

Wenn der Po  
Hilfe braucht

»Aber zugleich plagten ihn die Hämorrhoiden,  
bei denen der von ihnen ausgehende Schmerz den König  
zu steifer und ständig aufrechter Haltung zwang,  
was jedoch harmonisch mit der Würde seiner Auftritte  
korrespondierte.«

Uwe Schultz  
über Ludwig den XIV. in *Der Herrscher von Versailles*

Priv.-Doz. Dr. med. Peter C. Ambe

# WENN DER PO HILFE BRAUCHT

Expertenrat bei Beschwerden  
in der Tabuzone

**südwest**



# Inhalt

<b>Vorwort</b>	<b>10</b>
<b>Einführung</b>	<b>11</b>
<b>Die Proktologie</b>	<b>17</b>
<b>Wie erwirbt man die Zusatzbezeichnung Proktologie?</b>	<b>18</b>
<b>Wie läuft eine proktologische Sprechstunde ab?</b>	<b>20</b>
Die Erstuntersuchung	22
Rektoskopie	24
Weitere Untersuchungen	25
Schlussbesprechung	26
<b>Wenn der Po schmerzt</b>	<b>27</b>
<b>Alarmzeichen in der Tabuzone</b>	<b>28</b>
Deutliches rsachen	31
<b>Analfissur – ein schmerzhafter Riss</b>	<b>33</b>
<b>Der typische Verlauf</b>	<b>35</b>
<b>Behandlungsmöglichkeiten: Was kann man machen?</b>	<b>36</b>
<b>Hämorrhoiden – geschwollene Gefäßkissen</b>	<b>39</b>
<b>Ursachen von Hämorrhoiden</b>	<b>40</b>
<b>Wie sich Hämorrhoiden bemerkbar machen</b>	<b>42</b>
Vier Schweregrade	43
Inkontinenz als mögliche Folge	44
<b>Untersuchung und Diagnosstellung</b>	<b>45</b>
<b>Behandlungsmöglichkeiten: Was kann man machen?</b>	<b>46</b>
Veröden	46
Gummibandligatur	47
Laserbehandlung und Salben	47
Chirurgische Eingriffe	48
»Po-Lifting«	48

<b>Verstopfung – wenn die Darmentleerung nicht klappt</b>	<b>51</b>
<b>Akute Verstopfung</b>	<b>52</b>
<b>Chronische Verstopfung</b>	<b>53</b>
Die Rom-III-Kriterien	54
<b>Ursachen der chronischen Verstopfung</b>	<b>55</b>
Primär funktionelle Ursachen	56
<b>Untersuchung und Diagnosestellung</b>	<b>57</b>
Röntgenbilder	59
Hinton-Test	60
Defäkografie	61
<b>Behandlungsmöglichkeiten: Was kann man machen?</b>	<b>61</b>
<b>Inkontinenz – wenn der Po nicht dicht hält</b>	<b>63</b>
<b>Die Stuhlinkontinenz</b>	<b>64</b>
Grad-I-Inkontinenz	64
Grad-II-Inkontinenz	65
Grad-III-Inkontinenz	65
<b>Alltag mit Inkontinenz – ein Spießbrutenlauf</b>	<b>65</b>
Not macht erfinderisch	66
Handeln statt verdrängen	67
<b>Untersuchung und Diagnosestellung</b>	<b>68</b>
Analmanometrie	69
Analendosonografie	70
<b>Behandlungsmöglichkeiten: Was kann man machen?</b>	<b>71</b>
Konservative Therapien	72
Sphincter Repair – Reparatur des Schließmuskels	72
Nervenstimulation – die Schrittmachertherapie	73
Künstlicher Schließmuskel	75
Grazilisplastik	76
Künstlicher Darmausgang	77

<b>Prolaps – Hilfe, mir fällt was aus dem Po!</b>	<b>79</b>
<b>Was ist ein Darmvorfall?</b>	<b>80</b>
<b>Behandlungsmöglichkeiten: Was kann man machen?</b>	<b>81</b>
Transanale Operation	82
Transabdominelle Operation	82
<b>Polypen, Hämorrhoiden und perianale Venenthrombosen</b>	<b>83</b>
Wie entstehen perianale Venenthrombosen?	84
Ein Problem, das sich von selbst löst	85
<b>Stoma – ein künstlicher Ausgang für den Darm</b>	<b>87</b>
<b>Die Entstehungsgeschichte des Stomas</b>	<b>88</b>
<b>Stomapflege und Stomatherapeuten</b>	<b>90</b>
Rundumbetreuung	91
<b>Stomaarten</b>	<b>91</b>
Dünndarmstoma	91
Dickdarmstoma	93
Endständiges Stoma	94
Doppelläufiges Stoma	94
<b>Wer braucht einen künstlichen Darmausgang?</b>	<b>95</b>
Wenn ein dauerhaftes Stoma notwendig ist	97
Weitere Anlässe zum Anlegen eines Stomas	97
<b>So wird der künstliche Darmausgang zum Erfolg</b>	<b>98</b>
Umfassende Informationen	99
Mögliche Komplikationen	100
<b>Fisteln – ein verhängnisvoller Weg aus dem Darm</b>	<b>101</b>
<b>Fistelarten</b>	<b>102</b>
<b>Wie entstehen Fisteln?</b>	<b>103</b>
Wie machen sich Fisteln bemerkbar?	104
<b>Behandlungsmöglichkeiten: Was kann man machen?</b>	<b>104</b>
Die Standardmethode	105

<b>Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED)</b>	<b>107</b>
<b>Sind CED Autoimmunerkrankungen?</b>	<b>108</b>
Eine Art Zivilisationskrankheit	110
<b>Morbus Crohn</b>	<b>110</b>
Stenosierender und fistulierender Morbus Crohn	111
<b>Colitis ulcerosa</b>	<b>113</b>
Colitis indeterminata	114
<b>Symptome bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen</b>	<b>114</b>
Beschwerden im Magen-Darm-Bereich	115
Fisteln und Abszesse	115
Allgemeine Erschöpfung	115
Entwicklungsstörungen	116
Untypische Symptome	116
<b>Untersuchung und Diagnosestellung</b>	<b>116</b>
<b>Behandlungsmöglichkeiten: Was kann man machen?</b>	<b>118</b>
Medikamentöse und chirurgische Therapien	118
<b>Dickdarmentfernung – eine Option?</b>	<b>120</b>
Was passiert, wenn der Dickdarm entfernt wird?	120
Mögliche Folgen	121
Kontinente Ileostomie nach Kock	122
<b>Chirurgische Behandlung von CED</b>	<b>122</b>
Eingriffe bei Morbus Crohn	123
Notfallchirurgie bei Colitis ucerosa	124
Geplante Operationen bei Colitis ulcerosa	125
Standardoperation bei Colitis Ulcerosa	125
Weitere Operationsfelder	126
<b>Perianale Abszesse</b>	<b>127</b>
<b>Wie entsteht ein perianaler Abszess?</b>	<b>128</b>
<b>Behandlungsmöglichkeiten: Was kann man machen?</b>	<b>129</b>

<b>Geschlechtskrankheiten</b>	<b>131</b>
<b>Die häufigsten Beschwerden</b>	<b>132</b>
Feig- und Feuchtwarzen	133
<b>Syphilis</b>	<b>134</b>
Operative Behandlung von Feigwarzen	135
<b>Fremdkörper im Enddarm</b>	<b>137</b>
<b>Kriminelle Nutzung des Analkanals</b>	<b>138</b>
<b>Sexuell motivierte Nutzung</b>	<b>139</b>
Gefährliches Spielzeug	139
Versicherungsrechtliche Aspekte	141
Ein Juckreiz mit Folgen	142
Da war doch noch was mit einer Frucht ...	144
<b>Darmkrebsvorsorge</b>	<b>145</b>
<b>Risikofaktoren für die Entstehung von Darmkrebs</b>	<b>146</b>
<b>Entstehung von Darmkrebs</b>	<b>148</b>
<b>Die Darmspiegelung</b>	<b>149</b>
Frühe Vorsorge ist wichtig	149
<b>Andere Methoden der Darmkrebsvorsorge</b>	<b>150</b>
Test auf Blut im Stuhl	151
Test auf Krebsmarker	152
Radiologische Untersuchungen	153
Am besten die sicherste Methode	154
<b>Proktologische Beschwerden in der Schwangerschaft</b>	<b>155</b>
<b>Verstopfung in der Schwangerschaft</b>	<b>157</b>
Das Zusammenspiel der Hormone	158
Reduzierte Darmtätigkeit durch Progesteron	159
Behandlung	160
<b>Hämorrhoidalleiden in der Schwangerschaft</b>	<b>161</b>
Wie kommt es dazu?	161

Untersuchung und Diagnosestellung	162
Behandlung	163
Der richtige Zeitpunkt, das beste Verfahren	164
<b>Perianale Venenthrombose</b>	<b>165</b>
Diagnose und Behandlung	166
<b>Dammriss</b>	<b>167</b>
Diagnose, Behandlung und Nachsorge	168
<b>Die Scheu vor dem Proktologen</b>	<b>171</b>
<b>Fragen und Antworten</b>	<b>172</b>
<b>Eine Internet-Umfrage</b>	<b>172</b>
Hemmungen, zum Proktologen zu gehen	173
Gründe für das Schamgefühl	173
Was Patienten bewegt	177
Risiken und Komplikationen	181
<b>Anhang</b>	<b>183</b>
<b>Dank</b>	<b>184</b>
<b>Glossar – Begriffserklärungen</b>	<b>186</b>
<b>Ausgewählte Literatur</b>	<b>190</b>
<b>Impressum</b>	<b>192</b>
<b>Bildnachweis</b>	<b>192</b>

# Vorwort

Während meiner beruflichen Tätigkeit konnte ich sehr viel Erfahrung mit verschiedenen Krankheiten sammeln, und nach meiner Spezialisierung im Bereich »Koloproktologie« habe ich ein großes Vertrauensverhältnis zu Patienten mit proktologischen Krankheitsbildern aufgebaut. Wer wie ich in diesem Bereich arbeitet, lernt viele Patienten kennen, die nicht nur an den körperlichen Symptomen leiden, sondern auch darunter, dass es nicht genügend öffentliche und leicht erreichbare Informationen über ihr Krankheitsbild gibt. Viele von ihnen wären dankbar gewesen, wenn sie durch ein entsprechendes Aufklärungs- und Informationsangebot die Möglichkeit gehabt hätten, ihr Leiden rechtzeitig zu vermindern und schneller wieder eine bessere Lebensqualität erreichen zu können.

Mit diesem Problem werde ich fast täglich konfrontiert. Oft wäre es für einen Patienten besser gewesen, sich früher um Hilfe zu bemühen. Der Mangel an Informationen über die Krankheit und die Behandlungsmöglichkeiten aber führt dazu, dass viele Patienten sich erst spät mit ihren Problemen an mich, den Spezialisten, wenden.

Deshalb habe ich dieses Buch geschrieben. Mit meiner Erfahrung bei der Behandlung von Patienten, die proktologische Probleme haben, will ich dazu beitragen, diesen Menschen ein Stück weit ihre Sorgen und Ängste zu nehmen. Ich will sie informieren und sie dazu ermuntern, sich im Zweifelsfall einem erfahrenen Arzt anzuvertrauen.

*Priv.-Doz. Dr. Peter Ambe, MHBA*

# Einführung

Alles fing für mich mit einer Frucht an. Sie fragen sich vielleicht, wie es dazu kam, dass nach einem sechsjährigen Medizinstudium eine Frucht den Grundstein für meine medizinische Fachrichtung legte. Das war so:

In meinem ersten Assistenzarztjahr, als ich dachte, alles schon gut zu beherrschen, hatte ich eines Tages ein besonderes Erlebnis. Und dieses Erlebnis brachte mich auf den Gedanken, eine Fachrichtung einzuschlagen, die ich bis dahin nicht auf dem Radar hatte. An jenem verregneten Montag stellte sich ein junger, gut gebauter 47-jähriger Mann mit unbestimmten Beschwerden vor. Interessanterweise wollte dieser Mann nicht mit einer Krankenschwester sprechen. Ein Arzt musste her, und es sollte doch bitte ein Arzt und keine Ärztin sein.

Als ich den Anruf erhielt, dass der besagte Patient in der Notaufnahme warten würde, hatte ich gerade keine Zeit, weil ich mit einem anderen Patienten beschäftigt war. Als ich schließlich in die Ambulanz kam, wartete der junge Mann stehend auf mich. Ich bat ihn aus Höflichkeit, Platz zu nehmen. Das wollte er auf keinen Fall und bat mich um ein Gespräch unter vier Augen. Als wir allein im Behandlungszimmer waren, wollte er weiterhin stehen. Ich fragte ihn, ob er Schmerzen habe, was er sofort bejahte. Wo genau es ihm denn wehtue? Er zeigte zögernd auf seinen Rücken. Zuerst dachte ich an Rückenschmerzen und wollte seinen Rücken untersuchen, aber er schüttelte den Kopf. Er sagte: »Nicht da«, und deutete mit dem Finger in Richtung Po. Okay, nun wusste ich: Die Schmerzen befanden sich in oder an seinem Po. Ich fragte genauer nach und er gab an, dass er in seinem Po Schmerzen habe. Im Geist ging ich typische Beschwerden durch. Als Erstes dachte ich an Hämorrhoiden.

»Gut«, sagte ich, »dann ziehen Sie mal die Hose aus, damit ich mir das anschauen kann.« Der Patient zögerte; ich merkte, dass es ihm sehr unangenehm war – was keine ungewöhnliche Reaktion ist, wenn es um das Freimachen der intimen Bereiche geht. Also versuchte ich, mit ein bisschen Small Talk das Eis zu brechen. Ich fragte ihn, was er beruflich machen würde, und er erzählte, dass er vor ein paar Monaten seinen Job verloren habe und jetzt auf der Suche nach etwas Neuem sei. Er fragte mich, wie lange ich schon im Beruf sei, woraufhin ich ihm sagte, dass ich zwar frisch von der Uni käme und mich im ersten Assistenzarztjahr befinde, er sich aber keine Sorge machen müsse, denn schließlich habe ich schon viel gesehen und würde meine Bücher auswendig kennen. Das fand er lustig und die Atmosphäre entspannte sich deutlich. Trotzdem bat er mich, mit einem erfahreneren Arzt sprechen zu können.

Da sich der Oberarzt aber in einer Operation befand, musste ich ihm sagen, dass er sich in diesem Fall noch einige Zeit gedulden müsse. Daraufhin stimmte er doch zu, dass ich die Untersuchung durchführen könne, und er offenbarte mir, dass er sich einen Fremdkörper eingeführt habe. Ich war überrascht und fragte nach, wo sich der Fremdkörper exakt befände, denn so etwas war mir nun doch noch nicht untergekommen. Er zeigte ganz verlegen auf seinen Po. Ich hakte wieder nach: Ob er sich einen Fremdkörper in den Anus eingeführt habe? Er nickte und die Röte stieg ihm ins Gesicht. Vor mir stand also ein gestandener Mittvierziger, gut gebaut und gut aussehend, der sich einen Fremdkörper in den Hintern geschoben hatte, wo er sich offensichtlich noch befand und Schmerzen verursachte. Das verlangte nach weiteren Fragen: Was ist das für ein Gegenstand? Welche physikalische Eigenschaft hat er: spitz, stumpf, scharf, kantig? Wie lange befindet sich der Gegenstand schon im Po? Wurde er mit oder ohne Hilfe eingeführt, mit oder

ohne Gleitmittel? Hat es dabei wehgetan? Ist dabei oder danach etwas rausgekommen? Hat es geblutet? Ist irgendetwas noch zusätzlich hineingekommen? ... Diese Fragen kamen wie aus der Pistole geschossen, was den Patienten heillos überforderte. Also wiederholte ich sie langsam. Als Erstes erfuhr ich, dass es sich um eine Frucht handelt. Okay, sagte ich, und um was für eine Frucht? Aber der Patient wusste in diesem Moment nicht mal mehr, wie das Ding heißt. Die Scham, die Peinlichkeit der Situation und die Schmerzen hatten ihn in eine Art retrograde Amnesie versetzt, er war in einem Zustand des kurzfristigen Gedächtnisverlustes. Er wusste zwar nicht mehr, wie die Frucht heißt, aber er hatte sie im Supermarkt gekauft und sich selbst hineingeführt. Allein. Und auf die wichtigste Frage, wann das war, sagte er: »Vor zwei Tagen.« – »Am Freitagabend«, präzisierte er. Ich musste mit den Fingern zählen: Freitagabend, Samstagabend, Sonntagabend. Und ich dachte nur: Oh mein Gott, jetzt ist Holland in Not.

Ich bat den Patienten, sich hinzulegen, und erklärte ihm, dass ich ihn untersuchen würde. Zuerst habe ich den Bauch abgetastet; er war ein bisschen gebläht, aber nicht schmerzempfindlich. Dann bat ich den Patienten, sich auf die linke Seite zu drehen, damit ich seinen After abtasten konnte. Nun erklärte ich ihm, dass ich jemanden für die Untersuchung dazuholen müsse, der mir bei der Untersuchung hilft, woraufhin er panisch fragte, ob es einen Pfleger in der Nähe gäbe. Er wollte auf keinen Fall, dass eine Frau dazukommt. Bedauerlicherweise hatten wir nur Schwestern im Dienst, aber ich bot ihm an, dass ich eine Decke über ihn lege, sodass er nicht so entblößt daläge. Er überwand sich zu einem Einverständnis. Also rief ich eine Schwester in das Untersuchungszimmer. Dann kam Vaseline ins Spiel, viel Vaseline, denn ein alter Spruch unter Proktologen lautet: »Wer gut schmiert, fährt gut.«

Mit dem kleinen Finger tastete ich einen Weg voran. Schnell gelangte ich über den unter Spannung stehenden Schließmuskel in den Analgang, wo sich knapp oberhalb des Schließmuskels ein Fremdkörper ertasten ließ. Mit dem kleinen Finger konnte ich keinen ausreichenden Tasteindruck gewinnen; ich erklärte dem Patienten, dass ich den Zeigefinger verwenden müsste. Das schien mir kein Problem, denn schließlich war das, was ich dort erfühlt hatte, deutlich größer als mein Finger. Trotzdem schaute mich der Patient erschrocken und skeptisch an, bevor er zustimmte. Erneut stieß ich gegen den Fremdkörper, den ich immer noch nicht identifizieren konnte. Ich versuchte, mit dem Finger den Gegenstand zu umfahren. Dabei hatte ich das Gefühl, etwas Kreisrundes zu ertasten. Mir kam der Gedanke, dass ich mit zwei Fingern den Gegenstand fassen und dann herausziehen könnte. Also erklärte ich dem Patienten, dass ich diesen Versuch unternehmen würde. Im ersten Augenblick riss er erschrocken die Augen weit auf, nickte dann aber und stimmte resigniert zu. Ich führte vorsichtig zwei Finger ein, und in diesem Augenblick schrie der Patient auf. So kam ich also nicht weiter. Nun bot ich dem Patienten an, ihn in einer kurzen Narkose zu untersuchen und dabei den Fremdkörper zu entfernen. Er stimmte zu und wurde von der Schwester zur Operation vorbereitet.

Wie hat er sich geschämt! Er musste sich umziehen, die OP-Kleidung anziehen, und dann kam auch noch eine Anästhesistin zur Aufklärung über die Narkose. Ich erklärte ihm, wie ich den Eingriff durchführen wollte. Der Schließmuskel, so hoffte ich, würde sich durch die Narkose entspannen und ich könnte den Fremdkörper im besten Fall herausziehen. Allerdings musste ich den Patienten auch über den schlimmsten Fall aufklären: dass der Bauch aufgeschnitten, der Darm geöffnet und vorübergehend ein künstlicher Darmausgang angelegt werden müsste.

Der Patient war so überfordert und verängstigt, dass es noch ein langes Gespräch gebraucht hat, bis er der Narkose und der Operation schließlich zustimmte. Doch es gab keine Alternative, und er sah das irgendwann auch ein. In der Untersuchung während der Narkose fanden wir dann das Unfassbare. Was das war, verrate ich Ihnen später.

Das war die Erfahrung, die den Grundstein für meine Karriere gelegt hat. Nach einem umfangreichen und eingehenden Studium war ich in der medizinischen Praxis angekommen und hatte eine Ahnung davon bekommen, welche komplexe Auswirkungen eine kleine Handlung haben kann. Von da an habe ich mich intensiv dem Bereich gewidmet, den man in der Fachsprache »Proktologie« nennt.

# Die Proktologie



Haben Sie schon einmal den Fachbegriff »Proktologie« gehört? Die Proktologie ist eine Fachrichtung, die sich mit Enddarm- und Analerkrankungen beschäftigt. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle wird die Proktologie von Viszeralchirurgen (Bauch- und Eingeweidechirurgen) praktiziert. Eine weitere Fachrichtung, die sich mit der Ausübung der Proktologie beschäftigt, ist die Gastroenterologie (Internisten mit Spezialisierung für Magen-Darm-Krankheiten). Aber auch alle anderen Fachärzte können die Qualifikation für die Proktologie erwerben, denn sie ist keine eigenständige Facharztqualifikation, sondern bezeichnet lediglich eine zusätzliche Spezialisierung. Da jeder Arzt nach der Approbation ohne wesentliche Einschränkung Medizin praktizieren darf, kann die Bezeichnung »Proktologe« beziehungsweise »Proktologin« von jedem Facharzt erworben werden.

## Wie erwirbt man die Zusatzbezeichnung Proktologie?

Damit Sie einen Eindruck davon bekommen, was hinter dieser Bezeichnung steckt, welche theoretischen und praktischen Erfahrungen ein Arzt sammelt und welche Prüfungen er absolvieren muss, gebe ich Ihnen hier einen kleinen Überblick über die Ausbildung zum Proktologen.

Die Ausbildung dauert in der Regel zwölf Monate. Als Facharzt kann man diese Zusatzqualifikation erwerben, wenn man eine Mindestanzahl proktologischer Eingriffe unter Anleitung und auch selbstständig durchgeführt hat. Das sind Eingriffe, die im Rahmen der Behandlung von Hämorrhoiden, von Abszessen und Geschlechtskrankheiten, von chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen im Po-Bereich sowie von Erkrankungen des Enddarms wie eines Prolapses (Darmvorfall; was das ist, erkläre ich

Ihnen im Kapitel »Prolaps – Hilfe, mir fällt was aus dem Po«, Seite 79) und auch bei Enddarm- und Mastdarmkrebs durchgeführt werden. Zusätzlich stehen eine Mindestanzahl an Untersuchungen im Pflichtenheft, vor allem Enddarm- und Dickdarmspiegelungen. Die Enddarmspiegelung heißt in der Fachsprache »Rektoskopie«.

Darüber hinaus muss man Ultraschalluntersuchungen, die sogenannte Endosonografie des Enddarms – auch »Mastdarm« genannt – durchgeführt haben und darin eine gewisse Expertise vorweisen können. Diese Eingriffe und Untersuchungen werden während der Ausbildung in einem Logbuch beziehungsweise Operationskatalog festgehalten und vom ausbildenden Proktologen kontrolliert und unterschrieben.

Hat man diese Voraussetzungen erfüllt, kann man sich für die Prüfung anmelden. Dafür braucht man eine Bescheinigung von seinem Ausbilder, dass man die Befähigung zum selbstständigen Ausüben der Proktologie hat. Die Zulassung zur Prüfung erfolgt durch die zuständige Ärztekammer, die Prüfung selbst durch zwei erfahrene Proktologen. Diese Kollegen prüfen das Wissen des angehenden Proktologen, indem ganz reale Krankheitsbilder und medizinische Szenarien durchgespielt werden. Wenn man diese Prüfung bestanden hat, darf man die Zusatzbezeichnung »Proktologie« führen beziehungsweise sich »Proktologe« oder »Proktologin« nennen, proktologische Eingriffe durchführen und mit entsprechender Genehmigung der Ärztekammer angehende Proktologen ausbilden. Aber – das hatte ich bereits erwähnt – Ärzte dürfen auch ohne diese Zusatzqualifikation proktologische Eingriffe durchführen.

Im angloamerikanischen Raum (zum Beispiel in den USA und in England) wird die Proktologie als Bestandteil der Darmchirurgie