

## Proktologie

# 13. Symposium „Aktuelle Proktologie“ des Proktologischen Zentrums Berlin

Am 11. Mai 2019 fand das 13. Symposium „Aktuelle Proktologie“ des Proktologischen Zentrums Berlin statt. Im Leibnizsaal der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften fanden sich erneut etwa 300 Teilnehmer ein, denen Vorträge aus einem breiten Spektrum an Themen aus Praxis und Klinik geboten wurde.

Von Dr. Horst Loch, Dr. Fedor Ernst und Dr. Daniel Sterzing

Dr. Horst Loch (Berlin) eröffnete die Veranstaltung mit einem Vortrag über die **Behandlung von Hämorrhoiden 3. Grades mittels Radiowellen (Radiofrequenzablation)**. Weltweit gelten die Resektionsmethoden immer noch als die häufigste Operationstechnik für Hämorrhoiden dritten Grades. Sie sind aber mit zum Teil heftigen postoperativen Schmerzen und mit einer gewissen Arbeitsunfähigkeit verbunden. Deswegen ist man seit längerer Zeit auf der Suche nach schmerzärmeren und weniger invasiven Verfahren.

Eine neue Technik ist die Behandlung mit Radiowellen mittels einer Einstichsonde, die Rafaelo Prozedur (Fa. F-care Systems). Die Therapie findet in Lokalanästhesie statt und kann ambulant durchgeführt werden. Mit einem Spezialproktoskop wird der Hämorrhoidalknoten eingestellt (siehe Abb. 1), an der Basis wird ein Lokalanästhetikum injiziert, die Einstichsonde wird in den Knoten eingestochen (siehe Abb. 2). Mittels Radiowellen wird im Gewebe eine Temperatur von zirka 120 Grad Celsius erzeugt, wodurch im Hämorrhoidalknoten eine Thermokoagulation erfolgt. Dies führt zu einer Geweberetraktion mit Beseitigung des Hämorrhoidalprolapses. Es gibt keine Schnitte, keine offenen Wunden

und keine Absonderung von Wundflüssigkeit. Die bisherigen Studien ergaben keine schwerwiegenden Nebenwirkungen, nur geringe postoperative Schmerzen, eine nur geringe Beeinträchtigung des Patienten, keine oder eine nur kurzzeitige Arbeitsunfähigkeit. Es ist ein minimal-invasives Verfahren, eine einfache und sichere Technik. Langzeitergebnisse allerdings stehen noch aus.

Prof. Martin E. Kreis (Berlin) trug vor zu dem Thema: **Roboterassistierte Rektumchirurgie: Mode oder Vorteil?** Diese Technik bietet einige Vorteile: eine hochauflösende, dreidimensionale, sehr stabile Sicht, große Bewegungsfreiheit durch Steuerungshandgriffe, Herausfilterung des natürlichen Tremors, bequeme Sitzposition an der Konsole für den Chirurgen.

Die Frage ist, ob sich diese Vorteile auf eine Verbesserung der direkt postoperativen oder die langfristigen funktionellen oder onkologischen Ergebnisse auswirken. Studien zeigen unterschiedliche Ergebnisse. In den meisten Studien ist die Konversionsrate geringer als in der laparoskopischen Gruppe. Postoperative Komplikationen und die 30-Tage-



Abb. 1: Einstichsonde und Spezialproktoskop

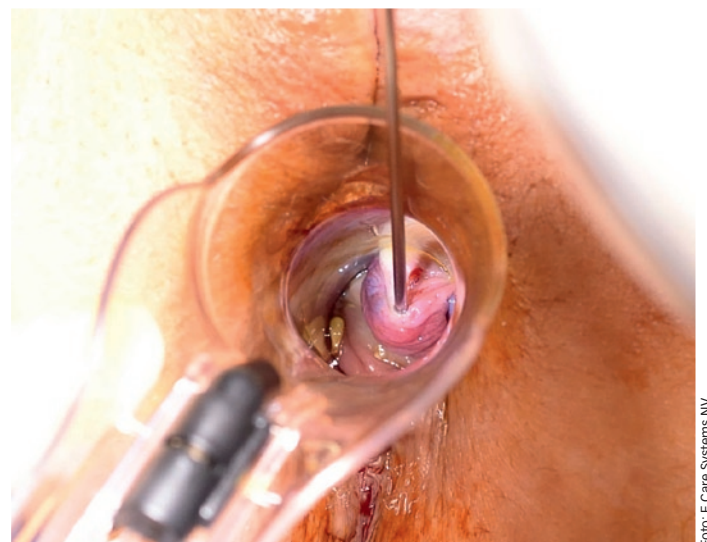


Abb. 2: Sonde im Hämorrhoidalknoten

Mortalität waren gleich. In einer Studie war der Blutverlust geringer, in einer anderen die postoperative Sexualfunktion deutlich besser. Das Potential des Operationsroboters im engen Raum, besonders im engen männlichen Becken, und zur Schonung sensibler Nervenstrukturen wird als groß eingeschätzt. Die roboterassistierte Rektumchirurgie bringt Vorteile mit sich, ein Hype ist aber nicht angebracht. Sie muss von einer wissenschaftlichen Evaluation begleitet sein. Roboter-Chirurgie ist sehr kostenintensiv, die hohen Anschaffungs- und Unterhaltungskosten sind ein limitierender Faktor.

Priv.-Doz. Dr. Christoph Holmer (Berlin) sprach zur **Chirurgie bei chronisch-entzündlicher Darmerkrankung (CED)**. Wenngleich die chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen Colitis ulcerosa (CU) und Morbus Crohn (MC) primär konservativ therapiert werden, ist bei etwa 15 Prozent der CU-Patienten und bei 50 bis 80 Prozent der MC-Patienten im Krankheitsverlauf eine Operation erforderlich. Bei der CU hat sich die Proktokolektomie mit ileoanaler Pouchanlage als Standardoperation durchgesetzt, wobei die pouchanale Anastomose mit Stapler unter Belassung der transanal Transitionalzone sowie maximal zwei Zentimeter Rest-Rektummukosa unter funktionellen Gesichtspunkten tendenziell besser zu sein scheint als die Mukosektomie mit Handnaht.

Beim Morbus Crohn sollte dagegen darmsparend eine limitierte, tubuläre Resektion und/oder Strikturoplastik erfolgen. Neuere Daten weisen allerdings darauf hin, dass der Erhalt des Mesenteriums bei der tubulären Resektion und mikroskopisch positive Schnittländer zu einer höheren Rezidivrate führen. Bei isoliertem Ileozökalbefall sollte der Patient über eine primäre Operation als Alternative zur Eskalation der konservativen Therapie aufgeklärt werden. Im Hinblick auf die Anastomosenkonfiguration zeigen aktuelle Daten einer neuen, funktionellen End-zu-Endanastomose (Kono-S-Anastomose) vielversprechende Ergebnisse. Der Einfluss der Biologika auf postoperative Komplikationen wird kontrovers diskutiert. Die Kombination aus medikamentöser und chirurgischer Therapie bietet in der Regel die besten Heilungschancen, sodass jegliche Therapie in enger Zusammenarbeit zwischen Gastroenterologen und Chirurgen erfolgen sollte.

Dr. Roland Scherer (Berlin) befasste sich in seinem Vortrag mit der **Chirurgie nach weiblicher Genitalverstümmelung**. 2013 wurde im Krankenhaus Waldfriede das weltweit erste ‚Desert Flower Center‘ unter der Schirmherrschaft von Waris Dirie eröffnet, da auch in Deutschland zahlreiche Frauen an den gesundheitlichen und physischen Folgen der Genitalverstümmelung leiden. Sie können eine Vielzahl von komplexen Verletzungen im Bereich des Darmes und des Beckenbodens aufweisen. Zudem leiden die Frauen unter einem gestörten Selbstbewusstsein und fühlen sich ihrer Weiblichkeit beraubt.

Durch die Komplexität der Folgen benötigt man bei der medizinischen Versorgung genitalverstümmelter Frauen eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von hochspezialisierten Fachärzten unterschiedlicher Disziplinen. So ist die Expertise von plastischen Chirurgen notwendig, von Darm- und Beckenbodenspezialisten sowie von Gynäkologen und

### Dr. Horst Loch

Facharzt für Chirurgie, Proktologie  
Proktologisches Zentrum Berlin

Fasanenstraße 60  
10719 Berlin

Tel.: 030 8848991

Fax: 030 8848993

horst.loch@gmail.com

www.proktologie-berlin.de

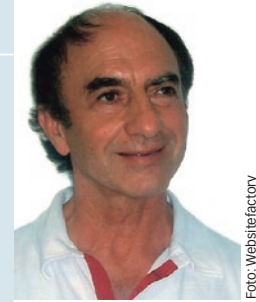


Foto: Websteiffactory

Urologen. Zur Vermittlung werden zudem Mitarbeiterinnen mit afrikanischem Hintergrund herangezogen.

Ziel ist es, Frauen mit einer Genitalverstümmelung eine ganzheitliche medizinische Versorgung anzubieten. Dazu gehören nicht nur operative Eingriffe und Wiederherstellungsoperationen, sondern auch psychische und physiotherapeutische Unterstützung. Außerdem gibt es eine Selbsthilfegruppe, die sich einmal im Monat im Krankenhaus Waldfriede trifft.

Dr. Gerd Kolbert (Hannover) beschrieb die **Versorgung der proktologischen Wunde**. Diese stellt für alle Behandler eine besondere Herausforderung dar, da es sich fast regelhaft um sekundär heilende Wunden handelt. Während für die Behandlung primär heilender Wunden eine hohe Expertise und Erfahrung existiert, gibt es für die Behandlung proktologischer Wunden nur minimale wissenschaftliche Evidenz. Die Therapie richtet sich am ehesten nach Expertenwissen. Lokale Faktoren wie die unabwendbare permanente Stuhlkontamination, die besondere intertriginöse Lokalisation und die hohe Schmerzsensibilität der Analregion bedürfen abgestimmter Behandlungskonzepte speziell für diese Wunden. Die eigentliche Wundheilung, bestehend aus exsudativer, resorptiver, proliferativer und reparativer Phase unterscheidet sich nicht zwischen primärer und sekundärer Wundheilung.

Wesentliche Unterschiede sind die anhaltende Kontamination der Wunde mit Stuhl, die konsekutive Kolonisation mit Keimen und ggf. sekundäre Infizierung. Vordringlich ist damit die regelmäßige mechanische Wundreinigung zur Entfernung von Noxen, Zelldetritus, Mikroorganismen und Verunreinigungen. Ziel ist, die Erregerzahl und Verschmutzung so gering wie möglich zu halten, um die natürliche Wundheilung nicht zu beeinträchtigen.

Es ist nicht das Ziel, sämtliche Mikroorganismen im Wundbereich abzutöten. Eine Wundspülung geschieht also im Rahmen einer mechanisch-physikalischen Dekontamination. Hierzu eignet sich am Anus am Besten eine Spülung mit Wasser von Trinkwasserqualität, und ggf. eine Spülung mit 0,04-prozentiger Polihexanidlösung. Die Wundreinigungen müssen mehrfach täglich und nach jedem Stuhlgang durchgeführt werden. Daher sind okkludierende Verbände nicht sinnvoll, da diese jedes Mal wieder entfernt werden müssen. Soweit möglich sollten Patienten zur eigenständigen Wundversorgung angeleitet werden, da nur so eine durchgehende Versorgung der Wunde über mehrere Wochen gewährleistet werden kann. ▶

Dr. Bernhard Strittmatter (Freiburg) referierte über die **risikoadaptierte Abklärung analer Blutungen**. Die perianale Blutung ist das Leitsymptom der unteren gastrointestinalen Blutung. Sie kann sich sehr unterschiedlich manifestieren. Als Meläna ist sie ein Hinweis für eine Blutung im oberen Gastrointestinaltrakt oder aus einem Meckelschen Divertikel. Die Hämatochezie stammt in der Regel aus dem Kolon, kann aber auch aus dem oberen GI-Trakt kommen – vor allem, wenn sie sehr massiv ist. Die frische hellrote Blutung kommt vorwiegend von einer anorektalen Erkrankung. Die meisten perianalen Erkrankungen haben ihren Ursprung mit etwa 85 Prozent im Kolon und Anorektum, bis zu fünf Prozent im Dünndarm, zehn Prozent stammen aus dem oberen Gastrointestinaltrakt. Eine Bevölkerungsstudie aus Minnesota zeigt eine Lebenszeitprävalenz von 70 bis 80 Prozent. Dabei haben nur 14 Prozent der Befragten einen Arzt aufgesucht. In der Praxis haben 90 Prozent der Patienten mit perianaler Blutung eine anorektale Erkrankung und zehn Prozent andere Ursachen wie Divertikel, eine kolorektales Karzinom, eine Kolitis oder einen Prolaps.

Durch eine gezielte Blutungsanamnese kann die Dringlichkeit des Vorgehens geklärt und die Differenzialdiagnose eingegrenzt werden. Als erste diagnostische Maßnahme erfolgt die proktologische Basisuntersuchung mittels Inspektion, Palpation und Proktorektoskopie.

Wenn hierbei eine adäquate Blutungsquelle aus den häufigsten Ursachen wie Hämorrhoiden oder Fissuren diagnostiziert wurde und nach einer entsprechenden Therapie die Blutung sistiert, ist bei Patienten unter 40 Jahren keine weitere Diagnostik erforderlich. Bei Patienten über 50 Jahren ist eine komplette Koloskopie auch bei vorhandenen Hämorrhoiden angezeigt zum Ausschluss von Adenomen oder eines Kolonkarzinoms. In einer Notfallsituation kann man in 80 Prozent der Fälle die Diagnose sichern und in 20 Prozent gleichzeitig interventionell die Blutung stillen. Eine Divertikelblutung kommt zu 80 Prozent der Fälle spontan zum Stillstand. Nur in seltenen Fällen sind weitere diagnostische Schritte zur Blutungslokalisierung notwendig wie Angio-CT und Szintigrafie.

Dr. Fedor Ernst (Berlin) hatte das Vortragsthema: **Der Schmerz in der Proktologie**. Es gibt anale Schmerzen mit nachweisbaren pathologischen Substraten. Dabei kann man eine zielgerichtete Therapie einleiten. Zu dieser Gruppe gehören die Analfissur, der Analabszess, die Analthrombose und die thrombosierte inkarzerierte Hämorrhoid. Die betroffenen Patienten gehören zu den dankbarsten in der Proktologie.

Bei der Analfissur ist eine konsequente topische Therapie wichtig, die direkt vor der Defäkation im Analkanal appliziert werden sollte und danach noch einmal. Bei hohem

Tonus sollte zusätzlich eine sphinkterrelaxierende Salbe angewendet werden. Dazu sollten Analgetika in ausreichender Dosierung rezeptiert werden und eine gute Stuhlregulation erfolgen im Sinne eines wohlgeformten Stuhlgangs. Der Abszess wird durch eine umgehende Operation behandelt. Die inkarzerierten Hämorrhoiden (siehe Abb. 3) sollten reponiert werden. Gelingt dies nicht, empfiehlt sich eine konservative Behandlung zur Abschwellung mit Antiphlogistika und ggf. eine Operation im beschwerdearmen Intervall. Große und sehr schmerzhaft Analthrombosen profitieren von einer operativen Therapie, der Abtragung in Lokalanästhesie. Bei kleineren Befunden empfiehlt sich die Behandlung mit Analgetika oder Antiphlogistika.

Es gibt auch Schmerzzustände, bei denen anatomische Veränderungen nicht nachweisbar sind. Sehr gut ist die Proktalgia fugax beschrieben, ein heftiger, krampfartiger oder ständiger Schmerz, der häufig nächtlich auftritt und mit Stuhltrieb einhergehen kann. Hier ist wegen der Kürze der Symptomatik eine analgetische Therapie kaum möglich. Auch eine wirksame Prophylaxe der nur sehr gelegentlich auftretenden „Anfälle“ ist nicht bekannt.

Die Coccygodynie zeichnet sich aus durch Schmerzen beim Sitzen in der Steißbeinregion. Das Steißbein ist bei der Palpation schmerzempfindlich, weist aber nur selten pathologische Veränderungen auf. Hier ist eine analgetische oder antiphlogistische Therapie, ein Sitzkissen oder eine physikalische Therapie angezeigt. Eine Operation ist nur als Ultima Ratio in ganz seltenen Einzelfällen zu erwägen.

Am schwierigsten zu behandeln sind Beschwerden, die man unter dem Begriff der anorektal-perianalen Neuralgie zusammenfasst. Dabei handelt es sich um diffuse anorektale Beschwerden, die in verschiedene Richtungen ausstrahlen können, oft auch um ein Brennen. Eine analgetische oder antiphlogistische Therapie kann zur Besserung führen. Physikalische Maßnahmen oder eine osteopathische Behandlung können ebenfalls Linderung bringen. Dieses Krankheitsbild sollte am besten interdisziplinär behandelt werden.

Prof. Heinz J. Krammer (Mannheim) hatte das Vortragsthema: **Darmsanierung durch Probiotika**. Bei Patienten mit Reizdarm konnte eine veränderte oder instabile Zusammensetzung der Darmflora festgestellt werden. In kontrollierten klinischen Studien wurde belegt, dass sich bei funktionellen Darmerkrankungen relevante therapeutische Effekte erzielen lassen. In der S3-Leitlinie der DGVS zum Reizdarmsyndrom (RDS) findet man folgende Empfehlung: „Ausgewählte Probiotika können in der Behandlung des RDS eingesetzt werden, wobei die Wahl des Stammes nach der Symptomatik erfolgt.“



Abb. 3: Inkarzierter Hämorrhoidalprolaps

Foto: Loch



Die Probiotika Activia (*Bifidobacterium animalis* ssp. *lactis* DN-173010), Yakult (*Lactobacillus casei* Shirota) und Mutaflor (*Escherichia coli* Stamm Nissle 1917) können bei Patienten des Obstipationstyps eingesetzt werden. Auch bei Blähungen, abdomineller Distension, Meteorismus und/oder Flatulenz gibt es positive Studienergebnisse. Von den in Deutschland erhältlichen Probiotika gilt dies für: ProSymbioflor (Autolysat und Zellfragmente von *E. coli* und *Enterococcus faecalis*), Mutaflor (*E. coli* Nissle), VSL (*B. longum*, *B. infantis*, *B. breve*, *L. acidophilus*, *L. plantarum*, *L. bulgaricus*, *S. thermophilus* und Activia, *Bifidobacterium infantis* 35624, *Bifidobacterium animalis*, *Lactobacillus casei* Shirota und *Lactobacillus plantarum* können zum Symptomanagement des RDS vom Schmerz/Bläh-Typ eingesetzt werden.

Dr. Daniel Sterzing (Berlin) berichtete über seine Erfahrungen bei der **Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen an der Schlichtungsstelle**. In 75 Prozent der Fälle wird der Behandlungsfehler nicht bestätigt. Eine Komplikation kann in diesem Zusammenhang nicht als Behandlungsfehler gesehen werden. Dieser liegt nur vor, wenn der Arzt nachweislich gegen den medizinischen Standard verstoßen hat. Dies festzustellen ist die Aufgabe des Gutachters. Grobe Behandlungsfehler sind insgesamt sehr selten. Viel häufiger sind Vorwürfe wegen Zeitverzögerungen bis zur Einleitung der notwendigen Diagnostik und Therapie, mangelhafte Befunderhebung und zu frühe Entlassung trotz dokumentierter Beschwerden. Nur durch gute Dokumentation in der Patientenakte ist es möglich, die Einhaltung des medizinischen Standards nachzuweisen. Viele Konflikte bei vermuteten Behandlungsfehlern sind aber auch Folge einer mangelhaften Kommunikation. Gerade hier kann viel getan werden, um für alle Beteiligten belastende juristische Auseinandersetzungen zu vermeiden.

Dr. Sylke Schneider-Burrus (Berlin) beschrieb die **Diagnostik und Therapie von dermatologischen Erkrankungen der Analregion**. Ursachen dieser Erkrankungen können Infektionskrankheiten (Viren, Pilze, Bakterien), Neubildungen (Condylome, AIN, Karzinome), Intoleranzreaktionen (Allergien, Arzneimittel-induzierte Hautreaktionen) oder entzündliche Erkrankungen (Psoriasis, lichenoiden Erkrankungen) sein. Die Diagnose kann gestellt werden durch die Anamnese, die Beschreibung des Lokalbefundes und durch die Inspektion der restlichen Körperhaut. Die Morphe der verschiedenen Dermatosen kann perianal sehr ähnlich sein. Die genaue Beschreibung des Lokalbefundes und die Inspektion von Prä-dilektionsstellen sind wegweisend für die Diagnosestellung. Ggf. sind

Abstrich und Biopsie zur Diagnosesicherung notwendig. Es folgt dann die Einleitung der Therapie entsprechend der Diagnose, evtl. in Kooperation mit einem Dermatologen. Es wurde die Diagnostik und Therapie beschrieben bei Candidose, Psoriasis inversa, Acne inversa (siehe Abb. 4), extramammärem M. Paget und Lichen sclerosus et atrophicus.

Prof. Carsten Büning (Berlin) stellte den **aktuellen Stand der Colitis ulcerosa** dar. In der Behandlung chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen (CED) ist die Kenntnis des Befallsmusters wichtig. Bei der Colitis ulcerosa mit distalem Befall ist die topische Therapie mit Mesalazin oder Budesonid als Klyisma/Schaum und auch als Suppositorium effektiv und sollte zudem auch in der Remission verwendet werden.

Im akuten Schub kommt weiterhin auch Prednisolon zur Anwendung, beim steroidrefraktären Verlauf TNF-Blocker oder Calcineurininhibitoren (Cyclosporin A oder Tacrolimus). Beim Versagen der medikamentösen Therapie ist jedoch eine Proktokolektomie notwendig. Als remissionserhaltende Therapie stehen Azathioprin, mehrere TNF-Blocker (Infliximab, Adalimumab, Golimumab), das Antiadhäsionsmolekül Vedolizumab sowie neu der JAK-Inhibitor Tofacitinib zur Verfügung. Gerade in der Therapie der TNF-Blocker kann über die Messung von Talspiegeln ein Versuch der Therapieoptimierung unternommen werden. Mit Ustekinumab (bereits beim M. Crohn zugelassen) steht nach positiven Zulassungsstudien möglicherweise bald eine weitere Alternative in der Therapie der Colitis ulcerosa zur Verfügung.

Zuletzt sprach Dr. Andreas Knaust (Berlin) über die **Labordiagnostik in der Proktologie**. Er stellte zunächst klar, dass beim Analabszess nur bei systemischen Entzündungszeichen und bei Immunsuppression eine Erregerdifferenzierung und eine Resistenztestung angebracht ist. Wichtige Laborparameter bei der CED sind CRP im Serum, Calprotectin im Stuhl, das Basislabor einschließlich Ferritin, alkalische Phosphatase, GGT und Transaminasen zum Ausschluss einer sklerosierenden Cholangitis, ggf. auch die Bestimmung pathogener Darmbakterien wie

*Salmonella*, *Campylobacter*, *Shigella*, *Yersinia*, *Giardia lamblia* und das *Clostridium difficile* Toxin.

Zuletzt benannte er die Verursacher einer infektiösen Proktitis und ihre Diagnostik: *Treponema pallidum*: Serologie, Mikroskopie oder PCR, *Chlamydia trachomatis*: PCR, *Neisseria gonorrhoeae*: PCR und Kultur zur Resistenzbestimmung, Cytomegalievirus: PCR, humanes Papillomavirus: PCR, ggf. Bestimmung des Genotyps, Herpes simplex Virus: PCR HSV 1 und HSV 2, *Enterobius vermicularis*: Eier aus Stuhl oder Klebestreifenpräparat. ◀



Abb. 4: Acne inversa perianalis

Foto: Loch