

# Die Analfissur – Diagnostik, Differenzialdiagnosen und Therapie

## Differenzierte Betrachtung eines sensiblen Areals

BERNHARD H. LENHARD

Während eine akute Analfissur den Patienten oft durch ihre nicht unerhebliche Schmerzsymptomatik in die Praxis treibt, steht die Symptomatik bei Chronifizierung weniger im Vordergrund – Symptome können zurückgehen oder auch ganz fehlen. Entzündliche oder tumoröse Prozesse sind auszuschließen, insbesondere das Anal- bzw. Analrandkarzinom ist differenzialdiagnostisch von der Analfissur abzugrenzen.

**B**ei der Analfissur handelt es sich um ein strich- bzw. spindelförmiges oder länglich-ovales Ulkus im Analkanal. Die Lokalisation liegt im Bereich des Anoderms, einem schwach verhornenden, hochsensiblen Plattenepithel zwischen linea anocutanea und linea dentata. Die Rektummukosa ist nicht involviert, weswegen man nicht von einem Schleimhautulkus sprechen darf. In ca. 80% der Krankheitsfälle liegt das Ulkus bei 6h/SSL, also in der hinteren Kommissur. Die vordere Kommissur folgt in der Häufigkeitsverteilung, die verbleibende Zirkumferenz ist nur sehr selten betroffen.

Man unterscheidet zwischen akuter und chronischer Analfissur. Es hat sich dabei als sinnvoll erwiesen, den Verlauf weniger an einem Zeitkontinuum festzumachen, sondern den Grad der Fibrosierung mit konsekutiven Sekundärveränderungen als morphologisches Kriterium heranzuziehen. Der zeitliche Rahmen, in dem solche Veränderungen auftreten können, ist durchaus verschieden.

Diese Sekundärveränderungen reichen von der sogenannten Vorpostenfalte und hypertrophen Analpapille, die als Begrenzungen des distalen und proximalen Fissurpols anzusehen sind, bis zu einer inkompletten Analfistel. Eine solche Fistelbildung nimmt ihren Ausgangspunkt im proximalen Fissurgrund, also im Ausführungsgang der korrespondierenden Analkrypte und endet zunächst blind im intersphinkteren Spalt. Hinzu kommt eine kallöse Untermünzung der Fissurränder mit freiliegender, ggf. fibrosierter Interusmuskulatur im Fissurgrund. Das Vorhandensein bzw. der Ausprägungsgrad solcher Veränderungen ist entscheidend für den Verlauf und die Wahl der therapeutischen Vorgehensweisen

### Epidemiologie

Analfissuren können in jedem Lebensalter auftreten. Der Häufigkeitsgipfel dieser Erkrankung liegt zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr. Eine geschlechtsspezifische Zuordnung ist nicht möglich.

### Ätiopathogenese

Die genaue Entstehungsursache der Analfissur ist ungeklärt. Wahrscheinlich ist das Zusammentreffen multifaktorieller Be-

dingungen, zu deren Beginn ein Trauma im Sinne der anodermalen Ruptur steht. Auslösend können eine harte, voluminöse Stuhlsäule, analer Geschlechtsverkehr oder sonstige instrumentelle Manipulationen im Analkanal sein.

Als begünstigend muss eine vorbestehende Verengung der Analtrecke mit Überforderung der Dehnungsfähigkeit angesehen werden, besonders im Bereich der hinteren Mittellinie, wo eine straffere Fixation zur Steißbeinspitze hin besteht. Der schmerzbedingte, reaktive Spasmus des muskulären Kontinenzorgans kann als krankheitsunterhaltendes Moment hinzutreten.

Eine Entzündung im kryptoglandulären Bereich, eine Kryptitis, wird ebenfalls als Entstehungsursache diskutiert. Diese würde ebenfalls das bevorzugte Auftreten der Analfissur in der hinteren Kommissur erklären, da in dieser Lokalisation die Kryptenausführungsgänge überwiegend in die anorektale Übergangszone einmünden.

Die Rarefizierung der Seitenäste der a. rectalis inferior im Bereich der dorsalen Kommissur mit folgender Minderperfusion wird gleichermaßen als ätiopathogenetisches Moment angesehen.

### Symptomatik

Das Leitsymptom der Analfissur ist der stechende bzw. brennende Schmerz während und nach der Stuhlpassage. Hinzu kommen frische, hellrote Blutungen, die sich als Antragungen am Toilettenpapier sowie an der Stuhlsäule zeigen. Auch tropfende Blutungen sind möglich.

Bei zunehmender Chronifizierung und Fibrosierung können Schmerz und Blutung zurückgehen und gelegentlich sogar fehlen.

### Diagnostik

Alleine die Anamnese mit einer sehr schmerzhaften Stuhlpassage, meist in Abhängigkeit zur Stuhlkonsistenz, gibt einen wichtigen diagnostischen Hinweis. Die Inspektion des Perianums mit Spreizen der nates lässt häufig schon den distalen Fissuranteil erkennen. Die vorsichtige digitale Austastung des Analkanals findet die charakteristische, hochschmerzhafte Induration an den Prädilektionsstellen. Zur Sicherung der Diagnose erfolgt die Untersuchung



Fotos (Abb. 1-7): © Bernhard H. Lenhard, Heidelberg

**Abb. 1a+b:** Wichtige Differenzialdiagnose der Analfissur: Primäraffekte bei Lues 1.

mit dem Spreizspekulum oder dem vorn offenen Proktoskop. Beide Untersuchungstechniken erlauben eine ausgezeichnete Beurteilung der gesamten Analstrecke. Bei hoher Schmerzhaftigkeit sollte zuvor eine Unterspritzung des Fissurareals mit einem Lokalanästhetikum erfolgen. Bei Einstellung des Analkanals mit dem Spreizspekulum ist ggf. auch die Sondierung der korrespondierenden Krypte mit der Hakensonde möglich, um eine beginnende Fistelbildung auszuschließen oder zu verifizieren.

Die proktologische Basisdiagnostik beinhaltet selbstverständlich auch die Beurteilung des Rektums mittels Rektoskopie und damit den Ausschluss entzündlicher oder tumoröser Prozesse in diesem Bereich.

Eine Indikation zur Koloskopie ist allein wegen der Analfissur nicht gegeben, es sei denn, es gäbe Anhaltspunkte für ein Sekundärphänomen. Radiologischen Techniken kommt in diesem Zusammenhang keine Bedeutung zu.

### Differenzialdiagnose

Analfissuren als Sekundärphänomen können beispielsweise bei M. Crohn oder Colitis ulcerosa auftreten. Diese haben keinen Bezug zur Kryptenregion und die Behandlung folgt der Therapie der Grunderkrankung.

Häufig zeigt sich auch bei chronisch-ekzematösen Erkrankungen der Analregion, besonders beim atopischen Analekzem, eine Beteiligung der anodermalen Strukturen mit Rhagadenbildung bis zur linea dentata. Als auffälligste Form ist dabei ein Lichen simplex chronicus anzusehen. Hier ist die Abgrenzung zum initialen Plattenepithelkarzinom oft nur histopathologisch möglich.

Der luetische Primäraffekt imponiert als indolentes Ulkus am Analrand ohne Bevorzugung bestimmter Lokalisationen. Die inguinale Lymphadenopathie ist obligat.

Da zum Zeitpunkt der Diagnose eine Serokonversion noch nicht sicher zu erwarten ist, erfolgt die diagnostische Absicherung ggf. über Dunkelfeldmikroskopie oder über antitreponemale Marker in der Immunhistologie. Eine spätere serologische Abklärung ist immer gefordert.

Nach Sicherung der Diagnose erfolgt die leitliniengerechte antibiotische Therapie einer Syphilis im Stadium I (Abb. 1a+b).

Das Anal- und Analrandkarzinom (Abb. 2) ist differenzialdiagnostisch besonders sorgfältig gegen eine Analfissur abzugrenzen. Der morphologische Aspekt kann durchaus einen chronisch-rezidivierenden Fissurverlauf imitieren. Hier ist bei geringstem Zweifel im Rahmen der ersten Konsultation eine histopathologische Untersuchung zu veranlassen.

Fissurähnliche Läsionen bei Tbc, Herpes-simplex-Infektion, Leishmaniose oder Histoplasmose sind außerordentlich selten und stellen ebenfalls ein Sekundärphänomen dar. Die Therapie der zugrunde liegenden Erkrankung führt zur Abheilung.

### Therapie der akuten Analfissur

Die akute, unkomplizierte Analfissur ohne Sekundärveränderungen (Abb. 3) unterliegt häufig der Spontanheilung. Anderenfalls sind die therapeutischen Optionen immer konservativ.

Wichtig ist die Stuhlregulierung mittels Ballaststoffen (z.B. Flohsamenschalen-Präparate) bei ausreichender Flüssigkeitszufuhr (2l – 2,5l/d.), um eine weiche, aber geformte Stuhlkonsistenz zu erreichen. Die Gabe von Laxantien sollte nur dem Ausnahmefall vorbehalten sein, da eine breiig-flüssige Stuhlbeschaffenheit keine physiologische Analdehnung fördert und den Heilungsprozess behindert. Insofern ist die Verordnung von Laxativa in der Fissurbehandlung eher kontraindiziert.



**Abb. 2:** Analrandkarzinom.



**Abb. 3:** Akute Analfissur.



**Abb. 4:** Chronische Analfissur mit typischen Sekundärveränderungen.



**Abb. 5:** Chronische Analfissur.



**Abb. 6:** Chronische Analfissur post OP.



**Abb. 7:** Präparat nach Fissurektomie.

Die topische Applikation von Lokalanästhetika (intraanal !!) bei gleichzeitiger Analdehnung kann hilfreich sein. Ebenso werden gute therapeutische Erfolge nach intraanaler Anwendung von Nitroglycerin (Glyceroltrinitrat) und Kalziumantagonisten berichtet, die eine Perfusionssteigerung sowie eine Absenkung des Spinktertonus bewirken. Bei Nitratgabe kann allerdings häufig eine sehr unangenehme Kopfschmerzsymptomatik auftreten.

Ist die entzündliche Komponente im anodermalen Bereich besonders auffällig (Anitis), so erweist sich auch die intraanale Applikation einer steroidhaltigen Paste als sehr wirkungsvoll (z.B. Hydrokortison 1% in pasta zinci mollis).

Die Anwendung von Suppositorien ist wenig hilfreich, da diese den Zielort bei intaktem Kontinenzorgan nur sehr kurzzeitig im Rahmen der Stuhlpassage erreichen können. Analtampons mit Mulleinlage ist in diesem Fall der Vorzug zu geben.

#### **Therapie der chronischen bzw. chronisch-rezidivierenden Analfissur**

Die Therapie der chronischen bzw. chronisch-rezidivierenden Analfissur (Abb. 4, 5) wird vor allem vom Ausprägungsgrad der sogenannten Sekundärveränderungen bestimmt. Hierbei han-

delt es sich um Alterationen, die nicht nur die anodermale Auskleidung des Analkanals betreffen, sondern auch die oberen Faserlagen der Internusmuskulatur fibrosieren bzw. eine inkomplette intersphinkteräre Fistelbildung induzieren können.

Die derzeitige Studienlage differenziert hinsichtlich dieses Kriteriums nur sehr unzureichend, was vor allem auf die uneinheitliche Definition der Chronizität der Fissurerkrankung rückführbar ist. Der alleinige Bezug zum zeitlichen Verlauf der Erkrankung scheint nicht zielführend zu sein, wohl mehr die Berücksichtigung der pathoanatomischen Veränderungen der Analstrecke unter Einbeziehung des Sphinkterapparates. In der Frühphase solch narbig-fibrosierender Veränderungen kann evtl. eine Schmerzreduktion oder Abheilung der Analfissur nach Anwendung tonussenkender Topika (s.o.) erwartet werden.

Ebenso verhält es sich nach Injektion von Botulinumtoxin beidseits lateral der Fissur in den m. sphincter ani externus. Letztgenanntes Verfahren entbehrt aber einer hinreichend gesicherten Studienlage, kann über mehrere Monate andauernde Kontinenz Einschränkungen bewirken und hat keinerlei Einfluss auf bereits bestehende fibrotische Veränderungen.

Die manuelle Analdehnung nach Lord gilt heute aufgrund der unkontrollierbaren, nicht reparablen Filamentzerreißungen

und der daraus folgenden Inkontinenzproblematik als obsolet. Ebenso verhält es sich mit Vorgehensweisen, die eine Unterspritzung des Fissurgrundes mit sklerosierenden Lösungen oder eine elektrokaustische Verschorfung des Fissurareals vorsehen. Dabei werden die pathoätiogenetisch bedeutsame Fibrosierung bzw. Vernarbung eher gefördert und Weiterungen des Krankheitsverlaufs induziert.

### Operative Behandlung

Kommt es unter den beschriebenen konservativen Therapiemaßnahmen zu keiner dauerhaften Abheilung der Analfissur oder gar zu einer verstärkten Ausbildung von fibrotischen Sekundärveränderungen, ist die Indikation zur operativen Behandlung gegeben (Abb. 6).

Hier konkurrieren drei operative Verfahren, die im angloamerikanischen Bereich bzw. in Deutschland verschiedene Bewertungen erfahren und kontrovers diskutiert werden.

#### Die laterale offene (Parks) und die laterale geschlossene (Notaras) subkutane Sphinkterotomie

Beide Operationsverfahren, in der angloamerikanischen Literatur derzeit favorisiert, gehen davon aus, dass dem Sphinkterhypertonus die entscheidende pathogenetische Bedeutung zukommt. Es wird dabei links lateral bei 3h oder 4h die Internusmuskulatur bis zu 2/3 ihrer Gesamtlänge durchtrennt. Das eigentliche Fissurareal ist nicht tangiert. Der Therapieerfolg wird am Rückgang der Beschwerdesymptomatik gemessen. Langzeitstudien (Hasse et al., Nelson) beschreiben konsekutive Inkontinenzraten (II/III n. Parks) zwischen 11% und 22%. Aus diesem Grund wird die alleinige Sphinkterotomie in Deutschland sehr kritisch bewertet.

#### Die Operation nach Eisenhammer

Die Operation nach Eisenhammer umfasst die komplette Exzision aller narbig veränderten, fibrosierten Fissuranteile sowie die standardmäßige Durchtrennung der Internusmuskulatur in der jeweiligen Lokalisation bis zur linea dentata. Dieses Verfahren ist wegen der erheblichen Schwächung des m. sphincter ani internus und eines postoperativ häufig auftretenden, sogenannten „Schlüssellochdefektes“ nicht zu empfehlen.

#### Die Fissurektomie oder Fissurexzision nach Gabriel

Diese in Deutschland weitgehend empfohlene operative Vorgehensweise beschreibt die flache Ausschneidung der Fissur mit allen Sekundärveränderungen oberhalb der Internusmuskulatur (Abb. 7) unter Anlage eines großzügigen, peripheren Drainagedreiecks zur Vermeidung eines Sekretstaus mit möglicher Wundheilungsverzögerung. Eventuell involvierte, fibrosierte Internusfasern werden dabei vorsichtig abgetragen. Nur im Falle einer bereits eingetretenen inkompletten Fistelung müssen die betroffenen Internusanteile im Sinne einer Spaltung des Fisteldaches durchtrennt werden. Auf eine regelhafte Sphinkterotomie sollte verzichtet werden.

Der Eingriff erfolgt in Lokal- oder Allgemeinanästhesie - der Defekt bleibt offen und unterliegt der sekundären Wundheilung. Die Nachbehandlung erfolgt mit täglich mehrmaligen Sitzbädern oder Analduschen, der Vorlage von Salbenkom-

pressen mit granulationsfördernden Präparaten und der anfänglichen Gabe von nichtsteroidalen Antiphlogistika. Die Wunde muss bereits am ersten postoperativen Tag zur Vermeidung von Verklebungen der Wundränder vorsichtig digital ausgetastet werden und auch eine behutsame proktoskopische Untersuchung kann bei entsprechender Kenntnis sehr bald erfolgen, um die intraanale Wundsituation beurteilen zu können. Zur Stuhlregulierung werden Ballaststoffe (Flohsamenschalen-Präparate) mit ausreichender Flüssigkeitszufuhr verabreicht. Die Gabe von Laxantien ist verzichtbar und dem Wundheilungsverlauf nicht förderlich.

Die Rezidivrate und das Risiko einer postoperativen Inkontinenz werden bei diesem Verfahren in entsprechenden Studien (Hancke et al., Meier zu Eissen, Wittmer et al.) signifikant geringer eingestuft als bei den Operationstechniken mit regelhafter Sphinkterotomie.

### Fazit

Unter einer Analfissur versteht man ein anodermales Ulkus im Analkanal, dessen Pathogenese nicht endgültig geklärt ist. Das Zusammenspiel verschiedener Faktoren ist wahrscheinlich ursächlich für das Auftreten der Erkrankung. Differenzialdiagnostisch sind sekundäre, fissurähnliche Läsionen abzugrenzen, die anderen Krankheitsverläufen zugeordnet werden müssen oder ulzeröse, neoplastische Veränderungen des Analkanals bzw. Analandes.

Leitsymptom ist der stechende Schmerz während und nach der Stuhlpassage. Die Chronizität ist weniger dem zeitlichen Verlauf, als vielmehr der Ausprägung fibrotischer Sekundärveränderungen zuzumessen. Konservative Therapieansätze zielen auf eine Schmerzlinderung, die Minderung des Sphinktertonus und eine Entzündungshemmung im Analkanal. Die Erfolgsaussichten solcher Behandlungsmaßnahmen sinken mit zunehmendem Ausprägungsgrad von Sekundärveränderungen.

Bei Persistenz der Beschwerden sollte eine Exzision des gesamten Fissurkomplexes erfolgen. Die Sphinkterotomie ist wegen des erhöhten Risikos einer postoperativen Inkontinenzproblematik nicht zu empfehlen.

### Literatur beim Verfasser

---

#### Dr. Bernhard H. Lenhard

Praxis für Enddarmkrankungen

Poststrasse 2

69115 Heidelberg

E-mail: info@enddarmkrankungen.de