

Interdisziplinäre Leitlinie: Mariske

W. Brühl

Zur Erstellung nachfolgender Leitlinie wurde die derzeitige vorliegende Literatur systematisch recherchiert. Anhand des Erkenntnismaterials wurde sie vom Autor verfasst und anschließend in drei mehrtägigen Konsensuskonferenzen diskutiert und verabschiedet. Randomisierte kontrollierte klinische Studien zu diesem Thema existieren nicht.

Definition

Marisken sind hautfarbene, indolente Knoten bzw. Hautlappen am äußeren Analrand, die sowohl einzeln als auch zu mehreren und zirkulär auftreten können. Sie sind von weicher bis derber Konsistenz; ihr Ausmaß reicht von Linsen- bis zu Kastaniengröße. Vom äußeren Aspekt her erinnern sie an Feigen (franz.: Marisque). Synonyma sind: Hautwülste (1, 15), Analfalten (2, 3, 12, 13, 16) fälschlich Schleimhautfalten (2, 3, 18), Hautkarunkel (2, 3, 4, 14), Hautzipfel (23), Hautlappen (7, 19), Analläppchen (15), skin ruga (5) und skin tag (6, 8). Sie sind keinesfalls „äußere Hämorrhoiden“.

Ätiopathogenese

Man unterscheidet zwischen primären und sekundären Marisken. Die weitaus häufigeren primären oder idiopathischen Marisken sind geschwulstartige Hyperplasien der Haut dar, die sich ohne erkennbare Ursache bilden (9). Proktologische Erkrankungen begünstigen nicht das Entstehen der primären Marisken. Auch sind sie nicht Restzustände abgelaufener Analthrombosen (21). Sekundäre Marisken dagegen finden sich bei chronischen Analfissuren als sogenannte Vorpostenfalten; auch können sie Folge chirurgischer Eingriffe, z.B. von Fistel-

oder Hämorrhoidenoperationen, sein. Beim Vorliegen eines Morbus Crohn sind evtl. vorhandene Mariskten häufig von fleischig-sulziger Konsistenz und rötlicher bis livider Farbe (11). Histomorphologisch finden sich hier in etwa 1/3 der Fälle Epitheloidgranulome (17).

Häufigkeit

Mariskten kommen in jedem Alter vor, selbst bei Säuglingen. Bevorzugtes Manifestationsalter bei Frauen ist das zweite, bei Männern das vierte Lebensjahrzehnt. 75% der Frauen und 70% der Männer bekommen im Laufe ihres Lebens Mariskten, und zwar in jüngeren Jahren eher solitäre, später meist multiple. Mariskten zeigen keine spontane Rückbildungstendenz (20).

Lokalisation

Die Mehrzahl der Mariskten findet sich bei 12 Uhr Steinschnittlage (Männer 43%, Frauen 44%); seltener sind sie bei 6 Uhr SSL (Männer 28%, Frauen 31%) lokalisiert. In den übrigen Sektoren ist das Auftreten deutlich geringer und liegt zwischen 9 und 20% (22).

Primäre Mariskten sind meist breitbasig, während die sekundären häufiger stielartig mit schmaler Basis imponieren.

Symptome

Mariskten verursachen nur selten Beschwerden; oft werden sie allerdings dafür verantwortlich gemacht. Mariskten sind allenfalls ein kosmetisches oder hygienisches Problem. Mechanische Reizung, z.B. durch forcierte Analhygiene oder eng anliegende Unterwäsche kann zu entzündlichen Veränderungen in Form von Ekzemen führen. In solchen Fällen sind Juckreiz, Brennen, Nässen und Schmierblutungen am Toilettenpapier oder in der Wäsche mögliche Folgen.

Verlauf

Die Wachstumstendenz ist gering. Infolge entzündlicher Prozesse können die ursprünglich weichen Marisken fibrosieren und eine derbe Konsistenz annehmen.

Diagnostik

Zur Sicherung der Diagnose genügen Inspektion, Palpation und ggf. Spekulumuntersuchung. Histologische Untersuchungen sind unter differentialdiagnostischen Aspekten angebracht.

Histologie

Feingeweblich handelt es sich bei Marisken um weiche Angiofibrome. Charakteristisch dafür sind zum einen das lockere Bindegewebe und zum anderen die Vaskularisation. Die Oberfläche der Marisken zeigt eine verhornte Epidermis (10, 21).

Differentialdiagnostik

Differentialdiagnostisch kommen solitäre Feigwarzen, anale Fibrome und Analkarzinome in Frage.

Therapie

Asymptomatische Marisken bedürfen keiner Therapie. Zur Vermeidung von Reizzuständen empfiehlt sich eine sorgfältige Analhygiene. Diese sollte am besten mit klarem Wasser vorgenommen werden. Marisken, die infolge entzündlicher Prozesse Beschwerden verursachen, werden sowohl symptomatisch (Externa, Sitzbäder, Optimierung der Analhygiene, Regulierung der Stuhlentleerungsgewohnheiten) als auch kausal (Resektion) in der Regel ambulant behandelt.

Derbe, fibrotisch veränderte Marissen, die durch Druck und Reibung die angrenzende und/oder die gegenüberliegende Haut irritieren, sollten entfernt werden. Solitäre Marissen können in Lokalanästhesie abgetragen werden. Die Wunde bleibt der sekundären Heilung überlassen. Bei zirkulären Marissen sollte wegen der Gefahr einer postoperativen Stenose ausreichende Hautbrücken belassen werden. Vor einer operativen Behandlung der Marissen sollten intraanale Erkrankungen ausgeschlossen bzw. saniert werden.

Literatur

1. Blond K, Hoff H:

Das Hämorrhoidalleiden

S. 6 Leipzig, Wien: Deuticke 1936

2. Böhm C:

Hämorrhoidalleiden

S. 56 Stuttgart: Schattauer 1968

3. Böhm C:

Proktologie. In: Ergebnisse der Angiologie

Bd. 3 (Hrsg. Klüken, N) S. 233-241. Stuttgart, New York: Schattauer 1970

4. Dietrich K:

Proktologie für die Praxis

S. 78. München: Lehmanns 1969

5. Gabriel WB:

The principles and practice of rectal surgery

S. 161. London: Lewis 1970

6. Goligher JC:

Surgery of the anus, rectum and colon.

S. 156. London: Baillière, Tindall 1975

7. Hafter E:

Praktische Gastroenterologie

S. 311. Stuttgart: Thieme 1970

8. Hughes ESR, Cuthbertson AM:

Anorectal Surgery.

S. 185, London Chapman + Hall 1972

9. Knoch HG, Kamenz E:

Proktologische Probleme der täglichen Praxis

Dt. Gesundheitswesen 27, 1201-1209, 1972

10. Lenhard BH, Kirsch JJ, Bertling J:

Thrombose, Hämatom und Mariske.

In: Akutelle Koloproktologie Bd. 1 (Hrsg.: Knoch HG, Hager Th, Frank WL, S. 94-97,

München Edition Nymphenburg 1984)

11. Lentner A, Grußendorf-Conen EI, Wienert V:

Das Symptom der „fleischigen“ Mariske: Eine weitere kutane Manifestation des Morbus Crohn

Z. Haut- und Geschlechtskr. 70, 309, 1995

12. Müller W:

Anogentiale Erkrankungen

S. 56 Berlin: Hartmann 1975

13. Nasemann Th, Sauerbrey W:

Lehrbuch der Hautkrankheiten und venerischen Infektionen

S. 358 Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1974

14. Neiger A:

Atlas der praktischen Proktologie

S. 40. Bern-Stuttgart-Wien: Huber 1973

15. Plancherel P:

Das Hämorrhoidalleiden. In: Erkrankungen des Anus und des Rektums

Gastroent. Fortbildungsk. Praxis

Bd. 3 (Hrsg. Neiger A)

S. 36-45. Basel: Karger 1973

16. Roschke W:

Die proktologische Sprechstunde

S. 40. München-Berlin-Wien: Urban & Schwarzenberg 1986

17. Taylor BA, Williams GT, Hughes LE et al:

The histology of anal skin tags in Crohn's disease: an aid to confirmation of the diagnosis.

Int. J. Colorectal. Dis. 4, 197-199, 1989.

18. Steigleder K:

Dermatologie und Venerologie.

S. 527, Stuttgart, Thieme 1975

19. Stirnemann H, Halter F:

Erkrankungen von Rektum und Analkanal

S. 122. Bern-Stuttgart-Wien: Huber 1970

20. Wienert V:

Häufigkeitsverteilung anorektaler Beschwerden und Befunde

Z. Haut- u. Geschl. Kr. 48, 147-151, 1973

21. Wienert V, Grußendorf EI:

Zur Histologie und Pathogenese der Mariske

Z. Hautkr. 50, 349-353, 1975

22. Wienert V, Albrecht O, Gahlen W:

Häufigkeitsanalytische Ergebnisse über Marisken

Hautarzt 29, 536-540, 1978

23. Zumtobel V, Heberer G:

Hämorrhoiden und ihre operative Behandlung. In: Fortschritte der praktischen

Dermatologie und Venerologie (Hrsg. Braun-Falco O, Marghescu S)

S. 141-148, Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1976

Interessenkonflikte: keine

ICD 10: I 84.6

Stufe: 1

Gültigkeitsdauer: 31.12.2007