

Journal für

Gynäkologische Endokrinologie

Gynäkologie • Kontrazeption • Menopause • Reproduktionsmedizin

Proktologie in der Gynäkologie // Proctology for Gynecologists

Wunderlich M

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2016; 10 (4)

(Ausgabe für Österreich), 10-14

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2016; 10 (4)

(Ausgabe für Schweiz), 6-10

**Offizielles Organ der Österreichischen
IVF-Gesellschaft**

**Offizielles Organ der Österreichischen
Menopause-Gesellschaft**

Indexed in EMBASE/Scopus/Excerpta Medica

www.kup.at/gynaekologie

Member of the



Homepage:

www.kup.at/gynaekologie

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. h. b. GZ07Z037636M · Verlagspostamt: 3002 Parkersdorf · Erscheinungsort: 3003 Gablitz



Ab sofort in unserem Verlag

Thomas Staudinger
Maurice Kienel

ECMO

für die Kitteltasche

2. Auflage Jänner 2019
ISBN 978-3-901299-65-0
78 Seiten, div. Abbildungen
19.80 EUR

Krause & Pachernegg
GmbH

Bestellen Sie noch heute Ihr Exemplar auf
www.kup.at/cd-buch/75-bestellung.html

Proktologie in der Gynäkologie

M. Wunderlich

Kurzfassung: Die Proktologie ist eines der anspruchsvollsten Spezialgebiete der Chirurgie. Die Vielfalt der Pathologien und das breite Spektrum der therapeutischen Modalitäten erfordern tiefes Fachwissen und sehr viel praktische Erfahrung im Interesse einer korrekten Entscheidungsfindung. Es werden die wesentlichen Aspekte dargestellt, die für den Kontext der gynäkologischen Konsultation relevant erscheinen. Patientinnen pflegen Symptome der Region laienhaft als „Hämorrhoiden“ zu schildern, was häufig nicht zutrifft. Ausgehend von diesem Begriff wird auf die wesentlichen Differenzialdiagnosen eingegangen. Gleichgültig, welche Interventionen angezeigt erscheinen – es ist immer

zu bedenken, dass die Funktion des Kontinenzorgans Anorektum eine möglichst ungetrübte bleiben soll, selbst nach vermeintlich harmlosen Eingriffen wie einer einfachen Hämorrhoidektomie.

Schlüsselwörter: Proktologie, Hämorrhoiden, Stuhlinkontinenz

Abstract: Proctology for Gynecologists. Proctology is one of the most challenging special fields of surgery. The diversity of pathologies and the broad spectrum of therapeutical modalities requires profound expertise and a lot of practical experience in the interest of correct decision making. Essential aspects that are relevant

in the context of a gynecological consultation are depicted. Usually, patients describe their symptoms as “hemorrhoids” which often does not apply. Starting from this term the essential differential diagnoses are dealt with. Irrespective of all the interventions that seem indicated, it must always be borne in mind that the function of the anorectum as the organ of continence should remain unimpaired, even after supposedly harmless procedures such as simple hemorrhoidectomy. **J Gynäkol Endokrinol 2016; 26 (4): 10–4.**

Key words: proctology, hemorrhoids, fecal incontinence

● Einleitung

Schon die topographische Nähe von innerem Genitale und Anorektum bedingt, dass Gynäkologen immer wieder mit proktologischen Befunden und Fragestellungen konfrontiert sind. Dabei einen ersten Rat zu bekommen, ist durchaus im Interesse der Frauen, welche sich eher regelmäßig in der gynäkologischen Ordination einfinden, während sie die chirurgische Praxis oft erst spät als Patientinnen mit Symptomen aufsuchen. Somit ist es sinnvoll, hier einen brauchbaren Überblick über die wesentlichen Aspekte der Proktologie zu geben. Die Vielfalt der Pathologien lässt sich mit einer arbiträren Einteilung in vier Gruppen besser überblicken:

- Landläufige Erkrankungen (häufig): Hämorrhoiden, Fissur, Abszess, Fistel, perianale Thrombose u. a.
- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED): Morbus Crohn, Colitis ulcerosa
- Tumoren: Adenom und Karzinom des Rektums, Analkarzinom
- Funktionelle Probleme, eventuell assoziiert mit morphologischen Veränderungen: Obstipation (häufigst), Inkontinenz, Rektumprolaps

So unterschiedlich die Affektionen des Anorektums auch sein mögen, ihre Symptome sind sehr oft ähnlich, die wesentlichsten davon Abgang von Blut und/oder Sekret, Prolapsgefühl, Schwellungen, Schmerzen. Die folglich schwierigen Differenzialdiagnosen können aber durchaus während der gynäkologischen Untersuchung angedacht werden, durch die Verbindung von einschlägiger Anamnese, Inspektion und eventuell digital analer Palpation.

Eingelangt am 15. Juni 2016; angenommen am 5. Oktober 2016

Aus dem Zentrum für Proktologie und Enddarmchirurgie an der Privatklinik Josefstadt (Confraternität), Wien

Korrespondenzadresse: Univ.-Prof. Dr. Max Wunderlich, FRCS, Zentrum für Proktologie und Enddarmchirurgie an der Privatklinik Josefstadt (Confraternität), A-1080 Wien, Skodagasse 32; E-Mail: galaxy.wumax@gmail.com

● Anatomie und Physiologie des Anorektums

Das Kontinenzorgan (Abb. 1) setzt sich zusammen aus dem Reservoir Rektum, ausgekleidet von unsensibler Mukosa (Zylinderepithel), die endoskopische Manipulationen (z. B. Abbindung von Hämorrhoiden) ohne Schmerzen erlaubt, und aus dem Analkanal. Dessen Auskleidung, das Anoderm (Plattenepithel ohne Hautanhangsgebilde), hingegen ist aufgrund der sensiblen Nervenendigungen hochempfindlich, was für Patientinnen bedeutet, dass schon die Untersuchung als unangenehm empfunden wird. Der Verschlussmechanismus des Analkanals besteht aus dem unwillkürlichen glatten Sphinkter ani internus (SAI) und den Musculi puborectalis (PR) und Sphinkter ani externus (SAE) als den kaudalsten Anteilen der quergestreiften Beckenbodenmuskulatur (QBBM). Dank ihres Dauertonus in

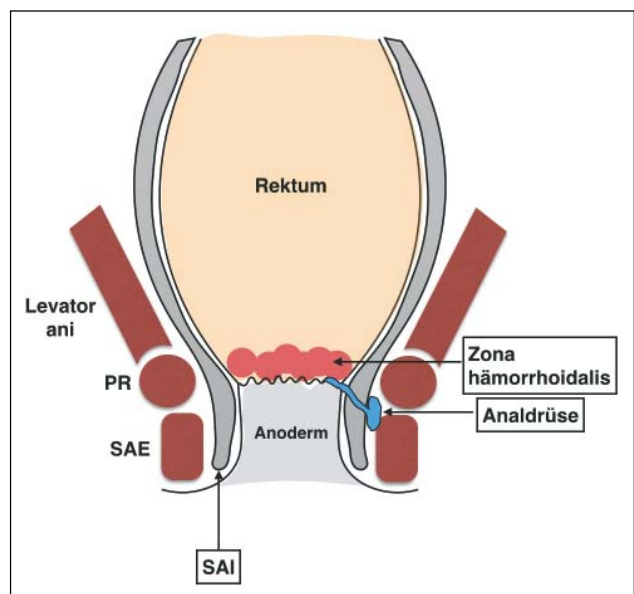


Abbildung 1: Das Kontinenzorgan.

Ruhe garantieren diese Muskeln die Kontinenz und aufgrund verschiedener Reflexe bei Füllung des Rektums und Stuhldrang erschaffen sie zeitgerecht während der Defäkation [1].

Analkanal und anorektaler Übergang (Linea dentata) sind die Region der häufigsten Pathologien: einerseits wegen der Beschwerden, welche durch die Hämorrhoiden (natürliche Gefäßkissen, gefüllt von arteriellem Blut) ausgelöst werden können; andererseits münden in den Krypten zwischen den Papillen die Ausführungsgänge der Analdrüsen, deren Entzündung akut zum Abszess, chronisch zur Analfistel führt.

● Proktologischer Untersuchungsgang

Die **Anamnese** erhebt natürlich Art und Dauer der Beschwerden und wird mit zwei unerlässlichen Fragen vervollständigt:

1. Frage nach kolorektalem Karzinom (CRC) bei leiblichen Verwandten, da das CRC zu den häufigsten Tumoren in Österreich gehört und ein gewisses erbliches Risiko besteht. Bei CRC in der Familienanamnese ist schon vor dem 50. Lebensjahr eine Vorsorgekoloskopie zu empfehlen bzw. bei hartnäckiger Blutung *per anum* trotz konservativer Therapie eine Koloskopie auch in viel jüngeren Jahren.
2. Bei Frauen ist nach vorbestehenden Belastungen des Beckenbodens zu fahnden (Geburten, Dammrisse, jahrzehntelange Obstipation), da diese das Risiko einer postoperativen fäkalen Inkontinenz (F.I.) selbst nach Minimaleingriffen erhöhen.

Zumindest die erste einschlägige Konsultation von Patienten ist auch getragen von Schamgefühl und Angst. Mit Rücksicht darauf erfolgt die **klinische Untersuchung** erst nach dem ärztlichen Gespräch: Zunächst wird in Rückenlage das Abdomen einschließlich der Leistenregion palpirt. Die eigentliche proktologische Untersuchung wird zumeist in der „relativ“ entspannten Linkseitenlage („sims position“) auf einer gewöhnlichen Liege durchgeführt, seltener in Steinschnittlage (SSL) auf dem gynäkologischen Untersuchungsstuhl; obsolet ist die Knie-Ellenbogenlage, weil ebenso unwürdig wie unbequem.

Die Lokalisation von pathologischen Befunden wird für die SSL wie auf einem Zifferblatt angegeben, z. B. Hämorrhoidalprolaps meist bei 3, 7 und 11 Uhr (Abb. 2). Inspektion und digital-anale Palpation (in Ruhe, beim Pressen, bei Kontraktion) werden von den nahezu immer schmerzlosen starren Endoskopien gefolgt: Rektoskopie – durchaus bis 20 cm, eventuell Proktoskopie bis etwa 7 cm Höhe, letztere zur Beurteilung der Hämorrhoidalzone und fallweise für minimale Interventionen. Ergänzt wird, wenn angezeigt, mit der Koloskopie, immer in Sedoanalgesie, zur Diagnostik von Tumoren oder CED (alternativ: Irrigoskopie, virtuelle Koloskopie). Hinzu kommen in ausgewählten Fällen die Bildgebung (anale Sonographie zur Darstellung von Sphinkterdefekten, anale MRT zur Fisteldiagnostik, Defäko-graphie zur Objektivierung einer rektalen Intussuszeption, dynamische Becken-MRT z. B. bei Enddarmobstipation) und die Sphinktermanometrie (= anale Druckmessung) bei F.I.

● Hämorrhoiden

Unter dem Begriff „Hämorrhoiden“ [2] versteht man sowohl die normale Anatomie als auch morphologische Veränderungen,

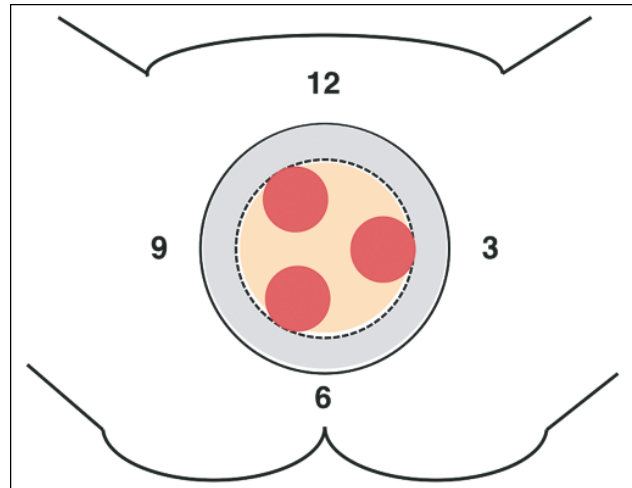


Abbildung 2: Die Lokalisation von pathologischen Befunden wird für die Steinschnittlage (SSL) wie auf einem Zifferblatt angegeben, z. B. Hämorrhoidalprolaps meist bei 3, 7 und 11 Uhr.

gen, der Laie auch die Symptomatik selbst – wobei die übliche, von Patienten mit diesem Terminus geäußerte Selbstdiagnose wahrscheinlich in weniger als 50 % der Fälle zutrifft.

Die Einteilung der Hämorrhoiden (H) in 4 Grade bedarf, ebenso wie das therapeutische Konzept, für die Gynäkologie eines brauchbaren Kommentars:

- H 1.° – normale zarte Hämorrhoidalzone mit dem Symptom der Blutung (diskret bis massiv, hellrot),
- H 2.° – geringe Vergrößerung mit kurzfristigem Prolaps bis zur äußeren Analöffnung (1. und 2. Grad sind nicht palpabel, weil von analoger Konsistenz wie die Rektummukosa; Diagnose mit dem Proktoskop),
- H 3.° – prolabierend bei Defäkation, Sport, Wandern, spontan oder manuell reponibel (dieser von Patientinnen ziemlich unmissverständlich geschilderte Prolaps ist am Untersuchungsstuhl nicht immer reproduzierbar; die Diagnose ergibt sich also aus der glaubhaften Schilderung des Prolaps in der Anamnese),
- H 4.° – permanent prolabiert (Blickdiagnose), werden oft fälschlich als „äußere“ Hämorrhoiden bezeichnet, die es allerdings nicht gibt.

Naturgemäß sind es die Hämorrhoiden 4. Grades, die bei der gynäkologischen Untersuchung auffallen. Da diese erstaunlich oft keine oder kaum Beschwerden machen, ist es wichtig, darauf hinzuweisen, dass a- und oligosymptomatische Hämorrhoiden jeden Grades absolut keiner Therapie, insbesondere keiner Operation bedürfen.

Das Spektrum der Therapie bei Hämorrhoidalbeschwerden ist breit [3, 4] und sollte nur zur Anwendung kommen, wenn über längere Zeit ein Leidensdruck besteht. Die erste Therapie der Wahl ist immer konservativ: Salben und Suppositorien aller Art, die meist schon auf Eigeninitiative der Patientinnen zur Anwendung gekommen sind. Selbst bei großen, quälenden Hämorrhoiden erzielen orale Flavonoide oft einen überraschenden Effekt [3–5].

Minimale ambulante Eingriffe durch das Proktoskop, wie Sklerosierungsinjektionen, Gummibandligaturen und „hemor-

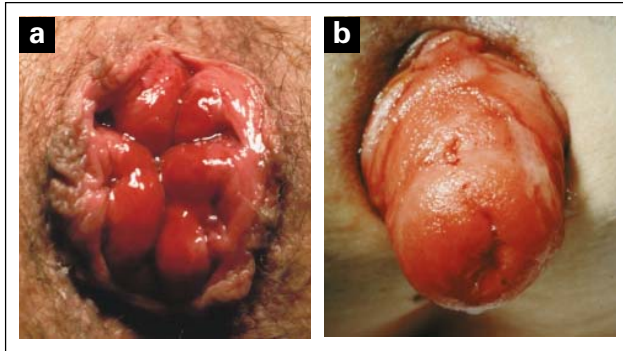


Abbildung 3: (a) Hämorrhoiden 4. Grades; (b) Rektumprolaps.

rhoïdal arterial ligation“ [HAL] [6], sind den kleineren Hämorrhoiden vorbehalten, wobei jene 3. Grades im Zuge der HAL noch gerafft werden können („recto-anal repair“ [RAR]). Das Risiko einer postoperativen Trübung der analen Kontinenz ist bei diesen ligaturbasierten Verfahren minimal. Goldstandard bei symptomatischen Hämorrhoiden 3. und 4. Grades sind nach wie vor die früher an den drei klassischen Stellen (Abb. 2) geübten resezierenden Hämorrhoidektomien (Milligan-Morgan, Parks etc.), die man in Kombination mit HAL und RAR nunmehr oft auf einen einzelnen Knoten beschränken kann („taylored hemorrhoidectomy“) [3]. Gerade in der „Risikogruppe Frau“ ist die Indikation zur ausgedehnten Hämorrhoidektomie mit Zurückhaltung zu stellen, da diese, wie auch die Klammernahtanopexien (i. e. „Operation nach Longo“ oder „procedure for prolapse and hemorrhoids“ [PPH]), von einer schweren F.I. gefolgt sein können [7], weil ein bisher unerkannter vorbestehender Sphinkterdefekt [8] durch den Eingriff demaskiert wird.

Die äußerst schmerzhafteste akute Hämorrhoidalthrombose während Gravidität oder Geburt ist fraglos schwierig zu behandeln: Neben Hämorrhoidalsalben und -zäpfchen empfiehlt sich die großzügige und geduldige Anwendung von lokalanesthetisierenden Salben. Seltene *Ultima Ratio* ist die klassische Hämorrhoidektomie. Angesichts von hunderten Gerinnseln in den ödematösen Knoten sind kleine oberflächliche Inzisionen sinnlos.

● Differenzialdiagnosen

Rektumprolaps (Abb. 3)

Zirkulär gefaltet und wesentlich länger als der Hämorrhoidalprolaps, zu operieren mit der nachhaltigeren transabdominellen Rektopexie oder mit einem der wenig belastenden perinealen Verfahren (Delorme, Altemeier) bis jenseits des 90. Lebensjahres.

Anteriorer Mukosaprolaps (AMP)

Das proktologische Pendant zur Rectozele ist die häufigste Ursache einer Enddarmobstipation, oft assoziiert mit einer rektalen Intussuszeption. Die in den sensiblen Analkanal deszendierende Rektummukosa wird als „Stuhl“ interpretiert, was mit dem Gefühl der unvollständigen Entleerung und frustrierten Pressversuchen einhergeht. Zur Linderung genügen in der Regel die Aufklärung anhand einer Skizze (Abb. 4), regelmäßige milde laxierende Suppositorien, fallweise ein Abbinden

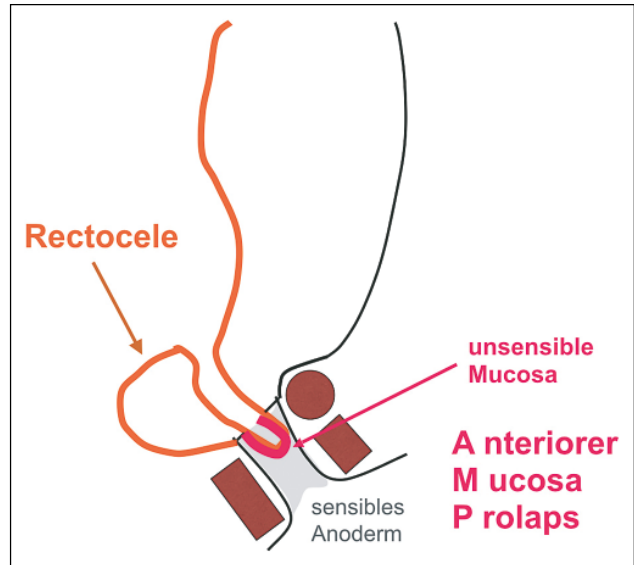


Abbildung 4: Anteriorer Mukosaprolaps (AMP).

des intraanal Prolaps mit einer Gummibandligatur durch das Proktoskop. Selten ist eine Operation erforderlich – vorzugsweise in Form einer perianalen Exzision der redundanten Mukosa mit Raffung der unter ihr gelegenen ausgedünnten glatten Muskulatur durch Nähte. Der Einsatz von Klammernahtgeräten bei Intussuszeption („stapled transanal rectal resection“ [STARR]) kann gravierende Komplikationen, F.I. an erster Stelle, nach sich ziehen, über welche präoperativ unmissverständlich aufgeklärt werden sollte [9].

Sind schwere und therapieresistente Entleerungsstörungen mit einer paradoxen Kontraktion der QBBM während des Versuchs der Defäkation vergesellschaftet, muss an eine psychische Komponente gedacht werden, bedingt durch einen oft Jahrzehnte zurückliegenden Missbrauch. Dieser ist betroffenen Frauen vielfach nicht bewusst, kann aber mit einfühlsamer Behutsamkeit durchaus erfragt werden.

Perianale Thrombose

Die plötzlich spontan auftretende, schmerzhafteste, bläuliche Schwellung am äußeren Anorificium verängstigt die Patienten oft ungebührlich. Beste Therapie ist die beruhigende Erklärung der Harmlosigkeit dieses subkutanen Gerinnsels. Bei starkem Schmerz ist eine Inzision vertretbar.

Marisken

Hautläppchen, die wahrscheinlich bei zumindest 30 % der Menschen vorkommen, immer harmlos, manchmal vergesellschaftet mit Hämorrhoiden 3. und 4. Grades. Ihre Exzision ist nur indiziert, wenn sie glaubhaft die Analreinigung erschweren, niemals aber aus ausschließlich „kosmetischen“ Gründen.

● Anale Sepsis

Eine **Analfissur** wird vom Laien am häufigsten als „Hämorrhoiden“ interpretiert. Der entzündete Einriss des Anoderms ist in der Regel bei 6 Uhr in SSL gelegen und erfordert fall-

weise ein beharrliches Spreizen der Nates, um sichtbar zu werden. Fissuren gehen mit starken Schmerzen und Blutabgängen bei der Defäkation einher. Die akute Fissur heilt meist binnen weniger Tage unter Applikation einschlägiger Salben: Jene mit gefäßerweiternden Substanzen, wie z. B. Nitroglycerin, führen fallweise zu Kopfschmerzen, sodass vielfach einfache lokalanästhesierende Salben zum Einsatz kommen. Anstatt die Salben (wie es unverständlicherweise oft empfohlen wird) mit dem Finger im Analkanal zu applizieren, sollte man sie auf die Spitze eines Hämorrhoidalzäpfchens auftragen und dieses in den Analkanal einführen, wodurch die Wirksubstanz auch wesentlich besser bis zur Linea dentata verteilt wird. Dieser Versuch ist auch bei chronischen Fissuren gerechtfertigt, die gelegentlich aber doch der Exzision bedürfen.

Die eben angegebene Behandlung mit Zäpfchen als Träger und Salbe kann – natürlich erst nach gründlicher Diagnostik – bei jeder Art von analem Schmerz eingesetzt werden.

Analabszess und -fistel sind zwei permutierbare Spielarten der Entzündung der Gänge der Analdrüsen. Leitsymptome des Abszesses sind Schwellung, Rötung, Schmerz, welcher manchmal keine digitale Palpation erlaubt; Therapie ist die großzügige Inzision durch Abhebung eines kreisförmigen Hautdeckels in Narkose und SSL („unroofing“). Damit wird sozusagen chirurgisch die Voraussetzung für die äußere Öffnung der meist resultierenden Fistel geschaffen. Deren chronische eitrige Sekretion veranlasst früher oder später zur Operation als einzigem Remedium.

Fisteln zwischen Vagina und Anorektum ziehen meist **anovaginal**, d. h. von der Linea dentata zur dorsalen Labienkommissur, immer hoch durch die Sphinktermuskulatur, was eine simple Spaltung verbietet. Häufigste Ursachen sind die ungenügende Verheilung eines Dammrisses oder ein analer Morbus Crohn. Die höher gelegene **Rektovaginalfistel** findet man nach rektalen Operationen (z. B. vordere Resektion, PPH, STARR) und Bestrahlung. Eine ungewöhnliche Genese, nach der man fragen sollte, ist die Nekrose von Darmwand und Septum rektovaginale durch den Abusus von Ergotamin-haltigen Zäpfchen bei Migräne. Im Gegensatz zur (oft frustrierenden) Chirurgie der rektovaginalen sind jener der anovaginalen Fisteln häufiger Erfolge besichert: In SSL wird der kurze Fistelgang von peranal vollständig exzidiert, die resultierende Lücke in der Sphinktermuskulatur mit Nähten verschlossen und mit einem gestielten Verschiebelappen der Rektummukosa gedeckt, während die flache vaginale Wunde offen bleiben kann. Ein schützendes Stoma ist fast nie erforderlich.

● Pruritus ani

Findet sich für den quälenden Juckreiz, mit oder ohne Ekzem, keine offensichtliche Ursache, so wird er gerne als „idiopathisch“ bezeichnet. Betroffene Patientinnen profitieren ungleich mehr von einer dermatologischen Beratung als von einer vorschnellen Intervention, wenn das Symptom fälschlich als von Hämorrhoiden herrührend angenommen wird. Essenziell bei Pruritus ist die Frage nach der Analhygiene: Manche Feuchttücher enthalten die Haut irritierende Substanzen [10], nach deren Absetzen der Pruritus in der Regel abklingt.

● Neoplasien

Rektumpolypen sind nahezu immer Adenome, die im Laufe von Jahren in ein **Rektumkarzinom** übergehen können und daher prinzipiell zu entfernen sind (mittels Koloskopie oder durch perianale Exzision). Während das Adenom inmitten der ebenso weichen Schleimhaut kaum je palpatorisch wahrzunehmen ist, wird das tiefsitzende Adenokarzinom sehr wohl als derbe Resistenz getastet. Das polypös wachsende oder exulzerierte **Analkarzinom** (zumeist Plattenepithel-Ca) ist am Analrand sichtbar, im Analkanal tastbar und nicht selten mit einer lokalen HPV-Infektion assoziiert, die zunächst Anlass für eine anale intraepitheliale Neoplasie (AIN) ist.

Die Therapie des Rektumkarzinoms ist primär immer chirurgisch, gelingt in zumindest 90 % der Fälle mit Sphinktererhaltung und kann von Strahlen- und Chemotherapie (RTX+CTX) adjuvant begleitet sein. Beim Analkarzinom kommen zunächst ausschließlich RTX und CTX zur Anwendung, mit funktionell und onkologisch besseren Ergebnissen als die längst obsolete Rektumexstirpation, die nur mehr beim Rezidiv eingesetzt wird.

Die große Mehrzahl der Frauen unterzieht sich regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen von Gebärmutter und Brust, nicht aber jenen des Dickdarms – wohl aus Schamgefühl und wegen der Angst vor der zu Unrecht als schmerzhaft verschrienen Rektoskopie. Daraus resultieren nach wie vor nicht wenige fortgeschrittene Tumorstadien bei der Erstdiagnose. Aus chirurgisch-proktologischer Sicht spricht nichts dagegen, diesem Missstand im Interesse einer frühzeitigen Tumordiagnostik durch anale Inspektion und digitale Palpation im Zuge der gynäkologischen Routine abzuwehren.

● Fäkale Inkontinenz (F.I.)

Von F.I. in Österreich betroffen sind zumindest 10 % der Bevölkerung, davon sind 90 % Frauen. Von den mannigfaltigen Ursachen für eine Stuhlinkontinenz (von der Diarrhö über morphologische Veränderungen des Anorekts bis zur Altersdemenz) ist der perineale (postpartale) Sphinkterdefekt der Frau der häufigste, meist schon klinisch erkennbar, objektiviert mittels analer Sonographie [11]. Die drei Eckpfeiler der konservativen Therapie sind: Stuhleindickung (diätetisch, medikamentös mit Loperamid), morgendliche Entleerung mit Abführzäpfchen und Beckenbodentraining. Bei fehlendem Erfolg, etwa in 1/3 der Fälle, besteht die grundsätzliche Option von zwei Eingriffsarten: der **Sphinkter-Repair**, d. h. die überlappende Rekonstruktion des SAE von einer perinealen Inzision aus, oder die **sakrale Neuromodulation** (SNM), welche einen nachhaltigeren Effekt zu haben scheint. Aufgrund der Tabuisierung und der Vielschichtigkeit des Problems F.I. empfiehlt sich für Betroffene, deren Angehörige wie auch behandelnde Ärzte die Kontaktaufnahme mit der MKÖ (www.kontinenzgesellschaft.at).

Eine postpartal häufig gestellte Frage ist jene nach einer frühzeitigen Rekonstruktion bei nachgewiesenem Sphinkterdefekt ohne Inkontinenz. So eine „prophylaktische“ Operation ist auf keinen Fall indiziert, weil der Ausgang stets ungewiss und eine F.I. aufgrund einer Nahtdehiszenz nie ausgeschlossen ist.

● Relevanz für die Praxis

- Das Spektrum proktologischer Pathologien ist sehr breit (Hämorrhoiden u. a. landläufige Entzündungen, Neoplasien, funktionelle Probleme), die Symptomatik vieler Erkrankungen jedoch ähnlich.
- Die von Patienten getroffene Selbstdiagnose „Hämorrhoiden“ trifft in wahrscheinlich 50 % der Fälle nicht zu.
- Gerade bei Hämorrhoiden ist große Zurückhaltung mit Operationen angezeigt, weil diese bei Frauen mit okkulten vorbestehenden postpartalen Sphinkterdefekten von einer Stuhlinkontinenz gefolgt sein können.
- Angesichts der Häufigkeit von Dickdarmkarzinomen in Österreich und dem genetischen Risiko dieser Tumoren ist eine entsprechende Fahndung durch Anamnese und eventuell digital-anales Palpation bei der gynäkologischen Untersuchung durchaus wünschenswert.
- Das häufige Problem einer schweren chronischen Enddarmobstipation ist bei manchen Frauen auf einen Missbrauch, manchmal schon in der Kindheit, zurückzuführen. Dieser Zusammenhang kann gerade vom Gynäkologen des Vertrauens herausgefunden werden.

● Interessenkonflikt

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur:

1. Wunderlich M. Anatomische Physiologie des Sphinkterorgans – funktionelle Grundlage beim sphinktererhaltenden Therapiekonzept des Rektumkarzinoms. *Acta Chir Austr* 1994; 26: 130–6.
2. Wunderlich M. Update Hämorrhoidal-leiden. *Arzt und Praxis* 2015; 69: 29–33.
3. Wunderlich M. Therapiekonzepte bei Hämorrhoiden. *Gyn-aktiv* 2010; (1): 52–4.
4. Aigner F, Conrad F, Haunold I, et al. Konsensusbericht Hämorrhoidal-leiden. *Wien Klin Wochenschr* 2012; 124: 207–19.
5. La Torre F, Nicolai AP. Clinical use of micronized purified flavonoid fraction for treatment of symptoms after hemorrhoidectomy: Results of a randomized, controlled, clinical trial. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 704–10.
6. Scheyer M, Antoniette E, Rollinger G, et al. Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation. *Am J Surg* 2006; 192: 89–93.
7. Wunderlich M. Therapie bei Rezidiv oder Komplikationen nach Behandlung des Hämorrhoidalleidens. *Chirurgie* 2007; 28–31.
8. Sultan AH, Kamm MA, Bartram CI, et al. Anal sphincter trauma during instrumental delivery. *Int J Gynaecol Obstet* 1993; 43: 263–70.
9. Martellucci J, Talento P, Carriero A. Early complications after stapled transanal rectal resection performed using the Contour® Transtar™ device. *Colorectal Dis* 2011; 13: 1428–31.
10. ÖKO-TEST Jahrbuch 2015.
11. Wunderlich M. Stuhlinkontinenz. *DAG* 2016; (3): 51–4.

Univ.-Prof. Dr. Max Wunderlich, FRCS



wurde an der I. Chirurgischen Universitätsklinik in Wien zum Allgemeinchirurgen ausgebildet. Nach einem einjährigen Aufenthalt im St. Mark's Hospital, London, als klinischer Assistent von Sir Alan Parks etablierte er an der Wiener Klinik die Sphinktermanometrie und gründete in der Folge die Arbeitsgemeinschaft für Coloproktologie (ACP). An den von ihm geleiteten Chirurgischen Abteilungen existiert auch nach seinem Eintritt in den Ruhestand (2010) ein hoher Standard proktologischer Diagnostik und Therapie. Als Mitglied des Vorstands der Medizinischen Kontinenzgesellschaft Österreich (MKÖ) sind ihm die funktionellen Probleme des Kontinenzorgans Anorektum (Inkontinenz und Entleerungsstörungen) ein besonderes Anliegen.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)