



CME

Continuing Medical Education
Zertifizierte Fortbildung



© michael ledray / shutterstock.com

Prof. Dr. Alexander Herold
Enddarm-Zentrum Mannheim, Mannheim

Herausforderung „kranker Anus“

Proktologische Erkrankungen in der Hausarztpraxis

Zusammenfassung

Proktologische Erkrankungen sind für den Hausarzt oft eine große Herausforderung. Viele Patienten berichten nur zögerlich über ihre Beschwerden, sodass vonseiten des Arztes viel Fingerspitzengefühl erforderlich ist. Andererseits können diese Erkrankungen die Lebensqualität erheblich einschränken. Wenn in der hausärztlichen Praxis die Verdachtdiagnose gestellt wurde, erfolgt die weitere Betreuung in der Regel in Kooperation mit einem Proktologen. Der vorliegende Beitrag stellt die häufigsten proktologischen Erkrankungen vor.

Schlüsselwörter

Hämorrhoidalleiden – Analfissur – Analabszess – Analfistel – Morbus Crohn – Kolorektales Karzinom



CME.springer.de/CME
Kostenlos teilnehmen
bis 28.04.2010

Die Teilnahme an der Fortbildungseinheit „proktologische Erkrankungen“ ist bis zum 28.04.2010 kostenlos. Danach ist die CME-Teilnahme über ein Abonnement oder CME-Tickets möglich. Weitere Informationen finden Sie auf CME.springer.de/CME

CME 2010 · 7(1): 61–68 · DOI 10.1007/s11298-009-0652-x · © Springer-Verlag 2010

Das häufigste Symptom bei Hämorrhoiden ist die anale Blutung

Proktologische Erkrankungen sollten rechtzeitig erkannt werden. Zum einen können sie dann meist weniger invasiv behandelt werden, zum anderen muss differenzialdiagnostisch stets ein Malignom ausgeschlossen werden. Häufige Krankheitsbilder sind

- das Hämorrhoidalleiden,
- Analfissuren sowie
- Abszesse und Fisteln.

Hämorrhoidalleiden

Epidemiologie

Das Hämorrhoidalleiden ist eine der häufigsten Erkrankungen in den Industrienationen. Exakte Zahlen zur Inzidenz gibt es nicht, da die Probleme oft verschwiegen werden. Geschätzt wird, dass fast 70% der Erwachsenen im Lauf ihres Lebens davon betroffen sind.

Ätiopathogenese

Hämorrhoiden sind hyperplastische Gefäße des Corpus cavernosum recti. Dieses arteriovenöse Gefäßkonglomerat liegt oberhalb der Linea dentata. Größere Gefäßpolster liegen meist bei drei, sieben und elf Uhr in Steinschnittlage. Sie haben eine wichtige Funktion bei der Feinkontinenz. Erst wenn Beschwerden auftreten, handelt es sich um ein Hämorrhoidalleiden.

Die Ätiologie ist noch nicht sicher geklärt. Neben einer genetischen Veranlagung wird vor allem die gestörte Defäkation als Auslöser diskutiert. Weitere prädisponierende Faktoren sind Schwangerschaft, Missbrauch von Laxanzien, chronische Diarrhö, Übergewicht, extremer Alkohol- und Kaffeegenuss, scharfe Gewürze oder das Sitzen auf kalter Unterlage.

Klinik

Die Beschwerden sind uncharakteristisch und hängen nicht von der Größe der Hämorrhoiden

ab. Das häufigste Symptom ist die anale Blutung. Sie tritt meist beim Stuhlgang bzw. nach der Defäkation auf. Hämorrhoidale Blutungen führen selten zu ausgeprägten Anämien. Bei prolabierenden Hämorrhoiden ist die Feinkontinenz gestört. Dies führt zu Nässen, Schmierer und teilweise auch stuhlverschmutzter Wäsche. Eine indirekte Folge davon sind juckende Analekzeme. Hämorrhoiden verursachen in der Regel keine Schmerzen. Manche Patienten klagen allerdings über einen gelegentlichen dumpfen Druck oder ein Fremdkörpergefühl im After, unabhängig vom Stuhlgang.

Klassifikation

Hämorrhoiden werden in vier Stadien oder Grade eingeteilt (▣ **Abb. 1;[5]**):

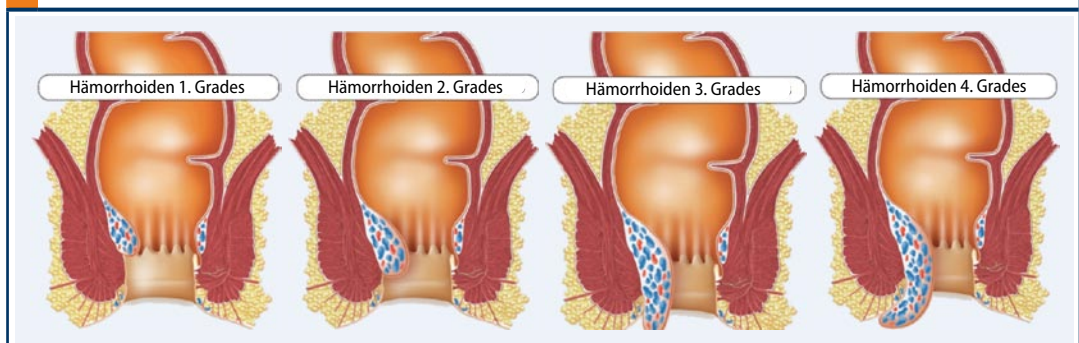
- Hämorrhoiden 1. Grades
 - sind nur proktoskopisch erkennbare, knottige, prall-elastische Wülste,
 - schwellen beim Pressen an,
 - können digital-rektal nicht ertastet werden.
- Hämorrhoiden 2. Grades
 - prolabieren bei der Defäkation,
 - ziehen sich spontan wieder zurück,
 - treten als solitäre oder multiple Knoten bzw. zirkulär auf.
- Hämorrhoiden 3. Grades
 - müssen manuell reponiert werden,
 - ziehen sich nach der Defäkation nicht spontan zurück.
- Hämorrhoiden 4. Grades
 - können nicht mehr reponiert werden.

Diagnose

Für die Diagnose eines Hämorrhoidalleidens genügen Anamnese, klinische Untersuchung und Proktoskopie. Die Rektoskopie und weitere Untersuchungen werden nur zum Ausschluss anderer analer Erkrankungen bzw. zur Differenzialdiagnostik durchgeführt.

Hämorrhoiden liegen meist bei drei, sieben und elf Uhr in Steinschnittlage

Abb. 1 Hämorrhoidenstadien [6]



Die digital-rektale Untersuchung erfolgt idealerweise in Steinschnitt- oder Linksseitenlage. Bei der Proktoskopie sollte der Patient versuchen, das Proktoskop aus dem Analkanal zu pressen. Die Hämorrhoiden gleiten dann dem Instrument hinterher. Im Stadium 2 retrahieren sich die Knoten sofort wieder spontan. Im Stadium 3 verbleiben sie extraanal und müssen digital reponiert werden. Im Stadium 4 können die Hämorrhoiden bereits bei der Inspektion beurteilt werden.

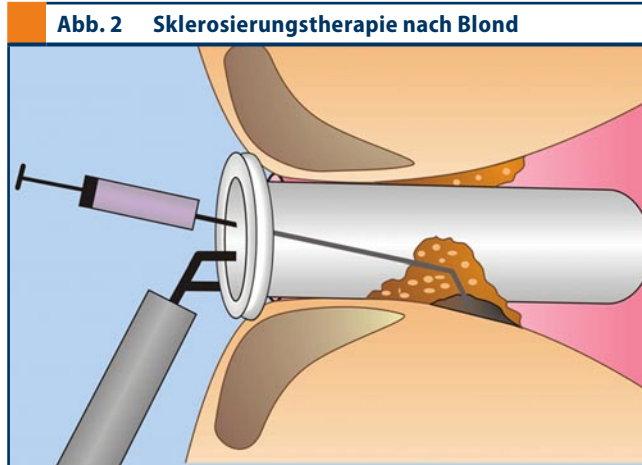


Abb. 2 Sklerosierungstherapie nach Blond

Differenzialdiagnose

Häufig werden Marissen mit Hämorrhoiden verwechselt. Marissen sind gutartige Hautfalten und -knoten am äußeren Analing. Oft sind Hämorrhoiden aber mit einem Anodermprolaps und Marissen kombiniert. Auch perianale Thrombosen müssen abgegrenzt werden. Sie betreffen nicht das arteriovenöse Gefäßkonglomerat, sondern subkutane Analrandvenen.

Weitere Differenzialdiagnosen sind der segmentale Rektummukosaprolaps, der zirkuläre manifeste Rektumprolaps oder der alleinige Anodermprolaps bzw. Analprolaps. Ein Malignom muss natürlich grundsätzlich ausgeschlossen werden, vor allem ein Analkanal- oder Analrandkarzinom sowie ein Rektumkarzinom.

Therapie

Beim Hämorrhoidalleiden ist eine Therapie erforderlich, da der Patient Beschwerden hat und die Erkrankung unbehandelt meist fortschreitet. Sie orientiert sich am Hämorrhoidalstadium (■ **Tab. 1**). Die Behandlungsoptionen sind

- Diät,
- topische Therapie,
- Sklerosierungstherapie,
- Gummiringligatur und
- operative Therapie.

Die Stuhlregulierung steht an erster Stelle, da sie einfach ist und kausal wirkt [4]. Der Stuhl soll weich, aber geformt sein und ohne Pressen entleert werden. Die empfohlene Diät besteht aus ballaststoffreicher Kost. Sie vermindert vor allem bei obstitierten Patienten hämorrhoidale Blutungen so effizient wie die Sklerosierungsbehandlung [2][3].

Die topische Therapie mit Salben, Suppositorien oder Analtampons wirkt nur symptomatisch. Ihr therapeutischer Nutzen in Bezug auf das Hämorrhoidalleiden ist nicht belegt und wird daher immer wieder diskutiert. Die Medikamente lindern aber begleitende entzündliche und ödematöse Veränderungen.

Mit der Sklerosierungstherapie werden die Hämorrhoidalkonvolute an die darunter liegende Muscularis mucosae fixiert. Bei der Methode nach Blond wird die Lösung direkt in die Gefäßpolster injiziert (■ **Abb. 2**; [2][3]). In der Regel erfolgen mehrere Sitzungen. Das Verfahren ist komplikationsarm. Schwache Blutungen treten bei bis zu 5% der Fälle auf. Die primäre Erfolgsrate beträgt 80%. Leider ist die Rezidivrate hoch, nach den ersten vier Jahren liegt sie bei 75% [1].

Bei der Gummiringligatur wird ein Gummiring proktoskopisch mit einem speziellen Instru-

Die digital-rektale Untersuchung erfolgt in Steinschnitt- oder Linksseitenlage

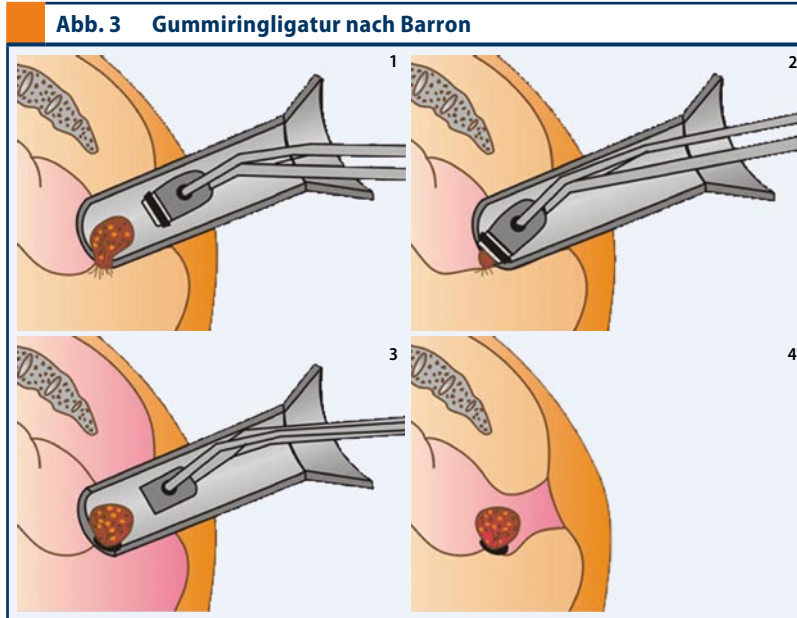
Stuhlregulierung ist einfach und wirkt kausal bei Hämorrhoiden

Bei der Sklerosierungstherapie liegt die Rezidivrate nach den ersten vier Jahren bei 75%

Tab. 1 Therapie der Hämorrhoiden nach Stadien

Stadium	Diät	Topische Therapie	Sklerosierungstherapie	Gummiringligatur	Operative Therapie
1	X	(X)	X		
2	X	(X)	X	X	
3	X	(X)	(X)	(X)	X
4	X	(X)			X

Bei segmentären Hämorrhoidal-knoten sind die Verfahren nach Milligan-Morgan und Ferguson empfehlenswert



Vor allem bei segmentären Hämorrhoidal-knoten sind die Verfahren nach Milligan-Morgan und Ferguson empfehlenswert. Die Methode nach Milligan-Morgan belässt die Resektionswunden im Anoderm zur Sekundärheilung offen. Bei der Methode nach Ferguson oder Parks wird etwas mehr Anoderm erhalten, um die Wunde durch eine Naht teilweise zu verschließen. Die Operationszeit beträgt jeweils 10 bis 30 Minuten, die Krankenhausliegedauer drei bis fünf

Mit dem Stapler wird das proximale Hämorrhoidalgewebe reseziert

ment über die Hämorrhoiden geschoben (■ **Abb. 3**). Diese nekrotisiert innerhalb weniger Tage und fällt dann ab. Der Eingriff erfolgt ambulant ohne Narkose. Pro Sitzung sollten nur ein bis zwei Ligaturen gesetzt werden. Komplikationen sind selten. Neben gelegentlichen Schmerzen kommt es gelegentlich zu geringen Blutungen in den ersten Tagen nach der Behandlung. Die Erfolgsrate beträgt über 95%. Innerhalb der ersten vier Jahre liegt die Rezidivrate aber bei 25%.

Als neue Technik wird die Doppler-gesteuerte Hämorrhoiden-Arterien-Ligatur (DGHAL) eingesetzt. Über ein spezielles Proktoskop mit eingebautem Doppler-Transducer kann die zuführende Hämorrhoidalarterie gezielt ligiert werden. Die Erfolgsrate im Kurzzeitverlauf beträgt über 95%. Eine abschließende Beurteilung ist derzeit noch nicht möglich.

Für die operative Therapie stehen mehrere Verfahren zur Verfügung:

- die offene Hämorrhoidektomie nach Milligan-Morgan,
- die geschlossene Hämorrhoidektomie nach Ferguson,
- die submuköse Hämorrhoidektomie nach Parks,
- die rekonstruktive Hämorrhoidektomie nach Fansler-Arnold,
- die supraanodermale Hämorrhoidektomie nach Whitehead und
- die supraanodermale Hämorrhoidopexie mit dem Stapler.

Antiphlogistika werden bei akuter Thrombosierung oder Inkarzeration empfohlen

Tage, die Dauer der Arbeitsunfähigkeit zwei bis vier Wochen. Die Komplikationsrate liegt unter 10%. Die Rezidivrate beträgt etwa 10–20%. Eine erneute Operation ist in weniger als 2% der Fälle erforderlich.

Mit dem Stapler wird das proximale Hämorrhoidalgewebe bzw. die distale Rektummukosa reseziert (■ **Abb. 4**). So lässt sich eine Reposition ohne Wunden im sensiblen Anoderm erzielen. Die postoperativen Schmerzen sind gering, der Komfort ist höher als bei den anderen Verfahren. Auch die Arbeitsfähigkeit wird schneller wieder erreicht. Die ideale Indikation ist ein zirkuläres Hämorrhoidal-leiden 3. Grades. Die Komplikationsrate liegt bei 5–10%. Die Rezidivrate im Langzeitverlauf beträgt 0–3% [5].

Mehrere Metaanalysen bzw. Cochrane-Auswertungen haben bestätigt, dass die Stapler-Hämorrhoidopexie frühpostoperative Vorteile hat. Im Langzeitverlauf waren die konventionellen Operationstechniken in Bezug auf Symptombefreiheit, Rezidivprolaps und Reoperation aber besser [13].

Bei akuter Thrombosierung oder Inkarzeration wird eine konservative Therapie mit Antiphlogistika, Analgetika und lokalen Maßnahmen empfohlen. Häufig kommt es innerhalb weniger Wochen zur kompletten Restitution, sodass keine Operation nötig ist.

Bei chronischen, fibrosierten, fixierten Hämorrhoiden mit begleitendem zirkulärem Anodermprolaps sind plastisch-rekonstruktive Verfahren sinnvoll. Bei diesen aufwendigen Eingriffen wird das hämorrhoidale Gewebe reseziert und der Analka-

nal mittels plastischer Verschiebelappen komplett rekonstruiert. Die postoperative Komplikationsrate beträgt bis zu 20% [5].

Analfissur

Die Analfissur ist ein länglicher, ulkusartiger Defekt im Bereich des hochsensiblen Anoderms. Sie liegt in 80% der Fälle im Bereich der hinteren Kommissur.

Ätiopathogenese

Analfissuren haben eine multifaktorielle Genese. Die übermäßige Dehnung des Anoderms durch Stuhl scheint eine häufige Ursache zu sein. Sowohl harter als auch breiiger Stuhl prädisponieren vermutlich für die Entstehung. Häufig verläuft die Krankheit über Jahre. Durch die Schmerzen verkrampft sich die Analmuskulatur, wodurch die Durchblutung des Gewebes abnimmt und die Wunde schlecht abheilt.

Klinik

Das charakteristische Symptom ist ein stechender, brennender Schmerz. Er setzt bei der Defäkation ein und kann stundenlang anhalten. Die Wunde wird vom Stuhlgang immer wieder arrodirt, sodass regelhaft Blutungen auf dem Stuhl oder am Toilettenpapier zu sehen sind. Die Wunde kann Nässen und ein sekundäres Analekzem verursachen.

Diagnose

Die Analfissur kann klinisch diagnostiziert werden. Sie ist oft bereits bei der Inspektion gut erkennbar. Falls die Untersuchung sehr schmerzhaft ist, kann sie unter Lokalanästhesie erfolgen. Der Wundgrund ist anfangs blutig belegt. Die Ränder sind scharf begrenzt und meist bedingt durch eine lokale Inflammation gerötet. Bestehen die Beschwerden länger als sechs bis zwölf Wochen, spricht man von chronischen Fissuren. Sie zeigen typische sekundäre Veränderungen: Ulkus, freiliegender M. sphincter ani internus und aufgeworfene wulstige Ränder. Am proximalen Rand kann ein Analfibrom entstehen, am distalen Rand eine entzündlich aufgeworfene Mariske. Wenn die Entzündung weiter in die Tiefe dringt, können Fisteln auftreten, die oft nur inkom-

plett und taschenähnlich intersphinkter oder unter dem Anoderm verlaufen.

Differenzialdiagnose

Differenzialdiagnostisch sind fissurartige Defekte bei M. Crohn und ein Analkanalkarzinom abzugrenzen [5].

Therapie

Die akute Fissur wird konservativ behandelt. Eingesetzt werden

- Stuhlregulierung und
- topische Therapie.

Eine Stuhlregulierung wirkt kausal und präventiv. Für die **topische Therapie** werden Lokalanästhetika, Nitrate und Kalziumantagonisten verwendet. Sie lösen den reaktiven Sphinkterhypertonus, steigern damit die Durchblutung und fördern die Abheilung.

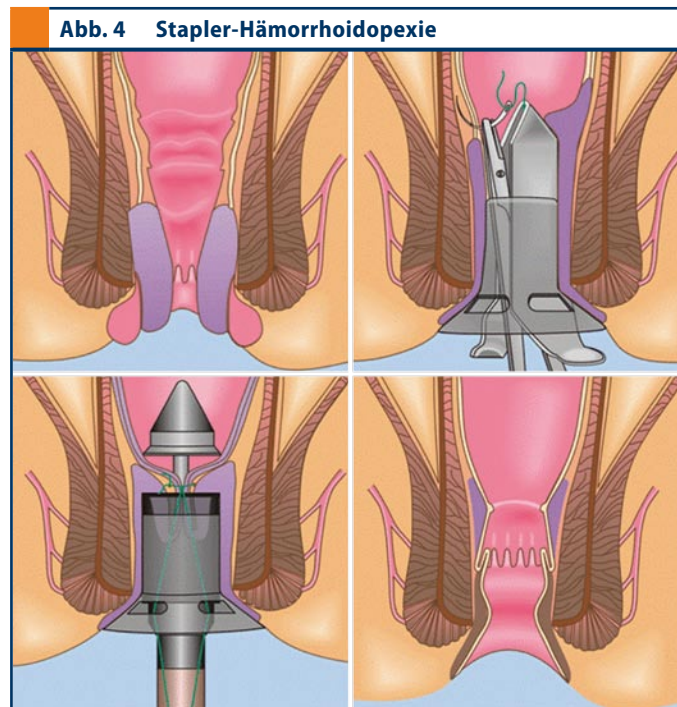
Für die chronische Fissur stehen mehr Optionen zur Verfügung:

- Stuhlregulierung,
- topische Therapie und
- operative Therapie.

Die topische Therapie mit Glyceroltrinitrat-Salbe reduzierte in prospektiv randomisierten Studien die Schmerzen in 50–70% der Fälle signifikant. Nach acht bis zwölf Wochen waren in gleicher Anzahl

Die Analfissur liegt in 80% der Fälle im Bereich der hinteren Kommissur

Das charakteristische Symptom bei Analfissuren ist ein stechender, brennender Schmerz

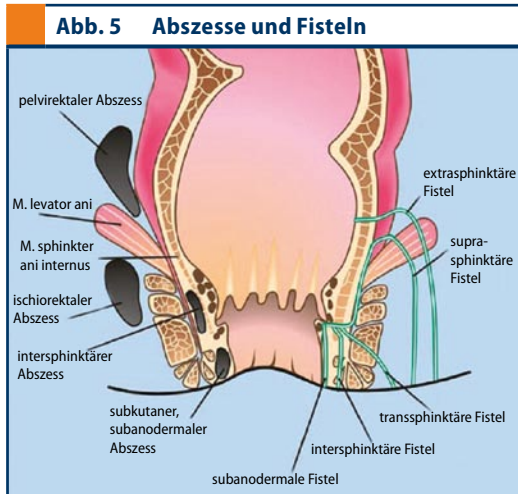


Wenn die Entzündung in die Tiefe dringt, können Fisteln auftreten

Periproktale Abszesse gehen meist auf eine Infektion der Proktodrüsen zurück

Die intramuskuläre Injektion von Botulinumtoxin hemmt die Acetylcholin-Ausschüttung

Bei entzündlichen Prozessen im Analfbereich sollte stets ein Morbus Crohn ausgeschlossen werden



die Fissuren abgeheilt. Alternativ können Salbenmischungen mit Kalziumantagonisten eingesetzt werden.

Die intramuskuläre Injektion von Botulinumtoxin hemmt die Acetylcholin-Ausschüttung. Der Muskeltonus bleibt etwa drei Monate lang reduziert. Der Therapieerfolg ist dem von Nitratsalben vergleichbar. In 2–3% der Fälle tritt aber eine passagere Inkontinenz auf.

Eine operative Therapie ist indiziert, wenn konservative Maßnahmen erfolglos bleiben oder sekundäre Veränderungen die Abheilung verhindern und zusätzlich Beschwerden bereiten. Es stehen zwei Verfahren zur Verfügung:

- die laterale Sphinkterotomie und
- die Fissurektomie.

Bei der lateralen Sphinkterotomie wird der distale Rand des M. sphinkter ani internus inzidiert. Dadurch sinkt der Tonus. Durch die entspannte Sphinktermuskulatur kann die Fissur besser abheilen. Bei dieser Sphinkterotomie entstehen in bis zu 30% der Fälle Kontinenzstörungen. Bei der Fissurektomie wird die Fissur exzidiert, einschließlich der sekundären Veränderungen. Die Sphinktermuskulatur wird nicht tangiert. In Deutschland wird daher derzeit die Fissurektomie bevorzugt. Beide Techniken haben eine langfristige Heilungsrate von 90–98% [8][10]. Die maximale anale Dilatation gilt nach der aktuellen Leitlinie Analfissur als obsolet.

Abszess und Fistel

Der Abszess ist die akute, die Fistel die chronische Form des gleichen anorektalen Entzündungsprozesses.

Ätiopathogenese

Periproktale Abszesse gehen meist auf eine Infektion der Proktodrüsen zurück. Diese Drüsen liegen vorwiegend im Bereich der hinteren Kommissur. Abszesse entstehen, wenn sich die Entzündung submukös, subanodermal, inter- oder transsphinkter ihren Weg bahnt. Unbehandelt kommt es je nach Lage des Abszesses zur Perforation in das Rektum, in den Analkanal oder nach außen. Oft entsteht daraus eine persistierende Fistel. Zwangsläufig kann dadurch auch das Kontinenzorgan beeinträchtigt sein (■ **Abb. 5**; [4][12]).

Klinik

Abszesse verursachen vor allem Schmerzen und Schwellungen. Die Beschwerden reichen von unangenehmem Druck- oder Fremdkörpergefühl bis zu Fieber oder Schüttelfrost.

Bei Fisteln führt die mehr oder weniger starke Sekretion eines eitrig-serösen Sekrets zum Analekzem. Dabei kann ein unangenehmer Juckreiz auftreten. Wenn der Abfluss verlegt ist, abszediert die Fistel [9].

Diagnose

Für die Diagnose eines Abszesses genügen Anamnese und klinische Untersuchung. Oberflächliche Abszesse sind schmerzhaft gerötet und geschwollen.

Die Diagnose von Fisteln kann schwierig sein. Bei der Inspektion ist eine äußere Fistelöffnung sichtbar. Die Umgebung ist induriert. Mit Knopfsonden kann der Fistelverlauf bei entsprechender Erfahrung verfolgt werden. Falls dies nicht gelingt, sollte der Patient in Narkose untersucht werden. Dabei wird gleichzeitig therapiert. Nur in komplizierten Fällen ist eine weitere apparative Diagnostik erforderlich.

Differenzialdiagnose

Bei entzündlichen Prozessen im Analfbereich sollte bei begründetem Verdacht ein Morbus Crohn ausgeschlossen werden. Bei 10–30% der Patienten mit Morbus Crohn manifestiert sich die Erkrankung erstmals im Analfbereich. Die typischen Crohn-Fisteln halten sich an keine vorgegebenen Organstrukturen und durchdringen destruierend jegliches umgebende Gewebe. Von Analfisteln sind entzündliche Herde einer Acne inversa abzugrenzen.

Therapie

Ein anorektaler Abszess wird grundsätzlich sofort nach der Diagnose operiert. Ein zeitlicher Aufschub

ist kontraindiziert, da immer die Gefahr einer fortschreitenden Infektion bis hin zur Sepsis besteht. Die Haut wird breit und trichterförmig eröffnet. Die Wunde heilt anschließend sekundär ab. Bei der Operation sollte gleichzeitig nach der Ursache gefahndet werden. Wenn eine Fistelverbindung zum Analkanal oder Rektum gefunden wird, sollte sie operiert oder zunächst mit einem Faden drainiert werden [11].

Fisteln werden ebenfalls operativ behandelt. Das Ziel ist die Sanierung ohne Kontinenzinbuße und ohne Rezidiv. Das operative Verfahren orientiert sich am Verlauf der Fistel und deren Bezug zum Sphinkterapparat. Eine komplette Spaltung ist bei subanodermalen, submukösen, intersphinkteren und distalen transsphinkteren Fisteln möglich, die nur einen kleineren Anteil der Sphinktermuskulatur umfassen.

Die Rezidivrate liegt unter 10%. Eine postoperative Kontinenzstörung hängt davon ab, wie sehr der Sphinkter beteiligt ist. Die Häufigkeit wird sehr unterschiedlich angegeben und schwankt zwischen 5 und 40%. Die Kontinenz hängt allerdings auch von vielen anderen Faktoren ab, beispielsweise Geschlecht, Alter, Stuhlkonsistenz oder Voroperationen.

Eine primäre Fadendrainage wird bei proximalen trans-, supra- und extrasphinkteren Fistelgängen empfohlen. Erst wenn das Gewebe abgeheilt ist, wird die Fistel in einer zweiten Sitzung exstirpiert und plastisch verschlossen. Eine Nahtinsuffizienz tritt in 10–25% der Fälle auf. Die Rezidivrate liegt bei 5–30%.

Eine Sonderform ist die rekto- bzw. anovaginale Fistel. Wegen ihrer Lage sind meist plastische Verfahren notwendig. Da im Septum rectovaginale ein umgebendes Binde- und Muskelgewebe fehlt, sind die Erfolgsraten schlechter als bei den anderen Anorektalfisteln [7].

Fazit

Hämorrhoiden sind hyperplastische arteriovenöse Gefäße des Corpus cavernosum recti. Erst wenn Beschwerden auftreten, handelt es sich um ein Hämorrhoidalleiden. Die Prädilektionsstellen liegen meist bei drei, sieben und elf Uhr in Steinschnittlage. Wichtigste Ursache ist vermutlich eine gestörte Defäkation. Das häufigste Symptom ist die anale Blutung. Bei prolabierenden Hämorrhoiden ist die Feinkontinenz gestört. Die Diagnose erfolgt mit Anamnese, klinischer Untersuchung, Proktoskopie und Rektoskopie zum Ausschluss anderer Ursachen. Hämorrhoiden werden in vier Stadien eingeteilt. An diesen orientiert sich die Therapie. Die wichtigsten Behandlungsoptionen sind Diät, Sklerosierungstherapie, Gummiringligatur und operative Therapie. Die Analfissur ist ein längerer, ulkusartiger Defekt. Sie liegt fast immer im Bereich der hinteren Kommissur. Ursache scheint die übermäßige Dehnung des Anoderms durch Stuhl zu sein. Das charakteristische Symptom ist ein stechender, brennender Schmerz bei und nach der Defäkation. Regelmäßig ist Blut auf dem Stuhl oder am Toilettenpapier zu sehen. Die Analfissur kann klinisch diagnostiziert werden. Die akute Fissur wird konservativ mit Stuhlregulierung und topischer Therapie behandelt. Die chronische Fissur wird primär ebenfalls konservativ behandelt. Ist dies nicht erfolgreich, sollte operativ versorgt werden. Abszesse und Fisteln beruhen auf dem gleichen anorektalen Entzündungsprozess. Abszesse verursachen vor allem Schmerzen und Schwellungen. Bei Fisteln führt die dauernde Sekretion zum juckenden Analekzem. Ein Abszess wird mit Anamnese und klinischer Untersuchung diagnostiziert. Ein anorektaler Abszess wird grundsätzlich sofort nach der Diagnose chirurgisch behandelt. Fisteln werden je nach ihrer Lage und Klinik ein- oder zweizeitig operiert.

Das Ziel bei Fisteltherapie ist die Sanierung ohne Kontinenzinbuße und ohne Rezidiv

Eine Sonderform ist die rekto- bzw. anovaginale Fistel

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. Alexander Herold
End- und Dickdarm-Zentrum
Mannheim; Bismarckplatz 1,
68165 Mannheim
E-Mail: a.herold@enddarm-
zentrum.de

Prof. Herold studierte an der Universität Würzburg Humanmedizin und schloss dort 1985 seine Dissertation ab. Seine Weiterbildung zum Facharzt für Chirurgie absolvierte er an der Chirurgischen Universitätsklinik

Würzburg und an der Klinik für Chirurgie der Medizinischen Universität Lübeck. Nachfolgend erwarb er zusätzlich die Anerkennung als Viszeralchirurg und Proktologe. Parallel zu seiner klinischen Tätigkeit setzte Prof. Herold seine wissenschaftliche Laufbahn fort. 1998 habilitierte er sich in der Chirurgie und wurde 2005 als Professor für Chirurgie der Medizinischen Fakultät Lübeck berufen. Seit 2000 arbeitet Prof. Herold als Chirurg und Viszeralchirurg mit dem Schwerpunkt Koloproktologie im End- und Dickdarm-Zentrum Mannheim.

Interessenkonflikt

Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Redaktionell bearbeitet von
cognomedic GmbH

CME-Fragebogen

Wo liegen die Prädilektionsstellen für Hämorrhoiden (in Steinschnittlage)?

- bei 3, 7 und 11 Uhr
- bei 1, 6 und 11 Uhr
- bei 3 und 9 Uhr
- im Bereich der vorderen Kommissur
- im Bereich der hinteren Kommissur

Welcher Einfluss gilt *nicht* als prädisponierend für Hämorrhoiden?

- Schwangerschaft
- chronische Diarrhö
- Übergewicht
- Rauchen
- familiäre Disposition

Was ist das häufigste Symptom bei Hämorrhoiden?

- Schmerzen
- anale Blutungen
- Nässen
- Juckreiz
- Inkontinenz

Welcher Befund trifft für erstgradige Hämorrhoiden zu?

- Sie können digital-rektal nicht ertastet werden.
- Sie ziehen sich nach dem Prolaps spontan wieder zurück.
- Sie müssen nach dem Prolaps manuell reponiert werden.
- Sie können nicht mehr reponiert werden.
- Sie sind bei äußerer Inspektion erkennbar.

Welcher Befund trifft für viertgradige Hämorrhoiden zu?

- Sie können digital-rektal nicht ertastet werden.
- Sie ziehen sich nach dem Prolaps spontan wieder zurück.
- Sie müssen nach dem Prolaps manuell reponiert werden.
- Sie können nicht mehr reponiert werden.
- Sie sind bei äußerer Inspektion nicht erkennbar.

Welche Therapie wirkt beim Hämorrhoidalleiden kausal?

- topische Therapie
- Sklerosierungstherapie
- Stuhlregulierung
- operative Therapie
- Gummiringligatur

Wie hoch ist die Rezidivrate der Sklerosierungstherapie bei Hämorrhoiden in den ersten vier postoperativen Jahren?

- etwa 10%
- etwa 25%
- etwa 50%
- etwa 75%
- etwa 90%

Wo liegen die häufigsten Prädilektionsstellen für Analfissuren (in Steinschnittlage)?

- bei 3, 7 und 11 Uhr
- bei 1, 6 und 11 Uhr
- bei 3 und 9 Uhr
- im Bereich der vorderen Kommissur
- im Bereich der hinteren Kommissur

Wie hoch ist die Rezidivrate der operativen Spaltung bei Fisteln?

- etwa 10%
- etwa 25%
- etwa 50%
- etwa 75%
- etwa 90%

Welche Behandlung ist die Therapie der ersten Wahl bei einem akuten anorektalen Abszess?

- topische Therapie
- Sklerosierungstherapie
- Stuhlregulierung
- operative Therapie
- Gummiringligatur

> Mehr Infos online!

Das Literaturverzeichnis finden Sie in der PDF-Version unter: CME.springer.de/cme



Bitte beachten Sie:

- ▶ Antwortmöglichkeit nur online unter: CME.springer.de/CME.
- ▶ Die Frage-Antwort-Kombinationen werden online individuell zusammengestellt.
- ▶ Es ist immer nur eine Antwort möglich.
- ▶ Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate auf CME.springer.de verfügbar.
- ▶ Den genauen Einsendeschluss erfahren Sie unter CME.springer.de/CME.