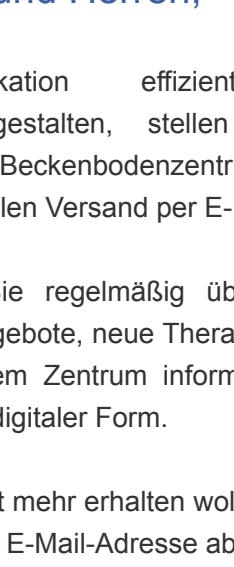
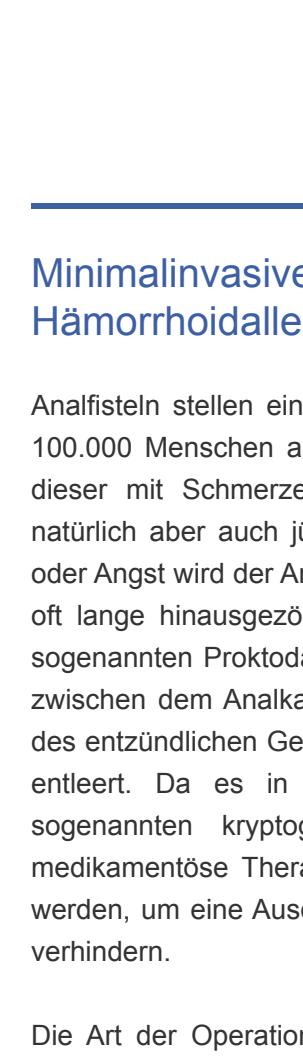


newsletter
Kontinenz- und Beckenbodenzentrum



Dezember 2025



Sehr geehrte Damen und Herren,

um unsere Kommunikation effizienter und ressourcenschonender zu gestalten, stellen wir den Newsletter des Kontinez- und Beckenbodenzzentrums künftig vom postalischen auf den digitalen Versand per E-Mail um.

Auch künftig möchten wir Sie regelmäßig über aktuelle Entwicklungen, Fortbildungsangebote, neue Therapieoptionen sowie Neuigkeiten aus unserem Zentrum informieren – ab sofort jedoch ausschließlich in digitaler Form.

Sollten Sie den Newsletter nicht mehr erhalten wollen, können Sie sich jederzeit über folgende E-Mail-Adresse abmelden:
kontinenzzentrum@uk-erlangen.de

Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis und freuen uns, Sie weiterhin über unsere digitalen Informationskanäle auf dem Laufenden zu halten.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Ihr Team des Kontinenz- und Beckenbodenzzentrums

**Informationen zum Datenschutz finden Sie unter
www.uk-erlangen.de/datenschutz**

Minimalinvasive Lasertherapie bei Analfisteln und Hämorrhoidalalleiden

Analfisteln stellen ein weitverbreitetes Leiden dar, das in Deutschland bei etwa 20 von 100.000 Menschen auftritt. Besonders die Altersgruppe der 30- bis 50-Jährigen ist von dieser mit Schmerzen, Nässen und Juckreiz einhergehenden Erkrankung betroffen, natürlich aber auch jüngere und ältere Menschen, ja sogar Säuglinge. Aus Peinlichkeit oder Angst wird der Arztbesuch bei Beschwerden in dieser schambehafteten Körperregion oft lange hinausgezögert. Häufigste Ursache der Erkrankung ist eine Entzündung der sogenannten Proktodäraldrüsen im Bereich des Schließmuskels, die zu einer Verbindung zwischen dem Analkanal und der äußeren Haut führt. Häufig sammelt sich im Rahmen des entzündlichen Geschehens Eiter in dieser Region an, der sich als Sekret nach außen entleert. Da es in aller Regel zu keiner spontanen Abheilung der klassischen, sogenannten kryptoglandulären Analfistel kommt und eine langfristig wirksame medikamentöse Therapie bisher nicht existiert, sollte eine Analfistel operativ behandelt werden, um eine Ausdehnung der Entzündung oder sogar ein septisches Geschehen zu verhindern.

Die Art der Operation richtet sich nach dem genauen Verlauf der Analfistel, der sehr verschieden sein kann. Typische Operationsverfahren sind die einfache Spaltung von Fisteln, die nur wenig Schließmuskel enthalten, die Drainage der Fistel mittels eines eingelegten Fadens, der plastische Fistelverschluss mittels eines Schleimhaut- oder Rektumwandverschiebelappens, das Ausschneiden der Fistel mit anschließender Schließmuskelnaht oder das sogenannte LiFT-Verfahren (Ligation of the Intersphincteric Fistula Tract), bei der der Fistelgang zwischen dem inneren und dem äußeren Schließmuskel unterbunden wird. Leider kann mit keinem dieser Verfahren eine Heilung aller Fisteln erreicht werden, zudem sind alle Therapiemöglichkeiten mit einem Risiko der Stuhlinkontinenz verbunden. Daher wird immer nach neuen Wegen in der Analfistelchirurgie gesucht. Ein in den vergangenen Jahren entwickeltes Verfahren stellt der lasergestützte Analfistelverschluss dar. Dabei wird eine biegsame, radial abstrahlende Lasersonde von außen in den Fistelgang eingeführt. Durch die Energieabgabe in die Fistel wird das Fistelgewebe zerstört, die Fistel kollabiert und kann abheilen. Erste Ergebnisse bestätigen, dass Heilungsquoten von 60–70 % mithilfe dieser Methode erzielt werden können. Da das Verfahren gleichzeitig schnell und ambulant durchgeführt werden kann und das Risiko einer bleibenden Stuhlinkontinenz sehr gering ist, bietet sich diese Therapie besonders für Analfisteln mit großem Schließmuskelanteil an, deren Sanierung sonst sehr aufwendig wäre und mit einem deutlichen Inkontinenzrisiko vergesellschaftet ist.

Auch bei dem ebenfalls sehr verbreiteten Hämorrhoidalalleiden, das in Deutschland geschätzt 4 % der Bevölkerung betrifft, stellt die Lasertherapie eine interessante Alternative dar. Während Hämorrhoiden I und II durch Salben, Zäpfchen, die Applikation von Gummibändern oder eine Sklerosierungstherapie, d. h. eine Einspritzung verschiedener verödender Substanzen in den Hämorrhoidalknoten behandelt werden, sollten regelmäßig und dauerhaft vorfallende Hämorrhoidalknoten, operativ behandelt werden. Bei den klassischen Verfahren werden hierbei die Hämorrhoidalknoten ausgeschnitten. Hingegen wird bei der Laserhämorrhoidoplastie in einer kurzen Narkose Laserenergie in den Hämorrhoidalknoten eingebracht, was zur Schrumpfung und zum fibrotischen Umbau des Knotens führt. Da die Wundfläche deutlich kleiner ist als bei den klassischen Methoden ist dieses Verfahren schmerzärmer und zudem mit einem geringeren Inkontinenzrisiko behaftet.

Fazit:
Die lasergestützte Behandlung ersetzt nicht die klassischen Therapieverfahren bei Analfistellen und Hämorrhoidalproblemen, stellt für einige Patientinnen und Patienten jedoch eine interessante Therapiealternative dar, die die Chirurgische Klinik anbietet. Eine entsprechende Beratung bezüglich Analfistelleiden und Hämorrhoidalproblemen und deren optimaler Behandlungsmöglichkeit finden Sie in unserer Sprechstunde für koloproktologische Erkrankungen.



Abb. 1: Faser für Laser Fistula Closure

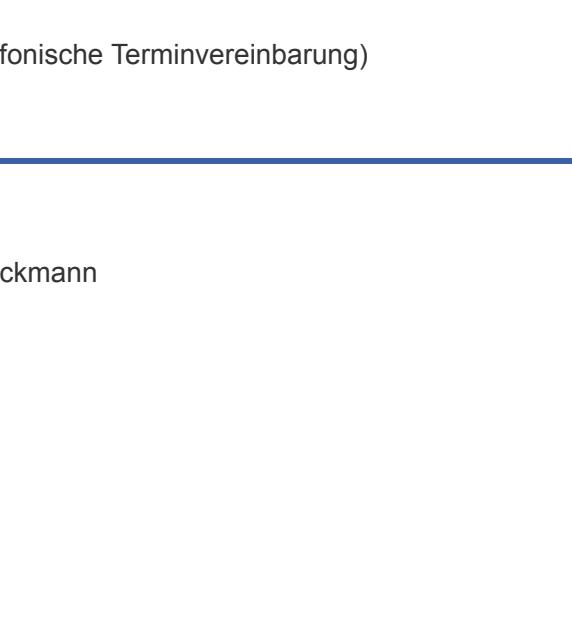


Abb. 2: Faser für Laserhämorrhoidoplastie

51. Deutscher Koloproktologen-Kongress – Kongressbericht

Vom 13. bis zum 15. März 2025 fand der alljährliche Kongress der Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie e. V. statt. Erstmals wurde dieser nach langjähriger Austragung in München im Kongress am Park in Augsburg veranstaltet. Wie immer war die größte proktologische Fachveranstaltung im deutschsprachigen Raum mit knapp 1.100 Teilnehmenden (darunter ca. 200 online) aus dem In- und Ausland gut besucht.

Eines der Schwerpunktthemen stellte in diesem Jahr die Stuhlinkontinenz dar. Zunächst wurde die aktuelle Diagnostik bei diesem weitverbreiteten Leiden, das etwa 3–8 % der deutschen Bevölkerung betrifft, in Pflegeheimen sogar 40 % der Bewohnerinnen und Bewohner, dargestellt. Auch weiterhin besteht diese neben dem ausführlichen Anamneses Gespräch einschließlich der Erhebung eines krankheitsspezifischen Scores aus einer proktologischen Basisuntersuchung mit digitaler Untersuchung, Rektoskopie und Proktoskopie. Zur weiterführenden Diagnostik werden derzeit die rektale Endosonografie und die MRT-Defakografie, eventuell auch ein MRT des Beckens, eingesetzt. Der Stellenwert der anorektalen Manometrie ist fragwürdig, da nur eine schwache Korrelation zwischen den manometrischen Messwerten und der klinischen Schwere der Inkontinenz nachgewiesen werden konnte, sodass ihr Einsatz deutlich rückläufig ist. Weiterhin sollten vor der Inkontinenztherapie Begleiterkrankungen ausgeschlossen werden, insbesondere wenn die Inkontinenzbeschwerden auf Diarrhöen zurückzuführen sind. Am häufigsten sind hier flüssige Stuhlgänge im Rahmen eines Reizdarmsyndroms oder im Rahmen von Nahrungsmittelunverträglichkeiten (Laktose, Fruktose, Sorbit) zu bedenken, aber auch chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, eine mikroskopische Colitis, die chronisch-entzündliche Enteropathie (Zöliakie), exokrine Pankreasinsuffizienz, eine Koprostase mit paradoxe Diarrhö oder Tumoren des Dick- und Enddarms stellen mögliche Ursachen dar. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Therapie zunächst immer konservativ erfolgen sollte. Häufig kann allein mit einfachen medikamentösen Maßnahmen bereits eine deutliche Beschwerderelinderung erzielt werden. So wird durch die Einnahme von Flohsamenschalen und/oder Loperamid die Stuhlkontrolle oft erheblich verbessert, auch Cholestyramin oder Colesvelam stellen eine Therapieoption dar. Insbesondere bei Inkontinenz aufgrund schwerer Durchfälle kann auch Tinktura opii (Dropizol®) erwogen werden. Auch das Biofeedbacktraining hat bei moderater bis guter Evidenzlage einen festen Platz im Therapiealgorithmus der Stuhlinkontinenz, allerdings wurde darauf aufmerksam gemacht, dass die Bereitschaft zur Kostenübernahme durch die Krankenversicherung oft nur gering ist.

Lediglich bei Versagen der konservativen Therapieoptionen können auch operative Maßnahmen in Erwägung gezogen werden. Hier hat sich die sakrale Neuromodulation aufgrund der sehr guten funktionellen Langzeitergebnisse als Verfahren der Wahl durchgesetzt. Der seit vielen Jahren angewendete Sphinkterreparatur hat in seiner Bedeutung in den vergangenen Jahren abgenommen und wird vor allem bei postpartalen Sphinkterverletzungen oder sehr großen Defekten des Musculus sphincter ani externus (> 120°) oder bei Kloakenbildung als indiziert gesehen. Als ungeklärt gilt weiterhin die Rolle der Bulking Agents, die zur Augmentation in den Analkanal oder den analen Schließmuskel injiziert werden, sodass ein genereller Einsatz bisher nicht empfohlen werden kann.

Ein weiterer Thermenschwergewicht widmete sich den aktuellen Therapiekonzepten bei Pouchitis und Fistelleiden auf dem Boden chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen. Hier stellte die Videozuschaltung von Maia Kayal aus dem Mount Sinai Hospital in New York ein besonderes Highlight dar. Sie wies insbesondere auf die Bedeutung einer frühzeitigen Therapie der Pouchitis hin, die bei bis zu 30 % der Patientinnen und Patienten nach Proktokolektomie aufgrund Colitis ulcerosa auftritt. Diese Pouchitistherapie sollte individualisiert mit Biologika erfolgen (TNF-alpha-Inhibitoren oder JAK-Inhibitoren bei extraintestinalen Manifestationen, Ustekinumab, Risanikizumab oder Vedolizumab bei multiplen Komorbiditäten), auch der Einsatz von Antibiotika kann zur Symptomkontrolle erforderlich werden. So stellt die chronische Pouchitis neben der Anastomoseninsuffizienz und der Ausbildung von Fisteln oder Strukturen einen der Hauptgründe für das Pouchversagen dar, das ca. 10 % der Patientinnen und Patienten betrifft und zur Stomaanlage oder zur Pouchexplantation führen kann.

Auch bei der Therapie der CED-assoziierten Analfistel wurde auf die Bedeutung des interdisziplinären Vorgehens von Gastroenterologinnen und -enterologen sowie Kolorektalchirurginnen und -chirurgen hingewiesen. Insbesondere bei komplexen Fisteln beruht die Basistherapie auf einer Fadendrainage in Kombination mit einer medikamentösen Behandlung. Als Therapeutikum der ersten Wahl hat sich hierbei Infliximab erwiesen. Eine Fistelsanierung sollte erst nach Fadendrainage und bei entzündungsfreiem Rektum versucht werden.

Sehr interessant war auch das Schwerpunktthema des zweiten Kongresstages: „Kolorektales Karzinom – was bringt die neue Leitlinie?“. Hier wurde aufgezeigt, dass für eine neoadjuvante Chemotherapie zwar sehr gute erste Ergebnisse beim MMR-definierten Kolonkarzinom vorliegen, aber in der Mehrzahl der Studien beim MMR-profitierten Kolonkarzinom keine signifikanten Vorteile im Hinblick auf Gesamtüberleben und krankheitsfreies Überleben zu erwarten sind.

In der operativen Therapie des Kolonkarzinoms wird die 2008 erstmals beschriebene komplett mesokolische Exzision inzwischen empfohlen, da sie insbesondere im UICC-Stadium III einen Vorteil im Fünf-Jahres-Gesamtüberleben gezeigt hat. Sie kann auch im Rahmen minimalinvasiver Verfahren, deren Anteil deutlich steigt, sicher eingesetzt werden.

Wie in jedem Jahr wurden zahlreiche begleitende Programme wie ein koloproktologischer Grund- und Aufbaukurs und ein Postgraduierten-Kurs angeboten. Auch Seminare zur anorektalen Endosonografie, zur proktologischen Dermatologie und zu interdisziplinären Beckenbodenproblemen rundeten das Programm ab und sprachen sowohl Berufseinsteigerinnen und -einstieger als auch erfahrene Koloproktologinnen und Koloproktologen an.

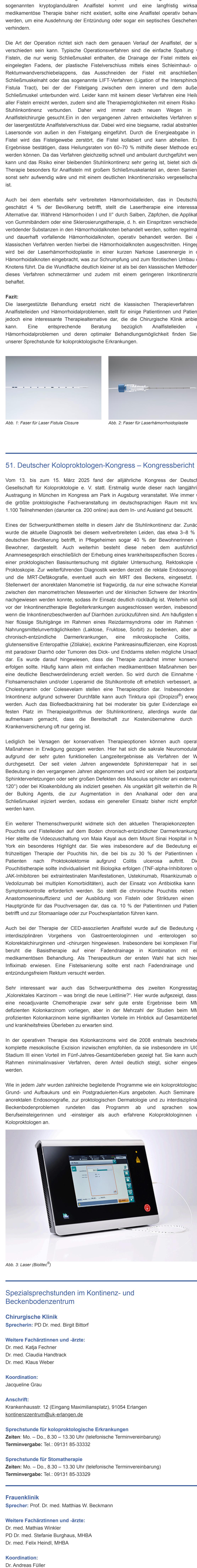


Abb. 3: Laser (Biolitec®)

Spezialprechstunden im Kontinenz- und Beckenbodenzentrum

Chirurgische Klinik
Sprecherin: PD Dr. med. Birgit Bittorf

Weitere Fachärztinnen und -ärzte:
Dr. med. Katja Fechner
Dr. med. Claudia Handrack
Dr. med. Klaus Weber

Koordination:
Jacqueline Grau

Anschrift:
Krankenhausstr. 12 (Eingang Maximiliansplatz), 91054 Erlangen

kontinenzzentrum@uk-erlangen.de

Sprechstunde für koloproktologische Erkrankungen

Zeiten: Mo. – Do., 8.30 – 13.30 Uhr (telefonische Terminvereinbarung)

Terminvergabe: Tel.: 09131 85-33329

Sprechstunde für Stomattherapie

Zeiten: Mo. – Do., 8.30 – 13.30 Uhr (telefonische Terminvereinbarung)

Terminvergabe: Tel.: 09131 85-33329

Frauenklinik

Sprecher: Prof. Dr. med. Matthias W. Beckmann

Weitere Fachärztinnen und -ärzte:

Dr. med. Mathias Winkler
PD Dr. med. Stefanie Burghaus, MHBA

Dr. med. Felix Heindl, MHBA

Koordination:

Dr. Andreas Füller
Dr. Carla Schulmeyer

Anschrift:
Universitätsstr. 21/23, 91054 Erlangen

kontinenzzentrum@uk-erlangen.de

Sprechstunde für Kontinenz- und Beckenboden schwäche

Zeiten: Mo. und Do., 8.30 – 16.00 Uhr

Terminvergabe: Tel.: 09131 85-33683 (Terminvergabe nach Absprache)

Sprechstunde für Urologische und Kinderurologische Klinik

Sprecher: Prof. Dr. med. Bernd Wullich

Weitere Fachärztinnen und -ärzte:

PD Dr. med. Verena Lieb
Prof. Dr. med. Peter J. Goebell

Dr. med. Franziska Schmid

Anschrift:

Krankenhausstr. 12 (Eingang Maximiliansplatz), 91054 Erlangen

kontinenzzentrum@uk-erlangen.de

Sprechstunde für Harninkontinenz

Zeiten: Fr., 8.00 – 12.00 Uhr

Terminvergabe: Tel.: 09131 85-33683 (Terminvergabe nach Absprache)

Sprechstunde für Beckenboden schmerzsyndrom

Zeiten: Mi., 8.00 – 11.00 Uhr; Fr., 13.30 – 14.30 Uhr

Terminvergabe: Tel.: 09131 85-33683 (Terminvergabe nach Absprache)

Impressum

Standorte:

Chirurgische Klinik
Koloproktologie

Krankenhausstraße 12 (Chirurgisches Zentrum, Funktionsgebäude)

91054 Erlangen

Tel.: 09131 85-33332

Fax: 09131 85-34851

kontinenzzentrum@uk-erlangen.de

Frauenklinik

Universitätsstraße 21/23

91054 Erlangen

Tel.: 09131 85-33496

91054 Erlangen

Tel.: 09131 85-33683

Urologische und Kinderurologische Klinik

Krankenhausstraße 12 (Chirurgisches Zentrum, Funktionsgebäude)

91054 Erlangen

Tel.: 09131 85-33683

91012 Erlangen

Tel.: 09131 85-33683

Geschäftsstelle: Sprecher:

Prof. Dr. med. Matthias W. Beckmann

Gesamtherstellung:

Universitätsklinikum Erlangen

Kontinenz- und Beck