

#### Wissenschaftliche Leitung

F. Aigner, Berlin  
C. Gingert, Zürich  
W. Kneist, Mainz  
A. Ommer, Essen



# CME

## Zertifizierte Fortbildung

### Anale Notfälle

#### Teil 1: Blutung

A. Ommer<sup>1</sup> · C. Schmidt<sup>1</sup> · T. Rolfs<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> End- und Dickdarm-Zentrum Essen, Essen, Deutschland

<sup>2</sup> Klinik für Allgemeine und Spezielle Viszeralchirurgie, Koloproktologie und MIC-Zentrum, Philippsstift Essen-Borbeck, Essen, Deutschland

#### Zusammenfassung

Perianale Blutungen sind nicht selten und können in der Regel problemlos kurzfristig und ambulant abgeklärt werden. Schmerzlose hellrote Blutungen finden sich vor allem bei Hämorrhoidalleiden oder Proktitiden. Bei gleichzeitigen Schmerzen ist vorrangig an eine Thrombose oder eine Fissur zu denken. Mittels Anamnese, klinischer Untersuchung und Rektoskopie lässt sich in den allermeisten Fällen eine adäquate Diagnose stellen. Die Indikation zur Durchführung einer Koloskopie sollte individuell im Hinblick auf das jeweilige Risikoprofil für ein kolorektales Karzinom oder bei anhaltenden Stuhlgangveränderungen gestellt werden.

#### Schlüsselwörter

Analblutung · Hämorrhoiden · Analfissur · Proktitis · Kolorektales Karzinom

**Online teilnehmen unter:**  
[www.springermedizin.de/cme](http://www.springermedizin.de/cme)

Für diese Fortbildungseinheit  
werden 3 Punkte vergeben.

#### Kontakt

Springer Medizin Kundenservice  
Tel. 0800 77 80 777  
(kostenfrei in Deutschland)  
E-Mail:  
[kundenservice@springermedizin.de](mailto:kundenservice@springermedizin.de)

#### Informationen

zur Teilnahme und Zertifizierung finden  
Sie im CME-Fragebogen am Ende des  
Beitrags.



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

#### Lernziele

##### Nach der Lektüre dieses Beitrags ...

- können Sie wichtige Ursachen perianaler Blutungen benennen.
- können Sie nach Anamnese und Untersuchung anale Notfälle effektiv behandeln.
- sind Sie mit den Möglichkeiten zur Behandlung einer analen Thrombose vertraut.
- kennen Sie die Möglichkeiten der akuten Abklärung analer Blutungen.
- sind Sie in der Lage, ein akutes Hämorrhoidalleiden als Blutungsursache zu erkennen und zu behandeln.

Es stellt sich ein 30-jähriger Mann ohne relevante Vorerkrankungen in der proktologischen Sprechstunde vor. Er berichtet über am Morgen akut aufgetretene mengenmäßig stark erscheinende, zum Teil tropfende hellrote Blutungen, überwiegend am Toilettenpapier, aber auch im Stuhl vermisch. Er habe niemals vorher ähnliche Beschwerden gehabt und ist wegen der Menge des Bluts sehr beunruhigt. Auf direkte Nachfrage berichtet er aber, dass er seit einiger Zeit zeitweise Juckreiz und Brennen perianal bemerkt habe, ohne dass er sich dadurch beeinträchtigt gefühlt habe. Die Stuhlkonsistenz sei derzeit eher fest (Abb. 1).

## Einleitung

Perianale Blutungen sind nicht selten und bei den Betroffenen mit einem hohen Maß an **Angst** verbunden. Jede auch noch so geringe Blutung wird oft primär mit der Diagnose „Krebs“ verbunden und bedarf dann einer quasi „notfallmäßigen“ Abklärung. Außerdem können hämorrhoidale Blutungen als arterielle Blutungen den Betroffenen mengenmäßig ungewöhnlich stark erscheinen. Insofern zählen Blutungen im anorektalen Bereich zu den **häufigsten Gründen** für das Aufsuchen einer proktologischen (Notfall-)Sprechstunde. Meist bringt der Patient sogar schon die Diagnose mit: Er habe Hämorrhoiden.

Im vorliegenden Fortbildungsbeitrag werden die häufigen Ursachen analer Blutungen (Tab. 1) und entsprechende Behandlungsmöglichkeiten anhand von Fallbeispielen aus der täglichen proktologischen Sprechstunde dargestellt.

## Hämorrhoidalleiden

In den meisten Fällen wird ein Patient mit diesen Beschwerden die Diagnose bei der Anamnese direkt mitliefern: „Ich habe Hämorrhoiden.“ In der Tat handelt es sich hier um die klassische Symptomatik eines Hämorrhoidalleidens. Die vorrangige Aufgabe besteht in der Aufklärung über die Pathogenese: Bei den „Hämorrhoiden“ handelt es sich um **arteriovenöse Schwellpolster** am Analausgang. Diese sind verantwortlich für die **Feinabdichtung** des Enddarms und haben somit als solches keinen Krankheitswert.

| Tab. 1 Häufige Ursachen für perianale Blutungen |   |
|---|---|
| <b>Benigne Ursachen</b>                         | Hämorrhoiden  |
|   | Analvenenthrombose  |
|   | Mukosaprolaps/Rektumprolaps                               |
|   | Analfissur  |
|   | Analfistel  |
|   | Kondylome   |
|   | Proktitis/Colitis ulcerosa/Morbus Crohn                   |
|   | Rektumpolyp   |
| <b>Maligne Ursachen</b>                         | Analkarzinom  |
|   | Rektumkarzinom  |
|   | Anale (Prä-)Kanzerosen (Morbus Bowen, Morbus Paget u. a.) |

## Anal emergencies. Part 1: Bleeding

Perianal bleeding is a common disorder and can be quickly and easily diagnosed in the outpatient setting. Light red bleeding without pain is mostly due to haemorrhoidal disease or proctitis. In the case of associated pain, one needs to consider anal thrombosis or anal fissure. Patient history, clinical examination and rectoscopy enable adequate diagnosis in the vast majority of cases. The indication for total colonoscopy should be made according to the individual risk profile for colorectal carcinoma as well as in patients with persistent stool disorders.

### Keywords

Anal hemorrhage · Hemorrhoids · Fissure in ano · Proctitis · Colorectal neoplasms

Erst durch **assoziierte Beschwerden** wie Blutungen, Nissen oder Juckreiz kommt dem „Hämorrhoidalleiden“ dieser Status zu; dann bedarf es einer Behandlung. Ein Wechsel zwischen Phasen mit und ohne Beschwerden ist nicht ungewöhnlich.

Wichtig ist in diesem Fall akut der Ausschluss einer **anderen Ursache** durch die **klinische Untersuchung** mittels Inspektion, Palpation sowie Rektoskopie und Proktoskopie. Eine Blutung ist in der Regel Zeichen lediglich eines leichten Hämorrhoidalleidens. Nicht selten ist der äußere Eindruck eher unauffällig (Abb. 1). Im fortgeschrittenen Stadium steht der Vorfall von Hämorrhoidalgewebe (**Prolaps**) im Vordergrund (Abb. 2, 3, 4 und 5). Eine mengenmäßig relevante Blutung (mit Auswirkungen auf den Hämoglobinspiegel) ist sehr selten. Hierüber sollte der oder die Betroffene aufgeklärt werden. Schmerzen treten beim unkomplizierten Hämorrhoidalleiden nicht auf.

Wichtigste Differenzialdiagnosen sind peri- und intraanale Neubildungen, vor allem **Kondylome** (Abb. 6) und **perianale Präkanzerosen** (Abb. 7 und 8). Mit dem Alter oder bei Risikopatienten steigt das Risiko von Neoplasien (Abb. 9). Diese Veränderungen



Abb. 1 ▲ Leichtes Hämorrhoidalleiden mit perianalem Ekzem





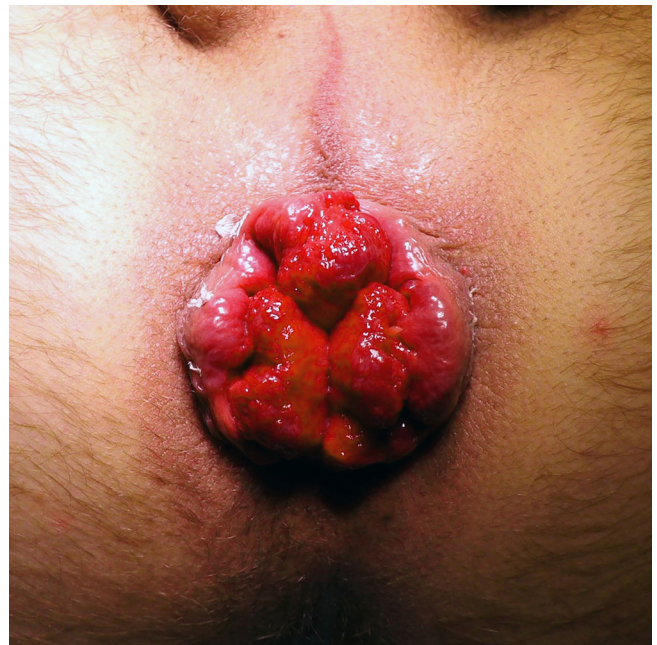
**Abb. 2** ▲ Prolabiertes Hämorrhoidalsegment mit Marissen bei 7.00 Uhr Steinschnittlage



**Abb. 3** ▲ Prolabiertes Hämorrhoidalgewebe mit partieller Thrombose und Stauungsblutung



**Abb. 4** ▲ Anal- und Mukosaprolaps



**Abb. 5** ▲ Anal- und Mukosaprolaps

können meist durch Inspektion und digitale Untersuchung diagnostiziert werden. Eine ergänzende **Rektoskopie**, für die keine Vorbereitung erforderlich ist, ist zusätzlich in der Akutdiagnostik unverzichtbar, insbesondere um eine **Proktitis** als Blutungsursache auszuschließen (**Abb. 10**).

Die Therapie ist immer primär konservativ, wobei neben der **Stuhlgangregulation** (weicher Stuhl durch ausreichende Trinkmenge, Flohsamen) die Verödungsbehandlung (**Sklerotherapie**)

und gegebenenfalls sekundär die **Gummibandligatur** die effektivsten Maßnahmen zur Behandlung von Blutungen darstellen.

Eine **Koloskopie** ist bei jungen Patienten mit Erstmanifestation und nach anamnestischem Ausschluss von Risikofaktoren für ein **kolorektales Karzinom** (**Abb. 11**) nicht zwingend erforderlich. Mit zunehmendem Alter sollte die Indikation zur Koloskopie individuell mit dem Patienten besprochen werden, wobei hier das persönliche Sicherheitsbedürfnis hinsichtlich des Ausschlusses einer Blutungsquelle im Kolon eine wichtige Rolle spielt.





Abb. 6 ▲ Perianale Kondylome



Abb. 7 ▲ Perianaler Morbus Paget



Abb. 8 ▲ Perianaler Morbus Bowen



Abb. 9 ▲ Perianales Plattenepithelkarzinom

Im Jahr 2019 ist eine deutsche S3-Leitlinie zum Hämorrhoidalleiden erschienen [1].

#### ► Merke

Typisch für ein Hämorrhoidalleiden ist die schmerzfreie hellrote Blutung, v. a. auf dem Toilettenpapier, v. a. bei jüngeren Patienten.

### Analfissur

Hier handelt es sich um die klassische Symptomatik einer Analfissur. Diese stellt neben dem Hämorrhoidalleiden das häufigste Krankheitsbild in der proktologischen Praxis und eine wichtige Ursache analer Blutungen dar. Die klare Abgrenzung zum Hämorrhoidalleiden besteht in der **Schmerzsymptomatik**.

Es ist zu unterscheiden zwischen der akuten und der chronischen Fissur. Bei der **akuten Analfissur** handelt es sich um einen akuten analen **Reizzustand** mit nachfolgender Verkrampfung des





Abb. 10 ▲ Proktitis

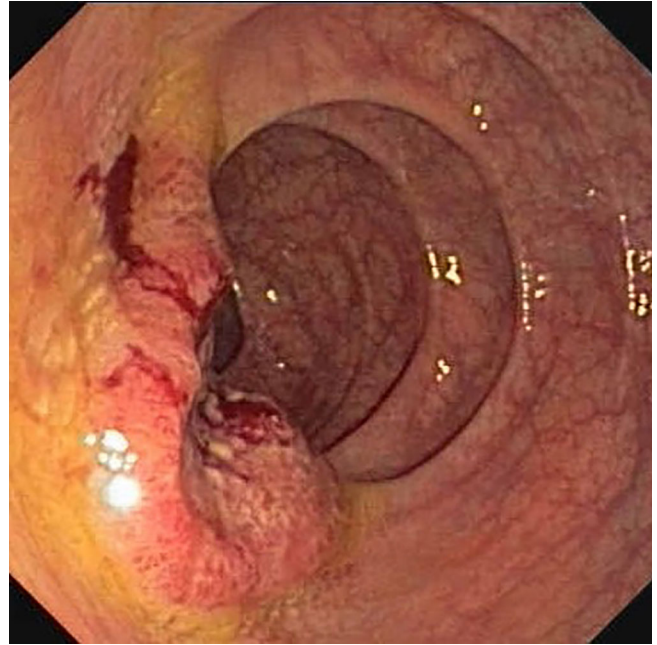


Abb. 11 ▲ Kolonkarzinom



Abb. 12 ▲ Chronische Analfissur

#### Fallbeispiel 2

Eine 23-jährige Frau stellt sich wegen akut aufgetretener Blutauflagerungen auf dem Toilettenpapier vor. Sie berichtet über seit Monaten bestehende Schmerzen beim Stuhlgang, die auch danach noch einige Zeit anhalten. Gleichzeitig habe sie seit einiger Zeit vermehrt beruflichen Stress und nehme weniger Flüssigkeit zu sich. Als Folge sei die Stuhlkonsistenz sehr fest.

#### Fallbeispiel 3

Eine 25-jährige Patientin berichtet, dass vor einer Woche ein schmerzhafter Knoten im Analbereich aufgetreten sei, der einen leichten Druckschmerz ausgelöst habe. Sie ist jetzt sehr beunruhigt, da sie seit dem Vorabend immer wieder dunkle Blutungen und Blutschmierungen bemerkt habe (Abb. 13).

Schließmuskels. Auslösend sind in den meisten Fällen harter Stuhlgang oder Stresszustände. Durch ein Einreißen der Schleimhaut im anorektalen Übergang kommt es zu leichten hellroten Blutungen und es treten akute Schmerzen auf, die noch längere Zeit nach der Defäkation persistieren können. Alle Veränderungen sind komplett reversibel. Bei der **chronischen Analfissur** kommt es durch wiederholtes Einreißen mit Vernarbung zur Ausbildung eines typischen **fissuralen Ulkus** mit sklerotierten, unterminierten Randwällen in Verbindung mit sogenannten Sekundärveränderungen (Mariske, hypertropher Analpolyp; Abb. 12).

Im Vordergrund der Behandlung stehen wie beim Hämorrhoidalleiden **konservative Therapiemaßnahmen**, insbesondere die Stuhlgangregulation bei harter Konsistenz. Als gezielte Therapiemaßnahmen kommen „muskelrelaxierende Salben“ (unter anderem Diltiazem, Glyceryltrinitrat) zur Anwendung. In Deutschland ist lediglich **Glyceryltrinitrat** als Fertigarzneimittel auf dem Markt. Gerade dieses ist jedoch mit einem **hohen Kopfschmerzrisiko** assoziiert. Die anderen Substanzen können nur als Rezepturen und somit im „off label use“ zur Anwendung kommen. Am häufigsten wird derzeit eine Rezeptur mit dem Wirkstoff **Diltiazem** eingesetzt (Diltiazem-HCl 2,0 g, Hydroxyethylcellulose-Pulver 5,0 g, Glycerin 10,0 g, Kaliumsorbat 0,1 g, Sorbinsäure 0,1 g, Aqua destillata ad 100 g). Nach den klinischen Erfahrungen ist die Erfolgsrate insbesondere bei der akuten Fissur sehr hoch.





Abb. 13 ▲ Perianale Thrombose mit beginnender Perforation

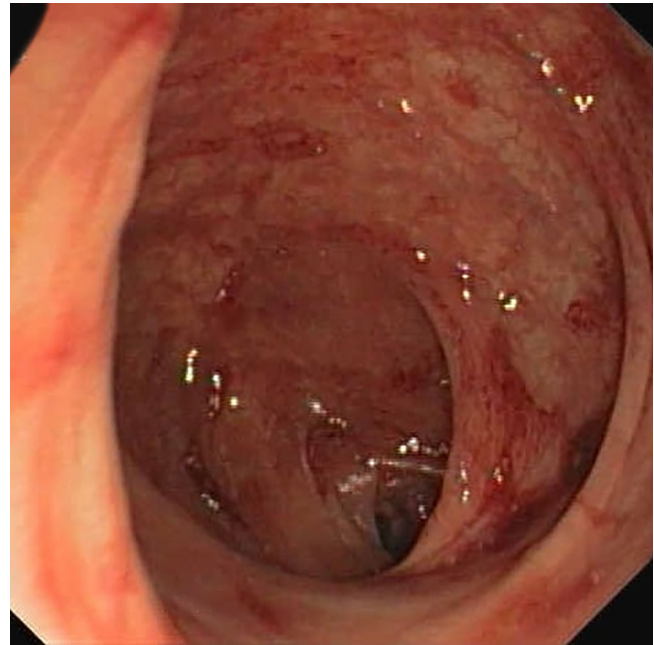


Abb. 15 ▲ Proktitis



Abb. 14 ▲ Hämorrhoidalthrombose

#### Fallbeispiel 4

Ein 30-jähriger Mann berichtet über seit einer Woche auftretende hellrote Blutauflagerungen und Schleim Beimengungen im Stuhl. Weiterhin besteht seit drei Wochen eine erhöhte Stuhlfrequenz und Durchfallneigung. Vor einem Jahr habe er ähnliche Beschwerden gehabt, die damals nach Anwendung von Zäpfchen, deren Namen er nicht mehr kennt, wieder verschwunden seien (Abb. 10 und 15).

Zur Behandlung der Analfissur ist im Jahr 2020 eine deutsche S3-Leitlinie erschienen [2].

#### ► Merke

Typisch für die Analfissur sind Schmerzen bei und nach der Defäkation als Abgrenzung zum Hämorrhoidalleiden.

### Thrombose

Nach der Blutung ist die Ausbildung einer Thrombose die häufigste Komplikation eines meist leichten Hämorrhoidalleidens. Der Patient kommt auch hier meist mit der Diagnose „Ich habe da eine Hämorrhoid.“ Dabei ist zu unterscheiden zwischen meist kleinen **Analvenenthrombosen**, die in perianalen Venen entstehen, und den Thrombosen des Hämorrhoidalgewebes, wobei der Übergang teilweise fließend ist. Im Vordergrund der Symptomatik stehen die Schmerzen, aber nicht selten kommt es sowohl bei Analvenenthrombosen (Abb. 13) als auch bei **Hämorrhoidalthrombosen** (Abb. 14), insbesondere wenn diese unter starkem Druck stehen, zu einer Perforation, die dann eine meist dunkelrote Blutung nach sich zieht. Typischerweise bessert sich die Schmerzsymptomatik dadurch deutlich. Dafür sind die Betroffenen beunruhigt durch die Blutabgänge, die einige Tage anhalten können.

Es handelt sich um eine **Blickdiagnose** durch Inspektion der Analregion. Durch eine Rektoskopie mit Kinderrektoskop kann eine höhere Blutung ausgeschlossen werden. In den allermeisten Fällen ist eine **konservative Therapie** sinnvoll. Bei größeren Thrombosen mit minimaler Perforation kann eine **Abtragung** sinnvoll sein, um längeres Blutschmieren zu vermeiden und den Heilungsprozess zu verkürzen; dies sollte individuell mit dem Patienten besprochen werden. Wichtig ist die Aufklärung des Patienten darüber, dass auch ohne weitere Maßnahmen nahezu immer eine komplette Abheilung zu erwarten ist.

Ein 78-jähriger Mann berichtet über seit 6 Monaten intermittierend auftretende hellrote Blutauflagerungen auf dem Stuhl bei insgesamt erhöhtem Stuhldrang. Vor einem Jahr sei eine Koloskopie mit unauffälligem Befund durchgeführt worden. Vor 2 Jahren sei wegen des Rezidivs eines Prostatakarzinoms eine Bestrahlung durchgeführt worden. Zusätzlich nehme er nach Implantation von Koronarstents vor 14 Tagen zwei neue Medikamente zur Antikoagulation. Die Vorstellung erfolgt jetzt notfallmäßig wegen einer heute aufgetretenen massiven perianalen Blutung (Abb. 16).

► **Merke**

Typisch für die anale Thrombose ist die akut auftretende schmerzhafte Schwellung im Analbereich.

## Proktitis

Hier handelt es sich nach den Angaben am ehesten um eine Proktitis, die eine wichtige Differenzialdiagnose bei Blutungen jüngerer Patienten darstellt. Die Diagnose wird problemlos über eine einfache Rektoskopie gestellt. In den meisten Fällen liegt eine **unspezifische Entzündung** vor. Eine **Stuhluntersuchung** auf pathogene Keime ist insbesondere bei Durchfall sinnvoll, ein Erregernachweis jedoch eher die Ausnahme. Bei entsprechenden anamnestischen Verdachtsmomenten sollte eine Untersuchung auf sexuell übertragbare Erkrankungen erfolgen. Weitere Episoden in der Anamnese können auf das Vorliegen einer bisher nicht diagnostizierten **chronisch-entzündlichen Darmerkrankung** hindeuten. Bei entsprechender Anamnese sollte ein **Abstrich** zum Ausschluss sexuell übertragbarer Erkrankungen (unter anderem Gonorrhö, Chlamydieninfektion) abgenommen werden. Da in den meisten Fällen eine weitgehend spontane Abheilung zu erwarten ist, empfiehlt sich zunächst eine lokale Behandlung mit **mesalazinhaltigen Suppositorien** und eine Kontrollrektoskopie 4–6 Wochen später. Bei Persistenz sollte eine **totale Koloskopie** mit Biopsieentnahme eingeleitet werden.

► **Merke**

Blutungen mit Schleimbeimengungen und ggf. Stuhlgangsveränderungen sind typische Zeichen einer Proktitis.

## Strahlenproktitis

Die Strahlenproktitis stellt eine nicht seltene Komplikation nach Bestrahlung von Malignomen im kleinen Becken, insbesondere von **Prostatakarzinomen**, dar. Typische rektoskopische Veränderungen sind Teleangiektasien. Die Behandlung ist insgesamt schwierig [3], wobei relevante Blutungen nur bei einem kleinen Teil der bestrahlten Personen auftreten. Als lokale Maßnahmen können Einläufe mit **Mesalazin** oder **Budesonid** angewendet werden. Bei stärkeren lokalisierten Blutungen kann eine **Koagulation** mittels Hochfrequenzkauter oder Laserapplikation erfolgen.

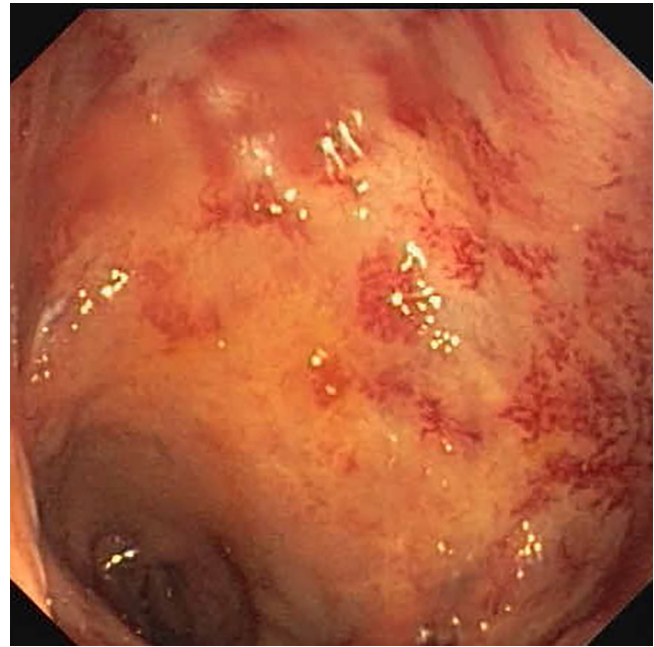


Abb. 16 ▲ Strahlenproktitis

### Fazit für die Praxis

- Perianale Blutungen können viele Ursachen haben und sind in der klinischen Praxis nicht selten. Sie können jedoch in der Regel problemlos kurzfristig und ambulant abgeklärt werden.
- Schmerzlose hellrote Blutungen finden sich vor allem beim Hämorrhoidalleiden oder bei Proktitiden.
- Bei gleichzeitigen Schmerzen ist vorrangig an eine Thrombose oder Fissur zu denken.
- Mittels Anamnese, klinischer Untersuchung und Rektoskopie lässt sich in den allermeisten Fällen eine adäquate Diagnose stellen.
- Die Durchführung einer Koloskopie sollte grundsätzlich bei jeder perianalen Blutung erwogen werden, wobei hier die Erstellung eines Risikoprofils für das kolorektale Karzinom sinnvoll ist: Eine klare Indikation für die Koloskopie besteht bei persistierenden Blutauflagerungen (auch bei jüngeren Patienten), vorbestehenden Stuhlgangsveränderungen und bei positiver Familienanamnese für kolorektale Karzinome. Ein 25-jähriger Patient mit leerer Familienanamnese und einmaliger hellroter Blutung braucht nicht zwingend primär eine Koloskopie.

### Korrespondenzadresse

**Dr. A. Ommer**  
End- und Dickdarm-Zentrum Essen  
Rüttenscheider Straße 66, 45130 Essen, Deutschland  
aommer@online.de

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** Gemäß den Richtlinien des Springer Medizin Verlags werden Autoren und Wissenschaftliche Leitung im Rahmen der Manuskripterstellung und Manuskriptfreigabe aufgefordert, eine vollständige Erklärung zu ihren finanziellen und nichtfinanziellen Interessen abzugeben.

**Autoren.** **A. Ommer:** A. Finanzielle Interessen: Koloproktologenkongress München 2023, Reisekostenerstattungen für Vorträge der Firmen Falk, Medtronic, Takeda. – B. Nichtfinanzielle Interessen: Niedergelassener Arzt in Essen | Mitgliedschaften: Vereinigung der Koloproktologen an Rhein und Ruhr (stellvertretender Vorsitzender), Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie, Berufsverband der Koloproktologen Deutschlands (BCD) (Mitglied des Beirates), Berufsverband der Deutschen Chirurgen. **C. Schmidt:** A. Finanzielle Interessen: Janssen-Cilag Vortrag mit Honorar. – B. Nichtfinanzielle Interessen: Niedergelassener Arzt für Chirurgie | Mitgliedschaften: Vereinigung der Koloproktologen an Rhein und Ruhr, Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie, Berufsverband der Coloproctologen Deutschlands. **T. Rolfs:** A. Finanzielle Interessen: **T. Rolfs** gibt an, dass kein finanzieller Interessenkonflikt besteht. – B. Nichtfinanzielle Interessen: Angestellter Arzt End und Dickdarmzentrum Essen, Oberarzt Chirurgie Philippsstift Essen Borbeck.

**Wissenschaftliche Leitung.** Die vollständige Erklärung zum Interessenkonflikt der Wissenschaftlichen Leitung finden Sie am Kurs der zertifizierten Fortbildung auf [www.springermedizin.de/cme](http://www.springermedizin.de/cme).

**Der Verlag** erklärt, dass für die Publikation dieser CME-Fortbildung keine Sponsorengelder an den Verlag fließen.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

## Literatur

1. Joos A, Arnold R, Borschitz T et al (2019) „S3-Leitlinie – Hämorrhoidalleiden.“ AWMF online. [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/081-0071\\_S3\\_H%C3%A4morrhoidalleiden\\_2019-07\\_01.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/081-0071_S3_H%C3%A4morrhoidalleiden_2019-07_01.pdf). Zugegriffen: 18.05.2023
2. Marti L, Poschenrieder F, Herold A et al (2020) S3-Leitlinie: Analfissur. *coloproctology* 42:90–196
3. Denton A, Forbes A, Andreyev J et al (2002) Non surgical interventions for late radiation proctitis in patients who have received radical radiotherapy to the pelvis. *Cochrane Database Syst Rev*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003455.pub2>





## Anale Notfälle

Zu den Kursen dieser Zeitschrift: Scannen Sie den QR-Code oder gehen Sie auf [www.springermedizin.de/kurse-coloproctology](http://www.springermedizin.de/kurse-coloproctology)

**? Die wichtigste diagnostische Maßnahme bei einer erstmalig aufgetretenen perianalen Blutung ist folgende:**

- ☐ Koloskopie
- ☐ Sphinktermanometrie
- ☐ Digitale Untersuchung
- ☐ Proktoskopie
- ☐ Rektoskopie

**? Welches ist die primäre Therapieoption bei einer schmerzhaften Analfissur?**

- ☐ Stuhlgangregulation mit Abführmitteln
- ☐ Antibiotikatherapie
- ☐ Lokale Sphinkterolyse mit Kalziumkanalantagonisten (Nitroglycerin, Diltiazem u. Ä.)
- ☐ Operative Therapie
- ☐ Lokale Therapie mit einem Lokalanästhetikum oder Kortisonpräparat

**? Welche Aussage zur Analvenenthrombose ist richtig?**

- ☐ Sie tritt nur bei fortgeschrittenem Hämorrhoidalleiden auf.
- ☐ Sie erfordert immer eine sofortige Operation.
- ☐ Eine Rektoskopie zur Unterscheidung einer Analvenenthrombose von einer Hämorrhoidalthrombose ist immer erforderlich.
- ☐ Die Therapie richtet sich immer nach der klinischen Symptomatik und ist in den meisten Fällen konservativ.
- ☐ Durch eine Perforation nimmt die Schmerzsymptomatik meist ab.

**? Welche Aussage zur Proktitis ist richtig?**

- ☐ Sie ist nicht selten selbstlimitierend.
- ☐ Jede neu aufgetretene Proktitis bei jüngeren Patienten spricht für die Erstmanifestation einer Colitis ulcerosa.
- ☐ Mesalazin spielt bei der Therapie keine Rolle.
- ☐ Eine Stuhluntersuchung oder eine Abstrichentnahme sind immer überflüssig.
- ☐ Jede neu aufgetretene Proktitis stellt eine Indikation für eine dringende, zeitnahe totale Koloskopie dar.

**? Es stellt sich ein älterer männlicher Patient mit Blutungen perianal vor. Anamnestisch hat vor kurzer Zeit eine Strahlentherapie wegen eines Prostatakarzinoms stattgefunden. Welche Aussage ist richtig?**

- ☐ Wegen des hochgradigen Verdachts auf eine Rektuminfektion sollte eine sofortige onkologische Vorstellung eingeleitet werden.
- ☐ Vor weiteren Maßnahmen sollte sofort eine Koloskopie zum Ausschluss eines Kolonkarzinoms geplant werden.
- ☐ Eine Rektoskopie ist überflüssig.
- ☐ Mesalazin und Budesonid spielen eine wichtige Rolle in der lokalen Therapie.
- ☐ Die Behandlung ist meistens unkompliziert und eine spontane Heilung ist wahrscheinlich.

**? Es stellt sich eine 50-jährige Patientin vor. Sie berichtet über intermittierende Blutungen perianal seit mehreren Wochen. Gleichzeitig habe sich der Stuhlgang verändert, wobei sich Phasen von Obstipation mit Durchfällen ablösen. Welche Aussage ist richtig?**

- ☐ Eine Rektoskopie ist aufgrund des Alters ausreichend.
- ☐ Es sollte zeitnah eine totale Koloskopie geplant werden.
- ☐ Wegen der Obstipation und der Blutung ist eine Analfissur hochwahrscheinlich. Eine Therapie mit Diltiazem ist angezeigt.
- ☐ Eine Sklerosierung der Hämorrhoiden sollte zeitnah passieren, da in diesem Alter die Hämorrhoidalblutung die wahrscheinlichste Ursache ist.
- ☐ Hier liegt ganz klar ein kolorektales Karzinom vor. Wichtigste Untersuchung ist die Computertomographie zum Staging.

**? Ein 70-jähriger Patient stellt sich mit starker, tropfender Blutung seit dem Vortag in der Sprechstunde vor. Welche Aussage ist richtig?**

- ☐ Nach kurzer klinischer Untersuchung besteht die Indikation zur sofortigen Operation.
- ☐ Eine Hämorrhoidalblutung ist zunächst die wahrscheinlichste Ursache. Nach unauffälliger Rektoskopie ist eine Sklerosierung der Hämorrhoiden die sinnvollste Erstmaßnahme.

## Informationen zur zertifizierten Fortbildung

Diese Fortbildung wurde von der Ärztekammer Nordrhein für das „Fortbildungszertifikat der Ärztekammer“ gemäß § 5 ihrer Fortbildungsordnung mit **3 Punkten** (Kategorie D) anerkannt und ist damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig.

**Anerkennung in Österreich:** Für das Diplom-Fortbildungs-Programm (DFP) werden die von deutschen Landesärztekammern anerkannten Fortbildungspunkte aufgrund der Gleichwertigkeit im gleichen Umfang als DFP-Punkte anerkannt (§ 14, Abschnitt 1, Verordnung über ärztliche Fortbildung, Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) 2013).

### Hinweise zur Teilnahme:

- Die Teilnahme an dem zertifizierten Kurs ist nur online auf [www.springermedizin.de/cme](http://www.springermedizin.de/cme) möglich.
- Der Teilnahmezeitraum beträgt 12 Monate. Den Teilnahmeschluss finden Sie online beim Kurs.
- Die Fragen und ihre zugehörigen Antwortmöglichkeiten werden online in zufälliger Reihenfolge zusammengestellt.

- Pro Frage ist jeweils nur eine Antwort zutreffend.
- Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70% der Fragen richtig beantwortet werden.
- Teilnehmen können Abonnenten dieser Fachzeitschrift und e.Med-Abonnenten.

- Es sollte sofort eine Gummibandligatur erfolgen.
- Es wird eine Stuhlgangregulation empfohlen, da Hämorrhoidalblutungen immer spontan sistieren.
- Eine totale Koloskopie ist bei dem Patienten in jedem Fall überflüssig.

**? Welche Aussage zu vorrangigen Maßnahmen bei einer Hämorrhoidalblutung ist falsch?**

- Ausschluss einer Blutungsquelle im Rektum durch Rektoskopie
- Eine Aufklärung des Patienten über das Hämorrhoidalleiden ist sehr wichtig.
- Langfristig sollte eine Stuhlgangregulation empfohlen werden.
- Jede neu aufgetretene Blutung junger Patienten bedarf einer sofortigen Koloskopie.
- Beim Hämorrhoidalleiden Grad 3 mit rezidivierenden Blutungen kann eine Gummibandligatur indiziert sein.

**? Eine 19-jährige Patientin stellt sich mit Schmerzen bei der Defäkation vor. Da es heute zu Blutauflagerungen auf dem Stuhl kam, ist sie sehr beunruhigt. Welche Aussage trifft zu?**

- Hier handelt es sich immer um eine ernsthafte Erkrankung. Eine umfassende sofortige Diagnostik ist zwingend.
- Es sollte eine zeitnahe Koloskopie geplant werden.
- Eine sofortige Untersuchung mittels Rektoskopie und Proktoskopie ist notwendig.
- Nach der Anamnese handelt es sich am ehesten um eine akute Analfissur. Zur lokalen Diagnostik sind eine vorsichtige digitale Untersuchung und eine Rektoskopie mit einem dünnen Gerät (Kinderrektoskop) sinnvoll.
- Die Stuhlgangregulation spielt in der weiteren Behandlung keine Rolle.

**? Ein Patient stellt sich wegen einer erbsengroßen perianalen Thrombose mit kleiner Spontanperforation vor. Schmerzen oder andere Beschwerden bestehen nicht. Der Patient ist nur beunruhigt, da er heute etwas Blut auf dem Toilettenpapier bemerkt hat. Welche Aussage ist falsch?**

- Ich empfehle dem Patienten dringend eine Operation, da die Thrombose jederzeit platzen könnte.
- Es ist keine lokale Behandlung erforderlich.
- Proktoskopisch kann ein relevantes Hämorrhoidalleiden ausgeschlossen werden.
- Eine lokale Behandlung mit kortisonhaltiger Salbe ist nicht erforderlich.
- Eine Empfehlung für eine Stuhlgangregulation, z. B. mit Flohsamen, zur Rezidivprophylaxe ist sinnvoll.