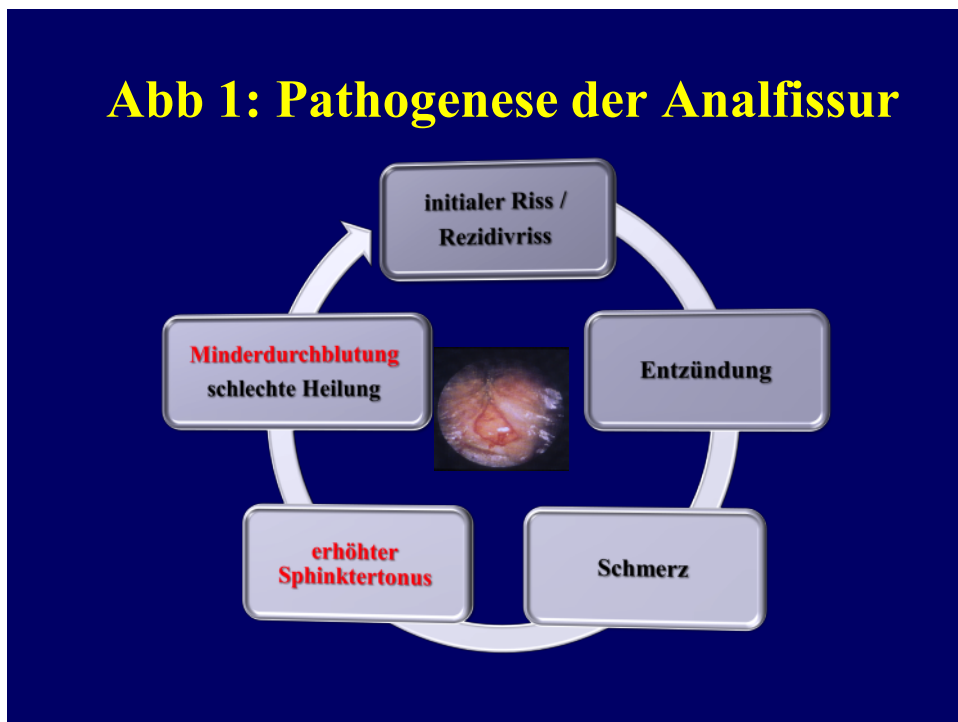


Analfissur-braucht es die Chirurgie noch?

Fortschritte in der Diagnostik und minimal-invasiver Therapie

Eine Analfissur ist definiert durch einen Riss im Analkanal distal der Linea dentata. Klassischerweise befindet sich die chronische (länger als 2-4 Wochen bestehende) Analfissur in ca. 75 % bei 6 Uhr in Scheitelsteisslage, in 17 % bei 12 Uhr in Scheitelsteisslage (1). Diese Lokalisation ist durch die bekannte anatomisch bedingte schlechte Durchblutung des Analkanals in der Medianlinie erklärbar. Fissuren treten in jedem Alter auf und führen in einigen Ländern immer noch häufig zu chirurgischen Eingriffen. Durch die moderne Diagnostik und differenzierte nicht-invasive oder minimal-invasive Therapieformen sollte sich dies ändern.

Pathogenese der Analfissur (vgl. Abb 1)

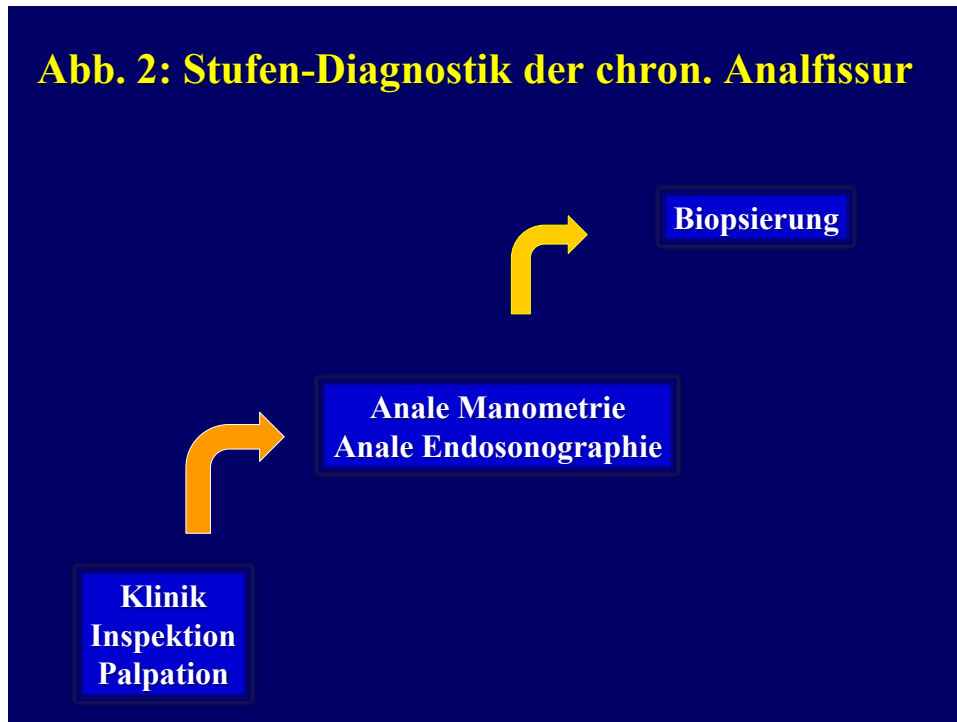


Die Pathogenese der chronischen Analfissur ist weiterhin unklar. Möglicherweise kommt es bei relativ harten Stuhlgang zu Rissen. Die dadurch entstehende lokale Entzündung führt zu Schmerzen. Dies führt wiederum zu einer erhöhten Sphinktertonus, der zu verminderter Blutperfusion im Analkanal führt und den Heilungsprozess verlängert oder gar verunmöglicht. Der initiale Riss kann nicht abheilen, gelegentlich kommt es zu einem Rezidiv-Riss.

Einer anderen Lehrmeinung zufolge liegt primär eine entzündliche Veränderung vor. Diese These wird von der Untersuchung von Wittmer (1) unterstützt: Bei der histologischen

Aufarbeitung der Operationspräparate fanden sich über 20 % komplette Fisteln, in 47 % inkomplette Anal- Fisteln bzw. bei 13 % eine Kryptitis.

Diagnostik der akuten und chronischen Analfissur (vgl. Abb 2)



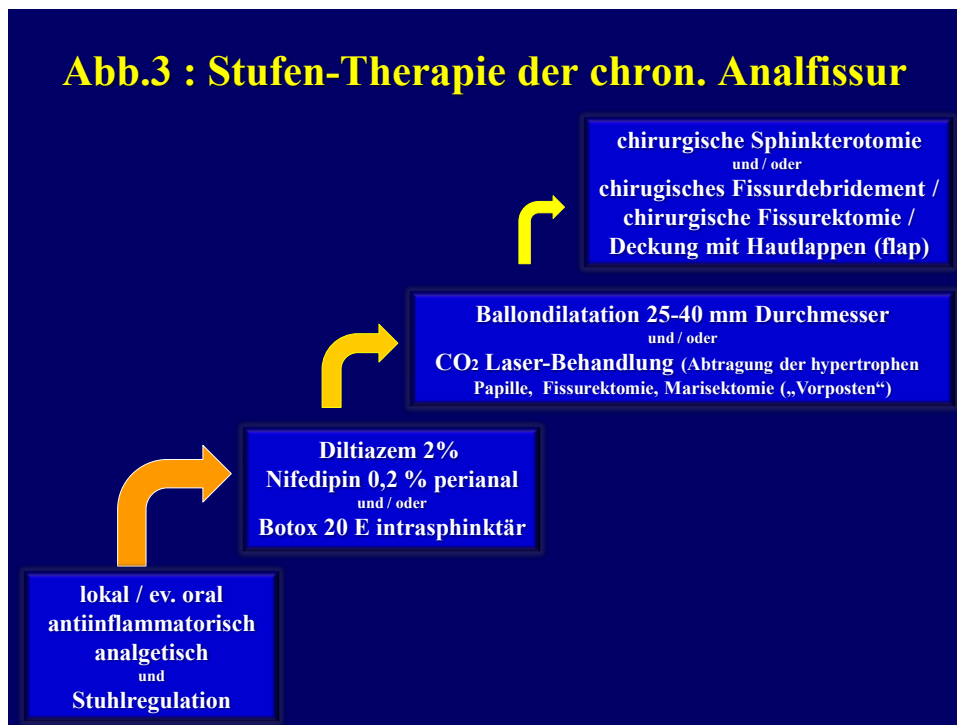
Die Diagnose einer Fissur kann häufig bereits klinisch gestellt werden: Unmittelbar beim Stuhlgang, gelegentlich aber auch noch Stunden nach der Defäkation kommt es zu massiven Analschmerzen, begleitend mit Juckreiz, gelegentlich aber auch nässend. Häufig wird eine akute Obstipation beschrieben.

Eine akute Fissur kann gelegentlich bereits inspektorisch nachgewiesen werden; häufig jedoch ist eine digitale Untersuchung notwendig. Die Durchführung einer eigentlichen Proktoskopie ist initial wegen Schmerzen selten möglich, sollte aber unbedingt nach Abheilung der Fissur nachgeholt werden. Bei der chronischen Fissur zeigt sich distal gelegentlich ein Vorposten („sentinel tag“) und proximal eine hypertrophe Analpapille. Die Ränder der chronischen Fissur sind aufgeworfen.

Ist die Diagnose in Frage zu stellen, ist die Durchführung einer analen Endosonographie zum Ausschluss z. B. eines Abszesses oder Tumors zu empfehlen. Wegen den Schmerzen muss diese Untersuchung häufig in Sedation durchgeführt. Mit Hilfe einer analen Manometrie kann der Ruhe-Druck bestimmt werden. Ist dieser normal, ist differentialdiagnostisch an eine andere Aetiologie, zum Beispiel Crohn-Läsion oder Anal-Karzinom, zu denken. Bei der banalen Analfissur ist üblicherweise der analer Ruhedruck deutlich erhöht; das Mass der Erhöhung bestimmt möglicherweise die Therapiemodalität : je höher der Druck ist, umso

intensiver muss eine Therapie angesetzt werden (2). Schlussendlich muss gelegentlich die Fissur zur weiteren Abklärung biopsiert werden.

Therapie der akuten und chronischen Analfissur (vgl. Abb. 3)



Eine akute Analfissur kann durch schmerzstillende bzw. abschwellende Salben / Zäpfchen lokal bereits gut therapiert werden, z. B. durch lokaler Betäubung mit hochdosierter Xylocain-Salbe (z.B. Emla 5%) oder aber mit Lokalinfiltration von 1-2% Xylocain, unter Zugabe von 8.4% Bikarbonat um des Brennen während der Injektion zu mindern. Zudem sollte eine Stuhlregulation mit ausreichender Trinkmenge sowie Gabe eines milden Laxantiums empfohlen werden. Halten die Beschwerden durch die Analfissur länger als eine Woche an, kommt es häufig zu einer chronischen Fissur. In diesem Fall ist aufgrund des Schmerzkreislaufes (siehe Abb. 1) eine spontane Abheilung selten zu erwarten.

Bis vor einigen Jahren standen hier nur chirurgische Massnahmen zur Verfügung. Durch die sogenannte chemische Sphinkterotomie kann heute einfach und kostengünstig interveniert werden: Bereits seit über 15 Jahren hat sich der Einsatz von Nifedipin-Salbe 0.2 %

Nifedipin Salbe 0,2 %



oder Diltiazem-Salbe 2% bewährt. Sie sollten bis zu dreimal täglich perianal (nicht intrananal!) angewendet werden. Dies führt zu einer Senkung des analen Ruhedruckes um ca. 30 %. Bei diesen Kalziumantagonisten-Salben treten selten Nebenwirkungen auf, im Gegensatz zur Nitroglycerin, bei welcher es häufig zu Kopfschmerzen kommt. Die Nitroglycerin-Salbe hat zudem den Nachteil dass sie gekühlt gelagert werden muss und wird deshalb an unserem Zentrum nicht mehr angewandt.

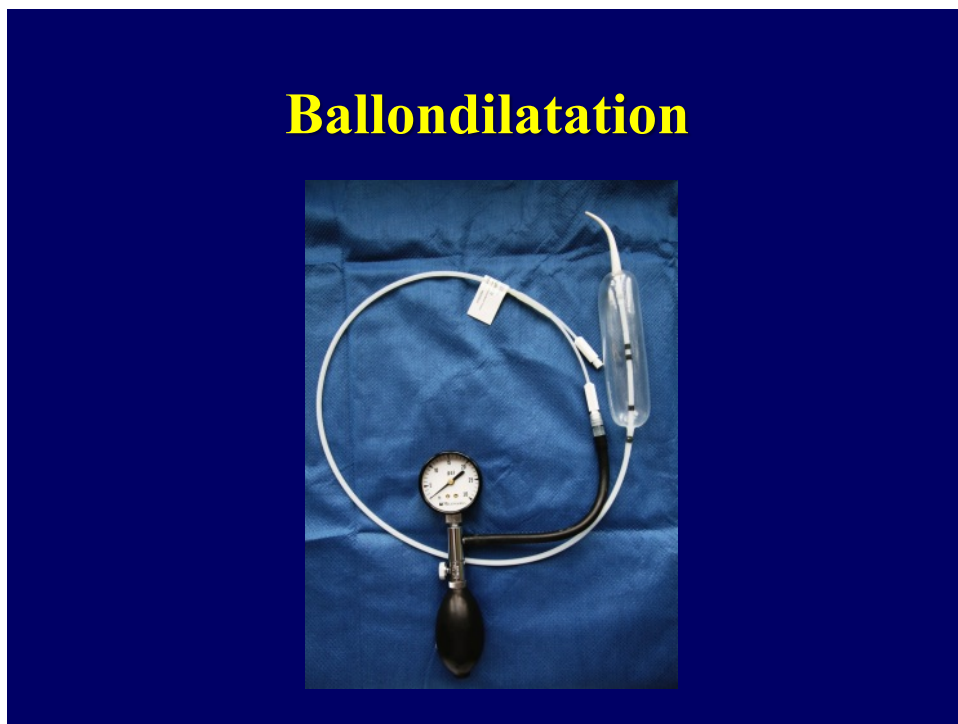
Bei Persistenz der Beschwerden oder auch bei stark erhöhtem analen Ruhedruck verwenden wir in unserer Praxis das Botulinum-Toxin.

Botox



Dieses wird mit Hilfe einer 0,3 mm Nadel lateral beidseits der Fissur in den Sphinkter infiltriert. Die Injektion wird nur selten als schmerzhaft empfunden. Bei ca. 4 % der Patienten tritt für maximal eine Woche eine passagere Inkontinenz auf, welche aber gegebenenfalls mit Loperamid kupiert werden kann. Das Botox hat im Gegensatz zu den Salben den Vorteil dass es nur einmal appliziert werden muss. Die Kosten sind gering wenn eine Botox Ampulle für mehrere Patienten aufgeteilt werden kann. Die Kalzium-Antagonisten-Salben bzw. das Botox haben eine Heilungsrate gemäss kontrollierten Studien von 67-89% bzw. 27-96% mit einer Rezidivquote von 11-20% bzw. 0-30%; beide Methoden führen zu keiner permanenten Inkontinenz. Gonyautoxin intraspinktär, ein Schalentier-Phytotoxin, führte gemäss der einzigen vorliegender Studie (3) in 100% zur Abheilung.

Ist der Patient nach zwei Wochen nicht beschwerdefrei oder klagt der Patient über so massive Schmerzen, dass er arbeitsunfähig ist, führen wir an unserem Zentrum eine kontrollierte pneumatische Ballondilatation durch.



Unter Prämedikation mit Propofol kann so problemlos für 2 × 2 Min. eine ambulante Dilatation mit einem 25-40 mm Ballon (abhängig von der individuellen anatomischen Grösse des Anus und dem analen Ruhedruck) durchgeführt werden. Die Ballondilatation zeigte in einer kontrollierten Studie die gleiche Abheilungsrate wie die laterale Sphinkterotomie, mit allerdings weniger postoperativen Inkontinenzerscheinungen als beim chirurgischen Verfahren (4). Häufig wird in der gleichen Sitzung die Fissurränder mit dem CO₂-Laser angefrischt, sowie der Vorposten bzw. ein allfällige hypertrophe Analpapille abgetragen.

Sehr selten kommt es bei Nicht-Ansprechens auf die minimal-invasive Therapie zum chirurgischen Eingriff, welcher zugebenerweise immer noch als Goldstandard der Fissurbehandlung gilt, allerdings aber auch mit dem Risiko einer konsekutiven analen Inkontinenz. An unserem Zentrum wurden zwischen 2000-2010 bei n= 1862 Fissur-Patienten in 1,1% ein chirurgisches Konsilium notwendig. Die chirurgischen Kollegen führen bei erhöhten analen Ruhedruck eine laterale Sphinkterotomie und Fissurdebridement durch, gelegentlich wird die Fissur mit einem Hauptlappen („Y-V-flap, roatation-flap“) abgedeckt.

Zusammenfassung

Obwohl die Analfissur häufig auftritt, zeigte sich erst in den letzten Jahre entscheidende Fortschritte bei der Therapie. Die den analen Sphinkter-Druck senkende Salben wie das Diltiazem und das Nifedipin wie aber auch Botox-Injektionen werden heute bereits routinemässig eingesetzt. Neu hat sich in den letzten Jahren die kontrollierte pneumatische Ballondilatation durchgesetzt. Deshalb wird heute in eine chirurgische Intervention selten notwendig.

Literatur:

- 1) Wittmer A.: Aetiologie und Therapie der chronischen Analfissur. *Coloproctology* 2003;25:16-22
- 2) Gil J.: Screening for the effectiveness of conservative treatment in chronic anal fissure patients using anorectal manometry. *Int. J. Colorectal Dis.* 2010;25(5):649-54
- 3) Garrido R. : Gonyautoxin : new treatment for healing acute and chronic anal fissure. *Dis. Colon Rectum* 2005;48:335-340
- 4) Renzi A.: Clinical, manometric, and ultrasonographic results of pneumatic dilatation vs. lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure: a prospective, randomized, controlled trial. *Dis. Colon Rectum* 2008; 51:121-7

Angaben zum Autor

Dr. Andreas Paul Müller, FMH für Gastroenterologie ist seit 1995 leitender Arzt am Gastrozentrum Hirslanden in Zürich. Seine Ausbildung zum Facharzt für Gastroenterologie absolvierte am Uni Spital Zürich mit anschliessender Oberarzt-Tätigkeit. Anfangs der neunziger Jahre war er Honorary Senior Research Fellow am Middlesex-Hospital in London, wo er sich auch in der Proktologie subspezialisierte.

Seine Arbeitsschwerpunkte sind die Abklärung sowie Therapie von Störungen im Bereich des Ano-Rektums, insbesondere von Analschmerzen, Hämorrhoidalleiden, analer Inkontinenz, sowie chronischer Obstipation.