

Proktologie in der Hausarztpraxis

# Wenn der Patient nur darüber sprechen würde ...

Sowohl in der Hausarztpraxis, wie auch beim Spezialisten sind proktologische Erkrankungen häufig. Eine Inspektion sollte zwingend erfolgen, denn nicht immer stecken hinter den geklagten «Hämorrhoidalbeschwerden» tatsächlich Hämorrhoiden. Beim genauen Hinsehen kann die Ursache der Beschwerden meist schnell erkannt, der Patient hoffentlich beruhigt und dann der korrekten Therapie, respektive weiterführenden Abklärung zugeführt werden.

Die Lokalisationseinteilung von perianalen Veränderungen erfolgt analog dem Ziffernblatt (Abb. 1).

In Tabelle 1 sind die häufigsten proktologischen Erkrankungen nach Ihrem Leitsymptom (Schmerzen, palpable Schwellungen/Tumoren oder Blutabgang) zugeordnet.

Im folgenden Artikel wird ein kurzer, praktischer Überblick über wichtige proktologische Erkrankungen und deren Therapie-, respektive Abklärungsmöglichkeiten in der hausärztlichen Praxis vermittelt. Kommt ein Patient/eine Patientin mit akuten perianal lokalisierten Schmerzen in die Arztpraxis, sind zwei Differentialdiagnosen am wahrscheinlichsten: Zum einen die akute Analfissur, zum anderen die Perianalvenenthrombose.

## Analfissuren

Eine Analfissur ist definiert als Schleimhautriss am anokutanen Übergang. Typischerweise kommt es bei der akuten Analfissur zum Riss mit konsekutiv starken Schmerzen während einer Defäkation. Nebst den Schmerzen bemerkt der oder die Betroffene häufig auch Blut am Toilettenpapier.

Die klassische Lokalisation von Analfissuren ist bei 6 oder 12 Uhr. Bei der Inspektion zeigen sich die Fissuren meist erst richtig, wenn der Anus manuell leicht gespreizt wird (Abb. 2).

Aufgrund der starken Schmerzen kann meistens keine Proktoskopie durchgeführt werden. Hingegen wird eine vorsichtige, digitorektale Palpation mit genügender Menge Gleitcreme am Fingerling gut toleriert. Bei atypischer Lokalisation der Analfissur sollte differentialdiagnostisch an einen M. Crohn, eine maligne Genese oder eine veneri-

sche Erkrankung gedacht werden. Weiter sollte bei akuten starken Schmerzen und inspektorisch und palpatorisch sonst unauffälligem Befund mittels analer Endosonographie ein Perianalabszess ausgeschlossen werden.

Therapeutisch wird die akute Analfissur mit Nifedipinsalbe 0.2% (kann so rezeptiert werden, wird häufig in den Apotheken selbst hergestellt, kein Markenname) 1–3 x/d behandelt. Die Crème muss nicht zwingend direkt auf die Analfissur aufgetragen werden. Es reicht, diese extern anzuwenden, da sie gut ins Gewebe diffundiert. Nifedipin hat zum einen einen leicht entspannenden Effekt auf die Sphinktermuskulatur, zum anderen wird die Durchblutung verbessert, was zu Abheilungsraten bis 95% führt.

Analgetisch empfiehlt sich zudem eine Lokalthherapie mit Lidocaingel 2%, systemisch sind nicht-steroidale Antirheumatika oder Paracetamol-haltige Präparate ausreichend.

Ein weiterer wichtiger Therapieansatz ist die Stuhlregulation. Harte Stuhlkonsistenz und starkes Pressen sollten vermieden werden. Primär empfehle ich hierzu meist ein einfaches Quellmittel (beispielsweise Normacol® oder Metamucil® 1–2 Löffel/d). Reicht dies nicht, kann ein Macrogolpräparat verschrieben werden.

Die Therapie sollte sicher für 4–6 Wochen durchgeführt werden. Bei akuter Analfissur loco classico und subjektiv guter Abheilung müssen keine zwingenden klinischen Kontrollen erfolgen.

Die chronische Analfissur (Beschwerdepersistenz >6 Wochen Dauer) ist typischerweise nicht mehr ganz so stark schmerzhaft und ist ferner gekennzeichnet durch die Ausbildung einer sogenannten Wächtermariske am distalen Fissurende.



Dr. med. Marcel Halama  
Zürich



**TAB. 1 Einteilung der häufigsten proktologischen Erkrankungen nach Leitsymptomen**

<b>Leitsymptom: Schmerzen</b>	Akute Analfissur; Perianalvenenthrombose; Perianalabszess, Proctalgia fugax
<b>Leitsymptom: Schwellungen, palpabler Tumor</b>	Marisken Condylomata accuminata Analkarzinome Analmukosa-/Rektumprolaps
<b>Leitsymptom: Blutabgang</b>	Hämorrhoiden Proktitis Ekzeme



Abb. 2: Akute Analfissur



Abb. 3: Perianalvenenthrombose



Abb. 4: Inzision der Perianalvenenthrombose

Auch hier können zuerst oben erwähnte Therapien versucht werden, die Abheilungsraten sind allerdings <50%. Die chronische Analfissur muss meist, insbesondere bei Ausbildung einer Wächtermariske operativ angegangen werden. Am häufigsten wird ein Fisurdebridement mit Resektion der Wächtermariske durchgeführt. Auf weiterführende Therapien (Botoxinjektionen, Sphinkterdilatation, Sphinkterotomie) wird an dieser Stelle nicht eingegangen. Diese Optionen sollten nur im Einzelfall und dann in spezialisierten Praxen/ Ambulatorien in Erwägung gezogen werden.

### Perianalvenenthrombosen

Wie der Name sagt, kommt es hierzu zu Thrombosen in den perianalen Venen. Der Befund entspricht einer Blickdiagnose mit praller, bläulich-livider Schwellung im Perianalbereich (Abb. 3). Bei stark schmerzhafter, frischer Thrombose kann der Befund unter Lokalanästhesie inzidiert und der Thrombus evakuiert werden (Abb. 4). Es empfiehlt sich, dabei eine kleine Hautspindel auszuschneiden, dies senkt die Rezidivrate im Vergleich zur reinen Inzision. Die Inzision/Thrombusevakuierung kann gut in der hausärztlichen Praxis durchgeführt werden. Die Betroffenen werden Ihnen dankbar sein.

Liegt eine «ältere», sprich > 72 Stunden vorhandene Thrombose vor und/oder ist der Befund nicht stark schmerzhaft, sollte nicht inzidiert werden. Therapeutisch können wie bei Analfissuren lokale Anästhetika, systemische Analgetika und Stuhlregulation erfolgen. Zudem kann das Venentonicum Daflon® 500 mg 2x/d für 7–14 Tage angewandt werden.

Meist dauert die Auflösung des Thrombus mehrere Wochen. Dabei kann sich auch eine Mariske ausbilden.

Abseits von Schmerzen bemerken die meisten Patienten und Patientinnen während der Analhygiene Schwellungen/Tastbefunde und stellen sich deshalb in der Sprechstunde vor.

### Marisken

Bei Marisken handelt es sich um harmlose, anokutan lokalisierte Hautfalten (Abb. 5). Es empfiehlt sich noch ein genaueres Hinschauen proximal der Mariske, ob hier nicht eine chronische Analfissur versteckt sein könnte.

Schwellen die Marisken häufig an, jucken oder stören bei der Analhygiene kann eine Resektion erfolgen. Nach Lokalanästhesie mit Lidocain kann die Mariske mit dem Skalpell abgetragen werden. Die Wunde wird offen gelassen. Auch diese Resektion kann gut in der hausärztlichen Praxis erfolgen.

### Prolapserkrankungen

Der Prolaps ist definiert als Heraustreten von Gewebe aus dem Analkanal.

Der Befund kann nur nach Pressen richtig beurteilt werden. Da die Betroffenen in der Praxis häufig gehemmt sind, empfehle ich eine Photodokumentation des Befundes bereits zu Hause.

Der Analmukosaprolaps misst meist nicht mehr als 3–4cm und die Prolapsmukosa ist radiär gefältelt. Der Rektumprolaps ist grösser und zeigt eine zirkuläre Fältelung der Mukosa. Abbildung 6 zeigt einen solchen, typischen Befund eines Rektumprolapses.

Bei der Inspektion fallen häufig bereits ein klaffender Anus und ein reduzierter Sphinktertonus auf.

Sowohl der Anal-, wie auch der Rektumprolaps müssen chirurgisch saniert werden.

### Condylomata accuminata/Analkarzinom

Feigwarzen sind durch eine Infektion mit dem humanen Papillomavirus (HPV) bedingt und sind ansteckend. Auch dieser Befund entspricht meist einer Blickdiagnose. Man erkennt perianal (manchmal auch endoanal) die blumenkohlartig-imponierenden Papillome (Knötchen).

Bei Unsicherheit kann 3%-ige Essigsäure angewandt werden. Die Papillome färben sich damit weiss an.

Therapeutisch ist perianal die Kryoablation Methode der Wahl. Alternativ können Crèmes (Imiquimod (Aldara®) oder 5-Fluorouracil (Efudix®) 3 x/Woche über Nacht während 16 Wochen) angewandt werden, wobei hier aber die Ansprechraten tiefer sind.

Wichtig bei Condylomata accuminata ist die Frage nach einer HIV-Infektion, Homosexualität (häufiger Entwicklung von analen Dysplasien) und ggf. Mituntersuchung des Partners oder der Partnerin. Bei Frauen sollte auch nach gleichzeitig vorliegendem HPV-Infekt der Zervix Uteri aktiv gesucht werden.

Persönlich empfehle ich bei Vd. a. Condylomata accuminata die Behandlung/ Zuweisung zum spezialisierten Proktochirurgen.

TAB. 2 Stadieneinteilung von Hämorrhoiden		
Befund	Typische Klinik	
Stadium 1	Nur proktoskopisch erkennbare leichte Vergrösserung des Hämorrhoidalpolsters	Blutabgang
Stadium 2	Vergrössertes Hämorrhoidalpolster, prolabieren beim Pressen über die Linea dentata, sind aber spontan reponibel	Blutabgang, Schleimabgang
Stadium 3	Vergrössertes Hämorrhoidalpolster, prolabieren beim Pressen über die Linea dentata, müssen manuell reponiert werden	Blutabgang, Schleimabgang, Schmerzen
Stadium 4	Vergrössertes Hämorrhoidalpolster mit spontanem Prolaps, können nicht komplett reponiert werden.	Blutabgang, Schleimabgang, Schmerzen



Abb. 5: Mariske



Abb. 6: Rektumprolaps mit radiärer Fältelung.

Die HPV-Subtypen 16 und 18 sind onkogen. Über anale intraepitheliale Dysplasien (AIN Stufen I-III) kann sich ein Analkarzinom entwickeln. Analkarzinome sind Plattenepithelkarzinome und es wird zwischen dem Analrand- und dem Analkanalkarzinom unterschieden. Die Diagnose wird bioptisch gestellt, was bei guter Erreichbarkeit des verdächtigen Befundes auch in der Hausarztpraxis erfolgen kann.

Kleinere Analrandkarzinome können chirurgisch exzidiert werden. Bei fortgeschrittenen Analrandkarzinomen und allen Stadien des Analkanalkarzinoms ist die Radiochemotherapie Therapie der Wahl. Ein Alarmsymptom in der hausärztlichen Praxis sind Patientinnen und Patienten, welche sich mit Blutabgang vorstellen. Natürlich ist das Hämorrhoidalleiden häufigste Ursache von Blut ab ano.

### Hämorrhoiden

Hämorrhoiden sind arteriovenöse Gefässe oberhalb der Linea dentata. Gültig ist immer noch die Stadieneinteilung nach Goligher (Tab.2). Gemäss Definition können Hämorrhoiden im Stadium I nur mit einer Proktoskopie korrekt diagnostiziert werden. Im Stadium II und III kann die Diagnose aber nach Pressen erkannt werden. Das Hämorrhoidalleiden im Stadium IV ist wiederum eine Blickdiagnose. Vergewissern Sie sich immer, dass hinter der Patientenaussage «Herr Doktor, meine Hämorrhoiden bluten» nicht eine andere Erkrankung steckt.

Auch bei erkennbaren Hämorrhoiden rate ich immer zu einer zusätzlichen, weiterführenden Abklärung. Bei jüngeren Patienten/-Innen reicht eine Rektosigmoidoskopie, um wichtige Differenzialdiagnosen (beispielweise eine Proktitis ulzerosa) auszuschliessen. Bei Unsicherheit sollte aber immer eine vollständige Koloskopie zum Ausschluss einer kolorektalen Blutungsquelle erfolgen.

Blut ab ano ist ein Alarmsymptom und führt zu Verunsicherung und Ängsten bei Betroffenen. In meinem gastroenterologischen Alltag erlebe ich dann häufig, wie beruhigt Betroffene sind, wenn man Ihnen erklärt, dass der Blutabgang «nur» durch ein Hämorrhoidalleiden verursacht ist.

Die Behandlung eines Hämorrhoidalleidens sollte individuell mit jedem Betroffenen besprochen werden. Häufig haben auch Patienten/Patientinnen mit prolabierenden, blutenden Hämorrhoiden subjektiv keinen grossen Leidensdruck und sind mit Crèmes bei Bedarf zufrieden. Ab und zu muss aber auch Betroffenen mit nicht-prolabierenden, kleinen Hämorrhoiden von einer chirurgischen Resektion abgeraten werden.

Im Stadium I sind nebst Stuhlregulation Crèmes bei Bedarf primär einzusetzen. Bei Wunsch oder fortbestehenden Beschwerden ist die Gummibandligaturbehandlung Therapie der Wahl. Unmittelbar proximal der Hämorrhoiden wird unter Sicht Schleimhaut angesaugt

und mit einem Gummiband pilzförmig abgeschnürt. Pro Behandlung sollten nicht mehr als 2 Gummibänder angebracht werden. Die Behandlung ist rasch erfolgt und wird deshalb sehr häufig angewandt. Als Hauptnebenwirkungen der Behandlung werden danach leichter Blutabgang, etwas Schmerzen, vagale Beschwerden und Fremdkörpergefühl, respektive Irritationen angegeben. Die Prozedur kann unter Monotherapie mit Aspirin Cardio durchgeführt werden, aber eine doppelte Thrombozytenaggregationshemmung oder eine orale Antikoagulation sind Kontraindikationen. Der empfohlene Review Artikel von Albuquerque sollte v.a. Gastroenterologen ermahnen, die Indikation richtig zu stellen und auch über diesen Eingriff und Komplikationen sorgfältig aufzuklären.

Im Stadium II können Gummibandligaturen (meist mehrere Sitzungen in Abstand von etwa 4 Wochen nötig) oder auch chirurgische Methoden erfolgen. Im Stadium III sind chirurgische Methoden (Hämorrhoidektomie, Hämorrhoidenarterienligatur, Stapler-Mukosektomie) der Gummibandbehandlung sicher überlegen. Stadium IV stellt eine Operationsindikation dar.

#### Dr. med. Marcel Halama

FMH Gastroenterologie, Ärztehaus Fluntern  
Zürichbergstrasse 70, 8044 Zürich  
marcel.halama@hin.ch

**Interessenkonflikt:** Der Autor hat keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

#### Empfohlene Literatur:

- Wald A et al; ACG clinical guideline: management of benign anorectal disorders. Am J Gastroenterol 2014;109:1141-57.
- Juan Lucas Poggio ; Premalignant Lesions of the Anal Canal and Squamous Cell Carcinoma of the Anal Canal; Clin Colon Rectal Surg. 2011 Sep; 24(3): 177-192
- Albuquerque A. Rubber band ligation of hemorrhoids: A guide for complications; World J Gastrointest Surg. 2016 Sep 27;8(9):614-620.

#### Take-Home Message

- ◆ Proktologische Erkrankungen sind sehr häufig Blickdiagnosen
- ◆ Akute perianale Schmerzen sind meist auf Analfissuren oder Perianalvenenthrombosen zurück zu führen.
- ◆ Eine gute, hausärztliche Diagnostik ist für die rasche und richtige Triage mitentscheidend
- ◆ Bei Blutabgang sollte eine kolorektale Blutungsquelle immer ausgeschlossen werden