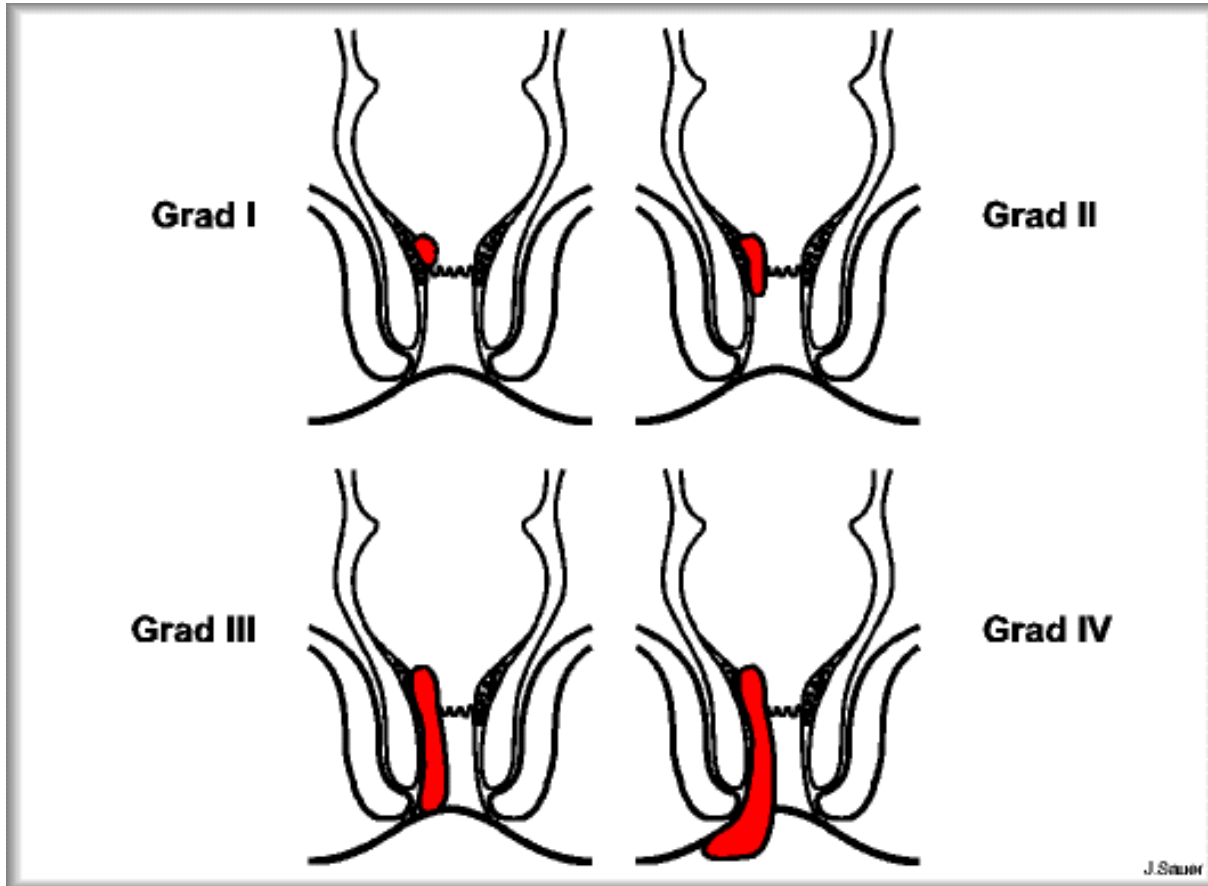


Qualitätszirkel Glattal

25.06.2012

Thema:
Proktologie

Hämorrhoiden



Hämorrhoiden

- **Symptome:**
 - Männer > Frauen
 - Blutung (59%)
 - Schmerzen (22%)
 - Prolaps (9%)
- **Diagnostik (ASGE-Guidelines!):**
 - Proktoskopie +
 - Rektosigmoidoskopie bis 40. Lj
 - Koloskopie ab 50. Lj

ASGE-Richtlinien

Abklärung von rezidiv. kleinen Mengen von Frischblut ab ano:

- Bei Patienten **<40a** ist mit 1% Tumoren, mit 6% fortgeschrittenen Adenomen, meist im distalen Kolon und natürlich häufig mit Hämorrhoiden zu rechnen (Am J Gastroenterol 2007), womit eine **Rektosigmoidoskopie** bei dieser Alterskategorie adäquat ist.
- Bei Patienten **>50a** mit nachgewiesenen Hämorrhoiden finden sich zusätzlich 5% Tumoren, 41% Polypen, 7% entzündliche Darmkrankheiten und 6% Angiodysplasien als mögliche Blutungsquellen (Fam Pract 2010;27:260). Entsprechend ist eine **Koloskopie** notwendig
- Bei Patienten zwischen **40a und 50a** ist die zu wählende Endoskopiemethode (**RS oder Koloskopie**) eine Ermessenssache und soll mit dem Patienten, unter Berücksichtigung weiterer Faktoren (Familienanamnese, Begleiterkrankungen, Medikamente etc) diskutiert werden.

ASGE-Richtlinien

Abklärung von rezidiv. kleinen Mengen von Frischblut ab ano:

Eine alleinige Proktoskopie/starre Rektoskopie ist ungenügend und soll nur nach entsprechender Abklärung zur Therapie angewendet werden

Hämorrhoiden

- **Therapie:**

- **Stuhlregulation**

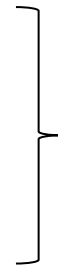
- Suppositorien

- (Daflon)

- Infrarotkoagulation

- Gummibandligaturen

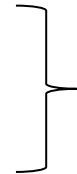
- Chirurgie



Konservativ, unterstützend



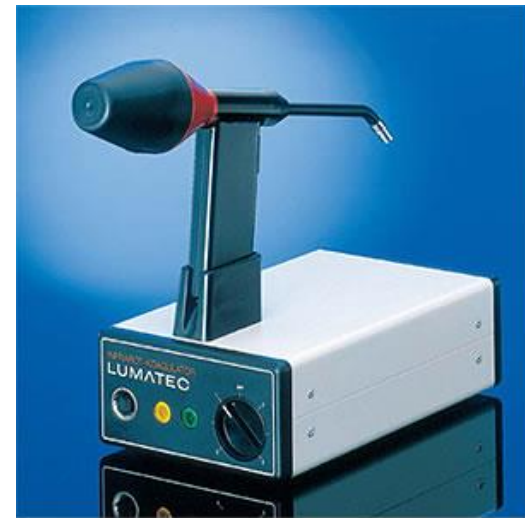
«semi-invasiv»



invasiv

Hämorrhoiden

- **Infrarotkoagulator:**
 - Infrarotstrahlen
 - Zeitlimitierte Applikation von Hitze
 - Nekrose von ca 3mm Tiefe
 - Verminderung art. Durchblutung im Plexus
 - **Indikation:**
 - Symptomatische Grad 1 Hämorrhoiden
 - Leichte Blutung
 - **NW:**
 - Kaum Schmerzen
 - Effektivität beschränkt



Hämorrhoiden

- **Sklerotherapie:**

- Submukosale Injektion, entz. Reaktion mit Thrombose Gefäße, Narbe und Fixation Gewebe

- **Wirkung:**

- Kein signif. Differenz in Blutungsrate nach 6 Mt vs Stuhlregulation (1)
- Rezidivhämorrhoiden 30% innert 4J (2)
- Weniger Effektiv als GBL (3)

- **Nebenwirkung:**

- Schmerzen, Impotenz, Abszess, Urinretention

1) Senapati et al. Int J Colorectal Dis 1988;3:124

2) Walker AJ. Int J Colorectal Dis 1990;5:113

3) Johanson JF. Am J Gastroenterol 1992;87:1600

Hämorrhoiden

- **Gummibandligaturen:**

- Setzen eines ischäm. Gewebeschadens
- Ulcus
- Fibrosierung und Fixation Schleimhaut
- **Indikation:**
 - Symptomatische Hämorrhoiden Grad 1-3
- **Wirkung:**
 - Effektivste Methode (1)
 - Rezidivrate bis 68% nach 5J (2)

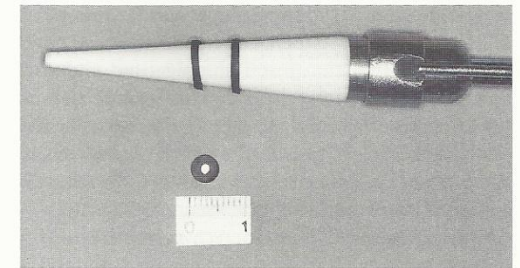


Abbildung 4.12: Instrument nach Soullard zum Setzen der Gummibandligaturen.
Saugglocke mit Konus zum Anbringen der Gummibänder.

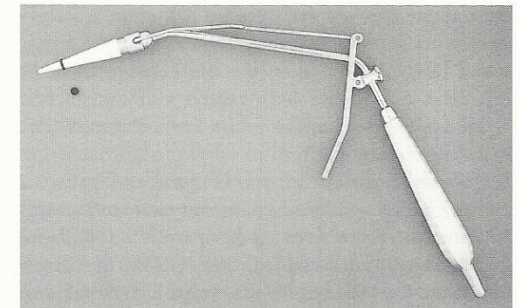


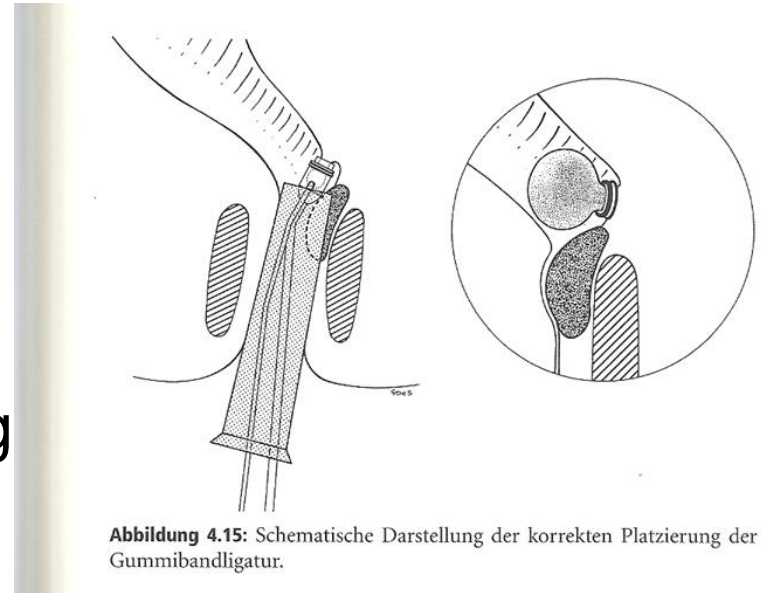
Abbildung 4.13: Instrument nach Soullard zum Setzen von Gummibandligaturen.
Am Ende des Handgriffes wird der Schlauch zum Saugaparat montiert.

Hämorrhoiden

- **Gummibandligaturen:**

- **Technik:**

- Platzierung ca 2cm distal Linea dentata
 - Max. 2-(3) GBL pro Sitzung
 - Erneute Behandlung nach ca 4-6 Wochen



Hämorrhoiden

- **Gummibandligaturen:**

- **Nebenwirkungen:**

- Vasovagale Reaktionen
 - Initial Urge
 - Schmerzen (-60%!)
 - Blutung
 - Bakteriämie, Sepsis

- **Kontraindikationen:**

- IBD, HIV, OAK, Immunosuppression

Hämorrhoiden

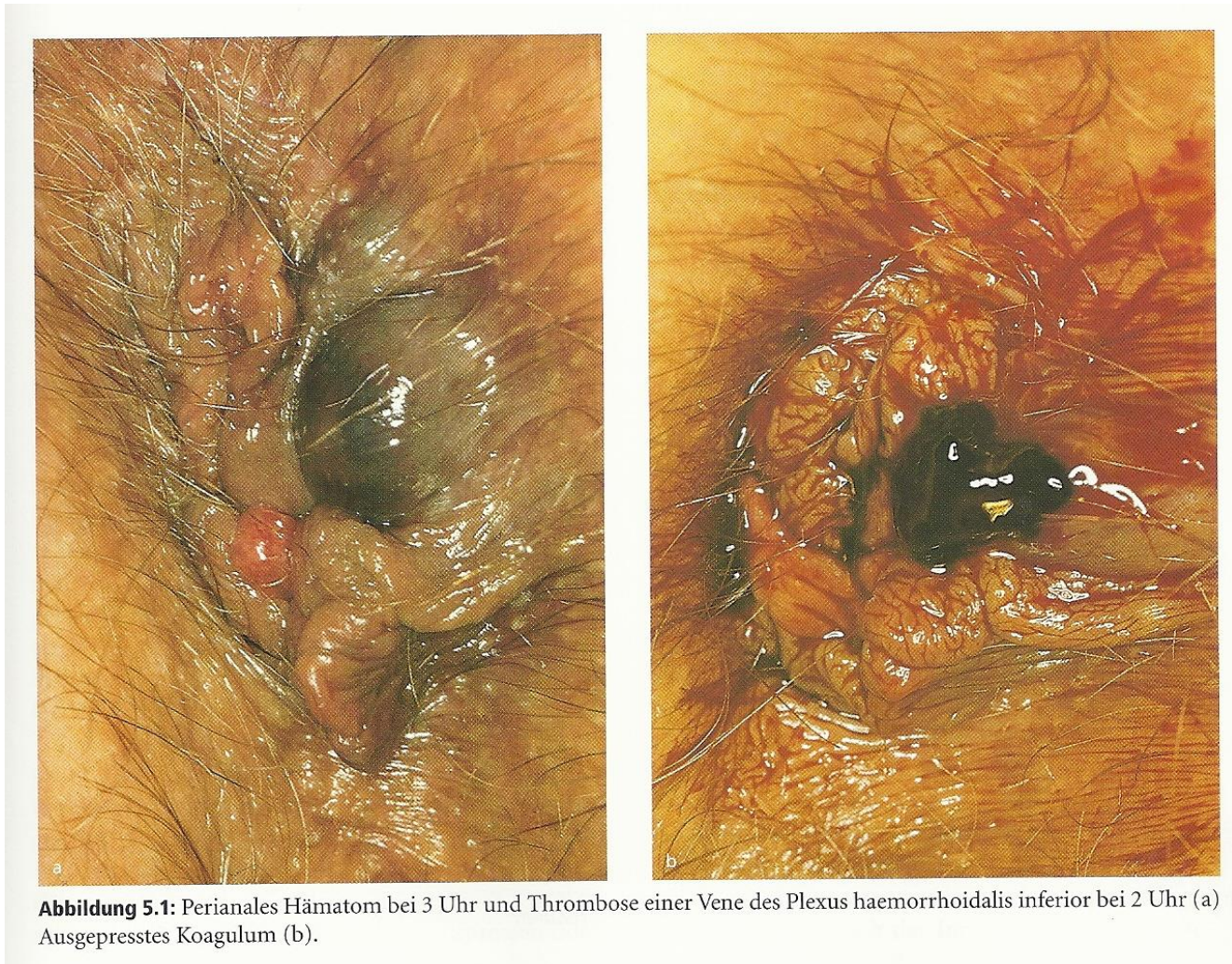
- **Chirurgie:**
 - Wirksamste Methode (1)
 - Tiefe Rezidivrate
 - **Konventionelle Hämorrhoidektomie**
 - Bessere Langzeitergebnisse betreffend Rezidivprolaps/Re-Operation (im Vgl zu Stapler)
 - **Stapler-Hämorrhoidopexie (zB Longo)**
 - Kürzere OP-Zeit, kürzere Hosp., weniger Schmerzen
 - Nicht bei Hämorrhoiden Grad 4!
 - **Indikation:**
 - Grad 3 und 4-Hämorrhoiden
 - Rezidive/kein Erfolg nach GBL
 - Begleiterkrankungen (Fissur, Marisken, Fisteln)

Therapie symptomatischer Hämorrhoiden

Ausschluss andere Pathologie durch RS/Koloskopie

- **Grad I** → Stuhlregulation;
Supp. Evt Infrarotkoagulation
- **Grad 2** → Stuhlregulation; GBL;
OP nach erfolgloser lokaler Therapie
- **Grad 3** → Stuhlregulation;
Evt GBL; Operation
- **Grad 4** → Operation

Perianalvenenthrombose



Perianalvenenthrombose

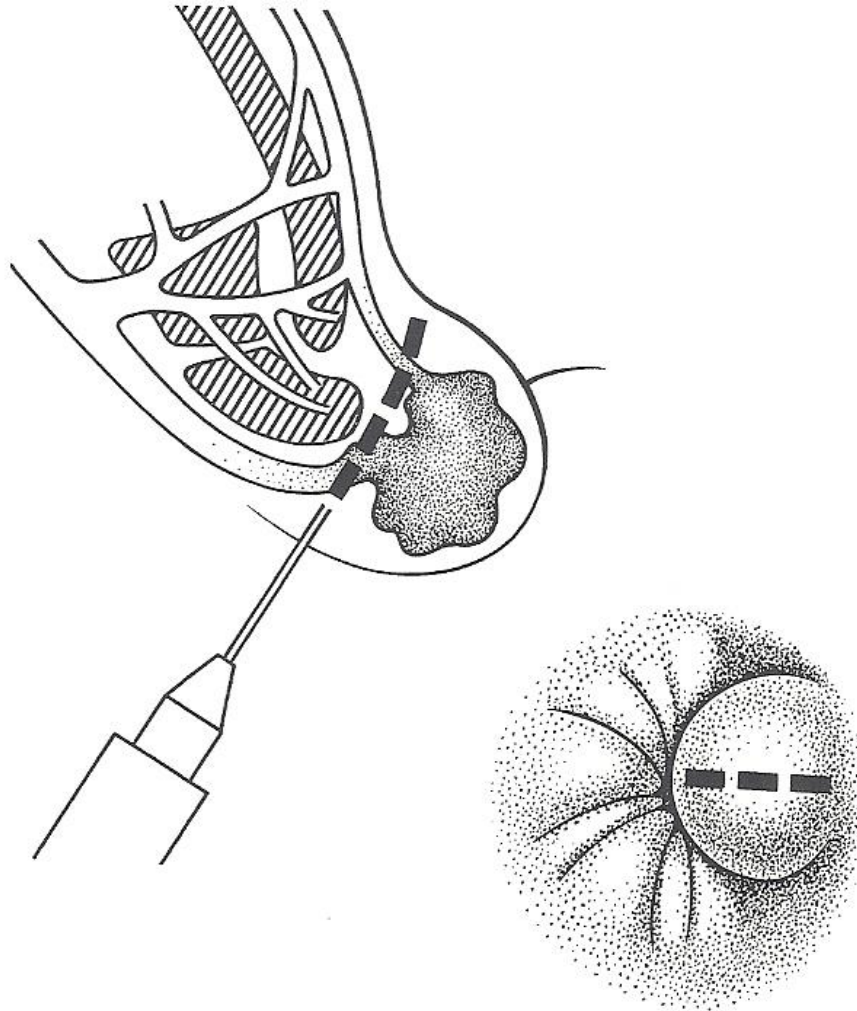
- **Symptomatik:**

- Thrombose /Blutung im Plexus hämorrhoidalis inferior
- Männer>Frauen
- Akut auftretende Schmerzen, Schwellung
- Blutung

- **Therapie:**

- <48h: Inzision bei Sy
- >48h: NSAR, topische Steroide, evt Nitroglycerinsalbe

Therapie Perianalvenenthrombose



Perianalvenenthrombose

- **Therapie bei Rezidiven:**
 - Hämmorrhoidektomie

Analfissur

- **Einteilung:**

- Akut:

- Chronisch:

- Symptome länger als 6 Wochen

- Sichtbare Fasern des internen Sphinkters

- **Symptomatik:**

- Peak zwischen 30.-40. Lj

- Stechende Schmerzen, v.a. während und nach Defäkation

- Blut

- Juckreiz

Analfissur

- **Diagnostik:**

- Inspektion (Mehrzahl in post. Mittellinie)

- Atypisch gelegene Fissur:

- Ausschluss Crohn/STD/Leukämie/Karzinom/HIV

- Palpation

- Delle im Analkanal, Schmerzen

- Proktoskopie/Rektoskopie

- Oft Sedation nötig

- Fissur, evt indurierte Ränder, Wächterposten und hypertrophe Analpapille

- Evt EUS zum Ausschluss intersphinkt. Abszess

Analfissur

- **Therapie:**
 - **Basismassnahmen**
 - Konsequente Stuhlregulation
 - Sitzbäder
 - Analhygiene
 - Meiden von reibenden Bewegungen
 - Meiden von Suppositorien

Analfissur

- **Therapie:**

- **Lokale Massnahmen**

- Nifedipinsalbe 0,2% +/- Lido
 - Diltiazemsalbe 2%
 - Nitroglycerinsalbe 0,2%
 - Multilindsalbe

} Magistralrezeptur!

→ Erfolgchance ca. 50-70% innert 2 Monaten

Analfissur

- **Therapie:**
 - **Invasive Möglichkeiten**
 - Botulinustoxininjektion
 - Nicht-Kassenpflichtig
 - Dosis?
 - Nicht besser als Nifedipinsalbe (1)
 - Ballondilatation:
 - Kleine ital. Studie(2)
 - Lidocaininjektion:
 - Nur passagerer Benefit

1) Nelson RL. Cochrane Database Syst Rev 2012;2

2) Renzi A. Dis Colon Rectum 2008;51:121

Analfissur

- **Therapie:**
 - **Chirurgie**
 - Fissurektomie
 - Laterale Sphinkterotomie
 - NW: Inkontinenz

→ Bei Versagen der konservativen Möglichkeiten und persistierenden Symptomen

Pruritus ani

- **Allgemeines:**
 - Keine Krankheit, sondern ein Symptom
 - 1-5% der Erwachsenen betroffen
 - Männer > Frauen (4:1)
 - V.a. im 40-60. Lj prävalent
 - **Idiopathisch in 25-75%**
 - **Rezid. Verlauf!!**

Pruritus ani

- **Aetiologie:**

- Idiopathisch

- Sekundär:

- **Diätetische Faktoren:**

- Koffein, Tee, Alkohol, Schokolade, Tomaten, Zitrusfrüchte, scharfe Speisen, Erdnüsse

- **Anorectale KH:**

- Fissur, Fisteln, Marisken, Hämorrhoiden, Prolaps, Hydradenitis, Crohn, Trauma (anale Manipulationen)

- **Hygiene/Lokale Faktoren:**

- Mangelnde oder übertriebene Reinigung, Feuchtüchlein, WC-Papier, Uebergewicht, String, Salben, Enthaarungscremes, Rasierverletzung

- **System. KH:**

- DM, NI, Hyperthyreose, Eisenmangel, Leukämie/Lymphom, Hypovitaminosen (A,B,D)

- **Dermatol. KH**

- Kontaktdermatitis, Psoriasis, seborr. Dermatitis, Lichen, Bowen, Paget

- **Tumoren:**

- AIN, Bowen, Melanom, Analkarzinom

- **Infektionen:**

- Würmer (Enterobius), STD, Intertrigo, Streptokokken, Staphylokokken

- **Bestrahlung/Chemotherapie**

- **Medikamente:**

- Antibiotika, Colchicin, Quinidine

- **Psychogen:**

- Angst, Psychosen

Pruritus ani

- **Diagnostik:**

- Anamnese
- BE (BB,BZ, Vitamine, Syphilis-, Sprueserologie)
- Abstrich (Pilz, Strepto-/Staphylokokken, GO; evt Chlamydien, HSV)
- Scotch-Tape
- Gyni-Kontrolle
- Dermatologie, evt Bx (falls abnormer Aspekt)
- Prokto + Endoskopie

Pruritus ani

- **Therapie:**

- **Patienteninstruktion**

- Reinigen Analregion mit Wasser (ohne Seife/Shampoo)
 - Meiden von reibenden Bewegungen beim Putzen/Trocknen
 - Meiden von WC-Papier/Feuchttüchlein/Rasierern/Enthaarungscremes
 - Nicht Kratzen
 - Einlage Baumwolltüchlein (Wechsel wenn feucht)
 - Warmes Sitzbad über 5 - 10Min 2-3x/d
 - Quellmittel
 - Lockere Unterwäsche tragen:
 - **Nudism is ideal but, sadly often impracticable (1)**
 - Vermeiden gewisser Speisen
 - Tomate, Kaffee, Tee, Schokolade, Bier

Pruritus ani

- **Therapie:**

- Behandlung Grunderkrankung
- Milde Hautveränderungen (Rötung/Lichenifikation):
 - Hydrocortison 1% lokal (zB) für 2 Wochen, dann Wechsel auf Zinkpaste
- Deutliche Hautveränderungen (Lichenifikation/Erosionen/Ulcera):
 - Methylprednisolonsalbe → Bethamethasone valerate 0,02% → Hydrocortison 1%
- Capsaicinsalbe 0,006% (Verdünnung mittels Paraffin durch Apotheker)?
- Methylenblau 0,5-1% intradermal?

Pruritus ani

- Therapie:

HAEUFIG EIN DERMATOLOGISCHES
PROBLEM !

(Serie mit 40 Pat: 34 mit Dermatose, davon 18 mit Kontaktdermatitis)

Pruritus ani ist ein häufiges dermatologisches Problem!

Stuhlinkontinenz

- **Ursachen:**

- **Sphinkterschwäche:**

- Trauma
 - Gyni, Chirurgie
 - Nichttraumatisch
 - Sklerodermie, Ausdünnung AIS unkl. Ae

- **Neuropathie:**

- Dehnungsschaden, Gyni, DM

- **Anatomische Störung Beckenboden:**

- Fisteln, Rektumprolaps, Descending perineum syndrome

- **Entzündliche Zustände:**

- IBD, Bestrahlung

- **ZNS-Erkrankungen:**

- Demenz, CVI, Hirntumor, Spinalkanalläsion, MS,

- **Diarrhoe:**

- IBS, Postcholezystektomie

Stuhlinkontinenz

- **Abklärung:**

- Endoskopie
- Anale Manometrie
- Endoanaler Ultraschall
- Defäkographie
- Evt. MRI
- Evt. elektrophysiologische Untersuchungen

Stuhlinkontinenz

- **Therapie:**
 - **Medikamente:**
 - Quellmittel
 - Loperamid
 - Therapie/Prävention Impaktation
 - «Stuhltraining» + Einläufe
 - Anal Plug

Stuhlinkontinenz

- **Therapie:**
 - **Biofeedback:**
 - Verbesserte Kontraktion Beckenbodenmuskulatur
 - Verbesserte Perzeption der rektalen Dehnung
 - Verbesserte Koordination
- Anleitung durch spez. Physiotherapeuten

Stuhlinkontinenz

- **Therapie:**
 - **Chirurgie:**
 - Direkter Sphinkterrepair
 - Gracilisplastik
 - Kolostomie

Stuhlinkontinenz

- **Therapie:**
 - **Sacralnervenstimulation**
 - Indik: Sphinkterdefekt, Pudendusneuropathie, St.n. Sphinkterrekonstruktion, St.n. Rektumprolaps-OP

Proktitis

- **Aetiologie:**
 - IBD
 - STD
 - GO, Chlamydien, Syphilis, Herpes
 - Non-STD-Infektionen
 - Salmonellen, Shigellen, Clostridien
 - Bestrahlung
 - Anorektale Traumata (GV, Manipulationen)
 - Chemisch-toxisch (Seifeneinläufe, NSAR)
 - idiopatisch

Proktitis

- **Symptome**
 - Schmerzen
 - Diarrhoe
 - Blut/Schleim
- **Diagnostik**
 - Anamnese
 - BE (BB, CRP, HIV...)
 - Rektalabstrich, Stuhlakt
 - RS/Koloskopie

Proctalgia fugax

- **Symptome:**
 - Heftige Schmerzen anal, einschliessend, oft nachts
 - Kurze Schmerzdauer (Sek. – Min.)
 - Beschwerdefreie Intervalle
 - Ausschluss organische Krankheit
- **Diagnostik:**
 - Endoskopie/EUS/MRI/Gyni/Urologie
- **Therapie:**
 - Beruhigung, warme Sitzbäder
 - Evt. Nitroglycerinsalbe 0,2% lokal
 - Salbutamolspray bei Sy > 10min (1)

Kolorektales Karzinom

- **Allgemeines:**

- Gehört zu den 3 häufigsten Karzinomen
- Täglich 10 Personen mit CRC in CH
- Lifetime-Risk 6% für Männer, 3,7% bei Frauen
- 40% versterben an CRC
- Nur 5% nehmen an Vorsorgeuntersuchung teil!
- Verteilung CRC auf Risikogruppen:
 - Durchschnittsbevölkerung 75%
 - Familiäre Tumorbelastung 20%
 - IBD 3%
 - Vererbte familiäre Tumorsyndrome (FAP, HNPCC,..) 2%

Kolorektales Screening

- **Guaic-based fecal occult blood test (gFOBT):**
 - Identifikation Hämoglobin durch Pseudoperoxidasereaktion
 - Diät. Massnahmen vor Testung:
 - Kein rotes Fleisch, Rüben, Brokkoli, Blumenkohl, Melonen, NSAR, Radieschen, Meerrettich, Vitamin C
 - Keine Rehydrierung der Tests
 - Tiefe Sensitivität; viele falsch positive Resultate
 - Studien:
 - Senkung Mortalität CRC

Kolorektales Screening

- **Sensitive gFOBT:**
 - Höhere Sensitivität, tiefere Spezifität als gFBOT
- **Fecal immunochemical tests (iFOBT):**
 - Reaktion nur mit humanem Globin
 - Grosse Variabilität der Sensitivität/Spezifität der Produkte
 - Weniger Stuhlproben nötig

Kolorektales Screening

- **Stool-DNA test (sDNA):**
 - Sensitivität whs besser als gFBOT
 - Stuhl-Versand eisgekühlt
 - Teuer
- **Sept 9 Bluttest:**
 - PCR-Nachweis methylierte DNS des Septin-9-Gens
 - Validierung ausstehend; Sensitivität für grosse Adenome eher tief

Kolorektales Screening

- **Stuhl-/Bluttest:**

- **Keine** Wiederholung eines positiven Resultates
- **Kein** Test bei Symptomen (Schmerzen, Blut ab ano, Anämie etc)
 - → Koloskopie
- **Keine** Prävention des CRC
- **Falsche Sicherheit**
 - Suboptimale Sens./Spezifität
 - Keine Erfassen grosser Polypen

Kolorektales Screening

- **Virtuelle Koloskopie:**
 - Abführende Massnahmen bleiben
 - Bestrahlung
 - Induktion neuer Tumoren?
 - Erfassen kleiner und flacher Polypen schlecht
 - Bei Befund → Koloskopie nötig

Kolorektales Screening

- **Sigmoidoskopie:**

- Prospektive und randomisierte Studien (1):

- Verhinderung CRC distal 30%
- Signifikant tiefere Mortalität

- Problem:

- Ungenügende Vorbereitung
- Schmerzen ohne Sedation (tiefe Eindringtiefe)
- **50% Karzinome rechts ohne Indexläsion links**

Kolorektales Screening

- **Koloskopie:**

- Erlaubt Entdeckung und Abtragung von Vorstufen (Adenomen)
- Wichtig:
 - Gute Vorbereitung
 - Sorgfältige Endoskopie
- CRC-Risiko um 77% senken! (1)
- Reduktion Mortalität CRC 53%! (2)
- Kostenträger:
 - Entscheid BAG whs 2013

1) Brenner H. Annals Int Med 2011;154:22

2) Zauber AG. NEJM 2012;366:687

Kosten

Untersuchung

Proktoskopie:	Fr. 65.-
GBL:	Fr. 37.-
Rektosigmoidoskopie:	Fr. 294.-
Koloskopie:	Fr. 444.-
Polyp klein:	Fr. 100.-
Polyp gross:	Fr. 281.-
Gastroskopie:	Fr. 338.-
Biopsien	Fr. 81.-
Abdomensonographie	Fr. 137.-