

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie

AWMF-Leitlinien-Register

Nr. 081/001

Entwicklungsstufe:

1

Mariske

Definition ICD 10: I 84.6

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, 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 evtl. vorhandene Marisken sind häufig von fleischig-sulziger Konsistenz und rötlicher bis livider Farbe (11). Histomorphologisch finden sich hier in etwa 1/3 der Fälle Epitheloidzellgranulome (17).

Häufigkeit

Marisken 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 Marisken, und zwar in jüngeren Jahren eher solitäre, später meist multiple. Marisken zeigen keine spontane Rückbildungstendenz (20).

Lokalisation

Die Mehrzahl der Marisken 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 Marisken sind meist breitbasig, während die sekundären häufiger als stielartig mit schmaler Basis imponieren.

Symptome

Marisken verursachen nur selten Beschwerden; oft werden sie jedoch dafür verantwortlich gemacht. Marisken sind allenfalls ein kosmetisches oder hygienisches Problem. Mechanische Reizung, z.B. durch forcierte Anahygiene 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 durch Resektion (in der Regel ambulant) behandelt.

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

Verfahren zur Konsensbildung:

Zur Erstellung der Leitlinie wurde die derzeitig vorliegende Literatur systematisch recherchiert. Sie wurde anhand des Erkenntnismaterials verfasst und anschließend in drei jeweils mehrtägigen Konsensuskonferenzen diskutiert und verabschiedet. Randomisierte kontrollierte klinische Studien zu diesem Thema existieren nicht.

Teilnehmer der Konferenzen waren:

Prof.Dr. V. Wienert (Dermatologie), Aachen
Priv.-Doz. Dr. W. Brühl (Gastroenterologie), Vlotho-Exter
Prof. Dr. W. Hartschuh (Dermatologie), Heidelberg
Priv.-Doz. Dr. A. Herold (Chirurgie), Mannheim
Dr. B. Lenhard (Dermatologie), Heidelberg
Dr. H. Mlitz (Allgemeinmedizin), Saarbrücken
Dr. F. Raulf (Chirurgie), Münster

Autor:

W. Brühl

Interdisziplinärer Abgleich mit der **Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG)**.

Erstellungsdatum:

Dezember 2002

Letzte Überarbeitung:

Überprüfung geplant:

Dezember 2007

Zurück zum [Index Leitlinien der Koloproktologie](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere für Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Stand der letzten Aktualisierung: Dezember 2002

