

## **IV.I Analfissur und intersphinkterische Analfistel – Ätiopathogenese, Diagnose und Therapie**

B. H. Lenhard

### **Zusammenfassung**

Die Analfissur stellt eine ulzeröse Läsion im Analkanal dar. Mit fortschreitendem Verlauf oder bei inadäquater Therapie bilden sich sog. Sekundärveränderungen aus. Das Behandlungsziel ist die Ausheilung des anodermalen Ulkus, die Beseitigung einer evtl. Hochdrucksituation sowie ggf. die operative Entfernung von fibrotischen Sekundärveränderungen.

Bei Persistenz der Analfissur und rezidivierenden Entzündungsschüben im Bereich der Morgagnischen Kryptenausführungsgänge (Kryptenabszesse) kann die Entstehung einer intersphinkterischen Analfistel begünstigt werden. Die großflächige Freilegung eines periproktitischen Abszesses im Akutfall und die Fistelexzision sind dann die therapeutischen Optionen.

### **Schlüsselwörter**

Analfissur, Fissurektomie, Kryptitis, intersphinkterische Analfistel



Abb. 1: Chronische Analfissur mit Sekundärveränderungen

Das Krankheitsbild der Analfissur bezeichnet einen ulkusartigen Defekt im Bereich der anodermalen Auskleidung des unteren Analkanals. Prädilektionsstellen sind die hintere (ca. 90%) und die vordere (ca. 8%) Kommissur. In ca. 5% der Fälle findet sich ein synchroner Befund. Hohe Schmerzhaftigkeit während und nach der Stuhlentleerung verbunden mit einer perianalen Blutung sind die Leitsymptome.

Pathogenetisch geht man von einer Epithelläsion aus, die als Folge einer Überdehnung des analen Kanals entsteht. Ursächlich hierfür kann ein harter, großkalibriger Stuhlbolus, aber auch die Überdehnung und Dislozierung der Analstrecke aufgrund forcierten Pressens sein. Begünstigend wirken eine Tonuserhöhung des *M. sphincter ani int.* oder eine entzündliche Gewebsveränderung im Analkanal im Sinne einer Anitis bzw. Kryptitis. Der in vielen Fällen erhöhte Sphinktertonus wird von einigen Autoren auch als Reaktion auf die Schmerzsymptomatik angesehen, womit ein *Circulus vitiosus* initialisiert wäre.

Man unterscheidet zwischen einer akuten und chronischen Analfissur. Es ist jedoch nicht sicher, ob es sich hierbei um das kontinuierliche Fortschreiten des gleichen Krankheitsbildes handelt.

Die akute Analfissur stellt eine oberflächliche Gewebszerreiung dar, die spontan abheilen oder über eine lokale Entzündungsreaktion mit Hypergranulationen einen chronischen Verlauf nehmen kann.

Die chronische Analfissur ist durch die Sekundärveränderungen gekennzeichnet. Als solche gelten Vorpostenfalte, kallöse Fissurränder und hypertrophische Analpapille. Die Mitbeteiligung der Prokto-dealdrüsen im intersphinkterischen Raum führt zu abszedierenden Prozessen (Kryptenabszess oder intersphinkterischer Abszess).

Von der primären Analfissur sind sekundäre, morphologisch ähnliche Krankheitsbilder zu unterscheiden, die im Rahmen entzündlicher Erkrankungen wie beispielsweise *M. Crohn* oder analer Tuberkulose auftreten können.

Die Analfissur ist überwiegend eine Erkrankung des jüngeren und mittleren Le-



Abb. 2: Z.n. Fissurektomie

bensalters mit einer leichten Bevorzugung des männlichen Geschlechts.

Leitsymptom der Fissur ist der massive Schmerz während und nach der Stuhlpassage. Darüber hinaus kommt es in den meisten Fällen zu streifigen Blutantragungen an Toilettenpapier und Stuhlsäule.

Die Diagnose der Analfissur erfolgt inspektorisch, palpatorisch und mit dem Anoskop bzw. Spreizspekulum. Ist bereits die Palpation schmerzhaft, so sollte die großzügige Unterspritzung des Fissurareals mit einem Lokalanästhetikum erfolgen (2–5 ml Meaverin 1% mit dünner Kanüle).

Inspektorisch lässt sich oft schon die Vorpostenfalte am Hautrand erkennen, wobei nach Spreizen der Nates der distale Fissuranteil sichtbar wird (Abb. 1). Die Austastung des analen Kanals lässt zunächst den Sphinkertonus und die Schmerzlokalisierung beurteilen. Weiterhin informiert sie über Veränderungen der anodermalen Auskleidung, die bei chronischem Verlauf rauhe, narbig veränderte Strukturen über dem *M. spincter ani internus* ausbilden kann, die diesen infiltrieren. Auch die

Wandelastizität wird einschätzbar. Dorsale, kissenartige Erhebungen wären ein Hinweis für akute oder chronische Entzündungsprozesse im Intersphinkterraum. In Höhe der Dentatalinie imponiert evtl. eine hypertrophische Analpapille.

Die Untersuchung mit dem Proktoskop bzw. Spreizspekulum zeigt intraanale Fibrosen und narbige Hypergranulationen sowie eine evtl. Beteiligung der Analkrypten im Sinne einer Abszedierung oder beginnenden Fistelbildung.

Vor der Einleitung therapeutischer Maßnahmen sollte auch der Hämorrhoidalstatus erfasst und eine Erkrankung des distalen Rektums mittels Rektoskopie ausgeschlossen werden.

Differentialdiagnostisch muss ein Analkarzinom in atypischer Lokalisation (ggf. PE), einluetischer Primäraffekt (ggf. Abstrich) und eine Fissur bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (Anamnese, ggf. Labor und Endoskopie) Berücksichtigung finden.

Die Therapie der akuten Analfissur beschränkt sich auf symptomatische, lokale Maßnahmen mittels intraanaler Applikati-

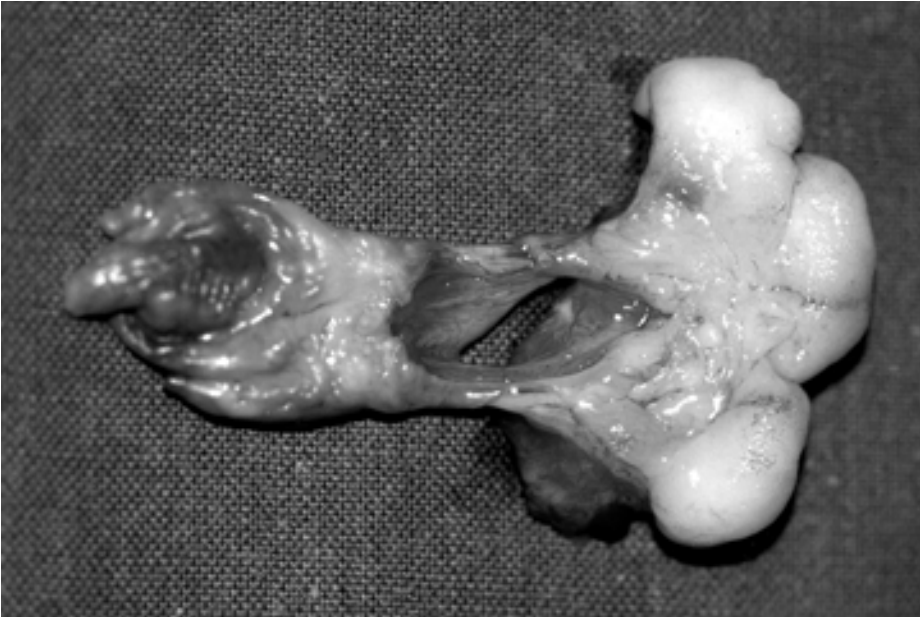


Abb. 3: Op-Präparat

on anästhesierender oder steroidhaltiger Salben und Analtampons. Bei deutlicher Tonuserhöhung ist die Einweisung in eine Behandlung mittels Analdehner angezeigt. Neuere Studien berichten gute Ergebnisse nach Anwendung von nitroglyzerinhaltigen Salben und der intramuskulären (M. sphincter ani externus) Injektion von Botulinumtoxin. Die akute Analfissur sollte nach einer Therapiedauer von 2–3 Wochen ohne Narbenbildung abgeheilt sein. Heilt die frische Fissur unter dieser konservativen Therapie nicht ab oder handelt es sich um eine chronische Analfissur, bzw. eine Fissur mit Sekundärveränderungen, verlangt dies ein differenziertes therapeutisches Vorgehen. Es muss zunächst unbedingt eine Beteiligung der Krypten und der Proktodealdrüsen ausgeschlossen werden. Bei Narbenbildung, Vorpostenfalte oder Fibrombildung ist jegliche konservative Therapie wirkungslos und kann allenfalls eine passagere Linderung der Symptome erreichen.

Nach Ausschluss einer Krypten- bzw. Drüsenbeteiligung ist die Exzision aller narbiger Fissuranteile unter Mitnahme von Vorpostenfalte und hypertrophischer Analpapille unumgänglich. Fibrotisch veränderte Internusfasern im Fissurgrund sollten vorsichtig und äußerst sparsam durchtrennt werden. Sind bereits entzündliche Veränderungen im Bereich der Proktodealdrüse mit Sekretabfluss über den Kryptenausführungsgang eingetreten, so muss eine sondierbare, subanodermale oder inkomplett-intersphinkterische Analfistel über der Sonde gespalten werden. Dabei gilt es, in der Abheilungsphase einen ausreichenden Sekretabfluss nach perianal über einen entsprechenden Sekretgraben zu gewährleisten, um eine Wundheilungsverzögerung oder eine Wundheilungsstörung mit Rezidivbildung zu vermeiden (Abb. 2 und 3).

Die wünschenswerteste kontrollierte Tonusminderung erreicht man allein aufgrund der intraoperativ eingesetzten OP-

Spekula und der notwendigerweise durchtrennten, fibrosierten Internusfasern. Diese kann bedarfsweise durch eine postoperative Therapie mittels Analdehner ergänzt werden.

Die im angloamerikanischen Schriftgut häufig zusätzlich oder gar ausschließlich geforderte laterale oder medio-laterale Sphinkterotomie zur Fissurbehandlung sollte sehr kritisch abgewogen werden. Die in zusammenfassenden Studien berichteten postoperativen Einschränkungen der analen Kontinenzleistung liegen bei 20–30%. Dies sind Frühergebnisse, wobei Spätfolgen im Sinne einer Verstärkung der häufig – besonders bei Frauen – beobachteten degenerativen Veränderungen des quergestreiften, muskulären Kontinenzorgans unberücksichtigt bleiben.

Die ausschließliche Anwendung der lateralen Sphinkterotomie würde den gesamten Fissurkomplex außer Acht lassen und lediglich eine zuvor diagnostizierte Hochdrucksituation beseitigen, d.h. günstigenfalls eine Beseitigung oder Linderung der Schmerzsymptomatik bewirken. In gleicher Weise ist die intraanale bzw. intramuskuläre Applikation von Nitrosalben bzw. Botulinumtoxin bei der Analfissur mit Sekundärveränderungen sinnlos. Bedauerlicherweise finden sich noch im-

mer Berichte über die Unterspritzung von Fissuren mit sklerosierenden Substanzen bzw. über das elektrokaustische Verschorfen des Fissurgrundes. Beide Maßnahmen sind obsolet.

In vielen Fällen sind die nicht entdeckten, rezidivierenden Entzündungen der Drüsen- bzw. Kryptengänge zwischen 5h und 7h (SSL) für die Persistenz des chronischen Fissurkomplexes verantwortlich. Die therapeutischen Optionen in diesem Stadium sind nur noch in der ausreichenden Abszessfreilegung und der gleichzeitigen Exzision der Analfistel zu sehen. Übersieht man eine intersphinkterische Entzündung, so sind die hieraus entstehenden Abszesse und Fisteln als Folge einer fehlenden oder fehlerhaften Fissurbehandlung zu bewerten. Fast regelmäßig findet man bei ausgedehnten, hohen und verzweigten Fistelsystemen mit dorsalem Quellgang eine Narbe bei 6h als Hinweis auf die Analfissur, mit der alles einmal begonnen hat.

Das mit heftigen und quälenden Schmerzen einhergehende, anfangs meist einfach zu behandelnde Krankheitsbild der Analfissur verlangt eine frühzeitige und sichere diagnostische Einordnung, damit adäquat und kurativ behandelt werden kann.