

Hämorrhoidalleiden

Allgemeines

Oberhalb der Linea dentata, unter der Rektumschleimhaut, findet sich ein zirkulär angelegtes arterio-venöses Gefäßkonglomerat, das Corpus cavernosum recti. Bei einer Hyperplasie dieser Gefäßstrukturen spricht man von Haemorrhoiden und bei zusätzlich auftretenden Beschwerden von einem Hämorrhoidalleiden. Diese arterio-venöse Schwellkörper mit Prädelektionsstellen bei 3, 7 und 11h in Steinschnittlage, denen eine wichtige Funktion bei der Feinkontinenz zukommt, werden über entsprechende Äste der Arteria rectalis superior gespeist.

Symptome

Die auf Hämorrhoiden zurückzuführenden Beschwerden sind uncharakteristisch und auch bei vielen anderen proktologischen Erkrankungen in ähnlicher Weise vorhanden. Sie sind nicht von der Größe der Hämorrhoiden abhängig. Am häufigsten sind Blutungen. Diese treten meist beim Stuhlgang bzw. auch nach dem Stuhlgang auf und sind wechselnd in ihrer Intensität. Typisch sind wechselnde Phasen: Blutungen, die täglich bei jedem Stuhlgang auftreten und ohne besondere Behandlungsmaßnahmen über Wochen aber auch Monate wieder verschwinden. Sehr oft ist die Feinkontinenz gestört. Dies führt zu einem unterschiedlich starkem Nässen, Schmierer und nicht selten einer stuhlverschmutzten Wäsche. Mit Juckreiz einhergehenden Analekzeme sind dann eine direkte Folge des Hämorrhoidalleidens. Hämorrhoiden machen in der Regel keine Schmerzen. Allerdings klagen manche Patienten über einen unabhängig vom Stuhlgang gelegentlich auftretenden, dumpfen Druck oder über eine Art Fremdkörpergefühl im After. Häufig sind Schmerzen auf eine synchron bestehende kleine Fissur zurückzuführen (bei Hämorrhoiden 2. ° bis zu 70%). Starke Schmerzen finden sich allerdings beim thrombosierte und inkarzerierte Hämorrhoidalprolaps.

Diagnostik

Nicht prolabierende Hämorrhoiden (Hämorrhoiden I. °) sind nur proktoskopisch zu erkennen. Prolabierende Hämorrhoiden zeigen sich am deutlichsten nach der Defäkation oder beim Pressen während der Untersuchung. Hämorrhoiden 2° reponieren sich spontan, Hämorrhoiden 3° müssen digital reponiert werden. Außen fixierte und nicht mehr zu reponierende Haemorrhoiden 4° sind allein bei der Inspektion gut zu beurteilen. Weitere Untersuchungen sind im Rahmen des Hämorrhoidalleidens nicht erforderlich. Zum Ausschluss anderer Differentialdiagnosen sind jedoch weitere Untersuchungen (z.B. Rektoskopie, Koloskopie, Funktionsuntersuchungen, u. a.) erforderlich.

Differentialdiagnose

Besonders werden Marisken gern mit Hämorrhoiden verwechselt. Häufig sind Hämorrhoiden mit Anodermprolaps und Marisken kombiniert. Auch bei perianalen Thrombosen handelt es sich nicht um Hämorrhoiden, sondern um Thrombosen in den subkutanen Analrandvenen. Es ist allenfalls die knotige Form, die hierbei an Hämorrhoiden denken lassen könnte. Verwirrend ist hier oft der Begriff von „äußeren Hämorrhoiden“ im anglo-amerikanischen Sprachraum.

Therapie

Alle kausalen Behandlungsmethoden haben das Ziel: Rekonstruktion des Analkanals, Normalisierung der Physiologie und Beseitigung der Beschwerden, aber nicht eine radikale Ausrottung des hämorrhoidalen Plexus.

Eine physiologische Stuhlregulation ist als Basistherapie vor jeder weiterreichenden Behandlung anzustreben. Von einer lokalen Behandlung mit Salben, Suppositorien oder Analtampons ist bei Beschwerden, die ausschließlich auf Hämorrhoiden zurückzuführen sind (z.B. Blutungen) kein Erfolg zu erwarten, da hier ja nur symptomatisch und nicht kausal therapiert wird. Allerdings können sie die bei Hämorrhoiden auftretenden, entzündlichen, ödematösen Begleitveränderungen günstig beeinflussen.

Sklerosierungsbehandlung

Die Sklerosierung der Hämorrhoiden kann nach Blond oder Blanchard vorgenommen werden. Beide Methoden sind die Therapie erster Wahl bei Hämorrhoiden 1°. Bei der Blond'schen Methode wird die Sklerosierungslösung (z.B. Polidocanol, Thesit, Chinin, Calciumzinkchlorid) im Blond'schen Seitblick-Proktoskop tropfenweise zirkulär oberhalb der Linea dentata submucös injiziert. Dafür sind 0,5-1,0 ml Sklerosierungslösung ausreichend. Bei der Sklerosierungstechnik nach Blanchard werden je 1-3ml einer Phenol-Mandelöllösung oder einer Phenol-Erdnußöllösung in den Bereich der zuführenden Hämorrhoidalarterien bei 3, 7 und 11h in Steinschnittlage appliziert. In der Regel sind 3-4 Behandlungen im Abstand von 1-2 Wochen nötig, um die bei Hämorrhoiden I. ° auftretenden Beschwerden zu beseitigen. Der therapeutische Effekt ist auf eine Fixierung und narbige Schrumpfung der Hämorrhoidalkonvolute oberhalb der Linea dentata zurückzuführen.

In weniger als 5% ist mit Komplikationen zu rechnen. In erster Linie Blutungen, die in seltenen Fällen - meist 8-14 Tage nach der Behandlung - recht bedrohliche Ausmaße annehmen können. Ebenfalls treten gelegentlich Schmerzen nach der Behandlung, in Form eines unangenehmen Drucks oder Fremdkörpergefühls auf. Bei der Verwendung chininhaltiger Sklerosierungslösungen ist in 3-4% mit Allergien zu rechnen. Schwere Rektumnekrosen und septische Komplikationen mit Todesfolge sind in Einzelfällen beschrieben. Bei Blutungen liegt der Therapieerfolg bei meist über 80%. Langfristig ist mit einer hohen Rezidivquote zu rechnen, die nach drei Jahren bei 70% liegt.

Gummiringligatur

Knotig vergrößerte Hämorrhoiden lassen sich sehr elegant und einfach mit kleinen Gummiringen (Barron-Ligatur) abtragen. Mit Hilfe eines speziellen Applikators werden im vorn offenen Proktoskop knotig vergrößerte Hämorrhoiden proximal der Linea dentata ligiert. Innerhalb weniger Tage führt dies zu einer Nekrose und zum Abstoßen des Gewebes. So lässt sich das Prolabieren der Hämorrhoidalkonvolute verhindern, ohne diese gleichzeitig zerstören zu müssen. Kontinenzprobleme sind - auch bei Patienten mit schwächerem Schließmuskel als Folge solch einer Behandlung - nicht zu erwarten. Aufgrund möglicher Risiken sollte man mit multiplen Ligaturen in einer Sitzung eher zurückhaltend sein. In der Regel werden 3 bis 4 einzelne Gummiringe im Abstand von 3-4 Wochen platziert.

Als Komplikationen ist neben Schmerzen (bis 14 %), auch mit starken Blutungen zu rechnen. Auch Harnverhaltung, Fieber, Abszesse, Thrombosen und Fistelbildungen können vereinzelt auftreten. Extrem selten sind Clostridieninfektionen mit Todesfolge nach Gummiligaturen aufgetreten.

Die Behandlungserfolge mit Gummiringligaturen bei Hämorrhoiden 2° liegen nach 3-5 Jahren zwischen 70 und 80%. Die Rezidivrate liegt im Vergleich zu Sklerosierung signifikant niedriger - bei 25%.

Dopplergesteuerte Hämorrhoidalarterienligatur (HAL)

Die Möglichkeit, Hämorrhoiden 2° und 3° Grades über eine dopplergesteuerte Arterienligatur erfolgreich zu verkleinern, ist ursprünglich von Morinaga und modifiziert von Meintjes beschrieben worden. Auf diese Weise lassen sich mit einem Spezialproktoskop, in das ein Dopplertransducer eingebaut ist, die zuführenden Hämorrhoidalarterien orten und gezielt ligieren. Das führt innerhalb kurzer Zeit zu einem Schrumpfen der Hämorrhoidalkonvolute. Dadurch soll nicht nur der Hämorrhoidalprolaps verschwinden, sondern auch die damit verbundenen Beschwerden.

In Deutschland liegen über diese Behandlungsmethode noch keine verwertbaren Studien vor. Eine abschließende Beurteilung sowohl der Indikation als auch der Effektivität ist z. Z. noch nicht möglich.

Operation

Hämorrhoiden 3°, die bei der Defäkation prolabieren, sich nicht spontan retrahieren und daher manuell reponiert werden müssen, sind nur in Ausnahmefällen noch konservativ mit zufrieden stellendem Ergebnis therapierbar. Daher ist hier die Indikation zur Operation gegeben. Folgende Methoden stehen zur Verfügung.

Offene Hämorrhoidektomie nach Milligan-Morgan

Geschlossene Hämorrhoidektomie nach Ferguson

Subanodermale Hämorrhoidektomie nach Parks

Rekonstruktive Hämorrhoidektomie nach Fansler-Arnold

Supraanodermale Hämorrhoidektomie nach Whitehead

Supraanodermale Mukosektomie mit dem Stapler

Insbesondere bei segmentären Hämorrhoidalvorfällen sind die Verfahren nach Milligan-Morgan und Ferguson empfehlenswert (Abb. 1). Die vergrößerten Hämorrhoidalknoten werden segmentär reseziert und ausreichend breite Brücken an Anoderm erhalten, um Stenosen und Kontinenzeinbußen vorzubeugen. Die Methode nach Milligan-Morgan belässt die so entstandenen Wunden im Anoderm zur Sekundärheilung offen, während bei der Technik nach Ferguson etwas mehr Anoderm erhalten wird, um die Wunde durch Naht zu verschließen. Die Komplikationsrate liegt meist unter 10%. Die Rezidivrate wird zwischen 3 und 26% angegeben, je nach Definition des Begriffs „Rezidiv“ und der Dauer der Nachbeobachtung. Als subanodermale/submuköse Resektion der Hämorrhoiden mit gleichzeitiger Reposition des dislozierten Anoderms - somit bei fortgeschritteneren Befunden zu bevorzugen - kommt alternativ die Op-Technik nach Parks infrage.

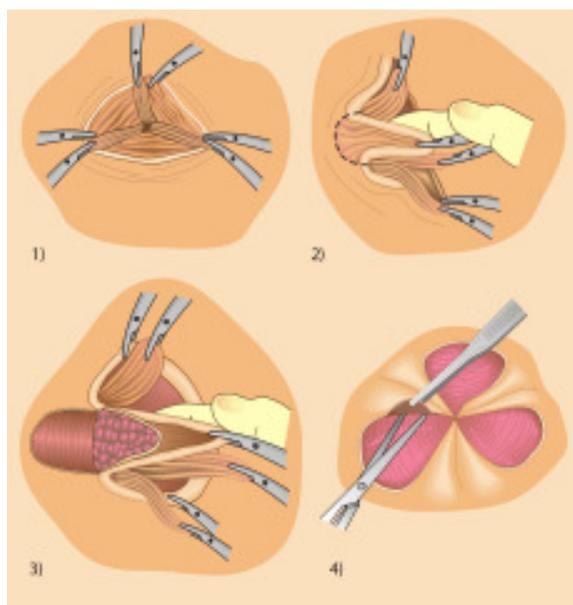


Abb. 1: Hämorrhoidektomie nach Milligan-Morgan

Seit wenigen Jahren wird die Stapler – Hämorrhoidopexie bei zirkulären Hämorrhoiden 3° eingesetzt (Abb. 2). Mit Hilfe der seit über 20 Jahren in der Kolon- und Rektumchirurgie bekannten Klammernahtgeräte sowie einem speziellen Einführungsset werden die prolabierenden Hämorrhoiden reponiert und das proximal davon liegende Mucosagewebe zirkulär reseziert. Hierdurch wird eine Fixation v. a. des vorfallenden Anoderms und Hämorrhoidalgewebes in seiner physiologischen intraanal Position erreicht und es kommt im weiteren Verlauf zu einer Gewebsreduktion durch sekundäre Umbauvorgänge auf eine normale Größe. Da keine Wunde im sensiblen Anoderm entsteht, hat sie sich bedingt durch diesen höheren Patientenkomfort zu einer effektiven Alternative entwickeln. Der Vorteil liegt insbesondere in den geringeren postoperativen Schmerzen. Die

Komplikationsrate liegt niedriger als bei konventioneller Hämorrhoidektomie, die Krankenhausliegedauer und Arbeitsunfähigkeit sind kürzer.

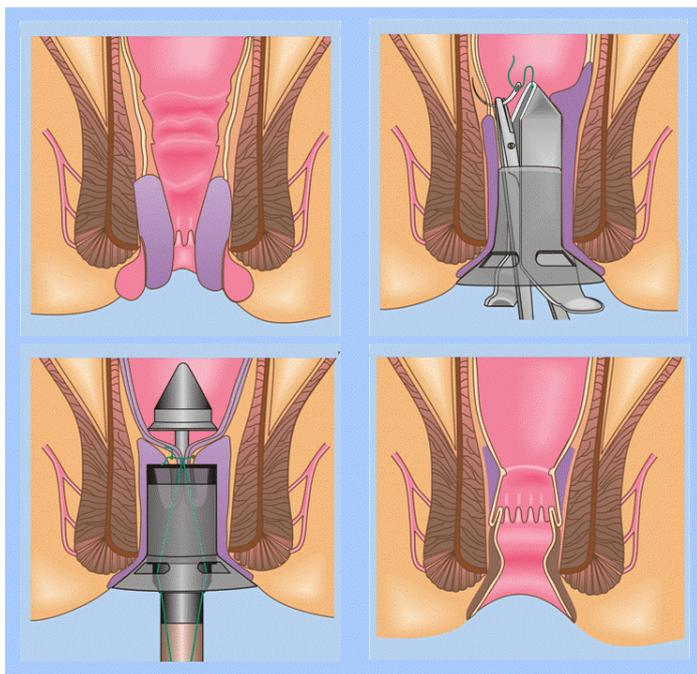


Abb. 2: Stapler-Hämorrhoidopexie

Ist der Hämorrhoidalprolaps nicht mehr reponibel, so liegen Hämorrhoiden 4° vor. Bei chronischen, fibrosierten, fixierten Befunden meist mit einem begleitenden zirkulären Anodermprolaps sind auch plastisch-rekonstruktive Verfahren sinnvoll (Fansler-Arnold). Diese operativ-technisch und auch zeitlich wesentlich aufwendigere Technik (Op-Zeit 30 – 60 Minuten) erzielt neben der Resektion des hämorrhoidalen Gewebes mittels plastischer Verschiebelappen eine zirkuläre bzw. semizirkuläre komplette Rekonstruktion des Analkanals. Dies resultiert in einer hohen postoperativen Komplikationsrate von bis zu 20%. Im Falle einer akuten Thrombosierung oder Inkarzeration ist die konservative Therapie mit Antiphlogistika, Analgetika und lokalen Maßnahmen zu bevorzugen. In erfahrenen Händen kann auch eine sofortige Operation zum Einsatz kommen. Hier ist vor allem die Gefahr einer postoperativen Stenose bedingt durch übermäßige Resektion im ödematösen Stadium zu berücksichtigen.

Bei allen Techniken liegt die Beschwerdefreiheit nach 2 Jahren über 90%. Rezidive nehmen im Zeitverlauf zu, sind aber meist mit konservativen Maßnahmen beherrschbar. Die Reoperationsrate liegt unter 5%. Zu einer vom Patienten am meisten gefürchteten Störung der Kontinenzleistung kommt es direkt postoperativ bis 30%, langfristige Kontinenzstörungen werden bis 5% berichtet, wobei eine permanente Inkontinenz selbst für festen Stuhl nur in wenigen Einzelfällen vorkommt.

Analfissur

Allgemeines

Die Analfissur ist ein länglicher, ulcusartiger Defekt im Bereich des hochsensiblen Anoderms. Ein chronischer Krankheitsverlauf über Jahre ist häufig. Analfissuren haben eine multifaktorielle Genese. Dem Stuhlgang scheint dabei große Bedeutung zuzukommen. Sowohl harter als auch breiiger Stuhl begünstigt das Auftreten von Analfissuren. Hämorrhoiden scheinen ebenfalls von Bedeutung zu sein. Damit liegen die Voraussetzungen vor, die selbst bei einer physiologischen Beanspruchung des Analkanals unter der Defäkation zu Einrissen des Anoderms mit einer schlechten Abheilungstendenz führen. Begünstigt wird dieser Krankheitsverlauf durch starke Schmerzen mit einer reaktiven Verkrampfung der Muskulatur und reaktiver Minderdurchblutung des Gewebes und konsekutiver Störung einer Abheilung. In diesem Circulus vitiosus spielt auch ein erhöhter Internuston eine entscheidende Rolle, deren Beeinflussung therapeutisch genutzt wird.

Symptome

Charakteristisches Symptom ist ein stechender, brennender Schmerz, der mit der Defäkation einsetzt und stundenlang anhalten kann. Dies führt oft zu einer reflektorischen Verkrampfung des Musculus Sphinkter ani internus. Der Anodermdefekt wird von Stuhlgang regelmäßig arrodirt, so dass regelhaft Blutungen auf dem Stuhl oder am Toilettenpapier zu sehen sind. Nimmt die Chronifizierung zu, führt eine ständige Sekretion zum Nässen und sekundären Analekzem.

Diagnostik

Analfissuren finden sich in 80% im Bereich der hinteren Kommissur, in 10-15% im Bereich der vorderen Kommissur und selten in den seitlichen Sektoren. Akute Analfissuren sind längliche Anoderm-Defekte. Der Wundgrund ist anfangs blutig imbibiert und schmierig belegt. Die Ränder sind scharf begrenzt und meist bedingt durch eine lokale Inflammation gerötet. Chronische Analfissuren zeigen die typischen sekundären Veränderungen: derbes Ulcus, freiliegender Musculus sphinkter ani internus, aufgeworfenen wulstige Ränder, am proximalen Rand ein Analfibrom und am distalen Rand eine Vorpostenfalte (entzündlich aufgeworfene Mariske). Dringt die fortschreitende Entzündung weiter in die Tiefe vor, können subanodermale und intersphinktere Fisteln auftreten, die oft von proximal kommend nur inkomplett ausgebildet sind, somit taschenähnlich unter dem Anoderm verlaufen. In angloamerikanischen Publikationen wird die Chronizität oft ausschließlich nach dem Zeitverlauf definiert: liegen die Beschwerden länger als 6 Wochen vor, spricht man von chronischer Fissur. Da die Fissuren in der Regel im distalen Anoderm liegen, sind sie bei der Inspektion des Anus unter geringem Spreizen bereit zu erkennen. Bedingt durch die extreme Schmerzhaftigkeit sind diese Untersuchungen dann in Lokalanästhesie ratsam. Differentialdiagnostisch sind fissurartige Defekte bei Morbus Crohn und ein Analkanalcarcinom abzugrenzen.

Therapie

Eine Stuhlregulierung, die über einen wohlgeformten Stuhl zu einer physiologischen, regelmäßigen Dehnung des Analkanals führt, hat kausalen und präventiven Behandlungscharakter.

Konservative Therapie

Auf konservativem Weg erreicht man durch die Injektion eines Lokalanästhetikums unter den Fissurgrund ein Abklingen der Schmerzen. Dadurch wird in vielen Fällen eine anschließende, von den Patienten täglich vorzunehmende Sphinkterdehnung mit einem Analdehner und einer anästhesierenden Salbe ermöglicht. Bei weniger schmerzhaften Analfissuren kann diese tägliche Sphinkterdehnung ohne die initiale Behandlung mit einem Lokalanästhetikum erfolgen. Dies war bis vor einigen Jahren die einzige konservative Therapieoption. Heute werden als Primärtherapie neue Salbenentwicklungen eingesetzt: Glyceroltrinitrat-Salbe (GTN) bewirkt bei lokaler Applikation in einer Konzentration von 0,1 - 0,4% eine Relaxation der glatten Muskulatur des Musculus sphinkter ani internus. Dies verbessert die subanodermale Durchblutung und schafft die Voraussetzung zum Abheilen der Fissur. Bei chronischer Fissur zeigten prospektiv randomisierte Studien in 50% - 70% kurzfristig eine signifikante Schmerzreduktion sowie nach 8 – 12 Wochen eine Fissurheilung. Als Alternative mit dem gleichen Wirkprinzip können 2%ige Salbenmischungen mit Calciumantagonisten eingesetzt werden. Ähnlich ist das Behandlungsziel bei der Verwendung von Botulinumtoxin. Bei intramuskulärer Verabreichung bewirkt dies über eine Hemmung der Acetylcholinausschüttung eine etwa 3 monatige Muskellähmung und Reduzierung des Muskeltonus. Als Nebenwirkung ist in 2-3% mit einer passageren Beeinträchtigung der Kontinenz zu rechnen. Die erzielten Heilungsraten sind vergleichbar den Therapieergebnissen mit GTN.

Operative Therapie

Eine Operation der Fissur ist indiziert, wenn konservative Therapien nicht zum Erfolg geführt haben, oder Sekundärveränderungen wie hypertrophierte Analpapillen mit vertieften Krypten oder unterminierte Vorpostenfalten, aber auch subanodermale bzw. intersphinktere Fisteln im Bereich des Fissurgrundes, eine Abheilung nicht erwarten lassen. Für die operative Versorgung von Analfissuren stehen zwei Verfahren zur Verfügung: Die laterale Sphinkterotomie und die tangentielle Fissurektomie.

Die laterale Sphinkterotomie hat das Ziel, durch Incision des distalen Randes des Musculus sphinkter ani internus, den Tonus zu senken und damit die Voraussetzungen zur Abheilung über eine Entspannung der Sphinktermuskulatur zu erreichen. Bei zu großzügig durchgeführter Sphinkterotomie ist allerdings mit Kontinenzstörungen in bis zu 30% zu rechnen. In Angloamerikanischen Ländern gilt diese Technik als Standard-Operation der Fissur. Bei der Fissurektomie wird die Fissur einschließlich der narbig veränderten Fissurränder, der Vorpostenfalten und hypertrophierten Analfibromen exzidiert. Mit beiden Techniken erreicht man eine langfristige Fissurheilung in 90 – 98%.

Abszess und Fistel

Allgemeines

Der Abszess ist die akute, die Fistel die chronische Form des gleichen Entzündungsprozesses. Periproktale Abszesse sind meist auf eine Infektion der noch rudimentär angelegten Proktodealdrüsen zurückzuführen. Im Bereich der hinteren Kommissur sind diese kryptoglandulären Strukturen am häufigsten vorhanden. Wenn sich die Entzündung ihren Weg entlang vorgegebener Spalträume submukös, subanodermal, intersphinkter oder transsphinkter bahnt, führt dies zu Abszessen. Unbehandelt kommt es je nach Lage des Abszesses zur Perforation in das Rektum, in den Analkanal oder nach außen. In der Mehrzahl der Fälle resultiert aus der ständigen Kontamination bei unzureichender spontaner Drainage dann die persistierende Fistel; nur in 20-40% sind komplette Ausheilungen beschrieben. Eine Beeinträchtigung und Funktionseinschränkung des Kontinenzorgans ist eine zwangsläufige Folge. Entsprechend ihrer Beziehung zum Sphinkter erfolgt die Klassifikation, an der sich auch die spätere Therapie orientiert (Abb. 3).

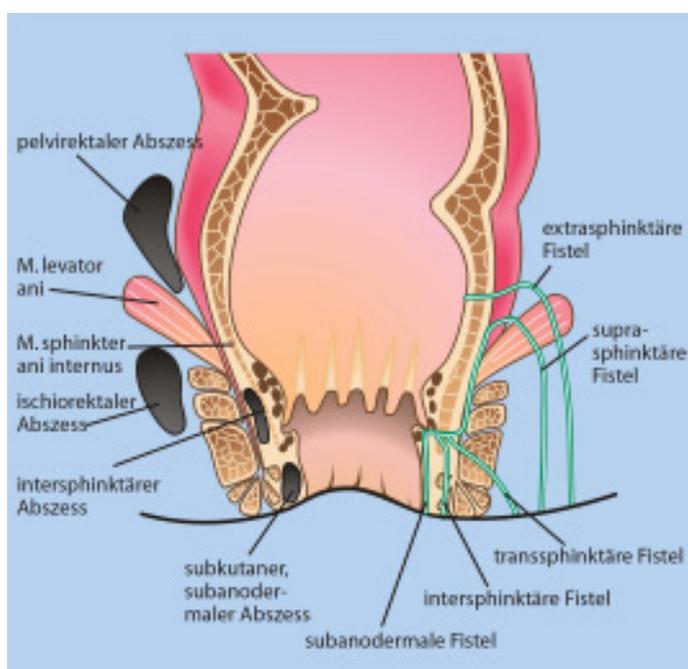


Abb. 3: Schematische Einteilung von Abszessen und Fisteln

Symptomatik

Beim Abszess sind Schmerz und Schwellung, bei der Fistel Sekretion und Juckreiz die führenden Symptome. Beim Abszess reichen die Beschwerden vom unangenehmen Druck oder Fremdkörpergefühl bis zu stärksten Schmerzen mit Fieber oder Schüttelfrost. Im Gegensatz zu den Abszessen ist die klinische Symptomatik perianaler Fisteln wenig dramatisch. Eine mehr oder weniger starke Sekretion eines eitrig serösen Sekrets führt zur Irritation der perianalen Haut bis hin zum ausgeprägten Analekzeme. Durch oberflächliche Epithelisierung der äußeren Fistelöffnung ist eine vorübergehende Sekretverhaltung möglich, ohne dass eine komplette Abheilung erfolgt. Die

Ansammlung von Sekret wird meist innerhalb weniger Tage die dünne Epithelschicht wieder perforieren. Es kann aber beim persistierenden Verhalt wieder zur akuten Abszedierung kommen.

Diagnostik

Ein Abszess ist allein anhand der typischen Anamnese mittels Inspektion und Palpation zu diagnostizieren. Oberflächliche Abszesse zeigen die typische schmerzhafte Rötung und Schwellung. Die seltenen sehr tief gelegenen – pararektalen – Abszesse sind von außen nicht zu erkennen, meist aber durch transanale Palpation zu vermuten und dann mit weiterführender Diagnostik zu sichern.

Fisteln zeigen eine äußere Fistelöffnung mit unterschiedlich stark ausgeprägter Induration der Umgebung bzw. in Richtung der inneren Fistelöffnung ziehend. Mit Knopfsonden lässt sich der Fistelverlauf bei entsprechender Erfahrung gut verfolgen. Lässt sich mit dieser einfachen klinischen Untersuchung die Fistel nicht darstellen, ist eine Untersuchung in Narkose als nächster Schritt erforderlich. Hier kann dann nicht nur die Fistel dargestellt, sondern gleich eine entsprechend erforderliche Therapie erfolgen. Nur in speziellen – meist komplizierten – Fällen ist eine apparative Diagnostik erforderlich: Mit Endosonographie, Computertomographie oder Kernspintomographie lassen sich Verhaltungen, narbige Läsionen und auch Fistelverläufe darstellen. Eine röntgenologische Darstellung von Fisteln (Fistulographie) ist verzichtbar da nicht weiterführend.

Differentialdiagnose

Bei entzündlichen Prozessen im Analbereich ist immer an einen Morbus Crohn zu denken. 10 - 30% der Morbus Crohn Patienten haben ihre Erstmanifestation im Analbereich. Die Genese dieser entzündlichen Prozesse kann ebenso wie bei typischen Fistelerkrankungen über die Proktodealdrüsen ihren Verlauf nehmen. Die typischen Crohn-Fisteln halten sich dagegen an keinerlei vorgegebene Organstrukturen und durchdringen destruiierend jegliches umgebende Gewebe. Von den Analfisteln sind entzündliche Herde einer Akne inversa abzugrenzen. Multiplen, auch miteinander konfluierenden Abszedierungen mit zahlreichen Fistelöffnungen ist eine bläulich livide Umgebung typisch. Eine Verbindung dieser Fisteln zum Analkanal oder Rektum liegt nicht vor. Extrem selten sind bei einer Tuberkulose perianale Fisteln beschrieben.

Abszess-Therapie

Ein anorektaler Abszess wird grundsätzlich unverzüglich nach Diagnose gespalten. Da immer die Gefahr einer fortschreitenden Infektion bis hin zur generalisierten Sepsis besteht, ist ein zeitlicher Aufschub stets kontraindiziert. Die Therapie erfolgt durch breite trichterförmige Eröffnung der Haut mit anschließender Sekundärheilung. Bei sehr großen ischio- oder pelvirektalen Abszesshöhlen, z.B. auch einer Hufeisenfistel kann zur Vermeidung einer riesigen Wunde eine kleine Incision mit Gegenincision zur ausreichenden Drainage ausreichen. Spezielle Drainagekatheter sind nur wenigen

Sonderfällen, z.B. peritonealer Ausdehnung vorbehalten. Eine ausschließliche oder ergänzende Therapie mit Antibiotika ist nur in ganz wenigen Fällen sinnvoll, z.B. bei Immunsuppression, begleitender Weichteilphlegmone oder schwerer septischer Begleitreaktion. Bei jeder Operation eines anorektalen Abszesses sollte in gleicher Narkose vom erfahrenen Operateur nach der Ursache gefahndet werden. Lässt sich die Fistelverbindung zum Analkanal finden, so wird die Fistel primär operiert oder mit einem Faden für einige Wochen drainiert und später dann chirurgisch versorgt. Ist bei der Revision eine Fistel primär nicht zu finden, so sollte auf weitere Manipulation wegen der Gefahr einer Via falsa verzichtet werden und nach Abklingen der akuten Entzündung eine weitere Klärung erfolgen.

Fistel-Therapie

Das Ziel jeder Fistelchirurgie ist die Sanierung ohne Kontinenzeinbuße und ohne Rezidiv. Die operative Maßnahme orientiert sich am Verlauf der Fistel, somit deren Bezug zum Sphinkterapparat. Subanodermale, submuköse, intersphinktere und distale (tiefe) transsphinktere Fisteln, die nur einen kleineren Anteil der Sphinktermuskulatur umfassen, können ohne Einschränkung der Kontinenz komplett gespalten werden. Die Rezidivrate liegt unter 10%, während die Kontinenzstörung direkt vom Ausmaß der Sphinkterbeteiligung abhängt. Hat man in früheren Jahren bis zu zwei Dritteln des Sphinkters durchtrennt, geht man heute zurückhaltender vor. Eine generell zutreffende Angabe, wie viel Sphinkter ohne Kontinenzeinschränkung durchtrennt werden kann, ist nicht möglich, da die Kontinenz von vielen anderen Faktoren (z.B. Geschlecht, Alter, Stuhlkonsistenz) abhängt und bei jedem Patienten individuelle Faktoren (z.B. Voroperationen, Rezidivfistel, Lokalisation der Fistel) eine Rolle spielen, die bei der Indikation zur Spaltung mitberücksichtigt werden müssen. In der Literatur werden daher Daten der postoperativen Kontinenzleistung mit enormer Streuung angegeben: 5 – 40%.

Proximale (hohe) transsphinktere, suprasphinktere und extrasphinktere Fistelgänge, die wesentliche Muskelanteile umfassen, werden primär fadendrainiert und im nichtentzündlichen Stadium in zweiter Sitzung extirpiert und plastisch verschlossen. Hierzu wird nach kompletter Exstirpation des Fistelganges insbesondere der kryptoglandulären Region die Sphinktermuskulatur direkt vernäht und dieser Verschluss mit einem Verschiebelappen aus Mukosa oder Mukosa/Submukosa/Internus gesichert, somit die innere Fistelöffnung verschlossen (Abb. 4). Eine unmittelbare Nahtinsuffizienz tritt in bis zu 10 - 25% auf, die Rezidivrate liegt zwischen 5 und 30%. Neben obigen Methoden kommen in Einzelfällen auch andere Techniken zum Einsatz: eine direkte komplette Spaltung und einzeitiger oder zweizeitiger Wiederaufbau der Muskulatur sowie auch die Interposition von Muskulatur z.B. Musculus gracilis oder Musculus rectus abdominis, langzeitige Fadendrainage und auch die Fibrinklebung. Die früher geübte Fadendrainage nach Hypokrates mit dem Ziel der langsamen Durchtrennung des Sphinkterapparates ist heute wegen der hohen Inkontinenzrate und auch wegen der starken Schmerzen während der wochenlangen Behandlung obsolet.

Eine Sonderform stellt die rekto- bzw. anovaginale Fistel dar. Sie wird analog obigen Prinzipien diagnostiziert und therapiert. Auf Grund ihrer Lage sind jedoch meist plastische Verfahren notwendig.

Bedingt durch das in diesem Bereich fehlende umgebende Binde- und Muskelgewebe des Septum rektovaginale sind die Erfolgsraten schlechter als bei den anderen Anorektalfisteln.

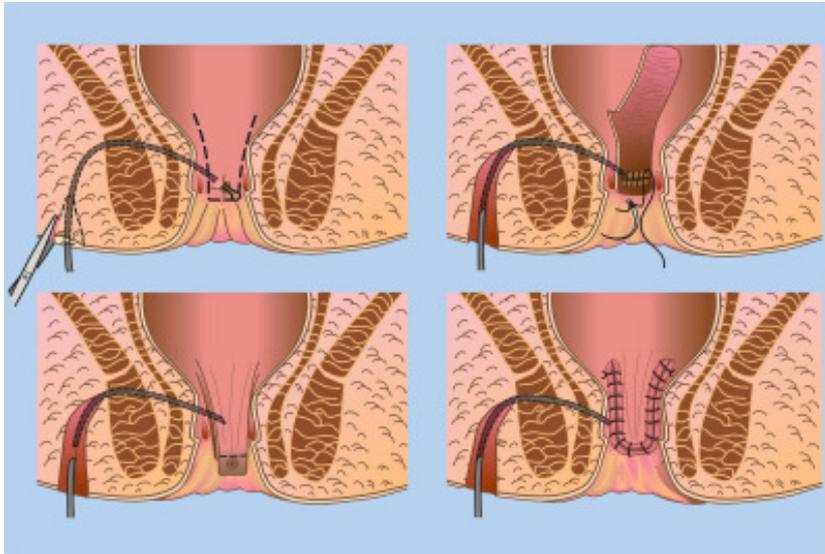


Abb. 4: Plastischer
Fistelverschluß (Flap-Technik)

Anorektale Crohnfisteln:

Bei analen Crohnfisteln sind 75% wie bei anderen Fisteln kryptoglandulären Ursprungs und folgen obigen Verläufen. Dagegen folgen 25% nicht den anatomischen Strukturen und durchdringen destruierend das Gewebe. Ihre Therapie erfolgt ebenfalls entsprechend obigen Strategien. Da auf Grund der hohen Rezidivrate der Grunderkrankung in vielen Fällen wiederholte chirurgische Eingriffe notwendig werden, sollte eine Schonung der Sphinktermuskulatur besonders beachtet werden. Vor jeder rekonstruktiven Fistelsanierung muss die systemische Erkrankung kontrolliert sein und die lokalen Verhältnisse entzündungsfrei sein. Bei komplexen Fisteln mit rezidivierenden Schüben ist die lockere Langzeitfadendrainage über Monate und Jahre eine vom Patienten in der Regel sehr gut tolerierte Maßnahme, die die Stomaanlage verhindert oder zumindest verzögert.

Literatur:

- 1) Corman M:
Anorectal abscess and anal fistula. In: Corman M (Hrsg.): Colon and rectal surgery. Lippincott-Raven Philadelphia 224-271, 1998
- 2) Ganio E., Altomare F., Gabrielli F., Milito G., Canuti S:
Prospective randomised multicentre trial comparing stapled with open haemorrhoidectomy, British Journal of Surgery 88, 669-674, 2001
- 3) Gordon PH:
Anorectal abscesses and fistula-in-ano. In: Gordon PH, Nivatvong S (Hrsg.):

Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum and Anus, Quality Medical Publishing
St. Louis 241-286, 1999

- 4) Herold A:
Hämorrhoiden, Fissur, Fistel, Abszeß in: Aktuelle Proktologie, 2. Aufl.,
(Hrsg: Brühl, Herold, Wienert) UNI-MED Science 2005, Bremen
- 5) Komborozos V, Skrekas G, Pissiotis C:
Rubber band ligation of symptomatic internal hemorrhoids: results of 500 cases.
Dig Surg 17, 71-76, 2000
- 6) Lund J, Scholefield J:
A randomized, prospective, double-blind, placebo-controlled trial of glyceryltrinitrate
ointment in treatment of anal fissure
Lancet 349, 11-14, 1997
- 7) Mehigan BJ., Monson JRT., Hartley JE:
Stapling procedure for haemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy: randomised
controlled trial,
Lancet 355, 782-785, 2000
- 8) Nelson R:
Meta-analysis of operative techniques for fissure-in-ano
Dis Colon Rectum 42 (11), 1424-1428, 1999

(alle Abbildungen aus Brühl, Herold, Wienert (Hrsg.): Aktuelle Proktologie 2. Aufl., UNI-MED Verlag,
Bremen 2005)

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. A. Herold,

Enddarm-Zentrum, Bismarckplatz 1, 68165 Mannheim

Tel.: 0621-1234750 Fax: 0621-12347575 e-Mail: a.herold@enddarm-zentrum.de

Internet: www.enddarm-zentrum.de