

Proktologie

15. Symposium „Aktuelle Proktologie“ des Proktologischen Zentrums Berlin

Das diesjährige Symposium des Proktologischen Zentrums Berlin fand am 8. Mai 2021 erneut als Web-Seminar statt. Die meisten Vorträge wurden live aus dem Hörsaal der Kaiserin-Friedrich-Stiftung gesendet, zwei weitere digital zugeschaltet. Mit 750 Anmeldungen hat sich die Zahl der Teilnehmenden mehr als verdoppelt.

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

Dr. Horst Loch (Berlin) eröffnete die Veranstaltung mit einem Vortrag über **Operationsindikationen in der Proktologie**. Er beschrieb die Indikationen und die Operationstechniken bei den häufigsten proktologischen Erkrankungen. Bei der Analthrombose ist in den meisten Fällen eine konservative Therapie ausreichend und zielführend. Operiert wird bei starken Schmerzen und bei ausbleibender Besserung nach konservativen Maßnahmen. Die Exzision des gesamten Knotens mit Gefäßsegment ist einer Inzision vorzuziehen. Differenzialdiagnostisch ist eine thrombosierte Hämorrhoid auszuschließen. Bei einer spontanen Perforation lässt sich der Thrombus oft zwischen Daumen und Zeigefinger exprimieren.

Marisken (siehe Abb. 1) sind meist ohne Krankheitswert. Eine Operationsindikation besteht bei Problemen mit der Analhygiene oder wenn ein Patient aus kosmetischen Gründen eine Exzision wünscht. Kleine und asymptomatische Analfibrome bedürfen keiner Behandlung. Eine Operationsindikation ist gegeben bei größeren Fibromen, wenn sie prolabieren, bluten oder ein Fremdkörpergefühl bewirken. Die genannten Eingriffe führen wir durch in Lokalanästhesie mittels der Diathermieschlinge.

Beim Analabszess ist mit der Diagnosestellung auch schon die Indikation zur Operation gegeben. Bei starken Schmerzen besteht eine Notfallindikation. Kleine und oberflächliche Abszesse können ambulant in Lokalanästhesie operiert werden, größere und tiefliegende benötigen eine Vollnarkose oder Regionalanästhesie. Eine breite Exzision der Haut ist angezeigt, damit eine gute Drainage erfolgt. Ist bei einem schmerzhaften Abszess aus bestimmten Gründen keine sofortige Operation möglich, kann eine Bridging-Operation erfolgen. In Lokalanästhesie wird mittels einer Stichinzision zunächst der Eiter abgelassen. In semi-elektiver Revision erfolgt dann eine breite Exzision. Auch bei der Analfistel bedeutet die Diagnose die Operationsindika-

tion. Neben den Standardverfahren gibt es eine Reihe von innovativen Techniken. Es gilt, für jeden Einzelfall die optimale Technik zu finden. Bei Hämorrhoiden werden in der Regel die Stadien III und IV operiert. Neben den etablierten Operationsverfahren gibt es als neueste Technik die Radiowellenbehandlung mittels Einstichsonde. Sie ist ambulant in Lokalanästhesie möglich. Es ist eine sichere und schmerzarme Technik.

Dr. Bernhard Strittmatter (Freiburg) erläuterte die **S3-Leitlinie zur Analfissur**, die 2020 veröffentlicht wurde. Eine akute Analfissur hat unter konservativer Behandlung mittels Stuhlregulation, lokalanästhesierenden Salben und bei hohem Sphinktertonus mittels sphinkterrelaxierenden Salben eine Spontanheilungsquote von bis zu 90 %. Bei einer chronischen Fissur empfiehlt sich eine konservative Therapie über mindestens sechs Wochen. Bestehen zusätzlich eine Fistel oder ausgeprägte Sekundärveränderungen, kommt eine Operation auch als Erstlinientherapie in Frage. Die konservativen Maßnahmen bestehen in einer Stuhlregulation (wohlgeformter Stuhlgang) mittels ballaststoffreicher Kost, ausreichender Trinkmenge und ggf. mit Hilfe von Quellstoffen wie Flohsamen.

Bei hohem Sphinktertonus sind lokal applizierte sphinkterrelaxierende Medikamente angezeigt. Hierbei sollte wegen geringerer Nebenwirkungen Kalziumantagonisten gegenüber Nitraten der Vorzug gegeben werden. Auch Botulinumtoxin hat hohe Heilungsraten, es besteht aber kein signifikanter Unterschied zu den Kalziumantagonisten. Die operative Technik der ersten Wahl ist in Europa die Fissurektomie nach Gabriel. Hierbei erfolgt eine flache Exzision der Fissur sowie der Sekundärveränderungen und die Anlage eines Hautdrainagedreiecks. In den USA ist der Goldstandard die laterale Sphinkterotomie (LIS) mit hohen Heilungsraten. Die frühe Inkontinenzrate liegt bei 8 %, nach zehn Jah-



Abb. 1: Marisken sind meist ohne eigenen Krankheitswert

ren werden aber Raten bis 21 % beschrieben (Hasse). Aus diesem Grund soll die LIS in Europa nicht als Erstlinientherapie angewendet werden.

Dr. G. Kolbert (Hannover) **verglich die deutsche Leitlinie zu Hämorrhoiden mit der europäischen und amerikanischen**. In den Jahren 2018 und 2019 wurden fast zeitgleich mehrere Leitlinien zur Therapie des Hämorrhoidalleidens in den USA (ASCRS), in Europa (ESCP) und im deutschsprachigen Raum (DGK) veröffentlicht. Diese Leitlinien unterscheiden sich deutlich in der Länge zwischen 182 Seiten (DGK) und neun Seiten (ASCRS), wie auch in der Anzahl der zugrundeliegenden Literaturstellen (DGK: 1433, ASCRS: 64). Alle Leitlinien bedienen sich der Prolaps-Klassifikation nach Goligher und differenzieren nicht nach weiteren Prolaps-Formen, wie einer Kombination aus Anal- und Hämorrhoidalprolaps oder nach segmentären oder zirkulären Formen. Zur Basistherapie des Hämorrhoidalleidens (ballaststoffreiche Ernährung, Defäkationsverhalten) geben die drei Leitlinien sehr unterschiedliche Empfehlungen, da hierzu nur wenig evidenzbasierte Literatur existiert. Ähnliches gilt für die Sklerosierung, deren Anwendung zwar empfohlen wird, wozu allerdings kaum Studien zitiert werden können. Bezüglich der Ligaturbehandlung wird von der ASCRS eine starke Empfehlung als ‚most effective option‘ ausgesprochen. Die Therapie wird als sinnvoll und wirksam bei guter Datenlage erachtet.

Eine operative Therapie wird durchgängig in allen Leitlinien bei höhergradigen Hämorrhoiden empfohlen, wobei kaum konkrete Empfehlungen zu verschiedenen Operationstechniken bezüglich bestimmter Stadienausprägungen gegeben werden. Hier könnten sämtlich Leitlinien deutlich mehr in die Tiefe gehen. Insgesamt ergeben sich trotz oder gerade wegen nur evidenzbasierter Datenlage deutliche Unterschiede in den Empfehlungen der drei Leitlinien. Praxisbezogen eignet sich die Leitlinie der DGK am ehesten, da hier auch Fall-Kontroll-Studien, wie sie typischerweise in der Proktologie vorliegen, in die Datenerhebung mit einbezogen werden. Da diese Leitlinie jedoch sehr umfangreich und für einen kurzen Überblick kaum lesbar ist, wäre eine Kurzfassung für den Anwender und Praktiker äußerst wünschenswert.

Mit ihren Vorträgen betonten Dr. Fedor Ernst und Dr. Daniela Sterzing (Berlin) den praktischen Wert der Veranstaltung. Dr. Ernst sprach über die Bedeutung der **Anamnese in der proktologischen Diagnostik** und gab viele nützliche Tipps, um durch wenige zielgerichtete Fragen in vielen Fällen eine sehr genaue Verdachtsdiagnose zu erstellen. Durch die Anamnese lassen sich auch die Dringlichkeit einer weiteren Behandlung und eine zielgenaue Diagnostik festlegen. Auch lassen sich wichtige Hinweise auf die Therapieplanung gewinnen. Scores helfen zum Beispiel,

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: Eichhorn

bei Stuhlinkontinenz oder ODS den Schweregrad der Erkrankung zu ermitteln. Die Telemedizin ist ein in Grenzen geeignetes Verfahren in der proktologischen Praxis. Eine gute proktologische Anamnese hat in vielen Fällen eine gute Spezifität im Erkennen von Krankheitsbildern (Defäkationsschmerz bei Analfissur), bedarf aber der Bestätigung durch eine gründliche Untersuchung. Gerade das Symptom einer analen Blutung ist für eine alleinige anamnestische Abklärung ungeeignet. Selbst eine harmlose Analvenenthrombose bedarf der klinischen Untersuchung, um sie von anderen potenziell gefährlichen Erkrankungen (z.B. Analkarzinom) sicher abzugrenzen.

Die ‚perfekte‘ **proktologische Untersuchung** wurde von Dr. Sterzing virtuell in einem ‚How I do it-Video‘ demonstriert. Auch hier wurde gezeigt, wie mit einfachen Mitteln der Großteil der proktologischen Erkrankungen vollständig abgeklärt werden kann. Besonderes Augenmerk ist auf die behutsame und vorsichtige Untersuchung, immer mit einer Assistenz, zu legen. Es sollen keine Schmerzen ausgelöst werden und die Option einer Untersuchung in Narkose soll immer im Hinterkopf sein. Trotz aller Fortschritte in der Medizin (Digitalisierung, künstliche Intelligenz, Robotik) verdeutlichen diese Vorträge die Bedeutung dieser ärztlichen Tätigkeiten als Fundament der Arzt-Patienten-Beziehung und der Diagnostik, die jeder Arzt auch im Zeitalter der Digitalisierung beherrschen muss.



Abb. 2: Bei der Psoriasis inversa fehlt meist die sonst übliche Schuppung

Dr. Sylke Schneider-Burrus (Berlin) stellte vier verschiedene **perianale Hauterkrankungen** vor, die Symptome wie Rötung, Juckreiz, Brennen, Rhagaden und Mazeration gemeinsam haben, aber von ganz unterschiedlicher Genese sind. Bei der Candida-Intertrigo finden sich scharf begrenzte Rötungen mit Satelliten, welche pathognomonisch sind. Die Diagnose ist eine Blickdiagnose, ggf.

unterstützt durch ein Nativpräparat oder eine Kultur. Die Therapie besteht in einer guten Körperhygiene und nystatinhaltigen Pasten. Bei dem Erythrasma handelt es sich um eine bakterielle Infektion mit dem Corynebakterium minutissimum. Zur Therapie stehen Breitbandantibiotika lokal oder in Azol- oder Ciclopirox-haltigen Cremes zur Verfügung. Die Hyperpigmentierung kann noch ein Jahr weiter bestehen. Bei der Psoriasis inversa (siehe Abb. 2) findet man eine scharf begrenzte

randbetonten Rötung mit einer zentralen Rhagade. Die sonst übliche Schuppung fehlt meistens. Es empfiehlt sich, auch die übrige Körperhaut zu untersuchen. Als Basistherapie werden Zinksalbe und Vitamin D3 Analoga empfohlen, Steroide sollten nur kurzzeitig eingesetzt werden. Beim perianalen M. Paget handelt es sich um ein Adenokarzinom der Haut, ausgehend von den apokrinen Hautdrüsen. Therapie der ersten Wahl ist die chirurgische Exzision mit Sicherheitsabstand. Alternativ sind eine Radiatio, Lasertherapie oder eine topische Therapie mit 5-FU bzw. Imiquimod möglich. In diesen Fällen ist eine engmaschige Nachkontrolle angezeigt.

Prof. A. Sturm (Berlin) beschrieb die **optimale Therapie für CED-Patienten**. Die Behandlung von M. Crohn und Colitis ulcerosa (CU) hängt von den Wünschen des Patienten, der Lokalisation und Ausbreitung der Erkrankung, der Schwere des entzündlichen Schubes, der Vorbehandlung, der individuellen Lebenssituation des Patienten und seinen Komorbiditäten sowie dem Vorhandensein extraintestinaler Manifestationen ab. Das oberste Therapieziel ist die klinische und mukosale, vollständige, steroidfreie Remission. Nur dieses Behandlungsziel kann die Komplikationen der Erkrankung reduzieren. Dabei gilt, dass bei der Auswahl des optimalen Medikamentes auch chirurgische Therapieoptionen berücksichtigt und Komplikationen wie z.B. Infektionen, Fisteln oder Abszesse rechtzeitig erkannt werden.

Generell gilt, dass eine Therapie innerhalb von drei Monaten eine Remission erwirkt haben sollte, bei der Akuttherapie mit Steroiden sollte eine klinische Remission innerhalb von zwei Wochen eingetreten sein. Während Mesalazin beim M. Crohn nur einen geringen Stellenwert hat, kann man bei mehr als 50 % der Patienten mit einer CU eine klinische und mukosale Remission mit Mesalazin (5-Aminosalicylsäure, 5-ASA) erreichen. Dabei ist die kombinierte lokale (Klysma oder Supp) und orale Therapie am effektivsten. Mesalazin kann und sollte bei erfolgreicher Remissionsinduktion auch zur Remissionserhaltung eingesetzt werden.

Die Therapie mit Thiopurinen ist, bedingt durch ihren langsamen Wirkungseintritt, für die Therapie einer akuten CED oder einen schweren Verlauf nicht indiziert. Da Steroide nicht in der Lage sind, eine Remission aufrecht zu erhalten und viele Nebenwirkungen haben, muss bei diesen Patienten dann meist rasch eine immunsuppressive oder immunmodulatorische Therapie mit Biologica oder Januskinaseninhibitoren eingeleitet werden.

Als Biologica können für die Remissionsinduktion- und erhaltung Antikörper gegen den Tumornekrosefaktor (TNF)-, Antikörper gegen das 4 4 Integrin (Vedolizumab) und ein monoklonaler Antikörper gegen die Zytokine Interleukin-12 (IL-12) und Interleukin-23 (IL-23) (Ustekinumab) eingesetzt werden. Dabei ist es wichtig, ein Therapieversagen rasch zu erkennen, die Therapie, auch durch den Einsatz eines therapeutischen Drugmonitorings zu optimieren und bei fehlendem Ansprechen umzustellen. Neben Biologica ist zur Remissionsinduktion- und erhaltung der CU auch Tofacitinib, ein Hemmer der Januskinasen (JAK)-1, -2 und -3, zugelassen. Neben den klassischen

anti-entzündlichen Strategien darf aber auch die supportive Therapie nicht vergessen werden

Intestinale Motilitätsstörungen (LL-2021): vom Slow-Transit bis zum Ogilvie-Syndrom waren das Vortragsthema von Prof. Heiner Krammer (Mannheim). Schwere chronische intestinale Motilitätsstörungen als Ursache gastrointestinaler Beschwerden sind zwar sehr selten, können aber mit erheblichen diagnostischen und therapeutischen Problemen verbunden sein und die Lebensqualität der Betroffenen stark beeinträchtigen. Die Diagnostik wird teilweise dadurch erschwert, dass die infragekommenden Krankheitsbilder wenig bekannt und manche nicht eindeutig definiert sind. Hinzu kommt, dass aufwendigere diagnostische Verfahren wie intraluminale Motilitätsmessungen oder neurohistologische Untersuchungen, die bei einem Teil dieser Patienten erforderlich sind, nur an wenigen Einrichtungen etabliert sind. Die Therapie intestinaler Motilitätsstörungen wird nicht nur durch mangelnde Kenntnisse beeinträchtigt, sondern zusätzlich dadurch, dass es kaum Prokinetika gibt, welche an Dünn- und Dickdarm wirken. Umso wichtiger wäre der sinnvolle Einsatz der verfügbaren medikamentösen und sonstigen therapeutischen Optionen.

Als intestinale Motilitätsstörungen im engeren Sinn etabliert sind die chronische intestinale Pseudoobstruktion (CIPO), die akute kolonische Pseudoobstruktion (ACPO, Ogilvie-Syndrom), das idiopathische Megakolon/-rektum (IMC), der Morbus Hirschsprung, die ‚Slow Transit Constipation‘ (STC) und anorektale Funktionsstörungen (Beckenbodendyssynergie, Anismus, Beckenbodenspastik). Definition, Ätiopathogenese, Diagnostik und Therapie dieser Krankheiten werden in der neuen S3-Leitlinie der DGVS auf dem aktuellsten Stand dargestellt.

Prof. Th. Weinke (Potsdam) befasste sich mit den **infektiösen Durchfallserkrankungen**. Weltweit gibt es pro Jahr 1,7 Milliarden infektiöse Durchfallserkrankungen, 500.000 Kinder sterben daran. Allein Händewaschen vor dem Essen könnte 30 % der Fälle verhindern. In Deutschland gibt es für infektiöse Durchfallerkrankungen vier Topereger: auf der bakteriellen Seite Campylobacter und Salmonellen, auf der viralen Nooviren und Rotaviren. Eine besondere Rolle spielt die Clostridioides difficile-Infektion (CDI). Schwere Verläufe können einhergehen mit einer pseudomembranösen Colitis oder einem toxischen Megakolon. Hauptrisikofaktor ist ein Antibiotikaeinsatz. Weniger Antibiotikatherapie führt zu einem Rückgang an CDI. Es besteht eine hohe Rezidivquote nach Therapie. Neben einer Basistherapie mit Flüssigkeitszufuhr und Elektrolytausgleich stehen Antibiotika zur Verfügung: Metronidazol für leichte Verläufe bei der ersten Episode, Vancomycin oral, Fidaxomicin und Bezlotoxumab bei Rezidiven und schweren Verläufen. Die beiden letzteren sind mit hohen Kosten verbunden. Auch der fäkale Mikrobiomtransfer ist eine Therapiemöglichkeit. Er sollte etablierten Zentren vorbehalten sein. Perspektivisch ist eine Impfung zu erwarten. Die Campylobacterinfektion wird primär als gastrointestinale Erkrankung angesehen, sie kann aber in seltenen Fällen Auslöser für einen Reizdarm, eine CED oder eine reaktive Arthritis sein.

Bitte Son-einfügen: a gegen das 4 Integrin