

15 Proktologische Probleme in der Schwangerschaft

Horst Loch

15.1 Einleitung

Proktologische Probleme in der Schwangerschaft sind häufig. Die Zahlenangaben schwanken zwischen 45 und 68 %. Validierte Prävalenzstudien liegen jedoch nicht vor. Verschiedene physiologische Veränderungen des mütterlichen Organismus, hormonelle, metabolische, immunologische, kardiozirkulatorische und die Größenzunahme des Uterus haben Auswirkungen, die das Auftreten von proktologischen Erkrankungen begünstigen. Das ansteigende Körpergewicht führt zu einer Minderbeweglichkeit und verstärkt die Obstipationsneigung. Gleiches bewirkt die oft notwendige Einnahme von Eisenpräparaten.

Bei der Behandlung proktologischer Erkrankungen in der Schwangerschaft sind zwei Besonderheiten zu beachten: Zum einen bestehen Kontraindikationen für gewisse Medikamente und Maßnahmen, zum anderen sind Schwangere sehr besorgt, dass Medikamente schädlich sein könnten für das ungeborene Kind. Diese Sorge beruht u. a. auch darauf, dass in den Packungsbeilagen fast aller Medikamente vor der Einnahme in der Schwangerschaft gewarnt wird. Dieser Hinweis bedeutet aber nicht immer eine ernstzunehmende Warnung vor einem entwicklungsstoxischen Risiko.

In den meisten Fällen können proktologische Erkrankungen in der Schwangerschaft diagnostiziert werden mittels der Basisuntersuchung, der Anamnese, der Inspektion, der Palpation, der Proktoskopie und der Rektoskopie. Für eine Koloskopie sollte die Indikation streng gestellt werden. Dabei sind in jedem Fall eine Hypoxie und Hypotonie bei der Schwangeren zu vermeiden. Als Sedativum ist am besten Diprivan geeignet.

Zur Bildgebung ist die Sonographie Methode der ersten Wahl. Eine MRT-Untersuchung wird nur in sehr seltenen Fällen indiziert sein.

15.2 Hämorrhoiden

Während der Schwangerschaft treten Hämorrhoidalbeschwerden oft erstmals in Erscheinung. In zwei Drittel aller Fälle handelt es sich um eine Erstmanifestation. Meist liegen Hämorrhoiden 1.–2. Grades vor, seltener fortgeschrittene Stadien. Therapieziel ist die Beseitigung der Symptome und Beschwerden. Die häufigsten Symptome sind Blutungen, Juckreiz, Nässen, Druck und in fortgeschrittenen Fällen Prolaps mit Störung der Feinkontinenz.

Die Behandlung ist primär konservativ mittels der Basisbehandlung wie Stuhlregulation im Sinne eines wohlgeformten Stuhlgangs. Es wird eine ballaststoffreiche Kost empfohlen, eine Trinkmenge von ca. 2 Litern, ggf. Quellstoffe, wie Flohsamen-

schalen und Leinsamen, und Ballaststoffe, wie Weizenkleie. Eine sorgfältige Analhygiene mit Wasser ist angeraten. Langes Sitzen auf der Toilette und starkes Pressen sind zu vermeiden. Alle gängigen Proktologika, bei Bedarf auch kortisonhaltige, können verabreicht werden. Ein möglichst konservatives Vorgehen gilt auch für thromboisierte Hämorrhoiden.

Die Indikation zur Sklerosierung und Gummibandligatur ist zurückhaltend zu stellen in Abwägung des Risikos möglicher Komplikationen.

Operatives Vorgehen ist nur angezeigt bei schweren Blutungen und in besonderen Ausnahmefällen.

Postpartal bildet sich die überwiegende Mehrzahl der Hämorrhoiden innerhalb von zwei Monaten zurück. Danach verbleibende Hämorrhoidalbeschwerden sollten dann symptom- und stadiengerecht behandelt werden.

15.3 Perianale Thrombose

Etwa 20 % aller Schwangeren erkranken v. a. im letzten Trimenon an Perianalthrombosen. Hauptursachen sind der erhöhte Venendruck im Becken und das prolongierte Pressen beim Stuhlgang, v. a. bei Obstipationsneigung. Therapieziel ist die schnelle Schmerzreduktion. Ist die Thrombose nicht mehr ganz frisch und bereits in Rückbildung, sind lokale Kühlung, Antiphlogistika oder Analgetika ausreichend. Diclofenac und Ibuprofen können bis zur 27. SSW einschließlich verabreicht werden, Paracetamol (bis $4 \times 1\text{g}/\text{die}$) bis zum Ende der Schwangerschaft.

Unter dieser Behandlung sind die Patienten in wenigen Tagen schmerzfrei. Die Schwellung persistiert aber und benötigt 2–4 Wochen bis zur Rückbildung.

Gelegentlich kommt es durch Drucknekrose zur Spontanperforation mit Blutung. Das Thrombenmaterial sollte dann manuell entfernt werden.

Bei sehr starken Schmerzen ist die operative Therapie in Lokalanästhesie indiziert als Exzision. Die komplikationsärmere Exzision mit der Diathermieschlinge ist zu bevorzugen. Man sollte zunächst die Schlinge um den Knoten legen und vorsichtig anziehen und dann erst die Lokalanästhesie setzen. So verbleibt eine deutlich kleinere Wunde (Abb. 15.1).

Lokalanästhetika dürfen in der Schwangerschaft zur Infiltrations- und Leitungsanästhesie eingesetzt werden. Dies gilt auch für Präparate mit Adrenalinzusatz. Prilocain ist wegen des vergleichsweise höheren Risikos der Methämoglobinbildung zu meiden.



Abb. 15.1: Abtragung der Analthrombose in Lokalanästhesie mittels Diathermieschlinge (35. SSW).

15.4 Analfissur

Bei der gelegentlich auftretenden Analfissur ist die Schwangerschaftsobstipation die Hauptursache. Symptome sind heftige anale Schmerzen während und nach dem Stuhlgang und die Absonderung von hellrotem Blut.

Therapieziel ist die schnelle Schmerzreduktion, die Beseitigung des hohen Schließmuskeltonus und die Abheilung der Fissur. Therapeutisch zu empfehlen sind stuhlregulierende Maßnahmen, warme Sitzbäder, Analgetika und Antiphlogistika. Für die beiden letzteren gilt das Gleiche wie bereits bei den Hämorrhoiden beschrieben. Des Weiteren können lokal anästhesierende Salben hilfreich sein, die bereits vor dem Stuhlgang appliziert werden sollen und danach nochmals. Wie bei anderen chronischen Fissuren sind Salben mit Glyceroltrinitrat, Nifedipin und Diltiazem erlaubt. Eine Indikation zur Operation ist nur sehr selten gegeben und sollte sehr zurückhaltend gestellt werden.

15.5 Perianale Abszesse und Analfisteln

Perianale Abszesse sind bei schwangeren Frauen selten. Eine Exzision sollte möglichst früh erfolgen, um eine Bakteriämie zu vermeiden. Liegt eine Fistel vor, sollte sie ggf. mit einem Faden drainiert und erst einige Zeit nach der Entbindung operiert werden.

15.6 Marisken

Marisken entstehen bei Frauen meist nach dem 20. Lebensjahr. Dieser Zeitpunkt korreliert häufig mit den Zeiten der Schwangerschaft. Marisken sind meist asymptomatisch und ohne Krankheitswert. In der Schwangerschaft, v. a. im dritten Trimenon, können sie anschwellen und bedürfen dann einer besonderen Pflege. Eine sorgfältige Reinigung des Anus mit Wasser ist angezeigt und die Anwendung von adstringierenden Salben. Postpartal schwellen sie meist schnell wieder ab.

15.7 Condylomata acuminata

Condylomata acuminata sind in der Schwangerschaft aufgrund einer veränderten Immunitätslage meist durch reaktivierte HPV-Infektionen bedingt. Sie treten in diesem Fall vor allem ab der 14. Woche auf, nehmen bis zur 28. Woche an Größe zu, um dann ab der 30.–34. Woche zu regredieren. 80 % bilden sich postpartal spontan zurück. Aufgrund dieses Verlaufs sollte die Indikation zur Therapie vor der 34. Woche sehr zurückhaltend gestellt werden.

Eine eventuelle Therapie sollte in der 35. Woche erfolgen. Über die Indikation und die Art der Therapie muss individuell entschieden werden, abhängig von den Beschwerden, dem Ausmaß des Befunds und dem Narkoserisiko. Die bekannten Lokaltherapeutika (Imiquimod, Podophyllotoxin, Grünteekatechine) sollten wegen unklarer Datenlage nicht verwendet werden. Trichloressigsäure ist zwar nicht systematisch für die Schwangerschaft untersucht, aus theoretischen Erwägungen aber nicht bedenklich, Applikation 1 × pro Woche durch den Arzt vorsichtig in kleinen Mengen, Konzentration der Trichloressigsäure bis 85 %.

Bewährte operative Behandlungsmethoden sind die „wet shave“-Therapie mittels Elektrokoagulation und die Laservaporisation. Bei einer operativen Behandlung in der 35. Woche werden die Wunden zum Zeitpunkt der Geburt im Wesentlichen abgeheilt sein und ein Rezidiv ist in diesem Zeitraum eher nicht zu erwarten. Es besteht ein geringes Risiko für eine perinatale HPV-Infektion des Neugeborenen (Gefahr der Larynxpapillomatose).

Eine Behandlung der Kondylome vor der Geburt ist nicht zwingend geboten.

15.8 Obstipation

An Obstipation leiden etwa 40 % aller Schwangeren. Die Ursachen sind multifaktoriell. Hormonelle Veränderungen bewirken eine Verlängerung der Passagezeit im Darm und eine gesteigerte Resorption von Wasser und Elektrolyten. Dazu kommen veränderte Nahrungsgewohnheiten, eine verminderte Beweglichkeit bei zunehmender Körperfülle und die oft notwendige Einnahme von Eisenpräparaten. Der sich ver-

größernde Uterus kann zu einer mechanischen Beeinträchtigung führen. Eine ballaststoffreiche Kost und eine ausreichende Trinkmenge sind zu empfehlen. Falls diese Empfehlungen nicht erfolgreich sind, können Quellstoffe, wie Flohsamenschalen und Leinsamen, oder Ballaststoffe, wie Weizenkleie, eingesetzt werden. Auch Laktulose und Makrogol sowie Glycerol als Suppositorium gelten als sicher wie auch CO₂-freisetzendes Natriumhydrogenkarbonat. Bisacodyl sollte nur kurzfristig eingesetzt werden. Rizinus (möglicherweise wehenauslösender Effekt) und Paraffine (hemmen die intestinale Resorption fettlöslicher Vitamine) sowie Antrachinonderivate (möglicherweise eine stimulierende Wirkung auf die Uterusmuskulatur) sind zu meiden.

15.9 Kolorektales Karzinom

Das kolorektale Karzinom tritt nur in sehr seltenen Fällen während einer Schwangerschaft auf. In den 50er und 60er lag die Häufigkeit bei 1:50.000 bis 1:100.000, in neuerer Zeit bei 1:13.000. Dies liegt vermutlich daran, dass Frauen inzwischen später schwanger werden. Einige hundert Fälle von kolorektalen Karzinomen sind publiziert. Das mittlere Alter der Schwangeren liegt bei 32 Jahren. Die Diagnose wird meist spät gestellt, da unspezifische Symptome, wie Blutung und Stuhlgangveränderungen, anderen proktologischen Erkrankungen zugeschrieben werden. Die Diagnose wird mittels Koloskopie gestellt. Mit der Diagnosestellung ist auch die Indikation zur Therapie gegeben. Die Art der Therapie wie auch die Prognose hängen vom Tumorstadium ab. Über die Therapie muss individuell und interdisziplinär in Abstimmung mit der Schwangeren entschieden werden. Es ist eine oft schwierige Entscheidung, da es um das Leben und die Gesundheit der Mutter und des ungeborenen Kindes geht. Es ist eine möglichst frühzeitige radikale Tumorentfernung anzustreben. Eine Chemotherapie (nach dem ersten Trimenon) ist auch in der Schwangerschaft möglich, eine Radiatio nicht.

15.10 Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen

Im Allgemeinen ist von einem unkomplizierten Schwangerschaftsverlauf auszugehen, wenn vor der Konzeption eine Remission besteht. Eine floride Erkrankung zu Beginn der Schwangerschaft und schwere Schübe im Verlauf sind mit einem geringeren kindlichen Geburtsgewicht und einer erhöhten Fehlgeburtsrate verbunden.

Das höhere Risiko für Mutter und Kind ist die Krankheitsaktivität der CED, nicht die medikamentöse Therapie. Anzustreben ist daher eine Remission oder eine niedrige Krankheitsaktivität vor und während der Schwangerschaft.

Der Therapeut der CED sollte mit dem Gynäkologen einen Konsens über die Medikation während der Schwangerschaft finden, um eine Verschlimmerung oder einen akuten Schub zu vermeiden.

Methotrexat ist wegen Teratogenität in jedem Fall zu vermeiden. Mesalazin, Probiotika, Budesonid, Azathioprin, 6-Mercaptopurin, Ciclosporin und die älteren TNF-Inhibitoren, wie Infliximab und Adalimumab, gelten als sicher, allerdings führen letztere zu einer Beeinträchtigung der kindlichen Immunität. Deshalb sind 6 Monate bzw. 5 Monate nach der letzten Verabreichung Impfungen mit Lebendimpfstoffen zu vermeiden. Zu Vedolizumab und Ustekinumab ist eine ausreichende Einschätzung der Sicherheit wegen bislang unzureichender Datenlage noch nicht möglich. Bei Prednisolon sollte im ersten Trimenon wegen der Gefahr von Lippen-Gaumenspalten die Dosis von 15 mg/die nicht überschritten werden.

In jedem Fall ist die medikamentöse Therapie der CED von einem sehr erfahrenen Spezialisten vorzunehmen. Viele individuelle Aspekte und Detailfragen sind zu berücksichtigen. Eine sehr sorgfältige Verlaufskontrolle ist notwendig.

15.11 Postpartal

Während und nach der Entbindung kommt es in ca. 10–34 % zum Hämorrhoidalprolaps, zu Analthrombosen und zur gelegentlich sehr ausgeprägten Anschwellung von Marisken durch Thromben- und Ödembildung (Abb. 15.2) und zu Analfissuren, v. a. bei komplizierter Geburt, einer langen Austreibungsphase und hohem Geburtsgewicht des Kindes. Diese Komplikationen lassen sich fast immer konservativ behandeln.



Abb. 15.2: Postpartale perianale Thrombose-
rung und Ödembildung.

Ibuprofen kann auch in der Stillzeit verabreicht werden, Diclofenac ist nur für eine kurzzeitige Behandlung geeignet, da es in geringen Mengen in die Muttermilch übergeht und es nicht zur Kumulation kommen soll.

Fissuren, die unter der Entbindung auftreten, befinden sich fast ausschließlich an der vorderen Kommissur. Fissuren treten immer wieder auch in der frühen Stillzeit auf. Der Stuhlgang ist dann oft sehr fest, weil die Wöchnerinnen sich noch nicht auf die notwendige erhöhte Trinkmenge von ca. 3 Liter eingestellt haben. Diese Fissuren befinden sich meist an der hinteren Kommissur. Die Therapie der Fissur ist die gleiche wie in der Schwangerschaft.

15.12 Wichtige Grundsätze

Zur Vorbeugung von proktologischen Erkrankungen in der Schwangerschaft sollten bei Frauen im gebärfähigen Alter evtl. vorher bestehende proktologische Erkrankungen, wie z. B. Hämorrhoiden, sorgfältig behandelt werden.

Während der Gravidität und im Wochenbett ist v. a. auf eine sorgfältige Stuhlregulation zu achten. Bei proktologischen Beschwerden sollte frühzeitig ein erfahrener Proktologe konsultiert werden, der auch sichere Kenntnisse über den Einsatz von Medikamenten in der Schwangerschaft und im Wochenbett hat.

In den allermeisten Fällen ist eine konservative Behandlung ausreichend.

Beim Thema Medikamente in der Schwangerschaft sind viele Ärzte verunsichert. Sowohl in der roten Liste wie auch auf den Beipackzetteln der Arzneimittel finden sich keine ausreichenden Informationen. Es gibt einige Beratungsstellen, die bei Fragestellungen zur medikamentösen Therapie konsultiert werden können, wie z. B. Embryotox-Beratungsstelle für Embryonaltoxikologie an der Charité in Berlin (www.embryotox.de).

Weiterführende Literatur

- Abramowitz L, Battalan A. Epidemiology of anal lesions (fissure and thrombosed external hemorrhoids) during pregnancy and post-partum. *Gynecol Obstet Fertil.* 2003;31(6):546-9.
- Bussen S, Herold A, Schmittner M, Krammer H, Bussen D. Koloproktologische Erkrankungen in der Schwangerschaft und dem Wochenbett. *Geburtsh Frauenheilk.* 2008;68:1-5.
- Loch H. Proktologische Probleme in der Schwangerschaft und im Wochenbett. In: *Proktologische Probleme in der Schwangerschaft und postpartal.* Berlin Heidelberg: Springer; 2014.
- Schäfer C, Spielmann H, Vetter K, Weber-Schöndörfer C, Hrsg. *Arzneimittel in Schwangerschaft und Stillzeit.* 8. Aufl. München: Urban & Fischer; 2011.
- Gross GE, Werner RN, Becker JC, et al. S2k-Leitlinie: HPV-assoziierte Läsionen der äußeren Genitalregion und des Anus – Genitalwarzen und Krebsvorstufen der Vulva, des Penis und der peri- und intraanal Haut.

