

Prof. Dr. med. Heiner Krammer

Praxis für Gastroenterologie und Ernährungsmedizin
am End- und Dickdarmzentrum, Mannheim

Koautoren: Dr. med. Nils Krakow, Mannheim;
Prof. Dr. med. Alexander Herold, Mannheim



In Zusammenarbeit mit der
Bayerischen Landesärztekammer

Teilnahme unter www.springermedizin.de/kurse-mmw

Anorektale Erkrankungen: So klären Sie die Ursache der Beschwerden!

Proktologie für Hausärzte

Anorektale Erkrankungen gehören auch zum Alltag der hausärztlichen Praxis und können in der Regel sehr rationell diagnostiziert werden. Wie fast immer sind jedoch zumindest grundlegende Kenntnisse und Erfahrungen auf diesem Gebiet erforderlich, um dann gezielt therapeutisch eingreifen zu können. Hier erfahren Sie, was Sie als Hausarzt tun können.

— Zur proktologischen Basisdiagnostik gehören die Anamnese (siehe Kasten), die Inspektion, die Palpation (mit Funktionsprüfung) und die Proktoskopie bzw. die Rektoskopie. Erst wenn nach diesen Schritten keine eindeutige Diagnose gestellt werden, sind weitere Untersuchungen notwendig.

Erweiterte Diagnostik

Die Koloskopie ist zur Abklärung kolorektaler Erkrankungen (Tumore und chronisch entzündliche Darmerkrankungen)

sinnvoll. Weitere Optionen sind neben der rektalen Endosonografie (Rektumtumor, Sphinkterdefekte, Fisteln) die Defäkografie oder Beckenboden-NMR (komplexe Beckenbodenstörungen).

Die anorektale Manometrie spielt heute eine untergeordnete Rolle. Die Messparameter variieren inter- und intraindividuell stark und korrelieren nur unzureichend mit dem Funktionszustand des Schließmuskels. Auch sind sichere Aussagen zur Kontinenzfunktion nach Kolostomarrückverlagerung nicht möglich. Hilfreich ist sie jedoch zur Untersuchung des rektoanalen Reflexes oder der Rektumwandcompliance.

Spezielle Beckenbodenfunktionsstörungen wie z. B. Anismus, Spastik oder Beckenbodendysfunktion können durch eine neurologische Diagnostik (u. a. Pudenduslatenzzeitmessung oder Nadel-Elektromyogramm) weiter eingegrenzt werden. Im Rahmen der Differenzialdiagnostik der chronischen Obstipation ist eine Kolontransitzeitmessung mit röntgen-opaken Markern (modifizierter Hintontest) eine rationale Methode um die Slow-Transit-Obstipation zu objektivieren (immer mit

Vom Leitsymptom zur Diagnose

Schmerz:
Fissur, Abszess, Anal(venen)thrombose

Blutung:
Hämorrhoiden, Fissur, Tumor

Juckreiz:
Ekzem, Hämorrhoiden, Fistel

Sekretion:
Fistel, Vorfall, Inkontinenz

gleichzeitigem Einsatz eines Stuhlprotokolls). Im Folgenden werden die wichtigsten, weil häufigsten proktologischen Krankheiten behandelt.

Hämorrhoidalleiden

Das Corpus cavernosum recti ist ein zirkulär unter der Enddarmschleimhaut gelegenes arteriovenöses Gefäßpolster. Als wichtiger Bestandteil des analen Kontinenzorgans ist es für die Feinkontinenz des Afters verantwortlich. Vergrößert es sich, spricht man von Hämorrhoiden, kommen noch Beschwerden (Symptome) hinzu, von einem Hämorrhoidalleiden. Ursache ist meist eine Vergrößerung oder ein Prolaps der Hämorrhoiden. Etwa die Hälfte der 50-Jährigen ist davon betroffen.

Ätiologie/Pathogenese

Noch ist die Ätiologie nicht gesichert. Diskutiert werden ein fehlerhaftes Ernährungs- und Defäkationsverhalten, anorektale Funktionsstörungen, eine genetische Disposition, sowie intraabdo-



© Krammer

Abb. 1 Hämorrhoiden Grad 3.

minelle Drucksteigerungen unterschiedlicher Genese.

Stadien der Hämorrhoiden:

Man teilt die Hämorrhoiden in vier Stadien ein:

- **Grad 1:** Nur proktoskopisch sichtbar vergrößertes Corpus cavernosum recti.
- **Grad 2:** Prolaps bei der Defäkation – retrahiert sich spontan.
- **Grad 3:** Prolaps bei der Defäkation – retrahiert sich nicht spontan, nur manuell reponibel (Abb. 1).
- **Grad 4:** Prolaps permanent fixiert – irreponibel.

Typische Symptome sind intermittierende Blutungen, Juckreiz, Nässen durch schleimige Sekretion, Prolapsgefühl, Feinkontinenzstörung, Stuhl drang und das Gefühl der unvollständigen Darmentleerung. Schmerzen bestehen nur selten.

Diagnostik

Sie umfasst Anamnese, Inspektion, Palpation und die Prokto- bzw. Rektoskopie.

Therapie

Behandelt wird nur das Hämorrhoidal-leiden: ohne Beschwerden keine Therapie! Zu den konservativen Maßnahmen zählen eine ballaststoffreiche Ernährung, gegebenenfalls eine Änderung des Defäkationsverhaltens (kein Pressen), Analhygiene und Gewichtsreduktion. Analtampons, Lokalanästhetika, Adstringenzen und Antiphlogistika können die Symptome lindern.

Wenn keine Beschwerdefreiheit erreicht wird, können die Sklerosierung nach Blond oder Blanchard oder bei Grad 2 die Gummiringligatur nach Barron erfolgen. Die Erfolgsrate dieser Maßnahmen liegt bei 70–80%. Bei 70% der Patienten, bei denen eine Sklerosierung durchgeführt wird, muss binnen eines Zeitraums von vier Jahren mit einem Rezidiv gerechnet werden. Nach einer Gummiringligatur ist dies innerhalb von vier Jahren nur bei 25% der Patienten der Fall.

Die operative Therapie soll die physiologische Lage und Größe der Schwellkörper wiederherstellen. Die Erfolgsrate liegt bei 95%, zu Komplikationen kommt es bei 5–20% der Patienten.

Analvenenthrombose

Hierbei handelt es sich um eine schmerzhafte Schwellung im Bereich des Afters, die durch Blutgerinnsel in den oberflächlichen Venen des Plexus hämorrhoidalis caudalis verursacht wird. Synonyme sind Analrandthrombose, Perianalthrombose und Perianalvenenthrombose.

Ätiologie/Pathogenese

Die genaue Ätiologie ist noch ungeklärt. Folgende Auslöser sind aber bereits bekannt: harter Stuhl, aber auch Durchfall, exzessives Pressen bei der Defäkation, unphysiologischer Druck von außen, z. B. langes Radfahren, scharfe Speisen, Spätphase der Schwangerschaft.

Diagnostik

Die Inspektion und Palpation zeigt eine prall-elastische, linsen- bis pflaumengroße Schwellung im Perianalbereich oder einen solitären bzw. multiple bläulich-rote, schmerzhafte Knoten am Afterrand. Es können erhebliche Schmerzen bestehen. Manchmal kommt es zu einer spontanen Entleerung durch Perforation.

Therapie

Nicht steroidale Antirheumatika (NSAR), Salben oder Zäpfchen (**kein Befexamac Autor bitte erklären, warum nicht**) können Linderung verschaffen. Entschließt man sich zu einem operativen Vorgehen, sollte man eine Exzision wählen, da eine alleinige Inzision meist nicht erfolgreich ist.

Prognose

Oft kommt es zu einem spontanen Rückgang der Schmerzen (in wenigen Tagen) und der Schwellung (in wenigen Wochen).

Analekzem

Eine akute oder chronisch-entzündliche Reaktion der perianalen Haut bzw. der anodermalen Auskleidung des Analkanals wird Anal-ekzem genannt. Zu erkennen sind eine Rötung, Erosionen und Rhagaden. Es besteht – oft nachts – ein starker Juckreiz. Die Patienten klagen über brennende Schmerzen. Typisch sind Nässen und Blutspuren am Toilettenpapier.



Abb. 2 Analvenenthrombose.

Ätiologie/Pathogenese

Meist tritt ein Anal-ekzem als Folge- oder Begleiterscheinung anderer dermatologischer, allergischer oder proktologischer Erkrankungen auf. Das feuchte Milieu in der Analfalte sowie mechanische Reizung begünstigen die Entstehung.

Klassifikation:

Man unterscheidet drei Formen des Anal-ekzems.

- **Irritativ-toxisches Ekzem:** Es entsteht durch Schleim- und Stuhlabsonderungen, Feinkontinenzstörung (z. B. Hämorrhoidal-leiden, Prolaps), Sphinkterinsuffizienz, postoperative Zustände, Fisteln sowie falsche und/oder übermäßige Reinigung.
- **Das atopische Anal-ekzem (Neurodermitis):** Hier liegt eine Überempfindlichkeit gegen Umweltstoffe (Typ-I-Allergie) zugrunde.
- **Das allergische Kontaktekzem (Typ-IV-Allergie):** Es entsteht durch lokale allergische Reizung durch Hautpflege-mittel, feuchtes Toilettenpapier mit Duftstoffen sowie Externa aller Art.

Diagnostik

Anamnese, Inspektion und proktologische Untersuchung können gegebenenfalls bei Verdacht auf ein allergisches Kontaktekzem durch einen Epikutantest ergänzt werden.

Therapie

Zugrundeliegende proktologische Erkrankungen müssen behandelt werden.

Wichtig sind eine Hygieneberatung und die Regulierung des Stuhlgangs. Irritative Stoffe sind zu vermeiden.

Medikamentös können kurzfristig schwache bzw. mittelstarke topische Kortikoide eingesetzt werden. Bei chronisch rezidivierendem Verlauf empfiehlt sich eine Intervalltherapie.

Prognose

Meist verläuft die Sanierung problemlos. Es besteht jedoch die Gefahr der Chronifizierung.

Anal fissur

Die akute Anal fissur (auch rezidivierend) stellt einen schmerzhaften Einriss der Haut zwischen Linea dentata und Analrand mit glatten Wundrändern dar. Zu 80–90% kommt sie im hinteren Kommissurbereich vor.

Die chronische Anal fissur ist ein längliches, manchmal schmierig belegtes Ulkus, auf dessen Grund u.U. die quer verlaufenden Fasern des M. sphincter ani internus sichtbar sind.

Sekundäre Veränderungen sind möglich. Der Häufigkeitssgipfel liegt zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr. Als Synonyme sind Fissura ani und Afterriss bekannt.

Ätiologie/Pathogenese

Die Ursachen der Anal fissur sind multifaktoriell. So zählen u. a. ein harter, voluminöser Stuhlgang oder Entzündungen des kryptoglandulären Apparates

und Entzündungszustände mit Elastizitätsverlust (anodermales Ekzem) zu den Auslösern. Auch eine verminderte arterielle Vaskularisation in der hinteren Kommissur, ein Mikrotrauma und evtl. ein primärer Sphinkterspasmus mit funktioneller Analstenose fördern die Entstehung einer Anal fissur.

Die Patienten klagen über einen hellen, stechenden Defäkationsschmerz und über Brennen und Blutung während und nach dem Stuhlgang. Der Schmerz kann zu einem reflektorischen Spasmus des Schließmuskels führen.

Diagnostik

Nach Erhebung der Anamnese sollte die Inspektion bei vorsichtigem Spreizen der Nates erfolgen. Die Fissur ist meist bei sechs Uhr in Steinschnittlage sichtbar. Die rektal digitale Untersuchung sollte mit anästhesierenden Salben oder in Lokalanästhesie durchgeführt werden. Die Proktoskopie ist meist zu schmerzhaft.

Therapie

Die Sklerosierung der Fissur ist heute ebenso obsolet wie die Verordnung von Laxanzien. Medikamentös empfiehlt sich eine pharmakologische Sphinkterrelaxation mit relaxierenden Salben (Nitrate oder Kalziumantagonisten), die auch einen guten Effekt auf die Schmerzen hat.

Alternativ werden Botulinumtoxin-Injektionen in den M. sphincter ani vorgenommen, wodurch es zu einer reversiblen (binnen acht bis zwölf Wochen) Lähmung mit Tonussenkung im Analkanal kommt (Cave: off label use). Bei chronischen Anal fissuren sollte man eine operative Sanierung anstreben (z. B. Fissurektomie nach Gabriel).

Komplikationen

Es kann zur chronischen Anal fissur mit Abszess- oder Fistelbildung kommen. Infolge narbiger Veränderungen können Analstenosen entstehen.

Prognose

Die akute Fissur heilt häufig spontan ab. Bei der chronischen Fissur liegt die Heilungsrate durch konservative Therapie

bei 60%, bei operativen Eingriffen bei 95%. Wichtig ist die Prophylaxe, die eine Stuhlregulierung, ausreichende Flüssigkeitszufuhr und Zinksalben vorsieht.

Anal fistel

Anal fisteln sind röhrenförmige Verbindungen zwischen Analkanal oder Rektum und der Haut des Afters. Sie sind fast immer erworben. Der Häufigkeitssgipfel liegt zwischen dem 20. und 50. Lebensjahr, wobei Männer doppelt so häufig betroffen sind wie Frauen.

Ätiologie/Pathogenese

Ursache ist meist eine Infektion im Bereich einer der Proktodealdrüsen im intersphinkterischen Raum. Anal fisteln entstehen häufig als Folge von Abszessen.

Klassifikation

Je nach Lokalisation unterscheidet man folgende Anal fissuren:

- Subanodermal: unter dem Anoderm (Analkanalhaut).
- Intersphinkteräre Fisteln: zwischen innerem und äußerem Schließmuskel.
- Transsphinkteräre Fistel: durchdringt den inneren und äußeren Schließmuskel.
- Suprasphinkteräre Fistel: selten, aufsteigend bis oberhalb des Sphinkters, somit kranial des äußeren Schließmuskels nach außen ziehend.
- Extrasphinkteräre Fistel: Meist handelt es sich um die Folge von Verletzungen oder Bestrahlung (iatrogene Fisteln). Sie können jedoch auch im Verlauf eines Morbus Crohn entstehen.

Symptome

Im Vordergrund stehen weniger die Schmerzen, als vielmehr das anale Nässen, sowie Sekret- und Eiteransammlungen.

Diagnostik

Zu Inspektion, Palpation und rektaler, digitaler Untersuchung kommt die Fistel Sondierung.

Therapie

Die konservative Therapie kann lediglich die Entzündung reduzieren. Eine Heilung ist durch konservative Maßnahmen nicht zu erreichen. Operativ kom-



© Krammer

Abb. 3 Chronische Anal fissur.



Abb. 4 Analfistel.



Abb. 5 Condylomata acuminata.

men die Fistulotomie/Fistelektomie, die Fistelexzision mit plastischem Fistelverschluss, die Fistulektomie mit primärer Sphinkterrekonstruktion sowie – vor allem bei Morbus Crohn – die Langzeit-Fadendrainage in Frage

Komplikationen

Zu den Komplikationen zählen Rezidive, unvollständige Fistelentfernung sowie Kontinenzstörungen.

Analabszess

Der Analabszess wird auch als periproktitischer Abszess oder Perianalabszess beschrieben. Hierbei handelt es sich um eine abgekapselte Eiteransammlung im anorektalen Gewebe, die die akute Verlaufsform der Analfistel darstellt. Ein Analabszess kann ischiorektal, intersphinkitär, subanodermal/submukös oder pelvirektal lokalisiert sein.

Ätiologie/Pathogenese

Auslöser kann eine Infektion im Bereich einer Proktodealdrüse im intersphinktären Raum sein.

Symptome

Die Patienten klagen über Druckschmerzen oder einen pochenden Schmerz. Sie haben Fieber und gelegentlich ein starkes Krankheitsgefühl und spüren nach Perforation oder Eröffnung eine deutliche Erleichterung ihrer Beschwerden.

Diagnostik

Anamnese, Inspektion und Sonografie reichen in der Regel aus, um die Diagnose zu sichern.

Therapie

Beim Analabszess handelt es sich um einen Notfall. Der Abszess muss umgehend chirurgisch eröffnet und drainiert werden. Anschließend erfolgt eine offene Wundbehandlung. Wenn dies möglich ist, sollte zeitgleich die Begleit- bzw. Quelfistel beseitigt werden. Die Anwendung von Antibiotika oder Zugsalbe ist heute obsolet.

Komplikationen

Gefürchtet sind das Rezidiv, die Fistelpersistenz oder ein Fortschreiten der Entzündung.

Sinus pilonidalis

Der Sinus pilonidalis – auch Steißbeinfistel genannt – ist eine chronisch entzündliche Erkrankung der Gesäßfalte (Rima ani) im Subkutangewebe. Sie erreicht per definitionem den Knochen nicht.

Ätiologie/Pathogenese

Durch Eindringen von Haaren in die Haut kann ein Fremdkörpergranulom entstehen. Häufig liegt eine genetische Disposition vor. Faktoren wie starke Schweißsekretion, starke Behaarung, Adipositas oder mangelnde Hygiene begünstigen die Entstehung des Sinus.

Symptome

Im akuten Stadium sind Schmerzen, Schwellung und Rötung im unteren Bereich des Steißbeins zum After hin typisch. Die Region ist stark druckschmerzempfindlich. Auf Druck kann es zur Perforation mit Abgang von Eiter oder blutiger Flüssigkeit kommen.

Chronifiziert die Steißbeinfistel, so mildern sich die Symptome deutlich ab oder verschwinden ganz. Sekretion und ein geringer Druckschmerz können in manchen Fällen persistieren.

Diagnostik

Die Inspektion der Steißbeinregion zeigt die Entzündungszeichen und Fistelöffnungen.

Therapie

Die Therapie besteht in der operativen Entfernung des gesamten Befundes und der plastischen Rekonstruktion bzw. Sekundärheilung.

Komplikationen

Ein primärer Wundverschluss führt zu einer hohen Rezidivrate.

Prognose

Nach kompletter Heilung sind erneute Beschwerden sehr selten.

Condylomata acuminata

Bei den Condylomata acuminata (auch Feigwarzen, spitze Kondylome genannt) handelt es sich um vereinzelte oder multiple rötliche oder weißliche Papeln, die stecknadelkopf- bis hühnereigroß werden und perianal, intraanal, intrarektal oder genital vorkommen können. Blumenkohlartige Veränderungen sind möglich.

Die Infektionsrate liegt bei 60% der erwachsenen Bevölkerung. Sie stellt eine der häufigsten sexuell übertragbaren Erkrankungen, v.a. bei Immunkompromitierten, dar.

Ätiologie/Pathogenese

Ursache ist eine Infektion mit Humanen Papillomviren (HPV). Wichtig: Nur wenige Infizierte entwickeln Kondylome. Histologisch sind Fibroepitheliome und intraepitheliale Neoplasien der Grade 1–3 bekannt.

Die Ansteckung erfolgt vorwiegend über sexuelle Kontakte, seltener durch Schmierinfektionen.

Differenzialdiagnose

Condylomata acuminata müssen von Condylomata lata bei Sekundärsyphilis, Morbus Bowen (AIN), Morbus Paget, vulgäre Warzen und Marisken unterschieden werden.

Symptome

Betroffene klagen über Juckreiz und manchmal über Absonderung eines übel riechenden Sekrets und ständig feuchten Anus. Es können geringfügige Blutungen auftreten.

Diagnose

Nach der Inspektion ist eine Proktoskopie dann notwendig, wenn sich die Kondylome nach intranal ausdehnen.

Therapie

Die Behandlung erfolgt mit Imiquimod- oder Podophylloxin-Creme. Bei großen und multiplen Kondylomen ist eine flüssigkeitsunterstützte Koagulation bzw. Lasertherapie zu empfehlen.

Komplikationen:

Die Rezidivrate liegt bei 20–50%. In seltenen Fällen kommt es zur malignen Entartung.

Prognose

Bis zu 30% der Betroffenen erfahren eine Spontanremission. Bei langer Dauer kann es in seltenen Fällen zur Entwicklung eines Buschke-Löwenstein-Tumors (Condylomata gigantea, Riesenkondylom) kommen. Es kann sich jedoch auch ein Plattenepithelkarzinom entwickeln.

Das Analkarzinom

Das Analkarzinom ist ein seltener, bösartiger Tumor der Haut des Afterrandes

und des Analkanals. Es macht 1% aller kolorektalen Karzinome aus. Frauen sind häufiger als Männer betroffen. Vorwiegend manifestiert es sich im sechsten und siebten Lebensjahrzehnt.

Ätiologie/Pathogenese:

Beim Analkarzinom handelt es sich um einen lokal infiltrierenden Tumor. Histopathologisch unterscheidet man:

- Plattenepithelkarzinom und kloakogenes Karzinom (90%). Dieses geht meist vom Übergangsepithel aus.
 - Adenokarzinom. Hier handelt es sich um eine bösartige Entartung von Analdrüsen.
 - Das kleinzellige Analkarzinom.
 - Das undifferenziertes Analkarzinom.
- Risikofaktoren für die Entwicklung eines Analkarzinoms sind eine Infektion mit Humanen Papillomviren (HPV 16), das Vorliegen einer Immundefizienz, häufiger Analverkehr, Nikotinabusus, Condylomata acuminata und die Gonorrhö.

Symptome

Typische Symptome sind die anale Blutung, Pruritus und eine anale Knotenbildung bzw. Fremdkörpergefühl. Schmerzen sind eher selten. Bei Infiltration der Sphinktermuskulatur entsteht Inkontinenz.

Diagnostik

Die Inspektion und digitale Untersuchung zeigen einen derben Anallring und/oder Knoten. Erforderlich sind darüber hinaus eine Proktoskopie mit Biopsie und bei nachgewiesenem Karzinom das Tumorstaging.

Therapie

Bei T1-Plattenepithelkarzinomen ist eine lokale Exzision möglich. Andernfalls erfolgt eine kombinierte Strahlentherapie. Falls das Karzinom darauf nicht anspricht, erfolgt die abdominoperineale Rektumexstirpation mit dem Ziel der Heilung unter Erhalt der Kontinenz.

Komplikationen

Rezidiv und eine mögliche Inkontinenz stellen Komplikationen dar.

Prognose

Je größer der Tumor ist, desto schlechter sind die Heilungschancen (< 2cm: ca. 80% Heilung, > 5cm: ca. 50% Heilung). Die Fünf-Jahres-Überlebensrate liegt bei 60–85%.

Literatur beim Verfasser

Für die Verfasser

Prof. Dr. med. Heiner Kramer
Praxis für Gastroenterologie und Ernährungsmedizin am End- und Dickdarmzentrum Bismarckplatz 1
D-68165 Mannheim
E-Mail: info@magendarm-zentrum.de

Proktologie für den Hausarzt

Fazit für die Praxis

1. Durch eine proktologische Basisdiagnostik lassen sich die meisten proktologischen Erkrankungen in der Hausarztpraxis erkennen.
2. Bei differenzialdiagnostischen Kenntnissen sind die Beschwerden im Anorektalbereich gut zuzuordnen.
3. Eine weiterführende Diagnostik kann, wenn notwendig, im Verlauf durchgeführt werden.
4. Die meisten proktologischen Erkrankungen lassen sich konservativ gut behandeln. Operative Verfahren kommen bei erst höhergradigen Erkrankungsstadien zum Einsatz.

Keywords

Proktologie für Hausärzte (übersetzen)
proctological basics – haemorrhoids – anal eczema – anal tumour – anal viral disease

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließen. Sie legen folgende potenzielle Interessenkonflikte offen: (z.B. keine)
Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags von zwei unabhängigen Gutachtern geprüft wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung. Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

CME-Fragebogen

FIN: MM1507U8

gültig bis 30.4.2015

Bitte beachten Sie:

- Die Teilnahme ist nur online unter www.springermedizin.de/eAkademie möglich.
- ausführliche Erläuterungen unter www.springermedizin.de/info-eakademie



Diese CME-Fortbildungseinheit ist von der Bayerischen Landesärztekammer mit zwei Punkten in der Kategorie I zur zertifizierten Fortbildung anerkannt.

DOI 10.1007/s15006-015-2545-0

Proktologie für Hausärzte

Durch welche Struktur wird die Feinkontinenz im Analkanal gewährleistet?

- Corpus cavernosum recti.
- Rektummukosa.
- M. sphinkter ani externus.
- M. sphinkter ani internus.
- Anoderm.

Ein 25-jähriger Patient stellt sich mit Unterbauchschmerzen, perianalen Blutabgängen und Diarrhö (5x/d) in Ihrer Praxis vor. Vor vier Wochen wurden vergrößerte Hämorrhoiden Grad I verödet. Durch welche Untersuchung können Sie eine chronisch entzündliche Darmerkrankung ausschließen?

- Koloskopie.
- Anale Manometrie.
- Computertomogramm des Abdomens.
- Dünndarm-Manometrie.
- Kolontransitzeitmessung.

Welche Aussage zur Analvenenthrombose trifft zu?

- Eine Analthrombose kann nicht konservativ behandelt werden.
- Analvenenthrombosen kommen bei chronischem Durchfall nicht vor.
- Nicht steroidale Antirheumatika haben keinen Platz in der konservativen Therapie.
- Operativ wird eine Exzision anstatt einer Inzision empfohlen.
- Eine digitale Austastung ist nicht notwendig.

Welche Aussage zu Hämorrhoiden Grad 3 trifft zu?

- Es handelt sich um einen Prolaps des Hämorrhoidalpolsters bei der Defäkation, der sich nicht spontan retrahiert.
- Sie sind inoperabel.
- Sie sind irreperibel.

- Sie sind nur proktoskopisch sichtbar.
- Nach einer Sklerosierung ist ein Rezidiv ausgeschlossen.

Welche Untersuchung kann im Rahmen der Differenzialdiagnostik zur Objektivierung der Obstipation führen?

- Kolontransitzeitmessung.
- Anorektale Manometrie.
- Pudenduslatenzzeitmessung.
- Rektale Endosonographie.
- Koloskopie.

Welcher Virus ist für die Entstehung von Condylomata acuminata verantwortlich?

- Humanes Papillomvirus.
- Zytomegalievirus.
- Hepatitis-B-Virus.
- Eppstein-Barr-Virus.
- Humanes Immundefizienz-Virus.

Was ist ein Risikofaktor für die Entwicklung eines Analkarzinoms?

- Analvenenthrombose.
- Hämorrhoidalleiden.
- Reizdarmsyndrom.
- Condylomata acuminata.
- Rektumprolaps.

Welche Aussage zu den Condylomata acuminata trifft zu?

- Es handelt sich um eine seltene Erkrankung.
- Die Ansteckung erfolgt meist über Schmierinfektionen.
- Eine wichtige Differenzialdiagnose sind Hämorrhoiden Grad 2.
- Typisch für Condylomata acuminata sind starke Blutungen.
- Die Rezidivrate liegt bei 20–50%.

Welche Aussage zur Ätiologie des Analkarzinoms trifft zu?

- Ein langjähriges Fistelleiden kann zu einem Analkarzinom führen.
- Immunsupprimierte Patienten neigen dazu, ein Analkarzinom zu entwickeln.
- Viruserkrankungen können als Auslöser ausgeschlossen werden.
- Anale Morbus-Chrohn-Läsionen führen zwangsläufig zu einem Analkarzinom.
- Es besteht kein Zusammenhang mit Nikotinabusus.

Welche Aussage zur Therapie von Hämorrhoiden ist falsch?

- Bei Hämorrhoiden Grad 2 kann die Therapie über eine Gummiringligatur nach erfolgen.
- Betroffenen sollte zur Reduktion des Gewichts geraten werden.
- Die Rezidivrate nach Gummiringligatur liegt bei bis zu 25% in einem Zeitraum von vier Jahren.
- Auch wenn keine Beschwerden bestehen, muss therapeutisch eingegriffen werden.
- Nicht steroidale Antirheumatika haben keinen Platz in der Therapie des Hämorrhoidalleidens.

Bitte beachten Sie:

Diese zertifizierte Fortbildung ist zwölf Monate auf springermedizin.de/eakademie verfügbar. Dort erfahren Sie auch den genauen Teilnahmeabschluss und erhalten bei technischen und inhaltlichen Fragen tutorielle Unterstützung. Pro Frage ist jeweils nur eine Antwortmöglichkeit (Richtig- oder Falschaussage) zutreffend. Sowohl die Fragen als auch die zugehörigen Antwortoptionen werden im Online-Fragebogen in zufälliger Reihenfolge ausgespielt, weshalb die Nummerierung von Fragen und Antworten im gedruckten Fragebogen unterbleibt. Prüfen Sie beim Übertragen der Lösungen aus dem Heft daher bitte die richtige Zuordnung.