

Perianalvenenthrombose

(auch „Analvenenthrombose“, „Analthrombose“, „die äußeren Hämorrhoiden“)

Die Perianalvenenthrombose kommt sehr häufig vor. Diese Erkrankung wird allgemein als „die Hämorrhoiden“ bezeichnet, auch wenn dies nicht ganz zutreffend ist. Es handelt hier um Ausbildung eines Blutgerinnsels unter der Haut direkt am Afterrand. Meist entsteht die Thrombose plötzlich nach einem festen Stuhlgang. Der Patient empfindet einen 1-2 cm großen, sehr schmerzhaften Knoten am After. Die Schmerzen sind sowohl beim Stuhlgang, als auch beim Sitzen und Gehen spürbar. Unbehandelt werden die Beschwerden meist nach 4-5 Tagen langsam abklingen, doch derzeit sind die Schmerzen erheblich.

Behandlung

Die Perianalvenenthrombose wird unter Lokalanästhesie mittels eines ca. 5 mm großen Schnittes eröffnet, um das Gerinnsel zu entfernen. Meist empfindet der Patient eine sofortige Erleichterung. Der Wundschmerz nach dem etwa fünfminütigen Eingriff ist sehr leicht und keineswegs mit den Schmerzen durch die Thrombose vergleichbar. Als Nachbehandlung empfehlen sich heiße Sitzbäder. Wenn sich ein Patient mit einer über 3 Tage bestehender Thrombose vorstellt, wird diese nicht mehr eröffnet, da die spontane Besserung in diesem Fall schneller eintritt als nach dem Eröffnen.

Die Hämorrhoiden

(auch „die inneren Hämorrhoiden“)

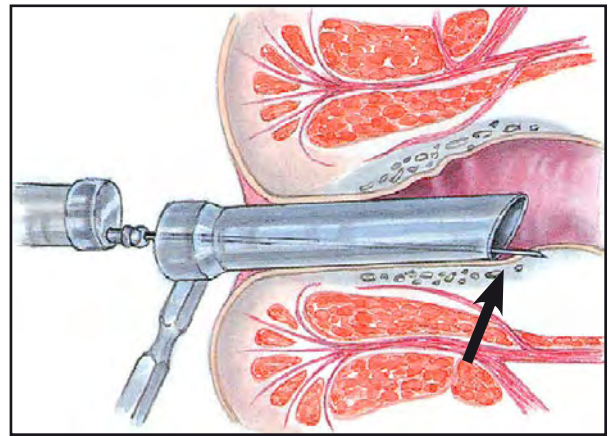
Die Hämorrhoiden selbst ist keine Erkrankung – das sind Krampfader im Enddarm, die den After zusätzlich zu Schließmuskel abdichten. Über „die Hämorrhoiden-Erkrankung“ spricht man dann, wenn diese vergrößert sind und Beschwerden verursachen. Dies ist meist bei Patienten der Fall, die eine gewisse Verstopfungsneigung haben, doch die Hämorrhoiden können sich auch trotz normalen Stuhlganges vergrößern. Die Beschwerden sind meist Blutungen und ein Fremdkörpergefühl – der Patient spürt vor allem nach dem Stuhlgang hervorwölbende Knoten im Afterbereich, die er oft mit der Hand wieder zurückschiebt. Fälschlicherweise wird angenommen, dass Hämorrhoiden schmerzhaft sind, doch ist dies in der Regel nicht der Fall. Lediglich sehr große Hämorrhoiden können schmerzhaft sein, doch auch in diesen Fällen empfinden die Patientin vielmehr Unwohlsein im Afterbereich als eigentliche Schmerzen. Auch wenn es meist um eine an sich ungefährliche, harmlose Erkrankung handelt, können die Hämorrhoiden auf die Dauer sehr störend sein und chronischen Juckreiz und Nässen verursachen.



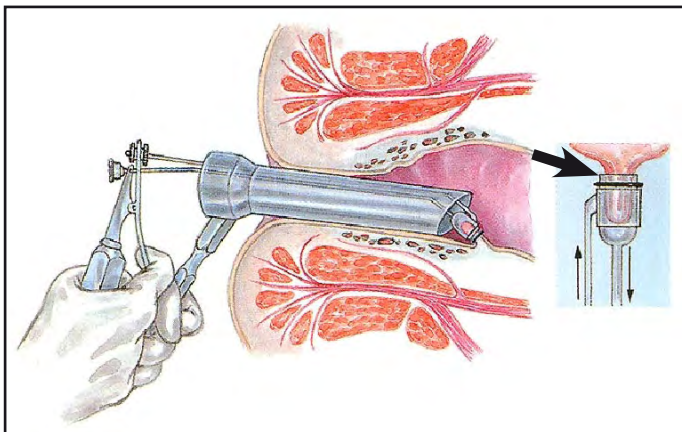
Vergrößerter, vorfallender Hämorrhoidal-knoten

Behandlung

Wohl die wichtigste und meist auch ausreichende Behandlung ist ein regelmäßiger, weicher Stuhlgang. Die vergrößerten Hämorrhoiden werden sich dadurch entweder zurückbilden oder keine Beschwerden mehr verursachen. Bei kleineren blutenden Hämorrhoiden wird von uns bevorzugt eine **Verödung** angewendet. Die Behandlung wird direkt in der Ambulanz durchgeführt: oberhalb der vergrößerten Hämorrhoiden wird in die Enddarmschleimhaut ein Mittel gespritzt, das zu einer leichten Vernarbung führt. Als Folge wird der Blutzufluss zu den Hämorrhoiden etwas verringert, so dass die Blutungen nachlassen. Die Behandlung wird in 3-4 Sitzungen alle 3-4 Wochen ambulant durchgeführt. Die Komplikationen sind extrem selten, die Behandlung ist nicht schmerzhaft. Von vielen Proktologen wird die sogenannte „**Gummibandligatur**“ angewendet. Hier wird ebenfalls ambulant auf die vergrößerten Hämorrhoiden ein Gummiband gesetzt, so dass die Hämorrhoiden „absterben“ und wegfallen. Diese Methode ist effektiver als die Verödung, schließlich werden ja die Hämorrhoiden entfernt. Die Komplikationen sind sehr selten, doch werden immer wieder nach Setzen der Gummibandligaturen aber Infektionen im Afterbereich berichtet. Auch wenn es sehr unwahrscheinlich ist, können solche Infektionen speziell bei älteren Personen lebensbedrohlich sein. Aus diesem Grund wird diese Behandlungsmethode in unserer Ambulanz nicht verwendet.



Das Verödungsmittel wird direkt oberhalb des vergrößerten Hämorrhoidalknotens in die Schleimhaut gespritzt.



Der vergrößerte Hämorrhoidalknoten wird in eine spezielle Glocke eingesaugt. Über die Glocke wird dann ein Gummiring gestülpt.

Sollten die Beschwerden trotz Achsens auf einen weichen Stuhlgang und trotz Verödung weiterbestehen, so kommt eine Operation in Frage. Seit Jahrzehnten gilt das Ausschneiden der Hämorrhoidalknoten als Standardverfahren (z.B. Operation nach **Milligan-Morgan**). Die Erkrankung wird damit beseitigt und die Rückfälle sind sehr selten. Der Nachteil der Operation ist, dass diese in den ersten 1-3 Wochen nach dem Eingriff zu schmerzhaften Wunden im Afterbereich führt. Als Alternative wurde Mitte der 90er Jahre die **Operation nach Longo** (auch

Staplerhämorrhoidektomie) eingeführt. Für den Eingriff wird ein speziell entwickeltes Gerät verwendet - der sogenannte Stapler. Der Sinn der Operation ist, die heraushängenden, vergrößerten Hämorrhoiden in den Enddarm zurück zu schieben und unter Setzen 2-3 mm großer Metallklammern an der Mastdarmwand zu fixieren. Die Hämorrhoiden werden somit „geliftet“. Es entstehen keine Wunden. Der Eingriff ist mit deutlich weniger Schmerzen verbunden als das traditionelle Ausschneiden. In den letzten Jahren hat sich jedoch gezeigt, dass die Rückfallrate nach Longo-Operation deutlich höher ist als nach einfachem Ausschneiden. Dies ist speziell bei den Patienten der Fall, die vielmehr an einem Vorfalldgefühl als an Blutungen leiden.

Für die Patienten, die über Blutungen klagen, eignet sich die noch relativ neue Operationsmethode, die sog. **HAL** (hemorrhoidal artery ligation). Während des Eingriffes werden die Schlagadern, die zu den Hämorrhoiden führen, mit speziellem Ultraschallgerät im Enddarm aufgesucht und gezielt unterbunden. Somit werden die Hämorrhoiden „trockengelegt“, da sie keinen Blutzufluss mehr erhalten. Der Vorteil der Methode ist die Tatsache, dass ernsthafte Komplikationen wie Infektionen und Schließmuskelverletzung im Gegensatz zu den beiden oben genannten Methoden fast ausgeschlossen sind. Allerdings eignet sich der Eingriff für stark vorwölbende Hämorrhoiden nicht. Auch die Rückfallrate ist noch nicht bekannt.

Analfissur

(auch „Afterriss“, „Analriss“)

Die Analfissur ist neben Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose eine der häufigsten proktologischen Erkrankungen. Hier handelt es um einen kleinen (ca. 5 mm) Einriss der Afterhaut. Auch die Analfissur entsteht meist als Folge chronischer Verstopfungsneigung. Sie ist häufig bei Menschen, die stark unter Stress stehen, außerdem sehr oft bei stillenden Frauen und bei kleinen Kindern, deren Ernährung umgestellt wird. Auch die Analfissur wird oft fälschlicherweise als „die Hämorrhoiden“ bezeichnet. Zwar treten bei beiden Erkrankungen Blutungen aus dem After auf, doch ist für die Analfissur im Gegensatz zu Hämorrhoiden vor allem starker Schmerz während des Stuhlganges charakteristisch. Bei kleinen Kindern können die Schmerzen so stark sein, dass sie tagelang einen Toilettengang vermeiden, doch auch bei Erwachsenen können die Schmerzen teilweise kaum erträglich sein. Sollte eine Fissur viele Monate oder gar Jahre bestehen, so klagen die Patienten vielmehr über Brennen und Juckreiz, als über starke Schmerzen. Die akuten Fissuren heilen meist spontan aus, doch bei manchen Patienten führen sie zu einer starken Verspannung des Schließmuskels, die eine spontane Abheilung verzögert.

Behandlung

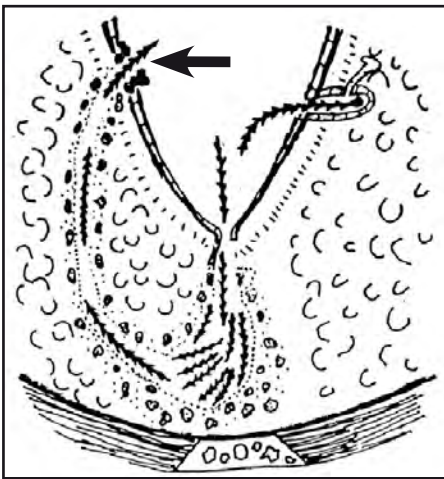
Bei kleinen Kinder ist allein der Einsatz eines leichten Abführmittels ausreichend – die Fissur heilt innerhalb von 1-2 Tagen aus. Auch bei Erwachsenen spielt die Vermeidung der Verstopfungen eine entscheidende Rolle. Sollte die Verstopfung weiter bestehen, so würden die meisten Behandlungsmethoden fehlschlagen. Außerdem ist die direkte Behandlung der Schmerzen und der Schließmuskelverspannung wichtig. Zur Schmerzbehandlung werden verschiedene Salben verwendet, die meist ein Lokalanästhetikum (z.B. Lidocain) enthalten. Zur Entspannung des Schließmuskels wird entweder eine **Diltiazem-Creme** oder eine Dehnungsbehandlung mittels eines **Analdehners** verwendet. Durch die damit erreichte Entspannung des Afters können die Bedingungen geschaffen werden, die für die Heilung der Analfissur erforderlich sind. Außerdem wirkt die Schließmuskelentspannung auch schmerzlindernd. Schlägt diese Behandlung trotz mehrwöchiger nonsegmenter Anwendung fehl, so kann das **Botulinum-Toxin** (BOTOX) eingesetzt werden. Dieses Mittel wird direkt in den Schließmuskel gespritzt und führt zu einer Erschlaffung, die 3 Monate anhält. In dieser Zeit bestehen optimale Heilungsbedingungen. Diese Erschlaffung ist allerdings gerade so stark, dass keine Probleme mit der Stuhlkontrolle auftreten.

Sollten die konservativen Behandlungsmethoden nicht zur Ausheilung der Fissur führen, so wird eine Operation, genannt **Fissurektomie** durchgeführt. Dies ist ein

kleiner, einfacher Eingriff – die Fissur wird nur ganz knapp ausgeschnitten. Es entsteht eine frische Wunde, die bessere Heilungschancen hat, als die chronisch bestehende Fissur. Allerdings ist es wichtig, bereits kurz nach dem Eingriff erneut mit den Maßnahmen zu beginnen, die den Schließmuskel entspannen (Diltiazem-Creme, Analdehner oder Botulinum-Toxin), da es sonst zu einem Rückfall kommen kann.

Viele Jahrzehnte wurde weltweit auch Durchtrennung eines Schließmuskelanteils (genannt **Sphinkterotomie**) verwendet. Dies führte zu einer effektiven und bleibender Entspannung des Afters, doch entwickelten viele Patienten Jahre später eine Inkontinenz (Unfähigkeit, den Stuhlgang zu halten), so dass diese Methode heute nicht mehr zum Einsatz kommen sollte.

Sinus pilonidalis (auch „Steißbeinabszess“, „Steißbeinfistel“)



Die Haare stellen sich zwischen den Gesäßseiten auf und Bohren sich beim Gehen in die Haut. Unter der Haut bildet sich eine Entzündungsstraße (Fistel), die einen Ausweg aus der Haut sucht.

Der entstandene Gang (Fistel, Porus) bleibt offen und „saugt“ immer neue Haare hinein, so dass die Krankheit immer weiter fortschreitet. Dies erklärt die Tatsache, warum häufig Soldaten betroffen sind: das lange Marschieren unter unhygienischen Bedingungen begünstigt das Einbohren der Haare in die Haut. Die Entzündung unter der Haut führt zu Abszessen – schmerzhaften Eiteransammlungen unter der Haut, die entweder von allein platzen oder aufgeschnitten werden müssen. Doch auch danach besteht die Krankheit weiter, da immer neue Haare und Infektion über die Steißbeinfistel hineingezogen werden.

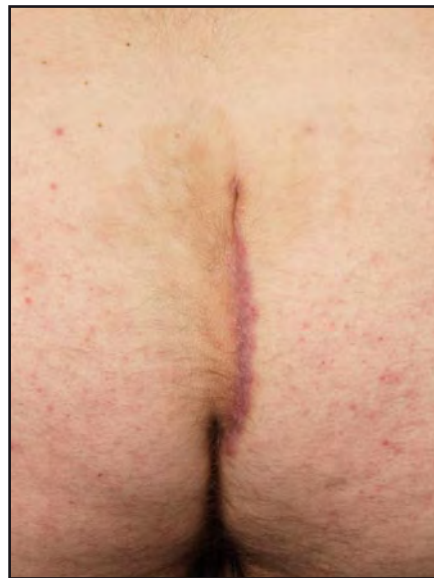
Sinus pilonidalis tritt vor allem bei jungen Männer auf. Frauen sind 6-7-fach seltener betroffen. Die Erkrankung entsteht dadurch, dass sich Haare in die Haut zwischen den Gesäßseiten einbohren und so zu entzündeten Gängen führen (Fisteln). Dabei handelt es sich nicht um die Haare, die in diesem Bereich wachsen, sondern vielmehr um solche, die aus anderen Körperpartien, vor allem vom Rücken runterfallen. Während des Gehens kommen die frei liegenden Haare in eine Drehbewegung, stellen sich auf und bohren sich allmählich in die Haut ein.



Mehrere Fistelöffnungen in der Mittellinie (schwarze Pfeile) und zwei Öffnungen, wo die Entzündung wieder an die Haut ausgebrochen ist (rote Pfeile).

Behandlung

Unbehandelt führt der Sinus pilonidalis zu einer chronischen eitrigen Entzündungen im Steißbereich, die störend, teilweise schmerzhaft, teilweise nässend sind. Daher muss es beinahe immer operiert werden. Seit den 40en Jahren des letzten Jahrhunderts und vielerorts auch noch heute werden vor allem zwei Operationsmethoden verwendet: das Ausschneiden des Sinus pilonidalis und Belassen einer offenen Wunde bzw. Ausschneiden des Sinus pilonidalis und das Zusammennähen der Wunde. Beide Operationsmethoden haben jedoch ein gemeinsames Problem: es entsteht eine Wunde zwischen den Gesäßseiten, d.h. eigentlich genau dort, wo sich ja die Krankheit selbst ausbildet. Hier ist ein feuchter, unreiner Bereich, wo nur wenig Sauerstoff vorhanden ist. Die Wunden in diesem Bereich heilen schlecht, so dass beide Methoden zu häufigen Rückfällen und Problemen mit der Wundheilung führen. Diese Probleme zwangen zur Entwicklung neuer Operationsmethoden, die das Verbleiben einer Wunde in der Mittellinie vermieden.



Karydakis-Operation.

Links: die Schnittführung seitlich der Mittellinie. Lediglich die Fistelöffnungen in der Mittellinie werden mitgenommen.

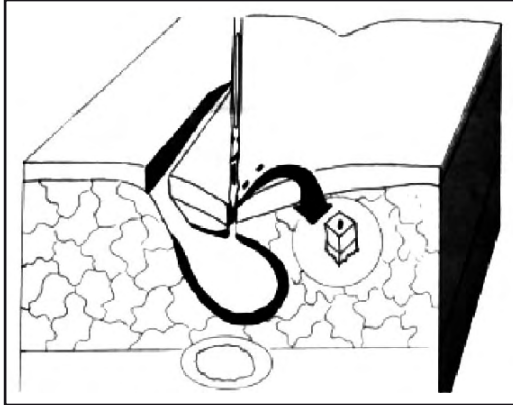
Rechts: gleicher Patient 5 Monate nach der Operation.

Der griechische Chirurg **G. Karydakis** hatte 1973 eine neue Operationsmethode beschrieben, die später seinen Namen bekommen hatte. Dabei wird der Sinus pilonidalis etwas asymmetrisch ausgeschnitten, so dass die Wunde beim Zusammennähen nicht mehr in der Mittellinie liegt, sondern seitlich davon. Außerdem wird auch die Falte zwischen beiden Gesäßseiten flacher, so dass sich die Haare nicht mehr ansammeln und in die Haut einbohren können. Mit dieser Operation konnte Karydakis

die Rückfallrate auf unter 1 % reduzieren. Der amerikanische Chirurg John Bascom hatte Anfang der 80er Jahre diese Methode etwas modifiziert und gab ihr den Namen „**cleft lift**“, was so viel wie „Anheben der Falte“ bedeutet. Außerdem wurden in den 80-90en Jahren weitere Operationsmethoden entwickelt, bei denen der Sinus pilonidalis ausgeschnitten und der entstandene Defekt mittels eines speziellen Hautlappens gedeckt wurde. Die bekannteste dieser Methoden ist die **Limberg'sche Plastik**, die auch vielerorts in Deutschland eingesetzt wird. Auch in diesem Fall wird die Falte zwischen den Gesäßseiten abgeflacht und die Operationswunde seitlich der Mittellinie ausgetragen.

Mit Hilfe dieser Methoden konnten die Behandlungsergebnisse deutlich verbessert werden, so dass heutzutage den meisten Patienten effektiv geholfen werden kann. Leider sind diese neueren Methoden vielen Ärzten noch nicht bekannt, so dass mancher Patient mehrfach mit den älteren Verfahren behandelt wird.

Als Nachteil der neueren Methoden kann man die Tatsache nennen, dass es zu einer gewissen optischen Veränderung des Gesäßes kommt, was allerdings in der Kleidung nicht sichtbar ist. Außerdem sind es relativ große Eingriffe - die Wunden sind etwa 5 cm lang. Der bereits erwähnte amerikanische Chirurg J. Bascom hatte in den 80er Jahren eine Operationsmethode entwickelt, die sich für kleine, erstmalig auftretende Fistelporen eignet: Die sog. **„pit picking“** Operation, was so viel wie „Rauspicken der Fisteln“ bedeutet. Dabei wird in Lokalanästhesie die



„Pit picking“ Operation: die Fistelöffnungen in der Mittellinie werden knapp ausgeschnitten („herausgepickt“). Seitlich davon wird ein Entlastungsschnitt gemacht.

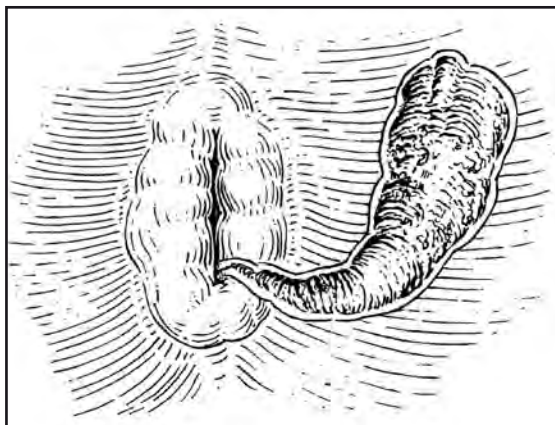
Stelle, wo sich die Haare in die Haut einbohren („Pit“), sparsam ausgeschnitten und der Bereich, wohin die Haare unter der Haut gewandert sind, mittels eines kleinen Schnittes eröffnet. Damit kommt es zur Vernarbung der Fistel und zur Behebung der Erkrankung. Zwar erleiden gut 20 % der Patienten nach diesem Eingriff einen Rückfall und müssen dann z.B. eine Karydakis Operation erhalten, doch kann bei den Restlichen 80 % mit minimalem Aufwand ein gutes Ergebnis erreicht werden. An unserer Klinik wird dieses Vorgehen ebenfalls favorisiert: die Patienten die sich mit einem kleinen erstmaligen Befund vorstellen, erhalten die „pit picking“ Operation. Die Patienten, die einen Rückfall erleiden oder mit einem ausge dehnten Sinus pilonidalis vorstellen, erhalten die Operation nach Karydakis.

Zu diesem Thema s. auch Arbeiten aus unserer Klinik:

Iesalnieks I, Furst A, Rentsch M, Jauch KW. [Primary midline closure after excision of a pilonidal sinus is associated with a high recurrence rate] *Chirurg* 2003; 74: 461-8.

Iesalnieks I, Agha A, v. Breitenbuch P, Schlitt HJ, Fürst A. Chirurgische Behandlung des Sinus pilonidalis. *Viszeralchirurgie*. 2006; 41: 399-406.

Perianale Fisteln und Abszesse (auch „Analfistel“, „Analabszess“, „periproktitischer Abszess“)



Einfache Fistelspaltung. Es verbleibt eine offene Wunde, die in 4-8 Wochen ausheilt.

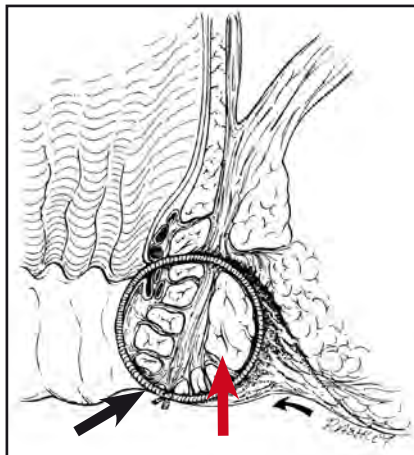
Auch perianale Fisteln und Abszesse sind häufige proktologische Erkrankungen, die vor allem bei 30- bis 50-jährigen auftreten. Besonders häufig treten sie bei Patienten mit M. Crohn auf, allerdings sind dann die Patienten jünger (diesbezüglich s. auch die Homepage der Chirurgischen Klinik unter „Medizinische Leistungen/CED“).

Die Erkrankung entsteht dadurch, dass es zu einer Entzündung im Bereich der Analdrüsen kommt. Diese Drüsen liegen im Analkanal an der Grenze zwischen Mastdarmschleimhaut und der Afterhaut, d.h. etwa 2 cm vom Afterrand entfernt. Die Entzündung presst sich meist durch den

Schließmuskel und sucht einen Ausweg zur Haut hin. Dabei bemerkt der Patient eine akute, sehr schmerzhaftige Schwellung in der Afternähe – einen Abszess. Hier handelt es sich um eine Eiteransammlung unter der Haut. Diese muss entweder aufgeschnitten werden oder sie eröffnet sich von allein. Nach der Operation bzw. nach dem spontanen Aufplatzen verbleibt ein Gang (eine Fistel), die den Analkanal mit der Haut verbindet. Es ist wichtig zu verstehen, dass die Fistel und der Abszess EINE Erkrankung darstellen. Sollte die Fistelöffnung verstopfen, so dass Eiter keinen Abfluss hat, so würde es sofort zu einer erneuten Eiteransammlung, d.h. Abszess kommen.

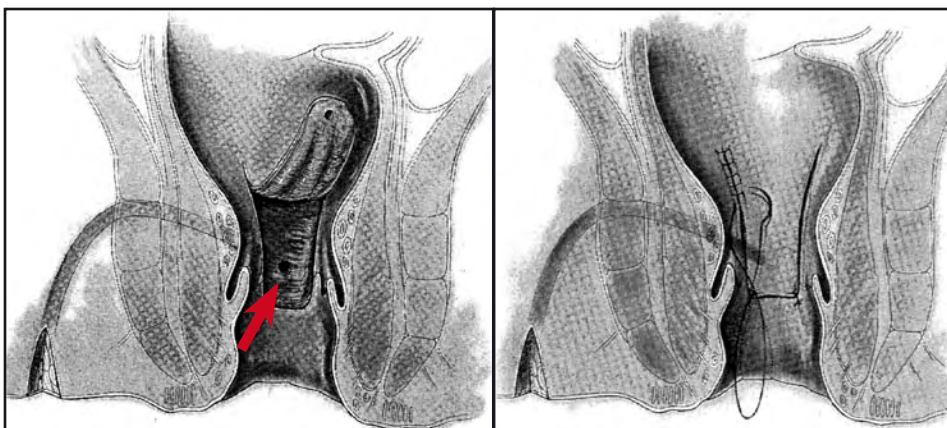
Behandlung

Die Abszesse müssen gleich eröffnet werden. Dies führt zur sofortigen Linderung der Schmerzen. Wir führen diesen Eingriff (die **Abszessspaltung**) stets in Vollnarkose bzw. in Rückenmarksbetäubung durch, damit dem Patienten schmerzhaftes Operieren erspart wird. Nach der Spaltung entsteht meist eine 2-3 cm große Wunde, die relativ schnell heilt. Doch die Fistel, die



zu diesem Abszess geführt hat, verbleibt zunächst. Würde man den Patienten nicht weiter behandeln, so käme es zu einer chronischen Entzündung mit eitrigem Ausfluss oder mit wiederkehrenden Abszessen. Deswegen wird der Patient etwa 3-4 Wochen nach der Spaltung des Abszesses erneut untersucht und die Fistel gefunden. Diese muss dann behandelt werden.

Fadeneinlage. Ein Faden (schwarzer Pfeil) wird in die Fistel gelegt und locker geknotet. Wichtig ist, dass die Fistelstrecke kurz ist und lediglich der Schließmuskel (roter Pfeil) im Faden verbleibt.



Schleimhautlappen wird gebildet (links), die Fistelöffnung zugenäht (Pfeil) und mit dem Lappen wieder gedeckt (rechts).

Die meisten Fisteln nehmen einen relativ oberflächlichen Verlauf, unter Einbeziehung nur weniger Schließmuskelfasern. Solche Fisteln können einfach in voller Länge aufgeschnitten werden (**Fistelspaltung**). Die entstandene Wunde heilt innerhalb 4-8 Wochen aus, die Rückfälle sind

Ausnahme. Bei manchen Patienten nehmen jedoch die Fisteln einen höheren Verlauf, unter Einbeziehung eines erheblichen Schließmuskelanteils. Ein Aufschneiden der Fistel würde zu einer Schließmuskelzerstörung führen. Für diese Situation eignet sich ein zweizeitiges Vorgehen: zunächst wird eine **Fadeneinlage** durchge-

führt. Dabei wird in den Fistelgang ein Faden eingelegt und locker außerhalb des After geknotet, damit die Fistel nicht verstopft. Somit kann sich die Entzündung zurückbilden, so dass die Fistel „trockener“ wird. Drei Monate nach diesem Eingriff kann die Fistel selbst beseitigt werden. Dafür bietet sich ein Fistelverschluss mittels eines **Schleimhautlappens** an (sog. Mukosaflap oder auch Endorectal advancement flap). Dabei wird im Enddarm ein Schleimhautlappen ausgeschnitten, mit dem die Fistel von innen bedeckt wird. In 70-80 % der Operationen kann die Fistel durch diesen Eingriff beseitigt werden. Bei den restlichen Patienten kommt es zu einem Rückfall. Alternativ bietet sich eine neue Methode an, die vor 2-3 Jahren eingeführt wurde, ein sog. **Fistula-Plug**, ein aus Kollagen bestehender biologischer Stöpsel, mit dem die Fistel verschlossen wird. Die Methode ist neu, so dass die genaue Erfolgsrate noch nicht bekannt ist. Die ersten Studien zeigen eine Heilungsrate von 40 - 70 %.



Fistula-Plug

An unserer Klinik wird die Fistelchirurgie fast ausnahmslos ohne Anlage eines künstlichen Darmausganges durchgeführt.

Acne inversa (auch „Hydradenitis suppurativa“, „Pyoderma fistulans“)

Acne inversa ist im Gegensatz zu den oben erwähnten eine eher seltene Krankheit. Die Betroffenen, meist starke Raucher, bilden Entzündungen (Fisteln und Abszesse) in den Achseln, Leisten und um den After. Die Entzündung entsteht in den Schweißdrüsen. Die meisten Patienten hatten früher oder haben zum Zeitpunkt der Erkrankung starke Akne auch im Gesicht. Die Ausprägungen der Erkrankung sind sehr unterschiedlich – von einzelnen kleinen Fisteln am After oder in den Leisten bis hin zu einer sehr ausgedehnten, beidseitigen Entzündungen an allen drei Lokalisationen – Achseln, Leisten und After. Für die Proktologen ist es vor allem wichtig, eine Analfistel von der Acne inversa im Afterbereich zu unterscheiden. Die Fisteln bei Acne inversa haben nie einen Anschluss an den After und bleiben stets nur auf die Haut beschränkt. Die Fisteln bei Acne inversa entzünden sich häufiger („platzen“) und heilen auch wieder schneller aus.

Behandlung

Im Gegensatz zu den Analfisteln müssen die Fisteln bei Acne inversa stets komplett ausgeschnitten werden, da es sonst zu Rückfällen kommt. Andere Behandlungsmethoden existieren nicht. Bei einzelnen Patienten mit sehr ausgedehnten Befunden kann es unter Umständen zu sehr großen Wunden kommen, die Wochen bis Monate heilen müssen. Das Rauchen muss eingestellt werden.

Strahlenproktitis (Entzündung der Mastdarmschleimhaut als Folge der Bestrahlung)

Diese Erkrankung entsteht als Folge der Bestrahlung – z.B. nach Behandlung eines Prostata-, Gebärmutterhals-, Mastdarm- oder Afterkrebses. Dabei entsteht ein Schaden der Schleimhaut, der lebenslang verbleibt. Die typischen Beschwerden sind: Blutungen, starker Stuhldrang, Durchfälle, Schwierigkeiten Stuhlgang zu halten. In einzelnen Fällen können die Blutungen stark sein.

Behandlung

Eine effektive Behandlungsmethode für eine Strahlenproktitis wurde leider bis jetzt nicht entwickelt – meist werden verschiedene Therapieversuche unternommen, z.B. Kortison-Einläufe oder entzündungshemmende Zäpfchen (z.B. „Salofalk“). Manche Patienten empfinden Verzehr von LC1-Joghurt als beschwerdelindernd. Dieser Joghurt enthält die Laktobazillen, welche die Darmflora normalisieren und so gelegentlich zum Rückgang der Entzündung führen kann. Sehr wichtig ist es, auf einen gut geformten, jedoch auch nicht zu festen Stuhlgang zu achten. Hier empfiehlt sich eine ballaststoffreiche Diät und z.B. solche Mitteln wie „Mucofalk“, die zur Normalisierung der Stuhlkonsistenz führen. Bei Patienten mit starken Blutungen kann eine Argon-Koagulation durchgeführt werden.

In der Proktologischen Ambulanz wird in Zusammenarbeit mit den Kollegen der Strahlentherapie eine Studie zum Thema „Strahlenproktitis nach Bestrahlung des Prostatakrebses“ durchgeführt.

Analkarzinom (auch „Afterkrebs“)

Analkarzinom ist ähnlich wie der Gebärmutterhalskrebs eine bösartige Erkrankung, die durch sogenanntes Papillom-Virus verursacht wird. Für den Patienten selbst ist es unmöglich, zwischen einer gutartigen Erkrankung wie Hämorrhoiden oder Fissur und einem Afterkrebs zu unterscheiden, da es keine speziellen, typischen Beschwerden gibt. Meist klagen die Patienten über seit mehreren Wochen oder gar Monaten bestehenden Juckreiz, Blutungen, Fremdkörpergefühl oder Schmerzen. Manche Patienten klagen über Stuhlschmierer in der Unterwäsche. Selbst für einen erfahrenen Arzt ist es manchmal schwierig, ein Analkarzinom von z.B. Analfissur zu unterscheiden, da die Krankheit sehr selten ist. Entscheidend ist es, bei jedem Verdacht auf einen Afterkrebs Gewebeproben zu entnehmen. Metastasen (Absiedlungen des Tumors) treten zum Glück eher selten auf und wenn, dann meist in den Leisten, Leber oder Lunge.

Behandlung

Noch vor 20-30 Jahren wurde ein Analkarzinom sofort operiert – dabei wurde der gesamte Mastdarm und der Schließmuskel entfernt und der Patient erhielt einen künstlichen Darmausgang, den er für immer behalten musste. Trotzdem kam es bei mindestens 50 % der Patienten zum Krankheitsrückfall. Heute wird die Erkrankung mittels Bestrahlung und Chemotherapie behandelt – damit verschwindet der Tumor in 70-80 % der Fälle komplett und kehrt nicht mehr zurück. Sollte der Tumor auch nach der Bestrahlung und Chemotherapie noch nachweisbar sein oder sollte es zu einem Krankheitsrückfall kommt, muss auch heute der gesamte Mastdarm entfernt werden.