

# Erkrankungen des Anorektums: Rationale Diagnostik

## Wann muss die Basisdiagnostik durch weiterführende Verfahren ergänzt werden?



Schon mithilfe der proktologischen Basisdiagnostik kann ein erfahrener Untersucher den weit größten Teil proktologischer Erkrankungen rational abklären, meint Prof. Heiner

Kramer, Mannheim. Er sieht die erweiterte Diagnostik, beispielsweise durch eine Koloskopie, eine rektale Endosonografie oder eine Beckenboden-NMR, nur als Zusatzoption, falls die Anamnese, die Inspektion, die Palpation (zusammen mit einer Funktionsprüfung), die Proktoskopie (auch unter Pressen) und die Rektoskopie tatsächlich nicht ausreichen, um die bestehenden Symptome ausreichend abzuklären.

Anorektale Erkrankungen gehören auch zum Alltag der gastroenterologischen Praxis und können in der Regel sehr rational diagnostiziert werden. Jedoch sind – wie fast immer – Kenntnisse und Erfahrungen auf diesem Gebiet erforderlich, um gezielt und rational vorzugehen.

### Basisdiagnostik: von der Anamnese bis zur Rektoskopie

Die Basis einer jeden guten Diagnostik ist zweifellos eine umfas-

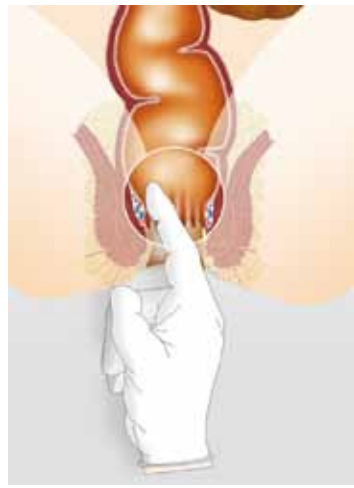


Abb. 1 Digitale Untersuchung.

sende Anamnese. Um die Differenzialdiagnose so bereits eingrenzen zu können, ist es jedoch wichtig, die oft ungenauen Angaben des Patienten („alles am After sind Hämorrhoiden“) durch gezielte Fragen zu präzisieren. Tatsächlich sprechen anale Schmerzen nicht in der Regel für das Vorliegen eines Hämorrhoidalleidens. Schmerzen bei der Defäkation verbunden mit Blut am Papier deuten auch auf das Vorliegen einer Analfissur hin, starke Schmerzen können durch eine Perianalthrombose oder einen Abszess verursacht sein. Die Inspektion, der zweite Schritt in der Basisdiagnostik, wird bevorzugt in Steinschnittlage oder Linksseitenlage durchgeführt, wobei die Lageorientierung entsprechend der „anal clock“ erfolgt: 6 Uhr ist immer in Richtung Steiß-

beinspitze. Häufig ergibt sich bereits durch die Inspektion eine „Prima-vista“-Diagnose (z.B. Perianalthrombose, Fistel, Fissur, Hämorrhoiden Grad III oder IV, perianales Ekzem, Kondylome). Pathologische Befunde wie ein Analprolaps oder ein Rektumprolaps 2. und 3. Grades lassen sich jedoch oft erst durch aktives Pressen des Patienten während der Inspektion erkennen. Proktologische Untersuchungen im Rahmen einer Koloskopie sollten daher stets vor der Narkose bzw. der Analgosedierung am ansprechbaren Patienten erfolgen.

Neben morphologischen Veränderungen (z.B. Tumor, Rektozele) lassen sich dann mithilfe der digitalen Palpation auch wichtige funktionelle Parameter des Beckenbodens (Spinkterruhe und Spinkterkneifdruck, Puborektalisfunktion) bestimmen – beispielsweise bei der Abklärung einer Inkontinenz oder einer Beckenbodendyskoordination. Die digitale funktionelle Beurteilung eines erfahrenen Untersuchers ist der Wegbereiter für den Einsatz weiterführender diagnostischer Verfahren, wie zum Beispiel die Magnetresonanztomografie (MRT), die Computertomografie (CT) und Defäkografie, verzichten zu können.

Die starre instrumentelle Untersuchung (Ano-/Prokto-/Rektoskopie) ist in der Proktologie auf keinen Fall durch die flexible Endoskopie zu ersetzen (wie einige gastroen-

terologische Kollegen annehmen). Insbesondere das vorne offene Proktoskop mit geraden Anschnitt (Proktoskop nach Morgan) bietet eine gute Übersicht. Auch im Rahmen einer Funktionsproktoskopie, also nach Aufforderung des Patienten zum Pressen, kann damit zum Beispiel ein Rektumprolaps Grad 1 oder ein Prolaps der vorderen Rektumwand gegebenenfalls verbunden mit einem Ulcus simplex recti sehr gut beurteilt werden. Der zusätzliche Einsatz eines Spreizspekulums kann in besonderen Fällen die Übersicht im unteren analen Kanal verbessern.

### Erweiterte Diagnostik nur, wenn die Basisdiagnostik nicht ausreicht

Wenn durch die Basisdiagnostik das Symptom nicht ausreichend abgeklärt werden konnte und/oder wenn für die Therapie Zusatzinformationen erforderlich sind, ist eine erweiterte Diagnostik indiziert. So eignet sich die Koloskopie zur Abklärung kolorektaler Erkrankungen (z.B. Tumor, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen), während mithilfe einer rektalen Endosonografie Rektumtumore, Spinkterdefekte oder Fisteln diagnostiziert werden können. Komplexe Beckenbodenstörungen lassen sich anhand einer Beckenboden-NMR abklären.

Eine immer geringere Rolle spielt dagegen die anorektale Manometrie. Zum einen unterliegen ihre

Messparameter einer hohen inter- und intraindividuellen Variabilität, zum anderen besteht nur eine unzureichende Korrelation zwischen Messwert und Funktionszustand des Schließmuskels (dies gilt auch für die prognostische Aussage über die Kontinenzfunktion nach einer Rückverlagerung eines Kolostomas). Dementsprechend ist dieses Verfahren nur für spezielle Fragestellungen, wie die Bestimmung des rektoanalen Reflexes oder die Rektumwand-Compliance, erforderlich.

Spezielle Beckenbodenfunktionsstörungen wie beispielsweise ein Anismus, eine Spastik oder eine Beckenbodendysfunktion lassen sich durch eine neurologische Diagnostik (u.a. Pudenduslatenzzeitmessung, Nadel-Elektromyogramm) weiter eingrenzen. Im Rahmen der Differenzialdiagnostik der chronischen Obstipation ist eine Kolontransitzeitmessung mit röntgenopaken Markern (modifizierter Hintontest) eine rationale Methode, um die Slow-Transit-Obstipation zu objektivieren (aber immer mit gleichzeitigem Einsatz eines Stuhlprotokolls).

