

Zertifizierte Fortbildung

Proktitis (ohne chronisch-entzündliche Darmerkrankung)

Wissenschaftliche Leitung

F. Aigner, Berlin und Graz
F. Hetzer, Zürich
W. Kneist, Eisenach
A. Ommer, Essen



Irmgard E. Kronberger

Universitätsklinik für Visceral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich

Zusammenfassung

Vermehrter Stuhldrang, Schleim-/Blutabgänge sowie Läsionen an der Mukosa und ödematöse Veränderungen sind typische Beschwerden von Patienten mit Proktitis. Die Symptomatik und häufig auch die klinische Präsentation der Proktitiden sind nicht selten unspezifisch bzw. ähnlich und bedürfen aufgrund der drohenden Komplikationen mit Lebensqualitätseinschränkung einer guten Anamnese und des Wissens um die vielfältigen Ursachen. Man muss die Differenzialdiagnosen kennen, um sie auch erkennen zu können. Unser Fallbeispiel zeigt die Tücken einer vermeintlich leichten Diagnostik. Im vorliegenden Beitrag werden fast alle Proktitiden außer jener der chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen beschrieben.

Schlüsselwörter

Sexuell übertragbare Erkrankungen · Strahlenproktitis · Infektiöse Proktitis · Mechanische Proktitis · Toxische Proktitis

Online teilnehmen unter:
www.springermedizin.de/cme

Für diese Fortbildungseinheit werden 3 Punkte vergeben.

Kontakt

Springer Medizin Kundenservice
Tel. 0800 77 80 777
(kostenfrei in Deutschland)
E-Mail:
kundenservice@springermedizin.de

Informationen

zur Teilnahme und Zertifizierung finden Sie im CME-Fragebogen am Ende des Beitrags.

Lernziele

Nach Lektüre dieses Beitrags ...

- verstehen Sie die Wichtigkeit der Anamnese bei Proktitis.
- kennen Sie Proktitiden infektiöser Ursache.
- können Sie assoziierte Risikofaktoren der Proktitis benennen.
- sind Ihnen die möglichen Ursachen einer allergischen Proktitis bekannt.

Ein männlicher, 30 Jahre junger Patient stellt sich wegen seit 2 Wochen bestehenden analen Schmerzen bei Defäkation und erhöhtem Stuhldrang vor. Er verwendet eine orale Stuhlregulation wegen einer Obstipation und beschreibt hin und wieder Blut am Stuhl. Bei der klinischen Untersuchung wird eine Analfissur beschrieben und ein konservatives Management derselben begonnen. Der Patient erscheint nicht zur Kontrolle, stellt sich aber bei anhaltenden Problemen in einem anderen Krankenhaus vor. Hier wird aufgrund von distal rektalen Ulzera in der Endoskopie die Diagnose einer Proctitis ulcerosa gestellt und eine Therapie mit Mesalazin und topischem Kortison begonnen. Wenig später wird der Patient wieder im ersten Krankenhaus, nun akut, wegen anhaltender Schmerzen und bleistiftartiger Stühle mit Blutbeimengungen vorstellig. Er präsentiert sich bei näherer Anamnese und klinischer Untersuchung mit seit einigen Tagen bestehendem generalisiertem Exanthem und inguinaler Lymphadenopathie sowie als Angehöriger der Risikogruppe MSM („men having sex with men“). Bei wenig auffälligen Laborwerten wird aufgrund der Schmerzen eine Untersuchung in Allgemeinanästhesie durchgeführt, die intersphinktäre Abszesse, eine langstreckige ulzeröse Proktitis und eine chronische Analfissur zeigt. Eine Drainage sowie Abstriche für die Hygienebestimmung werden durchgeführt. Das angeforderte Screening auf sexuell übertragbare Erkrankungen bei entsprechender Anamnese ergibt einen positiven Befund für *Treponema pallidum* und *Chlamydia trachomatis* (Serotyp L1–3 [LGV]) und damit die Diagnosen einer Syphilis (Lues, Stadium II) und eines Lymphogranuloma venereum. Die Primärinfektion der Lues (bei Diagnose im Stadium II) war vermutlich die Abszedierung anal mit Proktitis, die Lymphknotenschwellung in der Leiste und das Exanthem sind pathognomonisch. Die anorektalen Ulzera und inguinale Lymphknotenschwellung sind klassische Zeichen der Chlamydieninfektion anorektal. Unter einer Therapie mit Benzathin-Benzylpenicillin 2,4 Mio. IE i.m. 1-mal wöchentlich für 3 Wochen sowie Doxycyclin 100 mg p.o. 1-0-1 für 3 Wochen wird der Patient innerhalb weniger Wochen seronegativ und subjektiv beschwerdefrei. Zudem zeigt sich der Befund einer Proktoskopie nach Therapie unauffällig.

Einleitung

Die Proktitis – ein inflammatorisches Geschehen am Epithel des **Anorektums** – kann eine Vielzahl an Symptomen, klinischen und radiologischen Befunden sowie vor allem Ursachen aufweisen. Wenig verwunderlich findet man bei der Literaturrecherche viele Fallberichte, die die Fallstricke der Diagnostik einer Proktitis und sogar Verwechslungen mit bösartigen Neubildungen behandeln [1]. Umso mehr bedarf es einer profunden Kenntnis der Differenzialdiagnosen einer Proktitis, auf die hier näher eingegangen wird – nebst der landläufig bekannteren und hier nicht weiter behandelten Proctocolitis ulcerosa oder auch Proktitis bei Morbus Crohn, die häufiger mit fistulierendem Geschehen vergesellschaftet ist, und der Proktitis bei Morbus Behçet.

Differenzialdiagnosen der Proktitis

- **Infektiöse** Proktitis, unter anderem durch:
 - *Neisseria gonorrhoeae*
 - Herpes-simplex-Virus (HSV)
 - *Chlamydia trachomatis* (inklusive Lymphogranuloma-venereum [LGV]-Serotypen)
 - *Treponema pallidum*
 - *Escherichia coli*-Subtypen

Proctitis (excluding chronic inflammatory bowel disease)

Increased urge to defecate, mucus or blood loss as well as lesions of the mucosa and edematous changes are typical complaints of patients with proctitis. The symptoms and the clinical presentation of proctitis are often unspecific or similar and, due to the threat of complications with a reduction in quality of life, require a thorough anamnesis and knowledge of the various causes. One must know the differential diagnoses in order to be able to recognize them. This case study shows the pitfalls of a supposedly easy diagnosis. This article provides a description of nearly all forms of proctitis except for chronic inflammatory bowel diseases.

Keywords

Sexually transmitted diseases · Radiation proctitis · Proctitis, infectious · Proctitis, mechanical · Proctitis, chemical

- *Clostridium difficile*
- Zytomegalievirus (CMV)
- *Giardia lamblia*
- *Campylobacter spec.*
- *Shigella spec.*
- *Entamoeba histolytica*
- **Radiogene** Proktitis
- **Toxisch/medikamentös/allergisch** bedingte Proktitis
- **Mechanisch** bedingte Proktitis
- **Ischämische** Proktitis

Die Patienten können von selteneren **asymptomatischen Verläufen** bis zu sehr **schmerzhaften Entzündungsreaktionen** und **tumorhaften Veränderungen** eine Vielzahl von Symptomen aufweisen. Die wichtigsten sind:

- Fieber
- Abgeschlagenheit
- Gewichtsabnahme
- Anorektale Schmerzen, vor allem bei Defäkation
- Hämatochezie
- Erhöhter Stuhldrang
- Schleimabgänge, Nässen
- Stuhlschmierer
- (Peri-)analer Juckreiz
- Fremdkörpergefühl
- Lymphadenopathie lokoregionär
- Bleistiftartiger Stuhlgang

Wie so oft in der Medizin ist das medizinische Wissen des Arztes bei fehlender Anamnese am Patienten nicht ausreichend. Im Besonderen muss hier an die vorbestehenden Diagnosen, **Vorbehandlungen**, Sexualanamnese und **Risikofaktoren** gedacht und entsprechend beim Patienten nachgefragt werden – beispielsweise mit der einfachen Frage: „Denken Sie, es könnte eine Geschlechtskrankheit vorliegen?“ Auch kann eine rezidivierende Blutung ohne entsprechende Anamnese und Untersuchung als Hämorrhoidal-leiden interpretiert werden, wenn eigentlich ein Strahlenschaden vorliegt. Infektiöse oder mechanische Veränderungen können wie neoplastische Prozesse imponieren und müssen entsprechend differenziert werden.

► **Merke**

Die Proktitis muss immer nach ihrer Ursache unterschieden werden, um eine adäquate und rasche Behandlung erreichen zu können.

Infektiöse Proktitiden

Unter **immunsuppressiver Therapie** oder Erkrankung treten nicht selten Infektionen im Analfbereich durch HSV, CMV oder Mischinfektionen mit *E. coli* sowie durch unspezifische Infiltrate auf. Betroffen sein können unter anderem Patienten nach Transplantation, mit Human-immunodeficiency-virus(HIV)-Infektion, rheumatischer Erkrankung, chronisch-entzündlicher Darmerkrankung (CED) oder Tumorerkrankung. Die Infektionen können bei **ausgeprägter Neutropenie** klinisch atypisch ablaufen und Ulzerationen verursachen. Hier ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der betreuenden Ärzte und des Koloproktologen gefordert. Herausfordernd kann eine koloproktologische Infektion bei Patienten mit **HIV-Infektion** sein: Proktitiden durch *T. pallidum*, *N. gonorrhoeae*, Chlamydien bzw. *C. trachomatis*, HSV oder CMV, aber auch durch *Campylobacter spec.* oder *Shigella spec.*, *E. histolytica* oder *G. lamblia* können als Krankheitsursache am Enddarm fungieren [2, 3, 4, 5].

Alarmierend sind die steigenden Zahlen infektiöser Proktitiden im Rahmen einer sexuell übertragbaren Erkrankung („sexually transmitted disease“ [STD]) in der Allgemeinbevölkerung, wobei die Gruppen der „men having sex with men“ (MSM) bzw. Menschen mit **rezeptivem Analverkehr** (auch Sexarbeiter) besonders gefährdet erscheinen [6]. Darüber hinaus sind

- ein junges Alter,
- ein häufiger Partnerwechsel,
- eine Geschlechtskrankheit in der Anamnese,
- Auslandsbesuche in Ländern mit erhöhter Anzahl an Geschlechtskrankheiten und
- Alkohol- bzw. Drogenabusus

als Risikofaktoren beschrieben [7, 8, 9]. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzte 2012, dass jährlich 357 Mio. neue Infektionen mit 4 (behandelbaren) STD (Chlamydien, Gonokokken, Syphilis, Trichomonaden) bei Personen bis 49 Jahren auftreten. Seit 2016 gibt es aufgrund der steigenden Inzidenzen von STD spezielle **globale Programme** zur Prävention, Erkennung und Therapie derselben [10]. Dass die Zahlen auch im deutschsprachigen Raum Europas steigen, ist bekannt. Umso wichtiger ist das Erkennen der Proktitis bzw. ihrer Differenzialdiagnosen [11]. Wie das Fallbeispiel gezeigt hat, sollten bei Feststellung einer STD andere spezifische Infektionen ausgeschlossen (Lues, Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, Chlamydien) und die Untersuchung der Sexualpartner angeboten werden.

Bei Verdacht auf eine infektiöse (und meist schmerzhaft) Proktitis könnte es vorteilhaft sein, das Rektum „nativ“ endoskopisch (**Anoskop/Rektoskop**) zu untersuchen, um diagnostische Mittel nicht einzuschränken und Verletzungen durch ein rektales Klistier zu vermeiden. Die infektiöse Proktitis wird fast immer über Stuhlkulturen oder (ano-)rektale Abstriche diagnostiziert. Bei viraler Infektion (beispielsweise Noroviren) ist sie jedoch meist mit einer

Enterokolitis bzw. Diarrhoe assoziiert und die Therapie häufiger rein symptomatisch.

Virale Erreger

Eine durch CMV bedingte ulzeröse Entzündung am Magen-Darm-Trakt wird meist als **opportunistische Erkrankung** diagnostiziert, etwa als primäre oder reaktivierte Infektion bei Patienten mit HIV-Infektion, CED oder nach Transplantation [12]. Bei Immunkompetenz ist die Proktitis selten und meist mild und selbstlimitierend [13]. Sie kann mittels Polymerase-Kettenreaktion (PCR) und serologisch spezifiziert werden, am verlässlichsten aber immunhistochemisch bzw. histologisch (**Eulenaugenzellen**). Für die Therapie sind Virostatika wie Ganciclovir, Foscarnet oder Cidofovir empfohlen.

Eine **HSV-(II)-Proktitis** präsentiert sich mit Schmerzen/Brennen und dolenter Lymphadenopathie. Die Erreger können aus den Bläschen und Ulzera am besten nachgewiesen werden. Zur Behandlung stehen eine Reihe von Virostatika zur Verfügung. Deren Einsatz hängt vom Ausmaß und rezidivierenden Verlauf ab (beispielsweise Aciclovir, Famciclovir, Valaciclovir) und kann auch bei schwangeren Frauen erfolgen.

Bakterielle Erreger

Bakterielle Auslöser wie Shigellen, *Campylobacter* oder Clostridien führen seltener zu einer isolierten Proktitis (unter anderem bei Analverkehr fäkal-fäkal), häufiger wird eine Enterokolitis beobachtet. Die **Clostridienproktokolitis** wird durch das Toxin im Stuhl (PCR) nachgewiesen und mit Metronidazol oder Vancomycin oral therapiert.

Eine seltenere tuberkulöse Proktitis (**intestinale Tuberkulose**) ist meist enterogener Ursache und geht mit Ulzerationen, Abszessen und Fistelungen einher [14]. Die Diagnostik ist bei typischen **verkäsenden Nekrosen** nicht schwierig und stützt sich auf eine PCR. Die Behandlung entspricht jener der Tuberkulose. Die tuberkulöse Proktitis ist endoskopisch schwer von einer CED abgrenzbar.

Gonokokken sind die Auslöser der Gonorrhö (Tripper), einer Krankheit, die seit den 1990er-Jahren auch im deutschsprachigen Raum wieder häufiger anzutreffen ist, allerdings bestehen kaum zuverlässige Daten. Die klassischen Beschwerden sind **aufsteigende Infektionen** anogenital mit Ausfluss und Schmerzen, es zeigen sich Blut und Pus bei der Untersuchung. Die Gabe von 2 verschiedenen Antibiotika ist wegen zunehmender (Penicillin-)Resistenzen empfohlen, eine PCR kann bei symptomlosen Patienten zuverlässigere Ergebnisse liefern als die Kultur allein [15].

Die im Fallbericht erwähnte Infektion mit **Chlamydien** der Serotypen L1–3 kann am Anorektum eine **hämorrhagisch-ulzeröse Proktitis** (bei LGV auch eine inguinale Lymphadenopathie) und **derbe Tumorkläsionen** verursachen und wird mit Doxycyclin 2-mal 100 mg p.o. täglich für 3 Wochen behandelt. Eine Kontrolle sowie ein neuerlicher Abstrich bei fehlendem Ansprechen (eventuell Resistenz) oder bei kürzerer Therapiedauer sind genauso empfehlenswert wie die Untersuchung des Partners bzw. der Partnerin [16].

Da die Mehrheit der sexuell übertragenen Proktitiden durch *Chlamydia trachomatis* oder Gonokokken verursacht wird, wird

bei Verdacht auf STD bzw. schmerzhafter, ulzeröser Proktitis noch am gleichen Tag die **empirische Gabe** von Ceftriaxon 250 mg i.m. und Doxycyclin 200 mg p.o. für 7 Tage bzw. bis zum Erhalt diagnostischer Befunde empfohlen [17, 18].

Das Fallbeispiel in diesem Beitrag beinhaltet auch die Diagnose eines anorektalen Befalls mit *Treponema pallidum*, einer Syphilis oder **Lues venerea**, hier im Stadium II mit den typischen Hauterscheinungen. Die Papeln, die besonders in Hautfalten auftreten, nennt man **Condylomata lata**. Im Stadium I, der Frühsyphilis, ist das therapieresistente (ano-)genitale **Ulcus durum** (Abb. 1) wegweisend. Dieses heilt in der Regel nach einigen Wochen auch ohne Therapie ab. Die Erkrankung kann dann in das Stadium II übergehen. Eine Therapie ist stadiengerecht und mit **Benzathin-Benzylpenicillin** sehr einfach durchzuführen; Alternativen sind Doxycyclin, Erythromycin und Ceftriaxon. Gerade wurden die aktualisierten S2k-Leitlinien veröffentlicht [19, 20].

► Merke

Infektiöse Proktitiden sind in der Häufigkeit zunehmend und sollten schnell erkannt und behandelt werden. Die Behandlung sollte – vor allem bei STD – auch den Partner einschließen.

Radiogene Proktitis/Proktopathie

Einmal mehr ist die Anamnese auch bei dieser speziellen Erkrankung am Analkanal bzw. tiefen Rektum ausschlaggebend. Die Strahlenproktitis oder -proktopathie ist eine Veränderung der **Enddarm(schleim)haut** – eine Komplikation nach **Strahlentherapie** bei bösartigen Tumoren im Bereich des **kleinen Beckens**. Abhängig vom Zeitpunkt des Auftretens nach der Strahlenbelastung lassen sich Veränderungen gesunden Gewebes in akute (bis 3 Monate) und späte Veränderungen (nach Monaten oder Jahren mit eventuellen Langzeitverläufen) einteilen, wobei eine Überlappung

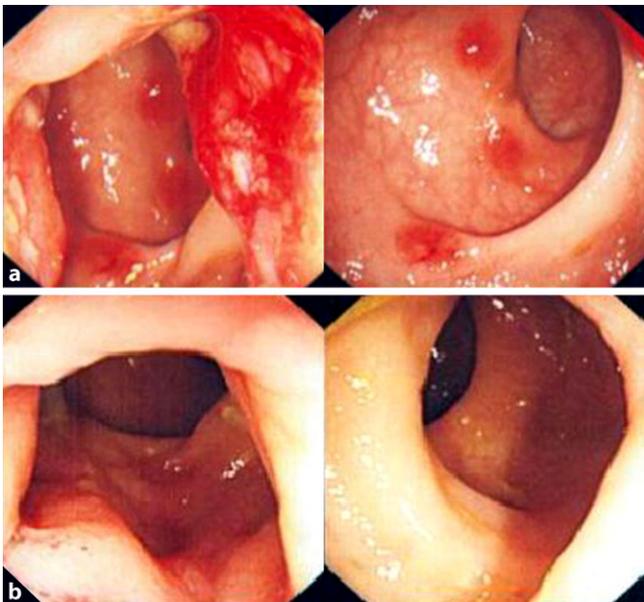


Abb. 1 ▲ a Endoskopie des Rektums: multiple harte Schanker am Rektum. b Follow-up-Endoskopie 2,5 Monate später mit kompletter Regression. (Aus [21])

beschrieben wird. In der Literatur wird berichtet, dass die Inzidenz nach einer Strahlentherapie zwischen 20 und 89% schwankt. Zu den rektalen Veränderungen gehören [22, 23]

- Inflammation (initial mehr als später),
- Ödem,
- Schleimhautatrophie,
- typische (pathognomonische) Teleangiektasien (Abb. 2),
- sich verschlechternde Fisteln und
- in schweren Fällen Ulzerationen und Fibrosen.

Die Symptome reichen von Stuhlinkontinenz, Entleerungsproblemen, Durchfall und Tenesmen bis zu krampfartigen Schmerzen, Schleimausfluss und Blutungen. Die **Biopsie** ist wegen **schlechter Wundheilung** streng zu indizieren und kann

- eosinophile Kryptenabszesse,
- endotheliale Veränderungen,
- einen Verlust von Schleimhautzellen und
- ausgedehnte Entzündungen

zeigen. Ein spezifisches Scoring dieser chronischen Erkrankung, das alle Aspekte der Symptome einschließt, ist noch nicht verfügbar bzw. noch nicht in Gebrauch. Es ist jedoch ein vielfältig diskutiertes Thema, da die Patienten in unterschiedlicher Intensität und für unterschiedliche Zeiträume unter verschiedenen Symptomen des anorektalen Organs leiden.

Gegenwärtig ist die Behandlung der Strahlenveränderungen am Anorektum sehr individuell, und es gibt keine hohe Evidenz für die wenigen (amerikanischen) Empfehlungen oder Standardtherapieschemata [23, 25]. Mit begrenztem Erfolg in meist retrospektiven und kleineren Studien werden bei rezidivierenden Blutungen eine **topische Maßnahme** (beispielsweise mit Formalin von 2 bis 10%, 5-Aminosalicylaten, Steroiden, Sucralfat) und die Gabe von **hyperbarem Sauerstoff** neben der **Stuhlregulation** diskutiert [26]. Darüber hinaus wird die hämorrhagische Komponente häufiger **interventionell** oder **operativ** behandelt (**Blutstillung** mittels Argonplasma-/Neodym-Yttrium-Aluminium-Granat-Laser, Radiofrequenzablation, bipolare Elektrokoagulation,



Abb. 2 ▲ Typische Veränderungen am Anorektum nach Strahlentherapie: Teleangiektasien an der Schleimhaut. (Aus [24])

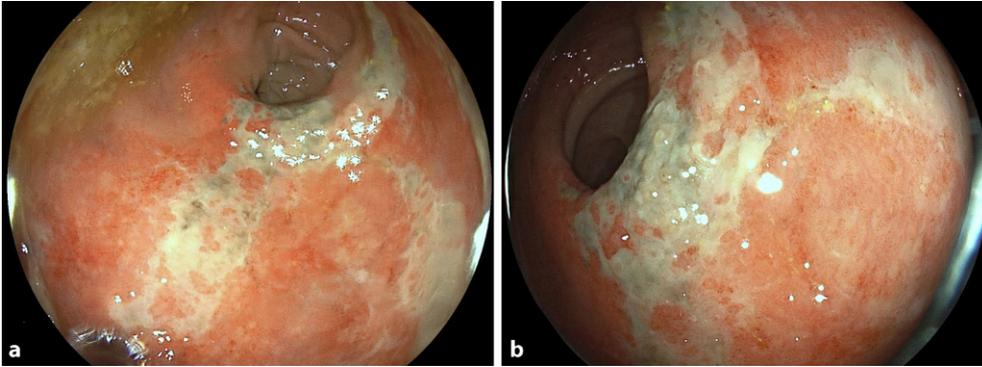


Abb. 3 ◀ Nekrosen bei ischämischer Kolitis. **a, b** Ulzeration im mittleren Rektum mit diskreter Verfärbung und oberflächlicher Schleimhautnekrose (Aus [35])

chirurgische Übernähung bis hin zur Proktektomie) – was nicht selten zur **vermehrten Fibrosierung** beiträgt und den funktionellen Aspekt der Erkrankung verschlechtern kann [27, 28, 29]. Auch zu bedenken ist: Ein invasives Vorgehen ist aufgrund des **fragilen Gewebes** und nicht zuletzt wegen der **Komorbiditäten** der Patienten mit einem **relevanten Komplikationsrisiko** verbunden und zielt als Therapieansatz nur auf das Symptom der Hämorrhagien [30]. Es gibt auch erste Berichte von Stammzellbehandlung und Stuhltransplantation bei dieser Erkrankung [31, 32, 33].

In den Empfehlungen der American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCR; [34]) und der American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE; [28]) werden für die **hämorrhagische Strahlenproktitis** ein **endoskopisches Vorgehen** (vor allem mit Argonplasmakoagulation) und der topische Off-label-Gebrauch von **Formalin** empfohlen, im Weiteren auch Sucralfateinläufe oder hyperbarer Sauerstoff – allesamt mit moderater Evidenz. In der Literatur wird auch darauf hingewiesen, dass über aktuelle Therapieoptionen (vor allem für die hämorrhagische Komponente) nach Vorhandensein von Möglichkeiten und Expertise entschieden wird.

Die Wirksamkeit vieler therapeutischer Optionen ist immer noch nicht durch Daten aus kontrollierten und auch vergleichenden Studien belegt. Studien befassen sich fast ausschließlich mit dem Ziel, die Blutungen zu stoppen. Dies ist einerseits dem Fehlen einheitlicher Diagnose- und Verlaufskriterien und andererseits der Diversität behandelnder Fachärzte (Chirurgie, Urologie, Gynäkologie, Dermatologie und Allgemeinchirurgie) anzulasten. Der Einsatz **moderner Bestrahlungstechniken** in den letzten Jahrzehnten und die Einführung weniger toxischer Schemata können zu einer Verringerung der Inzidenz beitragen [26].

Bei Auswahl einer therapeutischen Strategie sollte die **Erhaltung der Lebensqualität** (fäkale Inkontinenz) und die **Verhinderung einer akuten, rektalen Blutungsepisode** eine zentrale Rolle spielen.

Toxisch oder medikamentös bedingte oder allergische Proktitis

Bei dieser Art der Proktitis gelingt die Diagnose über eine Anamnese deutlich schneller als durch eine histologische Untersuchung oder Stuhlkultur. Toxische oder allergische Reaktionen können durch

- Medikamente (etwa Antibiotika),
- rektale Behandlungen (beispielsweise Formalin, Salben),

- Zäpfchen/Schäume (nichtsteroidale Antirheumatika, Paracetamol, Codein),
- Abführmittel (beispielsweise Rizinusöl),
- Kondome,
- Gleitmittel und
- Feuchttücher

verursacht werden. Sogar Klammern oder Fäden nach Operationen können zu diesen Proktitiden führen, was in Fallberichten beschrieben ist.

Mögliche allergische Reaktionen gehen typischerweise auf Nahrungsmittel oder Latex in einer **Soforttypreaktion** vom Typ I nach Coombs und Gell zurück. Hier kommt es bei Erstkontakt zu einer Sensibilisierung und Bildung von Antikörpern, sodass bei erneutem Kontakt unmittelbar eine **Immunglobulin-E-vermittelte Reaktion** mit Juckreiz, Ödemen oder Rötungen bis hin zu schweren systemischen Reaktionen (anaphylaktischer Schock) ausgelöst werden kann.

Nickel, Duftstoffe und Perubalsam sind häufigere Ursachen der allergischen **Typ-IV-Reaktion**. Latex, Gummi, pflanzliche Anteile (unter anderem Kamille oder Aloe vera), Chromate im Leder, Lokaltheraeutika, Konservierungsstoffe (in Cremes und Salben), Antibiotika/Antimykotika und Farbstoffe können zu **allergischen Kontaktekzemen** führen. Nahrungsmittelallergien (Milch!) können sich ebenfalls als Typ-IV-Reaktion zeigen (Proktokolitis). Der Mechanismus beruht auf der Aufnahme des Exogens durch Langerhans-Zellen und deren Migration in die Lymphknoten, wo die Bildung allergenspezifischer T-Lymphozyten stattfindet. T-Gedächtniszellen persistieren in Milz und Lymphknoten. Eine verzögerte Reaktion erfolgt etwa 24–72 h nach erneuter Allergenexposition. Es kommt dann zur Immunreaktion durch T-Helferzellen, zur Lyse der Zielzellen durch zytotoxische T-Zellen bzw. zu einer Entzündungsreaktion im Gewebe.

Bei allergischen Proktitiden sind **Glukokortikoide** ein Grundpfeiler der möglichst schnellen Therapie. Auch beruhigende, **juckreizhemmende Sitzbäder** oder **Salben** sind von Nutzen. Die Therapie besteht bei all diesen Proktitiden in der **symptomatischen Behandlung** und vor allem dem Weglassen des auslösenden Agens.

Mechanisch bedingte Proktitis

Ursächlich können hier **Stuhlimpaktionen** oder **Fremdkörper** (unter anderem Vibratoren, Pessare) oder **wiederkehrende Scherkräfte** wie bei Intussuszeption (Ulcus simplex recti) oder Rektumprolaps dritten Grades und sogar Hämorrhoidalprolaps lokalen Druck auf das Rektum ausüben und damit lokale Ischämien und Entzündungen bzw. Ulzera verursachen [35, 36, 37]. Bei länger bestehenden Scherkräften, etwa bei Intussuszeption, können auch derbe, polypoide, tastbare Gebilde entstehen, die mittels Biopsie von einem neoplastischen Geschehen unterschieden werden können. Die Therapie besteht in der Entfernung des Fremdkörpers oder der Stuhlmassen bzw. in der Beseitigung des Prolapsgeschehens gemeinsam mit einer eventuellen Stuhlregulation und Änderung der Stuhlentleerung sowie lokalen symptomatischen Maßnahmen.

Eine Sonderform stellt die **Diversionsproktitis** dar, welche nach **Stomaanlage** entstehen kann. Die Ursache ist vermutlich in der fehlenden Abschliferung/Bakteriensymbiose und damit Erneuerung einer symbiotischen Mukosa bei fehlendem Fäkaldurchtritt zu suchen. Die Diversionsproktitis kann asymptomatisch verlaufen. Typisch sind die Kontaktblutungen bei der Endoskopie. Es können ähnliche Therapieversuche wie bei Strahlenproktitis topisch unternommen werden. Die Diversionsproktitis kann manchmal durch regelmäßige (körperwarmer) **Wasserklistiere** verhindert und gelindert werden (Cave: Verletzungsgefahr bei Klistier).

Ischämische Proktitis

Eine **Mangeldurchblutung** jeglicher Ursache kann zur Entzündung am Anorektum führen. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang Schockzustand/Myokardinfarkt, Thrombosen, postoperative Veränderungen der Durchblutung und Gefäßerkrankungen [36, 38, 39, 40, 41, 42]. Schwierig kann die Diagnose werden, wenn die Symptome erst spät (chronisch) auftreten und der zeitliche Zusammenhang nicht mehr klar ist. Die Symptome reichen von (zum Teil morphiumbedürftigen) Schmerzen, Durchfällen und Schleimbängeln bis zu stärkeren Blutungen.

Die richtige Diagnose und Therapie der verschiedenen Ursachen sind notwendig, um eventuelle Komplikationen der Ischämie (Strikturen, Stenosen, Narben) oder auch akut eine **Prokterektomie** zu verhindern (**Nekroseentstehung**, Abb. 3).

Fazit für die Praxis

- Das Wissen um die Differenzialdiagnosen der Proktitis ist wegweisend für die richtige Diagnose.
- Die Symptome der infektiösen Proktitiden ähneln sich häufig. Ein Screening auf sexuell übertragbare Erkrankungen sollte großzügig erfolgen.
- Die radiogene Proktitis ist in der Behandlung noch immer eine Herausforderung und für den Patienten im Alltag belastend.
- Eine Untersuchung in Allgemeinanästhesie ist bei Schmerzen bzw. schmerzhafter Proktitis großzügig zu indizieren.
- Die mechanisch bedingte Proktitis muss nicht durch Fremdkörper oder Stuhlimpaktion bedingt sein, sie kann auch ein Prolapsgeschehen

als Ursache haben. Insbesondere bei *Ulcus simplex recti* muss an ein solches gedacht werden.

- Die toxische oder allergische Proktitis wird durch eine sorgfältige Anamnese erkannt.

Korrespondenzadresse



Irmgard E. Kronberger, MD

Universitätsklinik für Visceral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie, Medizinische Universität Innsbruck
Anichstraße 35, 6020 Innsbruck, Österreich
irmgard.kronberger@i-med.ac.at

Funding. Open access funding provided by University of Innsbruck and Medical University of Innsbruck.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. Gemäß den Richtlinien des Springer Medizin Verlags werden Autoren und Wissenschaftliche Leitung im Rahmen der Manuskripterstellung und Manuskriptfreigabe aufgefordert, eine vollständige Erklärung zu ihren finanziellen und nichtfinanziellen Interessen abzugeben.

Autoren. I.E. Kronberger: A. Finanzielle Interessen: Forschungsförderung zur persönlichen Verfügung: „unrestricted grant“: Fa. Meda. – Vortragshonorar: Takeda, Kostenerstattung Online-Kongress: AbbVie. – B. Nichtfinanzielle Interessen: Visceral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie Innsbruck, Medizinische Universität Innsbruck (Leitung AG Koloproktologie) | Mitgliedschaften: Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Coloproctologie der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie (Vorstand), Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie, European Society of Coloproctology (national representative), Österreichische Gesellschaft für chirurgische Onkologie.

Wissenschaftliche Leitung. Die vollständige Erklärung zum Interessenkonflikt der Wissenschaftlichen Leitung finden Sie am Kurs der zertifizierten Fortbildung auf www.springermedizin.de/cme.

Der Verlag erklärt, dass für die Publikation dieser CME-Fortbildung keine Sponsorengelder an den Verlag fließen.

Für diesen Beitrag wurden von der Autorin keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten

Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Santos AL et al (2019) Infectious proctitis: a necessary differential diagnosis in ulcerative colitis. *Int J Colorectal Dis* 34(2):359–362
2. Lamb CA et al (2013) Sexually transmitted infections manifesting as proctitis. *Frontline Gastroenterol* 4(1):32–40
3. Jongen J, Peleikis HG, Eberstein A, Bock JU, Kahlke V (2010) Proktitis aus Sicht der Proktologie. *coloproctology* 32:273–278
4. Herold A, Schiedeck T (2019) *Manual der Koloproktologie Bd. 1*. De Gruyter
5. Chen CY et al (2013) Clinical and microbiological characteristics of perianal infections in adult patients with acute leukemia. *PLoS ONE* 8(4):e60624
6. Robert-Koch-Institut (2015) Syphilis in Deutschland im Jahr 2015. *Epidemiol Bull.* <https://doi.org/10.17886/EpiBull-2016-071>
7. Division of STD Prevention, N.C.f.H.A., Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention, 2015 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, C.f.D.C.a. Prevention, Editor. 2015.
8. de Vries HJ et al (2014) 2013 European Guideline on the management of proctitis, proctocolitis and enteritis caused by sexually transmissible pathogens. *Int J STD Aids* 25(7):465–474
9. Barrow RY et al (2020) Recommendations for providing quality sexually transmitted diseases clinical services, 2020. *MMWR Recomm Rep* 68(5):1–20
10. World Health Organization (2020) Sexually transmitted infections
11. Spornraft-Ragaller P, Esser S (2020) Classical sexually transmitted diseases in the anorectal region. *Hautarzt* 71(4):275–283
12. Yerushalmy-Feler A, Padlipsky J, Cohen S (2019) Diagnosis and management of CMV colitis. *Curr Infect Dis Rep* 21(2):5
13. Lee CY, Chen YH, Lu PL (2017) Reactivated cytomegalovirus proctitis in an immunocompetent patient presenting as nosocomial diarrhea: a case report and literature review. *BMC Infect Dis* 17(1):113
14. Nagi B et al (2003) Colorectal tuberculosis. *Eur Radiol* 13(8):1907–1912
15. STI-Gesellschaft, D (2018) Diagnostik und Therapie der Gonorrhoe. AWMF,
16. de Vries HJC et al (2019) 2019 European guideline on the management of lymphogranuloma venereum. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 33(10):1821–1828
17. al, D.S.-G.e., Sexuell übertragbare Infektionen (STI) – Beratung, Diagnostik, Therapie, in 059-006 A.A.d.W.M.F. e. v., Editor. 2018.
18. al, D.S.-G.e., Infektionen mit Chlamydia trachomatis, AWMF, Editor. 2016.
19. Schofer H et al (2020)of) Diagnosis and treatment of syphilis : Update of the S2k guidelines 2020 of the German STI Society (DSTIG) in cooperation with the following specialist societies: DAIG, dagna, DDG, DGA, DGGG, DGHM, DGI, DGN, DGPI, DGU, RKI. *Hautarzt.* <https://doi.org/10.1007/s00105-020-04672-6>
20. STI-Gesellschaft D (2020) Diagnostik und Therapie der Syphilis. 059-002, AWMF
21. Yilmaz M, Memisoglu R, Aydin S et al (2011) Anorectal syphilis mimicking Crohn's disease. *J Infect Chemother* 17:713. <https://doi.org/10.1007/s10156-011-0234-1>
22. Campostri F et al (2020) Association between acute histopathological changes of rectal walls and late radiation proctitis following radiotherapy for prostate cancer. *Strahlenther Onkol* 196(7):617–627
23. McKeown DG, Goldstein S (2020) Radiation Proctitis. *StatPearls*, Treasure Island
24. Tabaja L, Sidani SM (2018) Management of radiation Proctitis. *Dig Dis Sci* 63:2180–2188. <https://doi.org/10.1007/s10620-018-5163-8>
25. Ali F, Hu KY (2020) Evaluation and management of chronic radiation Proctitis. *Dis Colon Rectum* 63(3):285–287
26. van de Wetering FT et al (2016) Non-surgical interventions for late rectal problems (proctopathy) of radiotherapy in people who have received radiotherapy to the pelvis. *Cochrane Database Syst Rev.* <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003455.pub2>
27. McCrone LF et al (2017) The surgical management of radiation proctopathy. *Int J Colorectal Dis* 32(8):1099–1108
28. Lee JK et al (2019) ASGE guideline on the role of endoscopy for bleeding from chronic radiation proctopathy. *Gastrointest Endosc* 90(2):171–182e1
29. Huang X et al (2020) Diverting colostomy is an effective procedure for ulcerative chronic radiation proctitis patients after pelvic malignancy radiation. *BMC Surg* 20(1):267
30. Viso Vidal D, Jimenez Palacios M, Jorquera Plaza F (2020) A huge rectal ulcer due to argon plasma coagulation in a patient with radiation proctitis. *Rev Esp Enferm Dig* 112(8):661–662
31. Zheng YM et al (2020) Multi-donor multi-course faecal microbiota transplantation relieves the symptoms of chronic hemorrhagic radiation proctitis: a case report. *Medicine* 99(39):e22298
32. Linard C et al (2013) Repeated autologous bone marrow-derived mesenchymal stem cell injections improve radiation-induced proctitis in pigs. *Stem Cells Transl Med* 2(11):916–927
33. Ono M et al (2015) Effects of human amnion-derived mesenchymal stromal cell transplantation in rats with radiation proctitis. *Cytotherapy* 17(11):1545–1559
34. Paquette IM et al (2018) The American Society of Colon and Rectal Surgeons clinical practice guidelines for the treatment of chronic radiation Proctitis. *Dis Colon Rectum* 61(10):1135–1140
35. Zimmer V, Heinrich C (2020) Ischemic proctitis complicating fecal impaction. *Tech Coloproctol.* <https://doi.org/10.1007/s10151-020-02356-w>
36. Nelson RL, Schuler JJ (1982) Ischemic proctitis. *Surg Gynecol Obstet* 154(1):27–33
37. Gouriou C et al (2018) A systematic literature review on solitary rectal ulcer syndrome: is there a therapeutic consensus in 2018? *Int J Colorectal Dis* 33(12):1647–1655
38. Iida T et al (2018) A case of a rectal stricture related to ischemic proctitis following rupture of an aortic aneurysm. *Endosc Int Open* 6(2):E186–E189
39. Yang KM et al (2016) Severe distal ischemic proctitis with venous congestion following anterior resection for sigmoid colon cancer: the importance of Sudeck's point. *Int J Colorectal Dis* 31(5):1051–1052
40. Sapmaz F et al (2013) Ischemic proctitis in a diabetic patient. *Acta Gastroenterol Belg* 76(3):354–355
41. De Nardi P et al (2006) Ischemic proctitis following Delorme procedure for external rectal prolapse. *Tech Coloproctol* 10(3):253–255
42. Bandera BC et al (2014) Fatal ischemic proctitis in a patient with a history of an aortobi-iliac interposition graft. *Am Surg* 80(8):E234–E235



Proktitis (ohne chronisch-entzündliche Darmerkrankung)

Zu den Kursen dieser Zeitschrift: Scannen Sie den QR-Code oder gehen Sie auf www.springermedizin.de/kurse-coloproctology

? Ein 24-jähriger Mann stellt sich mit starken analen Schmerzen und vermehrtem Stuhldrang sowie Schleim-/Sekretaustritt (auch aus dem Penis) vor. Er hat regelmäßigen rezeptiven Analverkehr und fühlt sich matt und abgeschlagen. Woran denken Sie als wahrscheinlichste Differenzialdiagnose?

- An eine Proktitis im Rahmen einer sexuell übertragbaren Erkrankung
- An ein malignes Geschehen
- An eine Strahlenproktitis
- An ein Hämorrhoidalleiden
- An eine Analfissur

? Ein 78-jähriger Patient berichtet von Koageln und hellem Blut bei härterem Stuhlabgang und Stuhlinkontinenz für flüssigen Stuhlgang sowie Gasen. Er ist Diabetiker und nimmt aufgrund einer stattgehabten Pulmonalembolie nun orale Antikoagulanzen ein. Er habe vor vielen Jahren eine Strahlentherapie bei Prostatakarzinom gehabt. An welche Diagnose denken Sie hier zuerst?

- Analfistel
- Marisken
- Toxische Proktitis
- Ischämische Proktitis
- Radiogene Proktitis

? Welche typische klinische Manifestation zeigt sich bei der Strahlenproktitis an der betroffenen Mukosa?

- Tiefe Ulzera
- Prolaps von Gewebe
- Teleangiektasien
- Divertikelformationen
- Braunfärbung der Mukosa

? Zu welcher Proktitis gehört typischerweise die Entstehung von Nekrosen an der Mukosa?

- Strahlenproktitis
- Herpes-simplex-Virus-Proktitis
- Zu keiner Proktitisform
- Ischämische Proktitis
- Allergische Proktitis

? Welche typische Symptomatik finden Sie im Stadium I bei der Lueserkrankung am Anorektum?

- Hauteffloreszenzen
- Zentrale Nervenschädigungen
- Tabes dorsalis
- Ulcus durum
- Multiorganbefall

? Welche medikamentöse Therapie würden Sie bei einer Lueserkrankung am Anorektum bevorzugen?

- Amikacin
- Benzathin-Benzylpenicillin
- Metronidazol
- Sulfonamid
- Tetracyclin

? Bei welchen Risikofaktoren, die Sie in der Anamnese erheben können, müssen Sie an eine sexuell übertragbare Erkrankung denken?

- Bestrahlung am kleinen Becken
- MSM („men having sex with men“)
- Schwere Gefäßerkrankungen und stattgehabter Myokardinfarkt
- Stattgehabte Operation am Anorektum
- Frühe Schwangerschaft

? Welche Therapie ist derzeit bei der radiogenen Proktitis/Proktopathie anzuwenden?

- Antibiotikatherapie ist ausreichend
- Obligat zunächst Durchführung einer Biopsie
- Kortisontherapie verspricht gute Heilungsaussichten
- Antivirale systematische Therapie
- Aufgrund schlechter Evidenzlage sind Behandlungsversuche nach Expertise des jeweiligen Zentrums möglich

? Welche Proktitis bzw. Erkrankung wird durch *Chlamydia trachomatis* (L1–3) ausgelöst?

- Gonorrhö
- Tuberkulose
- Lymphogranuloma venereum
- Radiogene Proktitis
- Lues

Informationen zur zertifizierten Fortbildung

Diese Fortbildung wurde von der Ärztekammer Nordrhein für das „Fortbildungszertifikat der Ärztekammer“ gemäß § 5 ihrer Fortbildungsordnung mit **3 Punkten** (Kategorie D) anerkannt und ist damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig.

Anerkennung in Österreich: Für das Diplom-Fortbildungs-Programm (DFP) werden die von deutschen Landesärztekammern anerkannten Fortbildungspunkte aufgrund der Gleichwertigkeit im gleichen Umfang als DFP-Punkte anerkannt (§ 14, Abschnitt 1, Verordnung über ärztliche Fortbildung, Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) 2013).

Hinweise zur Teilnahme:

- Die Teilnahme an dem zertifizierten Kurs ist nur online auf www.springermedizin.de/cme möglich.
- Der Teilnahmezeitraum beträgt 12 Monate. Den Teilnahmeschluss finden Sie online beim Kurs.
- Die Fragen und ihre zugehörigen Antwortmöglichkeiten werden online in zufälliger Reihenfolge zusammengestellt.

- Pro Frage ist jeweils nur eine Antwort zutreffend.
- Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70% der Fragen richtig beantwortet werden.
- Teilnehmen können Abonnenten dieser Fachzeitschrift und e.Med-Abonnenten.

? Welche Proktitis macht starke Schmerzen und ist typischerweise an den Bläschen oder kleinen Erosionen nach Aufplatzen erkennbar?

- Zytomegalievirusproktitis
- Chlamydienproktitis
- Clostridium-difficile*-Kolo-proktitis
- Herpes-simplex-Virus-Proktitis
- Toxisch-medikamentöse Proktitis