



„Blut im Stuhl“ kann viele Ursachen haben, von harmlosen Hämorrhoiden über Divertikel bis zum Kolonkarzinom. Aber auch bei Hämorrhoiden sollte ein Karzinom endoskopisch ausgeschlossen werden. Doch ist immer eine totale Koloskopie erforderlich? Und welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es, wenn ein Hämorrhoidalleiden, eine Analfissur oder eine Perianalvenenthrombose diagnostiziert wird?

© K. Rose

Blut im Stuhl

Hämorrhoiden „schützen“ nicht vor der Koloskopie

— Jeder Hausarzt erinnert sich sicherlich an einen Patienten, bei dem das Symptom „Blut im Stuhl“ zunächst als harmlose Hämorrhoidenblutung bagatellisiert und erst sehr viel später die wahre Ursache, nämlich ein kolorektales Karzinom, entdeckt wurde. „Deshalb ist Blut im Stuhl immer ein Alarmsymptom“, sagte Prof. Andreas Stallmach, Jena. Ein solcher Befund müsse immer den Verdacht auf ein kolorektales Karzinom lenken, sodass eine endoskopische Diagnostik unverzichtbar sei.

Zahlreiche Differenzialdiagnosen erschweren Ursachenklärung

Eine untere gastrointestinale Blutung kann sich als okkulte Blutung, intermit-

tierende Meläna oder Hämatochezie manifestieren. Eine schwere akute Blutung führt zunächst zu einer Kreislaufbeeinträchtigung. Bei einer chronischen Blutung mit langsamem Blutverlust entwickelt sich die Blutungsanämie erst innerhalb von Tagen bis Wochen.

Das Spektrum der infrage kommenden Erkrankungen ist breit. Am häufigsten sind Hämorrhoiden, die bei bis zu 70% aller Erwachsenen über 30 Jahren nachgewiesen werden können. An zweiter Stelle folgt die Divertikelblutung, die sehr abrupt auftritt, aber nur selten so schwer verläuft, dass eine Operation erforderlich wird. Weitere, seltenere Ursachen sind chronisch entzündliche Darmerkrankungen, die

ischämische Kolitis und vaskulär bedingte Blutungsquellen wie Angiodysplasien oder Gefäßmalformationen. Auch infektiöse Kolitiden und die Strahlenkolitis können zu Blutungen führen. „Die wichtigste und gefürchtetste Differenzialdiagnose ist jedoch das Kolonkarzinom“, betonte Stallmach.

Mehr Divertikelblutungen bei Älteren

Die möglichen Ursachen seien altersabhängig. Während bei Kindern und jungen Erwachsenen die Analfissur, die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und das Meckelsche Divertikel am häufigsten sind, stehen bei über

60-Jährigen die Divertikelblutungen und Angiodysplasien im Vordergrund. Die ätiologische Zuordnung ist auch deshalb nicht immer einfach, da bei den meisten Betroffenen mehrere Erkrankungen vorliegen, beispielsweise Hämorrhoiden und Divertikel.

Verspätete Diagnosestellung trotz Blut im Stuhl

Das Symptom „Blut im Stuhl“ oder „Blut auf dem Stuhl“ ist zwar sehr häufig, wird jedoch nicht immer sofort weiter abgeklärt. Insgesamt sind rund 80% aller Menschen während ihres Lebens zumindest einmal davon betroffen. Eine aktuelle Befragung ergab, dass in etwa 13% der Fälle innerhalb des letzten Jahres eine minimale hellrote Blutung aus dem Rektum in Form von „Blut im Stuhl“ oder „Blut am Toilettenpapier“ aufgetreten war. Doch nur 14% der Betroffenen suchten deswegen einen Arzt auf.

Doch wie hoch ist das Risiko, dass sich hinter einer Blutung eine Neoplasie verbirgt? Nach neueren Studienergebnissen hat fast jeder dritte Betroffene

einen Tumor, meist ein Adenom. Bei 2% aller Patienten mit einer massiven rektalen Blutung wird ein Rektumkarzinom entdeckt. In einer versorgungsmedizinischen Untersuchung an 604 Patienten mit rektaler Blutung wurde bei 3,6% ein kolorektales Karzinom diagnostiziert. Besonders häufig fand sich ein Karzinom, wenn eine Vermischung von Blut und Stuhl im Sinne von „Blut im Stuhl“ angegeben wurde.

Mit dem Alter nimmt das Risiko für ein Kolonkarzinom zu. „Bei über 60-Jährigen steigt die Wahrscheinlichkeit für ein Kolonkarzinom bei einer rektalen Blutung auf 7% an“, erklärte Stallmach. Aber auch Veränderungen der Stuhlgewohnheiten, Gewichtsverlust und der Nachweis einer ausgeprägten Anämie seien weitere Alarmsymptome, die eine Wahrscheinlichkeit für ein kolorektales Karzinom erhöhten.

Sigmoidoskopie nur bei jungen Patienten

Aus diesen Daten ergibt sich die Notwendigkeit, dass bei Patienten mit „Blut im Stuhl“ immer eine endoskopische

Diagnostik durchgeführt werden muss. Für den Arzt stellt sich die Frage, wann eine Sigmoidoskopie ausreicht oder ob immer eine komplette Koloskopie durchgeführt werden sollte? Auch wenn bei Patienten unter 50 Jahren mit „Blut im Stuhl“ lediglich in 1,6% der Fälle nur proximal lokalisierte Adenome von > 1 cm nachgewiesen werden und nur bei 2% der Patienten mit einem distalen kolorektalen Karzinom die Hämatochezie das alleinige Symptom darstellt, sollte die Indikation für eine totale Koloskopie sehr großzügig gestellt werden. „Nur bei jungen Patienten unter 50 Jahren ohne weitere Alarmsymptome und negativer Familienanamnese reicht eine Sigmoidoskopie aus“, schränkte Stallmach ein.

Hämorrhoidalleiden: nur Salben und Zäpfchen?

Die häufigste Ursache für „Blut im oder auf dem Stuhl“ ist das Hämorrhoidalleiden. „Nahezu jeder Erwachsene ist im Laufe seines Lebens irgendwann einmal betroffen“, erklärte Prof. Alexander Herold, Mannheim. Das Therapieziel bei solchen Patienten müsse im-

Stadiengerechte Therapie des Hämorrhoidalleidens

Veröden, abschnüren oder operieren?

Bei der kausalen Therapie des Hämorrhoidalleidens steht die physiologische Stuhlregulierung an erster Stelle, vor allem bei obstipierten Patienten. Ansonsten orientiert sich die Therapie an der Größe der Hämorrhoiden. Bei Hämorrhoiden ersten Grades empfiehlt sich eine konservative Behandlung, wobei neben ballaststoffreicher Ernährung auch die Sklerosierung zum Einsatz kommt. Die primäre Erfolgsrate liegt bei 80%. Allerdings erleiden 75% der Patienten innerhalb von vier Jahren ein Rezidiv.

Hämorrhoiden zweiten Grades prolabieren bei der Defäkation bis in den distalen Analkanal und retrahieren sich anschließend wieder spontan. Die Therapie der Wahl bei solchen Patienten ist die ambulante Gummibandligatur. Dabei steht eine Erfolgsrate von über 95% einer Rezidivrate von 25% innerhalb von vier Jahren gegenüber. Hämorrhoiden dritten Grades, die bei der Defäkation prolabieren, sich nicht spontan retrahieren und daher manuell reponiert werden müssen, sind nur in Ausnahmefällen noch konservativ therapierbar. Hier besteht meist die Indikation zur Operation, wobei je nach Ausprägung – zirkulär oder segmentär – unterschiedliche Operationsmethoden zum Einsatz kommen.



© CNRI/SPL/Agentur Focus

Hämorrhoiden Grad 3:
meistens nur noch
chirurgisch behandelbar.

mer die Beschwerdefreiheit sein. Dies könne mit unterschiedlichen Therapie- strategien erreicht werden. Meistens handelt es sich um ein vaskuläres Problem, welches eine Reduktion des arteriellen Zustroms und/oder eine Verbesserung des venösen Abstroms erforderlich macht. „Liegt das Problem jedoch im prolabierenden Gewebe, so muss eine Refixation von Mukosa und Submukosa, eine Resektion von überschüssigem Gewebe und/oder eine Reposition des Anoderms angestrebt werden“, so Herold. Von einer lokalen Behandlung mit Salben, Suppositorien oder Analtampons könne bei Beschwerden, die ausschließlich durch Hämorrhoiden verursacht sind, kein Erfolg erwartet werden, da nur symptomatisch und nicht kausal eingegriffen werde. „Mit diesen Maßnahmen können nur die begleitenden entzündlichen oder ödematösen Veränderungen günstig beeinflusst werden“, betonte Herold.

Analfissur: eine schmerzhaft Angelegenheit

Eines der häufigsten akuten Krankheitsbilder in der Proktologie ist die Analfissur. Das längsgerichtete Ulkus im Analkanal tritt meist bei jüngeren Patienten auf. Sie klagen über ausgeprägte anale Schmerzen während und nach der Defäkation. „Ein weiteres Kardinalsymptom ist die hellrote perianale Blutung“, erläuterte Dr. Bernhard Strittmatter, Freiburg.

Die Ätiologie der Analfissur sei noch weitgehend ungeklärt. Der pathogenetisch entscheidende Faktor sei ein Infekt in der Analregion. Eine Obstipation, aber auch eine Diarrhö mit explosionsartiger Öffnung des Analkanals könne dann zu einer Verletzung des Anoderms führen. Häufig entwickelt sich ein Circulus vitiosus. Das entzündliche Infiltrat mit Schmerzen und konsekutivem Sphinkterspasmus beeinträchtigt die lokale Perfusion. „So entsteht dann nicht selten eine chronische Fissurkrankheit“, mahnte Strittmacher. Deshalb sei es wichtig, die akute Fissur möglichst rasch zur Abheilung zu bringen, um solche Sekundärveränderungen zu verhindern.



© Marazzi/SPL/Agentur Focus

Analfissur: Rasche Abheilung verhindert Sekundärveränderungen.

Von der Stuhlregulation bis zur topischen Therapie: Was hilft?

Im Mittelpunkt der therapeutischen Maßnahmen stehen stuhlregulierende Maßnahmen mit ballaststoffreicher Kost sowie eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr, um eine normale Stuhlkonsistenz mit täglicher Entleerung zu erreichen. Dagegen ist die Einnahme von Laxanzien kontraindiziert. Zur Schmerzlinderung bietet sich die Applikation von anästhesierenden Suppositorien mit Mullstreifen an. Um dem reflektorisch gesteigerten Sphinktertonus entgegenzuwirken, empfiehlt sich außerdem die Anwendung eines Analdehnens durch den Patienten. Noch besser sind topisch aufgetragene Muskelrelaxantien. „Für eine solche chemische Sphinkterotomie steht die lokale Applikation von Nitroglyzerinpräparaten oder Kalziumantagonisten zur Verfügung“, so Strittmacher. Um den Circulus vitiosus dauerhaft zu durchbrechen, müssen diese Substanzen mehrmals täglich appliziert werden.

Eine Alternative zur Chirurgie?

Eine neue Therapiestrategie, für die in Deutschland bisher jedoch keine offizielle Zulassung besteht, ist die Injektion von Botulinumtoxin in den Musculus sphincter ani externus. Wenn die Fissur nicht abheilt, oder es zur Ausbildung von Sekundärveränderungen kommt, ist

die chirurgische Therapie, genauer gesagt, die Fissurektomie unumgänglich. Dabei wird der Muskel nicht inzidiert.

Auch Perianalvenenthrombosen sind sehr schmerzhaft

Die Perianalvenenthrombose ist eine akut auftretende, meist schmerzhaft Thrombose in subkutanen Venen des Plexus hämorrhoidalis, am Analand oder im Analkanal. „Im Unterschied zum Hämorrhoidalleiden werden dabei keine bestimmten Sektoren bevorzugt“, sagte Dr. Jörn Gröne, Berlin. Es sei deshalb nicht korrekt, von Thrombosen äußerer Hämorrhoiden zu sprechen. Bevorzugt seien Patienten im mittleren Erwachsenenalter, vor allem Männer. Als Auslöser werden thermische Expositionen wie Sitzen auf kaltem Grund, ein gesteigerter intraabdomineller Druck durch Husten, Pressen, Defäkation oder Schwangerschaft, mechanische Faktoren und nutritive Einflüsse wie Alkohol oder Gewürze diskutiert.

„Die Symptomatik entsteht meist sehr akut innerhalb von Minuten bis Stunden“, so Gröne. Die Patienten beschreiben eine neu aufgetretene Schwellung am Analand oder After, die mit einem starken Spannungsgefühl oder Schmerz einhergehe und sehr berührungsempfindlich sei. Bei der Inspektion der Analregion finden sich typischerweise am Analand oder im Analkanal einzelne bis mehrere prall elastische bis derbe bläulich rote Knoten von unterschiedlicher Größe. „Handelt es sich um eine frische Thrombose, so ist die digitale Untersuchung äußerst schmerzhaft.“ Differenzialdiagnostisch müssen thrombosierte Hämorrhoiden, Analfibrome, Marisken, Abszesse und Malignose mittels Proktoskopie bzw. Rektoskopie ausgeschlossen werden.

Konservative Therapie oder lokale Exzision?

Die Prognose der Erkrankung ist gut. Die Thrombose bildet sich unabhängig von der eingeleiteten konservativen medikamentösen Therapie in ein bis zwei Wochen ohne Residuen zurück. Dabei kann es jedoch zur Perforation mit konsekutiver Blutung und evtl. spontanem

Abgang des Thrombus kommen, was eine umgehende Besserung der Schmerzen zur Folge hat. „Die Entscheidung zu einer spezifischen Therapie bei der Analvenenthrombose hängt vom Leidensdruck des Patienten und vom Zeitpunkt der Vorstellung beim Arzt ab“, riet Gröne. Sind die von dem Patienten angegebenen Beschwerden leicht oder klingen bereits ab, empfehle es sich, den Spontanverlauf abzuwarten. Dabei können die Beschwerden durch die Gabe von NSAR oder eine lokale Applikation eines Kortikosteroids gelindert werden. Bei starken oder persistierenden Schmerzen ist allerdings ein operatives Vorgehen indiziert. Doch je später der Patient im Verlauf der Erkrankung vorstellig wird, desto seltener besteht die Indikation zur Operation.

Auch dermatologische Erkrankungen können bluten

Dermatologische Erkrankungen im Analbereich sind eine häufige Fragestellung in der Hausarztpraxis. „Davon sind nicht nur Kinder, sondern auch viele Erwachsene betroffen“, betonte Prof. Beate Tebbe, Berlin. Am häufigsten seien zwar Exzeme und die Psoriasis. Aber auch Arzneimittelreaktionen, Autoimmunerkrankungen oder Zinkmangel könnten zu dermatologischen Erkrankungen im Analbereich führen.

Bevor eine Therapie eingeleitet wird, sollte die Diagnose so weit wie möglich gesichert sein. Dazu können eventuell auch eine allergologische Abklärung und eine mikrobiologische Untersuchung gehören.

Das Spektrum der therapeutischen Intervention ist breit. So weit wie möglich sollte die auslösende Noxe gemieden werden. „Topische Kortikosteroide sind nur selten indiziert“, so Tebbe. Wichtiger sei die Hautpflege mit Bädern und rückfettenden Externa. Wenn sich eine perianale Dermatose unter adäquater Therapie innerhalb von vier bis sechs Wochen nicht deutlich bessere oder abheile, seien weitere diagnostische Maßnahmen, insbesondere eine Hautbiopsie erforderlich, um andere Ursachen, etwa ein Malignom, nicht zu übersehen.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■

- Quelle: Symposium der Falk-Foundation e.V. im Rahmen des Internistenkongresses am 9. April 2010 in Wiesbaden

Prävention

Was bringt die Vorsorgekoloskopie?

— Im Jahr 2002 wurde die Früherkennungskoloskopie ohne direkte Evidenz in das Nationale Früherkennungsprogramm in Deutschland aufgenommen. Zurzeit nehmen pro Jahr etwa 3–4% der Berechtigten daran teil. In den ersten fünf Jahren waren es insgesamt drei Millionen Untersuchungen bei 17% der Frauen und 15,5% der Männer.

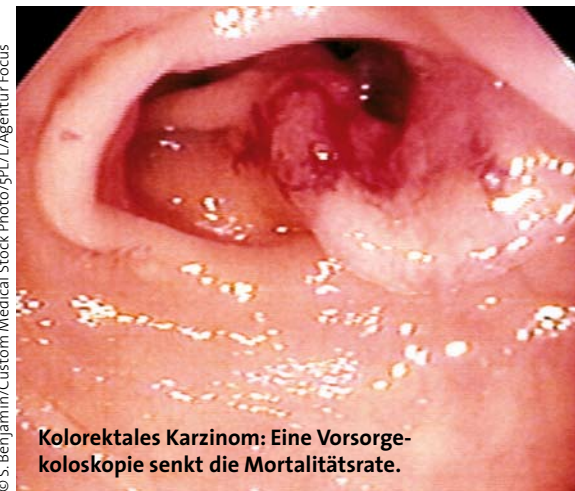
„Bei rund 20% der Früherkennungskoloskopien werden Adenome entdeckt, bei 6% fortgeschrittene Adenome und bei 0,7% ein kolorektales Karzinom“, sagte Prof. Andreas Sieg, Heidelberg. 70% dieser Karzinome seien in dem Stadium I und II. Dieser „Stadienshift“ werde die Mortalität günstig beeinflussen.

Die Rate der Komplikationen bei der Früherkennungskoloskopie ist gering. Schwere Komplikationen wie eine Perforation treten bei 0,02% der diagnostischen Koloskopien und bei 0,2% der Polypektomien auf. Die untersuchungsbezogene Mortalität beträgt drei auf 1,5 Millionen Untersuchungen (0,0002%).

„Die Vorsorgekoloskopie ist auch kosteneffektiv“, betonte Sieg. Unter der

Annahme einer Konversionsrate der fortgeschrittenen Adenome zu Karzinomen von etwa 40% innerhalb von zehn Jahren und durchschnittlichen Kosten in Höhe von 21 820 Euro, die in der Folge eines Karzinoms entstehen, sparen die Krankenkassen durch nicht notwendige Karzinombehandlungen bei jeder durchgeführten Vorsorgekoloskopie 216 Euro.

In einer ersten Praxisstudie zeigte sich, dass vier Jahre nach der Diagnose eines bei der Vorsorgekoloskopie diagnostizierten kolorektalen Karzinoms keiner der 46 betroffenen Patienten an dem Tumorleiden verstarb. „Dagegen verstarben 20% der 100 Patienten, bei denen im gleichen Zeitraum während der kurativen Koloskopie ein kolorektales Karzinom diagnostiziert wurde“, so Sieg. Somit sei die Wirksamkeit der Vorsorgekoloskopie bezüglich der Mortalität eindeutig nachgewiesen. Auch die Gesamtmortalität des kolorektalen Karzinoms habe in Deutschland in den letzten 20 Jahren langsam, aber stetig abgenommen, wobei ein Effekt der 2002 einge-



Kolorektales Karzinom: Eine Vorsorgekoloskopie senkt die Mortalitätsrate.

fürten Vorsorgekoloskopie zu vermuten sei. Angesichts dieser Daten kann die Vorsorgekoloskopie als sinnvolle, komplikationsarme und zugleich kostensenkende Methode der sekundären Darmkrebsprävention empfohlen werden.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■

- Quelle: Symposium der Falk-Foundation e.V. im Rahmen des Internistenkongresses am 9. April 2010 in Wiesbaden