Bereich des oberen Rektums, der sich im Sitzen verschlechtert, kann auf ein Levator-ani-Syndrom hindeuten. Die digitale

Rektumprolaps Analprolaps

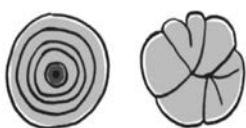


Abb. 2: Rektumprolaps und Analprolaps (aus: Der Po-Doc, Dr. med. M. Wilhelmi, Trias Verlag 2019)

Lokalisation	Symptome	Differenzialdiagnose
Am Anus	Schmerzlos	Mariske Kondylome Tumor/Karzinom Rektum-/Analprolaps
Am Anus	Schmerzhaft	Perianalvenenthrombose Abszess Prolaps
Am Anus	Schmerzfrei	Kondylome Analpapillen Tumor/Analkarzinom Polypen
Am Anus	Schmerzhaft	Abszess Thrombosierte Hämorrhoiden
Im Enddarm	Schmerzlos	Rektumkarzinom Prostatavergrößerung

Tab. 4: Differenzialdiagnosen zum Leitsymptom Knoten am Anus

rektale Palpation kann einen Spasmus des M. levator ani (meistens linksseitig mit Schmerzhaftigkeit) nachweisen. Die Ätiologie ist unklar; es werden Krämpfe der Beckenbodenmuskulatur postuliert. Die Prävalenz liegt bei 6 bis 11%.¹⁴ Therapeutisch ist oft Biofeedbacktherapie hilfreich, ausserdem Muskelrelaxanzien wie Diazepam, warme Sitzbäder und digitale Massage des M. levator ani.¹⁵

Leitsymptom «Knoten am Anus»

Meistens harmlos, können vom Patienten getastete Knoten seltener auch ernste

Ursachen haben, etwa ein Analkarzinom. Beginn, Dauer, Lokalisation und Schmerzhaftigkeit sind hierbei wichtige anamnestische Kriterien (Tab. 4).

Marisken

Die häufigste Ursache für einen am Anus gefühlten Knoten sind neben Analvenenthrombosen Marisken. Dabei handelt es sich um harmlose, anokutane Hautfalten, deren Ätiologie nicht vollständig geklärt ist. Bei der Inspektion gilt es – insbesondere bei Schmerzen –, eine chronische Analfissur auszuschliessen.

Stören die Marisken bei der Analhygiene, schwellen sie häufig an oder führen zu Pruritus, kann eine Resektion mit dem Skalpell in Lokalanästhesie durchgeführt werden. Die Wunde wird offen gelassen. Dieser Eingriff ist auch in der hausärztlichen Praxis durchführbar. Grössere Befunde oder ein Mariskenkranz sollten bei Bedarf durch einen erfahrenen Chirurgen entfernt werden.

Prolapserkrankungen

Als Prolaps wird das Heraustreten von Gewebe aus dem Analkanal bezeichnet. Inspektorisch kann meist zwischen einem Analprolaps (radiäre Fältelung) und einem meist grösseren Rektumprolaps (zirkuläre Fältelung) unterschieden werden (Abb. 2). Häufig kann der Befund erst durch Pressen (Hockstellung) provoziert und dargestellt werden. Hier kann eine Fotodokumentation zu Hause hilfreich sein.

Die Folgen eines Prolaps sind oft Inkontinenz sowie Schleimhautreizungen mit möglichen Geschwüren oder Blutungen. Im schlimmsten Fall kann sich durch die Minderdurchblutung bei Abklemmung

Inspektion	Differenzialdiagnose
Ekzem	Falsche Hygiene (Feuchttücher) Keine Hygiene Störung der Feinkontinenz (Hämorrhoiden) Sekretion (Prolaps, Fissur u. a.) Dermatosen
Kein Ekzem/keine Atrophie o. Ä.	Oxyuren (Würmer) Pilze (Mykose) Stoffwechselstörungen (z. B. Diabetes mellitus) Parasiten Psychogen Pruritus sine materia Dermatosen wie Lichen sclerosus

Tab. 5: Differenzialdiagnosen zum Leitsymptom Pruritus ani

Diagnose	Medikament/Therapie
Fissur	Nifedipin-Salbe 0,2% 2x/Tag, 6 Wochen Xylocain-Gel 2% bei Schmerzen Stuhlregulation
Obstipation	Flohsamen (Metamucil) 2–3 TL/Tag Magnesium 300 mg/Tag Movicol Sachets 1x/Tag
Chlamydien	Doxycyclin 100 mg 2x/Tag, 10 Tage od. Azithromycin 1g einmalig Bei Lymphogranuloma venerum/Serotyp L1–L3 21 Tage Therapie
Oxyuren (Madenwürmer)	Mebendazol 2x/Tag für 3 Tage, nach 2 Wochen wiederholen
Kondylome	Aldara 5% 3x/Woche am Abend, 12 Wochen Kryotherapie, Lasertherapie, Chirurgie
Analvenenthrombose	Daflon (Diosmin) 500 mg 2x/Tag, 14 Tage, evtl. Inzision
Hämorrhoiden	Daflon (Diosmin) 500 mg 2x/Tag, 14 Tage Sulgan Suppositorien 1x/Tag, 8 Tage Stuhlregulation, Hockstellung beim Toilettengang
Ekzem	Advantan 0,1% Creme 1x/Tag, max. 2 Wochen
Juckreiz unklarer Ursache	Probatorisch Triderm-Salbe 2x/Tag, 3 Wochen
Abszess/unklare Infektion	Ciproxin 500 mg 2x/Tag und Flagyl 500 mg 2x/Tag, beides 14 Tage Chirurgische Entlastung
Diarrhö/Stuhlinkontinenz	Immodium 2 mg, max. 8x/Tag
Proctalgia fugax	Salbutamol-Spray (Ventolin) 2 Hübe bei Bedarf Magnesium, Sitzbäder

Tab. 6: Therapieoptionen häufiger proktologischer Erkrankungen

der Gefäße eine Gangrän entwickeln. Eine chirurgische Therapie ist daher immer indiziert. Bei ausgeprägtem Prolaps kann in der Praxis eine vorsichtige Reponierung versucht werden, hier hat sich ein Bestreuen mit Zucker im Vorhinein bewährt.¹⁶

Leitsymptom Juckreiz – Pruritus ani

Neben Hämorrhoiden und hierdurch bedingter Störung der Feinkontinenz sind Infektionen, z. B. mit Parasiten (Oxyuren), und falsche Hygiene (Feuchttücher) die Hauptgründe für analen Juckreiz. Weitere Differenzialdiagnosen zeigt Tabelle 5. Systemerkrankungen wie Diabetes mellitus, Niereninsuffizienz u. a., verschiedene Dermatosen (Psoriasis, Lichen sclerosus etc.) wie auch Reaktionen auf bestimmte Lebensmittel (Kaffee, Tee, Cola, Alkohol, Schokolade u. a.) sind weitere Differenzialdiagnosen.¹⁷ In bis zu 25% der Fälle ist jedoch keine Ursache ersichtlich (idiopathischer Pruritus/Pruritus ani sine materia). Kann die Ursache erkannt werden, ist oft eine kausale Therapie möglich.

Condylomata acuminata

Eine weitere häufige Ursache für Pruritus ani sind Kondylome oder «Feigwarzen». Sie entstehen durch eine Infektion mit humanen Papillomaviren (HPV) peri- oder intraanal und imponieren als kleine blumenkohlartige Knoten (Papillome). Im Zweifelsfall kann eine Behandlung mit 3%iger Essigsäure durchgeführt werden, worunter die Papillome sich weiss färben. Diese Erkrankung ist ansteckend und sollte daher immer auch beim Partner des Patienten behandelt werden.

Therapeutisch kann perianal die Kryoablation eingesetzt werden. Alternativ bzw. zusätzlich ist die Anwendung von Cremes mit den Inhaltsstoffen Imiquimod (z. B. Aldara®) oder 5-Fluorouracil (z. B. Efudix®) 3x/Woche über Nacht während 16 Wochen möglich.

Eine HIV-Infektion sollte immer ausgeschlossen werden. Betroffene Frauen sollten zudem auf eine HPV-Infektion der Cervix uteri untersucht werden. Grössere Kondylome (>1 cm) sollten in toto proktochirurgisch exzidiert und histologisch aufgearbeitet werden, da, v. a. bei den

HPV-Subtypen 16 und 18, das Risiko für intraepitheliale Dysplasien (AIN-Stufen I–III) erhöht ist.

Fazit

Proktologische Erkrankungen sind ein sehr häufiger Zuweisungsgrund in der hausärztlichen und spezialärztlichen Praxis. Die meisten Fälle können durch Anamnese und rektale Untersuchung schon in der Hausarztpraxis diagnostiziert und behandelt werden. Fissuren und Analvenenthrombosen sind die häufigsten Ursachen analer Schmerzen. Unklare Befunde sollten immer spezialärztlich weiter abgeklärt werden. Tabelle 6 zeigt die häufigsten in der Praxis eingesetzten Therapieverfahren bei proktologischen Erkrankungen. ■

Autor: Dr. med. **Martin Wilhelmi**

Facharzt FMH für Magen-Darm-Krankheiten

Zürich

E-Mail: mwilhelmi@hin.ch

■0215

Literatur:

- Fang JC et al.: Digital rectal examination for prostate cancer screening performed with colonoscopy for colon cancer screening: two for the price of one. *Gastrointest Endosc* 2017; 86: 1147-50
- Chen FW et al.: Advanced stage crc in persons younger than 50. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2017; 15: 728-37
- Siegel RL et al.: CRC Incidence pattern in the us. *Nati Cancer Inst* 2017
- Aueslick GD et al.: Rectal bleeding: epidemiology, associated risk factors, and health care seeking behaviour: a population-based study. *Colorectal Dis* 2009; 11: 921-6
- Goulston KJ et al.: How important is rectal bleeding in the diagnosis of bowel cancer and polyps? *Lancet* 1986; 2: 261-5
- Goligher JC et al.: *Surgery of the anus, rectum and colon*. 4th ed. London: Baillière Tindall; Bailliere Tindall 1984/1985
- Garg P, Singh P: Minerva Adequate dietary fiber supplement and TONE can help avoid surgery in most patients with advanced hemorrhoids. *Gastroenterol Dietol* 2017; 63: 92-6
- Sakakibara R et al.: Influence of body position on defecation in humans. *Low Urin Tract Symptoms* 2010; 2: 16-21
- Ezri T, Susmalian S: Topical nifedipine vs topical glyceryl trinitrate for treatment of chronic anal fissure. *Dis Colon Rectum* 2003; 46: 805-8
- Wollina U: Behandlung der Analfissur mit Botulinumtoxin. *Zentralbl Chir* 2008; 133: 123-8
- Shyam DC, Rapsang AG: Fournier's gangrene. *Surgeon* 2013; 11: 222-32
- Studie dass Daflon wirkt bei Hämorrhoiden(???)
- de Parades V et al.: Proctalgia fugax: demographic and clinical characteristics: what every doctor should know from a prospective study of 54 patients. *Dis Colon Rectum* 2007; 50: 893-8
- Eckardt VF et al.: Treatment of proctalgia fugax with salbutamol inhalation. *Am J Gastroenterol* 1996; 91: 686-9
- Drossman DA et al.: U.S. householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography, and health impact. *Dig Dis Sci* 1993; 38: 1569-80
- Chiarioni G et al.: Biofeedback is superior to electrogalvanic stimulation and massage for treatment of levator ani syndrome. *Gastroenterology* 2010; 138: 1321-9
- Coburn WM 3rd et al.: Sucrose as an aid to manual reduction of incarcerated rectal prolapse. *Ann Emerg Med* 1997; 30: 347-9
- Siddiqi S: Pruritus ani. *Ann R Coll Surg Engl* 2008; 90: 457-63