

Therapie der Analfissur

Dehnung ist out – Kalziumantagonisten sind in

VERA SEIFERT

Die Analfissur: ein Kreuz für Patient und Arzt gleichermaßen. Neue Behandlungsstrategien wie Nitroglyzerin, Kalziumantagonisten (Nifedipin oder Diltiazem) und Botulinumtoxin A stehen heute im Vordergrund der Überlegungen. Chirurgische Massnahmen kommen erst zweitrangig zum Einsatz. Und die manuelle Analdehnung hat zwar gute Ergebnisse gebracht, wird jedoch wegen der Gefahr unkontrollierter Sphinkterverletzungen zunehmend verlassen.

Zwei Arten von Analfissuren lassen sich unterscheiden, schreibt Professor Dr. med. Peter Buchmann, Chirurgische Klinik am Stadtspital Waid in Zürich, in seinem «Lehrbuch der Proktologie» (1): primäre Fissuren ohne vorgeschädigten Analkanal und sekundäre Fissuren nach Operationen

oder im Rahmen von bestimmten Erkrankungen, zum Beispiel Morbus Crohn. Beide Formen können akut oder chronisch auftreten.

Als häufigste Ursache für eine primäre Analfissur sieht Buchmann das anale Trauma an. Die Analhaut wird dabei entweder durch einen harten Kotanteil oder durch Überdehnung verletzt. Lebenssituationen, die das Risiko für eine Analfissur erhöhen, sind nach den Erfahrungen des Chirurgen Entbindung, Krankenhausaufenthalt und Urlaub. Ausschlaggebend sind bei den beiden letztgenannten Umständen wohl geänderte tägliche Gewohnheiten (Bewegung, Ernährung) mit der Gefahr der Obstipation.

Schmerzen beim Stuhlgang

Typischerweise äussern Patienten mit Analfissuren stechende Schmerzen während und kurz nach der Defäkation. Häufig bemerken sie zudem Blut am Toilettenpapier und klagen über zum Teil heftigen analen Juckreiz. Gelegentlich tritt Stuhlschmier auf. Patienten mit sekundären Fissuren bei Morbus Crohn haben dagegen erstaunlich wenig Beschwerden.

Bei der Inspektion des Anus sollte man auch nach Marissen suchen, hinter denen sich oft eine Fissur verbirgt. In diesem Fall handelt es sich um eine chronische Fissur, die zudem manchmal nach innen durch eine hypertrophe Analpapille begrenzt wird. Zu einer Chronifizierung kommt es vermutlich durch den erhöhten Sphinkertonus, den man bei Patienten mit primärer Analfissur festgestellt hat. Dadurch wird die sowieso schon relativ schlechte Durchblutung im Bereich der hinteren Kommissur, wo sich die meisten primären Fissuren finden, noch weiter reduziert, und die Heilungschancen sinken.

Merk-sätze

- Die häufigste Ursache für eine primäre Analfissur ist das anale Trauma.
- Typischerweise äussern Patienten mit Analfissuren stechende Schmerzen während und kurz nach der Defäkation.
- Botulinumtoxin A, Nitroglyzerin und Kalziumantagonisten zielen darauf ab, den Sphinkterdruck zu senken.

Untersuchung oft schwierig

Die Fissur lässt sich in der Regel darstellen, wenn man die Analfalten auseinander zieht. Allerdings ist diese Manipulation für den Patienten äusserst schmerzhaft. Zudem erschwert der Sphinkterspasmus die Untersuchung. Buchmann rät daher zu einer vorausgehenden Lokalanästhesie in Form einer anästhesierenden Creme (z.B. Emla®) oder Unterspritzungen mit einem Lokalanästhetikum (z.B. Lidocain 1%).

Sphinkterdruck senken

Die verschiedenen Behandlungsoptionen bei Analfissur sind zwar unterschiedlich erfolgreich, eins scheinen sie jedoch gemeinsam zu haben: Nach einer Heilung tritt selten ein Rezidiv auf. Seit Mitte der Neunzigerjahre hat die konservative Behandlung der primären Analfissur enormen Aufwind erhalten, indem man Botulinumtoxin A bei chronischen und

Therapie der Analfissur

Nitroglyzerin bei akuten und chronischen Fissuren erfolgreich eingesetzt hat, schreibt Buchmann. Beides zielt darauf ab, den Sphinkterdruck zu senken. Der Nachteil einer Nitroglyzerin-Behandlung ist die häufige Klage über Kopfschmerzen. Die heute eingesetzten Kalziumantagonisten Nifedipin 0,2 Prozent oder Diltiazem 2 Prozent verursachen diese Komplikation nicht und wirken eher noch besser.

Der Schweizer Proktologe verwendet bei Fissuren mit im Vordergrund stehenden Schmerzen daher Nifedipin als 0,2%ige Salbe oder Diltiazem als 2-%ige Salbe, die dreimal täglich um den Anus herum aufgetragen wird, jeweils ein Salbenstrang zirka 2 cm aus der Tube.

Bei Fissuren, die stark bluten, jedoch wenig Schmerzen bereiten, lohnt dagegen ein Versuch mit steroidhaltigen und daher entzündungshemmenden Salben sowie mit Gleitmitteln, um die Stuhlpassage zu erleichtern.

Bei der chronischen Fissur beginnt Buchmann ebenfalls mit Nifedipin oder Diltiazem und injiziert Botulinumtoxin A, wenn diese versagen. Der Vorteil dieser Methode: Sie muss nur einmal – allerdings von einem proktologisch versierten Arzt – vorgenommen werden, während die Salbe mehrmals täglich aufgetragen werden muss. In Studien konnten mit Botulinumtoxin A gute Erfolge erzielt werden. Im Gegensatz zur Operation ist die erreichte chemische Denervation nur vorübergehend, was demnach auch für eine möglicherweise damit verbundene Inkontinenz gilt.

Andere konservative Optionen

Um den Teufelskreis von Schmerz und erhöhtem Sphinktertonus zu durchbrechen, hat man auch lokalanästhesierende Substanzen – Infiltrationen in den Grund der Fissur oder Salben (z.B. 1%iges Lidocain-Gel) – eingesetzt. In Studien hat sich aber gezeigt, dass 40 bis 50 Prozent der so behandelten Patienten nach einem halben Jahr letztlich doch operiert werden mussten.

Sklerosierende Mittel bergen die Gefahr, dass sich Abszesse oder Ulzera bilden,

warnet Buchmann. Die Bougierung, welche heute mit Analdehnern aus Kunststoff durchgeführt wird, ist besonders Erfolg versprechend, wenn man langsam an Umfang zunehmende Dilatatoren benutzt und es sich um akute, unkomplizierte Fissuren handelt. Allerdings ist diese Therapie aufwändig und zu Beginn schmerzhaft. Zudem hat man unkontrollierte Sphinkterverletzungen beobachtet. Daher ist die Methode in Misskredit geraten und hat heute eher an Bedeutung verloren.

Operation als letzter Ausweg

Führen die Behandlungen mit Kalziumantagonisten beziehungsweise Botulinumtoxin nicht zum Erfolg, ist eine chirurgische Therapie erforderlich. Das so genannte Eisenhammer-Verfahren mit offener dorsaler Sphinkterotomie war früher weit verbreitet, sollte aber heute nicht mehr gewählt werden. Denn bei der Ausheilung nimmt der Anus die Form eines Schlüssellocks an, was zur Inkontinenz und zum Stuhlschmieren prädisponiert.

Buchmann empfiehlt stattdessen die laterale geschlossene Sphinkterotomie (3-Uhr-Steinschnittlage). Störende Marisken oder hypertrophe Papillen können danach abgetragen werden. Die Ausschneidung des Fissurgrundes hält Buchmann dagegen für sinnlos, weil dann aus einer kleinen eine grosse Wunde wird, die auch nicht schneller heilt. Man sollte die Fissur besser nach den Prinzipien der offenen Wundbehandlung ausheilen lassen. Ob Sitzbäder hilfreich sind, ist nicht erwiesen. Doch immerhin wird dadurch die Afterreinigung für den Patienten einfacher, und sie wirken entspannend und schmerzlindernd.

Sekundäre Analfissuren

Die Behandlung von sekundären Fissuren richtet sich nach dem Primärleiden. Bei Analstenosen nach einer Operation empfiehlt sich eine Diät, um den Stuhl weich zu halten und eventuell die Zugabe von Pflanzenschleim (z.B. Metamucil®) oder teilhydrolysiertem Guarkernmehl. Wenn das nicht ausreicht, ist ein Versuch mit regelmässiger Bougierung (Hartgummi-

Bougies steigender Stärke) oder die Aufdehnung mit Hegarstiften in Narkose gerechtfertigt. Allerdings muss der Patient diese Behandlung sehr lange durchführen. In schwierigen Fällen kommt eine Operation in Betracht.

Fissuren bei Morbus Crohn bedürfen meist keiner Therapie, weil sie wenig Beschwerden verursachen und oft spontan abheilen. Auch ist bei ihnen der Sphinkterdruck meist nicht erhöht.

Auch bei der Querschnittslähmung können sich – ebenfalls schmerzfreie – Analfissuren bilden. Unangenehm ist jedoch die Sekretion aus den meist sehr breiten Läsionen, welche die perianale Haut mazerieren. Die Behandlung ist konservativ. Der After sollte sauber (Sitzbäder, Waschungen) und trocken (saugkräftige Binden) gehalten werden. Eine Operation ist wegen der Gefahr der Inkontinenz zu vermeiden.

1. Prof. Dr. med. Peter Buchmann: *Lehrbuch der Proktologie, 4. Auflage 2002, Verlag Hans Huber, Bern, 79–89.*

Dr. med. Vera Seifert

Interessenkonflikte: keine

Diese Arbeit erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 12/2005.

Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autorin.