

Analfissur

Jan Kirsch

Enddarm-Zentrum Mannheim, Mannheim, Deutschland

Anal fissure

Summary. Anal fissures are present in about 10–15 % of proctological patients. The cause of the illness is unknown, but is probably multifactorial. Cardinal symptoms are pain during and after defecation, as well as persistent sphincter spasm. In most cases an acute anal fissure heals spontaneously or with adequate conservative therapy. Chronic anal fissures can be cured in some cases by conservative treatment. Where there is treatment resistance, surgical cleansing is necessary.

Key words: Anal fissure, anal ulcer, sphincter spasm, cryptitis.

Zusammenfassung. Die Analfissur findet sich bei 10–15 % der proktologischen Patienten. Die Ursache der Erkrankung ist unbekannt, wahrscheinlich aber multifaktoriell. Leitsymptome sind Schmerz während und nach der Defäkation sowie ein anhaltender Sphinkterspasmus. Eine akute Analfissur heilt spontan bzw. durch adäquate konservative Therapie in den meisten Fällen ab. Die chronische Analfissur kann in einem Teil der Fälle durch konservative Behandlung zur Ausheilung gebracht werden, bei Therapieresistenz ist eine operative Sanierung erforderlich.

Schlüsselwörter: Analfissur, Analulkus, Sphinkterspasmus, Kryptitis.

Grundlagen

Es handelt sich um ein 0,5–1 cm großes, spindelförmiges Ulkus im Bereich des (sensiblen) Anoderms. In etwa 80 % der Fälle findet man die Fissur bei 6 Uhr in Steinschnittlage. Nicht selten ist das Auftreten einer Fissur bei 12 Uhr, während andere Lokalisationen die Ausnahme darstellen. Man unterscheidet je nach Verlaufsformen eine *akute* und *chronische* Analfissur. Die Analfissur gehört mit dem Hämorrhoidalleiden zu den häufigsten proktologischen Erkrankungen.

Korrespondenz: Dr. Jan Kirsch, Enddarmzentrum Mannheim, Bismarckplatz 1, 68165 Mannheim, Deutschland.
Fax: ++49/621/1234–7575
E-Mail: mail@enddarm-zentrum.de

Klinik

Die *akute* Form ist gekennzeichnet durch einen heftigen, stechend-bohrenden Schmerz, der während der Defäkation auftritt und minuten- bis stundenlang persistieren kann. Als Reaktion auf den Schmerz kommt es zu einem anhaltenden Spasmus der Sphinktermuskulatur, der die Symptomatik noch verstärkt. Das Ulkus selbst führt in der Regel zu leichten perianalen Blutungen.

Die Schmerzen können erheblich sein; teilweise sind sie so ausgeprägt, dass sie den Patienten – aus Angst vor dem nächsten Stuhlgang – zur Nahrungskarenz oder der Einnahme von Laxantien nötigen. Heilt die akute Analfissur in den folgenden Tagen und Wochen nicht ab, geht sie in eine *chronische* Verlaufsform über.

Diese ist gekennzeichnet durch ein Nachlassen der Beschwerden, die nun eher schubweise auftreten: Oft führt eine Änderung der Stuhlkonsistenz zu erneuten Schmerzen und Blutungen. Im weiteren Verlauf entstehen als so genannte Sekundärveränderungen ein Analpolyp oder eine hypertrophe Analpapille proximal bzw. eine kleine Mariske („Vorpostenfalte“) distal des Ulkus. In einem Teil der Fälle bildet sich auf dem Boden einer Analfissur eine intersphinktere Analfistel aus.

Im chronischen Stadium ist die Fissur durch ein perianales Nässen gekennzeichnet, das nach entsprechender Dauer zur Entstehung eines chronischen, degenerativ-toxischen Analekzems mit ausgeprägtem Juckreiz führt [14, 19, 22].

Ätiologie

Zwar existieren etliche Erklärungsversuche zur Entstehung der Analfissur, eine letztlich befriedigende Antwort zur Pathogenese steht aber noch aus. Möglicherweise handelt es sich um ein multifaktorielles Geschehen. Für die Theorie, dass es sich um ein mechanisches Geschehen („Afterriss“) handelt, sprechen häufig zu eruiende, begünstigende Faktoren wie Stuhlunregelmäßigkeiten, falsches Stuhlverhalten bei Obstipation, Laxantienabusus (Abb. 1).

Ob der oben genannte Sphinkterspasmus Ursache oder Folge bzw. Begleiterscheinung der Analfissur ist, ist nicht bewiesen. Dafür spricht, dass bei einem Teil der Therapieansätze über eine Beseitigung des Spasmus auch eine Abheilung der Fissur erreicht werden kann.



Abb. 2. Aktute Analfissur

Trotz dieser Maßnahmen gehen etwa 30–40 % der akuten Fissuren nach 8–12 Wochen in das chronische Stadium über.

In diesen Fällen ist ein operatives Vorgehen angezeigt, bei dem die narbig veränderte Fissur unter Mitnahme der Sekundärveränderungen und einer eventuellen Fistel exzidiert wird (Abb. 2 und 3). Bei einer Analstenose erfolgt zusätzlich die bereits erwähnte Dilatation mit dem Finger des Chirurgen [4, 14, 15, 16, 21, 24].

Die postoperative Nachsorge nach Fissurektomie erfolgt nach den Prinzipien der offenen Wundbehandlung (siehe Kapitel ambulante Operationen). Die Abheilung dauert in der Regel mehrere Wochen, in 2–5 % der Fälle kommt es zu einer Wundheilungsstörung oder einem Rezidiv, die eine erneute chirurgische Intervention notwendig machen.

Die laterale Sphinkterotomie ist eine weitere Methode, um über eine Erweiterung des verengten oder spastischen Analkanals die Fissur zur Abheilung zu bringen: Hierzu erfolgt bei 3 oder 9 Uhr SSL eine teilweise oder komplette Durchtrennung des M. sphinkter ani int. Dieses Verfahren kann alleine oder in Kombination mit der Fissurektomie angewandt werden. Gegenüber der Fissurektomie alleine ist eine höhere postoperative Inkontinenzrate – insbesondere bei Frauen – beschrieben. In

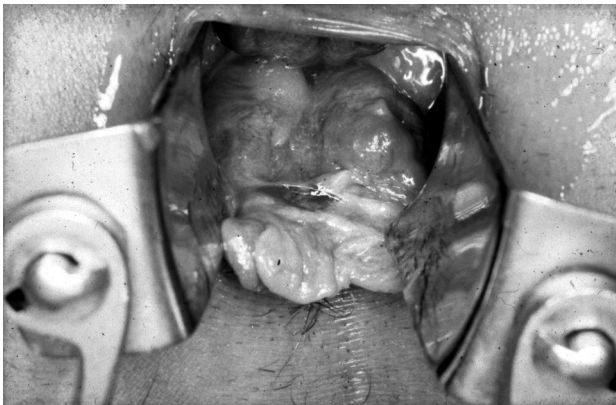


Abb. 3. Chronische Analfissur mit deutlichen Vernarbungen und Ausbildung von Sekundärveränderungen

Großbritannien und den USA gilt die Sphinkterotomie dennoch als operative Methode der 1. Wahl; bei uns wird sie wegen der höheren Komplikationsraten zunehmend seltener durchgeführt [1, 3, 6, 9, 10, 17, 18, 23].

Neuere Behandlungskonzepte zur konservativen Therapie, auch der chronischen Analfissur, wie die Injektion von Botulinustoxin in den M. sphinkter ani oder die lokale Applikation einer nitrathaltigen Salbe sind in den letzten Jahren hinzugekommen und wurden in zahlreichen kontrollierten Studien bewertet. Beide Ansätze zielen darauf ab, über eine Unterbrechung des schmerzhafte Sphinkterspasmus die Abheilung der Fissur zu erzielen. Die Studien verzeichnen sehr unterschiedliche Erfolgsraten zwischen 40 und 80 %. Die Rezidivraten liegen deutlich über denen bei operativem Vorgehen.

Hauptanwendungsgebiet der Botulinum- bzw. Nitratbehandlung scheint die akute Fissur und die längerbestehende Fissur ohne ausgeprägte Sekundärveränderungen zu sein [4, 5, 7, 8, 11, 12, 23, 26].

Literatur

1. Blessing H (1993) Late results after individualized lateral internal sphincterotomy. *Helv Chir Acta* 59: 603–607
2. Dohrenbusch J, Klosterhulten P, Vogel P, et al (1986) Analkrypten als pathomorphologisches Substrat der chronischen Analfissur. *Coloproctology* 6: 368–371
3. Eisenhammer S (1951) The surgical correction of chronic anal (sphincteric) contracture. *S Afr Med J* 25: 486–489
4. Engel AF, Eijsbouts QA, Balk AG (2002) Fissurectomy and isosorbide dinitrate for chronic anal fissure in ano not responding to conservative treatment. *Br J Surg* 89: 79–83
5. Evans J, Luck A, Hewett F (2001) Glyceryl trinitrate vs. lateral sphincterotomy for chronic anal fissure: a prospective, randomized trial. *Dis Colon Rectum* 44: 93–97
6. Hananel N, Gordon PH (1997) Lateral internal sphincterotomy for fissure in ano – revisited. *Dis Colon Rectum* 40: 597–602
7. Hyman NH, Cataldo PA (1999) Nitroglycerin ointment for anal fissures: effective treatment or just a headache? *Dis Colon Rectum* 42: 383–385
8. Jost WH, Mlitz H, Schanne S, et al (1995) Botulinumtoxin zur Behandlung der Analfissur. *Coloproctology* 5: 224–229
9. Kortbeek IB, Langevin IM, Khoo RE, et al (1992) Chronic fissure in ano: a randomized study comparing open and subcutaneous lateral internal sphincterotomy. *Dis Colon Rectum* 35: 835–837
10. Littlejohn DR, Newstead GL (1997) Tailored lateral sphincterotomy for anal fissure. *Dis Colon Rectum* 40: 1439–1442
11. Lund JN (1996) Aetiology and treatment of anal fissure. *Br J Surg* 83: 1335–1344
12. Lund JN, Scholefield JH (1997) A randomised, prospective, doubleblind, placebo-controlled trial of glyceryltrinitrate ointment in treatment of anal fissure. *Lancet* 349: 11–14
13. MacDonald A, Smith A, McNeill AD, Finlay IG (1992) Manual dilatation of the anus. *Br J Surg* 79: 1381–1382
14. Meier zu Eissen J (2001) Chronic anal fissure. *Kongressband der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie* 118: 654–656
15. Nelson RL (1999) Meta-analysis of operative techniques for fissure-in-ano. *Dis Colon Rectum* 42: 1424–1428

16. Neufeld DM, Paran H, Bendahan J, Freund U (1995) Out-patient surgic treatment of anal fissure. *Eur J Surg* 161: 435–438
17. Notaras MJ (1971) The treatment of anal fissure by lateral subcutaneous sphincterotomy: a technique and results. *Erl Surg* 58: 96–100
18. Nyam DCNK, Pemberton JH (1999) Longterm results of lateral inten sphincterotomy for chronic anal fissure with particular reference to incidence of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 42: 1306–1310
19. Oh C (1995) Anal fissure. *Dis Colon Rectum* 38: 378–382
20. Oliver DW, Booth MW, Kernick VF, Irvin TT, Campbell WB (1998) Patient satisfaction and symptom relief after anal dilatation. *Int J Colorectal Dis* 13: 228–231
21. Oueidat D (1999) A comparative study in anal fissure treatment. *Lebanese Med J* 47: 164–168
22. Raulf F (1994) *Praxishandbuch Diagnose und Therapie proktologischer Erkrankungen*. 2. Aufl. Dr. Kade, Berlin
23. Richard CS, Gregoire R, Plewes EA, Silverman R, Burul C, Buie D, Reznick R, Ross T, Burnstein M, O'Connor BI, Mukraj D, McLoed RS (2000) Internal sphincterotomy is superior to topical nitroglyc in the treatment of chronic anal fissure: results of a randomised controlled trial by the Canadian Colorectal Surgical Trials Group *Dis Colon Rectum* 43: 1048–1057
24. Rosen L, Abel ME, Gordon PH, et al (1992) Practice parameters for the management of anal fissure. *Dis Colon Rectum* 35: 206–208
25. Sohn N, Eisenberg MM, Weinstein MA, et al (1992) Precise anorectal sphincter dilatation – its role in the therapy of anal fissure. *Dis Colon Rectum* 35: 322–327
26. Watson SJ, Kamm MA, Nicholls RJ, et al (1996) Topical glyceryl trinitrate in the treatment of chronic anal fissure. *Br J Surg* 83: 771–775