

Handout Update Proktologie Dr. Marcello Orlandi, 24.1.08

Perianale Dermatitis

Irritativ-toxisch, Allergische Dermatitis, Atopische Dermatitis

- Quälender Pruritus (v.a. nachts), Brennen und Nässen, chronischer Verlauf

Irritativ-toxisches Analekzem

- Irritation durch ammoniakhaltige bzw. fäkulente Absonderungen bei **proktologischen Erkrankungen**
- Therapie: Proktologische Grunderkrankung eliminieren Zinkzubereitungen, Kortikosteroid-Salben (14d)

Allergische Dermatitis

- Inhaltsstoffe von Hautpflegemitteln, Intimsprays, Proktologika und feuchten Toilettenpapieren **Duftstoffe**, etc.....
- Der Nachweis des Allergens erfolgt mit Hilfe des **Epikutantestes**

Atopische Dermatitis (Neurodermitis, endogenes Analekzem)

- Diagnose: Atopie-assoziierte Hautbefunde
- Therapie: Kortikosteroide, Topische Immunmodulatoren (Elidel, Protopic), Bestrahlungen mit UVA-Licht

CAVE: Auch ein Anal-CA kann sich initial mit Pruritus äussern → bei längeren Beschwerden Biopsie

Marisken

- Perianale Hautlappen, meist assoziiert mit Hämorrhoiden (Dehnung der Afterhaut führt zur Mariskenbildung), Obstipation oder St.n. Perianalvenenthrombose
- NICHT schmerzhaft, können aber Toilettenhygiene erschweren und dadurch ein **Kontaktexzem** verursachen
- Th: Grunderkrankung behandeln, Mariskenabtragung

Hämorrhoiden

- Gefäßgeflecht submukosal im After, bei JEDEM Menschen vorhanden
- Hat eine physiologische Aufgabe (Feinabdichtung des Analkanals)
- Bei Erweiterung dieses Geflechtes kommt es zu Symptomen (Brennen, Jucken, Beissen, Blutungen)
- Bei grossen Hämorrhoiden können diese aus dem Anus prolabieren (Inkontinenz!)

Therapie: Grad I und II: Infrarot, Gummibandligatur (wirksamer, aber mehr Komplikationen)

Analfissuren

- Riss in der Mukosa distal der Linea dentata, meist posterior durch mech. Trauma (Obstipation)
- Aber auch bei **M. Crohn** (Tb, Leukämie...)
- Klinik: Defäkationsschmerz, Blutabgang während Defäkation

Behandlung von Analfissuren

- Senkung des Sphinktertonus → **Nitroglycerin oder Nifedipin-Salbe**, Stuhlregulation
- Botulinus-Toxin-Injektion
- Konservativ ca. 50% Erfolgsrate bei chronischen Fissuren, ansonsten: OP
- **Wichtig: Bei rez. oder chronischen Fissuren M. Crohn ausschliessen**

Abszesse und Fisteln

- Meist Folge einer verstopften analen Talgdrüse
- Klinik: starke Schmerzen, evtl. Fieber
- In 50% aller Abszesse → Fistelbildung („nichtheilender Abszess, Sekretion“)
- In 3-5% zugrundeliegender M. Crohn → immer spezialärztliche Abklärung
- Therapie: Chirurgisch

Take home message

- Viele proktologische Erkrankungen können bereits durch den HA erkannt werden
- Bei Ekzemen: gute Anamnese und Status, Überweisung Hautarzt
- Bei V.a. Fisteln und Fissuren sowie unklaren Befunden ist eine Zuweisung zum Spezialarzt sinnvoll