

ANALFISSUR

Analer Schmerz als Leitsymptom für die Diagnostik

Die Analfissur ist ein Ulkus des Anoderms und geht mit Defäkationsschmerzen und Blutungen einher. Die Ätiopathogenese ist bis heute nicht vollständig geklärt. Die akute Fissur wird primär konservativ behandelt, bei der chronischen Fissur ist eine Fissurektomie und Entfernung der Sekundärveränderungen indiziert. Eine Übersicht von Dr. Alexander Furtwängler, niedergelassener Chirurg und Koloproktologe aus Freiburg

Einleitung

Die Analfissur ist eines der häufigsten akuten Krankheitsbilder in der Proktologie. Wir unterscheiden zwischen akuter und chronischer Fissur. Bei der akuten Fissur handelt es sich um ein längsgestelltes Ulkus im Anoderm. Wenn dieses Ulkus nicht abheilt, entwickelt sich eine chronische Fissur mit einem Ulkus und narbigem, unterminiertem Randwall und Sekundärveränderungen. In der angloamerikanischen Literatur wird die chronische Fissur über die Dauer der Beschwerden definiert.

Epidemiologie

Bei der Analfissur handelt es sich um einen längsgerichteten Defekt des nicht verhornenden Plattenepithels im Analkanal (siehe Abb. 1). Dabei ist die posteriore Kommissur (bei 12-Uhr-Steinschnittlage, SSL, zirka 90 Prozent) am häufigsten betroffen, sel-

tener finden sich Analfissuren anterior (zirka acht Prozent) oder in lateraler Lokalisation (zirka zwei Prozent). Synchroner Fissuren (anterior und posterior) finden sich bei zirka sieben Prozent der Patienten. Betroffen sind meist jüngere Patienten, Männer überwiegen leicht, mit einem Altersgipfel in der zweiten und dritten Dekade.

Symptomatologie

Die Patienten haben ausgeprägte anale Schmerzen während und nach der Defäkation: Diese werden als stechende Schmerzen beschrieben und können einige Minuten bis zu mehreren Stunden nach der Stuhlentleerung anhalten. Sie führen zu einem reflektorischen Sphinkterhypertonus. Ein weiteres Kardinalsymptomen ist die hellrote perianale Blutung. Bei der chronischen Fissur kann es durch Deformierung des Analkanals zur Störung der Feinkontinenz mit

Hier bitte Tabelle 1 aus Word-Datei einbauen

konsekutiver perianaler Dermatitis und einem belastenden Pruritus anführen (vgl. Tabelle 1).

Ätiologie und Pathogenese

Die Ätiologie der Analfissur ist heute noch weitgehend ungeklärt. Besondere anatomische Gegebenheiten im Analkanal werden bei der Pathogenese der Analfissuren als prädisponierende Faktoren für die gehäufte posteriore Lokalisation angeführt. Außerdem könnte eine reduzierte Perfu-

Hier bitte Abb. 1 aus Word-Datei einbauen



Hier bitte Abb. 2 aus Word-Datei einbauen



Abb. 1: Chronische Analfissur

Abb. 2: Chronische Analfissur mit Sekundärveränderungen und zentralem Ulkus

sion in der posterioren Kommissur eine Rolle spielen. Als pathogenetisch entscheidender Faktor wird ein kryptoglandulärer Infekt diskutiert. Durch eine sekundäre Sekretion kommt es zur Mazeration und zu einer erhöhten Vulnerabilität des Anoderms. Obstipation oder auch Diarrhoe mit „explosionsartiger“ Öffnung des Analkanals führen zu einer Verletzung des Anoderms. Durch den Teufelskreis der Faktoren entzündliches Infiltrat, Schmerz, Sphinkterspasmus und gestörte Perfusion entsteht die Fissurkrankheit (siehe Abb. 3).

Gelingt es initial nicht, die akute Fissur zur Abheilung zu bringen, entsteht in Folge ein chronisches Ulkus mit Fibrosierung der oberflächlichen Schichten des Musculus sphincter ani internus. Der Ulkusrand wird dabei imponiert aufgeworfen und induriert. Als Sekundärveränderungen (siehe Abb. 2) finden sich am Anus eine Vorpostenfalte beziehungsweise in Höhe der Linea dentata ein Fibrom (hypertrophe Analpapille). Bei chro-

Hier bitte Tab. 2 aus dem Word-Dokument einfügen

Hier bitte Tab. 3 aus dem Word-Dokument einfügen

Hier bitte Abb. 3 aus Word-Datei einbauen

Abb. 3 : Pathogenese der Analfissur: Circulus vitiosus

nisch-rezidivierenden Verlaufsformen kann eine ausgeprägte Narbenbildung, Fistelung oder eine Stenose entstehen.

Diagnostik

Die Schmerzanamnese gibt einen ersten Hinweis auf das Vorliegen einer Analfissur. Bei der Untersuchung lässt sich häufig bereits bei Spreizen der Nates die Analfissur beziehungsweise die Vorpostenfalte nachweisen.

Liegt ein ausgeprägter Hypertonus der Spinktermuskulatur vor, ist die rektal-digitale Untersuchung oder die Untersuchung mit dem Speizspekulum (vgl. Tabelle 2) für den Patienten äußerst belastend. Oft ist dies nur nach Injektion eines Lokalanästhetikums und in seltenen Fällen in Narkose möglich. Die instrumentelle Untersuchung ist vor einer Therapieentscheidung aus differentialdiagnostischen Erwägungen unerlässlich (vgl. Tabelle 3 sowie Abb. 4 und 5) .

Therapie

Die Unterscheidung der Analfissuren in die aktue beziehungsweise chronische Verlaufsform ist Grundlage der Therapieentscheidung. Primäres Ziel ist es, die Symptome, insbesondere den Defäkationsschmerz, zu beseitigen. Nur so kann die Entstehung des Circulus vitiosus (siehe Abb. 3) mit Aggravation der Beschwerden bzw.

eine Chronifizierung des Leidens vermieden werden.

Im Rahmen einer konservativen Therapie der akuten Fissur muss der Arzt dem Patienten zunächst stuhlregulierende Maßnahmen erklären. Dazu zählen eine ballaststoffreiche Kost sowie eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme, um eine entsprechende Stuhlkonsistenz (geformter Stuhl)

Hier bitte Abb. 4 aus dem Word-Dokument einfügen

Abb. 4: Differenzialdiagnostik der Analfissur: Analrandkarzinom

Hier bitte Abb. 5 aus dem Word-Dokument einfügen

Abb 5: Differenzialdiagnostik der Analfissur: Lichen ruber et sclerosus

mit täglicher Entleerung zu erreichen. Die Einnahme von Laxantien ist kontraindiziert, da eine erhöhte Stuhlfrequenz mehr Probleme generiert und die natürliche Dehnung durch den Stuhlgang fehlt.

Die Applikation von anästhesierenden Suppositorien mit Mullstreifen ist zur Schmerzlinderung erforderlich. Antiphlogistika durchbrechen die Kaskade der Entzündung und wirken bei der Schmerztherapie additiv [3].

Die konsequente Anwendung eines Analdehners durch den Patienten selbst (zweimal täglich zehn Minuten) wirkt dem sich entwickelnden reflektorischen Sphinkterhypertonus entgegen, verbessert die lokale Perfusion und begünstigt dadurch die Wundheilung. Die Sphinkterdilatation unter Narkose (nach Lord) birgt dagegen die erhöhte Gefahr eines unkontrollierten Zerreißen der Muskulatur mit nachfolgender Minderung der Kontinenzleistung. Die Sphinkterdilatation sollte deshalb einer strenger Indikationsstellung unterliegen und wenn, dann nur sehr vorsichtig erfolgen.

Das Prinzip der „chemischen Sphinkterotomie“ [3] führt über eine redu-

zierte Muskelkontraktion zur Linderung der Symptome und kann die Fissur zur Abheilen bringen. Als topisch wirksame Substanzen werden Nitroglyzerin und Kalziumantagonisten (Diltiazem oder Nifedipin) eingesetzt [4].

Nitroglyzerin-Derivate sollten in einer Konzentration von 0,2 Prozent als Salbe rezeptiert werden. Der drucksenkende Effekt mit nachfolgender verbesserter Perfusion hält dabei zirka zwei Stunden an, so dass die Applikation mehrfach täglich (mehr als drei Anwendungen pro Tag) erfolgen muss. Höher konzentrierte Salben führen nicht zu besseren Therapieerfolgen, jedoch zu mehr Nebenwirkungen, insbesondere Kopfschmerzen. Die Rate an unerwünschten Nebenwirkungen bei der Anwendung von Diltiazem- oder Nifedipinsalbe ist – verglichen mit Nitropräparaten – geringer [5].

Die Injektion von Botulinum-Toxin in den M. sphincter ani externus [6] führt über die Hemmung der Acetylcholinfreisetzung zu einer reversiblen Relaxation des Muskels mit nachfolgender Tonussenkung im Analkanal. Die Wirkung hält nach der Injektion etwa acht bis zwölf Wochen an. Botulinum-Toxin ist in Deutschland für die Therapie der Analfissur aber nicht zugelassen.

Operative Therapie der chronischen Fissur

Die Indikation zur chirurgischen Therapie liegt vor, wenn die Beschwerden unter konservativen Maßnahmen zunehmen, die Fissur nicht abheilt und/oder es zur Ausbildung von Sekundärveränderungen kommt.

Therapie der Wahl ist die Fissurektomie mit Entfernung der Sekundärveränderungen. Dabei beginnt die Exzision am Analrand und wird segmentär unter vollständiger Entfernung der Fissur samt der Sekundärveränderungen unter Mitnahme der Krypte ausgeführt, gegebenenfalls bis über die Linea dentata hinaus. Der Muskel wird dabei nicht inziert. Intraoperativ muss der Fissurgrund sorgfältig zum Ausschluss

einer inkompletten oder intersphinkterären Fistel sondiert werden. Bei nachgewiesener Fistel muss diese durchtrennt werden, da die Fissur sonst nicht abheilt.

Sind fibrotische Veränderungen auf dem Schließmuskel nachweisbar, werden diese kürretiert. Nach einer postoperativen Konsolidierungsphase von einer Woche sollte der Patient mit dem Analdehner die Übungsbehandlung erneut aufnehmen. Dadurch wird die Elastizität des Analkanales nach der Abheilung im Sinne einer Rezidivprophylaxe wiederhergestellt [6].

Die in den USA noch als Standardmethode angewandte laterale Sphinkterotomie mit Teildurchtrennung des M. sphincter ani internus hat in 15 Prozent der Fälle eine spätere Einschränkung der Kontinenz zur Folge [2]. Deshalb wurde dieses Verfahren in Deutschland verlassen. Die Operation nach Eisenhammer mit posteriorer Muskeldurchtrennung ist obsolet, da daraus eine Schlüsselochdeformität mit konsekutiver Inkontinenz resultiert

Zusammenfassung

Die Analfissur ist als Ulkus des Anoderms definiert, das mit Defäkationsschmerzen und Blutungen einhergeht und chronifizieren kann. Die Ätiopathogenese ist bis heute nicht vollständig geklärt. Die akute Fissur wird primär konservativ behandelt, bei der chronischen Fissur mit Sekundärveränderungen ist die Operation die Therapie der Wahl. Sie besteht aus der Fissurektomie und Entfernung der Sekundärveränderungen.

Literatur

1. Lund, Br J Surg, 1995
2. Hasse C. et al: Laterale, paritelle Sphinkteromyotomie zur Therapie der chronischen Analfissur. Chirurg, 2004;75:160-7
3. Nelson R: A systematic review of medical therapy for anal fissure. DCR 2004;47:422-31
4. Kocher HM et al, Randomized clinical trial assessing the side-effects of glyceryl trinitrate and diltiazem hydrochloride in the treatment of chronic anal fissure. Br J Surg 2002 Apr;89 (4):413-7
5. Tranqui P. et al: Nonsurgical treatment of chronic anal fissure: nitroglycerin and dila-tation verson nifedipin and botulinum toxin. Can J. Surg 2006;49:41-5
6. Raulf F., Kolbert G. W. : Praxishandbuch Koloproktologie Dr. Kade (2006)

Autor: Dr. Alex Furtwängler, Praxisklinik 2000, Kompetenzzentrum für Koloproktologie, Wirthstr. 11 A, 79110 Freiburg, Telefon: 0761-2088200, info@proktologie-heute.de

Foto Furtwängler kommt noch (nach Ostern)