



Proktologie für Hausärzte

Ende gut – alles gut...



Proktologie: Relevantes für die Praxis

Aufbau Proktologie Nachmittag

- Kurze Einführung, Vorstellung
- Anamnese und Untersuchung
- 3 Themenblöcke über Hauptsymptome Schmerz, Blut, Weichteilplus anhand von Fallbeispielen
- Quiz

Referenten

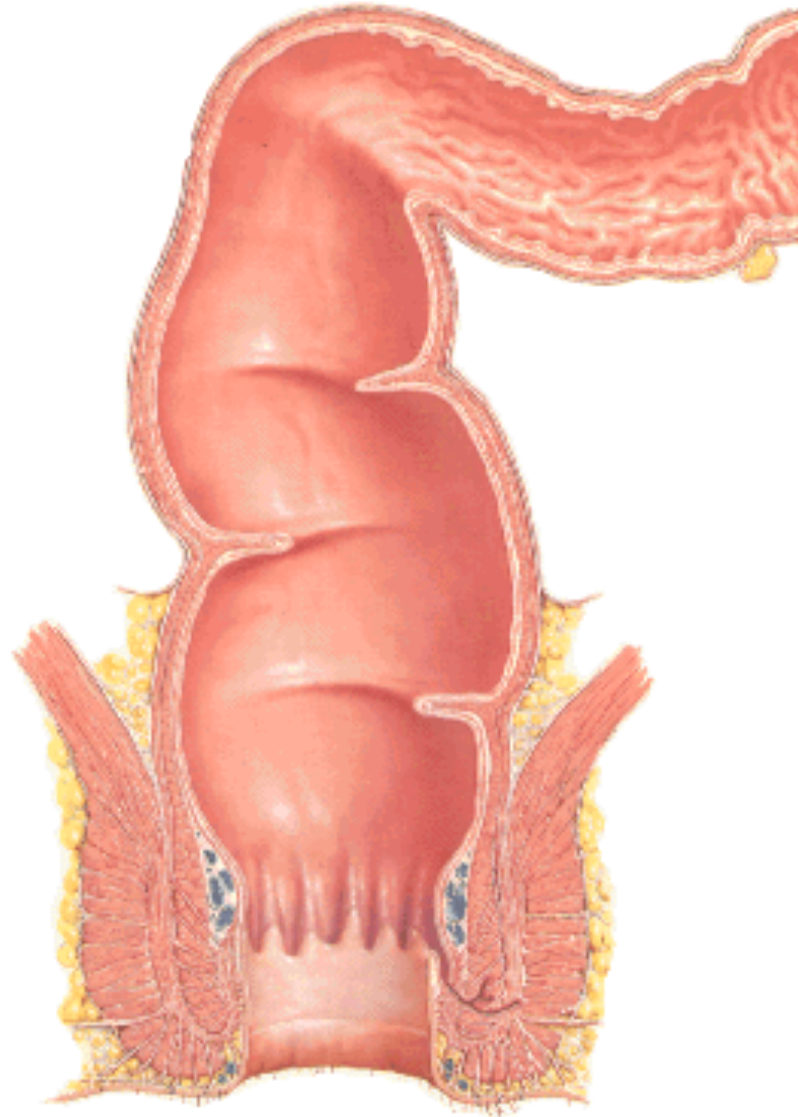
- Frau Dr. med. Anita Scheiwiller
- Leitende Ärztin Viszeralchirurgie und Leiterin Proktologie
Stadtspital Waid
- FMH Chirurgie, Schwerpunkt
Viszeralchirurgie, EBSQ
Coloproctology
- Frau Dr. med. Hella Scotland
- Seit 01.01.2019 bei medix
Stauffacher und Altstetten
- FMH Chirurgie, Praktische Ärztin,
SGSM Sportmedizin

Proktologie

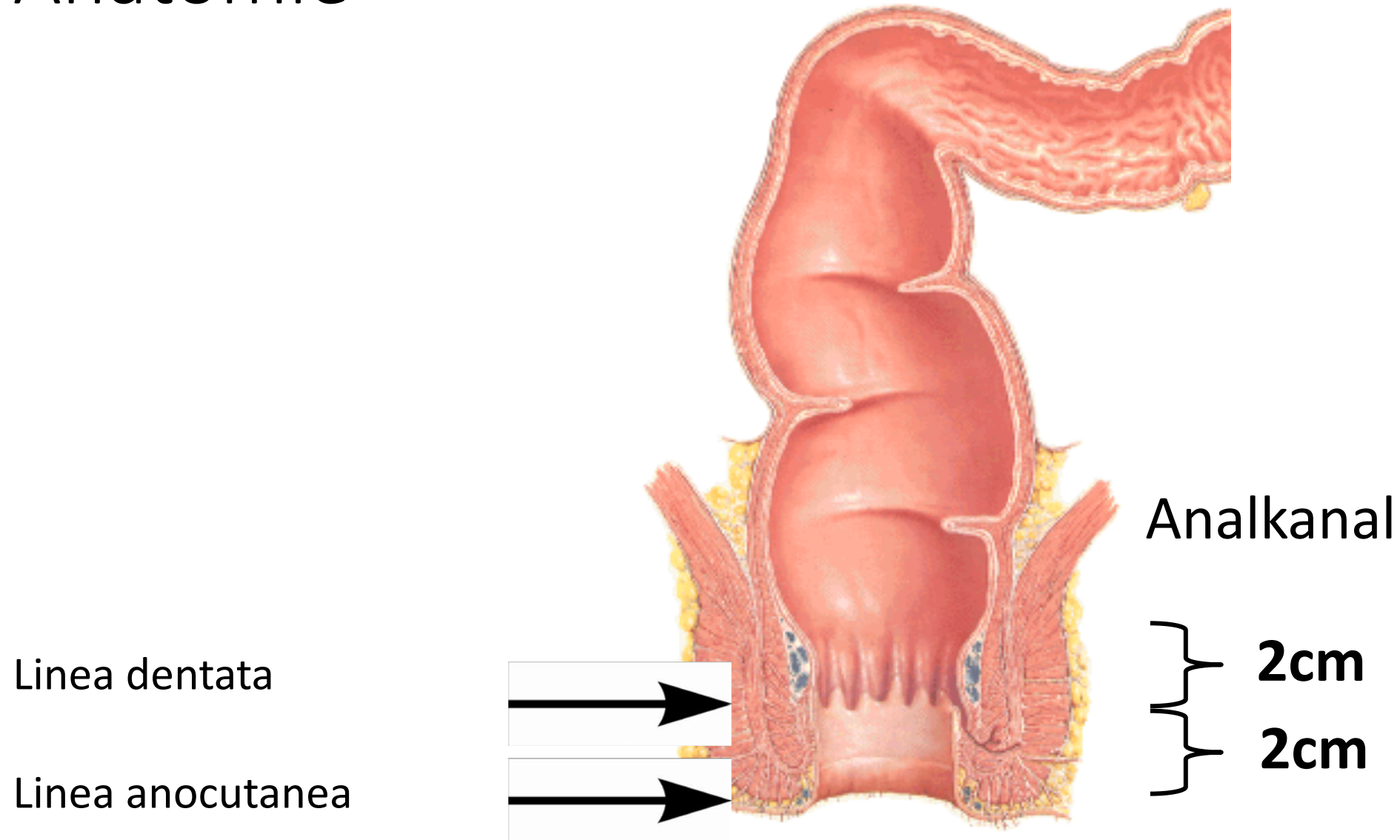
- Proktos (griechisch) = Anus
- Proktologie: Krankheiten des Anus, des Enddarmes und des Beckenbodens



Anatomie



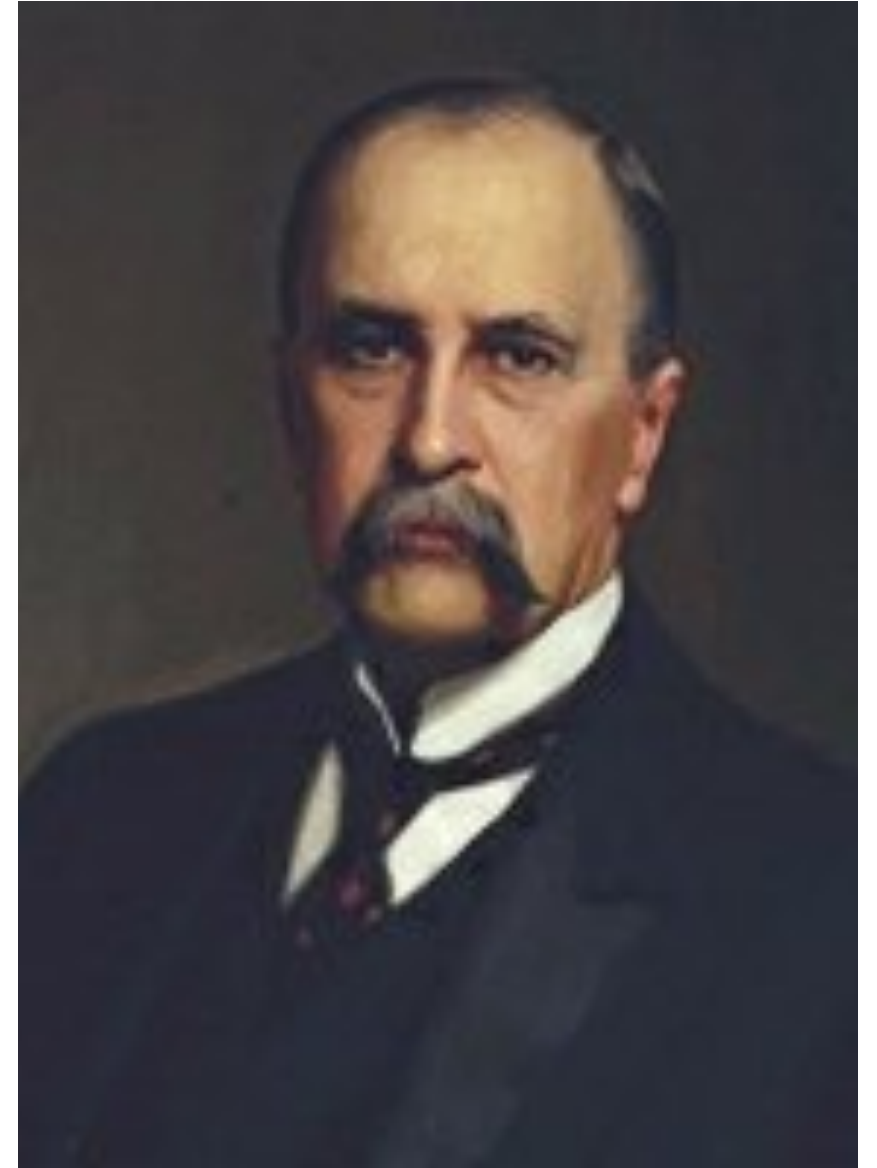
Anatomie



Anamnese und Untersuchung

“Listen to the patient and he
will give you the diagnosis.”

Sir William Osler



Anamnese

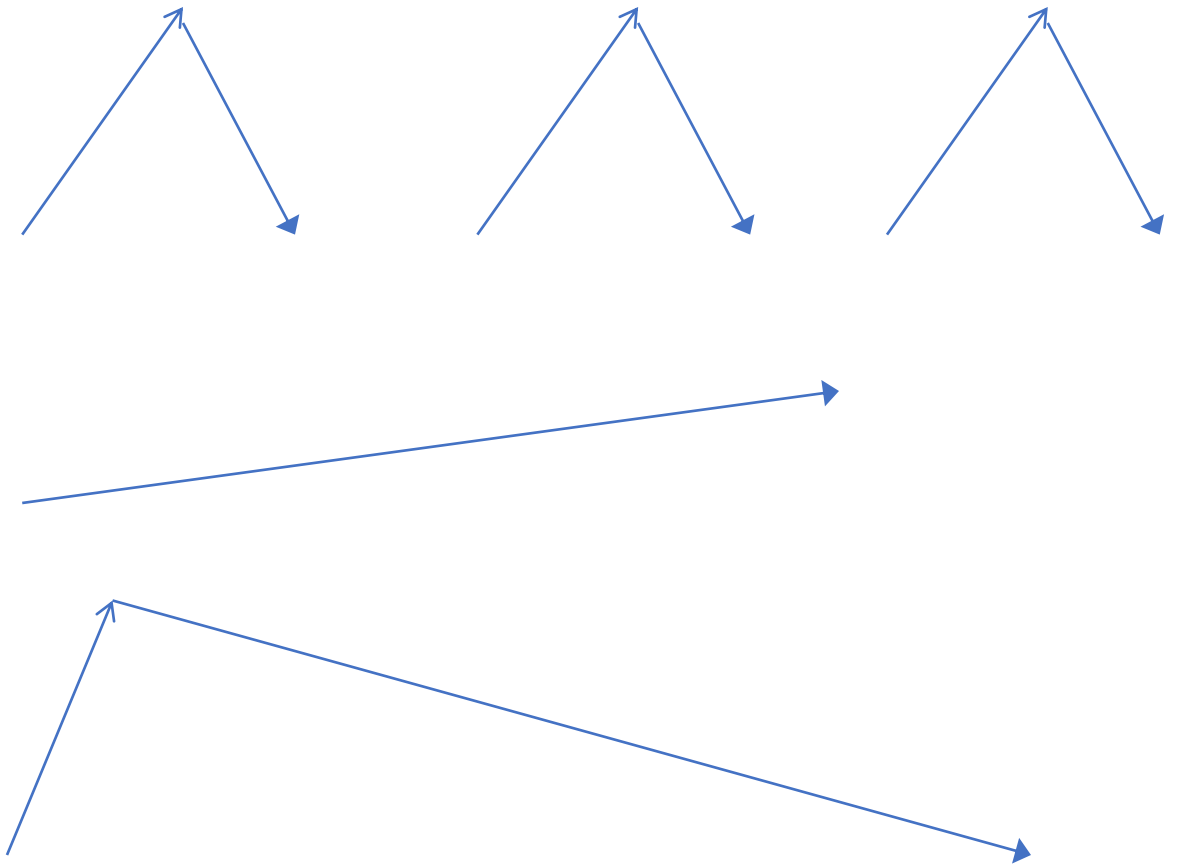
Durch die „richtigen“ Fragen kann häufig schon vor der Untersuchung eine (Verdachts-) Diagnose gestellt werden



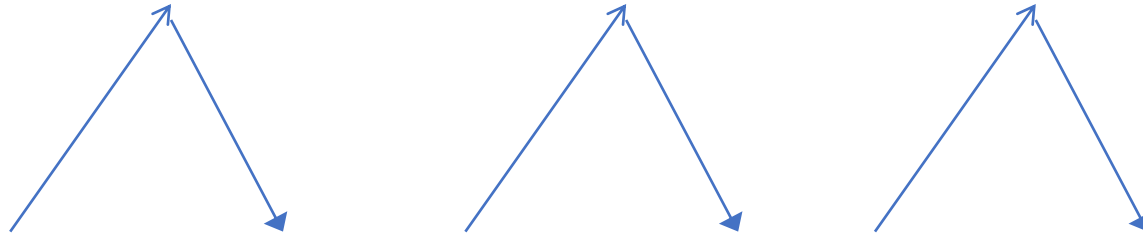
Zentrale Fragen

- Schmerz
- Blutung
- Prolaps
- Juckreiz

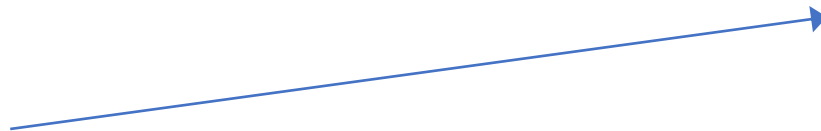
Schmerzen ja, aber wie?



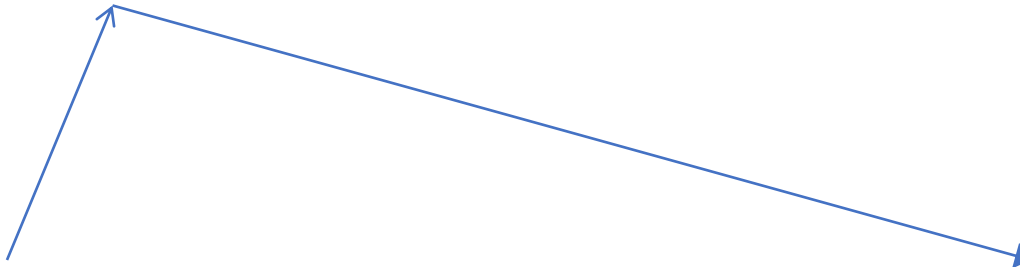
Schmerzen ja, aber wie?



Fissur



Abszess



Perianalvenenthrombose

Blutung ja, aber wie?

- Helles Blut?
- Blut und Schleim?
- Blut mit Stuhl vermischt?
- Meläna?

Blutung ja, aber wie?

Helles Blut:

proktologische Ursache

- *Hämorrhoiden, Fissur...*

Helles Blut:

starke Blutung

- *Ulcus duodeni, Divertikelblutung*

Blut und Schleim:

Tumor

- *Polyp, Karzinom*

Prolaps

- *Hämorrhoiden, Rektum*

Blut mit Stuhl gemischt:

Kolonblutung

Meläna:

OGI Blutung

Prolaps ja, aber wie?

- Spontane Reposition?
- Manuelle Reposition?
- Dauerhaft?
- Grösse?

Prolaps ja, aber wie?

- Hämorrhoiden Grad III / IV
- Perianalvenenthrombose
- Hypertrophische Papillen
- Schleimhautprolaps
- Rektumprolaps
- Tumore: Kondylome / Polyp / Adenokarzinom ...

Juckreiz?

- Hämorrhoiden
- Mariken
- Übertriebene Analhygiene
- Tumore

Weitere Fragen

- Obstipation? Inkontinenz? Stuhlanamnese?
- Voroperationen?
- Geburten? Dammriss?
- Familienanamnese (Ca, IBD)

Untersuchung des Patienten

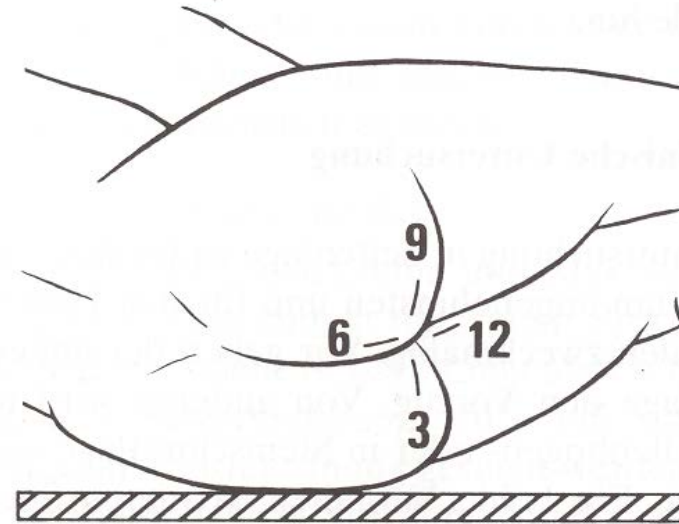


Untersuchung des Patienten

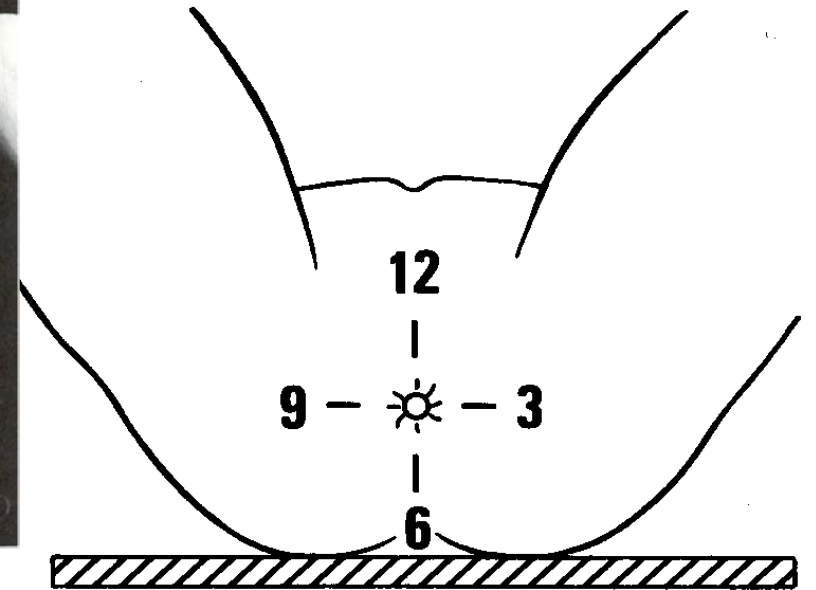
- Privatsphäre!
- Umziehen hinter Vorhang
- Abdecken
- Angehörige draussen warten lassen
- Einzelne Schritte erklären
- Abgeschlossener Raum



Untersuchung des Patienten



Untersuchung des Patienten

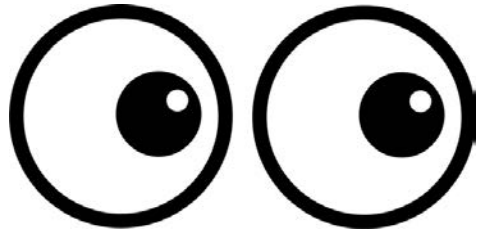


Untersuchung des Patienten

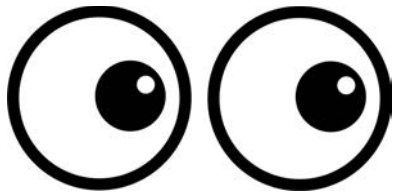
- Jack prone position
- Angaben in SSL
- In USA



Untersuchung des Patienten



Untersuchung des Patienten



1. Inspektion

- Haut, Marisken, Perianalvenenthrombosen, Hämorrhoiden, Fissuren, Fisteln, Stuhlverschmutzung, Abszesse, klaffender Anus

Untersuchung des Patienten



2. Digitale Untersuchung

- Tumor, Prostata, Stuhl
- Sphinkter: Tonus, Grösse, Symmetrie
- Blut am Fingerling
- Schmerz

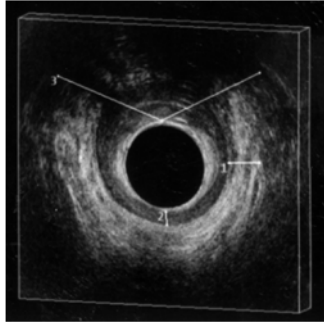
Untersuchung des Patienten



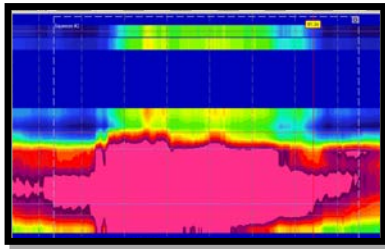
2. Proktoskopie

- Hämorrhoiden, Proktitis, Eiter, Condylomata, Polypen, Karzinom, Fistelöffnung
- Braucht keinen Einlauf, Ampulle in Regel leer
- Rektoskopie: Einlauf u/o Absaugen

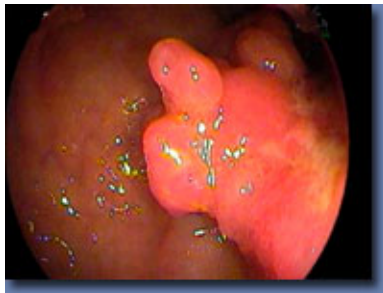
Untersuchung des Patienten



Endoanaler Ultraschall



Manometrie



Koloskopie

Symptome Proktologie

1. Schmerz



2. Blut ab ano



3. Weichteilplus



Symptom Schmerz

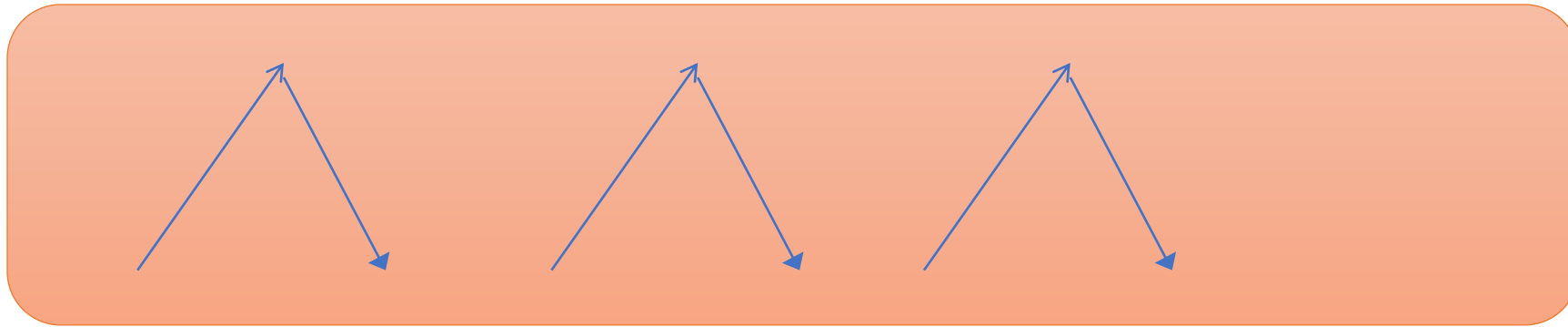


Fall Nr. 1

- 36-jährige Frau, gesund
- seit 4 Wochen Schmerzen bei der Defäkation
- Wenig Blut auf dem Toilettenpapier



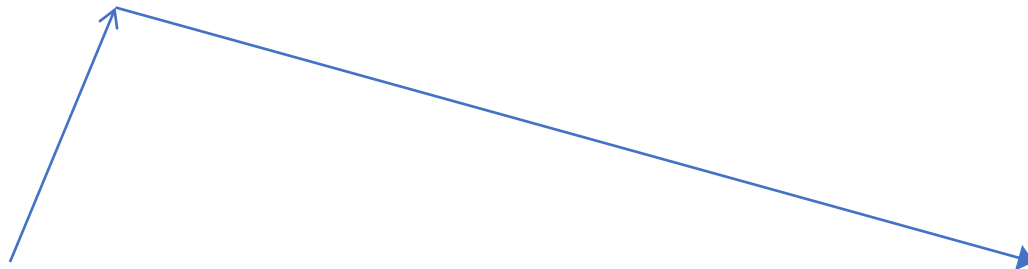
Schmerzen ja, aber wie?



Fissur



Abszess



Perianalvenenthrombose

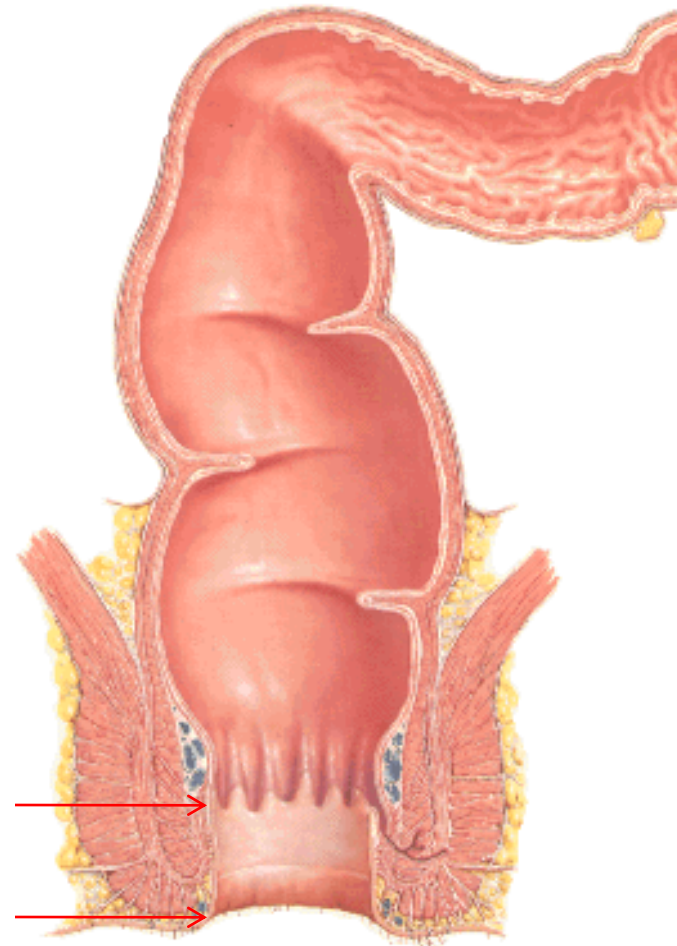
Analfissur



Analfissur

Definition

- Längsgerichteter Defekt
- Äusserer Analkanal
- Bereich des nichtverhornenden Plattenepithels
- Zwischen Linea dentata und Anokutanlinie
- Starke Schmerzen bei der Defäkation



Analfissuren

- Patientenverteilung:
 - Männern > Frauen
 - Häufigkeitsgipfel: 30.-40. Lebensjahr
 - Grundsätzlich in jedem Alter, auch im Kindesalter

Typische Trias

Schmerz

Blutung

Obstipation

- Oft heftiger Juckreiz, gel. „Soiling“ (Verschmutzte Unterwäsche)
- Fissuren bei IBD: meist wenig Beschwerden

Einteilung

Akut

- Scharf begrenzter Riss

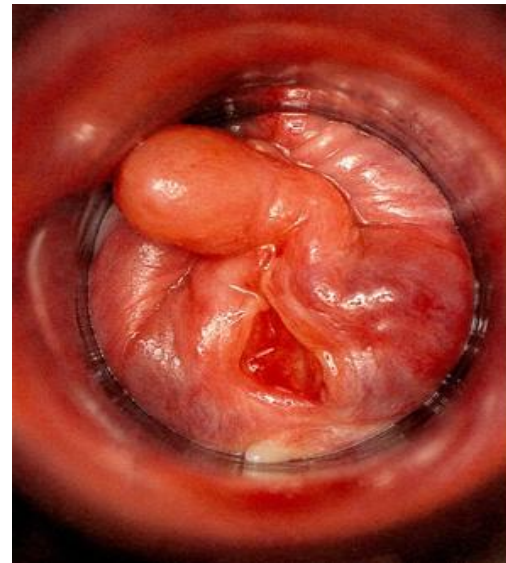
Chronisch

- Wächtermariske
- Verdickte Wundränder
- Ev. Hypertrophe Papille
- Langer Verlauf > 6 Wochen

Akute Fissur



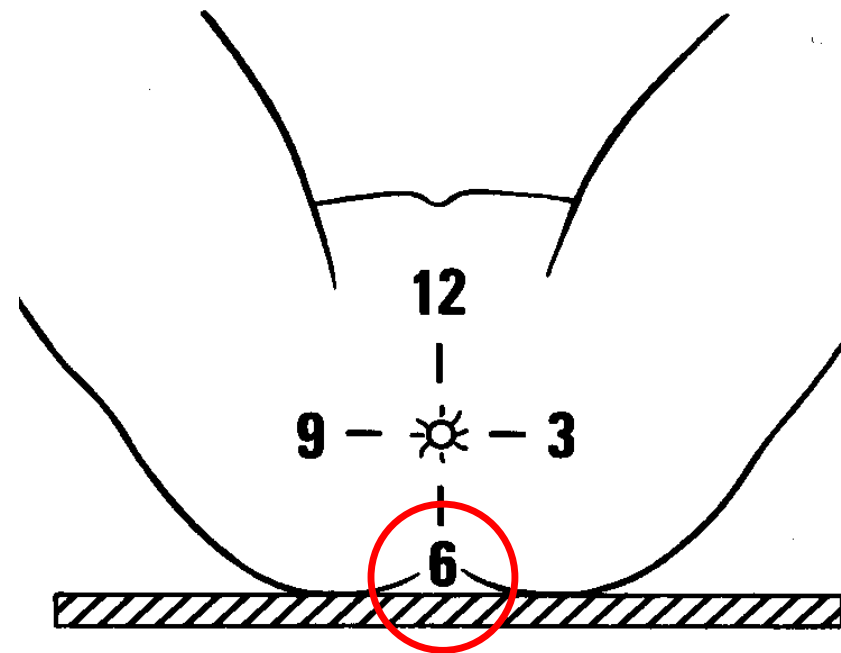
Chronische Fissur



Einteilung

- Primäre Analfissur
 - Obstipation mit mechanischem Einreißen des Anoderm
 - Diarrhoe mit lokal chemischer Schädigung des Anoderm
 - Anale Sexualpraktiken
 - Postpartale Läsion des Anoderm
 - Meist bei 6 Uhr SSL

Lokalisation



Einteilung

- Sekundäre Analfissuren
 - IBD: M. Crohn >> Colitis ulcerosa
 - STD
 - Analkarzinom
 - Iatrogen nach operativen Angriffen

Diagnostik

- Klassische Anamnese -> Verdachtsdiagnose
- Inspektion: -> Mariske (Vorpostenfalte) -> Suche der chron. Fissur
- Digitale Palpation: eng umschriebener Schmerzpunkt
- Akute Fissur: Sphincterspasmus -> starke Schmerzen bei der Untersuchung

Diagnostik

- Patient häufig nicht untersuchbar!!!
- DD: Abszess, Perianalvenenthrombose (Anamnese!)

Therapie akute Fissur

- Stuhlregulation
- Medikamentöse Therapie

Hohe Heilungsrate unter konservativer Therapie

Stuhlregulation



1 – 2 Kaffeelöffel pro Tag



1 – 2 Kaffeelöffel pro Tag



3 – 5 Messlöffel pro Tag

**Jeweils mit viel Flüssigkeit!!! Allenfalls ausbauen mit Movicol Sachets.
Die Stuhlregulation muss konsequent durchgeführt werden**

Medikamentöse Therapie

Mittel der Wahl	Wie oft	Wie lange	NW
1. Nifedipin 0.2 % 2. Diltiazem 2 %	2 x täglich	6 – 8 Wochen	Keine
3. Rectogesic 0.4 %	2 x täglich	6 – 8 Wochen	Kopfschmerzen

Begleitend

Stuhlregulation (Metamucil, Movicol Sachets etc.)

Lokalanästhesie (z.B. Xylocain-Gel 2% vor dem Stuhlgang)

Medikamentöse Therapie

-
- Faserreiche Kost: **87%** Jensen SI. BMJ 1984
 - Nifedipin: **86%** Katsinelos P. WJG 2006
 - Botulinumtoxin A: **81%** Jost WH. Dis Colon Rectum 1993
 - Nitroglycerin 0.2%: **92%** Bacher H. Dis Colon Rectum 1997
-

Nelson RL et al. Cochran Database Syst Review. 2012

- Nitroglycerin vs. Placebo: Nitroglycerin wirkt
- Nitroglycerin vs. Nifedipin: Beide gleich gut
- Medikamente vs. Chirurgie: Chirurgie besser

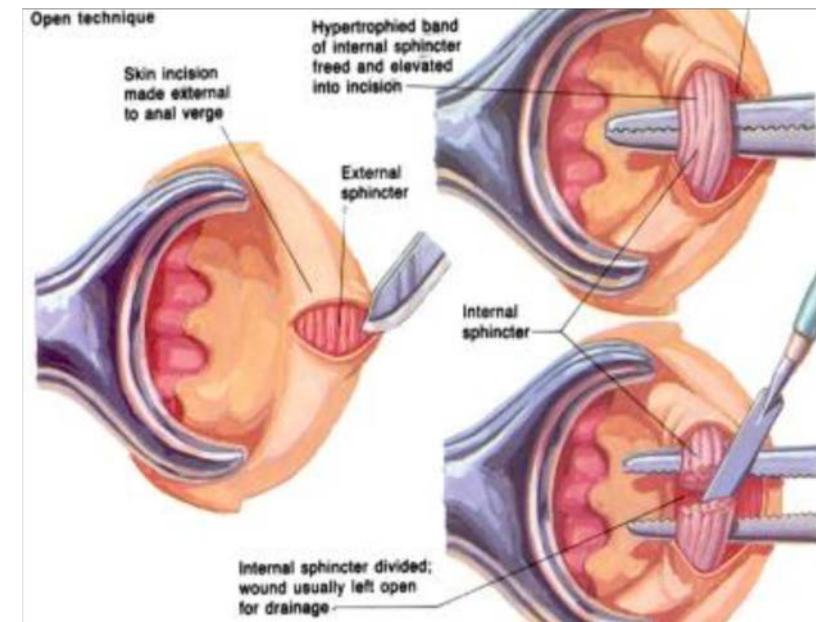
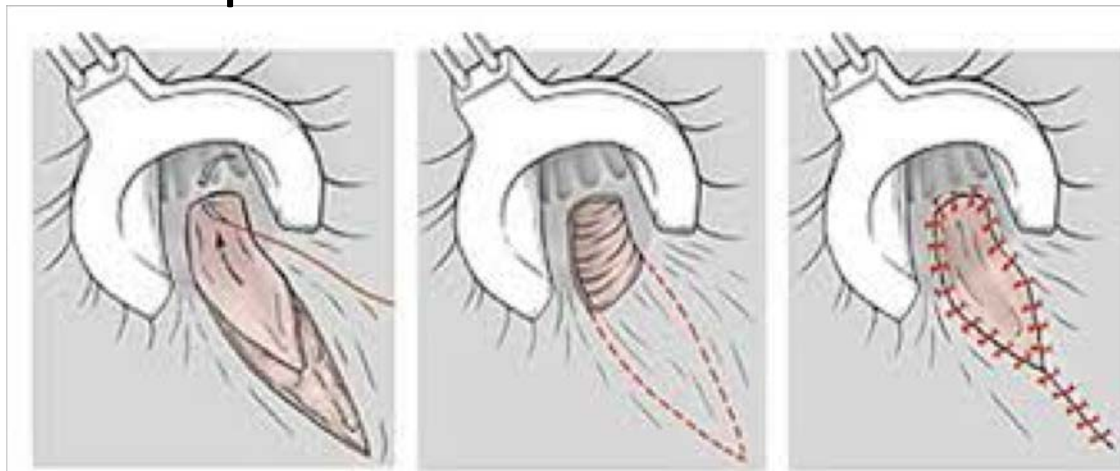
Was tun bei Therapieversagen der konservativen Therapie?

Insbesondere bei chronischen Analfissuren
Verschiedene operative Massnahmen möglich

Überweisung an Chirurgen

Operative Therapie

- Fissurdebridement und Anlage Drainage Dreieck
 - 1. Wahl bei Versagen der konservativen Therapie
 - Wiederholbar
 - Geringes Risiko iatrogenen Stuhlinkontinenz
 - in Kombination mit medikamentöser Therapie
- Laterale Sphinkterotomie, VY-Flap etc. nur in Ausnahmefällen



Zusammenfassung

- Akute / Chronische Analfissur
- Primäre / Sekundäre Analfissur
- Akut = medikamentöse Therapie
- Chronisch = chirurgische Therapie
- Immer mit Stuhlregulation!
- Medikamentös: Nitro, Nifedipin lokal
- Chirurgisch: Fissurdebridement und Drainagedreieck
- Sphinkterotomie, Botox, VY-Flap in Ausnahmefällen
- Sehr gute Prognose bei korrekter Behandlung

Fragen Fissur?

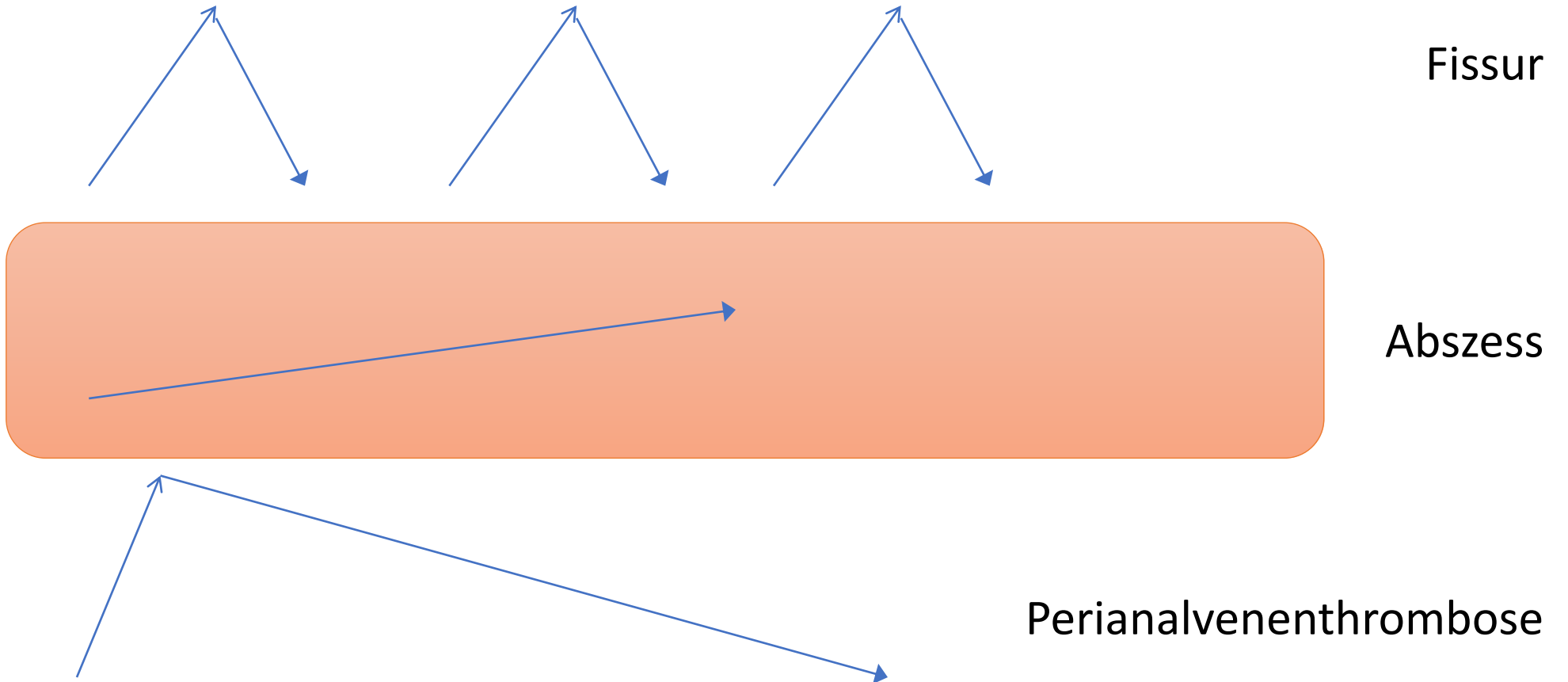


Fall Nr. 2

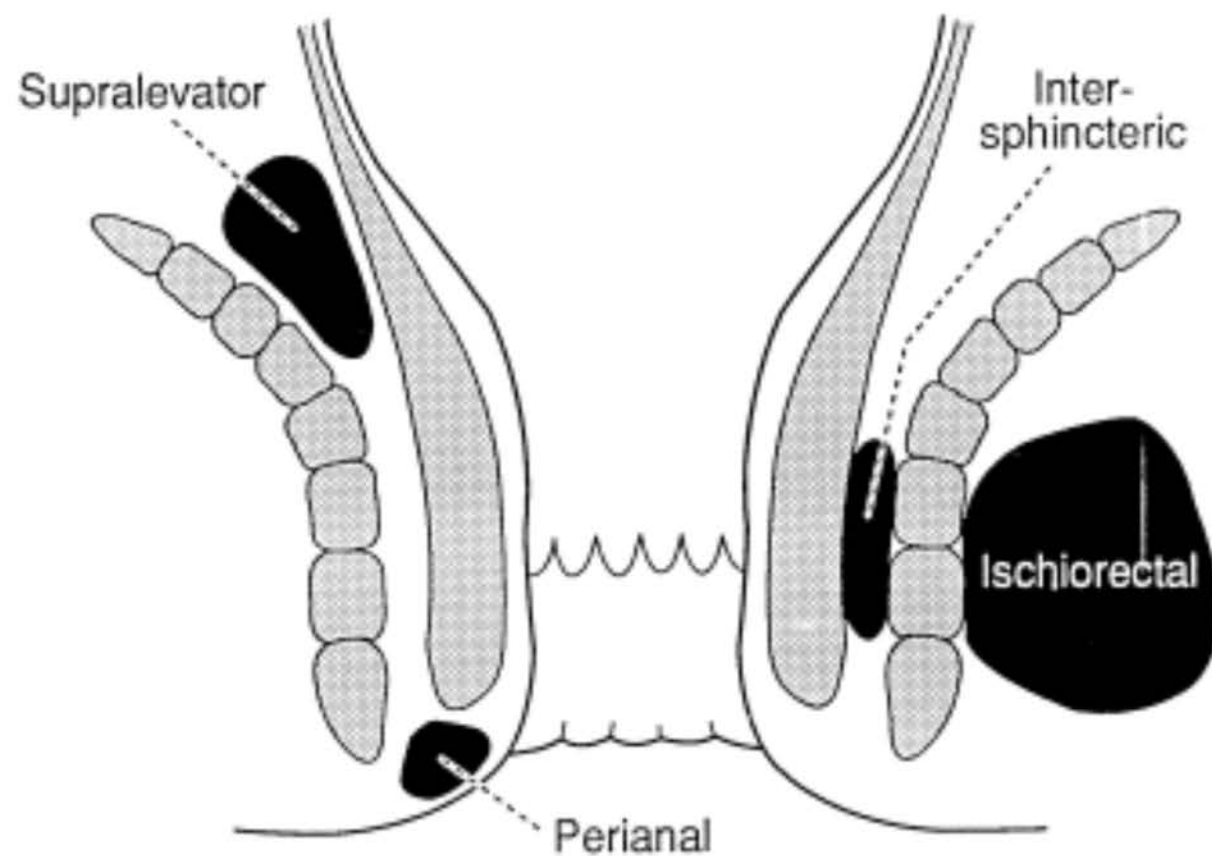
- 25-jähriger Mann, gesund, leicht adipös
- Seit 2 Tagen Schmerzen anal
- Schmerzen im Verlauf progredient
- Schmerzen unabhängig von Defäkation
- Normale Inspektion
- Rektaluntersuchung nicht möglich



Schmerzen ja, aber wie?



Perianalabszess:



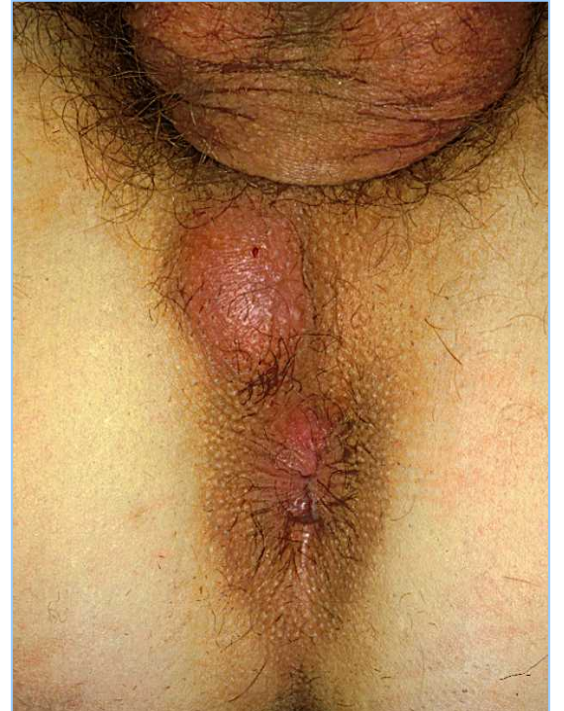
Perianalabszess

90 %

- Abflussbehinderung oder Infektion der Proktodealdrüsen

10 %

- chronische entzündliche Darmerkrankungen
- Bestrahlung
- Akute Infektionen Darmtrakt
- Fremdkörper



Perianalabszess Klinik

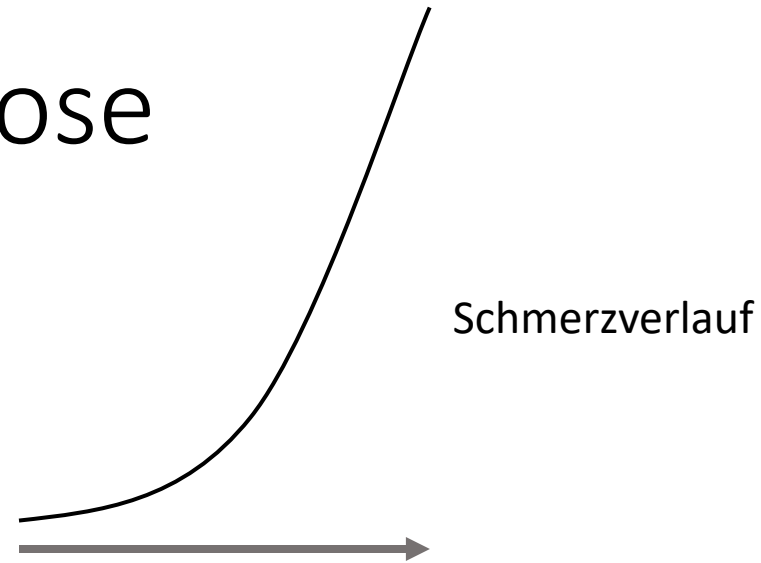
- Schmerz
- Rötung, Schwellung, Induration
- Asymmetrie Gesäss
- Fieber

Suprlevatorisch/intersphinktäerer Abszess:

- Keine äusseren Zeichen!
- Starke Schmerzen, Rektaluntersuchung unmöglich

Perianalabszess: Diagnose

- Anamnese!
- Schmerzverlauf
- Klinisches Bild
- Weiterführende Diagnostik: bei höhergelegenen Abszessen:
Endosonografie



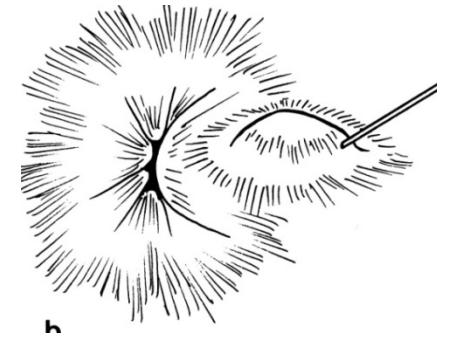
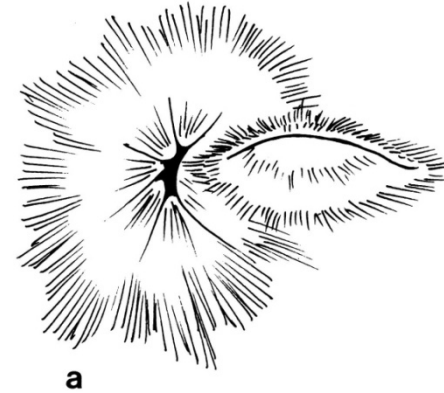
Perianalabszess Therapie

- Immer Entlastung!! (es muss Eiter fließen)
- Exzision zeitnah, am besten in Narkose
- Ausreichende Drainage: Abdeckelung



Perianalabszess: Therapie

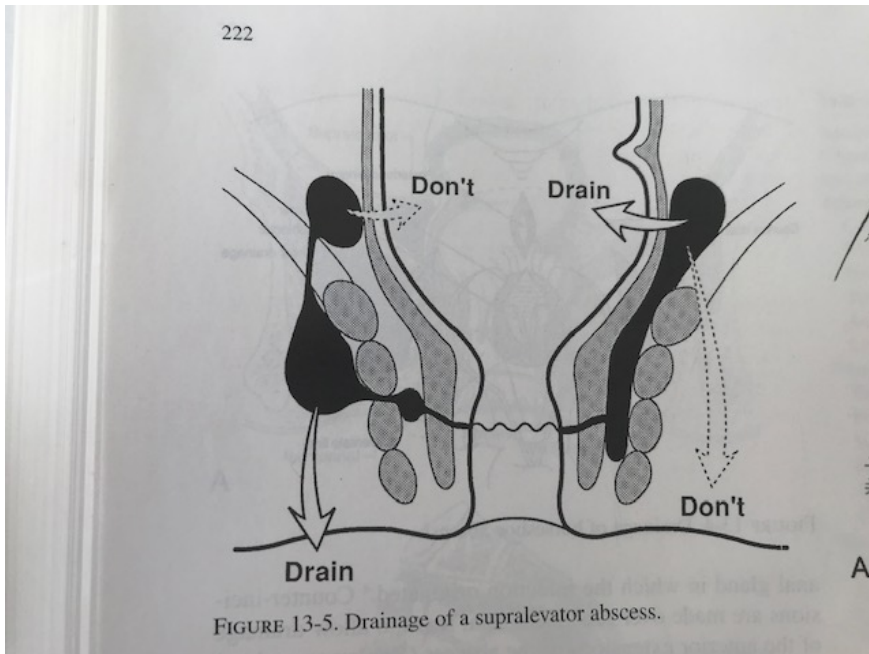
- Oberflächliche Abszesse in LA möglich
- Tiefere Abszesse immer in Allgemein oder Regionalanästhesie
- Chirurgische Erfahrung bei intersphinktären Abszessen



Perianalabszess intersphinktar/supralevatorisch

Wenn Eiter endoanal:

- keine Abdeckung perianal: Fistel!
- Öffnung erweitern nach endoanal, Spalten Internus



Perianalabszess: Therapie

Antibiose?

- Antibiose ohne Drainage?:
 - Nicht ausreichend
 - Führt zu Chronifizierung
 - Fistelbildung
- Antibiose nach Entlastung?
 - : bei Immunsuppression, M. Crohn



Perianalabszess: Therapie

Abstrich?

Nur bei V.a. STD (Chlamydien, Gonorrhoe), Tbc



Perianalabszess: Therapie

Fistelsuche bei Abdeckelung?

- NEIN!!
- Spontanverschluss bis 50 %
- Gefahr der Via falsa



Tang CL. Dis Colon Rectum 1996

- Aber: wenn Fistel sichtbar: gleichzeitige Behandlung erlaubt
 - Weniger Rezidive, nicht mehr Inkontinenz

Malik et al. Cochrane review 2010

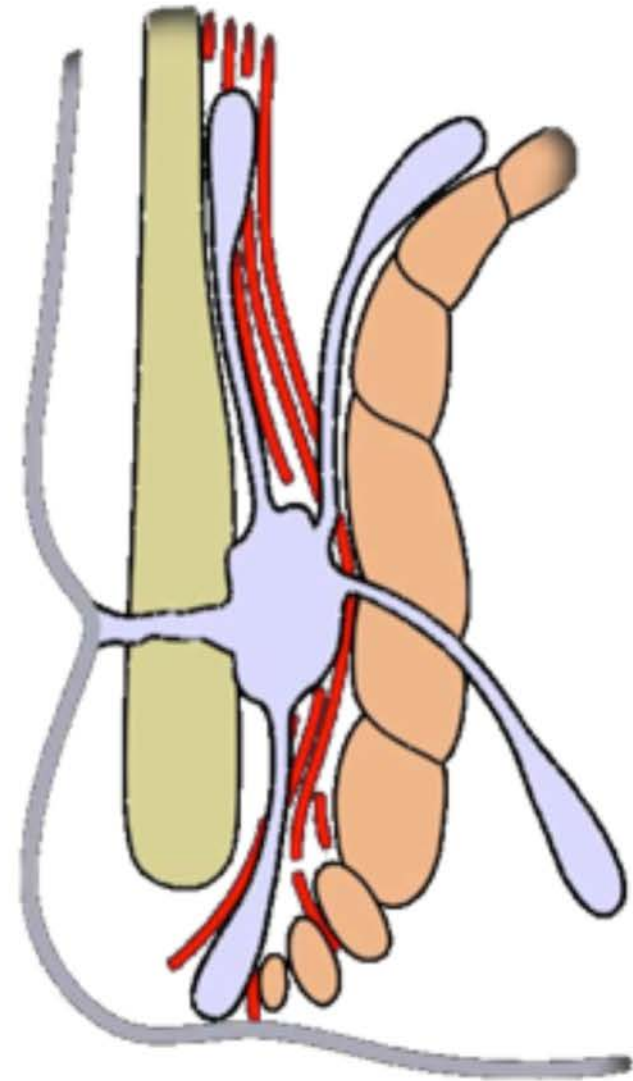
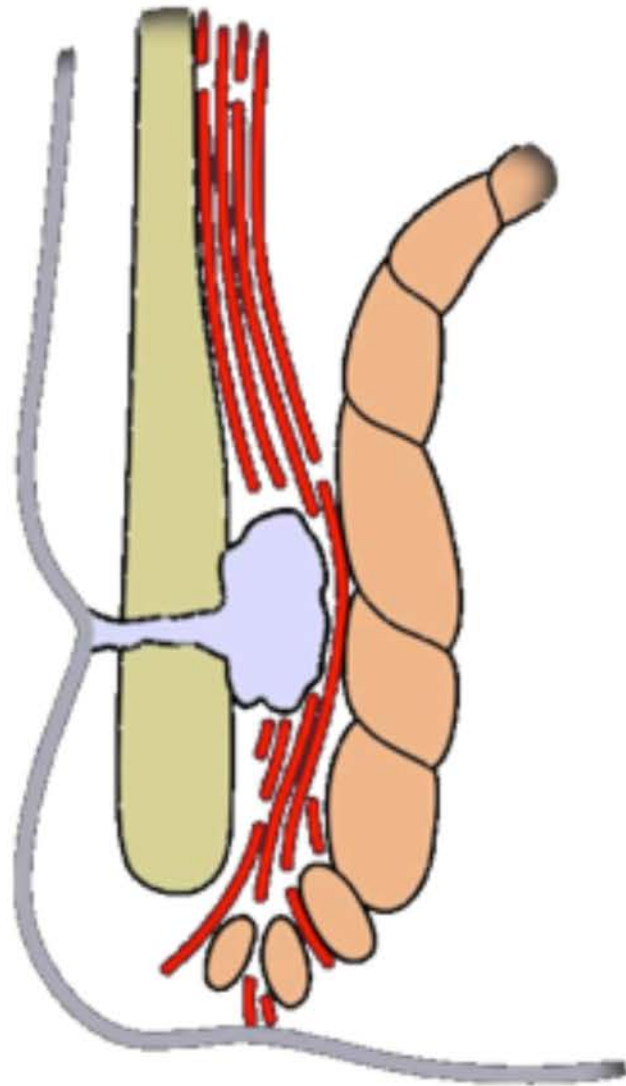
Perianalabszess: Postoperatives Prozedere

- Offene Wundbehandlung
- Analgetika (Paracetamol, NSAR)
- Ev Stuhlregulation
- Keine Sitzbäder (obsolet, Candida)
- Ausduschen der Wunde 3 x täglich und nach Stuhlgang
- Wöchentliche Nachkontrollen beim Hausarzt
- Nachkontrolle nach 6 Wochen in Proktologischer Sprechstunde:
Fistelsuche mit Endosonografie

Perianalabszess chronisch

- Praktisch immer Fistel!
- Fistelsuche in Proktologie
- Setoneinlage: erleichtert später OP, Infektkontrolle
- Endosonografie, MRI

Perianale Fisteln



Perianale Fisteln

- Immer Therapie durch Proktologen
- Keine Spontanheilung
- Therapie schwierig
 - Rezidive, Inkontinenz
- Spalten nur bei tiefen Fisteln
- Multiple Operationstechniken
- M. Crohn: Seton, Stoma

Behandlung Perianale Fisteln

- Setondrainage: keine Heilung
- Fistelspaltung > 95 % Heilung (Inkontinenz)
- Mukosaflap 70-80 % Heilung
- Fistulaplug: < 50 % Heilung
- LIFT: 70-80 % Heilung
- Stammzellen: sehr gute Resultate, teuer, Crohn
- Permacol Kollagenpaste: < 50 % Heilung
- Fistulektomie mit primärer Sphinkterrekonstruktion: 80 % Heilung

Perianale Fisteln

Probably more reputations have been damaged by the unsuccessful treatment of cases of fistula than by excision of the rectum or gastroenterostomy.

Lockhart-Mummery: 1929

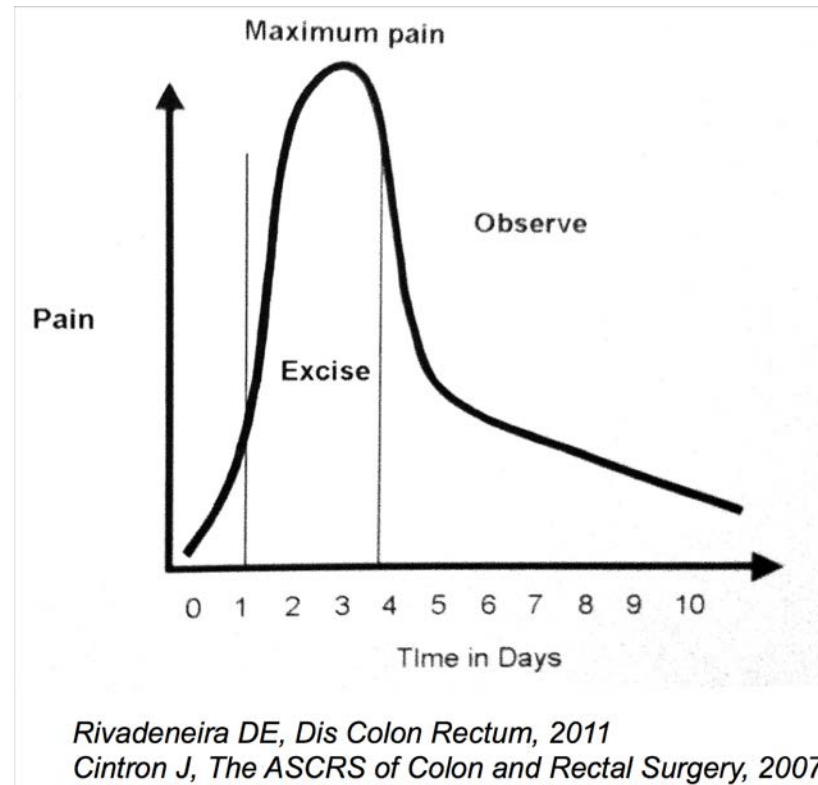


Fragen Abszess/Fisteln?

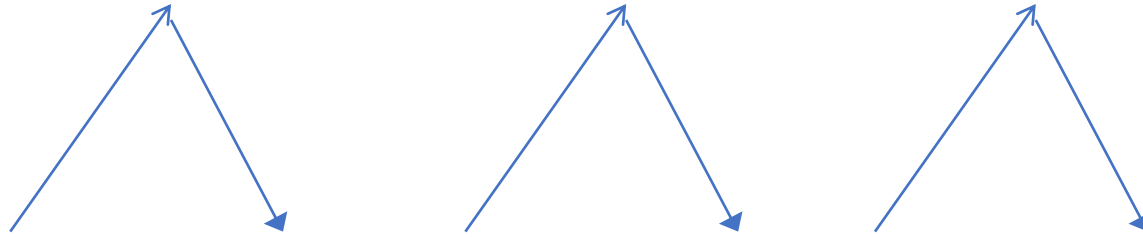


Fall Nr. 3

- 22-jähriger Mann, schmerzhafte Schwellung perianal, kein Blut
- Schmerzverlauf:



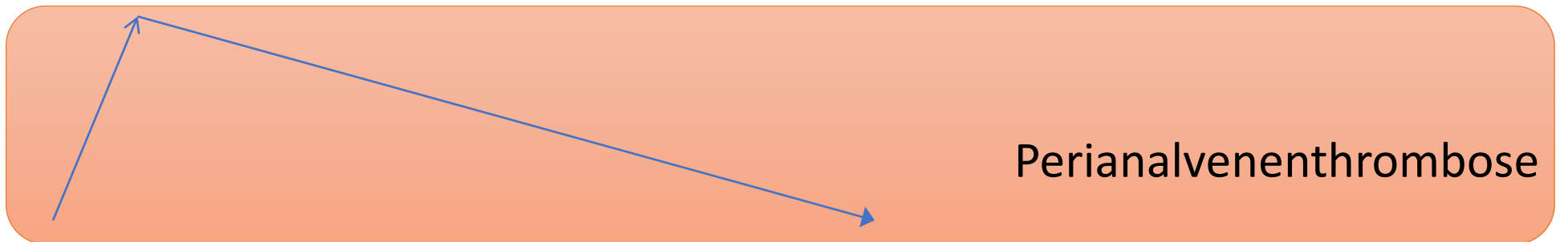
Schmerzen ja, aber wie?



Fissur



Abszess



Perianalvenenthrombose

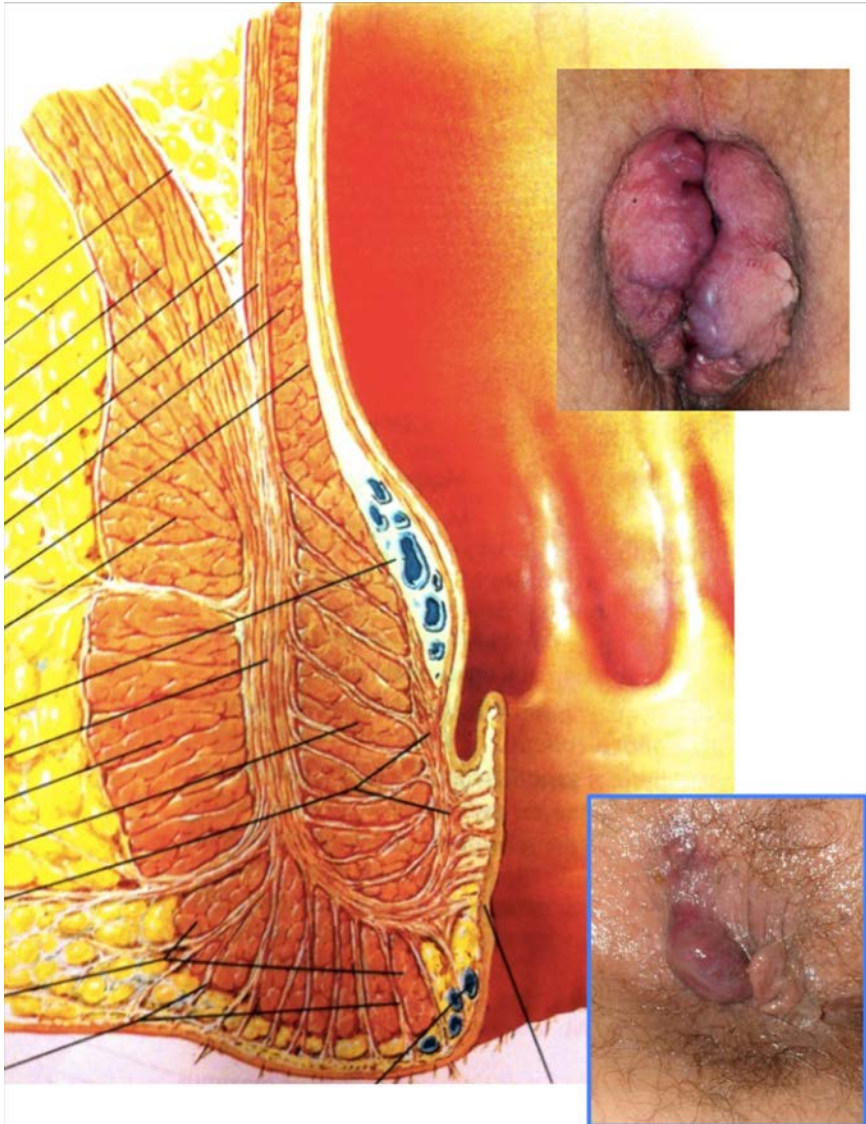
Perianalvenenthrombose

Definition



Thrombose Plexus venosus rectalis externus

Begriffe



Deutscher Sprachraum:

Hämorrhoiden: innen

Perianalvenenthrombose: aussen

Angelsächsischer Sprachraum:

Internal and external hemorrhoids

Perianalvenenthrombose Therapie

< 72 h

- Inzision in LA
- Stuhlregulation
(Metamucil®, Movicol®)
- Syst. Analgesie (Voltaren®)

> 72 h

- Stuhlregulation
(Metamucil®, Movicol®)
- Analgesie (Lidocain 2%,
Voltaren®)

Perianalvenenthrombose Therapie

Warum Inzision? Warum 72 h?

- Sofortiger Schmerzrückgang nach Inzision
- Blutgerinnsel organisiert nach 72, lässt sich meist kaum mehr ausdrücken

Sneider, E. B. and J. A. Maykel (2010). "Diagnosis and management of symptomatic hemorrhoids." Surg Clin North Am 90

Fragen Perianalvenenthrombose?



Fall Nr. 3

- 18-jähriger Südländer, leicht adipös
- Akute Schmerzen sakral
- Schmerzen im Verlauf progredient
- Schmerzen unabhängig von Defäkation
- Schwellung gluteal



Sinus Pilonidalis



Definition

Akute wie auch chronisch verlaufende
Entzündung des subkutanen Fettgewebes,
ausgehend von der Mittellinie der
Kreuzbeinregion

Epidemiologie

- Inzidenz: 26/100.000
- Männer >> Frauen
- Mean age 21 Jahre
- Risikofaktoren
 - Familiäre Disposition
 - Übergewicht
 - Vermehrte Behaarung

Ätiologie / Pathogenese

eher erworben als angeboren

Durch Reibung der Nates werden abgebrochene Haare in die Haut eingebohrt

Hornschuppen der Haare figurieren als Widerhaken

Fremdkörpergranulom

Formen

symptomlos



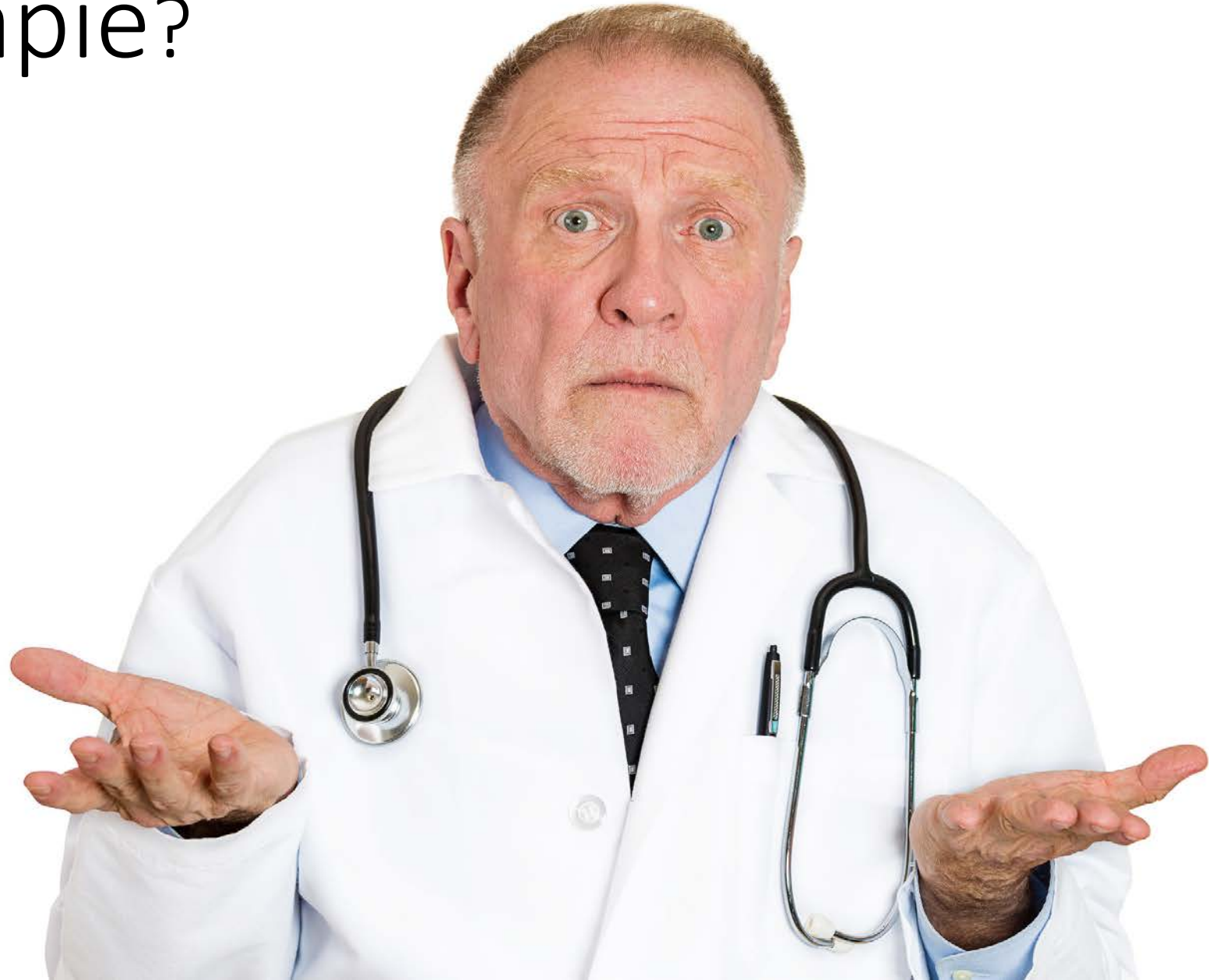
abszedierend



chronisch
entzündlich



Therapie?



Symptomloser Patient

- Abwarten
- Bei starker Behaarung konsequente Rasur



Abszedierender Sinus pilonidalis

- Inzision / Abszessabdeckung

versus

- Radikale Exzision



Exzision im akuten Infekt

- Grosse Wunde
- Lange Heilungsdauer bis zur sekundären Wundheilung
- Mehr Schmerzen
- Regelmässige Verbandswechsel, ggf. VAC-Therapie
- Häufig lange Arbeitsunfähigkeit



Inzision / Abdeckelung

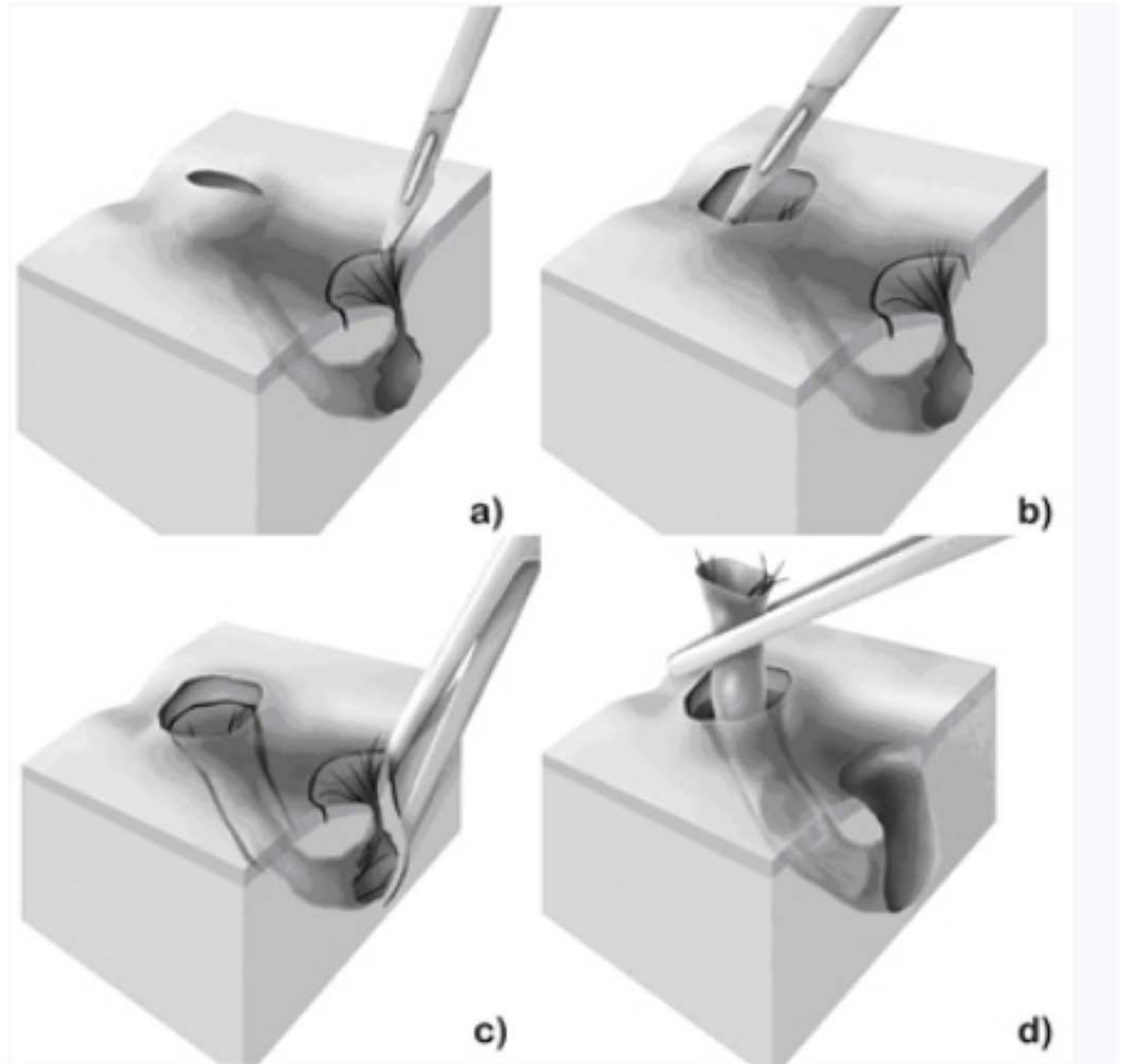
- Häufig in der Hausarztpraxis in Lokalanästhesie durchführbar (Inzision NICHT direkt über dem Porus!)
- Rasche Symptomlinderung ohne grosse Wunde
- Nach Abheilung des akuten Infektes Exzision möglich

Chronisch entzündlicher Befund

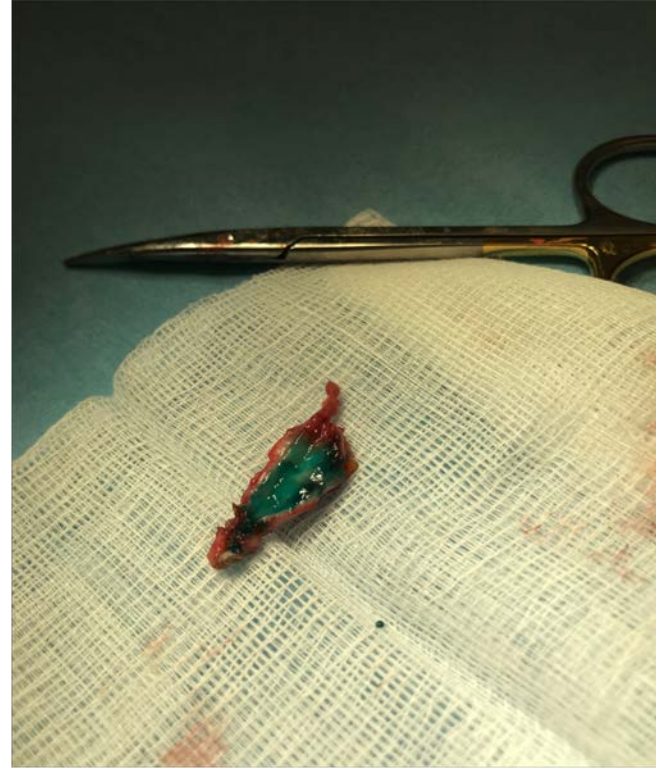
- Radikale Exzision
- Möglichst minimal invasiv



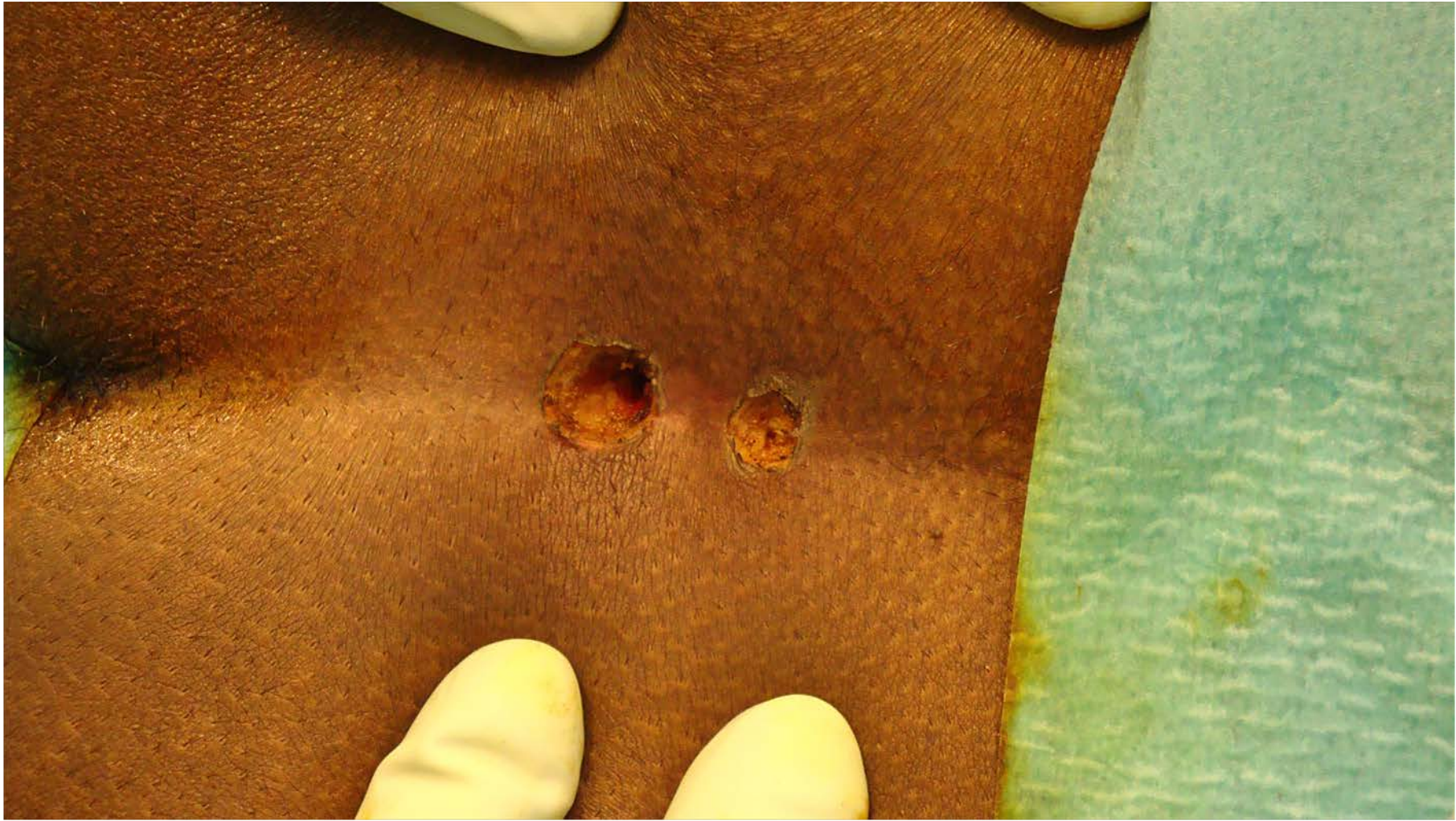
Minimal invasive Exzision



sparsames Ausschneiden der Steissbeinfistel







Postoperatives Management

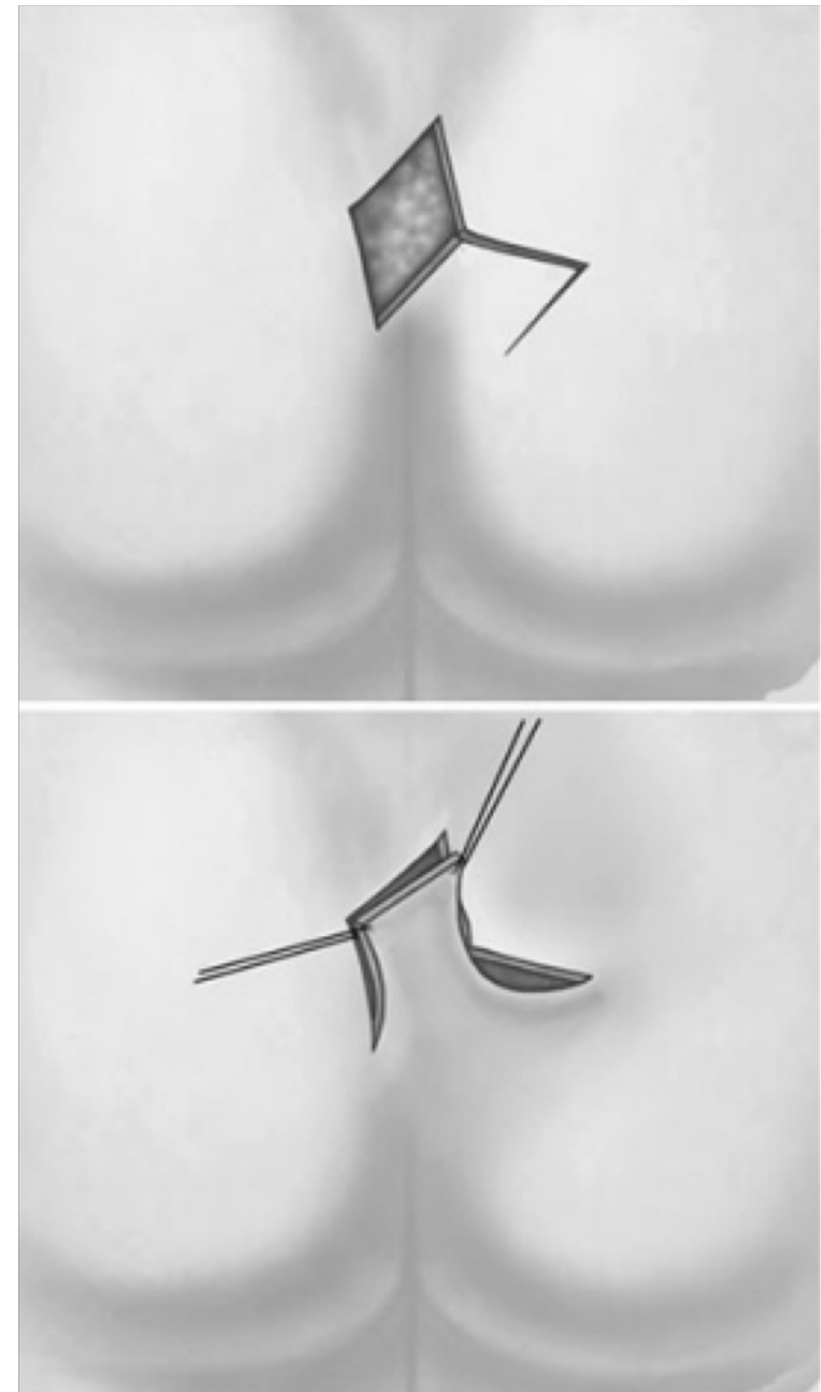
- Tägliches Ausduschen der Wunde
- Nur bei grosser Wundhöhle Austamponieren mit Kompressen/Biatain Alginat/Aquacel
- Regelmässige Wundkontrollen
- Bei starker Behaarung Rasur der Region
- Bei Rezidiven ggf. Laserepilation

Was tun bei ausgeprägten Befunden und Rezidiven?



Limbergflap

- Geeignet bei grossem Befund



Sinusectomy for primary pilonidal sinus: Less is more

(C. Soll, D. Dindo, D. Steinemann, T. Hauffe, P-A Clavien, D. Hahnloser)

Surgery 2011

- 377 Patienten 01/2001-06/2010
- 257 (68%) mit sinusektomie
- 57 (15%) mit Limbergflap
- 20 (5%) mit grosser Exzision in toto
- 11 (3%) nach Lord and Millar („Ausbürsten“)
- 32 (9%) mit Inzision behandelt

Pat. mit Rezidiv oder mehr als 4 Pori wurden nicht mittels Sinusektomie behandelt

Retrospektive Untersuchung:

- Operationszeit, Anästhesieart
- Hospitalisationszeit
- Zeit bis zur kompletten Wundheilung
- Zeit der Arbeitsunfähigkeit

Ergebnisse nach Sinusektomie:

- Zunehmend ambulante Operationen
- Verkürzte Arbeitsunfähigkeit (häufig < 7 Tage)

Rezidivrate

- 2001-2005 vs. 2006-2010 (9.3% vs. 4.1%, P= 0.23)
- 75% aller Rezidive in den ersten zwei Jahren
- Insgesamt 7 %
- Rezidive wurden mittels Limbergflap behandelt

Zusammenfassung Sinus pilonidalis

- Bei asymptomatischen Patienten Zuwarten
- Bei starker Behaarung konsequente Rasur
- Abszedierung: Inzision, nach Abheilung Exzision
- Therapie: minimal invasive Exzision anstreben
- Ausgeprägte Befunde: Lappendeckung (Limberg Flap)

Fragen Pilonidalsinus?



Symptom Blut ab ano



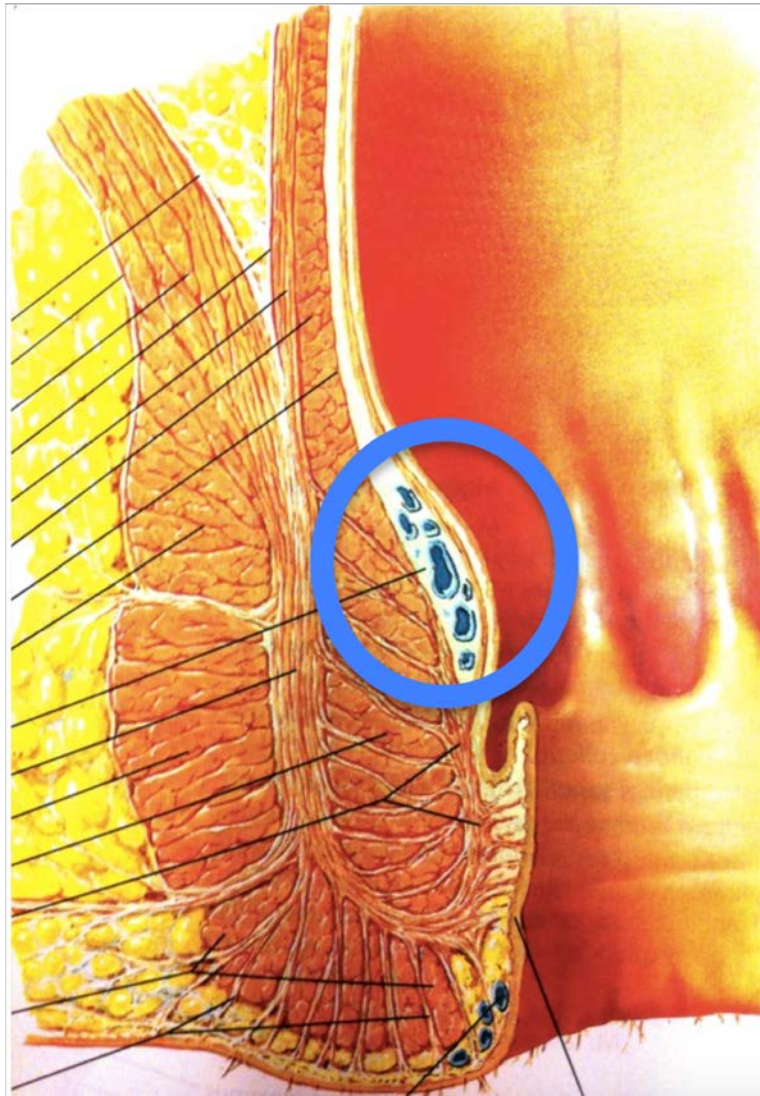
Fallbeispiel Nr. 4: Blut ab ano

- 35 jährige Patientin
- Wenig Schmerzen
- Rezidivierend Frischblut auf Toilettenpapier
- Pruritus
- Protrusion





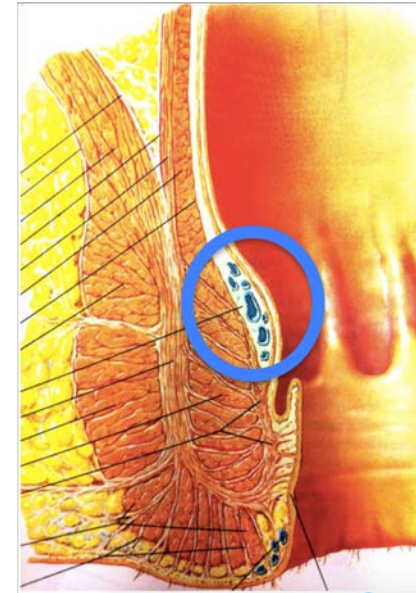
Hämorrhoiden



Hypertrophie der
normalen analen
Gefäßpolster

Hämorrhoiden Ursachen

- 1. Bindegewebschwäche
- 2. Hypertrophie Sphinkter ani internus
- 3. Venöse Druckerhöhung



Solomon CG, NEJM, 2014
Haas PA, Dis Colon Rectum, 1984

Hämorrhoiden Einteilung

- 1°** Prolaps in den Analkanal, **von aussen nicht sichtbar**
- 2°** Prolaps sichtbar beim Pressen, **spontane** Reposition
- 3°** Prolaps sichtbar, **manuelle** Reposition möglich
- 4°** Prolaps sichtbar, **keine** Reposition möglich



Hämorrhoiden Diagnostik

- Anamnese
- Inspektion: Pressen lassen
- DRU: meist normal!
- Proktoskopie: Untersuchung der Wahl
- Koloskopie: >50, bei unauffälliger Proktoskopie, weitere Symptome

Hämorrhoiden Therapie

Grad I und 2: konservativ

- Ernährungsgewohnheiten
- Trinken
- Stuhlregulation
- Medikamente
 - Systemisch/topisch



Hämorrhoiden Therapie konservativ

- Stuhlregulation nützt!
- Cochrane Database:
 - 7 RCT mit 378 p
 - 53 % risk reduction für allg. Symptom
 - 50 % risk reduction für Blutung



Hämorrhoiden Therapie konservativ

- Topische Medikamente: wirken im Rektum!
- Viele Kombinationen:
 - Scheriprokt: Steroide
 - Faktu: Antiseptika
 - Prokto-Glyvenol: Vasoaktiva



Hämorrhoiden Therapie konservativ

Topische Medikamente:

- Linderung bei akuter Exacerbation
- Kein Effekt auf Blutung oder Prolaps
- Steroidhaltige Präparate: Dermatitis, Mykose, Atrophie



Hämorrhoiden Therapie konservativ

- Phlebotonics: effektiv!
- Cochrane Database Syst Rev 2012
- 20 RCT, 2344 participants:
 - Signifikanter Rückgang
 - Blutung (auch postoperativ)
 - Pruritus
 - Kein Einfluss auf Schmerzen

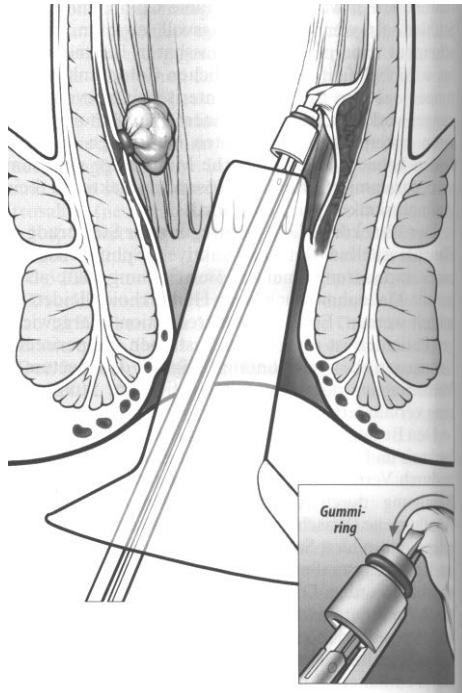


Phlebotonics

- Wirkung: Stärkung Gefäßwand, Erhöhung Venentonus und Lymphdrainage, Normalisierung der kapillären Permeabilität
- Dauer unklar, zeitlich keine Begrenzung
- Kein Vergleich zu interventionell/operativer Therapie
- Bei Blutung: 2 x 500 mg Daflon für 2-3 Wochen
- Postoperativ: 2 x 500 mg Daflon für 2 Wochen?

Hämorrhoiden Therapie interventionell

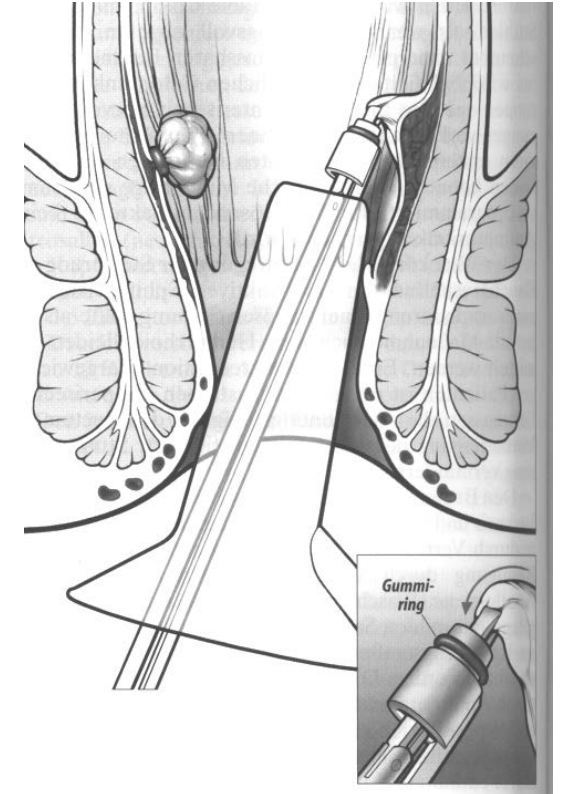
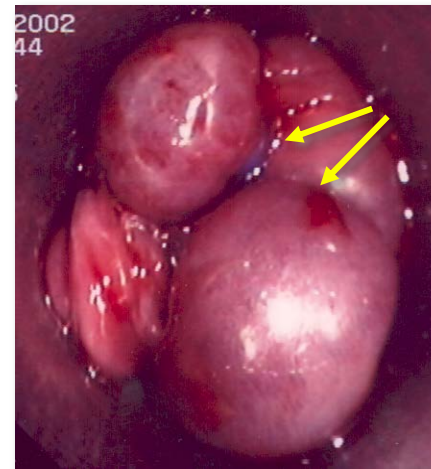
- Bei Hämorrhoiden Grad I-II
- Prinzip: Fixation Mucosa/Submucosa auf Muskulatur
- Infrarotkoagulation, Sklerotherapie, Gummibandligatur



Hämorrhoiden Therapie interventionell

Gummibandligatur

- Erfolgsrate: 80 %
 - Sicher, effizient, ambulant
 - Wenig Komplikationen: Sz < 3 %, Blutung < 1 %
-
- Aber: häufig mehrere Sitzungen nötig
 - Sz!



Hämorrhoiden Therapie

Interventionell

Metaanalyse 18 RCT



vs.

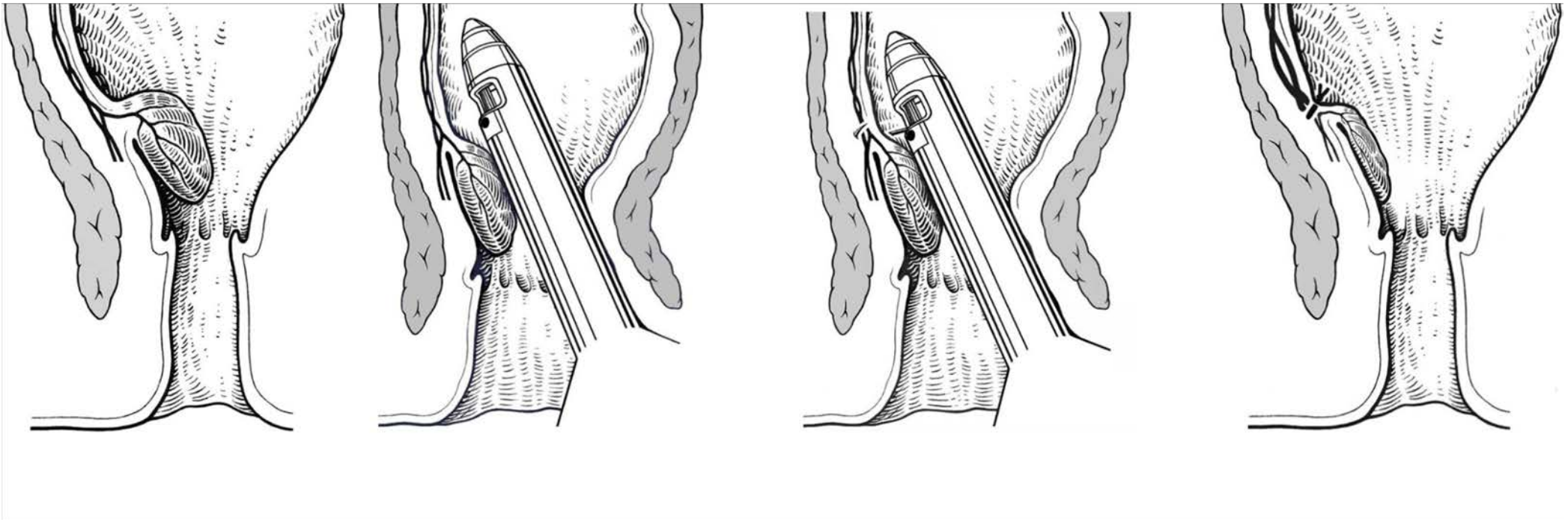


vs.



- Gummiband am effektivsten
- Tiefste Rezidivrate
- Am meisten Schmerzen

HAL: interventionell/operativ



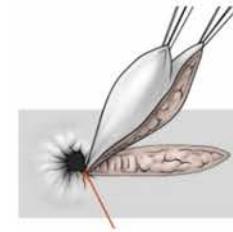
Hämorrhoiden Arterien Ligatur

HAL versus Operation



Wirklich Sz-ärmer ?

RCT, n=50, Follow-up 24 Mt.
Grad III



- VAS-scores kein Unterschied
- Zufriedenheit nach 2 J. ähnlich

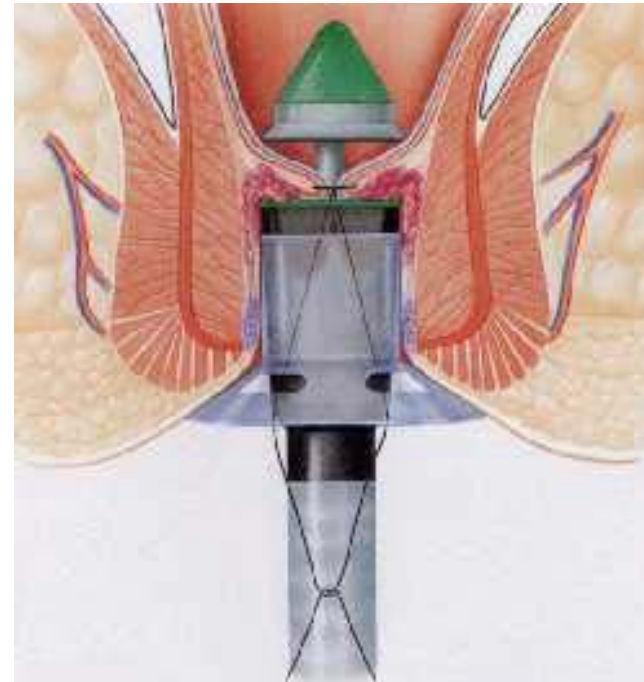
Hämorrhoidenoperation wann?

- Immer bei Grad III-IV (sichtbare Hämorrhoiden)
 - Prolaps: sehr schmerzhaft, mühsame Therapie!
- therapierefraktäre symptomatische ein-bis zweitgrade Hämorrhoiden

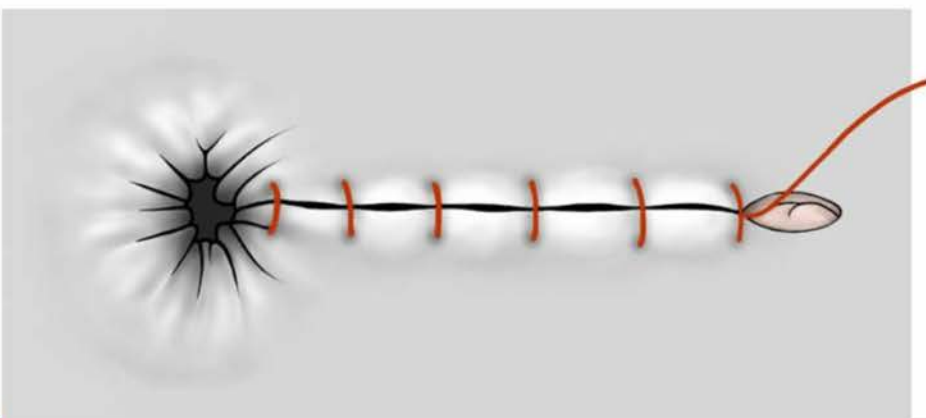
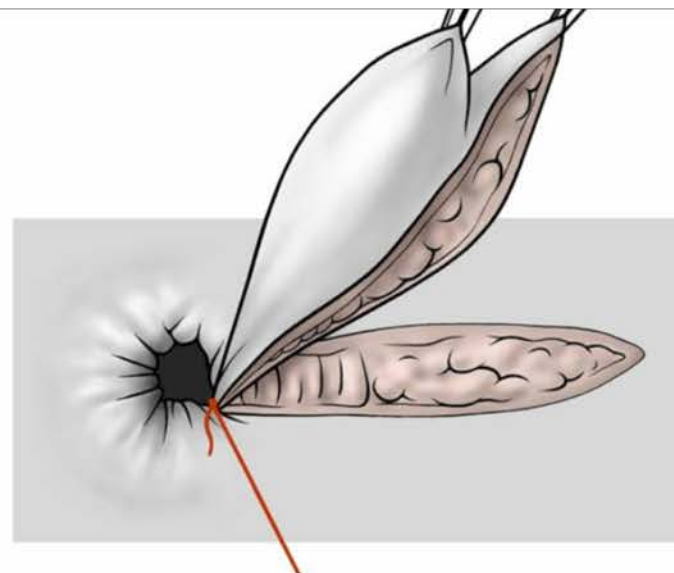
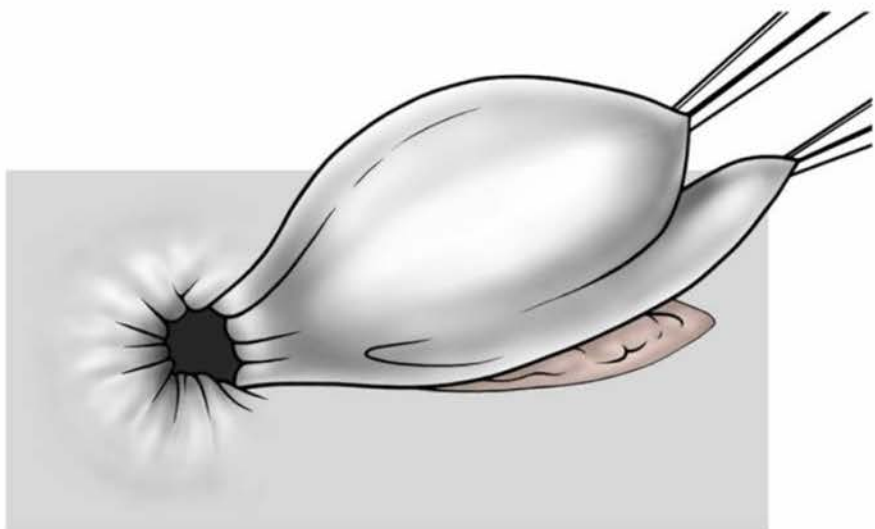


Hämorrhoiden Operation

- 1-4 Zipfelresektion nach Milligan-Morgan, Ferguson
- Staplerhämorrhoidektomie nach Longo
- Hämorrhoidektomie mit Ligasure



Hämorrhoidenoperation



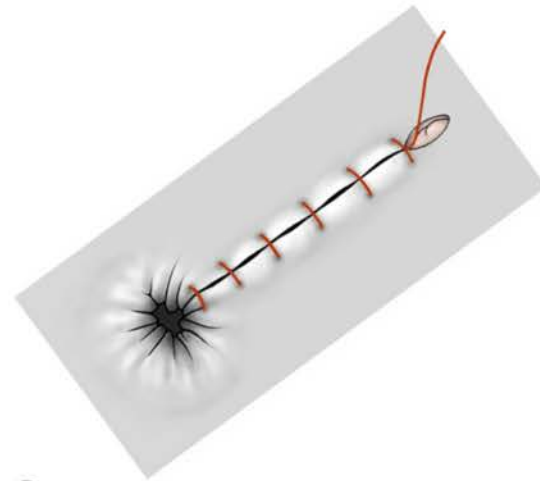
Ferguson

Hämorrhoidenoperation

2 RCT, n=305

Milligan-Morgan vs. Ferguson

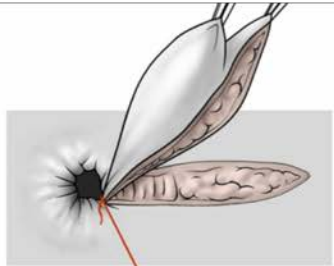
- Weniger Schmerzen¹
- Weniger po. Inkontinenz²



¹ You SY, *Dis Colon Rectum*, 2005

² Johannsson HÖ, *BJS*, 2006

Hämorrhoidektomie nahtlos



Milligan-Morgan

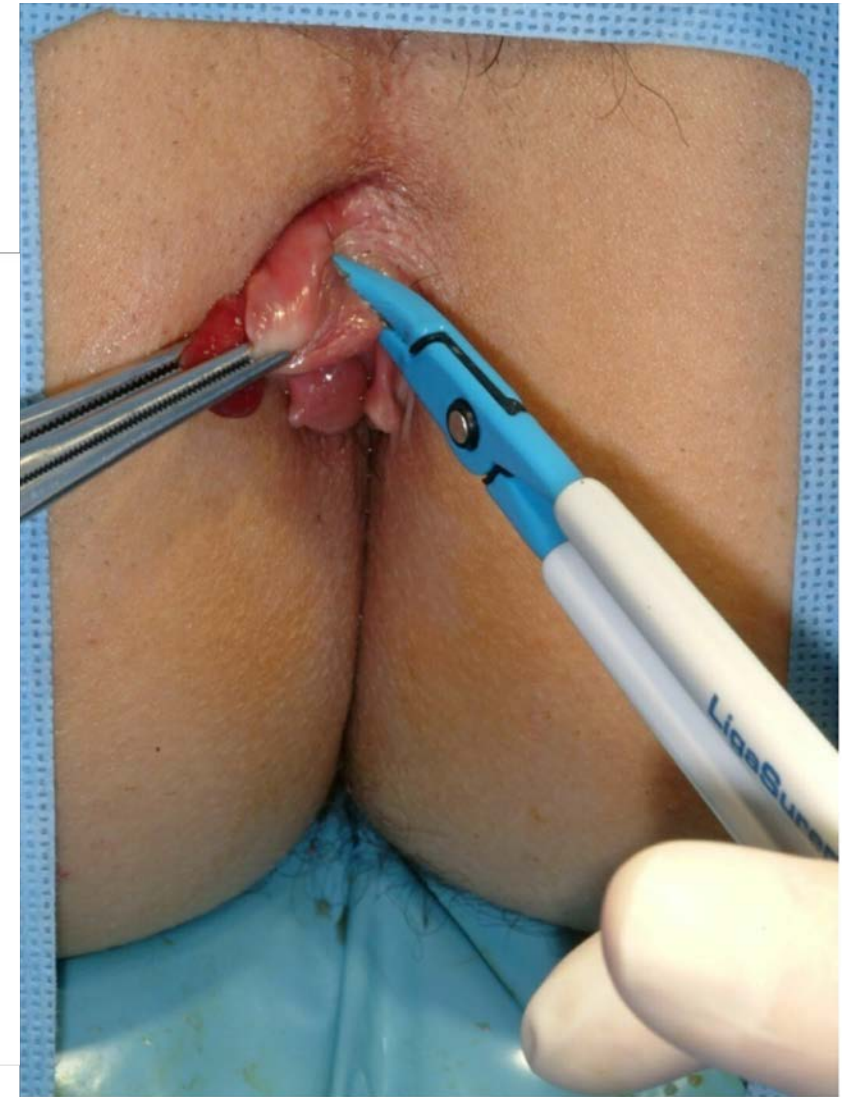
Metaanalyse, 12 RCT, n=1142

vs.

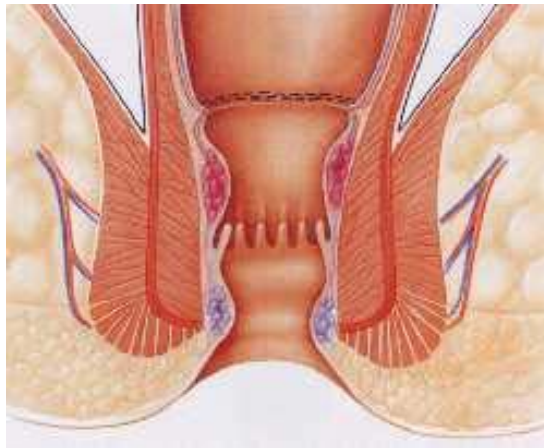
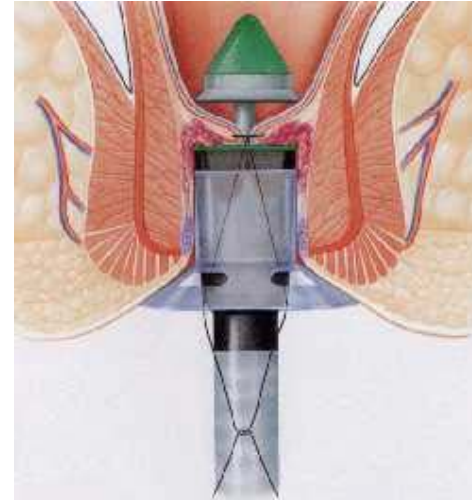
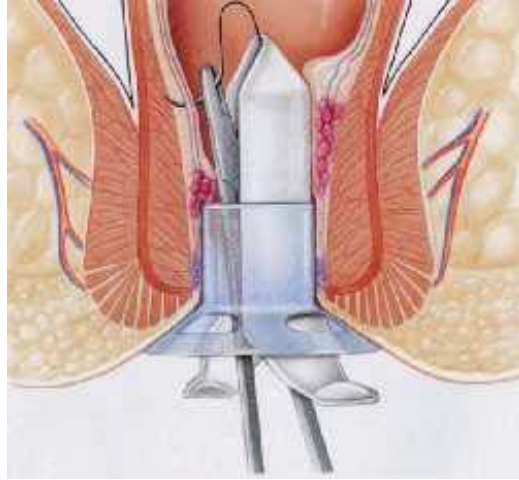


- Kürzere OP-Zeit
- Kürzere Hospitalisation
- Weniger frühpo. Sz
- Schnellere Wundheilung

Aber: teuer..



Mukopexie nach Longo



Stapler Hämmorrhoidopexie

2 Metaanalysen, 4 und 5 RCT, Grad III und IV



vs.



Longo mehr Prolapsrezidive (OR 5)^{1,2}

Kein Unterschied po. Schmerzen und Blutung¹

¹ Lee KC, *Int J Surg*, 2013

² Yang J, *World J Gastroenterol*, 2013

Nachbehandlung Hämorrhoidektomie

- Ausduschen 2-3 x täglich und nach Stuhlgang
- Ausreichend Analgesie!
- Stuhlregulation
- Ev. Calciumantagonisten lokal
(The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Hemorrhoids)
- Arbeitsunfähigkeit 2-3 Wochen

Nachbehandlung Hämorrhoiden

- Infektionen sehr selten
- Kleinere Nachblutungen einige Tage normal
- Ambulante OP: suggeriert “kleine, schmerzarme Operation“
- Falsche Erwartungen vermeiden, gute Aufklärung



Analprolaps

- „eingeklemmte Hämorrhoiden“
- Sehr schmerzhaft
- Konservative Therapie
- Keine Inzision!: Blutung



Analprolaps Therapie

- Lokal Prokto-Synalar, Scheriprokt...
- Daflon 2 x 500 mg
- NSAR
- Stuhlregulation

- Reposition wenn möglich (Zucker)
- Nachkontrolle nach 48 h
- Ev. Hospitalisation nötig



Hämorrhoiden in der Schwangerschaft

Soweit möglich: konservative Behandlung

Verbesserung innerhalb von 6 Monaten: 2/3 der Patientinnen haben keine Symptome mehr

Behandlung

- Fasern (Ballaststoff): i.o.
- Paracetamol: i.o.
- Topisches Steroid: i.o.
- Daflon: 2. und 3. Quartal: i.o.
- NSAR: nein



Fragen Hämmorrhoiden?



Blut ab ano

Helles Blut:

proktologische Ursache
- *Hämorrhoiden, Fissur...*

Helles Blut:

starke Blutung
- *Ulcus duodeni, Divertikelblutung*

Blut und Schleim:

Tumor
- *Polyp, Karzinom*
Prolaps
- *Hämorrhoiden, Rektum*

Blut mit Stuhl gemischt:

Kolonblutung

Meläna:

OGI Blutung

Themenblock «Gewebeplus»



Fallbeispiel Nr. 5

- 45-jährige Patientin
- Keine Schmerzen
- Pruritus
- Verschmutzte Unterwäsche



Mariske

- Schmerzlose läppchenartige Hautfalten am äusseren Analring
- Blickdiagnose
- Verändern sich nicht beim Pressen (im Gegensatz zu Hämorrhoiden)



Ursachen / Risikofaktoren

- Physiologisch (Alter)
- Chronische Fissur (Wächtermariske)
- Perianalvenenthrombosen
- Schwangerschaft / Geburt

Therapie

- Da es sich um einen gutartigen Befund handelt, ist eine Exzision prinzipiell nicht notwendig
- Bei grossen störenden Befunden (Analhygiene) kann eine Mariskektomie erfolgen

Mariskektomie

- Ambulante Operation, ggf. sogar in Lokalanästhesie
- Rautenförmige Abtragung der oberflächlichen Hautfalte
- Bei grossen Befunden partielle Adaptation der Schleimhaut
- Postoperative Stuhlregulation, Ausduschen des Analbereiches

Fragen Marisken?





Marisken und Condylome

Virusassoziierte Analtumore

- Condyloma acuminatum (Spitze Kondylome)
 - HPV
 - Sexualkontakt / PartnerIn untersuchen
 - Durchmesser der Basis kleiner als der obere Anteile (DD Condyloma lata)
 - Blumenkohlartige Struktur, beetartige Ausbreitung
 - Ungehemmtes Wachstum -> Buschke-Löwenstein-Tumore (verrucöse Karzinome)



Therapie

- Spontane Remission in bis zu 30% der Fälle
- In den meisten Fällen Therapie zur Vermeidung einer Ausbreitung empfohlen
- Kryotherapie als ambulantes, effizientes Verfahren, benötigt jedoch meist mehrere Therapieeinheiten (Heilungsrate 44 -75 %, Rezidivrate 25 – 40 %)

Therapie von Condyloma acuminata

Lokalisation	Perianal		endoanal
Grösse	Läsionen < 5mm	Läsionen >5mm	Scherenexzision Laser Elektroresektion
Therapie	Topisch	Scherenexzision Laser Elektroresektion	
Adjuvante therapie		Topisch	

Anwendungsschema häufiger topischer pharmakologischer Therapien

Substanz	Anwendungsintervall und Behandlungsdauer	Nebenwirkungen	Aheilungsrate	Rezidivrate	Preis
Imiquimod 5% Creme (Aldara)	3x/Woche abends Max. 16 Wochen	Juckreiz, lokale z.T. ausgeprägte Entzündungsreaktionen, Ulzerationen	35 – 70 %	6 – 26 %	91.80 CHF (12 Beutel)
Sinecatechine 10% Salbe (Veregen)	3x/Tag 12 – 16 Wochen	Lokales Erythem, Juckreiz, Brennen	47 – 60 %	7 – 10 %	74.95 CHF (15 g)
Podophyllo-Toxin (Condyline)	2x/Tag über 3 Tage, dann 4 – 10 Tage Pause 2-6 Wochen	Brennen, Erythem, Berührungsempfindlichkeit	45 – 83 %	6 – 100%	52.15 CHF (3.5 ml)

Impfung

- Gardasil 4: Vierfachimpfung gegen Virustypen 6, 11, 16 und 18
- Neu auch Gardasil 9 (zusätzlich HPV 31, 33, 45, 52, 58)
- Empfohlen für alle Jugendlichen von 11 - 14 Jahren
- Zwei Impfdosen im Abstand von 6 Monaten

Fragen Condylome?



Fallbeispiel Nr. 6

- 85-jährige Patientin
- Keine Schmerzen
- stuhlinkontinent
- Blut und Schleim in der Unterwäsche
- Klaffender Anus



Prolaps

Rektumprolaps



Analprolaps

Rektumprolaps

Prädisponierende Faktoren:

- Obstipation
- Hypermobiles Sigma
- Geburten
- Neurologische Erkrankungen (MS)
- Senile Demenz

Rektumprolaps: Symptome

- Vorfall
- Schleimiger Ausfluss
- Blutung
- Obstipation, Gefühl der unvollständigen Entleerung, Diarrhoe
- Schmerzen
- Inkontinenz

Rektumprolaps



Rektumprolaps: Therapie

- Immer operativ
- Junge Erwachsene: lap. ventrale Rektopexie, Resektionsrektopexie
- Senium: (Rektopexie), STARR, Delorme-Operation, Altemeier



Bei jungen Patienten laparoskopisch,
bei polymorbiden Patienten transanal

Differentialdiagnose Analprolaps

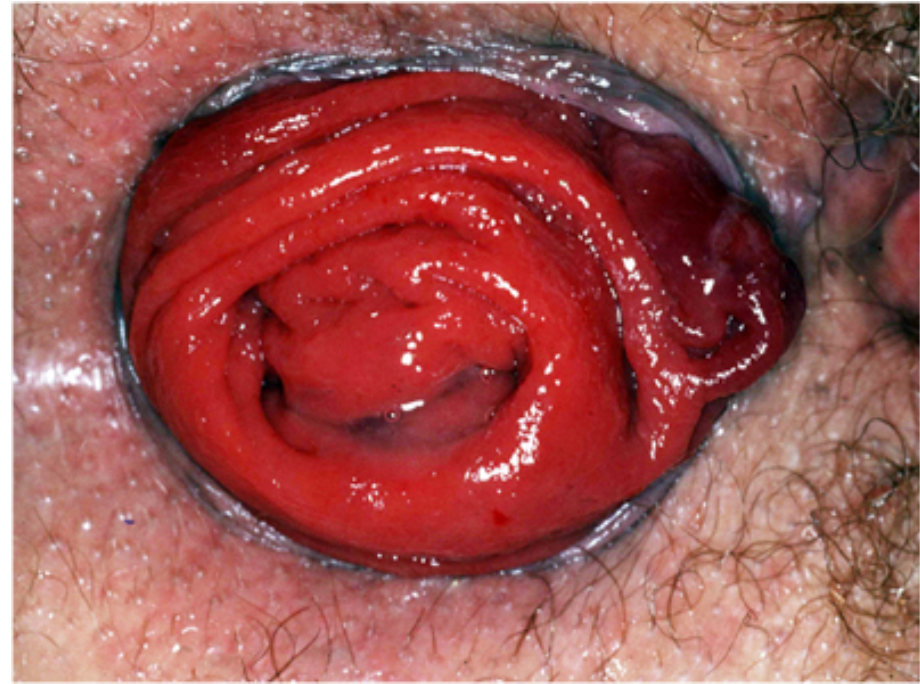
- Lediglich Mukosavorfall
- Radiäre Fältelung (beim Rektumprolaps zirkulär!)
- Übergang von Hämorrhoiden Grad III zum Analprolaps ist fließend



Prolaps



Analprolaps



Rektumprolaps

Fragen Rektumprolaps?



Fallbeispiel Nr. 7

- 30 jähriger Patient, gepflegt, ängstlich
- Schlafstörungen
- Pruritus
- Kratzspuren perianal



Perinaldermatitis



Perianaldermatitis

- Häufige Diagnose in der Proktologie
- Grosser Einfluss auf die Lebensqualität



Perianaldermatitis

- Kontaktdermatitis
 - irritativ
 - allergisch
- Atopische Dermatitis

Akute und chronische Formen



Irritative Kontaktdermatitis

- Häufigste Form (>50%)
- Oft durch proktologische/rektale Probleme ausgelöst
 - Hämorrhoiden, Fissuren, Fisteln
 - Prolaps
 - Chronische Diarrhoe
 - Übertriebene Analhygiene (Feuchttücher)

Allergische Kontaktdermatitis

- M = F
- Auslösende Substanzen werden häufig schon jahrelang verwendet
 - Seifen
 - Deos
 - Parfums
 - Cremes

Atopische Dermatitis

- Vorkommen bei 15 % in der Schweiz
- Typische Prädilektionsstellen
 - selten isoliert
- Starker Juckreiz

Hautkrankheiten mit perianalem Befall

- Psoriasis
- Seborrhoisches Ekzem
- Hidradenitis suppurativa
- M. Bowen

Vorgehen

- Anamnese:
 - Dauer und Verlauf der Problematik
 - Stuhlgewohnheiten
 - Hygienemaßnahmen
 - Atopiker
 - Vorgeschichte
 - Infektionen
- Inspektion/Proktoskopie
- Ggf. Mikrobiologie und Labortests (DD STD, Oxyuren etc.)
- Allergietest
- Biopsie

Therapie

- Beseitigung auslösender Faktoren
 - Therapie proktologischer Erkrankungen und Dysfunktionen
 - Behandlung von Infektionen
 - Erkennen und Elimination irritierender Stoffe
- Zinkoxid Paste
- Chronische Dermatitis: kurzzeitig lokale Steroide



Fragen Dermatitis?





#115687404

