

Organisation und Durchführung der proktologischen Untersuchung

Freya Reinhard

Enddarm-Zentrum Mannheim, Mannheim, Deutschland

The organisation and carrying-out of proctological examinations

Summary. Coloproctology, a specialist field requiring specialist knowledge, experience and skill, is dealt with only marginally in current further education courses for doctors. A thorough anamnesis, and here a questionnaire is of great help in procuring rapid and complete information, and examination of the patient in the lithotomy position (being the most comfortable for the patient and the most practical for the doctor) are vital. A thorough basic diagnosis, independent of the reported symptoms, is always required:

1. Abdominal examination
2. Inspection and palpation of the anal region with and without abdominal muscular pressure
3. Digital examination, including the prostate
4. Rectosigmoidoscopy
5. Proctoscopy, possibly with anal speculum examination.
6. Test for occult blood in the faeces

Depending on the anamnesis and findings, this basic diagnosis must be supplemented by further tests.

Key words: Clinical history, inspection, palpation, rectosigmoidoscopy, proctoscopy, Haemoccult test.

Zusammenfassung. Die aktuelle ärztliche Weiterbildungsordnung berücksichtigt das Gebiet der Koloproktologie nur marginal; dieses Fachgebiet erfordert zusätzliche spezielle und eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten. Vor jeder proktologischen Untersuchung erfolgt zunächst eine sorgfältige Anamnese; ein Fragebogen ist hierbei für ein zügiges und lückenloses Gespräch sehr hilfreich. Wir empfehlen die Untersuchung der Patienten in Steinschnittlage; diese stellt die bequemste Lagerung dar und ermöglicht ein rationelles Arbeiten in der Praxis. Völlig unabhängig von den geklagten Beschwerden ist immer eine sorgfältige Basisdiagnostik gefordert:

1. Untersuchung des Abdomens
2. Inspektion und Palpation der Analregion mit und ohne Bauchpresse
3. Digitale Untersuchung inkl. Prostata
4. Rektosigmoidoskopie
5. Proktoskopie, ggf. Analspekulumuntersuchung
6. Test auf okkultes Blut im Stuhl

Je nach Anamnese und Befund muss diese Basisdiagnostik durch weitere Untersuchungen ergänzt werden.

Schlüsselwörter: Anamnese, Inspektion, Palpation, Rektosigmoidoskopie, Proktoskopie, Hämokulttests.

Allgemeines

In Deutschland gibt es schätzungsweise jährlich 25–30 Millionen Enddarmkranke. Weder die ärztliche Ausbildung noch die bestehenden Weiterbildungskataloge werden der Versorgung dieser Patienten gerecht. Die Folgen dieses Defizits sind nicht selten eine falsche oder auch inadäquate Diagnostik mit Krankheitsverschleppung sowie unqualifizierte therapeutische Maßnahmen mit dauerndem Leid für den Patienten und finanziellen Mehraufwendungen für die Kostenträger. Die folgenden Ausführungen sollen einen Teil dieses Defizit vermindern.

Anatomie von Anus und Rektum

Für die Aufrechterhaltung der Kontinenz sind die folgenden anatomischen Bestandteile erforderlich:

- a) Muskuläre Bestandteile des Kontinenzorgans: Musc. sphincter ani internus, Musc. sphincter ani externus, Musc. puborectalis und Musc. levator ani.
- b) Epithelialer Anteil des Kontinenzorgans: Anoderm
- c) Subepithelialer Anteil des Kontinenzorgans: Corpus cavernosum recti = Plexus haemorrhoidalis
- d) Nervale Anteile des Kontinenzorgans: Äste aus dem Plexus pudendalis bzw. intramurale Dehnungsrezeptoren
- e) Ampulla recti als Reservoir

Anus und Rektum sind gleichsam teleskopartig ineinander verschachtelt; der glatte Musculus sphincter ani internus ist – als Fortsetzung der Rektummuskulatur – zwischen die Strukturen des Anoderms und des Musc. sphincter ani externus (quergestreift) eingelassen.

Der Musculus sphincter ani internus hält den Analkanal im Sinne einer Dauerkontraktion in Ruhe geschlossen. Der willkürlich innervierte Musculus sphincter ani

Korrespondenz: Dr. Freya Reinhard, Allgemeinärztin am Enddarmzentrum Mannheim, Bismarckplatz 1, 68165 Mannheim, Deutschland.

Fax: ++49/621/1234–7575

E-Mail: mail@enddarm-zentrum.de

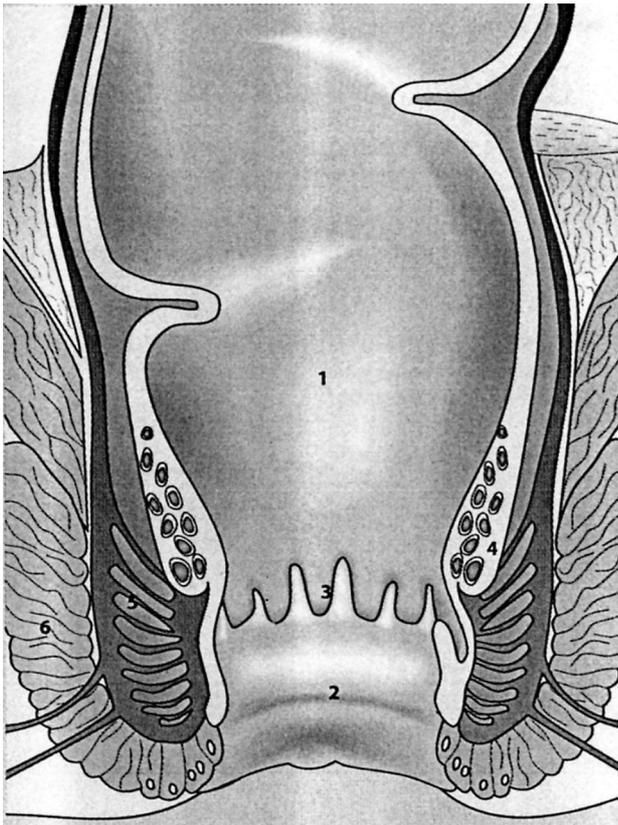


Abb. 1. Anatomischer Querschnitt des Anorekts. 1 Ampulla recti, 2 Analkanal, 3 Linea dentata mit Analkrypten und Analpapillen, 4 Corpus cavernosum recti, 5 Musculus sphincter ani internus, 6 Musculus sphincter ani externus. (Aus: Brühl et al. „Aktuelle Proktologie“, S 56 [1])

externus umhüllt den inneren in drei Etagen. Zur Dauerabdichtung trägt er nur durch seinen Eigentonus bei (ca 15 % der Verschlussleistung); gefordert wird er bei aktuell erhöhter Verschlussleistung (kurzfristige Maximalkontraktion bei unerwünschter Defäkation).

Hierin wird er vor allem durch einen Verstärkungszug des Musc. levator ani unterstützt, der Puborektalischlinge, die schlingenartig von dorsal her das Rektum vorn umgreift. Sie bewirkt eine Abknickung des Rektums gegen den Analkanal (anorektaler Winkel), die beim Mann stärker ausgeprägt (etwa 110 Grad) ist als bei der Frau (etwa 130 Grad).

Die ontogenetische Grenze zwischen Rektum und Anus ist die Linea dentata; diese ist aufgrund der Kryptenlinie makroskopisch leicht zu erkennen. Hier liegen 10–14 longitudinale Falten, die Columnae rectales, dazwischen die Sinus rectales, die distal in den Analkrypten enden, in die die Proktodealdrüsen münden. Die epitheliale Auskleidung des Analkanals ist dreigeteilt. Hier liegt das nicht verhornende Anoderm, das – bedingt durch seine intensive sensible Versorgung – eine Unterscheidung der Aggregatzustände fest-flüssig-gasförmig erlaubt. Oberhalb der Dentatalinie befindet sich eine Mukosa, ähnlich der Rektumschleimhaut. Zwischen beiden Bereichen befindet sich eine individuell unterschiedlich breite, ebenfalls sensibel innervierte Übergangszone. Dis-

tal der Linea anocutanea setzt sich das Anoderm nach außen hin in normales verhornendes Hautepithel fort. Unmittelbar proximal der Linea dentata liegt der Plexus haemorrhoidalis (Corpus cavernosum recti), ein arteriovenöses Gefäßgeflecht teilweise unter der epithelialen Übergangszone. Dieses Geflecht versorgen die 3 Äste der A. rectalis superior.

Der venöse Abfluss erfolgt transsphinkitär in die Venae rectales und in die Vena cava inferior. Venöse Abflussbehinderungen (erhöhter Sphinktertonus) bzw. ein gesteigerter arterieller Zustrom können zur Erweiterung der dünnwandigen arteriovenösen Geflechte führen.

Proktologische Symptomatik und Anamnese

Die Beschwerden des Patienten sind eher uncharakteristisch, ja fast eintönig; über die Grunderkrankung sagen sie nichts Sicheres aus. Im Vordergrund stehen Blutung und Schmerzen, gefolgt von Sekretabsonderung, Juckreiz, Vorfal, Knotenbildung, Defäkationsstörungen, Genital-Damm-Beschwerden und Proktalgia fugax.

Bei anamnestischen Verdacht muss die zutreffende Störung herausgefiltert werden – und zwar jede! Eine Geschwulst im unteren Rektum kann alle Hämorrhoidalsymptome simulieren. Völlig unabhängig von den geklagten Beschwerden ist deshalb immer eine sorgfältige Basisdiagnostik gefordert- auch wenn es hinten nur juckt.

Um ein vollständiges Bild der Erkrankung zu erhalten, muss auf die einzelnen Beschwerden eingegangen werden, da häufig nur das am störendsten empfundene Symptom spontan angegeben wird. Oftmals werden aus Scham bestimmte Beschwerden nicht spontan angegeben; sie müssen erfragt werden. Aber oft ist die Kombination der Symptome so charakteristisch, dass schon die Anamnese eine Eingrenzung oder eine exakte Diagnose erlaubt.

Proktologische Untersuchung

Für die proktologische Untersuchung existieren im wesentlichen 3 Lagerungen (Abb. 2).

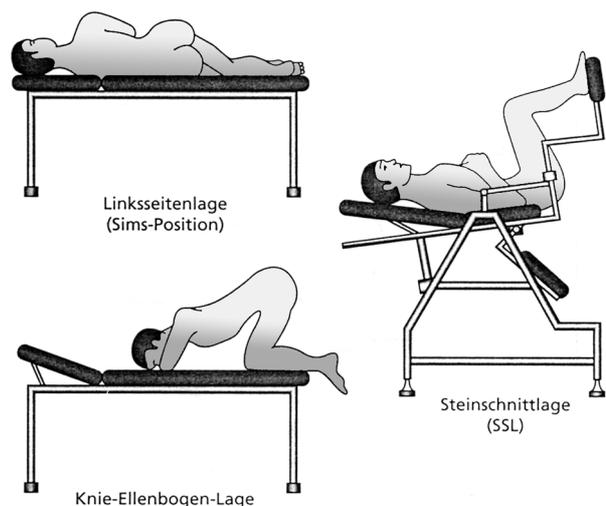


Abb. 2. Die drei möglichen Lagerungen zur proktologischen Untersuchung. Die Steinschnittlage (SSL) ist dabei für Patient und Arzt am bequemsten. (Aus: „Hämorrhiden und der kranke Enddarm“, Reinhard / Kirsch, Seite 31 [6])

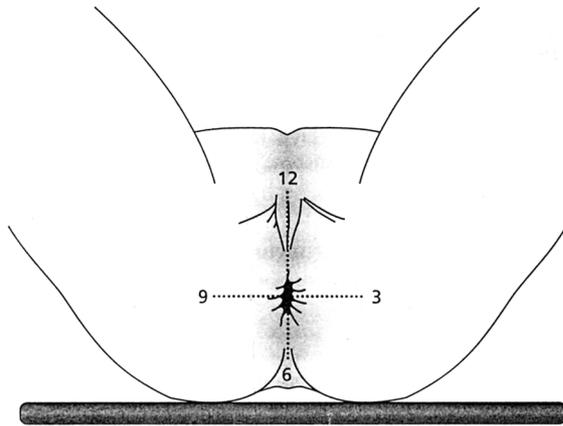


Abb. 3. Der After als Uhr. Um die Lage krankhafter Veränderungen zu dokumentieren, wird gedanklich ein Ziffernblatt als Orientierungshilfe benutzt – unter Angabe der Lagerung (z. B. „Mariske bei 6 Uhr Steinschnittlage“). (Aus: „Hämorrhiden und der kranke Enddarm“, Reinhard/Kirsch, Seite 32 [6])

1. Die Linksseitenlage („Sims-Position“; bequem für den Patienten, aber für die tägliche Praxis zu zeitaufwendig).
2. Die Rückenlage („Steinschnittlage“, bequem für den Patienten, ermöglicht ein rationelles Arbeiten in der Praxis); deshalb untersuchen wir unsere Patienten im edz allerdings ausschließlich in Steinschnittlage (SSL).
3. Die Knie-Ellenbogenlage (sehr unbequem für den Patienten, allerdings gute Darstellbarkeit der Analregion; Ampulle verlängert).

Proktologische Basisdiagnostik

1. Untersuchung des Abdomens i. w. S.
2. Inspektion und Palpation der Analregion mit und ohne Bauchpresse
3. Digitale Untersuchung inkl. Prostata
4. Rektoskopie ggf. Sigmoidoskopie
5. Proktoskopie und ggf. Analspekulumuntersuchung
6. Test auf okkultes Blut im Stuhl

Diese Basisdiagnostik ist dann evtl. gezielt durch weitere Untersuchungen zu ergänzen. Dokumentiert werden die Befunde zweckmäßigerweise einerseits zum Abstand zur Linea anocutanea und andererseits nach dem Zifferblatt einer Uhr (Abb. 3).

Ad 1: Untersuchung des Abdomens

Zur proktologischen Untersuchung gehört ebenfalls die Palpation des Abdomens, wobei der Untersucher auf Narben nach früheren Darmoperationen achten sollte, ebenso wie auf tastbare Resistenzen.

Ad 2: Inspektion und Palpation der Analregion mit und ohne Bauchpresse

Bereits die Unterwäsche, aber erst recht die Vorlagen erlauben Rückschlüsse auf Dichtigkeit des Anorektums. Eine gute Beleuchtung der Analregion ist Voraussetzung, um feinere Veränderungen nicht zu übersehen. So kann der Untersucher die perianale Region, den Anus und bei ausreichender Spreizung der Nates Anteile des Analkanals beurteilen. Durch die Inspektion können folgende Befunde erhoben werden: Marisken, perianale Thrombosen, periproktitische Abszesse, Fistelöffnungen, Perianalekzeme, Kondylome, Analrandkarzinom, Rhagaden, Analfissuren und Vorpostenfalten, bei Betätigung der Bauchpresse (auf dem WC) Hämorrhoiden 3. und 4. Grades, Anal- und Rektumprolaps.

Mit der äußeren Palpation wird nach schmerzhaften Schwellungen (tiefer Abszess?) gesucht; ebenso nach derben subcutanen Strängen (Analfistel?). Karzinomverdächtig sind indolente Partien, aber auch derbe Marisken.

Ad 3: Digitale Untersuchung inkl. Prostata

Der mit einem Gleitmittel befeuchtete Finger tastet nach Veränderungen im Analkanal – vor allem der Linea dentata – und in der Ampulla recti, da dieser Bereich endoskopisch nicht immer leicht einzusehen ist. Beim Mann sollte die Beurteilung der Prostata nicht fehlen (Abb. 4 a, b).

Der palpierende Finger prüft nicht nur Tonus und Funktion der Schließmuskulatur, sondern fahndet auch nach intramuralen Tumoren und Läsionen. Sphinkterdefekte lassen sich so sehr rasch auch ohne instrumentelle Untersuchungen lokalisieren. Tiefsitzende Rektumkarzinome sind digital nachweisbar, aber auch chronische Analfissuren mit induriertem Rand. Hämorrhoiden sind dagegen nicht tastbar, da diese bei der Untersuchung „ausgedrückt“ werden – sie seien denn thrombosiert.

Ad 4: Rekto(sigmoideos)kopie

Jede proktologische Symptomatik – ob Brennen, Jucken oder Blut – zwingt zur Besichtigung der Ampulle. Ambulant gelingt dies korrekt bei mehr als der Hälfte der Pa-

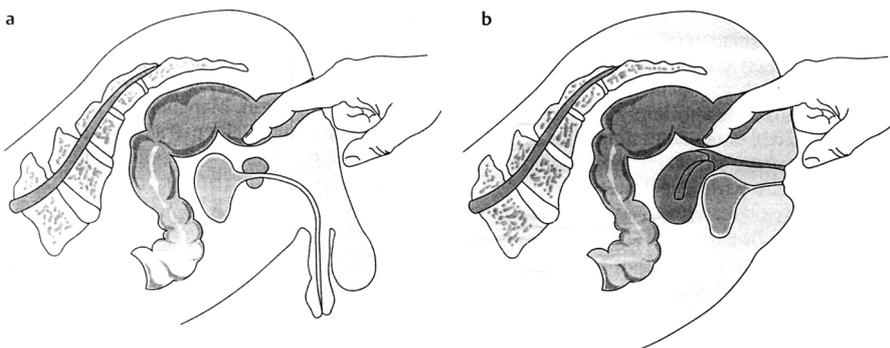


Abb. 4 a, b Schematische Darstellung der digitalen und rektalen Untersuchungstechnik. **a** Untersuchung des Mannes mit Palpation der Prostata. **b** Untersuchung der Frau mit Palpation des Uterus: Portio, Cervix uteri. (Aus: „Proktologie“, Winkler / Otto, Seite 34 [8])

Richtige Analhygiene

Nach jedem Stuhlgang sollte man den After feucht reinigen! Zu Hause bietet hierfür ein Bidet, aber auch eine Einsatzschale (Dublo-Einsatz-bidet) die besten Voraussetzungen – am schonensten mit lauwarmem Wasser und der eigenen Hand. Seife oder gar desinfizierende Zusätze sind überflüssig, eher schädlich. Anschließend den After mit weichem Toilettenpapier trockentupfen, keinesfalls trockenreiben. Bei besonders empfindlicher Afterhaut empfiehlt sich das Trocknen mit einem Föhn. Ohne Bidet hilft eine Afterdusche oder ein gut getränkter, weicher Waschlappen.

Am Arbeitsplatz und auf Reisen empfehlen wir

- vor dem Toilettengang eines von zwei Zellstoff-Taschentüchern unter einem Wasserhahn anfeuchten,
- nach dem Stuhlgang „Gros säubern“ mit dem vorhandenen Toilettenpapier; danach „Schlussreinigung“ mit dem feuchten Zellstoff-Tuch,
- mit dem zweiten, trockenen Tuch den After wieder trockentupfen.

Handelsübliche Feuchttücher empfehlen wir wegen des Allergierisikos grundsätzlich nicht.



Körpergerechtes Stuhlverhalten

Für den aufrechten Gang ist das Bindegewebe, vor allem des Beckenbodens und des Enddarmes bei uns Menschen oft zu schwach ausgebildet. Deshalb ist u.a. das Hämorrhoidalleiden so verbreitet. Aber auch eine nachlassende Stuhlkontrolle (Inkontinenz) hat hier häufig ihre wesentliche Ursache – oft verstärkt durch jahrelanges Fehlverhalten auf der Toilette. Eine körpergerechte Stuhlentleerung kann Hämorrhoidalleiden und Inkontinenz vielleicht nicht immer verhindern, aber sicher jedoch hintanhaltend. Dagegen lässt sich schwaches Bindegewebe weder durch Massagen noch durch Gymnastik oder Medikamente verstärken.

Voraussetzung für einen optimalen Stuhlgang ist immer eine ballastreiche Ernährung zusammen mit viel Flüssigkeit. Prinzipiell ist ein gut geformter Stuhl für den Schließmuskel und den After besser als ein zu weicher. Ein dauernd breiiger Stuhl lässt den Schließmuskel „schrumpfen“ und fördert die Hämorrhoidenbildung. Aber auch Pressen bei festem Stuhl ist schlecht; höchstens ein kurzes, kräftiges „Anschieben“ ist erlaubt.

Gefährlicher noch ist das sogenannte Nachpressen!

Abb. 5. Patienteninformationen zur Analhygiene aus dem Enddarmzentrum Mannheim

tienten bei der ersten Konsultation – ohne Vorbereitung. Reinigungsklystiere reizen die Rektumschleimhaut und können damit zur Fehldiagnose einer Proktitis führen. Enthalten Rektum und Sigma noch Stuhl, genügt in der Regel ein laxierendes Suppositorium. Einzelne Stuhlreste sind mit langen Wattetupfern leicht zu entfernen.

Dann wird das mit einem Gleitmittel versehene Rektoskop durch den Analkanal geschoben und nach Entfernung des Obturators unter Kontrolle des Auges den Darmwindungen entlang nach oben geführt. Die vollständige Gerätelänge von 30 cm lässt sich aufgrund der Knickbildung des rektosigmoidalen Übergangs (bei 14–16 cm ab ano) oft nicht ausnutzen. Zur Passage von Stenosen gibt es dünnkalibrige Instrumente.

Ad 5: Proktoskopie und ggf. Analspekulumuntersuchung

Proktoskope gibt es in zwei Ausführungen: einmal das so genannte Fensterproktoskop mit seitlicher Öffnung bei geschlossener Spitze (Proktoskop nach Blond) zur Injektionsbehandlung, zum anderen das Proktoskop mit vorderer Öffnung zur Ligaturbehandlung. Bei der Proktoskopie werden vor allem der anorektale Übergang, die sog. Hämorrhoidalebene beurteilt. Sie sollte immer nach der Rektoskopie durchgeführt werden, da unter diesen Bedingungen das Rektum bereits entfaltet ist.

Die Proktoskopie klärt die Frage nach Hämorrhoiden und einem inneren Rektum-Mukosa-Prolaps.

Das Spreizspekulum verbessert die Übersicht im analen Kanal erheblich, etwa bei der Beurteilung chronischer Analfissuren oder beim Nachweis bzw. Ausschluss eines (blinden) Fistelleidens.

Ad 6: Test auf okkultes Blut im Stuhl

Der Einsatz des fäkalen okkulten Bluttests stellt eine geeignete Screeningmaßnahme für ein kolorektales Karzinom mit einer Senkung der KRK – bedingten Mortalität um 23 % bei regelmäßiger Testdurchführung dar.

Es empfiehlt sich, drei Teststreifen mit je 2 Auftragsstellen von drei aufeinander folgenden Stuhlgängen auf okkultes Blut zu testen. Da zwei Drittel aller Karzine im Verlauf einer Woche bluten, wird die wiederholte Testung zur zuverlässigen Erkenntnis von KRK führen. Die jährliche Testung ist der zweijährigen in Bezug auf die Reduktion der Mortalität überlegen.

Bei Nachweis einer okkulten Blutung (dabei genügt ein positives Testergebnis) ist eine totale Koloskopie obligat; eine Testwiederholung muss als Kunstfehler angesehen werden.

Bestehen nach Abschluss der vorgenannten Untersuchungen noch diagnostische Unklarheiten, muss die Basisdiagnostik gezielt durch weitere Untersuchungen (z. B. Koloskopie, Endosonographie, Röntgenuntersuchungen) ergänzt werden.

Patientengespräch

Die proktologische Untersuchung endet mit einem ausführlichen Gespräch. Der Patient wird über die erhobenen Befunde informiert. Darüber hinaus gilt das Gespräch als integrativer Bestandteil der konservativen proktologischen Therapie, wobei der Patient über wichtige Bereiche der allgemeinen Lebensführung wie Ernährung, „Analhygiene“ und Stuhlverhalten informiert werden sollte (Abb. 5).

Literatur

1. Brühl W et al (2002) Aktuelle Proktologie. 1. Aufl. UNI-MED-Verlag, Bremen, S 56
2. Buchmann P (2002) Lehrbuch der Proktologie. 4. Aufl. Hans Huber, Bern, S 26–29
3. Kirsch JJ (1998) Initiativen zur Aufnahme der Koloproktologie in die Weiterbildungsordnung. Coloproctology 3: S 171
4. Neiger A (1987) Atlas der praktischen Proktologie. Hans Huber, Bern, S 13–22
5. Raulff F (1992) Praxishandbuch – Diagnose und Therapie proktologischer Erkrankungen. Dr. Kade Pharmazeutische Fabrik GmbH, Berlin, S 7–23
6. Reinhard F, Kirsch JJ (2003) Hämorrhiden und der kranke Enddarm. Kohlhammer, Stuttgart, S 31–32
7. Schmiegel W et al (2000) Prävention und Früherkennung in der asymptomatischen Bevölkerung – Vorsorge bei Risikogruppen. Deutsches Ärzteblatt 97(34–35): 2235
8. Winkler R, Otto P (1997) Proktologie. Thieme, Stuttgart, S 31–37