

Wissenschaftliche Leitung

F. Aigner, Graz
C. Gingert, Zürich
W. Kneist, Darmstadt
A. Ommer, Essen



CME

Zertifizierte Fortbildung

Anale Notfälle. Teil 2: Schmerzen

A. Ommer¹ · C. Schmidt¹ · T. Rolfs^{1,2}

¹ End- und Dickdarm-Zentrum Essen, Essen, Deutschland

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

Zusammenfassung

Anorektale Schmerzen sind ein häufiger Grund für die Konsultation des Proktologen. Nicht selten treten sie akut auf und bedürfen als Notfall einer schnellen Diagnostik und Therapie. Die häufigsten Ursachen akuter Schmerzen sind der Analabszess, die akute Analfissur und das thrombosierte Hämorrhoidalleiden. Aber auch das Analekzem und verschiedene Formen der Proktitis können zu Beeinträchtigungen führen. Bereits durch die Anamnese gelingt es oft, das Problem näher einzugrenzen. So ist der Abszess gekennzeichnet durch akut auftretende Schmerzen, die rasch zunehmen, während die Schmerzen bei der Thrombose eher abnehmen. Typisch für die Schmerzen bei der Fissur ist das Auftreten bei und nach der Defäkation. Uncharakteristische „Schmerzen“ über einen längeren Zeitraum mit Juckreiz sprechen dagegen eher für ein Analekzem. Auf Basis der Anamnese und klinischen Untersuchung, gegebenenfalls inklusive Rektoskopie, ist es fast immer möglich, kurzfristig eine adäquate Diagnose zu stellen und eine gezielte Behandlung einzuleiten.

Schlüsselwörter

Analabszess · Hämorrhoidalthrombose · Analekzem · Chlamydienproktitis · Analfissur

Online teilnehmen unter:
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

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 analer Schmerzen benennen.
- können Sie nach Anamnese und Untersuchung anale Notfälle effektiv behandeln.
- sind Sie mit den Möglichkeiten der Behandlung einer akuten perianalen Thrombose vertraut.
- kennen Sie die Behandlungsmöglichkeiten bei anorektalen Abszedierungen.
- sind Sie in der Lage, ein akutes Hämorrhoidalleiden als Schmerzursache zu erkennen und zu behandeln.

Bei einem jungen, etwas adipösen Patienten besteht seit einiger Zeit und vor allem nachts ein Juckreiz im Analbereich. Da der Juckreiz in den vergangenen Tagen massiv zugenommen habe und er nicht mehr habe durchschlafen können, stellt sich der Patient notfallmäßig in der Praxis vor. Die proktologische Anamnese ist leer. Die klinische Untersuchung zeigt leichte Veränderungen im Bereich der perianalen Haut (Abb. 1). Rektoskopisch und proktoskopisch ergibt sich kein pathologischer Befund. Die Hämorrhoiden sind minimal vergrößert.



Abb. 1 ▲ Leichtes Hämorrhoidalleiden mit perianalem Ekzem

Einleitung

Proktologische Krankheitsbilder definieren sich vor allem über ihre oft klinisch **akute Symptomatik**. Ein typisches Symptom ist neben Blutungen der häufig akut auftretende Schmerz in höchst unterschiedlicher Ausprägung. Die Ausprägung reicht vom quälenden Juckreiz und Brennen, was nicht selten als „Schmerz“ empfunden wird, über die hämorrhoidale Thrombose in ihren verschiedenen Ausprägungen bis zum akuten anorektalen Abszess, der potenziell zu lebensgefährlichen Komplikationen führen kann. Aufgrund der körperlichen Beeinträchtigung werden die Symptome oft als akut belastend angesehen und stellen einen häufigen Grund dar, die **Notfallsprechstunde** aufzusuchen. Wie so häufig in der Proktologie ist durch **Anamnese** und **klinische Untersuchung** in den meisten Fällen eine abschließende Diagnosestellung und Therapie möglich.

Im vorliegenden CME-Fortbildungsbeitrag sollen die **häufigsten Krankheitsbilder**, die Ursache der Beschwerden sind, anhand von Kasuistiken dargestellt und die erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Sofortmaßnahmen beschrieben werden.

Ekzem

Hier handelt es sich um eines der häufigsten Beschwerdebilder in der Proktologie: den **analen Juckreiz** bei **perianalem Ekzem**. Es ist durchaus auch bei länger dauernden Beschwerden eine akute, den

Anal emergencies. Part 2: Pain

Anorectal pain is a common cause for contacting a proctologist. Symptoms often occur acutely as an emergency, requiring immediate diagnosis and treatment. Common reasons for urgent anal pain include anal abscess, acute fissure-in-ano and thrombosed hemorrhoidal disease. However, anal eczema and various forms of proctitis can also cause impairments. Patient history alone makes it possible to narrow down the problem: anal abscess is characterized by acute-onset pain, whereas pain caused by thrombosis diminishes over time. Pain during and after defecation is typical for anal fissure. Uncharacteristic “pain” over a long period of time in combination with itching is typical for anal eczema. Based on the combination of patient history and clinical examination, if necessary including rectoscopy, it is possible to make the correct diagnosis and focus on urgent treatment.

Keywords

Anal abscess · Thrombosis/hemorrhoids · Anal eczema · Proctitis, chlamydial · Fissure in ano



Abb. 2 ▲ Anales Ekzem mit Analfistel bei 5 Uhr Steinschnittlage und anale intraepitheliale Neoplasie Grad III anusnah bei 5 Uhr Steinschnittlage



Abb. 3 ▲ Prolabiertes Hämorrhoidalgewebe

Ein 40-jähriger Mann stellt sich wegen analer Schmerzen vor. Bisher hat keine proktologische Behandlung stattgefunden. Die diesbezügliche Anamnese ist vollkommen unauffällig. Begonnen hätten die Beschwerden mit einem leichten Druck im Analbereich. Dieser habe in den letzten beiden Tagen massiv zugenommen. Die Schmerzen sind jetzt sehr stark und er könne nicht mehr sitzen. Die klinische Untersuchung zeigt eine stark schmerzhafte Schwellung bei 5 Uhr Steinschnittlage (Abb. 4). Weitere Untersuchungen lässt der Patient wegen starker Schmerzen nicht zu.



Abb. 4 ▲ Intersphinkterärer Abszess bei 5 Uhr Steinschnittlage

Patienten sehr belastende Exazerbation möglich, die den Patienten zum oft belächelten „Notfall“ in der proktologischen Sprechstunde werden lässt. Nicht selten handelt es sich um die „gefürchtete“ Erstvorstellung bei einem Proktologen, da die Beschwerden jetzt „unerträglich“ geworden sind. Im Vordergrund der Behandlung steht somit die **Beruhigung** und Aufklärung des Patienten. Klinisch zeigt sich häufig ein mehr oder weniger ausgeprägtes anales Ekzem, wobei das Ausmaß des Ekzems in keiner Weise mit der **subjektiven Beschwerdesymptomatik** korreliert. Klinisch sind

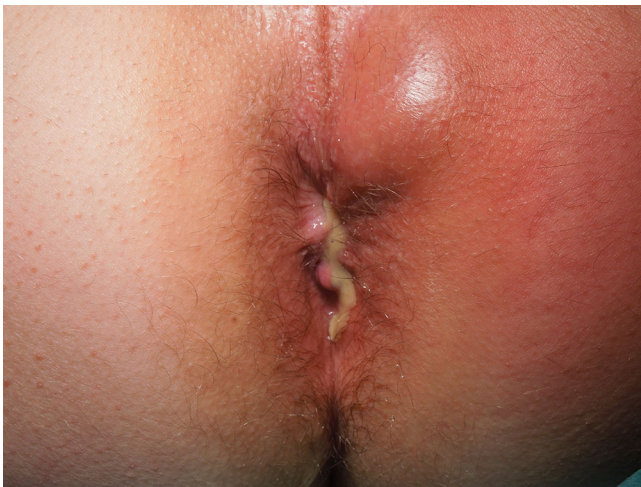


Abb. 5 ▲ Ischioanaler Abszess bei 1 Uhr Steinschnittlage mit spontaner Perforation in den Analkanal

mögliche organische Ursachen der Hautreizung auszuschließen, wie etwa eine anale intraepitheliale Neoplasie (**AIN**, früher Morbus Bowen) oder eine **sezernierende Analfistel** (Abb. 2). Auch eine übertriebene Analhygiene oder die langfristige Anwendung von topischen Proktologika kann zu einem Ekzem führen.

Zur Basisdiagnostik gehören die **Rektoskopie** und **Proktoskopie**, gegebenenfalls mit Sklerosierung vergrößerter Hämorrhoidalpolster (Abb. 3). Wichtig ist die Aufklärung über den **Circulus vitiosus**, der dem Ekzem meist zugrunde liegt: Ursächlich ist meist eine **vermehrte Feuchtigkeit** (durch Schwitzen, Inkontinenz, Hämorrhoidalleiden), die zu einer Hautreizung führt. Durch die **manuelle Reizung** (Kratzen, Reiben) gegen den Juckreiz, wird die Haut zusätzlich gereizt, was zu einer Verstärkung der Symptomatik führt. Dieser Teufelskreis muss durch Verzicht auf Manipulationen und nicht selten durch Intensivierung der **analen Hygiene** unterbunden werden. Sinnvoll ist eine Abdeckung der Haut mit **Zinksalbe**, gegebenenfalls mit gering dosiertem Kortisonzusatz. Zusätzlich

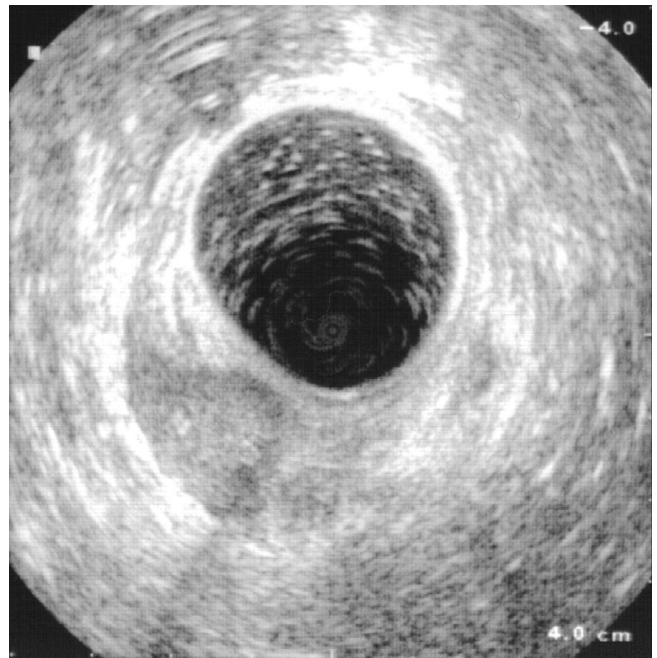


Abb. 6 ▲ Endosonographisches Bild eines intersphinkterären Abszesses bei 7 Uhr Steinschnittlage



Abb. 7 ▲ Computertomographie bei supralevatorischem Abszess

Ein 25-jähriger Patient stellt sich wegen einer unklaren Schwellung im Analbereich vor. Vorausgegangen ist ein Umzug, bei dem er schwer gehoben hat. Vorher seien nie Beschwerden im Analbereich aufgetreten. Insgesamt ist er sehr beunruhigt, da der „Knoten“ sehr schnell aufgetreten sei und schmerzen würde. Ansonsten sei ein Juckreiz neu aufgetreten. Die klinische Untersuchung zeigt eine 1 × 1 cm große Schwellung am Analrand (Abb. 8). Rektoskopisch findet sich kein auffälliger Befund.



Abb. 8 ▲ Analvenenthrombose bei 8 Uhr Steinschnittlage

können **Sitzbäder** mit dem Zusatz Phenol-Methanal-Harnstoff-Polykondensat empfohlen werden [1]. Ein Verzicht auf konfektionierte Feuchttücher (feuchtes Toilettenpapier) führt in manchen Fällen bereits zu einer Abheilung des Ekzems.

Abszess

Typisches Leitsymptom des Abszesses ist die innerhalb kürzester Zeit auftretende sehr schmerzhaft **Schwellung**, die zu einer **schnellen Intervention** zwingt. Bei den subanodermalen und ischioanal Abszessen lässt sich in der Regel eine perianale Rötung und Überwärmung nachweisen (Abb. 5). Die **Palpation** bestätigt die Induration, häufig auch die Fluktuation. Insbesondere beim intersphinkteren Abszess kann die Induration oft nur durch eine bidigitale/rektale Untersuchung getastet werden, das heißt, der Zeigefinger tastet vorsichtig den Analkanal aus und mit dem Daumen wird vorsichtig perianal Druck ausgeübt, um Resistenzen zwischen den beiden Fingern ertasten zu können (v.a. beim intersphinkteren Abszess). Die reine Inspektion zeigt oft keinen krankhaften Befund. Lediglich beim **supralelevatorischen Abszess** liefert die klinische Untersuchung oft keinen richtungsweisenden Befund.

Wegen der Schmerzen sollte die rektale Untersuchung auf ein Minimum begrenzt werden. Proktoskopie und Rektoskopie liefern nur geringe Zusatzinformationen und belasten den Patienten durch die Schmerzen stark. Eine sehr einfache Methode stellt die **Endosonographie** dar (Abb. 6). Hierbei ist jedoch die Schmerzempfindung des Patienten zu berücksichtigen. Häufig ist die Untersuchung nur in Narkose möglich.

Bei einem 50-jährigen Mann ist es spontan vor 3 Tagen zu ausgeprägten Schmerzen und Schwellungen im Analbereich gekommen. Gleichzeitig fühlt sich der Patient durch Blutungen gefährdet. Zusätzlich sei es durch die sehr starken Schmerzen zu einem Stuhlverhalt gekommen. Ein leichtes Hämorrhoidalleiden ist bekannt. Wegen vergrößerter Hämorrhoiden ist bereits mehrfach eine Verödungsbehandlung durchgeführt worden. Die klinische Untersuchung zeigt einen ausgeprägten zirkulären, teiltrombosierten Prolaps mit Stauungsblutungen und oberflächlichen Schleimhautnekrosen (Abb. 9). Eine Rektoskopie ist schmerzbedingt nicht möglich.



Abb. 9 ▲ Thrombosierter Anal- und Hämorrhoidalprolaps

Bei unklaren Befunden kann eine **Computertomographie** (CT; Abb. 7) oder **Magnetresonanztomographie** zur Lokalisation beitragen. Vorteil der CT ist die kurzfristige Verfügbarkeit, jedoch mit dem Nachteil der Strahlenbelastung, vor allem bei jungen Patienten.

Grundsätzlich stellt jeder diagnostizierte Analabszess eine **Operationsindikation** dar. Ziel ist es, ein Fortschreiten der Entzündung mit potenziell **lebensgefährlichen Komplikationen** wie pelviner Sepsis oder Fournier-Gangrän zu verhindern. Auch bei stattgehabter Spontanperforation ist eine operative Intervention oft sinnvoll, da die unzureichende Drainage Ursache eines Rezidivabszesses oder einer Fistel sein kann. Ziel der Operation, die in Narkose erfolgen sollte, ist die **ausreichende Drainage** des Abszesses unter Schonung der Umgebungsstrukturen, insbesondere des Sphinkterapparats. Zur Behandlung des Analabszesses existiert eine S3-Leitlinie [2].

Analvenenthrombose

Hier handelt es sich um das typische Krankheitsbild einer Analvenenthrombose mit fließendem Übergang zu einer kleinen Analrandthrombose des Hämorrhoidalgewebes. Typisch ist die vorhergehende Episode mit **festem Stuhl** oder einer stärkeren **körperlichen Anstrengung**. Die wichtigste Differenzialdiagnose ist die akute Fissur, die sich aber leicht durch die klinische Blickdiagnose des bläulich verfärbten Knotens stellen lässt.

Nach einer Obstipationsepisode sind bei einer 25-jährigen stillenden Patientin vor einer Woche Blutungen und Schmerzen im Analbereich aufgetreten. Die Schmerzen halten nach der Defäkation oft noch lange an. Die Vorgeschichte einschließlich der Schwangerschaft ist zügig proktologischer Erkrankungen vollkommen unauffällig. Trotz der klinischen Schmerzenangabe finden sich bei der digitalen Untersuchung meist keine tastbaren Veränderungen. Die Rektoskopie mit dem dünnen Kinderrektoskop ist vollkommen unauffällig.

Die Therapie kann bei den meist kleinen Thrombosen fast immer konservativ erfolgen:

- Kortisonhaltige Salbe
- Sitzbäder
- Ggf. Schmerztherapie mit nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR)
- Ggf. Flavonoide

Immer tritt eine **komplette Resorption** der Thrombose ein, auch wenn die Patienten meist ungläubig reagieren, wenn man darüber aufklärt, dass die Schwellung sich immer spontan zurückbildet. Nur selten verbleibt eine kleine Hautfalte (Mariske). Eine seitens der Patienten oft gefürchtete Komplikation ist die Perforation. Hier ist die Aufklärung wichtig, dass das „Platzen“ der Thrombose eine **Spontanheilung** darstellt und meist zu einer sofortigen Beschwerdeverbesserung führt. Ein Verbluten kann ausgeschlossen werden.

Eine operative Intervention kann bei großen, sehr schmerzhaften und frisch aufgetretenen Thrombosen im Sinne einer Entdeckung als sparsame Hämorrhoidenoperation in Lokalanästhesie sinnvoll sein. Eine reine Inzision ist, wenn überhaupt, nur in den ersten 72 h sinnvoll. In vielen Fällen besteht aber die Thrombose danach weiter. Die Indikation zur Operation muss jeweils anhand des lokalen Befunds mit dem Betroffenen besprochen werden.



Abb. 10 ▲ Thrombosierter Anal- und Hämorrhoidalprolaps

► Merke

Anale Trombosen können grundsätzlich immer auch konservativ behandelt werden

Thrombosierter Hämorrhoidalprolaps

Hier handelt es sich um den klassischen Fall eines thrombosierten Anal- und Hämorrhoidalprolapses. Ein **spontaner Beginn** ohne direkte Ursache ist nicht selten. Es existieren alle Stufen von der isolierten unisegmentalen Thrombose bis zum zirkulären Prolaps (Abb. 10 und 11). Die Schmerzsymptomatik ist zum Teil äußerst stark ausgeprägt, sodass in einigen Fällen auch eine **stationäre Aufnahme** zur Schmerztherapie sinnvoll ist. Wichtig ist es, den Patienten darüber aufzuklären, dass fast immer eine komplette Rückbildung der Schwellung eintritt. Durch die **Fibrosierung** nach der Entzündung ist es sogar nicht ungewöhnlich, dass der Patient danach vollkommen beschwerdefrei bleibt. Spontane operative Maßnahmen sollten vor allem bei ausgeprägten Befunden in je-



Abb. 11 ▲ Segmentaler thrombosierter Hämorrhoidalprolaps



Abb. 12 ▲ Chronische Analfissur

Ein 24-jähriger homosexueller Patient stellt sich wegen seit einer Woche bestehender Schmerzen und Druckgefühl im anorektalen Bereich vor. Der Stuhlgang sei insgesamt regelrecht. Relevante Blutungen habe er nicht bemerkt und überhaupt habe er vorher niemals anorektale

Beschwerden gehabt. Der äußerliche Aspekt ist vollkommen unauffällig. Die digitale Untersuchung ist nur leicht schmerzhaft, aber palpatorisch ist die Rektumwand verdickt. Die Rektoskopie zeigt eine eher unspezifische Proktitis (Abb. 13 und 14).

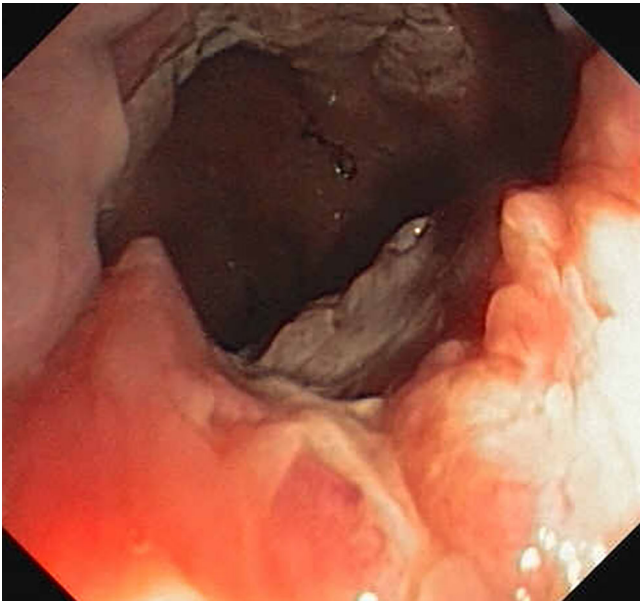


Abb. 13 ▲ Chlamydienproktitis

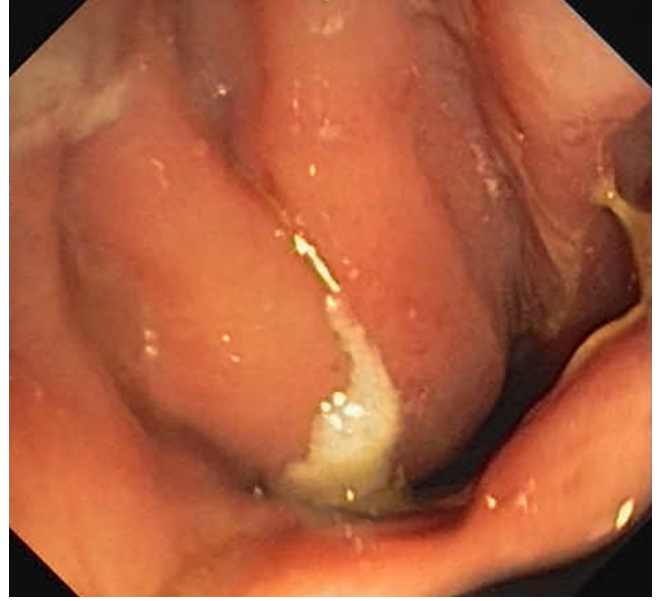


Abb. 14 ▲ Chlamydienproktitis

dem Fall vermieden werden, da sie die Schmerzsymptomatik eher negativ beeinflussen und das Operationsausmaß oftmals zu groß ausfällt. Bei kleineren Befunden ist der Übergang zur Analvenenthrombose fließend, weshalb eine zeitnahe **sparsame Exzision** erwogen werden kann [3].

Die konservative Therapie umfasst eine **intensive Schmerztherapie** (NSAR) und die lokale Applikation von Salben mit **Kortison** und gegebenenfalls **Lokalanästhetikum**. Die **Stuhlgangsregulation** mit Quellmitteln (Flohsamen) oder Macrogol ist ebenfalls unabdingbarer Bestandteil der Therapie. Auch zur Behandlung des (thrombosierten) Hämorrhoidalleidens existiert eine deutsche S3-Leitlinie [4].

► Merke

Ein **thrombosierter Analprolaps** kann bei ausgeprägter Beschwerdesymptomatik auch eine stationäre Behandlung erfordern.

Akute Analfissur

Hier handelt es sich um das typische Krankheitsbild einer akuten Analfissur. Das typische Manifestationsalter ist zwischen dem 25. und 40. Lebensjahr. Wir sehen dies auch häufig bei Stillenden, die zu hartem Stuhlgang neigen (Flüssigkeitsdefizit!). Bei der akuten Analfissur handelt es sich um einen akuten analen **Reizzustand** mit nachfolgender **Verkrampfung** des Schließmuskels. Auslösend ist in den meisten Fällen harter Stuhlgang oder Stresszustände. Durch ein **Einreißen** der Schleimhaut im anorektalen Übergang kommt es zu leichten, hellroten Blutungen; es treten akute Schmerzen auf, die noch längere Zeit nach der Defäkation persistieren können. Der

klinische Untersuchungsbefund ist somit in der Regel unauffällig – abgesehen von der Schmerzhaftigkeit der Untersuchung. Selten sieht man eine blutende Läsion an typischer Prädispositionsstelle bei 6 Uhr Steinschnittlage (seltener bei 12 Uhr Steinschnittlage). Alle Veränderungen sind komplett reversibel.

Im Vordergrund der Behandlung stehen **konservative Therapiemaßnahmen**:

- Stuhlgangsregulation bei harter Konsistenz (beispielsweise Flohsamenschalen)
- Lokalanästhetika
- Sitzbäder
- Analdehner
- Eisstab

Die wissenschaftliche Evidenz zu diesen Maßnahmen ist zwar sehr niedrig, in der Praxis sind sie jedoch sehr effektiv. Das Behandlungsprinzip lässt sich unter der Maxime „**Entspannung**“ zusammenfassen.

Als gezielte Therapiemaßnahme gilt die Anwendung „muskel-relaxierender Salben“ (Diltiazem, Nifedipin, Glyceryltrinitrat, Isosorbiddinitrat). Allerdings ist zu konstatieren, dass derzeit lediglich **Glyceryltrinitrat** angeboten wird. Dieses Medikament ist jedoch mit einem **hohen Kopfschmerzrisiko** durch die zerebrale Vasodilatation assoziiert. Die anderen Substanzen können nur als Rezepturen und somit „off label“ angewendet werden. Am häufigsten wird derzeit eine Rezeptur mit dem Wirkstoff **Diltiazem** eingesetzt. Die Erfolgsrate ist, insbesondere bei der akuten Fissur, sehr hoch. Botulinumtoxin sollte bei der akuten Fissur nicht eingesetzt werden. Operative Maßnahmen sollten nicht primär in

Erwägung gezogen werden. Lediglich bei massiver Schmerzsymptomatik, wenn ein Abszess klinisch nicht sicher ausgeschlossen werden kann, sollte eine Untersuchung in Narkose erwogen werden. Zur Behandlung der Analfissur existiert eine deutsche Leitlinie [5].

Das Bild einer chronischen Analfissur mit Sekundärveränderungen (**Abb. 12**) entwickelt sich in der Regel erst nach längerem Krankheitsverlauf.

► Merke

Eine akute Analfissur sollte immer primär konservativ behandelt werden

Chlamydienproktitis

Sexuell übertragbare Infektionen stellen bei anorektalen Erkrankungen eine Differenzialdiagnose dar, deren Häufigkeit zunimmt [6]. Im Gegensatz zur unspezifischen viralen oder bakteriellen Proktitis ist die hier vorliegende Chlamydienproktitis durch Schmerzen gekennzeichnet, während Stuhlgangsunregelmäßigkeiten eher selten sind. Die Diagnose ist nicht immer einfach und erfordert oft Fingerspitzengefühl, da die Patienten nur selten von sich aus angeben, sie hätten **Analverkehr** gehabt, was die wahrscheinlichste Ansteckungsquelle darstellt. Grundsätzlich sollte deshalb bei jüngeren Patienten mit schmerzhafter Proktitis großzügig ein **Abstrich** auf sexuell übertragbare anorektale Erkrankungen entnommen werden (humane Papillomaviren, Herpes, Gonorrhö, Lues, Chlamydien). Während die meisten unspezifischen Proktitiden eine hohe Spontanheilungsrate haben, muss die Chlamydienproktitis mit **Antibiotika** behandelt werden (Doxycyclin 100 mg 2-mal täglich über 7 Tage). Eine weitere Differenzialdiagnose ist der Primäraffekt der **Lues** (Stadium I), der sich bei Auftreten im Analkanal auch schmerzhaft, häufig als Fissur mit teilweise atypischer Lokalisation, präsentieren kann.

Fazit für die Praxis

Anale Schmerzen sind eine häufiger Ursache für die Konsultation beim Proktologen und können den Betroffenen sehr beeinträchtigen, in ganz seltenen Fällen sogar lebensgefährlich sein. In der Regel genügen einfache klinische Verfahren, um eine adäquate Therapie einleiten zu können. Dazu zählen v.a. konservative Optionen; in einigen Fällen ist aber auch eine zeitnahe operative Intervention zwingend erforderlich.

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: A. Ommer hat Honorar oder als passiver Teilnehmer eine Kostenerstattung (Reise- oder Übernachtungskosten, bezahlte Teilnehmergebühren) erhalten von: Deutsche Gesellschaft für Coloproktologie, März 2023; Frankfurter Coloproktologie Tag 2022; Fortbildung Proktologie der Campus, München 2022. B: Nichtfinanzielle Interessen: Niedergelassener Chirurg in Essen, stellvertretender Vorsitzender der Vereinigung der Koloproktologen an Rhein und Ruhr, Beiratsmitglied im Berufsverband der Coloproktologen Deutschland (BCD). **C. Schmidt:** A: Finanzielle Interessen: C. Schmidt hat Vortragshonorare von Jansen/Cilag erhalten. B: Nichtfinanzielle Interessen: Niedergelassener Chirurg, Mitgliedschaften bei: Deutsche Gesellschaft für Coloproktologie (DGK), Berufsverband der Coloproktologen Deutschlands (BCD), Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Vereinigung der Koloproktologen an Rhein und Ruhr. **T. Rolfs:** A: T. Rolfs gibt an, dass keine finanziellen Interessen bestehen. B: Nichtfinanzielle Interessen: Angestellter Arzt beim End- und Dickdarm-Zentrum Essen, Essen; Partner: Dr. A. Ommer, Dr. C. Schmidt; Mitglied bei VKRR, Deutsche Gesellschaft für Coloproktologie.

Wissenschaftliche Leitung. Die vollständige Erklärung zum Interessenkonflikt der Wissenschaftlichen Leitung finden Sie am Kurs der zertifizierten Fortbildung auf 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. Lenhard B (2016) Systematik und Therapie des Analekzems. Akt Dermatol 42:194–197
2. Ommer A, Herold A, Berg E et al (2016) S3-Leitlinie Analabszess – 2.revidierte Fassung. Coloproctology 38:378–398
3. Jongen J, Feeser K, Schumacher J et al (2015) Analvenenthrombose und thrombosierter Hämorrhoidalprolaps. Verdauungskrankheiten 33:68–76
4. Joos A, Jongen J (2021) S3-Leitlinie Hämorrhoidalleiden – Kurzfassung. Coloproctology 43:381–340
5. Marti L, Poschenrieder F, Herold A et al (2020) S3-Leitlinie: Analfissur. Coloproctology 42:90–196
6. Bruder S, Schöfer H, Meyer T et al (2019) Bakterielle sexuell übertragbare Infektionen. J Dtsch Dermatol Ges 17:287–317



Anale Notfälle. Teil 2: Schmerzen

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

? Verschiedene Krankheiten können akute anale Schmerzen hervorrufen. Welches Krankheitsbild zählt in der Regel *nicht* dazu?

- ☐ Analabszess
- ☐ Analvenenthrombose
- ☐ Hämorrhoidalthrombose
- ☐ Analfissur
- ☐ Rektumkarzinom

? Welche Behandlung ist die Therapie der ersten Wahl bei einem akuten anorektalen Abszess?

- ☐ Applikation von Lokalanästhetika
- ☐ Antibiotikatherapie
- ☐ Stuhlregulierung
- ☐ Operative Therapie
- ☐ Lokale Kühlung

? Ein Patient klagt über akut auftretende Schmerzen im Analbereich. Äußerlich ist keine Veränderung oder Schwellung sichtbar. Welche Untersuchung ist vorrangig wichtig?

- ☐ Rektoskopie
- ☐ Proktoskopie
- ☐ Computertomographie
- ☐ Bidigitale Untersuchung
- ☐ Endosonographie

? Welche klinische Symptomatik muss in erster Linie als typisch für eine Analfissur angesehen werden?

- ☐ Akut auftretende, rasch progrediente Schmerzen im Analbereich

- ☐ Hellrote, tropfende Blutungen
- ☐ Beschwerden durch Juckreiz perianal
- ☐ Starke brennende Schmerzen im anorektalen Bereich
- ☐ Schmerzen bei und nach der Defäkation

? Welche Antwort zur Therapie der akuten Analfissur trifft zu?

- ☐ Eine operative Therapie ist meist unumgänglich.
- ☐ Im Vordergrund der konservativen Behandlung stehen Lokalanästhetika.
- ☐ Kalziumantagonisten haben sich in der klinischen Praxis als die Therapie der Wahl erwiesen.
- ☐ Entspannung bringt meistens keine Erleichterung für die Patienten.
- ☐ Eine Stuhlgangsregulation ist meistens überflüssig.

? Welche Aussage zu einem akuten thrombosierten Analprolaps ist *falsch*?

- ☐ Er verursacht meist sehr starke Schmerzen.
- ☐ Blutungen sind nicht selten.
- ☐ Er ist meist nicht mit vergrößerten Hämorrhoiden verbunden.
- ☐ Ein Analprolaps ist bei der ausschließlichen Inspektion zu erkennen, sodass eine Prokto- bzw. Rektoskopie nicht erzwungen werden sollte.
- ☐ Ein Analprolaps sollte sofort als Notfall operiert werden.

? Welche Aussage zum akuten thrombosierten Analprolaps ist richtig?

- ☐ Der Analprolaps macht sich mit einem stechenden, beißenden, kurzzeitigen Schmerz bemerkbar.
- ☐ Eine Blutung gehört nicht zu den Symptomen des Analprolapses.
- ☐ Ursächlich für den Prolaps ist eine außergewöhnliche Druckerhöhung.
- ☐ Eine Reposition ist trotz Ödem gut möglich.
- ☐ Ein auslösendes Ereignis ist den Patienten meist nicht erinnerlich.

? Es stellt sich ein jüngerer männlicher Patient bei Ihnen vor und klagt über ein starkes Druckgefühl und Schmerzen im anorektalen Bereich nach Analverkehr. Rektoskopisch zeigt sich eine deutliche Proktitis. Welches ist die wichtigste Maßnahme?

- ☐ Endosonographie zum Abszessausschluss
- ☐ Weiterführende Maßnahmen sind nicht notwendig. Ich setze eine lokale Behandlung mit Mesalazinsuppositorien an.
- ☐ Entnahme eines Abstrichs auf sexuell übertragbare Erkrankungen
- ☐ Ich führe eine Verödung der vergrößerten Hämorrhoiden durch.
- ☐ Es sollte schnellstens eine totale Koloskopie erfolgen, um eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung auszuschließen.

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 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.

? Ein Patient stellt sich wegen seit 6 Wochen bestehenden analen Juckreizes vor. Die Untersuchung zeigt Hämorrhoiden Grad 1 mit leichtem perianalem Ekzem. Welche Maßnahme steht im Vordergrund Ihrer Therapieempfehlung?

- ☐ Es sollte regelmäßig eine kortisonhaltige Salbe aufgetragen werden.
- ☐ Es handelt sich nicht um ein proktologisches Krankheitsbild. Deshalb sollte die Behandlung immer durch einen Dermatologen erfolgen.
- ☐ Ich kläre den Patienten über mögliche Ursachen der analen Hautreizung auf. Im Vordergrund steht die Meidung von lokal hautreizenden Maßnahmen (Reiben, Kratzen u. a.).
- ☐ Eine Sklerosierung der Hämorrhoiden ist in keinem Fall sinnvoll.
- ☐ Salben mit Lokalanästhetika bilden die Grundlage jeglicher Therapiemaßnahmen.

? In Ihrer Sprechstunde stellt sich eine Patientin vor, die seit ca. 2 Wochen bei der Defäkation einen heftigen Schmerz verspürt. Bei der Inspektion der Analregion sehen Sie an typischer Stelle eine Fissur ohne Sekundärveränderungen. Welche Maßnahmen empfehlen Sie?

- ☐ Sie erklären, dass konservative Therapieverfahren keine Rolle spielen.
- ☐ Sie empfehlen primär eine Botulinumtoxininjektion um den After herum.
- ☐ Die Stuhlregulation (weicher Stuhl) steht im Vordergrund aller Therapiemaßnahmen.
- ☐ Die Indikation zur Narkoseuntersuchung sollte sehr großzügig gestellt werden.
- ☐ Eine lokale Schmerztherapie mit Lokalanästhetika verspricht den schnellsten Heilungserfolg.