

ANALFISTELN: DAS IST ZU TUN

Eine Analfistel ist eine verbreitete Erkrankung des Analkanals. Tückisch ist, dass sich eine Fistel häufig erst bemerkbar macht, wenn sich ein Abszess im Analbereich gebildet hat. Wenn Schmerzen, Juckreiz oder nässende Stellen im Analbereich auftreten, sollten Betroffene einen Arzt konsultieren, um Komplikationen zu vermeiden.

Text: Athena Tsatsamba Welsch

«Analfisteln sind eine häufige Erkrankung, die vorwiegend zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr auftritt», sagt Friederike Remmen von proctomed, der Arztpraxis für Darm- und Enddarm-erkrankungen des Chirurgischen Zentrums der Klinik im Park in Zürich. Zwei von 10 000 Menschen erkranken jährlich daran. Männer sind häufiger betroffen als Frauen.

Definition und Ätiologie

Eine Fistel ist eine krankhafte gangartige Verbindung zwischen dem Analkanal oder dem distalen Ende des Rektums und der perianalen Haut. Der Begriff ist vom lateinischen Wort «fistula» abgeleitet und bedeutet wörtlich übersetzt Röhre bzw. hohles Rohr. «Fisteln entstehen aufgrund einer Entzündung der Proktodealdrüsen», so Friederike Remmen. Die Proktodealdrüsen liegen im Analkanal jedes Menschen zwischen dem inneren und äusseren Schliessmuskel (Analsphinkter). Die Ausführungsgänge dieser Drüsen münden auf Höhe der Linea dentata in den Analkanal. Darmbakterien dringen in die Drüsen ein und verursachen dort eine Entzündung. Wie genau es zu einer Entzündung kommt, ist unbekannt. «Als Folge davon kann sich eitriges Sekret bilden, was zu einem kryptoglandulären Abszess, zu einer Eiteransammlung in der Wand des Analkanals (akutes Stadium), führt.» Verstopfen diese Drüsen, so kann das eitriges Sekret nicht mehr in den Analkanal abfliessen und es bildet sich, dem geringsten Widerstand folgend, eine Fistel (chronisches Stadium) aus. Die äussere Fistelöffnung befindet sich in der perianalen Haut.

Der Hauptrisikofaktor für die Entstehung einer Fistel ist das Vorliegen einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung (Morbus Crohn und Colitis ulcerosa). Dabei handelt es sich nicht um kryptoglanduläre Fisteln. Die Risikofaktoren für eine Entzündung und Ausbildung von kryptoglandulären Fisteln sind weitgehend unklar. So werden vor allem Adipositas, Rauchen, ein Diabetes mellitus, eine sitzende Tätigkeit sowie Verstopfung als mögliche Faktoren diskutiert.



Dr. med. Friederike Remmen, Fachärztin für Chirurgie von proctomed, der Gemeinschaftspraxis PD Dr. Dindo / Dr. Remmen für Darm- und Enddarm-erkrankungen, Chirurgisches Zentrum in Zürich und Belegärztin an der Hirslanden Klinik im Park.

Symptome und Fistelverläufe

Gemäss Friederike Remmen fühlen sich Fistelöffnungen auf der Haut häufig wie ein Pickel an. «Analfisteln machen sich meist durch ein chronisches Nässen und Schmerzen bemerkbar. Die Flüssigkeit, die von einer Fistel ausgeht, kann gelblich-eitrig oder auch blutig sein.» In der Regel sind Analfisteln nicht schmerzhaft. Wenn sich jedoch die äussere Fistelöffnung verschliesst und die Flüssigkeit nicht mehr abfliessen kann, bildet sich ein schmerzhafter Perianalabszess aus. «Bei einem Analabszess können aber äussere Veränderungen, wie eine Rötung an der Haut oder eine Schwellung, auch vollständig fehlen», betont die Proktologin und fügt hinzu: «Ein Abszess bedingt fast immer eine Operation, bei der der Eiter nach aussen drainiert werden muss.»

Die Einteilung der Analfisteln erfolgt nach ihrem Verlauf in Beziehung zum Analsphinkter. Während submuköse Fisteln unter der Haut im Fettgewebe verlaufen, suchen sich intersphinkterische Fisteln zwischen den beiden Anteilen des Schliessmuskels ihren Weg. Es gibt aber auch

Analfisteln, die den Schliessmuskel ganz durchbrechen (transsphinkterische Fisteln) oder sogar innerhalb des Beckenbodens verlaufen (supralelevatorische und extrasphinkterische Fisteln). «Eine Abheilung einer chronischen Analfistel ohne Operation ist unmöglich», sagt Friederike Remmen. Die Gefahr einer nicht behandelten Fistel liegt in der Ausbildung einer chronischen Entzündung bzw. immer wieder auftretenden Abszessen. «Ein unbehandelter analer Abszess kann den Schliessmuskel schädigen und im schlimmsten Fall, wenn auch sehr selten, zu einer Sepsis führen.»

Diagnostik

Für die Diagnosestellung erkundigt sich Friederike Remmen in der Anamnese nach den Beschwerden, der Vorgeschichte und den Lebensgewohnheiten des Patienten. Die Ärztin führt eine proktologische Untersuchung durch, indem sie zuerst den Analbereich inspiziert und bei der digital-anorektalen Untersuchung den Analkanal und das distale Rektum abtastet. Bei der anschliessenden Anorektoskopie kontrolliert sie, ob eventuell eine innere Fistelöffnung im Bereich der Linea dentata vorliegt. Zur Klärung der anatomischen Verhältnisse und zur Operationsplanung ist meist eine endoanale Ultraschalluntersuchung und gegebenenfalls eine Magnetresonanztomografie (MRT) des Beckens notwendig. Bei der analen Endosonografie wird eine Ultraschallsonde in den Analkanal eingeführt, um zu sehen, wie die Fistel verläuft. Ihr Verlauf in Bezug auf die beiden Schliessmuskeln ist entscheidend für die Wahl der richtigen Operationsmethode. Des Weiteren ist eine Koloskopie bei atypischen Verläufen, bei multiplen Fisteln oder immer wieder auftretenden Analfisteln zum Ausschluss einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung zwingend notwendig.

Herkömmliche Therapieoptionen

«Kryptoglanduläre Fisteln heilen nicht spontan ab», betont Friederike Remmen. Entscheidend für die jeweilige Operationsmethode und vor allem für die Schonung des Schliessmuskels sind neben dem Fistelverlauf eventuelle Vor-

operationen und die lokale Infektsituation. Das Risiko einer Inkontinenz ist in der Regel gering und beschränkt sich dann meist auf eine nur vorübergehende Inkontinenz für Luft, das heisst Gas kann nicht mehr gut zurückgehalten werden», erläutert sie und fügt hinzu: «Das Risiko einer Inkontinenz ist sowohl vom anatomischen Verlauf der Fistel bestimmt als auch von der Anzahl der analen Voroperationen und der Erfahrung des Operateurs.»

Zu den gängigen Operationsmethoden zählen die Setoneinlage, die Fistelspaltung (Fistulotomie) und die Fistelentfernung mit Verschluss der inneren Fistelöffnung (Fistulektomie mit Mucosa-Flap). Ein neueres und vielversprechendes Operationsverfahren ist die sogenannte LIFT-Operation (Ligation of Intersphincteric Fistula Tract).

Setoneinlage: Bei der Setoneinlage wird ein Faden oder eine Gummilase durch die Analfistel hindurchgezogen, um einen Sekretstau zu beheben bzw. zu verhindern. «Dadurch werden eine bestehende Infektion gemildert und Schmerzen gelindert.» Friederike Remmen erklärt aber, dass mit einer Setoneinlage eine Analfistel nicht geheilt wird, sondern durch diese Behandlung lediglich die Bedingungen für eine spätere erfolgreiche Fisteloperation geschaffen werden.

Fistulotomie: Im Gegensatz zur Setoneinlage ist mit einer Fistelspaltung eine Abheilung der Fistel möglich. «Durch die sogenannte Fistulotomie wird aus dem Fistelgang eine offene Wunde geschaffen, in der sich kein Eiter mehr einschliessen kann. Somit ist eine Wundheilung beziehungsweise eine Abheilung der Fistel möglich.» Entscheidend sei jedoch, dass bei dieser Operation die Funktion des Schliessmuskels nicht beeinträchtigt wird. Ob eine Fistelspaltung möglich ist, ohne zu viel Muskelgewebe zu verletzen, könne oft erst während der Operation entschieden werden. «Positiv ist jedoch, dass bei einer Fistelspaltung die Heilungsrate sehr hoch ist – über 90 Prozent der gespaltenen Fisteln heilen ab», hebt Friederike Remmen hervor. Wenn Analfisteln einen grossen Teil des Schliessmuskels durchdringen, sollten sie nicht gespalten werden, um die Funktion des Muskels nicht zu gefährden. Die Fistulektomie besteht in der kompletten Entfernung der Analfistel mit Verschluss der Fistelöffnung im Darm mittels eines kleinen Schleimhautlappens (Mucosa-Flap-Operation).

LIFT-Technik: «Das chirurgische Verfahren mit der LIFT-Technik stellt ein weiteres modernes und neuartiges Verfahren mit einer relativ hohen Erfolgsrate dar.» Bei dieser Methode wird

«Operative Therapien stellen die einzige Möglichkeit für eine Heilung von Analfisteln dar.»

der Schliessmuskel geschont. Der Fistelverschluss findet ausserhalb des Darms zwischen dem inneren und äusseren Schliessmuskel statt. Die Durchführung einer solchen Operation bedingt jedoch eine ausreichende Erfahrung des behandelnden Chirurgen.

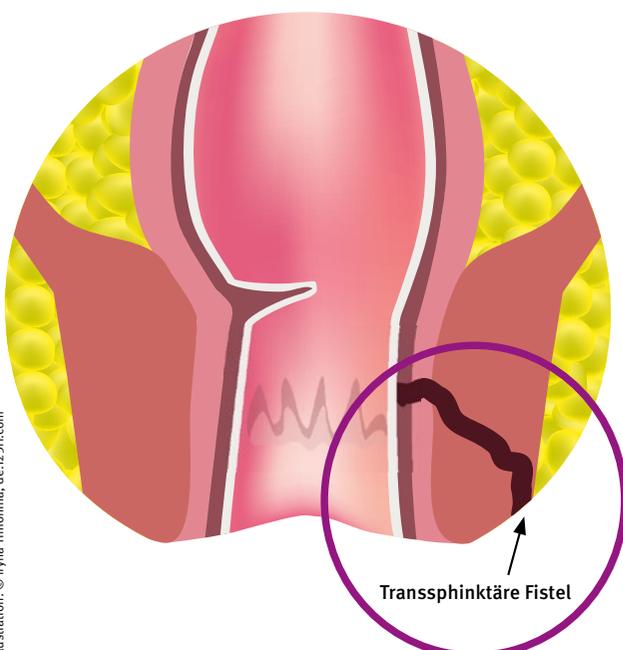
Weitere Therapieoptionen

Weitere und zumeist weniger invasive Therapieoptionen stellen Biomaterialien wie z. B. der Fibrinkleber dar, der in den Fistelgang gespritzt wird. «Leider konnten die primär guten Ergebnisse dieser Gewebekleber im Langzeitverlauf und in neueren Studien nicht bestätigt werden», gibt Friederike Remmen zu bedenken. Dies gilt auch für weitere Behandlungsoptionen wie Kollagen- oder Stammzelleinspritzungen in die Fistel. Ähnlich wie die Fistelplug-Methode, bei der Fremdmaterial wie ein Stöpsel in die Fistel eingebracht wird, haben diese Therapieoptionen eine grosse Euphorie in der Behandlung der Fistelerkrankung ausgelöst – Langzeitstudien konnten jedoch keine verbesserte Heilungsrate bestätigen. «Im Gegenteil, in vielen Studien zeigten sich deutlich schlechtere Ergebnisse als bei den herkömmlichen Therapieverfahren.» Neueste Therapieansätze sind neben einer Verödung der Fistel mittels Laser auch der Verschluss der inneren Fistelöffnung mittels eines Clips. Auch diese Therapien konnten keine Überlegenheit gegenüber den herkömmlichen Therapien zeigen.

Fazit

Eine Fistelerkrankung tritt überwiegend bei jungen männlichen Erwachsenen auf und entsteht vorwiegend aus einer akuten Entzündung der Proktodealdrüsen. Eine Sonderform der Fistelerkrankung stellen Fisteln bei einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung dar. Die Infektionsausbreitung im anorektalen Gewebe bestimmt den späteren Fistelverlauf und die Operationsmethode. Die Fisteleinteilung erfolgt in Bezug auf ihren Verlauf durch den Analsphinkter. Operative Therapien stellen die einzige Möglichkeit der Heilung dar, wobei die Schonung des Analsphinkters bei allen Therapieoptionen prioritär ist und durch einen proktologisch erfahrenen Chirurgen durchgeführt werden sollte. //

MÖGLICHER VERLAUF DER FISTEL



Es gibt verschiedene Fistelverläufe. Submuköse Fisteln verlaufen unter der Haut, intersphinktäre Fisteln suchen sich zwischen den Schliessmuskeln ihren Weg. Fisteln, die den Schliessmuskel ganz durchbrechen (transsphinktäre Fisteln) und sogar innerhalb des Beckenbodens verlaufen (supralevatorische und extrasphinktäre Fisteln). Je nach Verlauf wählt der behandelnde Arzt die jeweilige Therapie aus.