

# Proktologie

Workshop mit Dr. Andreas Müller und Dr. H. Wehrli anlässlich des 24. Schweizerischen Kongresses für Allgemeinmedizin in Zürich

Ein Proktologe und ein proktologisch tätiger Chirurg nahmen Stellung zu alten Problemen und neuen Entwicklungen in der Proktologie.

Zusammenfassung von  
Dr. Urs Willimann

Praxistip: wer von uns fragt regelmässig nach proktologischen Problemen? Laut Müller sind proktologische Beschwerden häufig, würden aber von Hausärzten oft ignoriert.

## Untersuchung

Dem Spezialisten steht heute ein vielseitiges Instrumentarium von Untersuchungsmethoden zur Verfügung – neben der Inspektion, der eigentlichen Proktoskopie sowie der flexiblen Endoskopie die Manometrie zur Prüfung der motorischen Funktion und die Endosonographie zur bildgebenden Darstellung der Analsphinkteren.

In der Allgemeinpraxis kann durch sorgfältige Inspektion, digitale Untersuchung und Proktoskopie ein Grossteil der Beschwerden geklärt werden. (Allerdings proktoskopieren nur knapp ein Viertel der Workshop-Teilnehmer in ihrer Praxis.)

Praxistip: Die Untersuchung in Knie-Ellenbogen-Lage hat sich zwar bewährt, ist aber für die Patienten oft peinlich. H. Wehrli empfiehlt die Untersuchung in Linksseitenlage. Gutes Licht und die Hilfe der MPA sind eine Voraussetzung.

## Hämorrhoiden

Äussere Hämorrhoiden sind Venen, innere arteriovenöse Shunts. Entsprechend verhält sich das Blutungsrisiko. Eine typische Hämorrhoidalblutung ist nach wie vor eine klinische Diagnose. Welcher Patient braucht

aber trotzdem eine Koloskopie? – Ältere Patienten (über 50 Jahre) sowie diejenigen, die innerhalb von 1–2 Monaten nach Therapiebeginn noch bluten, oder Patienten mit Rezidiven.

Bei der Therapie der Hämorrhoiden haben konservative Methoden immer grössere Bedeutung: Lokalmassnahmen mit Salben und Zäpfchen (wobei keine Einigkeit über die bevorzugte Wirksubstanz herrscht), Lokalthherapie mit Gummiligaturen und Infrarot. (Hat jeder von uns einen Spezialisten zur Hand, der diese Methoden beherrscht?)

Bei Misserfolg der konservativen Methoden kommt heute anstelle der offenen und halboffenen Verfahren die Operation nach Longo in Frage. Dabei wird mit dem Stapler proximal der Hämorrhoidal-Polster ein ringförmiger Mukosastreifen reseziert. Es resultiert eine Raffung der Mukosa und eine Minderung der Blutzufuhr in den Hämorrhoidal-Plexus. Gegenüber den traditionellen Verfahren hat diese Methode den Vorteil einer geringeren Rate von Spätkomplikationen und einer nur kurzen Arbeitsunfähigkeit. Sie ist aber teuer und mit dem Risiko früher Nachblutungen behaftet.

Thrombosierte Hämorrhoiden, die weniger als 48 Stunden alt sind, werden im allgemeinen inzidiert. Die Rezidivrate ist dabei sehr gross (über 60%).

Praxistip: H. Wehrli empfiehlt anstelle der Inzision eine Exzision. Dabei wird der thrombosierte Knoten mit Lokalanästhetika unter-spritzt, mit einem Pean angehoben und an der Basis mit einer groben Schere abgetrennt. Durch die langsamere Heilung der Hautwunde entstehen weniger Rezidive.

## Fissuren

Fissuren entstehen als Folge der schlechteren Durchblutung meist ventral oder dorsal des Anus und verstecken sich häufig unter Marissen. Diese Läsionen sind nur behandlungsbedürftig, wenn sie Beschwerden verursachen. Laterale Fissuren sind wesentlich seltener (10%)

La version française sera publiée dans un des prochains numéros de PrimaryCare.



und wecken immer den Verdacht auf eine Grundkrankheit (M. Crohn, Analkarzinom ...).

Die Therapie folgt einem Stufenschema:

- Lokalmassnahmen (Lokalanästhetika, Hamamelis)
- Verminderung des Sphinktertonus (Botulinustoxin, Nifedipin)
- Chirurgie

Praxistip: Nifedipinsalbe (0,2%, vom Apotheker herzustellen) 2x täglich perianal auftragen. Auch wenn noch nicht «evidence based»: laut den Workshopleitern sehr effektiv.

### Anale Stuhlinkontinenz

In rund 30% der Fälle ist die anale Stuhlinkontinenz durch einen Prolaps bedingt. Bei der Untersuchung im Sprechzimmer kann dieser aber oft nicht provoziert werden. Wer den Prolaps nicht verpassen will, muss seine Patienten auf die Toilette begleiten.

Ein häufiges Problem ist die anale Stuhlinkontinenz vor allem bei älteren Frauen. Laut H. Wehrli sind Sphinkterverletzungen

bei Geburten sehr häufig, werden aber oft erst nach Jahrzehnten symptomatisch. Zur Diagnose einer Sphinkterverletzung ist der tastende Finger nicht geeignet, eine Endosonographie ist nötig. Therapie der ersten Wahl bei der analen Stuhlinkontinenz ist das sogenannte Biofeedback-Training, bei welchem unter audiovisueller Kontrolle ein eigentliches Training der Analsphinkteren durchgeführt wird. Operationen zur Wiederherstellung der Kontinenz sind möglich, aber längst nicht immer erfolgreich. Vor allem bei geriatrischen PatientInnen kann oft durch Gabe kleiner Dosen von Loperamid (Immodium Sirup 2,5 ml morgens) eine befriedigende Kontinenz erreicht werden.

*Dank der Fachkompetenz und Offenheit der Referenten und der intensiven Mitarbeit der Teilnehmer bot dieser Workshop in 75 Minuten eine Fülle von praxisrelevanten Tips und Informationen. Das Konzept, dass zwei Spezialisten verschiedener Fachrichtungen gleichzeitig zum selben Thema Stellung nehmen, hat sich bewährt.*



## Apropos

TARMED entschädigt die intellektuellen Leistungen der GrundversorgerInnen eher besser, sicher aber nicht schlechter. Ein Einkommensverlust unter TARMED ist deshalb äusserst unwahrscheinlich!

Es gibt *keine* Geheimnisse in der TARMED-Version 1.1. TARMED hat eine transparente und nachvollziehbare Struktur. Die noch vorhandenen oder auftretenden Fehler können weiterhin verhandelt und völlig transparent verbessert werden!

Angst vor TARMED ist nach dieser langen Zeit der Unsicherheit verständlich; Angst ist aber ein schwaches Argument, den Tarif abzulehnen!

Der gute Arzt wird mit dem neuen Tarif immer zu den Gewinnern gehören. Eine Ablehnung des Tarifes würde unser Einkommen, unsere Glaubhaftigkeit und unser Ansehen schmälern!

TARMED ist der Lohn unserer langjährigen Bemühungen, unserer Hartnäckigkeit und unserer konsequenten Position am Verhandlungstisch. Wir wollen unsere Einflussmöglichkeiten mit einer Ablehnung nicht aufgeben. Wir wollen keinen per Dekret vom Bundesrat erlassenen Tarif – welcher nota bene sicherlich kaum anders als TARMED aussehen würde!

TARMED ist ein erster Schritt zur gerechten und gleichwertigen Honorierung der ärztlichen Arbeit!