

Thrombosen, Fisteln, Hämorrhoiden

Häufige Ursachen perianaler Beschwerden

RENÉ G. HOLZHEIMER UND
URSULA GRESSER

Auch wenn viele Patienten nicht gerne darüber sprechen: Anale Beschwerden wie Juckreiz, Blutung, Brennen, Nässen, Druckgefühl, Stuhlschmierer oder Schmerzen sind nicht nur unangenehm, sie können das Leben verändern. So soll zum Beispiel Napoleon vor der Schlacht bei Waterloo von Hämorrhoiden geplagt gewesen sein – vielleicht hat er deshalb die Schlacht verloren ...

Der Hausarzt erfährt oft erst durch gezielte Befragung, Inspektion und digitale Untersuchung des Analbereiches vom Problem des Patienten. Meist sind Diagnose und Therapie schnell gefunden. Was aber tut man bei unklarem oder möglicherweise malignem Befund? Die Liste der Differenzialdiagnosen perianaler Krankheitsbilder ist umfangreich; viele Erkrankungen kommen jedoch nur selten vor. Wir möchten hier einen

Überblick über die für die Hausarztpraxis wichtigsten Erkrankungen und deren Symptome geben (Tabelle 1).

Analkarzinom

Das Analkarzinom (Abbildung 1) ist zwar wie andere bösartige perianale Erkrankungen des Analbereiches (Karzinoid, malignes Melanom, Präkanzerosen wie Morbus Bowen etc.) relativ selten. Doch kann es mitunter aufgrund seiner uncharakteristischen Symptome mit Hämorrhoiden verwechselt werden. Darüber hinaus kann sich auch in einem Hämorrhoidenknoten ein Analkarzinom verbergen. Wird das Analkarzinom rechtzeitig erkannt und behandelt (chirurgische Therapie, Radiochemotherapie), ist die Prognose, verglichen mit anderen malignen Tumoren, gut. Wir haben in unserer Praxis in Sauerlach innerhalb weniger Monate bei zwei Patienten mit «Hämorrhoiden» ein Analkarzinom diagnostiziert.

Fistel und Abszess

Analfistel und Analabszess entstehen meist auf dem Boden einer Entzündung oder Infektion der Morgagni'schen Krypten, einer Kryptitis. Sollten konservative entzündungshemmende Massnahmen nicht zur Besserung der Beschwerden und Befunde führen, muss das Problem chirurgisch angegangen werden.

Je nach Lage der Fisteln unterscheidet man intersphinktäre, transsphinktäre, suprasphinktäre und extrasphinktäre Fisteln. Die Methode der Wahl ist die frühzeitige chirurgische Sanierung – Abwarten führt nicht zur Besserung. Durch die chirurgische Behandlung der Fisteln und der Kryptitis lässt sich der perianale Abszess vermeiden. Ist es bereits zu einem peri-

Merk-sätze

- In einem scheinbar harmlosen Hämorrhoidalknoten kann sich ein Analkarzinom verstecken!
- Analfistel und Analabszess müssen schnell chirurgisch versorgt werden, um die Entwicklung einer Stuhlinkontinenz zu verhindern.
- Perianale Hautveränderungen können Hinweis auf eine maligne Grunderkrankung oder eine Immunschwäche sein.

analen Abszess gekommen, muss schnell gehandelt und chirurgisch saniert werden. Abszesse und Fisteln können, wenn sie verschleppt werden, eine Stuhlinkontinenz zur Folge haben.

Analfissur

Die Analfissur ist häufig und verursacht starke Schmerzen, vor allem beim Stuhlgang, die oft noch Stunden danach anhalten. Bei der proktologischen Untersuchung findet sich ein Schleimhautdefekt, anfangs rissförmig, später flächig. Während die akute Analfissur konservativ behandelt werden kann (Lokalanästhetikum, vorsichtige Analdehnung, Kortison-freie Salben, Stuhlregulierung), sind bei chronischen Fällen lokale Verödung, Nitroglyzerin-Salbe oder Botulinustoxin-Injektionen zu erwägen. Bei Therapie-resistenz muss eine chirurgische Sanierung (laterale Sphinkteromyotomie, En-bloc-Resektion der Fissur) erfolgen.

Thrombosen, Fisteln, Hämorrhoiden

Tabelle 1: **Ausprägung verschiedener Symptome bei perianalen Erkrankungen**

Erkrankung	Symptom							
	Blutung	Brennen	Juckreiz	Nässen	Schmerz	Knoten	Kontinenzstörung	Stuhlveränderungen
Analkarzinom	*	*	*	*	*	*	*	*
Analfistel/Abszess	*	*	*	*	***	*	*	*
Analfissur	*	*	*	*	***	*	*	*
Dermatosen	*	*	***	*	*		*	
Kondylomata	*	*	***		*	*		
Hämorrhoiden	**	**	**	**	*	**	**	
Perianale Thrombose	**	*	*	*	***			

* = vorhanden, ** = störend, *** = sehr stark, häufig

Anale Ekzeme

Anale Hautveränderungen sind häufig Kontaktekzeme oder Folge von Infektionen (zum Beispiel mit Candida) oder Hauterkrankungen (zum Beispiel Psoriasis inversa). Sie müssen von einem Begleitekzem bei Hämorrhoiden oder Analfissur mit Störung der Stuhlkontinenz abgegrenzt werden.

Führende Symptome bei der Psoriasis inversa sind Juckreiz und Schmerzen aufgrund einer Rhagadenbildung. Die akut exazerbierte Psoriasis kann mit einem Glukokortikoid in Pastenform behandelt werden. Alternativen wären Zinkpaste, Calcipotriol-Creme oder Bufexamac.

Kandidosen

Eine perianale Candidainfektion findet sich meist bei Patienten mit einer generellen oder örtlich begrenzten Abwehrschwäche (Behandlung mit Medikamenten wie Antibiotika, Zytostatika, Immunsuppressiva, Bestrahlung oder Begleiterkrankungen wie Diabetes, Leukämie, Adipositas, HIV, Darmtumore). Die Behandlung erfolgt lokal zum Beispiel mit Nystatin-Präparaten, Castellani-Lösung oder Imidazol-Creme. Bei nachgewiesener intestinaler Kandidose kann eine systemische Therapie mit einem Candida-wirksamen Präparat wie Nystatin oder Fluconazol durchgeführt werden.

Geschlechtskrankheiten

Es gibt eine Reihe von sexuell übertragbaren Erkrankungen (Herpes, Mollusca contagiosa, Verrucae vulgares, Condylomata accuminata), die perianale Symptome verursachen können. Condylomata accuminata treten zunehmend häufiger auf und werden vorwiegend beim Geschlechtsverkehr übertragen. Grundsätzlich sollten diagnostizierte Kondylome unverzüglich entfernt werden, um eine Weiterübertragung bei Sexualkontakten zu verhindern. Bei geringem Befall ist eine lokale zytotoxische Behandlung möglich.

Analvenenthrombose

Die Analvenenthrombose ist eine häufige perianale Erkrankung, deren Ursache unbekannt ist. Die Diagnose lässt sich oft schon am Telefon stellen: Die Patienten

berichten über seit wenigen Tagen bestehende, rasch zunehmende, jetzt fast unerträgliche Schmerzen im Analbereich, auf Salbenbehandlung sei keine Besserung eingetreten. Sie nehmen das Angebot, umgehend in die Praxis zu kommen, dankbar an. Bei anderen analen Erkrankungen zögern die Patienten es meist solange es geht hinaus, bis sie zum Proktologen gehen. Patienten mit Analvenenthrombose haben einen ausserordentlich starken Leidensdruck. Behandlung der Wahl ist die chirurgische Stichinzision mit Entfernen des Thrombus. Dabei ist darauf zu achten, dass das umgebende Gewebe, insbesondere der Sphinkter ani, nicht verletzt wird. Die Patienten sind praktisch sofort schmerzfrei. Die Analvenenthrombose tritt oft rezidivierend auf. Differenzialdiagnostisch kommen Hämorrhoidalknoten, das Analkarzinom und das Analmelanom in Frage.

Tabelle 2: **Stadieneinteilung der Hämorrhoiden**

Schweregrad	Befund
Grad I	In das Proktoskop prolabierende Knoten
Grad II	Zeitweiliger Vorfall der Hämorrhoiden
Grad III	Prolabierende Hämorrhoiden, die mit dem Finger zurückgeschoben werden können
Grad IV	Prolabierende, nicht mehr zurückschiebbare Hämorrhoiden

Thrombosen, Fisteln, Hämorrhoiden

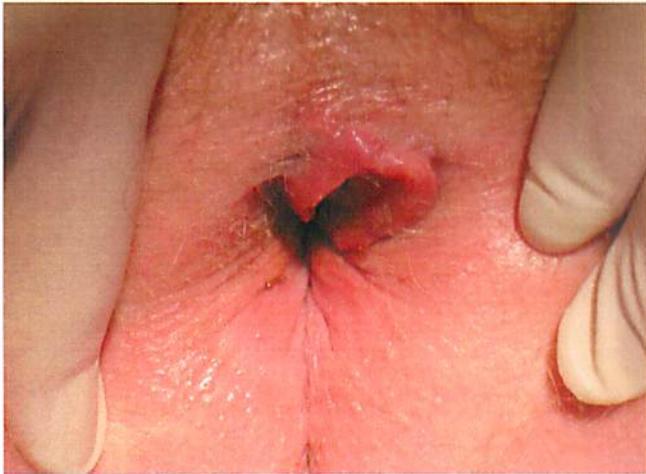


Abbildung 1: Analkarzinom



Abbildung 2: Analekzem, v.a. Candidainfektion



Abbildung 3: Analvenenthrombose



Abbildung 4: Hämorrhoidalknoten

Hämorrhoiden

sind unterschiedlich ausgeprägte Schwellkörper im Analbereich. Sie spielen eine wichtige Rolle beim analen Verschlussmechanismus. Erkranken sie, ist die Stuhlkontinenz gefährdet. Hämorrhoidalknoten können ausser mit einem Analkarzinom mit Marisken, hypertropher Analpapille und einem prolabierenden Rektumadenom verwechselt werden. Sie entstehen, indem sich die Hämorroide aus ihrer Verankerung löst und sich verschiebt. Als Ursachen kommen Obstipation, Übergewicht, erhöhter Alkoholkonsum, erbliche Disposition, Ernährungs- und Stuhlgewohnheiten oder erhöhter Analdruck durch Pressen in Frage. Die Beschwerden bei Hämorrhoiden sind uncha-

rakteristisch und können zur Verwechslung mit anderen perianalen Erkrankungen, zum Beispiel Analkarzinom, führen. Man teilt die Hämorrhoiden in vier Schweregrade ein (Tabelle 2), wobei starke Beschwerden meist erst bei Grad III und IV auftreten.

Konservativ oder operativ?

Die Behandlung des Hämorrhoidalleidens richtet sich nach dem Schweregrad. Hämorrhoiden Stadium I bis III können sehr gut konservativ (zum Beispiel Barron-Ligatur, Verödung) behandelt werden, verbunden mit einer Umstellung von Ernährungs- und Lebensgewohnheiten. Dabei ist insbesondere darauf zu achten, dass Faktoren, die zur Obstipation führen können, wie Bewe-

gungsmangel oder Schokolade- und Pralinenessen, beseitigt werden. Nach Metaanalysen können die meisten symptomatischen Hämorrhoiden (Stadium I–III) mit Barron-Ligaturen, eventuell kombiniert mit Verödung, behandelt werden. Infrarotkoagulation, Kryochirurgie oder Laser wurden in verschiedenen Studien untersucht; eine generelle Verbreitung haben sie nicht gefunden. Bei Hämorrhoiden Stadium IV und therapieresistenten Hämorrhoiden im Stadium III hilft oft nur noch eine operative Therapie. Dabei ist es Standard, dass der Hämorrhoidenkomplex offen oder geschlossen chirurgisch entfernt wird (Methoden nach Milligan-Morgan, Ferguson, Parks). Diese Operationen werden heute ambulant in Narkose durchgeführt.

Thrombosen, Fisteln, Hämorrhoiden

Neben diesen bewährten Methoden gibt es weitere Operationsverfahren (zum Beispiel Ligasure-Verfahren, Hämorrhoidalarterienligatur, Stapler-Hämorrhoidektomie nach Longo), bei denen Langzeituntersuchungen noch ausstehen oder einander widersprechende Berichte zu Erfolg und Komplikationen vorliegen. Diese Verfahren haben entweder ein ungünstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis oder erfolgen mit sehr teuren Materialien, die das ärztliche Budget belasten, ohne dass bisher durch Studien ein Vorteil der Methodik belegt wäre. ●

*PD Dr. med. René Holzheimer
Chirurg/Sportmediziner
Praxis für ambulante-operative
Chirurgie und Rheumatologie
D-82054 Sauerlach*

*Prof. Dr. med. Ursula Gresser
Internistin/Rheumatologin
Praxis für ambulante-operative
Chirurgie und Rheumatologie
D-82054 Sauerlach*

Interessenkonflikte: keine deklariert

Diese Arbeit erschien zuerst in
«Der Allgemeinarzt» 20/2004.
Die Übernahme erfolgt mit freundlicher
Genehmigung von Verlag und Autor.