

Abszeß, Fistel und Fissur

4. Mannheimer Koloproktologie-Update

Thema des vierten Mannheimer Koloproktologie-Update 2004, das am 23. Oktober vergangenen Jahres stattfand und vom Enddarmzentrum Mannheim im Kongreßzentrum Rosengarten ausgerichtet wurde, waren die vermeintlich einfachen Themen: Abszeß, Fistel und Fissur. 145 koloproktologische Spezialisten aus Klinik und Praxis trafen sich zum Erfahrungsaustausch.

Th. Wedel (Anatomisches Institut der Universität S-H Lübeck) erläuterte die anatomischen Grundlagen der Koloproktologie. Die Proktodealdrüsen, die in Medizin-Lexika und Anatomiebüchern kaum Beachtung finden, entstehen embryologisch in der Grenzzone zwischen Ekto- und Entoderm im Proktodeum. Diese endständig verzweigten, ekkrinen Schleimdrüsen liegen bei 75 Prozent der Menschen vor. Sie nehmen ihren Ausgang von den Anal-krypten in Höhe der Linea dentata, verlaufen durch den M. sphincter ani internus und enden zwischen Internus und Externus blind. Vorwiegend treten sie in der hinteren Kommissur auf, selten seitlich, vorne finden sich nur subepitheliale Gänge. Auch wenn heute die Proktodealdrüsen als Hauptursache für die Entstehung von Abszessen und Fisteln angesehen werden, so gibt es doch ernstzunehmende Gegner dieser möglichen Erklärung. Das Anorectum wurde von Stelzner als „Vermählung“ der glatten und gestreiften Muskulatur bezeichnet, jedoch auch als Trennung zwi-

schen viszeralem (Rektum) und somatischem (M. sphincter ani externus) System. Diese „Vermählung“ findet in Höhe des Beckenbodens oder dem Diaphragma pelvis, bestehend aus dem M. levator ani mit seinen drei Muskeln statt. Durch Muskulatur, Bänder, Faszien und das Peritoneum werden verschiedene, voneinander abgeschlossene Räume gebildet (Cavum peritoneale, Spatium subperitoneale, Fossa ischio-rectalis und Spatium subcutaneum), die prinzipiell nicht miteinander kommunizieren. Allerdings befinden sich zwischen diesen Muskelzügen anatomisch und radiologisch nachweisbare „intramuscular gaps“, die eine mögliche Ausweitung von Abszessen oder Fisteln in andere Etagen erklären.

Im Vergleich mit anderen diagnostischen Möglichkeiten wie CT, MRT oder MRT mit Endo-Spule schneidet die Endosonographie im Vergleich meist etwas besser ab

D. Bussen (Chirurgische Universitätsklinik Würzburg und jetzt neu im Enddarmzentrum) berichtete von Bewährtem und Neuem in der Diagnostik. Bei der Endosonographie kann neben der Bestimmung der Eindringtiefe von Rektumtumoren auch der Lymphknotenstatus festgelegt werden, was unmittelbaren Einfluß auf die Therapieplanung hat: Sofortige Rektumresektion, tran-



Abb. 1



sanale Tumorentfernung oder neoadjuvante Therapie. Im Vergleich mit anderen diagnostischen Möglichkeiten wie CT, MRT oder MRT mit Endo-Spule schneidet die Endosonographie in den untersuchten Parametern im Vergleich meist etwas besser ab. Bei Aufdeckung von Sphinkterdefekten leistet sie gute Dienste. Ebenso stellt sie in der Fisteldiagnostik eine hilfreiche Ergänzung zur Darstellung von Fistelverläufen dar, wenn der Fistelgang mit Wasserstoffperoxid gefüllt wird. Daß die Untersuchung bei komplizierten Fisteln mittels zusätzlicher Diagnostik durchaus sinnvoll ist, zeigt eine Studie, bei der in signifikanten 26 Prozent der Fälle eine Fortführung der Operation stattfand, nachdem der Operateur Kenntnis von dem zusätzlichen Bildmaterial und dem dort dokumentierten Befund erhalten hatte. Die MR-Defäkographie ist eine neuere Technik, die im Vergleich zur konventionellen Defäkogra-

phie auch die Beurteilung der Muskulatur, der Faszien- und Wandverhältnisse sowie des Defäkationsablaufs möglich macht.

Wesentlich für die Therapie der Analfissur scheint die Reduktion des meist erhöhten Sphinkterruhedruckes zu sein

J. Kirsch jr. (Enddarmzentrum Mannheim) gab einen Einblick in die spezielle konservative Therapie der Analfissur. An neueren medikamentöse Substanzen sind die Nitro-Präparate (Glycerylnitrat bzw. Isosorbiddinitrat) und die Ca-Antagonisten (Diltiazem/Nifedipin) zu erwähnen. Wesentlich für die Therapie der Analfissur scheint die Reduktion des meist erhöhten Sphinkterruhedruckes zu sein, was zu einer Verbesserung der Perfusion führt und damit zu einer Reduktion der Entzündung. Die schnelle transnodermale Resorption bedingt

diese Relaxation der glatten Internus-Muskulatur, wie randomisierte, kontrollierte Studien zeigen. Empfohlene Konzentrationen sind 0,2 Prozent bei Trinitraten und 1 Prozent bei Dinitraten, höhere Konzentrationen zeigen keinen therapeutischen Nutzen und erhöhen lediglich die Nebenwirkungsrate. Die Rezidivraten sind in den einzelnen Studien recht unterschiedlich und hängen sehr vom Nachuntersuchungs-Zeitraum ab. Nitropräparate sind bei chronischer Analfissur in 50 bis 85 Prozent der Fälle effektiv, sie weisen ein niedriges Risiko-profil auf, die optimale Therapie wird mit einer Konzentration von 0,2 Prozent und drei- bis viermal täglicher Applikation als mindestens achtwöchige Dauertherapie erreicht. Kalziumantagonisten sind mit vergleichbar guten Ergebnissen einsetzbar. Neue Substanzen befinden sich in der Erprobung, so etwa L-Arginine (NO-Precursor), Bethanechol (Parasympathomimetikum) und Sildenafil (Phosphodiesterase-Inhibitor). Hier lassen sich aufgrund der unzureichenden Datelage allerdings noch keine Empfehlungen abgeben.

Bei der unkomplizierten Fissur besteht eine OP-Indikation nur bei fehlender Heilungstendenz und störenden Anhangsgebilden

G. Osterholzer (Proktologische Praxis München) ging in seinem Vortrag auf den Stellenwert der Fissurektomie ein. Unterschieden wird die unkomplizierte chronische Fissur, gekennzeichnet durch Analpolyp, fibrotischen Randwall und Vorpostenfalte, von der komplizierten Fissur mit zusätzlicher Fistel, Abszeß und starken

Konservative und operative Therapie der Analfissur

J.-U. Bock (Proktologische Praxis und Parkklinik Kiel) beschäftigte sich mit der Sphinkterotomie, die vor allem im angloamerikanischen Raum als bevorzugte Operationsmethode bei der Analfissur eingesetzt wird. In einer aktuellen australischen Studie wird die laterale Sphinkterotomie noch immer als Gold-Standard bezeichnet – bei der allerdings ein Inkontinenz-Risiko besteht: Kurzfristig wird eine Inkontinenzrate bis zu 20 Prozent beschrieben, längerfristig liegt diese bei 4,2 bis 18 Prozent. In einer deutschen epidemiologischen Kohorten-Studie aus Marburg wird eine Inkontinenzrate von 15 Prozent nach drei Monaten und von 21 Prozent bei einer Nachuntersuchung zu einem späteren Zeitpunkt festgestellt. Die Heilungsrate beträgt 91 Prozent nach drei Monaten, die Reoperationsrate insgesamt 5,3 Prozent, Komplikationen treten in 6,6 Prozent der Fälle auf. Laut einem Review (Cochrane Database) scheinen die geschlossene und offene Sphinkterotomie gleichwertig zu sein; die Sphinkterotomie in der hinteren Kommissur sollte nur ausnahmsweise angewandt werden, beispielsweise bei vorliegender Fistel im Fissurgrund. Die laterale offene (Parks) oder halbgeschlossene (Notaras) Sphinkterotomie ist nur bei Analstenose oder fehlgeschlagener vorausgegangener operativer Therapie, die kontralaterale Sphinkterotomie nur nach fehlgeschlagener lateraler Sphinkterotomie indiziert. Somit stellt die Sphinkterotomie eine Therapieoption für Analfissuren mit begleitender Sphinktersklerose oder Fistel sowie nach fehlgeschlagener erster operativer Therapie und bei Kontraindikationen für eine konservative Therapie dar.

Der Lichen sclerosus et atrophicus erfordert eine langandauernde und hochpotente Kortikosteroid-Therapie

B. Lenhard (Proktologische Praxis Heidelberg) rundete das Thema Fissur mit „alles, was jetzt noch fehlt“ ab. Differentialdiagnostisch kommen bei vorliegender Fissur zunächst die fissu-

roiden Crohn-Läsionen in Betracht, die bei Persistenz im rezidivfreien Intervall fissurektomiert werden, eine adäquate, medikamentöse Crohn-Therapie vorausgesetzt. Auch sexuell übertragbare Erkrankungen (STD) wie die Lues kommen differentialdiagnostisch in Frage. Hier liegt neben einem schmerzfreien Ulkus, das in der gesamten analen Zirkumferenz vorliegen kann, auch eine indolente inguinale Lymphknotenschwellung vor, charakteristisch für diese Fissuren ist die spontane Abheilung. Diagnostisch kommt neben dem direkten Erregernachweis im Dunkelfeld die serologische Abklärung zum Einsatz. Therapeutisch werden entweder Clemizolpenicillin G (1 Mio. IE/d i.-m. über 14 Tage) oder Doxycyclin (2 x 100 mg/d oral über 14 Tage) angewendet. Zu den rhagadiformen Analekzemerkrankungen zählen die irritativ-toxischen Ekzeme (z. B. durch chronische Diarrhoe), therapeutisch werden neben forcierter Analhygiene adstringierende Sitzbäder, gegebenenfalls Farbstoff-Pinselungen und Kortikoid-Lotionen angewandt, fettende Externa sollten vermieden werden. Atopische Ekzeme können mit Kortikosteroiden, topischen Kalzineurin-Inhibitoren, UV-Therapie und Analdehnung behandelt werden. Ulzerierende perianale Dermatosen wie der Lichen ruber verrucosus/hypertrophicus sprechen auf die Gabe von Kortikosteroiden und unter Umständen auf die Unterspritzung mit Triamcinolon-Suspensionen an; manchmal sind operative Maßnahmen angezeigt, eine histologische Abklärung sollte immer erfolgen. Der Lichen sclerosus et atrophicus (Gefahr der möglichen Entwicklung eines Carcinoma spinocellulare) erfordert eine hochpotente Kortikosteroid-Therapie bis zu drei Monaten, eventuell ergänzt durch eine Intervalltherapie mit Kalzineurin-Inhibitoren; topische Östrogene oder Testosteron sollten nicht eingesetzt werden. Das Analrand-CA stellt ebenfalls eine differentialdiagnostische Option dar; T1- und T2-Tumoren werden primär exzidiert, bei höhergradigen Tumoren erfolgt eine Radio-Chemotherapie.

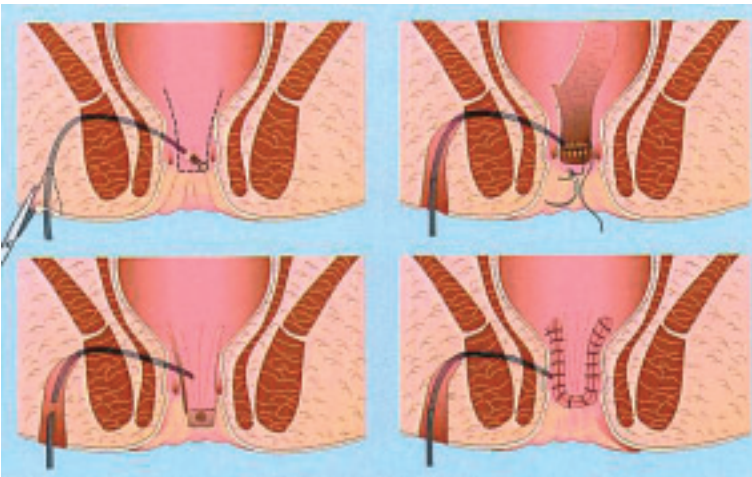


Abb. 2 Schema zum plast. Fistelverschluss

Schmerzen. Bei der unkomplizierten Fissur besteht eine OP-Indikation nur bei fehlender Heilungstendenz und störenden Anhangsgebilden, bei der komplizierten Fissur hilft in der Regel nur eine Operation. Ziele der operativen Therapie sind die Verhinderung von rezidivierender perianaler Blutung, einer Schmerz-Chronifizierung, einer Abszedierung und Fistelbildung. Die meisten Fissuren werden konservativ behandelt (im eigenen Patientengut 86 %), die wenigsten operativ (14 %). Von den verschiedenen Operationsverfahren wird in Deutschland meist die Fisurektomie nach Gabriel mit knapper Exzision der Fissur unter Mitnahme der eventuell vorhandenen Sekundärveränderungen (Vorpostenfalte, Analpolyp, Fistel) und Sicherung des Sekretabflusses über ein Drainagedreieck nach außen durchgeführt. Unter konservativer Therapie heilen zwischen 44 und 97 Prozent aller Fissuren aus, unter operativer Therapie 90 bis 98 Prozent. Zusammenfassend wird bei der akuten und chronisch-unkomplizierten Analfissur eine konservative Therapie durchgeführt, bei fehlender Abheilung (>10 Wochen) und bei chronisch-kom-

plizierter Fissur erfolgt eine operative Sanierung. Die Sphinkterotomie bleibt Ausnahmen vorbehalten; die forcierte Sphinkterdehnung (Lord) sollte in der Therapie der Analfissur keinen Platz mehr haben.

Perianale Abszesse:
Exzision notwendig, da eine Inzision oder Spaltung meist zu einem baldigen Rezidiv oder zur Ausbreitung des Infektes führt

B. Strittmatter (Praxisklinik in Freiburg) berichtete über die Standardtherapie beim Abszeß. Mit einer Häufigkeit von zwei Prozent in der Bevölkerung tritt ein solcher Perianalabszeß auf. Abszesse in der perianalen Region können kryptogener Natur sein, durch einen Morbus Crohn oder eine Acne inversa hervorgerufen werden und auch bei vorhandenem Pilonidalsinus auftreten. Diagnostisch wesentlich ist die typische Klinik, gegebenenfalls kommt die Endosonographie zum Einsatz, eventuell auch CT oder NMR; die Fistulographie ist obsolet. Therapeutisch muß die Exzision (Entdeckung) des Abszesses erfolgen, eine Inzision oder Spaltung ist unzureichend

und führt meist zu einem baldigen Rezidiv oder zur Ausbreitung des Infektes. Die Wunde soll der sekundären Heilung zugeführt werden, regelmäßiges Ausduschen reinigt die Wunde und stimuliert die Bildung von Granulationsgewebe. Eine Antibiotikagabe ist nicht notwendig. Eine immer wiederkehrende Frage ist, ob bei der Ersttherapie des Abszesses eine Fistelsuche sinnvoll ist. Diese ist bei der unmittelbaren Abszeß-Operation aufgrund des durch die Entzündung alterierten Gewebes nicht ungefährlich (via falsa) und sollte, wenn überhaupt, nur von erfahrenen Koloproktologen durchgeführt werden.

Pelvic Sepsis: Durch Divertikulitis, CED, postoperative Infektionen, nekrotisierende Fasiitis, deszendierende anale Abszesse und die Fourniersche Gangrän ausgelöst

P. Kujath (Chirurgischen Klinik der Universität Lübeck) referierte über die „Pelvic Sepsis“, eine schwere Infektion im Beckenbereich, bei der die Binnenstrukturen von Beckenboden und Foramina, äußerliche Haut, Subkutis, Faszien und Muskulatur und auch der Knochen betroffen sein können. Charakteristisch ist die Verfärbung der betroffenen Strukturen und eine Verflüssigung derselben. Auslösende Infektionen für diese Art der Sepsis können Divertikulitis, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED), postoperative Infektionen, nekrotisierende Fasiitis, deszendierende anale Abszesse und die sog. Fourniersche Gangrän sein. Komorbiditäten für die Fourniersche Gangrän sind Diabetes, Hypertonus, Adipositas, Nikotin, Alkoholismus und Immunsup-

pression. Therapeutisch ist ein radikales Débridement mit Nekroektomie und Stomaanlage notwendig. Intensivtherapie und programmierte Revisionen sowie antibiotische Abdeckung sind obligat. Später können die Defekte mittels Meshgraft, Sekundärnaht oder Schwenklappen versorgt werden. Die Letalität beträgt im eigenen Krankengut 35 Prozent.

Forschungsdefizit in der Ätiopathologie der Analfisteln – Evidenz-Level erreicht lediglich Stufe 5

S. Post (Chirurgische Universitätsklinik Mannheim) beschäftigte sich mit der Frage, was in der Ätiopathologie der Fisteln gesichert ist. Eine epidemiologische Studie der Population in Helsinki aus dem Jahr 1984 zeigt eine Inzidenz der Analfisteln von 12,3 Männern und 5,6 Frauen auf 100 000 Einwohner bei insgesamt 458 diagnostizierten Analfisteln. Stelzner beschrieb 1981 das Vorhandensein und die Ausbreitung der Proktodäaldrüsen und vermutete in ihnen die Ursache für die Ausbildung von Abszessen oder Fisteln. Girona stellt in seiner Habilitationsschrift aus dem Jahr 1985 fest, daß die Inzidenz der Proktodäaldrüsen, die Penetration intersphinktär und die Penetration des Internus bei Embryos in höherem Maße vorliegen als bei Erwachsenen. Will man ein Update des Jahres 2004 hinsichtlich der Ätiopathologie von Analfisteln formulieren, so kann man angesichts der 20 Jahre alten oder noch älteren, letzten Veröffentlichungen zu diesem Thema nur sagen, daß seit 20 Jahren diesbezüglich anscheinend ein Desinteresse besteht, daß es nur einen Konsens der „Experten“

gibt und das Evidenz-Level lediglich die Stufe 5 erreicht.

G. W. Kolbert (Proktologische Praxis/Sophien-Klinik Hannover) erläuterte den Stellenwert von nicht-operativen Therapiealternativen. Der Einsatz von Metronidazol bei Morbus Crohn zeigt nach Absetzen des Medikamentes eine hohe Rezidivrate von 75 Prozent, ferner kommt es häufig zu Nebenwirkungen. Zum Einsatz von Ciprofloxacin bei Crohn-

Fisteln gibt es kaum Studiendaten, kontrollierte Studien liegen für beide Antibiotika nicht vor. Diese Medikamente stellen keine Alternative zur operativen Therapie dar. Die Immunsuppressiva Azathioprin und Infliximab sind in der Behandlung der Analfisteln bei Morbus Crohn aufgrund hoher Nebenwirkungsraten und einer anatomisch hundertprozentigen Fistel-Persistenz nach Absetzen der Präparate ebenfalls

keine dauerhafte Therapieoption, zumal das Follow-up mit drei Monaten bis maximal 54 Wochen recht kurz ist. Allenfalls sind sie im Rahmen der konservativen Crohn-Therapie zur Konditionierung des späteren Operationsgebietes nützlich. Das Ziel des Einsatzes von Fibrinkleber bei der Fisteltherapie besteht in einem mechanischen Verschluss der Fistel gegenüber Luft und Flüssigkeit. Die Matrixbildung für Fibroblasten sowie die Stimulierung deren Proliferation und Migration mit Reepithelialisierung und Neovaskularisation sind weitere Ziele. Allerdings besteht die Gefahr der Infektion (HIV, HBV, HCV), kurze Fistelgänge und komplexe transsphinkteräre Fisteln sind für diese Art der Therapie schlecht geeignet.

verhindern soll. In der Praxis bietet diese Methode allerdings nicht die erhofften Vorteile, zudem ist diese Art der Therapie für den Patienten sehr schmerzhaft, so daß dieses Verfahren als nicht geeignet bezeichnet werden muß. Ziel des Loose-Seton ist die Behandlung der akuten Entzündung mit Begrenzung der Gewebeerzörung, die Konsolidierung des Fistelganges, die Überbrückung der Zeit bis zur definitiven Versorgung, und auch die Dauertherapie, etwa bei Morbus Crohn. Diese Methode hat sich vielfach bewährt, auch wenn eine komplette Ausheilung der Fistel durch alleinige Fadendrainage nicht zu erwarten ist; nach Entfernung des Fadens ohne weitere Therapie kommt es nach 60 Monaten bei 75 Prozent der Patienten zu einem Rezidiv. Die vorhandenen Daten aus der Literatur bieten zudem keine hohe Evidenzbasis: Zwar liegen relativ lange Zeiträume zugrunde, jedoch bei nur begrenzten Fallzahlen und häufig unvollständigem Follow-up.

Acne inversa: Ohne Therapie progredienter Verlauf

W. Hartschuh (Dermatologische Universitätsklinik Heidelberg) wand sich dem Thema „Acne inversa“ und „Pilonidalsinus“ zu. Die Acne inversa zeichnet sich pathogenetisch durch eine genetische Prädisposition, Übergewicht, vermehrtes Schwitzen, Nikotinabusus, und bakterielle Superinfektion (Staph. aureus) aus. Der natürliche Verlauf zeigt keine spontane Abheilung der Hautfisteln, die Erkrankung verläuft stetig progredient bis ins höhere Lebensalter, eine soziale Isolation (Geruch) ist häufig. Als Komplikationen können chronisches Erysipel, systemische Amyloidose und Plattenepithel-Karzinome auftreten. Histologisch zeigt sich keine primäre Beteiligung der Schweißdrüsen, weshalb der Terminus Hidradenitis suppurativa aus dem amerikanischen Sprachgebrauch unzutreffend ist. Die konservativen Therapiemöglichkeiten umfassen Antibiotika, aromatische Retinoide, Dapson, Antiandrogene, Cyclosporin®, Infliximab, Sulfasalazin und intraläsionale Kortikoidinjektionen. Operativ muß bei Abszeßbildung und rezidivierenden Abszessen mit Fistelung sowie Fibrose vorgegangen werden. Hierbei muß eine radikale Exzision des befallenen Areals mit Sicherheitsabstand erfolgen. Die Wundheilung erfolgt entweder sekundär mit dem Vorteil einer geringen Komplikations- und Rezidivrate, einer hohen Akzeptanz von Patientenseite sowie guten funktionell-kosmetischen Ergebnissen. Von Nachteil ist die längere Abheilungsphase. Alternativ kann eine plastische Deckung mit dem Vorteil einer rascheren Abheilung erfolgen, hier ist jedoch eine höhere Komplikations- und Rezidivrate sowie ein höherer OP-Aufwand zu verzeichnen. Als Präventionsmaßnahmen sind Gewichtsreduktion, verbesserte Hygienemaßnahmen, Änderung der Bekleidungsgehnheiten sowie Nikotinabstinenz effektiv. Beim Sinus pilonidalis ist die Therapie der Wahl im akuten Stadium die Entdeckungelung, im chronischen Stadium erfolgt die komplette Exzision. Die Wunde kann sekundär heilen oder es erfolgt in gleicher Sitzung ein plastisches Verfahren. Postoperativ sind tägliche feuchte Verbandwechsel, eine frühe Mobilisation und eine regelmäßige Rasur der Wundränder angezeigt.

Komplette Ausheilung der Fistel durch ausschließliche Fadendrainage ist selten – bei drei Viertel der Patienten kommt es zu einem Rezidiv

Th. Schiedeck (Allgemein- und Visceralchirurgische Klinik Ludwigsburg) beschäftigte sich detailliert mit den Vor- und Nachteilen der Fadendrainage. Hier sind als mögliche Therapieoptionen der sogenannte Cutting-Seton (schneidender Faden), der Loose-Seton (lose einliegender Faden) und die Kombination beider Verfahren zu erwähnen. Ebenso besteht die Option, eine vorliegende Fistel oder ein Fistelsystem partiell zu exzidieren und den eventuell vorhandenen Restgang oder den Hauptgang mit dem Faden zu drainieren. Der Cutting-Seton soll den Sphinkter langsam durchwandern mit nachfolgender Vernarbung des entstehenden Defektes, was eine Inkontinenz

Beim Großteil der Patienten mit transsphinkterären Fisteln können bis zu 50 Prozent des externen Sphinktersystems ohne größere Kontinenzeinbuße freigelegt werden

Die Fistelspaltung war das Thema von D. Bussen (Chirurgische Universitätsklinik Würzburg und jetzt neu im Enddarmzentrum). Ziel der Spaltung ist die Ausheilung der Fistel unter Erhalt der Kontinenz. Die ewig wiederkehrende Frage ist, wie viel Sphinktermuskulatur gespalten werden darf, ohne eine Inkontinenz zu riskieren. Eine allgemeingültige Antwort darauf gibt es nicht. Zu

beachten sind geschlechtsspezifische Unterschiede, da bei Frauen generell ein kürzerer Schließmuskel vorliegt, bei dem ventral eine Verschmelzung aller drei Anteile des äußeren Schließmuskels mit konsekutiver Ausdünnung vorliegt. Für mehr als 80 Prozent der Patienten mit transsphinkteren Fisteln gilt, daß bis zu 50 Prozent des externen Sphinktersystems ohne größere Kontinenz einbuße freigelegt werden können. Vorsicht ist geboten bei Frauen mit ventraler Fistel, bei Patienten mit bekanntem Sphinkterdefekt, anamnestisch erfragter Inkontinenz oder Colon irritabile, bei alten Menschen, bei Vorliegen einer hohen, proximalen Fistel und mittelhoher Fistel mit spitzwinkligem Verlauf zur Longitudinalachse des Analkanals sowie bei Fehlen der inneren Fistelöffnung. Eine Spaltung ist normalerweise problemlos möglich bei subanodermalen Fisteln, bei bis an die Linea dentata reichenden intersphinkteren Fisteln, bei tiefen, distal-transsphinkteren Fisteln und bei mittelhohen transsphinkteren Fisteln mit günstigem Verlauf.

A. Herold (Enddarmzentrum Mannheim) verwies auf den plastischen Fistelverschluß als OP-Alternative. Während bei subanodermaler, intersphinkterer und distal transsphinkterer Fistel die Fistulektomie in der Regel problemlos möglich ist, sollte bei proximal transsphinkterer, suprasphinkterer und extrasphinkterer Fistel ein plastischer Verschluß durchgeführt werden. Hier stehen verschiedene Verfahren zur Auswahl: So als Flap-Varianten der Mukosa-Flap, Mukosa-Internus-Flap, Vollwand-Flap und Anoderm-Flap, die wiederum jeweils proximal oder distal gestielt werden können. Bewährt

hat sich der proximal gestielte Mukosa-Internus-Lappen. Während bei Verwendung eines Mukosa-Flap die Rezidivrate bei bis zu 31 Prozent und die Inkontinenzrate bei bis zu 21 Prozent liegt, beläuft sich bei Einsatz eines Muskellappens die Rezidivrate auf bis zu 33 Prozent und die Inkontinenzrate auf bis zu 18 Prozent. Bei rektovaginaler Fistel ohne Vorliegen eines Morbus Crohn zeigt sich eine Rezidivrate von nur 22 Prozent nach fünf Jahren; liegt der Fistel ein Morbus Crohn zugrunde, so steigt diese auf 79 Prozent nach fünf Jahren an. Zusammenfassend werden durch den plastischen Verschluß hohe Heilungsraten ohne relevante Kontinenzstörung erreicht, wobei die rektovaginalen Fisteln ein Problem und die Crohn-Fisteln ein sehr großes Problem bei der Fisteltherapie darstellen. Die Behandlung bleibt schwierig, weil zum einen komplexe Fistelsituationen vorhanden sind, eine begleitende Grunderkrankung und immer eine individuelle Pathologie vorliegen, die apparative Diagnostik wenig hilfreich ist, grundsätzlich eine kontaminierte Wunde vorliegt und die Wundversorgung oft problematisch ist. Zudem besteht bei den Patienten oftmals ein Unverständnis hinsichtlich dieser Erkrankung.

**Fistelspaltung mit primärer
Rekonstruktion in gleicher
Sitzung – gute anatomische
Kenntnisse, und
weitreichende chirurgische
Erfahrung auf diesem
Gebiet sind obligat**

Das Thema Fistelspaltung mit primärer Rekonstruktion in gleicher Sitzung oblag Th. Hager (Frankenwaldklinik Kronach).

Voraussetzungen für die in einer Sitzung nach Sphinkterspaltung und Fistelausräumung durchgeführte Sphinkterrekonstruktion sind gute anatomische Kenntnisse, die Verwendung von wenig Nahtmaterial und weitreichende chirurgische Erfahrung auf diesem Gebiet. Bei Rezidiv-Eingriffen gestaltet sich das operative Vorgehen aufgrund von starken Verwachsungen noch schwieriger. Die Anlage eines protektiven Anus praeter ist meistens nicht notwendig. Glücklicherweise kommen solch komplizierte, suprasphinktere, hoch transsphinktere und extrasphinktere Fisteln selten vor, die eine primäre Spaltung mit nachfolgender Sphinkterrekonstruktion notwendig machen. Liegt bei einer Operation dann doch eine solch komplizierte Fistel vor, so sollte im Zweifelsfalle oder bei unzureichender Erfahrung besser eine Fadendrainage eingelegt werden, anstatt die Kontinenz des Patienten zu riskieren.

R. Ruppert (Abteilung für Enddarmchirurgie des Krankenhauses München-Neuperlach) informierte in seinem Vortrag über die Therapiemöglichkeiten von rektovaginalen Fisteln. Neben der Klassifikation nach den Ursachen (einfache Fistel durch Geburtstraumen, komplizierte Fistel bei Morbus Crohn oder nach Radio) gibt es auch eine Klassifikation in Bezug auf die Lokalisation (einfache Fistel = anovaginal; komplexe Fistel = hohe Lokalisation); diese Einteilung hat für die Wahl des operativen Zuganges große Bedeutung. Einfache, anovaginale Fisteln können in der Regel durch Spaltung therapiert werden. Bei Crohn-Fisteln, radiogen bedingten Fisteln oder Rezi-

PROKTOLOGIE



div-Fisteln sollte zunächst eine Fadendrainage zur Fistelkonsolidierung eingelegt werden und im Intervall die Exzision der Fistel mittels plastischem Verschluß oder Flap erfolgen. Weitere Therapieoptionen sind die Spaltung der Fistel mit anschließender Sphinkter-Rekonstruktion oder eine Levatorplastik mit Anlage eines protektiven Ileostomas. Auch eine Gracilisplastik oder ein Interponat können bei komplexen radiogen-bedingten oder Crohn-Fisteln notwendig werden. All diese Eingriffe gehören in die Hand des erfahrenen Koloproktologen.

Am Ende dieses interessanten Tages dankte A. Herold nochmals allen Referenten und den Sponsoren für die aktive Teilnahme ebenso wie den Zuhörern für ihr Interesse. Die vermeintlich einfachen und alltäglichen Themen konnten dank der Vortragenden doch manch interessanten, neuen Aspekt aufwerfen. Die Veranstaltung schloß mit der Einladung zum 5. Update 2005 mit dem Thema „Pro und Contra“ neuer Entwicklungen in der Koloproktologie am 22. Oktober 2005 in Mannheim. ◀

Dr. med. Andreas K. Joos
Chirurgische Klinik,
Universitätsklinikum Mannheim