

Etikette/Adresse

Gastroenterologie/Hepatology

Chefarzt: Dr. med. P. Aepli

**Luzerner Kantonsspital**

6000 Luzern 16

Telefon 041 205 21 31

Fax 041 205 21 77

[gastroenterologie.luzern@luks.ch](mailto:gastroenterologie.luzern@luks.ch)

[www.luks.ch](http://www.luks.ch)

Luzern, XXXXX

## **Bestätigung der Aufklärung und Einwilligung zur Abtragung von analen Feigwarzen (Condylomata acuminata) mit APC und Elektroskalpell**

---

Feigwarzen sind in der Regel gutartige Wucherungen der Haut bedingt durch eine Infektion mit dem Humanen Papilloma Virus. Dieses wird durch Schmierinfektionen u.a. Geschlechtsverkehr übertragen. In gewissen Fällen können sich diese Warzen in den Analkanal ausbreiten und sogar bösartig werden.

Deshalb sollten diese Wucherungen entfernt werden. Dafür gibt es verschiedene Methoden:

- Argon-Plasma Koagulation (APC-Behandlung). Dabei wird Argon-Gas mittels elektrischer Spannung erhitzt um die infizierte Haut oberflächlich zu verschorfen. Diese Methode entspricht einer Art Laser-Behandlung.
- Abtragen mit Elektroskalpell oder Elektroschlinge. Diese Methode wird vor allem bei grösseren Warzen verwendet. Vorteil: Mikroskopische Untersuchung der abgetragenen Wucherungen möglich durch den Pathologen

Da die Haut um den After und im Analkanal sehr empfindlich ist, erfolgt die Operation entweder in Vollnarkose oder in einer Rückenmarksbetäubung

Bei geringem Befall um den After kann die Operation in Lokalanästhesie erfolgen.

### **RISIKEN, POSTOPERATIVE PROBLEME:**

- Schmerzhaftes Verkrampfen des Afterschliessmuskels. Durch Schmerzmittel und lokale Salben zu beheben.
- Wundheilungsstörung: Über Tage bis selten Wochen Absonderung von Wundsekret. Durch Analhygiene mit Ausduschen zu behandeln.
- Nachblutungen. Diese treten selten auf bei Behandlung von Condylomen auf den Hämorrhoidalpolstern.
- Narbenbildung: Sehr selten bei sehr ausgeprägtem Befall mit entsprechend grosser Wundfläche postoperativ.

### **ALTERNATIVE BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN:**

- Im Bereich der äusseren Geschlechtsorgane ist die Applikation einer immunmodulierenden Creme (Aldara®) möglich. Dieses Präparat ist aber für die Behandlung von Condylomen im Analkanal nicht erprobt.

## ERFOLGSAUSSICHTEN DER BEHANDLUNG:

- Die vorgeschlagene Operation bietet in Ihrem Fall die sichersten Heilungsaussichten.
- Bei sehr ausgedehntem Befall im Analkanal wird auf eine zirkuläre, radikale Behandlung verzichtet in der ersten Sitzung, um das Risiko von übermässigen Schmerzen oder gar Narbenbildungen zu vermeiden. Deshalb sind gelegentlich mehrere Behandlungssitzungen nötig.
- Da es sich um eine Virusinfektion der Haut handelt, sind Rückfälle möglich. Deswegen erfolgt eine Nachkontrolle in der Regel nach 4 und 12 Wochen.

## VERHALTEN VOR DEM EINGRIFF:

- Da die Operation in Narkose erfolgt, müssen Sie nüchtern erscheinen, d.h. letzte Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme um Mitternacht vor der Untersuchung.
- Individuell wird durch Ihren Arzt /Ihre Ärztin entschieden, ob eine Darmreinigung vorher erfolgen soll.
- Eventuell Absetzen von Blutverdünnern/Blutplättchenhemmern (z.B. Marcoumar, Sintrom, Aspirin, Plavix, Arixtra, Eliquis, Xarelto Pradaxa) nach Absprache mit Ihrem Hausarzt.

## VERHALTEN NACH DEM EINGRIFF:

- Die Operation wird ambulant in Narkose durchgeführt. Sie dürfen nach der Operation kein Fahrzeug oder Maschinen lenken, da die Reaktionsfähigkeit 24 Stunden eingeschränkt sein kann.
- Analhygiene nach dem Stuhlgang durch Ausduschen des Anus mit der Duschbrause.
- Stuhlregulation nach Anweisung Ihres Arztes/Ihrer Ärztin.
- Einnahme von Schmerzmitteln nach Anweisung Ihres Arztes/Ihrer Ärztin.

Ich, der/die unterzeichnende Patient/In habe vor der Untersuchung Gelegenheit, vom Arzt in einem Gespräch über Diagnose, Art, Zweck und Ablauf der oben beschriebenen Untersuchung und Behandlung in verständlicher Form informiert zu werden und meine besonderen Probleme zur Sprache zu bringen. Hierbei werde ich auch auf mögliche Folgen in der Zeit nach dem Eingriff hingewiesen.

Ich bestätige, dass ich alle meine mir bekannten Leiden, Unregelmässigkeiten und besonderen Reaktionsweisen (z.B. Allergie, Blutungs- oder Krampfneigung usw.) genannt habe, nämlich:

.....

Nach verständlicher Aufklärung erkläre ich mich mit der vorgesehenen Untersuchung und Behandlung einverstanden. Meine Einwilligung erstreckt sich auch auf eine allfällige Erweiterung oder Änderung, die sich aus intraoperativem Verlauf oder Befunden ergibt.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift Patient/In

Unterschrift Arzt/Ärztin

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass **medizinische** Befunde und Angaben aus Ihrer Krankengeschichte **wissenschaftlich sowie zur Qualitätssicherung ausgewertet** werden können.

Die Auswertung der Daten erfolgt streng vertraulich und **ohne** Namensnennung. Sie dient rein wissenschaftlichen Zielen.

Sind Sie mit der Verwendung Ihrer erhobenen Daten einverstanden? (Ihre Entscheidung wirkt sich in keiner Weise auf Ihre Behandlung aus)

JA

NEIN