



# Proktologie für Hausärzte

Ende gut – alles gut...



# Proktologie: Relevantes für die Praxis

# Aufbau Proktologie Nachmittag

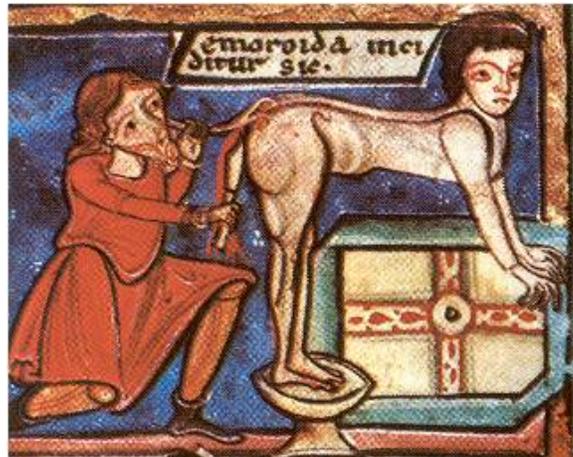
- Kurze Einführung, Vorstellung
- Anamnese und Untersuchung
- 3 Themenblöcke über Hauptsymptome Schmerz, Blut, Weichteilplus anhand von Fallbeispielen
- Quiz

# Referenten

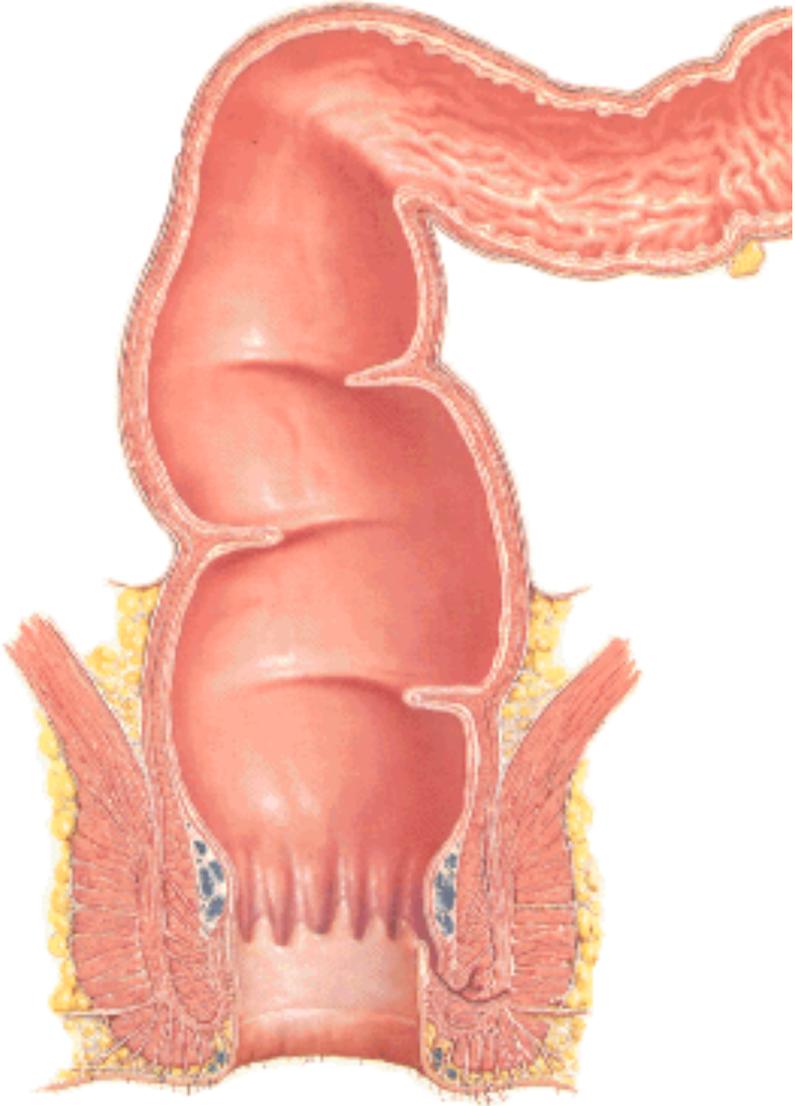
- Frau Dr. med. Anita Scheiwiller
- Leitende Ärztin Viszeralchirurgie und Leiterin Proktologie  
Stadtspital Waid
- FMH Chirurgie, Schwerpunkt  
Viszeralchirurgie, EBSQ  
Coloproctology
- Frau Dr. med. Hella Scotland
- Seit 01.01.2019 bei medix  
Stauffacher und Altstetten
- FMH Chirurgie, Praktische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

# Proktologie

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



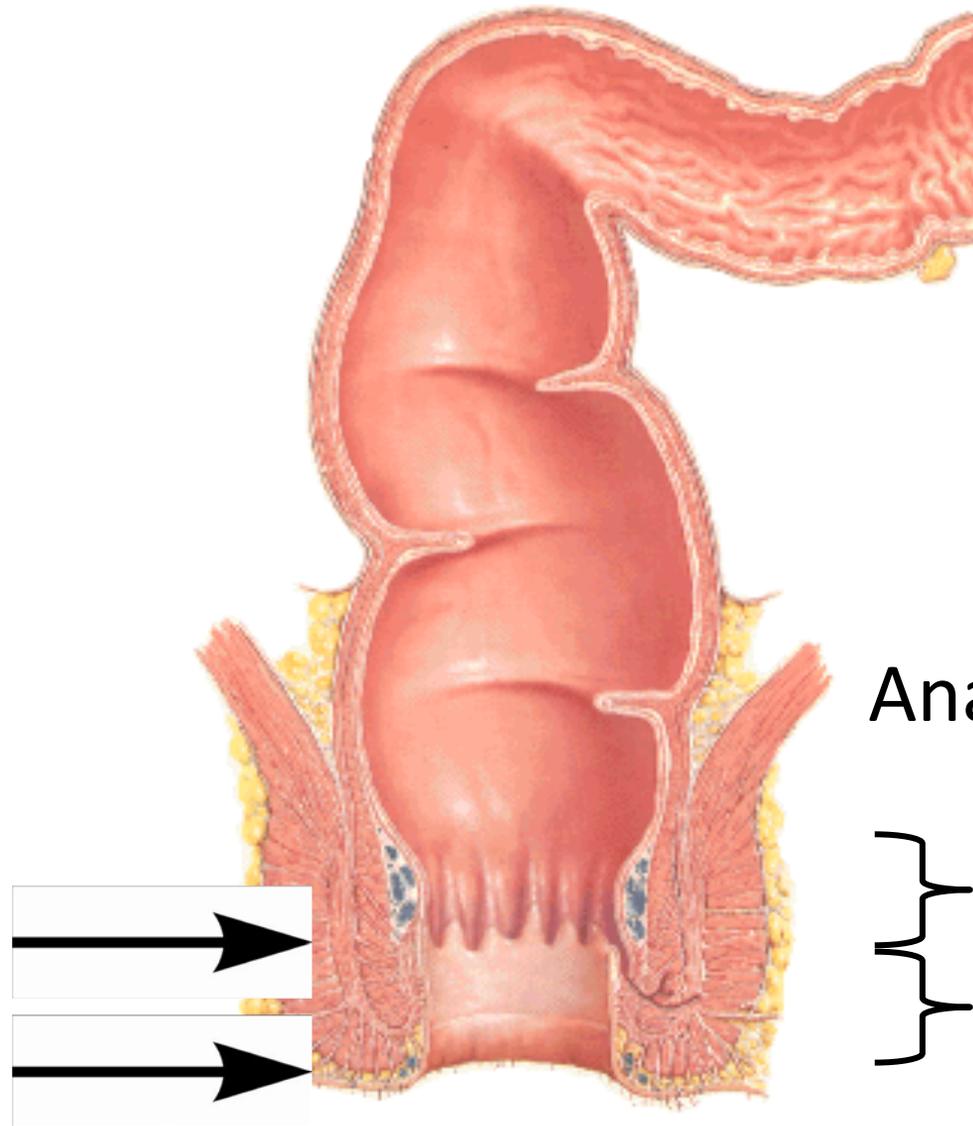
# Anatomie



# Anatomie

Linea dentata

Linea anocutanea



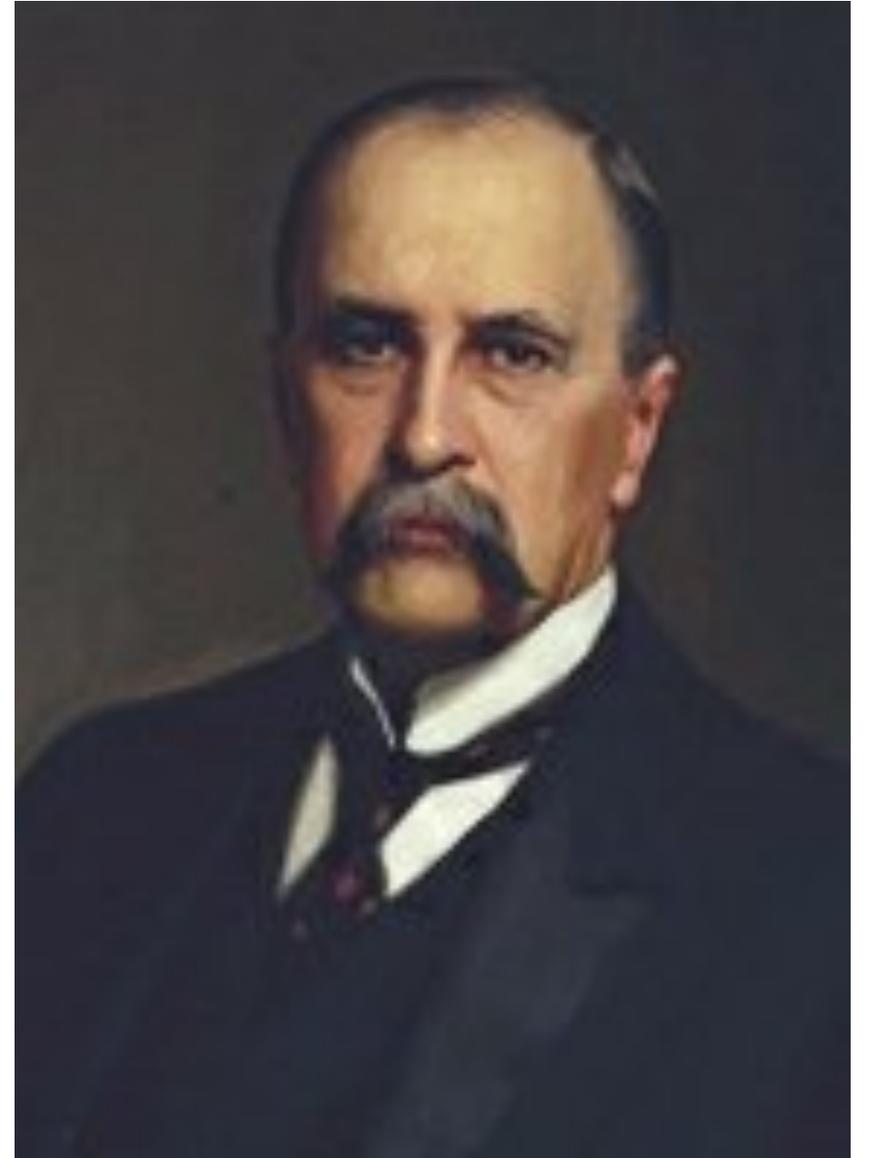
Analkanal

2cm  
2cm

# Anamnese und Untersuchung

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

*Sir William Osler*



# Anamnese

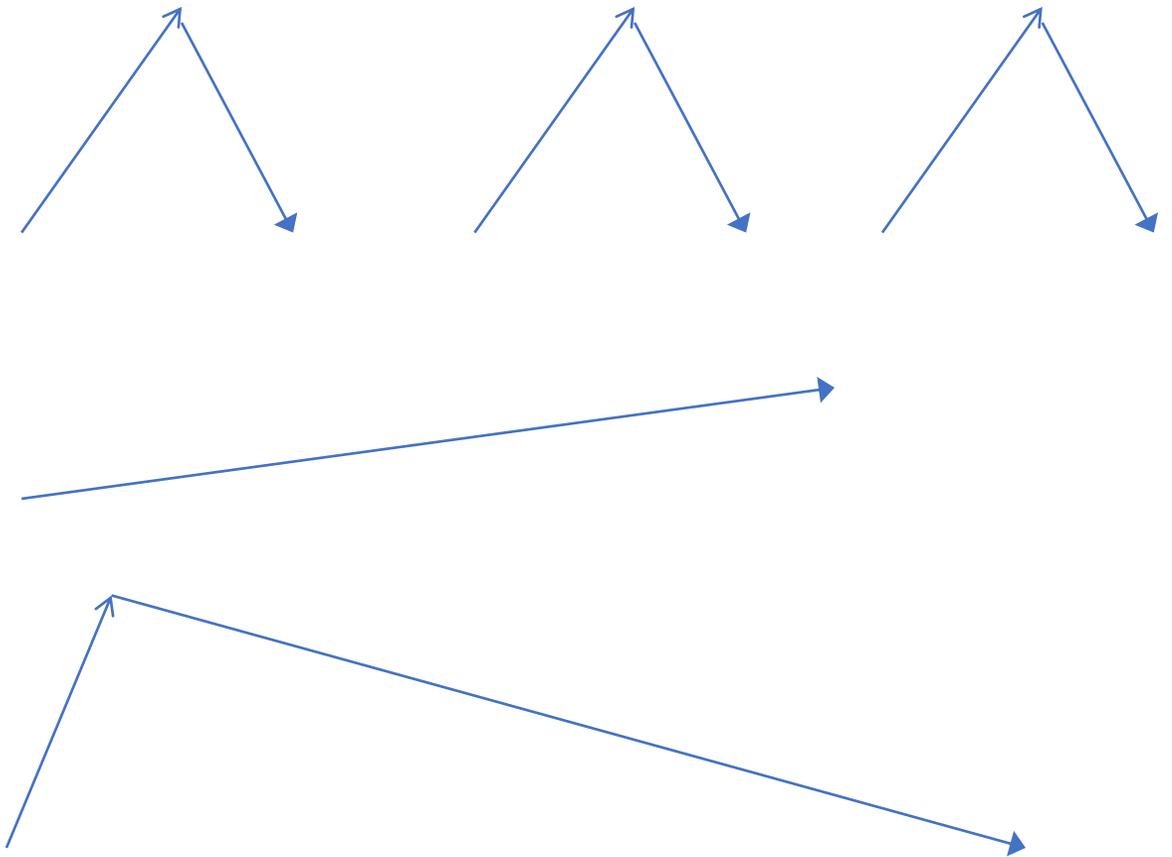
Durch die „richtigen“ Fragen kann häufig schon vor der Untersuchung eine (Verdachts-) Diagnose gestellt werden



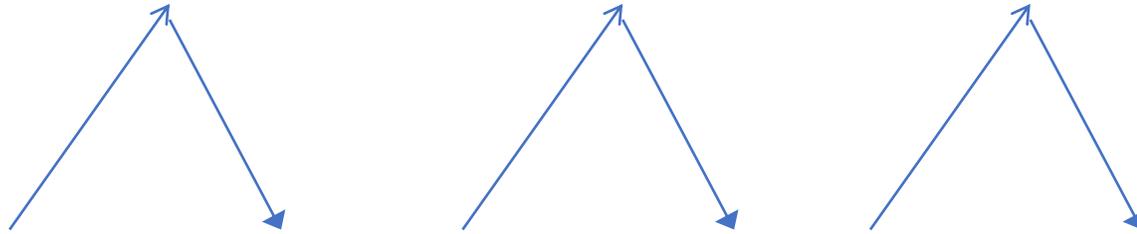
# Zentrale Fragen

- Schmerz
- Blutung
- Prolaps
- Juckreiz

# Schmerzen ja, aber wie?



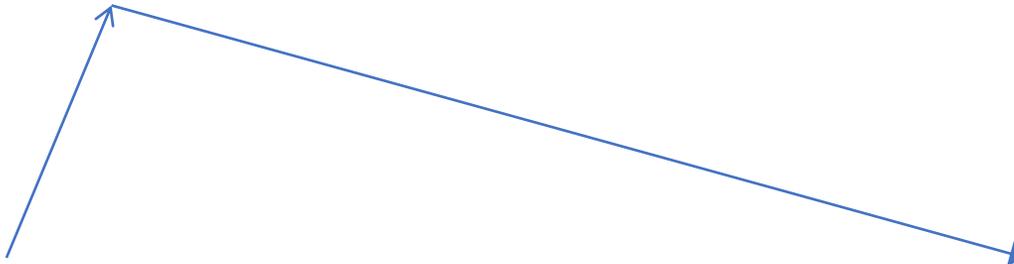
# Schmerzen ja, aber wie?



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

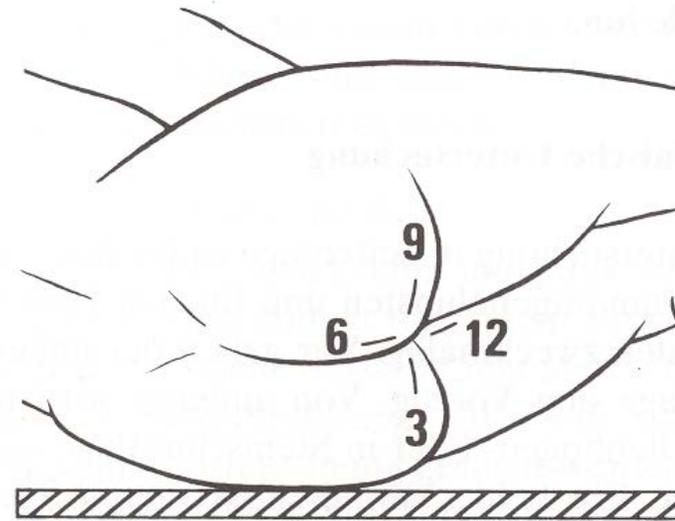


# Untersuchung des Patienten

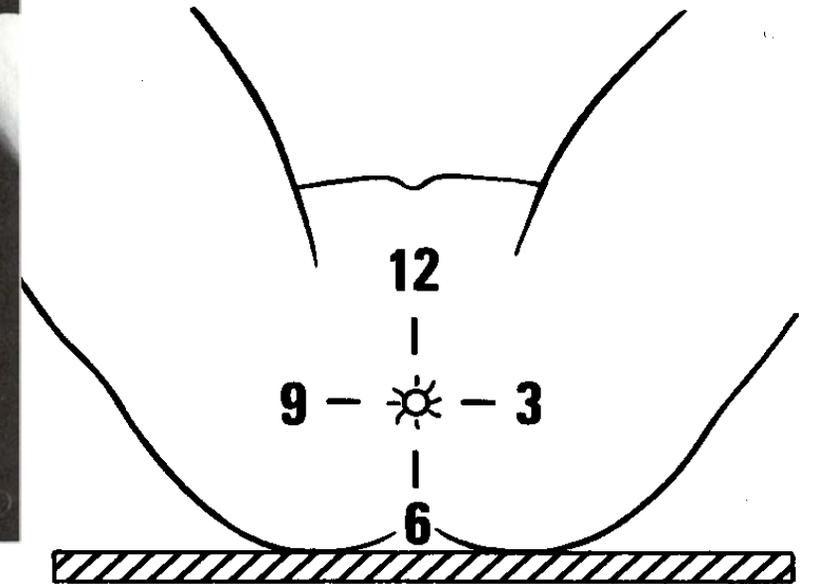
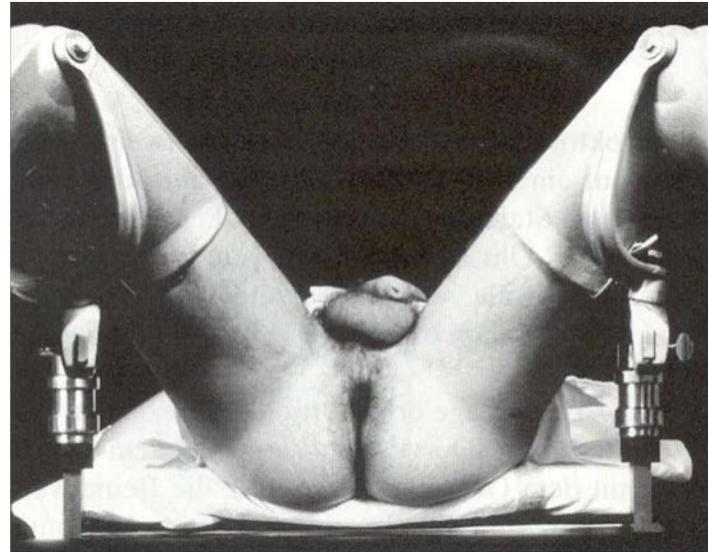
- Privatsphäre!
- Umziehen hinter Vorhang
- Abdecken
- Angehörige draussen warten lassen
- Einzelne Schritte erklären
- Abgeschlossener Raum



# Untersuchung des Patienten



# Untersuchung des Patienten

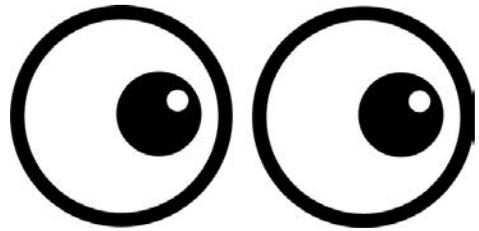


# Untersuchung des Patienten

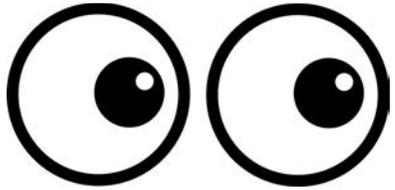
- Jack prone position
- Angaben in SSL
- In USA



# 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

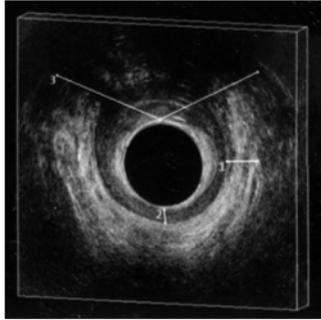
# Untersuchung des Patienten



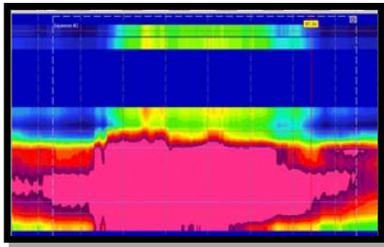
## 2. Proktoskopie

- 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

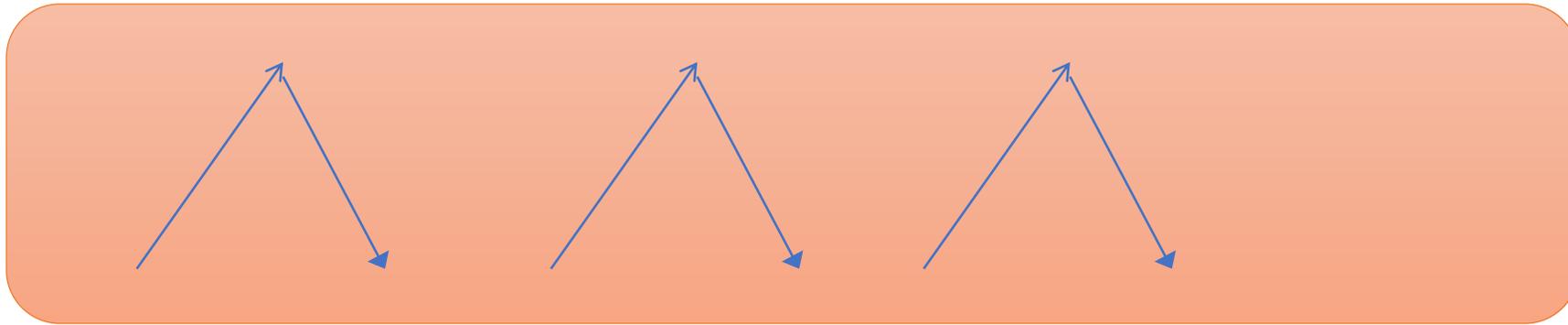


# Fall Nr. 1

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



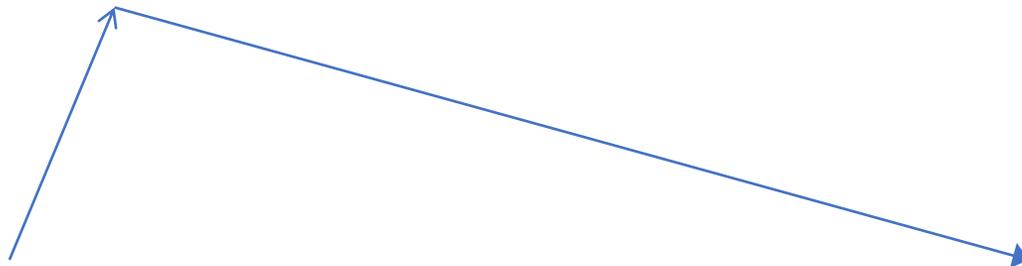
# Schmerzen ja, aber wie?



Fissur



Abszess



Perianalvenenthrombose

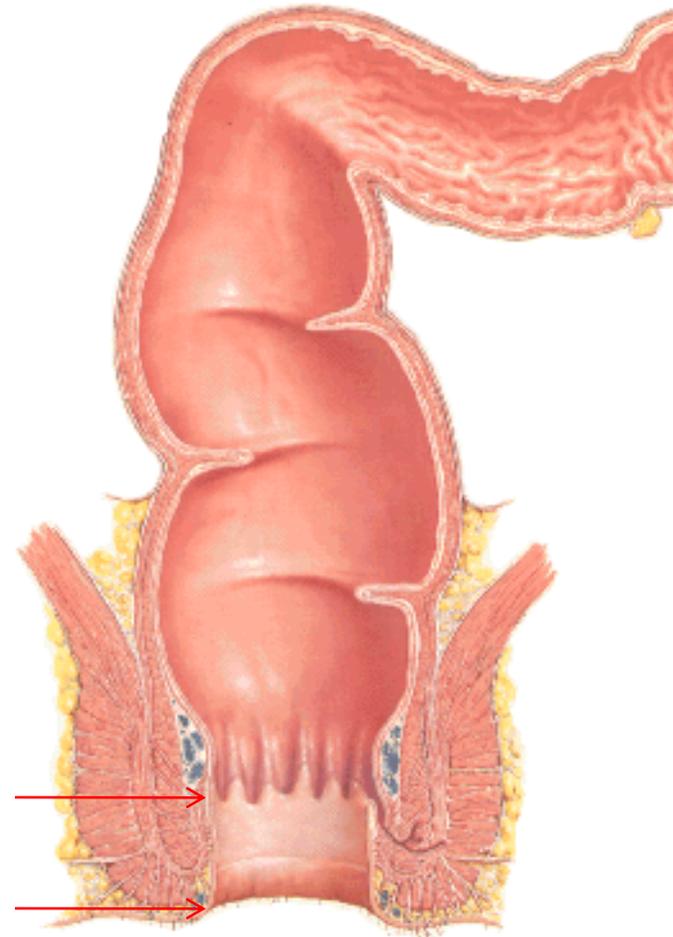
Analfissur



# 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

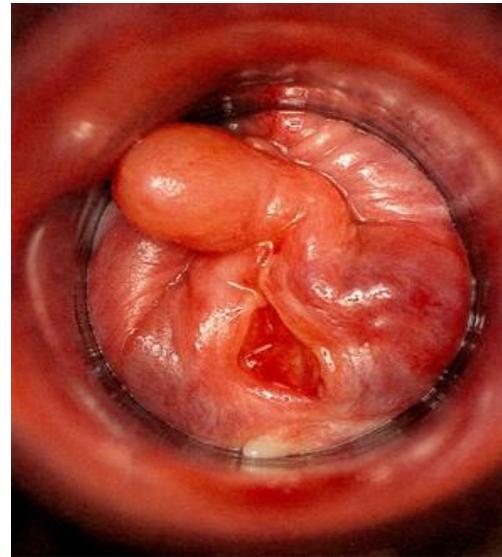
## Chronisch

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

# Akute Fissur



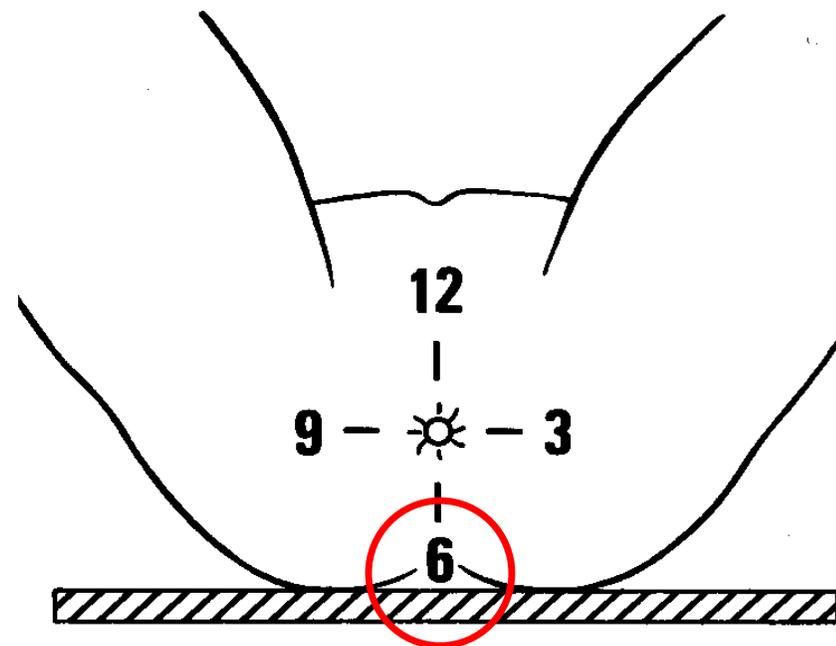
# Chronische Fissur



# 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

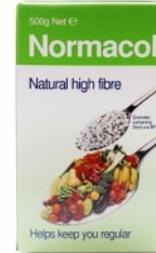
- Stuhlregulation
- Medikamentöse Therapie

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

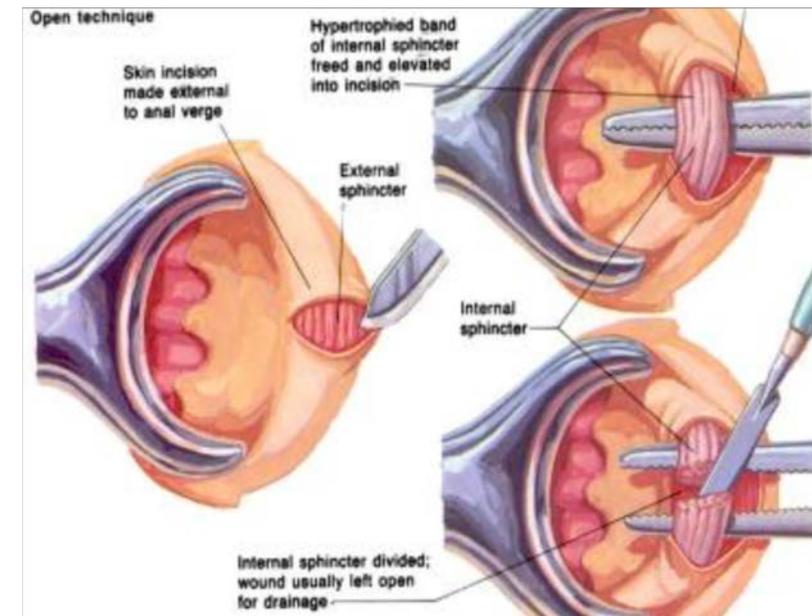
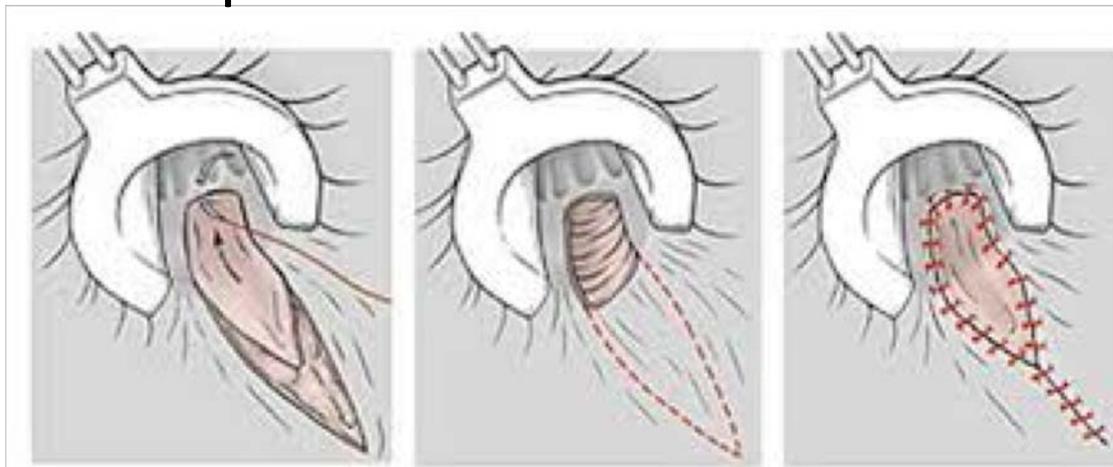
# Was tun bei Therapieversagen der konservativen Therapie?

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?

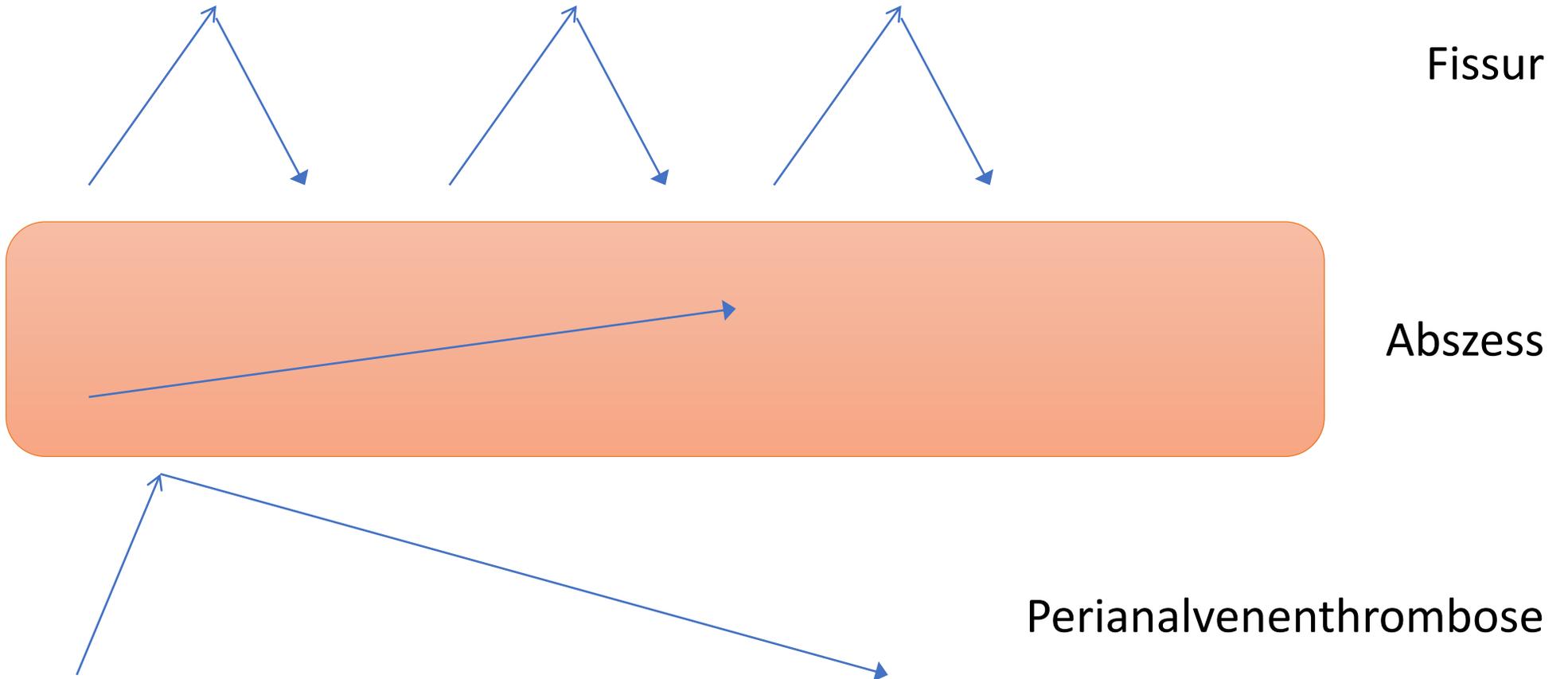


# Fall Nr. 2

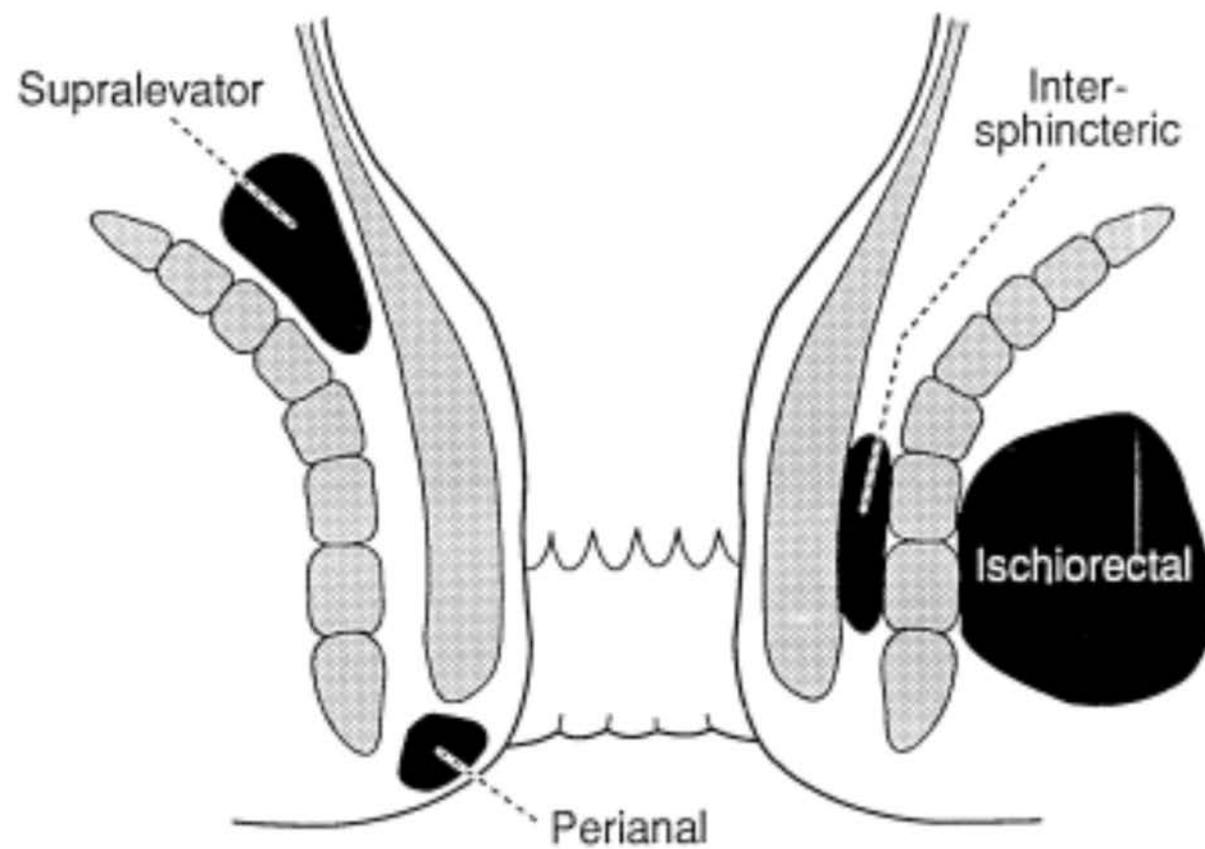
- 25-jähriger Mann, gesund, leicht adipös
- Seit 2 Tagen Schmerzen anal
- Schmerzen im Verlauf progredient
- Schmerzen unabhängig von Defäkation
- Normale Inspektion
- Rektaluntersuchung nicht möglich



# Schmerzen ja, aber wie?



# Perianalabszess:



# Perianalabszess

90 %

- Abflussbehinderung oder Infektion der Proktodealdrüsen

10 %

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



# Perianalabszess Klinik

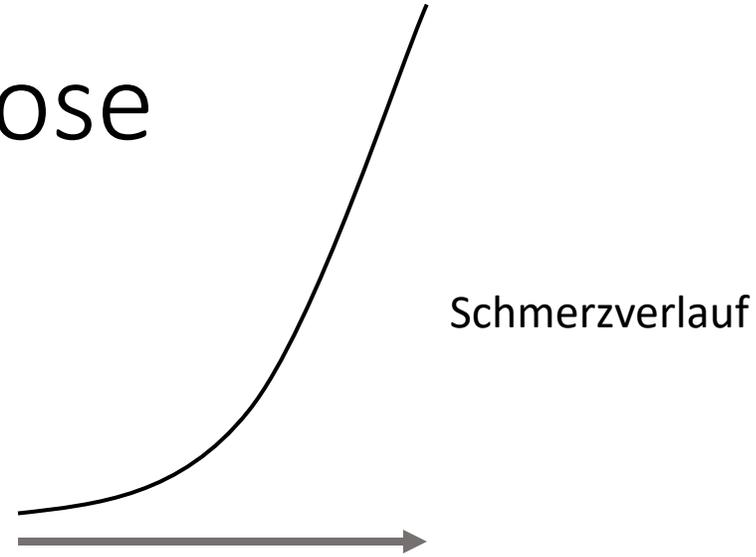
- Schmerz
- Rötung, Schwellung, Induration
- Asymmetrie Gesäss
- Fieber

Suprlevatorisch/intersphinktäerer Abszess:

- Keine äusseren Zeichen!
- Starke Schmerzen, Rektaluntersuchung unmöglich

# Perianalabszess: Diagnose

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



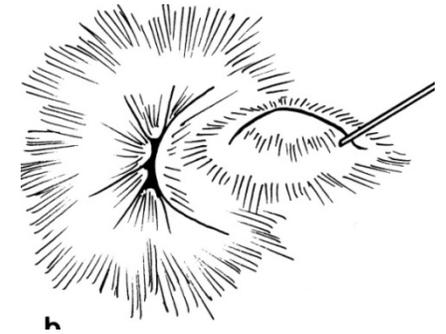
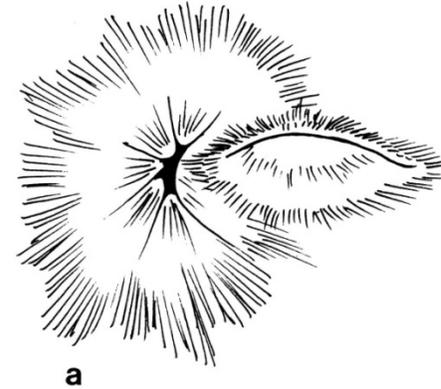
# Perianalabszess Therapie

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



# Perianalabszess: Therapie

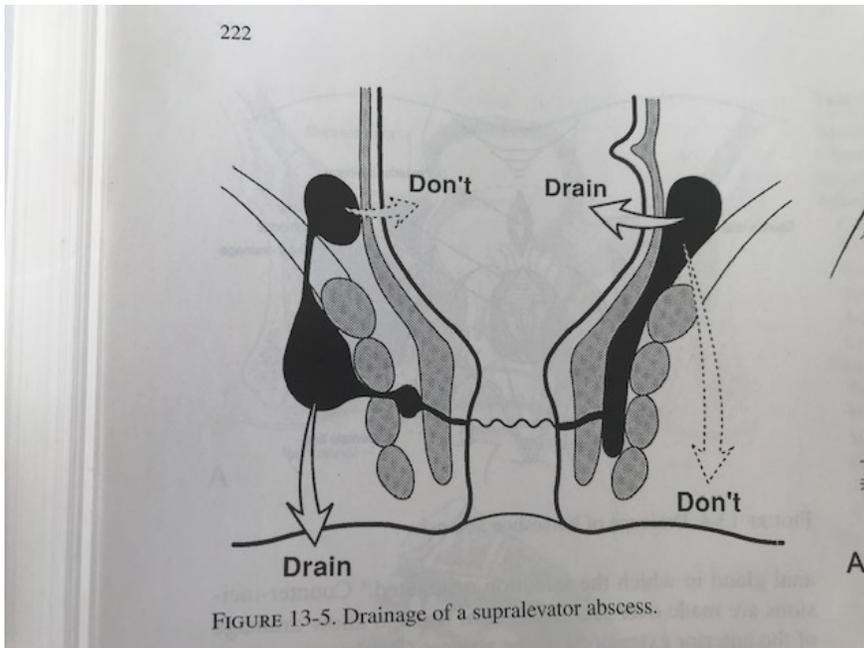
- Oberflächliche Abszesse in LA möglich
- Tiefere Abszesse immer in Allgemein oder Regionalanästhesie
- Chirurgische Erfahrung bei intersphinktären Abszessen



# 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

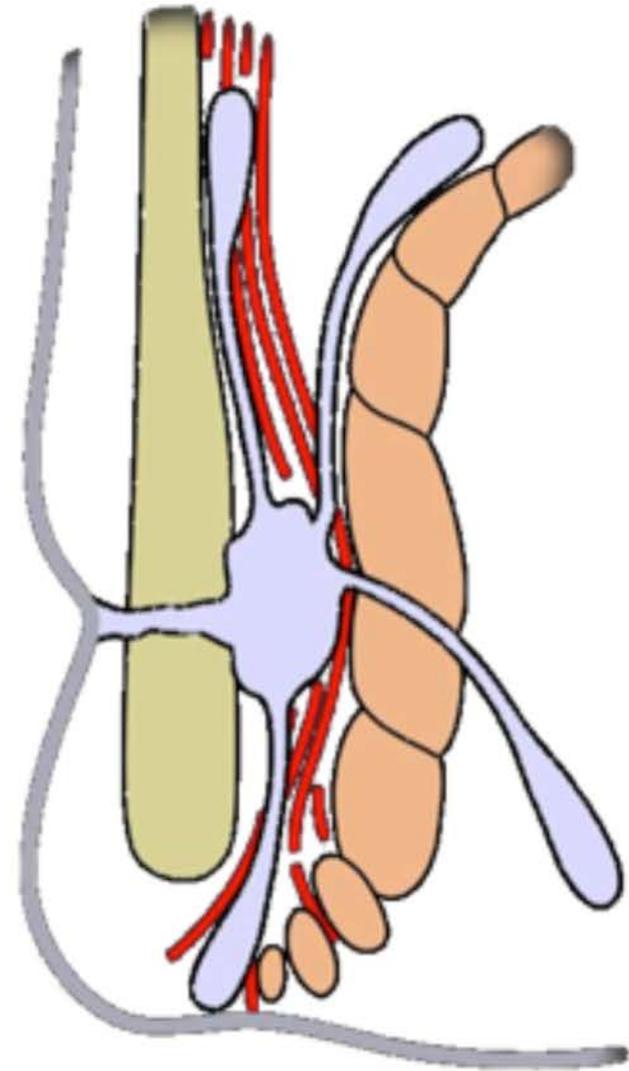
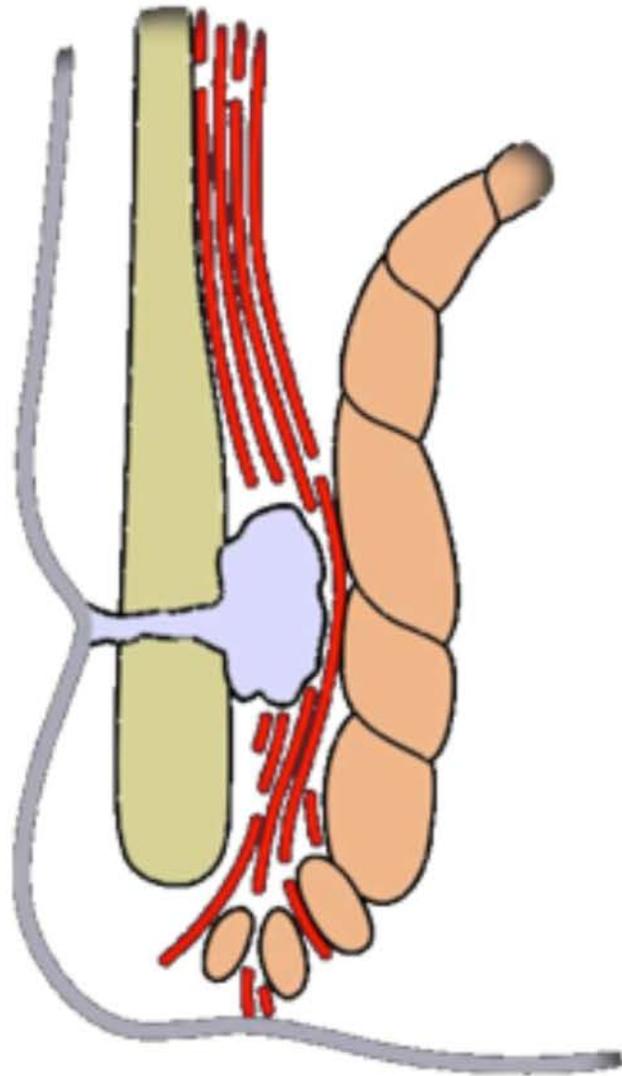
# Perianalabszess: Postoperatives Prozedere

- 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

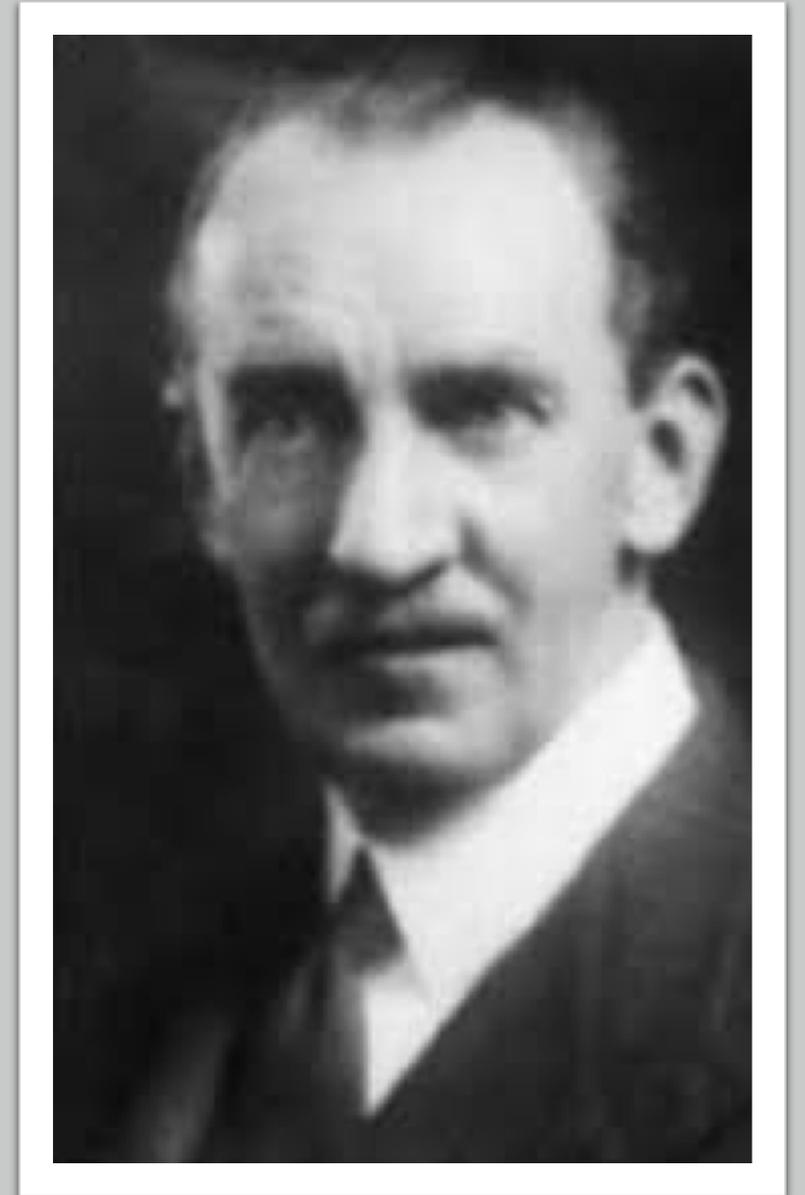
# Behandlung Perianale Fisteln

- 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

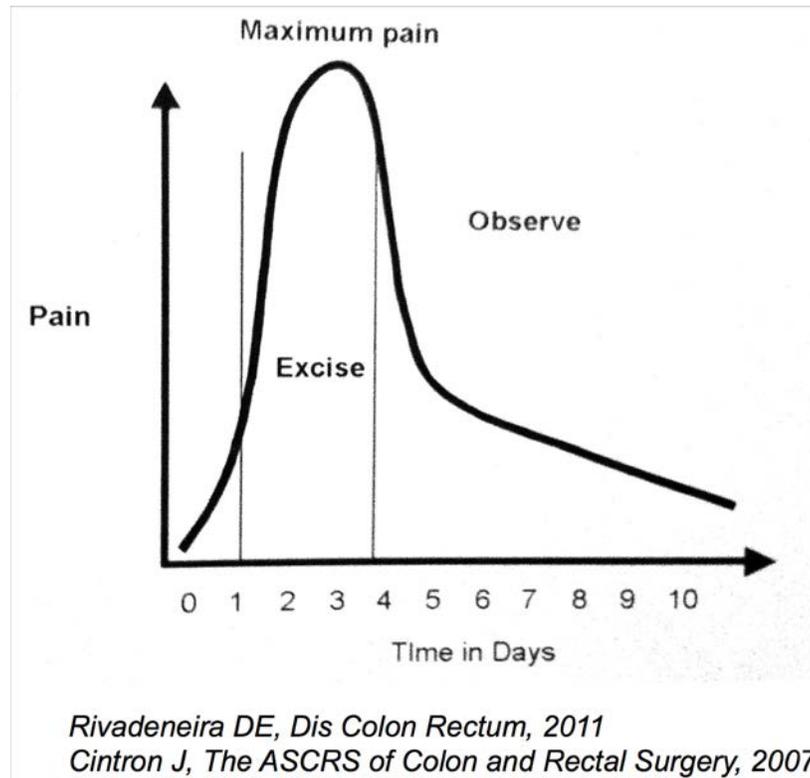


# Fragen Abszess/Fisteln?

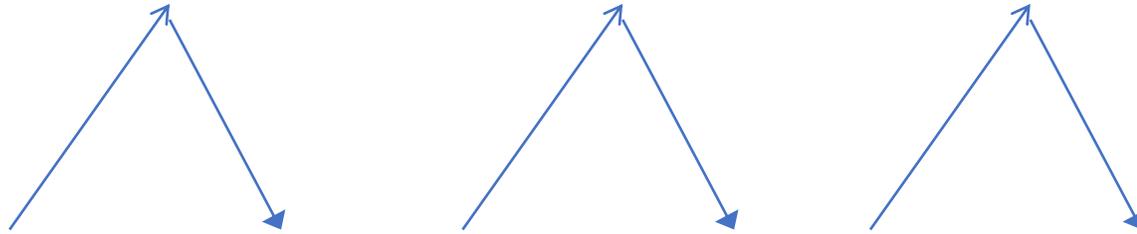


# Fall Nr. 3

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



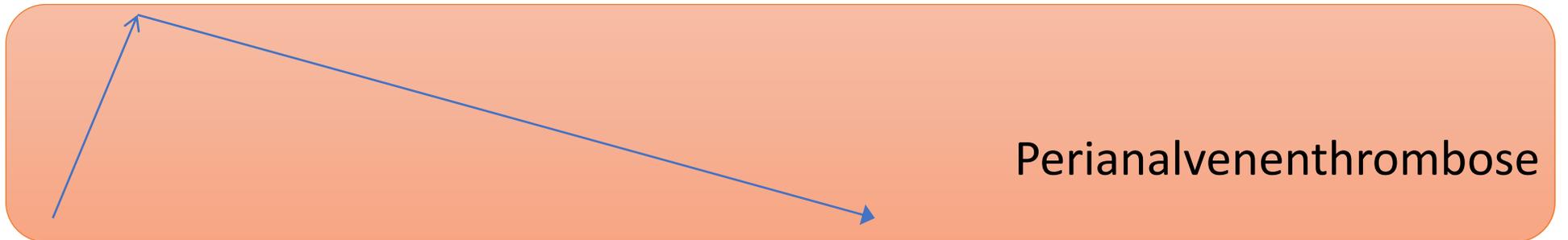
# Schmerzen ja, aber wie?



Fissur



Abszess



Perianalvenenthrombose

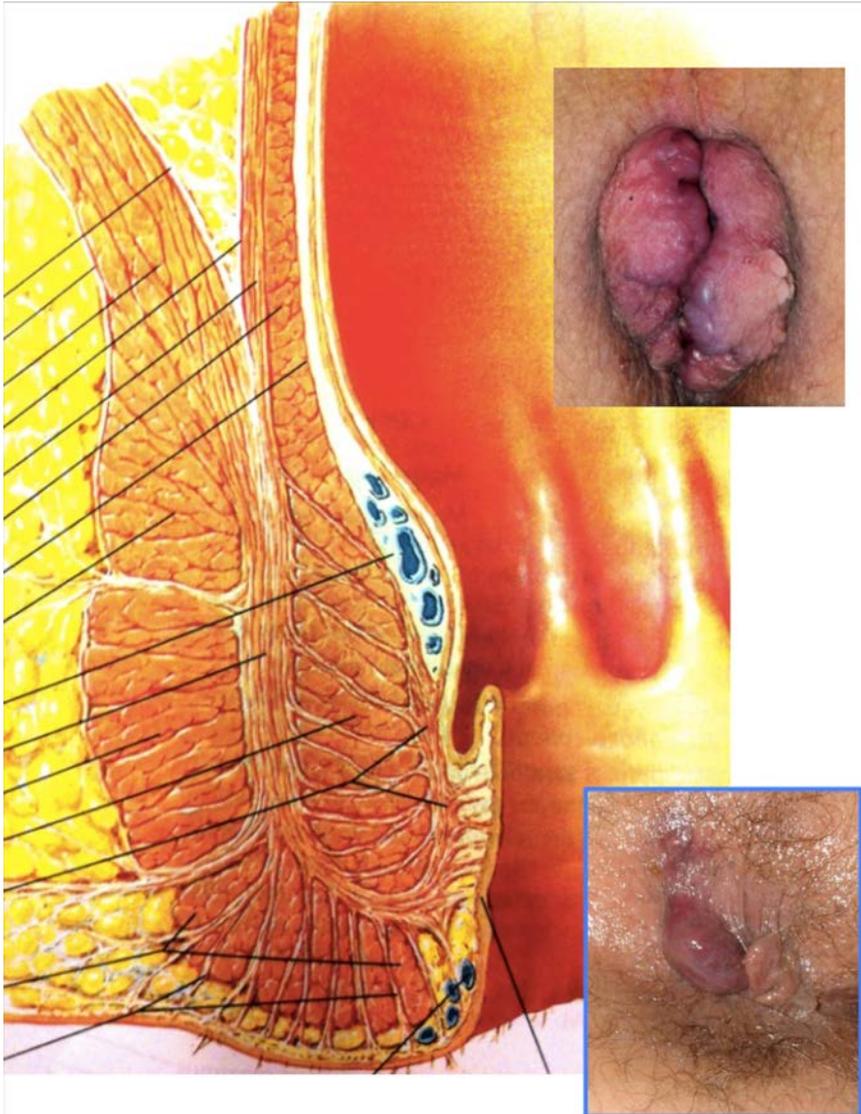
# Perianalvenenthrombose

## 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

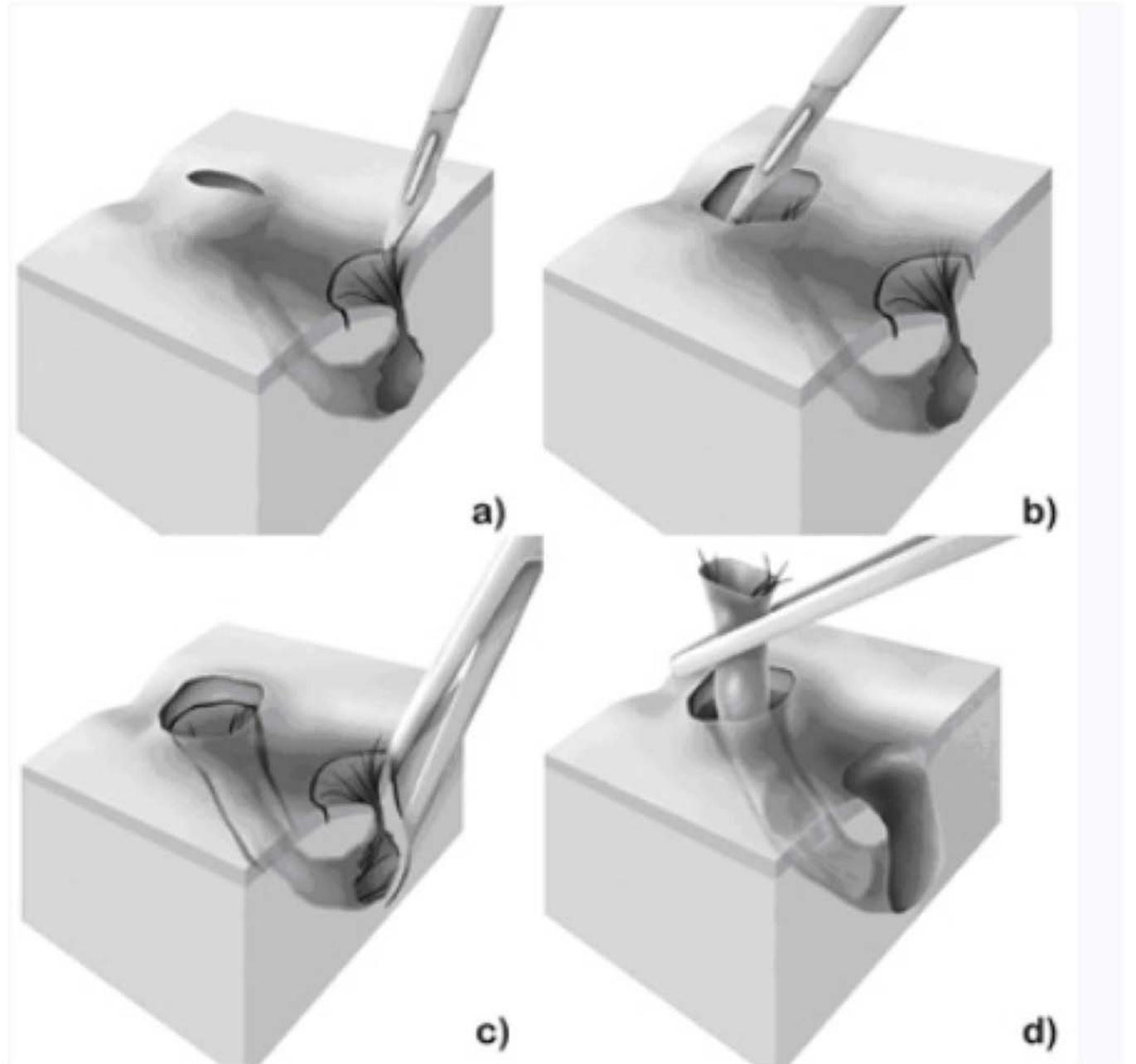
- Häufig in der Hausarztpraxis in Lokalanästhesie durchführbar (Inzision NICHT direkt über dem Porus!)
- Rasche Symptomlinderung ohne grosse Wunde
- Nach Abheilung des akuten Infektes Exzision möglich

# Chronisch entzündlicher Befund

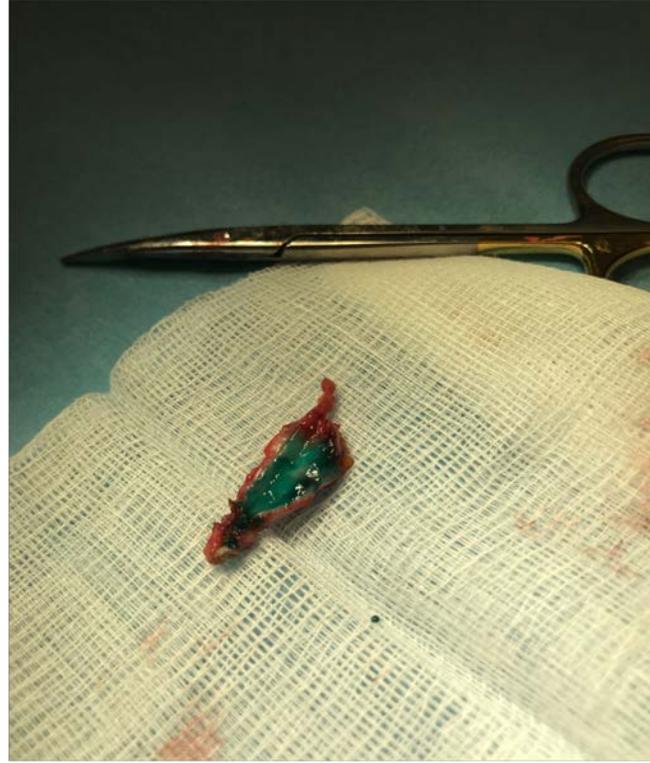
- Radikale Exzision
- Möglichst minimal invasiv



# Minimal invasive Exzision



sparsames Ausschneiden der Steissbeinfistel







# Postoperatives Management

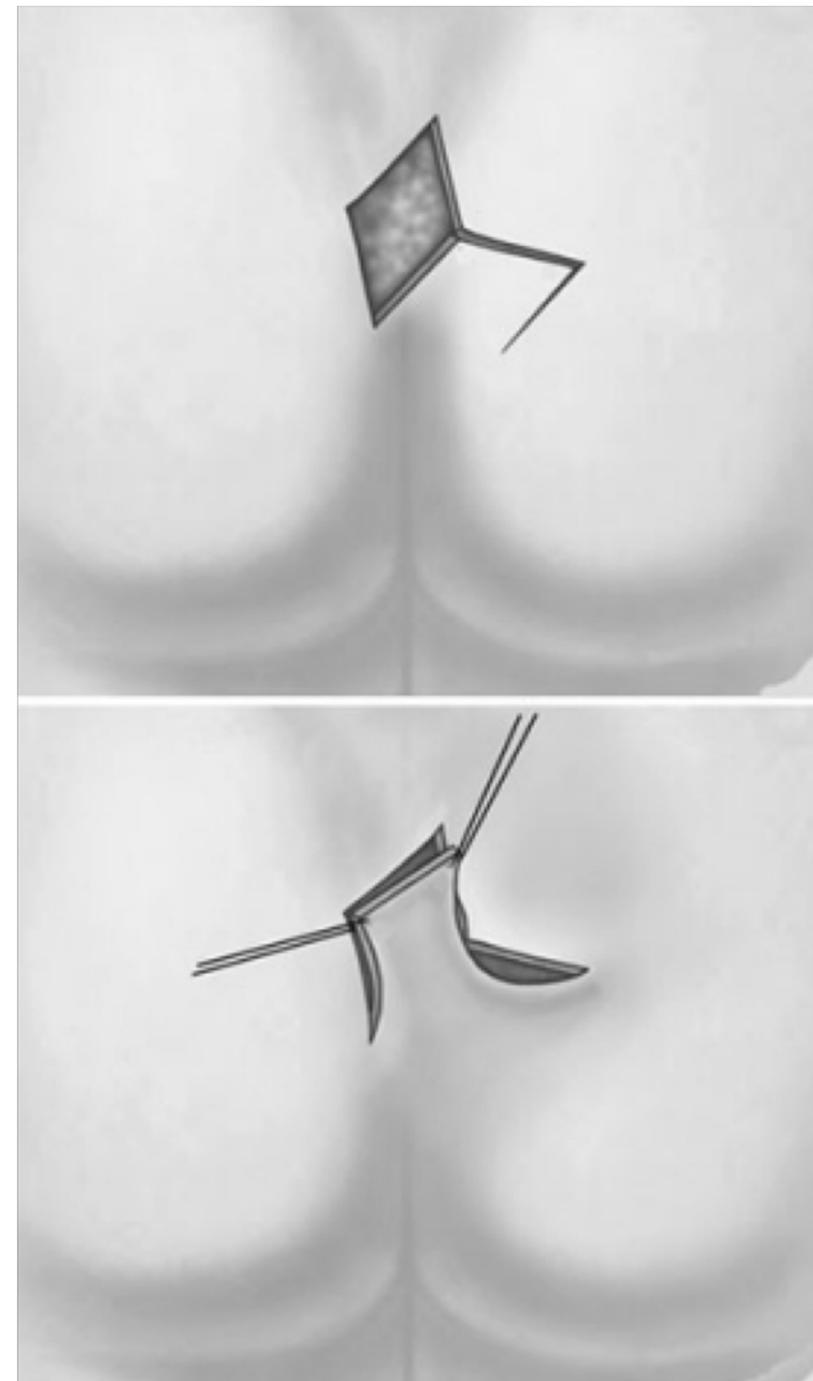
- Tägliches Ausduschen der Wunde
- Nur bei grosser Wundhöhle Austamponieren mit Kompressen/Biatain Alginat/Aquacel
- Regelmässige Wundkontrollen
- Bei starker Behaarung Rasur der Region
- Bei Rezidiven ggf. Laserepilation

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



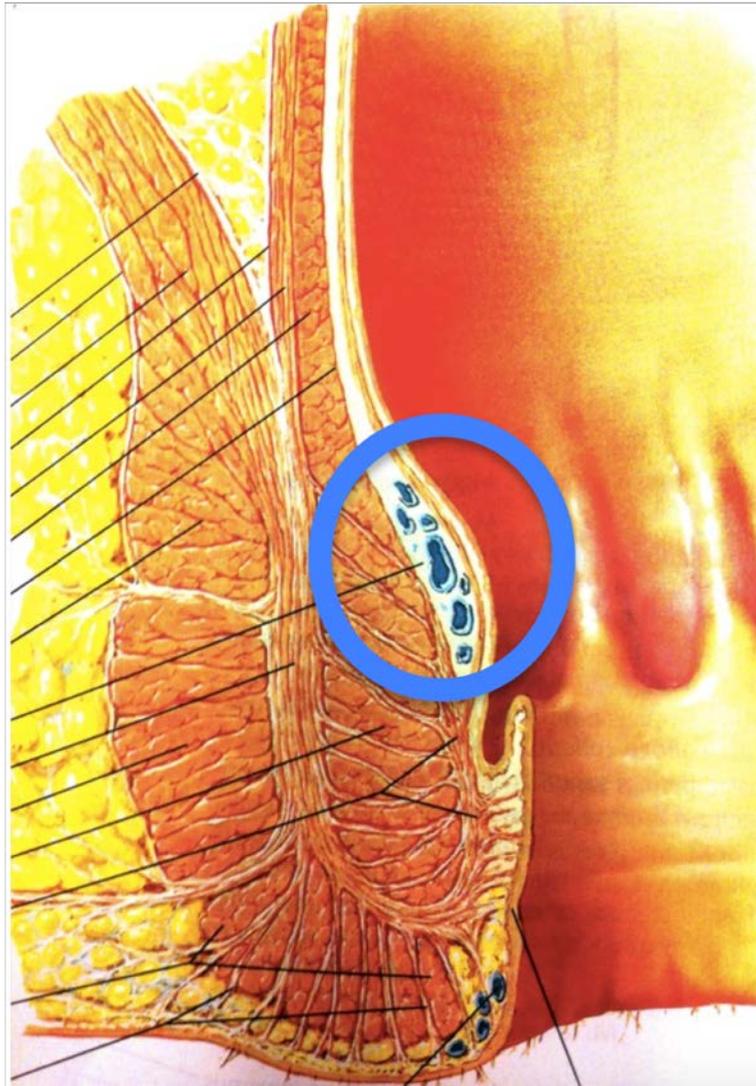
# Fallbeispiel Nr. 4: Blut ab ano

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





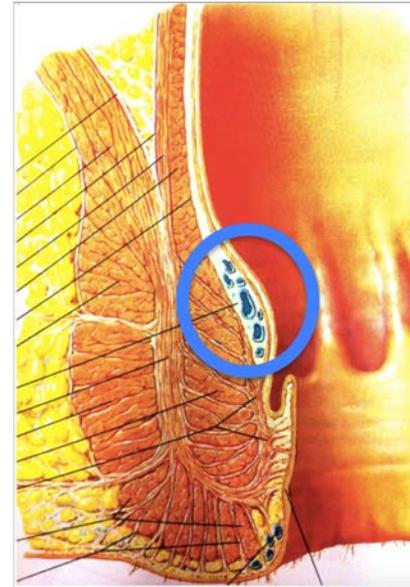
# Hämorrhoiden



Hypertrophie der  
normalen analen  
Gefässpolster

# Hämorrhoiden Ursachen

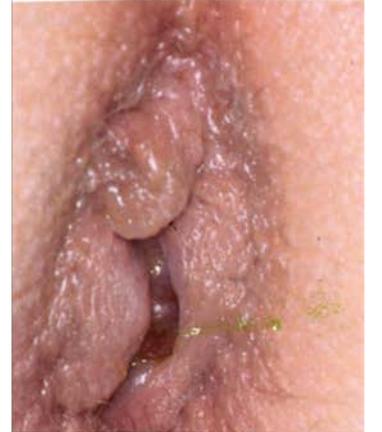
- 1. Bindegewebschwäche
- 2. Hypertrophie Sphinkter ani internus
- 3. Venöse Druckerhöhung



*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

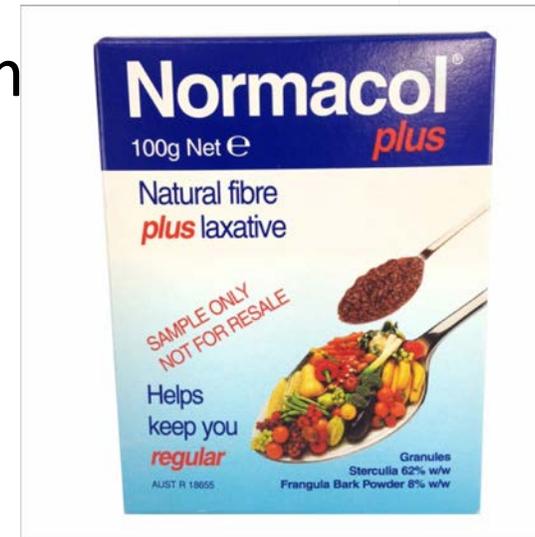
Grad I und 2: konservativ

- 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

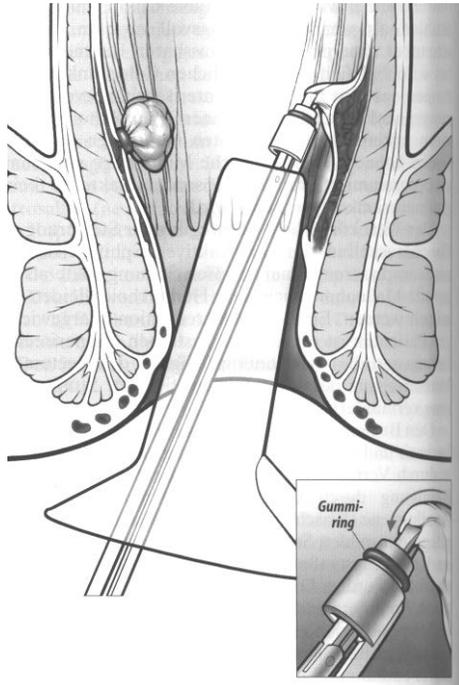


# Phlebotonics

- 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

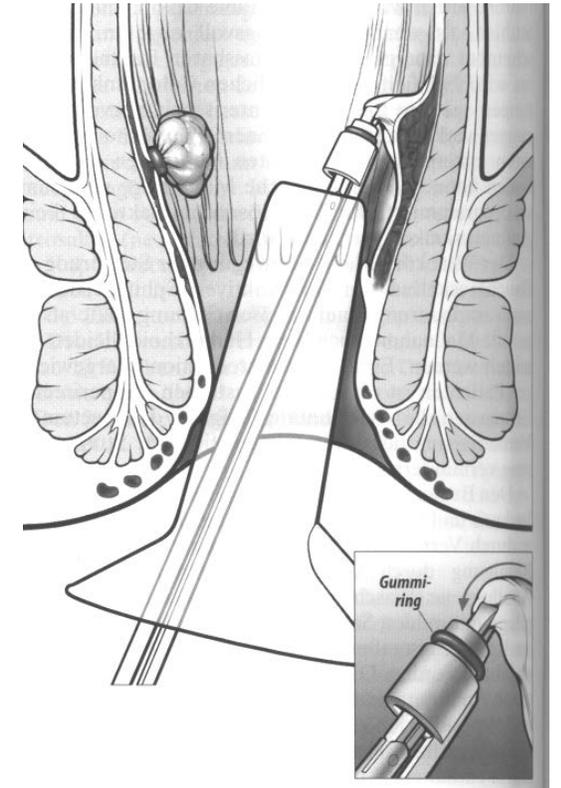
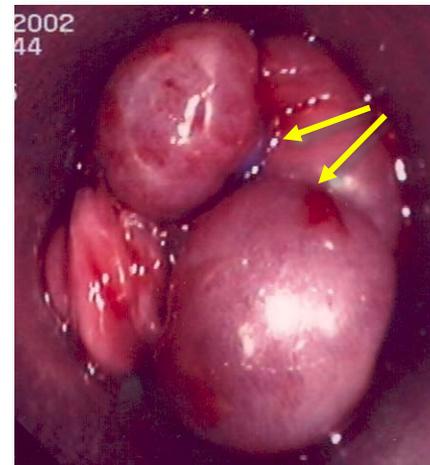
- Bei Hämorrhoiden Grad I-II
- Prinzip: Fixation Mucosa/Submucosa auf Muskulatur
- Infrarotkoagulation, Sklerotherapie, Gummibandligatur



# 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.

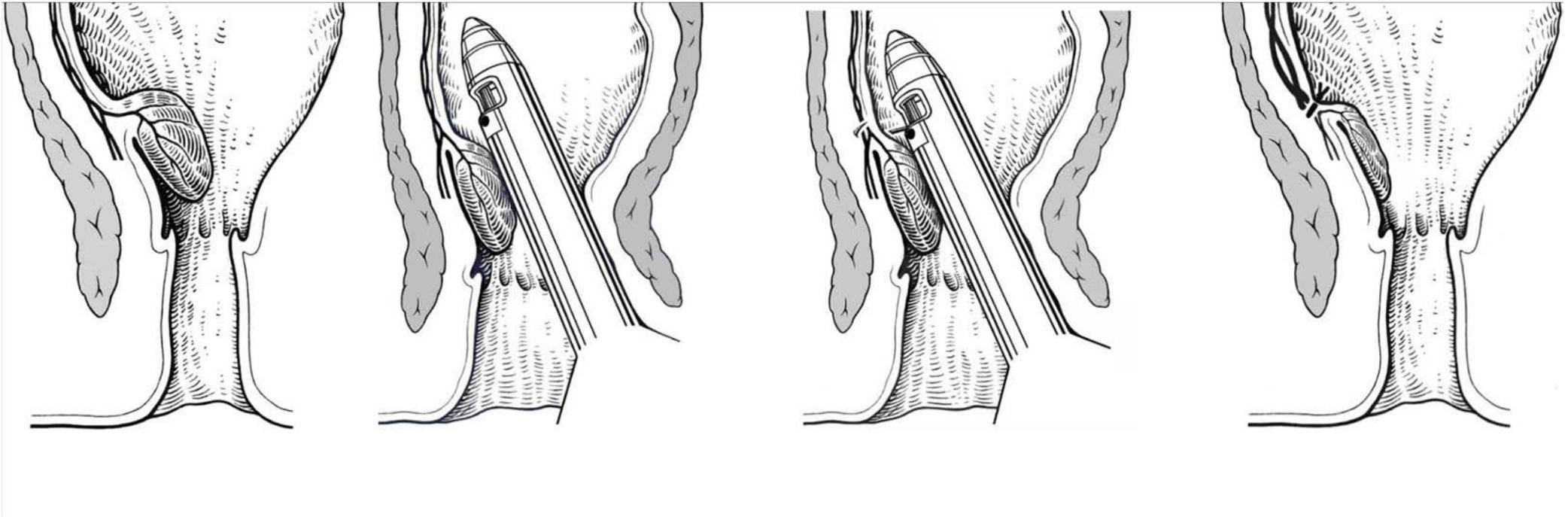


vs.



- Gummiband am effektivsten
- Tiefste Rezidivrate
- Am meisten Schmerzen

# HAL: interventionell/operativ



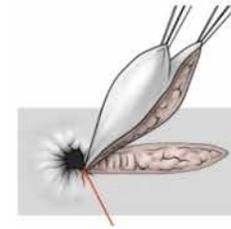
Hämorrhoiden Arterien Ligatur

# HAL versus Operation



Wirklich Sz-ärmer ?

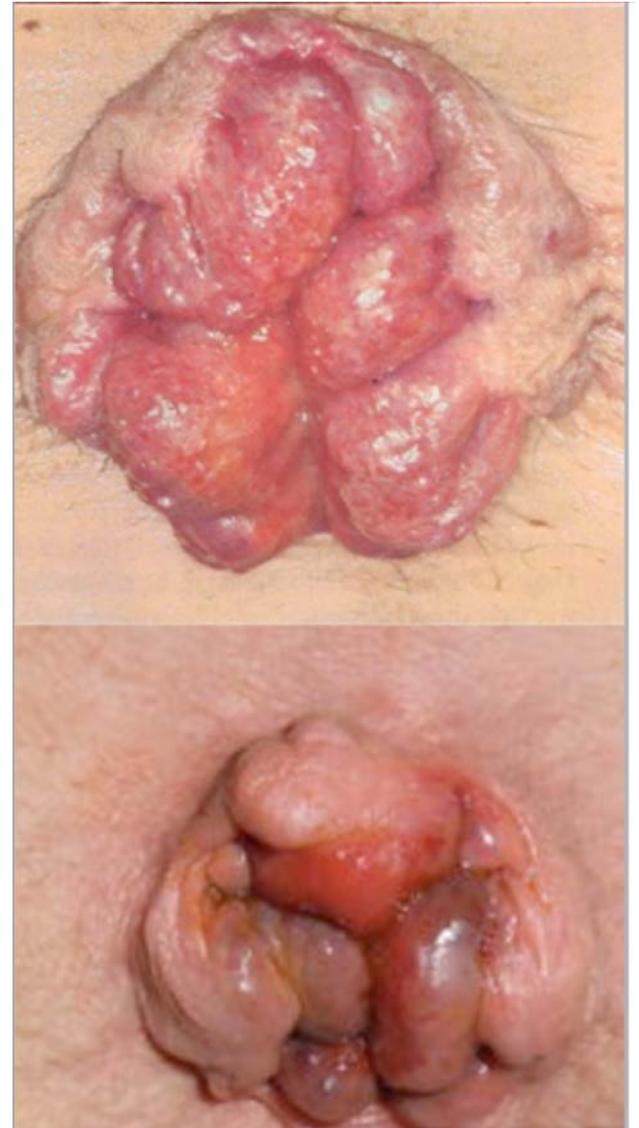
RCT, n=50, Follow-up 24 Mt.  
**Grad III**



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

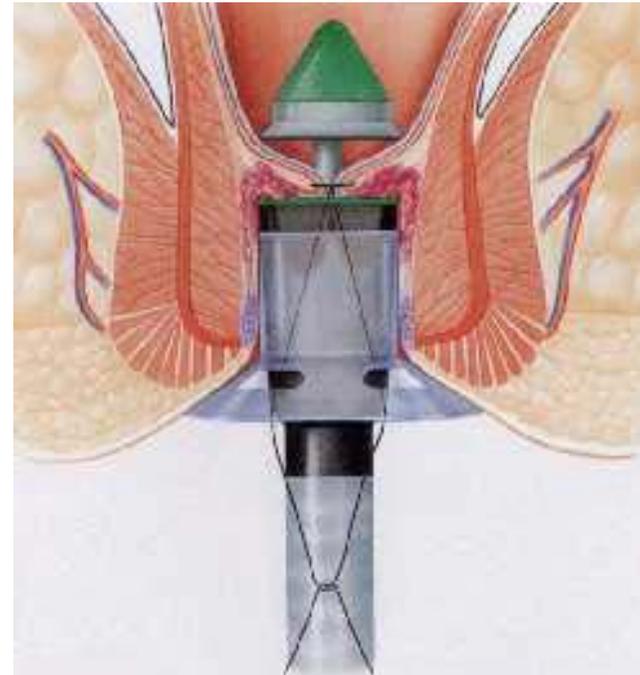
# Hämorrhoidenoperation wann?

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

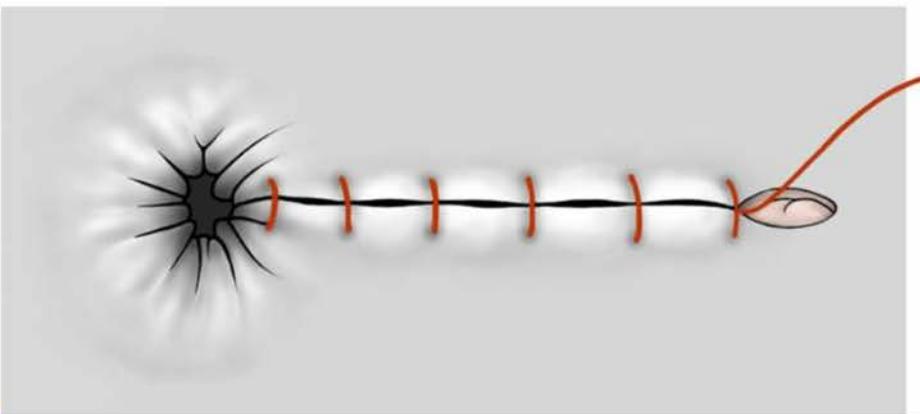
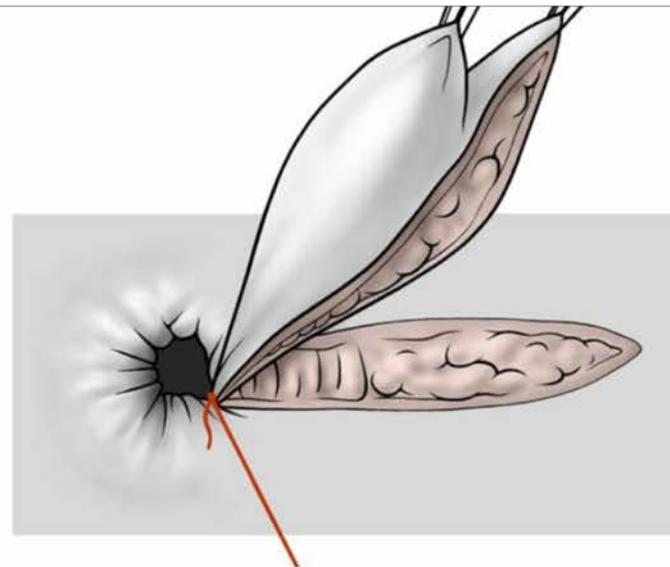
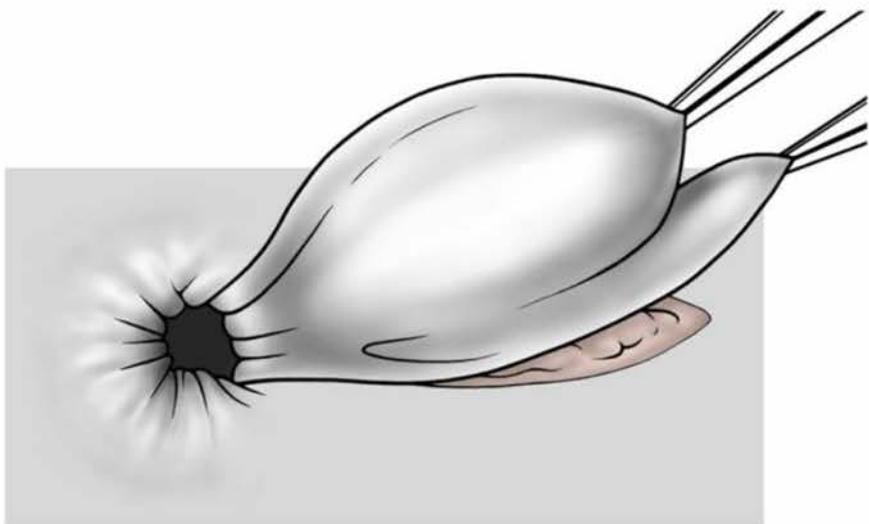


# Hämorrhoiden Operation

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



# Hämorrhoidenoperation



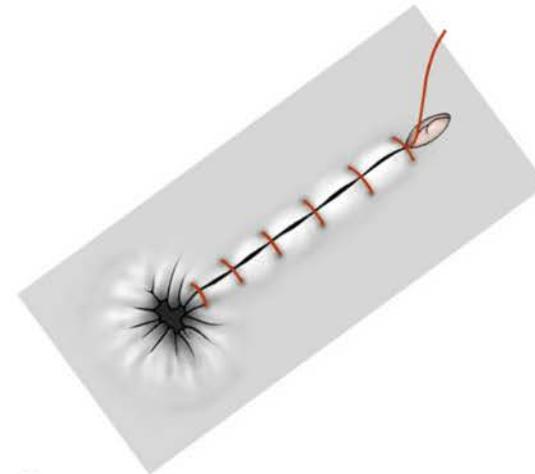
Ferguson

# Hämorrhoidenoperation

2 RCT, n=305

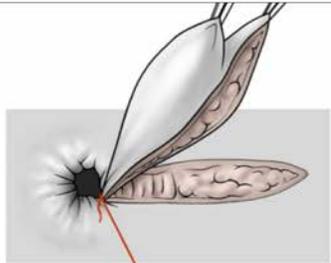
## Milligan-Morgan vs. Ferguson

- Weniger Schmerzen<sup>1</sup>
- Weniger po. Inkontinenz<sup>2</sup>



<sup>1</sup> You SY, *Dis Colon Rectum*, 2005  
<sup>2</sup> Johannsson HÖ, *BJS*, 2006

# Hämorrhoidektomie nahtlos



Milligan-Morgan

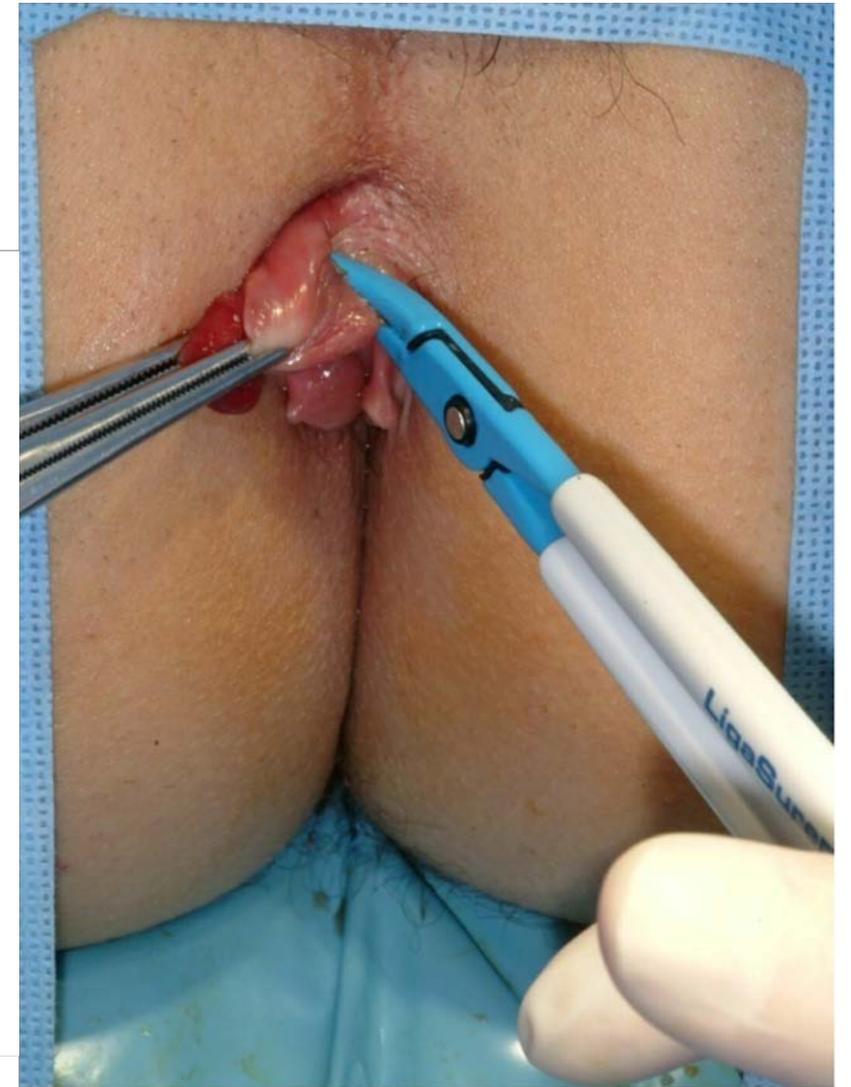
Metaanalyse, 12 RCT, n=1142

**vs.**

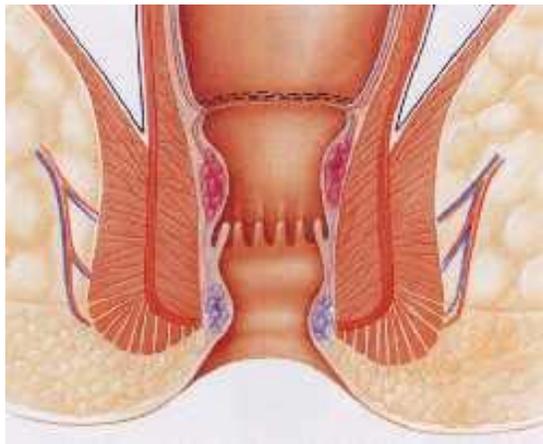
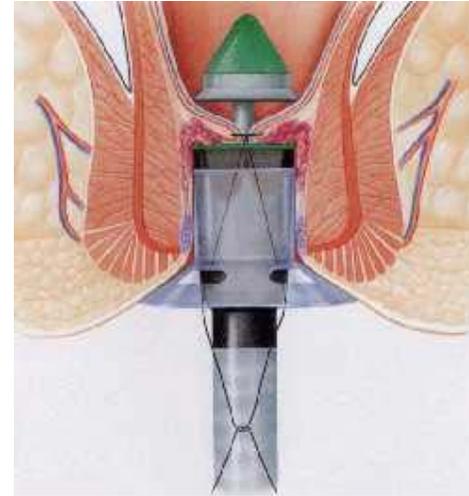
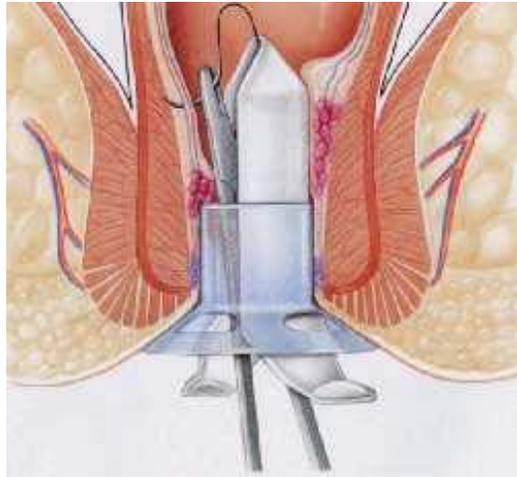


- Kürzere OP-Zeit
- Kürzere Hospitalisation
- Weniger frühpo. Sz
- Schnellere Wundheilung

Aber: teuer..



# Mukopexie nach Longo



# Stapler Hämmorrhoidopexie

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



**vs.**



**Longo mehr Prolapsrezidive (OR 5)<sup>1,2</sup>**

**Kein Unterschied po. Schmerzen und Blutung<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Lee KC, *Int J Surg*, 2013

<sup>2</sup> 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?

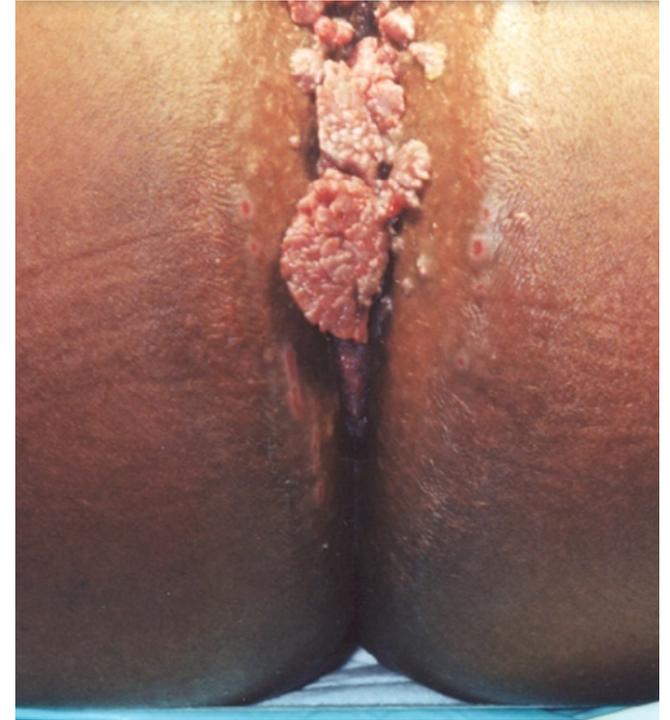




Marisken und Condylome

# 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 accuminata

<b>Lokalisation</b>	<b>Perianal</b>		<b>endoanal</b>
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

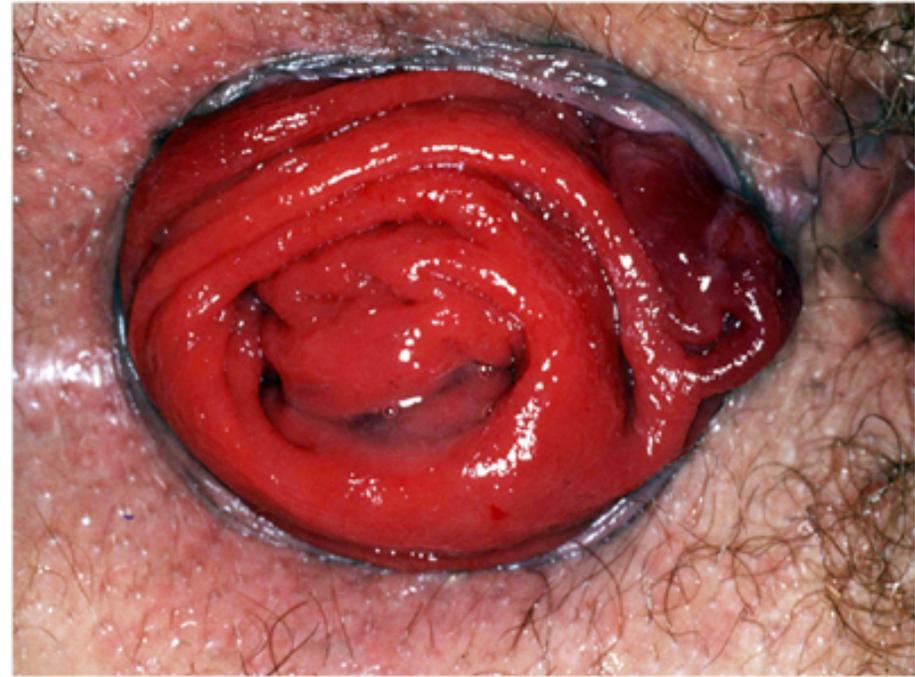
- Lediglich Mukosavorfall
- Radiäre Fältelung (beim Rektumprolaps zirkulär!)
- Übergang von Hämorrhoiden Grad III zum Analprolaps ist fließend



# 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

