

Deutsches Ärzteblatt

5

Die Zeitschrift der Ärzteschaft

Gegründet 1872

Ausgabe A

5. Februar 2010



Gemeinsamer Bundesausschuss

Mit **MACHT**
ins **ZENTRUM**

Zertifizierte Fortbildung: Die diabetische Retinopathie effektiv behandeln Seite 75

20 Jahre deutsche Einheit: Zeitzeugen aus der Ärzteschaft blicken zurück Seite 184

www.aerzteblatt.de

PROKTOLOGIE

Die Diagnose „Hämorrhoidalleiden“ wird zu häufig gestellt

Drei Fallbeispiele unterstreichen die enorme Bedeutung der gezielten proktologischen Anamnese und Untersuchung.

Etwa die Hälfte der Personen über 50 Jahre leidet unter Beschwerden, die auf vergrößerte beziehungsweise pathologisch veränderte Hämorrhoiden zurückzuführen sind. Dazu gehören Juckreiz, Knotenbildung, Nässen, Schmerzen, Blutung, Anschwellen und Vorfall. Häufig werden bei diesen Symptomen Salben oder Suppositorien rezeptiert, ohne dass vorher eine Inspektion und proktologische Untersuchung erfolgt ist, um andere Erkrankungen auszuschließen.

Die Ursachen des Hämorrhoidalleidens sind vielfältig, in den meisten Fällen aber direkt oder indirekt auf eine gestörte Stuhlentleerung oder eine Obstipation zurückzuführen (1).

cularis submucosa) ist für die Verbindung von Mukosa und Submukosa zum darunterliegenden M. sphincter ani internus verantwortlich (6, 7).

Diese anatomischen Erkenntnisse führten zu neuen Thesen in Bezug auf die Entstehung des Hämorrhoidalleidens. Man geht davon aus, dass das oben genannte Verbindungssystem aufgelöst wird, was zu einer distalen Verlagerung der Rektummukosa und des gesamten Analkanals führt (1, 8, 4).

Symptomatik

Die häufigste Beschwerde von Patienten mit vergrößerten Hämorrhoiden ist die Blutung, die meistens während oder nach dem Stuhlgang

Hämorrhoiden nicht mehr reponibel sein. Obwohl Juckreiz häufig auf Hämorrhoiden zurückgeführt wird, sollte zunächst eine Analsphinkterinsuffizienz ausgeschlossen werden.

Differenzialdiagnostisch kommen folgende Erkrankungen in Betracht:

- **Polypen, Adenome, Karzinome:** Sessile, polypöse Tumoren, insbesondere Karzinome, können entweder bei der Inspektion (cave Plattenepithelkarzinom der Analregion und des Analkanals) oder mittels einfacher digital-rektaler Untersuchung (cave Rektumkarzinom) festgestellt werden. Im Zweifel sollte immer eine Biopsie mit anschließender histologischer Untersuchung durchgeführt werden.

- **Hypertrophe Analpapillen:** Analpapillen nehmen ihren Ursprung von der Linea dentata. Sie können mehrere Zentimeter lang werden und vor den Analkanal prolabieren. Mittels Proktoskopie können der Ursprung der Veränderung und der vollständige Plattenepithelüberzug diagnostiziert werden.

- **Rektumprolaps:** Ein Rektumprolaps kann nur die Mukosa oder alle Schichten des Rektums betreffen. Der Vorfall kann segmentär oder zirkulär sein, also den gesamten Umfang des Anus einnehmen. Die Differenzialdiagnose zu prolabierten thrombosierten Hämorrhoiden mag verwirrend sein, aber Hämorrhoiden werden durch Sulci, die radiär zum Analkanal laufen, getrennt, während bei einem Vollwandrektumprolaps zirkuläre Falten zu erkennen sind. Ein Rektum-mukosaprolaps und prolabierende

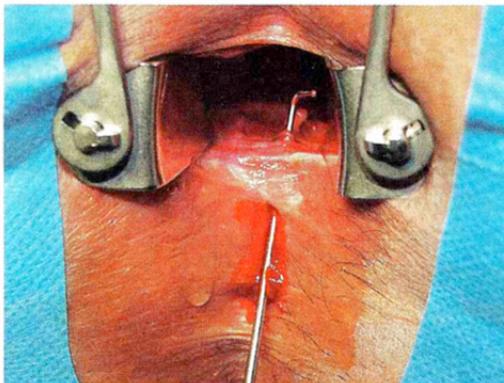


Bild 1: intersphinkteräre Analfistel bei sechs Uhr (Fall 2), **Bild 2:** ausgeprägter Rektummucosa- und Analkanalprolaps, der nur beim Pressen sichtbar wird.



Basierend auf anatomischen (2, 3) und radiologischen (4, 5) Untersuchungen, werden Hämorrhoiden als arteriovenöses Gefäßgeflecht unterschiedlicher Ausprägung im Analkanal betrachtet. Innerhalb der stärker ausgebildeten Regionen – typischerweise bei drei, sieben und elf Uhr Steinschnittlage – wurde innerhalb der Submukosa eine Mehranreicherung der Blutgefäße und Muskelfasern festgestellt. Diese Mehranreicherung der Muskelfasern (Mus-

auftritt und durch Pressen sowie eine erhöhte Stuhlfrequenz verstärkt wird. Schmerzen werden gewöhnlich nicht durch Hämorrhoiden ausgelöst – es sei denn, es besteht eine Thrombose, eine Ulzeration oder eine Gangrän. Schmerzen deuten vielmehr auf eine Fissur oder einen Abszess hin.

Ein Hämorrhoidalprolaps, der sich spontan zurückzieht oder digital reponiert werden muss, ist ein ebenfalls sehr häufig auftretendes Symptom. Bei chronischem Vorfall können die

Hämorrhoiden sind häufig gemeinsam feststellbar.

● **Marisken:** Marisken sind harmlose läppchenartige Hautveränderungen am Analrand. Sie verändern sich beim Pressen nicht in ihrer Größe.

Drei Fallbeispiele

● **Fall 1:** Ein 44-jähriger Mann litt seit einem Jahr unter einer zum Teil spritzenden Blutung beim Stuhlgang. Der Patient hatte sich zunächst selbst mit Hämorrhoidensalbe behandelt, später wurde sie ihm verordnet. Bei der digital-rektalen Untersuchung war etwa fünf Zentimeter von der Anokutanlinie entfernt eine derbe, tumoröse, nicht verschiebliche Veränderung tastbar. Die weitere Diagnostik, Koloskopie und Abdomencomputertomographie bestätigte ein bereits metastasiertes Rektumkarzinom.

● **Fall 2:** Ein 43-jähriger Patient gab bei der Erstuntersuchung an, regelmäßig Blut am Papier zu bemerken. Seit mehr als drei Jahren bestünden zum Teil starke Schmerzen im Analsbereich. In einer gastroenterologischen Abteilung erfolgte eine Koloskopie zur Abklärung der Blutung. Dabei wurden zwei Polypenknospen und kleine Hämorrhoiden ohne Blutungszeichen gesehen. Im Entlassungsbericht wurde eine Gummibandligaturbehandlung der Hämorrhoiden bei persistierender Blutung empfohlen. Diese konnte allerdings wegen Unruhe des Patienten nicht durchgeführt werden. Daraufhin wurde der Eingriff in Vollnarkose empfohlen. Bei der proktologischen Untersuchung konnte eine chronisch abszedierende Analfistel festgestellt werden, die operativ behandelt wurde. Nicht die Hämorrhoiden waren die Ursache für die von dem Patienten geklagten Schmerzen, sondern die Fistel.

● **Fall 3:** Eine 61-jährige Patientin wurde wegen einer seit Jahren bestehenden inkompletten Entleerungssymptomatik und gelegentlich bemerktem Blut am Toilettenpapier in eine gastroenterologische Abteilung eingewiesen. Es erfolgten eine Koloskopie und gleichzeitige dreifache Gummibandligaturbehandlung der Hämorrhoiden ohne Berücksich-

tigung der durch die Entleerungsstörung entstandenen Symptomatik. Bei der erneuten Vorstellung im Krankenhaus wegen starker Schmerzen wurde eine analgetische Behandlung eingeleitet und wegen persistierender Beschwerden die Operation der Hämorrhoiden empfohlen. Bei der proktologischen Untersuchung bestand eine schmerzhafte, ulzerierte Wunde im Analkanal und distalen Rektum, die durch ein zu tiefes Platzen der Gummibandligatur entstanden war. Unter konservativen Maßnahmen heilte die Wunde komplett ab. Zusätzlich erfolgte eine konservative Therapie der Entleerungsstörung. Die Patientin war im Folgenden beschwerdefrei.

Diskussion der Fallbeispiele

Bei Betrachtung von Fall 1 ist bekannt, dass ein Instrumentarium zur Durchführung einer Proktorektoskopie in wenigen Praxen vorhanden ist. Es muss jedoch die Frage gestellt werden, ob die Diagnosestellung des tief sitzenden Rektumkarzinoms durch eine einfache digitale Untersuchung nicht eher hätte erfolgen können.

In Fall 2 fehlen die Inspektion, die digital-rektale Untersuchung und die Proktoskopie bei der ersten Untersuchung. Diese sind wesentlich zur Abklärung von proktologischen Erkrankungen. Die Koloskopie ist eine ergänzende Maßnahme zur Vervollständigung der Diagnostik bei koloproktologischen Erkrankungen. Häufig wird jedoch nur mittels Koloskopie (und in Inversion!) die Diagnose und nachfolgende Indikation zur Behandlung bei proktologischen Erkrankungen gestellt. In vielen Fällen werden dann Hämorrhoiden für die Beschwerden verantwortlich gemacht, weil man die eigentliche Ursache (Fissur, Fistel, Abszess) nicht vernünftig durch eine Koloskopie beurteilen kann.

Konnte der Untersucher in Fall 2 die Fistel und chronische Abszedierung im Rahmen der Koloskopie feststellen? Hier ist die Proktoskopie mit Möglichkeit zur Sondierung der Fistel nach einer sorgfältigen Inspektion der Analregion und des Afters geeigneter. Die nachfolgen-

de Indikation zur Behandlung von kleinen Hämorrhoiden ohne Blutungszeichen durch eine Gummibandligatur ist überflüssig.

Auch in Fall 3 muss die Frage nach der korrekten Indikation gestellt werden. Dieser Fall zeigt einen aktuellen Trend. Die gleichzeitige Behandlung von Hämorrhoiden im Rahmen einer Koloskopie wird zunehmend populärer. Dabei wird das Koloskop in Inversion im Rektum auf die Hämorroide gerichtet und anschließend eine Gummibandligatur durchgeführt (*siehe auch Fall 2*). Es handelt sich in diesem Fall jedoch um eine seit Jahren vorhandene Stuhlentleerungsstörung mit Descensus perinei und Rektozelenbildung und nicht um ein Hämorrhoidalleiden. Unserer Ansicht nach stellt die Behandlung der Hämorrhoiden hier nur die „Spitze des Eisbergs“ dar.

Fazit

● Bei allen Beschwerden im Analsbereich muss immer eine digital-rektale Untersuchung erfolgen.

● Nicht alle Beschwerden, die die Patienten angeben, sind auf Hämorrhoiden zurückzuführen.

● In diversen wissenschaftlichen Arbeiten wurde belegt, dass das Hämorrhoidalleiden und der Grad der Erkrankung durch die Proktoskopie und nicht durch die Koloskopie festgestellt werden.

● Hämorrhoiden verursachen zumeist keine Schmerzen. In solchen Fällen muss an eine Fissur, Fistel oder an einen Abszess gedacht werden. Hier ist eine vollständige proktologische Untersuchung zur Diagnosestellung sehr hilfreich.

● Bei allen Blutungen sollte eine komplette koloproktologische Untersuchung erfolgen. Diese beinhaltet die Anamnese, Inspektion, digital-rektale Untersuchung, Proktoskopie und Rektoskopie sowie bei Bedarf die Koloskopie, endoanale Sonographie und Manometrie. ■

*Dr. med. Christian Helmes
Dr. med. Faramarz Pakravan
CPZ – Coloproktologisches Zentrum Düsseldorf
Schadowstraße 42, 40 212 Düsseldorf
E-Mail: info@cpz-duesseldorf.de*

 Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit0510