

Klinische Diagnostik und chirurgische Techniken in der Proktologie

Nach Angaben des statistischen Bundesamtes wurden im Jahr 2010 in Deutschland knapp 80.000 Patienten wegen eines Hämorrhoidalleidens und wegen Anal-fissuren und -fisteln stationär behandelt. Bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 3,4 Tagen für Hämorrhoiden – gut 48.000 Fälle – ergibt sich eine altersstandardisierte Fallzahl von 54 je 100.000 Einwohner [1]. Da viele Patienten mit analen Erkrankungen häufig nicht nur von Chirurgen, sondern auch von Dermatologen, Gynäkologen und Gastroenterologen ambulant behandelt werden, dürfte die wahre Fallzahl wesentlich höher liegen. In Deutschland wird angenommen, dass jeder Zweite im Laufe seines Lebens an Hämorrhoiden erkrankt [2]. Für die USA wird eine Prävalenz von 4,4% vermutet [3]. Es sind jedoch nicht nur die Fallzahlen, die die Darstellung der proktologischen Diagnostik und Therapie in diesem Leitthema rechtfertigen, sondern auch die häufig mit analen Erkrankungen einhergehenden Beschwerden der Patienten. Der After ist für viele Menschen, Ärzte eingeschlossen, eine Tabuzone, die mit erheblicher Scham verbunden ist und über die nicht gesprochen wird. Und möglicherweise ist es genau dieses Tabu, das die exakte Beschreibung einer rationalen Diagnostik und vor allem einer suffizienten Therapie analer Erkrankungen so schwierig macht!

Wie Jackisch und Mitarbeiter in ihrem Beitrag ausführen, sind die Qualitätsindikatoren und -ziele der proktologischen

Therapie derzeit nicht gut definiert, da die Symptome durch funktionelle und bildgebende Untersuchungen nur unzureichend erfasst werden und in einem hohen Maß von der subjektiven Einschätzung der Patienten, oftmals in wechselseitiger Beziehung mit psychischen Problemen, abhängen. Während 90% der Erkrankungen durch Basisdiagnostik diagnostiziert werden können, sind weiterführende bildgebende Verfahren nur den komplexeren Krankheitsbildern vorbehalten. Der Wert funktioneller und neurophysiologischer Untersuchungen ist wegen fehlender methodischer Standards limitiert, und die zum Einsatz kommenden Scoring-Systeme zur Lebensqualität sind im Grunde wertlos. Allein daraus lässt sich ableiten, wie sehr bereits die Diagnostik proktologischer Erkrankungen von der individuellen Erfahrung des Untersuchers abhängt, wie sehr sie aber auch subjektiv geprägt ist.

Selbiges gilt für die Therapie anorektaler Fisteln und Fissuren. Trotz bestehender Leitlinien weist Heitland zu Recht darauf hin, dass die wünschenswerte evidenzbasierte Therapie wegen fehlender randomisierter Studien nicht existiert und zu sehr von Meinungsbildnern festgelegt wird. Die unterschiedlichen Methoden zur analen Fistelsanierung und deren Ergebnisse bewegen sich – vereinfachend zusammengefasst – immer zwischen den Polen der möglichen Rezidiventwicklung einerseits und einer postoperativen Kontinenz einbuße andererseits.

Daher ist es nicht verwunderlich, dass die erfolgreiche Fistelsanierung sehr von den individuellen Fähigkeiten des Chirurgen abhängt und gerade auch bei der Fissurbehandlung zunächst konservative Therapieoptionen ausgeschöpft werden sollten.

Auch bei Hämorrhoiden ist in erster Linie eine konservative Therapie gerechtfertigt. Oftmals – und dies zeigen die bereits genannten Zahlen des Statistischen Bundesamtes – ist aber doch eine operative Therapie indiziert. Herold zeigt in sehr anschaulicher Weise die verschiedenen Operationstechniken auf, die in aller Regel zu guten postoperativen Ergebnissen führen. Entscheidend bei der Wahl der Methoden ist die Erkenntnis, dass viele Patienten nicht nach dem Motto „one size fits all“ behandelt werden sollten. Unter Berücksichtigung der individuellen Befunde sind immer Kombinationsverfahren zu erwägen, sodass der behandelnde Chirurg unterschiedliche Techniken beherrschen sollte, um dem Patienten mit seiner speziellen Befundkonstellation gerecht zu werden.

Durch die transanale endoskopische Mikrochirurgie (TEM) und ihre Variante, die transanale endoskopische Operation (TEO), wurde die chirurgische Therapie von Rektumtumoren substantiell erweitert. Früher oftmals durch die komplikationsträchtige Rektumresektion bzw. -exstirpation behandelt, können heute viele noch gutartige Befunde und auch das Rektumkarzinom bei bestimmten Voraussetzungen transanal endosko-

pisch operiert werden. Sailer und Möllmann weisen auf die guten funktionellen Ergebnisse nach diesen Operation hin, unterstreichen aber auch, dass die Indikation zu diesem Verfahren immer im Konsens mit den gastroenterologischen Partnern geklärt werden sollte, da z. B. mit der endoskopischen Mukosaresektion (EMR) eine gute Alternative vorliegt. Allerdings ist es bis dato noch nicht gelungen, diesen beiden Methoden grundsätzliche und eindeutig unterscheidbare Indikationen im Grenzgebiet zwischen interventioneller Gastroenterologie und Chirurgie zuzuordnen. Trotz aller Zertifizierungsbemühungen und der zunehmenden Etablierung von Darmkrebszentren darf deshalb angenommen und unterstellt werden, dass Patienten mit lokal therapierbaren Rektumbefunden in der Abteilung behandelt werden, durch deren Tür sie zuerst gekommen sind: EMR beim Gastroenterologen und TEO/TEM beim Chirurgen.

Allen Beiträgen dieses Leitthemas ist gemeinsam, dass die Diagnostik und Therapie proktologischer und anorektaler Erkrankungen eine hohe Expertise erfordert. Die z. T. sehr divergierenden Ergebnisse nach proktologischen Eingriffen unterstreichen die Komplexität der Erkrankungen und die Limitationen unserer chirurgischen Tätigkeit. Auch wenn komplizierte proktologische Erkrankungen bevorzugt vom Spezialisten behandelt werden sollten, muss jeder Allgemein- und Viszeralchirurg fundierte Grundkenntnisse in der proktologischen Chirurgie besitzen. Möge dieses Leitthema dazu beitragen!



Prof. Dr. Joachim Jähne

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. J. Jähne

Klinik für Allgemein- und
Visceralchirurgie, Schwerpunkt für endokrine
und onkologische Chirurgie,
Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung
Hannover gGmbH,
Marienstr. 72–90, 30171 Hannover
joachim.jaehne@ddh-gruppe.de

Literatur

1. Diagnosedaten der Krankenhäuser. www.gbe-bund.de, abgerufen am 11.10.2012
2. Kirsch JJ (2002) Proktologie heute. *Coloproctology* 24:239–241
3. Johanson JF, Sonnenberg A (1990) The prevalence of hemorrhoid and chronic constipation: an epidemiologic study. *Gastroenterology* 98:380–386