

Interdisziplinäre Therapie

Wieviel Proktologie braucht der Urologe?

D. GEILE, G. OSTERHOLZER

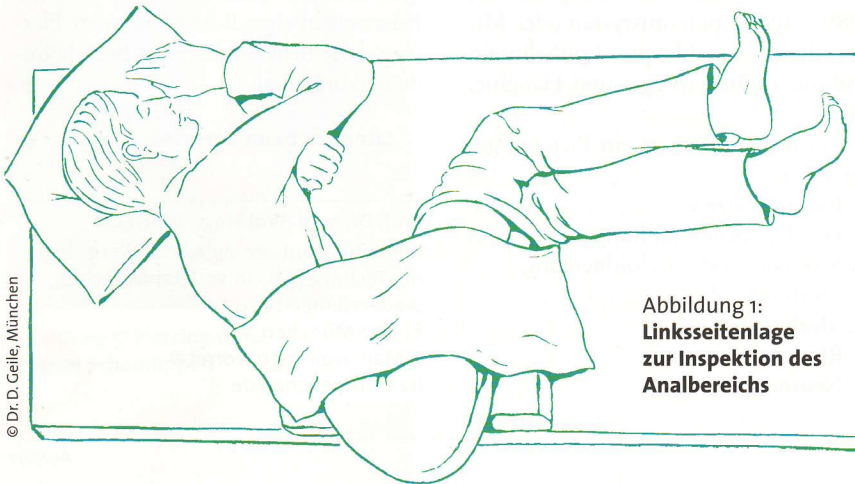


Abbildung 1:
**Linksseitenlage
zur Inspektion des
Analbereichs**

Die Erstdiagnostik proktologischer Krankheitsbilder ist für Urologen im wahrsten Sinne des Wortes naheliegend und außerdem leicht durchführbar – zumal sie oft erste Anlaufstelle sind. Entsprechend gut sollten sie sich in diesem wichtigen Randgebiet, das auch in ihrer Weiterbildungsordnung steht, auskennen.

Die Proktologie ist ein interdisziplinäres Fach, bei dem die Chirurgie, Gastroenterologie, Dermatologie, Gynäkologie und Urologie zusammenarbeiten sollen und müssen – was noch immer zögernd geschieht und nur langsam zunimmt. Der Urologe braucht auf jeden Fall soviel Proktologie, dass er Probleme grundsätzlich erkennen und die Diagnostik sowie Therapie veranlassen oder selbst durchführen kann – je nach Fähigkeit, Ausstattung und regional unterschiedlicher Zulassung. Wegen meist sehr unspezifischer Beschwerden ist es wichtig, die jeweils typischen Krankheitsbilder und die entsprechenden therapeutischen Möglichkeiten zu kennen.

Unerlässlich: die Basisdiagnostik

► Zur **Beckenbodenanamnese** gehört die ausdrückliche Frage nach analen Beschwerden, Blutungen, Familienvorgeschichte etc. – umgekehrt wird in der Proktologie auch nach uro-genitalen Symptomen gefragt. Gerade Funktionsstörungen werden nämlich oft verschwiegen, wie eine Untersuchung von *Sultan* belegte: Von über 23.000 Frauen

kam keine von sich aus auf Inkontinenzbeschwerden zu sprechen; es musste mehrfach und ausdrücklich danach gefragt werden. Durch die weitreichenden Vorsorgekampagnen der letzten Zeit scheint zumindest die transanale Blutung kein Tabuthema mehr zu sein, sodass Patienten deswegen auch einen Arzt konsultieren.

► Eine **Inspektion** kann jederzeit in Steinschnittlage (mit) durchgeführt werden. Bequemer für gebrechliche Patienten ist die Links-Seitenlage (Abb. 1). Veränderungen des äußeren Analbereichs sind bei der urologischen Untersuchung zwangsläufig zu sehen und sollten beachtet werden. Hauterkrankungen und Infektionen betreffen nicht selten alle Anteile des äußeren Beckenbodens und seiner Öffnungen.

► Mit der **digitalen Untersuchung** lassen sich beim urologischen Check auch gleich tastbare Befunde im Anorektum und Funktionsstörungen beziehungsweise morphologische Veränderungen des Beckenbodens feststellen.

► **Endoskopische Untersuchungen** wie die Proktoskopie und Rektoskopie vervollständigen die proktologische Basis-

diagnostik. Kann der behandelnde Arzt sie nicht selbst durchführen, sollte er den Patienten bei Beschwerden im Analbereich unbedingt an eine entsprechende Praxis weiterleiten. Die Fiberglasendoskopie dagegen ist ein wesentlicher Bestandteil der Koloproktologie und gehört damit in die Hände eines Spezialisten – in der Regel sind das Gastroenterologen oder Chirurgen.

Die proktologische **Symptomatik** umfasst vier typische, in der Regel kombiniert auftretende und völlig unspezifische Beschwerden:

- Pruritus, Brennen, Wundsein, Schmerzen;
- transanale Blutung;
- Knotenbildung;
- anale Funktionsstörungen.

Tabelle 1

Proktologische Basisdiagnostik

- | |
|---------------------------------------|
| — Anamnese |
| — Inspektion |
| — Digitale Untersuchung |
| — Endoskopie mit starrem Instrument |
| — Endoskopie mit flexiblem Instrument |



Abbildung 2: Akute perianale Dermatitis; entsteht beispielsweise bei Feuchtigkeit, führt durch Mazeration und Kratzen (Juckreiz) zur Erosion und Superinfektion der Haut



Abbildung 3: Schwerste ulzerierende Mazeration; Ursachen: Durchfälle, Inkontinenz, Hirnleistungsschwäche, mangelnde Pflege; führt zu einem Teufelskreis (durch Fehlen der sensiblen Hautoberfläche totale Inkontinenz)

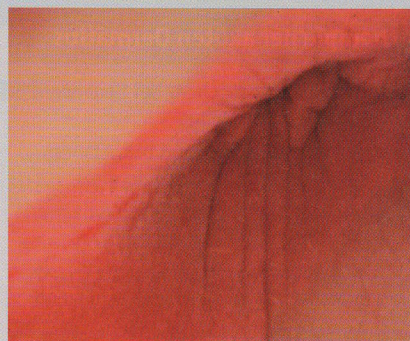


Abbildung 4: Psoriasis mit oft jahrelanger Vorgeschichte und Salbenbehandlung; schubweiser Verlauf, oft ausgelöst durch psychischen Stress, wird unter Salzwasser-/Sonneneinwirkung besser; Therapie mit Calcipotriol/Kortison, sonst ausschließlich Zinkpaste



Abbildung 5: Rezidivierende akute Dermatitis durch Herpes-Simplex-Virusinfektion; in der Regel genau zu bestimmende, teilweise winzige Regionen mit Juckreiz und Brennen peri-/intraanal; oft Zeichen für schlechten Allgemeinzustand; Therapie mit Aciclovir



Abbildung 6: Chronische Dermatitis beispielsweise durch Salben, Waschen etc.; führt durch Mazeration und Kratzen (Pruritus) zu Erosionen und schließlich zur Lichenifizierung/Ekzematisierung der Oberfläche



Abbildung 7: Kortison- beziehungsweise Salbenatrophie mit schwerem Juckreiz, therapieresistent; Therapie mit Farbstoffen, Zinkpaste, Puder – keine Salben!



Abbildung 8: Endstadium einer chronischen Hautschädigung (z. B. bei CED, Neurodermitis etc.) mit totaler Inkontinenz durch Sensibilitäts- und Elastizitätsverlust

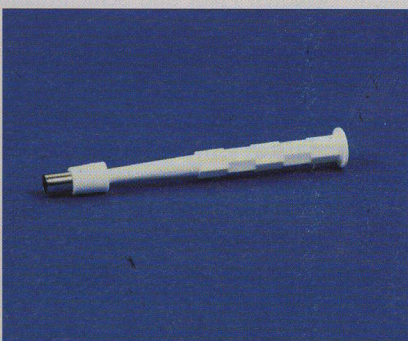


Abbildung 9: Einmal-Stanze zur Biopsie; jede flächige Hautveränderung, die trotz Therapie länger als drei bis vier Wochen besteht, bedarf der Abklärung mittels Probeentnahmen!



Abbildung 10: Spinaliom; seit über 20 Jahren Ekzem, ständige Therapie mit Salben und Anwendung

Tabelle 2

Therapie der akuten Dermatitis

- Sitzbäder, Abduschen, bei liegenden Patienten Umschläge
- zusätzlich Povidon-Jod o. ä., Tannin, Kamille (Vorsicht: Jod-Allergie!)
- Trocknen: Luft, Föhn (lau), Vorlagen, Naturfasern, häufig wechseln
- dick Abdecken mit Zinkpaste (Wasser aufnehmend, wundheilend, schützend)
- Vermeidung von Reizstoffen
- Spezifische Ursachen und Sekundärinfektionen behandeln!

Nachfolgend wird jedem dieser Symptome ein typisches anales Krankheitsbild zugeordnet und anhand dessen die Differenzialdiagnose abgehandelt.

Bei Pruritus ani: perianale Hautveränderungen

Akute Dermatitis: Die Haut reagiert auf jede Einwirkung – abhängig von Stärke und Dauer (chemisch oder mechanisch). Besonders stark betroffen sind feuchte Kammern wie beispielsweise die Rima ani. Dabei kommt es zu einem Teufelskreis: Oberflächenläsion – Superinfektion – Juckreiz – Oberflächenläsion durch Kratzen etc. Ausgangspunkt können auch allergische Reaktionen auf Therapeutika, Einwirkung ständiger Feuchtigkeit bei Verunreinigungen, Inkontinenz, Sekretion beim Hämorrhoidalleiden etc. sein – ebenso starkes Schwitzen, luftundurchlässige Kleidung und starke mechanische Beanspruchung bei Sport oder harter körperlicher Arbeit. Überdies haben scharfe und saure Nahrung oder bestimmte Medikamente einen Einfluss. Daraus entsteht das Bild der akuten perianalen Dermatitis (Abb. 2, S. 49), das neuerdings auch als „Stringdermatitis“ bei modebewussten Frauen zu sehen ist. Zur Therapie (Tab. 2) empfiehlt sich:

- Waschen mit klarem lauwarmen Wasser zweimal täglich,
- Abdecken mit Zinkpaste oder Penatencreme®,
- Vermeidung von Reizeinwirkungen,
- proktologische Sanierung (z. B. eines Hämorrhoidalleidens),
- Tragen und häufiges Wechseln einer weichen Vorlage.

Akut-chronische (rezidivierende) Dermatitis: Die Schädigung der perianalen Haut kann solche Ausmaße annehmen (z. B. bei der analen Inkontinenz), dass die Sensibilität durch Verlust der Hautoberfläche völlig abhanden kommt und die Inkontinenz sich infolge der **erosiven Dermatitis** extrem verstärkt (Abb. 3, S. 49). Solche Patienten können echte Notfälle sein. Mit den oben genannten Mitteln kann ihnen schon vor der weiteren Therapie des Grundleidens geholfen werden. Auch Patienten mit einer **analen Psoriasis** – unter Umständen als einzige Ausprägung der Krankheit – können sich als Notfall vorstellen (Abb. 4, S. 49). Oft haben die Patienten eine lange Leidensgeschichte und unzählige Salben ausprobiert, doch nichts kann den in Intervallen auftretenden quälenden Juckreiz stillen. Das Leiden kann zwar nicht geheilt, aber im Schub mit reinem Hydrokortison lokal über vier bis fünf Tage oder durch nächtliche Anwendung von Calcipotriol als Creme gelindert werden. Im Intervall ist bei leichten Beschwerden nur Zinkpaste erlaubt, alle fetthaltigen Salben und Cremes sind zu vermeiden.

Intra- und perianal können zeitweise stark juckende und brennende Bläschen beziehungsweise Läsionen eines **Herpes analis** auftreten (Abb. 5, S. 49). Typischerweise kann der Patient den Pruritus genau lokalisieren, auch wenn kein Herd im Intervall sichtbar wird. Es handelt sich in der Regel um kleine perianale Bezirke beziehungsweise intra-ale Entzündungen, die die Grenzfläche zwischen Haut und Schleimhaut betreffen. Auch bei dieser Lokalisation hat sich Aciclovir bewährt. Wichtig ist bei beiden Erkrankungen die Aufklärung des Patienten über die Rezidivneigung und deren Unvermeidbarkeit, um falschen Erwartungen vorzubeugen.

Chronische Dermatitis: Die Einwirkung der genannten Noxen, aber auch der therapeutisch angewandten Mittel führt über längere Zeit zur Lichenifizierung der Haut, Verdickung der Faltenkämme und Entstehung von „Abflussrinnen“, die wiederum die Feuchtigkeit von innen nach außen transportieren. Quälender Juckreiz führt zu Kratzen und damit zu Verletzungen der Haut. Diese infizieren sich und schließen so den

Teufelskreis. Das **chronisch-toxisch-degenerative Ekzem** (Abb. 6, S. 49) ist ein echtes therapeutisches Problem. Um den genannten Teufelskreis zu durchbrechen, ist eine begrenzte und überwachte Kortisonanwendung nötig. Darauf folgen Trockenlegung durch Farbstoffe, Abheilung durch Pasten – nicht Cremes oder Salben – und die Sanierung proktologischer Erkrankungen wie Hämorrhoiden oder Fisteln.

Eine zu lange oder häufige lokale Anwendung entsprechender Zubereitungen führt zur **Kortisonatrophie** der perianalen Haut – ebenfalls mit quälendem Juckreiz. Dies ist eine Veränderung, die kaum therapierbar ist (Abb. 7, S. 49).

Schwerste und alle Hautschichten betreffende Entzündungen beim analen Morbus Crohn können die Zerstörung aller Strukturen und damit eine komplette anale Inkontinenz zur Folge haben (Abb. 8, S. 49). Typisch für eine frühe Form der **Crohn-Dermatitis** sind ödematöse infiltrierende Entzündungen der Haut ohne besondere Beschwerden bei den Patienten. Es ist anzunehmen, dass eine frühzeitige Behandlung den Zerstörungsprozess aufhalten beziehungsweise verzögern kann. Voraussetzung ist jedoch, dass der anale Morbus Crohn als solcher erkannt beziehungsweise dass daran gedacht wird.

Grundsätzlich gilt, dass jede flächige Hautveränderung, die nicht abheilt, biopsiert werden sollte. Einfache Einmal-Stanzen in Lokalanästhesie liefern Proben, die für den Pathologen in jeder Richtung beurteilbar sind (Abb. 9). Die Abgrenzung praemaligner und maligner Veränderungen von chronischen Dermatitis ist makroskopisch nicht möglich – wie das Beispiel eines analen Spinalioms zeigt (Abb. 10). Dieser Patient ist 20 Jahre lang wegen eines chronischen Ekzems behandelt worden.

Dr. med. Dorothea Geile

Ärztin für Chirurgie,
Denningerstr. 44, 81679 München
E-Mail: dr-geile@t-online.de
www.dr-geile.de

Fortsetzung folgt ...

Im der nächsten Ausgabe geht es um virale Infektionen und Analkarzinome.