

ANALER BLUTABGANG - URSACHEN UND THERAPIEN

Von **PD DR. MED. DANIEL DINDO**, Facharzt für Chirurgie, speziell Koloproktologie, und **DR. MED. FRIEDERIKE REMMEN**, Fachärztin für Chirurgie, speziell Proktologie

KRANKHEITEN, DIE DEN DARM BETREFFEN, SIND OFT MIT TABUS BEHAFTET. INSBESONDERE DIE ANALE REGION GEHÖRT ZU JENER ZONE DES MENSCHLICHEN KÖRPERS, DIE STARK SCHAMBESETZT IST. DESHALB SPRECHEN PATIENTEN BESCHWERDEN IN DIESER REGION SELBST BEIM ARZT HÄUFIG NICHT AN. DIE MEISTEN ERKRANKUNGEN SIND JEDOCH EINFACH UND WIRKSAM BEHANDELBAR.

Analer Blutabgang ist ein häufiges Symptom von Darm- und Mastdamerkrankungen. Anales Blut kann Ausdruck eines ungefährlichen Problems sein, jedoch auch durch ernsthafte Krankheiten hervorgerufen werden. Durch eine genaue Befragung nach weiteren Symptomen und eine klinische Untersuchung kann die Diagnose meist relativ einfach gestellt werden. Grundsätzlich gilt, dass jeder anale Blutabgang abgeklärt werden sollte. Nachfolgend werden – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – einige anale Blutungsquellen sowie die Therapien der damit verbundenen Erkrankungen vorgestellt.

HÄMORRHOIDEN

Beschwerden auf Grund von Hämorrhoiden sind häufig. Aus einer kürzlich erschienenen Studie lässt sich ableiten, dass etwa 17% der Bevölkerung daran leiden. Das Hauptsymptom besteht meist in der analen Blutung, jedoch können auch Juckreiz und ein Gewebevorfall (Ausstülpungen der Darmschleimhaut) das dominierende Symptom sein. Schmerzen sind hingegen kein typisches Symptom. Hämorrhoiden sind an sich ungefährlich; bei einer gleichzeitigen Blutverdünnung oder einer vorliegenden Gerinnungsstörung kann es jedoch zu einem erheblichen Blutverlust kommen. Therapeutisch stehen verschiedene Optionen zur Verfügung. Als Grundstein jeder Therapie gilt jedoch die Behandlung einer allfälligen Verstopfung, denn das Pressen beim Stuhlgang gilt es zu vermeiden. Für die Wirksamkeit von Hämorrhoidensalben, die häufig als primäre Therapie angewendet werden, gibt es keine wissenschaftliche Evidenz. Allenfalls können Medikamente, welche die Venen verengen und den venösen Abfluss fördern, wenigstens zeitweise die Beschwerden lindern. Wenn diese konservativen Therapien nicht zum Erfolg führen, sollte ein chirurgischer Eingriff geprüft werden. Die heutigen Operationstechniken sind schmerzarm; und in der Regel kann der Patient bereits nach wenigen Tagen wieder zur Arbeit gehen.

GRUNDSÄTZLICH GILT, DASS JEDER ANALE BLUTABGANG ABGEKLÄRT WERDEN SOLLTE.

ANALE FISTELN

Als Fistel bezeichnet man einen krankhaften Gang (d.h. eine kanalartige Verbindung) zwischen dem Mastdarm und der Haut. Blutungen, die mit einer Absonderung von Eiter einhergehen, sind typisch für das Vorliegen einer analen Fistel. Häufig geht ein schmerzhafter Abszess der Ausbildung einer Fistel um Wochen voraus. Die Standardtherapie einer analen Fistel ist eine Operation. Fisteloperationen sind jedoch heikel, da die Integrität des Schliessmuskels nicht gefährdet werden darf. Die Wahl

des operativen Verfahrens, etwaige Voroperationen und die Erfahrung des Chirurgen beeinflussen massgeblich die Heilungschance und die Kontinenz nach der Operation, d.h. die Fähigkeit, den Stuhl zurückzuhalten. Eine neue Operationstechnik ist die sogenannte LIFT-Operation (ligation of intersphincteric fistula tract). Sie stellt heute die vielversprechendste Neuerung in der Fistelchirurgie dar – mit einer hohen Erfolgsrate und einer sehr geringen Inkontinenzrate. Bei dieser Operation wird die Fistel entfernt und zwischen den beiden Schliessmuskeln verschlossen.

ANALFISSUR

Bei einer Analfissur, definiert als längliche Wunde (Riss) im Bereich des Afterrandes, rückt die anale Blutung aufgrund der meist sehr heftigen Schmerzen beim Stuhlgang (und darüber hinaus) in den Hintergrund. 80–90% dieser Wunden heilen spontan aus. Es kann aber auch zu chronischen Wunden kommen, die über Wochen oder sogar Monate Beschwerden bereiten. Konservative Behandlungen von chronischen Analfissuren beruhen auf leichten Abführmitteln und Salben, die den Schliessmuskeldruck zur Verbesserung der Durchblutung etwas senken (z.B. Nifedipin). Sie bringen allerdings in weniger als 30% der Fälle eine dauerhafte Heilung. Deshalb sind nach erfolgloser konservativer Behandlung chirurgische Therapieverfahren das Mittel der Wahl. Bei der Operation wird in der Regel die chronische Wunde entfernt und offen belassen. So entsteht eine neue, glatte Wunde, die nach wenigen Wochen verheilt.

CHRONISCHES ANALEKZEM

Chronische Analekzeme sind charakterisiert durch einen quälenden Juckreiz mit teils brennendem Charakter. Leichte Blutspuren am Toilettenpapier sind ebenfalls typisch, mitunter als Folge des häufigen Kratzens. Ursache ist meist eine zu intensive Analhygiene, denn die Verwendung von feuchtem Toilettenpapier und speziellen Seifen kann allergische oder toxische Reaktionen zur Folge haben. Nicht selten kommt es zu einer zusätzlichen Besiedelung der Haut mit Bakterien oder Pilzen. Ein mikrobiologischer Abstrich kann hier Klarheit schaffen. Die Therapie besteht im Absetzen aller potentiell Allergie auslösenden Stoffe und einer lokal angewendeten, kortisonhaltigen Salbe. Danach können rückfettende Salben die Haut weiter beruhigen. Bei Nachweis von Pilzen oder Bakterien ist eine entsprechende Therapie notwendig.

DARM-/MASTDARMKREBS

Die anale Blutung ist häufig das erste Symptom des Darm- und Mastdarmkrebses. Diese Krebsart ist in der Schweiz der zweithäufigste Krebs bei Frauen und der drithäufigste bei Männern. Neben sichtbaren Blutbeimengungen im Stuhl gehört auch die Änderung der

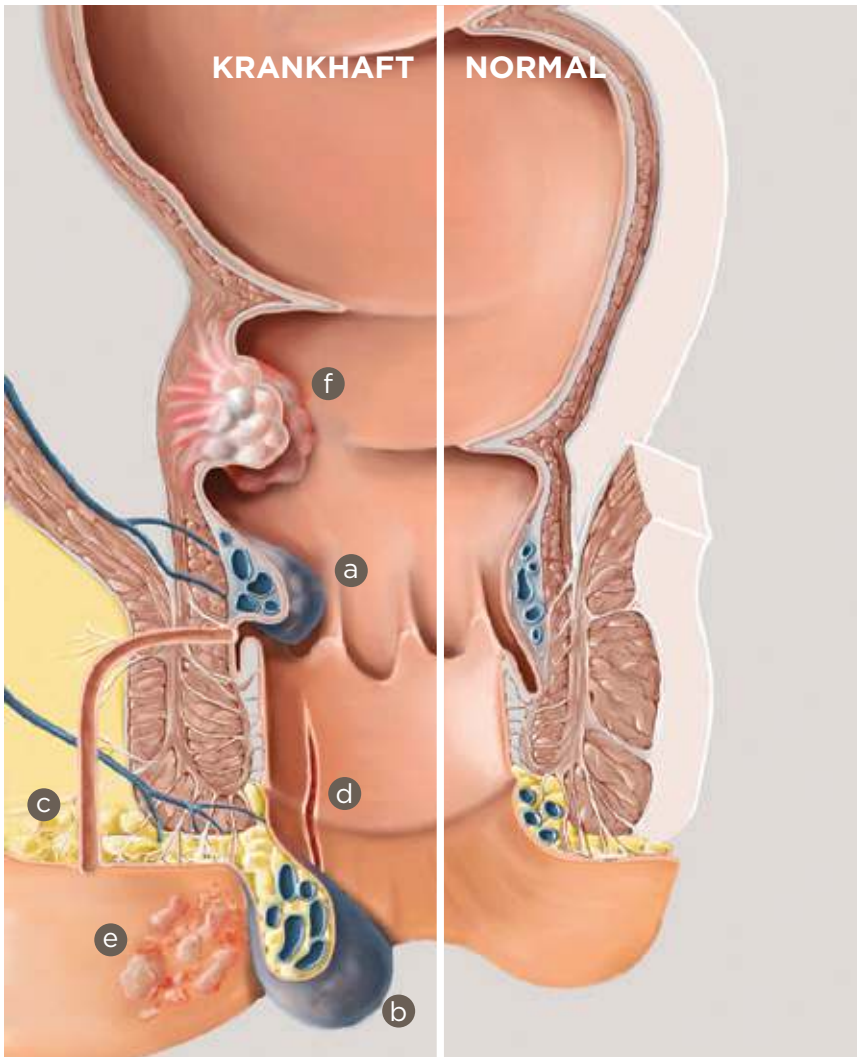


Abb. 1
Übersicht möglicher Ursachen eines analen Blutabgangs:

- a Hämorrhoiden
- b Perianalvene (äussere Hämorrhoiden)
- c Analfistel
- d Analfissur
- e Ekzem
- f Mastdarmtumor

Stuhlgewohnheiten zu den ersten Anzeichen von Darmkrebs, vor allem der Wechsel zwischen Durchfall und Verstopfung. Ab dem 50. Lebensjahr steigt das Risiko für diese Krebsart sprunghaft an, weshalb ab diesem Alter in regelmässigen Abständen eine Darmspiegelung erfolgen sollte. Die einzige Therapie mit Heilungsaussicht liegt in der chirurgischen Entfernung des betroffenen Darmabschnittes. Diese Operation wird heute «minimal-invasiv» durchgeführt, d.h. mit nur kleinen Schnitten und unter Video-optischer Sicht. Bei Mastdarmkrebs wird je nach Befund eine Vorbehandlung mittels Bestrahlung und eventuell Chemotherapie notwendig. Dadurch lässt sich das Risiko reduzieren, dass der Tumor in der gleichen Region erneut auftritt.

GLOSSAR

- **MASTDARM:** der Mastdarm (Rektum) bildet zusammen mit dem Analkanal das Ende des Dickdarms
- **GEWEBEVORFALL:** Ausstülpung der Darmschleimhaut
- **FISTEL:** krankhafte, kanalartige Verbindung (Gang) zwischen einem Hohlorgan (z.B. dem Mastdarm) und der Haut
- **ABSZESS:** abgekapselte Ansammlung von Eiter in einem neu gebildeten Gewebehohlraum
- **KONTINENZ:** die Fähigkeit, Körperausscheidungen wie Harn oder Stuhl zurückzuhalten

KONTAKT



PD DR. MED. DANIEL DINDO

Facharzt für Chirurgie,
speziell Koloproktologie
Belegarzt Klinik Im Park und
Klinik Hirslanden
daniel.dindo@hirslanden.ch



DR. MED. FRIEDERIKE REMMEN

Fachärztin für Chirurgie,
speziell Proktologie
Belegärztin Klinik Im Park
friederike.remmen@hirslanden.ch

Chirurgisches Zentrum Zürich
Standort Klinik Im Park
Kappelstrasse 7
CH-8002 Zürich
T +41 44 209 25 11

Standort Klinik Hirslanden
Witellikerstrasse 40
CH-8032 Zürich
T +41 44 387 31 75
www.chirurgischeszentrum.ch

Weitere Ärzte am Zentrum:
Dr. med. Thomas P. Ricklin
Prof. Dr. med. Rolf B. Schlumpf
Prof. Dr. med. Jan Schmidt
Prof. Dr. med. Paul Magnus Schneider
Prof. Dr. med. Othmar Schöb