

Proktologie im Praxisalltag

Dr. med. Markus Völl

Facharzt für spezielle Viszeralchirurgie, Koloproktologe

edh End- und Dickdarmzentrum Hannover

Hinweis

Diese PDF-Datei ist eine Begleitunterlage zur folienbasierten eCME mit erläuternden Audiospuren von Dr. Markus Völl.

Interessenkonflikte

Honorar für Vortrags- und/oder Beratertätigkeit: Dr. Kade

Übernachtungs- und Reisekosten: Dr. Kade

Aktien oder finanzielle Beteiligung an Firmen: Keine

Forschungs- und/oder Studiengelder: Dr. Kade

Vorwort

Viele der häufigsten proktologischen Krankheitsbilder sind mit einfachen Mitteln diagnostizierbar und leicht zu behandeln.

Anhand der wesentlichen Leitsymptome soll diese Fortbildung dem hausärztlich tätigen Kollegen im ersten Teil einen Überblick und eine Handlungsstrategie geben.

Der zweite Teil befasst sich mit den wesentlichen Blickdiagnosen, welche eine fachärztliche Weiterbehandlung erforderlich machen.

Proktologische Anamnese – Allgemeine Anamnese

- Erkrankungen
- Medikamente
- Voroperationen / -behandlungen
- Allergien, Hauterkrankungen
- Geburten

Proktologische Anamnese – Allgemeine Anamnese

von besonderem Interesse:

- Erkrankungen
 - chronisch entzündliche Darmerkrankungen
 - Malignome des Magen-Darm-Traktes
 - Infektionserkrankungen (Lues, HIV, Chlamydien, Gonorrhoe)
- Medikamente
 - Antikoagulation
 - Antibiosen
 - entzündungshemmende Medikamente
- Voroperationen / -behandlungen
 - proktologisch
 - gynäkologisch (Hysterektomie, Beckenboden)
 - urologisch (Prostata, Radiatio)
- Allergien, Hauterkrankungen
 - Atopie
 - Psoriasis
 - Neurodermitis
- Geburten
 - Anzahl
 - Art
 - Komplikationen

Proktologische Anamnese – Spezielle Anamnese

- Leitsymptom
- Stuhlkonsistenz und -häufigkeit
- Anwendung von Proktologika
- Stuhlentleerungsverhalten

Proktologische Anamnese – Spezielle Anamnese

- Leitsymptom
- Stuhlkonsistenz und -häufigkeit
 - Einnahme von stuhlfördernden oder –hemmenden Substanzen
- Anwendung von Proktologika
 - Salben, Suppositorien
 - „Hausmittelchen“
- Stuhlentleerungs- und Hygieneverhalten
 - Pressen
 - langes Verweilen auf der Toilette
 - Benutzung von Feuchttüchern
 - wiederholtes Waschen
- Stuhlhaltevermögen
 - Stuhlschmierer
 - Inkontinenz für Winde, flüssigen Stuhl, geformten Stuhl

Proktologische Anamnese - Leitsymptome

- **Blutung**
 - Spuren am Toilettenpapier
 - Auflagerungen auf dem Stuhlgang
 - Tropfen in der Toilette
 - Beimengung im Stuhlgang
- **Schmerz**
 - Dynamik (plötzlich entstanden, langsam entwickelt)
 - Abhängigkeit von der Defäkation
 - Art (stechend, dumpf)
- **Schwellung**
 - Dynamik (plötzlich entstanden, langsam entwickelt)
- **Juckreiz**
 - Dauer
 - Auslöser

Proktologische Diagnostik

- Inspektion
- Palpation
- Rektoskopie
- Anoskopie
- Endosonographie
- Sphinktermanometrie
- Coloskopie
- Schnittbildgebung
- Defäkographie
- Colontransitzeit
- **Elektromyographie**

Basisdiagnostik

erweiterte Diagnostik

obsolete Diagnostik

Proktologische Diagnostik

- **Inspektion** jederzeit durchführbar
- **Palpation** jederzeit durchführbar
- Rektoskopie
- Anoskopie
- Endosonographie
- Sphinktermanometrie
- Coloskopie
- Schnittbildgebung
- Defäkographie
- Colontransitzeit
- **Elektromyographie**

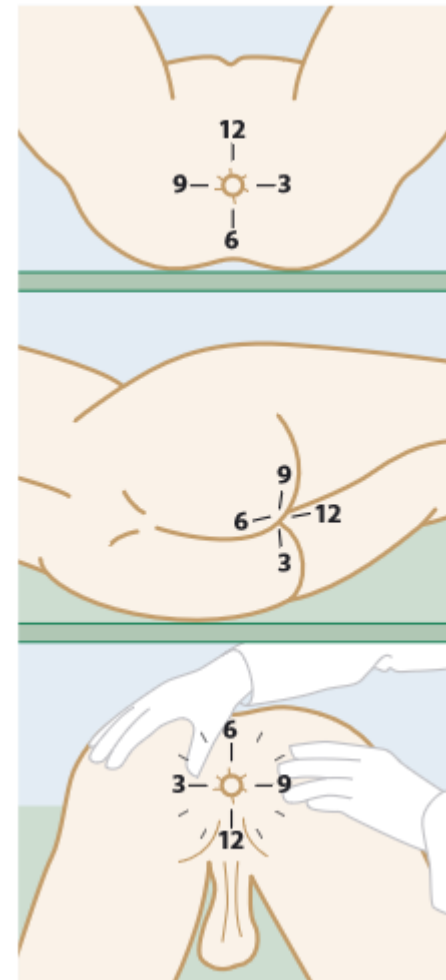
Basisdiagnostik

erweiterte Diagnostik

obsolete Diagnostik

Proktologische Diagnostik - Grundvoraussetzungen

- Gute Sicht durch gutes Licht
- Patientenlagerung
 - Steinschnittlage (SSL)
 - Linksseitenlage
 - Knie-Ellenbogen-Lage
- Positionsangaben von Befunden analog zum Ziffernblatt der Uhr
- unabhängig von der Patientenlage ist 12⁰⁰ immer am Damm



Praxishandbuch Koloproktologie, Raulf und Kolbert, 2006

Proktologische Diagnostik - Inspektion

- dynamische Untersuchung > Patienten kneifen und pressen lassen
- zu beschreiben sind folgende Befunde:
 - Rötungen
 - Kratzeffekte
 - Faltenrelief
 - Rhagaden
 - Fissuren
 - Knotenbildungen
 - Prolaps
 - Descensus perinei
 - Narben

Proktologische Diagnostik - Palpation

- zirkuläre, tiefe Austastung unter dynamischen Aspekten
- zu beschreiben sind folgende Befunde:
 - Kryptenlinie, Fistelquellen
 - Schmerzpunkte, Indurationen
 - Schleimhaut, Tumoren
 - Spinktertonus (Ruhe- und Kneiftonus), Sphinkterdefekt
 - Beckenbodenmuskulatur
 - Rektocele, Invagination
 - Prostata
 - Anocutan-Reflex

Fallbeispiele - Vom Symptom zur Diagnose

- Juckreiz
- Schwellung
- Schmerz
- Blutung



Hemmschwelle

Vom Symptom zur Diagnose - Juckreiz

Hauptbotschaften:

- Beim perianalen Juckreiz liegt **MEIST** eine proktologische Grunderkrankung vor.
- Die Anwendung von „Hämorrhoidensalben und –suppositorien“ ist **IMMER** nur eine symptomatische, keine kausale Therapie.

Fallbeispiel 1 - Anamnese

Mann (56, Stahlbetonbauer): „Mein Hintern juckt“

„Wie lange schon?“

„Seit Jahren“

„Wie ist die Stuhlkonsistenz?“

„Ganz hart, ich sitze immer stundenlang auf dem Klo“

„Hat es schon mal geblutet?“

„Mal ein bisschen am Papier.“

Exkurs 1 – Blut am Papier

Hauptbotschaft:

Blutspuren am Toilettenpapier werden **IMMER** dort aufgenommen wo sie entstehen:

perianal (intraanal)

Fallbeispiel 1 - Inspektion

in Ruhe

beim Pressen



Praxishandbuch Koloproktologie, Raulf und Kolbert, 2006

Irritativ-toxisches Analekzem mit disseminierten erosiven Läsionen



Dr. K.-H. Günther, Klinikum Main Spessart, Lohr am Main / CC BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0>)

Zirkulärer Anal- und Hämorrhoidalprolaps, reponibel

Exkurs 2 – Rund ums Hämorrhoidalleiden 1

Hauptbotschaften:

- Schmerz ist NICHT das typische Symptom des Hämorrhoidalleidens
- Das Hämorrhoidalleiden führt zu:
 - Brennen und Jucken
 - analem Fremdkörpergefühl
 - Blutspuren am Toilettenpapier / Bluttröpfen in der Toilette
- Bei Hämorrhoidalleiden UND Schmerzen immer auch nach einer anderen Ursache suchen

Exkurs 2 – Rund ums Hämorrhoidalleiden 2

Hauptbotschaften:

- Das Hämorrhoidalleiden ist NICHT alleine durch die Palpation diagnostizierbar.
- Die Therapie des Hämorrhoidalleidens erfolgt beschwerdeadaptiert NICHT stadiengerecht.
- Der konservative Therapieversuch ist beim Hämorrhoidalleiden IMMER sinnvoll.

Konservative Therapie des Hämorrhoidalleidens 1

- **Stuhlgangregulierung**
 - Stuhlkonsistenz sollte weich und geformt sein
 - ausreichende Trinkmenge 2-3 Liter / d
 - ballaststoffreiche Kost, ggf. Quellmittel (z.B. Flohsamenschalen)
 - Hausmittel: Trockenfrüchte, Sauermilchprodukte, Sauerkrautsaft
- **Stuhlentleerungsverhalten**
 - nicht pressen
 - nach der Stuhlentleerung nicht auf der Toilette verweilen
- **Hygienemaßnahmen**
 - keine übertriebene Hygiene betreiben
 - kein feuchtes Toilettenpapier
 - einmal täglich mit klarem Leitungswasser waschen
 - weiches, trockenes, duftstofffreies Toilettenpapier

Konservative Therapie des Hämorrhoidalleidens 2

- Hautpflege
 - Zinksalbe oder Vaseline
- symptomatische Therapie
 - vorübergehend „Hämorrhoidensalben oder –zäpfchen“

Bei mangelndem Therapieerfolg konservative Therapie durch Proktologen:

- Sklerosierung
- Gummibandligatur

Erst nach Versagen dieser konservativen Maßnahmen ist eine beschwerdeadaptierte operative Therapie indiziert.

Fallbeispiele - Vom Symptom zur Diagnose

- Juckreiz
- Schwellung
- Schmerz
- Blutung



Hemmschwelle

Fallbeispiel 2 - Anamnese

Frau (42, Standesbeamtin, Vorstellung am 28.Dezember): „Ich habe seit vorgestern einen schmerzhaften Knoten am After“

„Plötzlich entstanden?“

„Ja“

„Haben Sie sehr festen Stuhlgang?“

„Normalerweise nicht, aber durch die Feiertage, Sie wissen schon: viel Essen, wenig Bewegung.“

Fallbeispiel 2 - Inspektion



Ole Gebbensleben, York Hilger and Henning Rohde /
CC BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/2.0>)

Kleine **Analrandthrombose** bei 9 Uhr in SSL

Exkurs 3 – Rund um die Perianalvenenthrombose

Hauptbotschaften

- Die Perianalvenenthrombose ist KEINE äußere Hämorrhoid.
- Die Ursache ist IMMER mechanisch.
 - Pressen bei zu fester Stuhlkonsistenz
 - Irritation durch Diarrhoe
 - Belastung des Beckenbodens durch schweres Heben oder Schwangerschaft

Konservative Therapie der Perianalvenenthrombose

- Beseitigung / Meiden der auslösenden Ursache
- Kühlen
- Topische Kortikoide für 2 Wochen
- Analgetika
- Geduld
 - Das Koagel wird vom Körper resorbiert.
 - Je größer der Anfangsbefund um so länger die Resorptionszeit

Exkurs 4 - Stichinzision der Perianalvenenthrombose

Eine Stichinzision unter Lokalanästhesie KANN zur akuten Druckentlastung durchgeführt werden.

ABER:

- Insbesondere die große Perianalvenenthrombose ist ein vielkammeriges mit Blutkoageln gefülltes Gebilde.
- Eine Stichinzision wird niemals alle koagelgefüllten Kavernen eröffnen.
- Exprimieren von Koageln führt durch die Gewebetraumatisierung zu einem Ödem.
- Eine Rethrombosierung ist wahrscheinlich.

UND:

- Es wird eine Eintrittspforte in einem keimbesiedelten Bereich geschaffen.

DAHER:

- Bei unbedingtem Interventionswunsch eher die flache Komplettextzision und sekundäre Wundheilung

Vom Symptom zur Diagnose

- Juckreiz
- Schwellung
- Schmerz
- Blutung



Hemmschwelle

Fallbeispiel 3 - Anamnese

Studentin (23): „Ich habe seit Jahren ganz schlimme Schmerzen beim Stuhlgang. Die halten dann auch immer noch zwei Stunden lang an. Manchmal blutet es ganz schlimm, so dass es teilweise in die Toiletten hineintropft. Ich habe schon ganz viele Salben ausprobiert. Dann ist es mal eine Zeit lang gut und dann geht´s wieder los. Ich traue mich schon gar nicht mehr auf´s Klo zu gehen. Der Stuhlgang ist auch immer so hart, das war schon immer so, auch als Kind.....“

Fallbeispiel 3 - Anamnese

Studentin (23): „Ich habe seit Jahren ganz schlimme **Schmerzen beim Stuhlgang**. Die halten dann auch immer noch zwei Stunden lang an. Manchmal **blutet** es ganz schlimm, so dass es teilweise in die Toiletten hineintropft. Ich habe schon ganz viele Salben ausprobiert. Dann ist es mal eine Zeit lang gut und dann geht´s wieder los. Ich traue mich schon gar nicht mehr auf´s Klo zu gehen. Der **Stuhlgang ist auch immer so hart**, das war schon immer so, auch als Kind.....

Fallbeispiel 3 - Inspektion



Bernardo Gui / Public domain

Nur durch Spreizen der Nates sichtbar werdende **Analfissur**

Exkurs 5 – Rund um die Analfissur 1

Hauptbotschaft

- Mechanische Ursache der Analfissur ist ein Missverhältnis zwischen Weite des Analkanals und Durchmesser der hindurchtretenden Stuhlsäule.
- Hauptursache ist demnach eine zu harte Stuhlkonsistenz.

Exkurs 5 – Rund um die Analfissur 2

Können Analfissuren auch bei zu weicher Stuhlkonsistenz entstehen?

Ja, und zwar durch:

- Elastizitätsverlust des Analkanals:
 - anlagebedingt
 - iatrogen / postoperativ / geburtstraumatisch
 - fehlende natürliche Dehnung durch
Laxantienabusus

Ursachenbezogene, konservative Therapie der Analfissur

Ursache:

zu feste
Stuhlkonsistenz

- Stuhlgangregulierung (Ziel: weich aber geformt)
- Salbentherapie
- Analgesie



zu weiche
Stuhlkonsistenz

- Stuhlgangregulierung (Ziel: weich aber geformt)
- **Dehnungsbehandlung**
- Salbentherapie
- Analgesie

Salbentherapie der Analfissur

aut idem	Diltiazem HCL 1,0				1-1-1
aut idem	Basiscreme DAC ad 50,0	*	*	*	*
aut idem					

Standardpräparat:

- 3 x tgl.
- 3-4 Wochen lang
- ca. 1 cm in den Analkanal einführen

Operative Therapie der Analfissur

Nur bei Versagen der konservativen Therapie

Schaffung einer muldenförmigen Wunde unter Mitnahme

- der Sekundärveränderungen (Vorpostenfalte, hypertrophe Analpapille)
- des sklerotischen Gewebes
- der Unterminierung / Fistel

Sekundärheilung mit geschmeidigen Wundverhältnissen und dem Ziel einer funktionalen Elastizität

Vom Symptom zur Diagnose

- Juckreiz
- Schwellung
- Schmerz
- **Blutung**



Hemmschwelle

Exkurs 6 – Blutung ist nicht gleich Blutung

Prinzipiell sollte jede perianale Blutung abgeklärt werden und an einen malignen Prozess denken lassen. In Abhängigkeit von der Art der Blutung sollte die Abklärung mit Augenmaß geschehen:

- Blutspuren am Toilettenpapier
 - Hämorrhoidalleiden
 - Ekzem
 - Analfissur
- Blutauflagerungen auf dem Stuhlgang
 - Hämorrhoidalleiden
 - Analfissur
- Blutropfen / -spritzer in der Toilette
 - Hämorrhoidalleiden
 - Analfissur
 - perforierte Perianalvenenthrombose



wahrscheinlich eher
harmlos

Exkurs 7 – Blutung ist nicht gleich Blutung

- Blut mit Schleim / Stuhlgang mit Blut vermengt
 - entzündliche Genese
 - höher gelegene Blutungsquelle
 - Polyp
 - Divertikel
 - Karzinom
- endoskopische Diagnostik erforderlich

Blickdiagnosen 1



Praxishandbuch Koloproktologie, F. Raulf, 2006

Typischer Befund anal
manifestierter
Condylomata acuminata

Therapie:

- Einzelbefund:
Salbentherapie
- ausgedehnter Befund:
operative Entfernung

Blickdiagnosen 2

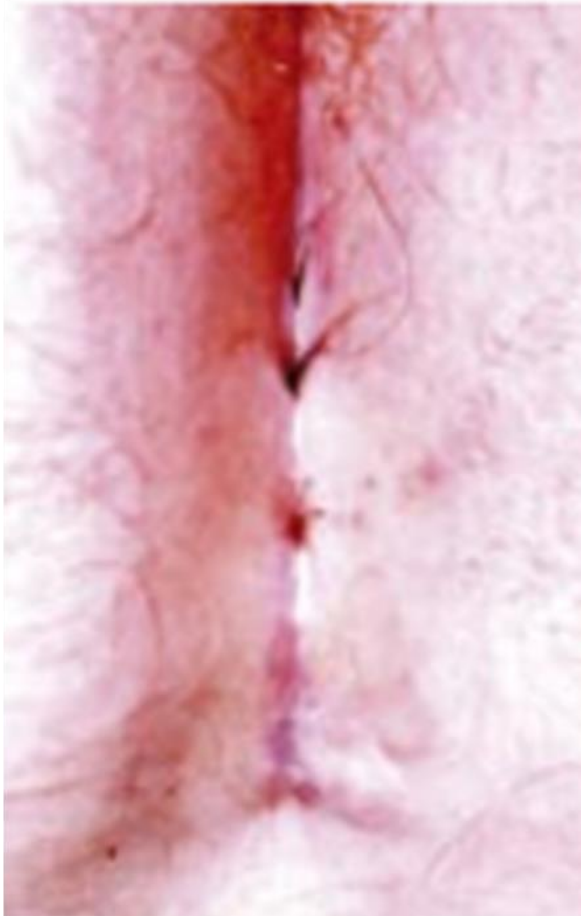


**Plattenepithelkarzinom des
Analrandes**

Therapie: Radiochemotherapie

Dr. K.-H. Günther, Klinikum Main Spessart, Lohr am Main / CC BY
(<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0>)

Blickdiagnosen 3



Praxishandbuch Koloproktologie, F. Raulf, 2006

Chronischer **Pilonidalsinus** mit typischen Haarbüscheln in den primären Pits

Therapie: Operation

Zusammenfassung 1

- Viele proktologische Pathologien sind durch Anamnese, Inspektion und Palpation erkennbar.
- Nicht jeder anale Knoten ist eine Hämorrhoid.
- Häufig findet sich ein Mischbild aus mehreren Symptomen und mehreren Diagnosen.
- Durch die proktologische Basistherapie mit Stuhlgangregulierung, Schulung des Stuhlentleerungs- und des Hygieneverhaltens lassen sich viele proktologische Probleme lösen.

Zusammenfassung 2

- Die Anwendung von „Hämorrhoidensalben und –suppositorien“ ist IMMER nur eine symptomatische Therapie.
- Blutung ist nicht gleich Blutung.

Vielen Dank

Diese Fortbildung bzw. CME erhielt für den aktuellen Zertifizierungszeitraum von 12 Monaten eine finanzielle Förderung von:

Dr. Kade Pharmazeutische Fabrik GmbH mit 8.150 €