

**Gastrokonzil 2009:**  
**Rationelle Diagnostik und Therapie anorektaler Erkrankungen**  
*Zusammenfassung der Mitschrift der Vorträge von Prof. Hager und Prof. Rüschoff*



- Die Schleimhaut der Anorektalregion gliedert sich (von innen nach außen) in die kolorektale Zone mit typischer Rektumschleimhaut, die Transitionalzone, die ein Übergangsepithel aufweist, das Anoderm (keine Hautanhangsgebilde, normalerweise keine Verhornung) und die perianale Haut. Dabei bezeichnet die Linea dentata den Übergang von der Transitionalzone in das Anoderm.
- Für eine optimale pathologische Diagnostik im Bereich der Anorektalregion sind auch Informationen über die genaue Lokalisation der Entnahmestelle (Analkanal versus perianal) und die Klinik (z. B. polypöse/ulzeröse Läsion, Alter, Geschlecht, Anamnese, etc.) nötig.
- Die gutartigen Veränderungen der Anorektalregion (z. B. Hämorrhoiden, Mariske, Vorpostenpolyp) können sich histologisch sehr ähnlich sein. Die histologische Diagnostik dient dabei bei klarer Klinik eigentlich nur dem Ausschluss eines malignen Geschehens (aus rechtlichen Gründen). Sollten sich im Rahmen der histologischen Diagnostik deutliche Diskrepanzen zur Klinik ergeben (z. B. vorher nicht vermuteter maligner Tumor bei bekanntem Rektumprolaps) ist eine (telefonische) Rücksprache mit dem Pathologen und ggf. auch eine externe Zweitbegutachtung des histologischen Untersuchungsgutes sinnvoll, bevor weitergehende therapeutische Maßnahmen eingeleitet werden.
- Hauterkrankungen und Ekzeme in der Anogenitalregion sind häufig mit Marisken und/oder Hämorrhoiden vergesellschaftet. Sie bessern sich dementsprechend nach Exzision. Die Abheilung des Ekzems kann allerdings mehrere Wochen bis Monate dauern.
- Essentiell bei der Behandlung analer Erkrankungen ist die Anamneseerhebung. Diese sollte umfassen:
  1. Art der Probleme: Juckreiz, Brennen, Schmerz, Druckgefühl, Stressinkontinenz, Inkontinenz, Prolapsneigung
  2. Blutung, Schleimabgang, Eiterung, Nässen
  3. Stuhlveränderungen, Obstipation (unterscheide Kolon und Rektum), wechselnder Stuhlgang, Blähungen, Stuhlfrequenz
  4. Allgemeinsymptome
  5. Familienanamnese
- Die Abklärung anorektaler Beschwerden sollte umfassen:
  1. Anamnese
  2. Untersuchung von Abdomen und Analregion
  3. Rektale digitale Untersuchung
  4. Rektoskopie
  5. Proktoskopie
  6. Koloskopie

**Gastrokonzil 2009:**  
**Rationelle Diagnostik und Therapie anorektaler Erkrankungen**  
*Zusammenfassung der Mitschrift der Vorträge von Prof. Hager und Prof. Rüschoff*



Auf eine Röntgenuntersuchung des Kolons und eine virtuelle Koloskopie kann praktisch immer verzichtet werden.

- Die klinische Graduierung von Hämorrhoiden ist sehr subjektiv (mit Ausnahme des Vorfalls).  
Prolabierte Hämorrhoidalknoten sollten therapiert werden, wenn möglich.
- Als Therapiemöglichkeiten von Hämorrhoiden stehen zur Verfügung:
  1. Ballastreiche Diät.
  2. Salben und Zäpfchen (führen allerdings nur zur Linderung der Symptome). Da Zäpfchen häufig verrutschen sind Tampons besser.
  3. Sklerosierung/Gummibandligatur
  4. (Infrarotkoagulation)
  5. (Hämorrhoidenarterienligatur): sehr teuer
  6. OperationFür die Sklerosierungstherapie steht z. B. Phenol zur Verfügung. Diese Sklerosierungstherapie weist eine Rezidivquote von etwa 5% innerhalb von drei bis vier Jahren auf. Sie basiert auf einer durch die Sklerosierung ausgelösten Entzündungsreaktion, die zu einer Raffung der Hämorrhoidalknoten führt. Die Gummibandligatur sollte nur oberhalb der Linea dentata angewendet werden. Auch sie führt zu einer Schleimhautraffung und kann ein Ulkus hervorrufen, das bluten kann.
- Zur operativen Therapie des Hämorrhoidalleidens stehen zwei OP-Methoden zur Verfügung: die OP nach Milligan-Morgan und die Operationsmethode nach Longo. Dabei weist die OP-Methode nach Milligan-Morgan ein deutlich erhöhtes Rezidivrisiko (etwa 8%) auf und kann, falls der Chirurg zuviel Anoderm entfernt, zu einer sensorischen Inkontinenz führen. Die OP nach Longo entfernt die Mukosa oberhalb der Hämorrhoidalknoten und führt somit zu einer Raffung der Schleimhaut (somit wird der Prolaps der Hämorrhoidalknoten verhindert). Diese OP-Methode ist außerdem schmerzärmer als die OP nach Milligan-Morgan.
- Bei der Analfissur handelt es sich um einen (meist im Bereich 6 Uhr bzw. 12 Uhr in SSL lokalisierten) Epitheleinriss, der unmittelbar im Bereich des anorektalen Übergangs lokalisiert ist. Wird dieser Epitheleinriss chronisch, so kann sich proximal davon (Richtung Rektum) eine hypertrophe Analpapille und distal hiervon (Richtung Anus) ein sog. Vorpostenpolyp (=Vorpostenfalte) bilden. Für die Pathophysiologie der chronischen Analfissur ist wichtig, dass diese praktisch immer mit einer Spastik des M. sphincter ani internus einhergeht. Dieses Spastik kann durch eine laterale Sphinkterotomie aufgehoben werden.  
Wichtigste Komplikation einer chronischen Analfissur ist die Analfistel.
- Therapiemöglichkeiten der Analfissur:
  1. Konservativ

**Gastrokonzil 2009:**  
**Rationelle Diagnostik und Therapie anorektaler Erkrankungen**  
*Zusammenfassung der Mitschrift der Vorträge von Prof. Hager und Prof. Rüschoff*



2. Nitropräparate (etwa 80% Erfolgsrate)
  3. Botox (50 ml kosten etwa 800€ sehr teuer!)
  4. Operation: lat. Sphinkterotomie bzw. Exzision/Sphinkterotomie
- Analfisteldiagnostik:
    - Proktoskopie
    - Sondierung (meist wegen Schmerzen nicht möglich)
    - Endosonographie (hervorragende Methode)
    - MRT (eigentlich nur bei M. Crohn indiziert)
    - Röntgen ist Unfug!! > führt fast immer zu Fehlinterpretationen!
  - Standard der Therapie einer Analfistel ist die Fistelexzision, nicht die Abszessinzision. Die durch die Operation und die Entzündung bedingte Narbenbildung kann die Feinkontinenz stören. Eine Seltene aber schwerwiegende Komplikation einer Analfistel ist eine Fournier'sche Gangrän.
  - Malignome des Analkanals sind außerordentlich selten. Es entfällt etwa ein Analkanalkarzinom auf 20-30 Rektumkarzinome.
  - Bei den invasiven Karzinomen des Analkanals handelt es sich meist um Plattenepithelkarzinome (75%), deutlich seltener Adenokarzinome (15%), alle anderen Karzinome (muzinöses Adenokarzinom, kleinzelliges Karzinom, undifferenziertes Karzinom und andere) sind noch seltener mit einer Häufigkeit von etwa 2-3%. Etwa 1% aller malignen Tumore des Analkanals umfassen maligne Melanome. Daneben kommen in seltenen Fällen auch nicht epitheliale maligne Tumore und Metastasen im Analkanal vor.
  - Sollten sowohl Analkanal als auch Rektum von einem malignen epithelialen Tumor betroffen sein, so werden aus pragmatischen Gründen Plattenepithelkarzinome als primäre Karzinome des Analkanals klassifiziert und behandelt, Adenokarzinome als primäre Rektumkarzinome. Da verruköse Plattenepithelkarzinome praktisch immer in der perianalen Haut entstehen, kann selbst bei einem Mitbefall des Analkanals bei diesen Tumoren von einem perianalen verrukösen Karzinom ausgegangen werden.
  - Die flachen analen plattenepithelialen Läsionen sind allesamt HPV-assoziiert: sie umfassen die flachen Condylomata acuminata (HPV-Typen 6 und 11), die anale intraepitheliale Neoplasie (AIN I-III), die plattenepitheliale Dysplasien des Analrandes (M. Bowen, meist HPV-Typ 16, 18 o. a.) und die bowenoide Papulose (meist ebenfalls HPV-Typ 16/18).  
Die bowenoide Papulose betrifft meist jüngere Patienten (Männer wie Frauen zwischen 20 und 40 Jahren) und hat gegenüber dem M. Bowen und der AIN III einen klinisch deutlich langsamer progredienten Verlauf (die Transformation einer bowenoiden Papulose in einen M. Bowen oder gar ein invasives

**Gastrokonzil 2009:**  
**Rationelle Diagnostik und Therapie anorektaler Erkrankungen**  
*Zusammenfassung der Mitschrift der Vorträge von Prof. Hager und Prof. Rüschoff*



Plattenepithelkarzinom stellt eine Rarität dar!). Eine spontane Rückbildung einer bowenoiden Papulose ist häufig.

Die klinische Differentialdiagnose der bowenoiden Papulose umfasst insbesondere flache Condylomata acuminata, die Verruca vulgaris und aufgrund der bräunlichen Farbe gelegentlich auch einen Nävus. Die pathohistologische Differentialdiagnose umfasst den M. Bowen, den M. Paget und Condylomata plana.

- Die histologische Differentialdiagnose polypöser (verruciformer) Läsionen in der Analregion umfasst die gutartigen Condylome, die niedrig malignen Riesencondylome (Buschke-Löwenstein), das verruköse Karzinom, das papilläre Karzinom und das warzige (condylomatöse) Karzinom.  
Die Differentialdiagnose dieser Läsionen kann vor allem an oberflächlichen Biopsien problematisch sein. Hier kann gegebenenfalls eine HPV-Subtypisierung helfen: Condylome und Riesencondylome sind normalerweise mit HPV 6/11 assoziiert, Plattenepithelkarzinome (wie auch der M. Bowen als zugehörige Präkanzerose) mit HPV 16/18.
- Plattenepithelkarzinome der Analregion zeigen histologisch häufig mehrere Subtypen nebeneinander (z. B. auch basaloide, manchmal auch duktal differenzierte Abschnitte). Die histologische Subtypisierung ist dabei jedoch nicht prognostisch relevant.
- Während (vor allem fortgeschrittene) Plattenepithelkarzinome der Analregion häufig bestrahlt werden, sind die Adenokarzinome der Analregion nicht so strahlenempfindlich. Das heißt bei rein analen Adenokarzinomen (und nicht heruntergewachsenen Rektumkarzinomen) steht die Operation im Mittelpunkt der Therapie.
- Eine seltene aber sehr schwerwiegende Erkrankung der Anorektalregion ist ein malignes Melanom. Dieses ist bei Diagnosestellung meist bereits fortgeschritten und wird dann mit einer Rektumamputation therapiert. Allerdings verlaufen diese Erkrankungen fast immer letal, sodass die Therapie sich möglicherweise in der nächsten Zeit ändern wird.
- Neuere Studien haben gezeigt, dass der distale Sicherheitsabstand beim Rektumkarzinom praktisch keinen Einfluss auf die Rezidivhäufigkeit hat. Somit ist der bisher empfohlene Sicherheitsabstand von 2 cm nach aboral obsolet geworden
- Rektumentleerungsstörungen sind häufig mit einem inneren (Intususeption) oder äußeren Rektumprolaps verbunden. Während der äußere Rektumprolaps klinisch relativ einfach zu diagnostizieren ist und vor allem bei älteren Frauen auftritt, ist der innere Rektumprolaps schwieriger zu diagnostizieren und tritt häufig bei jüngeren Frauen auf. Er ist häufig mit einer Rektozele vergesellschaftet.
- Symptome von Intususeption und Rektozele:

**Gastrokonzil 2009:**  
**Rationelle Diagnostik und Therapie anorektaler Erkrankungen**  
*Zusammenfassung der Mitschrift der Vorträge von Prof. Hager und Prof. Rüschoff*



1. Häufig kleine Stuhlentleerungen
  2. Langes Sitzen und Pressen
  3. Druckgefühl, Druckschmerz rektal
  4. Oft Kolonobstipation!
  5. Entleerung häufig nur durch digitale Hilfe möglich
  6. Zum Teil erhebliche psychische Belastung
  7. Klistiere nötig
  8. Laxantiengebrauch
- Diagnostik von Rektumentleerungsstörung/Rektozele:
    - Klinik
    - Endoskopie
    - Dynamisches Defäkatogramm, dynamisches MRT (erfahrener Untersucher nötig)
  - Therapiemöglichkeiten von Rektozele und Intususeption:
    1. transanal (Raffung)
    2. perineal (Levatorplastik)
    3. transvaginal
    4. transanal: **2x Stapler-OP nach Longo**
  - Das Mukosaprolapssyndrom (früher: Ulcus recti simplex) ist immer anterior lokalisiert in 6-8 cm Abstand von der Anorektallinie.

Es ist zu 95% mit einem Rektumprolaps assoziiert. Die Pathologie zeigt immer eine submuköse Fibrose. Die Veränderungen können jedoch bis hin zu einer zirkulären Stenose (die dann malignitätsverdächtig erscheinen kann) reichen. Die Fibrose ist auch außerhalb des Ulkusgrundes zu sehen. Deshalb sollten bei differentialdiagnostischen Schwierigkeiten Ulkusrandbiopsien entnommen werden.

Die Differentialdiagnose eines Ulcus recti simplex kann histologisch manchmal schwierig sein (vor allem wenn ein Adenom mit einem Ulcus recti simplex assoziiert ist). Dann sollte die vorhandene Fibrose nicht als Desmoplasie gewertet werden. Das heißt, man sollte mit der Diagnose eines bereits invasiven Adenokarzinoms als Pathologe sehr zurückhaltend sein. Bei Diskrepanz zwischen klinischem/endoskopischen Befund und pathologischer Diagnose ist eine telefonische Rücksprache dringend zu empfehlen.